

## NEKROLOGJI



Më 11 tetor 1969, pas një sëmundje të rëndë, vdiq docent **HIQMET DIBRA (MENZELXHIU)**, dekan i fakultetit të Mjekësisë të Universitetit Shtetëror të Tiranës dhe kryeredaktor i Buletinit të U.Sh.T. — Seria shkencat mjekësore.

Me vdekjen e tij, Partia humbi një komunist të palodhur dhe një nga kuadrot e afra të mjekësisë.

Shoku **Hiqmet Dibra** lindi më 2 korrik 1914 në Tiranë më një familje patriotë. Pasi kreu studimet e larta dhe specializimin në Francë, më 1942 u kthye në atdhe, ku simpatizoi lëvizjen Nacional-Çlirimtare e pastaj u rreshtua në radhët partizane.

Pas çlirimit shërbu në ushtri si shef i reparitit të neurologjisë pranë spitalit të përgjithshëm ushtarak. Më 1958 deri më 1961 mbante detyrën e Zv. Drejtorit dhe kryetar i këshillit shkencor të atij spitali. Prej vitit 1957 ka dhënë leksionet e psihiatrisë gjyqësore pranë fakultetit të shkencave politike-juridike. Studentët nuk do t'i harrojnë kurri leksionet e tij, të cilat ishin sa interesante e tërheqëse, aq dhe të një niveli të lartë shkencor. Dr. H. Dibra lojti një rol të rëndësishëm edhe në organizimin e katedrës ushtarake pranë fakultetit të Mjekësisë, shef i së cilës ai qëndroi për disa vite me radhë. Ka qënë anëtar i redaksisë së Buletinit të U.Sh.T. — seria shkencat mjekësore — qysh nga viti 1961 dhe kryeredaktor i tij qysh më 1965.

Në vitin 1964 u ngarkua me detyrën e Dekanit të fakultetit të mjekësisë të U.Sh.T. Pedagogët dhe studentët e këtij fakulteti dhe të gjithë Universitetit, e njohin Dr. H. Dibren jo vetëm si dekan i shkollës dhe energjik, por dhe si luftëtar i paepur për të futur në gjithë veprimtarinë e shkollës sonë vijën e Partisë dhe mësimet e shokut ENVER. Ai luftoi pa u lodhur për revolucionarizimin e procesit mësimor dhe për lidhjen e teorisë me praktikën.

Në gjithë veprimtarinë e tij, Doc. Hiqmet Dibra ka dhënë një kontribut të madh në zhvillimin e shkencës mjekësore dhe në përgatitjen e kuadrove të reja. Kudo që e ka ngarkuar Partia, ai ka punuar pa u lodhur, me besnikëri e ndërgjegje të lartë prej komunisti, duke vënë kështu të gjitha djegt dhe aftësitë e tij prej mjeku në shërbim të popullit. Gjatë aktivitetit të tij pedagogjiko-shkencor ka botuar një «Mannual mbi ekspertizën psikiatrike-gjyqësore», monografinë «Atonia funksionale dhe mjekimi i saj», studime mbi hipertoniinë neurogjene tek të rinjtë, diskopatië dhe shumë artikuj shkencorë, kritikë e bibliografi, recensionë dizertacionesh e monografish, artikuj me karakter shkencor popullor etj.

Për meritat e tij pedagogjike e shkencore, në vitin 1960 iu dha titulli *Docent* dhe grada «kandidat i shkencave mjekësore».

Ai ishte zgjedhur anëtar i këshillit popullor të rrethit të Tiranës. Presidiumi i Kuvendit Popullor e ka dekoruar me urdhërin e «Skënkujtimit të klasit të III», «Yllin e Kuq të klasit të II», me medaljen e Kujtimit, të Trimërisë, të çlirimit dhe atë të shërbimit ushtarak.

Kujtimin e tij do ta ruajmë të gjallë gjithë pedagogët, studentët, pacientët e mjekuar prej tij dhe vegamërisht bashkëpunëtorët e tij të afërt, të cilët punuan dhe jetuan bashkë me të.

R e d a k s i a

## ANALIZA KLINIKE E 325 OPERACIONEVE NË ZEMËR TË HAPUR TEK TË SËMURËT ME DEFEKTE TË SEPTUMIT INTER-ATRIAL

KUO GJA CJAN

Zv/shet klinike në spitalin «Fu-wai» të akademisë së shkencave të  
R.P. të Kinës — Pekin

Operacionet në zemër të hapur, në vendin tonë, kanë filluar të bëhen vetëm pas çlirimit.

Në Kinën e vjetër, shërbimi mjekësor ka gënë primitiv. Në disa spitale të mëdha ekzistuese, ku shërbënin shfrytëzuesit, numërueshin vetëm disa kirurgë, të cilët ishin në gjendje të kryenin operacione të komplikuar. Pas çlirimit, nën udhëheqjen e Partisë Komuniste Kineze dhe nën kujdesin e udhëheqësit tonë të madh, kryetari Mao Ce Dun, shërbimi mjekësor morri një zhvillim të vullshëm. Në fillim, pas çlirimit, përsa u përket operacioneve në zemër, kirurgët tanë ishin në gjendje të kryenin vetëm ato lloj operacione, që kryheshin qorrazi. Nën ndihmën e vijës së përgjithëshme të ndërtimit të socializmit, të përpunuar nga Partia e Jonë, i gjithë populli u hodh me të gjitha forcat për lulëzimin dhe fuqizimin e vendit, luftoi për të zhdukur varfërinë dhe prapambeljen e vendit.

Punonjëve të mjekësisë sonë u vinte turp për faktin që nuk ishin në gjendje t'u jepnin ndihmën përkatëse personave, që vuanin nga vëset e zemrës dhe që kishin nevojë për ndërhyrjen kirurgjikale.

Duke u udhëhequr nga mësimet e udhëheqësit tonë shumë të ndërruar, kryetari Mao Ce Dun, se duhet t'i shërbejmë popullit me gjithë forcat dhe zemër, ne vendosëm që me çdo mënyrë të shpëtojmë vëllezërit tanë të klasës nga vuajtjet dhe mundimet.

Nën udhëheqjen e organizatës së partisë së spitalit, në zgjeruam pranimin e të semurëve në klinikën e kirurgjisë së përgjithëshme, për të plotësuar nevojat e punëtorëve dhe fshatarëve nga njëra anë dhe, nga ana tjetër, krijuam kushtet e nevojshme për të kryer operacione në zemër të hapur, duke zhvilluar më tej iniciativën revolucionare për të shpënë përpara punën për shërimin e njeriut.

Në vjetët e para, ne kishim vetëm njëhuri se në vendet e tjera kryheshin operacione në zemër të hapur (thata) ose nën hipotermi, ose me aparat të garkullimit artificial. Në këtë kohë para mesh dille problemi, me çfarë mënyre t'i kryenin këto lloj operacionesh? Të importonim një aparat të tillë, apo të prisnim sa të ndërfohej në vend një aparat i këtij lloji? Por mësuasi ynë i madh, kryetari Mao Ce Dun na mëson se «ne duhet të mbështemi në forcat tona, megjithë që nuk e për-

jashtojmë edhe ndihmën nga jashtë, por mbështetja vetëm në këtë të fundit do të ishte e palejueshme. Në mbështetemi kryesisht vetëm në përpjekjet tona, në forcat krijuese të ushtrisë sonë dhe gjithë popullit tonë».

Ata shtruan para vetes pyetjen: a duhet pritur vallë deri në prodhimin e aparatit për qarkullimin artificial të gjakut në vend? Ndërkohë, në literaturën e huaj kishte jo pak komunikime lidhur me kryerjen e operacioneve në zemër të thatë nën hipothermi, të pakta në numër, një kohë të shkurtër (treth 6 minuta) të qarkullimit të gjakut. Vallë a nuk është e relikëshme kjo metodikë operacioni? Mao-Ce Dun thotë: «Detyra e jonë është mbajtja e përgjegjësisë përpara popullit»; njeriu në as një mënyrë nuk mund të njohë asnjë fenomen pa u ndeshur me të, dantl me jetën e tij (me praktikën e tij), gjë që duhet të zhvillohet në kushtet e këtyre fenomeneve». Për të grumbulluar përvojën tonë, i gjithë kolektivi i spitalit u mobilizua në punë.

Ata hodhën poshtë besimin e verbër dhe u qitruan nga shabllonizmi dhe dogmatizmi i të huajve. Me forca kolektive u kryen një seri eksperimentesh në katshët nën hipothermi, duke kapërxyer një seri vesh-titëvish për shkak të mungesës së të dhënave bazë. Nga praktika shkencore për ne, në fund të fundit, ishte i njohur fakti se zgjatja e kohës së parrezikshmërisë në raportin zemër-korke, kur ndërprerjet qarkullimi, mund të zgjatet deri në 10 minuta, po që se temperatura e trupit ulët deri 28-30°C. Kryetari Mao Ce Dun na mëson se: «dija fitohet nga praktika; duke përfihar, nëpërmjet praktikës, njohuritë teorike, është e nevojshme të kthehesh prapë tek praktika».

Duke filluar nga vjei 1958, kur në të gjithë vendin është pranuar situata e hopit revolucionar, pas një pregatitje të kujdesshme, duke aplikuar praktikën shkencore në klinikë, gjatë 10 vjetëve të fundit, në bëmë 1050 operacione në zemër të thatë. Prej tyre, 352 raste genë defekte të sepmnit inter-atrial (tip secundum); nga këto 353 u kryen me hipotermi, kurse 29 me qarkullim artificial të gjakut.

Nga të sëmuret me të dhëna klinike më të plota, në 106 të operuar nën hipothermi, ndërprerja e qarkullimit të gjakut në zemër ish nga 6-10 minuta, kurse në 200 deri në 6 minuta. Përvoja klinike tregoi edhe një herë se vetëm ne, të armatosur me shkencën e marksizëm-leninizmit dhe idetë e Mao Ce Dunit, të udhëhequr nga vija e shërbimit sanitaro-mjekësor të Mao Ce Dunit, shkaterruam përfundimisht vijën revizioniste, që kishte penetruar në institucionet mjekësore dhe që ishte përpunuar nga Hrushovi i Kinës dhe agjentët e tij. Vazhdimisht, në kemi pasur parasysh se për të përvetësuar tekniken shkencore dhe për t'i shërbyer sa më mirë popullit, duhet të mobilizojmë gjësisht masat dhe duhet të mbështetemi në mendjen dhe forcat krijuese të kolektivit, duke i dhënë fund një herë e përgjithëmonë dogmatizmit.

Në referatën e dhënë, ne do të analizojmë të dhënat e 325 të sëmureve të operuar në zemër të thatë për shkak defekti inter-atrial (tip secundum).

Defektet e sepmnit inter-atrial (secundum) janë anomali, që krijohen në periudhën embriogenetike, për shkak të rrethorimit të theksuar të foramen ovale ose nga mos zhvillimi sekondar i sepmnit inter-atrial. Në këtë material paraqiten të dhëna të plota për 325 të sëmuret, prej të cilëve 312 kishin të dokumentuar në kartelat klinike tipin e defektit.



Nga 312 të sëmurë, në 254 u konstatua tipi central i defektit (81.40%), ndër të cilët në tre raste u konstatuan defekte në formë rrethore. Në 34 të sëmurë (10.90%) u gjetën defekte inferiore, në shumicën e të cilëve mundësi gënte pareti posterior, kurse në një pjesë ishin mjaft të theksuara kllapat e «*vena cava inferior*» dhe nga përpara bashkoheshin me buzët e foramen ovale; në 11 të sëmurë (3.50%) u gjetën defekte superiore, kurse në 13 raste (4.10%) u konstatuan defekte të përzierja, prej të cilëve në dy raste ishin të tipit me 2-3 defekte me madhësi të ndryshme.

Në kemi parë 30 të sëmurë, tek të cilët ky lloj defekti ishte i kombinuar me lloje të tjerë anomalish kardio-vaskulare.

Tabela Nr. 1

Defekti i kombinuar me stenozë të arteries pulmonare	2
Anomali e pjesësime e derdhjes së venës pulmonare dex	8
Insuficiencë e valvulave mitrale	5
Insuficiencë e trikuspidales	2
Insuficiencë mitrale dhe trikuspidales	3
Stenozë mitrale	2
Dublim i vena cava superior	4
Foramen ovale apertum	3
Detektorardi	1
	30

Nga këta 30 të sëmurë, tek 8 u konstatua kombinimi i anomalisë së defektit të sepunit inder-atrial me anomali të drenazhit të venave pulmonare në atriumin e djathtë. Defektet superiore të kombinuara me lloj anomalije ishin në 3 raste, centrale në 2 raste, defekte inferiore në 2 raste dhe të përzierja në 1 rast. Defektet superiore të kombinuara, një këtë lloj anomalije ndeshen relativisht rrallë. (Tab. 1).

Ndërmjet 325 të sëmurëve, të cilët kishin të dhëna të plota, ke, në shumë genë gra (190) dhe me pak burra (135).

Tabela Nr. 2

## Numëri i përgjithshëm i rasteve, moshë, seksi

Numëri i përgjithshëm i rasteve 325	Grupi i të rinjve		Grupi i të rriturve			
	Deri 5 vjeç	6-15 vjeç	16-25 vjeç	26-35 vjeç	Mbi 36 vjeç	
Ferma 109	Meshkuj 135	16	124	101	71	13

Grupi i pacientëve në moshë të re deri në 15 vjeç qe prej 140 rasteve, kurse në grupin e të rriturve mbi 16 vjeç genë 185 raste. Moshë e të rriturve ndryshonte nga 3 vjeç e 8 muaj deri në 45 vjeç. Mbi moshën 35 vjeç ishin gjithsej 13 paciente.

Simptomatologjia klinike ishte e shprehur në katër shkallë: pa simptoma, simptoma të lehta, simptoma të mesme dhe simptoma të rënda.

Simptom et 325 (100%)

	Deri 15 vjeç	Mbi 16 vjeç	Gjithsejt
pa simptoma	21 (15%)	6 (3.2%)	27 (8.3%)
Të lehta	96 (68.5%)	80 (43.2%)	176 (54.1%)
Të mesme	22 (15.7%)	92 (49.7%)	114 (35.1%)
Të rënda	1 (0.7%)	7 (3.7%)	8 (2.4%)
Shuma	140	185	325

Simptomatologjia e lehtë konsistonte në taktikardinë dhe dispnenë, që çfaqej në ngarkesat e vogla fizike. Shumica e këtyre lloj të sëmurëve i përkasin grupit të pacientëve me moshë të re. Pra në krahasim me të sëmurët e grupit të të rriturve, grupi i të rinjve e kishte shumicën e të sëmurëve ose pa simptoma ose me simptomatë të lehtë. Pacientët me gravitet të mesëm të sëmundjes arrinin shumën 114 raste (35.1%) dhe ankoheshin për dispne dhe taktikardi, madje dhe pas ecjes. Tek 8 sëmurë të gradës së rëndë (2.4%) u konstatua pneumoni të përsëritshme ose edhe fenomene insuficience kardiake. Simptomatologjia e rëndë dhe e rëndë ndeshej më tepër në pacientët e grupit të të rriturve se sa tek grupi i të rinjve, por si numër këto raste ishin më të rralla.

Prandaj ekziston përshtytja e përgjithëshme se për këtë kategori raste, gjuhësh, gofë në fazën fillestare apo të vonëshme të sëmundjes, mund të presionit në arterien pulmonare, apo të tjera komplikacione të sëmundjes, takohen më rrallë se sa në të sëmurët me anomali kardio-vaskulare llojesh të tjera.

Defekti i septumit inter-atrial nuk ndikton shumë në zhvillimin fizik të pacientit. Në kemi parë 45 të sëmurë, tek të cilët u konstatua një farë mbetje prapa në zhvillim, në 41 raste prej të cilëve vrehej deforimit i kazaftit thorakal.

Nëqoftëse ne paraqesim simptomat klinike, veçoritë e zhurrnave kardiake, të dhënat rontgenologjike dhe elektrofrafike, atëhere gjithmonë do të gjejmë disa simptoma të rëndësishme për diagnozën diferenciale.

Në 258 të sëmurë nga 325 (79%) degjohet zhurrmë sistolike fishkëlluese në linjën mediane, që është karakteristike për defektet septale intratriale (secundum), në shumicën absolute të rasteve gjatë anskultacionit në linjën para sternale ± të majtë në nivelin e interkostales II-III kemi akcentim të moderuar të tonit të dytë të art. pulmonares. Në të sëmurët, që mbeten pra 67 (20.6%), zhurrmat kardiake nuk ishin karakteristike dhe prandaj dilte nevoja të diferencoheshin nga zhurrmat e anomaliave të tjera kardio-vaskulare. Zhurrmat e tilla jo tipike në 1 kemi ndarë në 5 grupe (shih tab. 4).

Tabela Nr. 4

Zhurmat kardiake dhe diagnoza diferenciale 325 (100%)<sup>(a)</sup>

Zhurma tipike	258 (79.3%)				
Zhurma atipike	67 (20.6%)				
	Zhurma sistolike në spacin-min e 3-4 interkostal sin. (38)	Zhurma astolodiasistolike në spaciumpaciumin 3-4 interkostal sin. (3)	Zhurma diastolike min 2-3 interkostal sin (1)	Zhurme sistolike apex (14)	Zhurme diastolike në apex (11)
Defekt i kombinuar me stenozë art. pulm.	2		1		
Me shunt të theksuar nga e majta në të djathtë	12				
Zgjerimi i ventrikullit të majtë	Shunt jo i theksuar nga e majta në të djathtë				
	4				
Ventrikulli majtë jo zgjeruar	Me shunt të theksuar të gjakut nga e majta në të djathtë				
	11				
Suspektim për insuficiencë të valvulës trikuspidale	8	3			
Defekt i kombinuar me anomalji të derdhjes së venë pulmonare	?			1	1
Insuficienca mitrale				3	
				10	
Ductus Botalli apertum					
Me kombinim me stenozë mitrale					1
Shunt i theksuar i gjakut nga e majta në të djathtë					9

Zhurmat që dëgjoheh në defektet e septhumit inter-atrial (secundum) dhe që nuk janë tipike për të, duhet të diferencohen si më poshtë:

1) Në grupin e parë, zhurma sistolike dëgjoheh në një pikë me poshtë se zakonisht, ndërsaq ekzaminimi rontgenologjik jep zmadhim të ventrikullit të majtë. Në këtë rast klinikistëve u bie barra të përshtojnë

mundësinë e pranishmësisë së një defekti të septumit inter-ventrikular ose defektit të septumit inter-atrial të tipit primar. Raste të tilla kemi parë 16 dhe ato përfundimisht janë diferencuar si defekte inter-atriale të tipit *secundum*. Në grupin e dhënë tek 19 të sëmurë të tjerë, në ekzaminimin rontgenografik nuk u vu re zmadhim i ventrikullit të majtë dhe tek 11 nga të 19 të sëmurët u konstatua një hedhje e theksuar e gjaktut nga e majta në të djathtë. Prandaj, në rast se tek të sëmurët me defekt të septumit inter-atrial, zhurma dëgjohet më poshtë, atëherë del e domosdoshme të bëhet diagnoza diferenciale. Nëqoftëse mund të përjashtohet defekti i septumit inter-atrial, atëherë gjithmonë do të ketë një hedhje të madhe të gjaktut nga e majta në të djathtë.

2) Në grupin e IV njëkohësisht me praninë e zhurres që është karakteristike për defektin septal inter-atriale ekziston edhe zhurma sistolike në *aper cordis*. Nëqoftëse kjo zhurmë ndryshon nga ajo që dëgjohet në marгон e majtë të stenumit dhe transmetohet lateralisht ose në regionin aksilar, atëherë duhet të mendohet seriozisht për mundësinë e kombinimit të anomalisë së sipërmëndur me insuficiencë të valvulave mitrale. Në grupin e dhënë, nga 13 të sëmurët, në 3 raste u vërtetua përfundimisht mundësia e dhënë.

Megjithatë, në një numër të caktuar të sëmurëve, që nuk janë përfshirë në referatën tonë dhe që vuanin nga defekti i septumit inter-atrial i tipit primar dhe nga anomali të tjera, që e mundur të bëhej diferencimi vetëm në sajë të një pune mjaft të kujdesëshme. Duhet të theksojmë se një diferencim i tillë ka rëndësi të madhe qoftë për periudhën operative ashtu dhe për rezultatin post operator.

3) Në grupin e V, tek të sëmurët, përveç zhurres karakteristike për defektin septal inter-atrial të tipit *secundum*, dëgjohej gjithashtu zhurmë diastolike në *aper cordis*. Tek 9 të sëmurë u konstatua një hedhje e theksuar e gjaktut nga e majta në të djathtë. (Në shumicën e rasteve ishte në sasinë 70-80% të fluksit pulmonar). Vetëm tek 1 i sëmurë patën defekt të kombinuar me stenoze mitrale. Nuk është konstatuar ndonjë llogjeshmëri e vegantë e zhurrave kardiake tek të sëmurët me defekte të septumit inter-atrial të kombinuar me anomali të drenazhit të venave pulmonare me *ductus Botalli apertum*, stenoze të valvulave të art. pulmonare etj.

Në disa raste, për vënien e drejtë të diagnozës ka qënë e nevojshme të bëhet sondimi i atriumit të djathtë ose ekzaminimi angiografik.

Në më shumë se gjysmën e rasteve (178) E.K.G. jepet billokadë të pjesshme të tufës së djathtë të Hissit. Në pjesën tjetër u konstatua një hipertrofi e ventrikullit të djathtë. Në një pjesë të vogël të të sëmurëve u konstatua një ndryshim i ritmit kardiak të tipit të bllokadës atrio-ventrikular të gradës së parë dhe ffaqje të kontraktimit jashtë rradhe të atriumit apo ventrikullit. Në 2 raste E.K.G. ka dhënë hipertrofi të të dy ventrikuleve kur në 3 raste ishin në gjendjen e tyre normale.

Rezultatet e ekzaminimit rontgenologjik (shih tabelën 5) në shumicën absolute të rasteve, kanë dhënë një zmadhim të lehtë apo të mesëm të zemrës, kurse vetëm në 38 raste kishim një zgjerim të theksuar të saj. Në 272 raste (89.4%) nga ana rontgenologjike u konstatua një hipertrofi e ventrikullit të djathtë, me fryrje të konusit të art. pulmonare, shpim të garkullimit të vogël dhe «dancimi i hiluseve» pulmonare ka qënë karakteristikë për të sëmurët me defekt të septumit inter-atrial (*tip secundum*). Në 40 të sëmurë, ventrikulli i majtë duket sikur ishte

zgjeruar, por në 39 nga këto raste, ky zgjerim vinte si rezultat i hipertrofisë së ventrikullit të djathtë dhe spostimit të zemrës.

Tabela Nr. 5

## Kardiogramma

Kardiogramma tipike	Moshë	Zgjerimi i zemrës (Zemra (kaviteti thorakal dhe %)		
		Deri 15 vjeç	0.5 — 0.6 94	0.6 12
272	Mbi 16 vjeç	20 35%	35 — 70% 102	70% 26

Sondimi i zemrës së djathtë është bërë në 290 të sëmurë. Në pjesë jo e madhe e të sëmurëve e kishte presionin në art. pulmonare më lart se 30 mm. të shtyllës së zhvës. Në më shumë se gjysmën e të sëmurëve u konstatua shurt nga e majta në të djathtë (mbi 60% e gjakut në qar-kullimin e vogël). (Shih tabelën 6).

Tabela Nr. 6

## Sondimi i zemrës së djathtë

Gjithësi	Presioni në art. pulmonare 50 ose 30 mm/Hg.	Sasia e gjakut të hedhur nga e majta në të djathtë ndaj sasisë së gjakut në qarullimin e vogël 60%
290 (100%)	27 (9.3%)	157 (54.1%)

Sondimi nëpërmjet defektit nuk dha ndonjë ndihmë për diagnostikën. Gjithashtu është bërë sondimi i venës pulmonare, por megjithatë vetëm në dy të sëmurë dhe tek ata me rrugë operative u vërtetua anomalia e derdhjes së venave pulmonare në atriumin e djathtë.

Diagnoza plotësisht mund të vihet pa qënë nevoja e sondimit, në sajë të pranisë së klinikës, çfaqjes së zhurmave kardiake dhe të dhënave tipike elektrokardiografike dhe rontgenologjike, që janë karakteristike për defektet e septumit inter-arterial të tipit *secundum*. Në këto kushte, ne kemi bërë kurimin operativ të 32 të sëmurëve të grupit të dhënë. Ne kemi mundur të pakësojmë mundimet e tepërta të të sëmurit në ekzaminimet, po qe se vazhdimisht do të perfeksionojmë mjeshtrërinë tonë, ashtu siç vepron Dr. Norman Betyni.

*Operacioni:* Qëlimi i operacionit në defektet e septumit interarterial (*secundum*) konsiston në mbylljen e defektit dhe në heqjen e shkakat kryesor të shtimit të fluksit në qarullimin e vogël. Në kushtet kur re-

zistenca në garkullimin e vogël rritet respektivisht rritet dhe presioni në art. pulmonare, si rezultat i kësaj, garkullimi në atriumin e majtë dhe të djathtë barazohet ose çfaqet shunt i gjakut nga e djathta në të majtë. Në këto raste korigjimi i defektit nuk jep efekt kurues, por përkundrazi relativisht rritet rreziku i operacionit; prandaj nëqoftëse tek ndonjë i sëmurë ndryshimi midis sasisë së gjakut në garkullimin e vogël dhe të madh është më pak se 1 liter, duhet të mendohet seriozisht për indkacionin operator. Përveç të sëmurëve të kësaj kategorije, tek pacientët me diagnozë të qartë duhet të ndërhyhet sa më shpejt me të gjitha mundësitë. Në femijt (në vjetin e parë të jetës) presioni në atriumin e majtë dhe të djathtë është poutuajse i barabartë, si rezultat nuk ekziston shunt nga e majta në të djathtë. Prandaj në këta të sëmurë, femijë me defekt të septumit inter-atrial të tipit *secundum* është e vështirë venia e diagnozës dhe nuk është indikuar operacioni. Tek të sëmurët e vegjël, operacioni është indikuar në moshën 4-6 vjeç ose 7-8 vjeç; megjithatë sa më e vogël të jetë moshja e femijëve aq më shumë duhet pasur kujdes për të parandaluar komplikacionet pulmonare.

*Teknika e operacionit:* në klinikën tonë është kryer operacioni me zemër të thatë, për shkak defekti të septumit inter-atrial (*secundum*) në 382 të sëmurë. Prej këtyre në 29 pacientë, operacioni është kryer me aplikim të aparatit të garkullimit artificial dhe kjo e bazuar në këto arsye:

- 1) Defekti i kombinuar me anomali të tjera kardio-vaskulare.
- 2) Hypertension i madh në art. pulmonare me shunt të theksuar.
- 3) Zgjerimi i theksuar i zemrës deri në pamundësi për të diagnostifikuar.

*Garkullimi artificial:* Ne kemi përdorur aparatën e garkullimit artificial (Shangai tip 2 me disqe garkulluese) kombinuar me ujë të temperaturës së trupit deri 30°C, gjaku për mbushje ishte i citruar me 30/0 sol glukoze. Sasia e mbushjes 20-25 ml/kg peshë të trupit.

*Hipotermia:* Zakonisht ftohja është bërë me ujë dhe akull duke zbritur temperaturën e trupit të natuar në rektum 28-30° C. Ujja e thatë e gon në gregullime të rriturit kardiak në kohën e operacionit dhe reaksioni i organizmit do të jetë më i shpehur.

Të sëmurët vendoseshin në *decubitus spinal*, ana e djathtë e trupit e ngritur në 45°. Për të sëmurët tanë kemi përdorur kryesisht dy incizionale të kirurgjikale: incizionin e përparshëm të djathtë me prejen transversale të sternumit dhe incizionin bilateral. Tek një pjesë e vogël e të sëmurëve kemi përdorur incizionin e përparshëm të djathtë dhe në disa ishte zbuluar mirë. Megjithatë, incizioni i përparshëm i djathtë, zëmra presje transversale të sternumit që më pak traumatik dhe më pak ngardosën ligatura dhe u tërhoqën. Në aortën ascendente dhe art. pulmonare u vendosën klemat atriale. Në mbarim të operacionit, është e domosdoshme të hiqet ajri nga atriumi i majtë për të parandaluar embolinë.

Nëqoftëse në kushtet e hipotermisë, periudha e përjashtimit të zemrës ka qenë më tepër se 10 minuta duhet të rivendoset garkullimi (20-30 minuta) dhe përsëri ta ndalojmë atë. Ne kemi pasur tre raste defektesh të kombinuar me stenozë të valvulave të art. pulmonare ose me anomali të pjesësme të derdhjes së V. pulmonare në atriumin e djathtë. Në seicilin prej tyre, ndërprerja e garkullimit

është bërë dy herëshe. Dekursi operator dhe post-operator tek ata ishte i kënaqshëm. Pas operacionit, ngrohja e trupit është bërë duke futur në kavitetin thorakal sol fiziologjik të ngrohur në 40° C. deri sa temperatura e trupit arrin 32° C. (temperaturë anale). *Revizioni i jashtëm i zemrës:* Gjatë ekzaminimit të zemrës është e domosdoshme të kontrollohet për praninë e ndonjë anomalie konkomi-tante si stenozë e art. pulmonale, anomali të derdhjes së venave ose anomali të venës *cava superior sinistra*.

Nëqoftëse palpohet atriumi i djathtë shumë i zgjeruar ose ndjehen dridhje të atriumit të djathtë (majtë), atëherë duhet që më vonë të ek-zaminohen me shumë kujdes kaviteti i zemrës.

*Revizioni i brendshëm i zemrës:* Ky revizionim është një etapë e domosdoshme në operacionet në zemër të thatë. Futet gishtu në atriu-min e djathtë, nëpërnyjet të hapjes së bërë në aurikulën e djathtë dhe me të gjitha mundësitë palpohet struktura normale dhe anomalitë e atriumit dhe ventrikullit. Në rast anomalish të kombinuara, kryerja e operacionit nën hypotermi është e pamundur, prandaj duhet të kalohet në qarkullimin artificial. Tek të sëmurët me defekt të septumit inter-atrial (*secundum*), revizionimi i brendshëm i zemrës duhet bërë si më poshtë, duke sqaruar këto momente:

- 1) Lokalizimin dhe dimensionet e defektit në raport me indet për rrethi;
- 2) Ostimet e venave cava inferior et superior dhe raportit i tyre me defektin.
- 3) Lokalizimi i ostiumit të sinusit venoz. Ky ostium në rastin e defekteve inter-atriale të tipit *secundum* ndodhet në anën e përparshme të majtë, kurse në defektet primare të septumit ndodhet në anën e përparme të djathtë.
- 4) Të kontrollohet në se ka stenozë ose insuficiencë të valvulës tri-kuspidale, dimensionet e unazës fibroze të zemrës dhe pranja e ostiumit në rast anomalie të derdhjes së venave pulmonale.
- 5) Nëpërnyjet defektit kontrollohet ekzistenca e shumtit për në atriu-min e majtë si dhe gjendja e unazës fibroitike të valvulave të zemrës së majtë.

Në shumicën absolute tek të sëmurët tanë, koregjimi i defektit është bërë duke e qepur dhe vetëm në 10 të sëmurë është aplikuar plastika me dakron. Gjatë korigjimit të defektit nga pikëpamja teknike duhen pasur parasysh këto momente:

- 1) Defekti (tipit *secundum*) i septumit inter-atrial mund të jetë i kombinuar me anomali të derdhjes së venave pulmonale. Me qëllim korigjimi të kësaj anomalije, aplikohet angioplastika e venës *cava superior*. Metodika është e tillë: gjatë boshitit longitudinal të venës cava superior vihen dy sutura mëndafshi. Pastaj nën kontrollin e syrit qepet margoja e përparshme e defektit me një pjesë të paretit lateral të atriu-mit të djathtë. Në këtë mënyrë, gjaku nga vena pulmonale superior sin-derdhet në atriumin e majtë, nëpërnyjet rrugës së re, kurse vena *cava su-perior* e porsa krijuar derdhet në atriumin e djathtë. Për të dhënë mun-dësi që gjatë operacionit të zmadhohet atriumi i majtë, duhen shfrytë-zuar më tepër paretet e atriumit të djathtë. Operacioni duhet të djathtë në atë mënyrë që të mos ngushtohet ostiumi i venës pulmonale të djathtë dhe me të gjithë mundësitë të ruhet vena azigos, e cila lot rolin e ka-laterales.

Nëqoftëse ostiumi i venës pulmonale superiore dex dhe venës cava superior është relativisht e larguar nga atriumi i djathtë, atëherë reko-mandohet të pritet ajo vena pulmonale dhe të bëhet anastomoza e venës pulmonale superiore dex. me vena pulmonale inferior dex. të tËpit fund me anë.

Korigjimi i anomalisë së derdhjes së venës pulmonale superior dex. në atriumin e djathtë mund të bëhet me hypothermi dhe nën kontrollin e të parit. Nga një herë është e domosdoshme të pritet defekti në drejtim nga sipër dhe të qepet ana e përparme të zgjeruar të defektit me murin e përparëm lateral të atriumit të djathtë.

Nëqoftëse defekti është shumë i madh, ose ostiumi i derdhjes së vena ve pulmonale është larg defektit, atëherë teknika e qepjes së defektit bëhet e komplikuar. Në një rast të tillë, operacioni i qepjes së defektit bëhet nën hypothermi në dy etapa, ose korigjohet defekti me plast-masë nën garkullimin artificial.

2) Qepja e defektit inferior, tek i cili mungon margoia e prasme. Në këtë rast, nën kontrollin e syrit, kirurgu qep me suturë kiseti margin e përparme të polusit inferior të defektit me murin e përparëm të atriumit të majtë (ngritjen e të cilit e bëri asistenti duke e kapur me klema) dhe murin lateral të atriumit të djathtë.

I kalohet turniket venës kava inferior dhe duke pasur kujdes, që gjaku nga vena cava inferior bije në atriumin e djathtë lidhet sutura në formë gjysmë kiseti. Tek disa të sëmurë kllapat e venës cava inferior janë shumë të zhvilluara, prandaj duhet pasur kujdes se mos qepen në margon inferiore të defektit inferior.

3) Vetëm në raste të veganta e kemi qepur defektin, duke përdorur material plastmasë ose me rutura kontinua, sepse, si rregull, janë aplikuar sutura të veganta me mëndafsh mesatar në formë të gërmës «V». Distanca midis sutureve nuk ka kaluar 1 cm. Suturet vendosen në indin e butë-elastik të defektit. Dhe praktika ka vërtetuar se kjo mënyrë e të qepurit të defektit është e mirë.

4) Tek të sëmurët me defekt (*secundum*) të septumit inter-atrial të kombinuar me insuficiencë relative të valvulës mitrale ose trikuspidale është vënë re zgjerim i anulusit fibrotik e shoqëruar kjo me *regurgitatio* në atriumin e djathtë ose të majtë. Në këto raste, për të siguruar efektivitetin e mjekimit kirurgjikal dhe për rezultate të sigurt post-operatore, duhet që krahas korigjimit të defektit inter-atrial (*tip secundum*) të korigjohet dhe *regurgitacioni*.

Tek të sëmurët tanë, orvajtjet për të zvogëluar anulusin fibrotik, duke e qepur, kanë dhënë efekt të përkohshëm. Kjo për arsyeje të dilatacionit kardial. Rezultatet e qepjes së anulusit fibrotik të majtë, nëpërmjet defektit të septumit inter-atrial, kanë qënë të pakënaqësme. Korigjimi i insuficiencës relative është bërë me ndihmën e jashtëkëqve endokardial, nëpërmjet incizionit të atriumit të majtë. Sipas mendimit tonë, ky lloj incizioni (hyrje) jep rezultat më të mirë.

5) Qepja e defektit të septumit inter-atrial (*tip secundum*) si rregull nuk tregon në dëmtimet e sistemit konduktor të zemrës, gjë që duhet pasur parasysh gjatë qepjeve të defekteve inferiore.

Komplikacione post operatore, nga 325 të operuarve tanë, janë konstatuar vetëm në 15 raste (Shih tabelën 7)

Infeksioni i plagës është takuar në 9 të sëmurë, tek të cilët është aplikuar incizion transversal me prerje të sternumit në nivelin e intercostales së IV. Frekuenca më e shpeshtë e infeksionit në të sëmurë me këtë lloj mei-



Tabela Nr. 7

Komplikacionet operatore 325 (100%)<sup>0</sup>

Gjithsejt	15
Infektimi i plagës operatore	9
Hemiplegia	2
Blokada atrio-ventrikulare gr. III	1
Komplikacione pulmonare	1
	3

zioni mund të shpjegohet me faktin se incizioni është mjaft traumatic dhe pjesa e përparme sternumi është shumë e varfër në inde të buta. Fiksimi i fragmenteve të sternumit nuk është i përsosur, lëvizin gjatë kollitjes, veç asaj në kavitetin thorakal dhe atë perikardial grumbullohet eksudat. Të gjithë këto momente vonojnë regjenerimin e plagës operatore. Qysh nga 1965 ne kemi marrë një seri masash për uljen e ndikimit të faktorëve negativë të këtij lloj incisioni. Pas kësaj, në fakt, infeksioni post-operator, në këtë lloj incisioni është ulur mjaft.

Në periudhën post-operatore, tek dy të sëmurë kemi pasur hemiplegi. Është konstatuar se nga ky komplikacion këta të sëmurë janë shëruar 8 muaj dhe 18 muaj pas operacionit. Koha e përjashtimit të zemrës nga qar-kullimi tek këta të sëmurë të operuar nën hypothermi ka qenë 8 minuta dhe 21 sekonda dhe 5 minuta dhe 50 sekonda. Ekziston një lidhje e ngushtë midis hemiplejisë dhe embolisë gazoze apo trombozës së varave cerebrale, prandaj gjatë operacionit duhet të respektohen rigorozisht disa momente, siç është p.sh. heqja e gjithë ajrit dhe koagulave të gjakut nga kaviteti kardial.

Tek një i sëmurë kemi pasur bllok atrioventrikular gr. III. Tek ky person, gjatë operacionit, që u krye nën hypotermi nuk pati fenomene të dëmtimit, të sistemit konduktor të zemrës apo dhe hypoksi të rëndë. Të sëmurët kanë qenë për tre vjet me radhë nën kontrollin tonë. Tek ata kishte cregullime të rihait, si rezultat i bllokut atrioventrikular të gr. II.

Në të dy pacientë, në periudhën post operatore, patëm pneumoni.

Gjatë dhe pas operacionit, kujdes i veçantë i duhet kushtuar kalbeshmërisë së rrugëve të frymëmarrjes, të pakësohen sekrecionet, sidomos kjo duhet pasur parasysh në pacientët fëmijë të dobët dhe në pacientë me incizion bipleural me prerje transversale të sternumit. Për të parandaluar komplikacionet pulmonare duhet kërkuar nga të sëmurët që të kolliten mirë dhe të eliminojnë vetë sekrecionet; thithja me ndihmën e trakeoskopiut dhe nëpërmjet trakeostomisë është e indikuar vetëm në kushte të vëganta.

Në operacionet e korigjimit të defektit inter-atrial nën hypotermi, nga 353 të sëmurët e operuar në spitalin tonë, është ndeshur fibrillimi i ventri-kujve në 16 raste, që përbëjnë 4.50% të numërit të përgjithshëm të rasteve. Tek këta të sëmurë, temperatura  $\surd$  trupit, e matur në rektum, është zbritur në 28°-30° celsius.

Koha e përjashtimit të zemrës nga qarqullimi i përgjithshëm ka ndryshuar nga 5 minuta e 55 sekonda deri në 9 minuta. Nga këta, 9 të sëmurëve u ishte bërë incizion bipleural me prerje transversale të sternumit, kurse 7 kishin thorakotomi të djathtë me prerje transversale të sternumit; gjithashtu, duke u bazuar në të dhënat rontgenologjike në tensionin e arteres pulmonare, shunatn nga e majta në të djathtë, si dhe lokalizimin dhe dimensionin e defektit, ne nuk kemi takuar ndonjë vegori dalluese tek këta të sëmurë.

Me qëllim parandalimi të fibrilacionit ventrikular, gjatë operacioneve në zemër të thatë, duhen pasur parasysh këto momente:

1) Për të sëmurët me ulje të theksuar të funksionit kompensator të zemrës apo dhe me rithëm jo normal të zemrës, temperatura e trupit nuk duhet ulur nën 29°-30° (temperaturë rektale).

2) Duhet të parandalohet rënja e ajrit në vazat koronare. Masat për të ndaluar embolnë gazoze janë këto:

A — I sëmurri duhet të qëndrojë në shpinë dhe gjatë gjithë kohës ana e djathtë e trupit duhet të mbahet i ngritur në 45°, në mënyrë që atriumi i djathtë të ndodhet në pikën më të lartë.

B — Pas ekskludimit të zemrës, brenda mundësisë, të evitohen kontraksionet e diaphragmës, sepse në kavitetet e zemrës ruhet një pjesë e gjakut dhe ajër, kështu që gjatë këtyre kontraksioneve, gjaku dhe ajri përzihen, duke formuar fluska të vogla dhe shkumë, gjë që e bën të vështirë heqjen e ajrit nga gjyсна e majtë e zemrës.

C — Sutura e fundit të mos vendoset pa u nxjerrë i gjithë ajri nga kaviteti i zemrës së majtë. Në këtë kohë narkotizatori shton presionin në mushkëri, kështu gjaku shtryhet për në atriumin e majtë, i cili duke u mbushur plotësisht nxjerr ajrin përjashta. Prandaj është e domosdoshme të mbahet një sasi e caktuar rezerve gjaku në qarkullimin e vogël. Për këtë, pas ndërprerjes së qarkullimit në venat cava, nuk duhet pritur që të zbrazet krejtësisht zemra, por shpejt afërsisht për 30 sekonda të ndërpritet qarkullimi në aortën ascendente dhe në arterien pulmonare kryesore.

D — Gjatë operacionit, me qëllim që të krijohet fushë e mirë operative nuk duhet të thithet krejt gjaku, sidomos duhet evituar thithja e tij me ndihmën e aspiratorit nga atriumi i majtë nëpërmjet defektit.

E — Në rastet kur defekti inter-atrial është i madh, ndodh që hyrja e venës pulmonare të djathtë të çfaqet në fushën operative dhe në të mund të hyjë lehtë ajri. Ka disa autorë që rekomandojnë mbijliden e kësaj vene gjatë operacionit. Sipas mendimit tonë, në rast se do të mirren masat e lartpërmendura për heqjen e ajrit, kjo manovër është e tepërt.

F — Në disa raste të rralla ndodh që, megjithë rritjen e presionit në mushkëri, nuk mjafton gjaku për të mbushur zemrën e majtë. Në këtë rast përkohësisht mund të hapet *vena cava inferior* dhe nga atriumi i djathtë nëpërmjet defektit, gjaku hyn në atriumin e majtë. Një manipulim i tillë është më pak i rrezikshëm se sa futja e sol. aseptik fiziologjik. Në rast se do të duhej të bënim një veprim të tillë, atëhere gjithashtu do të kemi kujdes që të mos formohen fluska dhe mos të lemë ajër në zemër.

G — Me qëllim parandalimi të trombeve në arterie pas qepjes së defektit, menjëherë të thithet gjaku dhe koagulatet e tij nga atriumi i djathtë sidomos nga ostiumi i *vena cava inferior*.

4) Në stabilizimin e punës së zemrës, zakonisht hapet *vena cava superior* dhe njëkohësisht art. pulmonare kryesore, pastaj *vena cava inferior*. Në 11 të sëmurë në fillim është hapur *vena cava inferior* dhe pastaj *vena cava superior*.

Tek ata të sëmurë që kishin të pamjaftueshëm funksionin kompensator të zemrës dhe tek të cilët operacioni u krye me qarkullim artificial për një afat pak a shumë të gjatë kohe, pra tek ata në fillim u hap *vena cava superior*, pas një fare kohe (10°-130°) hapen vena cava inferior. Për të parandaluar dilatacionin akut të zemrës nga mbimbushja e saj me gjak, në fillim duhet hapur vena cava superior dhe njëkohësisht të futet në qarkullim aorta dhe art pulmonare. Gjithashtu duhet pasur kujdes për

pamjafueshmërinë e fluksit kardiak, nga e cila mund të lindë hypoksia e mोकarrit dhe, si rrjedhim, mos stabilizimi i T.A.

5) Pas stabilizimit të aktivitetit kardiak, me vëmendje të madhe duhet të observohet tensionimi i zemrës, ngjyra dhe ritmi. Nëqoftëse aktiviteti i zemrës nuk vjen duke u përmirësuar gradualisht, atëherë është e nevojshme të indikohen medikamente për rritjen e T.A. dhe të plotësohet me masazhim të zemrës.

Nder faktorët që ndikojnë në stabilizimin e aktivitetit kardiak, më kryesorët janë: parandalimi i embolisë gazoze dhe nxjerrja e ajrit nga kavitetet e zemrës. Ndërkohë duhet pasur kujdes të evitohet hypoksia, humbja e gjakut, acidoza etj. Kështu që për kryerjen e operacionit dhe për stabilizimin e punës së zemrës, rëndësi të madhe ka gjendja e përgjithëshme e pacientit.

Fibrilacioni ventrikular, gjatë operacionit nën hypothermi është një çështje serioze, prandaj duhet pasur parasysh që të mirren gjithë masat për ta parandaluar.

## REZULTATET E OPERACIONIT

Në spitalin tonë janë kryer 382 operacione për shkak defekti të septumit inter-atrial. Mortaliteti post-operator ka qënë 1.50% (6 raste gjithsej). Shih tabelën 8. Në 353 raste, operacioni është kryer nën hypothermi dhe

Tabela Nr. 8

Mortaliteti post-operator 382 = 1000/0

Mortaliteti	Shkarkete vdekjes			
	Nuk u stabilizua aktiviteti kardiak	Fibrilimi i ventrikujve gjatë operacionit	Ndalimi i menjëshëm i zemrës 2 orë pas në ditën e tretë operacionit	Insuficienca akute kardiake
garkullimi okara korporal				
Hypothermi	1	3	1	1
2	4 (1.2%)			

4 pacientë vdiqën në tavolinën e operatorit nga arithmia e zemrës (mortaliteti post-operator 1.20/0). Me ndihmën e aparatit për garkullim ekstrakorporal janë kryer 29 operacione, prej të cilëve dy vdiqë. Tensioni arterial në art. pulmonare tëq dy të sëmurë ishte mjaft i rritur (62-64 mmHg). Njëri prej këtyre vdiq nga insuficienca kardiake në ditën e tretë pas operacionit, siç duket ndalim i menjëshëm i zemrës, qe rezultat i formimit të embolisë gazoze në vazat koronare. Sipas të dhënave të plota objektivë e subjektivë në kontrollin e 280 të sëmurëve të bërë në periudhën post-operative nga 1 deri 9 vjet, rezultatet mund t'i shprehim në 4 grada: 1) Të mira; 2) Të përmirësuar; 3) Të këqia; 4) Të vdekur. (Shih tabelën 9).

Tabela Nr. 9

## Rezultatet e largëta të mjekimit

Gjithseji	Përmirësim i theksuar	Përmirësim i mesëm	Pa ndryshim	Vdekje
280 (100%)	252 (90%)	22 (7.8%)	4 (1.4%)	2 (0.7%)

Rezultat të mirë post-operator kanë pasur 252 të operuar (90%/0). Tek këta të sëmurë u zhdrukën ankimet kardiake dhe zhurma nuk degjoheshin. Në rontgenogramë fenomenet e stazës pulmonare dhe të zgjerimit të zemrës ishin pakësuar. Përmirësim kemi pasur në 22 të sëmurë (7.8%/0); sugjektivisht ndjeheshin mirë në një farë grade, por në ekzaminimin objektiv degjoheshin zhurmat kardiake, kurse në ekzaminimin rontgenologjik mbeteshin të shprehura ndryshimet në pulmone dhe zemër. Në tabelën 10 janë treguar arësytet e rezultateve jo të kënaqëshme tek këta të sëmurë.

Tabela Nr. 10

## Analiza e gjendjes e të sëmurëve me përmirësim të mesëm

Gjithsejt	Moshë	Defekti i kombinuar para operacionit me						Zgjerimi i zemrës 110%	Psikoza
		Përmirësim jo i theksuar i gjend. objektive	Stenoza të arter pulm.	Anomali e dendësve venave pulmonale në atr. e djathtë	Insuficiencia mitrale	Insuf. trikuspitale	Insuf. mitrale dhe trikuspitale		
22	Mbi 16 vjeç (13) Deri 15 vjeç (9)	4	—	2	3	—	1	1	1

Në grupin e të rriturve (më tepër se 16 vjeç) 6 prej 13 pacientëve para operacionit kishin defekt të septumit inter-atrial të kombinuar me anomali të tjera. Tek 7 të sëmurët e tjerë të këtij grupi gjithashtu u gjetën shkaqe të mos kurimit të plotë. Po e njëjta gjë ishte dhe për 8 nga 9 pacientët e grupit të ri (deri 15 vjeç). Përsa i përket efektivitetit të operacionit midis grupit të të rriturve dhe të rinjve nuk është konstatuar ndonjë diferencë esenciale. Mjekimi operativ ka dhënë rezultat më të mirë tek grupi i pacientëve të rritur, por sipas të dhënave të observimit në 180 pacientëve të grupit të të rriturve, ne konstatuam se në 35 të sëmurë (18.9%/0) në periudhën post-operatore u zhdrukën zhurmat kardiake dhe rontgenologjiksht u konstatua përmirësim i gjendjes së mushkrëve dhe zemrës, megjithëse të sëmurët vetë nuk ndjenin ndonjë përmirësim. Fenomene të tilla na kemi konstatuar edhe në 15 nga 140 të sëmurët e grupit të të rinjve (10.8%/0). Me të vërtetë në disa të sëmurë të grupit të të rinjve dhe më tepër të grupit të të rriturve, pas koregjimit të defektit nuk rregullohet gjendja subjektive. Kështu në 4 të sëmurë të observuar nga 4-8

vjet, ne iu kemi bërë sondimin e atriumit të djathtë, duke vërtetuar mungesën e shumtimit të gjakut në atrium, megjithatë dy prej këtyre nuk e ndjejnë veten mirë.

Udhëheqësi ynë i madh, kryetari Mao Ce Dun na mëson: «Idetë e drejta të njeriut linden vetën nga praktika shoqërore, me tre format e saja: nga luta në prodhim, lufra klasore dhe eksperimenti shkencor».

Në bazë të analizës së 325 rasteve të operuara për defekt inter-atrial *tip secundum*, i kemi lejuar vetes të konkludojmë sa më poshtë:

1) Defekt i septumit inter-atrial *tip secundum kongenital* është një sëmundje e shpeshtë, ndër defektet e lindura të zemrës. Ajo mund të kurohet në mënyrë operative. Në klinikën tonë, gjatë 10 vjetëve të fundit, janë kryer 1050 operacione në zemër të thatë, nga këta sëmundja e mësimërie ze vëndin e parë (me 31.5%). Në kurimin operativ, rezultat të mirë kemi pasur në 90% nga të 280 të sëmurët me të dhëna të plota të ekzaminimit post-operator. Mortaliteti post-operator ze 1.5% të rasteve.

2) Në shumicën e rasteve, operacioni në zemër të thatë është kryer në kushte hypokermie. Në materialin e dhënë është paraqitur metoda e operacionit. Tek pacientët që kishin defekt të septumit inter-atrial *tip secundum* të kombinuar me anomali të tjera ose me shumt të theksuar nga e majta në të djathtë me hipertension në arterien pulmonare dhe dilatacion të theksuar të zemrës, operacioni është kryer me ndihmën e aparatit të qarkullimit ekstra korporal.

3) Udhëheqësi ynë i madh, kryetari Mao Ce Dun na mëson se «në çdo problem . . . duhet të respektohet parimi i dashurisë për punën dhe kujdesin».

Nëqoftëse kirurgët qëndrojnë në pozitë për t'i shërbyer popullit me gjithë zemër dhe me gjithë forcat e mendjes së tyre dhe nëqoftëse zotërojnë mirë parimet e mjekimit operativ në zemër të thatë, atëherë ata do të mund të kryejnë operacionet me defekt të septumit inter-atrial nën hipotermi, sepse këto intervente kardiake nën hipotermi janë më pak të rrezikëshme, teknikisht më të thjeshta, më ekonomike dhe japin rezultat më të mirë, prandaj dhe e vlen të rekomandohet.

Letaliteti post-operator tek të sëmurët që i janë nënstruar këtij operacioni ka qënë 1.2% dhe në 16 të sëmurë ka pasur fibrilacione ventrikulare, që është një nga shkaqet e vdekjes tek të sëmurët me hipotermi. Në materialin e dhënë janë shqyrtuar gjithashtu problemet mbi teknikën e korigjimit dhe parandalimi i fibrilacionit ventrikular.

## PROBLEME TË PREMATURANCËS NË SHKODËR NË VJETET 1962-1966

XHAVID GJYLLBEÇAJ

(Repartit i të Lindurve para kohe pranë «Shërbisë së Foshnjës» Shkodër.

Drejtor Xh. Gjylbeçaj)

Në literaturën mjekësore botërore prej kohësh i kushtohet një vëmendje gjithënjë e më e madhe problemit të lindjeve para kohe, shkaqeve që i sjellin këto lindre dhe kërkohen rrugë të mundshme për parandalimin e tyre. Ky interesim kaq i madh për këtë problem është i lidhur me rëndësinë që ka ky grup fëmijësh, ndonëse i vogël në numur, në zbritjen e mëtejshme të mortalitetit infanatil. Të dhënat e literaturës botërore japin shifra shumë të larta për vendin që zënë këta fëmijë në mortalitetin infanatil në përgjithësi (0-1 vjeç) dhe në veçanti në mortalitetin infanatil të hershëm (0-1 muaj). Këshiu p.sh. Laslo Bobsei (Budapest 1961) referon se fëmijët e lindur para kohe përfaqësojnë 60% të vdekjeve të ndodhura në vjeçin e parë të jetës, Mallisheva R.A. (Sjyerlllovsk 1961) 45-50% të këtyre vdekjeve, Sarkany I. (Hungari 1964) referon se fëmijët e lindur para kohe përfaqësojnë 76% të vdekjeve të ndodhura në muajin e parë të jetës, në sa, sipas Malichar V. (Çekosllovakia 1962) 66.8% të këtyre vdekjeve. Të dhëna të tilla japin edhe shumë autorë të tjerë.

Mjerisist, deri në sot, në literaturën tonë mjekësore janë të pakta punimet e botuara lidhur me këta fëmijë dhe në këto punime mungojnë, pothuajse fare, të dhënat lidhur me vendin që zëjnë fëmijët e lindur para kohe në mortalitetin infanatil të vendit tonë.

Për të plotësuar sado pak këtë boshllëk, ne i hymë këtij studiumi.

Përpuna veltës i kemi vënë këto tri detyra:

- 1) Të përcaktojmë disa të dhëna lidhur me fëmijët e lindur para kohe gjatë vjetëve 1962-1966 në Shkodër.
- 2) Të përcaktojmë vendin që zënë fëmijët e lindur para kohe në mortalitetin infanatil të qytetit të Shkodrës po për këtë periudhë.
- 3) Të përcaktojmë mortalitetin në vjeçin e parë të jetës në grupin e fëmijëve të lindur para kohe në qytetin e Shkodrës për të njëjtën periudhë, shkaqet kryesore të tij etj., duke e krahasuar me atë të fëmijëve të lindur para kohe.

### *Metodat dhe materialet e përdorura*

1) Për të përcaktuar vendin që zënë fëmijët e lindur para kohe në të lindurit gjallë dhe disa probleme të tjera lidhur me të, kemi përdorur 9.151 kartela fëmijësh të porsa lindur (nga 9004 gra) të lindur në shërbimë e lindjes Shkodër gjatë vjetëve 1962-1966, Për këtë qëllim kemi konsideruar fëmijë të lindur para kohe të gjithë ata që kanë plotësuar këto kushte:

- 1) Kanë pasur peshë lindjeje deri në 2500 gr.
- 2) Gjatësi të trupit deri 45-46 cm.
- 3) Kanë pasur moshë barre nën 40 javë.

II) Për të përcaktuar vendin që zënë fëmijët e lindur para kohe në mortalitetin infanatil për çdo fëmijë qytetare të vdekur gjatë vjetëve 1962-1966 (gjithsejt 626 fëmijë) kemi marrë të dhëna nga:

1) Kartelat e të porsa lindurve në shtëpinë e lindjes Shkodër për kë-  
ta fëmijë lidhur me peshën e lindjes, gjatësinë e trupit, moshën e barrës,  
gjendjen shëndetësore të nënës gjatë barrës etj. (Drejtor Q. Xhango, mjek  
pediatër Xh. Gjylbegaj për vjetët 1962-1964 dhe R. Zekja për vjetët 1965-  
1966).

2) Nga kartelat e konsultorit të fëmijës lidhur me zhvillimin fizik të  
tij gjatë periudhës që ka jetuar (mjekë pediatre S. Fasllija).

3) Kartelat e institucioneve ku ka vdekur fëmija për të përcaktuar  
shkaqet e vdekjes etj. (për 408 fëmijë).

4) Për çdo fëmijë të vdekur në banesë kemi plotësuar një anketë me  
kërkesa të parapregatitura, për të nxjerrë të dhëna lidhur me shkaqet e  
mundësuarve të vdekjes etj. (për 218 fëmijë).

III) Me anën e shtëpisë së lindjes, shtëpisë së foshnjës dhe konsulto-  
rit të fëmijës në qytetin e Shkodrës është ndjekur fati i fëmijve qytetarë  
të lindur para kohe (në pamundësi për fshatin) gjatë vjetëve 1962-1966,  
duke e krahasuar me atë të fëmijve të lindur me kohe.

Nga materialet e marrura në studim, rezulton se nga 9004 gra, që  
kanë lindur fëmijë të gjallë në shtëpinë e lindjes Shkodër gjatë kësaj pe-  
riudhe (gjithejt 9151 fëmijë) kanë lindur fëmijë para kohe gjithsejt 534  
gra, që janë barazi me 5.80% të të gjithë lindjeve me fëmijë të gjallë.

Nga 534 lindje para kohe kanë lindur 616 fëmijë premature, që janë  
barazi me 6.50% të të gjithë fëmijve të lindur gjallë (nga këta 164 fëmi-  
jë premature binjakë dhe 452 fëmijë nga lindje me një fëmijë).

Këto të dhëna përpunhen plotësisht me ato të autorëve të vendit tonë  
dhe të autorëve të huaj, sipas të cilëve lindjet para kohe kanë një oshi-  
lacion mjaft të gjërë prej 3-13.70% të të gjithë lindjeve me fëmijë të gja-  
llë.

Tabela Nr. 1

### Lindjet para kohe në %o sipas autorëve të ndryshëm

Autori	Vendi	Vjei	% e lindjeve para kohe
Sylqebe H.	Tiranë	1947—1948	11.8
Bekeshi S.	Tiranë	1955	6.5
Gjiozani K.	Tiranë	1951—1955	7.8
Gjiozani K.	Tiranë	1956-1960	6.9
Gjylbegaj Xh.	Shkodër	1962—1964	6.15
Buçi J. e bp.	Kubë (Orient)	1959—1960	13.7
Broznovskaja I.	Varshavë	1961	8.0
Mallisteva R. A.	Syverlllovsk	1961	6—6.5
Meisnar V.	Pragë	1962	5.76
Mesmer	Austri	1961	6.0
Mesing K.	Poloni	1961	8.6
Salmi	Finlandë	1957	3.0
De Silva C.-C. etj.	C . . .	1963	13.5
Radaković Z., Telpa D.	Beograd	1966	7

Lindjet para kohe takohen në rradhë të parë tek gratë me moshë të  
re, në lindjet e para (A.A. Nikolskaja dhe K.E. Nikollajeva, T.A. Kulakova,  
A.I. Jegerova, B.I. Durde, K. Mosing etj.) si dhe tek gratë që merren me  
punë fizike (Kaplan A.F., Granad N.E., Zhelehorova I.N. etj.).

Nga materiali ynë rezulton se nga 534 lindje para kohe u përkasin  
lindjeve të para 233 prej tyre (barazi me 43.60% e lindjeve para kohe) dhe

336 gra u përkasin grave me moshë nën 25 vjeçare (63% e tyre). Vlen të theksohet numëri i madh i lindjeve para kohe në gratë me moshë nën 20 vjeçare (101 lindje që janë barazi me 18% të të gjithë lindjeve para kohe dhe rreth 30% e lindjeve para kohe të moshës së grave nën 25 vjeçare). Kapllan A.I., Granad N.E. dhe Zhelehoeva I.N. theksojnë se lindjet para kohe takohen rreth kësaj herë më shpesh tek gratë punëtore në krahasim me gratë shtëpiake.

Edhe në materialin tonë na rezultojnë se lindjet para kohe janë më të theksuara në gratë punëtore dhe fshatare në krahasim me gratë shtëpiake.

Tabela Nr. 2

**Profesioni i gruas në 534 lindje para kohe lindur në Shkodër në vjetët 1962-1966**

Profesioni i gruas	Profesioni i gruas			Shuma	
	Shtëpiake	Punëtore	Fshatare		Nëpunsa, arsim shëndetesi etj.
Nr. i lindjeve %	143 26.7	175 32.7	195 36.5	21 3.9	534 100

Nga kjo tabelë rezultojnë se megjithë që lindjet nga gratë shtëpiake kanë përfaqësuar afro gjysmën e lindjeve (48.6%/o) lindjet para kohe nga këto gra përfaqësojnë vetëm 1/4 e lindjeve para kohe, në sa lindjet nga gratë fshatare kanë përfaqësuar 1/5 e lindjeve të ndodhura (18%/o), kurse lindjet para kohe më shumë se 1/3 e lindjeve para kohe.

Kjo blic më shumë në sy po të shohim në vegantë përqindjen e lindjeve para kohe në grupe të ndryshme grash.

Tabela Nr. 3

**Lindjet para kohe sipas profesionit të gruas për vjetët 1962-1966**

Profesioni i gruas	Nr. i lindjeve	Nga këto para kohe	Përqindja
Shtëpiake	4381	143	3.2
Punëtore	2071	175	8.4
Fshatare	1650	195	11.8
Nëpunsa, shëndetesi arsim etj.	902	21	2.3
Shuma	9004	534	5.9

Sig. shihet nga kjo tabelë, si rezultat i moszbatimit me rreptësi të ligjeve të shtetit tonë socialist, lidhur me mbrojtjen e gruas, kur ajo është shtatzënë, lindjet para kohe në shtëpinë e lindjes Shkodër takohen rreth tre herë më shpesh në gratë punëtore qytetare se sa në gratë shtëpiake qytetare, kurse në gratë fshatare afro 4 herë më shpesh. Nga këto pak të dhëna del kjo që mbrojtja e gruas shtatzënë, konformë ligjeve të shtetit, duhet të forcohet edhe më shumë.



Për këtë arsëye, ne mendojmë se problemi i zbritjes së lindjeve para kohe, me çka është e lidhur zbritja e mëtejshme e mortalitetit infantil, është padyshim një problem i madh shoqëror, me të cilin duhet të merren të gjithë, që nga gruaja shtatzënë dhe familja e saj e mëjku obstetër-gjinekologjik dhe deri tek drejtuesi i ndërmarrjes ekonomike dhe ai i kooperativës bujqësore, si dhe nga vetë organizata e gruas. Është detyrë e ngutëshme e punonjëswë të shëndetësisë, sidomos të profilit obstetër-gjinekolog dhe pediatër, që të bëjnë një punë shumë më të madhe skja-ruese në këtë drejtim.

Ne mendojmë se ka ardhur koha që në qytetet kryesore të vendit tonë, tashmë me industri të zhvilluar, të inkludohet në organikat e konsultoreve të grave një numër i konsiderueshëm mamish, të afia nga ana teknike, për të kontrolluar e ndjekur gratë shtatzëna punëtore. Këto kuadro duhet të udhëzojnë si gratë për hygjën e barres ashtu edhe ndërmarrjet ekonomike për të krijuar kushte lehtësuese, konformë ligjeve të shtetit. Këto kuadro duhet të ndjekin në mënyrë të vazhdueshme çdo grua punëtore shtatzënë, ta detyrojnë atë të marrë pushimin para lindjes dhe ta ndjekin atë në familje deri në lindje dhe disa ditë pas lindjes, duke e udhëzuar për të gjithë jetën e gruas dhe në veçanti gjatë barres dhe periudhës së lëhonisë.

Kuptohet se këtyre kuadrove duhet t'u plotësohen kërkesat nga drejtoritë e ndërmarrjeve ekonomike. Në sa për fshatin, ne mendojmë se mamitë duhet të udhëzohen mirë në kurse 1-2 mujore dhe t'u kërkohet llogarit për çdo lindje para kohe që ndodh në rajonin e tyre.

Këto masa pa dyshim do të sjellin si rezultat zbritjen e lindjeve para kohe dhe, bashkë me këtë, do të shohim edhe zbritjen e mortalitetit infantil. Kjo për arsëye sepse lindjet para kohe në materialin tonë rezultojnë të kenë tendencë rritjeje, sidomos vjetër e fundit.

Lindjet para kohe ndikojnë rëndë në mortalitetin infantil të qytetit të Shkodrës. Kështu gjatë vjetëve 1962-1966 kanë vdekur në qytetin e Shkodrës 626 fëmijë të moshës 0-1 vjeç, të cilët kanë pasur këto peshë në lindje (shih tabelën Nr. 4)

Tabela Nr. 4

**Peshat në lindje të fëmijve të vdekur në moshën 0-1 Vjeç për vjetët 1962-1966**

Fëmijë gjithsej	Peshë në gram			
1001	1501	2001	2501	3000
1500	2000	2500	3000	+ 3000
626 %	27 4.31	69 11.02	92 14.69	146 23.32
				292 46.64

Sig shihet nga kjo tabelë, megjithëse fëmijët e lindur para kohe në qytetin e Shkodrës gjatë kësaj periudhe kanë përfaqësuar 5.15% të fëmijve qytetarë të lindur gjallë, vdektur e këtyre fëmijve kanë përfaqësuar 30% të vdekteve 0-1 vjeç (nga 626 fëmijë, 188 ishin të lindur para kohe).

Këto të dhëna kanë një rëndësi të madhe sepse, sipas mendimit tonë, me zbritjen e vdekteve në këtë grup kaq të vogël fëmijësh mund të arrijmë në një zbritjen e mëtejshme të mortalitetit infantil në qytetin e Shkodrës,

që ende qëndron në shifra të larta, mbi mesataren e Republikës. Të larta janë sidomos vdekjet e femijve të lindur para kohe në muajin e parë të jetës, duke përfaqësuar 53% të të gjitha vdekjeve të kësaj moshë (nga 189 femijë, 100 ishin të lindur para kohe).

Vlen të theksohet se kuota e këtyre femijve ka ardhur duke u rritur si në vdekjet e moshës 0-1 vjeç, gjithashtu edhe të moshës 0-muaj.

Tabela Nr. 5

**Vdekjet e femijve të lindur para kohe kundrejt vdekjeve të moshës 0-1 vjeç dhe 0-1 muaj për vjetët 1962-1966**

Vjetët	Vdekjet 0-1 vjeç			Vdekjet 0-1 muaj		
	gjitshëj	Nga këta prematur	Përqindja	gjitshëj	Nga këta prematur	Përqindja
1962	138	32	23.1	35	16	45.7
1963	105	23	22.0	27	12	48.1
1964	133	41	30.6	44	21	47.6
1965	122	53	43.4	46	31	67.4
1966	128	39	31	37	20	54
<b>Shuma</b>	<b>626</b>	<b>188</b>	<b>31.01</b>	<b>189</b>	<b>100</b>	<b>53</b>

Në mendojmë se në të ardhmen, kuota e këtyre femijve në mortalitetin infantil do të vijë duke u rritur gjithënjë. Kjo si rezultat i zbrifjeve më të mëdha të vdekjeve në grupin e femijve të lindur me kohë, në krahasin me ato para kohe, sidomos të moshave mbi 6 muaj, pasi këtë tendencë të zbrifjeve të vdekjeve mbi këtë moshë ne e vrejëm në Shkodër qysh në vjetin 1961-1962. Kështu p.sh. në sa në vjetët 1961-1962 vdekjet në gjashtë mujorin e parë kanë përfaqësuar në qytetin e Shkodrës 55-57% të vdekjeve 0-1 vjeç, ky indeks u rrit në vjetin 1965-1966 në 71-80% të këtyre vdekjeve.

Vdekjet e femijve të lindur para kohe janë të theksuara sidomos në dietë e para pas lindjes. Kështu p.sh. R.A.Malishëva referon se vdekjet në femijët e lindur para kohe gjatë periudhës neonatale janë 25-30 herë më të shpeshta se sa tek të lindurit me kohë, sipas S.A.Novoselskiç 35-40 herë eji.

Në materialin tonë të maternitetit të Shkodrës (9151 femijë, prej të cilëve 616 të lindur para kohe) na rezultoi se gjatë vjetëve 1962-1966, në sa në grupin e të lindurve me kohë gjatë qëndrimit në maternitet, lëvizjet ka qënë i barabartë me 10% e të lindurve gjallë (nga 8535 femijë 81), për të njëjtin kohë në të lindurit para kohe, gjatë qëndrimit në maternitet, ky indeks ishte i barabartë me 23.7% (nga 616 femijë 146 prej tyre), pra është rreth 24 herë më i lartë se sa në të lindurit me kohë.

Shifrat shumë të larta të vdekjeve të femijve të lindur para kohe, në krahasin me ato të lindur me kohë, që gjatë qëndrimit në shëpi të lindjes, pra qysh në dietë e para pas lindjes, flasin kllarë për nevojën që kanë këta femijë për një trajtim të specializuar qysh në momentin e lindjes, pasi vdekjet e tyre në dietë e para ndikojnë rëndë në vdekjet e të lindurve para kohe në muajin e parë të jetës dhe këto të fundit ndikojnë rëndë në vdekjet e prematurëve në vjetin e parë të jetës.

Kështu nga 188 femijët prematurë qytetarë të vdekur në vjetin e

parë të jetës, muajt të parë i përkasin 100 = 53,20% dhe vetëm 88 = 46,80% i përkasin muajt të dytë deri në të dymbëdhjetin.

Nga vdekjet premature në muajin e parë të jetës, një vend të rëndësishëm zënë ato të ndodhura në 48 orët e para dhe në përgjithësi në 10 ditorin e parë të jetës. (Tur A.F., Pozdnyak A.P., Klimickij K.S., Nina A. Andersen etj.).

Nga materiali ynë rezultojnë se nga vdekjet premature të ndodhura gjatë muajt të parë të jetës, 282 i përkasin vetëm ditës së parë, 530% tri ditëve të para dhe 71% dhjetë ditëve të para (shih tabelën Nr. 6).

Tabela Nr. 6

**Vdekjet e fëmijëve premature në 10 ditorin e parë të jetës sipas ditëve për vjetëri 1962-1966**

M o s h a n ë d i t e											
Nr. i fëmijëve	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	Shuma 71
	20	8	10	6	7	2	3	4	5	6	
%	28	11.2	14	8.4	9.8	2.8	4.2	5.6	7.0	8.4	100

Duke u nisur nga shifrat që dhannë më sipër, në kushtet e sotme, edhe ndër ne merr një rëndësi të madhe profilaksia e patologjisë së barrës dhe zbatimi me reptësi i ligjeve të shtrëtit tonë socialist mbi mbrojtjen e gruas shtatzënë. Kjo për arsye sepse gjatë kësaj periudhe në rreth 30% të nënave të fëmijëve premature të vdekur në muajin e parë të jetës kemi vrejtur fenomenet e patologjisë së barrës (toksikozë e pjesës së dytë të barrës, temperaturë e lartë përpara dhe pas lindjes, trauma fizike etj.) dhe në 34% të nënave të këtyre fëmijëve nuk kishte përdorur fare ose pjesërisht pushimin para lindjes.

Duke ndjekur fatin e të gjithë fëmijëve të lindur para kohe në qytetin e Shkodrës dhe duke e krahasuar me atë të fëmijëve të lindur me kohë, na rezultojnë se në grupin e fëmijëve të lindur para kohe, vdekjet gjatë vjetit të parë të jetës janë rreth 9 herë më të shpeshta se sa në grupin e të lindurve me kohë, po të shikojmë përpjesëtimet dhe frekuencën e tyre.

Shifrat e vdekjeve të fëmijëve të lindur para kohe në Shkodër, ne i konsiderojmë shumë të larta. Për mendimin tonë, janë mundësitë që këto vdekje të zbriten sepse në Shkodër mbi 70% e të lindurve para kohe kanë peshë lindjeje mbi 2000 gram, por për këtë është e domosdoshme që të vlerësohet më shumë nga kuadri ynë i lartë dhe i mesëm mjekësor, çdo fëmijë e lindur para kohe, pavarësisht nga peshja e tij në lindje. Një vlerësim më i drejtë i këtyre fëmijëve, një shërbim i diferencuar për këta fëmijë, pa dyshim do të sjellë zbritjen e vdekjeve në këtë grup fëmijësh.

### K o n k l u z i o n e

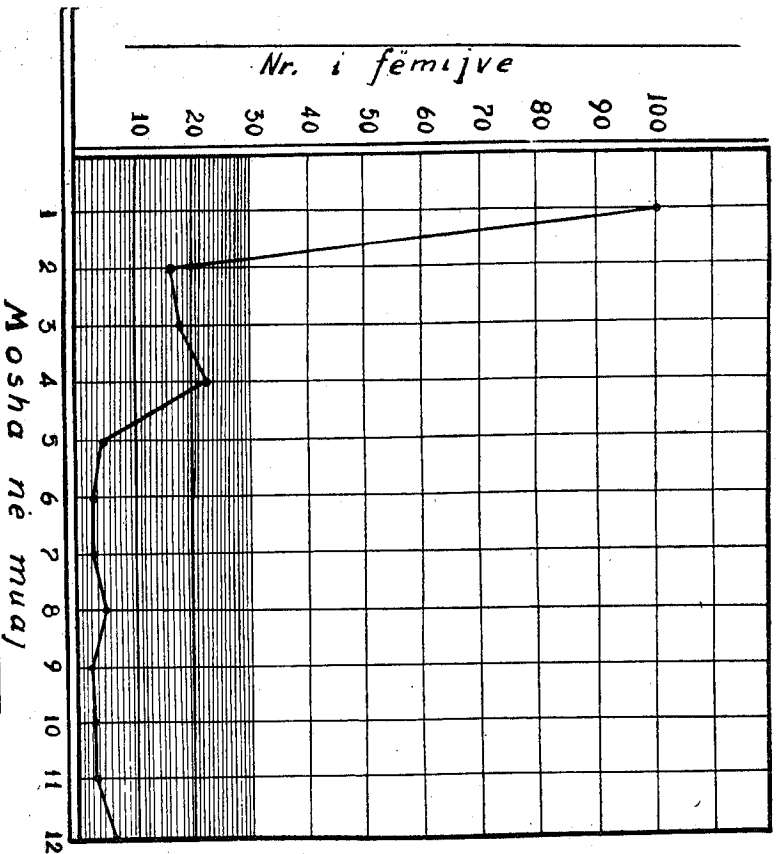
1. — Gjatë vjetëve 1962-1966, lindjet para kohe në shtëpinë e lindjes në Shkodër kanë përfaqësuar 5,80% të lindjeve, në sa fëmijt e lindur para kohe 6,50% të fëmijëve të lindur gjatë.

2. — Lindjet para kohe janë më të theksuara në gratë me moshë të re (63% nën moshën 25 vjeçare) dhe që linden për herë të parë (43,6%).

3. — Lindjet para kohe takohen në Shkodër tri herë më shpesh në gratë punëtore dhe 4 herë më shpesh në gratë fshatare në krahasim me gratë shtëpijake qytetare.
4. — Në qytetin e Shkodrës, gjatë kësaj periudhe, vdekjet e fëmijve të lindur para kohe kanë përqendësuar 30% të vdekjeve totale 0-1 vjeç dhe 53% të vdekjeve në muajin e parë të jetës.
5. — Vdekjet e fëmijve të lindur para kohe janë më të theksuara në muajin e parë të jetës (53.2% e vdekjeve 0-1 vjeç në të lindurit para kohe).
6. — Vdekjet e fëmijve të lindur para kohe në vjeçin e parë të jetës janë rreth 9 herë më të larta në krahasim me të lindurit me kohe.

Dorëzuar në redaksi më  
2 korrik 1969

**VDEKJET E FEMIJVE PREMATURE NE VITIN E PARE TE JETES  
SI MBAS MOSHES NE MUAJ PER VITET 1962-1966  
(NE 188 FEMIJ)**



## BIBLIOGRAFIJA

1. — Bekteshi S.: Peshja dhe gjatësia e të porsa lindurve në Tiranë, në vjetën 1955. Buletini i Shkencave natyrore 1959, 1, 59.
2. — Buch Y. e bp.: Statisteskije danie o'delenija nedonoshennih djeteljei rabo-covo rodlinovo doma provincii Orjenija. Medicinski referatnij Zhurnalli (Razdell V) Moskva 1961, 9, 16.
3. — Bzhovovskaja I.: Nekatorije aspekti letalnosti pludov i novorozhdennih v sve-te analiza sostojanija v Polshi v 1961 godu. Trudi VIII sjezda djetskij vira-cej Moskva 1964, 107.
4. — Dobasj Lasio: Znacenje perinatnalnoj infekcii v patologij perioda novorozhde-nosti. Trudi VIII Vsesojuznovo sjezda djetskij vracej Moskva 1964, 87.
5. — De Silva C.C. e bp.: Isledovanie nedonoshenosti v Kolombo, Ceylon. Medicin-skij referatnij zhurnall (razdell V), Moskva 1963, 5, 3.
6. — Gliozhina K.: Konsiderata obstetrikale mbi prematurancën. Buletini i shken-cave Mjekësore 1963, 1, 28.
7. — Gjylbegaj Xh.: Fëmijet e lindur para kohe dhe rëndësia e këtij problemi në mortalitetin infantil. Shëndetësia popullore, 1965, 1, 12.
8. — Gjylbegaj Xh.: Mortaliteti infantil i hershëm (0-1 muaj) në qytetin e Shko-drës për vjetët 1962-1965. Shëndetësia Popullore, 1967, 1, 47.
9. — Gjylbegaj Xh.: Peshja dhe gjatësia e të porsa lindurve në Shkodër në vjetët 1965-1966. Buletini i Shkencave Mjekësore 1969, 1, 41.
10. — Gjylbegaj Xh.: Të dhëna klinike statistike mbi fëmijet e lindur para kohe në shtetërinë e lindjes në Shkodër gjatë vjetëve 1962-1964. Buletini shken-cor i Institutit pedagogjik 2-vjeçar Shkodër, 1966, 5, 451.
11. — Gjylbegaj Xh.: Fëmijet e lindur para kohe dhe rëndësia e prematurancës në mortalitetin infantil të qytetit të Shkodrës për vjetët 1962-1966. Se-sioni shkencor i Fakultetit të Mjekësisë, Tiranë tetor 1967.
12. — Jegorova A. I.: Častota, pričini nedoshlivaemosti i ranjaja smertnost medoshe-nih detej. Pediatra, 1961, 12, 12.
13. — Kogana R. B.: K voprosu o ranjej detskoj smertnosti. Ochrana materinstva i djetstva. Moskë 1961, 10, 77.
14. — Kravej E. M.: Nedonoshenij rebjenok. Monografi, Moskë, 1950.
15. — Kihleishtij J. S.: Voprosi Ochrani materinstva i djetstva, 1963, 1, 3.
16. — Malihsteva K. A.: Novoje v organizacii obsluzivajnja nedonoshenij djeteljei. Trudi VIII Vsesojuznovo sjezda djetskij vracej. Moskë 1964 123.
17. — Maslov M. S.: Njednoshenije djeti. Učebnik djetskij boleznijej. Moskë 1954.
18. — Melnhar V.: Analiz smjertnosti nedonoshenij V.C.S.R. 1962. Medicinskij re-feratni zhurnalli (Razdell V), Moskë 1966, 2, 18
19. — Mesner: cihobet sipas librit «Uhot za njednoshenimij djetim v sernje i žhravt-htje. Moskë 1965, 5 të I.G. Bronshvejn.
20. — Mosing Y.: Analiz rozhdajemosti i smjertnosti novorozhdenij na osnovani ma-terjallov (Polsha), Medicinskij referatnij zhurnall (Razdell V) 1961, 6, 3.
21. — Nina A. Anderson: Il bambino prematuro — difficiencia fiziologiche del pre-maturo. Traktato di pediatria di Mifchel e Nelson. Romë 1958 359.
22. — Novosjelskij S.A., Cihobet sipas librit Perinatnabajja smjertnosti. Leningrad 1965, 111.
23. — Poznjak A. P. e bp.: Opit organizacii obdijeljenja patalogij novorozhdenij na baze djetskoj balnici Nr. 30. Trudi VIII, Moskë 1964, 127.
24. — Radakovci Z. e De Tojpa: Mortalite des nouveaux dans la section infantili dela clinique d'obstetrique e gynecologie de Beograd tendant les trois demieres années. Archives de l'Union Medical Balcanique. Tom V, 1967, 2, 202.
25. — Salini: Cihobet sipas monografisë së I.G. Bronshvejn «Uhot zanjedonoshenimij djetim vsenije. Moskë, 1965, 5.
26. — Sarkany Y.: Ob otdelnih faktorah opredeljajušnjh dinamiku smertnosti grudnih detej. Medicinski referatvnh zhurnall (Razdell V), Moskë 1966, 2, 17.
27. — Sima M. e Pushtina S.: Štepbimni mjekësor i të porsa lindurve në spitalin ob-shtetrik — gjinekologjik të Tiranës. Shëndetësia popullore 1961, 3, 20.
28. — Sultçebe H.: Mbi mortalitetin infantil në Tiranë. Buletini i shkencave natyro-re, 1949, 4, 15.
29. — Tur A. F.: Nedonoshenij i slaborozhdemij rebjonok. Në monografinë Fiziologji-ja i patologjia perjoda novorzhdenost. Leningrad, 1955 160.

30. — Tur A. F. Dalmjeshkeje shtazhmje zabolovarenosti i smertnosti novorozhdenih detej odna iz najbolje aktualnih zadig organov zdravo ohranjenija i pediatrov. *Pediatria*, 1965, 10, 3.
31. — Tur A. F. e Krave E.M.: Nedonoshenih rожdonok glava II. *Rukovodstva po Pediatri Tom II*, Moskë 1962.

### S u m m a r y

## THE PROBLEM OF PREMATURE BIRTH IN SHKODËR

DURING THE YEAR 1962-1966.

Premature births in different countries attain from 30% to 13.7% of all the live born children. Despite their relatively small number, premature births play an important part in infantile mortality rate. In the city of Shkodër during the period 1962-1966 nearly 30% of the deaths during the first year of life were premature children: 23% for the year 1962 and 31% for the year 1966. Of all the deaths during the first month of life 53% were premature. This high figure can be explained with the increase of the number of premature births, which from 3.57 in 1960 attained 6.8% in 1965-1966.

In about 50% of the cases of premature births the causes remain unknown. The authors have followed up the premature children born in Shkodër during the period 1962-1966 and have noticed that deaths among premature children were 9 times more frequent than among children born on term. Most of them die during the first month (53.2% of the deaths of the first year, specially during the 10 first days (71% of the deaths of the first month). Among these predominate the deaths during the first 2-3 days (53% of the deaths of the first decade). 28% of the deaths of the first decade occur during the first day.

The importance is stressed of the prophylaxy of premature births, especially among working women and peasants, in whom is noted a tendency to premature births. Organizational measures aiming at the prevention of premature births should help to bring further down the infantile death rate.

### R é s u m é

## LE PROBLEME DES NAISSANCES PREMATUREES A SHKODËR DANS LES ANNEES 1962-1966

Les naissances prématurées représentent, dans les divers pays, de 3 à 7% des enfants nés viables. L'auteur souligne qu'en dépit de leur nombre limité, les prématurés représentent un pourcentage important dans la mortalité infantile. Dans la ville de Shkodër, pour la période de 1962 à 1966, les enfants prématurés ont représenté 30% des décès jusqu'à l'âge de 1 an, et ce pourcentage est passé de 23% en 1962 à 31% en 1966. Les prématurés représentent 53% des décès survenus dans le premier mois

de vie; cet accroissement étant imputable, selon l'auteur, à celui du nombre des naissances prématurées, dont le pourcentage est passé de 3,57% des enfants nés viables, en 1960, à 6,8% en 1965-1966.

L'auteur indique que dans 50% des cas, les causes des accouchements prématurés demeurent inconnues. Ayant suivi les enfants prématurés nés dans la ville de Shkodër de 1962 à 1966, il observe que les décès survenus dans la première année de vie sont neuf fois plus fréquents chez les prématurés que chez les enfants nés à terme. Il indique le grand nombre de prématurés décédés dans le premier mois de vie (53,2% des décès de prématurés survivus jusqu'à l'âge de 1 an) et parmi ces décès du premier mois, ceux survenus dans les premiers jours de vie (71% des décès du premier mois). Parmi ces derniers cas, prédominent les décès des 2-3 premiers jours de la naissance (53% des décès de la première décade). 28% des décès des dix premiers jours surviennent le premier jour de vie.

L'article souligne l'importance de la prophylaxie des accouchements prématurés surtout parmi les ouvrières et les paysannes, chez lesquelles on note une tendance à l'accroissement du nombre de ces accouchements. L'auteur propose de prendre certaines mesures d'organisation afin de prévenir les naissances prématurées, ce qui devrait, selon lui, entraîner une réduction ultérieure de la mortalité infantile.

## ULCERA E PERFORUAR GASTRO DUODENALE NË SPITALIN KLINIK NR. 2 NË VJETËT 1960-1967

BRESIM ELEZI

(Katedra e kirurgjisë hospitaliere, Shef Prof. P. Cami)

Perforacioni i ulcerës së stomakut dhe duodentit është një nga komplikacionet më të mëdha dhe më dramatike të sëmundjes ulceroze. Ai «e kthen ulcerën nga një vnajtje e rëndë në një fatkeqësi të tmerrshme, me fillim të papritur, zhvillim të shpejtë dhe përfundim fatal, në rast se lhet pa ndihmë» (6).

Qysh nga përkrahimi i parë klinik i perforacionit (Grossius 1965) dhe orvatjeve të Mikulicz (pa sukses) e Heussner për suturë dhe Kearly (1902) për rezekcion, ky problem mbetet gjithnjë aktual, objekt polemikash të vazhdueshme në shtypin mjekësor. Tek në Dr. O. Jonuzi pohonte të ketë suturuar një numër perforacionesh qysh në vjetrin 20 të këtij shekulli, ndërsa më 13.1.1937 figuron rezekcioni i parë i stomakut për një ulcerë të perforuar të duodentit (Doc. Hoche).

Në një studim kliniko-statistikor, ne kemi trajtuar disa aspekte të këtij problemi për periudhën 10-vjeçare 1950-1959. Për këtë arsye na u duk interesant të rishikojmë disa të dhëna krahasuese të perforacioneve gastro-duodenale për periudhën 1960-1967.

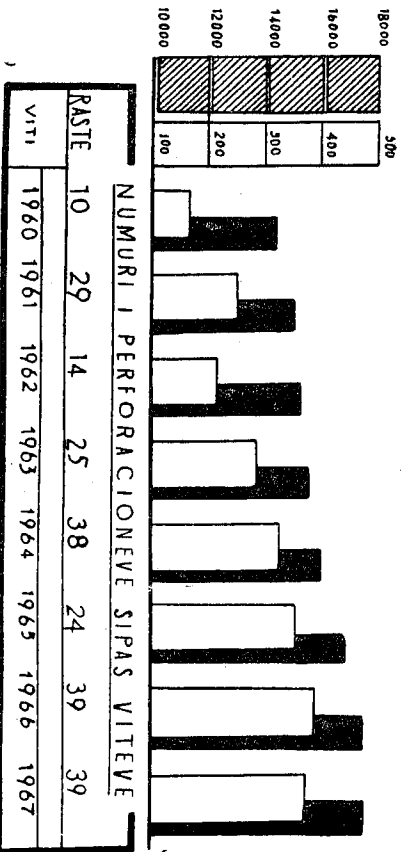
*Përhapja.* — Siç dihet, perforacioni përben një «imperativ katégorik» për shtrim në spital dhe operacion, prandaj studimi statistikor i këtij kontingjenti të sëmurësh me ulcera do të reflektojë drejt raportet reale të përhapjes, të moshës, të seksit etj., sepse zgjedhja e materialit këtu nuk varet nga asnjë rrethanë tjetër veç domosdoshmërisë së padiskruteshme për hospitalizim.

Qysh në shkimmën e parë bie në sy një shtim i konsiderueshëm i numrit të perforacionit për periudhën që po studjojmë (tabela 1). Në 8 vjetët e fundit, numëri i perforacioneve të shtruar në spital, pohnaj është dyfishuar (218 raste), në krahasim me 10-vjeçarin e mëparshëm (140 raste). Gjithashtu, numëri ulcërave të tjera operuara në këtë telë-vjeçar është shtuar edhe më tepër (1531 raste) në krahasim me 720 operacione të kryera në dhjetë-vjeçarin 1950-1959. Kështu shtimi i ulcërave të perforuara nuk varet nga ndonjë tendencë e shtuar e ulcërave për perforacion, aq sa nga vetë shtimi i numërit të ulcërave. Ai është më tepër pasojë se sa fenomen në vetevetë. Ky fakt është vënë re në shumë vende të botës. Ulçera e perforuar ka qenë shumë e rrallë në shekullin e kaluar. Kështu p.sh. deri në vjetin 1857 ishin përkrahur gjithsej 234 raste. Shumë autorë (Millingworth, Bager, Judin), që kanë studiuar shpeshësinë e perforacionit në komunitete të njëjtë në periudha kohe të ndryshme, me kalimin e kohës, kanë vënë re shtimin progresiv të perforacioneve. Sidomos i lartë ka qenë



Tabela 1

## NUMURI I BANORËVE TE TIRANES DHE I ULÇERAVE TE SHTRUARA



numëri i perforacioneve në kohën e luftës, gjatë bombardimeve ajrore në Londër dhe gjatë bllokadës së Leningradit.

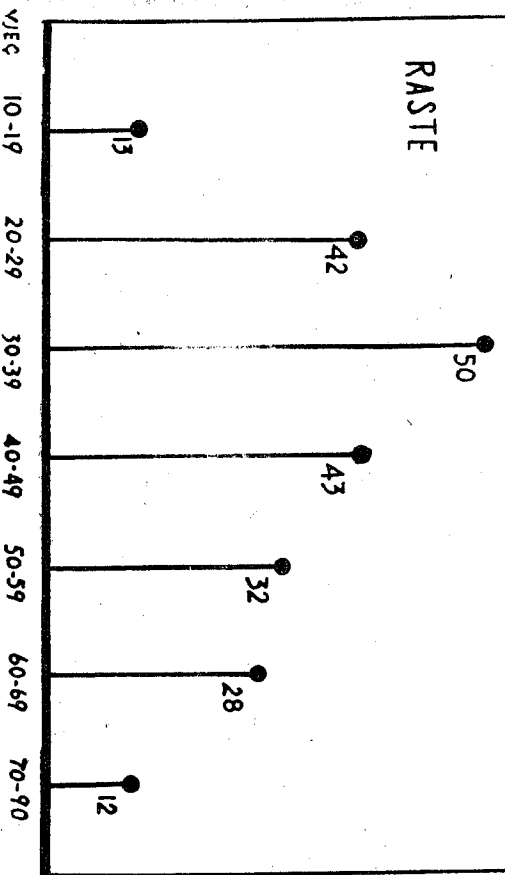
Sipas Milingworth në Glasgow (Angli), në vjetin 1943 i binte 17.3 perforacione në 100.000 banorë, ndërsa në Suedi po në atë vit, sipas Bager, janë vënë re 13.4 perforacione në 100.000 banorë. Në Tiranë për perioidën që po studjojmë i bie 10.7 perforacione për 100.000 banorë. Po të merret parasysh se një numër i vogël perforacionesh vjen edhe nga rrethe të tjera, në të dhënat e fundit del një fare papërpikmërije statistikore. Si-dogoftë, këto të dhëna orientuese tregojnë se ulcera tek ne është po aq e përhapur sa në shumë vende të tjera.

Në shtimin e numërit të ulcerave të performuara deri diku ndihmon edhe shtimi progresiv gradual i popullsisë së Tiranës në tetë vjetët që po marrim në studim, nga 141.917 (1960) me 171.110 (1967), siç shihet në tabelën Nr. 1.

*Ndarrja sipas seksit.* — Edhe ulcera e performuar, ashtu si dhe ulcera në përgjithësi, mbetet privilegj i padëshruar i burrave. Në të dhënat tona, ky raport është 1:26 — Ka të dhëna (Riley) që në shekullin e kaluar, me perforacion mbizotëronin gratë e reja. Gjithashtu, në kohën e luftës, në Moskë u shtua numëri i grave me perforacion, ndofta për shkak të shkuarjes në front të burrave të moshës së re dhe mesatare dhe shtimit të preokupacioneve, që imponon situata e luftës. (Judin).

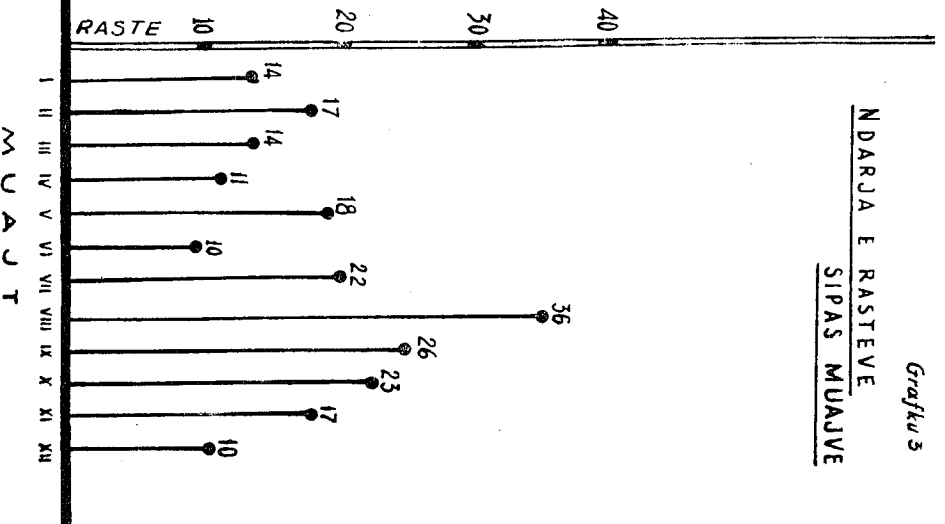
*Ndarrja sipas moshës.* — Ulcera është sëmundja e moshës mesatare. Siç shihet në tabelën Nr. 2, moshë rreth 40-50 vjeç është më e prekëshme. Nuk është i vogël dhe numëri i ulcerave të vërrejtura nën moshën 20 vjeç.

Grafiku N:2

NDARJA E RASTEVE SIPAS MOSHES

*Stina:* Karakteri stinor i ulcerës është një vegori e njuhur e dekurisit të sëmundjes. Perforacioni shkon paralelisht me rrikutizimet e ulcerës. Bradley R dhe Bradley E., nga një studim krahasues klinik dhe metereologjik, konkludojnë se perforacionet shihen më tepër në periudhat e ndritimit të temperaturës nga e ngrohta në të ftohtë dhe anasjelltas. Megjë këto periudha janë në muajt e ndryshëm me gjërësi gjeografike të ndryshme, edhe të dhënat e autorëve të ndryshëm nuk përputhen. Për disa, perforacionet shtrihen në dhjetor, për arësye të abuzimit në dietë në festat e muajit, për të tjerë në gusht shihen më rrallë, sepse janë pushimet vjetore. Përkundrazi në grafikon Nr. 3, numëri më i madh shihet në gusht, shator dhe tetor. Fenomeni i sezonalitetit nuk ka gjetur akoma shpjegime bindëse në literaturë.

Grafiku 5



**Orët e ditës.** — Bager shkruan se aksidenti ndodh shpesh në fund të tretjes pas dreke nga ora 4-6. Të tjerë akuzojnë traumën, ushqimin e bollshëm ose përkundrazì stomakun bosh. Në rastet tona, perforacioni pas dreke është venë re në 172 të sëmurë dhe në 21 prej tyre pas një abuzimi në dietë. Për të tjerët nuk jepen shënime për kohën e perforacionit. Interes kazustik paraget rasti i një perforacioni menjëherë pas ekzaminimit radiologjik, gjatë të cilit, pa dyshim, traumat e jashtëme dhe të brendëshme kanë lojtur rol në perforacion.

**Klinika.** — Nga klinika karakteristike e perforacionit — dy komponentët kryesorë të triadës së Mondorri: dhimbje si goditje me thikë dhe «barku drasë» janë venë re në të gjithë të sëmurët. Në disa të sëmurë, grada e mbrojtjes muskulare ka qënë më e lehtë, por jo e diskutueshme. Anamneza ulceroze është vrejitur vetëm në 290/0 të rasteve. Është e vërtetë që pyeljet e shumta janë shumë herë të tepërta për një të sëmurë me

perforacion, por shpesh herë neglizhohet edhe kërkimi i anamnezës ulceroze, kur ekzistojnë shenjat e tjera karakteristike. Megjithatë ekziston përshtypja se po shtohet numëri i të ashtuquajturave ulcera mamece, pa simptome ose me simptome të ulcërës akute 2-3 ditore.

Edhe pneumoperitoneumi, si shenjë e katërtë e rëndësishme, është shënuar si e pranishtme vetëm në 42 kartela.

Megjithë klimikën karakteristike, gabimet diagnostike ekzistojnë dhe janë fatale ato që çojnë në vonim ose abstenim operator, siç është p.sh. infarkti i miokardit, i dështuar në dy rastet tona.

Veganerisht i rralë dhe interesant ishte kombinimi i perforacionit të stomakut dhe apendicitit, gjë që kërkon impretësi diagnostike dhe eksperiencë për ta konstatuar edhe gjatë operacionit.

*Koha e paraqitjes.* — Diagnostikimi i hershëm dhe mundësitë e transportimit rrehtëkohen edhe në tabelën e mëposhtme, që tregon kohën e paraqitjes pas perforacionit.

Më pak se dy orë	— 56 të sënuarë
2 — 6 orë	— 98 të sënuarë
6 — 12 orë	— 36 të sënuarë
12 — 24 orë	— 18 të sënuarë
24 orë	— 10 të sënuarë

Siç shihet, nga shifrat e mësipërme, gati gjysma është paraqitur në afatin e arësyeshëm 2-6 orë dhe 36 të sënuarë në afatin më pak se dy orë — vetëm 10 të sënuarë janë paraqitur më vonë se 24 orë.

*Lokalizimi i ulcërës.* — Siç dihet ekzistojnë kritere të papërpikta klasifikimi. Judin dallon vetëm ulcera duodenale (91.6%) dhe të kurraturës së vogël (8.46%). Mondori dallon ulcera të stomakut (37.8%) të pylorit (19%) dhe të duodentit (43.2%). Në vjetët e para të këtij shekulli mbizotëronin ulcera gastrike, gjë që shihet edhe në disa statistika të sotme.

Në grafikun Nr. 4 shihet një pakësim i ulcërave të pylorit, në krahasim me vjetët 1950-1959, duke dhënë një shtim të ulcërave të stomakut. Lokalizimi duodenal mbetet pothuaj njëllor. Këtu, me sa duket, lozin rol faktorët subjektivë (përçaktimi nga kirurgu) dhe objektivë (anatomia e ndryshuar nga procesi).

*Mjeksiimi.* — Perforacioni i stomakut ka gënë dhe mbetet një indikacion absolut për ndërhyrjen operative. Orvajtjet e Turner (1945), dhe Taylor (1946) për t'i dhënë «të drejta qytetarije» metodës konservative të mjekimit të perforacioneve nuk janë kurorëzuar me sukses. Kjo metodë përdoret vetëm si përgatitje preoperatorë ose në kushte kur nuk është e mundur ndihma kirurgjikale (luftë, lundrim, ekspeditë).

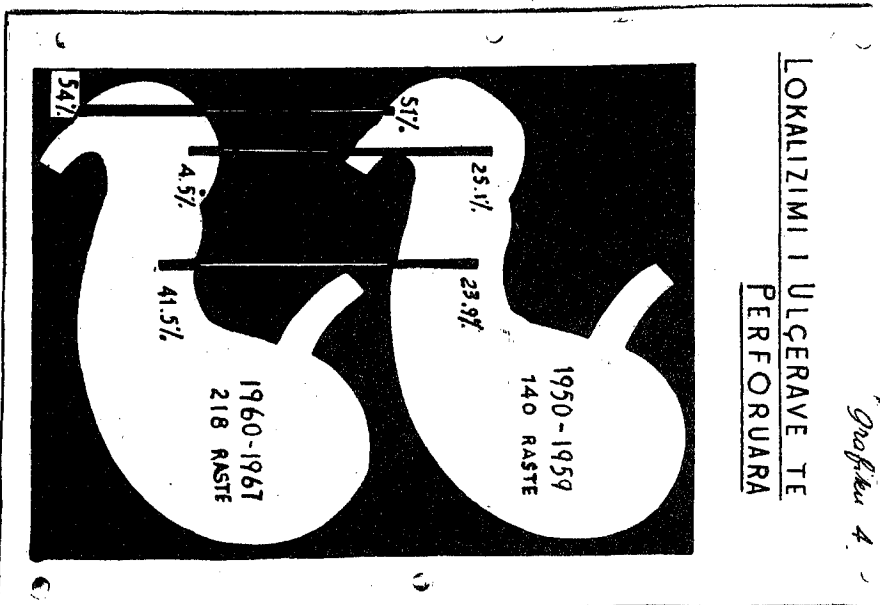
Në rastise ndërhyrja nuk diskutohet, lloji i operacionit është shumë i diskutueshëm. Nuk pushojnë polemikat në shtyp, në konferenca dhe kongrese, midis përkrasëve të suturës së thjeshtë dhe të atyre që këshillojnë rezeksionin primar.

Parrulla me vlerë universale: «ndërhyrja minimale është treqiz minimal në çdo rast abdominali akut» është transferuar në dogmë nga shumë partizanë të suturës së thjeshtë. Të tjerë argumentojnë qëndrimin e tyre konservator me aforizmin e vjetër se «perforohen ulcerat që janë duke vdekur» ose siç shkruan Bremner «ulcerat mamece lindin me perforacion dhe vdesin me suturë».

Partizanët e suturës akuzojnë edhe vjetë rezeksionin si një metodë që ka pasoja të largëta «jo të pëlgjyeshme». Nga ana tjetër ata pohojnë se

Grafiku 4.

## LOKALIZIMI I ULÇERAVE TE PERFORUARA



një numër shumë i madh të sëmurësh shërohet definitivisht pas suturës. Të dhënat e shumë autorëve tregojnë se këtë fat pësojnë gati gjysma e të sëmurëve. Në vitin 1937 dhe më pas, Judini u bë propagandues i zjarrtë i rezeksionit primar në ulcerat e përforuara. Në duart e tij, kjo metodë jepje rezultate, që nuk mbeteshin prapa rezultateve të suturës së thjeshtë. Kjo taktikë u përgatua nga disa kirurgë të Europës dhe të Amerikës. Edhe në vendin tonë, në vjetët 1950-1959 u vu re një tendencë shumë aktive në mjekimin e ulcerës së përforuar me 56.50% rezeksion primar dhe 43.50% suturë të thjeshtë, përqindje që mbetet pak prapa statistikave të institutit «Skilifosofski», që shquhet për radikalitet të madh (67.50% rezeksion sipas Judin). Kjo taktikë ndryshonte nga ajo e rezeksionistëve të modernuar si edhe nga rezeksionistëve «superaktivë». Përqindja e lartë e këllitëtit (11.40%) e vrejtur në këtë periudhë dhe tendenca konservatore, që vrehet sot në literaturën botërore, kanë bërë që të ulet shumë në 8-vjeçarin që studjohet (1960-1967) përqindja e rezeksioneve primare që arrijnë në 25.7 përqind. Në vitin e fundit, si një alternativë e llogjikshme ka

datë në skenë edhe piloroplastika me vagotomi primare, operacion në të njëjten kohë radikal dhe me lehtëjtë e komplikacione të vonshme më të ulta se rezekcionet. Ky operacion përbën vetëm 4.6% të të gjithë rasteve. Është plotësisht e arësyeshme të pritet një përhapje edhe më e madhe e këtij operacioni në të ardhëshmen, ashtu siç ndodh në shumë klinika të botës. Në kushtet e zhvillimit të sotëshëm të kirurgjisë dhe anestezisë moderne, pozita konservatore ekstremiste është e pajustifikueshme. Por në çdo rast edhe rezekcioni mund të përbëjë një rezik. Asnjë kriter nuk është universal ose absolut. Vetëm studimi i hollësishtëm i të dhënave objektive (gjendja e të sëmurit, asistenca, gjaku eti.) dhe subjektive përvoja dhe aftësitë teknike të kirurgut) mund të çojnë në një zgjidhje të drejtë të këtij problemi. Si gjithmonë, midis ekstremeve ekziston edhe rruga e mesme, që skematiksht paraqitet nga Cavina dhe, në vija të përgjithëshme, përket në shumë autorë.

