

ANKARA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ MECMUASI

Cilt III

1949

Sayı 1 — 2

Ankara Üniversitesi Çocuk Kilniğı :

Çocukluk Çağında Sıtma

«Çocukluk Çağında Sıtma» mevzuu etrafında FREİBURG Üniversite-sinde 22 Haziran 1948 tarihinde verilmiş olan 10 uncu «Aschoff» konfe-ransı aşağıda hülâsa edilmiştir :

Yazan : A. ECKSTEIN

Almancadan Türkçeye çeviren: D. Güzin ÇELİKMEN

İlim dünyasında çok değerli bir Patolog, ve aynı zamanda büyük bir insan olan Ludwig Aschoff'un hatırasını teessür ve minnet duygularıyla burada huzurunuzda yad eylemeği şerefli bir vazife addediyorum. Bu büyük âlimin hatırasını anmağa tahsis edilen bugün, onun manevî mirası, hayatı ve çalışmaları hakkında konuşmak şerefini, halen vatanları dışında mes'uliyetli vazifeler görmekte bulunan sayısı pek az Almanlardan biri olan, bana vermiş olmanızı mazide olup bitenlere rağmen karşılıklı anlayışı arttıracak bir işaret telâkki ediyorum.

Bu karşılıklı anlayışta geçmişteki ve bugünkü müthiş sefaletlerin, acıların sona ereceği ve kopmuş rabitalarla, yıkılmış dostluk köprüleri-nin yeniden samimiyet bağlarıyla kurulacağı müjdesini görüyor ve buna ümidle inanıyoruz.

Burada «FREİBURG» Üniversitesinde benim gibi önce talebe bilâ-hara asistan ve doçent olarak büyük âlim Ludwig Aschoff ile yakından temasa gelmiş olmak bahtiyarlığına mazhar olan benim yaşımdaki dok-torlar için onun yüksek hatırası mazinin muhtelif hâdiseleriyle hiç bir

şekilde gölgelenmemiş ve bütün hayatımızda nurlu bir meş'ale olarak bizi daima irşad etmiş ve tükenmez bir servet kaynağı olmuştur.

Bütün insanlığa ilim nurunu ve tababetin mukaddes ahlâkını ve tedavi usul ve sanatını öğretmek ve yaymak hususunda Ludwig Aschoff gibi daha bir çok Alman hekimlerinin ve ilim adamlarının bu vadideki mesailerinin feyzi insanlık hayatını gölgeleyen felâketlere rağmen ıztırapları dağıtacak ve insanlığı daha mes'ut ve güneşli günlere ulaştıracaktır.

Ludwig Aschoff, yaratıcı ruhu ile tıbbın pek çok şubelerinde yol göstermiş ve kendi ihtisası olan Patolojide kazandığı çok büyük muvaffakiyetler yanında derslerinde olsun, hareketlerinde olsun her zaman için hekimlik ahlâkını hareketlerimizin en yüksek kanunu olarak göstermiş ve tavsiyeleri her milletten talebeleri tarafından kabul ve tatbik edilmiştir. Ludwig Aschoff, dünün ve bugünün aracı büyük hekim, ilim adamı, ve insanlık nümunesidir denebilir.

Aschoff'un çalışmaları pek geniş ve şümüllü olmuştur, öyleki tıbbın pek çok ihtisas şubelerine ayrılarak dağılmış olmasına rağmen her ihtisas sahibi mumailahin muvaffakiyetle hazırlamış olduğu bir mevzu seçmek imkânını bulabilir.

Bugün çocuk hastalıkları hekimi olarak «Çocukluk Çağında» sıtma gibi hususi bir mevzu seçtiysem bunları sıtmanın seyrinde ehemmiyetli bir rol oynayan, Aschoff'la çalışma arkadaşlarının Reticulo-endothelial sistem üzerine olan esaslı çalışmalarına bağlıyorum. Ayrıca onun ve çalışma arkadaşlarının sıtma hakkındaki bir sıra çalışmalarını da hatırlattım.

Sıtmalı çocuklarda bizzat yaptığım tetkik ve müşahadelere dayanarak Malarya hastalığının bu yaştaki çocuklarda göstereceği hususiyetler ve kendine has seyri hakkında size malûmat vermeğe cesaret ediyorum. Çocuklarda ve büyüklerde görülen bir çok hastalıklar gibi, sıtmanın da çocukluk çağında kendi alâmetleri ve kendine has hususi problemleri vardır.

Hindistanda resmi açıklamalara göre 1938 senesinde sıtmadan ölüm vak'aları sayısının bir milyondan fazlaya baliğ olduğunu düşünürseniz, bu hasatlığın geniş sahalarda ne kadar büyük tahribat ve yıkıcı tesirler yaptığına dair aşağı yukarı bir fikir hasıl edebilirsiniz. Sıtma afeti yaptığı bu müthiş ölüm tahribatı dolayısıyla seyahatlarımda bizzat şahit olduğum veçhile bir çok verimli topraklarda hayatı cehenneme çevirmiş ve bu toprakların işlenmemiş bir halde kalmasına amil olmuştur. Bundan

başka korkulması icabeden tehlikenin sadece ölüm olmadığı, uzun süren bir hastalığın yaşama azmini ve çalışma kudretini azaltacağı gibi yalnız ferdin değil dolayısıyla milletin de bundan zaafa uğrayacağı şüphesizdir. Bu nokta göz önünde bulundurulmalıdır.

Sıtmanın endemik olarak bulunduğu bölgelerde bu hastalık bir çocuk hastalığıdır, fakat gayet tabiidirki yetkinler de muayyen bir nisbette bu hastalığa tutulurlar. Bilhassa doğum rakamları üzerinde tesirini gösterir. Bu esnada yeni doğanların ve süt çocuklarının küçük ve daha büyük yaşta çocukların fazla miktarda hastalanmaları ile daire tamamlanmış olur.

Buna mukabil hayatta kalmış olan kahiller sıtmanın tesirlerini çekmelerine ve bazan nükslere de maruz olmalarına rağmen ilk defa enfeksiyona yakalanmaları pek nadirdir. Primer enfeksiyon sıtmanın endemik olduğu bölgelerde umumiyetle çocukluk çağında husule gelir. Bu hastalığın seyir tarzının mahiyetine göre tedrici surette pre-immunitenin dolaşık yolu üzerinden parazitlerle relativ bir muvazene teşekkül eder. Bu suretle zamanla insan organizması Plazmodilere karşı immunité kazanmış olur. Nihayet bunu müteakip hastalık söner. Bu muafiyet sadece hastalığa sebep olan parazit nevi içindir. Yani bir tertiana enfeksiyonu vak'asında sadece tertiana plazmodilerine karşı muafiyet vardır, tropika ve quartana plazmodilerine karşı yoktur.

