

Anadolu Kliniği

Tıp Bilimleri Dergisi



Orijinal Makale / Original Article

- Türk Tıp Tarihinde "Anadolu Kliniği" (1933-1954)
- Prevalence and Patterns of Psychiatric Disorders in Pre-school Children Referred to an Outpatient Psychiatry Clinic
- Hernia Surgery in Uganda: An Experience of Doctors Worldwide
- Wilson Hastalığı Olan Gebelerin Obstetrik Sonuçları
- Gestasyonel Diyabet Taramasında 50 gram Glukoz Yüklemesi Gerekli mi?
- Üniversite Öğrencilerinin Öfke İfade Tarzı ve İlişkili Faktörler

Olgu / Case

- A Case of Acute Inflammatory Polyneuropathy with Atypical Features
- Development of Tracheobronchomegaly during Mechanical Ventilation: An Unusual Case Report
- Primer Parotis Tüberkülozu: Olgu Sunumu
- Mediastinal Bronchogenic Cysts: Case Series

Derleme / Review

- Larengotrakeal Rekonstrüksiyonda Kompozit Nazal Septal Kartilaj Kullanımı

Ocak 2016; Cilt 21, Sayı 1

Sahibi

Hayat Sağlık ve Sosyal Hizmetler Vakfı
adına
Ahmet Özdemir

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Hasan Demirhan

Editör

Handan Ankaralı

Editör Yardımcıları

Hakan Ertin

Seyit Ankaralı

Nusret Akpolat

Türkçe Dil Editörü

Mustafa Kemal Temel

Yabancı Dil Editörü

Mustafa Kemal Temel

Rainer Brömer

Tasarım Uygulama

Ahmet Yumbul

Baskı - Cilt

Üçer Matbaacılık Ltd. Şti.

☎ 0212 567 0165

İletişim

Hasekisultan Mahallesi

Küçükmühendis Sk. 7

Fatih/İstanbul

☎ 0212 588 2545 ☎ 0533 668 0911

☎ 0212 632 8579

🌐 dergipark.ulakbim.gov.tr/anadoluklin

✉ anadoluklinigi@hayatvakfi.org.tr

ISSN

2149-5254

Dört ayda bir yayınlanır.

Dergide yer alan yazılardan yazarları mesuldür.

© Yayın hakları yayıncıya aittir.

Kaynak gösterilerek alıntı yapılabilir.

Editörlerden,

Sevgili Meslektaş ve Okuyucularımız,

Çok uzun bir aradan sonra, son bir asır içinde yayımlanmış olan Türkçe tıp dergileri arasında en uzun ömürlü olanlardan birinin, Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri dergimizin yeni sayısı ile karşınızdayız!

Yayın hayatına 1933 yılında Konya'da başlayan Anadolu Kliniği'nin kurucuları; Dr. Ahmet İhsan, Dr. Asil Mukbil Atakam ve Dr. Şerif Korkut'tur. Derginin ilk yıllarında yurt içinden doktorlardan oluşan yayın heyetine, zaman içinde yurt dışından doktorlar da dahil olmuştur. 1954 yılına dek çıkan derginin yayımlanışı, 1942 ve 1949 yıllarında olmak üzere iki kez sektete uğramıştır. 1942'de verilen aranın o sırada sürmekte olan İkinci Dünya Savaşı'ndan, 1949'daki ikinci aranın ise elverişsiz ekonomik koşullardan kaynaklandığı söylenebilir. 1954–2016 dönemi ise, derginin yayın hayatında elinizdeki sayı ile nokta koymuş bulunduğumuz üçüncü aradır. Bu uzun ve umulur ki son aranın ardından, derginin yeniden yayımlanmaya başlamış olması nedeniyle bizler bugün oldukça heyecanlıyız. Ocak 2016 basım tarihli bu sayı, 21. cilt 1. sayı olarak silsileyi 1954'te kaldığı yerden devam ettirecek olan halkadır. Sizlerden gördüğümüz manevi ve bilimsel destekle, heyecanımız daha da artmakta.

Anadolu Kliniği'ni diriltmek gayesiyle derginin gerek tekrar ortaya çıkışına gerekse içeriğine yaptığı katkılardan, bu uğurda gösterdiği tüm özveri ve çabalardan ötürü, özellikle editörlerimizden Doç. Dr. Hakan Ertin'e burada şükranlarımızı sunmayı bir borç biliriz. Dergimizin bu sayısında yayımladığımız, Doç. Dr. Hakan Ertin ve Prof. Dr. İbrahim Yıldırım'ın birlikte arşivleri tarayarak gerçekleştirdikleri çalışmada, şimdilik 1933 ve 1954 yılları arasında Anadolu Kliniği'nde yayımlanmış tüm makalelerin –başlığı ve yazar adı biçiminde– bir listesini bulacaksınız. Yakın zamanda ise, bu makalelerin taranmış tam metinlerini içeren PDF dosyalarına <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/anadoluklin/> adresinden ulaşılacaktır.

Yanı sıra bu sayımızda beş orijinal araştırma, bir derleme ve dört olgu sunumu daha yayımlanmaktadır. Bu çalışmaların tam metnine de (PDF) hali hazırda yine <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/anadoluklin/> adresinden erişilebilmektedir. Bu sayıyla sizlerle buluşmamızın ardından, derginin bazı yerli indekslere girmesini sağlamak için gerekli kriterleri yerine getirmeye koyulacağız.

Türkçe tıp dergisi Anadolu Kliniği'nin yakında hedeflediğimiz, köklü geçmişine yaraşacak yere gelmesini dilerken, verdikleri emeklerden ötürü tüm yayın ekibimize ve de sunduğunuz bilimsel çalışmalarınızla dergimize göstermiş olduğunuz iltifattan dolayı siz değerli meslektaşlarımızla içten teşekkürlerimizi sunarız.

İÇİNDEKİLER/CONTENTS

ORİJİNAL MAKALE / ORIGINAL ARTICLE

- 04** Türk Tıp Tarihinde "Anadolu Kliniği" (1933-1954)
İbrahim Yıldırım, Hakan Ertin, İbrahim Başağaoğlu
- 42** Prevalence and Patterns of Psychiatric Disorders in Preschool Children Referred to an Outpatient Psychiatry Clinic
Murat Coskun, İlyas Kaya
- 48** Hernia Surgery in Uganda: An Experience of Doctors Worldwide
Orhan Alimoglu, Seyit Ankarali, Tunc Eren, Metin Leblebici, Busra Burcu, Tamador Shamaileh, Oya Cigerli, Sedat Tuzuner, M. Sait Ozsoy, Kerem Kinik
- 54** Wilson Hastalığı Olan Gebelerin Obstetrik Sonuçları
Ayşe Topcu Akduman, İlkay Oral, Kemal Özerkan
- 60** Gestasyonel Diyabet Taramasında 50 gram Glukoz Yükleme Gerekliliği mi?
Hacer Uyanıkoğlu, Adnan İncebiyik, Emel Yiğit Karakaş
- 64** Üniversite Öğrencilerinin Öfke İfade Tarzı ve İlişkili Faktörler
Nurten Elkin, Funda Karadağlı

OLGU / CASE

- 72** A Case of Acute Inflammatory Polyneuropathy with Atypical Features
Sule Aydın Turkoglu, Elif Sultan Bolac, Serpil Yıldız, Nebil Yıldız
- 76** Development of Tracheobronchomegaly during Mechanical Ventilation: An Unusual Case Report
Faruk Cicekci
- 80** Primer Parotis Tüberkülozu: Olgu Sunumu
Yusuf Muhammed Durna, Mahmut Noberi, Özgür Yiğit, Kemal Behzatoğlu
- 84** Mediastinal Bronchogenic Cysts: Case Series
Moaath Alsmady, Tamador Shamaileh, Neyaf Almajali, Mohammad Aladaileh, Orhan Alimoglu

DERLEME / REVIEW

- 88** Larengotrakeal Rekonstrüksiyonda Kompozit Nazal Septal Kartilaj Kullanımı
Harun Cansız, Murat Yener

Türk Tıp Tarihinde "Anadolu Kliniği" (1933-1954)*

"Anatolian Clinic" in the History of Turkish Medicine (1933-1954)

Özet

Bu çalışmada, Türkiye'de yayımlanmış tıp dergileri içerisinde en kayda değer olanlardan birini tanıtmak istiyoruz. 1933 yılında Konya'da yayın hayatına başlayan Anadolu Kliniği'nin kurucuları; Dr. Ahmet İhsan, Dr. Asil Mukbil Atakam ve Dr. Şerif Korkut'tur. Derginin ilk dönemlerinde yurt içinden hekimlerden oluşan yayın heyetine zaman içerisinde yurt dışından hekimler de dâhil olmuştur. 1954 yılına kadar yayımlanan dergi, 1942 ve 1949 yıllarında olmak üzere iki kere yayın hayatına ara vermiştir. 1942 yılında verilen aranın muhtemelen o sıralarda yaşanan İkinci Dünya Savaşıyla ilgili olduğu, 1949 yılındaki aranın ise ekonomik şartlardan dolayı olduğu ileri sürülebilir. Bu çalışmada 20 yıllık zaman dilimi içerisinde Anadolu Kliniği'nde yer alan tüm makalelerin isimleri bibliyografik bir analiz şeklinde verilmiştir.

Abstract

We would like to present one of the most noteworthy medical periodicals, "Anadolu Kliniği", published in Turkey. Started to be published in 1933 in Konya, Anadolu Kliniği (Anatolian Clinic) was edited by Dr. Ahmet İhsan, Dr. Asil Mukbil Atakam and Dr. Şerif Korkut. On its early periods the board of publishing was composed of Turkish physicians, then starting from 1935 foreign physicians were integrated to the editorial group. The periodical was ceased two times, in 1942 and in 1949. It can be assumed that the first break in 1942 was due to World War II's distressing atmosphere and the second break in 1949 was probably due to economic reasons. The periodical was published till 1954. In this work, there can be found all the names of articles published in Anadolu Kliniği within 20 years with a bibliographic analysis.

* Bu çalışma 20-24 Mayıs 2008 tarihinde Konya'da gerçekleştirilen 1. Uluslararası Tıp Tarihi Kongresi'nde sunulmuş ve kongre kitabında yayımlanmıştır.

İbrahim Yıldırım¹, Hakan Ertin²,
İbrahim Başağaoğlu³

- ¹ İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD
- ² İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD
- ³ İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD

Geliş Tarihi /Received : 01.12.2014
Kabul Tarihi /Accepted: 14.04.2015

Sorumlu Yazar/Corresponding Author
Hakan Ertin
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp
Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD
E-mail: hakanertin@gmail.com

ANADOLU KLİNİĞİ DERGİSİ

Bu çalışmada ülkemiz bilimine önder olmuş Anadolu Kliniği dergisini tarihsel olarak tanıtmak istiyoruz. Cumhuriyet Türkiye'sinin erken yıllarında genç hekimlerimizin yenilikleri nasıl bir gayretle ülkenin değişik yerlerine taşıdığı, geliştirdiği ve uzun bir süreyle devam ettirdiği görülmektedir. Bu dergi umarız gelecek nesillere örnek teşkil edecektir. Derginin adı Anadolu Kliniği'dir. Döneminin Anadolu'da yayımlanmış olan önemli dergilerden biridir.

İlk Türkçe tıp bilimi dergisi İstanbul'da 1849'da yayımlanan Vakayi-i Tıbbiyedir (1). İstanbul dışında çıkan ilk tıp dergisi ise 1908'de İzmir'de yayımlanan Hıfzı's-sihha'dır (2). Bunu Ocak 1909'da 4. Ordu Sağlık Personeli tarafından Trabzon'da çıkarılan bugün de devam eden "Hekim" dergisi izlemiştir (3).

Anadolu Kliniği dergisi 1933 yılında Konya'da yayımlanmaya başlamıştır. Yazı İşleri Müdürü **Dr. Ahmet İhsan** ve sahibi **Dr. Oper. Asil Mukbil**'dir. Derginin kurucu heyeti ise **Dr. Ahmet İhsan, Dr. Asil Mukbil, Dr. Şerif Korkut**'tan oluşmaktadır. Derginin son sayısına kadar bu heyet değişmemiştir. Üç ayda bir yayımlanan derginin ilk sayısı Konya Babalık Matbaası'nda basılmıştır. Fiyatı 60 kuruş, abonelik bedeli ise 200 kuruştur. Dergi daha sonra sırasıyla, İstanbul Kader Basımevi, 11. yıl 1. sayıdan sonra İstanbul Mazlum Kitabevi ve 16. yıl 1. sayıdan kapanışına dek İstanbul Cumhuriyet Matbaası'nda basılmıştır.

Yayın Amacı

Derginin yayım amacı, ilk sayıda yer alan "*Arka daşlarımızla İlk Musahabe*" başyazısında anlatılmaktadır. Birçok derginin genel görünümünden farklı olarak başyazı sadece ilk sayıda görülmekte, daha sonraki sayılarda yer almamaktadır. Ayrıca yabancı dilde ve Türkçe yazılarda özet bulunmamaktadır. Bunlar bugün kullandığımız ve alışlagelen yazı şekline farklılık gösteren durumlardır. 1933 yılının genel tablosunu tarif eden şu satırları bugünün hekimlerine sunmak isteriz:

"Her gün parlayıp sönen binlerce mesai arasında hekimlik, gittikçe daha dolambaçlı bir vüsat alıyor... Yeniden yeniye ortaya atılan tıbbî neşriyatın sadece adedini öğrenmenin bile başlı başına zorlu bir mesele olduğu bir günde yaşıyoruz. Buna mukabil de senelerimiz birer an sür'atıyla uçup gidiyor ve bütün bunların

hekimine daimî bir yorgunluk hissi verdiği muhakkak.."

Anadolu Kliniği dergisinin yayım amacı ise şu satırlarda anlatılmaktadır.

"Yaşadığımız iktisadî buhran senelerinde, mütevazı firma'sını koruyabilmek için hayatın meslektaşına yüklediği çetin mübarezeler de ayrıca zamanı daraltıyor. Bu şeraitte, bir yandan mevcut neşriyat içinde lüzumlu kısmı fanteziden ayıklayarak sıraya koymak, diğer cihetten bugünün canlı mevzuları üzerinde salâhiyetler istişareler temin ederek kısa zamanda bunları tekrarlayabilmek artık bir ihtiyaç halini almıştır. Bu ihtiyacı biz evvelâ kendi nefsimizde hissettik. Ve Anadolu top-rağının muhtelif parçalarında, aynı vekâletin muhtelif müesseselerinde hakim bulunan prensip etrafında fikir, emek ve heyecan birliği yapmış üç eski arkadaşı Anadolu Kliniği'ni tesise karar verdik" (4).

"Yardım ve Himaye Altında Bulunduran Heyet"

Anadolu Kliniği dergisinin ilk sayısında yer alan "*mecmuayı dâimî yardım ve himâyeye altında bulunduran Heyet-i Nâşire*" olarak takdim edilen listede yer alan isimler şöyledir;

İstanbul'dan Prof. Abdülkadir Lûtfi - Prof. İhsan Hilmi - Prof. Kâzım Nuri - Prof. Kemal Cenap - Prof. Kemal Hüseyin - Prof. Kenan Tevfik - Prof. Mehmet Kâmil - Prof. Neşet Ömer - Prof. Niyazi İsmet - Prof. Server Kâmil - Prof. Süreyya Ali - Prof. Tevfik Sağlam - Prof. Vefik Vassaf.

Ankara'dan Dr. Mustafa Hilmi- Dr. Ömer Vasfi - Dr. Salahi Vehbi - Dr. Şükrü Yusuf.

İzmir'den Dr. Hasan Yusuf - Dr. Hüseyin Hulki - Dr. Yakup Hüseyin - Dr. Zühtü Kâmil. Heyeti Naşire zaman içinde değişiklikler göstermiştir. Yayın Heyeti içine 2. yılın 1. sayısından itibaren iki yabancı isim girmiştir. Frankfurt ve Münster Tıp Fakültelerinden Prof. Dr. F. Volhard ve Prof. Dr. Viktor Schilling aktif yayın kuruluna dahil edilmişlerdir. 3. yıl 2. sayıdan itibaren Almanca yazılar yayımlanmaya başlamıştır.

Son Sayıda Yer Alan Yayın Kurulu Üyeleri

1954 senesine kadar yayımı süren derginin son sayısında yayın kurulu şu isimlerden oluşmuştur:

Rasim Adasal, Vefik Akan, İhsan Hilmi Alantar, Emir Atakam, Nüzhet Atav, Kemal Atay, Ömer Vasfi Aybar, Hasan Başkam, Mehmet Kâmil Berk, Kemal Cenap Berksoy (1876-1949), K. Bingold, Vefik Bulat, Hulki Cura, Yakup Çelebi, Arif İsmet Çetingil, Salâh Durusoy (-1954), A. Eckstein (1891-1950), Ekrem

Şerif Egeli, Ahmet Şükrü Emet, Zühtü Ergin, Niyazi Erzincan, Feridun Ş. Evrensel, E. Frank, Fahrettin Kerim Gökay, Niyazi İsmet Gözcü, Muzaffer Esat Güçhan, Kâzım İsmail Gürkan, Kâzım İçgören, Neşet Ömer İrdelp (1882-1948), Necmettin Hakkı İzmirli, Nusret Karasu, Halit Ziya Konuralp, Müfide Küley, Alfred Marchionini, Eduard Melchior, Kâmile Mutlu, Abdülkadir Noyan, Mim. Kemal Öke, Zeki Pamir, Kemal Plevnelioğlu (-1954), Tevfik Sağlam, Hüseyin Salor, Şükrü Sarıbaş, Victor Schilling, Kâmil Sokulu, Sedat Tavat, Feyzi Taner (1900-1951), Nimet Taşkıran, İrfan Titiz, Burhanettin Tugay, Sezai Tümay, R. Von den Velden (-1941), F. Volhard (1873-1950), Muzaffer Şevki Yener, H. Ziemann (-).

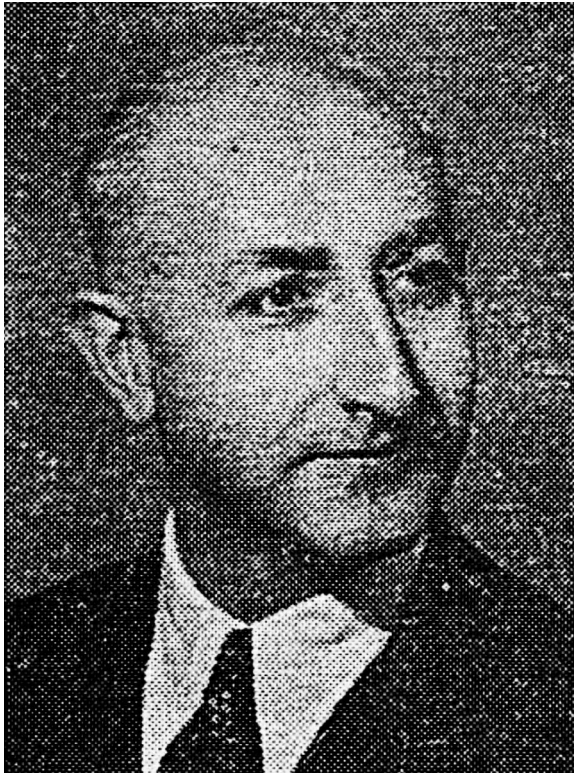
Kurucu Hekimlerin Yaşam Özeti

Dr. Ahmet İhsan (Aksan): O dönemde Konya Devlet Hastanesi'nde intaniyeci ve dahiliye mütehasssısı olduğu bilinmektedir. Ayrıntılı yaşamına şimdilik ulaşamamıştır (5).

Dr. Asil Mukbil (Atakam): 1905'te doğmuştur. İstanbul Tıp Fakültesi'ni 1925 yılında sivil öğrenci olarak bitirip Gülhane Hastanesi Tatbikat Mektebi'nde askerlik ve stajını tamamlamıştır. Fransızca, Almanca ve İngilizceyi iyi derecede bilir. 1926 sonunda Kon-

ya-Bozkır hükümet tabipliğine atanmış geniş bir çevre için hekimlik hizmeti vermiştir. 1929'da Ankara Numune Hastanesi'nde genel cerrahi asistanı olmuş, 1931 yılında genel cerrahi ihtisasını tamamlamıştır. 1932 yılında Konya Memleket Hastanesi operatörlüğüne atanmış, 1939 Ağustos ayı sonuna kadar bu görevde kalmıştır. 1936 yılında bilgi ve görgü artırmak üzere Paris'e gönderilmiştir. Sonra Konya'ya dönen Doktor Mukbil, İzmir Memleket Hastanesi operatörlüğüne tayin olmuş, savaş yıllarını burada geçirmiştir. 1947 yılında İstanbul'a, Beyoğlu Belediye Hastanesi'ne atanmıştır. Savaş yıllarında İzmir Valiliği'nden takdir almış, İngiliz Kralı tarafından da O.B.E Nişanı ile taltif edilmiştir. 1953-1955 tarihleri arasında İstanbul Tabip Odası Başkanlığı, 1955-1961 yılları arasında Türk Tabipler Birliği Başkanlığı yapmıştır. 1963 yılında Yüksek Sağlık Şurası üyesi olmuştur. Çok sayıda tıbbi yayını vardır (6).

Dr. Şerif Korkut: 1895'te Burdur'da doğmuştur. 1918 yılında Askeri Tıbbiye'yi bitirdikten sonra Gülhane Hastanesi'nde stajını tamamlamış, Elazığ Askeri hastanesinde görev yaptıktan sonra El-Cezire cephesine ve sonra İstiklal Savaşı'na katılmıştır. Sırasıyla Şişli Çocuk Hastanesi, Cerrahpaşa Hastanesi, İstanbul



Üniversitesi Tıp Fakültesi İkinci Cerrahi Kliniği ve Çaycuma Hastanesi'nde çalışmıştır. 1929-1931 yılları arasında bilgi ve görgü artırmak üzere Tubingen Üniversitesi'nde bulunmuştur. Yurda döndükten sonra Kayseri ve Zonguldak Hastaneleri ile Ankara Numune Hastanesi'nde görev almıştır. 1946-1950 yılları arasında Burdur milletvekilliği yapmıştır (7).

Yayın Hayatı

Derginin yayımına iki kez ara verilmiştir. Bunlardan ilki, 1942 yılıdır. Bu dönem yayımlanmamasının nedeni –dergide belirtilmemekle birlikte– dönemin savaş koşullarında aranmalıdır. Çünkü, "İkinci Dünya Savaşı yıllarında izlediği silahlı tarafsızlık politikası Türkiye'yi sıcak savaşın tahribatından koruduysa da savaş ekonomisinin dışında tutamadı"(8). Seferberlik hali sebebiyle büyük bir ordu beslenmesi, yetişkin erkeklerin önemli bir bölümünün üretim alanından çekilmesi üretimde önemli düşüşler ortaya çıkarmış, Türkiye ekonomik açıdan sıkıntılı bir döneme girmiştir (9). İkinci ara ise 1949 yılındadır.

Dergi ilk sayıdan 4. yıl 2. sayıya kadar Konya'da yayımlanmıştır. Yıl 4 sayı 3'ten yıl 6 sayı 1'e kadar derginin künyesinde "Ankara, Konya ve Zonguldak'ta neşrolunur" ibaresi konmuştur. Yıl 6 sayı 2'den yıl 7 sayı 2'ye kadar "Ankara ve Konya'da," yıl 7 sayı 3'ten yıl 10 sayı 4'e kadar "Ankara ve İzmir'de neşrolunur" ibaresiyle çıkmıştır. Yıl 11 sayı 1'den sonra ise dergi künyesinde sadece "3 ayda bir neşrolunur" ibaresi kalmıştır.

Anadolu Kliniği dergisinin 60 kuruş olarak çıkmaya başladığını yukarıda söylemiştik. Dergi 9. yıl 2. sayıdan itibaren 65 kuruşa satılmaya başlanmıştır. 11. yıl 1. sayı itibariyle fiyatı 70 kuruş olmuş ve 16. yıl 1. sayıdan sonra da 100 kuruşa çıkmıştır.

Derginin Dili

Derginin diline baktığımızda ise, genel olarak tıbbi terminolojinin kullanımı konusunda bir tereddüt halinin var olduğu görülmektedir. Halen günümüzde de tartışmaları devam eden tıp dilinin nasıl kullanılacağı konusunda kararsız tutumların örnekleri dergide mevcuttur. Kimi zaman kelimeler orijinal dillerindeki halleriyle yazılmaktadır. Örneğin, *tüberküloz* genel olarak *tuberculosis* olarak yazılmıştır. *Sistem* kelimesi dahi *system* olarak yazılabilmektedir.

Dergide yayımlanan yazıların gönderildikleri şehirler oldukça çeşitlidir. Denilebilir ki hemen hemen Anadolu'nun her yerinden hekimler Anadolu Kliniği

dergisine yazı göndermişlerdir. Örnek olarak, Mardin, Kozan, Erzurum, Muş, Yozgat, Kütahya'dan gönderilen yazılar verilebilir. Askeri ve sivil hekimlerin bir arada yazdıkları görülmektedir.

Dergide dikkat çeken bir başka husus ise, tercüme edilmiş makalelerin varlığıdır. *Presse médicale*'de yayımlanmış R. Clement'in "Apandisitten Mütevellit Had Peritonit Vak'ası" başlıklı makalesinin Dr. Lemi Ergin tarafından yapılmış tercümesi gibi örnekler verilebilir. Bir diğer örnek ise, Londra Royal Northern Hastanesi'nden Op. Dr. Hamilton Bailey'in "Anestezi Altında Yaklaşan Ölüm" başlıklı makalesidir.

Dergiye yurt dışında yaşayan Türk hekimlerin gönderdikleri makaleler dikkate değerdir. Londra Royal Northern Hospital'dan Dr. Enver Çavuşoğlu, Columbia Üniversitesi'nden Dr. Safa Karatay, Los Angeles'taki Mount Sinai Hospital'dan Dr. Lütfi Vural, New York Medical College'dan Mehmet F. Göklen, Münih'ten Suat Efe, İsviçre Davos'taki Sanatorium Schatzalp'tan Dr. Fuat Saygın, Berlin'den Dr. Adnan Atam, ABD'deki Montefiore Hospital'dan Dr. Orhan Bumin ve özellikle Berlin'deki Robert Koch Enstitüsü'nden Dr. Niyazi Erzin gönderdiği birçok makale ile dergiye ciddi katkılar yapmışlardır. Ayrıca Prof E. Frank'ın 3 yazısı Ferhan Berker tarafından çevrilerek dergide yayımlanmıştır.

Sonuç

Bu çalışmada Anadolu Kliniği'nin bütün sayıları bulunmuş, içerikleri incelenmiş ve tüm dökümleri sınıflandırılarak dikkatinize sunulmuştur.

DERGİDE YER ALAN MAKALELER

(Makalelerin başlıkları, yazarların san ve adları, dergideki orijinal imlaları düzeltilmeden, aynen aktarılmıştır.)

Yıl 1 Sayı 1 (Mayıs 1933)	
Arkadaşlarımızla İlk Musahabe (1-2)	
<i>Pratik Hekimliği Alâkadar Eden Belli Başlı Meselelere Dair</i>	
Tıbbi İstisareler	
Erken İrtişah (Frühinfiltrat) ve Pratikteki Kıymeti	Prof. Dr. Tevfik Salim (3-4)
Nötrofillerde Sola İnhiraf Nedir ve Pratikte ne Kıymeti Vardır ?	Dr. Zühtü Kâmil (4-5)
Mide Karhasının Pepsin Şıringaları ile Tedavisi Ne Gibi Bir Esasa Müstenittir? Bu Usulün Tekniği ve Verdiği Netice?	Prof. Abdülkadir Lûtfi (5-7)
Çocuk İshallerinde Çiy Elma Tedavisi	Prof. Dr. İhsan Hilmi (7)
Beyzı Mülekkahada Beyzanın Cinsiyeti Üzerine Tesir Yapmanın İmkânı Varmıdır?	Prof. Dr. Kenan Tevfik (8)
Hamızıyet ve Kaleviyet Mefhumi ve PH Sembolü	Prof. Dr. Kemal Cenap (8-10)
Veremli Gebelerde Hamle Ne Zaman Nihayet Vermelidir?	Dr. Hasan Yusuf (10-11)
Löwenstein'nin Diferi Merhemi Hakkında	Prof. Dr. Server Kâmil (11)
Oftalmi Blenorajik Tedavisine Dair İki Soru	Prof. Niyazi İsmet (11-12)
Kızıl Aşısı Nasıl Yapılır, Nasıl Tatbik Edilir, Verdiği Netice?	Dr. Vefik Vassaf (12)
<i>Bugünün canlı mevzuları üzerine</i>	
Mücmel Yazılar	
Asabi Usreti Hazımlar	Dr. Mehmet Kâmil (13-19)
Apendisit Teşhisi Tefrikisine Dair	Dr. Asil Mukbil (20-28)
Ameliyathane Hıfzussihhasından Bir Parça	Dr. Şerif Korkut (29-30)
Kalsiyum Emlâhi ile Tedavi Esas, İstıtıplar, ve Pratikte Alınan Netayıç	Dr. Ahmet İhsan (31-34)
Müşahede ve Tahliller	
Altı Yaşında Bir Çocukta Müteaddit Kebe İdatik Kistleri	Dr. Sami İhsan (35-36)
Bir Lenfogradümatöz Vakası Münasebetile	Dr. Ahmet İhsan (37-39)
Tasallübi Akciğer Frengileri	Dr. Ş. Neşati (39-42)
İki Çekum Mobil Vakası Münasebetile	Dr. Şerif Korkut (42-44)
Bir Kubbei Cimcime Sarkomu Vakası	Dr. Münir Ahmet (44-45)
Halihazır Literatürüne Umumi Bir Nazar (46-54)	
Dahili Hastalıklar	
Çocuk Hastalıkları	
Cerrahi Hastalıklar	
Tedavi	
Yıl 1 Sayı 2 (Eylül 1933)	
<i>Pratik Hekimliği Alâkadar Eden Belli Başlı Meselelere Dair</i>	
Tıbbi İstisareler	
Çocuklarda Pneumoni'nin Teşhisi	Prof. Dr. Kadri Raşit (55-56)
Kahn Teamülü (Originale)	Dr. Bakteriolog Mustafa Hilmi (56-57)
Pratisyen Hekim, Munzamması İltihaplı Bir Hasta Karşısında, Ne Düşünmeli ve Ne Tedavi Yapmalıdır ?	Prof. Dr. Niyazi İsmet (58)
İsteriyi Bir Hastalık Telakki Etmemeye Hakkımız Var mıdır?	Dr. Şükrü Yusuf (59)
Pratikte İnsulinle Diyabet Tedavisi ve Teknik	Dr. Abdülkadir Lûtfi (59-61)
Mücmel Yazılar	
Nethalı Bünye	Prof. Dr. İhsan Hilmi (62-64)
Şeker Hastalığının İnsulin'le Tedavisi, İstıtıbabı ve Tedavi Tarzı	Prof. Dr. Abdülkadir Lûtfi (64-70)
Önhipofizin Dahili İfrazlarını, Guddenin Üç Çeşit Hücrelerinden Birine Bağlayabilir miyiz?	Dr. Emir Necip (70-71)

Röntgen Fiziğinin Faydaları ve Pratik Kıymeti	Prof. Kazım Nuri (71-73)
Difteri Aşısı (Anatoksin)	Dr. Sami İhsan (74-77)
Epispadie ve Hypospadie	Dr. Şerif Korkut (78-86)
Mevzii ve Plastik Peritonit Tüberkülozlar	Dr. Asil Mukbil (86-94)
Askaridiase	Dr. Ahmet İhsan (94-98)
Müşahede ve Tahliller	
Bir Rie Huracı Vakası	Dr. Ahmet Rasim (99-105)
Muhiti Şiryani Bir Sempatektomi ile Alınan Devamlı Bir Netice Dolayısıyla	Dr. Şerif Korkut (106-108)
Ademi Kifayei Deveran Vakalarının Tâkibinde Basofil Teşekkülâtı Haiz Erythrocyt'ler Nisbetinin Kıymeti	Dr. Ahmet İhsan (108-109)
Mükerrer Bir İnsıdadı Ema Vakası	Dr. Münir Ahmet (110)
Halihazır Literatürüne Umumi Bir Nazar (111-116)	
Dahili Hastalıklar	
Çocuk Hastalıkları	
Cerrahi Hastalıklar	
Yeni Kitaplar (116-117)	
Kongreler (117)	
Tashih ve İtizar (117)	
Yıl 1 Sayı 3 (Birincikânun 1933)	
Klinik Dersleri	
Hünnaki Sadır (Angina Pectoris)	Prof. Dr. Neşet Ömer (118-123)
Tıbbi İstisareler	
Hat Zeyil İltihaplarına Ne Zaman Müdahale Edilmelidir?	Dr. Mehmet Kâmil (124-125)
Kırmızı ve Hasif(soluk) İpertansiyonların Tefriki Teşhisleri ve Tedavi Esasları	Prof. Dr. Abdülkadir Lutfi (126-127)
Çocuklarda Zatürrie Tedavisi	Prof. Dr. Kadri Raşit (127-130)
Kalb Hastalıklarında Digitale ile Strophantus'un İstibatları	Prof. Dr. Neşet Ömer (130-132)
Mücmel Yazılar	
Gebeliğin Biyolojik Teşhis Usulleri ile Pratikteki Değerleri	Dr. Emir Necip (133-138)
Epispadie ve Hypospadie	Dr. Şerif Korkut (138-146)
Hypothyrodie	Dr. Asil Mukbil (146-149)
Apandisit Erken Teşhisinde Yapılması Mümkün Hatalar	Dr. Şerif Korkut (149-155)
Müşahede ve Tahliller	
Mide Karhalarında Pepsinle Tedavisine Dair Üç Müşahede	Dr. Nimet Nidem (156-157)
Cerhten On Sene Sonra Zuhur Eden Bir Anevrizma Vakası Münasebetile	Dr. Münir Ahmet (157-161)
Biri İptidai Arazi İki Thrombopenik Purpura Vakası Münasebetiyle Hemorajik Diateslerin Tefriki Teşhisine Medhal	Dr. Ahmed İhsan (161-165)
Halihazır Literatürüne Umumi Bir Nazar (166-174)	
Dahili Hastalıklar	
Cerrahi Hastalıklar	
Yeni Kitaplar (175-176)	
Kongreler-Cemiyetler (176-177)	
Yıl 1 Sayı 4 (Mart 1934)	
Klinik Dersleri	
Çocuk Korunmasının Ehemmiyeti	Prof. Dr. İhsan Hilmi (178-181)

Tıbbi İstışareler	
Diabet Haricindeki İnsulin Tatbikinın Umumi İstıtıblar	Prof. Dr. Abdülkadir Lütfi (182-184)
Kan Grupları ve Tatbik Olunduđu Yerler	Prof. Dr. Server Kamil (184-187)
Evipan Narkozu	Prof. Dr. Kenan Tefik (188-189)
“Helminthiase” ın Göz Tezahürleri	Prof. Dr. Niyazi İsmet (190-192)
<i>Bugünün canlı mevzuları üzerine</i>	
Mücmel Yazılar	
Türkiyede Göz Frengisi, Trahom ve Glokom Üzerine Statistiki Araştırma	Prof. Dr. Niyazi İsmet (193-196)
Sıkıtlar-İskatlar. Bilhassa Cinai İsmi Verilen Sıkıt ve İskatlar	Dr. Emir Necip (196-205)
Akciğer Vereminin Cerrahi Tedavisi	Prof. Dr. Nissen (205-206)
Süt Çocuğunda Diferi	Dr. Sami İhsan (206-207)
Hat İntani Hastalıkların Deveran Zafi ve Müdavatı	Dr. Ahmet İhsan (207-211)
Meningite Cerebro-Spinale Epidemique Tedavisi Hakkında	Dr. Şerif Veli (212-215)
Epispadie ve Hypospadie	Dr. Şerif Korkut (216-222)
Maden Suları ve Kaplıçalarda Tuzların Dissosiyasyonu ve Bunun Ehemniyeti	Kerim Ömer (222-225)
Müşahede ve Tahliller	
Amudu Fıkarideki Kaba Bir Leziyon Dolayısıyla Husul Bulmuş Teşennüci Tarafı Süfli Felcinde Yapılmış ve Eyi Netice Alınmış Bir Müdahalei Ameliye Münasebetile	Dr. Şerif Korkut (226-230)
Barsak parazitleri hakkında	Dr. Sezai Bedrettin (231)
Rikbe Tüberkülozu Rezeksiyonu Neticesi Husule Gelen Psödartzozun Osteoperiostik Gref ile Tedavisi	Dr. Asil Mukbil (232-235)
1000 Muayeneden Alınan Neticeye Nazaran Lökoit Tagayyürlerinin Seriri Kıymetine Dair Bir Telhis	Dr. Ahmet İhsan (236-237)
Narkoz usulleri hakkında ufak bir istatistik	Dr. Oper. Asil Mukbil (238-239)
Halihazır Literatürüne Umumi Bir Nazar (239-241)	
Dahili Hastalıklar	
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	
Kongreler-Cemiyetler-İçtimalar (241)	
Yıl 2 Sayı 1 (Haziran 1934)	
Klinik Dersleri	
Akciğer Vereminde İklim ve İrtifa İstıtıbları ve Sanatoryum İntihabı	Prof. Dr. Abdülkadir Lütfi (1-4)
Tıbbi İstışareler	
Memeden Kesme Zamanı	Prof. Dr. İhsan Hilmi (5-6)
Oftalmi Sempatik Husuli ve Korunması	Prof. Dr. Niyazi İsmet (6-7)
Emboliden İleri Gelen Beyin Sekteleri Hakkında	Dr. Şükrü Yusuf (7-9)
Tederrüne Ait Mevaddi-Maraziyeden Kültür Yapmak	Dr. Mustafa Hilmi (9-10)
Mücmel Yazılar	
Umumî Çizgileri Üzerinde Tababet	
1. Hayat, Sıhhat ve Hastalık	Dr. Süreyya Ali (11-15)
Hayatiyat Bakımından Hasta Başında Hekim	Prof. Dr. Kemal Cenap (15-17)
Şebekiye -Dekolman- Ayrılmalarında Yeni Tedavi Usulleri-1	Prof. Dr. Niyazi İsmet (17-21)
Kisantokromi ve Bağırsak Parazitleri-1	Dr. Abdülkadir Lütfi (21-25)
Amudu Fıkrai Kırıkları ve Nuhai Şevkiye Te’sirleri	Operatör Doçent Dr. Kazım İsmail (26-31)
Tecrübî Rahîtis	Dr. Kenan Feyzi (31-35)
Sıtmada Mıslî Teşhis Henry Teanülü	Laboratuvar Şefi Dr. Rafet Ahmet (35-39)
Muannit Kabızda Cerrahi Tedavi	Dr. Şerif Korkut (39-42)

Mesane Taşı Ameliyatlarından Sonra Daimî Sonda Meselesi	Dr. Asil Mukbil (43-45)
Müşahede ve Tahliller	
Süt Çocuğu Hastalıklarından (Riga) Hastalığı	Dr. Sami İhsan (46)
Üç Duğlâs Huracı Münasebetiyle	Dr. Şerif Korkut (47-52)
Halihazır Literatürüne Umumi Bir Nazar (53-59)	
Çocuk Hastalıkları	
Cerrahi Hastalıklar	
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	
Yeni Kitaplar (59)	
Kongreler-Cemiyetler-İçtimalar (59-60)	
Yıl 2 Sayı 2 (Eylül 1934)	
Klinik Dersleri	
Tuzsuz, Az Tuzlu ve Mûtat Tuzlu Perhizler	Dr. Mehmet Kamil (61-66)
Tıbbi İstişareler	
Tromlar ve Gebelik	Prof. Dr. Kenan Tevfik (67-68)
İnşak ile Elde Edilen Umumi İptali Histe Umumi Prensipler ve Bir Muptilihis İntihabi Meselesi	Doktor Oper. Ömer Vasfi (68-69)
Altın Emlahı ile Tüberküloz Tedavisi (Chrysotherapie)	Profesör Abdülkadir Lütfi (70-72)
Mücmel Yazılar	
Tüberkülozda Erken Teşhis Meselesi	Prof. Dr. Server Kamil (72-75)
Rahim Dışı Gebelikler	Dr. Emir Necip (76-82)
Dördüncü, Beşinci ve Altıncı Hastalıklar Hakkında	Dr. Sami İhsan (82-84)
Bağırsak Tıkanması	Dr. Şerif Korkut (85-89)
Sedimentation Teamülüne Dair Seriri Tecrübeler	Dr. Ahmet İhsan (89-90)
Müşahede ve Tahliller	
Profilaktik Tetanos Serumu Zerk Edilen Bir Hastada Muahhar Tetanos Enfeksiyonu Teşekkülü Münasebetiyle	Dr. Selim Feyzi (91)
1-Nefes Yollarında Yabancı Cisim	
2- Görülmemiş Şekilde Devam Eden Bir Haben Vakası	Dr. Cemalettin Arifi (92-93)
Harici Rahim İki Hamil Vakası Münasebetiyle	Dr. Şerif Korkut (93-97)
Biermer Tipinde Hakiki Bir Habis Fakrüd-dem Vakası	Dr. Ahmet İhsan (97-98)
Hat Umumi İki Peritonit Vakası Münasebetiyle	Dr. Asil Mukbil (98-101)
Halihazır Literatürüne Umumi Bir Nazar (102-113)	
Dahili Hastalıklar	
Çocuk Hastalıkları	
Cerrahi Hastalıklar	
Doğum-Kadın Hastalıkları	
Yeni Kitaplar (113-114)	
Kongreler-Cemiyetler-İçtimalar (114-116)	
Yıl 2 Sayı 3 (Birincikânun 1934)	
Klinik Dersleri	
Şebekiye (Decollement)'lerinde Yeni Tedavi Usulleri	Profesör Dr. Niyazi İsmet (117-123)
Mücmel Yazılar	
Nadir bir Chlorose Vakası	Dr. Yakup Hüseyin (124-126)
Röntgende Kemik Tüberkülozu	Dr. Op. Radiolog Halit Ziya Salih (127-132)
Kadınlarda Aybaşı Kanaması Gayrı Tabiiikleri	Dr. Emir Necip (132-136)
Sıtma Tedavisi Hakkında	Dr. Rafet Ahmet (137-138)

Raşitizm Tedavisi	Dr. Sami İhsan (139-141)
Em'a İnsidatları Hakkında	Dr. Semih Arif - Dr. Ahmet Ziya (141-145)
Böbrek Tüberkülozunun Erken Tanınmasına Ait Kısa Bir Bakış	Dr. Şerif Korkut (146-147)
"Evipan-Natrium" ile Dahili Verit Narkoz	Dr. Operatör Asil Mukbil (148-151)
Müşahede ve Tahliller	
Bir Cilt Anfizemi	Dr. Yakup Hüseyin (152)
Pneumococque Bir Kebet Huracı ve Sahaya İltihabı Vak'ası	Dr. Süleyman Neşati (152-153)
Mebızı 4 Adet Teratom Vak'ası Münasebetile	Dr. Şerif Korkut (154-157)
Bir Pleuresie İnterlobaire Putride ve Abces Pulmonaire Vak'ası Münasebetile	Dr. Şerif Vedi (157-159)
Hat Mide Kanamaları ve Tedavileri	Dr. Münir Ahmet (159-162)
Halihazır Literatürüne Umumi Bir Nazar (163-171)	
Dahili Hastalıklar	
Çocuk Hastalıkları	
Cerrahi Hastalıkları	
Doğum-Kadın Hastalıkları	
Yeni Kitaplar (171-172)	
Kongreler-Cemiyetler-İçtimalar(172)	
Yıl 2 Sayı 4 (Mart 1935)	
Klinik Dersleri	
İgtida Hastalıkları ile Tedavilerinde Esaslı Noktalar	Prof. Dr. Server Kâmil Tokgöz (173-177)
Tıbbi İstişareler	
Oleotoraks (Oleothorax)	Dr. Abdülkadir Lütü (177-178)
Kan Şekeri Düzeni Hakkında	Prof. Kemal C. Berksoy (179-180)
Mücmel Yazılar	
Hava Harbinde Zehirli Maddeler	Dr. Mehmed Kâmil Berk (181-185)
Kadınlar Aybaşı Kanaması ile Gayrı Tabiiyetleri (Devam)	Dr. Emir Necip (185-188)
Nesci Munzamın: Cerrahi, Marazi Fizyolojisi	Dr. Operatör Necati Emen (188-189)
Süt Çocuğunda Veladi Frengi Tedavisi	Dr. Sami İhsan (189-193)
"Sous-Occipitale" Ponksiyonların Lüzum, Teknik Fayda ve Kolaylıklarına Dair-1	Dr. Reşit Rıza (193-195)
Em'a İnsidatlarında Müteferrik Syndrome'lar Invagination	Semih Arif - Dr. Ahmet Ziya (195-201)
Anadolu Maden Suları ve Kaplıcaları	Kerim Ömer Çağlar (201-204)
Karaciğer Kifayetsizlikleri Teşhisinde Kullanılan Rose de Bengale, Galactosurie Tecrübeleri ve Coefficient Ammoniacale Corige'nin Seriri Kıymetleri	Dr. Müfide Kazım (204-210)
Kanayan Meme	Dr. Operatör Şerif Korkut (210-212)
Müşahede ve Tahliller	
Kolesistit Ârazı Veren Peritonit Plastik Tüberküloz Vakası	Dr. Operatör Asil Mukbil (213-214)
Yaşaran Göbekler	Dr. Operatör Şerif Korkut (214-217)
Bazı Hususiyetler Gösteren Bir Adison Hastalığı Vakası	Dr. Mustafa Osman Tiryaki (218-220)
Halihazır Literatürüne Umumi Bir Nazar (220-226)	
Dahili Hastalıklar	
Çocuk Hastalıkları	
Cerrahi Hastalıkları	
Doğum Kadın Hastalıkları	
Yeni Kitaplar (227)	
Kongreler Cemiyetler İçtimalar (228-232)	

Yıl 3 Sayı 1 (Haziran 1935)	
Klinik Dersleri	
Şıryan Hipotansiyonu (Hypotension artérielle)	Prof. Dr. Abdülkadir Noyan (1-5)
Tıbbî İstişareler	
Genç ve Klorotik Kızlarda Beyaz Akıntılar ve Bu Husustaki Hali Hazır Düşünüş ve Tedavileri	Prof. Dr. Kenan Tevfik (5-6)
Tesbit Çıbanlarının Nefesi İntan Tedavisindeki Kıymeti	Dr. Hasan Yusuf Başkam (7-9)
Mücmel Yazılar	
Asrî Bir Çocuk Hastanesinin Vazifeleri	Prof. Dr. İhsan Hilmi Alantar (10-12)
Hava Harblerinde Zehirli Maddeler	Dr. Mehmet Kâmil Berk (12-18)
Kadınları Aybaşı Kanamalarıyla Gayrı Tabiilikleri (Devam ve Son)	Dr. Emir Atakam (18-24)
Süt Çocuğunda Tüberküloz	Dr. Sami Ulus (25-30)
Emâ İnsidatlarında Mütferrik Syndrome'lar: İleus Biliaire	Dr. Oper. Semih Arif (30-37)
Plevra Ampiyeminin Erken Tanınmasına Dair	Dr. Oper. Şerif Korkut (37-39)
Anadolu Kaplıca ve Maden Sularının Dağılışı	Dr. Kerim Ömer Çağlar (39-41)
Müşahede ve Tahliller	
Charbon'un Neosalvarsan'la Tedavisine Dair İki Müşahede	Dr. Seyfettin (41-42)
Yozgat'ta Barsak Parazitleri, Eozinofili ve Ascaridol ile Tedavi Hakkında	Dr. Nimet Nedim (42-44)
İki Nefir Gebeliği Yırtılması Vak'ası	Dr. Oper. Asil Atakam (44-47)
Halihazır Literatürüne Umumi Bir Nazar (47-54)	
Dahili Hastalıklar	
Cerrahi Hastalıkları	
Doğum Kadın Hastalıkları	
Yeni Kitaplar (55)	
Kongreler-Cemiyetler-İçtimalar (55-57)	
Yıl 3 Sayı 2 (Eylül 1935)	
Klinik Dersleri	
Ueber Hypoplastische Zustände der Haematopoese	Prof. Dr. Viktor Schilling (59-62)
Kan Yapıcı Sistemin Hipoplastik Hallerine Dair	Prof. Dr. Viktor Schilling (62-65)
Malarya Tedavisi Hakkında	Prof. Dr. Tevfik Sağlam (65-67)
Habis Anemiler (Les Anémies Pernicieuses)	Prof. Dr. Abdülkadir Noyan (67-73)
Mücmel Yazılar	
Süt Çocuklarında İştahsızlık	Dr. Sami Ulus (73-76)
Kan Teşekkülünün Fizyoloji ve Patolojisine Genel Bir Bakış	Dr. Müfide Kâzım (76-81)
Taşdelen ve Öteki Alemdağ Suları Üzerine Bir Etüd	Dr. Kerim Ömer Çağlar (81-83)
Yanık Nedbeleri Üzerinde Karsinom	Dr. Oper. Şerif Korkut (83-85)
Müşahede ve Tahliller	
Hiperemore (Menoraji) -Cebrî Hareketler- Oksiuroz	Dr. Emir Atakam (85-87)
Salgın Yapan Meningite'ten Sonra Görülen Bir Paraplegie Vak'ası	Dr. Fazıl Cengiz (87-89)
Yüz Plastiklerine Dair Bir Kaç Vak'a	Dr. Operatör Rad. Ziya Konuralp (89-91)
Neosalvarsan Tedavisi Esnasında Husule Gelen Ansefalopati veya "Üçüncü" Şıringa ve Üçüncü Gün Arızalarından Üç Vak'a	Dr. Ali Rıza (91-93)
Nadir Görülen Mesane Taşlarından Bir Vak'a	Dr. Asil Mukbil Atakam (93-94)
Kazaî ve Orthopedique Vekayide Yağ Ambolisi	Dr. Oper. Şerif Korkut (95-98)
Halihazır Literatürüne Umumi Bir Nazar (98-105)	
Dahili Hastalıklar	
Cerrahi Hastalıkları	