Grafiku 5

## LLOJET E OPERACIONEVE

### TE KRYERA

1950-1959 (140 RASTE)

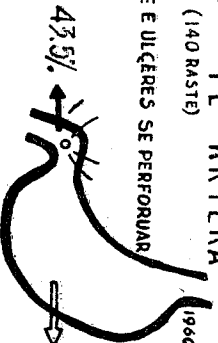
1960-1967 (218 RASTE)

a - SUTURE E ULÇERES SE PERFORUAR

1950-1959

43.5%

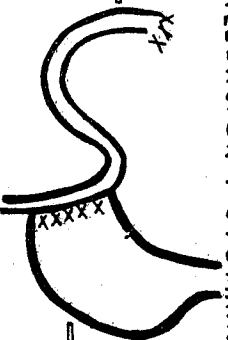
152 (69.7%)



b - REZEKSION I STOMAKUT

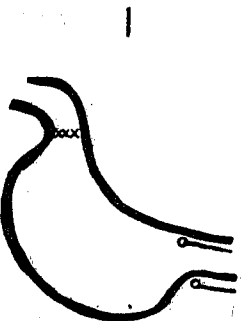
56.5%

56 (25.7%)



c - PILOROPLASTIKE + VAGOTOMI

10 (4.6%)



Ulcerat e stomakut, sidomos kur janë kalloze, ulcerat piloro-duodenale kalloze me parete kongjeshive, perforacionet e përsëritura, hemorrhagjitë shogëruese, ulcerat multiple, stenoza piloro-duodenale konsiderohen si indikacion për rezekcion (Cavina). Gjendja e rëndë e të sëmurit, peritoniti i avancuar dhe lokalizime të vështira e bëjnë rezekcionin të kundërlindkuar. Piloroplastika dhe procedurat të veshtrave e bëjnë rezekcionin të kundërlindkuar. Piloroplastika dhe procedurat të veshtrave e bëjnë rezekcionin të kundërlindkuar. Autorë të tjerë janë të mendimit se në subjekte të rinj, në ulcera me- mece dhe në ata që merren me punë të rënda fizike, duhet të preferohen sutura. Nuk duhet të harrohen edhe mundësitë reale që pacienti do të ketë pas suturës për të mbajtur regjimin përkatës kurativio dietetik.

**Letaliteti.** — Nga 218 perforacione kanë vdekur 13, që përbën një letalitet prej 5.90%. Sig shihet në këtë periudhë është gjysmuar letaliteti në krahasm me periudhën 1950-1959, kur ishte 11.40%. Pa dyshim kjo i dedikohet përmirësimit global të shërbimit, dërgimit të shpejtë për ndihmë mjekësore, si dhe ndirimit të taktikës në drejtim të shtimit të operacioneve konservative. Po të bëjmë një analizë të shkaqeve të letalitetit, do të na dalin në pah disa faktorë:

1) **Koha e paraqitjes.** — Dihet se letaliteti rritet në përpyesëtim të drejtë me vonimin e operacionit. Koha mesatare e paraqitjes ka qënë 26.6 orë, në kufijt 2-70 orë. Kjo ka ndodhur për arsye gjeografike në tre rastet e të sëmurëve që kanë vdekur (të ardhur nga Burreli e Himara), për gabime diagnostike në dy raste (dyshim infarkti) dhe për arsye subjektive, kur dy të sëmurë kanë refuzuar përkohësisht operacionet.

2) **Gabime taktike.** — Vendimi i shpejtuar për rezekcion në një të sëmurë 15 orë pas perforacionit me peritonit difuz dhe me peritonit plastik të vjetër, që bëri të domosdoshme shkolltjen e adrencave të vjetra për të gjetur ansën jejunale, nuk mund të konsiderohet një taktikë e drejtë.

3) — **Gabim teknik.** — Gjetja hapur në autopsi e një ulcere 10 orë pas operacionit — përbën padyshim një gabim teknik.

4) — **Gabimet tekniko-diagnostike.** — Delishenca e suturave të plobazhit dhe peritonitit prullent i padignostikuar pas operacionit në dy raste — përbën padyshim një gabim të kësaj kategorie.

**Faktorë të tjerë:**

**Mosha.** — Shumica e të sëmurëve, që kanë përfunduar në vdekje, kanë qënë në moshë të kaluar. Mosha mesatare e tyre ka qënë 57 vjeç, në kufijt 26-80 vjeç.

**Sëmundje konkromitane.** — Infarkt i miokardit në anamnezë kemi dy raste. *Nephritis chronica* kemi një rast. *Vitium cordis* një rast.

Përveç këtyre, anestezia le shumë për të dëshruar në këtë sëmundje kaq të rëndë. Anestezia intratrakeale nuk është aplikuar në asnjë nga të sëmurët, që kanë përfunduar në vdekje. Përveç kësaj, vihen re të meta në reanimacionin para dhe postoperator të këtyre të sëmurëve.

Sidoqoftë, letaliteti i sipërmëndur qëndron shumë poshtë statistikave të tjera. Kështu p.sh., sipas Struckov, letaliteti global në B.R.S.S. në vitin 1962 ishte 7.20%. Megjithatë analiza kritike e rasteve tregon se ka mundësi që kjo shifer të ulët edhe më tepër.

## KONKLUZIONE

1) Perforacionet gastro duodenale, ashtu si ulcerat në përgjithësi, janë shuar në mënyrë të ndjeshme në vjetët e fundit. Nga 140 të operuar në vjetët 1950-1959, në 8 vjeçarh e fundit, numëri i tyre është rritur në 218.

2) Ujija përgjysem e letalitetit është një tregues i përmirësimit të gjithanëshëm të shërbimit dhe ndirimit të teknikës në favor të shtimit të numrit të suturave të thjeshta dhe pakësimit të rezeksioneve.

3) Pozita konservatoreve ekstriniste, ashtu si dhe rezeksioni në çdo rast, janë të pajushtifikueshme. Taktika nuk mund të standartizohet. Vagotomia dhe plioroplastika mund të gjejnë një aplikim më të gjërë edhe në mjekimin e këtyre ulcerave të komplikuara.

Dorëzuar në redaksi më  
4 shtator 1969

## BIBLIOGRAFI

1. — Bradley R., Bradley E.: Seasonal incidence of Perforated ulcer. Amer. J. of surgery, 1966, III, 5, 656.
2. — Bager: Cituar sipas Illingworth.
3. — Gavina: Cituar nga Ciminata.
4. — Ciminata A.: La vera mortalità operatoria nella semplice sutura dell' ulcera perforata gastro — duodenale. Minerva Chirurgica 1959, 14, 17, 1053.
5. — Elezi, B.: Mbi ulcërat e perforuara të stomakut dhe duodentit. Buletini i U.S.H.T. Seria shkencat mjekësore 1962, 3, 15.
6. — Illingworth: Peptic ulcer: London 1962.
7. — Judin S.S.: Ehtudi zhelludocnoj hirurgji. Medgiz.
8. — Mondor H.: Diagnostic urgents. Masson e Cie Ed.
9. — Nejmank I. I.: Probodnaja jazna zhelludka i dvenacoperstnoj kishki. Medgiz 1958.
10. — Riler: Cituar nga Judin.

### S u m m a r y

## PERFORATED GASTRO-DUODENAL ULCERES IN NR 2 HOSPITAL DURING THE PERIOD 1960-1967

218 cases of perforated gastro-duodenal ulcers have been on treatment in the Tirana Hospital Nr 2 during the years 1960-1970. The paper discusses the problems of diagnosis and treatment and notes a tendency of reducing the primary resection in favour of the methods of drainage and vagotomy. The fatal cases are analysed. The death rate has fallen to 5.9% as compared with 11.4% during the previous ten years.

### R é s u m é

## CONSIDERATIONS SUR LE TRAITEMENT DES ULCERES GASTRO — DUODENAUx PERFORES

L'article est consacré à l'étude de 218 cas d'ulcère gastro-duodénale perforé traités à l'hôpital Nr. 2 de Tirana dans la période 1960-1967. L'auteur y considère les problèmes de diagnostic et le traitement de la maladie et constate une tendance à la diminution du nombre des résections primaires en faveur des procédés de drainage et de vagotomie. L'auteur analyse les raisons de la baisse de la mortalité, qui est passée à 5,9% en regard de 11,4% dans la décennie précédente.



## INTESTINOPLIKIMI SIPAS NOBLE DHE CHILDS-PHILLIPS NË ILEUSIN ADEZIV

— RAMIZ HAFIZI —

(Spitali «Jorgji Karamiri» Shkodër. Drejtor Hamza Veselha)

Forma e pakalueshmërisë së zorrëve, që shkakëtohet prej aderencave edhe sot është jo vetëm një sëmundje e rëndë, por edhe një nga llojet e leusëve me peshë specifike të rëndësishme dhe gjithmonë në rritje (10). Ky lloj ileusi është përshkruar për herë të parë në veprat e Albert (shek. XVII) (cituar nga 9). Sot me fjalën ileus kuptohet vetëm pakalueshmëria akute e zorrëve (9). Edhe ne me këtë kuptim e përdorim.

Në përplekjet për kurrim, lirim i aderencave, enterotomia (1912), enterostomia (1932), by pas anastomozat (1924), rezektimi i ansave të prekura (1933) nuk kanë dhënë rezultate (10). Noble T.B., pasi vuiri re se në peritonitë, zorrët ngjiten njëra me tjetrën, duke penguar futjen në mes tyre të aderencave, i lindi idea (1919) të plikonte vertikalisht zorrën e hollë. Megë nuk mundemi t'i shmangemi procesit adeziv, mendoj autori, atëherë ta drejtojmë atë. Nga vjetët 1950, idea e Noble filloi të përhapet jashtë Sh.B.A. (10), por megjithatë edhe sot, komunikimet për këtë operacion janë të pakta dhe për kirurgët paraqesin interes (5), gjë që na shtyn t'i ndajmë me kolegët përshlypjet që patëm prej 10 intestinoplikimeve, që kemi filluar t'i bëjmë qysh më 1963.

Për të studiuar rezultatet që kemi arritur në plikimin intestinal, morëm në dorë të gjitha kartelat klinike të vjetëve 1963-1967 të rasteve me ileuse të shkakëtuara prej aderencave, obturimit, përdredhjes, invaginacionit, strangulimit, askaridëve, trombozës së vazove mezenteriale dhe vesëve kongjenitale të zhvillimit. Në këtë grup nuk u përfaqinë herniet e jashtëme të inkarceruara. Në grafikun Nr. 1 kemi dhënë rezultatet e kontrollit të kartelave përsa i përket llojit të leusëve dhe ndërhyrjeve të kryera në to. Të dhënat klinike i kemi paraqitur në tabelën Nr. 1.

Karakteristikë e tabelës Nr. 1 është varfëria e simptomatikës dhe, si rezultat i saj, vonesa në shtim e operim, gjë që në përgjithësi vhet re në ileusin adeziv. Në shumicën e rasteve, të sëmurët tanë kishin bërë laparotomi edhe më përpara (4 një herë dhe 3 dy herë). Shkagët e laparotomive të para kanë qenë: apendicit me torsion të mezentërit, abscesë i paramentrit i drenuar me laparotomi, peritonit tbc, përdredhje e mezentërit, invaginacion intestinal, rrypùrë traumatike e zorrës së hollë, *ulcus duodeni (resectio 3/4 ventriculi Polya-Reichel)*. Koha e kaluar prej operacionit të parë në të dytin ka qenë 1-5 vjet. Laparotomia e dytë për të tre rastet u bë për shkak të ileusit adeziv. Koha e kaluar prej operacionit të dytë në të tretin që tre muaj deri 5 vjetë. Tre prej rasteve tona u operuan për ileus adeziv primar. Në dy prej tyre, aderencat ishin

Tabela Nr. 1

Vjeç	Shenjat klinike në spital												
	Seksi	Dhimbje barku	Vjellje	Kllokoçitje	Valë peristaltike	Gjuha e thatë	Fryrje barku*	Nxjerr feçes dhe gaze me klizëm	Leukocitet mbi 10000 mm <sup>3</sup>	Nxorri me sondë nozoc - goshile	Diagnozë preoperatorore	Operuar përpara	Shtruar me vonesë
22	M	+	+	+	?	?	-	Feçez pa gaz sa ba	+	Intëgjeshmë	Intëus ade-ziv	1 herë 7 orë	21 orë
52	M	+	-	+	+	+	-	pa gaz sa ba klizëm	-	Intëgjeshmë	abd. secut	jo	2 ditë 15 min
53	F	+	?	+	?	+	-	klizëm	-	Intëgjeshmë	Intëus ade-ziv	1 herë 4 ditë	3 orë
6	M	+	+	+	?	+	-	+	-	Intëgjeshmë	»	2 herë 24 orë	8 orë
51	M	+	+	+	+	+	-	+	-	Intëgjeshmë	»	1 herë 5 ditë	26 orë
61	M	+	-	+	+	-	?	?	-	Intëgjeshmë	Intëus ade-ziv	jo	2 orë
31	M	+	+	+	-	-	+	+	+	Intëgjeshmë	Intëus ade-ziv	2 herë 24 orë	4 orë
45	F	+	+	+	?	+	-	-	-	Intëgjeshmë	»	1 herë	3 ditë
21/2	M	+	+	+	+	?	+	+	-	Intëgjeshmë	Invaginacion intestinal	jo	2 javë 4 orë
40	M	+	+	?	?	+	+	9, ka ba klizm	+	Intëgjeshmë	Intëus ade-ziv	2 herë 9 orë	34 orë
Shuma	10	7	7	5	3	4	2	4	4	3			

aq të shumta dhe të dendura sa që kaviteti peritoneal dukej sikur ishte zhdukur krejt. I treti, një femijë, aderencat i kishte rreth një kisi të mbushur me 500 ml. likrid hematik.

Në fazën e parë, në të gjithë të sëmurët u orvat për të kryer metodat konservative për reduktimin e ileusit. U përdorën klizma pastruese, zbrazje e stomakut me sondë nazo-gastrike, perfuzione. Me përjashtim të dy femijve, tek të tjerët, para operacionit u aplikua morfina dhe atropina. Të gjithë u operuan me narkozë eterike me oksigjen. Laparotomia u bë e gjëfë superiore dhe inferiore në të gjitha rastet. U vunë re aderencia.

Në zorrën e hollë në 10 raste

Në peritoneumin parietal anterior në 9 raste

Në zorrët e holla sëbashku me zorrët e trasha dhe omentum në

5 raste

Rreth heparit në 2 raste.

Një të sëmurit, gjatë lirimt të aderencave iu pa një perforacion intestinal, që iu suturua, kurse një tjetri u dehydruan t'i bëjnë rezeksion intestinal në gjatësi 15 cm. sepse i mbeten dy defekte në zorrën e hollë. Veg këtyre, dy të tjerëve, për shkak të gangrenizimit, iu bë rezeksion i zorrëve të holla në gjatësi 50 dhe 85 cm. me anastomozë fund me fund me dy shtresa një nga një. Gjatë operacionit në 6 vetë u bë aspirimi i përmbajtjes intestinale për lehtësim të mbyljes së barkut, pakësim të infeksionit dhe evitim të parezës post-operatorore. Pas këtyre veprimëve, u bë intestinoplikimi.

Intestinoplikimi u krye duke i vendosur zorrët në radhë horizontale, duke filluar 8-10 cm. larg lig. duodeno-jejunalis (fig. 1). Zorrët u nxo-

rën jashtë barkut, u vendosën në rradhë horizontale me gjatësi të rradhëve 18-25 cm., duke u orientuar sipas gjërësisë së kavitetit peritoneal. Zorrët e vendosura kështu u qepnë me sutura mëndafshi një nga një, duke kaluar në shtrësat sero-muskulare, duke i vënë sutturat 2-4 cm. larg njëra tjetres. Largësia e nryjeve të veganta të sutturave nuk u marrur shabllon, por u ndoq qëllimi për t'i takuar mirë ansat dhe për t'i lënë të lirë në kavitetin peritoneal atë pjesë të zorrës që ishte e pa lezonuar. Kthesat anësore u lanë aq të lira sa të mos formonin kënd të ngushtë, por përkulje graduale. Mezenteri nuk u qep. Pjesa terminale e ileumit, kur ishte e palezonuar, u la e lirë deri 15 cm. Në dy raste, që llogaritëm kohën, intestinoplíkimi i plotë zgjati 30 dhe 50 minuta. Plíkimi të filltë të plotë kemi bërë në 6 të sëmurë, kurse në dy të tjerë u bë plíkimi i pjesëshëm (fig. 2), pasi procesit adeziv kishte përfshirë vetëm një pjesë të zorrës së hollë. Teknika është si në aplikimin e plotë, por me ndryshim se nuk plíkohen të gjitha zorrët e holla, por vetëm ajo pjesë që është prekur prej procesit adeziv.

Ndër modifikimet e operacionit Noble, në dy raste ne përdorëm operacionin Childs-Phillips, të cilin e kryem kështu: (fig. 3) Pasi vendosëm zorrët jashtë barkut në rradhë horizontale, i fiksuam duke i vënë sutturat jo në murin e zorrëve, por në mezentër. Për këtë qëllim, 2-3 cm. nën margon mezenteriale të zorrës së hollë, në një zonë pa vazo të mezentërit u fut një gjilpërë e drejtë, në të cilën përkshkuan Pe mëndafshi me gjatësi 1 m. Duke kaluar gjilpërën gjithënjë nëpër zonën pa vazo të mezentërit, u përkshuan ansat intestinale si gjetëth e duhanit në varg, prej poshtë lart. Pasi u nxuarr gjilpëra lart, këtë rradhë me drejtim prej lart poshtë u përkshuan prapë zorrët duke kaluar po në mezentër pa vazo, por 2-3 cm. më larg brës, ku del peri i përkshuar më parë. Pasi përkshkohet kështu i gjithë mezentëri i anës së majtë, të zorrëve të vëna në palë, me sutura që rezulton si U përmby, lidhen dy anët e perit që tani janë poshtë ansave. Lidhja bëhet pa shtrënguar fort për të mos prishur qarkullimin mezenterial. Një suture e tillë e pandërprerë vihat dhe në anën tjetër të palëve intestinale, duke kaluar kështu nëpër një zonë pa vazo të mezentërit. Enteroplizia Childs-Phillips tek i sëmurit Gj.M. zgjati 18 minuta.

Në të gjitha rastet, pas tharjes, në kavitetin peritoneal u futën penicillinë dhe streptomicinë, të shkruara me sol. novokainë 0.5%/<sub>0</sub>. Gjatë interventit, kur që nevoja, u dhanë perfuzione, gjak dhe noradrenalinë. Pas operacionit, të gjithëve iu dhanë perfuzione, gjak, antibiotikë etj. Në tri ditët e para pas operacionit, të gjithëve iu vunë sonda nazo-gastrike dhe në tetë raste u përdor pihutirina. Dy të sëmurë, që patën shok, u trajtuan me gjak, plazëm, perfuzione etj.

Në periodën post operatore konstatuam se:

Nuk patën dhimbje barku të theksuar	7 vetë
Nuk patën meteorizëm	7 vetë
Nuk patën vjellje	6 vetë
Defekuan deri ditën e pestë	10 vetë
Patën vjellje që nuk zgjatën më se dy ditë	4 vetë
Patën pneumoni post operatore	3 vetë
Ranë në shok	2 vetë
Dhanë fistulë sterkorale	2 vetë
Pësuan supurim të plagës	2 vetë
Fistulat sterkorale u mbyllën me mjekim konservativ.	4 vetë

I sëmunduri M. M., që për herë të parë ishte operuar më 24.VII.1964 (kartela 6114) për peritonit t.b.c. me lëus qysh atëherë, kish gënjë krahkëttik dhe perioda post operatore i pat kaluar shumë e rëndë me shkëmbje barku deri në 25 herë në ditë. Këtu të sëmunduri më 1966 (kartela 1782) iu bë intestinoplakimi dhe pas një periode post operatore të rëndë me shok vdiq dy ditë pas operacionit. Në autopsi (N. Simoni) u gjet cor pulmonare, insuficiencë kardio-respiratore, pneumoni e lobit të sipërmë të majtë, me hepatizim të kuq. Duhet të shënojmë se i sëmunduri, të nesërmen, pas operacionit, defekoi me shumëcë dhe në autopsi nuk u gjet ndonjë arësye, që të lidhte vdekjen me intestinoplakimin. Tek ky i sëmurë, i gjithë operacioni zgjati një orë e gjysmë. Për të gjithë të sëmurët, qëndrimi mesatar në spital qe 31 ditë, kurse për ata që dolën të shëruar, ditë qëndrimi më i pakët qe 10 ditë, kurse më i gjati 113 ditë.

Të 9 të sëmurët që mbetën u thirrën për rikontroll. Koha më e largët e rikontrollit është 5 vjet, kurse më e afërmtja një vjet. Të gjithë janë të kënaqur prej operacionit, ndiejnë përmirësime të dukëshme, kanë qdo ushqim pa pengesë, defekojnë normalisht, kanë shtuar në peshë, kurse kanë dhimbje të lehta barku (kryesisht kur ngjiten në lartësi) — 6 vetë, nuk kanë asnjë farë dhimbje —3 vetë, nuk paraqitën asnjë ankesë 2 vetë, ndiejnë rralë zhumë në zorrë 3 vetë, ka aftësi të plotë në punë (nëpunës që lëviz fshatrave) 1 vetë, kryen punë të lehtë (prej frikës se mos operohet prapë) — 1 vetë, ndiejnë dobësi në punë të rënda fizike — 4 vetë, nuk bën asnjë lloj pune (pas fustulës sterkorale, që iu mbyll tre vjet pas operacionit) — 1 vetë. Dy femijët janë zhvilluar mirë, kanë situar në peshë, janë ritur dhe marrin pjesë aktive në lojnat e moshatarëve të tyre. Asnjëri prej të 9 të sëmurëve të rikontrolluar nuk është operuar më ndonjë herë.

Të gjithëve iu bë ekzaminimi rontgenologjik. Normat e evakuacionit u morën sipas 8, duke llogaritur prej kohës kur pacienti pin sulfatin e bariumit, çfaqja e kontrastit në cekum pas tri ose pas tri orë e gjysëm (sipas Shtern) dhe kalimi plotësisht i tij nga zorrët e holla në të trasha pas 6-7 orësh. Në të gjitha rasket, funksioni motor i zorrëve të holla rezultoi normal. Në radiografitë e bëra, pas pirlës së kontrastit, zorrët e holla të mbushura me sulfat bariumi na rezultuan të vendosura horizontalisht në 6 raste dhe në mënyrë oblike — në tre raste.

## Diskutim

Në tabelën Nr. 1 vëmë re se asnjë prej të 10 të sëmurëve tanë nuk është shtuar brenda 6 orëve prej fillimit të akcesit dhe vetëm dy vetë u shtruan në 12 orët e para. Dy orët e para pas shtimit u operuan vetëm dy vetë. Pra kemi vonesë në kërkimin e ndihmës mjekësore dhe në operim, sig kanë vrejtur edhe të tjerët (10). Kjo lidhet me hezitimin që kanë pacientit dhe kirurgu, sidomos kur është fjala për të operuar një të sëmurë, që është operuar më parë, tek i cili operacioni i ri, në shumicën e rasteve, hap rrugën për një operacion tjetër, lidhur kjo edhe me zhvillimin e pakjartë dhe të pa besë të sëmundjes.

Noble T.B. propozoi operacionin e tij për profilaksinë e lëusit adeziv në peritonie, plagosje dhe dëmtime të tjera të organeve të barkut dhe gjithashtu për mjekimin e lëusit adeziv. Ne nuk e gjetëm me vend të bëjmë një operacion të rëndë për t'i dalë përpara një rrezikut me probabilitet jo aq të madh. Në spitalin tonë operohen shumë të sëmurë me

peritoneitë dituze, por ileuse adezive ndër to, më vonë takohen fare rra-llë. Edhe në ileusin adeziv nuk kemi bërë gjithmonë plikimin intestinal. Kur i sëmuri ka pasur pak aderenca dhe pas heqjes së tyre kanë mbetur pak zona të deserozuara, që kemi mundur t'i mbulojmë, nuk kemi bërë plikimin intestinal. Kemi pasur parasysh se formimi i aderencave nuk kondicionohet vetëm prej faktorëve lokalë, por edhe prej faktorëve të përgjithshëm. Një pjesë e njerzëve kanë tendencë të rritur të formojnë aderenca. Payer e lidh këtë me konstitucionin astenik dhe limfatik (cituar sipas 11). Sot grunnullohen të dhëna që flasin se shtimi i procesit adeziv lidhet me prishjet metabolike, të ngjajshme me ato të kolagenozave. Në eksperiment, Hessin arriti në konkluzion se aderencat çfaqen në lidhje me hipoksinë e, peritoneumit dhe prishjet e metabolizmit në të. E. E. Grigorjev gjeti në të sëmurë me sëmundje adezive aktivitet të rritur hialuronodazik. Sipas R.A. Zhengevski, tek shumica e të sëmurve vihet re koncentrim i lartë i fibrinogenit dhe aktivitet fibrinolitik i rritur ose i ulur.

Problemi në se duhet bërë plikimi intestinal në periodën akute është në diskutim. K. S. Simonjan bëri 6 plikime në periodën akute të parikalueshmërisë intestinale prej aderencave dhe pati 2 vdekje. Autori vuri re se perioda post operatore, në rastet e operimit në fazën akute, kaloi shumë rëndë, se në këtë periode i sëmuri është i dobët, i intoksikuar dhe se vetë plikimi vepron si faktor rëndues, se zorrët e fryra me mur të holluar mund të shpohen gjatë suturës dhe është vështirë të renditen në radhët e duhura. Autorë të tjerë (10) mbrojnë kryejten e plikimit intestinal në periodën akute. Ne të 10 rastet i kryem në periodën akute.

Plikimi intestinal nxit peristaltikën. Gjatë vënies së suturave na ka rënë në sy se si palët e sipërme u transmetojnë peristaltikën palëve të zorrëve që janë gepur nën to. Grigoviç I. N. shkruan se me intestinoplikimin evitohet staza intestinale për arsye të transmetimit të peristaltikës. J. J. Krocjinski (cituar nga 10) mendon se modifikimi i Childs-Phillips jep rrugëtime të garkullimit të gjakut edhe kur suturat nuk shtrëngohen fort. Autorë të tjerë janë në favor të këtij modifikimi sepse zgjat më pak, nuk është nevoja të vihen sutura në zorrë, nuk le dhimbe spastike prej tëheqjes. Të dy rastet që ne operuam me këtë metodë më 1966 dhe 1967 patën rezultate me të mira se të tjerët dhe janë të veçtrimit të sëmurë që nuk paragesin asnjë shqetësim.

Është kështilluar të mos hapet lumeni i zorrës për të mos e bërë operacionin pak të efektshëm (6). Ne në gjashtë raste hapëm zorrën dhe aspiruam përmbajtjen e saj. Ky asprim, për mendimin tonë, na ka lehtësuar mbylljen e bankut dhe periodën post operatore.

Në të sëmuret e tyre, Wilson dhe Poth (cituar nga 10) kanë pasur zgjatje të parezës post operatore deri në tre javë, gjë që K. S. Simonjan e shpjegon me metodën e parregulltë, që kanë përdorur këta autorë në operacion. Simonjan ka pasur parezë post operatore, që nuk ka zgjatur më shumë se 3-5 ditë dhe këto ia dedikon edhe vënies së suturave sero-muskulare, që parandalojnë atomin e zorrëve dhe lejojnë takim më të mirë mes zorrëve. Edhe ne kemi vënë sutura sero-muskulare dhe jo sero-seroze si Noble dhe paraza intestinale dhe nuk na ka zgjatuar më shumë se 5 ditë.

Noble (cituar nga 1) ka operuar të sëmurë në moshën 3 vjeç e lart. J. Teinturier (1958), me studimet klinike dhe eksperimentale, arriti në konkluzion se në fëmijët duhet bërë vetëm plikimi i pjesëshëm, pasi i

ploti pengon rritjen e zorrëve. P. F. Doroshëviç ka operuar dy femijë me moshën nën një vjeç, por nuk tregon në se plikimin e ka bërë të plotë apo të pjesësëm. Ne operam një femijë dy vjeç e gjysmë dhe një tjetër 6 vjeç dhe i kemi kontrolluar 4 vjet pas operacionit. Kemi vënë re se këta femijë janë rritur mirë, janë të shëndetëshëm, të fuqishëm, shtojnë peshë sipas moshës, megjithëse të dyve plikimi u është bërë i plotë.

Duke diskutuar në favor të plikimit horizontal dhe jo vertikal, sig e bënte vetë Noble, K. S. Simonjan shkruan se vendosja vertikale e zorrëve është më pak fiziologjike se ajo horizontale dhe për këtë bazohet në studimet anatomike dhe klinike. P. F. Doroshëviç në radiografitë e bera pas intestinoplaktimit horizontal (25 raste) i gjeti zorrët e vendosura horizontalisht, vertikalisht dhe në kohë të ndryshme, zorrët vendosen në drejtime të ndryshme, prandaj arriti në konkluzionin se është vështirë të flitet për pozitën horizontale si për më fiziologjiken. Edhe ne, në kontrollat radiografike të të sëmurëve tanë, kemi gjetur pozita të ndryshme të zorrëve, megjithëse në të gjitha rastet i kemi plikuar horizontalisht.

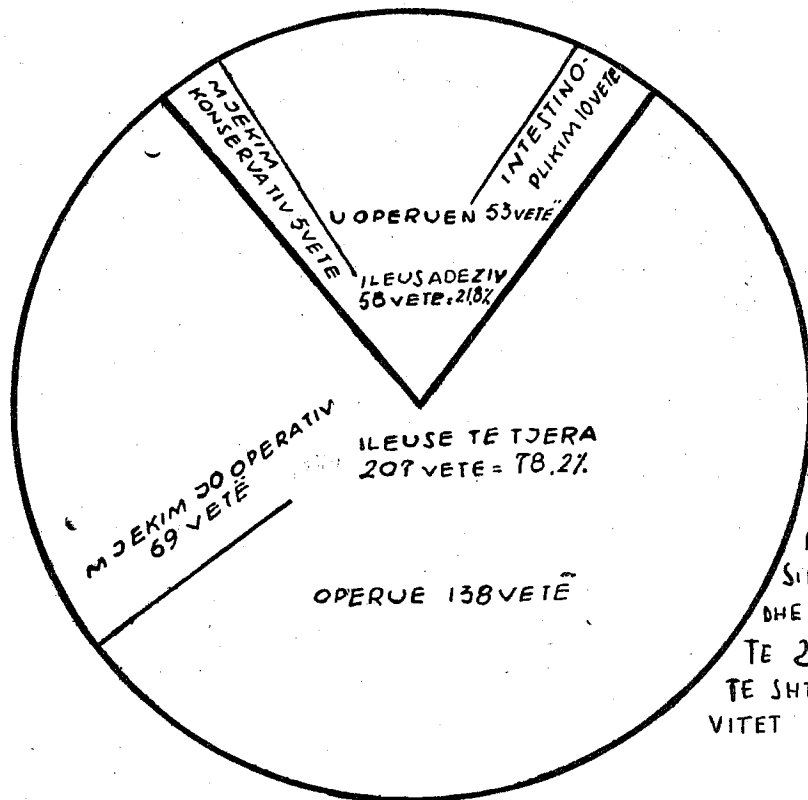
Plikimin e pjesësëm e ka rekomanduar vetë Noble. P. F. Doroshëviç bëri plikimin e pjesësëm në 10 raste. Ai qepi dhe mezentërin për t'iu shmangur ndonjë inkarcerimi. Në të dy rastet tona që ne bëmë plikimin e pjesësëm, ne nuk patëm rezultate të këqija as në periodën e herëshme e as të vonëshme post operatorë, por patëm të mirë, se operacioni na zgjati më pak. Ne në këto raste nuk kemi vënë sutura mezenmandon për rasket kur proçesi adeziv nuk ka përfshirë gjithë zorrën e hollë për të bërë incizione gjatësore të sajë për të krijuar sipërfaqe kontakti për të mundur të bëhet plikimi i plotë. Edhe Wilson (citar nga 10) që në 6 raste pas plikimit të pjesësëm pati illeuse dhe u detyrua të bëjë kripë laparatomit për ta kthyer plikimin e pjesësëm në të plotë. Është kundër plikimit të pjesësëm dhe shkruan se më i rrezikshëm është plikimi i pjesësëm se mos vënja fare e plikimit. Të sëmurët tanë me plikim të pjesësëm nuk na kanë dhënë recidiva gjatë këtyre pesë vjetëve të observimit.

### Konkluzione

1. — Në një illeus të shkakëtuar prej shumë aderencash nuk duhet mbyllur garku na bërë plikimin intestinal.
- 2) Plikimin Childs-Phillips e kemi bërë më shpejt, më lehtë dhe na ka dhënë rezultate të herëshme dhe të vona edhe më të mira se plikimet e tjera.
- 3) Noble i pjesësëm na ka dhënë rezultate të mira dhe mendojmë se duhet bërë në prekjef të pjesësme të zorrës së hollë.
- 4) Mendojmë se plikimi i zorrëve duhet bërë edhe në periodën akute.
- 5) Eksperienca e jonë tregon se ky operacion duhet bërë kudo ku ka sallë operacioni.

Dorëzuar në redaksi më

20.VIII.1969



NDARJA  
SIMBAS LLOJEVE  
DHE OPERACIONEVE  
TE SHTRUEM NE  
VITET 1963-1967

GRAFIKU NR. 1

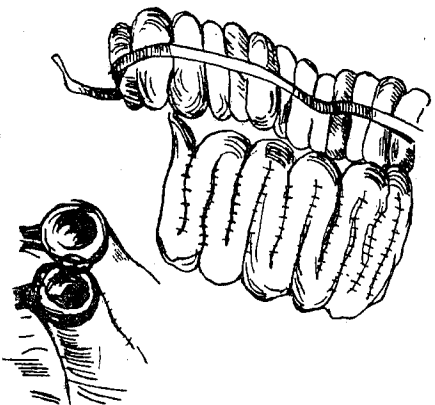


FIG. N° 4 NOBLE I PLOTÉ

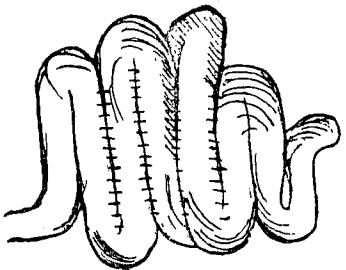


FIG. N° 2 NOBLE I  
PJESSHEM

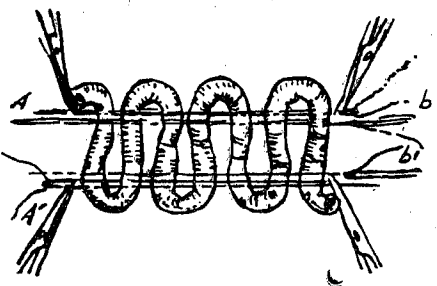


FIG. N° 3

*operation*  
CHILD'S - PHILLIPS



## BIBLIOGRAFIJA

- 1) Arapov D.: Balshaja medicinskaja enciklopedija» Volumi 23 Moskë 1961. 943.
- 2) Bazhenov V.S.: Njepokolektsij E.O.: Primenjenje modifikovanoj operacii Noblja pri spaegnoi boljezni «Hirurgija», Moskë, 1967, II, f. 104-107.
- 3) Cuhriantso D. P.: «Njeprohodimost kishecnika» Gosmedizdat U.S.S.R.: Kiev 1958.
- 4) Doroshovij P.F.: Operacija Noblja pri spaegnoi boljezni, Vjestnik hirurgija Leningrad 1964, 10, 114.
- 5) Grigovij I.N.: K voprosu o primenjenii operacii Noblja, «Hirurgija» Moskë 1964, 3, f. 70-73.
- 6) Nestelov S.S.: Legenije bolnih hroniceskoj spaegnoi neprohodimostju kishecnika operaciel Noblja, Hirurgija Moskë 1964, 3, 74.
- 7) Nguyen Trinh Ko, Vuong Hung.: Operacija po Noblju pri legenij posljeoperacii noi neprohodimost kishecnika, «Hirurgija» Moskë 1964, 77.
- 8) Petrov V.I.: Kliniko-rentgenologiceskaja diagnostika kishecnol neprohodimos-ti, Medicina Moskë 1964.
- 9) Saitovskij P., Rusanov S.: Balshaja medicinskaja enciklopedija Moskë 1957. Vol 2.
- 10) Simonjan K.S.: «Spaenajaja boljezn» Moskë 1966.
- 11) Zhengevsckij R.A.: Legenije spaegnoi bolezni brjushnoj pollosti, «Vjestnik Hirus-erij» Leningrad 1965, 9, 63.

## (Summary)

## THE NOBLE AND CHILDS-PHILLIPS METHODS OF INTESTINAL PPLICATION IN ADHESIVE ILEUS.

Of 265 cases of ileus admitted during the period 1963-1965 in the Shkodra hospital 58 (21.87%) had adhesive ileus. In 10 of them the operation was completed by intestinal plication. At admission the symptoms of these patients were not very pronounced; they were operated during the acute period and dhe intestine was plicated hirizontally. In 6 cases the full Nible operation was performed, in 2 — partial Noble and in the last 2 the Childs-Phillips operation. One of the patients died of heart failure. In the others the post-operative period procedes favourably, the intestinal paresis did not last more than 5 days. Two cases developed stercoral fistulae, which healed easily after conservative treatment.

The early and late results were satisfactory, there were no relapses. The author discusses the indications and technique of the operation and notes that better results are obtained with the Childs-Phillips method, which is simpler and easier to perform.

## Résumé

## PLICATURE INTESTINALE NOBLE ET CHILDS-PHILLIPS DANS L'ILEUS ADHESIF

Durant les années 1963-1967, on a hospitalisé à l'hôpital de Shkodër 265 personnes souffrant occlusions intestinales; dont 58, soit 21.87%, à plicature intestinale. Chez ces dix cas, on a observé des symptômes cliniques peu marqués et un certain retard dans le recours à l'assistance médicale et pour l'intervention chirurgicale, comme il advient du reste

généralement pour les iléus adhésifs. Deux seulement de ces malades étaient des enfants. Les dix patients ont été opérés en période aiguë, avec anesthésie générale à l'éther oxygène. Dans tous les cas, les anses ont été disposés horizontalement. Pour six d'entre eux, on a appliqué la méthode Noble complète, et pour deux autres partielle; pour les deux derniers cas on eut recours à l'opération de Childs-Phillips.

Des dix opérés, l'un est décédé à la suite d'une insuffisance cardio-respiratoire. Chez les autres, la période post-opératoire s'est écoulée dans une tranquillité relative, la parésie intestinale n'ayant dépassé cinq jours en aucun cas. Dans deux cas seulement, il s'est manifesté une fistule stercorale dont la fermeture a été obtenue par un traitement conservateur.

Les résultats immédiats et à longue échéance de ces interventions sont, comme l'indique l'article, satisfaisants. On n'a enregistré aucun cas de récidive.

Se fondant sur les cas qu'il a lui-même étudiés, l'auteur traite des indications correspondantes, de détails de technique opératoire et observe que les meilleurs résultats immédiats et à long terme ont été donnés par l'opération de Childs-Phillips, dont l'exécution est également plus aisée et plus rapide.

## MBI DISA KOMPLIKACIONE POST-OPERATORE NË PACIENTË ME SËMUNDJE VICEROZE GASTRO-DUODENALE

— Doe. PULLUMB BIRRI

(Katedra e Patologjisë së përgjithshme. Shet. Doc. P. Birri)

Kemi analizuar 66 raste vdekjesh pas ndërventeve të ndryshme, të bëra për të trajtuar sëmundjen ulceroze, nga të cilët 56, kanë qenë meshkuj dhe 10 femra. Moshë e tyre ka qenë:

Deri në 20 vjeç	1 rast
deri në 40 vjeç	9 raste
deri në 60 vjeç	56 raste

Ndërhyrja kirurgjikale është bërë në këto raste:

Në 31 raste për *ulcus duodeni*; në 25 raste për *ulcus ventriculi*; në 7 raste për *stenosis pylori*; në 3 raste për *ulcus pepticum jejuni*.

Lloji i operacionit të aplikuar:

Në 43 raste *resectio ventriculi*; në 23 raste operatione të ndryshme, ndërventeve ose paliative.

Vdekjet kanë ndodhur në këtë mënyrë:

Në 56 raste pas ndërventit të parë dhe në 10 raste pas ndërventit.

Morfologjisht, komplikacioni post operator ka qenë i kësaj natyre: në 50 raste dehisenca ose fistulizimi i suturave të anastomozës apo të cingut duodenal.

Në 16 raste kanë qenë komplikacione të ndryshme si hemorragjia, pneumonia, enteritis, pneumatozis intestinali, insuficienca kardiovaskulare etj.

Të 50 raset me dehisencë ose fistulizim kanë qenë të shogëruar me *peritonitis diffusa* ose *localisata*, që shpejt apo vonë shkakëtuar vdekjen. Megjithatë në raset që kemi analizuar, pjesën më të madhe e zenë dehisenca dhe fistulizimi i suturave, mendojmë se është me leverdi praktike të përgëndrojmë vëmendjen mbi këtë fenomen:

Shkaget e dehisencave dhe fistulave në suturat e niveleve të ndryshme mund të jenë të ndryshme dhe të shumta. Përgjithësisht ato mund të jenë të rendit lokal dhe të rendit të përgjithshëm (Patel Jean et La-taste Jacques).

Si shkaqe të rendit lokal për dehisencë janë: volumi i kanalit, infeksioni fokal (më virulent në stomak se sa në duoden), materiali i suturës (më i mirë është materiali jo i rezorbueshëm, por jo llni, sepse dihet që formon *granuloma*).

Rëndësi të madhe ka teknika e suturës, dmth kualiteti i saj. Reaksioni inflamator dhe zgjatja e tij keqësojnë fatin e suturës; kushitet e mira të garkullimit të gjakat sigurojnë anastomozë të mirë.

Ndër kushtet mekanike, që favorizojnë fistulizimin, mund të jenë: traumatzimi operator, plagë të padiktuara nga kirurgu në vendin e suturave; nekroza ishemike e parëti që sturrohet, çka mund të jetë konseguencë e ndërprerjes së qarkullimit nga përdorimi i panevojshëm i shu-më suturave.

Ekzistojnë edhe faktorë të tjerë më të rrallë dhe që mund të jenë: hipotermia dhe shumë më rrallë radio-kobalto terapia. Si shkak lokal për dehshencë, jo rrallë, mund të jetë një hematomë e supuruar në vendin e suturës.

Ndër shkaqet apo faktorët e përgjithshëm, që ndikojnë në konsolidimin e suturës, janë: 1) moshë (në një pjesë të mirë rasteesh — në 10 raste); ky faktor ka luajtur rol në materialet tona, sepse procesi ateriosklerotik i përgjithshëm është shprehur edhe në vazat e zonave të manipuluar. Këtë fenomen i shtohet edhe lezioni vaskular, shpesh obligativ me natyrë inflamatorë, të provokuar nga vetë procesi i vjetër ulceroz. 2) Anemia: kemi vënë re se kanë përfunduar me dehshencë më tepër ata individë, që kanë vuajtur nga ulcera hemorragjike, sepse anemia kronike nuk luan rol vendimtar për komplikacione të tilla. 3) Denu-tricioni, hipoproteïnemia dhe avitaminozë C janë faktorë vendimtarë për dehshencën e suturave: dihet se i sëmurë, i pa ushqyer mirë, është më sensibil ndaj anesteziës, hemorragjisë dhe ndaj traumës operatorë (Saphir O., Vail S.S., Zvorikin J.A.).

Prandaj denutricioni në stenozat e avancuara është një problem për kirurgët dhe, duhet të pranohet, se në materialet tona, ky fenomen është vënë re shpesh, sepse një pjesë e mirë e rasteve u takon rezeksioneve për stenozë pilorike (7 raste, sipas të dhënave klinike).

Denu-tricioni vonon cikatrizimin e suturës digestive; pra e bën defektuos konsolidimin e cikatricks së saj.

Po të analizojmë më konkretisht dehshencat e suturave në nivele të ndryshme, mund të gjëjmë disa veçanti që duhen pasur parasysh. Kështu p.sh. dehshenca duodenale: (25 raste), ajo hasset deri në 2,5-3<sup>0</sup>/<sub>0</sub> të ulcerave në këtë zonë dhe mund të jetë shkak vdekjeje deri në 24<sup>0</sup>/<sub>0</sub> (Tremolieres et Piquignot), ndërsa mund të jetë shkak vdekjeje deri në 43<sup>0</sup>/<sub>0</sub> të ulcerave ventrikulare të komplikuar me dehshencë. Në materialet tona, ne nuk mund të flasim për përqindje, por, sig pamë nga tabella, ulcerat kanë qënë më shumë duodenale dhe dehshenca më fort ka qënë lokalizuar në cungun duodenal. Të gjitha ulcerat duodenale kanë hapje në cungun duodenal.

Edhe në etiopatogenezën e dehshencave duodenale mund të dallojmë këto shkaqe:

a) lokale:

— Mungesa e serozës në paretin posterior;

— hipovaskularizimi nga kaloziteti ulceroz dhe nga diseksioni i duodent gjatë manipulimit;

— Për disa autorë anglo-saksone, gjermanë dhe kanadezë, një rol luan edhe veprimi digjektiv lokal i lëngut pankreatik.

b) Dhe si shkaqe regjionale mund të përmbledhim:

— shaza duodenale thjesht funksionale nga vonimi i restaurimit të tranziti, nga edema e anastomozës gastrosjejunale, nga difekte teknike, si p.sh. formimi i një «eperoni» në metodën Hofmeister; suspensio-ni i keq, rotacioni i anastomozës kur gastrosjejunostomia është izoperis-taltike dhe anomali kongjenitale të pankreasit, që krijojnë pengesë në lumenin duodenal (anomali të padiktuara).

c) Ndërmjet shkaqeve të përgjihëshme, më fort luajnë rol:

— faza evolutive e sëmundjes ulceroze (komplikacionet e sajta), nutritivoni i pacientit; injektimi i ekzagjeruar i likuideve dhe i kriprave që, duke shkakëtuar edemën e indeve, provokojnë pamundësinë e rigjenerimit të plagës.

Në materialet tona kemi vënë re se në disa raste, sasia e likuideve të injektuara, megjithëse të diktuara nga indikacione vitale, ka qënë e konsiderueshme, e pra, të ketë luajtur rol në mos konsolidimin e suturetës.

Për të evituar dehishencën e suturerave në rastet e ulcerave duodenale të vështira, disa kirurgë aplikojnë taktikën e gastro-ektomisë në dy kohë, ose atë të gastro-ektomisë «*pour exclusion*».

Për anastomozën gastro duodenale luajnë rol këta faktorë etiologjikë: tensioni i suturerave, hipovaskularizimi pas mobilizimit të tepërt të paretit gastrik ose të duodenumit; ndikimi i dëmshëm i pankreasit në raste ulcerozash tërëbrante dhe përdorimi i shumë suturerave, që provokojnë faktorin e nekrozës.

Ndërsa për anastomozën gastro-jejunale kanë rëndësi:

a) dehishenca e raketës pas rezeksionit tip Hofmeister. Ky lloj dehishence ndodh në «këndin e vdekjes» ose më lart në kurbatura minor; b) dhe lëshim i vërtetë i anastomozës, nga ishemia e paretit gastrik. Nga analiza e rasteve të studjuara të dehishencave pas interventeve dhe reinterventeve për trajtimin e sëmundjes ulceroze, konkludojmë sa vijon: në 25 raste, dehishenca është gjetur në cungun duodenal; në 18 raste është gjetur në anastomozën gastro-jejunale dhe në 7 raste në suturen e stomakut.

Dorëzuar në redaksi më 25 janar 1969

#### BIBLIOGRAFIA

1. — Patel Jean et Lataste Jacques: La Presse Médicale 1957, 81, 1811.
2. — Saphir O.: A text on systemic pathology. Vol. II, 22.
3. — Tremolieres et Puguignot: Journal de chirurgie 1968, 4.
4. — Vall S.S.: Oshibki kliničeskoj diagnostike 1961, 160
5. — Zvorikhn J. A.: Oshibki opasnosti i oslaxmenija v Hirurgii 1965, 355.

#### Summary

#### POST-OPERATIVE COMPLICATIONS OF GASTRIC AND DUODENAL ULCERS

The pathological findings are discussed of 66 autopsy cases, in which the surgical intervention was undertaken for gastric or duodenal ulcers. 56 of them were 40 to 60 years of age, in 31 the primary diagnosis was duodenal ulcer, in 25-gastric ulcer and in 7 pyloric stenosis.

In 56 cases death had occurred after the first intervention, in 10 more

then one operation were performed. Morphologically the post-operative complications were: in 50 cases dehiscence or fistulisation of the sutures of the anastomosis or the duodenal stump; in the remaining 16 cases different complications were discovered, such as haemorrhage, pneumonia, enteritis and heart failure.

While analysing the different causes of dehiscence, the author points out the importance of the precautions which should be taken during the operation in order to prevent these often fatal complications.

### Resumé

#### CERTAINES COMPLICATIONS POST-OPERATOIRES CHEZ DES MALADES D'ULCÈRE GASTRO-DUODÉNALE

L'auteur procède à une étude anatomo-pathologique de 66 cas décès survenus à la suite de diverses interventions chirurgicales effectuées pour le traitement de l'ulcère gastro-duodénal. 66 de ces malades étaient âgés de 40 à 60 ans. Dans 31 cas, l'affection principale était l'ulcère duodénal, dans 20 cas - l'ulcère gastrique et dans 7 cas la retrecissement du pyllore.

Dans 56 cas, les décès sont survenus à la suite de la première intervention et dans 10 cas à la suite d'une nouvelle intervention. Du point de vue morphologique, la complication post-opératoire a été, dans 50 cas la dehiscence ou la fistulisation des sutures de l'anastomose ou du moignon duodénal; dans 16 cas on a constaté des complications de diverses natures telles que hémorragie, pneumonie, entérite, insuffisance cardio-vasculaire, etc.

L'auteur analyse les diverses causes, qui sont à l'origine des dehiscences et attire l'attention des chirurgiens sur les moments qui peuvent et doivent être évités dans les interventions pour le traitement de la maladie ulcéreuse gastro-duodénale.

## MBI METODAT E MJEKIMIT TË KISTAVE TË NOFULLAVE

DHORI POJANI

(Katedra e Stomatologjisë, Shef Xh. Aslani)

Qëllimi i këtij punimi është të paraqesim rezultatet e klinikës sonë mbi metodat e mjekimit të kistave të nofullave gjatë periudhës 6 vjeçare (1962-1967). Gjatë kësaj kohe janë operuar 144 të sëmurë me kista të nofullave. Nga këta, 126 (87.5%) raste janë me kista radikulare, 12 (8.3%) me folikulare, 4 (2.7%) të kanalit nazo palatin dhe 2 (1.3%) raste me polikistoma.

Sipas lokalizimit, kistat radikulare ndahen: 81 (64.2%) ishin të vendosura në nofullën e sipërme, nga të cilat 67 në dhembë frontale, 10 në premolare dhe 4 në molare. Në nofullën e poshtëme vendoseshin 45 (35.8%) raste, në të cilat 19 në dhembë frontale, 18 në molaret dhe 8 në premolaret.

Sipas seksit, kistat radikulare ndaheshin: në meshkujt 74 (59%) raste dhe në femra 52 (41%) raste. Sipas moshave ato ndaheshin:

4-10 vjet- 3 raste
11-20 vjet-13 raste
21-30 vjet-40 raste
31-40 vjet-38 raste
41-50 vjet-15 raste
51-60 vjet- 9 raste
mbi 60 vjet-6 raste.

Midis kistave radikulare, 7 (5.5%) ishin të lokalizuara në nofulla pa dhembë.

Nga 81 rastet me kista radikulare të nofullës së sipërme 10 (12%) kishin komunikim me sinusin maksillar, e cila u vërtetua në rastet e dyshimta gjatë ndërhyrjes kirurgjikale.

Në të kaluarën, për mjekimin kirurgjikal të kistave të nofullave janë përdorur dy metoda kryesore, të aplikuarra për herë të parë nga Parç (K. Patsch) — cistotomia (Parç I — 1892) dhe cistektomia (Parç II-1910).

Përveç metodave klasike të mësipërme, sot përdoren me sukses dhe modifikimet e tyre. Modifikimi i Cistotomisë, sipas Wasmund dhe modifikimi i cistektomisë, sipas Nashev. Secila metodë ka indikacionet dhe kontraindikacionet e saj, njëkohësisht avantazhet dhe disavantazhet. Nga të katër metodat e mësipërme - cistektomia ka avantazhet më të shumta dhe prandaj ajo sot gjen përdorim më të gjërë në praktikën e përditëshme.

Parç në kohën e tij, cistektominë e indikonte vetëm në kiste me

dimensione të vogla me 1 deri 2 cm. diametër. Në kista më të mëdha se 1-2 cm. diametër indikonte cistotominë. Në kohën e sotëm, indikacioni i Parçiti ka humbur vlerën e tij, sepse, siç ka treguar përvoja e shumë autorëve (Verlocki, Nastev etj.) dhe përvoja e jonë, tregon se metoda e Parç II (cistektomia) ka dhënë rezultate shumë të mira në mjekimin e kistave me volum rreth 40-50 cc.

Një gjë e tillë është arritur në sajë të përdorimit të antibiotikëve lokalisht dhe parenteral.

Anët pozitive që e kanë bërë cistektominë të përdoret gjërësisht janë: regjenerimi i shpejtë i lambos nuklo-periostale (për 5-7 ditë). I sëmuri nuk ka nevojë për kujdes të vazhdueshëm post operator, restaurimi (mbushja) e defektit kockor bëhet gradualisht dhe pa u kuptuar nga i sëmuri, mungon defekti kockor, prandaj ruhet forma anatomike normale e nofullës, nuk ka veshitësi në vendosjen me metoda protektive të dhëmbëve të ekstraktuar, mungon vend retonsioni për mbeturinat ushqimore dhe më në fund regjenerimi i defektit kockor bëhet shpejt. Kjo ndodh për dy arsye kryesore: a) Për shkak të organizimit të shpejtë të koagulimit të gjakut në kavitetin kockor dhe transformimin e tij gradualisht në ind kockor normal. b) Si rrjedhim i formimit të kockës nga jënia e periostit në vendin e vet. Sipas A.A. Pimenova, A.A. Lein, Nastev, Vasiliev etj. cistektomia ka këto të meta: rreziku i infektimit të koagulimit dhe lëshimi i suturave, perforacioni i sinusit dhe kavitetit nazal, traumë e fascikulit neuro-vaskular mandibular dhe edemë post-operator, e cila zhvillohet pa dhimbje. Por këto të meta, të cituar nga autorët e mësipërmë, nuk përforcohen plotësisht nga observacionet klinike të autorëve të huaj dhe observacionet tona. Të këtij mendimi janë dhe Tatarincev e Erohlich.

Disavantazhet e cistotomisë që e bëjnë të papërdorëshme janë: mbetet kaviteti kockor, që kërkon kujdes të vazhdueshëm, prishet forma e fytyrës, sidomos kur kista është në regionin frontal dhe kaviteti i formuar shërben si vend retonsioni për ushqimet, procesi i regjenerimit të kockës bëhet ngadalë (për mungesë të periostit), lindin veshitësi për vënieën e dhembëve, ka rrezik për recidiva, sidomos kur sakusi është i infektuar dhe, më në fund, studimet e fundit kanë vërtetuar mundësinë e malinjizimit të eptellit të sakusit kistor, (Meadow, I.I. Ernolaev, N.A. Platnikov, VI. Andreev dhe K. Anastasov). Për malinjizim të sakusit flasin dhe R.B. Pinus, Dargen e bp., Martenson, Falkmar etj. Këta të fundit, në vitin 1963, kanë gjetur 104 raste me malinjizim të eptellit të kistës.

Metoda Wassmund ka të metat e Cistotomisë, por eliminon dy më kryesoret të saj, dmth recidivimin dhe malinjizimin, sepse ky autor ekstripon plotësisht sakusin dhe implaton lambon nuklo periostale në brendësi të kavitetit kistor, për t'u bërë eptelizimi i tij. Kjo është arsyeja që sot cistotomia është zëvendësuar plotësisht me metodën Wassmund. Metoda Wassmund indikohet në kista shumë të mëdha (gjysmën e nofullës), sidomos kur janë të infektuara.

Anët pozitive të cistotomisë dhe metodës Wassmund janë: teknika operatorë është e thjeshtë dhe periudha post operatorë kalon pa komplikacione. E meta kryesore e cistektomisë, siç u theksua më lart, është infektimi i koagulimit dhe putrifikimi i tij. Por nën mbrojtjen e antibiotikëve, lokalisht e parenteral, një fenomen i tillë ndodh rrallë.



Për t'u shmanjur kësaj të meje të cistektomisë dhe për të shpejtuar regjenerimin e indit kockor si dhe për të pakësuar koagulumin e gjakut, sot disa autorë mbushin kavitetin me allçiq të përziera me antibiotikë. (G. J. Semengenko, Kabaginikov, Lebourg, Svrakof etj.). Këtë metodë ne e kemi përdorur në dy raste. Po përshkruajmë një rast:

I sëmundi paraget kiste radikulare në regionin e dhëmbëve 45 e pa infektuar dhe pa simptoma klinike të garta. Diagnoza u vu në bazë të radiografisë intra orale. Nën anestezë mandibulare dhe infiltrative u bë incizioni në formë trapezi me bazë në forniks. Pas preparimit të lambos, me datë u hooq kocka në anën vestibulare, aq sa kista u zbulua mirë. U kryetra sakusi kistoz, nervi dhe vazat ishin të spostuara poshtë, prandaj nuk u dëmtuan. Kaviteti u mbush me allçiq të përziera me 200,000 unita penicilin. Allçicia sterile u përgatit *extempore* me konsistencë brumi. Lamboja u suturua dhe shërimi u bë *per primam* pa komplikacion.

Autorë të tjerë përdorin plazmë të thatë, kartilago, pluhur kockor të përziera me antibiotikë.

Pakësimin e koagulimit dhe zvogëlimin e kavitetit kockor, Nastev e bën duke aplikuar metodën e tij, që përdoret si më poshtë: Deri tek ekstripimi i sakusit, teknika është e njëjtë me cistektominë. Para saturesimit të lambos në anën linguale (ose palatinale) të kockës, me freza hapen dy vrima larg nga njëra tjetra rreth 1-2 cm. Sutturohet lamboja nukoperosiale dhe operacioni mbaron duke aplikuar suture në formë dysheku, e cila kalon në drejtim vestibulo oral, (duke kaluar suturat në vrimat e hapura në kockë).

Kjo metodë indikohet në kistat voluminoze të nofullës së sipërme ose të poshtëme, që në të kaluarën indikohesh cistotomia ose metoda Wassmund. Me këtë metodë ne kemi operuar tre raste: dy në nofullën e poshtëme, në të cilat kista kapte gjysmën e mandibulës dhe një në nofullën e sipërme. Periudha post operatore kaloi normalisht pa infektim të koagulimit dhe shërim i plagës *per primam*.

Në praktikën tonë, ne jemi bazuar në literaturën e vjetëve të fundit, që rekomandon kryesisht cistektominë në operimin e kistave dhe me dimensione të mëdha në volum deri në 40-50 cc, duke parë anët e shumta pozitive të cistektomisë dhe, të bindur gjatë praktikës sonë, kemi përdorur kryesisht këtë të fundit. Kështu nga 144 raste me kista, 134 (93%) janë operuar me metodën e cistektomisë, 7 raste me metodën Wassmund dhe 3 raste me metodën Nastev.

Përqindja e të operuarve me metodën e cistektomisë është e afërtë me atë të Pimenovës, e cila për periudhën 1930-1945, nga 1032 raste me kista të nofullave ka operuar me cistektomi 1013 (98%) dhe të Lein. I cili nga 68 raste 56 (82%) i ka operuar me metodën e cistektomisë (për periudhën 1953-1954).

Por kjo përqindje është shumë larg me atë të Pimenovës, e cila për periudhën 1946-1953 nga 941 raste me kista të nofullës së sipërme, 344 (33.5%) i ka operuar me metodën e cistektomisë.

Nga 134 raste, në të cilat është aplikuar cistektomia, në 133 shërimi është bërë *per primam* pa supurim të koagulimit të gjakut, kurse në një rast me kiste radikulare të maksilës në dhëmbët 4 4 u opera dy herë me metodën e cistektomisë (një herë në një klinikë tjetër, një herë tek ne). Por nuk vazhdoi shumë kohë, kur koagulumi u infektua dhe përdoroi në supurim të kavitetit kistoz. Të tretën herë, e sëmundura u operua me metodën Wassmund. Shërimi u bë pa komplikacion dhe defekti kockor i kistës u epitelizua plotësisht.

Në materialin tonë, 51 (35,4%) raste patën kista të infektuara. Në rastele e absceduara, para ndërhyrjes është përdorur mjekim me antibiotikë ose incizion i abscesit.

Gjatë operimit të kistave, pavarësisht nga metoda që kemi përdorur, një kujdes i veçantë është treguar për konservimin e dhëmbëve frontale dhe premlare në të rinj, rrënjët e të cilëve bëjnë pjesë në kavitetin kistos, që kanë humbur vitalitetin ose janë në anët e kistës, por ruajnë vitalitetin. Për dhëmbët që kanë humbur vitalitetin dhe qëndrojnë të fiksnar mirë në alveole, kemi bërë rezekcion apikal me mbushje të kanalit gjatë operacionit. Ne ndjekim edhe një taktikë tjetër për dhëmbët që lluksojnë lehtësisht. Për këta dhëmbë, duke u mbështetur në punimet e Buldakovicit, gjatë ndërhyrjes, nuk bëjmë amputimin e apeksit, por ektarturojmë me kujdes sidomos prapa apekseve vetëm sakusin kistos dhe bëjmë mbushjen e kanalit.

Stabiliteti nuk dobësohet duke mos amputuar apeksin, kështu me kalinim i kohës bëhet osifikimi i kavitetit kockor dhe stabiliteti i dhëmbëve të lluksuar. Në materialin tonë, në 67 (47%) raste është bërë rezekcion duke konservuar 96 dhëmbë.

Për dhëmbët e dymshimtë që mund të bëjnë pjesë në kiste para operacionit duhet provuar vitaliteti i tyre. Kur ata janë vitale, pavarësisht se bëjnë pjesë në kista (është fjala për dhëmbët në skajet e kistës) nuk duhet shpejtuar për të bërë devitalizimin e tyre, sepse me pak kujdes gjatë operacionit, ata ka mundësi të ruajnë vitalitetin e tyre.

Duke u bazuar në të dhënat e literaturës, ku thuhet se pulpa ka mundësi të madhe funksionale, sepse dhëmbi, përveç vazave qëndrore të apeksit, ka dhe degëza të tjera rreth rrënjës, që janë burime suplementare në vaskularizimin e pulpës (K.J. Tatarincev dhe E.J. Gavrilov, ky i fundit cituar nga Tatarincev), nuk kemi bërë devitalizimin e dhëmbëve vitale që përshihen në skajet e kistës. Me këtë mënyrë kemi operuar disa raste, nga të cilët po përshkruajmë njërin prej tyre.

I sëmurit dërgohet në klinikën tonë në diagnozë *Cysta radicularis* në regionin e dhëmbëve frontale poshtë me lokalizim 21 | 12.

Nga anamneza rezultoi se i sëmurit para disa vjetëve kish pësuar goditje në dhëmbët frontale poshtë, por nuk i vuri rëndësi sepse dhimbje pati vetëm në fillim për disa ditë. Më vonë nuk pati asnjë shqetësim. Një muaj para se të parqitëj në klinikën tonë, pati dhimbje të lehta në nofull në dhëmbët e përparshëm dhe fryrje të pak të kockës së nofullës. I bëhet radiografi dhe rezultoi të ketë kiste radikulare.

*Status localis:* Ekzaminimi ekstra oral nuk jep asimetri ose deformim të pjesës së përparshme të nofullës së poshtme. Lëkura në ngjyrë normale. Intra oral nukozja në ngjyrë normale, fryrje e lehtë në regionin frontal, e fortë dhe pak e përparshëm dhe fryrje të pak të kockës së nofullës ndryshuar ngjyrën dhe lüksin.

*Statusi radiologjik:* — në radiografi intra orale dukej destruksion kockor në forma ovale me kufi të garta në regionin e dhëmbëve 21 | 12. Nga radiografia rezultoi se apeksit e dhëmbëve 2 | 2 bënin pjesë në kiste me spostim të lehtë anash.

*Operacioni:* — Para operacionit u përcaktua vitaliteti i dhëmbëve laterale. Rezultoi të jenë vitale, prandaj nuk u bë devitalizimi i tyre. Pas anestezisë lokale në foramen mentale nga të dy anët dhe infiltrative, u bë incizioni në formë harku nga njëri katin në tjetri e me bazë në forniks, u preparua lamboja nuklo perostale, kocka ishte intakte. Me datë u hox muri i përparshëm kockor dhe u zbulua kista. Para kryerimit të

sakusit kistos u bë ekstraksioni i centralëve, pasi baza e tyre ishte shkretëruar. Kyretimi i sakusit u bë me kujdes për të mos traumatizuar apeksët e lateralëve, sepse anët mediale të apekseve bënin pjesë në kiste.

Sakusi u ekstripua in toto. Lokalisht u shiti penicilin dhe lamboja u saturua në vendin e vet. Pas tre muaj u bë kontrolli i dhëmbëve lateralë. Rezultoi të jenë vitale».

Një problem tjetër, gjatë operimit të kistave radikulare ose folikulare në fëmijë është dhe geshja e konservimit të folikulit të dhëmbëve permanentë, që bëjnë pjesë në kavitetin kistos. Sipas të dhënave të literaturës (T.I. Albanskaja - cituar nga Vasiliev dhe J. Zemlova etj.) dhe përvoja e jonë e pakët, në rast se folikulat nuk janë *dens super numeratum* dhe kur shtrati kockor i folikulit nuk është dëmtuar plotësisht nuk rekomandohet të bëhet ekstraksioni i tij, sepse, pas cystektomisë, dhëmbi permanent zhvillohet gradualisht, duke dalë në vendin e vet ose mund të ndrojë pak drejtim. Më vonë, me aparate ortodontike, kjo anomali drejtohet. Në kemi operuar dy fëmijë me kiste në nofullën e sipërme, ku si tek njëri ashtu dhe tek tjetri, folikulat e dhëmbëve permanentë lateralit u dislokua plotësisht dhe u implantua përsëri. Nga kontrollat e bëra, pas një viti dhe pas vitit të dytë, dhëmbët në fjalë u zhvilluan normalisht. Lateralit që u reimplantua ka rotacion mezoovesibular.

Një vëshitëri që lind para ose gjatë operimit të kistave është dhe përcaktimi i metodës operative në kistat e nofullës së sipërme me dimensione të mëdha, që zhvillohen në afërsi të sinusit maksilar, ose që komunikojnë me të.

Në të kthuarën, si dhe sot, në tekste dhe praktikume, kista të këtij regjioni rekomandohen të operohen, pavarësisht në se komunikojnë ose jo me sinusin, në se ky i fundit është ose jo i infektuar me metodën e cistotomisë plastike nazale ose cistektomisë, dmth heqjen e murit të përparshëm të sakusit kistos ose ekstripimin krejt të tij dhe komunikim të kistës me kavitetin sinuzal dhe duke e drenuar këtë të fundit, nëpërmjet meatus nazi inferior me kavitetin nazal (Verlocki, Vasiliev, Starobinski etj.). Megjithatë kjo, si metodë tekniksht është e vëshirë dhe voluminoze, si dhe e rëndë për të sëmurin, sot aplikohet vetëm në kista voluminoze me komunikim të sinusit dhe kur ky i fundit është i infektuar.

Në praktikën tonë, në kemi vepruar në këtë mënyrë: në rastin kur kaviteti sinuzal ndahet nga ai i kistës me septum kockor të hollë, madje edhe vetëm me mukozën e sinusit të pa infektuar kemi përdorur metodën e cistektomisë (në raste të tilla disa aplikojnë cistotominë (Starobinski).

Cistektominë e kemi përdorur edhe kur gjatë pastimit të sakusit kistos, mukozja e sinusit është e perforuar aksidentalisht. Në kemi shkuar më tutje, kur kista nuk ka qënë e infektuar dhe mukozja e sinusit ka qënë intakte, jemi mjaftuar vetëm me heqjen e sakusit dhe mbylljen e kavitetit kistos me lambon muko periotale. Kjo teknike operative në literaturë rekomandohet të aplikohet veçanërisht në pacientë me moshë të re (fëmijë).

Në 10 raset tona me kista të nofullës së sipërme me komunikim të sinusit maksilar, në 8 prej tyre (sinusi është i pastër) kemi përdorur cistektominë pa komunikim me kavitetin nazal, kurse në dy raste të tjera, ku sinusi ishte i infektuar krahas cistektomisë, është bërë dhe kyretimi i mukozës patologjike, por pa drenim në hundë, në dy raset e fundit drenimi është bërë për 2-3 ditë nëpërmjet lambosë muko periotale.

Operimi është bërë nën mbrojtjen e antibiotikëve me aplikim lokal dhe parenteral. Të operuarit tanë, me komunikim të kistës me kavitetin sinuzal, janë observuar për disa muaj pas operacionit — recidiva dhe sinuzit nuk është zhvilluar. Për ta ilustruar sa u tha më sipër, po përshkruajmë një rast.

Pacienti Z.M. vjeç 24, me numër regjistrë 170 paraqitet në klinikë me dhimbje të forta e të vazhdueshme në nofullën e sipërme djathtas në regionin e premolareve dhe molareve.

*Anamnesis Morbi* — I sëmurit referon se 2-3 muaj para se të paraqitej në klinikë filloi të ndjejë dhimbje të lehta, por të vazhdueshme në regionin e premolareve sipër djathtas. Megjënëse dhimbja ishte e lehtë, ai nuk i vuiri rëndësi dhe nuk e pa të arsyeshme të vizitohet tek mjeku. Por tre ditë para se të shtrohej në klinikë dhimbjet në këtë region u shtuan dhe u bënë të padurueshme, duke e shoqëruar edhe me temperaturë. Dhimbja e fortë e detyroi të paraqitet për vizitë në klinikën tonë. Pacienti referon se para tre vjetësh, megjënëse premolari i parë ka qenë i prishur, ka bërë ekstraksionin e tij.

Anamneza familjare asgjë për t'u shënuar.

Status localis — nuk vlihet re deformim ose asimetri e fytyrës, lëkura ka ngjyrë normale.

Intra oral - mungojnë dhëmbët 43 | dhe janë zëvendësuar me urë 52. Mbi urë mukoza e hiperemuar, pak edematoze dhe e dhimbëshme në palpacion. Në inspektim bie në sy fryrje e lehtë në regionin nga 52. / Në perkusion, dhëmbët e veshur me këllëf nuk reagonin. Të gjithë dhëmbët në anën e sëmurë ishin intakte. Mungonin krepitacioni dhe fluktuacioni.

Radiografia intra orale tregon errësim të theksuar në madhësinë e një vaze të vogël pule në kufi të garta, e cila nga përpara fillonte tek laterali, kurse prapa shkonte deri tek premolari i dytë. Të dy këta dhëmbë ishin jashtë sfondit të errët. Hieja poshtë zbrishte atëherë kreshtës alveolare, ndërsa sipër kufiri nuk ish i gartë. Në brendësi të hijes ndodhej dhëmbi kamin i zhvilluar komplet. Në punkсионin probator u aspirua eksudat purulent.

*Diagnoza* — Cysta follicularis e infektuar propabël me penetrim në sinus.

*Operacioni* — Nën anestezi infiltrative dhe regionale (infraorbitale e tuberale) u bë incizion i mukozës e periositit mbi prosecin alveolar le formë hartke nga laterali deri tek molari i parë. U preparua lamboja muko periostrale, kocka u hoq me dalë dhe osteotom. U hap kaviteti kistoz i mbushur me eksudat purulent që penetronte dhe në kavitetin sinuzal. Brenda në kiste gjendej dhëmbi kamin. Kaviteti kistos dhe sinuzal u pasthua me kujdes dhe u kontrollua mukoza e sinusit. Mukoza ish normale. Të dy kavitetet u pastruan me ujë të oksigjenuar. Lokalisht u shtinë 400.000 unitete penicilin. Plaga u mbyll me lambon muko periostrale. Për tre ditë u bë drenim me garze nëgërmjet lambose. Mjekimi u bë ambulatorisht, pasi i sëmurit refuzoi të shtrohej në spital. Për katër ditë rjesht, i sëmurit mori penicilin parenteral. Pas operacionit pati edemë të lehtë dhe dhimbje të pakta për 4-5 ditë. Kontrolllet e bëra pas tre dhe gjashtë muaj në konsult me O.R.L. rezultuan që i sëmurit nuk ka ankesa dhe sinusi ish i pastër.

## Konkluzione

1. — Nga materialet tona rezulton se 93% e kistave janë operuar me metodën e cistektomisë.
2. — Metodën Wassmund dhe Nastev rekomandohen të aplikohen në kistat, që lokalizohen në gjysmën e nofullës ose në gjërësisht.
3. — Për dhëmbët vitale që bëjnë pjesë në anët e kistës nuk duhet shpejtuar për devializimin e tyre.
4. — Gjatë operimit të kistave në fëmijë duhet bërë gmos për të mos ndodhur traumatizimi i folkullave të dhëmbëve permanentë, duke u dhënë kështu mundësi për t'u zhvilluar normalisht.
5. — Për të gjitha kistat e nofullës së sipërme, që nuk komunikojnë me sinusin maksilar duhet të përdoret metoda e cystektomisë ose e Wassmund dhe Nastev.
6. — Për kistat e infektuara që komunikojnë me sinusin maksilar dhe, kur ky i fundit është i supuruar, rekomandohet cystektomia me drenim në kavitetin nazal ose radikalen e sinusit.

Dorëzuar në redaksi më datë

5.IV.1969

## Metodat e mjekimit të kistave

Tabela Nr. 1

Metoda e mjekimit	Raste	Përqindja
1) Cistektomi	134	93%
2) Cistotomi	7	5%
3) Wassmund	3	2%
4) Nastev		

## Kistat radikulare sipas lokalizimit.

Tabela Nr. 2

Në nofullën e sipërme		Në nofullën e poshtërme			
Frontalë	Premolarë	Molarë	Frontalë	Premolarë	Molarë
					Femra
					Meshkuj
67	10	4	9	8	18
					52 (41%)
					74 (59%)

## BIBLIOGRAFIJA

1. — Agapov H.I.: Kliničeskaja stomatologič dejskovo vozrost. 1955
2. — Davidov S., Nastev D. e bp.: Bojesti na ustata i geljustite II svitsek 1952.
3. — Evdokimov A.I., Vasilev G.A.: Hirurģijskaja stomatologija 1960-1964
4. — Ermolajev I.I., Platinov N.A.: K probleme zlokocestvennovo prevrašgenija ophtaljanoi vžitiki odontogennih kisti. Stomatologija 1966, 2, 49.
5. — Kadonkov B.F.: O plombirovannih kostimh polostih nizhnel geljusti. Stomatologija 1964, 5, 41.
6. — Kolarov G., Shishkova Sht.: Kam veprosa za kistite na geljustite. Stomatologija (Bullgari) 1962, 5, 36.
7. — Lejn A.A.: K voprosu o metodike operacij i sudbe zubov pri kornevij kistoh geljustej. Stomatologija 1957, 1, 40.
8. — Marus V.A.: Osobenosti kliničeskovo lecenie odontogennih kist geljustej v zaviznostih of ih lokalizacij. Stomatologija 1965, 4, 41.
9. — Nastev D.: Operativna tekhnika na hirurģičnata stomatologija 1959.
10. — Pimenova: A.M.: Sraznitatehnaja, kharakteristika metodov hirurģičeskovo lecenija geljustimh kist. Stomatologija 1957, 1, 37.
11. — Popnikolov K., Vangelov V.: Nashi nabliudenia verhu radikulanite kisti na geljustite. Stomatologija (Bullgari) 1964, 3, 23.
12. — Semengenko G.I.: Plombirovane kostimh polostei pri hirurģičeskoni lecenii okoločornemih kist. Stomatologija 1964, 5, 39.
13. — Starobinski I.: Učebnik stomatologiji 1965.
14. — Tatarincev K.I.: K voprosu o sokranenii intaktnih zubov prilčehashqi k polostih kisti. Stomatologija 1961, 6, 56.
15. — Tatarincev K.I.: Lecenie okoločornemih kist. Stomatologija 1964, 3, 76.
16. — Velockij A. E.: Hirurģičeskaja stomatologija 1960.
17. — Zemlova J.: Za vsmožnosta da se zapasi zepniat zarodish pri operacitite na follikulanite kisti. Stomatologija (Bullgari) 1960, 3, 28.

## Summary

## METHODS OF TREATMENT OF JAW CYSTS.

Of 144 cases of jaw cysts, operated over a period of 6 years, 128 (87.50%) were radicular cysts. After discussing the merits of cystotomy and cystectomy, the author concludes that the latter operation gives better results. This method was applied on 134 (93%<sup>0</sup>/<sub>0</sub>) cases, the Wassmund method on 7 and the Nastev method on 3 cases. Of the 134 cystectomy cases in 133 the wound healed *per primam*.

Special attention is given to the operation of cysts of the upper jaw near cavum Highmoori; if neither the cyst or the cavum is infected, the radical operation of the sinus is not advisable.

In children the extraction of the follicle of a permanent tooth must be decided on with much reserve.

## Résumé

## DES METHODES DE TRAITEMENT DES KYSTES DE LA MACHOIRE

L'article porte sur les méthodes de traitement de 144 cas de kyste de la mâchoire constatés pendant une période de six ans. La grande majorité des opérés (126-soit 87%<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-) présentaient des kystes radiculaires.

Après avoir fait ressortir les aspects positifs et négatifs de la kystotomie et de la kystectomie, l'auteur conclut que la méthode de kystectomie est plus indiquée dans le traitement des kystes de la mâchoire. 134 cas (93<sup>0</sup>/<sub>0</sub>) ont été opérés selon cette méthode, 7 cas selon la méthode Wassmund et 3 cas selon la méthode Nastev. Dans 133 des 134 cas opérés selon la méthode de Kystectomie la plaie s'est régénérée per primam intentionem.

L'auteur consacre une attention particulière à l'opération des kystes de la mâchoire supérieure au voisinage du sinus maxillaire et conclut que dans les cas où le kyste ou le sinus ne sont pas infectés, l'opération radicale du sinus n'est pas indiquée.

Une autre conclusion dégagée par l'auteur est que, dans les opérations de ce type de kyste chez les enfants, il convient de n'envisager l'extraction d'une dent de seconde dentition qu'avec beaucoup de réserves.

## SIALOLITHIASIS

(Sëmundja e gurëve të gjendrave të pëshlymës)

— SAMEDIN GJINI —

(Katedra e Stomatologjisë, Shef Dr. Xh. Asllani)

Sialolithiasis është sëmundja më e përhapur e gjendrave salivare. Sipas A. V. Klementov ajo përbën 51.6% të patologjisë së tyre, ndërsa sipas disa autorëve të tjerë, kjo përqindje arrin deri në 61.1%<sup>0</sup>.

Shtridimi i hollësishtëm i kësaj sëmundjeje ka filluar në 30-40 vjetët e fundit, sidomos me aplikimin e rontgenografisë me kontrast dhe tomografisë; por megjithë këtë etopathogjeneza e saj nuk është skjaruar plotësisht.

Autorë të ndryshëm kanë çfaqur mendime të ndryshme në lidhje me etopathogjenezën e kalkulave salivare, duke menduar se ato formohen nga rënia e trupave të huaj në kanalet e gjendrave të pëshlymës, nga ngushtimi i këtyre të fundit ose infektimi i tyre, nga retensioni i pëshlymës etj. Të gjitha mendimet e çfaqura nga autorë të ndryshëm përmblidhen në këto tre teori: 1) mikrobiale; 2) mekanike; 3) kompre-

sive. (4)

A. V. Klementov mendon se formimi i kalkulave salivare është një proces i ndërlikuar, që nuk varet nga faktorë të veçantë, por nga një sërë faktorësh — si infeksioni, prishja e metabolismit mineral, A. avitaminozja etj. të marrtura këto në ndërlidhim me gjendjen e përgjithshme të organizmit, veçantitë individuale të gjendrave dhe kanaleve të tyre si dhe reaksionin e tyre imunobiologjik.

*Symptomatologjia dhe kuadri klinik i morbus sialolithiasis*

Fillimi i kalkulave salivare është i heshtur, pa simptoma, sidomos kur gurët lokalizohen në gjendër ose edhe në kanalet e tyre, por janë të vegjël ose kanë ullugë, kështu që nuk pengojnë sekrecionin normal të pëshlymës. Për shumtë kohë, kalkulat mund të mbeten pa u dituar ose mund të zbulohen rastësisht kur bëjmë rentgenografi për qëllime të tjera. Në disa raste të ralla, guri del vetë nga presioni i pëshlymës ose ekspozohet nëpërmjet paretit të mukozës së kanalit dhe pacientit e konsultation duke e prekur me gjuhë. Një rast i tillë, ku vetë pacienti i konstatoi se diçka e fortë e gërvishte nën gjuhë, pa pasur shenja të tjera, u paraqit tek ne për mjekim.

I sëmundri K.Dh., vjeç 44, agronom, paraqitet në klinikë në tetor 1964 me këto ankesa: «Ka disa muaj që herë pas here ndjej çqetësimë nën gjuhë në formën e gërvishitjes së gjuhës nga një send i fortë». Në fillim nuk i



vuri shumë rëndësi, por kur më vonë filloi ta besditi dhe në pasqyrë konstatoi se nën gjuhë i ishte formuar një masë në formë të zgjatur, e cila prakej lentë me dorë pa i shkaktuar dhimbje, pacienti filloi të preokupohej. Sipas thëniesve të të sëmurit, me kalimin e kohës, masa s'pостоhej në drejtim të dhembëve të poshtëm dhe në fund u duk edhe një njollë e verdhë me sipërfaqe të ashpër. Në këtë gjendje u paraqit tek ne për vizitë. Gjatë kontrollit intraoral, që i u bë të sëmurit, u konstatua se gjendura submandibulare në palpacion bimanual prekej në kufijt e normës e pa adenuar me indet për rreth, me konsistencë normale, muktoza dhe lëkura që e mbulojnë pa shenja inflamacioni.

Nga *ductus Whartonius* kur bëhej masazhi i gjëndrës përkatëse, me pak vëshitësi sekretiohej pështrymë normale. Në prekje masa ishte e fortë, jo dolente dhe e pa angazhuar me indet për rreth.

Nga anamneza e përplktë që iu muar të sëmurit dhe ekzaminimi klinik, u pa qartë se kemi të bëjmë me një kalkul të kanalit të gjëndrës submandibulare, që nga presioni i pështrymës ishte spostuar në drejtim medial, sa që kishte arritur deri në orificiumin e *caruncula sublingualis*, nga zgjerimi i së cilës dukej një pjesë e tij në formën e një njolle të verdhë. Me që guri ishte i madh, me anestezi lokale, u bë një incizion i mukozës mbi të dhe me pincë u hoq kalkula me dimensionet e një bajameje, ngjyrë të verdhë, sipërfaqe të ashpër dhe me ulluge. Megjithë madhësinë e konsiderueshme të gurit, fenomene stazike të pështrymës, pacienti nuk kish ndjerë, për arsëye se sipërfaqja e tij ishte me ulluge, gjë që lehtësoonte sekreticionin e saj. Pas operacionit, plaga nuk u suturua, i sëmurit nuk përdori ndonjë terapi të veçantë, me përjashtim të gargarës me permanganat dhe plaga u mbyll brenda 4-5 ditëve.

Pacienti është kontrolluar disa herë gjatë këtyre katër vjetëve dhe rezultat se nuk ka asnjë ankësë.

Kur kalkula fillon të bëhet pengesë serioze për sekreticionin e pështrymës, atëherë fillojnë dhe simptomat e para, që çfaqen sidomos gjatë marrjes së ushqimeve pikante ose të thata, me enjtje dhe dhimbje.

Këto të fundit, disa herë, kanë karakter krizash «kolika salivare», që në fillim mund të jenë të lehta me dhimbje çpuese, por që në rastet të veçanta mund të shkakëtojnë dhe kriza të forta të ngjajshme me «kolikat renales». Retensioni i vazhdueshëm i pështrymës shkakëton fenomene stazike në gjëndër dhe inflamacion kronik të parenkimës, indi glandular zëvendësohet me ind fibros, gjëndra bëhet e fortë dhe kanali i saj sekretor ntrashet dhe forcohet si kordon.

E sëmura E. B. vjeç 26, anëtare kooperative, dërgohet nga mjeku i lokalitetit për kompetencë në klinikën e qytetit me diagnozën *suspect sialolitiazis glandulae parotis*. Ekzaminimi ekstroral i të sëmurës nuk jepje asnjë devijim patalogjik me rëndësi, me përjashtim të dhimbjeve të lehta që ndjente kur palpohet gjëndra përkatëse. Lëkura mbi gjëndrën normale, e pa adenuar me indet për rreth, gjëndrat limfatike submandibulare të pa angazhuara. Në shikimin intraoral u konstatua se papilla *salivaris* e *ductus stenoni* ishte pak edematoze dhe hiperemike. Gjatë masazhit të gjëndrës, nga ductusi sekretiohej me shumë vëshitësi një sasi e pakët pështryme e përzjerë me një masë viskoze në ngjyrë të përhimë. Vetë kanali palpohet lentë si një kordon i trashë.

Pacientja u paraqit tek ne për vizitë më 1967, një vit pasi i kishin filluar shenjat e para të sëmundjes; enjtja e faqes gjatë marrjes së ush-

qimit dhe zhdukja e saj 2-3 orë pas ushqimit. Ndodhëherë ka pasur dhimbje të lehta dhe shije karakteristike në gojë.

Para se të paraqitet në klinikën e qytetit ka qenë mjekuar me antibiotikë dhe medikamente të tjera, por pa rezultat. Gjëndja e përgjithshme e të sëmurës e marrë, skopi pulmon negativ, analiza e gjakut dhe e urinës normal. Në grati të drejtpërdrejtë të gjëndrës parotide nuk dukej hije për gurë; atëherë vendosëm t'i bëjmë sialografi, sepse nga anamneza u bindëm se kemi të bëjmë me një kalkul salivare. Në sialografi dukej qartë hoshleku i pa mbushur me kontrast, që zinte kalkula rontgenotransparente, e cila projektonte në pjesën glandulare të *ductus stenosi*. Duke marrë parasysht dekursumin e trajtonim të sëmundjes në regionin e gjëndrës parotide, vendosëm ta trajtonim të sëmurën në mënyrë konservative me solutione pilokarpinë, antibiotikë, kalij iodati dhe permanganat. Pas tetë ditësh, pacientja paraqitet përsëri në klinikë, duke sjellë me vete edhe një gur të vogël të rrumbullakët, me sipërfaqe të ashpër e ngjyrë të verdhë, të cilin e kishte «pështyrë» para një nate. Disa ditë pas daljes së provokuar të gurit, e sëmura u shërua plotësisht dhe gysht atëherë nuk ka pasur më ankesa. Shërimi i plotë i pacientes pas daljes së gurit tregon se parenklima e gjëndrës parotide nuk ka pasur ndryshime patologjike ireversibile.

Sialolithiasis në disa raste mund të mbetet për shumë kohë e pa diagnostikuar, sidomos kur shoqërohet me fenomene inflamatore të theksuara të gjëndrës salivare dhe indeve për rreth dhe kur mjeku nuk dyshon për një nozologji të tillë, megjithë të dhënat që i jep i sëmurë në anamnezë.

Një rast i tillë tipik është paraqitur dhe kuruar në klinikën tonë. I sëmurë S.K., vjeç 33, punëtor, në vitin 1967 paraqitet në klinikë me këto ankesa: ka 12 vjet që vuan nga kjo sëmundje, që i ka filluar me njëjtë në këndin e nofullës së poshtme, që i çfaqej gjatë ushqimit dhe i zhdukej 1-2 orë më vonë. Enjtja në madhësinë e një arre të madhe shoqërohej edhe me dhimbje. Sipas thënieve të tij, për herë të parë, pacienti është kuruar me penicilinë dhe rezultati ka qenë shumë i mirë. Enjtja iu zhduk dhe nuk iu çfaq për disa kohë dhe dhimbja i pushoi. Pas 6 muajsh iu përsërit e njëjta gjë dhe përsëri u trajtua me antibiotikë. Megjithatë sëmundja filloi t'i recidivonte shpesh dhe enjtja tashmë filloi t'i persistonte, mjekët dyshuan se kishin të bënin me një *lymphadenitis submandibularis* me origjinë specifike. Për këto arsye u kurua me preparate antituberkulare-streptomicinë 60 gr. P.A.S. 1,5 kg. dhe disa gjindra tableta izoniacid. Gabimi diagnostik kondicionohet nga prania e infeksionit sekondar të gjëndrës ose kanalit të saj, i cili, me aplikimin e antibiotikëve, zhduket, lumeni i kanalit zgjerohet, si pasojë, sekrecioni i pështymës disi normalizohet dhe gjëndja e të sëmurit përmirësohet.

Kur u paraqit tek ne, pacienti i sipërmëndur, kishte një asimetri të theksuar të fytyrës nga e majta që i vinte nga enjtja e gjëndrës submandibulare. Gjëndra me madhësinë e një veze pule, në palpacion bimannual konstatohet lehtë, me konsistencë të fortë dhe jo dolente, nga kanali i gjëndrës submandibulare sekretohet gelb.

Nga anamneza e të sëmurit dhe nga kuadri klinik, menduam se kemi të bëjmë me një kalkul në kanalën e gjëndrës përkatëse. Rontgenografia (fig. 1) e përforcoi mendimin tonë, pasi në të dukej qartë kalkula me madhësinë dhe formën e një premolari, që jepte përshtypjen se kemi të bëjmë me një *ectopia dentis*.

Duke marrë parasysht dekursumin e gjatë të sëmundjes dhe mundësinë e

ndryshimeve të mëdha degenerative në parenkimin e gjëndrës, pacientit iu propozua operacioni radikal — *staloadenectomy*, pasi vetëm heqja e kalcules nuk do të jepte rezultatin e pritur. Megjënese pacienti refuzoi, në u mjaftuan me heqjen e gurit në rugin intrasorale, duke e skjaruar më



Fig. 1

parë të sëmundur in mbi mundësinë e përsëritjes së sëmundjes. Dhe në fakt, disa muaj pas operacionit, pacienti pati recidiv riakutizimi të procesit inflamator kronik, gjë që e detyroi t'i nënshtrohet operacionit radikal.

Sëmundja e gurëve të gjendrave salivare prek të gjitha moshat, por më tepër takohet në moshat e mesme 20-45 vjeç (4) që përputhet edhe me të dhënat tona. I sëmundri me moshë më të vogël që kemi hasur është 17 vjeç me gurë në gjëndrën submandibulare (fig. 2); ndërsa ai me moshë më të madhe 44 vjeç. Përsa i përket seksit, autorë të ndryshëm japin raporte të ndryshëm, por fakti është se meshkujt preken më shpesh nga kjo sëmundje. Tek ne, nga 10 raste, 7 i kemi burra, dmth mbi dy herë më shumë në krahasim me gratë.

Gurët që kemi nxjerrë me rrugë operatorë kanë formë dhe madhësi të ndryshme, më shumë të rrumbullakët e ovale (fig. 3) dhe më rrallë forma të tjera. Sasia e gurëve tek një pacient, sipas autorëve të ndryshëm, është nga një deri në disa dhjetra, ndërsa G. Kollarov dhe Sht. Shishkova kanë përshkruar një rast interesant me 515 gurë në kanalën e gjëndrës submandibulare. Në kemi hasur vetëm një rast me 3 gurë, 2 në ductus Whartoninus dhe një në glandula submandibularis tek pacienti Il. S. (tabela Nr. 1).

Nga analizat kimike krahasuese të kalculave salivare dhe atyre renale, rezultoi se të parët përbëhen kryesisht nga fosfat kalciumi 60-70% dhe pjesa tjetër nga karbonate, lëndë organike, magnezium, hekur, manganezium, sulfatë, urate etj., por asnjë herë nuk kemi gjetur rodan, që përmban peshtryna, ndërsa në kalculat renale mbizotërojnë oksalatet, uratet dhe më pak fosfatet.<sup>1)</sup>

Shtënin 1: Analizet kimike janë bërë në laboratorin bromatologjik të Lushnjës nga Genc Dani, në laboratorin kimik të stacionit qëndror të Kërtimeve bujqësore «Miqurini» Lushnjë nga Skënder Çarçani dhe në laboratorin biokimik të spitallit Nr. 1 Tiranë nga Dr. Klement Shketo.

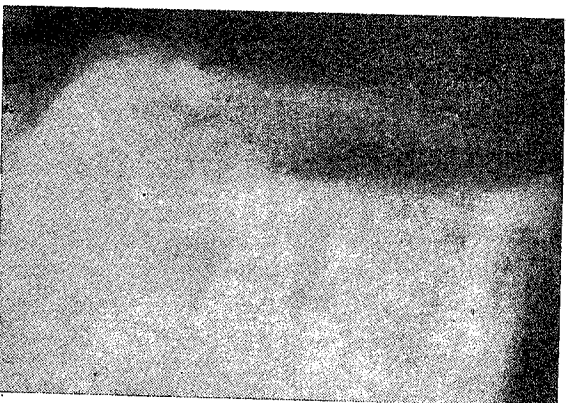


Fig. 2

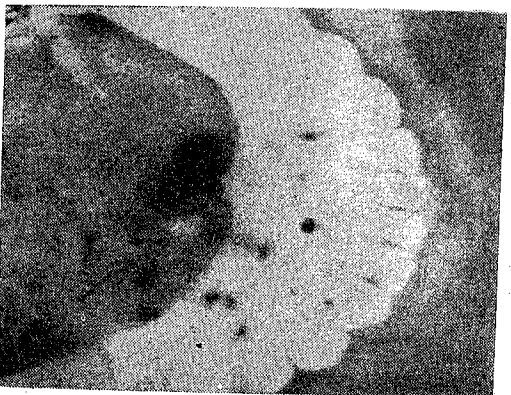


Fig. 3

Ky fakt tregon për rëndësinë që ka ndërtimi anatomo-morfologjik i vetë gjëndrave salivare në formimin e kalkulave.

Gurët lokalizohen më shpesh në ductus Whartonianus. Nga 10 raste që kemi pasur — 5 janë më lokalizim të tillë, 2 në ductus stenoni, 2 në gjëndrën submandibulare dhe 1 i kombinuar në gjëndrën submandibulare dhe kanaln e saj. Raste me gurë të përhapur në shumë organe të trupit të njeriut, si p.sh. në renet glandula salivare dhe vesica urinaria ne nuk kemi pasur dhe përgjithësisht janë shumë të rralla, gjithsej përshkruesh 5 raste të tilla në literaturën botërore, sipas W.P. Birke.

Lokalizimi i shpeshhtë i kalkulave në *ductus Whartonianus* shpjegohet me gjëndrien anatomo-topografike të tij dhe relativisht me diametrin e vogël të ostiumit të kanalit, cilësinë e pëshlymës së gjëndrës submandibulare shumë viskoze me përmbajtje mucine duke shtuar këtu edhe sekretionin e ngadalshëm të saj. Pas kanalit Whartonin, gurët lokalizohen më shpesh në glandula submandibularis, më rrallë në glandula parotis dhe kanaln e saj sekretor dhe shumë rrallë në glandula sublingualis.

Diagnoza e kalkulave salivare.

Në rastet e zakonëshme dhe pa komplikacione, kur kemi vetëm rentension ose semiretension të pëshlymës, kur mendohet për këtë nozologji, diagnoza nuk paraqet vështirësi, por në shumicën e rasteve, pacientët paraqiten për vizitë kur fillojnë të çfaqen shenjat e komplikimit të ndryshme të gjëndrës ose kanalit të tyre sekretor nga proceset e ndryshme inflamatore. Kjo gjë, shpesh herë, vështirëson diagnozën e përpiktë dhe mjekimin racional të të sëmurit. Nga 10 rastet që paraqesim, 5 na janë dërguar nga mjekë të specialiteteve të ndryshëm, prej

të cilëve vetëm një me diagnozë të përpiktë, ndërsa të tjerët janë dërguar për «kompetencë» me diagnoza të tjera.

Ajo që na ndihmon shumë në përcaktimin e një diagnoze të drejtë, para së gjithash, është anamneza e përpiktë, ekzaminimi klinik ekstra dhe intraoral dhe analizat e tjera plotësuese si sondimi i kanaleve sekretor të pështrmës, grafia e drejtpërdrejtë dhe ajo me kontrast — sialografia.

Sipas Steinhard dhe Ruach (cituar nga 1), gurët e gjendrave të pështrmës në 70-80% të rasteve konstatohen me grafi të drejtpërdrejtë, ndërsa në 20-30% ato janë rontgeno-negativ, kështu që duhet përdorur grafia me kontrast.

Aplikimi i kontrasteve në stomatologji, për mendimin tonë, nuk paraqet asnjë rrezikshmëri. Fakti që ne përdorim doza të vogla 1-2 ml., të cilat përdoren si provë sensibilitei në urologji, tregon se kjo metodë nuk shkakëton aksidente, madje edhe prova e sensibiliteit është e tepërt, pasi dihet se reaksioni alergjik çfaqet kur injektojmë sasiра më të mëdha kontrasti më shumë se 4-5 ml. Teknika e sialografi së është e thjeshtë. Të sëmurti i ndalohet të pijë duhan 24 orë përpara, mandej me një shiringë të zakonëshme me gjiipërë me majë të rrumbullakosur ose me kokë, për të mos traumatizuar indet e buta, injektojmë kontrastin në gjëndrën e boshatisur nga pështryma, në mënyrë paraprake nëpërmjet masazhit dhe bëjmë me një herë grafinë intra ose ekstrorale, sipas pozicionit të kalkulës. Kontrasti jod-lipol ose lipoïdol qëndron në gjëndër 6-12 orë. Për gjëndrën submandibulare përdorim 1,5 ml. kontrast, ndërsa për gjëndrën parotide — deri 2 ml. Me anë të sialografi së përcaktojmë jo vetëm ekzistencën e gurit dhe lokalizimin e tij, por dukën gartë edhe ndryshimet në parenkimën e gjëndrës. Në rastet kur sialolitiazis paraqet veshtrësi në përcaktimin e diagnozës duhet bërë diagnoza diferenciale me shumë sëmundje të regjionit maksillo-facial, që kanë simptoma të ngjajshme me të, p.sh. sialoadentitet, limfoadenitet, angina Lodovici, osteomyelitet, abseset sublinguale e peritonislar, kistat dermoide, neoformacionet benignë e malignë etj. Gabimet diagnostike vijnë më tepër nga ekzaminimi jo i plotë i të sëmurti, nga leximi jo i drejtë i grafi ve ose sialografi ve, sidomos në rastet kur përveç kalkulozës kemi edhe inflamacion.

*Diskutim:* Trajtimi terapeutik i kalkulave salivare nuk jep rezultate definitive, pasi nuk eliminon shkaktun, por pasojat e sëmundjes. Mundenesia e tretjes së gurëve brenda në organizëm deri tani nuk është vërtetuar dhe në fakt është pak e besueshme (4), prandaj gdo orvartje për një mjekim të tillë mbehet pa sukses. Kështu që më e drejtë është ndërhyrja kirurgjike për heqjen e kalkulës ose edhe të gjëndrës, kur kjo e fundit ka pësuar ndryshime të theksuara patologjike në parenkim.

Ekstirpimi i gurëve nga duktet bëhet ambulatorisht, ndërsa ekstirpimi i gjendrave salivare bëhet duke e shtruar të sëmurtin në spital. Teknika operatore për heqjen e gurëve nga kanalet sekretore të pështrmës është e thjeshtë. Me një incizion të parateitit mukozeal të kanalit, kur guri është i madh, në atë pjesë të paretit që ndodhet mbi të, ose në rast të kundërt futim një sondë në kanal për t'u orientuar, bëjmë ndarjen e indeve të buta dhe me një pincë ose kyretë nxjerrim gurin. Për të mos shkarë guri, disa autorë e fiksojnë atë midis dy klemanave, ndërsa ne përdorim ligaturën paraprake me ket-gut. Për të evituar atrezinë e kanalit, plagën operatore nuk e suturojmë dhe drenojmë. Për heqjen e gurëve nga *ductus Whartonius* përdorim ane-

stezi regionale të nervit lingual, pasi anestezia infiltrative ndryshon konfiguracionin e indeve dhe veshirëson operacionin. Per *ductus ste-nomi* dhe gjendrën submandibulare përdoret anestezia infiltrative.

Ekstripimi i gurëve nga gjendrërat submandibulare bëhet me shpesh në rrugë ekstratorale bashkë me vetë gjendrën, megjithëse ka edhe autorë që përkrahin rrugën intraorale si Endokimov New (cituar nga 7) eji.

Sialodenectomia është një operacion më i vështirë, që kryhet në kushtet e spitalit. Pasi i kemi bërë pregatitjen preoperatorë me morfina-atropin, të sëmurit i bëjmë anestezia lokale infiltrative me novokain-adrenalin. Me një incizion 4-5 cm poshtë *basis mandibulae* nga angulusi në drejtim të menturit hapim lëkurën shtresën adipose, *fasciën colli superficialis* dhe muskullin platysma, nën të cilin ndodhet llozha e gjendres submandibulare. Për të evituar hemorragjinë, bëjmë ligaturën e arteries dhe *vena facialis* dhe, në mënyrë të butë, preparojmë gjendrën nga indet për rreth, të cilën e ekstripojmë pasi kemi bërë ligaturën edhe të kanalit sekretor në vendin ku ai del nga gjendra, duke pasur kujdes që të mos na mbetet guri në pjesën mediale të ligaturës në rastet kur ndodhet në kanal, ndërsa në grafi është projektuar, në gjendër. Pasi heqim gjendrën bëjmë qepjen e plagës me shtresa kali për të mos lënë gut dhe në fund lëkurën me seta nailoni ose qimë kali për të mos lënë shenjë. Për 3-4 ditë pas operacionit, të sëmurin e trajtojmë me antibiotikë sedativ gargarizma dhe fizioterapi, të cilën e fillojmë tre ditë pas operacionit dhe fenomenet post-operatore oedema kolaterale, dhimbje e grykës dhe trismusi zhduken, ditën e 7 heqim suturen, për të pakësuar salivacionin dy tri ditët e para pas operacionit mund të përdoret atropinë I ampulë në ditë.

Përsa u përket rasteve, kur guri lokalizohet në gjendrën parotide në polin e saj inferior, rekomandohet rezeksioni i gjendrës ose trajtimi me solucion pilokarpinë 1%, 7 deri 9 pika tre herë në ditë për 10 ditë rrjesht, në mënyrë që nga presioni i peshymës, guri ose të dalë vetë ose të spostohet nga gjendra në drejtim të kanalit.

Ekstripimi i gjendrës submandibulare mund të shkakëtojë edhe komplikacione, të cilat duhet të kihen parasysh nga mjeku kurues, gjatë ndërhyrjeve kirurgjikale në këtë region.

Komplikacionet shkakëtohen si pasojë të veçantive anatomotopografike të regionit ku operojmë ose gabime në teknikën operative. Të tilla janë psh. dëmtimi i enëve të gjakut, ose degëzimeve nervore, suppurationi pas operacionit, lenia e gurit në kanal pas heqjes së gjendrës etj. Zakonisht mund të dëmtohet ndonjë degëzim i nervit facial ose nervit lingual, që shoqërohet me humbjen e ndjejsshmërisë së gjuhës në anën përkatëse, ndërsa kur dëmtohet nervi sublingual, pasojat janë më të rënda, pasi çrregullohet lëvizja e gjuhës, të folurit dhe qëllitja. Në ato raste që kemi operuar ne, kemi pasur vetëm një komplikacion tek pacientit Ll. S. me parastezi të gjuhës, e cila iu zhduk pas pesë javësh.

