

## MJEKËSIA POPULLORE DHE BAZA MATERIALISTE DIALEKTIKE E SAJ

— PËTRIT KOKALARI — ZEF SIMA — MITI KOÇI —

(Instituti i Mjekësisë Popullore; Katedra e Filozofisë e  
Universitetit të Tiranës)

Vendimet historike të Kongresit të 7-të të Partisë, raportit i mbajtur nga shoku Enver Hoxha dhe materialet e tjera të Kongresit janë bërë një program i madh pune edhe për zhvillimin e mëtejshëm të mjekësisë sonë socialiste. Nder problemet e ndryshme që dalin në këtë drejtim, siç ka porositur vazhdimisht Partia, janë edhe ato që kanë të bëjnë me bashkërendimin e mjekësisë popullore me mjekësinë moderne dhe me ngritjen e së parës në një nivel teorik shkencor. «Studimi teorik, eksperimental dhe klinik i metodave të mjekësisë popullore synon t'i verë këto mbi baza shkencore» (13) për të pasuruar terapinë moderne me mjete që ende ruhen të gjalla në gjirin e popullit. Natyrisht një gjë e tillë nuk mund të bëhet pa njohjen, grumbullimin, studimin dhe përgjithësimin e trashëgimisë popullore në fushën e mjekësisë, duke inter-prtuar dhe vlerësuar atë drejt, si një pjesë përbërëse të kulturës kombëtare dhe si një problem me rëndësi ideologjike e politike vegane-ristit në kushtet e rrethimit dhe të bllokadës imperialisto-revizioniste.

Për vlerësimin e drejtë dhe shtrëzimin e dobishëm të mjekësisë popullore ka rëndësi kuptimi i faktorëve të vërtetë, që kushëtzuan linden dhe zhvillimin e saj, kuptimi filozofik i përmbajtjes dhe sqarimi i vendit e i rolit të saj në kuadrin e kulturës kombëtare, luftimi i pikë-pamjeve të gabuara dhe të koncepteve nënvlefësuese ndaj saj, njohja e vlerave të mëdha e të shumta në fushën e profilaksisë e të mjekimit, etj.

Njohja e mjekësisë popullore nuk mund të mos na çojë në historinë e largët të së kaluarës, në etapat më të hershme të zhvillimit të shoqërisë njerëzore, kur e gjithë mjekësia ka qenë popullore. Mjekësia popullore është karakterizuar nga njohja e efekteve mjekësore të sendeve e trupave të gjallë të natyrës dhe transmetimi masiv i përvojës së fituar nga njeri brez në tjetrin.

Në kuadrin e një transmetimi të tillë masiv të dijeve dhe të përvojës praktike është vënë re edhe përcimi i njohurave ose i një mjeshëtrie praktike, e cila disa herë arrin çagët e një profesioni të vërtetë, prej individëve të një brezi tek individë të brezit pasardhës. Në këtë mënyrë janë grumbulluar njohuri jo vetëm mbi rëndësinë profilaktike që kanë për shëndetin kushtet e jetesës si vendbanimi, vendburimi i ujit të pijshëm dhe mjetet racionale të të ushqyerit, por edhe mjete të shumta

mjekuese. Këto të fundit, pas një prove të gjatë, nganjëherë shumë shëkullore, janë ruajtur deri në ditët tona dhe shtrihen në shfrytëzimin e bimëve mjekësore, të organeve shtazore, burimeve minerale, në përdorimin e metodave traumatologjike, balneologjike, heiloterapeutike, në mjekimin dietetik etj.

Nga sa përmendëm del qartë se përvoja popullore në fushën e mjekësisë ka qenë baza, mbi të cilën janë bërë e bëhen përgjithësimet për lindjen dhe zhvillimin e mjekësisë moderne, prandaj, **mjekësia popullore përfaqëson një burim të përhershëm e të pashërshëm për pastrimin e terapisë.**

Lidhur me këtë nuk mund të mos kritikojmë ato pikëpamje të gabuara e reaksionare, që shtrëmbërojnë kuptimin e vërtetë materialist të procesit të lindjes së mjekësisë popullore, që përmojnë dhe macje për buzin mjekësinë popullore, vlerën dhe rolin që ajo ka pasur dhe ka në ruajtjen e forcimin e shëndetit të masave popullore.

Ideologët reaksionarë, shërbëtorë të klasave shfrytëzuese, e konsiderojnë mjekësinë popullore si krijesë «të shtrësore të ultës», duke e futur në kategorinë historike që u takon «formacioneve shoqërore të epokave të mëparshme, me një kulturë pa vlerë dhe primitive», ose si «kujtim të së kaluarës tashmë të perënduar, që nuk përban në vetvete asgjë të vlefshme». Këto pikëpamje të gabuara e kanë prejardhjen në botëkuptimin idealist e reaksionar të klasave shfrytëzuese, që kanë përmuar e përbuzur gjatë shekujve masat punonjëse dhe të gjithë punën dhe përvojën e tyre, në të cilën hyn edhe përvoja popullore në fushën e mjekësisë.

Por krahas këtij qëndrimi nënvlefësues, mjekësia popullore është shfrytëzuar nga klerikët dhe institucionet fetare si për të krijuar të ardhura materiale, ashtu edhe për të rritur autoritetin e tyre skllavë-rues ndaj masave popullore. Spekullimet e klerikëve dhe të shartatave në të ngjyrave të ndryshme në fushën e mjekësisë popullore janë shoqëruar shpeshherë edhe me rite fetare e mistike, të cilat populli i ka flakur jashtë sferës së veprimtarisë së tij.

Filozofia marksiste, përkundrazi, e trajton zhvillimin e kulturës popullore, pjesë përbërëse e së cilës është edhe mjekësia popullore, si një proces që varet nga kushtet e jetës materiale të shoqërisë, nga veprimtaria praktike prodhuese e shoqërore, nga marrëdhëniet në prodhim, nga lufta klasore, nga niveli i dijeve të arritura etj. (17).

Në procesin e veprimtarisë praktike, njerëzit e lashtë bënin gjithçka që mundnin për t'u mbrojtur nga faktorët dëmtesë të natyrës, nësonin se bimët që i rrethonin dhe burtme të tjera natyrore përfaqësonin mjete të dobishme, shfrytëzimi i të cilave i ndihmonte në këtë luftë me natyrën si për t'u mbrojtur ose për të sulmuar bishat e egra ashtu dhe për mjekim. Historikisht është vërtetuar se njeriu i peritua dhe së gurit dhe bronxiti njihje veprimin mjekues të shumë bimëve e përdorte ato. Zhvillimi i gjuhut dhe i blegtorisë i shtuan më tej metodat e mjekimit jo vetëm me bimë, por edhe me organe shtazore. **Procesi i grumbullimit të përvojës së përditshme në veprimtarinë praktike të mjekimit përfaqëson pikërisht procesin e lindjes dhe pikënisjen e zhvillimit të mjekësisë popullore,** prej së cilës kemi trashëguar shumë metoda të mjekimit të bazuara në praktikë, në përvojën popullore pa

interpretime fetare e mistike. «Në veprimtarinë e tij praktike, — siç ka vënë në dukje V. I. Lenini, — *njeriu ka të bëjë me botën objektive, varet prej saj, ajo përakteton veprimtarinë e tij* (5). Pikërisht kjo përvojë jetësore e përditshme, miliona vrojtime nga jeta e përditshme e të gjithëve dhe e secilit, veprimtaria praktike dhe arritjet e veprimtarisë njihëse e guan në mënyrë të pashmangshme njeriun në idenë plotësisht të natyrshme mbi ekzistencën objektive të botës, — e si pjesë të saj, — të bimëve, të kafshëve e të tjera. Mbi një bazë të tillë, në thelb krejtësisht materialiste, mbështeteshin mendimet e përfytyrimit mbi vlerën e dobishme si dhe përdorimet e shumë bimëve dhe organeve të kafshëve si mjete mjekuese. Ja përse, që në lindjen e saj, **mjekësia popullore nga pikëpamja botëkuptimore, nga pikëpamja e problemit themelor të filozofisë, ka një karakter materialist.**

Kuptohet se mendimet dhe përdorimi praktik në lashtësi i florës dhe faunës për mjekime mbështeteshin gjithnashu në lidhjen dhe bashkëveprimin reciprok të tyre me organizmin e njeriut në procesin e përdorimit, në ndryshimet e gjendjes së organizmit nën veprimin e atyre objekteve eji. Procesi i lindjes dhe i pasurimit të këtyre dijeve, si dhe zbatimi i kësaj përvoje ka ndjekur rrugën e kalimit nga padija në dije, nga një njohje e pjesshme e pakët, në një njohje më të plotë, më të thellë, ka ndjekur rrugën e pasurimit, të zgjerimit dhe të thellimit të saj të pandërprerë, rrjedhimisht rrugën e zotërimit gjithnjë e më të madh të forcave të natyrës. Këndej del konkluzioni se **nga pikëpamja metodologjike, mjekësia popullore, që në fillim të lindjes së saj, ka një karakter dialektik.**

Aftësia e njeriut për të bërë përgjithësimë në fushën e mjekësisë popullore ka arritur duke u thelluar gjatë shekujve. Pavarësisht se kjo aftësi nuk ka arritur nivelin teorik shkencor lidhur me zbulimin e brendisë së sëmundjeve që mjekoheshin, të mekanizmave të veprimit të mjeteve mjekuese dhe ligjësive të këtyre veprimeve, ka rëndësi të vërtetë në dukje se njohuritë e grumbulluara nga masat popullore mbi përdorimin mjekësor të sendeve të botës materiale janë pasqyrimi i botës objektive, pra **përfqësorinë të vërteta objektive dhe, në këtë kuptim, përbindë të vërteta shkencore.**

Mjekësia popullore është zhvilluar nëpërmjet luftës së vazhdueshme kundër pikëpamjeve e praktikave të gabuara me përmbajtje idealiste e fetare (1,3). Këto, si shprehje e interesave të klasave shtrypëzuese, të nxitura dhe të propaganduara aktivisht prej tyre, luajtën rol frenues ndaj zhvillimit të mjekësisë popullore.

Në luftë të vazhdueshme me rrymë të ndryshme idealiste si me «teurgjinë» (formë e magjisë nëpërmjet së cilës «ndikohet në zotër e shpirta dhe përmes tyre në natyrë»), kundra «teorisë së signaturave (sipas së cilës «forma» dhe «ngjyra» e çdo bime tregon vetitë e saj mjekësore) e tjera, edhe në kushtet e sundimit të fesë, mjekësia popullore vazhdoi të zhvillohej me sukses, duke grumbulluar, ruajtur e paturar elementat racionale të saj.

Mbeturinat idealiste me baza superstitcioni, që nuk kanë asgjë të përbashkët me mjekësinë e vërtetë popullore, janë ruajtur dhe janë sjelle deri në ditët tona, në një formë ose në një tjetër vetëm nga sekte

të ndryshme fetare, që vazhdojnë ende edhe sot të përhapin helmim e mashtrimin të tyre anekënd botës kapitaliste e revizioniste.

Një argument i fuqishëm, që hedh poshtë predikimet idealiste e përbashkët me të, është fakti kuphimplotë i realitetit socialist të vendit për ndërtimin socialist dhe edukimin e njeriut të ri, u braktisën me përburje praktikat idealiste e fetare «shënuesë» dhe po zhvillohet e po studjohet mbi baza shkencore përvoja e mjekësisë popullore.

Mjekësia popullore përfaqëson një pjesë të vlerave materiale dhe shpirtërore të krijnara nga masat në procesin e praktikës, prandaj ajo është pjesë përbërëse e kulturës kombëtare. Kjo pasuri e popullit, e datë epikeve të historisë njerëzore. Në këtë trashëgimi, me gjithë kushëvet e vështrra, populli arriti të krijojë mjekësinë popullore me tipare të veçanta origjinale, nëpërmjet së cilës duket gjënia krijuese dhe forca e vitaliteti i tij.

Limdja, pasurimi e zhvillimi gjithnjë e më gjërë i dijeve të mjekësisë popullore është një provë e fuqishme e tezës marksiste-leniniste riale, edhe në fushën e jetës shpirtërore, se edhe në këtë fushë, populli luan një rol aktiv e krijues me rëndësi.

Dijet e mjekësisë popullore kanë vlerën e të vërtetave objektive të sprovuara në praktikë, vlerën e të vërtetave shkencore. Plikërisht, duke nisur nga kjo bazë — pikëpamjes së drejtë se populli është forca që shpirtërore, është filozofi dhe burimi i pashtrësëm i vlerave më konkluzionim, — të nxjerrë së ardejmë — se populli është dhe dijetari e shkencëitari i madh i pari nga koha.

Shoku Enver Hoxha ka theksuar se: «Roli vendimtar në të gjitha fushat e jetës, duke përfshirë edhe fushën e jetës shpirtërore, nuk u përket individëve të veçantë, sado të shquar qofshin ata, por masave të gjëra të popullit» (10).

Duke u nisur edhe nga kjo bazë e kuptimit materialist të historisë njerëzore, me të drejtë hidhet poshtë qëndrimi përgjyeshës ndaj traditave pozitive të popullit. Një qëndrim i tillë, veganerisht ndaj traditave të popujve të vegjël e që nisët nga synime shoviniste e neokolonialiste është karakteristik për borgjezinë imperialiste dhe socialimperian-danigroje apo të zhdukë traditat kulturore të popujve të vegjël, frymën kombëtare të artit e të kulturës së tyre. Kjo është një nga rrugët për realizimin e agresionit të saj kultural e të nënshtrimit të popujve» (8).

\* \* \*

Nëpërmjet dokumentave historike dhe objekteve të ndryshme të zbuluara nga historianët dhe arkeologët tanë, është provuar se vendi ynë ka gënë i populluar që në kohrat më të lashta. Populli shqiptar



krijoi mbi truallin e vet historinë e tij mijëvjeçare, historinë e marsimit të pandërprerë drejt përparimit.

Traditën e mirë të prejardhur nga kohët më të vjetra, të mjekimit të semundjeve të rëndomta me metoda popullore e kemi pasur të përhapur në shkallë të gjërë në popullin tonë (14, 15), si në fshat ashtu dhe në qytet. Çdo familje siguronte me kohë bimë dhe lëndë të tjera mjekësore që do t'i nevojiteshin gjatë vitit. Me këtë traditë ndeshemi edhe sot në mjaft familje ku në çdo kohë do të gjejmë tek ato vajin e lulë basarnit, lulen e blirit, të kamomilit etj. Në vendin tonë, mjekësia popullore gëzon besimin e masave popullore.

Regjimet antipopullore të peritudoës së zymtë të së kaluarës, me ideologjinë e tyre reaksionare, kanë nënvlefësuar dhe përbozur, për pasojë, e kanë demtuar mjekësinë popullore.

Qysh nga fillimi i Luftës Antifashiste Nacionalçlirimtare dhe pas Çlirimit, Partia u kushtoi një rëndësi të veçantë traditave përparimtare kombëtare: «*Nën kujdesin e Partisë* — ka thënë shoku Enver Hoxha — *çdo gjë pozitive dhe përparimtare që kanë krijuar brezat e mëparshëm të popullit tonë heroik gjatë shekujve është ngrirë dhe po rritet vazhdimisht në dritë, është bërë pronë e popullit, është bërë një forcë e madhe mobilizuese, në luftë për ndërtimin e jetës dhe të kulturës së re në vendin tonë*» (7). Vlerësimi i traditave përparimtare, zbulimi, mbrojtja dhe zhvillimi i tyre, për herë të parë në historinë e popullit tonë, zunë vendin që u përket vetëm gjatë epokës së lavdishme të Partisë. Orientimet e Partisë bënë që në mjekësinë tonë të përmbysen raportet edhe në vlerësimin dhe studimin e mjekësisë popullore. Vendimet e herëpashërme të Partisë dhe sidomos të Plenumit XI të KQ të PPSH (1971) orientuan për një zhvillim të mëtejshëm të mjekësisë popullore, për studimin dhe vlerësimin më të thelluar të saj. Zgjidhja e këtyre problemeve po vihet në baza shkencore me krijimin e Institutit të Mjekësisë Popullore (IMP) dhe me mobilizimin e gjithanshëm të punonjësve të shëndetësisë.

Orientimet e drejta të Partisë dhe të shokut Enver Hoxha për vlerësimin e traditave na mësojnë që në këtë geshije të jemi si kundër mohimit të thjeshtë jodialektik ashtu dhe kundër pohimit pa parim të tyre.

Gjithë puna që ka filluar të kryhet për mbledhjen dhe studimin masiv të trashëgimisë popullore në fushën e mjekësisë është përkishtë një zbatim në jetë i parimit të madh marksist-leninist të mbështetjes në forcat e veta, i mbështetjes fuqimisht në energjitë krijuese, mendore e fizike të popullit të udhëhequr nga Partia (8), si dhe një konkretizim tjetër i mësimeve të shokut Enver, se «*si çdo revolucion të vërtetë edhe revolucionin tekniko-shkencor do ta bëjnë masat e gjera të popullit*» (9). Këto mësimë jetëdhënëse të Partisë hapin para sektorit tonë të mjekësisë popullore horizonte të gjera dhe na vënë para detyrash të mëdha e të ngutshme që ta mblehim, ta ruajmë, ta studiojmë në mënyrë masive dhe ta bëjmë trashëgiminë e vlershme pronë të mjekësisë sonë socialiste, pra pronë të popullit.

Në fushën e mjekësisë popullore, mbledhja dhe studimi i trashëgimisë ka për qëllim jo vetëm njohjen e historisë së zhvillimit të saj,

por edhe përfitimn nga përvoja e të parëve tanë, sipas kushteve dhe kërkesave të shoqërisë socialiste. Në rastin tonë konkret, kjo do të thotë që të «hedhim bazat shkencore të mjekësisë sonë të pasur popullore, të mbledhim nga të gjitha anët e vendit përvojën e mirë dhe të ndikojmë që të ketë një harmonizim sa më të mirë midis mjekësisë shkencore dhe asaj që praktikon populli prej shekujve» (11).

Zhvillimi i mjekësisë sonë është në luftë të vazhdueshme si me pikëpamjet idealiste dhe frenuese, që shfaqen në vlerësimin e përgjithshëm të mjekësisë popullore, ashtu dhe me konceptet frenuese intelektualiste.

**Së pari**, këto koncepte nënvlefësiuese ndaj mjekësisë popullore janë idealiste dhe intelektualiste, sepse ato nënçmojnë vlerat e rezultatet njohëse të drejta të krijuara, të pasuruarra e të zhvilluara nga masat e popullit, pra ato të çojnë në përgjiminin e veprimtarisë e të përvojës shënkullore të masave dhe në mbivlerësimin e absolutizimin vejmë të dijeve teorike të përpunuara nga njerëz të vegantë të shkencës, në fuqishën e mjekësisë.

**Së dyti**, koncepte të tilla janë metafizike e antishkencore sepse nuk kuptojnë dialektikën e zhvillimit të njohjes, lidhjen e bashkëveprimin e mjekësisë popullore me atë moderne. Në të vërtetë një lidhje dhe bashkëveprim i tillë është i dobishëm jo vetëm se historikisht e dyta ka lindur nga e para, por edhe sepse vazhdimisht e dyta zgjerohet e bëhet më e pasur me ndihmën e mjekësisë popullore dhe kjo nga ana e vet, me ndihmën e studimeve mjekësore eksperimentale shkencore, ngrihet në nivel teoriko-shkencor.

**Së treti**, konceptet që nënvlefësojnë studimin dhe përdorimin e metodave të mjekësisë popullore kanë karakter metafizik e antishkencor edhe sepse në këtë gëshhtë ata nuk kuptojnë pikërisht efektin e dobishëm të metodave popullore, të provuara në praktikë për një kohë të gjatë: «Gëshhtë nëse mendimi njerëzor mund të arrijë të vërtetën objektive nuk është aspak një gëshhtë teorike, por një gëshhtë praktike. Në praktikë njeriu duhet të provojë vërtetësinë, dmth realitetin dhe fuqinë e mendimit të vet, të provojë se mendimi i tij ka të bëjë me këtë botë» — ka shkruar K. Marksi (2).

Njëkohësisht në luftën kundër këtyre koncepteve intelektualiste le të kemi parasysh poorisinë e shokut Enver se: «Dijet nuk bien nga qielli. Të gjitha dijet e kanë burimin nga jeta, nga praktika, janë produkt i luftës së masave për transformimin e natyrës dhe të shoqërisë. Prandaj njerezit e shkencës, artit, kulturës duhet të dëgjojnë me vëmendje e respekt të thellë mendimet e masave, të përgjithësojnë eksperiencën e tyre, të jenë kurdoherë nxënës të urtë e kërkimur të mësuësit të madh e të pagabueshëm popull» (10).

Ja përise një ndër porositë kryesore të Partisë është studimi mbi bazat shkencore i metodave popullore të mjekimit, gjë që ka një rëndësi të madhe parimore. Teoria marksiste na mëson se «zbulimet dhe teoritë e reja thellojnë e pasurojnë përmbajtjen e shkencës, por nuk heqin poshtë tërësisht rezultatet e mëparshme, nuk mohojnë vërtetësinë e tyre, përkundrazi, përcaktojnë dhe saktësojnë kufijt e përdorimit, vendin e tyre në sistemin e dijeve shkencore» (20).

Fakti se medikamentet e metodave popullore mund të kenë në për-bejten e tyre substanca me natyrë kimike apo mekanizëm veprimi ende të panjohur nuk mund e nuk duhet të bëhet pengesë për përdorimin e metodave popullore të mjekimit që kanë veprim të dobishëm të provuar në praktikë, kur këto aplikohen të bazuara në literaturë nën mbikqyren dhe nën drejtimin shkencor mjekësor. Do të kishte qenë gabim i palejueshëm sikur gjatë dy shekujve që ndalimë ndërmjet tyre datën e përdorimit për herë të parë të luletogziti (digitalis) në terapi nga data e izolimit të heterozideve dhe e njohjes së strukturave kimike të tyre, njerëzimi të ishte privuar nga e drejta e mjekimit me preparate digjitale. Po kështu mund të përmendim preparatet e lëvorës së kinnës, të farave të strofantit, të bimëve që përmbajnë rutinë, e specieve të gjinisë Rauwolfia, e frutëve të bimës Ammi visnaga, e shumë të tjera që njihen nga punonjësit e mjekësisë. Nga këto pak raste del qartë se përdorimi i preparateve të bimëve të mësipërme e ka burimin nga mjekësia popullore.

Natyrisht me këto nuk duam të lemë përshlypien e nënvlefësismit të nevojës për t'i studjuar thëllë, nga ana eksperimentale e laboratorike, mjeket dhe metodat e mjekësisë popullore, nevojën e ngritjes së tyre në nivel teorik shkencor për një dobi të drejtpërdrejt në terapinë shkencore moderne. «Njohja e ligjësisë së formimit të veqive fizike-kimike e biologjike të lëndëve tona të para, krijon themele të shëndosha shkencore-teknike në lidhje me përdorimin e burimeve vendase në ekonominë tonë, ndërsa studimet në fushën e shkencave themelore biologjike — të biokimisë, fiziologjisë e gjenetikës, sigurojnë kushtet për një bujqësi, zootekni dhe mjekësi të përparuar» (13).

Orientimet dhe porositë e Partisë na frymëzojnë që t'i futemi në me besim dhe bindje shtrirjes së mjekësisë dhe fitoterapisë popullore në zgjidhjen e mjaft detyrave që qëndrojnë para mjekësisë sonë, madje edhe në fushën e profilaksisë e të mjekimit të sëmundjeve më të ndryshme që nga mjekësia luftrarake dhe deri tek ato të sistemit kardiovaskular.

Edhe për sëmundjet e aparatëve të tjera të rëndësishme të organizmit, të dhënat e mjekësisë popullore janë të larmishme (14, 18, 19). Vetëm nga grumbullimi i pjeshëm i mjekësisë popullore numërohen rreth 200 metoda për tubin tretës, po aq për sëmundjet e lëkurës dhe për mjekësinë luftrarake, mbi 70 për aparatin urinar, rreth 150 për atë të frymëmarrjes, mbi 50 për sëmundjet e sistemit kardiovaskular etj. Nga grumbullimi jo i plotë i mjekësisë popullore të rrethit të Korçës, si lëndë e parë medikamentezo numërohen mbi 225 burime bimore, mbi 36 burime shkazoze, mbi 50 medikamente të kombinuara etj. Rezultate të mira janë arritur në grumbullimin e të dhënave të mjekësisë popullore edhe në rrethet e Permetit, Sarandës, Pogradecit, Lezhës, Dibrits etj.

Nga puna që po bëhet për seleksionimin dhe diferencimin e të dhënave të grumbulluara po dalin në dukje metodat që i përkasin studimit imediat dhe perspektiv. Konkreisht format popullore të prodhuara dhe të studiuara eksperimentalisht për herë të parë në IMP shtrihen në mjekimin e dëgjeve e të plaqëve, sëmundjeve të lëkurës,

të verdhë, aparatit urinar, sindromës shpall-dorë, hemoroideve, lyptheve, ujërave e baltrave mminerale, etj.

Një kontribut konkret për institucionet dhe bashkëpunëtorët përbejnë materialet ndihmëse të hartuara e të botuara nga Instituti i Mjekësisë Popullore, ato me «udhëzues provizorë» për çdo metodë që është venë në studim klinik, etj. Arritjet e studimeve eksperimentale e laboratorike po gjejnë vërtetim shkencor në mënyrë masive në praktikën spitalore e ambulatorie në sajë të mundësive që krijon drejtimi i njësuar shtetëror në vendin tonë. Këndej del e nevojshme që seksionet e shëndetësisë, drejtoritë e spitaleve dhe mjekët e ngarkuar për ndjekjen e këytrve studimeve të këmbëngulim më shumtë për zbatimin me përpikëmeri të detyrave përkatëse.

Orientimet e Parisë na mësojnë që t'i lidhim sa më ngushtë problemet ekonomike e shoqërore me problemet e mbrojtjes (12). Zbatimin e parimit të mbështetjes në forcat e veta në fushën e mbrojtjes, Partia e ka lidhur dhe e lidh me përdorimin e drejtë të të gjitha aftësive mendore, fizike dhe luftarake të masave popullore, të vetive të larta moralo-politike të tyre si dhe të të gjitha burimeve ekonomike e materiale të vendit. Në këtë aspekt, mjekësia popullore duhet konsideruar si një thesar i kulturës së popullit tonë me vlera të mëdha, që ndihmon në plotësimin e nevojave të shtërbimit shëndetësor në çdo rrethanë.

Këndej del se është e domosdoshme të zhvillohet një propagandë më e gjërë dhe t'i kushtohet rëndësi më e madhe grumbullimit të mjekësisë popullore e seleksionimit të saj, përpunimit teorik dhe studimeve përkatëse, që lidhen me elektshmëritë e metodave të mjekimit popullor. Njëkohësisht është detyrë patriotike që të bëhen përpjekje për një edukim të përgjithshëm në këtë drejtim, në mënyrë që populli t'i njohë këto metoda mjekimi, t'i përdorë ato në çdo rrethanë dhe kudo, gjë që ka një rëndësi të madhe jo vetëm ekonomike, por edhe strategjike kur ne ndërtojmë socializmin në kushtet e bllokadës dhe të rrethimit imperialisto-revizionist.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1) K. Marks dhe Fr. Engels: Mbi fenë. Tiranë 1970, fq. 45.
- 2) K. Marks dhe Fr. Engels: Vepra të zgjedhura. Tiranë 1975, fq. 392, 428.
- 3) Fr. Engels: Anti-During. Tiranë 1958, fq. 313.
- 4) V. I. Lenin: Vepra, vëll. 10, fq. 78-79.
- 5) V. I. Lenin: Fletoret filozofike, botim rus, fq. 161.
- 6) E. Hoxha: Raport mbi vepnimarinë e KQ të PPSH mbajtur në Kongresin e VII të PPSH. Tiranë 1976, fq. 86, 134, 178.
- 7) E. Hoxha: Vepra 20, fq. 182.
- 8) E. Hoxha: Raporte e fjalime 1972-1973, fq. 319, 429.
- 9) E. Hoxha: Raporte e fjalime 1967-1968, fq. 254-255, 203.
- 10) E. Hoxha: Raport në Kongresin V të PPSH. Tiranë 1966, fq. 132.
- 11) A. Çarçani: Diskutim në aktivin e shëndetësisë mbi zbatimin e detyrave të Planimit XI të KQ të PPSH. Botimi i Ministrisë së Shëndetësisë 1975, fq. 38.

- 12) N. Hoxha : Kongresi i 7-të i Partisë dhe detyrat në fushën e shkencave (Fjala e mbajtur në mbledhjen e Asamblesë së Akademisë së Shkencave të RPSH). Gazeta «Mësuësi», 20 prill 1977.
- 13) A. Buda : Kongresi i 7-të i Partisë dhe detyrat në fushën e shkencave (referat i mbajtur në mbledhjen e Akademisë së Shkencave të RPSH) Gazeta «Mësuësi», 20 prill 1977.
- 14) F. Hoxha : Njohime historike në zhvillimin e mjekësisë në Shqipëri. Tiranë 1962.
- 15) K. Kërçiku : Zhvillimi i shëndetësisë në Shkodër në shekullin e XVIII-XX. Tiranë 1962.
- 16) M. Gorkh : Estetika dhe letërsia 1962, vëll. II, fq. 224.
- 17) Kolektiv autorësh : Materializmi dialektik dhe historik. Tiranë 1971.
- 18) P. Kokalari, Z. Sima : Mjekësia popullore fushë studimi për të gjithë punonjësit e shëndetësisë. Shëndetësia popullore 1976, nr. 3.
- 19) Punime mbi mjekësinë popullore. Tiranë 1976.
- 20) S. Pellumbi, F. Spahiu : Fjalor i Filozofisë. Tiranë 1974, fq. 69, 311.

#### Summary

### POPULAR MEDICINE AND ITS MATERIALISTIC AND DIALECTIC BASIS

The paper discusses the philosophic significance of traditional popular medicine and the high evaluation it has been given by our Party of Labour. The standing orientations of the Party and the resolutions taken at its 7th Congress have provided vast opportunities for the collection and scientific elaboration of facts pertaining to popular medicine, as a contribution towards the protection and strengthening of the health of the working masses.

It is pointed out that traditional medicine represents an important part of the material and spiritual heritage accumulated in the course of history by the popular masses and should be considered as an integral part of our national culture. As such, popular medicine is a living expression of the creative genius of the people, a convincing proof of the determinant role played by the masses in the spiritual life of the people.

Among the more important conclusions drawn by the authors is the fact that traditional medicine, from the time of its origin, has had, from the point of view of its conception and its methodology, a materialistic and dialectic character, that it was born and evolved as a response to the demands of everyday life, in opposition to the restrictions imposed by the reactionary ruling classes and the noxious influences of the idealistic and religious philosophical trends. It is demonstrated that these harmful influences have nothing in common with true popular medicine, but have intentionally been confounded with it by the various religious sects, supported and kept alive in the interest of the exploiting classes, after whose annihilation by the People's Socialist Republic of Albania was put an end to all «healing» practices of a religious or superstitious nature.

The paper concludes by discussing the links of collaboration that can be established between traditional popular medicine and modern medicine, as well the ways and possibilities of raising the Albanian popular medicine to a theoretical and scientific standard.

## R é s u m é

LA MÉDECINE POPULAIRE ET SA BASE MATERIALISTE  
DIALECTIQUE

L'article traite des bases philosophiques de la médecine populaire et de la juste appréciation qui en est faite par le Parti du Travail. Les orientations continues du Parti et les décisions de son VII<sup>e</sup> Congrès ont ouvert de vastes horizons à une recherche et à une étude, fondées sur des bases scientifiques, de notre médecine populaire, et cela dans l'intérêt de la préservation et du renforcement de la santé des travailleurs.

Les auteurs font ressortir que la médecine populaire représente une part des valeurs matérielles et spirituelles créées par les masses populaires, dans le processus de la pratique, et quelle doit donc être considérée comme une partie intégrante de la culture nationale. En tant que telle, la médecine populaire est une vivante expression du génie créateur du peuple, une preuve convaincante du rôle actif et déterminant des masses dans le domaine de la vie spirituelle.

Les auteurs aboutissent à des conclusions importantes, à savoir que la médecine populaire, dès sa naissance et constamment par la suite, a eu et a toujours, du point de vue conceptuel et méthodologique, un caractère matérialiste et dialectique; qu'elle est née et s'est développée pour répondre aux besoins de la vie, en lutte contre les limitations imposées par les classes exploitantes réactionnaires et contre les influences nocives des courants philosophiques idéalistes et religieux. Il est démontré que ces influences corruptrices n'ont rien de commun avec la véritable médecine populaire et qu'elles ont été mêlées aux justes pratiques de cette dernière par les diverses sectes religieuses, encouragées et maintenues vivaces par les intérêts des classes exploitantes, dont la suppression en R.P.S. d'Albanie s'est accompagnée de l'élimination des pratiques religieuses pré-tendument curatives.

Pour conclure, l'article traite de la liaison et de la coordination constantes entre la médecine populaire et la médecine moderne ainsi que des voies créées à la suivre en vue de l'étude de la médecine populaire albanaise et de son élévation à un niveau scientifique et théorique.

## KROMATINA E SEKSIT NË NORMË DHE NË DISA SËMUNDJE KROMOZOMALE

— BARDHI ÇAKO —

(Katedra e Anatomisë dhe Histologjisë)

Në një sërë materialesh të Partisë është rekomanduar, që krahas zhvillimit të shkencave të tjera, të zhvillohet edhe shkencë e gjenetikës. Në raportin e Kongresit të 7 të PPSH, shoku Enver theksoi se: «*Futurimi i shkencës shtron si një çështje shumë të rëndësishme rritjen e përpjekjeve për studime në disa fusha, si biologjia, gjenetika, matematika, fizika, kimia, fiziologjia etj., pa të cilat nuk mund të zgjidhen me sukses shumë probleme të zhvillimit të shkencave të aplikuarra e të përpunimit teknik dhe as mund të bëhet një pregatitje e shëndoshë e specialistëve të ndryshëm dhe e brezit të ri në shkollën tonë (1).*»

Në zhvillimin e gjenetikës së njeriut, krahas studimeve të veçitë të jashtme, kontribuojnë edhe studimet laboratorike. Një nga ekzaminimet laboratorike më elementare, por shumë i rëndësishëm në gjenetikën e njeriut (si dhe të shumë kafshëve) është ai i përcaktimit të *kromatinës gjinore* ose *kromatinës së seksit*.

Në vitin 1949, në bërtamnat e qelizave nervore të maaces u zbulua një trupëz e vogël, e cila mungonte në qelizat nervore të magokut. Mëqënëse këto trupëza janë pjesë përbërëse e lëndës kromatike dhe pasi me anë të tyre mund të përcaktohet gjinia (seksi), ato u quajtën *trupëzat e kromatinës gjinore*.

Menjëherë pas këtij zbulimi, këto formacione filluan të kërkohen në shumë specie të tjera, duke përfshirë edhe njeriun. Nga këto studime u konstatua se kromatina e seksit gjendej jo vetëm në qelizat nervore por edhe në qelizat e indeve të tjera, të marrura nga femrat. Kështu, pas vitit 1952 citogjenetikës së njeriut, krahas numerimit të kromozomeve, u shtua edhe studimi i kromatinës së seksit.

Pas disa vitesh, kromatina e seksit filloi të përdorej si test diagnostik, pasi u vërtetua se në disa rrethana patologjike, që shoqëroreshin me ndryshimin e numrit të kromozomeve në qelizat somatike të seksit femër, kromatina e seksit mungonte, ndërsa përkundrazi, në rrethana të tilla, ajo gjendej në qelizat e seksit mashkull. Kështu p.sh. u vërtetua se në meshkujt me *sindromë Klinefelter*, kromatina e seksit rezultonte pozitive, ndërsa në femrat me *sindromë Turner* rezultonte negative.

Sot testi i kromatinës së seksit përdoret edhe për qëllime të tjera si p.sh. për përcaktimin e seksit të fëmijës përpara lindjes nëpërmjet ekzaminimit të qelizave të lëngut amniotik (2), për përcaktimin e seksit në rastet e dyshimita, për studimin e sëmundjeve tumorale etj. Përsa

u përket këtyre të fundit, është konstatuar p.sh. se në tumoret malinje të gjendrrave të qumëshitt, përqindja e trupëzave të kromatinës së seksit ulët në mënyrë të ndjeshme (3) dhe se kjo ulje mund të përdoret si tregues prognostik për këto sëmundje (6).

Në tumoret benignje një gjë e tillë nuk ndodh, ose konstatohet vetëm një prirje për ulje (5). Gjithashtu është vërejtur se tumoret e gjendrrave të qumëshitt, që kanë një përqindje të lartë të kromatinës së seksit, i përgjigjen mirë mjekimit, ndërsa ato me përqindje të ulët nuk i përgjigjen (8).

#### FORMIMI I KROMATINËS GJINORE

Sikurse dihet, në secilën bërthamë të qelizave somatike të njeriut ndodhen 46 kromozome (44 autozomë + XX kromozomë seksualë për femrën dhe 44 autozomë + XY kromozomë seksualë për mashkullin). Nga të gjithë kërkuesit vërtetohet se trupëzat e kromatinës së seksit formoheshin në qelizat e atyre individëve, në kariotipin e të cilëve ndodheshin kromozomet XX, dmth në kariotipin normal të qelizave të femrës. Në kariotipin që përmbante kromozomë XY, që u përket qelizave somatike të mashkullit, kromatina e seksit nuk formohet ose formohet në përqindje shumë të vogël (vetëm në disa bërthama).

Për mënyrën e formimit të kromatinës së seksit ka shumë hipoteza. Sot më e pranueshme është hipoteza, sipas së cilës ekzistojnë dy lloje të kromozomeve X. Kromatina e seksit formohet nga një kromozon X, i cili është më i kondensuar, pasi është *heterokromatik* (7). Ky është kromozomi X-1, i cili gjendet gjithmonë në kariotipin normal të femrës. I vetmi kromozom X, që gjendet në qelizat somatike të mashkullit, është ai i tipit *eukromatik* dhe, si i tillë, nuk mund të formojë trupëzën e kromatinës së seksit. Me anën e kësaj hipoteze mund të shpjegohet edhe prania e dy trupëzave të kromatinës së seksit, që shihen në sindromën e trisomisë X. Edhe në këtë rast është vënë re se ndodhen dy kromozome të tipit X-1. Përa numri i këtyre trupëzave përkon me numrin e kromozomeve X-1 (heterokromatikë).

#### MATERIALET DHE METODIKA

Më lehtë, kromatina e seksit mund të analizohet në bërthamat e indit epitelial, si p.sh. në preparatat e lëkurës, ose ende më thjesht nga strishot e pregatitura nga materiali i marrur me spatul, nga mukozat e gojës apo vagjinës. Për këtë qëllim, gjithashtu, mund të shfrytëzohen edhe strishot e zakonshme të gjakut, ku trupëzat e kromatinës së seksit shihen në neutrofilmlet e segmentuar, në formën e shkopiinjve të tamburit, ashtu sikurse duket në mikrofoton nr. 2.

Me strishot e pregatitura nga mukozat e gojës, ne kemi punuar sipas metodikës së modifikuar të Barrit.

Materiali merret në mëngjes esëll më anë të një spatule metalike ose durri. Hapja e materialit në strisho bëhet ashtu sikurse edhe për gjakun. Pjesën e lamës, ku shtrijmë materialin, e lyejmë më parë me



albuminë të pregatitur nga të bardhët e vezës, të përzierë me glicerinë. Strishot e fiksojmë për 24 orë në alkool etilik 96° dhe eter etilik purë, në raport 1:1. Pas kësaj materialin e shëtisim në alkool 50° dhe 70° në selicion enë e mbajmë 3 minuta). Prej këtej e kalojmë në banjo uji për 2-3 minuta. Për të shkatërruar florën bakteriale të gojës, preparatin e lemë për 20 minuta në acid klorhidrik 5 N dhe pastaj e shpëtojmë për 2-3 minuta në banjo uji. Ngjyrimi bëhet në sol toluidin blu 1% për 5-20 minuta. Pas shpëlarjes përfundimtare me ujë gezme, preparati thahet në ambientin e dhomës dhe shihet me mikroskop të zakonshëm optik, duke përdorur objektivin me imersion.

Për të përcaktuar përqindjen e qelizave, që përmbajnë trupëzat e kromatinës së seksit, ne kemi ekzaminuar në çdo preparat nga 200 bërthama qelizash, që kishin kufij të qartë dhe nuk ishin ngjitur njëra me tjetrën. Nuk kemi llogaritur bërthamat, që përmbanin granullacione.

Sikurse shihet për studimin e kromatinës së seksit, nevojiten reagjentë dhe pajisje, që i ka çdo laborator i zakonshëm klinik.

#### **FORMA DHE MADHËSIA E TRUPËZAVE TË KROMATINËS GJINORE**

Si forma ashtu dhe madhësia e trupëzave të kromatinës së seksit nuk janë gjithmonë të njëjta. Ato mund të kenë formë ovale, të rru-mbullakë, trekëndësh ose disku. Pothuajse në të gjithë rastet, këto formacione janë vendosur në pjesën periferike të bërthamës, pranë membranës së saj (mikrofoto nr. 1). Ne kemi takuar më shpesh formën ovale.

Në përgjithësi, përmasat e trupëzave të kromatinës së seksit janë rreth 1 mikron. Në fëmijët e gjirit (vajza) këto përmasa janë më të mëdha se në të rritur. Madhësia e trupëzave të kromatinës së seksit ka lidhje të drejtpërdrejtë me madhësinë e kromozomeve X (2). Në disa kushte të veçanta, si p.sh. gjatë mjekimit me antibiotikë, përmasat e trupëzave mund të zvogëlohen.