Kadın Hastalıkları Doğum	
Yeni Kitaplar (105-106)	
Kongreler-Cemiyetler-İçtimalar (106-107)	
Yıl 3 Sayı 3 (Birincikânun 1935)	
Klinik Dersleri	
Herzstiche	Prof. Dr. R. von den Velden (110-112)
Kalb Ağrıları	Prof. Dr. R. von den Velden (112-115)
Tıbbî İstişareler	
Opoterapi Nedir ve Neyi İstihaf Eder	Prof. Dr. Server Kamil Tokgöz (115-117)
Dahili Hastalıkların Teşhisinde Oftalmoskopi'nin Değeri	Prof. Dr. Niyazi İsmet Gözcü (117-119)
Mücmel Yazılar	
Hematojen Böbrek Hastalıklarının Bakımına Dair	Dr. Müfide Kâzım (119-123)
Meri Radyolojisine Genel Bir Bakış	Dr. Oper.Halit Ziya Konuralp (124-129)
Çocuklarda Bronkopnömani ve Tedavisi	Dr. Sami Ulus (129-135)
Anadolu'da Maden Suları ve Kaplıcaların Dağılışı	Dr. Kerim Ömer Çağlar (135-138)
Tifo Aşısı Yapılmışlarda Agglutination ile Tifo Teşhisi	Dr. Nimet Nedim (138-139)
Hekimlik Dünyasına Bakışlar Düünden Bugüne I	Dr. Ahmet İhsan (139-147)
İnce Barsak Polipozisi	Dr. Oper. Asil Mukbil Atakam (147-150)
Müşahede ve Tahliller	
Bir "Kyste de Lovaire" Teşhisi Münasebetile	Dr. Emir Atakam (150-152)
Bir Çift Rahim ve Çift Gebelik Vak'ası	Dr. Fahriye Altay (152-155)
Poliklinik Tedavile Şifa Görmüş 4 Yüz Kanseri Münasebetile	Dr. Oper. Şerif Korkut (156-163)
Halihazır Literatürüne Umumi Bir Nazar (156-163)	
Dahili Hastalıklar	
Cerrahi Hastalıkları	
Kadın Hastalıkları Doğum	
Yeni Kitaplar (163-164)	
Kongreler-Cemiyetler-İçtimalar (164-166)	
Yıl 3 Sayı 4 (Mart 1936)	
Prof. Abdülkadir Noyan 50 Yaşında	Anadolu Kliniği (165-170)
Klinik Dersleri	
Hiperinsulinizma Hakkında	Prof. Dr. Tevfik Sağlam (171-174)
Fokal İntan –Focalinfection ve Diş Hastalıkları ile Bir Çok Dahili ve Bazı Harici Hastalıklar Arasındaki Münasebat	Prof. Dr. Mim Kemal Öke (174-177)
Dahiliye Kliniğinde Bilgi ve Görgünün Kıymeti	Dr. Abdülkadir Noyan (177-183)
Tıbbî İstişareler	
Gözde Flikten Tuberculose	Prof. Dr. Niyazi İsmet Gözcü (183-185)
Karında Ur Diye Alınabilen İki Vak'a	Prof. Dr. İhsan Hilmi Alantar (185-186)
Mücmel Yazılar	
İsna Aşer Tübajı ve Tedavi Kastı ile Tatbiki	Prof. Dr. Bürhanettin (187-192)
Müzmin Romatizmada Bursa Kaplıcalarının Tesiri	Dr. İsmail Selen (192-196)
Şirurjide Laboratuvar	Dr. Ömer Bican (196-198)
Pnömo Tedavisinde Calciumun Rolü	Dr. Adil Taşbaş (198- 200)
Malarya Tedavisi Hakkında	Dr. İrfan Titiz (201-209)
Electrocardiographie'nin Verimini Artıracak Tedbirler	Dr. Nusret Karasu (205-209)
Tahtelhicabı Hacizi Huracın Erken Tanılmasına Dair	Dr. Oper Şerif Korkut (209-210)

Müşahede ve Tahliller	
Oniki Yaşlarındaki Bir Kızda Büyük Bir Sağ Yumurtalık	Dr. Emir Necib Atakam (210-212)
Mide Ameliyatından Sonra Kan Kusma	Dr. Oper. Asil Mukbil Atakam (212-214)
Hali hazır Literatürüne Umumi Bir Nazar	
Dahili Hastalıklar	
Cerrahi Hastalıkları	
Doğum Kadın Hastalıkları	
Yeni Kitaplar	
Kongreler-Cemiyetler-İçtimalar (218-220)	
Yıl 4 Sayı 1 (Mayıs 1936)	
Klinik Dersleri	
Ueber Erkaltungen und Erkaltungskrankheiten	Von. Prof. Dr. H. Ziemann (3-8)
Soğuklanmaya ve Soğukalgınlığı Hastalıklarına Dair	
Mücmel Yazılar	
Profesör İhsan Hilmi Alantar Hekimliğinin 25. Yıldönümünde	Anadolu Kliniği (8-9)
Pédiatri'ye Başlarken	Prof. Dr. İhsan Hilmi Alantar (9-12)
Çocuklarda Strophulus	Dr. Şevket Salih Soysal (13-15)
(Diathése Exudative) de Gıda Tedavisi ve Alınan Neticeleri	Dr. Ahmet Akkoyunlu (15-19)
Süt Çocuklarında Siskalık "Dystrophie"	Dr. Samahat Behçet (19-24)
Çocuk İntanî Hastalıklarında Habis Syndrom	Dr. Fahrettin Belen (24-27)
Asetonemili Kusmalar (Vomissement Avec Acétonémie)	Dr. Fahriye (28-31)
"Rahitis Gravis" de Tedavi Nasıl Olmalıdır	Dr. Şemsi Mutver (31-33)
Kalb Radyolojisinde Röntgenkimografi	Dr. İsmet (33-39)
Anadolu'da Maden Suları ve Kaplıcaların Dağılışı	Dr. Kerim Ömer Çağlar (40-42)
Nesci Munzamın Cerrahi-Marazî Fiziyojisi	Dr. Op. Necati Emen (42-43)
Müşahede ve Tahliller	
Altmışbeş Yaşında Bir Kadında Fibromyom	Dr. Emir N. Atakam (43-45)
(Erythème Polimorphe) lu Bir Hastada Göz Komplikasyonu	Dr. Kemal Tarkan (46)
Neşredilen İki Fekki Ulvi Verem Hasisi Dolayısıyla	Dr. Oper. Şerif Korkut (47-49)
Hali hazır Literatürüne Umumi Bir Nazar (49-54)	
Dahili Hastalıklar	
Cerrahi Hastalıklar	
Doğum Kadın Hastalıkları	
Çocuk Hastalıkları	
Yeni Kitaplar (55-56)	
Yıl 4 Sayı 2 (Haziran 1936)	
Klinik Dersleri	
Bir Cerrah Nelerden Hataya Düşebilir ve Bunlardan Ne Vakit Mes'ul Olabilir?	Prof. Mim Kemal Öke (59-66)
Profesör Dr. Mim Kemal Öke Cerrahlığının 25. Yıldönümünde	Anadolu Kliniği (66-67)
Tıbbi İştisareler	
Kadın Tenasül Cihazı Hastalıkları ile Apendisit Arasındaki Münasebet ve Teşhisi Tefrikideki Zorluklar	Prof. Dr. Kenan Tevfik (67-70)
Bazı Hormonların Mide İfrazına Tesirleri	Prof. Dr. Kemal Cenap Berksoy (71-72)
Mide ve İsnaaşer Karhasında Dahili Tedavi	Dr. Abdülkadir Noyan (73-77)
Bay Operatör, Dr. Mim Kemal'e İthaf	Dr. M. Kamil Berk (78-79)
Süpraseller Tümörlere Ait Mülâhaza ve Müşahedeler	Prof. Dr. Niyazi İsmet Gözcü (79-83)

Difteri Basili Tipleri Üzerinde Son İlerleme ve Araştırmalar	Dr. Niyazi Erzin (83-85)
Mücmel Yazılar	
Cerrahide Kan Nakli İndikasyon ve Neticeleri	Dr. Oper. Hasan Hüsnü Dilgimen (85-88)
Mide-duodenum Ulkusleri Kanamalarında Cerrahi Tedavi	Rady. Operatör Dr. Halit Ziya Konuralp (88-90)
Azmi Vetedi Cenahı Sagiri Menanjiyomları	Hamdi Dilek (91-94)
Karında Husule Gelen Vecalar, Teşekkül Mihanikiyeti ve Tedavileri	Oper. Bnb. Rıdvan (94-97)
Hiperasiditenin Mide ve İsnaaşer Karhalarında Patojenik Rolü Var mıdır?	Dr. Mustafa Sakarya (96-97)
Mide Ameliyatlarından Sonra Midenin İfraz Rejimindeki Değişiklikler	Dr. Recai Erdok (98-101)
Mide Ameliyatlarından Sonra Görülebilen Arızalar	Cemal Ergun (101-103)
Midesinden Ameliyat Olanlarda Anemi	Dr. Cevdet Narman (103-107)
Castro-intestinal Ülserlerde Ameliyattan Evvel ve Sonra Görülen Mühim İhtilâtlardan	Dr. Cemil Emler (107-110)
Tetanosa Karşı Tedbir Çaresi Olarak Aktiv Muafiyet veya Passiv Muafiyet mi?	Dr. Emin Unar (111-113)
Şirürjide Laboratuvar	Dr. Ömer Bican (113-115)
Künt Batın Cerihasının Erken Tanınması	Dr. Oper. Şerif Korkut (114-115)
Menşei Zonguldak Olan Üç Nekator Vak'ası Münasebetile	Dr. Nimet Nedim (115-117)
Halihazır Literatürüne Umumi Bir Nazar	
Dahili Hastalıklar	
Kongreler-Cemiyetler-İçtimalar (117-120)	
Yıl 4 Sayı 3 (Eylül 1936)	
Klinik Dersleri	
Son Çeyrek Asırda Şahidi Olduğum Oftalmoloji Terakkilerini Hatırlatma	Prof. Dr. Niyazi Gözcü (123- 125)
Profesör Niyazi İsmet Gözcü, Gülhane'de Hocalığının 25. Yıldönümünde	Anadolu Kliniği (126-128)
Die Chronischen Erkrankungen der Gaumenmandeln und Ihre Behandlung	Max Meyer (128-133)
Levzelerin Müzmin Hastalıkları ve Tedavileri	Prof. Dr. Marx Meyer (133-135)
İrsiyet ve Bünyenin Klinikte Ehemmiyeti	Prof. A. Noyan (135-137)
Mücmel Yazılar	
Genel Doktorluk Bakışile Eksik İtrah Karşısında Göz	Fikret Arıkan (138-141)
Burun ve Gözün Patolojik Münasebetleri	Dr. Süreyya Gördüren (142-145)
Kanser Tamamile Lokal Bir Hastalık mıdır?	Dr. Feridun Şevket Evrensel (145-147)
Çocuklarda İntani Hastalıklar ve Ölüm Tarzları	Dr. Sezai Bedreddin Tümay (147-150)
Anadoluda Maden Suları ve Kaplıcaların Dağılışı	Dr. Kerim Ömer Çağlar (150-152)
Doktorluk ve Spor	Dr. Niyazi Erzin (152-154)
Müşahede ve Tahliller	
Aczi-Ususi-İlyevi Tümör Dolayısile Doğum Güçlüğü	Dr. Emir N. Atakam (155-157)
Karniyede Nadir Görülen bir Sifiliz Tezahürü	Dr. Sıtkı Rifat (158-159)
Had Mafsal Romatizmasında Pyramidon Tedavisi	Prof. Dr. E. Magnus Alsleben - Dr. Necati İşman (159-161)
Menşei Diş Olan Bir Névríte Optique ve İki İritis Vak'ası Münasebetiyle	Dr. Muzaffer İ. Sender (161-167)
Sol Azmi Cidari Üzerine Şiddetli Bir Tardit Neticesi (Enforcement, Dimağ Fussy Cidarisinde Vasi Ziyai Moddi; Sekestrler ve Afazi) si Olan Bir Hastaya Müdahale Dolayısile	Dr. Suzan Güney (167-169)
Halihazır Literatürüne Umumi Bir Nazar	
Dahili Hastalıklar	

Cerrahî Hastalıkları	
Doğum Kadın Hastalıkları	
Çocuk Hastalıkları	
Yeni Kitaplar	
Yıl 4 Sayı 4 (Birincikânun 1936)	
Klinik Dersleri	
Zur Medikamentösen Behandlung Der Ruhr	Prof. Hans Ziemann (173-174)
Dizanteri'nin İlaçla Tedavisi Üzerine	Prof. Hans Ziemann (174-175)
Karhavi Kolon İltihabı (Colite Ulcéreuse Grave)	Dr. Kemal Hüseyin (176-181)
Mücmel Yazılar	
Seröz İltihab (Seröse Entzündung)	Dr. Adnan Atam (181-184)
Kalp Radyolojisinde Röntgen Kymographie	Dr. Radiolog İsmet (184-187)
Göz Yaşının Mekanik ve Bakterisid Kuvveti	Dr. Kemal Tarkan (187-190)
Bakteriophagie ve Lysinler	Dr. Niyazi Erzin (190-194)
Kemik Cerrahî Marazî Fiziyojisi	Dr. Oper. Necati Emen -Dr. Şerif Korkut (194-196)
Müşahede ve Tahliller	
Dahil Verit İyot Mahlülü Zerkile Şarbon Tedavisi	Dr. Nimet Nedim (197-198)
Bir Rahim Dışı Gebeliği Münasebetile	Dr. Emir N. Atakam (198-200)
Böbrekte Kist İdatik	Dr. Feyzi Taner (200-201)
1935-36 Senesi Radioterapi Faaliyeti	Dr. Şemsettin Arif Üstel -Dr. Bâki Yener (202-204)
Halihazır Literatürüne Umumî Bir Nazar (204-208)	
Dahili Hastalıklar	
Physiotherapie	
Yeni Kitaplar(208)	
Yıl 5 Sayı 1 (İkincikânun 1937)	
Klinik Dersleri	
Moderne Richtlinien der Diabetesbehandlung	Prof. Friedrich Ueber (1-5)
Diabet Tedavisinin Modern Esasları	Prof. Friedrich Ueber (5-8)
Über Die Kumulation der Digitalis	Prof. Dr. E. Magnus Alsleben (9-13)
Digital'in Terakümüne Dair	Prof. Dr. E. Magnus Alsleben (13-16)
Mücmel Yazılar	
Mide Kimyası Tetkikinde Tabii İçkiler ve Yemekler	Prof. Dr. Abdülkadir Noyan (17-20)
Takata- Ara Temaülü ve Seririyat	Dr. Kemal Saraçoğlu (20-22)
Paradentose Meselesine ve Dahili Hastalıklarla Karşılıklı Münasebatına Dair	Diş Tabibi Adnan Hüsnü Gökşan (22-25)
Müşahede ve Tahliller	
İleoçekal Lenfogradüloz	Dr. Oper Asil M. Atakan (25-28)
Nadir Büyüklükte Marazî İstihale ile Kisei Demiyeye Tevessüü	Dr. Vefik Pulat (28-30)
Arsenikle Zehirlenmeden İleri Gelen Felçler	Dr. Şükrü Sarıbaş (30-31)
Angineler ve Waldeger Adenopathiesi	Dr. Nejat Kulakçı (31-32)
Halihazır Literatürüne Umumî Bir Nazar	
Dahili Hastalıklar	
Cerrahi Hastalıkları	
Yıl 5 Sayı 2 (Nisan 1937)	
Klinik Dersleri	
Die Varikocele	Prof. Eduard Melchior (42-45)
Varikoselin Pratik Ehemmiyeti ve Cerrahî Tedavisi	Prof. Eduard Melchior (45-48)

Die Mastoiditis Bei Der Akuten Mittelohreiterung Und Die İndikationen Zu Ihrer Operation	Prof. Dr. Max Meyer (48-52)
Hâd Orta Kulak Takayyuhlarındaki Mastoiditler ve Ameliyat İstibatları	Prof. Dr. Max Meyer (52-55)
Endokrin-vegetatif System Hastalıklarında Chirurğie'nin Rolü "Endokrin Guddeler ve Cerrahî"	Prof. Dr. Mim Kemal (58)
Mücmel Yazılar	
Fussî Pnömoni Tedavisi	Dr. Abdülkadir Noyan (58-61)
Zatürrie Tedavisi Üzerinde Serirî Bir Araştırma	Dr. Ahmet İhsan Aksan (61-65)
Mide ve İsnaaşer Ülserlerine Ne Vakit Ve Nasıl Müdahale Etmeli	Prof. Melchior - Dr. Faruk İlhan (65-69)
Kasabî Astma	Dr. Necati Galib (69-76)
Hâd Esasî Rumatizma ve İptidai Müzmin Rumatizmalar	Dr. İhsan Ekin (77-85)
Böbrek Traumatisme leri ve Yaralanmaları	Dr. Feyzi Taner (85-88)
Müşahede ve Tahliller	
Bir Anüri Vak'ası	Dr. Feyzi Taner (88-91)
Apandis-psödo Mikzomu ve İnsidat	Dr. Oper. Asil Mukbil Atakam (91-92)
Bir Teamül Münasebeti ile	Dr. İzzet Kantemir (92-93)
Alkaptonuri Vak'ası	Prof. Dr. Albert Eckstein - Dr. Haldun Tekiner (93-95)
Kas Kemiğinin Dysplasiyesinden Mütevellid Bir Ectocardie Vak'ası	Doç. Dr. Şevket Salih Sosyal (95-97)
Trou Auscultatoirel Üç Vak'a Dolayisile	Dr. Salahi Durusoy - Dr. Şerif Atakam (97-98)
Halihazır Literatürüne Umumî Bir Nazar	
Dahilî Hastalıklar	
Kongreler- Cemiyetler-İçtimalar	
Yeni Kitaplar	
Yıl 5 Sayı 3 (Temmuz 1937)	
Klinik Dersleri	
Über Histamin-Jontophorese	Prof. Dr. A. Laquer (103-105)
Histamin İntoforesi Hakkında	Prof. Dr. A. Laquer (105-106)
Lekeli Hummada Aşılama	Dr. Kemal Hüseyin (106-109)
Cerrahî Tedavide Organ Fonksiyonlarının Ehemmiyeti	Dr. Feridun Şevket Evrensel (110-117)
Mücmel Yazılar	
Zur Lehre Von Der Anfallsfreien "rein chronischen" Appendizitis	Prof. Eduard Melchior (117-124)
Hecmesiz Saf Müzmin Apandisit Hakkında	Prof. Eduard Melchior (124-128)
Unkurahim Kanserlerinin Cerrahî Tedavisindeki Prensiplere Dair	Dr. Ahmet Asım Onur (128-133)
Depression İmmünite Hakkındaki Yeni Tetkikler	Dr. Niyazi Erzin (134-137)
Bir Dil Kanseri Müşahedesini Münasebetile Dil Kanserinin Er Teşhisi Hakkında	Dr. Şerif Korkut (137-140)
Müşahede ve Tahliller	
Bir Gynaekemastie Vak'ası	Dr. Burhanettin Öney (140-141)
Bir "Achyliche Chloranemie" Vak'ası Münasebetile	Dr. Ahmet İhsan Aksan (142-144)
Ameliyat Yaralarında Görülen Cilt Gangrenine Dair Bir Müşahede	Operatör Dr. H. Ziya Konuralp (144-145)
Halihazır Literatürüne Umumî Bir Nazar	
1-"Kebed Buhranları" ve Kolesistitler	Dr. Osman İsmet Temizer (çev.) - Richard Jahiel (Yazan) (145-147)
Dahilî Hastalıklar	
Yeni Kitaplar	

Yıl 5 Sayı 4 (Birinciteşrin 1937)	
Klinik Dersleri	
Über die Historische Entwicklung und die Heutige Praktische Bedeutung der Haematologie	Prof. Dr. Victor Schilling (151-156)
Hematolojinin Tarihi Tekâmülüne Bugünkü Pratik Ehemmiyetine Dair	Prof. Dr. Victor Schilling (156-160)
Tularemi Laboratuvar Araştırmaları	Prof. Dr. Server Kâmil Tokgöz (160-163)
Kebet Melanosarkomu	Prof. Dr. Abdülkadir Noyan (163-164)
Zur Operativen İndikationsstellung und Nachbehandlung der Akuten Pankreasnekrose	Prof. Eduard Melchior (165-171)
Hat Pankreas Nekrozunun Ameliyat Endikasyonu ve Muahhar Tedavisi Hakkında	Prof. Eduard Melchior(171-175)
Mücmel Yazılar	
Müzmin Apendisitlerde Müdahale Edilmeli midir?	Mim Kemal Öke (175-179)
Bronchopneumonie Rahitis	Prof. İhsan Hilmi Alantar (179-180)
Böbrek Kuluncu	Dr. Feyzi Taner (180-184)
Bir Sağ Yumurtalık Embriyomu	Dr. Emir N. Atakam (184-186)
Toxicose Tedavisi	Dr. Ahmed Akkoyunlu (186-191)
Kan Tazyiki ve Ölçü Tarzları	Dr. Bedii Tokay (191-194)
Müşahede ve Tahliller	
Tularemi	Dr. Oper. Asil M Atakam. (194-197)
Pnömotoroksa Nadir Bir Kollaps Şekli	Prof. Dr. Abdülkadir Noyan (197-198)
Burun Sui Şekillerinin Kaldırılması (Correction Nasale)	Dr. Nejat Kulakçı (199-200)
Bir Osteogenesis Imperfecta Vak'ası	Dr. Faruk İlkan (201-202)
Pratik Danışmalar	
Halihazır Literatürüne Umumi Bir Nazar	
Yeni Kitaplar	
Yıl 6 Sayı 1 (İkincikânun 1938)	
Klinik Dersleri	
Pek Tipik Dereni Keratit Nodüler Vak'ası	Prof. Dr. Niyazi İsmet Gözcü (1-2)
Mücmel Yazılar	
Laryngo-Tracheal Dsygne ve Tedavisi	Prof. Max Meyer (3-4)
Die Laryngo-Tracheale Dyspnoe und Ihre Behandlung	Prof. Max Meyer (5-8)
Esasî İpertansiyon ve Geniş Sempatektomi	Dr. İlhami Akçakoyunlu (8-10)
Uzvi Tenebbütî Cümle Hastalıklarında Radyoterapi	Dr. M Kâmil Berk (10-16)
Safra Yolları ve Safra Kesesi Hastalıklarında Ameliyat İstibabı	Dr. Faruk İlhan (16-19)
Viyana Birinci Hariciye Kliniğinde (Prof.Ranzi) 1919-1933 Senelerinde Delinmiş Mide ve İsnaaşer Karhalarında Yapılan Tedavi Neticeleri	Dr. Franz Gerhardt (19-20)
Yine Müzmin Apendisit Meselesi Hakkında	Eduard Melchior (20)
Nochmals Zur Frage Der Rein Chronischen Appendizitis	Eduard Melchior (20-21)
Hâd Barsak Tıkanmalarında Son Tetkikler	Dr. Semih Sumerman (22-28)
Über Die Grenzen Der Indikation Zur Serumprophylaxe Des Tetanus	Prof. Eduard Melchior (28-31)
Müşahede ve Tahliller	
Astma Hastalığında Röntgen Tedavisi	Dr. Şemsettin Üstel (31-33)
Yumurtalık Kanaması ve Mucip Olduğu Dahili Nezif	Dr. Mediha Eldem (33-35)
Bir Cholaskos Vak'ası	Dr. Adil Özkan (35-36)

Banti Sendiromu Gösteren Bir Splenomegalik Sirroz Vak'ası Münasebetiyle	Dr. İhsan Aksan (36-39)
Hali hazır Literatürüne Umumi Bir Nazar	
Dahili Hastalıklar	
Cerrahi Hastalıklar	
Yıl 6 Sayı 2 (Nisan 1938)	
Klinik Dersleri	
İstanbul'da Gördüğümüz Autochtone Kala-Azar'lı Çocuklar	Prof. Dr. İhsan Hilmi Alantar (43-44)
Grip ve Asabi Teşevvüşler	Prof. Fahreddin Kerim Gökay (44-47)
Mücmel Yazılar	
Köylerdeki Sıhhi Şartlar, Köylünün Sıhhi Vaziyeti Hakkında Bilhassa Çocuklar Nazarı İtibara Almak Üzere Yapılan Tetkikata Ait Mütalaâ	Prof. Dr. A. Eckstein (47-57)
Beitrag zu der Erforschung der Gesundheitlichen u. Hygienischen Verhältnisse auf den Lande mit Besonderer Berücksichtigung der Kinder	Prof. Dr. A. Eckstein (57-67)
Kâhillerde Mafsal Tüberkülozu Tedavisi Hakkında	Prof. Eduard Melchior (68-72)
Zur Behandlung der Gelenktuberkulose des Erwaschsenen	Prof. Eduard Melchior (72-79)
Kist İdatikler ve Cerrahi Müdahaleleri Hakkında	Dr. Asil Mukbil Atakam (80-83)
Laryngo-Tracheal Dyspne ve Tedavisi	Prof. M. Meyer (83-86)
Biyoloji Metodları ve Onların Ekonomi Bakımından Kıymetleri	Dr. Aziz Tevfik (86-89)
Hat Bağırsak Tıkanmasında Son Tetkikler-2	Dr. Semih Sumersan (89-93)
Barbiturique Tedavisi ile İyileşmiş Bir Strychnin Zehirlenmesi Vak'ası	Dr. Müfit Hekimoğlu (94)
Müşahede ve Tahliller	
Bir İptidaî Hançere Amiloid Tümörü Vak'ası	Dr. Nüşet Atav (95-96)
Bir Huveyza Papilomu Vak'ası	Dr. Feyzi Taner (96-98)
Pratik Danışmalar	
Hali hazır Literatürüne Umumi Bir Nazar	
Dahili Hastalıklar	
Cerrahi Hastalıklar	
Yeni Kitaplar	
Yıl 6 Sayı 3 (Temmuz 1938)	
Klinik Dersleri	
Kraniyoplasti Hakkında	Dr. Ö. Vasfi Aybar (105-107)
Mücmel Yazılar	
Gastroenterostomie Hakkında Aktüel Meseleler	Eduard Melchior (108-110)
Zeitfragen Zur Gastroenterostomie	Eduard Melchior (100-114)
Anurinin Diathermi ile Tedavisi	Prof. Dr. A. Laqueur (114-115)
Diathermie Behandlung der Anurie	Prof. Dr. A. Laqueur (115-116)
Had ve Müzmin Kolitlerde Elma Tedavisi	Dr. İhsan Ekin (117-118)
İltihabi Hastalıklarda Röntgen Tedavisinin Mevkii	Dr. Şemsettin Üstel (119-122)
Hat Bağırsak Tıkanmasında Son Tetkikler 3	Dr. Semih Sumerman (122-126)
Müşahede ve Tahliller	
Hat Apandisit Neticesi Husule Gelen Çeko-Transversal Tegallüf Vak'ası	Dr. Asil Mukbil Atakam (126-127)
Sprue Vak'aları Münasebetile	Dr. İhsan Ekin (127-137)
Bir İdyopatik "Polyzythamia Hypertonika" Vak'ası	Dr. Adnan Atam (137-138)
Onaltı Gün Devam Eden Bir Tachycardie Paroxystique Vak'ası	Dr. Osman Kâzım Okman (138-140)

Ankara'da Görülen İlk Weil Vak'asının Serolojik Teşhisine Dair	Dr. Niyazi Erzin (140-143)
Sekiz Buçuk Aylık Gebe Bir Rahmin Batın İçinde Tromatik Yırtılması Neticesi Em'a İnsidadı Vak'ası	Dr. Asil Mukbil Atakam (143-144)
Hali hazır Literatürüne Umumi Bir Nazar	
Yeni Kitaplar	
Yıl 6 Sayı 4 (Birinciteşrin 1938)	
Klinik Dersleri	
Pratik Hekim İçin Ehemmiyeti Bakımından Vitamin Bilgisinin Hali Hazır	Prof. Dr. Paul Pulewka (149-151)
Ueber den Stand der Vitaminlehre in Ihrer Bedeutung für den Arzt.	Prof. Dr. Paul Pulewka (155-162)
Mücmel Yazılar	
Seriri Noktai Nazardan Rie Süresinin Hastalıkları	Dr. Kemal Saraçoğlu (162-163)
II. İbtidai Müzmin Çok Mafsallı Romatizmalar	Dr. İhsan Ekin (164-170)
Pratikte Römatoit Şikâyetler	Dr. İhsan Ekin (170)
Müşahede ve Tahliller	
Choffard - Still Sendromu Bir Vak'a Münasebetiyle	Dr. Ziyaettin Zeynel Tanan (171-173)
İki Secondaire Aménorrhée Tedavisi Hakkında	Dr. Mükerrerem Sarol (174-176)
Üç Yüz İdrar Cihazı Taşı Vak'ası Münasebetile	Dr. Oper. Asil Mukbil Atakam (176-179)
Hali hazır Literatürüne Umumi Bir Nazar	
Kongreler-Cemiyetler-İçtimalar	
Yeni Kitaplar	
Yıl 7 Sayı 1 (İkincikanun 1939)	
Klinik Dersleri	
Gençlerde Hipertansiyon ve İrsiyetle Alâkası	Prof. Dr. Abdülkadir Noyan (1-5)
Cild Hastalıklarında Perhizle Tedavi Usulleri ve Alınan Netayic	Prof. Dr. Alfred Marchionini (5-9)
Methoden und Ergebnisse der Diatbehandlung bei Hautkrankheiten	Prof. Dr. Alfred Marchionini (9-13)
Ameliyatlardan Sonra Husule Gelen Devran Teşevvüşi ve Esbabı Hakkında	Dr. Feridun Şevket Evrensel - Dr. Müfide Kâzım Güley (13-20)
Mücmel Yazılar	
Kanserin Esbabı ve Dünya Üzerinde ve Memleketimizdeki Durumuna Bir Bakış	Dr. Kamile Aygün (20-23)
Tromboflebitli Apendisit Hakkında	Eduard Melchior (23-25)
Über Thrombophlebitische Appendicitis	Eduard Melchior (25-28)
Akciğer Tüberkülozu Cerrahisinde Yeni Telâkkiler	Dr. İlhami Akkoyunlu (28-30)
"Gastroduedit" Problemine ve Mide İsnaaşer Karhası Patojeni ve Müdavatındaki Pratik Kıymetine Dair	Dr. Ahmed İhsan Aksan (31-35)
Müşahede ve Tahliller	
Bir Tetani Vak'ası	Dr. İhsan Ekin (36-39)
Bir İnfantilisme Vak'ası Münasebetile	Dr. Kâmil Alptuna(39-42)
Onbir Yaşında Bir Erkek Çocuğunda Büyük İhlil Taşı	Dr. Oper. Asil Mukbil Atakam (42-43)
Hali hazır Literatürüne Umumi Bir Nazar	
Kongreler-Cemiyetler-İçtimalar	
Yeni Kitaplar	
Yıl 7 Sayı 2 (Nisan 1939)	
Klinik Dersleri	
Müzmin Levze Hastalıkları ve Tedavileri	Prof. Dr. Max Meyer (51-54)

Mücmel Yazılar	
Şeker Hastalığı Tedavisinin Halihazır	Dr. Ahmet İhsan Aksan (54-64)
Baş ağrıları ve Baş Dönmeleri	Dr. Kemal Saraçoğlu (65-69)
Müzmin Romatizmalarında Tedavi- Devam	Dr. İhsan Ekin (69-71)
Mide ve İsnaaşer Karhasında Tıbbi Tedavi	Dr. Raşit Sağıcı (71-76)
Kanserin Sebebi Nedir Nasıl Tedavi Olunabilir?	Dr. Asil Mukbil Atakam (77-79)
Müşahede ve Tahliller	
Sendrom Agranüloziter	Dr. Salahi Durusoy - Dr. Alaeddin Erkmen (79-82)
Zatürrie Patojeni ve Tedavisine Dair	Dr. Raşit Sağıcı - Dr. Rıza Işıkdöğdu (83-85)
Pnömoni İhtilâtları Hakkında	Dr. Osman Kâzım Okman (85-87)
Halihazır Literatürüne Umumi Bir Nazar	
Kongreler-Cemiyetler-İçtimalar	
Yıl 7 Sayı 3 (Temmuz 1939)	
Klinik Dersleri	
Ekzoz (Exhaust) Zeirine Dair	Prof. Abdülkadir Noyan (95-97)
Komaların, Görülen Ârazâ Göre Hangi Hastalıklardan İleri Geldiğinin Ayrılması ve Yapılacak İlk Tedaviler	Dr. Şükrü Yusuf Sarıbaş (97-102)
Çocuk Glaucoması	Dr. Vefik Bulat (103-106)
Mücmel Yazılar	
Belsoğukluğunun Teşhis ve Tedavisinde ve Bilhassa Kimyevi Tedavi Sahasında (Uliron) Terakkiler	Prof. A. Marchionini - Dr. Şadan Tor (107-109)
Ulironla Gonorrhoe Tedavisinin Therapeutique Esasları	Pulewka - Dr. Şadan Tor (çev.) (109-111)
İç Hastalıklarında Ciltte Görülen Tagayyürler	Dr. Şadan Tor (111-116)
Toz ve Damlacık Enfeksiyonu	Dr. Niyazi Erzin (116-121)
Anjin dö Puvatrin: Klinik ve Tedavi	Dr. Ahmet İhsan Aksan (121-133)
Müşahede ve Tahliller	
Chloasma ve Chloasma Virginum Periorale	Dr. Şadan Tor (133-137)
Had Esasî Romatizma Tedavisinde Pyramidon'un Mevkii	Dr. İhsan Ekin (137-139)
Bir Lambliaze Vak'ası Münasebetiyle	Dr. Raşid Sağıcı (139-142)
Hali Hazır Literatürüne Umumi Bir Nazar	
Yeni Kitaplar	
Kongreler-Cemiyetler-İçtimalar	
Yıl 7 Sayı 4 (Birinciteşrin 1939)	
Mücmel Yazılar	
Sosyal Bakımdan Vitaminler ve Vitaminsizlikler	Dr. İhsan Ekin (157-160)
En Mühim Koma Vak'alarında Yapılacak İlk Tedavi Tedbirleri	Dr. Şükrü Sarıbaş (160-164)
Mide ve İsnaaşer Karhaları Delinmelerinin Tedavileri Hakkında	Dr. Operatör. Hamdi Akça (164-165)
Müşahede ve Tahliller	
Kuduz Aşısından Sonra Husule Gelmiş Bir Polinevrit Vak'ası	Dr. İbrahim Alp (166-167)
Emetin İntoxication undan Mütevellid Bir Polynevrite Vak'ası	Dr. Raşid Sağıcı (167-169)
Müzmin İdiopatik Stéatorrhée	Dr. İhsan Doğramacı (169-171)
Bir Nuhai Şevki Tümörü Vak'ası	Dr. Şükrü Yusuf Sarıbaş (171-172)
Göz Yanıkları	Dr. Nihad Naim Bayraktar (172-177)
Son Sene İçinde Çocuk Hastalıkları Kliniğinde Yenilikler	Dr. Kâmil Alptuna (177-180)
Hali Hazır Literatürüne Umumi Bir Nazar	
Kongreler-Cemiyetler-İçtimalar	

Yıl 8 Sayı 1 (İkincikânun 1940)	
Klinik Dersleri	
Çocuklarda İleus'un Teşhisine Dair	Prof. İhsan Hilmi Alantar (1-4)
Göz Enükleasyonunu Müteakip Husule Gelen Erythrocytose Vak'aları	Prof. Dr. Abdülkadir Noyan (4-8)
Noksan Arazlı (Früste) İki Schüller-Christian Sendromu Vak'ası	Prof. Dr. Niyazi İsmet Gözcü (8-12)
Mücmel Yazılar	
Schellong Usulüyle Deveran Regülasyonu ve Kalp Fonksiyonu Tedkiki	Dr. Müfide Küley (12-21)
Konya Mülhakkatı Hakkında Cerrahi Bakımdan Bir Etüd	Dr. Asil Mukbil Atakam (21-28)
Kalbi Astma	Dr. İbrahim Alp (29-31)
Lobus Azyğos ve Klinik Bakımdan Değeri Münasebetiyle	Dr. M. Sıtkı Alphan (31-32)
Müşahede ve Tahliller	
Bir İlaç Romatizması	Dr. Nusret Karasu (32-33)
Otopsi Yapılan Bir Malta Humması Vakası Münasebetiyle	Dr. Remzi Kocagil (34-36)
Sülfamidelere Karşı Humma Reaksiyonu Gösteren Bir Vak'a	Dr. Fatin Dalaman (37-39)
Çocuk Pneumoni'sinin Normalden İnhiraf Eden Şekilleri	Dr. Metine Belger (39-41)
Sehaya Kanamasiyle Müterafik ve Fiyevisiz Nâdir İki Sıtma Vak'ası	Dr. İhsan Ekin (42-44)
Yeni Kitaplar	
Yıl 8 Sayı 2 (Nisan 1940)	
Klinik Dersleri	
Psikologik Bakımdan Cisimlerin Büyüklüğünün Gözler İle Tayin ve Takdiri	Dr. Nihat Naim Bayraktar (45-48)
İdrar Yolları Taşları ve Alınacak Tedbirler	Dr. Feyzi Taner (48-61)
Mücmel Yazılar	
Akciğer Vereminde Collapsothérapie Usullerine İstitbap Tayini	Dr. Kemal Şakir Saraçoğlu (62-67)
Romatizma ve Gışayı Mısliler	Dr. Saliha Tuncer (67-69)
Fièvre ve Antithermiqueler	Dr. Abdullah Begana (69-74)
Endocrinologie'de Uykü Teşevvüşleri ve Tedavileri	Dr. Aziz Tevfik Yeğinsoy (75-79)
Diyabet ve Cerrahî	Dr. Şinasi Kıpçak (80-81)
Müşahede ve Tahliller	
Sialodochitis Verminosa Vak'ası	Dr. Kâmile Aygün (81-83)
Memleketimizde Kalaazar	Dr. Lütfü Sabri Serinkan - Dr. Cevdet Tan (84-93)
Pieureuside de Pyramidone Tedavisi	Dr. İhsan Ekin (94-95)
Apandisit Apselerinin Nadir Delinme Şekilleri	Dr. Hasan Sarıbaş (95-96)
İki Hâd Bir Müzmin Lösemi Lenfoid Vak'aları Münasebetiyle	Dr. Remzi Kocagil (96-100)
İki Fièvre Boutonneuse Vak'ası ve Rickettsia Hastalıklarına Medhal	Dr. Raşit Sağcı (100-104)
Halihazır Literatürüne Umumî Bir Nazar	
Yıl 8 Sayı 3 (Temmuz 1940)	
Klinik Dersleri	
Çocukluk Yaşında Zehirlenmeler (Enpoisonnement)	Prof. Şevket Salim Soysal (109-112)
Mücmel Yazılar	
Esasî Hypochrome Anemi'ye (aşilik kloranemi) ve Demir Tedavisinin Modern Esaslarına Dair	Dr. A. İhsan Aksan (113-120)
Sedimentation Fenomeni ve Hasta Başında Kıymeti Hakkında Klinik Bir Araştırma	Dr. Hayat Şener (120-128)
Kalb İhtişası	Dr. İbrahim Alp (128-131)
Lökositer Hemogramın Seriri Kıymeti Hakkında	Dr. Şinasi Kıpçak (131-136)

Basedowienne Kalp Kifayetsizlikleri ve Tedavideki Hususiyetleri	Dr. Müfid Hekimoğlu (137-138)
Dahili Rahim Anencephalus Teşhisi	Dr. Mükerrerrem Sarol (139-140)
Yeni Kitaplar	
Yıl 8 Sayı 4 (Birinciteşrin 1940)	
Klinik Dersleri	
Hekimliğin Passif Korunmada Yapacağı İşler	Dr. Hasan Kadri (143-147)
“Lymphogranulomatosa” ve Adenitis Tuberculosa Cervicalis	Prof. İhsan Hilmi Alantar (147-150)
Mücmel Yazılar	
Basedow Hastalığının Hali Hazırına Umumi Bir Bakış	Dr. Celal İren (151-153)
Migren Tedavisi	Dr. Kemal Saraçoğlu (153-155)
Yeni Doğan Çocuklarda Asphyxie Tedavisi	Dr. Mükerrerrem Sarol (156-158)
Müşahede ve Tahliller	
Üç (Thrombopénie Essentielle) Vakası	Dr. Süreyya Endik (158-163)
Sol Rieyi İşgal Eden Hydatik Kist Ameliyat Vakası	Dr. Lemi Ergin (163-164)
Bir Acide Oxalique Tesemmümü Vakası	Dr. Hayat Şener (165)
Mustaraz Kolona Fistülize Olmuş Bir Safra Kesesi Vakası	Dr. Tahir İnanç (166)
Dört Karasu Humması Vakası Münasebetiyle	Dr. Remzi Kocagil (167-173)
Yeni Kitaplar	
Yıl 9 Sayı 1 (İkincikânun 1941)	
Klinik Dersleri	
Sıkıntılıların Psiko ve Fizyo Patolojisi	Prof. Fahreddin Kerim Gökay (1-3)
Radyolog Raporundaki Teşhisin Kıymeti	Mim Kemal Öke (4-7)
Passif Korunmada Yaralı Bakımı ve Gazlı Yaralı Tedavisi	Dr. Hasan Kadri Dirim (7-14)
Mücmel Yazılar	
Röntgen ve Radiumla Tedavi	Dr. Şemsettin Arif Üstel (14-21)
Pratikte Dijital Tedavisi	Dr. İbrahim Alp - Dr. Hayat Şener (21-22)
Ne Zaman Damardan Strophantin (Ouabaine) Şırıngaları?	Dr. İhsan Aksan (23-25)
Müzmin ve Muannit Koliürilerde Bakteriyofaj Tedavisi	Dr. Niyazi Erzin (26-28)
Müşahede ve Tahliller	
Böbrek Sarkomu, Böbrek Kanseri, Prostat Taşı	Dr. Feyzi Taner (28-31)
Bir Agranulocytose Vakası	Dr. Rüştü Oskay (32-36)
Mide-Barsak Kanamaları ve Bunların Seririyatı	Dr. İhsan Aksan - Dr. Hayat Şener (36-39)
Bir Bang Vakası Münasebetiyle	Dr. İhsan Ekin - Dr. Vet. Zeki Muslu (39-48)
Yıl 9 Sayı 2 (Nisan 1941)	
Klinik Dersleri	
Tebabette Teleoloji	Dr. Şükrü Yusuf Sarıbaşı (49-53)
Grippe İntanı	Dr. Nüşet Atay (53-55)
Bright Hastalığının Bugünkü Durumu I Had Münteşir Glomerülonefrit	Dr. İhsan Aksan (55-60)
Malariya Bağlı Bir Had Glomerulonefrit Vakası ve Bunun Hepatorenal Sendromlarla Karşılaştırılması	Dr. Hayat Şener (61-63)
Ankarada Bir Kala-azar Vakası	Dr. Cavit Sökmen (63-69)
Kalb Hastalıklarında Morfin	Dr. Celal İren (69-70)
Bir Mastoiditis Syphilitica Vakası	Dr. Nüşet Atal (70-71)
Zatürre İhtilâtları	Dr. Hayat Şener (72-76)
Laryngectomie Totale Yapılmış Bir Hançere Carcinomu Vakası	Dr. Bedri Noyan (76-81)
Radyolog Raporundaki Teşhisin Kıymeti	Dr. İsmet Sayman (79-81)
Ameliyat Embolie'leri	Dr. Selahattin Akel (81-83)

Tercümeleler	
Apandisititten Mütevellit Had Peritonit Vak'ası	R. Celement - Dr. Lemi Ergin (çev.) (83-87)
Yeni Kitaplar	
Yıl 9 Sayı 3 (Temmuz 1941)	
Klinik Dersleri	
Passif Korunmada Harp Gazları	Dr. Hasan Kadri Dirim (89-100)
Tebabette Teleoloji II	Dr. Şükrü Yusuf Sarıbaş (100-102)
Böbrek Kifayetsizliği Halinin Kimyevi İşaretleri	Asist. Nebahat Yalçın (103-108)
İki Taraflı Hematojen Böbrek Hastalıkları (Klinik Bir Araştırma)	Dr. Hayat Şener (108-120)
Protéine Tedavisi	Dr. Mahbube Gürsel (121-123)
Bir Rahim Tümörü Vak'ası	Dr. Nihal Betil (123-124)
Çocuklarda Dimağ Tümörlerinin Topografik Teşhisi	Dr. Metine Berger (124-127)
Otogen Meningitis	Dr. Bedri Noyan (128-131)
Mide ve İsnaaşer Karhalarının Dahili Tedavisi	Dr. Ragıp Sağlat (132-135)
Âmili Muhtelif Menenjitlerde Mayii Dimağının Gözle Tefrikî Teşhisi	Dr. İhsan Ekin (135-136)
Yeni Kitaplar	
Yıl 9 Sayı 4 (Birinciteşrin 1941) -Gecikmiş Nüsha-	
Refik Saydamı Kaybettik	Prof. İhsan Aksan (139)
Bir Açılış Nutku	Dr. Refik Saydam (140-142)
Bir Süval Takririne Cevab	Dr. Refik Saydam (142-147)
Tifo Hastalığında Klinik ve Laboratuvar Arazlarının Kıymeti	Prof. Dr. Abdülkadir Noyan (148-149)
Akciğerde Kalan Eski Kurşunların Çıkarılması İndikasyonu	Prof. Dr. Burhaneddin Tokar (150-153)
Sulfamethylthiazol (Ultraseptyl) Tedavisi Sonunda Görülen Bir (Agranulocytosis) Tedavisi	Dr. Cavit Sökmen (154-156)
Bir Bademcik Öksürüğü Vak'ası Münasebetile	Dr. Salahattin Esencan (157-158)
Müzmin Apandistlerde Klinik ve Radyolojik Teşhis	Dr. İsmet Sayman (158-162)
Yeni Kitaplar	
Yıl 10 Sayı 1 (İkincikânun 1943)	
"Süt Çocuklarında Serbest Meme Verme Usulü" Hakkında	Prof. İhsan Hilmi Alantar (1-3)
Veladi Bir Kalp Anomalisi Vak'ası	Prof. V. İrfan Titiz (3-5)
Mide-duedonum Ülserlerinde Diyet Tedavisinin Ehemmiyeti	Prof. Dr. Mim Kemal Öke (5-7)
Braun'nın Entero-anastomozu Ön Gastro Enterostominin Tamamlanmasında Lâzım bir Müdahale midir?	Eduard Melchior (7-8)
Bildet die Braun'sche Entero-anastomose eine Notwendige Ergänzung der Vorderen Gastro-enterostomie?	Eduard Melchior (8-9)
"Hernie en W" nin Cerrahi Kıymeti	Eduard Melchior (10-11)
Zur Chirurgischen Bedeutung der "Hernie en W"	Eduard Melchior (11-12)
Bademcik Taşı 1	Dr. Bedri Noyan (13-15)
Bir Akroasphyxia Chronica Hypertrophica Hypaesthetica Vak'ası	Dr. Cahide Koral (16-18)
Yalnız (Ultraseptyl) ile Şifa Bulan Beş Sarı Sahaya İltihabı	Dr. Kemal Turan (18-20)
Tetanos Sefalik	Dr. Lemi Ergin (20-21)
Meride Bir Zenker Divertikülü Vak'ası	Prof. İrfan Titiz (21-23)
Yeni Bulumlara Göre Sıtmada Prophylaxie ve Tedavi	Dr. Tevfik Baykara (23-24)
Sebebi Nadir Görülen Batın Dahili Bir Kanama Vak'ası	Dr. Hayri Acun (24)
Bir Kafa Trauması Neticesi Husule Gelen Extra-Dural Abcés	Dr. Selahattin Esencan (25-26)
Bir Epidérmolysis Bullosa Héréditaria Vak'ası	Dr. Reşat Kınacıgil (27-28)
Sekiz Aylık Gebe Bir Rahim Cerhasile Kolon Kesik Yarası ve Dahili Kanama Vak'ası	Dr. Lemi Ergin (28-29)
Gluteal Nahiyeye Yapılan Kinin Enjeksiyonlarından Sonra Görülen Nervus İschadicuc-Siyatik Siniri Felçleri Hakkında	Dr. Adnan Göksel (29-30)

Yıl 10 Sayı 2 (Nisan 1943)	
3. İç Hastalıkları Kliniği Açış Dersi Yarınki Türk Hekimi	Ord. Prof. Tevfik Sağlam (31-35)
Travmaya Bağlı Olan Hematojen Nefropatiler	Dr. Müfide Küley (35-37)
Ankara'da Görülen Romatizma Şekilleri	Prof. Dr. A. Laqueur (37-39)
Lekeli Hummaya Karşı Aşının Halihazırını	Dr. Şerif Atakam (39-43)
Diş Apsesi Neticesi Husule Gelen İyi Olmuş Bir Septikopyemi Vakası	Dr. Nüzhet Atav (43-44)
"Anemi" Sendromlarının Klinik ve Tedavisi Üzerinde	Dr. Hayat Şener (44-59)
Bir Araştırma	Dr. Raşit Sağcı
Cholothorax Hakkında	Prof. Melchior (59-60)
Zur Kenntnis des Cholothorax	Prof. Melchior (60-61)
Rie Aktinomikozu	Dr. Şinasi Kıpçak (62-64)
Bir Morbus Darier (Maladie de Darier) Vakası	Dr. Selim Uzel (64-67)
Prekordial Frotmanlar Gösteren Bir Spontan Pnömotoraks Vakası	Dr. Refik Köymön (67-68)
Bir Diabet Ensipit Vakası Münasebetile	Dr. Şinasi Kıpçak (69-70)
İntanî Hastalıklarda Lökosit Reaksiyonunun Dinamizmasına Dair	Dr. Kenan Artun (70-73)
Plörit İnsibaplarının Takibinde Su Tecrübesinin Kıymetine Dair	Dr. Hayat Şener (74-75)
Néo-salvarsandan Mütevellit Bir Purpura Arsénobenzolique Vakası	Dr. Reşad Kınacıgil (75-77)
Yeni Kitaplar	
Yıl 10 Sayı 3 (Temmuz 1943)	
Abdominal Lymphogranulomatose	Prof. Arif İsmet Çetingil (79-82)
Göz Arkası-Orbita Hemorrağisi (Traumatique-vuruk)	Dr. Vefik Bulat (82-85)
Bir Esasî Trombopeni Vakası Münasebetile	Dr. Zafer V. Paykoç (86-90)
Hemorroide'lerin Cerrahi Tedavisi Hakkında	Eduard Melchior (91)
Zur Operativen Therapie der Hamorrhoiden	Eduard Melchior (92-93)
Kebed Dışı Safra Yollarının Nöro-Müsküler Tertibatında Fonksiyonel Teşevvüşler	Dr. Halit Baltacıgil (93-95)
Ankara Nümmune Hastanesi Beş Senelik Materyali Üzerinde Bir Araştırma	Dr. Hayat Şener (96-97)
Lambliia İntestinalis'den Mütevellit Üç Cholécystite Vakası Münasebetile	Dr. Halit Baltacıgil (97-99)
Halip Muhtelif Kısım Taşlarında Bir Yoldan Kolaylıkla Müdahale Tekniği	Dr. Asil M. Atakam (99-101)
Löffler Sendromu	Dr. Ziyaeddin - Z. Tanan (101-104)
Rie Apseleri ve Tedavileri	Dr. Kenan Artun (105-111)
Mitral Darlığı	Dr. Halit Baltacıgil (111-114)
İnvertio Uterie	Dr. Enver Gemicigil (114-116)
Jenital Tüberküloz	Dr. Nihal Betil (116-118)
Sıtma Tropika Neticesi Husule Gelmiş Saf ve Hareki Broka Afazyası Vakası Münasebetile	Dr. Remzi Kocagil (118-119)
Bir Anurie Vakası	Dr. Cahide Koral (120-121)
Referatlar	
Yıl 10 Sayı 4 (Birinciteşrin 1943)	
Tanınmayan Hastalık Tabloları I	Prof. Dr. E. Frank (123-126)
Cushing Sendromlu Timüs Kanseri	Oper. Dr. Feridun Şevket Evrensel (127-130)
Mide Kanserlerinde Erken Teşhis ve Müdahaleye Dair Görüşlerimiz	Oper. Dr. Feridun Şevket Evrensel (127-130)
Sulfathiazol ve Geçirdiği Had Enteriteden İstifade Eden Bir Granulocytopenie Vakası	Dr. Nusret Karasu - Dr. Tahir Tağ (130-132)
Addison Hastalığı	Dr. İrfan Titiz (133-142)
Klinik Arazları Ameliyatla Şifa Bulmuş Bir (Sipinabifida) Vakası	Dr. Suat Beşe (142-144)
Ulcus Molle lerin Sulfamidlerle Tedavisi	Dr. Kemal Turgut (144-146)
Aspergillus Fumigatus dan Olma Bir (Gomme Aspergillaire) Vakası	Dr. Reşad Kınacıgil (147-150)