Kur sëmundja e gurëve të gjendrave të pështymës ose kanaleve të tyre sekretor, shoqërohet me procese inflamatore, përveç ndërhyrjeve kirurgjikale, një rol ndihmës lot edhe terapia medikamentozë. Në këtë rastë, përveç antibiotikëve, përdoren edhe preparate të tjerë si jodi, sololi, urotropina, që duke u sekretuar nëpërmjet gjendrave të pështymës ushtrojnë në to një veprim antinflamator.

## Konkluzione

1. — Sialolithiasis është sëmundja më e përhapur e gjëndrave salivare dhe kanaleve sekretore. Ajo takohet më shpesh në moshat e mesme 20-45 vjeç dhe prek më tepër meshkujt gati më shumë se dy herë në krahasim me femrat. Për mendimin tonë, përveç faktorëve të tjerë, një ndër arsyejt që ndikon në përqindjen më të lartë të kalkulave salivare tek meshkujt është edhe higjiena e keqe e gojës, tek këta të fundit, prania e gurëve të dhëmbëve dhe ngacmimeve të tjera, që shërbejnë si momente me rëndësi për formimin e gurëve të pështymës.

2. — Përaktimi i diagnozës në raste kur kalkulozja salivare, është e shogërruar me fenomene inflamatore sekondare të gjëndrës, paraqendet shtrësi dhe ngatërrohet me nozologji të tjera, sidomos limfadenitet, submandibular banal dhe specifik. Për të përcaktuar drejt diagnozën, në këto raste duhet të përdoret grafia e drejtpërdrejtë ose sialografia.

Dorëzuar në redaksi më  
5.IV.1969

## BIBLIOGRAFIA

1. — Birke W.P.: Die Sialolithiasis und ihre Therapie: Deutsche Stomatologija, 1966: 11, 866-874.
2. — Davidov S: Hirurgijana stomatologija — Sofia — 1957, 248-250.
3. — Erdokinov A.I., Vasiliev G.A.: Hirurgjëskaia stomatologija — Moskë, 1959, 252-255.
4. — Klementov A.: Sijunokamenaia bolezni — Moskë — 1960.
5. — Kolarov G., Shishkova Shi.: Riadet siluçaj s množestvo kameni v kanala na podčejnustaa sijunijena zheleza, Stomatologija 1967, 3, 279-281.
6. — Starobinski I.M.: Učebnik stomatologija — Moskë, 1969, 218-220
7. — Seward G.R.: Anatomik surgery for salivary calculi. Oral surgery, oral medicine and oral pathology 1968, 2, 150-157.
8. — Soboleva V.M., Shevirev S.I.: Sostav i struktura sijunih kamnej. Stomatologija 1968, 3, 49-53.
9. — Soboleva V.M.: Sravnitel'naja ocenka metodov hirurgjeskovo lečenia sijunokamenoj bolezni pri lokalizacii kamnia v podčejnustoi zheleze. Stomatologija 1967, 2, 65-67.
10. — Tomov I.: Specialna hirurgija — Sofia, — 1957.
11. — Ballshaja Medicinskaia enciklopedia Tom XXX, 57-61.
12. — Spravochnik po stomatologija — Moskë, 1966.

(S u m m a r j)

## SIALOLITHIASIS

The author discusses a frequent affection of the salivary glands and illustrates with some personal cases. He emphasises mostly the atypical manifestations of the disease and the more frequent diagnostic errors. He points out especially the errors which are made when the ductus

Nr. Rend.	Emëri Mbiemëri	Mosha	Profesioni	Koha e sëmundjes që kur i janë çfaqur simptomat klinike	Lokalizimi i gurit	Madhësia	Forma dhe ngjyra e gurit	Pesha e gurit në gram	Analiza kimike e gurit
1	K. Dh.	44	agronom	Disa muaj	Ductus Whartominus sin	Sa një bajame	Ovale me ngjyrë të verdhë sipërfaqe të ashpër	1.45	Oksalat kalciumi 67%, pjesa tjetër fosfat, karbonat etj. lëndë organike.
2	S. K.	33	punëtor	12 vjet	Ductus Whartominus sin	Sa një dhëmb	Guri kishte formën e një premolari sipër të ashpër ngjyrë të verdhë të mbyllur	1.04	Fosfat kalciumi mbi 66% karbonate g. hekuri etj. lëndë organike,
3	E. B.	26	bujkesh	17 muaj	Ductus Stenoni sin.	Sa një bizele	Rrumbullake, sipërfaqe të ashpër, ngjyrë e verdhë e zbetë	0.81	Fosfat kalciumi 64% karbonat Na nën klor gjurma etj. lëndë organike.
4	I. Ç.	26	bujk	2-3 vjet	Glandula submandibularis dex	Sa një bizele,	Guri ; rrumbullakët, sipërfaqe e lëmuar, ngjyra e verdhë.	0.74	Fosfat Ca. Ka. karbonat etj. + lëndë organike
5	Ll. St.	27	arsimtar	3 vjet	Ductus Whartoni et gl. submandibularis sin.	Sa një qiçër	Forma e rrumbullakët, sipërfaqe e ashpër, ngjyra e verdhë.	3 copë 0.14 0.17 0.21	Fosfat Ca 68% karbonate Na Ka Minerale etj. + lëndë organike
6	L. Zh.	20	punëtor	2 vjet	Ductus Whartominus sin	Sa një thierz	Forma e rrumbullakosur, sipërfaqe e ashpër, ngjyrë e verdhë.	0.53	Fosfat Ca 74% karbonate Na, hekur etj. + lëndë organike.
7	A. K.	17	robaqepese	11 muaj	Ductus Stenoni dex	Sa një thierz	Forma afërsisht ovale, sipërfaqe e ashpër, ngjyrë e verdhë e pistë.	0.31	Fosfat Ca 64% karbonate Na, Fe etj. + lëndë organike.
8	B. C.	22	punëtor	1 vit	Ductus Whartominus sin	Sa një thierz	Formë e rrumbullakët. sipërfaqe e ashpër, e verdhë.	0.26	Fosfat Ca karbonate gjurma klor etj. + lëndë organike
9	Sk. Gj.	17	nxënës	6 muaj	Glandula submandibularis sin.	—	Nuk u operua — refuzoi	—	—
10	F. G.	38	edukatore	Disa muaj	Ductus Whartoni dex	Sa një qiçër	Forma e rrumbullakët, ngjyra e verdhë, sipërfaqe e ashpër.	0.09 0.12 0.17	Fosfate, karbonate, Mn, Fe etj.

Të gjithë gurët kishin edhe lëndë organike



or the gland, besides the concrement, develops inflammatory phenomena, which are not rare and tend to confuse the clinical picture. Thus the author mentions a case who for 12 years has been treated for lymphadenitis specifica; infact the patient had sialolithiasis as result of the forming of a concrement in the ductus of the submandibular gland.

The reason for the error in this case, according to the author, is the fact that after the antibiotic treatment the secondary inflammation of the gland subsided, the oedema reced, the section of the saliva rested, although in a reduced scale, and the general state of the patient improved. In such cases the treatment was directed to the complication and not to the real disease.

In order to throw some light on the etiopathogenesis of the disease, the author has performed the chemical analyses of the salivary and renal concrements on patients living under similar conditions. The analyses showed that their composition differs: the salivary concrements were composed mainly of calcium phosphate while the renal of urates.

The best diagnostic rezults are obtained by radiography. The treatment is almost exclusively surgical except in cases when the parotid gland is involved; in these cases much care should be shown in order to prevent damaging the facial nerve.

The surgical treatment does not exclude the conservative methods which play an important part in preventing the inflammatory processes caused by bacterial flora.

#### R é s u m é

### SIALOLITHIASIS

L'auteur traite d'une affection fréquente des glandes salivaires, en illustrant son article par des cas originaux. Il accorde surtout de l'importance aux manifestations atrophiques de la maladie et aux erreurs possibles de diagnostic. En particulier, il souligne que les erreurs se produisent quand il se manifeste dans le canal ou dans la glande même, outre le calcul, des phénomènes inflammatoires, qui ne sont pas rares et qui brouillent notablement le tableau clinique. C'est ainsi par exemple que l'auteur nous présente un cas traité pendant douze ans pour lymphadénite tuberculeuse, alors que le patient souffrait en réalité d'une sialoadénite, par suite de la formation d'un calcul dans le canal de la glande sous maxillaire.

Ce qui induit en erreur dans ces cas, selon l'auteur, c'est le fait que dans les procès inflammatoires secondaires des glandes salivaires, l'état du patient, après application d'antibiotiques, connaît une amélioration passagère, les phénomènes d'inflammation disparaissent, l'oedème baisse et les canaux commencent à sécréter de la salive, encore que lentement. En fait ce n'est pas la maladie, mais ses conséquences, qui ont été traitées.

Afin d'éclaircir l'étiopathogénèse de la maladie, l'auteur a procédé aussi à l'analyse chimique des calculs salivaires et des calculs rénaux sur des patients vivant dans des conditions identiques. Il en est résulté que la composition chimique de ces calculs diffère, les calculs salivaires

étant surtout constitués de phosphate de calcium, les calculs rénaux durates.

Les meilleurs résultats pour le diagnostic de la maladie sont donnés par la sialographie. Le traitement ne se fait que par voie opératoire, à l'exception des cas de calculs à la glande parotéide, dans lesquels cas, il convient d'être particulièrement attentif, afin d'éviter le danger de lésion du nerf facial.

Le traitement chirurgical n'exclut cependant pas le traitement médicamenteux, afin de combattre la flore bactérienne et éliminer les processus inflammatoires.

## MBI TEKNIKEN E HEMOSTAZES LOKALE NË TË SËMURË ME SINDROME HEMORRAGJIKE

— ISUF KASAPI —

(Katedra e Stomatologjisë, Shef Dr. Xh. Asllani)

Nuk janë të rralla rastet kur hemorragjia e plagës alveolare, megjithë mjekimet hemostatike lokale e të përgjithshme ambulatorie, nuk ndalohet dhe deyrohemni ta shtrijmë të sëmurin në spital për ndalimin e saj. Gati gjithmonë, shkakri i hemorragjisë është si pasojë e sindromeve hemorragjike, që mund të kenë si shkakëtarë: 1) modifikimet trombotare kuantitative ose kualitative; 2) prishjet e permeabilitetit kapilar; 3) turbullimet e koagulimit të gjakut — si pasojë e prishjes së njërit ose më shumë proceseve të koagulimit ose në sindromin hemorragjik janë shkakëtarë të tre faktorët e mësipërmë (6, 11).

Shpesh herë këto sëmundje shqetërohen edhe me simptoma në kavitetin e gojës, njohja e të cilave ka një rëndësi të madhe, për depistimin e tyre me kohë si dhe për të parandaluar komplikacionin e hemorragjive pas ekstraksioneve dentare (1, 2, 8, 9).

Sot ekstraksioni dentar, si intervent shumë i shpeshtë, nuk kundërshtohet në mënyrë absolute në të sëmurët me sindrome hemorragjike (13).

Prej shumë kohësh stomatologut i janë vënë në dispozicion metoda të ndryshme të hemostazës lokale, si shtypja e buzëve të plagës mukoze në të dy anët e plagës alveolare ose aplikimi i meshës së njomur me solucion hemostatik në alveolë; por me shtypjen e thekshtë bëhet një traumazëm lokal, duke favorizuar formimin e hematomave, me tamponin alveolar ndalohet hemorragjia, që vlen nga fundi i alveolës, por nuk ndalohet hemorragjia nga buzët mukozale të plagës; gjithashtu mund të kemi edhe përsëritje të hemorragjisë kur heqim meshën.

Në hemostazën lokale, një sukses i rëndësishëm është arritur në përdorimin e sfingarit galatinos (gelaspon) (12). Gjithashtu zbulimi i vetive inhibuese të acidit epsilon amino-kaproik mbi fibrinolizën nga Vairal E. (1964) (5), përdorimi i pansamentit plazmë-trombinë në hemorragjitë e plagëve alveolare nga Izarn P. (1965) dhe përkritimi i kontrollit me përkritëri me anë të hemostazës lokale të hemorragjive alveolare në hemofilitë nga Alagille D. (1965) bënë të mundur që komplikacioni i hemorragjive alveolare, pas ekstraksioneve dentare në të sëmurë me sindrome hemorragjike, të evitohet dhe të bëhet i parzykëshëm interveni dentar.

Për të demonstruar përvojën tonë në hemostazën lokale në hemorragjitë e plagëve alveolare, pas ekstraksioneve dentare në 20 të sëmurë me sindrome hemorragjike, që janë shtruar në spitalin Nr. 1 gjatë vjetëve 1961-1968, po përshkruajmë disa prej tyre:

*Rasti Nr. 1* — B. Xh. 32 vjeç, shtrohet me datë 18 XI 1963 me Nr. kartele 8870 dhe diagnozë diatezë hemorragjike, abces perimaksilar i majtë. I sëmurë ankon për dhimbje dhe aftje të nufullës së sipërme të majtë.

Para dy vjetësh, është shtuar në spital për hemorragji pas heqjes së dhëmbit 2. Lokalisht i sëmururi paraqet abces vestibular me origjinë nga dhëmballa 7 e gangrenizuar.

Pas një mjekimi prej 5 ditësh me hemostatikë të përgjithshëm, i bëhet ekstraksioni i dhëmballës 7 dhe hemostaza e plagës alveolare me garzë iodoformi e komprimuar me shtenc. Një ditë pas interventit iu bë edhe transfuzioni gjaku prej 250 cc.

Pas 10 ditë nga interventu, pati pak hemorragji, e cila iu ndalua me tamponadë suprazalveolare kompresive. Pas 20 ditëve del nga spitali i shëruar me plagën alveolare të cikatrizuar.

*Rasti Nr. 2* — Fëmija A. A., 11 vjeç, shtrohet më datë 3.XII.1963, me Nr. kartele 5866 dhe diagnozë ditatezë hemorragjike, abces perimaxilar i djathtë. Fëmija ankohet për dhimbje e arije të nollulës së sipërme të djathtë. Para tre vjetësh ka pasur hemorragji të madhe pas heqjes së dhëmballës 6. Objektivisht, i sëmururi paraqet indet e lëkurës dhe mukozat shumë të zbehta. Lokalisht vestibulli i sipërmë i djathtë, i skruqur dhe i aftur për rreth dhëmballës 6, e cila ishte e fistlizuuar në fundin e vestibulit.

Të dhënat e hemogramës vunë në dukje trombopeni (94160). Në konsultë me mjekun hematolog, pasi prgatitet i sëmururi për 12 ditë me hemostatikë të përgjithshëm, i bëhet ekstraksion i dhëmballës 6 dhe hemostaza lokale me garzë iodoformi i komprimuar me shtenc. Një ditë pas interventit, i sëmururi e heq tamponamentin hemostatik dhe i shkaktëtohet hemorragji e madhe nga plaga alveolare. I bëhet përsëri tamponament hemostatik, i cili fiksohet mbi plagën alveolare me pastë akrilike autopolimerizabile. Të tretën dhe të katërtën ditë nga interventu, i bëhen edhe dy transfuzione gjaku nga 200 cc. Pas 11 ditë nga interventi, plaga alveolare cikatrizohet dhe del nga spitali i shëruar.

*Rasti Nr. 3* — M. Sh., 47 vjeç, i shtuar më datë 7.II.1965 me Nr. kartele 225 dhe me diagnozë hemorragji pas ekstraksionit dentar dhe trombopeni. Para pesë javësh, pas heqjes së dhëmballës 6, të sëmururit iu shkaktëta hemorragji imediate, që megjithë mjekimet hemostatike lokale dhe të përgjithëshme ambulatore nuk i ndalohet. Pas disa tamponamentesh alveolare të përsëritura dhe mjekimi me hemostatikë të përgjithëshëm, të kryer në spital në një periudhë kohe prej 6 javësh, i ndalohet hemorragjia alveolare, pas një jave nga dalja prej spitalit, përsëri i çfaqet hemorragji nga plaga alveolare dhe gingivrat. Për këtë arsye shtrohet përsëri në spital.

Objektivisht në indet e lëkurës të ekstremitetëve të poshtëme paraqet purpura hemorragjike. Lokalisht në kavitetin e gojës shihen purpura hemorragjike në qelzën e butë, gingivat të hipertrofizuara dhe hemorragjipare në prekje, plaga alveolare e dhëmballës 6 e mbushur me granulacione e koagula gjaku të freskët; dhëmbët 23 paraqesin xhëpa të thellë me sekrecione purulente. Të dhënat e hemogramës flasin për anemi, leukopeni (2000) e trombopeni (100<sup>0</sup>/<sub>0</sub> në 1 mm<sup>3</sup>) si edhe ato të mielogramës venë në dukje elemente patologjike leukocitare, gjë që konfirmoi diagnozën e leukozës mieloidë (formëaleukemike). Pasi i ndalohet hemorragjia alveolare me tamponament alveolar kompresiv, hemostatikë të përgjithshëm, transfuzione gjaku 2x200 cc eji, i sëmururi vazhdon të mjekohet për një periudhë prej tre muajsh nga hematologu. Pas për-

bëve | 2 dhe | 3, të cilët kryen në interval prej një jave. Hemostaza lokale bëhet me tamponament alveolar kompresiv me pastë durakrili autopolimerizabile. Pas 9 ditë nga interventet, plagët alveolare cikatrizohen.

*Rasti Nr. 4* — N. M., 34 vjeç, shtruar më datë 19.XI.1968, me Nr. kartele 8500 dhe diagnozë anemi sekondare dhe Morbus Werlhof. Ankohet për dhimbje e arije të nofullës së sipërme e të poshtëme të djathtë dhe dobësi të përgjithëshme. Sëmundja për të cilën është shtruar në spital i është zbuluar para tre vjetësh, kur iu shkakëta hemorragji e madhe nga heqja e një dhemballe. Objektivisht indet e lëkurës dhe mukozat janë të zbehta.

Të dhënat e hemogramës venë në dukje trombopeni (30500 tromboците në 1 mm<sup>3</sup> si edhe kohë hemorragjike të zgjatur — 26 minuta).

Në ekzaminimin stomatologjik paraget: gingivat hipertrofike, hemorragjike në prekje. Arkadat dentare: premolarët 54 | dhe kanini me incisivin lateral 32 | janë të frakturuar nga procese karioze dhe të fisulizuar në regionet vestibulare.

Në konsultë me hematologun, pasi pregatitet i sëmurë me hemostatikë, i bëhen ekstraksionet e rrënjëve 54 | dhe të rrënjëve 32 |, në interval prej një jave. Hemostazat lokale bëhen me tamponamente alveolare prej gelaspomi që mbahen të fiksuar me pllaka durakrili të parapregatitura në laborator. Plagët alveolare u zhvilluan normalisht, pa hemorragji të vonëshme. Interventet dentare nuk u shoqëruan me transfuzione gjaku. Pas 10 ditë nga interventet, i sëmurë del nga spitali me plagët alveolare të eptelizuara.

### D i s k u t i m

Në të gjitha raset e përshkruara, për të parandaluar hemorragjitë pas ekstraksioneve dentare, u morrën të dhënat laboratorike të hemogramës e koagulogramës dhe, në bashkëpunim me mjekët patologë, u përçakta mjekimi preventiv me hemostatikë të përgjithshëm (Hemoklauden, Sol. Calci Chlorati 10%/<sub>0</sub>, Vit. K. etj.). Në masat preventive përfshihen edhe ekzaminimi klinik e radiografik i dhembëve, që do të higien, për të përcaktuar veshitësitë operatorë të mundëshme si dhe përgatitjen e plakës prej materiali termoplastik ose durakrili, për të mbajtur të komprimuar tamponamentin hemostatik alveolar.

Rëndësi të veçantë i kemi dhënë edhe përgatitjes psihike të të sëmurëve tanë, të cilët në përgjithësi ishin të deprimuar.

Ekstraksionet dentare i kemi kryer me anestezi pleksale (sol. novokainë 2%/<sub>0</sub> me adrenalinë); nuk përdorim anestezi trunkulare për të evituar hematome hemorragjike. Ekstraksioni fillohet me sindesmotominë (preerja e ligamenteve alveolo-dentare me elevator) dhe më pas me heqjen e dhembit. Gjatë ekstraksionit, lëvizjet nuk ndryshojnë nga ato të zakonshmet, por duhet pasur kujdes, për të evituar të gjitha shqyemjet e murrrozës e të gingivës si dhe dëmtimet e alveolës. Pas ekstraksionit duhen hequr të gjitha fragmentet kockore alveolare, që favorizojnë nekrozën dhe infeksionin. Teknika e hemostazës alveolare është e thjeshtë: në çdo plagë alveolare, vendosin fragmente sfingeri gelatine sterile (gelaspom) të impregjuar me pluhur plazmën dhe të njomur me solution fiziologjik 9%/<sub>0</sub>. Sfingeri gelatinos, me anë të vetisë që ka për t'u fryrë, ndihmon në vazokonstriksionin refleks të kapilarëve, në këtë mënyrë ushtron

mbi to një kompresion lokal. Gjithashtu duke sjellë në plagë substanca organike, koaguli i plagës fiton vesh për të mbajtur trombinën e prodhuar në sasi të madhe nga indet, duke kompensuar kështu mungesën e trombinës plazmatike, që në të gjithë rastet e përshturara ishte deficitare.

Në fund të interventit, hemostazën primare e plotësojmë me komprimimin e buzëve të plagës me gishtin për rreth 15 minuta, sa zgjat koagulimi normal (12). Komprimimi i zgjatur i plagës alveolare realizohet me anë të pastës termoplastike (Shtrenç) ose rezinës autopolimerizibile (durakryl), që pregatitet në qast ose parapregatitet nga laboratorit dhe e vendosim mbi plagën alveolare të tamponuar. Për të siguruar retencionin e plakës akrilike, me dhëmbët fqinj i krijohen dy reŕencione ose kroshe.

Pas ndalimit të hemorragjisë, qetësimi i të sëmurit nga dhimbjet e plagës alveolare është shumë i rëndësishëm. Në rastet tona, pacientët nuk kanë pasur dhimbje të forta nga plagët alveolare dhe nuk kemi përdorur analgetikë derivate salicilike ose amidopirinë (aspirinā, algina, fenaskon), që predispozojnë për hemorragji alveolare.

Në tre ditët e para, ushqimi i të sëmurëve është i lëngshëm, në ditët e ftera mund të fillojë përtypjen edhe të ushqimeve të forta. Në rastet 1 dhe 2 u konstatuan hemorragji alveolare të vona. Nga të dhënat klinike dhe laboratorike, rezultoi se këto hemorragjiar ishin të lidhura me turbullimin e etaps së parë të koagulimit plazmatik (ngamungesa e faktorit VIII ose IX). Plagët alveolare edhe në këto raste ishin të mbushura me koagula intraalveolare, që në përgjithësi siguronin hemostaza imediate, por koaguli ka qenë i dobët, me lehtësi shkëturhet (rasti i 2) ose shkrirhet nga saliva (rasti i parë) dhe u shkaktuan hemorragji të vona alveolare, të cilat i ndaluan me përsëritjen e tamponamenteve kompresive alveolare. Në rastin e dytë e shogëruam atë me transfuzione gjaku izogrup 2x200 cc.

Në rastin e parë, tamponamenti hemostatik u hoq pas 13 ditë, ndërrsa në rastet 2, 3, 4 u hoqën respektivisht pas 10, 7 e 5 ditë nga interventi. Kjo tregon se koha e realizimit të hemostazës definitive është në varësi me turbullimet e sindromit hemorragjik si dhe nga mjekimi preventiv me hemostatikë të përgjithshëm, i aftë për të korrigjuar turbullimet e hemostazës. Në të sëmurët e tjerë, të shtruar me diateza hemorragjike dhe hemorragji pas ekstraksioneve dentare, si edhe rasti i tretë me leukozë mieloidë dhe hemorragji pas ekstraksionit dentar, u konstatua se komplikacioni hemorragjik dentar i theksoi simptomat e sëmundjes, duke rezikuar jetën e të sëmurëve, arsyeje për të cilën u përdor një terapi hemostatike intensive për një kohë prej rreth 50 ditësh. Depistimi i shpejtë i sindromeve hemorragjike, ndikimi i tyre i përgjithshëm dhe sidomos hemostaza lokale imediate, bëjnë të mundur ndalimin e hemorragjisë dhe ndërtyrje të rëndësishme si ekstraksionet dentare, pa paraqitur rezik për të sëmurin.

### Konkluzione

1) Në të sëmurë me sindrome hemorragjike, ekstraksioni dentar mund të kryhet pa komplikacione hemorragjike, kur në bashkëpunim me mjekun patolog depistohet me kohë forma klinike e sindromit hemorragjik dhe mirren masa preventive mjekimi të përgjithshëm dhe lokal.

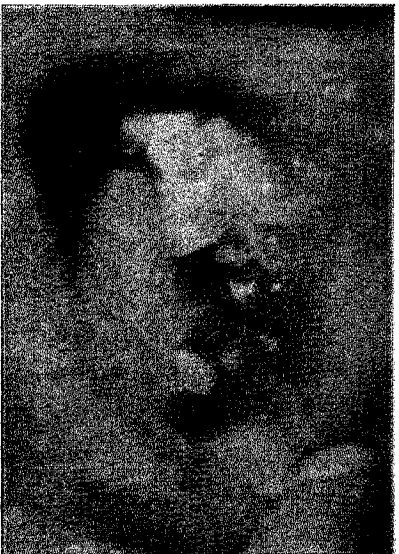


Fig. 1. — Rasti Nr. 4. Plagët alveolare 32 pas 5 ditë nga interventi.



Fig. 2. Rasti Nr. 4 — Tamponamenti alveolar i fiksuar me plakë duraktive e parapregatitur në laborator.







Fig. Nr. 3. Rasti Nr. 4 Plagë alveolare pas 10 ditë nga  
interventi e epitalizuar.



2) Hemostaza lokale terapeutike, në shumicën e rasteve, është e mjaftueshme për ndalimin e hemorragjive alveolare edhe pa u shoqëruar me transfuzione gjaku.

Dorëzuar në redaksi më  
15 prill 1969

#### BIBLIOGRAFIA

1. — Chaput A.: Manifestation buccal de maladie se Sanguie. *Revue Odontostomatologie* 1963, 3, 326.
2. — Coronel S.: Le purpura buccal. *Revue de stomatologie* 1967, 7-8-383.
3. — Fedorova N.S.: Dva sluhaçja posle operacii novo krvotopenija u bolnih gemofiliç. *Stomatologija*, 1964, 2, 114.
4. — Gateiller A.: Hemorragie dentaire. *Revue de stomatologie* 1965, 6.
5. — Giordano N. D.: Dental extractions in hemophilic patients on aminocaproic acid prophylaxis. *Oral surgery*, 1969, 2, 160, St. Louis S.H.B.A.
6. — Kondi V.: Nofthmi despre coagularea sangelui dupa concepti ile actuale. *Medicina interna*, 1964, 5 Bucuresti.
7. — Laudon Bach F.: Les extractions dentaires sont possibles sous traitement anticoagulant. *Revue de Stomatologie* 1966, 7 Paris.
8. — Llando P.I.: Gemorragieskie dialezi i ih proiavljenija v pollosti rta. *Stomatologija* 1951, 1, 42.
9. — Linkic I.I.A.: Diagnostika i lejkozov v stomatologiceskoj praktike. *Stomatologija* 1964, 2, 103.
10. — Petrescu M.: Sindromale. Hemorragica. Probleme de hematologie si transfuzie. 1953, 329, Bucuresti.
11. — Popescu V.: Tehnici curente de shirurגיע stomatologica. Bucuresti 1961.
12. — Seneffer P.: Extractions dentaires sous traitement anticoagulant. *La revue du praticien* 1967, 21, 8.
13. — Sapirogas H.: Les extractions dentaires chez l'hémophile. *La revue du praticien* 1967, 21, 2989.

#### S u m m a r y

### THE TECHNIQUE OF TOOTH EXTRACTION AND LOCAL HAEMOSTASIS IN PATIENTS WITH THE HAEMORRHAGIC SYNDROME.

The author discusses his experience in tooth extraction and local haemostasis of alveolar haemorrhage in 20 patients with the haemorrhagic syndrome, treated in hospital during the years 1961-1968.

Together with the haematologist the author detected the clinical forms of the haemorrhagic syndrome and took the necessary preventive measures.

Local haemostasis was realised with intra-alveolar tampons of gelatin sponge material, soaked in plasma and compressed into the alveoles. In most cases the patients received blood transfusions.

**Résumé****DE LA TECHNIQUE DE L'HEMOSTASE LOCALE CHEZ LES MALADES  
PRESENTANT DES SYNDROMES HEMORRAGIQUES**

L'auteur expose les conclusions auxquelles l'a fait aboutir son expérience de la technique des extractions dentaires et de l'hémostase locale dans les hémorragies des plaies alvéolaires, chez plus de 20 malades présentant des syndromes hémorragiques, hospitalisés dans les années 1961-1968.

En collaboration avec l'hématologiste, l'auteur a dépisté les formes cliniques des syndromes hémorragiques et a pris des mesures préventives de traitement général et local.

Il a obtenu l'hémostase locale par l'application alvéolaire de tampons de gelspon imbibés dans une solution de plasma et comprimés avec une matière thermoplastique sur l'alvéole. Dans la plupart des cas, l'hémostase locale a été suffisante n'étant pas accompagnée d'une transfusion de sang.

## MBI TRAUMAT E SYVE DHE REZULTATET E MJEKIMIT

— GJERGJI ÇEPA —

(Spitali i rrethit Korçë, Drejtor Dr. Sokrat Vrelo)

Në praktikën okulistike, një rëndësi të posaçme paraqitin traumat e syve. Duke u nisur nga përpiekjet që duhen bërë për riartësimin e organit të pamjes, në këtë artikull do të analizojmë raste me gjuarje goditje dhe djegetje të syve, të personave që kanë pasur nevojë për shtrim në spital, të paraqitur nga shtatori i 1965 deri në geshor të vitit 1968 në repartiun për sëmundjen e syve të spitalit tonë. Gjatë periudhës së sipërmendur gjithsejt janë shtruar 840 pacientë, nga të cilët 87 me traumë të syve, që përfaqëson 10% të shtrimeve. Nga këto, në 42 raste kemi takuar perforacione, në 36-goditje e në 9-djegetje. Veç këtyre ka pasur edhe pacientë të tjerë me dëmtime të lehta, që janë mjekuar ambulatorisht. Në këtë punim nuk përfshihen pacientët me keratite të shkaktuara pas gërvishtjes korneale. Nga numëri i përgjithshëm që paraqitin, vetëm tre kanë pasur dëmtime në të dy sytë. Sipas moshës, dëmtimet janë si më poshtë:

Mosha	1-10 vjeç	11—20	21—30	31—40	41—50	51—60	Mbi 60 vjeç
Perforacione	12	10	5	4	3	3	5
Goditje	10	12	1	4	3	3	3
Djegetje	3	1	4	—	—	—	1
Shuma	25	23	10	8	6	6	9=87

Mosha më e vogël e personave që kanë pasur perforacione ka qenë 1 muaj dhe është shkakëtuar pas goditjes në sy nga xhami i thyer të një lambe me vajguri, ndërsa më i madh arrin në 75 vjeç.

Lidhur me mjeket e punës dhe mbrojtjen e syve, nga numëri i përgjithshëm i pacientëve — 14 janë punëtorë. Këtu përfshihen xhemerikë, xhustatorë, mekanikë e motoristë, që një pjesë të madhe të punës e bëjnë me çekan e daltë, pa u kujdesur të përdorin syze mbrojtëse. 30 pacientë janë fshatarë, që merren me bujqësi, 18 janë nxënës, nga të cilët qytetarë, 14 janë fëmijë, nga të cilët një qytetar, 5 janë shtëpijaqe, 2 të presin dru, punë që nuk e kishin njohur më parë. Mjeket që kanë qenë të dëmtuara në syve janë nga më të ndryshmet. Në 6 raste takojmë co-

pa metalike, të ardhur nga dalha apo çekani, ose edhe nga shata gjatë prashitjes. Në 7 raste takojmë copa bombe ose kapsula. Në 20 raste, mjeti është i druritë, nga kërcimi i cinglës, nga shkopi, nga gjëmbi, në dy raste edhe nga bishti i lopatës. Në 12 raste dëmtimi ka ardhur nga mjete të tjera metalike si gjilpera, peronë, tel, qoshja e stofës, gërsqëra, ma-ja e penës e bishti i lugës. Në 14 raste, dëmtimi është shkaktuar nga cifti guri në gërmim me kazmë e dy raste në goditje me llastikë. Po kë-shtu dy raste dëmtimi janë shkaktuar nga copa xhami e plasje të gites. Tre raste i kemi takuar nga goditje kafshësh. Në dy të tjera goditja është shkaktuar me grush, dy nga ajri i komprimuar dhe një herë nga plumbi, që i vhet filli gjatë peshkimit në grep. Përsa u përket die-gjëjeve, një herë ishte shkaktuar me alumini të shkrirë, 4 herë me gël-gere dhe nga një herë me sodë kaushtike, flagë baroti, karbiti e zjarrt.

Nga sa më sipër, goditjet e syrit mbizotërojnë ato me dru, pasta j ato me gur, armë zjarrt, copa metalike, ndërsa djegëjt me të shpesh-ta janë ato me gëlqere. Dëmtimi i syve është i njëlojtë si për të djathtin e për të majtën, pra ndikimi i «syrit më të ekspozuar», pavarësisht se shumica e njerëzve punojnë me dorën e djathtë, nuk ka pasur rëndësi. Në rastet tona, 43 herë është dëmtuar syri i djathtë dhe 44 herë syri i majtë.

Ia dhur me trajtimin që u bëhet perforacioneve dhe pasojave të ty-re për pamjen, rëndësi të madhe paraqitin vendi i perforacionit, madhë-sia e tij dhe në ç'masë prolabojnë nëpër pjesët intraokulare.

Duke analizuar rastet me perforacione, në 27 pacientë, plaga ka që-në korneale e vendosur central, paracentral e periferik. Në 4 raste ka qenë në *timbus* e në një rast sklerale. Në 10 raste kemi pasur të bëjmë me *ruptura sclerae* ose që kanë përshirë edhe kornenë. Nga numëri i tyre, dy shogëtoheshin me *lacatio lentis subconjunctivalis*, ndërsa dy të tjera qenë rruptura *sclerae subconjunctivalis*. Shogëruesi kryesor i dëmtimeve per-forative të syrit mbetet *prolapsus iridis*, që tek ne takohet 15 herë, ndër-sa në tre raste takojmë *prolapsus chorioideae*.

Krahës dëmtimeve që përmendëm, në shpërthime bombash preken edhe pjesë të fytyrës e të trupit. Mjetet e tjera rralle dëmtojnë palpebrat; kësh-tu dëmtime palpebrale ne takojmë vetëm tre herë.

Nga të 42 pacientët me trauma perforative të syve, 39 herë ka qenë e nevojshme ndërhyrja kirurgjikale për të kryer përpunimin ose edhe enukleacionin. Çdo dëmtim perforativ i syrit, krahës mjekimeve lokale, shogërohët me injeksione penicilini (1-2x400.000 UI) dhe streptomichit (0.5 gr.). Si rregull, pacientëve u aplikohet serum anti-tetani.

Në përcaktimin e plotë të diagnozës, rëndësi paraqet rontgenografia, sidomos në rastet kur porta e hyrjes është e dyshimtë (se ka kaluar një farë kohe nga plagosja) dhe kur janë turbulluar ambientet transparen-te të syrit *lens crystallina* e *corpus vitreum*.

Për prognozën e pamjes, rëndësi të madhe paraqet koha e ardhjes për ndihmë mjekësore, sidomos të specializuar.

Fashtë për t'u vënë re se rëndësia që i jepet dëmtimit, nga shumë persona, është e pakët, gjë që rrit nevojën e intensifikimit më të madh të propagandës sanitare e të popullarizimit të traumave të syve që janë shumë delikate, nga ana tjetër «më fisnikët ndër shqisat e njeriut» (Duret).

Paraqitja tek ne brenda orës kanë qenë vetëm 8 raste. Në 12 raste kanë qenë brenda 12 orëve, Në 38 raste brenda 24 orëve, kurse 19 per-sona janë paraqitur pas 1-7 ditësh dhe 7 të tjerë pas një jave. Pa hie-

tër që vonesa e tepërt ndikon në mënyrë negative në mjekimin e traumave të syve, pasi lezionet e shkakëtuara kërkojnë riparime të menjëherëshme.

Dië qëndrimi mesatar për pacientët ka qënë 15.5 ditë. Dië qëndrimi në i paket ka qënë 5 ditë, ndërsa në i shumti 55 ditë. Shifra e dië qëndrimit mesatar flet edhe një herë për masat e efektshme terapeutike, që kemi mundësi të marrim në traumat e syve, qofshin këto dhe perforative.

Në mjekimin e dëmtimeve perforative e djegëje, rëndësi paraqet përdorimi i antibiotikëve në mënyrë intra-muskulare ose *per os*, krahas mjekimit lokal. Në kontuzione që zakonisht shoqërohen me *hyphema* e hemorragji në *corpus vitreum*, nevojitet përdorimi i Vit. K. Remostyp etj. si dhe vitamina C. Njehkohësisht me efekt të madh rezorbues janë dhe kompresat e ngrohta, që përdoren në ditët e mëvonëshme, diomina e glukozja e injektuar i.v. Në rasti zhvillimi procesesh organizative, efekt të mirë ka Hylaza e aplikuar subkonjunktival. Veg këtyre preparatave mydriatike si atropina, kompleksi e në raste të rënda adrenalina 10% e injektuar, ndihmojnë për shkëputjen e synehive posteriore e vendosjen e syrit në getësi, gjë që duhet shoqëruar me getësimin e pacientit dhe të dhimbjeve, qofshin këto dhe periodike, me preparatet analgetike të marruara *per os* ose i.m.

Në djegëjet me acide ose baza, si zakonisht, kemi përdorur pomada, që kanë efekt neutralizues: Rp. natrii bicarbonici 1.0; natrii bicarbonici 2.0; *Adipis laeae* 10.0, Aq. destill, 10.0; Vaselini albi purissimi 80.0; Mlung.

Në djegëjet me bazat, dy ditë përdorim pomadë tanike 50%. Kup-tohet që krahas tyre bëhet mjekimi tjetër, duke filluar nga acetylocholina lokal, mydriatikët ,pom. antibiotike e deri tek antibiotikët e injektuar subkonjunktival. Në praktikën ambulatorë, tre herë na janë paraqitur raste me djegëje, nga maja e kalenit kopjativ, që përfaqëson një ngjyrë aniline. Mund të themi se pikimi i acidit askorbink të marrur nga ampula me vit. C ose edhe e acidit tanik 4-5%0 e shpëlarja me acid acetik 20%0 të përzierë me alkol 10%0, pas lavazhit të gesis konjuktivale e heqjes së copës, ose edhe injektimi i vitaminës C subkonjuktivale, kanë efekt të menjëhershëm. Së fundi vendoset pomadë tanike 10%0 e fashaturë. Në raste të vonuara, Vit. C jepet edhe *per os*. Kjo shërben si lëndë neutralizuese pra edhe gngjyrosese. Në djegëjet përdoret me efekt edhe Vit. A, si ndihmëse e proceseve të epitelizimit.

Si përfundim, nga 87 sy të traumatizuar, në 9 pacientë u krye enukleacioni (10.35%0 të rasteve); 4 sy u atrofizuan në periudha të mëtrorëshme; 2 paraqitën hypotoni. Në 15 raste (afro 18%0), pas heqjes së kataraktës ose rezorbimit të saj, sytë i mbetën afakë. Në 4 raste u krijuan *cataracta luxata* të komplikluara me *glaucoma secundae*. Në një rast të vonuar, *glaucoma secundae* kishte shpënë në atrofi të nervit optik. Në 4 pacientë pati ulje transparence në *corpus-vitreum* nga eksudacioni, që i ktheu sytë në amblyopë. Në tre pacientë visusi ra nën 0.1; Visus mdis 0.1-0.3 kishim në dy pacientë; visus 0.3-0.5 në dy pacientë; visus 0.5-0.8 në tre pacientë dhe 0.9-1.0 në 38 pacientë.

Rezultatet më të mira janë në pacientët me kontuzione. Nga 38 pacientët me visus 0.9-1.0, 23 janë nga ata me goditje, 6 nga ata me djegëje dhe vetëm 9 nga ata me perforacione.

Në rastet tona, në afro 43.6%0 të tyre, syrit iu kthye pamja plotësisht

(visus 0.9-1.0), ndërsa përsa u përket perforacioneve, shifra e pacientëve me visus 0.9-1.0 bje në 21.45%/ të rasteve.

Nga sa sipër konkludojmë se dëmtimet e syve hyjnë në grupin e dëmtimeve të rënda. Syri është një organ delikat, që duhet mbroftur me kujdes e në rast aksidentesh okulare, nevojitet dhënia urgjente e ndihmës së specializuar. Krahas këtyre, nevojitet kontrolli periodik i punonjësve, instruktimi i tyre dhe mbajtja detyrimsht i syzeve mbrojtëse dhe të mbrohen fëmijt nga lojnat e papërshtatëhme.

Dorëzuar në redaksi më

30.X.1968

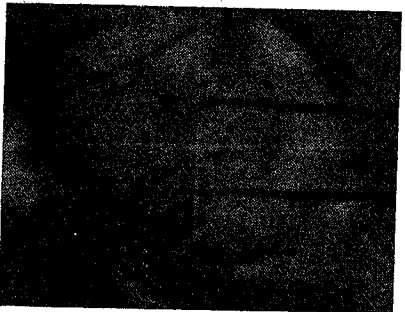


Fig. 1



Fig. 2

Rontgenografi postero-antérieure (I) dhe latero-laterale (II) për lokalizimin e copave të huaja intraokulare me ndihmën e një pince anat. okulistike.

#### BIBLIOGRAFIA

1. — Aroni A.: Mbi ekstraksionin e trupave të huaja amagnetike nga faqja e pasme e kornesë. Buletini i Shkencave mjekësore, 1968, I, 131.
2. — Amstler M., Bruckner A., Franceschetti A., Goldman H., Streif E.B.: Lehrbuch der Augenheilkunde S. Karger-Verlag Basel-New York.
3. — Axenfeld Th., Sarr H.: Lehrbuch und Atlas der Augenkrankheiten 1961, 10. Auflage VEB-Gustav-Fischer-Verlag Jena 1958.
4. — Callahan A.: Surgery of the eye tissues Charles c Thomas — Publisher Springfield - Illinois USA 1963 (Ed. rus).
5. — Gassler H.: Die Behandlung von Augenverletzungen mit Passowscher Operation und Tolazolin nebst einer Betrachtung ueber die subconjunctivale Eigenblutinjektion. Klin. Mbl. Augenhk Bd. 147 H. I S. 79.
6. — Heydenreich A.: Das sekunderglaukom bei Verletzungen. Klin Mbl: Augenhk: Bd. 146 H. 3 S. 382.
7. — Hoffmann D.H.: Schädigung des Auges durch Nahnsehuse aus Trauenengswaffen: Klin. Mbl. Augenhk Bd. 147 H: 5 S. 625-1965.
8. — Kittel V.: Therapeutische Dimpfungen zur Behandlung von Augenkrankheiten. VEB-Georg-Thieme. Leipzig 1965:
9. — Kober J.: Augenverletzungen des Kindalters Klin. Mbl. Augenhk. Bd. 146 H. 5.
10. — Meiler J.: Augenärztliche Eingriffe. J. — Springer-Verlag — Wien 1938.
11. — Mueller H. K.: Die Behandlung der Kriessverletzungen des Auges im Felde. Aus dem Ophthalmologische Operationslehre; Herausg R. Thiel Georg-Thieme-Verlag, Leipzig 1945.



12. — Paul W.: Augenverletzungen beim Boxsport. Berliner Augenärztliche Gesellschaft, Dez. 1964. Humboldt-Universität, (Charité) Berlin
- 13 — Schulze K.—J.: Die perforierenden Augenverletzungen durch Öffnen von Einweckgläsern und ihre Verhütung. Disch. Gesch. was 1961, 16 Jg. H. 29 S. 1350.

### Summary

### EYE DAMAGE AND THE RESULTS OF ITS TREATMENT

The paper describes a number of cases of perforations, contusions and burns of the eyes, received on treatment at the oculistic section of the district hospital of Korça from September 1965 to June 1968. These cases attain 100% of all the patients. They are mostly young children. The male female ratio is 1:3. The article discusses the explanation of this ratio and analyses the cases after their profession, the objects that most frequently cause perforations, contusions and burns of the eyes. Half of all the cases have lesions on the right eye, half on the left, which shows that work with the right hand does not influence on the exposure of one or the other eye.

The paper analyses the form of the perforations, their site and dimensions, the grade of bulging of the intraocular tissues etc. It shows also the methods used for their treatment and the results of both the surgical and therapeutic methods.

The paper describes the methods of restoring the bulging tissues with the aid of a compassus, applied for the first time in this country. It analyses the importance of early treatment and gives the average time of treatment in hospital as 15.5 days. The author presents the treatment he used on contusions, burns by acids and bases and perforations caused by the points of pencils.

The results include 100% enucleations and 18 aphaktas. In 43.6% of the cases the sight was recovered up to 0.9-1 visus. As regards the perforations, this degree of the visus was attained in 21.54% of the patients.

### Résumé

### DES TRAUMATISMES DES YEUX ET DES RESULTATS OBTENUS DANS LEUR TRAITEMENT

L'article décrit des cas de perforation, contusions ou brûlures des yeux, constatés sur des malades hospitalisés dans le pavillon d'ophtalmologie de l'hôpital du district de Korça, de septembre 1965 à septembre 1968. Les patients atteints de traumatismes constituent 100% des hospitalisés. Ce sont en majorité des enfants et des jeunes gens. Le rapport entre les malades de sexe masculin et ceux de sexe féminin est de 1 à 3. L'article explique les raisons de ce rapport et fait aussi une analyse de cas classés par professions, etc. Plus loin, sont décrits les agents qui ont causé les traumatismes, perforations, contusions ou brûlures. On constate

que les patients sont atteints dans une proportion égale à l'oeil droit et à l'oeil gauche, ce qui semble attester que l'exposition de l'oeil est un facteur qui n'influe guère en la matière, bien que la majorité des gens soient droitiers.

L'article analyse les types de perforation considérés du point de vue de leur localisation, de leurs dimensions, du prolapsus des parties intra-oculaires, etc.

Il décrit l'expérience acquise au sujet des traitements médical et chirurgical et donne les résultats obtenus à la suite de ces traitements.

L'auteur traite de la méthode de localisation des corps étrangers dans l'oeil par l'emploi d'un compas, ce qui n'avait pas été pratiqué jusqueici chez nous. Il analyse l'importance du temps écoulé entre le moment de l'accident et le premier contact avec le médecin et indique que la durée moyenne de l'hospitalisation a été de 15,5 jours. Il expose le traitement appliqué dans les contusions, le brûlures par acides ou bases ainsi que dans les lésions causées par la pointe du crayon à encre.

Parmi tous ces cas, 10,30% sont des énucléations, 180% des aphaquies. Chez 43,60% des patients, la vue revient à 0,9-1,0. En ce qui concerne les perforations, la vue est revenue dans 21,45% des cas.

## REZULTATET POZITIVE DHE NEGATIVE TË KORTIKO-PREPARATEVE NË HEPATITET INFEKSIOSIZ

— LLUKA DHIMITRI —

(Repartit infektiv i spitalit të rrethit Durrës. Drejtor Dr. G. Trebicka)

Në këto vjetët e fundit, hepatiti viral është përhapur në shumë vende të botës, si dhe në vendin tonë.

Për mjekimin e kësaj sëmundje janë përdorur mëllkamentë të ndryshme, pasi nuk ka një mjekim specifik. Midis të tjerave në këto vjetët e fundit janë përdorur edhe hormone kortiko-surrenale. Përdorimi i tyre është një problem, që ka krijuar kundërshtime. Pranohet se ka mundësi të shkakëtojë një zbrifje të shpejtë të bilirubinës dhe të pakësojë kohën e sëmundjes dhe të konvaleshencës, por përdorimi i tyre nuk ka justifikime për raste të lehta dhe aq më tepër se mendohet se favorizon riakutizimet.

Përdorimi i tyre është i gjërë. Disa autorë janë skeptikë, por autorë të tjerë janë shprehur në favor të përdorimit të tyre, si Caroli, Semendyeava, Muchina, De Sarto, De Ritis, Cachin e shumë të tjerë (11, 21, 28, 30, 31, 33, 36). Edhe në gjithashtu gjysh më 1958, i kemi përdorur, rezultatet e të cilave i kemi referuar më 1960 (12).

Prej atyre që pranojnë efekte të mira, disa rezervojnë përdorimin e tyre vetëm në format e rënda, ose në ato me tendenca citogene (Zbanov, Hanger, Harbert etj.); të tjerë (Nelson, Evans, Spring) kërkojnë përdorimin e tyre në qdo rast, duke menduar se në fillimin e sëmundjes, edhe rastet e lehta nuk mund, a priori, të konsiderohen me evolucion të lehtë, pasi nuk jemi gjithmonë në gjendje të parashikojmë evolucionin e kësaj sëmundjeje. Një rezervë tjetër që diskutohet në përdorimin sistematik rrjedh dhe nga fakti se gjatë mjekimit janë paraqitur raste me riakutizime ose recidiva. Disa autorë (Semendyeava, Bromberg) bëjnë një diferencim midis riakutizimit dhe recidivës, kurse të tjerë (De Ritis, Sollem) nuk e konsiderojnë si recidivë të vërtetë ngriçjen e bilirubinës, por e interpretojnë atë si një rifillim i kolostazës së pakësuar nën ndikimin e hormonoterapisë; nga ana tjetër janë vrejtur raste të mos veprimit të tyre.

Mekanismi i veprimit të këtyre hormoneve në këtë sëmundje ende nuk është kuptuesisht i qartë. Janë paraqitur hipoteza për shpjegimin e këtij mekanizmi (26). Më kryesoret janë: veprimi kolealik (Pettersson), veprimi në metabolizmin e bilirubinës (Chaleman) si dhe veprimi antiflogjistik, që konsiston në zhdukjen e edemës periportalë; me zhdukjen e inflamacionit lirohet pengesa intra-hepatike më e thelluar në kamalin e Hering (1, 2, 19, 20).

*Materiali dhe metodika.* — Për këtë studim, materiali ynë bazohet

në 248 të sëmurë me hepatit viral iktërik, të shtruar në repartiin infektiv të spitalit të Durrësit dhe qëllimi ynë është kërkimi i mundëshëm i shkaqeve të riakutizimeve dhe të mungesës së veprimit të hormonotera-pisë. Për këtë arsye janë mjekuar 248 të sëmurë, prej të cilëve 107 janë mjekuar me metodën e shkallëzimit (36) dhe 35 të tjerë janë mjeku-uar me metodën që përdorim ne. Gjithashtu për efekt kontrolli, 56 të sëmurë janë mjekuar me medikamente të zakonshme (12).

Nga ana e seksit 59,30% janë femra dhe 40,70% janë meshkuj.

### *Menjyra e mjekimit*

1. — *Kura hormonale*: kemi përdorur dy metoda

a) Metoda e parë është ajo që përdoret nga autorë të ndryshëm, midis tyre dhe nga Sh. Sherlock (33), që konsiston në doza 30-25-20 15-10-5 mg. për pesë ditë seicila doze, përfundimisht 30 ditë me këtë metodë janë mjekuar 107 të sëmurë.

b) Metoda e dytë është ajo që përdorim ne, prej vitit 1958 (12) dhe konsiston: kura fillohet me 30-40 mg. për 7-8 ditë dhe pastaj kalohet në 20 mg. dhe vazhdon, sipas rastit, për 20-25 ditë, deri në normalizimin e sëmundjes dhe ditët e fundit, me 10 mg. për 5-6 ditë; kura zgjatet në 30-35 ditë sipas lëvizjes së bilirubinës dhe enzimave. Në forma të zgjatur, terapia zgjatet edhe më tepër. Me këtë metodë janë mjekuar 85 të sëmurë.

Preparat hormonal është përdorur prednison. Bashkë me hormo-noterapinë është vazhduar dhe mjekimi pa kortizonikë.

2. — *Mjekimi pa kortizonikë* është ai që përdorim prej 1958 dhe konsiston në përdorimin e vitaminave C, grupit B, K, ext. hepatic, infu-zioneve hipertoniqe (20%) ose izotonike, sipas rastit, të glukozës ose medikamente të tjera të rastit. Me këtë metodë janë mjekuar 56 të sëmurë.

Këto hormone nuk i kemi përdorur në gratë shtatzëna, pasi ekziston reziiku eventual i një embriopatie. Fakte bindëse për veprimin e tyre teratogen nuk ka, por prej autorëve të ndryshëm janë referuar raste si katarakt os malformacione skeletike (25), kur përdoren në dy javët e para të barrës; anencefali (Fzandën-Stakeman,<sup>1)</sup> vdekja intra uterina, lindje fëmijsh me peshë të vogël (24) ose një rast maskulizimi të një embrioni femre (Frankberger)<sup>2</sup> si dhe atrofi (27) ose insuficiencë (18) e korteksit surrenal.

Nga mjekimi janë përjashtuar edhe raste me kontraindikacione si ulcercione, fraktur, hipertoni e.tj. Hormonet janë toleruar mirë dhe nuk kemi pasur raste me komplikacione, përveç dy rasteve me hiperglicemi të lehtë, që u normalizua shpejt.

Mjekimi hormonal është filluar në periudha kronologjike të ndrysh-me, sipas kohës së paraqitjes së pacientit, siç shihet në pasqyrën Nr. 1.

### **Koha e fillimit të hormonoterapisë**

*Pasqyra Nr. 1*

Data e sëmundjes	5-7	8-15	16-25
Raste	106	76	10

Shënim: 1) Cituar nga Driscoll A. (15)

2) Cituar nga Cantorbe P. (7)

*Forma të sëmundjes:* I kemi ndarë me bazë klinikologjike në këto forma: të lehta, të mesme, të zgjatura dhe të rënda.

Mjekimi i aplikuar, hormonal dhe i zakonshëm, sipas formave të sëmundjes, paraqitet në pasqyrën Nr. 2.

*Pasqyra Nr. 2*

Mjekimi	1. lehtë	F. Mesme	Zgjatur	Rënde
Horm. shkallëzim	8	70	1	28
Horm. Personale	9	58	5	13
Pa kortizonikë	25	22	—	9

Për përdorimin e hormonoterapisë është ndjekur kriteri kryesor: gjendja e përgjithshme e pacientit (asteni, turbullime gastrike etj.) dhe kriteri kliniko-laboratorik. Këto i kemi përmbledhur në pasqyrën Nr. 2.

Mosha e të sëmurëve, sipas metodave të mjekimit të aplikuar, shihet në pasqyrën Nr. 3.

*Pasqyra Nr. 3*

Metodë mjekimi	15—20 vjet	21—30 vjet	31—50 vjet	+ 50 vjet
Horm. shkallëzimi	5	37	41	24
Horm. Personale	12	28	35	10
Pa kortizonikë	8	18	19	11

Dihen mirë efektet kryesore të hormonoterapisë në hepatitin viral: përmirësimi i shpejtë i gjendjes së përgjithshme, këhimi i oreksit, zhdukja e askensisë, ngriçja e moralit dhe në disa raste, deri në gjendje euforike; shpejtimi i depigmentacionit dhe të diurezës me zbritjen e shpejtë të bilirubinemisë si dhe shkurtimi i kohës së konvaleshencës (4, 11).

Megjithë këto efekte të mira, kemi pasur raste me reaktivizime, recidiva dhe mos veprimi.

A) *Rikaktivizime:* këto raste paraqiten si me mjekim të zakonshëm ashtu dhe me hormonoterapi. Numëri i tyre është i vogël në të dy metodat e mjekimit. Përsa i përket hormonoterapisë, në vjetët e para të përdorimit të tyre, këto raste paraqiteshin më shpesh dhe kjo, mendojmë,

ka rjedhur se disa preparate të para ishin më pak vepruese se sa ato që disponojmë sot, ashtu dhe nga mungesa e përvojës në përdorimin e tyre. Kështu Nelson më 1957 ka pasur 20<sup>0</sup>/<sub>0</sub> recidiva, Evans — 25<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, Caroli — 25<sup>0</sup>/<sub>0</sub> (të dy cituar nga 26) më 1957, kurse më 1961 asnjë rast. Më 1965 Cachin ka pasur 1,8<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. De Sario asnjë. Në punimin që kemi përmendur më lart (12), ne kemi pasur 5,2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, kurse në këtë punim kemi 2,6<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Është për t'u vënë në dukje se një pjesë e këtyre rasteve u përkasin atyre kolostatikë, që sot diagnostikohen më mirë me anën e enzimave, testeve të ndryshme si Jirgl, fosforfaza alkaline etj. dhe me punksion-biopsi.

Mekanizmi i zhvillimit të riakutizimit është ende një problem që nuk është zgjidhur, prandaj si gjithmonë, në të tilla raste, mendimet janë kontradiktore. Solen dhe Olsen (cituar nga 3) kanë çfaqur mendimin se këto raste shkaktohen nga pengesa që hormonet sjellin në zhvillimin e imunitetit. V. Zdanov thekson natyrën cellulare të imunitetit antiviral. Disa të tjerë (Nelson, Cachin) pranojnë se përdorimi irracional i këtyre preparateve lot një rol të rëndësishëm në çfaqjen e riakutizimeve; është shprehur gjithashtu mendimi se përdorimi i shpejtë i këtyre hormoneve pakëson ose eviton raste të tilla.

Ne kemi pasur raste me riakutizime, recidiva dhe kolostatikë. Këto raste paraqiten analitiksht në pasqyrën Nr. 4, të ndara sipas metodës së terapisë së përdorur.

Pasqyra Nr. 4

	Kurë e zakonshme	Horm. shkallizim	Horm. Personale
Riakutizim	raste 3 (5.34%)	raste 4 (3.74%)	raste 1 (1.17%)
Recidive	—	raste 1 (0.92%)	raste 1 (1.17%)
Kolostaza	raste 1 (1.78%)	raste 2 (1.85%)	raste 4 (2.34%)

Raste me riakutizime sipas formës së sëmundjes dhe metodës së mjekimit paraqiten në pasqyrën Nr. 5

Pasqyra Nr. 5

Metoda	Form lehtë	E mesme	e rënda
Zakonshme	2	=	1
Shkallizimit	1	2	1
Personale	—	—	1

I. — *Kura e zakonshme*: kemi pasur tre të sëmurë në 56 të mjekuar me këtë metodë; prej tyre dy të sëmurë janë shtruar me vonesë midis 10 deri 15 ditë; të dy kanë qenë me formë të lehtë, kurse i sëmurit i tretë u shtrua shpejt në 5-6 ditë dhe i përkiste formës së rëndë.

II. — *Metoda personale*: në 85 pacientë të mjekuar me këtë metodë kemi pasur vetëm një rast të rëndë, të cilit terapia iu fillua me vonesë. rreth 15 ditë. Raste me recidiva nuk kemi pasur.

III. — *Metoda e shkallëzimit*: kemi pasur 4 të sëmurë. Format e tyre kanë qenë një i lehtë, dy të mesmë dhe një në formë të rëndë. Terapia në rastin me formë të lehtë është filluar me vonesë, rreth 15 ditë, me hormonoterapinë të vazhduar në rregull. Në të dy rastet me formë mesatare, në njërin rast hormonoterapia është filluar shpejt 6-7 ditë, kurse në rastin tjetër filloi me vonesë rreth 18 ditë. Në rastin me formë të rëndë, terapia filloi në të 7-tën ditë; në të katër rastet terapia ka vazhduar rregullisht për 30 ditë, por vetëm 2 prej 4 rasteve në mbarimin e saj ishin të normalizuara.

Në përgjithësi vërehen se në të dy metodat me hormonoterapi kemi pasur 3 raste me fillim terapi të vonuar dhe në të dy rastet e metodës së shkallëzimit ajo u ndërpre para normalizimit të plotë të sëmundjes.

Etapat e zbrirjes së dozave janë më të gjata se sa zakonisht, por kjo nuk na ka dhënë asnjë ngatëresë në asnjë rast, megjithëse e kemi përdorur sistematikisht në një numër shumë të madh rastesh për 12 vjet.

B. — *Recidiva*: kemi pasur vetëm dy raste, nga një në seicilën metodë të hormonoterapisë, kurse me kurën e zakonshme nuk kemi pasur asnjë. Format klinikolaboratorike të këtyre dy rasteve kanë qenë në rrikthim më e lehtë se sa i sëmundjes fillestare; probabilitat këto dy raste ishin me virum type B.

C. — Raste me kolostazë: kemi pasur 5 të sëmurë. Sipas metodës së mjekimit dhe formës së sëmundjes, i paraqitim në pasqyrën Nr. 6

Pasqyra Nr. 6

Metoda e mjekimit	Form Lehtë	F. mesatare	F. e rëndë
Zakonshme	1	—	—
Horm. shka-llëzim	—	1	1
Horm. personale	—	1	1

Në këto pesë raste, mjekimi ka qenë i rregulltë, fillimi me terapinë e zakonshme ka qenë i hershëm, ashtu dhe në të dy rastet me hormonoterapinë të formës mesatare, kurse për të dy rastet me forma të rënda, fillimi ka qenë me vonesë relative—12-15 ditë; me mjekim tipi të shkallëzimit janë paraqitur dy raste, pasi terapia ishte e pamjaftueshme.

Episodat kolostatike zakonisht komplikojnë ikterin viral të zgjatur (20) me interpretime të ndryshme, sipas autorëve (Poper, Watson, Staigman, Caroli) (cituar nga 20 e 26); në raste kolostatike, mjekimi

hormonal është më i indikuar dhe duhet vazhduar deri në normalizimin e plotë.

*Mos veprimi:* Në disa raste të hepatitit viral është vrejtur se hormonoterapia nuk ka efekte të zakonshme (34), klinike dhe laboratorike ose efekte i saj është i ngadalshëm. Në kemi pasur tre raste ose 1.5% në variantin e parë dhe 5 ose 2.6% në variantin e dytë. Në variantin e parë, fillimi i hormonoterapisë në një rast ishte i hershëm dhe në të dy të tjerat ishte i vonëshëm — 14-16 ditë. Në variantin e dytë — një rast ishte me fillim të hershëm dhe në 4 të tjerë — të vonëshëm.

Mënyra e veprimit të këtyre hormoneve në hepatit viral ende nuk është krejtësisht e qartë. Metabolizmi (citar nga 33) mendon se mosveprimi rrihesh nga pamundësia e metabolizmit të tyre nga hepari. Por siç kemi përmendur dhe më lart, prej hipotezave që kemi paraqitur, për shpjegimin e veprimit të hormoneve kortiko-suprarenale në këtë sëmundje, ajo që lidhet me veprimin antifilogjistik duket se është më afer së vërtetës. Nënkuptohet se ky veprim nuk mund të konsiderohet si i vetmi dhe i ndarë, por si bashkim i një kompleksi veprimesh me veti të tjera biologjike të këtyre hormoneve. Shumë teori ka për shpjegimin e mekanizmit e sekrecionit të bilirubinës dhe të patogenezës së ikterit në hepatitit viral. Nga observacione histo-biologjike rezultojn se në stadiumin e fillimit mungojnë lezione obstruktive në kanalet e Hering. Në forma dhe rjedh nga shumë faktorë, sipas formës që mbizotëron: në ikterin viral të thjeshtë, në episode kolostatike si komplikacion i ikterit viral dhe në hepatite sklerotike meta-ikterike ose ikter citogen reversibël.

Hormonet kortiko-suprarenale, kur përdoren në fazën fillestare para se të formohet obstrukcioni peri-portal (2, 19, 20, 26), me veprimin e tyre antifilogjistik, kanë mundësi të lirojnë edemën peri-portal të fazës së fillimit; në fazat më të vonëshme, veprimi i tyre kondicionohet nga forma që mbizotëron, duke gjetur pengesa nga obstrukcioni, që është krijuar në kanalet e Hering.

Në këtë mënyrë mendojmë se mund të shpjegohet veprimi i tyre, pa përjashtuar vetitë e tjera biologjike, duke marrë parasysh natyrën e lezioneve (20, 26), që hepatiti viral shkakëton në stadi të ndryshme në hepar. Shumë observacione klinike pajtohen me këtë opinion.

### Konkluzione

— Hormonoterapia kortiko-suprarenale është një terapi që jep rezultate të mira në hepatitit viral dhe ndihmon në shmangien e komplikacioneve.

— Rastet e triakutizimeve ose recidivat e sëmundjes gjatë hormonoterapisë janë shumë të pakta dhe për këtë nuk duhet të pengohet përdorimi i saj. Riaktizime dhe recidiva gjatë hormonoterapisë dhe pjesërisht mosveprimi i tyre rjedhin kryesisht nga gabimet në përdorim si:

— mjekimi me doza të vogla;  
— mjekimi shumë i shkurtër;  
— ndalimi i menjëhershëm i terapisë dhe sidomos fillimi me vonesë i mjekimit hormonal.

Prandaj për të pasur efektet e dëshirueshme në zbatimin e hormonoterapisë duhen marrë parasysh këto:



1) Mjekimi duhet filluar sa më shpejt, me doza të përshtatshme dhe duhet vazhduar disa ditë, pas normalizimit klinik dhe biologjik.  
2) Mjekimi duhet filluar me doza të larta dhe të vazhdohet me doza mesatare.

Dorëzuar në redaksi më  
15 qershor 1969

## BIBLIOGRAFI A

- 1.— Albot G. e bp.: Rappel des théories sur le mécanisme de l'ictère dans les hépatites parenchymateuses. «La Semaine des hôpitaux» 1962, 12, 517.
- 2.— Albot G. e bp.: La prolongation des hépatites virales icterigènes et ses variétés histo-biologique. «La semaine des hôpitaux» 1962, 12, 540.
- 3.— Bilubin A., Kornilova J.: Përdorimi i kortizonëve dhe A C T H në hepatitin viral. «Sovjetskaja Medicina», 1959, 3, 11.
- 4.— Caehin et Pergola: Les rechutes au cours du traitement des hépatites virales par les corticoïdes. «La semaine des hôpitaux», 1961, 47, 467.
- 5.— Caehin M. e bp.: Hépatite chronique post-virale «La semaine des hôpitaux», 1964, 74, 3008.
- 6.— Colson J. e bp.: La place des corticoïdes dans le traitement de l'hépatite icterigène. «La presse médicale», 1957, 85, 1903.
- 7.— Canlorbe P.: Risques pour le fœtus de certains traitements hormonaux chez la femme enceinte. «La semaine des hôpitaux», 1961, 69-70, 2486.
- 8.— Crosnier R.: Précis d'épidémiologie et de pathologie générale infectieuse. Paris 1964.
- 9.— Darbon A.: Les dérivés de la cortisone dans le traitement de maladies infectieuses». «La semaine des hôpitaux» 1959, 84, 894.
- 10.— De Ritis F.: Hépatite virale. Torino 1967. Ed. Minerva Médica.
- 11.— De Sario P. e bp.: Considerazioni sulla terapia cortisonica del epatite nell'età infantile e in quella adulta. «Giornale delle malattie infettive e parassitarie», 1965, 5, 278.
- 12.— Dhimitri M.: Hépatitis viralis dhe hormonoterapia. Buletini i U.Sh.T. — Seria shkencat natyrore, 1960, 4, 122.
- 13.— Dhimitri M.: Hépatitis viralis dhe graviriance. Buletini i U.Sh.T. — Seria shkencat mjekësore — 1961, 3, 31.
- 14.— Dhimitri M.: Hépatiti viral dhe gravidanca. Vjeteri Nr. 2 U.Sh.T. 1966, 110.
- 15.— Driscoll A.: Urinary aaserial excretion in pregnancy. «Brit. Med. J. 1969, 1, 556.
- 16.— Garang e bp.: A propos des 457 cas d'hépatite épidémique. La presse Médicale», 1957, 87, 1969.
- 17.— Gaubert et bp.: L'hépatite épidémique. «La semaine des hôpitaux», 1961, 92, 3272.
- 18.— Hottiger A.: Influence cortico-surrénal chez le nouveau — né de mère traitée par le cortisone. «La semaine des hôpitaux» 1961, 69-70, 2469.
- 19.— Jezequel A. e bp.: Les modifications de l'ultrastructure du foie au cours des ictères par hépatite virale. I) Formes des courtes dures. «La semaine des hôpitaux» 1962, 12, 524.
- 20.— Jezequel A. e bp.: II) Formes prolongées simples ou compliquées d'épisodes cholestasiques. «La Semaine des hôpitaux», 1962, 18, 550.
- 21.— Lamotte M. e bp.: Hépatites virales observées au milieu hospitalier A) Etude clinique et biologique. «La semaine des hôpitaux» 1966, 56, 2399.
- 22.— Lamotte M. e bp.: Hépatites virales observées au milieu hospitalier. B) Etude histologique. «La semaine des hôpitaux» 1966, 56, 2400.
- 23.— Lemierre A., Lemorman Ch.: Traité de Médecine. Tom. XVIII, Paris 1958, 31.
- 24.— Lehmyer H.: Cortisoneën, grossesse et malformations foetales. «La Presse médicale», 1962, 6, 224.
- 25.— Leveque A.: Les embryopathies et les fetopathies d'origine thérapeutique. «La semaine des hôpitaux», 1965, 8, 364.
- 26.— Maigneet P., Caroll J.: Etude statistiques du traitement des hépatites icterigènes traités par D. cortisone. «La Semaine des hôpitaux», 1959, 47, 197.
- 27.— Mercier — Parrot L.: Corticothérapie et gestation. «La semaine des hôpitaux», 1956, 78, 972.

- 28.— **Miniooni P., e bp.**: Début pseudo-ependiculaire d'une hépatite icterigène au cours d'un traitement cortisonique. «La semaine des hopitaux», 1959, 10, 650.
- 29.— **Marie J. e bp.**: Coma hépatique au cours d'une hépatite épidémique. «La semaine des hopitaux», 1960, 76, 2313.
- 30.— **Nelson R.**: Les indications actuelles des cortisoniques dans l'hépatite virale. «La semaine des hopitaux», 1958, 5, 55.
- 31.— **Petropollis E.**: Hépatite infective. «Jatriki», 1963, 8, 126.
- 32.— **Pulo J.**: Mbi riakubizimet dhe recidivit gjate përdorimit të terapisë hormonale në hepatitin infektioz. «Shëndëtesia popullore», 1965, 2.
- 33.— **Rouques L.**: Les hormones surrenales sont-elles indiquées dans toutes les formes d'hépatite virale? «La presse Médicale», 1957, 2, 38.
- 34.— **Semendzeava M. A.; Mutina O.N.**: Terapia hormonale në hepatitis viralis. «Sovjetskaja Medicina» 1962, 1, 75.
- 35.— **Rueli B., Prehanville J.P.**: Traitement curatif des hépatites toxiques: Les hépatites toxiques — Paris 1967.
- 36.— **Shellock Sh.**: Dosesées of the liver 1965.

### Summary

## POSITIVE AND NEGATIVE AFFECTS OF CORTICOID PREPARATIONS IN THE TREATMENT ON INFECTIOUS HEPATITIS.

The author describes briefly the favourable effects of cortiso-suprarenal hormones on viral hepatitis, as well as the negative effects such as reactivations, relapses and cases when they act slowly or do not act at all.

He has taken for study 256 cases of viral hepatitis and has divided them according to the treatment into two groups: 56 cases with the usual treatment, 192 cases with hormonal treatment; the latter group is divided also into two groups, 107 were treated according to a method proposed by different authors (Sherlock and others) and 85 treated by his personal method. In 8 cases the hormonal treatment was given by mistake.

In applying these three methods the author has observed the following negative effects: reactivations (with the usual method 5.36%, with the Sherlock method 3.74%, with his personal method 1.17%); colostasis (with the usual method 1.78%, with the Sherlock method 1.86% and with his personal method 2.35%), cases in which the treatment had no effect 8% and when the effect was slow 12%.

The author discusses the reasons of the negative effects and concludes with proposals for modification of hormon treatment with the purpose of preventing them, such as early beginning of the hormone treatment with high doses without interruption. At the end he recommends his personal method.

### Résumé

## RESULTATS POSITIFS ET NEGATIFS DU TRAITEMENT AUX CORTICOIDES DANS LES HEPATITES INFECTIEUSES

L'auteur décrit brièvement les effets bénéfiques qu'exercent les hormones cortico-surrenales sur l'hépatite à virus, et, parallèlement, les effets négatifs de cette thérapie, qui se traduisent par des aggravations, des récidives, l'inactivité ou l'action lente des hormones.

Il a procédé à l'étude de 256 cas d'hépatite à virus qu'il a divisés, quant au traitement, en deux groupes. Il a soumis 192 cas à la thérapie hormonale et 56 autres ont été traités par les méthodes habituelles. Les malades du premier groupe à leur tour ont été traités selon deux méthodes: 107 cas selon la méthode proposée par certains auteurs (Sherlock) et 85 cas par l'hormonothérapie accidentellement irrégulière.

L'application de ces trois méthodes a donné à la manifestation des effets négatifs suivants: réaggravation (traitement hormonal 5,36<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, méthode de Sherlock 3,74<sup>0</sup>/<sub>0</sub> et méthode personnelle 1,17<sup>0</sup>/<sub>0</sub>) colostase (première méthode 1,78<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, deuxième méthode 1,86<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, et troisième méthode 2,35<sup>0</sup>/<sub>0</sub>); les cas d'inaction de cette thérapie se montent à 8<sup>0</sup>/<sub>0</sub> et l'action lente à 12<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

L'auteur étudie les causes de ces effets négatifs et conclut en proposant diverses manières d'application de l'hormonothérapie, et notamment le recours rapide au traitement hormonal ininterrompu à doses élevées. Il recommande la méthode qu'il a adoptée.

## MBI RËNDËSINË E HEMOKULTURËS NË DIAGNOSTIKIMIN E INFEKSIONEVE TIPO-PARATIFIKE

— Ali Sula —

(Qendra sanitare epidemiologjike e rrethit të Dibrës, Drejtor Tahir Alku)

Në vjetët e fundit, gjithënjë e më shumë, dalin komunikime mbi një kuadër klinik të ndryshuar të tifos abdominale dhe të paratitfve; dekursi është bërë më i lehtë, mbizotërojnë format e lehta dhe abortive të këtyre sëmundjeve, periudha febrile është shkurtuar deri në 10-14 ditë, mungon *status typhosus* në kuptimin e mëparshëm dhe ulja krizo-litike e temperaturës (G.P. Rudnjev 1960, K.V. Bunjin 1960, A.F. Bilbin 1962).

Ndryshimi i dekursit klinik të sëmundjeve tifo-paratifike nuk duhet të shikohet si rezultat i ndryshimit spontan të biologjisë së shkaktarëve, të cilësive të tyre patogjene dhe agresive. Këto ndryshime janë kryer në mënyrë graduale, duke filluar gysh para erës së antibiotikëve, si rezultat i masave shumë vjeçare antiepidemike dhe kurative. Qëndrimi i gjatë i baktërëve të tifos abdominale dhe të paratitfve jashtë organizmit, në kushtet e ffaqjes së këtyre sëmundjeve, në raste sporadike, con në ndryshime të thella të veitve të tyre biokimike dhe serologjike, con në uljen e virulencës (Zvijerjev 1967).

Në kohën e sotme, gjithashtu për injektimin e infeksioneve tifo-paratifike, përdoren antibiotikë dhe kortikosteroide. Nuk ka asnjë dyshim se edhe këto preparate kanë ushtruar ndikimin e tyre në këtë drejtim.

Të gjitha këto janë shfaqje, që vështrësojnë diagnozën laboratorike të këtyre infeksioneve dhe interpretimin e rezultateve bakteriologjike dhe serologjike nga klinikistët. Metoda serologjike e diagnostikimit të tifos abdominale dhe të paratitfve — e aglutinacionit të antigenit me serumin e të sëmurit (reaksioni Vidal) —, është një metodë ndihmëse. Kjo metodë gjithënjë i është nënshtruar vlerësimit kritik, veçanërisht vjetër e fundit, në lidhje me aplikimin e antibiotikëve dhe kortikosteroideve. Përsa u takon këtyre dy të fundit, mendimet e autorëve janë të kundërt. Disa thonë që këto preparate nuk ndikojnë në reaksionet e imunitetit; të tjerë kanë konstatuar shtim (forcim) të reaksionit imunologjik dhe të tjerë, përkundrazi, kanë konstatuar ulje të reaksionit imunologjik të organizmit të sëmurë me dhënien e këtyre preparateve.

P.A. Alisev dhe A. P. Kazancev (1964) thonë: «nëqoftëse u caktojme terapi të herëshme me levomicetinë të sëmurëve me tifo abdominale, tek të cilët diagnoza nuk është vërtetuar me hemokulturë, në të ardhmen do të ketë shumë pak mundësi që të vërtëtohet diagnoza serologjiksht, megjëse titri i reaksionit të aglutinacionit nuk do të rritet. Prej këtej del konkluzioni që, deri në vendosjen e diagnozës përfundimtare të sëmundjeve tifo-paratifike, nuk duhet të fillohet antibiotikoterapia».

Fakte të tjerë që ulin rëndësinë diagnostike të reaksionit të aglu-

tinacionit janë: pozitiviteti i tij i shpeshtë në të sëmurët me sëmundje të tjera me temperaturë të lartë, në të vaksinuarit, në ata që kanë kaluar tifo abdominale më parë dhe në sëmundje të tjera infektive (tuberkuloz, tifo ekzantematike etj.).

E mëtejshëm e reaksionit të Vidalit është se mund të përdoret për diagnozë në afate të vonëshme. Dihet se aglutinim në titer diagnostik rritet në gjakun e të sëmurëve nga fundi i javës së parë dhe fillimi i së dytës; jo rralë çlagesh në fund të periudhës febrile, madje, në disa raste, reaksioni mbetet negativ gjatë gjithë sëmundjes. Në format e lehta të tifos abdominale, është karakteristikë rritja e vonëshme e titrit të aglutinave dhe përpunimi në sasi më të vogël i tyre në organizëm.

Megjithë këto, reaksioni i Vidalit nuk e ka humbur rëndësinë e tij, ai vazhdon të aplikohet dhe, si metodë plotësuese, ndihmon në diagnozën e sëmundjeve tifoide, me kusht që interpretimi i tij duhet bërë me kujdes. Vetëm ndjekja e tij në dinamike lejon të përfashtohet gabimi në diagnostikën e sëmundjes së tanishme.

Për diagnozën e tifos abdominale dhe të paratifoje përdoren edhe ekzaminime të tjera, si koprokultura, melokultura, bilikultura etj. Por një rëndësi të veçantë, të gjithë autorët i japin hemokulturës, sidomos për diagnozën e herëshme të këtyre sëmundjeve. Kjo konsiderohet mëtođa më e sigurtë diagnostike; rezultatet pozitive të së cilës duket se janë vendimtare. Rëndësia e saj rritet edhe për faktin se *Salmonella typhi* çfaqet në gjak që nga fundi i periudhës së inkubacionit dhe fillimi i periudhës febrile. Kjo është arsyeja që gjaku për ekzaminim bakteriolgjik mirret qysh në ditët e para të sëmundjes dhe lejon diagnostikimin e hershëm të saj.

Rezultati pozitiv i saj varet nga shumë faktorë: nga respektimi i rregullave të asepsisë, nga koha e marrjes së gjakut, sasia e tij, graviteti i sëmundjes, metoda e punës në laborator, cilësia e terrereve bakteriolgjike. Gjithashtu është shumë e rëndësishme që gjaku të mirret para fillimit të antibiotikoterapisë. Nuk duhet harruar për asnjë rast se mos respektimi i rregullave të asepsisë, në kohën e marrjes së gjakut, prish cilësinë e punës laboratorike dhe dëmton rezultatin.

Një gjak i mbjellë në mënyrë jo sterile bën që të kontaminohet terreni ushqimor nga ambienti i jashtëm dhe kontaminimi, në varësi prej shkallës së tij, nuk lejon ekzaminimin e hemokulturës deri në fund.

Lehtësimi dhe shkurtrimi i dekursit të sëmundjeve të grupit tifo-paratifo janë shkak kryesor që vështrësojnë diagnozën klinike të këtyre sëmundjeve. Sipas Sh. S. Hallfen dhe M. M. Kuljev (1961), diagnoza klinike e tifos abdominale në kohën e tanishme «është jashtëzakonisht e vështirë dhe nga njëherë e pamundur». Veganërisht rëndësi të madhe ka hemokultura për diagnozën e rasteve të dyshimta me dekurs atipik.

Për këtë qëllim studjuam kartelat e 121 të sëmurëve të diagnostikuar dhe denoncuar me tifo abdominale dhe paratifo B dhe A dhe që u ishte marrë gjaku për ekzaminim bakteriolgjik për vjetët 1966, 1967 dhe 1968. Rezultatet që u muarën nga kartelat u krahasuan me ato të dokumetacionit të laboratorit bakteriolgjik. Përpunimi iu nënshtruan vetëm rastej, në të cilët ishte kërkuar ekzaminimi bakteriolgjik i gjakut. Kështu që numëri i hemokulturave nuk përfaqëson numërin e të gjithë të sëmurëve me tifo abdominale dhe paratifo, për arsye se nuk ishte kërkuar në të gjithë rastej ekzaminimi bakteriolgjik i gjakut. Rezultatet po i paraqitim në tabela.

## HEMOKULTURA

Tabela Nr. 1

	1966		1967		1968		Të tre vjetët sëbashku					
	Gjithsej	Pozitive	gjithsejt	Pozitive	Gjithsej	Pozitive	Gjithsejt	Pozitive				
marrë para mjekimit	25	19	29	23	28	15	53,9	81	57	70,3		
marrë 24h pas fill. mjekimit	2	—	14	8	57	8	37,5	24	11	45,8		
marrë 48h e më vonë pas fill. të mjekimit	3	3	100	9	2	22	4	1	25	16	37,5	
Shuma	29	22	758	52	33	63,4	40	19	47,5	121	74	61

Nga tabela Nr. 1 shihet që shumica e h·mokulturave është marrë para fillimit të mjekimit me antibiotikë, por ka edhe njëft të tjera, që janë marrë pas fillimit të mjekimit. Menjëherë bie në sy që përqindja më e lartë e pozitivitetit ka gënë para fillimit të mjekimit, respektivisht 79; 79,3 dhe 53,5%/ dhe për të tre vjetët sëbashku 70,3%/. Kjo përqindje ulët shumë kur gjaku mirret 24 orë pas fillimit të mjekimit dhe akoma më shumë, kur mirret pas mjekimit 48 orë dhe më tepër se 48 orë.

## HEMOKULTURA

Tabela Nr. 2

	Marrë para fillimit të mjekimit			Marrë pas fillimit të mjekimit			Sëbashku para dhe pas fillimit të mjekimit		
	Gjithsejt	Pozitive	% e pozitivitetit	Gjithsejt	Pozitive	% e pozitivitetit	Gjithsejt	Pozitive	% e pozitivitetit
Marrë në javën e I	39	27	69	14	5	35,7	53	32	60,3
Marrë në javën e II	37	27	72,9	22	11	50	59	38	64,4
Marrë në javën e III-IV	5	3	60	4	1	25	9	4	44,4
Shuma	81	57	70,3	40	17	42,5	121	74	61

Nga tabela Nr. 2 shihet që shumica e të sëmurëve janë shtruar në spital në javën e parë dhe të dytë të sëmundjes dhe përqindja më e lartë e pozitivitetit është po në këtë stad. Gjithashtu vërtetohet edhe një herë se kjo përqindje është më e lartë para fillimit të mjekimit, respektivisht 69 dhe 72,9%/o, pozitiviteti ulet shumë, kur gjaku mirret pas fillimit të mjekimit me antibiotikë.

Autorë të ndryshëm kanë marrë përqindje të ndryshme pozitiviteti. Sipas V.I. Pokrovskij dhe I. G. Bullkina (1956): «Ihduur me përdorimin e gjërë të antibiotikëve, izolimi i mikrobrit prej organizmit është pakësuar. Nëqoftëse deri para përdorimit të antibiotikëve, hemokultura rezultonte pozitive në formën e rënda të sëmundjes, në javën e parë në 100%/o të rasteve, në javën e dytë në 70%/o, në javën e tretë në 60,7%/o dhe në javën e katërtë në 45,3%/o (Mjehnjik 1938), në fondin e mjekimit të të sëmurëve me antibiotikë për 1-2 ditë, rezultati ishte pozitiv tek 60%/o, për 3 ditë tek 80% e të sëmurëve të ekzaminuar. Në afate më të vonëshme, përqindja e hemokulturave pozitive ishte edhe më e ulët». R. T. Zusman (1962) konstatoi se hemokultura rezultonte pozitive para fillimit të mjekimit me antibiotikë tek 64,7%/o e të ekzaminuarve dhe në kohën e mjekimit vetëm tek 14,3%/o.

Metoda e punës laboratorike për ekzaminimin bakteriologjik të gjakut ka gënë kjo: gjaku i marrur në sasinë e zakonëshme nga vena është mbjellë në terren bujon-bilë 10%/o dhe pjesërisht në bujon të thjeshtë, sipas mundësive, në volun të dhjetësitë me gjakun. Kalmi në ambiente të ngurtë për izolim është bërë pas ditës së dytë, të pestë dhe të shtatë. Si terrene të ngurtë për izolim, janë përdorur terrenet diferencialë — diagnostikë DC dhe SS-agari paralelisht. Kolonitë e dyshimta kanë kaluar në terrenin Hajny dhe prej këtyj janë studjuar vetë të kulturale dhe biokimike në terrenet: Kristensen (të ngurtë), simons citrat-agar, agar 0,25%/o me glukozë, laktozë, mani, adoni, Hottinger për indol.

Rezultati është dhënë në bazë të të gjitha vetive kulturalo-biokimike dhe reaksionit të aglutinacionit në xham me serumet përkatëse.

Dihet se, me gjithë mjekimin me antibiotikë, disa të sëmurë vazhdojnë të eliminojnë shkaktëtarin e sëmundjes, sepse në disa ambiente të organizmit (p.sh. në bilë), antibiotikët nuk arrijnë koncentracionin bakteriosatik. Kështu që për diagnozën bakteriologjike të infeksioneve të grupit tifo-paratifik duhet të përdoret, pra, jo vetëm gjaku, por edhe materiale të tjerë si feciet, urina dhe lëngu biliar. Në këtë mënyrë, në një vatrë të kufizuar paratifoje B në vitin 1968 në qytetin e Bulqizës, nga 20 të sëmurë të shtruar, diagnostikuan bakteriologjiksht 16 (80%/o), prej të cilëve me hemokulturë, koprokulturë dhe urokulturë 1, me hemokulturë dhe koprokulturë 8, vetëm me hemokulturë 3 (tek katër të sëmurë nuk ishte marrë gjaku) dhe vetëm me koprokulturë - 4. Hemokultura rezulton pozitive në 75%/o të rasteve. Gjithashtu u zbuluan dhe 2 baktermbartës. Në rast se ky mund të konsiderohet rezultati i mirë, këtë ia detyrojmë përdorimit të terrenit të pasurimit me selenit, i cili, sipas mendimit tonë, është terreni më i mirë i pasurimit që kemi përdorur dhe duhet të përdoret nga të gjithë laboratorët për mbjelljen e materialeve, në të cilët kërkohen shkaktëtarët e sëmundjeve të grupit tifo-paratifik.

## Konkluzione

1. — Pozitiviteti më i lartë i hemokulturës është kur gjaku për ekzaminim mirret para fillimit të mjekimit me antibiotikë. Ky fakt nuk duhet nënvlehtësuar në asnjë rast.
2. — Përqindje e lartë të sëmundjes e barabartë pozitiviteti mirret në javën e parë dhe të dytë të sëmundjes.
3. — Hemokultura është metodë ekzaminimi që ndihmon për diagnostikimin e hershëm të sëmundjeve tifo-paratifikë dhe gjithashtu për diagnostikimin e formave atipike dhe të lehta. Si e tillë, ajo duhet të përdoret në qdo rast të dyshimtë për to.

Dorëzuar në redaksi më

15.IV.1969

## BIBLIOGRAFIA

1. — **Ahsov P.A., Kazancev A.P.**: Dinamika fitrov H — i O — agglutininov ubolnin brjushnoj tifom, ljeçjonnih levorniceitnom i antibiotikom v soçetanzji s vakcinnoj; Zhurnal mikrobiologii, epidemiologii i immunologii, 1964, 8, 36.
2. — **Bilbin A.F.**: Učebnij infekcionnih boleznej. Moskva 1964, 93.
3. — **Bilbin A.F.**: Brjushnoj tif, paratifi A i paratifi B. Rutkovodstvo po infekcionnim boleznam (pod redakciej Prof. A.F. Bilbina i G.P. Rudnjeva). Moskva 1962, 127.
4. — **Bilbin A.F.**: Osobenosti tjeçenija brjushnova tifa i paratifov pri kompleksnom ljeçeniji bolnih levorniceitnom i subtoj spirtovoj B divakcinoj; Zhurnal mikrobiologii epidemiologii i immunologii 1966, 3, 107.
5. — **Mjelnik E.G.**: Brjushnoj tif. Rutkovodstvo po mikrobiologičeskoj diagnostike infekcionnih boleznej (pod redakciej Prof. K.I. Matvjejeva i M.I. Sokolova). Moskva 1964, 179.
6. — **Podljevskij A.F.**: Vijañnje levorniceitna i kortizona na imunanologičeskie processi; Zhurnal mikrobiologii, epidemiologii, immunologii 1964, 8, 59.
7. — **Pričeljevskij V.E.**: Rutkovodstvo po kliničeskim laboratornim issledovanijam (pod redakciej L.I. G. Smirnovoj i E.A. Kost). Moskva 1960, 795, 854.
8. — **Ravič-Birger E.D., Birger M.O.**: Kışeçnate infekcii. Spravoçnjih po mikrobiologičeskim i virusologičeskim mjetodam issledovanija (pod redakciej M.O. Birgera). Moskva 1967, 195.
9. — **Rubovov IV., Alilujev A.P.**: Dinamika obrazovanija O-antitjelii u bolnih brjushnim tifom, ljeçjonnih levorniceitnom. Zhurnal mikrobiologii, epidemiologii, immunologii 1964, 8, 138.
10. — **Tjendjevskij U.A.**: Dinamika imunanologičeskih pokazatelnej u bolnih brushnim tifom i paratifi, ljeçjonnih levorniceitnom i subtoj spirtovoj tifo-paratifočnoj B divakcinoj; Zhurnal mikrobiologii, epidemiologii, immunologii, 1966, 4, 73.
11. — **Zverjev E.I.**: Tifo-paratifočne bolezni v prošlom i nastojasčem. Moskva, 1967. Monografi.

## Summary

## IMPORTANCE OF BLOOD CULTURE IN THE DIAGNOSIS OF ENTERIC FEVER.

A discussion is presented of 121 cases of typhoid and paratyphoid fever treated in the hospital of Peshkopia during the last three years. In 74 cases (61%) blood cultures resulted positive. In the cases when blood culture was taken before the beginning of the treatment the positivity



rate was 70.30%, while in cases when it was taken 24 and 48 hours after the beginning of the treatment, it was 4.5 and 3.75% respectively. It is very important that the blood culture be taken before the treatment and at the earliest possible stage of the disease. The paper discusses also the diagnostic value of the Widal test, which should be considered as an orientative method of diagnosis, especially since antibiotic treatment has brought about important changes in the formation of antibodies.

#### R é s u m é

### DE L'IMPORTANCE DE L'HEMOCULTURE DANS LE DIAGNOSTIC DES INFESTIONS TYPHIQUES ET PARATYPHIQUES.

Cette étude porte sur 121 cas de fièvre typhoïde et paratyphoïde, traités durant trois ans à l'hôpital de Peshkopi. Sur 74 cas (61%) l'hémoculture s'est révélée positive. Dans les cas où l'hémoculture a été faite avant le commencement du traitement, le pourcentage positif était de 70,30%; dans ceux où l'hémoculture a été faite 24 ou 48 heures après le début du traitement, le pourcentage positif a été respectivement de 4,5 et de 3,75%. L'auteur souligne l'importance du fait de procéder à l'hémoculture avant de commencer le traitement et dans les premiers jours de la maladie. L'article traite de la valeur du diagnostic de la réaction Widal, qui doit être considérée comme une méthode de diagnostic d'orientation, surtout dans la période finale, lorsque le traitement aux antibiotiques a entraîné des modifications dans la formation des agglutinines.

## REAKSIONI VIDAL NË TË SËMURËT ME TIPO ABDOMINALE TË MJEKUAR ME ANTIBIOTIKE

KOÇO PAPAJANI, KOL PEPA, ALI SULA, PINA HILA, MUSTAF NEXHANI

(Qendra Sanitare — Shkodër. Drejtor Solir Kulo)

Gysh nga vjeti 1896, kur Vidal i vuri re fenomenin e aglutinimit në serumin e të sëmurëve me tifo abdominale, reaksioni i aglutinimit hyri tërësisht në praktikën laboratorike si metodë për diagnozën e tifos së zorrëve. Kjo metodë u përhap në shkallë të gjerë jo vetëm për vlerën e saj diagnostike, por edhe për thjeshtësinë teknike.

Në fillim, kur metodat që zbulonin dhe identifikonin mikrobin e tifos në organizmin e njeriut (hemokultura, bilikultura, koprokultura etj.) ende nuk ishin përpunuar mirë, reaksioni Vidal ishte metoda kryesore e diagnozës së tifos. Por sot, këto metoda kanë arritur një përkryerje të lartë dhe thellësimet e tyre pozitive konsiderohen si absolutisht të sigurt, kurse reaksioni Vidal, megjithë përmirësimet që i janë bërë në teknikën e tij, mbetet një metodë plotësisht e orientuare pa vlerë vendimtare për diagnozën e sëmundjes.

Me gjithë këtë, reaksioni Vidal përdoret dhe duhet të përdoret në të gjitha rastet e dyshimita për tifo abdominale, pavarësisht nga stadi i sëmundjes dhe nga mjekimi që i është bërë të sëmurit.

Mbi kohën, kur gfaqet reaksioni pozitiv dhe mbi titrin diagnostik të këtij reaksioni, janë gfaqur mendime të ndryshme. Por duke përshtuar rastet kur reaksioni arrin titer të lartë gysh në 4-5 ditët e para të sëmundjes, ose kur mbetet negativ gjatë gjithë sëmundjes, mund të themi se në shumicën e rasteve, reaksioni bëhet pozitiv me titer 1:50-1:100 në fund të javës së parë, arrin titrin më të lartë (1:400-1:2000) pas javës së tretë dhe pastaj bije gradualisht për t'u zhdukur 3-4 muaj pas shërimit.

Për diagnozën e tifos, ka rëndësi rritja graduale e titrit, p.sh. nga negativ në javën e parë në 1:100-1:200 në javën e dytë dhe në 1:600-1:2000 në javën e tretë dhe të katërtë. Për diagnozën nuk kanë vlerë titrat e ulët (1:100-1:200), që qëndrojnë vazhdimisht në të njëjtin nivel. Sidoqoftë, niveli i titrit, që mund të konsiderohet si diagnostik, varret nga shumë faktorë të ndryshëm: nga stadi i sëmundjes, nga gjendja epidemiologjike e tifos në vendin ku ndodhet i sëmurit, nga përdorimi i vaksinës kundra tifos, si dhe nga lloji i mjekimit që i është bërë të sëmurit.

Pas përdorimit të antibiotikëve (kloramfenikol, kloromicetin, levomicetin etj.) për mjekimin e tifos së zorrëve, disa autorë kanë vënë re një ndryshim në dinamikën e reaksioni Vidal dhe më vonë nxuarën konkluzionin se antibiotikët pengojnë formimin e antikorpeve, kështu që titri i reaksioni Vidal mbetet më i ulët dhe nuk paraqet kurben tipike, që është karakteristikë për të sëmurët, të cilët nuk mjekohen me antibiotikë.

Megjithëse disa autorë, si Bunini, nuk i pranojnë këto ndryshime, shu-

mica pranojnë se antibiotikët ndikojnë mbi formimin e antikorpeve në organizëm dhe këtë veprim e shpjegojnë në dy mënyra:

a) antibiotiku zhduk mikrobet dhe kështu eliminon stimulimin antigjenik për formimin e antikorpeve;

b) antibiotiku vepron drejtpërdrejt mbi mekanizmat e prodhimit të antikorpeve, duke frenuar veprimtarinë e tyre.

Në këtë mënyrë, megjithëse në përuhën e inkubacionit dhe në ditët e para të sëmundjes, organizmi ka filluar të prodhojë antikorpe, me përdorimin e antibiotikëve, prodhimi i tyre pengohet dhe ato nuk arrijnë t'iu tihen të lartë, si në rastet që nuk mjekohen.

Megjithëse në literaturën mjekësore janë botuar mjaft punime mbi këtë geshitë, laboratorit ynë, në bashkëpunim me laboratorin bakteriologjik të Q.S.E. të Peshkopisë, bëri një studim modest për të parë si paraqitet dinamika e reaksionit Vidal në tifton abdominale dhe paratiffon B nën ndikimin e mjekimit të këtyre sëmundjeve me antibiotikë.

#### *Materiali dhe metoda*

Në punën tonë kemi marrë për studim 32 raste me tifo abdominale dhe 15 me paratifo, që janë mjekuar gjatë vjetëve 1967-1968 në spitalët e Shkodrës dhe të Peshkopisë. Në të gjithë rastet, diagnoza ishte bërë në bazë të hemokulturës pozitive. Për datat e fillimit të sëmundjes, të shtrimit, të fillimit të mjekimit dhe të rënies së temperaturës, kemi konsultuar kartelat klinike në pavionet infektive. Në të gjitha rastet, reaksionin serologjik është ndjekur gjatë katër javëve, në shumicën e tyre ai është përsëritur katër herë me interval prej 6-8 ditësh. Si antigjenë për reaktivitet sionet janë përdorur antigjenë standarde, që përmbajnë një miliard trupa mikrobe në 1 ml.

Për krahasim të efektit të antibiotikëve mbi reaksionin Vidal, kemi marrë edhe 15 raste, që janë shtruar në spital me vonesë. -9 -17 ditë pas fillimit të sëmundjes, duke menduar se në këto raste, mjekimi nuk ka ndikuar në titrin.

Të gjithë të sëmurët janë mjekuar me kloramfenikol dhe kanë arritur normalizimin e temperaturës 36-72 orë pas fillimit të mjekimit.

Në 12 raste, titri i aglutinimit është kontrolluar edhe 4-6 muaj pas daljes nga spitali.

*Rezultatet.* — Duke qënë se të sëmurët kanë paraqitur midisistyre ndryshme të mëdha të titrit në fazat e ndryshme të sëmundjes, për të dhënë një ide të përgjithshme mbi dinamikën e reaksionit, kemi nxjerrë mesataret aritmetike të titrit të aglutinacioneve të bëra brenda çdo jave, duke paraqitur vetëm titrat e O — aglutinimit, që konsiderohetë si më specifik.

#### Titri mesatar i O aglutinacionit në R. Vidal

Tabela 1

Javët	Titro mesatar	Paratifo B Titri mesatar
I	1 : 166	1 : 320
II	1 : 308	1 : 504
III	1 : 360	1 : 530
IV	1 : 430	1 : 640

Në 15 të sëmurët që janë shtruar në spital 9-17 ditë pas fillimit të sëmundjes dhe që nuk janë mjekuar me antibiotikë para shtrimit, mesataret e titrit të O-aglutinimit për javët II, III dhe IV të sëmundjes paraqiten në tabelën Nr. 2.

Tabela Nr. 2

Titri mesatar i O aglutinacionit në R. Vidal i të sëmurëve shtruar 9-17 ditë pas fillimit të sëmundjes

Javët	Tifo
II	1 : 390
III	1 : 432
IV	1 : 640

Personat që u kontrolluan 4-6 muaj pas shërimit, shumica rezultoi negativ, kurse katër dhanë O aglutinim me titer 1:40 dhe tre raste 1:80. *Diskuti m.* — Në titrin e O aglutinave të të sëmurëve me tifo abdominale të mjekuar me antibiotikë, vërehet një ulje në krahësim me titrin e atyre që nuk janë mjekuar ose që mjekohen vonë. Kjo ulje, megjithëse jo shumë e theksuar, është mjaft e madhe për të vërtetuar se antibiotikët ndikojnë mbi formimin e antikorpeve, dhe e marrësi me-satara, vërehet në të gjitha javët e sëmundjes.

Të tilla konstatime kanë bërë mjaft autorë të tjerë: Hajfe vëren se titri në të mjekuarit me antibiotikë është tri herë më i ulët se në të pamjekuarit.

Staharova në 132 të sëmurë të mjekuar me Ieromicinë shënon se edhe në javën e katërtë, titri nuk arrin më shumë se 1:800.

Rooby dhe Gohar kanë studiuar titrin e reaksionit Vidal dhe konstatojnë se në ata që shtrohen me vonesë (pas ditës së 10), titri është më i lartë se ata që shtrohen herët.

Dernaža ka vënë re se në të mjekuarit me antibiotikë në 100% të të sëmurëve, reaksioni mbetet negativ, në 500% qëndron me titer të ulët dhe atipik.

Edhe Tehdentik shënon se mjaft raste me hemokulturë pozitive mbeten me R. Vidal negativ gjatë gjithë sëmundjes. Të tilla raste kanë referuar S. Cilka dhe A. Tashi në reparatin infektiv të spitalit të Tiranës.

Niveli më i ulët i titrit të aglutinimit në të mjekuarit me antibiotikë mbështetet edhe nga fakti se një përqindje prej tyre (9,19% për tifton dhe 6,60% për paratifton B) kanë mbetur negativë gjatë gjithë sëmundjes. Edhe në të sëmurët, që nuk mjekohen me antibiotikë, mund të ketë raste që mbeten me R. Vidal negativ, por ato janë shumë të rralla dhe nuk arrijnë as 10%.

Disa të meta të studimit tonë nuk na japin të drejtë të nxjerrim konkluzione të prera për efektin e antibiotikëve mbi titrin e reaksionit Vidal. Numëri i rasteve tona është i vogël dhe nuk lejon të bëhen përgjithësimet. Përveç kësaj, në analizën e rasteve të veganta, vërehet se të dhënat mbi datën e fillimit të sëmundjes nuk janë të sigurta. Kështu p.sh. rasti F. Gj., 9 vjeç, tregon se sëmundja i ka filluar më datë 25.VI.1968, është shtruar

më 27.VI.1968, ka filluar mjekimin më datë 27.VI.1968 dhe Vidali i ka dalë pozitiv me titer 1.320 më 28.6.1968, dmth në ditën e tretë pas fillimit të sëmundjes.

Në disa të sëmurë të shtruar me vonesë, rritja e titrit është mjaft karakteristike. Kështu p.sh. L. Gj. është shtruar në ditën e 15 me Vidal 1.320; javën e tretë titeri ka hipur në 1:640 dhe javën e katërtë në 1:1280. Këtu shihet se mjekimi, megjithëse ka ndërprerë sëmundjen, nuk ka ndikuar mbi formimin normal të antikorpeve. Rasti V. A., i shtruar në ditën e katërtë, ka pasur titer 1:160 të qëndrueshëm gjatë katër javëve të observimit.

Shumica e atyre që kanë mbetur me Vidal negativ janë shtruar dhe kanë filluar mjekimin në ditët e para të sëmundjes. I tillë është p.sh. Q. Gj., 11 vjeç, i sëmurë më datë 18.VII.1968, ka filluar mjekimin më datë 22.VII.1968.

Dorëzuar në redaksi më  
13.V.1969

#### BIBLIOGRAFIJA

1. — **Alisov P.A.:** Dinamika reaksit Vidala H i O aglutinina u bolnih brusnovca tifom legenin levomyceinom i antihiotikom socekotne s vaktsinov. Zhurnal Mikrobiologii epidemiologii i immunologii, 1964, 8, 36-38.
2. — **Byrger O.M.:** Sprovacnik po mikrobiologii i virusologii, metod isledovanie 1967, 156-160.
3. — **Crushank R.:** Bacteriology mikrobiologii, 1968, 554-605.
4. — **Konishuna T.M.:** Antibiotiki i immunitet meditz Moskva 1968.
5. — **Nestoresku:** Bacteriologia medicaba, 1965, 215-320.
6. — **Reznikova L.S.:** Serologiceski metod isledovanie pri diagnostike infektsioznih zabolevani, 1962, 80-118.
7. — **Shapiro S.E.:** Antibiotikoterapija levomyceinom i sintomicin brusnovca tifa i paratifo, 1962, Medgiz
8. — **Shapiro S.E.:** Reaktsia Vidala u bolnih paratifo B legenin levomyceinom i sintomyceinom Zhurnal Mikrobiologii, epidemiologii i immunologii, 1956, 2, 55.
9. — **Zverev E.M.:** Tifo paratifoizne bolezni v proshlann i nastojashtie, 1967.

