

Anadolu Kliniği

Üç ayda bir Konyada neşrolunur.

MECMUAYI DAİMİ YARDIM VE HİMAYE ALTINDA BULUNDURAN HEY'ETİ NAŞİRE:

İSTANBULDA N: Prof. Abdülkadir Lütü - Prof. İhsan Hilmi - Prof. Kâzım Nuri - Prof. Kemal Cenap - Prof. Kemal Hüseyin - Prof. Kenan Tevfik - Dr. Mehmet Kâmil - Prof. Neşat Ömer - Prof. Niyazi İsmet - Prof. Server Kâmil - Prof. Süreyya Ali - Prof. Tevfik Salim - Dr. Yakup Hüseyin.
ANKARADA N: Dr. Mustafa Hilmi - Dr. Ömer Vasfi - Dr. Salahi Vehbi - Dr. Şükrü Yusuf
Dr. Vefik Vassaf. İZMİRDE N: Dr. Hasan Yusuf - Dr. Hüseyin Hulki - Dr. Zühtü Kâmil.

UMUM NEŞRİYATI İDARE EDEN YAZI
İŞLERİ MÜDÜRÜ : Dr. Ahmet İhsan.

İMTİYAZ SAHİBİ :
Dr. Oper. Asil Mukbil.

Tesis Heyeti: Dr. A. İhsan, Dr. Asil Mukbil, Dr. Şerif Korkut.

İ Ç İ N D E K İ L E R :

Tıbbi istişareler:

Prof. Kadri Raşit ; Çocuklarda pneumoni'nin teşhisi 55.
Dr. Mustafa Hilmi ; Kahn. taamülü 56.
Prof. Dr. Niyazi İsmet ; Pratisyen hekim, münzamması iltihaplı bir hasta karşısında ne düşünmeli ve ne tedavi yapmalıdır 58
Dr. Şükrü Yusuf ; İsteriyi bir hastalık tekel etmemeye hakkımız var mıdır 59
Prof. Dr. Abdülkadir Lütü ; Pratikte insulitle diabet tedavisi ve teknik 59.

Mücmel Yazılar :

Prof. İhsan Hilmi ; Nethalı bünye 62
Prof. Abdülkadir Lütü ; Şeker hastalığının insulitle tedavisi 64
Dr. Emir Necip ; Önhipofizin dahili ifrazını, gudenin üç çeşit hücrelerinden birine bağlayabilirmiyiz 70
Prof. Kâzım Nuri ; Röntgen fiziğinin faideleri ve pratik kıymeti 71
Dr. İhsan Sami ; Difteri aşısı (anatoksin) 74

Dr. Şerif Korkut ; Epispadi ve ipospadi 78
Dr. Asil Mukbil ; Mevziî ve plâstik peritonit tüberkülozlar 86
Dr. Ahmet İhsan ; Askaridiase 94

Müşahede ve tahliller:

Dr. Ahmet Rasim ; Bir rie hurracı vakası 99
Dr. Şerif Korkut ; Muhiti şıryanî bir sempatektomi ile alınan devamlı bir netice dolayısı ile 106.
Dr. Ahmet İhsan ; Ademi kifayei deveran vakalarının tâkibinde basophil teşekkülü haiz erythrocytler nisbetinin kıymeti 108
Dr. Münir Ahmet ; Mükerrer bir insidadı emma vakası 110

Hali hazır literatürüne umumî

bir nazar:

Yerli ve ecnebî neşriyat hülâsaları 111.
Yeni kitaplar 116
Kongralar 117

Nüşası 60 kuruş. Senelik abonesi 200 kuruştur.

Konya

BABALIK MATEBAASI



Anadolu Kliniği

Üç ayda bir Konyada neşrolunur.

MECMUAYI DAİMİ YARDIM VE HİMAYE ALTINDA BULUNDURAN HEYETİ NAŞİRE:

İSTANBULDAN: Prof. Abdülkadir Lûtfi - Prof. İhsan Hilmi - Prof. Kâzım Nuri - Prof. Kemal Cenap - Prof. Kemal Hüseyin - Prof. Kenan Tevfik - Dr. Mehmet Kâmil - Prof. Neşat Ömer - Prof. Niyazi İsmet - Prof. Server Kâmil - Prof. Süreyya Ali - Prof. Tevfik Salim - Dr. Yakup Hüseyin.
ANKARADAN: Dr. Mustafa Hilmi - Dr. Ömer Vasfi - Dr. Salahi Vehbi - Dr. Şükrü Yusuf
Dr. Vefik Vassaf. İZMİRDEN: Dr. Hasan Yusuf - Dr. Hüseyin Hulki - Dr. Zühtü Kâmil.

UMUM NEŞRİYATI İDARE EDEN YAZI
İŞLERİ MÜDÜRÜ : Dr. Ahmet İhsan.

İMTİYAZ SAHİBİ :
Dr. Oper. Asil Mukbil.