Malaryaya Bağlı Spontan Bir Dalak Ruptürü Vak'ası	Prof Dr. İrfan Titiz - Assist. Cihat Abaoğlu (150-151)
Bir Fistula Congenitalis Postauricularis Vak'ası	Dr. Ziyaettin Maktav (151-152)
Bir Osteosarkom Vak'ası	Dr. İrfan Titiz (152-153)
Wincent Anjini Zemini Üzerinde İnkişaf Edebilen Üç Noma Vak'ası	Dr. Kayhan Basım (153-154)
Had Bir Tetanoz Vak'asında Müşahede Edilen İkinci Tam Şifa	Dr. Razi H. Maner (155-156)
Elli Seneden Beri Appendicite	Prof. Dr. F. de Quervain (156-162)
Referatlar	Çev. Hayri Acun
Yıl 11 Sayı 1 (Mayıs 1944)	
Miyokard İnfarktüsü	Prof. Dr. İrfan Titiz(1-21)
Lekeli Humma Profilaksisinde Aşının Geçirdiği Tekâmül Safhaları, Pratikte Vikaye ve Teşhis Bakımından Ehemmiyeti	Dr. Enver Güven (22-25)
Amigdal ve Romatizma	Dr. Nüzhet Atav (26-27)
Hazım Borusu ve Mülhakkaları Sendromları Şekline Bürünen Müzmin ve Basiller İntanlar	Dr. Kamil Berk (27-30)
Hemorroid'lerin Cerrahî Tedavisi	Oper. Dr. Ömer Vasfi Aybar (30-31)
Dimiğ Tümörlerinin İlk Arazları	Dr. Asil M. Atakam (31-36)
İki Dimiğ Neplazmı Vak'ası	Prof. Dr. Rasim Adasal (37-38)
Pneumothorax Spontane İdiopathique Pneumothroax ve Vasatî Dinamik Tazyik	Dr. Şeref Öktem (38-41)
Yıl 11 Sayı 2 (Ağustos 1944)	
Vitaminsizlik Hastalıkları Ordu ve Memleketimizde Durumu I	Prof. Dr. Abdülkadir Noyan (43-52)
Çiçeğin Sinir Cümlesinde Yaptığı İhtilâtlar	Ord. Prof. Dr. Fahreddin Kerim Gökay (53-55)
Kısa Dalga Tedavisi Çıktıktan Sonra Diyathermie'den Vazgeçebilir miyiz?	Prof. Dr. A. Laqueur (56-58)
Hemolitik İkter	Prof. Dr. Kâmil Sokullu (59-60)
Sülfamidlerin Tetkik Edilmesi İcabeden Bazı Tesirleri Hakkında	Dr. Nusret Karasu (60-61)
Diabetes İnsipidus Gravidarum	Bn. İsmet Elbaşı (61-62)
Bir Karasu Humması Vak'ası Münasebetile	Dr. Hayat Şener (63-66)
Muhtenik Mağben Fıtıkında Retrograt Omentum Majus İncarcération'u	Oper. Dr. Ruhi Derman (66-67)
Safra Taşile İnce Bağırsak Tıkanması	Dr. Hayri Acun (67-68)
Multipl Bir Akciğer Absesi Münasebetile	Dr. Talip Özdolay (68-69)
Karaciğer Tekayyühlerinde Amibiase'in Rolüne Dair	Dr. Şinasi Kıpçak (70-72)
Referatlar	
Yıl 11 Sayı 3 (Birinciteşrin 1944)	
Angina Pectoris'in Mahiyet ve Tedavisi Hakkında	Prof Dr. F. Munk (77-80)
Muvaffak Olmuş Bir Kératoplastie Vak'ası	Dr. Vefik Bulat (81-82)
Addison Sendromu Gösteren Hipokrom ve Megalositer bir Anemi Vak'ası	Doç. Dr. Müfide Küley - As. Dr. Müyesser Güney (83-86)
Kan Nakli ve Memleketimizde İlk Defa Kuru Plazma Nakli Hakkında	Dr. Op. Ruhi Derman (86-89)
Deveran Sisteminin Vazife Muayenesi Deneçleri	Prof. Dr. İrfan Titiz (89-91)
Nefrotik Sendromlar	Dr. Alâettin Erkmen (92-95)
Splenectomie Yapılan Bir Vak'ada Görülen Sıtma Nüküsleri	Dr. Sabih Oktay (96-99)
Son Çiçek Salgını ve Çiçekte Lökosit Tahavvülleri	Dr. Nimet Özgen (100-101)
Ülser Hastalığı Materyeli Üzerinde Klinik Bir Araştırma	Dr. Raşid Durusoy (101-103)
Vincent Anjininde Nikotinik Asid Tatbikatı	Dr. Şadi Berkmen (104-106)
Medulla Sipinalis ve Cerebrumda Tümör Ârâzı Veren İki (Kyste Hydatique) Vak'ası	Dr. Suat Beşe (106-109)

Yıl 11 Sayı 4 (Birincikânun 1944)	
Tanınmayan Hastalık Tabloları II	Ord. Prof. Dr. E. Frank
Hemopatik Aprosianoz	As. Dr. A. Ferhan Berker (çev) (111-120)
İngiltere'de Hastaneler ve Harp İçindeki Durumları	Dr. Nimet Taşkıran (121-125)
Bir Otojen Menenjit Vak'asında Penicilin Tatbiki	Dr. Nüzhet Atav (125-127)
Diyabet Rejiminde Harb Şartlarının İlham Ettiği Yeni Bir Örnek	Dr. İhsan Aksan (128-131)
Hemorroidlerin Cerrahî Tedavisi Hakkında	Eduard Melchior (131-132)
Hayatta Teşhis Edilen Bir Periartritis Nodosa Vak'ası	Dr. Cavit Sökmen (132-135)
İç Hastalıklarının İzahına Yardımı Bakımından Seröz İltihap ...	Dr. Baha Örstan (135-138)
Aynı Sifilitik Hastada Tetani ve Epilepsi	Prof. Nazım Şakir - Prof. Rasim Adasal (138-140)
Referatlar	
Yıl 12 Sayı 1 (Mayıs 1945)	
Diyabet ve Böbrek	Prof. Dr. Ekrem Şerif Egesi (1-3)
Sol Kol Ağrılarının Gizli Kebedi-Safra Hastalıklarında Rolü	Dr. M. Kâmil Berk (4-6)
Viladî Olması Muhtemel Bir "Malaria Tertiana" Vak'ası Münasebetile	Prof. Mua. Nusret Karasu - Dr. Cemal Duman (6-10)
Natürü Tüberküloza Bağlı İnsıbaplı Bir Perikardit Vak'ası	As. Dr. Asım Özmen (11-12)
Cor Pulmonale	Dr. Kemal Saraçoğlu (12-17)
Pyogene İnfection'larda Emetin Kullanılması Hakkında	Prof. Eduard Melchior (17-20)
Prostat Tümörleri ve Tedavileri	Dr. Feyzi Taner (20-25)
Akciğer Abselerinin Tıbbî Tedavisi	Dr. Nimet Özgen (26-27)
Pneumo-Séreuse	Dr. Şinasi Tunalıgil (28-29)
Lederer-Brill Sendromu	Dr. Remzi Kocagil (29-30)
Üç Pellegra Vak'ası Münasebetile	Dr. Abit Köymen (31-32)
Dalak Vazifeleri ve Müdahale Endikasyonları Hakkında Kısa Bir Etüd	Dr. Mustafa Usmen (32-34)
Treitz Fitki	Oper. Dr. Asil M. Atakam -Dr. M. Bozoklar (34-35)
Penicillin'e Toplu Bir Bakış	Sir H. W. Florey - Çev. Dr. Şadi Berkmen (35-39)
Referatlar (39-42)	
Yıl 12 Sayı 2 (Ağustos 1945)	
Cıva Böbreği	Prof. Dr. Ekrem Şerif Egesi (43-49)
Bir Septik "Subakut Endocarditis" Vak'asında Penicillin'den Alınan Netice Hakkında	Dr. Nevzat Yeğinsü (50-52)
Bu Seneki Grippe Epidemiesinden Elde Ettiğimiz Materyel Arasında Nadir Komplikasyon'lar	Dr. Kamile Aygün (52-55)
Bir Miyelom Vak'ası	Dr. Ahmet Rasim Onat (55-59)
Kısırlık	Dr. Kâzım Arısan (59-69)
Sol Riede Soliter Bir Hava Kisti	Dr. Selim Berkol (69-70)
Demir Eksikliği Anemileri Üzerine	Doç. Dr. Sabih Oktay (71-84)
Sağda Böbrek Tümörünü Taklid Eden bir Splenomegali ve (Situs Inversus Totalis Vak'ası)	Dr. Esat Eğilmez (84-85)
Müsbet Tazyikli Pneumothorax Tedavisi ile İyileşen Kehifli Bir Vaka	Dr. Asım Özmen (85-87)
Yıl 12 Sayı 3 (Ekim 1945)	
Sarılık Hakkındaki Bilgilerimizde Yeni İlerlemeler	Prof. L. J. Witts (89-93)
Tıbbî Entomolojideki İlerlemeler	J. R. Busvine PhD. (94-96)
Theophyllin-Aethylendiamin (Euphyllin veya Aminocardol) ve Theophyllin-Diaethanolamin (Deriphyllin) in Tedavideki Mutlak ve Nisbî Endikasyonları Hakkında	Prof. Dr. Erich Frank - Çev. Dr. A. Ferhan Berker (96-100)
Soğuk Hematoaglutinasyona Bağlı Akrosiyanozis	Dr. Muzaffer Erman (101-105)
Akrosiyanoz ve Hemaotaglutininler	Dr. Orhan Bumin (105-108)
Hepatitis Epidemica ve Sarılığın Yeni Bir Temaruz Şekli	Dr. Cavit Sökmen (108-110)

1934-1944 Yılları Arasında Ameliyatı Yapılan 1041 Adet İdrar Yolları Taşları Hakkında	Dr. Feyzi Taner (110-111)
Adenitis Tuberculosis ve Trimethoxyddioxyoxotritan ile Tedavisi	Dr. H. Ataman (112-113)
Cerhi, Muahhar Kilye Enfarktüsü	Dr. Mustafa Bozoklar (114-116)
Romatizma Teşhisile Uzun Zaman Tedavi Edilen Bir Plazmositer Mültipl Myelom Vak'ası	Dr. Feyyaz Etiz (116-119)
Sıtmanın Sinir Sistemi Üzerinde Yaptığı Anatomo-Histolojik Değişmeler	Dr. Cahit Özen (120-124)
Yıl 12 Sayı 4 (Aralık 1945)	
Hematemez ve Melena	Dr. F. Avery Jones (125-131)
Tanınmayan Hastalık Tabloları III	Dr. Ord. Prof. Dr. Erich Frank
Röntgen Tedavisi Gören Kronik Miyeloik Lösemilerde Finali Teşkil Eden Mikro-Miyeloblastik Tabiatlı, Akut Jeneralize ve Vasi Lenf Ukdeleri Hiperplazisi (Radyo-Toksik Akut Mikro-Miyeloblastik Lösemi)	Çev. Dr. A. Ferhan Berker (131-138)
Mide Tümörleri ve Radiotherapie Üremi Tablosunun Husul ve Seyrinde Barsak Tefessüh	Prof. Dr. A. Tevfik Berkman (138-148)
Mahsüllerinin Rolü	Dr. Murtaza Soylu (148-152)
Mide Fonksiyonlarının İncelenmesi ve Muayene Metotları	Dr. Tahir Tağ (152-158)
İki Taraflı Pnömotoraks	Dr. Lütfi Vural (158-162)
Pellegra ve Ariboflavinoz Sendromu İle Karışık Bir Akciğer Apsesi	Dr. Tevfik User (162-166)
Listerellalardan İleri Gelen Encephalomyelitis Purulenta	Mesadet Akıncı (167)
Yıl 13 Sayı 1 (Mayıs 1946)	
Antitiroid Maddelerin Bugünkü Durumu	Dr. Suphi Artunkal - Dr. Bürhanettin Söylemezoğlu (1-9)
Kliniğimizin Kan Nakli Laboratuvarı ve Rh. Faktörü Üzerinde Düşünceler	Dr. Celâl Ertuğ (9-12)
İnsan Kan Grupları ve Rh. Faktörü	Dr. Muzaffer Eрман (12-18)
Pan-Agglutination, Marchiafava-Micheli Hastalığı, Salén Hémoğlobinurie'si Vak'aları Üzerinde İncelemeler	Dr. Hayri Rüştü Akyürek (18-25)
Dalakda Büyük Bir Ekinokokus Kisti ve İki Akciğer Hidatik Kisti Vak'aları	Dr. Asil M. Atakam - Dr. Ruhi Derman - Dr. Lemi Ergin (25-29)
Sulu Zatülcenpte Pneumothorax Tatbikati	Dr. Mehmet Dedeoğlu (30-34)
Yine Hemoroitlerin Cerrahi Tedavisi Hakkında	Dr. Ömer Vasfi Aybar (34-38)
Paralysis Infantilis Sekellerinin Etiolojisi Hakkında	Dr. Cavit Göncer (39-48)
Yıl 13 Sayı 2 (Ağustos 1946)	
Primer Atipik Pnömoni "Virüs Pnömonisi"	Prof. Dr. Ekrem Şerif Egeli (49-54)
Penicilin Tedavisi İyileşen Bir Endocarditis Lenta Vak'ası	Prof. Dr. Nihat Reşat Belger - Dr. Y. Tanaşoğlu (55-58)
Vasküler Nefritlerin Klinik ve Tedavisinde Deveran Teşevvüşlerinin Önemi	Dr. Müeyyet Göngül (58-65)
Hyperemesis Gravidarum Tedavisi Hakkında	Dr. Kâzım Arısan (65-69)
Tedavide Son İlerlemeler	Dr. William Brokbank - Çev. Dr. H. Balkan (69-74)
WPW Sendromu	Dr. Cafer Erk (74-78)
Varikoselin Orşidopeksi ile Tedavisi	Dr. Şinasi Güçhan (79-80)
Bir (Tertiariusmus Praecox) Vak'ası	Dr. Reşat Tahir Kınacıgil (80-81)
Penicillin	Dr. Mustafa H. Usmen (81-86)
Yıl 13 Sayı 3 (Ekim 1946)	
Primer Perikard Coelotheliomasi Hakkında	Prof. Dr. Ekrem Şerif Egeli (87-94)
Merkezî Hormonal Sebeblere Bağlı Olması Galip Bir Exophthalmic Vak'ası Münasebetile	Prof. Dr. Nusret Karasu - Dr. Kayahan Basım (94-96)
Ağrı, Sızı, Sancı ve Acımlar Hakkında	Dr. M. Kâmil Berk (96-105)
Ülser Hastalığının Cerrahi Tedavisinde Yeni Bir Esas (Transtorakal Supradiafragmatik-Bilateral Vagatom)	Oper. Dr. Faruk İlhan (105-107)

Tedavide Kullanılan Seks Hormonlarının Zararlı Tesirleri	Dr. Kâzım Arısan (107-109)
Pralysis Infantilisde Adalenin Fonksiyonel Eksikliği ve Bunun Husule Getirdiği Sekellerin Önemi	Dr. Cavit Göncer (110-112)
Nadir Görülen Bir Kalb Tümörü Vak'ası	Dr. Şevket Altulga (112-113)
Tüberküloz Pülmonerin Vejetatif Sistemle Olan Münasebeti	Dr. Şevki Sonsuz (114-115)
Yıl 13 Sayı 4 (Aralık 1946)	
Anestezi Altında Yaklaşan Ölüm	Dr. Hamilton Bailey - Çev. Dr. Enver Çavuşoğlu (118-123)
Kan Eozinofilleri	Yzb. Dr. Lutfi Vural (123-133)
Otosclerosis ve Sağırılığın Cerrahi Tedavisi	Dr. Safa Karatay (133-145)
Enterkapiller Glomeruloskleroz (Kimmelstiel-Wilson Sendromu)	Dr. Talât Hurşit Borahan - Dr. Faruk Özalgun (146-150)
Ülser Ağrılarında Açlık Ağrısının Patogenezi	Dr. Cüneyd Değer (151-153)
Safra Kesesi Taşı ve Mide Ulcusu Arasında Ethiologique ve Pathogenique Münasebet	Dr. M. Naci Ayrıl (153-157)
Donmaların Tedavi ve Korunmasında Yeni Bulgu ve Bilgilerden Alınan Neticeler Hakkında	Oper. Dr. Cemâl User (157-161)
Bir Banti Sendromu Vak'ası	Op. Dr. Şükrü Atala - Dr. Halit Baltacıgil (161-162)
Yıl 14 Sayı 1 (Mayıs 1947)	
Anemilerin Kalp ve Dolaşım Sistemi Üzerindeki Tesirlerine Bir Bakış	Dr. Baha Orstan (1-9)
Tonosillographie	Prof. Dr. Z. Hakkı Pamir (10-15)
Gebelerde Vajinal Mikoz	Dr. Kazım Arısan (16-19)
Akrestik Anemi Hakkında	Dr. Orhan Hulûsi Balkan (19-21)
Kistik Böbrek Vakaları	Dr. Feyzi Taner - Dr. Hüsrev Polat (21-25)
Ameliyattan Evvel Teşhis Edilen ve Nadir Görülen Bir Arter Mezenterik Trombozu Vak'ası Münasebetile	Dr. Cahit Üzümcüoğlu (25-30)
Rahim İçinde Foetus Teneffüsü	M. Edward Davis - Edith L. Potter - Çev. Dr. Faruk İlhan (31-34)
Yıl 14 Sayı 2 (Ağustos 1947)	
İnfeksiyöz Lymphocytosis	Dr. Bürhaneddin Söylemezoğlu (35-43)
İki Akut İnfeksiyöz Lymphocytosis Vak'ası	Dr. Bürhaneddin Söylemezoğlu - Dr. Safiye Yanılmaz (43-46)
Akciğer Abseleri	Dr. Asil Mukbil Atakam (47-53)
Cauda Equina Syndromie Şeklindeki Parapleji Gösteren Bir Meningo-Radiculo-Myelitis-Tuberculosis Vak'ası	Prof. Dr. Şükrü Yusuf Sarıbaş - Dr. Şemsettin Yaşatan (53-54)
Tuba Auditiva Tıkanıklıklarına Bağlı Kulak Hastalıkları ve Sağırılıklarla, Hava ve Denizaltı Personelinde Görülen Aero-Otitis'lerde Nazo Farinksteki Hipertrofik Lenfoid Dokunun Şulanması ve Sonuçları	Prof. Dr. Vahdettin Özan - Dr. Yzb. Safa Karatay (54-58)
Enginal Halip Fitki	Dr. Hikmet Şahin (59)
Ameliyatla Şifalanan Bir Rupture Utérine Compléte Vak'ası Münasebetiyle	Dr. Emir Necib Atakam - Asist. Dr. Niyazi Dinçsoy (60-65)
Protozoer Hastalıklardaki Bağışıklık Olayları Üzerinde Son Çalışmalar	Turgut Tulga (65-69)
Referatlar (69-72)	
Yıl 14 Sayı 3 (Ekim 1947)	
Urethan ile Tedavi Edilen İki Lösemi Vak'ası	Doç. Dr. Sabih Oktay - Asist. Dr. Müzeyyen Çokdeğerli (73-78)
Lösemide Üretan Tedavisi	Dr. Mefkûre Coşkunlar - Dr. Rauf Özyörük (79-81)
Akciğer Abseleri	Dr. Asil Mukbil Atakam - Asist. Dr. Mustafa Bozoklar (81-90)
Miyokard İnfarktüsü	Dr. Enver Aytuna (90-96)

Koledok Taşlarında Choledoco-Duodenostomi Externe Ameliyesi	Prof. Dr. Recai Ergüder - Dr. Orhan Bumin (96-100)
İptidai Safra Kesesi Kanseri	Dr. Ertuğrul Saltuk (101-110)
Riedel Fussy	Dr. Atâ Topaloğlu (111-112)
Folik Asidle Tedavi Edilen Bir Pernisiöz Anemi Vakası Münasebetile	Dr. Refik Erer (112-115)
Pratik İçin Kısa Tedavi Notları	Toplayan Dr. Refik Kırçak (116-117)
Referatlar (117-120)	
Yeni Kitaplar (120)	
Yıl 14 Sayı 4 (Aralık 1947)	
Periarteritis Nodosa	Prof. Dr. İrfan Titiz - Dr. Feridun Timur (121-125)
Eozinofili ve Vagotoni	Dr. Sâliha Yalçın (126-129)
Mide ve Duodenum Perforasyonları	Asist. Dr. Nihad Dorken (129-136)
Bir Madura Ayağı Vakası	Dr. Cavit Gülay (136-137)
Safra Kesesi Hastalıklarında Şeker Metabolizması Teşevvüşleri	Dr. Abit Köymen (137-141)
Çocukta Piyonefroz Tüberküloz Vakası	Dr. Feyzi Taner (141-150)
1923 Yılından Sonra Memleketimizde Görülen İlk Raci Humma Vakaları	Dr. Edip Beker - Dr. Mahmut Büyüksöy - Dr. Hamdi Unutmaz (150-153)
Pratik İçin Kısa Tedavi Notları	Toplayan Dr. Refik Kırçak (154-156)
Hayvani Reprodüksiyon ve Sun'î İlkâh Fiziopatolojisi Kongresi (156)	
Yıl 15 Sayı 1 (Mayıs 1948)	
Kırımî Aziz Bey	Ord. Prof. Dr. Tevfik Sağlam (1-2)
Bir Açış Nutku	Kırımî Aziz (2-5)
Wolf, Parkinson, White (W.P.W.) Sendromu (Antesistoli)	Prof. Dr. İrfan Titiz (5-9)
Karaciğer Dış Safra Yolları Hastalıklarında Cerrahî Endikasyonlar	Prof. Recai Ergüder (9-14)
Örtülü Eozinofiler Reaksiyonların Meydana Çıkarılmasında Şeker Yükleme Tecrübesinin Kıymeti	Dr. Sâliha Yalçın (15-20)
Intrauterin Çocuk Asphyxie'si	Dr. Kâzım Arısan (20-24)
Laryngo-Broncho-Esophagology ve Laryngo-Broncho Esophagoscopy Hakkında	Dr. Safa Karatay (24-26)
Bir Silikosis Vakası Münasebetiyle	Dr. Melâhat Barut (26-27)
Hemangiomlar	Dr. Op. Namık Sarpel (28-29)
Esansiyel Hipertansiyon Tedavisinde A Vitamini ile Aldığımız Sonuçlar	Feridun Timur (30-31)
Kanserin Teşekkülüne ve Tedavisine Dair Yeni Fikirler	Dr. Safa Karatay (32-33)
Pratik İçin Tedavi Notları	Dr. Refik Kırçak (33-36)
Referatlar (36-39)	
Yıl 15 Sayı 2 (Ağustos 1948)	
Constitution'un Klinikte Değeri	Ord. Prof. Dr. Abdulkadir Noyan (41-47)
Wilson ve Bayley Bloklar	Dr. Ekrem Perk (47-54)
Kan Protein Fraksiyonları ve İç Hastalıkları	Doç. Dr. Cavit Sökmen (54-56)
Klinikte Flebomanometri ve Bir Modifikasyonu Hakkında	Dr. Faysal Neşet (56-58)
Meigs Sendromu	Prof. Dr. Necati Ergüder - Dr. Cemil Aksoy (58-60)
Pneumothorax İnsibablarının Patogenisi ve Yüksek Tazyikin Rolü	Dr. Veli Behçet Kurdoğlu (61-63)
Meningite Tuberculeuse'da Streptomycin Tedavisi Hakkında	Dr. Sabiha Cura (64-66)
Çeyrek Asırlık Yıldönümünde İnsulin Tedavisi	Dr. Saliha Yalçın (67-72)
Pemphigus Acutus Febrilis Gravis Üzerine Penicillin'in Tesiri	Dr. Sırrı Halil Arıksoy - Dr. Muazzez Doğramacı (72-73)
Ampiyemlerin Penicilline ile Tedavisi ve Penicilline ile Tedavi Endikasyonunda Göğüs Boşluğundan Alınan Mayide Sitolojik Muayenenin Kıymeti	Dr. Şevki Sonsuz (73-78)

Tali Hiperkrom Anemilere ve Folik Asid Tedavisine Dair	Dr. Rauf Özyörük (78-80)
Pratik İçin Kısa Tedavi Notları	Toplayan Dr. Refik Kırçak (80-83)
Referatlar (83-88)	
Türkiye Tıp Encümeni Mükafatı (88)	
Yıl 15 Sayı 3 (Ekim 1948)	
Ductus Arteriosus Açıklığının Klinik Teşhisi ve Cerrahî Tedavisi	Dr. Muzaffer Esat Güçhan (89-100)
Türkiyede Kanser Problemi Hakkında	Ord. Prof. Dr. E. Melchior (100-102)
Familyal Bir W.P.W. Sendromu	Doç. Dr. Cavit Sökmen (102-104)
Folik Asit ve Folik Asitle Tedavi Edilmiş İki Anemi Vak'ası	Dr. Hamdi Aktan (104-108)
Yüksek İklim ve Genital Sistem	Doç. Dr. Kâzım Arısan (108-111)
İki Tümör Sakro Koksijen Vak'ası	Dr. Asil M. Atakam (111-113)
Ülser Kanamaları ve Bunlarda Açlık Diyetin Üstünlüğü	Dr. Hayat Okan (113-116)
Addison'da Diagnostik Testleri	Doç. Dr. Sabih Oktay - Dr. Müzeyyen Çokdeğerli (117-120)
Türkiye'de Bir Bilharziasis Bölgesi Var mıdır?	Dr. Gıyas Korkut (121-122)
Kuduz Aşısından Sonra Görülen Radiculomyelitis Vak'ası	Dr. Suzan Tuner (122-123)
Posterior Böbrek Şakki ile Cholecystectomy	Dr. Celâl Tümer (124-125)
Pratik İçin Kısa Tedavi Notları (125-128)	Toplayan Dr. Refik Kırçak
Referatlar (128-131)	
Yıl 15 Sayı 4 (Aralık 1948)	
Eozinofilli İnfiltration ve Eozinofilli Pleurésie	Prof. Dr. Arif İsmet Çetingil - Asist. Dr. Enver Barlas (133-141)
Kan Hastalıkları Alanında Yeni Keşifler (Pernisiyöz Anemi ve B 12 Vitamini)	Dr. Lûtfi Vural (141-143)
Ankara'da Takip Edilen 50 Q Humması Vakası Üzerinde Klinik Bir İnceleme	Dr. Mefkûre Coşkunlar (144-147)
Septumun Konjenital Anomalileri ve Bununla İlgili His Huzmesi Afetleri ve Nadir Görülen Bir Roger Hastalığı ile Birlikte A-V Tam Blok Vak'ası	Dr. Ekrem Perk (147-157)
Bir İnce Barsak Delinmesi Vak'ası	Dr. Asil Mukbil Atakam (157-159)
Pancreatitis Acuta, Ethio-pathogénie ve Tedavileri	Baş. As. Op. Dr. M. Naci Ayrıl (159-167)
Bir Malign Nöütropeni Vak'ası	Dr. Asım Özmen (167-169)
Pratik İçin Kısa Tedavi Notları	Toplayan Dr. Refik Kırçak (169-172)
Referatlar (172-174)	
Yıl 16 Sayı 1 (Mart 1950)	
Kardiovasküler Sistemin Fonksiyon Deneyleri Hakkında	Prof. Dr. İrfan Titiz - Dr. Necati Vural (1-4)
Ülser Bünyesini İzah, Teşhis ve Tedavi Bakımından Mide Kimyasile Kan Şekerinin Karşılıklı Münasebetleri	Raşit Durusoy (5-7)
Bir Karaciğer Aktinomikozu Vak'ası Münasebetile	Doç. Dr. Müfide Küley - Dr. Fatih Âli Yücel (7-10)
Akut Miyelozların Tabiatı ve Miyeloblastların Genезisi Hakkındaki Bazı Düşünceler	Dr. Selâhattin Akkaynak (10-14)
Türkiyede Radiesthesie'nin Durumu	Ord. Prof. Samuel Aysoy (14-15)
Kalp Hidropslarında Patates Kürü	Dr. Seniha İlhan (16-18)
Üç Gıdai Hiperkrom Megalositer Anemi Vak'ası (Nutritional Macrocytic Anemia) ve Bunların Hususiyetleri	Dr. Muzaffer Aksoy (19-22)
Kanayan Elli Yedi Ülser Peptik Vak'asının Toplu Olarak Mütalaası	Dr. Sami Yağız (23-33)
Penicillin Tedavisi ile Şifa Bulmuş İki "Méningite Cérébro-Spinal-Epidémique" Vakası	Dr. Emin Yücel (33-35)
Pratik İçin Kısa Tedavi Notları	Toplayan Dr. Refik Kırçak (35-38)
Referatlar (38-43)	

Yıl 16 Sayı 2 (Haziran 1950)	
Brucellosis ve Aureomycine	Prof. Dr. Arif İsmet Çetingil - Doç. Dr. Hıfzı Bakım (45-49)
Köpek Auricle'inde Germe ve Tazyizin Stimulus Teşekkülündeki Rolü	D. Scherf - M. M. Scharf - Mehmet F. Göklen (49-51)
Sağ Kalp Kateterizasyonu ile Amfizem ve Korpulmonalede Normallerle Mukayeseli Olarak Atım Hacmi ve Sağ Atrium Basıncı Ölçülmesi	Dr. Celâl Ertuğ (51-55)
Kafa Travmatik Lezyonları ve Acil Nöroşirurji	Dr. Asil Mukbil Atakam (56-67)
Yeni Antibiyotikler, Yeni Tedavi İmkânları	Dr. Feridun Timur (68-73)
Penicillium'un Âmil Olarak Bulunduğu Primer Asko-Mikoz Pulmoner Vak'ası	Dr. Celâl İren - Dr. Fikret Pamir (73-76)
Mide ve Duodenal Ülser Patogenezi Arterial Tansiyon ve Peklik	Dr. Op. Necati Bilger (77-78)
Madde Gaitada Gizli Kan Arama Usullerinin Hassasiyetleri Bakımından Tetkiki	Nebahat Fındıkgil (79-81)
Pratik İçin Kısa Tedavi Notları	Toplayan Dr. Hayat Okan (81-83)
Referatlar (83-89)	
Yeni Kitaplar (89-90)	
Kongreler-Cemiyetler-Toplantılar (90-91)	
Yıl 16 Sayı 3 (Eylül 1950)	
Esansiyel Hipertansiyon Bilgisinin Bugünkü Durumu	E. Frank (93-101)
Lösemi Tedavisinde Antifolik Asid Maddelerinin Yeri	R. Sidney Michael M. D. - Tbb. Önyüz. İ. Lütfi Vural (101-105)
Beden Fonksiyonlarında Görülen Gündelik Ritmus ve Bunun Klinikte Ehemmiyeti	Dr. Mefkûre Coşkun (105-110)
Dr.Maurer'in "Akciğer Kavernlerinin Şimioterapötik Tanponmanı" Adlı Monografisi Münasebetile	Dr. Fauf Saygın (110-112)
Nodüler Şekilli Silikozun, Psödo-Tümoral Şekle Doğru Tekâmülü İçin İşçinin Muhakkak Surette Silis Tozunun Tehdidi Altında İşine Devama Lüzüm Var mıdır?	Dr. Memnune Akbostancı - Dr. Mahipeyker Önal (112-114)
Sol Parametriumda Bir Hidatik Kist Vak'ası	Dr. Nejat Türkoğlu (114-115)
Kalbin Radyolojik Ölçülerinde Kullanılan Doğru ve Yanlış Metodlar	Dr. Muzaffer Erkut (116-117)
Vernix Caseosa ve Bununla Tedavi Edilmiş İki Meme Fissürü Vak'ası	Op. Dr. Mansur Sayın (117-118)
Mide Rezeksiyonundan Sonra Kanama	Asist. Dr. Mehmet Akün (119-120)
Medülla Spinalis'in Cerrahi Afetleri	Dr. Asil Mukbil Atakam (120-125)
Pratik İçin Kısa Tedavi Notları	Toplayan Dr. Hayat Okan (125-135)
Yeni Kitaplar (135)	
Kongreler-Cemiyetler-Toplantılar (135)	
Yıl 16 Sayı 4 (Aralık 1950)	
Kürar ve Tıpta Kullanılışı	Dr. P. Pulewka - Dr. Şükrü Kaymakçalan (137-140)
Neosalvarsan Tedavisi ile İlgili Bir Hemorajik Enkefalit Vak'ası	Prof. Dr. Perihan Çambel - Dr. Fatih Âli Yücel (140-145)
Parantral Yolla Demir Tedavisi ve Ferronascin	Dr. Nihad Bulguç (145-148)
Kot Servikal	Dr. Hayrullah Kocaoğlu (148-152)
Lupus Erythematosus (L.E.) Hücresi	S. L. Lee - Sidney R. Michael - İ. Lütfi Vural (153)
Bir Türk Ailesinde Bir Thalassemia Major ve Üç Thalassemia Minor Vakası ve Geçici Eritroblastosis	Dr. Muzaffer Aksoy (153-156)
Mide Rezeksiyonlu Bir Hastada Anostomosite Neticesi Tam Stenose ve Tedavisi	Dr. Vahit Ege (157-158)
Sülfodiazin-Streptomycine Tedavisi ile Tam Şifa Bulmuş Bir Brucella Vak'ası	Dr. Cahit Akgün (158-160)

Kalsifiye Sol Böbrek Hydatik Kisti	Dr. Asil Mukbil Atakam (160-161)
Kazeifikasyon ile Neticelenen Ağır Seyirli Bir Granülü Vakasında Streptomisin'in Tesiri	Dr. Şevki Sonsuz (161-163)
Pratik İçin Kısa Tedavi Notları	Toplayan Dr. Hayat Okan (163-169)
Yeni Kitaplar (169)	
Yıl 17 Sayı 1 (Mart 1951)	
Türlü Hastalıkların Kliniğinde Vegetatif Sistem Merkezi Teşevvüshlerinin Payını Araştırma Yolu	Dr. Mübeccel Töleğen (1-4)
Akut Asıl Eklem Rumatizmasına Bağlı Bir Meningismus Vak'ası	Dr. Sabih Oktay - Dr. Faruk Balaban (4-6)
Bikarbont dö Sud'suz Salisilat Tedavisi	Dr. Necmettin Hakkı İzmirli (6-7)
Had Koraner İn-Farktus'unda Piramidon	D. Scherf - M. F. Göklen - L. J. Morgenbesser (7-10)
İkiz İki Kardeşte Rastlanan İdiopatik Kalb Hipertrofisi	Dr. Sezai Bedrettin Tümay - Dr. Cihad Tahsin Gürson (10-13)
Karaciğer Fonksiyonel Durumunun Yoklanmasında Biyolojik Testlerin Mukayeseli Kontrolü	Dr. Leman Seçkin (13-16)
Bir Tifo Perforasyonu Vak'ası	Dr. Op. Necati P. Bilger (16-18)
Glikoregülasyon ve Su	Dr. Sedat Yörükoğlu (19-21)
Bir Morbus Kaposi Vak'ası Münasebetile	Dr. Celâl İren - Dr. Fikret Pamir (21-23)
Pratik İçin Kısa Tedavi Notları	Toplayan Dr. Hayat Okan (24-26)
Referatlar (26-33)	
Yeni Kitaplar (33)	
Yıl 17 Sayı 2 (Haziran 1951)	
Mütipl Skleroz Semptomatolojisi Üzerinde Bir Etüd	Prof. Rasim Adasal - Dr. Nusret Mutlu (35-40)
Anemi ve Glikoregülasyon	Dr. Refik Kırçak (41-46)
Lupus Erythematosus (L.E.) Hücreli Klinik ve Şimik Etüdlar	Dr. Lütü Vural - Dr. Stanley L. Lee - Dr. Sidney R. Michael (46-50)
Bir Böbrek Tümörü Vak'ası Münasebetile Sürrenal Hiperfonksiyonu ve Cushing Syndrome'u	Dr. Celâl İren - Dr. Fikret R. Pamir (50-54)
Duodenum Ülserinde Gastrektomi Komplikasyonu, Sufrenik Abse ve Dorsal Duodenal Fistül	Dr. Op. Necati P. Bilger (54-55)
İş ve Diyabet	Dr. Saliha Yalçın (55-57)
Aureomycine ve Amibiase	Dr. Necati Vural (57-59)
Kolesistopati ve Koroner Yetmezliği	Dr. Seniha İlhan (59-61)
Sekestre Olmuş Kemiklerin Gref Olarak Kullanılması	Dr. Asil Mukbil Atakam (61-62)
Koroner Hastalıklarında Kolesterolin Metabolizmasının Durumu Hakkında	Dr. Muallâ Uraz (62-63)
Tortikolis Tedavisinde Acetylcholine	Dr. Orhan Eroğlu (64-65)
Referatlar (66-76)	
Yeni Kitaplar (76)	
Yıl 17 Sayı 3 (Eylül 1951)	
Modern Anemi Tedavisi	Dr. Hans Goldeck - Dr. Dietrich Remy (77-83)
Bel Ağrıları ve Siyatik Nevraljisinde Nucleus Pulposus Fitkının Rolü	Prof. Dr. Op. R. Ergüder - Dr. Op. M.Naci Ayrıl (83-89)
Q Humması ile İştirak Eden Bir Piyojen Enfeksiyon	Doç. Dr. Behiç Onul (89-91)
Atom Fizikinin Tıpta Kullanımı	Doç. Dr. H. Cramer - Dr. H. W. Pabst - Dr. S. Efe (91-94)
Safra Yolları Hastalıklarında Klinik ve Tedavi	Dr. Hayat Okan - Dr. Sedat Yörükoğlu (95-98)
Değişik Çocuk Hastalıklarında Sedimentasyon	Dr. Sıtkı Özferendeci (98-101)
Klinik ve Tedavi Bakımından Münteşir Glomerulo Nefritler	Dr. Hayat Okan (101-104)
Nütrisyonel Megaloblastik Bir Anemi Vak'asının Karaciğer ve B 12 Vitamini ile Tedavisinden Alınan Neticeler Üzerinde Mukayese	Dr. Celâl İren - Dr. Fikret Pamir (105-106)

Anemi Husulünde Beslenme Yoksulluğunun Rolü	Dr. Rauf Özyörük (107-111)
Eritroblastoz ve Karyoreksis Şekilleri ile Seyreden Bir Gebelik Hemolitik Anemisi	Dr. Muzaffer Aksoy (111-112)
Lemfogramulomatozda Kan Tabloları	Dr. Fatih Âli Yücel (112-121)
İnathecale Penicillin ile Şifa Bulan Bir Pürülan Menenjit Vak'ası	Dr. Necati Vural (121-122)
Kapalı ve Açık Kırıklar Hakkında	Dr. Asil Mukbil Atakam (122-131)
Referatlar (131-136)	
Yıl 17 Sayı 4 (Aralık 1951)	
Kadın ve Erkeklerde İnfertilite ve Sterilite	Reynold H. Boyd (137-145)
Bir Echinococcus Alveolaris Vak'ası ve Memleketimizde Neşredilmiş Vak'alar Üzerinde Kritik	Prof. Dr. Kâmile Mutlu - Dr. Şeref Yazgan (145-147)
Bir Buçuk Yaşında Bir Kız Çocuğunda Uterus Sarkomu-Ameliyat, Şifa	Dr. Emir Necib Atakam (148-152)
Ameliyatla Tedavi Edilmiş Özefagus Kanseri ve Kardiyospazm Vak'aları	Prof. Dr. Recai Ergüder - Op. Dr. Orhan Bumin (152-159)
Soğuk Hematoaglütinasyonu ile Müterafik Bir Akrosiyanoz	Prof. Dr. İrfan Titiz - Dr. Fethi Süngü (159-160)
Cholecystectomyden Sonra Görülen Sendrom-Post Cholecystectomic Syndrom-Etiyoloji ve Tedavileri	Dr. Op. M. Naci Ayrıl (160-163)
Intrakaviter Penicillin Zerkleri ile Tedavi Edilen İki Akciğer Absesi	Dr. İhsan Ekin - Dr. İrfan Balkan (163-165)
Leucaemie'ler ve Nitrogen Mustard	Dr. Celal İren - Dr. Fikret Pamir (166-170)
Küçük Bir Kız Çocuğunda Görülen Büyük Meme Lipomu	Dr. Op. Vahit Ege (171-172)
Yanık Tedavisi Hakkında	Dr. Asil M. Atakam (172-174)
Esmarch Bandına Bağlı Bir Brakial Pleksüs Paralizisi	Dr. İsmail Tuğsal (174)
Delinmiş Bir Mide Kanseri	Dr. Nuri Soylu (175)
Pratik İçin Kısa Tedavi Notları	Toplayan Dr. Saliha Yalçın (176-177)
Referatlar (178-185)	
Yeni Kitaplar (185)	
Yıl 18 Sayı 1 (Mart 1952)	
Radioaktif Fosforla Tümör Diyagnostiği	Doç. Dr. H. Cramer - Dr. H. W. Pabst - Dr. Suat Efe (1-3)
Beş Buçuk Aylık Gebelikte Uterus Perforasyonu Konservatif Ameliyat, Şifa	Dr. Emir N. Atakam (3-8)
Bizde Aortitlerin Hususiyetine Dair	Dr. İ. Ethem Yüçetürk (8-11)
Ameliyatla Tedavi Edilmiş Akciğer Kanseri Vak'ası	Dr. Orhan Bumin (12-16)
Klinik ve Tedavi Bakımından Romatizma	Dr. Sedat Yörükoğlu (16-19)
Diafragma Fıtıkları, Nevileri ve Cerrahi Tedavileri	Dr. Naci Ayrıl (19-26)
Prefrontal Bölge Klinik Ârazı Veren Bir Sağ Paryetal Lob Glioması	Dr. Nusret Mutlu - Dr. Yavuz Aksu (27-31)
Endokrinolojide Frontal Sella Tursica Tomografisi	Doç. Dr. Selâhattin Doğulu (31-34)
Talasemia Minor Semptomları Gösteren Bir Türk Ailesinin İkinci Cooley Anemili (Talasemia Major) Çocukları	Dr. Muzaffer Aksoy (34-36)
Had Anurialar ve Tedavileri	Dr. Hüsnü Aydın (36-41)
Yalnız Ateşle Seyreden Kızamık Vak'ası	Dr. Cavid Başar (41-42)
Mide Sifilizi	Dr. Asil M. Atakam (42-48)
Sepsis Problemi	Dr. Suat Efe (48-51)
Röntgen Şuama Şeffaf Eksüdatif Plöreziler ve Eksploztris Ponksiyonun Kıymeti	Dr. Şevki Sonsuz (51-53)
Vitamin B6'nın Antiemetik Tesirleri	Dr. Mişel Sion (53-55)
Pratik İçin Kısa Tedavi Notları	Toplayan Dr. Saliha Yalçın (55-57)
Referatlar (57-63)	
Yeni Kitaplar (63)	

Yıl 18 Sayı 2 (Haziran 1952)	
Tireotoksikoz Probleminin Bugünkü Durumu	Dr. Saliha Yalçın - Dr. Ethem Yüçetürk (65-70)
Parenteral Demir Metabolizması ve Bu Yolla Demir Tedavisinden Aldığımız Sonuçlar	Prof. Dr. İrfan Titiz - Dr. Heskiya Erkip (70-74)
Kanser ve Hormon Tedavisi	Dr. Atif Taykurt (74-81)
Memleketimizde Yüksek İklim İncelemeleri	Dr. Tevfik User (82-89)
Dört Nütrisyonel Makrositik Anemia Vak'asında B12 Vitamini ile Alınan Neticeler	Dr. Muzaffer Aksoy (89-93)
Mafsal Romatizmasında Tuz Retansiyonu	Dr. Saffet Aksoy (93-94)
Gebeliğin İkinci Yarısında Görülen, Ağır Bir Diyabet Vakası	Dr. Nejat Türkoğlu (95-97)
Geriatrik Anestezi	Dr. Orhan Bumin (98-99)
Çınar Dalından Sapı Bulunan Bir Mesane Taşı Vak'ası	Dr. Faruk Çağlar (99-100)
Nörolojik Âraz Gösteren Bir Mononükleoz Enfeksiyöz Vakası	Dr. Fikret Kırmızı - Dr. Cavit Başar (100-101)
Safra Fistülünden Kolanjiografi	Dr. İsmail Tuğsal (101-104)
Ağır Tetanoz Vak'asında Yüksek Doz Penisilin ve Serum Tedavisinden Alınan İyi Sonuca Ait Bir Müşahede	Dr. Nefi Saatçioğlu (104-105)
Pratik İçin Tedavi Notları	Toplayan Dr. Saliha Yalçın (105-107)
Referatlar (107-114)	
Yeni Kitaplar (114)	
Yıl 18 Sayı 3 (Eylül 1952)	
İki Senece Rastlanan Altı Yumurtalık Kanseri Dolayısıyla	Dr. Emir Necib Atakam (115-119)
İkter Vak'alarında Su Metabolizmasının Durumu ve Klinik Önemi	Dr. Nihad Bulguç (119-122)
Akciğer Hydatik Kistlerinin Endotrekeal Anestezi Altında Cerrahi Tedavisi ve Hydatik Kistlerini Yayılma Yolları Hakkında	Dr. Orhan Bumin (123-127)
Hafif Kemik Değişiklikleri Gösteren Lökopenisiz Bir Çocuk Kala-Azar ı Vak'ası	Dr. Muzaffer Aksoy - Dr. Mithat Kemal İnanç (126-127)
Karaciğer Hidatik Kistlerinin Parsyel Hepatektomi (Lobectomy-Kystectomy) ile Tedavisi	Prof. Dr. Recai Ergüder - Doç. Dr. M. Naci Ayrıl (127-130)
Prnömotoraks ve Mediasten Fıtğını Andıran Büyük Bir Akciğer Hava Kisti Vak'ası	Dr. Tevfik User - Dr. İzzet Tosuner (131-132)
Kanser ve Hormon Tedavisi	Dr. Atif Taykurt (132-137)
Bir Hermaphroditus İntertus Vak'ası	Dr. Asil M. Atakam (137-142)
Enteresan Pneumococcioue Bir Menengite Vak'ası	Dr. Nimet Biyal - Dr. G. Nigrin (143-144)
Fıtık Tamirinde Tantalum Gazı (Meş.)	Dr. Vahit Ege (144)
Pratik İçin Kısa Tedavi Notları	Toplayan Dr. Saliha Yalçın (144-146)
Referatlar (146-154)	
58. Alman Dahiliyeciler Kongresi'nden Notlar	Dr. Suat Efe (154-157)
Yeni Kitaplar (158)	
Yıl 18 Sayı 4 (Aralık 1952)	
Ataberinle Tümör Diagnostiği	Dr. Carlheinz Brilmayer - Dr. Suat Efe (159-162)
Bir Aorta Kapağı Hastalığı ve Akut Koroner Yetmezliği Vak'ası	Dr. Doç. Bnb. İ. Lütüfi Vural - Dr. Selahattin Ürünay - Dr. Fethi Süngü (162-167)
Regional Enteritis Etio-Patoloji, Klinik ve Cerrahi Tedavisi	Doç. Dr. Naci Ayrıl (167-174)
Polyneuritisli Bir Kalaazar Vak'ası	Dr. Ekrem Bayazit - Dr. Celâl Gökberk (174-177)
Göğüsüçi Ameliyatlarda Endotrakeal Anestezi	Dr. Orhan Bumin (178-183)
Sekiz Parmaklı El	Dr. Asil Mukbil Atakam (183)
Pratik İçin Kısa Tedavi Notları	Toplayan Dr. Saliha Yalçın (184-186)
Referatlar (186-199)	

Yeni Kitaplar (200)	
Kongreler-Cemiyetler-Toplantılar (200)	
Yıl 19 Sayı 1 (Mart 1953)	
Zur Biologie unseres Blutfarbstoffs: Sein Fermentativer Schutz, Sein Abbau und Sein Aufbau Pentdyopent'in Biyolojisi Hakkında: Fermantatif Olarak Korunuşu Parçalanması ve Yeniden Teşekkülü	Ord. Prof. K. Bingold (1-5)
Uremilerin Bugünkü Tedavi Şekilleri	Doç. Dr. Cavit Sökmen (5-8)
Modern Hekimlikte Potassium Metabolizması ve Buna Bağlı Klinik Hususiyetler	Dr. Hüsnü Aydın (9-12)
Lobektomi ile Tedavi Edilmiş Bir Akciğer Hidatik Kisti	Prof. Dr. Recia Ergüder - Doç. Dr. M. Naci Ayrıl (12-15)
Pratikte Nadir Görülen Santrojen Bir Hipertermi Vakası	Dr. Tevfik User (15-17)
Thalassemia Major Hakkında	Dr. Mithat Kemal İnanç - Dr. Refik Münir Özdemir (17-20)
Succinylsulfathiazol Himayesi Altında Ameliyat ile Kapatılan İki Senelik Sterkoral Fistül Vakası	Dr. Cahit Kızıldeli - Dr. M. Edip Tarım (20-21)
Bir Kimmel Stil Wilson Sendromu Vakası	Dr. Tevfik Özgen (21-22)
Menenjit Tüberküloz Tedavisi Hakkındaki İlerlemeler	Dr. Turan Gönen (23)
Ameliyatla Tedavi Edilen Bir Kalp Yarası	Dr. Cihat Üzümcüoğlu
Pratik İçin Kısa Tedavi Notları	Toplayan Dr. Saliha Yalçın (24-27)
Referatlar (27-35)	
Yeni Kitaplar (35)	
Yıl 19 Sayı 2 (Haziran 1953)	
Çok Büyük İki Veziko-Vajinal Fistülde Üretelerinin Sigmoide Enplantasyonu	Dr. Emir Necip Atakam (37-41)
Üç W-P-W Sendromu	Doç. Dr. İ. Lütfi Vural - Dr. Fethi Süngü (41-47)
Hipertansiyon Vakalarının Kliniğinde Nörovejetatif Faktörlerin Payını Araştırmakta Yeni Bir Usul	Dr. Cemal Erkmen (47-50)
İrritabl Kolon Sendromu	Doç. Dr. Muzaffer Erman (50-54)
Nasopharyngeal Scleroma Vakası ve Hastalık Âmilinin Uzun Latansına Dair	Prof. Dr. Kâmile Mutlu (54-57)
Şekerli Diabet ve Tedavisi	Prof. Dr. Zeki Hakkı Pamir - Doç. Dr. Cavit Sökmen (57-59)
Bir Wilms Tümörü Vakası Hakkında	Dr. Faruk Çağlar (59-60)
Pfeiffer Hastalığı ve Lymphocytose lar	Dr. Suat Efe (61-63)
Bir Mesane Polipi Vakası	Dr. Op. Mehmet Akün (63)
Akciğer Tüberkülozunda Rimifon	Dr. Evelpis Ramos - Dr. Niki Anilides (63-67)
Anemiler Tedavisinin Bugünkü Durumu (Genel Olarak)	Dr. Tevfik User (67-72)
Çeşitli Ekstra Peritoneal Yollarla Uni ve Bilateral Lombal Sympetektomi	Dr. Hayrullah Kocaoğlu (72-76)
Bir Entrangle Dahilî Fıtık Vakası	Dr. Halil Zaimoğlu (76-78)
Pratik İçin Kısa Tedavi Notları	Toplayan Dr. Saliha Yalçın (78-80)
Referatlar (80-88)	
Yeni Kitaplar (88)	
Yıl 19 Sayı 3 (Eylül 1953)	
Monosit Problemi ve Muhtelif Hastalıklarda Klinik Değeri	Dr. Haydar Tuğrul (89-95)
Appendix Epiplöica Torsiyonu	Dr. Nimet Taşkıran (95-98)
Beş Yaşında Bir Çocukta Medulla Surrenal Neuroblastomi	Dr. Kenan F. Aker (98-103)
Koch Basilinin Streptomycine Karşı Mukavemetinin Tetkikinde Yeni Bir Usul	Dr. Razi Maner (103-105)