Muayyen bölgelerin malarya ile aşılama derecesi hakkında hüküm verirken Plazmodilerin kanda bulunma nisbetlerini yani Plazmodi indexini, ve dalak büyümesinin fazlalığını yani dalak indexsini 0 — 12 yaşındaki çocuklarda nazarı itibara almamıza sebep yaşa bağlı veya daha iyi si enfeksiyon mühletine bağlı tedricen kazanılan bu muafiyettir. Çünkü her iki index de bahsedilen sebeplerden dolayı yaşı artmasına mukabil küçülürler. Bu sıtmalık bölgelerde çocukların feci kaderlerinin daha doğumdan evvel taviin edilmesi nadir değildir. Zira annelerin ihtimal sıtma olan nöbetleri gebelik aylarında ekseriya düşükle neticelenir. Bu hususta kat'i rakamlar yoktur. Çünkü bu kabil araştırmalar pek muhtelif sebeplerden dolayı büyük zorluklarla karşılaşılır. Sistematik ve antimalarik bir gebelik korunmasının lüzumunu ayrıca belirtmeme ihtiyacı yoktur. Fakat korunmağa karşı koyan fevkalâde güçlükleri hatırlamak lâzımdır.

Bugün için daha açık ve daha kolay gözden geçirilebilecek bir mevzu, sıhhatı mevsuk bir kaç münferit müşahedeye rağmen, olup olmadığı Literatürde hâlâ çok münakaşalı olan «Doğuştan Sıtma» mevzuudur. Burada bunların teker teker izahından sarfınazar edip sadece Blacklock ve

Gordon'ın yeni müşahedelerini zikretmek istiyorum. Bunlar Foetusleri ölmüş vak'aların % 36 sının Plasentasında Tropika Pilazmodilerine rastlamışlardır. Bundan başka Jean ve Van Nilson ölü doğan veya doğumdan kısa bir müddet sonra ölen 8 çocuğun, 6 sında dalakta plazmodi bulunduğunu göstermeğe muvaffak olmuşlardır.

Çocuk doktoru olarak «Doğuştan Sıtma» problemi beni şiddetle alâkadar etti ve sıhhatı mevsuk bir kaç klinik müşahedeleri bu meseleyi çalışma arkadaşlarımla beraber takip etmeme sebep oldu. Bu çeşit tetkikata karşı koyacak güçlükler pek muhteliftir. Her şeyden evvel doğuştan sıtmayı tabii olarak en fazla gördüğümüz sıtmanın endemik olduğu bölgelerde lâzım gelen sistematik muayenelerin harici sebeplerden dolayı hemen hemen imkânsız olduğunu unutmamak lâzımdır. Buralarda böyle vak'alar olduğu takdirde bunları tesbit edecek hekim ve ebeler olmadığı gibi, sıtma mücadele memurları yani bakteriolog veya sıhhiye memurları tarafından bakılan bölgelerin çoğunda yeni doğan veya süt çocuğu sıtmasının hiçte basit olmayan hastalık tablosunu her vak'ada tespit edebilmek için çocuk hastalıkları hakkındaki bilgi de kâfi gelmez.

Bu halin endemik malarya bölgeleri bulunan her memleket için doğru olması mümkündür. Bu hususta haklı olarak şu itiraz akla gelir : — İklim'e ait sebeplerden dolayı sıtmanın kısa fasıllarla azçok bütün sene görüldüğü pek çok sıtmalı bölgelerde yeni doğanın doğumdan kısa bir zaman sonra yani Postnatal enfekte olabilmesi daima imkân dahilindedir. İşte bunun için yukarıki mes'eleyi düşünerek evveleminde yalnızca soğuk mevsimlerin de devamlı olarak tekerrür ettiği bölgeler nazarı itibare alınır. Çünkü on beş santigrad dereceden aşağı sıcaklık derecelerinde sıtmayı nakleden Anofel sokmaz ve böylece bu zaman esnasında nisbeten inaktive edilmiş olur.

Bundan maada zedelenmemiş plasentada plazmodilerin büyüklüklerinden dolayı plasenta yolu ile nakledilemeyecekleri de kat'i gibi görünüyor. Mamafih hiç değilse doğum münasebetiyle Plasentada kanama ve infarktüslerin husule gelebileceğini ve bunun nisbeten fizyolojik bir zedeleme göstereceğini söyleyerek mukabele edebiliriz. Nihayet doğuştan sıtma teorisinin muarızları : Böyle oldukları ileri sürülen vak'alarda, sıtmanın ilk teyid edilebilecek belirtilerinin ortalama 14 güne varan muayyen bir kuluçka süresi sonunda tesbit edilemeyip ekseriya daha geç görüldüğünü belirtmişlerdir. Buna ilâveten şunu da ima etmek lâzımdır ki son baharda kazanılıp ilk nöbetlerini ancak ilk baharda gösteren ve ilk bahar sıtması denen sıtmada da görüldüğü gibi sıtma hastalığının kat'i, kaide halinde bir kuluçka süresi aslında yoktur.

Bundan mada peşinen söylemek lâzımdır ki yeni doğan ve süt çocuğu sıtması hemen daima gizli sıtma belirtileriyle seyrederek ve karakteristik değildir. Bunun erkenden teşhisi bu sahada bazı özel tecrübeleri haiz olmağı icabettirir. Yeni doğan ve süt çocuklarını en müsait şartlarla daimi müşahedesi altında bulundurmak imkânlarına malik olan, süt çocuğu sıtmasının özelliklerine vakıf, bir doktorun ancak bu mevzu etrafında bizi kati surette aydınlayabileceği ümit ve tahmin olunmalıdır. Mesut bir tesadüf olarak, Ankara civarında Keçiören Çocuk Yuvasında ve Bn. Dr. Köymen'in teşriki mesaisi sayesinde benim için bu şartlar husule geldi. Buna iklim şartlarının da bilhassa müsait olmaları eklendi. Çünkü postnatal bir enfeksiyonun mümkün olabileceği sıtma ayları Hazirandan - Eylûle kadar devam ederler. Buna mukabil soğuk aylar Ocaktan - Mayıs ve Ekimden - Aralık ayına kadar sürer.

Bu şartlar altında sıtmasız aylarda doğmuş olan ve bu aylarda plazmodilerin kanda bulunması ile sıtma teşhisinin konulmasını mümkün kılan on süt çocuğunda kati şekilde doğuştan sıtmayı tevsik edebildik. Çünkü postnatal bir enfeksiyon ihtimalini muhakkak olarak kaldırmak mümkündür. Kendi tetkikatımın yekûnu şimdiye kadar 28 vak'ayı buldu. Bu sebepten bundan şu neticeyi çıkarmak isterim : — Doğuştan sıtma hiç bir zaman nadir değildir, sadece nadiren teşhis edilir.

Bu klinik müşahedeleri tamamlamak üzere maalesef yalnız Türkçe olarak, daha senelerce evvel neşredilmiş olan Lütfü Aksu'nun tetkikatına işaret etmek isterim. Bu zat sıtmadan hasta annelerin plasentalarının muayenesinde damarlarda plazmodi ve pigment bulunduğunu göstermiş ve plasentadaki infarktüslerin, plazmodilerin ana kanından çocuğa geçmesini gösteren bir manası olduğuna dikkati çekmiştir. Sıtmanın çocuğa geçmesini takriben şöyle tasavvur edebiliriz :— Ağrılarla alâkalı olarak teşekkül eden plasentanın infarktüsleri çocuk için enfeksiyonun geçme yolunu teşkil eder Bu esnada yeni doğan çocukta, sıtmanın inkişafına tesir eden enfeksiyonun şiddeti ihtimalki vakadan vak'aya değişen bir rol oynar.