#### S u m m a r y

#### THE VIDAL TEST IN TYPHOID PATIENTS TREATED WITH ANTIBIOTICS.

In 32 cases of typhoid and 15 of paratyphoid fever, confirmed by blood culture, the Vidal test titre was observed over a period of four weeks, repeating it at intervals of 6-8 days. Formalin killed antigens containing 1000 million germs per milliliter were used. For comparison sera taken a group of 15 patients, on whom treatment had started late (9-17 days) after the onset.

The average titres of the patients treated with chloramphenicol were: 166, 308, 360 and 430 at the end of the first, second, third and fourth weeks; the corresponding titres of the control group were: —, 390, 432 and 640 (the first week titres are missing). For the patients with paratyphoid B the respective titres were 230, 504, 530 and 640.

The difference of titre between the group of patients treated on time

with antibiotics and the group that received late treatment though not very great, is sufficient to show that antibiotic treatment of typhoid inter-feres with antibody formation and with the Widal test titre. In some cases, when treatment had started very soon after the onset, the Widal test had remained negative or had developed a very low titre.

It can be concluded that after the introduction of the antibiotic treatment, the Widal test has lost some of its diagnostic value, which even before was not very decisive.

### Résumé

## LA REACTION DE WIDAL CHEZ LES MALADES DE FIEVRE TYPHOÏDE TRAITÉS AUX ANTIBIOTIQUES

Sur 32 cas de fièvre typhoïde et 15 de paratyphoïde B, constatés à l'hémoculture, on a suivi les titres de la réaction de Widal sur des périodes de quatre semaines, en renouvelant les examens tous les 6 à 8 jours. Les antigènes utilisés étaient inactivés par le formol et contenaient un milliard de corps microbiens par millimètre. Comme élément de comparaison on a choisi un groupe de 15 patients chez lesquels le traitement avait commencé relativement tard (de 9 à 17 jours après les premières manifestations de la maladie.)

Les titres moyens pour les patients traités au chloramphénicol étaient respectivement de 166, 308, 360 et 430 pour la 1<sup>ère</sup>, 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> semaines; les titres correspondants du groupe de contrôle étaient de 390, 432 et 640, le titre de la première semaine faisant défaut. Pour les patients atteints de paratyphoïde, les titres respectifs étaient de 230, 504, 530 et 640.

La différence de titres entre les groupes de patients traités à temps et ceux traités tardivement, bien que peu considérable, suffit à indiquer que le traitement de la fièvre typhoïde aux antibiotiques empêche la formation d'anticorps et influe sur le titre de la réaction de Widal. Dans certains cas, lorsque le traitement a commencé à être appliqué dès le début de la maladie, la réaction demeure constamment négative et atteint des titres très faibles.

On peut en conclure qu'après l'entrée en usage des antibiotiques la réaction de Widal a perdu une part de sa valeur diagnostique, qui, même auparavant, n'était pas décisive.

## RËNDËSIA E DISA TESTEVE KLINIKO-BIOKIMIKE NË SËMUNDJEN RHEUMATIKE

— VAKTOR BLYKBASHI —

(Laboratori klinik i spitalit Nr. 3 të fëmijë. Drejt. A. Gusho)

Për problemin diagnostik klinik të sëmundjeve rheumatike, në fushën e biokimisë dhe mikrobiologjisë mjekësore, prej kohësh janë bërë vrejtime metodologjike dhe janë përkuruar metoda të ndryshme, shumica e të cilave kanë një vlerë të madhe edhe sot.

Fuqja gjithënjë e më shumë e metodave të reja dhe më të përpikta, në praktikën e laboratorit, ka ndihmuar dhe ka pasuruar shumë njohuritë mbi fispathologjinë, etiopathogjenezën, klinikën në përgjithësi dhe evolucionin e procesit patalogjik. Kështu, krahas përcaktimit të shumë testeve karakteristike flogistike, që venë në dukje ndryshime hematologjike në elementet celulare dhe në proteinat plazmatike, sot përdoren edhe prova bakteriologjike për kërkimin e infeksionit streptokoksik — (streptokoku hemolitik) — dhe prova imunologjike për kërkimin e antitkorpave antistreptokoksike (antistreptolizina «O», reaksionet e hemoaglutinacionit — Waaler — Roze, Periston Latex etj.).

Kohët e fundit një rëndësi të veçantë kanë marrë metodat e fraksionimit elektroforetik dhe imunoelektroforetik të serumit.

Duke marrë parasysh se ky problem ka interes të madh në studimin diagnostik dhe prognostik të sëmundjeve rheumatike vlen të paraqesim materialin tonë të studjuar praktikisht në spitalin klinik Nr. 3 të fëmijëve.

*Materiali i studjuar* materiali ynë përfshin 47 fëmijë të sëmurë me *morbus rheumaticus* të të dy seksëve dhe moshave nga 3-15 vjeç, të shtruar në spitalin klinik Nr. 3 të fëmijëve. Diagnoza përfundimtare është vënë në bazë të të dhënave anamnesticke, të ekzaminimit objektiv dhe të ekzaminimeve kliniko-biokimike dhe në disa raste dhe ato elektrokardiografike. Në ditët e para të shtrimit, janë kërkuar analizat më të rëndësishme kliniko-biokimike duke përfshirë gjakun komplet, sidomos shpejtësinë e sedimentimit të eritrocitëve (Sh.S.E.), seroglukoproteinat (S.G.P.), seromukoproteinat (S.M.P.), duke përfshirë dhe një variant të tyre, të ashtuquajturat ndryshe serum protein perikloriko solubile (S.P.S.), acidin salik (A.S.), fibrinogenin (F.), proteinën C reaktive (P.C.R.), antistreptolizinen «O» (A.S.O.) dhe elektroforezën (E.F.). Pastaj gradualisht janë kërkuar ekzaminime plotësuese, siç janë reaksioni i hemoaglutinacionit Waaler-Roze (H.W.R.), testi Latex (L.) dhe më trallë

Tabela Nr. 1

## Metodat e përdorura dhe vlerat normale

Lloji i analizës	Materiali për ekzaminim	Metoda	Vlerat matëse	Vlerat normale
Shpejtësia e sedimentimit të eritrociteve (S.H.S.E.)	gjak	Mikrometoda e Panchenkovit	Milimetër për orë	2 — 10 mm/orë
(Serum protein perklarikor-solubile (S.P.P.S.))	gjak (serum)	Makrometoda Isorini-Faave Deklannay	Miligram për- qind ose can- timetër kub	1 — 2 cc
Seroglukoproteinat (S.G.P.)	gjak (serum)	Fotometrike W Ayala L Moore E Hess	Unitete foto- metrike	16-22 U F
Seromukoproteinat (S. M. P.)	gjak (serum)	Winzler eti.	Miligram përqind si tirozinë	3, 1-3.65 mg% si tirozinë
Acidi sialik (A. S.)	gjak (serum)	M. Rinskaja	Unitete foto- metrike	18-23 U. F.
Fibrinogeni (F.)	gjak (plazmë)	Skriand	Miligram ose gram përqind	200-300 mg % ose 0,2 - 0,3 g %
Proteina C reaktive (P.C.R.)	gjak (serum)	Mikrometodë kapilare Tillet-Francis	Me plus (+) ose me minus (-)	negativ (-)
Antistreptolizina «O» (A.S.O.)	gjak (serum)		Unitete/ mililitër	200 U. ml.
Alfa dy globulinat (alfa 2 glob)	gjak (serum)	Me elektroforezë	gram për qind	6,9 — 10,5 %

Metodat që përmblidhen në tabelën Nr. 1 janë bërë: Sh.S.E. dhe S.P.P.S. në laboratorin klinik të spitalit Nr. 3 të Femijve; S.G.P., S.M.P., A.S., F., P.C.R. dhe EF e alfa2 globulinave janë bërë në laboratorin biokimik qëndror, ndërsa A.S.O. në laboratorin serologjik (bakteriologjik) në këta të sëmurë, testi John Thompson dhe fenomeni L.E. (faktorit Hererik), prova e Kunkelit e Weltmannit. Në disa të sëmurë është aplikuar dhe prova e lugolit (Malen), prova e formolit (Papacostis), përcaktimi i 17 ketosteroidëve dhe 17 hidroksikortikosteroidëve (H.K.S.).

*Studimi i rezultatëve sipas testëve.* — Në poliartriet rheumatizmale në fazën akute të sëmundjes, gjatë ditëve të para të shtrimit në spita dhe fillimit të mjekimit, teste rezultojnë si më poshtë: *Stih diagramën Nr. 1* Shpejtësia e sedimentacionit të eritrociteve (Sh.S.E.), në 77 rastet, të përmbledhura në diagramin Nr. 1, u gjend i rritur në 57 raste ose në 74%<sup>0</sup>/<sub>0</sub> përmbledhura në diagramë, u gjenden të rritura në 65 raste ose 84,4%<sup>0</sup>/<sub>0</sub> Vlerat më të ulta ishin 3 mm/orë, vlerat më të larta — 82 mm/orë. Serum proteinat perklarikor — solubile (S.P.P.S.) në 77 raste, të përmbledhura në diagramë, u gjenden të rritura në 65 raste ose 84,4%<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Vlerat më të ulta ishin 1,4 cc. dhe më të lartat 9,8 cc.

Seroglukoproteinat (S.G.P.) në 47 raste të përmbledhura në diagramë, u gjenden të rritura në 45 raste ose 95,74%<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Vlerat më të ulta ishin 17 unitete, vlerat më të larta ishin 60 unitete.



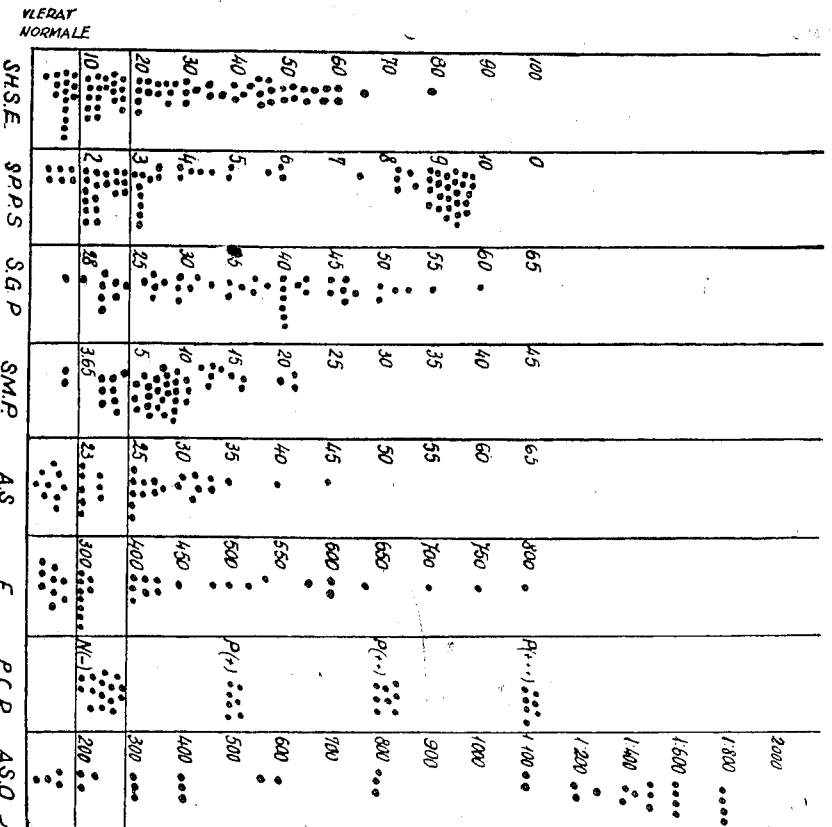


Diagrama №1

Serumukoproteinat (S.M.P.) në 47 raste, të përmbledhura në diagramë, u gjenden të rritura në 45 raste ose 95,74%. Vlerat më të ulta ishin 2,8 mg% tirozine dhe vlerat më të larta -23 mg% tirozine.

Acidi sialik (A.S.) në 37 raste, të përmbledhura në diagramë, u gjend i rritur në 23 raste ose 62,1%. Vlerat më të ulta ishin 6 unitete ml., vlerat më të larta ishin 45 unitete. Acidi sialik, megjithëse rritet në një përqindje të mirë të rasteve, vlerat janë të ulta, në krahasim me disa nga testet e tjerë.

Fibrinogeni (F.) në 37 raste, të përmbledhura gjithashtu në diagramë, u gjend i rritur në 19 raste ose 51,35%. Vlerat më të ulta ishin 230 miligram për 100 ml. plazmë dhe vlerat më të larta — 800 miligram për 100 ml. plazmë.

Proteina C. reaktive (P.C.R.) në 37 raset e përmbledhura në diagramë, u gjend e rritur në 22 raste ose 59,46%. Vlerat më të ulta ishin negjative (-) dhe vlerat më të larta ishin pozitive (+++).

Antistreptolizina «O» (A.S.O.) në 37 raset e përmbledhura në diagramë, u gjenden të rritura në 31 raste ose 83,78%. Vlerat më të ulta

ishin 120 unitet/ml. dhe vlerat më të larta ishin 1:800 unitete/ml. Elektroforeza (E.F.) u studjuva vetëm në 13 raste. Prandaj nuk përmbildhet në diagramë për ta krahasuar me teste të tjerë. Alfa 2 globulina u gjetën të rritura në 12 raste ose 92.30%. Vlerat më të ulta ishin 3.20% dhe ato më të lartat ishin 14%.

Sig shihet nga këto të dhëna në diagramin Nr. 1, acidi sialik, e sidomos fibrinogeni dhe proteina C reaktive rriten në një përqindje të mirë të rasteve, por në mënyrë të moderuar.

Në poliartiritet reumatizmale, gjatë periudhës akute, të gjithë testet kishin përqindje të lartë pozitive, sidomos shpejtësia e sedimentimit të eritrociteve, S.P.P.S., seroglukoproteinat, seromukoproteinat, antistreptolizina «O» dhe veganërisht fraksioni i alfa 2 globulinave, të cilat qëndrojnë në shifra të larta gjatë procesit morbos akut reumatik dhe gjatë evolucionit të këtij procesi. Një vlerë më të ulët pozitive kishin testet e tjera si acidi sialik, fibrinogeni, proteina C reaktive etj.

Të dhënat tona mbi rezultatet e testeve në poliartiritet reumatizmale, gati në përgjithësi, përputhen me ato të shumë autorëve të tjerë. (1, 2, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 14, 15, 16, 18).

Sh.S.E. në poliartiritin reumatizmal gjatë fazës akute është i lartë dhe normalizohet gradualisht me normalizimin e procesit klinik. Në literaturë gjejmë gjithashtu të dhëna autorësh që në të sëmurrë reumatikë eritro-sedimentacionin e kanë gjetur në shifra të ulta. Nga ana tjetër shpesh abuzohet mbi përdorimin dhe interpretimin e vlerave të Sh.S.E. (22).

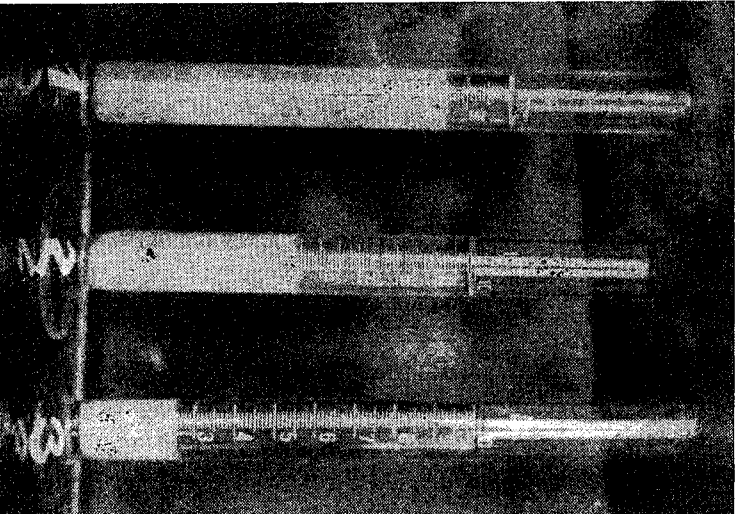


Diagrama Nr. 2

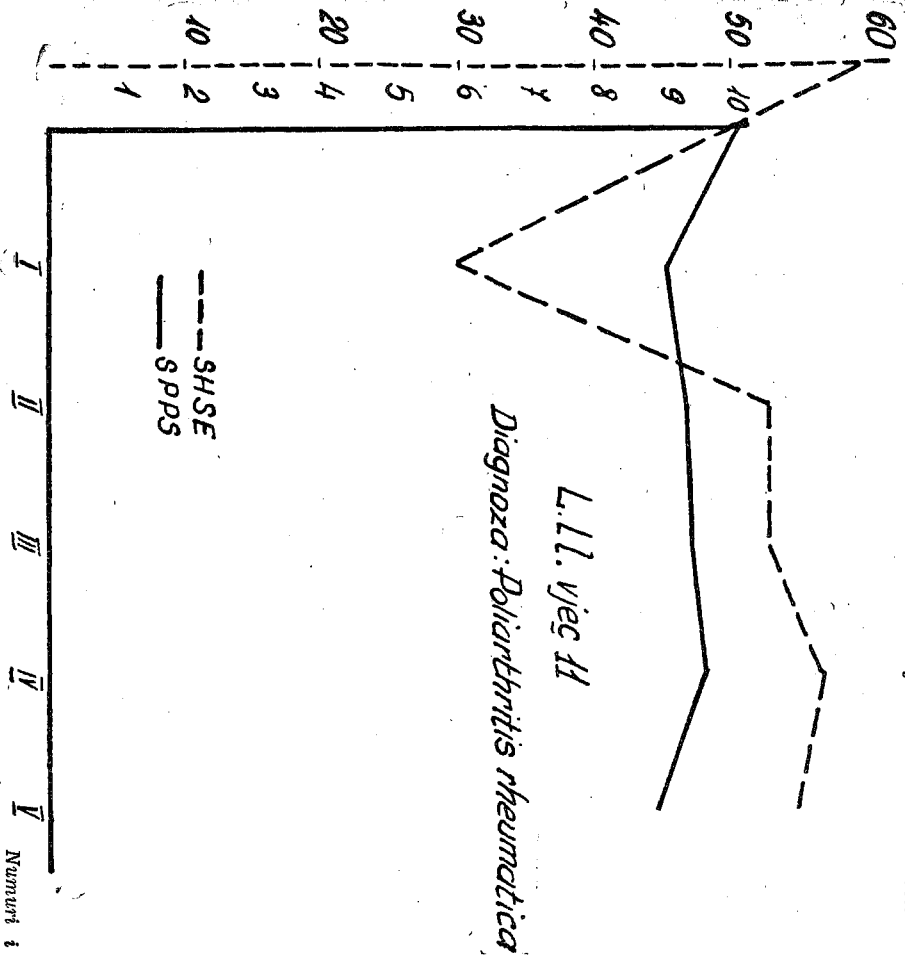
Paragjiftja e tre variacioneve të S.P.P.S. (makrometodë).

Cilindri 1 paraqet një turbullirë uniforme deri në nivelin 8.5 cc të cilindrit dhe i referohet një serumit me subjekt patologjik, që vuan nga poliarthritis reumatika akuta.

Cilindri Nr. 2 paraqet turbullirë uniforme, që ka zbritur deri në nivelin 5.4 cc dhe i referohet gjithashtu një serumit të një subjekti patologjik, që vuan nga poliarthritis reumatika pas kalimit të fazës akute.

Cilindri Nr. 3 paraqet turbullirë uniforme, që ka zbritur deri në nivelin pak mbi maksimumin e normës dhe i referohet një serumit me subjekt normal.

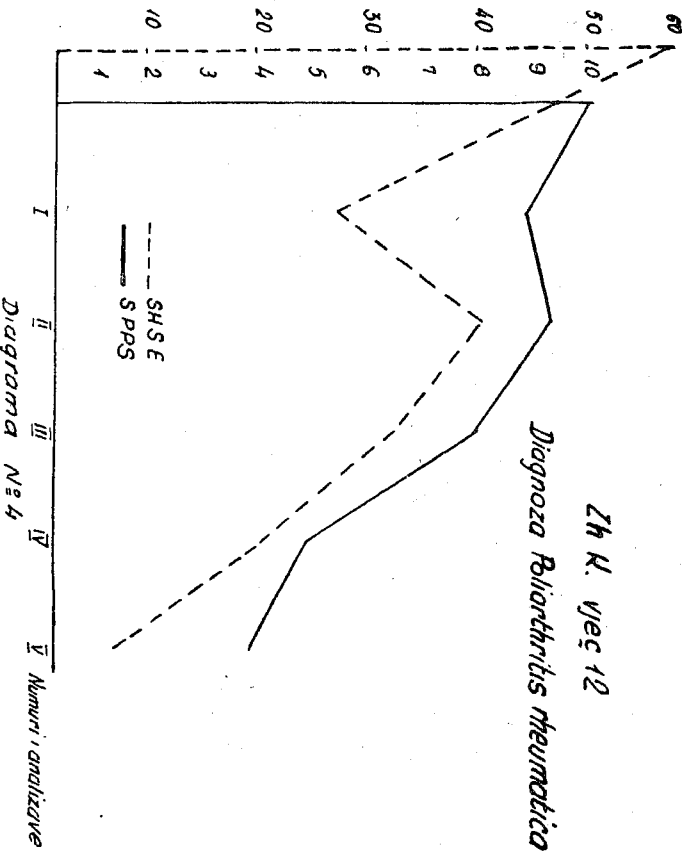
Për t'u bindur mbi vlerën e këtij testi, po e krahasojmë edhe në formë grafiku me Sh.S.E., si një tregues me rëndësi klinike në subjekte patologjike. Me të drejtë, mjaft autorë (7, 9, 10, 11) theksojnë se ekziston një raport midis vlerave të S.P.P.S. dhe subjektit normal dhe patologjik, nga ana tjetër ata thonë se S.P.P.S. mund të konsiderohet si një indeks i aktivitetit



*Diagrama № 3*

të procesit flogjistik reumatik më besnik se ai i Sh.S.E., pasi është i lidhur ngushtë me komponimet anatomo-patologjike të sëmundjes reumatike.

I. Ll. vjeç 11. Diagnoza klinike: *Poliarthritis rheumatica*. Sig rezultoni në grafik, pacientes i janë bërë pesë analiza në intervale kohe të ndryshme. Qysh në fillim të grafikut, duke filluar nga analiza e parë vrehet një rritje e konsiderueshme e të dy testeve, të cilat edhe në analizën e II, III, IV dhe të V gëndrojnë në vlera të larta patologjike. Nga ky grafik rezulton se Sh. S. E. nuk është aq konstante sikurse S.P.P.S., e cila ruan vlera më të larta nga Sh.S.E., kur kjo e fundit më vlera normale S.P.P.S. vazhdon të gëndrojë në vlera patologjike, respektivisht 9,2, 9,4, 9,5, 9,7, dhe 9 cc: kurse Sh.S.E. respektivisht nga 30 mm/orë në 53,53, 57 dhe 55 mm/orë.



Zh. K., vjeç 12. Diagnoza klinike: *Poliarthritis rheumatica*. Qysh në fillim vrehet një rritje e konsiderueshme e të dy testeve; pastaj në analizën e II, III, IV dhe të V bëjnë oshilacione, duke shkuar drejt uljes së vlerave patologjike, që arrijnë për S.P.P.S. nga 9, 9,4, 8, 5 deri 4 cc dhe për Sh.S.E. nga 28 mm/orë, 41, 33, 22 deri 8 mm/orë. Sig shihet edhe në këtë rast Sh.S.E. nuk është aq konstante sikurse S.P.P.S., e cila ruan vlera më të larta nga Sh.S.E., kur kjo e fundit më vlera normale.

## Gf. vjeg 12

## Diagnoza. Poliarthritis rheumatica acuta

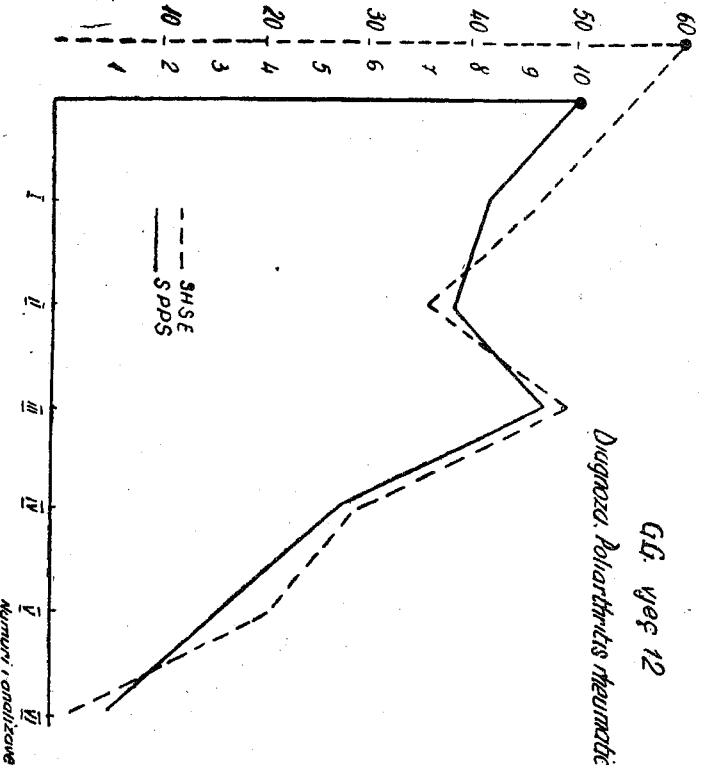


Diagrama № 5

Gf. vjeg 12. Diagnoza klinike: Poliarthritis rheumatica acuta. Qysh në fillim vreamë një rritje të të dy testeve, që qëndrojnë në vlera të larta patologjike dhe shkojnë gati të dy paralelisht. Kështu shkojnë deri në analizën e III me rezultate për S.P.P.S. — 8,5 cc, 8,2, 9,7, 5,7 cc dhe për Sh.S.E. 48 mm/orë, 37, 50, 30 dhe 33 mm/orë. Analiza e V dhe e VI për të dy testet shkon drejt rënies së vlerave, që arrijnë në shifrat për S.P.P.S. 3,5, 1,2 dhe për Sh.S.E. 22 dhe 4 mm/orë.

Edhe nga ky grafik del se (megjithëse midis dy testeve ka një paralelizëm) përsëri vrehen oscilacione të vogla. Sh.S.E. është më pak konstant dhe normalizohet para se S.P.P.S. të zbrësë në shifrat normale.

Nga këto të dhëna shihet se S.P.P.S. dhe Sh.S.E. kanë një vlerë të rëndësishme gjatë ekzaminimit kliniko-biokimik diagnostik dhe prognostik të sëmundjes reumatike.

## Konkluzion

1. — Në poliarthritis reumatizmale në fazën akute, testet kliniko-biokimike paragesin një rëndësi të madhe, sidomos Sh.S.E., S.G.P., S.M.P. dhe S.P.P.S., A.S. «O», A.S., F., E.F. (sidomos fraksioni alfa 2 globulinë).
2. — Lidhur me ndjeshmërinë dhe derivatiku «specificitetin» e këtyre testeve gjatë sëmundjes reumatizmale mund të konsiderohen dhe të vler-

rësohen me radhë Sh.S.E., S.P.P.S., S.G.P., S.M.P. dhe pastaj A.S., F., dhe P.C.R., të cilat këto kohët e fundit japin një përqindje pozitiviteti të moderuar dhe jo konstante.

3. — Shpejtësia e sedimentimit të eritrociteve në poliartiritin rheumatizmal është i lartë dhe normalizohet gradualisht me normalizimin e procesit klinik. Të dhënat e Sh.S.E. duhet të merren gjithënjë parasysh krahas me testet e tjera, pa i qëndruar besnik një testi të vetëm.

4. — Serum proteinat perkloro solubile janë një test që mund të na japin të dhëna të vlefshme në studimin diagnostik-prognostik të sëmundjes rheumatizmale.

Në krahasim me Sh.S.E., S.P.P.S. paraqet avantazh, sepse përveç specificitetit në të madh, njëkohësisht është dhe më konstant në periudhën fillestare të sëmundjes dhe gjatë dekursit klinik. Prej kësaj rrjedh një konkluzion tjetër me interes praktik, dobishmëria e S.P.P.S. si udhëheqëse e terapisë hormonale, e cila duhet të vazhdohet deri në marrjen e vlerave normale të S.P.P.S. Në këtë mënyrë do të pakësohet rreziku i recidivave.

5. — Antistreptolizina «*ASO*» (A.S.O.) si një test biologjik specifik për infeksionin streptokoksik, ka një ndjekshmëri mjaft të lartë dhe konstante. Titri i antistreptolizinë «*O*» ka rëndësi të mbahet parasysh gjatë dinamiks së tabloës klinike të të sëmurit rheumatik. Titër mjaft të rritur shohim gjatë 3-4 javëve pas fillimit të sëmundjes.

6. — Acidi sialik, fibrinogeni dhe proteina C reaktive paraqiten me një rritje të moderuar dhe jo konstante dhe kanë një vlerë relative gjatë studimit të procesit morboz, por gjithmonë sëbashku me testet e tjerë me titër pozitiviteti më të lartë.

Në këtë mënyrë, të gjithë testet rheumatike gjatë studimit të materia-lit tonë, në ndamë në dy grupe kryesore:

1) Në grupin e parë, ato që paraqesin një rritje të konsiderueshme të vlerave patnologjike;

2) Në grupin e dytë, ato që paraqesin një rritje të moderuar në përqindjen e pozitivitetit.

Në këtë mënyrë, ne mendojmë se duke mënjeluar grupin e fundit, janë të mjaftueshme testet e grupit të parë për të ndihmuar reperitin klinik diagnostik dhe atë prognostik.

Dorëzuar në redaksi më

15 shkurt 1969

## BIBLIOGRAFIA

1. — **Athami Josif:** Le traitement de la polyarthrite rhumatismale. Archives de l'Union Médicale Balkanique, Tome V, Nr. 4-5, 1967, 476.
2. — **Brankov B B C:** Slancevzd. Hromeni temperaturni ocojanija v dietskata v brzast hromeen infleziotzen (erovjuitven) poliartrit. Sofia 1960, 87, 92.
3. — **Beserment J.:** Sovremennaja serologiceskaja diagnostika revmaticheskih i streptokokkovexh zabolovan. Vengerskaja Medicina 1966, 21, 37.
4. — **Gáspertini E, Lami L.:** Sul trattamento delle artriti acute infective. Minerva Medica 1963, Vol. 54, 89.
5. — **Ghanem H. M.:** Il valore dello studio dello tolleranza all' epartina nell' artrosi reumatiche. Minerva Medica 1963, Vol. 59, 9, 299-303.

Shënimi: Shkurtimef iniciale të emrave të analizave janë vënë nga autori, gjatë kësaj artikulli.

6. — Izorni F., Favre R., Delannay A.: Sedimentation polipeptidique: Une méthode rapide d'évaluation des glycoprotéines sériques: La Presse Médicale, 1957, 19, 65, 91, 2059.
7. — Cavazza I., Phtozza P.: Il rapporto fra le sedimentazione e le dosi quantitative delle proteine perloro solubile nel siero. La clinica pediatrica. Vol. XLI Fasc. 5, 1959, 411.
8. — Phtozza P.: Osservazioni metodologiche sulla precipitazione delle proteine perloro solubile nel siero. La clinica pediatrica 1959, Vol. XLI, 329.
9. — Fedriniuzi C. R., Fumagalli E.: La sedimentazione glycoproteine perloro solubili ed acido fosforungsticco precipitabili e la velocità di eritrosedimentazione nella malattia reumatica dell'infanzia Minerva Pediatrica 1963, Vol. 17, 8, 450-457.
10. — Predereonstkin E. V.: Rukovodstvo po kliničeskim laboratornim issledovaniam. Moskva 1964, 90, 99.
11. — Perlik E.: Antikoagulantel. Leningrad 1965.
12. — Plihticer M.S.: Laboratornié diagnostičeskie isledovanije Kiev 1965
13. — Samirova E. M. et Coll.: C reaktivnoro belka u djecei bolnih revmatizmi Sovj Med. 1962, 4, 55.
14. — Sulcebe Hamdi: Reumatizmi ne famijet: Shendetsia popullore 1962, 2 (8)
15. — Smolenski A. G.: Opredelenije seromukoide v seivorotke krovi. Laboratornoe djelo 1963, 6, 26-28.
16. — Sokolova Ponomarova D.O.: Reumatičeskikh u djecei. Moskva 1965, 204-223.
17. — Todd Sanford, Wells: Diagnosis By laboratory methods. Twelfth edition, Philadelphia and London 1957.
18. — Todorov J.: Kliničeskie laboratornie isledovanja v pediatrija. Sofija 1959.
19. — Thonarov A. V. etj.: Glikoproteidei seivorotki krovi u bolneih revmatizmom. Vaprosi reumatizma 1961, 3, 60-63.
20. — Titasjev A. A.: Metodika opredelenija kolagenopodobneih belkov v seivorotke Krovi. Laboratornie djelo 1963, 8, 5-7.
21. — Vecchi D. R.: L'uso e l'abuso della velocità di eritrosedimentazione. Minerva Medica 1963 Vol. 54, 9, 218-220.
22. — Zennikov V. M.: C reaktivnoji belok v krovi bolnih reumatizma. Sovj. Med. 1962, 2, 151.

### Summary

## IMPORTANCE OF SOME BIOCHEMICAL TESTS IN RHEUMATIC DISEASES

Several biochemical tests, used in the diagnosis and prognosis of rheumatic diseases are discussed.

These tests were applied on 47 children aged from 3 to 15 years in the clinic of pediatrics.

Compared with other clinical data, these tests have resulted more specific and constant and more suitable for the diagnosis and prognosis of different rheumatic diseases.

In relation to their specificity an sensitivity these tests can be divided into two groups.

The first group comprises the determination of the blood sedimentation rate, of perchlorure-soluble serum protein, of serum mucoprotein, serum glycoprotein and O-antistreptolysin. These tests resulted highly sensitive toward the pathological changes and showed a constant increase of their values throughout the development of the pathological process.

The second group includes the determination of stalic acid, plasma fibrinogen and C-reactive protein; these tests resulted less sensitive and less constant.

Even by omitting the tests of the second group, those of the first one are fully satisfactory as complementary examinations to the clinical findings for the diagnosis and prognosis of rheumatic diseases.

## Résumé

**IMPORTANCE DE CERTAINS TESTS CLINICO-BIOCHIMIQUES  
DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES RHUMATISMALES**

L'auteur, dans cet article, pose le problème de l'importance de certains tests clinico-biochimiques en cette matière. Ceux-ci présentent un grand intérêt pour l'étude diagnostique et le pronostic des maladies rhumatismales. L'auteur a procédé à ces tests sur des malades hospitalisés.

L'exposé porte sur 47 cas d'enfants des deux sexes malades de rhumatismes et âgés de 3 à 15 ans, hospitalisés à l'hôpital clinique des enfants. On a étudié sur ces malades la vitesse de sédimentation des érythrocytes (V.S.E.), le taux de séromucoprotéines (sérum protéine perchloro soluble (S.P.P.S.), de séroglucoprotéines (S.G.P.), de séromucoprotéines (S.M.P.), d'acide sialique (A.S.) de fibrinogène (F) plasmatique de protéine C réactive (P.C.R.) et d'antistreptolizines-O au sérum (A.S.«O»).

Confrontés à d'autres tests clinico-biochimiques, ces tests ont donné des résultats plus sensibles et constants, et servi ainsi de précieuses données complémentaires à l'examen clinique diagnostique et au pronostic du rhumatisme. En relation avec la sensibilité et dans une certaine mesure, avec la «spécificité» de ces tests au cours de la maladie, en se portant à l'étude des cas exposés dans cet article, ils peuvent être divisés en deux groupes:

Le premier groupe comprend ceux qui présentent des résultats de haute sensibilité des valeurs pathologiques et en même temps une croissance constante. Tels sont la V.S.E., le taux de S.P.P.S., de S.G.P., de S.M.P. et d'A.S.«O»: le second groupe comprend les tests dont les résultats montrent une sensibilité et une croissance constante modérées, tels notamment ceux du taux d'A.S., de F. et de P.C.R.

Ainsi l'auteur estime qu'en écartant le dernier groupe, les tests du premier groupe peuvent à eux seuls aider à dresser le tableau clinique diagnostique et celui du pronostic des affections rhumatismales.



## MBI NJË SHENJË OBJEKTIVE NË RADIKULITET LUMBO-SAKRALË

STEFAN M. VOKOPOLA

(Spitali neuro-psihiatrik — Durrës, Drektor K.Sh.M. Dr. Mit Vokopola)

Ndërmjet sëmundjeve, që ndikojnë në paafësinë e përkohshme për punë të punonjësve, janë dhe radikulitet lumbo-sakralë e nosologjitë e përafërta me këto.

Të shumta janë shenjat e çfaqjes së këtyre sëmundjeve. Por ndodh që në praktikën e përditshme ambulatorë të ndeshemi me vështirësi të diagnostikimit. Për këtë arsye, ne marrim në studim faktorin «dhimbje» dhe reaksionin leukocitar pasues, gjatë provokimit të shenjës La-segue në këto sëmundje.

Në literaturën mjekësore përshkruhen ndryshime të numërit të leukociteve në gjakun periferik, pas ndikimit të ngacmuesve dolozorë. Është vërtetuar se dhimbja shkaktim një shtim të theksuar të numërit të leukociteve, sidomos në zonat e lokalizimit të dhimbjeve (N.S. Xhavadjan 1954, S.S. Serebrjanikov, F.M. Cukrova, P.A. Elgrot 1954, S.M. Dionesev 1958).

Gjithashtu është përshkruar shtimi i numërit të leukociteve në gjakun periferik në një seri sëmundjesh të brendshme, ku ndërmjet shenjave të tjera klinike mbizotëron simptomi dolozor (M.S. Dulcin dhe A.J. Cukavina 1955). M.S. Grigorjan (1959) vërejt i se ngacmuesit e dobet dolozorë shkaktojnë leukopeni, ndërsa ata të fortit-leukocitozë. Po ky autor kqyri se në gjendje narkotike, qdo ngacmues me çfarëdo lloji force shkakëton vetëm leukopeni.

Studimet mbi ndikimin e sëmundjeve të veganta nervore në «leukocitozën «lokale» (leukocitoza në vendet më të dhimbshme) nuk janë të shumta. E. Raud dhe N.J. Kuldna (1953) studuan asimetrimin e leukocitozës reflektore dhe rëndësinë e saj diagnostike në 30 të sëmurë me dëmtim të ndryshme të sistemit nervor, si dhe në 6 persona të shëndoshë. Sipas këtyre autorëve, tek njerëzit e shëndoshë, numëri i leukocitëve, i marrur në të njëjtën kohë nga gishti i katërt i dorës së majtë dhe të djathtë, nuk kalon më tepër se 1000 në 1 mm<sup>3</sup>. I.S. Kordonski (1951), M.Ll. Smolenski dhe E.I. Bogdanoviç (1960) treguan se radikulitetet lumbo-sakralë shqetësohen me leukocitozë lokale. Ju. G. Suvid (1965) për qëllime të ekspertizës në përcaktimin e afësisë në punë, studjoi 100 të sëmurë me radikulite lumbo-sakrale dhe ndër ta konstatoi një shtim të konsiderueshëm të numërit të leukocitëve.

Duke u bazuar në studimet e mësipërme, ne u munduam të kqyrim këto ndryshime në 35 të sëmurë të shtruar në spital dhe në ambulatorë. Këta të sëmurë i përkasin moshës 20-50 vjeç (shih tabelën Nr. 1), me seksë të ndryshëm (tabela Nr. 2) dhe kryesisht me profesione të punës

së rëndë fizike (tabela Nr. 2). Të sëmurët vuanin nga *radiculitis lumbosacralis* (12), *neuritis n. ischiadici* (19) dhe *radiculo-neuritis n. ischiadici* (4).

Tabela Nr. 1

Moshë vjeç	Nr. i të sëmurëve
20-30	8
31-40	20
41-50	7

Tabela Nr. 2

Profesioni	Nr. i të sëmurëve	
	F	M
Punëkorrë ngarkim shkarkimi	0	16
Punëkorrë bujqësi	2	11
Shoferë	0	14
Nepunës	1	1

Të gjithë të sëmurët janë ekzaminuar esell ose tri orë pas ngrënies të ushqimit të fundit. U numërua sasia e leukociteve të marrura nga një pikë gjaku prej gishtit të të sëmurëve. Numërimi u bë nëpërmjet kamërës së Gorjajev-it. Rezultoi se pacientët kishin nga 6,000-7,500 leukocite për 1 mm<sup>3</sup>. Pas këtij rezultati, po në atë kohë, të sëmurëve u bëmë provën Lasgugë (drejtohet këmba, ku pacienti ndjen më tepër dhimbje, në pozicion 90 gradë me këmbën tjetër) dhe u rimorrem gjakun nga gishi, në të njëjtën mënyrë për të numëruar përsëri sasinë e leukociteve. Tek të gjithë të sëmurët u vërejt një shtim i konsiderueshëm i numërit të leukociteve, që përgjithësisht leviste nga 3,000-5,000 për 1 mm<sup>3</sup> më tepër se sa u konstatua në fillim të ekzaminimit (shih tabelën Nr. 3).

Tabela Nr. 3

Shtimi i numërit të leukociteve pas provës së Lasgugë	%
2.000-3.000	2,87%
3.000-4.000	57,13%
4.000-5.000	34,28%
5.000-6.000	5,72%

Gjatë periudhës që kryenim këtë studim, ekzaminuam pesë persona

të shëndoshtë, duke përdorur metodën e sipërmëndur. U vërejt se numëri i leukociteve, në këta persona, u shtua 1,000 për 1mm<sup>3</sup>.

### Konkluzione

1) Ndër të sëmurët me radikulitet lumbo-sakrale dhe me sëmundje të përafërta me këto, pas provokimit të shenjës Lasgugë, vërehet për herë një shtim i leukociteve në gjakun periferik. I ashtuquajtur i «reaksion leukocitar».

2) Në shumicën e rasteve, ky «reaksion leukocitar» në këta të sëmurë arrijn në 3,000-5,000 leukocite për 1 mm<sup>3</sup>.

3) Shenja e «reaksionit leukocitar» në gjakun periferik, pas ngacimit të *nervus ischiadicus* në pozicionin Lasgugë mund të shërbejë si një metodë objektive në përcaktimin e diagnozës dhe aftësisë për punë ndër këta të sëmurë.

Dorëzuar në redaksi më

20 mars 1969

## BIBLIOGRAFIA

1. — Guber — Gric D.S., Zabolevanija pojasnogo-krestcovogo otdela periferijskoj nervnoj sistemi, 1960.
2. — Šljaparenko N.I., Nekatorije pokazateli v dinamike boleвого sindroma (Në librin «Bolevie sindromi» 1965, 30.).
3. — Suvia Ju. G., Značenije lejkoцитарnoj reakcii krovj vragebnoj—trudovoj ekspertize bolnih pojasnogo-krestcovim radikulitom (Në librin Ekspertiza trudoposobnosti i trudoustroistva pri nervnih i psihiceskih zabolevanijah» 1965, 140)
4. — Šambruvov D.A., Porazhenie nervov pojasnogo-krestcovoj i šejnoplečevoj oblasti (Në librin «Sovremennoe sostojanie osnovnih razdelov nevropatologii, 1961, 65).
5. — Šhefer D.G., Ovekin R.V., Materiali k simpoziumu po zabolevanijam periferijskoj nervnoj sistemi pri Institute nevrologii A.M.N. SSSR, 1959.

## Summary

## AN OBJECTIVE SYMPTOM OF LUMBO-SACRAL RADICULITIS.

After discussing the changes in the white blood cell count during the pain syndrome, the paper describes the increase of the number of leucocytes after provoking the Lassegue sign in patients with lumbosacral radiculitis or other similar diseases. The «leucocytic reaction» after painful irritation (the Lassegue symptom) was provoked in 35 patients and failed in 5 who served as a control group. The increase of the number of leucocytes was from 3,000 to 5,000 per cubic millimeter.

It is advisable to look for the «leucocytic reaction» during the routine work with out patients and in the hospital with the purpose of diagnosing and appraising the working capacities of patients suffering from lumbosacral radiculitis or other similar affections.

## Résumé

## A PROPOS D'UN SIGNE OBJECTIF DANS LES RADICULITES LOMBO-SACRÉES

Après avoir évoqué certaines données de la littérature médicale sur la modification du nombre des leucocytes dans le sang périphérique à la suite de la manifestation du syndrome douloureux, l'auteur décrit l'accroissement du nombre des leucocytes, «la réaction leucocytaire» après provocation du signe de Laségue chez les malades de radiculite lombo-sacrée et dans certaines nosologies apparentées. «La réaction leucocytaire» après excitation douloureuse (signe de Laségue) a été observé chez 35 malades et n'a pu être obtenue chez cinq personnes choisies comme groupe de contrôle. La «réaction leucocytaire» a été, donc, dans l'ensemble, constatée, les leucocytes ayant atteint le chiffre de 3,000 à 5,000 par mm<sup>3</sup>.

L'auteur conclut en recommandant de rechercher dans la pratique quotidienne le signe de la «réaction leucocytaire», et ceci, aussi bien dans la pratique ambulatoire que dans le traitement hospitalier, afin de déterminer le diagnostic et la capacité de travail des malades atteints de radiculite lombo-sacrée et de maladie apparentées.

## E K S P E R I M E N T A L E

MBI MEKANIZMIN E VEPRIMIT TË ROZMARINËS NË PRESIONIN  
ARTERIAL TË KAFSHËVE EKSPERIMENTALE

PETERIT KOKALARI, ENGJELTUSHE ILIAZI

(Katedra e Fiziologji — Farmakologjisë, Shkolë M. Karaçiozi)

Rozmarina — *rosmarinus officinalis*, L. (*Salvia rosmarinus* spert) nga paraqifja është bimë e thjeshtë, gjithmonë e gjelbër, me erë të këndshme aromatike. Për rritjen dhe zhvillimin e saj nuk kërkon kushte të veçanta, prandaj gjindet shumë e përhapur, nëpër kopshtet dhe parqet e Shkodrës, Krutës, Tiranës, Durrësit, Beratit, Fierit, Vlorës, Përmetit, Odriçanit, Gjirokastrës, Dripullit, Delvinës, Sarandës etj. Në krahina të ndryshme të vendit kjo bimë ka emëra të ndryshëm: ezmerinë (Tiranë) sferëgjen deli (Elbasan) dardilivan (Berat), landrivan (Përmet) dhe droli-van (Delvinë, Gjirokastrë), andralivan (Sarandë) ezmeri (Krutë) etj.

Nga bima e rozmarinës, L. D. Aleksejeva nxorri një farë alkaloidi, që mori emërin rozmaricinë —  $C_{20}H_{27}O_4N$ , e cila në formën e klorhidratit të rozmaricinës, paraqitet në formë pluhuri gri të bardhë me shijë të ithatë kryqpe, që treqet mirë në ujë.

Autore të tjerë si L.N. Sokolova dhe M.V. Kurten vërtetuan se alkaloidi i bimës së rozmarinës — rozmaricina, duke ndikuar në sistemin nervor qendror, tregon veprim somnifer dhe antikonvulsiv, shkon procesin e frenimit në koren e trurit të madh, ngadalëson ritmin e zemrës dhe zvogëllon amplitudën e kontraktimeve, zgjeron enët e gjakut të izoluar të mëlqisë së zezë të brekkoçës dhe ndihmon regjenerimin e proceseve ulceroze të stomakut në minjtë e bardhë.

Punët eksperimentale të Kaverina N.V. treguan se alkaloidi i rozmarinës nuk ndikon në garkullimin koronar të kafshëve laboratorike *in situ*. Stojanov N. përmend veprimet sudorifere, antiseptike, antimeteorike, diuretike, analgjezike në dhimbjet e stomakut dhe zorrëve e përdorur në formë infuzioni.

Në formë çaji, rozmarina është përdorur edhe nga mjekësia e jonë popullore në luftë kundër sëmundjes së hipertonisë, si substancë diuretike. Veprimi hypotensiv, i venë re nga empirizmi popullor, tërhoqi vëmendjen tonë për një studim eksperimental të rozmarinës në drejtim të veprimit hipotensiv, rezultatet e të cilit për herë të parë u komunikuan në konferencën shkencore të fakultetit të Mjekësisë në vjetin 1960-1961, kurse në këtë punim po plotësojmë të dhënat lidhur me mekanizmin e veprimit të infuzioneve të rozmarinës në presionin arterial të kafshëve eksperimentale.

*Metodika e punës*

Studimi eksperimental u krye në 20 lepuj dhe 5 mace të të dy seksëve, të narkotizuara me uretan 1.0/kg. peshë të kafshës të futur në mënyrë intraperitoneale. Presioni arterial u mat nëpërmjet të *a. karotidë*,

në të cilën është futur kanjula, prej qelqi e lidhur me një tub gome me manometrin me zhirë. Ndryshimet e presionit arterial u regjistruan në letërën e tymosur të kimografit: Infuzionet e rozmarinës me koncentrim  $10\%$ , të përdorura në vartësi nga pesha e kafshës, u futën nëpërmjet të v. femorale, e cila shërbeu edhe për injektimin e heparinës, si mjet parandalonjës i koagulimit të gjakut, gjatë kryerjes së eksperimentit. Përvitimin e koagulimit të gjakut në tubet prej gome dhe në vetë manometrin u përdor citrati i sodiumit.

### Rezultatet e eksperimenteve

Infuzioni i rozmarinës me koncentrim  $10\%$ , u përdor me rrugën intravenoze, duke filluar me sasi të vogla. Injektimi i infuzionit në sasinë  $0.2$  ml. nuk dha efekt hipotensiv. Efekti hipotensiv nuk u vu në dukje edhe pas rritjes së sasisë së infuzionit deri në  $0.5$  ml., sasia  $1$  ml. e solucionit filloi të shprehë një farë efekti të lehtë hipotensiv, që u theksua më tepër në drejtim të thellimit, dmth përsa i përket intensitetit, por jo në drejtim të kohës së veprimit, kur preparati u përdor në sasi  $2$  ml. dhe  $4$  ml., sikurse rezultoi në figurën 1.

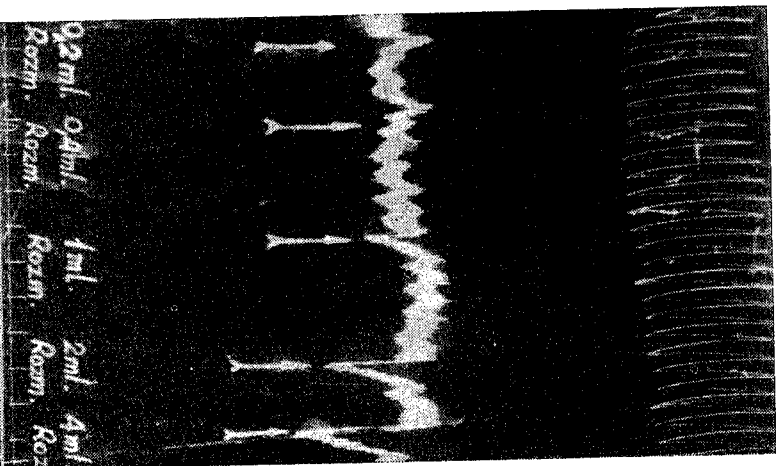


Fig. Nr. 1. — Veprimi hipotensiv i sasive të ndryshme të infuzioneve të rozmarinës në macen e nakortizuar.

Krahas me shtimin e mëtejshëm të sasisë së infuzionit, u vu re edhe shtimi i efektit hipotensiv më shumë në thellësi dhe më pak në gjërësi, sikurse rezultoi nga kurbat e figurës Nr. 2, ku sasia 5 ml, shkakëton një efekt më të theksuar se sasia e përbërë prej 4 mililitrash me të njëjtin koncentrim. Ky veprim hipotensiv u shtua krahas me rritjen graduale të sasisë së infuzionit deri në sasinë 11 ml.

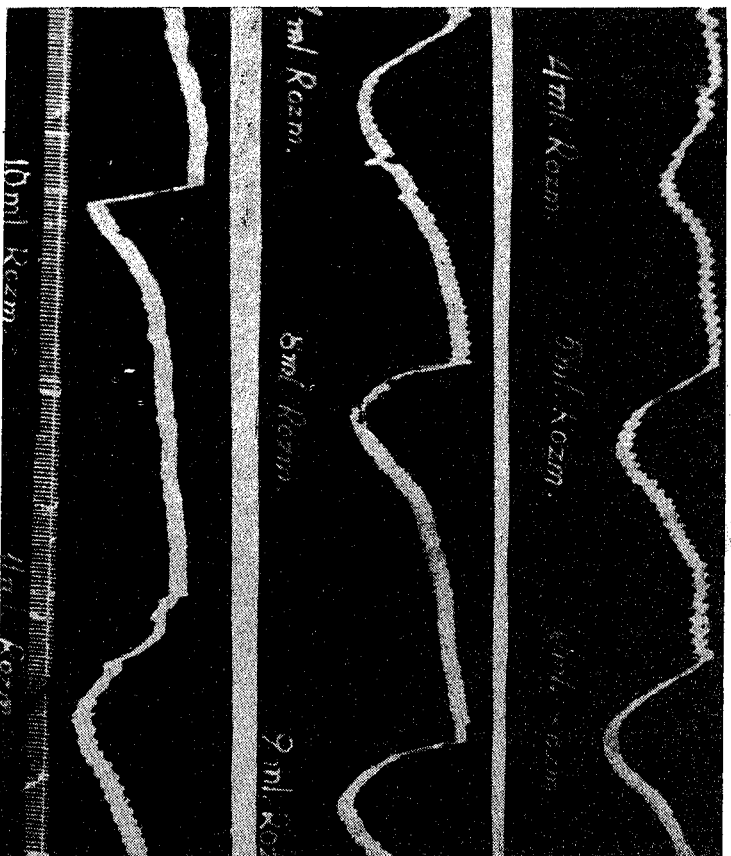


Fig. Nr. 2. Shtimi i veprimt hipotensiv krahas me rritjen e sasisë së infuzionit.

U theksua se veprimi hipotensiv i infuzioneve të rozmarinës varet nga sasia e injektuar në venë, megjithatë duhet vënë në dukje se koncentrimet e mëdha të saj mund të shkakëtojnë çrregullime të theksuara nga ana e presionit arterial, të cilat u parandaluan me ndihmën e klorhidraitt të adrenalinës.

Në figurën Nr. 3, rozmarina e përdorur në sasi 5 ml, dhe me koncentrim më të vogël se 50% shkakëtoi veprimin e zakonshëm hypotensiv, i cili kaloi në anomali të theksuara, kur ajo u përdor në sasi 10 ml. dhe me koncentrim të madh 30%.

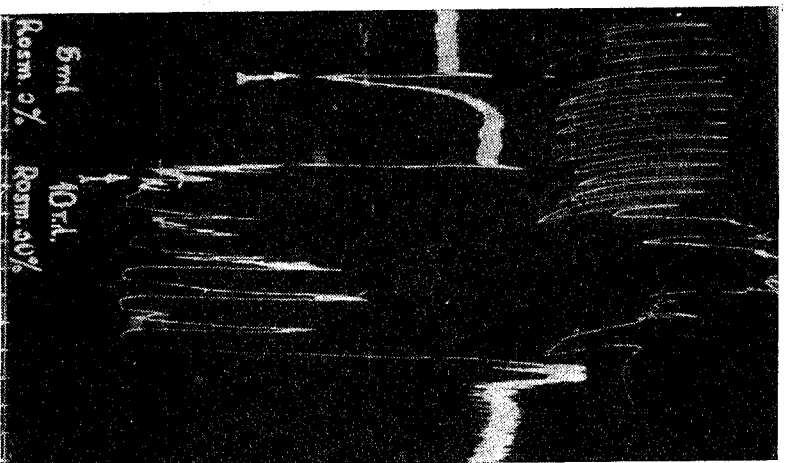


Fig. Nr. 3. Veprimi i sasive të mëdha të infuzioneve të rozmarinës në presionin arterial në mace.

Veprimi hipotensiv i infuzioneve të rozmarinës u vu re në mënyrë analoge dhe në 20 eksperimente të kryera në lepuj.

Mekanizmi i veprimit hypotensiv të preparateve të pregatitura nga fletët e rozmarinës u bë i mundshëm të shpjegohej me ndihmën e eksperimenteve në mace dhe lepuj, duke përqëndruar vëmendjen mbi veprimin e tyre në levat e veganta që marrin pjesë në rregullimin e qar-kullimit dhe tonusit vazal.

Duke u nisur nga fakti se në efektin hypotensiv një rol të rëndësishëm iuan edhe veprimi i substancave farmakologjike rë strukturat biokimike adrenoreaktive të indeve, vëmendjen tonë e p rëndruam gjatë eksperimenteve edhe mbi veprimin e këtyre infuzioneve edhe në këto formacione funksionale të indeve, të cilat eksitohen nën ndikimin e mediatorit simpatik dhe bllokohen nga substancat simpatolitike.

Si në maceet ashtu dhe në lepuj, preparati që eksperimentojmë shkaktëoi efektin hipotensiv edhe në rast se strukturat biokimike adrenoreaktive i ekzituan me ndihmën e klorhidratit të adrenalisë në sasi 10 γ, sikurse rezultoi edhe nga figura Nr. 4.

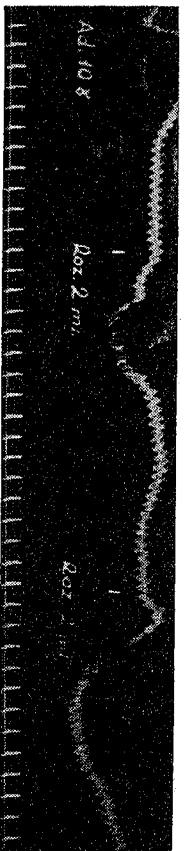


Fig. Nr. 4. Veprimi infuzionave të rozmarinës pas përdorimit të klorhidratit të adrenalinitës.

Solucioni i klorhidratit të adrenalinitës në sasi 10  $\mu$ , i përdorur pas infuzionit, të rozmarinës, shkakëtoi përsëri eksitimin e strukturave adrenoreaktive, duke dhënë në këtë mënyrë efektin e saj të zakonshëm dhe karakteristik — ngritjen e presionit arterial, e cila përsëri reciprokisht u ul nëa iniektimi në venë i 2 ml. të infuzionit.

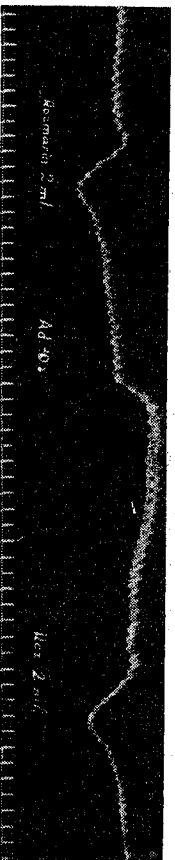


Fig. Nr. 5. Veprimi i klorhidratit të adrenalinitës pas përdorimit të infuzioneve të rozmarinës.

Rezultate analoge treguan edhe eksperimentet e kryera në lëpuji, ku strukturat kolinoreaktive ishin bllokuar në mënyrë paraprake, nga përdorimi i sulfatit të atropinës.

Në këtë eksperiment u vërtetua ndikimi i dozave të ndryshme të infuzioneve të bimës në presionin arterial, pas së cilës u përdoren 2 mg. TEA, për të shkakëtuar bllokimin e strukturave ganglionare, 1 mgr. sulfat atropini për bllokimin e strukturave kolinoreaktive dhe 10 $\mu$  klorhidrat adrenalinitë për të ekuatuar strukturat biokimike adrenoreaktive, edhe në këto kushte të kryerjes së eksperimentit, përdorimi i infuzionit në sasi 4 ml, shkakëtoi përsëri reaksionin e zakonshëm të kafshës në drejtim të uljes së presionit arterial.

Me anën e lidhjes së trankut vago-simpatik në regjionin e gafës së lëpurit dhe në disa raste edhe me prejen bilaterale të n.n. vagi, u vërtetua se infuzioni i përdorur me rrugën dhe koncentrimin e zakonshëm, shpuri në rënien e presionit arterial, sikurse edhe në kushtet e ekzistencës së tërësisë së arkut reflektor.

Nga ana teorike, interesi të vegantë paraqet edhe veprimi i këtyre infuzioneve në ganglionet e sistemit vegetativ. Në këto ganglione, shumë substanca, duke vepruar në mënyrë bllokujëse, një fazëshe, dmth pa shkakëtuar ektitimin e tyre paraprak, shpjen në uljen e theksuar të presionit arterial. Një nga substancat me veprim bllokujës në këtë drejtim paraqitet TEA (tetraetilamoni) i cila, në mënyrë të vegantë shfrytëzohet për punët kërkimore eksperimentale.

Efekti bllokujës i TEA në ganglionet vegetativë në eksperimentet tona, u përcaktua jo vetëm me rënien e presionit arterial me një herë pas përdorimit të saj me rrugën intravenoze, në sasi 2 mgr., porse edhe me gradën e zvogëllimit të shkurtimit të palpëbrës së tretë të maces, nën ndikimin e korenit induktiv të fijos preganglionare të ner-



vit simpatik cervical. Edhe në këto kushte, rozmarina shkakëtoi rënien e presionit arterial me të njëjtin intensitet, sikurse edhe para përdorimit të TEA.

Në kimogramën e paraqitur këtu më poshtë vihet në dukje veprimi hipotensiv i sasive të ndryshme të infuzionit 1 ml., 2.5 ml. dhe 5 ml., pas injektimit të 10  $\gamma$  adrenalinë dhe 1 mgr. TEA.

Ky efekt hipotensiv vihet re jo vetëm kur në venë injektohen sasi të mëdha të substancës, por edhe kur ajo përdoret në sasi 1 ml. Ky efekt vihet re si në rastin e kombinimit të TEA me adrenalinën ashtu edhe pa përdorur adrenalinën.

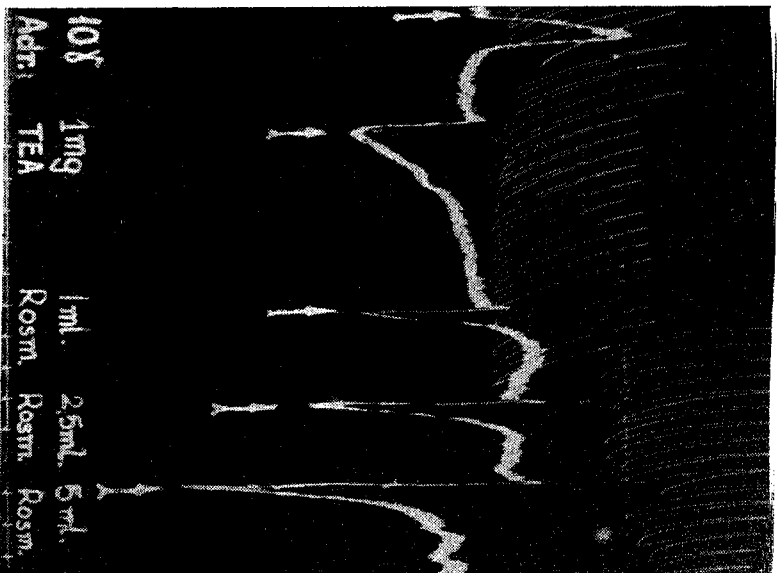


Fig. Nr. 6. Veprimi hipotensiv i infuzioneve të rozmarinës, pas përdorimit të klorhidratit të adrenalinës dhe TEA.

Me ndihmën e tre eksperimenteve të kryera në enët e gjakut të veshit të izoluar të lepurit, u konstatua se infuzionet e rozmarinës kanë veiti të shtojnë sasinë e pikave të solucionit që derdhet nga këto enë në njësinë e kohës (1 minutë). Para përdorimit të infuzionit, sasia ishte 8 pika për një minutë, kurse kur solutioni Ringer u zëvendësua me solution të holluar të infuzionit të rozmarinës u shua në 11 pikë.

Interpretimi i rezultateve:

Eksperimentet e kryera në kafshët në mace dhe qen (fig. 1) venë në dukje se presioni arterial, nën ndikimin e infuzioneve të rozmarinës, pëson një rënie relative, e cila është në lidhje të ngushtë me sasinë e

solucionit të përdorur. Në figurën Nr. 2 vihet re që veprimi hipotensiv është i shpejtë, i shkurtër dhe me intensitet që varret nga sasia e përdorur. Përdorimi i infuzioneve me koncentrim të mëdha shkaktëton rregullime serioze, me ulje të theksuar të presionit arterial.

Këto të dhena eksperimentale, me gjithëse me rrugë tjetër, vërtetojnë, konstatimet e mjekësisë sonë empirike, e cila ka vënë në dukje se rozmarina e përdorur në formë çaji, në sëmundjen e hipertensisë përmirëson shpejt gjendjen e përgjithëshme të pacientit, duke zhdukur ose dobësuar zhurmën në veshë, dhimbjet e kokës, përmirësimin e gjumit, diurezës, fenomenet që nuk zgjasin për shumë kohë pas ndërprerjes së përdorimit të infuzionit.

Lidhur me mekanizmin e veprimit hipotensiv, duhet theksuar se ky efekt nuk i dedikohet veprimit të substancës në strukturat biokimike adrenoreaktive. Pasi rozmarina jep veprimin hipotensiv si para ashtu dhe pas përdorimit të adrenalinit. Deri sa klorhidrati i adrenalinit shkaktëton efektin e saj hipertensiv pas përdorimit të infuzionit të rozmarinës, kjo flet qartë se përberja nuk ka veuri adrenolitikte, dmth ajo nuk bllokton strukturat biokimike adrenoreaktive.

Duke u bazuar edhe në faktin që infuzionet e rozmarinës japin veprimin e tyre të zakonshëm hypotensiv pas atropinimit të kësaj substancë, ndërsa në këtë rast nuk kemi të bëjmë me një efektim të strukturave biokimike kolinoreaktive të organizmit, pasi këto struktura janë të bllokuara nga doza të mëdha të atropinës.

Lidhja e trunkut vago — simpantik në zonën e qafës si dhe preria bilaterale e n.n. vagj, në po këtë zonë, vërtetoi se efekti hipotensiv nuk mund t'i dedikohet veprimit qëndror të substancës.

Kjo bëhet akoma më e plotë në rast se do të kemi parasysh që efekti hipotensiv i infuzioneve të rozmarinës vihet re edhe pas bllokimit të ganglioneve vegetative me ndihmën e TEA, e cila ndërpret kalimin e impulseve nervore nga flijet preganglionare parasimpaktike dhe veqanërisht simpaktike në ato postganglionare.

Eksperimentet e kryera në entë e gjakut të veshit të izoluar të lepurit flasin qartë për një ndikim të drejtpërdrejtë të infuzionit të rozmarinës në muskulaturën e lëmuar të enëve të gjakut, duke dhënë në këtë mënyrë efektin hipotensiv. Një fenomen i tillë është vënë re edhe në entë e izoluar të mëlgisë së zezë të bretkocës (L.N. Sokolova, M.V. Kurten).

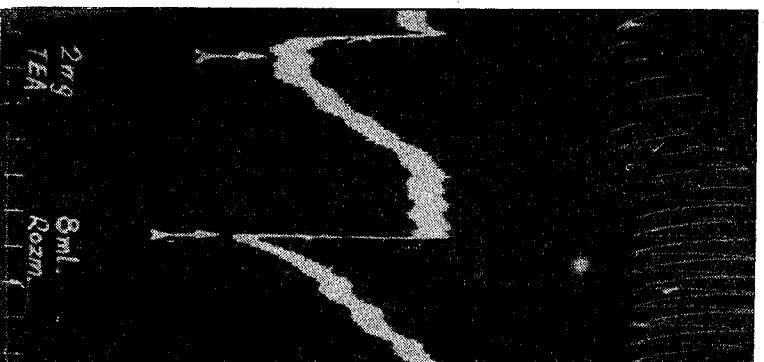


Fig. Nr. 7. — Veprimi i infuzionit të rozmarinës pas përdorimit të TEA.

## Konkluzione:

1. — Infuzionet e rozmarinës në katshët eksperimentale shkaktëjnë efekt hipotensiv të shpejtë dhe të shkurtër, me intensitet dhe zgjatje kohe, që varet nga sasia e infuzionit të përdorur.
2. — Infuzionet e rozmarinës tregojnë efektin e tyre hypotensiv duke ndikuar drejtpërdrejt në muskulaturën e enëve të gjakut. Nuk ndikojnë në qendrat vazomotorë, në ganglionet vegjetative, në strukturat biokimike adreno dhe kolinoreaktive.

Dorëzuar në redaksi më  
17 maj 1969

## BIBLIOGRAFIJA

1. — Aleksejeva L. D.: Tezisi dokllada naučnoj farmakologičeskoj konferenci po probleme: Izučenje i ispolzovanie lekastvennih rastitelnih resusov. Moskva 1961.
2. — Da Legnano L. P.: Le piante medicinali nella cura delle malattie umane. Roma 1954.
3. — Kollanikov V.P.: «Ob izučenii lekastvennih rastenii». Farmakologija i toksikologija 1955, 5, 56.
4. — Mednikhan G. A., Vinikova B.G.: Farmakologičeskaja svojdstva alkaloida galantine. Farmakologija i toksikologija, 1955, 5, 341.
5. — Mitrushi I.: Drurët dhe shkurret e Shqipërisë, Tiranë, 1955.
6. — Negri G.: Erbario figurato, 1943.
7. — Sokolova L.N., Kurčen N.V., Tezisi dokllada naučnoj farmakologičeskoj konferenci, Moskva 1961.
8. — Stojanov N.: Nashite leçebnie i blilgohahani rastenia. Sofija 1949.

## (Summary)

## THE MECHANISM OF ACTION OF ROSMARIN ON THE ARTERIAL PRESSURE OF LABORATORY ANIMALS.

In this paper the authors present their study on the action of rosmarin infusions on the blood pressure of experimental animals (cats, rabbits). Other experiments were carried out with the aim of explaining the effect of rosmarin. The authors have concentrated their attention especially on the influence of the drug on the adrenal and colinoactive structures, on the vegetative ganglia and the vasomotor center.

On the basis of this study the authors arrive at the conclusion that the infusions of rosmarin have a hypotensive action and act directly on the smooth muscles of the blood vessels.

## Résumé

## DE L'ACTION DU ROMARIN SUR LA PRESSION ARTERIELLE, TELLE QUELLE A ETE EXPERIMENTEE SUR DES ANIMAUX

Dans cet article, les auteurs exposent leur étude sur l'action des infusions de rimarin sur la pression artérielle, action constatée sur des animaux d'expérience (chats, lapins). De nombreuses expérimentations ont également été effectuées pour expliquer le mécanisme de cette action. Les auteurs attirent particulièrement l'attention quant à l'influence de cette substance sur les structures adreno et colino réactives, sur les ganglions végétatifs et les centres vasomoteurs.

A la suite de cette étude expérimentale, les auteurs concluent que les infusions de romarin exercent une action hypotensive en influant directement sur la musculature des vaisseaux sanguins.

## K U M T E S A

## KATER RASTE ME SINDROM LYELL DHE NJË ME STEVENS-JOHNSON TË ÇFAQUR NGA ANTIBIOTIKET

DOC. JOSIF E. ADHAMI DHE MILTO K. KOSTAQI

(Katedra e Terapisë së Faktikeit, Shif. Doc. J. E. Adhami)

Reaksionet medikamentoze shkojnë duke u rritur vazhdimisht. Veçanërisht gjatë dekadës së fundit, vendin kryesor e zënë antibiotikët.

Në vjetin 1956 nën emërin «nekroliza epidermale toksike» Alan Lyell përshkroi në Angli katër raste me një sindrom të veçantë, që karakterizohej nga dermatiti pemi, joido-buloz i gjeneralizuar dhe gjendja e përgjithshme e rëndë. Të katër përfunduan në vdekje.

Po në atë vjet (1956), disa muaj para Lyell, Lang dhe Walker në Afrikë përshkruan një pacient 26 vjeçar me pemfigus buloz të përhapur, që vdiq brenda tre ditësh dhe që e quajtën «erupsion buloz i jashtëzakonshëm» (Kallamkarjan A.A. 1965 dhe Daniel F. 1969).

Në vjetin 1922 Stevens A. dhe Johnson F. paraqitën dy fëmijë, tek të cilët sëmundja u çfaq si një proces infeksioz akut, me gregullime të përgjithëshme të theksuara, dëmtime të lëkurës dhe të mukozave (Kallamkarjan A.A. 1968). Në të gjitha rastet preken konjuktivat dhe mund të komplikohet edhe me panofthalmi, që shpie në verhim. Karakteristikë e tij është se preken gjithë orificiumet natyralë (goja, hunda, sytë, larinks, organet gjentare, rektumi), prandaj një sinonimë e vjetër e këtij sindromi është: *dermatosis pluriorificialis* (Dovzhanski S.J. dhe Stahno R.A. 1968).

Sindromi Lyell dhe Stevens-Johnson janë aq të ngjajshëm, sa shpesh herë nuk bëhet dot diagnoza diferenciale midis tyre. Kështu Lang dhe Walker katër rastet të observuara prej tyre, gysn nga vjeti 1956 e këtu i konsideruan si sindrom Stevens-Johnson.

Ka autorë si Mashkillejson A.LI, Piskunova E.J. (1965) etj., që thonë se sindromi Lyell është i vegantë nga ai Stevens — Johnson. Këta janë kundër pikëpamjeve të Bazex dhe autorëve të tjerë, që i konsiderojnë këto dy sindrome si forma të ndryshme të të njëjtit sëmundje. Kurse Kallamkarjan A.A. (1968) thotë se jo vetëm sindromet Stevens-Johnson dhe Lyell duhen bashkuar në një, por dhe dermatozat buloze medikamentoze të rënda dhe eritena eksudative, sepse si në kuadrin morfologjik ashtu dhe në atë klinik, kanë shumë gjëra të përbashkëta.

Daniel F. (1969) thotë se Debré dhe Lamy midis vjetëve 1939 dhe 1942 kanë paraqitur tre raste, që kishin të njëjtat shenja dhe që i quajtën «Pemfigus subakut ekstensiv».

Garnier G. (1962) tregon se *pemfigusi akut ose subakut malinj me bula ekstensive*, që u përshkrua nga Brock një rast më 1919 dhe Brock e bp. një rast tjetër më 1921, korespondon me sindromin e Lyell. Kështu që sindromi Lyell ka gënë i njohur, por me emëra të tjerë, shumë kohë

para vjetit 1956. Ka dhe autorë që thonë se sindrome të ngjajshëm janë përshkruar që në fund të shekullit të kaluar dhe në fillim të shekullit të XX.

Me të drejtë Kallamkarjian A.A. shkruan se deri më 1965 genë botuar mbi 50 raste në literaturë, megjithëse ky sindrom takohet më shpesh, por shumë raste përshkruhen me diagnoza të tjera. Raste të tilla në literaturë ka gjetur Soltermann W. qysh në vjetin 1959. Kështu Degos R., Garnier G. dhe bp. në vjetin 1953 e kanë botuar gabimisht rastin e tyre me diagnozën «Leucemi limfomonocitare subakute. Forma buloze dhe kllvazhi i epidermës i gjeneralizuar». E sëmura vdiq brenda dy ditësh në koma, me temperaturë 40° dhe me lëkurën që i dukej si e djegur. Para disa ditësh kishte përdorur sulfamide.

Edhe ne, duke çfletuar literaturën, në një punim të Uelsh G. e bp. (1953) mbi reaksionet nga antibiotikët, gjatëm se nga 70 raste, tre ishin eritema multiforme të shkakëtuara nga penicilina, prej të cilëve dy ishin të tipit buloz, njëri prej tyre vdiq. Ka shumë mundësi që të dy këta raste të kenë genë sindrome Lyell. Po ashtu observacioni i parë i Dragichin O. (1962), që gjatë përdorimit të penicilinës, në një sfond eritematoz, pati lezionë vezikulo-buloze, garje dhe deskamim të vezikutave. Rasti që përshkruar jo si sindrom Lyell, por si aksident terapeutic nga antibiotikët.

Raste të tilla mund të ketë shumë, prandaj ne mundam t'i përshkruajmë pesë pacientët tanë, pasi zhvillimi i sëmundjes është i rëndë dhe mortaliteti i lartë. Kështu nga 30 rastet, që munda të mbledhë nga literatura Garnier G. (1962), 19 prej tyre vdiqën. Kurse nga 20 rastet pediatrike të gjetura në literaturë nga Gagliardi B. dhe Ricciardiello P.T. (1964), 6 përfunduan në vdekje.

#### Rastet tona

**Rasti i parë** — Tahir N., vjeç 42, nga Tropoja, mekanik në minierën e Kam, shtrouet në klinikë më 8 dhjetor 1966. Më 20 nëndor të një vjeti bëri 400,000 U. bipencilinë dhe 0.5 gr. streptomicinë për një infexion të rrygëve të sipërme respiratore. Në mbremjen e asaj dite, megjithëse nuk mbante mënd të ketë bërë ndonjë herë preparatë të tilla, pati të dridhura të lehta dhe të nesërmen një edemë palpebrale të djathtë. Megjithatë i vazhdoi antibiotikët, por ditën e tretë pas bëjtes së 200,000 U. bipencilinës dhe 0.5 gr. streptomicinë iu ngrit temperatura, iu ënjt faqja e djathtë, kraharori dhe në vonë gjithë trupi. Vizitohet nga ndihmës mjeku i famërit të tij, i cili i bën një amputë kalcium, një kofeinë dhe e dërgon me autoambulancë në spitalin e Bajram Currit. Mjeku i afijshëm i ndaloi çdo mjekim dhe e dërgoi në shtëpi; por gjatë tre ditëve të erdshme, edema u përhap në të gjithë koken dhe fytyrën, aqë sa nuk mund të shite nga sytë. Shpiket urgjent në spital, ku u mjekua me ultrakortin, neanatergen, kalcium klorat, Vitaminë C. I sëmurë filloi të përmitësohet qysh atë ditë, por filluan t'i çfaqen vezikula dhe bula në lëkurë, të cilat u transformuan në pustula, prandaj më datën 8 dhjetor 1966 në një gjendje të tillë, mjeku i atijshëm e sjell në Tiranë dhe shtrouet në klinikën tonë. Nga antecendentet personale vlen të përmendet se në vjetin 1962 ka vuajtur nga ekzema në njërin këmbë.

Kur u shtrua, fytyra e të sëmurit ishte e mbuluar nga vezikulat, me përhapje hemorragjike ose purulente, sytë mezi i dukeshin nga edema, qepallat të zhdurkura, konjuktivat hiperemike. Në disa vende, lëkura ishte e deskamuar ose e mbuluar me krusta, si në fytyrë ashtu dhe në gjymtyrët e sipërme, kurse në të poshtëmet rridhte likuid seropurulent dhe serohemorragjik prej vezikulave, të cilat genë më të mëdha se në pjesët e tjera të trupit. Gjitha ishte e pastër, por në komisarut bukalë, sidomos diatras, shiheshin krusta. Temperatura deri 38°. Në gjak vihej re një leukocitozë 14.200 mm<sup>3</sup>, një eozinofili e theksuar dhe shtim i shkopynjve. Kështu, formula e datës 12 dhjetor, megjithë preparatet antialergjike dhe desensibilizuese, rregonte: N 43%<sup>o</sup>, E 23%<sup>o</sup>, B 0%<sup>o</sup>, L 24%<sup>o</sup>, M 30% dhe shkopynj 7%<sup>o</sup>.

Të sëmurit iu fillua mjekimi me neanatergen dy ditët e para parenteral sol.

0,04, pastaj per os 0,08 çdo katër orë, mevarzol, vitamina të ndryshme, kurse delkorktori iu dha me doza të vogla 15 mg. ditën. Fakti që vezikulat e lëkurës genë infektuar dhe pushtizuar, na bëri që të rritim dozat e antibiotikëve dhe të japim pak kortizonike, aqë më tepër që në fillim nuk deshim të përdorim as antibiotikë. Lokalisht i përdor lokorktori.

Gjendja filloi të përmirësohet, temperatura u normalizua, po iu çfaq një purrit i theksuar, vezikulat dhe pushtat filluan të përthahen, të formohen krusta dhe të deskruarohen, vegjentisht lekura e palmarve dhe e plantave, që i binde në formë rrypsat të ngjashme me ato që pasojnë skarlathën. Më 22 dhjetor, pacienti ankoi për dhimbje në regionin glutéal të djathtë, në vendin e një injeksioni të bërë në ditët e para. U pa se kishim të bëjm me një absces, i cili u punëhua dhe u gjend *Staphylococcus aureus* rezistent kundrejt penicilinit, kloramfenikolit, vankamicinës dhe gabronicidës; pak sensibël (+) kundrejt streptomocinit dhe neomicinës, kurse sensibël (+++) kundrejt tetraciklinës dhe eritromocinit. Iu hap abscesi dhe iu shtrua tetraciklinë per os 15 gr. ditën.

Gradualisht të gjitha ndryshimet e lë s i kaluan dhe më 19 janar 1967 doli nga Klinika në gjendje fare të mirë.

Eozinofilet iu ulën shumë me ngadalë nga 23%, në 21%, pastaj 300/ $\mu$  në 130/ $\mu$  më 30 dhjetor 1966 dhe në 80% disa ditë para daljes.

**Rasti i dytë** — Shtet H., Vjeç 23, studente indoneziane, u shtrua në spital më 30 gusht 1967 me diagnozën e shtimit: «reaksioni alergjik nga penicilina dhe streptomocina».

Tri ditë para se të shtrohet pati temperaturë dhe fenomene katarrale të rrugëve të sipërme respiratore. Dy ditë më vonë vizitohet dhe i rekomandohet bispencilinë e streptomocinë. Pas bërjes së tyre, temperatura iu ngrit deri 39° 5, kurse të nesërmen në mëngjes iu enjten buzët, fytyra, filloi të ketë dispne dhe në trup iu çfaq një shtrohet në spital.

Para 6 muajsh ka kaluar bronkopneumoni. I vëllaj vuan nga astma bronkiale. Kur u shtrua, pacientja ishte në gjendje të rëndë, e shqetsuar, bërteste, kishte edemë të fytyrës, sidomos në regionet parotidiane dhe buzët, edemë palpeshrale me krusta në murgot palpeshrale dhe hiperemii të theksuar që konjuktivave. Buzët cyanotike, të mbuluara me vezikula, gojën e mbanje hapur. Paragjiste një emantë në edemë dhe vezikula, sidomos në *palatum molle* dhe harqet palatine. Ehtë në lëkurë, kryesisht në bark shiheshin vezikula me formë dhe madhësi të ndryshme. Abdomeni pak i dhimbshëm në palpim. Temperatura ishte 40° 4, pulsi 128/mn, T.A. 95/65 mmHg. Ekgzaminimi i gjakut tregonite eritrocite 5.010.000 mm<sup>3</sup>, leukocite 10.400 mm<sup>3</sup>, formula: N 66%, E 0%, B 0%, L 18%, M 2%, shk. 140/ $\mu$ ; eritrosedimentacioni 21 mm/1 orë. Urija: densiteti 1026, alb. 0,33 për mijë, glukoze negativ, epihale pavimentozë të rralla, leukocite shumë, eritrocite 2-4 për fushë. Urobilurina negativ (por materialit ishte kontaminuar). Nga ekspektorati nuk u izoluan mikrobe patogjene.

Në pas ditën e datës 30 gusht iu bënë ultrakortken 50 mg. i-m, neoantergan 2 ampula nga 0,04 dhe tre tableta nga 0,08, sol. kalçium klorat 100% 10 cc i -v, kardio-cinçikë e vitaminë C, antipiretikë. Në mbretnje, mjekët i rojes i kishte filluar edhe kloramfenkol 0,5 gr. çdo 6 orë per os.

Të nesërmen, gjendip e të sëmurës vazhdonite të ishte e rëndë, temperatura 39° 6-40°, pulsi 154/mn. Në gjithë trupin vllshesh në papula eritematoza, që në shumë vende, sidomos në fytyrë, genë transformuar në vezikula dhe hula me likrid seroz të qarrë, por në disa vende ato genë pushtizuar. Po ashtu dhe vezikulat e palatumit dhe tonslave. Elektrofilet në gjak nuk paraqatim ndryshime të vlefshme për t'u vënë në dukje. pH i gjakut 7; azotemia 40 mg%, glicemia 140 mg%. Në gjak leukocitet u ulën në 8600 /mm, kurse eritrocitet artitën 5.480.000 /mm<sup>3</sup>, Hb 15,4 gr.%, Amilazema ishte 256 U nga 8-32 U, që konsiderohet normal. Kloramfenikoli u zëvendësua me eritromicinë 1,5 gr. ditën per os, ultrakortkeni, iu bë intra-venos pika-pika 25 mg. dy herë në ditë bashkë me 500 cc sol. fiziologjik. Iu shtuan dozat e meoanterganit në 4 amp. ditën prej 0,04 secilja efi. Në mbretnje amkoliej për dhimbje barku në formë të prevasi dhe gurgullima infeshnale; nuk kishte vjellë, nuk kishte defans muskular. Blumberg negativ dhe kirurgu, i thirrur për konsultë, mendonte se nuk kishte të dhëna klinike për pankreatit akut.

Në ora 21.20 të po asaj dite, gjendja e të sëmurës vazhdonite pa ndryshime, prandaj terapisë iu shtua edhe 120 mg. ultrakortken intramuskular (40 mg. çdo tre orë) deri të nesërmen në mëngjes. Gjatë natës u qëdësua, fjetit, temperatura i ra në 37° 0-37° 3. Sytë i kishte të mbyllura krejt nga edema palpeshrale, krustat dhe sekrecionet e shumta. Më 1 shtator, dmth në ditën e tretë të shtimit, gjendja ishte më e qetë; respiracioni më i lirë, por kishte kollë me ekspektoracion. Në pulmone rale

Subkrepjante bilateral. Fytyra edematoze me erizemë të përhapur, me pagulla, vezikulula e bula. Po këto elemente shpeshin edhe në trup. Amilazemia zbriti në 236 U. kurse amilazuria ishte 1024 U. nga 8-32 U. që konsiderohet normal. Transaminazat: SGOT 56 U (N=10-40 U), SGPT 74 U. (N=5-35U), pH u ngrit në 7,2. Kurse rezerva alkaline ishte brenda normës. U gjend një ujë e kalcesimisë në 8,36 mg<sup>100</sup>/vinte në dukje ndryshime të vletësime për t'u shënuar. Proteinogrami nuk nahe totalë, që ishin pak të ulura (6,03 gr<sup>100</sup>) po ashtu dhe të gamma globulinave (12,8<sup>100</sup>).

Ultrakorteksi iu dhë me 160 mg. ditën, prej të cilave 80 mg. i-venos dhe 80 intramuskular. Temperatura ishte subfebrile, por në mbremje iu ngrit përsëri në 39,04. Gjatë gjithë natës u çfaqën halucinacione vizive: i dilnin para syve fëmijë të vegjël, që kërkonte t'i largoeshin, shëqepi me lule etj.

Me 2 shtator, okulistit (Doc. A. Aroni) konstatoi një dezepitelizim të konjuktivës bulbare e palpebrale me pseudomembrana të trasha. Kornea ishte transparente.

Enantemat e kavitetit të gojës qenë ndryar në netrozja superficiale. (S. Tringev). Nën veprimin e dozave të mëdha të kortizolitëve, amilazemia u ul në 64 U, amilazuria vazhdohte të qëndrojë në 1024 U, kurse glicemia u ngrit në 296 mg<sup>100</sup>/v. Eritrocitet ishin rreth 5.000.000 për mm<sup>3</sup>, hematokriti 49 ml<sup>100</sup>. Koagulogrami pa ndryshime.

Ultrakorteksi iu vazhdua me 160 mg./ditën, kurse në vend të neoanterganit iu bënë dy ampula prej 0,05 feneegan dhe dy ampula prej 0,25 Theralene i-muskular. Eritromicina iu zëvendësua me tetraciklinë 1 gr./ditën, paraceteral, iu dhënë vitagolja nuk mund të merretë asgjë. Iu bë gamma globulinë, glukozë me doza të vogla insuline.

Me 3 shtator gjendja e të sëmurës ishte shumë e rëndë, amilazemia u normalizua (32 U), amilazuria u ul në 128 U dhe glicemia në 165 mg<sup>100</sup>. Urina përmbante albuminë 0,66 gr. për ml<sup>100</sup>, epitelie renale 2-3 për fushë, leukocitet qenë pakësuar në 8-10 për fushë, kurse eritrocitet 15-20 për fushë. Përveç këtyre u konstatua edhe një shkronjë e lehtë dhe tranzitore.

Pasi paraqiste të dhëna pulmonare për bronkopneumoni, dozat e ultrakorteksit u ulën në 50 mg. ditën 1-<sup>v</sup>, iu bë betran 1,5 gr. ditën 1-<sup>m</sup>, iu dhë strokhanthë, pomadë kortizon — kemecolinë në sy. Me 4 dhe 5 shtator, temperatura qëndronte rreth 39,0. Erdhe konsulti dermatologjike (Prof. K. Kërçkaj) përjashtonte një **penitigis** dhe mendonte për një toksidermi nga antihistokët. Riset pulmonare nuk qenë më të lokalizuara, por ditëve dhe ekzantamit radiologjik i bërë në shtrat, nuk vuri në dukje vatra bronkopneumonike, prandaj në datën 5 u vendos të bëhet një terapi desensibilizuese vetëm me deksametazon dy herë nga 2 mg. ditën **per os** dhe ultrakortën 25 mg. 1-<sup>m</sup>.

Në gjak u vu në derivacion i theksuar i formulës nga e majta: eritrocite 4.200.000/mm<sup>3</sup>, Hb 12 gr<sup>100</sup>, leukocite 7.400/mm<sup>3</sup>, formula: N 14<sup>100</sup>, E 0<sup>100</sup>, B 90<sup>100</sup>, L 17<sup>100</sup>, M 10<sup>100</sup>/Shk. 52<sup>100</sup>, metamelocite 5<sup>100</sup>, melocite 1<sup>100</sup>, geliza Turk 0%. Trombocite 260.400/mm<sup>3</sup>. Eritrosedimentacioni 54 mm/1 orë. Amilazemia 64 U, amilazuria 128 U. Pasi ndryshime elektrolitike: kalcemia 8,36 mg<sup>100</sup>, fosforëmia 3,06 mg<sup>100</sup>, kalce-mia 3,88 mEq/l dhe natreemia 132,4 mEq/l. Glicemia u ul në 128 mg<sup>100</sup>, glikozuria u zhdruk. Proteinat totale u nritën në 7,4 gr<sup>100</sup>, po ashtu gamma globulinat në 23<sup>100</sup> (N 12,8-19<sup>100</sup>).

Me 6 shtator, gjendja e përgjithëshme e të sëmurës ishte pak më e mirë, ish më e qetë, fisthe më të lehtësi dhe filloi të pijë nga pak likuide. Derivacioni i formulës nga e majta persistonte. Eritrosedimentacioni 63 mm/1 orë.

Në ditët e ardhëshme, gjendja vazhdohte të ishte e rëndë me perioda përmt-rësimi relativ dhe keqësimi, sidomos në mbremje. Temperatura luatëte rreth shifrave 39,0, kishte halucinacione vizive, auditive dhe me vonë olfaktive: ndjente një erë të keqe që e shprehte me një reaktion motor dhe parotomni shumë të gjallë. Nuk pranonte shokët e saj, as mjekun kurues, për të cilët thoshte se «komplotjë nuk kamdiër saj». Iu çfaq inkontinencë e urinës, gjendje delirante: shante shokët, fisthe me vethe, thoshte numëra pa lidhje, bënte lëvizje stereotipike etj. Në gjak u konstatuan granulatione toksike në leukocitet. Ndryshimet elektrolitike u theksuan: kalcemia 7,7 mg<sup>100</sup>, fosforëmia 2,91 mg<sup>100</sup>, kalcemia 3,20 mEq/l dhe natreemia 112 mEq/l, prandaj terapisi iu shrua sol. Darovi I i ditën.

Për të ngritur gjendjen e përgjithëshme, nën mbrojtjen e kortizonikëve, për-

veg gamma gjobimhave, në konsultë me Prof. I. Mosonyi, që ndodhej në vendin tonë, iu bë edhe transfuzion gjaku nga 200 ml. për 4 ditë rresht (8-11 shtator).

Për të mënjannar ndonjë infexion të rëndë, iu dha eritromicinë 1,5 gr. ditën, pasi, përveç ndryshimeve të lëkurës, buzët i kishte të mbuluar me eskara hemorragjike dhe mukozat e kavitetit bukal të mbuluar me membrana, nën të cilat shpeshin zona hemorragjike.

Që nga dita 10 shtator, gjendja e pacientës filloi të përmirësohet, temperatura qëndronte nën 38<sup>o</sup>, pulsi rreth 95-96 m, iu përgjigjej pyetjeve, i njihte njerëzit, kërkoi të një gumeshtë, urinonte në mënyrë të vullnetshme. Nga mezi i atij muaji, temperatura u normalizua për 3-4 ditë, pastaj vazhdohte të jetë subfebrile. Ekzaminimet e laboratorit shkolluan drejt normalitetit. Amilazemia 16 U, amilazuria 8 U, ndryshimet e urinës dhe formula e gjakut — përmirësuan shumë. Hemokultura ishte negative. Peritizonet iu hogen, dozat e kortizoneve iu ulën deri në 18 shtator, kur i ndërprej çdo mjekim dhe iu dha vetëm vitaminë C dhe B kompleks nga goja dhe mjekimi lokal me pomadë kortizon-kemicoelinë për mukozat dhe lokakorten për dermimet e lëkurës. Vezikulat e bulat e lëkurës pjerësit u çanë, formuan krusia dhe filloi deskruamimi i tyre si në trup, fytyrë ashtu dhe në gjymtyrët e sipërme e të poshtme. E sëmura filloi të ngrihet nga shtrati dhe përmirësohej vazhdimisht. 10 ditët e para të tetorit pati një pusë febril, lidhur me një absces gluteal, që i kërkoi nën veprimin e eritromicinës për os.

Elektroencefalograma paraqiste një disritmi të moderuar (Doc. B. Preza), megjithëse iu bë në 3 tetor, kur gjendja ishte përmirësuar shumë dhe fenomenet neuropshike gene zhdukur prej kohe.

Javën e dytë të tetorit iu përsëritën fenomenet dizurike dhe vazhdonte të ketë leukocite me shumicë në urinë, prandaj iu bë një mjekim me furadantini. Si fenomenet subjektive, ashtu dhe ndryshimet e urinës u normalizuan dhe më 1 dhjetor pacientja doli nga spitali në gjendje fare të mirë.

Kjo paciente që shtruar në repartin e drejtuar nga S. Lito, të cilin e falënderojmë që na dha mundësinë të shfrytëzojmë të dhënat e kërkuara, pasi njëri prej nesh (Doc. J. Adhami) ka marrë pjesë vazhdimisht në konsultat e organizuara për këtë paciente, nga Drejtori i spitalit Dr. Drin Ohri, bashkë me Prof. Fejza Hoxhën, Doc. B. Prezën, Y. Popen, H. Rusan etj.

**Rasë i tretë** — Pjester B. Veq 37, nga Bushneshti, minator në minierën e Mëzazit, u shtrua në klinikë më 25 mars 1968 me diagnozën **pneumonia dextra**. E konsideronte veten të sëmurë gjysh me datën 10 të atij muaji, kur iu çlirën shenjat e një pneumopatie akute të dështur, me të dridhura, temperaturë të lartë, kollë dhe pas dy-tri ditësh ekspektorat hemoptoik. Në vjetin 1962 ka qënë i shtruar për tre muaj në sanatoriumin antituberkular, prandaj mjeku i publiklinikës, që e vizitoi, e shtrioi në sanatoriumin e Tiranës më 19 mars. Afte i mjekëua me hipentilinë 800 000 U ditën, streptomicinë 1 gr., simpomatikë e vitaminë. Pasi u përfashhua natyra tuberkulare e progresit, u mendua për pneumoni virusale dhe përlonërit prandaj u dërgua në klinikën tonë.

Në klinikë u konstatua se pacienti fliste dhe gëlltiste me vështirësi, pasi ndjernte dhimbje të v. Temperatura ishte 38<sup>o</sup>5. Lëkura e fytyrës, barkut dhe pjesërisht kurvizit paraqiste një ekzantemë makuloze eritematoze ose hemorragjike; konjunktivat bulbare dhe palpebrale shumë të injektuara në disa vende me hemorragji. Margot palpebrale të maceruara, kurse faqja kryesme e palpebrave paraqiste bulat të maceruara dhe të supuruara. Komea, siç rezultoi edhe nga ekzaminimi oftalmologjik, ishte e pastër. Buzët, sidomos komisurati bukalë qënë të mbuluar me krusia. Gjoha shumë e ngarkuar, palatum i ulceruar. Në laringoskopi indirekte, që bëre nga specialisti, u pa se në vende-vende epigloto ishte hipertemioi, por ashtu dhe kordat vokale. I bezuar mbi çfaqjet digjeshive, mjeku i rojes mendoi për një kandidomikozë dhe i filloi mjekimin me nystatinë. Në gjak u vu re një leukocitozë e moderuar me polinukleoze, por eozinofilet qëndruan brenda normës. Ndryshimet e urinës flasin për një **pyelocystitis chronica ricidivanta**.

Gjendja e rëndë e pacientit, të dhënat anamnesticke, ndryshimet e lëkurës, mukozave, pas përdorimit të penicilinës dhe streptomicinës, na bënë të mendojmë për një sindrom Stevens-Johnson dhe i filluan mjekimin me delakorten, vitaminë të ndryshme dhe eritromicinë, pasi vatra pulmonare persistonte. Mukozat e syve, buzëve dhe palpebrat u mjekuan lokalisht me pomadë kortizon-kemicoelinë. Në sy i shtibej çdo ditë sol 1% atropini sulfuriel. Më datën 28 mars, temperatura ishte normalizuar, por megjithë terapinë e bërë, gjendja vazhdohte të ishte shumë e rëndë, maktat u transformuan në vezikula dhe bula si në kavitetin e gojës ashtu dhe në fytyrë e trup. Spuhtimi ishte sanguinolent. Prepuçimi ishte i skrupur dhe edematos. Po ashtu dhe shtroumi. Pas 2-3 ditësh, gjendja e përgjithëshme filloi të përmirësohet, ekzantema u pakësua, disa vezikula u çanë dhe u formuan krusia



në anët e fytyrë, kaq epidurma e shkollitur ishte e këputur nga pjesët e shëndosha të saj. Edhe këtu u mjekuan lokalisht me pomadë **kortizon-kemicetinë**. Gradualisht u zhdukën ndryshimet e lëkurës ashtu dhe ato të mucozave orificiale, kavitetit #3 gojës, larngjast dhe farngjast. Pas disa ditësh ankohje për paqumësi, dhimbje koke dhe në veshin e djathtë. Këtu të fundit dukeshin se lidheshin me ffaqjen e ekzantemës edhe më veshin e mesëm dhe të brendshëm, pasi pati dhe vertigo. Por të gjitha këto simptoma u zhdukën shumë shpejt. Më gjatë persistua ndryshimet inflamator të prepuçkornit. Më 29 prill doli i shëruar nga klinika si nga pneumonia atipike, pielocistiti, ashtu dhe nga sindromi Stevens-Johnson.

**Rasti i katërtë** — Shygyri C, Vjeç 25, punëtor në K. tekstilit Stalin, u shtrua në klinikën tonë më 22 tetor 1968 për një bronkopneumoni bazale të majtë, e cila përsëritte për të tretën herë po në atë anë (1963, 1967, 1968). Nga antecedenet vlen të përmendet se **soli, calcoli chlovrati** intravenos i kishte dhënë reaksion me edem të fytyrës dhe organeve gjenerative; ishte sensibël edhe kundrejt preparateve të jodit. Mjekimi u fillua me bipencilinë 1.200.000 U/d, sulfataleks 1,5 gr. ditën, sirup pektoral dhe vitamina C.

Të nesërmen, pasi bëri penicilinën rreth orës 7.30-8.00, në ora 10.30-11 pacientit pati një edem të buzëve dhe prurit të lëkurës më tepër të duarve. Për këtë nuk u vu në dijeni mjeku kurues. Në ora 17 thirret mjeku i rojes, sepse temperatura nga 3705 ju ngjiti në 3903, ju shuan simptomat e mëparshme, puls i ishte i shpejtë 120/mn, T.A. 100/60 mmHg (R.R.). Ai e konsideron si reaksion nga penicilina, prandaj ia ndërpret atë, i trit dozat e sulfataleksit në 2,0 gr. ditën, i shton neonorrgan parenteral aspirinë dhe karidionetikë. Më vonë ju ffaqën ekzantema urtikariforme në trup, të cilat persistojn edhe të nesërmen. Buzët vazhdojnë të jenë të enjtura, kurse konjuktivat u bënë hiperehemike. Iu hlog edhe sulfataleksi dhe iu zëvendësua me tetraciklinë 1,5 gr. ditën **per os**, iu dha neorantegan 0,08 nga 3 tableta ditën dhe delakortena 15 mg. ditën. Në ekzaminimin stomatologjik u gjend një stomatit herpeticorn medikamentos. Këtë mjekim u vazhdoi më 24 dhe 25 tetor, por temperatura qëndronte mndis 380 dhe 3809. Më 26 të atij muaji, iu ffaqën vezikula e dula me likuid seros ose serrohemoragjik në organet gjenerative, në buzë dhe në dorën e djathtë. Buzët dhe gjuha genë edematoze. Iu ndërpre edhe tetraciklina, iu dha nistamanë 2,0 gr. ditën, pasi i qe marrë kulturë për **canidia** nga goja (më vonë rezultati i laboratorit erdhi negativ), kurse meonorantegani iu bë i-mn 0,08 i shodëruar me sol. ultrakortien 40 mg. ditën i-mn. Lokalisht iu përdor kortizon-kemicetinë dhe për buzët sol, violet-genciane 1%<sup>0</sup>. Temperatura u ul qysh rreth ditë, por iu shuan dhimbjet e gojës sa nuk gëlltiste dot. Iu shuan vezikulat pemfigoide në dorën e djathtë, kurse në ato të organeve gjenerative u qa epidurma e kerustia purulente. Gjithën nuk e nxirte dot.

Në ditët e ardhëshme, gjendja e të sëmurit sa vinte përmirësohej, por pas ndërprerjes së antibiotikëve, bronkopneumonia persistonte, prandaj më 8 nëndor iu fillua tetraciklina me doza të vogla progresive për të parë sensibilitetin dhe iu vazhdua me 1,5 gr. ditën, deri në rezorbimin e plotë të saj. Më 20 të atij muaji, pacientit doli nga klinika në gjendje fare të mirë. Në organet gjenerative i kishte mbetur vetëm disa ulçeracione, për të cilat iu dha ambulatorisht pomadë me kortizon.

Ndryshimet e gjakut: të nesërmen e shtirmit u vu re një leukocitozë 16.600/mm3 me eozinofil 70% dhe shkopiinj 90%. Ditën e tretë eozinofilët u ngritën në 130%, pasraj u normalizuan dhe pas uljes së dozave të kortizonikëve dhe rifillimit të tetraciklinës u ngritën në 6 dhe në dalje 80%. Ndryshimet e fytyrë duhen marrë me rezervë, pasi pacientit iu gjelën **trichourus-rietiura** në ekzaminimin e feceve.