#### **SHPESHËSIA E TRUPËZAVE TË KROMATINËS GJINORE**

Në femrat, trupëzat e kromatinës së seksit takohen në 40-60% të bërthamave (4). Autorë të tjerë japin shifra më të vogla, që luhaten nga 8-70% (2). Pra, në asnjë femër të shëndoshë nuk ndodh që të mungojnë trupëzat e kromatinës gjinore, fakt ky, që u konstatua edhe nga ana jonë.

Për këtë arsye, në fillim ne gjetëm normat tona orientuese, duke përcaktuar përqindjen e trupëzave të kromatinës së seksit për femrat dhe meshkujt. Individët që ekzaminuam ishin praktikisht të shëndoshë (studente dhe studentë të Fakultetit të Mjekësisë me moshë 19-21 vjeç). U morrën 30 strisho në 30 vajza, ku kromatina e seksit u takua në 100% të rasteve. Në strishot e ekzaminuara, këto formacione ne i gjetëm me një shpeshësi 16-56% (mesatarisht 26,6±9,86).

Gjithashtu pamë strishot e marrura në 30 djem. Në 26 prej tyre

nuk pamë asnjë trupëzë, ndërsa në pjesën tjetër e takuam në një përgjindje shumë të ulët 1-30/0 (mesatarisht  $0,20/0 \pm 0,50/0$ ).

**Përgjindja e trupëzave të kromatinës së seksit e nxjerrë nga 30 vajza praktikisht të shëndosha**

Nr. i rasteve	Përgjindja	Nr. i rasteve	Përgjindja	Nr. i rasteve	Përgjindja
1	28	11	16	21	30
2	24	12	21	22	27
3	16	13	24	23	21
4	17	14	19	24	18
5	35	15	19	25	31
6	51	16	29	26	44
7	24	17	39	27	48
8	56	18	17	28	16
9	16	19	29	29	25
10	24	20	36	30	29

Mesatarisht 26,6 %

**Përgjindja e trupëzave të kromatinës së seksit e nxjerrë nga 30 djem praktikisht të shëndoshtë**

Nr. i rasteve	%	Nr. i rasteve	%	Nr. i rasteve	%
1	0	11	0	21	0
2	0	12	0	22	0
3	0	13	0	23	0
4	1	14	0	24	0
5	0	15	0	25	1
6	0	16	0	26	0
7	0	17	1	27	0
8	0	18	0	28	3
9	0	19	0	29	0
10	0	20	0	30	0

Mesatarisht 0,2 %

Gjithashtu ne kemi ekzaminuar trupëzat e kromatinës së seksit në 15 të sëmurë, që nga të dhënat klinike mendohej për sindrom Turner ose Klinefelter. Këto raste na janë dërguar kryesisht nga shërbimi i erudiknologjisë të spitalit nr. 1.

Në sindromën Turner, pavarësisht se të sëmurët kanë pamje të përgjithshme të jashtme si femra, në bërhamat e qelizave, kromatina e seksit iu mungon ose e kanë në përgjindje shumë të ulët. Kjo shpjegohet me faktin se në qelizat e tyre somatike ndodhet një kromozom X

më pak (44 autosome + X0 kromozom seksual). Në këto të sëmurura, kur kromatina e seksit mungonte, ose ishte në shifra më të ulta se 50/0, kemi shënuar *kromatina e seksit negativ*. Kjo e dhënë është shu-më e rëndësishme për vënieën e diagnozës të kësaj sindrome. Megjith-atë në disa raste me sindromë Turner, për shkak të fenomenit të mo-zaicizmit (XO/XX), mund të ndodhë që kromatina e seksit më bërtëhamë të dalë pozitive ose në përqindje të ulët (2). Në këto raste, për vë-nien e diagnozës duhen bërë ekzaminime të tjera, sidomos matja e estro-gjeneve, që dalin më të ulta se norma dhe gonadotropet, që dalin më të larta se norma (2).

Sindroma Turner takohet më shpesh në femrat me shtat të shkurt-tër (120-140 cm). Gjymtyrët dhe gafa e tyre janë të shkurtra, ndërsa kraharoni i gjërë, me gjendrra qumështi të pazhviluara. Në hapësirën e gojës vërehet palatum i ngurtur dhe anomali të dhëmbëve. Karaktere-ristikë për këto femra është *diskinezia e ovarëve*, gjë që shpjegon edhe sterilitetin e tyre.

Autorë të ndryshëm, që kemi mundur të konsultojmë, theksojnë se në çdo 2500-5000 lindje të seksit femër, një lind me këtë anomali. Në sindromën Klajnfelher, të sëmurat kanë pamje të përgjithshme të jashtme si meshkuj, ndërsa kromatina e seksit ju del pozitive. Kjo shpjegohet me pranimë, në qelizat somatike të tyre, të një kromozoni X suplementar (44 autosome + XXY kromozome seksuale). Këto mund të kenë edhe 2 X kromozome suplementarë, pra XXXY.

Ne ekzaminuam bërtëhamat e qelizave në të sëmurat që dyshoheshin për këtë sindromë. Kur takuam më shumë se 80/0, ne shënuam kroma-tinë të seksit pozitiv. Kjo e dhënë është shumë e rëndësishme për vë-nien e diagnozës të kësaj sindrome. Në rast se të dhënat e inspeksionit flasin për sindromë Klajnfelher, ndërsa kromatina e seksit del negative, kjo tregon se kemi të bëjmë me sindromën Klajnfelher të rehtë.

Të sëmurët me sindromën Klajnfelher tërheqin vëmëndjen për shta-tin e tyre të lartë (për llogari të gjymtyrëve të poshtëm). Në ta jo rrallë vërehet *gjinelkomastia* dhe *oligospermia* (nga hialinizimi i tubave seminiferë). Testikujt dhe prostata janë të zvogëluar.

Sindroma Klajnfelher takohet më shpesh se sindroma Turner. Është llogaritur se në çdo rreth 500 lindje të djemve, një lind me këtë ano-mali. Edhe më shpesh kjo sindromë takohet në meshkujt sterilë (6,20/0) (2) dhe oligofrenët (0,45-2,40/0).

Ekziston edhe një sindromë tjetër, ku përcaktimi i trupëzave të kromatinës së seksit ka rëndësi vendimtare në vënieën e diagnozës. Kjo është *sindroma e trisomisë X* (44 autosome + XXX kromozome seksuale). Në bërtëhamat e qelizave të të sëmurave, që vuajnë nga kjo sindromë, gjenden nga dy trupëza të kromatinës së seksit. Ne nuk kemi takuar asnjë rast me këtë sindromë. Janë përshtuar raste edhe me 4, madje edhe me 5 kromozome X.

Pjesën më të madhe të ekzaminimeve e kemi bërë në të sëmurët përpëra se të mjekoheshin me hormone, pasi, sipas të dhënave të disa autorëve, gjatë mjekimit me A C T H dhe kortizon, shpeshësia e tru-pezave të kromatinës së seksit mund të ulët ose zhduket përkohësisht (4). Përkundraz, gjatë mjekimit me hormone që duhet të bëhet në të së-murët me sindromë Klajnfelher vërehet një rritje e qelizave të qindja

e trupëzave të kromatinës së seksit ndryshon edhe në ditë të ndryshme të ciklit menstrual. Këto trupëza më të shpeshta gjenden në javën e dytë të ciklit. Në nxjerrjen e mesatares nga grupi i kontrollit (të vajzave), ne nuk kemi marrë paraqysh këtë të dhënë.

Ërta, nga një studim i rasteve tona, në kushte normale dhe patolo-gjike, ne nxorëm këto norma:

— Trupëzat e kromatinës së seksit në femrat e shëndosha gjenden në 16-56% të bërtamave, ndërsa në meshkuj 0-3%. Në kushte pato-logjike, në burrat, e takuam 8-14% (pozitive), ndërsa në gratë 3-5% (nega-tive).

## KONKLUZIONE

1) Trupëzat e kromatinës së seksit, të para në bërtamnat e qelizave epiteliale të mukozës së gojës, janë të shpeshta në femrat dhe mungojnë ose janë shumë të rralla në meshkujt. Si mesatare e shpeshësisë së këtyre trupëzave në femrat ne na rezultoi  $26,69\% \pm 9,86\%$ , ndërsa në meshkuj  $0,29\% \pm 0,5$ .

2) Në përcaktimin e kromatinës së seksit edhe ne jemi ndihmuar në diagnostikimin e sindromeve Klajnfeler dhe Turner.

Dorëzuar në redaksi më 15 janar 1977.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Eaver Hoxha : Raport në Kongresin e VII të PPSH. Shtëpia botuese «8 Nën-fori», Tiranë 1976, 182.
- 2) Davidson W. M. : Sexual dimorphism in nuclei of polymorphonuclear leukocytes in various animals. The sex chromatin. London 1966, 59.
- 3) Kirkuta I. et coll.: Significance of the decrease of sex chromatin incidence in malignant breast tumors — Morphologia et embriologie 1975, 3, Tom XXI, 97.
- 4) Krupp M., Chaffon M., Morgen Sh.: Current diagnosis-treatment Lange Medical Publications — Los Altos-California 1971, 850.
- 5) Mardahishvili Sh.T., Shac V. J.: Problema pollovova hromatina v onkologija. Medicina 1969, 47, 197.
- 6) Mc — Dint W. R., Stewart F. W., Berg. W. J.: Tumors of the breast — Bethesda, Maryland 1968, 13.
- 7) Racion P., Hachtgal M.: Citogenetica — Editura Academiei Romenia 1969, 296.
- 8) Wacer B., Miles Ch. P.: Sex chromatin incidence and prognosis in breast Cancer — Cancer 1966, vol. 19, nr. 1, 1651.

## Summary

## SEX CHROMATIN IN THE NORM AND IN SOME CHROMOSOMIC DISEASES

Examinations for sex chromatin were carried out on the epithelial cell nuclei of the mouth mucosa of 30 girls and 30 boys in apparently good health.

Sex chromatin corpuscles in an average of 26,6 percent of the cells of the female and in 0,2 percent of the male groupe.

Similar examinations were carried out on 15 patients who presented either the Klinefelter or the Turner syndromes. Sex chromatin corpuscles were found in over 8 percent of the exclusively male group and in less than 5 percent of the cells of the Turner patients, who were all females.

#### Résumé

### LA CHROMATINE SEXUELLE DANS LE NORME ET DANS CERTAINES MALADIES CHROMOSOMIQUES

L'auteur de cet article a examiné les noyaux cellulaires épithéliaux des frottis bucaux d'un groupe de 30 jeunes gens et 30 jeunes filles apparemment en bonne santé. Les corpuscules de la chromatine sexuelle ont été relevés en moyenne dans l'ordre de 26,6 pour cent dans les cellules des femmes et de 0,2 pour cent dans celles des mâles.

Des examens analogues ont été effectués chez 15 patients présentant les syndromes de Klinefelter ou de Turner. En ce qui concerne les syndromes de Klinefelter, quoique les patients appartenaient au sexe mâle, les corpuscules de la chromatine sexuelle ont été relevés dans une mesure supérieure à 8 pour cent; tandis que dans les syndromes de Turner, ces mêmes corpuscules manquaient ou étaient présents dans un taux peu important (moins de 5 pour cent) bien que les malades étaient des femmes.



**MBI TUMORET E GJENDRRAVE TË PËSHTYMËS NË PRAKTIKËN  
HISTOLOGJIKE**

— GJËSK BROKU —

Tumoret e gjendrrave të pëshlymës përbëjnë një patologji të rëndësishme të sferës stomatologjike dhe otolatrike si për shpeshësinë e tyre relativisht të lartë, ashtu dhe për shumë probleme të tjera të radhës diagnostike, terapeutike dhe prognostike. Gjithashtu ato përbëjnë një problem të rëndësishëm të diagnostikës histopatologjike, sepse megjithë strukturën histologjike relativisht të thjeshtë të tyre, gjendrrat e pëshlymës paraqesin tipe shumë të ndryshëm tumoresh benignje dhe malinjë të natyrës epiteliiale dhe joepiteliiale.

Për të vënë në pah disa nga këto probleme, që deri më sot rralle janë trajtuar në literaturën mjekësore, rishikuan materialin biopatik 19 vjeçar të këtyre tumoreve të viteve 1957-1975 të shërbimit të Anatomisë Patologjike të spitaleve (nga viti 1973, duke përfshirë dhe atë të ka-tedres).

Nga 22193 biopsi të kësaj periudhe, ne gjetëm 109 raste tumoresh të këtyre gjendrrave, të ardhura si nga klinika e otorinolaringologjisë të spitalit klinik nr. 1 të Tiranës, ashtu dhe nga spitalet e rretheve.

Ne rishikuan materialin tonë, duke ju përmbajtur, në vija të përgjithshme, klasifikimit të paraqitur në vitin 1972 nga Organizata botërore e Shëndetësisë.

Për ta bërë më të njohur këtë klasifikim, po e paraqesim më të plotë, duke shënuar anash numrin e rasteve të tipave të ndryshëm të gjetur në materialin tonë.

**I. TUMORET EPITELIALE**

**A. Adenomnat**

1. Adenoma pleomorfe (tumori mikst) 48 raste (4 me malinjitet  
citologjik)

2. Adenoma të thjeshta

- a) Adenolinfoma 4 raste
- b) Adenoma oksifile (onkocitoma) 1 rast
- c) Të tjerë 0 raste

B. Tumore mukko-epidermoidë 5 raste

C. Tumore me qeliza acinozë 0 raste

**D. Karcinomat**

- 1) Karcinoma adenoid cistik 13 raste
- 2) Adenokarcinoma 13 raste
- 3) Karcinoma epidermoidë 3 raste
- 4) Karcinoma të padiferencuara 3 raste

- 5) Karcinoma në adenomën pleomorfe 4 raste (të inkluduar në (tumor mikst malinj) tumorin mikst)

## II. TUMORET JOEPITELIALE

Eshhtë po ai i propozuar nga qendra ndërkombëtare për klasifikimin e tumoreve të indeve të buta.

Në këtë grup ne kemi gjetur:

Tumore mezenkimale beninje 9; nga këto:	6 raste
Hemangioma kapilare	1 rast
Limfangiomë kapilare	1 rast
Lipomë	1 rast
Fibromë	1 rast
Tumoret limfoide malinje (Limfoma malinje) 6 raste, nga këto:	2 raste
Limfosarkoma	2 raste
Retikulosarkoma	2 raste
Limfoepitelioma	2 raste

## III. — TUMORE TË PAKLASIFIKUARA

Këtu përfshihen të gjithë tumoret beninje ose malinje, që nuk hyjnë në kategoritë e përmëndura.

## IV. LEZIONE TË PRAFERTA ME TUMORET

A. Lezioni limfoepitelial beninj	3 raste
B. Sialoza	0 raste
C. Metaplazia onkocitare	0 raste

Sipas këtij klasifikimi, shpërndaria e rasteve tona nuk pretendon përpikmëri absolute në qoftë se mirren parasysh vështrësitë e mëdha që paraqet, në disa raste, tipizimi i tumoreve të këtyre gjendrave (1,4,8,10). Një gjë e tillë shpesh vështrësohet edhe nga fakti se nuk kemi ekzaminuar gjithmonë tumore të tëra por vetëm pjesë të tyre, të dërguara kështu nga klinikat dhe pavionet, çka mund të çojë në interpretim histologjik jo të plotë, po të kemi parasysh se struktura e disa tumoreve të gjendrave të peshlymës ndryshon nga një vend në tjetrin dhe kjo veqanërisht në adenomën pleomorfe (tumorin mikst). Nga ana tjetër, disa tumore beninje më vonë mund të marrin karakter malinj, çka mund t'i shpëtojë ekzaminimit histologjik, në qoftë se ky ekzaminim bëhet në një pjesë të vetme të tumorit (4,8). Kjo mund të ndodhë gjatë ekzaminimit të pjesëve të vogla biopitike dhe veqanërisht të atyre me karakter të ngutshëm. Për të mundur të mënjanojmë sa më shumë të gjitha këto keqinterpretime histologjike është shumë i nevojshëm bashkëpunimi ndërmjet klinikës dhe histopatologjisë dhe, nga ana tjetër, tumoret e operuara, pas ekzaminimit biopitik të pjesëve të vogla, duhen rishikuar në tërësinë e tyre.

Përsa i përket grupimit të rasteve tona, sipas klasifikimit ndërkombëtar, duhet të përmëndim se në këtë klasifikim nuk përfshihen

tumoret metastatike në këto gjendra, ndërsa në materialin që po trajtojme kemi futur gjithashtu një tumor metastatik (karcinomë).

Duke i ndarë tumoret e hasura prej nesh sipas gjendrës së prekur, konstatojmë se nga 109 tumore të materialit tonë, 82 prej tyre (75,2%) u përkasin gjendrave parotidë, 14 (12,8%) gjendrave submandibulare, 2 (1,8%) gjendrave sublinguale dhe 11 (10,0%) gjendrave të vogla të hapësirës së gojës. Që të mund të ndryshim më mirë në pah shpeshësinë e tipave të ndryshëm sipas gjendrave dhe disa probleme të diagnozës histologjike, terapisë dhe prognozës, e pamë të nevojshme të bëjmë ndarjen jo vetëm sipas llojit të gjendrave, por edhe sipas atij të tumorit.

**Tumoret e gjendrave parotidë.** — Gjendrrat parotike jo vetëm preken më shpesh, por paragesin dhe tipat më të ndryshëm histologjikë në një shpeshësi më të lartë se kudo tjetër.

Në materialin tonë, këto tumore zenë 82 raste (75,2%). Sipas tipave histologjikë, këto tumore paraqiten kështu:

**Adenoma pleomorfe (tumori mikst).** — Punimet e ndryshme tumorin mikst e japin si tumorin më të shpeshë të gjendrave të peshqymës në përgjithësi dhe të parotidës në veganti (1,4,8,9,10). Autorë të ndryshëm tumoret mikste beninje në gjendrrat e mëdha (jo vetëm në parotidë) i japin në 55-65%, ndërsa të tumoreve mikste malinje në 3-5%, (7,7,7,7) Një autor tjetër (1) konstaton se tumoret mikste përbëjnë rreth 75% të tumoreve të gjendrave të peshqymës dhe se mbi 90% të tyre kanë lokalizim në parotidë.

Në materialin tonë, tumori mikst (duke përfshirë edhe 4 raste malinje) përben 48 raste (44,0%) të tumoreve të të gjithë gjendrave. Nga këto, 32 raste u përkasin gjendrave parotidë, pra 29,3% të të gjithë tumoreve të tipave të ndryshëm histologjikë me lokalizime të ndryshme dhe 39,0% të tumoreve të gjendrave parotidë. Kjo përqindje paraqitet pak më e ulët se ajo e punimeve të përmendura më lart, por duke qenë se edhe në këto punime, përqindja e tyre luhatet nga 40 deri 50% e më shumë, shifrat tona i konsiderojmë mjaft të përafërta.

Të 48 rastet e tumorit mikst, të hasura nga ne, kanë pasur këtë shpërndarje: 32 në gjendrrat parotidë, 11 në gjendrrat submandibulare dhe 5 në ato të hapësirës së gojës. Tumori mikst është gjetur si tipi më i shpeshë i tumoreve të gjendrave të peshqymës.

Përkisht për arsye të ndryshmit të strukturës nga një vend në tjetrin është e nevojshme, veganerisht për këtë tumor, që të ekzaminohen sa më shumë copa nga vende të ndryshme, në mënyrë që të mënjanojmë gabimet diagnostike histologjike të mundshme. Ekzaminimi i fragmenteve, që përbajnë vetëm ishuj epiteliale, mund ta drejtojë diagnozën drejt një karcinome, veganerisht në ato raste kur këta ishuj janë shumë të celularizuar, me një farë polimorfizmi dhe mitozaz mjaft të shpeshta. Gjetja e indit miksoid, që nuk mungon në asnjë rast, atëherë kur ekzaminohen fragmente të ndryshme, ndihmon së tërëmi në bërjen e diagnozës së përpiktë edhe atëherë kur komponenti epitelial tregon polimorfizmin e përmendur. Përvoja e rasteve tona tregon se indit miksoid ka qenë i shprehur në të gjitha rastet e ekzaminuara. Ndryshe paraqitet problemi i indit kondrooid. Mund të themi



se gjetha e tij ndihmon në plotësimin e diagnozës, por duhet mbështetur pak në të, pasi në materialin tonë është gjetur vetëm në 7.50/0 të rasteve.

Adenomati pleomorfë janë tumore benignë, por që recidivojnë shpesh në gofë se ekstirpimi i tyre nuk bëhet i plotë. Shkaku i recidivave qëndron në faktin se megjithëqë makroskopikisht paraqitet i kufizuar mirë dhe i inkapsulluar me një kapsulë të hollë, ky inkapsulum nuk është gjithmonë i plotë dhe eficient, pasi shpeshherë vërehet tejkalimi i kapsulës nga qelizat tumorale dhe ky është një nga shkaqet e recidivave të shpeshta në gofë se tumori nuk hidet plotësisht bashkë me indin për rreth (4, 8, 10). Një gjë e tillë është konstatuar edhe në materialin tonë. Nga 48 raste të ekzaminuara, tejkalimi i kapsulës është vërejtur në 9 raste dhe kryesisht në 6 raste me ekstirpim të plotë të tij dhe 3 raste nga biopsi fragmentare. Autorë të tjerë (1, 8) recidivat ia atribuojnë jo vetëm faktit se në disa raste inkapsulimi nuk është i plotë, por edhe sepse tumori paraqitet në formë nryash të shumta të përartëra. Nga kjo konkludohet se për të parandaluar recidivat është e nevojshme heqja e plotë e gjendrës (parotidkromi totale) me ruajtje të nervit facial.

Në vendin tonë, kjo metodë me ruajtje të nervit facial, e modifikuar, përdoret gjersisht gysh nga viti 1969 me rezultate të mira (9).

Tumori mlkët prej më shpesh moshat e dhjetëvjeçarit të 3-4. Në materialin tonë, këto tumore i kemi të shpërndarë që nga dhjetëvjeçari i dytë me 6 raste gjër në dhjetëvjeçarin e shtatë me dy raste me maksimum në dhjetëvjeçarin e tretë dhe të katërtë me 23 raste. Ndryshime të shpeshtësisë sipas seksit nuk kemi konstatuar (26 femra dhe 22 meshkuj). Gjithashtu nuk kemi vënë re ndonjë mbizotërim të anës së djathtë apo të majtë.

**Adenolifoma.** — Me sinonimet e tij të shumta në vartësi të teorive të shumta histogjenetike si «Cystadenoma papillare lymphomatum», «tumor i Whartin» etj., lokalizohet kryesisht në gjendrrat e mëdha dhe veçanërisht në parotis. Në materialin tonë është gjetur në 4 raste, dmth në 3,6% të të gjithë tumoreve të gjendrrave të pëshlymës dhe 4,9% të tumoreve të parotit. Autorë të ndryshëm e japin përqindjen në gjendrrat e pëshlymës në 4-5%, në gjendrrat e mëdha në 5-6% dhe në 10% të të gjithë gjendrrave të pëshlymës (1,4 etj).

Sic del nga këto të dhëna, përqindja e këtyre tumorit luhetet në shifra të ndryshme dhe përqindja e gjetur prej nesh gjendet në kufij të këtyre diapazonit.

Të 4 rastet tona janë lokalizuar në parotis, megjithëqë në përqindje mjatë të vogël, mund të lokalizohet edhe në gjendrrat e tjera të mëdha (1,3,4 etj.). Gjithashtu janë pëshkruar lokalizime shumë të rraffa si në buzë ashtu dhe në mukozën e gojës (3).

Nga ekzaminimi i rasteve tona dhe të dhënave të literaturës, tumori paraqitet me përmasa të vogla deri në pak cm, i rumbullakosur, i kufizuar mirë, i lëvizshëm dhe me konsistencë të butë. Në të gjitha rastet e ekzaminuara është gjetur struktura tipike histologjike me hapësira cistike të veshura me epitel dy rradhësh, oksifil, me shtrësenë e sipërme të përberë nga qeliza cilindrike dhe me rritje papilomatoze të tij në brendi të cistave. Stroma e pasur limfoide me folikuj

të shumtë, në të cilën janë të vendosura cistat, diagnozën histologjike e bën të lehtë. Kuadri histologjik i tij dhe klinika flet për një tumor benigni dhe pas heqjes së plotë nuk recidivon.

Ashtu siç jepet edhe në literaturë, tumori është më i shpeshtë në meshkuj. Këtë raport ne e kemi në 3:1, ndërsa autorë të tjerë e japin më 6:1 (10) dhe 30:6 (3). Po ky autor i fundit shpeshësinë me të lartë e jep në dhjetëvjeçarin e gjeshhtë, ndërsa rastet tona paraqesin moshën mesatare 30,5 vjeç, nga të cilët më i riu 17 vjeç dhe më i vjetri 58 vjeç.

**Onkocitoma (Adenoma oksifile).** — Ky tumor i rrallë benigni, me lokalizim kryesisht në thellësi të gjendrës parotis, në literaturën e kon-sultuar cilësohet vetëm si i «rrallë» pa dhënë asnjë përqindje (1,4,10, etj). Në 109 rastet e tumoreve të gjendrave të pëshlymës, kemi hasur vetëm në një rast, që përbën 0,90% të të gjithë tumoreve të gjendrave të pëshlymës dhe 1,20% të atyre të gjendrave parotis. Ky tumor ka pasur strukturën histologjike tipike në formë të adenomës alveolare solide me fare pak stromë, të ndërtuar nga qeliza të mëdha oksifile (onkocite).

**Tumori muko-epidermoid.** — Ky tumor relativisht i shpeshtë është gjetur prej nesh në 5 raste, që përbëjnë 4,50% të të gjithë tumoreve të gjendrave të pëshlymës dhe 60% të tumoreve të gjendrave parotis. Shpeshësia e gjetur prej nesh është mjaft më e ulët se në disa të dhëna të literaturës së konsultuar. Kështu një autor (2) përqindjen e tij e jep në gjendrrat e mëdha në 12-15%<sub>0</sub>, ndërsa në gjendrrat e vogla një autor tjetër (7) e jep në 10-12%<sub>0</sub>, por ka të dhëna për lokalizimin në parotis që e japin në 3,80% (2).

Edhe në materialin tonë në prerje është vërejtur siperfaqja viskozë e tumorit të patiksanur, çka mund të orientojë edhe për diagnozën makroskopike. Në ekzaminimin histologjik, tumori ka pasur strukturën tipike të përberë nga qeliza të tipit spinocelular të pakëratinuzar me urza interqelizore të dukshme mirë, qeliza mukoproduhuese dhe qeliza të ndërmjetme.

Mbi malinjitetin dhe benignitetin e tyre është diskutuar shumë (10), po ashtu dhe mbi kriteret histologjike për përcaktimin e këtyre vetive, çka nuk është verifikuar të jetë e vlefshme për praktikën (8, 10), pasi këto kritere nuk janë gjithmonë të përpilta. Autorë të ndryshëm (8, 10) si dhe në klasifikimin e Organizatës botërore të Shëndetësisë (8) rekomandohet që të mos emërtohen si karcinoma, por si «tumore muko-epidermoid» dhe se me trajtimin modern të kohës së sotme, këto tumore duhet të shkojnë drejt shëritimit.

Rastet tona janë gjetur kryesisht në meshkuj (4 raste), moshë mesatare e të cilëve ka qënë 60 vjeç.

Vlen të përmendet se mund të paraqitet rasti për të bërë një diagnozë diferenciale ndërmjet tumorit të vërtetë muko-epidermoid, që shpesh ulçerohet në fage dhe karcinomës spinocelulare së lëkurës së regjionit të gjendrës parotis, që ulçerohet në thellësi. Përveç të dhënave klinike, ky dallim bazohet kryesisht në gjejen e epitelit mukoproduhes në tumor.

**Karcinomat.** — Të gjitha llojet e karcinomave, të paraqitur në klasifikimin e OBSH, gjenden si në gjendrrat e mëdha të pëshlymës

asthu dhe në ato të voglat. Në gjendrrat parotis (duke përfashtuar katër raset e tumori mikst malinj të trajtuar më sipër), janë hasur në 21 raste, që përbëjnë 25,26% të tumoreve të tyre. Në të gjithë gjendrrat e pështymës janë gjetur 32 raste ose 29,30%. Duke përfshirë në to edhe katër raset e «tumori mikst malinj», numri i tyre i përgjithshëm arrin në 36 me 32,00%. Tumori mikst malinj përfaqëson 4,9% të tumoreve parotis.

**Karcinoma adenoidë cistike (Cilindroma).** — Termi më i përshtatshëm është ai i «Karcinoma Adenoides Cysticum», që ndihmon njëkohësisht për të bërë dallimin nga tumoret beninje të lekurës (cilindroma të lekurës) (10). Por termi «cilindroma» përdoret sot gjëresisht dhe është veshirë të grënjoset, asthu si termi «tumor mikst» në vend të «adenomës pleoforme». Në materialin tonë, ky tumor është gjetur në 13 raste, që përbëjnë 11,80% të të gjithë tumoreve të gjendrrave të pështymës dhe nga këto, 5 në gjendrrat parotis ose 60% të tumoreve të këtyre gjendrrave. Përqindjen e tyre, në gjendrrat e mëdha, autorët e bibliografisë së konsultuar prej nesh, e japin në 4-50% (4), në të gjitha gjendrrat e pështymës në 40% (1).

Ndërtimi histologjik i cilindromës shpeshherë krahasohet me pamjen e dantelës. Herë të tjera tumori përëhet vetëm nga kordone ose trabekula epiteliale të rregullta. Ka prirje për rritje infiltrative dhe përhapje rreth këllëfëve nervorë (4, 10). Ky tumor paraqet agresivitet të madh lokal dhe mund të shkaktojë edhe vdekjen nga ndërlikimet lokale. Moshë mesatare e tyre, në materialin tonë, ka qënë 55 vjeç.

**Adenokarcinomat.** — Janë tumore epiteliale malinje me strukturë të ndryshme histologjike: tubulare, kanalikulare, papilare, alveolare etj. Në materialin tonë janë 13 raste, nga të cilët 10 në gjendrrat parotis, një në submandibulare dhe dy në sublinguale. Ato përfaqësojnë 11,90% të tumoreve të gjendrrave të pështymës në përgjithësi, ndërsa ato me lokalizim të parotis 12,10% të tumoreve të këtyre gjendrrave.

Makroskopikisht ato paraqiten si tumore jo të kufizuara mirë, pjerërisht të fiksuara me indet për rreth. Ato me lokalizim në parotis infiltruonë nervin facial. Shumë shpejt ato japin metastaza në nyjet limfatike regjionale dhe në vonë edhe më të largta (1). Ndërtimi histologjik është në varësi të tipt.

**Karcinomat.** — Në materialin tonë këto përfaqësohen me 6 raste; të gjithë me lokalizim në gjendrrat parotis. Përbëjnë 5,50% të të gjithë tumoreve të gjendrrave të pështymës dhe 7,30% të atyre të parotis.

Karcinoma e gjendrrave të pështymës mund të gjëndet në formën spinocelulare (në materialin tonë 3 raste), në formën e karcinomës së padiferencuar (3 raste) dhe në karcinomë në adenomën pleomorfe. Në këto të fundit mund të klasifikohen vetëm ato tumore, që, përveç komponentit karcinomatoz, paraqesin edhe komponente të adenomës pleomorfe (1, 4, 8, 10).

**Tumoret joepiteliale.** — Në këtë grup përfshihen të gjithë tumoret beninje dhe malinje me prejardhje nga indet e tjera joepiteliale. Në materialin tonë, këto tumore përbëjnë 15 raste, të gjithë me lokalizim në parotis, që përfaqësojnë 13,70% të të gjithë tumoreve të gjendrrave të pështymës dhe 18,30% të atyre të parotis. Ndër to janë: 9 tumore mezenklimale beninje dhe 6 limfoma malinje.

**Tumoret mezenkimale brenjje të parotis.** — Këto tumore i kemi gjetur në 9 raste, 8,20% të të gjithë tumoreve të gjendrrave të pëshlymës dhe 10,90% të tumoreve të parotis.

Të ndara sipas tipit përfaqësohen kështu:

Tumore angiomatoze: gjithsej 7 raste, nga të cilat 6 hemangioma kapilare dhe një limfangiomë kapilare. Bashkërisht përbëjnë 6,40% të tumoreve të gjendrrave të pëshlymës dhe 8,50% të tyre të parotis. Të gjithë raset kanë qenë në moshat më të njoma, me moshë mesatare 10,3 muajsh. Dihet se angiomat janë tumore tipike për moshat e njoma (1, 4, 7, 8, 10). Sipas disa autorëve (8), ato përfaqësojnë 50% të tumoreve salivare në fëmijë, duke përfshirë këtu edhe neurofibromën. Në materialin tonë, angiomat përfaqësojnë 100% të tumoreve të fëmijëve. Ndër tumore të tjera mezenkimale brenjje kemi gjetur edhe një fibromë dhe një lipomë në moshë të rritura me lokalizim në parotis.

**Tumoret mezenkimale malinje.** — Janë gjetur gjashtë raste, të gjithë limfoma malinje, që përfaqësojnë 5,50% të tumoreve të gjendrrave të pëshlymës në përgjithësi dhe 7,30% të atyre të parotis. Nga këto kanë qenë: dy limfosarkoma, dy relikulosarkoma dhe dy limfoepitelioma. Dihet se patologjia glandulare e limfomave malinje zakonisht është ple-së përberëse e patologjisë të përhapur të këtyre tumoreve. Në raset së përberëse e patologjisë të përhapur në fillim megjithëqë më vonë tonë, patologjia glandulare ka zotëruar në fillim megjithëqë më vonë janë zbuluar edhe shenjat e tjera klinike. Në këto raste, biopsia e gjendrrave salivare ka ndihmuar së tepërmi në kërkimin klinik të mëtejshëm.

**Lezionet e përëfarta.** — Një nga këto është lezioni limfoepitelial brenj, i cili mikroskopikisht karakterizohet nga atrofia e parenkimës glandulare, nga infiltrate qelizash epiteliale dhe mioepiteliale në formë ishujsh. Këto ndryshime konsiderohen si manifestime të sëmundjeve autoimune. Në statistikën tonë kemi pasur tre raste të tilla, të dëguara për ekzaminim histologjik me diagnozë klinike «tumor i parotis». Mbi evolucionin e tyre nuk kemi të dhëna të mëtejshme. Këto tre raste përfaqësojnë rreth 3,650% të tumoreve të parotis.

**Tumoret e gjendrrave të mëdha (jo parotis).** — Të gjitha gjendrrat e pëshlymës preken nga tumore që kanë të njëjtat karakteristika histologjike, por që ndryshojnë nga një gjëndërr në tjetrën për probleme të taktikës terapeutike, shpeshesisë dhe deri diku të prognozës. Ndër gjendrrat e tjera (përveç parotis) në kemi gjetur këto të dhëna:

**Tumoret e gjendrrave submandibulare.** — Përsa i përket shpesh-tësisë ato vinë në radhë të dytë pas atyre të parotis me 14 raste ose 12,90% të shumës së tumoreve të gjendrrave të pëshlymës në përgjithësi. Nga këto 11 janë tumore mikste, që përbëjnë 78,50% të tumoreve të këtyre gjendrrave, 2 cilindroma (14,20/0) dhe një adenokarcinomë.

**Tumoret e gjendrrave sublinguale.** — Në materialin tonë kemi vetëm dy raste, që janë baraz me 1,80% të të gjithë tumoreve të gjendrrave të pëshlymës. Të dy raset kanë qenë adenokarcinoma.

**Tumoret e gjendrrave të vogla të pëshlymës.** — Këto gjendrra të përhapura në hapësirën e gojës, duke filluar që nga buza, preken mjaft shpesh nga tumoret. Në materialin tonë ato përbëjnë 11 raste, baraz me 10,00% të tumoreve të gjendrrave të pëshlymës në përgjithësi.

si. Nga këto, 5 janë mikste (45,04) të tumoreve të këtyre gjendrrave dhe 6 cilindroma (54,50/0). Përqindja e përgjithshme e tumoreve të gjendrrave të vogla të pëshlymës, e gjetur nga ne (10,00/0) është mjaft e ulët se ajo e dhënë, që japin disa autorë të bibliografisë sonë, me 31,00/0 (6) dhe 21/0 (5).

Tumori mikst ka pasur këto lokalizime: buzë e poshtme — një rast, qiellza e butë — një rast dhe qiellza e fortë — tre raste. Si raport është i përafërt me ato që japin disa autorë (5), që nga 13 raste të tumoreve mikste të gjendrrave të vogla, 8 i jep në qiellzën e fortë, dy në bazën e gjuhës, një në forniks, një në qiellzën e butë etj., ndërsa autorë të tjerë (6), nga 54 tumore mikste benignje të gjendrrave të vogla, 35 i ka gjetur në qiellzë, 7 në mukozën bucale, dy në buzën e sipërme dhe këstu me radhë.

**Cilindroma.** — Është gjetur në gjendrrat e vogla në 6 raste, të ndarë në mënyrë të barabartë: dy në qiellzën e fortë, dy në qiellzën e butë dhe dy në radiks lingue. Ato zënë 54,50/0 të gjendrrave të vogla. Disa autorë (6) përqindjen e tyre e japin në 37,20/0, me lokalizim kryesisht në qiellzë (13 raste), *sinus maxillaris* (9 raste), baza e gjuhës 5 raste dhe me raste të veçuara në lokalizime të tjera.

## KONKLUZIONE

1) Nga 109 tumoret e gjendrrave të pëshlymës, 82 prej tyre (75,20/0) kanë gënë të lokalizuar në gjendrrat parotid, 14 ose 12,80/0 në gjendrrat submandibulare, dy (1,80/0) në gjendrrat sublinguale dhe 11 (10,00/0) në gjendrrat e vogla të hapësirës së gojës.

2) Tumori më i shpeshtë që është hasur ka gënë adenoma pleomorfe (tumori mikst) me 48 raste, nga të cilët 4 me malinjitet citolo-adenokarcinomat gjithashtu me 13 raste.

3) Për bërjen e diagnozës së përpiktë histologjike për të gjithë tumoret e gjendrrave të pëshlymës në përgjithësi, por veçanërisht për adenomën pleomorfe, është i domosdoshëm ekzaminimi i copave të ndryshme, pasi struktura e tyre shpesh ndryshon nga një vend në tjetrin. Për këtë gjithashtu duhet një bashkëpunim i ngushtë ndërmjet histopatologut dhe klinikistit.

4) Në rastet tona, indi muksoïd është gjetur vetëm në 7,50/0.  
Dorëzuar në Redaksi më 15 shtator 1976.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Bhaskar N.S.: Synopsis of oral pathology. Second Edition. The C. V. Mosby Company, Saint Louis 1965, 434.
- 2) Bozzetti F., Catania C.V., Gennari L.: Considerazioni in tema di tumori mucocutanei della parotide. «Tumori» 1970, vol. 56, nr. 4, 245.
- 3) Catania C.V., Gennari L., Bozzetti F., Molinari R.: L'adenomifoma della parotide. «Tumori» 1969, vol. 55, nr. 6, 347.
- 4) Gorlin S.R., Vickers A.R.: Face, lips, mouth, jaws, salivary glands and neck. Në Anderson W.A.D. «Pathology» Sixth Edition. Saint Louis 1971, 1100.

- 5) Luna A.M., Stimson G.P. and Bordwijn M.S.: Minor salivary glands tumors of the oral cavity. Oral surgery, Oral Medicine, Oral Pathology 1968, vol. 25, nr. 1, 71.
- 6) Potdar G.G. and Parnaster G.J.: Tumors of minor salivary glands. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology 1969, vol. 28, nr. 3, 310.
- 7) Rroku G. e bp.: Morfologjia patologjike për degen e stomatologjisë. Tiranë 1975, 375.
- 8) Thackray G.A., Sobin H.L.: Types Histologiques des tumeurs des glandes salivaires. Classification Histologique Internationale des tumeurs. Organisation Mondiale de la santé, Genève 1972, nr. 7.
- 9) Tringev S.: Mbi kirurgjinë e tumoreve mikste të gjëndrës parotide me rastje të nervit facial. Buletini i UT — seria shkencat mjekësore 1973, nr. 1, 151.
- 10) Wheelock C.M.: Lesion of major and minor salivary glands—Cysts Tumors and functional disorders. Në Thiecke W.R.: Oral Pathology Mc. Graw-Hill Book Company. New York, Toronto, Sydney, London 1965, 314.

#### Summary

### TUMOURS OF THE SALIVARY GLANDS IN THE HISTOLOGICAL PRACTICE

The paper discusses 109 cases of tumours of the salivary glands observed during the examination of biopsy materials for a period of 19 years (1957-75). Of these, 82 were located in the parotid glands (75.2%), 14 in the submandibular glands (12.8%), 2 in the sublingual glands (1.8%) and 11 in the small salivary glands.

Of all the tumours, 48 were mixed, which represents 44.0% of the tumours of all the glands. 32 of these were located in the parotid glands (29.3%).

The author has made use of the WHO classification of these tumours according to their type and location.

The distribution of the types observed by the author is fairly similar to that found by other authors.

The author notes that the histological diagnosis of the tumours of the salivary glands, particularly of the larger ones, requires the examination of a large number of preparations taken from different parts of the glands, and in express cases, their careful re-examination at a later period.

#### Résumé

### LES TUMEURS DES GLANDES SALIVAIRES DANS LA PRATIQUE HISTOLOGIQUE

L'auteur de cet article, se fondant sur les résultats des biopsies effectuées pendant 19 ans (1957-1975), étudie 109 cas de tumeurs des glandes salivaires. De leur nombre 82(75,2%) étaient localisées dans les glandes parotides, 14(12,8%) dans les glandes submandibulaires, 2(1,8%) dans les glandes sublinguales et 11 dans les petites glandes salivaires.

Du nombre total de ces tumeurs, 48 appartiennent au type de tumeurs mixtes, qui représentent 44 pour cent des tumeurs de toutes les glandes. 32 de celles-ci étaient localisées dans la glande parotïde.

Ensuite il procède à la classification OMS de ces tumeurs selon leur type et leur localisation.