Bu izah, müşahedelerimi klinik olarak : Sıtma belirtilerinin hayatın ilk günlerinde görüldüğü erken vak'alar ve sıtmanın gizli seyir etmesiyle teşhisin daha geç bazan haftalarca sonra konabildiği geç vak'alar olarak ayırmanın teorik bir izahı da olabilir.

Süt çocuğu sıtması nadiren kitaplarda târif edilen tiplere uygun olarak seyrederek. Bu güne kadar hastalığın süt çocuğundaki hususi seyrine bu kadar az ehemmiyet verilmesi hayret vericidir. Bu çağda sıtmanın klinik seyrinde karakteristik olan nokta, pek vazih olarak kitaplardaki

tiplere göre karakteristik olmayışıdır. Bu yüzden bu şekil hakkındaki bilgi kâfi olmadığı takdirde kolaylıkla anne ve babanın ve hekimlerin gözünden kaçabilir.

Halsizlik, adele ve arka ağrıları gibi malûm olan genel prodromal belirtiler süt çocuklarında şahsi anamnezin alınamaması yüzünden teşhis için lâzımgelen bilginin dışında kalır ve müsait vak'alarda sıtmaya has olmayan huysuzluk ve iştihassızlık gibi genel belirtiler bunların yerini alır.

Her zaman saatlerce devam eden ve ekseriya geceleri görülen malar-ya nöbetinin titreme, ateş ve ter safhalarından müteşekkil tanınmış triadının çok defa farkına varılmaz veya yalnız tefsir edilir. Esasen süt çocuklarında yetkinlere nazaran o kadar mütebariz değildir. Mamafih iyi yapılan klinik müşahedelerde, hastaların muayyen bir nisbetinde, ateşin zirvesinde alevvari bir kırmızılıkla yerini değiştiren, ekstremitelerin soğukluğu ve akrocyanozu bizi bir sıtma teşhisi ihtimaline doğru götürebilir. Buna mukabil ter boşanması ve umumiyetle terleme sıcak memlekter için daha az haber vericidir.

Fakat zorluk şuradadır: Sıtmalı süt çocuklarının büyük bir çoğunluğunda sadece hafif reaksiyonlar husule gelir. Nöbetler subfebril veya orta şiddette ateş yükselmeleri ile geçer, fakat burada karakteristik olan bir nokta vardır: O da bu nöbetlerin daima yetkilerde malûm tertiana, tropica ve quartana ateş tablolarını taklit etmeleridir.

Eğer ateşin seyri itina ile takip edilir, meselâ hastanelerdeki gibi bir derece kurbu yapılırsa çabucak sıtma mevcudiyeti ihtimaline gidilir.

Bunun yanında intizamsız aralıklarla, sadece bir gün ateş yükselmesi gösteren vak'alar da nadir değildir. Bunlarda her ateş yükselmesinde otomatikman yapılacak sistemli şekilde kan muayenelerinde plazmodilerin görülmesi malarya teşhisinin konmasını mümkün kılar. Bu gibi vak'alarda kan muayenesinden başka, süt çocuğu çağında çabucak tekâmül eden mühim bir anemi veya büyümüş bir dalağın mevcudiyeti de gizli seyreden bir sıtma ihtimalini gösterir.

Ateşsiz devrelerde sıtma, plazmodilerinin dalak ve sternal ponction muhteviyatında görülmeleri ile nadiren teşhis edilebilir.

Süt çocuklarında sıtmanın hususi şekilleri arasında ilk plânda sıtma - Dyspepsie'si yani Enteritis'i bulunur. Bu, ishal ve ekseriya subfebril bir ateş tablosu ile seyreder.

Anti - Dyspeptique tedaviin, ister dietetik ister anti - infectieuse - medikamentöz olsun, (ister perhiz, ister infeksiyona karşı ilâçla olsun),

muvaffakiyetsizliğe uğraması, bilhassa sert ve büyük bir dalak da bulunuyorsa sıtmayı gösterir.

Plazmodilerin kanda bulunması, ve bilhassa alâka uyandıran bir hâdisе olarak, bazen haftalarca süren ishalin sıtma tedavisi ile ani olarak kesilmesi teşhisi teyid eder.

Burada, biz çocuk hekimlerinin parentral dyspepsie dediğimiz bir hâdisemi mevzuubahistir, yoksa hiç olmazsa muayyen bir dereceye kadar barsak mukozasının direkt ve yığın haline gelen plazmodi embolileri ile zarar görmesinin rolü mü vardır. Bu mesele kolay kolay ayırdedilemez.

Süt çocuğu sıtmasının bir diğer şekli Toxicose'un tanınmış klinik belirtileriyle seyreder. Garp memleketlerinde alimenter ve enfeksiöz sebeplerle, sıcak memleketlerde ise hemen istisnasız enfeksiöz sebeplerle ve bilhassa Salmonella enfeksiyonları ile husule gelen bu hastalığın belirtileri her çocuk hekiminin aşına olduğu bir keyfiyettir. Burada da kısmen intermedier bir madde mübadelesi ile asidotik bir hale yaklaşan koma belirtileri ön plâdadır. Bunlar : Sıkıntı hali, Kussmaul teneffüsü, Anurie ve vücudun su kaybetmesine götüren ishallere varırlar. Ekseriya bulunan dalak büyümesi bir sıtma ihtimalini düşündürür. Bu da plazmodilerin kanda bulunması ile ispat edilir. Burada mevzuubahis olan sıtmanın tevhit ettiği bir toksikozdur. Bu sıtma toxikozu süt çocuklarındaki sıtma komasının hususi bir şeklidir. Kinin veya atebrin zerklerinden sonra görülen âni düzelmeler ve toksikozdan ölen süt çocuklarının beyin damarlarında tespit edilen plazmodi embolileri bu düşüncenin haklı olduğunu gösterir.

Nihayet dekompozisyon tablosuna kadar inen muhtelif dereceleriyle, süt çocuğunun Sıtma Dystrofisi'ni işaret etmek lâzımdır. Bu, ekseriya normal veya subfebril derecelerle seyreder, gizli sıtmaya dahil olabilecek çok karakteristik bir grup teşkil eder. Dalak fazla büyümüş olarak bulunabilir, fakat ekseriya az büyümüştür. Bu buluş bu çağ için reticulo endothelial örgünün vak'adan vak'aya değişen ve kısmen noksan reaksiyon verme kabiliyeti için bir delildir.

Burada, sıtmanın özel tedavisi yanında lüzumu kadar vitamin verilmesi esas olan, bir dietetik tedavi de bildirilmiştir.

Daha büyük çocukların sıtması daha ziyade yetkinlerden bildiğimiz hastalık tablosunu gösterir. Burada, hiç değilse taze vak'alarda, kitaplar da muhtelif plazmodi nevilerinin her biri için tarif edilen sıtma nöbetlerinin seyrini çok daha sık olarak görürüz. Fakat burada da ihtimal yetkinlerdeki gibi gizli veya hiç olmazsa zaman zaman gizli seyreden vak'alar nadir değildir.

Bu hal daha ziyade kronik vak'alar için varittir. Çünkü bu kronik vak'alarda, pre-immünitenin meydana çıkmasıyla alâkalı olarak, parazitlerle hasta ettiği insan arasında muayyen bir muvazene te'essüs eder.