**Rasti i pestë** — Salt S, vjeç 28, punëtor në N.Sh. gjeologjike Kukës, u shtrua në klinikë më 10.V.1969, i dërguar nga spitali i atij qyteti me diagnozën «purpura hemorragjica Schonlein-Henoch». Më 30 prill, 1 dhe 2 maj u mjekua në fshatin Kallimash për një bronkopneumoni të djathtë me tetraciklinë 1,5 gr. ditën **per os** dhe sulfataleks 2,0 gr. ditën e parë dhe nga 1,0 gr. dy ditët e tjera. Duke gënjë së simptoms pulmonare-persistonin, më 3 maj rivizitohet në Kukës dhe i jepet bipencilinë e streptomine, kurse tetraciklinat dhe sulfataleksin i ndërpreu. Në mbretënim e kësaj date bëri 400/000 U bipencilinë dhe 0,5 gr. streptomoninë; të njëjtat doza i përsëriti dhe në mëngjesin e datës 4 maj. Nga drekta filloi të ketë të vella dhe dhimbje boriku, që pacientit i lidhte me ngrënien e një ëmbëlsive. Por në mbretënim e asaj dite iu ffaqën makula eritematoze në të dy kofshët, të pa shogënuara me prurit, pasitaj iu enjtën diart dhe këmbët që më gju e qoshë dhe iu ffaqën njolla hemorragjike në parakrahë, duar, kërcinj dhe këmbë. Pasi atë natë u shtrua në spitalin e Kukësit, ku u mjekua me ultrakortien, pipolfen e vitaminina. Të nesërmen edemat u theksuan, kurse në kavitein e gojës, gmingvat dhe fagen e brendëshme të buzëve, iu ffaqën vezikula hemorragjike, nga të cilat dilte gjak. Qysh nga data

7 maj, megjithë mjekimin që bënte atje, paraqiste vezikula e bula të mëdha e të vogla në gjymtyrët e poshtëme, të cilat in theksuan më tepër në 9 maj, gjatë udhëtimit nga Kurkësi për në Tiranë. Po atë ditë in çfaqën njëlla hemorragjike në veshin e djathtë dhe hundë.

Në ditën e shtirimit në klinikë, frytën e kishë të skuqur, konjuktivat të injektuara, në sklerën e majtë shihet një zonë hemorragjike; maja e hundës, veshët dhe buza e poshtëme paraqitën petekie dhe vezikula të vogla hemorragjike. Buza e sipërme dhe gjingjat genë të mbuluara me krusia të formuara në vendin e vezikulave të çara. Pjesa e sipërme e trupit, sidomos dy sipakullat, përmbanin njëlla hemorragjike me diametër deri 1 cm. Duart genë edematoze sa nuk mund t'i mbyllte. Si në duar ashtu dhe në paratrache vësheshin re vezikula me dimensione të ndryshme sa një kokër meji deri sa një lajthi e madhe, të vendosura mbi një sfond eritematos dhe që përmbanin likuid serohemorragjik. Më pak në krajtë e mëteper në kofshë e sidomos në gjunjë, shiheshin disa vezikula ose peteke eritematoze të rrethuara me një zonë me ngjyrë më të çelët dhe 'ashhtë' saj me një zonë tjetër më të errët, që kanë pamjen e "darget cells" frushen e mikroskopi. Lektura e kërcinjve paraqiste një pupur hemorragjike të theksuar dhe në vende-vende mbulohej me vezikula e bula me likuid sero-hemorragjik me dimensione të ndryshme deri 4-5 cm/7 cm; muret e tyre genë, ku më shumë e ku më pak, të tensionuar, shumtë të dhimbshme gjatë prekses; në disa të tjera likuidi ishte më i pakët dhe shtresa epidermale e shkollitur dutej e rrudhur. Në organet e tjera nuk paraqiste ndryshime të vlefshme për t'u vënë në dukje. Temperatura 3906. Në gjak vthej re një leukocitozë e moderuar deri 10.600/mm<sup>3</sup>, eozinofilet pa ndryshime, trombocitet 203.280/mm<sup>3</sup>.

U mendua për një sindrom Lyell të arthur nga penicilina e streptomicina dhe in fillua mjekimin me ultrakortan 75 mg. ditën 1-m, promethazini (trensengan) 100 mg. ditën 1-m, **sol caloli chloralid** 100% 10 cc i-v, **sol, vitamini C** 5% cc i-m dhe **ruhid** 0,6 /ditën per os. Lokalisht u përdor **laecorteni**.

Brenda katër ditësh temperatura u normalizua, por zonat eritematoze ndryshuan ngjyrën, nga të kuqe në vishnje u bënë më të errëta dhe në disa vende bliu të zeza, epidermisi i bulave u ça dhe ra në formë coprash; nën të dukej derma e skuqur si flakë, eksfoliacioni (çoshkja) e lektrës bëhej dhe në vende ku nuk kish vezikula. Simptomi i Nikolskit ishte pozitiv. Në disa vende, vecanërisht në gjymtyrët e poshtëme, u formuan sekera, që digjinin dhe dhenbinin shumtë, disa u supuruan, disa ishin hemorragjike, të tjerat në fazën e përtharjes të mbuluara me krusia. Të gjitha këto ndryshime të kujtonin djegëjet e Gradës së parë ose të dytë. Të sëmurit in çfaq një subbrilient, prandaj për pesë ose gjashtë ditë i shtruan **poramidon** 2,0 gr. ditën per os, ultrakorteni in zëvendësua me detakorton per os, fenerganin u hoq dhe që nga 29 maji in ndërpre çdo mjekim, me përjashtim të lokakortentit, të cilin e vazhdoi deri më 9 qershor, kur doli nga klinika i shëruar.

## D i s k u t i m

Nga pesë pacientët të mjekuar prej nesh, katër ishin meshkuj, megjithëse të dhënat e literaturës thonë se kryesisht preket seksi femër. Kështu Garnier G. (1962), nga 30 rastet e literaturës, 21 ishin femra, vetëm 9 meshkuj, kurse Gagliardi B. dhe Ricciardiello P.T. (1964), të bazuar mbi një statistikë të grumbulluar nga literatura, tregojnë se edhe në feminjë, dy të tretat e rasteve janë femra. Me ndryshim prej këtyre, Kallamkarjan A.A. (1965), thotë se sëmundja takohet me të njëjtën shpeshësi në të dy sekset.

Në materialin tonë na ra në sy fakti se tre nga pacientët tanë ishin punëtorë minierash, megjithëse kjo mund të jetë edhe gjë e rastit.

Përsa i përket etiologjisë, Kallamkarjan A.A. (1965) citon punimet e Lyell, Degos, Pophristov P., Schaulow bp, sipas të cilëve ky sindrom është gjithmonë pasojë e përdorimit të medikamenteve (antibiotikë, sulfamide, fenoflalinë, barbiturkë etj.). Po ky autor citon dhe punimet e Lange e Walker, Frain-Bell dhe Koblenzer (1961), sipas të cilëve në 21 nga 45 rastet e mbledhura në literaturë, sindromi ishte çfaqur jo në lidhje me përdorimin e ndonjë medikamenti. Edhe Potshnik M. B., Vorobiev N.M. etj., cituar nga Mashkillejson A.I.I. dhe Piskunova E.I.

(1965), flasin për një çfaqje të tillë të këtij sindromi. Këta të fundit mendojnë se sindromet që zhvillohen pa shkak të përcaktuar, nuk janë nekrozita të vërteta toksike, por pastaq shkojnë se mundet që shkakëtar i sëmundjes të mos jetë substancë medikamentozë, por të zotërojë cilësi toksiko-alergjike. Po kështu Garnier G. (1962) nga 30 rastet e mbledhura në literaturë, konstatoi se 24 ose 80% e tyre kishin përdorur një ose më shumë medikamente, kurse gjyshtë të tjerët nuk jepnin asnjë të dhënë anamnestike në këtë drejtim.

Një rast i tillë i çfaqur pa përdorur ndonjë medikament, para se të sëmurjet, është përshkruar në literaturën tonë nga Cerga Q. (1965). I bazuar mbi të dhëna të tilla, Bondarenko B.A. (1968) thotë se shkakëtarët e sëmundjes janë medikamentet, por ndonjëherë etiologjia mbetet e panjohur.

Sig del nga kazuisitika e jonë, në të pesë rastet, sëmundja lidhet drejtpërdrejt me përdorimin e medikamenteve. Të gjithë pacientët kanë bërë bipencilinë, në katër prej tyre, është kombinuar me streptomicinë dhe në një me sulfaleks.

Megjithëse ne nuk bëme kutireaksione për të parë sensibilitetin kundrejt antibiotikut, gjë që mund të ishte e rezhikësime për jetën e pacientit, në bazë të përvojës së këtyre 10-15 vjetëve të fundit, kur reaksionet e penicilinës janë shumë më të shpeshta se ato të streptomycinës, mund të supozojmë se faktori etiologjik, në rastet tona, ka qenë bipencilina.

Megjithatë, shumica e rasteve që kemi gjetur të përshkruar në literaturë, i detyrohen jo penicilinës, por sulfamideve dhe veganerisht atyre me veprim të zgjatur (De Toni jr., Gagliardi B. e Ricciardello P.T. etj.).

Kështu, raste të shkakëtuara vetëm prej sulfamideve janë përshkruar nga një rast prej Dugois P. e bp., Thorel F., Michon P. e bp., Saraux e bp. (tre raste, 1961), Berheim M. e bp., De Toni jr. (dy raste), Garnier G. (1962), Behune G. e Denys P. (1963), Gagliardi B. e Ricciardello P.T. (1964), Kallamkarjan A.A. (1965), Gofman M. A. e Shliçkov A.V. (1968) etj.

Beyer P. dhe bp. (1962) përshkruan një rast nga sulfamidet (sulfametoksipiridazina) dhe kloramfenikoli, ku sindromi Lyell shoqërohej me agranulocitozë dhe përfundoi në vdekje; Popov I.S. e bp. (1964) nga norsulfazoli dhe kombinimi piramidon me fenacetinë dhe antipirinë. Bondarenko B.A. (1968) ka paraqitur një tjetër, të shkakëtuar nga kombinimi norsulfazoli me aspirinë. Corricciati L. dhe Friggeri L. (1962) përshkruajnë një të sëmurë me sindrom Lyell të shkakëtuar nga penicilina, gjë që e vërteton me anën e intradermoreaksionit, që ishte pozitiv. Behune G. dhe Denys P. (1963) kanë observuar një rast të çfaqur gjatë përdorimit të streptomicinës dhe izoniazidit, të vërtetar me anën e intradermoreaksioneve, që ishin pozitive kundrejt këtyre dy preparateve, kurse përdorimi intramuskular dha një kuadër klinik të ngjashëm me sindromin Lyell tipik.

Në literaturën e shfrytëzuar prej mesh, kemi konstatuar se në etiologjinë e këtij sindromi hyjnë edhe faktorët të tjerë medikamentozë: Medinalli (Popov I.S. e bp. 1964), oksitetraçiklina (Maskillejson A.II. dhe RISKUNOVA 1965), aminazina, tre pacientë që përfunduan në vdekje (Kallamkarjan A.A. 1965), fenoltaleina (Témime P. e bp. 1966), spiramicina (rovamicina) (Amblard P. e bp. 1968), fenobarbitali (Gofman M.A. e Shliçkov A.V. 1968), unitidoli 50% (Kallamkarjan A.A. 1968) etj.

Përsa i përket patogjenезës, ne bashkohemi me mendimin e Garnier G. se këtu është fjala për një proces alergjik, për një sensibilizim të organizmit dhe jo për një mekanizëm toksik, siç thoshte Lyell, ose «sëmundje infektive toksiko-alergjike», siç thotë Cerga Q. Rastet tona i detyrohen sensibilizimit të organizmit nga antibiotikët. Kundra procesit toksik flet fakti se kemi pasur raste që u bëjmë të sëmurëve me dhjetra milion unitete penicilinë në ditë intravenoze, pa pasur asnjë fenomen toksik. Në favor të natyrës alergjike janë intradermoreaksionet pozitive kundrejt penicilinës (Coriciaci L. dhe Friggeri L.) dhe streptomicinës e izoniazidit (Behune G. dhe Denys P.) etj. Përsa u përket rasteve, ku nuk janë përdorur medikamente, mund të jenë faktorë të tjerë që sensibilizojnë organizmin, qofshin këto trupa protektorë të jashtëm, qofshin prodhimet të melabolizmit të mikroorganizmave të ndryshme. Të dhëna që të vëretojnë pikepamjen e fundit nuk kemi gjetur në literaturë, me përjashtim të një rasti me sindromin Stevens-Johnson të përshkruar nga Dovzhanskij S.I. dhe Stahno R.A. (1968) tek një e sëmurë me poliartrit reumatizmal dhe reumokardit, ku dy herë me radhë iu çfaq një eritemë polimorfe tipike, kurse gjatë recidivës tjetër sindromi në fjalë. Të nisur nga ky observation, autorët mendojnë se mund të ketë lidhje midis sindromit Stevens-Johnson dhe reumatizmit si sëmundje infektivo-alergjike.

Izolimi i një virusi dhe i antikorpeve respektivë në serumin e një pacienti me sindrom Lyell nga Merklen F.P. e bp. (1963), mund t'i detyrohen një infeksioni sekonдар, ashtu siç ngjau në rastin e të sëmurës të Gagliardi B. dhe Ricciardiello P.T. (1964), ku sindromi u çfaq nga një preparat sulfamidik, kurse kultura e likuidit të bulave të lëkurës ishte pozitive për stafilokok; pozitiv ishte edhe fiksimi i komplementit për adenovirus. Kallamkarian A.A. (1965) thotë se në ekzaminimet bakteriologjike nga vatrat e hapura të lëkurës gjendet florë e shumëllojshme, kryesisht streptokoksike e stafilokoksike; por hemokulturat dhe përmbytja e bulave të pa hapura janë sterile. Edhe në rastin tonë të dytë, hemokultura ishte sterile. Dëmtimet e shumta anatomopatologjike që janë konstatuar në disa autopsi si abscese cerebrale, hienale, nekroza të suprapneleve, bronkopneumoni, pielonefrite, nefroza etj. duhen konsideruar si pasojë e infeksioneve sekonдарe dhe jo si shkaqe të sëmundjes.

Autorë të tjerë si Langier P. e bp. (1964) kanë gjetur në autopsi ulceracione dhe hemorragji të traktit digjestiv. Nga të gjitha këto, duket qartë se teoria alergjike, që përpigjet të shpjegojë patogjenезën e sëmundjes, në bazë të sensibilizimit të organizmit kundrejt këtij ose atij preparati, është më e pranueshme. Vëshitje është të sjellim raste kur pacientët nuk e kanë përdorur herë tjetër atë medikament dhe shenjat e sëmundjes çfaqen qysh me injeksionin e parë. Kështu ndodhi në rastin tonë të parë, që pacienti nuk mbante mënd të kishte bërë herë tjetër penicilinë as streptomicinë dhe, megjithatë, pas injeksionit të parë, ai pati të dridhura dhe edemë palpebrale.

Disa autorë si Dehoré R., Lamy M. dhe Lamothe M. (1963) përpigjen ta shpjegojnë me një disenzimopati kongjenitale. Për intolerancë dhe deficit të një enzime flasin edhe Saraux H. e bp. (1966). Ne na duket më e arësyeshme të supozojmë se këta pacientë mund të jenë sensibilizuar gjatë injektimit të substancave të tjera, me siringë që më parë janë përdorur për të bërë antibiotikë dhe sasira minimale antibiotiku kanë mbetur në to ose gjilpërat e papastuara mirë.

Sëmundja mund të recidivojë, nëqoftëse nuk gjëndet ose nuk më-

njanohet faktori sensibilizues. Kështu rasti i Popov J.S. e bp. (1964) pësoi katër recidiva brenda një vjeti. Njëri nga dy rastet e Gofman M.A. dhe Shliçkov A.V. (1968), gysh nga vjeti 1949 deri më 1963 u shtrua gjashtë herë me shenja tipike të një sindromi Lyell, të ardhur pesë herë, si pasojë e përdorimit të sulfamideve dhe medikamenteve të tjera dhe një herë pas një intoksikimi ushqimor.

Përsa i përket klinikës së rasteve tona, ishte tipike për sindrom Lyell, me përjashtim të rasti të tretë, ku lokalizimi mbizotëronte në mukozat, duke përmbledhur edhe veshin e mesëm e të brendshëm; veç kësaj, dëmtimet genë më të theksuara në orificiumet natyrale, ashtu siç ndodh më shpesh me sindromin Stevens-Johnson, por sikurse e thamnë më parë, diagnoza diferenciale midis tyre është shumë e vështirë dhe këto nga shumë autorë konsiderohen si dy forma të të njëjtës sëmundje, prandaj ne i përshtuam që të pesë rastet bashkë.

Në të pesë pacientët tanë është konstatuar një leukocitozë e moderuar deri në 16,600 mm<sup>3</sup> me deviacion të majtë, i cili ka genë vecanërisht i theksuar në rastin e dytë, ku u çfaqën 52% shkopinj si dhe disa metamielocite e mllocte.

Përsa u përket eozinofileve në dy raste genë të shtuara 13 dhe 23%, në dy nuk e kalonin kufirin, kurse në tjetrin gjatë ekzaminimeve të ndryshme, eozinofilet genë brenda normës dhe vetëm në fund të muajit të dytë u ngritën deri 11%, atëhere kur preparatet kortizonike kishin kohë që ishin ndërprerë. Edhe Mashkillejson I.I. dhe Piskunova E.J. (1965) kanë konstatuar në rastin e paraqitur prej tyre eozinofili që arrinte 11%. Kallamkarjan A.A. (1965) flet për leukocitozë dhe deviacion të theksuar majtas. Kështu shkopinjtë arrinin në 31% në rastin e tij të parë dhe 31-40% në të dytën. Por nga rastet e ndryshme të gjëtura në literaturë, ka pasur dhe pacientë me leukocite normal, leukopeni dhe me limfocitozë. Nuk duhet harruar se luajtjet e leukocitozës, deviacioni i majtë dhe eozinofilia mund të ndryshojnë edhe me përdorimin e kortizonikëve si dhe supracionin ose jo të manifestimeve të lëkurës dhe vrozjave.

Një vrojtimet tona (rasti i dytë) vlejné për t'u vënë në dukje turbullimet e theksuara psikike që paraqiste pacientja, të cilat duhet të jenë pasojë e dëmtimeve organike në sistemin nervor central si edem cerebral dhe enantema të lokalizuara në pjesët e ndryshme të tij. Për manifestime psikike, megjithëse në pak të theksuara, flasin edhe autorë të tjerë. Kështu rasti i parë i Kallamkarjan A.A. (1965), që ishte një grua diabete-like, para vdekjes, pati halucinacione vizive. Po tek rasti ynë i dytë, ne kemi konstatuar ndryshime të tjera, që nuk i kemi gjetur të përshkruara në literaturën e konsultuar prej nesh. Këto janë ndryshimet e pankreasit. Gjëndja e rëndë e kollapsit, taktikardia, dhimbjet e barkut, megjithëse kllururgu e përjashtoi klinikisht pankreatitin akut, nuk mund të shpjegohej pa ndryshime nekrotike të këti organi, në një kohë kur amilazemia arriti 256 U dhe amilazuria në 1024 U. Ndryshimet ishin jo vetëm në pankreasin ekzokrin, por edhe në atë endokrin, prandaj glicemia u ngrit në 296 mg% dhe u çfaq glikozuri. Këto ndryshime ne nuk mund t'i konsiderojmë si një diabet kortikoid, sepse nën veprimin e këtyre preparateve, krahas uljes së amilazemisë e amilazurisë, u ul edhe glicemia dhe u zhduk glikozuria.

Përsa i përket prognozës, të dhënat ndryshojnë nga një autor në tjetrin. Kështu nga statistika e Garnier G. vdiqën afro dy të tretat e rasteve.

Sipas Daniel F. (1969), prognoza është e errët, pasi tri të katërtat e tyre vdesin në 10 ditët e para nga dehidratimi, reinfeksionet ose prodhimet metabolike. Edhe Popov J.S. e bp. (1964) thonë se shumica e të sëmurëve përfundojnë në vdekje.

Sipas statistikës së Gagliardi B. dhe Ricciardiello P.T. (1964) vdiqën më pak se një e treta e rasteve, gjë që korrespondon dhe me punimet e Mashkillejson A. Il., Piskunova E.J., Kallamkarjan A.A. (1965), sipas të cilëve 30% e rasteve vdesin shpejt nga gjendja komatozo-shokale.

Në rastet tona, prognoza ka qënë e mirë dhe nuk kemi pasur asnjë vdekje, pavarësisht nga gjendja e rëndë në të cilën u paraqitën pacientët, veçanërisht rasti i dytë dhe i pestë.

Duhet thënë se prognoza lidhet edhe me sipërfaqen e lëkurës së dëmtuar. Këshu Kallamkarjan A.A. (1968) thotë se dëmtimi i 70-80%<sup>0</sup> e sipërfaqes së trupit në të rritur rezikon jetën e pacientit.

### Konkluzione

Të mbështetur mbi të dhënat e literaturës dhe pesë, rastet tona, mund të arrijmë në këto konkluzione:

- 1) Krahas shimit të reaksioneve nga antibiotikët, është rritur dhe numëri i të sëmurëve me sindromin e Lyell.
- 2) Përveç dëmtimeve të lëkurës dhe organeve të tjera, mund të preket pankreasi, si ai ekzokrin, ashtu dhe ai endokrin.
- 3) Në patologjenezën e sëmundjes nuk lot rol sasia e antibiotikut, por sensibilizimi i organizmit kundrejt tij.
- 4) Kortizonikët dhe antihistaminikët përbëjnë bazën e mjekimit të këtyj sindromi.
- 5) Fakti që një pjesë e këtyre pacientëve përfundojnë në një gjendje të rënda septike, na detyron që preparatet antinflamatore t'i shoqërojmë me antibiotikë kundrejt të cilëve organizmi nuk është sensibilizuar më parë.

Dorëzuar në redaksi më  
15 gusht 1969

### BIBLIOGRAFIA

1. — **Ambiard P., Imbert R., Dugois P., Deshors G.:** Syndrome de Lyell d'une extrême précocité par spiramycine. Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie, Réunion de Lyon, 27 Juin 1968. (Marré nga Presse Médicale 1968, 76, 44, 2122).
2. — **Beyer P., Wassner A., Alexandrovitains H., Korn R.:** Syndrome de Lyell (toxicol epidermal necrolysis). A propos d'une observation avec aggratulooytose chez un enfant de 7 ans. Presse Médicale 1962, 18, 902.
3. — **Bernheim M., Sacrez R., Levy J.M., Heitzmann F., Dayez F.:** Observation d'un cas de syndrome de Lyell chez un enfant. Presse Médicale 1962, 70, 18, 902
4. — **Bondaranko B.A.:** Shlugaj sindroma Lyell-a. Kliniceskaja medicina 1968, XLVI, 8, 144.
5. — **Bethune G., Demys P.:** Nécrose toxique de la peau. Syndrome de Lyell. Traitement hormonal. A propos de trois cas. Acta Paed. Belg. 1963, 17, 33.
6. — **Cerga Q.:** Kontrbut në studimin e të ashtiquajturit «sindrom Lyell» ose «nektroliza epidermike toksike». Buletini i U.Sh.T. Seria shkencat mjekësore 1965, V, 1, 78.
7. — **Corteziani L., Friggeri L.:** Epidermolisi necrosante acuta da allergia penicil-llinica (Sindrome di Lyell). Minerva Dermat 1962, 37, 150.

8. — Daniel F.: Syndrome de Lyell. *La vie médicale* 1969, 10, 1260.
9. — De Toni jr.: La sindrome di Lyell. *Minerva Pediatr* 1962, 14, 1202.
10. — Debré R., Lamy M., Lamotte M.: L'érythrodermie bulleuse avec épidermolyse. *Presse Médicale* 1963, 71, 7, 509.
11. — Degos R., Garnier G., Malarné J., Ossipovsky B.: Leucémie lymphomonocytaire suraiguë. Forme bulleuse et olivace épidermique généralisée. *Bull. Soc. Française Dermat. et Syphil.* 1953, 60, 419.
12. — Dovzhanstij S.I., Skahno R. A.: Sindrom Stevens — Johnson-a u balnoj revmatizmom. *Kliničeskaja Medicina* 1968, XLVI, 8, 140.
13. — Drogichin O.: Aspecte clinice ale accidentelor terapeutice cu antibiotice intr-un spital rațional. *Viata medicală* 1962, IX, 2, 81.
14. — Dugois P., Mezare Y., Gagnaire P.: Purpura et syndrome de Lyell causés par l'abus d'un sulfamide retard. *Lyon Médical*, 1961, 93, 195.
15. — Gagliardi B., Rhoardatiello P. T.: Considerazioni su di un caso di necrolisi epidermica tossica o sindrome di Lyell. *Minerva Medica* 1964, 55, 40, 1616.
16. — Garnier G.: Syndrome de Lyell. *Presse Médicale* 1962, 70, 29, 1437.
17. — Gohman M.A., Shlegov A.V.: O mnozhestvennoj nekrotičeskoj foksikodermii tipa sindroma Lyell-a. *Sovetskaja Medicina* 1968, XXXI, 8, 139.
18. — Kallamkarjan A.A.: Toksiko-alergičeskiy epidermalnyj nekroz (Sindrom Lyell) *Sovetskaja Medicina* 1965, XXVIII, 7, 77.
19. — Kallamkarjan A.A.: K voprosu o vzaimooščenijah mjezdu sindromami Stevens — Johnson-a, Lyell-a, lekarsivlenimni dermatitami i mnogofornnoj eksudativnoj eritemoi. *Sovetskaja Medicina* 1968, XXXI, 11, 117.
20. — Langier P., Gisselbrecht H., Risold J.P., Pagaault G.: Syndrome de Lyell. Société Française de dermatologie et de syphiligraphie. Séance du 9 janvier 1964. (Marré nga Semaine des hôpitaux 1964, 26, 1565).
21. — Maashkilejson A. L.L., Piskunova E.J.: O boleznj Lyell. *Sovetskaja Medicina* 1965, XXXVIII, 7, 75.
22. — Merklen F.P., Gallistin P., Cotténot F.: Isolement, dans un syndrome de Lyell, d'un virus avec anticorps correspondant décelé dans le sérum par immunofluorescence. Société française de dermatologie et de syphiligraphie. Séance du 14 novembre 1963. (Marré nga Semaine des hôpitaux 1964, 20, 1232).
23. — Michon P., Larrea A., Huriet C.: Toxidermie bulleuse exfoliante mortelle semblant due à l'emploi d'un nouveau sulfamide. *Bulletin Société Française Dermatologie et de Syphiligraphie* 1961, 68, 656.
24. — Musumeci V.: Sulla sindrome di Lyell. *Minerva dermatologica* 1962, 37, 352.
25. — Popov I.S., Turleina E.M., Bondar Z.S.: Syndrom Lyell. *Vestnik dermatologii i venerologii* 1964, 1, 26.
26. — Saraux H., Chigot P., Chasseigne P., Devaux P.: Manifestations oculaires au cours du syndrome de Lyell. Société d'ophtalmologie de Paris, 21 novembre 1961. (Marré nga Semaine des hôpitaux 1966, 74, 11, 536).
27. — Soltermann W.: Toxic epidermal necrolysis (Lyell) new syndrome or specially severe form of allergicderma? *Dermatologica* 1959, 118, 265.
28. — Téminé P., Privat Y., Poirier J.: Syndrome de type Lyell (rôle de la phénothaléine). Société française de dermatologie, Filiale de Marseille, 19 mars 1966. (Marré nga Semaine Médicale 1966, 74, 44, 2285).
29. — Thorel F.: Eruption pemphigote rapidement mortelle. Intolérance médicamenteuse possible. *Bulletin Société Française dermatologie et syphiligraphie* 1961, 68, 78.
30. — Welch H., Lewis C.N., Veinshstein G.I., Beckman B.B.: Severe untoward reactions produced by antibiotics. *Arch. and chem.* 1953, 3. (Marré nga *Kliničeskaja Medicina* 1959, XXXVII, 5, 20).

#### S u m m a r y

### FOUR CASES WITH THE LYELL SYNDROME AND ONE WITH THE STEVENS-JOHNSON SYNDROME AFTER TREATMENT WITH ANTIBIOTICS.

Four cases of the Lyell syndrome and one of the Stevens-Johnson syndrome are discussed. Both syndromes are described together, since they are considered different forms of the same illness. In all the cases the



Fig. 1, Fig. 2.

Rasti i II. Fytyra edematoze e mbushur me vezikula, që përmbajnë likuid seros ose seropurulent si dhe papula eritematoze. Palpebrat nuk mund të hapen nga edemi, sekrecioni purulent dhe krustat që ndodhen në margot e tyre. Po ashtu dhe buzët të mbuluara me vezikula, eskara dhe krusta.



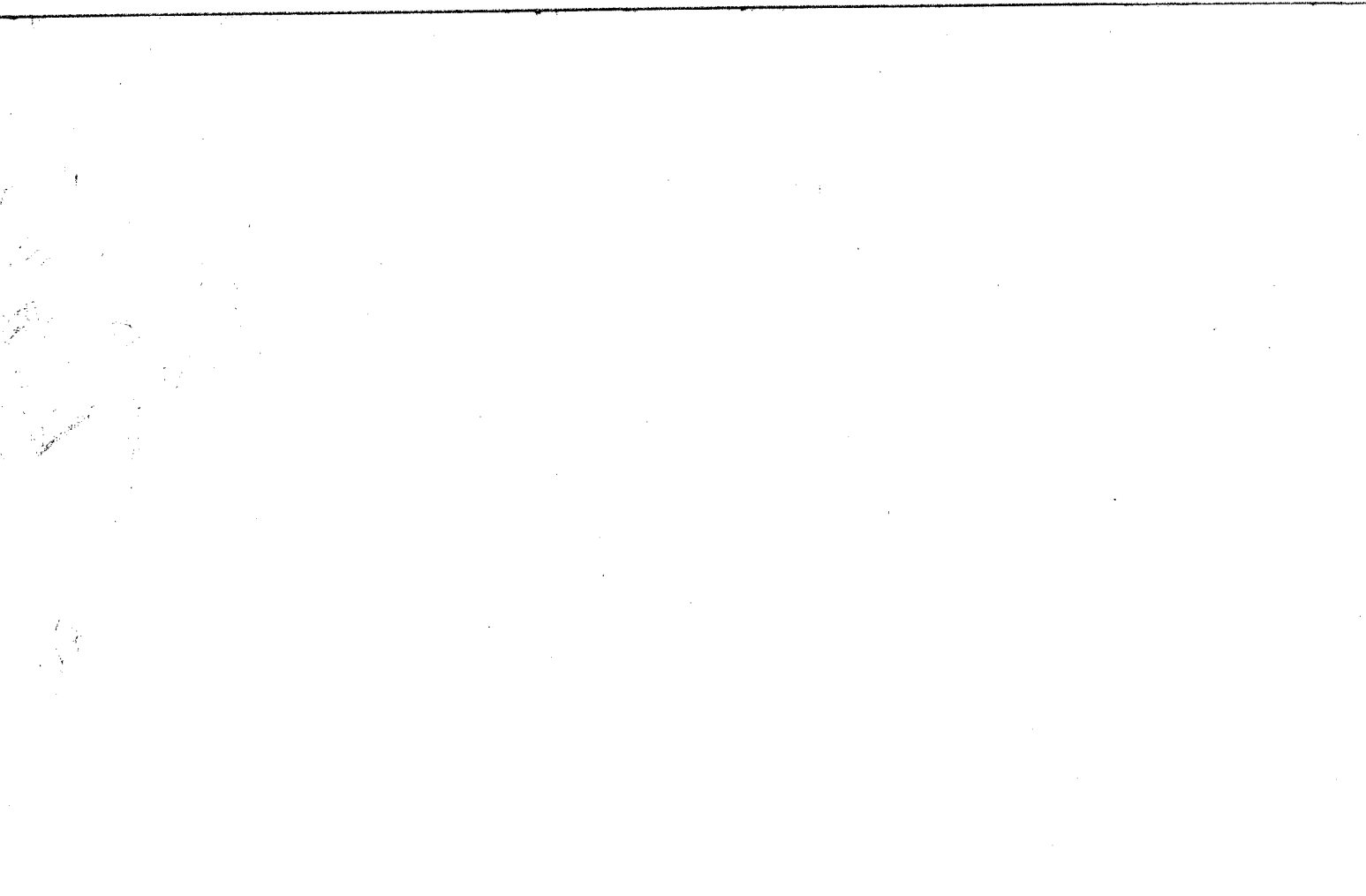




Fig. 3.

Po ai rast. Lëkura e krahavorit, barkut dhe ekstremiteteve është e mbuluar me vezikula të vogla, makula dhe papula eritematoze. Në faqen dorsale të dorës së majtë duket një zonë ku ka filluar deskuamimi i epidermës.

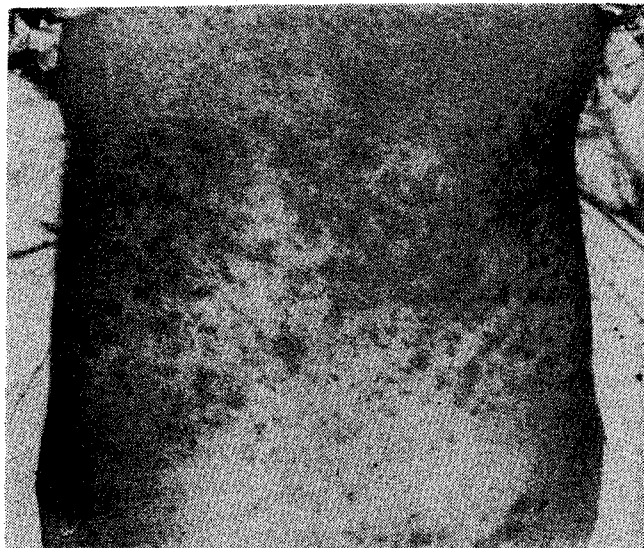


Fig. 4.

I njëjti rast. Lëkura e kurrizit e mbuluar nga të njëjtat formacione, vetëm se më të dendura se në pjesët e tjera të trupit dhe konflujnë njëra me tjetrën.

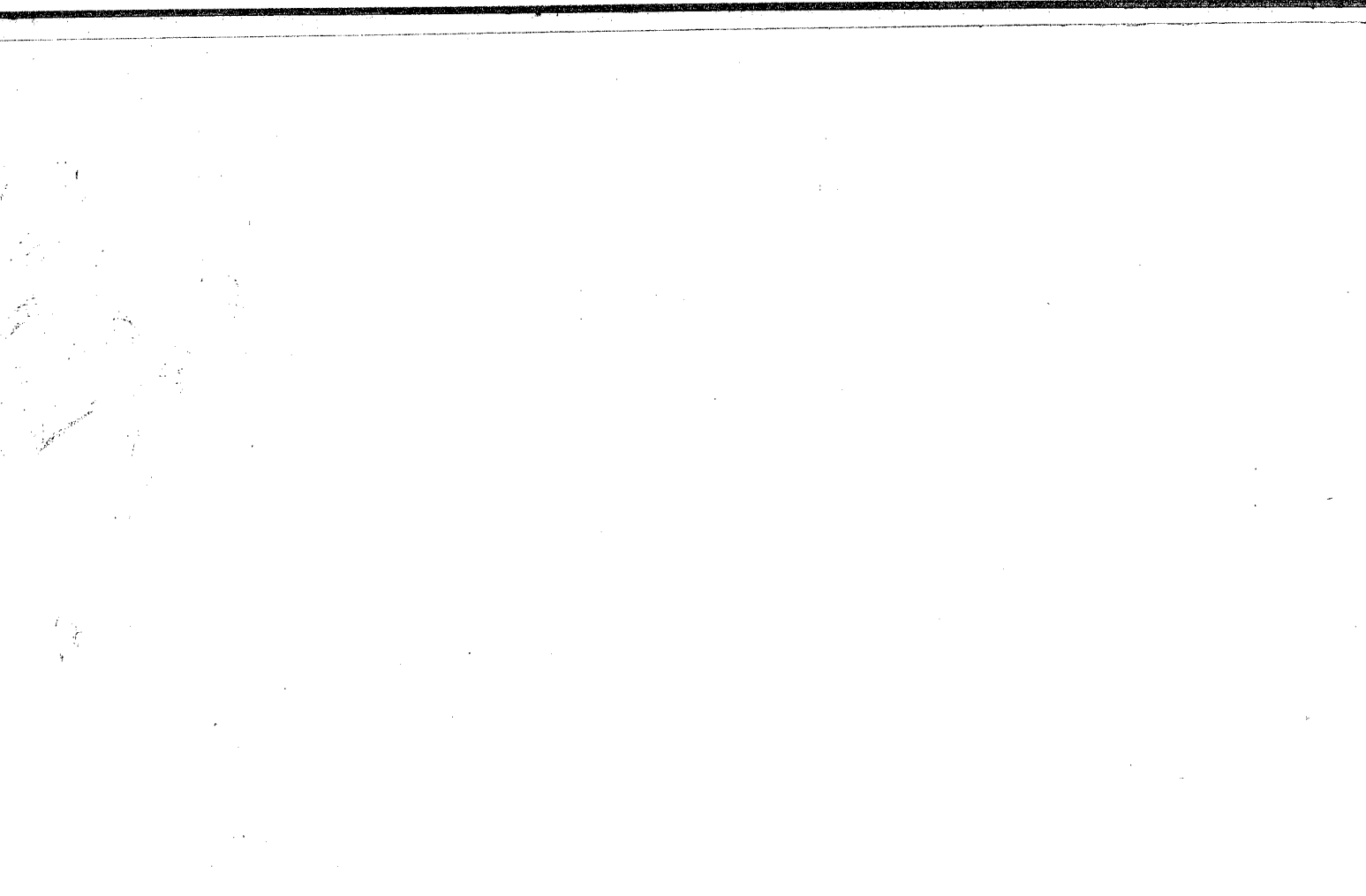




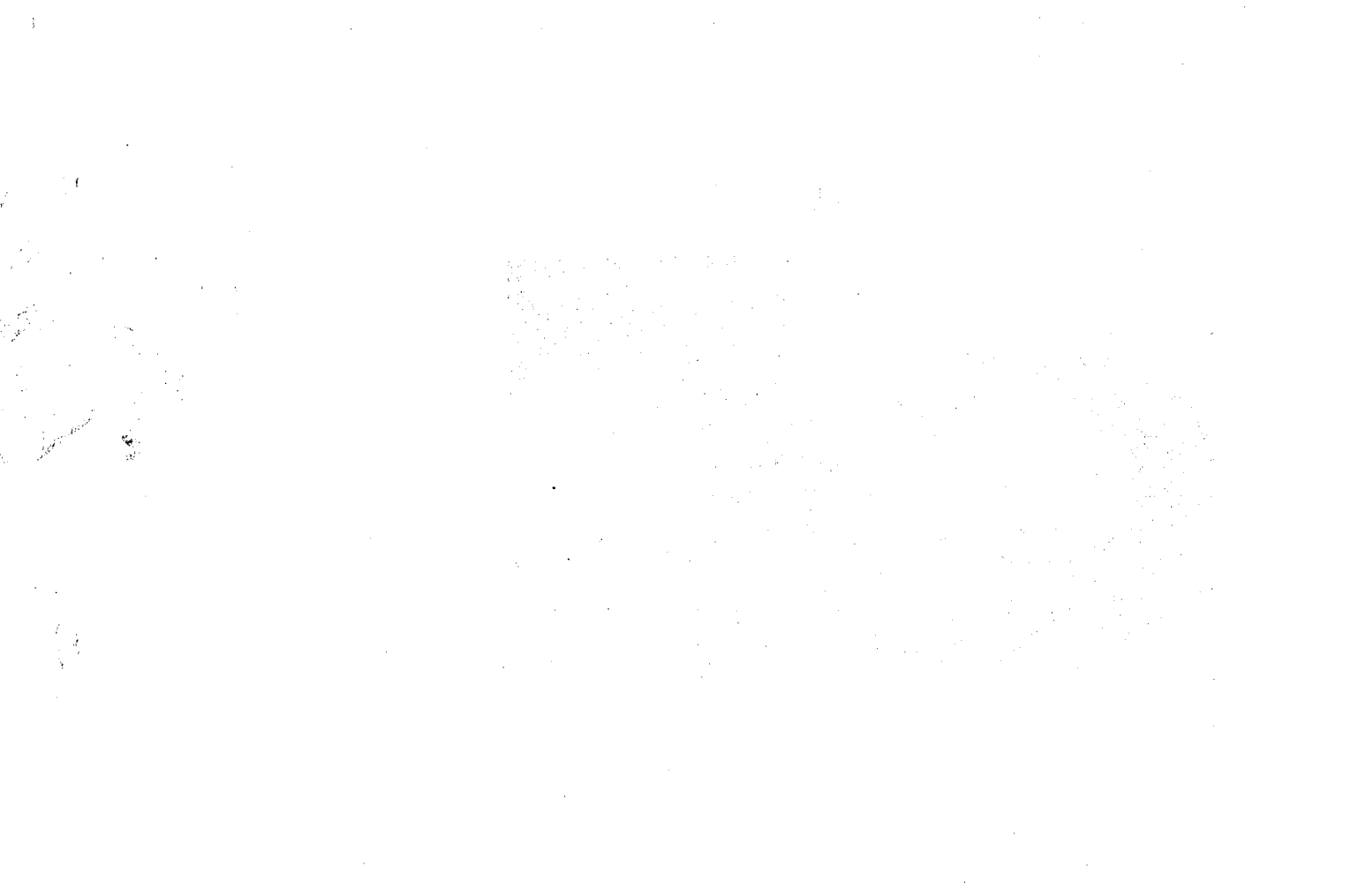
FIG. 5 Sinta M. Me përmitrësimin e gjendjes të githë thonjtë i ranë dhe i dotën të rinj.





Fig. 6.

Rashi i III. me sindrom Stevens-Johnson. Margot  
palpebrale të macerura, faqja kutan e palpebrave  
ka bula me likuid serohemorragjik, purulent dhe  
krusta, të cilat e detyrojnë pacientin t'i mbajë sy-  
të mbyllur. Edhe në buzë, sidomos në komsurën  
bukale të majtë, duken krusta. Në pjesën tjetër  
të fytyrës ka tek-tuk ndonjë vezikulë ose papulë  
eritematoze apo peteke hemorragjike. Një hundë e  
garë dhe e mbuluar me krustë shihet në pjesën e  
poshtëme të sternumit.



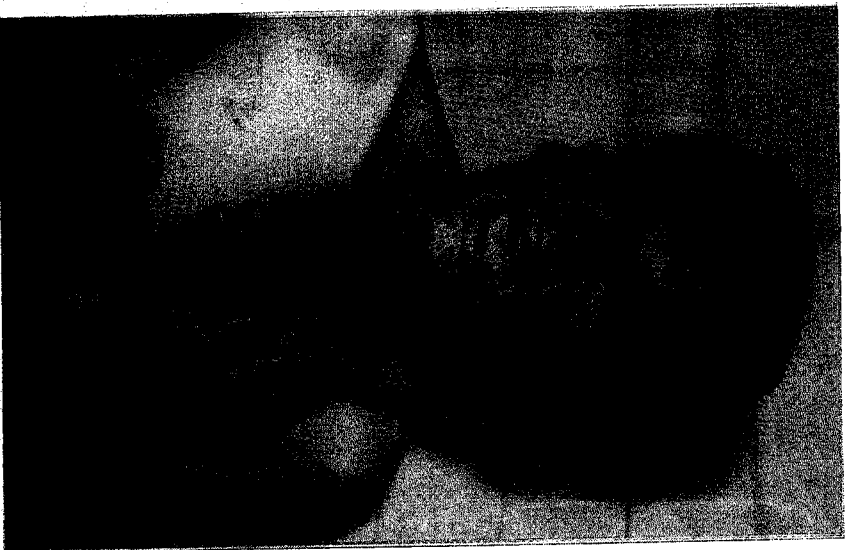


Fig. 7.

Rashi V. Lëkura e fytyrës është eritematoze. Në hundë, veshë, buzë dhe gingiva shihen petekje, vezikula, bula të vogla hemorragjike dhe krusta. Duart edematoze, të mbushura me vezikula e bula me likuid sero-hemorragjik mbi një sfond eritematoz.

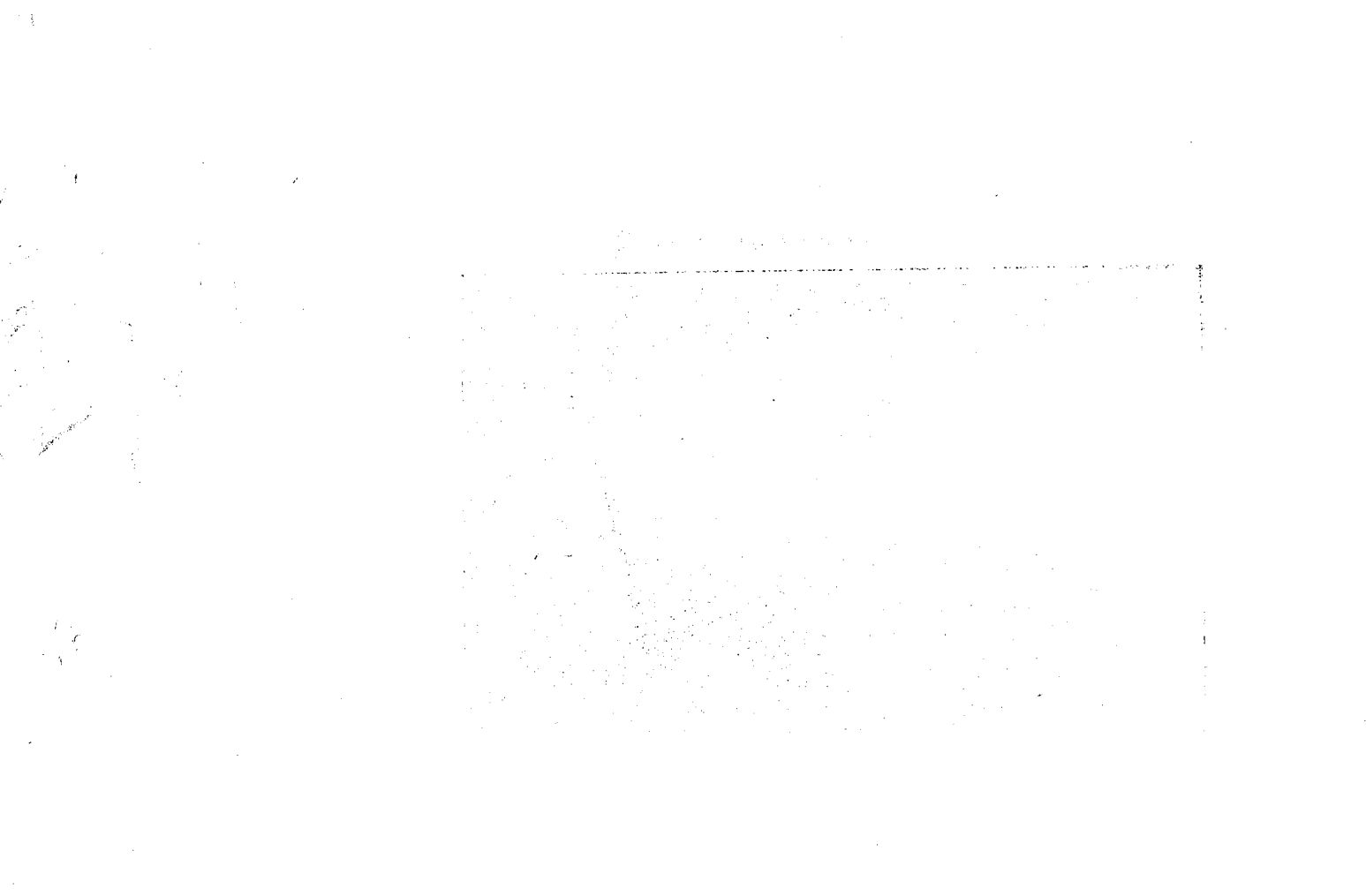






Fig. 8.

Po ai rast. Duart edematoze. Duken bulat, vezikulat dhe krustat të vendosura mbi një jekurë të shtur vjollcë si në rasti<sup>1</sup> e diatezave hemorragjike. Në gjunjët mbizotërojnë manifestimet hemorragjike, kurse vezikulat janë më të vogla. Në kofshën e djathtë ater gishtit të mezit të dorës së djathtë dhe në anën antero mediale të kofshës së majtë duken formacione që kanë pamjen e «target cells» në fushën e mikroskopit.



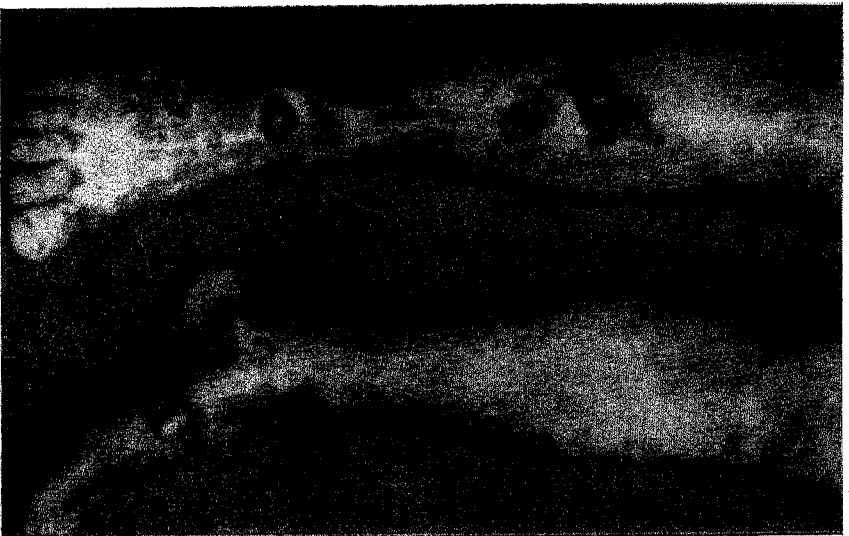


Fig. 9.  
I njëjti pacient. Në një sfond eritematozo-hemorragjik duken vezikula dhe bula të mëdha me likuid serohemorragjik, disa me mure pak a shumë të fendasura, kurse në të tjerat epiderma e çkollitur duket e rrudhur.



syndrome appeared after treatment with penicillin, which in four cases was combined with streptomycin and in one with sulfalex (a small-dose sulphoramidé).

In the Stevens-Johnson case predominated the enanthema of the natural orifices and the middle and inner ear. Of the four Lyell cases one was more remarkable, since she presented neuropsychic troubles with urinary incontinence and visual, auditive and olfactory hallucinations. The patient was in a severe state of collaps with tachycard, abdominal pains and an increase of the blood and urine amylase to 256 and 1024 U respectively. Changes were observed in the external secretion and the endocrinal function of the pancreatic gland, the blood sugar rose to 256 mg<sup>o</sup>/10 and glucosuria appeared. These changes must not be attributed to corticoid diabetes, since the hormonal treatment, besides lowering the blood and urine amylase, lowered as well the blood sugar and caused glucosuria to disappear.

In all five patients the white blood count showed an increase to 16,600 per cubic millimeter, with deviation to the left. Eosinophilic cells were increased in 2 cases to 13 and 23<sup>o</sup>/10; in 2 cases the eosinophils were within the normal figures, in one case they were under the normal, but after interrupting the hormonal treatment the eosinophil count rose to 11<sup>o</sup>/10.

All five patients recovered.

It may be concluded that together with the other reactions provoked by antibiotics, an increase is noted in the cases with the Lyell syndrome. Cortisone and antihistaminic drugs are the basis of the treatment. The fact that some of these patients appear in a severe state of septicaemia shows that the anti-inflammatory preparations should be combined with antibiotics against which the organism has not been sensitized.

#### R é s u m é

### SYNDROMES LYELL ET DE STEVENS-JOHNSON DUS A L'ACTION D'ANTIBIOTIQUES.

Les auteurs décrivent quatre cas de syndrome de Lyell et un cas de syndrome de Stevens-Johnson. Ils traitent de ces deux syndromes en même temps, du fait que ceux-ci sont similaires et que nombre d'auteurs les considèrent comme deux formes de la même maladie. Quatre des malades étaient des hommes. Il n'est pas sans intérêt de relever que la cinquième, une femme, était Indonésienne. Dans les cinq cas, la maladie s'est manifestée après injection de pénicilline, combinée chez quatre malades avec de la streptomycine et, chez le cinquième, avec des sulfamides.

Les malades atteints du syndrome Stevens-Johnson présentaient comme signes prédominants des énanthèmes couvrant les orifices naturels ainsi que l'oreille moyenne et intérieure. Des quatre cas de syndrome Lyell, il convient de citer celui de la patiente, qui présentait des troubles neuropsychiques accentués avec incontinence urinaire et hallucinations visuelles, auditives et olphactives. On a observé chez la même patiente un grave état de collapsus, de tachycardie, accompagné de douleurs abdominales, avec hausse de l'amylase sanguine à 256 U et de l'amylase urinaires à 1024 U. Les altérations affectaient non seulement la fonction exocrine, mais aussi la fonction endocrine du pancréas; aussi la glycémie était-elle élevée à 296 mg<sup>o</sup>/10 et accompagnée de glycosurie. Les auteurs affirment

que ces altérations peuvent être considérées comme un diabète corticoïde, car sous l'action des préparations hormonales, on a observé, en même temps que la baisse de l'amyrase sanguine et de l'amyrase urinaire, une baisse de la glycémie et la disparition de la glycosurie.

Chez les cinq patients, les auteurs ont observé une leucocytose modérée atteignant 16,600/mm<sup>3</sup> avec déviation à gauche, particulièrement marquée dans le second cas, où l'on a relevé 52<sup>0</sup>/<sub>0</sub> de bâtonnets ainsi que quelques métamyélocytes et myélocytes. Dans deux cas, l'éosinophilie avait augmenté respectivement de 13 et de 23<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, dans deux autres les eosinophiles ne dépassaient pas le nombre limite, alors que dans le dernier cas ils se maintenaient au-dessous de ce nombre. Toutefois, après l'interuption de l'administration de corticoïdes, leur nombre est monté à 11<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

Les cinq patients ont été guéris.

Les auteurs en concluent que, parallèlement à l'augmentation des cas de réaction provoquée par les antibiotiques, s'est également accru le nombre des malades de syndrome de Lyell. Selon eux, les corticoïdes et les antihistaminiques doivent constituer la base du traitement de ce syndrome. Mais le fait qu'un certain nombre de ces patients finissent par tomber dans un grave état septique, nous oblige à associer aux médicaments antiinflammatoires, des antibiotiques contre lesquels l'organisme n'a pas été antérieurement sensibilisé.

## NJË RAST OSTEOPETROZE

Sëmundja e Albers Schönberg

— Haki Çerhozi, Nuri Vesseli, Rifat Shkodra, Enis Boletini, Engjëllushë Faga,

Besim Parruca) —

(Spitali i rrethit Krufë, Drejtor H. Çerhozi)

Në format e ndryshme të osteopative kondensuese, osteopetroza ose sëmundja e Albers Schönberg, ze një vend të veçantë jo vetëm si e rrallë, por edhe për problemet etiopatogenetike, që vazhdon të ngrejë. Pas përshkrimit «*post mortem*» nga Heuck më 1879 të osteosklerozës sekundare të skeletit në një të sëmurë me leucemi, ishte merito e radiologut gjerman Albers Schönberg, që në shkurt të 1904 komunikoi rastin e parë klinik në një burrë 37 vjeçar, që dukej i shëndoshë, por me ndryshime kockore të karakterizuara me opacitet të theksuar kundrejt rrezëve X, aq sa me të drejtë u quajt prej tij «*sëmundja e kockave të mermerit*» (2, 4, 6, 8, 18, 19, 20, 26, 27). Dhjetë vjet pas komunikimit të parë, Sick përshkroi rastin e parë familjar dhe Hejn më 1941 (cituar nga 4, 9), duke gjetur petrifikim të theksuar të skeletit në nekropsinë e nënës së pacientit të Albers Schönbergut, vuri në dukje rolin e trashëgimisë dhe sot osteopetroza primare futet në grupin e sëmundjeve genotipike të kockave (3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 14, 18, 21, 24, 26, 27).

Nga një përmbledhje e literaturës, rezulton se sëmundja vazhdon të konsiderohet e rrallë. Sarrouy (1957) përmbledh 150 raste, nga të cilat 26 në Francë, Sfikakis (1960) — 210 raste dhe nga këto vetëm 10 në të rritur, Chaptal (1963) — 150 raste, Hinkel (1963) — 250 raste dhe nga këto vetëm 25 në moshë të rritur, Husenhuth (1964-257 raste (cituar nga 4, 11, 22), Reinberg (1964) dhe Paupe e bp. (1967) përmëndin rreth 300 raste. Shotkina dhe bp. përmëndin se në literaturën sovjetike deri më 1969 janë përshkruar vetëm 4 raste në fëmijë. Diskordanca që vërehet lidhet me faktin se shumë osteosklerozë sekundare ndaj sëmundjeve të tjera merran si primare.

Zakonisht çfaqjet e sëmundjes vërrehen gjysh në fëmijë, madje edhe «in utero» (3, 6, 11). Sipas Sfikakis (cituar nga 4) dhe A. Chaptal, afro 150% të rasteve u takojnë të rriturve dhe rastet familjare në të rritur janë shumë të rralla (4, 6, 11, 24).

Për të shkrytuar paraqitjet e ndryshme klinike të sëmundjes, shumica e autorëve pranon klasifikimin e Schinz se transmetimi i sëmundjes mund të jetë recesiv ose dominant autozomik. Format recizive janë të herëshme dhe të rënda, kurse format dominante të vonëshme, latente dhe me evolucion më të ngadalështëm dhe takohen zakonisht në të rritur (4, 5, 6, 11, 14, 19, 21, 22, 26). Gjithashtu është treguar se prindërit mund të jenë të shëndoshë, se lidhjet e gjakut midis prindërve nuk janë të rralla, se rastet



familjare janë të mundëshme, se nuk ka mbizotërim seksi dhe se preket gdo moshë.

Rasti që po paragesim, i pari në literaturën tonë mjekësore, përveçse takohet në një burrë 36 vjeçar dhe se ka karakter familjar, ka interes edhe për ndryshimet kockore që paraget, veganerisht në gojë. Duhet përmëndur se Prof. Selaudin Bekteshi dhe Panajot Boga kanë pasur nga një rast me osteopetrozë.

I sëmurit Q.K., vjeç 36, me profesion punëtor, kontrollonhet në poliklinikën e qytetit për dhimbje të kolonës vertebrale, të kokës, të gjymtyrëve dhe të artikulacioneve, marrje mëndsh, dispne dhe takikardi. Pas ekzaminimit radiologjik shrohet në spital me diagnozë «osteopetrosis».

Nga anamneza personale, rezulton se në fëmijë është zhvilluar normalisht dhe se ka kaluar disa sëmundje pa komplikacione. Në vjeçin 1960 ka vuajtur nga brucelloza dhe disenteria. Në vjeçin 1961 nga një aksident automobilistik, pësoi frakturë të thbies, të parakrahut dhe të mandibulës, konsolidimi i të cilave është bërë brenda një vjeçi. Është i martuar dhe ka lindur tre fëmijë. Fëmija e parë i ka vdekur 10 ditë pas lindjes dhe shkakun nuk e din. Fëmijë e tjerë dhe gruan thotë se i ka në gjendje të mirë shëndetësore.

Nga anamneza familjare nuk rezulton që prindërit të kenë lidhje gjaku ndërmjet tyre dhe gëzojnë shëndet të plotë. Gjyshja nga baba ka vdekur në moshën 30 vjeçare nga një sëmundje infektive dhe ishte «e defornuar». Prindërit kanë lindur 12 fëmijë, nga të cilët një u ka vdekur aksidentalisht dhe 6 të tjerë në moshë të vogël. Shkakun e vdekjes nuk e din. Pacienti i ynë është fëmija i katërtë. Dy vëllezër (24 dhe 37 vjeç) kanë paraqije të madhe të kokës, në formë katërkëndeshi, me të dala (si gunga) shumë të forta dhe në ekzaminimin rentgenoskopik paragesin kondensim të theksuar kockor. Për shkak të refuzimit të familjarëve, nuk ishte e mundur të kryhej një ekzaminim komplet në anëtarët e familjes, siç u veprua në pacientin tonë.

Në ekzaminimin objektiv vërehet një burrë në gjendje të përgjithëshme të mirë, ndërgjegje të kjarë dhe pozitë aktive. Koka e madhe, në formë katërkëndeshi, me këndet e mandibulës shumë të theksuar. Në kockën frontale, në regjionin e *tubera frontalia* shihen dhe preken të forta dy të dala simetrike, si gunga, jo të mprekta, me madhësi të një lajthije të vogël dhe të padhimbëshme. Indi dhiamor i zhvilluar normalisht. Lëkura dhe mukozat e dukëshme me ngjyrë normale. Në gojë ka protezë, mungesë dhëmbësh dhe karjes dentare. Pupilat izokorike reagojnë normalisht në dritë dhe në akomod. Muskujt, artikulacionet, piloziteti dhe organet gjentiale pa ndryshime. Nuk paraget adenopathi, gjendra tiroide normale. Peshë e të sëmurit është 69 kgr. dhe gjatësia e trupit 161 cm.

Tonet e zemrës janë të kjarë, rihmuke. Kufijt e zemrës në normë, puls i rregullt 70 në minutë. Tensioni arterial — 110/70 mmHg. Puls i në arterien *dorsalis pedis* si dhe ai femoral, popliteal, tibial posterior preket normalisht. Toraksi simetrik. Të dhënat pulmonare perkutore dhe auskultative pa ndryshime. Barku në nivelin me toraksin simetrik dhe i trajtueshëm mirë. Mëlçia dhe shpërthka nuk preken.

Nga ana psihike orientohet mirë në kohë dhe hapësirë. Forca, toni muskular paraqiten normal. Sensibiliteti periferik, refleksët kutaneale dhe osteotendinozë janë normale dhe simetrike. Sistemi urinar në ekzaminimin e jashtëm nuk paraqet ndryshime. Në duar vërrehen lehtësisht gishtat e tanburit. Ekzaminimi i prostatës për *rectum* normal.

*Ekzaminimet laboratorike:* Në ekzaminimin urinar nuk u gjend asnjë

herë proteturri dhe glukozuri. Prova e Addis: Eritrocite 700 në minutë, leukocite 760 në minutë. Densiteti i urinës 1018.

pH i urinës 6.2. Kalciuma 290 mg/24 orë. Eritrocitet leukocitet dhe eritrosidimentacioni, të përcaktuara disa herë rezultuan: Eritrocitet në mes 4.230.000 deri 4.620.000 /ml, leukocitet në mes 5000-8300/ml, eritrosidimentacioni në mes 3 deri 5 mm/orë. Hemoglobina 80 deri 90%. Hematokriti 46%. Formula leukocitare: neutrofile 49%, eosinofile 2%, limfocite 41%, monocite 6%, shkopinj 2%. Trombocitet 198.660. Indeks i protrombinës 98%, trombotesti normal. Fibrinogjenemia 360 mg%. Glicemia 88 mg%. Bilirubinemia totale 0.92 mg%, bilirubinemia e konjuguar 0.40 mg%, bilirubinemia e lirë 0.52 mg%. Provat e labilitetit koloidal (Mac-Lagan, Kunkel etj.) normale.

SGOT-32, unitete, SGPt-24 unitete; fosfatataza alkaline 12 unitete King-Armstrong, fosfatataza acide 1.6 unitete King-Armstrong. Kolesterolemia 210 mg%. Prothidema totale 6.8 gr<sup>o</sup>/o. Elektroforeza e proteinave; albumina 56% — alfa globulina — 4%, alfa globulina 10%, beta globulina 11%, gamma globulina 19%. Raporti alb/glob: 1.3. Imunoelektroforeza: vërehet vetëm një theksim i lehtë i vijës së precipitimit të gamma M globulinës. Kromatografia e aminoacideve urinare dhe plasmatike me metodën me shtrësa të holla-normale. 17 ketosteroidet urinare — 12.5 mg/24 orë. 17 oksisteroidet urinare — 5.1 mg/24 orë. Testi me mefoprone — normal. Prova e hiperkalciturisë së provokuar (metoda Burt): eliminimi urinar i kalciumit u rrit 60% kundrejt vlerave bazale. Kjo tregon se skeleti është ngopur me kalcium. Jonograma plasmatike e përcaktuar disa herë rezultoi: kalcemia 10-11 mg<sup>o</sup>/o, fosferemia në mes 2.5-3.5 mg<sup>o</sup>/o, kaliemia në mes 4.4 deri 5.1 mEq/l dhe natriemia në mes 131-147 mEq/l. Rezervënemia 0.9 mg<sup>o</sup>/o, klirenci i kreatininsë endogjene: 84/ml/min. Prova e fenolsulfonftaleinës (P.S.P.) 42% dhe prova e bromsulfonftaleinës (B.S.P.) 3% pas 45 minutash. Jodemia (P.B.I.) 5 gamma/o: Proteina C reaktive: negativ. *Gamma latex* negativ, seromukoidi 33 unitete, antistreptolizinat <sup>o</sup>O<sub>2</sub> — 100 unitete.

Wassermann original dhe Citochoi negative. E K G pa ndryshime. Fundus oculi — normal.

**Biopsia kockore:** ekzaminimi histologjik (Doc. P. Birt): vërrehet kondensim apo hiperostozë e materjes kockore kryesisht rreth kanaleve të Hawers, që paraqiten të ngushtuar. Osteocitet dhe osteoplastët të pakët. Këto të dhëna përpunhen me ato të shumë autorëve (4, 5, 6, 18, 25, 26).

U orvatëm të bëjmë dy herë punkSIONIN medular (në sternum dhe crista iliaca) por pa rezultat, për shkak të fortësisë të jashtëzakonshme të kockës.

**Ekzaminimi radiologjik:** të dhënat radiologjike të skeletit konfirmojnë osteopetrozën. Vihen në dukje ndryshime të rëndësishme të kondensimit kockor si të «mermerit».

Në radiografitë e toraksit vërrehet kondensimi i theksuar kockor me opacitet të brinjave të klavikulës, të skapulës dhe të kolonës vertebrale. Vërrehet aspekti i «degëve të bredhit të ngarkuar me borë» (fig. 1).

Në radiografitë e kolonës vertebrale vërrehen kondensime të proceseve spinoze dhe të trupave vertebrale, ndërsa në zonat centrale densiteti është më i pakët dhe jep pak a shumë aspektin e «sandwich» (fig.2).

Në kockat e bacnait, kondensimi është më tepër në mes të kockës iliake në afërsi të sinkondrozave sakro-iliake dhe të regionit për rreth aco-

tabulumit. Vërrehet gjithashtu skleroza e proceseve spinozë dhe e trupave të vertebraeve të fundit lumbale (fig. 3).

Në radiografitë e kockave të gjata të ekstremiteteve vërrehet sklerozë simetrike në epifizat dhe diafizat, me zhdukje ose zvogëlim të kanalëve medulare. Shtresa kortikale shumë e theksuar gjatë gjithë gjatësisë së kockave. Në *collum femoris* vërrehen disa *striae* transparente longitudinale që, sipas Sear (cituar nga 4) janë shumë të rralla. (Fig. 4). Në radiografitë e kokës vërrehet një osteosklerozë e përgjithshuar, që mbizotëron në *basils cranii*, me kondensim dhe hipertrofi të theksuar të proceseve klinoidale posteriore që duket sikur e mbyllin krejt *sellula turcica-n*. Maksilla dhe mandibula paraqiten të hipertrofuara dhe të kondensuara. Në radiografitë faciale të kraniumit vërrehet aspekti i «maskës së karnavalit», që formohet nga kondensimi i theksuar i kockave të *basis cranii* dhe i margove periorbitale. Në rastin tonë vërrehet një paraqitje interesante e një maske perisusale frontale e formuar nga kondensimi i theksuar i harqeve supracliare dhe i margove supraorbitale (fig. 5, 6).

Gjatë qëndrimit në klinkë nga java e katërtë iu çfaqën në regionin parietal dhe oksipital nga dy të dala të ngjajshme me ato të kockës frontale, por pak më të mëdha. Njëlkohësisht në harkun palatin të maksilës u zhvillua një masë kockore në formë katërkëndëshi e gjatë afro 4 cm. dhe e gjërë afro 2.5 cm. dhe e lartë 0.5 cm. nga plani i thellë. Masa kockore me buzë relativisht të rregullta është e mbuluar me mukozë ngjyrë normale e pa ulceruar dhe shumë e fortë në prekje. (Fig. 7). Kjo masë, pasi mbulon *palatum durum* dhe zonën retroincizive shtrihet prapa afro 1 cm, nga *palatum molle* dhe lateralisht gjysmë distance sa djathtas e majtas nga harqet alveolare dentare. Në radiografitë faciale vërrehet kjaratë kondensimi i theksuar kockor që paraqet kjo masë e petrifikuar.

*Diskutimi i rastit*: në rastin tonë, përveç të dhënave kliniko-laboratorike, diagnoza bazohet kryesisht nga të dhënat radiologjike, që përbëjnë, pa dyshim, krycin e diagnozës. Kondensimi i theksuar simetrik dhe hipertrofia e kockave të skeletit janë tipike për osteoperozën e Albers Schönberg. Fortësia e kockave është e jashtëzakonëshme aq sa nuk qe e mundur të aplikohet dy herë me radhë punkcioni medular. Në rastin tonë nuk vërrehet anemi, hepatosplenomegali dhe ictet. Këto takohen më tepër në osteopetrozën e femijëve dhe në të rritur mund të mungojnë. Dihet se nuk ka përpjesëtim të drejtë në mes të ndryshimeve radiologjike dhe anatomo-patologjike. Janë përshkruar shumë raste me osteosklerozë të përgjithshuar, por pa anemi ose e kundërta (5, 6, 20, 21, 26). Për shumë kohë, osteosklerozia konsiderohej si *primum movens* i anemisë, por janë përshkruar raste me anemi hemolitike eakstra korpuskulare me hipersplenizëm aq sa është orvatar edhe splenektomia (4, 5, 6, 21). Mungesa e anemisë mund të lidhet edhe me pranimë e vatrave hemopoetike eakstra medulare, që nuk lejojnë çfaqjen e anemisë (2, 21).

Megjithëse i sëmundi ynë kishte pesuar frakturat më 1961, sot për sot nuk paraqet fraktura. Dihet se frakturat janë të shpeshta në osteopetrozë dhe mund të jenë spontane ose nga goditje të lehta. Shkaku i frakturës është zhdukja e rezistencës elastike kockore nga procesi osteosklerotik (4, 6, 20, 21, 22, 23). Në 25 raste, që Hinkel përmbodhi në të rritur, gjeiti se vetëm në 28% kishin fraktura dhe në 48% të rasteve sëmundja ishte pa simptoma (cituar nga 4). Disa herë sëmundja mund të fillojë vetëm me dhimbje kockore, kryesisht me lumbalgji (4), siç ndodhi edhe me pacientin tonë dhe ekzaminimi rentgenologjik zbuloi sëmundjen deri atëherë latente.

Sig u përshkrua më sipër, i sëmunduri ynë paraqet ndryshime në gojë, kryesisht në harkun palatin dhe në mandibulë. Në osteopetrozë rralle janë përshkruar ndryshime në gojë. Mund të vërehet hipertrofi osteosklerotike bilaterale difuze e maksilës dhe e mandibulës me harget alveolare voluminoze sa të japin paraqitjen e një *leontiasis ossae* (që e paraqet dhe i sëmunduri ynë) ose mund të komplikohen me osteomielit të mandibulës dhe të maksilës, por harku palatin mbetet gjithnjë normal (5, 6, 11, 13, 16).

Duke u bazuar mbi këto të dhëna, ne mund të eliminonjmë nga diagnoza disa sëmundje të ngjajshme, që japin kondensim kockor, siç janë: 1) sëmundja e *Page*, që krahas kondensimit kockor paraqet zona shkaktërrimi dhe zona të kjarra dhe rralle prek pjesën faciale të kokës. Lokalizimet janë asimetrike. Ka ulje të kalciumit, fosforit dhe rritje të fosforitazës alkaline në gjak (4, 17, 20, 26). 2) Sëmundja *Cummurath-Engelmann*, që jep hiperoostozi me osteosklerozë të ekstremiteteve dhe të kraniumit në mënyrë simetrike, me deformime volumetrike të diafizave të kockave të gjata. Nuk prek brinjët dhe bacinin dhe konsolidohet si «negativi fotografik» i sëmundjes *Albers Schönberg* (26). 3) *Meloroosteozia*, që ka kuadër radiologjik tipik me kondensim dituz gjatë kockave të gjata të skeletit, me imazhe të rumbullaktë ose anulare. Zakonisht është monomelike. Në disa raste mund të jetë polimelike, por nuk arrin kurrë karakterin sistematik të osteopetrozës. Shumë rralle prek kraniumin, kollo-nën vertebrale dhe brinjët (4, 7, 20, 22, 26). *Pycnodysostozia*, që krahas osteosklerozës së përgjithshur, paraqet insuficiencë staturale, (Gjatësia maksimale tek i rrituri 150 cm.) me *dysmorfia cranio faciale* dhe hiperplazi të maksillës (5, 11).

Në rastin tonë eliminohet roli i një infeksioni luetik, qoftë nga reaksionet serologjike negative si dhe nga mungesa e gfaqeve klinike të luesit. Mungesa e *odo* shenjë kliniko-biokimike të hipotroidizmit përfaqshon një osteopetrozë miksedematoze të përmëndur nga disa autorë (15): Gjithashtu përjashtohet edhe osteosklerozia idiopatike e të rriturve dhe osteosklerozia sekondare ndaj sëmundjeve të gjaktit, që, përveç ndryshimeve hematologjike dhe biokimike, rrajnë gjithnjë formën e kockave (1, 4). Gjithashtu përjashtohet osteopetroza nga absorbimi toksik i fluorit, plumbit, bismutit, si dhe nga kanceret e organeve (sidomos të prostatës), dhe nga hiperparatroidizmi primar dhe sekondar.

Gjatë qëndrimit në klinikë, i sëmunduri u trajtua me prednison dhe me terapi simptomatike. Dieta e aplikuar ishte e varfër me krypra të kalciumit. Thuhet se asnjë terapi nuk pengon evolucionin e sëmundjes. Në rastet kur paraqitet anemi e theksuar, përveç kortikosterapisë dhe dietës së varfër me kalcium, përdoret transfuzioni i gjaktut ose transplantimi i kockës. Zakonisht kur sëmundja gfaqet në fëmijë ka prognozë të keqe. Fakti se një numër të rriturish, që duken të shëndoshtë dhe që paraqesin ndryshime tipike rontgenologjike të osteopetrozës tregon se kjo sëmundje mund të persistojë për shumë kohë pa shkakëtuar simptome të rëndësishme (4, 5, 6, 11, 18, 21). Sipas mënyrës së transmetimit, rastit futet në mënyrën e transmetimit trashëgues dominant me ndryshime kryesisht kockore.

Etjopatogjeneza e sëmundjes *Albers — Schönberg* është e pakjartë dhe mekanizmi iimit i sëmundjes, megjithë studimet e shumta, mbetet i panjohur. Disa autorë e lidhin me erregullimet metabolike-enzimatake (11). *Pincus*, *Gillman*, *Kramer*, *Ginsard* (cituar nga 6) i japin rëndësi teorisë endokrine ose neuroendokrine.

Dent (cituar nga 11, 19) i jep shumë rëndësi absorbimit të tepërtuar gastrointestinal të kalciumit. Duke gënjese sëmundja në disa raste ka karakter familjar dhe se takohet edhe «in utero» shumë autore i japin rëndësi teorisë dizontogenetike (4, 5, 6, 8, 11, 26).

Paraqitur në redaksi më

22.VII.1969

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

1. — Barone L., Barsano D.: Una osteopatia addensante «sui generis». *L'osteomieloclerosis ideopatica dell'adulto*. La radiologia Medica 1963, 1, 16.
2. — Biliri P.: *Patologia morfologica*. Botim i U.S.H.T. 1968, 575.
3. — Clement B., Camhas-Hannell A., Richia C., Dirigouhle M., Poyot J., Flicher Y.: Osteopetrose généralisée de nourrissons avec adénomélie de type Hodgkinne. *La Presse Médicale* 1957, 65, 513.
4. — Chevaller Y., Bignon Y., Brovet G.: Un cas d'osteopetrose chez un homme de 60 ans. *La Semaine des hôpitaux* 1963, 4, 124.
5. — Chaput A.: Osteopaties congénitales générales atteignant les maxilles. *Stomatologie*. Ed. Flammarion Paris, 1967, 781.
6. — Colombini G.: Un caso di osteopetrosi. Considerazioni cliniche e patogenetiche. *La Pediatria* 1964, 5, 1043.
7. — Campbell G.J. et Coll.: *Metrorheostosis*. *Journal Bone et Surgery*, 1968, 7, 1281.
8. — Debré R., Lesmie E.: Maladie d'Albers-Schönberg. *Pathologie infantile*. Masson éditeur. Paris, 1954, 43.
9. — De Sèze S., Rykewasch A.: Osteopaties genotipiques. Editeur Flammarion Paris 1954.
10. — De Morques G.: Fractures pathologiques des dystrophies constitutionnelles acquises. *La revue du praticien* 1966, 26, 3501.
11. — Farnaux J. — P., Woilles M., Mallard E., François P., Foumaine G.: La maladie d'Albers — Schönberg. Considerations physiopathologiques. (2 cas). *La Presse médicale* 1967, 14, 705.
12. — Fèvre M., Rignault P.: Orientation pratique du diagnostic étologique des fractures pathologiques. *La revue du praticien* 1966, 26, 3475.
13. — Fraquiesio J.V., Reichman L.: Osteopetrosis with a complication osteomyelitis of the mandible. Report of case. *Oral Surgery* 1965, 19, 462.
14. — Guindani A., Ziboceni C.: Un caso di malattia d'Albers-Schönberg. *Minerva Pediatrica* 1963, 46, 1313.
15. — Jeanne M.M., Myller J.M.: Osteopetrose myxodematoseuse. *Annales de Pédiatrie* 1957, 10, 676.
16. — Lièvre J.A., Fischgrönd H.: Leontiasis ossea chez l'enfant (osteopetrosis partielle probable). *La Presse Médicale* 1956, 33, 763.
17. — Mangaud G.: Étude clinique biologique, radiologique et thérapeutique de la maladie de Paget. *La revue du praticien* 1969, 7, 863.
18. — Mitchell-Nelson: *Osteopetrosis*. Text book of pediatrics, 1955, 1520. W.B. Saunders Company, Philadelphia.
19. — Pajupé J., Nenezoff Ch., Deman B., Vialatte Y.: Osteopetrose avec rachitisme. *Annales de pédiatrie* 1967, 54, 2453.
20. — Reinberg O. A.: Hontigenodiagnostika zahnoleventia koster i sustavov. *Botim i IV. Moskva*, 1964, 440.
21. — Rosenberg D., David I., Fretlerich A., Fleuretke Y., Mammel P., François R.: Osteopetrose d'Albers Schönberg (un cas). *Annales de pédiatrie*, 1969, 4, 1014.
22. — Rossi E., Bondi Trovati M.: Considerazioni sulla malattia di Albers — Schönberg. *Minerva Ortopedica*, 1966, 7, 336.
23. — Rieunan G.: Conduite à tenir devant la fracture d'un carence veillard d'un ostéoporoétique. *La revue du praticien* 1966, 26, 3563.
24. — Sarrouy Ch., Gilliet F., Sandra L., Legeais G., Faroux S.: Deux cas d'ostéopétrose dans une même famille. *La Presse Médicale* 1957, 76, 1692.
25. — Shokina I. H., Gotzavarskaja G.A., Pisanova T.N.: Mramornaja bolezn urebionki polluzhara mesicefel. Voprosi obrani maternitsiva i detstva, 1969, 3, 87.

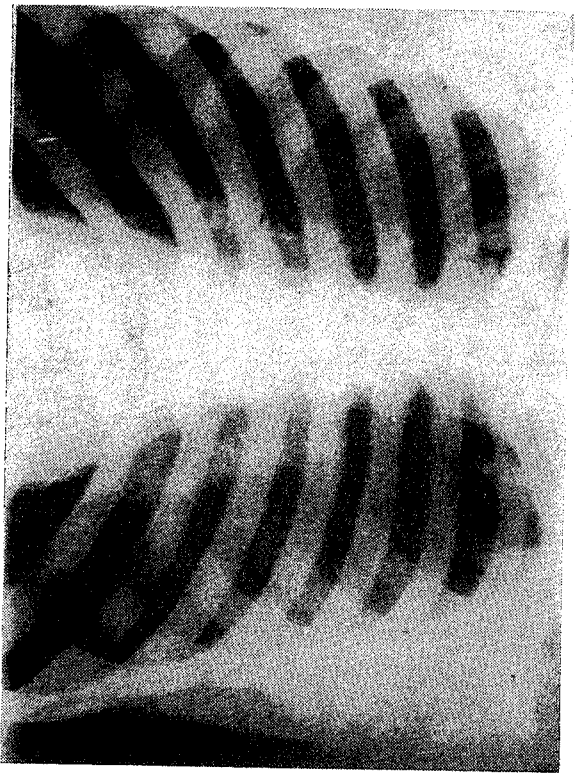


FIG. 1

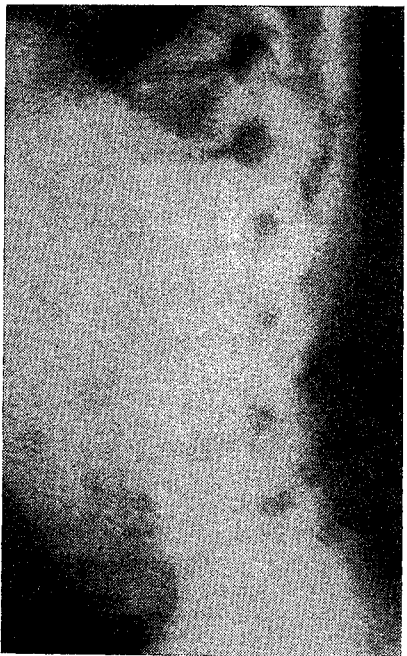


FIG. 2

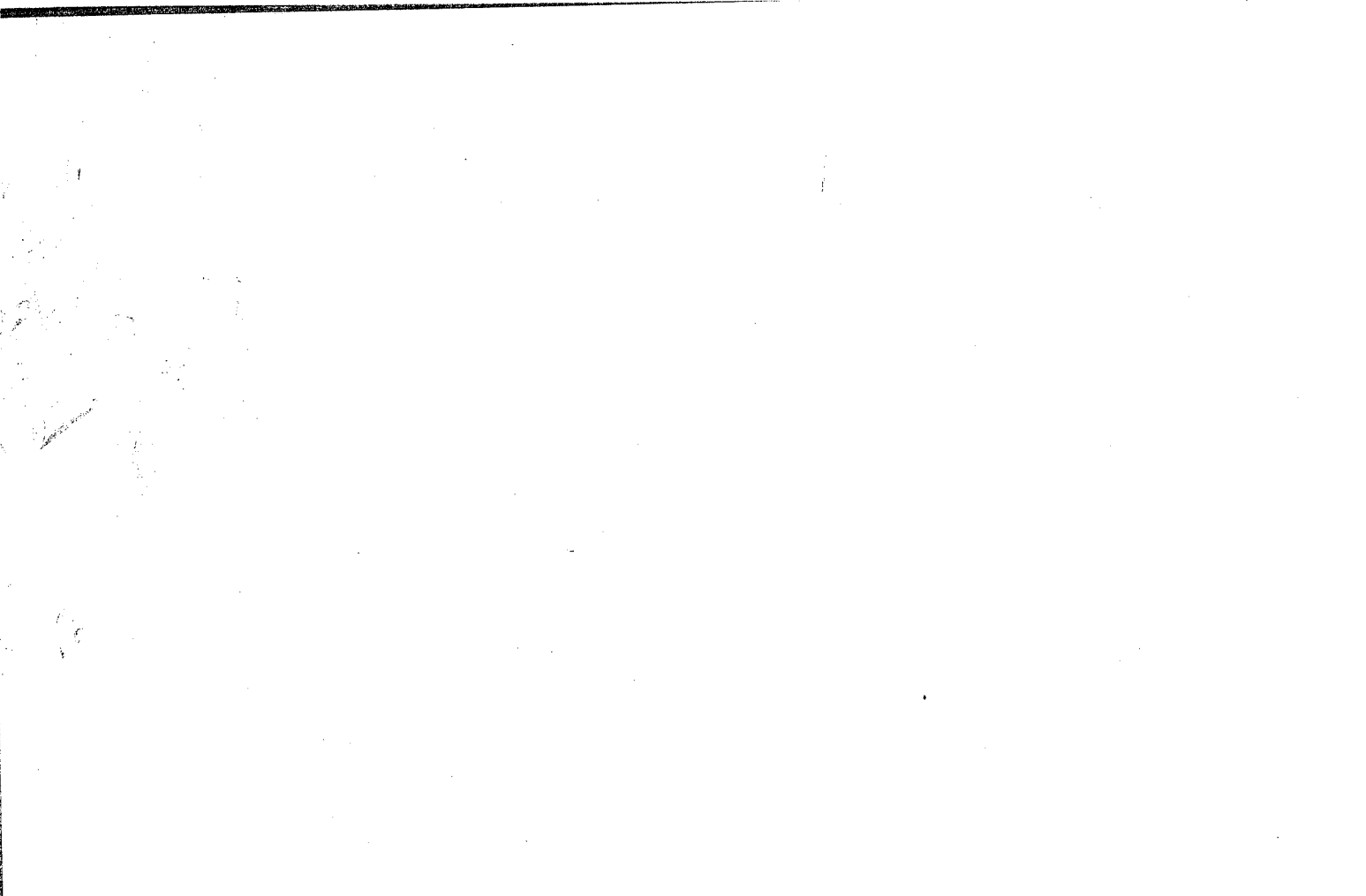




FIG. 3

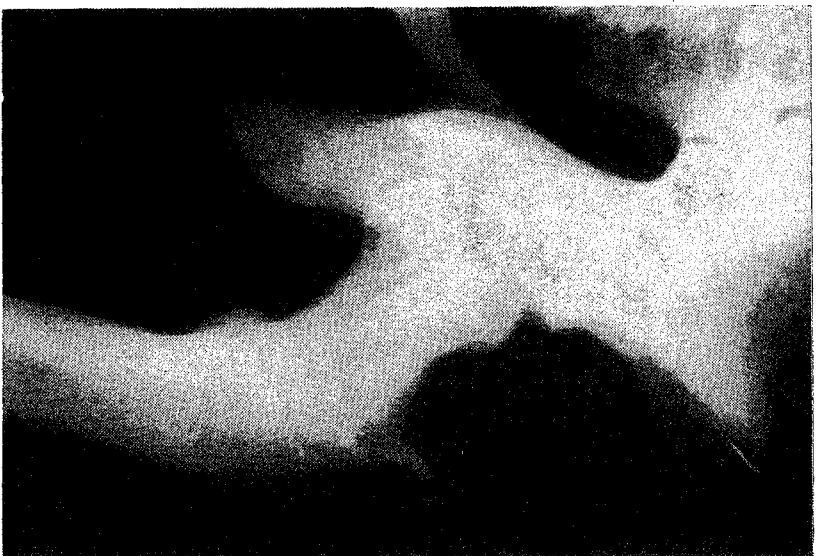


FIG. 4







Fig. 5



Fig. 6



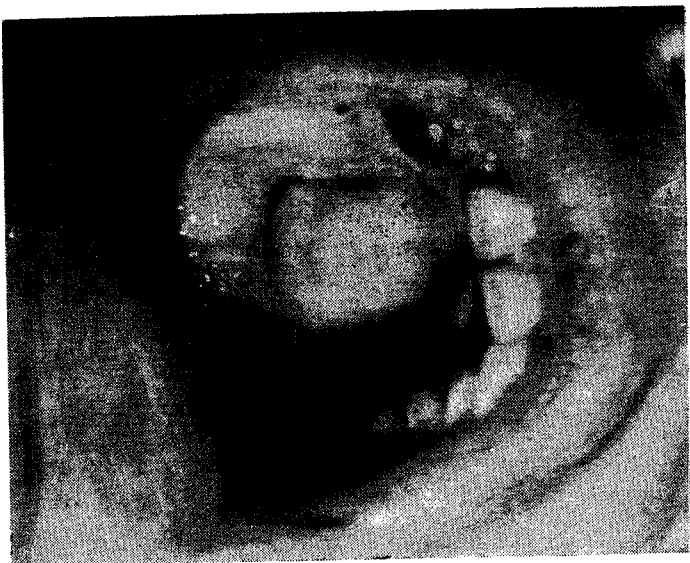


FIG. 7



26. — Schinz H. R., Baensch W. E., Friedel E., Unclinger F.: Lehrbuch der röntgen-diagnostik 1965, vol. II, 678.  
27. — Thomas H., Kurt D. M.: Marble bone disease (Osteosclerosis fragilis generalisata. Oral Surgery, 1963, 577.

### Summary

### A CASE OF OSTEOPETROSIS

A case is presented of Albers Schoenberg's osteopetrosis in a 36 year old patient, whics bisedes the symptomatologic latency, is characteristic for the osseous condensations on the head, face and palatum durum.

The disease has a family character and a dominant hereditary transmission.

The paper discusses the clinical, radiologic, biochemical and anatomopathologic aspects, as well as the other diseases which can give osteopathic condensations.

### Résumé

### UN CAS D'OSTEOPETROSE

On décrit un cas clinique, concernant un homme de 36 ans, affecté d'ostéopétrose d'Albers-Schönberg.

L'observation rapporté est significative par la latence symptomatique, l'aspect de la condensation des os de la tête, de la face et particulièrement de la voute palatine.

La maladie est familiale qui selon les modalités de transmission héréditaire est classé dans le type de transmission dominante.

L'article traite les aspects cliniques radiologiques, biochimiques et anatomo-pathologiques, ainsi que les autres maladies susceptibles de condensation osseuse.

## NJE RAST KOMPLIKACIONI NEUROLOGJIK — SI PASOJE E ABORITIT TË PROVOKUAR

— VIKTOR THEOHARI —

(Klinika e obstetrikë — Gjinekologjisë, Drejtor Prof. K. Gllozheni)

Në vjetët e fundit, si në vendin tonë ashtu dhe në vendet e tjera, vihatet re një shtim i aborteve kriminale dhe mënyrat e provokimit gjithmomenë bëhen më të ndryshme, por jo më pak të rezikshme.

Për mjekun gjinekolog, komplikacionet e ardhura nga abortet e provokuara paraqesin një sërë problemesh diagnostike dhe terapeutike. Komplikacionet neurologjike, megjithëse të rralla, janë nga më të vështirat për t'u diagnostikuar dhe për t'u kuruar.

Në literaturën botërore herëpashere përmenden komplikacione neurologjike si pasojë e aborteve kriminale. Në vendin tonë, nga sa jemi në dijeni, më parë nuk është vënë në pah një diagnozë e tillë.

Si rezultat i shtimit të komplikacioneve neurologjike nga abortet e provokuara, kuadri klinik dhe fiziopatologjemeza e këtyre komplikacioneve janë shkjaruar tashmë më së miri. Megjithatë, pasi këto komplikacione takohen rrallë, ato nuk njihen sa duhet.

Duke u nisur nga një rast, që u paraqit në klinikën tonë, që ngjalli në fillim mjaft ngurime në përcaktimin e diagnozës dhe mjaft diskutime përsa i përket terapisë, mendoj se një përsëritje e fiziopatologjenezës, e kuadrit klinik dhe e terapisë së këtyre komplikacioneve dhe një pëshkrim i rasti do të ishte i dobishëm.

Rasti që do të përshkruaj është mjaft tipik dhe paraqet gjithë gamën e kuadrit klinik të përshkruar nga autorët të ndryshëm.

Më datën 23.VII.1966, ora 23, në gjendje kome. Shtrohet me Nr. kartele 722. Ananmeza merret nga i shoqi, i cili referon se pacientja, para 10 vjetësh, ka lindur një fëmijë normal. Para pesë vjetësh ka pasur tre aborte të provokuara. Ai është në dijeni se gruaja është tre muaj me barrë dhe disa kohë më parë i ka folur se donte ta dëshkonte. Di se e shogja edhe herë të tjera i ka provokuar vetë abortet, por nuk di se në çfarë mënyre.

Në mbretënie, kur ai ishte në dhomën tjetër, dëgjon nga ana e kuzhinës një thirrje për ndihmë dhe se një trup rrëzohet për tokë. Kur hyn në kuzhinë, gjën të shogjen të shtrirë pa ndjenja; nga goja i shkon shkullmë me pak gjak. Pranë trupit të së shogjes ve re një klister prej gome, nga ato që përdoren për klizma në fëmijët dhe një shishe me solucion permanganat kaliumi.

Gruaja u dërgua me ngut në klinikë nga mjeku i poliklinikës. Gjatë transportimit, gruas i filluan kontraksione tonike, të cilat në fillim ishin të rralla, më vonë marrin karakter subintrant. Periodikisht pacientja ka-

lonte në gjendje rigjiditeti të plotë, herë në aspekt opistotonus, herë në aspekt embrostitonus.

Gjendja objektive në hyrje: pacientja në gjendje kome, paraget cianozë periorale, respiracion të shpejtë me zhurrmë, nga goja nxjerr shkumë. Puls i shpejtë i vogël 160 në 1 minutë. T.A. 100/80. Temperatura normale. Në pulmonet dëgjohej rale të përhapura në të dy hemitoraksët. Tonet kardiakë arithmike të largëta dhe të shpejta. Barku nën nivelin e toraksit, i butë, i trajtueshem. Hepar i dhe ijeni në kufi. Me katarer u gjetën 150 ml. urinë e pastër.

Në ekzaminimin gjinekologjik u konstatua se organet gjentiale të jashtëme janë normale, nga vagina rryedh nga pak gjak i errët. Kolumni i zbutur lejton kalimin e gishtit të vogël. Shinën ekoracione të vogla rreth orificiumit ekstern. Uterusi është i zhvilluar sa 12 javë me barrë, i butë, elastik, anekset parametret e ltra.

Simplomet neurologjike janë mjaft të pasura. Pupilat mjaft të dilataura, izokorike, nuk reagojnë në dritë, bulbat okulare të devijuara vazhdimisht nga e majta. Nervat e tjera kraniale të paekzaminueshme. Vihet re një rigjiditet muskular me fleksion periodik të pjesëve distale të anësive. Gjatë ekzaminimit vihet re se anësitë dhe trupi kontrahohen në mënyrë të fuqishme dhe pacientja nga një gjendje embrostitonusi kalon në gjendje opistotonusi, pa ndonjë interval relaksimi. Vihet re një trismus i theksuar i muskujve mastikator. Refleksët ostroendinoze janë mjaft të gjalla. Refleksët piramidale patologjike nuk vrehen. Sensibiliteti dhe sferat e tjera cerebrale të paekzaminueshme. Gjendje komatoze e thellë (*coma carus*).

Analizat plotësuese tregojnë: urina paraget një albuminuri të moderuar dhe elemente renale të pakta. Gjak: eritrociet janë në sasi dhe formë normale, numëri i leukociteve është pak i ngritur, eritrosedimenti 35 mm për një orë, glicemia normale, azotemia pak e ngritur — 80 mg/10%. Nga ekzaminimi objektiv somatik, gjinekologjik dhe neurologjik të bërë në konsultë, sëbashku me një varg specialistësh, u vu në dukje kjo simptomatikë: rigjiditet muskular, trismus, periodikisht opistotonus ose embrostitonus, gjendje komatoze.

Këto simptome, të zhvilluara në mënyrë akute, tek një person shtatzënë dhe me konflikte psikologjike dhe trauma psikike, e drejtuan me ndimin klinik të konsultantëve në mundësinë e një helmimi akut me fosfororganikë, strikinë ose të ndonjë lënde kimike tjetër dhe njëkohësisht u mendua për mundësinë e një tetanosi, ashtu siç përshkruajnë edhe autorë të tjerë (4, 5).

Gjatë natës, gjendja e pacientes rëndohet. Në mëngjez datë 24 e sëmurë bie në koma të thellë, është e zbehët, respiracioni i vështirë e me zhurrmë. T.A. dhe puls i nuk përcaktohen. Muskulatura somatike sot është krejt e lëshuar. Pupilat nuk reagojnë në dritë, mungon sensibiliteti.

Në konsultën e bërë me kolegët infeksionistë u përjashtua mundësia e tetanozit, kurse bëra e shpejtë e ekzaminimeve toksikologjike përjashtoi gjithashtu helmimet me lëndë kimike.

Atëherë, duke u bazuar në rifikimin akut të sëmundjes, në faktin që pacientja ishte me barrë dhe se pranë saj në fillimin e sëmundjes u gjet klisteri prej gome, u mendua për emboli cerebrale gazoze. Çiftëtimi i literaturës përcaktëse (1, 2, 3) si dhe vetë kuadri klinik dhe rrethana t e përmendura më sipër, na bënë që të përforconim diagnozën dhe të caktonim me njëherë njëkimin përcaktës.

Evolucioni i sëmundjes që ai i zakonëshmi, i përshkruar edhe nga



autorë të tjerë. Gjendja e rëndë e gruas vazhdon për disa ditë pa ndonjë ndryshim. Në ditën e tretë datë 25.VII.1966 vrehet një farë përmirësimi në gjendjen e përgjithshme të gruas. Frymëmaria qetësohet, pulsi preket mirë, i shpejtë 90/1, T.A. normalizohet 105/80. Në pulmonet pakësohen ralet bronkiale, temperatura ngrihet në 39° dhe vazhdon e lartë për disa ditë. Në katër ekstremitetet vazhdon atonia muskulare, fëqjen turbullime sfinkteriane. Gjendja komatoze vazhdon e pandryshuar, ndërsa gruaja fillon të reagojë në ngacime të forta.

Ditën e pestë, datë 29.VII.1966 (kur gjendja e pacientes duket pa shpresë), gruas fillon t'i kthehet ndërgjegjia, fillon të njuhë të afërmit. Në fillim orientohet me vëshitësi në kohë e në hapësirë; paraget disarturi të theksuar, me vëshitësi thotë fajlet e zakonshme, paraget elemente afazie, sensore dhe amnezie, nuk mban mënd, nuk është në gjendje të formulojë një mendim. Ditët që pasojnë karakterizohen nga një përmirësim gradual dhe i ngadalëshëm i gjendjes së përgjithshme. Gruaja fillon të ushqehet nga goja, të flase më lirisht, të lidhë mendimet më mirë, nuk paraget turbullime sfinkteriane. Në ekstremitetet vrehet një farë kontrakturë, më e theksuar në krahun dhe këmbën e djathtë.

Ditën e 12, datë 5.VIII.1966 vihet në pah më mirë tetrapligia: *hemiplegia dex* dhe *hemiparesis sinistra*. Përsa u përket ekzaminimeve plotëse nuk vrehen ndryshime të rëndësishme. Lëkuri cerebrospinal nuk ekzaminohet, elektroencefalograma nuk bëhet.

Në gjendjen gjinekologjike lokale vrehet një reduktim gradual i madhësisë së uterutit dhe sekrecione hemorragjike të pakta pa erë.

Më datën 15.VIII.1966 fillon një metrorragji e theksuar. Për missed abortion de metrorragji u vendos evakuacioni i frutit. Në konsultat e mëparshme, kur gjendja e pacientës ishte e rëndë, ndërprejra e barres nuk ishte parë e arësyeshme.

Më datën 19.VIII.1966 pacientja transferohet në repartin e neurologjisë për vazhdimin e terapisë, me diagnozë: komplikacione neurologjike nga amboia gazoze, si pasojë e orrvajtes për abort.

Nga reparatit i neurologjisë, pacientja del në gjendje të përmirësuar, pas një kovaleshence të gjatë me një hemiparezë dhe një disartri pak a shumë të theksuar.

Terapia e aplikuar në gjinekologji ka gënë drejtuar në fillim kundrejt gjendjes së rëndë komatoze dhe shkaktuar nozologjik të supozuar, konkretisht kundrejt infeksionit nga tetanozi. Qysh në hyrje, gruas i filluan barbiturate, serum antitetanik me dozë masive, solution endovenoz së bashku me vitaminha C, vitaminha B<sub>12</sub> dhe penicilin 1.200.000 U; strofantin 1/4 mg, dy herë në ditë dhe oksigjen në mënyrë të vazhdueshme. Gjithashtu në mënyrë të vazhdueshme, gruas iu aspiruan sekrecionet nga rrugët e frymëmarjes, çdo tetë orë u kateterizua deri sa u çfaqën turbullime të urinimit. Ditën e dytë vëmëndja tërhiqet nga gjendja shokale dhe terapia drejtohet kundrejt kolapsit periferik. Aplikohet noradrenalina në solution endovenoz të vazhduar deri ditën e tretë, kur puls i dhe tensioni normalizohen. Antibiotikët vazhdohen të përdoren deri ditën e pesëmbëdhjetë, kur gruaja abortoi dhe temperatura u normalizua.

Një kujdes i veçantë u tregua në ushqyerjen e gruas. U morrën të gjitha masat për të evituar dehidrituset.

Shumica e autorëve janë të mendimit se komplikacionet neurologjike nga orrvajtet abortive i detyrohen embolisë gazoze. Në favor të kësaj teorie flasin argumenta klinike, anatomo-patologjike dhe eksperimentale.

Në shumicën e rasteve, si shkak të këtyre komplikacioneve ka qënë infektimi në kavitetin e uterusit, i ajrit ose i ajrit të përzier me ujë. Ekzaminimet anatomo-patologjike kanë vërtetuar pranimë e ajrit në spaciunmet intervilarë, në venen *cava inferior*, në kavitetin kardial të majtë dhe të djathtë, në venat cerebrale, e në sinuset e durës së grave të vdekurua pas orvajtjeve abortive.

Mekanizmi fillestar i kalimit të embolit gazor në venat amtare mund të shpjegohet lehtë. Mjeti abortiv, pak a shumë i fortë, shkakëton një çkohitje të pjesëshëm të placentës ose thjeshtësisht një dëmtim të sinuseve venoze të endokolumit. Kalimi i ajrit në sistemin venos të gruas lehtësohet kur ky futet në presion, si ndodh në ato raste, kur si mjet abortiv përdoret klisteri prej gome, pjesërisht i mbushur me likide dhe, mbi të gjitha, në sinuset e hapura, ku presioni është negativ.

Mekanizmi i migracionit të embolit nga venat uterine në vazat cerebrale është më i vështirë për t'u shpjeguar. Lezionet anatomike cerebrale, nektrozat cerebrale në madhësi të ndryshme, nganjëherë hemorragjitet ose mikrovatrat të përhapura në kortese në formë lezionesh neuronale degjenerative flasin më tepër për obstrukcion arteriolar dhe leziona anok-slike sekondare, gjë që flet më tepër për migrimin e embolit në rrugët arteriale se sa në rrugë venoze.

Diagnoza klinike paraqet vështirësi, sepse, sëpari gruaja është në pamundësi të pyetet, sëdyti, familjarët në përgjithësi të implikuar në aktin kriminal, kërkojnë të fshejnë orvajtjet për abort.

Ekzaminimi gjinekologjik paraqet rëndësi të dorës së parë.

Sëpari, konstatojmë barrën; sëdyti, në afërsi të kolumit mund të zbulojmë shenja të lëna nga orvajtjet abortive dhe, sëtrëti, metrorragjinë. Karakteristikë për kuadrin klinik janë simptomat neurologjike, që kanë karakter të përhapur. Fillimi i kuadrit klinik karakterizohet nga humbja e menjëhershme e ndërgjegjes, brenda disa minutave. Shoqërohet dhe, disa herë, precedohet nga kriza konvulsive dhe më pas gruaja bie në gjendje komatoze për një kohë pak a shumë të gjatë. Semiologjia neurologjike në të gjitha rastet çfaqet në mënyrë polimorre. Ajo ndryshon nga një paciente në tjetrën dhe gjatë evolucionit në të njëjtën paciente. Më shpesh kjo tregon për leziona cerebrale të përhapura ose të paklën të shumta. Dëmtimet piramidale janë konstante, por të ndryshme, duke u kufizuar nganjëherë në një paralizë faciale me simptomat e Babinskit ose në një paralizë faciale me parazë tek një nga anësitë superiorë. Nga njëherë kemi të bëjmë me një hemiplegji, kurse në raste të tjera me një tetraplegji.

Gjatë komës, agjitacioni psikomotor takohet shpesh, çfaqet me lëvizje kaotike dhe ndonjëherë me thirrje. Çrregullimet e sensibiliteit gjenden shpesh, megjithëse nga gjendja komatoze e gruas, është e vështirë të vihen në dukje. Çrregullimet e të folurit nuk janë të tralla dhe shprehen me atasi motore, sensorë, amnezike dhe disarthri eji.

Çrregullimet vizive mund të jenë në trajtë amuroze ose hallucinationesh vizive. Çrregullimet vegjetative në fillim shprehen me ndryshime të temperaturës, të cilat na bëjnë të dyshojmë për një inflamacion të endometrit. Cianozat dhe çrregullimet respiratore na bëjnë të mendojmë për një emboli pulmonare ose të ardhura nga çrregullime nervore qëndrore. Gjithmonë takohen çrregullime pishike dhe këto në fillim me humbjen e ndërgjegjes dhe gjendjes komatoze. Më vonë vrehet konfuzion mendor ose deficit intelektual pak a shumë i theksuar.