Tesis Heyeti:

Dr. A. İhsan,

Dr. Asil Mukbil,

Dr. Şerif Korkut.

Pratik hekimliği alâkadar eden belli başlı meselelere dair :

Tıbbî İstişareler

Çocuklarda Pneumonie'nin Teşhisi.

Profesör Dr. Kadri Raşit

Ettfal seririyatı Müderrisi.

Temiz bir enbubî nefha işidilmesi Bronche etrafındaki rie nescinin mütekâsif bir kitle haline geldiğini gösterir; eğer bu nefha avarızın zuhurundaki diğer alâmetlere uyarsa (yani derecenin birden yükselmesi, kusma ve ihtilâç, « polypnée », burun deliklerinin teneffüsle hareketleri, öksürük ilh. gibi) ve çocuğun mazarında bir zatürrie yoksa (çünkü bazan eski bir pneumonie'den kalmış sclerose pulmonaire'ler de adî bir nezle ile aynı vaziyeti alabilirler) bu hal karşısında pneumonie teşhisini yapmak kabildir.

Lâkin ekseriyetle bu gibi sarîh vakalarda bile ağlayan bir çocukta pneumonie teşhisini intikali sedanın yükselmesi, madenleşmesi; yani égophonie'ye mecburuzdur. Yani ağlayan veyahut point de coté sebebi ile nefeslerini ufak ufak alan bir çocukta Soufle almak kabil olmaz da ağlama sayesinde egophonie sadık araz olarak kalır. Binaenaley pneumonie teşhisi ağlayan çocukta daha güzel konur.

Pneumonie eğer zirvede isede mesele daha çetindir. Çünkü zirvelerdeki teneffüsün tabii halde bile çocuklarda haşin bir timbre göstermesi kulağı aldatılabilir; binaenaleyh zirvelerdeki pneumonie'lerde her iki tarafın gerek teneffüsünü gerekse intikali sedasının birbirine kıyası, bilhassa matité'lerin karşılaştırılması lâzımdır; kar' (percussion) zirve pneumonie'lerinde kaideye nisbetle daha sadık bir manayı haizdir. Çünkü muhitten uzak olan bir pneumonie kaidede ciddi bir matité veremezken zirvelerde mesafenin darlığı sebebine ekseriyetle matité'sini almak kabildir.

Soufle ve egophonie işittirmeyen bazı zatürrielerde bronche'un kapanması dolayısıyla husule gelen huveysalî teneffüsün mefkudiyeti de pek emin bir vasıta dır; classique kitaplarda vazıhan bahs olunmayan bu alâmet çocuk pneumonie'lerinde pek emin bir araz olarak telekki olunabilir. Bunun sebebi reaction vesiculaire'i kuvvetli olan çocuk bünyesinde

pneumonie'nin husule getirdiği kuvvetli v a s o d i l a t a t i o n'un muhitinde bulunan ve gudrufları yumuşak olan büyük bronch'ların cidarlarına tazyik ederek birbirine yapıştırmaları ve dolayısıyla havanın içeri giremiyerek yalnız nefhanın değil, hatta b r u i t v e s i c u l a i r e'in bile husulüne mani olmasından iberet olsa gerektir.

Bu suretle p n e u m o n i e'nin hem nefhasını bir kaç gün sonra işiteceğimiz sahasında, hatta çok defa da o bronch'un daha aşağıdaki tevezzü edeceği ve pneumonie hududu ile hiç bir alâkası olmayan sahalarda da percution ile vezahat alındığı halde isga ile bruit vesiculaire'in işitilmediği görülür. Bronch'un bu suretle kapanmış olması başka suretle ifade olunamadığı (yani adénopathie vs.) taktirde ahvali umumiyeye de tevafuk ediyorsa pneumonie teşhisi için güzel bir arazdır.

Zirve pneumonie'lerinde bazan, ve hatta küçüklerde ekseriyetle denilebilir, bir de *Opistotonos alâmeli* zühuredebilir. O suretle ki tamamıyla meningite'lerde olduğu gibi çocuk büyük bir ense sertliği gösterir. Başlangıcın benzemesi sebebiyle pneumonie ârâzi vazih olsa da olmasa da bu ense sertliği teşhis hususunda yanılmaya ve şüpheye düşmeye sebep olur. Daha ileri giderek ponction lonbaire yapıldığı vakitte çok kerre mebzul l y m p h o c y t

bulunur. Böyle bir vakada mmc. da 300 lymphocyte bulmuştum; halbuki zatürrienin salah bulmasıyla beraber bütün meningisme ârâzi da söndü. Bi-naenaley bu o p i s t o t o n o s arazi da pneumonie teşhisinde mühim bir kıymeti haizdir.

Lakin bu sebeple ve bu gibi şekillerde pneumonie teşhisinin emîn olarak erkence yapılması icabında katanî tebzil ve culture'le de teyit edilmesi çocuğun hayatı noktayı nazarından lâzımdır; çünkü pneumonie teşhisinin gecikmesi ehemmiyetli değilse de meningite aigue teşhisinin gecikmesi serum tedavisinin de gecikmesini icap ettireceğinden hayatî bir ehemmiyet arzeder.