Hastalığın bu safhasında reticulo-endothelial örgüye mühim bir vazife düştüğünü hatırlatmak lâzımdır. Bu muvazene her hangi bir sebeple bozulursa hakiki sıtma nöbetleri veya sadece kısa bacaklar yapan derece yükselmeleri görülür. Bu sebeplerin ameliyatlarla alâkalı olanı bilhassa tesirli ve bir darbe kadar âni husule gelebilir. Fakat en muhtelif çeşitte enfeksiyonlar, soğuk algınlıkları, yorgunluk, iklim değişiklikleri ve sair hastalık yapıcı sebepler de bunu tevhit edebilir. Burada her vak'ada kanda plazmodilerin bulunması bir sıtma nüksü teşhisini koydurur.

Sıtmanın nüks etmesine sebep faktörlerin hususi bir grubu bir takım hâdiseler teşkil ederki bunların arasında kısmen ilâçlarla, kısmen mekanik bir tarzda ve kısmen enfeksiöz şartların tesiri altında dalak hacmini değiştirir.

İlk olarak, sıtmada teşhis maksadiyle kullanılan meşhur provokasyon söylenmelidir. Bu dalağın adrenalin zerkinden sonra geçici olarak küçülmesine sebep olur. Mekanik olan provokasyon traumalarla, fakat bilhassa dalak yaralanmalarında icabettiği gibi veya hatalı olarak konulan bir Banti symptomlar kompleksi teşhisinde tedavi için kullanıldığı gibi, dalak extirpasyonu ile alâkalı olarak husule gelir.

Bizim de pek çok defalar şahit olduğumuz veçhile bu gibi vak'alarda müdahaleden daha bir kaç saat sonra muntazaman bir sıtma nöbeti görülür. Burada kısaca şu noktayı hatırlatmak isterim : — Kronik sıtmalı ve teşhis edilmemiş vak'alarda bu kabil dalak extirpasyonları, literatürde kabul edilen düşünceye rağmen hiç de öldürücü seyretmezler, ve ciddi bir sıtma tedavisiyle tamamen müsait bir seyir takib ederler.

Literatürde tekrar tekrar münakaşa mevzuu olan bilhassa enteresan bir mes'ele sıtma provokasyonunun tifonun seyri ile olan alâkasıdır.

Umumiyetle ödenecek teşhis edilmemiş kronik bir sıtma ile müşterek seyreden tifonun iyileşmesi esnasında ateş düştükten sonra ve nekahat devresinde, sıtmanın âni olarak kendisine has bir ateş kurbu göstererek alevlendiği görülür.

Burada sıtmanın tifo tarafından ikinci plâna itildiği farzedilmiş ve bu hususta bir kaç immün-biyolojik münakaşa yapılmıştır.

Diğer bir yerde etraflıca ispata çalıştığım kendi kanaatıma nazaran buraad sıtmanın ikinci plâna itilmesi mevzubahis değildir daha ziyade, tifo nekahatında dalak küçülmesinin tevhit ettiği bir fenomendir. Bu takriben adrenalin tecrübesinin ayna hayalini temsil eder.

Daha büyük çocuklarda da yetkinlerdekine uygun olarak sıtmanın, bilinmelerinden sarfınazar edilemeyecek bir kaç özel şekilleri görülür.

Malarya tifoid veya tiföz malarya denen ve tifoyu etraflica taklit eden hastalık tablosu bunlara aittir. Delir ve şuur kaybı, idrarda pozitif diazo reaksiyonunun mevcudiyeti, dil kuruluğu ve her iki hastalık için karakteristik olan leucopenie görülür. Hastalık tablosu bir kaç gün içinde tekâmül eder. Yalnızca kanda plazmodilerin bulunması bir sıtma veya sıtma koması teşhisini koydurur ve spesifik sıtma tedavisi müsait vak'alarda bütün arazın çabucak gerilemesine sebep olur. Sıtmanın tiföz şekli ile alâkalı olarak choleriform ve bilier şekilleri de söylemek lâzımdır. Mamafih bunlar daha seyrek husule gelirler.

Çok daha sık görülen şekil «Gastrik Symptomlar Complexi»dir. Bu şekil Gastralgie, Pseudoapendicitis veya Pseudoperitonitis tablosu ile seyreder. İcap etmediği halde yapılabilecek cerrahi müdahalelerden korunmak bakımından buradaki sıtma teşhisi bilhassa mühimdir. İhtimalki buradaki sıtma nöbetinde dalağın şişmesi ve yer değiştirmesi bu symptomlar complexinin teşekkülünde ehemmiyetli bir rol oynıyor. Sıtma görülen memleketlerin hepsinde, bilhassa çocuklarda, bunların ağrının lokalizasyonu hakkındaki ifadeleri ekseriya itimada şayan olmadığı için, her apendicitis şüphesinde ilk olarak bir kan muayenesi yaparak sıtma ihtimalini ortadan kaldırmak lâzımdır. Çocuklardaki kronik sıtmanın komplikasyonları arasında karaciğer sirozlarının hususi bir rolü vardır. Sirozların seyri esnasında bilindiği gibi bağ örgüsü infiltrasyonları dalak ve karaciğerde parenchyma harabiyeti daha ileri devrelerde acites ve cachexie husule gelerek sonunda hastanın müsait olmayan kaderini tamamlarlar. Çocukluk çağındaki kronik sıtmalı vak'aların çokluğuna rağmen umumiyetle çok görülen bir hastalık olan sirozun, bunlarda nisbeten küçük yekûn tutan bir komplikasyon olması enteresandır. Buna ilâveten dalağın ehemmiyetsiz büyümelerinde karaciğerin oldukça fazla büyümesi ile seyir edebildiği gibi çok büyümüş dalaklı vak'alarda hiç de husule gelmeyebilir. Bu hâdise primer deveren bozukluklarında olduğu gibi, sadece mekanik faktörlerin mevzubahis olmadığını gösterir. Burada sirozu husule getiren sebepler arasında plazmodilerin mi yoksa endotoxinlerinin mi esas rolü oynadığı da bilinmiyor. Bu düşünceler nefroz tablosu gösteren, böbreğin sıtma neticesi gördüğü zararlar için de varittir. Fakat bu değişiklikler dalak ve karaciğerdeki sirotik değişikliklere nazaran geniş ölçüde tamir olma kabiliyeti gösterirler. Yaygın ödemler, idrarda fazla miktarda albümin bulunması, bol bir cilindrurie de olsa bunlar şiddetli bir sıtma tedavisi ile çabucak kaybolurlar. Bilhassa çocukların quartana enfeksiyonlarında görülen bu sıtma nefrozunu, daha seyrek olarak terti-

ana ve tropica infeksiyonlarında aynı tablo ile görebiliriz. Çocukluk çağı sıtmasının en çok tesir bırakan tablolarına sinir sistemine ait mütenevvi komplikasyonlar girer.

Ben bunları kendi müşahedelerime nazaran aşağıdaki şchilde taksim etmeğe çalıştım : —

- a — **Komanın Prodromal safhası** : Küçük çocukluk çağının ancak sonuna doğru iyi verilebilecek bir anamnez sayesinde tesbit edilebilir. Burada şu şekilleri ayırabiliriz : Bir beyin şekli vardır, bu sadece baş ağrısı ile seyreder.
Diğer bir şekil : Burada genel hastalık belirtileri yorgunluk, baş ağrısı, kusmaya meyil, hipersensibilite ve hiperestesi görülür.