Likuri cerebral spinal shpesh është normal. Elektroencefalogramatregon alteracione të theksuara, të cilat i përgjigjen përhapjes së lezioneve.

Nganjëherë gjinden grrregullime metabolike të tipit hiperglicemik: glikozuria dhe hiperglicemia shoqërohen me acetonuri. Këto grrregullime zhduken brenda disa javësh. Në shumicën e rasteve evolucioni i sëmundjes është i rëndë: kuadruplegji, apraksi, akalkulli, grrregullime psihike pak a shumë të theksuara. Nganjëherë evolucioni është i favorshëm, koma tranzitore dhe simptoma lokale zhduken ngadalë pa lënë pasojë.

Persa i përket gravidancës, shumë autorë janë të mendimit se ndërprerja duhet të kryhet vetëm për shkak lokale. Ndërhyrja për shkak të përgjithëshme nuk është gjithmonë pa pasojë të rënda.

Dorëzuar në redaksi më  
15.VIII.1969

#### BIBLIOGRAFI

1. — Dard H., Pluin J.P., Singer Z., Keller B.: Accidents neurologiques après maenuvres avortives Bulletin de Fédération Gynécologique — obstétrique français 1954, 65, 682.
2. — Henrion R., Burtiez Y., Singer Y.R.: Cinque nouveaux cas d'accidents neurologiques compliquant des tentatives d'avortement. Evolution normale des grossesses et accouchements dentants vivant. Revue française d'obstétrique et de Gynécologie — 11 novembre 1965.
3. — Neuman F. et Dumas: Embolie gazeuse post abortum. Bulletin Fédération Gynécologique — obstétrique française 1960, 125, 598.
4. — Pestel M.: Accidents neurologiques des avortements criminels. Presse Médicale 1962, 70, 23, 1561.
5. — Ravina A. et Pestel M.: Les accidents neurologiques des avortements criminels. Presse Médicale 1952, 60-63, 1348.

#### Summary

#### A NEUROLOGIC COMPLICATION AFTER PROVOKED ABORTION

Illegal abortions have increased the number of accidents pertaining to this intervention. Gas embolism as consequence of abortion has become more frequent, as is shown by numerous examples in the medical literature and by the case presented in this work, and its incidence may still increase in the future.

The clinical picture is not very clear and diagnostic errors are easily made.

The patient discussed in this work was brought in a state of deep coma accompanied by tonic convulsions which persisted several days. The motor symptoms appeared late; on the twelfth day they developed into paraplegia.

Convalescence was protracted and the patient still shows signs of paresis and disartic troubles.

## Résumé

UN CAS DE COMPLICATION NEUROLOGIQUE — CONSÉQUENCE  
D'UN AVORTEMENT PROVOQUÉ

Par suite de la multiplication des avortements criminels, on enregistre un fort accroissement des complications qui en dérivent.

L'embolie gazeuse, en tant que conséquence des pratiques abortives se rencontre de plus fréquemment. La littérature spécialisée mondiale nous offre maints exemples en cette matière et un cas observé par l'auteur atteste que des complications analogues peuvent fort bien se renouveler à l'avenir.

Le tableau clinique apparaît assez complexe et peut, au début, susciter une certaine hésitation dans la détermination du diagnostic.

La patiente hospitalisée dans notre clinique présentait un tableau clinique caractérisé par un profond état comateux ayant duré plusieurs jours, et par des convulsions toniques. Les phénomènes moteurs ont tardé à se manifester et ce n'est que le 12<sup>e</sup>-jour que l'on a pu constater nettement la tétraplégie.

La convalescence a été longue et la patiente est encore atteinte aujourd'hui d'une hémiparésie et d'une disastrie marquées.

## NJË RAST ME DIVERTIKUL STOMAKU

(Konstatim Rentgenologjik)

— AFRIM ÇEQO —

(Spitali i Rrethit Berat, Drejtor Dr. Norma Kushi)

Stomaku është organi ku më trallë nga të gjithë segmentet e tjerë të aparatit tretës mund të haset divertikuli. Madje Schinz mendon se divertikuli gastrik është shumë i rrallë. (8). Qysh nga vjeti 1804, kur Helmont publikoi rastin e parë (cituar nga 4) dhe nga 1903, kur Hirsch e pëshkroi së pari rentgenologjikisht (cituar nga 8) në literaturën mjekësore janë grumbulluar jo më shumë se 200 raste (cituar nga 3). Për këtë mund të gjykojmë edhe nga të dhënat e klinikave apo autorëve të ndryshëm: nga 11.234 autopsi të bëra në klinikën Mayo, në 10 raste është konstatuar divertikuli stomaku dhe nga 650 operatione të publikuar nga Amalin vetëm në dy është konstatuar divertikuli. (cituar nga 4).

Rasti ynë është i vetmi në rreth 6.000 ekzaminime rentgenologjike të stomakut.

Tabloja klinike e divertikutit është shumë e varfër, por edhe kur paraqitet ka një larmi të madhe dhe simulon një seri sëmundjesh të aparatit tretës dhe vëganërisht ato ulceroze.

Divertikuli i stomakut konstatohet në moshën mesatare dhe të thyer, sepse në këto moshë, në shumicën dërnuese, bëhet ekzaminimi rentgenologjik i stomakut (6).

Sipas mendimit të shumicës së autorëve, divertikulet e stomakut janë të lindur, nuk mund të jenë të fituar; pra divertikuli traksionopulso-njës apo pulsionjës, pasi dihet se në çdo proces patologjik inflamator apo malinjë formohen imazhe divertikuliforme, por jo imazhe të tilla saciforme identike me divertikulin dhe që diferencohen pa vëshitësi (6).

Kagan E.M. mendon që ndërhyrja kirurgjikale të indikohet kur është vështirë diagnostika diferenciale e divertikutit të stomakut me ulcera-cionet malinjë apo beninjë, kur çfajten komplikacione në formë divertikuliti apo peritdivertikuliti, që shogërohen me shenja të rënda klinike (dihimbje, hemoragji etj.).

Të këtij mendimi jemi edhe ne dhe nuk do ta quanim me vend ndërhyrjen kirurgjikale kur mungojnë këto kërcënime. Në se tabloja klinike e divertikutit është meçe apo shumë e larmishme, ajo rentgenolo-logjike është shumë tipike.

Divertikuli paraget në vetëvëhte një «hernie» të mukozës dhe submukozës së stomakut nëpër muskulaturën e tij. Rrallë mund të hasim divertikul të vërtetë, pra të përbëra nga të tri shtresat e stomakut (3).

Divertikuli i stomakut ka një lokalizim shumë tipik; në murin e prapëm, pranë fillimit, ose më mirë pranë kufirit të sipërmë të karvaturës së vogël (divertikuli prekardial) shumë rrallë mund të lokalizohet në karvaturën e madhe apo në zonën pliorike (3). Ai paraget një dalje të qartë në siluetën e stomakut, rumbullake, e kufizuar si «vishnja në degë», në regionin e kardias me madhësinë e qibrës ose lajthisë, por që arrin edhe sa një kokër mandarine (6). Simptom i rëndësishëm dhe njëkohësisht edhe diferencues është prania e pllkavre të mukozës, që, në formë rrezesh, kalojnë nëpër qafën e divertikutit (3, 6, 8). Kjo shenjë është dallimi kryesor nga nisha ulceroze apo kanceroze, ku pllkat shkatërrohen.

Më shpesh, divertikuli i stomakut haset në gratë, sepse në to ka një faktor shumë të rëndësishëm predispozues: ulja e presionit në sektorin e sipërmë të kavitetit abdominal, që ndodh në rastet e diastazës muskulare.

Për formimin e divertikutit rol lot edhe një faktor predispozues anatomik i kësaj zone të stomakut (kardias), ku shtresa muskulare longitudinale ndahet në dy tufa, që drejtohen për kurvaturën e madhe dhe të vogël. Në vendin e ndarjes, membrana muskulare është e formuar vetëm nga shtresat cirkulare. Pikërisht këtu ekziston vendi i rezistencës më të vogël. Madje, në disa katshë, si në derrat, në forniksën e stomakut normalisht ekziston një imazh vertikular (3).

Faktor tjetër favorizues është dhe veprimi i përhershëm pulsonjëz i ushqimit.

Konstatimi i divertikutit bëhet pothuajse rastësisht, por nuk mund të dallohet në të gjitha rastet. Kjo ndodh sepse hyrja e kontrastit mund të pengohet nga kontraksionet e muskulaturës, nga hyrja e ngushtë e divertikutit, nga mbushja e tij me mukus, mbeturina ushqimesh, kalimi i shpejtë i kontrastit etj.

Rasti që përshkruajmë u konstatua rastësisht gjatë ekzaminimit rontgenologjik.

I sëmurit E. Sh. vjeç 33, nëpunës, nga Skrapari, me konstitucion astenik, pati dhimbje shumë shqetësuese dhe iu nënstrua ekzaminimit të hollësishtëm klinik. Iu bënë të gjitha ekzaminimet plotësuese. Edhe ekzaminimi i lëngut gastrik, feqes për gjak okult, provat e labilitetit ko-loidal etj. rezultuan normale; pulmonet me qartësi normale, pa lezione bronkiale dhe parenkimateze. Sinuset pleurale hapen plotësisht, zemra me formë e madhësi normale, pulsacionet ritmike, konture të rregullta dhe pozicion normal.

Më 6 nëndor 1963 të sëmurit iu bë ekzaminimi rontgenologjik i traktit digestiv dhe u konstatua: kontrasti kalon lirisht nëpër ezofag. Që në porcionet e para, në pjesën kardiale të stomakut vihet në dukje një imazh divertikular. Pasi në mukozën dhe peristaltikën e stomakut nuk vrehen ndryshime, kalohet në studimin me mbushje të plotë të stomakut. Tanimë imazhi dallohet qartë, në murin e prapëm të stomakut,

rumbullak me konture të gartë, të rregulltë, me diametër 1.5 cm., çka vihet në dukje më gartë në ekzaminimin në pozicionin oblik të parë.

Plikat e mukozës gastrike vazhdojnë pa u ndërprerë edhe në imazhin divertikular, i cili ruan formën dhe konturet e rregullta.

Në sektorët e tjerë të stomakut nuk vrehen ndryshime patologjike. Zbrasja e stomakut me porcione rithnike.

Bulbi dhe ansa duodenale injektohen mirë, me formë e madhësi normale. Pas dy orë u bë ekzaminimi shtirë në shpinë dhe u vu re se mbushja e divertikutit u bë më e plotë. Edhe ditën e nesërme në imazhin divertikular kishte mbeturina kontrasti.

Duke u bazuar në këtë aspekt rontgenologjik tipik pa hezitime u shënua diagnoza: divertikuli prekardial i stomakut.

Diferencimi me imazhet divertikulare të tjerë (nishe beninje apo maligne) si dhe deformacione-divertikuliforme, në rastin tonë, nuk për-bën ndonjë vështirësi.



Divertikuli i stomakut.

## Konkluzione

1. — Divertikulli i stomakut është një sëmundje shumë e rrallë, me kuadër klinik memec apo shumë atipik, por me tablo rontgenologjike tipike.
2. — Ekzaminimi rontgenologjik është metoda më efektive dhe e përpiktë për diagnostikimin e divertikullit të stomakut.
3. — Në ekzaminimin rontgenologjik të kardias dhe forniksit të stomakut duhet treguar kujdes i veçantë: të bëhet ekzaminimi me mbushje të plotë, në pozicionin shtrirë, Trendelenburg e sidomos në pozicionin e parë oblik.

Dorëzuar në redaksi më  
15 korrik 1969

## BIBLIOGRAFIJA

1. — Aleksjevanko A. A.: Divertikulli dvjnadcatipersnoj kishki. Kliniceskaja medicina 1964, 2, 26.
2. — Boguin Y. e bn.: Niches benignes et malignes de la face postérieure du parré verticale et stomac. La Presse Médicale 1961, 47.
3. — Fanardxhjan A.N.: Rentgendiagnostika zabolevanij pishqevarivelnovo trakta. Vol. I Erevan 1961.
4. — Jorjova E.K., Smoljanova N.S.: Divertikulli kardiahovo oddjella zheluduka. Kirurgja 1958, 5, 114
5. — Kagargin T.A.: Divertikulli zheluduka s. situs viscerum inversum totalis. Kirurgja 1958, 5, 112.
6. — Kagan E. M.: Divertikulli zheluduka. Kliniceskaja medicina, 1956, 4, 35.
7. — Rotenberg M.I.: Krasspoznavaniju divertikullov Pishqevoda. Kliniceskaja Medicina 1961, 10, 148.
8. — Schinz H R.: Trattato di rentgendiagnostica. Roma 1954. Vol. VII fage 3308.
9. — Vasiljenko V.A., Salman M.M.: Divertikulli dvjnadcatipersnoj kishki. Kliniceskaja Medicina 1963, 10, 139.

## Summary

### A CASE OF GASTRIC DIVERTICULE

After discussing the incidence and the predisposing factors of the formation of diverticules, a personal case is presented of a diverticule in the cardia region of the stomach in a 33 year old patient. This was the only case among 6.000 radiologic examinations of the digestive apparatus. The diagnosis was facilitated by examining the patient in the Trendelenburg position as well as in a reclining or frontal oblique position.



## Résumé

## UN CAS DE DIVERTICILE DE L'ESTOMAC

L'auteur décrit un cas rare de diverticule de la région cardiale de l'estomac. Après avoir mis en évidence les données de la littérature sur la fréquence des facteurs prédisposants, qui mènent à la formation du diverticule de l'estomac, l'auteur présente un cas personnel constaté chez un malade âgé de 33 ans. Ce cas et le seul qui est mis en évidence chez 6.000 examens radiologique de l'appareil digestif.

Pour le diagnostic, un rôle déterminant est attribué l'examen radiologique de l'appareil digestif en *decubitus dorsal*, en position Trendelenburg et surtout en première position oblique.

## DËNTIMET KARDIAKE NË TË SËMURËT ME HAEMOCHROMATOSIS

— DONIKA SERANI —

(Katedra e Terapisë së Faktiveit. Shet. Doc. Josif E. Adhami)

*Haemochromatosis ose cirrhosis hepatis pigmentaria ose diabetes bronzat* është një sëmundje relativisht e rrallë, shkaqet e së cilës akoma nuk janë plotësisht të qarta. Shumica e autorëve e lidh këtë me prishjen e metabolismit të pigmenteve që mbartin hekurin, me rritjen e absorbtimit e hekurit nga zorrët dhe shtimin e përmbajtjes së këtyre elementeve në gjak, tepërca e të cilëve depozitohet në indet dhe veçanërisht në hepër, pankreas, renc, zemër, tru, në nyjet limfatike abdominale etj.

Për shkak të mbingarkesës me hekur në organet dhe sistemet e ndryshme, hemokromatoza jep kuadrin klinik dhe simptomatologjinë e shprehur sipas organit apo sistemit, që është dëmtuar më shumë. Kështu që tetradës së njohur të hemokromatozës (hiperpigmentimit, hepatomegalisë, diabetit dhe hipersidemisës) i shtohen dhe çfaqjet reumatizmale endokrine dhe kardiake.

Më 1954, Caroli, Etévé dhe André i kanë ndarë hemokromatozat në katër tipe (citar nga R. Denil, B. Mundler e bp. 1966):

- 1) Hemokromatoza primitive ose ideopatike;
- 2) Hemokromatoza sekondare transfuzionale;
- 3) Hemokromatoza sekondare nutritionale;
- 4) Hemokromatoza sekondare me origjinë alkoolike.

Tre raset e paragjitura në klinikën tonë janë të tipit të parë. Hemokromatoza mbizotëron në seksin mashkull në gati 80% të rasteve në format sekondare dhe 92% të formave primitive. Kjo është e lidhur me ndryshimet, që ndodhin në metabolismin e hekurit, në sekse të ndryshëm. Tek meshkujt kemi një absorbtim të lartë të hekurit, eliminimi i tij është i ulur, kurse tek femrat, hekuri eliminohet vazhdimisht me anën e menstruacioneve si dhe gjatë lindjes. Kjo humbje sjell mungesën ferrike tek gratë, kështu që zvogëlohet mundësia për një shpeshtësi më të madhe të hemokromatozës tek ato. Tek ne tre raset janë gra, me moshtë respektivisht 30, 35 dhe 47 vjeç, kurse sipas Cecil e Loeb (1957) mosha ndryshon nga 35-60 vjeç, ndërsa zgjatja e jetës, sipas A.Ll. Mjashnikov (1956), është nga 14 muaj deri në 12 vjeç.

Pigmentacioni kutan mund të jetë në dy tipe: në gjysmën e rasteve paraqitet me ngjyrim bronxi, që shkakëtohet nga depozitimi i melaninës, i ngjajshëm me atë që observohet në *M. Addison* dhe në rastet e tjera, ngjyra e të sëmurëve është gri me refleks metalik, si pasojë e depozitimit të hekurit nën lëkurë. Në të dy të sëmurat tona binde në sy ngjyra gri si plumb më tepër në fytyrë, gafë, duar e këmbë dhe më e pakët në trup, kurse e treta kishte hiperpigmentim me ngjyrë melanine në fytyrë dhe duar. Në asnjë rast nuk kishte hiperpigmentim të mukozave, e cila në hemokromatozat shihet vetëm në 15% të rasteve.

Melanoderma i detyrohet një depoje të thellë të melaninës në shtresat e thella të epidermit, kur hemosiderina gjendet në gjendrat sudoripare në paretin e vazave të lëkurës dhe glandulat sebace.

Diabeti është një shenjë e vonëshme e hemakromatozës. Në fillim ai paraqitet në formë të lehtë dhe rëndohet progresivisht. Nga njëherë disa pacientë janë sensibil ndaj insulinës, por në shumicën e rasteve janë insulinoh-rezistentë. Dekompensimi katozik është i rrallë në kuadrin e këtij diabeti. Disa autorë flasin për mundësinë e një sideroze pankreatike në etiologjinë e diabetit bronzat. Sipas Cachin, Pergelo e Yeson, në 22 cirrhozat me shenjat e hemokromatozës nuk kishin diabet 13,6% e tyre (cituar nga A. Lemaire e bp. 1965), kurse Kalk (1953) nuk e gjeti diabetin në 80% të të sëmurëve me hemokromatozë (cituar nga S.M. Riss (1966)). Në rastet tona, glicemia ishte normale në hyrje, me gjithë shenjat e tjera të shprehura, por mjafton dhënia e kortikopreparateve për disa ditë që të na jepje kuadrin tipik të një diabeti, gjë që keqësoi gjendjen e të sëmurave.

A. Lemaire, R. Dupuy, J. Debray etj. (1965) thonë se kortikopreparatet lozin një rol të favorshëm në zhvillimin e diabetit, nëqoftëse ky nuk është i shprehur në një hemokromatozë; por duhet të kihet kujdes për një diferencim të përpiktë midis hemokromatozave idiopatike dhe hemokromatozave sekondare, të rrjedhura nga cirrhozat hepatike etilike. Për këtë dallim flet qartë A. Dormant, E. Labram e R. Berger (1968) dhe H. Pequignot, J. P. Etienne, Ph. Delaviere etj. (1964).

Zakonisht hepari është i rritur, sklerotik, që arrin dy kile e 400 gram, me konsistencë të fortë dhe disa herë i dhimbshëm. Në të tre rastet tona, hepari është i rritur poshtë umbilikusit. Në hemokromatozat, thotë Lamotte, N. Servelle (1968) kemi irregullime të metabolizmit të hekurit, sic janë: a) absorbimi digjektiv intensiv i hekurit me sideremi të lartë; b) prirja e saturimit të siderofilinës, e cila është një garna globulinë normalisht e ngopur në një tretën; c) rritja e hemosiderinës në testet, duke na dhënë një ngjyrim Perl pozitiv.

Sideremia normalisht është 134 gamma  $\pm$  35%. Vlëra mesatare arrin 244-% në hemokromatozat idiopatike dhe 192 gamma % në format sekondare.

Në rastet tona, ajo arrinte nga 566-% dhe 400-%. Më poshtë ne japim tre rastet e paraqitur në klinikën tonë, duke vënë theksin mbi ndryshimet kardiovaskulare, që ato paraqesin.

Duhet thënë se të tria të sëmurat shtrohen në spital nga shërbimi ambulator me diagnozë: *myocardiosclerosis, insuff. CIV gr. II (haemop-*

*toe*?), me *syndroma cardiorenale* dhe e treta me *hepatitis chronica*? *De-compensatio cordis*. Pra, në plan të parë, mjekëve u kanë dalë simptomet kardiale.

Pacientja F.B., vjeç 35, shtrohet në klinikën e terapisë së fakultetit më datë 19.IX.1963 me diagnozë sindrom kardiorrenal. Paragjiste këto ankesa: veshitërsi në frymëmarrje, rëndim në epëgastër, nauze dhe edema në të gjithë trupin. Të dhënat anamnestike të saj ishin të varfra, sepse pacientja parqitet në gjendje të rëndë, përgjigjej me veshitërsi dhe në mënyrë diskordante (inkoherente). Sipas familjarëve, e sëmura vuante prej 8 muajsh nga kjo sëmundje, kishte urinim të pakët, dhimbje abdominale të forta, për të cilat shtrohet disa ditë në kirurgji. Referon se më 1956 ka kaluar në disanteri, më 1957 — tonsilit purulent, më 1958 *pleuritis*?) dhe më 1958 prapë nefropathi. Është e martuar, pa fëmijë, pasi ka pasur dy aborte.

Gjatë ekzaminitimit objektiv u konstataha fytyra e enjtur, ngjyrë bronxi, palpebrat edematoze, venat jugulare të fryera si kordona nuk pulsojnë, kishite dispne. Kufijt e zemrës së zmadhuar në të gjitha drejtimet, tonet e shpejtë, të largët 115 në minutë, T.A. 95 me 75 mmHg. Presioni venos — 320 mm. të shtyllës së ujit. Frymëmarrja 34 në një minutë. Në pulmone ka submatitet në dy bazat me frymëmarrje vezikular të dobësuar, hepari preket 9-10 cm, sensibël, llemi nuk preket. Mendohet për një *pericarditis exsudativa*. Radioskopia e toraksit dhe e zemrës: në sinuset freniko kostale vihet re një sasi e vogël likuidi. Zemra e dilataruar shumë, në formë shtame, pulsacionet nuk shihen (*pericarditis exsudativa*).

Analizat: gjak komplet: E. 3.900.000, L. 8.700, sedimenti — 2 mm. në orë, formula leukocitare neutrofile N. 54%, euzinofile 2%, bazofile 0, limfocite 40%, monocite 2%, shkopinj 2%.

Urina komplete: alb. 0.33 gr. për mijë, densiteti 1020, urobilinë pozitiv, shqegjer pozitiv, leukocite 1-2%, eritrocite cilindra negativ. Në hyrje, glicemia ishte 100 mgr<sup>0</sup>/. Më datë 2.9.1963—180 mgr<sup>0</sup>/. U mendua për një poliseriositis tbc dhe iu fillua kura me deltakorten streptomicinë, nikobinë, strofantinë dhe glukozë, vit. B<sub>12</sub> dhe vitamina të tjera. Gjendja çdo ditë keqësohej, filloi të ketë fenomene psihotike, ishte shumë e agituar. Kishte idenë delirante të helmimit nga barnat etj. Pas disa ditësh, paraqitet një subikter në lëkurë dhe një ikter në sklerat. Më datë 1.X.1963 gjendja është shumë e rëndë, gjithë fytyra është lehtësisht cianotike, puls i nuk preket, tonet e zemrës të largët, ndihet ndonjë gallop herë pas here. Matiteti i zemrës i zgjeruar më tepër mjaftas, ka ascit në abdomen dhe hepari preket 6 cm. Ikteri qartësohet. U mendua për një tamponadë të zemrës dhe iu bë punkcioni perikardial. Nuk u nxuarr likuid. Në këtë gjendje kolapsi vazhdoi deri më 2.X.1963. Puls i bëhet bradikardit rreth 45 në një minut, frymëmarrja e thipt Cejn Stoks, bie më vonë në gjendje komatoze, ku puls arrin deri në 28 në një minutë, tonet e zemrës të rralla, të largëta por rithnike. Pacientes iu bë noradrenalinë 3 amp. në solucion glukozë, 5% - 500 cc, vitamina C 5-10 cc, vitaminë B<sub>12</sub>-1000 gama ambromicinë 200 mlgr. intravenos dhe ultracorten instramus-

kular 10 mgr x 3. Streptomycinë 0.5x2 etj. Në këtë gjendje, pacientja vdes në datë 2.X.1963.

Diagnoza klinike: pericarditis exsudativa, pleuritis exsudativa bilateralis cum insuff. hypodiastolica. Coma hepaticum. Hiperazohemia. Syndrom hepato-renalë, syndroma encephalopaticum.

Diagnoza anatomo-patologjike: status post myocarditem et pericarditem exsudativam decompensatio cordis hydrothorax sinistra (haemochromatosis pancreatis, hepatitis, myocardii cerebri et renum. Pancreas brum, cirrhosis anularis hepatis).

Ngjyrimi për pigmentin ferrik me reaksion Parls pozitiv i thellë në hepar, pankreas miokard, pjesërisht në epitelin e kanaleve proksimale të reneve dhe në tru. Negativ në lien.

Pacientja Dh. Q., vjeç 47, shtrohet në klinikë më datë 19.XI.1965 me diagnozën *myocardiosclerosis insuff. C/V gr. II B* (haemoptoe?).

Femininë e ka kaluar pa sëmundje. Në moshën 18 vjeç ka kaluar malarje. Është martuar në moshën 15 vjeçe. Ka lindur 7 fëmijë, prej të cilëve ka gjallë vetëm 4. Në moshën 34 vjeç i kanë ndaluar menstruacionet pa shkak. Më 1962 është shtruar në spital për pollartralgi, ku mjekohet për rreth 5 javë me antireumatizmale dhe del e përmirësuar. Të gjithë pjesëtarët e familjes i ka shëndoshtë, me përjashtim të nënës, që vuan nga tuberkulozi.

Sëmundja e tanishme i ka filluar para 15 ditëve me dhimbje barku, të vjella, për të cilat mjekët e mjekuan ambulatorisht me penicilinë, vitaminë B<sub>12</sub> etj. Gjendja nuk u përmirësua, filloi të ketë kollë, dispne dhe pëshmënie me gjak, prandaj e shtruan urgjent.

Objektivisht: tip obeze, pozicion i detyruar me fytyrë cianotike sidomos buzët, veshët e duart. Venat jugulare të fryra, nuk pulsojnë. Zemra me kufi të zmadhuar në të gjitha drejtimet. Tonet aritmike, të largëta, të dobëta, ka zhurmë me shumë ekstrastistola. Puls aritmik 104 në një minut, T.A. —115/75 mmHg. Në arterien pulmonare dhe në aortë asgjë me rëndësi. Dispnea shumë e theksuar. Frymëmarrja 57 në minutë, sinuset e zëna, dëgjoheh rale të njoma ekstazike në dy fushat pulmonare. Abdomeni me shumë ind adipoz ku preket hepari sensibil 8 cm. poshtë harkut kostal dhe lobi i majtë 3 cm. mbi humbilicus. Lieni nuk preket. Ekstremitetet e lira me edema të lehta. Në këtë rast u mendua për një cor pulmonal në një tip obeze ose për *pericarditis arudativa*.

Radioskopia e toraksit dhe e zemrës më 19.X.1965: cor me konfiguracion miopatik shumë i dilatuar *in toto*, tonusi i dobët, pulsacionet superficialë, stazë hiliare dhe pulmonare. *Pleuritis costalis sinistra*.

Gjendja e pacientes paraqitet shumë e rëndë për disa ditë. Me të vjella të shumta, ekstrastistola trigeminale, pulsi 84 në minutë, T.A. 120/80 mmHg. Më datën 25.XI.1965 pacientja kishte puls alternans të shpejtë 124 në një minutë, frymëmarrja 44 në minutë, dhimbje gjoksi të forta, kollë me gjak, shumë dispne; u mendua për infarkt pulmonar. Më 24.XI.1965 pacientja paraqitet njëaft rëndë me puls paradoksal, tonet e dobëta rihmike, sidomos në apëks. Rengenoskopia dhe rentgenokimografija: cor shumë i dilatuar *in toto*. Cor *Bovrinum*, tonusi i keq, me stazë

hiliare dhe pulmonare bilaterale me versament pleural të majtë. Pulsa-  
cionet nuk shihen. (U mendua për një *decompensatio cordis*, mundësisht  
me një versament perikardial). (Shih foto 1)

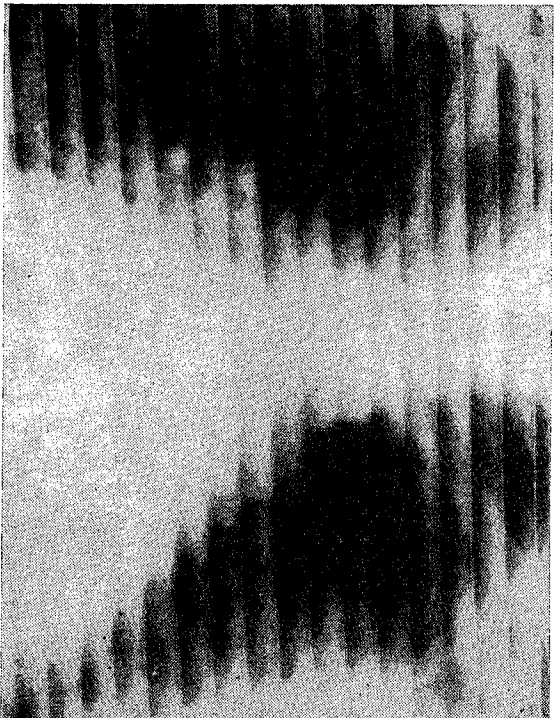


Foto 1



Foto 1/I

Të dhënat elektrokardiografike të bëra në po këtë datë u deshifruan nga Dr. F. Meksi, E K G 24.XI.1965 (foto Nr. 2), të cilat paraqiten si më poshtë: ritëm sinusal, frekuenca 130 në minutë, boshi elektrik semivertikal.  $QRS_{II} = 0.05$  të sekondës P II-III dektrokardik, 2 mv; 3 mv; PQ në 3 derivacionet 0.12 të sekondës. QT 0.32 të sekondës T II-III aVF (+)ST II-III aVF të deniveluara 1 mm. Konkluzion: kemi një hipertrofi të ventrikullit të djathtë me një mbingarkesë sistolike të djathtë; dilatacion i atriumit të djathtë. Në këtë gjendje pacientes iu fillua një

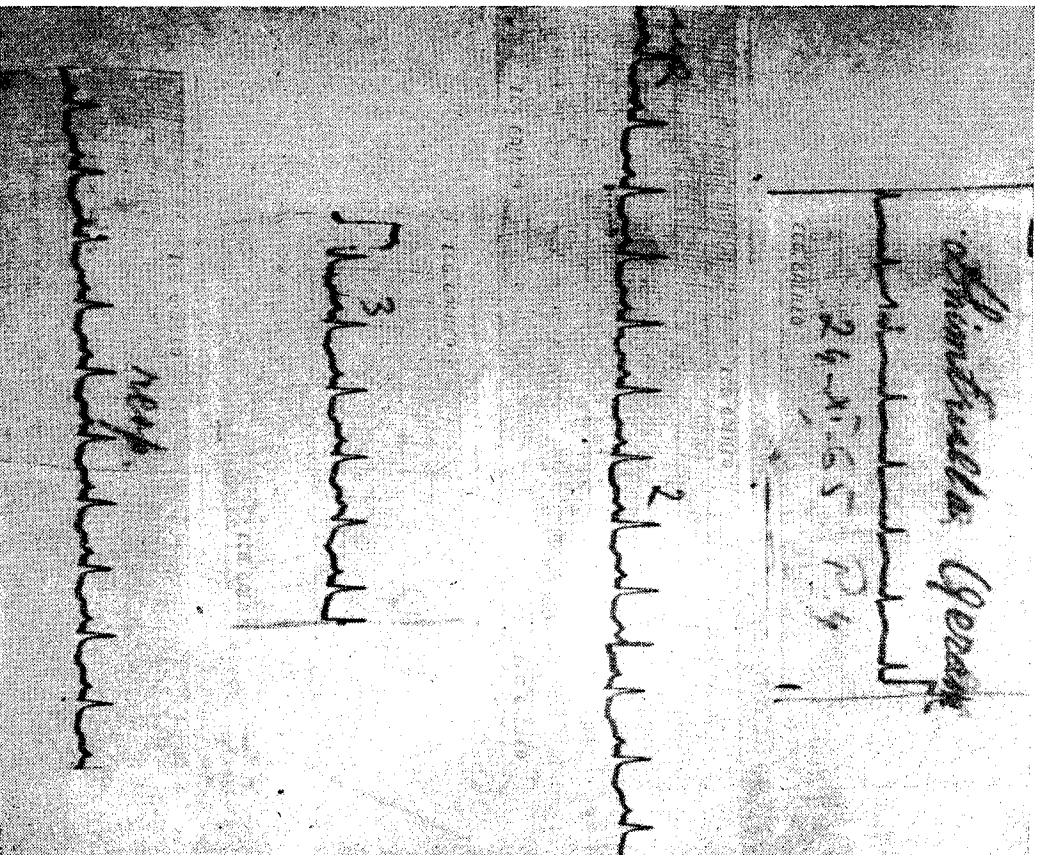


Foto 2

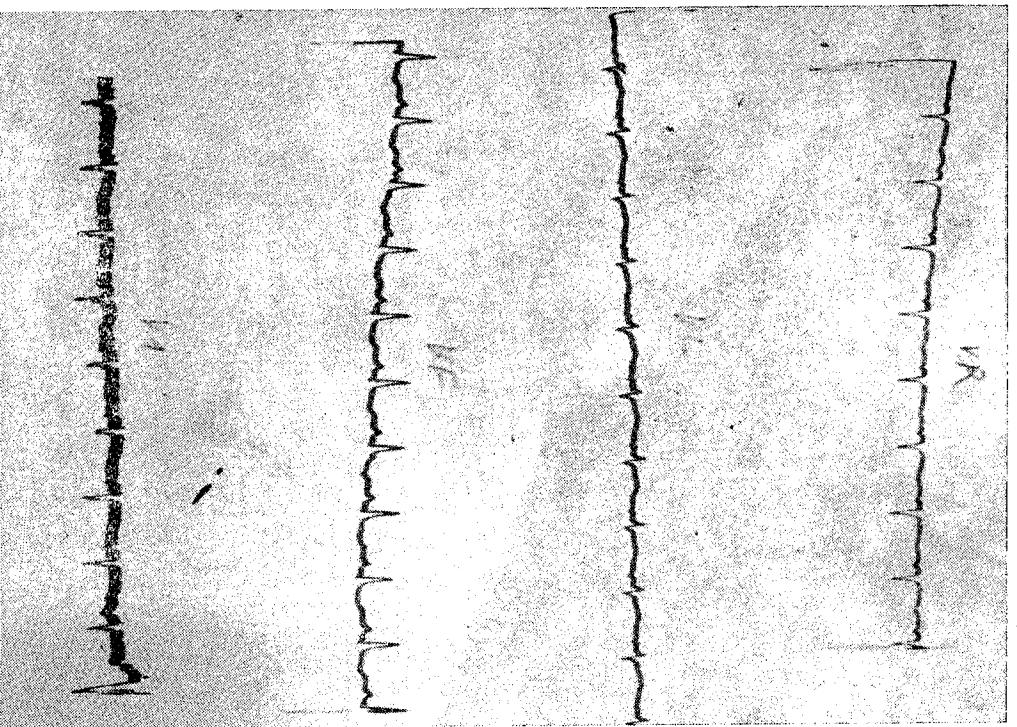


Foto 2/1

kurë me delaktorkten 0.005 x 4 streptomicinë, nikotibinë, vulkamicinë 100 mgr. x 4, eufilinë, strofantinë etj. Gjendja u rëndua, filloi pulsi deficitar, 110 të rrahura në zemër dhe 72 në dorë në një minut. Më 27.XI.1965 pati dhimbje të forta në bazën laterale të hemitoraksit të majtë, të shoqëruara me të dridhura dhe sputum me ngjyrë kafe. Ishte afefbrile, tonet e largëta me arithmi respiratore me një puls paradoksal. Presioni venoz arterial 75/50 mmHg, me djersë, cianoza u shtua, dobësi, ftohje të ekstremiteve, pulsi filiformë. U fillua noradrenalinë 0,1%-2cc në sol fruktozë



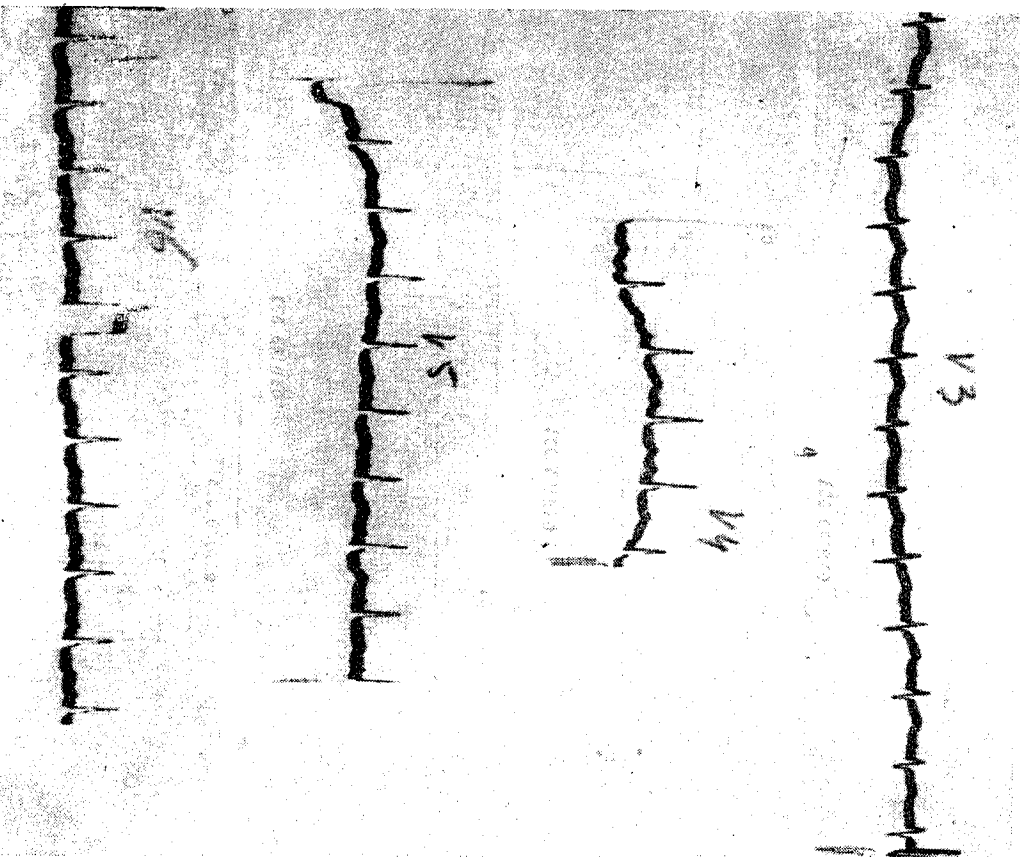


Foto 2/II

250/0-50 cc, sol glukozë, 50/0-150 cc, sol glukozë 40%/0-50 cc dhe Vit. 50/0-10 cc m.v. me pika duke matur vazhdimisht tensionin arterial. Në këtë kohë, në sklerat dhe pak në fytyrë, të sëmurës in çfaq subkter. Brenda ditës e sëmura doli nga gjendja e kolapsit. Fytyra filloi t'i marrë ngjyrën e gizës. Atëherë u mendua për një hemo-kromatozë dhe përvëç terapisë së sipërmëndur, in vu dhe B.A.L. 0,2 x 3 intra muskular. Gjendja filloi të përmirësohet menjëherë. Me një herë filluan të dëgjoen fërkime perikardiale në të gjithë ster-

numin, të cilat vazhduan për dy maj me radhë. Tonet filluan të qartësohen, por persistonin embriokardikë. Presioni venos u ul deri 100 mm. të shtyllës së ujit. Dimensionet e zemrës u zvogëluan. Radioskopia e pul-moneve dhe e zemrës jepte: zemra mbetet në dimensione mesatarisht të rritura, me konfiguracion miopatik. Proçes fibrofokal subklaveal dekstra, sinuset e lira. E K G e datës 31.I.1966 paraqiste këto të dhëna (foto Nr. 3): ritmi sinusal, frekuenca 100 në një minutë, boshiti elektrik semi-vertikal, QRS|| 0,05 sekonda, P ||-|| dekstro kardik 3 mv, Pq 0,15

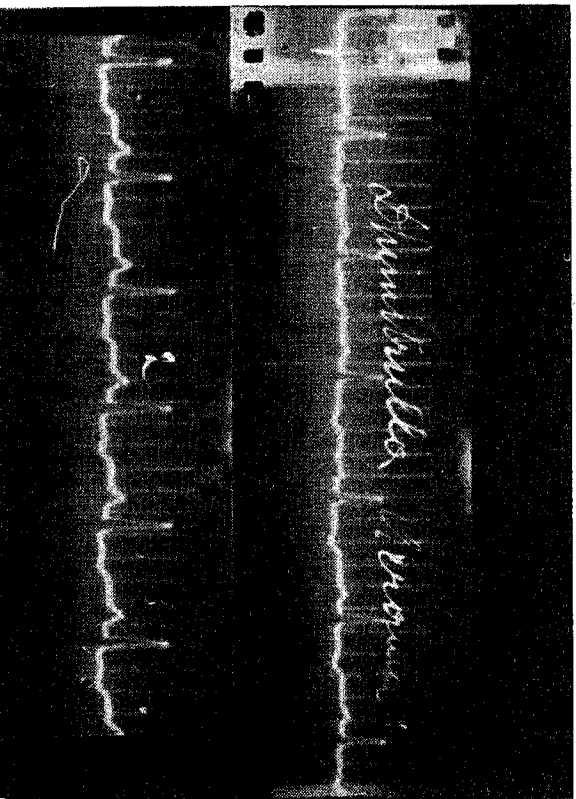


Foto 3

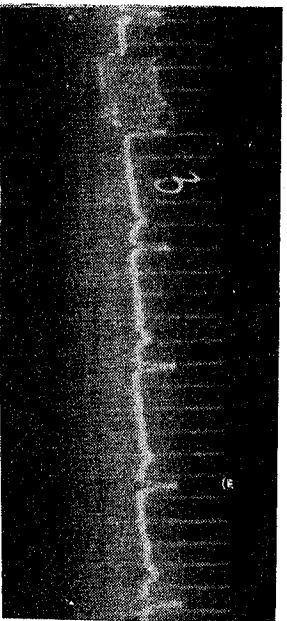


Foto 3/1

sekonda në 3 derivacionet QT 0.26 të sekondës T<sub>I</sub>-II-III në aVF, në aVL (T<sub>I</sub>), T<sub>I</sub> negative; ST<sub>I</sub> lehtësisht e deniveluar, ST<sub>II</sub>' e deniveluar 2 mm. TaVF e deniveluar 1 mm. Në V<sub>4</sub> V<sub>5</sub> V<sub>6</sub> shihen denivelime të ST dhe T negativ. Konkluzion: dilatacion i atriumit të djathtë me çrregullime të fazës së repolarizimit të ventrikujve.

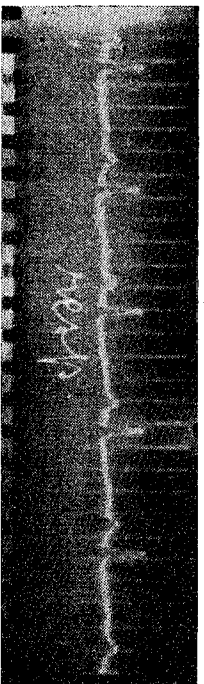


Foto 3/I

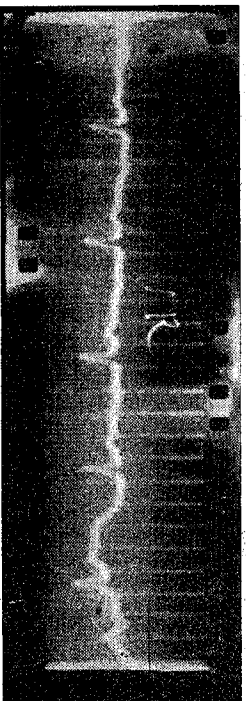


Foto 3/II

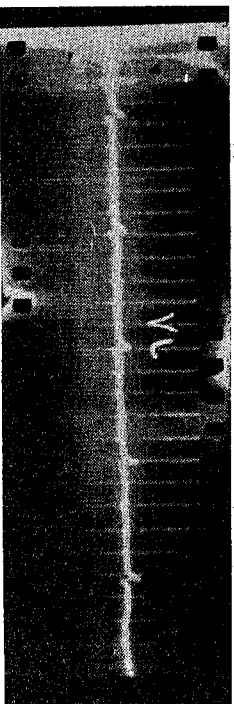


Foto 3/IV

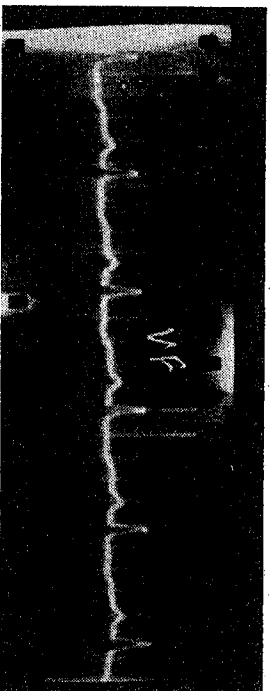


Foto 3/V

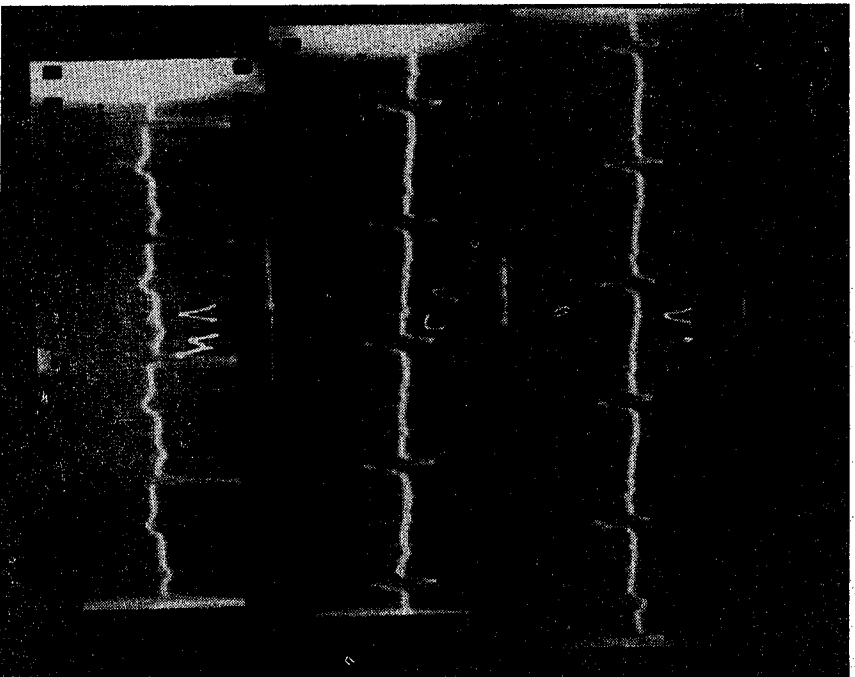


Foto 3/VI

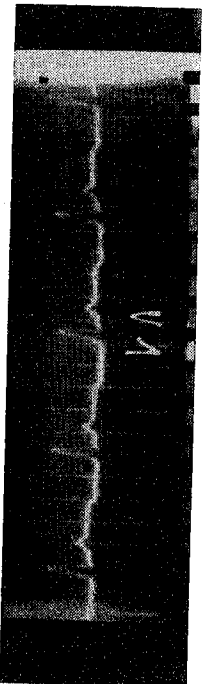


Foto 3/VII

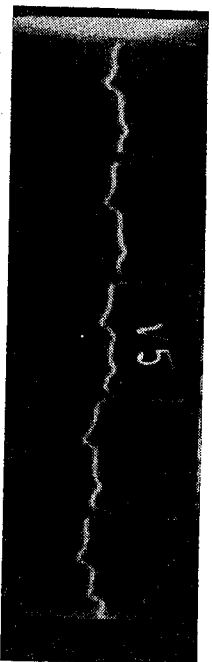


Foto 3/VIII

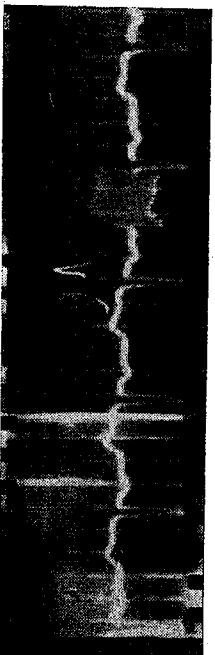


Foto 3/IX

Analizat: datë 19.XI.1965 — eritrocitet 3.610.000, leukocitet 9.200, Hb —  $64\frac{0}{0}$ , sedimentacioni 18 mm/orë. N.  $74\frac{0}{0}$ , euzinofile 0, bazofile 0, limfocite 29, monocite 2, shkopinj  $1\frac{0}{0}$ . Urina datë 19.XI.1965 — sheqer negativ, densiteti 1020, albuminë  $0,26$  për ml, leukocit 6-8 për fushë, eritrocite 0-1 për fushë. Glicemia  $90$  mm $\frac{0}{0}$ . Provat e heparit: bilirubina  $1,38$  mm $\frac{0}{0}$ , Kungel — 40 unite uji, Mac-Lagan 1,2; Takata-Ara pozitive; Mallen negativ; Wuhrmann-Wunderly pozitiv, Sellek-Frade pozitiv; Heyda 1,4 unite; Huerga-Popper 32 unite, Hanger negativ, Fibrinogjeni  $200$  mm $\frac{0}{0}$ , indeksit i protrombinës  $80\frac{0}{0}$ , SGOT-25 unite SGPT-19 unite. Protei-nogrami: proteina totale  $5,8$  gr $\frac{0}{0}$ , alb.  $2,3$  gr  $\frac{0}{0}$ , globulinat  $3,5$  gr  $\frac{0}{0}$ . Elektroforea: alb.  $41,2\frac{0}{0}$ , glob.  $\alpha_1$ - $6,7\frac{0}{0}$   $\alpha_2$ - $11,3\frac{0}{0}$ ,  $\phi$   $15,4\frac{0}{0}$ ,  $\gamma$   $25,5\frac{0}{0}$ . Më datën 27.XI.1965 glicemia ishte  $240$  mm $\frac{0}{0}$ , urina për sheqer pozitiv, sideremia

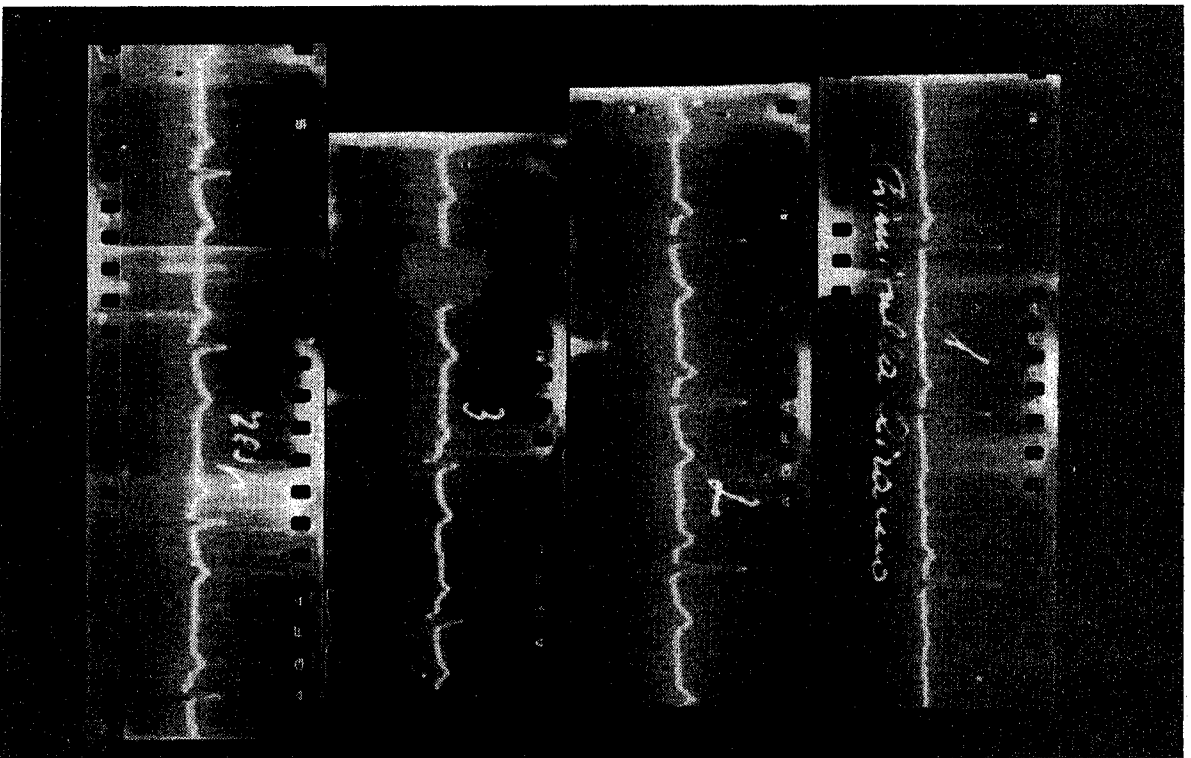


Foto 4

400 $\gamma$ /0. Pas një terapie intensive me streptomicinë, nikotinë, kortizonikë dhe B A L O, 2x3 in. m. për një muaj rjesht u arrit që gjendja e pacientes të përmirësohet dhe glicemia të ndryshojë nga 240 mm $\gamma$ /0 në 144 mm $\gamma$ /0.

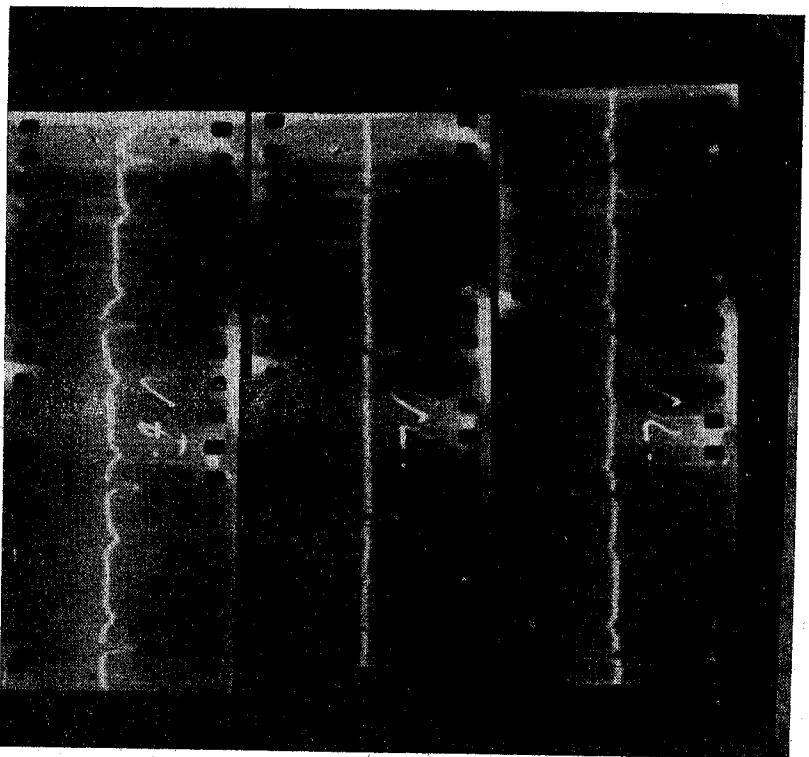


Foto 4/1



Foto 4/II

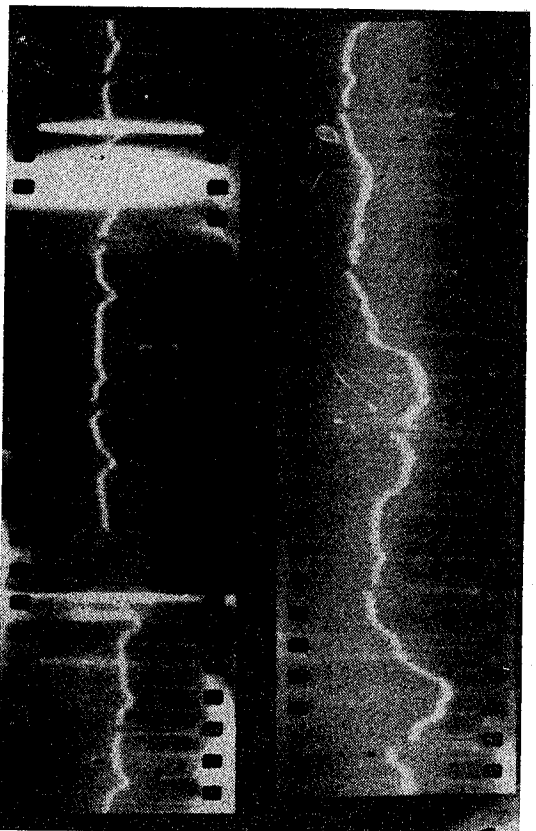


Foto 4/III

170 mm<sup>0</sup>/<sub>0</sub> dhe 110 mm<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Sideremia ka ndryshuar nga 400γ<sup>0</sup>/<sub>0</sub> në 221γ<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, në 181γ<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, në 170γ<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, në 154γ<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, në 160γ<sup>0</sup>/<sub>0</sub> etj.

Në gjendje të përmirësuar, pacientja del me diagnozën klinike: pölyserositis tbc (pericarditis et pleuritis exsudativa sinistra). Proces fibro fokal subklaveal dekstra. Haemochromatosis.

Thëksojmë se pacientja shtrohet në spital përsëri më datën 26.8.1966 me diagnozë stenokardia. Gjatë qëndrimit në spital u konstatua një hepar i rritur 5 cm, nën harkun kostal. SGOT — 25 unitë, SGPT — 38 unitë, glicemia 88 mgr<sup>0</sup>/<sub>0</sub> — 125 mgr<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Urina për sheqer negativ. Sideremia persistonte 250γ<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. E sëmura është në gjendje të mirë. Në E K G e bërë më datën 2.IX.1966 (shih foto 4) u konstatuan: ritmi sinusal, frekuenca 86 në minut, pozicion elektrik vertikal, QRS<sub>II</sub> 0,05 të sekondës, P<sub>II-III</sub> dekshtokardike me lartësi 2 mm dhe 3 mm. PQ = 0,15 të sekondës. QT 0,30 të sekondës. T<sub>I</sub> i sheshtë, T<sub>II-III</sub> pozitiv. T<sub>aVF</sub> aVL i sheshtë. T në V<sub>4</sub> në V<sub>5</sub> dhe V<sub>6</sub> pozitiv. ST në të gjitha derivacionet pa denivelim.

E sëmura J. D., vjeç 30 shtrohet në klinikë me diagnozën *hepatitis chronica decompensatio cordis* më datën 7.XII.1967. Paragjiste këto ankesa: marrje frymë, dhimbje koke, dhimbje të barkut, edema në këmbët dhe dhimbje në hipokondrin e djathtë. Në fëmni ka kaluar malarje dhe



morbus Botkin. Në moshën 14 vjeç, menstruacionet i kanë ardhur të rregullta. Në moshën 22 vjeç martohet dhe qysh prej asai kohe dhe gjatë qëndrimit në spital kishte një amenorrie totale. Nuk ka lindur fëmijë. Referon se vuan nga mëçija e zezë prej 3-4 vjetësh, për të cilën është mjekuar ambulatorisht. Tani ka një muaj që i merret fryma kur ngjitet shkallët, nuk qëndron shtirë në shtret, i fryhen këmbët dhe fytyra.

Objektivisht është një tip astenik, e pa zhvilluar, afebrile me dispne të theksuar. Fytyra dhe gjithë trupi ka ngjyrë brune si gizë. Edema të shprehura në këmbë dhe regjioni i lumbo sakral. Në pulmone ralesatazike të shumta. Zemra me kufi të zmadhuar, tone të gartë në 3 kohë, të shpejtë (ritëm galopi), puls i shumë i mbushur 120 në një minutë, tensioni arterial 135/95 mmHg. Abdomeni i fryrë me likid të lirë. Hepati preket 3 gishtë nën umbilicus, heni nuk preket. Bije në sy pilozitet i ulët në aksilë dhe pubis. Gjendrat mamare jo të zhvilluara. Presioni venoz mbi 300 mm të shtyllës së ujit sa që nuk matej me aparat. Radioskopia e pulmoneve dhe e zemrës dhe rengenokimografia na japin: në tërësi zemra mjaft e dilatuar, tonusi i dobët, pulsacionet superficiale dallohen shumë pak, stazë mlare dhe pulmonare me versament pleural të djathtë në sasi minimale. Në kimografi dhëmbëzat dallohen me amplitudë të ulët (shih foto 5).

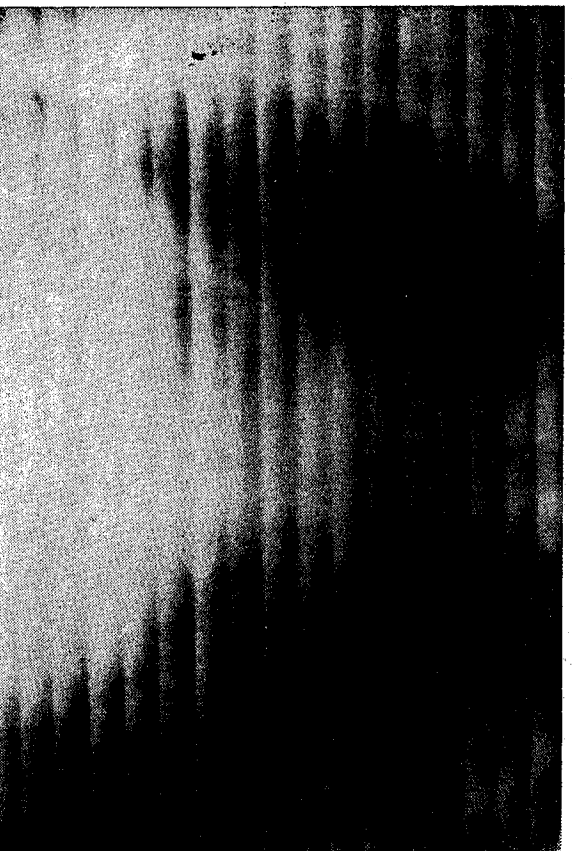


Foto 5

Të sëmurës iu filluan terapia me strofantinë, glukozë, diuretike. Në ditët e para e sëmurë pati përmirësime, edemat u zhdukën, abdomeni u

ul, por persistonte hepatomegalia 3-4 cm. nën umbilicus, fytyra iu bë më brune dhe kishte ekstrasistole bigeminale. Duke parë kuadrin klinik të pacientes, me një zemër të zmadhuar, dispnë, cianozë, venat jugulare të fryra, presioni venos i rritur, hepari shumë i madh i dhimbshëm, u mendua për *pericarditis exsudativa*, prandaj iu fillua kura me delta-korten, streptomicinë etj.

Gjendja e të sëmurës u përmirësua dhe, sipas fjalëve të të sëmurës, ajo e ndjente veshen mirë, kishte oreks, por shenjat e dekompensimit persistonin. Filloi të urinojë shumë dhe të hajë shumë. Atëherë glicemia rezultoi 304 mm<sup>0</sup>/<sub>0</sub> dhe glukozja në urinë pozitiv. U ndërpre në kortizoni-kët dhe u përsëritën analizat:

glicemia 80 mm<sup>0</sup>/<sub>0</sub> — 127 mm<sup>0</sup>/<sub>0</sub> — 254 mm<sup>0</sup>/<sub>0</sub> 304 mm<sup>0</sup>/<sub>0</sub> — 143 mm<sup>0</sup>/<sub>0</sub>  
glukozuria negativ — negativ — pozitiv — pozitiv — negativ sideremia  
100<sup>+</sup>/<sub>0</sub> — 347<sup>+</sup>/<sub>0</sub> 566<sup>+</sup>/<sub>0</sub> — 200<sup>+</sup>/<sub>0</sub>.

SGOT — 28 unite, SGPT — 28 unite.

Provat e heparit: bilirubina 0,83 mm<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, Kungel — 31 unite, Mac-Lagan — 0,56, Takata-Ara (+ +), Malen (+), Wurchmann-Wunderly negativ, Sellek-Frade negativ.

Imunoelktroforeza vuri në dukje theksimin e kurbës të precipitimit të  $\phi$  globulinave (siderofilinës) (Fig. 6).

Elektroforeza e datës 10.XII.1967 dhe proteinograma na japin: proteina totale 7,16 gr<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, albumina 3,69 gr<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, globulina 3,47 gr<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Albumina 42<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, globulina  $\alpha_1$ -3<sup>0</sup>/<sub>0</sub>,  $\alpha_2$ -10<sup>0</sup>/<sub>0</sub>,  $\beta$  15<sup>0</sup>/<sub>0</sub>,  $\gamma$  30<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. 17 ketosteroidet në urinë — 2,9 mgr. në 24 orë, 3,8 mgr në 24 orë dhe në vonë 6,1 mgr. në 24 orë.

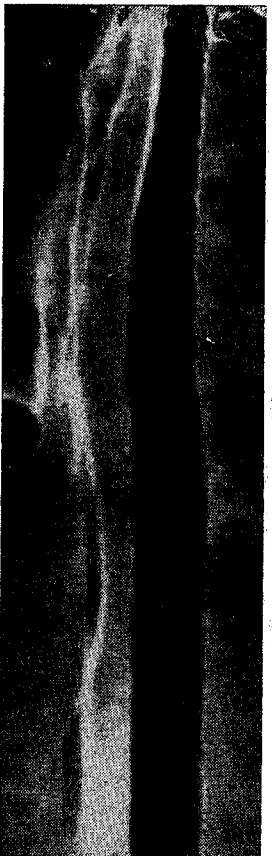


Foto 6

Biopsia e lëkurës: paraqet ngjyrim blu të Berlinit, pozitivitet në shtresën bazale dhe kjo në mënyrë jo uniforme. Elektrokardiograma me prekordiale, me evolucion (shih foto Nr. 7) më datën 22.XII.1967, para-

get ritëm sinusal, frekuenca 116 në minutë, aksi QRS i cvendosur nga e majta, variacion elektrik horizontal, rreth boshiti longitudinal zemra nuk është e cvendosur, P<sub>11</sub> - III aVF, V<sub>1</sub> dekstro kardike 0,10 të sekondës nga 0,3 mv. PQ — 0,16 të sekondës. QRS-0,05. SP<sub>1</sub> në V<sub>3</sub> V<sub>4</sub>,

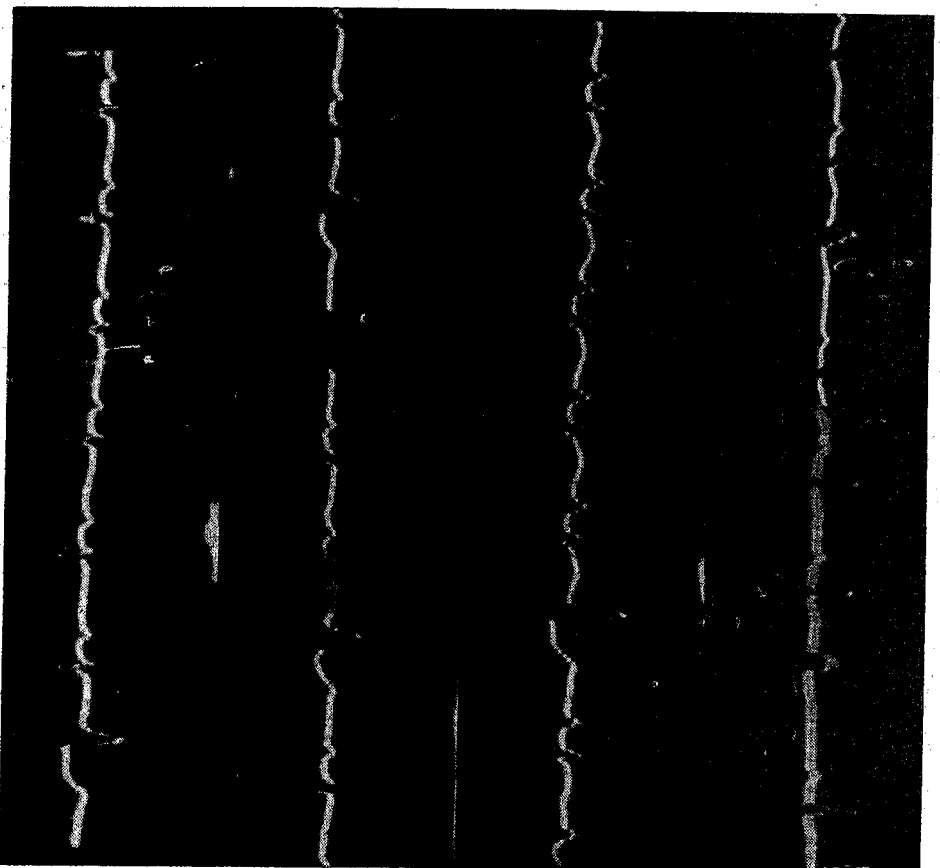


Foto 7

Ve është 1,5 mm mbi vijën izoelektrike. Dhëmbi T i sheshtë ose bifazik në të gjitha derivacionet. QT — 0,30", ekstrasistola ventrikulare nga ventrikulli i djathtë. Konkluzion: dilatacioni i atriumit të djathtë. Çrregullsi-

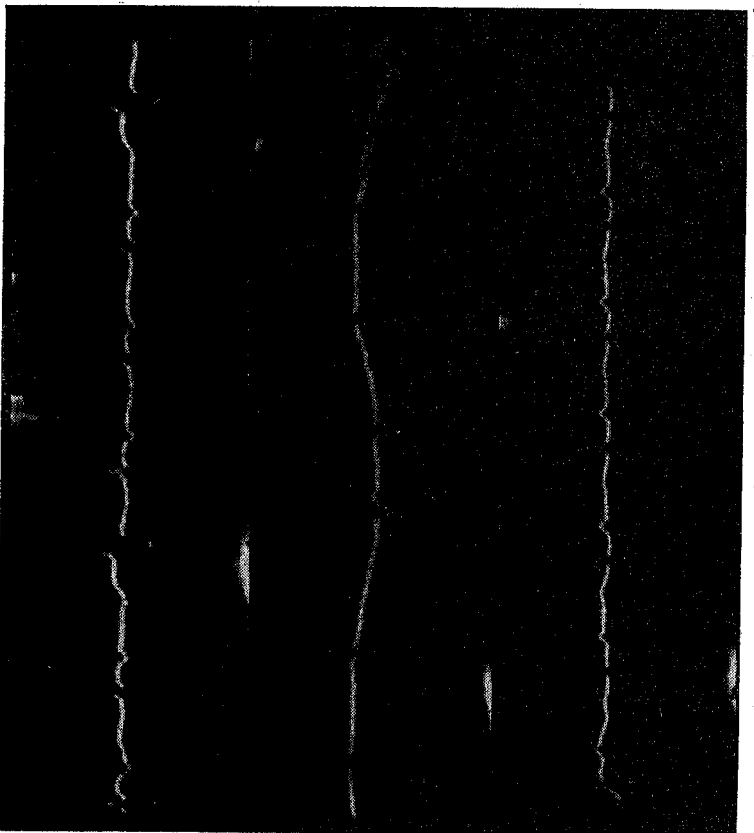


Foto 7/1

me në fazën e repolarizimit dhe depolarizimit ekstrastola ventrikulare *dystrophia myocardi* voltazhi i ulët. Në datën 5.I.1968 E K G është i njëjtë me datën 22.XII.1967 me shumë ekstrastola politopike dhe me grupe E K G e datës 22.II.1968 (foto Nr. 8) paraget: ritëm sinusal, frekuenca 100 në minutë, aksi QRS i gvendosur nga e majta, pozicioni elektrik semihorizontal në boshitin elektrik(?) rrotullohet sipas agregave të sahatit, P<sub>II-III</sub> e aVF deksistro kardike, P në V<sub>1</sub> bifazike (±) P<sub>II</sub> —0,05 të sekondës, PQ — 0,20 të sekondës, QRS — 0,04 të sekondës — 0,25 mv. St në V<sub>3</sub> V<sub>4</sub> e V<sub>6</sub> 2 mm mbi vijën izoelektrike. QT 0,28 të sekondës, QT\* 0,30 të sekondës, Konkuzioni: dilatacioni i dy strumëve, bllok atrioventrikular i gradës së I, grrëgullime në fazën e repolarizimit dhe depolarizimit të ventrikujve, voltazh shumë i ulët, distrofia e miokardit.

Pacientes iu fillua kura me B A L O, 2 x 3 ampula intra muskular, pas së cilës pati disa perioda përmirësimi, hekurri, gradualisht filloi të ulët, porse ndryshimet kardiale filluan të thellohen, të dëgjoen tonet e dobëta me ritëm galopi me ekstrastola digeminale ose trigeminale, tensioni

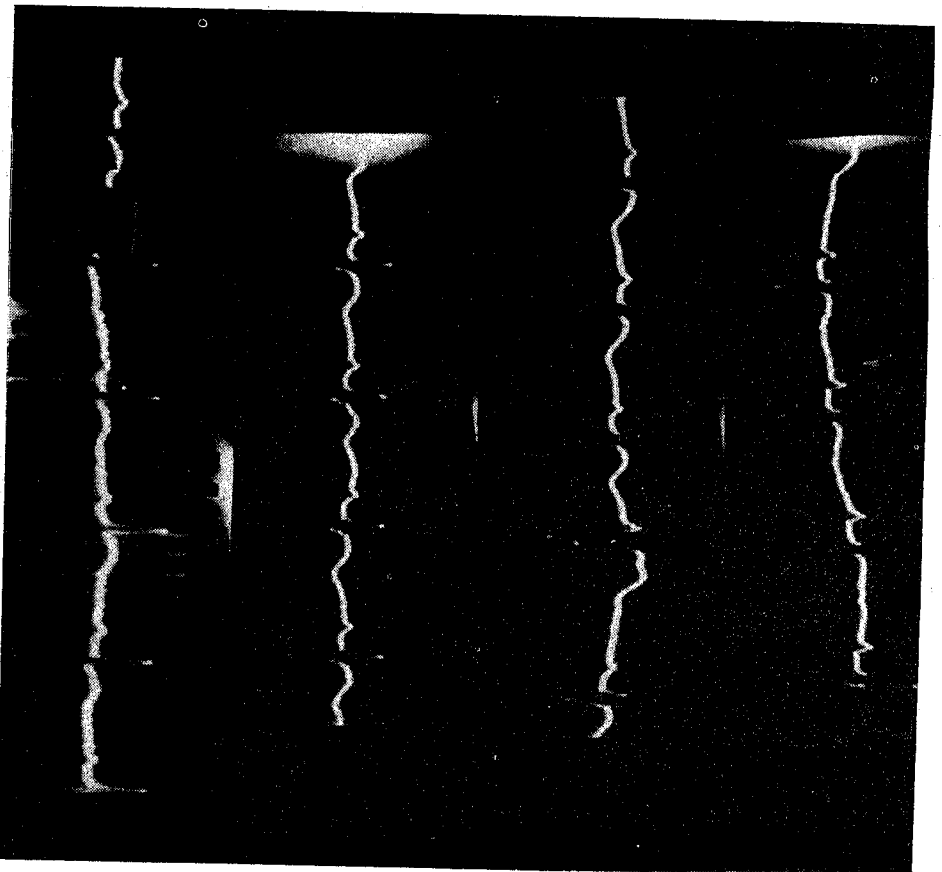


Foto 1/II

arterial 90/70 mmHg. Më vonë mori dhe Ethacali një ampule në çdo tre ditë. Në gjendje të një miopatie të rëndë, e sëmura vdes në datën 28.II.1968.

Diagnoza klinike: *Haemochromatosis. Myopericarditis exsudativa insuff. C/V gr. II B ekstrastifolia bigemnale.*

Diagnoza anatomo patologjike: *haemochromatosis. Insuff. C/V. Cirrhosis hepatis. Fibrosis haematomatosis pancreatis, dilatatio atrii auricalae ventriculi cordis dextri. Myocardio-dystrophia, hydroperitoneum fibrosis ovarii uteris infantilis.*

Nga paraqitja e rasteve del e qartë se kuadri klinik i tyre në radhë të parë na bën të mendojmë për një kardiopati? «pericarditis exsudativa»

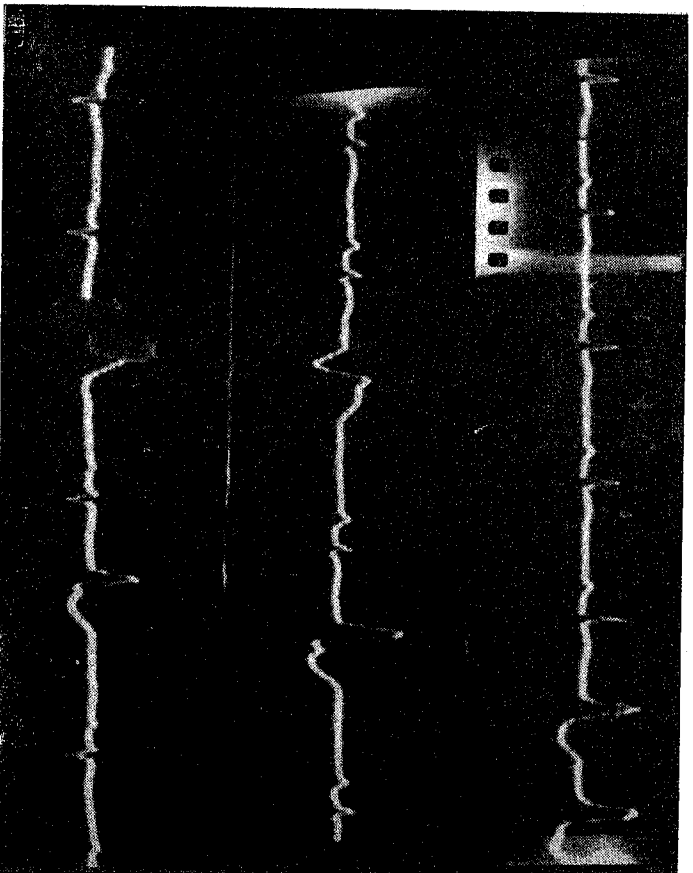


Foto 8

apo myocarditis, pasi duallën në pah simptomet kardiake si dispne gjatë efortit dhe në qetësi, cianoza e theksuar, rritja e astenisë, taktikardia, kardiomegalia, edema dhe versamenti pleural kryesisht me një evolucion irreversibel. Sipas Cecil e Loeb më 1963 këto fenomene janë karakteristikke kryesore të një hematomatoze, kurse Friedberg (1959) thotë se kjo sëmundje në subjektet e rinj jep një insuficiencë kardiake të djahhtë, me turbullime të rihmit ekstrastola, blloqe, aritmira eij. Natyra e këtyre rrregullimeve është e lidhur me depot e hemosiderinës, të vendosura në fibrat e miokardit duke dhënë degjenerimin e tyre. Disa mendojnë se këto i dedikohen turbullimeve biokimike intracelulare të miokardit, sepse hemosiderina, duke u depozituar në to, rrregullon sistemet enzimatike të glikolizës, pa e lidhur këtë me metabolizmin e miokardit. Për të tilla rrregullime flasin tre E K G të pacientes J. D. ku vihet në dukje dilatacioni i atriumeve, blloku atrioventrikular i gradës së I, rrregullime të repolarizimit dhe depolarizimit, voltazhi shumë i ulët dhe ekstrastola ventrikulare poliptopike.

Modifikimet kardiake klinike shihen në format primitive të hemokromatozës në dy lloje: a) me voltazh të ulët në derivacionet standart (si në E K G të datës 22.II.1968 të të sëmurës sonë) dhe b) anomalitë e dhëmbit T (bifazik në D<sub>2</sub>, D<sub>3</sub>, V<sub>5</sub> dhe V<sub>6</sub>) sikurse në tre E K G të pacientes sonë. Po këto të dhëna japin autorët Denli, Mundler, Paechet eij. (1966).

Foto 8/11

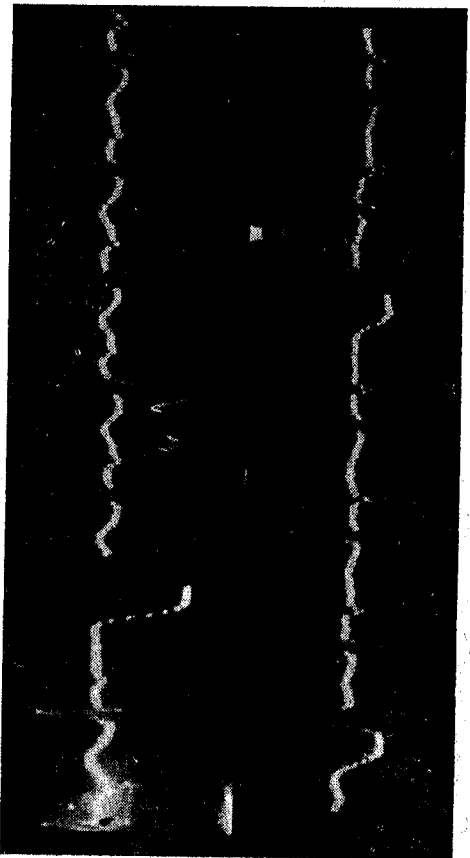
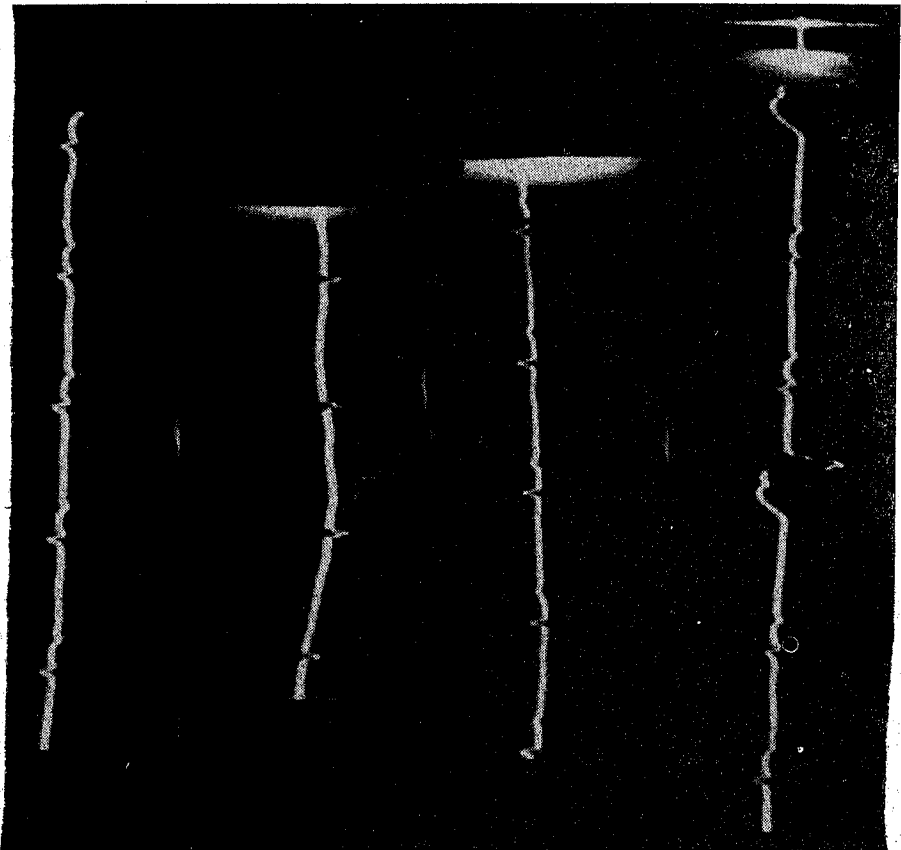


Foto 8/1



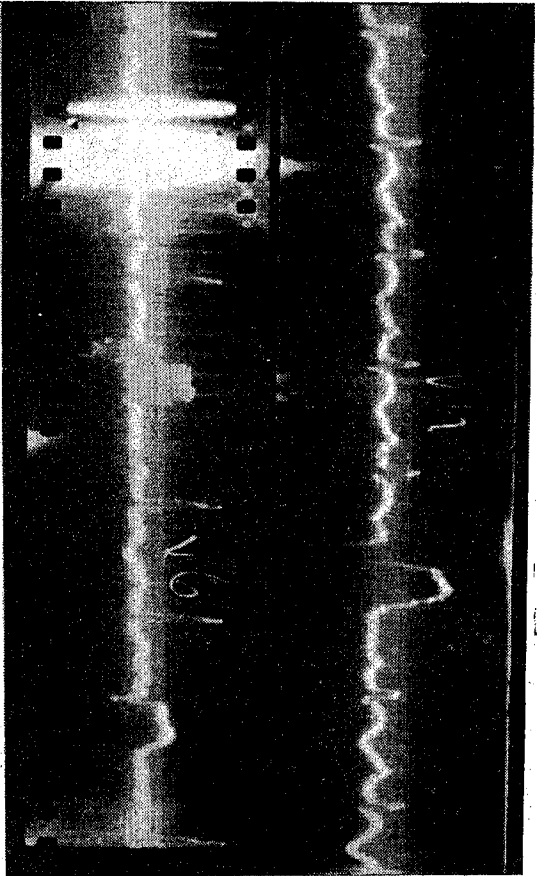


Foto 8/III

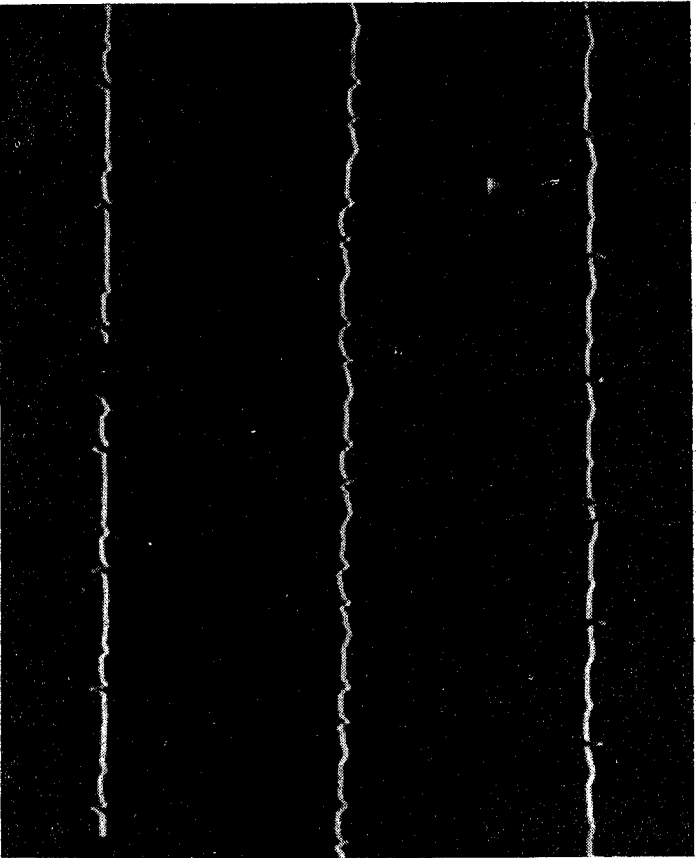


Foto 9



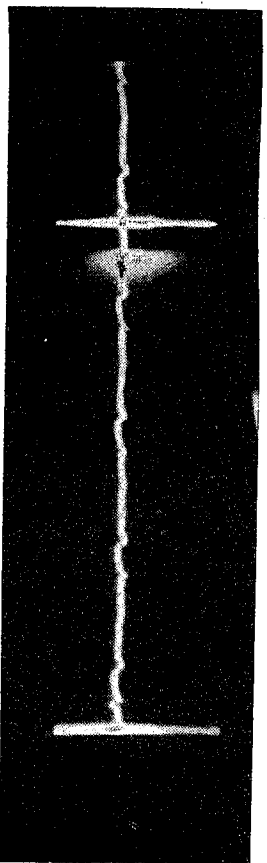


Foto 9/1

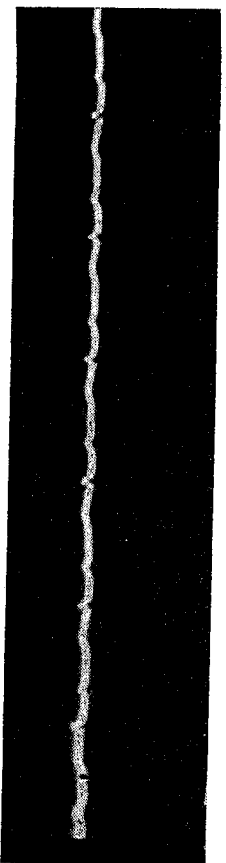


Foto 9/II

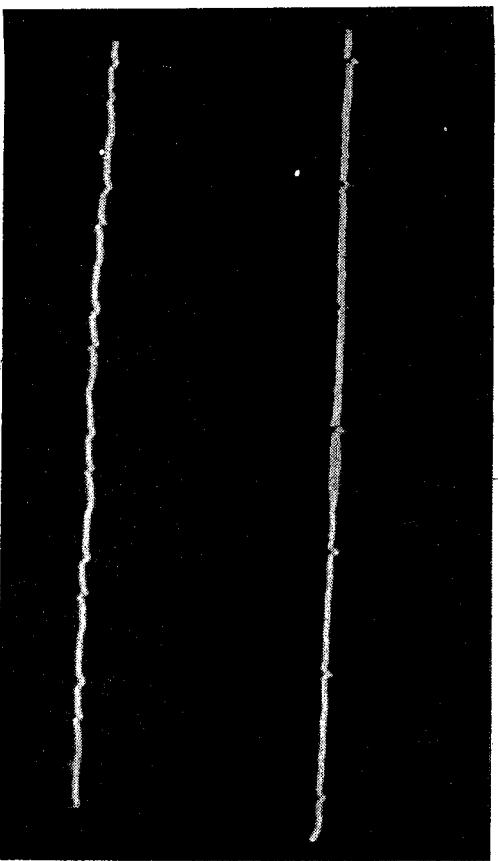


Foto 9/III

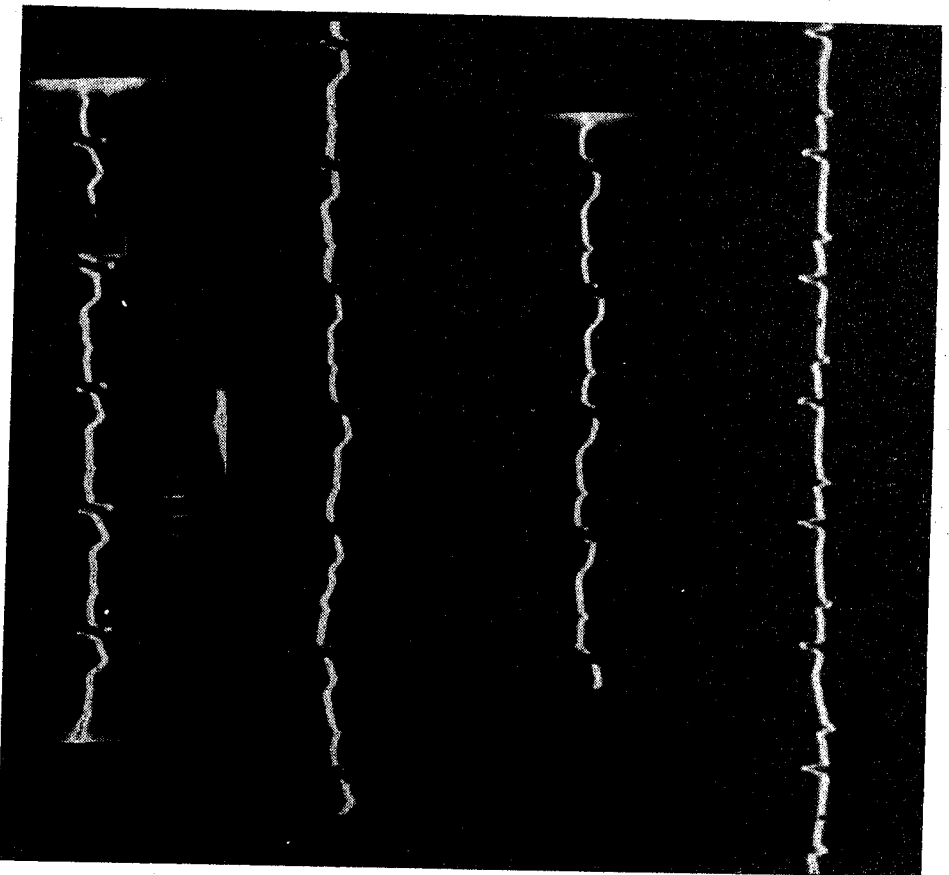


Foto 9/IV

Rasiti i dytë që ne paraqitëm është ai i të sëmurës Dh. Q. vjeç 47, (shih foto 9) e cila me të drejtë u mjekua për poliserozitet tuberkular (me perikardit dhe pleurit eksudativ) me një proces subklavear fibrofokal thec të djathtë dhe hemokromatozë, dmth. në terrenin e një hemakromatoze të pa diagnostikuar u zhvillua kuadri i një poliseroziti tuberkular. Kjo u vërtetua me faktin sepse në familje ka të sëmurë me tuberkuloz, vetë me proces fokal, me Magtoux pozitiv shumë të theksuar, terapia me kortizonikët dhe antibakteriale specifike filloi ta përmirësojë dhe për dy muaj rontgenoskopike, rentgenografike dhe rentgenokimigrafike nga të dhënat trokardiografike. Duhet theksuar se në E K G të datës 24.I.1966 dhe 31.I.1966 ka ndryshime të tilla që flasin për praninë e një perikarditi, pasi T është negative në V<sub>4</sub>, V<sub>5</sub> dhe V<sub>6</sub>, gjë që në hemakromatozat është normal dhe ndryshon vetëm në intervalin ST në derivacionet V<sub>4</sub>, V<sub>5</sub>, V<sub>6</sub>. Në E K G të datës 2.IX.1966, ST në të gjitha derivacionet është pa denivelime, gjë që vërteton edhe një herë se kemi pasur një perikardit, i cili

është shëruar në një terren të hemokromatozës, ku dëmtimet kardiake, nga kjo e fundit, nuk kanë dalë në pah.

Dikush mund të mendonte se rritja e hekurit në gjak në këtë rast i dedikohet një insuficiencë kardiake dhe jo hemokromatozës. Nëqoftëse do të pranohim këtë hipotezë, duhet të kishim sidereminë të rritur vetëm gjatë fazës së dekompensimit, porse tek pacientja e jonë, ajo persiston në shifra të larta dhe pasi doli nga spitali dhe, jo vetëm kaq por më 1966 në kontrollin e bërë, hekuri në gjak iu gjat 250 $\mu$ % dhe në atë të 1968 — 176 $\mu$ %, ndërsa fenomenet e insuficiencës kardiake në të dy rastet e fundit nuk paraqiste.

Dihet se hekuri dhe bakri në gjak, gjatë insuficiencës kardiovaskulare grade e II B dhe grade e III, janë të rritur. Portnajat V. V. dhe Vasilev Ja. S. (1968) kanë gjetur këta mikroelementë të rritur në 73 të sëmurë me insuficiencë kardiovaskulare në të sëmurët me vese reumatizmale, po kështu dhe O. A. Goc, E/V. Frolenko dhe A. K. Pavlov (cituar nga po ai autor). Për këtë rast duhet të vemë në dukje se pacientja ka qenë e shtruar në spital më 1962 me poliartitralgji, për të cilën u mjekua me antireumatizmale dhe përmirësimet ishin të pakta. Ky është një nga simptomet e para për një hemokromatozë, e cila më vonë do të japë kuadrin klinik të plotë.

I. J. Kra, J. W. Finch (1967) përkrahajnë rastin e një të sëmurit, që për njëzet vjet mjekoheshë për reumatizëm dhe më vonë, kur duallën simplozet e tjera, u vërtetua se dhimbjet artikulare i detyroheshin depozitimit të hekurit në artikulacionet. Po kështu dhe F. Françon, J. Epiney etj. (1968) përkrahajnë 6 raste të tjera. E sëmurja jonë gëzon shëndet të mirë, vazhdon të ketë një hepar të rritur, një diabet të lehtë (me glicemi 136-145 mm%) dhe hekuri në gjak qëndron në shifra të larta 250 $\mu$ %.

V. M. Beinki, L. M. Llanbesman (1968) përkrahajnë një rast hemo-kromatoze, që jeton duke përdorur një dietë të varfër në mineral të hekurit.

Në të dy të sëmurat tona u vunë re çrregullime menstruale; njëriës i ndahuan në moshën 34 vjeç dhe tjetrës në moshën 22 vjeç. Gjithashtu ato kanë një pilozitet të ulur, sidomos e sëmurja J.D. ku mungonte fare, goftë në aksilë dhe goftë në pubis, glandulat mame ishin në gjendjen e glandulave të një mashkulli, 17 ketosteroidet ishin të ulura — 2,9 mgr. në 24 orë. Të gjitha këto flasin për çrregullime endokrine, sidomos për një insuficiencë gonadike. Kurse astenia, melandomernia, hipotonia dhe dhimbjet abdominale tek këto të sëmurja flasin për insuficiencën e surrenaleve si pasojë e depove ferrrike në zonën glomerulare të surrenaleve (Thorned Emerson 1954).

Gjatë hemokromatozave, terapia konsiston në heqjen e hekurit me anën e preparatëve, që eliminojnë këtë si B A L, i cili është një antibiot, që përdoret në intoksikimet me metale të rëndë, si plumb, bakër, hekur etj. Këtë preparat e kemi përdorur në dy raste tona intramuskular, gjithashtu me preparatin kelant si EDTACALI, peniciliniminë etj. (L. Bursi 1967). Gjithashtu përdoret edhe salasjoja në doza të mëdha në perioda të caktuara.

Si përfundim, duhet që mjeku praktik të mendojë për një hemokromatozë, kur një kardiopat nuk ka faktorë të tjerë, që sjellin dekompen-simin.

Dorëzuar në Redaksi më  
10.IV.1969

## BIBLIOGRAFIA

1. — **Belenkij V.M., Llandesman L.M.:** O klinike gemokromatoza (Ter. Arhiv 1969, 6, 114).
2. — **Buni L.:** Determinazione delle riserve marzoli dell' organismo, nella cirrosi e nell' emocromatosi mediante test differenziali alla Ferritoxamine (Mi-nerva Medica, 1967, 1715).
3. — **Cecil e Loeb:** Emocromatosi. Trattato di medicina interna, 1957, 186.
4. — **Cecil e Loeb:** Haemochromatosa. Text book of medicine 11<sup>th</sup> edition Philadelphia 1963, 1273-1274.
5. — **Denil R., Mundler B., Pechet H. et Lehmann M.:** Etude critique des haemochromatosis dites secondaires aux cirrhoses alcooliques. La semaine des hopitaux 1966, 15, 921.
6. — **Dornant A., Labrari C., Berger R.:** A propos d'une observation de diabète insulino resistant transitoire compliquant une cirrhose avec hemochromatose secondaire les hyperglycemies des cirrhoses ethyliques. La semaine des hopitaux 1964, 1, 25).
7. — **Fronçon F., Epiney J.; Blanchard H. et J.:** Contribution à l'étude de l'hemo-chromatose. La Presse Médicale 1968, 38.
8. — **Friedberg Ch.:** Autres affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles 1959, 1114.
9. — **Lamaire L., Dupuy R., Debrey J. et J.:** Typéripemie avec hemocromatose secondaire et diabète compliquant les suites de deux anastomoses porte-cavir pour cirrhose ethylique. La Presse Médicale 1965, 73, 37, 2075.
10. — **Lanotte M. et J.:** Association d'une hemochromatose idiopathique d'une dislipemie et d'une dilatation du réseau lymphatique mesentéri-que. Semaine des hopitaux 1968, 3, 109.
11. — **Kra. J.K., Finch J.W.:** Syndrome précoce de hemochromatose. Revue de progrès thérapeutiques, 1967, 14, 487.
12. — **Masnikov A. I.:** Bolezni pečeni 1956.
13. — **Miherva Medica 1967, 153:** I repetiti prelevi sangeinei nell' emocromatosi del tipo idiopatico familiar.
14. — **Miherva Medica 1966, 2421:** Studio critico delle emocromatosi cosiddetto secondarie a cirrosi dilite.
15. — **Peguinot H., Etienne J.P., Delevaire Ph. et J.:** A propos de l'Hémochromatose alcoolique. Semaine des hopitaux 1968, 14, 6.
16. — **Portinohn V.V.; Vashbeev Ja.S.:** Sedlerzhanie mikroelementov (zheleze i medi) i plazmi krovi, bolnih reumaticheskimi porokami siledce s nledostatoy-nostju krovosobrashtenia. Klinika Medica 1968, 1, 96.
17. — **Riss V.S.:** Bolezni organov pishhevarenia 1966, 423.
18. — **Thorn G. and Emerson K. né T.R. Harrison:** Principles of internal medicine 1954, 750-751.

## S u m m a r y

## HEART LESIONS IN HAEMOCHROMATOSIS

Three cases are described of idiopathic haemochromatosis in patients with pronounced heart symptoms.

Two of the patients, women aged 30 and 47 years, had suffered in the past from menstrual disorders (dysmenorrhoea at the age of 22 and 34 years respectively). Their diagnosis before coming to the hospital was: myocardioclerosis, IIB grade cardio-vascular insufficiency with haemoptoe and cardio-renal syndrome with heart decompensation.

In both patients the clinical examination revealed exsudative pleuri-

## SINDROMI TIETZE

— PETRAQ VESHO, MARGARITA VULIKAI, ALEKO VESHO —

(Katedra e Propedeutikës, Shef Doc. N. Shurhani)

Sindromi është përshkruar për herë të parë më 1921 nga Tietze. Simptomi karakteristik dhe më kryesor i është prania e një tumefaksioni (fryrje) në pjesën kartilaginoze të brinjëve, në zonën e kalimit tek sternumi ose drejtpërdrejt mbi sternum. Shogërohet me dhimbje, e cila mund të iradohet në gjysmën përkatëse të hemitoraksit, madje dhe në krah. Deri tani në literaturën botërore janë botuar 200 raste.

Nga Din ky sindrom është quajtur dhe «*osteocondritis*», por një term i tillë nuk është vërtetuar nga kuadri klinik dhe pat-morfologjik i sëmundjes.

Etiologjia dhe patogjenezja e sëmundjes deri tani nuk është e gartë. Vetë Tietze e lidhte sindromin me dëmtimin e metabolismit të lëndëve ushqyerja e keqe dhe e pamjaftueshme; por një gjë e tillë nuk është vërtetuar nga praktika, pasi është taktuar dhe në persona të rinj dhe të ushqyer mirë.

Autorë të tjerë si Pol, Vepler etj. (cituar nga Decik Ju. I.), mendojnë se shkaktohet nga ndikimi i gjatë i mikrotrraumave në kafazin torakal, p.sh. kolla e fortë dhe e gjatë etj. Autorë të tjerë e lidhin sindromin me proceset patologjike të kaluara të aparatit respirator. Sipas Greaninos nov F.V., si shkak i sëmundjes mund të jetë mbingarkesa fizike, sidomos në format akute. Ndërsa sipas Patllan D.B. dhe Lebedinski I.R., domos tonsillitet. Po këta autorë kanë vërejtur që pas mjekimit të tonsillit, sindromi është qetsuar.

Sindromi takohet në persona të moshave të ndryshme dhe më të përkohshme tek ata, që merrren me punë fizike. Simptomi fillestar është dhimbja, e cila gjatet dhe në qetësi, por që forcohet gjatë lëvizjes së trupit, kollës, Pas një farë kohe, fillon të duket tumefaksioni në vendin e përshkruar më lart, i cili është i dhimbshëm gjatë palpacionit, me konsistencë të fortë dhe madhësi të ndryshme. Lëkura mbi të është e lëvizëshme dhe pa ndryshime.

Gjatë ekzaminimit rontgenologjik dhe bioptik nuk vrehen ndryshime, Gjaku periferik, kalciumi dhe fosfori në gjak pa ndryshime.

Prognosa është e mirë, mund të zhduket pas disa javësh ose muajsh, por takohen edhe forma me dekurs kronik, që kanë periudhë remisioni dhe akutizimi.