Böbrek Kifayetsizliği, Mihanikiyeti ve Tedavi	Dr. Op. Atıf Taykurt (105-108)
İki Scleredema (Buschke) Vak'ası	Dr. İ. Lûtfi Vural - Prof. Dr. Burhanettin Tugan - Doç. Dr. Necmettin Gürhan (108-111)
İlik Çivisi ile Kırık Tedavisi	Dr. Op. Necati P. Bilger (111-115)
Pendiomide ile Tedavi Edilmiş İhtilatl Bir Hypertansiyon Vak'ası	Dr. Ragıp Akdilli (115-116)
Potasyum'un Kliniği	Dr. Ragıp Tok (116-117)
Pratik İçin Kısa Tedavi Notları	Toplayan Dr. Saliha Yalçın (117-119)
Referatlar (119-127)	
Yıl 19 Sayı 4 (Aralık 1953)	
Ulkus Hastalığı ve Cerrahi	Dr. Asil Mukbil Atakam (129-131)
Bilio-Digestif Spontan Fistüller	Dr. Nimet Taşkiran (131-134)
Akciğer Apseleri ve Penicilin Deresol ile Tedavisi	Dr. Feyyaz Kasımoğlu (134-141)
Çok Küçük Yaşta Görülen Akut Mafsallı Romatizması	Dr. Cavid Başar (141-142)
Hepatit Vak'alarının Etyopatolojisi Hakkında	Dr. Saffet Aksoy (142-146)
Prekomatö Hepatit Epidemik Vakalarında Desoxycorticosteron'un Suda Eriyen Preparatıyla Alınan Neticeler	Asist. Dr. Nurettin Kutluk (146-148)
Jinekolojik Ameliyatlarda Pentothal Sodium ile Damardan Sürekli Damla Narkozu	Dr. Saim Sağlık - Dr. Nejat Alper (148-150)
Kalp ve Dolaşım Organlarında Görülen Yüklenme ve Yıpranma Afetleri Hakkında	Dr. Tefik User (150-154)
Anemi Tedavisinde Penicillin'in Rolü	Dr. Turan Gönen (154-155)
Bir Lobit Sifilitik Vak'ası	Dr. Şevki Sonsuz (156-159)
İzonikotinik Asid Hidrazid'in Menenjit Tüberkülozda Entraraşidiyen Tatbiki	Dr. Turan Gönen (160)
Pratik İçin Kısa Tedavi Notları	Toplayan Dr. Saliha Yalçın (160-162)
Referatlar (162-171)	
Yeni Kitaplar (171-172)	
Yıl 20 Sayı 1 (Mart 1954)	
Kalp ve Akciğer Hastalıklarının Funksiyonel Teşhis ve Tedavisi İçin Kalp Kateterizminin Teknik ve Pratik Manası	Doç. Dr. Bolt - Dr. W. Forssmann - Dr. H. Rink - Çev. Dr. İsmail Saim Özsoy (1-8)
Lateral Aberran Tiroid Kanseri	Dr. Atâ Topaloğlu (8-10)
Doğu Anadolu'da Doğum ve çocuk Ölümüne Bir Bakış	Dr. Cavid Başar (10-14)
Bir Gref Vasküler Vak'ası	Asist. Dr. Mehmet Edip Tarım (14-20)
Kafatası İçinde Kalmış Kurşunlarda Cerrahi Tedavi ve Ameliyat Endikasyonları	Prof. Dr. Recai Ergüder (20-24)
Beyaz Irkta Dört Orak Hücre Anemisi (Sickle Cell Anemia) Vak'ası ile İrsi Ailevi Tetkikleri	Dr. Muzaffer Aksoy (25-29)
Memleketimizde Rhinosporidiosis	Prof. Dr. Nüzhet Atav - Başasistan Dr. Abbas Ural (29-34)
Pratik İçin Kısa Tedavi Notları	Toplayan Dr. Saliha Yalçın (34-36)
Referatlar (36-43)	
Yeni Kitaplar (43-44)	
Yıl 20 Sayı 2 (Haziran 1954)	
Kalp Yaraları	Dr. Op. Nezihe Yener (45-48)
Memleketimizde İlk Defa ve Histopatolojik Olarak Teşhis Edilen Bir Rhinosporidium Seeberi Vak'ası	Doç. Dr. Turan Göksan (48-50)
ACTH ve Cortisone Tedavisinin Bugünkü Durumu	Dr. A. Necati Vural (50-58)
Özafagus Nörinomu	Dr. Asil Mukbil Atakam (58-65)
Kronik Lösemilerde ve Hodgkin Hastalığında Triethylene Melamine "TEM"	Prof. Dr. Cavit Sökmen (65-67)

Kostikle Yanık Midede Gastroenterostomi	Dr. Nurettin Çelikalpsoy (67-70)
Yeni Bir Karaciğer Fonction Testi	Dr. Refik Köymen (70)
Ergin Bir Kadında Boğulmuş Büyük İnginal İnterstisyel Fıtık	Dr. Vecihi Uzgören (70-71)
Pratik İçin Kısa Tedavi Notları	Toplayan Dr. Saliha Yalçın (71-73)
Referatlar (73-84)	
Yeni Kitaplar (84-85)	
Yıl 20 Sayı 3 (Eylül 1954)	
Bazal Metabolizma Tayininde Read Formülünün Kıymeti Hakkında	Ord. Prof. Dr. Ekrem Şerif Egeli - Dr. Rasim Berkmen - Dr. Mustafa Avcı (87-90)
Tifo Epidemiyolojisinde Bir Tetkik	Dr. Razi Maner (90-94)
Doğmalık ve Sonradan Kazanılmış Kalp Hastalıklarının Teşhisinde Kalp Kateterinin Gösterdiği İmkânlar	Dr. W. Owerbeck - Dr. İ. Ustaömeroğlu (94-97)
Antalya Bölgesinde Tespit Edilen Tularemi Vakaları Üzerine Klinik Bir Araştırma	Dr. Naci Arun (97-99)
Yüksek Ateş ve Kalp Semptomları Gösteren Beyaz Irkta Üç Orak Hücre Anemisi	Dr. Muzaffer Aksoy - Dr. Mitat Kemal İnanç (100-103)
Paroksizmal Ventriküler Taşikardi Gösteren Bir Vakada İntikal Bozuklukları	Dr. Celâl İren - Dr. Fikret Pamir (103-105)
Geçirilmiş Dizanteriye Bağlı Klinik Tablolar Hakkında	Dr. Saime Arıcan (105-107)
Bursa Doğumevinde Yapılan Periton Dışı Sezariyen Vakaları ve Neticeleri	Dr. Arif Sözen (107-112)
Esansiyel Hipertansiyon ve Müzmin Böbrek Hastalıklarında Gebeliğe Müsaade ve Son Verme (İndication) larının Klinik ve Tecrübi Olarak Tetkiki	Dr. Selâhattin Koloğlu (113-116)
Sıtma Teşhisinde Bass-Johns Teksif Usulü	Dr. Muzaffer Sertabiboğlu (116-117)
Pratik Şirurji Hülâsası: Mide Kanseri	Dr. Muzaffer Sertabiboğlu (117-118)
Pratik İçin Kısa Tedavi Notları	Toplayan Dr. Saliha Yalçın (118-119)
Referatlar (120-126)	
Yeni Kitaplar(126-127)	
Yıl 20 Sayı 4 (Aralık 1954)	
Birbuçuk Asırlık Yıldönümünde Dijital Tedavisi Üzerine Bir Bakış	Dr. Hayat Okan (129-133)
Auer Çubuklu Miyeloblastomatoz	Dr. Muin Memduh Tayanç (133-136)
Adaptasyon General Sendromunun Adli Tıptaki Tatbikatı	Dr. Adnan Öztürel (136-139)
Bir Günde Yanlışlıkla 36 Chloromycetine Kapsülünü Birden Alan Bir Vak'a Münasebetiyle	Doç. Dr. İ. Lütfi Vural - Asistan Dr. Fahrettin Alptekin (139-142)
Aşikâr Kemik Değişiklikleri Gösteren Beyaz Irkta İki Orak Hücre Anemisi Vak'ası	Dr. Muzaffer Aksoy (142-144)
Gebelik Toksemilerinin Erken Teşhis ve Pregnozunda Gözdibi Bulguları ve Retina Arteri Tazyikının Ehemmiyeti	Dr. Selâhattin Koloğlu (144-150)
Paroksizmal Ventriküler Taşikardi İle Müterafık Bir Vakada İntikal Bozuklukları Münasebetiyle	Dr. C. İren - Dr. F. Pamir (150-151)
Tiroit'de Kist Hidatik	Op. Dr. Nuri Soylu (151)
Bağırsak ve Bronchial Asthma Tedavilerinde	Dr. İbrahim Ustaömeroğlu (151-153)
ACTH ve Cortison Pratik Şirurji Hülâsası: Arter Hastalıkları	Dr. İbrahim Ustaömeroğlu (153-155)
Pratik İçin Kısa Tedavi Notları	Toplayan Dr. Saliha Yalçın (156-158)
Referatlar (158-166)	
Yeni Kitaplar (167)	
Kongreler-Cemiyetler-Toplantılar (168)	

DERGİDE EN FAZLA MAKALESİ YAYIMLANANLAR		
Dr. Asil Mukbil Atakam	41	
Dr. Şerif Korkut	25	
Dr. Ahmet İhsan Aksan	19	
Dr. Emir Necib Atakam	19	
Prof. Dr. Niyazi İsmet Gözcü	13	
MAKALELERİN BRANŞLARA GÖRE DAĞILIMI VE YÜZDELERİ		
İç Hastalıkları	389	% 44,5
Cerrahi	213	% 24,3
Çocuk Hastalıkları	56	% 6,4
Kadın Hastalıkları ve Doğum	39	% 4,4
Kulak Burun Boğaz Hast.	25	% 2,8
Göz Hastalıkları	22	% 2,5
Üroloji	20	% 2,2
Radyoloji ve Radyoterapi	16	% 1,8
Nöroloji	14	% 1,6
Dermatoloji	12	% 1,3
Patoloji	8	% 0,9
Biokimya	7	% 0,8
Hidroklimatoloji	7	% 0,8
Farmakoloji	6	% 0,6
Ortopedi	5	% 0,5
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	3	% 0,3
Anestezi	3	% 0,3
Psikiyatri	3	% 0,3
Histoloji	1	% 0,1
Adli Tıp	1	% 0,1
Diş Hekimliği	1	% 0,1
* Dergide toplam 873 makale yayımlanmıştır.		

DERGİLERDEKİ GÖRSEL İÇERİK		
1933-1939 (28 Sayı) (7 Yıl)		
		Yüzde
Resim	19	%67,9
Grafik	15	%53,6
Tablo	18	%64,3
1940-1948 (32 Sayı) (8 Yıl)		
		Yüzde
Resim	26	%81,3
Grafik	26	%81,3
Tablo	27	%84,4
(x) 1942 ve 1949 yılları arasında dergi yayına ara vermiştir		
1950-1954 (20 Sayı) (5 Yıl)		
		Yüzde
Resim	20	%100,0
Grafik	18	%90,0
Tablo	19	%95,5
GENEL (80 Sayı) (20 Yıl)		
		Yüzde
Resim	65	%81,3
Grafik	59	%73,8
Tablo	64	%80,0
(x) Görsel malzeme kullanımı giderek artmıştır.		

DERGİDE TANITILAN KİTAP ADETLERİ					
	1933-1939		1940-1949		1950-1954
Adet	78		14		60
Çeviri	2		-		1
Y. Dil	18 (%23,1)		21 (%14,3)		7 (%11,7)
(x) Türkçe yayınlarda bir artış dikkati çekmektedir.					

DERGİLERDE DUYURULAN KONGRELER VE TOPLANTILAR					
	1933-1939		1940-1949		1950-1954
	94		1		41

Prevalence and Patterns of Psychiatric Disorders in Preschool Children Referred to an Outpatient Psychiatry Clinic

Psikiyatri Kliniğine Başvuran Okulöncesi Çocuklarda Psikiyatrik Bozuklukların Yaygınlığı ve Örüntüleri

Abstract

Aim: The aim of this study was to investigate prevalence and patterns of psychiatric disorders in preschool children (at or below 72 months of age) consecutively referred to a state hospital's child psychiatry outpatient clinic in Trabzon, Turkey.

Materials and Methods: Diagnostic assessment was conducted using a semi-structured instrument, Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL). If needed, developmental evaluation was conducted using Denver Developmental Screening Test II (DDST). 200 preschool children (122 males, 61%; 78 females, 39%) with an age range of 17-72 months (48.52±13.44 months) were included in the study.

Results: More than half of the subjects (n=130; 65%) received at least one psychiatric diagnosis. Of the children 34 % (68/200) met criteria for two or more diagnoses. Of males 71% (87/122), and of girls 55% (43/78) received at least one diagnosis. There were significant differences between boys and girls with regard to rates of overall psychopathology (p=0,0309) and rates of comorbidity (p=0,0022). Most frequent diagnoses were attention deficit hyperactivity disorder (n=54; 27%), language and speech disorders (n=34; 17%), anxiety disorders (n=33; 16.5%) and oppositional defiant disorder (n=21; 10.5%).

Discussion and Conclusion: Findings of this study suggest that preschool children presenting to psychiatry clinics may have high rates of psychopathology and comorbidity that may be a source of concern for the subjects and parents. Boys are more likely to have multiple psychiatric diagnoses. Psychopathology in preschool children can be assessed using structured instruments such as K-SADS.

Key Words: children; preschool; psychopathology; disruptive behavior disorders

Özet

Amaç: Bu çalışmanın amacı bir devlet hastanesi çocuk psikiyatrisi polikliniğine başvuran okulöncesi çocuklarda psikiyatrik bozuklukların yaygınlık ve örüntülerini araştırmaktır.

Gereç ve Yöntemler: Araştırmada tanısal değerlendirme için yarı-yapılandırılmış bir psikiyatrik görüşme formu olan Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞGŞY) kullanıldı. İhtiyaç duyulması halinde gelişimsel değerlendirme için Denver Gelişimsel Tarama Testi II (DGTT II) kullanıldı. Yaşları 17-72 ay (48,52±13,44 ay) arasında değişen 200 okulöncesi çocuk (122 erkek, %61; 78 kız, %39) çalışmaya alındı.

Bulgular: Olguların yarısından fazlası (n=130; %65) en az bir psikiyatrik tanı aldı. Olguların %34'ü (68/200) iki ya da fazla tanı aldı. Erkeklerin %71'i (87/122), kızların %55'i (43/78) en az bir tanı aldı. Erkek ve kızlar arasında genel psikopatoloji (p=0,0309) ve komorbidite (p=0,0022) oranları açısından belirgin farklılık vardı. En sık tanılar dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (n=54; %27), dil ve konuşma bozuklukları (n=34; %17), anksiyete bozuklukları (n=33; %16,5) ve karşı olma karşı gelme bozukluğu (n=21; %10,5) şeklindeydi.

Tartışma ve Sonuç: Bu çalışmanın bulguları psikiyatri kliniklerine başvuran okulöncesi çocuklarda çocuk ve aile açısından kaygı verici olabilecek denli yüksek psikopatoloji ve komorbidite oranlarıyla karşılaşılabileceğine işaret etmektedir. Erkek çocukların çoklu psikiyatrik tanı alma olasılıkları daha fazladır. Okulöncesi çocuklarda psikopatoloji ÇDŞG-ŞY kullanılarak değerlendirilebilir.

Anahtar Kelimeler: çocuklar; okulöncesi; psikopatoloji; yıkıcı davranış bozuklukları

Murat Coskun,
Ilyas Kaya

Istanbul University, Istanbul Medical
Faculty, Child and Adolescent
Psychiatry Department, Istanbul,
Turkey

Geliş Tarihi /Received : 18.08.2015
Kabul Tarihi /Accepted: 08.10.2015

Sorumlu Yazar/Corresponding Author
Doç. Dr. Murat Coşkun
Istanbul Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen
Psikiyatrisi Anabilim Dalı,
Istanbul Tıp Fakültesi Esnaf Hastanesi
Klinikleri, Süleymaniye Mah. 34116
Istanbul, Türkiye.
E-mail: drmc78@gmail.com

INTRODUCTION

There has been significant improvement in the nosology, epidemiology, phenomenology, and treatment of psychiatric disorders in children and adolescents during the last decades. It has been so far reported and demonstrated that many of the major childhood psychiatric disorders, such as developmental disorders, externalizing disorders [attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), oppositional defiant disorders (ODD) and conduct disorder (CD)], anxiety and mood disorders frequently manifest during preschool year (1-5). However, preschool children remain an understudied population, and our understanding of the nosology, epidemiology, and phenomenology of psychiatric disorders is still far behind our understanding of psychiatric disorders in older children and adolescents (1). There have been a number of studies reporting significant rates of psychiatric disorders among preschool children in community (6-9) or clinical (psychiatric or pediatric) samples (4,10-12) using Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, Text Revision (DSM-IV-TR) (13) or ICD-10 criteria. However, there seem to be significant differences between prevalence and patterns of psychiatric disorders reported in these studies, due possibly to study design and sample characteristics, instrument/criteria used in the study, and study country. While there has been limited literature on the nosology and phenomenology of most psychiatric disorders in preschool children, recent studies have demonstrated that preschool children can develop and suffer from behavioral and emotional problems that may be part of a psychiatric syndrome and may warrant clinical attention (1-12). These early disorders are associated with impairment in multiple developmental domains, including cognitive, social and emotional functioning (1-12).

The present study aims to investigate prevalence and patterns of psychiatric disorders in preschool children referred to a state hospital outpatient child psychiatry clinic in Trabzon, Turkey. There is a limited number of studies on this topic, and the majority of these studies come from Western countries. Studies from non-Western populations may be important, and we believe that this study will contribute to the literature. We expect that there will be significant rates

of psychopathology and comorbidity among psychiatrically referred preschool children, and those rates might be higher for boys than girls.

MATERIALS AND METHODS

Participants

Subjects in this study were preschool children, below or at 72 months of age, consecutively presenting to an outpatient child psychiatry clinic in a state hospital in Trabzon, Turkey, during a five-month period. Those subjects were referred for a number of behavioral /emotional /developmental problems or just out of parental concern for their child.

Instruments

1. Interview Form: This form was developed by the authors to investigate a) socio-demographics (such as age, gender, education, parents' ages and education, number of children in the family) b) main complaints/concerns of the parents or reason(s) for referral, and c) major DSM-IV psychiatric disorders. The interview form included major childhood psychiatric disorders that are relevant to preschool children (such as ADHD, ODD, anxiety disorders, mood disorders, elimination disorders, tic disorders, and developmental disorders such as autism spectrum disorders, mental retardation, and language & speech disorders).

2. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): The K-SADS-PL is a semi-structured diagnostic interview designed to assess current and past episodes of DSM-IV psychiatric disorders in school-age children and adolescents (14). Given that it has not originally been designed for preschool-age children, Birmaher et al. (2009) conducted a psychometric study to assess the reliability of the K-SADS-PL in preschool children, aged 2 to 5 years (mean age 3.8 ± 1.2 years), and suggested that the K-SADS-PL is a reliable instrument to evaluate DSM-IV psychiatric disorders in preschoolers (2). The reliability and validity of the Turkish version (K-SADS-PL-T) has been successfully tested by Gokler et al. (2004) (15).

3. Denver Developmental Screening Test II (DDST): DDST II is a widely used, readily administered screening tool for early identification of developmental delays in children from birth to 6 years of age (16,17).

Procedure

During initial clinical interview, subjects were assessed for socio-demographics, main complaints of the parents and/or reason(s) for referral, and developmental and medical history. Routine psychiatric examination was conducted and subjects were given a provisional clinical diagnosis. In subsequent sessions, subjects between 36 and 72 months of age were further interviewed using K-SADS-PL-T to confirm each provisional clinical diagnosis. Final diagnosis of ADHD, ODD, anxiety disorders, mood disorders, elimination disorders and tic disorders was made using K-SADS-PL-T (14). Diagnosis of developmental disorders (autism spectrum disorders, language & speech disorders, mental retardation) was made using DSM-IV criteria. If a diagnosis of developmental disorder was suspected, developmental evaluation was also conducted using DDST II. In the diagnostic interview, subjects under 36 months of age (n=17; 8.5%) were assessed only for developmental disorders. Diagnosis of individual disorders was made if the diagnosis was a source of clinical concern because of the nature of the symptoms and the associated impairment.

Data regarding main complaints/concerns of the parents or reasons for referral were gathered without any directive questioning. Parents were allowed enough time to make a list of main complaints/concerns during the first visit. These complaints/concerns were coded with the same words that the parents used. However, for the purpose of easy presentation, those lists were reworded and reorganized in four categories: a) behavioral category (any combinations of the following symptoms: hyperactivity, impulsivity, irritability, oppositional behaviors, physical or verbal aggression towards animate or inanimate objects, bullying, out of control behaviors, rage attacks, self-injurious behaviors, risky behaviors, talkativeness); b) developmental category (delay or abnormalities in language, social, and motor development); c) emotional /adaptive category (any combinations of the following symptoms: excessive fears and worries, sensibility, tearfulness, shyness, obsessions or compulsions, unhappiness, problems in peer or sibling relations, school refusal or problems in school adaptation); and d) others (problems in sleep, feeding, bladder and/or bowel functions, somatic complaints, nail biting,

finger sucking, tics, masturbation, pica, exposure to a traumatic event, suspect of abuse, or consultation for any problem).

Subjects in this study had been followed up for a period of 1 to 12 months. Mean duration of follow-up was 5.2 months and mean number of clinical visit was 4.2. At each clinical visit, the subject's diagnosis and clinical condition were re-assessed. An ethics committee at the Kanuni Research and Training Hospital in Trabzon approved the study, and participating parents gave their informed consent to be included in the study.

Statistical Analysis

MedCalc statistical software (v12.3.0) was used for statistical analysis. We used means and percentages for descriptive statistics, and comparison of two proportions for comparing rates of psychopathology and comorbidity between boys and girls. A p value <0.05 was accepted statistically significant.

RESULTS

200 preschool children were included in the study. Of those, 122 (61%) were male and 78 (39%) were female. Age range of the subjects at the time of clinical presentation was 17-72 months (48.52 ± 13.44 months). 26 subjects (13.0 %) had to leave kindergarten or nursery school due to behavioral/adjustment problems. In 58 subjects (29.0%) kindergarten, nursery school or special education school was the main referring source. Table 1 shows details for socio-demographic characteristics of study subjects.

More than half of the subjects (n=130; 65%) had at least one psychiatric diagnosis. Of the children, 34 % (68/200) met criteria for two or more diagnoses; 52% of those with at least one diagnosis (68/130) met criteria for multiple diagnoses. 44 subjects received two or more and 24 subjects received three or more diagnoses. 71% of the boys (87/122), and 55% of the girls (43/78) received at least one diagnosis. 59% of the boys (52/87) and 37% of the girls (16/43) with at least one diagnosis received multiple diagnoses. Table 2 shows prevalence of individual DSM-IV psychiatric diagnoses among subjects.

There were significant differences between boys and girls regarding rates of overall psychopathology

Table 1. Socio-demographic Characteristics of the Subjects

Age range	17-72 months (48.52±13.44 months)	
Number of children per family	1 to 5 (1.91±0.81)	
	N	%
Sex (males)	122	61.0
Education		
Kindergarten	53	26.5
Nursery school	20	10.0
Special education	6	3.0
The only child in the family	65	32.5
First-time presentation in a mental health professional (child psychiatrist or a psychologist)	190	95.0
Divorced parents	7	3.5
Large family with at least one grandparent	52	26.0
Mothers		
Age range	20-44 years (30.80±5.13 years)	
Education	N	%
Primary education	100	50.0
High school	60	30.0
University	36	18.0
Illiterate	4	2.0
Fathers		
Age range	20-52 years (35.31±5.64 years)	
Education	N	%
Primary education	81	40.5
High school	71	36.5
University	48	24.0

(95% CI 1,6% to 30,1%; $p=0.0309$) and rates of comorbidity (95% CI 8.22% to 34.55%; $p=0.0022$). While ADHD was more frequent among boys than girls (95% CI 8.23% to 32.54; $p=0.0018$) there was no significant difference between boys and girls receiving diagnosis of ODD (95% CI -2.9% to 15.17%; $p=0.2034$).

DISCUSSION

Preschool psychopathology is a recently emerging area that may have important clinical (treatment and/or preventive) and research implications. It is now well recognized that preschool children can develop and suffer from a variety of behavioral and emotional disorders (1-12,18,19). The literature so far suggests that the DSM/ICD nosology, developmentally modified to preschoolers, can be used to assess psychopathology in preschool children (1,2,5-12). While stud-

Table 2. Clinical Characteristics of the Subjects

Main Complaints/Concerns or Reasons for Referral		
Category	N	%
<i>Behavioral</i>	137	68.5
<i>Emotional/adaptive</i>	98	49.0
<i>Developmental</i>	74	37.0
<i>Others</i>	105	52.5
DSM-IV Psychiatric Diagnoses		
Externalizing Disorders	N	%
ADHD	54	27.0
ODD	21	10.5
Developmental Disorders		
Language & Speech disorders	34	17.0
Delay in expressive language	18	
Stuttering	12	
Articulation disorder	4	
Mental retardation	18	9.0
Autism spectrum disorders	11	5.5
Anxiety Disorders		
Specific phobia	15	7.5
Separation anxiety disorder	14	7.0
Social phobia	12	6.0
Obsessive-compulsive disorder	8	4.0
Generalized anxiety disorder	4	2.0
Posttraumatic stress disorder	3	1.5
Elimination Disorders		
Enuresis	13	6.5
Encopresis	7	3.5
Mood Disorders		
Depressive disorders	5	2.5
Bipolar disorder	2	1.0
Tic Disorders	7	3.5

ies conducted in a community sample (2,6-8) or in a pediatric setting (4,10) have reported relatively lower rates of psychopathology, studies conducted in psychiatric setting (11,12) have shown higher rates of psychopathology. For instance, while up to 27% of the sample received a diagnosis in studies conducted in community or pediatric settings (2,4,6-8,10), 93% of the sample received a diagnosis in a study conducted in a psychiatric setting (11). Similar rates of comorbidity up to 22, 43 and 68% have been reported in studies conducted in pediatric, community and psychiatric settings, respectively. Regarding individual disorders, rates of ADHD have been reported with up to 2, 12 and 86% in pediatric, community or psychiatric settings, respectively. Rates of mood disorders have been reported with up to 1, 8 and 43%, and rates of anxiety disorders up to 1, 8, and 28% in pediatric, community or psychiatric settings, respectively.

In the current study, 65% of the sample received at least one diagnosis and the rate of comorbidity was 52% among subjects who received at least one diagnosis. Rates of ADHD, mood disorders and anxiety disorders was 27, 3.5, and 16.5%, respectively. A literature review revealed that there are only few studies investigating prevalence and patterns of psychiatric disorders in preschool children in a psychiatric setting. Those studies were conducted by Wilens et al. (2002) in a specialty pediatric psychopharmacology clinic in a university hospital in the US (11) and by Equit et al. (2011) in a university hospital child psychiatry clinic in Germany (12). A comparison between the current study and the study by Wilens et al. (2002) revealed that, despite being conducted in a psychiatric setting, there are significant differences in the rates of psychiatric disorders reported. Compared to the current study, Wilens et al. (2002) reported a higher overall rate of psychopathology (65 versus 93%) and comorbidity (52 versus 68%) among study subjects. Rates of individual disorders have been reported as 27 vs. 86% for ADHD, 3.5 vs. 43% for mood and 16.5 vs. 28% for anxiety disorders in the current and Wilens et al.'s (2002) study, respectively. At this point, it may be important to note that the study by Wilens et al. (2002) was conducted at a specialty pediatric psychopharmacology clinic in a university hospital. It is possible that preschool children with significant impairment and/or multiple psychiatric disorders were referred to a faculty pediatric psychopharmacology clinic in Wilens et al.'s study. In the US, non-psychiatrist clinicians (such as family physicians, pediatricians, and clinical psychologists) may provide primary mental health services. These non-psychiatrist clinicians may manage simple and uncomplicated cases, while referring more complicated cases to child psychiatrists or faculty clinics. Therefore, it is possible that a kind of ascertainment bias may have contributed to high rates of psychopathology in Wilens et al.'s study (11). The current study was conducted at a state hospital child psychiatry outpatient clinic in Trabzon, Turkey. Trabzon is located in the Black Sea region of Turkey, and there has been a child psychiatrist in this city for the last several years. This clinic is a primary mental health service, and parents may come to the clinic to ask even for a simple consultation, such as how to bring up

their child. Therefore, subjects' characteristics may have differed between the current and Wilens et al.'s studies.

CONCLUSION AND LIMITATIONS

Findings of this study suggest that preschool children presenting to psychiatry clinics may have high rates of psychopathology and comorbidity that may be a source of concern for the subjects and parents. Given the evidence that early recognition and intervention is critical, health professionals working with very young children should be familiar with major psychiatric/developmental disorders affecting this special population. Psychopathology in preschool children can be assessed using structured instruments such as K-SADS. This study is one of the few clinical studies using K-SADS to investigate psychopathology in preschoolers and may promote further application of this instrument in preschoolers. Prevalence rates and comorbidity of psychiatric disorders among preschoolers may vary considerably across different countries and study methodology.

This study has several limitations that should be addressed. The semi-structured diagnostic instrument used (K-SADS-PL) was not originally developed for this age group. However, there is no other instrument available for this age group in Turkey, and the instrument used in this study has also been applied in several previous studies reporting that K-SADS is a reliable instrument to evaluate DSM-IV psychiatric disorders in preschoolers (2,11). Lack of a control group in comparing prevalence rates of psychopathology was another limitation.

REFERENCES

1. Egger HL, Angold A. Common emotional and behavioral disorders in preschool children: Presentation, nosology, and epidemiology. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006;47(3-4):313-37.
2. Birmaher B, Ehmann M, Axelson DA, et al. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children (K-SADS-PL) for the assessment of preschool children--a preliminary psychometric study. *J Psychiatr Res*. 2009;43(7):680-86.
3. Coskun M, Zoroglu S, Ozturk M. Phenomenology, psy-

- chiatric comorbidity and family history in a referred preschool children with obsessive-compulsive disorder. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2012;6:36.
4. Lavigne JV, Gibbons RD, Christoffel KK et al. Prevalence rates and correlates of psychiatric disorders among preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35(2):204-14.
 5. Coskun M, Zoroglu S, Ozturk M. Risperidone treatment in preschool children with disruptive behavior disorders: A chart review study. *Bull Clin Psychopharmacol*. 2011;21(1):33-41.
 6. Bufferd SJ, Dougherty LR, Carlson GA, Klein DN. Parent-reported mental health in preschoolers: findings using a diagnostic interview. *Compr Psychiatry*. 2011;52(4):359-69.
 7. Lavigne JV, Lebailly SA, Hopkins J, Gouze KR, Binns HJ. The prevalence of ADHD, ODD, depression, and anxiety in a community sample of 4-year-olds. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2009;38(3):315-28.
 8. Wichstrøm L, Berg-Nielsen TS, Angold A et al. Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012;53(6):695-705.
 9. Wichstrøm L, Berg-Nielsen TS. Psychiatric disorders in preschoolers: the structure of DSM-IV symptoms and profiles of comorbidity. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2014;23(7):551-62.
 10. Gleason MM, Zamfirescu A, Egger HL, et al. Epidemiology of psychiatric disorders in very young children in a Romanian pediatric setting. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2011;20(10):527-35.
 11. Wilens TE, Biederman J, Brown S, et al. Patterns of psychopathology and dysfunction in clinically referred preschoolers. *J Dev Behav Pediatr*, 2002;23(1 Suppl):S31-36.
 12. Equit M, Paulus F, Fuhrmann P, Niemczyk J, von Gontard A. Comparison of ICD-10 and DC: 0-3R diagnoses in infants, toddlers and preschoolers. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2011;42(6):623-33.
 13. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington (DC): American Psychiatric Association, 2000.
 14. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, et al. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(7):980-88.
 15. Gökler B, Ünal F, Pehlivan Türk F, et al. Reliability and validity of schedule for affective disorders and schizophrenia for school age children-present and lifetime version-Turkish version (K-SADS-PL-T). *Turk J Child Adolesc Ment Health*. 2004;11:109-16.
 16. Frankenburg WK, Dodds J, Archer P, Shapiro H, Bresnick B. The Denver II: a major revision and restandardization of the Denver Developmental Screening Test. *Pediatrics*. 1992;89(1): 91-97.
 17. Çelikkıran S, Bozkurt H, Coskun M. 0-4 yaş arası çocuklardan oluşan geniş bir toplum örnekleminde Denver Gelişimsel Test sonuçları ve sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi. *Arch Neuropsychiatr*. 2015;52(2): 180-84.
 18. Coskun M, Zoroglu S. Efficacy and safety of fluoxetine in preschool children with obsessive-compulsive disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2009;19(3):297-300.
 19. Coskun M, Ozturk M, Zoroglu S. Escitalopram treatment in preschool children with anxiety disorders: a case series. *Bull Clin Psychopharmacol*. 2012;22(3):262-67.

Hernia Surgery in Uganda: An Experience of Doctors Worldwide

Uganda'da Fitik Cerrahisi: Yeryüzü Doktorları Deneyimi

Abstract

Aim: Our aim was to evaluate, and report the experiences of the volunteer surgical team of Doctors Worldwide (DWW) Turkey during their medical activities in Uganda.

Materials and Methods: A surgical camp was organized by DWW Turkey between 3-8 February 2015 in the Butambala and Kampala districts of Uganda. The surgical camp, in addition to other surgeries, was intended to conduct herniorrhaphies for all forms of abdominal wall hernias. Outcomes obtained as results of all surgical practices, including the demographic data of the patients, the types of anaesthesiological, and surgical procedures performed were recorded, and analyzed.

Results: Surgical interventions were carried out under either general, spinal, or local anesthesia in a total of 115 patients with the diagnosis of inguinal hernia in 80 (69.57%), umbilical hernia in 15 (13.04%), and epigastric hernia in 9 (7.82%) cases. Additionally, operations were performed for hydrocele in 11 (9.57%) cases. Postoperative minor complications were met in 10 (8.70%) patients, and no postoperative mortality took place at the end of all operations.

Discussion and Conclusion: DWW Turkey Surgical Team conclude that, as an efficacious modality of treatment, surgery should be considered as one of the most important priorities when conducting humanitarian health aid programs.

Key Words: global surgery; hernia surgery; doctors worldwide; Uganda

Özet

Amaç: Yeryüzü Doktorları Türkiye'nin gönüllü cerrahi ekibinin Uganda'daki faaliyetleri ile ilgili deneyimlerini değerlendirerek bildirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntemler: Yeryüzü Doktorları Türkiye tarafından 3-8 Şubat 2015 tarihleri arasında Uganda'nın Butambala ve Kampala bölgelerinde cerrahi kamp düzenlendi. Bu kampın amacı, diğer cerrahilere ek olarak, tüm karın duvarı fitik tipleri için fitik tamirlerinin gerçekleştirilmesiydi. Hastaların demografik verileri ile uygulanan anestezi ve cerrahi prosedürlerin tipleri kayıt edilerek incelendi.

Bulgular: Toplam 115 cerrahi hastasında operasyonlar genel, spinal ya da lokal anestezi ile yapıldı. Bunlardan 80'i (%69,57) kasık fıtığı, 15'i (%13,04) göbek fıtığı ve 9'u (%7,82) epigastrik fıtık tanısı almıştı. Ek olarak hidrosel tanısı ile 11 (%9,57) olgu ameliyat edildi. On (%8,70) hastada postoperatif minör komplikasyonlar gözlenirken, ameliyatların sonunda postoperatif mortalite gelişmedi.

Tartışma ve Sonuç: Yeryüzü Doktorları; etkin bir tedavi modalitesi olarak cerrahinin, insani sağlık yardımı programlarının düzenlenmesi sırasındaki planlamalarda en önemli önceliklerden birini oluşturması gerektiği kanısındadırlar.

Anahtar Kelimeler: küresel cerrahi; fitik cerrahisi; yeryüzü doktorları; Uganda

Orhan Alimoglu¹, Seyit Ankaralı², Tunc Eren¹, Metin Leblebici¹, Busra Burcu¹, Tamador Shamaileh³, Oya Cigerli⁴, Sedat Tuzuner⁴, M. Sait Ozsoy¹, Kerem Kinik⁴

¹ MD, Istanbul Medeniyet University, School of Medicine, Department of General Surgery

² MD, Duzce University, School of Medicine, Department of Physiology

³ The University Of Jordan, School of Medicine, Department of General Surgery

⁴ MD, Doctors Worldwide Turkey

Geliş Tarihi /Received : 18.08.2015

Kabul Tarihi /Accepted: 08.10.2015

Sorumlu Yazar/Corresponding Author
Orhan Alimoglu, MD, Professor of General Surgery

Istanbul Medeniyet University,Goztepe Training & Research Hospital, Department of General Surgery, Dr. Erkin Street, Kadikoy, 34730, Istanbul / TURKEY

E-mail: orhan.alimoglu@medeniyet.edu.tr

INTRODUCTION

There is an inequity of access to health care services between the world's richest and poorest countries. Sub-Saharan African countries, including Uganda, although carrying 25% of the world's disease burden, has only 2% of the world's human resources for health (1). Among all global health problems, surgically treatable diseases weigh heavily on the lives of people in resource-poor countries, and surgical care is emerging as an important issue in public health worldwide (2). More than almost two billion people do not have adequate access to surgical care (3). Recent studies report the population having no access to safe and affordable surgery as two-thirds of the entire world's population – about five billion people (4).

Despite the fact that hernia repair is one of the most frequently performed surgical operations worldwide, more than half of hernias may be untreated in African countries that lack adequate and affordable surgical care (5,6). In Western Europe, the lifetime risk of undergoing groin hernia surgery has been estimated to be 27% for men, and 3% for women (7). Even though estimates based on health services data roughly range from 7.7% – 25% in men, the number of population-based studies is insufficient to reflect the true prevalence of groin hernia in sub-Saharan Africa (6,8,9). Estimates of groin hernia prevalence in sub-Saharan Africa range from 3.15% to 25% (10).

Groin hernia is a collective term for inguinal and femoral hernias, and defines a protrusion of abdominal contents through a weakness in the abdominal wall in the groin (11,12). Groin hernia, being the most common hernia type, is a common surgical condition affecting over 200 million people, and over 40000 people die due to its complications every year all around the world (12). Annual groin hernia repair frequency is estimated to be more than 20 million worldwide, and specific rates by country vary from 100 to 300 per 100000 population subjects per year (13). Only in the United States, groin hernia surgery is performed over 700000 per year (14). According to prediction values, although the average need in Africa is 175 inguinal hernia repairs per 100000 population annually, only 25 repairs per 100000 are actually performed in Africa each year (6).

Although hernias can be effectively treated by sur-

gical repair, it is performed inadequately in Africa due to the high cost of surgery. Thus, in African countries there are a large population with untreated inguinal hernias that have been neglected. A large proportion of inguinal hernias in adults present to the hospital as emergencies in Africa. Hence, most hernia repairs in Africa are generally performed as high-risk emergency procedures. Therefore, longstanding cases contribute to a high prevalence of hernia, and are associated with significant morbidity and mortality such as strangulation and intestinal obstruction (6,15).

Uganda is a low-income country in eastern Africa. The estimated population is about 38 billion, and the health system is very poor (16). In 2012, there were around 200 surgeons, 125 obstetricians and 17 anesthesiologists in Uganda (17,18). Of those registered, several may not even be clinically active. Most major surgeries are undertaken by non-specialists. The unmet operative need in Uganda is very high (18). At the same time, non-specialist practitioners are needed to be trained in order to perform hernia repair operations due to the high frequency of hernias in Africa, including Uganda (19).

A group of international medics got together and established Doctors Worldwide (DWW) in 2000 as a non-governmental organization (NGO). With a head office in Manchester, UK, the organization then expanded and created a branch – Doctors Worldwide Turkey. Since then, DWW has been trying to reach those in need of basic medical treatment and health services regardless of race, religion and nationality. DWW reaches each part of the world to heal the wounds where there is a calamity, war, or poverty. DWW also carries out projects for medical aid including building well equipped hospitals, medical centers and nutrition health centers (20,21).

Our aim was to evaluate, and report the experiences of the volunteer surgical team of DWW Turkey during their medical activities in the Butambala and Kampala districts of Uganda, between 3-8 February 2015.

MATERIALS AND METHODS

The humanitarian health aid service, presented as the subject of this research, was carried out under

Table 1. Descriptive statistics of gender

Gender	Male		Female		Total	
	N (count)	Percent (%)	N (count)	Percent (%)	N (count)	Percent (%)
	98	85.2	17	14.8	115	100

Table 2. Descriptive statistics of age

Age	Male		Female		Total	
	Mean	Min-Max	Mean	Min-Max	Mean	Min-Max
	41.3	3-84	34.3	4-60	40.3	3-84

Table 3. Descriptive statistics of HIV positive and negativ patients

HIV	Positive		Negative		Total	
	N (count)	Percent (%)	N (count)	Percent (%)	N (count)	Percent (%)
	3	2.6	112	97.4	115	100

the permission, and approval of the Turkish Ministry of Health, Turkish Collaboration and Coordination Agency (TIKA), Doctors Worldwide (DWW), Ugandan Medical & Dental Practitioners Council (UM-DPC), and Ugandan Ministry of Health. The coordinators of Gombe Hospital in Butambala, and Kibuli Hospital in Kampala sensitized the community, and other political leaders and government officials. The planned surgical camp was advertised locally and in the national media (22). Verbal information about the surgery and complications was given to, and signed informed consent forms were obtained from all patients.

The Butambala and Kampala districts of Uganda were the defined areas for the surgical camp to be organized between 3-8 February 2015. With a capacity of over 150 beds, the Kibuli Hospital is one of the largest healthcare hospitals in Kampala, and is among the best hospitals in Uganda. Gombe General Hospital is the district hospital for Butambala, and it is a 100-bed-hospital in the rural setting with a catchment area of about six districts including Mityana, Gomba, Mpigi, parts of Kalungu, and Wakiso districts. Both hospitals are under dependency of the Ugandan Ministry of Health.

The surgical camp was intended to conduct herniorrhaphies for all forms of hernias except the 11 operations for hydrocele. Totally 115 patients were elected for surgery. All patients were tested for HIV prior to surgery.

Screening of the patients was done first by the local medical teams and later by the visiting DWW Turkey Surgical Team. The DWW Turkey Surgical Team was

comprised of three general surgeons, two anesthesiologists, and two operating room nurses.

All operations were performed throughout each day from the morning till the evening. Preoperative rounds were done daily early in the mornings whereas postoperative and discharge rounds were done daily, in the evenings. Gombe and Kibuli Hospitals' main theaters (utilizing two operating rooms at each hospital) were the site of all operations.

The patients' postoperative follow-up was maintained by local physicians, and the members of DWW Turkey Surgical Team. Surgical interventions were performed under either local, spinal, or general anesthesia.

Outcomes obtained as results of all surgical practices, including the demographic data of the patients (i.e. age, sex, etc.), the types of anesthetic procedures, and the types of surgical interventions performed were recorded. At the end of the surgical camp, the data was analyzed by MS Office Excel 2013.

RESULTS

The study group consisted of 61 (53.0%) patients who were treated in Kibuli Hospital, and 54 (47.0%) patients in Gombe Hospital.

One-hundred-and-fifteen patients, 17 (14.8%) of whom were women, and 98 (85.2%) of whom were men, were operated on (**Table 1**). The mean age of the female patients was 34.3 (4-60), while the mean age of the male patients was 41.3 (3-84), and the mean age of the total study group was 40.3 (3-84) (**Table 2**). Human immunodeficiency virus (HIV) positivity was detected in three (2.6%) patients among the total of 115 patients of the entire study group (**Table 3**).

There were 104 (90.4%) hernia patients totally. The most common diagnosis was inguinal hernia with 80 (69.6%) patients. In the inguinal hernia group, posterior wall darn hernia repair was carried out in 69 (60.0%) cases, and Lichtenstein mesh repair was performed in 11 (9.6%) cases. Umbilical hernia was detected in 15 (13.0%) patients. Sutured hernia repair with use of the Mayo technique was performed in 14 (12.2%) of these cases, while one (0.9%) case in the umbilical hernia group underwent a mesh repair. Nine (7.8%) patients were determined to possess epigastric hernia, all of

whom underwent sutured Mayo repair, as well. Additionally, 11 (9.6%) patients underwent Winkelman's operation with the diagnosis of hydrocele (Table 4).

Spinal anesthesia was performed for the operations of 85 (73.9%) patients, while 25 (21.7%) cases were operated on under general anesthesia. Local anesthesia was administered in 5 (4.4%) patients prior to their surgical interventions (Table 5).

Postoperative surgical complications were met in 10 (8.7%) patients. Early postoperative hematoma developed in five (4.3%) patients, while seroma was detected in four (3.5%) patients, and surgical site infection developed in one (0.9%) patient (Table 6). All complications were successfully treated with meticulous wound management.

No postoperative mortality took place at the end of all operations.

DISCUSSION

Surgically treatable diseases are among the top 15 causes of disability, and conditions that can be treated with surgery account for 15% of the world's disability adjusted life years (23). Difficulties in access to surgical services results in excess morbidity and mortality in low and middle income countries, especially sub-Saharan Africa (12). The global volume of surgery is more than 200 million surgical procedures per year, and there is significant inequality between procedures performed in high-income and low-income countries

(12,24). It has been reported that, of the 243 million surgical procedures performed globally each year, 34.8% of the world's population living in low-income countries only has access to 8.1 million (3.5%) of such procedures (25,26). Of these procedures, only a quarter are performed in low- and middle-income countries where nearly three-quarters of the world's population lives. As a result, minor surgical conditions become lethal in poor countries due to the timing of treatment, complications, poor post-operative care, and poor surgical outcome (12).

In many parts of the world, especially low-income countries, surgical procedures are done by poorly trained surgeons or physicians. The term "surgically trained provider" rather than surgeon is considered to be more appropriate for these workers (2). For example, in Uganda more than 5000 surgical procedures were performed by physicians in a year (27). Non-specialist practitioners were needed to be trained to perform surgery for basic operations because of the high frequency of surgical conditions, such as hernias in Africa. Some organizations which are governmental or NGOs perform humanitarian surgery and training programs and these kind of programs are important to close the gap between low and middle income countries even for a short time (28).

Inguinal hernia is still the most commonly seen surgical condition in the outpatient departments of hospitals in Uganda and in most African countries. Inguinal hernia occurs in adults in Africa approxi-

Table 4. Diagnoses of the patients who are operated on.

Surgical diagnoses	Inguinal Hernia		Umbilical hernia		Epigastric hernia		Subtotal (Hernia)		Hydrocele		Total	
	N (count)	Percent (%)	N (count)	Percent (%)	N (count)	Percent (%)	N (count)	Percent (%)	N (count)	Percent (%)	N (count)	Percent (%)
	80	69.6	15	13.0	9	7.8	104	90.4	11	9.6	115	100

Table 5. The type anesthesia used.

Anesthesia	Spinal		General		Local		Total	
	N (count)	Percent (%)	N (count)	Percent (%)	N (count)	Percent (%)	N (count)	Percent (%)
	85	73.9	25	21.7	5	4.4	115	100

Table 6. Complications.

Complications	Hematoma		Seroma		Wound infection		Total	
	N (count)	Percent (%)	N (count)	Percent (%)	N (count)	Percent (%)	N (count)	Percent (%)
	5	4.3	4	3.5	1	0.9	10	8.7

mately ten times more often, and it eventually converts to big neglected scrotal hernias (29). There are limited reports on the outcomes of inguinal hernia repairs in Africa. There is a vast unmet need for hernia surgery in Uganda. Almost all reports from sub-Saharan Africa showed that a large proportion of inguinal hernias in adults present to hospital as emergencies (24). In Uganda the ratio for emergency hernia repair is about 76% (6). In Mulago Hospital, emergency hernia operations constitute 68% of the inguinal hernia surgery performed (30). A similar situation is prevalent in Ghana, where only 1 out of 5 patients who require surgery are actually operated (31).

One-hundred-and-fifteen cases, 98 (85.2%) of whom were men and 17 (14.8%) of whom were women, were operated on among patients who underwent physical examinations following the announcements. One-hundred-and-four (90.4%) operations were performed for hernia, whereas the remaining 11 (9.6%) were carried out for hydrocele. In the present study, in the inguinal hernia group of 80 (69.6%) patients, sutured wall darn hernia repair was carried out in 69 (60.0%) cases, and Lichtenstein mesh repair was performed in 11 (9.6%) cases. Wall darn hernia repair is a cheap, and easy surgical technique. Additionally, sutured Mayo repair was performed in 14 (12.2%) umbilical hernia cases, while one (0.9%) case in the umbilical hernia group underwent a mesh repair. Nine (7.8%) patients who were determined to possess epigastric hernia underwent sutured Mayo repair, as well.