Sa répartition des types observés correspond en général à celle des autres auteurs.

Il relève en dernier lieu que le diagnostic histologique des tumeurs des glandes salivaires, et en particulier des grandes glandes, exige l'examen d'un grand nombre de prélèvements opérés en différentes parties de la glande. En plus, dans les cas de biopsie urgente il importe de réexaminer plus tard les résultats obtenus.

TE DHËNA PARAPRAKE RENTGJENOLOGJIKE-STATISTIKORE  
TË SËMUNDJES UÇËRROZE NË SPITALIN KLINIK NR. 1— VANGJUSH GOLLOSHI —  
(Katedra e Propedeutikës)

Në patologjinë dhe kirurgjinë tonë, sëmundja ulçeroze ze një vend të rëndësishëm. Ajo prek çdo moshë, por kryesisht moshat relativisht të reja, 25-50 vjeç, që janë më prodhimtare dhe përbejnë pjesën më të madhe të popullsisë punonjëse. Si pasojë e saj, kemi edhe rritje më të madhe të paaftësisë së përkohshme në punë.

Ne kemi bërë një studim radiologjik (kryesisht mortfologjik) të materialit të klinikave të fakultetit pranë spitalit klinik nr. 1 për periudhën pesë-vjeçare 1962-1966, studim që do të jetë në vazhdim.

Ulçera gastro-duodenale është një sëmundje e aparatit tretës me karakter kronik, ciklik dhe që reflektohet me formimin e një ose më shumë ulçerave në vendet që i nënshtrohen veprimit të lëngut gastrik, veprim që është Sine Qua Non shkaku i ulçerës peptike.

Shumë autorë kanë analizuar dhe kanë nxjerrë konkluzione për këtë sëmundje, por prapëseprapë etiologjia dhe patogjeneza ende mbeten të pasqeruarra plotësisht.

Ekzaminimi radiologjik i kësaj sëmundjeje, që takohet shpesh, bëri që kjo të konsiderohej si një sëmundje, ku radiologjia vendos diagnozën e plotë deri në 90-95% të rasteve.

Gjatë viteve 1962-1966 në spitalin klinik nr. 1 të Tiranës në klinikat e patologjisë janë shtruar 12.975 vetë. Nga këta rezultuan me ulçer gastro-duodenale 539 të sëmurë (4,1%). Të dhënat tona përkohësisht me ato të shumë autorëve të bibliografisë sonë dhe të shumë autorëve tjerë (cituar nga 2,4). Në autorët e bibliografisë sonë, kjo përqindje lëkundet 5-14%.

Nga të shtruarit, në të sëmurët tanë, ulçera e duodenit përfiqëson grupin më të madh me shifrën 465 (86,3%), ndërsa ai i stomakut -74 (13,7%). Pra në materialin tonë, raporti ulçera e duodenit me atë të stomakut është 5:1 për ulçerën duodenale. Autorë të tjerë këtë raport e japin 10:1 (4), 5:21:1 (5), 4:1 (9), 8:1 (11), 30:1 (14-Indi).

Në rastet tona, ulçera e duodenit seksin mashkull e ka prekur në raport 4.5:1. Sipas të dhënave të autorëve të bibliografisë sonë, ulçera e duodenit ka prekur seksin mashkull në raport 4:1(2,3), 6:1(5), 5.6:1(10), 3.8:1(12). Po këto të dhëna të përafërta japin edhe autorë të tjerë në Venezuelë, Brazil dhe Zvicër (cituar nga 2).

Në materialin tonë, raporti midis të shtruarve, që merren me punë fizike dhe atyre që merren me punë mendore është 1.3:1. Po këto të dhëna japin edhe autorë të tjerë (13).



Ulçera ka një diapazon të gjërë në kohë dhe këtë e vërteton ana-meza e plotë e të sëmurëve. Në materialin tonë, mesatarja është 37.5 vjeç (pasqyra nr. 1), ndërsa ai i stomakut prek moshat 40-60 vjeç, mesatarja 50 vjeç (pasqyra nr. 2). Sipas autorëve të ndryshëm, mesatarja e moshave lëviz për ulçerën duodenale 36 vjeç, ndërsa ajo e stomakut 44 vjeç (1). Ka autorë që thonë se ulçera e duodentit takohet më dekadën e katërtë të jetës, ndërsa e stomakut në të pestën. Autorët të tjerë mesataren e ulçerës duodenale e kanë 29 vjeç, ndërsa të sto-

### ULÇERA DUODENALE

PASQYRA N°2

MOSHA	45-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61 e lant	shuma	RAPORTI
SEKSI	M	F	M	F	M	F	M	F
	M	F	M	F	M	F	M	F
RASTET	7	6	60	16	145	22	50	22
PERQINDJET	45% 12%	41% 34%	44% 34%	44% 47%	47% 40%	47% 70%	22% 30%	42% 182%

### ULÇERA GASTRIKE

PASQYRA N°2

MOSHA	21-30	31-40	41-50	51-60	61 e lant	shuma	RAPORTI
SEKSI	M	F	M	F	M	F	M
	M	F	M	F	M	F	M
RASTET	7	1	9	7	13	9	43
PERQINDJET	94% 13%	42% 94%	47% 42%	47% 41%	41% 51%	41% 42%	68% 34%

makut 38 vjeç (cituar nga 2). Një autor tjetër (3) jep mesataren 30 vjeç, kurse një autor tjetër (5) për ulçer duodenale e jep në dekadën e katërtë, ndërsa atë të stomakut në dekadën e pestë të jetës.

Pas këtyre të dhënave të përbashkëta dhe karakteristike për këtë sëmundje, po analizojmë dy lokalizimet më të preferuara të ulçerës.

**Ulçera gastrike** është një krater i lokalizuar në muret e stomakut, prek dhe shtrësën muskulare-mukoze të tij. Radiologjikisht paraqitet në formë të rumbullakët si trekëndësh ose ovale, megjithëse kjo ndryshon nga vendi ku zhvillohet. P.sh. në regjionin e kardias, këto janë të pjerrta, me buzë të mprehta, disa herë marrin formën e «pikës së lotit», ndërsa në ato të regjionit antropilorik — të sheshta. Sic duket, ky aspekt ndikohet edhe nga gjendja dhe funksioni i shtrësës muskulare të kësaj zone.

Në aspektin radiologjik, lokalizimi më i preferuar i ulçerës është kurbatura minor, ndërsa në studimet anatomo-patologjike, lokalizimi i shpeshtë është në zonën antropilorike. Kjo mospërpulthje shpjegohet me faktin se zona antropilorike është më e vështirë për t'u studjuar. Në këtë zonë, ulçera është më e shpeshtë dhe më e vogël dhe ndryshimmet funksionale janë më të shprehura.

Autorë të ndryshëm ulçerën e takojnë në 59% të rasteve 6 cm. larg unazës së pilorit, të tjerë në 94% të rasteve (studim i hollësishëm histologjik) (cituar nga 2).

Ka autorë që kanë parë se glandulat e pilorit zenë 11,5% të të gjithë sipërfaqes së stomakut dhe nga këto 43,7% e zë zona e kurvaturës minor (cituar nga 2). Pra mendojnë pse edhe radiologjikisht, ulçera takohet më shumë në këtë segment.

Në materialin tonë, nga 74 raste me ulçer të stomakut (pasqy-  
ra nr. 3) në regjionin e kardiās u takuan 6 raste (9,4%), kurse një autor (3) e jep 1,8%. Në kurvaturën minor ne e kemi gjetur në 39 raste ose 52,7%, ndërsa autorë të tjerë e japin 55,5% (3), 75,8% (5), 17,5% (9). Në murin posterior ne e takuam në 3 raste ose 4,05%, kurse një autor (5) e ka takuar në 4 raste (6,8%). Ka autorë (8) që mendojnë

PASQYRA NR 3

VENDI I LOKALIZIMIT TE ULÇERES		GASTRIKË			GJITHSËR	
CARDA 1/3 SUPËR	1/3 MËSME	1/3 I INFERIOR	ANTRO-PILORIK	MURI POSTERIO		MURI ANTERIO
6	39	8	18	3	—	74

se 65% të rasteve të ulçerave të lokalizuara në kurvaturën minor janë lokalizime posteriore, ndërsa ulçerat me fundus dhe antrum janë veshtrë të diagnostikohen për ndryshimet e shumta të këtij segmenti. Sipas disa autorëve (cituar nga 2) në studimet anatomo-patologjike, ulçera takohet njësoj si në regjionin antropilorik ashtu dhe në kurvaturën minor, madje e para ia kalon të dytës. Radiologjikisht në regjionin antropilorik, ulçerën ne e kemi takuar në 18 pacientë (24,8%), autorë të ndryshëm e kanë takuar në 17% (5); të tjerë në 24,6%, 28,3% (6), 32% (9), 64% (12).

Per studimin e ulçerës, një problem jo më pak i rëndësishëm është edhe madhësia e saj. Mbizotërojnë kryesisht ulçerat me madhësi deri në 1 cm. Të tilla ne kemi gjetur 30 raste, 18 kanë qënë nga 2 cm., 7 deri në 3 dhe 3 nga 4 cm. Të tjerat janë përshkruar si ulçera kalloze ose ulçera ventrikuli me madhësi të papërcaktuara. Vlen të theksohet se ulçerrat mbi 4 cm., si rregull, janë të lokalizuara në muret posteriore, ndërsa ato mbi 8 cm. janë të murit posterior (fundus, corpus, antrum) (8).

Autorë të ndryshëm japin mendime ekuivoke në se është malinjuzuar apo jo, më tepër përshkruajnë e japin statistika dhe gjithënjë rezervojnë të drejtën e përkufizimit të «qartës», që duhet treguar ndaj këtij problemi të rëndësishëm. Disa autorë thonë se ulçerat mbi 2,5 mm janë malinj, ndërsa të tjerë kanë takuar benignje më të mëdha se 3 cm. (7), ndërsa një tjetër (2) ka takuar raste deri në 10 cm të madhe.

Megjithëkëtë, po qe se ulçera është e madhe ose jo, por nuk ndryshon madhësinë e saj për një kohë të gjatë (pas terapisë) ose është kalloze, ajo duhet operuar.

**Ulçera duodenale.** — Studimet e fundit tregojnë se duodeni, veçanërisht bulbi, është një pjesë mjaft e ndjeshme ndaj faktorëve të

ndryshëm lokalë, abdominalë, ose nervorë; prandaj në këtë pjesë, ulçera zhvillohet 4-10 herë më tepër se ai i stomakut. Në materialin tonë kemi takuar 465 raste, që kapin 3,50% të të sëmurëve të shtruar në patologji dhe 86,30% të të sëmurëve me sëmundje ulçerose.

Sipas autorëve të ndryshëm (2, 4, 6, 10, 14), ulçera lokalizohet në bulb të duodenit në 85-95% të rasteve.

Lidhur me kohën e diagnostikimit radiologjik të ulçerës dhe vazhdimësisë së saj, rastet tona lëkunden nga disa javë deri në 23 vjet. Raporti i ulçerës akute me atë kronike është mjaft i gjërë. Në gfitë se do të quajmë ulçerë të freskët (akutet ku futen dhe subakutet) me anamnezë disa ditë deri në 3-4 muaj, ne kemi 13,20% të rasteve, 6 muaj deri një vit 10,70% të rasteve, një deri 5 vjet në 41,50% të rasteve, 5-15 vjet — 19,60% të rasteve dhe mbi 15 vjet 7,20% të rasteve.

Nishta e Haudeckut, si simptomi radiologjike e ulçerës, është takuar në 850/0 të rasteve tona, ndërsa deformimi i bulbit (sig' dihet interpretimi i tij nga ana radiologjike në 90-950/0 të rasteve është pasojë e ulçerës duodenale), në materialin tonë zë 72,50% të rasteve. Gati 12,20% të rasteve janë takuar me ulçerë të freskët, të cilat zakonisht nuk japin deformim të bulbit. Sipas lokalizimit, në materialin tonë, nishta është takuar në raste e në përqindje sipas pasqyrës nr. 4.

PASQYRA NR. 4

VENDI I LOKALIZIMIT TË ULÇERES DUODENALE													
EM	KURVAJ	HURPAJ	POST	SAZ E	NUMP	DEFER	RAKIM	DEFORM	PERKURV	DEFORM	PERKURV	CGITHSË	
FACE	MEDIA	LATER	BULSA	BULBI	MARKI	COLE	PUDRI	TRAKLI	PERKURV	PERKURV	DEFORM	PERKURV	CGITHSË
124	18	40	2	3	8	14	7	39	4	2	171	39	465
28,9%	4,2%	9,3%	0,05%	0,6%	1,8%	3,1%	1,6%	9,1%	0,9%	0,4%			

**Ulçera gastro-duodenale.** — Në studimin e materialit tonë prej 539 rastesh me ulçerë rezultoi se nga këta, 32 pacientë kishin ulçerë në stomak dhe në duoden, ose 5,90%. Autorë të tjerë kanë takuar ulçerë të kombinuar në 1,30% dhe 120/0 të rasteve të tyre (2), 2,30% (citar nga 4), 1,40% (3), 210/0 (5), 20/0 (12). Në bazë të këtyre të dhënave del se raporti ulçerë ventrikuli dhe duoden, lokalizim i njëhershëm në dy organe, luhaten nga 1,30% në 120/0.

#### KONKLUZIONE

1) Sëmundja ulçerose, në materialin tonë, zë 4,10% të patologjisë së përgjithshme dhe moshë mesatare që vuan më tepër nga ulçera duodenale është 37,5 vjeç, kurse ai i stomakut 50 vjeç.

2) Raporti midis seksit mashkull/femër është 4,5:1 në duodenalin dhe 2,2:1 në gastrikun, ndërsa profesioni nuk luan ndonjë rol të madh. Raporti midis punës mendore dhe asaj fizike është 1:1,3.

3) Ulçera duodenale është më e shpeshtë se ajo e stomakut. Ulçera duodenale zë 86,30% të rasteve, pastaj vjen ai i stomakut 13,70% dhe ulçera gastro duodenale me 5,90% të rasteve. Kjo e fundit, e traj-

tuar si ulçer e vegantë për çdo pjesë (stomak dhe duoden) është futur në përqindje të të dyjave.

4) Ulçera e stomakut lokalizohet më tepër në kurvatyrën minor, që në materialin tonë zë 52,7% kryesisht në 1/3 e mesme; ndërsa ulçera duodenale zë muret e tij, më tepër murin posterior me 28,9%/0-

Dorëzuar në redaksë më 5 dhjetor 1976.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Alavaro B. D. : Gastroduodenal ulcer. The proceedings of the world congress of gastroenterology, 1967, vol. II, 101, The 3rd world congress of gastroenterology — Tokyo.
- 2) Bockus H. : Gastroenterology. Second edition W. B. Saunders company Philadelphia and London 1963, vol. I, 420.
- 3) Bushi K. : Të dhëna statistikore-rrengjenologjike të sëmundjeve ulceroze në rrethin e Pogradecit për vitet 1969-1973. Shëndetësia Popullore 1975, 2, 82.
- 4) Dede S. : Sëmundia ulceroze gastro-duodenale. Tiranë 1974, 99.
- 5) Hysa T. : Disa të dhëna statistikore mbi sëmundjen ulceroze në rrethin e Matit gjatë viteve 1968-1970. Buletini i USHT — seria shkencat mjekësore 1976, 1, 55.
- 6) Robbins L. L. : Goldens diagnostic radiology section V digestiv tract. The Willkins company Baltimore 1969, 5247, 5436.
- 7) Kirsch E. J. : Benign and malign of stomach. Diferential diagnosis. Radiology, 1955, Vol. 64.
- 8) Palmer D. E. : Chronic gastric ulcer on the posterior wa Jama OCT 20, 21, 1974, vol. 230, nr. 3, 450.
- 9) Sağatörljan G. M. : Rrengjen diagnostika sabolevanii pishervoda i zheludka i gastroskopii. Izdatel'stvo «Aistan», Erevan 1966, 260.
- 10) Selencia P. : Veprimtaria motore e aparatit tretës dhe kolecistës në sëmundjen e ulcërës. Punim për titullin «Kandidat i shkencave mjekësore» — 1961.
- 11) Selencia P. : Kontribut për studimin e ulcërës në vendin tonë. Buletini i USHT — seria shkencat mjekësore 1961, 1, 18.
- 12) Selencia P. e bp. : Rrengjenologjika e sëmundjeve të aparatit tretës. Tiranë 1965, 122.
- 13) Skela A. : Disa të dhëna mbi sëmundjen ulceroze në spitalin e Fierit. Shëndetësia popullore 1974, 4, 89.
- 14) Shanks S. S., Kerley P. P. : A text book of x ray diagnosis. Fourth edition Saunders company Philadelphia and Toronto 1969, Vol. IV, 120.

### Summary

## RADIOLOGIC FINDINGS ABOUT GASTRIC AND DUODENAL ULCERS DURING THE PERIOD 1962-1966

An analysis is presented of 530 cases of peptic ulcers, which represent 41 percent of the patients admitted in the clinics of the Nr. 1 Hospital of Tirana during the period 1962-66. Of these 86,3 percent were duodenal, 13,7 percent gastric and 5,9 percent gastroduodenal ulcers.

The 74 of gastric ulcer were discovered in the fifth decade of life, while the duodenal ulcers were more frequently diagnosed in the third decade.

Gastric ulcers were more often located in the middle third of curvatūra minor of the stomach (in 52,7 percent of the cases). The size of these ulcers ranged from 1 to 4 cm in diameter. Failure of the conservative treatment to reduce

the size of the ulcer or the presence of callous ulcers was regarded by the author as indication for surgical intervention.

Of the 465 cases of duodenal ulcer the lesions were more frequently located on the front wall of the duodenum (in 28.9 percent); «niche» was observed in 85 percent of the cases.

Of the 74 cases of gastric ulcer 32 had also duodenal ulcers, which shows that often the two are associated. The combined forms represent 5.9 percent of our cases.

### Résumé

## DONNÉES RADIOLOGIQUES SUR L'ULCERE GASTRO-DUODENAL PENDANT LA PERIODE 1962-1966

Dans cet article, l'auteur analyse 539 cas d'ulcère peptique, soit 4.1 pour cent des malades hospitalisés à la clinique de l'Hôpital nr. 1 de Tirana pendant la période 1962-1966. De leur nombre 86.3 pour cent avaient un ulcère duodénal, 13.7 pour cent un ulcère gastrique et 5.9 pour cent un ulcère gastro-duodénal.

Dans 74 cas l'ulcère gastrique était une maladie de la cinquantaine; l'ulcère duodénal, par contre, a été plus fréquemment diagnostiqué pendant la trentaine. En ce qui concerne la localisation de l'ulcère gastrique, celui-ci a été plus souvent relevé dans le 1/3 médiane de la petite courbure (52.7 pour cent des cas). Son diamètre variait de 1 à 4 cm. L'auteur recommande l'intervention chirurgicale lorsque le traitement conservatif n'a pas réussi à diminuer les dimensions de l'ulcère ou en présence d'une formation calleuse.

Sur un total de 465 cas d'ulcère duodénal, les lésions étaient plus souvent localisées sur les faces du duodène (28,9%). Quant à la «niche» des faces, elle a été constatée dans 85% des cas.

Parmi les 74 cas d'ulcère gastrique, 32 avaient aussi un ulcère duodénal ce qui montre que ces deux formes se trouvent souvent associées. Ce groupe de malades constitue le 5.9 pour cent de nos cas.

**NDRYSHMET E PROVAVE TË RETENSIONIT TË  
BROMSULFATALEINËS (BSF) DHE LABILITETIT  
KOLOIDAL GJATË HEPATITVEVE**

— LILIANA SHOLLA, VOJSAVA DILAVERI, VIKTOR BILYKBASHI,  
SIRI LESKOVIKU —

(Laboratori Biokimik Qëndror i Spitalëve — Tiranë)

Si rezultat i kujdesit të madh të Partisë dhe të Pushtetit Popullor, në vendin tonë është rritur jo vetëm numri i laboratorëve kliniko-biokimikë, por edhe gama e analizave që kryhen në to.

Krahas analizave të shumta që kryhen në këto laboratore, një vend më rëndësi zënë edhe analizat që bëhen për të studiuar gjendjen funksionale të mëlçisë. Këto analiza i japin një ndihmë të madhe mjekut klinicist për të bërë një diagnozë të përpiktë në drejtim të hepatitëve dhe për të ndjekur prognozën e tyre.

Për sëmundjet hepatobiliare janë propozuar prova të shumta funksionale, që kanë vlerë të madhe në diagnozën dhe në prognozën e tyre. Në numrin e madh të këtyre provave, një vlerë të madhe ka prova e ngarkesës me bromsulfataleinë (BSF) dhe provat e labilitetit koloidal. Prova e BSF është një nga më të ndjeshmet dhe më specifike për të vënë në dukje ekzistencën dhe shkallën e një dëmtimi funksional të indit hepatic (1,4).

Për të kryer këtë provë janë propozuar metoda të shumta, duke përfshirë këtu edhe disa metoda të kllirencit të bromsulfataleinës. Por, megjithatë, në praktikë përdorim të gjërë ka gjetur metoda klasike Rozenthal dhe White (4).

Parimi i kësaj metode qëndron në atë që përcaktohet sasia e ngjyrësit që mbetet në serumin e gjakut 45 minuta pas ngarkesës intravenoze me 5 mg bromsulfataleinë për kg/peshë. Normalisht, rensioni është deri 50/0.

Provat e labilitetit koloidal vënë në dukje një prishje të gjendjes koloidale gjatë disproteinemisë.

Ekziston një numër i madh provash të labilitetit koloidal dhe në të vërtetë nuk është lehtë të bëhet një zgjedhje e tyre, sepse në praktikë të gjitha këto prova paragesin të njëjtën vlerë klinike.

Në bazë të përvojës sonë dhe duke iu referuar literaturës së specializuar (2,3) për këtë problem, mendojmë se një tablo të përpiktë të gjendjes koloidale të ekuilibruar të proteinave serike mund të merret me provat e mëposhtme:

1) Prova me sulfat zingu (Kunkel); 2) prova me timol (Mac Lagan); 3) Prova me biklorur zhivë (Talkata Ara); 4) prova me tretësirë Lugoli (Mallen).

Në këtë punim po paragesim të dhëna mbi ndryshimet e provës së bromsulfaleinës dhe provave të labilitetit koloidal gjatë hepatitëve. Materiali ynë përbëhet nga 104 raste të shtruar gjatë viteve 1975-1976 në klinikën e terapisë së fakitetit, nga të cilët 17 ishin me hepatite kronike agresive, 50 me hepatite kronike persistente dhe 37 kronike të papërcaktuara. Diagnoza është vënë nga klinika e terapisë së fakitetit në bazë të anamnezës së pacientit, të të dhënave klinike, të rritjes së mëcilës ose të shprektës, provave të labilitetit koloidal, laparoskopisë dhe punksonit biopsi. Matjet fotometrike për provën e BSF janë bërë me spekul në gjatësinë e valës 580 nanometër, ndërsa për provat e labilitetit koloidal janë bërë me spektrofotometër. Për provën Mallen është gjykuar me sy.

Rezultatet e marrura për provën e BSF janë paraqitur në pasqyrën nr. 1 sipas nozologjive përkatëse.

Pasqyra nr. 1

Diagnoza	Retensioni i B. S. F. në përqindje				
	Nr. i rasteve	deri 5	6-10	11-20	mbi 20
Hepatie kronike agresive	17	17,8%	23,5%	47%	11,7%
Hepatie kronike persistente	50	48%	36%	16%	—
Hepatie kronike të papërcaktuara	37	51,3%	46%	2,7%	—

Sikundër shihet nga pasqyra nr. 1, përqindja më e madhe e vlerave normale u përket të sëmurëve me hepatit kronik të papërcaktuar (51,3%/0). Gjithashtu nga pasqyra nr. 1 rezultoi se retensioni i BSF është më i madh gjatë hepatitit kronik agresiv (47%/0 e rasteve përfshihen në diapazonin 11 deri 20%/0 retension i BSF.

Pra, retensioni i BSF është përgjithësisht më i shtuar në hepatitin kronik agresiv, pastaj në hepatitin kronik persistent dhe së fundi në hepatitin kronik të papërcaktuar.

Në studjuesim edhe ndryshimet e provave të labilitetit koloidal gjatë hepatitit. Nga provat e labilitetit koloidal përcaktuan dhe studjuesim ndryshimet e provës Kunkel, Mac-Lagan, Takata-Ara dhe Mallen. Në pasqyrën nr. 2 janë paraqitur rezultatet e marrura gjatë përcaktimit të provës Kunkel.

Pasqyra nr. 2

Diagnoza	Unitete turbidimetrike					
	Nr. i rasteve	Deri 30	31-35	36-40	41-60	mbi 60
Hepatie kronike agresive	17	5,5%	33,3%	11%	22,2%	28%
Hepatie kronike persistente	50	38%	28%	4%	30%	—
Hepatie kronike të papërcaktuara	37	45%	20%	5%	30%	—

Nga pasqyra nr. 2 mund të nxjerrim si përfundim se prova Kunkel është më e alteruar gjatë hepatitit kronik agresiv, pastaj gjatë hepatitit kronik persistent dhe së fundi gjatë hepatitit kronik të përcaktuar. Megjithatë edhe negativiteti i provës nuk e përjashton hepatitin kronik agresiv dhe se kjo përqindje është shumë e vogël (5,50/0 të rasteve sipas të dhënave tona). Në pasqyrën nr. 3 janë paraqitur të dhënat e marrura gjatë përcaktimit të provës Mac-Lagan.

## Pasqyra nr. 3

## Unitete turbidimetrike

Diagnoza	Nr. i rasteve	deri 2	2.1-2.5	2.6-3	3.1-6	mbi 6
Hepatie kronike agresive	17	38.8%	27.7%	—	22%	11.5%
Hepatie kronike persistente	50	70%	14%	4%	12%	—
Hepatie kronike të papërcaktuara	37	71%	9%	10%	10%	—

Nga pasqyra nr. 3 vërehet se përqindja më e madhe e pozitivitetit u përket rasteve me hepatite kronike agresive, madje mbi 6 unitete Mac Lagan ka qënë edhe 11.50/0 e rasteve tona.

Nga kjo mund të arrijmë në përfundim se kjo provë është më e ndjeshme për hepatitet kronike agresive dhe më pak për ato kronike të papërcaktuara. Në pasqyrën nr. 4 janë paraqitur rezultatet që kemi marrë gjatë përcaktimit të provës Takata — Ara dhe Mallen.

## Pasqyra nr. 4

Diagnoza	Takata — Ara					Mallen				
	Nr. i rasteve	—	+	++	+++	Nr. i rasteve	—	+	++	+++
Hepatie kronike agresive	17	35.3%	23.5%	17.2%	11%	11%	57%	18%	12.5%	12.5%
Hepatie kronike persistente	50	58%	28%	14%	—	—	88%	12%	—	—
Hepatie kronike të papërcaktuara	37	15%	15%	—	—	—	76%	21%	3%	—

Pra, siç shihet edhe nga pasqyra nr. 4, përqindje më të mëdha të pozitivitetit prova Takata Ara e ka gjatë hepatitit kronik agresiv. Gjithashtu rezultoni se prova Mallen ka një përqindje më të lartë pozitiviteti në hepatitin kronik agresiv, pastaj në hepatitin kronik të papërcaktuar dhe, së fundi, në hepatitin kronik persistent. Megjithatë, ashtu siç u thà më sipër, për provat Kunkel dhe Mac-Lagan, edhe për provat Takata Ara dhe Mallen, nga të dhënat tona, rezultoni



se negativiteti i këtyre provave nuk përjashton hepatitin kronik, goftë ky agresiv, persistent apo kronik i papërcaktuar.

Duke analizuar rezultatet e studimit tonë sipas pasqyrave nr. 2,3,4 vërejmë se disproteinemia është më e shprehur gjatë hepatitit kronik agresiv, gjë që shqërohet edhe me një pozitivitet më të lartë të provave të labilitetit koloidal në këtë nozologji.

Disproteinemia vihet re edhe gjatë hepatitit kronik persistent, por në një shkallë më të vogël se gjatë hepatitit kronik agresiv, kurse shprehur kronik të papërcaktuar, disproteinemia është më pak e shprehur sesa gjatë hepatitit kronik agresiv dhe persistent. Duke studiuar pozitivitetin e selicës provë të labilitetit koloidal, kemi vërejtur se gjatë hepatitit kronik agresiv, persistent dhe kronik i papërcaktuar më e ndjeshme është prova Kunkel dhe pastaj janë provat Takata-Ara, Mac-Lagan dhe Mallen.

## PËRFUNDIME

1) Prova e ngarkesës me BSF është një provë e ndjeshme dhe specifike për të vënë në dukje ekzistencën e një dëmtimi funksional të indit hepantik. Retensioni i BSF është më i madh gjatë hepatitit kronik agresiv, kronik persistent dhe, së fundi, gjatë hepatitit kronik të papërcaktuar.

2) Disproteinemia është më e theksuar gjatë hepatitit kronik agresiv, gjë që shqërohet me një pozitivitet më të lartë të provave të labilitetit koloidal.

3) Gjatë hepatitit kronik agresiv, kronik persistent dhe kronik të papërcaktuar më i ndjeshëm është prova Kunkel dhe pastaj radhiten prova Takata-Ara, tymol dhe Mallen.

4) Negativiteti i provave të labilitetit koloidal nuk e përjashton mundësinë e ekzistencës së një hepatiti.

Dorëzuar në Redaksi më 15.II.1977

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Adhami J., Pilku N.: Mjaskimi i hepatiteve kronike me kortizonikë dhe imunosupresorë. Buletini i UT — sema shkencat mjekësore 1976, 2, 21.
- 2) Jayle M. F.: Në librin: Techniques de laboratoire. Masson et Cie éditeurs, Paris 1968.
- 3) Lynch J.: Medical laboratory technology. Saunderss company. Philadelphia and London 1964, 107.
- 4) Shteto K.: Biokimia në praktikën klinike. Tiranë 1975.

## SUMMARY

**CHANGES IN THE BROMSULFOALEIN RETENTION TEST  
AND IN THE COLLOIDAL LABILITY IN HEPATITIS.**

The changes were studied of the tests of Bromsulfoalein (BSF) retention and the colloidal stability in various forms of hepatitis.

The BSF test is very sensitive and specific in revealing functional deficiencies of the liver tissues. The authors find that BSF retention is highest in chronic aggressive hepatitis, then in chronic persistent hepatitis and least of all in chronic undetermined hepatitis.

It was noticed that in chronic hepatitis the Kunkel test was more sensitive than, in decreasing order, the Takata-Ara, thymol, and Mallen tests.

The negative colloidal lability tests do not exclude the possibility of hepatitis.

## R é s u m é

**DIFFERENCES DE RÉTENTION PENDANT LES ÉPREUVES A LA  
BROMSULFONEPHTALEINE (BSP) ET LA LABILITÉ COLLOIDALE  
DANS LES HÉPATITES**

Les auteurs ont étudié les différences de rétention pendant l'épreuve à la bromsulfoéphthaléine (BSF) et la labilité colloïdale dans les différentes formes d'hépatite.

L'épreuve à la BSP est un des tests les plus sensibles et spécifiques pour déceler les altérations fonctionnelles du tissu hépatique. Selon différents auteurs, la rétention du BSP est plus grande dans les hépatites de formes chronique agressives, persistantes et latentes. Ils ont même relevé que la réaction Kunkel est la plus sensible dans les hépatites chroniques, puis viennent la réaction de Takata-Ara, la réaction au thymol et celle de Mallen.

Le résultat négatif du test de labilité colloïdale n'exclut pas la possibilité d'existence d'une hépatite.

## TË DHËNA MBI KORIGJIMIN E DISA ANOMALIVE NË MOSHA TË RRITURA ME APARAT ANGEL

— AFRËDITA BASHA —

(Katedra e Ortopedisë Stomatologjike)

Organet e trupit të njeriut, gjatë jetës, pësojnë një sërë ndryshimesh morfologjike në varësi të ngushtë të funksionit të tyre. Në moshat e njoma, aparatit përtyrës e vërteton vëganerisht gartë këtë unitet. Ndryshimet morfologjike ruajne unitetin e tyre të formës dhe funksionit në goltë se gjatë procesit të rritjes dhe zhvillimit të njeriut nuk vepron asnjë faktor patogjen goltë i jashtëm ose i brendshëm. Prishja e unitetit në evolucionin e një organi shfaqet me lindjen e anomalive të ndryshme, që, në sistemin e dhëmbëve, të nofullave dhe të fytyrës ndeshen në moshë të ndryshme sipas veprimit të faktorëve etilogjikë që ka ndikuar. Mjekimi i këtyre anomalive varet jo vetëm nga anomalia përshtuese, por sidomos nga moshë.

Për mjekimin e anomalive të dhëmbëve dhe të nofullave në moshë të reja kërkohet një forcë më e vogël (5), ndërsa në moshë të rritura, mjekimi i tyre kërkon një forcë më të madhe (4) jo vetëm për sigurimin e raporteve normale të dhëmbëve, por për të parandaluar edhe recidivat e anomalive, që në këto moshë janë të shpeshta, pasi edhe vetë proceset metabolike janë më pak të shprehura.

Të nisur nga këto arsye ne provuam mjekimin e anomalive me aparate fikse në moshë të rritura. Arsyetja e mjekimit të anomalive me këto aparate ishte edhe përvoja e klinikës sonë, që ka treguar se aparatet e lëvizshëm, në moshat e rritura, jo vetëm që veprojnë pak dhe ngadalë, por arritja dhe fiksimi i rezultatit nuk është i sigurtë nga mosmbajtja në rregull të këtyre aparateve. Për korigjimin e këtyre anomalive, ne kemi përdorur modifikimin e aparatit të qëndrueshëm të Anglit.

Me këtë metodë kemi mjekuar 25 të sëmurë me anomali të ndryshme, nga të cilët 10 ishin me moshë 18-24 vjeç dhe 15 me moshë 12-18 vjeç. Nga këta 16 ishin femra dhe 9 meshkuj. Sipas diagnozës, ato rezultojnë: 4 prognati, 4 pseudoprognati, 6 me pozicion palatinal të 3/3, 3 me supraokluzion të 3/3, një me supraokluzion të 2, 2 me kompresion të regjioneve distale, 2 me retruzion të dhëmbëve frontalë posttë, 3 me okluzion të thellë dhe retruzion të dhëmbëve frontalë sipër. Gjithsej 13 anomali nofullash dhe 12 anomali dhëmbësh.

**Rezultati.** — Në 25 raset e mjekuara, rezultate mjaft të mira kemi pasur në korigjimin e pseudoprogenisë në një kohë relativisht të shkurtër 2,5-3 muaj dhe pa asnjë ankesë nga ana e të sëmurëve. Re-

zullate të mira dhe të shpejta kemi pasur edhe në 4 raste me pozicje palatinal të 3/3, kur koronën metalike e vendosëm jo vetëm në por edhe tek 3/3, me anën e së cilës mënjanoam rëshqitjen ose larmin e ligaturave të telit dhe, rrjedhimisht, arritjen e shpejtë të rezultit të kërkuar. Në 2 raste me këtë diagnozë kemi shtuar vizitat e sëmurit pa rezultat fillestar, duke përsëritur herë pas here aplimin e ligaturës në 3/3, të cilat rëshqisnin, siç duket nga forma e 1 ronis së tyre jo refentive për qëndrimin e tyre dhe fillimin e një ritoni. Po kështu rezultate të mira kemi pasur edhe në mjekimin e truzionit të dhëmbëve. Ndërsa për raset e suprokluzionit të dhëmbëve në fillim nuk arritëm rezultate të dukshme, megjithëse aplikimi i ligaturës qëndronte vazhdimisht i rregulltë. Siç duket aktivizimi harkut nuk ishte i mjaftueshëm për prodhimin e forcës së duhura. Mesa duket, në këto raste, forca e rezistencës së dhëmbit ishte më e madhe se ajo e prodhimit të aparatit. Pra aplikimi i koronave dhëmbët me anomali krijoi vazhdimësi të rregulltë të mjekimit dhe mundësi për lëvizjet e dhëmbëve në drejtimet e dëshëruara për një kohë 2 muajore dhe pa asnjë ankësë nga ana e të sëmurit. Në 2 raste të korrigjimit të prognatisë kemi ndeshur fenomene ultracioni të gënjave si pasojë e protruzionit të theksuar të dhëmbë frontalë sipër. Prandaj në këto raste aplikimi i koronave metalike i 3/3 na ndihmoi mjaft që rezultati të arrihej pa ankesa nga ana e sëmurës dhe të mënjanohej rëshqitja e harkut nga pozicioni i shinuar.

Për ilustrim të rezultateve të mësipërme, po përshkruajmë rastet e mëposhtme tipike:

1) I sëmurit E. C., vjeç 23, nr. kartele 468 dhe regjistri 259, i raqitet në klinikën tonë me diagnozën pseudoprogeni. Me qënë së sëmurit ishte në një moshë relativisht të madhe dhe se në anamnezë tregonte se para dy vjetësh ka pasur aparat të lëvizshëm, por u mërng nga masiviteti i tij dhe kontrolli i gjatë, u vendos të mjekohet i aparatit e qëndrueshëm fiks të Angelit. Për të hequr bllokimin dhëmbëve të sipërmë nga të poshtmit, ngritjen e katshitit e arriti me anë të modelimit të sipërfaqeve përtypëse të 6/6 rreth 2 mm. I aplikimit të aparatit, i sëmurit u porosit për vizitat e herë pas here shme çdo 5 ditë për të kruptuar se si do të reagojë paradonti gjatë aktivizimeve brenda këtyre ditëve. Duke parë se i sëmurit nuk tregoi asnjë shqetësim si dhe duke u nisur nga mungesa e reaksioneve fiziologjike nga ana e dhëmbëve dhe e paradontit, vazhduam rregullisht aktivizimin e therpasheshëm dhe të njëjtë. Duke zbatuar forcën aparatit pranë dhëmbëve me vendosje anormale në sajë të veprimritij të izoluar pa llogaritur rolin e forcave natyrore, me arritëm zhvendosjen fillestare të tyre sipas dëshirës pa asnjë pasojë. Dozimin e forcës gjatë përdorimit të këtij aparatit, e caktoam në mënyrë të li dhe duke i pasur parasysh vecoritë individuale të paradontit dhe të inde dhëmbë nofulla (1,2). Shtimi gradual i forcës gjatë aktivizimeve d cënoi gërkullimin e gjakut, qëndrueshmërinë biologjike të indeve dhëmbëve përkates. Pas 2 muajsh, me aktivizimin e harkut dhe vitave të rregullta të të sëmurit, u arrit, korrigjimi i plotë i anomali:

prandaj në këtë kohë u bë edhe heqja e sipërfaqeve përtypëse të këllëfëve.

Duke u nisur nga fakti se ndërhyrja ortodontike e një anomalie të dhënë përmbleh dy etapa njëra pas tjetrës, pra zhvendosjen e dhëmbëve ose mjekimim e anomalisë dhe mbajtjen e rezultati të arritur (3, 6, 7), aparatit në e lamë në pasivitet për 3 muaj. Në kontrollin e bërë pas heqjes së aparatit nuk është konstatuar ndonjë mënjanim nga rezultati i arritur.

2) Në një të sëmurë tjetër S. K., vjeç 18, me nr. kartele 221 dhe regjistri 419 kemi aplikuar modifikimin e aparatit Angel për këtë diagnozë: /2 i kryqëzuar me mungesë të konsiderueshme vendi, supra-okluzionin e tij dhe spostime transversale të 3 1/1. (Me transpozicion distal të 1/1 dhe transpozicion mezial të 3/1).

Megjithatë në diagnozë u konstatua se edhe 2/ ishte në pozicion qiellzor me mungesë vendi, në planin e mjekimit u vendos që ky dhëmb të hiqej jo vetëm nga pozicioni dhe mungesa e vendit, që në këtë moshë ishte vështirë të arrihej, por edhe nga ekzistenca e procesit peri-apikal të tij. Aplikuan aparatit Angel dhe në mes 3/1/1 vendosëm ligatura teli, të cilat i aktivizuan për 1,5 muaj, duke arritur në afrimin e tyre, sigurimin e vendit për 2/. Në këtë mënyrë aparatit na ndihmoi që të zhvendosim nga brenda jashtë dhe 2/. Megjithatë 2/, pas tërheqjes, mbeti mbikafshim, vendosëm një koronë metalike dhe kroshe me hapije nga sipër. Duke aktivizuar harkun nën kroshe në afër brinjës preçe, për 3 janë 2/ arriti në rrafshin normal të kafshimit. Përsa i përket linjës mediane, e cila ishte spostuar majtas nga anomalia e asaj të poshtmes, kjo linjë u la në fillim se e sëmura refuzoi ndërhyrjen në nofullën e poshtme. Kontrollat e mëvonëshme treguan qëndrueshmëri të rezultati.

3) E sëmura I. S., vjeç 9 dhe nr. regjistri 193, u paraqiti në klinikën tonë me diagnozën: vendosje qiellore e 3/3 me zbulim të pjesshëm të koronave të tyre dhe praninë e vendeve përkatëse. Pas vendosjes së aparatit që përmbante korona metalike jo vetëm në 6/6, por edhe në 3/3 me kroshe, që ligaturat e teltit të mos rëshqisnin, e sëmura u porosit që të vizitohet pas 5 ditë. Gjatë kësaj vizite ajo referoi për dhembje të lehta në dhëmbët. Ajo i ndjente si të mpirë. Ky fenomen na bëri të mendojmë se forca e dhënë në përpëra, nëpërmjet ligaturave të teltit, ka qënë më e madhe nga sa duhej dhe, se në këtë rast, paradonti mund të ishte më i ndjeshëm, prandaj aparatit u la në qëqesi dhe e sëmura u porosit që të vinte pas 7 ditë. Në vizitën e mëvonëshme, shqetësimet e mësipërme nuk persistojn, prandaj si zakonisht vazhduam aktivizimin e aparatit për 4 muaj deri në arrijten e plote të rezultati. Në këtë kohë u bë heqja e sipërfaqes përtypëse të këllëfite dhe aparatit u la në pasivitet. Përsa u përket rasteve të tjera, fenomenet shqetësuese i kemi ndeshur kryesisht në grupin e moshave 12-18 vjeç, tek të cilët na u desh një vëmendje e posaçme gjatë aktivizimeve, ndërsa në moshat mbi 18 vjeç, këto fenomene nuk i kemi takuar.