Sindromi duhet të diferencohet me një *osteocondri* tuberkular, osteoartroromë, osteocondrom, osteomidit, periositt luetik, sëmundje që shogërohen me dhimbje të toraksit (pleurit, neuralgi interkostale, steno-kardi etj.).

tis, for which they received treatment. After the treatment with cortisone it was discovered that they had latent diabetes.

In the first patient the blood iron was found as high as 400 and 566  $\gamma$ %, the immunophoresis showed increased siderophilin. The electrocardiogram revealed a dilatation of the right atrium and ventricle, grade I atrio-ventricular block, irregular depolarisation and repolarisation, low voltage and myocardial dystrophy.

In the second case both the clinical symptoms and the electrocardiographic changes were characteristic for a tubercular polyserositis (exsudative pleuritis and pericarditis, a focal fibrous process under the right clavicle) associated with haemochromatosis. The ECG, repeated in 1966 and 1968, showed signs of pericardial alteration. The blood iron was 176 and 250  $\gamma$ %.

At autopsy in both cases was discovered advanced myocarditis and characteristic brown pigmentation of all the parenchymatous organs. The pearls' test was positive.

### R é s u m é

## LES AFFECTIIONS CARDIAQUES CHEZ LES MALADES D'HEMOCHROMATOSE

L'auteur décrit trois cas d'hémochromatose idiopathique, dont les symptômes cardiaques apparaissaient au premier plan. Il s'agit de trois femmes étant respectivement âgées, de 30, 35 et 47 ans. Deux d'entre elles étaient sujettes à des troubles menstruels (l'une avait atteint d'aménorrhée totale à l'âge de 22 ans, l'autre à 34 ans). Les malades ont été adressées à l'hôpital avec le diagnostic de sclérose du myocarde: insuffisance C/V gr. II B. Hémoptosie.

A l'examen clinique les trois cas présentaient le tableau d'une péri-cardite exsudative et ont été soumises à un traitement approprié.

L'emploi des corticoïdes révéla chez les trois patientes un diabète latent, qui ne s'était pas encore manifesté. La sidéremie avait respectivement les indices élevés de 400  $\gamma$ % et 566  $\gamma$ %. L'immunoélectrophorèse effectuée dans un cas fit apparaître une sidérophilie accrue. Les altérations observées à l'E C G indiquaient une dilatation de l'oreillette et du ventricule droits, un bloc auriculo-ventriculaire de 1-er degré, des troubles dans la phase de repolarisation et de dépoliarisation, un voltage très bas, une dystrophie du myocarde.

Dans l'autre cas, les signes cliniques parlaient en faveur d'une polyserosite T B C, pléurésie exsudative et péricardite exsudative avec processus focal susclaviculaire droit dans un terrain d'hémochromatose. Les E C G effectués en 1966 et en 1968 montrent des latérations du péricarde, mais la sidéremie persiste aux chiffres de 176  $\gamma$ % et de 250  $\gamma$ %.

L'autopsie des deux patientes a révélé une myopéricardite et une pigmentation brune de tous les organes parenchymateux.

La coloration, selon Pearls, était positive.

Një rast të tillë kemi pasur dhe në klinikën tonë:

I sëmundi S. Ç, vjeç 37, u shtrua në klinikë më 5.1.1968, me numër kartele 121:13, punëtor, me diagnozë suspekt sindrom Tietze. Në hyrje ankohet për dhimbje gjatë margos së djathtë të sternumit në nivelin e interkostales së II-III, e cila shohet gjatë prekses dhe lëvizjes së krahut të djathtë. E konsideron vehten të sëmundë qysh prej tre muajsh, me temperaturë të lartë dhe shenja të një katari sezonal. Temperatura i vazhdoi 5-6 ditë. Pas kësaj iu çfaq një dhimbje në nivelin e brinjës së II-III në të djathtë të sternumit dhe pastaj iu aft ai region duke arritur madhësinë e një mandarinë. Vizikohet dhe mjekohet ambulatorisht me penicilinë dhe streptomicinë, por pa asnjë efekt. Kirurgu përjashtoi lezionet kockore dhe të kartilagove. U largua nga dispensaria antituberkulare dhe u mjekua për dy muaj me streptomicinë, isoniazid, vitaminoterapi, duke e konsideruar si osteokondrit tuberkular. Pasi nuk pati asnjë përmirësim, pacienti u shtrua në klinikën tonë.

Në anamnezën e jetës nuk mban mend të ketë kaluar ndonjë sëmundje. Në elgzaminimin objektiv: tip normostenik, pozita në shtrat -aktive. Lëkura dhe mukozat normale. Limfonodulet periferike nuk preken. Muskulatura e zhvilluar mirë. Në pjesën e djathtë të sternumit, në vendin ku artikulohet brinja e II-III e djathtë me sternumin shikohet tumefaksion sa një mandarinë e fortë në prekje, por jo me konsistencë kockore, e dhimbëshme gjatë prekses dhe lëvizjes së krahut, e palëvizëshme, sipër saj, lëkura pak e skuqur, por pa garkullim vazal. Artikulacionet dhe brinjët e tjera pa ndryshime. Zemra në normë, tonet e qartë, rithmik, pa zhurmë. T.A. 110/60 mmHg, puls 74/minutë. Pulmone dhe abdomen pa ndryshime. Temperatura normale. Gjak komplet: eritrocite 4.500.000, Hb. 75<sup>0/0</sup>, leukocite 5.100, N. 53<sup>0/0</sup>, E. 3<sup>0/0</sup>, B. 0<sup>0/0</sup>, L. 36<sup>0/0</sup>, M. 5<sup>0/0</sup>, SHK. 3<sup>0/0</sup>. Sedimentacioni 19 mm/orë. Urina pa ndryshime. Wassermanni negativ. C.R. proteina pozitiv i lehtë. Elektrolitet në gjak dhe urinë pa ndryshime. Elektroforeza dhe provat hepatike normale. Celulat L. E. negativ. Kolesterinhemia 180 mg<sup>0/0</sup>, lipemia 521,5 mg<sup>0/0</sup>. E K G pa ndryshime patologjike. Rontgenoskopia e toraksit: Cor et pulmon normal. Grafia e toraksit lateroposterior dhe oblik: «nuk duken ndryshime në brinjët dhe në kartilago».

Në klinikën u mjekua me bipenicilinë, delta korten, butazolidinë, vitaminina, aspirina, U. V. Ç. Gjendja e të sëmundit u përmirësua, dhimbja pothuajse iu zhduk, tumefaksioni u zvogëluua mjaft. Në kontrolllet e hërpësheshme që ka bërë, pacienti vazhdon të jetë në gjendje të mirë, tumefaksioni pothuajse i zhdukur, dhimbje nuk ka dhe ushtron profesionin e tij të mëparëshëm.

Përshtirimi i rasisit u bë me qëllim që ky sindrom, ndoshta jo i vërshtirë për t'u diagnostikuar, por që kalon pa pasur vëmendjen e duhur dhe që mund të ketë rëndësinë e tij në diagnozën diferenciale të shumë gjëndjeve patologjike, që u përmënden më lart.

## BIBLIOGRAFIA

1. — Deckl Ju. I.: O sindrome Tietze. Kliničeskaja medicina, 1960, 6, 127.
2. — Grechanov F.: V.: Sllučaj sindroma Tietze. Kliničeskaja Medicina 1969, 3, 139.
3. — Moimnerau R.: Syndrome Tietzen. La Presse Médicale 1960, 58, 336.
4. — Patel L. F.: Sllučaj sindroma Tietze. Kliničeskaja Medicina 1967, 10, 139.
5. — Pallian B.D., Lebedinski I. R.: Sllučaj sindrome Tietze. Kliničeskaja medicina 1969, 3, 140.

**S u m m a r y****THE TIETZE SYNDROME**

The author describes a case diagnosed as a Tietze syndrome. The patient received a treatment of antibiotics, dactacortene, vitamins and ultra-short rays. The state of the patient improved rapidly, and the periodical follow-up examinations showed that he remains in good health.

**R é s u m é****SYNDROME DE TIETZE**

Les auteurs décrivent le cas d'un malade hospitalisé dans leur clinique et présentant le tableau clinique du syndrome de Tietze. Le patient a été traité par des antibiotiques, rayons ultra-violet, dactacortène et vitamines. Son état s'est sensiblement amélioré et aux contrôles périodiques auxquels il a été soumis, a été constaté que cette amélioration persiste.



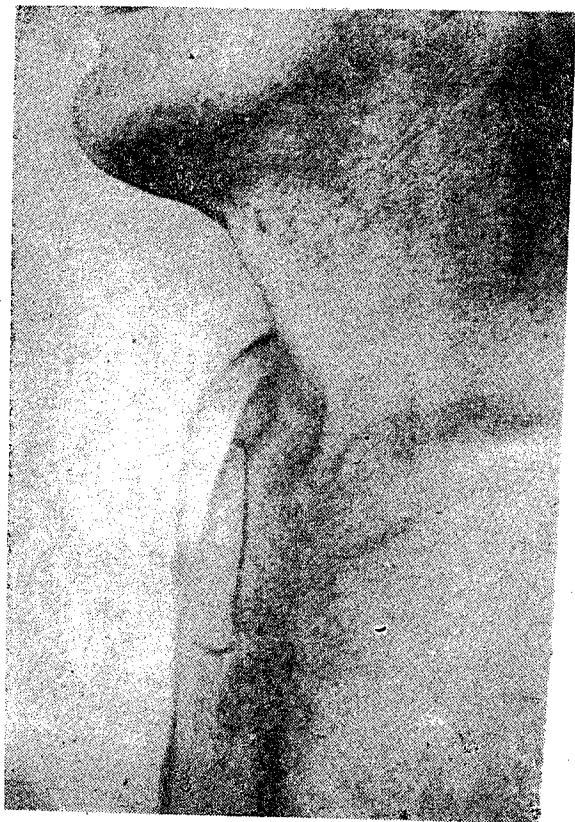


Foto 1



Foto 2

## NJË RAST ATIPIK I KANDIDOZËS BUKALE

— SH. BASHA, I. KASAPI, M. PAPAJORGJI, Z. KOKOMIRI,  
V. GJINO —

(Klinika Dermato-venereologji — Shef. Prof. K. Kërciku  
Katedra e Stomatologjisë — Shef. Xh. Asllani)

Nga një numër i madh punimesh të publikuara në vjetët e fundit, rezulton se rastet me kandidozë janë shtuar, si pasojë të përdorimit gjithënjë më të gjerë të antibiotikëve në mjekimin e sëmundjeve infektive.

Lezionet klinike, të shkraktëhuara nga kërpudhat levuriforme të gjinisë kandida, paraqiten në forma të ndryshme dhe shpesh herë, ato marrin forma klinike atipike, mjaft të vështira për t'u diagnostikuar. Në dy vjetët e fundit ne kemi vrejtur më shumë se 300 raste me kandidozë në kavitetin e gojës, megjithatë rasti që paraqesim këtu është mjaft i veçantë dhe i trallë, sepse është i lokalizuar në gingivat dhe mukozën vestibulare të gojës.

*Përshkrimi i rasisë* — Pacienti Y. D., 44 vjeç, me profesion ndihmës dentist nga gyteti i Shkodrës. Në tetor të vitit 1967 u vizhua tek mjeku specialist për dhimbje koke, temperaturë 38-39°, vështrisë në të përlypurit dhe të gëlltthurit e ushqimit, zmadhim të gjendrave limfatike submaksilare. Mjeku konstatoi se ai vuante nga një infeksion akut të tonsillave, për të cilën u mjekua ambulatorisht për 6 ditë me tetraciklinë (1,5 gr. në ditë), vitaminë B dhe C, gargarizëm me permanganat kaliumi dy-tre herë në ditë. Njësikohësisht me recetë nga një mjek tjetër, ai u mjekua edhe me rovamicinë nga një gram në ditë për 10 ditë. Brenda një shtati, gjendrat limfatike u zvogëluan. Pas dy javësh me gjendje të përgjithshme të mirë, pacienti konstatoi një skuqje të theksuar të mukozës së gojës, me dhimbje që shkraktëhohej nga ushqimet e nxehta. Pas një muaji, u shtua në spital në ditë) dhe streptomicinë (0,5 gr. në ditë). Në të njëjtën kohë bente gargara me acid laktik të holluar. Gjendja e tij vazhdoante të keqësonte: shtoi djegia në gojë, ndjente thatësi, këndet e gojës u ganë, gjuha u mbulua me depozitime të bardha, mukozja gingivale dhe vestibulare filloi të ulcerohet. Doli me kërkesën e tij me rekomandim që të paraqitej për konsultë pranë klinikës dermatoveneriane të Tiranës, ku u shtrua më 29.I.1968, me kartelë klinike Nr. 95.

*Gjendja lokale.* — Mishi i dhëmbëve në të dy notullat, si në sipërfaqen e sipërme ashtu dhe në të poshtëme, është i zhvështur nga epiteli, i skuqur dhe me pika të bardha të shpërndara në mënyrë të parregullt, të vende-vende në formë grumbujsh. Qieliza ka peta të vogla të bardha të vendosura më tepër në bazë, kurse në anët e brendëshme të faqeve ka një vizatim si rjetë e hollë vijash të bardha të dëshimta shumë për

kandidomikoze. Kjo simptomatologji është e shoqëruar me dhimbje siodoms kur pacienti përçypet.

Nga ekzaminimi mikologjik rezultoi se infeksioni i mukozës ishte i shkakëtuar nga kandida për të cilin filloi të mjekohet me mykostatini nga 3 milion unite në ditë, prej së cilës 1 milion në formë pluhuri, gamma globulnë nga 2 cc për tre ditë me radhë, lyejje të gojës me genciana violet 1/0, lizocinë, artificiale të përgatitur në çast dhe vitamina. Përmësimet që u arritën pas dy javësh ishin të vogla. Pacienti me dëshirë të vet del nga spitali dhe rishtrohet më 18.3.1968 me kartelën klinike Nr. 285. Gjatë kesaj kohe u kontrollua nga dermatologu, i cili konstatoi të njëjtën gjendje, u bë konsulta me stomatologun ku u kon-

statua se dhëmbët  $\frac{1}{13}$  ishin të devitalizuar, të mbushura me amalgam

dhe të veshura me kllief metalik ndërsa dhëmbët e fjerë  $\frac{2456}{432}$  Parage-

smin luksacione të gradës së parë e të dytë, me inflamacion në paradontiumet marginale, nga të cilat rridhte sekrecion seropurulent.

*Diagnoza dentare:* Vatër patogjene dentare në formën e një paradontopatie-distrofike supurative, e shoqëruar me dhimbje të vazhdueshme të mukozës së gojës.

Radiostkopia pulmonare, ekzaminimi i urinës, i fecereve për parazit provat funksionale të mëlçisë dhe kurba glicemike rezultuan normale. Në gjak u konstatua një leukocitozë e lehtë (10.800), reaksioni Wassermann rezultoi negativ. Ekzaminimi histopatologjik (biopsia Nr. 390 datë 4.V.1968 C. Roku) rezultoi me diagnozën kandidozë gingivale. Ekzaminimi mikologjik: në ekzaminimin e depozitave të bardha u konstatua qeliza levuriforme dhe pseudomocela. Materiali i marrë me tampon u mbull në terrenin agar-glukozë Sabouraud me kloramfenikol dhe u mbajti në termostat në 28 gradë për 72 orë. U zhvilluan shumë koloni të kandidës. Tipizimi u bë në terrenin P. C. B. dhe me prova biokimike, dhe rezultoi *Candida albicans*. Pas 10 ditësh, për të mënjeluar një përhapje të mëtejshme të infeksionit, u rifillua mjekimi me mykostatinë nga 3 milion unite në ditë dhe vitamina B<sub>1</sub>, C. Njëkohësisht u bë ekstraksioni i të

gjithë dhëmbëve pjoreikë në një seancë të vetme  $\frac{1}{6342}$   $\frac{123456}{867}$  Gjatë ndërhy-

ries u muarr një pjesë e mukozës gingivale për ekzaminimin histopatologjik. Ditën e dytë pas ekstraksionit, të sëmurit iu bë larja e gojës me permanganat kaliumi 1 për mijë dhe lyejja e ulceracioneve me jodur kaliumi 1/0 dhe kolargol. Pas 6 ditësh, gjendja e përgjithëshme u përmirësua, dhimbjet u pakësuan, plagët alveolare filluan të cikatrizohen dhe ulceracionet të epitelizohen. Mjekimi me mykostatinë vazhdoi edhe dy javë pas ndërhyrjes kirurgjikale. Pas një muaji u zhdukën të gjitha ulceracionet, u aplikuan protezatat dentare prej durakritili dhe pacienti del i shënuar nga spitali më 30.V.1968.

*Diskuti:* Diagnoza mikologjike, biopsia dhe efekti i mjekimit specifik nuk le as një dyshim për natyrën mykotike të afeksionit që u çfaq pas një mjekimi të gjatë me antistofik. Reaksioni Wassermann negativ përshaton diagnozën e aftës sifilitike. Lokalizimi vetëm në mukozën vestibulare dhe gingivale si dhe mungesa e shenjave të tjera të përgjithë-

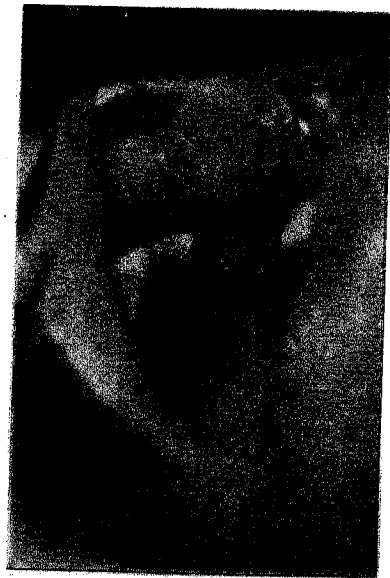
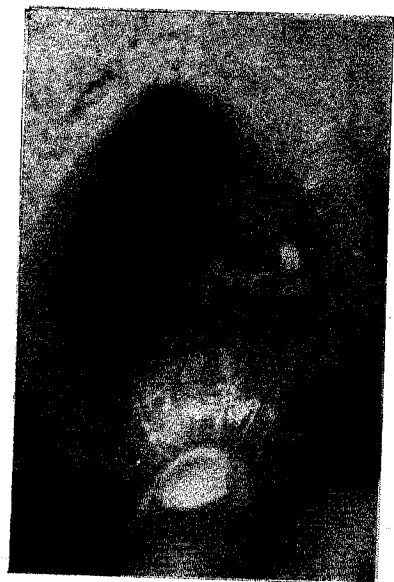
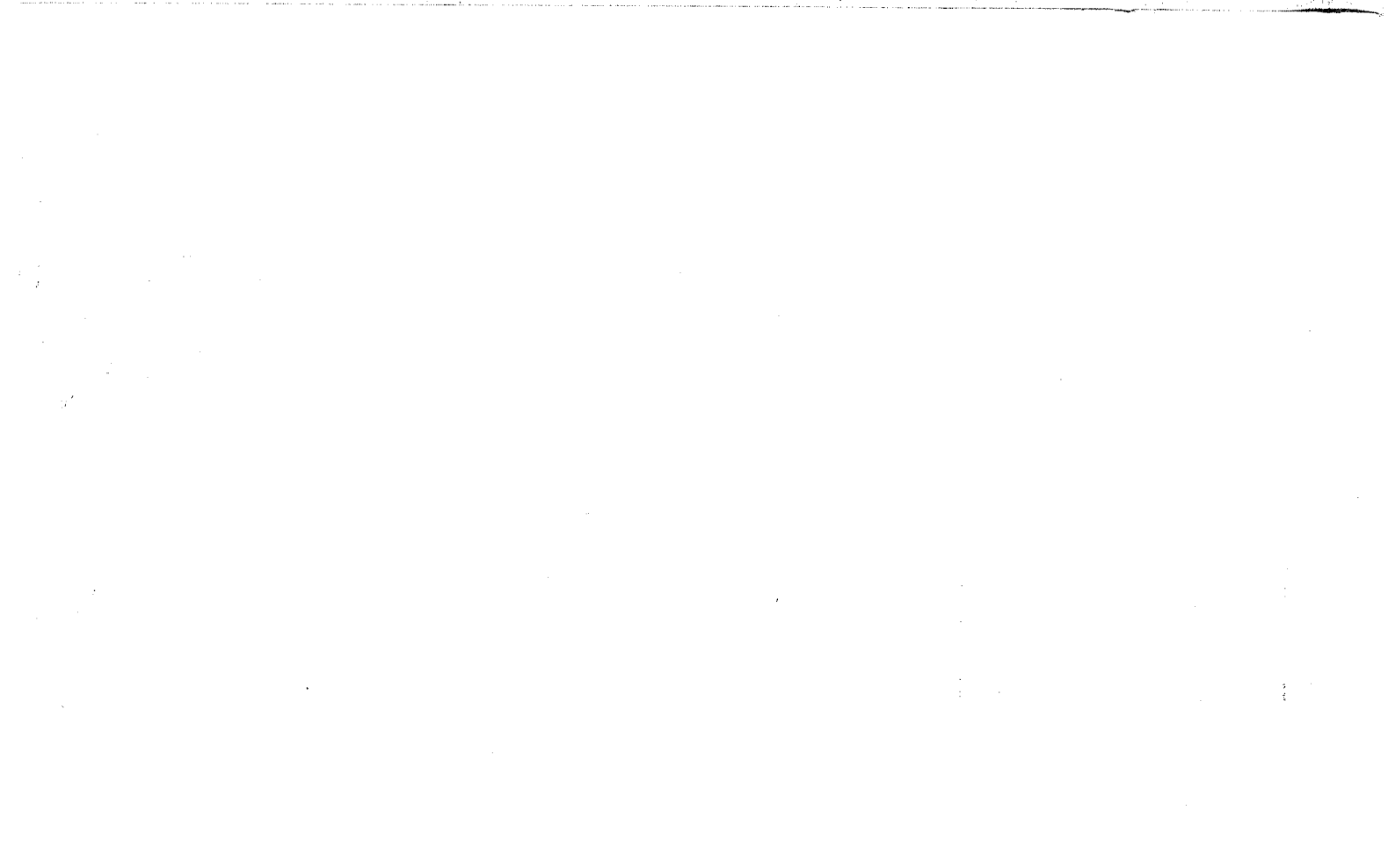


Fig. 1 dhe 2  
Lokalizimi i kandidozës bucale në sipërfaqet e mukozës së faqeve



Fig. Nr. 3  
Lokalizimi i kandidozës bucale në  
regjionin 42| mbi një terren errite-  
matoz.



shme përjashtojnë diagnozën e *lichen planum buccalis*, të leukoplakisë difuze, të glosodnisë dhe të *penphigus vulgaris*.

Ky lokalizim i kandidozës është mjaft atipik dhe i rrallë. Forma të tilla janë përshkruar nga Michel dhe Lang më 1955, nga Gracianski më 1956. Alherac dhe Avram përshkruajnë dy raste të tilla më 1960 nga Nicolau theksojnë se lezionet atipike të infeksionit kandidozik në gojë si stomati aftroid, lezionet erozive silitioide, anginat diftiroide, takohen gjithënjë më shumë në vjetër e fundit si pasojë të përdorimit të antibiotikëve, veganerisht të atyre me spekter të gjërë veprimi. Këto forma Avram i ka takuar më shumë në moshat aktive, dmth kur rezistenca e organizmit është e mirë.

Shumica e autorëve të vjetër, me të drejtë, e kanë konsideruar heqjen e dhëmbëve në këta të sëmurë si të rrezikshme, sepse infeksioni mund të përgjithësohet. Sot ekzistojnë një sërë antibiotikësh antimykotik si mykostatina, amfotericina B (fungizoni), pimaricina etj. që mënjanojnë këto komplikacione të rënda.

## BIBLIOGRAFIJA

1. — Avram A., Alherac I.: Aspecte clinice particulare ale candidozei mucososei bucale si vulvo-vaginale. Dermat-venertologie. Rumanii 1960, Nr. 4, 357
2. — Arlevie A.M., Stepanishveva Z.G.: Kandidoze kak oslazhnenije antibiotiko — terapii Moskva 1965.
3. — Bulla A.I., Molan M.: Mitoze viscerale. Bucuresti, 1964, 122.
4. — Cernea P., Crey C.: Un cas de géorricheose aigue de la muqueuse bucale. Revue de stomatologie. Paris, vol. 68, 1967, 4, 19.
5. — Condert J.: Guide pratique de mycologie Médicale. Eddisson Masson Paris, 1954.
6. — Drouhet E.: Quelques aspects mycologiques, pathogéniques et thérapeutiques des candidoses. Bulletin Société française dermato-syphyllographie, Vol. 47, 1960, 4, 646.
7. — Evoleeanu R., Avram A.: Candidoze. Bucuresti, 1961.
8. — Kalkoff Janke D.: Mycosen der Haut. Dermat. venerol. Von Gotttron u Choefeld. Vol. 11/2, 1962, 1031
9. — Kashkin P.N.: Kandidoze. Medgiz 1958
10. — Nicolau St. G.: Consideratii in legatura cu experienta noastra asupra infectiei candidozice. Derm-venertologie. Rumanii, 1959, 3, 193.
11. — Vanbrouseghem R.: Guide pratique de mycologie médicale et vétérinaire. Masson — Paris, 1966.

## Summary

### AN ATYPICAL CASE OF MOUTH CANDIDOSIS

A case is presented of atypical candidosis as a complication of the prolonged treatment with antibiotics of an inflammation of the throat. The patient developed an aphthous candidotic stomatitis with ulcerations of the mucosa of the mouth and the gingivae which presented the clinical picture of an alveolar pyorrhea. The diagnosis was confirmed by the histologic and mycologic examination (microscopic examination, culture on Sabouraud medium, typing on PCB medium and biological test). After treatment with mycostatin (3,000,000 UI daily) and the extraction of the affected teeth the patient recovered within three weeks.

## Résumé

## UN CAS ATYPIQUE DE CANDIDOSE BUCCALE

L'article décrit un cas atypique de candidose de la cavité buccale, provoquée par l'agent pathogène de l'espèce *candida albicans*, en tant que complication d'un long traitement aux antibiotiques d'une inflammation aiguë des amygdales. On a observé chez le patient le développement d'une stomatite aigueuse candidosique avec des ulcérations aux muqueuses vestibulaires et aux gencives, qui présentaient le tableau clinique de la piorrhée. Le diagnostic fut établi à la suite d'examen histologiques et microbiologiques (examen microscopique, culture en terrain, typisation en terrain PCB, tests biochimiques). Après le traitement à la mycostatine (3.000.000 U.I. par jour), et l'extraction des dents atteintes de pyorhée, le patient fut guéri en trois semaines.

## NJË RAST GJENDJE DELIROZE NGA KAFSHIMI I GJARPËRIT

— THOMA BALLKONI —

(Spitali i lokalitetit Theollogo — Rrethi i Sarandës)

Përshtkrimet e rasteve të gjendjes deliroze dhe të turbullimeve të tjera psihike nga kafshimi i gjarpërit janë të pakta. Në literaturën tonë kam mundur të gjej vetëm një rast të publikuar.

Më datën 20.IX.1964 ora 23 sillel në spitalin e lokalitetit djali 10-vjeçar S.C., i kafshuar nga gjarpëri rreth orën 16 të po kësaj date. Ishte duke mbledhur domate në kopsht, pa pritur ndjen një dhimbje të fortë në dorën e majtë, bërtiti dhe menjëherë e hoqi dorën; pa një gjarpër, madje t'i përshtuajë. Pas dy orësh nga kafshimi, djalin e shpurnë në ambulancën e Isharit (Karroq), i dhanë ndihmën e parë dhe e nisën për në spitalin e lokalitetit, ku arriti pas 6 orësh.

Ankon për dhimbje të forta në dorën e majtë. Gjendja e përgjithshme e pacientit — e mirë, orientohet në kohë dhe hapësirë, u përgjigjet pyetjeve në mënyrë adekuate dhe në kohë.

Muskëritë dhe zemra pa ndryshime. Pulsit i plotë rithmik, 95 të rrahura në një minutë.

**Status localis:** Dora e majtë edematose deri në 1/3 e sipërme të regjionit brakial me ngjyrë lehtësisht cianotike në anën volare, midis gishtit I-II paraqet plagën e kafshimit dhe rreth saj disa plagë çpuese (të shkakëtar nga gjilpëra nga ana e infiermerit). U shtrua në spital me diagnozën *vulnus venetatum e vipera*. Menjëherë i aplikohet serum *antivipera* 2 ml, kompresua lokale me sol. kalii hypermanganaci 1:10.000, bipenteci-linë 400.000 U.

Të nesërmen (datë 21.IX.1964) gjendja e të sëmurit ishte e mirë, me-gjithëse edema u shtri deri në regjionin e hemitoraksit të majtë, sidomos në anën e tij anteriore. Nga vendi i kafshimit rrjedh një lëng sanguinolent. Rreth orës 20, vetëdija e pacientit altemohet, orientohet me vësh-tirësi në ambientin rrethonës. Përgjigjet ndaj pyetjeve janë jo adekuate, ka halucinacione vizive (i duket sikur shëkon nënën), halucinacione au-ditive (bisedon me nënën për libra, për shkollën etj.).

Në terapi ju shtrua Vit. B<sub>6</sub> 2x0,020, Vit. C, 0,30 Vit. B<sub>1</sub> 50 mgr. ultrakor-ten 10 mgr. x 2, Vit. B<sub>12</sub> 500, sol Magnesiumi sulfurici 250% — 20,0.

Kjo gjendje vazhdoi edhe dy ditë (datat 22 dhe 23 shtator 1964) duke pasur periudha somnolence; më vonë gjendja e tij u përmirësua dhe qën-droi në spital deri më 4 tetor. Del i shëruar me diagnozën *vulnus ve-netatum e vipera, status deliriosus*.

Dorëzuar në Redaksi më

20 gershor 1969



**BIBLIOGRAFIA**

1. — Gjata Xh., Paparisto F., Vehbi U.: Një rast toksiko-encefaloze nga katshimi i gjarpërit. Buletini i U.S.H.T. — seria shkencat mjekësore — 1963, 2, 63.

**Summary****A DELIRIOUS STATE AFTER SNAKE BITE**

The author describes a case of snake bite in a 10 year old child in whom developed a delirious state. After treatment with antiviper serum and the usual symptomatic methods, the child recovered.

**Résumé****UN CAS D'ETAT DELIRIEUX DU MORSSURE D'UN SERPENT**

L'auteur décrit un cas de morsure de serpent chez un enfant âgé de 10 ans, accompagné d'un état de délire.

Après le traitement symptomatique et au sérum spécifique, l'enfant s'est complètement rétabli.

## R E C E N S I O N E

## RECENSION I LIBRIT TË

LOGET P. SAIBREUX R.

## ATLAS D'ELECTROENCEPHALOGRAPHIE INFANTILE

(654 faqe, 380 ilustracione), Masson, Paris 1967.

Ky atlas, i shkruar në gjuhën frënge, bën fjalë për E E G në fëmijët e porsa lindur dhe në ato të moshave deri 15 vjeç.

Në fillim autorët paraqesin bazat neurofiziolgjike të E E G, zhvillimin ontogjenetik të elektroencefalogramës, teknikat elektroencefalografike, me informime rreth përparimeve metodologjike më të fundit mbi analizatorët e frekuencës, integrorët, kalkulatorët e potencialëve të evokuar.

Autorët venë në dukje që atlasit i tyre bazohet në 25.000 trase fëmijësh, por fatkeqësisht nuk bëhet një analizë e këtij materiali të madh.

Pjesa e dytë e atlasit është e dokumentuar me ilustrime të pasura dhe shumë të garta; aty përshkruhen tiparet e E E G normale dhe të maturimit të saj nga dita e parë e jetës deri në 15 vjeç. Autorët paraqesin E E G në moshë të ndryshme të fëmijëve, si gjatë gjumit ashtu edhe në gjendje të zgjuar.

Më poshtë në këtë vepër përshkruhen ndryshimet e elektroencefalogramës dhe pjekuria e tyre, që, sipas përvojës së autorëve, mund të ndahen në këto grupe:

- 1) Ndryshimet banale të trases, sipas amplitudës dhe të frekuencës;
- 2) Grafocolementet patologjike;
- 3) Trasetë e krizave.

Këto ndryshime ilustrohen me trase të shumta dhe të garta. Sidomos në mënyrë mjaft të gartë paraqiten trasetë e gjumit patologjik dhe gjumit «aktivues» të traseve. Po ashtu mjaft elokuente janë elektroencefalogramet, që u kushtohen metodave aktivizuese, siç janë hiperventilacioni dhe fotostimulimi në moshat e ndryshme fëmijore.

Interesant është kapitulli mbi E E G patologjike, ku autorët shkruajnë tërë përvojën e tyre klinike në skemat dhe tabelat e shumta, që u kushtohen problemeve të larmë të sëmundjeve neuropediatrike, siç janë «spasme du sanglot» (spazmat mekëse), krizat konvulsive nga hipokalcemia, krizat konvulsive gjatë turbullimeve të metabolizmit hidroelektrolitik nga anoksia dhe hemorragjitë cerebro-meningeale neonatale; sëmundje motore cerebrale; epilepsitë (epilepsia e pjesësme, epilepsia psikomotore, petit mal, grand mal); encefalopahitë epileptike progresive (që dallohen në kriza akinetike; spazma fleksioni; miokloni epileptike progresive); anomali të psikomotilitetit; meningjitet; cefaletë; hemikranitë; narkolepsia; hidrocephalia; proceset ekspansive cerebrale; traumata kranio-cerebrale.

Një kapitull i fundit u kushtohet sëmundjeve të ndryshme të për-

gjithëshme, që reperkutohen edhe në sistemin nervor, duke shkakëtuar ndryshime në E E G. Të tilla sëmundje të përkruara nga autorët janë: mongonzmi, dizendokrininë, turbullimet kongenitale të metabolismit; dislipidozati; sklerozat cerebrale difuze; abiotrofitë tapeto-retinike; fakomatozat; dëmtimet cerebrale gjatë malformacioneve të pjesës kranio-faciale.

Sig vërehet, autorët japin një panoranë të përgjithëshme të plotë të E E G së fëmijve në normë dhe patologji me argumenta të pasura origjinale, që paraqesin interes klinik dhe neurofizilogjik.

Çdo kapitull hapet me një vështrim të pasur kritik, të dokumentuar mirë, sintetik, që përmbledh pothuajse tërë bibliografinë rreth atij argumenti të parë në mënyrë kritike dhe të shkërrit edhe me përvojën personale të autorëve. Çdo grup apo seri tabelash ose ilustracionesh shoqërohet me një koment të përpiktë klinik, në të cilin të dhënat e E E G, të zbuluara gjatë evolucionit të sëmundjes, paraqiten nën dritën e vërtetë klinike.

Autorët kanë lexuar, përmbledhur dhe sistematizuar një bibliografi me të vërtetë të pasur, që arrin në 2352 autorë (referencë) deri në vjetin 1964, gjë që e bën këtë vepër edhe më të plotë, më të vlershëm dhe të përsosur.

Kjo vepër është frut i bashkëpunimit të ngushtë të përditëshëm dhe i ndrrimit të mendimeve për 12 vjet me rradhë i dy autorëve të njohur: i Lager - neurofizilog, me përvojë të madhe, i cili i ka thelluar dhe zgjeruar dijet e tij në shkollën e Jasper dhe pastaj në atë të Monnier. Ai u ka kushtuar një vëmendje të posaçme problemeve të maturacionit të E E G. Ai ka dhënë kontribute të veganta, goftë në katshët eksperimentale, goftë në fëmijët e moshave të ndryshme.

Autori tjetër Salbreux është klinicist peditarë.

Si çdo vepër që ka papërpikmëritë dhe harresat e autorëve, që shpesh janë të pashmangëshme, edhe në këtë atlas, që është një nga punimet më të bukura dhe interesante të elektroencefalografisë infantile, të bëjnë në sy këto papërshtatësi, siç ve në dukje edhe G.C. Lairy nga spitali Henri Rousselle i Parisit.

1) Shumica dërmuese e traseve u referohet fëmijve nën 6 vjeç dhe mjaft pak traseve të moshave të tjera.

2) Janë përdorur aparate me 8 ose 12 kanale vetëm në derivacione bipolare, por nuk jepet ndonjë shpjegim pse vepronhet në këtë mënyrë.

3) Të bie në sy mungesa e artefakteve, sidomos në trasetë e fëmijve fare të njomë.

4) Në disa raste në fund të faqeve janë harruar të jepen të dhënat klinike, siç janë diagnoza dhe moshë.

5) Disa terma nuk duken krejtësisht të përpikta. Kështu p.sh. «tracé anormalement irritatif», «altérations de type comitial».

Po ashtu dallimi midis E E G-ve «normale» dhe «abnormale» nuk është gjithmonë absolut për të gjithë ato: p.sh. pse trasetë e tabelës 51 janë abnormale? Pse konsiderohen nga autorët si abnormale tek fëmijët valët e ngadalëshme posteriore në tabelat 73 dhe 74? Trasetë e paraqitur në tabelat 107 dhe 108, të interpretuar si anomali (abnormalitete) gjatë gjumit duken të diskutueshme, si dhe reaksioni «abnormal» kundrejt hyrjes në perneas të ekspozuar në tabelat 113 dhe 114. Gjithashtu nuk është gjithmonë e qartë në se termat «normal» dhe «abnormal» mund t'i referohen kuadrit klinik dhe elektroencefalografik.

6) Gjithashtu autorët nuk e ndjejnë të nevojshme të ndalen në ras-

te të njohura mirë si ambigue, siç janë trasetë kufitare ose «abnormale», që i përkasin një përqindjeje të vogël fëmijësh normale ose E E G-të «normale», që u përkasin rasteve patologjike.

7) Identifikimi i fenomeneve paroksistike me epilepsinë në raste kur kuadri klinik flet për një *enuresis nocturna* ose për një turbullim të sjelljes; në përgjithësi nuk pranohet; po ashtu nuk mund të konsiderohen gjithmonë si patologjike bufetë (bursts) paroksistike, që lindin nga fostatimulimi intermitent.

Megjithë këto papërpikmëri të vogla dhe të parëndësishme, atlasi i elektroencefalografisë infantile mbetet një vepër monumentale në fushën e E E G-së klinike.

Ky punim ve në pah në mënyrë të qartë se sa e dobishme është E E G-ja në praktikën e përditëshme pediatrike. Ekspozimi me shije dhe kualiteti i lartë i ilustracioneve e bën edhe më tërheqës këtë punim.

Ky atlas, ndonëse i përpiluar nga dy autorë të disiplinave të ndryshme, flet me një gjuhë të veprime: atë të elektroencefalografisë klinike, sepse të dy autorët kanë ditur të përfillojnë nga njëri tjetri, të shkëmbejnë mendime dhe përshtypje rreth çdo rasti, çdo historie sëmundjeje, çdo trasete; kanë ditur të shkrinë përvojën e tyre të gjatë shumvjeçare për t'i dhënë vepres së tyre gartësi në të shprehur, thjeshtësi në të kuptuar, homogjenicitet në të përpiluar, pjekuri në të interpretuar dhe elegancë në të paragitur.

Ky atlas me të drejtë mund të shërbejë si vademekum, si konsultant i pediaterëve, i elektroencefalografistëve infantile, i neurokirurgëve dhe i neurologëve.

**Doc. BAJRAM PREZA**

# LAJME SHKENCORE NGA SHTYPI I HUAJ

## EKSPERIENCA KLINIKE E APLIKIMIT TË INTENSIVIMIT GJATË SINDROMIT KORONAR

R. I. IVANCHICH, T. PERSHICH, F. CHUSTOVICH

Kardiologia 1969, 7:69

K.U.D. 615.711 Biblioteka e U.S.H.T.

Medikamentet të përsosura në stenokardi konsiderohen ato që kanë veprim vazodilatator në arteriet koronare dhe kolaterale të tyre, por pa shkakëtur ulje të presionit arterial, gjithëshea ato duhet të pakësojnë kërkësat e miokardit për gjak.

Autorët clojnë përparatit intensiv, me veprim koronar-dilatator, që në eksperiment tek kafshët zgjeroren enët koronare, ul presionin arterial në qarkullimin e madh, nuk ndikon në shpeshësinë e kontraksioneve kardiale dhe respiracion, nuk është toksike, pa fenomene anësore, tregon veprim të favorshëm në metabolismimin e miokardit.

Nën mjekësimin e autorëve kanë qënë 226 të sëmurë (140 burra dhe 86 gra), moshë 36-91 vjeç. Intensivna, në vartësi të gjendjes së të sëmurit, është përdorur intravenos intramuskular ose për oral vetëm ose e kombinuar me glukozide kardiale ose gëtesues.

Gjatë periudhës së mjekimit bëhej matja e përsëritur e T.A. pulsit, respiracionit, E.K.G të përsëritura, ekzaminimi i urinës, gjakut, numëri dhe intensiteti i akceseve të stenokardisë.

Si përfundim, autorët nxjerrin që intensivna është me efekt mjaft të mirë në largimin e simptomëve koronare, e indikator në të gjitha format e sindromit koronar, në të gjitha stadiet e infarktit të miokardit dhe gjatë stenokardisë, sidomos në hantavenos (ndërprietit shpejt aksesit) për oral 6 tab. në ditë.

Gjatë aplikimit intravenos jep ndjenjën e nxehësisë, që zhduket duke e bërë ngadalë, ndërsa intramuskular në vendin e injeksionit ka dhimbje që zhduket e kombinuar me novokainë.

Duke qënë se preparati nuk është toksik dhe nuk ka fenomene anësore mund të përdoret për një kohë të gjatë. Kur kemi dhe dekompensim kombinohet me glukozidet kardiale.

Përdoret në kushte kur i sëmurit është shtruar në spital dhe në kushte ambulatore.

MARGARITA VUJČKAJ

## NDRYSHIMET E ELEKTROKARDIOGRAMES GJATË INTOKSIKACIONEVET AKUTE ME INSEKTIÇIDE FOSFORORGANIK

A. S. SAVINA

Kardiologia 1969, 8, 89

K.U.D. 616.12-073.97+615.9 Biblioteka e U.S.H.T.

Në lidhje me përdorimin e gjërë të insekticidevet fosfororganik në bujqësi, gjatë 10 vjetëve të fundit, janë taktuar intoksikacione me tofos, klorofos, karbofos etj. Në vjelët e fundit ka materiale mbi ndryshimin e E.K.G gjatë intoksikacioneve akute (Weise I rast, Withners 6 raste). Autori ka studjuar E.K.G në dinamikë tek

të sëmurët me intoksikacione akut, ndryshime esenciale nuk janë vrejtur. Gjithsej Ishin 41 vetë në moshë nga 16-65 vjeç. Në gjendje komatoze ishin 19 veta, prej tyre 4 vdiqën. Duke vlerësuar tabelën, autori arrin në konkluzion se më shpesh vrehet fibrja e sistolës elektrike, taktikardia sinusale, ndryshimet e dhëmbit T dhe segmentit ST.

Ndryshimet e E K G nuk janë gjithmonë paralele me uljen e aktivitetit të koll-neshterazës.

Bloku i degës u vrejt në 4 raste me intoksikacion të rëndë. Taktikardia sinusale u vrejt tek gjysma e të sëmurëve të lidhura me atropinizimin masiv të hershëm. Ndryshimet e segmentit S-T u vërejtën në dy të sëmurët dhe karakterizohen me uljen e saj. Ngritja lart nuk është vrejtur. Ndryshimet e dhëmbit T në 12 raste dhe shodërohet me uljen e S-T sidomos në II, III, aVF, V<sub>1</sub>-V<sub>4</sub>.

Në momentin e shërimit tek të gjithë të sëmurët e E K G u normalizua.

Të dhënat e E K G tregojnë mbi veprimin toksik të insekticidevet fosfororga- nike në muskulaturën e zemrës.

Margarita Vulkaç

## FUNKSIONI I KONTRAKTURËS I MIOKARDIT TEK TË SËMURËT ME LUPUS DHE KOLAGENOZA TË TJERA

E. V. SHULLAJEVA

Kardiologia 1969, 8, 122

K.U.D. 616.127 Biblioteka e U.S.H.T

Studenti i funksionit kontraktues të zemrës tek 96 të sëmurë me kolagenozë u bë me anë të fonokardiogramës dhe polikardiogramës. Ndryshimi midis sistolës mekanike dhe elektrike përkorrohet me formulën  $Z. I.I. Dollajgan$

(Q-II ton) — (Q-T) = T-II ton

Tek të sëmurët me kolagenozë u vrejt, moskordinim midis sistolës mekanike dhe elektrike, më shpesh tek të sëmurët me lupus.

Gjatë fenomenit Heglin shkurohet sistola mekanike dhe zgjatet ajo elektrike, ndërsa në sindromin anti Heglin vritet sistola mekanike dhe shkurohet ajo elektrike.

Pahologjia e marrëdhënies ndërrnjet sistolës mekanike dhe elektrike lind më tepër në normo dhe bradikardi.

Tek të sëmurët me kolagenozë më shpesh vrehet sindromi anti Heglin se sa fenomenin Heglin.

Margarita Vulkaç

## METABOLIZMI I KALÇIUMIT DHE I MAGNEZIUMIT GJATË STENOKARDISË DHE INFARKTIT TË MIOKARDIT

JA. I. KOÇ

Kardiologia 1969, 8, 120.

K.U.D. 616.127-005.8 Biblioteka e U.S.H.T.

Në pathogenezën e infarktit të miokardit dhe të stenokardisë, një rëndësi kanë devijimet e elektrolitëve, veçanërisht dendësinë e metabolizmit të kalçiumit dhe magneziumit. Nga autori u studjuan metabolizmi i Ca, Mg në 66 të sëmurë me sëmundje ishemike të miokardit në kuadrim të një aterosklerozë koronare - 36 me infarkt akut të miokardit dhe 30 me stenokardi.

Përmbajtja e Ca, Mg u përcaktua në plazëm, eritrocite, urine. Në 1/3 e rasteve me

infarkt miokardi Ca i plazmës e kalonte normën, ndërsa tek të sëmurët me stenokardi, nivelet i Ca ishte ulur në krahasim me ato të infarktit të miokardit. Nuk u vrejt ndryshim në Ca — eritrociteve. Mg ishte ulur në plazmë si gjatë stenokardisë ashtu edhe gjatë infarktit të miokardit, ndërsa Mg në eritrocite ishte i rritur në infarktun e miokardit në krahasim me stenokardinë.

Gjatë infarktitt të miokardit në plazmë vrehet rritje e kalciumit (Ca) në raport me Mg, në eritrocite vrehet një fenomen i kundërtë. Gradienti i Mg, dhmt raporti i Mg eritrociteve dhe Mg-plazmës gjatë infarktitt është rritur. Niveli i Ca në urinë gjatë infarktitt dhe stenokardisë nuk dallohen nga norma, ndërsa niveli i Mg është pak më i ulur.

Nga etzaminimet e autorit del se gjatë infarktitt dhe stenokardisë metabolizmi Ca ndryshon pak, ndërsa derijme esenciale vrehen në metabolizmin e Mg. Nxylerja e Mg me urinë pakësohet, por mundet që gjatë sëmundjes ischemike ka vend ngopja intracelulare me Mg, që mund të jetë me karakter kompensator. Sipas Cession, Mg ndikon në aktivitetin e adenozin tri fosforazës, ul permabilitetin celular për kaliumin, pakësohet humbja e kaliumit rritet potenciali transmembranor i celulës së vazet dhe ulët tonusi i murit vazal.

Ngopja intracelulare me Mg ul tendencën e vazavet për spazma.

Margarita Vallkaj

## VOLUMI NË MINUT I COR PUMONAR

A. M. ADDER

Kardiologjia 1969, 9, 125

K.V.D. 616. 12 Biblioteka e U.S.H.T.

Autori ka përcaktuar volumin në minut të zemrës, sipas formullës së Krauffmann dhe Hegelin. Rezultatet janë paraqitur në një tabelë të vegantë, ku vrehet se gjatë Cor pulmonarit pa shenja të insuficiencës kardiovaskulare vrehet rritje e volumit në minut nga rritja e shpejtësisë së qarkullimit. Gjatë insuficiencës kardlake të ventrikullit të djathtë gradë e parë, vrehet rritje e volumit në minut, por në sajë të rritjes së sasisë së gjakut qarkullues. Në insuficiencën e gradës së II, rritja e volumit në minut bëhet përsëri për llogari të rritjes së gjakut qarkullues. Insuficiencia kardiovaskulare grada e III jep ulje të dukshme të volumit në minut, gjë që lidhet me ngadalësimin e shpejtësisë së qarkullimit.

Pra, si përfundim, mund të themi që gjatë Cor pulmonarit pa shenja të insuficiencës dhe me insuficiencë gradë e I-II volumi në minut rritet, ndërsa në gradën e III ulët.

Margarita Vallkaj

## MBI DEKURSIJN DHE KLASIFIKIMIN E INFARKTT TË MIOKARDIT PA DHIMBJE

IL. M. MALCEV

Kardiologjia 1969, 6, 78

K.V.D. 616.127-005.8 Biblioteka e U.S.H.T.

Duke u bazuar në materialet personale të 123 të sëmurëve me forma të ndryshme të infarktitt pa dhimbje, në kushtet e kontrollit dispenserial të gjatë, autori i vuri veshet si detyrë të japë një paraqitje të vetë mbi klasifikimin e formës pa dhimbje të infarktitt të miokardit.

Në format pa dhimbje u futën ato raste të infarktitt, kur i sëmurit mohon plotësisht dhimbjen ose diskontortin në thoraks në periudhën akute dhe më vonë kur

gjendja e të sëmurit është e tillë, që lejton të jepen vlerësime subjektive të ndjenjës së dhimbjes.

Forma pa simptoma përmbledh ato raste të infarktut, që rjedhin pa çfaqje klinike me përjashtim të të dhënave të E. K. G dhe devijime humorale. Kjo formë është më e komplikuar se ajo pa dhimbje. Ngjandorje herë simptomi i parë i kësaj forme është tromboembolia me lokalizime të ndryshme.

Në ato me simptoma të vogla futen asthenia, dobësia, djersa, mungesa e oreksit, subletiteti, vertigo ose dispne.

Forma të tjera janë ato kur çfaqjen me insuficiencë akute të V.S. ose V.D, insuficiencë vaskulare akute, aritmi, me dëmtime të përcjellshterisë.

Nganjëherë infarkti simulton si simptome cerebrale, dëmtime gastrointestinale, në formë gastroenteritit ose intoksikacion.

Në klasifikimin e tij, autori ka pasur parasysh ti sistemojë në bazë të parimit klinik-patohjgenetik dhe ti kërtojë mjekat praktikisht lehtësi në diagnostikimin.

1) Forma pa simptome — 21 të sëmurë.

2) Forma me simptome të vogla — 18 të sëmurë.

3) Forma me ekvivalent të dhimbjes ku futen sindromi i insuficiencës akute të V.S. dhe V.D, insuficiencë akute vaskulare, dëmtimi i ritmit dhe përcjellshterisë — 61 të sëmurë.

4) Forma me heterosimptoma. Sindromi me gregullime funksionale cerebrale dhe gregullime organike, sidomos i dëmtimevet gastrointestinale — 33 të sëmurë. Ananmeza anginoze nuk përjashton formen pa dhimbje të infarktut dhe anasjelltas, fillim i sëmundjes mund të jetë pa dhimbje, më vonë macje dhe në përfundim post infarkt mund të çfaqen dhimbjet. Vetëm tek disa të sëmurë sidomos në formë pa simptoma dhe astmatike, klinika para dhe pas infarktut është identik.

Margarita Vuilkaj

## MJEKIMI I TË SËMURËVE ME FORMA TË KOMPLIKUARA TË INFARKTIT TË MIOKARDIT

B. I. VOROBYEV

Kardiologia 1969, 8, 95

K.U.D. 616.127-005 8 Biblioteka e U.S.H.T.

Mjekimi i të sëmurëve me infarkt miokardi veganërisht i formave të komplikuar paraqet një detyrë të veshitë. Nga 250 të sëmurë me infarkt miokardi të mjehtuar në klinikë nga vjeçti 1964-1966, në 69 u konstatua insuficiencia akute e ventrikulit të majtë, tek 33 kolapsi i grades së II-III, tek 44 aritmi, tek 46 dëmtime të funksionit gastrointestinal, tek 45 gregullime të S.N.C, në 16 pneumoni, 5 sindrom post ktt të miokardit u vrejt rritja në gjak e adenozin tri fosfatit 9-15 mg<sup>0</sup>/<sub>0</sub> (norma 5-10 mg) në lidhje me humbjen e saj nga miokardi, veganërisht në javën e parë.

Gjatë mjekimit të 57 të sëmurëve me insuficiencë akute kardiale u vu re se infektimi i glukozitëve me poligluktinon është më me efekt se sa strofoantina ose koreglikoni.

Në format e rënda të kolapsit janë përdorur aminoprosorit dhe hidrokortizoni. Në insuficiencë akute të V.S. me kolaps të grades së III aplikimi i glukozidëve me novadrenalinë dhe hidrokortizon u tregua me efekt vetëm në 6 raste, tek të tjetrit u aplikua poligluktina 6<sup>0</sup>/<sub>0</sub> 400 ml.

Mjekimi me kali klorat u aplikua në 21 të sëmurë me infarkt miokardi me dëmtime të ritmit. Ky jep efekt jo vetëm gjatë dëmtimit të ritmit, porse lehtëson insuficiencën koronare, veganërisht i kombinuar me insulinën dhe lidazën.

Gjatë arithmisë së qëndrueshme është aplikuar dhe kokarboksilaza që, krahas veprimt antiaritmik ndihmon në pakësimin e fenomeneve të dekompensimit dhe ndërpërjes së dhimbjeve të zemrës. Në ekstraktion psikomotor (kur T.A. është normal ose i rritur) është aplikuar 2 ml. 2.5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> embahazinë ose andaksin 0.2 gr. ose hi-minal 0.03 gr.

Komplikacionet gastrointestinale në formën e hemorragjisë mjekohen me hemostatikë. Autori arin në përfundim se komplikacionet dhe veganërisht kombinimi i tyre, janë shkaqet më të shpeshta të përfundimit jo të mirë të infarktut të miokardit dhe njoftja e atyre mund të shpjgërt në uljen e letalitetit.

Margarita Vuilkaj



## MBI GJENDJEN FUNKSIONALE TË ZEMRËS TEK TË SËMURËT ME KARDIOSKLEROZE ATEROSKLEROTIKE

IL. T. PISKUNOVA

Kardiologia 1969, 6, 125

K.U.D. 616.13-005.6 Biblioteka e U.S.H.T.

Per vlerësimin e gjëndjes funksionale të zemrës tek të sëmurët me kardiosklerozë ateriosklerotike një rëndësi të madhe ka përcaktimi i funksionit kontraktues të zemrës, qregullimet e të cilit janë bazë në pathogjenezën e insuficiencës kontraktive. Funksioni kontraktues i zemrës përcaktohet në bazë të të dhënave të elektrokardiografisë, fonokardiografisë, polikardiografisë, kinetokardiografisë (K.K.G.).

Autori ka ekzaminuar 100 të sëmurë në moshën nga 35-72 vjeç, 40 prej tyre ishin me kardiosklerozë post infarkt, 40 me kardiosklerozë ateriosklerotike, 20 me hipertoni Stadi II B, 20 grupi i kontrollit me persona të shëndoshë.

Një nga shenjat e rëndësishme të insuficiencës funksionale të zemrës ishte ndëgjimi tek të sëmurët i rihimit të gallopit dhe me fenoekardiogramë ndahet rihimi protodiastolik nga ai presistolik. Bshë vrejtur zgjerimi i zemrës majtas dhe në E.K.G. fëmomenet e hipertrofisë V.S.

Foremi i tonit të II në arterjen pulmonare u vu re në 75 të sëmurë, që, së bashku me simptomat e tjera klinike është një nga shenjat e insuficiencës V.S. që zhvillohet.

U vunë re shenja të insuficiencës V.D. si fryrja e venave jugulare, pulsacione epigastrike, zmadhim i zemrës djathtë, hepari stazikë që është një fenomen kompensator gjatë dëmtimit të veprimtarisë së V.S.

U studjuan fazat e sistolës së V.S. dhe V.D. me anë të metodës së polikardiografisë dhe kinetokardiografisë. Faza e kontraktimit asinkron varët nga madësia e presionit të mbushjes, gjendja e metabolismimit në miokard dhe zgjatjes së latencës elektromekanike.

Kështu zgjatja e fazës së kontraktimit asinkron mund të shpjegohet me ngadalësimin e përfshirjes në procesin kontraktues të fijos miokarditike të hipertrofizuar.

U vret gjithashtu zgjatja e fazës së kontraktimit izometrik tek të gjithë të sëmurët që është shenja e dobësisë kontraktuese të miokardit. Hipertensionimi në qarkullimin e vogël është një nga faktorët e rëndësishëm që kondicionon zhvillimin e hipertrofisë dhe në vonë insuficiencën e ventrikullit të djathtë.

Margarita Vulkaç

### MJEKIMI I TË SËMURËVE HIPERTONIKË ME LASIKS KOMBINUAR ME REZERPINË

B.A. SIDERENKO, P.M. SAIVENKO, F.T. RAZUMOVA

Kardiologia 1969, 6, 93

K.U.D. 616.12-008.31.1+615.717 Biblioteka e U.S.H.T.

Në vlerë të e fundit, tek të sëmurët hipertontikë aplikohen me sukses medikamentet salinoretike, veprimi hipotensiv i të cilëve konsiston në eliminimin e Na prej organizmit, që shoqërohet nga njëra anë me pakësimin e liktideve ekstra dhe intracelulare dhe nga ana tjetër pakësimin e Na në murin vrazal.

Wolfer dhe Konigstein paraqisin të dhëna mbi veprimin hipotensiv të lasiksit (furozemida), që forcohet gjatë aplikimit njëkohësisht me të dhe të mjeteve hipotensive.

Autorit i vunë si qëllim ventes të studjojnë efektin klinik, veprimin hipotensiv dhe ndikimin në metabolismin e Na dhe K të preparatit «tenbolan», që është një kombinim i lasksit me rezepin.

Përkrahjet shkurtimisht materialit dhe metoda e punës. Si rezultat i këti kom-binimi tek 13 të sëmurë nga 28, u pa një efekt i mirë klinik, tek shumica, doza ditore e terbolantit ishte 3 tableta. U vu re ulja e presionit arterial dhe rrallimi i krizave hipertokike.

Egzaminimi iavor i elektrolitëve të gjakut në kohën e aplikimit të terbolantit nuk vuri në dukje devijime të ndjeshme të koncentrimtit të Na dhe K.

Të sëmurët e suportuan fare mirë, nuk u vonë re fenomenet anësore, vetëm në rastë të veganta dha dobësi të përgjithshme, që mund të lidhet me uljen e T.A. Në shtatë e vonëshme të hipertensisë, salivurikët lejojnë pakësimin e dozës së soret, sidomos gjatë mjekimeve të gjata. Gjithashtu salivurikët përdoren dhe në hipertonië, që janë rezistente ndaj mjeteve të tjera hipotensive.

Një kombinim i tillë duhet të konsiderohet me efekt vetëm në format e zgja-tura, të qëndrueshme dhe me tension të lartë.

Margarita Vullkaj

## GLUKOKORTIKOIDET NË MJEKIMIN E TË SËMURËVE ME CIROZË HEPATIKE

A.S. LLOGINOV, A.M. JARCEVA

Klinjeshkaja Medicina 1969, 8, 65

K.V.D. 616.36.004 Biblioteka e U.S.H.T.

Autoret paraqitin rezultatet e mjekimit me prednizolon të 300 të sëmurëve me cirozë hepatike. Për tyre 230 postnektroklike, 43 portale dhe 27 me cirozë primare bi-liare. Tek të gjithë diagnoza ishte e vërtetuar me laparoskopji ose laparotomi. Për krahasim u muarrën 50 të sëmurët të tjerë me cirozë hepatike të pa mjekuar me kor-tikosteroide.

Kursi i mjekimit zgjati 2-3 muaj në doza 39 mg. gjatë 5-8 ditë me ulje graduale de-ri në 20 mg dhe doza mbajtese 15 mg.

Pas përdorimit të kortikosteroideve u vu re një përmirësim i oretshit, ekskresionit të bilirubinit, aktivitetit të transaminazave dhe diurezës, zhdukje e pruritit dhe ulje e temperaturës. Rezultate më të mira u arritën në cirozet postnektroklike dhe ato portale.

Kortikosteroidet nuk ndikojnë mbi funksionin pigmentues të heparit, ata e rregojnë veprimin diuretik të tyre qysh në javën e parë. Eshhtë vreffur zvogëllimi i heparit në 50% të rastëve dhe i shprekës në 60%.

Pas mjekimit me glukokortikoidë vrehet ulja e transaminazave, por devijime më të mëdha ndodhin në proteimat e gjakut. Nivelit i albuminave rritet gradualisht dhe në një shkallë jo të madhe, niveli i gamma globulinave ulët, por pa arritur normën.

Mjekimi me prednizolon i kombinuar me antibiotikë jep efekt mjaft të mirë në hepatitet kolangitike, duke bërë ndërprerjen e akutizimit të procesit kronik.

Vlerë të madhe ka mjekimi me kurse 2-3 muaj për 1-8 vjet.

Duke studiuar mortalitetin e të sëmurëve të mjekuar me prednizolon, autorët arritën në konkluzionin se ulët aktivitetit i sëmundjes dhe zgjatet jeta e të sëmurëve. Gjatë mjekimit me glukokortikoidë janë vënë re crregullime nga ana e traktit gastrointestinal në formë ulçerë, erozioni, ulcus pepticum. Sipas mendimit të au-torëve varietet ezofagiale nuk përbëjnë kontraindikacion absolut për mjekimin me glukokortikoid.

Kunder indikacion për mjekim duhet të konsiderohen ulcus ventrikuli e duдени, morbus hypertonicus, insuficienca e theksuar renale.

Ndikimi pozitiv i këtyre preparateve shpjegohet nga shumica e autorëve në arfësinë e tyre për të paktësuar reaksionin inflamator në hepar, ulim bilirubinën me rrugën e trifjes së konjugimit të bilirubinës me acidin glukuronik, pakësojnë pro-ceset distrofike në celulat hepatike, rritin përmbajtjen e glikogjenit dhe yndyrës në to.

Milto Kostajci

## MBI DIAGNOZËN TOPIKE TË TUMOREVET GJATË IKTERIT MEKANIK

E. A. MIHAILLOV

Klinjceskaja Medicina 1969, 8, 77

K.U.D. 616.006.03+616.36—002.12 Biblioteka e U.S.H.T.

Nën vërtjeten e autorit kanë qënë 183 të sëmurë me ikter mekanik të dekurrsit tumoral në moshë nga 20-61 vjeç. Gabimet më të mëdha janë bëre në diagnozën topike të kancerit të rrugëve biliare, vezikës biliare dhe heparit, papilës së Vaterit. Dhimbje spontane me lokalizim të ndryshëm janë vërejtur në obhuracionet tumorale tek 78,1% e të sëmurëve. Ndërshon karakteri i ikterit sipas formës së tumorit. Rritja e heparit u vrejt në 90,20% të ikterit mekanik.

Sipërfaqja e heparit ishte me gunga (dhe jo e lënuar) vetëm në kancerin metastalik të heparit. Simptomi Kurvauzje më shpesh u vrejt në tumoret e kokës së pankreasit (77%) dhe të vezikës fele (45,4%). Ujja në peshë u vrejt më tepër në kancerin e rrugëve biliare dhe të heparit. Anemi e theksuar në kancerin e heparit dhe papila Vaterit, leukocitoza në kancerin e heparit dhe heparit të vezikës fele.

Prova e Quick ishte e alënuar në të gjitha lokalizimet e tumorit. Rritja e fosforazës alkaline u vu re në të gjitha format e ikterit, pavarësisht nga lokalizimi. Kështu për kancerin e papilës Vaterit është karakteristike lërvajlja, dhimbja në hipokondrin e djathtë, anemi e theksuar, mungesa e simptonit Kurvauzje, leukocitoza e moderuar, sedimentacioni i rritur etj.

Gjatë kancerit të pankreasit, lërvajlja, dhimbja në regjionin e pankreasit ose hipokondrin e djathtë, ikter i theksuar me nuancë jeshile, hepari i rritur, simptomi Kurvauzje pozitiv, ujja në peshë, anemi e moderuar, sedimentacioni i lartë etj.

Në kancerin e rrugëve biliare, të vezikës biliare dhe heparit, pruritisi i theksuar, dhimbje në hipokondrin e djathtë, ikter që rritet me nuancë jeshile, hepari i rritur me sipërfaqe jo të lënuar, mungesa e simptonit Kurvauzje, rënie e theksuar në peshë, anemi progresive, leukocitozë, sedimentacioni i lartë etj.

Mihlo Kostajci

### PANKREATTI AKUT NË INFARKTIN E MIOKARDIT

S. G. MOISEJEV, M. V. FILIMONOVA

Kardiologia 1969, 2, 3

K.U.D. 616.37—002+616.127—005.8 Biblioteka e U.S.H.T.

Në këtë artikull, autorët analizojnë rezultatet e ekzaminimit klinik të 22 të sëmurëve, tek të cilët, krahas me infarktën e miokardit, është konstatuar pankreatiti akut në formën e pankreatitit seroz dhe pankronekrozës. Nga 22 të sëmurët ishin 13 burra dhe 9 gra. Tek 13 të sëmurë ishte infarkti i parë i miokardit, kurse në 9 të sëmurë — infarkti i përsëritur. Tek të gjithë të sëmurët u përcaktua infarkti i gjërë. Pankreatiti akut u çfaq në ditët e para të zhvillimit të infarktit (16 raste), kurse në 6 raste u çfaq më vonë.

Tek të gjithë të sëmurët, sëmundia filloi me akces të gjatë dhimbjeje, tek 11 të sëmurë — me fenomene të shokut të rëndë. Në shumtë të sëmurë, insuficienca e shprehur kardiovaskulare zgjati për shumë kohë. Pothuaj në të gjithë të sëmurët u vërtjetën fenomenet e parës së stomakut dhe zorrëve, meteorizimi i shprehur, vjellja, retension i fekalëve, temperatura subfebrile, leukocitoza me neutrofil. Tek 4 u vërtjetë subktinger i lehtë i sklezave dhe palaxum molle, kurse tek njëri edhe i lëkurës. Kur pankreatiti u zhvillua më vonë, atëherë gjendja e të sëmurëve u keqësua, u çfaq insuficienca vasculare, T.A. u ul etj. Tek 19 nga

22 të sëmurët u përcaktua diastaza në urinë. Prej këtyre në 13 ajo rezultoi nga 1024 deri 32,768 unitë, tek 2 ishte 512 unitë, kurse në 4 të sëmurë me pankreonekrozë (të vërtetuar në autopsi) ishte 32-64 unitë, dmth në kufijt e normës.

Tek 6 të sëmurë u vretit çregullimi i metabolismit të karbohidrateve. Më poshtë përshkruhen me historik sëmundjeje 2 të sëmurë, në të cilët zhvillimi i pankreatit akut u inkludrua në fenomenet e sindromit post-infarkt.

Nga 10 autopsitë, në 3 raste u vrejtën ulcera akute, subkute dhe erozione të stomakut. Kjo i bën autorët të mendojnë se në patogenezën e këtyre komplikacioneve të infarktit të miokardit (ulcera akute, erozione të stomakut dhe pankreatit akut) luajnë rol faktorë të ngjashëm. Megjë pankreatitit akut u zhvillua tek të sëmurët me infarkt miokardi të rëndë, me insuficiencë kardiovaskulare akute, një nga faktorët e rëndësishëm patogenikë mund të jenë fenomenet shazike në pankreas dhe anoksia e tij. Këtë e favorizon dhe spazma reflektore e vazave. Sëmundi i jepet rëndësi dhe reaksionit stresor, tek këta të sëmurë të rëndë, me pjesëmarrjen e hormoneve të hipofizës dhe suprarenave.

Autorët nënvizojnë se nuk duhet harruar, që dhimbjet në pjesën e sipërme të barkut tek të sëmurët me infarkt miokardi mund të kondicionohen jo vetëm nga çfaqje të forrës gastralgjike të infarktit. Ato mund të lidhen edhe me lindjen e pankreatitit akut tek këta të sëmurë.

Sëmundi, profliaksia dhe mjekimi i pankreatitit akut konsiston në radhë të parë në mjekimin e sëmundjes kryesore — infarktiti të miokardit. Në këto raste, Rëkomanohet 3-4 ditë dietë urte, kurse më tej dietë gjysmë urte. Indikohet atro-pina, glukonati i kalciumit, trasiloli. Në sindromin post-infarkt me tabllojnë e pankreatitit akut duhen aplikuar glukokortikoidet. Në pankreonekrozeën mund të indikohet mjekimi kirurgjikal.

Anesti KondiH

## INFARKTI I MIOKARDIT DHE PANKREATITI AKUT (Probleme të diagnostikës diferenciale)

V.M. LASHVEKER

Kardiologia, 1969, 3, 145

K.U.D. 616.127—005—8+616.37—002 Biblioteka e U.S.H.T.

Duke u bazuar në një literaturë të pasur prej më se 120 burimesh, autori është përpjekur të trajtojë aspektet kryesore të këtij problemi të vështirë.

Format gastralgjike të infarktit, sipas shumicës së autorëve, janë relativisht të rralla (6-6% të infarkteve). Por ato kanë rëndësi të madhe pikërisht për shkak të gabimeve diagnostike, të shkakëtuara prej tyre. Kështu p.sh., sipas të dhënave të një autori nga 1339 të sëmurë me infarkt, në 26% të rasteve në vend të infarktit, u diagnostikuan gabimisht sëmundje të ndryshme të organeve abdominale, kurse në 32% të rasteve u bë hiperdiaagnostikë e infarktit. Pasojë e reziikësime e këtyre gabimeve është: laparotomia e rezikësime tek i sëmurit me infarkt miokardi ose heqja dorë nga operacioni shpëthues në «abdomenin akut».

Vegatërisht i vështirë është diferencimi midis infarktit të miokardit dhe pankreatitit akut, për shkak të ngjashmërisë së klinikës së tyre. Sipas të dhënave të literaturës afro 4,8%-9,2% e të sëmurëve me pankreatit kanë dhimbje retrosternale me irradim të saj në krahun e majtë.

Gjendja e shokut vretet në 22,8% të infarkteve. Po kjo gjendje vretet edhe në pankreatitet akute (13,3%<sup>0</sup>). Rëndësi diferenciale diagnostike mund të ketë hipertensionin, që prececion kolapsin dhe që çfaqet në orët e para të pankreatitit, kurse në infarkt u miokardit, hipertensioni prececion kolapsin majft rrallë. Mbrojtja muskulare dhe fenomenet peritoneale tek shumica e të sëmurëve me pankreatit mund- janë të pranishme edhe në formën gastralgjike të infarktit. Për të dy sëmundjet janë të përbashkëta edhe subfebriliteti, leukocitoza, devijimi i modernar majfas i formulës leukocitare. Kështu, të dhënat klinike tek 10-15% e të sëmurëve me pankreatit akut mund të simulojnë infarktën e miokardit.

Eksaminimi elektrokardiografik nuk zgjidh gjithmonë dyshimet diagnostike, meqenëse në pankreatitin akut vrehen ndryshime të larmishme të EK G, si çregullime të ritmit dhe konduktivitetit, spostim të intervalit S-T, ulje, bifazitet dhe nganjëherë inversion të dhëmbit T, zgjatje të intervalit Q-T. Këto ndryshime konsiderohen si llikë, të cilët shkaktojnë çregullime të përberjes së elektrolitëve në plazëmë. Shkak i ndryshimeve kardiale, tek të sëmurët me pankreatit duhen konsideruar edhe proceset patologjike në perikard në formën e vatrave të nekrozave dhjamoire, perikardite të tharta dhe eksudative.

Të dhënat e ekzaminimeve laboratorike, me keq ardhje, ndihmojnë pak në diferencial-diagnozën midis pankreatitit dhe infarktit. Përcaikimi i diastazës së urinës dhe amilazës së gjakut lejon të përfashohet infarkti i miokardit vetëm në dimet kanë treguar se edhe përcaiktimi i transaminazave nuk është i dobishëm sepse ato rriten shumë edhe në pankreatitin. Nënsh rekomanon të studjohet aktiviteti i antitrombines së plazmës, e cila është shumë e rritur në pankreatit dhe jo mihës së sëmurit — fermenti patologjik, që çfaqet në pankreonekrozën.

Sëmundi veshitësi shumë të madhe ka diagnostikimi i kombinimit të infarktit të miokardit dhe pankreatitit akut. Kohët e fundit disa autorë thonë se midis këtyre dy sëmundjeve ka lidhje patogjenetike.

Si përfundim mund të thuhet se pavarësisht nga vëmëndja e madhe, që i është kushtuar studimit të infarktit nga terapevtët dhe pankreatitit nga kirurgët, në problemn e diagnostikës diferenciale të këtyre sëmundjeve deri tani ka më tepër të dhën: negative se sa pozitive.

**Anesi Konditi**

## **RËNDËSIA E PËRCAKTIMIT TË KREATINKINAZËS PËR DIAGNOSTIKEN E INFARKTIT TË MIOKARDIT**

**G. V. GRAÇEVA DHE N. V. IVANOVA**

**Kardiologia 1969, 4, 89**

**K.U.D. 616.127-005.8 Biblioteka e U.S.H.T.**

Studimi i aktivitetit të fermenteve ka hyrë në kompleksin e shenjave diagnostike, të përdorura për diagnostikimin e insuficiencës koronare akute. Me mjaft përspektivë janë kërkimet mbi fermentet kardiale-ke organspecifike. Midis tyre një vëmëndje e veçantë merret kreatinkinaza-fermenti, që kalafizon kalciumin e grupit fosfat nga A.T.P në kreatinin.

**Kreatin + A.T.P ⇌ A.D.P + kreatinfosfat**

Kreatinkinaza ndodhet pothuajse vetëm në indin muskular (muskujt e skeletit dhe miokardit), prandaj rritja e aktivitetit të saj në serumin e gjakut gjatë insuficiencës koronare pothuajse në mënyrë të pa gabur flet mbi ekzistencën e nekrozës së miokardit, derisa muskulaturr skeletike, si rregull, nuk merr pjesë në procesin patologjik.

Autorët kanë studjuar kreatinkinazën në 44 të sëmurë me infarkt miokardit. Aktiviteti normal i saj në serumin e gjakut është nga 0.19 deri 0.49 unitëve.

Nga 27 të sëmurë me infarkt makrofokal të miokardit, të observuar 12-48 orët e para të sëmundjes, rritja e aktivitetit të kreatinkinazës u vrejt në 24 raste, ku rritja më e herëshme e fermentit u vrejt pas 5-6 orësh nga fillimi i sëmundjes. Shkalla e rritjes dhe afati i normalizimit të aktivitetit të fermentit ndodhet në një farë vartësie nga gjërësia e prekses së miokardit dhe nga graviteti i dekurisit klinik të sëmundjes.

Në 17 të sëmurë me nekrozë më të kufizuar të miokardit, aktiviteti maksimal i kreatinkinazës deri 1 unitë u përcaktua në 8 të sëmurë, deri 2 unitë — në 6 raste, deri 3 unitë — në 3 raste. Normalizimi i saj tek 3 të sëmurë u vrejt pas ditës së 10 të sëmundjes, tek 9 raste — deri në ditën e 10, në 3 raste deri në ditën e 5 dhe në dy raste deri në ditën e tetë të sëmundjes.

Përcaktimi i kreatiniknazës në dy ditët e para të sëmundjes u tregua veçanërisht i rëndësishëm për diagnostikimin e imfarktit të miokardit në 4 të sëmurë, tek të cilët me E.K.G nuk ishte mundurur të zgjidhej geshija mbi ekzistencën e Insuficiencës koronare akute për shkak të shtatit të gjatë të taktikarisë paroksizmale, bllokardës së degës së majtë dhe ndryshimeve të mëdha të E.K.G të lidhura me infarktë e kalhura në përpara.

Gjatë stenokardisë dhe distrofisë fokale të miokardit, aktiviteti i kreatiniknazës në observimin dinamik pas atakëve të përsëritura të dhimbjes tek 48 të sëmurë të të observuar, mbeti normale.

**Ansels Kondili**

## DIAGNOZA E HERËSHME E CIRROZËS SË HEPARIT ME TESTIN LUGOL PH 7, 3

**J. BADIN, M. CACHIN**

*La clinique 1969, 5, 445*

**K.U.D. 616.360.004 Biblioteka e U.S.H.T.**

Autorët kanë përcaktuar testin me Lugol në pH 7.3 në 64 të sëmurë me cirrozë hepatiche, në 20 njerës normale dhe në 70 të sëmurë nga sëmundje të tjera. Testi është krahasuar me të dhënat e testit Kunkel dhe të globulinave të precipituar nga Lugol në pH 5.9.

Autorët kanë përdorur metodën e tyre me Lugol të tamponuar në tampon fosfat-citrat në pH 7.3 dhe me lexim fotometrik në filtër të kuq.

Në të 64 rastet me cirrozë, testi ishte pozitiv në të gjitha rastet, kurse në 70 të sëmurët jo cirrhotikë u gjend pozitiv në 18 raste, shumica e të cilëve kishin rritje të globulinave.

Në një studim të mëparshëm, në 60 raste me cirrozë hepatiche, autorët kanë gjetur në 6 raste testin negativ. Duke ia shtuar rezultateve të tansime, rezultoni se 94% të rasteve me cirrozë kanë testin e Lugolit në pH 7.3 pozitiv.

Reaksioni me Lugol në pH 7.3 lidhet si me rritjen e gamma G, globulinave ashtu dhe të gamma M globulinave, kurse reaksioni me Lugol në pH 5.9 lidhet kryesisht me rritjen e gamma G globulinave.

Ndërsa testi me Lugol në pH 7.3 është pozitiv si në cirrrozat etilike dhe post hepatiche, testi Kunkel është pozitiv me tepër në cirrrozat etilike deri në 80% të rasteve. Në krahasim me reaksionet e Gros, Hanger, Mac-Lagan, Ducui etj., testi me Lugol në pH 7.3 qëndron në krye dhe është dëshmuar si më i mirë i desekullibrit të proteinave të serumit, sidomos në cirrrozat hepatiche.

Duhet theksuar se testi me Lugol në pH 7.3 nuk është specifik për cirrrozat, por vrehet edhe në disa mieloma, hepatiche, makro-globulinemi dhe hypergammaglobulinemi të damdosshme.

**Enis Bolekini**

## PËRDORIMI I HEPARINËS NË SEPSIS MENINGOKSIK

(Mjekimi me heparinë i sepsis meningoksike)

**G. MASERA, V. CARNOLLI**

*Minerva Pediatrica 1969, 10, 394*

**K.U.D. 615.361.36+616.981.23. Biblioteka e U.S.H.T.**

Gjatë sepsis meningoksike (sindromi i Waterhouse Friederichsen) shpesh vrehen ndryshime të faktorëve të koagulimit, në të cilat mjekimi me heparinë ka dhënë rezultate të mira, autorët paraqesin katër raste të mjekuar me heparinë. Për vlerësimin e ndryshimeve të faktorëve të koagulimit, autorët kanë kryer këto ekzaminime: koha e protrombinës, koha e rekalcifikimit, koha e tromboplastinës të pjesësime, përcaktimi specifik i protrombinës, i faktorit të V, i faktorit të VII, fibrinogjeni.

Mjekimi është bërë me heparinë Evans me doza 100 unite kg, çdo 5-6 orë dhe janë bërë përpjekje për të mbajtur kohën e koagulimit brenda 15-30 minutash, që konsiderohet kulmi i tejshërn. Krahas mjekimit me heparinë, është përdorur dhe

mjekimi i nevojshëm me antibiotikë. Në tre raste, mjekimi me heparinë ka pasur rezultate të mira. Në një rast, rezultati nuk qe i mirë. Duhet theksuar se në këtë rast, fëmija ishte në gjendje të rëndë acidoze, e cila, sig. dihet, e inaktivizoi veprimin e heparinës. Gjatë gjërësive nuk është vërejtur asnjë komplikacion hemorragjik i rëndësishëm.

Si konkluzion, autorët rekomandojnë përdorimin e heparinës, sidomos në format e rënda të sëmundjes, gofë në fazën e parë të hipertkoagulimit si dhe në fazën e dytë të hipertkoagulimit, nga koagulimi intra vazal i diseminuar.

Enis Boletini

## SHINTILOGRAFIA E HEPARIT NË EKZAMINIMIN PARAKLINIK

D. MARINI

Minierva Medica 1969, 6, 171

K.U.D. 616-36-002 Biblioteka e U.S.H.T.

Shintilografia hepatike është përdorur në 30 të sëmurë me sëmundje të ndryshme të heparit, janë aplikuar 200-300 mlkrokvri aurum 198 me një energji gamma prej 411 Kv. Në rastet kur dyshohet për infiltrime metastatike, dozat e përdorura ishin prej 400-500 mlkrokvri.

Në rastet me cirrozë hepatike gammagrafia hepatike ka treguar një ulje të fiksimit të arit koloidal nga ana e cellulave të Kupffer të sistemit retikulo-endotelial. Në fazat fillestare të cirrozës vrehet një paraqitje shintilografike gati normale, kurse në fazën post nekrotike vrehen zona fibroze të alteruara me zona aktiviteti. Në këto raste të veganta, sidomos në cirrozat alkoolike, diagnoza duhet të bazohet edhe në të dhënat e biopsisë hepatike. Kurse, përkundrazi në fazën e cirrozës së dekompensuar, imazhi i heparit bëhet më heterogjen dhe fiksimi ekstra hepatic koloidal rritet kryesisht në sistemin retikular të shprekës, meuluis kockore dhe të mushkërive. Në rastet me hepatomegali të theksuar vrehet se vetëm disa sektorë të heparit e kapin arin koloidal, ndërsa zonat e tjera janë të heshtura dhe heterogjene.

Lëmi u vu mirë në dukje, sidomos në polin e sipërmë, ku vrehet një fiksion i theksuar i arit koloidal.

Në rastet me infiltracione metastatike vreheshin zona të gjëra amputacioni.

Në disa teste, autori ka përdorur gjithashtu edhe shintilografin me ngjyra. Shintilografia në bardhë e zi është e mundur të vrehet imazhi i heparit dhe vetëm në doza të forta mund të merren zona të shkatërruara ose të infiltruara. Kurse me përdorimin e ngjyrave në nivele të ndryshme, kuptohet më mirë gjendja e parenklmës hepatike.

Venia në dukje e metastazave me volum të vogël dhe në sipërfaqe të heparit është e vështirë me anë të shintilografisë bardhë e zi, por përdorimi i shintilografisë me ngjyra në nivele të ndryshme ka lejuar të përcaktohet në një farë sigurie zona lakunare prej afro 3-4 cm. diametër.

Si konkluzion, ari koloidal 198 lejon të vihen mirë në dukje ndryshimet e qelizës hepatike, po ashtu lejon të kontrollohet evolucioni drejt kronicizimit dhe gravitetin e një cirrhoze dhe të vënies në dukje të metastazave hepatike.

Enis Boletini

## ORNITIN - KARBAMIL - TRANSFERAZËS NË PATHOLOGJINË E HEPARIT

S. NEGRI, L. TENCONI, F. CIVARDI, N. MASSARI, S. PROCACCIA

Minierva Medica 1969, 6, 171

K.U.D. 616-36-002 Biblioteka e U.S.H.T.

Autorët kanë përcaktuar aktivitetin e ornitin-karbamili-transferazës në 84 raste, nga të cilët 36 janë normale dhe 54 janë të sëmurë nga mëjca. Kjo është një enzimi e cilit të urësë dhe konsiderohet si organo-specificke, por jo në mënyrë absolute. Megjithatë rëndësinë e saj në pathologjinë hepatike, përcaktimi i saj kalimik është penguar deri tani për mungesë të një metode të thjeshtë. Metoda spektrofotometrike, e përdorur nga autorët, është e mirë dhe e thjeshtë dhe bazohet në vlerësimin e

citrulinesë të sintetizuar nga S C T, ndërsa urea shkatërrohet nga ureaza. Lëximi është bërë në 460 milimikron. Sasia e serumit e përdorur është e pakët — 0,1 ml., dhe rezultati shpreh në nanomol 1/ml/orë të citrulines së formuar.

Krahas tyre janë përcaktuar edhe aktivitetet e transaminazës glutaminu piruvike (S G P T), e glutamat-dehidrogenazës (G L D H) dhe të fosfofrazës alkaline.

U vrejti një përputhje e kënaqshme në mes të onitit-karbaniltransferazës dhe transaminazës glutaminu piruvike dhe enzjt përputhjeje me glutamat-dehidro-

brifet më të theksuara vrehen vetëm në fazën e citolizës aktive, sidomos në hepatiet virale, kurse në hepatiet kronike dhe në kolostazat rritja është e rrallë dhe në vlera të ulta.

Si konkluzion, autorët theksojnë se kjo enzime ka të njëjtin specificitet sikurse enzimat e tjera të citolizës dhe të njëjtën ndjeshmëri sikurse S G P T.

Bris Boletini

## PËRDORIMI I LAPAROSKOPISË PËR DIAGNOZËN E SËMUNDJEVE TË HEPARIT

J. R. HOFSTETTER

Minerva Medica 1969, 10, 389

K.U.D. 616-36-002 Biblioteka e U.S.H.T.

Qëllimi i këtij artikulli është kryesisht vënia në dukje e avantazheve të laparoskopisë të aplikuar nga autori në 650 laparoskopi. Është përdorur laparoskopi me optikë indirekte, që lejon të vrehet në një kënd më të gjërë se sa ai me optikë të drejtpërdrejtë. Shpesh ekzaminimi kompletohet me një punksion biopsi të kontrolluar dhe me fotografi.

Sëmundjet e heparit ndryshojnë paraqitjen makroskopike të organit. Shpesh këto ndryshime janë tipike dhe, në këto raste, diagnoza është shumë e lehtë, por disa herë duhet pasuar me një punksion-biopsie.

Kur hepari është normal, sipërfaqja e tij është e lëmuar dhe brune, kurse kapsula nuk shihet pse është transparente. Ligjmentet sospensor është i verdhë dhe jo hiperemik. *Vesica fellea* paraqitet në ngjyrë si blu dhe nuk ka adenecenca.

Në hepatiet virale, hepari mund të duket normal ose me një ngjyrë të kuqe, por është shoma i lëmuar. *Vesica fellea* mund të vrehet disa herë lehtësisht e kongjeshitur.

Në hepatiet kronike ose subkronike, hepari është më pak i kuq, pse kapsula bëhet e bardhë në mënyrë difuze të lokalizuar, nga procesi i shpeshshësisë. Sipërlobit inferior. Me kronicizimin e mëtejshëm të procesit, përfaqja e heparit bëhet gjithnjë më nodulare.

Në cirrhozën post-hepatike e gjithë sipërfaqja e heparit vrehet e granular ose e nodular. Shpesh nevojitet punksion-biopsia për të përcaktuar stadin e kalimit të heparit, kronik në cirrhozë.

Në stadiozën alkoolike, në fillim sipërfaqja e heparit është e lëmuar, por me kalimin e kohës mund të kalojë në cirrhozë alkoolike, paraqitja e së cllës njihet mirë nga anatomia patologjike. Laparoskopia lejon të dallojë cirrhozën mikronodulare e cirrhozë, duke u bazuar në paraqitjen vetëm makroskopike. Shpesh vrehen diskordanca në mes të ekzaminimit laparoskopik dhe atij histologjik dhe vetëm krahasimi në mes të histologjisë dhe laparoskopisë ve dallozën.

Metastazat hepatike paraqten me zona të rrumbullakta, si të bardha dhe me dimensione të ndryshme. Në disa raste metastazat paraqten të diseminuara me aspekt millar. Në rast melanosarkomash, metastazat ngjyosen në ngjyrë të zezë. Kanceri primar i heparit paraqitet me zona si të bardha e që zakonisht zhvillohen në një terren cirrhoik preeksizues.

Cistet e heparit dallohen së kamë anë të shndritëshme, kanë dimensione të ndryshme. Disa herë janë të vetme, por në heparit policistike janë aq të shumta sa nuk lejohen as pamjen e sipërfaqes së heparit.

Në disa raste laparoskopia jep ndihmë të madhe për diferencimin e ltkerëve. Në ltkeret nga staza, hepari merr ngjyrë si jeshile dhe paraqitja e *Vesica fellea* deri diku lokalizon nivelin e pengesës, p.sh. po qe se *Vesica fellea* është e fryrë, pengesa



gjindet nën **ductus cysticus**, p.sh. në gurët e kolodikut kancer i pankreasit etj. Në rastet ku pengesa është sipër **ductus cysticus vesica fellae** paraqitet e zbrazët si p.sh. në kancer të kolodikut, kancer të hlogjandulave regionale liare hepatike, në kolozazat intrahepatike etj.

Në hemokromatozot hepari paraqitet brun, i lëmuar ose nodular, por vetëm ekzaminimi histologjik konfirmon ose jo diagnozën. Heparit me cikatricë, nga nekrozat e theksuara, paraqitet me trabekula të mëtha fibroze, shumë të thella, që ndajnë lobet hepatike në noduse shumë të mëdha (hepari si patate i Kalti).

Laparoskopia lejon gjithashtu të vihet në dukje edhe një hipertension portal. Lejton të vrehet ashti ose një gjendje preascitike, që jep një ndriçim të vecantë të organeve. Mundi të vrehen edhe varicet. Gjithashtu me anë të laparoskopsisë mund të shihen edhe leziona të fiera, si p.sh. një hipometrozë që merrej si një hepar i madh, ose një tumor i zorrëve (carcinoid) etj. Gjithashtu laparoskopia lejon të zbulohen edhe peritoniet karzinomatoze ose tuberkulare.

#### Indikacionet e laparoskopsisë. —

- 1) Cdo hepatomegali me origjinë të panjohur ose të dyshimtë.
- 2) Cdo dyshim për leziona hepatike dituze.
- 3) Diagnoza diferenciale e iktereve. Dihet se në këto raste, diagnoza duhet të bëhet brenda 15 ditëve dhe në se testet e ndryshme hepatike nuk ndihmojnë, laparoscopia është e indikuar.
- 4) Cdo mospë me origjinë të pasigurtë dhe që palpohet në abdomen dhe cdo sple-nomegali e rëndësishme.
- 5) Cdo rast dyshimi për peritonit kanceroz ose tuberkular.
- 6) Në cdo rast ashti me origjinë të pakfartë.
- 7) Disa autorë rekomandojnë laparoskopsinë në diagnozën e abdomenit akut dhe në rast dyshimi për hemorragji intraabdominale.
- 8) Në shumë sëmundje ginekologjike.

#### Kontraindikacionet: —

- a) Diarrezat hemorragjike që vrehen shpesh në sëmundjet e rënda të heparit, megjithëse rezizget e laparoskopsisë në këto raste janë më të pakta se të punkSION-biopsisë.
- b) Aderencat post-infektive dhe post-operatore, pse mund të pengojnë pamjen e organeve. Në disa raste p.sh. gastrrektomia ose kolecistektomia nuk pengojnë pamjen e një pjesë të madhe të heparit.
- c) Në gjendjet e përgjithëshme tepër të rënda, insuficiencë kardio pulmonare etj.

#### Limiet dhe rezizget e laparoskopsisë. —

- a) Disa kontraindikacione pengojnë këtë ekzaminim, megjithëse ishte i dobli-shëm.
  - b) Kur dëmtimi kryesor gjindet në thellësi të heparit, në këtë rast ndihmon shintihlografi.
  - c) Kur kapsula hepatike është shumë e trashur ose ka aderenca që pengojnë paraqitjen e heparit.
  - d) Në raste kur dëmtimi vihet në dukje vetëm histologjikisht.
- Përsa u përket rezizgeve të laparoskopsisë, autori nuk ka pasur asnjë fatkeqësi, por ka vrejtur vetëm ndonjë alergji nga përdorimi i anestetikëve lokalë, një rast peritonit bilharë të lokalizuar pas aplikimit edhe të punkSION-biopsisë dhe që kanë përfunduar në shërim.

Enis Boletini

### SINDROMET MEDIKAMENTOZE

PROF. E.H. TAREJEV

Sovjetokaja Medicina 1968, 9, 3

K.U.D. 616, 5 Biblioteka e U.S.H.T.

Sot nuk ka asnjë dyshim që jo vetëm ndodhin shpesh reaksione kutane, artrikulare, febrile nga medikamentet, por madje ndodhin dhe shock anafilaktik dhe vdekje.

Veganisht lekura dëmtohet shpesh dhe termi ekzantema **medicamentosum** është i padiskutueshëm. Cdo lloj medikamenti mund të shkaktojë ekzantema të

gdo lloj tipi morfologjik (Hitch) si eritema, ekzantema skarifatiniforme, morbilliforme, eritema duzoze, varicelloforma etj.

Jo rrallë kemi pigmentacion medikamentoz të lëkurës dhe adneksëve të saj, si zbardhja e flokëve, sidomos e vetullave vithet re nga rrezikna, vithet re një transformim i tillë edhe nga përdorimi i metelzinës. Janë përshkruar ngjyrosje të lëkurës nga medikamentet me ngjyrë mellaqe nga aminazina (Perrot et Bourida) kryesisht tek gratë; në ngjyrë të errët nga vendosja e mellannës (?), nga mjekimi me preparate sulfamidike etj.

Dëmtimet medikamentoze të lëkurës janë shumë të larmishme, tashmë ato janë shumë të dukshme dhe për intensitetin; ky fakt ka rëndësi për të menduar mbi mundësinë e dëmtimeve analoge në organet e brendshme.

Urtikaria e lëkurës është një nga çfaqjet më të shpeshta të alergjisë medikamentoze, ndërsa urtikaria e bronkëve ose edema eksudative e mezenterrit, të parit të zorrëve, që janë plotësisht të mundëshme, arrijnë të çfaqen rrallë.

Bërësimi i dhëmbëve, që çfaqet nga përdorimi i tetraçiklinave, është përshkruar shumë herë, ndërsa në autopsi është përcaktuar ngjyra e verdhë e hapur në të gjithë skeletin nga tetraçiklina (Hilton).

Nën emërin ekzantema medikamentoze edhe më parë kalonin pa dyshim sidrome më të komplikuar.

Eritema polimorfe, që aq shpesh e shkakëtojnë medikamentet, prej kohësh përcaktohet si formë e vogël (Sebra) dhe formë e madhe (Shivens-Xhonsori), e dyta qëndron atëherë kolagenozës. Urtikaria persistente, sidomos febrile, e njohur mirë si çfaqje jo e rrallë e intolerancës medikamentoze, mund të jetë maska e lupus eritematosës ose sëmundje e shumë sistemeve të tjera, ose edhe një amiloidozë primare, që konformon natyrën alergjike (imunologjike) të kësaj të fundit.

Treguesi i dëmtimeve të lëkurës për sëmundjet e përgjithshme, sic mund të supozohet, e nxit Cebren që ta quajë specialitetin e tij «dermatologjia, mater medicinale est». Del se është më drejtë të studjohen dëmtimet e lëkurës në sëmundjet e brendshme.

— **Artrazhma dhe sinovitet** —, që na kujtojnë reumatizmin, futen në sindromin e serumit, që shkaktohet nga shumë medikamente. Artriti reumatiform është shpesh çfaqje fillestare e sëmundjes së hidralazinës të sindromeve të shumë sistemeve të ndryshme medikamentoze. Është e kuptueshme se analiza e hollësishme e lëndës së reaksionit artikular, të shkaktuara nga medikamente se analiza e hollësishme e lëndës ka rëndësi të madhe për të paralizuar zëbrithimin e metelzshëm të sëmundjes, prandaj nuk duhet të mjaftohemi që për çdo rast të veçantë të vemë diagnozën **artritis alergjike**.

— **Vaskulitet** — paraqiten si komponent më i shpeshtë e më serioz i reaksioneve të medikamenteve; kështu p.sh. **febris eozinofilica** ianta, madje dhe **periarteritis nodosa** familjarëve.

Vaskuliti hemorragjik medikamentoz, ndonse ka më pak tendencë progresive, në fakt takohet shpesh dhe përsërit shumë shpenjt klinikë tipike për periarteritin nodoz.

Sulfamidazina e penicilina shkaktojnë vaskulite me gangrenizim simetrik të gishtave të duarve dhe të këmbëve (Berber e Mac Ilwaine). Sensibilizimi me dila-tine, i shkakëtuar nga mjekimi persistent që i bëhet të sëmurëve, që vuanin nga epilepsia, përweg që mund të sjellë dermati eksfoliativ, por, si rregull, të çon në **periarteritis nodosa fatal** (Van Wyk e Hoffmann).

Vitet e fundit, vaskulitet nekrotike çfaqen gati në gjysmën e rastëve të mjekimit me preparate tiazide urinare (Bojrnberg, Gisslen).

Çatë shokut anafaktik medikamentoz është e mundur çfaqja e bllokut të plotë atrioventrikular dhe madje infarkte akute të miokardit (p.sh. vdekje pas 30' prej fillimit të shokut nga penicilina (Bernheier).

Mjekimi i migrenës me metisergid ka shkakëtuar infarkt miokardit edhe në moshën relativisht të re 38-42 vjeç (Hudgron).

Dëmtimet medikamentoze të veshkës nuk janë më pak serioze. Ato nuk mjaftohen vetëm me ndryshime të tilla si proteinuria ciklindruri dhe mikrohematurit nga streptomicina, kanamicina dhe disa antibiotikë të tjerë, por janë parë raste edhe nëritre ditëve nga sensibilizimi me penicilinë. Është i njohur dhe nefriti medikamentoz i tipit me dekuris malinje. Jo shumë rrallë zhvillohet sindromi nefrotik i cilit (Ferris, Sokol) nga penicilamini (Adams). Jo rrallë, vaskulitet renale, që parë riqiten tranzitore të sëmundjeve me sisteme të ndryshme, shpesh përfundojnë me mremi (myopura trombolitike, trombocitopenike). Njiften edhe dëmtime më të

thjeshta të vazave renale (trombozati) obstruksionet e tyre gjatë fibrozës retroperitoneale. Dëmtime medikamentozë shpeshherë të kanalizave, acidoza tubulare sindromi Fanconi, pyelonefritet medikamentozë, nefroza papilare, nefriti kryesisht imbirdsial, janë të shkakëtuara vegërisht nga fenacetina (me gjërë nga analgjetikët). Në këtë rast kemi gregullime të shprehura të funksionit renal, por në fakt vihet re vetëm si një pohim i lehtë (Rubenstein). Redativisht shpesh takohet sindromet sekondare renale, që lidhen kryesisht me hemolizën e medikamenteve: uropathia obstruktive nga forrimi i gurëve urate prej urikemive medikamentozë, gurët fosfate të formuar nga përdorimi i teptet i alkalinëve (milk alkali sindromi).

Në patilogjinë e re të veshtkave tulen mykordat, kandidozat, aspergilozat e reneve me kavernë etj. nefritet stafilokoksike, apostematoz të shkakëtuara nga mjekimi me kortikosteroidë dhe antibiotikët me spjekër të gjërë veprimi.

Edhe më parë njiheshin sindromet renale, p.sh. **atrofia acuta** nga akofani, salvarsani, dëmtimi renal nga narkoza me kloroformë.

Në këto dhjetë vjetër e fundit, pikepamja mbi pathologjinë medikamentozë hepaticë është zgjeruar dhe zgjeruar plotësisht. Sindromet hepaticë medikamentozë paragesin në vetëvete praktikisht të gjitha variantet, që njihen në lidhje dhe mortilogji.

Ikteri i amnëzinave, që shpesh shoqërohet me dermatit eksfoliativ, mund të çojë për disa vjet me citroza ksantomatoze me hemorragji nga varicet e ezofagut etj. Citroza është zhvilluar edhe kur ikteri është zhdukur vetë (Walker, Coomb).

Haurish përshkruan mbi 130 medikamente që mund të shkakëtojnë dëmtime akute të hepatit. Dulcet kriptuar se edema hepaticë ose sindromi serozolepatik tranzitor jo tallë në të gjitha dëmtimet alergjike zhvillohet sipas tipit të sëmundjes së serumit. Në gjendjen e vetë hepatit, në mënyrë të dukshme, reflektohen deflctet e mikroclementeve, enzimopenia gjenetike dhe anomalitë e tjera kimike, që kondicionojnë intolerancat e ndryshme individuale të medikamenteve me hemolizë pathologjike ose me drejtje me dëmtime të hepatit. Kështu, dëmtimi e hepatit nga akofani, amnazina, disa autorë e lidhin me deficitin konstitucional të fermenteve.

Komplikacionet në aparatën gastrointestinal, nën ndikimin e terapisë medikamentozë, janë të shpeshta; kështu njihen nga të gjithë stomatitet medikamentozë, gastritet erozivë, **ulcus pepticus**, **steroidis bakterioza**, Stomatiti i tjetër në sindromin pluritorficial. Fisanzhe (eritema eksudativë Stivens Xhonzon). Jo e pa pritur dhe që do fiti kushtohet vemërdje e madhe në vjetër e fundit, është gastriti eroziv nga aspirina. Ajo njihet si mjet i rrezikshëm me potencial të artë për të shkakuar hemorragji gastrointestinale masive ose anemi kronike me deficit të hekurit nga humbja okulte e gjakut. Aspirina provokon recidivë të ulcus ventrikullit kronik. Tek të shëndoshet, aspirina me doza mesatare jep gjak okult në feçe.

Midis medikamenteve ulcerozë përmenden edhe butadioni, 5 — fluoruacili, histamina, reserpina, kofeina (Roth). Lindja e ulcërit akut të ventrikullit mund të jetë çfaqja e veprime e reaksionit të bërë së serumit antitetanik.

Dëmtimi i zorrës nga medikamentet karakterizohet me simptomatike shumë tipike: enterit post antibiotik (Rogers). Steatorrea (mal absorcion syndrom) enteropathia eksudativë, që zhvillohet nga gregullimi i medikamenteve kryesisht nga antibiotikët me spjekër të gjërë veprimi (p.sh. neomicina); nga flora mbrojtëse e zorrëve, nga sistemi fermentativ, nga bilanci i vitaminave etj. Kripërat e kalciumit shpesh shkakëtojnë ulceracione në zorrët e holla (Baker dhe Boley). Prej sindromeve të tralla mund të përmendim megakolon nga amnazina (Zimmerman) **kollhis ulceroza non specifika** nga femindroni (Tanser, Keel).

Konfirmimi solid i veprimit të shumë preparateve në sistemet fermentative dhe në mekanizmat e tjera të metabolismit të lëndëve na lejojnë të kuptojmë ndikimin e tyre në lindjen e sëmundjeve të shumëllojshme endokrine e metabolike dhe në gregullimet e metabolizmit të lëndëve të sistemit nervor central — periferik e të organit të të parit (si dhe në organet e ndëgjimit, njuhies etj.)

Diabeti jo tralë shkaktohet edhe nga preparatet e serive kloride, kur përdoren gjatë dhe me doza të mëtha, pasi formojnë fermentin glikokinhazë. Kortikoidoni nga njëherë të çon në **coma diabetica** vdekje prurëse (Cronson, Moret). Njihet dhe diabeti steroidi. Trazidet shkaktojnë dhe pedagogen me urkimen persistente. Mjekimi me steroid, sidomos tek pacientët që nuk lëvizin, sjell, krahës osteoporozës, dhe formimin e gurëve kalcike. Në gregullime të vogla endokrine si ginekomasia, krahës estrogenëve, të çojnë edhe shumë preparate të tjera si digitalis (Von Capellan) alaktioni (Smith, Clark etj). Laktacioni jo fiziologjik shkakëtojnë dhe amnazina, reserpina dhe shumë traktulizatorë të tjerë, që përdoren në psihiatri (Hooper). Mjekedema çfaqet nga përdorimi i triparanolonit.

Çfaqjet neuropsiqike zëjnë një vend të rëndësishëm midis sindromeve medika-

menteze. Encefalitet e rënda në tremor, komplikacionet cerebrale të shokut anafilaik, dëmtime vaskulare të nervave, krizat angioneuritike mund të jenë çfaqje të sensibilitetit ndaj medikamenteve.

Çregullimet e metabolismit të vitaminave, aminocicideve, pigmenteve (periferica) etj. ndikojnë të shkakëtohen çregullime, që zhvillohen gradualisht, siç janë astenia, demenca, sindrom kutane neurologjik etj. Pshkozat medikamentozë akute janë parë nga mjekimi me glukokortikoidë, rezorkin, nga superdozimi i aktiriklës. Është vënë re dehia nga aspirina me doza 20-30 gr. (Madden Wilson).

