

## VEPRA E SHOKUT ENVER HOXHA «IMPERIALIZMI DHE REVOLUCIONI» DHE DEFYRRAT TONA

Botimi i Vepres së Shokut Enver Hoxha «Imperializmi dhe Revolucioni» është një ngjarje e rëndësishme ideologjike në jetën e Partisë e të vendit tonë. Pedagogët, studentët dhe gjithë punonjësit e Fakultetit të Mjekësisë janë duke e studiuar me kujdes të vegantë këtë thesar të mendimit teorik e praktik të Partisë sonë dhe nxjerrin mësim e konkluzione të rëndësishme për kuptimin e thellë të situatave dhe të detyrave të mëdha që kanë të bëjnë me ndërtimin e shoqërisë socialiste dhe me mbrojtjen e Abdhëut.

Ky libër i Shokut Enver Hoxha është një shprehje dhe pasurim i mëjshëm i ideve të mëdha të Kongresit të 7-të të PPSH për qëshfjet ndërkombëtare, një sintezë shkencore e strategjisë revolucionare marksiste-leniniste në ditët tona, e cila i kundërvihet me argumente bindëse strategjisë botërore kundërvolucionare, ekspansioniste, shqypëse e skllavëruese të imperializmit amerikan, socialimperializmit sovjetik e atij kinez, revizionistëve modernë jugosllavë, «eurokomunistëve» dhe socialdemokracistë.

Një nga idetë themelore të vepres «Imperializmi dhe Revolucioni», një nga konkluzionet më rrenjësore të saj është ideja leniniste se epoka jonë është «epoka e imperializmit dhe e revolucionit proletar, se fitorja e revolucionit është e pashmangshme».

Ideologët borgjezë dhe ata revizionistë janë munduar të provojnë se kapitalizmi është në gjendje të zgjidhë kontradiktat e brendshme dhe të ruajë ekzistencën e tij. Shoku Enver Hoxha në vepërën e tij provon gjithë kalbësinë dhe karakterin thellësisht reaksionar të teorisë që justifikojnë rendin e sotëm kapitalistë-revizionist, siç janë teoritë e «stabilitizimit përfundimtar të kapitalizmit», të «kapitalizmit popullor», të «shoqërisë së konsumit», të «shoqërisë pasindustrialë», të «menjanimit të krizave», të «revolucionit tekniko-shkencor», të «bashkëkzistencës paqësore» hrushoviane, të «botës pa ushtri, pa armë e pa luftër», etj.

Në vepërën e Shokut Enver Hoxha hidhen poshtë predikimet kapituluese kineze se gjoja në botë nuk paska situata revolucionare, këshujë për veprimet revolucionare nuk paska ardhur koha.

Analiza e thellë shkencore marksiste-leniniste që Shoku Enver Hoxha u bën zhvillimeve e veçorive të imperializmit, si dhe kontradiktave të mëdha të epokës sonë në fazën e tanishme, vërteton drejtësinë dhe vialitetin e konkluzionit marksist-leninist se sot revolucioni dhe gjirim kombëtar i popujve qëndrojnë në rend të ditës.

Me fakte bindëse, Shoku Enver Hoxha tregon se situata në botë, në përgjithësi, është revolucionare, se në shumë vende kjo situatë

është pjekur ose po piqet me shpejtësi, kurse në vende të tjera ky proces ndodhet në zhvillim, se bota e sotme është në lëvizje drejt shpërbërjes në mëdha dhe, në përgjithësi, gjendja i ngjan sot një vullkani në shpërbërje, një zjarri që përveçon, zjarr që do të djegë pikërisht klasat e larta sunduese, shtypëse e shfrytëzuese.

Në kushte të tilla, revolucionarët e vërtetë veprojnë që të mos zihen kurrsë në betasi nga situatat revolucionare, të mos ndodhen të çarmatosur në këto momente vendimtare, por të dinë 'i shfrytëzojnë ato për përgatitjen e shpërbërjes e revolucionit. Sot, kur revolucioni është një gësitje e shtruar për zgjidhje, «është një detyrë imperative, porosit Shoku Enver, që të shpërndahet megjulla që kanë përhapur revizionistët për revolucionin, të demaskohen manovrat e spekulimet që bëjnë ata rreth kësaj gësitjeje, të zbulohen qellimet e tyre kundërrevolucionare, shoviniste, hegjemoniste, të kupitohen e të zbkohen drejt mësimet e marksizëm-leninizmit mbi revolucionin».

Në librin «Imperializmi dhe Revolucioni» ka një rëndësi të veçantë përgjithësimi i përvojës historike të luftës nacionalçlirimtare të popujve kundër imperializmit, veçanërisht kundër dy superfuqive — imperializmit amerikan dhe socialimperializmit sovjetik, kundër kolonializmit e mekolonializmit, për lirë, pavarësi e sovranitet kombëtar, për demokraci e përparim shoqëror. Shoku Enver Hoxha na mëson se në epokën e sotme, luftat nacionalçlirimtare të popujve, revolucionet e tyre ant imperialiste nacionaldemokratike janë pjesë përbërëse të një procesi të vetëm revolucionar, të revolucionit proletar botëror, se ato janë mbështetje e fuqishme e proletariatit në luftën kundër kapitalizmit dhe se, nga ana e saj, lufta çlirimtare e këtyre popujve mund të arrijë fitoren e vërtetë vetëm duke e lidhur këtë luftë me qëllimet e proletariatit për të shkuar në rrugën e socializmit. Që këtë haj nxirret detyra e përkrahjes pa rezervë të luftës revolucionare e çlirimtare të këtyre popujve, që ajo të ecë vazhdimisht përpara, që revolucioni të shkojë kundohere në ngjitje, deri në fitoren e tij të plotë.

Kryengritja popullore në Iran vërtetoi tezat marksiste-leniniste të mbrojtura nga Shoku Enver Hoxha në librin «Imperializmi dhe Revolucioni» për situatat e sotme revolucionare, që krijohen pandërprerje në shumë vende të botës, për rritjen e faktorëve objektivë e subjektivë të revolucionit. Ngjarjet në këtë vend, në radhë të parë, thegjuan se forcë lëvizëse në këtë revolucion me karakter demokratik, ishte proletariati iranian, i cili doli në rrugë, u përlesh dhe u gjakos me reaksionin, duke manifestuar forcën e vet të pathyeshme jo vetëm në luftën kundër shahut, por edhe kundër imperializmit të huaj.

Analizat që i bëhen imperializmit të sotëm, argumentimin e ligjeve të revolucionit dhe të luftës çlirimtare të popujve, Shoku Enver Hoxha i bën në bazë të doktrines marksiste-leniniste, në bazë të përgjithësimit të përvojës së gjatë e të pasur të vendit tonë socialist dhe të Partisë së Punës të Shqipërisë, në luftë me «eoritë» e vjetra dhe të reja të armiqve të revolucionit e të socializmit, të revizionistëve sovjetikë, kinezë, jugosllavë, të «eurokomunistëve» etj.

Në Veprën e Shokut Enver Hoxha «Imperializmi dhe Revolucioni» ze një vend të rëndësishëm demaskimi i orvatjeve të borgjezisë e

të revizionistëve modernë për të mashtruar proletariaatin dhe popujt e shtypur, për të penguar formimin e ndërgjegjes klasore dhe organizimin revolucionar të tyre, për të përgarë e minuar me qdo kusht lëvizjen marksiste-leniniste, fuqizimin e faktorit subjektiv — partive marksiste-leniniste, dhe shndërrimin e tyre në një forcë të madhe politike udhëheqëse të revolucionit. Shoku Enver shpreh bindjen e patundur se këtyre partive u takon një e ardhme e madhe dhe një detyrë historike e lavdishme që të ngrenë e të gojnë përpara flamurit e revolucionit e të çlirojnë të popujve, të flakur e të shkelur nga revizionistët modernë.

Në veprën e Shokut Enver Hoxha «Imperializmi dhe Revolucioni» i bëhet një analizë e thellë revizionizmit modern, të gjitha rrymatë kryesore të tij, si arma më e rrezikshme kundërevolucionare në shtërbim të borgjezisë, të imperializmit dhe të reaksionit botëror.

Duke shpjeguar dëmet e pallogarishme që i ka sjellë lëvizjes komuniste e revolucionare botërore, Shoku Enver në këtë vepër zbulon dhe demaskon rolin regresiv, kundërevolucionar të revizionizmit hrushovian. Socialimperializmi sovjetik, si mishërimi më i plotë i revizionizmit hrushovian, ndjek një politikë neokolonialiste e shtypëse, ekspansioniste e agresive, duke rivalizuar me imperializmin amerikan për ndarjen e botës dhe sundimin e saj. Shoku Enver godet fytyrën e egër dhe gnjëzore të kësaj superfuqie, strategjia e së cilës është një strategji e një shteti të madh grabitqar, që kërkon të vendosë hegjemoninë e tij në botë.

Në «Imperializmi dhe Revolucioni» i bëhet një kritikë e gjithëanshme veçamërisht revizionizmit të sotëm kinez, përmbajtjes ideologjike dhe strategjisë së tij. Dajta hapur e revizionizmit kinez dëshmon se proletariaitit ndërkombëtar dhe lëvizjes komuniste i është shtuar dhe një armik tjetër i rrezikshëm. Por në të njëjtin kohë ky fakt dëshmon edhe për kalbëzimin e mëtejshëm të imperializmit, në mënyrë të të cilit u vunë revizionistët kinezë, që u bënë aleatë të ngushtë të imperializmit amerikan dhe të borgjezisë së madhe ndërkombëtare për të mbytur e për të sabotuar luftërat revolucionare të proletariaitit e të popujve.

Duke analizuar përmbajtjen ideologjike të revizionizmit kinez, Shoku Enver hedh dritë dhe argumenton shkencërisht se ky revizionizëm nuk ka dalë kohët e fundit. Rrënjët e tij janë në të ashtuquajturën «maoedunide», e cila filloi të marrë trajtat e saj, sidomos pas vicit 1935, kur në Partinë Komuniste të Kinës erdhi në fuqi Mao Ce Duni.

Në këtë libër, për herë të parë në literaturën marksiste-leniniste i bëhet një analizë e argumentuar shkencore «maoedunidesë», e cila zhvishet nga velloja e trëndafilte dhe nga madhështia e rremë. «Maoedunideja» — shkruan Shoku Enver, është një amalgamë pikepamjesh, ku janë përzierë ide e teza të huajtura nga marksizmi me parime të tjera filozofike, idealiste, pragmatiste e revizioniste. Ajo i ka rrënjët në filozofinë e lashtë kineze dhe në të kaluarën politike, ideologjike të Kinës, në praktikën shtetërore dhe militariste të saj.

«Maoedunideja» është baza teorike e revizionizmit kinez. Zbatimi i saj në praktikë i ka sjellë dëme të mëdha Partisë dhe revolucionit kinez, pasi e ka quar në një rrugë antimarksiste. Partia ko-

muniste e Kinës kurrë nuk u bë një parti e vërtetë marksiste-leniniste e proletariati, kurse revolucioni kinez mbeti një revolucion demokratik-borgjez dhe nuk u shndërrua kurrë në revolucion proletar, pra ndaj ia hapi shtigjet zhvillimit të lirë të kapitalizmit në Kinë. «Sipas «maoedundësë», shkruan Shoku Enver, vetëm mbi bazën e bashkëpunimit të të gjitha klasave dhe të të gjitha partive mund të ekzistojë një regjim i ri demokratik dhe mund të ndërtohet socializmi». Këtu e ka burimin edhe kursi antimarksisht i «lulëzimit të 100 luleve dhe i konkurimit të 100 shkollave». «Maoedundëja» e ka zëvendësuar internacionalizmin proletar me konceptet raciste dhe me shovinizmin e shtetit të madh.

Pjellë dhe konkretizim i «maoedundësë» është teoria famëkeqe e «tri botëve». Në Kongresin e saj të 7-të, si në shumë dokumente të tjera, Partia jonë ka zbuluar e analizuar thelbin antimarksisht, kundërrivolucionar, proimperialist e profashist të kësaj teorie. Nocioni i ndarjes më trish të botës bie në kundërshtim të hapur me kriterin klasor proletar. Ai është devijim nga teoria marksiste-leniniste e luftës klasore dhe mohim i luftës së proletariati kundër borgjezisë, mohim i luftës së popujve lindashës kundër imperializmit amerikan e atij botëror, kundër socialimperializmit sovjetik, kundër regjimeve reaksionare shtypëse dhe kundër kapitalit për çlirimin kombëtar e shoqëror. Teoria e «tri botëve» predikon pagën shoqërore, pajtimin klasor, ajo përpiqet të krijojë aleanca midis armiqve të papajftshëm, midis proletariati e borgjezisë, të shtypurve e shtypësve, popujve e imperializmit. Ajo përpiqet që t'i zgjatet jeta botës kapitaliste, duke kënkuar shuarjen e luftës së klasave.

Në veprën «Imperializmi dhe Revolucioni», Shoku Enver demaskon pretendimin e revizionistëve kinezë mbi të ashtuquajturën «botë të trete» si forca e madhe lëvizëse, që gon përpara rrotën e historisë» dhe vërteton se klasa punëtoare përben forcën vendimtare për shndërrimin revolucionar të botës, se udhëheqja e klasës punëtoare dhe e Parisë së saj revolucionare është vendimtare për ta çuar deri në fund luftën çlirimtare antimperialiste.

Shoku Enver provon në mënyrë të pakundërshtueshme se kjo «teori» është sabotimi më brutal i luftës së popujve të shtypur, sakrificimi i interesave të tyre për hir të synimeve shoviniste të revizionistëve kinezë për shndërrimin e Kinës në një superfuqi socialimperialiste.

Me fakte të pakundërshtueshme, Shoku Enver argumenton se qëndrimi i revizionistëve kinezë ndaj kontradiktave, aleancave dhe kompromiseve është një qëndrim idealist, pragmatist, revizionist e kapthullant. Kontradiktat kurdoherë duhet të shfrytëzohen në dobi të revolucionit, të popujve e të lirisë së tyre, në dobi të qëhtjes së socializmit. Kurse revizionistët kinezë bien në marrëveshje dhe bëjnë kompromise në favor të borgjezisë e të imperializmit. Duke xhongluar me kontradiktat, ata mundohen të justifikojnë qëndrimin e tyre ndaj imperializmit amerikan dhe të bazojnë tezën e tyre se e vetmja kontradiktë që ekziston është ajo midis gjithë botës dhe socialimperializmit sovjetik.

Revizionistët kinezë injorojnë kontradiktat midis socializmit e kapitalizmit, midis proletariati dhe borgjezisë dhe midis popujve të shtypur e imperializmit.

Në vepër arrihet në përfundimin se me politiken që ndoqet, Kina kërkon forcimin e pozitave të kapitalizmit në vend dhe vendosjen e hegjemonisë në botë. Politika e saj është luftënxitëse dhe e rrezikshme, pasi synon të bëhet superfuqi. Sulmi agresiv i Kinës kundër Vietnamit konfirmoi tezën e Shokut Enver, të shprehur në librin «Imperializmi dhe Revolucioni», sipas së cilës syrimi dhe përplekjet e etnëshme të Kinës për t'u bërë superfuqi, që të kundërbalancojë edhe Shkretet e Bashkuara të Amerikës edhe Bashkimin Sovjetik, nuk mund të mos gojnë në fërkime të reja, në konflagracione, në luftëra, të cilat mund të kenë edhe karakter lokal, por edhe karakterin e një lufte të përgjithshme.

Revizionistët kinezë përpigjen të nxijn një ndeshje frontale midis SHBA dhe Bashkimit Sovjetik në Evropë, ndërsa ata vetë të ngrohin nga larg duart në zjarrit atomik, duke i bërë llogaritë në mënyrë të tillë që të mbeten si të veçmit sundues të pofitqushëm në botë.

Shoku Enver nënvizon se kjo politikë po e shpie Kinën në një rrugë pa krye, që do t'i kushtojë shtrenjtë popullit kinez dhe nuk mund të mos shkaktojë, në fund të fundit, kontradiktat të thella e të papajteshme midis tij dhe udhëheqjes renegate revizioniste në fuqi.

Në veprën e Shokut Enver Hoxha «Imperializmi dhe Revolucioni» kalon si një fill i kuq ideja e qëndrimit parimor të PPSH në mbrojtje të marksizëm-leninizmit e të internacionalizmit proletar. Shoku Enver shkruan: «Partia e Punës e Shqipërisë ka luftuar, lufton e do të luftojë kundohërë me vendosmëri për mbrojtjen e pastërtisë së ideve marksiste-leniniste. Ajo është e do të jetë kundohërë kundër të gjithë atyre që përpigjen t'i shtrembërojnë dhe t'i zëvendësojnë ato me ide borgjeze, revizioniste e kundërevolucionare.... Nga kjo rrugë e nderit, plotësisht internacionaliste dhe e lavdishme, Partinë tonë s'ka forcë që ta largojë, s'ka forcë që ta frikësojë e ta imponohet. Partia jonë nuk mund të pajtohet me asnjë lloj oportunizmi, me asnjë lloj devijimi nga marksizëm-leninizmi, me asnjë shtrembërim të tij. Ajo do të luftojë me vendosmëri edhe kundër revizionizmit kënez, si dhe kundër çdo lloji tjetër».

Duke studjuar veprën e Shokut Enver Hoxha «Imperializmi dhe Revolucioni» na dalin një varg detyrash të rëndësishme në fushën e përgatitjes së kuadrove të reja mjekësore, të brumosjes së tyre me mësimet e Partisë dhe të Shokut Enver.

Nga kjo vepër ne nxjerrim mësimin e madh se duhet të mbajmë kundohërë të mprenhtë vigjilencën revolucionare dhe të mos lejojmë që në procesin tonë edukativ mësimor e shkencor të penetruojnë teori ose ide reaksionare, idealiste, metafizike, pragmatiste e pseudo-shkencore. Për këtë është e domosdoshme të forcojmë boshin ideologjik marksist-leninist në të gjithë veprimtarinë tonë, në të gjitha hallkat e procesit mësimor dhe atij shkencor.

Në kuadrin e forcimit të tendenciozitetit klasor në tërë procesin pedagogjik, po studjohen edhe një herë programet mësimore të studentëve dhe ato të kualifikimit pasuniversitar dhe të specializimit të mjekëve, në mënyrë që në to të gjejmë pasqyrim sa më të plotë lufta e madhe që ka bërë PPSH për transformimin socialist të vendit, si dhe sukseset që janë arritur në sektorin e shëndetësisë gjatë viteve të Pushkëtit Popullor. Gjithashtu po punohet intensivisht për një har-

monizim sa më të mirë të mësimi me punën prodhuese dhe shkërvitjen ushtarake.

Ne i kemi vënë vetes për detyrë të studjojmë me një kujdes të veçantë librin «Imperializmi dhe Revolucioni», të rritim nivelin tonë ideologjik nëpërmjet të studimit të filozofisë marksiste-leniniste, të përvojës së pasur të Partisë sonë dhe të Veprave të Shokut Enver.

Nga analiza e veprës së Shokut Enver Hoxha «Imperializmi dhe Revolucioni» ne nxjerrim konkluzionin e rëndësishëm për të zhvilluar sistematikisht luftën e klasave në frontin ideologjik, luftën kundër liberalizmit e oportunizmit, kundër të gjitha shfaqjeve të huaja që kanë të bëjnë me qëndrimet ndaj mësimi e punës shkencore, me sjetjet e shijet e tij. Në këtë mënyrë ne do t'i presim rrugën ndikimit të ideologjisë borgjeze e revizioniste, që kanë për qëllim të degjenerojnë rëndin tonë socialist.

Me rastin e festimit të 35 vjetorit të Çlirimit të Atdheut dhe të fitores së revolucionit popullor, gjatë këtij viti do të organizohen dy sesione ideologjike shkencore, një për studentët dhe tjetri për pedagogët.

Duke e kuptuar drejt rëndësinë e edukimit ideopolitik, studentët e fakultetit të mjekësisë do të studiojnë më mirë, më thellë dhe më sistematikisht Historinë e PPSH, Ekonominë Politike të Kapitalizmit e të socializmit dhe filozofinë marksiste-leniniste, do të përgatiten seriozisht në seminare dhe do t'i japin provimet në këto lëndë me rezultate më të mira se përpara.

Vepra e Shokut Enver Hoxha «Imperializmi dhe Revolucioni» na mëson që të jetojmë më mirë në situatat, të kuptojmë drejt rrethinin e egër imperialisto-revizionist dhe vështrësitë që ai na krijon, të mbështetemi tërësisht në forcat tona për të qar përpara shëndetshëm tonë socialistë.

Panmi i mbështetjes së plotë në forcat e veta kërkon që ne pedagogët të kryejmë të gjitha detyrat që kanë të bëjnë me shpënimin përpara të revolucionit tekniko-shkencor, duke inkluduar kënu realizimin në afatet e caktuara të kërkimeve shkencore, futjen në klinikë të metodave të reja të diagnostikimit dhe të mjekimit të të sëmurëve, përcaktimit të masave sa më efektive profilaktike, mbrojtjes së disertacioneve të shkallës së parë dhe të dytë të kualifikimit, organizimit të sesioneve shkencore, botimit të monografive e punimeve të tjera shkencore etj.

Më tepër vëmendje do t'u kushtohet rretheve shkencore të studentëve. Çdo katedër e lëndë do të aktivizojë gjërsisht studentët në tematikën e saj shkencore.

Në të ardhmen, në bashkëpunim me mjekët e rretheve, ne do t'i kushtojmë në tepër vëmendje përhapjes së përvojës së përparuar të klinikave në spitalet dhe poliklinikat e të gjithë vendit tonë. Katedrat po marrin masa që të futin në shkallën e parë të kualifikimit sa më shumë mjekë edhe nga rrethet e ndryshme të vendit tonë.

Ne krenohemi me Partinë e Punës së Shqipërisë dhe me udhëheqësin e saj të shquar Shokun Enver Hoxha për luftën e paepur dhe guximtare që bëjnë për mbrojtjen e parimeve dhe të pastërtisë së marksizëm-leninizmit. Të frymëzuar nga idetë e mëdha të Shokut Enver Hoxha të shprehura në librin «Imperializmi dhe Revolucioni»,

nën udhëheqjen e organizatës së Partisë së faktultetit, ne do të mobilizohemi me të gjitha forcat për ta pritur me detyra të plotësuar dhe suksesë të gjithanshme 35 vjetorin e Çlirimit të Ardheut dhe të fitores së revolucionit popullor.

Vepra e Shokut Enver Hoxha «Imperializmi dhe Revolucioni» na mbush me gëzim e kërenari dhe na forcon bindjen për fitoren përfundimtare të socializmit dhe të komunizmit në mbarë botën.

Redaksia

#### Summary

### COMRADE ENVER HOXHA'S WORK «IMPERIALISM AND THE REVOLUTION» AND OUR DUTIES

The book «Imperialism and the Revolution» by comrade Enver Hoxha represents a further development and enrichment of the great ideas of the 7th Congress of the Party of Labour of Albania on the international problems, a scientific synthesis of the present-day Marxist-Leninist strategy, which opposes convincing arguments to the world counterrevolutionary, expansionistic, oppressive and enslaving strategy of American imperialism, Soviet and Chinese social-imperialism and that of the modern revisionism of the Yugoslavs, the «Euro-communists» and the social democrats.

One of the basic theses of the work is the Leninist idea that our epoch is «an epoch of imperialism and the proletariat revolution, that the victory of the revolution is unavoidable». The book denounces the Chinese preachings that there is allegedly no revolutionary situation in the world and supports the thesis that the world today is moving towards great upheavals and that the situation resembles a volcano in eruption, a burning fire, a fire that will burn away the ruling oppressive and exploiting upper classes.

Comrade Enver Hoxha teaches us that in the epoch in which we are living the National-liberation movement of the peoples, their anti-imperialist national-democratic revolutions, are an integral part of a single revolutionary process, of the world proletariat revolution.

The work of comrade Enver Hoxha «Imperialism and the Revolution» makes a profound analysis of modern revisionism as a dangerous weapon in the hands of the bourgeoisie, imperialism and the reactionary world. It reveals and denounces the regressive counterrevolutionary role of Khrushchev's revisionism and Soviet social-imperialism, as its most complete incarnation, which pursues a neo-colonialist oppressive, expansionist and aggressive policy in rivalry with American imperialism in their efforts to share the world and to dominate it.

The book criticizes in particular the modern Chinese revisionism, its ideological and strategic importance as a close ally of American imperialism and the big international bourgeoisie in their efforts to suppress and sabotage the revolutionary struggle of the proletariat and the peoples.

For the first time in Marxist-Leninist literature a convincing analysis is made of the «Maotseung-idea» which is described as an amalgam of ideas, a mixture of ideas and theses borrowed from Marxism together with other philosophical, idealistic, pragmatist and revisionist principles. The «Maotseung-idea» is the theoretical basis of Chinese revisionism. Its application in practice has done much harm to the Chinese party and its revolution.

The concrete result and expression of the «Maozetzung-idea» is the ill-famed theory of the «Three worlds», the essence of which is antimarxist, antirevolutionary, proimperialist and pacifist. That theory rejects the class struggle and the proletarian revolution and preaches social peace and class conciliation. Comrade Enver Hoxha proves convincingly that that «theory» is the most brutal sabotage of the struggle of the oppressed peoples, the sacrifice of their interests to the chauvinistic aims of the Chinese revisionists, to the aims of transforming China into a social-imperialist superpower.

In his book «Imperialism and the Revolution» comrade Enver Hoxha denounces the attitude of the Chinese revisionists towards the contradictions, alliances and compromises, which he qualifies as idealistic, revisionist and defeatist, in favour of imperialism and the bourgeoisie, in justification of their friendly attitude to American imperialism.

The book draws the conclusion that China, with the policy she pursues, is trying to strengthen the positions of capitalism in the country and to establish her world hegemony, that she is aiming at becoming a superpower. The Chinese revisionists are hoping to provoke a frontal clash between USA and the Soviet Union in Europe and in the meantime to warm from a distance their hands before a future atomic conflagration, from which only China should survive as the all-powerful ruler of the world.

The idea of the high-principled stand of the Party of Labour of Albania in defence of Marxism-Leninism and proletarian internationalism is set out clearly throughout the book.

The study of the work of comrade Enver Hoxha «Imperialism and the Revolution» sets a series of duties before the lecturers, students and all the employees of the faculty of medicine: to strengthen their revolutionary vigilance and prevent the penetration of reactionary, idealistic, metaphysical and pseudoscientific theories into the educational and research processes, to strengthen the Marxist-Leninist ideological axis in every activity of the faculty, to keep uninterrupted the class struggle, to encourage the diligent study of the Marxist-Leninist philosophy, the teachings of the Party and the works of comrade Enver Hoxha, to do conscientiously their duty in their lessons, their research work and in the formation of the cadres, relying entirely on their own forces, to resist with success against the savage imperialist-revisionist blockade etc.

#### R é s u m é

### L'ŒUVRE DU CAMARADE ENVER HOXHA «L'IMPERIALISME ET LA RÉVOLUTION» ET NOS TÂCHES

L'œuvre du camarade Enver Hoxha «L'imperialisme et la révolution» constitue un développement et un nouvel enrichissement des grandes idées du VII<sup>e</sup> Congrès du PTA sur les questions internationales, une synthèse scientifique de la stratégie révolutionnaire marxiste-léniniste à l'époque actuelle, stratégie qui s'oppose avec arguments convaincants à la stratégie mondiale contre-révolutionnaire, expansionniste, oppressive et asservissante de l'imperialisme américain, du social-imperialisme soviétique et du social-imperialisme chinois, des révisionnistes modernes yougoslaves, des «eurocommunistes» et de la social-démocratie.

L'une des conclusions les plus fondamentales de cet ouvrage est l'idée léniniste



selon laquelle notre époque est «l'époque de l'imperialisme et de la révolution prolétarienne, que la victoire de la révolution est inévitable». Cette oeuvre ré-  
fute les thèses capitulationnistes chinoises, qui soutiennent qu'il n'existe pas dans  
le monde de situation révolutionnaire, et démontre la thèse que le monde actuel  
se meut vers de grandes explosions et qu'en général la situation ressemble à un  
volcan en éruption, à un incendie qui brûle, un incendie qui consumera les  
hautes classes dominantes, oppresseuses et exploiteuses.

Le camarade Enver Hoxha nous enseigne qu'à l'époque actuelle, les mouve-  
ments de libération nationale des peuples, leurs révolutions anti-imperialistes  
national-démocratiques sont partie intégrantes d'un même processus révolution-  
naire, de la révolution prolétarienne mondiale.

L'oeuvre du camarade Enver Hoxha «l'imperialisme et la révolution» com-  
porte une analyse approfondie du révisionnisme moderne, en tant que dangereuse  
arme contre-révolutionnaire au service de la bourgeoisie, de l'imperialisme et  
de la réaction mondiale. Il y est mis à nu et démasqué le rôle régressif contre-  
révolutionnaire du révisionnisme khrouchtchevien et du social-imperialisme so-  
viétique, sa plus pleine incarnation, qui suit une politique néo-colonialiste et  
d'oppression, d'expansion et d'agression, qui rivalise avec l'imperialisme amé-  
ricain pour le partage du monde et sa domination.

On y trouve en particulier une critique générale du révisionnisme actuel  
chinois, de son contenu idéologique et de sa stratégie de proche allié de l'im-  
perialisme américain et de la grande bourgeoisie internationale, pour étouffer et  
saboter les luttes révolutionnaires du prolétariat et des peuples. Pour la pre-  
mière fois dans la littérature marxiste-léniniste il est procédé à une analyse soli-  
dement étayée d'arguments de la «pensée-maoïsetoung», qui est définie comme  
un amalgame de conceptions, où se mêlent des idées et des thèses empruntées  
au marxisme avec d'autres principes philosophiques, idéalistes, pragmatistes et  
révisionnistes. La «pensée-maoïsetoung» est la base théorique du révisionnisme  
chinois. Son application dans la pratique a causé de graves préjudices au parti  
et à la révolution chinoise.

La théorie de triste renom des «trois mondes», dont l'essence est anti-  
marxiste, anti-révolutionnaire, pro-imperialiste et profasciste, est précisément le  
produit et la concrétisation de la «pensée-maoïsetoung». Cette théorie renie la  
lutte de classes et la révolution prolétarienne et prône la paix sociale, la con-  
ciliation de classe. Le camarade Enver Hoxha prouve irréfutablement que cette  
«théorie» est le sabotage le plus brutal de la lutte des peuples opprimés, elle  
sacrifie leur intérêt au nom des visées chauvaines des révisionnistes chinois, pour  
la conversion de la Chine en une superpuissance social-imperialiste.

L'oeuvre du camarade Enver Hoxha «l'imperialisme et la révolution» dénonce  
l'attitude des révisionnistes chinois à l'égard des contradictions, des alliances et  
des compromis, qui est qualifiée d'idéaliste, de révisionniste et de capitulation-  
niste, en faveur de la bourgeoisie et de l'imperialisme, pour justifier leur attitude  
d'embrassades avec l'imperialisme américain.

Il y est dégagé la conclusion que par la politique qu'elle poursuit, la Chine  
recherche le renforcement des positions capitalistes dans le pays et l'établissement  
de son hégémonie dans le monde; elle vise à devenir une superpuissance. Les ré-  
visionnistes chinois s'emploient à provoquer un affrontement frontal entre les  
Etats-Unis et l'Union soviétique en Europe, alors qu'eux-mêmes se chaufferont  
les mains loin du feu atomique, en faisant leurs calculs de manière à demeurer  
les seuls dominateurs tout puissants dans le monde.

Cette oeuvre est parcourue comme par un fil rouge de l'idée de l'attitude de principe du PTLA en défense du marxisme-léninisme et de l'internationalisme prolétarien.

L'étude de l'oeuvre du camarade Enver Hoxha «l'Impérialisme et la révolution» permet de dégager une série de tâches pour les enseignants, les étudiants et tous les travailleurs de la Faculté de médecine: le renforcement de la vigilance révolutionnaire pour empêcher la pénétration dans le processus éducatif, didactique et scientifique, des théories réactionnaires, idéalistes, métaphysiques et pseudo-scientifiques et de l'axe idéologique marxiste-léniniste dans toute l'activité de la faculté, le développement ininterrompu de la lutte de classes, l'étude persévérante de la philosophie marxiste-léniniste, des enseignements du Parti et des oeuvres du camarade Enver Hoxha, l'accomplissement des tâches dans le domaine de la didactique, de la recherche scientifique et de la qualification des cadres, en nous appuyant entièrement sur nos propres forces, la victorieuse résistance au féroce encerclement impérialiste-révissionniste, etc.

## SHINTIGRAFIA PULMONARE

(Komunikim Paraprek)

— ELEZ SELIMAJ — ZHANETA KITA —  
(Klinika e III e sëmundjeve të brendshme)

Studiimi i organeve dhe funksioneve të tyre me anë të izotopeve radioaktive ka filluar gysh në vitin 1950. Gjatë këtyre viteve, mëtohat e studimit shintigrafik janë zgjeruar dhe perfeksionuar.

Shintigrafia e mushkërive ka filluar të vihet në zbatim përkarësisht vonë në krahasim me ato të organeve të tjera. Vështrësia kryesore ka qënë se nuk njihet ende asnjë substancë kryesore që të kapet nga celulat e indit pulmonar, prandaj në shintigrafinë e mushkërive përdoret një parim tjetër, ai i «mikroembolizimit», që kryhet me anën e makroagregateve, të cilët embolizojnë përkohësisht një pjesë të kapllarëve të mushkërive (2, 4, 5). Kjo jep të dhëna mbi intensitetin e qarkullimit të gjakut periferik në secilin mushkëri, ndihmon për njohjen e topografisë së procesit patologjik dhe gjendjen funksionale të indit të mushkërisë. Ajo jep të dhëna të rëndësishme për të vlerësuar hipertensionin pulmonar dhe gjendjen funksionale të kapllarëve pulmonarë para dhe pas operacioneve korrigjuese në zemër (2). Ky ekzaminim ka përparësi përse u përkat rrezikshmërisë dhe vlerësimit të funksionit pulmonar ndaj angiografisë pulmonare dhe vlerësimit kardial, bronkospirometrisë, bronkioskopisë dhe bronkografisë.

Shintigrafia është një procedurë ekzaminimi jofunksionale që nuk dëmtton mushkëritë (5, 6, 8). Ajo indikohet në të gjitha dëmtimet vaskulare pulmonare, por zbatimet më të shpeshta të saj janë: 1) diagnoza e hershme e një tromboembolie pulmonare edhe atëherë kur ekzaminimi radiologjik dhe ekzaminimet e tjera nuk japin ende të dhëna. 2) Për të bërë diferencimin midis dëmtimeve fokale dhe difuze pulmonare. 3) Për të përcaktuar shkallën e obstruksionit vaskular në një dëmtuar dhe të indikacioneve operatorë në rastet e nevojshme për ndërhyrje kirurgjikale (5, 6, 7, 8, 9, 10).

Në vendin tonë, ku çdo gjë bëhet për rrajtjen e shëndetit të njerëzve, mëtohat e studimit të organeve të ndryshme me izotope radioaktive janë futur prej vitesh në klinikat tona (1, 3).

Në këtë komunikim po paraqesim disa të sëmurë me bronkoektazi, kancerë të mushkërive dhe tuberkuloz. Si makroagregat kemi përdorur albumina të serumit të gjakut të njeriut (Tc K-8). Partikulat e albuminës janë formuar nga denatyrimi i albuminës së serumit me temperaturë dhe ndryshim të pH. Breth 95% të partikulave kanë qënë me përmasa nga 10-100 mikron. Nuk ka partikula me përmasa më të mëdha se 150 mikron. Numri i partikulave është  $6.8 \pm 0.8$  milion për

mg. Makroregregati nuk ka aftësinë e antigjenti. Markimi bëhet me teknecium (Tc) 99 m. Solucioni i përbërësit 99 m Tc me treth 2-4 milkyri përzihet me makroregregatin në 0.2-1 mgr dhe injektohet në venat e krahut me disa cm<sup>3</sup> solucion. Partikulat e markuara transportohen shpejt në trymën e gjakut dhe bllokohen në rrjetën arterio-kapilare të mushkërive, ku qëndrojnë për 2-8 orë. Regjistrimi është bërë në Shtetar «Selo» në pozicion shtrirë, në shpinë dhe në bark disa minuta pas injektimit. Leximi dhe vlerësimi është bërë duke matur sipërfaqen e fushave pulmonare të regjistruara dhe në bazë të ngjyrave. Në shintigrafinë e bërë me makroregregat albuinine nuk kemi të bëjmë me fagocitozë dhe nuk jep rregullime hemodinamike.

Disa autorë (9) kanë injektuar doza të mëdha makroregregati dhe nuk kanë parë ndryshime të presionit të gjakut në zemrën e djathtë. Vetëm kur janë injektuar doza shumë të mëdha 50-150 mgr/kg peshë është vënë re një rritje e përkohshme e presionit.

Një autor (cituat nga 1) ka injektuar mikrosfera geramike me diameter 50 mikron në qen dhe nuk ka vërejtur rregullime respiratore dhe tre muaj pas injektimit. Nuk ekziston rreziku i provokimit të crullimeve cerebrale nga kalimi i filtrit pulmonar prej makroregregatit, pasi partikulat 5-25 mikron mbeten në shtratin kapilar pulmonar dhe nuk kanë përmasat që të mbeten në vazat e trurit (5, 6, 8, 10).

Shintigrafia pulmonare, në pozicionin shtrirë në shpinë, jep imazhe pozitive të të dy mushkërive dhe imazh negativ të zemrës dhe mediastinit. Për qëllime praktike, imazhet e të dy mushkërive ndahen në tri fusha: a) e sipërme, b) e mesme dhe c) e poshtme. Shpërndarja e substancës radioaktive është e barabartë dhe homogjene në të dy mushkëritë, me përjashtim të apekseve dhe regjioneve kostofrenike, ku është më e pakët.

Shintigrafia pulmonori normale pa ngjyra (a) dhe me ngjyra (b).

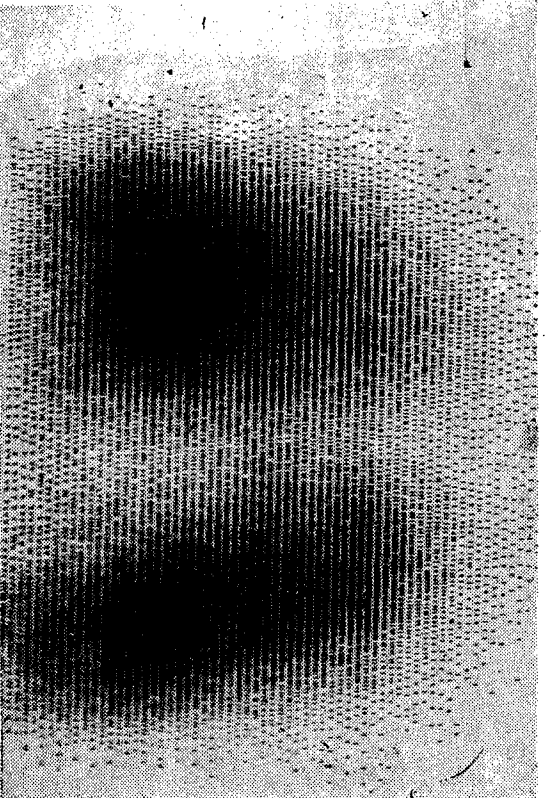


Fig. 1 a

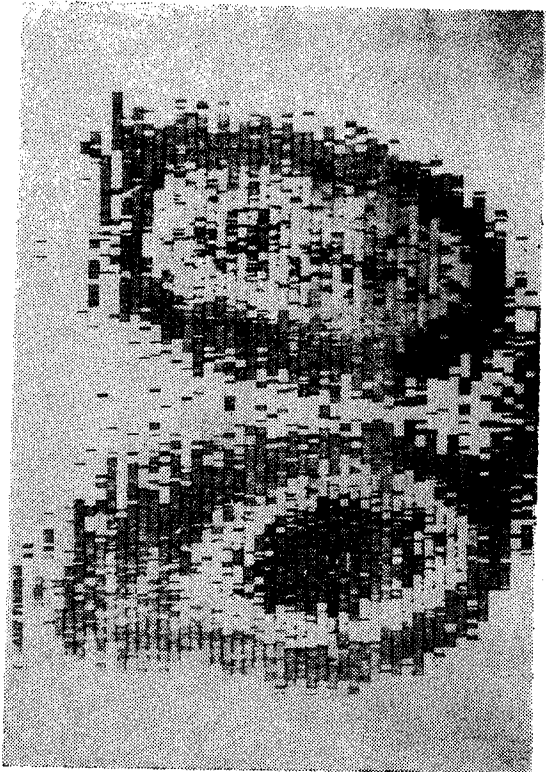
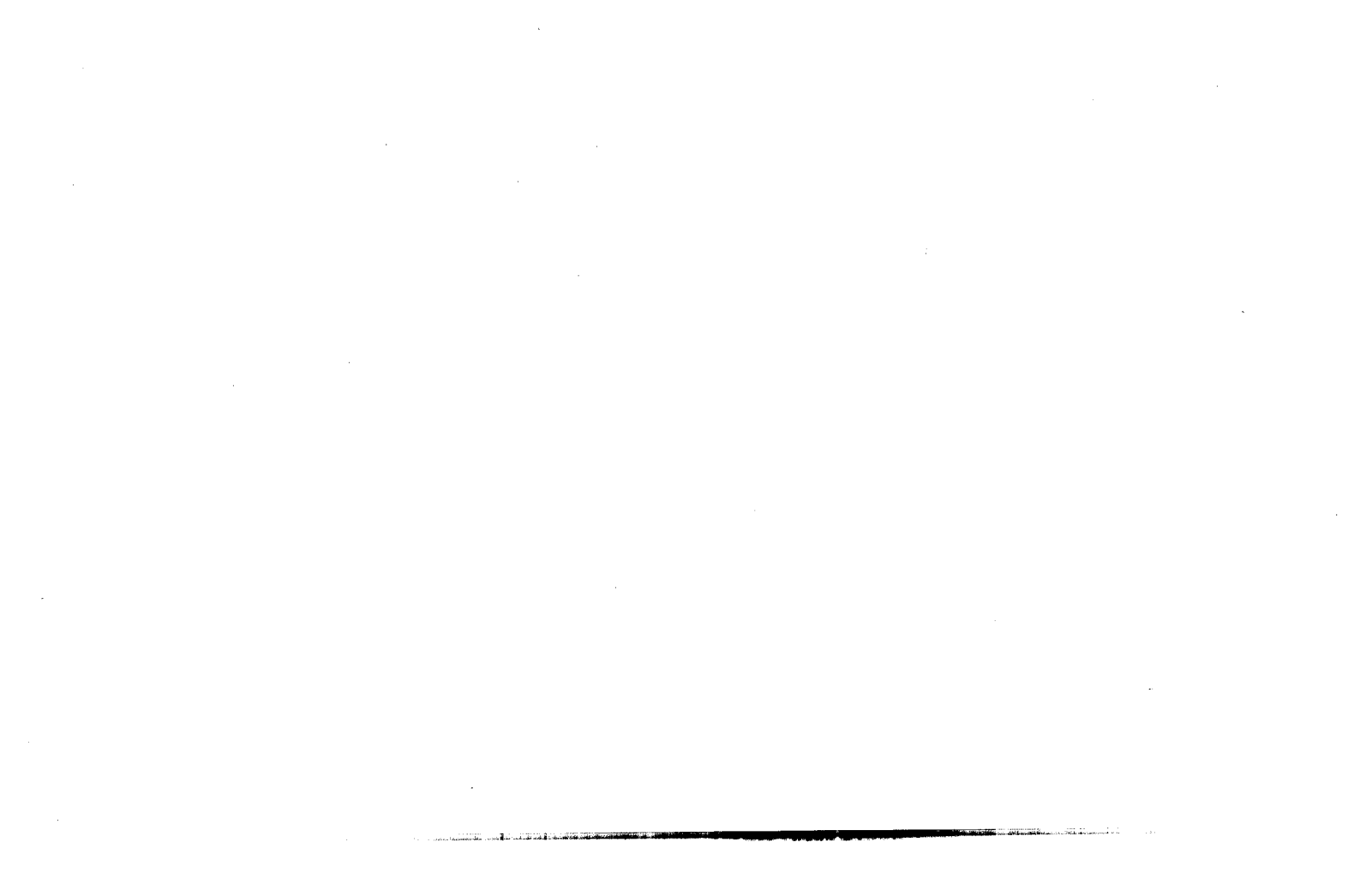


Fig. 1 b



Fig. 2 a



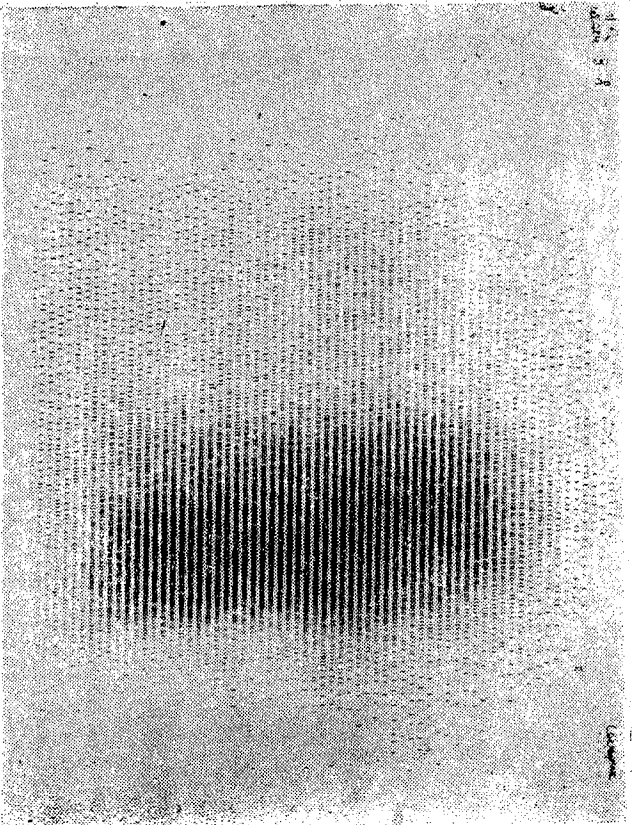


Fig. 2 b

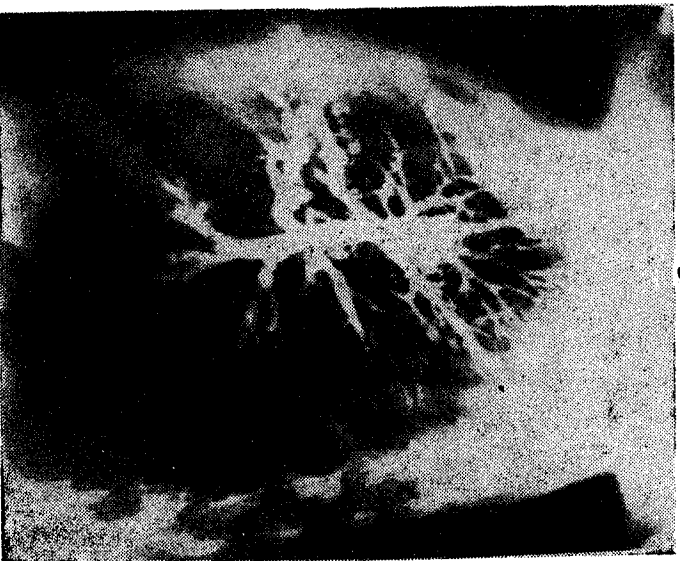


Fig. 2 c

E sëmurura M. J., vjeç 35, kishte kollë, dispne dhe sputum të shumta. Në periudhat e ftohta dhe me lagështirë të vrit ishte pothuajse vazhdimisht me temperaturë subfebrile dhe febrile. Në dëgjim viheshin re rale të shumta bronkiale dhe kreptante më të theksuara në 1/3 e mesme dhe të poshtme të anës së djathtë të krahavorit. Në radiografi shihej retraktim i anës së djathtë dhe ndryshime sklerotike të mushkërisë të kësaj ane. Në shinitigrafi kish mungesë të plotë të fiksimit të substancës radioaktive në mushkërinë e djathtë. Pulmoni i rniajé ish fiksuar mirë. Në bronkografiinë e anës së djathtë kish bronkoektazi të formës së përzierë. Në anën e majtë, pema bronkiale ishte pa ndryshime. Provat funksionale ventilatore: KV = 1800 (60%) VEMS = 1100, KPPE = 61% V. max. ind = 33 1 (min.) Konkluzioni: insuficiencë ventilatore restriktive.