Bazen çocuğun sadrının isgasında mükemmel bir soufle ve beraberinde de ekseriyetle bir çok muqueux ve madenî rales'ler işidilir de çocuğun ahvali umumiyesi ve dereci harareti hiç bu hale delâlet etmez, yani oyunlarını neşeli bir tarzda oynamakta ve harareti de 37 - 38 arasında bulunan bir hasta taslağıdır.

Buna bir *Lobite'mi* yoksa bir p n e u m o n i e a p y r e t i p u e'mi demeli diye düşünülür. Halbuki ahvali umumiyenin bu iyiliği göz önüne getirilince bir *sclerose pulmonaire et dilatation des bronches de Hutinel* teşhisi koymanın daha haklı olduğunu laboratoire muayeneleri (bacille de Koch taharrisi ve leucocitose tayini gibi) gösterir.

K a h n t e a m ü l ü (o r i g i n a l e).

Dr. Bakteriolog Mustafa Hilmi.

Ankara Hıfzıssıhha müessesesi müdürü.

Bu yazılar, bu gün frengi teşhisinde yapılmakta olan flokülasyon teamüllerinden en ileri mevkiî işgal eden ve «Sachs» teamülünden doğmuş bulunan Kahn teamülünün daha ziyade tekniği noktai nazarından, yazılmıştır. Bu teamül malûm olduğu vecih üzere eski veyahut tedavi altında bulunan hastalarda (Wassermann teamülü alelekser bunlarda menfi gösterir.) kıymetli neticeler verir.

Teamül:

Titresi malum olan Kahn hulasasından $\frac{1}{100}$ taksimatlı pipet ile (1) santimetre mikâbı alınıp alelâde bir tecrübe tübüne konur, diğer bir tecrübe tübüne de 1,2 santimetre mikâbı mai fizioloji (binde 8,5) konur. Hulasalar üzerinde alınması icap eden hulasa miktarı ile tuzlu su miktarı yazılıdır. Tuzlu su birdenbire hulasanın üzerine dökülür ve hemen 6-7 defa bir tüpten diğer tübe aktarma suretile tuzlu su hulasa ile karıştırılır. Bu ameliye mümkün olduğu kadar süratle yapılmalı ve tüpten tübe aktarırken son damlaları beklememelidir. Hulasanın bu suretle eyice karıştırıldığına kanaat geldikten sonra tübün birisi, bittabi atılır ve hulasayı havi tüp on dakika alahalihi terk ederek beklenir. Bu müddet zarfında kolloidal cisimler teşekkül eder

ve böylece hazırlanmış olan hulasayı âzamî olarak yarım saatten fazla bekletmemelidir, yarım saatten fazla kalmış olan hulasalar kullanılmaz. Tasarruf maksadiyle de hulasadan 1 s. m. k. dan daha az miktarda almamalı; çünkü az miktarda hulasa aktararak eyice karıştırılmaz. Bundan sonra hulasa tüplere taksim edilir (Kullanılacak malzeme Wassermann'da olduğu gibi bol mai mukattar ile yıkandıktan sonra kurutulur, tâkim edilir ve daha eyisi mai mukattarla yıkayıp kurutulduktan sonra alcool ve etherden geçirilerek tekrar kurutulduktan sonra kullanılır).

Muayene olunacak her şahsa ait serum için üç tüp (6-8 milimetre kutruna) lâzımdır. Muallakta bulunan kolloidal cisimleri mütecanis kılmak için, hulasa evvelâ çalkanır, badehu bu teamülün hususî pipetleri ile (Kahn pipetleri: birisinin iki çizgi arası 0,0125 s. mk. diğerinin iki çizgi arası 0,025 S. mk. ve üçüncüsünün iki çizgi arası 0,05 s. mk. dir. Bazı müellifler bu sonuncu tipeti lâğvetti, teamülü iki tüple yapar). Dipten alınarak sıra ile tüpler 0,0125; 0,025; ve 0,05; s. mk. miktarlarında hulasa konur ve hulasanın her taksiminde kolloidal ecsamı mütecanis kılmak için hulasa tübünü çalkamağı unutmamalıdır. Bundan sonra bu

üç tübün her birine hulasanın üzerine Wasserman-
nda olduğu gibi 56 derecede yarım saat inaktive
edilmiş muayene olunacak serumdan (0,15) s. mk.
konur. Evvelce inaktive edilmiş serumlar buzlukta ve
ya serin bir mahalde hıfz edilip teamül zamanında tek-
rar 56 derecede on dakika ısıdıldıktan sonra teamül ılık
serum ile yapılır (bu gün buna bazıları ehemmiyet ver-
miyor teamülü soğuk serum ile yapıyor). Muayene
olunacak serum berrak olacak, anasırı müşekkeleyi ve
çok hemoğlobini havi bulunmayacaktır. Bunun için
serumları santirifüje ettikten sonra inaktive edip
kullanmalı, çok hemoğlobinli serumlara çare yok-
tur ve az hemoğlobinli serumlar teamülü işkâl et-
mez. Taksim edilen hulasaları tüplerde çok beklet-
memelidir; çünkü alcool uçar, hulasa kurur, koyula-
şır. Buna binaen her şeyi evvelâ hazırladıktan son-
ra teamüle başlamalıdır. Eğer muayene edilecek se-
rumlar adeden çok ise bu mahzurun önüne geç-
mek için bir yardımcı almalıdır.