Adesunkanmi et al reported the factors that affected the outcomes of inguinal hernia operations in Nigeria (32). A number of postoperative complications were documented including scrotal complications such as edema, hematoma, infection and necrosis. Wound infection and dehiscence were frequent complications as well (32). Postoperative outpatient attendance was poor as 298 patients were lost at the follow-ups in the postoperative sixth month, and only 17 patients attended the outpatient follow-ups for more than 2-5 years. Although the recurrence rate was 4%, this finding is unlikely to be reliable. The length of hospital stay and the duration for the patients to return to daily life was four days in elective, and seven days after emergency operations (32). As pointed out in this study, the common factor for poor surgical outcomes

is the underlying tissue weakness resulting from long periods of attenuation due to longstanding, enlarged hernias. This subject proves the severity of the inguinal hernia disease in Africa. In the long-term follow-up period, chronic groin pain and recurrence are the most important issues (32).

In the present study, postoperative surgical complications were met in 10 (8.7%) cases among the entire study group of 115 patients. There were no intra-operative complications. Early postoperative hematoma developed in five patients (4.3%), while seroma was detected in four (3.5%), and surgical site infection developed in one (0.9%) patient. All complications were successfully treated with meticulous wound management, and no postoperative mortality took place at the end of all operations.

Although this is not a prevalence study, we believe that this report carries importance as it throws a light upon the literature by reflecting information about the management as well as intra- and postoperative complications of surgical diseases such as hernia in low-income regions including Africa. Additionally, the presence of a strong demand in response to the announcements via local media of the small districts of such countries, proves the need for hernia surgery squads in these regions within the scope of continuous global surgery and humanitarian aid programs. Surgical programs at WHO are rapidly evolving due to increasing awareness of the fact that surgical conditions are important public health problems, and also due to realizing that surgery is an efficacious and cost-effective field of health services (23). Improving access to surgical care in low-income countries requires addressing paucities in training and skills of personnel, appropriate equipment, medications, and infrastructure (26).

CONCLUSION

Our Surgical Team carried out successful surgical interventions in Uganda resulting with definitive therapeutic outcomes for curable surgical etiologies. We conclude that, as an efficacious modality of treatment, surgery should always be considered as one of the most important priorities when conducting humanitarian health aid programs.

REFERENCES

1. Riviello R, Ozgediz D, Hsia RY, Azzie G, Newton M, Tarpley J. Role of collaborative academic partnerships in surgical training, education, and provision. *World J Surg*. 2010;34(3):459-65.
2. Bickler S, Ozgediz D, Gosselin R, Weiser T, Spiegel D, Hsia R, et al. Key concepts for estimating the burden of surgical conditions and the unmet need for surgical care. *World J Surg*. 2010;34(3):374-80.
3. Funk LM, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Merry AF, Enright AC, et al. Global operating theatre distribution and pulse oximetry supply: an estimation from reported data. *Lancet*. 2010;376(9746):1055-61.
4. Gawande A. Global surgery. *Lancet*. 2015;386(9993):523-25.
5. Yang J, Papandria D, Rhee D, Perry H, Abdullah F. Low-cost mesh for inguinal hernia repair in resource-limited settings. *Hernia*. 2011;15(5):485-89.
6. Ohene-Yeboah M, Abantanga FA. Inguinal hernia disease in Africa: a common but neglected surgical condition. *West Afr J Med*. 2011;30(2):77-83.
7. Robert JF, Forse RA. Groin hernias in adults. *N Engl J Med*. 2015;372(8):756-63.
8. Wilhelm TJ, Anemana S, Kyamanywa P, Rennie J, Post S, Freudenberg S. Anaesthesia for elective inguinal hernia repair in rural Ghana – appeal for local anaesthesia in resource-poor countries. *Trop Doct*. 2006;36(3):147-49.
9. Yordanov YS, Stoyanov SK. The incidence of hernia on the island of Pemba. *East Afr Med J*. 1969;46(12):687-91.
10. Beard JH, Oresanya LB, Ohene-Yeboah M, Dicker RA, Harris HW. Characterizing the global burden of surgical disease: a method to estimate inguinal hernia epidemiology in Ghana. *World J Surg*. 2013;37(3):498-503.
11. Mock C, Cherian M, Juillard C, Donkor P, Bickler S, Jamison D, McQueen K. Developing priorities for addressing surgical conditions globally: furthering the link between surgery and public health policy. *World J Surg*. 2010;34(3):381-85.
12. Löfgren J. Groin hernias and unmet need for surgery in Uganda: epidemiology, mosquito nets and cost-effectiveness [doktoral thesis]. Umeå: Umeå University; 2015.
13. Bay-Nielsen M, Kehlet H, Strand L, et al. Quality assessment of 26,304 herniorrhaphies in Denmark: a prospective nationwide study. *Lancet*. 2001;358(9288):1124-28.
14. David C Brooks. uptodate.com [Internet]. [Updated: 15 December 2014, cited: December 2015]. Available from <http://www.uptodate.com/contents/overview-of-treatment-for-inguinal-and-femoral-hernia-in-adult>
15. Nilsson H, Nilsson E, Angerås U, Nordin P. Mortality after groin hernia surgery: delay of treatment and cause of death. *Hernia*. 2011;15(3):301-7.
16. data.worldbank.org [Internet]. Available from <http://data.worldbank.org/country/uganda>
17. Linden AF, Sekidde FS, Galukande M, Knowlton LM, Chackungal S, McQueen KA. Challenges of surgery in developing countries: a survey of surgical and anaesthesia capacity in Uganda's public hospitals. *World J Surg*. 2012;36(5):1056-65.
18. Löfgren J, Makumbi F, Galiwango E, Nordin P, Ibiringira C, Forsberg BC, Wladis A. Prevalence of treated and untreated groin hernia in eastern Uganda. *Br J Surg*. 2014;101(6):728-34.
19. Kingsnorth AN. Hernia surgery: from guidelines to clinical practice. *Ann R Coll Surg Engl*. 2009;91(4):273-79.
20. Yeryüzü Doktorları [Internet]. Available from <https://yyd.org.tr/tr>
21. Doctors Worldwide [Internet]. Available from <http://www.doctorsworldwide.org>
22. The Islamic University in Uganda [Internet]. Available from <https://www.iuiu.ac.ug/home/indexGo.php?page=Events&i=65>
23. Farmer PE, Kim JY. Surgery and global health: a view from beyond the OR. *World J Surg*. 2008; 32(4):533-6.
24. Penoyar T, Cohen H, Kibatala P, Magoda A, Saguti G, Noel L, et al. Emergency and surgery services of primary hospitals in United Republic of Tanzania. *BMJ Open*. 2012;2:e000369.
25. Weiser TG, Regenbogen SE, Thompson KD, Haynes AB, Lipsitz SR, Berry WR, et al. An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data. *Lancet*. 2008;372(9633):139-44.
26. Elkheir N, Sharma A, Cherian M, Saleh OA, Everard M, Popal GR, et al. A cross-sectional survey of essential surgical capacity in Somalia. *BMJ Open*. 2014;4:e004360.
27. Ozgediz D, Galukande M, Mabweijano J, Kijjambu S, Mijumbi C, Dubowitz G, et al. The neglect of the global surgical workforce: experience and evidence from Uganda. *World J Surg*. 2008;32(6):1208-15.
28. Hollaar G, Namuyaga M, Fualal J, Lett R. Structured hernia training — a pilot project. *East Cent Afr J Surg*. 2004;9:12-17.
29. Nordberg EM. Incidence and estimated need of caesarean section, inguinal hernia repair and operation for strangulated hernia in rural Africa. *Br Med J*. 1984;289(6437):92-93.
30. Odula PO, Kakande I. Groin hernia in Mulago Hospital, Kampala. *East Central Afr J Surg*. 2004; 9:48-52.
31. Manyilira W, Kijjambu S, Upoki A, Kiryabwire J. Comparison of non-mesh (Desarda) and mesh (Lichtenstein) methods for inguinal hernia repair among black African patients: a short-term double-blind RCT. *Hernia*. 2012;16(2):133-44.
32. Adesunkanmi AR, Agbakwuru EA, Badmus TA. Obstructed abdominal hernia at the Wesley Guild Hospital, Nigeria. *East Afr Med J*. 2000;77(1):31-33.

Wilson Hastalığı Olan Gebelerin Obstetrik Sonuçları

Obstetric Outcomes in Pregnant Women with Wilson's Disease

Özet

Amaç: Wilson Hastalığı bulunan annelerin gebeliğine ait obstetrik sonuçları sunmak.

Gereç ve Yöntemler: Kliniğimizde takip edilmiş olan 4 gebe kadının geçirmiş olduğu toplam 6 gebeliğe ait kayıtlar retrospektif olarak tarandı. Bu gebelerin özellikleri, gebeliklerinin klinik seyirleri, gebeliklerinde uygulanan tedavi yöntemleri ve fetal-maternal sonuçlar literatür eşliğinde değerlendirildi.

Bulgular: Gebelerin medyan yaşı ve doğum anındaki medyan gebelik haftası sırasıyla 33,5 yıl (25-37) ve 19 hafta (10-38) olarak saptandı. Üç gebelik 1. trimesterde, bir gebelik 2. trimesterde ve iki gebelik de 3. trimesterde sonlandırıldı. Sonlandırılma sebepleri ablasyo plasenta, akut fetal distres, missed abortus ve terapötik abortus olarak gözlemlendi.

Tartışma ve Sonuç: Wilson hastalığı biliyer bakır atılım bozukluğu sonucu özellikle karaciğer, beyin, böbrek ve korneada toksik miktarda bakır birikmesi ile karakterize otozomal resesif genetik bir hastalıktır. Infertilite ve düşüklere neden olmaktadır. Wilson hastalığı gebelikte komplikasyonlarla seyredilebilen bir hastalıktır. Maternal ve fetal komplikasyonları en aza indirmek için hastalar tedavi ve takipleri açısından yakın gözlem altında bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: bakır; D-penisilamin; gebelik; Wilson hastalığı

Abstract

Aim: We aimed to present the obstetric outcomes of pregnancies of women with Wilson's disease.

Materials and Methods: Clinical records related to the six pregnancies experienced by four women with Wilson's disease who were followed at our clinic were reviewed retrospectively. The features of these pregnant women, the clinical course of the pregnancies, the treatment methods applied, and the fetal and maternal outcomes were investigated in the light of relevant literature.

Results: The median age of the pregnant women and the median gestational week at delivery were 33.5 years (25-37) and 19 weeks (10-38), respectively. Three pregnancies were terminated in the first trimester, one pregnancy was terminated in the second trimester and 3 pregnancies were terminated in the third trimester. Ablatio placentae, acute fetal distress, missed abortion, and therapeutic abortion were observed as the cause of termination.

Discussion and Conclusion: Wilson's disease is an autosomal recessive genetic disorder characterized by the accumulation of toxic amounts of copper, particularly in the liver, brain, kidneys and cornea, as a result of defective biliary copper excretion. It causes miscarriages and infertility. Patients should be strictly monitored and receive appropriate treatment to minimize the maternal and fetal complications.

Key Words: copper; D-penicillamine; pregnancy; Wilson's disease

Ayşe Topcu Akduman¹, İlkey Oral²,
Kemal Özerkan²

¹ Düzce Atatürk Devlet Hastanesi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği,
Düzce

² Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim
Dalı, Bursa

Geliş Tarihi /Received : 01.12.2015
Kabul Tarihi /Accepted: 10.12.2015

Sorumlu Yazar/Corresponding Author
Ayşe Topcu Akduman
Düzce Atatürk Devlet Hastanesi, Kadın
Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Merkez,
Düzce
E-mail: drayse58@gmail.com

GİRİŞ

Wilson hastalığı (WH) yada hepatolitiküler dejenereasyon, otozomal resesif geçişli, biliyer sistemden bakır atılım bozukluğu sonucu bakırın organ ve dokularda birikimiyle karakterize kronik bir hastalıktır (1). WH prevalansı 1:30.000 olan nadir bir hastalıktır (2). Hastalıktan sorumlu gen 13. kromozoma lokalize ATP7B genidir. Bu genin mutasyonu, bakırın hepatositlerdeki lizozomlardan safra içine atılımında bozukluklara yol açmaktadır (3). Başta karaciğer olmak üzere beyin, böbrek ve korneada biriken bakır, organ fonksiyonunu bozmakta ve serbest radikaller oluştu- rarak toksik etki yapmaktadır.

Wilson hastalığı sıklıkla erken yirmili yaşlarda görülmektedir. Çocuklarda hepatik bulgular, genç erişkinlerde ise nörolojik ve psikiyatrik bulgular ön plandadır (4). Semptomatik olgularda karaciğer disfonksiyonuna bağlı hormonal değişimler sonucu ferti- lite bozulur. Menstrüel düzensizlikler ve amenore sık karşılaşılan komplikasyonlardır. Tedavi almayan ol- gularda gebelik çoğunlukla düşükle sonuçlanmaktadır (5). Menstrüel bozukluklar ve kronik karaciğer has- talığının erken başlangıçlı olmasından dolayı güvenli ve başarılı gebelik nadirdir (6). Ancak, erken tanı ve uygun bir tedavi ile başarılı bir gebelik elde edilebilir.

Bu yazıda WH olan gebelerin obstetrik sonuçları sunularak, bu hastalarda obstetrik yaklaşım ve gebe- likte tedavi seçeneklerinin literatür eşliğinde tartışıl- ması amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

2006-2012 tarihleri arasında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde, karaciğer sirozu olan 10 gebe tedavi edil- di. Bu hastaların dördünde Wilson hastalığı saptandı. Üç hastanın 1 gebeliği, bir hastanın 3 gebeliği takip edildi. Bu gebelerin özellikleri, klinik seyirleri, tedavi yöntemleri ve fetal-maternal sonuçlarının verileri ret- rospektif olarak toplandı. Elde edilen sonuçlar literatür eşliğinde değerlendirildi.

Olgu 1

On dokuz yaşında, gravida 1 olgu kliniğimize 35. gebelik haftasında, WH ve kontraksiyon tarifleyerek başvurdu. Obstetrik değerlendirmesinde ablasyo pla- senta saptanan hastaya acil Sezaryen operasyon uygu-

landı. 2.940 gr, APGAR 6-8 erkek bebek doğurtuldu. Anamnezinde, 17 yaşında karaciğer biyopsisi ile WH tanısı aldığı öğrenildi. Tanı konulduktan sonra tedavi sürecinde hastanın 2 yıldır D-penisilamin (Metalcap- tase®) kullandığı, ancak gebeliği sırasında tedaviyi bı- raktığı öğrenildi. Jinekolojik öyküsünde, oligomeno- reik siklusları vardı ve spontan gebeliği mevcuttu. Ge- beliginde düzenli doktor takibinde değildi. Kliniğimize başvurduğunda INR, AST, ALT değerleri normalin hafif üzerinde, trombosit değeri 40.000/µL idi. Sezaryen operasyon esnasında yaklaşık 1.000 cc assit mayii boşaltıldı. Hastaya preoperatif-postoperatif dönemde trombosit ve eritrosit replasmanı yapıldı. Sezaryen sonrasında yara iyileşmesine gecikme oldu. Takibinde hasta gastroenteroloji kliniği tarafından devralındı.

Olgu 2

Yirmi yedi yaşında, gravida 2 olgu kliniğimize 35. gebelik haftasında, WH ve tansiyon yüksekliği nede- niyle başvurdu. Anamnezinde, 17 yaşında iken, aile- nin 2 çocuğuna WH teşhisi konduktan sonra yapılan aile taraması sırasında tanı aldığı öğrenildi. Tanı ko- nulduktan sonra tedavi sürecinde ilaç kullanmadığı ancak bakırdan fakir diyetine (<1 mg/gün bakır) devam ettiği öğrenildi. Hastanın 7 yıl önce sorunsuz bir gebeliği olmuştu ve Sezaryen operasyonla doğmuş sağlıklı bir çocuğu vardı. Gebeliğinde dış merkezde düzenli takipte idi. Rutin gebelik testleri normaldi. Hasta, 32. gebelik haftasından sonra tansiyonu 140/90 mmHg üzerinde seyrettiği için tarafımıza sevk edildi. Hastanın yapılan değerlendirmesinde preeklampsi düşünülmedi. Alfametildopa (Alfamet® 250 mg tb) 2x1 ile tansiyonu regüle seyretti. WH için diyetle te- davisine devam edildi. Gebeliğin 38. haftasında, ön- ceden geçirmiş olduğu Sezaryen operasyon nedeniyle yine Sezaryen uygulandı. 2.690 gr, APGAR 7-9 erkek bebek doğurtuldu. Preoperatif-postoperatif dönemde problemi olmadı.

Olgu 3

Otuz bir yaşında, gravida 1 olgu kliniğimize 15. gebelik haftasında WH ve gebelikte ilaç kullanımı ne- deniyle başvurdu. 3 yıldır WH nedeniyle takipte idi, D-penisilamin (Metalcaptase®) ve çinko kullanıyordu. WH'nin nörolojik oftalmolojik tutulumu vardı. Peri- natoloji konseyinde değerlendirilen hastaya terminas- yon seçeneği sunuldu. 15. gebelik haftasında, gebeliği sonlandırıldı.

Olgu 4

Otuz yaşında, gravida 1 olgu kliniğimize, dış merkezden postpartum birinci günde WH nedeniyle sevk edildi. Gebeliğinde dış merkezde takipli hastaya 22. gebelik haftasında plasenta previa totalis ve preterm eylem nedeniyle hysterotomi uygulanmıştı. Anamnezinde, yedi yıldır WH nedeniyle takipte olduğu ve D-penisilamin (Metalcaptase®) kullandığı öğrenildi. Potpartum dönemde karaciğer fonksiyon testleri ve hematolojik parametreleri bozuk olan hastaya replasman tedavisi yapıldı. Kompanse karaciğer sirozu nedeniyle gastroenteroloji tarafından hasta devralındı. Üç yıl sonra hasta, 13. gebelik haftasında missed abortus nedeniyle başvurdu. Revizyone kürtaj uygulandı. İkinci gebeliğinden sonra hastaya karaciğer transplantasyonu uygulandı. Karaciğer transplantından 1 yıl sonra hasta spontan gebe kaldı, antenatal polikliniğimize başvurdu. Hastanın immünosüpresif tedavisine (siklosporin tedavisi) devam edildi. Rutin antenatal takipleri, rutin gebelik tetkikleri olan olgumuzda herhangi bir gebelik komplikasyonu gelişmedi. 38. haftada, Sezaryen operasyonla 3.300 gr, APGAR 9-10 kız bebek doğurtuldu.

BULGULAR VE SONUÇLAR

2006-2012 yılları arasında kliniğimize, Wilson hastalığı olan 4 anne 6 gebelik ile başvurdu. Hastalardan birinde 3 gebelik takip edildi. Gebelerin medyan yaşı 33,5 (25-37) olarak saptandı. Doğum zamanındaki medyan gebelik haftası 19 hafta (10-38 hafta) olarak saptandı. Üç gebelik birinci trimesterde, bir gebelik 2. trimesterde ve iki gebelik de 3. trimesterde sonlandırıldı. Sonlandırılma sebepleri ablasyo plasenta, akut fetal distres, missed abortus ve terapötik abortus olarak gözlemlendi.

Wilson hastalığı tanısı, bir olguda postpartum dönemde ve diğerlerinde gebelik öncesi olmak üzere perkutan karaciğer biyopsisi ile konuldu. Hastaların hepsinde anormal karaciğer fonksiyon testi sonuçları, düşük serum seruloplazmin düzeyleri ve siroz bulguları vardı. Hastaların sadece birinde nörolojik tutulum mevcuttu.

Takip edilen gebeliklerden bir olgu terme ulaştı, ancak akut fetal distres (AFD) gelişmesi nedeniyle 38. haftada gebelik sonlandırıldı. İki gebelik spontan

abortusla sonuçlandı. Bir gebelik maternal endikasyon nedeniyle terapötik abortusla sonlandırıldı. İki gebelikte doğum, ablasyo plasenta nedeniyle gerçekleştirildi. Gebeliklerin hiçbirinde maternal ölüm olmadı. Çalışmada sunulan birinci olguda postoperatif yara iyileşmesinde gecikme gözlemlendi. Bunun dışında postoperatif herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Gebeliklerin sadece ikisinde sağlıklı bebek doğdu.

Tüm gebeliklerde, gebelik sırasında D-penisilamin (2x500 mg/gün), çinko (2x75 mg/gün) ya da trientin (3x250 mg/gün) tedavisine devam edildi. Hastaların özellikleri ve aldıkları tedaviler Tablo 1'de özetlenmiştir.

TARTIŞMA

Wilson hastalığı tanısı konulan hastalarda gebelik yönetimi, tedavinin düzenlenmesi ve hastalığın gebelik üzerine etkilerinin multidisipliner bir yaklaşımla değerlendirilmesini içerir.

Wilson hastalığı ömür boyu tedavi gerektiren kronik bir karaciğer hastalığıdır. Erken tanı konulan hastalarda tedavi ile normal bir yaşam sağlanmaktadır. Tanı, siroz geliştikten sonra konulsa bile tedaviye yanıt vermektedir. Hastalığın tedavisindeki amaç, dokularda birikmiş olan bakırın atılmasını sağlamak ve diyetle alınan bakırın emilimini önlemektir (4).

Hastalığın kesin tanısı, korneada Kayser-Fleischer halkalarının gözlemlenmesi, serum seruloplazmin konsantrasyonunun azalması ya da perkutan karaciğer biyopsi örneklerinde bakır konsantrasyonunun ölçülmesi ile konur (7, 8). Klinik olarak karaciğer yetmezliği ve nörolojik bulgular görülebilir (9).

Wilson hastalığı olan kadınların üreme profilinde en önemli iki konu infertilite ve tekrarlayan düşüklerdir. Bu duruma karaciğer yetmezliği ve bakır toksisitesi sonucu gelişen hormonal bozukluklar sebep olmaktadır (6). Daha az olasılıkla da uterus içinde bakır birikimi sonucu gelişebilir (10).

Literatürde Wilson hastalarında başarılı gebelik elde edilmiş sınırlı sayıda olgu sunumu mevcuttur. Bu hastalarda, kronik karaciğer hastalığı ve endokrin bozuklukların yaygın olması bu durumu açıklayabilir. Bu gerçeklere rağmen, uygun tedavi alan ve gebelik öncesi ve sırasında yakın takip ile izlenen hastalarda olumlu gebelik sonuçlarına ulaşmak mümkün olabilir gibi görünmektedir (11-14).

Tablo 1: Wilson hastalığı olan 6 gebeliğin özeti

Gebelik numarası	Yaş	Tamı zamanı	Gebelikteki Serum seruloplazmin değeri (g/l)	Gebelik sırasındaki tedavi	Doğum haftası	Gebeliğin Sonlanma şekli	Anne son durum
1	25	Gebelikten 3 yıl önce	0,068	D-penisilamin	35	Ablasyo plasenta, AF, C/S	Kc Tx
2	33	Gebelik sırasında	0,18	Çinko	38	AFD, C/S	Kompanse siroz
3	37	Gebelikten 3 yıl önce	0,12	Çinko	15	Terminasyon	Kc Tx
4*	30	Gebelikten 1 yıl önce	0,07	D-penisilamin	10	Missed abortus	Kc Tx
5*	34	Gebelikten 5 yıl önce	0,08	D-penisilamin+ Çinko	23	Ablasyo plasenta, C/S	Kc Tx
6*	37	Gebelikten 8 yıl önce	0,102	D-penisilamin+ Çinko+ triamteren	13	Missed abortus	Kc Tx

*: 4, 5 ve 6 numaralı gebelikler aynı hastaya aittir. Kc Tx: Karaciğer transplantasyonu
Serum seruloplazmin normal değer aralığı: 0.200-0.550 g/l

Wilson hastalığı olan tüm gebe kadınlara, gebeliğin seyri boyunca medikal tedavi önerilmelidir (15). Gebelikte tedavi kesilmesi akut karaciğer yetmezliği ile sonuçlanabilir (16). Bu çalışmada takip edilen olguların hepsinde gebelik esnasında medikal tedaviye devam edildi.

Günümüzde WH'de dört ilaç kullanılmaktadır: D-penisilamin, çinko, trientin ve tetratiomolibdat (11). Bu ilaçların hepsi aynı etkinliğe sahip olmakla birlikte gebelik sırasında kullanımları teratojenik etkilerinden dolayı tartışma konusudur.

D-penisilamin, WH tedavisinde ilk tercih edilen ajandır. İdrarla bakır atılmasını artırarak ve toksik olmayan bakır-penisilamin bileşikleri oluşturarak etki etmektedir (1, 2). FDA tarafından gebelik risk kategorisi D olarak kabul edilmiştir. Hastalar, yüksek dozda kullanıldığında D-penisilaminin fetüste cutis laxa sendromu, mikrognati, düşük kulak, varislere ve anede bozulmuş yara iyileşmesine neden olabileceği konusunda bilgilendirilmelidir (17). Bununla birlikte bu ilaç, Wilson hastalarında düşük dozda kullanılmakta ve bakır şelasyonu sonrası hızla vücuttan atılmaktadır. Böylece kandaki seviyesi daha da düşmektedir. Bu nedenle Wilson hastalarında gebelik döneminde güvenli olduğu belirtilmektedir (6). Gebelikte D-penisilamin dozları tedavi edici en düşük dozda tutulmalıdır. Yara iyileşmesini bozmamak için özellikle son trimesterde gebelik öncesi dozların %25-50'si olacak şekilde doz ayarlaması yapılmalıdır (14). Bu çalışmada sunulan olgularda doz azaltılması yapılmamıştır. Bununla beraber, birinci olguda postoperatif yara iyileşmesinde gecikme olmakla birlikte diğer olgularda yara iyileş-

mesinde bozulma gözlenmemiştir.

Gebeliğinde D-penisilamin kullanan 111 Wilson hastasını kapsayan bir derlemede, 164 gebelik ve 153 normal yenidoğan bildirilmiştir. Bu çalışmada 2 teratopatik abortus, 2 spontan abortus, 3 prematüre yenidoğan, 1 kromozom defekti, 1 yarık damak, 1 mannosidoz ve preeklampsi sebebiyle 1 intrauterin ölüm bildirilmiştir. Sonuç olarak gebelikte D-penisilamin tedavisine devam edilmesi gerektiği, tedavinin iyi tolere edildiği ve güvenilir olduğu bildirilmiştir (18).

D-penisilaminin yan etkileri olarak; hipersensivite reaksiyonu, kemik iliği depresyonu, trombositopeni, aplastik anemi, nefrotik sendrom, Goodpasture sendromu, ilaca bağlı SLE ve geçici neonatal miyelosüpresyon bildirilmiştir (3, 4, 19). Yaptığımız çalışmada, hastaların klinik ve laboratuvar takiplerinde bu tür yan etkilere rastlanmadı.

WH'de ikinci en sık tercih edilen ilaç çinkodur. Hastalara 75 mg/gün olarak önerilmektedir. Bu konuda yapılan çalışmalar yetersiz olmasına rağmen literatürde penisilaminle aynı derecede etkili olduğu ve teratojenik etkilerinin benzer olduğu belirtilmektedir (20). Çinko, bakırla yarışmaya girerek intestinal bakır emilimini önlemekte ve hastalığın uzun süreli idame tedavisinde etkin olarak kullanılmaktadır (4). Gebeliğin son üç aylık döneminde daha iyi yara iyileşmesini sağlamak amacıyla çinkonun da dozu azaltılmalıdır (20,21).

D-penisilamin veya çinko tedavisini tolere edemeyen hastalarda alternatif olarak trientin ve tetratiomolibdat kullanılmaktadır. Bununla birlikte, hamilelik sırasında bu iki ajanın kullanımı ile ilgili literatürde yeterli veri bulunmamaktadır (22).

Ayrıca WH tedavisinde bakır konsantrasyonu yüksek gıdalardan (kabuklu deniz ürünleri, fındık, çikolata, mantar ve organ etleri) kaçınılmalıdır. Bakırdan zayıf diyet, hastalığın etkisini azaltabilir. Fakat diyet yönetimi tek tedavi seçeneği olarak tavsiye edilmez (23).

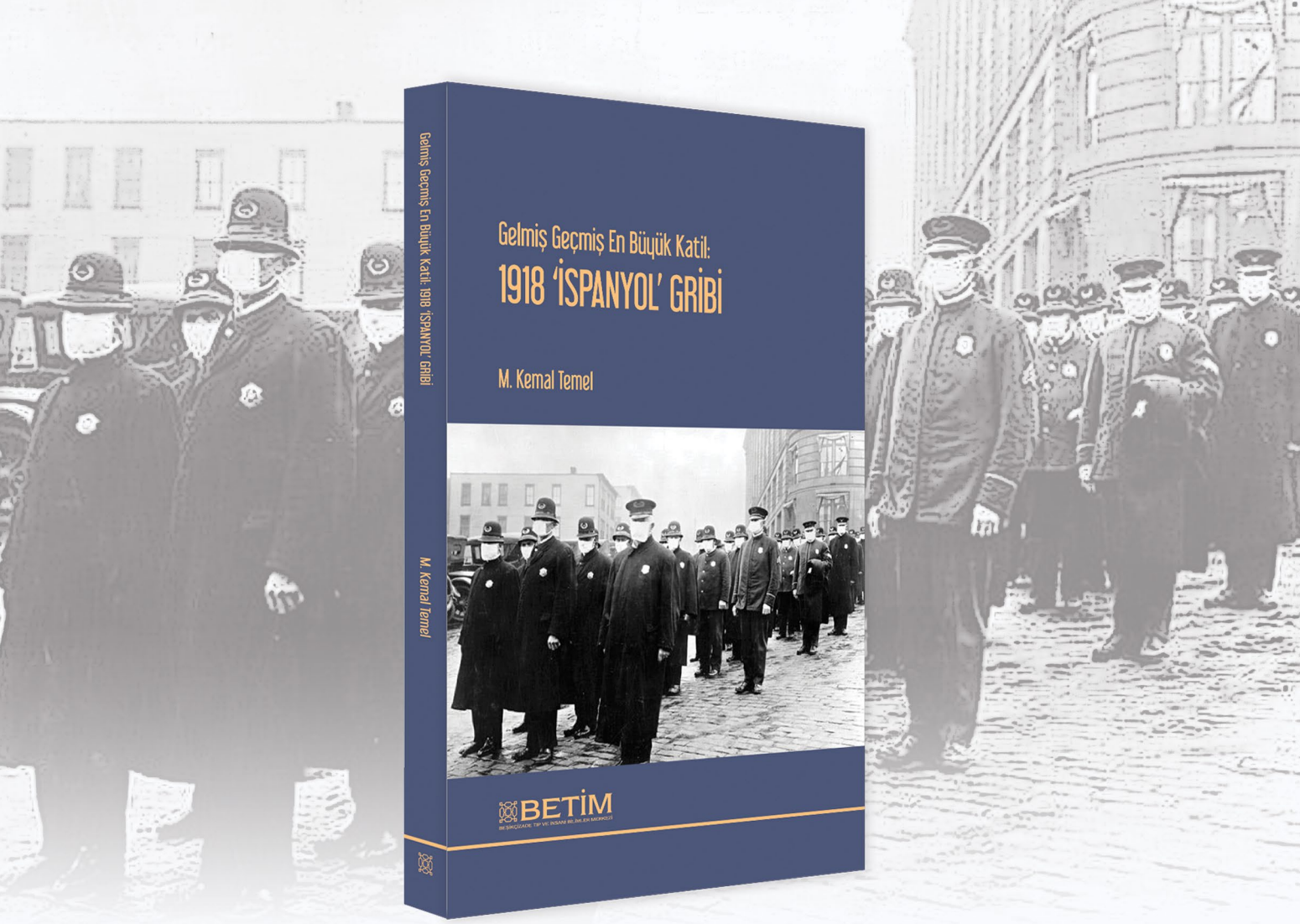
Gebelik süresince hastaların fizik muayene, serum seruloplazmin, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, pıhtılaşma profili, tam kan sayımı ve tam idrar tetkiki düzenli olarak takip edilmelidir (24). Son zamanlarda, Wilson hastalığı riski taşıyan gebeliklerde fetal genotiplerin tanısında kullanılabilecek noninvaziv bir prenatal test geliştirilmiştir (25). Bizim olgularımızda da her trimesterde serum seruloplazmin, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, pıhtılaşma profili, tam kan sayımı ve tam idrar tetkiki anne için tekrarlanmıştır.

En uygun doğum şekli maternal ve fetal özelliklere göre belirlenir. Sağlıklı ve asemptomatik kadınlarda vajinal doğum ilk seçenek olmalıdır. Sezaryen ise acil veya diğer patolojik durumlarda yapılmalıdır. Bu çalışmada doğum yapan üç hastada fetal nedenlerden dolayı Sezaryen tercih edildi.

Sonuçta, WH gebelikte komplikasyonlarla seyrebilen bir hastalıktır. Maternal ve fetal komplikasyonları en aza indirmek için hastalar tedavi ve takipleri açısından yakın gözlem altında bulundurulmalıdır.

KAYNAKLAR

- Schilsky ML. Wilson disease: new insights into pathogenesis, diagnosis, and future therapy. *Curr Gastroenterol Rep.* 2005;7:26-31.
- Scheinberg H, Sternlieb I. (eds). *Wilson's Disease: Major Problems in Internal Medicine.* Philadelphia: Saunders; 1984.
- Pfeiffer RF. Wilson's disease. *Semin Neurol.* 2007;27:123-32.
- Kuloğlu Z, Girgin N. Wilson hastalığı. *Türkiye Klinikleri J Pediatr.* 2004;13:246-53.
- Kaushansky A, Frydman M, Kaufman H, Homburg R. Endocrine studies of the ovulatory disturbances in Wilson's disease. *Fertil Steril.* 1987;47(2):270-73.
- Dupont P, Irion O, Beguin F. Pregnancy in patient with treated Wilson's disease: a case report. *Am J Obstet Gynecol.* 1990;163:1527-28.
- Fleischer B. Ueber einer der "Pseudosclerose" nahestehende bisher unbekannte Krankheit (gekennzeichnet durch Tremor, psychische Störungen, braeunliche Pigmentierung bestimmter Gewebe, insbesondere Such der Hornhautperipherie, Lebercirrhose). *Deutsch Z Nerven Heilk* 1912;44:179-201.
- Scheinberg IH, Gitlin D. Deficiency of ceruloplasmin in patients with hepatolenticular degeneration (Wilson's disease). *Science.* 1952;116(3018):484-85.
- Sternlieb I. Perspectives on Wilson's disease. *Hepatology.* 1990;12(5):1234-39.
- Sinha S, Taly AB, Prashanth LK, Arunodaya GR, Swamy HS. Successful pregnancies and abortions in symptomatic and asymptomatic Wilson's disease. *J Neurol Sci.* 2004;217(1):37-40.
- Furman B, Bashiri A, Wiznitzer A, Erez O, Holcberg G, Mazor M. Wilson's disease in pregnancy: five successful consecutive pregnancies of the same woman. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2001;96(2):232-34.
- Nunns D, Hawthorne B, Goulding P, Maresh M. Wilson's disease in pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1995;62(1):141-43.
- Berghella V, Steele D, Spector T, Cambi F, Johnson A. Successful pregnancy in a neurologically impaired woman with Wilson's disease. *Am J Obstet Gynecol.* 1997;176(3):712-14.
- Lee HJ, Seong WJ, Hong SY, Bae JY. Successful pregnancy outcome in a Korean patient with symptomatic Wilson's disease. *Obstet Gynecol Sci.* 2015;58(5):409-13.
- Roberts EA, Schilsky ML; American Association for Study of Liver Diseases (AASLD). Diagnosis and treatment of Wilson disease: an update. *Hepatology.* 2008;47(6):2089-111.
- Shimono N, Ishibashi H, Ikematsu H, et al. Fulminant hepatic failure during perinatal period in a pregnant woman with Wilson's disease. *Gastroenterol Jpn.* 1991;26:69-73.
- Briggs GG, Freeman RK, Yaffe SJ. (eds). *Drugs in Pregnancy and Lactation.* Baltimore: Williams & Wilkins; 1994.
- Sternlieb I. Wilson's disease and pregnancy. *Hepatology.* 2000;31(2):531-32.
- Yalaz M, Aydogdu S, Ozgenc F, et al. Transient fetal myelosuppressive effect of D-penicillamine when used in pregnancy. *Minerva Pediatr.* 2003;55(6):625-28.
- Brewer GJ: Treatment of Wilson's disease with zinc. XVII: treatment during pregnancy. *Hepatology.* 2000;31(2):364-70.
- Lao TT, Chin RK, Cockram CS, Leung NW. Pregnancy in a woman with Wilson's disease treated with zinc. *Asia Oceania J Obstet Gynaecol.* 1988;14(2):167-69.
- Theodoridis TD, Zepiridis L, Athanatos D, et al. Placenta abruption in a woman with Wilson's disease: a case report. *Cases J.* 2009;2:8699.
- Brewer GJ, Yuzbasiyan-Gurkan V, Dick R, Wang Y, Johnson V. Does a vegetarian diet control Wilson's disease? *J Am Coll Nutr.* 1993;12(5):527-30.
- Üstüner I, Keskin HL, Uzun M, et al. Wilson's disease and pregnancy: a case report. *J Turk Soc Obstet Gynecol.* 2009;6:279-82.
- Lv W, Wei X, Guo R, Liu Q, Zheng Y, Chang J, et al. Noninvasive prenatal testing for Wilson disease by use of circulating single-molecule amplification and resequencing technology (cSMART). *Clin Chem.* 2015;61(1):172-81.



Gelmiş Geçmiş En Büyük Katil: 1918 'İSPANYOL' GRIBİ

M. Kemal Temel

On dokuzuncu yüzyıl sonlarına gelindiğinde, buharlı taşıma sayesinde kara ve deniz ulaşımında büyük ilerleme kaydedilmişti. Bu gelişme insanlar için daha hızlı ve daha kolay ulaşım, öte yandan veba, kolera, kızamık gibi bulaşıcı hastalıklar için de daha hızlı ve daha fazla yayılım anlamına geliyordu. Aynısı grip için de geçerliydi; nitekim 1889 grip pandemisi yirminci yüzyıl eşiğinde süratle çok yüksek bir morbidite sergiledi ve benzer biçimde mortalitesi de aynı yüzyılın kolera salgınlarını geçti. Ancak salgın milyonları etkilese de insanlar gripten pek korkmuyordu; daha çok yaşlıları öldürdüğü düşünülen grip, toplum düzenini bozmadan sürüp giden mutad bir dert olarak görülüyordu. Ne var ki 1889 pandemisi gribin artık ne denli hızlı yayılabileceğinin bir işaretiydi; pandemi daha tehlikeli bir tür virüsten kaynaklanmış olsaydı, sonuçlar çok daha ciddi olabilirdi. Ve 1918'de bu daha tehlikeli tür geldi.

BÜYÜK BETİM KİTAPLIĞI

Gestasyonel Diyabet Taramasında 50 gram Glukoz Yüklemesi Gerekli mi?

Is the 50-gram Oral Glucose Tolerance Test (OGTT) Essential for the Screening of Gestational Diabetes?

Özet

Amaç: Gestasyonel diyabet taramasında kullanılan 50 g glukoz yükleme testinin gerekli olup olmadığını araştırmak.

Gereç ve Yöntemler: Bu retrospektif çalışmada Özel OSM Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine antenatal takip için başvurmuş olan 143 gebe kadına dair kayıtlar incelendi. Gestasyonel diyabet taraması uygulanan tüm gebeler 24–28. gestasyonel haftalar arasında idi. Hastalar iki gruba ayrıldı. Birinci gruba (n=76) 50 g glukoz, ikinci gruba (n=67) 75 g glukoz yükleme testi yapılmıştı. Birinci grupta test sonucu pozitif olan gebelere 100 g oral glukoz yükleme testi yapılmıştı. Her iki yükleme testi ve 100 g oral glukoz yükleme testi, Amerikan Diyabet Birliği'nin önerdiği şekilde uygulanmıştı.

Bulgular: 50 g glukoz yükleme testi yapılan birinci gruptaki hastaların yaş ortalaması $27,4 \pm 5,5$ (dağılım 18-42) olup 23'ünde test pozitif sonuçlanmıştı. Bu hastaların da 13'ünde (%17) 100 g oral glukoz yükleme testi pozitif sonuçlanmıştı. 75 g glukoz yükleme testi yapılan ikinci gruptaki hastaların yaş ortalaması $26,9 \pm 5,9$ (dağılım 17- 43) olup 14'ünde (%21) test pozitif sonuçlanmıştı. İkinci grupta daha sık test pozitifliği saptanmasına rağmen, iki grup arasında istatistiksel fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tartışma ve Sonuç: Her iki test ile benzer sıklıkta gestasyonel diyabet tanısı alan hasta saptanmıştır. Bu nedenle iki aşamalı olan ve buna bağlı olarak daha fazla glukoz alınmasına neden olan 50 g glukoz yükleme testinin gerekli olmayabileceği sonucuna varılabilir.

Anahtar Kelimeler: gebelik; diyabet; OGTT

Abstract

Aim: We aimed to investigate whether the 50-gram oral glucose tolerance test is essential for the screening of gestational diabetes.

Materials and methods: Clinical records related to 143 pregnant women who had applied to the Obstetrics and Gynecology Department of the OSM Hospital for antenatal care were included in this retrospective study. All of the pregnant women between 24 and 28 weeks of gestation had been screened for gestational diabetes. The patients were separated into two groups. The 50-gram oral glucose tolerance test had been performed in the first group (n=76), and the 75-gram oral glucose tolerance test in the second group (n=67). The women who had tested positive in the first group had undergone the 100-gram oral glucose tolerance test. All of the tests were performed in accordance with the recommendation of the American Diabetes Association.

Results: In the first group who had undergone the 50-g OGTT, the mean age was 27.4 ± 5.5 (18–42) and 23 patients had tested positive. Of these, 13 patients (17%) had also tested positive with the 100-g OGTT. In the second group who had undergone the 75-g OGTT, the mean age was 26.9 ± 5.9 (17–43) and 14 patients (21%) had tested positive. Although the second group had tested positive for GDM more frequently, no statistically significant difference was found between the two groups ($p>0.05$).

Discussion and Conclusion: The 50-g and 75-g OGTTs revealed a diagnosis of GDM at a similar frequency. Therefore, it may be concluded that the 50-g OGTT that consists of two stages and hence leads to a higher intake of glucose may not be essential.

Key Words: pregnancy; diabetes; OGTT

Hacer Uyanıkoğlu¹,
Adnan Incebiyık¹,
Emel Yiğit Karakaş²

¹ Harran Üniversitesi, Tıp Fakültesi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim
Dalı

² Harran Üniversitesi, Tıp Fakültesi,
İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Geliş Tarihi /Received : 18.08.2015
Kabul Tarihi /Accepted: 10.10.2015

Sorumlu Yazar/Corresponding Author
Hacer Uyanıkoğlu
Harran Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kadın
Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı
E-mail: huoglu@hotmail.com

GİRİŞ

Gestasyonel diabetes mellitus (GDM) ilk kez gebelikte ortaya çıkan ya da gebelik sırasında tanı konulan glukoz tolerans bozukluğudur. Gerçek insidansı tam olarak bilinmemekle beraber literatürde gebe kadınların %1,2–14,3'ü olarak verilmektedir (1).

Anne yaşı, etnisite, polikistik over sendromu, obezite, hipertansiyon, önceki gebelikte GDM öyküsü kabul edilen risk faktörleri arasındadır. Yapılan çalışmalarda 25 yaş altı kadınlarda insidans %0,4–0,8 iken 25 yaş üstü grupta bu oran % 4,3–5,5 olarak bulunmuştur (2).

Gebelik, ikinci trimesterde başlayan insülin rezistansı, kompensatuvar β -hücre artışı ve hiperinsülinemi ile karakterize diyabetojenik bir dönemdir. Gebelikte insülin sensitivitesi %80 oranında azalır (3). Diyabetik olmayan gebelerde insülin direncindeki bu artış insülin üretimindeki artış ile kolaylıkla karşılanmaktadır. Sınırlı veya hiç insülin rezervi bulunmayan diyabetik hastalarda artmış insülin direnci gebelik ilerledikçe hiperglisemiye yol açar. Normal koşullar altında yeterli insülin salgılayabilen fakat gebeliğin artan insülin direncini karşılayamayan kadınlarda gestasyonel diyabet oluşur. İnsülin direncinden sorumlu olan HPL (human placental lactogen), progesteron, kortizon ve prolaktin, insülin duyarlı hücrelerin glukoz alımını bozarak etki gösterirler. Bu hormonlar gebelikte diyabete olan eğilimi artıran ana hormonlardır (4).

Maternal ve yenidoğan komplikasyonları GDM varlığında artmaktadır (5). Pek çok çalışmada GDM'li annelerin ve çocuklarının preeklampsi, polihidramniyos, preterm doğum, ani fetal kayıplar, intrauterin gelişme geriliği, makrozomi, artmış Sezaryen operasyonlu doğum oranı ve ileride gelişebilecek obezite, tip-2 DM, kardiyovasküler bozukluklar açısından ciddi risk altında oldukları belirtilmektedir (6-8). Bu nedenle gebelikte tarama yapılarak GDM'li hastaların erken tanısı, uygun tedavisi ve de postpartum takibi ile diyabete bağlı anne ve bebekte görülebilecek risklerin önlenileceği belirtilmektedir (9).

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) ve American Diabetes Association (ADA); her ikisi de tüm gebelerin gestasyonel diyabet açısından taranmasını önermektedir (10,11). Tarama testleri gebeliğin 24–28. haftalarında yapılmaktadır. Fakat hangi tarama testinin kullanılacağı halen tartışmalıdır (12).

Bu çalışmada, GDM taramasında kullanılan 50 g

glukoz yükleme testi ile 75 g glukoz yükleme testinin karşılaştırılması ve 50 g glukoz yükleme testinin gerekli olup olmadığının saptanması amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu retrospektif çalışmaya 2012 Ocak – 2013 Ocak tarihleri arasında Özel OSM Ortadoğu Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne rutin antenatal takibe gelmiş olan 145 gebe kadın alındı. Gebelerden ikisinin tip-2 DM'den muzdarip olduğu bilindiğinden, bunlar çalışmadan çıkarıldı.

GDM taraması uygulanan tüm gebeler 24-28. gestasyonel haftalar arasında idi. Gebeler iki gruba ayrıldı. Birinci gruba 50 g glukoz, ikinci gruba ise 75 g glukoz yükleme testi yapılmıştı. Birinci grupta test sonucu pozitif çıkan gebelere tanı için 100 g oral glukoz yükleme testi (OGTT) yapılmıştı. 75 g glukoz yükleme testi hem tarama hem de tanı amaçlı uygulanmıştı. Her iki tarama testi için ADA'nın önerdiği yöntem ve sınırlar kullanılmıştı (13).

50 g glukoz yükleme testi öncesinde gebelerden aç olma şartı istenmemişti. Fakat 75 g ve 100 g testleri öncesinde en az 8 saatlik açlık istenmişti. OGTT öncesi gebelerden en az üç gün kesintisiz diyet (günde en az 150 g karbonhidrat) almaları istenmişti. Test süresince gebeler fiziksel aktivite açısından sınırlandırılmıştı.

50 g yükleme testi için eşik değeri 1. saat kan şekeri ≥ 140 mg/dl kabul edildi. Birinci saat kan şekeri 140–180 mg/dl arasındaki hastalarda bozulmuş glukoz toleransı düşünülüp 100 g OGTT testi yapılmıştı. 75 g yükleme testi için venöz plazma eşik değerleri açlık ≥ 92 mg/dl, 1. saat ≥ 180 mg/dl, 2. saat ≥ 153 mg/dl kabul edildi. Test sonucunda bir değeri yüksek olan hastalara GDM tanısı konuldu. 100 g OGTT için venöz plazmada sınır değerler Carpenter ve Coustan (C&C) kriterlerine göre açlık ≥ 95 mg/dl; 1. saat ≥ 180 mg/dl; 2. saat ≥ 155 mg/dl; 3. saat ≥ 140 mg/dl olarak kabul edildi. 100 g OGTT'de iki ya da daha fazla eşik değeri yüksekliği varsa GDM tanısı konuldu.

İstatistiksel analiz

İki grup arasındaki sonuçlar SPSS Version 18.0 istatistik programı kullanılarak karşılaştırıldı. Kategorik değişkenler chi-square testi ile karşılaştırıldı. Normal dağılım gösteren sayısal değişkenler ise Student *t*-testi ile karşılaştırıldı. Değerler ort \pm SD olarak verildi. $P < 0,05$ anlamlı olarak kabul edildi.

BULGULAR

Hastaların yaş ortalaması $27,1 \pm 5,7$ (dağılım 17-43) yaş idi. İki hastada bilinen tip-2 diabetes mellitus, beş hastada ek bir sistemik hastalık (bikornuat uterus, guatr, sol nefrektomi, HBsAg taşıyıcılığı, talesemi taşıyıcılığı) vardı. On hastada sigara kullanma hikayesi olup, hiçbiri alkol kullanmıyordu. Beş hastanın annesinde, bir hastanın kız kardeşinde diyabet öyküsü vardı. Önceden tip-2 DM'den muzdarip olduğu bilinen iki hasta çalışmadan çıkarıldı.

Tablo 1: Her iki grupta glukoz yükleme testi pozitif olan hasta sayısı

Gruplar	50 g Glukoz Yükleme Testi (+)	100 g OGTT* (+)	75 g OGTT* (+)
1. GRUP (N:76)	23 (%30)	13 (% 17)	-
2. GRUP (N:67)	-	-	14 (% 21)

* OGTT: Oral Glukoz Tolerans Testi

50 g glukoz yükleme testi yapılan birinci gruptaki 76 hastanın yaş ortalaması $27,4 \pm 5,5$ (dağılım 18-42) yaş olup, 23'ünde (%30) test pozitif sonuçlanmıştı. Bu 23 hastanın 13'ünde de (%17) 100 g glukoz yükleme testi pozitif sonuçlanmıştı. 75 g glukoz yükleme testi yapılan ikinci gruptaki 67 hastanın yaş ortalaması $26,9 \pm 5,9$ (dağılım 17-43) yaş olup, 14'ünde (%21) test pozitif sonuçlanmıştı (Tablo 1).

İkinci grupta test pozitifliği daha sık oranda saptanmasına rağmen, birinci grupla aralarında istatistiki fark yoktu ($p > 0.05$).

TARTIŞMA

Literatürde 25 yaş üstü kadınlarda GDM sıklığının 25 yaş altı kadınlara göre 4-5 kat arttığı bildirilmiştir (2). Bizim çalışmamızda GDM tanısı alan hastaların yaş ortalaması $27,1 \pm 5,7$ (dağılım 17-43) olup literatürle uyumludur.

GDM ile maternal obezite arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Çalışmaların sonucunda obez kadınların üçte birinin GDM tanısı aldığı bildirilmektedir. Obezite, risk faktörleri içerisinde değiştirilebilir olması nedeniyle önemlidir (14). Birçok çalışmada artmış gebelik öncesi ağırlık ile GDM arasında ilişki saptanmıştır (15,16). Bizim çalışmamızda, hastaların çoğu gebelik öncesi kilolarını bilmediği için vücut kitle indeksi (BMI) hesaplanamamıştır.

deksi (BMI) hesaplanamamıştır.