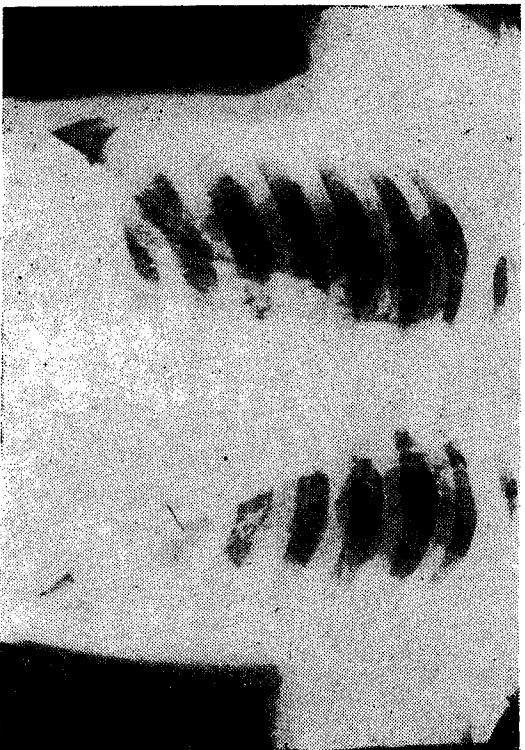


Fig. 3 a

Pacientja Q. B. vjeç 26 kishte kollë dhe temperaturë herë pas here sidomos për kohën e ftohtë dhe me lagështirë. Në anën e majtë të krahavorit dëgjoheshin rale brankiale, sibilante të pakta dhe kreptante. Në shinitigrafi shihej mungesë e plotë fiksimi të substancës radioaktive në fushën e mesme dhe ulje e theksuar në fushën e poshtme. Në bronkografiinë e anës së majtë shihej bronkoektazi e përzierë.

Provat funksionale ventilatore: KV = 3200 (71.1%) VEMS = 2200 KPPE = 68.7, Ventil. max. ind = 81 1 min. Konkluzioni:

Insuficiencë ventilatore mikste (e përzierë).

Në rastet e paraqitura në fig. 2 dhe 3 shiheshin ndryshime të mëdha të rrijetës kapilare pulmonare nga dëmtimet sklerotike dhe fibrotike nga vetë zhvillimi i bronkoektazisë dhe nga ndërlikimi i saj me infeksione të shpeshta. Sa më i përparuar të jetë procesi bronkoektazik dhe sa më i vjetër të jetë ai në moshë, aq më të thella janë dhe dëmtimet në shtiratin arterio-kapilar. Sa më për më të jetë moshja



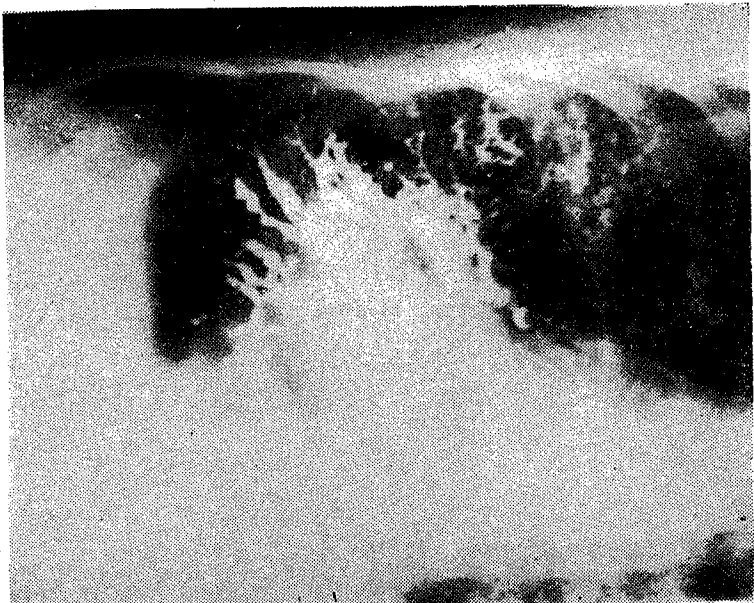


Fig. 3 b

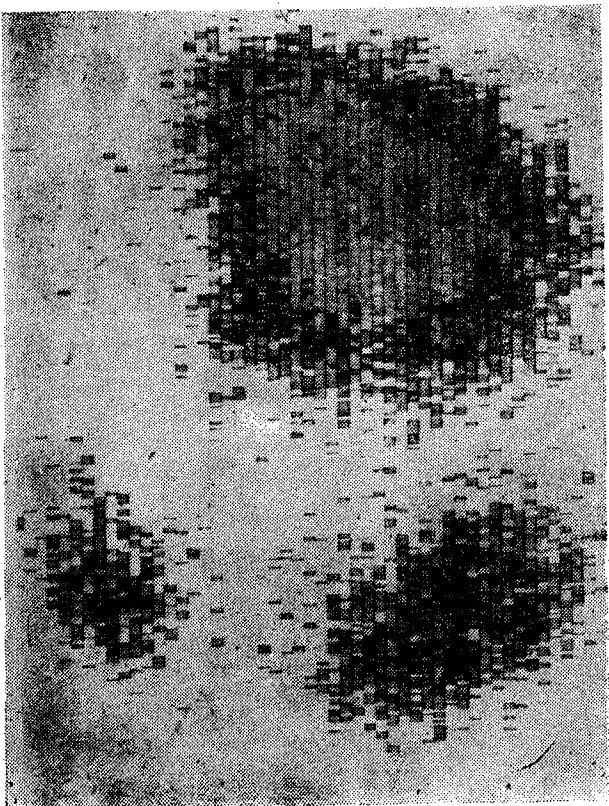


Fig. 3 c

e të sëmurëve aq më të pakta dhe të lokalizuara janë dëmtimet. Në shumicën e të sëmurëve me bronkokoektazi të ekzaminnuar prej mesh, kemi vënë re një farë paralelizmi midis provave ventilatore dhe dëmtimeve që vë në dukje shintigrafia, sidomos në të sëmurët me bronkokoektazi të vjetra dhe me ndryshime të rënda të indit pulmonar. Ka autorë (5, 8) që mendojnë se rënia kaq e theksuar e fiksimit të substancës radioaktive në shtratin vaskular, përvëq sklerozes që zhvillohet nga infeksionet e shpeshta në këto zona, ajo mund të vijë edhe nga hipoksia në segmentet bronkokoektazike ose mund të shohet më tepër se ç'shite në të vertetë nga shunti arterio-venoz. Për ndikimin e këtyre dy faktorëve nuk ka një mendim të qartë dhe përfundimtar. Shintigrafia pulmonare në të sëmurët me procese supurative me vatra, i ve në dukje dëmtimet e indit pulmonar edhe atëhere kur ekzaminimi radiologjik nuk jep ndryshime. Në proceset kronike purulente, ky ekzaminim shihet si metodë funksionale në studimin e ecurisë së proceseve, rezultatet e saj janë të ngjashme me të dhënat e angiopneumografisë dhe bronkosprometrisë.



Fig. 4 a

I sëmururi C. Z., vjeç 54, ankombe për kollë dhe marrje fryme pas çdo sforccimi sado të lehtë fizik. Në ekzaminimin radiologjik në fillim u detyshua për diçka malinjje. Iu bë bronkografia, bronkoskopia dhe nuk u vu në dukje ndonjë patologji. Në shintigrafi u pa ulje e theksuar deri në mungesë të plotë fiksimit të substancës radioaktive në anën e majtë. Provat funksionale: KV = 3100 (57.4<sup>0</sup>/6) VEMS = 1500, KPPF = 48.3, V. max ind = 45 l/min. Konkluzioni: Insuficiencë ventilatore e përzjerë. U vendos diagnoza Cancer central pulmonar sin.

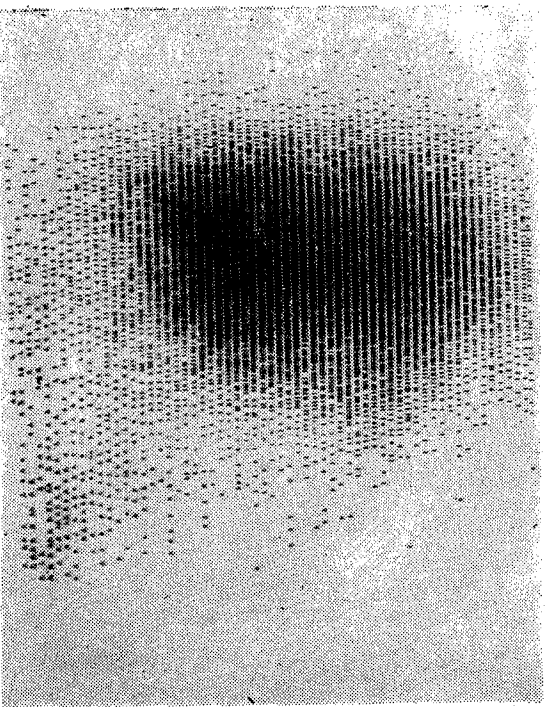


Fig. 4 b



Fig. 5 a

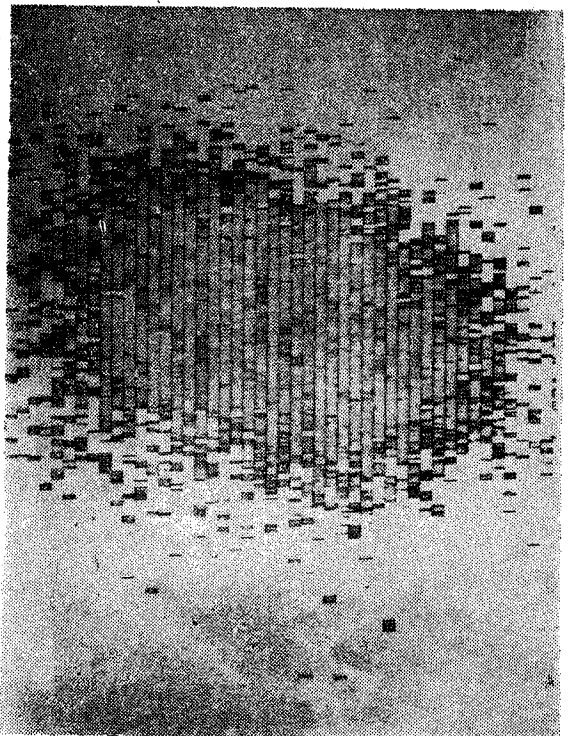


Fig. 5 b



Fig. 6 a

I sëmurri J. K., vjeç 60, ankonte për dispnë, kollë, anemi dhe humbje në peshë. Në ekzaminimin radiologjik fillestar u përcaktua si fibrothorox sin. Në shintigrafi u pa mungesë e plotë e fiksimit të substancës radioaktive në mushkërinë e majtë. U vendos diagnoza Cancer central pulmonar sin.

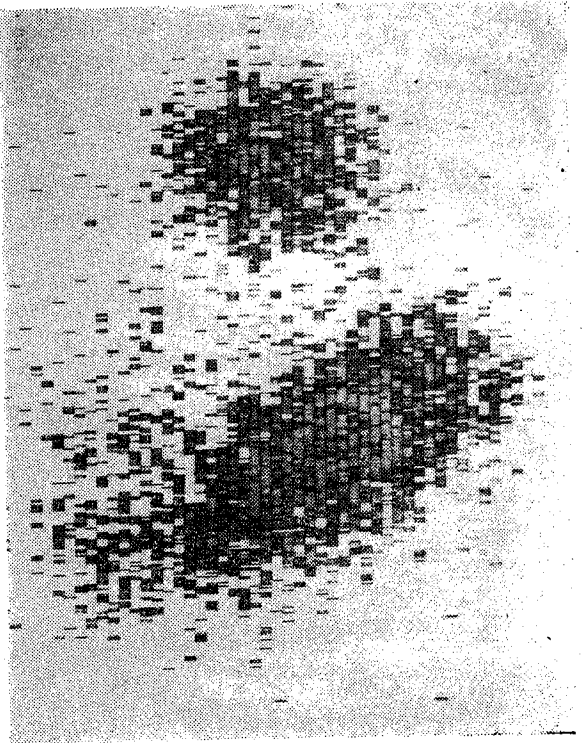


Fig. 6 b

E sëmurura V. T., vjeç 30, shtrohet në klinikë me diagnozën pleuritit *exudativu dextra*. Ndryshe nga ajo që shihet në pleurit, në shintilogjik nuk jep ende të dhëna. Sig shihet në figurat 4, 5, 6 në për-fithësi ka rënie të depositimit të substancës radioaktive, e cila mund të vijë: 1) nga shtypja e arteries pulmonare prej metastazave hilare; 2) nga furnizimi me gjak në mënyrë zotëruese të tumorit prej arteries bronkiale; dhe 3) nga rënia dytësore e refluksit të perfuzionit të arteries pulmonare nga hipoksia, si pasojë e abstruksionit lokal prej tumorit. Shintigrafia është e vlefshme edhe në përcaktimin e stadit të kancerit pulmonar. Ka mendime që këta të sëmurë t'ë ndahen në katër grupe. Në grupin e parë futen të sëmurët me kancer central dhe periferik, tek të cilët masa e dentimit, sipas të dhënave të shintigrafisë, është shumë më e madhe, duke zënë gjithë mushkërinë e njëres anë. Në këto raste, siç shihet në lart, ekzaminimi radiologjik jep fare pak ose nuk jep të dhëna për një dentim ose rritje blasto-

Shintigrafia pulmonare ndihmon shumë në përcaktimin e diagnozës së një kanceri central pulmonar atëherë kur ekzaminimi radiologjik nuk jep ende të dhëna. Sig shihet në figurat 4, 5, 6 në për-fithësi ka rënie të depositimit të substancës radioaktive, e cila mund të vijë: 1) nga shtypja e arteries pulmonare prej metastazave hilare; 2) nga furnizimi me gjak në mënyrë zotëruese të tumorit prej arteries bronkiale; dhe 3) nga rënia dytësore e refluksit të perfuzionit të arteries pulmonare nga hipoksia, si pasojë e abstruksionit lokal prej tumorit. Shintigrafia është e vlefshme edhe në përcaktimin e stadit të kancerit pulmonar. Ka mendime që këta të sëmurë t'ë ndahen në katër grupe. Në grupin e parë futen të sëmurët me kancer central dhe periferik, tek të cilët masa e dentimit, sipas të dhënave të shintigrafisë, është shumë më e madhe, duke zënë gjithë mushkërinë e njëres anë. Në këto raste, siç shihet në lart, ekzaminimi radiologjik jep fare pak ose nuk jep të dhëna për një dentim ose rritje blasto-

mastoze. Përkundrazi, shintigrafia jep alarmin për një dëmtim shumë të madh të rrjetës kapilare, që në të vërtetë nuk është aq i thellë, por u kushtonet faktorëve që përmenden më lart.

Në grupin e dytë futen të sëmurët me kancer central dhe periferik, ku në shintigramë ka mungesë fiksimi të substancës radioaktive në një territor të gjerë pak të përcaktuar si një lob ose më tepër. Të dhënat e ekzaminimit radiologjik edhe në këtë stad janë fare të pakta ose nuk japin asgjë. Në grupin e tretë futen të sëmurët që kanë pakësim të fiksimi të substancës radioaktive në një segment ose deri në një lob me atelektazë. Zakonisht në këtë grup, të dhënat e radiologjisë dhe shintigrafisë afrohen shumë. Në grupin e katërtë futen të sëmurët me kancer pulmonar periferik, të cilët kanë përmasa mbi 2.5 cm. diametër, pasi ato me përmasa më të vogla në periferi nuk duken në shintigrati (8). Në këtë stad, ekzaminimi radiologjik ka përparësi në krahasim me shintigrafinë. Në ekzaminimin e mushkërive me të tilla metoda duhet pasur gjithmonë parasysh se rregullimet e ventilitit, të cilat janë të pranishme, shoqërohen edhe me rregullime të garkullimit, pasi, siç dihet, janë proese në bashkëveprim, që ndikojnë njëri tjetrin në mënyrë reflektore. Prandaj për të diferencuar më mirë dëmtimin organik nga ai funksional, këtyre të sëmurëve iu jepet aminofilinë, e cila zhdruk spazmën dhe përmirëson garkullimin në mushkëri. Në mezoteliomat, aspekti shintigrafik ndryshon në krahasim me ritjetet e tjera blastomatoze, këtu rititja tumorale infiltron në mushkëri dhe jep aspektin, që shihet në fig. 6.



Fig. 7 a

I sëmurë A. M., vjeç 28, me proces specifik fibrokavernoz të majtë. Në shintigrati duket mungesë e plotë fiksimi i substancës radio-

aktive në fushën e sipërme të mushkërisë së majtë. Në mes radiografi-  
fisë dhe shintigrafisë ka diferencë. Shintigrafia tregon për një dëmtim  
më të madh se radiografia. Provat funksionale ventilatore rezultuan

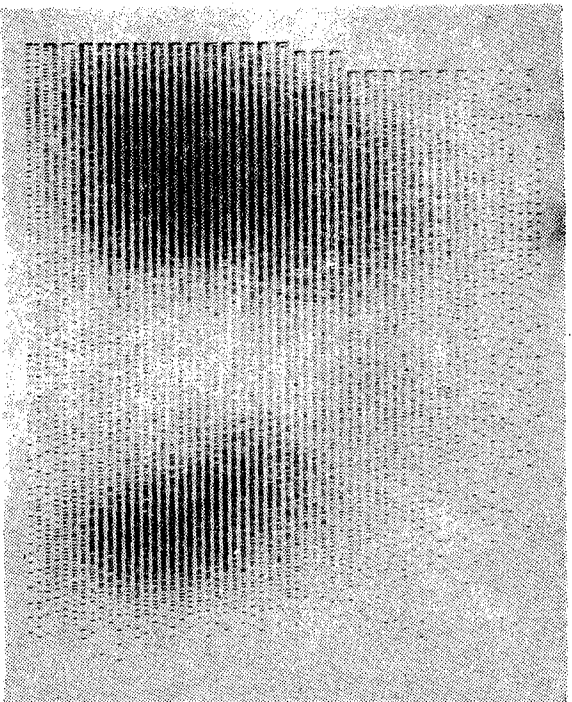


Fig. 7 b

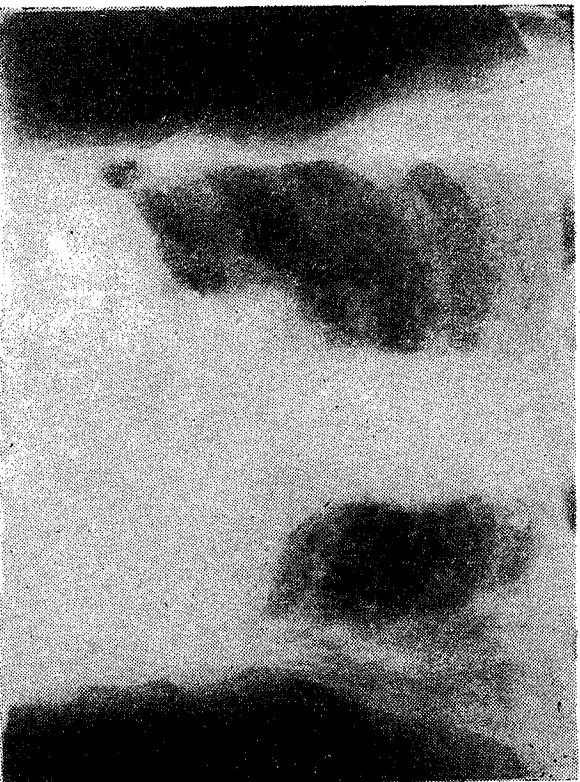
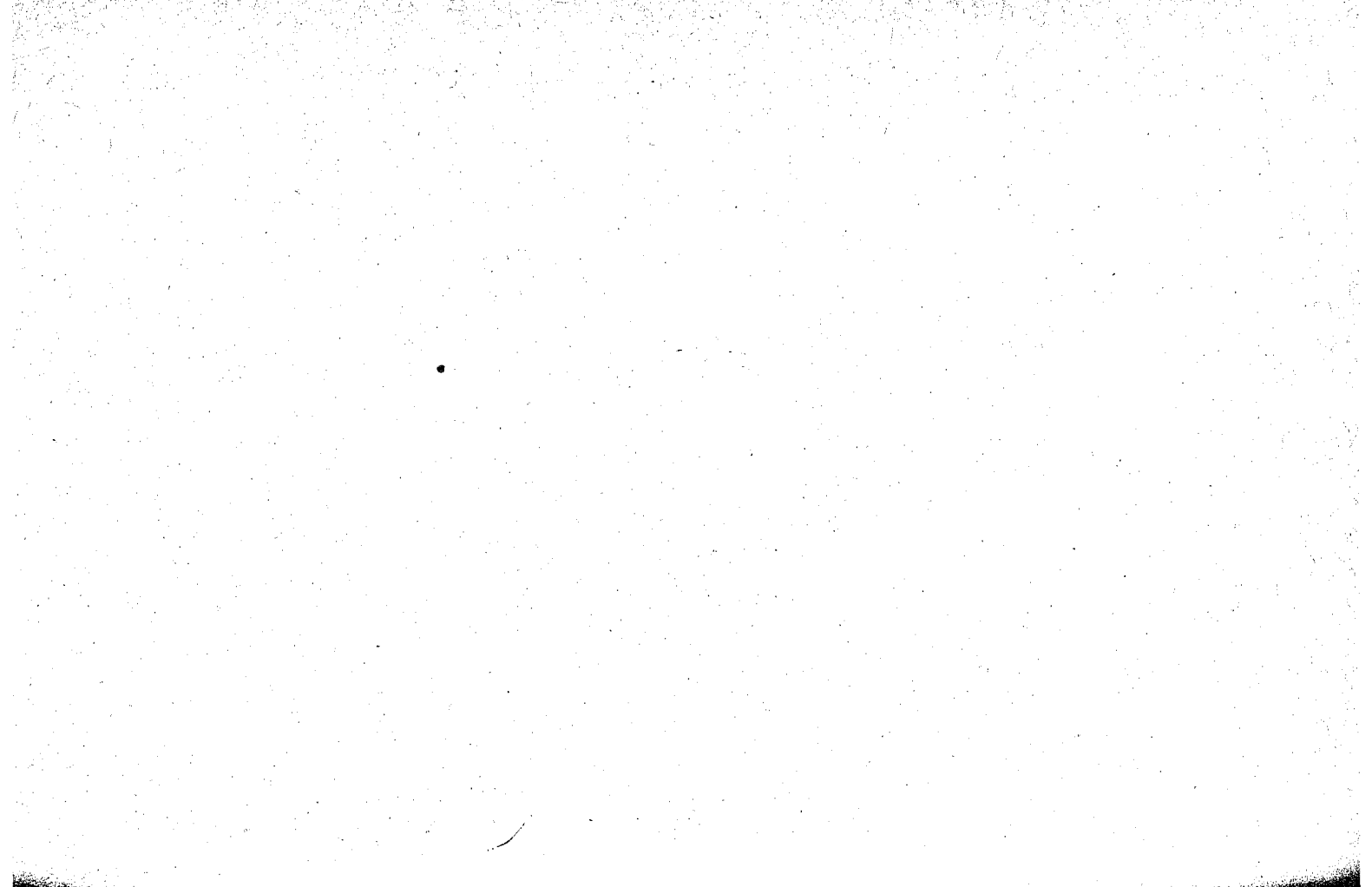


Fig. 8 a





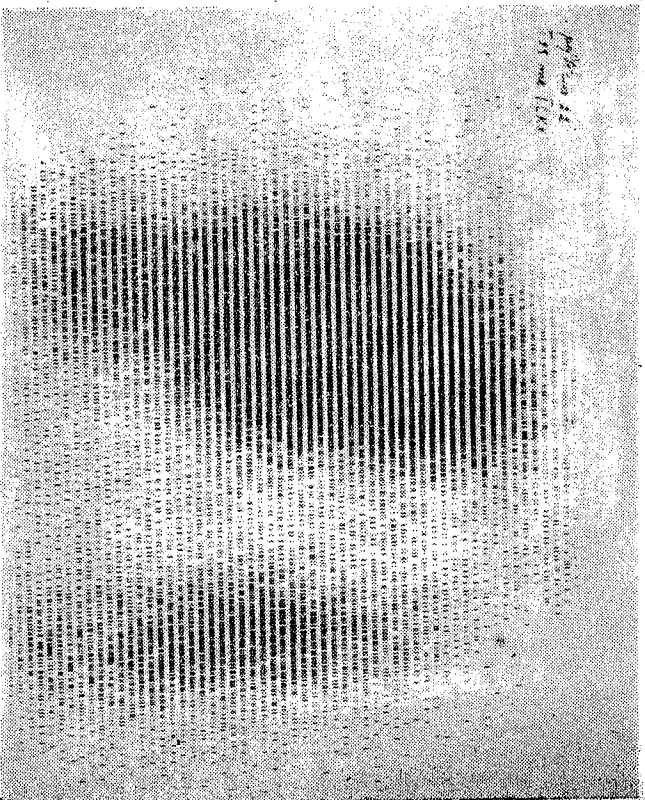


Fig. 8 b

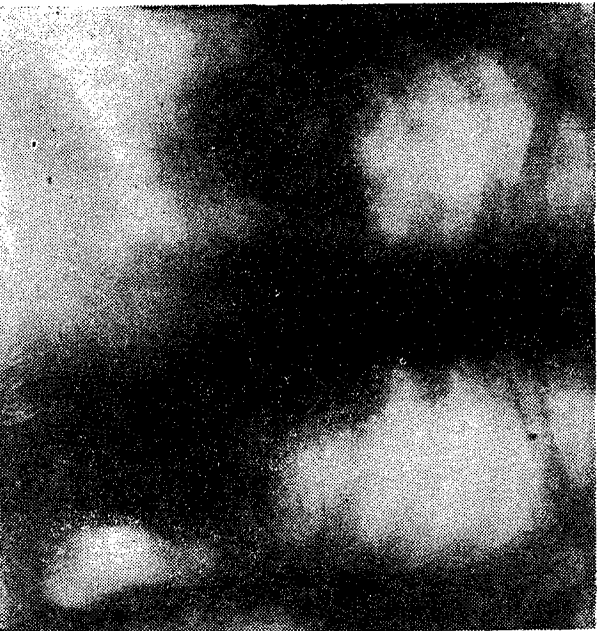


Fig. 9 a



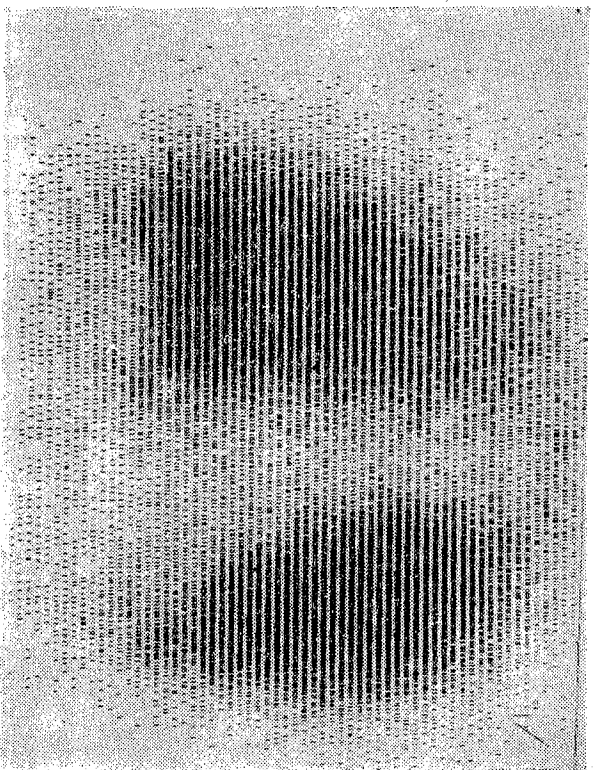


Fig. 9 b



Fig. 10 a

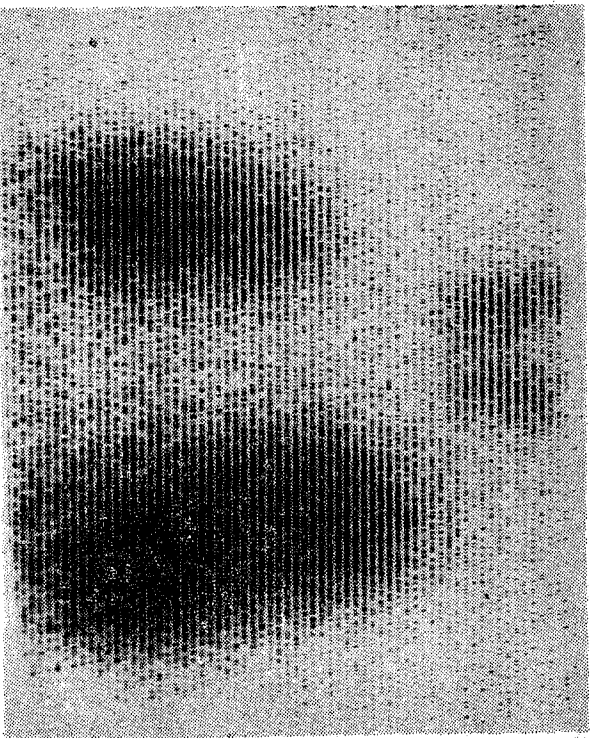


Fig. 10 b

KV = 3500 (67.30/0), VEMS = 2800, KPEPE = 80, V. max. ind. 103 = 1/min. Konkluzioni: insuficiencë ventilatore restriktive.

E sëmurja M. P., vjeç 48, shumë vjete më parë, kishte kaluar proces specifik, që kishte dëmtuar edhe pleurën dhe tani viheshin dukje mbeturinat e këtij procesi. Në shintigrafi kish mungesë të përfiksimit të substancës radioaktive në fushën e mesme dhe të poshtë të anës së majtë. Në fushën e sipërme të kësaj ane kish ulje fiksimit.

I sëmurri R. T., vjeç 49, me proces specifik infiltrativ. Në shintigrafi shihet ulje e lehtë e fiksimit të substancës radioaktive në fushën e mesme. Siç shihet, të dhënat e shintigrafisë janë më të pakta se të radiografisë.

I sëmurri H. Ç., vjeç 47, para shumë vjetëve ka kaluar një proces specifik pulmonar, që kishte dëmtuar edhe pleurat. Në radiografi shiheshin kalkifikime të shumta pleurale, që nuk lejonin të shiheshin shkëria dhe simulonte një dëmtim me shtrirje të madhe të procesit pleuralogjik. Në shintigrafi shihet vetëm një ulje e lehtë e fiksimit të substancës radioaktive në fushën e sipërme të pulmonit të djathtë.

Siç dihet, procesi tuberkular dëmton rrejtën arteriolo-kapilare shkalla e këtij dëmtimi përcaktohet nga faza e procesit dhe nga përhapja shpirtore e kësaj sëmundjeje. Në proceset infiltrative, ndryshimet e gankullimit të gjakut nuk janë të mëdha, prandaj edhe të dhënat e shintigrafisë, në këto procese, janë të varfra, siç shihet në fig. 7. Në proceset tuberkulare fibrokavernoze ka dëmtime të theksuara garkullimit të gjakut, siç shihet në fig. 7, 8. Në ekzaminimin radiologjik, zona e dëmtimit duket më e vogël sesa është në të vërtetë. Në shintigrafi vihet në pah plotësisht zona e dëmtuar dhe, në

kuadër, ekzaminimi shintigrafik jep më tepër, duke plotësuar të dhënat kllniko-radiologjike dhe duke saktësuar më drejt veçoritë topografike të përhapjes së procesit, të cilat janë shumë të nevojshme, sidomos në rastet e ndërhyrjeve kirurgjikale. Shintigrafia ka përparësi kundrejt ekzaminimit radiologjik në vlerësimin e gjendjes së mushkërive në sëmundjen e pleurës dhe dëmtimet kronike të saj, siç duket në fig. 10.

Duke u bazuar në të dhënat e literaturës, në përvojën tonë modeste dhe në rastet e paraqitura mund të konkludojmë:

1) Shintigrafia pulmonare është metodë objektive dhe pa rreziqe për studimin e gjendjes funksionale të mushkërive. Ajo ndihmon për studimin topografik të fluksit të arteries pulmonare, duke vënë në dukje ndryshimet organike dhe funksionale të perfuzionit të gjakut pulmonar.

2) Nëpërmjet zhdurkjes ose uljes së zonave të intensivitetit të radioaktivitetit në fushat pulmonare, në mënyrë jospesifike, shintigrafia tregon një sëmundje të parenkimës pulmonare.

3) Në kancerin qëndror pulmonar, shintigrafia ndihmon për vënien e diagnozës më herët se ekzaminimet e tjera.

4) Në bronkoektazitë, tuberkulozin e sëmundje të tjera kronike të mushkërive, shintigrafia ndihmon në vënien e diagnozës dhe përcaktton kufitë e shtrirjes së procesit patologjik.

5) Krahësimi i kësaj metode të re me radiografitë është i nevojshëm në klinikë, pasi të dhënat e saj ndryshojnë dhe shpeshherë parraprinë në shfaqjen e ndryshimeve radiologjike.

Dorëzuar në Redaksi më 20 janar 1979

## BIBLIOGRAFIA

- 1) **Adhami J., Resuli B.:** Shintigrafia në sëmundjet e mëlçisë. Buletini i UT — *Seria shkencat mjekësore* 1975, 1, 11.
- 2) **Bellion B., Garhaqni R., Charlie S. et coll.:** Schintigrafia pulmonare: reliefi fisiopatologjici e diagnostici. *Minerva Medica* 1966, vol. 57, 45, 2067.
- 3) **Doçi S., Buda S., Thereska N.:** Rëndësia e radionefrogramës në diagnostikimin e pielonefritit kronik. *Buletini i UT — Seria Shkencat Mjekësore* 1973, 1, 55.
- 4) **Delaloye B., Bischof — Delaloye A. et coll.:** Les explorations dynamiques cardio-pulmonaires. Applications cliniques du radiocardiogramme quantitatif et de la circulographie pulmonaire réalisée à la camera à scintillations. *Dynamic studies with radioisotopes in medicine.* IAEA — *Vienna* 1971, 705.
- 5) **Quinn J. L., Head L. R.:** Pulmonary photoscanning: current status. *Recent advances in nuclear medicine (Monografi).* New York 1966, 173.
- 6) **Ruff F.:** Explorations radio-isotopiques de la perfusion et de la ventilation pulmonaire. L'exploration fonctionnelle respiratoire en pratique pneumologique. *Paris* 1973, 59.
- 7) **Samaras V., Dostas and coll.:** Lung scanning in evaluating intrathoracic tumours. *Medical radioisotope scintigraphy.* IAEA — *Vienna* 1969, vol. II, 135.
- 8) **Taplin G. V., Johnson E. D. and coll.:** Lung scanning experience in 300 patients. *Recent advances in nuclear medicine (Monografi)* New York 1966, 188.

- 9) **Taplin G. V., Chopra S. K.:** Recent lung imaging studies. Medical radi-  
nuclide imaging. IAEA. — Vienna 1977, vol. II, 303.  
10) **Wagner H. N.:** The use of radioisotope techniques for the evaluation of  
patients with pulmonary disease. Amer. Rev. Resp. Dis 1976, 113, 267.

### Summary

## PULMONARY SCINTIGRAPHY

The paper describes the diagnostic value and the main indications of pulmonary scintigraphy. The method was used on some patients with various diseases of the lungs. This preliminary communication analyses in particular the value of scintigraphy in conditions such as bronchiectasis, lung tumours and some tubercular processes.

### Résumé

## SCINTIGRAPHIE PULMONAIRE

Dans cet article les auteurs traitent la valeur diagnostique et les principales indications de la scintigraphie pulmonaire. Cette méthode a été appliquée quelques patients présentant différentes maladies pulmonaires. Cette communication préliminaire analyse en particulier la valeur de la scintigraphie dans les conditions de la bronchiectasie, des tumeurs du poumon et de certains processus de la tuberculeuse.

## DOZIMI I KOMPLEMENTIT SERIK DHE VLERA E TIJ GJATE NEFROPATIVE GLOMERULARE

— ARBEN HOXHA, SULEJMAN KODRA, NESTOR THERESKA, MERI  
LEPIVANI, VIOLETA PUMO —

(Katedra e Propedeutikës dhe Spitali Klinik nr. 1)

Nefropatitë glomerulare janë një grup sëmundjesh, ku procesi patologjik filon dhe mbizotëron në glomerulë (2). Sipas disa statistikave ato përbëjnë shkaktun më të shpeshtë të insuficiencës renale kronike (2). Pagarthesitë që ekzistojnë ende në etiologjinë dhe patogjenezën e tyre natyrisht që e kanë vështirësuar shumë klasifikimin e plotë dhe përfundimtar të këtyre sëmundjeve. Megjithatë ky 20 vjeçar ka sqaruar ndonëse jo përfundimisht, mekanizmat kryesorë të dëmtimeve. Në plan të parë të mekanizmeve patogjenetike të këtyre dëmtimeve qëndrojnë proceset imunologjike me pjesëmarrjen e komplementit. Ky i fundit, gjatë veprimtarisë së vet, nxit qirimin e substancave proinflamatore, që rritin përkrahueshmërinë kapilare, kemiotaktizmin e polimikleareve si dhe daljen e enzimeve lizosomiale, aktivizimin të proceseve të koagulimit (2, 3).

Pjesëmarrja e komplementit në zhvillimin e dëmtimeve, që shprehet me ndryshimet e tij plazmatike apo depozitim në vatrë, e vërteton natyrën imunitare të tyre (2, 3). Duke u nisur nga kjo, ne menduam se paraqitet me interes të veçantë përcaktimi i tiritit të komplementit dhe interpretimi i tij në këto sëmundje.

Komplementi ose aleksina është një proteinë serike, e cila është identifikuar për herë të parë nga fundi i shekullit të kaluar. Fillimisht u identifikuan katër fraksione të tij, të cilat u shënuan me simbole  $C_1, C_2, C_3, C_4$ . Dy të parat termolabëlë dhe dy të fundit termostabilë. Më vonë komplementi u përcaktua si një sistem i përbërë nga 11 komponentë globulinikë nga  $C_1$  ( $C_{1q}, C_{1r}, C_{1s}$ ) deri në  $C_9$ . Në sistemin e tij bëjnë pjesë edhe 3 inaktivizues biologjikë. Përbërësit më të qëndrueshëm dhe më të studjuar të komplementit janë 4 të parët ( $C_1 - C_4$ ). Ndërsa  $C_5 - C_6 - C_7$  kanë gjysmë jetë shumë të shkurtër (afro dy minuta) prandaj janë dhe më pak të njohur. Veprimi përfundimtar i  $C_8$  dhe  $C_9$  shkaktun një dëmtim të pakthyeshëm në membranat qelizore. Aktivizimi i sistemit të komplementit bëhet në përmetet dy rrugësh: rruga klasike dhe rruga e veçantë (shih skicën nr. 1). Për nxitjen e reaksionit të sistemit komplementar nuk janë të afta të gjitha llojet e antikompeve. Ndër pesë llojet e njohura të immunoglobulinave vetëm antikompet e tipit IgG dhe IgM «fiksojnë» komplementin (8).





matëse e nivelit të komplementit serik total tek njeriu përdoret për-gjithësisht uniteti hemolitik 50% (C<sup>1</sup>H50), ky quhet unitet hemolitik. Këtë njësi kemi përdorur dhe ne.

Sipas teknikës të përdorur nga ne, unitet hemolitik 50% do të përkufizojmë sasinë e serumit që hemolizon 7 x 10<sup>6</sup> eritrocitet të sensibilizuar në mënyrë optimale në një total prej 14 x 10<sup>6</sup> eritrocite në prani të një sasive optimale jone Ca<sup>++</sup>, Mg<sup>++</sup>, për një forcë jonike 0,147 pas një inkubimi 1 orë 37', duke pasur një volum përfundimtar të reaksionit prej 6 ml. Përsa i përket titrit normal të komplementit, vlerat ndryshojnë në varësi të teknikave laboratorike të përdorura nga autorë të ndryshëm (9). Për metodikën tonë, si vlerë normale të komplementit serik kemi gjetur shifrat ndërmjet 90-120 U C<sup>1</sup>H50. Përcaktimi i titrit të komplementit në laborator është bërë brenda një kohe sa më të shkurtër pas marrjes së gjakut për të mënjannuar gdo falsitet.

Elementet e reaksionit kanë qenë 4: 1) eritrocitet e dashit; 2) serumi hemolitik antieritroctar; 3) serumi i të sëmurit; 4) tampon bufer veronal.