## PËRFUNDIME:

Aparati i qëndrueshëm i Anglit gjen përdorim në anomalitë ndryshme kryesisht në moshat e rritura pa shkatëruar pasojë në ind dhembë-nofulla. Rezultatet e tij janë më të mira, sidomos në mos dhe anomali, që nuk korrigjohen me aparate të lëvizshëm.

Gjatë aktivizimit të këtij aparati, duhen pasur parasysh vegorit individuale dhe reagimet e paradontit, që rezultojnë gjatë kontrol klinik e radiologjik.

Dorëzuar në Redaksi më 5.XI.1976

## BIBLIOGRAFIA

- 1) **Belman A. I. e bp.**: Ortopedjeskaja stomatologija detskova vozrastu. 1972, 1
- 2) **Decelle V.**: Des quelques causes provoquant des lésions dentomaxillo facie Revue française d'odontologie 1964, nr. 10, 200.
- 3) **Isard G.**: Orthodontie. Paris 1950, 938.
- 4) **Korhauz G.**: Le traitement d'orthopédie dentofaciale chez les adultes. Rev française d'odontologie. Bonn. 1964 4, 70.
- 5) **Lira Dh.**: Ortodontia 1972, 166.
- 6) **Lira Dh., Barka A.**: Praktikum i ortodontisë, Tiranë 1975, 29.
- 7) **Michel Langlade**: Thérapeutique orthodontique. Paris 1973, 15, 171.

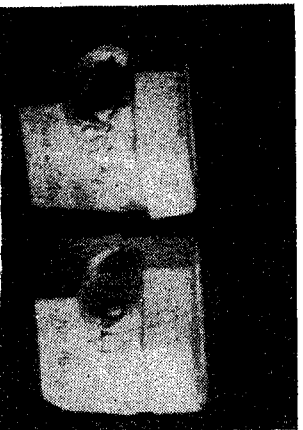


Foto 1. Rasti I  
Para dhe pas korrigjimit

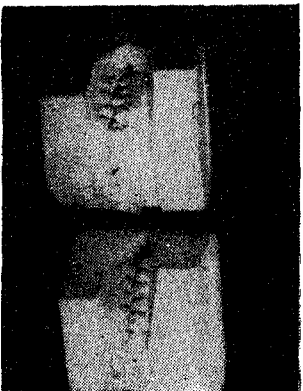


Foto 2. Rasti II  
Para dhe pas korrigjimit

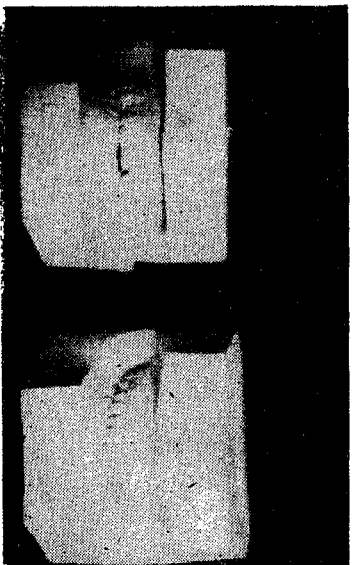


Foto 3. Rasti III  
Para dhe pas korrigjimit

## S u m m a r y

**CORRECTION OF SOME DENTAL ANOMALIES IN ADULTS  
BY THE USE OF THE ANGEL APPARATUS**

The results are discussed of the treatment of various dental anomalies by using the fixed apparatus of Angel, in which the mobile arch makes it possible to obtain satisfactory results not only among children whose bone system is still in the process of development, but also among adults. It is pointed out that the results of the treatment depend on the careful application of the arch, on the amount of force exercised by it, and on the way the apparatus is adapted to the individual peculiarities of the parodontium.

The arch, which is the part of the apparatus, must be constructed according to the amount of force it is intended to exercise, bearing in mind not only the correction that should be obtained, but also the complications that can result from its faulty application.

## R é s u m é

**CORRECTION DE CERTAINES ANOMALIES DENTAIRES CHEZ DES  
ADULTES PAR L'EMPLOI DE L'APPAREIL ANGEL**

Dans cet article il est question de différentes anomalies dentaires corrigées avec l'appareil fixe d'Angel, qui, grâce à son arc mobile, donne des résultats satisfaisants non seulement chez les enfants dont le système osseux est en cours de formation, mais aussi chez les adultes. L'auteur indique que pour obtenir des résultats satisfaisants avec cet appareil, il faut avant tout faire un usage correct de son arc, soit de la force que celui-ci exerce, et l'adapter aux caractéristiques individuelles du parodontium.

Enfin l'auteur dégage la conclusion que l'arc, en tant que partie essentielle de l'appareil d'Angel, doit être construit de façon à exercer non seulement la quantité de force nécessaire à corriger l'anomalie, mais aussi à ne pas provoquer d'éventuelles complications.

## DOZIMI I 17-KETOSTEROIDEVE URINARE ME NJE METODE E APLIKUESHME NE LABORATORET KLINIKO-BIOKIMIKE

— SRI LESKOVIKU, SELFIRE ÇUBERI, SHPRESA TAHIRI —

(Laboratori Biokimik Qëndror të Spitalave — Tiranë)

Në sajë të kujdesit të madh të Partisë, në laboratorët klinikobiotkimikë të vendit tonë kryhet një numër i madh analizash biokimike të ndërlikuara. Në drejtim të shtimit të gamës së analizave të ndërlikuara jo vetëm në laboratorët e qendrës, por edhe në rrethe janë bërë përpertime të dukshme.

Një rëndësi të madhe për diagnozën e sëmundjeve endokrine paraqet dhe përcaktimi i 17-ketosteroidëve urinare.

Të gjitha metodat e dozimit të 17-ketosteroidëve urinare bazohen kryesisht në modifikimin e sasive të reagentëve, që marrin pjesë në reaksionin ngjyruës, apo në modifikime të hidrolizës, ekstraktimit dhe purifikimit të ekstraktit steroid.

Në kemi përshtatur një metodë të shpejtë dhe të përpiktë të dozimit e 17-ketosteroidëve urinare, e cila është e aplikueshme në çdo laborator klinikobiotkimik.

Në këtë punim paraqesim teknikën dhe eksperimentimin e hallkave të ndryshme të metodikës, që kemi përshtatur për t'u ardhur në ndihmë laboratorëve klinikobiotkimikë të vendit tonë në dozimin e 17-ketosteroidëve urinare.

### I. REAGENTAT

- 1) HCL i koncentruar AR
- 2) Eter etilik
- 3) NaOH 2N AR
- 4) Alkool absolut AR
- 5) KOH 5N. Prgatitet i freskët para analizës
- 6) Solucion 20/0 alkoolik metadinitrobenzol AR. Prgatitet i freskët para analizës.
- 7) Standart dehidroepiandrosteron ose androsteron 10 mg/0 në alkool absolut. Ruhet në frigorifer dhe vlen për rreth 6 muaj.

### II. — HIDROLIZA E 17-KETOSTEROIDEVE

Steroidet e gjakut dhe të urinës gjenden si në gjendje të lirë ashtu dhe të lidhura me acidin glukouronik, acidin sulfurik ose me rrallë me acidin fosforik (1, 4, 5). Në urinë gjendet vetëm një sasi e vogël ste-



roidesh në gjendje të lirë. Këto steroide ekstrahohen drejtpërdrejt solvent lipidesh. Pjesa më e madhe e steroideve në urinë eliminohet forma glukouronidesh (rreth 700/0), kurse një pjesë tjetër më e vë (rreth 300/0) gjendet në formë të estersulfatëve. Sikundër shihetës e domosdoshme që përpara se t'i nënshtrohen ekstraktimit, 17-ketoidet duhet të hidrohohen.

Për të kryer një hidrolizë totale të 17-ketosteroidëve, shumicë autoreve përdorin 10-15% HCL (V/V) në vlim me refrigjerant refl gjatë 10-15 minutave (1, 2). Në përdorim 20 ml. urinë (e marrë urina e 24 orëve e mbledhur paraprakisht me 5-6 ml. HCL të koncentru + 3 ml HCL: pra përdorim HCL në koncentrim 15% (V/V).

Për të thëshësuar procesin e vlimit eksperimentuam hidrolizën mostra paralele me refrigjerant vertikël dhe pa refrigjerant dhe më re se rezultatet ishin të njëjta. Për pasojë, vlimin e bëmë në erlenmajer me kapacitet 100 ml. me tapë zmerili të zhytur në një ba uj 100°C.

Për të përcaktuar kohën optimale të zjerjes gjithashtu eksperimentuam hidrolizën në mostra paralele për intervale të ndryshme k Stig del edhe nga pasqyra nr. 1, koha më e shkurtër për të kryer hie lizën e plotë është prej 10 minutash, prandaj këtë kohë zgjodhëm metodikën tonë.

Pasqyra nr. 1

Koha e hidrolizës në minuta	17 KS mg/24 orë
10	10,2
12	10,3
15	10,2
18	10,1
20	10,25

## II. — EKSTRAKTIMI I 17-KETOSTEROIDEVE

Për ekstraktimin e 17-ketosteroidëve, tretësit më të përdorsh janë: eteri, benzoli dhe tretësit e kloruar si tetrakloruri i karbonit, 1 roformi, diklometani, dikloretani dhe triklorelieni.

Tretësit e kloruar dhe benzoli japin ekstrakte më të pastër se et por eteri ka përparësi mbi këtë, sepse ai ekstraktim më pak 20-keto roide, që janë kromogjene të Zämermanit, të cilat, në disa gjendje fi patologjike, falcitikojnë dozimin e 17-ketosteroidëve. Për këtë arsye preferuam ekstraktimin me eter. Rezultatet më të mira i kemi fit duke ekstraktuar tretësirën ujore vetëm një herë me 40 ml. eter.

## IV. — PURIFIKIMI I EKSTRAKTT TË 17-KETOSTEROIDEVE

Shumica e autoreve (cituat nga 1) i largojnë pigmentet acide femolike nga ekstrakti, duke e trajtuar tretësin që përmban 17-keto roidet e ekstraktuara me një solucion të ngopur bikarbonat Na dhe

një solucion NaOH 1 N ose 2N. Në fakt kjo shpërlarje me solucionet sodike e eliminon njëkohësisht substancat acide dhe fenolike. Ka autorë që rekomandojnë shimin e hidrosulfitit në solucionin sodik derisa të reduktojë kekonet në substanca alkaline të tretëshme (cituar nga 1). Në preferuam shpërlarjen me 5 ml. NaOH e 2 N, me qënë se solucioni 2N NaOH në sasi më të madhe shkatërronte pjesërisht steroidet.

Pas kësaj, ekstrakti eterit shpërlahet 2 x 10 ml. ujë të distiluar dhe ndahet në dy pjesë të barabarta (në dy elermajera me kapacitet 100 ml). Thahet deri në mbetje të thatë. Njëri prej tyre shërben për analizë, kurse tjetri si blank i urinës.

#### V. — REAKSIONI NGJYRUES I 17-KETOSTEROIDEVE

Ngjyrimi i 17-ketosteroidëve u bë sipas reaksionit Zimmerman, por duke ndryshuar sasi të dhe përqëndrimin e reaktivave në mënyrë që t'i përshatëshin sasi të ekstraktit të steroidëve që fitohej. Kështu analizës i shtuan 1 ml. alkool absolut, 1 ml KOH 5 N dhe 1 ml solucion metadinitrobenzol, kurse blarakti të urinës 2 ml alkool absolut dhe 1 ml KOH 5 N. Që të zhvillohet reaksioni ngjyrues duhet bërë inkubimi. Shumica e autoreëve (cituar nga 1) inkubimin e bëjnë në temperaturën 25°C për 90 minuta. Por kjo ka si të metë faktin se gjatë stinës së verës nevojitet një ultratermostat me qarkullim uji për të realizuar temperaturën 25°C. Për këtë, ne bëmë inkubimin në banjë uji 32°C për një orë, duke i krahasuar rezultatet me inkubimin e kryer me 25°C për 90 minuta. Sikundër shihet edhe nga pasqyra nr. 2, rezultatet janë afërsisht të njëjta. Nga pasqyra nr. 2 rezulton gjithashtu se kur inkubimi bëhet më tepër se një orë (90 minuta), sasia e 17 ketosteroidëve nuk ndryshon në mostrat dhe, për pasojë, si kohë inkubimi zgjodhëm kohën prej një ore.

#### Pasqyra nr. 2

Koha e inkubimit	Temperatura e inkubimit	Sasia e 17-KS në mg. 24 orë për mostra të ndryshme urine				
1 orë	25° C	8,0	10,1	9,8	17,0	15,4
1 orë	32° C	8,2	10,8	9,1	16,2	15,3
90 minuta	32° C	8,2	10,7	9,0	16,0	15,2

Përcaktimi sasijor i 17-ketosteroidëve, sipas reaksionit Zimmerman, ka një sërë të metash. Kryesorja e këtyre të metave është ngjyra jo specifike që zhvillohet në mostrat krahas ngjyrës specifike të steroidëve. Gjatë procesit të inkubimit rriten rezultatet për llogari të kromogjenëve jo specifikë. Kështu, për të mënjannuar këtë të metë, disa autorë e ekstraktojnë ngjyrën finale me acetat amli dhe e fotometruojnë me gjatësinë e valës 520 nanometër, disa të tjerë aplikojnë korigjimin e

densitetit optik sipas Allen, kurse ne bëmë fotometrin e drejtpërdrejë në 530 nanometër, sikundër bëjnë disa autorë të tjerë me metodat tyre (ciltuar nga 1). Gjatësinë e valës së fotometrimit për Fekun 581 zgjodhëm pasi bëmë spekttrin maksimal të absorbimit.

Në pasqyrën nr. 3 jepen rezultatet e fituara gjatë përcaktimeve paralele me fotometrim të drejtpërdrejëtë 530 nanometër dhe fotometri në 520 nanometër pas ekstraktimit të ngjyrës finale me amil acetat.

Pasqyra nr. 3

Nr. i mostrave	Mg/24 orë 17—KS		Diferenca në mg.
	Fotometrim të drejtpërdrejëtë	Fotometrim pas ekstraktimit të ngjyrës finale	
1	12.8	10	2.8
2	15.6	13.5	2.1
3	8.5	6.2	2.3
4	14.4	12.1	2.3
5	9.8	8.6	1.2

Duke inu referuar pasqyrës nr. 3 vërejmë se për 5 mostrat e urinarave rezultatet dalin 1,2 deri 2,8 mg/24 orë më të larta kur bëhet fotometri mi i drejtpërdrejëtë pa e ekstraktuar më parë ngjyrën finale me amil acetat. Kështu në interpretimin e rezultateve të 17-kesteroideve m metodën e parqituar në këtë punim, mendojmë se duhet pasur parasysh edhe diferenca prej 1.2-2.8 mg/24 orë që ka rezultuar nga eksperimentet tona. Megjithatë në laboratorin tonë ka filluar puna për nxjerrjen e vlerave normale të kësaj metode, sepse sikundër dhet, çdo metodë biokimike i përngjigjen dhe normalat e saj (3).

#### VI. — FITIMI I KURBËS OPTIMALE TË KALIBRIMIT

Për të ndërtuar kurbën e kalibrimit në fillim përgatitet solucioni standard mëmë, duke tretur 10 mg, dehidroepiandrosteron ose andros teron me 100 ml alkool absolut. Përgëndrimi i standardit në këtë solucion është 100 mikrogram, për një ml. Përgëndrimet që përdoren gjatë ndërtimit të kurbës së kalibrimit i zgjodhëm duke u orientuar nga sasi e steroideve në urinat e njerëzve normale si dhe të atyre me sëmundje endokrine. Duke u nisur nga sa u tha më sipër, preferuam përgëndrimet 50, 100, 150 mikrogram dehidroepiandrosteron. Këto punohen një-lloj si analiza, duke filluar nga faza e reaksionit ngjyruës. Me densitet optike të fituara u ndërtua kurba e kalibrimit, e cila rezultoi në vijë të drejtë. Që këtej nxorëm si përfundim se në analizat e përditshme është e mjaftueshme të përdoret vetëm një përgëndrim (100 mikrogram). Shtojmë se krahas me analizat dhe standardin të punohet dhe një blank reagentash për të përjashtuar ngjyrën e reagentave. Blanku i reagentave të punohet që nga faza e reaksionit ngjyruës.

Fotometrimin u bë me fotoelektrokolorimetrim model 561 kundrejt blanku absolut me kyveta 1 cc. Ngjyra është e qëndrueshme një orë.

## VII — PËRSËRITSHMËRIA DHE REKOVERI I METODËS

Eksperimentimi i përsëritshmërisë së metodës u bë në këtë mënyrë. Nga urina e njerëzve normale si dhe të rasteve patologjike morem di-sa mostra. Për të mënjtuar zbehtëhimin e steroideve, mosthat u vendosën në frigorifer në 0° C dhe në to, për disa ditë rjesht, u përcaktua sasia e 17 ketosteroidëve. Kështu rezultatet e përsëritshmërisë së metodës për rastet normale, për rastet patologjike të ulur dhe të lartë jepen në pasqyrën nr. 4.

Pasqyra nr. 4

Nr. i provave të përsëritura	Mg/24 orë 17—ketosteroidëve		
	Rast normal	Rast patologjik i ulur	Rast patologjik i lartë
1	10,5	3,8	22
2	10,2	3,7	21
3	10,0	3,6	21,2

Stkundër shihet nga pasqyra nr. 4, metoda ka përsëritshmëri të mirë si për rastet normale ashtu dhe për rastet patologjike. Rekoveri i bërë pas fazës së hidrolizës rezultoi 97%/o.

## VIII. — DOZIMI I 17-KETOSTEROIDËVE NË NJERËZ NORMALË DHE NË RASTET PATOLOGJIKE

Pavarësisht nga eksperimentet e kryera në sipër, një metodë biologjike nuk mund të konsiderohet e gatshme për përdorim në qoftë se ajo nuk është provuar në rastet normale dhe në rastet patologjike. Për këtë qëllim, në bëmë përcaktimin e 17-ketosteroidëve në urinat e 40 njerëzve normale, nga të cilat 20 i përkisnin seksit mashkull dhe 20 seksit femër.

Të dhënat tona të fituara gjatë dozimit të 17-ketosteroidëve në urinat normale janë paraqitur në pasqyrën nr. 5.

Pasqyra nr. 5

Seksi	Kufiri i lëkundjes së 17—KS në mg/24 orë
Femra 20 raste	7,8—15,2
Meshkuj 20 raste	9,6—17,8

Krahas dozimit të 17-ketosteroidëve në urinat e njerëzve normalë bëmë përcaktime dhe në urinat e të sëmurëve me sëmundje endokrine, gjatë të cilave ndryshojnë sasi të e steroidëve të eli-

minuara me urinë. Kështu në pesë të sëmurë me sëmundje e Addisonit, 17-ketosteroidet ishin nga 1.2-3.3 Mg/24 orë, kurse i katër të sëmurë me sindrom adrenogjenital 17-ketosteroidet lëkund shihin nga 18-25 Mg/24 orë. Këto vërtetuan se metodika përputhet pl tësisht me klinikën.

Sikundër shihet, metoda e dozimit të 17-ketosteroidëve urinar që paraqitet në këtë punim, është e shpejtë, e përpiktë dhe e pë shtashme për t'u aplikuar në çdo laborator klinikë-biokimik të venc tonë për qëllime klinike, në mënyrë që mjeku klinici të jetë i gjendje të bejë diagnozën e sëmundjeve endokrine, diagnozë kjo, është e lidhur kryesisht me të dhënat laboratorike të steroidëve.

#### PËRFUNDIME

- 1) Hidroliza e 17-ketosteroidëve urinare me 15% HCL bëhet plotë për 10 minuta.
- 2) Ekstraktimi i 17-ketosteroidëve bëhet i plotë kur përdor 40 ml eter një herë dhe shpëlarja e ekstraktit bëhet me 5 ml NaOH 2
- 3) Matja fotometrike është optimale kur bëhet në gjatësinë e v lës 530 nanometër me fotoelektrokolorimetrin model 581. Ngjyra është e qëndrueshme një orë.
- 4) Kurba e kalibrimit është vijë e drejtë deri në përqëndrimin 1 mikrogram. Në dozimet e përditshme të përdoret vetëm përqëndrit i 100 mikrogram.
- 5) Metoda paraqet përsëritshmëri dhe rrekover të mirë.
- 6) Përcaktimi i 17-ketosteroidëve në urinat e njerëzve normale dhe të të sëmuruve me sëmundje të ndryshme endokrine vërteton pë pikmerinë e metodës.

Dorëzuar në Redaksi më 10.X.1976.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1) Jayle W. F.: Analyse des stéroïdes hormonaux. Masson 1962, 1, 11.
- 2) Lөрhne Y.: Clinical application of hormon assay. London 1958.
- 3) Lestovikju S.: Dita kritere bazë që përcaktojnë cilësinë e analizave biokimi Sheñdetësia popullore 1972, 2.
- 4) Sunderman W.: Laboratory diagnosis of endocrine diseases. Adam Hilger London 1971.
- 5) Shketo Kl.: Biokimia në praktikën klinike. Tiranë 1975, 273.

#### Summary

### DETERMINATION OF THE 17-KETOSTEROIDS BY A METHOD APPLICABLE IN OUR CLINICAL BIOCHEMICAL LABORATORII

A rapid and precise method was adapted for the assay of the urinary 17-ketosteroids. The method is applicable in any clinical biochemical laboratory & requires no special equipment. The paper describes the techniques and the experimentation carried out during the various stages of the adaptation. The hydric

sis of the 17-ketosteroids was carried out with a 15 percent solution of HCl for 10 minutes, the extraction with 40 ml ether, and the etheric extract was washed with 5ml of a NaOH 2N solution. The final intensity of the colour was measured at the 530 nm wave length of the photoelectrocolorimeter (model 581) and remained stable for about an hour. The calibration curve represented a straight line up to a concentration of 150 micrograms.

The method is reproducible and offers good recovery.

The method was tried out by determining the urinary 17-Ketosteroids in normal subjects and in patients with various endocrine disorders.

### Résumé

## DETERMINATION DES 17-KÉTOSTÉROÏDES URINAIRES PAR UNE MÉTHODE APPLICABLE DANS LES LABORATOIRES BIOCHIMIQUES DE NOS CLINIQUES

Les auteurs ont mis au point une méthode rapide et exacte pour déterminer les 17-Kétostéroïdes urinaires. Elle peut être appliquée facilement dans les laboratoires biochimiques de nos cliniques, du fait qu'elle ne nécessite pas des équipements spéciaux. Ensuite dans l'article il est question des techniques employées et des expériences effectuées pendant les différentes phases des recherches. L'hydrolyse des 17-Kétostéroïdes urinaires a été effectuée avec une solution de HCl 15 pour cent pendant 10 minutes, l'extraction avec 40 ml d'étheret le lavage de l'extrait étherique avec une solution de 5 ml. de NaOH 2N. L'intensité finale de la couleur a été mesurée avec un colorimètre photo-électrique (modèle 581) à une longueur d'onde de 530 nm et elle n'a subi aucune modification pendant une heure. La courbe de calibrage était représentée par une ligne droite jusqu'à une concentration de 150 microgrammes.

Cette méthode est reproductible et offre de bonnes possibilités de récupérage. Afin d'en vérifier l'exactitude de cette méthode, elle a été appliquée pour la détermination des 17-Kétostéroïdes urinaires chez des sujets normaux et des patients ayant des dérèglements endocrines.

## HIGJIENE DHE EPIDEMIOLOGJI

### TE DHENA PARAPRAKE MBI SHPESHTESINE E TAKIMIT TE PROTOZOAREVE INTESTINALE TEK TE SEMURJET TE SHTRUAR ME CRRREGULLIME GASTRO-INTESTINALE

— Prof. NIKOLLA DUSHNIKU ] QAZIM CERGA, FERASET GAGANI —

(Klinika e sëmundjeve infektive)

Paragjija e këtij materiali ka për qëllim të verë në dukje shpesh-tësinë e takimit të amebiazës, *lamblia-intestinalis*, në grupin e të sëmurëve të shtruar në spitalin nr. 4 me çrregullime gastro-intestinale gjatë viteve 1971-1972-1973. Kjo gjë bëhet jo vetëm si një depistim i thjeshtë statistikor, por edhe si një hap i parë në studimin e infestimeve nga protozoarët e aparatit gastro-intestinal.

Në shumë punime pranohet se entameba histiolitike si dhe *lamblia-intestinalis* zenë një vend me rëndësi në çrregullimet gastro-intestinale (1, 5, 7).

Vlerësohet se nga amebiazza preket 100% e popullsisë botërore. Incidencia e infeksionit ndryshon nga 10% ose më pak se 10% tek personat në zona me klimë të butë dhe me higjiene të mirë dhe arrin deri në 80% në disa vende me klimë subtropikale dhe tropikale. Por edhe në zonat me klimë të butë, incidencia e infeksionit mund të rritet deri në 50%, sidomos nga kolektivat e mbylltura, siç janë spitalet psikiatrike (1).

Në disa shtete ballkanike si në Greqi, në zonat rurale, amebiazza takohet nga 21-27,30% (7).

Në Jugosllavi në persona që merren me sende ushqimore, amebiazza është takuar në 13,30%, ndërsa në disa zona si në Malin e Zi është takuar deri në 72,40% (5).

*Lamblia*. — Per një kohë shumë të gjatë, parazitit është quajtur *giardia intestinalis* ose *lamblia intestinalis*. Sot ky parazit, nga pjesa dërrmose e autorëve, njihet me emërin *lamblia-giardia intestinalis*. Ky parazit është njëjtë i përhapur dhe takohet në çdo vend të botës. Në shtetet ballkanike, në zonat rurale të Greqisë takohet në 29,30% — 30,40% të popullatës (7), kurse në Jugosllavi takohet në 15,60% të popullatës (5).

Përmëndem këta dy parazitë, duke mos hyrë në hollësitë biologjike, morfologjike si dhe ato të patogjenезës. Para pushimit fashist, rastet me amebiazë kanë qënë sporadike, ndërsa gjatë pushimit fashist në vendin tonë, amebiazza u shpua, sepse një pjesë e ushtarëve të pushtuesit kishin ardhur nga kolonitë italiane të Afrikës, një pjesë e mirë e të

cilëve vuanin nga amebiaza. Gjatë viteve 1940-1943 u konstatuan rastet të sigurta dhe, në një nga të sëmuret, u konstatuan absese të 1 parit (2). Më 1967 në vendim tonë u studjuan fegjet, që dërgohesh për diagnostikim helmimesh, dmth pa kërkesa specifike për ameba ( Nga ky studim rezultuan me ciste amebe 5,50/0 të rasteve. Kuptot se kjo përqindje mund të ishte më e lartë në qoftë se do të ishin këtruluar kohë pas kohë rastet negative, sepse dihet mirë se prodhi ose nxjerja e kistëve ka edhe periudha negative. Mbi 90/0 e mbartës të *entameba histolitica* pranohet se janë pa simptoma klinike, por nxjerrin kiste.

*Klinika e amebiazës intestinale.* — Dihet mirë se amebiaza parady forma klinike, atë me vendosje në zorrë dhe shpesh atë me vendosje jashtë zorrëve. Forma intestinale e amebiazës mund të paraqet panjet e një dizenterie (Kolit jo dizenterik) ose mund të paraqitet një ameboma, ose si një apendicit amebik. Forma ekstraintestinale (amebiazës ekstraintestinale) mund të shfaqet ose si hepatit amebik supurativ ose si ances e mëlqisë. Ngandongjeharë ameba mund të kalin me anë të gjakut në organizëm, duke prekur kockat, muskujt, mushit rritë, trurin etj.

*Klinika e lambliazës.* — Në literaturë ekzistojnë të dhëna të shkurta në kundërshtim njëra me tjetrën. Kështu disa autorë mohojnë ç patogjenitet të parazitit, kurse të tjerë e konsiderojnë patogjen veti në një numër të vogël të rasteve, ndërsa ka edhe autorë, më të shumtë numër, që përshkruajnë forma të rënda të sëmundjes (9).

Zakonisht lambliazë paraqitet në formën e diarese dispeptike i ngjyrë të verdhë. Diarete kanë formë dhe rëndim mesatar, por ngjë turbullimet e tranzitit intestinal të marrin formën e një dizente mbi 20 dalje muko-sanguinolente, që vështirëson diferencimin r dizenteria bakteriale.

#### MATERIALI DHE METODIKA E PUNËS

Materiali i studjuar gjatë tre vjetëve (1971-1973) është bazuar kontrollin e 1717 të sëmure. Nga këta, 118 raste u konstatuan me infuzion nga protozoarët. Rastet pozitive ndaj të kontrolluarve për kllloj infeksioni ishin 6,90/0.

Studimi i rasteve është bërë me paraqitjen e tyre në laboratoro ku është marrë materiali i freskët nga çdo i sëmurë, të paktën 3 dhe Në përgjithësi janë bërë preparate nativë dhe është bërë ngjyrosja tyre me tretësirë Lugol. Kohët e fundit ka filluar të vihet në praktik edhe kultura. Kultiivimi është metodë shumë e mirë dhe rezultatet jë më të larta sesa ato të preparateve nativë. Me metodën e kultivir është arritur të zbulohen deri në 100/0 pozitivitet i rasteve, kurse anë të metodës me preparate nativë janë zbuluar 6,90/0.



**REZULTATET DHE DISKUTIMI**

Infeksioni protozoarik, i studjuar gjatë këtyre tre vjetëve në shumën globale të të sëmurëve të shtuar me çrregullime gastro-intestinale, ka pasur këtë paraqitje:

Sipas seksit: meshkuj 80, femra 38;

Sipas vendbanimit: qytetarë 75, kooperativistë 43;

Sipas profesionit: punëtorë 52, ushtarakë 37, mjeke 2, pensionista 7, nëpunës 7, studentë 5, nxënës 3, laborantë 1, edukatore 1, infermiere 2, kuzhinier 1.

Mendojmë se kjo shpërndarje ka të bëjë me kontigjencin e rasteve të shtuar dhe të studjuar dhe jo me realitetin e përhapjes në masë të këtyre infeksioneve. Prandaj: kjo paraqitje duhet interpretuar në lidhje me rastet e shtuara tek ne.

Sipas moshave është konstatuar se moshat në të cilat janë takuar më shpesh këta parazitë janë ato: 18-36 vjeç, ku shifra më e lartë paraqitet në moshën 26 vjeç, pastaj në atë 18 vjeç. Kurse në moshën mbi 36 vjeç, përqindja fillon të ulet, ajo bie shumë në moshat mbi 46 vjeç. Numri më i vogël është takuar në moshën 1-4 vjeç — 6 raste. Mendojmë se edhe për këtë shpërndarje, shpjegimin duhet ta kërkojmë në faktorin rast të shtuar dhe faktorin analizë të kërkuar, sepse dihet se tek ne shtrohen pacientë të moshës mbi 14 vjeç.

Përsa i përket kohës (ditëve) të sëmundjes në shtrim (në hyrje), ajo që bie në sy është fakti se një numër i konsiderueshëm i rasteve, që janë shtuar, kanë pasur një periudhë mjaft të gjatë me çrregullime të tranzitit intestinal (18 raste nga një muaj deri në tetë muaj dhe 23 nga një vit deri në 15 vjeç). Nga ky konstatim mund të arrihet në konkluzione mjaft interesante. Diarretë e zgjatura mund të na bëjnë të mendojmë dhe të mos harrojmë protozoarët.

Paraqitja e rasteve të grumbulluara për të tre vjetët sipas muajve rezulton si më poshtë: tremujori i parë paraqet 100% të rasteve, tremujori i dytë ka një rritje gati të vmlëshme dhe që arrin kulmin në qershor — 300/0, tremujori i tretë mbrian në 450/0 dhe në 150% tremujori i katërtë.

Mesa duket kjo paraqitje ka të bëjë me këta faktorë:

a) Çrregullimet gastrointestinale në muajt e nxehtë takohen më shpesh, rrjedhimisht edhe shtrimet në spital dhe, si pasojë, zbulimet e rasteve.

b) Në muajt e nxehtë krijohen edhe kushte më predispozuese për infeksionet gastrointestinale si ulja e sekrecioneve gastrike, mos ruajtja dhe respektimi i rregullave higjieno-sanitare (ingrënja e frutave, perimeve etj. shpeshherë pa u larë), shfaqja e mizave etj.

**KONTROLLI I KRYER NË 1.717 RASTET DHE 118 RASTE POZITIVE**

Përqindja më e madhe është përfaqësuar nga infeksioni amebik, që arrin në 700/0 të rasteve, pastaj vjen infeksioni në lamblija 300/0.

Nga ky studium është parë se forma cistike e entamebës histiolifike

është takuar më shpesh. Të dhënat klinike, që janë takuar dhe ka paraqitur të sëmurët e studjuar, janë si më poshtë: dhembja e barkut, darrëja, dobësia dhe temperatura janë takuar për afërsisht një 11 si në rastet ku është gjetur lamblia ashtu dhe në ato ku është gjetur ameba.

Objektivisht tek të sëmurët e studjuar janë konstatuar këto dhëna persa u përket shenjave objektive tek të sëmurët ku është gjetur amebiazia: në 15 raste gjuha ka gënë e ngarkuar, hepari u gjë i rritur në 17 raste, sigma është palpuar spastike në 16 raste dhe në raste spastiko-dolente. Në rastet ku është gjetur lamblia, gjuha ka që e ngarkuar në nëntë raste, hepari është gjetur i rritur në 7 raste dhe sigma spastike dolente në 24 raste.

## KONKLUZIONE

Nga të dhënat që paraqitëm del e nevojshme një studim më sistematik në radhë të parë nga parazitologët, infeksionistët dhe epidemistët.

— Nga materiali i studjuar gjatë tre vjetëve (1971-1973), i bazuar në 1.717 raste me 118 raste pozitive, kemi pasur 70% ameba dhe 30% lamblia.

— Metoda e kultivimit, në krahasim me atë të thjeshtën (nativë dhe lugol), ka dhënë rezultate më të mira. Metoda e kultivimit ka dhënë 100 pozitivitet, kurse ajo e thjeshtë 6,9%. Si rjedhim, kultivimi ka rezultuar më të mira me përqindje më të lartë pozitive të krahasim me atë thjeshtë.

— Profesionet më të ekspozuara ndaj infestimeve protozoarike kanë qënë punëtorët dhe kooperativistët.

— Moshat më të prekura kanë qënë 18-36 vjeç, në moshat më të vjetra, përqindja bie, sidomos mbi moshën 46 vjeç.

Me rregullime të zgjatura gastro-intestinale kanë qënë 18 raste nga 1-8 muajt dhe 23 raste nga 1-15 vjeç.

Si detyrë del se në çdo rregullim gastro-intestinal të bëhet depistimi për protozoarë intestinalë dhe parazitë në përgjithësi. Kurse për sektorin ushqimor, përvetë analizave bakteriologjike, depistimi të bëhet edhe për protozoarë intestinalë.

— Në institucionet për fëmijë, si në pranim ashtu dhe kohë pas kohe, të bëhen depistime për protozoarë intestinalë.

Dorëzuar në redaksi më 15 gusht 1976.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Baor J. G. e bp.: Pathogenic organisms and infectious diseases. Philadelphia 1971, 110, 111.
- 2) Bennesi L. e bp.: Probleme të amebiazës. Shëndetësia popullore 1970, 2, 13, 2
- 3) Cave Bondi G.: Indagine statistica clinica — sulle parassitosi intestinali nel centro urbano di Livorno. Giornale Mal. Inf. Parassit. 1963, 15, 6, 384.

- 4) Cecil — Loeb: Text-book of Medicine. «Protozoar infections and amebiasis». Howards B. Edition 1971, 11, 377.
- 5) Ćević J. e bp.: Les parasitoses en Yougoslavie. Archives de l'Union Balkanique 1966, vol. IV, nr. 2-3, 239.
- 6) Otilia L.: Lambliosa. Bukuresht 1971.
- 7) Papadakis A. M.: Les parasitoses en Grèce. Archives de l'Union Balkanique, 1966, Vol. IV, nr. 2-3, 189.
- 8) Tolentino P.: Malattie infettive 1964, 969, 971, 973.

#### Summary

### FREQUENCY OF INTESTINAL PROTOZOA AMONG PATIENTS WITH GASTRO-ENTERIC DISTURBANCES

Among 1717 patients admitted for gastro-enteric disturbances in the clinic of infectious diseases during the period 1971-73, 118 were found with intestinal protozoa: 70% with amoebas and 30% with *Lambliia* intestinalis.

The diagnosis was based on microscopic examinations (direct and after staining with a Lugol solution) and cultures. The cultures gave 100% and the microscopic examinations 6,9% positive results.

The incidence of invasion was highest in the 18-36 age group and lowest in the group aged over 46.

The authors have come to the conclusion that examinations for protozoa and other parasites are indicated for all the patients suffering from gastro-enteric disturbances.

#### Résumé

### LA FRÉQUENCE DES PROTOZOAIRES INTESTINAUX CHEZ LES PATIENTS AVANT DES TROUBLES GASTRO-ENTERIQUES

A la clinique des maladies infectieuses, pendant la période 1971-1973, ont été hospitalisés 1717 patients pour des troubles gastroentériques. Chez 118 d'entre eux ont été décelés des protozoaires intestinaux (70%) et des *Lambliia* intestinale (30%<sup>(a)</sup>).

Le diagnostic s'est fondé sur les résultats des examens microscopiques (directs et après coloration avec une solution de Lugol) et des cultures. Les cultures ont donné 10 pour cent de résultats positifs et les examens microscopiques 6,9 pour cent.

L'incidence de l'invasion est plus élevée dans le groupe d'âge de 18 à 36 ans et moins élevée chez les individus ayant plus de 46 ans.

Les auteurs ont abouti à la conclusion que dans tous les cas de troubles gastro-enteriques il importe d'effectuer des examens concernant les protozoaires et d'autres parasites.

**ANTIGJENI AUSTRALIA NË TË SËMURËT ME HEPATIT VIRAL**

— JAHJA PULO —

(Klinika e sëmundjeve ngjifëse)

Në këtë material studjojmë antigjenin HBsAg në gjakun e 162 të sëmurëve me hepatit viral, të shtruar në spitalin klinik nr. 4, nga të cilët 65 ishin femra dhe 97 meshkuj të moshave 14 deri 77 vjeç.

Ekzaminimi për antigjenin HBsAg është bërë me anën e reaksionit të imunodifuzionit të dyfishë në agar, në qendrën e konservimit të gjakut.

Të sëmurët janë shtruar në spital 1-5 ditë pas shfaqjes së iktetit. Përcaktimi i antigjenit është bërë 5 deri në të 20 ditët e para të shfaqjes së iktetit.

Diagnoza e hepatitit viral është bërë duke u mbështetur në të dhënat epidemiologjike, klinike dhe laboratorike (SGOT, SGPT, bilirubinemië, proteinoelektroforezën etj.). Këto të fundit u përcaktuan në laboratorin biokimik qëndror.

Duke u nisur nga anamneza e marrur me kujdes, u mendua se 78 prej të sëmurëve ishin infektuar me anën e injeksioneve, transfuzioneve të gjakut, apo gjatë vaksinimeve të ndryshme, sepse kishin bërë manipulime të tilla. Kurse për 84 të sëmurët e tjerë, u mendua se infektimi mund të ishte shkaktuar nga virusi A.

**REZULTATET**

Në ekzaminimin e 162 rasteve me hepatit viral, antigjeni Australia HBsAg, doli pozitiv në 78 persona, baraz kjo me 48,1% të rasteve. Në formën hematogjene, pozitiviteti ishte 57,5% dhe këto i përkisnin grupit të sëmurëve, që në anamnezë kishin bërë injeksione etj., ndërsa në grupin e menduar për hepatit viral të tipit A, pozitiviteti ishte 40%.

Me antigjen Australia kemi gjetur disa pjesëtarë të të njëjtës familje. Kështu në familjen B. S. më parë sëmurët gruaja me hepatit viral dhe me antigjenin HBsAg pozitiv. Në anamnezë, kjo e sëmurë tregoi se para tre muaj e gjysmë kishte bërë injeksione. Dy muaj më vonë, sëmurët i shoqi me hepatit viral me antigjenin HBsAg pozitiv, por pa bërë kurëtarë injeksioni. Megjithëse të pakta, këto raste mund të kenë rëndësirë e tyre dhe, në veçanti, epidemiologjike, sepse këto mund të

na ndihmojnë për të krijuar një bindje tjetër lidhur me rrugët transmehimit të këtij antigjeni.

Ankesat më të shpeshta të vërejuara në grupin e të sëmurëve rr HBsAg pozitiv kanë qenë: dobësi trupore në 87,1% të rasteve, tempë raturë në 30%/, mungesë oreksi në 70,5%/, dhembje artikulare në 58,8%/ dhembje dhe rëndim në hipokondrin e djathtë në 60%/ . Forma më satare dhe e rëndë është takuar në të sëmurët tanë dy herë më shum se format e lehta. Vlen të theksohet se antigjenti HBsAg nuk u gjen pozitiv vetëm në format e rënda, por edhe në format e lehta. Në rasti tonë, në këto forma të lehta, HBsAg u gjet pozitiv në 20 të sëmurë.

Zgjatja e iktërit është lëkundur nga 30-70 ditë. Në dy raste m koma hepatike, të cilët në anamnezë kishin infektim parenteral, vetën në njerrin u konstata HBsAg. Gjithashtu në gjakun umbilikal, të marrur nga dy femijë, nënat e të cilëve ishin me hepatit viral dhe m antigjen HBsAg pozitiv, në asnjërin nuk patëm pozitivitet.