Yakın zamanda gebelikte tarama yapılıp yapılmaması ile ilgili görüş farklılıkları olsa da American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) ve ADA, tüm gebelerin GDM açısından taranmasını önermektedirler (10,11). Tarama testleri gebeliğin 24-28. haftalarında önerilmektedir. Fakat diyabet şüphesi uyandıran önemli semptom ve bulgular varsa ilk prenatal vizitte tarama yapılabilir (17). Bununla beraber hangi tarama testinin kullanılacağı tartışmalıdır (12). Tarama amaçlı; sadece risk faktörlerine göre tarama, rastgele glukoz ölçümü, açlık glukoz değeri, HbA1c, 50 g ve 75 g glukoz yükleme testleri kullanılabilir. Bunlardan sensitivitesi en yüksek olanlar 50 g (%59) ve 75 g (%79) glukoz yükleme testleridir (18). Yapılan bir çalışmada klasik oral glukoz yükleme testlerine alternatif olarak şekerli sakız çiğneme ile tarama yapılmasının hem hasta uyumunu arttırdığı hem de daha uygun maliyetli olduğu ve 100 g OGTT doğrulaması ile etkililiğinin diğer tarama yöntemlerine eşit olduğu belirtilmektedir (19).

Halen tüm dünyada en sık kullanılan tarama testi 50 g glukoz yükleme testidir. Eğer test pozitifse, 3 saatlik 100 g OGTT yapılarak GDM tanısı konulmaktadır (12). Bu iki aşamalı testte tanı için gebelere daha fazla glukoz yüklemesi yapılmaktadır. Yüksek dozda glukoz alımı bazı gebelerde gastrik iritasyona mide boşalmasında gecikmeye, gastrointestinal ozmotik dengesizliğe, bulantı ve kusmaya neden olabilmektedir (20). Bu da hastanın teste uyumunu zorlaştırmaktadır. Ayrıca 100 g OGTT ile GDM tanısı için 4 değerden en az 2'sinde bozukluk gerekmektedir; oysa bazı gebelerde tek değer bozuk olduğu görülmektedir. Bu durum tanı ve tedavide belirsizlik oluşturmaktadır. 75 gram testinde ise 3 değerden 1'inin yüksek olması tanı için yeterli olduğundan, bu sorun ortadan kalkmaktadır. OGTT'den önce 3 gün boyunca en az 150 g/gün'lük karbonhidrat içeren diyet önerilmekle birlikte düşük karbonhidratla beslenmeyen gebelerde bu önerinin ihmal edilebileceğini bildiren yayınlar mevcuttur (21,22).

Yakın zamanda yapılan çalışmalarda 75 g glukoz yükleme testinin hem tarama hem de tanı amaçlı kullanılabildiği belirtilmiştir. Fakat bu konuda konsensüs yoktur. Uluslararası Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes (HAPO) ve International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups

(IADPSG) çalışma sonuçlarına göre her gebe taramalıdır. ACOG, 50 g glukoz yüklemesi ve sonrasında 100 g OGTT ile iki aşamalı taramayı önerse de, HAPO ve IADPSG, 75 g glukoz yüklemesi ile tek aşamalı bir tarama stratejisi önermiş ve bu ADA tarafından da kabul görmüştür. Bu çalışma sonuçlarına göre, 75 g glukoz yükleme testi ile tarama daha etkili, daha az maliyetli ve hastalar tarafından daha tolere edilebilir bulunmuştur (5). Yine düşük karbonhidratlı diyetle beslenmeyen ve 2 kez glukoz yükleme testi yaptırmak istemeyen gebelere, DSÖ'nün ve IADPSG'nin önerdiği tek seferde 75 g OGTT uygulanabileceği düşünülmüştür (23).

Biz çalışmamızda 50 g glukoz yükleme testi ile 75 g glukoz yükleme testinin sonuçlarını istatistiksel olarak karşılaştırdık. 50 g ve ardından 100 g OGTT yapılarak toplam 13 hastaya tanı konurken, 75 g OGTT ile 14 hastaya tanı konmuştur.

SONUÇ

Benzer sıklıkta hasta tespit edilmesine rağmen, tarama esnasında eş zamanlı tanı konulması, daha az maliyetli olması, tek aşamalı olması ve hasta açısından daha tolere edilebilir olması nedeniyle, GDM taramasında 75 g OGTT'nin tercih edilebileceği ve 50 g glukoz yükleme testinin gerekli olmayabileceği sonucuna varılabilir. Bu konuda kesin kaniye varabilmek için çok merkezli büyük çalışmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1. Carpenter MW, Coustan DR. Criteria for screening tests for gestational diabetes mellitus. *Am Obstet Gynecol.* 1982;144(7):768.
2. Marquette GP, Klein VR, Niebyl JR. Efficacy of screening for gestational diabetes. *Am J Perinatol.* 1985;2(1):7-9.
3. Hanna FW, Peters JR. Screening for gestational diabetes: past, present and future. *Diabet Med.* 2002;19(5):351-8.
4. Herrera E, Lasuncion MA, Palacin M, Zorzano A, Bonet B. Intermediary Metabolism in pregnancy. First theme of the Freinkel era. *Diabetes.* 1991;40(2):83-8.
5. Benhalima K, Van Crombrugge P, Hanssens M, Devlieger R, Verhaeghe J, Mathieu C. Gestational diabetes: overview of the new consensus screening strategy and diagnostic criteria. *Acta Clin Belg.* 2012;67(4):255-61.
6. Burumkulova FF, Petrukhin VA. Gestational diabetes mellitus: yesterday, today, tomorrow. *Ter Arkh.* 2014;86(10):109-15.
7. Cedergren MI. Optimal gestational weight gain for body mass index categories. *Obstet Gynecol.* 2007;110(4):743-4.
8. Kiel DW, Dodson EA, Artal R, Boehmer TK, Leet TL. Gestational weight gain and pregnancy outcomes in obese women: how much is enough? *Obstet Gynecol.* 2007;110(4):752-58.
9. Balaji V, Balaji MS, Datta M, Rajendran R, Nielsen K, Radhakrishnan R, et al. A cohort study of gestational diabetes mellitus and complimentary qualitative research: background, aims and design. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014;14(1):378.
10. ACOG Practice Bulletin. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. *Obstet Gynecol.* 2001;98(3):525-38.
11. Tseng KH. Standards of medical care in diabetes-2006. *Diabetes Care.* 2006;29(11):2563-64.
12. Sönmez A, Kutlu M. [Current Recommendations for Gestational Diabetes Screening]. *Turkiye Klinikleri J Endocrin-Special Topics.* 2010;3(1):1-5.
13. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus 2013. *Diabetes Care.* 2013;36:67-74.
14. Farren M, Daly N, O'Higgins AC, McKeating A, Maguire PJ, Turner MJ. The interplay between maternal obesity and gestational diabetes mellitus. *J Perinat Med.* 2015;43(3):311-17.
15. Rodrigues S, Robinson EJ, Ghezzi H, Gray-Donald K. Interaction of body weight and ethnicity on risk of gestational diabetes mellitus. *Am J Clin Nutr.* 1999;70(6):1083-89.
16. Torloni MR, Betran AP, Horta BL, Nakamura MU, Atallah AN, Moron AF, et al. Prepregnancy BMI and the risk of gestational diabetes: a systematic review of the literature with meta-analysis. *Obes Rev.* 2009;10(2):194-203.
17. Nanda S, Savvidou M, Syngelaki A, Akolekar R, Nicolaides KH. Prediction of gestational diabetes mellitus by maternal factors and biomarkers at 11 to 13 weeks. *Prenat Diagn.* 2011;31(2):135-41.
18. Hanna FW, Peters JR. Screening for gestational diabetes: past, present and future. *Diabet Med.* 2002;19(5):351-58.
19. Racusin DA, Antony K, Showalter L, Sharma S, Haymond M, Aagaard KM. Candy twists as an alternative to the glucola beverage in gestational diabetes mellitus screening. *Am J Obstet Gynecol.* 2015;212(4):522e1-5.
20. Anderwald C, Tura A, Winhofer Y, Krebs M, Winzer C, Bischof MG, et al. Glucose absorption in gestational diabetes mellitus during an oral glucose tolerance test. *Diabetes Care.* 2011;34(7):1475-80.
21. Crowe SM, Mastrobattista JM, Monga M. Oral glucose tolerance test and the preparatory diet. *Am J Obstet Gynecol.* 2000;182(5):1052-54.
22. Entekin K, Work B, Owen J. Does a high carbohydrate preparatory diet affect the 3-hour oral glucose tolerance test in pregnancy? *J Matern Fetal Med.* 1998;7(2):68-71.
23. Harlass FE, McClure GB, Read JA, Brady K. Use of a standard preparatory diet for the oral glucose tolerance test. Is it necessary? *J Reprod Med.* 1991;36(2):147-50.

Üniversite Öğrencilerinin Öfke İfade Tarzı ve İlişkili Faktörler

Anger Expression and Related Factors in University Students

Özet

Amaç: Bu çalışmanın amacı, Sağlık Bilimleri Yüksekokulu öğrencilerinin öfke ifade tarzını ve ilişkili faktörleri belirlemektir.

Gereç ve Yöntemler: Araştırmanın evrenini, İstanbul'da bulunan bir vakıf üniversitesinin Sağlık Bilimleri Yüksekokulu'nun tüm bölümlerinde öğrenim gören 1.116 öğrenci oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeksizin çalışmaya katılmayı kabul eden 408 öğrenci çalışma kapsamına alınmıştır. Çalışmanın verilerini toplamak için, Öğrenci Bilgi Formu ve Durumluluk ve Süreklilik Öfke Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) Version 16.0 programı kullanılmış olup tanımlayıcı istatistiksel parametrelerin (aritmetik ortalama, standart sapma, minimum, maksimum ve frekanslar) yanı sıra, Student t-testi Spearman korelasyon testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır.

Bulgular: Öğrencilerin sürekli öfke düzeyi puan ortalaması $20,55 \pm 4,97$; kontrol altına alınmış öfke alt boyutunun puan ortalaması $20,88 \pm 4,52$; dışa vurulmuş öfke alt boyutunun puan ortalaması $14,44 \pm 3,17$; içe vurulmuş öfke alt boyut puan ortalaması ise $15,07 \pm 3,87$ bulunmuştur. Öğrencilerin bireysel özellikleri ile Durumluluk ve Süreklilik Öfke Ölçeği alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında; cinsiyet, aile yapısı, sigara kullanımı, alkol kullanımı, arkadaş ilişkileri ve anneyi tanımlama ile Durumluluk ve Süreklilik Öfke Ölçeği alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Tartışma ve Sonuç: Öfke, her yaşta görülebilen önemli duygusal tepkilerden biridir. Bu nedenle, eğitim sürecinde bu tarz sorunların saptanması ve gerekli desteğin sağlanması öğrencinin bireysel ve mesleki gelişimleri için oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler: üniversite öğrencisi; öfke; öfke kontrolü; öfke ifade tarzı.

Abstract

Aim: The aim of this study was to determine how the College of Health Sciences students express their anger and the related factors that affect it.

Materials and Methods: The population of the study comprises all of the students of a private College of Health Sciences in Istanbul (N=1116). Students (n=408) who agreed to participate in the study were included in the study, without sample selection. A "Student Information Form" and the "Trait Anger and Anger Expression Scale" were used to collect the data. To evaluate the data, SPSS Version 16.0 was used, in addition to the descriptive statistical parameters (arithmetic mean, standard deviation, minimum, maximum, and frequencies) and to Student's t-test, Spearman's correlation test and one-way analysis of variance (ANOVA).

Results: The students' mean trait-anger score was found as 20.55 ± 4.97 , mean anger-control subscale score 20.88 ± 4.52 , mean anger-out subscale score 14.44 ± 3.17 , and mean anger-in subscale score 15.07 ± 3.87 . When the mean Trait Anger and Anger Expression Scale subscale scores were assessed with the students' characteristics, no statistically significant relation was found between the mean Trait Anger and Anger Expression Scale subscale scores and characteristics such as gender, family structure, smoking, alcohol use, relationships with friends and mother description.

Discussion and Conclusion: Expressed anger is one of the important emotional reactions that can be given at any age. Thus the detection of problems associated with anger expression and the provision of appropriate support during a student's educational life is quite important for the student's personal and professional development.

Key Words: university student; anger; anger control; anger management style.

Nurten Elkin, Funda Karadağlı

İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu

Geliş Tarihi /Received : 28.08.2015
Kabul Tarihi /Accepted: 03.11.2015

Sorumlu Yazar/Corresponding Author
Nurten Elkin

İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu
E-mail:nelkin@gelisim.edu.tr

GİRİŞ

Duygu, düşünce ve davranışlarını kontrol edebilme ve gerektiğinde başka alanlara kaydırabilme yetisi insanı diğer varlıklardan ayıran önemli bir özelliktir. Üzülme, sevinme, suçluluk ve öfkelenme gibi duygular her insanda farklı şiddet ve görünümde yaşanabilir. Kişilerin duygu ve düşüncelerini yer, zaman ve duruma göre denetleyebilme yetisi bireyin kendi iç huzuru açısından önemli olduğu gibi; yakın arkadaşları, akrabaları, mesleki ve sosyal çevresiyle uyumlu ilişkiler kurabilmesi açısından da önemlidir (1). İnanç ve ark.'a göre, duygular üç grupta toplanabilir. Birinci grupta olumlu duygular olan sevgi, şefkat, mutluluk ve zevk duyguları; ikinci grupta engelleyici duygular olarak bilinen endişe, kaygı, keder, üzüntü, suçluluk, pişmanlık, utanç ve iğrenme duyguları; üçüncü grupta ise, düşmanlık duyguları olarak adlandırılan öfke, nefret, kıskançlık gibi duygular bulunmaktadır (2). Kalogerakis'e göre öfke tepkisi bütün yaşlarda ve bütün kültürlerde görülen doğal bir tepkidir (3). Schiraldi ve Hallmark-Kerr'e (2002) göre ise öfke; evrensel, doğal ve anlaşılabilen bir duygudur (4). Engellenme, haksızlığa uğrama, fiziksel incinme ve yaralanmalar, tacize uğrama, hayal kırıklığı, saldırıya uğrama, kıskırtma ve tehdit, rahatsız edici ve hoş olmayan uyarılar, memnuniyetsizlik, kişisel haklara ve benliğe saygı gösterilmemesi, kabul edilen sosyal normların ihlali, kötülük içeren davranışlar genellikle öfkeye yol açan nedenler arasında sayılmaktadır. Sonuç olarak, biyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel ve ekonomik faktörler öfke üzerinde etkili olabilmektedir (5).

Bireyin kendisini tanıması ve uygun ifade yolları ile öfkesini belirtmesi durumunda, öfkenin bireye olumlu bir güç sağladığı bilinmektedir; fakat kontrol edilemeyen, inkâr ya da bastırma ile yok sayılan bu tür duygular, kişinin hem kendisi hem de çevresi için zararlı da olabilmektedir (1-5). Öfke duygusu, üniversite öğrencilerinin de sık yaşadığı duygulardandır. Üniversite öğrencileri son ergenliğin yanı sıra, yetişkinliğe geçiş sürecinin de getirdiği stresörleri aynı anda yaşayabilmektedirler (6-8). Ailelerinden uzakta üniversite okuyan gençlerde, bir grubun üyesi olma, bir meslek sahibi olma ve geleceğe yön verme idealleri yanı sıra yeni bir okula, yeni bir kente ve yabancı bir çevreye uyum sağlama çabaları değişik sorunlar oluşturmakta, öğrenciler geleneksel düzene ve kendilerine yabancı-

laşabilmektedir (9). Öfke ifade tarzları bireylere göre farklılık göstermektedir. Bu ifade tarzları "öfke içte," "öfke dışta" ve "kontrol edilen öfke" değişkenleri üzerinden ölçülmektedir (10). Öfke içte, öfke yaratan düşünce ve duyguları bastırma eğilimini; öfke dışta, çevredeki insanlara veya objelere yönelik saldırgan davranışlar gösterme eğilimini; kontrol edilen öfke ise, öfke yaşantısını veya öfkenin ifadesini kontrol edebilme yeteneğini yansıtmaktadır (10,11). Öfke ile uğraşan uzmanlara göre, kronik öfke sağlık için tehlikeli olabilir; öfkeyi çoğu kez ortaya çıkmadan tehlikesiz hale getirebiliriz ve getirmeliyiz; öfkemizi ifade etmemiz gerektiği zaman, bunu intikamla değil, çözüme yönelik olarak, etkin bir şekilde yapmayı öğrenmeliyiz (12). Alberti ve Emmons'a göre, ergenlerin öfkelerini ifade etme biçimleri; cinsiyet, sınıf düzeyi ve etnik kökene göre farklılıklar göstermektedir (12). Ergenlerde sağlık durumu, cinsiyet, okul başarısı, aile ve arkadaş ilişkileri gibi faktörlerin öfke ifade tarzını belirlediği ifade edilmektedir (13).

Bu çalışmanın amacı, yüksekokul öğrencilerinin öfke kontrol düzeyleri ve bunlarla ilişkili faktörlerin araştırılmasıdır. Bu bölümlerdeki öğrencilerin meslek yaşamına atıldıklarında birey, aile ve toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek üzere hizmet verecekleri düşünüldüğünde, öncelikle kendilerinin biyopsikososyal yönden sağlıklı olmaları gerekmektedir. Öfkelerini kontrol edemeyen, anlamlı ve doyum sağlayan ilişkiler kuramayan öğrenciler, hizmet verdikleri bireye ve/veya yakınlarına, topluma, meslektaşlarına, sağlık ekibi üyelerine karşı sorumluluklarını yerine getirmede birtakım güçlüklerle karşılaşır. Eğitim sürecinde bu sorunların saptanması ve gerekli desteğin belirlenmesi ve sağlanması, öğrencinin bireysel ve mesleki açıdan gelişimleri için oldukça değerlidir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Araştırmanın amacı ve tipi

Bu çalışma, Sağlık Bilimleri Yüksekokulu öğrencilerinin öfke ifade tarzını ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yapılmış tanımlayıcı nitelikte bir çalışmadır.

Araştırma soruları

1. Sağlık Bilimleri Yüksekokulu öğrencilerinin öfke ifade düzeyleri nedir?
2. Sağlık Bilimleri Yüksekokulu öğrencilerinin öfke

Tablo 1. Öğrencilerin bireysel özelliklerinin dağılımı (n=408)

	Bireysel Özellikler	n	%
Cinsiyet	Kadın	320	78,4
	Erkek	88	21,6
Bölüm	Hemşirelik	84	20,6
	Fizyoterapi	64	15,6
	Çocuk gelişimi	102	25,0
	Odyoloji	27	6,6
	Beslenme ve diyetetik	48	11,8
	Sağlık yönetimi	17	4,2
	Sosyal hizmet	53	13,0
	Sağlık kurumları işletmeciliği	13	3,2
Sınıf	1. sınıf	163	40,0
	2. sınıf	135	33,0
	3. sınıf	110	27,0
Aile Tipi	Çekirdek aile	335	82,1
	Geniş aile	67	16,4
	Parçalanmış aile	6	1,5
Aile Yapısı	Aşırı koruyucu	49	12,0
	İlgisiz kayıtsız	10	2,5
	Baskıcı otoriter	15	3,7
	Demokratik	57	14,0
	Fazlasıyla serbest	2	0,5
	Güven verici destekleyici	275	67,3
Annenin Eğitim Durumu	Okuryazar değil	25	6,1
	Okuryazar	18	4,4
	İlköğretim	179	43,9
	Ortaöğretim	129	31,6
	Yükseköğretim	57	14,0
Babanın Eğitim Durumu	Okuryazar değil	3	0,7
	Okuryazar	6	1,5
	İlköğretim	129	31,6
	Ortaöğretim	165	40,4
	Yükseköğretim	105	25,8
Çocukluğunu geçirdiği yer	Köy	27	6,6
	İlçe	109	26,7
	İl	272	66,7
Kaldığı Yer	Aile ile birlikte	210	51,5
	Yurtta	75	18,4
	Arkadaşları ile evde	88	21,6
	Diğer	35	8,5
Gelir Düzeyi	Düşük	9	2,2
	Orta	300	73,5
	İyi	99	24,3
Çalışma Durumu	Evet	83	20,3
	Hayır	325	79,7
Sosyal Etkinliklere Katılma Durumu	Evet	123	30,1
	Hayır	285	69,9
Sigara Kullanma Durumu	Kullanmıyor	291	71,3
	Ara sıra	51	12,5
	Hergün	66	16,2
Alkol Kullanma Durumu	Kullanmıyor	306	75,0
	Ara sıra	102	25,0
Akademik Başarı Durumu	Çok iyi	13	3,2
	İyi	225	55,2
	Orta	165	40,4
	Kötü	5	1,2
Arkadaş İlişkileri	Çok iyi	140	34,3
	İyi	220	53,9
	Orta	43	10,5
	Kötü	5	1,3

Anneyi Tanımlama	Sinirli	13	3,2
	Neşeli	159	39,0
	Sakin	94	23,0
	Değişen	142	34,8
Babayı Tanımlama	Sinirli	41	10,0
	Neşeli	95	23,3
	Sakin	133	32,6
	Değişen	139	34,1

ifade tarzı ile demografik özellikleri arasında ilişki var mıdır?

Çalışmanın etik kurul onayı 13.05.2015 tarih ve 2015/6-3 sayılı yazı ile Üniversite Etik Kurulu'ndan alınmıştır. Veriler 2014–2015 eğitim öğretim yılı 14–23 Mayıs 2015 tarihleri arasında araştırmacılar tarafından öğrencilerin sözlü onamları alınarak çalışmaya katılmayı kabul edenlere anket uygulama tekniği ile toplanmıştır.

Veri Toplama Yöntemleri

Araştırma verileri, araştırmacılar tarafından geliştirilen, araştırmaya katılanların demografik bilgilerini içeren öğrenci bilgi formu ve Durumluluk Sürekli Öfke Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

Öğrenci Bilgi Formu: Öğrencilerin kişisel özelliklerini (yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir düzeyi algısı, aile tipi ve yapıları, anne ve babanın eğitim durumları, kardeş sayısı, uzun süre yaşanan yer, şu andaki çalışma durumları ve nerede kaldıkları, sigara ve alkol alışkanlıkları, arkadaş ilişkileri ve anne ve babalarının kişiliklerini tanımlama durumları) ve okul yaşamlarını (bölüm, sınıf, sosyal etkinliklere katılma durumları, akademik başarı algı durumları) sorgulayan soruları içermektedir.

Durumluluk ve Süreklilik Öfke Ölçeği: Orijinali (Trait Anger and Anger Expression Scale) Spielberger ve arkadaşları tarafından 1983 yılında geliştirilmiştir (10). Türkçeye 1994 yılında Özer tarafından uyarlanmıştır (15). Ölçek; 34 maddelik 4'lü Likert tipi bir ölçektir. Hiç (1 puan), Biraz (2 puan), Oldukça (3 puan) ve Tümüyle (4 puan) olarak değerlendirilir. Ölçeğin, ilk 10 maddesi sürekli öfkeyi, sonraki 24 maddesi öfke ifade tarzlarını ölçmektedir. Sürekli öfke, kişinin genelde kendini nasıl hissettiğini, ne derece öfke yaşadığını ifade etmektedir. Sürekli öfke ölçeğinden alınabilecek en düşük puan 10, en yüksek puan 40'tır. Öfke ifade tarzı ölçeği, öfke içe vurumu, öfke dışı vurumu ve öfke kontrolü olmak üzere üç alt gruptan oluşmaktadır. Öfke içe vurumu, öfke dışı vurumu ve öfke

kontrolü alt ölçeklerinden alınabilecek en düşük puan 8, en yüksek puan 32'dir. Ölçekteki ilk on maddenin toplamı ile sürekli öfke alt ölçeği, 13, 15, 16, 20, 23, 26, 27 ve 31 no'lu maddelerin toplamı ile öfke içe vurum alt ölçeği, 12, 17, 19, 22, 24, 29, 32 ve 33 no'lu maddelerin toplamı ile öfke dışı vurum alt ölçeği, 11, 14, 18, 21, 25, 28, 30 ve 34 no'lu maddelerin toplamı ile öfke kontrolü alt ölçeği puanları elde edilir. Geçerlik güvenirlik çalışmasında Cronbach alfası değerleri; sürekli öfke boyutu için 0,79, kontrol altına alınmış öfke boyutu için 0,84, dışı vurulmuş öfke boyutu için 0,78 ve öfke iç vurum boyutu için ise 0,62 olarak bulunmuştur (14). Sürekli öfkeden alınan yüksek puanlar öfke düzeyinin yüksek olduğunu, öfke kontrolü ölçeğinden alınan yüksek puanlar öfkenin kontrol edilebildiğini, öfke dışı vurum ölçeğinden alınan yüksek puanlar öfkenin kolayca ifade edilebiliyor olduğunu ve öfke iç vurum alt ölçeğinden alınan yüksek puanlar ise öfkenin bastırılmış olduğunu göstermektedir (15).

İstatistiksel Analiz

Tanımlayıcı türde olan bu araştırmanın evrenini İstanbul ilinde bulunan bir vakıf üniversitesinin sağlık bilimleri yüksekokulunun tüm öğrencileri oluşturmaktadır. Örneklemeye gidilmeden evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmıştır (N=1116). Araştırmanın çalışma grubunu araştırmaya katılmayı kabul eden 408 öğrenci oluşturmuştur. Araştırmanın çalışma grubu olarak evrenin %36,5'ine ulaşılmıştır. Anket formu, teorik ders bitiminde derse gelen öğrencilere ilgili öğretim üyesinden izin alınarak ve araştırmanın amacı açıklanarak, araştırmaya katılmayı kabul eden öğrencilere sınıf ortamında ve araştırmacının gözlemi altında uygulanmıştır. Anket formu yaklaşık 15 dakikada doldurulmuştur. Öğrencilerden 608 kişi, okula gelmeme, anketi uygulamak istememe ve anketi yarım bırakma gibi nedenlerle uygulama dışında kalmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) Version 16.0 programı kullanılmış olup tanımlayıcı istatistiksel parametre-

Tablo 2. Öğrencilerin sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği puanlarının dağılımı (n=408)

Alt Gruplar	Min.	Max.	X±SS
Sürekli Öfke	10,00	40,00	20,55±4,97
Öfke İçer Vurumu	8,00	31,00	15,07±3,87
Öfke Dışa Vurumu	8,00	32,00	14,44±3,17
Öfke Kontrolü	8,00	32,00	20,88±4,52

mu ($rs=0.60$; $p<0.001$) arasında pozitif anlamlı; öfke kontrolü ($rs=-0.33$; $p<0.001$) ile arasında ise negatif anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yine öfke dışa vurumu ile öfke kontrolü ($rs=-0.30$; $p<0.001$) arasında negatif anlamlı ilişki bulunmuştur.

Öğrencilerin sürekli öfke ve öfke ifade tarzları ile bireysel özellikleri karşılaştırıldığında, yaş, bölüm, sı-

Tablo 3. Öğrencilerin sürekli öfke-öfke ifade tarzları ile bireysel özelliklerinin karşılaştırılması (n=408)

		SÜREKLİ ÖFKE	ÖFKE İÇE VURUM	ÖFKE DIŞA VURUM	ÖFKE KONTROLÜ
		X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Cinsiyet	Kadın	20,31± 5,00	14,87±3,94	14,26±3,20	20,97±4,47
	Erkek	21,45±4,79	15,83±3,51	15,12±2,97	20,56±4,70
		p=0,56	p<0,05*	p<0,05*	p=0,45
Aile Yapısı	Aşırı koruyucu	20,46±5,16	15,20±3,58	14,36±2,97	20,89±4,22
	İlgisiz kayıtsız	23,00±6,41	17,20±4,73	15,10±3,54	19,85±3,06
	Baskıncı otoriter	23,86±5,26	17,79±5,55	16,20±4,03	18,33±4,59
	Demokratik	20,87±5,42	15,96±4,61	15,75±3,93	20,66±5,72
	Fazlasıyla serbest	21,50±7,77	17,00±7,07	19,50±4,94	19,00±4,24
	Güven verici destekleyici	20,23±4,70	14,63±3,50	14,03±2,83	21,11±4,32
		p=0,06	p<0,05*	p<0,05*	p=0,26
Alkol Kullanımı	Kullanmıyor	20,11± 4,98	14,99±3,80	14,20±3,11	21,08±4,38
	Ara sıra	21,89±4,73	15,33±4,10	15,18±3,27	20,27±4,90
		p<0,05*	p=0,43	p<0,05*	p=0,11
Sigara Kullanımı	Kullanmıyor	20,43± 5,15	15,04±3,91	14,29±3,25	20,98±4,44
	Ara sıra	20,92± 4,75	15,31±4,11	14,87±3,14	19,30±4,69
	Hergün	20,83± 4,35	15,03±3,55	14,77±2,83	21,66±4,54
		p=0,71	p=0,89	p=0,32	p<0,05*
Arkadaş İlişkileri	İyi-Çok iyi	20,19± 4,73	14,71±3,77	14,25±3,09	21,02±4,49
	Orta	22,88±5,35	17,42±3,43	15,75±3,50	19,72±4,67
	Kötü	27,9,21	21,20±3,19	17,08±3,33	20,80±5,40
		vp<0,05*	p<0,05*	p<0,05*	p=0,20
Anneyi Tanımlama	Sinirli	22,23± 6,77	17,45± 4,94	17,23± 3,87	18,69± 3,90
	Neşeli	20,20±4,55	14,85±3,93	14,11±3,09	21,40±4,45
	Sakin	20,31±4,50	15,18±3,62	14,34±2,77	21,09±4,53
	Değişen	20,96±5,51	15,03±3,83	14,63±3,34	20,36±4,57
		p=0,33	p=0,13	p<0,05*	p=0,06

*p<0.05 (t-testi/tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır)

lerin (aritmetik ortalama, standart sapma, minimum, maksimum ve yüzde parametreleri) yanı sıra, Student t-testi, Spearman korelasyon testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya katılan öğrencilerin %78,4'ü kadın, %21,6'sı erkek, yaş ortalaması 20,63±1,94 (18-35) idi. Öğrencilerin bireysel özelliklerinin dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir.

Öğrencilerin sürekli öfke ve öfke ifade tarzı puanları Tablo 2'de gösterilmiştir. Ayrıca, sürekli öfke ile öfke içe vurumu ($rs=0.39$; $p<0.001$) ve öfke dışa vuru-

nuf, aile tipi, anne ve baba eğitim düzeyi, çocukluğunu geçirdiği yer, kaldığı yer, gelir düzeyi, çalışma durumu, akademik başarı düzeyi, sosyal etkinliklere katılma durumu ve babayı tanıma durumu ile öğrencilerin sürekli öfke ve öfke ifade tarzları arasında istatistiksel olarak bir anlamlılık bulunmamıştır. Fakat cinsiyete göre öfke içe ve dışa vurumu; aile yapısına göre öfke içe ve dışa vurumu; sigara kullanımına göre öfke kontrolü; alkol kullanımına göre öfke dışa vurumu ve sürekli öfke; arkadaş ilişkilerine göre sürekli öfke, öfke içe vurumu ve öfke dışa vurumu anneyi tanımlama durumuna göre öfke dışa vurumu arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur (Tablo 3).

TARTIŞMA

Çalışmamızda; öğrencilerin sürekli öfke düzeyi puan ortalaması $20,55 \pm 4,97$, kontrol altına alınmış öfke alt boyutunun puan ortalaması $20,88 \pm 4,52$, dışa vurulmuş öfke alt boyutunun puan ortalaması $14,44 \pm 3,17$, içe vurulmuş öfke alt boyut puan ortalaması ise $15,07 \pm 3,87$ bulunmuştur. Kaya ve ark.'ın çalışmasında elde edilen sonuçlar bizim çalışmamızda ulaşılan sonuçlara oldukça benzer olup, öğrencilerin sürekli öfke düzeyi puan ortalamasının $21,61$ ($SS=5,18$), öfke tarzı ölçeğinin kontrol altına alınmış öfke alt boyutunun puan ortalamasının $21,59$ ($SS=4,73$), dışa vurulmuş öfke alt boyutunun puan ortalamasının $16,68$ ($SS=3,92$), bastırılmış öfke puan ortalamasının $17,74$ ($SS=3,89$) olduğu görülmüştür (16). Çalışmamızda sürekli öfke düzeyi arttıkça, öğrencilerin öfke içe vurumu ve öfke dışa vurumu artmakta ve öfke kontrolü ise azalmaktadır. Öfke dışa vurumu arttıkça ise öğrencilerin öfke kontrolü azalmaktadır. Albayrak ve Kutlu'nun çalışmasında ise 16–18 yaş arası ergenlerin öfke düzeyi arttıkça, öğrencilerin öfke içe vurumu ve öfke dışa vurumunun arttığı, öfke kontrolünün ise azaldığı; öfke dışa vurum düzeyi arttığında da öfke kontrolünün azaldığı tespit edilmiştir (17). Starner ve Peters'in yaptığı çalışmada ise, sürekli öfke ile öfke içe vurumu, öfke dışa vurumu ve öfke kontrolü arasında pozitif anlamlı ilişki bulunmuştur (18). Sürekli öfke arttıkça öğrencilerin öfke içe vurum, öfke dışa vurum ve öfke kontrol düzeylerinde artma saptanmıştır. Öfke dışa vurumu ve öfke içe vurumu ifade tarzları ile öfke kontrolü ifade tarzı arasında ise negatif anlamlı ilişki bulunmuştur. Öfke dışa vurum ve içe vurum düzeyi arttıkça öğrencilerin öfke kontrolü azalmaktadır (19).

Öğrencilerin yaşı ile sürekli öfke ve öfke ifade tarzları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Kaya ve ark.'ın çalışmasında ise öğrencinin yaşı arttıkça kontrol altına alınmış öfke puanlarının düştüğü görülmüştür (16).

Cinsiyet ile sürekli öfke ve öfke ifade tarzları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmış olup erkeklerin içe ve dışa vurulmuş öfke puanları kızlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmaya benzer şekilde Kaya ve ark.'ın çalışmasında, öğrencilerin cinsiyetinin dışa vurulmuş öfke puanlarını istatistiksel anlamlılıkla etkilediği saptanmış

($p<0,05$) ve erkeklerin dışa vurulmuş öfke puanları kızlardan yüksek bulunmuştur (16). Bu çalışmanın aksine Kısaç'ın çalışması, üniversite öğrencilerinin cinsiyetleri ile öfkelerini kontrol etmeleri arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir (19). Yöndem ve Bıçak'ın Eğitim Fakültesi'nde okuyan üniversite öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmalarında; cinsiyete göre öfke kontrolü yönünden her iki cinsiyette benzerlikler gözlenirken, erkeklerin kızlara kıyasla öfke düzeyinin, içe yönelik ve dışa yönelik öfkelerinin anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur (20). Bostancı, Çoban, Tekin ve Özen'in üniversite öğrencileri ile yaptıkları bir diğer çalışmada ise öfke belirtileri yönünden kızlar ve erkekler arasında fark bulunmamıştır (21).

McKinnie-Burney'nin çalışmasında ise, kız öğrencilerin öfke kontrolünde daha yüksek puanlar aldıkları saptanmıştır (22).

Öğrencilerin okudukları bölüm ile sürekli öfke ve öfke ifade tarzları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu çalışmaya benzer şekilde Kaya ve ark.'ın çalışmasında da bölümler arasında sürekli öfke ve öfke ifade tarzı puanları arasında anlamlılık saptanmamıştır (16).

Çalışmamızda, öğrencilerin sınıfları ile sürekli öfke ve öfke ifade tarzları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu çalışmanın aksine Kaya ve ark.'ın çalışmasında öğrencilerin okuldaki sınıfına göre sürekli, kontrol altına alınmış ve dışa vurulmuş öfke puanları arasında istatistiksel anlamlılıklar taşıyan farklar bulunmuş olup, 3. sınıf öğrencilerinin sürekli öfke puanları 1. ve 2. sınıf öğrencilerinden istatistiksel olarak daha yüksek saptanmıştır (16). Yine bu çalışmanın aksine McKinnie-Burney'nin çalışmasında da okunmakta olan sınıf yükseldikçe öğrencilerin öfke kontrolünde daha yüksek puanlar aldıkları gözlenmiştir (22).

Öğrencilerin gelir düzeyleri ile sürekli öfke ve öfke ifade tarzları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu çalışmanın aksine Kaya ve ark.'ın çalışmasında öğrencilerin ekonomik durumunun dışa vurulmuş öfke puanlarını istatistiksel anlamlılıkla etkilediği saptanmış ve gelirinin giderlerini karşıladığını ifade eden öğrencilerin dışa vurulmuş öfke puanları diğer gruptan (gelirinin giderini karşılamadığını ifade edenlerden) yüksek bulunmuştur (16).

Öğrencilerin yetiştikleri aile yapısı ile sürekli öfke ve öfke ifade tarzlarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmuştur; aile yapısını baskıcı otoriter olarak tanımlayan öğrencilerin öfke içe vurum düzeyleri diğer öğrencilere göre yüksek olup, aile yapısı fazlasıyla serbest olan öğrencilerin öfke dışı vurum puanı diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur. Destekleyici, güven verici aile yapısına sahip öğrencilerin ise hem öfke içe vurum hem de öfke dışı vurum puan ortalamaları diğerlerine göre daha düşük bulunmuştur. Albayrak ve Kutlu'nun çalışmasında aile yapısını baskıcı olarak tanımlayan öğrencilerin sürekli öfke ve öfke dışı vurum düzeyleri diğer öğrencilere göre daha yüksek bulunurken, aile yapısını anlayışlı/ilgili olarak değerlendiren öğrencilerin ise öfke içe vurum düzeyi diğer öğrencilere göre daha düşük bulunmuştur (17).

Öğrencilerin çocukluklarını geçirdikleri yer ve kaldıkları yer ile sürekli öfke ve öfke ifade tarzlarına bakıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu çalışmanın aksine Kısaç'ın çalışmasında öğrencilerin yaşamlarının çoğunu geçirdikleri yerleşim merkezleri ile sürekli öfke ve içe yönelik öfke düzeyleri arasında da anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Kısaç'ın yaptığı araştırmada ortalamalara bakıldığında, dört yerleşim merkezi arasında sürekli öfke düzeyi en yüksek olan grubun köyde yaşayanlar, öfkelerini en fazla içinde tutanların ise küçük kentlerde yaşayanlar olduğu görülmüş, yani kırsal kesimlerde yaşayanların kentsel bölgede yaşayanlara kıyasla öfkelerini daha az kontrol ettikleri sonucuna ulaşılmıştır (19).

Çalışmamızda öğrencilerin akademik başarıları ile sürekli öfke ve öfke ifade tarzları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu çalışmanın aksine, Albayrak ve Kutlu'nun çalışmasında okul başarısını "çok iyi" olarak değerlendiren öğrencilerin sürekli öfke ve öfke dışı vurum düzeyleri diğer öğrencilere göre daha düşük, "kötü/çok kötü" olarak değerlendiren öğrencilerin ise öfke kontrol düzeyi diğer öğrencilere göre daha yüksek bulunmuştur. Aynı zamanda çalışmada, akademik puanı "iyi" olan öğrencilerin öfke kontrol düzeyi diğer öğrencilere göre daha yüksek olduğu görülmüştür (17). Campano ve Munakata'nın Filipinli 650 ortaokul öğrencisiyle yaptıkları çalışmada (2004) öğrencilerin öfke düzeyinin yüksek olması ile akademik başarı puanının zayıf olması arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (23).

Öğrencilerin arkadaş ilişkileri ile sürekli öfke ve öfke ifade tarzları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmış olup, arkadaş ilişkilerini "çok iyi-iyi" olarak belirten öğrencilerin sürekli öfke, öfke içe vurum, öfke dışı vurum düzeyi diğer öğrencilere göre daha düşük bulunmuştur. Albayrak ve Kutlu'nun çalışmasında da bu çalışmaya benzer şekilde arkadaş ilişkilerini "çok iyi" olarak belirten öğrencilerin öfke içe vurum düzeyi diğer öğrencilere göre daha düşük bulunmuştur (17). Bu sonuçlar, akranları tarafından onaylanmak bir ergen için önemli olduğundan ergenlerin sırf arkadaşları tarafından dışlanmamak için öfkesini dışı vurmuyor olabileceğini ve ergenlerin saldırgan davranış gösterip göstermemelerinde arkadaş ilişkilerinin önemli bir etken olduğunu düşündürmüştür.

Çalışmamızda; öğrencilerin sigara ve alkol kullanma durumları ile sürekli öfke ve öfke ifade tarzlarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır; her gün sigara kullananların öfke kontrol puan ortalaması diğerlerine göre daha yüksek, alkol kullanmayan öğrencilerin ise sürekli öfke ve öfke dışı vurum puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur. Bu çalışmaya benzer şekilde, Albayrak ve Kutlu'nun çalışmasında alkol kullanan öğrencilerin öfke dışı vurum düzeyi, kullanmayan öğrencilere göre daha yüksek bulunmuştur (17).

Çalışmamızda, öğrencilerin anne ve babalarını tanımlama durumları ile sürekli öfke ve öfke ifade tarzları incelendiğinde, anneyi tanımlamada istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmış, babayı tanımlamada ise anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Annesini sinirli olarak tanımlayan öğrencilerin öfke dışı vurum düzeyleri diğer öğrencilere kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Albayrak ve Kutlu'nun çalışmasında; babasını sinirli olarak tanımlayan öğrencilerin sürekli öfke ve öfke içe vurum düzeyleri diğer öğrencilere göre daha yüksek, babasını neşeli olarak tanımlayan öğrencilerin öfke dışı vurum düzeyleri diğer öğrencilere göre daha düşük, ve babasını sakın olarak tanımlayan öğrencilerin öfke kontrol düzeyleri diğer öğrencilere göre daha yüksek bulunmuştur (17). Bu durum, öğrenilen davranışın önemli olduğunu düşündürmüştür.

SONUÇ

Sonuç olarak, çalışmamızda öğrencilerin öfke kontrol düzeyleri orta düzeyde olup, ilişkisi araştırılan değişkenlerden cinsiyet, aile yapısı, sigara kullanımı, alkol kullanımı, arkadaş ilişkileri ve anneyi tanımlama durumu ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Öfke duygusunun yaşam içinde kaçınılmaz hatta yaşanılması gereken bir duygu olduğunu düşünürsek, öğrencilerin öfke enerjisini olumlu bir şekilde kullanmaları için rehberliğin artırılması gerektiği ve böylece öfke kontrol bozukluğuna bağlı yaşanabilecek birçok olumsuzluktan uzak kalınabileceği düşünülmektedir. Ayrıca öfke alanında daha yeni ve kapsamlı araştırmalar yapılması gerektiği kanaatindeyiz.

ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Bu araştırma sadece bir üniversitenin sağlık bilimleri yüksekokulu öğrencileri üzerinde gerçekleştirilmiştir. Elde edilen sonuçlar genellenemez. Çalışmanın yapılandırılmamış ve self-report ölçeğine dayanarak yapılmış olması ve öfke düzeyi ile ifade tarzını mutlak biçimde etkileyen psikiyatrik bozuklukların incelenmemiş olması da diğer kısıtlılıklarıdır.

KAYNAKLAR

1. Duran O, Eldeleklioğlu J. Öfke kontrol programının 15-18 yaş arası ergenler üzerindeki etkililiğinin araştırılması. *GÜ Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2005;25(3):267-80.
2. Yazgan-İnanç B, Bilgin M, Kılıç-Atıcı M. *Gelişim Psikolojisi: Çocuk ve Ergen Gelişimi*. Adana: Nobel Kitabevi; 2004.
3. Kalogerakis MG. Hostility in adolescence I: genesis, evolution, and therapeutic challenge. *Adolesc Psychiatry*. 2004;28:117-37.
4. Schiraldi GR, Hallmark-Kerr M. *The Anger Management Sourcebook*. ABD: McGraw-Hill Education; 2002.
5. Kaya N, Solmaz Ş. Bir üniversite hastanesinin kulak burn boğaz kliniğinde çalışan hemşirelerin öfke ve öfke ifadesi. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*. 2009;1(2):56-64.
6. Duy B. Bilişsel-davranışçı yaklaşıma dayalı grupla psikolojik danışmanın yalnızlık ve fonksiyonel olmayan tutumlar üzerine etkisi [doktora tezi]. Ankara: Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü; 2003.
7. Şahin NH, Batıgün AD. Lise ve üniversite öğrencilerinde intihar riskini belirlemeye yönelik bir modelin

8. Aştı N, Acar G, Bağcı H, Bağcı İ. Sağlık bakım profesyoneli olarak yetişecek öğrencilerin ruhsal durumları ve yaklaşımlar. *Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2005;15:25-35.
9. Yılmaz E, Yılmaz E, Karaca F. Üniversite öğrencilerinin sosyal destek ve yalnızlık düzeylerinin incelenmesi. *Genel Tıp Derg*. 2008;18(2):71-79.
10. Spielberger CD, Jacobs G, Russel FS, Crane RS. Assessment of anger: the state-trait anger scale. In: Butcher JN, Spielberger CD (ed.), *Advances in Personality Assessment*, vol. 2. Hillsdale, NJ/ABD: Lawrence Erlbaum and Associates; 1983. s. 159-60.
11. Bridewell BW, Change E. Distinguishing between anxiety, depression and hostility: relations to anger-in, anger-out and anger control. *Pers Individ Dif*. 1997;22(4):587-90.
12. Alberti R, Emmons M. *Kendinize Yatırım Yapın: Atıl-ganlık*. İstanbul: Remzi Kitabevi; 2002.
13. Yavuzer H. *Çocuk ve Suç: Ergenlik*. İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi; 1982. s. 161-183.
14. Özer AK. Sürekli Öfke ve Öfke İfadesi Tarzı (öfke tarzı) Ölçekleri ön çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*. 1994;9(31):26-35.
15. Savaşır I, Şahin NH. Bilişsel-Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları (no. 9); 1997. s.71-78.
16. Kaya N, Kaya H, Atar N, Turan N, Eskimez Z, Palloş A, Aktaş A. Hemşirelik ve ebek öğrencilerinin öfke ve yalnızlık özellikleri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2012;9(2):18-26.
17. Albayrak B, Kutlu Y. Ergenlerde öfke ifade tarzı ve ilişkili faktörler. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2009;2(3):57-69.
18. Starner TM, Peters RM. Anger expression and blood pressure in adolescents. *J Sch Nurs*. 2004;20(6):335-42.
19. Kısac İ. Üniversite öğrencilerinin bazı değişkenlere göre sürekli öfke ve öfke ifade düzeyleri [yayımlanmamış doktora tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 1997.
20. Yöndem ZD, Bıçak B. Öğretmen adaylarının öfke düzeyi ve öfke tarzları. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. 2008;5(2):1-15.
21. Bostancı N, Çoban Ş, Tekin Z, Özen A. Üniversite öğrencilerinin cinsiyete göre öfke ifade etme biçimleri. *Kriz Dergisi*. 2006;14(3):9-18.
22. McKinnie-Burney D. An investigation of anger styles in adolescent students. *Negro Educ Rev*. 2006;57(1-2):35-43.
23. Saçar B. İlköğretim sekizinci sınıf öğrencilerinin öfke tepkisiyle arkadaş bağlılığının incelenmesi [yüksek lisans tezi]. Adana: Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2007.

A Case of Acute Inflammatory Polyneuropathy with Atypical Features

Atipik Özellikler Gösteren Akut Enflamatuvar Polinöropatili Bir Olgu

Abstract

A case report with progressive weakness, bilateral facial paralysis and acute motor axonal polyneuropathy demonstrating electrodiagnostic evaluation will be presented. The condition was preceded by diarrhea, flu-like infection, abdominal pain and gastric tenderness; eventually, autonomic manifestation with episodes of visual hallucinations and disordered speech was added. Relation with *Campylobacter jejuni* infection, Lyme disease and porphyria are debated in differential diagnosis. Western-blot tests confirmed Lyme disease, and porphyrin specific test results were found positive.

Key Words: porphyria; acute inflammatory polyneuropathy; Guillain–Barré syndrome; neuroborreliosis

Özet

Bilateral fasiyal paralizi, ilerleyici kas güçsüzlüğü ve elektrofizyolojik değerlendirmede akut motor aksonal polinöropati bulguları gösteren bir olgu sunulmaktadır. Öncesinde karın ağrısı, ishal ve grip benzeri şikayetlere sonrasında otonom anormallikler, görsel halüsinasyon epizotları, konuşma bozukluğu eklendi. *Campylobacter jejuni* enfeksiyonu, Lyme hastalığı ve porfiri ayırıcı tanısı yapıldı. Western-blot testi Lyme hastalığı birlikteliğini doğruladı. Ek olarak porfirine spesifik testler pozitif bulundu.

Anahtar Kelimeler: porfiri; akut enflamatuvar polinöropati; Guillain–Barré syndrome; nöroborrelyoz

Sule Aydin Turkoglu,
Elif Sultan Bolac, Serpil Yildiz,
Nebil Yildiz

Department of Neurology, Abant İzzet
Baysal University Medical Faculty,
Bolu, Turkey

Geliş Tarihi /Received : 14.09.2015
Kabul Tarihi /Accepted: 25.11.2015

Sorumlu Yazar/Corresponding Author
Sule Aydin Turkoglu, MD

Department of Neurology, Abant İzzet
Baysal University Medical Faculty,
14280, Bolu, Turkey
E-mail: suleaydinturkoglu@hotmail.com

INTRODUCTION

Acute inflammatory polyneuropathy (AIP) or Guillain-Barré syndrome (GBS) is an immune-mediated neuropathy characterized by acute weakness with sensory symptoms, autonomic manifestations and albuminocytological dissociation in the cerebrospinal fluid (CSF) (1,2). In the etiology, gastroenteritis due to *C. jejuni* and flu infection were suspected among others. GBS-like manifestations can also be seen in Lyme disease (LD), porphyria, botulism, and diphtheria (3,4).

Neurological signs can be seen in 10-15% of patients with LD (neuroborreliosis) (5). Headache, meningismus, cranial nerve involvement, radiculitis/meningoradiculitis and neuropathy are most frequently seen manifestations of neuroborreliosis (6). The neuropathy of LD may present with AIP symptoms. (7,8).

Porphyrias are infrequently seen diseases arising from deficient enzymatic activities of HEM biosynthesis. Especially in acute intermittent and variegate types, neurological symptoms may occur. In acute intermittent porphyria, there are acute episodes of abdominal pain, tachycardia, extremity and muscle pain, sensory deficit, and weakness of proximal muscles, being more prominent in the upper extremities. In the variegate type, abdominal pain, tachycardia, constipation, vomiting, hypertension, neuropathy, confusion, psychiatric symptoms, bulbar paralysis and dysuria are seen. Hyponatremia can also be seen in both types (9-11).

Here we present a case with extremity weakness, facial diplegia, abdominal pain, autonomic dysfunctions, dysarthria and delirium. LD test and porphyrin-specific test results were positive.