1) Eritrocitet e dashit: nga vena jugulare e dashit u muarr 20 ml. gjak dhe u hodhën në një shishe me rruzaza qelqi për defibrinimin e tij. Pasta j u centrifugua, u nda dhe pasta j u veçua serumit nga masa eritrocitare. Eritrocitet u shplanë 3 herë me solucion tampon bufer veronal, që përmban: bikarbonat natrium 2,52 gr. acid 5,5 diethyl barbiturik 4,6 gr., 5,5 diethyl barbiturat natrium 3 gr., NaCl 83,8 gr. MgCl<sub>2</sub> x 6 H<sub>2</sub>O 1 gr., CaCl<sub>2</sub> x 2H<sub>2</sub>O 0,20 gr., ujë i distiluar deri 2000 ml. 1/5 e kësaj përberjeje e holluan me ujë të distiluar në castin e përdorimit.

2) Serumit hemolitik antieritroctar: për përfitimn e tij, kemi proceduar në këtë mënyrë: u muarr dy lepuj me peshë 1,5 kg., njëri i zi dhe tjetri i përhimtë me moshë rreth 1 vjeç. Imunizimi i tyre u bë në mënyrë ciklike si më poshtë:

Dita e I 0,5 ml. serum dashi endovenoz

Dita e III 1 ml. serum dashi endovenoz

Dita e V 1,5 ml. serum dashi endovenoz

Dita e VIII 2 ml. serum dashi endovenoz

Dita e X 2,5 ml. serum dashi endovenoz.

Dita e XV 1 ml. suspension eritrocitar 50% endovenoz.

Dita e XVII 0,2 ml. serum dashi endovenoz dhe 2 minuta më pas 2 ml. eritrocite dashi 50%.

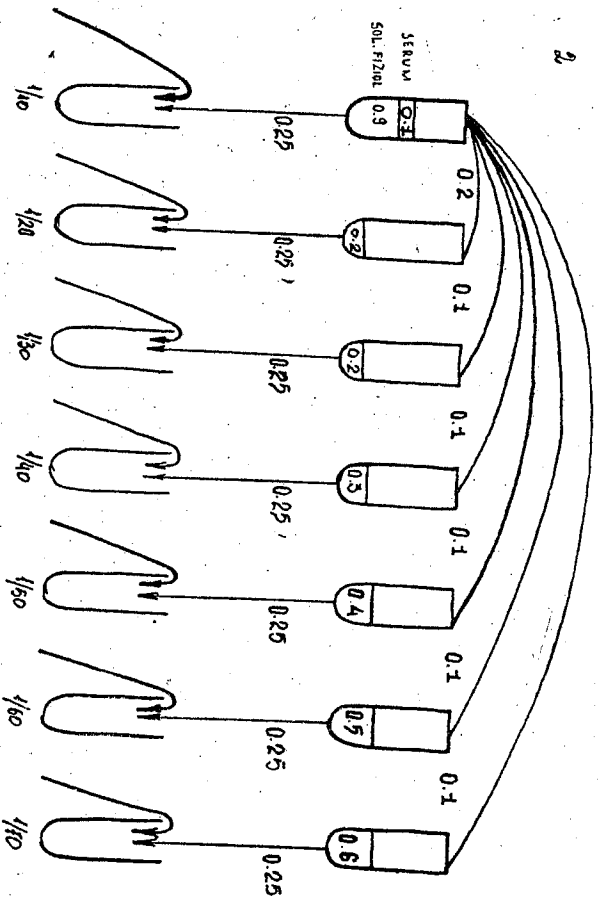
Dita e XIX 0,2 ml. serum dashi endovenoz dhe 2 minuta më vonë 2 ml. eritrocite dashi 50%.

Dita XXII 0,2 ml. serum dashi endovenoz dhe 2 minuta më pas 4 ml. eritrocite dashi 50%.

Gjashtë ditë pas injektimit të fundit imunizues u muarr gjaku në vena marginalis të veshit të lepurit dhe u përcaktua titri hemolitik antieritroctar i serumit të tyre.

Elementet e nevojshëm për përcaktimin e titrit hemolitik antieritroctar të serumit të lepurit ishin këto: eritrocitet e dashit, serum hemolitik antieritroctar, komplementi i serumit të kavjes me titër të njohur. Pëpara fillimit të titritit të serumit hemolitik të lepujve duhet të gjendet titri i punës i komplementit të kavjes. Për këtë që-

Ilum, gjaku i freskët i kavjes që u muarr në zemrën e saj u la për koagulim në një epruvetë në temperaturën e dhomës, pastaj me centrifugim u nda serumi dhe u vendos në frigorifer derisa u thirua. Për titrimin e komplementit të kavjes u dashën këto elemente: 1) eritrocite dashi, serum hemolitik antieritocitar me titër të njohur, 3) serum kavje. Titrimi i komplementit u krye sipas skemës nr. 2.



SKEMA E TITRIMIT TE KOMPLEMENTIT TE KAVJES. (0,9 ml përzierje hemolitike)

Skema Nr. 2

Në 7 epruveta u hodhën përtrahësisht 0,9; 0,2; 0,2; 0,2; 0,3; 0,4; 0,5; 0,6 ml. tretësirë tampon veronal. Në epruvetën e parë u hodh 0,1 ml. serum kavje dhe nga volumi total prej 1 ml. e saj (0,9 tampon + 0,1 serum) u hoqën 0,75 ml. serum kavje tashmë i holluar. Nga 0,1 ml. prej këtij të fundit u hodhën në epruvetat nga e treta deri tek e mbajta, me përjashtim të epruvetës së dytë ku u hodhën 0,2 ml. Përtë 0,25 ml. serum kavje i holluar me këto përqëndrime: përtrahësisht nga epruveta e parë deri tek e shtata 1:10, 1:20, 1:30, 1:40, 1:50, 1:60, 1:70. Në secilën epruvetë u hodh 0,50 ml. përzierje hemolitike (dmth serum hemolitik lepurit sipas titrit si dhe suspension eritrocite dashi 50/0 në raport 1:1). Epruvetat u vendosën në termostat në temperaturë 37° për 30 minuta, pastaj u bë lëximi. Hemoliza e plotë u vërejt në dejt një hollim i komplementit 1:20, eritrocitet e dashit ishin hemolizuar plotësisht, dmth titri i punës i komplementit të kavjes ishte 1:20.

Për titrimin hemolitik të serumit të lepujve u morrën 9 epruveta për secilin lepur dhe u krye hollimi i serumit hemolitik si më poshte:

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

1:100 1:200 1:400 1:600 1:800 1:1200 1:1600 1:2400 1:3200. Në dy seri të tjera, prej 9 epruvetash secila u hodhën 0,25 ml. serum lepuri të holluar me bufer sipas titrit të hollimit përkatës të modifikuar, 0,25 ml. serum kavje 1:20, 0,25 ml. suspension eritrocite dashi 50/0 të shpërlara paraprakisht 3 herë me tretësirë bufer veronal, 1,25 ml bufer. Stativata me dy seri të eritrocite të epruvetave u vendosën në termostat për një orë në temperaturë 37°. Kur u hodhën nga termostati pamë se për serumin e lepurit të zi, hemoliza komplete u arrit në hollimin 1:1200 ose epruveta e gjashtë, kurse për lepurin e përhimtë në hollimin 1:3200, ose epruveta e 9. Ky ishte titri i punës i serumit hemolitik të lepujve.

Për titrimin e komplementit tek njeriu, ne kemi përpunuar një metodë që ngjan në parim me atë të njërit të autorëve të konsultuar (1). Të dhënat e teknikës sonë të titrimit të komplementit paraqiten në pasqyrën e mëposhtme:

Tampjon veronal 1,8 ml., 1,6 ml, 1,4, 1,2 ml., 1,0 ml., 0,8 ml., 0,6 ml. 0,4 ml., 0,2 ml.

Serum për ekzaminim: 0,2 ml., 0,4 ml., 0,6 ml., 0,8 ml., 1 ml., 1,2 ml., 1,4 ml., 1,6 ml., 1,8 ml.

Perzjerje hemolitike 1 ml., 1 ml., 1 ml., 1 ml., 1 ml., 1 ml., 1 ml., 1 ml., 1 ml.

Suspension eritrocite dashi 50/0 + serum hemolitik antieritrocite lepuri sipas titrit 1:1 u la në termostat 37°C për një orë. Supranatantit të qdo epruveti iu shtuan 4 ml. ujë të distiluar, pastaj u bë leximi dhe rezultatet e përfutara u hodhën në letër të milimetruar në boshthin e koordinatave. Në boshthin e absisave u vendos sasia e serumit të holluar 1:20, ndërsa në boshthin e ordinatave u vendos densiteti optik i hemolizës të natyr me fotoelektrokolorimetër me filtër 530 nm.

Pjesa eksperimentale që sapo paraqitëm u krye për të arritur në qëllimin përfundimtar të studimit, i cili konsiston në ndryshimin e komplementit gjatë nefropative glomerulare. Si klasifikim të tyre ne kemi përdorur klasifikimin e (7) të vitit 1966, i cili është një klasifikim që ka njësuar në mënyrë të krahshme të dhënat klinike me ato anatomopatologjike. Sipas tij, nefropatitë glomerulare ose glomerulonefritet ndahen në pesë grupe: 1) glomerulonefritet akute; 2) glomerulonefritet akute me ecuri të shpejtë; 3) glomerulonefritet kronike, ku futen të gjitha format e nefropative glomerulare me ecuri kronike; 4) glomerulonefritet me sindromë nefrotike; 5) glomerulonefritet fokolare.

Qëllimi i studimit të komplementit nga ana e jonë lidhet me vlerën e madhe diagnostike dhe prognostike që ka përcaktimi i titrit të tij si dhe ndihma që jep përcaktimi i tij në diagnozën diferenciale në mes formave të ndryshme të nefropative glomerulare dhe atyre jo-glomerulare.

Nga ne janë marrë në analizë 47 të sëmurë të shtruar në Klinikë gjatë periudhës të fillimit të vitit 1977 deri në qershor 1978. Të sëmurët të ndarë sipas nozologjisë janë paraqitur në pasqyrën nr. 1.

## Pasqyra nr. 1

Glomerulonefritet akute	glom. fokolar	Glome. Kron.	Sindr. nefrot	Nef. lupike	Të ndryshme						
<table border="1"> <tr> <td>Pas streptokoksiske</td> <td>Me ecuri të shpejtë</td> <td></td> <td>Me riakutizim</td> <td>Pa riakut</td> <td></td> </tr> </table>	Pas streptokoksiske	Me ecuri të shpejtë		Me riakutizim	Pa riakut						
Pas streptokoksiske	Me ecuri të shpejtë		Me riakutizim	Pa riakut							
15	2	2	3	13	4						
					1						
					7						

Në glomerulonefritet akute pas streptokoksiske, titri i komplementit serik ulet qysh në ditët e para të sëmundjes (2,3,5,6) dhe rikthen në normë nga java e 6-8 sipas (3) dhe nga java e 4-6 sipas (6). Gjithashtu ne vemë re se në javën e parë komplementi serik ulet në mënyrë të ndjeshme. Në të 12 rastet e përcaktuar, komplementi u gjete i ulur në një mesatare prej 59 UCH50 (N = 105 ± 15 UCH50). Titri i ulët vazhdoi dhe gjatë javës së dytë. Në javën e dytë dhe të tretë ai u gjete i ulur me një mesatare 74.5 UCH50, pra me një pritje të lehtë ngritjeje. Ndërsa pas javës së katërtë vemë re normalizim me se gjatë glomerulonefritëve akute pas streptokoksiske, komplementi serik bie në mënyrë të theksuar në javën e parë të sëmundjes me pritje ritje graduale dhe normalizim pas javës së katërtë. Rritja e shpejtë e titrit të komplementit dhe normalizimi i tij flasin për një ecuri klinike të mirë të sëmundjes. Në keni vënë re se titri i komplementit kthehet në normë më përpara se sa zhdukja e sindromës urinare, prandaj rikthimi i komplementit në normë në kohë sa më të shpejtë shërben si kriter i rëndësishëm biologjik për të vlerësuar ecurinë e sëmundjes dhe njëkohësisht si kriter i shërimit të saj.

Të dy të sëmurët me glomerulonefrite akute me ecuri të shpejtë (që në literaturë njihet dhe me emrin «malinje» ose subakute), komeplenti serik i dozuar disa muaj pas fillimit të atakut akut (në njërin dy muaj dhe tjetrin pesë muaj), titri u gjete në shifra të ulta mesatarisht 58 UCH50. Gjatë kësaj periudhe para se të shtroheshin në klinikën tonë, të sëmurët ishin trajtuar në spitalet e rrethëve të tyre. Por gjeja e shifrave të ulta të komplementit serik pas një kohe kaq të gjatë dëshmon për karakterin evolutiv të shpejtë dhe të rëndë të renalë kronike. Ngjashmëria e fenomeneve imunologjike midis glomerulonefritëve pas streptokoksiske dhe atyre me ecuri të shpejtë është vënë re edhe nga autorë të tjerë (7). Gjatë studimit të këtyre formave, disa autorë (4) titrin e komplementit e kanë gjetur në disa të ulur në disa normal.

Në të dy të sëmurët me glomerulonefrite fokolare, komplementi serik ishte brenda normës.

Në 16 të sëmurë me glomerulonefriti kronik u krye matja e komplementit serik, ku në 3 prej tyre me fenomene klinike të riakutizimit, komplementi serik u gjete i ulur me një mesatare prej 41 UCH50, e cila gjatë javës së dytë vazhdoi në shifra të ulta dhe rikthimi në normë u vu re pas javës së tetë. Ndërsa në 13 të tjerët me glomerulonefrite kronike pa riakutizime, komplementi serik i matur qysh në

shtim u gjend i ulur vetëm në 3 të sëmurë, me një mesatare 68.3 UCH50, ndërsa në të sëmurët e tjerë u gjend brenda normës.

Niveli i komplementit serik gjatë glomerulonefritive kronike, sipas të dhënave të autoreve të ndryshëm (2, 3, 4) ndryshon në varësi të tipit histopatologjik, në disa tipa vihen re ulje të titrit të tij, ndërsa në të tjerët shifra normale. Disa nga të sëmurët tanë me glomerulonefrite kronike ishin në stadin e insuficiencës renale kronike fillëstare dhe ne nuk vumë re ndryshime të titrit të komplementit (ulje të tij) në varësi të saj. Katër rastet me sindromë nefrotike primare (glomerulopati me sindromë nefrotike) janë shtuar në klinikën tonë disa muaj pas fillimit të sëmundjes. Në atë periudhë ata janë trajtuar me kortizonikë etj. Përcaktimi i komplementit në të katër rastet rezultoi brenda normës, mesatarisht 97.5 UCH50. Autorë të tjerë (2, 3) në nefropatitë glomerulare, me glomerula optikisht normale, kanë vënë re se komplementi serik gjendet brenda normës ose me pak diferencë nga norma. Autorë të tjerë (4) kanë vënë re ulje të komplementit serik gjatë sindromës nefrotike dhe prirje për ngritje dhe normalizim të tij nën efektin e terapisë kortikoidë ose gjatë remisioneve spontane. Gjetja në shifra normale e komplementit serik gjatë sindromës nefrotike në të 4 rastet tona nuk përjashton efektin e terapisë me kortikoide.

Në studimin tonë përshihet edhe një rast me nefropati lupike tek një e sëmurë e njohur me diagnozën e *lupusit eritematosës të disseminuar*. Dozimi i komplementit tek kjo e sëmurë në castin e shtirmit ishte normale. Në mënyrë klasike, nga të gjithë autorët të konsultuar prej nesh (2, 3, 4) njihet se kjo nefropati përbën rastin tipik që karakterizohet me ulje të komplementit serik në mënyrë të ndjeshme gjatë periudhës akute. Po ashtu nga të gjithë pranohet se gjatë periudhave të remisioinit, nën efektin e mjekimit, ai kthehet në normë (2, 3, 4). Rasti që paraqesim për diskutim është parë pikërisht gjatë periudhës së remisioinit.

Për qëllime krahasime dhe kontrolli është dozuar komplementi serik në 7 të sëmurët me infeksione urinare dhe hipertension arterial. Në të gjithë të sëmurët vumë re pranimë normale të komplementit serik mesatarisht 102.5 UCH50. Të dhëna të tilla venë re edhe autorë të tjerë (4). Me këtë gjë kuptohet se nëpërmjet dozimit të komplementit serik diferencohet natyra glomerulare dhe joglomerulare e sëmundjes.

## PËRFUNDIME

1) Komplementi serik, gjatë glomerulonefritive akute pas streptokoksiske, dëhlet të përcaktohet gjithë në javën e parë, ku aiulet në mënyrë të ndjeshme me prirje ngritje në javën e dytë dhe të tretë dhe normalizohet në fund të javës së katërtë.

2) Shumica e glomerulonefritive kronike paraqesin vlera normale të komplementit serik.

3) Në 4 të sëmurët me sindromë nefrotike në remisioin, titri i komplementit ishte brenda normës.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Hartman L. et coll.: Dosage de l'activité complémentaire globale et des 4 fractions  $C_1 - C_2 - C_3 - C_4$  dans le sérum et dans l'urine. *Annales de biologie Clinique* 1969, nr. 7-9, 561.
- 2) Lagrue G. et coll.: Les néphropathies glomérulaires. *Revue du praticien* 1977, 51, nr. 46.
- 3) Lagrue G.: Le complément dans les glomérulonephrites. *Concours médical* 1978, nr. 46.
- 4) Mihlitz P. et coll.: Le complément dans les glomérulopathies. *Journal d'urologie et néphrologie* 1966, nr. 12.
- 5) Rusli H., Taharovi T.: Mjeshkimi glomerulonefrit akut streptokokosik me indomaciné. (i dorëzuar për shlytyd).
- 6) Strauss M.: Diseases of the Kidney. Boston 1971.
- 7) Thioenes H. G. et coll.: Courrent topics in pathology. New York 1976, 67.
- 8) Yvon R.: Physiopathologie du système complémentaire. L'Union médicale du Canada. 1972, 101, 197.
- 9) Vargues Pr.: Enseignement du CES d'immunologie générale de l'Université Pierre et Marie Curie, Paris 1975, 79.

## Summary

## DETERMINATION OF SERUM COMPLEMENT AND ITS VALUE IN GLOMERULAR NEPHROPATHIES

After a description of the techniques used for the assay of complement in the blood serum, the paper mentions the changes observed in the complement titre in various forms of glomerular kidney diseases. The titre is usually found low in the early stages of acute streptococcal glomerulonephritis, but later it tends to rise and reaches normal levels by the end of the fourth week. It falls also in rapidly advancing forms of acute glomerulonephritis, but stays low for a longer period.

In chronic nephritis the titre of the complement is usually normal.

## Résumé

## DOSAGE DU COMPLÉMENT SÉRIQUE ET SA VALEUR DANS LES NÉPHROPATHIES GLOMÉRULAIRES

Après une description de la technique employée pour définir le complément sérique, dans le présent article il est question des modifications observées dans le titre du complément sérique chez les individus présentant différentes formes de néphropathie glomérulaires.

En général, le titre est bas dans les premières phases des glomérulo-néphrites post streptococciques, puis il tend à s'élever et redevient normal vers la fin de la quatrième semaine de la maladie. Ce même titre est bas avec une distinction que le nivel du titre du complément reste bas pendant une période plus longue dans les formes à progression rapide de la glomérulo-néphrites aiguë.

Dans les néphropathies glomérulaires chroniques, le titre du complément sérique est en général normal.

## TETRAMISOLI NË MJEKIMIN E ARTRITIT REUMATOID

(Komunikim paraprak)

— KOCO POKO — KRISTAQ MORCKA — VANGJEL ANGEJLIT —

(Klinika e II e sëmundjeve të brendshme)

Tetramisoli, apo derivati levogjir i tij, Levamisoli (2,3,5,6. Tetrahydro-6-phenyl-imidazo-2,1,6-Thiazole) është përdorur kundra askaridozës dhe arkitosiomazë gysh në vitin 1966 me arritje të mira. Në vitin 1971 një autor vuri re se në minjë ky derivat i phenylimidothiazoles fuqizon veprimin mbrojtës së vaksinës antibrucelotike. Nga ana tjetër, levamisoli nuk rrit rezistencën e minjve kundra brucelezës kur këta nuk janë të vaksinuar. Më vonë autorë të tjerë kanë provuar se levamisoli apo tetramisoli rritin rezistencën e organizmit në infeksionet eksperimentale nga mikroba të ndryshme, viruse apo protozoarë. Kështu është përdorur levamisoli në heqeset recidivuese të syve apo të organeve gjentiale me arritje të mira. Në femijët, levamisoli është përdorur si profilaksi kundra infeksioneve të përsëritura të aparatit të frymëmarrjes, ku janë përftuar arritje të mira (9).

Nga ana tjetër është provuar se levamisoli i kundërvihet zhvillimit të qelizave tumorale dhe për këtë veti është përdorur në një numër sëmundjesh neoplazike vetëm apo bashkë me kimioterapinë. Në leukozën limfoide, levamisoli vepron mbi limfocitozën, duke normalizuar numrin e tyre, por të dhëna të tjera mohojnë këtë veprim.

Kohët e fundit vazhdimisht vjen duke u shtuar numri i nosologjive, në të cilat indikohet përdorimi i phenylimidothiazoles (tetramisoli<sup>1)</sup>).

Në vitin 1975, levamisoli u përdor në mjekimin e artritit reumatoid dhe u publikuan rezultatet e para. Në vitet e mëvonshme, në këtë drejtim, studimet u shumëzuan dhe, në përgjithësi, përfundimet janë enkurajuese (3,8 etj.).

Të nisur nga të dhënat e mësipërme, ne kemi mbi një vit që filluam mjekimin me tetramisol në një numër të sëmurësh me artrit reumatoid. Po paragesim të dhënat paraprake.

Studimi ynë është përqëndruar në 20 të sëmurë, të zgjedhur në mënyrë të rastësishte. Nga 20 të sëmurët, 14 ishin femra dhe 6 meshkuj. Të ndarë sipas moshave: 20-30 vjeç — 4 të sëmurë, 31-40 vjeç — 5, 41-50 vjeç — 9 dhe mbi 60 vjeç dy të sëmurë.

Të ndarë sipas vjetërsisë së sëmundjes: mbi 0-1 vit — 4 të sëmurë, 2-5 vjet — 10 të sëmurë, 6-10 vjet — 6 të sëmurë.

Vetësimi i stadiit të sëmundjes është bërë sipas klasifikimit klinikoradiologjik të Steinbrockut të modifikuar, që e ndan në katër stade.

Nga të sëmurët tanë, në stadin e parë kemi pasur tre të sëmurë, në stadin e dytë — 9, në stadin e tretë — 8 dhe në stadin e katërtë asnjë.

Të sëmurët e mjekuar me tetramisol nuk kanë përdorur D-penicilaminë, imunodepresorë dhe preparatet e art, përveç njërit, i cili kohët e fundit i kishte përdorur dy vjet në parë. Nga 20 të sëmurët, dhe Deltakorren 10 miligram për disa muajsh, 6 me Indomethacine (10 mgr) dhe Leukeran 5 mgr. Këtë të fundit e kishte ndërprerë prej je, Indocid; siç e përmendëm, vetëm një kishte përdorur preparatet e art (aurosulf) para disa muajsh pa veprim të mirë. Të sëmurët që kishin marrë kortizonikë vazhdonin këtë mjekim të paktën mbi 8 muaj në parë. Gjatë mjekimit me tetramisol u vazhdua dhe terapia e mëtakorten, në vazhdim të dozave të mëparshme.

Duke u bazuar në të dhënat e disa autorëve (3, 7, 8 etj.) edhe ne kemi përdorur tetramisolin në dozat dihome 150 mgr (3 x 2 tableta nga 25 mgr.) për tre ditë apo katër ditë në javë. Me këtë terapi, katër të sëmurë kanë vazhduar për një muaj, dhjetë deri dy muaj, gjashtë deri tre muaj, Përfundimet e mjekimit janë vlerësuar sipas kritereve të mëposhtme:

*Kritere funksionale:* 1) i sëmurë vazhdon punën normalisht; 2) i sëmurë vazhdon aktivitetin e përditshëm por me veshirësi (afësi e kufizuar); 3) i sëmurë është i aftë vetëm për punët vetëake (invalid i grupit të dytë); 4) i sëmurë qëndron në shtrat pa lëvizur.

Para fillimit të mjekimit, gjatë dhe në mbarim, kemi kontroluar këto të dhëna:

1) Sa zgjat ngurtësimi mëngjezor; 2) sa ka ndryshuar perimetri i artikullacioneve; 3) në çfarë shkalle të lëvizjes provokohet dhembja. Kjo matet në lëvizjet e vogla, në ato të mesme dhe në lëvizjet mak-simale; 4) si është nxehësia lokale e artikullacionit të prekur nga artriti reumatoid; 5) shfaqja dhe zhdukja e nryjeve reumatoidë; 6) të dhënat biologjike dhe dinamika e tyre: shpejtësia e eritrosedimentit, fibrinogjeni, Waaler-Rose etj.; 7) si e vlerëson i sëmurë gjendjen e tij. Në qoftë se gjatë mjekimit nuk ndryshon asnjë nga kriteret e mësipërme, mjekimi vlerësohet si pa asnjë veprim. Në qoftë se ndryshohen dy kriteret, arritjet janë të kënaqshme. Ndryshimi i katër kritereve, arritjet vlerësohen të mira. Në përmirësimin e shtatë kritereve, vlerësimi është shumë i mirë.

Në bazë të vlerësimit të mësipërmë, arritjet e mjekimit kanë qënë të tilla:

1) pa asnjë veprim — 4, nga këta dy ishin që kishin vazhduar terapinë vetëm një muaj. Me arritje të kënaqshme — 6; me arritje të mira 7; me veprim shumë të mirë — 3.

Në 20 të sëmurë, para mjekimit, 6 ishin invalidë të grupit të dytë, 9 me afësi të kufizuar, katër punonin normalisht. Pas mjekufizuar 10 dhe pa grup 8.

Arritjet më të mira kanë qënë në të sëmurët e stadi të dytë dhe të tretë, të mjekuar për dy apo tre muaj. Shenjat e përimi-



rësimiit janë shfaqur pas javës së tretë të mjekimit dhe në disa të sëmurë kanë vazhduar për 7-8 muaj. Tre nga të sëmurët tanë vazhdojnë remisionin e plotë, njëri për 8 muaj dhe dy të tjerët pas një viti të mjekimit.

Rezultate të përafërta janë përshtuar edhe nga autorë të tjerë, që kanë përdorur preparatën levogjer të tetramisolit në të sëmurët e tyre. Kështu në një studim të bërë në 20 të sëmurë me dozën ditore 150 mgr qdo katër ditë në javë për 6 muaj janë fituar arritje të mira në 75% të rasteve (7).

Në të sëmurët tanë pas mjekimit, ngurtësimi mëngjezor ka qenë më pak i shprehur dhe ka vazhduar për një kohë më të shkurtër, ndërsa në dy nga të tre të sëmurët e stadit të parë, ky ishte zhdukur plotësisht. Në 30 raset e studjuara nga autorë të tjerë (6), ngurtësimi mëngjezor filloi të pakësohej qysh në tre javët e para të mjekimit dhe 14 prej tyre patën përmirësim të cilësuar të mira dhe shumë të mira.

Sipas disa autorëve (2), përmirësimi i gjendjes klinike shfaqet qysh në muajin e parë të mjekimit. Në përcaktimin e dozës së levamisolit dhe kohës që duhet zgjidhur mjekimi ende ka diskutime. Doza 150 mgr në ditë për katër ditë në javë që kemi përdorur edhe ne, kështillohet nga shumë autorë, por ende nuk ka një argumentim shkencor. Disa autorë (2) kështillojnë 150 mgr në ditë për tre muaj vazhdimisht, pastaj vazhdojnë me 150 mgr dy herë në javë deri 6 muaj. Në dozën 100 mgr në ditë, për katër ditë në javë janë fituar të njëjtat arritje. Në kemi pasur një të sëmurë që merve tetramisol sipas skemës së zakonshme, por megjëse pas dy javë pati turbullime të aparatit të brejtës, e vazhdoi mjekimin me 100 mgr në ditë dy ditë në javë. Pas 6 javësh pati remision të plotë. Për arsye të shqetësimeve digjестive, e sëmura nuk merve asnjë antinflamator. Pas katër muaj të ndërprerjes së terapisë, të sëmurës in shfaq një acarim i sëmundjes, e cila u stabilizua përsëri në javën e dytë të rifillimit të mjekimit po në dozat 100 mgr në ditë dy ditë në javë. E sëmura kishte artrit reumatoid të stadit të dytë.

Edhe sot nuk është përcaktuar mirë doza ditore dhe për sa kohë duhet mjekuar i sëmurë. Nga ana tjetër, nuk dihet mirë sesa zgjat remisioni i fituar nga ky preparat.

Disa autorë (6 etj.) kështillojnë fillimin e mjekimit me levamisol kur intradermoreaksionet me *canadine*, me streptokinazë janë negative.

Mekanizmi i veprimit të tetramisolit ende nuk dihet me hollësi (4). Në provat eksperimentale në kishë dhe tek njerëzit është vërtetuar se levamisoli apo tetramisoli fuqizojnë prodhimin e antikorpeve të provokuara nga vaksinat e ndryshme, ndërsa në të pavaksinuarit, por të sëmurë p.sh. nga tifoja, levamisoli nuk ka asnjë rol mbi antikompet.

Është provuar se veprimi i levamisolit nuk ushtrohet drejtpërdrejt mbi mikroorganizmat apo qelizat tumorale, por duke fuqizuar apo rregulluar mekanizmat mbrojtëse të organizmit. Dihet se në veprimin mbrojtës të organizmit marrin pjesë tre lloj qelizash: 1) qelizat që bëjnë fagocitozën; 2) limfocitet B, që përgjigjen për imunitetin

humoral me anë të prodhimit të antikorpëve dhe 3) limfocitet T, që sigurojnë imunitetin gelizor pa praninë e antikorpëve.

Është provuar se levanisoli fngizon veprimin e makrofagëve, sidomos kur funksioni i tyre është i dobësuar, por ashtu ndërhyr në normalizimin e sindromës «së leukociteve të plogshat», që cilësohet nga pakësimi i aktivitetit kimiotaktik të këtyre gelizave.

Levamisoli nuk ka asnjë veprim në imunitetin humoral, por ka një veprim immunopotencializues në limfocitet T timodependente deri në vendosjen e funksionit të tyre normal, por jo përtej. Për këtë arsye thuhet se levanisoli është immunoregullator (1).

Në disa persona anergjikë, levanisoli normalizon reaksionet e hipersensibilitetit të lëkurës ndaj shumë antigjenëve si ato tuberkulinike, dimetoklorbenzen et., të cilat i bën pozitive.

Si përfundim, levanisoli nuk thekson apo shton një përgjigje imunitare normale, por në katshët e bëra immunodefictare, apo tek i sëmurit anergjik apo ipoergjik, ai rregullon pjesërisht, apo plotësisht funksionet e ndryshme imunitare të makrofagëve mono dhe polinukleare si dhe ato të limfociteve T. Kështu, levanisoli rivendos shumë funksione të gelizave si kimiotoksinë, fagocitozën, sintezën e proteinaeve apo të acidit dezoksiribonukleink të sintetizuara nga limfocitet T. Po ashtu pas përdorimit të levanisolit vërehet një shtim i sekretionit të limfokinës dhe interferonit nga limfocitet e ngacmuara nga lëndë që sillen si antigjenë apo që nxisin mitozën. Në këtë mënyrë rritet veprimi citotoksik i limfociteve ndaj gelizave alogjenike apo tumoriale (6).

Për të shpjeguar disa nga veprimet e mësipërme mendohet se levanisoli vepron në ekulibrim midis nukleotideve (GMP dhe AMP ciklike), të cilët lozin një rol të rëndësishëm në një numër reaksionesh imunologjikë (4). Nga ana tjetër ka prova (5) se levanisoli rrit nivelin e komplementit serik, që, siç dihet, lot një rol të rëndësishëm në veprimet e imunitetit.

Veprimi i tetraaminet apo levanisolit në artritin reumatoid nuk njihet mirë. Dihet se gelizat T timodependente përbëjnë numrin më të madh të të gjithë gelizave që infiltrojnë çipën sinoviale dhe ushtrojnë një veprim të rëndësishëm në patogjenezën dhe në proceset destruktive të artikulacioneve. Meqënesë levanisoli vepron me anë të imunitetit gelizor, mendohet se ai stimulon në mënyrë selektive një grup limfocitesh, që deprimojnë gelizat T. Mendohet se në këtë mënyrë levanisoli frenon dëmtimet artikulare të artiritit reumatoid (6).

Me përdorimin në shkallë të gjërë të levanisolit janë vënë re veprime anësore ndonjëherë me pasoja të rënda, aqsa ka autorë (2) që mendojnë se ky lloj mjekimi duhet rezervuar në raste tepër të veganta dhe duhet pritur sa të sqarohen më mirë veprimet farmakodinamike të këtij medikamenti. Ka të dhëna të shumta (1,3 etj.) se levanisoli ul numrin e leukociteve deri në agranulocitozë, por kjo është e kthyeshme në shumicën dërrmuese të rasteve. Në mjekimin e artiritit reumatoid me levanisol, është vënë re se agranulocitoza shfaqet më tepër në ato raste që kanë HLA-W27 pozitive.

Këshillohet që në personat me HLA-W27 pozitiv, levanisoli të mos përdoret. Kur levanisoli përdoret në dozat më të pakta dhe me

ndëprerje, psh 100 mgr dy herë në javë, nuk jep veprime anësore qoftë dhe sikur terapia të vazhdojë me vjete (2).

Ka përshkrime rastesh hipersensibiliteti pas përdorimit të levamisolit. Mendohet se në disa kushte ky preparat mund të shkaktojë një hipersensibilitet të menjëhershëm të tipit Arthus. Përveç agranulocitozës, veprimet anësore të tjera, në përgjithësi, janë të parëndësishme si reaksione febrile, shenja të ngacimit neurosensorial, reaksione psikike, stomatite, toksikodermia, turbullime gastrointestinale, dermatozia apo hiperazotemi tranzitore (6).

Në 20 të sëmurët tanë të ndjekur gjatë mjekimit dhe disa muaj pas tij nuk u vunë re veprime anësore të rëndësishme. Një i sëmurë ka pasur vjellje që javën e dytë, për këtë arsye i ulëm dozën. Një tjetër pati dhembje të lehta në epigastër dhe tre të tjerë ankoun për pirozis, por nuk ndëprejnë mjekimin.

Gjatë mjekimit dhe pas tij, hemograma, analiza e urinës, provat funksionale renale dhe hepatike ishin normale.

Në pjesën më të madhe të rasteve qysh në javën e tretë të mjekimit vunë re një ulje të rëndësishme të shpejtësisë së eritrosedit, mentit, madje, në disa raste, u normalizua, por këto të dhëna nuk janë objekt i këtij studimi.

Veprimet anësore teper të pakta dhe të parëndësishme që patën të sëmurët tanë nuk i detyrohen kohës së shkurtër të mjekimit, pasi shumica e veprimeve anësore shfaqen qysh javën e dytë apo të tretë të mjekimit, por mendojmë se ndoshta tetramisoli tolerohet më mirë nga të sëmurët se levogjiri i tij levamisoli.

Si përfundim, mendojmë se tetramisoli jep arritje të mira në mjekimin e artritit reumatoid dhe se duhet vlerësuar në raste të veçanta, por grumbullimi i një përvoje më të madhe do të japë një vlerësim më të përpiktë.

Dorëzuar në Redaksi më 5 dhjetor 1978. —

## BIBLIOGRAFIA

- 1) **Alcayar M.; et coll.:** Traitement de la polyarthrite rhumatoïde par le levamisole. *Nouv. Pres. Méd.* 1977, Vol. 6, 22, 1959.
- 2) **Angéliean D. et coll.:** Traitement de la polyarthrite rhumatoïde par le levamisole chez 26 cas. *Revue du rhumat.* 1977, vol. 44, 11, 693.
- 3) **Basson C. and coll.:** The effects of levamisole in rheumatoid arthritis. *Arth. and rheum.* 1975, vol. 18, 365.
- 4) **Delapasse G.:** Le levamisole: mode d'action et perspectives thérapeutiques. *Méd. et Hygiène* 1977, vol. 35, 1261.
- 5) **Moham K.:** Levamisole and serum complement. *The new jour. of medicine* 1978, vol. 298, 20.
- 6) **Runge L. and coll.:** Treatment of rheumatoid arthritis with Levamisole. *Arth. and rheum.* 1977, Vol. 20, 8.
- 7) **Sany J. et coll.:** Traitement de la polyarthrite rhumatoïde par le levamisole. *Revue du rhum.* 1977, Vol. 43, 3.
- 8) **Schuemans J. et coll.:** Le traitement de la polyarthrite rhumatoïde par le levamisole. *Revue du rhumat.* 1976, vol. 6, 437.
- 9) **Werner S. H.:** Immunostimulation non spécifique et défense contre les affections virales. *Médecine et Hygiène* 1977, vol. 35, 1257.

## S u m m a r y

TETRAMISOLE IN THE TREATMENT OF RHEUMATOID  
ARTHRITIS

The treatment with tetramisole is discussed of 20 cases of rheumatoid arthritis. The patients, 16 females and 6 males, were selected at random. In 4 of them the illness dated from 0-1 year, in 10 from 2 to 5 years, in 6 from 6 to 10 years. The stages of the illness were determined according to the Steinbrock's classification, the results of the treatment according to the functional and paraclinical criteria used by many other authors, which included the morning rigidity, the onset and intensity of the pains related to the magnitude of the movements, the perimeter of the articulation etc. The doses of tetramisole used for the treatment were 150 mg daily for 3-4 days every week.

Of the 20 patients 4 continued the treatment for one month, 10 for up to two months and 6 for 3 months. The following results were obtained: 1) in 4 cases no improvement was registered, 2) in 6 cases the results were modest, 3) in 7 cases the results were satisfactory and 4) in 3 cases the results can be described as excellent.

A considerable fall of the blood sedimentation rate was observed in all the cases during the treatment.

The side effects of the treatment were very mild, and in none of the cases was the treatment suspended on their account. The impression of the author is that tetramisole is tolerated better than its levorotatory variety the levamisole.

## Résumé

LE TETRAMISOLE DANS LE TRAITEMENT DE L'ARTHRITE  
RHUMATOÏDE

Les auteurs de cet article décrivent le traitement de 20 malades atteints d'arthrite rhumatoïde par le tetramisole. La sélection des patients (16 femmes et 6 hommes) a été faite fortuitement. Quatre d'entre eux étaient malades depuis 0-1 an, 10 depuis 2 à 5 ans et 6 autres depuis 6 à 10 ans. Les phases de la maladie furent établies selon la classification de Steinbrock, tandis que l'appréciation des résultats du traitement a été faite selon les critères fonctionnels et cliniques-précliniques suivis par plusieurs autres auteurs, à savoir le degré de rigidité matinale, la manifestation et l'intensité des douleurs en relation à l'amplitude des mouvements, la circonférence de l'articulation, etc. Les doses de tetramisole employées pour le traitement furent de 150 mg par jour pendant 3-4 jours chaque semaine.

Du nombre des patients observés (20), 4 d'entre eux continuèrent le traitement pendant 1 mois, 10 jusqu'à 2 mois et 6 pendant 3 mois. Voici les résultats obtenus: 1) dans 4 cas aucune amélioration ne fut enregistrée; 2) dans 6 cas les résultats furent modestes; 3) dans 7 cas les résultats furent satisfaisants et 4) dans 3 cas les résultats peuvent être considérés excellents.

Un abaissement considérable du taux de la sédimentation sanguine a été relevé dans tous les cas ayant subi un traitement.

Les effets collatéraux du traitement sont légers, aussi celui-ci ne fut suspendu dans aucun cas. Selon l'auteur, le tetramisole est mieux toléré que le levamisole.

## MJEKIMI I GLOMERULONEFRITIT AKUT STREPTOKOKSIK ME INDOMETACINË

— Doc. HYSNI RUSI — TEFIK TAHARAVI —

(Klinika e trëtë e sëmundjeve të brendshme)

Dihet se reziku kryesor i gdo lloji nefropatie, pavarësisht nga tipi i dëmtimit fillestar, është shkatërrimi pak a shumë i shpejtë i pa-renkimes së veshkave, me ecuri drejt insuficiencës renale kronike, e cila shpeshherë shoqërohet edhe me hipertoni arteriale (3, 4, 6, 10, 11). Këto pasoja vërehen shumë shpesh në nefropatitë me origjinë glomerulare, prandaj, për parandalimin apo kufizimin e tyre, del nevojë e domosdoshme që ndërhyrja mjekësore të fillohet qysh në stadi e herta të këtyre sëmundjeve, përpara se dëmtimet glomerulare të bëhen të pakthyeshme, dmth qysh në fillim të shfaqjes së glomerulonefritive akute (1, 5, 6, 15).

Megjithatë trajtimi i hershëm dhe i përshtatshëm i sëmundjes ka rëndësinë e vet në rezultatet e mjekimit, megjithatë problemi mbetet ende i pazgjidhur përfundimisht. Në të vërtetë, shumë raste glomerulonefriti shërohen krejtësisht vetëm me terapi simptomatike, ndërsa të tjerë, edhe pas një terapie intensive, kalojnë në glomerulonefrit kronik dhe insuficiencë renale kronike (2, 4, 6, 7, 11).

Përkisist për të zgjidhur këtë problem janë bërë përpjekje që krahas medikamenteve, që përdorenshin për mjekimin e sëmundjes, të vihen në përdorim edhe të tjerë. Ndër këta vitet e fundit është folur edhe për indometacinën (6, 7, 9, 14).

Trajtimi i glomerulonefritit akut ka për qëllim të parandalojë ndërlikimet akute, gjë që kryhet me anën e trajtimit simptomatik dhe të pengojë kalimin e formës akute në atë kronike, për të cilën bëhen orvajtje me anën e trajtimit patogjenetik. Ky i fundit përfshin glukokortikoidet, antikoagulantët, imunodepresorët dhe antinflamatoret (indometacin etj.). Sigurisht përdorimi i njërit apo tjetrit preparat ndryshon sipas tipit anatomo-klinik të glomerulonefritit akut. Në punimin tonë do të flasim vetëm për trajtimin me indometacinë.

Antinflamatoret, kryesisht indometacina, janë propozuar për mjekimin e glomerulonefritive kronike qysh në vitin 1966, pasi glukokortikoidet, imunodepresorët dhe antikoagulantët, në mjaft raste, kanë indikacion të kufizuar ose paraqitin papajthuesmëri.

Përdorimi i indometacinës në glomerulonefritet bazohet në vetitë e tij antinflamatore. Mekanizmi i veprimit mbetet ende i diskutueshëm dhe për këtë ka disa hipoteza (7, 9): a) vepron mbi përsikueshmërinë kapilare; b) frenon biosintezën e prostaglandinave, që siç dihet, marrin pjesë në inflamacionin; c) stabilizon membranën celulare, duke frenuar kështu sekrecionin e substancave të ndryshme preinfla-

matore; d) vepron kundër agregimit trombocitar; dh) ka veprim të ngjashëm me kolikicinën duke frenuar motilitetin leukocitar.

Kohët e fundit antiinflamatorët po përdoren edhe në glomerulonefritet akute, me rezultate që ende nuk janë shumë bindëse (6, 9).

### Pasqyrja / Nr. 1

Raste me glomerulonefrite akute dhe lloji i mjekimit

Raste	Seksi	M o s h a					
45	M. F	15—20	21—30	31—40	41—50		
	13 32	15	15	9	6		
Lloji i mjekimit							
Raste	Delakorten	Delta+heparin + leukeran	Delta + Indometacin	Indome- tacin	Simplomatik		
45	3	3	2	20	17		

Gjatë vitit 1977 në klinikën e tretë të sëmundjeve të brendshme janë shtruar 45 të sëmurë me glomerulonefritet difuze akute (pasqyrja nr. 1). Në pranverë 9 (20%), në verë 5 (11.1%), në vjeshtë 15 (33.3%) dhe në dimër 16 (35.6%). Pra në shtat e ftohta dhe në lagështirë janë shtruar 40 të sëmurë (88.9%). Ky konstatim, që përputhet edhe me të dhënat e autorëve të tjerë (2, 15) flet për faktin se shtat e ftohta ndihmojnë infeksionet streptokoksike dhe, si rrjedhim, glomerulonefritet akute. Në të vërtetë të sëmurët tanë, në përgjithësi, kanë gënë me glomerulonefrite streptokoksike dhe ndonjë nga infeksione jo-streptokoksike (ndoshta virale, pneumokoksike, stafilokoksike etj.). Klinika e të dy formave është e ngjashme, por këto të fundit janë të rralla (1, 2). Diagnozën etiologjike e kemi bazuar në të dhënat anamnesticke dhe ka rezultuar se të sëmurët, 1-3 javë përpara, kishin kaluar anginë ose faringjit etj., në titrin e antistreptolizinaeve, i cili në 75% të rasteve u gjeti i rritur dhe në titrin e komplementit serik, që u gjeti i ulur në 47% të rasteve.