Kontrol tüpleri:

Kontrol için (9) adet yeni üç seritüp alınır. Her
seriye muhtelif miktarlarda hulasa (0,0125, 0,025,
0,05 s. mk.) konur. Birinci serinin tüplerinin her-
birine yukarıda esas tecrübeye olduğu gibi 0,15. s.
mk. firengi serumu ikinci serinin tüplerinin her
birine (0,15) s. mk. normal serum ve üçüncü se-
rinin tüplerinin herbirine de (0,15) S. mk. tuzlu
su konur. Badehu 1-2 saniye kadar çalkandıktan
sonra on dakika 37 derecelik eüvde bırakılır, on
dakika sonra etüvden çıkarılıp sallama aletin - (hu-
susî) de 3-4 dakika kadar çalkanır. Tüpler etüv-
den çıktıktan sonra sallamak için çok bekletmemeli,
yarım saati tecavüz ettirmemeli. Sallama flokülasyo-
nu teshil eder, hususen hafif müspet serumlarda
sallama olmazsa netice alınmaz. Sallama keyfiyeti
3-4 santimetre mesafede ve sallama adedi daki-
kada (275) i tecavüz etmeyecektir. Sallama daha
seri olursa flokonlar dağılır, inceleşir, netice iyi gö-
rülmez. Kuvvetli müspet serumlarda ilk tahrik anın-
da flokülalar teşekkül ediyor. Aynı kayıt ve şeraiti
gözetmek suretile tüp'ler U h l e n h u t sehpa-
sı üzerinde veya alelâde bir tüp sehpa-
sı üzerinde veya alelâde bir tüp sehpa-
sı üzerinde tüpleri el ile sallayarak pekâlâ netice alınabtilir. Binaenaleyh
Kahnın hususî süpporuna ihtiyaç yoktur. Sallama
bittikten sonra (0,05) s. mk. hulasaları havi tüple-
re birer diğer tüplere de yarımşar santimetre mü-
kâbı tuzlu su ilâve edilir. Bundan sonra tüpler sı-
ra ile elde bir iki saniye çalkandıktan sonra hemen
teamül neticeleri okunur, kayıt edilir.

Teamül derecelerini taktir etmek için pençere-
nin üst ve alt kısımları kapatılarak tüpleri bir band
halinde gelen ziyaya karşı tutup birer birer tetkik
edilir. Kuvvetli müspet (++++) olan tüpte
berrak veya opalessan mayide muallakta oldukça
iri ve mebzul hubeybat görülecek, daha az kuvvet-
li müspet (+ +) olan da hubeybat âşikar mü-
şahade edilecek fakat evvelkinden daha farklı ola-

rak hubeybat ince olacak; hafif müspet (+ +)
tüpte mayi hafif bulanık olup yine muallakta daha
ince hubeybat olur; (+) pek hafif derecede müs-
pet olan da ise Loş bir mayi içinde pek ince hu-
beybat temevvüc eder; (+) derecede şüpheli tea-
müllerde hubeybat hemen görülecek kadar ince
olup mayie luş bir manzara verir ve menfi (-)
teamüllerde hubeybat yok, mayi berrak veya opa-
lessan manzara arzeder. Şüpheli veya pek hafif
müspet serumları eyice görmek için mayi bir taba-
ka halinde bulunmak üzere tüpleri mail bir vaziyet-
te ziyaya karşı gözler hizasından yüksek tutularak
tetkik edilir. Suni ziya muvacehesinde yine aynı
veçhile bakılarak teamül dereceleri zapt edilir.
4-6 saat sonra tekrar tüpler aynı suretle tetkik
edilerek flokülasyon dereceleri bir daha tespit edi-
lir. Burada gözden kaçan farklar, kusurlar kontrol
edilerek hatalar tashih edilecekti. Teamül derecele-
ri lup yardımıyla daha vuzuhla takdir edilir. Hu-
susan müptediler luptan istifade etmelidir; fakat lup
pek kuvvetli (4-6 defadan) olmayacaktır. O vakit
tabii serumlarda mevcut bulunan koloidal hubeybat
flokülasyon gibi telekki edilerek hayata düşülür.

Teamülün sıhhatına itimat etmek için tuzlu su
+ hulasa ile tabii serum + hulasa'yı havi olan
tüpler (kontrollar) hubeybatsız yani menfi ve fren-
gi serum + hulasa'yı muhtevi tüpler de hubeyba-
tı havi yani müspet olacaktır.