#### DISKUTIM

Llozimi më 1964 (3) i precipitave, të cilat reagonin në mënyrë selektive me një lloj serumit të gjetur në një australian vendas e të politransfuzuar, hapi një perspektivë të re në studimin e etologjisë të hepatitit viral (8).

Në përgjindje më të madhe se në çdo sëmundje tjetër, ky antigjen hasej në hepatitin viral akut dhe, për më tepër, takohet në format serike, apo siç quhen, hematogjene, në fillim deri 20% dhe më vonë, duke e përcaktuar në ditët e para të sëmundjes, u gjet deri në 47,7% (6). Autorë të tjerë (4) e kanë gjetur në 82% në 12 ditët e para të fillimit të simptomave, ndërsa të tjerë (7) referojnë se e kanë gjetur pozitiv në 53,3%/ të të sëmurëve të infektuar me rrugë hematogjene të hepatitit viral dhe në 34,4 për qind në rastet me hepatit viral oral. Pozitiviteti më i lartë është arritur në javën e parë të iktërit dhe kjo përgjindje vjen duke u ulur në 10-14 për qind në javën e dytë dhe të katërtë (6).

Siç shihet, përgjindjet e pozitivitetit të antigjentit HBsAg të autorëve, që kemi mundur të konsultojmë, ndryshojnë, sepse varen nga periudha e fillimit të sëmundjes dhe metodës së përdorur.

Siç duket nga këto punime, përcaktimi i pozitivitetit në periudhën e herëshme jep përgjindje më të lartë, sepse në këtë periudhë, titri i antigjentit HBsAg është më i shpeshtë, prandaj edhe e kemi kërkuar këtë antigjen në të sëmurët tanë prej ditës së pestë deri në të 20-tën të fillimit të sëmundjes. Rezultatet tona tregojnë pozitivitet të përgjishshëm të antigjentit HBsAg në 48,1 për qind, ndërsa për ata që kanë bërë injeksione ose transfuzione të ndryshme është 57,5%/, ndërsa në ata që nuk kanë të dhëna anamnestike, të cilët tregojnë se kanë bërë injeksione, plazmë efi, pozitiviteti ishte 40%/ . Siç shihet, të dhënat tona kanë qenë të përfërta me ato të autorëve të përmëndur nga ne. Pavarësisht nga rezultatet e gjetura, sot me të drejtë thuhet dhe pranohet nga të gjithë se ekzistenca e këtij antigjeni përcakton që-nien e virusit B (3).

Gjeftja e antigjentit HBsAg bëri që të ndryshojnë dhe mendimet rreth rrugëve të transmetimit të këtij lloji hepatiti. Kështu, në gofë se më përpara, për të përcaktuar tipin e virusit, mbështeteshim vetëm në anamnezën, gjë që nuk mund të pranohet si e dhënë e përpiktë për derisa nga hepatiti serik nuk janë sëmurur të gjithë ata që kanë bërë injeksione apo transfuzione gjakra. Po të ishte kështu, duke iu referuar rasteve tona nga 78 persona, që kishin bërë injeksione, vetëm në 57,5% të rasteve antigjeni HBsAg doli pozitiv. Nga ana tjetër, ky antigjen doli pozitiv edhe në 40% të rasteve, të cilët nuk kishin bërë injeksione. Sigurisht këtyre problemëve iu kanë dhënë rrugëzgjidhje (10) dhe të tjerë, të cilët, gjatë studimeve rreth antigjentit HBsAg arritën në konkluzionin se në të sëmurët me hepatit, sikurse edhe në portatorët, antigjeni HBsAg gjendet, përveç në gjak edhe në hepar, në pëshymë, feçe dhe bilë. Këto janë argumenta bindëse, të cilat hedhin dritë mbi rrugë të tjera të përhapjes së kësaj sëmundje. Rast kuptimplotë, mendojmë, se janë dhe ato të para nga ne, kur në një famlje, gruaja që kishte bërë injeksione sëmurët me hepatit viral me antigjentin HBsAg pozitiv dhe pas dy muajsh sëmurët dhe burri po me antigjentin HBsAg pozitiv, por pa bërë injeksione.

Duke u nisur nga mendimi (9) se antigjeni HBsAg mund të transmetohet prej nënës dhe të bëhet shkak i hepatitit neonatal nga një nënë me antigjen HBsAg pozitiv, ne morëm gjak nga kordoni umbilikal i femijes së porsalindur dhe rezultati ishte negativ. Të dhënat tona, megjithëse janë njëft të pakta, përkojnë me ato të disa autorëve (8) që në dy raste nuk kanë mundur të vërtetojnë këtë rrugë. Kjo nuk do të thotë që puna në këtë drejtim të quhet e përfunduar, përkundrazi në të ardhmen do të vazhdojmë.

Ka autorë (8, 10) që flasin për një rrugë tjetër të përhapjes së infeksionit me anën e transmetimit nga disa mushkënjaja. Këtë ata e bazojnë në studimet e bëra në vendet tropike, ku përqindja e hepatitit viral është në sifra shumë të larta. Duke marrë gjak nga mushkënjat dhe duke përcaktuar në to antigjentin HBsAg, ata panë se pozitiviteti ishte shumë i lartë, si rryedhim arritën në konkluzion se në mbeljen gjallë të epidemive në këto zona të hepatitit viral, rol të rëndësishëm luajnë edhe mushkënjat. Në këtë drejtim, në vendin tonë ende nuk janë bërë studime, por mendojmë se në të ardhmen edhe kjo mënyrë transmetimi kaq e rëndësishme do të studjohet.

Tani është bërë i njohur fakti se hepatiti viral, i shoqëruar me antigjentin HBsAg pozitiv, jo vetëm që kalon në forma të rënda në shumicën e rasteve, ashtu siç është vërejtur edhe nga ne, por ai luan rol të rëndësishëm edhe në kronicizimin dhe kalimin në hepatit agresiv apo cirrozë të sëmundjes. Sipas të dhënave të disa autorëve (1), pozitiviteti i antigjentit HBsAg në hepatitet kronike arrin në 20% të rasteve. Këto rezultate duhet të tërheqin vëmendjen tonë.

Siç shihet, përcaktimi i antigjentit HBsAg deri më sot paraqet një rëndësi të madhe në diagnostikimin e hepatitit viral të tipit B. Në të njëjtën kohë ai lehtëson shumë edhe studimin e rrugëve të transmetimit dhe sepse me anën e depistimeve, përcaktimi i antigjentit HBsAg ndihmon në zbulimin e formave të lehta dhe portatorëve. Kështu në një

punim në vendim tonë (5) është gjetur përqindje e lartë e pozitivitetit në Durres 7,1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, Elbasan, Lushnjë, Fier 6,3<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, 6,8<sup>0</sup>/<sub>0</sub> dhe 6,7<sup>0</sup>/<sub>0</sub> në pe sona që konsideroheshin të shëndoshë. Sigurisht që ky punim hec drite mbi një metodë të re pune, që ka vlerë për fjalëin se, duke bëc depistime të tilla, krijojmë një ide më të gartë mbi mbarësin e anti-ji nit HBsAg dhe, në të njëjtën kohë, mirren dhe masa mbrojtëse. Në ana tjetër kjo metodë diagnostikimi ndihmon edhe në zgjedhjen dhurvese të gjakut, reziku i të cilëve, kur është pozitiv, njihet. Këshi në një punim në qendrën e dhurimit të gjakut në Tiranë (11) rezult se kanë qënë me antigjenin HBsAg pozitiv 6,9<sup>0</sup>/<sub>0</sub> e kandidatëve të parc qitur për dhurues gjaku. Këto punime të kryera në vendin tonë hap një perspektivë të mire në drejtim të studimit të hepatitit viral, qof kjo nga ana klinike, epidemiologjike si dhe në drejtim të marrjes ; masave profilaktike.

## KONKLUZIONE

- 1) Nga ekzaminimi i 168 rasteve me hepatit viral rezulton ; 48,1<sup>0</sup>/<sub>0</sub> e tyre ishin me HBsAg pozitiv.
- 2) Në personat që kishin bërë injeksione, Antigjeni HBsAg u gji pozitiv në 57,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> të rasteve, ndërsa në grupin e të sëmurëve që nu kishin bërë injeksione etj., Antigjeni HBsAg u gjet pozitiv në 40<sup>0</sup>/<sub>0</sub> i rasteve.
- 3) Format e rënda dhe të mesme të sëmundjes kanë mbizotërue në të sëmurët me antigjenin HBsAg pozitiv.

Dorëzuar në redaksi më 5 tetor 197

## BIBLIOGRAFIA

- 1) **Adhami J.** : Vlera e punkcion biopsisë të mëlcisë në përcaktimin e diagnoz së hepatit kronik. Buletini i UT — seria shkencat mjekësore 1974, 1, 167.
- 2) **Alla Vata** : L'antigène Australien et les anticorpes correspondants des malade d'hépatite virale. Archives de l'union medicale Balkanique 1975, 4, 588.
- 3) **Blumberg B. S.** : What's new and important in viral hepatitis? Medical Tr bune 1974, 25, 1.
- 4) **Del Pte S. and Cw** : Dedection of a new serum antigens in three epidemi of short-incubation hepatitis. The Lancet 1970, 579.
- 5) **Papaçani K. e bp.** : Një depistim për antigjenin Australia në popullsi. Bul timi i UT — seria shkencat mjekësore 1976, 2, 103.
- 6) **Pastore G.** : Alcuni problemi dell antigene Australia. Giornale di malatt int e parasitare 1974, 5, 467.
- 7) **Russo e bp.** : L'antigène Australia nelle epatiti virali. Giornale di mala inf. Parasitarie 1973, 12, 968.
- 8) **Sherlock Sh.** : Australia (Hepatitis associated) antigen. Në librin: Diseases of the Liver and Biliary system 1971, 318.
- 9) **Schweitzer J. L. e bp.** : Hepatitis associated antigen (Australia antigen) in m ther and infant. New Engl. Med. 1970, 283, 570.
- 10) **Viktor M.** : Seliva urine and feces as transmitters of tip B. hepatitis. The ne Engl. Jour. Medicine 1974, 26, 1371.
- 11) **Znuzhuni A.** : Antigjeni Australia në dhuruesit e gjakut të qytetit të Tira nës. Shëndetësia popullore 1974, 2.

## Summary

**DETECTION OF THE AUSTRALIA ANTIGEN IN PATIENTS WITH VIRAL HEPATITIS**

The author has studied 168 cases of viral hepatitis at the clinic of infectious diseases. Among these patients the Australia antigen was found in 48.1 percent of the cases. In the group of patients who had undergone injections or other similar manipulations, 57.5 percent resulted positive for the Australia antigen, while among those who had received no such treatment 40 percent resulted positive.

It should be added that the patients with a positive test for the Australia antigen had predominantly severe and moderately severe clinical forms of the disease.

## Résumé

**DÉTECTION DE L'ANTIGÈNE AUSTRALIA CHEZ LES MALADES D'HEPATITE A VIRUS**

L'auteur de cet article a examiné 168 cas d'hépatites à virus à la clinique des maladies infectieuses. L'antigène Australia a été relevé dans 48,1 pour cent de ces cas. En ce qui concerne le groupe de patients ayant été traités par des injections ou d'autres manipulations semblables, 57,5 pour cent d'entre eux présentent une réaction positive à l'antigène Australia; tandis que chez les malades n'ayant pas subi un tel traitement, cette réaction n'a été positive que dans 40 pour cent des cas.

Par ailleurs, les patients avec un test positif de l'antigène Australia représentent les formes cliniques graves et moyennes de la maladie.



## VETIVË IMUNITARE TË GAMMA-GLOBULINËS TË PRODHUAR NË VENDIN TONË

— KOÇO PAPAJANI — JOKGO JANI —

(Drejtorja e Higjienës dhe Epidemiologjisë — Durrës; Instituti i Higjienës dhe Epidemiologjisë — Tiranë)

Si rezultat i kujdesit të Partisë dhe të Pushtetit tonë popullor për mbrojtjen e shëndetit të popullit, në vendin tonë, gama-globulina prodhohet prej më shumë se 15 vjet dhe përdoret me sukses kryesisht në praktikën pediatrike dhe midis personave të kontaktit të disa sëmundjeve ngjitëse si hepatitit infektiv.

Në praktikën mjekësore, sot gama-globulina përdoret në shkallë të gjerë si preparat profilaktik kundër disa sëmundjeve ngjitëse dhe si mjek terapeutik në shumë gjendje patologjike kryesisht ndër fëmijët. Gama-globulina është fraksion (gamma) i proteinave të serumit të gjakut dhe është bërësja kryesore e vetive specifike të antikorpeve. Pas injektimit të saj vërshet rritja pasive e titrit të globulinave dhe e titrit të antikorpeve kundra shumë sëmundjeve ngjitëse, duke krijuar në këtë mënyrë, një imunitet pasiv të përkohshëm kundra sëmundjeve, por njëkohësisht vërshet edhe një rritje e numrit të qelizave plazmatike me preardhje nga shoretika dhe gjendrat limfatike, gjë që dëshmon për një ngacimim aktiv të mekanizmave imunitare të organizmit. Gjithashtu është vënë re se gama-globulina ka efekt desensibilizues. Përveç kësaj, ajo është një preparat krejtësisht i padëmshëm edhe për moshat më të vogla.

Për cilësinë e preparatit, përveç pastërtisë dhe vetive fiziko-kimike, merret parasysh edhe tipi i antikorpeve kundra infeksioneve të ndryshëm dhe afati i gjatësisht të tyre. Gama-globulina, që prodhohet në formë pluhuri të liofilizuar dhe pastaj tretet në formë solutioni 16%<sup>0</sup>, ka afat skadimi 6 muaj nga dita e përgatitjes së solutionit. Ky afat është caktuar në bazë të të dhënave të literaturës dhe të vrojtimiteve tona mbi qëndrueshmërinë e preparatit si solution dhe mbi përmbajtjen e tij në antikorpe. Për ti plotësuar këto vrojtime, laboratorinë, në bashkëpunim me reparin e prodhimit të gama-globulinës pranimë institutit të higjienës dhe epidemiologjisë, ka ndërmarrë studimin e tipave të antikorpeve kundra fruthit, poliomielitit, variolës, tifos abdominalë dhe paratifos «B», si përfaqësues kryesorë të imunitetit të gama-globulinës, në afate të ndryshme nga prodhimi i saj. Megjithatë procesi i prodhimit të gama-globulinës siguron zhdukjen e çdo agjentit

infektiv, që mund të ketë ndodhur në lëndën e parë (në gjakun p) centar, plazmën e( j) duke përfshirë dhe mikrobet shumë rezistentë, i është virusi i hepatitit, në këtë drejtim janë shprehur dyshime, pr ndaj ne kemi kontrolluar mostrat e gama-globulinës tonë edhe për pr ninë e antigjenit HBsAg (antigjenin Australial).

#### MATERIALI DHE METODAT

Për kohën e qëndrimit të antikorpeve kemi kontrolluar nga ' mostra solucion gama-globuline 16<sup>0</sup>/<sub>0</sub> të pregatitura në katër vjetet fundit, që përfaqësojnë nga dy seri të veganta për prodhimin e ç grupi prej 1973 deri 1976, të ruajtura në frigorifer në rreth +4°C.

Për kontrollin e pranisë së HBsAg kemi marrë nga 42 seri pr dhimi të ruajtura që nga viti 1966 (Kemi pasur parasyssh se virus hepatitit B qëndron me djetra vjet në serum).

Për qëndrimin e antikorpeve antivartolike në gama-globulinën 1 perimune kemi kontrolluar mostra nga preparati i pregatitur në vit 1972 dhe i ruajtur një pjesë në minus 20°C dhe një pjesë tjetër temperaturën e dhomës.

Për caktimin e antikorpeve të frutit kemi përdorur reaksionin inhibimit të hemaglutinimit të adaptuar si mikrometodë, duke përdor dy unitete antigjen dhe suspension 1<sup>0</sup>/<sub>0</sub> eritrocite të majmunit Macacus Rhesus.

Për antikorpet antivariolitike kemi përdorur gjithashtu reaksior e inhibimit të hemaglutinimit si mikrometodë sipas Kempe-Lennet, d ke përdorur si antigjenin virusin vaktsinal të kultivuar në membran korioalantoide të embrionit të pulës.

Për antikorpet e poliomielitit kemi përdorur reaksionin e neutri lizimit në kultura indore FL dhe Hela, duke përdorur nga 100 unitë antigjen për secilin tip të poliovirusit (për tipin e I Lse-2ab, për tipin II-p712-2ab, për tipin e III-2ab), të shumëzuara, titruara dhe stadar zuara te kultura FL dhe Hela në laboratorin tonë.

Për tifen dhe paratifen kemi përdorur reaksionin e aglutinim me diagnostikime të pregatitura nga IHK.

Për antigjenin HBsAg kemi përdorur reaksionin e imunodifuzio të dyanshëm me agar, sipas metodës Prince dhe përkrահésisht metod e elektroforezës me tension 120 Volt dhe fuqi 10 Amp.

#### REZULTATET DHE DISKUTIMI

Në pasqyrën nr. 1 jepet titri i antikorpeve të ndryshme në mosti e gama-globulinës të kontrolluara brenda afatit të skadimit, kurse pasqyrën nr. 2 paraqitet rënia e titrit të antikorpeve në afate të ndr shme pas prodhimit.

Nga pasqyra nr. 1 shihet se gama-globulina e jonë ka antikorpe i titra të mjaftueshme për mbrojtje kundra të gjithë infeksione

për të cilat i kemi kontrolluar, gjë që vërteton cilësinë e mirë të preparit.

Për fruthin kjo mund të shpjegohet me faktin se shumica e përcenteve të përdorura për prodhimin e gama-globulinës gjatë katër vjeëve (1973-1977) janë marrë nga gra të reja, me datëlindje pas vitit 1955, që janë mbrojtur kundra fruthit vetëm me anën e vaksinimit, pas të cilit titri i antikorpeve është shumë më i ulët sesa pas kalimit të sëmundjes, kurse në vendet e tjera, shumica e grave, që lindin, kanë kaluar fruthin. Kështu, ndërsa në gama-globulinën tonë, titri i antikorpeve të fruthit është prej 1:32 deri 1:128, në disa gama-globulina të vendeve të tjera (1), ai arrin prej 1:1024 deri në 1:4096. Por edhe në gama-globulinën e prodhuar në vitin 1960, kur praktikisht të gjitha gratë, që lindnin, kishin kaluar fruthin, ne kemi gjetur titra prej 1:1177 deri 1:2048 (provat janë bërë në vitin 1970 me gama-globulinën e prodhuar në vitin 1960 dhe të ruajtur në gjendje pudre të liofilizuar) (3).

Edhe për titrin përkrahësisht të ulët të antikorpeve kundra poli-mielilit mund të ketë ndikuar i njëjti faktor i vaksinimit. Për poli-mielitin vihet re gjithashtu se si në gama-globulinën, ashtu dhe në serumin e të vaksinuarve, titri i antikorpeve kundra tipit II është dy herë më i lartë sesa titri kundra tipeve I e III.

Në krahasimet midis thrave të antikorpeve në serumin e njerëzve të popullsisë në përgjithësi dhe në gama-globulinën vihen re ndryshime, të cilat tregojnë se në gama-globulinën, antikorpet e fruthit dhe të poli-mielilit përqëndrohen 7-9 herë (1, 2, 3, 4, 6). Por në të dy raste, titrat janë të njëjtuashëm për të siguruar mbrojtje kundra ekspozimeve të zakonshme ndaj këtyre dy infeksioneve.

Të gjitha seritë e gama-globulinës, që u kontrolluan, rezultuan negativ për HBsAg, gjë që vërteton se edhe nga kjo pikëpamje, procesi teknik i prodhimit siguron përdmshëmërinë, sidomos duke marrë parasysh se në popullatën e përgjithshme HBsAg është gjetur në 3,2% dhe deri 6,9% të njerëzve të kontrolluar (5).

Në pasqyrën 2 vihet re se niveli i antikorpeve kundra të gjithë infeksioneve, që u morën për kontroll, qëndron i pandryshuar për 12-18 muaj nga data e përgatitjes së solucionit. Në muajin e 18, në disa raste, kemi një ulje 50%, pastaj titrat bien gradualisht deri në muajin e 30 dhe antikorpet praktikisht nuk diktohen pas muajit të 36. Për qëllimet e përdorimit dhe për afatin e skadimit, që është caktuar 6 muaj, kjo qëndrueshmëri imunitare e gama-globulinës është e kënaqshme.

Ne ndoqëm uljen e titrit të antikorpeve në gama-globulinën hi-perimune antivaricelike të liofilizuar (pasqyra 3) të ruajtur në temperatura të ndryshme dhe vumë re se në temperaturën —20°C dhe +4°C, antikorpet ruhen mjaft mirë deri në 3-4 vjet, kurse në temperaturën e dhomës ato ruhen 12-18 muaj.

*Përfundim*: Provat tona tregojnë se gama-globulina e prodhuar në vendin tonë ka cilësi të mira mbrojtëse kundra shumë sëmundjeve bakterike dhe virale dhe se këto veti ajo i ruan për një afat mjaft të

gjatë po të mbahet në kushte të përshtatshme. Për të zgjidhur afa e ruajtjes dhe për të shmangur humbjet nga skadimi i afatit ose n mbrojtja në kushte jo shumë të përshtatshme, do të ishte e nevojshu që preparati të pregatitej në formë të liofilizuar.

Dorëzuar në redaksi më 5.II.19

## BIBLIOGRAFIA

- 1) **Grosso A. et coll.**: Anticorpi verso il virus del morbillo in campione di gammaglobuline umane. Giornale malattie infettive e parassitarie. Dicembre 1967, 1009.
- 2) **Ignatieva K. G.**: Stravnitelnoe izucenie efekktivnosti dvuh doz gama-globulin pri seroprofilaktike hori. Voprosi virologii 1967, 6, 7.
- 3) **Jani J., Papaiani K.**: Gama-globulina specifike antivaricelike e prodhuar institutin e higjenes dhe epidemiologjise. Shëndetësia popullore 1973, 2, 1
- 4) **Papaiani K.**: Karakteristikat imunitare të vaksinës së fruthit të aplikuar vendin tonë. Shëndetësia popullore 1972, 1, 3.
- 5) **Papaiani K.**: Një deprimim për antigjenin Australian në popullsi. Buletin UT — seria shkencat mjekësore 1976, 2, 103.
- 6) **Picciotto L.**: Contenidoti di anticorpi poliomielitici, morbilliosi e antirose in preparazione di gamma-globulina umane. Giornale malattie infettive/parassitarie. Febbraio 1966, 705.

### Summary

## IMMUNE PROPERTIES OF THE GAMMA-GLOBULIN PRODUCED IN THIS COUNTRY

By various techniques, the gamma-globulin produced in Albania was tested for its contents of antibodies to Measles, Small pox, Typhoid and Paratyph (A and B) fever, and poliomyelitis. The antibody titres resulted sufficient provide protection against ordinary exposure to those infections. The comparatively low titre of measles antibodies (though sufficient for protection) is probably due to the fact that our gamma-globulin was prepared from placentas women, most of whom have not experienced the measles infection but had acquired immunity by vaccination.

A similar explanation can also hold true for the relatively low titre of tetanopolyomyelitis antibodies.

The antibody levels remain sufficiently high for 12-18 months if the preparation is kept at refrigerator temperatures. After that period the titre begins to fall.

The preparation could preserve its immune properties for much longer periods if it were prepared freeze-dried.

A test for HBsAg performed at the same time showed that our gamma globulin is also safe from the risk of transmitting the viral hepatitis infection

## Résumé

## PROPRIÉTÉS IMMUNISANTES DE LA GAMMA-GLOBULINE PRODUITE EN ALBANIE

La gamma-globuline produite dans notre pays a été soumise à des tests, et cela par différentes techniques, pour contrôler son contenu en anticorps à l'égard de la rougeole, de la varicelle, du typhus et des fièvres paratyphoïdes A et B, et de la poliomyélite. Il a été constaté que les titres des anticorps sont en mesure de garantir une protection suffisante en cas d'une exposition habituelle à l'égard de ces infections. Le titre relativement bas des anticorps de la rougeole (bien qu'assurant une protection suffisante) est probablement dû au fait que notre gamma-globuline est préparée à partir de placentas de femmes, dont la plupart n'ont pas eu la rougeole mais ont acquis une immunité à son égard par la vaccination.

La même explication vaut aussi pour le titre relativement bas des anticorps de la poliomyélite.

Les anticorps se maintiennent à un niveau suffisamment élevé pendant une période de temps allant de 12 à 18 mois, à condition cependant que la gamma-globuline soit conservée à une température de frigidaire. Après quoi leur titre commence à baisser.

La gamma-globuline préserve ses propriétés immunisantes pendant une période encore plus longue si elle est préparée par le procédé de la congélation-déshydratation.

Dans le même temps, le test pour l'antigène HBSAg a montré que notre gamma-globuline se présente aucun risque de transmettre l'hépatite infectieuse.

*Pasqyra Nr. 1*

### Titri i Antikorpëve i gamaglobulinës placentare 160/0

Antikorpë kundra	Titri i gama globulinës	
	Minim.	Maksim.
Frutit	:32	:128
Varolës	:16	:64
Poliomielitit tip	I	:32
	II	:64
	III	:16
Tifo	O	:10
	H	:20
	A	:20
Paratifo	A	:5
	B	:10
HBSAg	:0	:0

## Pasqyrja nr. 12

Dinamika e qëndrimit të antikorpeve në muajt të ndryshëm të gama-globulinës placentare 16<sup>0</sup>/o

Antikorpë kundra	Koha e ekzaminimit në muajt pas prodhimit								Vërejtje	
	6	12	18	24	30	36	42	48		
Fruhit Variolës	80	80	80	40	20	0	0	0	0	Të shprehura në titër mesatar arithmetic
Poliomjelitit tip	I	24	24	24	12	6	0	0	0	
	II	96	96	96	48	48	12	6	0	
	III	24	24	12	12	6	0	0	0	
Tifo	O	15	15	7	7	0	0	0	0	
	H	15	15	7	7	0	0	0	0	
Paratifo	A	7	7	0	0	0	0	0	0	
	B	15	15	7	7	0	0	0	0	

## Pasqyrja nr. 3

Titri i antikorpeve antivariolike të gama-globulinës  
hiperimmunizeti i liofilizuar

Koha e ekzaminimit në muajt	Titri i antikorpeve në		Temp. dhomës
	-20°C	+4°C	
6	:640	:640	:640
12	:640	:640	:640
18	:640	:640	:320
24	:320	:320	:80
30	:160	:160	0
36	:160	:80	0
42	:80	:80	0
48	:80	:32	0
54	:64	:32	0
60	:64	:16	0

## MBI FLOREN BAKTERIALE BRENDA SPITALIJE (NË KLINIKËN KARDIOKIRURGJIKALE)

— PETRIKA TROJA — MINELLA PAPAORGJI — FETIQA FILTO —  
(Katedra e Higjienës dhe infektive)

Aplikimi në masë i vaksinave, kimio-antibiotiko-terapisë edhe i masave të tjera profilaktike ka çuar në likuidimin e një sërë sëmundjesh infektive, në zbutjen e disa të tjerave, nga ana tjetër në modifikime të aspektit klinik të mjaft sëmundjeve infektive si dhe në shtatjen e disa infeksioneve të reja të lëna pas dore, ose pak të njohura deri tani.

Një problem të rëndësishëm dhe shumë të vështirë zënë dhe infeksionet brenda spitalëve, shpeshësisht dhe rëndimi i të cilave po rritet në vitet e fundit. Kjo është e lidhur jo vetëm me qarkullimin e madh të mikroorganizmave të ndryshme (baktere, viruse, miceteve) rezistente ndaj antibiotikëve në këto klinika, por edhe se kirurgjia kardiale si dhe transplantimi i organeve tek të sëmurët, që u janë nënshtruar imunosupresoreve dhe antibiotikëve, ndihmojnë në uljen e rezistencës së organeve dhe zhvillimin e infeksioneve të ndryshme (1, 2, 4).

Këta faktorë krijojnë kushte për futjen e mikroorganizmave të ndryshme si stafilokokë, streptokokë, kërpudha ekzogjene oportuniste (Aspergillus, Cephalosporium, Candida etj.), që kapen në endokardin e traumatizuar ose në organet e transplantuara dhe shkaktojnë infeksione shumë të rënda, që jo rrallë komprometojnë rezultatet e operacioneve. Në vendin tonë janë kryer një sërë studimesh lidhur me qarkullimin e mikrobeve saprofitë ose patogjene (krysesisht të Staphilococcus aureus) në klinikat kirurgjikale të Tiranës (cituar nga 5, 7).

Nder këto klinika, autorët kanë konstatuar një qarkullim të madh të stafilokokëve (60-70%) mbarë të shëndoshtë dhe mjaft rezistentë ndaj antibiotikëve si 93,8% ndaj penicilinës (5), duke përbërë një potencial të rëndësishëm për infeksionet pasoperatore në këto klinika.

Në i vumë vetes si detyrë të shudjojtmë në kohën e sotme mikroflorën (baktere, micete) e sallave të operacioneve dhe reparte të tjera të klinikës kardio-kirurgjikale dhe reziksimërinë e tyre për krijimin e ndërlikimeve pasoperatore.

Për këtë qëllim u kryen 615 ekzaminime bakteriologjike (kultivimi është bërë në terrenin agar-gjak 10%/o), të marrura në orë të ndryshme (ora 7.30, 11.00, 14.30) në bllokm operator, sallat e të sëmurëve, koridorin dhe dhomën e mjekut. Konkretisht në bllokm operator janë kryer 220 ekzaminime bakteriologjike, në koridor 90 ekzaminime, në sallat e të sëmurëve 360 dhe në dhomat e mjekimit 45 ekzaminime.

Për ekzaminimin bakteriologjik kemi aplikuar metodën e sedimentimit të thjeshtë. Gjithashtu janë kryer edhe ekzaminime mikologjike lidhur me përcaktimin e llojit të kërpudhave (në terrenin agar-glukoz Sabouraud me kloramfenikol) krahas me vendet ku u kryen edhe ekzaminimet bakteriologjike. Për përcaktimin e kërpudhave u bazuan në aspektin makroskopik dhe morfologjik të kolonive të zhvilluara. Në këtë drejtim studimi ynë bazohet vetëm në anën kualitative dhe jo kuantitative.

Nga ana bakteriologjike është ekzaminuar edhe personeli i klini kës kirurgjikale, gjithsejt 26 persona për florën bakteriale të grykës dhe hundëve.

Pjatat e petrit me agar-gjak 100/0 janë ekspozuar për 30 minuta dhe janë inkubuar për 24 orë në 37°C. Pastaj u përcaktuan kolonitë e stafilococcus aureus (nga bakteret patogjene), ndërsa pjatat me terrenin Sabouraud janë inkubuar për 5-10 ditë në temperaturat 28°C, pasta u kryen ekzaminimet morfologjike të kolonive të kërpudhave të zhvilluara. Studimi i vetive patogjene të stafilocokut u bë mbi bazën e provave të plazmo-koagulazës, të hemolizës në agar-gjak, të fosfatazës dhe të fermentimit të manitit.

Nga 615 ekzaminime bakteriologjike të kryera 5 herë u izoluar 182 shtame Staphylococcus aureus. Sipas vendit të izolimit në intervale të ndryshme koha, ato paraqiten si më poshtë:

Vendi i ekzaminimit	Hera e I	Hera e dytë	Hera e tretë
	Ora 7.30	Ora 11	Ora 14.00
Blloku operator	14	33	16
Sallat e të sëmurëve	37	42	24
Dhoma e mjekimit	7	9	—

Numri më i madh i shtameve të izoluaru ka qënë në orën 11.00 gati në 2-4 herë më shumë sesa në orën 7.00, gjë që shpjegohet me lëvizjen e personelit në sallën e operacionit. Theksojmë se numri më i madh i shtameve të Staphylococcus aureus (103 shtame) janë izoluar në dhomat e të sëmurëve.

Nga pikëpamja e vetive patogjene, 182 shtamet e izoluaru në klinikën e parë janë me plazmo-koagulazë pozitiv 75.30/0, me hemolizë në agar-gjak 1000/0 fosfatazë pozitiv në 780/0 të shtameve dhe me manit rëve të bibliografisë sonë, të cilët i kanë pasur me plasmogugulazë pozitiv nga 70-800/0 të shtameve. Në vendin tonë shtamet e Staphylococcus aureus i kanë pasur me 73.20/0 të rasteve me plazmo-koagulazë pozitiv, me fosfatazë pozitiv 79.60/0 dhe me manit pozitiv 78.90/0 të rasteve (7).

Në një studim të bërë në këtë klinikë (5) theksohet se Staphylococcus aureus ze vendin kryesor midis baktereve patogjene dhe se ai



është shkaktari kryesor i infeksioneve të ndryshme pasoperatorore. Në studimin e infeksioneve stafilokoklike, atri konsiderohet si një ndër faktorët kryesorë të transmetimit të infeksioneve, ndërsa burim infeksioni janë mbarësit e shëndoshë të stafilokokëve, ku midis tyre, një vend me rëndësi zë edhe personeli mjekësor.

Nga ekzaminimi bakteriologjik i 26 personave të kësaj klinike me material të marrë nga hunda dhe gryka kemi izoluar 19 shtame stafilokokësh (10 nga hunda dhe 9 nga gryka), pra në 73% të rasteve, kurse më 1968 në personelin e kësaj klinike është izoluar në 80% të rasteve (7), ndërsa më 1973 (5) është izoluar në 76%.

Nga 380 ekzaminime të ndryshme mikologjike janë izoluar 234 koloni kërpudhash (Penicillium 102, Rizopus 10 koloni, Alternaria 10, Aspergillus 51 (nga të cilat 3 koloni të Aspergillus fumigatus), Candida 5, Mucor 21, Cladosporum 1, Rodotorula 12, Helminthosporium 16, Fusarium 2 dhe Geotrichium, 1 koloni. Sipas vendit ku janë izoluar kolonitë e ndryshme të kërpudhave paraqiten:

Koloni të kërpudhave	Salla e operacionit nr. 1-2	Salla e reanimacionit	Salla e të sëmurëve	Koridori	Totali
Penicillium	14	9	51	28	102
Rizopus	3	—	4	3	10
Alternaria	1	1	2	6	10
Aspergillus	12	8	18	13	51
A. fumigatus	—	—	2	1	3
Candida	—	2	2	1	5
Mucor	4	4	4	9	21
Cladosporum	—	—	1	—	1
Rodotorula	2	3	3	4	12
Helminthosporum	3	2	6	5	16
Fusarium	3	—	—	1	2
Geotrichum	1	—	1	—	1
Shuma e kolonive të izoluar	40	29	95	70	234

Të gjithë funget e izoluar janë saprofite të zakonshëm të ambientit. Megjithatë, roli i kërpudhave saprofite në patologjinë njerëzore, prej disa vitesh, ka marrë një rëndësi të veçantë. Mikozat e thella, që më parë ishin të rralla, tani ato janë bërë shumë më të shpeshta. Midis fungeve saprofite të izolura nga ne, një rëndësi të veçantë ka izolimi i Aspergillus fumigatus dhe i kërpudhave levuriforme të gjinisë Candida, kërpudha këto, që, në kushte të veganta të mikroorganizmit, shkaktojnë aspergilozë apo kandidozë.

Gjysh prej rreth 20 vjetësh, patologjia me origjinë mikotike ka marrë aspekte plotësisht të reja. Antibiotiko-terapia, kortikosterapia, terapia me immuno-supresorë, sidomos ajo e përdorur në kirurgjinë kardiale në transplantimin e organeve, jo rrallë krijojnë ndërlikime të rënda.

Deri në vitin 1973, vetëm në Institutin Pasteur (4) janë diagnostikuar 85 raste me endokardite nga kërpudhat e gjinisë Candida dhe

36 raste me endokardite nga Asperllagus në pacientë që iu janë nën shtuar operationeve në zemër të hapur.

Në 10 vjetët e fundit (4) disa kërpudha të tjera, të njohura m parë si saprofite, kanë qënë shkaktarë të endokardieve të rënda në 1 sëmurët e operuar në zemër si: *Penicillium variothi*, *Cephalosporium Hornedentron dermatitidis*, *Candida zeylandoides*, *Torulopsis glabrata* *Nocardia asteroides* etj.

Në kohën e sotme, në Klinikat kardio-kirurgjikale, ndërlikimet bakteriale dhe mikotike përbëjnë një problem të madh dhe ato janë jo vetëm si komprometues të rezultateve të operationeve, por jo rrall mund të gojnë edhe në vdekje. Nga të dhënat e autorëve të bibliografisë sonë, përqindja e ndërlikimeve në të sëmurët që iu janë bër operatione në zemër ndryshon nga 4-10% (6). Kështu p.sh. nga dhënat e 26 spitalëve të Italisë, të tilla ndërlikime janë shfaqur r 40% të rasteve gjatë vitit 1972, në Francë më 1968 në 2,7% të rasteve etj. (6,8).

Në vendin tonë, duke kontrolluar kartelat e 20 të sëmurëve operuar gjatë vitit 1976 në klinikën e kardio-kirurgjisë, rezultoi në asnjë rast nuk janë shfaqur ndërlikime të rënda bakteriale o mikotike.

Ecuria e sëmundjes kardiake në përgjithësi ka qënë normale. Në këta të operuar me temperaturë nga 38-39° kanë qënë vetëm 3 p një periudhë kohe nga 4-6 ditë. 13 të sëmurë kanë pasur temperaturë deri në 3 ditë, por nuk e kalonin shifrën 38°C. Vetëm në një të s murë kemi konstatuar temperaturën mbi 39°C për disa ditë (rreth 2 javë). Kjo temperaturë nuk lidhej me infeksionet stafilokoksike d mikotike, që kemi në studim.

Si profilaksi këshillohet: respektimi i rregullave për ruajtjen e shtetit në sallat e operationit, ku një rëndësi të veçantë merret shtetit në sallat kardio-kirurgjikale; kryerja e ekzaminimit bakteriolgj dhe mikotik në mënyrë të rregulltë për të njohur vazhdimisht shtetin e mikroflorës bakteriale dhe mikotike në këto klinika; respektimi i ekzaminimeve bakteriolgjike dhe mikotike nga personeli i këto klinike dhe të mbahet qëndrim ndaj mbartësve.

## KONKLUZIONE

1) Nga 650 ekzaminime bakteriolgjike të kryera në klinikë të parë janë izoluar 182 shtame të stafilokokut të artë, nga të cilët 1 shtame u izoluan nga sallat e të sëmurëve. Shtamet e stafilokokut artë ishin me plazmokoagulazë pozitivë në 75,30%, me hemolizë pozitive agar-gjak 100% me manit pozitiv 85,60% dhe me fosfotazë pozitive 78%.

2) Nga ekzaminimi bakteriolgjik i 26 punonjësve të kësaj klinike janë izoluar 19 shtame të stafilokokut të artë (10 nga hunda dhe 9 nga gryka) dmth 73,30%.

3) Duke kryer 380 ekzaminime mikolgjike në ambiente të ndryshme të kësaj klinike u izoluan 234 koloni kërpudhash, nga të cilat

Penicillium 102, Rizopus 10 koloni, Alternaria 10, Aspergillus 51 nga të cilët 3 koloni të Aspergillus fumigatus), Candida 5, Mucor 21, Cladosporium 1, Rotorula 12, Helminthosporium 16, Fusarium 2 dhe Geotrichium 1 koloni.

4) Duke kontrolluar kartelat e 20 të sëmurëve të operuar në klinikën kardiokirurgjikale nr. 1 të spitalit nr. 2 në Tiranë gjatë vitit 1976, në asnjë rast nuk janë vënë re ndërlikime të rënda bakteriale mikotike.

Dorzuar në Redaksi më 10 mars 1977

## BIBLIOGRAFIA

- 1) **Bulla Al.**: Micoze viscerale (Edit medical 1964).
- 2) **Colomello F.**: Infezioni ospedaliere e loro prevenzione nei reparti ad alto rischio. Giornali di malattie infettive e parassitarie 1976, vol. 28, nr. 5.
- 3) **Dumitrescu V.**: Dezentelche. Dezinseche. Deratizare. (Edit. Medical) 1976.
- 4) **Drouhet E.**: Champignons opportunistes et mycoses latrogènes. Bulletin de l'Institut Pasteur 1972, vol. 70, nr. 4, 391.
- 5) **Gage P., Gorica F., Jorgaqi P., Shehu T.**: Studium mbi infeksionet post operatore, duke u bazuar mbi gjendjen e tyre në klinikën e I të spitalit nr. 2 të Tiranës. Buletini i studentit të mjekësisë 1973, nr. 1, 13.
- 6) **Galli R., Zanani A.** e coll.: Principi generali di profilassi antinfettiva nel reparto cardiocirurgia. Giornali di malattia infettiva e parassitaria. 1976, Vol. 28, nr. 4.
- 7) **Plaka Dh.**: Përhapja e stafilokokëve patogjenë ndër klinikat e spitalit nr. 2 të Tiranës. Shëndetësia popullore 1968, nr. 3,32.
- 8) **Schonborn Ch.** and coll.: Mycological contamination of Hospital air and dust. International symposium of medical mycology. Bucarest 1973, 47.

## Summary

### THE BACTERIAL FLORA IN HOSPITAL

The paper discusses the effect of exposure to bacteria and fungi on patients undergoing surgical interventions, particularly open heart operations, in the first clinic of the Nr. 2 Hospital of Tiranë.

The work is based on 615 bacteriologic and 380 mycologic examinations. The bacteriologic examinations, for which blood-agar plates were used, took mainly into account the isolation of Staphylococcus aureus. For the mycologic examinations was used the solid Sabouraud medium with addition of chloramphenicol, on which various species were isolated. In the number are included examinations of 26 persons of the hospital staff.