### Pasqyrja nr. 2

Të sëmurë të mjekuar me Indometacinë

Medikamenti	Raste		Seksi		M o s h a					
	M	F	M	F	15—20	21—30	31—40	41—50		
Indometacin	20	16	4	8	8	8	3	1		
Delakorten	2	2	—	—	2	—	—	—		
+Indometac.										
Shuma	22	18	4	8	10	3	1			

Për të pasur një ide më të përpiktë për efektet e indometacinës në mjekimin e glomerulonefritit akut, kemi ndjekur 22 të sëmurë të tillë (pasqyra nr. 2). Doza e medikamentit ka qenë 2-2.5 mgr/kg/24 orë; 6 të sëmurë me 100 mgr, 13 me 150 dhe 3 me 200 mgr në ditë. Në formë kapsulash 25 mgr, nga goja, është përdorur në 6 të sëmurë, në 16 të tjerë në formë suposte. Në disa raste, krahas indometacinës, është dashur të përdreshin dhe preparate antiacide. Për kohën e qëndrimit në spital, terapia ka vazhduar deri në një muaj në 12 të sëmurë, një deri dy muaj në dhjetë. Pas daljes nga spitali, të sëmurëve iu është rekomanduar vazhdimi i mjekimit me indometacinë, që, në disa raste, ka zgjatuar mbi 6 muaj. Vlen të përmendet se ka autorë, që rekomandojnë doza që janë pak a shumë të ngjashme me ato që kemi përdorur dhe ne me kohë zgjatjeje 6-8 muaj (7), ndërsa të tjerë (14) rekomandojnë skema mjekimi me dozë fillestare 50 mgr në ditë, që rritet çdo javë prej 50 mgr deri në zhdukjen e proteinurisë, duke arritur kështu deri në një dozë maksimale prej 200-250 mgr në ditë.

Krahas mjekimit me indometacinë, të sëmurëve iu është bërë dhe mjekimi simptomatik (regjim dietetik, pushim në shtrat, hipotensore, diuretike etj.), i cili është filluar qysh në fillim me kriteret e njohura (2, 4, 6, 12), sipas formës me të cilën është shfaqur sëmundja (sindromë edematoze, sindroma e mbajfjes së azotit, hipertension etj.). Mëqënëse rastet e ndjekura nga ne, në përgjithësi kanë qenë me glomerulonefritë streptokoksike, është përdorur për 2-3 javë biperilone 800.000 unite në ditë, pasi pavarësisht se antibiotiku nuk ka veprim të drejtpërdrejtë mbi nefropatinë, ai bën të zhduket vatra streptokoksike dhe mënjanon ndërlikimet e lidhura me veprimin drejtpërdrejt të këtij mikrobi (oitite, flegmone tonsilare etj.). Në disa raste, ku bipencilina ka qenë e kundërrindikuar janë përdorur antibiotikë të tjerë, duke pasur parasysh neurotoksikun e tyre, mënyrën e eliminimit të tyre, shkallën e insuficiencës renale dhe kriteret të tjera (3, 8, 13).

Për të vlerësuar efektshmërinë e medikamentit, krahas ankesave të ndryshme të të sëmurëve, kemi ndjekur edhe këto ankesa: proteinurinë, hematurinë, hipertensionin arterial, ecurinë e provave funksionale të veshkave dhe edemat (pasqyra nr. 3).

### Pasqyra nr. 3

Arritjet për disa indkse pas terapisë me indometacinë

Para terapisë			Pas terapisë	
Proteinuri — 1 gr/24 orë	1—2 gr. 3—6gr	Zhdukje e plotë	Pakësim deri 1 gr 24 orë	9
22 raste	8	11	3	13
Hematuria + 10,000 Er	3000—10,000 Er	Normalizim	Hematuria e lehtë	12
20	8	12	8	20
Hipert. art.	Sis.150—170 Diast. 95—120	Normalizim	Pa normalizim	4
18	18	18	14	18
Edema	Të frytës	Të përgjithshme	Normalizim	21
21	18	3	21	21
Hipertazioni	0.50 — 1 gr %	Normalizim	Normalizim	15
15	15	15	15	15

Në të sëmurët tanë, të mjekuar me indometacinë, proteinuria u gjat në hyrje në këto shifra: nën 1 gr/24 në 8 të sëmurë, 1-2 gr/24 orë në 11 dhe 3-6 gr/24 orë në 3. Pas terapisë u vu re zhdukje e plotë e proteinurisë në 13 të sëmurë dhe pakësim në një gram në 9. Nga këto të dhëna del i qartë vepimi antiproteinurik i indometacinës.

Ky konstatim përforchet edhe me faktin se në pesë të sëmurë, pas 20 ditë terapie me indometacinë, proteinuria u pakësua shumë, por ndërkaq të këta pacientë u shfaqën gregullime të stomakut, gjë që na detyroi të ndërprejmë terapinë para kohe. Disa ditë më vonë, pas ndërprerjes së indometacinës, u shfaq përsëri proteinuri e larë, pra ndaj u rifillua medikamenti i shoqëruar dhe me antiacidë dhe përsëri proteinuria filloi të normalizohej. Kjo ndërprerje e terapisë, që mund të konsiderohet si një «paузë kontrolli» e terapisë, na bën të mendojmë se në këto raste, ulja e proteinurisë i duhet kushtuar veprimit të indometacinës dhe jo një evolucioni spontan të glomerulonefritit akut, që, siç dihet, hasset në një përgjindje të madhe rastesh. Për efektin e padiskutueshëm dhe të shpejtë antiproteinurik të indometacinës flasin edhe shumë autorë të tjerë (6, 7, 14).

Në hyrje, hematuria u vu re në 20 të sëmurë (90,9%), në 8 mbi 10.000 eritrocite për minutë dhe në 12 nga 3000 deri në 10.000. Pas terapisë, hematuria u normalizua në 12 (60%) të sëmurë, ndërsa mbeti një hematuri e lehtë në 8 të sëmurë (40%). Veprimi i indometacinës mbi hematurinë mbetet ende i paqartë (6).

Hipertonia arteriale, në shifra 150-170 për sistolikun dhe 95-120 për diastolikun, u gjat në 18 (81,8%) të sëmurë. Pas terapisë u kthye në shifra normale në 14 (77,8%) të sëmurë dhe mbeti në shifra jo normale në 4 (22,3%).

Edema u vu re në 21 të sëmurë (95,5%); në 18 në formë edeme palpebrale dhe pastozitet të fytyrës, në tre në formë të përgjithshuar, shoqëruar me hipoproteinemi të theksuar. Pas terapisë, edemat u zhdukën krejtësisht.

Azotemia e rritur nga 0,50 deri në një gr<sup>0</sup>/<sub>0</sub> u gjat në 15 të sëmurë, ndërsa kreatinemia 2-4 gr në 9. Pas terapisë u normalizua në të gjithë të sëmurët.

Duke u bazuar në indeksat e mësipërme dhe duke pasur parasysh se për të folur për remision të plotë klinik të sëmundjes, duhet të zhdruken shenjat klinike dhe biologjike si proteinuria, hematuria, hipertonia dhe gregullimi i funksionit renal, mund të përfundojmë se në të sëmurët tanë u arrit remisioni i plotë klinik në 13 të sëmurë (59,13%). Nga ana tjetër, duke pasur parasysh përmirësimin në përgjithësi të shenjave klinike dhe biologjike, mund të themi se remisioni i plotë klinik u arrit në 9 të sëmurë, dmth rreth 41% të rasteve (pasqyra nr. 4). Në të sëmurët e tyre të trajtuar me indometacinë, autorë të tjerë kanë vënë re remision të plotë klinik në 60% të rasteve (cituar nga 6) dhe 63,20% (14), remision jo të plotë në 40% (cituar nga 6).

Nga 22 të sëmurët të mjekuar me indometacinë, vetëm 12 janë ndjekur ambulatorisht nga ne për një periudhë 3-9 muaj. Të gjithë kanë vazhduar mjekimin me indometacinë dhe në asnjërin prej tyre nuk u vu re rishfaqje e proteinurisë. Autorë të tjerë (cituar nga 6,



kanë venë re riakutizime të sëmundjes jo vetëm kur terapia është ndërprerë pas 1-2 muajsh, por edhe kur është ndërprerë pas 6 muajsh.

#### Pasqyra nr. 4

Rezultatet e mjekimit me indometacinë në klinikë

Medikamenti	Raste	Koha e vazhdimi në ditë			A r r i t j e t			Pa rezultat
		20—30	31—60	Remision i plotë	Remision jo i plotë			
Indometacin	20	12	8	12	8	—		
Delatakorten + Indometa- cin	2	—	2	1	1	—		
	22	12	10	13	9	—		

Nga 45 të sëmurët me glomerulonefrit akut, 17 u trajtuan vetëm me mjekim simptomatik. Te këta, që në përgjithësi nuk paraqitnin shenja të theksuara klinike, u vërejt remision i plotë klinik në 9 prej tyre (52,90%) dhe jo i plotë në 8 (47,10%). Po të krahasohen këto arritje me ato të të mjekuara me Indometacinë, del se te këta të fundit kanë qenë më të mira. Pavarësisht nga efekti i dukshëm hipoproteinurik i Indometacinës, koha e shkurtër i rikontrolleve dhe numri i paktë i të rikontrolluarve nuk na lejon të japim një mendim të plotë mbi mundësinë e kalimit të disa rasteve nga forma akute në atë kronike.

Disa autorë (6), të bazuar në kryerjen e përsëritur të punkсионit biopsi të veshkave, gjatë një periudhe 3-4 vjeçare, mendojnë se veprimi i Indometacinës është «simptomatik», pasi ecuria histologjike, gjatë kësaj periudhe kontroli, praktikisht nuk është i ndryshueshëm po të krahasohet me atë të personave të patrajtuar. Koha e shkurtër e rikontrolleve histologjike bën që edhe këta autorë të mos japin një mendim të qartë për ecurinë e mëvonshme të dëmtimeve glomerulare.

#### P Ë R F U N D I M E

1) Në glomerulonefritin akut të përgjithësuar, Indometacina jep efekte të mira. Me përdorimin e tij, në vërejtëm remision të plotë klinik në 59% të rasteve dhe jo të plotë në 41%.

2) Efekti antiproteinurik i medikamentit është i padiskutueshëm, por në qoftë se ndërpritur para kohe, sidomos gjatë muajit të parë, mund të rifshaget probehuria.

3) Dozat më të përshatshme për mjekimin e glomerulonefritit akut janë 100-200 mgr. në ditë; me këto doza duhet vazhduar për të paktën 3-6 muaj.

Dorëzuar në Redaksi më 15 nëntor 1978.

## BIBLIOGRAPHIA

- 1) Adhami J., Resuli B., Dakoli P.: Glomerulonefritet diffuse akute shtaqur gjatë epidemisë së shkatërritës dhe mjekimi i tyre me detektorkorten. Buletini i U T — Seria shkencat mjekësore 1973, 1, 19.
- 2) Bogart R.: Les glomerulonephrites aiguës. Monographi 1962, 5.
- 3) Bissset J. M. e bp.: Les grandes régles du traitement médical de l'infection urinaire. Revue du Particien 1974, 9, 171.
- 4) Hamburger J.: Nephrology Philadelphia 1968, Vol. I.
- 5) Hoxha F.: Glomerulonefriti kronik. Traktati i sëmundjeve të brendshme. 1974, Vol. II, 280.
- 6) Lagrue G. e bp.: Le traitement des glomerulonephrites aiguës. Revue du praticien 1970, 22, 3417.
- 7) Lagrue G. e bp.: Le traitement des glomerulonephrites pas les antiinflammatoires. Médecine et Hygiène 1976, 1184, 306.
- 8) Lorrain J. M.: Panorama actuel de l'antibiothérapie. La nouvelle Presse médicale 1974, 18, 1162.
- 9) Merrill J. P.: Traitement of glomerulonephritis. The New England Jour. of medic. 1974, 7, 974.
- 10) Popa Y.: Insuficienca renale kronike. Traktati i sëmundjeve të brendshme Tiranë, 1974, vol. II, 362.
- 11) Popa Y., Eshvasani H., Bertisha S.: Shtrudimi i insuficiencës renale kronike në spitalin klinik nr. i gjatë vitëve 1968-1971. Buletini i U T — Seria shkencat mjekësore 1973, 1, 31.
- 12) Rusi H., Petani H., Islami V.: Rezultaret e mjekimit të pielonefritit kronik. Buletini U T — Seria shkencat mjekësore 1974, 1, 209.
- 13) Rusi H., Thereska N., Islami V.: Mjekimi i infeksioneve urinare. Referat në sesionin shkencor, shkurt 1977 (material i pabotuar).
- 14) Schatz D. e bp.: Zur therapie der glomerulonephritis. Zschr. inn. Med. 1976, 112, 480.
- 15) Shkreda K.: Glomerulonefritet akute në vitet 1968-1976. Buletini i U T — Seria shkencat mjekësore 1977, 4, 39.

## Summary

## TREATMENT OF ACUTE GLOMERULONAPHRITIS WITH INDOMETACINE

In 1977 the authors had on treatment 45 patients with acute glomerulonephritis, 22 of which received treatment with indometacine. Most of these cases were acute diffuse streptococcal glomerulonephritis, the rest being of a non-streptococcal infectious nature. The following conclusions were drawn:

1. Treatment with indometacine gave satisfactory results, since complete remission was obtained in 59% of the cases and partial remission in 41%.

2. Positive effect of indometacine on proteinuria was obtained in all the cases, but when the treatment had to be suspended prematurely, protein tended to reappear in the urine.

3. Doses of 100-200 mg daily for 3-6 months were found adequate for the treatment.

R é s u m é

**LE TRAITEMENT DE LA GLOMÉRULO-NÉPHRITE AIGÜE  
STREPTOCOCCIQUE AVEC DE L'INDOMETHACINE**

Pendant l'année 1977, les auteurs du présent article ont eu en traitement 45 patients ayant une glomérulo-néphrite aigüe, mais dans cette communication ils centrent leur attention sur 22 cas traités avec de l'indométhacine; il s'agissait principalement de malades souffrant d'une glomérulo-néphrite aigüe diffuse streptococcique et en partie infectieuse non streptococcique. Ils ont tiré les conclusions suivantes:

1) Le traitement de l'indométhacine donne des résultats satisfaisants, comme cela est montré par le fait que la rémission complète a été obtenue dans 59% des cas et la rémission partielle dans 41% des cas.

2) L'effet positif de ce médicament sur la protéinurie est indiscutable, mais en cas d'interruption prématurée du traitement, la protéine tend à se manifester de nouveau dans l'urine.

3) Des doses journalières de 100 à 200 mg, et cela pendant une période de 3 à 6 mois, sont suffisants pour le traitement de la maladie.

## METASTAZIMI NË NYJAT LIMFATIKE SI SIMPTOME PRIMARE E NEOPLAZIVË MALINJE TË FSHEHITA

(Analizë e 40 rasteve)

— Doc. GJESH BROKU —

Në klinikë ndodh shpesh që një neoplazi malinje e fshehtë të japë shenjën e parë me metastazim në nyjat limfatike, pa dhënë më parë shenja të tjera klinike lokale apo të përgjithshme. Metastazimi shfaqet në zmadhimin dhe, ndonjëherë, me forcimin e nyjës limfatike, shpesh pa dhembje dhe simptomatologji tjetër lokale. Zmadhimi mund të shfaqet disa javë ose muaj më parë. Metastazimi mund të preket të gjithë grupet e nyjave limfatike, por ato që dallohen më shpesh dhe më lentë nga ana klinike janë metastazat e nyjave limfatike sipërfaqësore, pra kryesisht të gafës, të aksilave, inguinalet dhe të regjionit preskalenik.

Klinicisti e ka për detyrë që të dërgojë për ekzaminim histopatologjik të gjitha nyjat limfatike të komprometuara, për të cilat nuk gjën një shpjegim të pranueshëm, kurse detyra e anatomicopatologut është, që në rastin e zbulimit të metastazave në këto nyja, të shprehët edhe për tipin dhe lokalizimin e mundshëm të neoplazisë primare. Kjo është shumë e rëndësishme, pasi ndihmon në trajtimin racional të tyre.

Në këtë material janë marrë për studim 40 raste metastazash në nyjat limfatike sipërfaqësore nga neoplazi okulte të pa dyshimta nga ana klinike, të gjetur gjatë punës së zakonshme histopatologjike në biopsitë e vijeve 1957-1975. (Nyjat limfatike janë dërguar për ekzaminim nga shërbime të ndryshme si: patologji, otorino, kirurgji e. j. me diagnoza «limfadenit» ose «limfadenopati për t'u determinuar». Nga këto 40 raste kemi përjashtuar të gjitha rastet ku ekzaminimi histopatologjik ka vënë në dukje «limfonë malinje», pasi dihet se limfonat malinje fillojnë më shpesh në nyjat limfatike.

### PARAQITJA E MATERIALIT

Të 40 rastet janë gjetur në moshë të ndryshme nga 15-80 vjeç, me maksimumin në dekadën e pestë dhe të gjashtë (33 raste).

Duke i ndarë sipas lokalizimit dhe diagnozës histopatologjike, rastet paraqiten si më poshtë:

*Pasqyra nr. 1*

1) Nyjat limfatike aksilare përbëjnë 5 raste ose 12,50% të nyjave limfatike të marrura në studim. Të ndara sipas tipit histopatologjik paraqiten:

Karcinoma të padiferencuara 2, karcinoma spinocelulare 1, karcinoma të gjirit 2.

- 2) Nyjat limfatike inguinale me 3 raste ose 7,5<sup>0</sup>/. Nga këto  
Karcinoma të padiferencuara 3
- 3) Nyjat limfatike të gafës me 32 raste ose 80<sup>0</sup>/. Të ndara sipas llo-  
kalizmit të shënuar në fletë-përcjellëset e biopsive, paraqiten:
- a) Nyjat limfatike submandibulare 5 raste ose 15,6<sup>0</sup>/. të njyave  
limfatike të gafës. Nga këto:

Karcinoma spinocelulare	4
Melanosarkoma (melanokarcinoma)	1
b) Nyjat limfatike lateroocervikale me 16 raste ose 50 <sup>0</sup> /. Nga këto:	
Karcinoma spinocelulare	5
Karcinoma të padiferencuar	3
Karcinoma të tiroides	4
Mikrocioma	1
Melanosarkoma	1
Karcinoma ventrikuli	1
Linfoepitelioma	1

- c) Nyjat limfatike supraklavikulare të majta, me 3 raste ose 9,3<sup>0</sup>%.  
Nga këto:

Karcinoma spinocelulare	2
Karcinoma e padiferencuar	1

- c) Nyjat limfatike supraklavikulare të djathta, me 3 raste ose 9,3<sup>0</sup>%.  
Nga këto:

Karcinoma spinocelulare	1
Karcinoma të padiferencuar	2

- d) Nyjat limfatike prekarlenike (biopsi Daniels), me 2 raste (6,2<sup>0</sup>%).  
Nga këto:

Karcinoma e tiroides	1
Karcinoma e ventrikulit	1

- dh) Nyjat limfatike retrocervikale (pa të dhëna të tjera të lokaliz-  
imit të përpiktës), me një rast; karcinomë spinocelulare 1.

- e) Nyjat limfatike cervikale pa topografi të përshtuar, me 2 raste  
(6,2<sup>0</sup>%). Nga këto:

Mikrocioma	1
Linfoepitelioma	1
Shuma	40 raste

Të ndara sipas shpeshësisë së kuadrit histopatologjik, paraqiten  
si në pasqyrën nr. 2.

Pasqyra nr. 2

1) Karcinoma spinocelulare	14 (35 <sup>0</sup> /.)
2) Karcinoma të padiferencuara	11 (27,5 <sup>0</sup> /.)
3) Karcinoma të tiroides	5 (12,5 <sup>0</sup> /.)
4) Karcinoma të gjirit	2 (5,0 <sup>0</sup> /.)
5) Melanosarkoma	2 (5,0 <sup>0</sup> /.)
6) Karcinoma të stomakut	2 (5,0 <sup>0</sup> /.)
7) Mikrocioma	2 (5,0 <sup>0</sup> /.)
8) Linfoepitelioma	2 (5,0 <sup>0</sup> /.)

40 (100<sup>0</sup>/.)

Nyjat limfatike janë gendra më e afërtë e metastazimit të karcinomave dhe, si parim përgjithësisht i mirënjohur në patologji, vlen së karcinomat metastazojnë me rrugë limfatike, ndërsa sarkomat me atë të gjakut, me gjithë mundësinë e metastazimit të kundërtë ose të dyfishtë. Si rregull, karcinomat metastazojnë në nyjat limfatike rajonale, pra në nyjat që mbledhin limfën nga rajoni ku është tumori primar. Por duke ditur se rrejtë limfatik është shumë i dendur dhe me luhajtje të shumta dhe se rrjedhja e limfës është shumë kapricioze për arsye të kolateralave, rrjedhjes retrograde, për arsye të ndryshme, si dhe të invadimit të duktuosit torakal (3, 7), nuk është për t'u quditur kur karcinomat e disa organeve metastazojnë në vende jo të zakonshme për ta, madje dhe në anën kontralaterale. Kështu, ka autorë që flasin për metastaza të prostatës në nyjat limfatike supraklavikulare (2), kryesisht të majta, të ardhura nëpërmjet pleksit limfatik të pasur të prostatës në nyjat limfatike retroperitoneale dhe prej këndej në nyjat limfatike supraklavikulare të majta nëpërmjet duktuosit torakal. Po ky autor (2) përshtkruan 19 raste metastazash të karcinomës së prostatës në këto nyja, pa dhënë më parë shenja të tjera klinike dhe ku ekzaminimi i këtyre nyjave ka dhënë orientimin e drejtë për karcinome të prostatës. Autorë të tjerë (4) përshtkruajnë 43 raste metastazash në nyjat limfatike të qafës nga neoplazi primare okulte. Në materialet e këtyre të fundit, ato përfqesojnë 80% të të gjithë metastazave në nyjat limfatike të qafës, duke përfshuar limfomat malinjë.

Histopatologu ka për detyrë që jo vetëm të japë diagnozën e thjeshtë të metastazës, por, nëpërmjet kuadrit histologjik, të mundohet të përcaktojë edhe prejarhjen, pra vendin e tumorit primar. Një gjë e tillë nuk është gjithmonë e mundurme, veçanërisht kur kemi të bëjmë me karcinoma të padiferencuara, që janë pikërisht ato që metastazojnë më shpejt, ose me rajone të tilla si qafa, ku një metastazë spinoceululare mund ta ketë tumorn primar në rajone krejt të ndryshme. Megjithatë, edhe në rastet kur nuk përcaktohet me siguri prejarndha e metastazës, orientimi që jep histopatologu është një ndihmë e madhe në kërkimin e tumorit primar. Ky kërkim duhet të jetë i limitë dhe, në mjaft raste, të përsëritet disa herë (4).

Nga 40 rastet tona, në nyjat limfatike aksilare janë gjetur 5 metastaza, nga të cilat 2 nga karcinoma e gjirit. Diagnoza është dhënë duke u bazuar në kuadrin histologjik dhe në seksin. Por metastazat me strukturë glandulare, në gjithë polimorfizmin e tyre, në nyjet limfatike aksilare, mund të jenë shenja të para të metastazimit edhe të neoplazive të tjera, me prejarndhje nga më të ndryshmet, si p.sh.: tubi tretës, tiroideat, prostata (7), mushkëri, madje edhe nga organa të tjera. Në çdo rast, orientimi jepet në bazë të ngjashmërisë strukturale me organin e prejarndhjes, detyrë kjo shpesh mjaft e vështirë për histologun. Po në këto nyja ne kemi gjetur edhe 2 karcinoma të padiferencuara. Në këtë rast, detyra e klinicistit është, në radhë të parë, ta kërkojë në organet më të afërta (mushkëri dhe tiroide), ose organet e tjera të përmëndura më lart. Po në këtë grup ne kemi gjetur edhe një rast me karcinomë spinoceululare. Gjetja e një metastaze të tillë flet për mundësinë e prejarndhjes së saj nga një karcinomë spinoceululare e lëkurës që drenon në këto nyja, ezofagut, karcinomës bronko-

gjene spinoceleulare. Në mungesë të tyre duhet kërkuar në rajonin e kaviteve të fytyrës.

Në nyjat limfatike inguinale të 3 raset tona kanë gënë karcinoma të padiferencuara. Në këtë rajon mund të metastazojnë karcinoma të sferës urojenitale, intestinit, rajonit perineal, të lëkurës së gjymtyrëve të poshtme etj. Në këtë rajon, kujdes i veçantë duhet treguar për melanosarkomat (melanokarcinomat), të cilët, në kuadrin e tyre tipik histologjik, diagnostikohen lehtë, por në raset e padiferencuara, veganerisht ato amelanotike paraqesin veshirësi të madhe diagnostikimi.

Në përgjithësi, ndodh shpesh që diagnostikimi i tipit histologjik në veganti, në këtë rajon, të jetë i veshirë edhe për faktin se këto nyja paraqesin shpeshherë ndryshime inflamatore dhe hiperplazike, çka veshirëson së tepërmi leximin e përpliktë histologjik (1, 3, 5).

Në materialin tonë, numri më i madh i rasteve (32) kanë gënë metastaza të lokalizuara në nyjat limfatike të gafës (pasqyra nr. 1), me topografi dhe kuadër histopatologjik të ndryshëm. Ndër këto raste janë gjetur metastaza nga neoplazi të ndryshme, sipas pasqyrës nr. 3.

#### Pasqyra nr. 3

1) Karcinoma spinoceleulare	13
2) Karcinoma të padiferencuara	6
3) Karcinoma të tiroides	5
4) Melanosarkoma (melanokarcinoma	2
5) Karcinoma të stomakut	2
6) Limfoepitelhoma	2
7) Mikrocitoma	2

Ndër metastazat më të shpeshta janë ato të karcinomës spinoceleulare (pasqyra nr. 2) me 13 raste, nga të cilët në nyjat limfatike lakterocervikale 5, në trekëndshat submandibular 4, në nyjat limfatike supraklavikulare 3 (2 në të djathtë dhe një në të majtë) dhe në ato retrocervikale 1. Metastazat cervikale e orientojnë klinikishtin që të hulumtojë kryesisht në drejtim të hapësirës së gojës, oro dhe nazofaringun, sinuset paranasale, kanalën e hundës, hipofaringun, ezofagun, laringun, bronkeve dhe kanalën auditiv, pa përjashtuar edhe lokalizimet e tjera.

Në këto nyja, karcinomat e padiferencuara janë takuar në 6 raste. Problematika e kërkimit të neoplazisë primare, në këto raste, është njëjtë e veshirë dhe nga klinicisti kërkon durim dhe kërkime të përsëritura në të gjitha drejtimet. Metastazat e melanosarkomës, të gjetura në këtë rajon, orientojnë në drejtim të lëkurës, veganerisht të rajoneve të përartëta, hapësirës së gojës, pa përjashtuar lokalizime të tjera. Gjithashtu janë gjetur 5 raste metastazash të tiroides, ku kuadri histologjik i tyre ka gënë tipik për këtë organ pa atipira të spikaturara. Në 4 raste është dhënë diagnoza e tiroides aberrante, por duke ditur se kuadro të tilla konsiderohen si metastaza të karcinomave të diferencuara të tiroides (6, 7) i kemi futur ndër metastazat karcinoma-toze.

Në 2 raste të tjera, kuadri histologjik ka qënë ai i karcinomës mucipare (mukoproduhese) dhe është dhënë mendimi për karcinomë të stomakut; një rast ka qënë me lokalizim në nyjat limfatike preskelenike dhe një tjetër në nyjet lateroocervikale pa përcaktim të anës. Metastazet e karcinomave mucipare në nyjat limfatike cervikale të bëjnë të mendosh se karcinoma primare duhet të jetë e lokalizuar në stomak (më shpesh), në mushkëri, por gjithashtu duhet të kihet parasysh mundësia e prejarndjes nga tubi tretës në përgjithësi, madje edhe nga organet gjentiale.

Po në këtë rajon janë gjetur edhe raste metastazash të karcinomës së mushkërive me qeliza të vogla (mikrocitoma). Diagnostikimi i dy rasteve tona ka qënë i lehtë, pasi paraqisnin kuadër histologjik tipik, por duhet shënuar se këtu diskutimi mund të jetë mjaft i vështirë dhe i gjërë, pasi kuadro të tilla mund të shtrijnë problemën e diagnozës diferenciale me karcinoma të padiferencuara të organeve të tjera si dhe ato të dallimit nga dëna limfoma malinje.

Së fundi janë gjetur dy raste metastazash të limfoepiteliomës. Dihet se iburimi më i shpeshtë i tyre është nazofaringu, tonsilat, goja në përgjithësi, pra këtu duhet përqëndruar vëmëndja e klinicistit.

## KONKLUZIONE

1) Ekzaminimi histopatologjik i nyjave limfatike sipërfaqësore, edhe në rastet kur nuk dyshohet për metastazë, mund të ndihmojë së tepërmi në zbulimin e neoplazive të fshehta.

2) Edhe në rastet kur histopatologu nuk përcakton me përpikmëri organin apo indin e prejarndjes, ekzaminimi mbetet gjithmonë një orientim shumë i vlefshëm për klinicistin.

3) Metastazimet më të shpeshta ngjasin në nyjat limfatike cervikale (32 nga 40 rastet e studjuara).

Dorëzuar në redaksi më 5.XII.1978.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Ackerman V.L., Bueher R.H.: Surgical Pathology. Third Edition. Saint Louis 1964.
- 2) Butler J.J., Howe D.C. and Johnson E.D.: Enlargement of the supraclavicular lymph nodes as the initial sign of prostatic carcinoma. Cancer, 1971, Vol. 27, 5, 1065.
- 3) Duhamel G.: Histopatologie du ganglion lymphatique 1969.
- 4) France C.J. and Lucas R.: The management and prognosis of metastatic neoplasms of the neck with unknown primary. The American Journal of Surgery, 1963, Vol 106, nr. 5, 835.
- 5) Broku G.: Mbi ekzaminimin histopatologjik të nyjeve limfatike. Shëndetësia popullore 1975, 1.
- 6) Sommers C.S.H.: Thyroid gland. Në «Pathology» Sixth Edition 1971, Vol. 2, 24.
- 7) Willis R. A.: Pathology of Tumor. Fourth Edition. London 1967.



## Summary

LYMPH NODE METASTASES AS THE FIRST SYMPTOM  
OF OCCULT PRIMARY MALIGNANT NEOPLASMS

The paper described 40 cases of malignant neoplastic metastases (excluding malignant lymphoma) discovered accidentally in biopsy materials sent during the period 1967-75 with various diagnoses, mainly as «lymphadenitis» and «lymphadenopathy to be determined», in which the metastases discovered during the histologic examination were the first sign of an occult neoplasma. The cases are divided according to the groups of lymph nodes involved: cervical, axillar and inguinal. Most of the metastases (32 cases) were found in the cervical lymph nodes. According to the histologic type the first place belonged to spinocellular carcinoma (14 cases or 35%), followed by undetermined tumours (11 cases or 27.5%) and thyroid tumours (5 cases, or 12.5%). In considering the location of the metastases, suggestions are offered in regard to the origin (the primary process).

## Résumé

LA MÉTASTASE DES NODULES LYMPHATIQUES EN TANT  
QUE SYMPTÔME PRIMAIRE DES NÉOPLASIES MALIGNES  
OCCULTES

(Analyse de 40 cas)

Dans cet article l'auteur décrit 40 cas de métastases néoplasiques malignes, exception faite des lymphomes malignes, découvertes fortuitement dans le matériel biopsique envoyé durant les années 1967-1975 avec des diagnostics différents, principalement des «lymphadénites» et des «lymphadénopathie à déterminer», dans lesquelles les métastases découvertes pendant l'examen histologique on été les premiers signes de la néoplasie occulte. Les cas examinés ont été divisés selon le groupe de nodules lymphatiques affectés: cervicales, axillaires et inguinales. La plupart des métastases (32 cas) ont été trouvées dans les nodules lymphatiques cervicales. Conformément au type histologique, la première place revient au carcinome spinocellulaire (14 cas, soit 35%), puis viennent les tumeurs non identifiées (11 cas, soit 27.5%) et les tumeurs des thyroïdes (5 cas, soit 12.5%). En considération de la localisation des métastases, l'auteur analyse le problème de leur origine (le processus primaire).

## REZULTATET DHE NDERLIKIMET E OPERACIONIT TE TRABEKULEKTOMISE

— SULEJMAN ZHUGLI — JORDAN KOJA —

(Klinika e Sëmundjeve të Syve-Spitali nr. 1 — Ghranë)

Vitet e fundit, kirurgjia e glaukomës është pasuruar me një sërë operacionesh që kryen me mikroskop. Këto ndërhyrje kanë bërë një revolucion të vërtetë në trajtimin kirurgjikal të kësaj sëmundjeje të rëndë (5).

Një nga mikrooperacionet që është bërë i zakonshëm në klinikën tonë është trabekulektomia sipas Kernsit (Cairns).

Gjatë periudhës mars 1977 — mars 1979 në klinikën tonë kemi kryer 61 trabekulektomi në format e ndryshme të glaukomës. Në këtë punim ne do të analizojmë vetëm 21 operacione të kryera në glaukoma me kënd të hapur.

*Materiali:* Janë operuar 20 të sëmurë, 21 sy, të gjithë me glaukomë me kënd të hapur, ndër të cilët një sy ka qënë me glaukomë juvenlie dhe një tjetër me glaukomë me kënd të hapur gjatë ciklit heterokromik të Fuksit (Fuchs).

Të ndarë sipas grup-moshave, të sëmurët kanë qënë si tregohet në pasqyrën nr. 1.

Pasqyra nr. 1

Mosha	30 — 40	41 — 50	51 — 60	61 — 70
	2	3	6	9

Përsa i përket seksit, 11 kanë qënë meshkuj dhe 9 femra. Siç shihet, kjo glaukomë prak më shumë moshat mbi 50 vjeç dhe të dy sekset pothuaj njësoj.

Të gjithë të operuarit me këtë sëmundje kanë qënë prej disa vjetësh dhe vazhdimisht janë mjekuar me pilokarpin, 15 veta kanë qënë me një sy, pasi në syrin tjetër kanë pasur glaukomë absolute.

Mprehtësia e të parit para operacionit ka qënë, siç tregohet në pasqyrën nr. 2.

Pasqyra nr. 2

Deri 0.1	0.2 — 0.3	0.4 — 0.5	0.5 — 0.7	0.8 — 0.9	1.0
7 sy	3 sy	1 sy	6 sy	1 sy	3 sy

Tensioni i brendshëm i syrit në mmHg Schioltz në shttrim ka qënë si tregohet në pasqyrën nr. 3.

Pasqyra nr. 3

30 — 40	41 — 50	51 — 60	mbi 60 mmHg Schioltz	
6 sy	9 sy	3 sy	9	

Fusha e të parit ka qënë e mundur të përcaktohet në 15 sy, ndër të cilët në dy sy ka qënë normale. Në 3 sy, fusha e të parit paraqiste ngushitim periferik nga të gjithë anët nën 50. Një sy paraqiste ngushitim shumë të theksuar deri 20° rreth pikës së fiksimit.

Në 9 sy është konstatuar ngushitim vetëm në kuadratin superior nga 20 deri 30° nga pika e fiksimit.

Para operacionit, kristalini ka qënë transparent në 16 sy, në 4 sy ka pasur turbullime fillestare që nuk pengonin shikimin e fundit të syrit, ndërsa në një sy, turbullimet kanë qënë të zhvilluara dhe pengonin shikimin e qartë të fundit të syrit.

Ekzaminimi gonioskopik është kryer në të 21 sytë, nga të cilët 18 sy kanë qënë me kënd të hapur të shkallës së tretë dhe 3 sy të shkallës së dytë. Pigmentimi i shprehur i trabekulave është vërtetë në 9 sy, ndërsa pigmentimi i theksuar i kanalit të Shlemnit (Schlemm) në 12 sy.

Tensioni i brendshëm i syrit para operacionit është normalizuar me miotikë dhe fonuriti. Operacioni u krye pa asnjë ndryshim të teknikës, vetëm se në 10 sy, në fund të operacionit, kemi futur ajër në odë, ndërsa në 11 sy, operacionin e kemi përfunduar pa futur ajër në odë.

Gjatë veprimit operator nuk kemi pasur ndërlikime në 19 sy, në dy sy ndodhi çarja e lembos së parë të sklerës gjatë vendosjes së suturave.

Për vlerësimin e operacionit do të analizojmë në veganti ndërlikimet dhe rezultatet e 21 ndërhyrjeve në periudhën e hershme (deri në dalje të të sëmurëve nga spitali) dhe ndërlikimet e rezultatet e vonshme në 18 sy, që kemi mundur të ndjekim për një periudhë nga 3 deri 18 muaj pas operacionit.

Për vlerësimin e rezultateve të hershme të këtij operacioni, kemi marrë në konsideratë këta tregues:

- 1) Gjendjen e jashtëkut filtrativ;
- 2) Kohën e formimit të dhomës së përparshme dhe thellësinë e saj.
- 3) Shkallën e normalizimit të tensionit të brendshëm të syrit.
- 4) Ndërlikimet e ndeshura.

Jashtëku filtrativ i sheshtë, i trashë dhe i vaskularizuar, që është tipik për këtë operacion, është ndeshur në 18 sy. Ndërsa në tre sy, jashtëku filtrativ, është gjetur më i ngritur se zakonisht, i hollë dhe pak i zbehtë.

Në 19 sy, dhoma e përparshme është gjetur me thellësi normale qysh ditën e parë pas operacionit. Në një sy dhoma ka qënë e formuar, por më e cekët se norma. Në një sy dhoma e përparshme është formuar ditën e tretë pas ndërhyrjes.

Tensioni i brendshëm i syrit është gjetur i normalizuar nën 20 mmHg Shitz në 20 sy (95<sup>0/0</sup>), ndërsa në një sy, tensioni nuk u normalizua, ai qëndron me tension mbi 28 mmHg.

Gjatë kohës së qëndrimit të të sëmurëve në spital janë ndeshur këto ndërlikime: hifema është ndeshur në 3 sy (14.2<sup>0/0</sup>) me madhësi nga 1 deri në 3 mm. Në rastin e cikliit heterokronik, hifema pati karakter të përsëritur në formë fijesh, që kalonte pas dy-tre ditësh. Në këto raste kemi bërë mjekimin me tretësirë glukoze 40<sup>0/0</sup> së bashku me vitaminë C 5 cc brenda në venë, vitaminë K brenda në muskul dhe fashaturë të dy syve. Hifema në të 3 sytë ka kaluar gjatë kohës së qëndrimit të të sëmurëve në spital dhe nuk ka sjellë ndonjë pasojë për të parit.

Iriti është ndeshur në dy sy (9.5<sup>0/0</sup>) në formë të lehtë pa eksudat, i cili ka kaluar shpejt pas mjekimit me hidrokortison lokalisht dhe deltakorten nga goja 20 mg në ditë. Në një sy (4.7<sup>0/0</sup>) është vënë re uveiti i rëndë në formë endofthalmiti me hipopion dhe eksudat në trupin gelqor. Me gjithë mjekimin me antibiotikë dhe kortizonikë lokalisht dhe nga goja, gjendja nuk u përmirësua, tensioni i brendshëm i syrit qëndroi mbi 28 mmHg gjatë gjithë kohës së qëndrimit në spital.

Shkolitja e koroidës është ndeshur në dy sy (9.5<sup>0/0</sup>), të dy rastet kanë pasur ndërlikime gjatë veprimit operator (garje e lembos skolare). Shkolitja e koroidës është zhvilluar ditën e dytë në njërin sy dhe ditën e 7-të në tjetrin. Me gjithë mjekimin e zakonshëm që bëhet për këtë ndërlikim, koroida qëndroi e ngritur, prandaj u detyruam të bëjmë zbrazjen e liknudit të mën koroides me punksiun të sklërës, shoqëruar me futjen e ajrit në dhomën e përparshme.

Hemorragjia në retinë është vënë re vetëm në një rast (4.7<sup>0/0</sup>). Ajo lokalizohet në sektorin e sipërmë dhe të poshtëm të papilës së nervit të të parit në formë njollash të vogla të rumbullakta dhe vezake. Nuk përdoren mjekim të veçantë. Ndërlikime të tjera të rënda si sindromën e dhomës së cekët, turbullime të kornesë, glaukomë vlerësimin e rezultateve të vonshme të këtij operacioni kemi marrë në konsideratë këta tregues që në 18 sy kemi mundur të ndjehim herë pas here nga 3 deri 18 muaj:

- 1) Gjendjen e jashtëkut filtrativ;
- 2) Gjendjen e dhomës së përparshme;
- 3) Gjendjen e kristalinit;
- 4) Tensionin e brendshëm të syrit
- 5) Mprehtësinë e të parit
- 6) Gjendjen e fushës së të parit.
- 7) Gjendjen e pupilës
- 8) Gjendjen e këndit pas operacionit.

Në 10 sy jashtëku filtrativ është gjetur i sheshtë, i vaskularizuar e pa asnjë shenjë nekroze. Në 6 sy jashtëku filtrativ ka qënë fare i rrafshët pa ngritje dhe ndryshim të ngjyrës me konjunktivën për rreth. Në dy sy ai ka qënë më i ngritur se zakonisht dhe pak i zbehët.

Dhoma e përparshme në 16 sy ka qënë me thellësi normale dhe e njëtrajtshme, kurse në dy sy ajo ka qënë pak më e cekët se norma. Kristalini lka qënë transparent në 14 sy, të cilët kanë qënë të tillë edhe para operacionit. Në 3 sy që para operacionit kanë pasur

turbullime të kristalinit është vënë re se ato nuk janë zhvilluar më tej. Ndërsa në një sy u vu re se turbullimet, që kanë qënë para operacionit, ishin shtuar më shumë.

Në 18 sytë e kontrolluara, tensioni i brendshëm ka qënë nën 20 mmHg, ndërsa në shumicën e tyre, ai ka qënë në shifrat optimale rreth 14,5 mmHg Shiotz. Raste me hipotoni të theksuar nuk kemi ndeshur. Mprehtësia e të parit gjatë kësaj periudhe ka qënë: në 13 sy njelloj, në dy e keqësuar, në 3 e përmirësuar.

Nga rastet e keqësuar, një sy ka qënë me mprehtësi të pari nën 0,1 dhe tjetri me 10/10. Fusha e të parit u ekzaminua në 15 veta nga të rkontrolluarit. Kufiri i saj paraqiej njëlloj me atë të bërë para operacionit.

Në 17 sy, pupila paraqiej e rrumbullaktë, pa ngjitje të pasme. Në një rast u vu re një deformim i vogël i pupilës në drejtim të in-dektomisë për shkak të ngjitjeve të pasme që u vunë re në këtë zonë.

Në të 18 sytë është kryer ekzaminimi gonioskopik pas operacionit. Këndi paraqiej i hapur në gjithë kuadratet e tij. Në drejtim të orës 12, në zonën ku është bërë ndërhyrja në të gjithë rastet u vu re një thellim në formë katërkëndëshe me ngjyrë të bardhë. Trabekulat korneosklerale në 15 sy mungonin plotësisht në zonën e thelluar. Ato dukeshin deri në buzën e thellimit. Në dy raste, trabekulat ishin të pacënuara dhe zona katërkëndëshe e bardhë dukej para tyre. Në një rast, trabekulat dukeshin të hequra përgjysëm. Iridoktomia paraqiej e lirë në të 18 sytë dhe, nëpërmjet saj, dukej ekuatori i kritstalinut dhe ligamentet e Zinit. Në 8 sy, rrënja e irisit rreth iridektomisë paraqieshe ngjitje të hollë me trabekulat, ndërsa në rastet e tjera ajo dukej e njëtrajtshme.

## DISKUTIM

Ndryshe nga operacionet fistulizante klasike, operacioni i trabekulektomisë jep një jastëk filtrativ njafë të sheshhtë, të trashë dhe të vaskularizuar. Krijimi i një jastëku të tillë filtrativ, një autor (cituar nga 8) e konsideron si suksesin më të madh të kirurgjisë së sotme të glaukomes. Një jastëk i tillë filtrativ jo vetëm që siguron normalizimin e tensionit, por parandalon endoftalmitin e vonshëm, që në të kaluarën shpesh shpinte në heqjen e syrit.