Edema e shpejtë dhe e rrafshme e trurit, e shëktuar nga medikamentet që mund të rrezikojnë jetën, nuk është shumë e lehtë të diagnostikohet nga encefaliti bakterial, encefalomeninçiti, ajo mund të shkakëtohet nga kortikoidet tek personat që kanë tendencën të mbajnë tëngjër si tek ata që përdorin shumë kripë, në gjelë të veshtkat nuk u funksionojnë mirë. Është parë «apoplexi seriozë» ose encefaliti hemorragjik nga përdorimi i osarsolit.

Polineuritit medikamentoz, sidomos me temperaturë të lartë, me fenomene hemorragjike, me dëmtim të veshtkës, mund të zhvillohet nga intoleranca e butadiionit dhe nuk është e lehtë të diferencohet nga periarteriti nodoz.

Dallojmë sindrom bronkopulmonar dhe hemopoetik të shëktuar nga medikamentet. Kështu njihen pneumonitë fibroze medikamentozë me infiltrate linfo-citare e me cëllula plazmatike. Klinikiisht qëndron afër me sindromin Homman Rige. Ajo lind nga përdorimi i heksametrisë, hidralizinës, më rrallë nga pentolinë dhe mylerani (Oliver).

Interesante është se si përdorimi i hidralazinës (apressina) te gon në një sistem sëmundjesh harme dhe në rastë të veçanta në kuadrin klinik të plotë të lupus eritematos. Nga përdorimi i saj çfaqet artriti reumatoid, perikarditi, pleuriti.

Autori ka konstatuar tek një i sëmurë një gjendje të tillë temperaturare të lartë me dridhje, djersje, për 65 ditë, me pneumoni, hepatolionlinfofathi, encefalomeninçitë, erikeme nodoze, artromioosteolaji, proteinuri, sedimentacioni i gjakut 66 mm/orë, leukocitozë. I sëmurit më parë vuanë nga intoleranca me novokainë dhe penicilinë.

Midis devijimeve hematologjike, eozinofilia dhe leukopenia e moderuar, të shkakëtuara nga medikamentet, janë aqë të shpeshta sa që për mjekim nuk shkakëtojnë shqetësime.

Eritropenia e shëktuar nga mungesa e acidit folik, për shkak të përdorimit të antibiotikëve, nuk është aqë e rrallë.

Interes paracet sindromi hemorragjik-citopenik e hemolitik medikamentoz, si purpura trombopetia, agranulocitoza, anemia aplastike shpesh me nalytrë alergjike, purpura ortostatike, edema doloreze periartrikulare me alkanteme, urlikarte me 10-kalizin karakteristike të shodëruar me temperaturë të lartë, liter hemolitik me anemi e rrallë me hemoglobinuri.

Analgetiket (butadioni, diperon etj.) preparatet antiçelptike dhe neuroleptike (prodhimet e fenotiazidit etj.) antibakterialet (kloramfenikoli, sulfanilamidet, penicilina, preparatet antitiroide) shkakëtojnë, në këto 10 vjetët e fundit, citopeni e që shpesh figurjnë si faktor etologjik të relikulozës medikamentozë të leukozës dhe kolagenozës.

Kohët e fundit ka komunikime, që i kushtohen pseudomononukleoses medikamentozë ose reaksionit mononukleoziforme nga PAs-1 (Lichtenstein e Cammermeyer) nga butadion, reaksion analog me sindrom urthshëqës të linfoadenopatjisë nga butadioni (Plinken), reaksion ndaj medikamenteve analgetike të shodëruar me heparos-plemomegali (Balohli me ameni të llojve të ndryshme makrocitare ose megaloblastike, nga pyrimidoni) si dhe me sëmundjen Hashimoto (Langlands).

Sindromi që lind nga përdorimi i dilantinës simulon linfogranulomatozën (Rosinson), linfofarkomen (Rosenfeld) etj.

Lindjen e leukozes akute e kanë vënë re pas përdorimit të butadionit (fenilbutazonit) (Beani) dhe nga oksifanilbutazoni.

Lupus eritematoses çfaqet pas dilantinës, mezanitoes, tridionit, primidonit (Fischer etj) nga neuroleptiket, prakanamidit, nga sulfamidiket, penicilina, butadioni. Këto preparate, sidomos penicilina, mund të sjellin ndikim të pjesëshëm në të ashtuquajturin reaksion lipoidi.

Namik Shehu

Aifreda Zamputi

## MBI SËMUNDJET PROFESIONALE TË PUNONJESVE TË MJEKËSISË TË SHKAKTUAR NGA ANTIBIOTIKET

PROF. S.I. ASHREL, I.A. BOGOSKILOVSKIJ

Sovjetekaja Medicina, 1968, 9, 41.

K.U.D. 616-057.615.779.9 Biblioteka e U.S.H.T.

Në literaturë ka komunikime mbi çfaqjen tek punonjësit e mjekësisë të sëmundjeve alergjike kutane, konjuktivitët, rinjët angioneuritikë dhe reaksione të përgjithshme të organeve në formë sindromi astenovegetativ, albuminuria (Gerasimenko, Rulfanov etj.)

Për mundësinë e lindjes së kandidomykozave superficiale profesionale të lëkurës lasin dhe Arievs, Mirakran etj.

Për të shkëputur karakterin e përhapjes së sëmundjeve profesionale tek punonjësit e shëndetësisë të shkaktuar nga antibiotikët, autorët kanë ekzaminuar 341 punonjës të shëndetësisë të ndarë në 3 grupe.

Sëmundjet alergjike jo rrallë zhvillohen shpejt, pas rënies në kontakt të personelit me antibiotikë. Tek të sëmurët çfaqen sëmundje alergjike kutane (dermatit, ekzëmë, urtikaria, edem Kainik) e më rrallë të mukozave (konjuktivit, rinjit, si dhe astma bronkiale). Ndryshimet alergjike shpesh kanë lokalizime të shumta. Tek shumë punonjës, alergjizimi i organizmit ndaj antibiotikëve ka gënë kaq i shprehur sa që edhe ndërperja e kontaktit me to prej një muaji ka bërë të lindin reaksione alergjike të tipi rinit angioneuritik, edeme Kainik, bronkit asmatiform etj.

Një nga sëmundjet e përhapura tek punonjësit e shëndetësisë është kandidoza, që autori e ka takuar tek infermierët me stazh mbi 5 vjet. Më shpesh janë takuar sëmundjet kandidoze të lokalizuara në organet digjeshive (stomatit kataral eroziv, gingivit glossit, enterokolitët katarale hemorrhagjike ose erozive e ulçeroze, angiolekcystite, faringjitë, trakeobronkitë) e më rrallë kandidoza të sferës urogenitale (vulvovaginitë, cystitë), tromboflebitë, kandidoza intertrikinoze kutane.

Sëmundjet kandidoze tek punonjësit e shëndetësisë janë persistente. Në pjesën më të madhe janë çfaqur ndryshime patologjike nga ana e sistemit nervor central, në organet e nuhatjes, të mlokardit, që lidhen me mjekime lokale të penicilinës e streptomicinës. Tek disa janë konstatuar ndryshime profesionale të sistemit nervor, ndërsa tek të tjerët ka ndryshime vegjetativodistonike, sindrom astenovegetativ, neuastheni, ndërsa tek dy infermierët u gjend araknoiditi.

Tek disa persona janë vënë re ndryshime të dëgjimit me karakter të ndryshëm (nuk zbehthejnë dot perceptimin e fjalëve me të foltur, ulje të dëgjimit etj). Janë parë raste që kanë ankessa për ndjenja të papërgjeshme nga ana e zemrës, me E.K.G. janë konstatuar grëqullime të repolarizimit dhe të depolarizimit.

Ndryshime të tilla janë konstatuar tek punonjësit e uzinave, ku prodhohet penicilina dhe streptomocina.

Namik Shehu

## KARAKTERISTIKAT KLINIKE TË EKZANTEMAVE MEDIKAMENTOZE

A. FJODOROVA

Sovjetekaja Medicina 1968, 9, 131

K.D.U. 616.5 Biblioteka e U.S.H.T.

Ekzantemat e lëkurës paraqiten si çfaqje më e shpeshtë e ndjejshmërisë së lartë ndaj lëndëve medikamentoze.

Interes të veçantë paraqesin dermatitet medikamentoze dhe toksikodermiitë, që vijnë nga përdorimi i gjërë në praktikën klinike të antibiotikëve, antiseptikëve dhe sedativëve.

Autori ka parë dermatite dhe toksikodermi medikamentoze nën ndikimin e antibiotikoterapisë nga penicilina injeksion, në pluhur, nga bashkimi i penicilinës

me blomicinën, areomycinë, streptomicinë). Tek gjysma e të sëmurëve ka pasur karakterin e elementëve të urtkarës, tek disa të nollave eritematoskumozoz, tek të tjerë ka pasur karakter dezidritoidik, hemorragjik. Shpesh janë përgjithshëm.

Duhet theksuar se zhvillimi i toksikodermisë medikamentozoz e vu re nga autori në kohë të ndryshme nga fillimi i mjekimit me antibiotikë (pas dy tre injeksioneve të para, pas ditës së katërt dhe të pestë të mjekimit dhe rrallë pas mbarimit të injeksionit). Në të gjitha rastet qëqajen e ekzantemës e parafajnerojnë të krruarat (pruriteh).

Në gjysmën e të sëmurëve, krahas ndryshimeve në tëkurë, janë vënë re ndryshime në gjakun periferik (leukoctoziçoz e moderuar, limfopeni, eozinofili, ose eozinopenia deri në aneuzinofili). Eozinofilia është vënë re në ekzantemat urtkarlorime, ndërsa ekzantemat hemorragjike janë shogëruar me aneozinofili, gjë që flet për një karakter toksik.

Shpesh janë konstatuar toksikodermi dhe dermatite medikamentozoz nga antibiotikët në ata të sëmurë që kanë vuajtur nga patologjia endokrinometabolitike (diabetes mellitus, grrëgulimë të yndyrnave dhe karbohidratave) nga proceset inflamtores kronike, digestive (hepatit, kolecistit, kolit, gastrit etj.) dhe rrallë në të sëmurët me grrëgulime kardiovaskulare.

Tek të sëmurët që vuajnë nga ekzema, neurodermatitet ose epidermofitite, mjekimi me antibiotikë, si rregull, të çon në acarimin e procesit të tëkurës. Paraqet intesitet dermatit alergjik i kontaktit tek të sëmurët që kurohen me furocilinë (zhvillohet enantemë akute edematozoz në kavitetin e gojës etj.). Toksikodermia medikamentozoz është vënë re edhe tek të sëmurët, që janë kuruar me preparate sedative (luminal, doriden, adalin, bromide, lbrum etj.).

Ekzantema nga luminali dhe doridemi kanë pasur karakter të nollave eritematozoz, ndërsa ato nga bromidet dhe sedativet e tjerë karakterizoheshin nga florenca albamitorne.

Raste të vegantë toksikodermije janë parë dhe në mjekimin me antikoagulantë. Për të evituar këtë bëhet mjekimi duke alternuar koagulantet.

Namik Shehu  
Alfreda Zamputi

## KOSTIKOSTEROIDET DHE SËMUNDJET INFEKTIVE

F. COLONNELLO

Giornale di malattie infettive e parazitare Vol. 21, 1969, 1, 3

R.U.D. 616:9-615:361:45 Biblioteka e U.S.H.T.:

Në këto vjetët e fundit, kortikosteroidet janë përdorur gjërësisht në formën më të ndryshme morboze me etiologji bakteriale, virale parazitare etj. Kështu që mund të themi se sot nuk ka sëmundje infektive ose parazitare që të mos jetë trajtuar me kortizonikë vetëm ose të shogëruar me antibiotikë.

Literatura e gjërë dhe heterogjene e këtyre vjetëve të fundit nuk është e tillë që të na lejojë ta konsiderojmë të përfunduar problemin e indikacioneve dhe të kontrindikacioneve në të gjithë fushën e gjërë të sëmundjeve infektive.

Po kufizohemi pra për të marrë në eksaminim një grup sëmundjesh infektive, që observohen më shpesh dhe që të dhënat e literaturës janë më të afërta.

**Infeksionet nga Schizomicetet: Infeksionet endotoxike (Bact gram negativ).** — Një nga sukseset më të shkëlqyera në fushën e sëmundjeve të shkaktëuara nga Schizomicetet, që konstatimi i aktivitetit mbrojtës specifik i kortizonikëve në imkolicacionet eksperimentale me endotoxina.

Midis salmonellozave, tifua ebdominale është sëmundja që është trajtuar më shpejt me kortizonikë, vetëm ose të shogëruar me antibiotikë.

Përdorimi i tij është i kortizonikëve jep, shpesh, në pak orë, një rënie të shpejtë të temperaturës të shogëruar me kthjellimin e ndërgefjes dhe të gjëndjes së përgjithëshme. Këto rezultate mirren pavarësisht në se përdoren doza mesatare ose të larta me kortizon.

Ndërpërçja ose ulja e dozave të kortizonikëve mund të shogërohet me një fenomen të kërcimit termik, pa ndonjë rëndësi - krejtësisht tranzitore - ndërsa pacienti vazhdon të përmbrohëhet.

Në rastet ku mbizotëron kolapsi, përdorimi i kortizonikëve, megjithëse i indikuar, duhet të bëhet më shumë kujdes për të evituar një rrahje shumë të shpejtë të temperaturës, që mund të keqësojë kolapsin; mund të jepet diëna e parë doza prej 10 mgr. prednizon që të rritet gradualisht në ditët që do të pasojnë.

Terapia kortizonike, vetëm ose me kloramfenikol, zakonisht ndërpritet në ditën e 3-4, sapo të arrihet efektivi i dëshiruar; megjithatë, në disa raste, ndërprerja e terapisë kortizonike pasohet nga një rritje tërësisht progresive, e cila zotërohet menjëherë pas një dhënie të dytë të medikamentit dhe kjo gjë tregon veprimin kryesisht endotoksik të sëmundjes.

Një ulje e lehtë e rritjeve ose recidivave me kortizon, sipas statistikave të autorit, është vënë re në rastet e rënda hipertoksike, në krahasim me rastet e trajtuara vetëm me kloramfenikol. Sipas Janbon M., format e titos rezistente ndaj kloramfenikolit shërohen me dhënie të kortikosteroidëve. Sipas mendimit të autorit, në rastin e hemorragjive intestinale ose perforacionit në tifon, duket që avancimet që mund të merren nga përdorimi i kortizonikëve janë më të vogla nga dhëmet e tyre.

Terapia kortizonike edhe se e përdorur në ditët e para të sëmundjes, nuk pengon çfaqjen e antikorpeve serike.

### Në toksiko-inteksionet ushqimore nga salmonella

Përdorimi i kortizonikëve ka një indikacion elektiv, megjithëse kuadri klinik është përcaktuar kryesisht nga faktori toksik. Në këto raste ne kemi preferuar acetatin e kortizonit (300-500 mgr. në ditë), që sebashku me sol. fizilogjik, mundin të përmirësojnë shumë shpejt format e rënda dhe kolaptoide.

Në gastroenteritet akute të fëmijëve, ashtu si në format toksike ose neurotoksike dhe kur shikaku etiologjik është një patogjen i grupit të *escherichia coli*, veprimi favorizues i kortizonikëve ka qënë mjaft i dukshëm në të gjitha rastet.

### Brucelloza

Spink W.W. dhe Hall W.H. më 1952 vunë re se kortikoterapia jep një përmirësim të menjëhershëm tek pacientët me brucellozë akute, me rëndë të menjëhershëm të temperaturës, ndërsa hipersensibiliteti ndaj antigjent bruceelar ndërpritet menjëherë.

Komponentët toksikë dhe alergjikë hipertënjë, mbi të cilët veprojnë kortizonikët, me shumëbura të ndryshme, janë të pranishëm në të sëmuret me brucellozë dhe prej këtyre varet përdorimi i preparatit dhe rezultatat e tij.

Në të sëmuret me brucellozë, ku mbizotëron komponenti endotoksik në kuadrin klinik, terapia e thjeshtë kortizonike mund të japë shtëhim të shpejtë dhe regresion të hepatosplenomegalisë.

Dozat fillestare të kortizonikut, për të siguruar rënien e temperaturës dhe përmirësimin e gjendjes së përgjithshme në rastet hiperpiretike dhe toksike, ndryshojnë brenda limitëve mjaft të gjera. Zakonisht nga 30-50 mgr. prednizone.

Në terapinë mikste, antibiotike kortizonike, ndërperja e trajtimit me kortizonikë, në disa raste, mund të pasohet nga një rritje e temperaturës persistente, që ullet vetëm nga rridhënia e kortizonikëve. Në këto raste, mbizotërimi i faktorit alergjik dhe endotoksik në genezën e çfaqjeve klinike është i qartë. Terapia kortizonike mund të jetë e nevojshme për të shëruar ata të sëmurë që kanë ndikim të pjesëshëm të kurbës së temperaturës dhe të kuadrit morbos nga ana e antibiotikëve, të dhëna për një kohë të gjatë me doza të mëdha.

Ka raste, në të cilat edhe pas një dhënie të zgjatur të antibiotikëve dhe kortizonikëve, dekursi subfebril i sëmundjes nuk ndikohet. Në këto raste rezultate pozitive janë arritur vetëm me kurën vaksinale. Përdorimi i kortizonikëve është i dobishëm për të modifikuar shpejt reaksionin e rëndë febril e të zgjatur të terapisë vaksinale.

Një vakcinoterapi pjesërisht e efektësime mund të plotësohet me përdorimin e antibiotikëve dhe kortizonikëve, kjo triadë terapike efektivisht zgjidh raste rezistente ndaj trajtimeve të veganta.

Mjaft i dyshimtë është efektiviteti i kortizonikëve, sebashku me antibiotikët, në brucellozën malinje, septicepike, që disa kështillojnë të jepen deri në zhdukjen e simptomave akute.

Të gjitha gjendjet septike, sidomos ato persistente, me një përgjigje të dobët ndaj trajtimit me antibiotikë, ka reziik të keqësohen nga terapia kortizonike.

Si përfundim, terapia kortizonike në brucellozë ka një indikacion të sajën, të përpliktë, në ato raste, ku simpptomatologjia klinike është e lidhur me shenjat prevalente alergjike dhe toksikë.

## Shoocku nga bakteriet gram negative

Këta shoocke, të zbuluara dhe të përkohura më 1931 nga Waisbren B.A. shkakëtohen zakonisht nga bakteriet, kolera siç më pikë fillim prej fokusit inflamator kronik (gastroelonefrit, ureo-adneksit, kolestitit të thjeshtë ose edhe kalkuloz etj.), ose nga fokuse primare të infeksionit akut (pneumoni, enterte nekrotizante etj.).

Në një kazistikë të studjuar nga Weil M.H. më 1964, bakteremia nga gram negativë, në 169 raste, provokoi një incidencë shoocku 18%, në 33%.

Pjesa më e madhe e autorëve pyesin në se në shoocke të tilla, që përfshihen nga endotoxinat, kortizonikët kanë indikacion të përpiktë dhe në se kontribujnë në një farë mënyre për të modifikuar gjendjen e të sëmurët në mënyrë të favorshme. Tashmë duket e vendosur që një veprim hormonal të mënyrës së favorshme nuk është i nevojshëm gjatë shoockut, duke përfshirë këtu edhe endotoxikun, pasi nga ana e suprarenaleve nuk ka një ulje të sekretionit, por përkundrazi ky sekretion suprarenal do të rezultojë më i shuar.

Mendohet se në shoockun endotoksik, kortizonikët provokojnë një shikëputje apo ndëprerje të reaksionit sistematik të endotoksikës, sidomos po të jepen në doza të mëdha në 24 orët e para (600-800 mgr. ditën prednizone) dhe në raste të tilla, rezultatet kanë qenë më të mira se sa në ato raste, ku nuk janë përdorur. Siç në shoockun endotoksik të tipit kandidogen, kortizonikët do të forcojnë hedhjen kar-diake.

Si përfundim, dobia e kortizonikëve me doza të larta, në shoockun endotoksik, përveç veprimit të tyre specifik antitendotoksik, vjen edhe nga një veprim cirkulator të tipit central dhe periferik.

## Infeksionet ekzotoksike nga bakteriet gram pozitive

Në infeksionet me prevalencë, komponentin ekzotoksik (Difteri - Tetanos), kortizonikët nuk ushtrojnë ndonjë veprim elektiv protektiv, qoftë eksperimental ose klinik.

Rezultatet negative më bindëse merren në **difterin maligne** me edema të indëve të gafës, megjithëse në fakt është i dukshëm gartë një veprim mbi feno-menet lokale, flogjistko edematoze, që regresojnë brenda 24 orëve, por çfaqjet patologjike nga ekzotoksina si miokarditi i degjenerativ, encefaliti etj. nuk ndikohen ulët absolutisht nga dhëna e herëshme e kortizonikëve dhe me doza të larta.

Në tetanos, rezultatet e mira të terapisë kortizonike të dhëna nga autorët Letëriale (prevenim i shoockit serik, sidomos në alergjikët, por nga veprimet kolektive kolapsit kardiovaskular, kjo sëbashku me antihistaminikët lufton shoockun histaminik nga përdorimi i kuraveve).

Autori i këti artikulli raporton se në 420 raste me tetanos, midis rasteve të trajtuara me kortizon, pati një letalitet prej 37.5%, kurse tek ata të patrajtuar me të njëjten periudhë, diferencat e rezultateve midis kurës me kortizonikë dhe pa kortizonikë janë 60% dhe 66.6%.

Si përfundim mund të thuhet se në format e rënda të tetanozit, një veprim i favorshëm i kortizonikëve mbi dekursin e sëmundjes është njëaft i dyshimtë.

## Sepsis

Kortizonikët mund të kenë indikacion në sepsis të shkakëtuar nga gram pozitivët për të luftuar në mënyrë efektive çfaqjet eventuale patologjike të shkakëtuara nga endotoksinat. Ato janë të kontraindikuar në ato raste sepsisi, kur përgjigja e favorshme ndaj terapisë antibiotike të "synuar" është e dobët ose e lehtë.

Një vëmendje të veçantë në sepsis meriton sindromi Waterhouse e Frederichsen, sepse insuficiencia akute suprarenale, që karakterizon, do të kërkonte një terapi të herëshme kortizonike zëvendësuese.

Observacionet anatomo-klinike të Waterhouse dhe Frederichsen kanë lejuar të përcaktohet në fushën e sepsit hiperakut me etiologji prevalente nga meningokoku, një kuadër klinik të karakterizuar nga kolapsi i rëndë dhe progresiv, manifestime ekztonale kutane, që shkojnë drejt vdekjes në pak orë dhe në ekzaminim anatomic patologjik raste të tilla karakterizohen nga destruksione hemorragjike masive bilaterale të suprarenaleve. Pranohet, sipas nesh në mënyrë arbitrarë, që do të ishin



dy aspekte të sindromit Waterhousen-Fredrichsen: një me dëmtim anatomik efektiv të të dy surtrevave, tjetri me deficit funksional efektivisht të pa dukshëm me dozazhin e 17 kortikosteroidëve dhe 11 oksikosteroidëve.

Si rjedhim i shumë observacioneve, bazuar në një lezuesitë të gjërë, besohet se shocka është një nga shkaqet më të shpeshta të vdekjes në meningo kokskemitë akute; megjithatë këto raste — për mungesë të lezimeve të supratrenalëve në të vohurën e autopsisë — nuk mund të klasifikohen si sindrome të Waterhousen Fredrichsen, që është manifestim i trallë i meningokokkëve.

Perkurandrazi, nga studime të hollësishme in vitam e postmortem, më shpesh ka rezultuar një komprometim i mlokardit, që lejon të konsiderohen pra një pjesë e shoqeve meningokokske me genezë kardilogjene.

Nëqoftëse bëhet një përkufizim i përpiktë i dy kuadrove klinike që kanë të përbashkët një simptomatologji kolapsoidë, por me patogenezë njëjtë të ndryshme, mund të zbulohet se rezultatet e terapisë steroide, qofshin shumë të hershme, janë krejt negative në S.W.-F. dhe shpesh të shkelqyeshme në shockun meningokokskemik. Observacionet tona 20 vjeçare mbi sindromin W.-F. na bëjnë me pranimë që deskruksioni hemorragjik bilateral i supratrenalëve (mekanizimi patogjenetik i të cilit është akoma i errët) zhvillohet me një shpejtësi të tillë sa që gdo përjefkje terapetike edhe e thipt zëvendësoves, është e kotë.

## MENINGO ENCEFALITET BAKTERIALE

Terapia kortizonike e meningiteve ose meningoencefaliteve purulente bakteriale ose abakteriale ka rëndësi të veçantë.

Terapia me kortikosteroid, shogëruar me antibiotikë, ka dy indikacione të përpikta: 1. — Antishoock dhe vazopresor periferik; 2. — antiinflamator lokal. Ky efekt i fundit, sidomos në format e rënda me errësim të ndjenjave, agjitacione, parëza të nervave kraniale etj. nuk mund të vrehet nga dhëna e kortizonikut nëpërmjet rrugëve të përgjithëshme të zakonëshme, qoftë dhe me doza të mëdha. Shëndimet kanë rezultuar se kalimi nga qankullimi në likuid i kortizonike është njëjtë i vështirë ose i varfër dhe pra i pamjaftueshëm për efektet terapeutike, ndërsa dhënia e intratekaldiane e 100 mgr. të acetaitit të kortizonit mban në nivele të larta terapike në likuor për 2 javë.

Në format vegantërisht të rënda, autori rekomandon të jepet 30-40 mgr. prednison dhënë me rrugën intratekaldiane, të shogëruara me antibiotikë. Rezultatet janë të favorëshme dhe të shpejta. Terapia kortizonike endorakdale ndërpriet pas 3-5 ditësh, meqërtëse brenda një periudhe të tillë kohë arrihen rezultatet e dëshiruar.

## Skarlatina

Në reumatizmin skarlatinos, indikacioni i steroideve është i dobishëm, kurse antibiotikët nuk ndikojnë.

Në kazistikën tonë, njëjtë e favorëshme ka rezultuar terapia steroide e kompliakacioneve të hershme të glomerulonefritit skarlatinos.

## Pertusis

Në lidhje me shumë autorë të tjerë, nuk kemi venë re ndonjë efekt pozitiv të kortizonikëve, qoftë mbi dekurstin kompleks të sëmundjes, qoftë në uljen e frekuencës dhe shkurtimit të akseseve:

### Sëmundjet respiratore akute dispneizante

Këto sëmundje kanë etiologji: virale, viralo-bakteriale dhe bakteriale.

Dispnea, që është simptomi mbizotërues, pesohet menjëherë nga femomee kolapsoide, që nganjëherë janë njëjtë të rënda. Në sëmundjet respiratore akute dispneizante, autori grupuan tre sindrome morboze:

1) Krupin ose pseudokrupin ose laringjtin akut stenoizant.  
2) Bronkioilitin akut primar ose pasojat e procesit deshedent laringo-tracheal.

3) Bronkiole-pneumonitë akute intersticiale.  
Sipas përvojës sonë, thotë autori, krupji me komponentin pseudomembranoz ose me edemë hipoglotike ka nevojë për dy mjekime bazë që të kenë efekt kortizoni: në format pseudo membranoze (të cilat janë pakësuar me rrallimin e diffuzisë) du-

het më parë të aspirohen pseudomonembranat dhe të bëhet Intubimi, ndërsa kur ekziston një edemë okluzive hipoglotike duhet Intubimi me tub gome në larings e trakte të futur me anestezë ose trakeotomia.

Në format me gravitet të lehtë, në të cilat pengesa respiratore nuk është kryesisht bllokuese, terapia kortizonike me doza të larta, të shoqëruar me është bërë, mund të rezultojë njëfi efektive.

Bronkiolet ose bronkopneumonitë disпноizante, që nuk ndikohen me terapinë sedative antispastike, kërkojnë para së gjithësh trakeotominë dhe aspiracionin e mukusit, instalacionin e fluidifikantëve, të antibiotikëve dhe antispastikëve. Kështu pra, kortizonoterapia duhet të shoqëroje trakeotominë.

### Sëmundjet virale

Pathologjia eksperimentale ka shënuar këqesime të infeksioneve virale nga trajtimi me kortizonikë. Midis rezultateve të patologjisë eksperimentale dhe asaj siçot (Viral), infeksionet respiratore nga mikrooviruset, nga adenoviruset, nga viruset sinisialle, infeksionet enterike nga enteroviruset, mononukleozat infektive efi, në njeriun nga terapia kortizonike. Përkundrazi, disa autorë kanë shënuar rezultate të favorëshme.

Është parë se disa komplikacione të parotitit (orkioepididimitet, meningjitet him-focitare) çfaqen edhe gjatë kursit të terapisë steroidë, por ato regresojnë më shpejt nëqoftëse shpohet doza.

Për varicoelen duket krejt arbitrare t'i atribuohet kortizonit një veprim agravant në varicel, sepse në komplikacionet pulmonare dhe meningjencefalitike, që karakterizojnë Varicoelen e rëndë, veprimi i kortizonikëve është treguar i favorshëm. Ngandongjehet ka efektë të çuditëshme, me një përmirësim të shpejtë të simptomatologjisë klinike nga përdorimi i kortizonikëve me sindromin Guillain Barré me etilogji virale.

### Encefalitet Virale

Përsa u përket encefaliteve virale duhet të dallohen mirë encefalitet sekondarë postinfektive dhe encefalitë primare, sepse terapia steroidë mund të japë rezultate të ndryshme. Në encefalitë sekondare postinfektive, ku substrati anatomopatologjik përshet shpesh nga alteracione të tipit encefalitik demielinizant, gjenza e të cilëve, sipas disa autorëve (P. Tolendino) konsiderohet alergjike, ka një indikacion të qartë për kortikosteroidet, sa më herët dhe me doza 200-300 mgr. në ditë rezultate të shkelqyera.

Edhe encefalitë virale primare janë trajtuar mekortizone me rrugë endoraktiale dhe të përgjithëshme me doza të larta dhe rezultate kanë qënë të kondicio-nuara nga tipi dhe shkurtia e kelioneve. Format me mbizotërim të komponentit kongjestivo-edematoz lejojnë të arrihen, nganjëherë, rezultate të çuditëshme dhe brenda një kohe të shkurtër, ndërsa format me mbizotërim eksudativo-produktiv me nekrozë dhe nekrobiozë të zgjeruar të neuroneve nuk modifikohen fare ose ndikohen fare pak nga terapia steroidë.

### Hepatiti viral (Infectios):

Indikacionet mbi terapinë kortizonike në hepatitin viral kanë dhënë rezultate të favorëshme mbi kinezozën, mbi shpëtesinë e normalizimit të disa treguesve të laboratorit dhe mbi shkurtimin e dekursit të sëmundjes — në fillim të përdorimit të tyre.

Më vonë erdhi një përtundë e pasigurisë mbi ndikimin real të terapisë kortizonike (De Ritis).

Mesdime në kundërshtim njeri me tjetrin, që ekzisiojnë deri tani, në thelb varen nga vlerësimi i kazuitistikës jo homogjene përsa u përket moeshës, seksit,heritit precedent të pacientit, etiologjisë (Virus A ose B), datës së fillimit të trajtimit me kortizon efi. Pra për të njëjrtë konkluzione të përpikta duhen parë grupe homogjene.

### Pneumonitë atipike

Në pneumonitë atipike primare nuk është i qartë veprimi i kortizonikëve ndaj grupit të kontrollit.

Përkthyer me shkurtime nga  
Elmas Elhazi (Lap)

## PËR DIAGNOZËN DIFERENCIALE TË TUBERKULOMAVE DHE KANCERIT PULMONAR PERIFERIK

V.S. ANASTASIEV

Problemi Tuberkuloza 1968, 9, 18

K.U.D. 616.002.5 Biblioteka e U.S.H.T.

Sipas të dhënave të shumta të literaturës, vërtetohet se fazat fillestare të zhvillimit të kancerit pulmonar konsiderohen shpesh si procese tuberkulare

Kanceri pulmonar periferik dhe tuberkulomat përbejnë 80-85% të të gjithë formacioneve të rrumbullakta (Irmer e hp, Keszler dhe Erdelyi) Në 15-20 vjetët e fundit zbulimi i tyre është më i shpeshtë, kështu që diagnostikimi i hershëm i kancerit pulmonar periferik krijon mundësinë mjekimit me sukses me anën kirurgjike-le në shumë të sëmurët.

Autori ka ekzaminuar 372 pacientë me formacione intratorakale të rrumbullakta, prej të cilëve, në 364 procesi lokalizohet në pulmone. Në 303 u vu diagnoza tuberkulomë, në 42 neoforracione malinjë (në 39 Ca periferik, në 3 sarkomë), në 16 procese jo specifike benignë, në 3 pacientë nuk u vu diagnoza.

Për diagnozën diferenciale të tuberkulomës me kancerin pulmonar periferik më veshtrë është në burrat mbi 40 vjeç (23.7% e pacientëve me tuberkulomë ishin mbi 40 vjeç).

Autori mendon se fiziatrit, më shpesh se specialistët e tjerë, vënejnë në të sëmurët kancer periferik pulmonar, sepse vjetët e fundit dispensaritë antituberkulare dhe stacionaret luajnë rolin e qendrave për diagnozën diferenciale të sëmundjeve pulmonare. Gjithashtu bakohen edhe kombinime të kancerit pulmonar me t.b.c. pulmonar, për arsye të një rritjeje relative të të sëmurëve me t.b.c. në moshën e mesme e të rritur dhe zmadhimi i numrit të personave klinikisht të shëruar prej t.b.c.

Në këto kontigjente pas 40 vjeç, mundësia për t'u sëmurur me kancer pulmonar nuk është më e vogël se në të shëndostët.

Sipas Haackl, Schwartz ndryshimet sklerotike post-tuberkulare favorizojnë zhvillimin e neoforracioneve. Autori ka vënë re kombinim të kancerit pulmonar periferik e t.b.c. pulmonar në 17 nga 39 pacientë.

Fazat e para të zhvillimit si në kancerin pulmonar periferik edhe në tuberkulomat karakterizohen nga një klinikë e varfër.

Kolla: zakonisht mungon si në tuberkulomat edhe në kancerin pulmonar periferik, ajo lind jo trallë pas destruksionit ose prekjes së bronkut.

Hemoptizja: sipas të dhënave tona, prania e hemoptizisë, në rastin e destruksionit të varrave të rrumbullakta, jo e madhe, por për një kohë të gjatë flet më shumë për kancer periferik.

Temperatura: në të dy raste, ngrija e temperaturës takohet relativisht trallë, kur mungon infeksioni.

Dhimbja: mund të takohet në të dy sëmundjet, prandaj nuk mund të shërbejë për diagnozë diferenciale të hershme.

Ekzostelmentacioni i larvë: varët jo vetëm nga dimensionet e kancerit, por edhe nga prania e destruksionit.

Celulat atipike në sputum, në ujën e larjes së bronkeve ose në materialin e marrur gjatë bronkoskopisë duhet të vlerësohen me kujdes. Ndërsa në 19 pacientë me kancer periferik u zbuluan këto ndryshime edhe në tre pacientë me formacione të rrumbullakta benignë (2 pneumoni e 1 tuberkulomë) ekzaminimi citologjik vuri në dyshim procesin tumoral.

Prova e tuberkulnës: pozitiviteti i lehtë, e aq më shumë negativiteti i provës Mantoux nuk është karakteristik për tuberkulomat, ku si rregull prova është pozitive.

**Ekzaminimi rontgenologjik:** megjithëse anamneza, simptomatologjia, laboratori kanë rëndësi për diagnozën diferenciale të kancerit pulmonar periferik me tuberkulomat, rolin vendimtar e luan ekzaminimi rontgenologjik. Të dhënat e autorit si dhe observimet e shumica së autorëve flasin për preferencën e prekjeve së segmenteve aplikave nga kanceri periferik pulmonar (në 80%/).

Ndërsa lokalizimi segmentar në tuberkulomat është i qëndrueshëm, kanceri pulmonar periferik nuk dallohet nga lokalizimi i qëndrueshëm. Kështu në persona të moshës së mesme e të kaluar, glatë observimit të formacioneve të rrumbullakta u pa se lokalizimet në segmentet 3,5,7,8 në shumicën absolute të rasteve mund të përjashtojë natyrën e tyre tuberkulare.

Dimensionet e hijes në tuberkuloma trallë kalojnë diametrin 4 cm. Kanceri periferik me dimensione mbi 4 cm. ka temperaturë rritje më të shpejtë. Megjithatë zmadhimi relativisht i madh i formacioneve të rrumbullakta nuk është tregues absolut i natyrës së saj tumorale.

Konturet e hijes në tuberkulomat kanë karakteristika të ndryshme. Ato mund të jenë të rregullta, të kufizuarra kllartë, të shehita. Këto nuk janë tipike për kancerin periferik.

Kalcifikimet brenda noduleve janë karakteristike për t.b.c. (në Ca pamë vetëm një rast). Intenziteti i hijes është i njëjtë, kur të dyja kanë dimensione të barabartë. Në favor të tuberkulomës flet prania e folkuseve, sidomos të freskëta, për rreth saj (në e gjetëm në 71% të rasteve).

Në tuberkulomat, veganërisht në fazën e destrukcionit vrehet lidhja me mllusin (tek në në 83,5% të rasteve). Mungesa e kësaj lidhje flet kundra natyrës tuberkulare.

Sipas të dhënave të autorit, fokuset e mëdha pa destrukcione nuk janë tipike për tuberkulomat, kurse hijet e rrumbullakta jo të mëdha me destrukcione nuk janë karakteristike për Ca pulmonar periferik. Sipas E. Ja. Podolskit destrukcioni takohet në Ca periferik në 10% të rasteve, sipas A.G. Baranova në 14%<sup>0</sup>, ndërsa në tuberkulomat në 9,5% (I. I. Dancig), gjër në 84%<sup>0</sup> (V.I. Brandt). Kur mungojnë mundësitë e tjera për diagnozë diferenciale indikohet torakotomia.

Autori në fund thotë se në dispancietë anti t.b.c. dhe stacionaret, të sëmurët me Ca pulmonar periferik kanë disa vegori, që duhet t'i kenë parasysh faza-leriore.

2) Përqindja relativisht e lartë e destrukcionit të Ca periferik (veganërisht me dimensione jo të mëdha).

Hektor Çoçoli

## DEKURSI DHE PËRFUNDIMI I ANTELEKTAZAVE TË NATYRËS TUBERKULARE

T.I. NEÇAJEVA

Problemi tuberkuloza 1968, 7, 53.

K.U.D. 616.0025+616.004 Biblioteka e U.S.H.T.

Rëndësia e atelektazave pulmonare të natyrës tuberkulare në zhvillimin e cirrozave unilaterale, prej kohësh ka tërhequr vëmendjen e ekzaminuesve. (N.F. Pershina, A. Ja. Cigelnik, I.K. Bogush, Wissler, Grosz, Krutowska etj.).

Autori shkruan se, nga përforimi i gjërë i metodës bronkoskopike, kohët e fundit konceptet kryesore lidhur me lindjen e atelektazave në tuberkuloz kanë ndryshuar. Ndërsa në parë mendohet se kjo atelektazë shkakëtohet nga shtrypia e bronkut nga limfoglandulat e zmadhuara, tani mendohet se atelektaza shkakëtohet prej obstruksionit të bronkut nga kalimi i procesit tuberkular aktiv prej limfoglandulave në bronk. (Ju. L. Gamparis, A.A. Lapina, I.P. Partenova, Iselin e Suter etj.).

Ndërsa në fami të sëhtë më lehtë, në të rritur diagnostikimi i atelektazës është më i vështirë, se adenopatia tuberkulare në këta të fundit zakonisht nuk komplikohet me atelektazë, e në të njëjtën kohë në atelektazë limfoglandulat nuk përcaktohen. Vetëm prania e kalcifikacioneve në to mund të japë dyshimin për raktivizimin e procesit. Duke mos i kushuar vëmendjen e duhur, jo trallë në klinikë

atelektaza merret për pneumoni jo specifike ose komplikacion i kancer bronkial.

Studimi i kushohet atelektazës në 39 pacientë në moshën 18-70 vjeç, nga të cilët u diagnostikua: 13 si t.b.c. infiltrativ-pneumoniqe, 12 si kancer pulmonar, 11 si pneumoni jo specifike, 2 t.b.c. fokale faza infiltrativa dhe 1 si pleurit i ndërlobar.

Ankesat kryesore për të gjithë ishin: kollë pak e shprehur me pak sputum, dhimbje në gjoks dhe dispne jo e madhe. Nga ekzaminimi objektiv dhe laboratorik, ajo anë mbetej më prepa në frymëmarrje, dobësi i frymëmarrjes, shpejtëm i eritrosedimentacionit, mononociozë (në 18 hemograma pa ndryshime), në ujën e larjes së bronkëve në 25 u gjel BK. Rontgenologjikisht të gjithë u diagnostifikuan atelektazë.

28 raste preken anën e djathtë, 11 të majtën. Në anën e djathtë, në 13 u gjetën kalçifikime të limfoglandulare — trakeobronkiale.

Kolla e shurtë e moshës, moshë atelektaza lobare e sidomos e segmentit 3 flet më shumë për kancer, neofitëse nuk përjashtohet mundësia e acarinit të limfoglandulare intratorakale.

Në trakeobronkioskopinë e 31 pacientëve tek 9 u panë infiltracione hiperelemente e mukozës, në 5 fistul bronkonodulare, në 13 cikatrice me njëjllë pigmenteze, në 4 nuk u panë ndryshime.

Për të vërtetuar etiologjinë tuberkulare të atelektazës, kur metodat e tjera nuk ndihmojnë, përdoret testi i terrajosë.

Terapia e gjatë antibakteriale me përdorimin e futjes intratrakeale të preparateve antituberkulare u bënë në 24 paciente, 15 u mjejuan në mënyrë jo të rregulltë. Nga 39 në 15 pati shtam klinik, në 14 u zhvillua cirrhoza unilaterale, i mjekim operativ, në 6 procesi tuberkular mori zhvillim dhe 2 prej tyre vdiqën.

Autori konkludon: — shkak i atelektazës pulmonare në të rritur jo rrallë është raktivizimi i procesit tuberkular në limfoglandulat me zhvillimin e stenozës — Rontgenomografia dhe ekzaminimi bronkioskopik janë metodat diagnostike

më të vlefshme për të përcaktuar shkaktet e diagnozës.

— Mjekimi i shpejtë ndihmon në resorbinim e ndryshimeve inflamatore dhe rikthimin e krulshënjorisë së bronkut. Diagnoza e vonëshme ose jo e drejtë çon në zhvillimin e cirrhozës me bronkoektazi ose me përparimin e procesit tuberkular.

Hektor Çopoll

## GJENDJA FUNKSIONALE E HEPARIT NË TË SËMURË ME T.B.C. PUMONAR GJATË MJEKIMIT ME KIMIOPREPARATE TË SERISË SË DYTË

G. V. VASILIK

Problemi tuberkuloza 1968, 8, 43.

K.U.D. 616.002.5 Biblioteka e U.S.H.T.

Këtë punim autorit ia kushton veprimtimit mbi funksionin e heparit të 3 preparateve antibakteriale të serisë së dytë: ethionamid, pyrazinamid dhe etoksidi.

Të dhënt e literaturës për gjendjen funksionale të heparit gjatë mjekimit me këto preparate janë kontraktore. Kështu disa autorë nuk shohin veprim toksik të tyre në hepar si N.A. Shmeljev, M.A. Karacunskij, Deloff, Pennod, ndërsa të tjerë flasin për efekt hepatotoksik të tyre si Mouldring dhe Goldstein, Lees, Kallos, Palfy, Simon, Matthews, Fostikow etj.

Autori studjoi ndikimin e ethionamidit, P.Z.A. dhe etoksidit në funksionet hepatike për: karbohidrate, albuminat, funksionin antitoksik pigmentar dhe i ashtuquajturit funksion fermentativ i heparit në 135 pacientë me t.b.c. forma aktive (mjekim i kombinuar edhe me 1 ose 2 preparate të serisë së parë): 58 gra, 77 burra, moshë 15-69 vjeç (zotëron moshë 20-40 vjeç), në 113 me forma të freskëta t.b.c., në 91 me destruksion, në 117 ndryshime fokale infiltrative.

Preparatet e serisë së dytë u përdorën 4-6 muaj pas përdorimit intensiv të 3 bakteriostativëve të serisë së parë.

Ethionamidit, PZA dhe etoksidit u përdorën për arsyje të intolerancës për antituberkularët bazë në 71 pacientë, në 14 me rezistencë bakteriale dhe 50 me rezistencë klinike.

Ethionamidit u përdor në 47 pacientë (doza pro die 0.5, 0.75 gr.)

PZA u përdor në 43 pacientë (doza pro die 1.5-2 gr.)

Etoksidi u përdor në 45 pacientë (doza pro die 3-4 gr.).

Përcaktimi i provave funksionale të heparit, para mjekimit me preparate të serisë së dytë në shumicën e pacientëve nuk tregoi rregullime patologjike.

Sipas rasteve që ka studjuar autori, dhëna e ethionamidit, pyrazinamidit, etoksidi nuk tregoi ndikim negativ në funksionin e karbohidrateve të heparit, kurse në disa pacientë e normalizoi atë, e cila duhet lidhur me ndikimin e mirë të përgjithshëm të treguar nga preparatet në procesin pulmonar në këta pacientë.

Përdorimi i ethionamidit, PZA dhe etoksidi gjatë 3 muajve nuk u shfaqën në ndryshime të sasisë së albuminave në serumin e gjakut të pacientëve dhe rëndimisht nuk ndikoi negativisht në funksionin e formitit të albuminave në hepar. Në të kundërtën, pas përdorimit 1 muaj të këtyre 3 preparateve u vu re prirje për rritjen e albuminës në serum, kurse pas 3 muajsh, pothuaj normalizimin e plotë të nivelit të saj. Gjatë mjekimit me këto tre preparate ulet niveli i u<sub>2</sub> globulinave sidomos tre muajt pas mjekimit (me pak deviatione ulet niveli i PZA). Fraksioni i β globulinave nuk pësoi ndryshime. Sasia e γ globulinave pakësohet vecanërisht në tre muajt pas përdorimit të këtyre tre preparateve (në e theksuar nga etoksidi).

Edhe në funksionin antitoksik të heparit (me provën Gvitchikel në shumicën e pacientëve nuk u pa veprim i dëmshëm, ndërsa në një numër të konsiderueshëm ndihnuan në normalizimin e tyre.

Funksioni pigmentar i heparit prishet disi gjatë mjekimit me PZA, kurse ethionamidi dhe etoksidi shkakëuan çfaqjen e urobilinës në urinë në mënyrë të shpejtë.

N.A. Shmeljev, G.A. Korotajev, M.G. Runkevici, Osewsl, Janclik etj, thonë se aktiviteti transaminazik në serumin e gjakut është tregues i rëndësishëm për gjendjen funksionale të heparit; testi i kësaj lëjoni të zbulohen shenjat e dëmshmit të heparit atëherë kur provat e ftera funksionale mbeten të pa përluara.

Përdorimi i këtyre tre preparateve e sidomos të PZA çoi në zmadhimin e transaminazave glutamiko-alaninë në serumin e gjakut.

Sipas të dhënave të autorit, mjekimi tre-muajor me ethionamid, PZA dhe etoksidi në shumicën e pacientëve nuk shkakëoi keqësimin e gjendjes funksionale të heparit. Më rralë u keqësua funksioni antitoksik. Gjendia funksionale e heparit rregullohet më shpejt nga PZA, pastaj ethionamidi dhe etoksidi. Gjatë mjekimit me këto tre preparate u përmirësuan aftësitë funksionale të heparit, gjë që shkëlqon veprimin e tyre në procesin tuberkular në terapatitë komplekse antibakteriale dhe ndikimin pozitiv të saj në organizmin e pacientit. Duke përfunduar, autori nxjerr këto konkluzione:

1) Gjatë mjekimit të pacientëve me t.b.c. pulmonar me ethionamid për tre-katër muajt (doza pro die 0.50-0.75 gr.), PZA (doza pro die 1.5-2.0), etoksidi (doza pro die 3-4 gr.) në kombinim me preparatet e serisë së parë nuk u panë ndryshime të shprehura në funksionin hepatic. Më shumë u panë ndryshime në funksionin pigmentar e fermentativ. PZA tregoi veprim më negativ në funksionin

2) Prova më treguese dhe më e vlefshme në praktikën klinike për ekzaminimin e gjendjes funksionale të heparit gjatë mjekimit me këto tre preparate është përcaktimi i aktivitetit transaminazik në serumin e gjakut dhe urobilina në urinë.

Hektor Çopoli

## MARRJA E MEDIKAMENTVEVE GJATË ÇRREGULLIMEVE PSIHIKE TEK FËMIJT

FISH B.

American Journal of psychiatry 1968, 124, 8, Suppl. 31-36

Marrë nga Medizinski referativnij zhurnal 1968, 9.

K.U.D. 6168 Biblioteka e U.S.H.T.

Marrja e medikamenteve psikotropë në praktikën e kurimit të fëmijëve, ka po aqë rëndësi sa në praktikën e kurimit të të rriturve. Në përcaktimin e mjekimit, përkufizimi neozologjik i sëmundjes ndihmon shumë në pakt se sa në mjekimin e të rriturve, sepse kështu i sëmundjes tek fëmijt merret karakter më pak të përcaktuar.

har. Medikamentet e grupit psikotrop janë më tepër veprues kundër ekzistencionit psikomotor, impulsivitetit dhe ngacmueshmërisë. Ato veprojnë pak në gjendjen përpjetike dhe hucarë, që linden më rrallë në përditshën e parapsjekurisë se sa pas djeturisë.

Sa më i ri të jetë femlja, aqë më tepër shtohen shenjat si: ngacmueshmëria, hiperaktiviteti, desorganizimi i sjelljes së jashtëme dhe eq më pak këto çfaqje nënshtohen mjekimit.

Fëmijët me kufizim të zhvillimit mendor, me çrregullime psihike, si pasojë e sëmundjeve organike të trurit ose me skizofreni, reagojnë keq ndaj mjekimit. Rol të madh këtu luajnë masat e karakterit edukativ dhe psikoterapia.

Antidamnat stimulojnë fëmijët me deprimim neurotik, me çrregullime të të olurit dhe të sferës afektive, si dhe në frikën shkollore. Në dozat deri 40 mgr. të ditë, antidamnat qetësojnë fëmijët hiperaktivë. Në rastet e skizofrenisë ose ndromeve cerebrale kronike, antidamnat, në praktikën fëmijore, jo vetëm nuk hapin përulrësime, por madje dhe mund të qetësojnë gjendjen e të sëmurëve. Tranquilizatorët e vegjël kanë diapozon më të gjerë përdorimi se sa në klinikën e të rriturve. Meprobnatit është më pak vepronjës në hiperaktivitetet, por indikohet gjatë çfaqjeve neurotike, në klinikën e fëmijëve të sëmurë.

Libritum zotëron veprim më të shprehur sedativ prej të gjithë tranquilizatorëve të vegjël në praktikën fëmijore. Ai stimulon mirë të folurit dhe proqesit lidhtës (asociativë).

Gjatë çrregullimeve të shprehura të sjelljes nga prehardhja të ndryshme (skizofreni, sëmundje organike të trurit), prodhimet e fenothiazinës dhe alkaloidëve të rauvolfias veprojnë mirë.

Gjatë depresioneve indikohen antidepressorët. Imipramina në dozë 25-50 mgr. në 24 orë pakëson çfaqjen e enuresis nocturna. Hipnotikët duken të përfektshëm gjatë çrregullimeve psihike tek fëmijët e moshës para pubertetit. Barbituratët mund të fuqizojnë alaminin dhe çorientimin tek fëmijët me sëmundje serioze të trurit. Për rregullimin e gjumit të natës tek këta, mjafton marrja e tranquilizatorëve të butë ose të kloralhidratit. Mjekimi me mjete psikotrope në praktikën fëmijore duhet të kombinohet me psikoterapië.

NESTOR POLIMERI

## DOBIA DHE RREZIKU I LËNDËVE PSIKOFARMAKOLOGJIKE

HIPPLUS H.

Medicinskaj referativnij zhurnal 1968, 9

Prakt. Arzt. 1968, 22, 252, 383.-

K.U.D. 615.785 Biblioteka e U.Sh.T.

Një prej avantazheve bazë të psikofarmakoterapisë është ajo, që me futjen e sajë në praktikën e gjërë, shkurohet ndarja midis psihiatrisë dhe degëve të tjera klinike të mjekësisë.

Numëri i lëndëve psikotrope është i pakufizuar dhe këto janë ndarë në disa klasa, sipas ngjashmërisë së veprimit të tyre. Të këmbërit e preparave, pa përurim një përditshmëri të pjelë, të çon shpesh drejt psikozave recidivante. Për largimin e këtyj rreziku dhe për të arritur efektivitetin maksimal, është e domosdoshme të shkarohej tri qeshitje bazë:

1) Indikacioni i lëndëve psikotrope; 2) çfarë paraqet në vetëvethe kjo lëndë; 3) cilat janë rrezqet, që lidhen me marrjen e mjekimit psikotrop.

Autori propozon katër grupe indikacionesh të lëndëve psikofarmakoterapike; 1) neurozot; 2) psikozat endogene; 3) çrregullimet psihike si pasojë e sëmundjeve të trurit, sëmundjeve somatike, çrregullimet me preardhje nga jashtë (traumat, toksikozat etj.), proceset destruktive gjatë mos zhvillimit; 4) çrregullimet psihike me defektet e lindura ose të fituara të personalitetit (karakteritopabhtë dhe oligofrenitë).

Në grupin e parë, në gemenë e të cilit rol kryesor lozin mekanizmat psikogjene dhe psikoreaktivë, lëndët psikotrope nuk janë terapi bazë, por vetëm plotësojnë psikoterapië. Terren i përshatshëm për mjekimin psikotrop janë psikozat endo-

gene. Në grupin e tretë, mjekimi psikotrop duhet drejtuar në shkaktarun e greugu-llimit bazë. Në grupin e karakteritopatisë dhe oligofrenisë, mjekimi psikotrop ka karakter simptomatik. Ndërsa e lendëve psikotrope bazohet në ndryjen klinike të përpunuar nga Delay dhe Deniker në Francë.

Tek psikoleptikët futen lëndët, që kanë veprim frenonjës të çfaqjeve psihike; ndërsa lëndët me veprim eksitant futen tek psikomanoleptikët; po këtu futen dhe medikamentet që shkaktëjnë gjendje psikotike. Rëndësi më të madhe terapeutike kanë neuroleptikët (të grupit psikoleptik). Ka lëndë psikotropë, që, në doza të vogla, veprojnë si antidepresore, kurse në doza të mëdha si neuroleptikë (malerili, karaktani). Pothuajse të gjitha këto lëndë kanë veprim anësore. Neuroleptikët shprehura më dobët këto çfaqje. Çfaqjet anësore vegetative dalin më shpesh në fillim të mjekimit; pastaj vjen adaptimi dhe këto çfaqje bien. Shumë neuroleptikë shkaktëjnë hipotension dhe grequllime ortostatike të gërkullimit të gjakut. Çfaqjet ekstrapiramidale formohen prej sindromit hiperkinetik-distonik në marrjen e lendëve si haloperidol, flufenazinë. Çfaqjet hipokinetike varen prej dozës së neuroleptikut dhe ulen gjatë marrjes së antiparkinsonikeve. Akutizia dhe taksiklidëzia mund vlen me korektorët dhe kërkohet ndirimi e neuroleptikut.

Gjatë lindjes së sindromit hiperkinetik, medikamenti ndërpritet për pakë ditë, por nuk hiqet. Ngrija e shpejtë e dozës jep rrezikun e sindromit delirioz akut. Dozat e larta mund të japin lindjen e atakeve konvulsive. Nëqoftëse kurimi me antidepressorë ve në dukje simptoma të skizofrenisë, atëherë kemi të bëjmë të përkohshëm ose çfaqjet alergjike janë të shpeshta. Sëmundje të theparit shkaktëjnë sidomos inhibitorët e mono-amino-oksidazës. Po u shkaktëtua likteri gjatë mjekimit me preparate trichilikë është e domosdoshme ndërperja e kurimit, sepse ato shkaktëjnë kolostazë intrahapatike. Rëndësi bazë ka rreziku i trombozave gjatë veprimit të zgjatur me neuroleptikë dhe antidepressorë. Takohen dhe grequllime endokrine: ulje e libidos, impotencë, amenorrie dhe galaktore, çfaqje të gjnkomastisë tek burrat dhe rritje në peshë. Rrallë lind sindromi i atë me M. Kushing.

Nesstor Polimeri

## ELEMENTËT PSIKOFARMAKOLOGJIKË TË «TOKSIKOMANISË» MEDIKAMENTOZE

MAURICE H. SEEVERS

Jama Vol. 206, 1968, 6, 4.

K.U.D. 615.851 Biblioteka e U.S.H.T.

Toksikomania medikamentoze është një problem i madh shkencor, mjekësor dhe shoqëror. Kuptohet, se individët, që nuk kanë pasur një përvojë me medikamente psikotike, asnjë herë nuk bëhen të varur prej tyre. Në të vërtetë ky është mjek i vetëm, me anë të të cilit eliminohet toksikomania medikamentoze në shoqërinë njerëzore. Disa medikamente janë kaqë të dobët sa që kanë përfundime pak të dëmshme. Por shumë janë të fuqishëm dhe shkaktëjnë toksikomani të fillë, që bëhen fatkeqësi për shoqërinë. Majmuri ose kavria, duke provuar kokainën, do ta marrë atë deri sa të vdesë. Nëqoftëse kushet janë optimale, secili individ mund të bëhet toksikoman i medikamentit, qoftë dhe kundër dëshirës së tij. Vazhdimi i marrjes së medikamentit, nga pikëpamja psikologjike, të gon në toksikomaninë psikologjike primare dhe kjo toksikomani është e gjitha ajo që të gon në qendrimitin e detyruar të përkontrolluar të medikamentit në individët e prekshëm. Efekti i toksikomanisë së medikamentit varet nga natyra e substancës psikotike, mënyra e përdorimit, karakteristikat individuale dhe ambientit ku jeton. Toksikomania psikologjike të fuqishme mund të zhvillohen nga stimulantët e butë si duhanit si dhe nga pijat që pëmbajnë kafeinë. Por këto substanca nuk shkaktëjnë efektë psikotoksike, me gjithë që individit mund të dëmtohet nga veprimet e këtyre agjentëve. Ky fakt i dallon këto nga të gjitha format e tjera të



medikamenteve prodhues toksikomanije. Aqjentët psikoaktivë mund të ndahen në dy grupe të gjerë farmakologjike:

I) **Shtimulantët** — veprimi i të cilëve ngërmon funksionin psikik dhe ngreh veprimin motor. Ky grup përmbledh stimulantët psikomotorë (si amfetamina) dhe halucino-genik (h.SD). Këto kanë veti: prodhimin psikotoksiciteti, shtrembërim të perceptimeve, halucinacione dhe çrregullime të sjelljes. Karakteristike e rëndësishme e stimulantëve, që i dallon ato prej depresorëve është se sjellja antishoqërore fshiqet nga veprimi i drejtpërdrejtë i medikamentit me trimëri (alloe) të vrerë, me shtrembërim të perceptimit dhe kombutizime paranoide. Këta bëhen të rrezikshëm për shoqërimë. Heqja e medikamentit, megjithëse zakonisht shoqërohet me lodhje dhe deprimim, nuk të çon në sindromin e abstinencës, siç ndodh me depresorët.

II) **Depresorët** — janë substanca që pakësojnë funksionin mendor dhe fizik. Abuzimi kronik i depresorëve shoqërohet me dy fenomene: toleranca dhe varësia fizike. Shëniet që çfaqen si pasojë e heqjes së medikamentit tregjhin nga natyra e aktivitetit nervoz. Ky kompleks shenjash dhe simptomash njihet si sindromi i abstinencës dhe paragjitet në dy tipe: sindromi i abstinencës së moritës — i prodhuar nga morina dhe lëndët e ngjashme me të dhe që shoqërohet me hiperaktivitet të indëve dhe ndryshime në sjellje. Tipi i dytë tregjdh nga heqja e depresorëve të tillë si alkooli, barbituracet dhe fenotiazinat. Varësia fizike e toksikomanive të tillë si narkotike ose barbiturate prohon sjellje antisociale për ta gjetur medikamentin.

Më në fund jepet mendimi se kushtet psikologjike të krijnara nga përdorimi kronik i këtyre medikamenteve shkatërron më tepër se sa veprimi farmakologjik i medikamenteve psikoaktive:

Neslor Polimeri.

## NJE TEST I RI I FIKSIMIT TË KOMPLEMENTIT ME SKOLEKSE TË PLOTA ME EKINOKOKOZE

A. FISCHMAN

Bulletin of the World Health Organisation Vol. 39, 1968, 1

K.U.D. 616-093/098 Biblioteka e U.S.H.T.

Të dhënat mbi testet serologjike të përdorura në diagnozën rutine të ekinkozozës venë në dukje sensibilitetin dhe specificitetin e lartë të këtyre testeve. Megjithatë konsideruar më të ndjeshëm se fiksimi i komplementit, ndjeshmëria dhe specificiteti i tyre duhen përfshinuar më tej.

Nga të gjitha antigenët e ndryshëm, pregatitur me procedurat e fraksionimit të likteve cistike, asnjë nuk ka zëvendësuar hllikdin e papëpunuar të cistit në punën rutine. Kjo vrehet ose nga pamjafueshmëria e evidencave, që të klasë për superioritetin e tyre, ose nga që pregatitja e tyre është e vështirë.

Një tjetër metodë përben përdorimi i antigenit i nxjerrë nga materiali cistik (ekstrakte nga membranat dhe skolekse) nga antigeni me hllikid cistik. Rezultate të mira janë arritur nga fiksimi i komplementit dhe *Laser* aglutinacioni, por përdorimi i tyre në procedurat e hemoaaglutinacionit ka të dhëna kontraktitore. Pak vëmendje i është kushtuar teknikës së përdorimit të skolekseve të plota, të paekstraktuara si antigen.

Një test i ri i fiksimit të komplementit me skolekse të plota si antigen është përpunuar në laboratorin e autorit. Autori e ka krahasuar testin me teste të tjera, p.sh. me teste me skolekse të ekstraktuara, me testin e antikorpeve fluoeshente, me testin e fiksimit të komplementit (me antigen hllikid cistik) dhe testin e *latex* aglutinacionit. Autori ka marrë në studim serumin e 65 pacientëve me ekinkozë të vërtetuar në ndërhyrjet kirurgjikale (52% me ciste hepaçike, 38% pulmonare dhe 10% me lokalizime të tjera). Autori mori në studim gjithashtu 30 serume nga dhurues gjaku, 30 nga të sëmurë të ndryshëm të sptihit (pa venie në dukje të ekinkozkut) dhe 15 nga të sëmurë me kancer.

Metoda e kryerjes së testit të fiksimit të komplementit me skolekse të plota e

autorit është: antigjeni u përgatit nga depozita e likidit hidratik të delereve pas centrifigimit, larjes tri herë me solucion fiziologjik dhe konservimit në temperaturë —20°C. Antigjeni i përgatitur në këtë mënyrë (i stokazhit) është në fakt një suspenzion salin i këtyre skolekseve dhe përbëhet 20 skolekse për fushë mikroskopike me zmadhim të dobët (X 100). Antigjeni i punës, që përgatitet nga ky antigen hollshet 1:10 para përdorimit. Antigjeni i stokazhit qëndron disa muaj, nëqoftëse kishit në diturne të ndryshme nga 1.5 deri 1.100 me një serum me titër të ulët dhe një serum me titër të lartë (serume standarde). Në antigenin e stokazhit, skoleksat në fillim janë infakte, pas dy muajsh transformohen në dukje, por vetë antigenet humbet vetëm pas gjashtë muajsh.

Testi me serumin bën të inaktivuar të holluar 1:5. Përdoren 5 doza hemolinzë 50%<sup>0</sup>. Celulat e sensibilizuara shihen pas një rerrigjerimi prej një ore dhe një inkubacioni në 37°C. për 30 minuta. Përzjerrja e përgatitur inkubohet për 15 minuta. Me pak se 50% hemoliza merret si tregues i një reaksioni pozitiv. Serumet e holluara dhe gjithë reagentet shihen në masën 0,25 ml. Në 69 serumet e studiuara, autori nxjerr si përgjindje të ndjeshmërisë (pozitiviteti) 92,3%<sup>0</sup>, ai tregon se kjo përgjindje është më e lartë se ajo e testeve të tjera si *lateral aglutination* 87,89%<sup>0</sup>, i antikorpeve fluoeshente 81,5%<sup>0</sup>, eji Duke u nisur nga ndjeshmëria, autori i ndan testet serologjike të ektnokokoze në tre grupe dhe në të parin fut testin e përkthuar në sipër, sëbashku me atë të *lateral aglutinationit*.

Përsa i përket specificitetit, autori nuk përmend ndonjë nga serumet e të sëmurëve të ndryshëm (jo ektnokokoze), me kancer ose të dhuruesve të gjakut, që të ketë dhënë rezultate pozitive në testin e fiksimit të kompleksimit me skolekse të plota.

Për reaktivitetin, autori shënon se nuk ekziston ndonjë lidhje midis tij dhe sensibilitetit në testin e dhënë dhe në pozitë diskution të dhënat e tij me ato të autorëve të tjerë për testet e tjera serologjike të ektnokokoze. Rezultatet e shkëlqyeshme të testit të fiksimit të kompleksimit, me skolekse të plota, kanë interes edhe pse ndihmojnë për të forcuar sigurinë në testin e fiksimit të kompleksimit me likid cistik(1), të cilin, disa autorë, në të kaluarën, kanë pësuar tendencë ta injorojnë.

Megjithë ndjeshmërinë e këtij testi, autori shënon se një test i vetëm nuk është adekuat për përdorim rutin, ai duhet përdorur bashkë me testin e *lateral aglutinationit* (me antigen likid) dhe në raste diskordance ose dyshimi, duhet përdorur edhe një test i tretë serologjik. Më në fund autori flet për disa rezultate të pakta false pozitive në reaksionet e ndryshme serologjike në ektnokokoze dhe është i një mendimi me Norris, se kjo mund të vjetë si pasojë e një sensibilizimi me parë nga testi kutan i Casonit; autori thotë se testet me skolekse japin rezultate të të ulta false pozitive.

Robert Andoni

Shënim: 1.— Ky test kryhet në repartin serologjik të laboratorit bakteriologjik të spitalit Nr. 1 të Tiranës, sipas metodës së Weinberg dhe ka pozitivitet nga 75%<sup>0</sup> (Sorte, Casanagari, Tohu 1969) deri në 93%<sup>0</sup> (Magath 1969), por për fat të keq kërkohet shumë rrallë nga klinicistët. (R.A.).

## TROMBO-FLEBIT I VENËS FACIALE

M.M. CADENT, R. BARTHELEMY, M. FABIE

Revue D'onto- Stomatologie du midi de la France

R.V.D. 61614-002 Biblioteka e U.S.H.T.

Trombo-flebiti i venës faciale është një aksidenti klasik dhe fatmirësisht i rrallë, sidomos pas aplikimit të antibiotikëve. Megjithatë, antibiotikët nuk e kanë zhdukur plotësisht këtë sindrom, përkundrazi përdorimi i tyre e masikon simptomatologjinë. Për këtë edhe pse nuk është e nevojshme të flitet për këtë formë trombo-flebiti, me që shumica e autorëve e kanë bërë të gartë prej kohësh, sipas autorëve, është me interes të paraqitet një rast i veçantë trombo-flebiti i venës faciale, me-



ëktaron më mirë konstitucionin e këtij sindromi. Më poshtë artikulli vazhdon me diskutimin e M. Kuffer, i cili thotë se duhet pa tjetër të mirren në konsideratë simptomat e veçanta të këtij simptomi, me që në këto forma kjo është më e shpeshtë.

Zenel Kokomri

## CHELITES (Keilitet)

NGA J.M. SAUBIRAN

La revue du praticien, 1969, Nr. 20-21

K.U.D. 616.31 Biblioteka e U.Sh.T.

Në lidhje me kapitullin e sëmundjeve të buzëve, në këtë artikull gjinden mjaft gjëra të veçanta. Termi *cheilit* përmblenë shumtë afeksione të dukshme, që lindin nën veprimin e shumë shkaqve. Megjithatë reaksioni i mukozës bucale është mjaft stereotip, ato zakonisht mund të grupohen nga ana simptomatike si në keilitet e thjeshta glandulare, keratozike, makrokeilitë etj. dhe në vonë mund të përcaktohet afeksioni, që mund të ketë shkakëthar sëmundjen.

Në mënyrë sistematike, autori na jep disa forma të keilitëve të grupuara në mënyrë mjaft sistematike, si p.sh. në grupin e keilitëve të thjeshta, të cilat, sig dhët, kanë një zhvillim subakut ose kronik, me një etiologji mjaft të veçantë dhe shpesh komplekse.

Në lidhje me këtë grup, autori flet për aspektin klinik të keilitëve, duke folur për format akute, të cilat në radhë të parë japin një edemë labiale me një eritemë, në disa raste mund të ketë vezikulë të vogla, të cilat është vëshirë t'i konstatosh nga që në parë mund të kenë plasur, duke nxjerrë përmbajtjen e tyre seroze. I sëmuri ka krrajfje ose djeqete karakteristike. Forma subakute është rrjedhimi formës së parë, këtu kemi skumra, fissura dhe eritema, që shtrihen në të këtyre heilitëve, njohja e si çlave është e nevojshme, sepse mjekimi i tyre varret shpesh nga ehirnimi i shkakut. Është mjaft e drejtë të theksohet për keilitin, që ka si shkak infeksionin kandidozik, meqëntëse ky vliet re më shpesh. Keiliti shkakëtohet kryesisht nga *candida albicans* dhe që vendoset në sfondin e një eriteme të theksuar mjaft mirë. Në këtë eritemë vliet re një destrumim i pakët, që kalon dhe konturet e buzës. Ka zhvillim kronik. Diagnoza bëhet duke gjyruar dhe afeksione të tjera kandidozike, goishan të afërta si përlësh, keratozë purtiforme, të mukozës bucale ose çfaqje në distancë si *onyxis*, *perionyxis* etj. Në këtë rast duhet të bëhet identifikimi i drejtëpërdrejtë i levrurave në terrum Saburo. Në artikullin jepen shpjegime mbi keilitet me origjinë fizike, nga mun- gesa e vithimave.

Pas këtyre keilitëve të thjeshta, në artikullin jepet shpjegimi mbi *perlech*, të parë në aspektin etiologjik dhe klinik. Përlësh është një varietet keiliti, që dallohet nga i thjeshti nga topografia, goftë në gjrësi dhe thellësi të indëve dhe mund të ketë të njëjtin etiologji, por përveç eritemës ka erozione me fissura të dhimbëshme, të cilat mbuloohen me një skumrë, por që duhet pasur gjithmonë parasysh të mos e ngatërrojmë me sifilizin papulos komisural. Edhe këtu fillet për përlëshin mikrobik, kandidozik, të cilat janë fizike ose nga mungesa e vitaminave.

Në mjekimin e keilitëve të thjeshta dhe përlëshit, përveç trajtimit të zakonë- shëm, që duhet të aplikohet para vendosjes së medikamentëve, në mjaft raste duhet të aplikohet kura desensibilizuese.

Në keilitin mukozik të aplikohet kura e zakonëshme lokale dhe e përgjithë- shme me antihistokike, por vetëm pasi të jetë identifikuar lëkura. Mjekimi mbetet gjithmonë i varur nga etiologjia dhe forma klinike e keilitit. Në artikull theksohet se keiliti glandular është mjaft i rrallë dhe mjaft me rëndësi. Zhvillohet tek glandularia salivare aksesore labiale. Ato vazhdojnë në radhë: Keilitet glandularë të thjeshta Puente-Acenedo, keilitin glandularë suppure e Baelz-Uana. Keiliti i thellë i supuruar i Wolkmann. Pas kësaj sistemoen keilitet keratozike, ku futet leuko-

plakia labiale, lisheni labial, *Impus eritematodes*, format keatozika të kandidozave, Së fundi, artikulli mbyllet me makrokelitet, të cilat kanë rëndësi sa dhe të parat. Ato janë përshkruar si forunkula të buzës së sipërme, sikëza stafilokoksike, makrokelitit streptokoksik, makrokelitit stafilik, sindromi Asher, sindromi Melkenson-Rosenthal, kelitit granulozatos i Miescher.

Zanel Kokomiri

## KARIESI DENTAR TEK FËMIJËT

J.S. NETTER DHE S. Achache

Revue Du praticien 1969, 20-21.

K.U.D. 616.314-002 Biblioteka e U.S.H.T.

Kariesi dentar është një afeksion, që karakterizohet me infektimin, zbutjen, degjenerimin e indëve të forta dhe të buta të dhëmbit. Autorët theksojnë se dhëmbi nuk është një organ pa mishtere. Për këtë arsye deri më sot ka qënë mjaft e vështirë të gjindet një përkufizim për kariesin dentar, që të përmbledhtë pathologjinë komplekse të këtij organi. Pasi theksojnë anën anatomike, autorët vënë në dukje etiologjinë e këtij organi. Ata thonë se kariesi dentar prek mbi 80% të fëmijëve të vendit të autorëve dhe është po aqë i zhvilluar në çdo vend tjetër që ka një industri të zhvilluar.

Nga dhëmbët e përershëm, molari është më i prekshëm dhe sidomos faget e tij proksimale, ku morali i parë poshtë ze vendin e parë. Edhe këtu autorët u japin rëndësi faktorëve të njohur të gjendjes strukturale, ambientit bukal, pëshpëtyrës, florës mikrobiale, prodhimeve minerale, enzimave, mbeturinave alimenterave, vazhdohet me aspektin klinik dhe komplikacionet. Për mjekimin e kësaj sëmundje kaq të përhapur, ata i japin rëndësi profilaktisë.

Kujdesi për gruan shtatzënë është hallka e parë e kësaj profilaktisë, e cila duke krijuar bек gruaje një metabolismëm harmonik, gjë që do të formojë formacionet korekte të indëve dentare. Autorët theksojnë se jo vetëm për shkaqet që dihen, por edhe për parandalimin e kariesit tek fëmijët duhet të merren masa për mjekimin ortodontik të arnomalive. Ajo që na duket më interesante është se autorët përmendin më shumë theks aplikimin e kryprave të fluorit, duke filluar nga fluorizimi i ujërave në rrugë artificiale (1 mg për 7 litra ujë) ose aplikime të fluorit sodiumi 2%, këtrë aplikime me disa ditë interval, duke e përsëritur në moshë 3-7-10-13 vjeç. Me këtë metodë është ulur përqindja e sëmundjes ka-riozë nga 10 deri 40%. Sëmundi fillet për mjekimin e fëmijëve të prekur nga kariesi si si një masë që duhet të mirret vetëm pasi të jenë marrë masat profilaktike dhe jo të orvatet për mjekimin e fëmijëve pa parandaluar më parë sëmundjen kartiojogene.

Zanel Kokomiri

## SINDROMI—ORO—DIGIDO—FACIAL

(Shpas një observacioni)

E. MAILLARD, J.P. BAILEUL, F. VANDENBUSSCHE, W. DONAZZAN,

R. LEFEVRE G. FONTAINE

Pédiatrie, 1969, 5

K.U.D. 616.31 Biblioteka e U.S.H.T.

Duke qënë i rralle por mjaft me rëndësi, ky sindrom përshkruhet sa herë që takohet. Kësaj here fillet për një vajzë 8 muajsh, që përmbante karakteristika faciale, endobucake dhe deformimet digitale.

Nën titullin «Dysmorphie des freins buccaux», stomatologët Papiillon, Leage, Psaune e kanë përshkruar këtë sindrom për herë të parë më 1954. Autorët e këtij artikulli tani tregojnë se në literaturë kanë gjetur rreth 100 të sëmurë me këtë sindrom.

Deri tani është vënë re se prek vetëm seksin femer. Ky sindrom gjindet edhe me emërat «oral-facial-digital-sindrom» ose «prodigio-facial-dyosotos», dhe «dysplasia bucco-digito-faciale».

Megjithëse është folur dhe herë të tjera, na u duk interesante të përmëndim se autorët kanë paraqitur një demonstrim të gjithanshëm, që e bën mjaft të parë fenomenet e tjera, të cilat janë karakteristike, për këtë sindrom, si p.sh. elektrokardiografia, elektrocerebrologjia, analiza kromosomike etj.

Në konkluzion, autorët tregojnë se ky sindrom në pamje të parë mund të humbasin qysh në dhjet e para të jetës. Kjo i ka dhënë mbizotërim sindromit të kapet në seksin femër.

Zënel Kokomiri

## LAZERI — VEPRIMI SPECIFIK MBI DHËMBËT DHE MUNDËSITË E APLIKIMIT NË STOMATOLOGJË

P. MITRANI

Stomatologjia, 1969, 1, 67

K.U.D. 616/31 Biblioteka e U.S.H.T.

Në këtë artikull, autori flet për rrezet Laser dhe mundësitë e aplikimit në mjekësi në përgjithësi dhe në veçanti në stomatologji. Aparatet Laser janë bërë me drithë me cilësi speciale, e cila përfitohet në formën e rufave paralele, me gjatësi burimet e valë koncentrim të madh energjie në tërësi e rrezeve. Ndryshje nga të gjithë atomet, që njiheshin deri më sot, në laser ndiqojnë në të njëjtën kohë të ndryshme. Në tisa prej tyre përdoret kristali, i tyre aktiv. Lazeri ka konstruksione met e kristalit ngacohen nga dritë e fortë e ndonjë llampe dhe detyrimisht ndriçojnë në mënyrë sinkrone duke formuar, me ndihmën e pasqyrave të vendosura Lazeri prej rubini vepron me impulse, që zgjatim 0.5 m. sek. Për ekzaminime biologjike përdoret kryesisht lazeri prej rubini për arsye të kompaktësisë që ka dhe lëndësisë së manovrimit me të.

Në mjekësi, lazeri u përdor në një sërë eksperimentesh me karshtë dhe njerës (vullnetarë) për rrezatimin e indëve të ndryshme (lëkurë, rethë, parietet e likimit klinik të rrezeve të fuqishme lazer.

Eksperimentet me rrezet lazer në stomatologji kanë filluar qysh nga vjehtë 1964. Më shumë eksperimente janë bërë për veprimin e rrezeve lazer mbi smaltin dhe dentinin intake ose karioze.

Rrezja e fokusuar me intensitet të mjaftueshëm formon në smalt dhe dentinë vrina dhe krakere me thellësi 2.5 mm. me një kufi të qartë midis vendit të rrezatuar dhe fushës së pa rrezatuar. Thellësitë e krakterit varët nga koncentrimi i energjisë në rrezet, gjendja e sipërfaqes mbi të cilën bijen ato, nga afërsia e saj reflektuese ose absorbuese dhe veçanërisht nga ngjyra e saj. Kjo veçanti e rrezeve lazer, dhim veprimi selektiv përta i pëket ngjyrës, jep mundësi për menjëherim e den-këtu lind veshhtësia, për arsye se duhen gjetur vlefja të tilla energjie, të cilat të mos rrezikojnë hapjen dhe dëmtimin teknik të pulpës.

Eksperimentet kanë treguar se rrezatimi me lazer i molarëve të sipërme e ka rritur temperaturën e dhëmbit me 10°C. Kështu që teorikisht kushtet për të punuar me lazer afër pulpës janë më të mira se sa kur punohet me frezë. Rrezatimi i molarëve tek një pacient nuk ka shkakëtar ndryshime degjenerative në pulpë.

Cilësia e rrezeve lazer për të vepruar në mënyrë selektive ndaj objekteve me ngjyrë shfrytëzohet për zbratëjen e dhëmbëve. Njollat e dhëmbëve hien me lazer, me energji të vogël vetëm se këtu ka një të metë, pasi ndodh që vendi ku ka gënë njolla mund të zbratëhet më shumë se sa duhet.

Një fushë tjetër ku mund të përdoret lazeri në stomatologji është punimi i kaviteve. Me anë të disa impulseve dhe lëvizjeve të rrezerve sipas sipërfaqes së dhëmbit janë preperuar në molar dhe premolar kavite të klasit të I, në Incizivët e kështu të III dhe në molar të klasit të V. Rrezet lazer kanë avantazhe në krahasim me frezën mekanike, pasi nuk shkaktojnë zhurmë dhe vibracione, nuk japin dhimbje dhe kaviteti punohet në një kohë prej 1-20 sekondash, vetëm se këtu mbehet për t'u zgjidhur problemi i dozimit dhe i konstruksionit të lazerit për t'i bërë muret e kavitetit të drejtë.

Nga rrezatimi me lazer zmalti dhe dentina bëhen me rezistentë, fenomen ky me rëndësi për profilaksinë e kariesit. Rrezet lazer gjëjnë aplikim edhe në analizat e shpejta spektroskopike të strukturës inorganike të materialeve të fortë.

Ekperimentet për veprimin e rrezerve lazer mbi materialet stomatologjike kanë dhënë këto rezultate: amalgama avullohet menjëherë nga rrezet e fiksuar, kështu që heqja e plombove të vjetra nuk do të paraqesë vështirësi në të ardhmen. Po kështu mbushjet me porcelan pluhur, që do të shkrihen në kavitetin e dhëmbit, me anë të rrezerve Lazer do të përdoren më shumë, pasi janë të një cilësie të hartë.

Rrezet lazer janë përdonur edhe për ndalimin e rritjes së neoplazioneve të shkraktuar në mënyrë eksperimentale dhe kanë dhënë rezultate të mira. Kjo do të thotë se në të ardhmen ato mund të përdoren për kurimin e tumorëve orale.

Kësisht e nevojshme që teknika e konstruksioneve lazer në të ardhmen të përmisohet, me qëllim që të ruhen nga dëmtimi sytë, mukozat dhe lëkurat e duarve dhe e fytyrës si të mjetkut ashtu dhe të pacientit.

Lazeri është një shpikje që në perspektivë do t'i vlejë shumë njerëzimit, por që nuk duhet të mendohet dhe të bëhet zhurmë e madhe se ai do të zgjidhni gjithçka.

SAMEDIN GJINI

## NDRRYSHMET NË BALANSIN ELEKTROLITIK TEK TË SEMURËT E OPERUAR NË REGJIONIN MAKSILO—FACIAL

M. MANOLLOVA

Stomatologjia 1969, 1, 7

K.V.D. 616.31 Biblioteka e U.S.H.T.

Shic dihet elektrolitët luajnë një rol me shumë rëndësi në zhvillimin e proceseve vitale në organizëm, nga të cilët më me rëndësi janë kalciumi, natrumi dhe pleshtësht klori (Cl). Balansi hidroelektrolit luajn rol të madh në funksionimin normal të disa organeve dhe sistemeve. Ai ka më shumë rëndësi tek të semurët kirurgjikalë, pasi përveçton deri në një farë shkalle ecjen normale të përvuhtës post-operatore.

Duke u nisur nga ky fakt, autori ka studiuar ndryshimet sasore të të tre elektrolitëve me të rëndësishëm Na, K, dhe Cl tek 64 të semurë të operuar në regjionin maksilo — facial. Të semurët, autori i ka ndarë në pesë grupe në varësi nga lloji i anestezikut: tiopental, vradryl, aether, halothane dhe anestezit lokale me pre-medikacion. Tek të gjithë të semurët jomograma është bërë pesë ditë para operacionit, gjatë operacionit dhe ditën e dytë pas operacionit. Rëndësia e K dhe Na janë përcaktuar me ndihmën e fotometrit me flakë (flakërues); ndërsa Cl është përcaktuar sipas metodës mëkurrë të Shiles.

Nga analiza e materialit del se:

a) Ndikim më të dobët në balansin elektrolitik në organizëm ka anestezia me halotan;

b) Në ndërhyrjet kirurgjikale në regjionin maksilo-facial, më shumë ndryshon sasia e kaliumit, e cila gjatë operacionit zvogëlohet dhe në ditën e dytë fillon të normalizohet pa arritur nivejin fillestar. Përfashtim bëjnë të semurët të operuar me halotan. Ndryshimet në sasinë e Na janë të pakonsiderueshëm dhe në ditën e dytë pas operacionit stabilizohen. Sasia e klorit praktikisht nuk ndryshon;

c) Ndryshe nga të semurët e kirurgjisë së përgjithshme, tek të semurët maksilo-facial ndryshimet në balansin elektrolitik vërehen gjatë operacionit dhe ditën e dytë pas operacionit pothuajse normalizohen. Kjo mund të shpjegohet me ndry-

shumën e natyrës së sëmundjeve, madhtësisë së intervenitit dhe vullmit të reanimacionit post-operator. P.sh. të sëmurët nga stomaku ose mëlcia kanë çrregullime digjестive gjysh para operacionit. Ndërhyrja kirurgjikale sjell pasojë të tjera në mekanizmin dhe proceset biokimike të funksionit gastro-intestinal. Përveç kësaj, pas operacionit, ato vazhdojnë për një kohë më të gjatë të ushqehen në rrugë parenterale. Ndryshimet në balancën elektrolitike tek të sëmurët e operuar nga autori kanë qenë në kufijt e normës. Kështu që nuk u paraqiti nevojë e korigjimit të sasisë të elektrolitëve si gjatë operacionit ashtu dhe në periudhën post operatore.

#### SAMEDIN GJINI

## APLIKIMI I NARKOZES NË KUSHTE AMBULATORE PËR MJEKIMIN E DHËMBËVE TEK TË RRITURIT

S.J. VARENKOV, A.S. DOBRONREVOV, J.M. MAKSIMOVSKI

Stomatologjie 1969, 4, 12

K.U.D. 617.089.5-031.81+616.31 Biblioteka e U.S.H.T.

Në vjetët e fundit, për mjekimin e dhëmbëve ka filluar të përdoret narkoza. Mirëpo deri tani nuk ka mendime të njëjta në lidhje me narkotikun, që duhet përdorur për këtë qëllim. Disa rekomandojnë që mjekimi i dhëmbëve tek fëmijët dhe të rriturit të bëhet me narkozën me perzjerje të oksidit të azotit me oksigjen në stadium e analgjezisë. Disa të tjerë preferojnë më shumë narkozën me fluorotan-oloid azoti-oksigjen.

Në artikullin e tyre, autorët tregojnë eksperimentën e tyre 2-vjeçare në mjekimin e dhëmbëve tek të rriturit me narkozë të vegantitë gjatë kurimit të karstetit, pulpivit dhe periodontitit.

Indikacionet kryesore ku autorët kanë përdorur narkozë kanë qenë: sëmundjet psikoneurologjike (skizofrenia, oligofrenia, neurozot eti), alergjia ose mungesa e efektit të anestetikut lokal, refuzimi i të sëmurit për t'i përdorur, me anestezi lokale dhe dëshira për t'i mjekuar me narkozë kur nuk ka pasur kontrindikacione, dëshira për t'i kuruar të gjithë dhëmbët e prishur në një seancë ose hiperrefleksia, që shkaktohet nga instrumentat gjatë manipulimit.

Mjekimi i dhëmbëve me narkozë kryhet pasi të sëmurit i bëhet ekzaminimi i përgjithshëm. Për narkozë, autorët kanë përdorur përzjerjen e fluorotan-oksid azoti-oksigjen me efekt të fortë dhe që nuk ka rrezik plasje.

Pacientit i jepet narkoza në poltronin stomatologjik në gjendje të ulhur, pa premedikacion. Narkoza jepet me anë të një aparati të posaçëm me mashtë nazale. Kur fillon relaksimi i muskulaturës mastikatorë, në kavitetin oral, të sëmurit i futet një plakatë rezine e pregatitur në mënyrë paraprake me një kllapë për t'i hapur mirë gojën dhe për të penguar frymëmarrjen nga goja.

Sipas metodikës së përshturuar më sipër, autorët kanë mjekuar 206 të sëmurë, që kishin moshën 17 deri 65 vjeç (129 gra dhe 77 burra). Sipas moshës, të sëmurët ndahen: deri në 30 vjeç - 128 vetë, 30-45 vjeç - 58 vetë, 45-60 vjeç - 17 vetë, mbi 60 vjeç - 3 vetë. 206 të sëmurëve u janë mjekuar 993 dhëmbë, mesatarisht 5 dhëmbë çdo të sëmurit, megjithëse ka pasur raste që disave u janë mjekuar edhe 14 dhëmbë.

Në fillim kur autoreve ju mungonte përvoja, dhëmbët i mjekimin plotësisht gjatë narkozës. Më vonë ata konstatuan se një gjë e tillë nuk ishte e nevojshme, pasi zgjashte kohën e narkozës, e cila vepron negativisht në humorin e përgjithshëm të pacientit dhe nëlet cilësia e plombimit nga shpejtësia e manipulimit. Duke u nisur nga ky fakt, gjatë kohës së narkozës, ata filluan të bëjnë vetëm ato manipulime që janë të dhimbshme, ndërsa veprimet e tjera bëhen më vonë, pas zgjimit të të sëmurit. Përjashtim bëjnë vetëm të sëmurët psitike ose ata që kanë hiperrefleksi, tek të cilët kurimi i dhëmbit bëhet plotësisht gjatë narkozës.

Në periudhën e parë të aplikimit të narkozës për mjekimin e dhëmbëve, ajo zgjashte 1.30-2 orë. Më vonë ato e shkurrtuan këtë kohë në 30 minuta, pasi kështu të sëmurët e suportojnë më mirë atë dhe narkoza mund të përsëritet disa herë.

Ekskuripimi i pulpës me narkozë disa herë paraget vështirësi për arësye të



hemorragjisë së theksuar. Në këto raste përdoret diatermokoagulimi ose aplikimi i As tek dhemballet me rrethë të shtrembëra.

Autorët referojnë se komplikacione serioze nga narkoza nuk kanë pasur. Tek 12 të sëmurë, dalja e narkozës është shprehur me viallë, 8 kanë pasur dobësi të përgjithshme dhe marrje mëndsh dhe dy janë ankuar për ethe (të dridhura). Këto komplikacione kanë ardhur si rezultat i thellesisë jo uniforme të narkozës gjatë dhëmbës së saj.

Gjendja e përgjithshme e të sëmurit gjatë kohës së narkozës kontrollohet me anë të matjes së presionit arterial, pulsit dhe respiracionit. Treguesit hemodinamikë dhe respiratorë nuk kanë ndryshuar shumë gjatë kohës së narkozës. Është konstatuar një tendencë e lehtë e uljes së presionit arterial me 10-20 mm. zhivë, rralhim i pulsit dhe shpejtim i respiracionit.

Autorët nxjerrin konkluzionin se narkoza me fluorotan-oksid azot-oksigen duhet të përdoret më gjësisht në praktikën e përditëshme stomatologjike.

SAMEDIN GJINI

## FRAKSIONET PROTEINIKE TË SMALTT KARIOZ DHE NORMAL TË DHËMBËVE

E. V. BOZOVSJKI, K. F. FERAROVA

Stomatologjia 1969, 5, 9.

K.U.D. 616.31 Biblioteka e U.S.H.T.

Duke filluar nga vitet 50 të këti shekulli një vëmendje e madhe i është kushtuar studimit të substancave organike të smaltit lidhur me tezën se procesi karioz fillon me shkratërimin e proteinave të smaltit.

Janë nxjerrë proteinat e smaltit dhe kanë përcaktuar në to aminoacidet histidinë, izulinë dhe argjininë. Duke u nisur nga raporti i tyre (1.4:1.2) u nxuarr se proteinat e smaltit janë të ngjashme me keratinën. Shumica e studimeve është bërë në dhëmbët e katshëve, ndërsa autorët e artikullit kanë studiuar proteinat e smaltit të dhëmbëve normale dhe kariozë të njeriut.

Pasi përshkruajnë metodën laboratorike të studimit, autorët arrijnë në këto përfundime: nga pluhuri i smaltit të dhëmbëve normale dhe kariozë u muarën tre fraksione: aminoacide të lira, proteina të tretëshme në acidin etilendiamntetraoetik (EDTA) dhe proteina të patretëshme në EDTA. Veç këtyre ato përkahen në proteinat e tretëshme dhe të patretëshme përmbajtjen e azotit dhe të glucidëve.

Në proteinën e tretëshme të dhëmbëve normale dhe karioze përmbaheshin glucide. Krahasimi i përmbajtjes së azotit në proteinat tregon se në proteinën e patretëshme të smaltit karioz, sasia e tij është më e pakët se në proteinën e smaltit normal.

Aminoacide të lira u gjenden si në smaltin e shëndoshtë ashtu dhe në smaltin karioz, por në smaltin karioz, numëri i aminoacideve si dhe sasia e tyre ishte më e madhe se në smaltin e shëndoshtë.

Analiza e proteinave të smaltit tregoi se ato përmbajnë më pak azot në krahasim me proteinat e zakkotëshme. Kjo flet për faktin që në përbërjen e proteinave të smaltit hyjnë sasi të mëdha të substancave jo proteinike.

Lidhur me origjinën e shtimit të numërit dhe të sasisë së aminoacideve në smaltin karioz, autorët paraqesin dy tezat që qëndrojnë sot. Sipas së parës, shtimi i aminoacideve të lire shpjegohet me proteolizën që ndodh në fazat e hershme të procesit karioz. Sipas së dytës nuk përjashtohet mundësia e depozitimit të aminoacideve në smaltin karioz prej pështrymës, sidomos në pjesët e demineralizuara të smaltit. Në pështrymë ka aminoacide të lira. Duke arnuar nga teza e dytë, autorët sëmundi mendojnë se ky problem kërkon studim të mëtejshëm.

BERTA MINGA

## NDRYSHIMET E AKTIVITETIT TË LAKTATDEHIDROGENAZES DHE FRYMËMARRJES NË PËSHTYMËN E TË SEMURËVE ME PARODONTOZE

M. ZAPRIANOVA

Stomatologia (Moskë) 1969, 5, 20.

K.U.D. 616.314.17-008.1 Biblioteka e U.S.H.T.

Aktiviteti i dehidrogenazës dhe frymëmarrja e pëshlymës në parodontozë nuk janë studiuar deri më sot, porse ndryshimi i tyre mund të luajë një rol të përcaktuar në zhvillimin e detyrimeve në indet e kavitetit oral.

Autori i ka vënë vëmendje si detyrë të studijojë këtë ferment si dhe frymëmarrjen e pëshlymës tek njerëzit e shëndoshtë dhe tek të sëmurët me parodontozë. Aktiviteti i laktatdehidrogenazës u përcaktua me metodën spektrofometrike dhe elektroforetike, ndërsa frymëmarrja me aparatun momometrik të Vartburgit. Autori ka marrë në studim 45 njerëz praktikisht të shëndoshtë, me inde të shëndosha të kavitetit oral dhe 38 të sëmurë me formën hemorragjike të parodontozës të shadit të parë dhe të dytë. Sipas të dhënave të anamnezës dhe ekzaminimeve të tjera, të shëndoshtë dhe të sëmurët me parodontozë nuk vuanin nga sëmundje të përgjithshme. Rezultatet e studimit janë këto: aktiviteti i laktatdehidrogenazës ishte më i lartë tek të sëmurët me parodontozë në krahasim me të shëndoshtët.

Në serumin e gjakut përcaktohen pesë izoenzima të laktatdehidrogenazës që emërtohen me numërat e zakonshme 1, 2, 3, 4, 5. Fraksioni 1 pestë shpesh nuk zbulohet. Tek njerëzit e shëndoshtë është më i shprehur fraksioni i dytë. Nga studimi i bërë tek të shëndoshtët rezultatet ishin të përafërta. U përcaktuan gjithashtu 4-5 fraksione prej të cilëve në serum ishte më i shprehur fraksioni izoenzimik i dytë. Në përshtymën e përzierë ishin më të shprehura fraksionet 4 dhe 5. Në pëshlymën e pastër të marrur nga *ductus* i gjëndrës *parotis* u gjëndan vetëm fraksionet 4 e 5 të shprehura dobët.

Në pëshlymën e përzierë të të sëmurëve me parodontozë u përcaktua një shtim i konsiderueshëm i fraksioneve 4-5 si dhe i fraksioneve 3 e 2. Shtimi i aktivitetit të laktatdehidrogenazës në parodontozë ndodh, me sa duket, për llogarit të daljes në pëshlymën e përzierë të fermentit dhe izoenzimeve të tij prej indave të buta të shkaberruara të kavitetit të gojës, ose për llogarit të shtimit të sasisë së mikror-gevizimeve në prani të xhepeve gjingjvale.

Studimet treguan se intensiviteti i frymëmarrjes së pëshlymës në parodontozë ka tendencë për t'u ulur në krahasim me personat e shëndoshtë.

BERTA MINGA

## JETA SHKENCORE NË VENDIN TONË

### SESIONI I DYTË SHKENCOR I MJEKËVE TË KORÇËS

Më 12 korrik 1969, në kuadrin e 25 vjetorit të qilimit të At dheut, në sallën e pallatit të Kulturës «Ali Kelmendi», u mbajt sesiioni i dytë shkencor i mjekëve të qytetit të Korçës, në të cilin merriin pjesë edhe mjekët e rrethit të Korçës, të fshar nga rrethet e qytetit e tjera si dhe nga Ministria e Shëndetësisë.

Gjatë dy seanceve u mbajtën 9 referate, shumica e të cilëve kishte karakter kliniko-statisikor.

Shefi i Seksionit të Shëndetësisë të Komitetit Ekzekutiv të K.P. të rrethit të Korçës toli mbi zhvillimin e sektorit të shëndetësisë në rrethin e Korçës gjatë 25 vjetëve të pushtetit popullor.

Mjekët Ilija Papakozma dhe Zef Kaculini paraqitën referatin: «kontributi i sanatoriumit të Korçës në luftën kundra tuberkulozit në vendin tonë gjatë 25 vjetëve të pushtetit popullor», mjekët Koco Lubonja dhe Katerina Tabilo paraqitën referatin: «Mortaliteti infanital në lokalitetin e Malliqit gjatë vitit 1968».

Sipas specialiteve të ndryshme, referate u mbajtën nga mjekët: Spiro Bimbli, Gjergji Cepa, Leonidha Ikononi, Vasil Tomço, Haki Zyri dhe Brilko Trebicka.

Farmacistët Maksim Braško, Leonidha Gërmoji dhe Niko Ballauri paraqitën referatin: «mbi përpjesëtimet në recepturën e farmacive të qyteteve Korçë dhe Malliq».

Disfektantët i vlerësuan punimet si të një niveli të mirë teknik-shkencor.

Ky sesion tregoi edhe një herë përpjekjet që bëhen nga ana e mjekëve të qytetit të Korçës për të përfunduar metodën e punës dhe për të gjetur rrugë të reja në profilaksinë e kaurtimin e të sëmurëve.

Gjergji Cepa

### SESIONE SHKENCORE TË MJEKËVE TË QYTETIT TË TIRANËS

Në kuadrin e 25 vjetorit të qilimit të At dheut dhe të fitores së Revolucionit popullor, mjekët e spitaleve klinike Nr. 1, 2, 3, spitalit obstetrik-gjinekologjik, klinikës së stomatologjisë si dhe sanatoriumi i shtëtit, në bashkëpunim me fakultetin e mjekësisë të U.S.H.T. zhvilluan një seri sesionesh shkencore.

Në këto sesione asistoi Ministri i Shëndetësisë Dr. Ciril Pistoli, zëvendës ministria Dr. Vera Ngjela si dhe shumë mjekë të ftuar të rretheve të tjera.

Sesioni i parë shkencor u hap nga mjekët e parë stomatologë të vendit tonë, i cili kohëkoi dhe me 10-vjetorin e formimit të katedrës së stomatologjisë së fakultetit të mjekësisë të U.S.H.T. Në këtë sesion u mbajtën 10 referate nga stomatologët e katedrës dhe atyre të rretheve. Ato u shfaqëruan me tabela, diapozitiva, fotografat dhe mulazhe.

Në sesionin shkencor të mjekëve të spitalit Nr. 2 u mbajtën 31 kumtesa dhe referate, në simpoziumin mbi «Cor pulmonale» u paraqitën 15 referate dhe kumtesa, në atë të sëmundjeve reumatizmale — 9 referate, në atë mbi «hepatitin infeksioz» — 17 referate dhe kumtesa. Në simpoziumin «mbi gjendjet komatoze» u referuan 11 punime. Në sesionin shkencor të okulistikës u mbajtën 6 referate, në atë të O.R.L. — 11 referate, në sesionin shkencor të mjekëve të katedrës së stomatologjisë «mbi problemet e stomatologjisë në vendin tonë» u paraqitën 19 referate dhe kumtesa. Në simpoziumin «mbi disa çështje të tuberkulozit kronik» u referuan 10 punime shkencore, në atë të dermatologjisë — venerologjisë u mbajtën 23 kumtesa dhe referate në atë të gjinekologjisë-obstetrikë «mbi prematuracem» u referuan 12 punime shkencore. Një sesion shkencor me shumë rëndësi, i ndarë në sekcior në vehte, u zhvillua nga mjekët e lëndëve teorike eksperimentale, ku u para-

qitën 7 referate dhe kumtesa dhe në sesionin e mjekëve të pediatriisë u mbahejn 13 referate dhe kumtesa.

Në gjithë sesionet shkencore të zhvilluar për nder të 25 vjetorit të qilrimit të Atdheut, nga mjekët e 5 spitaleve të qytetit të Tiranës dhe të fhuarit që merrnin pjesë në to, u paraqitën 194 referate dhe kumtesa, numër ky shumë më i madh nga çdo vit tjetër. Në të gjitha sesionet dhe simpoziumet u referua mbi sukseset e arritura gjatë 25 vjetëve të pushtetit popullor. Në to u vu në dukje se mjekësia jonë popullore ka arritur suksese të mëdha. Ajo është shtrirë në shtesat më të gjera të popullit tonë.

Keto sesione shkencore dhe simpoziume treguan punën e madhe dhe pjesëmarrjen sa më të gjërë të mjekëve tanë në problemet që preokupojnë mjekësinë tonë popullore, për ta ngritur atë në një nivel më të lartë në shtërbim të popullit. Gjithashtu këto sesione dhe simpoziume shërbyen shumë edhe për shkëmbimin e përvojës ndërmjet mjekëve të Republikës.

Një sesion shkencor me njëjtë interes zhvilluan edhe mjekët e spitalit ushtarak, me tema që preokupojnë mjekësinë tonë ushtarakë.

Serinë e sesioneve shkencore të mjekëve të Tiranës e mbyllën studentët e fakultetit të mjekësisë. Ata mbahejn 13 referate, ku u vu në dukje puna këmbëngulëse shkencore e mjekëve tanë të ardhëshëm.

\* \* \*

Gjithashtu, në kuadrin e 25 vjetorit të qilrimit të Atdheut, sesione shkencore u mbahejn nga mjekët e mëkëve të fiera të vendit tonë.

Më 27 qershor 1969, mjekët e rrethit të Vlorës mbahejn sesionin e tyre shkencor, në të cilën u paraqitën 8 referate.

Mjekët e rrethit të Dibrës zhvilluan sesionin e tyre shkencor më 24-25 nëndor 1969. Ata paraqitën 17 referate dhe kumtesa me një cilësi të mirë shkencore për problemet e mjekësisë së rrethit të tyre.

Mjekët e rrethit të Korçës, më 15 nëndor 1969, u mblodhën në sesionin e tyre të trejtë shkencor. Në këtë sesion merre pjesë Ministri i Shëndetësisë Dr. Ciril Pistoli, Sekretari i Komitetit Ekzekutiv të K.P. të rrethit, shokut Raqi Shambilli mbahti referatin: «Puna e Partisë për shërbimin shëndetësor gjatë luftës N.çl. në qarkun e Korçës». Referuesi paraqiti organizimin e shërbimit shëndetësor në kushtet e vështirë të luftës N.çl. dhe krijimin e spitaleve të para partizane. Në referat vliëj në dukje kujdesi i madh i Partisë dhe personalisht i shokut Enver Hoxha për shtimin dhe zgjerimin e aktivitetit të spitaleve partizane.

Shumë praktikës ishte diskutimi i shokut Pandi Koccaqi, invalid i luftës N.çl., ish partizan i brigadës së IV sulmuese, të cilit u gangrenizuan të dy këmbët gjatë të operacionit të dimrit. Ai i shprehu falënderime ish studentit të mjekësisë shokut Petro Cani, që kishte rëmbyer armët dhe që me sharrë druri i bëri amputacion të këmbëve dhe tani, megjithëse me proeza në të dy këmbët, vazhdon të japë kontributin e tij në ndërtimin e socializmit.

Interesantë ishin dhe diskutimet e Prof. Petro Cani dhe Dr. Koco Lubonja, të cilët, fojën mbi kujtimet e tyre në mjekimniet e partizanëve të plagosur gjatë luftës N.çl. Në këtë sesion, mjekët e qytetit të Korçës paraqitën 10 referate, mbi të cilat u bënë diskutime, ku u vu në dukje vlera e mirë e punimeve.