From the 615 bacteriologic examinations were isolated 182 strains of Staph. aureus, of which 103 came from the wards. The tests for pathogenicity gave the following results: plasma-coagulase test 75.30%; haemolysis on blood-agar 100%; positive phosphatase test 79%.

19 strains of Staph. aureus were isolated from the hospital personnel.

From the mycologic examinations were isolated 234 strains of various species of fungi.

No bacterial or mycotic infection was observed among the patients who had undergone heart operations in 1976.

### Résumé

## LA FLORE BACTERIENNE DANS LES HOPITAUX

Dans cet article il est question des effets provoqués par les bactères et fungus chez les patients ayant subi des interventions chirurgicales, et particulièrement des opérations à coeur ouvert à la clinique I de l'hôpital n.° 2 de Tirana.

Cette étude se fonde sur 615 examens bactériologiques et 380 examens mycéliens. Les examens bactériologiques ont été effectués sur milieu agarsang en vue d'isoler surtout le staphylococque aureus; les examens mycéliens sur milieu Sabouraud avec du chloramphénicol en vue d'isoler différentes espèces de fungus. Le personnel de la clinique, en tout 26 personnes, a été également soumis à des examens.

A la suite des 615 examens bactériologiques ont été isolés 182 souches de Staph. aureus, dont 102 dans les salles d'opération. Les tests de pathogénéité ont fourni les résultats suivants: le test plasma-coagulase 75,39%; l'hémolyse: milieu agar-sang 100% et le test phosphatase positif 78%. 19 souches de Staph. aureus ont été isolées, parmi le personnel de la clinique.

A la suite des examens mycologique ont été isolés 234 souches de différentes espèces de fungus.

Aucune infection bactérienne ou mycélienne n'a été observée parmi les patients ayant subi des opérations au coeur en 1976.

# EKSPERIMENTALE

## VEPRIMI I HIDROKORTIZON ACETATIT DHE ENDOKSANTI NË HEPATITET KRONIKE EKSPERIMENTALE

— Prof. JOSIF E. ADHAMI, REXHEP BREGU, FATMIR OSTRENI,  
LEJLA ALIEMHETI —

(Katedra e sëmundjeve të brendshme dhe lenda e Fiziologjisë të Fakultetit të Mjekësisë; katedra e anatomisë patologjike të Fakultetit të Veterinarisë)

Gjatë regjimeve antipopullore të së kaluarës, kur mjekësia jonë ishte e prapambetur, pa asnjë bazë materiale dhe pa asnjë perspektivë, as që mund të mendohet për punime eksperimentale. Këto u bënë të mundura vetëm pas Çlirimit të Atdheut dhe fitores së Revolucionit Popullor.

Kortizoni dhe immunopresorët janë preparatet bazë në mjekimin e hepatitëve kronike, veganërisht të formave agresive. Rezultatet min e hepatitëve kronike, veganërisht të formave agresive. Rezultatet paraprake i kemi paraqitur në simpoziumin e vitit 1974 dhe më vonë (1, 2, 3), por të dhënat e literaturës ndryshojnë nga njëri autor tek tjetri veganërisht përsa u përket immunopresorëve.

Me qëllim që të sqarojmë më mirë veprimin e këtyre medikamenteve në hepatitet kronike, gjysh në janar të vitit 1975 shkaktuam hepatite kronike toksike eksperimentale në minj dhe pastaj filluam mjekimin e tyre.

### MATERIALIET, METODAT DHE KOHA E TRAJTIMIT

Në këtë eksperiment u përdorën 34 minj të bardhë (31 meshkuj dhe 3 femra), me peshë fillestare 140-360 gr. Prej këtyre, dy ngordhën që në 10 ditët e para, prandaj u përjashtuan nga eksperimenti, kështu mbetën 32 minj. Si preparat toksik u përdor tetrakloruri i karbonit 500/0 në vaj misri me dozë 1,3 ml. për kg/peshë, i injektuar subkutan (5).

*Grupi i kafshëve të shëndosha* përbëhet nga 5 minj. Dy prej këtyre nuk u trajtuan me asnjë preparat, por u mbajtën në të njëjtat kushte mjedisi dhe ushqimi sikurse minjtë e tjerë. Tre të tjerë u trajtuan vetëm me vaj misri 1,3 ml. për kg/peshë subkutan. Këta shërbyen si kontroll, për të parë se mos jep ndryshime hepatike vetë vaji i misrit. 27 minjtë e tjerë u ndanë në tre grupe nga 9 seicili.

*Grupi i parë ose grupi i vërtetë i kontrollit* u trajta vetëm me tetrakloruri karboni 500/0 në vaj misri dy herë në javë pa ndërprerje. Tre minjtë e parë ngordhën vetë pas 25, 29 dhe 45 ditësh që nga fillimi i injektimit.

mit. Gjashtë të tjerët u sakrifikuan me goditje në kokë, pa përdorur asnjë mezikament, me qëllim që të mos ndikonte mbi gjendjen e mëtejshme. Prej këtyre, një u sakrifikua pas rreth dy muajsh, dy pas afro tri muaj e gjysëm dhe tre pas katër muajsh. Sakrifikimin në periudha caktuara të trajtimit e bërnë me qëllim që ta shikonim zhvillimin sëmundjes në fazat e saj të ndryshme.

*Grupi i dytë* u trajtua me tetraklorur karboni me të njëjtat doza dhe me të njëjtin ritëm, dmth dy herë në javë. Krahas këtij preparati u fillua dhe mjekimi me hidrokortizonacetat 10 mg/kg peshë tri herë në javë (6).

Në dy raste, hidrokortizoni u fillua një javë pas trajtimit me  $CCl_4$  në një u fillua njëkohësisht me të, në tre afërsisht një muaj pas fillimit të  $CCl_4$  dhe në tre të fundit dy muaj pas fillimit të tij.

Gjatë mjekimit ngordhën dy muij, i pari një muaj pas fillimit të  $CCl_4$  (pas tri javësh mjekimi me hidrokortizon), i dyti ditën e 48 pas fillimit të  $CCl_4$  e hidrokortizonit. Të tjerët u sakrifikuan, prej këtyre vetëm një pas tre muaj e 13 ditësh nga fillimi i  $CCl_4$ , kurse 6 të tjerë pas tre muaj e 23 ditë nga fillimi i tij.

*Grupi i tretë* u trajtua me tetraklorur karboni me po ato doza, dmth 1,3 ml për kg/peshë 500/0 në vaj misri dy herë në javë për 4 muaj me përjashtim të një rasti që ngordhi pas 5 javësh. Mjekimi u lëviz me Endoxan (ciclophosphamide). Në literaturën që patëm mundësi shfrytëzoni, nuk gjetëm asnjë të dhënë mbi dozat që duhen përdorur në hepatitet kronike eksperimentale. Prandaj menduam të përdori dozat që japim në mjekimin e të sëmurëve me hepatit kronik, mdatërisht 2 mg/kg peshë. Në tre raste, mjekimi u fillua një javë pas fillimit të  $CCl_4$ , në tre të tjerë afro një muaj pas tij dhe në tre fundit 2 muaj pas fillimit të mjekimit të tetraklorurit. Me përjashtim të muijt që ngordhi pas 5 javësh, gjithë të tjerët u sakrifikuan pas muajsh.

Si në grupin e dytë ashtu dhe në të tretin, gjatë gjithë kohës mjekimit me hidrokortizon ose endoksan tri herë në javë vazhdon injektimi i  $CCl_4$  dy herë në javë pandërprejë.

Kafshëve të ngordhura gjatë eksperimentit si dhe atyre që sakrifikoheshin u bëhej autopsia, shihej mëlcia makroskopikisht dhe fshohej, pastaj vihej në formalinë 10/0, pregatiteshin blloqe parafidhe preparate për ekzaminimin histologjik. Përveç ngjyrosjeve me hematoxilinë-eozinë, në një pjesë të rasteve janë përdorur edhe metodat me Skarlat, Trikróm jeshil dhe PAS.

Për vlerësimin e rezultateve përpluam disa kritere histopatologjike funksionale. Sipas tyre, përcaktimin e shkallës së dëmtimit të mëlcisë e bërnë duke parë kater indekse kryesore: 1) infiltrimin e lëvizës portobiliare; 2) ndryshimet yndyrore; 3) nekrozën e qelizave hepatike; dhe 4) fibrozën në hapësirat portobiliare. Për të gjitha këto kur nuk ka pasur ndryshime, i kemi shënuar me (—), kur kanë që të dyshanta me (+—); ndryshimet shumë të lehta i kemi shënuar me (+), të lehta me (++), të mesme me (+++) dhe të theksuara i (+++++). Në raste kur infiltrimi i hapësirave portobiliare e kalon edhe *laminën limitans*, e shënojmë me (+++++). Të gjitha ndryshimet pozitive i kemi përmbledhur në pasqyrën nr. 1.

## R E Z U L T A T E T

Si ekzaminimi makroskopik, ashtu dhe ai mikroskopik, nuk treguan asnjë ndryshim në minjtë e kontrollit që nuk u injektuan, por u mbajtën në të njëjtat kushte mjedisi dhe ushqimi me kalsëm e tjera.

Nga tre minjtë e tjerë të kontrollit, që u trajtuan vetëm me vaj misri për afro 4 muaj, njëri prej tyre ngordhi që në muajin e tretë nga një masë tumorale sa një portokall, që iu zhvillua në regionin inguinal të majtë. Në ekzaminimin histologjik, kishte të dhëna për një hemangiosarkomë. Megjithëse mëçia nuk paraqiste ndryshime makro ose mikroskopike, edhe këtë rast e përfashuam nga eksperimenti. Dy minjtë e tjerë nuk kishin ndryshime makroskopike të mëçisë, organi ishte me sipërfaqe të lënuar, me ngjyrë normale, me peshë mesatare 9.5 gr. Mikroskopikisht struktura e traseve hepatike ishte e ruajtur, nuk shihej infiltrim i hapësirave portobiliare, mungonin ndryshimet yndyrore, nekroza e hepatociteve dhe fibroza e hapësirave portobiliare. E vëmja gjë që u vu re ishte një kongestionim i artëris perilobulare në një rast dhe një hialinozë vaskulare në tjetrin.

*Grupi i parë i minjve i trajtuar vetëm me CCl<sub>4</sub>* (grupi i vërtetë i kontrollit). — Mëçinë e kishin të zmadhuar, me ngjyrë të verdhë, me sipërfaqe jo të rrafshtë, por granulare; po kështu dukej edhe në prejë. Peshë mesatare e saj ishte 13.50 gr. Në ekzaminimin mikroskopik u pa se hapësirat portobiliare ishin të infiltruara me shumë elemente mononukleare: limfo e plazmocitare.

Në njërin prej këtyre, që u sakrifikua pas 4 muajsh trajtimi me tetraklorur, infiltrimi ishte shumë i theksuar sa e kalonte *laminën limitans* dhe depërtonte në brendësi të lobuleve hepatike, një lloj si në hepatitet agresive që shihen tek njerëzit. Në këtë grup, shumë të theksuara genë ndryshimet yndyrore. Distrofia yndyrore përqëndrohej kryesisht në periferi të lobuleve hepatike dhe ishte më e theksuar në kalfshet që trajtoheshin me CCl<sub>4</sub> prej më tepër se tre muaj, e mesme ose e lehtë në ato që trajtoheshin për një kohë më të shkurtër. Në këtë zonë, hepatocitet përmbanin pika dhjami dhe, në disa raste, ky ind e zëvendësonte krejt protoplazmën. Vetëm në një mi, që ngordhi brenda 29 ditësh, si ndryshimet yndyrore, ashtu dhe fibroza në hapësirat portobiliare, mungonin krejtësisht, ndërsa nekroza ishte shumë e theksuar, e përhapur në gjithë lobulin, trarët hepatikë genë prishur dhe mungonin rreth 50% e celulave. Në rastet e tjera, nekroza kishte prirje të vendosej më tepër në zonat centrolobulare. Me ndryshim prej distrofisë dhjamore, nekroza e qelizave hepatike ishte pòthujse e njëjtë si në kalfshet që ngordhën brenda muajit të parë, ashtu dhe në ato që u sakrifikuan pas 4 muajsh trajtimi me tetraklorur. Në zonën mediolobulare janë gjetur edhe celula me degjenerim hidropik. Ndryshime të tilla kanë gjetur edhe autorë të tjerë (4) 24 orë pas një injeksioni të vetëm me tetraklorur karboni.

Përsa i përket fibrozës, ajo ishte mjaft e theksuar në 6 rastet që u sakrifikuan pas një trajtimi të gjatë prej 2-4 muaj me tetraklorur. Në tre prej këtyre, fibroza i methonte lobulet hepatike dhe depërtonte

midis tyre duke formuar pseudolobule. Kjo gjë tregonte se procesi e kishte tejkaluar stadin e hepatitit kronik dhe po zhvillohej cirroza hepatiche. Në tre minjtë që ngordhën brenda 25-45 ditësh, fibroza ishte shumë e lehtë në dy dhe mungonte krejtësisht në të fundit.

Të gjitha këto ndryshime janë paraqitur në pasqyrën nr. 2.

*Grupi i dytë i minjve të trajtuar me tetraklorur dhe i mjekuar me hidrokortizon acetat.* — Në 9 minjtë e këtij grupi, gjatë autopsisë u pa se mëlçia nuk ishte e zmadhuar, ngjyra e saj dukej e verdhë u vetëm në tre raste, kurse në të tjerët ishte më tepër e zbehtë sesa grasoze, në dy sipërfaqja nuk ishte krejtësisht e ralshtë, në një ishte granulare.

Mesatarja  $\pm$  gabimi standard i peshës së mëlçisë së këtij grupi ishte  $7.82 \pm 0.07$  gr.

Nën veprimin e hidrokortizonit u panë përmirësime të dukshme në krahësim me grupin e parë të trajtuar vetëm me  $\text{CCl}_4$ , me përjashtim të një rasti. Kafsha ngordhi ditën e 48 pas fillimit të tetraklorurit dhe megjithëse mori 19 doza hidrokortizoni, në ekzaminimin histologjik u gjet një infiltrim shumë i theksuar i hapësirës portobiliare me elemente limfoplazmocitare, duke kaluar edhe *laminae limitans*; veçkësj paraqiste nekroza të theksuara të qelizave hepatiche, kurse ndryshimet zyndyrore dhe fibroza genë mesatare. Në 8 minjtë e tjerë, të shimet zyndyrore dhe fibroza genë mesatare. Në 8 minjtë të këtij pre-mjekuar me hidrokortizon, pavarësisht nga koha e fillimit të këtij parati, të katër kriteret histologjike të shquajtura prej nesh ishin negativë, shumë të lehtë ose të lehtë. Të gjitha këto janë paraqitur në pasqyrën nr. 3.

*Grupi i tretë i minjve i trajtuar me tetraklorur karboni dhe i mjekuar me emuloksan.* — Nga të 9 minjtë e këtij grupi, vetëm një ngordhi 5 javë pas fillimit të tetraklorurit dhe u mjekua vetëm dy javë më endoksan, kurse gjithë të tjerët u sakrifikuan 4 muaj pas fillimit të  $\text{CCl}_4$ . Në disa raste, mëlçia ishte e zmadhuar dhe peshonte mbi 10 gr., pra ndaj edhe mesatarja  $\pm$  gabimi standard i peshës së saj ishte  $10.68 \pm 0.57$  gr.

Me qëllim që të shihnim ndryshimet që pësonte pesha e mëlçisë në grupet e ndryshme të minjve, bëmë përpunimin statistikor, duke marrë në konsideratë peshat trupore të çdo kafshe në veçanti (sipas grupit) dhe krahasimin e tyre me peshat e mëlçisë të grupeve përkatëse. Një gjë të tillë e bëmë pasi peshat e mëlçisë normalisht duhet t'u përkohin në shavë të trupit. Përpunimin e bëmë me anën e metodës t-student me dy parametra:

**1) PESHA E MËLÇISË SË MINJVE NORMALË TË TRAJTUAR VETËM ME VAJ MISRI, U KRAHASUA ME TRE GRUPE TË TJERË DHE REZULTOJI**

1) Grupi i parë (grupi i vërtetë i kontrollit) i trajtuar me  $\text{CCl}_4$  e kishte peshën e mëlçisë më të madhe se ajo e minjve normal (P < 0.05).

2) Pesha e mëlçisë e grupit të dytë, të trajtuar me  $\text{CCl}_4$  dhe të mjekuar me hidrokortizon acetat, nuk paraqiste ndryshime të vlefshëm statistikiqisht nga ajo e minjve normalë (P > 0.05).



3) Mëlçia e minjve të grupit të tretë, të trajtuar me  $\text{CCl}_4$  dhe të mjekuar me Endoksan, peshonte më tepër se ajo e minjve normale ( $P < 0.05$ ).

II) PESHJA E MËLÇISË SË GRUPIT TË PARË (GRUPI I VËRTETË I KONTROLLIT, TË TRAJTUAR ME  $\text{CCl}_4$ ) U KRAHASUA ME PESHAT E MËLÇISË TË MINJVE TË GRUPIT TË DYTË E TË TRETË.

1) Mëlçia e grupit të dytë, të trajtuar me  $\text{CCl}_4$  dhe të mjekuar me Hidrokortizon acetat, nën veprimin e këtij të fundit, pësoi një ulje të theksuar në peshë, në krahasim me atë të grupit të vërtetë të kontrollit ( $P < 0.05$ ).

2) Peshja e mëlçisë e grupit të tretë, të trajtuar me  $\text{CCl}_4$  dhe të mjekuar me Endoksan, nën veprimin e terapisë (me dozën e përdorur prej nesh), megjithëse pësoi një ulje të vogël, në krahasim me atë të grupit të vërtetë të kontrollit, ajo ishte e pavarësisht statistikisht ( $P > 0.05$ ).

Në grupin e mjekuar me Endoksan, në përgjithësi mëlçia kishte një sipërfaqe jo të rafshhtë, në tre raste granulare dhe të vendhë, kurse në të tjerët, ngjyra ishte më shumë ose më pak e zbehhtë.

Duke i krahasuar të dhënat histologjike të grupit të tretë me ato të grupit të parë, që u trajtua vetëm me tetraklorur (grupi i vërtetë i kontrollit), shohim se si infiltimi i hapësirave portobiliare, ashtu dhe distrofia yndyrore nuk paraqitin ndryshime të vlefshme për t'u vënë në dukje.

Në disa vende konstatuam se një pjesë e qelizave me ndryshime yndyrore kishin kaluar në nekrozë, ndërsa pjesa tjetër në nekrobiozë.

Në grupin e mjekuar me Endoksan, nekroza është pak më e lehtë, më e kufizuar se në grupin e parë, të trajtuar vetëm me tetraklorur (grupin e vërtetë të kontrollit); veg asaj, në grupin e Endoksanit shihen hepatocite me bërthama hiperkromatike ose hipokromatike, megaloците dhe mikroците, që tregojnë se krahas proceseve nekrotike, po zhvillohen edhe procese regjenerative. Ndryshime të tilla nuk kishin në grupin e vërtetë të kontrollit, të trajtuar vetëm me  $\text{CCl}_4$ . Në disa raste në parenkimë, në brendi të lobuleve duken edhe granuloma rezorbtive.

Fibroza e hapësirave portobiliare ishte shumë më e pakët në krahasim me grupin e vërtetë të kontrollit; kështu nga 9 minjtë e mjekuar me Endoksan, 4 nuk kishin fare shenja fibroze, në 2 ajo ishte shumë e lehtë, në një e lehtë dhe në dy e mesme. Përmirësimet duket sikur nuk kanë lidhje me kohën e fillimit dhe zgjatjen e përdorimit të endoksanit.

Të dhënat e këtij grupi janë paraqitur në pasqyrën nr. 5.

Po të krahasojmë rezultatet e arritura në grupin e mjekuar me hidrokortizon dhe ato me endoksan del se ato janë më të mira në minjtë e mjekuar me hidrokortizon. Por nga ana tjetër, po të krahasojmë dozat e hidrokortizonit të përdorura në këtë eksperiment me ato që përdorim zakonisht në klinikë janë shumë më të mëdha se ato

të endoksanit. Ky do të jetë objekti i një eksperimenti tjetër, që është duke u zhvilluar, pasi përshtypja jonë paraprake është se rolin kryesor e lozn dozat më të larta të këtyre preparateve dhe jo zgjatja e tyre në kohë.

Sidoqoftë, rastet tona janë ende të pakta dhe nuk mund të nxirren konkluzione përfundimtare, por vetëm disa mendime paraprake:

- 1) Sa më e gjatë të jetë koha e injektimit të tetrakorurit, aq më të mëdha janë ndryshimet hepatike, veçanërisht ndryshimet yndyrore dhe fibroza e hapësirave portobiliare.
- 2) Hidrokortizoni i përdorur me dozë 10 mg/kg peshë sjell përmirësim të dukshme në të katër kriteret histopatologjike të vlerësimit të dëmtimeve hepatike.
- 3) Endoksani i dhënë me dozë 2 mg/kg peshë pengon zhvillimin e fibrozës hepatike, më pak atë të nekrozës, kurse distrofia yndyrore dhe infiltrimi i hapësirave portobiliare pöthnuajse nuk ndryshojnë.
- 4) Peshja e mëlçisë e grupit të dytë (trajtuar me  $\text{CCl}_4$  dhe mjekuar me hidrokortizon acetat) ishte më e vogël se ajo e grupit të vërtetë të kontrollit (të trajtuar me  $\text{CCl}_4$ ) ( $P < 0.05$ ) dhe nuk paraqiste ndryshime të vlefshme statistikisht nga ajo e minjve normale ( $P > 0.05$ ).
- 5) Peshja e mëlçisë e grupit të tretë (trajtuar me  $\text{CCl}_4$  dhe mjekuar me Endoksan me dozën 2 mg për kg peshë) në krahasim me atë të grupit të vërtetë të kontrollit (trajtuar me  $\text{CCl}_4$ ) ishte pak më e vogël, por e pavlefshme statistikisht ( $P > 0.05$ ), kurse në krahasim me atë të minjve normale ishte më e madhe ( $P < 0.05$ ).
- 6) Ndryshimet që shihen në rezultatet e grupit të mjekuar me hidrokortizon dhe atij me Endoksan, mund të jenë pasojë e diferencës së dozave të këtyre preparateve.

U paraqit në Redaksi më 15 janar 1977

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Adhami J. E., Muga D., Hashorva H.: Përdorimi i kortizonikëve në hepatitet kronike gjatë viteve 1970-1974. Punime mbi sëmundjet e brendshme 1976, 1, 168.
- 2) Adhami J. E., Pilku N., Manushi Q.: Immunodepresorët në hepatitet kronike gjatë viteve 1972-1974. Punime mbi sëmundjet e brendshme 1976, 1, 176.
- 3) Adhami J., Pilku N.: Mjekimi i hepatitëve kronike me kortizonikë dhe immunodepresorë. Buletini i UTP — seria shkencat mjekësore 1976, XVII, 2, 21.
- 4) Mellis Marco, Orzi Lelio: Aspetti ultrastrutturali del fegato di ratto nella intossicazione con tetracloruro di carbonio. Il fegato 1967, XIII, 2, 231.
- 5) Reuber M. D., Glover E. L.: Carbon Tetrachloride Induced Cirrhosis. Arch. Path. 1968, 85, 275.
- 6) Varga F., Mehes Gy., Molnar Z.: Reversibility of hepatic fibrosis induced by carbon tetrachloride in the rat. Acta physiologica Academiae Scientiarum Hungaricae 1969, 29 (1), 69.

*Pasqyrë nr. 1*

**Kritere histopatologjike konvencionale për përcaktimin e shkallës së dëmtimit të mëjçisë në hepatitet eksperimentale**

I) Infiltirimi i hapësirave portobiliare		II) Ndryshimet yndyrore	
Shumë i lehtë I lehtë I mesëm I theksuar Kur e kalon laminën limitans	(+) (++) (+++) (++++) (+++++)	Shumë të lehta Të lehta Të mesme Të theksuara	(+) (++) (+++) (++++)
III) Nekroza e qelizave hepatike		IV) Fibrozat e hapësirave portobiliare	
Shumë e lehtë E lehtë E mesme E theksuar	(+) (++) (+++) (++++)	Shumë e lehtë E lehtë E mesme E theksuar	(+) (++) (+++) (++++)

*Pasqyrë nr. 2*

**Të dhënat histologjike në minutë e eksperimentit të I të trajtuar vetëm me tetraklorur të karbonit (Grupi i vërtetë i kontrollit)**

Nr.	KOHA E INJ- KTIMIT TË CC1 <sub>4</sub>	Infiltirimi i HPB	Ndryshimet yndyrore	Nekroza e qelizave hepatike	Fibroza e HPB
1	25 ditë (ngordhi)	(+++++)	(+++)	(+++)	(+)
2	29 ditë (ngordhi/	(++++)	(-)	(+++)-(++++)	(-)
3	45 ditë (ngordhi)	(+++)	(+++)	(++)	(+)
4	64 ditë (u sakri- fikua)	(+)	(++)	(++++)	(+++++)
5	3 muaj e 12 ditë (u sakrifiku)	(+++)	(+++)	(+++)	(+++)
6	3 muaj e 12 ditë (u sakrifiku)	(+++)	(+++)	(+)	(+++)
7	4 muaj (u sakri- fikua)	(+++)	(+++)	(++)	(+++)
8	4 muaj (u sakri- fikua)	(+++)	(+++)	(+++)	(+++)
9	4 muaj (u sakri- fikua)	(+++)	(+++)	(+++)-(++++)	(++++)

## Pasqyrë nr. 3

Të dhënat histologjike në minjtë e eksperimentit të I të trajtuar me  $\text{CCl}_4$  dhe hidrokortizon acetat

Nr.	Koha e injektimit të $\text{CCl}_4$	Koha e fillimit të kortizolit	Infiltrimi i HPB	Ndryshimet yndyrore	Nekroza e qelizave hepatike	Fibroza e HPB
1	1 muaj (ngordhi)	1 javë pas $\text{CCl}_4$	(+)	(++)	(++)	(-)
2	48 ditë (ngordhi)	1 javë pas $\text{CCl}_4$	(+++)	(+++)	(+++)	(+++)
3	3 muaj e 13 ditë (u sakrifikua)	Bashkë me $\text{CCl}_4$	(+)	(+)	(-)	(-)
4	3 muaj e 23 ditë (u sakrifikua)	36 ditë pas $\text{CCl}_4$	(++)	(++)	(++)	(+)
5	3 muaj e 23 ditë (u sakrifikua)	1 muaj pas $\text{CCl}_4$	(-)	(+)	(+)	(-)
6	3 muaj e 23 ditë (u sakrifikua)	1 muaj pas $\text{CCl}_4$	(+)	(+)	(+)	(+)
7	3 muaj e 23 ditë (u sakrifikua)	2 muaj pas $\text{CCl}_4$	(+)	(+)	(+)	(+)
8	3 muaj e 23 ditë (u sakrifikua)	2 muaj pas $\text{CCl}_4$	(++)	(++)	(+)	(+)
9	3 muaj e 23 ditë (u sakrifikua)	2 muaj pas $\text{CCl}_4$	(-)	(-)	(+)	(+)

## Pasqyrë nr. 4

Mesatarja  $\pm$  gabim standard i peshës së trupit dhe peshës së mëlçisë në kafshët e sakrifikuara ose të ngordhura

Nr.	Grupet e kafshëve	Mesatarja $\pm$ gabim standard i peshës së trupit të minjve shprehur në gram	Mesatarja $\pm$ gabim standard i peshës së mëlçisë shprehur në gram
1	Minjtë e trajtuar vetëm me vaj misri	255 $\pm$ 0	9.25 $\pm$ 0
2	Grupi i vëretë i kontrollit (trajtuar me $\text{CCl}_4$ )	299 $\pm$ 5	13.50 $\pm$ 0
3	Grupi i dytë ( $\text{CCl}_4$ +hidrokortizon).	197 $\pm$ 2	7.82 $\pm$ 0.07
4	Grupi i tretë ( $\text{CCl}_4$ + Endoksan)	235 $\pm$ 2	10.68 $\pm$ 0.57

## Pasqyra nr. 5

Të dhënat histologjike në minjtë e eksperimentit të I të trajtuar me  $\text{CCl}_4$  dhe endoksan

Nr.	Koha e injektimit të $\text{CCl}_4$	Koha e fillimit të Endoksanit	Infiltrimi i HPB	Ndryshimet yndyrore	Nekroza e qelizave hepatike	Fibroza e HPB
1	4 muaj (u sakrifikua)	1 javë pas $\text{CCl}_4$	(+++)-(++++)	(++++)-(-)	(++)	(-)
2	4 muaj (u sakrifikua)	1 javë pas $\text{CCl}_4$	(++)	(++++)	(+)	(-)
3	4 muaj (u sakrifikua)	1 javë pas $\text{CCl}_4$	(++)	(++++)-(+)	(++++)-(+)	(++)
4	4 muaj (u sakrifikua)	1 muaj pas $\text{CCl}_4$	(++++)	(++++)-(++++)	(++++)-(++++)	(+++)
5	4 muaj (u sakrifikua)	1 muaj pas $\text{CCl}_4$	(+)	(++++)-(++)	(++++)-(++)	(-)
6	5 javë (ngordhi)	3 javë pas $\text{CCl}_4$	(++++)	(+++)	(++)	(+)
7	4 muaj (u sakrifikua)	2 muaj pas $\text{CCl}_4$	(++)	(++++)	(++++)	(-)
8	4 muaj (u sakrifikua)	2 muaj pas $\text{CCl}_4$	(+++)	(+++)	(+)	(+)
9	4 muaj (u sakrifikua)	2 muaj pas $\text{CCl}_4$	(++++)	(+)-(++)	(+)	(+++)

## Summary

EFFECT OF HYDROCORTISONE ACETATE AND ENDOXAN  
ON EXPERIMENTAL CHRONIC HEPATITIS

The experiment was carried out on 32 white rats of average initial weight of 140-360g. The toxic preparation that induced hepatitis was carbon tetrachloride ( $\text{CCl}_4$ ) 50% in maize oil injected twice a week subcutaneously at the dose of 1.3 ml/kg body weight.

Five animals were held as a first healthy control group. Two of them received no treatment and three received subcutaneous injections of maize oil on doses of 1.3 ml/kg twice a week.

The remaining 27 rats were divided in three groups of 9 each. In the first group (second or true control group) the rats were given on  $\text{CCl}_4$  and were sacrificed after two, three and a half, and four months.

The rats of the second group, besides  $\text{CCl}_4$ , twice a week, received hydrocortisone acetate 10 mg/kg three times a week and were sacrificed three and a half months after the beginning of the treatment.

The rats of the third group, besides  $\text{CCl}_4$ , twice a week, were given Endoxan (Cyclophosphamide) 2 mg/kg three times a week.

The injections of  $\text{CCl}_4$  and the treatment with hydrocortisone acetate and Endoxan were given during the same period.

Four indices were considered in assessing the effect of the treatment at the histological examination: 1) the infiltration of the porto-biliary spaces by lymphoplasmocytic elements; 2) the lipid changes; 3) the necrosis of the hepatic cells; 4) the fibrosis of the porto-biliary spaces.

Results: The first control group of rats which received no treatment only maize oil showed no pathologic changes.

The changes observed in the three groups of 9 rats each are presented in the tables 2, 3 and 5; table 4 shows the average  $\pm$  error of the weight of the body and the liver. The relatively small number of the animals does not see sufficient for final conclusions, but the authors give their preliminary impressions:

- 1) The longer the period of treatment by  $\text{CCl}_4$ , the greater the liver changes in particular the lipid dystrophy and the fibrosis of the porto-biliary spaces.
- 2) Hydrocortisone given in doses of 10/mg/kg brings evident improvement of the histopathologic criteria.
- 3) Endoxan given in doses of 2 mg/kg prevents the development of liver fibrosis, but is less effective against necrosis and has practically no effect on lipid dystrophy and the infiltration of the porto-biliary spaces.
- 4) The weight of the liver the second group (which received  $\text{CCl}_4$  and hydrocortisone) was lower than that of the first group (which received  $\text{CCl}_4$  on  $P < 0.05$ ) and does not present statistically significant differences from that of the normal rats ( $P > 0.05$ ).
- 5) The weight of the liver of the third group (treated with  $\text{CCl}_4$  and Endoxan) was insignificantly lower than that of the first group (the true control group) ( $P > 0.05$ ), but was significantly greater than that of the normal rats ( $P < 0.05$ ).

6) The differences in the effect of the treatment by hydrocortisone and Endoxan may be due to the differences of the doses employed.

### Résumé

## L'EFFET DE L'HYDROCORTISONE ACETATE ET DE L'ENDOXAN DANS LES HEPATITES CHRONIQUES EXPERIMENTALES

L'expérience dont il est question a été réalisée avec 32 rats d'un poids initial de 140-360 gr. En tant que préparation toxique provoquant l'hépatite, on s'est servi du tetrachlorure de carbone ( $\text{CCl}_4$ ) à 50 pour cent dans de l'huile de maïs en injectant aux rats deux fois par semaine par voie i.m. à la dose de 1,3 ml/kg de poids corporel.

Le groupe de contrôle comprenait 5 rats. Deux d'entre eux ne furent soumises à aucun traitement, tandis que aux trois autres fut injecté de l'huile de maïs par voie i.m., deux fois par semaine à une dose de 1,3 ml/kg de poids corporel.

Les autres sujets d'expérience, 27 en tout, furent répartis en trois groupes de 9 rats chacun.

Les rats du *premier groupe* (le véritable groupe de contrôle), après un traitement au tetrachlorure de carbone seulement, furent abattus successivement au bout de deux, trois et demi et quatre mois.

Les rats du *deuxième groupe*, parallèlement au  $\text{CCl}_4$ , deux fois par semaine, ont été traités à l'hydrocortisone acétate à la dose de mg/kg de poids corporel trois fois par semaine et sont sacrifiés environ trois mois et demi après le commencement du traitement.

Le *troisième groupe* a été traité avec du  $\text{CCl}_4$  pendant quatre mois de suite. A ce groupe on a administré de l'Endoxan (Cyclophosphamide) à la dose de 2 mg/kg de poids, trois fois par semaine. Pendant le traitement à l'hydrocortisone ou à l'endoxan a été continué l'administration du  $\text{CCl}_4$ .

Pour apprécier l'effet du traitement pendant l'examen histologique du foie on s'est guidé sur les quatre critères suivants: l'infiltration d'éléments lymphoplasmocytaires dans les espaces porto-biliaires; 2) la dystrophie adipeuse; 3) la nécrose de cellules hépatiques; 4) la fibrose des espaces porto-biliaires.

*Résultats:* Les sujets du premier groupe de contrôle, n'étant pas soumis au traitement, ou n'ayant été traités qu'avec de l'huile de maïs ne présentent pas d'altérations.

Les résultats relatifs aux trois groupes sont indiqués dans les tableaux 2, 3 et 5. Par ailleurs, le tableau 4 indique la moyenne  $\pm$  d'erreur relative au foie et au poids corporel. Le nombre des animaux examinés étant limité, les auteurs ne peuvent pas évidemment dégager des conclusions définitives. Ainsi, ils sont limités à exprimer des conclusions préliminaires:

1) La gravité des altérations hépatiques, notamment la dystrophie adipeuse et la fibrose des espaces porto-biliaires, va de pair avec la durée de la période de traitement avec du  $\text{CCl}_4$ .

2) L'hydrocortisone administré à la dose de 10 mg/kg de poids améliore sensiblement les quatre critères histopathologiques.

3) L'endoxan administré à la dose de 2 mg/kg de poids prévient le développement de la fibrose du foie, mais il est moins efficace envers la nécrose et n'exerce aucun effet sur la dystrophie adipeuse et l'infiltration des espaces porto-biliaires.

- 4) Le poids du foie des rats du deuxième groupe (traité au  $\text{CCl}_4$  et à l'hyd cortisone) est inférieur à celui du premier groupe (traité au  $\text{CCl}_4$  seulement) ( $P < 0.05$ ) et ne présente pas sur le plan statistique des différences significatives par rapport au poids du foie des sujets normaux ( $P > 0.05$ ).
- 5) Le poids du foie du troisième groupe (traité au  $\text{CCl}_4$  et l'endoxan à doses de 2 mg/kg de poids), par rapport à celui du véritable groupe de contrôle (traité au  $\text{CCl}_4$ ), est légèrement inférieur, mais négligeable au point de vue statistique ( $P > 0.05$ ), encore que supérieur à celui des sujets normaux ( $P < 0.05$ ).
- 6) Les différences observées entre les altérations du groupe traité à l'hyd cortisone et de celui traité à l'endoxan, peuvent être imputées à la différence doses administrées de ces médicaments.



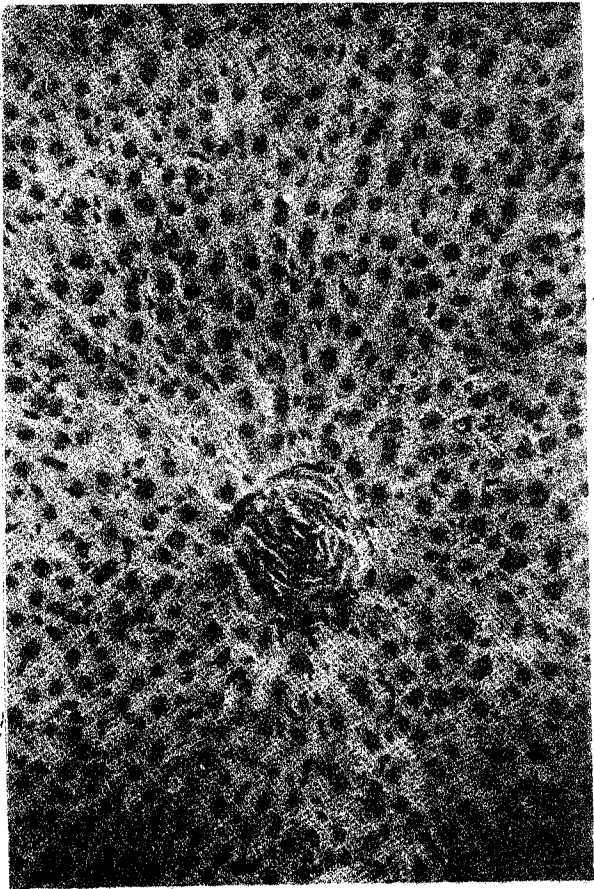


Fig. 1.

Më kontrolli i trështuar vetëm me vaj misri, struktura e lobuleve hepatiske e reasjtur. Hepatocitet me vendosje trabekulare normale. Nuk vërehen ndryshime histopatologjike. (Hemat. Eos. x 100).



Fig. 2.

Më i trështuar me  $CCl_4$ , Bie në sy vakuolizimi i shprehur i hepatociteve, kryesisht atyre periacinoze. Steatozë e heparit (Hemat. Eos x 125).



Fig. 3.

• I njëjti rast. Në gendër të preparatit shihet HPB, e cila paraqit infiltrim eter tësh rotundocelularë dhe proliferim të fibroblasteve, që kalojnë kuftë kuftë hapësirës portobiliare (*lamina limitans*). Hepatocitet pranë HPB paraqitin vakuol shumë të shprehur të protoplazmës, duke krijuar përshlypjen e mikrociis Steatozë makrovakuolare e hepatociteve (Hemat. Eos x 100).



Fig. 2.

Më i trojshur me  $CCl_4$ . Steatozë e theksuar e hepatociteve. Vërehen dy hepatome protoplazëm voluminoze, opdikisht boshë, me bërtitshmë të vendosur në qen Dy hepatocite të fjerë pa bërtitshmë, njëri nga të cilët i vakuolizuar, kurse tjetri granular: Nekrozë e hepatociteve (Hemat. Eos. Inversion x 400).



Fig. 5.

Mi i tretuar me  $CCl_4$ . Bien në sy pseudolobulet hepatiche. Vena centrale gjendet e zhvendosur në periferi. Pseudolobulli është i rrethuar nga ind fibrokonjuktival i pjekur. Në hepatocitet e pseudolobullit vërehen depozitime dhjëmorë. Përveç këtyre shihen fusha të vogla hepatocitësh të nekrotizuara. Cirrozë në formën e sipër (Hemat. Eos x 100).

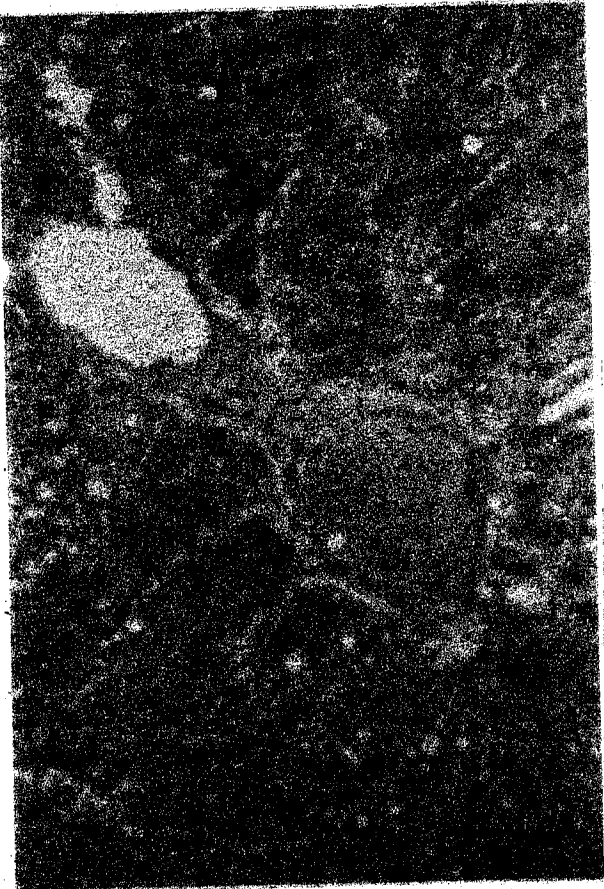


Fig. 6.