Disa autorë (2, 7, 8) mendojnë se megjithëqë rezultatet e këtij operacioni varen nga prania e jastëkut filtrativ, ka edhe raste me tension të normalizuar pa formim të jastëkut filtrativ.

Vetë Kernsi (Cairns) ka gjetur formim të jastëkut filtrativ në 50%/0 të rasteve.

Ne kemi gjetur jastëk filtrativ në 12 sy, ndërsa në 6 sy jastëku ka munguar dhe, megjithatë, tensioni i brendshëm i syrit ka mbetur i normalizuar. Kjo na lejon të mendojmë se sukcesi i operacionit nuk dëbët të vlerësohet vetëm nga fakti nëse ka apo nuk ka jastëk filtrativ. Duke mënjëuar komunikimin e drejtpërdrejtë midis dhomës

së përparshme dhe cistës konjunktivale krijon kushte shumë të favorshme për formimin e shpejtë të domës së përparshme, që ka gënë një nga problemet më preokupante pas operacioneve fistulizante. Edhe nga studimi ynë rezultoi se ajo formohet qysh në ditën e parë pas operacionit (në 20 sy — 95%). Formimi i hershëm i dhomës zhduk menjatë ndërlikime, që kanë lidhje me të si shkolltjen e koroides, turbullimin e kornesë të kristalinit dhe glaukomeën malinje, të cilët zhvillohen shpesh në operacionet fistulizante.

Në studimin tonë, tre ndërlikimet e fundit nuk janë ndeshur në asnjë rast, kjo është vënë re dhe nga autorë të tjerë (1, 2, 7).

Trabekulektomia e kryer me mikroskop me të cilin strukturat e syrit shihen të zmadhuara gjatë gjithë veprimit operator zhduk shumtë ndërlikime gjatë operacionit dhe pas tij. Kjo del e qartë nga krahasimi i ndërlikimeve të ndeshura në operacionet fistulizante (6).

#### Pasqyra nr. 4

Lloji i operacionit	Hifema	Shkolltje e koroides	Turbullim kristalinit	Uveit	Mbyllje e fistulës	Fistula policistike
Operacione fistulizante	32,6%	18,7%	5,5%	13%	4,1%	2,7%
Trabekulektomia	14,2%	9,5%	—	4,7%	—	—

Trabekulektominë e kemi aplikuar me sukses në një rast me glaukome në kënd të hapur në ciklitim heterokromik, në të cilin operacionet fistulizante nuk kanë dhënë rezultate të kënaqshme (1, 3, 5).

Pa dyshim vlera e një operacioni mund të përcaktohet duke marrë në konsideratë gjendjen e treguesve kryesorë për një kohë të gjatë. Normalizimi i vazhdueshëm i tensionit të brendshëm të syrit në 18 sy, ruajtja e impreghtesisë së të parit në 16 sy dhe të fushës së të parit në 15 sy për një kohë mesatarisht rreth 13 muajsh vërtekon se ky operacion siguron një ekuilibër të tillë midis prodhimit dhe eliminimit të likuorit akuz, që ndihmon në ruajtjen e funksioneve të syrit të operuar për një kohë të gjatë.

Për të gjitha këto avantazhe, trabekulektomia e kryer me mikroskop, e kanë bërë operacionin më të përhapur në kohën e sotme në kirurgjinë e glaukomes.

## PËRFUNDIME

1) Operacioni i trabekulektomisë i kryer me mikroskop siguron një sërë avantazhesh në krahasim me operacionet fistulizante.

a) Dhoma e përparshme formohet shumë më herët; b) mënjanon jashtëket policistike dhe nekrotike; c) jep pak ndërlikime; d) mënjanon ndërlikimet e vonshme.

- 2) Operacioni i trabekulektomisë aka sjellë normalizimin e tensionit në 20 sy nga 21 sy të operuar (95%/<sub>0</sub>).
- 3) Siguron ruajtjen e funksionit të syrit për një kohë të gjatë.
- 4) Normalizimi i tensionit nuk varet gjithmonë nga prania e jashtë-kut filtrativë.

Dorëzuar në Redaksi më 20 mars 1979

## BIBLIOGRAFIA

- 1) DiEeno L., Bonomi A., Sechi G.: Trabeculectomia secondo calms. Min. Oftal. 1972, 14, 1.
- 2) Harat T., Harra S.: Results of trabeculectomy ad externo. Excerpta medica 1976, seria 12, 2, 122.
- 3) Krasnov M.M.: Externalization of Schlemm's canal (sinusotomy) in glaucoma. Brit. Journal Ophthalm. 1969, 52, 157.
- 4) Popov M. I. and coll.: Microsurgery in ophthalmology. Brit. J. Ophthalm. 1967, 51, 408.
- 5) Zhugli S.: Operacioni i trabekulektomisë. Shëndetësia popullore 1978, 1, 36.
- 6) Zhugli S.: Rezultatet dhe komplikacionet e operacioneve në glaukominë primare. Shëndetësia popullore 1977, 3, 64.
- 7) Watson P. G. and Barnett: Effectiveness of Trabeculectomy in glaucoma. Amer. J. Ophthalm. 1975, 79 831.
- 8) Welsh N. H.: Trabeculectomy with fistula formation. Brit. J. Ophthalm. 1972, 56, 32.

### Summary

## RESULTS AND COMPLICATIONS OF THE TRABECULECTOMY OPERATION

The results and complications are analysed of the operation of trabeculectomy performed on 21 eyes with open angle glaucoma.

In the early period after the operation the complications were mild and infrequent such as hyphema 14.2%, detachment of the choroid 9.5%, mild iritis 9.5%, uveitis 4.7%. In that period the intraocular pressure fell to normal below 20 mmHg Schitz in 20 eyes (95%/<sub>0</sub>).

In 18 cases the results were followed up for a period of from 3 to 18 months (13 months in average). During that time the intraocular pressure remained below 20 mmHg Schitz in 18 eyes, the acuity of the eyesight remained at its pre-operation level in 13 cases, was lowered in 2 and increased in 3 cases.

The field of vision remained unchanged in the 15 cases in which that examination was performed; the filtrative cushion was present in 12 and absent in 6 eyes.

The author draws the conclusion that this operation, performed under the control of the microscope, has a number of advantages in comparison with the operation of fistulization.

## Résumé

RÉSULTATS ET COMPLICATIONS DE L'OPÉRATION DE  
TRABÉCULÉCTOMIE

Dans cet article sont examinés les résultats et les complications de l'opération de trabéculéctomie effectuée dans 21 yeux de glaucome à angle ouvert.

Dans la première période post-opératoire ont été relevées des complications légères et peu nombreuses: hyphéma 14,29%, ablation de la choroïde 9,50%, iritis 9,50%, uvéïte 4,76%.

Dans cette période, la tension intraoculaire est normalisée au moins de 20 mmHg Schitz aux 20 yeux (95,0%).

Chez 18 malades les résultats de l'intervention furent suivis en moyenne pendant une période de 13 mois. Pendant cette période, la tension oculaire a resté moins de 20 mmHg Schitz aux 18 yeux. L'état de la vue n'a pas subi des modifications par rapport à la période pré-opératoire chez 13 yeux, a baissé chez deux et s'est amélioré chez trois yeux.

Le champ de vision a resté le même avec celui de pré-opératoire aux 15 cas, qui ont effectué cet examen. Le coussin filtratif s'est manifesté dans 12 yeux et il manquait dans 6 autres.

L'auteur de cet article est davis que cette opération, à condition qu'elle soit effectuée sous le contrôle du microscope, offre plusieurs avantages par rapport à l'opération du fistulisation.



## PASOJAT QË MUND TË LINDIN NGA OKLUZIONI I LARTË NË PROTEZAT TOTALE DHE MËNYRRAT E MËNJANIMIT TË TYRE

— FOTO TOTI, HARRULLA MUÇA, RUZHDIË QAFMOLLA —

(Kaqendra e Ortopedisë Stomatologjike)

Në përgatitjen e protezave totale, një nga çastet më të rëndësishme është përcaktimi i drejtë i madhësisë vertikale të okluzionit qëndror. Përcaktimi i madhësisë vertikale të okluzionit qëndror tek i sëmurit me mungesë të plotë të dhëmbëve natyralë paraqet vështirësi, sepse pas heqjes së të gjithë dhëmbëve, nuk kemi më pika fikse të përpikta dhe të pandryshueshme, që të na ndihmojnë për këtë qëllim (1).

Për këtë arsye, për përcaktimin e madhësisë vertikale, siç dhëhet, përdoren metoda të ndryshme si ajo anatomike, antropometrike, anatomo-fiziologjike etj., të cilat konsiderohen si metoda ndihmëse dhe orientuese (4, 5).

Në klinikat tona, madhësia vertikale, zakonisht, përcaktohet sipas metodës së pozicionit të qetësisë, e krahasuar kjo dhe me metodën funksionale fonetike sipas Silverman (1).

Gabimet që vihen re në përcaktimin e madhësisë vertikale të okluzionit qëndror në përgatitjen e protezave totale kanë të bëjnë jo vetëm me përvojën e mjekut, por edhe me metodën që ai përdor. Këto gabime shpesh bëhen shkak i një sërë rregullimesh, që shfaqen jo vetëm lokalisht, në kavitetin e gojës, por jashtë saj, në muskujt për-typës dhe në artikulationin temporo-mandibular (3, 6, 8).

Për vitit 1974 deri në vitin 1977 në 22 të sëmurë me protezë totale dhe me gabim në përcaktimin e drejtë të madhësisë vertikale të okluzionit, ne kemi vënë re rregullime të ndryshme, të cilat janë bërë shkak që këta të paraqiten dhe të kërkojnë ndihmën tonë.

Në të sëmurë të ndryshëm, ankesat ishin të ndryshme. Këto varëshin nga koha e protezimit si dhe nga madhësia e gabimit në përcaktimin e madhësisë vertikale të okluzionit qëndror.

Në përgjithësi, tek të gjithë të sëmurët tanë binte në sy një zgjatje e një të tretës së poshtme të fytyrës. Fytyra kishte shprehje të ashpër dhe brazdat nazo-labiale dhe labio-butkale ishin të tendosura shumë.

Të sëmurët ankoheshin se proteza, sidomos ajo e poshtnaja, nuk u qëndronte mirë gjatë funksionit. Ajo u shkaktonte dhembje dhe plagë mbi proesin alveolar dhe indet e buta ku ajo mbështetej.

Disa nga të sëmurët tanë, veg lodhjes në muskujt përtypës nga tendosja e vazhdueshme e tyre, ata ankoheshin edhe për shqetësime në artikulationin temporo-mandibular, pasi koka artikulare detyrohej të zhvendosej në pjesën e poshtme të kavitetit glenoid (2, 7).

Këta të sëmurë ankoheshin edhe për faktin se proteza e tyre nuk dukej mirë, sidomos gjatë të folurit dhe të qeshurit. Një shqetësim tjetër i këtyre të sëmurëve ishte dhe kërcitja e dhëmbëve artificiale gjatë funksionit.

Këto çrregullime në statikë dhe dinamikë në muskujt dhe artikullacionin temporo-mandibular vijnë duke u rritur, në varësi të kohës së mbajtjes së protezës, që në të sëmurët tanë ishte nga disa ditë deri në dy vjet, të cilat, kur nuk vlerësohen në kohë, shkaktojnë pasoja serioze dhe që mjekohen me shumë vështirësi.

Po qe se të sëmurët tanë i ndajmë sipas shkaktur kryesor që ata i detyroj për të ardhur tek ne, ata i grupojmë në tre grupe kryesore: — Grupi i parë, gjithsej 9 të sëmurë, që ankonin se u kërcinim dhëmbët gjatë ngrënies dhe të folurit dhe proteza e poshtme nuk u qëndronte mirë.

Grupi i dytë — gjashtë të sëmurë nuk e mbanin në gojë protezën e poshtme, sepse u shkaktonte dhembje mbi procesin alveolar dhe plagë në indet e buta ku ajo mbështetej. Të sëmurët e këtij grupi ankoheshin për lodhje të muskuve kur mbanin në gojë të dy protezat.

Grupi i tretë — shtatë të sëmurë, veg ankësive të mësipërme, ankoheshin edhe për dhembje në artikullacionin temporo-mandibular.

Nga matjet e bëra tek të sëmurët tanë u vu re se madhësia vertikale, në pozicionin e okluzionit qëndror, ishte shumë e rritur dhe menjatonte kërkesisht hapësirën e lirë fiziologjike ndërdhëmbore (interokluzale). Kështu tek 9 të sëmurë, madhësia vertikale në okluzionin ishte rritur 6 mm, tek 7 të sëmurë 7 mm, ndërsa tek shtatë të tjerë 10 mm, duke përfshirë dhe madhësinë e hapësirës fiziologjike ndërdhëmbore.

#### Pasqyra nr. 1

Pasqyra e rezultateve të korigjimit të madhësisë vertikale në okluzionin qëndror e shprehur në mm

Niveli i të sëmurëve	Madhësia vertikale në okluzion qëndror me proteza të vjetra	Madhësia vertikale në pozicion gësisë pa protezë në gojë	Madhësia vertikale në okluzion qëndror me protezë të re	Ulja e okluzionit në protezat e reja
9	54	51	48	3 mm
6	58	54	51	4 mm
7	58	57	48	7 mm

Nga pasqyra shihet se madhësia vertikale në okluzionin qëndror ishte rritur nga 3-7 mm. Mjekimin e këtyre të sëmurëve e kemi bërë në dy mënyra:

*Mënyra e parë:* me korigjim in e protezave të vjetra nëpërmjet dekontimit dhe uljes së tuberkulave të dhëmbëve artificiale në më-

nyrë të njëtrajtshme. Kjo mënyrë u zbatua në ato raste, ku madhësia vertikale ishte rritur jo më tepër se 3 mm.

Gerrryerjen e tuberkulave e kemi bërë në të dy protezat, duke parasyr parasysh që të rihet forma e harkut në drejtim sagital dhe transversal për të mos u prishur kështu stabiliteti funksional i protezës. Në kontrolllet e mëvonshme u vu re se shqetësimet e të sëmurëve filluan dalëngadalë të zhdukeshin.

Këtë mënyrë pune kemi përdorur dhe si parandalim dhe përpërgatitje për të sëmurët, të cilëve do t'u bëhet protezë e re, që të kemi një ulje graduale të kësaj madhësie dhe jo të menjëhershme, me qëllim që të qetësojmë sado pak të sëmurin nga grrugullimet e mësipërme.

*Mënyra e dytë:* është ajo e bëries së këtyre protezave nëpërmjet përgatitjes së protezave të reja. Kjo mënyrë u zbatua në rastet kur madhësia vertikale ishte rritur nga 4 deri në 7 mm. Në këtë rast të sëmurëve u përgatitën proteza të reja. Mënyra e përgatitjes së protezave të reja është e njëjtë me atë të protezave të zakonshme.

Madhësinë vertikale e kemi përcaktuar duke u nisur nga pozicioni i qetësisë dhe përfundimet i kemi krahasuar me metodën funksionale (1).

Hapësira që krijohet gjatë shqiptimit të tingujve të vecantë është e ndryshme në persona të ndryshëm. Kjo hapësirë që krijohet gjatë të folurit, shqiptimit të tingujve të vegantë, arrihet nëpërmjet funksionit të mushkujve dhe është e përafërtë me madhësinë e hapësirës fiziologjike. Për rastet tona, ne kemi përdorur shqiptimin e gërmës «S», e cila na ka dhënë një hapësirë minimale midis dy harqeve në raport me shqiptimin e gërmatave të tjera. Nga matjet e bëra tek të sëmurët na vuri në dukje se kjo hapësirë ishte përafërsisht e barabartë me 2-3 mënyra dhe afërsisht e barabartë me madhësinë e hapësirës ndër-dhënbores në pozicion qetësie.

Nofullën e poshtme e vendosëm në pozicion qetësie dhe matëm distancën midis dy pikave të shënuara njëra në gnation dhe tjetra në spina nazalis të vendosura në vijën mediane dhe u porositëm të sëmurëve shqiptimin e gërmës «S». Në këto çaste u mat distanca midis dy pikave të mësipërme nga ku nxorrem madhësinë vertikale në pozicionin e okluzionit qëndror, e cila ishte e barabartë me madhësinë vertikale në pozicionin e qetësisë minus madhësinë e hapësirës fiziologjike, që krijohet nga shqiptimi i gërmës «S» (1, 9).

Përgatitja e protezave të reja me këtë metodë bën që të mënjanohen grrugullimet që u vunnë re në të sëmurët me proteza të vjetra.

Në kontrolllet e mëvonshme vunnë re mënjanimin e shumë prej grrugullimeve të mësipërme, të cilat pas 6 muajve u zhdukën plotësisht. Nga njëkimi i të sëmurëve tanë del në pah rëndësia që ka respektimi i madhësisë së hapësirës fiziologjike në përgatitjen e protezave totale.

Në përcaktimin e madhësisë vertikale, ne nuk rekomandojmë metodën anatomike dhe antropometrike. Këto metoda nuk kanë baza shkencore, pasi gjërat nuk shihen në zhvillim dhe ndryshim të vazhdueshëm dhe nuk merren parasysh veçoritë individuale të pacientëve të ndry-

shëm. Këto metoda që përdoren në përcaktimin e madhësisë vertikale duhet të merren me rezervë dhe të konsiderohen vetëm si metoda ndihmëse dhe orientuese.

## PERFUNDIME

- 1) Përcaktimi i rregulltë i madhësisë vertikale të okluzionit qëndror siguron një prognozë të mirë të protezës.
- 2) Për përcaktimin e madhësisë vertikale të okluzionit qëndror në protezat totale ne rekomandojmë metodën sipas pozicionit të qetësisë dhe asaj funksionale si më të përpikta dhe më praktike.
- 3) Në përcaktimin e madhësisë vertikale, gabimet japin shqetësime në gojë, në muskujt përtypos dhe në A.T.M., të cilat shpesh mund të bëhen shkak edhe për përsëritjen e protezave totale.

## BIBLIOGRAFIA

1. — Costa E.: *Protektica dentare*. Bukuresht 1975 f. 366, 373, 374, 375.
2. — Orlovov T. *edj.*: Zur Eragee des funktion und des funktionellen anbons des kiefergelenks. Deutsche stomatologie 1969, 6, 431.
3. — Hofer *edj.*: *Lehrbuch der klinischen zahn — mund-und kieferheilkunde*. Band II. Leipzig 1969, 265.
4. — Horst O.: Problemi i përcaktimit të drejtë të lartësisë së krahshimit. Buletini stomatologjik 1973, 1, 46.
5. — Hoxha O., Kadaku M.: *Ortopedia stomatologjike* Tiranë 1972, 344.
6. Kristab C.U.: *Elektromiografia zhevratelme mshng pri povishjenie visoti priksa*. Stomatologie 1974, 4, 41-43.
7. — Schumacher G.H.: *Morphologie und funktion des kiefergelenks*. Deutsche stomatologie 1972, 7, 501.
8. — Sponholz H.: *Okluzions frühkontakte und ihre Besatung aus prophylaktischen und therapeutischer sicht*. Deutsche stomat. 1973, 10, 7 66.
9. — Toti F.: *Anomalitë e numurit të dhembëve dhe mjekimi i tyre ortopedik*. Buletini stomatologjik 1973, 2, 52.

## S u m m a r y

### CONSEQUENCES DERIVING FROM HIGH OCCLUSION IN TOTAL DENTURE PROSTHESIS AND THEIR PREVENTION

The authors have treated 22 patients to whom total dentures had been applied with an error in the determination of the vertical dimension of the occlusion. The treatment was carried out in one of two ways according to the height of the occlusion.

In the first case decortication of the teeth was applied. In the second group the treatment was carried out by making new dentures in which the vertical dimension of the occlusion was correctly determined by testing the stationary and the functional position of the jaws. In this way the consequences of high occlusion were gradually eliminated and a favourable prognosis was ensured.

The authors recommend the second way for all the cases when total denture is necessary.

R é s u m é

**CONSEQUENCES DUES A L'OCCCLUSION SUPERIEURE DANS  
LES PROTHESES TOTALES ET LEUR ELIMINATION**

Les auteurs du présent article illustrent le cas de 22 malades dont la prothèse totale comportait une erreur dans la détermination exacte de la grandeur verticale de l'occlusion. Le traitement de ces patients a été effectué de deux manières, en fonction de la hauteur de la grandeur verticale.

Dans le premier cas, ils ont appliqué la méthode de décoration des dents appliqués. Dans le deuxième cas, ils ont préparé une nouvelle prothèse dentaire en déterminant la grandeur verticale selon la méthode de la position stationnaire et fonctionnelle des mâchoires. Par l'application de cette méthode, ils ont réussi à éliminer graduellement les conséquences de l'occlusion supérieure et à assurer une prognose plus favorable.

Les auteurs recommandent cette deuxième méthode dans la préparation des prothèses dentaires.

# HIGJENË DHE EPIDEMIOLOGJI

## MBI CILËSITË BIOLOGJIKE DHE IMUNOCJENË TË VAKSINËS KUNDËR FRUTHIT TË PRODHUAR NË VENDIN TONË

— EDUARD KAKARRIÇI, ASPASIA BERSHA —

(Instituti i Higjienës dhe Epidemiologjisë — Tiranë)

Në tremujorin e katërtë të vitit 1977, në Institutin e Higjienës dhe Epidemiologjisë u krye prodhimi i vaksinës kundër fruthit në një sasi totale prej 100.000 doza vakcinale.

Vaksina u përgatit nëpërmjet kultivimit të shtamit vakcinal me virus të gjallë shumë të dobësuar në kulturën indore primare të fibroblasteve të embrionit të pulës (F.E.P.).

Para prodhimit të vaksinës u punua në drejtim të gjallërimit dhe shumëzimit të shtamit vakcinal nëpërmjet kultivimeve të tij në F.E.P, si dhe të përcaktimit të përpiktë të raportit virus-gelizë («multiplicity») (7).

Për përgatitjen e F.E.P u shfrytëzuan embrione të pulave të racës Leghorn, 9-10 ditësh. Vezët rridhën prej pulash, që kishin kaluar në kontrollin veterinar dhe që përbënin një përqindje të lartë (95%) vezësh me embrion.

Një kujdes i posaçëm iu kushtua zgjedhjes së serumit të vicit, si një ndër përberësit kryesorë dhe më të rëndësishëm për rritjen dhe shumëzimin e gelizave. Serumit u muarr nga vija, që kishin kaluar në kontrollin veterinar për tuberkuloz, paratuberkuloz, bruceozë etj., dhe u përdor pas kontrollit laboratorik të tij për sterilitet bakterial, mykotoik dhe PPL0 (mycoplasma), si dhe pasi u provua paraprakisht për mungesën e plote të inhibitorëve jospecifickë ndaj zhvillimit viral. Inkubimi i virusit u krye në temperaturë  $+32^{\circ}\text{C}$ — $+33^{\circ}\text{C}$  për 8-10 ditë, duke ndjekur çdo ditë dinamiken e shumëzimit të tij nëpërmjet zhvillimit të efektit citopatogjen (E.C.P.).

### 1) CILËSITË BIOLOGJIKE

Karakteristikë e përgjithshme për E.C.P të virusit të fruthit në kulturë indore është krijimi i shtaciave apo simplasteve dhe i gelizave gjigande shumë bërtamëshe. Një tjetër tip karakteristik i E.C.P të këtij virusi, e ky sidomos për shtamet e dobësuar, është krijimi i gelizave në formë boshti, apo dhe i gelizave të rumbullakosura me një refleks të qartë drite.

Mbizotërimi i njërit apo tjetrit tip të E.C.P është në vartësi nga lloji i shtamit viral (sidomos lidhur me shkallën e dobësisht të tij), nga tipi i gelizave shtreuese ku zhvillohet virusi si dhe nga terreni e kushtet e kultivimit (4, 8).

Gjatë punës sonë paraprake për shumëzimin dhe gjallërimin e shanmit dhe më pas për prodhimin e vaksinës, sistematisht duke filluar nga dita 4-5 e kultivimit (atëherë fillon ECP i virusit të frutit për shkak të lag-fazës së tij të zgjatur) (4, 8), ndiqnim kurben e shumëzimit viral në bazë të zhvillimit të ECP. Në mënyrë konstante gjemin krijimin e ECP tipik me qeliza të rumbullakosura me reflekte drejte të grumbulluara në vatra, por pa përjashtuar dhe pranimë e atij të tipit boshor në sasi të pakët, apo dhe të vatrave të vogla sinticiale e të ndonjë qelize gjigande shumëbërthamëshe.

Korrja bëhej atëherë kur arrihej kulmi i ECP, pra në përgjithësi kur 75% e më tepër e qilimit qelizor rezultonte «e sëmure» nga ECP i virusit (7). Ky është dhe çasti kur vendoset ekuilibri i plotë e midis sasisë së virusit intraqelizor dhe sasisë së virusit në fazën e lëngët, sepse konstantja e kurpës së rritjes virale, pasi arrinhet maksimumi i saj, është pikërisht rezultat i një ekuilibri ndërmjet çlirimit të virusit nga qelizat dhe inaktivimit të tij termik (4).

Për vaksinën e prodhuar si konservant u përdor hidrolizati eritrocitar.

Produkti gjysëm i gatshëm dhe më pas ai i gatshëm (i ampuluar) kaloi në një sërë kontrollesh, si prova për sterilitet (bakterial, mykothik e PPO); prova për pastërti (për pranimë ose jo të virusëve të tjerë) nëpërmjet reaksionit të neutralizimit të virusit në kulturë indore (linja qelizore FL) me serum lepurit hiperimun të prodhuar nga laboratorit ynë; prova për padëshmëri në katshë të laboratorit (në minij të bardhë qumështorës me injektim intracerebral dhe intraperitoneal dhe në minij të bardhë të rritur me injektim intravenoz). Për shtamin vaktsinal paraprakisht ishte bërë prova për TBC në kavje.

Titrimi i virusit u krye në linjën qelizore FL dhe përllogaritja e TCID<sub>50</sub> (sasia e virusit me ECP të shfaqur në 50% të tubave me kulturë indore) u bë në bazë të metodës statistikore kumulative të L.J. Reed e H. Muench. Seritë e ndryshme të vaksinës së prodhuar rezultuan me fitra që luhateshin nga 10<sup>2,75</sup>TCID<sub>50</sub>/0,1 ml. (570 TCID<sub>50</sub>/0,1 ml) deri 10<sup>4,25</sup>TCID<sub>50</sub>/0,1 ml. (18.000 TCID<sub>50</sub>/0,1 ml).

## 2) CILËSITË IMUNOGJENË

U vrojtuan nëpërmjet kontrollit të efikasitetit të vaksinës, para shpërndarjes së saj në bazë për aplikim, në një grup fëmijësh (23 fëmijë) receptivë, më moshë 8-21 muaj, të qendrave nr. 44, 45, 20 të lagjes nr. 3 Tiranë. U zgjodhën fëmijë të shëndoshë klinikisht, pa histori anafaktike apo histori të përdorimit brenda dy muajve para vaksinimit të gama-globulinës apo transfuzionit të gjakut. Gjatë vaksinimit nuk u vërejtën reaksione lokale.

### a) REAKSIONET KLINIKE PASVAKSINALE

Vrojtimi i fëmijve për reaksionet pasvaksinale u bë për dhjetë ditë, nga dita e pestë deri në të 14-tën pas vaksinimit, prej reparitit të virusologjisë të IHE dhe konsultorit të poliklinikës nr. 3.

Çfarëdo reaksion i shfaqur në intervallin 0-5 ditë pas vaksinimit u konsiderua jospesifik, sepse për të nuk mund të akuzohet si shkaktar virusi i fruthit. Intervali 0-5 ditë i nevojitet virusit vakcinal të shkurtezohet në organizëm, është pra, si të thuash, inkubacioni i «sëmundjes vakcinale». Edhe me vaksinat e tjera kundër fruthit, me shtamun pjesëgjallë të dobësuar, pavarësisht nga shkalla e dobësimit, tërë praktikë e përdorimit të tyre tregon se reaksionet merren në konsideratë si specifike, duke filluar nga dita e 5-të (6, 7) e deri ditën e 15-të (18, 21) pas vaksinimit (10). Reaksioni febril u kontrollua nëpërmjet matjes së temperaturës aksilare dy herë në ditë, para dhe pas dite dhe u vërejt se pothuaj në tërë rastet me prani të këtyre reaksioneve, temperatura jepte kurpën karakteristike me nivelin më të lartë pas dite e më të ulët deri në normalizim para dite, çka është dhe tipike për të si reaksion pasvakcinal nga vakcina kundër fruthit. Reaksionet pasvakcinale dhe shpeshësia e tyre jepen në pasqyrën nr. 1

Pasqyra nr. 1

Reaksionet pasvakcinale (në përqindje) të vërejtura pas aplikimit të vaksinës në 23 fëmijët e grupit të kontrollit (mosha 8-21 muaj)

Rastet pa reaksion febril ( $10 \leq 37.0\text{C}$ )	65.2%
Reaksioni febril në total ( $10 \geq 37.10\text{C}$ )	34.7%
Temperaturë subfebrile ( $37.10\text{C}-37.50\text{C}$ )	30.4%
Temperaturë e mesme ( $37.60\text{C}-38.50\text{C}$ )	4.3%
Temperaturë e lartë ( $\geq 38.60\text{C}$ )	0%
Ditë-zgjatja mesatare e temperaturës Eksantema	1.6 ditë
Ditëzgjatja mesatare e ekzantemës	4.3 ditë
Simptoma katarrhale	2 ditë
Diarhoe	8.7%
Kollë	4.3%
Reaksione të rënda (encefalite, bronkopneumoni, konvulsione, oite purulente etj.)	0%

#### b) REAKSIONI IMMUNOGJEN

U vrojtua nëpërmjet përcaktimit të rritjes së titrit të antikorpeve të inhibimit të hemaglutinitit (antikorpet IHA) në serumet çifte të 23 fëmijëve të grupit të provës. Serumet e para u morrën në çastin para aplikimit të vaksinës, ata të dytët një muaj pas vaksinimit. Deri në kryerjen e provës, serumet u ruajtën në ngjirje ( $-20^{\circ}\text{C}$ ).

Reaksioni i inhibimit të hemaglutinitit (RHHA) u përdor sipas metodës së Périès e Chaný (8), i modifikuar si mikrometodë (9). Serumet paraprakisht u inaktivizuan në  $+56^{\circ}\text{C}$  për 30 minuta dhe u përpunuan



për 18 orë në  $+4^{\circ}\text{C}$  me një suspension  $100\%$  të eritrocitëve të majmunit *Maccocus Rhesus* për të larguar, mëpërmjet adsorbimit, substancat hemaglutinuese jospesifike ndaj eritrocitëve të majmunit.

Antigjeni (hemaglutinina) u përgatit në laboratorin tonë me shtamin e egër të fruthit, të zhvilluar në MAH. Më pas ai u përpunua me Tween 80 dhe Ethër, sipas metodës Norrby (5), për të rritur fuqinë e tij hemaglutinuese. Në RIHA u përdorën dy njësi hemaglutinuese antigjen në një vëllim  $0.025$  ml për secilin hollim të serumit (1 njësi-hemaglutinuese është hollimi më i madh i antigjenit, i aftë të aglutinojë  $50\%$  të eritrocitëve të majmunit). Serumet u titruan me hollime dyfishë, nga 1:2 deri 1:128 dhe secili hollim u bashkua në sasi të barabartë me antigjenin me inkubim në  $+37^{\circ}\text{C}$  për 30 minuta; më pas u hodh suspension  $1\%$  i eritrocitëve të majmunit i standardizuar në fotoelektrokolorimetër dhe lëximi i rezultatëve u bë pas një ore inkubimi në  $+37^{\circ}\text{C}$ . Si titër i gdo serumit u muarr hollimi më i madh i tij, që jep inhibim të plotë të hemaglutinimit. Rezultatet jepen në pasqyrën nr. 2.

Tërë serumet e para rezultuan seronegativë dhe tërë të dytët seropozitivë. Pra konvertimi u vërejt në tërë serumet çiftë, dmth serokonversioni ishte  $100\%$ . Në serumet e dyta, titri më i ulët i për-fuar ishte 1:4 në njerin dhe 1:8 në një tjetër serum. Titrat 1:32 ishin të pranishëm në  $74\%$  të serumeve. Duke lu referuar përlogaritjëve mbi mesataren gjeometrike të antikorpeve (GMT) del se GMT = 1:34 (titri 1:2 konsiderohet si titër plotësisht mbrojtës).

#### Pasqyra nr. 2

Titrat e antikorpeve IHA një muaj pas aplikimit të vaksinës

Serumet	Titrat e antikorpeve e IHA						Serokon- versioni (në %)	G M T e antikor- peve	
	Nr.	<1:	2:	4:	8:	16:			32:
Serumet e para	23	—	—	—	—	—	—	—	—
Serumet e dyta	23	—	—	1	1	4	10	3	4
								100%	1:34

#### DISKUTIM

Historiku i vaksinës së gjallë kundër fruthit fillon më 1954 me izolimin e virusit të fruthit për të parën herë në kulturë indore, që më vonë u pasua me prodhimin e shtamit të dobësuar Edmoston. Gjatë viteve pasuese, qoftë mbi bazën e këtij shtami, qoftë edhe me fillësë origjinale, u prodhuan shtame të tjerë vakcinale të dobësuar, sumë të dobësuar, apo jashhtëzakonisht të dobësuar. Synimi i tërë kësaj epopeje ka qenë dobësimi sa më tepër i virusit të fruthit për të për-fuar shtame vakcinale sa më pak reaktogjene.

Shkalla e dobësimit të virusit të fruthit i referohet një kurbe gjithmonë zbritëse në raport me tipin e reaksioneve pasvakcinale si

dhe rëndësinë e shpeshësinë e tyre. Kështu, rritja e kësaj shkalle dobësimi reflektohet në fillim me zhdrukjen e njollave Koplifik si reaksion pasvaksinal, më tej me uljen e përqindjes së ekzantemës dhe ende më tej me uljen e përqindjes së reaksionit febril në përgjithësi e të temperaturës së lartë në veganti. Vakcina jonë nuk dha njollë Koplifik pas aplikimit të saj, reaksioni febril qëndroi në nivelin 34.7<sup>o</sup>/<sub>o</sub> me ditë-zgjatje mesatare 1.6 ditë; temperatura e lartë në 0<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, ekzantema në 4.3<sup>o</sup>/<sub>o</sub> me ditë-zgjatje mesatare 2 ditë. Reaksionet e tjera, si simptoma katarrhale e konjuktivit, diarrhoe etj. ishin me shpeshësi të pakët e të një karakteri të lehtë. Të gjitha këto nuk ndikuan aspak në gjendjen e përgjithshme të fëmijës së vaksinuar, nuk cënuan aktivitetin fizik apo sferën psikike të tij. Ndërsa reaksione të rënda si encefalopati, bronkopneumoni, konvulsione etj. nuk u vërejtën në asnjë rast. Të tilla rezultate ne morrëm edhe pas aplikimit në rreth 100.000 fëmijë të vaksinës së prodhuar, siç na informoi personeli mjekësor.

Një tablo e tillë është pasqyruar edhe në parë nga praktika ditë-savjeçare e përdorimit të vaksinës së prodhuar po në laboratorin tonë gjysh në vitin 1971 e të bazuar mbi të njëjtin shtam vakcinal (6).

Rezultate të përfaqëta mbi reaksionet pasvaksinale japin dhe vakcina të tjera me shtame shumë të dobësuara. Megjithatë duhet thënë se në vende të ndryshme me të njëjtën vaksinë janë vërejtur përqindje të ndryshme të reaksioneve pasvaksinale. Kështu p.sh. vakcina Schwarz (mbi bazën e shtamit Edmonston A) ka dhënë reaksion febril në 35-61.8<sup>o</sup>/<sub>o</sub> të rasteve me ditë-zgjatje mesatare 2-3 ditë, temperaturë të lartë në 2-20<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, ekzantemë në 14-44.9<sup>o</sup>/<sub>o</sub> me ditë-zgjatje mesatare 2.5-3.1 ditë dhe pothuajse mungesë të plotë të reaksioneve të rënda pasvaksinale (2, 3, 10). Ose vakcina Moraten (dobësim i mëtejshëm i shtamit Schwarz) ka dhënë temperaturë të lartë deri 6<sup>o</sup>/<sub>o</sub> dhe ekzantemë deri 20.2<sup>o</sup>/<sub>o</sub> të rasteve të vaksinuar (10).

Vlen të theksojmë se gjatë procesit të dobësimit të virusit të fruthit, krahas kurbës gjithmonë zbritëse, në raport me reaksionet klinike pasvaksinale, ç'ka është dhe ana pozitive e këtij procesi, përftohet dhe kurba po ashtu zbritëse e reaksionit immunogjen, ana kjo negative e pashmangshme e dobësimit të virusit. Me fjalë të tjera, sa më pak reaktogjen të jetë shtami vakcinal, aq më të pakta e të lehta janë reaksionet klinike pasvaksinale, por gjithmonë e më i ulët është dhe reaksioni immunogjen. Kjo reflektohet sidomos në njërin prej dy treguesve të këtij reaksioni, në nivelin e GMT-së së antikorpeve. Kështu, ndërsa vakcinat me shtame të dobësuara japin GMT të antikorpeve IHA gjithmonë të rendit të qindsheve (p.sh. me atë Ender's Edmonston B GMT arrin në 1:380 (2), vakcinat me shtamë shumë të dobësuar japin GMT në nivele më të ultra të rendit të qindsheve ose të dhjetësheve.

Edhe me vaksinën tonë, GMT rezultoi 1:34, ndonëse ajo dha sero-konversion 100%. Përafërsisht të tilla rezultate janë marrë edhe me parë me vaksinën e prodhuar tek ne. (6).

Titrat e serive të ndryshme të vaksinës sonë ishin të ndryshëm, pra gjatë vaksinimit masiv, fëmijët morrën doza prej 1100 TCID<sub>50</sub>/0.2 ml e deri 36.000 TCID<sub>50</sub>/0.2 ml suspension virale. Megjithatë, kjo nuk luajti rol në përqindjen e reaksioneve pasvaksinale, sepse ata nuk varen nga

sasia e suspensionit viral që injektohet, por nga aftësia e virusit vakcinal për t'u shumëzuar në organizëm (1). Kjo është vërejtuar edhe më parë tek ne (6) dhe reflektohet qartë edhe me vakcinat e tjera. Kështu p.sh. janë dhënë doza 500 dhe 100.000 TCID<sub>50</sub> suspension viral, por nuk ka pasur ndryshime në përqindjen e serokonverzionit e të reaksioneve pasvaksinale.

## KONKLUZIONE

1) Dinamika e shumëzimit të virusit vakcinal të frutitit, e ndjekur nëpërmjet zhvillimit të ECP të tij në FRP, dhe kundohet një kurvë të qëndrueshme të shumëzimit viral (raporti ndërmjet rritjes së vazhdueshme të sasisë së ECP deri në arritjen e kulmit të shumëzimit viral dhe kohë-zhvillimit të tij jepte, në përgjithësi, të njëjtën vlerë). Në mënyrë konstante gjenim krijimin e ECP tipik me qeliza të rrumbullakosura me refleks drite, si dhe atë të tipit poashor në sasi të pakët, apo dhe të vatrave të vogla sinticiale e të ndonjë qelize gjigande shumëbërthamore. Në tërësi, të gjitha këto reflektuan cilësitë biologjike të qëndrueshme të këtij virusi vakcinal.

2) Vaksina e prodhuar dhe reaksione të lehta pasvaksinale (reaksion febril në 34.7<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, pa asnjë rast me temperaturë të lartë dhe ekzistentë në 4.3<sup>0</sup>/<sub>0</sub>). Reaksione të rënda nuk u vërejtën. Po ashtu, ajo dhe serokonverzion në vlerën 100<sup>0</sup>/<sub>0</sub> dhe GMT të antikorpeve IHA = 1:34. Serokonverzioni 100<sup>0</sup>/<sub>0</sub> dhe niveli i kënaqshëm, plotësisht mbroftës i GMT-së së antikorpeve, tregojnë se vaksina e prodhuar dhe reaksionin immunogjen të plotë.

3) Çatë vaksinimit masiv, vaksina u aplikua në doza prej 1100 e deri 36.000 TCID<sub>50</sub>/0.2 ml; suspension viral (në vartësi nga titrat e ndryshëm të serive të ndryshme të vaksinas së prodhuar), Megjithatë, ndryshimi i dozave të suspensionit viral nuk ndikoi në karakterin dhe sipshtësinë e reaksioneve pasvaksinale si dhe në shkallën e reaksionit immunogjen.

Mbi bazën e këtyre të dhënave konkludojmë se vaksina kundër frutitit, e prodhuar në vitin 1977 nga laboratori ynë në sasinë totale prej rreth 100.000 doza vakcinale, ishte vaksinë e një cilësie të mirë, plotësisht efikase, me reaksione klinike pasvaksinale të lehta dhe me reaksion immunogjen të plotë.

Dorëzuar në redaksi më 10. janar 1979.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Bekteshi S.: Frutitit në Shqipëri. Tiranë, 1974, 95.
- 2) Coekburn W. Ch., Peenka J., Sumaresan T.: WHO-supported Comparative Studies of Attenuated Live Measles Virus Vaccines. Bull. Wld. Hlth. Org. 1966, 34, 223.
- 3) Duflo — Granjon V., Trian R.: La vaccination contre la rougeole. Lyon médicale 1969, 44, 1109.
- 4) Katz L., Samuel, Enders F. John: Measles virus. Në librin: Diagnostic Procedures for Viral and Rickettsial Infections. New York 1969, 504.
- 5) Norby E.: Hemagglutination by Measles Virus. The Production of Hemagglutinin in Tissue Culture and the Influence of Different Conditions on the Hemagglutinating System. Arch. f. d. Ges. Virusforsch. 1962, 12 (2), 153.
- 6) Paqajani K. e bp.: Karakteristikat e vaksinas së frutitit të prodhuar në

vendin tonë (komunikim paraprak). Buletini i UT — seria shkencat mjekësore 1972, 1, 115.

- 7) — Praktikekaja Virusologija (Virologische Praxis) 1970 (Jena 1968) 352, 101.
- 8) Raudter (De) J.: La Rougeole. Nè «Technique de laboratoire en Virologie Humaine. Paris 1964, 931, 681.
- 9) Server J. L.: Application of a microtechnique to viral serological investigations. J. Immunol. 1962, 98, 320.
- 10) Swartz T., Klingberg W. and coll.: A Comparative Study of Four Live Measles Vaccines in Israel. Bull. Wild. Hith. Org. 1968, 39, 285.

#### S u m m a r y

### ON THE BIOLOGICAL AND IMMUNOGENIC PROPERTIES OF A VACCINE AGAINST MEASLES PRODUCED IN ALBANIA IN 1977

In 1977, in the Institute of Hygiene and Epidemiology, a vaccine against measles in a total amount of 100,000 vaccinal doses was produced. The vaccine was prepared by cultivating the live and very attenuated strain of measles virus in primary tissue culture of chicken embryo fibroblasts. The steadiness of the viral development curve as concerning the growth rapidity, quantity, and the cytopathogenic effect of the virus, reflected its stable biological properties.

The vaccine thus prepared, preliminarily administered in a group of 23 children, produced slight post-vaccinal reactions: febrile reaction in 34.70% of children with a mean duration time of 1.6 days, high temperature in 00%: exanthematous lesions in 4.30% of cases, with a mean duration time of 2 days. In no case severe reactions were observed. Such a picture was obtained also after the administration in approximately 100,000 children and resulted that post-vaccinal reactions were not affected even when receiving as high doses as those of 1100 to 36,000 TCID<sub>50</sub>/02 ml of viral suspension. The determination of hemagglutination inhibition antibodies in 23 pairs of sera of the children in the control-group (the sera were collected one month prior and one month after the vaccination), gave a seroconversion in 1000/0 and GMT = 1:34. On the whole, our vaccine's GMT resulted in lower levels compared with some other very attenuated vaccines (Swartz, Moraten, Milovanovic, et al), although the seroconversion of over 90-950/0 attained with a single injection, shows that it produces a complete immunogenic reaction.

#### R é s u m é

### SUR LES PROPRIÉTÉS BIOLOGIQUES ET IMMUNOLOGIQUES DU VACCIN CONTRE LA ROUGEOLE PRODUIT EN ALBANIE EN 1977

Environ 100,000 doses du vaccin contre la rougeole ont été produites en 1977 à l'Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie de Tirana.