CASE REPORT

A 53-year-old male patient was admitted to our emergency clinic with complaints of widespread weakness and numbness. He was a farmer and had no known disease. One week previously, the patient had diarrhea and flu infection, and four days later he developed severe abdominal pain. He had undergone endoscopy and colonoscopy in another hospital and a diagnosis of gas entrapment was made. There was a tick bite history 3 years previously. In our examination, he was agitated, his voice was hoarse and trembling, and he had shortness of breath. Facial diplegia was found. There was weakness in all extremities (3/5), more prominent in

the right arm (1-2/5). Deep tendon reflexes could not be elicited. His blood examination was normal except Na (128 mmol/L) and CRP (5.51 mg/L). Electromyography revealed markedly decreased amplitudes of motor nerve responses in the lower extremities and mild to moderately delayed distal latencies. Conduction block was not detected. Sensory responses were normal. F responses could be elicited with some delay. These findings made us think of a mainly axonal and motor neuropathy. In his lumbar puncture, CSF pressure was normal, the fluid was clear and devoid of any cells, its protein and albumin concentrations were 45.3 mg/dL and 28.8 mg/dL, respectively. CSF cultures were negative. With ELISA, IgG antibody was positive, IgM antibody was negative for LD. Blood and CSF Western-blot tests showed IgG positivity. *C. jejuni* could not be isolated from the stool culture. After two days of Ceftriaxone treatment (2 g. BID), weakness became more prominent in the right upper and lower extremities. His facial diplegia deteriorated, sweating attacks and constipation worsened. Eventually, his orientation became worse, visual hallucinations and slurred speech were added. EEGs demonstrated widespread disorganization. In his cranial MRI on T2A, bilateral multiple hyperintense signals on the posterior crura of the internal capsule and cerebral peduncles were detected (figure 1,2). IVIG treatment at a total dose of 2g/kg was given. In his 24-hour urine sample, Coproporphyrin I, coproporphyrin III, and total porphyrins were 92.04 µg/dL (normal range 0-25), 80 µg/dL (0-75), and 196.70 µg/dL (0-150), respectively. For definitive diagnosis, genetic confirmation was required and the patient was referred to a medical genetic consultation for testing PBGD gene activity. After 6 weeks, neuropsychiatric features quickly declined, and he did not need mechanical ventilation. His arm strengths were still about 1-2/5, his legs were at

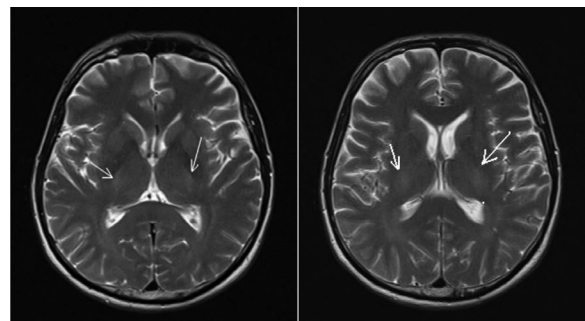


Figure 1: Cranial MRI. T2-weighted axial sections, hyperintense signals, on the posterior crura of the internal capsule bilaterally and cerebral peduncles.

(2-3/5). He was transferred to the Physical Treatment and Rehabilitation clinic.

DISCUSSION

In our case, LD and porphyria diagnoses were suggested because of acute motor neuropathy (AMN) with abdominal pain, autonomic dysfunction, and neuropsychiatric manifestations (12,13). Facial diplegia can be seen in both of these diseases, too (14). Because of preceding abdominal pain and diarrhea, *C. jejuni* infection-triggered acute motor axonal neuropathy (AMAN) was also another possibility.

In the literature, hallucinations, sleep disorders, depressive symptoms, and speech disorders have been described both in LD and porphyria (9,15). Hyponatremia, which was seen in our case as well, was thought to be responsible for neuropsychiatric findings both in LD and porphyria, secondary to inappropriate ADH syndrome in two reports (9,16). IVIG therapy may also cause hyponatremia. Since neuropsychiatric manifestations started before initiation of IVIG therapy, we evaluated these findings as being related to the disease itself.

In acute porphyria, characteristically upper extremities and proximal muscle groups are affected at the onset, and typical albuminocytologic dissociation seen in GBS is not expected (11), as was the case in our patient. CSF protein concentration was mildly increased; however, lymphocytosis was not detected. These findings with elevated urine coproporphyrin level made us get closer to the diagnosis of porphyria, but could not eliminate LD.

In porphyria, EMG findings have been described as signs of motor axonal neuropathy without conduction block or marked slowing of conduction velocity, which

was compatible with our case (11,17). LD can have different neuropathic presentations, and GBS/GBS-like syndrome has also been reported with LD (18)

On the 2nd day of ceftriaxone treatment, the patient's confusion deteriorated and episodes of visual hallucinations were increased. These manifestations could be due to the fragmentation of bacteria with antibiotherapy with resultant aggravation of symptoms, like those occurring in spirochete infections (Jarisch-Herxheimer reaction). This reaction has also been reported in LD and can be observed after treatments with amoxicillin and doxycycline (19-21).

In the cranial MR of our patient, on T2A-weighted sequences, increased signal intensity in the corticospinal tract was detected, which is a specific finding of ALS (22). Such an MR finding in LD or porphyria has not been encountered in previous reports. However, there are some cases of AMNs with central demyelination. It was reported that central motor conduction time has been found significantly delayed in three GBS-diagnosed patients with hyperreflexia (23,24). In our case, after follow up for one year, hyperreflexia did not develop, hyperintensity on the posterior crura of the capsula interna decreased in control MR imaging.

Although there was AMN predominantly in the arms, as well as abdominal pain and neuropsychiatric manifestations, we could not establish a definitive diagnosis of porphyria because of inconclusive history, lack of darkening of urine and negative results in genetic tests.

The AMAN variant of GBS is characterized by pure motor involvement, frequently with previous *C. jejuni* infection. The isolation rate of *C. jejuni* from stool culture of these patients ranges from 8% to 50% for 1-3 weeks after diarrhea (25).

Lately, a few cases of changed mental status due to PRES (posterior reversible encephalopathy syndrome) with GBS or hyponatremia have been reported. Many of them had developed after IVIG therapy (26). Hyponatremia has been reported within a range of 26 to 31% of GBS patients. The precise pathogenetic mechanism of hyponatremia in GBS is uncertain. As data about rare findings of GBS have suggested, solely GBS itself may explain all of the features of our patient. Reports about GBS with *C. jejuni* is also supporting this possibility (27).

Although central involvement and change of the sensorium with GBS have not yet been included in the

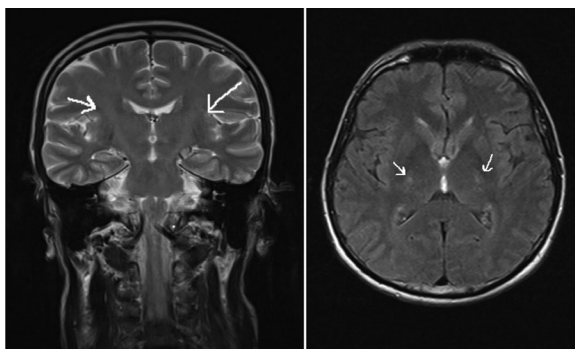


Figure 2: Cranial MRI. T2-weighted coronal and T2-FLAIR axial sections, hyperintense signals, on the posterior crura of the internal capsule bilaterally and cerebral peduncles

absolute criteria, recently, they have been approved for the Bickerstaff encephalitis variant of GBS. Multiple T2 hyperintensities on the posterior leg of the capsula interna and the acute confusional status of our case may give some support for this diagnosis (28,29).

In conclusion, we could not reach an exact diagnosis because of limited laboratory support. However, some rare findings seen with GBS, LD, and porphyria should be kept in mind. Bickerstaff encephalitis can be another possibility if central involvement and/or change in sensorium occur.

REFERENCES

- Rostami AM. Pathogenesis of immune mediated neuropathies. *Pediatr Res.* 1993;33:S90-4.
- Van den Berg B, Walgaard C, Drenthen J, Fokke C, Jacobs BC, van Doorn PA. Guillain-Barré syndrome: pathogenesis, diagnosis, treatment and prognosis. *Nat Rev Neurol.* 2014;10(8):469-82.
- Fokke C, van den Berg B, Drenthen J, Walgaard C, van Doorn PA, Jacobs B.C. Diagnosis of Guillain-Barré syndrome and validation of Brighton criteria. *Brain.* 2014;137(1):33-43.
- Walling AD, Dickson G. Guillain-Barré syndrome. *Am Fam Physician.* 2013;87(3):191-97.
- Ljostad U, Mygland A. Chronic Lyme; diagnostic and therapeutic challenges. *Acta Neurol Scand.* 2013;127(Suppl.196):38-47.
- Topakian R, Stieglbauer K, Nussbaumer K, Aichner FT. Cerebral vasculitis and stroke in Lyme neuroborreliosis. Two case reports and review of current knowledge. *Cerebrovasc Dis.* 2008;26(5):455-61.
- Logigian EL, Steere AC. Clinical and electrophysiologic findings in chronic neuropathy of Lyme disease. *Neurology.* 1992;42(2):303-11.
- Pachner AR, Steere AC. Neurological findings of Lyme disease. *Yale J Biol Med.* 1984;57(4):481-83.
- Sassa S. Modern diagnosis and management of the porphyrias *Br J Haematol.* 2006;135(3):281-92.
- Tasnádi G, Bor M, Pusztai A, Székely E. Acute porphyrias in differential diagnosis. *Orv Hetil.* 2003;144(17):811-18.
- Simon NG, Herkes GK. The neurologic manifestations of the acute porphyrias. *J Clin Neurosci.* 2011;18(9):1147-53.
- Pozo OJ, Marcos J, Fábregat A, Ventura R, Casals G, Aguilera P, et al. Adrenal hormonal imbalance in acute intermittent porphyria patients: results of a case control study. *Orphanet J Rare Dis.* 2014;9:54.
- Kanjwal K, Karabin B, Kanjwal Y, Grubb BP. Postural orthostatic tachycardia syndrome following Lyme disease. *Cardiol J.* 2011;18(1):63-6.
- Lesourd A, Ngo S, Sauvêtre G, Héron F, Levesque H, Marie I. Facial diplegia as the presenting feature of Lyme disease. *Rev Med Interne.* 2015;36(5):352-55.
- Wiszniewska M, Szmaglińska H, Kozubski W. Guillain-Barré syndrome in a course of early cutaneous type of Lyme borreliosis: diagnostic and therapeutic difficulties. *Neurol Neurochir Pol.* 2005;39(5):412-16.
- Shamim EA, Shamim SA, Liss G, Nylen E, Pincus JH, Yepes M. Constipation heralding neuroborreliosis: an atypical tale of 2 patients. *Arch Neurol.* 2005;62(4):671-73.
- Wu CL, Ro LS, Jung SM, Tsai TC, Chu CC, Lyu RK, et al. Clinical presentation and electrophysiological findings of porphyric neuropathies: a follow-up study. *Muscle Nerve.* 2015;51(3):363-69.
- Logigian EL, Steere AC. Clinical and electrophysiologic findings in chronic neuropathy of Lyme disease. *Neurology.* 1992;42(2):303-11.
- Kadam P, Gregory NA, Zelger B, Carlson JA. Delayed onset of the Jarisch-Herxheimer reaction in doxycycline-treated disease: a case report and review of its histopathology and implications for pathogenesis. *Am J Dermatopathol.* 2015;37(6):68-74.
- Maloy AL, Black RD, Segurolo RJ Jr. Lyme disease complicated by the Jarisch-Herxheimer reaction. *J Emerg Med.* 1998;16(3):437-8.
- Karma A, Mikkilä H. Ocular manifestations and treatment of Lyme disease. *Curr Opin Ophthalmol.* 1996;7(3):7-12.
- Kono Y, Sengoku R, Mitsumura H, Bono K, Sakuta K, Yamasaki M, et al. Clinical characteristics associated with corticospinal tract hyperintensity on magnetic resonance imaging in patients with amyotrophic lateral sclerosis. *Clin Neurol Neurosurg.* 2014;127:1-4.
- Oshima Y, Mitsui T, Endo I, Umaki Y, Matsumoto T. Corticospinal tract involvement in a variant of Guillain-Barré syndrome. *Eur Neurol.* 2001;46(1):39-42.
- Katchanov J, Lünemann JD, Masuhr F, Becker D, Ahmadi M, Bösel J, et al. Acute combined central and peripheral inflammatory demyelination. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2004;75(12):1784-86.
- Kuwabara S, Nakata M, Sung JY, Mori M, Kato N, Hattori T, et al. Hyperreflexia in axonal Guillain-Barré syndrome subsequent to *Campylobacter jejuni* enteritis. *J Neurol Sci.* 2002;199(1-2):89-92.
- Banakar BF, Pujar GS, Bhargava A, Khichar S. Guillain-Barré syndrome with posterior reversible encephalopathy syndrome. *J Neurosci Rural Pract.* 2014;5(1):63-65.
- Ramanathan M. Hyponatraemic encephalopathy as the initial presentation of Guillain-Barré syndrome. *Med J Malaysia.* 2008;63(5):426-27.
- Damasceno A, França Jr MC, Pimenta DS, Deus-Silva Ld, Nucci A, Damasceno BP. Bickerstaff's encephalitis, Guillain-Barré syndrome and idiopathic intracranial hypertension: are they related conditions? *Arq Neuropsiquiatr.* 2008;66(3B):744-46.
- Shameem R, Sonpal N, Hamid M, Orsher S, Bhatia N, David M, et al. Bickerstaff's brainstem encephalitis: a rare variant of the anti-GQ1b antibody syndrome. *Practical Neurology.* September/October 2013

Development of Tracheobronchomegaly during Mechanical Ventilation: An Unusual Case Report

Mekanik Ventilasyon Sırasında Gelişen Trakeobronkomegali: Ender Bir Olgu Sunumu

Abstract

Tracheobronchomegaly, first described in 1932 by Mounier–Kuhn, is a well-known clinical and radiological entity characterized by marked weakness of the trachea. It can be congenital or acquired. Some well-known inflammatory and infectious conditions have been associated with the acquired form. Endotracheal intubation can traumatize the trachea and usually results in focal stenosis, but may infrequently cause focal tracheobronchomegaly. It is not clearly understood why some cases result in stenosis and others in dilatation. This study reports the case of a patient whose clinical course was complicated by the development of intrathoracic focal tracheobronchomegaly during mechanical ventilation.

Key Words: mechanical ventilation; Mounier–Kuhn syndrome; tracheobronchomegaly

Özet

Trakeobronkomegali, ilk defa 1932'de Mounier–Kuhn tarafından tarif edilmiş belirgin trakea zayıflığı ile karakterize, konjenital veya kazanılmış olabilen klinik ve radyolojik olarak iyi bilinen bir tablodur. Bazı iyi bilinen enflamasyonlu ve enfeksiyöz durumlar kazanılmış formu ile birlikte olabilmektedir. Endotrakeal entübasyon, trakeayı travmatize edebilmekte ve genellikle fokal darlık ile sonuçlanabilmektedir, ancak çok seyrek olarak fokal trakeobronkomegaliye sebep olabilmektedir. Bazı olgularda darlık veya dilatasyonun niye olduğu açıkça anlaşılamamıştır. Biz, mekanik ventilasyon sırasında klinik seyri komplike hale gelmiş olan bir intratorasik fokal trakeobronkomegali olgusu sunuyoruz.

Anahtar Kelimeler: mekanik ventilasyon; Mounier–Kuhn sendromu; trakeobronkomegali

Faruk Cicekci

Anesthesiology, Department of Anesthesiology, Konya Numune Hospital, Konya, Turkey

Geliş Tarihi /Received : 18.09.2015
Kabul Tarihi /Accepted: 06.11.2015

Sorumlu Yazar/Corresponding Author
Faruk Cicekci, M.D.

Konya Numune Hospital, Department of Anesthesiology, Yazir Mah. Turgut Ozal Cad. No:3/999 42090
Selcuklu-Konya/Turkey
E-mail: farukcicekci@yahoo.com

INTRODUCTION

Tracheobronchomegaly was first described in 1932 by Mounier-Kuhn, who associated it with radiographic appearances (1). It is characterized by marked dilatation of the trachea. The development of focal tracheobronchomegaly during mechanical ventilation is an extremely rare entity. It is characterized by marked dilatation of the trachea associated with Ehlers-Danlos syndrome, chronic smoking, chronic bronchitis, pulmonary emphysema, cystic fibrosis, multiple chondritis, and pulmonary fibrosis (2). It is always autosomal recessive, but the development of focal tracheobronchomegaly during mechanical ventilation is very rare. Early recognition of the condition may prevent further deterioration.

CASE

A 34-year-old woman was admitted with fever and dyspnea. Radiological and clinical evaluation revealed massive pleural effusion and thickened pleura in the left hemithorax. After obtaining informed consent from the patient's relatives, the patient underwent video-assisted thoracoscopy surgery (VATS) for drainage and obtaining samples. VATS showed that the lung parenchyma was covered with thick fibrin plaques that impeded the inflation of the lung. Thoracotomy was performed to decorticate and re-expand the lung. The first postoperative day was complicated with respiratory insufficiency. A chest radiograph displayed diffuse opacity over the entire right lung, while blood gas analysis revealed hypercarbia and severe hypoxia (pH: 7.26, pCO₂: 56.7 mmHg, pO₂: 38.6 mmHg, HCO₃: 29.2 mEq/L).

The patient's vital signs were noted as follows: blood pressure: 99/44 mmHg, heart rate: 115 beats/min, and O₂ saturation 95%. She was diagnosed with contralateral re-expansion pulmonary edema. She was taken to the intensive care unit, reintubated (endotracheal tube no. 7.5), and mechanically ventilated. Blood gas values were in the normal range throughout the course of ventilation, but the patient was intolerant of extubation. Serial chest radiographs displayed persistent infiltrates in the right lung. On the fifth postoperative day, bronchoscopy was performed by propelling the bronchoscope through

the intubation tube, which revealed normal bronchoscopic findings. Daily chest radiographs were taken and these displayed a minimal but gradually enlarging tracheal lumen, but with the lack of awareness of tracheobronchomegaly, the diagnosis was missed. On the 12th postoperative day, tracheal enlargement was observed because of a huge tracheal air column that was evident on the chest radiogram (Fig.1). The endotracheal tubal pressure was 28 mmHg.

Urgent bronchoscopy was performed by propelling the bronchoscope through the endotracheal tube, but normal bronchoscopic findings were found. Computerized tomography (CT) at that time displayed focal tracheal enlargement at vertebrae C7-T3 (Fig.2). The transverse and sagittal diameters were 7.2 cm and 6.5 cm, respectively (Fig.3). Retrograde examination of the chest radiograms displayed enlargement of the lumen that had become minimally apparent on the third postoperative day, 4 cm above the carina, where there was contact between the cuff of the tube and the tracheal wall. No specific treatment was instituted for the condition. On the 17th day, the patient deteriorated, becoming tachycardic and tachypneic. Hypotension ensued. Cardiotoxic infusion was started. In the following days, the deteriorated vital signs did not normalize. On the 20th day, cardiopulmonary arrest developed and the patient died.

DISCUSSION

Tracheobronchomegaly is a distinct clinical and radiological entity characterized by marked dilation of the trachea. The clinical features were described by Mounier-Kuhn. Destruction or atrophy of the elastic tissue and smooth muscle of the trachea is a dominant pathological finding (2), with an incidence of about 1/500 (3). The disease predominantly occurs in men in their third and fourth decades of life (4).

The pathogenesis of tracheobronchomegaly is multifactorial and complicated. It can be congenital or acquired. The congenital form is frequently diffuse in character and may be associated with connective tissue disorders such as Mounier-Kuhn or Ehlers-Danlos syndrome (5,6).

The acquired form of tracheobronchomegaly is rare, and is usually seen after a number of inflam-



Figure 1: Chest radiogram on the 12th day showing enormous dilatation of the trachea.

matory and infectious conditions. Chronic cigarette smoking, chronic bronchitis, emphysema, cystic fibrosis, severe upper lobe fibrosis, and relapsing polychondritis may result in focal tracheobronchomegaly (3,7). In this case, no other associated comorbid conditions were present (diabetes, hypertension, hyperlipidemia, or immunosuppression) (8).

Endotracheal intubation by either the nasal or the oral route may result in trauma to the tracheal wall. Impaired blood supply, pressure necrosis, infection, friction of the tube, and dried tracheal mucosa are some known disadvantages of endotracheal intubation (7). The incidence of tracheal trauma following tracheal intubation ranges from 6% to 21%. Tracheal trauma mostly occurs around the cuff of the tube. When the tube cuff pressure is higher than the venous pressure, circulation ceases and ischemia ensues. Prolonged ischemia progresses to necrosis of the mucosa and cartilaginous rings. Healing usually occurs with granulation. Stenosis of the tracheal lumen, tracheomalacia, and fistula formation are some commonly encountered late complications of endotracheal intubation (9).

Tracheobronchomegaly is diagnosed when the transverse diameter of the trachea is greater than normal, exceeding 25 mm and 21 mm in men and women, respectively. The internal transverse diameter of the trachea is measured 2 cm above the top of the aortic arch on posterior anterior chest radiographs (10). Normally, the transverse diameter is 13–25 mm in men and 10–21 mm in women (11). In this report, chest CT revealed the transverse diameter to be 7.2 cm and the sagittal diameter 6.5 cm. (Fig.3).

An enlarged tracheal shadow on a standard chest

radiogram raises the suspicion of tracheobronchomegaly. CT is the gold standard in establishing the diagnosis (12).

The clinical manifestations of tracheobronchomegaly are nonspecific (7). The clinical course ranges from asymptomatic status to severe disability. Symptoms include severe cough and chronic respiratory infections (2). The weakness of the trachea is believed to result in inefficient cough. Diminished clearing of secretions leads to recurrent bronchopulmonary infections (2,10). A pulmonary function test reveals increased residual volume and obstruction (2,7).

Preventive measures are important to inhibit the deterioration of the patient's condition. Physiotherapy to assist in clearing secretions and appropriate antibiotics during infectious exacerbations are the cornerstones of treatment. Surgery has no role in the diffuse forms of the condition, but tracheal stenting may be useful in advanced cases (2). Resection of diseased segment and end-to-end anastomosis in focal forms can be an alternative to the conservative approach (9).

The case presented here is noteworthy in several respects. First, it is thought to be the first reported case of tracheobronchomegaly that developed and was diagnosed during mechanical ventilation. A few cases of tracheobronchomegaly associated with endotracheal intubation have been reported in the literature, (8,11,13,14), but these patients were sometimes diagnosed after discharge and presented with respiratory complaints.

Normal chest radiographs preoperatively and in the first 3 days of the postoperative period suggested that tracheal enlargement developed after endotracheal intubation. Retrograde examination of chest radiographs showed that the emerging point of the enlargement site was 4 cm above the carina, where there was contact between the cuff of the tube and the tracheal mucosa. Due to a lack of awareness of the condition, the diagnosis was missed even though several chest radiograph scans were taken, all of which revealed the development and progression of tracheobronchomegaly. Evaluation of chest radiographs by a radiologist might be helpful for early recognition.

Early observation of the condition might prevent further deterioration. Mechanical ventilation and antibiotic prophylaxis might mask the signs and symp-

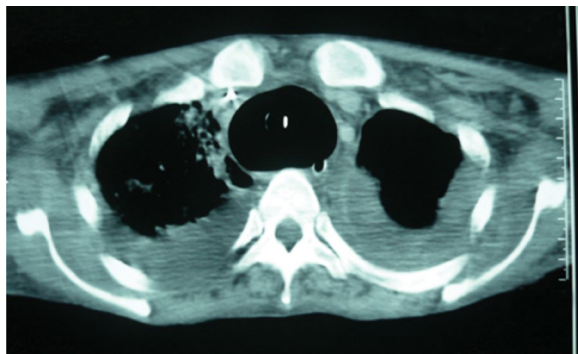


Figure 2: CT scan revealing a posteroanterior tracheal diameter of 6 cm at the level of the second thoracic vertebra; the normal trachea at the same level is about 2.5 cm.

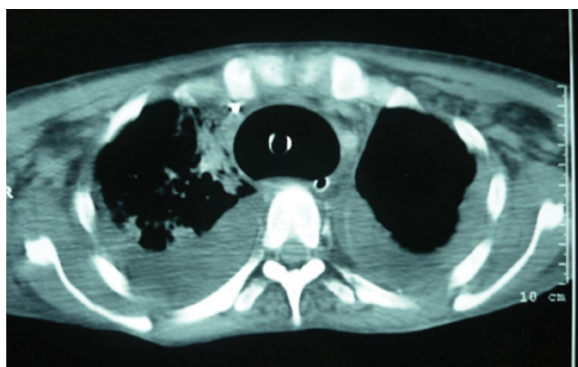


Figure 3: CT scan confirms marked enlargement of the trachea, displacement of the oesophagus, and marked parenchymal infiltrates.

toms and impede early recognition. Bronchoscopy was performed via propagation in the endobronchial tube, but the appearance of the tracheal wall beneath the endobronchial tube lumen might be imperceptible to clinicians.

Endotracheal intubation can traumatize the trachea; this usually results in focal stenosis, but very infrequently may cause focal tracheobronchomegaly. It is not known why some cases result in stenosis and others in tracheobronchomegaly. It is supposed that when trauma or inflammation is restricted to the tracheal mucosa, healing usually occurs with granulation tissue formation and is associated with narrowing of the lumen. However, if trauma is prolonged and exaggerated, as in this case, destruction of the entire tracheal wall and peritracheal tissues might be inevitable. Here, the insult resulted in the loss of structural integrity of the tracheal wall and the formation of focal tracheobronchomegaly.

It is believed that recognition of this condition provides the opportunity of early diagnosis for many

diseases including radiological signs of tracheobronchomegaly in hospitalized patients in the intensive care unit.

REFERENCES

1. Mounier-Kuhn P. Dilatation de la trachée: constatation radiographiques et bronchoscopiques. *Lyon Médicale*. 1932;150:106-109.
2. Menon B, Aggarwal B, Iqbal A. Mounier-Kuhn syndrome: report of 8 cases of tracheobronchomegaly with associated complications. *South Med J*. 2008;101(1):83-87.
3. Katz I, Levine M, Herman P. Tracheobronchomegaly: the Mounier-Kuhn syndrome. *Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med*. 1962;88:1084-1094.
4. Benesch M, Eber E, Pflieger A, Zach MS. Recurrent lower respiratory tract infections in a 14-year-old boy with tracheobronchomegaly (Mounier-Kuhn syndrome). *Pediatr Pulmonol*. 2000;29(6):476-79.
5. Huete-Garin A, Sagel SS. Mediastinum. In: Lee JKT, Sagel SS, Stanley RJ, Heiken JP (eds.), *Computed Body Tomography with MRI correlation*, 4th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p. 311-410.
6. Fortuna FP, Irion K, Wink C, Boemo JL. Mounier-Kuhn syndrome. *J Bras Pneumol*. 2006;32(2):180-83.
7. Foist JH, Johnson TH, Wilson AJ. Acquired tracheomalacia: etiology and differential diagnosis. *Chest*. 1975;68(3):340-44.
8. Jaiswal AK, Munjal S, Singla R, Jain V, Behera D. A 46-year-old man with tracheomegaly, tracheal diverticulosis, and bronchiectasis: Mounier-Kuhn syndrome. *Lung India*. *Chest*. 2012;29(2):176-78.
9. Grillo HC, Donahue DM, Mathisen DJ, Wain JC, Wright CD. Postintubation tracheal stenosis. Treatment and results. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 1995;109(3):486-93.
10. Woodring JH, Barret PA, Rehm SR, Nurenberg P. Acquired tracheomegaly in adults as a complication of diffuse pulmonary fibrosis. *AJR Am J Roentgenol*. 1989;152(4):743-47.
11. Kim MY, Kim EJ, Min BW, Ban JS, Lee SK, Lee JH. Anesthetic experience of a patient with tracheomegaly: a case report. *Korean J Anesthesiol*. 2010;58(2):197-201.
12. Villani PC, Ambrosi F, Grimaldi F. The Mounier-Kuhn syndrome (tracheobronchomegaly). The diagnostic role of computed tomography. *Radiol Med*. 1995;90(3):313-16.
13. Ghanei M, Peyman M, Aslani J, Zamel Noe. Mounier-Kuhn syndrome: a rare cause of severe bronchial dilatation with normal pulmonary function test: a case report. *Respir Med*. 2007;101(8):1836-39.
14. Celik B, Bilgin S, Yuksel C. Mounier-Kuhn Syndrome: A rare cause of bronchial dilation. *Tex Heart Inst J*. 2011;38(2):194-96.

Primer Parotis Tüberkülozu: Olgu Sunumu

Primary Parotid Tuberculosis: A Case Report

Özet

Primer tüberküloz enfeksiyonu en sık akciğerler, kemik, meninks ve lenf nodu tutulumu ile karşımıza çıkar. Nadir olmakla birlikte primer parotis tüberkülozu parotis kitlesi olarak karşımıza çıkmaktadır. Tanısı ince iğne aspirasyon biyopsisi ile konulabilir. Tanı konulamayan vakalarda parotidektomi sonrası patolojik piyesin incelenmesi ile "kazeifikasyon nekrozu ve granüloamatöz iltihap" görülmesi primer parotis tüberkülozunu düşündürmektedir. Bu yazıda sağ primer parotis tüberküloz enfeksiyonu olan bir olgu literatür verileri eşliğinde sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: parotis bezi; tüberküloz; neoplazi

Abstract

Primary tuberculosis infection mostly involve the lungs, bones, meninx and lymph nodes. The diagnosis can be made by fine-needle aspiration biopsy. The "caseification necrosis and granulomatous inflammation" revealed by the histopathological examination of the specimen following the parotidectomy indicates primary parotid gland tuberculosis in the cases in which the diagnosis cannot be made by fine-needle aspiration biopsy. In this article, we discuss a case with primary tuberculosis infection in the right parotid gland in the light of the relevant literature.

Key Words: parotid gland; tuberculosis; neoplasia

Yusuf Muhammed Durna¹,
Mahmut Noberi¹, Özgür Yiğit¹,
Kemal Behzatoğlu²

¹ İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği, İstanbul

² İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul

Geliş Tarihi /Received : 25.11.2015
Kabul Tarihi /Accepted: 03.12.2015

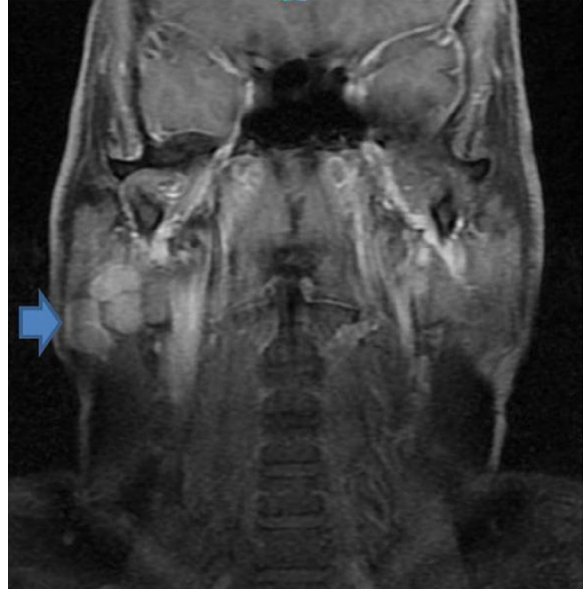
Sorumlu Yazar/Corresponding Author
Yusuf Muhammed Durna
İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Org. Abdurrahman Nafiz Gurman Cad.
17 PK. 34098 Fatih-İstanbul Türkiye
E-mail: yusufmdkbb@gmail.com

GİRİŞ

Parotis kitleleri içinde nadir de olsa primer parotis tüberkülozu ile karşılaşmaktayız. Parenkimatöz tüberküloz nadir görülmekle birlikte perikapsüler lenf nodlarının tutulumu daha sıktır (1). Tükrük bezi tüberkülozu olgularının %75'i parotiste, %25'i ise submandibular bezde görülmektedir (2). Tüberküloz parotis olgularında günümüzde en sık etken *Mycobacterium tuberculosis*'tir (3). Biz bu yazıda dört yıl içerisinde yavaş büyüyen, sağ parotis kitlesi ile başvuran olgumuzu literatür verileri eşliğinde sunmayı amaçladık.

OLGU SUNUMU

Otuz iki yaşında erkek hasta, yaklaşık 4 yıl önce sağ kulak altında fındık büyüklüğünde fark ettiği şişlik nedeniyle başvurduğu merkezde medikal tedavi almış. Kontrollerine gitmeyen hasta, 6 ay önce şişlikte artma olması üzerine kliniğimize başvurdu. Hastanın yapılan muayenesinde sağ mandibula açısı hizasında yaklaşık 3x2 cm boyutunda, palpasyonla orta sertlikte, ağrısız mobil kitle saptandı. Gece terlemesi, halsizlik, ateş şikayetleri olmayan hastanın çekilen manyetik rezonans görüntülerinde (MR), koronal kesitlerde sağ parotis gland kaudal komşuluğunda büyüklükleri 17 mm olan çok sayıda sferik görünümde yağlı hilusları kaybolmuş lenfadenomegaliler izlendi (Şekil 1). Kliniğimizde yapılan görüntüleme eşliğindeki ince iğne aspirasyon biyopsisi sonucunun "granülom benzeri yapılar ve monoton görümlü küçük lenfoid hücreler" olarak raporlanması sonrası hastada tüberküloz veya tularemi olabileceği düşünülerek PPD testi, balgam kültürü, QuantiFERON testi ve tularemi serolojisi istendi. Negatif gelen testler sonrası cerrahi kararı verildi. Hastaya, genel anestezi altında sağ modifiye Blair insizyonu ile parsiyel süperfisyal parotidektomi yapıldı. Patoloji sonucu "lenf nodlarında nekrotizan granülomatöz lenfadenit ve parotis dokusunda nekrotizan granülomatöz parotit" olarak raporlandı (Şekil 2, 3, 4). Patoloji piyesinde polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) ile tüberküloz tanısı desteklendi. Hastanın öyküsünde 17 yaşında iken, aynı evde yaşayan dedesinin akciğer tüberkülozu nedeniyle medikal tedavi aldığı belirlendi. Enfeksiyon ve göğüs hastalıkları kliniği ile konsülte edilerek, hastada izoniazit, rifampisin, etambutol ve pirazinamid tedavisine başlandı. Tedavisi son-

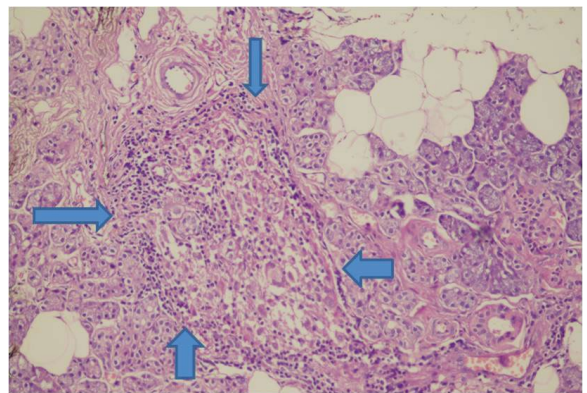


Şekil 1. Kontrastlı boyun MR koronal kesitlerde, sağ parotis kuyruğu yerleşimli, büyüklükleri 17 mm olan, çok sayıda sferik, yağlı hilusları kaybolmuş lenfadenomegaliler gözlenmektedir (ok).

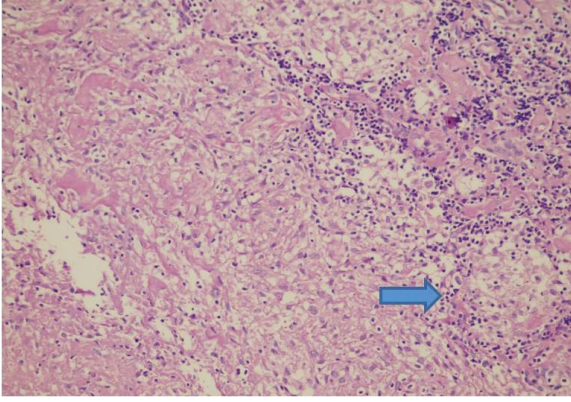
rası kontrol testlerinde özellik saptanmayan hastanın postoperatif 2. yıl takibi devam etmektedir.

TARTIŞMA

Parotis bezi kitlelerinin %2-10'unu tüberküloz oluşturmaktadır. Tüberküloz enfeksiyonu tükrük bezlerinde en sık parotis bezinde parotis bezi içi lenf nodlarının tutulumu ile ortaya çıkmaktadır. Parotis bezi tutulumu oral kaviteden Stenon kanalı yolu ile olabileceği gibi, primer akciğer tüberkülozundan hematojen veya lenfojen yolla da olabilir (4-5). Hastanın preoperatif çekilen akciğer grafisinde aktif tüberküloz odağı ve tüberküloz sekeli gözlenmedi.



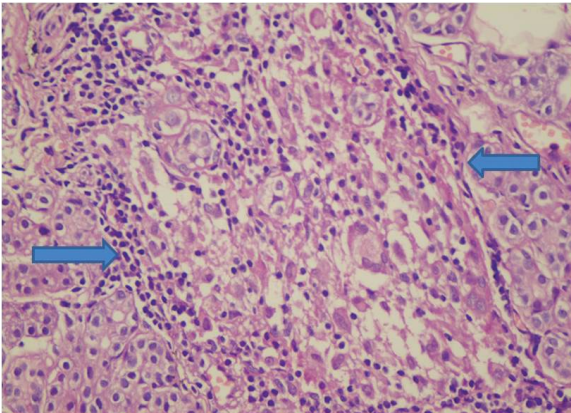
Şekil 2. Parotis bezi asinüsleri arasında dev hücreler içeren granülom yapısı (ok) (Hematoksilen ve eozin boyama x200).



Şekil 4: Ortası nekrotik büyük bir granulom yapısı (ok) (Hematoxylin ve eozin boyama x200).

Tüberküloz primer olarak en sık akciğerleri tutar, ayrıca kemik, meninks, böbrek ve lenf nodu tutulumu ile de karşımıza çıkabilir. Primer parotis tüberkülozunda özgül semptom ve bulguların nadir olması nedeniyle parotis neoplazmlarından ayırıcı tanısı zordur (6,7). Genellikle yavaş büyüyen ağrısız parotis kitlesi şeklinde görülür. Bizim olgumuzda semptomların olmayışı ve yavaş progresyon göstermesi literatür verileri ile uyumludur (4-7).

Primer parotis tüberkülozu tanısında ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi, MR görüntüleme teknikleri yetersizdir. Tanı genellikle postoperatif patolojik piyesin histopatolojik olarak incelenmesi ve PCR ile konur. Preoperatif yapılan ince iğne aspirasyon biyopsisinin tanıda önemli olduğunu belirten veriler mevcuttur (7-9). Olgumuzda görüntüleme eşliğinde yapılan ince iğne aspirasyon biyopsisi raporunda belirtilen “granülom benzeri alanlar” tanısız olarak yeterli



Şekil 3. Parotis bezi asinüsleri yapıları arasında granulom yapısı (ok) (Hematoxylin ve eozin boyama x300).

olmadığı için genel anestezi altında sağ parsiyel süperfişyal parotidektomi uygulandı. Dandabat ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada parotis bezi kitlelerinin ayırıcı tanısında kesin tanının eksizyonel biyopsi ile konulabileceği belirtilmiştir (10). Olgumuzda PPD testi negatifliği ve tüberküloz basilinin mikroskopik olarak gösterilememesi nedeniyle PCR ile parotis tüberkülozu tanısı desteklenmiştir. Tüberküloz enfeksiyonlarının endemik olduğu ve BCG aşısının rutin uygulandığı bölgelerde PPD testinin negatif olabileceği bildirilmiştir (11). Son yıllarda Dünya Sağlık Örgütü tüberküloz enfeksiyonlarının tanısında PCR kullanımını önermektedir. Özgüllük ve duyarlılığının %90'ın üzerinde olması ve kısa sürede sonuç elde edilmesi nedeniyle tüberküloz enfeksiyonunun tanısında önemli avantajları olduğu bildirilmiştir (12).

Parotis tüberkülozu olgularında altı aylık antitüberküloz tedavisinin etkili olduğu bildirilmiştir (9). Literatürde tedavinin şekline hastalığın ne kadar yayıldığına göre karar verilmesi gerektiğini belirten veriler de mevcuttur (13). Bu çalışmada bildirdiğimiz hastaya, primer parotis tüberkülozu tanısıyla altı aylık ilave medikal tedavi uygulandı. Hastanın tedavi sonrası iki yıllık takibi hastaliksız olarak devam etmektedir.

SONUÇ

Yavaş progresyon gösteren parotis bezi kitlelerinin ayırıcı tanısında, özellikle geçirilmiş tüberküloz enfeksiyonu veya aktif akciğer tüberkülozlu olgularla yakın temas öyküsü varlığında parotis tüberkülozu da düşünülmelidir.

KAYNAKLAR

1. Sethi A, Sareen D, Sabherwal A, Malhotra V. Primary parotid tuberculosis: varied clinical presentations. *Oral Dis.* 2006;12(2):213-15.
2. Yalcın Ş, Celik O, Celik P, Yanık H, İnan E, Ağaoglu A. Tuberculosis of the parotid gland. *Turk J Med Sci.* 1995;23:313-16.
3. Süoğlu Y, Erdamar B, Çölhan İ, et al. Tuberculosis of the parotid gland. *J Laryngol Otol.* 1998;112(6):588-91.
4. Ozcan C, Apa DD, Aslan G, Gülhan S, Görür K. Mycobacterium tuberculosis infection within parotid gland Warthin tumor. *J Craniofac Surg.* 2008;19(6):1561-65.
5. Oktay MF, Aşkar I, Yildirim M, Topçu I, Meriç F. Tuberculous parotitis: a review of seven cases. *Kulak Burun*

- Bogaz Ihtis Derg. 2007;17(5):272-77.
6. Handa U, Kumar S, Punia RS, Mohan B, Abrol R, Saini V. Tuberculous parotitis: a series of five cases diagnosed on fine needle aspiration cytology. *J Laryngol Otol.* 2001;115(3):235-37.
 7. Dangore-Khasbage S, Bhowate RR, Degwekar SS, Bhake AS, Lohe VK. Tuberculosis of parotid gland: a rare clinical entity. *Pediatr Dent.* 2015;37(1):70-74.
 8. Bhargava S, Watmough DJ, Chisti FA, et al. Case report: tuberculosis of the parotid gland--diagnosis by CT. *Br J Radiol.* 1996;69(828):1181-83.
 9. Thakur J, Thakur A, Mohindroo N, Mohindroo S, Sharma D. Bilateral parotid tuberculosis. *J Glob Infect Dis.* 2011;3(3):296-99.
 10. Dandabat MC, Misha BM, Dash SB. Peripheral lymph node tuberculosis: a review of 80 cases. *Br J Surg.* 1990;77(8):911-12.
 11. Biraro IA, Egesa M, Kimuda S, Smith SG, Toulza F, Levin J, et al. Effect of isoniazid preventive therapy on immune responses to mycobacterium tuberculosis: an open label randomised, controlled, exploratory study. *BMC Infect Dis.* 2015;15:438.
 12. Boehme CC, Nabeta P, Hillemann D, Nicol MP, Shenai S, Krapp F, et al. Rapid molecular detection of tuberculosis and rifampin resistance. *N Engl J Med.* 2010;363:1005-15.
 13. Touiheme N, Kettani M, Messary A. Primary tuberculosis of the parotid gland: report of two cases. *Pan Afr Med J.* 2014;18:237.

Mediastinal Bronchogenic Cysts: Case Series

Mediastinal Bronkojenik Kistler: Olgu Serisi

Abstract

Mediastinal bronchogenic cysts are uncommon and mostly asymptomatic. The diagnosis can be made by computed tomography (CT), and the treatment is surgical resection. In this case series, we present four cases of patients with mediastinal bronchogenic cysts who were treated with surgical resection.

Key Words: mediastinum; bronchogenic cyst; thoracotomy

Özet

Mediastinal bronkojenik kistler nadir görülmekte olup çoğu asemptomatiktir. Tanı için bilgisayarlı tomografi faydalı olup tedaviyi cerrahi rezeksiyon oluşturur. Bu olgu serisinde cerrahi rezeksiyon ile tedavi ettiğimiz dört mediastinal bronkojenik kist vakasını sunmaktayız.

Anahtar Kelimeler: mediasten; bronkojenik kist; torakotomi

Moaath Alsmady¹, Tamador Shamaileh¹,
Neyaf Almajali¹, Mohammad Aladaileh¹,
Orhan Alimoglu²

¹ The University of Jordan, Medical Faculty,
Department of General Surgery, Amman,
Jordan.

² Visiting professor at the University of
Jordan.

Geliş Tarihi /Received : 25.11.2015
Kabul Tarihi /Accepted: 03.12.2015

Sorumlu Yazar/Corresponding Author
Tamador Shamaileh
E-mail: tamadorshamaileh@yahoo.com

INTRODUCTION

Bronchogenic cysts are uncommon lesions of the mediastinum, originating from an abnormal budding in the tracheobronchial tree. Histopathologically, these lesions contain one or more of the tissues that are normally found in the trachea or bronchi. Most of these cysts are located in the mediastinum, while others may be seen in the lung parenchyma, cervical area, abdomen, and skin. With the increasing use of medical imaging procedures, the detection of bronchogenic cysts has also increased recently, and they can be seen in both children and adults (1,2).

The clinical manifestations of these lesions may vary widely, and some of them may be asymptomatic. The treatment of choice is complete surgical resection due to the risk of malignant transformation, cyst infection and progressive growth (3,4). The aim of this article is to present our experience with mediastinal bronchogenic cysts.

CASE PRESENTATION

We present four patients, two females and two males, with ages ranging from 3 months to 52 years. The patients presented with various clinical manifestations including chest pain, shortness of breath, dysphagia, and pericarditis. The infant patient presented with respiratory distress and dextroposition. All of them were diagnosed with a posterior mediastinal cyst by CT, with the size ranging from 2 to 7 cm (Figure 1). The infant patient underwent further medical examination to determine the cause of her symptoms. Bronchoscopy and the barium swallow test revealed no communication with the tracheobronchial tree or oesophagus respectively, and echocardiography showed dextroposition.

The cysts were removed in all of the patients by right posterolateral thoracotomy. One of the patients presented with chest pain one year later, and a diagnosis of recurrence was made by CT. Due to the progressive enlargement of the cyst with the accompanying symptoms of chest pain and dysphagia, the patient underwent a second surgical operation, a left lateral thoracotomy, for the removal of the cyst. The histopathological examinations revealed bronchogenic cysts in all of the patients.

DISCUSSION

Cystic lesions of the mediastinum are relatively uncommon; they constitute about 12–18% of all mediastinal lesions, with the bronchogenic cysts being the most common (5,6). However, the true incidence of bronchogenic cysts cannot be determined as they are mostly asymptomatic (7).

Jiang et al reported cases of bronchogenic cysts that were mostly asymptomatic in adults and symptomatic in children. This could be attributed to the relatively smaller intrathoracic volume in children that is not large enough for such lesions to develop asymptotically (4). Aktogu has suggested that even the asymptomatic cysts will eventually become symptomatic (1). Bronchogenic cysts commonly present with cough, chest pain, and hemoptysis (1,4,8). But it can also present with various life threatening conditions such as superior vena cava syndrome, pneumothorax (1), or obstructive emphysema (9).

In the absence of specific symptoms, it might be difficult to make a diagnosis of bronchogenic cyst. The X-ray imaging can be used initially to elucidate the cause of the symptoms, but it is considered as a poor diagnostic tool (5). Aktogu et al reported 30 cases of bronchogenic cysts in which the cysts failed to be detected on the chest X-rays (1). CT, on the other hand, can assist with the assessment of the site, size and degree of compression of the vital structures in the mediastinum (10) and reveal the typical features of a benign cystic lesion (1). Though it provides a differential, rather than the final, diagnosis of bronchogenic cyst, CT is recommended as the diagnostic imaging modality of choice in the evaluation of mediastinal lesions (2).

MRI can be superior to CT in differentiating a cystic lesion from a solid lesion. The use of PET scanning has been reported in some studies, but its role in the evaluation of bronchogenic cysts has not been thoroughly assessed (8). Although it is not necessary to obtain a histopathological confirmation prior to cyst excision, Carter et al have recommended the use of tissue biopsy as the next diagnostic step when the diagnosis cannot be made by CT, rather than the use of MRI or PET scanning. This can be achieved by CT guidance, VATS, mediastinotomy or open surgical techniques (2).

Table 1. Demographic data of the patients.

Age	Gender	Size	Site	Treatment	Results
45 years	M	7 cm	Posterior mediastinum	Thoracotomy	No recurrence
40 years	M	4.5 cm	Posterior mediastinum	Thoracotomy	Recurrence
3 months	F	2 cm	Posterior mediastinum	Thoracotomy	No recurrence
51 years	F	3 cm	Posterior mediastinum	Thoracotomy	No recurrence

The treatment of symptomatic bronchogenic cysts with surgical excision is an obvious decision. Nevertheless, the treatment of asymptomatic cysts is a controversial issue. Aktogu et al have suggested that conservative treatment play no role, given the fact that all of the bronchogenic cysts will eventually become symptomatic with the possibility of causing life threatening complications. In addition to this, intraoperative complications are more likely to occur with symptomatic bronchogenic cysts (1).

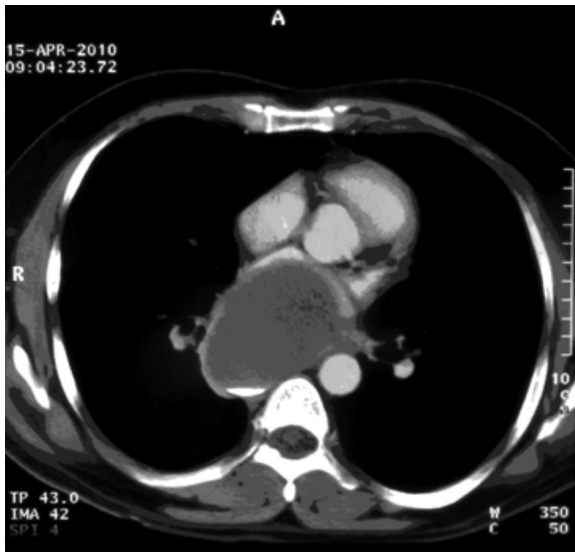


Figure 1. CT scan demonstrate a 7 cm bronchogenic cyst in the posterior mediastinum

Surgical options vary from thoracotomy to less invasive procedures including thoracoscopy, transbronchial aspiration, and robotic surgery. Even though thoracotomy is still preferred by many clinicians, it has many disadvantages such as prolonged hospitalization and musculoskeletal complications, and these may lead to a shift of preference in favor of the less invasive procedures. Upon reviewing the data on 67 patients of which 39 had undergone thoracoscopy due to cystic lesions and 28 thoracotomy, Lau et al reported comparable results regarding operative time. Shorter hos-

pitalization, less need for intensive care, and absence of musculoskeletal complications were observed in the thoracoscopy group. The postoperative complications were comparable in both groups (3).

Minimally invasive surgery has recently been used increasingly for the excision of mediastinal cysts. Lin et al reported the successful thoracoscopic resection of two bronchogenic cysts in the upper mediastinum without postoperative complications (11). With many reports of cases treated successfully, Toker et al reported the resection of a bronchogenic cyst in an 8-year-old patient with robotic surgery (6).