Neticeler:

Her üç tübün (teamül iki tüp ile ise iki tübün)
teamül derecelerinin vasatı ile cevap verilir.
Kuvvetli müspet serumların her üç tübünde teres-
sübat, hubeybat kuvvetli ve iridir. Alekser birin-
ci tüplerde (az hulasa'yı havi) teamül diğer tüpler-
den daha kuvvetlidir; çünkü fazla hulasa flokülâs-
yona mani olur. Bazı kerre müstesna olarak teres-
sübatı çok olması lâzımgelen tüplerde az, diğerle-
rinde çok hubeybat oluyor. Şüpheli teamüller dai-
ma menfi gibi telekki ve kabul edilir.

Nazarı dikkata alınacak bazı noktalar:

Müspet teamül veren serumlarda anasırı hücre-
viyeden ileri geldiği şüphe edilirse bir diziyem
(0,1) serum üç diziyem (0,3) tuzlu su ile karıştırı-
lır, çalkanır; eğer yine pek cüz'î teressüp görü-
lürse anasırı hücreviyeden ileri geldiğine kani olu-
nur ve o zaman serum santrifüje edildikten sonra
teamül tekrar yapılmalıdır.

Serum miktarı az ise ikinci ve üçüncü daha az
ise (bir buçuk diziyem kadar) yalnız sonuncu tüp
ile teamül yapılır ve daha az olursa (0,05 serum +
0,005 hulâsa) ile teamül icra edilebilir. Fakat bu
az serum ile alınan neticeye itimat etmek için mü-
mareseyi de aramalıdır.

Malarya, müterekki tederrün, habis verem ve
kaşektiklerde teamül bazan müspet görülüyor. Kan-
da şekerin miktarı tezayüt eden akvalde de teamü-
lün müspet olduğuna tesadüf edilmiştir.

Pratisiyen hekim, munzamması iltihaplı bir hasta karşısında ne düşünmeli ve ne tedavi yapmalıdır ?

Prof. Dr. Niyazi İsmet

Gülhane Göz Muallimi.

Ben pratikte, pek de ilmi olmamakla beraber, munzamma iltihaplarını hat, tahtelhat ve müzmin olmak üzere üç gurupta cem ile mutalâanın tedaviyi pek ziyade kolaylaştıracağı kanaatindeyim.

A - Müzmin munzamma iltihapları : Kapak munzammalarında basit bir ihtikandan ibaret olup bunlarda ifrazat yok denecek derecede azdır. Bazılarında ancak sabahları cefen fûrcesi ünsi zaviyesinde pek az miktarda mıslî muhatî bir ifraz birikebilir. Bunlarda karniye ihtilâtı hiç bir zaman görülmez. Bunlar, 'ya tahtelhat bazı konjoktivistlerin muvafık bir tedavi görmiyerek uzun müddet eskimesile yanî intanî bir sebeple veyahut ki, fazla ve muzir ziyaya maruz kalmak, muharriş toz veya buhar bulunan bir muhitte çalışmak mecburiyetinde olanlarda olduğu gibi, fizikoşimik bir sebeple veya duçar olduğu bozuk bir inkisar sebeble ifratı mutabakat yapanlarda görüldüğü gibi, vazifevi bir sebeple husule gelirler. Bunlarda nev'ine göre anti-septik veya eviye daraltan ilâçlar kullanılır. (10 gram suya on veya yirmi damla « adrenaline » veya beş ilâ on santigram « sulfate de zinc » veya onbeş ilâ otuz santigram şap ile yapılan « Collyre » ler, beş ilâ onbinde bir « Oxycyanure » veya binde beş « Borax » veya yüzde dört « acide borique » mahlulleri ile yapılan lavaşlar gibi) ve aynı zamanda aslî sebebin de izalesi şarttır. Yani inkisar bozukluğu gözlükle tashih olunmalı, muharriş bir madde ile meşbu muhitte ise buradan uzaklaştırılmalı, ve saire gibi.

B - Tahtelhat munzamma iltihapları : Bunlar da kapak munzammalarında aşikâr bir ihtikan, cefen fûrcesinin ünsi zaviyesinde bulunan göz yaşı kabarcığında (lüheymei demiye) dahame ve ihtikan, aynı mahalde daima biraz muhat ifrazı küçük bir sebeple gözlerde fazla yaşarma, bazı ahvâlde karniye tabakasında küçük irtişah veya karha.

Bu çeşit bir munzamma iltihabında pratisiyen mutlaka kapakları çevirip munzammayı görmelidir. Ya-

munzammalar tamamen kaypaklık ve inceliğini muhafaza eder ve yahut kapak munzamması inceliğini kaybetmiş kalınlaşmış ve sathı pürtükleşmiş yani munzamma nescinde hususî bir nesce malik yeni bir teşekkül husule gelmiştir. Trahom, bahar nezlesi, foliküllü konjoktivistler, derenj konjoktivist vesairede olduğu gibi.