- b — **Esas (hakiki) sıtma koması** : Bu da klinik seyirleri değişen bir kaç hastalık tablosuna ayrılır. Burada da şu şekilleri ayırırız. **Sinsi başlayan koma.** Yukarıda tarif edilen prodromal belirtilerin sonunda husule gelir.

Foudroyante,-Koma. Çok defa güneş çarpması veya bir apoplexi ile karıştırılır, bunlarda çocuklar ihtimal tam sıhhatli bir durumda iken ekseriya oyun oynarken veya sokakta giderken oldukları yere yığılıp kalırlar ve şuur kaybı ile mütefarık bir duruma düşerler. Bundan başka bir de **meningitis** şekli vardır. Bu şekil ense sertliği, reflexlerin artması, hipersensibilite ve kusma gibi arazlarla bir menenjizm tablosu gösterir. Bu şeklin **Encephalo-meningitique** şekle büyük bir yakınlığı vardır. Burada pupilla bozuklukları, tonik klonik kramplar reflex anomalileri ve evvelce söylenen meningeal belirtiler husule gelir.

Buna yakınlığı olan şekil de epilepsi nöbeti belirtileri göstererek başlayıp kısa bir fasıladan sonra komaya geçen **epileptik** şekildir. Bu sırada epilepsi nöbetleri komanın husulüne kadar bazan uzun zaman hattâ haftalarca devam edebilir.

Bundan başka küçük çocuklarda spasmophilie symptomları gösteren tetanik bir şekil vardır. Bu da bir iki saatta komaya inkılâb eder. Çocukluk çağı için bilhassa karakteristik olan, daha evvel de söylenen çocukluk çağına has iki özel şekildir. Bunlardan biri süt çocuklarının **toxicose** tablosu ile seyreden komasıdır. Diğer de daha büyücek çocukların tifo belirtileri gösteren «malarya tifoid» idir. Bütün bu vak'alarda sıtmanın erken teşhisi inzar üzerine müsait tesir edici bir hâdisedir. Çünkü uzun zaman devam eden bir komada en şiddetli sıtma tedavisine rağmen müsait netice alınamaz. Bizim de, komaya girmiş çocuklarda imkân olduğu

takdirde, yüksek dozda intra venöz kinin tedavisini tercih edilecek metod olarak gördüğümüzü tebarüz ettirmemize lüzum yoktur.

Bu tedavi bir iki saat zarfında komanın açılmasını temin etmezse ayrıca serum glikoze ile sulandırılmış 0,10 atebriini yine intravenöz olarak zerk ediyoruz. Umumiyetle pek kullanılmayan bu usulle şimdiye kadar bir çok ümitsiz görülen koma vak'asını kurtarmağa muvaffak olduk. Çocukların sıtmasında sinir sisteminin sub-akut seyreden ve umumiyet itibariyle daha az tanınan bozukluklarından burada bahsetmek mümkündür. Bunlar sebep olarak bulunabilecek bir sıtma şüphesi uyandırmadan haftalarca, aylarca devam edebilirler. Nihayet sıtma ile olan münasebetleri ancak plazmodilerin kanda bulunduğunu göstermeğe muvaffak olunduğu takdirde anlaşılır. En mühimi asabi nöbetlerin spesifik bir sıtma tedavisi ile çabucak kaybolmalarıdır. Bu olay da bu belirtilerin sıtma ile olan münasebetlerini gösterir. Bunların husule gelmesinde plazmodi toksinlerinin tesirleri düşünülebileceği gibi belki kısmen de plazmodilerin sebep oldukları lokalize kapiller embolileri veya trombozlarının da tesirleri olur.

Burada şu şekilleri görüyoruz : Muhtelif yerlerde, fakat tetkikatımıza nazaran en fazla peroneus bölgesinde lokalize olan bir neuritis. Bu başka sebeplerle husule gelen bir kaç enfeksiyon hastalığındaki polineuritis'e tekabül eder. Athetotik bir şekil, bu da ilk defa İtalyan klinikcileri Pansini ve Forli tarafından sıtmanın tevhit ettiği beyincığe ait bir semptomlar kompleksi olarak tarif edilmiştir. Bu şekli biz de müteaddit defalar görmek fırsatına eriştik. Bu şekildeki vak'aların birinde teşhisimizde bir beyincik ekinokoku ile beyincik kisti arasında mütereddit kalmıştık. Nihayet nispeten ehemmiyetsiz bir dalak büyümesi ve plazmodilerin kanda bulunması bize, teşhise götüren doğru yolu gösterdi. Bunlardan başka hemipleji'ler, ambliopi, ve ophthalmopleji'ler de görülür. Bunların sıtma ile olan münasebetleri kanda plazmodilerin görülmesi ve bilhassa spesifik bir sıtma tedavisinden sonra gerilemeleri ile anlaşılır. Benim için en çok alâka uyandıran şekillerden biri de sadece neuropathie tablosu ile seyreden subakut sıtma nöbetleri oldu. Bilhassa ruhi durumları az çok basit ve şimdiye kadar normal olan köylü çocuklarının bir zamandan beri karakterlerini değiştirdikleri söylenir, ve bilhassa çok görüldüğü gibi geceleri korkmalarından şikâyet edilirse, yani kısacası çoğu şehirli olan çocuk neuropat'ların tanınmış tablosunu gösterirlerse derhal gizli bir sıtma olması ihtimalini düşünür, ve çok defa da sıtmayı tespit edebiliriz. Tabiidirki bu değişiklikleri meydana getirebilecek sinsi başlayan bir menenjit Tbc. veya ensefalit gibi sebepleri unutmamak lâzımdır. Bu çok şekilli asabi belirtiler nihayet hakiki psikoz'ların husule gelmesiyle neticelenebilir. Bu hayret verici bir hâdise değildir. Çünkü psikoz'lar diğer en-

feksiyon hastalıklarında da görülebilir. Biz köylü çocuklarında haftalarca devam eden ağır psikoz'lar gördük, bunlar ekseriya depressiv manyak bir görünüşte idiler ve nihayet bununla alâkalı olan ağır teheyyüç durumlarından dolayı köyde daha fazla alıkonamıyorlardı, ve bütün bu belirtiler kuvvetli bir sıtma tedavisi ile ekseriya kısa bir zamanda kayboluyordu. Sıtma esnasında sinir sisteminin gösterdiği subakut seyreden bütün bu bozukluklar bazen kısa devam eden ateş yükselmeleri müstesna, sadece subfebril hararet değişiklikleri gösteriyorlardı. Ateş yükselmeleri olduğu takdirde kanda plazmodileri bulabilmek ekseriya bir güçlük göstermez.

Böylelikle asabi bozukluklar gösteren vak'alar gizli sıtmaya misal olacak çok karakteristik bir grup meydana getirirler. Bir çok defa dalağın büyümesi subfebril ateşle seyreden vak'alarda teşhisi kolaylaştırır. Çocuklarda sıtmanın sabit belirtilerinden birisi de çocuk ne kadar küçükse o kadar erken teessüs eden anemidir. Kronik vak'alarda yüzün bal mumu rengi daha ilk bakışta sıtma ihtimalini düşündürür. Hemoglobin miktarı % 10 ve eritrosit sayısı bir milyon olan vak'alar nadir değildir. Bu gibi hallerde genel durum kısa bir zamanda hayatı tehlikeye düşürecek şekilde bozulabilir ve sadece, bir veya müteaddit kan transfüzyon'ları hastayı ölümden kurtarabilir. Ayrıca bu anemiler kombine bir demir, bakır ve karaciğer preparat'ları tedavisinden çabuk ve memnuniyet verici bir şekilde istifade ederler.