Mi i tretuar me  $CCl_4$  dhe hidrokortizon. Fenomene steatitike pa lokalizim të caktuar. Nuk ka infiltrim të HPB, as fibrozë; nekroza paraqitet vetëm në fusha të vogla ku mungojnë hepatocitet (Hemat. Eos. x 160).



Fig. 7.

Mi i trajtuar me  $CCl_4$  dhe hidrokorizon. Vihet re kongjestionim i mëgjësë. ]  
 HPB ka një infiltrim të lehtë me elementë rotundocelulare (limfoplazmocitar  
 Nuk ka fibrozë dhe proliferim fibroblastik, as nekrozë. Tëk tük shihen vat  
 të vogla steatohke. (Hemat. Eos. x 200).



Fig. 8.

Mi i trajtuar me  $CCl_4$  dhe Endoksan. Steatozë e shprehur e hepatociteve pa topc  
 grati të përcaktuar mirë, mjaft nga këto marrin pamje mikrocistike. Zonat peria  
 cinoze në përgjithësi të ruajtura mirë. Nuk vërehet fibrozë, as infiltrime inflamator  
 dhe as nekrozë (Hemat. Eos. x 40).

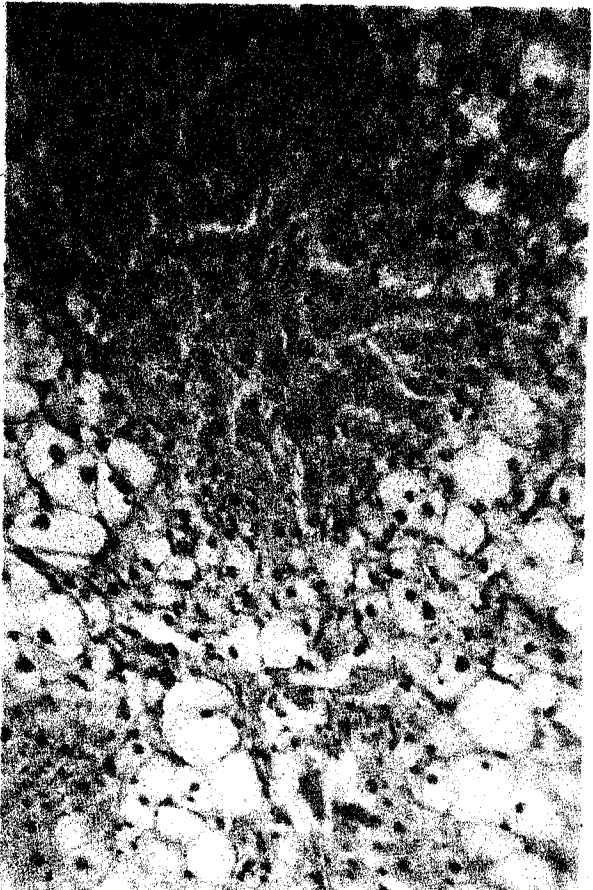


Fig. 9.

*I njëjti rast. Steatozë me vendosje perlobulare. Vende-vende vihen re hepatocyte të nekrotizuara. Nuk ka fibrozë as infiltrim. (Hemat. Eos. x 100).*

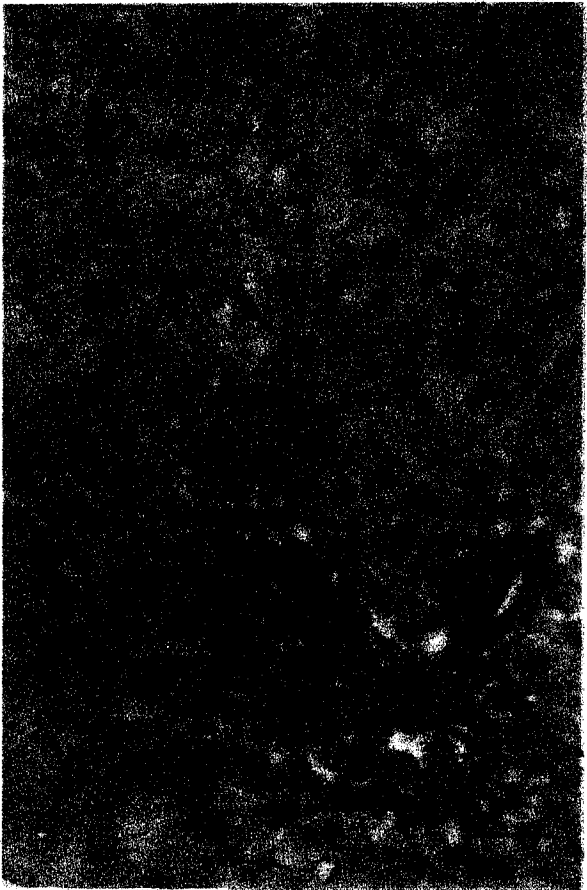


Fig. 10.

*Mi normal, i pa trojitur, i mbajtur në të njëjtat kushte mjedisat dhe ushqimt. TPB me madhësi normale, pa infiltrime mononuklearesh, indi lidhor pa ndryshime Tinkom jeshil x 120).*



Fig. 11.

Mi i trajtuar me  $CCl_4$ . Prishje e strukturës së lobuleve hepatike; indi lidhor k kaluar laminën limitans dhe depërton në brendësi të lobullit, duke rrethuar qeli za të veganta ose grupe qelizash (Trikróm jeshil x 63).

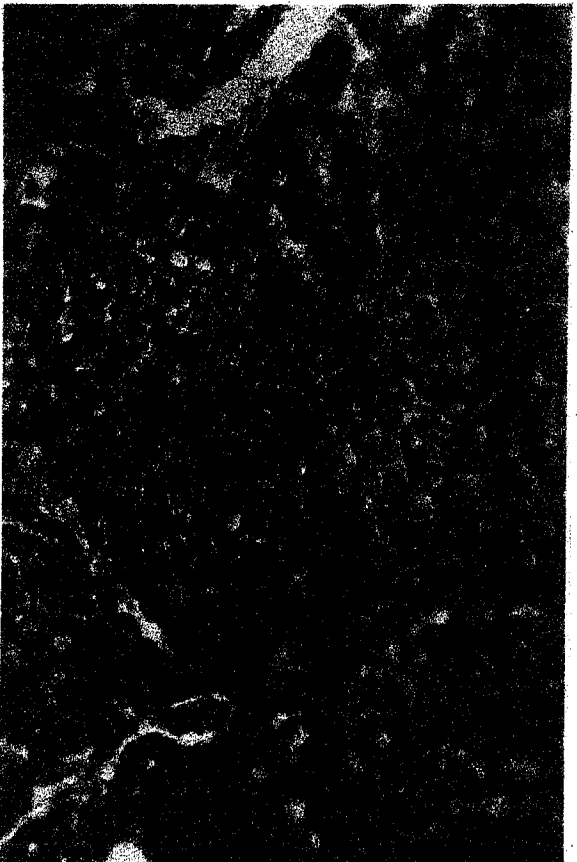


Fig. 12.

Mi i trajtuar me  $CCl_4$ . Vihet re krijimi i një pseudolobulli dhe fibroza rreth e (Trikróm jeshil x 63).



Fig. 13.

Mi i trajtuar me CCl<sub>4</sub> dhe hidrokortizon. Struktura histologjike e rrajtur. Në HPB  
indi lidhor brenda normës. (Trihrom jeshil x 25).

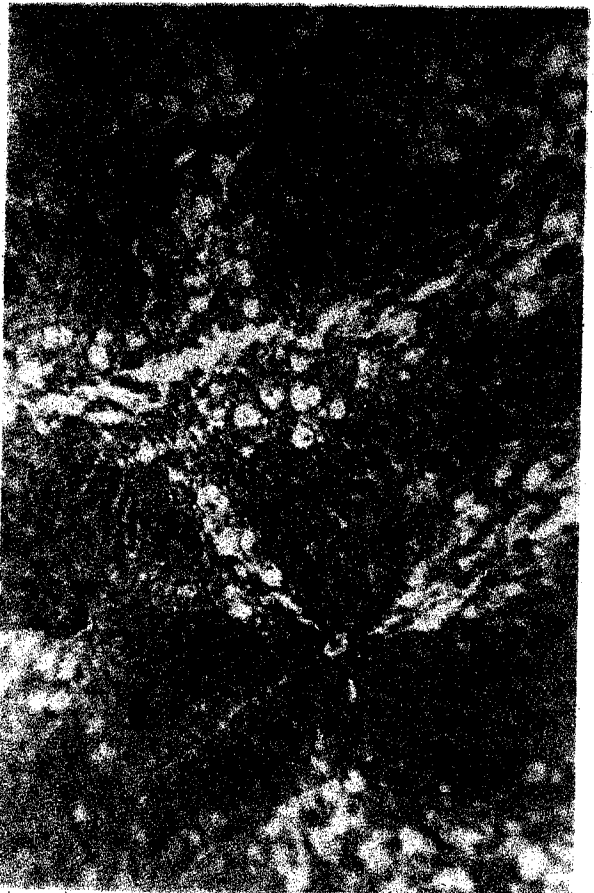


Fig. 14.

Mi i trajtuar me CCl<sub>4</sub> dhe Endoksan. Në HPB bie në sy një sasi minimale indi  
lidhor (brenda normës). Steatoza e hepatociteve është e shprehur (Trihrom jeshil  
x 25).



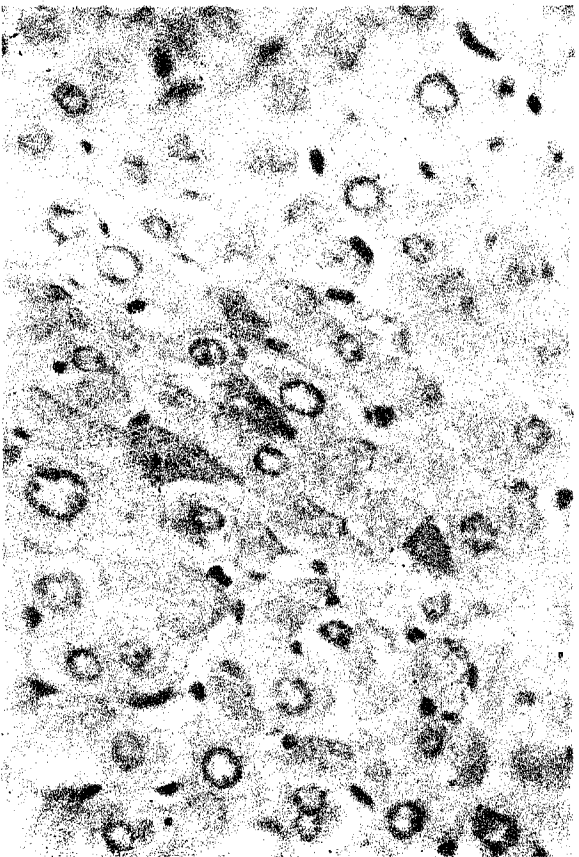


Fig. 15.

Mi i trajtuar me  $CCl_4$  dhe hidrokortizon. Një pjesë e madhe e gelizave janë P<sub>1</sub> pozitive. Në gelizat me PAS (+) të theksuar vërehen edhe ndryshime të k rakterit nekrobiotik. (PAS x 126).

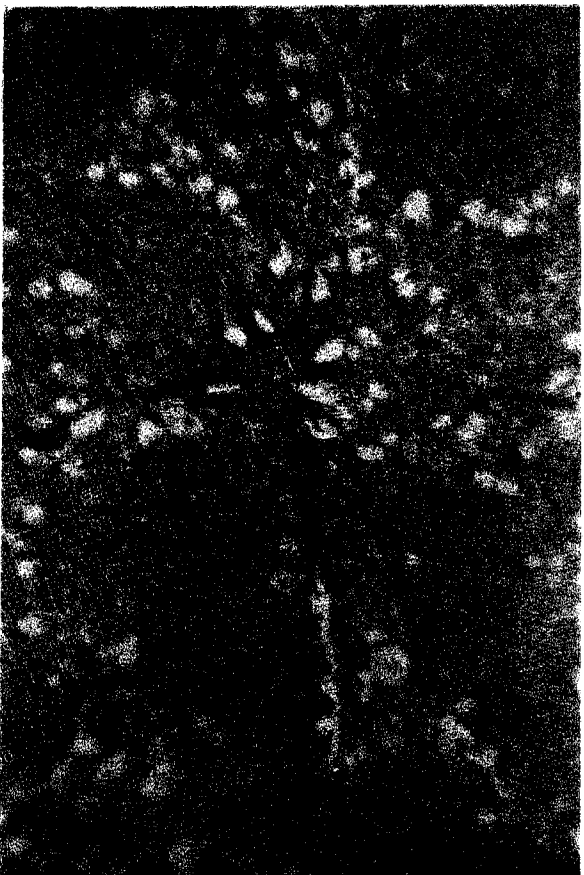


Fig. 16.

Mi i trajtuar me  $CCl_4$  dhe kinkorsom. Preparat PAS negativ. Vakuola perioplular të natyrës yndyrore. (PAS x 25).



# KUMTESA

## NJË RAST BIGEMINIE VENTRIKULARE ME SHEKËPUTJE-PUSHTIM

— PANDELI QINA —  
(Spitali i rrehit — Berat)

Crregullimi themelor që çon në lindjen e bigeminisë ventrikulare me shkëputje-pushtim, në rastet me bllok sino-atrial dhe bllok A-V, që kanë ritëm bazë sinusial, është dëmtimi i përcimit të impulsit sinusal (2). Por bigeminia ventrikulare me shkëputje-pushtim shfaqet edhe në rastet me bradikardi sinusale shumë të theksuar, shkarkime të parakohshme të impulsit sinusal imatur, ekstrastotolë atriale të bllokuar dhe *sinus arrest* (1, 2, 3).

Ndonëse në përgjithësi hasen rralle, blloku A-V 3:2, bllokimi i ekstrastotolës atriale dhe bradikardia sinusale shumë e theksuar, si arithmi që mund të ndërlikohet me bigemininë ventrikulare me shkëputje-pushtim, janë përshkruar pak më dendur se blloku sino-atrial; ndërsa ritmi reciprok me origjinë atriale është hasur shumë rralle (1, 2).

Duke përshkruar aritminë në fjalë tek i sëmundi ynë, që kishte bradikardi sinusale shumë të theksuar, diskutohet gjithashtu mekanizmi i lindjes së bigeminisë ventrikulare me shkëputje-pushtim në rastin tonë.

I sëmundi M.K., 31 vjeç, nr. EKG 672, 10.VI.1976, ankohej për palpitacione në ecjet e gjata, por pa dispne. Anamneza e jetës pa rëndësi. *Objektivisht*: Matiteti absolut i zemrës në kufijt e normës, tonet ritmike, herë-herë bigeminike, zhurmë sistolike e shkallës së dytë me ton të parë të ruajtur në majë; pulsi me mbushje normale, sinkron me tonet, frekuenca 40/min. TA 120/80 mmHg. Organet e tjera normale.

*Egzaminimet laboratorike.* — Gjak komplet, urinë komplet, lipemi, kolesterolemi, glicemi dhe azotemi në normë. Nga ekzaminimi radiologjik i zemrës del në pah një zemër me madhësi e konfiguracion normal, pa zmadhim të ndonjë segmenti dhe vaskularizim normal. Shih fig. 1.

*Ritëm sinusal. Bradikardi sinusale. Aritmi sinusale. Disociacion A-V. Ritëm i shkëputur funksional A-V,* që kohë pas kohe kalon në *bigemininë ventrikulare me shkëputje pushtim* (dy brezat e sipërmë dhe tre të poshtmit janë të pandërprerë).

*Analiza:* brezat e parë:

1) Kur cikli sinusal zgjajet ( $P_3-P_4 = 208$ ) shfaqet tkurrje e shkëputur (Sh<sub>1</sub>).

2) Impulset sinusale 4,5 dhe 6 interferojnë me tkurrjet e shkëputura (Sh<sub>1</sub>, Sh<sub>2</sub> dhe Sh<sub>3</sub>), gjë që pasqyron një disociacion A-V.

3) Pas  $P_6$ , ciklet sinusale ( $P_4$ - $P_5$ ,  $P_5$ - $P_6$  dhe  $P_6$ - $P_7$ ) ngushohen herë e më shumë derisa bëhet i mundurshëm përgjimi i impulsit simi

4) Cikli i shkëputjes midis  $Sh_1$ - $Sh_2$  dhe  $Sh_2$ - $Sh_3$  është 174 sek Brezi i dytë:

1) Impulset sinusale  $P_1$ ,  $P_2$  dhe  $P_3$  në brezin e dytë (skica) cohen normalisht në ventrikuj, sepse shfaqen pas intervallesh  $P$ - $P$  të shkurtra (145, 156 dhe 158 sek.) se intervallet junksionale, që luten midis vlerave 168 dhe 174 sek.

2) Kur ciklet sinusale zgjaten progresivisht ( $P_1$ - $P_2$ ,  $P_2$ - $P_3$  dhe  $P_3$  shfaqet sërish tkurria e shkëputur ( $Sh_1$ ) pas ciklit sinusal më të gjatë ( $P_3$ - $P_4$ =205 sek.).

3) Tkurria e shkëputur  $Sh_1$  shfaqet 167 sek. pas tkurries 3 si sale dhe, duke e bërë indin junksional refraktar, interferon me Tkurria e shkëputur  $Sh_2$  shfaqet 168 sekonda pas  $Sh_1$ , ndërsa  $Sh_3$  150 pas tkurries 5 sinusale. Megjese ciklet sinusale  $P_4$ - $P_5$  janë më të gjata (përkatesisht 185 dhe 208 sek.), indi junksional A-V del gjendja e refraktaritetit në kohën kur arrijnë atje impulsit sinu 5 dhe 6. Si rrjedhim këta të fundit përgohehen në ventrikuj në gift tkurriet e shkëputura dhe kështu rezulton ritmi i bigeminisë ventri lare me shkëputje — pushim.

4) Cikli sinusal «rivendoset» për shkak të refraktaritetit të junksional A-V, prandaj cikli  $P_3$ - $P_4$  është tëpër i gjatë (205 sek.).

5) Tkurriet pushuese, të cilat zenë fill nga impulsset sinusale dhe  $P_6$ , ashtu sikurse ato në brezin e tretë, të katërtë dhe tkurri dytë në brezin e pestë, nuk përgohehen në marrëdhëniet kohore të qdrueshme me tkurriet e shkëputura që u paraprijnë.

## DISKUTIM

Në rastin e bllokut sinoatrial ose atrioventrikular, ku, pas f gimit në ventrikuj të impulsit të fundit, bllokohet impulsi sinusal vjen pas tij, pauza zgjatet me një largësi shumtëfishë të qëndruesht dhe lind një tkurje e shkëputur, pas së ciles impulsi tjetër sinu përgohehet normalisht (tkurria pushuese), duke i dhënë ritmit një ren je bigeminike (2).

Në rastin tonë, në kundërshtim me variantin që sapo u përshtkri aritmia në fjalë nuk lind si rrjedhim i dëmtimit të përgjimit të impuls sinusale, që ndahen nga intervale të barabartë kohe, por është pas e një zgjatjeje të parregulltë të pauzës, që shkaktohet nga bradiarriti sinusale.

Për arsytet që u shpjeguan më lart, marrëdhëniet kohore midis tkurjes së shkëputur dhe asaj pushuese, në rastin tonë, nuk janë fill ose edhe kur ndryshojnë, nuk janë të barabarta në giftë të ndrysh bigeminike, ashtu siç ndodh në bllokun sinoatrial dhe atrioventriku që ndërlikohen me këtë aritmi, por ndryshojnë në mënyrë të par gulltë nga gifti në gift.

Siç duket fare mirë në figurën 1 (skica), kjo shpjegohet me pra në e aritmisë sinusale dhe ndikimin e refraktaritetit të indit junksio A-V (pas çdo tkurrie të shkëputur) në kushtet e përgjimit të impu sinusal në këtë nivel.

Megë koha e zgjatjes së ciklit sinusal dhe, lidhur me të, shkalla e ndikimit të refraktaritetit të indit junksional ndaj përcimit të impulsit sinusal ndryshojnë gdo herë, për këtë arsye edhe marrëdhëniet kohore midis tkurjes së shkëputur dhe asaj pushtuese ndryshojnë nga gifti në gift. Kështu ndodh që në të tre giftet e impulsëve të dissociuara në brezin e parë ( $Sh_1:P_4$ ,  $Sh_2:P_5$  dhe  $Sh_3:P_6$ ) sikundër në giftin e impulsëve interferuese ( $Sh_4:P_6$ ), dhe në dy giftet e tjera bigeminike ( $Sh_5:P_8$  dhe  $Sh_3:P_6$ ) në brezin e dytë si dhe në ato që vijnë pas në tre brezat e poshtëm, marrëdhëniet kohore midis tyre ndryshojnë nga një gift tkurjesh në tjetrin.

Në shëmbullin e këtij të sëmurë me bradikardi të theksuar sinusale duket qartë se në raste të tilla, që zakonisht shoqërohen edhe me aritmia sinusale, bigeminia ventrikulare me shkëputje-pushim, e cila lind thjesht nga zgjatja e parregulltë e pauzës, nuk karakterizohet nga marrëdhënie kohore fikse midis tkurjeve të shkëputura dhe atyre pushtuese, siç ndodh zakonisht në bllokun A-V dhe në bllokun sinoatrial, ku ato shkaktohen nga dëmtimi i përcimit të impulsit sinusal.

Dorëzuar në redaksi më 5 mars 1977. —

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Lindsay A., Budkin A.: The cardiac arrhythmias. Chicago 1971, 61.
- 2) Schamroth L.: The disorders of cardiac rhythm. Oxford 1971, 305.
- 3) Schamroth L., Dubb A.: Escape — Capture bigeminy. Mechanisms in S-A block. A-V block and reversed reciprocal rhythm. Brit. Heart Journal 1965, 27, 667.

### Summary

## A CASE OF VENTRICULAR ESCAPE-CAPTURE BIGEMINY

The author reports one case of sinus arrhythmia, where escape-capture of sinus arrhythmia, where escape-capture ventricular bigeminy, caused by bradycardia, was characterized by variable time interrelationship between escapes and captured beats.

### Résumé

## UN CAS DE BIGEMINIE VENTRICULAIRE AVEC ECHAPPEMENT-CAPTURE

L'auteur décrit un cas d'arythmie sinusale, où la bigéminie ventriculaire avec échappement-capture a été provoquée par la bradycardie et se caractérise par des rapports d'intervalle de temps variables entre les contractions d'échappement et les contractions de capture.

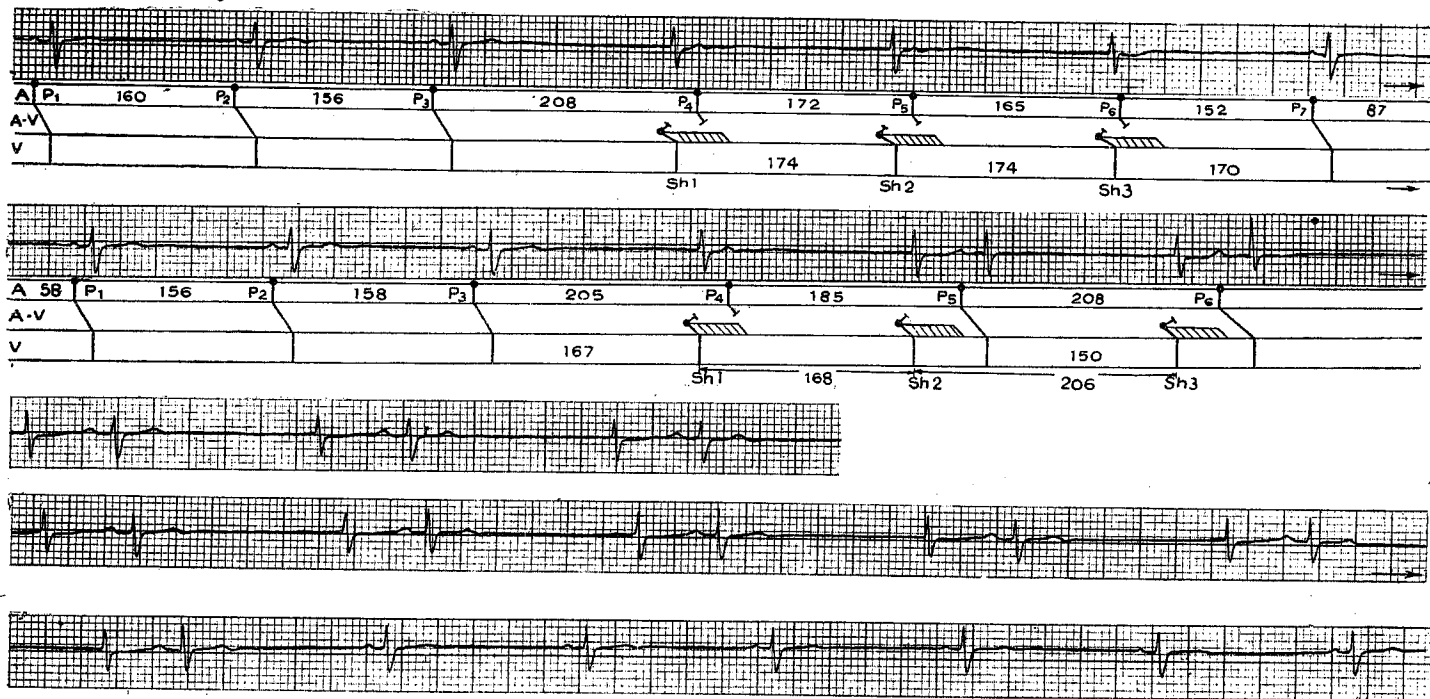


Fig. 1. — Bradikardi sinuzale. Aritmi sinuzale. Disociacion A-V. Ritëm i shkëputur funksional A-V, që periodikisht kalon në bigemini ventrikulare me shkëputje-pushtim.

## PROTEZA TË PJESSHME MBI TRAVERSE

— HAKI BILACA —

(Klinika dentare — Durrës)

Zëvendësimi i disa dhëmbëve të humbur për arsye të ndryshme patologjike-traumatike, me konstrukcione protetike të lëvizshme bëhet nëpërmjet protezave të pjesshme.

Protezat lidhen me dhëmbët ekzistues me konstrukcione të ndryshme metalike që nga kroshtetë e thjeshta prej teli deri tek atashmentet. Gjatë aktit të përtypjes së ushqimit, në protezat e pjesshme ngarkohen jo vetëm dhëmbët ekzistues, por më shumë mucoza e dhëmbëve që mungojnë. Mbi këtë të fundit bie presioni përtypës, që transmetohet me rrugën jofizilogjike mucozë kockë. Në këtë mënyrë ndikohet negativisht si në mucozën e dhëmbëve, e cila kalon drejt një atrofië të pashmangshme, ashtu edhe në kreshtën alveolare, që ndodhet nën të, e cila pëson ndryshime të padëshërueshme.

Sipas gjendjes së dhëmbëve që janë në gojë dhe defektet ekzistues janë aplikuar dhe lloje të ndryshme protezash të thjeshta me të mirat dhe të metat e tyre. Duke u nisur nga disa dobesi që paraqesin llojet e ndryshme të protezave të pjesshme, që i detyrojnë pacientët të mos i mbajnë, ne i vumë si detyrë vetes të aplikojmë ato lloj proteza të pjesshme, që mënjanojnë një pjesë të mirë të këtyre të metave dhe, sigurisht, në rastet ku ekzistonin mundësitë për aplikimin e protezave mbi traverse.

Këto proteza i kanë aplikuar shumë autorë (2, 3, 5). Këto proteza ne i kemi aplikuar qysh më 1967 (1).

Ky lloj protezimi mbulon atë fushë protetike të nofullës së poshtme, ku nuk ekzistojnë premolarët dhe molarët e dy anëve si dhe centralët dhe lateralet (cituar nga 2). Në kemi protezuar mbi këto lloj formacionesh

3	3	4	3	3	4	3	34	eti. pra, grupin
---	---	---	---	---	---	---	----	------------------

e parë në klasifikimin e defekteve protetike (cituar nga 3).

Këto proteza, që mbështeten mbi këta dhëmbë, shfrytëzojnë forcën biologjike rezervë, që disponon seicili prej tyre në unitet me organizmin dhe në unitetin midis tyre, duke u lidhur nga traversa ndërduhënbore.

Në këto proteza, pjesërisht presioni përtypës transmetohet në rru-  
gën e tij fiziologjike dhëmbë — periodonciumi — kockë, sepse dhëmbët  
shtyllë, të lidhur midis tyre me traverse, mbajnë përisht pjesën më të

madhe të presionit përtyipës të dhëmbëve që mungojnë, duke in në shtuar kështu ligjit të kompensimit funksional.

Periodonciumi i tyre ruan në vetëvete forca të tilla biologjike barabarta me forcën e presionit përtyipës në kushtet fiziologjike normale. Pjesa tjetër e presionit përtyipës mbetet për t'u transmetuar n rrugën jofiziologjike mukezo-kodë, nga krahët e protezës, duke i dhën kështu mulkozës, ku mbështetet, të ruhet në gjendje funksionale për n kohë më të gjatë, duke mos in nënshtruar atrofisë mukezoiale, s ndodh në protezat e tjera me pllakë.

Gjatë aktit të përtyipjes së ushqimit, presioni përtyipës shkarëkoh në mandibul nga dhëmbë shtyllë të lidhur me traversë, prandaj kë proteza quhen dhe proteza shkarëkuese.

Lidhja e protezës me harkun e traversës kryhet nga një krosht e pandërprerë. Duke pasur parasysh mësimet e Partisë për t'u mbështtur kryesisht në forcat tona, ne menduam dhe zëvendësuan kaloshihi e Gilmoresë (citar nga 4) me këtë konstrukcion tel çeliku 0.7 mm, e kryhen plotësisht dhe me mirë rolin e fiksatorit, sepse teli i çeliku ka shumë më elasticitet sesa pllaka e Gilmoresë (citar nga 5), që sill nga jashtë. Kjo kroshe aplikohet në trupin e protezës dhe vetëm ml traversë është e lirë, duke u varur kështu mbi të, prandaj këto llc protezash quhen proteza varëse.

Kjo lloj krosheje lot rolin e fiksatorit të protezës mbi traversë, duk u dhënë kështu përparësi të padiskutueshme ndaj të gjithë protezav të tjera të lëvizshme me pllakë. Pacienti ndjen këtë protezë të fiksuar por nuk lind tek ai ajo frikë dhe ajo ndroftje për të folur ose për t' ushqyer, që ndodh kur këta protezohen me proteza të lëvizshme, seps këtu kjo e fundit fiksohet shumë mirë mbi traversë, duke i dhën mundësi pacientit që të komunikojë me mjedisin që e rrethon. Nga an funksionale, këto proteza kanë efekt përtyipës më të lartë se të gjith llojet e protezave me pllakë. Ne mendojmë se ky efekt i lartë përtyipë i kushtohet stabilitetit të protezës, duke e radhitur, në këtë mënyrë fill pas protezimit me ura.

Nga ana estetike, këto lloj protezash e justifikojnë mirë veten atyre ÷u mungojnë çfarëdo lloj krosheh të dukshme. Nga ana ikon struktive përbëhen nga dy pjesë — njëra e palëvizshme (këllëfët dhe traversa që cimentoohen mbi dhëmbët shtyllë dhe tjetra e lëvizshme — proteza e pjesshme, që fiksohet mbi pjesën e palëvizshme). Si dhë mbë shtyllë mund të shfrytëzohen edhe dhëmbët e devitalizuar, ku nuk kanë ndryshime periapikale, sepse edhe këta nuk i kanë humburi lidhjet e tyre me organizmin, ajo kryhet nëpërmjet periodonciumi dhe kockës alveolare. Dhëmbët shtyllë janë të ruajtur nga kariesi, seps mbuloohen nga këllëfët. Proteza nuk traumatizon sepse është e fiksuar si në qetësi ashtu dhe në funksion. Nga ana higjieno-sanitare duhet treguar vëmendje e vecantë në regjionin nën traversë. Në se duam që këto proteza të kenë jetë të gjatë duhet të mbahet një higjienë e përsosur.

Pas përdorimit të tyre për një kohë mbi pesë vjet, ata e përgatitin pacientin për protezim komplet në se nuk arrihet ristabilizimi i tyre me anën e ribezimit të krahëve. Pacienti, tashmë i mësuar me pro-

teze, nuk e ka të vështirë të mbajë dhe protezën complete, goftë duke zëvendësuar mbi protezën e vjetër dhëmbët paraekzistuese, goftë duke e ripërftëtur atë, në goftë se ka ndonjë atrofi të theksuar të septumëve alveolare (4).

Në kemi protezuar gjithsej 12 vetë, 10 burra dhe 2 gra. Moshë mesatare e tyre ka qënë 50 vjeç. Gjithsej janë bërë 13 proteza: 12 mandibulare dhe një maksilare. Pacientët janë parapregatitur për protezim duke u hequr nga fusha protetike dhëmbët me procese të rënda patologjike si paradontozë, infeksioni fokal dhe duke u lënë në gojë dhëmbë, që kanë faktor biologjik të mirë.

Po përshkruajmë një nga rastet tona:

Pacienti Y. B., me numër regjistër 18511 dhe numër kartele 2887, paraqitet në klinikën e gytetit të Durrësit me një urë metalike në dhëmbët frontale të nfullës së poshtme më 24 maj 1967. Pasi u hoq ura, që ishte mbajtur keq, doli se 3 dhëmbë ishin pa procese patologjike, por pa paralelizëm. Në indet e buta asnjë devijim nga norma, prandaj u mendua të kalohet në protezim të pjesshëm mbi traversë. Pasi u bë dekorimi i dhëmbëve, duke krijuar paralelizëm në mes tyre (foto 1), u morën masa për këllëfët e dy kaninave dhe premolarin e parë poshtë djathtas. Pasi u punua në laborator, u bë aplikimi i tyre në gojë, duke marrë masë përsëri për vendosjen e traversës ndër dhëmbore, e cila përfaqëson një hark me seksion eliptik, që saldohet poshtë ekuatorit të dhëmbit, në një të tretën e poshtme të koronave të dhëmbëve shtyllë dhe 1-2 mm larg gingivës marginale. Traversa saldohet në mënyrë të tillë që diametri më i gjatë i seksionit eliptik të traversës të vendoset paralel me boshlin gjatësor të dhëmbëve (foto 2). Mbi traversë montohet krosheja e pandërprerë (foto 3). Në gojë aplikohet konstruksioni dhe manipulimet e tjera njësoj si për protezat me pllakë. Para mbylljes në muftë të protezës, vendoset krosheja, duke mbuluar me stanjollë traversën në mënyrë paraprake. Mbi pjesën ku ajo do të shalojë traversën vendoset flet stanjolle 1-2 mm. Kjo do të vlejë për të balancuar rezilencën e mukozës. Në foton nr. 4 shihet proteza e vendosur në gojë.



Foto 1



Foto 2

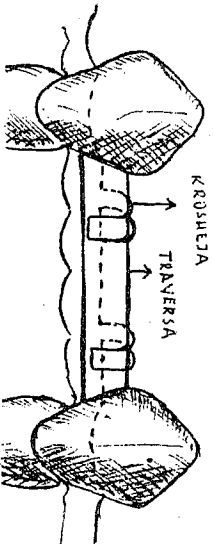


Foto 3



Foto 4

*Përfundim:* Protezat parciais mbi traversë transmetojnë presionin me dy rrugët e mundshme, ku mbizotëron rruga e transmetimit fizio logjik, sepse shfrytëzohen forcat biologjike rezervë të organizmit. Koefficienti i efektit përtypos, në këto lloj protezash, është më i lartë se në protezat e tjera të pjeshme. Protezat e tilla janë të fiksuar mirë mb shinë dhe përdoren mjaft mirë nga pacientit, janë proteza profilaktike për përgatitjen e pacientit për protezim total. Nga ana estetike kanë përparësi ndaj protezave të pjeshme të tjera.

Dorëzuar në Redaksi më 15 nëndor 1976

## BIBLIOGRAFIA

- 1) **Bilaca H.:** Protezat parciais mbi traversa. Referat i mbajtur në sesionin shkencor stomatologjik. Tiranë 1968. Dorëshkrim pranë autorit.
- 2) **Hoxha O.:** Ortopedia stomatologjike. Tiranë 1972.
- 3) **Kurafanski J. A.:** Ortopediçeskaja stomatologija 1969, 270.
- 4) **Lula P.:** Protezat parciais. Tiranë 1973.
- 5) **Preiskel H. W.:** Precision attachments in Dentistry 1968.

## Summary

### PARTIAL TRANSVERSAL DENTAL PROTHESIS

The successful application is discussed of partial transversal prothesis in 12 cases. This technique insures good chewing functions and the re-establishment of the normal form of the dental system and the natural appearance of the physiomy.

## Résumé

### UNE PROTHESE DENTAIRE PARTIELLE TRANSVERSALE

L'auteur décrit l'application avec succès de 12 prothèses dentaire partielles transversales. Cette technique assure les fonctions de mastication, elle confère une forme normale au système dentaire et une apparence naturelle à la physiologie du patient.



## NJË RAST ME FORMË AKUTE TË SËMUNDJES GAUCHER

— SHYQRI SUBASHI — ENGHJELL TELEGRAFI —  
(Shërbimi i Anatomisë Patologjike — Tiranë)

Sëmundja Gaucher është një çrregullim i trashëguar i metabolizmit të sfingolipideve, që lidhet me mungesën e beta glukocerebrozidazës. Për pasojë, glukocerebrozitet nuk zbërthehen në ceramide dhe glukozë, por grumbullohen në qelizat e sistemit retikulo endotelial (2, 8).

Qelizat e ngarkuara me glukocerebrozit marrin pamje shumë karakteristike dhe quhen qelizat Gaucher. Ato janë qeliza të mëdha (20-100 mikron), me bërtanë të ngjyrosur mirë, të vendosur pak në periferi, nganjëherë kanë dhe dy bërtama. Citoplazma është e bollshme, e zbehtë. Në të duken shumë flijzime me drejtime të ndryshme, duke krijuar pamjen si shëllungë pambuku apo si pëlhurë e zhubravitur. Citoplazma është PAS pozitive dhe në të mund të gjendet pak hekur. Në mikroskopi elektronik dallohen trupzat Gaucher, që kanë formë të zgjatur, me përmasa 0.5-3 mikron, herë të kufizuara mirë, herë jo. Njihen dy forma kryesore të sëmundjes Gaucher: forma kronike e të rriturve dhe forma akute e fëmijve. Disa autorë përmendin edhe një formë të tretë — forma neurologjike e të rinjve (2,4).

Në këtë material ne po trajtojmë një rast me formë akute të sëmundjes Gaucher, sepse është një rast i rrallë dhe në literaturën tonë periodike ende nuk është publikuar një rast i tillë.

*Paraqitja e rasisit.* — Fëmija V.S., femër, me moshë 6 muaj e gjysëm, shtuar në spitalin nr. 3 më datë 24.IV.1975, me kartelë klinike nr. 2625, ka lindur normal, pas një shtatzanie me dekurs të rregulltë. Deri në 3 muajsh është zhvilluar mirë, pastaj ka filluar të ketë temperaturë të lartë rreth 39°C, që i vazhdohte për 2-3 javë, normalizohet për 3-5 ditë dhe përsëri i rishfaqet me të njëjtat shifra. Shtreftka, mëlgja, gjendurat limfatike periferike hiliare e paratrakeale iu zmadhuan. Fëmija ka pasur çrregullime gastrointestinale dhe ndryshime hematologjike (eritrocitet 2.860.000, Hb 53<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, Eritrosedimentacioni 46 mm/orë) më në fund iu shtigën konvulsionet. Më datë 13.VI.1975 fëmija vdiq.

Në autopsi (protokolli 340/1975) vëmë re: nutricion të ulur, lëkura e zbehtë, gjendurat limfatike periferike të zmadhuara sa një kokër misiri, të pangjitura me njëra tjetrën. Në mushkëritë u vunë re zona me ngjyrë vishnje, të paajrosura, të forta, sidomos në pjesët e prapme të mushkërive. Bronket me mukozë hiperemike dhe pak edematoze. Gjendurat limfatike paratrakeale, bifurkative, të hilusit të mushkërive si dhe ato mezenteriale, parapankreatike efj. Ishin të zmadhuara (nga një kokër qigëer deri sa një lajthi) të njoma, elastike, hiperemike, të pangjitura me njëra

tjetrën. Timusi hipereplazik. Shprekta e zmadhuar (13 x 8 x 4 cm. me peshë 150 gr.), kapsula e tendosur, në prerje indi i saj me ngjyrë vishnje të zbehtë, nuk fshihet me thikë. Mëlçia e zmadhuar (18x12x4 cm. me peshë 450 gr.); konsistenca pak e ulur, ngjyrë kafe të zbehtë në të verdhë. Në prerje indi hepatic ngrihet mbi kapsulë; në shtyrdhje, prej tij dilte pak gjak. Organet e tjera nuk kishin ndryshime.

Për studimin histopatologjik u përdorën këto ngjytime: Hemato-kilinë Eozinë, Sudan III, PAS, Trikrom të Masson-it, Gomori. Gjatë tij u vu re: shprekta me strukturë histologjike të fshirë për shkak të proliferimit të qelizave Gaucher, të vegjara ose grupe qelizash (fig. 1,2,3). Ndërmjet këtyre qelizave shikojmë shiritë të hollë fibrokonjuktival. Në disa zona ende ruhet pamja e folikujve, por edhe në to shheshin qeliza të rralla të tipit Gaucher.

Gjendrrat limfatike: struktura histologjike e prishur për shkak të proliferimit të qelizave Gaucher (fig. 4). Në disa vende, këto qeliza ishin më të rralla dhe ruhej struktura limfoide.

Mëlçia: qelizat hepatiche kishin distrofi granulare, vakuolare dhe, në disa vende, steatotike. Yazat sinusoidale ishin të ngushtuara nga proliferimi i qelizave Gaucher, për rreth të cilave dukej proliferimi i lehtë fibrokonjuktival në formë shritash. Në hapësirat portobiliare shheshin pak qeliza mononukleare.