Hususî teşekkül göstermeyen tahtelhat konjoktivistlerde (ki ekseriya Morax'ın diplobasilile hasıl olmuştur). Pratisiyen hekim eğer karniyede tezahür yoksa yüzde bir buçuk ilâ iki nisbetindeki « Sulfate de zinc » mahlulünü verir ve lâakal üç hafta hastanın kullanmasını tenbih eder.

Şifa elde edilemeyen vakalarda her halde daha hususî tetkikata ihtiyac vardır.

Hususî teşekkül gösteren tahtelhat konjoktivistlerde pratisiyen tabip her halde bir mütahassısın reyini alıp onun vereceği direktif dahilinde tedaviye devam zaruretindedir.

C - Hat konjoktivistlerde : hem kapakların munzamması ve hem de göz kürresinin munzamması muhtakandır. Hastada göz yaşarması, az çok ziyadan ürkeklik ve bolca muhatî ifrazat mevcuttur. Bunlar da karniye ihtilâtı yani karniye karhaları çok görülür. Bu gibi konjoktivist şekillerinde pratisiyen hekim eğer karniye sağlam ise bilâ tereddüt yüzde on « Argyrol » mahlulünden günde üç dört defa ikişer damla kullanmasını tavsiye eder. Eğer aynı zamanda hasta göz tarafındaki kulak sayvanı önündeki veya çene altındaki lenfa uktelerinde tazyikle acıyan bir şişkinlik de varsa yani konjoktivist lenfanjitle beraberse bunlarda göz tedavisine, gün aşırı etler arasına birer ompadin yapmak suretile, umumî bir tedavi de teşrik eder.

Bu şekil tedavi ile basit hat bir konjoktivist bir haftada selâh veya şifa bulmalıdır. Bulmazsa yine hususî bir etâdü icap ettirir demektir. Eğer hat konjoktivistlerde ifrazat tamamen kihi ise daima gonokok düşünmelidir.

İsteriyi bir hastalık telekki etmemeye hakkımız var mıdır ?

Dr. Şükrü Yusu f.

A n k a r a .

Sorgunuzun cevabı, İsteri mefhumundan çıkacaktır; şu halde, bu gün İsteri mefhumundan ne anıyoruz ? onu tahlil edelim :

Herkesin az çok, İsteriye istidadı vardır. Ruhî bir trauma ile karşılaşan her şahıs, traumanın tesiri onun ferdi dayanma hududunu aşınca, isteri reaksiyonu gösterebilir; bu reaksiyon, şahısta, atavizmden gelen bir korunma sevki tabiisidir. İnsan mücadelede devam etmek istemediği zaman, hastalığa sığınır. İsteri istidadı çok olanlarda, hafif hoşnutsuzluk hisleri, hemen korunma tezahürlerini uyandırır.

İsterili olanlar, yaşamış oldukları hadiselerden değil, yaşamak istemedikleri şeylerden kendilerini korumak isterler; bundan anlaşılıyor ki, İsteri ile temarüz arasında artık hudut ayırmak güçtür. Yalnız isteride, temarüzde olduğu gibi, tam serbes bir irade bulunamaz; maksat ile, cebri hareket karışmıştır; ve hasta artık arzusu ile hareket ettiğini aşkâr olarak bilemez.

R e i c h a r d t, « bir hastalık vahdeti şeklinde, isteri mevcut değildir; daha ziyade, isteri reaksiyonları vardır » diyor. Fakat, bir ruhî reaksiyona isteri damgasının konabilmesi için, reaksiyon, muayyen bir irade, arzu, maksat istikameti göstermelidir. Pratik noktai nazardan isteriyi gene bir hastalık

mefhumu olarak kabul edebiliriz.

İsteriliklerin diğer bir hususiyeti, bu hastalıklarda, telkin kabiliyetinin artmış bulunmasıdır (*Pittatisme babinski*). Bekleme hissi ile karışık olan bir fikir, gelecek bir duygu hakkında verilecek hükmü yanlış yola sevk edebilir, yahut bu hükmü kolaylaştırabilir. Pirenin deri üstünde gezdiği fikri, şahısta, pire olmadan, kaşınma tenbihi yapabilir. Evvelce, « Autosuggestion » dedikleri bu ruhî vaziyete bu gün « Arzu sevki Tabiisi » deniyor. İsteride bu hal çok artmıştır; hastanın koluna vurulunca, yalnız ağrı değil, hareketsizliği hissini de uyandırır. Hastada peşinden, hareketsizlik arzusu ve bu arzunun beklenişi vardır; hasta az bir vuruştan sonra, kolunu artık oynatamaz olur. Kendi kendilerine çok telkin yapan İsterililer, harici telkine de çok kapılırlar. Harici telkinden, hastalığın tedavisinde çok istifade ederiz. Telkin yapmanın istediği muvaffakiyet, hastada o zaman mevcut olan daha önce yerleşmiş fikrin şekline, verilmek istenen fikirle ne derece uygun veya aykırı bulunuşuna bağlıdır.