Bu şekildeki hastaları takip etmek imkânı varsa, sıtmadan hasta çocukların umumi mukavemetlerinin kırılmış olduğu ve ölüme sebep sıtma olmasa bile çeşitli enfeksiyon'ların bu feci neticeye götürdükleri görülür. Asıl sıtma bölgelerinde gıdanın çok zaman miktarca az, tek taraflı ve vitaminden fakir onluğu da buna eklenir. Bu suretle organizmayı mukavemetinin azalmasına doğru götüren tehlikeler çoğalmış olur.

Bu düşünceler bize daha büyücek çocukların sıtma distrofinin mütalâasında bilhassa uygun görülüyor. Sıtmanın endemik olduğu bölgelerde büyücek çocukların nisbeten mühim bir kısmının gelişmelerinde bir durgunluk bilhassa iç ifraz yapan bezlerin neşvünemasında bir bozukluk olduğu uzun zamandan beri bilinmektedir. Burada bilhassa cinsiyet bezleri mevzuubahistir. Kronik sıtmanın bırakacağı zaafın veya bahsedilen diğer zararların burada ne derecede hissedar olduklarını tâyin etmek güçtür.

Çalışma arkadaşım Bahtiyar, endokrin bozukların husulünde sıtmanın hakim olan tesirini teyit eden aşağıda bahsedeceğim enteresan bir müşahade neşretmiştir.

Burada mevzuubahis olan vaka tipik adisson belirtileri gösteren kronik sıtmalı bir çocuktur, ve adisson hastalığına ait belirtiler şiddetli bir sıtma tedavisinden sonra tamamen geçiyordu. Sıtma anemisini tarif ederken şu suali ortaya atmıştık.

Çocukluk çağının sıtması diğer hastalıkların seyrine, müsait olmayan tarafa doğru tesir edebilir mi? Ve ne derecede tesir eder? Bu sual anemi için geniş ölçüde müsbet olarak cevaplandırılabilirdiği gibi, bütün bunlar, zamanla organizmanın karşı koyma ve müdafaa kuvvetlerinin kırılmasına sebep olan sıtmanın kendisi için de varittir. Bilhassa, enfeksiyöz tabiatındaki hastalıklar aynı zamanda mevcut olduğu takdirde elimizdeki misal tek bir vak'a'ya münhasır ise ayrı ayrı hastalıkların tesirlerini birbirleriyle mukayese etmek zor olabilir. Benim burada bahsetmek istediğim ise hususi bir misaldir, ve sıtmadan hasta çocukların diğer bir enfeksiyon ilâvesiyle tehlikeye maruz kalmalarına iyi bir örnek teşkil eder. Bu aynı zamanda mânasını ve şümulünü ancak Türkiye'deki çalışmalarım esnasında öğrendiğim ve kliniğimdeki çalışmalar arasında mühim yer tutan bir hastalıktır. Bu hastalık Noma'dır, burada çocukluk çağında sıtma ile olan münasebetini göstermek için Noma mevzuuna ufak bir geçiş yapmama müsaadenizi rica edeceğim.

Şimdiye kadar klinik tedavim altında bulunan Noma vak'aları 350 dir. Bu hastalık bizim anlayışımıza nazaran stomatitis ulcerosa'nın toksik şeklidir. Bizim muayenelerimizin de gösterdiği gibi amili spriller ve füsiform basillerdir. Yani Plaut - Vineent symbioz'dur. Aynı hastalık amillerinin bir defa nisbeten basit bir stomatitis başka bir defa Noma gibi hayatı tehdit eden bir hastalık husule getirmeleri nasıl olabiliyor? Bu hususta bizim izah tarzımız şudur:

Mukavemeti azalmış bir organizmada, normal olarak sadece mukosa'da seyredebilecek bir hâdise çabucak inkişaf ederek toksik tesirli bir nekrobioz hâdisesine inkılâb eder.

Bu ara bağışıklığın düşmesinin sivilce husule getiren bir rol oynadığı muhtemeldir.

Bu hal Noma'nın sporadik olduğu garp memleketlerinde kızamık esnasında husule gelir. Bizim tetkikatımızda da arasına kızamık ve bundan başka sair hastalıklar esnasında görülüyordu. Vak'alarımızın % 80 ninde ise kronik bir sıtmanın mevcudiyeti ispat edilebildi. Bu da sıtmanın muafiyet durumu üzerine olan gayri müsait tesirini kâfi derecede isbat eder. Hemen hemen sıtmalılı bölgelerdeki halka münhasır olarak husule gelmesi de buna bir delil teşkil eder.

Böyle vak'alarda, daima, bu hâdisenin difterinin klinik seyri ile olan benzeyişine işaret ettim. Difterinin amili olan difteri basilini bazen portörlerde zararsız bir parazit olarak buluruz. Fakat bu zararsız parazit, bundan 30 sene evvel Freiburg'da bir süt çocuğu yuvasında kendim de ispat etmeğe muvaffak olduğum gibi ani olarak patojen olabilir ve bir difteri hastalığı husule getirir. Burada tedaviye kolaylıkla cevap veren ve ekseriya normal seyreden burun veya boğaz difterisinden başka, bütün tedaviye rağmen yine de ölüm ile neticelenen toxik difteri de meydana gelebilir. Her üç hastalık tablosunda da aynı amili buluruz. Noma'da hastalık amillerinin buna benzer durumları görülür.

Mikroplar çok defa zararsız parazitler halinde ağız boşluğunda bulunurlar. Bazı hususi hallerde bilhassa küçük çocuklarda tedavi ile meselâ, neosalvarsanla kolayca eyileşen stomatitis'ler yaparlar, fakat bir de eski tedavi usullerine bütün gayretlere rağmen karşı koyan Noma'yı husule getirirler.

Hakikaten mutad tedavi usullerine cevap vermeyen 40 stomatitis vak'asının Noma'ya inkılâbını kendi gözlerimizle takip edebildik. Bundan başka kardeşler arasında aynı zamanda Noma ve Stomatitis'den hasta olanların bulunduğunu gösteren müşahedelerimiz vardır. Eskiden mutad olan Neosalvarsan tedavisi esnasında Noma'da % 90 gibi muazzam bir ölüm nispetinin, son senelerde tedavi usullerinin tekâmülü sayesinde düşmekte olduğunu burada kısaca bahsetmeme müsaadenizi istiyeceğim. Muhtelif düşüncelerin neticesi olarak uzun zaman Noma'yı lokal ve buna ilâveten intra müsküler antigangrenö serum şırıngaları ile tedavi ettik. Burada spesifik olmayan bir serum tesirinin rolü olacağını gösterebiliyorduk. Ayrıca sülfonamid tedavisini de buna ilâve ettik.

Bu usullerle ölüm nisbeti % 33 e düştü. Son senelerde ise artık sadece lokal ve genel bir penisilin tedavisi yaptık ve ölüm nispeti % 8 e düştü.