Le vaccin a été obtenu par la culture, en milieu tissulaire primaire de fibroblastes de l'embryon du poulet, de la souche de virus vivant très affaiblie.

La stabilité de la courbe du développement viral, à savoir la rapidité de croissance, la quantité et le type de l'effet cytopathogénique du virus, témoignent de la stabilité des propriétés biologiques du virus.

L'essai a été effectué sur 23 enfants et n'a donné lieu que des réactions post-vaccinales légères: 34,70/0 de réactions fébriles, d'une durée moyenne de 1,6 jours; 00/0 de fièvre élevée; 4,30/0 de l'exanthème durant deux jours en moyenne. En aucun cas il n'y a pas eu de réaction sévères. Ce même tableau a été observé après l'application du vaccin sur presque 100.000 enfants. Les réactions post-vaccinales n'ont pas été influencées par des doses de 1100 et 36.000 TCID<sub>50</sub>/0,2 ml de suspension virale.

Dans les 23 sérums témoins couplés (avant et un mois après la vaccination), la détermination des anticorps inhibant l'hémagglutination, a montré une séro-conversion de 1000/0 et un GMT = 1:34.

Le GMT de notre vaccin est d'un niveau moindre que celui de quelques autres vaccins très affaiblis (Schwartz, Moraten, Milovanovitsz, E. 16); cependant, la séro-conversion obtenue par une seule application étant de l'ordre de 90-950/0 on peut conclure que le vaccin donne une réaction immunogénique parfaite.

## NJE RAST SKARLATINE TË SHOQËRUAR ME IKTER TË SHPREHUR

— KOZMA LAVANXHI — LEFTER GUXHO —

(Spikali i rrethit Elbasan)

Na duket me interes të paragesim këtë rast, pasi duhet të dallohim në se kishim të bënim me një infeksion të gërsëhtuar skarlatine dhe hepatit viral, apo ikteri që paraprui ekzantemën eritematoze të skarlatinës ishte pasojë e infeksionit streptokoksik. Në disa raste, infeksionet nga streptokokët hemolitikë gërsëhtohen nga ikteri. Në shumë raste ai shfaqet bashkë me bakterieminë, por më rrallë është vënë re si një shfaqje e hershme e skarlatinës (3, 4).

### PARAQITJA E RASTIT

E sëmurura S. C., vjeç 14, shtrohet në repartin infektiv më 15 dhjetor 1977 me diagnozë hepatit viral. Pra, si diagnoza e dërgimit ashtu dhe ajo e pranimit ishte hepatit viral. Në castin e shtrimit (sipas përshkrimit të mjekut të shërbimit) e sëmurura ankonte: Dobësi të përgjithshme trupore, ulje të oreksit, dhembje të kyqeve, urinim me ngjyrë të kuge të errët, zverdhje të syve.

Sëmundja i kish filluar 4-5 ditë më parë. Mjeku i shërbimit nuk konstatoi ekzantemë eritematoze, as anginë, as temperaturë të lartë. Ai përshtruan ikter në konjunktiva dhe lëkurë, meljcia e zmadhuar 2 cm, nën barkun brinjor. Në vizitën që iu bë u vu re se e sëmurura kishte të dredhura, ndjenjën e të ftohitt, temperaturë të lartë 40°C, dobësi trupore, ulje të oreksit, urinim me ngjyrë të kuge të errët, dhembje dhe veshirësi gjatë gjallitjes, dhembje koke.

Në vizitë na ra në sy: ikter i shprehur në konjunktivat, jo shumë i shprehur në lëkurë, ekzantema eritematoze e skarlatinës shumë e ndezur me elementë të vegjël, gjuha e ngarkuar, maja dhe anët e saj të kuge. Pas dy-tre ditëve, gjuha u pastrua dhe dalloheshin papllat e saj të ngritura të kuge (gjuhë si mana ferra).

Bejantet e kuge me pika gelbi (anginë folikulare), meljcia prekej 2 cm nën barkun brinjor. Qysh në vizitën e parë u përcaktua diagnostika skarlatinë, që ndoshta ishte gërsëhtuar me një hepatit viral.

Analizat laboratorike rezultuan: Rruazat e kuge 3.750.000, rruazat e bardha 17.400, 90% ishin segmente 100% limfocite, eritrosedimentacioni 50 mm/orë. Në urinë gjurmë albumine, 8-10 rruaza të bardha për fushë, urobilina dhe bilirubina pozitive të shprehura. Materiali i marrë nga gryka rezultoi me streptokoksik beta hemolitik,

antistreptolizinat 0 800 UI, bilirubinemia 4.80 mg<sup>0</sup>/<sub>0</sub> (direkte 3.80 mg<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, indirekte 1.0 mg<sup>0</sup>/<sub>0</sub>), SGPT = 110 UI, SGOT = 88 UI, fosfataza alkaline 7.2 UI Bodansky, indeksi i protrombinës 80<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, antigjeni Australia (AgHBs) rezultoi negativ.

Mjekimi u bë me pencillin 800.000 UI në ditë për shtatë ditë dhe me vitaminë të ndryshme.

Ditën e 3-4 të sëmundjes, temperatura u ul 37-37.2°C, ekzantema e skarlatinës po shuhej, ditën e 8-9 të sëmundjes filloi destruktimi i lekurës që në duar u bë me copa të mëtha si doreza. Ikteri vazhdoi deri ditën e 12-të të sëmundjes. Analizat e kryera ditën e gjashtë të qëndrimit në spital, për të verifikuar më mirë ose për ta përjashtuar hepatitin viral, rezultuan: bilirubinemia 2.65 mg<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, SGPT = 76 UI, SGOT = 60 UI. Megjësë me këto të dhëna nuk ishim në gjendje të përjashtojmë apo të pranonim ekzistencën e hepatitit viral, u vendos të bëhej punkcion biopsia e mëljësë, që u krye ditën e dhjetë të shtërmit.

Përgjigja e saj ishte: seksione nga materiali i marrur nga mëljca me punkcion biopsi. Hepatocitet në përgjithësi ruanin ndërtimin trabekular, por kish dhe zona që ky prishet si rezultat i zhdukjes së disa hepatociteve (nekrozë) ose fryrjes së disa hepatociteve të tjera. Hepatocitet nekrotike nuk paraqisnin topografi të përcaktuar. Qelizat e Kupfferit mjaft të hiperplazuara. Vena qëndrore me parete të rregullta. H p. b. me kufi të zakonshëm, por me shtim të elementeve limfoleukocitare. Në to aty-këtu vërehej ndonjë tromb i vogël biliar (nr. i biopsisë 41).

*Përfundimi:* Hepatit akut reaktiv (jo viral). Ekzaminimi u krye pranë shërbimit anatomo-patologjik-Tiranë.

#### DISKUTIMI I RASTIT

Nga përshkrimi i rasisit kuptohet se kishim të bënim me një rast skarlatine e shogëruar me dëmtim të mëljësë. Janë përshkruar dy lloje dëmtimesh nga streptokoku. E para mendohet se vjen nga toksina garkulluese dhe karakterizohet nga degjenerimi dhe nekroza e qelizave të mëljësë në qender të lobullit si dhe inflamacion polimorfo nuklearë në zonat portale (3).

Ndërtimi i dytë vjen si rezultat i futjes së streptokokut në qelizat e mëljësë dhe karakterizohet nga nekroza fokale josuperative e qelizave (3). Gjatë skarlatinës, nga toksina eritrogjene e streptokokut vihet re një rritje e fraksionit indirekt të bilirubinës (1).

Përsa i përket rasisit tonë, ne mendojmë se ikteri ka ardhur si pasojë e dëmtimit të qelizave të mëljësë nga toksina garkulluese. Këtë e arsyetojmë me dëmtimin e hershëm të mëljësë para shfaqjes së shenjave karakteristike të skarlatinës. Gjithashtu hemokultura e marrë dy herë ditën e parë të sëmundjes rezultoi negative.

Në format e rënda të skarlatinës, mëljca rritet pak dhe mund të jetë pak e dhëmbshme, mesa duket këto ndryshime lidhen me toksinat e mikrobolit (2). Megjithatë një autor (3) e përshkruan dëmtimin e mëljësë në 30% të rasteve me skarlatinë, në vendin tonë mendojmë se ky dëmtim takohet më rrallë. Kjo vjen se tek ne format e rënda të skar-

latinës pothuaj nuk takohen më. Gjatë vitit 1968-1969 kemi mjekuar një numër të konsiderueshëm të sëmurësh me skarlatinë me moshë mbi 7 vjeç, pranë klinikës infektive Tiranë dhe nuk kemi vënë re asnjë rast me iktër. Një autor (1) shkruan se gjatë epidemisë së skarlatinës në vitet 1968-1969 nuk është vënë re asnjë formë e rëndë tok-sike e sëmundjes, kjo kryesisht vjen nga diagnostikimi i shpejtë dhe fillimi i menjëhershëm i mjekimit antimikrobial. Ne e përshkruam këtë rast për të vënë në dukje se ndoshta rralle, por skarlatina dem-ton dhe mëdjmë. Në rastin tonë, diagnozën përfundimtare e vendosi përgjigja e biopsisë së mëljcise.

Në përfundim mendojmë të theksojmë se gjatë skarlatinës duhet ek-zaminuar me kujdes edhe mëljcia, pasi dëmtimet e saj, që ndodhin në këto sëmundje, dësa herë përfundojnë në hepatite kronike dhe cirroza të mëljcise.

Dorëzuar në Redaksi më 10 shkurt 1979

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Bekteshi S.: *Pediatria*, Tiranë 1974, vëll. II, 759.
- 2) Bushatë S.: *Sëmundjet infektive*. Kapitulli «Skarlatina». Tiranë 1971, 186.
- 3) Schiff L.: *Diseases of the liver*. Philadelphia 1969, 692.
- 4) Tolentino P.: *Trattato di malattie infettive*. Torino 1964, 185.

## S u m m a r y

### A CASE OF ICTERUS ASSOCIATED WITH SCARLET FEVER

A case is described of scarlet fever complicated by icterus and liver dam-ages. At first it was difficult to determine whether this was a case of scarlet fever combined with viral hepatitis or a case in which the icterus that pre-ceded the eruption was the result of the streptococcal infection. The final diag-nosis was decided by the puncture-biopsy of the liver which excluded viral he-patitis. In this particular case it appears that the icterus and the lesions of the liver have resulted from the action of the microbial toxin circulating in the organism.

In this country, thanks to the well organized health service, severe or toxic cases of scarlet fever are very rare, so that the serious involvement of the liver in scarlet fever is exceptional. But it is important to know that acute hepatitis can be observed in the course of scarlet fever and that it can easily evolve into chronic hepatitis or liver cirrhosis.

## R é s u m é

### UN CAS DE SCARLATINE ASSOCIE A UN ICTERE MANIFESTE

Il est question d'un cas de scarlatine accompagné d'une complication d'ictère et de lésions du foie. Au commencement il était difficile de déterminer s'il s'agis-sait d'une scarlatine en combinaison avec une hépatite à virus ou d'un cas dans lequel l'ictère ayant précédé l'éruption était le résultat d'une infection streptococ-



cique. Le diagnostic final a été décidé par la ponction-biopsie du foie qui a exclu l'hépatite à virus. Dans ce cas particulier, l'ictère et les lésions du foie étaient une conséquence de l'action exercée par les toxines microbiennes circulant dans l'organisme.

Chez nous, grâce à la mise sur pied d'une service sanitaire bien organisé, les cas de scarlatine graves ou toxiques sont vraiment rares, comme le sont d'ailleurs les lésions du foie provoquées par cette affection. Il est important d'attirer l'attention sur le fait que pendant la scarlatine peuvent se manifester des hépatites aiguës, qui évoluent facilement en une hépatite chronique ou en une cirrhose du foie.

## EKSPERIMENTALE

### MBI LIDHJEN MIDIS ELEMENTEVE TË GJAKUT PERIFERIK DHE KLINIKËS SË SËMUNDJES AKUTE TË RREZES

— GJERGJI ALIEXI —

(Instituti Kerkimor i Mjekësisë Ushtrake)

Tashmë është e qartë rëndësia e studimit në kompleks të klinikës së sëmundjes akute të rrezes si një ndër patologjitë kryesore, të shkaktuara nga arma bërthamore si dhe patologjia kryesore nga veprimi dëmtues i rrezatimeve jonizuese, të cilat, veç armës bërthamore, kanë lidhje shumë edhe me përdorimin e tyre të gjërë në ekonomi, mbrojtje dhe shkenca.

Ndryshimet në sistemin e gjakut jo vetëm që zënë vendin kryesor në krejt klinikën e sëmundjes së rrezes, por në të njëjtën kohë, ato shprehin në mënyrë «besnike» edhe shkallën e gravitetit të sëmundjes. Për këtë arsye, studimi i lidhjeve midis ndryshimit të gjakut dhe klinikës në këtë sëmundje merr një rëndësi të veçantë si nga ana prognostike, ashtu dhe nga ana e orientimit të një mjekimi të drejtë dhe të përshatshëm. Veç kësaj rëndësia shohet akoma sidomos për kushte lufte, sepse si prognoza dhe mjekimi i sëmundjes do të mund të orientohen drejt nga përcaktimi i thjeshtë numerik i elementeve të gjakut periferik.

Për të vërtetuar se sa ngushtë janë këto lidhje dhe se në çfarë shkalle e shprehin ato «besnikërinë» e tyre ndaj njëra tjetrës, ne ndërmorëm këtë studim statistikor, të ndihmuar edhe nga Qendra Llogaritëse e Tiranës.

Në kohën tonë, metodat e llogaritjeve matematike po gjejmë aplikime gjithmonë e më shumë si në ekonomi e mbrojtje, ashtu edhe në shkencat biologjike e mjekësore. Stadi i tanishëm i zhvillimit të vullshëm të vendit tonë, nën udhëheqjen e ndritur të Partisë e të shokut Enver, e ka bërë të domosdoshme aplikimin në stil të gjërë të metodave llogaritëse matematike si metoda që vërtetojnë në mënyrë të shpejtë dhe shumë të përpiktë të vërtetat dhe vlerën e gdo studimi shkencor.

Studimi bazohet në të dhënat e fituara nga 95 katshë (gen) të rrezatuar me një diapazon dozash nga 100-800 R. të moshës mbi një vjeç të dy seksëve. Të gjitha katshët iu janë nënshtruar ekzaminimit klinik dhe analizave klinike të gjakut periferik para rrezatimit dhe janë përdorur në eksperiment vetëm pasi kanë rezultuar të shëndoshtë dhe me vlera normale të analizave klinike. Katshët janë ndarë në dy grupe: grupi i katshëve pa mjekim (66 katshë) dhe grupi i katshëve me mjekim (29 katshë). Pas rrezatimit, katshët janë ekzaminuar dhe mjekuar për ditë si dhe është ndjekur ndryshimi i gjakut periferik gdo dy

ditë. Gjaku është marrë në venë, metodat e numërimit të elementëve të gjakut janë një lloj si ato për njerëz.

Në studim u morrën 7 lidhje. Lidhjet u studjuan me anën e të ashtuquajturave «vija të regresionit» dhe «koeficientëve të korelacio-nit». Vijë regresioni është ajo vijë që përfaqron bashkimin e pikave që studjohen. Këto vija janë kërkuar në formën analitike  $y = a + bx$  dhe në bazë të të dhënave toka për  $x$  dhe për  $y$ , makina llogaritëse elektronike na ka dhënë koeficientët  $a$  dhe  $b$ . Këto vija janë paraqitur edhe grafi-kisht në fig. 1-7. Koeficienti i korelacionit është një numër që ndry-shon prej -1 deri 1 dhe shpreh cilësinë e lidhjes ose të vartësisë. Ai shënohet me «R» dhe vlerësohet në këtë mënyrë: kur  $R$  në vlerë ab-solute është nga 0.7-1, lidhja është shumë e mirë; kur  $R = 0.4-0.7$ , lidhja është e mirë dhe kur  $R = 0-0.4$ , lidhja është e dobët. Kur  $R$  është negativ tregon që lidhja është e kundërtë, dmth me rritjen e  $x$ ,  $y$  zvogëlohet dhe e kundërta (si në rastin tonë).

Më poshtë po japim metodikën e llogaritjes dhe rezultatet përka-tëse për çdo lidhje të studjuar veç e veç.

#### 1) LIDHJA MIDIS ARRITJES NË MINIMUM TË NUMRIT TË LEUKOCITËVE DHE SHKALLËS SË SËMUNDJES AKUTE TË RREZES.—

Për këtë vlerat minimale në shifra absolute të leukocitëve për 1 mm<sup>3</sup> veç për të dy grupet u krahasuan me shkallën e sëmundjes akute të rrezes. Shkallën e sëmundjes e përcaktuan nga studimi i gjithë ecurisë së sëmundjes sipas kartelave klinike të kafshëve, duke u ba-zuar në kriteret bazë të njohur. Për të marrë vlera statistikore, shka-llët e sëmundjes i emëruam me shifra respektivisht 1, 1.5, 2, 2.5, 3, 3.5, 4. Këto shifra iu përkujtë katër shkallëve të sëmundjes si dhe shkallëve të ndërmjeme.

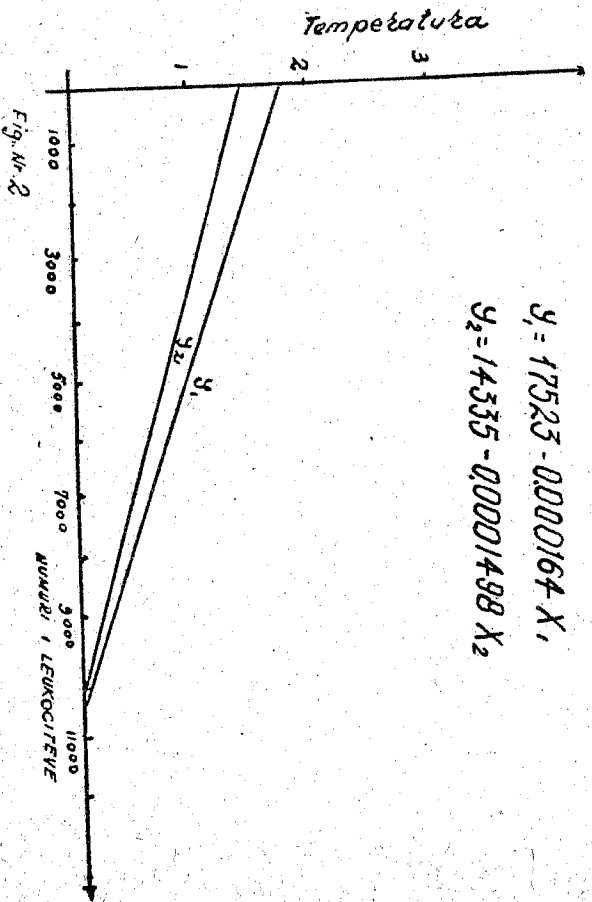
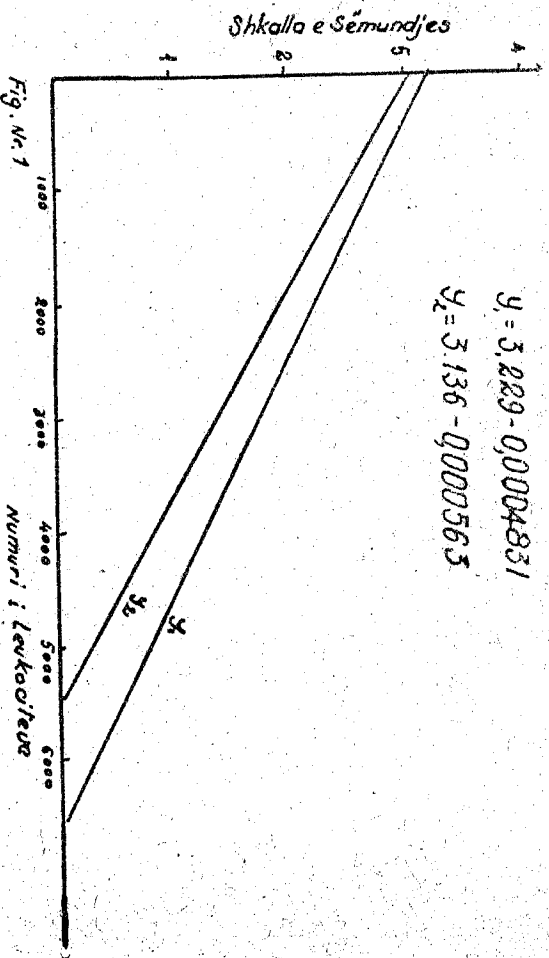
Pas përpunimit statistikor u morrën vijat e regresionit për çdo seri si dhe koeficientët e korelacionit (Fig. nr. 1). Vijat e regresionit tregojnë sesa më i vogël është numri i leukocitëve aq më e madhe është shkalla e sëmundjes akute të rrezes. Vlerat e  $Y_1$  dhe  $X_1$  janë për grupin pa mjekim, kurse vlerat  $Y_2$  dhe  $X_2$  janë për grupin me mjekim. Kjo vlen për të gjitha figurat.

Ashtu si tregohet edhe nga koeficientët e korelacionit, kjo lidhje është shumë e mirë, më e madhe se 0.7 (shih pasqyrën 1).

#### 2) LIDHJA MIDIS ARRITJES NË MINIMUM TË NUMRIT TË LEUKOCITËVE DHE TEMPERATURËS MË TË LARTË TË TRUPIT.—

Për këtë u morrën diferenca e vlerave më të larta të tempera-turës së kafshëve të shprehura në shifra veç për të dy grupet, duke iu zbritur temperaturën normale që u muarr 38.8 (per rektum).

Pas përpunimit statistikor, vijat e regresionit tregojnë (shih fig. nr. 2) se sa më i vogël të jetë numri i leukocitëve aq më e lartë është temperatura. Veçse kjo lidhje, sipas koeficientëve të korelacionit, është e dobët për të dy grupet.



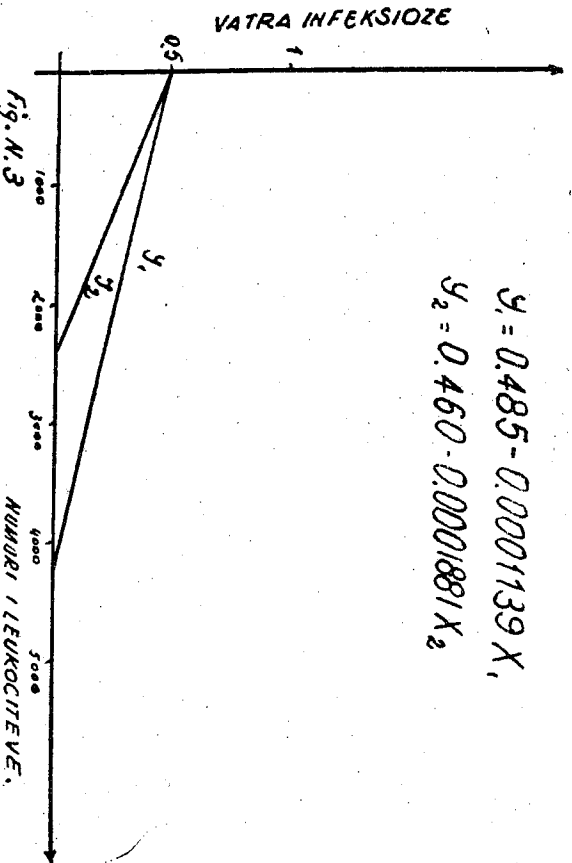
### 3) LIDHJA MIDIS ARRITJES NË MINIMUM TË NUMRIT TË LEUKOCITJEVE DHE SHFAQJES SË VATRAVE TË INFESKSIONIT.—

Vatër infeksioni kemi quajtur qelbëzimet e lëkurës, artitiet, an-ginat nekrotike (erë e lkeqe nga goja), ulçerimet në gingjiva dhe mukozat e dukshme etj. Pranimë dhe mungesën e tyre e shënuam me shifra re-spektivisht «1» dhe «0».

Pas përpunimit statistikor, vijat e regresionit tregojnë se sa më i vogël është numri i leukociteve aq më shumë shfaqen vatrave infek-sioze (shih fig. 3). Por sipas koeficientëve të korrelacionit, kjo lidhje është e dobët për të dy grupet. Kjo mund të ndodhë kështu se në shfaqjen e vatrave të infeksionit, që janë shprehje e jashtme e sindro-mës infeksioze të sëmundjes, ndikojnë edhe faktorë të tjerë (higjiena e mjedisit, e trupit etj.), të cilët për kafshët tona, sipas rastit, kanë gënë të ndryshme.

$$y_1 = 0.485 - 0.0001139 X_1,$$

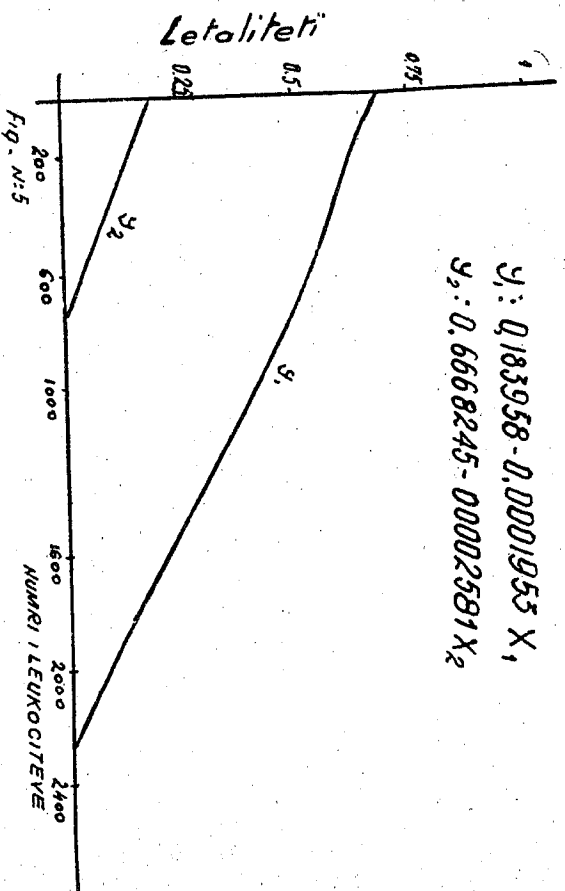
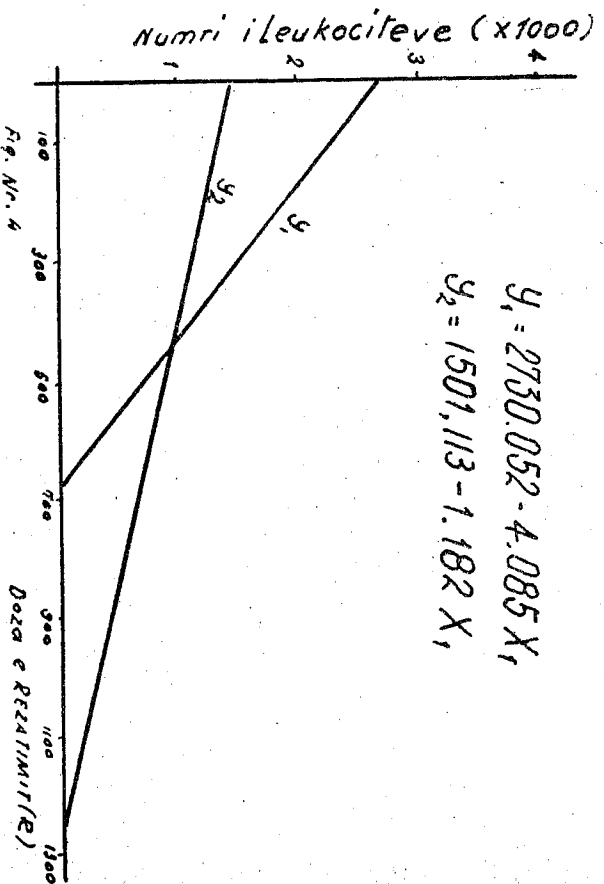
$$y_2 = 0.460 - 0.0001881 X_2$$



### 4) LIDHJA MIDIS ARRITJES NË MINIMUM TË NUMRIT TË LEUKOCITJEVE DHE DOZES TOTALE TË RREZATIMIT.

Doza totale e rrezatimit të përgjithshëm të jashtëm, e shprehur në R, u përcaktua në bazë të fuqisë së dozës R/minutë. Rrezatimi ishte bilateral, duke e copëtuar dozën pengjysmë për rrezatim sa më ho-mogjen.

Pas përpunimit statistikor, vijat e regresionit tregojnë se sa më i vogël është numri i leukociteve aq më e madhe është doza e rrezati-mit. Kjo lidhje është e mirë për grupin pa mjekim dhe e dobët për grupin me mjekim (shih fig. 4). Kjo e fundit ka lidhje me efektin e mjekimit.



### 5) LIDHJA MIDIS ARRITJES NË MINIMUM TË NUMRIT TË LEUKOCITTEVE DHE VDEKSHMËRIA—

Për efekte të përpunimit matematik, ngordhjen dhe të mbeturit gjallë i shënuam përkrahësisht «0» dhe «1».

Pas përpunimit, vijat e regresionit tregojnë se sa më i vogël është numri i leukociteve aq më e shprehur është vdekshmëria për të dy grupet (shih fig. 5). Për grupin me mjekim kjo do të thotë se kur mjekimi nuk ndikon në ngritjen e numrit të leukociteve, atëherë, si rregull, ajo nuk ndikon në të mbeturit gjallë të katshëve.

### 6) LIDHJA MIDIS ARRITJES NË MINIMUM TË NUMRIT TË TROMBOCITTEVE DHE VDEKSHMËRIE—

Për këtë, për krahasim u morrën vlerat minimale në shifra absolute të trombociteve për 1 mm<sup>3</sup> vëç për të dy grupet dhe u krahasuan me shkallën e hemorragjisë. Për këtë në fillim morrëm shumën e shfaqjeve kryesore hemorragjike, ku rezultoi se në rastin më të rëndë ishin të pranishëm katër shfaqje kryesore hemorragjike:

— hemorragjia në lëkurë, në mukozat e dukshme, melena dhe jargë siero-hemorragjike.

Prania e katër shfaqjeve hemorragjike u shënuan me «4», e tre shfaqjeve me «3» e kështu me radhë, kurse mungesa e tyre u shënuan me «0».

Pas përpunimit statistikor, vijat e regresionit treguan se sa më i vogël është numri i trombociteve aq më e shprehur është shkalla e hemorragjisë (fig. 6).

$$y_1 = 2,424 \cdot 00000128 X_1,$$

$$y_2 = 2,015 \cdot 0,0000207 X_2$$

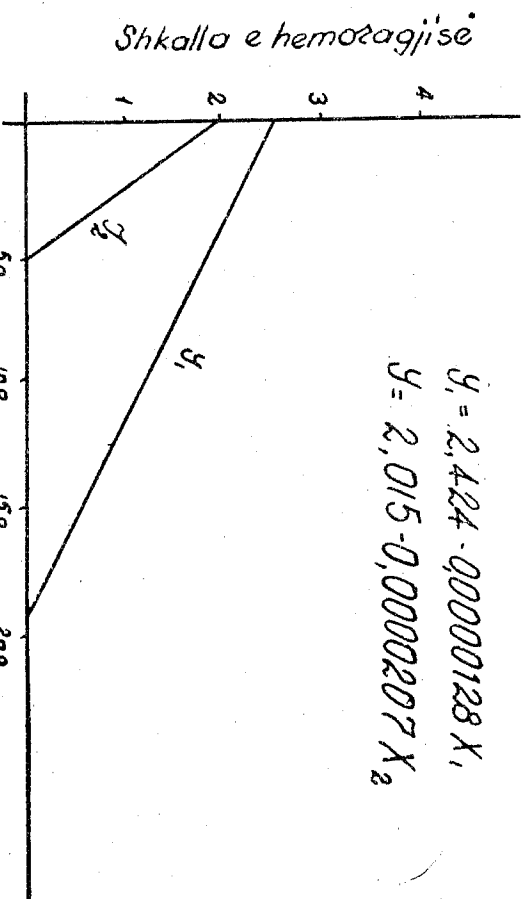


Fig. Nr. 6

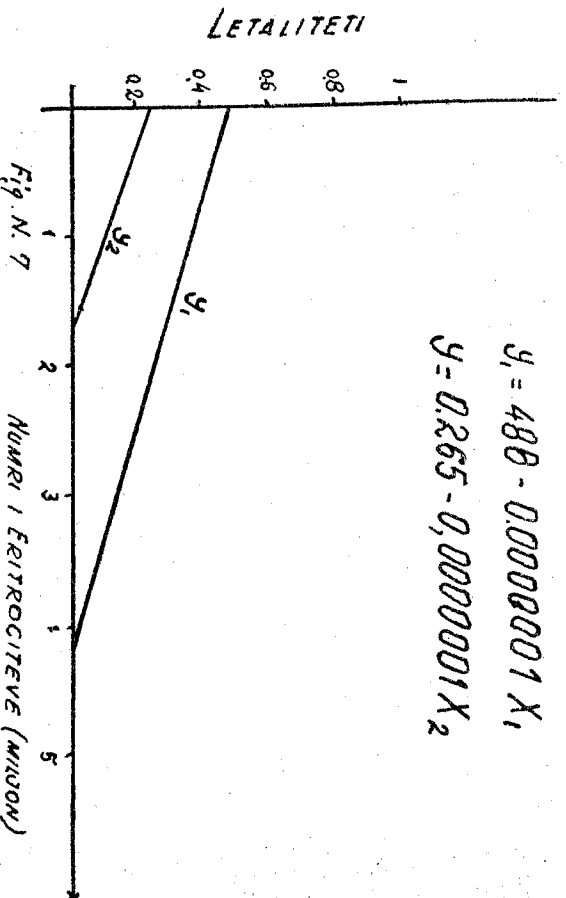
Numuri i trombociteve (x100)

Kjo lidhje është e mirë për grupin pa mjekim dhe e dobët për grupin me mjekim. Duhet thënë se ulja e trombociteve nuk është shkak i vetëm i sindromës hemorragjike.

#### 7) LIDHJA MIDIS ARRITJES NË MINIMUM TË NUMRIT TË ERYTHROCITEVE DHE VDEKSHMËRISË

Vlerat minimale të erythroцитеve në shifra absolute për 1 mm<sup>3</sup> u krahasuan me vdekshmërinë (një lloj si leukocitet).

Pas përpunimit statistikor, vijat e regresionit tregojnë se sa më i vogël është numri i erythroцитеve aq më e shprehur është vdekshmëria (fig. 7). Por në bazë të R<sub>1</sub> dhe R<sub>2</sub> (koeficientëve të lidhjes), kjo lidhje, për të dy grupet, është e dobët (shih fig. 7).



#### PERFUNDIME

1) Lidhjet midis vlerave numerike të elementeve të gjakut periferik dhe shenjave klinike të sëmundjes akute të trezes janë lidhje me vlerë, që shprehnin me përpikmëri dobinë e analizave të thjeshta laboratorike në vënieën e diagnozës dhe përcaktimin e prognozës së sëmundjes, kaq të nevojshme për mjekun praktik, sidomos në kohë lufte.

2) Nga të 7-të lidhjet e studjuara, lidhja minimumi i leukociteve, shkalla e sëmundjes rezultoi shumë e mirë. Te kjo lidhje, mjeku praktik mund të mbështetet shumë për vënieën e diagnozës dhe përcaktimin e prognozës e të mjekimit.



— Lidhjet: — minimum i leukociteve — dozë rezatimi, minimum i leukociteve e letaliteti dhe — minimum i trombociteve shkallë hemoragjike — rezultojnë lidhje të mira dhe tek ato mund të mbështetet mirë diagnoza;

— Lidhjet: — minimumi i leukociteve — vatrë infeksioni, minimumi i leukociteve, temperatura si dhe minimumi i eritrociteve — letaliteti — rezultuan lidhje të dobta. Për pasojë vlera e tyre diagnostike është e dobët dhe mbehet prapa lidhjeve të mësipërme.

3) Futja e metodave matematike në llogaritjen e të dhënave shkencore rrit përplkëmtinë dhe vlerën e tyre, prandaj ato duhet të gjejnë përdorim sa më të gjërë në punën tonë shkencore.

*Pasqyra Nr. 1*

**PASQYRA E LIDHJES MIDIS NDRYSHIMEVE TË ELEMENTEVE TË GJAKUT PERIFERIK DHE SHFAQJEVE KLINIKE NË SËMUNDJEN AKUTE TË RREZES NË KAFSHET EKSPERIMENTALE (QEN)**

Lloji i lidhjes	Koeficienti i Korrelacionit	Vlerësimi i lidhjes
Minimumi i leukociteve-shkalla e sëmundjes	$R_1 = -0.7278$ $R_2 = -0.7218$	shumë e mirë
Minimumi i leukociteve-Temperatura	$R_1 = -0.2900$ $R_2 = -0.2077$	e dobët
Minimumi i leukociteve-vatra infeksioni	$R_1 = -0.2702$ $R_2 = -0.3253$	e dobët
Minimumi i leukociteve-dozë e rezatimit	$R_1 = -0.5330$ $R_2 = 0.1737$	e mirë e dobët
Minimumi i leukociteve-letaliteti	$R_1 = -0.4861$ $R_2 = -0.4049$	e mirë
Minimumi i trombociteve-shkalla e hemoragjisë	$R_1 = -0.4649$ $R_2 = -0.3737$	e mirë e dobët
Minimumi i eritrociteve-letaliteti	$R_1 = -0.1372$ $R_2 = -0.2815$	e dobët

**S u m m a r y**

**A STATISTICAL STUDY OF THE RELATIONSHIP BETWEEN THE CHANGES IN THE ELEMENTS OF THE PERIPHERAL BLOOD AND THE CLINICAL MANIFESTATIONS IN THE ACUTE FORMS OF THE RADIATION**

A mathematical study was carried out on the connections and dependencies observed between, on the one hand, the changes of the elements of the peripheral blood and, on the other hand, the main clinical manifestations in the acute forms of the radiation disease in laboratory animals (dogs).

The study was conducted by determining the «coefficient of correlation» and the «line of regression» in cooperation with the center of mathematical computation.

The study showed that some of these relationships express quite clearly the mentioned dependencies and the practitioner can rely on them, but other relationships expressed them less accurately.

The practical value of the study consists in the fact that it is possible on the basis of some simple examinations of the blood to draw important conclusions concerning the disease, which can be particularly advantageous in conditions of war.

#### R é s u m é

### SUR LA CORRÉLATION ENTRE LES ÉLÉMENTS DU SANG PÉRIPHÉRIQUE ET LA CLINIQUE DE LA MALADIE AIGÜE DE LA RADIATION

L'auteur du présent article a effectué l'étude mathématique des liaisons et des corrélations existant, d'une part, entre les modifications des éléments du sang périphérique, et les principales manifestations cliniques dans les formes aiguës de la maladie de la radiation chez des animaux de laboratoire (chiens) de l'autre.

Cette étude a été menée sur la base du «coefficient de corrélation» et de la «ligne de régression», en coopération avec le centre des ordinateurs mathématiques.

Il ressort que certains liaisons expriment clairement les corrélations sumenfonnées et le praticien peut fort bien s'appuyer sur ces données, alors que d'autres liaisons ne les expriment que très faiblement.

La valeur pratique de cette étude consiste dans le fait qu'il est possible, sur la base de certains examens simples du sang de tirer des conclusions importantes relatives à cette maladie et d'un grand avantage dans les conditions d'une guerre.

## TRAJTIMI I FRAKTURAVE TË KËRCIRIT NGA ARMË ZIARRI NË EKSPERIMENT

— LUAN GREVA —

(Repartit i Traumatologjisë i IKMU)

Me gjithë arritjet, në tërësi të mira, në trajtimin e frakturave nga armë zjarri (AZ), në disa kategori dëmtimesh, kryesisht në frakturat e kërcirit, përfundimet nuk mund të quhen gjithnjë të kënaqshme. Sipas autorëve të ndryshëm (5, 7) 41,80%-46% e frakturave me armë zjarri të kërcirit ndërlikohen me osteomilite dhe mbi 250% përfundojnë në pseudoartrozë, ndërsa ato që sherohen kanë konsolidim mjaft të vonuar deri në 10-13 muaj.

Problemi i trajtimit të frakturave nga AZ bëhet sot edhe më i mprehtë për shkak të futjes gjithmonë e më tepër të armëve të reja, si pasojë e garës së shtrënuar të armatimeve të superfuqive imperialisto-revizioniste dhe vasalëve të tyre. Nga këtej del domosdoshmëria e perfeksionimit të vazhdueshëm të ndihmës kirurgjikale të specializuar në këto lloj dëmtimesh.

Duke pasur parasysh këta faktorë kemi kryer një sërë eksperimentesh në qen për të studjuar efektivitetin e përpunimit kirurgjikal të frakturave AZ të kërcirit dhe për të krahasuar rolin e osteosintezës jashtë vartrës së frakturës (të ashtuquajturës fiksator i jashtëm) ndaj osteosintezës metalike brenda vartrës së frakturës dhe palëvizshmërisë së thjeshtë. Studiimi është bazuar në këta tregues: ecuria klinike, radiologjike dhe histologjike.

Janë kryer 75 eksperimente në qen të moshave 1-4 vjeç me peshë 10-16 kg. të dy seksëve.

Eksperimentet janë ndarë në tre grupe, të përbërë secili nga dy seri: seria bazë dhe seria paralele (pasqyra nr. 1).

Pasqyra nr. 1

Grupi dhe lloji i trajtimit		S e r i a	Nr. i ekspert
I	Fraktura armë zjarri të trajtuara me fiksator të jashtëm	Seria bazë: Osteosinteza kryhet pas PPK të plagëve Seria paralele: Nuk bëhet PPK e plagëve	21 4
II	Fraktura armë zjarri të trajtuara me shirit metalik	Seria bazë: Osteosinteza kryhet pas PPK të plagëve Seria paralele: Nuk bëhet PPK e plagëve	21 4
III	Fraktura armë zjarri me trajtim konser-vativ	Seria bazë: Me PPK të plagëve Seria paralele: pa PPK të plagëve	21 4
Gjithsëj			75

*Grupi i parë:* Fraktura AZ të kërcirrit të fiksuar me osteosintezë jashtë vatrës së frakturës (fiksatorë të jashtëm).

Seria bazë e grupit të parë përbëhet nga 21 eksperimente, në të cilat fiksatori i jashtëm është vënë fill pas përpunimit primar kirurgjikal të plagëve (PPK). Në serinë paralele të këtij grupi (4 eksperimente) fiksatori i jashtëm është vënë pa bërë PPK.

*Grupi i dytë:* Fraktura AZ të kërcirrit të fiksuar me osteosintezë metalike brenda vatrës së frakturës (shifit metalik modular). Në serinë bazë (21 eksperimente), osteosinteza është bërë fill pas PPK, ndërsa në serinë paralele (4 eksperimente) pa kryer PPK.

*Grupi i tretë:* Fraktura AZ të kërcirrit, ku nuk është bërë asnjë osteosintezë, por vetëm palëvizshmëri pas PPK në serinë bazë (21 eksperimente) dhe palëvizshmëri pa kryer PPK në serinë paralele (4 eksperimente).

Për eksperimentin u zgjodh geni, sepse në këtë katshë afatet e konsolidimit janë më të afërta me ato të kockave të njeriut (2).

Plagosja është kryer me pushkë të kalibrit 5,6 mm. në largësi 5 m. në kërcirin e djathtë.

PPK është kryer brenda tre orëve nga plagosja me anestezi të përgjithshme (flupental natrium).

Në PPK është synuar sa më radikal nëpërmjet zgjerimit të vrimave të hyrjes e daljeve së plumbit, kontrollit të kanalit të plagës, ekskizimit të gjithë copëzave kockore të lira, trupave të huaj dhe indeve të pa jetë. Copëzat kockore të pashkëputura nga indet e buta nuk janë ekskizuar. Pas kësaj, sipas llojit të eksperimentit, është bërë ose jo osteosinteza. Plagët janë qepur sipas shtrësave.

Në të gjitha rastet, rreth kanalit të plagës është infiltruar penicilinë kristaline 200.000 UI dhe gjatë pesë ditëve të para është vazhduar trajtimin me antibiotikë (bipenicilinë 400.000 UI + Tetraciklinë 0,5 gr. çdo ditë në muskuj).

*Ecuria klinike:* Në studim janë marrë këta tregues: temperatura, shpeshësia e pulsit, të ushqyerit, afatet e mbështetjes mbi anësinë e plagosur dhe evolucioni i plagës. Të dhënat e marrura paraqiten në pasqyrën nr. 2.