Truri me edemë të shprehur për rreth qelizave dhe enëve të gjakut. Qelizat nervore kishin ndryshime distrofike. Enët e gjakut ishin mjaft të zgjeruara dhe të mbushura me gjak (hiperemi), rreth ndonjëres prej tyre shheshin hemorragji të vogla. Për rreth disa enëve dukeshin qeliza Gaucher me citoplazëm PAS pozitive (fig. 5).

Mushkëria: në alveole eksudat serofibrinoz të përzierë me qeliza inflamatore mono dhe polinukleare si dhe shumë makrofagë. Bronket me epitel të deskamuar dhe me mukus në hapësirën e tyre. Për rreth bronkeve shheshin pak elemente mononukleare, po ashtu dhe në septel interalveolare. Këto të fundit ishin mjaft hiperemitke.

Zorra e hollë paraqiste hipereplazi të aparatit limfoid. Miokardi dhe veshkat me strukturë të rregullë, shihet distrofi e lehtë. Diagnoza anatomopatologjike: Morbus Gaucher (forma akute, infantile).

#### DISKUTIM

Sëmundja Gaucher është e rrallë (3,6). Forma akute është shumë më e rrallë se ajo kronike. Deri në vitin 1975 njiheshin rreth 100 raste të publikuara (2). Ajo përbën 15-17% të rasteve me sëmundje Gaucher (cituat nga 2 dhe 6).

Forma akute dallohet nga forma kronike nga këto pika:

- a) Forma akute fillon me fëmiminë e vogël, zakonisht para 6 muajsh
  - b) Rrjedh në mënyrë akute dhe përfundon në vdekje brenda vitit të parë të jetës ose të dytë, por shpeshherë brenda muajit të dhjetë
- Për këto arsye kjo qubet forma fëmimore ose malinje. Janë përshkruar raste të rralla kur sëmundja ka filluar në periudhën neonatale ose që në jetën intrauterine (2).
- Në rastin tonë, fillimi i sëmundjes ka qënë mjaft i hershëm me

zhvillim të vrrullshëm. Deri në moshën tre muajsh, fëmija ka qenë normal (sipas anamnezës) dhe në moshën 6 muaj e gjysmë vdiq, dmth brenda 3 muajve e gjysmë u zhvilluan të gjitha dëmtimet që u përshkruan.

c) Në formën akute dëmtohet sistemi nervor, për këtë arsye quhet dhe forma nervore, kurse në formën kronike, sistemi nervor nuk dëmtohet. Dëmtimet cerebrale janë gjithënjë të pranishme, por shpesh jo specifike, si psh., distrofi, tigrillozë, vakuola etj. Të tilla fenomene janë vënë re dhe në rastin që përshkruam. Indi nervor nuk infiltrohet prej qelizave Gaucher meqenëse glukoceroziteti nuk grumbullohen në qelizat nervore. Qelizat Gaucher mund të gjenden për rreth enëve të gjakut, por kjo nuk është e zakonshme (6). Në rastin tonë kemi vënë re qeliza të tilla për rreth enëve të gjakut.

Nga ana klinike, grrëgullimet cerebrale janë të shumëllojshme dhe shpesh të papërcaktuara marrë, kështu që në një fëmijë të vogël, sig ka qenë rasti ynë, mund të mos vihen në dukje, sidomos kur nuk heqohen me qëllim të vegantë. Megjithatë, në rastin që po paraqesim janë vënë re konvulsionet, të cilat mund të shpjegohen jo vetëm me dëmtimet cerebrale nga sëmundja Gaucher, por edhe me gjendjen febrile që ka pasur fëmija. Në rastin tonë mendojmë se konvulsionet lidhen me dëmtimet nga sëmundja Gaucher dhe jo nga ethja, për arsye se ethe ai ka pasur që në moshën 3 muajsh, ndërsa konvulsionet i janë shfaqur në fund të sëmundjes. Patogjeneza e grrëgullimeve nervore mbetet e pa qartë (2).

Komponenti më i rëndësishëm morfologjik i sëmundjes Gaucher, por jo i vegantë, për format akute është proliferimi i qelizave Gaucher në organe të ndryshme, kryesisht në ato të sistemit retikulo endotelial, prandaj kjo është një sëmundje sistematike. Organi që dëmtohet më shumë (në 90% të rasteve) është shprekta (2). Edhe në rastin tonë, shprekta ishte infiltruar më rëndë nga qelizat e lartpërmendura aq sa në shumë zona, struktura histologjike ishte prishur fare, prandaj ajo u gjjet e zmadhuar (150 gr. nga rreth 20 gr. që norma për moshën përkatëse).

Edhe në mëlçi proliferojnë qelizat Gaucher, por zakonisht më vonë dhe më pak se në shprekë. Prandaj hepatomegalia bëhet disi më vonë se splenomegalia. Ajo është më e theksuar në format kronike të sëmundjes dhe mërr zhvillim më të vrrullshëm pas splenektomisë (4). Në rastin tonë, mëlçia ka qenë e zmadhuar (450 gr. nga rreth 300 gr. që është normalisht). Kështu ndërsa shprekta kish shtuar peshën e saj rreth 7 herë, mëlçia vetëm 1.5 herë.

Në rastin tonë, gjendrrat limfatike kanë qenë të dëmtuara në të gjithë regjionet si mediastin, hilus pulmonar, mezentër, për rreth pankreasit dhe në regjionet superficiale.

Ndryshimet hematologjike shpjegohen me dëmtimet e paleis së kockave. Kur këto dëmtime mungojnë, ndryshimet hematologjike shpjegohen me mbajtjen nga shprekta të eritrocitëve dhe elementeve të tjera (9). Infeksionet pulmonare janë të zakonshme në formën akute të sëmundjes Gaucher (7). Në rastin tonë, ato kanë vazhduar për një

kohë të gjatë me periudha përmirësimi derisa më në fund u bënë shkatërdëfje për të sëmurin. Infeksione të tilla dhe gati me përfundim të njëjtë ka pasur dhe një rast i publikuar nga një autor tjetër (2).

Dorëzuar në Redaksi më 15.11.1977

### BIBLIOGRAFIA

- 1) Bekteshi S.: *Pediatria*. Tiranë 1974, Vol. I, 522.
- 2) Berranger P. et coll.: *La forme aiguë infantile de la maladie de Gaucher*. *Annales de Pédiatrie* 1975, nr. 8-9, 641.
- 3) Bitri P.: *Patologjia morfologjike*. Tiranë 1975, 161.
- 4) Diabold J. et Cammilleri J. P.: *Sphingolipidoses. Foie et affections du sang*. Paris 1974, 40.
- 5) Gajton A.: *Les Sphingolipidoses. La nouvelle Presse Médicale* 1972, 26.
- 6) Kissan J. and Smith M.: *Pathology of infancy and childhood*. 1967, 803.
- 7) Lortolary P. et coll.: *Maladie de Gaucher. Le sang*, 2-e édition, 1975, 428.
- 8) Métyer J. e bp.: *Histochimie et ultrastructure de la maladie de Gaucher*. *Archives d'Anatomie Pathologique* 1969, 2, 19.
- 9) Mile J.: *Splen in reticuloendotheliosis*. *Pathology* 1971, Vol. II, 1325.
- 10) Potter E.: *Pathology of the fetus and infants* (Përkthim në rusisht. *Medicina* 1971, 86).
- 11) Subashi Sh. e bp.: *Morfologjia Patologjike*. Tiranë 1975, 82.

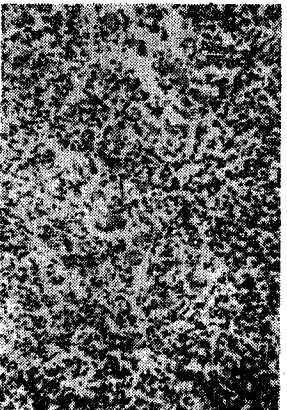


Fig. 1

Grupe gelizash në shpërkë (Nëjvë me PAS).

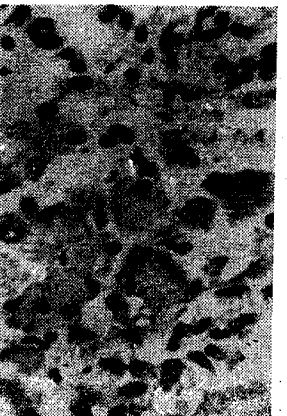


Fig. 2

Si në figurën 1, por zmadhim më i fortë.



Fig. 3

Në gender është një gelizë Gaucher

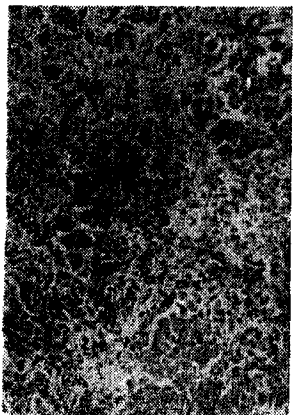


Fig. 4

Geliza Gaucher më gjendurën limfatike (zmadhim i dobët).



Fig. 5

Disa geliza Gaucher me citoplazëm PAS pozitive për rreth një ene gjaku në tru. (Nejlyuar me PAS).

#### Summary

### A CASE OF THE ACUTE FORM OF THE GAUCHER DISEASE

A case is described of an acute (nervous) form of the Gaucher disease in a female child aged six months. The illness, according to the anamnesis, had first manifested itself at the age of three months.

The following changes were found at the post mortem examination: splenomegaly, hepatomegaly, lymphopathy, bronchopneumonia, and anaemia. The microscopic examination revealed Gaucher cells in the liver and spleen, in the lymph glands and round the blood vessels of the brain.

#### Résumé

### UN CAS DE FORME AIGÜE DE LA MALADIE DE GAUCHER

Les auteurs décrivent un cas de forme aiguë (nerveuse) de la maladie de Gaucher, constaté chez une enfant du sexe féminin de 6 mois. La maladie, selon l'anamnèse, est apparue à l'âge de trois mois.

Pendant l'examen post-mortem ont été relevées les modifications suivantes: splénomégalie, hépatomégalie, lymphopathie, broncho-pneumonie et anémie. Pendant l'examen microscopique les cellules de Gaucher ont été observées dans le rate, le foie, les ganglions lymphatiques et aux environs des vaisseaux sanguins du cerveau.

## NJE RAST ME MELANOMA ANO-REKTALE

— SHAHIN KADARE — XHEVDET HARAHASANI —

(Laboratori morfologjik Onkologji; Spitali nr. 2 — Tiranë)

Melanomat janë tumore malinje që marrin origjinën e tyre nga qelizat melaninë prodhuese, të quajtura melanoblaste. Megjithëse nuk ka një emërtim të përcaktuar nga të gjithë për këto tumore, termat më të përdorshëm janë: «melanoma malinje», apo thjesht «melanoma».

Lokalizimi i tyre i zakonshëm është lëkura, por në raste të rralla, ato takohen edhe në inde apo organe të tjera. Kështu janë përshkruar raste të melanomave në sy, në cipat e trurit, në mukozat e ndryshme etj. Melanomati ano-rektale janë mjaft të rralla. Rasti i parë është përshkruar 120 vjet më parë (4) dhe gysn atëhere janë përshkruar rreth 200 raste (6). Rasti që po paraqesim është i pari i takuar në shtërbimin tonë në një shumë të përgjithshme prej 40 karcinomash të rektumit dhe 55 rastesh melanomash të lëkurës.

Publikime të veganta ka pasur për një rast të melanomës së kornesë (2) dhe një rast të rektosigmoidit (7).

### RASTI YNË

Pacientja V. K., 71 vjeç, me nr. kartele 5744, shtrohet në spital më 4.X.1976. Ajo ankoi se prej 5 muajsh ndjen dhëmbje në regionin sakral, dhëmbje gjatë defekimit, defekim me gjak dhe dobësi trupore gjendja e përgjithshme nuk ishte fort e kënaqshme, lëkura dhe mukozat të zbehta. Ekzaminimi i organeve të tjera normal. Në ekzaminimin e anusit dhe rektumit, gishi kalon lirisht nëpër hapësirën anale dhe 4-5 cm. larg saj, në murin e pasëm dhe anësor konstatohet një masë egzozite, si lule lakër e lëvizshme. Merrret material për ekzaminim histologjik dhe dërgohet me diagnozën *carcinoma* rektale.

Ekzaminimi me nr. 2194-95/76 ardhur më datë 5.X.1976.

U aplikuan këto ngjytime: Hematokilin-Eozinë; reaksioni Masson-Fantana direkt dhe pas provës së ngjyrosjes me  $H_2O_2$ ; metoda e Lille me hekur ferroz; reaksioni Peris; ngjyrimi i retikulumit sipas Gomori; reaksioni PAS.

Në ekzaminimin mikroskopik konstatohet pjesë nga pareti ano-rektal, i mbuluar pjesërisht nga epitel i sheshtë shumështrësor (fig. 1) dhe pjesërisht nga gjendrrat e mukozës rektale (fig. 2). Shtrësat nën veshjen epiteliiale paraqiten tërësisht të infiltuara nga një ind tumoral mjaft i celularizuar, i përbërë pothuaj tërësisht nga qeliza me formë poligonale dhe një numër i vogël qelzash me formë boshlore. Përgjithësisht format dhe përmasat e qelizave janë deri diku të njëjta, me-

gjithëse në zona të veçanta, qelizat paraqiten shumë polimorfe dhe atipizmi qelizor bëhet i shprehur (fig. 3). Qelizat vendosen në form grupimesh masive ose grupe më të vogla të karakterit alveolar, të ndarë midis tyre nga kordona të shtrmës fibro-vaskulare, që gjithashtu paraqitet e infiltruar nga qelizat tumorale. Qelizat përmbajnë një sasi konsiderueshme pigmenti melanik. Mitozat paraqiten të rralla. Në disa zona vihet re invazioni i enëve venoze dhe limfatike nga qelizat tumora (fig. 4). Aktiviteti kufitar mungon.

Diagnoza morfologjike: melanoma maligne ano-rektale.

## DISKUTIM

Sipas të dhënave të autorëve të ndryshëm, melanomat ano-rektal përbejnë më pak se 0.5 për qind të tumoreve maligne, që hasen në këtë regjion. Gjatë një periudhe prej 21 vjetësh, një autor (3) ka takuar 15 raste në rreth 3650 tumore maligne të këtij regjioni. Një autor tjetër (8) përmend 12 melanoma ano-rektale në një seri që përfshin një periudhë 50 vjeçare (1906-1956).

Përsa i përket seksit dhe moshës, melanoma ano-rektale është ngjashme me melanomat e lëkurës. Moshë mesatare është 55 vjeç.

Makroskopikisht shfaqen si tumore protuberante me shumë nodus të fiksuar në një bazë kompakte. Pigmenti melanik, zakonisht, i je tumorit një pamje më të errët se karcinoma e zakonshme. Jo rrallë ajo është e ngjashme me hemorroidet e trombozuara dhe një gjë e tillë duhet pasur parasysh në ekzaminimin klinik. Konsistenca e tumorit është e butë dhe sipërfaqja mund të jetë e ulceruar, gjë që shpjegon hemorragjinë rektale, që shqegron shpesh këtë lezion.

Në rastin tonë mbizotërojnë qelizat e formës poligonale, mitozat janë të rralla dhe atipizmi qelizor i moderuar. Megjithatë, në disa zona qelizat marrin një formë të zgjatur dhe polimorfizmi bëhet mjaft shprehur (fig. 3). Qelizat vendosen në formë grupesh, ndonjëherë në dukje alveolare, duke krijuar një kuadër të ngjashëm me karcinoidin kuadër që bëhet më i dukshëm në ngjyrimin për rektulum. Aspekte të tilla u vanë re edhe në rastin që po diskutojmë (fig. 5).

Në rastin tonë, qelizat përmbanin një sasi të konsiderueshme pigmenti melanik, që e bën të lehtë diagnostikën histologjike. Në rreth 50 për qind të rasteve, melanoma ano-rektale është e tipit amelanotil (6). Reaksionet histokimike më të rekomanduara për demonstrimin e pigmentit janë metoda e Masson-Fontana (melanina marr ngjyrë të zeze) dhe metoda me hekur ferroz sipas Lillie (melanina marr ngjyrë jeshile të thellë).

Melanomat ano-rektale zakonisht e marrin origjinën nga epiteli me shumë shtresa e sheshtë i kanalit anal. Ato lokalizohen në kufirin midis këtij epiteli dhe epitelit gjëndëror, ose shumë afër këtij kufiri. Në rastin tonë, megjithëse materiali i marrë për biopsi nuk i kalonte 3-4 mm, në këtë material janë përfshirë pjesë si nga mukozat e veshur me epitel të sheshtë, ashtu dhe nga mukozat e mbuluar me epitel gjëndëror (fig. 1 dhe 2), që bën të qartë pikënisjen e saj nga kufiri midis

dy epiteleve. Ky kufi ndodhet 3-4 cm. larg anusit. Por megjithëse shu-mica e melanomave ano-rektale e merr origjinën nga kanali anal, ato përhapen lart nëpër shtresën submukoze në drejtim të rektumit dhe shpesh paraqiten si tumore që dalin nga mukozat rektale (1, 4, 6). Në këtë mënyrë, pjesa më e madhe e melanomave rektale e kanë pikë-misjen e tyre, në të vërtetë, në kanalin anal.

Histogjeneza e melanomave anale është e qartë për derisa epiteli me shumë shtresa i sheshtë i kanalit anal është rrjedhës i ektodermës dhe përmban melanoblaste (8). Mjaft e diskutueshme është origjina e melanomave rektale, duke qenë se në mucozën rektale normale nuk gjenden qeliza që përmbajnë pigment. Duke qenë se paraqitja e hollë-sishme e histogjenезës së melanomës rektale është përtej qellimit të këtij diskutimi, mjafton të përmendim se shpjegime të mundshme, i-dhur me këtë problem, janë transformimi melanogjen i epitelit gjëndërror të mucozës rektale dhe heterotopia e epitelit shumëshresor anal brenda mukozës rektale (4, 6). Një tjetër pikëpamje është që të gjitha melano-mat anale janë, në të vërtetë, metastatike, dhe tumori primar është në epitelin shumëshresor të pigmentuar të kanalit anal (4).

Pavarësisht nga trajtimi, prognoza e tumorit është e keqe. Trauma gjatë defekimit, dendësia e rrjetit venoz dhe limfatik në regjionin ano-rektal dhe invaziviteti i lartë i qelizave tumorale, mesa duket, janë faktorët kryesorë përgjegjës për metastazimin e shpejtë të këtij tumori. Invazioni i enëve venoze dhe limfatike (fig. 4) është një tregues i keq lidhur me prognozën.

Dorëzuar në redaksi më 15 janar 1977.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Ackerman L. V., *Del Regato J. A.*: Anus në «Cancer Diagnosis, treatment, and Prognosis». St. Louis 1970, 526.
- 2) *Cepa Gj.*: Mbi melanomën maligne të korrësë. Buletini i UT — seria shkencat mjekësore 1970, 1, 157.
- 3) *Gabriel W. B.*: Malignant Melanoma — në «The Principles and Practice of Rectal Surgery. London 1963, 708.
- 4) *Mason J. K., Helwig E. B.*: Anorectal Melanoma. Cancer 1966, 19, 39.
- 5) *Padaykula H. A.*: Rectum — në *Hystology*. New York 1973, 591.
- 6) *Remigio P. A., Der B. K., Forsberg R. T.*: Anorectal Melanoma (report of two cases). Dis Colon Rectum 1976, 19, 350.
- 7) *Sinoineri S.*: Një rast i trallë melanosarkome e corpus ciliare et choroidaeae. Buletini i UT — Seria shkencat mjekësore 1962, 3, 65.
- 8) *Stout A. P.*: Tumors of the Colon and rectum — në «Diseases of the Colon and anorectum. Philadelphia, London, Toronto 1969, 315.
- 9) *Willis R. A.*: Melanomas of Juxta-Cutaneous Mucous Membranes — në «Pathology of tumors». London 1967 927.



## Summary

## A CASE OF ANO-RECTAL MELANOMA

A case is described of melanoma located in the ano-rectal region of a 71 year old woman. The patient was admitted to the oncologic clinic with diagnosis of a rectal carcinoma. The histological examination revealed an abundantly cellular tumor composed mainly of polygonal and partly of fusiform cells which contained large amounts of melanin pigment.

The tumour was located on the limit between the plane and glandular epithelia of the ano-rectal mucosa from which it must have originated.

## Résumé

## UN CAS DE MÉLANOME ANO-RECTAL

Les auteurs décrivent un cas de mélanome localisé dans la muqueuse ano-rectale chez une patiente âgée de 71 ans, hospitalisée à la clinique oncologique pour carcinome du rectum. L'examen histologique a révélé une tumeur sensible ment cellulisée, constituée principalement de cellules de forme polygonale, et dans une moindre mesure de forme axiale, contenant une quantité considérable de pigment mélanique.

La tumeur a été localisée à la limite de l'épithélium plat et de l'épithélium glandulaire de la muqueuse ano-rectale, ce qui démontre que son origine se situe à la limite entre les deux épithéliums.



Fig. 1

Pamje e mukozës së kanalit anal e mbuhar nga epitel me shumë shtresash, i sheshtë i pa keratinizuar. Posthtë epitelit vihen re qelizat tumorale të ngarkuara me melaninë. Aktiviteti kufitar mungon. Qelizat e melanomës vendosen posthtë membranës bazale, e cila është e paprekur.



Fig. 2

Në pjesën e sipërme vihen re gje ndrrat e submukozës. Posthtë vihen r melanoblaste të shumtë mjart pigmentuar.

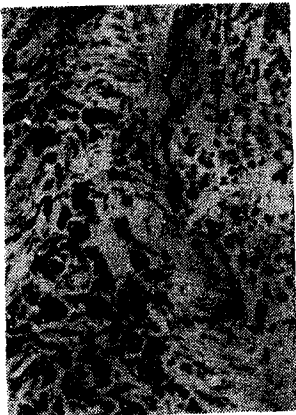


Fig. 3

Vihen re një shumicë qelizash tumorale me atipizëm qelizor mjaft të shprehur.



Fig. 4

Qelizat tumorale kanë depërtuar në enët venoze dhe limfatike të submukozës. Ky është një tregues i keq lidhur me prognozën.

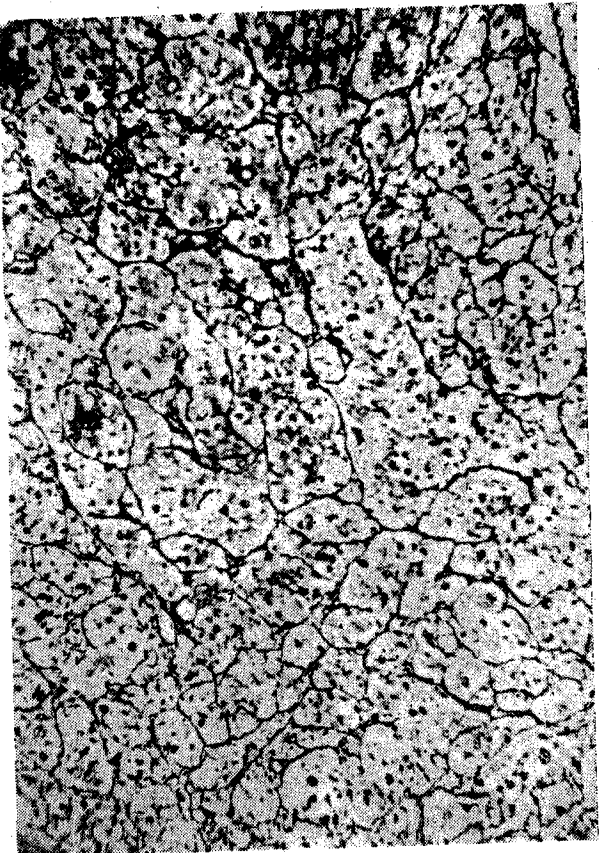


Fig. 5

Vihet re aspekti alveolar i vendosjes së qelizave i ngjajshëm me karcinoidin (Ngjyrim për reitkulium).

## NJË RAST I RRALLË PLAGË NGA ARMË ZJARRI SHTERJËSE

— HAKI ÇERHOZI —  
(Spitali i rrethit — Krujë)

Plagët nga armët e zjarrit janë karakteristikë e luftës, ku përdoren të gjitha llojet e tyre. Por nganjëherë, mjekut ekspert mjekoligjor i takon të shohë dhe të japë gjykimin e tij për plagë nga armët zjarri, sidomos nga armët shtjërëse si: pistoletat, karabina, armë gjuëtie, sportive etj. Nganjëherë gjykimin përfundimtar është mjaft i vështirë, pasi plagët nga armë zjarri nuk u përgjigjen gjithmonë karakteristikeve klasike të tyre.

Në praktikën tonë, ne kemi ndeshur në një rast të rrallë të zvo-gëlimit të energjisë kinetike të predhës para goditjes së trupit, ku, si pasojë, u shkaktua një plagë e verbër me një karakteristikë të vegantë një vrimë hyrje, një kanal dhe dy predha në fund të tij, si pasojë e një mekanizmi të vegantë, për të cilën po diskutojmë më poshtë.

*Paragjifta e rastit.* — Qytetarja B. I. më datë 4.9.1971 plagoset aksidentalisht me revolver nga një distancë rreth 3 metro. Në kqyrjen mjekësore që u bë shpejt pas ngjarjes, u konstatua se gjendja e përgjithshme e qytetares nuk qe e cënuar, ndërhyrjet e kishite të qartë, tregonte se e kishin qëlluar vetëm një herë me revolver. Në regionin e shpatullës së majtë, në vijën e mesme, lart ka një prishje të rumbullakosur të tërësisë së lëkurës, me përmasa 1 x 1 cm, të thellë dhe me karakteristikat e vrimës së hyrjes të plagëve me armë zjarri, të tipit shtjërës. Kanali i plagës shkon pak sipër dhe përpara. Kocka e shpatullës nuk parregjet shenja dentimi.

Në kqyrjen radiologjike, u vërejt një trup i huaj i ngjashëm me predhat e revolverit, me gjatësi 2 cm. dhe gjërësi 1 cm. Në pjesën fundore kishite një deformim (foto nr. 1). Trupi i huaj ishte vendosur në kulmin e hemitoraksit të majtë, në vendin ku ish thyer brinja e parë. U bë ndërhyrja kirurgjikale dhe u hoo një predhë revolveri e pa deformuar, e cila u dërgua për ekspertizë balistike.

Nga akti ekspertimi balistik nr. 157 datë 6.XI.1971 rezultoi se predha e nxjerrë nga trupi i qytetares ka dalë nga tyta e pistoletit Jupiter.

Në kontrollin radiologjik, pas heqjes së predhës, u konstatua se po në atë vend ndodhej edhe një trup tjetër i huaj, me formë të rregulltë, i ngjashëm me predhë revolveri dhe përmasa 1.5 x 1 cm. (foto nr. 2 dhe 3). Kjo predhë tjetër ndodhet akoma në trupin e qytetares, pasi ajo refuzoi një ndërhyrje tjetër kirurgjikale.

### DISKUTIM

Vegoria kryesore e armëve shtjërëse është fisheku, i cili përbëhet nga gëzhoja me kapsollën, baruti dhe predha. Gjatë shkrepjes lind

shkëndia, që ndez barutin. Djegia e barutit zhvillon gazra me presion të lartë, që bëjnë shpëputjen e predhës nga gëzhoja. Grada e dëmtimi të trupit është në varësi të energjisë kinetike që merr predha. Në qiftje me pistoletë krijohet energji kinetike prej disa dhjetra kg/m dhe predha është në gjendje të shkaktojë dëmtime të rënda në të gjitha llojet e indeve, me të gjitha karakteristikat e plagëve nga armë shtjërëse (vrimën hyrëse, kanalën e plagës dhe vrimën dalëse) (2, 3).

Kur energjia kinetike e predhës është e vogël, ajo zakonisht shkakton dëmtime pa vrimë-dalëse dhe predha mbetet diku në indet (plagë gorre). Plagët gorre, të shkaktuara nga humbja e energjisë kinetike mund të ngjasin në këto rrethana: a) nga rruga e gjatë që bën predha; b) rruga me zig-zake të shumta në trupin që goditet; c) rikoshetaji që bën predha përpara se të godase trupin dhe ç) goditja e dobët e armës (2,3,4).

Numri i plagëve të hyrjes si edhe ai i predhave mund të mos përputhen gjithënjë me numrin e shtirjeve. Jo rralë ngjet që dy predha të shtrira njëra pas tjetrës të hyjnë nëpërmjet të së njëjtës plagë dhe në trup të ndjekin rrugë të ndryshme (1). Në të tilla raste, plaga e hyrjes nuk ka formën e rumbullakët me buzë të rregullta ashtu si në goditjet nga një predhë e vetme, pasi dy predhat të shtrëna njëra pas tjetrës nuk mund të bëjnë një flurëudhë plotësisht të njëjtë (4).

Plagët gorre nga armë zjarri me një vrimë hyrje, një kanal dhe dy predha në fundin e tyre, si në rastin tonë, në literaturën mjekoligjore përshkruhen mjaft rralë (4). Të tilla raste ngjasin kryesisht atëhere kur nga një shtirje nxirren dy predha njëherësh. Ky mekanizëm kryhet kur në folenë e tytës ka një predhë të ngecur, e shpëputur nga gëzhoja për arsye të mbajtjes së keqe të armës ose të mos përdorimit për një kohë të gjatë. Mbushja e dytë e shtyrn me forcë predhën e ngecur në tytë. Pas shkrepijes, predha e dytë gjen shumë rezistencë nga predha e ngecur, ngjeshet fort me të dhe si një trup i vetëm nxirren nga tyta dhe përshkojnë një flurëudhë, që në trupin e goditur shkaktojnë një vrimë hyrje dhe një kanal me dy predha në fund të tij. Rezistenca e madhe që has predha e dytë e pakëson shumë energjinë kinetike dhe, si rrjedhim, këto lloj shtirjesh shkaktojnë plagë gorre edhe në distanca të afërta.

Edhe në rastin tonë, arma e përdorur ishte e ruajtur keq, e përdorur për një kohë të gjatë, por në gjendje për të kryer qiftje, e vërtetuar edhe nga ekspertimi balistik i laripërmëndur.

Dorëzuar në redaksi më 15.XII.1976.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Alan R. M. and Lester A.: *Physical agents in causation of injury and disease*. Në Anderson A. W. «*Pathology*». Sixth Edition. St. Louis. 1971.
- 2) Guberi B.: *Mjekësia ligjore*. Tiranë 1971.
- 3) Kernbar M.: *Medicina Judiciala*. Editura Medicala. Bucuresti 1958.
- 4) Rajski M. I.: *Sudebnaja Medicina*. 1953.

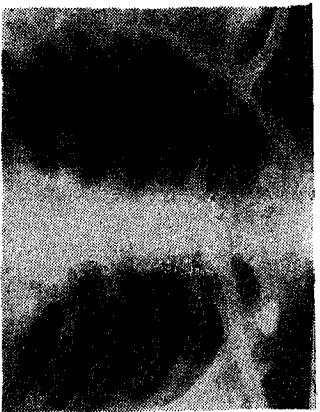


Fig. 1

Radiografia e kryer para ndërhyrjes kirurgjikale menjëherë pas ngjarjes. Duket hieja e predhaye dhe thyerja e brinjës së parë. Predhat janë të vendosura afër cungut të brinjës së parë.



Fig. 2

Radiografia e bërë pas ndërhyrjes kirurgjikale. Duket gartë hieja e predhës pa asnjë lloj deformacioni dhe thyerja e brinjës së parë. Predha është e vendosur ndën cungun e brinjës së parë.

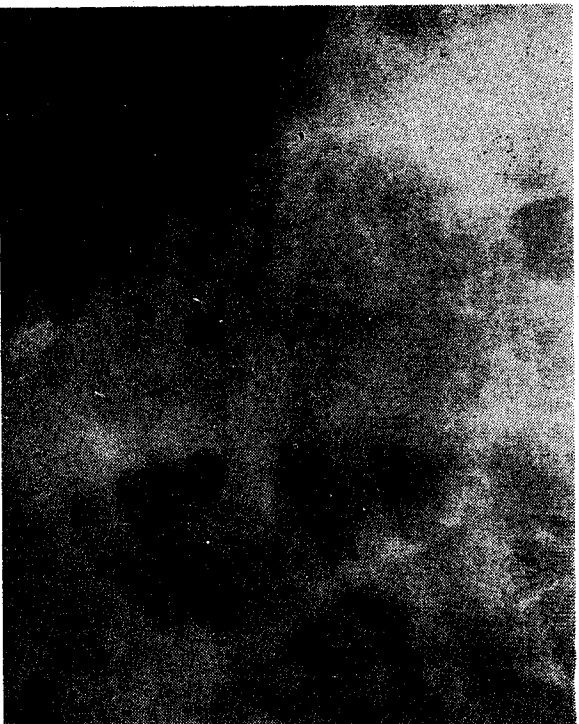


Fig. 3

Radiografia latero-laterale e kryer pas ndërhyrjes kirurgjikale. Duket hieja e gartë e predhës dhe thyerja e brinjës së parë. Predha është e vendosur ndën cungun e brinjës së parë.

**Summary****A RARE FIREARM WOUND**

A singular case is described of a firearm wound with a single entry and no issue, from the canal of which were extracted two bullets. As a possible explanation it is suggested that the first bullet could previously have struck in the barrel of the gun and was secondarily projected together with the second one

**Résumé****UN CAS RARE DE BLESSURE CAUSÉE PAR UNE ARME A FEU**

L'auteur décrit un cas rare de blessure causée par une arme à feu. Le coup parti du fusil a provoqué une blessure n'ayant seule entrée et deux balles logées au fond du canal. A ce qu'il semble la première balle, une fois détachée de sa douille dans le canon du fusil, a été projetée par la seconde balle.

## NEKROLOGJI



Më 3 prill 1977 vdekja shpëputi para kohe nga gjiri i shoqërisë dhe i familjes Profesori Nikola Dushniku.

Nikolla Dushniku lindi në Berat më 1912 dhe u diplomua në mjekësi në vitin 1940.

Si shumë mjekë të tjerë patriotë, Nikolla Dushniku pa në luftën Nacionalçlirimtare, të udhëhequr nga Partia, të ardhmen e lumtur të popullit tonë, që do ta shpëtonte atë nga skllavëria, nga shtypja e shfrytëzimi, nga varfëria dhe sëmundjet e rënda që e kishin pllakosur; prandaj ai mbajti anën e luftës së drejtë të popullit. Në kushtet e ilegalitetit, ai

mjekoi partizanë të sëmurë e të plagosur. Pas luftës, Nikolla Dushniku punoi në qendrën sanitare të Beratit, më pas në Kryqin e Kuq Shqiptar. Për disa vjet ai punoi në Ministrinë e Shëndetësisë në krye të shërbimit antiepidemik. Gjatë kësaj kohe ai luftoi për të zbatuar vijën e Partisë dhe porositi e saj në luftën kundër sëmundjeve ngjitëse, që vendi ynë trashëgoi nga e kaluara e hidhur e që atëherë ishin shumë të përhapura dhe cillitnin dhe shkurtonin jetën e popullit tonë; për luftimin e tyre, shoku Nikolla vuri energjitë dhe aftësitë e tij dhe dha një kontribut të vlefshëm.

Më pas ai kaloi në Fakultetin e Mjekësisë, ku për një kohë të gjatë drejtoi katedrën e sëmundjeve ngjitëse dhe të higjienës. Atje ai u përpog që përvojën e tij t'ua kalojë studentëve dhe, në këtë mënyrë, dha ndihmën e tij për përgatitjen e kuadrove të reja mjekësore. Duke qënë pedagog, njëkohësisht vazhdoi të punonte në klinikën e sëmundjeve ngjitëse pranë shërbimit të të sëmurëve dhe për kualifikimin pasuniversitar të kuadrove mjekësore.

Profesor Nikolla Dushniku i kushtoi vëmendje edhe punës shkencore, trashëgimit me shkrim të përvojës së tij, duke bashkëpunuar për hartimin e tekstit mësimor; përgjithësoi përvojën e shëndetësisë sonë shqiptare në luftën kundër frutit me anën e një monografie; shkroi shumë artikuj në revistat mjekësore të vendit tonë, duke e pasuruar kështu literaturën tonë mjekësore shkencore.

Profesor Nikolla Dushniku jetën dhe veprën e tij ia kushtoi profilitaksisë, fushës më të rëndësishme të shëndetësisë sonë, luftës kundër sëmundjeve ngjitëse. Në luftën për zhdukjen e mjaft prej këtyre

sëmundjeve, si malarja, sifiliz, trakoma, profesor Nikolla mori vetë pjesë aktive.

Vitet e fundit të jetës së tij, ai ia kushtoi përgatitjes së kuadrove të reja dhe punoi për edukimin e këtyre kuadrove me idenë e pro-filaksisë, që është vija e përgjithshme politike e Partisë në fushën e mbrojtjes së shëndetit të popullit.

Për punën e tij të vlefshme në shërbimin shëndetësor dhe si pedagog, shteti i dekoroi atë me urdhër pune, i dha titullin shkencor — Profesor.

Ne do ta kujtojmë Nikollën si shok, bashkëpunëtor, pedagog, mjek, që punoi pa u lodhur si shërbëtor i mirë i popullit.

**Prof. Llambi Ziqishti, Çiril Pistoli, Kleo Mito, Prof. Fejzi Hoxha, Prof. Selaudin Bekteshi, Tahir Cenko, Myftar Muço, Prof. Josif Adhami, Ramazan Kruja, Jahja Pulo, Thoma Harito, Zisa Cikuli.**



*Rekomandime për autorët**1) Mbi përmbajtjen dhe paraqitjen e artikullit*

a) Titulli i artikullit duhet të jetë i shkurtër, nën titullin duhet të vihet emri i autorit dhe nën këtë, gendra e punës ose katedra.

b) Artikulli duhet të fillojë me një hyrje të shkurtër nga literatura e autoreve të vendit ose të huaj, që nuk duhet të kalojë një faqe, pastaj vazhdon me ekspozimin e materialit, ose metodikave të përdorura, me paraqitjen e rezultateve dhe me diskutimin e tyre, duke bërë krahasime, në rast se janë të nevojshme, me rezultatet e autoreve të tjerë, madje dhe duke mbajtur qëndrim kritik. Në fund të artikullit vihen konkluzionet, në rast se ka, që dalin si rezultat logjik i punës origjinale.

c) Bashkë me artikullin, autori duhet të dërgojë një përmbledhje të shkurtër të lendës së trajtuar rreth 15-20 reshta, që i nevojitet redaksisë për ta përkthyer në anglisht e frëngjisht. Në këtë përmbledhje të dalë thelbi i artikullit, ajo që i intereson të dijë lexuesi i huaj.

d) Artikulli duhet të jetë i redaktuar nga ana gjuhësore, të mos përdoren fjale të huaja. Atyje ku ka mundësi, autori duhet të shqipërojë terminologjinë teknike. Fjalët latine të shkruhen origjinale dhe të nënvizuara.

d) Artikulli duhet të dërgohet në redaksi i daktilografuar në tri kopje, i shkruar vetëm nga njëra anë me tridhjet e dy reshta seicila faqe. Artikulli mund të ilustrohet me jo më shumë se 4-6 foto. Diagramat duhet të dërgohen të vizatuara me bojë kine të zezë në lehtëtransparente.

dh) Artikulli duhet të shoqërohet me një shkruesë, me anën e së cilës, drejtuasi i gendrës së punës, apo përgjegjësi i katedrës aprovon botimin e artikullit.

2) *Mbi bibliografinë.* — Redaksia nuk pranon asnjë artikull pa citimin e plotë të literaturës dokumentuese. Në bibliografi të vihen autorë shqipëarë; të huajt të vihen ata më kryesorët. Në faqet e artikullit, literatura shënohet me numra, të cilët i referohen bibliografisë, që vihet në fund të artikullit me këto të dhëna:

a) *Për traktate dhe monografi* shënohet mbiemri dhe gjëna filles-tare e emrit të autorit, duke i renditur sipas alfabetit të mbiemrit, titulli i veprës në gjuhën origjinale, vendi i botimit, viti i botimit dhe numri i faqes.

b) *Për literaturën periodike* shënohet mblenmri dhe gjërna fillestair emrit të autorit, titulli i artikullit (në gjuhën origjinale), emri i revistës i plotë, viti, numri dhe faqja.

c) Për autorët që përmenden në artikujt, të cilët autori i artikullit nuk i ka marrë drejtpërdrejt nga origjinali, por nga burime të tjera nuk është nevoja e shënimit të tyre në bibliografi, por në artikullin shënohet se nga kush citohet nga njëri nga ata që janë shënuar në bibliografi.

3) *Mbi disa të drejta të Redaksisë.* — Redaksia i rezervon vetë të drejtën e korektimeve nga ana gjuhësore dhe terminologjike, por që në radhën e parë të radhës së botimit si dhe rregullimin përfundimtar të artikullit për botim.

4) *Shënimi:* Artikujt që nuk respektojnë kërkesat e mësipërme i kthehen autorëve për plotësim pa u marrë në shqyrtim nga ana e Redaksisë.

### Redaksia

**Korrigjim :** Në nr. 4 të vitit 1976 në fagen 28 rjeshti 31 të lexohet: **që si shkakta kanë pasur një faktor etiologjik.**

Në fagen 29, në rjeshtin e dytë, pas titullit «Përfundim» të lexohet: **Anomalitë e shaktuara nga një faktor etiologjik zenë.**

Në fagen 96, rjeshti 7 nga fundi, të lexohet: **(dy orë para goditjes)**

Në fagen 97, rjeshti 18, në vend të ekravenoz të lexohet **intravenoz**  
Në fagen 98, rjeshti 5 nga fundi, të lexohet: **Hidocaine 20% à la dose de 5 ml.**