İsteri, asabî vucut ârâzı gösteriyorsa da, hakikatte, tamamen hususî bir ruhî bünye meselesidir.

Pratikte insulitle diyabet tedavisi ve teknik.

Prof. Dr. Abdülkadir Lütfi.

İ s t a n b u l .

İnsulin evvelce yalnız ağır diyabetlerde, diyabet komalarında kullanılırdı. Son senelerde insulinin pankreas guddesi üstüne münebbih gibi de tesir ettiği ve gudde tamamen harap olmamış ise kısmen veya tamamen ataletе düşmüş bulunan L a n g e r h a n s adacıklarını faaliyete getirdiği bir çok müşahedelerle anlaşılmıştır. Bu sebeple insulin halen hafif diyabetlerde dahi tedavi vasıtası olarak kullanılıyor ve bazen gudde üzerine yaptığı Aktivator rolünden hastalara ümidin fevkinde istifadeler temin ediliyor. Bu sayede nişastalı maddelere, şekerlere karşı tahammül tabiliyeti aranıyor. Hasta insulini terk ettikten sonra himyeye bile hacet kalmadan şekersiz olarak yaşamaya devam ediyor.

İnsulinin diyabet tedavisinde mecburi olarak kullanılmasını icap ettiren vak'alar vardır. Bu gibi yerlerde insulin kullanılmazsa hasta ölüm tehlikesine maruz kalabilir; meselâ : Diyabet koması, komanın muhbir alâmetleri, aseton ve aseton eşa-

mı itrahiyle müterafık ve müterekkî ağır diyabetler, bilhassa gençlerin ağır diyabetleri, müstacel ameliyata tabi tutulacak diyabetler, mevziî ve umumî araz veren hat ve müzmin diyabet ihtilâtları insulinin istimalini mecburi kılar.

Hafif ve orta şiddette bulunan diyabetlere insulin tatbik edilmezse hayat için bir tehlike tasavvur edilemez. Fakat insulinsiz diyabet tedavisinde bilhassa fazla şeker çıkaran ve hastalığı uzun devam eden vak'alarda şekerî sifıra düşürmek ve hastayı şekersiz yaşatmak için uzun zaman pehrize devam etmek mecburiyeti vardır.

Bu gibi hastalarda himye yüzünden vücudu zayıf düşürmemek ve hastayı iş görmek kabiliyetinden az çok mahrum etmemek için mümkün olduğu kadar tabii bir tağdiye ile insulin kullanmak daha makuldur. Tetbiri kullanılırsa insulinin vucutta ehemmiyeti bir zarar yaptığı görülmemiştir. Hastanın insulin kullanmağa vakti, hali müsait ise

başka mahzurda kalmaz.

İnsuline mukavemet eden yani insulitle şekeri sifıra inmeyen vak'alar vardır. İnsulin fennî şartlara riayet edilerek kullanıldıkça bu nevi vak'aların adedi de çok azalmıştır.

İnsulitle tedavi edilecek hastalarda tağdiye şartları:

Çok ağır vak'alar istisna edilirse insulitle tedavi edilen diyabetlilerde tağdiye şartları tabii tağdiyeye yakın olmalıdır. Maiyeti karbon her yaşta ve her nevi diyabete mahsursuzca verilir. Verilecek miktar 100 - 200 gram arasında idare edilir. Gençlere albumin vermekte pek fazla tereddüt etmemelidir. Miktarı; tabii beslenen şahıslara verildiği kadar yani şahsın kilosu başına bir buçuk gram olmalıdır. Yaşlılara, kilye, göz, dimağ eviyesi ve umum eviye sklerozuna musap olanlar da albumin asgarî hadde indirilerek bunun yerine kilo başına bir buçuk gram yağ verilmeli, kalori noksanı bu veçhile temin olunmalıdır.

İnsulin tedavisinden faide görmek için tedaviye tabi olan hastaların idrarında şeker miktarı daima sıfır, yahut eser glucose haddinde tutulmalıdır.

Bu gayeyi elde etmek için gıdadan kesmek doğru olmaz, icabına göre insulini miktarı tezyit edilmeli, gıda miktarı sabit bırakılmalıdır «Sabit himye».

Zerkedilecek insulini miktarı :

Bir vahdet insulini vücutta temessül ettirebildiği glucose miktarına bir vahdet insulini glucose muadili denir, bu miktar her hasta için aynı değildir. Hatta aynı hastada hastalığın muhtelif devirlerinde de aynı kalamaz.