Pasqyra nr. 2

Treguesit klinike	Grupi i parë		Grupi i dytë		Grupi i tretë	
	Seria bazë	Seria paralele	Seria bazë	Seria paralele	Seria bazë	Seria paralele
Vazhdimin e temperaturës mbi 39° (në ditë)	2	5	4	5	2	5
Pulsi i shpejtë (vazhdimi në ditë)	2	5	4	5	2	5
Rëzimin i racionit të plotë të ushqimit (në ditë)	1	2	3	3	1	2
Mbështetja në anësinë e plagosur (në cilën ditë)	7-8	9-10	7-8	9-10	10-12	12-15
Qelbëzime të plagëve (numri i rasteve)	1	4	3	4	1	4

Duke krahasuar të dhënat e pasqyrës nr. 2 venë re se treguesit e temperaturës, pulsit dhe të ushqyerit janë normalizuar më shpejt në eksperimentet ku është bërë PPK ndaj atyre ku PPK nuk është

bërë në të tre grupet. Gjithashtu vënë re se këta tregues, në raport me llojin e osteosinteze, janë normalizuar më shpejt në eksperimentet ku pas PPK është përdorur fiksatore i jashtëm se sa në eksperiment, ku është përdorur shtifti medular pas PPK.

Përsa i përket mbështetjes mbi anësinë e plagosur, ka gënë disi më i vonuar në kafshët tek të cilët nuk është bërë PPK dhe veçanërisht nga eksperimentet e grupit të tretë. Për këtë tregues, nuk është parë ndonjë ndryshim midis faktorit të jashtëm dhe shtiftit medular.

Treguesi më i rëndësishëm është evolucioni i plagëve. Në të gjithë eksperimentet e serive paralele, tek të cilët nuk është bërë PPK, plagët janë qelbëzuar. Ndër eksperimentet ku është bërë PPK, qelbëzimi më i shpeshtë dhe më i rëndë i plagëve është vënë re në serinë ku është përdorur shtifti metalik medular (3 raste — 14,30%), ndërsa në serinë ku është përdorur fiksatore i jashtëm dhe në atë ku është bërë vetëm palevizshmëria e frakturës janë qelbëzuar përkatësisht nga një rast (4,70%).

Për të parë ndryshimet në numrin e leukociteve, entrociteve dhe sedimentimin entrocitor janë kryer ekzaminime të gjakut periferik në këto afate: 3 dhe 24 orë pas plagosjes, ditën e tretë, të dhjetë dhe në fund të muajit. Janë marrë këto të dhëna:

**Leukocitet:** në të gjitha eksperimentet, leukocitet janë shtuar qysh në orët e para pas plagosjes dhe arriten kulmin pas 24 orëve. Në eksperimentet ku nuk është bërë PPK, leukocitoza ka gënë më e lartë dhe ka mbetur e tillë deri në një muaj. Në eksperimentet ku është bërë PPK, leukocitoza ka gënë më e lartë në serinë ku është përdorur shtifti medular dhe ka filluar të normalizohet pas ditës së pestë, në dallim nga eksperimentet ku është përdorur fiksatore i jashtëm apo i thjeshtë, palevizshmëri ku leukocitoza jo vetëm që nuk ka gënë aq e lartë, por është normalizuar edhe më shpejt (dita e tretë). **Eritrocitet:** në kafshët ku është bërë osteosinteza me shtift metalik medular është vënë re pakësim më i theksuar i numrit të eritrociteve (mbi një milion) në krahasim me gjithë eksperimentet e tjerë.

**Sedimentimi eritrocitar:** më i lartë ka gënë në kafshët, tek të cilët nuk është bërë PPK dhe në eksperimentet ku është përdorur shtifti metalik medular, pavarësisht nga kryerja e PPK.

**Ecuvia radiologjike:** — Shtaqja radiologjike e kallusit periostal, progresi dhe përfundimi i procesit të konsolidimit të frakturave është studjuar nëpërmjet radiografive të kryera gdo dy javë (nga java e dytë deri në javën e 36).

Në kafshët, tek të cilat nuk është bërë PPK, pavarësisht nga mënyra e fiksimit të fragmenteve edhe në javën e 18, kallusi periostal nuk është dukur, ndërsa në javën e 24, kuadri i pseudoartrozës ka gënë i gatë. Në të gjitha këto kafshë, vatra e frakturës është ndërllokuar me osteomielit të shprehur dhe sekuestrim të copëzave të lira kockore.

Në kafshët, tek të cilat është bërë PPK, procesi i konsolidimit ka gënë i ndryshëm sipas mënyrës së fiksimit të fragmenteve.

Në eksperiment ku PPK është pasuar me fiksatore të jashtëm, she-njat e para të kallusit periostal janë vënë re në javën e katërtë, në ato ku është përdorur osteosinteza me shtift metalik medular në javën

e dytë dhe në katshët, tek të cilat nuk është bërë asnjë lloj osteosinteze në javën e gjashtë.

Kallusi arrin të përshijë gjithë zonën e frakturës në javën e 12 për eksperimentet me fiksatör të jashtëm, në javën e 8 për eksperimentet ku është përdorur shifiti metalik medular dhe në javën e 22-24 për eksperimentet ku nuk është bërë osteosinteze. Konsolidimi ka përfunduar përkatësisht në javën e 18 (fiksatori i jashtëm), 12 (shifiti metalik medular) dhe 36 kur nuk është bërë osteosinteze.

Në një eksperiment të serisë me PPK e fiksatör të jashtëm, ku fragmentet nuk kishin kontakt të mirë, procesi i konsolidimit u ndërpre dhe përfundoi në pseudoartrozë. Në pseudoartrozë përfunduan edhe pesë eksperimente të serisë me PPK pa osteosinteze, ku gjithashtu fragmentet nuk kishin kontakt të mirë. Në eksperimentet me PPK e osteosinteze, shifiti metalik medular nuk pati asnjë ndërprerje të procesit të konsolidimit qoftë edhe në rastet (tre raste), ku infeksioni osteomielitik ishte mjaft i shprehur.

*Ecuria histologjike.* — Është studjuar nëpërmjet sakrifikimit të katshëve pas ekzaminimit radiologjik, sipas afateve që paraqiten në pasqyrën nr. 3. Qëllimi i këtij studimi ka qënë ballafaqimi dhe saktësimi histologjik i të dhënave radiologjike.

Pasqyra nr. 3

Numri i katshëve të sakrifikuara sipas afateve

Lloji i serive	Numri i katshëve të sakrifikuara sipas afateve									
	2 javë	4 javë	6 javë	8 javë	12 javë	18 javë	24 javë	36 javë	Shuma	
Seritë bazë	6	9	6	9	6	9	9	9	63	
Seritë paralele	—	—	3	—	3	3	3	—	12	
Gjithsej										75

Të dhënat e ekzaminimeve histologjike përpunohen plotësisht me ato radiologjike. Keshu shenjat e para të kallusit periostal dhe përfundimi i konsolidimit në frakturat ku PPK është pasuar me osteosinteze, shifiti metalik medular ka qënë përkatësisht 2 dhe 6 javë më parë se në frakturat ku PPK është pasuar me fiksatör të jashtëm dhe 4 e 24 javë më parë se në frakturat ku PPK nuk është pasuar me osteosinteze. Në të gjitha katshët, tek të cilat nuk është bërë PPK si dhe në ato eksperimente me PPK, ku radiologjisht është vënë re mosformim i kallusit periostal apo ndërprerje e konsolidimit me pseudoartrozë, ekzaminimi histologjik ka vërtetuar të njëjtin fakt, në të njëjtat afate.

## DISKUTIM

Eksperimentet e kryera vërtetojnë se pavarësisht nga përdorimi i antibiotikëve në katshët, tek të cilat nuk është bërë PPK, plagët janë infektuar dhe frakturat kanë përfunduar me pseudoartrozë. Është e vërtetë se antibiotikët pengojnë përhapjen e infeksionit, por nuk mund të sterilizojnë indet e nekrotizuara dhe të infektuara që mbeten në plagë (1, 4, 7). Ato nuk mund të pengojnë dekompozimin

septik të hematomes së kontaminuar, as edhe të neutralizojnë enzimata e nekrozave. Këtyre të këqijave mund t'u delet përpara me anë të përpunimit primar kirurgjikal të kujdesshëm dhe sa më rrënjësor e të kryer sa më herët (4, 6, 8).

Nepërmjet PPK kryhet jo vetëm pakësimi i mundësisë së infeksionit, por edhe reponimi i fragmenteve, duke krijuar kushte të përshatshëm për konsolidim.

Rreziku i infeksionit është pikërisht arsyeja e kundërshtarëve të shumtë të osteosintezezës në vatrën e frakturave të hapura apo AZ (3, 4, 7, 8). Edhe eksperimentet tona vërtetojnë të njëjtën gjë. Vërtetshifti metalik modular ka siguruar fiksion më të mirë të fragmenteve dhe konsolidim në të gjitha rastet ku është bërë PPK, por në tre prej tyre është zhvilluar infleksion i rëndë i plagës dhe osteomielit i përhapur. Osteosinteza jashtë vatrës së frakturës me fiksator të jashtëm nuk favorizoi përhapjen e infeksionit, i cili, në serinë tonë (PPK e fiksatorit i jashtëm), u zhvillua vetëm një herë dhe i lehtë, ndonëse në një rast përfundoi me pseudoartrozë ngaqë fragmentet nuk kishin kontakt të mirë.

Ashtu siç kanë vënë re edhe autorët të tjerë (1, 5, 8), fiksatori i jashtëm pas PPK mënjanon shumë anë negative të osteosintezezës brenda vatrës së frakturës. Përveç pakësimit të mundësisë së infektimit të plagës dhe kockës, fiksatori i jashtëm nuk e ngarkon vatrën e frakturës me trupat e huaj metalike të osteosintezezës, gofshin këto shuffi, vidat apo pllakat metalike dhe mënjonohen manipulacionet me traumën përkatëse për vendosjen e tyre. Bëhtë pikërisht trauma dhe prania e metaleve, në vatrën e frakturës, përhapëse dhe mbajtëse gjallë e procesit gelbëzues. Fiksatori i jashtëm është një aparat i thjeshtë, që vendoset lehtë dhe që nuk pengon evakuimin e të aksidentuarëve. Kjo krijon mundësi për korrigjime dytësore të gjatësisë dhe boshitit të anësisë si dhe lehtëson së tepërmi shërbimin e plagëve. Këto përparësi të fiksatorit të jashtëm bëhen edhe më të dukshme vegënrisht ndaj trajtimit të frakturave AZ me palevizimnieri të jashtëm pa osteosinteze, rezultatet e të cilave, siç doli edhe nga eksperimentet tona, janë shumë më të ulta.

## PERFUNDIME

1) Përpunimi primar kirurgjikal mbetet masa kryesore profilaktike ndaj ndërlikimeve gelbëzues të frakturave nga armë zjarri.

2) Në krahasin me mënyrat e tjera të osteosintezezës dhe palevizimnierisë së frakturave nga armë zjarri, fiksatori i jashtëm ka përparësi të dukshëm.

Dorëzuar në Redaksji më 25 shkurt 1979

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Boga P. e bp.: Probleme të trajtimit kirurgjikal të osteomielitëve. Punime kirurgjikale 1976, 1, 85.
- 2) Çko Sh.: Rigjenerimi i indit kooror nën influencën e DOKA (eksperimente në lepuj. Butëthi i UT — seria shkencat mjekësore 1963, 3-4, 54.
- 3) Judet R. e bp.: Chirurgie orthopédique et traumatologique. Paris 1964, 72.
- 4) Krupko A.I. e bp.: Okritie pereilomi (ognestrannie i neognestranie) kostiej stopa i ih legenie. Ort. Trabm. Protez. 1976, 12, 8.

- 5) Lameca A., Giabelli G.: Indicazioni al uso dei fissatori esterni. Min. Ortop. 1972, 10, 287.
- 6) Rowenko T. A.: Osteosintez u perellonov dinnih trupoganih kostei. Ort. Trauma Prot. 1976, 12, 1.
- 7) Smith H.: Compound fractures. Campbell's operative orthopaedics 1963, 385.
- 8) Koxa P., Greva L.: Aplikimi i osteosintezes primare ne frakturat e hapura. Buletini i Mjekësisë ushtarake 1972, 1, 30.

#### S u m m a r y

### TREATMENT OF FIREARM FRACTURES OF THE SHANKS

(An experimental study)

This experimental work was carried out on 75 animals (dogs aged between 1 and 4 years), divided into three groups, with the purpose of studying the effect of primary surgical treatment of firearm wounds and of the external fixation of the bone fragments. The study was based on the clinical, radiologic and histological findings.

The study shows in particular the effectiveness and superiority of the treatment of firearm fractures by external fixation of the main bone fragments. In comparison with the other methods of fixation of the fragments of fractures caused by firearms, be they surgical or conservative, external fixation reduces the number of serious complications such as osteomyelitis or pseudarthrosis. On the other hand, external fixation allows a better inspection of the wound, it prevents the formation of sequestra or the penetration of foreign bodies in the site of the fracture. When full fixation of the bone fragments is obtained by external fixation, the consolidation of the fracture takes place earlier and the results are more satisfactory.

#### Résumé

### TRAITEMENT DES FRACTURES DU TIBIA PROVOQUÉES PAR DES ARMES À FEU

(Étude expérimentale)

Cette étude expérimentale a été conduite avec 75 animaux (des chiens âgés de 1 à 4 ans), répartis en trois groupes, en vue d'étudier l'efficacité du traitement chirurgical primaire des blessures provoquées par des armes à feu et du fixation extérieur des fragments d'os. Ces recherches se sont fondées sur des données cliniques, radiologiques et histologiques.

Cette étude a montré en particulier l'efficacité et la supériorité du traitement des fractures provoquées par des armes à feu à travers le fixation extérieur des principaux fragments d'os. En comparaison avec les autres méthodes de fixation des fragments d'os relevant des fractures provoquées par des armes à feu, que ce soit des méthodes chirurgicales ou de conservation, le fixation extérieur réduit considérablement les complications comme l'ostéomyélite ou la pseudoarthrose. Par ailleurs, le fixation extérieur permet un contrôle meilleur de la blessure et évite le séquestre ou la pénétration de corps étrangers dans le foyer de la blessure. Quand le fixation des fragments d'os est réalisé par la méthode du fixation extérieur, la consolidation de la fracture a lieu dans des délais plus courts et les résultats obtenus sont meilleurs.



# KUMTESA

## DISA VËREJTJE DHE KONSIDERATA PËR NDERHYRJET KIRURGJIKALE QË KORRIGJOJNË UTERUSET E KEQFORMUAR

— Prof. KƏÇO GLIOZHINI —

(Klinika e Obstetrikë-Ginekologjisë — Tiranë)

Disa ndërhyrje kirurgjikale të metropplastikës, të kryera në klinikën obstetrikale-ginekologjike, si dhe kontrolli i tyre i vazhdueshëm për një kohë të gjatë, na ka lejuar të vemë re se është arritur jo vetëm vendosja e shtatzënisë, por edhe shpënia e saj deri në fund, me femijë të gjallë e të jetueshëm (1, 2).

Një numër uteruesh të keqformuar, të grupit të uteruseve të ndarë në dy pjesë, në mënyrë të rregullt, në rastin e një shtatzënie, shkaktojnë ndërprerje të parakohëshme të saj; ndërsa në trallë, këto mund të jenë në origjinën e një shterpësie fillestare (3).

Në 100 keqformime madhore të uterutit, 20 janë të pakorrigjueshme dhe të papajueshme me shtatzëninë. Këtu hyjnë varietetet e ndryshme të agjenezisë mulieriane bilaterale të plota ose të pjesshme; 15 janë uteruset njëbrinjore, në të cilët fare mirë mund të zhvillohet një shtatzëni dhe të shpihet deri në fund; 65 janë uteruset e ndarë në dy pjesë, kaviteti i të cilëve mund të kthehet me ndërhyrje kirurgjikale në një kavitet të vetëm me formë dhe me përmasa pothuajse normale. Midis këtyre, 25 janë dybrinjorë, me dy brirë të parvarur, anormali kjo, që dallohet edhe nëpërmjet ekzaminimit të jashtëm të organit; 40 janë të ndarë nga brenda, në dy pjesë, ndërsa jashtë, uterusi duket normal. Dyfishimi i këtyre uteruseve zbulohet vetëm me anën e histerosalpingografisë (4, 8).

Histeroplastika këshillohet vetëm në ato gra që kanë uteruse dybrinjore ose të ndarë në dysh nga brenda, të cilat:

— ose kanë bërë të paktën dy dëshime si pasojë të keqformimit, (pasi janë mënjeluar të gjitha shkaqet e tjera).

— ose paraqisin një shterpësi të zgjatur, e cila nuk është me origjinë vezoriale, tubare, cervikale apo vaginale, por i atribuohet keqformimit të uterutit (5).

Nga teknikat kirurgjikale të shumta, që përdoren sot, dy kanë gjetur përdorim më të madh.

1) Ajo më e vjetra e Strassmanit, që përdoret më shumë për korrigjimin kirurgjikal të uteruseve të ndarë në dysh nga brenda. Kjo teknikë konsiston në incizimin transversal të fundusit të uterutit, në prerjen nga lart-poshtë të septumit sagjital, që ndan dy gjysmëkavitetet dhe në cepjen e hapjes fundore të uterutit në mënyrë të kundërtë me hapjen fillestare dhe që ka për qëllim të reduktojë gjërësinë e uterutit dhe të shtojë gjatësinë e tij.

2) Ajo më e reja, e aplikuar nga Te Linde-Bret dhe Palmeri. Këtu incizionit fillestar në vend që të jetë transversal është sagittal dhe shtrihet nga niveli i istmit nga përpara deri në të njëjtin nivel nga prapa, në mënyrë të tillë që trupi i uterusit të hapet në dy pjesë. Në këtë mënyrë arrihet të hiqet i gjithë septumi deri atëherë vrimës së brendshme të qafës. Në fillim ky pritet nga njëra anë, pastaj nga ana tjetër, nga njëra nivel më i ulët deri në afërsi me ostiumin uterin të tubit. Pas kësaj qepen të dy pjesët e trupit të uterusit të prerë sipas drejtimt sagittal të incizionit fillestar (6, 7).

Nga ana teknike që të dy metodat janë të mira. Rezultatet funksionale janë ekuivalente në të dy teknikat, ndërsa rindërtimi anatomik i një uterusit normal është më korrekt sipas teknikes së dytë.

#### Teknika operatorore e përdorur në klinikën tonë

Ne iu jemi përmbytur të dy teknika dhe, si njëra ashtu dhe tjetra, na kanë dhënë rezultate të mira.

Para ndërhyrjes kemi bërë këto ekzaminime:

1) H.S.G. me anën e së cilës kemi vlerësuar strukturën e kavitetit uterin si dhe celloskopinë për të studjuar konformimin e jashtëm të uterusit.

2) Dokumentimin mbi keqformimet e tjera të përbashkëta sidomos ato të rrugëve urinare, me qëllim që të lokalizohet vendi dhe numri i veshtkave (mungesë unilaterale, ektopi pelvike ose iliake e veshtës unike).

3) Cistoskopinë për të konfirmuar gëniën e një vrime të vetme ureterale.

Rëndësi të madhe ka heqja e plotë e septumit brenda në uterus si dhe drenimi i kavitetit të uterusit për të mënjeluar ngjyjen e mureve të tij në përputhje me vendin e septumit të hequr. Për këtë kemi përdorur tuba prej gome, të cilat i kemi mbajtur për 5-6 ditë pas operacionit. Përveç kësaj, kemi përdorur një profilaksi rigorozë me antibiōtikë dhe kimioterapeutikë për të mënjeluar mundësinë e ndërlikimeve infektive lokale, sidomos endometritet pas operacionit (9, 10).

#### PARAQITJA E RASTEVE TONA

I. — E sëmura I. L., vjeç 23, me nr. kartele 810, viti 1974. Menstruacionet e para iu shfaqën në moshën 13 vjeç dhe qysh atëherë i ka pasur gjithmonë të rregullta, e martuar në moshën 20 vjeç. Shtatzënia e parë iu ndërpre pas një amenoreje prej 12 javësh. Gjatë gërryerjes së uterusit në këtë dëshim, në kavitein uterin iu zbulua pranja e një septumi sagittal median.

Katër muaj më vonë, e sëmura u shtrua prapë për rrezik dëshitimi 11 javësh. Ekzaminimi gjinekologjik, në pranim, vuri në dukje një asimetri lobare të dyfishtë të trupit të uterusit. Përsëri gruaja dështoi dhe përsëri gërryerja e uterusit vuri në dukje septumin median.

Pas disa muaj, të sëmurës iu bë H.S.G.-ja, që vuri në dukje: uterus dybrinjor me një qafë të vetme, me kavitet mjaft të gjërë dhe me kalueshmëri të mirë të tubave. Këto të fundit paraqiteshin me një zhvillim më të dobët (fig. 1).

Këqformimi i uterusit ju korrëgjua duke i bërë një metroplastikë sipas teknikës së Te Lindes. Në inspektimin laparatomik gjatë ndërhyrjes, u vu në dukje një uterus tipik dybrinjor me një qatë. Periudha pas operacionit ka qënë pa temperaturë dhe e sëmurura doli nga spitali ditën e 15-të.



Fig. 1

Kontrulli histerosalpingografik (H.S.G.) i kryer pas 6 muajve vuri në dukje kavitet uterin unik ka-pactet të rregulltë me një formë harku të lehtë në fund të uterusit (fig. 2).



Fig. 2

Gjashtë muaj më vonë, e sëmurura filloi një shtatzëni tjetër, e cila u zhvillua normalisht. Gjatë kësaj kohe, e sëmurura u shtrua disa herë në maternitet, ku u mjekua me vitamina E, Acid folik, Askorutinë dhe me hormone si progesteron 3 x 100 mg në ditë + etinilestradiol 2 x 0,01 mg në ditë, 2 x 500 mg në javë progesteron depo. Doza të tilla këshillohet të mos jepen për shumë kohë pas javës së 38 të shtatzënisë, sepse në periudhën pas lindjes fillojnë metroragjira të vazhdueshme, jo të shumta dhe të bezdishme për të sëmurën.

Shtatzënia shkoi deri në fund të saj. Fetusi kish qëndrim gjatësor dhe paraqiejt me pelvis. Lindja u përfundua me operacion cezarian të planifikuar. Gjatë ndërhyrjes kirurgjikale u vu re se uterusit të shtatzëni kish një formë globale ovoidale, cikatrice e operacionit të metroplastikës paraqiejt e rregulltë, e fortë, po ashtu kaviteti i uterusit ishte i rregulltë dhe i njëtrajshëm, i lënuar, nuk paraqiste mbeturina të dukshme të septumit paraekzistues. E sëmurura lindi një fëmijë të gjallë të pjekur, plotësisht të rregulltë, me peshë 3.350 gr. Periudha pas operacionit ka qënë e rregulltë.

Këni pasur 10 raste të tilla dhe të gjithë kanë përfunduar me sukses, shtatzëni e kanë shpënë deri në fund dhe kanë lindur me operacion cezarian fëmijë të pjekur dhe të gjallë.

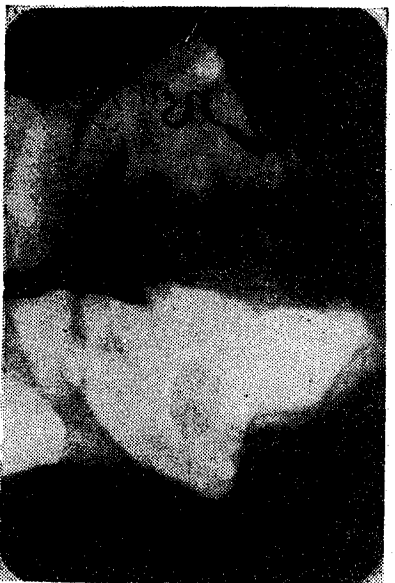


Fig. 3

II. — E sëmurura S. M., vjeç 27, me nr. karteve 619 viti 1973. Menstruacionet e para i ka pasur në moshën 14 vjeç. Është martuar në moshën 22 vjeç. Ka bërë tre dëshitime (3 muaj, 5 muaj, 4 muaj). Gjatë dëshimit, as ekzamini gjinekologjik as dhe ai instrumental nuk vunë në dukje deformime të trupit të uterust.

Më vonë iu praktikua H.S.G. e cila zbuloi uterus dybrinjor pak a shumë simetrik me kavite të pazhvi-lhuara mirë, me një qafë të vetme dhe me mungesë kalueshmërie të tubit të majtë në regionin istmik të tij (fig. 3).

E sëmurura iu nënshtrua ndërhyrjes së metropplastikës sipas Palmerit të plotësuar me salpingolizë nga aderencat e flashkëta, të tubit të djathtë, të shkaktuar.

Tubi i anës tjetër, që radiologjikisht dukej i pakalueshëm, në tërësinë e tij, paraqitej normal dhe i kalueshëm.

Periudha pas operacionit ka qënë normale dhe e sëmurura doli nga spitali ditën e 15-të.

H.S.G. e kryer pas gjashtë muajsh tregoi se rezultati plastik ish mjaft i kënaqshëm, për shkak se të dy kavitetet uterine, që më përpara dalloheshin në mënyrë të qartë, tashmë ishin të bashkuara në një të vetme. Megjithatë, ky rezultat plastik nuk ishte plotësisht i përsosur, sepse fundi i uterustit paraqiste ende një thellim të vogël (fig. 4). Një vit pas operacionit, e sëmurura mbeti shtatzënë dhe u shtrua përsëri në maternitet; këtë radhë, për dëshim të vonuar në aktivitet, në muajin e gjashtë.

Në ekzaminimin obstetrikal të shtirimit u vu re se uterusi kish formën e globit evoidal dhe sipërfaqe të rregulltë, por u diagnostikua një «inkontinencë cerviko-segmentare», prania e hapjes së qafës së uterustit rreth 3 cm, hermi e dukshme të xhepit të ujrave, por pa tkurr-

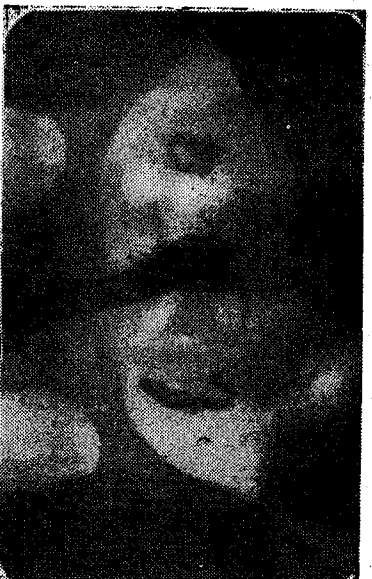


Fig. 4

je të uterusit. Aktiviteti i lindjes filloi pas 6 orëve të shtrimit në maternitet. Fëmija lindi i vdekur me peshë 540 gr.

Pas gjashtë muajsh, e sëmura u shtrua prapë në maternitet me një metroragji atipike dhe iu bë një gërryerje diagnostike e uterusit. Gjatë kësaj ndërhyrjeje u vu re edhe njëherë ekzistenca e një kaviteti uterin të vetëm të rregullt dhe të mjaftueshëm. Gjithashtu u vu re edhe zgjerimi (beanca) i gafës së uterusit. Reperti histologjik i endometrit përjashtoi natyrën abortive të metroragjisë.

III. — E sëmura S. B., vjeç 27, me nr. kartele 613 viti 1973. Menstruacionet e para i ka pasur në moshën 14 vjeç, të rregullta. Eshhtë martuar në moshën 23 vjeç. Në pesë vjetët e para të martesës nuk pati asnjë shtazëni.

Ekzaminimi gjinekologjik i kryer nga ne për të ditur shkakun e shterpësisë primare vuri në dukje një uterus dybrinjor ose në formë harku të thelluar. Të dhënat e H.S.G. vunë në dukje gjithashtu një uterus dybrinjor me një gafë dhe me kavite të vogla dhe asimetrike. Kalueshmëri tubare bilaterale, me figurën filiforme të kontrastit të tipit hipoevolutiv (fig. 5).

Për arsye të shterpësisë, më vonë, e sëmurës iu nënshtrua operacioni për korrigjimin e këtij keqformimi të uterusit.

Metroplastika iu bë sipas metodës së Te Lindes. Kontrolli histosalpingografik, i kryer pas pesë muajsh, vuri në dukje një kavitet uterin të vetëm, me një thellim të vogël në fundin e tij. Kalueshmëri të plotë të tubave, me figurë filiforme (fig. 6).

Kanë kaluar dy vjet dhe e sëmura nuk ka ngelur shtazënë.

#### DISA KONSIDERATA PËRFUNDIMTARE

Të gjitha rastet e keqformimeve të uterusit të kontrolluara nga ne, me anën e H.S.G.-së, përveç formës dybrinjore të ute-



Fig. 5



Fig. 6

rusit, kanë paraqitur tuba me hipoevolucion, dmth: të gjata, të holla, me peristaltikë të dobët dhe, në një rast, një tub dukej i pakalueshëm gjatë gjithë ecursë së tij, që linde dyshim për një ngushtim në nivelin intramural (fig. 3). Për habitë tonë, kontrolli H.S.G. i këti rasti, pas operacionit të metroplastikës, vuri në dukje një kalueshmëri tubarike të plotë bilaterale (fig. 4).

Duke ekzaminuar me kujdes figurat e H.S.G.-ve të të sëmurave tona me uteruse dybrinjore, në pjesën ismlike të tubit vihet re një përkujle nga poshtë, që, në raste normale, vihet re shumë rrallë.

Në figurat pas korigjimit të keqformimeve të uteruseve dybrinjore, një përkujle e tillë nuk vihet re.

Nga kjo nxjerrim hipotezën se ngushtica e tubit, e vënë re radiologjikisht në rasin e dytë të uteruseve dybrinjore, mund t'i kushtohet me shumë qëndrimin të vegantë të vetë tubit (pëngesë nga një përkujle ismlike më e theksuar se normalisht) sesa crregullimeve spastike të tij.

Një përkujle e tillë këndore e tubit normalizohet pas korigjimit morfologjik të uterustit.

Prandaj të dhënat radiologjike të një pakalueshmërie të dyanëshme të tubave në keqformimet e dyfishta të uterustit nuk duhet ta largojnë kirurgun gjinekolog nga ndërhyrja për korigjimin metropastik, sigurisht kur plotëson kushtet e tjera indikative, sepse pakalueshmëria e tubave gjën shërimin e saj në vetë rindërtimin e uterustit të dyfishtë në një kavitet të vetëm.

Për të nxjerrë përfundimet praktike, le të ndjekim rezultatet e operacionit në tri të sëmurat e lartpërmëndura.

1) Rasti i parë, operacion pas një serie të gjatë dëshimesh të hershme, në të cilin të dhënat e H.S.G. treguan një keqformim të uterustit për mungesë shkurtrje të dukutseve të Myllerit. Metroplastika këtu ka pasur rezultat të mirë; një shtatzëni normale, një vit pas operacionit, që përfundoi me fëmijë të gjallë.

2) Rasti i dytë, përsëri operacion pas një serie dëshimesh të hershme, por në të cilën H.S.G. vuri në dukje një shkallë më të theksuar hipoevolucionit dhe hipoplazie strukturale të dy gjysëm uteruseve, ndihmuara vetëm pjesërisht nga korigjimi morfologjik dhe shtatzënia përfundoi në lindje para kohe në muajin e gjashtë me bazë patogjenetike të një inkontinence cerviko-segmentare, të shkaktuar nga hipoplazia e komponentit muskular.

Duhet thënë se në kohën kur observuam kë të sëmurë, beancat e gafes na dukeshin sikur ishin krejtësisht mbeturina traumatike të shkaktuara vetëm nga grisjet ose hapjet e sforcuara të gafës. Kjo për arsye se nuk kishim parë ende beancat anatomike primitive, megjithëse është e kuptueshme se hipoplazia, që prek disa uteruse dhe sidomos disa uteruse të keqformuar, prek gjithashtu kryesisht edhe fjetit muskulare që mbyllin gafën në mënyrën e sfinkterit.

Ky rast na mëson që të shkojmë në mënyrë sistematike gafën në të gjitha rastet ku H.S.G. zbulon një keqformim të trupit të uterustit. Kemi vënë re se ekzistenca e përbashkët e uterustit të dyfishtë dhe ajo e zgjerimit të gafës janë shumë të shpeshta.

3) Rasti i tretë i karakterizuar në H.S.G. nga një hipoevolucion i përgjithshëm i dukshëm, sidomos për uterusin e vogël të keqformuar dhe, kryesisht për pabarazinë e theksuar të dy brinjëve të uterustit,

nuk pati rezultat nga mjekimi kirurgjikal. Edhe pas dy vjet nuk pati shtatzëni.

Cila mund të jetë shpeshësia e shtatzënieve pas histeroplastikës (koregjimit të uterust të keqformuar)?

INË mënyrë të përgjithshme, histeroplastikat shpesh shoqërohen me shtatzëni, por në mënyrë jo të barabartë në raport me ekzistencën ose jo të një shterpësie të mëparshme.

Në të vërtetë më shpesh bëhet fjalë për gra, tek të cilat nuk shtrohet problemi i fekondimit, por përkundrazi ai i vështirësisë, i pamundësisë për ta shpënë shtatzëninë deri në përfundimin e saj. Këto gra, pothuajse gjithmonë, mund të ngelen shtatzënë 12 muaj pas ndërhyrjes kirurgjikale; përkundrazi gratë e tjera, në të cilat korigjimi i uterust të keqformuar është bërë në një shterpësi, reagojnë në mënyrë të ndryshme dhe, ngandongjehere, të papritur. Një pjesë, ndoshta më të shumtat, kur indikacioni është shtruar në mënyrë të drejtë, mbeten shtatzënë përkrashësisht shpejt, duke vërtetuar, në këtë mënyrë, se shkaktar i shterpësisë ka qenë keqformimi i uterust.

Një pjesë tjetër e grave qëndrojnë shterpa edhe pas histeroplastikës. Kjo flet se keqformimi nuk është gjithmonë shkaktari i vetëm i shterpësisë. Pra, nuk duhet të mënjanohen edhe shkaqet e tjera, shkaqet biologjike, të cilat ngandongjehere mund të jenë edhe kryesoret.

Së fundi, për të konkluduar lidhur me prognozën, përsa u përket rezultateve të arritura me anën e operacionit të metraplastikës, lidhur me kapacitetin riproduktiv të grave që paraqitin uteruse dybri-njor, mund të themi si përfundim se kjo është e lidhur me kushtet konkordante të zhvillimit dhe të maturimit të të dy segmenteve që do të formojnë dhomën e destinuar për shtatzëninë e ardhshme.

Dorëzuar në Redaksi më 20 janar 1979

## BIBLIOGRAFIA

- 1) **Ghozheni K.:** Teksti i Gjinekologjisë. Kapitulli: «Keqformimet e aparatit gjental të femrës». Tiranë 1975, vol. I, 302.
- 2) **Ghozheni K.:** Teksti i Gjinekologjisë. Kapitulli «Mbi keqformimet e uterust». Tiranë 1975, vol. I, 308.
- 3) **Ghozheni K.:** Teksti i Gjinekologjisë. Kapitulli «Mbi mënyrat e ndryshme të trajtimit kirurgjikal». Tiranë 1975, vol. I, 320.
- 4) **Kesse J.:** Les uterus à éperons. Bulletin de la société Belge de Gynécologie et d'obstétrique, 1962, 1, 1.
- 5) **Muller P.:** La grossesse et l'accouchement dans les uterus malformés. Maternité 1968, 4-5, 125.
- 6) **Muller P.:** Problèmes embryologiques, cliniques et thérapeutiques. Bulletin de la société Belge de Gynécologie et d'obstétrique, 1961, nr. 1, 1.
- 7) **Musset R., Belasch J.:** Hypoplasie et malformations de l'appareil génital interne de la femme. Société Française de Gynéologie, Strasbourg 1964, 257.
- 8) **Novak E., Jones H., Jones G.:** Textbook of Gynecology. Baltimore 1965, 126. Kapitulli: «Congenital anomalies of the female generative organs».
- 9) **Palmer R., Meylan J.** Les hypoplasies uterines corporeales. Monografi. Paris 1970.
- 10) **Telinde — Richardi:** Operative Gynecology. Philadelphia — Montreal 1962, 356. Kapitulli «Surgery of the double uterus».

## Summary

**OBSERVATIONS AND CONSIDERATIONS ON THE  
HYSTEROPLASTIC SURGICAL INTERVENTIONS  
IN MALFORMATIONS OF THE UTERUS**

Three cases are presented of bi-horned malformations of the uterus selected deliberately to represent different anatomic and functional conditions of development and maturity of the organs of reproduction. It is pointed out that the results of the surgical correction of the morphological anomalies, as regards future fertility, depend largely on the degree of development and maturity of the two parts of the uterus that are joined together by the operation. Two types of correcting interventions are described: isthmography and «cerclage» of the collum.

## Résumé

**OBSERVATIONS ET CONSIDERATIONS SUR LES INTERVENTIONS  
CHIRURGICALES QUI CORRIGENT LES MALFORMATIONS  
DE L'UTERUS**

Dans cet article il est question de trois cas de malformations bicornes de l'utérus, que l'auteur a choisi de manière à ce que chacun d'eux représente un état différent anatomo-fonctionnel de l'évolution et de la maturité des organes de l'appareil génitale. La correction chirurgicale de l'anomalie morphologique, en ce qui concerne la fertilité, est largement en fonction du degré de développement et de la maturité des deux segments de l'utérus, qui sont réunis pendant l'opération. L'auteur décrit deux types de correction chirurgicale: l'isthographie ou avec le «cerclage» du collum.



## BINGJALLJA ZEMER MUSHKËRI NË DY RASTE ME INFARKT AKUT TË MIOKARDIT

— ANESTI KONILI, ELISABETA KUKA, MARTINA HËBA —

(Klinika e parë e Sëmundjeve të Brendshme, Spitali klinik nr. 1 — Tiranë)

Në ringjalljen e zemrës, teknikat e përdorura kanë qënë të njëjta hura nga fiziologët qysh prej shumë dekadash, por vetëm në vitin 1960 ringjallja e zemrës hyri në praktikën mjekësore të përditshme (7). Në këtë vit disa autorë përkthyeran një teknikë të kodifikuar mirë dhe efikase të masazhit të jashtëm të zemrës me kraharor të mbyllur (3). Më 1962 u përkthrya masazhi i zemrës të kryer në pesë raste (1).

Fibrilacioni ventrikular është përgjegjës për shumicën e vdekjeve të menjëhershme tek koronarietët, sidomos në fazën akute të infarktit të miokardit (7, 11, 12). Ai vërehet kryesisht gjatë orëve të para, por nuk është i rrallë deri ditën e 15-të dhe madje më vonë në periudhën e konvaleshencës (9, 11). Fibrilacioni ventrikular karakterizohet nga tkurrje anankike të fibrave muskulare të ventrikulive, që shpie shumë shpejt në ndalimin e qarkullimit të gjakut (3, 9). Menjëherë pas fillimit të fibrilacionit ventrikular, i sëmurit humbet vetëdijën, pulsi periferik nuk mund të palpohet, as T A nuk matet, tonet e zemrës nuk dëgjohen, pupilat zgjerohen dhe ai shpesh paraqet konvulsione si pasojë e anoksisë së trurit. Cianoza zhvillohet shpejt dhe kjo tregon ndalimin e plotë të qarkullimit të gjakut. (6). Në E K G vërehen luhajtje me shpehtësi 300-400/min. Në fillim ato janë të rregullta me ndryshueshmëri të amplitudës, më vonë, kur zemra bëhet anoksike, luhajtjet bëhen më të vogla dhe të parregullta (3). Si pasojë e fibrilacionit ventrikular, në nivelin qelizor do të ndodhë një grumbullim i produkteve acide dhe, kur gjendja qelizor do të ndodhë një përmirësim të paktyeshme të ne-krozës qelizore. Ndjaj anoksisë, zemra është përkrahësisht rezistente, kurse truri nuk mund të durojë më shumë se disa minuta dhe pikërisht ai kushëzohet prognozën (9).

Shpesh kjo artimi letale (vdekjeprurëse) paraprihet nga shenjat e hiperoksitabilitetit miokardik në formën e ekstrastistolave ventrikulare, sidomos ato që bien në periudhën «vulnerabile», që përkon afërsisht me kulmin e dhëmbit T në E K G (6, 11).

Gjithashtu, fibrilacioni ventrikular mund të jetë pasojë e degradimit të takikardisë ventrikulare (11).

Në disa raste, dëmtimet anatomike janë të mëdha, me nekroza masive ose garje të zemrës, por nganjëherë dëmtimet janë shumë të kufizuara dhe atëhere flitet për «vdekje të pamerituar», dmth që po të zotërohet fibrilacioni ventrikular, atëhere të sëmurët mund të jetojnë për shumë vjet. Pra nuk ka paralelizëm anatomo-klinik. Në autopsi nuk

mund të kuptohet në se dëmtimet e zbuluara ishin të pajtueshme me jetën apo jo. Në të vërtetë është e padiskutueshme që rekuperimet janë të mundshme, madje edhe në rast të dëmtimeve anatomike shumë të gjëra (9).

Mjekimi i vetëm i fibrilacionit ventrikular është goditja elektrike, që duhet të bëhet sa më shpejt të jetë e mundur. Në se brenda 3-4 minutash nuk do të bëhet mjekimi aktiv, atëherë në tru dhe në organe të tjera do të ndodhin ndryshime të pakthyeshme (8, 12). Në pritie të defibrillimit duhet bërë masazhi i jashtëm i zemrës, frymë-maria artificiale dhe alkalinizimi (3, 11). Parimi i defibrillimit elektrik është, që në të njëjtën kohë, në secilin nga fibrat e zemrës, të zbatohet një ngacimim me aftësi vepruese. Në këtë mënyrë arrihet një resinkronizim artificial i fibrave, duke vënë në zero veprimtarinë elektrike të secilës prej tyre. Nga ky cast, impulsi i lindur nga hapshënuesi fiziologjik mund të lejohet rifillimin e veprimtarisë së zemrës (10).

Në dalim nga metodika e godijes elektrike, që kemi përdorur në rregullimet e tjera të ritmit (4, 5), në rastin e fibrillimit ventrikular kuptohet se nuk ka nevojë për anestezi, sepse vetëdija është e humbur nga vetë episodi. Gjithashtu është e domosdoshme që defibrilatori të vihet në pozicion pa sinkronizim, sepse përndryshe nuk mund të kryhet dot shkarkimi meqë në E K G mungon kompleksi i rregulltë ventrikular.

Kur reduktimi nuk arrihet me 2-3 goditje elektrike, për një farë kohe, është më mirë të rifillohet masazhi i zemrës, të përmirësohet ventilimi dhe alkalinizimi, sipas rasis, të bëhet orvajtje për injeksionin intrakardial të adrenalinës ose të izoproterenolit përpara se të riprovohet defibrilimi (7, 11).

Në rast suksesi, shtrohet problemi i parandalimit të përsëritjeve. Në qendrën e reanimacionit të kardiologjisë, goditjen e jashtme elektrike ne e kemi zbatuar në mjekimin e fibrillimit të flaterit atrial, taktikardive supraventrikulare e ventrikulare.

Në këtë material po përkrahujmë dy raste, ku goditja e jashtme elektrike e zemrës, në gërshëtim me masat e tjera të reanimacionit, u përdor për reduktimin e fibrillimit ventrikular, që u shfaq si ndërlikim i infarktit akut të miokardit.

**Rasti 1.** — I sëmundi H. N., vjeç 61, shtrohet në reanimacionin e kardiologjisë më 26.XII.1978 (nr. kartelev 10030) me diagnozën: sëmundje ishemike e zemrës. Infarkt akut i muvit postero-diafragmal. Nga sëmundjet e kaluara tregon për hipertension arterial prej disa vjetësh. Dy orë para shtrimit, gjatë një sforcimi fizik, i sëmundi pati dhembje shtrënguese-rënduese në të gjithë krahavorin, pa vështirësi në frymëmarrje, pa djersë, me gjendje të fikti. Ai vizitohet tek mjeku dhe dërgohet për shtrim në spital. Në ambulancën e pranimit i bëhet i amputë peitidine im. për dhembjet e forta dhe ato lehtësohen. Në këqyjen objektive pak i zbehtë, pa cianozë, venat jugulare pak të fryra, pa edema. Në zemër, tonet ritmike 68 në minutë, pa ekstrastola, pa zhurmë, pa galop. Në mushkëri, respiracioni vesikular pa rale. Barkur i butë. Melçia në kufi të normës.