Bunun yanında kronik sıtmalı vak'alarda daima spesifik bir sıtma tedavisini de ihmal etmedik.

Çocukluk çağında sıtmanın seyri ve hususi problemleri hakkında size bir fikir vermeğe çalıştım. Fakat bu çağdaki sıtma profilaksi ve tedavisini kısaca anlatmayacak olursam, anlatmak istediğim mevzu'u tam olarak anlatmış olamam.

Profilaksi'yi alâkadar eden mevzuu çok kısa kesebilirim, çünkü ne ilâçların ne de mahallinde yapılacak umumi hijyenik bir profilaksinin çocuklarda eyi netice vereceğini beklemek doğru değildir. Öyle zan ediyor-

rum ki benim gibi uzun zaman endemik sıtma bölgelerinde bulunan herkes de buna benzer pesimist neticelere varır. Her şeyden evvel, muntazam şekilde senenin uzun bir müddetince süren ilâçla yapıalcak bir profilaksi çocukların ve büyüklerinin tedaviye karşı gösterdikleri mukavemet ve lakaydi ile muvaffakiyetsizliğe uğrar.). Bundan başka her hangi bir sıtma ilâcı ile yapılacak böyle bir tedavinin, uzun sürecek olursa çocuk organizması üzerine gayri müsait tesir edeceğini de nazarı itibare almak lâzımdır.

Hijyenik tedbirler arasında bilhassa cibinlik kullanmak pencere ve kapıları ince tellerle kapatmak, filit yapmak veya evlerin içine D. D. T. serpmek en mühimleridir. Bunların bahsedilen şartlar altında kusursuz yapılabilmeleri hemen hemen imkânsızdır. Ayrıca unutulmaması icabeden noktalar vardır. Sıtma bölgelerinde gündüzler çok fazla sıcak olduğundan çocuklar ancak hava kararırken veya gece açık havaya çıkarılırlar. Bu suretle de anofelin ısırıklarına maruz kalmış olurlar. Çok defa yüze değerek örtülen cibinliklerin de faydası olmaz. Hakikaten netice verebilecek profilaktik bir sıtma mücadelesi yalnız her çareye başvurarak sıhhi tedbirler almak ve anofellerin yumurtladıkları yerlerin kurutulması ile mümkündür. Bu tedbirlerin netice verdiği, son zamanlarda Türkiyenin de verdiği misalle, tayyareler tarafından serpilen D. D. T. nin kullanılması sayesinde anlaşılır. O zamandan beri, Polikliniğime gelen sıtmalıların adedi, bir ara senede 4000 e yaklaşmışken, 400 e, yani 1/10 nispetine düşmüştür.

Sıtmalı çocukların tedavisi yaşa göre hususiyet arzeder. Mühlens'in tabiri ile «sıtma kronik (Nüks) eden» bir hastalıktır. Bu sebepten sıtma ilâcının şifa tesirini anlamak için nüksleri ve ne kadar sık vukubulduğunu gözönünde tutmanın ehemmiyeti büyüktür.

Yine bu sebepten sıtma nöbetini kesen âni bir tesirle, yani klinik iyileşme ile devamlı bir iyileşmeyi ayırt edebilmeliyiz. Bu devamlı iyileşme ise ancak uzun bir zaman sonra tespit edilebilir.

Diğer bir mes'ele de sıtma ilâçlarının tesir mekanizmasının mütalâasıdır. Bu mekanizma klinikçilerle Chemotherapeut'ler tarafından pek muhtelif olarak kabul edilir.

Amerikan eczacıları Goodman ve Gilman yeni intişar eden tedavinin Farmakolojik esasları adlı kitaplarında kinin hakkında : 3 asırdan beri sıtma tedavisinde kullanmasına rağmen, kullanılması için lâzım gelen esaslar halâ Kontes Chinchon'un kına kına kabuğu hülâsası ile tedavi edildiği zamanlardaki kadar ampirik olduğunu söylemekle maalesef hak-

lıdırlar. Bundan maada ağızdan verildiği zaman kininin kandaki konsantrasyonu yalnız 10 mgr. dir. Bu miktar doğrudan doğruya plazmodilere tesirli olabilecek, netice veren bir miktarın altındadır. 1 litre kandaki miktar 10 mgr. dan fazla olursa toxik belirtiler husule gelebilir. Bu tetkikat umumiyetle klinikçilerin meselâ Mühlens'in noktai nazarını bir dereceye kadar destekler. Bunların düşünceleri kininin ve onun gibi diğer sıtma ilâçlarının daha ziyade organizmada müdafaa kuvvetlerini uyandıran indirekt bir tesirleri olmasıdır. Bunu ispat için Mühlens - Kirschbaum tecrübeleri ileri sürülüyor. Burada tersiana plazmodileri ihtiva eden kan aynı şartlar altında 1/5000 nispetinde kinin tuz mahlülü ile karıştırılıyor 12 saat etüv'de durduktan sonra Paralizi Jeneralin tedavisinde yapıldığı gibi Paralizi Jeneralli hastalara cilt altından zerk ediliyordu. Bu şekilde infekte edilen hastaların hepsi muayyen kuluçka süresinden sonra tipik sıtma göstererek hastalanıyorlardı. Halbuki buradaki in vitro kinin konsantrasyonu aslında kanda mümkün olabilecek kinin konsantrasyonundan yüksektir. Diğer taraftan bu tecrübeye şu itirazda bulunabiliriz : İlâçların tesiri in vitro ve in vivo çok değişiktir. Bunu son zamanlarda sülfa-mitlerin tesir tarzları da göstermiştir. Buna ilâveten diğer bazı müşahedeler de direkt bir plazmodi reaksiyonundan başka türlü tefsir edilemezler. Burada çeşitli sıtma ilâçlarının selektiv tesiri başta gelir.

Bilindiği gibi kinin sadece şizontlara, atebrin ise hem şizont, hem de gametlere tesir eder. Mamafih atebrinin bu tesiri Tertiana enfeksiyonları için varittir. Plazmokin ise sadece gametlere tesir eder. Nihayet nisbeten yeni bir sıtma ilâcı ilân benzyl-methyl amin, yani Paludrin söylenebilir. Bu ilâçla tertiana halkaları çabucak kaybolduğu halde gametler kaybolmaz. Fakat gametlerin de enfeksiyon kabiliyetlerini kaybettikleri anlaşılmıştır. Burada da bir çok diğer hallerde olduğu gibi en doğru yolun, ikisinin ortası olduğu düşünülebilir. Yani ilâçların hem endirekt, hem de direkt bir plazmodi tesirini hesaba katmak lâzımdır.

Çocukların sıtmasında nüsklerin çokluğu mes'elesi ile alâkalı olarak sıtma ilâçlarının tesir mekanizması mes'elesini yakından tetkik etmeğe çalıştım. Eski çalışma arkadaşlarımdan biri olan Dr. Köymen'in idaresi altında bulunan Ankara civarındaki bir çocuk yuvasında aşağıdaki müşahedeleri yapmağa imkân buldum :

Gizli seyreden vak'a veya nüsklerin bile gözden kaçmasına imkân vermeyen, hararet derecesi ve kan muayeneleri gibi muntazam bir tıbbî kontrol sayesinde bir kaç tertiana enfeksiyonuna yakalanmış süt çocuğuna şiddetli bir atebrin tedavisi yaptık. Atebrin kullanmamıza sebep bunun tertianada şizont ve gametlere aynı zamanda tesir etmesi ve bundan

başka tedavinin de bir haftada sona ermesi idi. Tedavimiz altındaki süt çocuklarına yaşlarına göre günde 0,05 - 0,10 gr. lık dozlar veriliyor, ve tedaviye 7 gün devam ediliyordu.