The incidence of recurrence of bronchogenic cysts following the resection is unknown, as most of the reported patients, including ours, are lost to follow-up. In the literature, cases of recurrence as late as 25 years have been reported (7).

In conclusion, mediastinal bronchogenic cyst are uncommon and mostly asymptomatic. The best diagnostic tool is CT, and surgery is the major treatment modality for this entity.

CONFLICT OF INTEREST STATEMENT

The corresponding author and the co-authors declare that there is no conflict of interest.

REFERENCES

1. Aktogu S, Yuncu G, Halilcolar H, Ermete S, Buduneli T. Bronchogenic cysts: clinicopathological presentation and treatment. *Eur Respir J.* 1996;9(10):2017-21.
2. Carter BW, Marom EM, Detterbeck FC. Approaching the patient with an anterior mediastinal mass: a guide for clinicians. *J Thorac Oncol.* 2014;9(9 Suppl 2):S102-9.
3. Lau CT, Leung L, Chan IH, Chung PH, Lan LC, Chan KL, et al. Thoracoscopic resection of congenital cystic lung lesions is associated with better post-operative outcomes. *Pediatr Surg Int.* 2013;29(4):341-45.
4. Jiang JH, Yen SL, Lee SY, Chuang JH. Differences in the distribution and presentation of bronchogenic cysts be-

- tween adults and children. *J Pediatr Surg.* 2015;50(3):399-401.
5. Maturu VN, Dhooria S, Agarwal R. Efficacy and safety of transbronchial needle aspiration in diagnosis and treatment of mediastinal bronchogenic cysts: systematic review of case reports. *J Bronchology Intery Pulmonol.* 2015;22(3):195-203.
 6. Toker A, Ayalp K, Grusina-Ujumaza J, Kaba E. Resection of a bronchogenic cyst in the first decade of life with robotic surgery. *Interact Cardiovasc Thorac Surg.* 2014;19(2):321-23.
 7. Koza Y, Suzuki K, Oh S, Matsunaga T, Tsushima Y, Takamochi K. Single institutional experience with primary mediastinal cysts: clinicopathological study of 108 resected cases. *Ann Thorac Cardiovasc Surg.* 2014;20(5):365-69.
 8. Aydin Y, Ogul H, Turkyilmaz A, Eroglu A. Surgical treatment of mediastinal cysts: report on 29 cases. *Acta Chir Belg.* 2012;112(4):281-86.
 9. Vimala LR, Sathya RK, Lionel AP, Kishore JS, Navamani K. Unilateral obstructive emphysema in infancy due to mediastinal bronchogenic cyst-diagnostic challenge and management. *J Clin Diagn Res.* 2015;9(5):TD03-5.
 10. Pearson JK, Tan GM. Pediatric anterior mediastinal mass: a review article. *Cardiothorac Vasc Anesth.* 2015;19(3):248-54.

Larengotrakeal Rekonstrüksiyonda Kompozit Nazal Septal Kartilaj Kullanımı

Nasal Septal Cartilage Composite Graft Use in Laryngotracheal Reconstruction

Özet

Larengotrakeal rekonstrüksiyon (LTR) baş-boyun cerrahlarının gerçekleştirdiği en zorlu prosedürlerden biri olmaya devam etmektedir. Larengotrakeal stenoz (LTS) vakalarında açık ya da kapalı birçok teknik uygulanmaktayken, larengeal tümörlerde tümörün mikrocerrahiyle çıkarılmasından subtotal larenjektomiye kadar birçok konservatif seçenek mevcuttur. Ancak bu tip hastaların tedavisinde tek bir yöntem yoktur ve cerrahın uygun hastada uygun metodu uygulaması gerekmektedir. Bu yazıda; cerrahi, travma, tümör ya da larengotrakeal stenoz gibi lezyonlarda /defektlerde kompozit nazal septal kıkırdak kullanımı ile ilgili teknik bilgi, endikasyonlar ve deneyimimiz sunulacaktır.

Anahtar Kelimeler: larengeal tümörler; trakeal tümörler; nazal septal kıkırdak grefti; larengotrakeal defekt; lateral rezeksiyon.

Abstract

Laryngotracheal reconstruction still remains as one of the most challenging procedures in otolaryngology practice. A variety of reconstruction materials and methods are used to repair laryngotracheal defects. No single surgical procedure exists that is appropriate for all situations, and the surgeon has to make a choice among these methods. This article describes the technical data on, the indications of, and our experience with the use of composite nasal septal cartilage graft for the reconstruction of laryngotracheal defects.

Key Words: laryngeal tumors; tracheal tumors; nasal septal cartilage graft; laryngotracheal stenosis; lateral resection

Harun Cansız, Murat Yener

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa
Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz
Hastalıkları ABD

Geliş Tarihi /Received : 17.09.2015
Kabul Tarihi /Accepted: 10.11.2015

Sorumlu Yazar/Corresponding Author Murat Yener

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa
Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz
Hastalıkları ABD
Fatih, İstanbul, TÜRKİYE
E-mail: hmuratyener@gmail.com

GİRİŞ

Larengotrakeal rekonstrüksiyon (LTR) baş-boyun cerrahlarının gerçekleştirdiği en zorlu prosedürlerden biri olmaya devam etmektedir. LTR'de genel anlamda amaç (tümörlerde onkolojik prensiplere bağlı kalarak tümörün emniyetli bir şekilde tam rezeksiyonunu sağladıktan sonra); yeterli nazal solunum/trakeotomisiz bir yaşam, iletişim kurmaya yetecek kadar bir ses ve sorunsuz yutma fonksiyonunun sağlanmasıdır. Larengotrakeal stenoz (LTS) vakalarında açık ya da kapalı birçok teknik ve larengeal tümörlerde de tümörün mikrocerahiyle çıkarılmasından subtotal larenjektomiye kadar birçok cerrahi seçenek mevcuttur. Trakeal tümörlerde ise segmenter rezeksiyon + uç uca/primer anastomoz standart metot olarak kullanılmaktadır (1).

LTR'de fonksiyon kaybına yol açmamak için doku kaybına karşı (tümörlerde onkolojik prensiplerden de asla ödün vermeden) azami derecede tutucu davranılmalı ve mevcut dokular en iyi şekilde değerlendirilmelidir. Ancak larenks ve trakeada gerek tümör rezeksiyonu, gerekse stenoz sonrası bölgenin anatomik yapısında meydana gelen bozulma, çoğu zaman lokal dokuların kullanımı yoluyla yeterli bir rekonstrüksiyona imkan vermez, ilave rekonstrüksiyon materyallerine ihtiyaç duyulur. Benzer bir durum larenks ve trakeayı invaze eden avanse tiroit kanseri olgularında olmakta ve rezeksiyon sonrası ortaya çıkan geniş larengotrakeal defektin kapatılışı konusunda karşımıza çıkmaktadır.

Bu amaçla LTR'de günümüze değin priform sinüs mukozası (2, 3), bukkal mukoza, deri (4, 5, 6), adale (7, 8), miyoperiosteal flep (9), auriküler kartilaj (10), kostal kartilaj (11), tiroit kartilaj (12, 13), epiglot (14, 15, 16), hiyoid kemik (17, 18) ve nazal septal kartilaj (NSK) (19) gibi birçok greft ya da flep kullanılmaktadır.

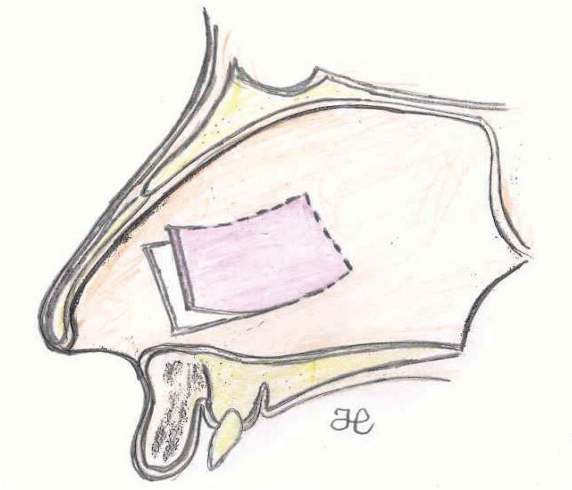
TARİHÇE/Deneysel Çalışmalar

İlk hayvan çalışması 1970'te Drettner ve Lindholm tarafından yapıldı (20). Köpek trakealarında oluşturdukları defekt tamirinde NSK kullandılar; bir yıl sonra trakealar normal büyüklükteydi ve histolojik incelemede mukozada silyalı prizmatik epitele dönüşüm saptanmıştı. Böylece nazal septal kartilajın insan trakeasında kullanılabilirliğini göstermiş oldular. Benzer bir çalışma 1973'te Furstoss ve Toohill tarafından bildirildi (21). 1976'da Toohill ve ark. glottik-subglot-

tik stenoz oluşturdukları hayvanlarda kullandıklarını bildirdiler (22). 1978'de Duncavage ve ark. parsiyel larenjektomili köpeklerde ve 1980'de yarısı radyoterapili 12 hemilarenjektomili hayvanda NSK kullandıklarını bildirdiler (23, 24). Radyoterapili hayvanlara dördüncü haftasında rekonstrüksiyon uygulandı; 3 ila 6 ay sonra hayvanlarda yeterli hava pasajı mevcuttu. Böylece RT görmüş larenkste de NSK yapılabileceği gösterilmiş oldu. 1991'de Bootz ve Reuter ratlarda nazal septum respiratuar membranlarını *rectus abdominis* kasına transplante ederek ve 4 ay sonra silya ve goblet hücre fonksiyonunun korunduğunu göstererek NSK'nin solunum yolu rekonstrüksiyonunda kullanılabilirliğini bildirdiler (25). Son yıllarda LTR'de kök hücre ve organ transplantasyonu ile ilgili umut verici çalışmalar yapılmaktadır (26, 27).

TARİHÇE/Klinik Çalışmalar

Klinikte larengotrakeal stenozlu olgularda ilk kez nazal septal kartilaj kullanımı Wolflingseder tarafından bildirilmiştir; Wolflingseder, 1970'te üç ve daha sonra 1972'de -genişletilmiş raporunda- altı subglottik-trakeal olguda nazal septal kartilaj kullandığını bildirdi (28). Tüm olgularda sonuç mükemmeldi. 1971'de Kleinsassar iki subglottik stenoz olgusunda NSK kullandığını bildirdi (29). 1972'de Krizek ve Kirchner bir subglottik-trakeal stenoz olgusunda NSK kullandığını bildirdi (30). 1973'te Furstos ve Toohill trakea stenozunda (21), 1974'te Strome ve Ferguson bir subglottik-trakeal stenozlu olguda kullandıklarını bildirdiler (31). 1976'da Toohill larengeal stenozda kullandığını rapor etti ve 1981'de toplam 6 olgunun sonuçlarını bildirdi (32). NSK'nin parsiyel larenjektomi rekonstrüksiyonunda ilk kez kullanımı 1981'de Laurian ve Zohar tarafından bildirildi (33). 1983'te Şekercioğlu geniş frontolateral larenjektomide saplı epiglot ile beraber NSK kullandığını bildirdi (34). 1984'te Butcher ve Dunham 12 parsiyel larenjektomi olgusunda (35), 1988'de Zohar ve arkadaşları 29 olguda (36) NSK kullandı; ve 1999'da Smeja ve arkadaşları 460 olgu ile en geniş seriyi bildirdiler (37). Nazal septal kartilaj greftin trakeal tümör cerrahi tedavisinde rekonstrüksiyon amaçlı kullanımı ise ilk defa tarafımızdan gerçekleştirilmiştir (38, 39).



Şekil 1: Mukoperikondrium ekli kompozit kartilaj greft alınımının şematik görüntüsü

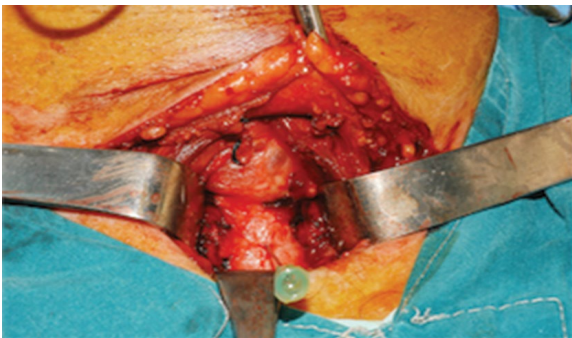
CERRAHİ TEKNİK VE ENDİKASYONLAR

Nazal septal kıkırdak grefti; larenotrakeal stenozlar, cerrahi ya da travma sonrası oluşan larenotrakeal defektler, larengeal tümörler ve trakeal tümörlerde rezeksiyon sonrası rekonstrüsyonda kullanılabilir.

a-Greftin hazırlanması:

Operasyon öncesi saha temizliği yapılırken burun etrafı nazal kavite temizliği de yapılır. Burun gerektiğinde kolayca açılmak üzere ameliyat sahasında kalacak şekilde açık bırakılır. Greft alınma aşamasına kadar steril bir örtü ile kapatılır.

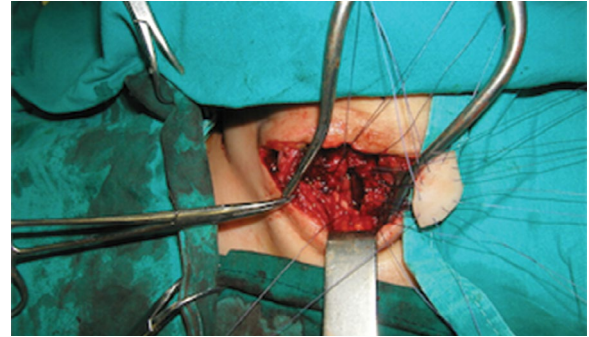
NSK operasyon başında alınmamalı ve alındıktan sonra mümkün olan en kısa zamanda kullanılmalıdır. Lidokain ve epinefrin, nazal greft alınacak tarafta insizyon kenarları boyunca, karşı tarafta ise mukoperikondrium şişirilecek şekilde tüm yüzeye bir dental enjektör ucu kullanılarak enjekte edilir. Karşı taraf mukosa ve perikondriumu sağlam kalacak şekilde post-kolumellar insizyon yapılır ve kartilaj geçilerek karşı



Şekil 2: Stenotik segmentin tayini

taraf mukoperikondriumu bütünlüğünü bozmayacak şekilde eleve edilir. Kolumella ve dorsal bölgede yeterli destek kartilaj bırakacak şekilde mukoperikondrium ekli kompozit kartilaj greft uygun büyüklükte (9-15 cm²) çıkarılır (Şekil 1).

Greft salin solüsyonlu gazlı bez içinde bekletilir. Kullanılacak defekte göre şekillendirilerek hazırlanır. Mukosa lümenine gelecek şekilde yuvarlak iğneli 4-0 Vicryl / absorbe edilebilen polimerik sütürlerle dikilir. Oluşacak nazoseptal defektin tamirine gerek yoktur. Bir gün kalacak şekilde antibiyotikli merhem emdirilmiş tamponlar basınç yapmayacak şekilde yerleştirilebilir veya silikon nazal tamponlar yerleştirilir. Postoperatif nazal kavite için salin solüsyonu ve yumuşatıcı antibiyotikli merhemler kullanılır.



Şekil 3: Septal kartilaj greftin yerleştirilmesi

b-Rekonstrüksiyon:

1-Stenozlarda:

Radyolojik BT, MRI, mümkünse üç boyutlu spiral BT) değerlendirmelerle segmentin seviyesi ve büyüklüğü tayin edilir.

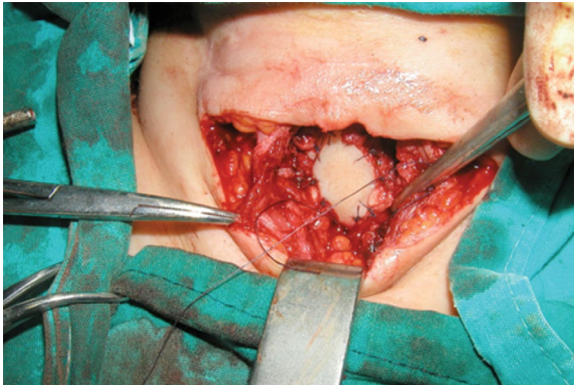
Daha önce müdahale görmemiş, endoskopik yaklaşımla tedavi edilemeyen, açık cerrahi gerektiren olgularda genellikle iki yaklaşım vardır. Ya segmenter rezeksiyon + uç uca anastomoz ya da anterior kesi kompozit kartilajla rekonstrüksiyon yapılır. Bunun için gerekli hazırlıkları takiben cilt ciltaltı geçilerek larenotrakeal skelotonizasyon yapılır. Gerekirse ön duvardan batırılacak bir iğneden yararlanılarak transoral endoskopik yaklaşımla darlık yeri kesin olarak tespit edilebilir (Şekil 2). Daha sonra dar segment üzerine vertikal bir kesi yapılır, yara dudakları sütürle lateralize edilir. Hazırlanan epitelli serbest kartilaj greftle ön duvar rekonstrüksiyonu yapılır (Şekil 3).

Fakat her zaman bu kadar kolay olmaz ve genellikle karşılaşılan lezyonun boyutları özellikle trake-



Şekil 4: Krikoit seviyesinde yapılacak posterior duvar ve her iki yan duvar kesisi (4 kadran kesisi) şematik çizimi

ostomili olgularda radyolojik görünümünden çok daha vahimdir. Genellikle suprastomal granülasyon ve infrastomal trakeomalazi ile birlikte, olay stomanın aşağısında ve yukarısında radyolojik olarak görülenden daha ileri boyuttadır. Cilt insizyonunun vertikal veya horizontal olması tamirde son derece önemlidir. Eğer greft kullanımı ikinci aşamada yapılacaksa lümeni cilde ağzlaştırmak için vertikal insizyon tercih edilebilir. Aynı aşamada kullanılacaksa boyun-cilt flebinin horizontal olarak kaldırılması hem kozmetik defekt hem de yara iyileşmesi, greftin beslenmesi ve enfeksiyona eğilimin azaltılması açısından son derece önem taşır. Orta hatta stenotik segmente vertikal bir insizyon yapılır, mukozayı hırpalamayacak şekilde retraktörlerle lümen açılır. Skar dokusu aşırı rezeksiyondan kaçınılacak şekilde rezeke edilir. Bazen skatris bölgesinde

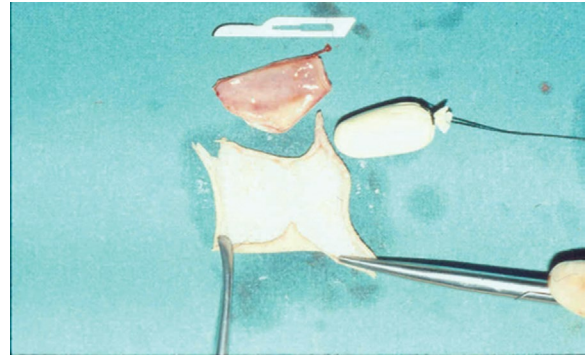


Şekil 5: Mukoza içine gelecek şekilde kartilaj greftin yerleştirilmesi

arka duvara yapılacak vertikal bir insizyon ön tarafa daha fazla alan sağlar. Bu durumu daha efektif hale getirmek için arka duvara greft koyulabileceği gibi, vertikal kesi horizontal suture tekniğiyle ön arka çap artı-

rılabilir. Krikoit seviyesinde yapılacak posterior duvar kesisi hatta her iki yan duvar kesisi de ilave etmek (4 kadran kesisi) gerekebilir (Şekil 4).

Bu şekilde ön ya da arka duvara kartilaj yerleştirilebileceği gibi grefte daha az bir gerilim oluşması da sağlanabilir. Bu aşamada tespit sütürleri ile lümen kenarları laterale ciltaltına tespit edilebilir. Bundan sonra hazırlanan nazal septal greft biçimlendirilir. Mukoza içine gelecek ve trakea mukozası normal silyar aktivitesi ile uyum sağlayacak biçimde yerleştirilir (Şekil 5).

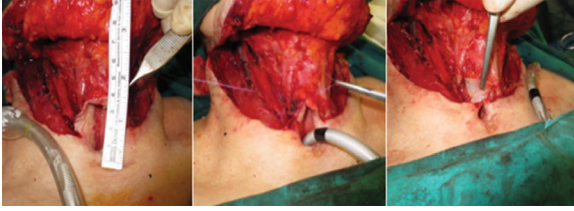


Şekil 6: Harris stentinin hazırlanması

Lümenin epitel örtüsü uygun ise ve greft yeterli rijidite sağlıyor ise stente ihtiyaç yoktur. Kullanılan kartilaj greft yeterli rijidite sağlamaz ise kas saplı hiyoid kemik kullanarak dıştan iskelet çatı desteği sağlanabilir. Böylece stente gereksinim ortadan kalkar ve dekanülasyon süresi de kısalmır. Yaygın bir alanda skatris dokusu rezeke edilmiş ise stent (tercihen split-thickness dermal greft sarılı, içinde sünger bulunan üç kat eldiven parmağı giydirilmiş Harris stenti) yerleştirilir (Şekil 6). Stent olabildiğince kısa süreli tutulmalı (maksimum 15 gün), bu süre zarfında enfeksiyon takibi yapılmalıdır. Stenotik segmentin büyük olduğu olgularda epiglot + serbest kartilaj gibi birden fazla greft birlikte kullanılabilir.

2-Larengotrakeal defektler:

Özellikle avanse tiroit kanserli olgularda larenks ve trakea invazyonu nedeniyle rezeksiyon sonrası ortaya geniş bir defekt çıkabilmekte (Şekil 7a) ve bu defekti kapatmada kartilaj grefte ihtiyaç olmaktadır. Aynı şekilde geniş trakeostomi defektlerinde defektin primer kapatılması kolapsa ya da pasajın daralmasına yol açabilir. Böyle olgularda cilt-ciltaltı dokular eleve edilip lezyon kenarlarının dezepitelize edilmesini takiben hazırlanan greft mukoza lümenine gelecek şekilde 4-0 Vicryl ile suture edilerek kapatılır ve üzeri de cilt flebi



Şekil 7:

- a: Yaklaşık 4,5 cm'lik larenotrakeal ön duvar defekti
 b: Stoma etrafındaki cilt insizyonu ile cilt lümenine gelecek şekilde döndürülerek karşılıklı sütürasyon
 c: Kartilaj greftin rijidite sağlamak ve kollapsı önlemek amacıyla ikinci kat destek için yerleştirilmesi

ile ikinci kat olarak kapatılır. Bazı durumlarda stoma etrafındaki cilt insizyonu defekte ön duvar epiteli sağlayacak şekilde yapılır ve cilt lümenine gelecek şekilde döndürülerek karşılıklı sütüre edilir (Şekil 7b), üzerine epitelsiz kartilaj greft rijidite sağlamak ve kollapsı önlemek amacıyla ikinci kat destek için yerleştirilir (Bu durumda kartilajın epitelli-kompozit olmasına gerek yoktur) (Şekil 7c). Daha sonra da ciltaltı elevasyonunu takiben cilt tabakası üçüncü kat olarak sütüre edilerek defekt kapatılır.

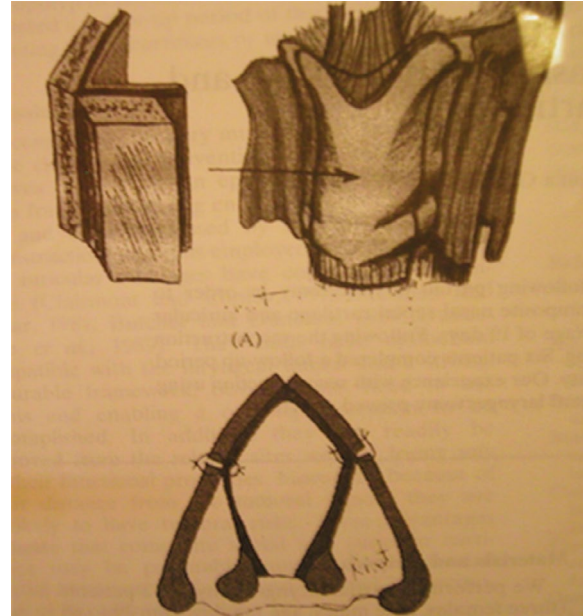
3-Larengeal Tümörler:

a-Geniş parsiyel vertikal hemilarenjektomi:

Trakeostomi 2. ve 3. halkalar arasından uygulanır, cilt flebinin kaldırılmasının ardından, strep kaslar ayrılır. Tiroit kartilaj ortaya konur. Az tutulan tarafta orta hattan 3-4 mm geçilerek perikondrium insizyonu yapılır. Perikondrium eleve edilerek strep kaslara sütüre edilir. Bu işlem ön komissür tutulumundan şüpheleniyorsa yapılmaz; zira kapamada perikondriuma ihtiyaç yoktur. Sağlam taraftan larengefissürle larenkse girilerek rezeksiyon sınırları belirlenir. Posterior kırık kesisi yapılarak lezyon çıkarılır. Aritenoidin tamamı çıkarılırsa, tiroit kartilaja tiroidin süperior kornusu transplante edilir. Üzerine priform sinüs mukozası çekilerek aritenoid bölgesine kitle desteği sağlanır. Spesimen ayrıldıktan sonra hazırlanan nazal septal kartilaj greft lezyona göre şekillendirilir. Yeni bir ön komissür için nazal greftin kartilaj kısmı vertikal olarak tam kat "score" edilerek/kesilerek çentik oluşturulur. Mukoza lümenine bakacak şekilde defekte yerleştirilir (Şekil 8). Stente gerek yoktur. 4-0 Vicryl / polipropilen sütürlerle eksternal tiroit perikondrium ve strep kaslar üzerine kapatılır, nazogastrik tüp gerekmez. Hastalar operasyondan sonra 5-7. günde dekanüle edilir. İkinci ya da üçüncü günde oral beslenmeye geçilir.

b-Ön komissür-subglottik uzanım:

Tümörün vokal kordlardan subglottik mesafeye kadar aşırı uzanımı olduğu durumlarda uygulanır. Trakeostomi tüpü olabildiğince aşağıdan (3-4-5. trakea halkaları seviyesinde) yerleştirilir. Endoskopi ile subglottik yayılım sınırları tespit edilerek operasyona geçilir. Cilt-ciltaltı flebi kaldırılır. Operasyona prelarengeal, pretrakeal lenf nodlarına yönelik anterior ve üst mediasten diseksiyonu ile başlanır. Beraberinde lezyon tarafında total, karşı tarafta subtotal tiroidektomi yapılır. Rekür-



Şekil 8: Nazal septal kırıkardan ön komissür oluşturulması

ren sinire zarar vermemeye dikkat edilir. Tiroit kartilaj dış perikondriumunu korumaya gerek olmadan her iki taraftan perikondrium ve kartilaj insizyonları yapılır.

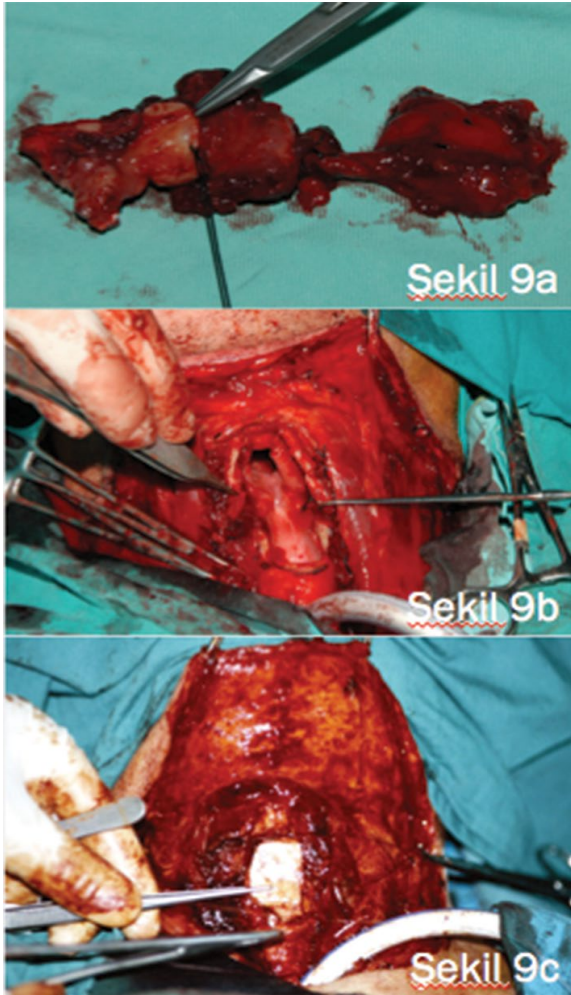
Larenkse ya hemilarenjektomide olduğu gibi ya da tercihen alt bölümden krikoit ya da birinci trakeal halka altından girilerek ve ön segment spesimine dahil edilerek, yukarı doğru diseksiyona devam edilir. Bazı olgularda glottik seviyenin üstündeki tiroit lamina ön bölümü korunabilir, ya da buradan ince bir şerit çıkarılıp kalan bölüm sütüre edilebilir. Bu durum hastanın sesini olumsuz yönde etkileyebilir. Larenotrakeal ön segment boyun diseksiyon materyaliyle beraber enblok olarak çıkarılır (Şekil 9a). İnferior bölümde subglottik yayılım şüphesine göre rezeksiyona krikoidin üst marjinal bölümü ya da ön segmenti, 1. trakeal halka ve gerekirse 2. trakeal halka ön segmentleri eklenir (Şekil 9b). Oluşan defekt gerekli sınır biyopsileri alındıktan sonra nazal septal kartilaj ile kapatılır (Şekil 9c). Ge-

rektiğinde epiglottopeksi ile kombine edilebilir. Nazogastrik tüpe ihtiyaç duyulmaz. İkinci ya da üçüncü gün hasta oral beslenmeye geçebilir. Hasta 5-7. günlerde dekanüle edilir.

4-Trakeal Tümörler:

Eğer obstrüksiyon fazlaysa halotan inhalasyon anestezi uygulanır. Havayolu güvenliğinin sağlanabilmesi için rijit bronkoskoplar da masada bulunmalıdır. Entübasyon;

1. Yeterli entübasyon sağlayabilecekse lezyonun üstünde/distalinde kalacak şekilde yerleştirilen normal boyuttaki bir entübasyon tüpü ile
2. Fiberoptik bronkoskopi rehberliğinde daha ufak bir endotrakeal tüp ile
3. Ya da operasyonun başından tümör rezeksiyonu-

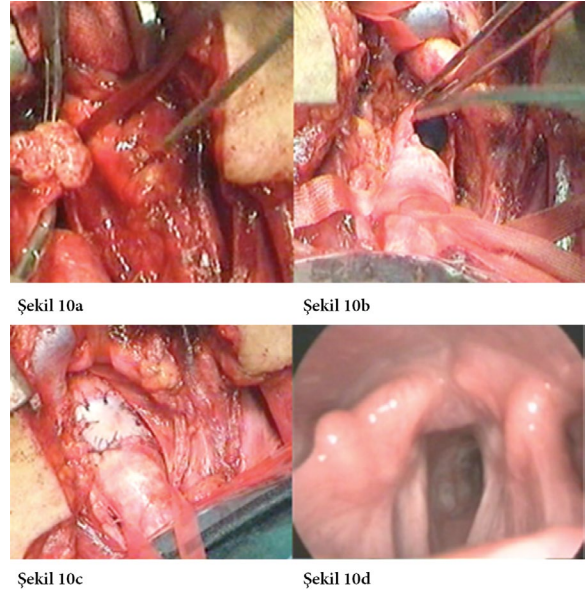


Şekil 9:

- a: Larenotrakeal ön segment boyun diseksiyon materyaliyle beraber enblok olarak çıkarılması
 b: Rezeksiyon sonrasında oluşan defekt
 c: Defektin nazal septal kartilaj ile kapatılması

na kadarki aşamada jet ventilasyon ve daha sonra tüpün lezyonun altına incek şekilde yerleştirilmesiyle normal entübasyon biçiminde gerçekleştirilir.

Lezyonun lokalizasyonuna göre ya bir "collar" insizyonu ya da sternotomi insizyonu yapılarak trakea ekspozisyonu sağlanır. Tümörün lokalizasyonu dışardan tam olarak saptanamıyorsa, gereğinden fazla sağlam doku feda etmemek için jet ventilasyon eşliğinde fiberoptik ya da rijit bir bronkoskopla trakeaya girilerek bronkoskopun ışığı rehberliğinde (transillüminasyon) ya da transoral endoskopik yaklaşım ve ön duvara batırılacak bir iğne yardımıyla sağlanabilir. Lezyonun yeri doğru olarak saptanarak trakea içine girilerek rezeksiyon gerçekleştirilir (Şekil 10a ve 10b). Tümörsüz cerrahi sınırları saptamak için frozen sınır biyopsileri gönderilir. Bu aşamada uygun büyüklükte nazal septal kartilaj greft alınarak defektin boyutlarına göre şekillendirilir. Rezeksiyona trakea arka membranöz bölüm katılmış ise o bölümde kompozit greftin kartilaj kısmı çıkartılabilir. Normal silyar aktiviteye dikkat ederek greft yerleştirilir ve mukoperikondrium içe gelecek şekilde 4-0 Vicryl / propilen sütürlere ile defekt kapatılır (Şekil 10c). Stent ya da trakeostomiye gerek yoktur, ikinci gün oral beslenmeye geçilir. Ve yine çeneyi göğüse tespit için sütürlere ihtiyaç yoktur. Hasta bir gün yoğun bakımda bekletilir. Eğer reentübasyon gerekirse



Şekil 10:

- a: Trakeal tümörün yerinin tespiti ve rezeksiyon
 b: Rezeksiyon sonrasında oluşan defekt
 c: Septal kıkırdakla rekonstrüksiyon
 d: Postoperatif endoskopik görüntü

tüpün balonunun rekonstrüksiyon bölgesinin altında kalmasına dikkat edilmelidir. Beşinci gün hasta taburcu edilebilir; ancak postoperatif yara iyileşmesini takip için endoskopik yakın kontrol gerekir (Şekil10d).

TARTIŞMA

Günümüzde LTS rekonstrüksiyonunda kullanılan birçok cerrahi seçenek bulunmaktadır. İleri evre LTS'lerde uygulanan açık cerrahi teknikleri kabaca stenozun rezeksiyonu ve uç uca anastomozu ile, stenozun açılması ve kartilaj kullanılarak lümeni genişletmeye yönelik LTR işlemleri olarak ikiye ayrılabilir (40). Özellikle kısa segmentli ve daha önce müdahale edilmemiş stenozlar için uygulanabilen rezeksiyon + uç uca anastomoz kanatimizce LTS tamirinde en sona bırakılması gereken bir seçenek olmalıdır. Zira LTR'de en küçük bir doku parçasını bile feda ederken geri dönüşü olmayan bir tercihte bulunduğumuzu unutmamalıyız. Bu yüzden LTS'lerde kartilajla rekonstrüksiyon ön plana çıkmaktadır. Nazal septal kartilaj da histolojik yapısının larenks ve trakeaya benzer oluşu nedeniyle LTR'de önemli bir tercih sebebi olmaktadır ve yaygın olarak kullanılmasında başlıca rol oynamaktadır. Ayrıca kolay ve 9-15 cm² gibi oldukça geniş olarak elde edilebilmesi, verici sahada kozmetik ya da fonksiyonel bir bozukluğa yol açmaması önemli avantajlarıdır. Bir çok yazar perforasyona yol açmaması için defekt üzerine split-thickness deri grefti suture edilmesini önermektedir (32, 34, 35, 19). Ancak biz hiçbir olguda nazoseptal defekt için dermal greft kullanmadık ve hiçbir olguda septum perforasyonuna rastlamadık. Pediyatrik popülasyonda ince oluşu ve kozmetik ya da fonksiyonel defekte yol açma olasılığı ise NSK'nin dezavantajıdır.

Nazal septal kartilaj (NSK) larengeal tümörlerde özellikle geniş vertikal hemilarenjektomide ve ön komissür rezeksiyonunda kullanılmaktadır (35, 37, 41). Genişletilmiş parsiyel hemilarenjektomide klasik yaklaşım kriterleri; (i) gerçek vokal kord tümörü, ön komissüre, aritenoidin vokal prosesine ya da her ikisine yayılmış, (ii) vokal kord hareketi normal ya da hafif bozulmuş, (iii) önde 1 cm arkada 4-5 mm'den daha fazla aşağıya yayılmamış, (iv) önden karşı taraf korduna üçte birinden daha fazla yayılmamış tümörler şeklinde kabul edilmektedir (42). Bu tür lezyonlarda epiglottopeksi (15, 16, 43), ülkemizde Cevanşir ve ark.

tarafından popülerize edilen cilt flebi ile rekonstrüksiyon (6) ve suprakrikoid larenjektomi (44) kullanılabilir alternatif yöntemlerdir. Ancak NSK ile rekonstrüksiyon, kullanım kolaylığı yukarıda bahsedilen avantajlarına ilaveten, tümörlü dokuya uzak oluşu, tek seanslı oluşu, kısa süreli hospitalizasyon, erken dekanülasyon, düşük morbidite ve larenksten gereğinden fazla doku feda etme gereği duyulmayışı ile önemli bir avantaj sağlamaktadır. Bununla beraber krikohiyoid/epiglottopeksi ameliyatı parsiyel larenjektomide kartilaj greft kullanım alanını daraltmaktadır.

Ön komissür tümörleri malign özellik gösteren tümörlerdir. Bu bölgede iç perikondriumun ince oluşu ön komissür tümörlerinin erken dönemde kartilaj invazyonuna ve krikotiroit membrandan inferior ve ekstralarengeal yayılmalar yapmalarına neden olur; ve bu invazyonlar konservasyon cerrahisi için bir handicap oluşturur. Nitekim bizim olgularımızın birçoğu histopatolojik olarak T4(?) olarak bildirilmiş ve başka merkezlerde total larenjektomi önerilmiştir. Bununla beraber bizim de aynı kanaatte olduğumuz bazı otörler, seçilmiş vakalarda yine konservatif cerrahi uygulanabileceğini bildirmekteyler (43, 45, 46, 47). Ön komissür tümörlerinde subglottik yayılmanın önde 10 mm'den fazla olması parsiyel larenjektomi için sınır kabul edilmektedir. Eliachar ve ark. ön komissürden subglottik yayılmanın aşırı olduğu durumlarda rezeksiyona krikoid kartilaj ön segmentiyle bir ya da ikinci trakeal halka ön bölümlerini dahil ederek, oluşan defekti epiglottik larengoplasti ve rotary-door flep yöntemiyle rekonstrükte ettiklerini bildirmişlerdir (48, 49). Benzer durumlarda NSK, yeterli ve güvenilir bir rekonstrüksiyon materyalidir (41). Eğer defekt fazla ya da NSK grefti küçük ise defekt epiglottopeksi ve NSK ile birlikte kombine edilerek kapatılabilir.

Primer trakeal tümörleri iki yüz yılı aşkın bir süredir bilinmekteyse de, ilk rezeksiyon + primer anastomoz 1957 dolaylarında uygulanmaya başlanmış (50) ve bu prosedür 1964'te Grillo tarafından popülerize edilmiştir (51). Bu yöntem mukosilyar fonksiyonun ve trakea çapının korunmasını sağladığından en fizyolojik yöntem olarak görülmekte (52) ve trakea tümörleri için standart tedavi metodu olarak kabul edilmektedir. Ancak trakeal lümeni çepeçevre kuşatmayan selim tümör ve seçilmiş malign trakea tümörlerinde yaklaşık 9-12 cm² (yaklaşık 4x3cm) kadar bir rezeksiyona imkan verecek lezyonlarda frozenla verifiye edilerek

NSK ile rekonstrüksiyon yapılabileceği kanaatindeyiz (38, 39).

Bizim bildiğimiz kadarıyla literatürde daha önce trakea tümörlerinde lateral rezeksiyonu takiben NSK ile rekonstrüksiyon uygulanmamıştır. Bununla beraber trakea stenozlarında NSK yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Ayrıca trakea membranöz bölüm rekonstrüksiyonu için NSK bölümü çıkararak mukoperekondriumu kullanarak rekonstrüksiyon yapılabilir. Böylece membranöz bölüm için önerilen perikardium ile rekonstrüksiyona (52) alternatif bir yöntem olarak da düşünülebilir.

Trakeal tümörlerde komplikasyon ihtimalinin uç uca anastomoza göre yeterli emniyetli rezeksiyon yapılması koşuluyla daha düşük olacağını düşünmekteyiz. Uç uca anastomozda görülebilecek ayrılma ihtimali burada söz konusu değildir. Hasta için postoperatif dönemde son derece sıkıntılı bir durum olan, çenesinin göğsüne sütüre edilmesine gerek yoktur. Yoğun bakım süresi ve hastanede kalma süresi çok daha kısadır. Greftin beslenememesi ya da stenoz görülme ihtimaline karşılık postoperatif endoskopik yakın takiple önlem almak mümkündür. Nüks ihtimali de uç uca anastomoza göre fazla değildir ve sınır frozen biyopsileri ile önlem alınabilir. Trakeal tümörlerde standart tedavinin rezeksiyon ve uç uca anastomoz olduğuna inanmakla beraber, seçilmiş olgularda lateral rezeksiyon ve serbest nazal septal kartilaj greft kullanımının alternatif ve yararlı bir yöntem olduğu kanaatindeyiz.

Sonuç olarak serbest NSK grefti; LTS, larengeal tümör, travma ya da cerrahiye bağlı geniş trakeostomi defektleri ve selim ve seçilmiş malign trakea tümörlerinde güvenli bir şekilde kullanılabilecek bir rekonstrüksiyon materyalidir.

KAYNAKLAR

1. Grillo HC. Surgical anatomy of the trachea and techniques of resection. In: Shields TW, LoCicero III J, Ponn RB (ed.), General Thoracic Surgery, 5th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Williams; 2000. s. 873-83.
2. Goodyear HM. Hemilaryngectomy: method of maintaining a satisfactory airway and voice. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1949;58(2):581-85.
3. Som ML. Hemilaryngectomy--a modified technique for cordal carcinoma with extension posteriorly. *AMA Arch Otolaryngol.* 1951;54(5):524-33.
4. Gluck T, Kirschner M, Lautenschlager A, et al. *Operative Surgery.* Philadelphia: JB Lippincott; 1937. s. 110-25.
5. Figi FA. Removal of carcinoma of the larynx with immediate skin graft for repair. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1950;59(2):474-86.
6. Cevanşir B, Akmandil A, Başarer N, Yazıcıoğlu E, Biliçiler N, Özturan O, Güllü A. Hemilaryngektomi Vertikal Total (HVT) ve Larinjektomi Horizonto-Vertikal (LVH) endikasyon ve sonuçları. *Türk Otolarengoloji Arşivi.* 1989; 27(2):121-22.
7. Presman JJ. Submucosal compartmentation of the larynx. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1956;65(3):766-71.
8. Ogura JH, Biller HF. Glottic reconstruction following extended frontolateral hemilaryngectomy. *Laryngoscope.* 1969;79(12):2181-84.
9. Friedman M, Torium DM, Owens R, Grybauskas VT. Experience with the sternocleidomastoid myoperiosteal flap for reconstruction of subglottic and tracheal defects: modification of technique and report of long term results. *Laryngoscope.* 1988;98(9):1003-11.
10. Caputo V, Consiglio V. The use of patient's own auricular cartilage to repair deficiency of the tracheal stenosis. *J Thorac Surg.* 1961;41:594-99.
11. Serrano A, Ortiz-Monasterio F, Andrade-Pradillo J. Reconstruction of the cervical trachea. Reconstruction of the cervical trachea. A technique to obtain a permanently patent airway. *Plast Reconstr Surg Transplant Bull.* 1959;24:333-40.
12. Ogura JH, Dedo HH. Glottic reconstruction following subtotal glottic-supraglottic laryngectomy. *Laryngoscope.* 1965;75(6):865-78.
13. Biller HF, Lawson W. Partial laryngectomy for vocal cord cancer with marked limitation or fixation of the vocal cord. *Laryngoscope.* 1986;96(1):61-4.
14. Sedlacek K. Reconstructive anterior and lateral laryngectomy with the use of the epiglottis for the pedicle graft [makale Çekçe]. *Cesk Otolaryngol.* 1965;14(6):328-34.
15. Kambic V. Epiglottoplasty: new technique for laryngeal reconstruction. *Radiologia Iugoslavica.* 1977;suppl.II:33-43.
16. Tucker HM, Wood BG, Levine H, Katz R. Glottic reconstruction after near total laryngectomy. *Laryngoscope.* 1979;89(4):609-18.
17. Looper EA. Use of hyoid bone as a stent in laryngeal stenosis. *Arch Otolaryngol.* 1938;28:106-11.
18. Alonso WA, Druck NS, Ogura JH. Clinical experiences in hyoid arch transposition. *Laryngoscope.* 1976;86(5):617-24.
19. Duncavage JA, Ossoff RH, Toohill RJ. Laryngotracheal reconstruction with composite nasal septal cartilage grafts. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1989;98(8):581-85.
20. Drettner N, Lindholm CE. Experimental tracheal reconstruction with composite graft from nasal septum.

- Acta Otolaryngol. 1970;70(5):401-7.
21. Furstoss JA, Toohill RJ. Composite nasal septal autografts of the trachea. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 1973;82(6):831-37.
 22. Toohill RJ, Martinelli DL, Janawac MC. Repair of laryngeal stenosis with nasal septal grafts. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 1976;85(5):600-8.
 23. Duncavage JA, Toohill RJ, Isert DR. Composite nasal septal graft reconstruction of the partial laryngectomized canine. *Trans Am Acad Ophthalmol Otolaryngol*. 1978;86(2):285-90.
 24. Toohill RJ, Duncavage JA. Free composite nasal and auricular grafts for laryngotracheal reconstruction. *Oper Tech Otolaryngol Head Neck Surg*. 1992;3(3):182-88.
 25. Bootz F, Reuter G. Cellular differentiation after free grafting of respiratory epithelia. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 1991;248(8):502-7.
 26. Baiguera S, Jungebluth P, Burns A, Mavilia C, Haag J, Coppi PD, Macchiarini P. Tissue engineered human tracheas for in vivo implantation. *Biomaterials*. 2010;31(34):8931-38.
 27. Batioglu-Karaaltin A, Karaaltin MV, Ovali E, Yigit O, Kongur M, Inan O, Bozkurt E, Cansiz H. In vivo tissue-engineered allogenic trachea transplantation in rabbits: a preliminary report. *Stem Cell Rev*. 2015;11(2):347-56.
 28. Wilflingseder P. Rekonstruktion der Trachea durch ein Segment-transplantat vom Nasen Septum. *Wein Klin Wochenschr*. 1972;84:226-29.
 29. Kleinsassar D. Narbenstenosen des Kehlkopfes und der trachea. *HNO*, 1971;19:294-302.
 30. Krizek TJ, Kirchner JA. Tracheal reconstruction with an autogenous mucochondrial graft. *Plast Reconstr Surg*. 1972;50(2):123-30.
 31. Strome M, Ferguson CF. Multiple postintubation complications. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 1974;83(4):432-38.
 32. Toohill RJ. Panel discussion: the management of advanced laryngotracheal stenosis. Composite nasal septal graft in the management of advanced laryngotracheal stenosis. *Laryngoscope*. 1981;91(2):233-37.
 33. Laurian N, Zohar Y. Laryngeal reconstruction by composite nasal mucoseptal graft after partial laryngectomy. Three years follow-up. *Laryngoscope*. 1981;91(4):609-16.
 34. Şekercioğlu N, Gökçel A, İrez T. Geniş parsiyel larenjektomi. *Türk Otolarengoloji Derneği XVII. Milli Kongresi Tutanaklar Kitabı*. Adana: Türk Otolarengoloji Derneği; 1983.
 35. Butcher RB, Dunham M. Composite nasal septal cartilage graft for reconstruction after extended frontolateral hemilaryngectomy. *Laryngoscope*. 1984;94(7):959-62.
 36. Zohar Y, Shvilli I, Laurian N. Laryngeal reconstruction by composite nasoseptal graft after extended partial laryngectomy. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 1988;114(8):868-71.
 37. Szmaja Z, Szyfter W, Kruk-Zagajewska A, Wojtowicz J. 20-year-long experience in the large-scale fronto-lateral laryngectomy with a simultaneous reconstruction by muco-cartilagenous nasal septum flap: results of 460 cases [makale Lehçe]. *Otolaryngol Pol*. 1999;53(5):529-32.
 38. Cansiz H, Yener M, Dereköylü L. Tracheal reconstruction with free composite cartilage graft: a case report. *Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg*. 2002;9(4):291-95.
 39. Bozkurt AK, Cansiz H. Tracheal reconstruction with autogenous composite nasal septal graft. *Ann Thorac Surg*. 2002;74(6):2200-1.
 40. Myer CM, Hartley BE. Pediatric laryngotracheal surgery. *Laryngoscope*. 2000;110(11):1875-83.
 41. Şekercioğlu N, Cansiz H, Güneş M. Reconstruction with composite nasal septal cartilage and auricular cartilage in extended partial laryngectomy. *J Laryngol Otol*. 1996;110(8):739-41.
 42. Leonard JR, Holt GP, Maran AG. Treatment of vocal cord carcinoma by vertical hemilaryngectomy. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 1972;81(4):469-78.
 43. Thawley SE. Head and neck and plastic surgery. Epiglottic reconstruction of the vocal cord following hemilaryngectomy. *Laryngoscope*. 1983;93(2):237-39.
 44. Laccourreye O, Laccourreye L, Garcia D, Gutierrez-Fonseca R, Brasnu D, Weinstein G. Vertical partial laryngectomy versus supracricoid partial laryngectomy for selected carcinomas of the true vocal cord classified as T2N0. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2000;109(10):965-71.
 45. Kessler DJ, Trapp TK, Calcaterra TC. The treatment of T3 glottic carcinoma with vertical partial laryngectomy. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 1987;113(11):1196-99.
 46. Biller HF, Som ML. Partial laryngectomy for glottic carcinoma with posterior subglottic extension. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 1977;86(6):715-18.
 47. Eliachar I, Papay F, Tucker HM. Laryngotracheal reconstruction. Extended vertical partial laryngectomy: reconstruction combining epiglottoplasty and the rotary door flap. *Otolaryngol Clin North Am*. 1991;24(6):1367-83.
 48. Eliachar I, Roberts JK, Welker KB, Tucker HM. Advantages of the rotary door flap in laryngotracheal reconstruction: is skeletal support necessary? *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 1989;98(1):37-40.
 49. Azar T, Abdul-Karim FW, Tucker HM. Adenoid cystic carcinoma of the trachea. *Laryngoscope*. 1998;108(9):1297-300.
 50. Grillo HC, Dignan EF, Miura T. Extensive resection and reconstruction of mediastinal trachea without prosthesis or graft: an anatomical study in man. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 1964;48:741-49.
 51. Montgomery WW. Reconstruction of the cervical trachea. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 1964;73:1-15.
 52. Okike N, Payne WS, Cortese DA, Dines DE. Pericardial reconstruction of the membranous trachea after resection of adenoid cystic carcinoma (cylindroma). *Mayo Clin Proc*. 1978;53(12):808-10.