Më 28.XII.1978 ora 9.00 duke qënë i qetë, pa dhembje, papritur, i sëmundi pati humbje të vetëdijes, ndalim të frymëmarrjes, cianozë

të fyturës, pa puls, pa T.A. Në oshioskopin e monitorit u vërejt fibrilacioni ventrikular dhe prandaj menjëherë i fillohet ringjallja zemër mushkëri: masazh i jashtëm i zemrës i zemrës dhe frymëmarrja artificiale.

*Masazhi i jashtëm i zemrës:* I sëmuri ishte i vendosur në shtatë e reanimatorit, i cili ka sipërfaqe të fortë, që është kusht i domosdoshëm për të bërë masazhin e zemrës. Kraharoni i të sëmurit i zbulua dhe vendosëm shuplakën e dorës 4-5 cm. mbi procesin ksilfoid. Dorën tjetër e vendosëm mbi të parën dhe, duke mbajtur krahët shtirë, u ushtrua presion vertikalisht poshtë. Në këtë mënyrë u arrit të shtypet pjesa e poshtme e sternumit mesatarisht 4-5 cm. Duke pasur parasysh se zemra vendoset midis dy masave kockore, kolonës vertebrale nga prapa dhe sternumit nga përpara, një shtypje me ndërprerje e zbatuar mbi sternum shtrydh zemrën dhe provokon një qarkullim artificial pulsantik. Shtypje të tilla bëhen me ritëm 60-80 në minutë.

*Frymëmarrja artificiale:* masazhi i jashtëm i zemrës gëshëtohet gjithmonë me frymëmarrjen artificiale, të cilin ne e kryem duke lënuar rrugët e ajrit nëpërmjet kthimit prapa të kokës së të sëmurit dhe duke zbatuar në gojën e hundën e tij ambu-në me të cilën u bënë insufflacione me ritëm një në gdo pesë sekonda.

Pastaj u vu defibrilacioni në pozicionin pa sinkronizim dhe u ngarkua me 400 watt/sek. U vendosën dy pllakat elektrode të lyera me pastën përcjellëse speciale, njëra mbi sternum, kurse tjetra në pjesën anësore të majë të kraharonit dhe, duke respektuar të gjitha rregullat teknike, u bë shkarimi i korentit. Pas kësaj vazhduan masazhin e jashtëm dhe frymëmarrjen me ambu dhe pas disa sekondash, i sëmuri filloi të përmendet, rishfaqet frymëmarrja dhe pulsi. Në EKG menjëherë pas defibrilimit (fig. 1 b), në sfondin e ritmit sinusal, u vërejtën ekstrastivola politope.

Pas zotërimit të fibrilacionit, për të parandaluar përsëritjet, ne përdorëm lodokainën, që është një medikament antaritmik specifik i

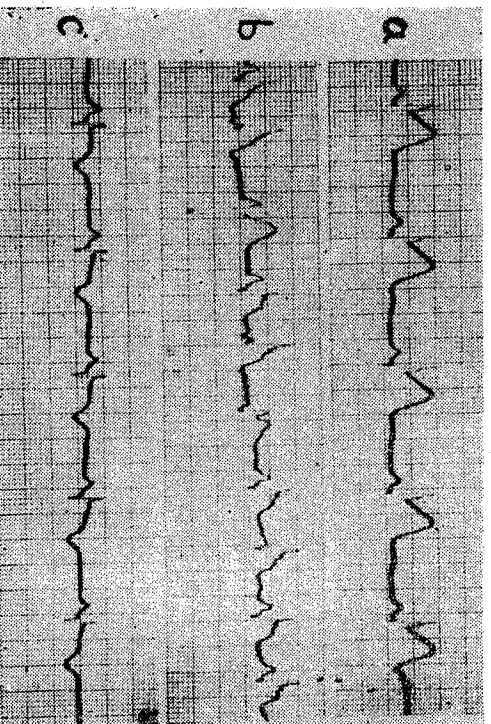


Foto 1



met e zgjatura dhe në ndjekje në monitor nuk u vunë re ekstrastistola. Pas 24 orësh, të sëmurit iu hoq lidokaina dhe iu fillua prokainamidi nga goja 2 gr/24 orë.

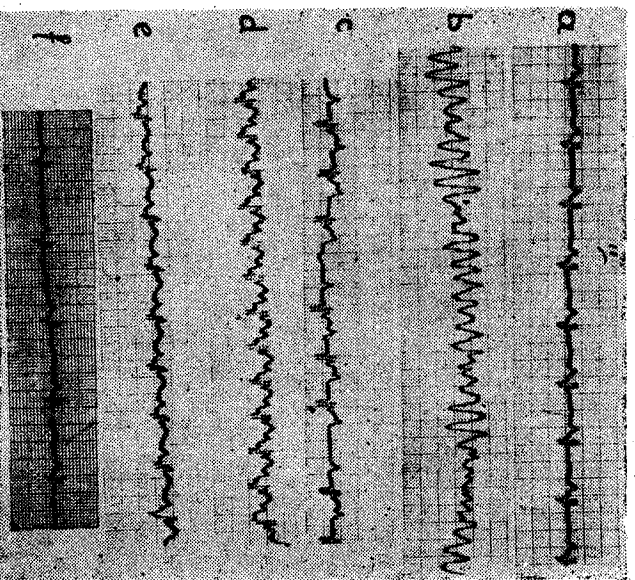


Foto 2

Gjatë ditëve të mëvonshme, i sëmuri ka qënë i getë, pa dhembje në zemër, pa veshtrësi në frymëmarrje, pa cianoze. Në këqytjen objektive, venat jugulare normale. Tonet e zemrës ritmike 68-80/min, pa ekstrastistola, pa galop, pa zhurmë. TA 120/70 mmHg. Në mushkëri respiracion vezikular pa rale staze. Mëlçia 1-2 cm. mën. hark e pa-dhëmbshme.

Më 20.1.1979 i sëmuri del nga reanimacioni në pavion në gjendje të kënaqshme me analiza laboratorike të normalizuara dhe del nga spitali më 3 shkurt 1979.

Këto dy raste që përshkruam tregojnë më së miri se vëzhgimi i afertë i të sëmurëve me infarkt akut të miokardit, sidomos gjatë ditëve të para, lejon të zbulohen shpejt çrregullimet e rënda të ritmit, që janë nganjëherë vdekje-prurëse dhe që me një ndërhyrje energjike mund të mjekohen me sukses dhe të shpëtohet jeta e të sëmurëve. Në qendrën e reanimacionit të kardiologjisë, ne aplikojmë këtë skemë për mjekimin e fibrilacionit ventrikular:

1) Në fillim bëhet goditje e fortë me grusht në pjesën e mesme të sternumit. Kur nuk ka përgjigje, fillohet masazhi i jashtëm i zemrës dhe frymëmarrja artificiale derisa të përgatitet defibrilatori.

2) Defibrilim i menjëhershëm me 200 watt/sek. Kur aparati është gati, goditja elektrike bëhet përpara masazhit të zemrës. Në se ka

sukses bëhet parandalimi i përsëritjeve me lidokainë (perfuzion 500 mgr lidokainë në 250 cc sol. glukozë 5%/; shpejtësia e pikave 1 ml/min, pra 2 mg/min. I gjithë solucioni në rreth 4 orë).

Kur fibrilacioni ventrikular vazhdon përsëritet goditja elektrike me 400 watt/sek.

3) Kur goditja nuk ndalon fibrilacionin, korrigjohet acidoza me bikarbonat natrumi 1 mEq/kg peshë, endovenoz shpejt dhe përsëri bëhet defibrilim me intensitetin më të lartë. Një oksigjenim i mirë duhet të shoqërojë administrimin e bikarbonatit për të eliminuar gazin karbonik të gjakut arterial.

Në rast nevojë mund të bëhet edhe një dozë shtesë prej 1 mEq/kg të bikarbonatit të natrumit.

4) Në rast se përfundimet nuk janë të mira, atëhere injektohet intrakardial, një medikament simpatomimetik, p.sh. aluprent 4 ampula nga 5 mg, ose isuprel ose adrenalinë 0.5 mg dhe mundësisht kalcium klorat treçësirë izotonike 10-20 cc. Për disa sekonda bëhet masazhi i jashtëm i zemrës për të arritur një imprenjim të mirë të miokardit dhe pastaj bëhet përsëri shoku elektrik.

Këto kanë dobi sidomos kur fibrilacioni ventrikular ka valë të vogla dhe kjo formë i pengjigjet keq goditjes elektrike. Këto substanca rritin kontraktibilitetin e miokardit dhe kështu shohen mundësitë për zhdukjen e aritmisë.

5) Në se pas defibrilimit ndodh asistoli ventrikulare bëhet izuprel intravenoz, intrakardial dhe pengatitë futja e sondës elektrostimuluese në zemër.

6) Në rast nevojë vazhdoen infuzione endovenoze.

7) Gjatë gjithë kohës nuk duhen harruar masazhi i jashtëm i zemrës dhe frymëmarrja artificiale. Edhe pas defibrilimit me përfundime të mira, këto masa duhet të vazhdoen derisa të rrahurat e pulsit të preken mirë në periferi.

Dorëzuar në Redaksi më 25 shkurt 1979

## BIBLIOGRAFIA

- 1) **Canl P., Elezi B.:** Mbi masazhin e zemrës. Buletini i UT — seria shkencat mjekësore 1962, 2, 26.
- 2) **Chahbe F., Witkowitz S., Core E.:** Utilisation de la lignocaine dans le traitement des troubles du rythme cardiaque. Ann. Cardiol. angéiol. 1971; 20, 3 fq. 223.
- 3) **Kleinmunch D. et coll.:** Principes de réanimation médicale. Paris 1977, 167.
- 4) **Kondili A., Gace P.:** Aplikimi i stimullimit elektrosistolik provizor të zemrës dhe i shokut të jashtëm elektrik në mjekimin e komplikacioneve të infarktit akut të miokardit. Buletini i UT — Seria shkencat mjekësore 1975, 2, 91.
- 5) **Kondili A.:** Mjekimi i fibrilacionit dhe i flaterit atrial me anën e goditjes së jashtme elektrike të zemrës. Buletini i UT — Seria shkencat mjekësore 1976, 3, 43.
- 6) **Mektzer L., Pimneo R., Kitchell R.:** Soins intensifs coronariens. Paris 1973.
- 7) **Motté G., Gourçon R.:** Réanimation médicale. Encycl. Méd. chir. Coeur vaisseaux 2, Paris 1976, 11915, A — 10.
- 8) **Popa Y.:** Infarkti i miokardit Në «Traktati i sëmundjeve të brendshme» Tiranë 1974, Vol. I, 279.
- 9) **Rabin J. M.:** La fibrillation ventriculaire. Në «La vie médicale», 1971, 2; 625.

- 10) Saumont R., Gourson R.: La défibrillation par choc électrique. Né «L'arrêt cardiaque et circulatoire». Paris 1968, 87.
- 11) Slama R., Waymberger M.: Les troubles du rythme à la phase aiguë de l'infarctus du myocarde et leur traitement. La revue du praticien 1974, Décembre, 4069.
- 12) Rubin J., Gross H., Arbert S.: Treatment of heart disease in the adult. Philadelphia 1972.

#### S u m m a r y

### CARDIOPULMONARY RESUSCITATION IN TWO CASES OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

Two cases are presented in which, apart from the usual measures of resuscitation, external electric counter shock was used to reduce the ventricular fibrillation which had developed as a complication of the infarction. In the first case, in which the infarction was postero-inferior, fibrillation developed unexpectedly on the third day of the illness.

A discharge of 400 watt/second restored the sinusal rhythm and the treatment was continued with lignocaine and later with procainamide to prevent extrasystoles.

In the second case, in which the infarction was antero-lateral, ventricular fibrillation was preceded by ventricular extrasystoles. After the reduction of the fibrillation, the sinusal rhythm was restored and the prevention of relapses was achieved by using 1500 mg lignocaine the first 24 hours and then 2 g procainamide daily.

In both cases the further course of the illness proceeded without complications and the patients were released from hospital in satisfactory condition.

#### R é s u m é

### LA RÉANIMATION CARDIO-PULMONAIRE DANS DEUX CAS D'INFARCTUS DU MYOCARDE

Outre les mesures de réanimation habituelles, dans ces deux cas fut employé le choc électrique externe en vue d'éliminer la fibrillation ventriculaire en tant que complication de l'infarctus. Dans le premier cas, un infarctus postéro-inférieur, la fibrillation s'est manifestée d'une manière inattendue le troisième jour de la maladie.

Une décharge de 400 Watt/seconde a rétabli le rythme sinusal, puis le traitement fut continué avec de la lignocaine et plus tard avec de la procainamide afin d'éviter les extra-systoles.

Dans le deuxième cas, un infarctus antéro-latéral, la fibrillation ventriculaire fut précédée par des extra-systoles ventriculaires. Après la réduction de la fibrillation, le rythme sinusal fut rétabli et la prévention des récurrences fut réalisée en employant une dose de 1500 mg de lignocaine pendant les premières 24 heures et des doses journalières de 2 g de procainamide les jours suivants.

Dans les deux cas, la maladie se développa sans d'autres complications et les patients quittèrent l'hôpital dans des conditions satisfaisantes.

## NJE RAST TRANSFUZIONI IN UTERO NE PAPATJUESHMERINE FETO — AMTARE NGA FAKTORI REZUS

— BASHKIM CENOMERI —

(Spikimi klinik Obsëtrik-Gjinekologjik) — Tiranë

Sëmundja hemolitike e të porsalindurit, pasojë e izoimmunizimit amtaro-fetal nga faktori rezus, këto vitet e fundit është bërë objekt studimesh dhe janë arritur rezultate të reja gofë nga pikëpamja dia-gnostike-terapeutike ashtu dhe nga pikëpamja profilaktike (1, 2, 7).

Rutja e metodave të reja si spektrofotometria e lëngut amniotik, transfuzioni në hapësirën e mitrës (intrauterin), profilaksia pas lindjes me immunoglobulinë anti D, ka ndikuar shumë në përmirësimin dhe parandalimin e vdekjeve të fetusit dhe të të porsalindurit si dhe ka pakësuar, në mënyrë të ndjeshme, indeksin e vdekshmërisë perinatale (4).

Me qëllim që të pakësohet përqindja e vdekshmërisë perinatale nga format e rënda të sëmundjes hemolitike të të porsalindurit dhe të vdekjeve të fetusit në uterus para javës së 34-të të shtatzënsë, kur provokimi i lindjes para kohe nuk ka shumë vlera, «lindja e provokuar para javës së 34-të do të spostonte vdekjet e fetusit nga vdekje në zgarën e mitrës në vdekje të perituhës neonatale» (3, 7).

Në klinikën tonë, për herë të parë, është aplikuar transfuzioni in utero me sukses në një grua shtatzënë rezus negativ të immunizuar. Teknika e transfuzionit in utero, të aplikuar në këto raste, ka qënë e provokuar nga Liley (9).

### PARAQITJA E RASTIT TONË:

E sëmundra M. M., lindur më 1950, kooperativiste, me banin në lokalitetin K. të rrethit V. u shtrua në klinikën tonë më 1 shkurt 1978 me diagnozë shtatzënë 27 javë rezus negativ e immunizuar 1:64. Kjo ishte barra e katërtë dhe kishte vetëm një vajzë të lindur në shtatzëninë e parë. Fëmijë e parë e ka lindur më 1970 normalisht me peshë 3 kg, të cilën e ka gjallë.

Pas dy vjetësh ka lindur fëmijë e dytë në maternitetin e rrethit V., që, sipas të thënave të gruas, fëmija vdiq me të verdhë shumë të shprehur.

Më vonë, po në maternitetin e qytetit V më 1975 ka lindur fëmijë e tretë dhe menjëherë pas lindjes, fëmija paraqitet i dobët, i zbehtë, anemik, me të verdhë të theksuar dhe me pika hemorragjike në lekura. Me gjithë ndihmën intensive, fëmija vdiq qysh në katër ditët e para të pashindjes. Këto të dhëna bënë për të dyshuar për pajtueshmërinë feto-amtare nga faktori rezus. Sipas të dhënave labo-



ratorike rezultoi grupi i gjakut A (II), rezus negativ. Më vonë u përcaktua dhe titri i sensibilizimit, i cili rezultoi 1:64.

Me këtë gjendje, në vitin 1977, gruaja nis shtatzënimë e katërtë dhe më 1 shkurt 1978 paraqitet në klinikën tonë me moshë shtatzënie 27 javësh. Në shttrim u konstatua një anemi me hemoglobinë 53% dhe me eritrocite 3.120.000, për të cilën, herë pas here, është mjekuar me transfuzione gjaku. Krahas transfuzioneve, e sëmurura është mjekuar me ferkobarsen, vit. B<sub>12</sub>, acid folik, vitaminoterapi, metionin dhe A C T H. Më 7 shkurt 1978 është bërë amniocenteza transabdominale suprapubike nga doli likuid amnial pak i ngjyrosur në të verdhë. Në ekzaminimin e likuidit amnial për bilirubinë rezultoi se indeksi optik i bilirubinës dohi 0,100, që futet në grupin B të Bevisit. Estrioli, elektrolitet dhe proteinat totale të ekzaminuara në likuidin amnial rezultuan normale.

Duke qenë para kësaj moshe shtatzënie dhe në pamundësi për të përcaktuar raportin lecitin sfigomielin, duke u nisur dhe nga gjendja klinike dhe të dhënat e laboratorit u mendua se fëmija për dy javë nuk do të pësonite ndryshime të papajthueshme me jetën.

Kështu pas dy javësh, pas ekzaminimit të likuidit amnial më 22 shkurt 1978 u vendos për transfuzion in utero sipas metodës të Lileyt. Në kushtet e asepsisë më 22 shkurt 1978, pasi u bë amniocenteza transabdominale u hoq 20 cc likuid amnial dhe u fut 20 cc 65%/o substancë radiopake të tretëshme në ujë. Në të njëjtën kohë të sëmurës iu fillua mjekimi profilaktik me antibiotikë dhe qetësues uterin. Të nesëmen më 23 shkurt 1978, pasi iu bë prapë një amniocentezë dhe iu hodhën 20 cm<sup>3</sup> likuid amnial u futën përsëri 20 cm<sup>3</sup> 35%/o substancë të tretëshme në ujë. Pas kësaj me ndihmën e radiografisë televizive, pasi iu përcaktua pozicioni i përpiktë i fëmijës, me gjilpërë mbi 15 cm. të gjatë u bë transfuzioni brenda uterust sipas metodës së Lileyt (8, 9).

Në hapësirën peritoneale të fëmijës u futën 60 ml. gjak të freskët grup 0 (I) rezus negativ. E gjithë procedura kaloi mirë si për nënën dhe fëmijën; po këtë ditë nënës iu filluan kontraksione uterine dhe, përveç antibiotikëve, iu filluan qetësues të fuqishëm uterin si vazoparginë, progesteron etj. Më vonë shtatzënia u zhvillua normalisht deri në javën e 36-të.

Më 12 prill 1978 u bë ndëmpërja e shtatzënisë. Nga kjo shtatzëni lindi një fëmijë me peshë 2960 gram, i zbehtë, anemik, adinamik, me apgar 7 dhe me hiperbilirubinemi. Me një herë pas lindjes të porsalindurit iu bë eksanguinotransfuzion me gjak të freskët izogrup dhe rezus negativ. Krahas ndrrimit të gjakut, i porsalinduri mori gjithashtu vitamina C, kalçium, ultrakorten, glukozë 10%/o. Më vonë është mjekuar me lumnal, kortizon, perfuzione me glukozë 5 deri 10%/o dhe substancë tampon. Qysh ditët e para u pa një përmirësim i dukshëm. Më 14 prill 1978 fëmijës i filloi një subkter i lehtë që vazhdoi deri më 21 prill 1978 me një hiperbilirubinë. Megjethëse ekzaminimet e mëvonshme vunnë në dukje një anemi të lehtë, fëmija u mjekua me transfuzione gjaku izogrup, izorezus me nga 60 ml. në datat 2 maj 1978, 5 maj 1978 dhe 13 maj 1978. Krahas transfuzioneve fëmijës iu bë dhe mjekimi me antianemikë. Më 24 maj 1978 nëna del nga materniteti me një fëmijë plotësisht të shëndetshëm dhe me peshë 3600 gram.

## P E R F U N D I M

Transfuzioni in utero është një metodë mjekuese me rezultat të mirë në papajfteshmëritë fetale amtare nga faktori rezus. Në një përdorim të parë ajo parandalon vdekjen e fetusit në uter.

Dorëzuar në Redaksi më 20 janar 1979

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

- 1) **Cenoineri B.**: Sëmundja hemolitike e të porsalindurit e shkaktuar nga faktori rezus, Tiranë 1974.
- 2) **Cenoineri B.**: Influenca e faktorit rezus në mortalitetin perinatal; eksperiencia jonë bazuar në mundësitë aktuale-diagnostike, terapeutike dhe profilaktike të imunizimit ambaro-fetal. Referat në simpoziumin Obstetrik-gjinekologjik Tiranë 24 nëntor 1974.
- 3) **Cenoineri B.**: Eksperiencia jonë në parandalimin e sëmundjes hemolitike të të porsalindurve nga faktori rezus. Paraqitur në simpoziumin e obstetrikë-gjinekologjisë, Tiranë 2 mars 1976.
- 4) **Cenoineri B.**: Indikacionet dhe rezultatet e amniocentezës lidhur me mënjanimin e mortalitetit perinatal. Simpoziumi Obstetrik-Gjinekologjik, Tiranë 25 nëntor 1977.
- 5) **Dambrosio F., Ganabari G.B. and coll.**: Intrauterine transfusion report on 70 cases. International Symposium on the management of the Rh problem. October 1969.
- 6) **Dehurst C.J.**: Experience of intrauterine transfusion at Queen Charlotte's maternity hospital and problems Encountered. International symposium on the management of the Rh. problem, October 1969.
- 7) **Gliozdani K.**: Teksti i Obstetrikës. Tiranë 1974, vol. I, 259.
- 8) **Friesen R.**: Problems of the closed technique of intrauterine fetal transfusion. International symposium on the management of the Rh. problem, October 1969.
- 9) **Liley A. W.**: Intrauterine transfusion. International symposium on the management of the Rh. problem. 9 October 1969.

## S u m m a r y

IN UTERO TRANSFUSION IN A CASE OF FETO-MATERNAL  
RHESUS FACTOR INCOMPATIBILITY

A case is presented of transfusion *in utero* for feto-maternal rhesus factor incompatibility.

Apart from the success achieved in that case, the paper describes the technique and the indications of the operation in cases of rhesus factor incompatibility. It also recommends the intervention as the only method capable of saving the fetus from certain death from that by now well known pathologic condition.

## Résumé

**UNE TRANSFUSION IN UTERO DANS LE CAS D'INCOMPATIBILITÉ  
FOETO-MATERNELLE DUE AU FACTEUR RHESUS**

L'auteur du présent article présente un cas de transfusion *in utero* pour éliminer les conséquences de l'incompatibilité foeto-maternelle due au facteur Rhésus.

Outre le succès obtenu dans ce cas, dans l'article en question, l'auteur décrit la technique employée et fournit des indications relatives à la transfusion de sang *in utero* dans le cas d'incompatibilité due au facteur Rhésus. Dans le même temps, il recommande l'intervention comme la seule méthode capable de sauver le fœtus de la mort certaine.

## ANTIAGREGANTËT TROMBOCITARË DHE ANTIKOAGULANTËT NË MJEKIMIN DHE PARANDALIMIN E SËMUNDJEVE ISHEMIKE TË TRURIT

— TITI TAMBURI, KIARA BABOÇI, ANUSHE MARA, AFERDITA SHKODRA —

(Pohlabenka Qëndrore — Tiranë)

Aksidentet vaskulare të trurit, në përgjithësi, përbejnë shkaktun e tretë të vdekjeve dhe ndër të parin shkak të invaliditetit. Parandalimi dhe mjekimi sa më i hershëm i tyre ka ulur sëmundshmërinë dhe vdekshmërinë nga aksidentet vaskulare të trurit (1, 8, 9).

Në praktikën tonë ambulatore, ne po depistojmë rastet e prirura për sëmundje vaskulare të trurit, në radhë të parë personat me turbullime të metabolismit lipidik, hipertoniqët, diabetikët, obezët dhe ata që pinë duhan.

Në këtë studim po japim përvojën tonë në trajtimin dhe parandalimin e aksidenteve ishemiike të trurit, duke luftuar më tepër dy shkabet kryesore të okluzioneve arteriale: aterosklerozën dhe embolitë me origjinë nga zemra (8). Kemi trajtuar 53 raste me insulte (prej tyre: 43 të natyrës ishemiike, 6 raste me hemorragji dhe 4 me natyrë të pagartë). Moshë mesatare ka qënë 67,6 vjeç, duke përshirë moshën nga 50 deri 96 vjeç. Të sëmurët kanë qënë 28 meshkuj dhe 25 femra. 35 të sëmurë kanë qënë me hipertoni arteriale. Dhjetë të sëmurë janë shtruar në spital. Nga të 53 të sëmurët, gjashtë kanë vdekur.

Koha e ndjekjes ka qënë 1,5 vjet. Venia e diagnozës së tyre është bazuar kryesisht në kritere kliniko-anamnestike. Në 43 të sëmurët me ishemi, 19 të sëmurë kishin aksidente ishemiike transitorë të mëparshme.

Gjatë aksidenteve trunore ishemiike, në praktikën tonë kemi pasur parasysh tre probleme:

- a) përjohmërinë e natyrës ishemiike;
- b) vlerësimin dhe trajtimin e faktorëve riskues;
- c) ekzaminimin më të plotë kardiovaskular, apo shtrimin në klinikë për përcaktim më të përpiktë dhe trajtim të veçantë (me anti-koagulantë etj.) në aksidentet e përsëritura.

Pasi kemi zgjidhur këto tre probleme, mënyra e trajtimit ka qënë e bazuar në parimet e sotme (2) si mjekimin e edemës së trurit, parandalimin e ndërlikimeve të mundshme, përdorimin e vazodilatatorëve (sidomos papaverinës) dhe mjekimin me antiagregantët trombo-citarë.

Në trajtimin e rasteve tona ambulatore, mjekimin nuk e kemi nisur me anti-koagulantë, por kur e kemi menduar domosdoshmërinë

e tyre, të sëmurët janë shtruar në spital. Sipas literaturës, përdorimi i tyre ka jo më shumë se 15 vjet, po ende mungojnë prova bindëse për efektin e tyre (2, 5). Studimet e kufizuara apo për një kohë të shkurtër, nuk e kanë zgjidhur rolin e antikoagulantëve në shpeshhtësinë e aksidenteve ishemiike transitorë, në recidivat e tyre, apo në vdekshmërinë e përgjithshme (3, 9).

Sipas të dhënave klinike, pranohet se antikoagulantët pakësojnë shpeshhtësinë (frekuencën) e aksidenteve ishemiik transitorë, pa ndikuar në vdekshmërinë e përgjithshme (4, 9).

Praktika na ka treguar se përdorimi i gjatë i tyre jep ndërlidhje serioze, për më tepër nuk ka as mbështetje teorike ngaqë trombi mbulohet nga endoteli gjatë dy muajve, kohë kjo që përputhet edhe me mundësinë e recidivave të aksidenteve ishemiike dhe të insullit. Pra, ndërprerja e heparinës apo e antivitaminikëve K varët nga shuarja e burimit emboligjen. Më tej vazhdohej antiagregantët tromboçitarë (5, 7, 9).

Antiagregantët tromboçitarë frenojnë funksionin e tromboçiteve, pra zgjatën jetën e tyre, gjë që pakëson mundësinë e ndërlikimeve tromboembolike. Qysh nga viti 1959 është hedhur idea e rolit të tromboçiteve në tromboembolitë (3, 7). Është rasti të kujtojmë se dijeta dhe duhani kanë më shumë efekt në jetëgjatësinë e tromboçiteve sesa shumica e preparateve të tjerë, pra ka shumë dobi lënda e duhanit dhe respektimi i dietës (4).

Antiagregantët tromboçitarë ose plakëtarë janë një grup preparatesh, që, duke frenuar funksionin e tromboçiteve, zvogëlojnë adhezionin dhe agregimin e tyre. Në këtë grup hyjnë katër preparate kryesore: aspirina, persantina (ose dipyridamoli), anhrani (ose sulphinpyrazoni) dhe klofibrati. Këta preparate pëshkruhen si më të efektshëm në trajtimin e disa gjendjeve tromboembolike, ndonëse nuk është i sigurtë efekti i tyre në trajtimin e sëmundjeve cerebrovaskulare dhe koronare.

Ambulatorisht ne vazhdojmë të ndjekim 9 të sëmurë, që trajtohen me pelentan, nën kontrollin dy javor të indeksit të protrombinës, që është iulatur në shifrat 18-62%, duke synuar nivelet 20-35% (1). Të sëmurët e tjerë vazhdojnë të marrin antiagregantët tromboçitarë me doza individuale, p.sh. aspirinë 1-3 tableta në ditë, persantinë 100-200 mg. në ditë dhe klofibrat 1-2 gr. në ditë. Zakonisht në fillim kemi gërsëhtar aspirinën me persantinën, më pas është dhënë klofibrati.

Nga të dhënat e literaturës del se si angregat përdoret edhe anturani (600-800 mg në ditë), që i kombinuar me aspirinë, pengon përsëritjen e atakeve të ishemisë transitorë të trurit, parandalon insullin e plotë dhe trit jetëgjatësinë (6). Në përdorimin e këtij preparati, ne ende nuk kemi përvojë.

Trajtimi i aksidenteve ishemiike me këta preparatë ka dhënë rezultate të mira: ecuria e sëmundjes ka qënë e favorshme, përmirësimi i shpejtë, pasojat kanë qënë të lehta dhe recidivat të rralla.

## P E R F U N D I M E

- 1) Antitragregantët tromboocitarë kanë indikacione të gjëra, janë të përjashuar nga ndërlkrimet serioze, nuk kanë nevojë për kontrollë biokimike dhe mund të përdoren lehtë në kushte ambulatorë.
- 2) Përdorimi i antitragregantëve tromboocitarë i përket së ardhmes, ngajë efekti i tyre kryesor është profilaktik.

Dorëzuar në Redaksi më 20 shkurt 1979

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

- 1) Bylykbashi V, Kostaqi M. e bng.: Të dhënat e nivellit të protrombinës dhe tromboelastografisë në të sëmurët e trajtuar me antikoagulantë. Shëndetsia Popullore 1977, 2, 75.
- 2) Donald B. Calne: Therapeutics in neurology. London 1975, 101, 108.
- 3) Edward Geman and Peter Seele: Platelet survival time-alteration with disease and drug treatment. Thromboembolism (A new approach to therapy — 1977, 104).
- 4) Fraser Mustard J.: Atherosclerosis, thrombosis and clinical complications. Thrombolism (A new approach to therapy — 1977, 118).
- 5) Gerard J, Bes A. et Gerard G.: Accidents cérébraux ischémiques transitoires-traitement médicaux. Rev. Prat. 1977, 27, 63.
- 6) Hassan M.N., Parsonag M.J. and Russell J.G.: Sulphinpyrazine in the treatment of transient ischaemic attacks. Thromboembolism (A new approach to therapy 1977, 143).
- 7) Hirsch J.: Clinical effects of platelet function suppressing drugs. Thromboembolism (A new approach to therapy 1977, 128).
- 8) Lampane D.: Les accidents ischémiques transitoires du cerveau. Rev. Prat. 1977, 27, 1.
- 9) Michael Gent: Long-term prophylactic use of platelet function reulating agents-the future. Thromboembolism (A new approach to therapy 1977, 172).

## S u m m a r y

ANTICOAGULANT AND THROMBOCYTTIC ANTI-AGGREGANT  
DRUGS IN THE TREATMENT OF THE ISCHEMIC  
BRAIN DISEASE

In this study the authors review their experience in the treatment and prevention of ischemic brain accidents by fighting more particularly the two main causes of arterial occlusion: atherosclerosis and embolies of cardiac origin. The authors have treated 53 cases of brain insult (43 of ischemic nature, 6 with hemorrhages and 4 of undetermined nature). Their average age was 67.6 years with extremes of 50 to 96 years. Of those, 26 were men and 25 women. 35 patients had high blood pressure, 10 were treated in hospital; 6 of the 53 patients died. The follow-up period was 1.5 years. The diagnosis was mainly based on the clinical and anamnestic data. Of the 43 patients with brain ischemia, 19 had antecedents of transitory ischemic accidents.

In their out-patient practice the authors have conducted several surveys for the detection of patients predisposed to vascular diseases of the brain, mostly people with metabolism disorders, with high blood pressure, diabetes, obesity, as well as smokers.

In the ischemic disease of the brain the authors used with success anticoagulant drugs when they were sure of the ischemic nature of the insult and could exclude the main contraindications.

The authors think that thrombocytic anti-aggregant drugs have broader indications, that they do not give serious complications, that they do not require any biochemical control and can easily be used in out-patient conditions.

#### Résumé

### LES MÉDICAMENTS ANTIAGREGANTS TROMBOCYTAIRES ET LES ANTICOAGULANTS AU TRAITEMENT ET A LA PRÉVENTION DES MALADIES ISCHÉMIQUE DU CERVEAU

Dans cette étude, les auteurs analysent leur expérience dans le traitement et la prévention des accidents ischémiques du cerveau, en combattant particulièrement les deux causes principales de l'occlusion artérielle: l'artériosclérose et les embolies d'origine cardiaque.

Les auteurs ont eu en traitement 53 cas de Ictus du cerveau (dont 43 de nature ischémique, 6 avec des hémorragies et 4 de nature indéterminée). L'âge moyen des malades était de 76,6 ans avec des limites allant de 50 à 96 ans. De leur nombre, il y avait 26 hommes et 25 femmes. Trente-cinq des malades présentaient une augmentation de la pression artérielle, dont 10 furent traités à l'hôpital; 6 patients, sur un total de 53, moururent. La période de contrôle a duré un an et demi. Le diagnostic a été principalement formulé sur la base des données cliniques et de l'anamnèse. Des 43 patients souffrant d'ischémie cérébrale, 19 avaient des antécédents d'accidents ischémiques transitoires.

Dans leur pratique quotidienne, les auteurs ont rencontré des patients présentant aux maladies vasculaires du cerveau, surtout parmi les individus présentant des désordres du métabolisme, une pression artérielle élevée ou bien parmi les diabétiques, les obèses et les fumeurs.

Les auteurs on employé des médicaments anticoagulants dans le traitement des ischémies cérébrales, quand ils étaient certains de la nature ischémique de la lésion et en mesure de pouvoir exclure les contre-indications.

Les auteurs sont d'avis que les antiagregants thrombocytaires ont un champ d'indications plus vaste, qu'ils ne comportent pas des complications sérieuses, qu'ils n'exigent pas des contrôles biochimiques et peuvent être facilement utilisés dans les conditions ambulatoires.

## REKOMANDIME PËR AUTORET

## 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, qendra e punës ose katedra.

b) Artikulli duhet të fillojë me një hyrje të shkurtër nga literatura e autorëve 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 autorëve të tjerë, madje dhe duke mbajtur dhe 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 lëndës së trajtuar (rreth 15-20 reshta), që i nevojitet redaksisë për ta përshyer në anglisht e frëngjisht. Në këtë përmbledhje të dalë thelbi i artikullit ajo që i intereson të dije lexuesi i huaj.

c) Artikulli duhet të jetë i redaktuar nga ana gjuhësore, të mos përdoren fjale të huaja. Atje ku ka mundësi, autori të shqiptërojë terminologjinë teknike. Fjalët latine të shkruhen origjinale dhe të nënvizuar.

d) Artikulli duhet të dërgohet në redaksi i daktilografuar në jo më pak se tri kopje, i shkruar vetëm nga njëra anë me specilo të gjera (32 reshta faqja). Artikulli mund të ilustrohet me jo më shumë se 4-6 foto. Diagramat duhet të dërgohen të vizatuara me bojë kine të zezë në letër transparente.

dh) Artikulli duhet të shqërohet me një shkresë, me anën e së cilës, drejtuesi i qendrës së punës, apo përgjegjësi i katedrës miraton botimin e artikullit.

2) Mbi bibliografinë. — Redaksia nuk pranon asnjë artikull pa citimin e plotë të literaturës dokumentuese. Në bibliografinë të vihen autorë shqiptarë; të huajt të vihen ata më kryesorë. Në brendi të artikullit, literatūra 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 gjërna fillestare e emrit të autorit duke e renditur sipas alfabetit të mbiemrit, titulli i veprës në gjuhë origjinale, vendi i botimit, viti i botimit dhe numri i faqes.

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

c) Për autorët që përmenden në artikull, 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 brendi të artikullit të shënohet se nga kush citohet nga njëri nga ata që janë shënuar në bibliografi.

3) Mbi disa të drejta të Redaksisë. — Redaksia i rezervon vetes të drejtën e redaktimit nga ana gjuhësore dhe terminologjike, pa qenë nevoja e marrjes së përdimit të autorit, të drejtën e përcaktimit të radhës së botimit si dhe rregullimin përfundimtar të artikullit për botim.

Shënim: Artikujt që nuk respektojnë kërkesat e mësipërme u kërkohen autorëve për plotësim pa u marrë në shqyrtim nga ana e Redaksisë.

Redaksia



## PËRMBAJTJA

	Faqe
— Vepra e shokut Enver Hoxha «Imperializmi dhe Revolucioni» dhe detytrat tona .....	3
<b>Elez Selimaj, Zhaneta Kita:</b> Sinihgrafia pulmonare .....	13
<b>Arben Hoxha, Sulejman Kodra, Nestor Thereska, Meri Lipivani, Violeta Puno:</b> Dozimi i kompletentit serik dhe vlera e tij gjatë nefropatve glomerulare .....	31
<b>Kogo Poro, Kristaq Moroka, Vangjel Angfeli:</b> Tetramisoli në mjekimin e artritit reumatoid .....	39
<b>Hysni Rusi, Tefik Taharavi:</b> Mjekimi i glomerulonefritit akut streptokoksik-me Indometacinë .....	46
<b>Çesk Rroku:</b> Melastazimi në nyjat imfatiqe si simptomë primare e neoplazive maligne të ishehta .....	53
<b>Sulejman Zhugli, Jordan Koja:</b> Rezultatet dhe ndërlikimet e operacionit të trabekulektomisë .....	59
<b>Foto Toçi, Harulla Muga, Ruzhdiqe Garmolla:</b> Pasojat që mund të lindin nga okluzioni i lartë në protezat totale dhe mënyrat e mënjanimi të tyre .....	67
<b>HIGJENË DHE EPIDEMIOLOGJI</b>	
<b>Eduart Kakarici, Aspasia Bifsha:</b> Mbi cilësitë biologjike dhe imunogjene të valxinës kundër fruhit të prodhuar në vendin tonë .....	73
<b>Kozma Tavankhi, Leffer Gurxo:</b> Një rast skarlatine e shqetëuar me ikter të shprehur .....	81
<b>EKSPERIMENTALE</b>	
<b>Gjergji Aleksi:</b> Mbi lidhjen midis elementeve të gjakut periferik dhe klinikës së sëmundjeve akute të rrezës .....	85
<b>Luan Greva:</b> Trajtimi i frakturave të kërcirrit nga amnë zjarri në eksperiment .....	95
<b>KUMTESA</b>	
<b>Kogo Gllaznemi:</b> Disa vërejtje dhe konsiderata për ndërhyrjet kirurgjikale që korrigjojnë uretose e kockormuar .....	101
<b>Anesi Kondili, Elisabeta Kuka, Marina Heba:</b> Ringjallja zemër mushkëri në dy raste me infarkt akut të miokardit .....	109
<b>Bashkim Canolmeri:</b> Një rast transfuzioni in utero në papajftueshmërinë feto-amniare nga faktori rezus .....	117
<b>Titi Tamburi, Klara Baboqi, Annese Mara, Mërdita Shkodra:</b> Antihistegantët tromboclarë dhe antikoagulantët në mjekimin dhe parandalimin e sëmundjeve ishemië të trurit .....	121

## CONTENTS

	Page
— Comrade Enver Hoxha's work «Imperialism and the Revolution» and our duties .....	3
Eliz Selinaj, Zhaneta Kiza: Pulmonary scintigraphy .....	13
Arben Hoxha, Sulejman Kodra, Nestor Thereska, Meti Lipivani, Violeta Puno: Determination of serum complement and its value in glomerular nephropathies .....	31
Kogo Poro, Kristaq Morcka, Vangjel Angjelinu: Tetramisole in the treatment of rheumatoid arthritis .....	39
Hysni Rusi, Tefik Taharovi: Treatment of acute glomerulonephritis with indometacine .....	45
Geek Rrokuri: Lymph node metastases as the first symptom of occult primary malignant neoplasmas .....	53
Sulejman Zhugeli, Jordan Kopa: Results and complications of the trabeculectomy operation .....	59
Foto Toti, Hafnula Muga, Ruzhdie Gafnolla: Consequences deriving from high occlusion in total denture prosthesis and their prevention.	67
<b>HYGIENE AND EPIDEMIOLOGY</b>	
Eduart Kalaridqi, Aspasia Bifisha: On the biological and immunogenic properties of a vaccine against measles produced in Albania in 1977.	73
Kozma Tavankhi, Leter Guxho: A case of icterus associated with scarlet fever .....	81
<b>EXPERIMENTAL WORKS</b>	
Gjergji Aleksi: A statical study of the relationship between the changes in the elements of the peripheral blood and the clinical manifestations in the acute forms of the radiation .....	85
Luan Grevca: Treatment of firearm fractures of the shanks .....	95
<b>COMMUNICATIONS</b>	
Kogo Glliozemi: Observations and considerations on the hysteroplastic surgical interventions in malformations of the uterus .....	101
Anesti Kondhli, Elisabetha Kuka, Maritina Heba: Cardiopulmonary resuscitation in two cases of acute myocardial infarction .....	109
Bashtkin Cenomeri: In utero transfusion in a case fetomaternal rhesus factor incompatibility .....	117
Miri Tamhuri, Klara Balboqi, Anushe Mara, Afërdita Shkoderi: Anticoagulant and thrombocytic anti-aggregant drugs in the treatment of the ischemic brain disease .....	121

## SOMMAIRE

	Page
— L'oeuvre du camarade Enver Hoxha «l'impérialisme et la révolution» et nos tâches .....	3
Eliz Selimaj, Zhaneka Kiza: Scintigraphie pulmonaire .....	13
Arben Hoxha, Sulejman Kodra, Nestor Thereska, Meri Lajivani, Violeta Panno: Doses du complètement sérique et sa valeur dans les néphro- paties glomérulaires .....	31
Koyo Poro, Kristeq Moroka, Vangjel Angjellu: Le tétramiisol dans le traite- ment de l'arthrite rhumatoïde .....	39
Hyani Rusi, Tetik Taharovi: Le traitement de la glomérulo-néphrite aiguë streptococcique avec de l'indométhacine .....	45
Qesik Rrokun: La métastase des nodules lymphatiques en tant que symptôme néoplasies malignes occultes .....	53
Sulejman Zhugli, Jordan Koja: Résultats et complication de l'opération de trabeculectomie .....	59
Foto Toti, Hajrulla Muga, Ruzhdië Gafnolla: Conséquences dues à l'occlusion supérieure dans les prothèses totales et leur élimination .....	67

### HYGIENE ET EPIDEMIOLOGIE

Eduart Kakaraj, Aspasia Blsha.: Sur les propriétés biologiques et immuno- logiques du vaccin contre le rougeole produit en Albanie en 1977. 73	
Kozma Tavankhi, Lefter Gurko: Un cas de scarlatine associé à un ictere malfébrile .....	81

### TRAVAUX EXPERIMENTAUX

Gjergji Aleksi: Sur la corrélation entre les éléments du sang périphérique et la clinique de la maladie aiguë de la radiation .....	85
Luan Grewa: Traitement des fractures du tibia provoquées par des armes à feu .....	95

### COMMUNICATIONS

Koyo Ghozheni: Observations et considérations sur les interventions chirurgi- cales qui corrigent les malformations de l'utérus .....	101
Anesti Konalli, Elisabeta Kuka, Martina Heba: La réanimation cardiopul- monaire dans deux cas d'infarctus du myocarde .....	109
Bashkim Cemolneri: Une transfusion in utero dans le cas d'incompatibilité foeto-maternelle due au facteur rhésus .....	117
Titi Tamburi, Klara Baboqi, Annishe Mara, Afërdita Bashat: Les médicaments antithrombotiques et les anticoagulants au traitement et à la prévention des maladies ischémiques du cerveau .....	121