Bu tedavi çok şiddetli idi. Çünkü vücut ağırlığının Kgr.ı başına düşen doz yetkin dokuzunun takriben 40 misline tekabül eder. Buna rağmen tedavinin bitmesinden sonra daha ilk altı hafta içerisinde süt çocuklarının %40 ında nöksler görülmüştü.

Bu hâdise atebrinin tesir mekanizmasında plazmodilere karşı ilâcın miktarı tesirinin mevzubahis olmadığını teyid eden bir hâdisedir. Burada daha ziyade vücudun umumi müdafaa kabiliyetinin uyanmasının mühim bir rol oynaması muhtemeldir. Bu müdafaa kabiliyeti yaşla ilgili varyasyonlar gösterir, ve küçük çocuklarda henüz kâfi gelecek kadar çalışmaz. Çocuklarda sıtma ilâçları nisbeten yüksek dozda verilir. Chinin chlorhydrate'dan yaş başına 0.10 gr. ve diğer kinin preparatlarından buna uygun miktarlar verilir. Kinin preparatlarının Nocht metoduna göre uzun zaman verilmesi lâzımdır.

Bu da çok defa zorluklarla karşılaşır. Bu yüzden ekseriya tedaviyi 10 güne sığdırmak mecburiyetinde kalıyor ve bunun ekseri vak'alarda hiç olmazsa klinik şifa için kifayet edeceğine inanıyoruz. Atebrinin kinine nazaran tedavinin 5-7 gün zarfında bitmesi gibi bir üstünlüğü vardır. Verilen doz burada da yüksektir. Hayatın ilk aylarında günde 0,05 gr. daha sonraları günde 0,10 gr., 4 yaşından 18 yaşına kadar 0,2 gr. ve bundan sonra 0,3 gr. verilir. Bu da yetkin dozuna tekabbül eder. Kinin tedavisinde bütün sıtma şekillerine karşı ve tropika ile quartananın atebrinle tedavisinde gametlere olan hususi tesirinden dolayı daima tamamlayıcı olarak kullanılması icabeden plazmokin günde 0,005 - 0,01 - 0,03 gr. ve 3 - 5 gün müddetle verilir. Bütün bu preparatlar hususi vaziyetlerde esas tesirlerinden ayrı toksik bir tesir de gösterebilirler. Kinin tedavisinde nisbeten az görülen idiosenkraziden başka, usulü ile yapılmayan injeksionlarda bir sinir zedelenmesi de meydana gelebilir. Atebrin süt çocuğu yaşında benim ilk defa tarif ettiğim şekilde cerebral menşeli bilhassa palidum bölgesine ait asabi nöbetler ve tahriş belirtileri husule getirebilir. Buna rağmen daha büyücek çocuklarda yetkinlerdeki gibi bazı ağır psikozlar görülür. Plazmokinde klinik belirtileri ile beraber muhtelif derecelerde bir met-hemoglobin teşekkülü hiçte nadir olmayan bir hâdisedir.

İki sıtma ilâcından daha bahsetmek istiyorum. Bunlar bilhassa Amerikada çok kullanılıyor ve tesirleri hakkında burada kendimiz de kanaat edinebildik.

Bunlardan biri sentetik bir benzil-metil amin preparatı yani Paludrin'dir.

Bu bilhassa tertianada müessirdir. Evvelce de söylediğim gibi şizontlar çabucak kandan kaybolurlar. Aynı zamanda ateşte düşer. Gametler kanda daha uzun müddet görülürsede infeksiyon kabiliyetlerini kaybetmişlerdir. Hemen hemen hiç toksik tesiri yoktur. Bu sebepten yüksek dozlar da verilebilir. Süt çocuklarında günde üç defa 0,70 gr. a kadar 7 gün müddetle verilir. Recidive düşen hisse müsait görülür. Yine tersianalara münhasır olan diğer preparat Chloroquin'dir. Bu bir 4-Aminoquinolin preparatıdır, ve ticarete Winthrop'un Aralen adındaki preparatı halinde bulunur. Diğer ilâçlara üstünlüğü kolayca tahammül edilmesinden başka ani tesirdir. Alınmasından daha 48 saat sonra bütün plazmodiler kandan kaybolmuş olurlar. Bununla alâkalı olarak bu müddet esnasında normal hararet dereceleri de husule gelir. Bütün tedavi yalnız 4 gün sürer. Verilecek dozlar şöyledir : Yaşa göre günde 0,20 - 0,50 gr. verilir. İkinci günden 4 üncü güne kadar bazan bu dozun yarısına inilir. Literatürdeki kayıtlara nazaran recidiv payı bilhassa müsaittir. Şimdiye kadar hiç bir toksik belirti görülmemiştir. Buna şunu da ilâve etmek isterim, Bizim tetkik ettiğimiz vak'alarda hastada bazan nazarı dikkati celbeden bir uyku hali görüldü, fakat bu hal tedavinin hitamında derhal geride hiç bir iz bırakmadan kayboldu. Size çocukluk çağında sıtmanın hususiyetleri hakkında umumî bir fikir vermeğe çalıştım, ve bu sırada bilhassa kendi tetkikatıma ve tecrübelerime dayandım. Sıcak memleketlerde çalışan çocuk doktorlarının çalışma sahalarından alınan bu kısım, işimizin ne kadar çok taraflı ve mes'uliyetle dolu olduğunu ve temelleri garpta olan çalışma sahamızın ne kadar genişlediğini göstererek size bu hususta bir fikir verebilir. Sıtma Almanya'da sadece sporadik görülebilen bir hastalık olmasına rağmen her memlekette ileri gelen araştırmacılar ve doktorların yanında Aschoff gibi Mühlens, Nocht, Röhl ve Kikuth gibi Alman ilim adamlarının da pek eskiden beri insanlığın felâketi addedilen bu hastalığın tanınması ve mücadele edilmesi için esaslı hisseleri vardır. Bu keyfiyet bütün hekim ve araştırmacıların birbirlerine karşı sarsılmaz bağlılıklarını göstermektedir. Daha pek çok başkaca ilmi sahalarda dahi yerini başka bir şeyle değiştirmeyecek kadar kıymetli olan bu bağlılıkta, istikbalde daha mesut zamanlar için iyi bir ümit işareti görebiliriz.

Sözlerime son verirken üniversitenizin ilim adamlarına derin minnet duygularıyla ne kadar bağlı olduğumu söylemekliğime müsaadenizi rica ederim. Burası bana önceleri talebe, sonra asistan ve doçent olarak ilerdeki çalışmalarımın yollarını açmış ve göstermiştir. Bütün bu insanları bilhassa büyük Hocam Ludwig Aschoff, Johannes Von Kries baba dostum Carl Noeggerath'ı bu minnet ve şükran çerçevesi içine alıyorum.