İnsulini glucose muadili miktarı her hastada tecrübe ile anlaşılır. Başlangıçta sabit himyeye tabi tutulan hastalarda idrarla çıkan glukozun 1,5 - 4 gramına bir vahdet insulini hesap edilir; ve usulen en asgarî insulini miktarından başlanılır. İdrar şekeri her gün kontrol edilir, sifıra düşüncüye kadar insulini vahdetine zam yapılır. Zam yapıp sifıra düşmezse ertesi gün tekrar insulini tezyit etmemeli, 2 - 3 gün aynı miktar zerkedilerek müessir olmadığına kanaat getirilmedikçe zam yapılmalıdır. Komalı yahut komaya girmek üzere bulunan hastalara kısmen yani üçte veyahut dörtte biri dahili verit olmak üzere ilk defada (100) vahdet insulini şırınga edilir. Hasta açılmazsa ve ağır gidiyorsa bir saat sonra (100) vahdet daha yapılır. Bilâhare hale göre saatte veyahut iki saatte bir 20 - 30 vahdet zerk olunur ve müteakip zerkler için ihtiyaten lavman tarikile (200 gram su içerisinde 20 gram) glucose mahlulu verilir. Hasta açık ise ağız tarikile de alması caizdir.

İnsulini zerk için müsait zamanlar :

Eski hastalarda bilhassa ağır diyabetlilerde Kan şekeri en ziyade sabah saat 5-7 arasında fazlalaşır. Bu

malûmata nazaran eski ve ağır diyabetlilerde hastaya bir günde yapılacak insulini miktarının yarısını sabah kahve altısında diğer nısıfı da akşam yemeğinden 20-30 dakika evvel yapmayı tercih eden klinikçiler vardır. Eğer bu miktarlarla öğle sonu idrarında şeker görülürse öğle yemeğinden evvel de gayet az (4 - 6 vahdet) bir miktar insulini şırınga etmeği tavsiye eden ve bu ahvalin münebbih tesirinden istifade ettiğini bildiren L. R. grote gibi müdekkikler vardır.

Gottschalk eğer hastaya yevmiye yapılan insulini miktarı 60 vahdetten fazla ise bu miktarı üçe taksim ederek 20 vahdet üstünden sekizer saat fasıla ile meselâ 7, 15, 23 üncü saatlarda yapılmasını muvafık görüyor ve bu usul ile çok muvafakiyetler elde edildiğini bildiriyor. Alelade vak'alarda insulini bir çok kliniklerde ve kendi kliniğimizde öğle, akşam yemeklerinden yirmi dakika evvel ve bir günlük miktar iki müsavi kısma tefrik edilerek zerk olunur.

İnsulini zerk arızaları :

Hummalı intanlar galip bir ihtimal ile proteolitik muhammirlerin müdahalesile insulini tesirini yarıya bazen de üçte bire indiriyorlar, ruhi heyecanlar ve bazı asabi haller de kanda şeker seviyesini yükselttikleri için mutat olarak yapılan insulini tesirini azaltır gibi görünmüyorlar. Bu gibi hallâta hastaya yapılan insulini miktarını muvakkaten tezyit etmelidir.

Acele faaliyeti, açlık, ishal, kilyevî diyabet ihtilâti kanda glukozun azalmasını ve gençlik bu muvazenenin münbedil olmasını icap ettiriyor. Bilhassa bu gibi vak'alarda; hypoglycemie arızaları görülebilir; meselâ : klinikte istirahat ve insulini tedavisinde iken 40 vahdet alan bir hasta çıkarıldıktan sonra eski faaliyetine başlar ve yine aynı miktar insulini yapılırsa hipoglisemi arazi zuhur edebilir. Bu arazın başlıcaları şunlardır : İç sıkıntısı, hararet, titreme, başdönmesi, esneme, terleme, yorgunluk, adelatta zatiyet, şiddetli açlık, durgunluk, sayıklama, sar'a gibi kramplar, sağırılık, şuurda az çok ziya, ilah... bu arızalar bazen kolayca geçer, bazen ağırlaşır, mevte bile mucip olur, nadir olarak aptallık bırakan vak'alar da zikredilmiştir.

Hypoglycemie arızalarına mukabele için : Ağır vak'alarda hastaya derhal 20 - 30 gram dahili verit glucose mahlulu şırınga edilir. Hafif vak'alarda portakal, kaysı, üzüm gibi glucose nevinden şekeri havi olan ve doğruca midede mas olunabilen meyvalar olduğu gibi yedirilir veyahut şerbet halinde içirilir.

1 - 2 Tatlı kaşığı pekmez, bal şurup yedirmek te bu vazifeyi görebilir. Dahili verit şırınga yapılmayan ve ağızdan vorilemeyen vak'alarda burundan sevkolunacak Einhorn sondasile glucose mahlulu mideye sevk edilir.

Ekmek, nişasta gibi maddeler doğruca mideden

kana geçmediği için serî bir imdat vasıtası olamaz.

İnsuline mukavemet : Bilhassa şeker muvazenesi tanziminde pankreas hormonuna mukabil olan sistemin faaliyetile muttasıf bâzı vak'alarda nekadar fazla insulin yapılsa idrarda şeker sifıra inmiyor. Bu gibi hastalarda insulin mukavemetine kanaat hasil olursa sempatik sistemi iptal etmek için yevmiye üç defa 50 vahdet insulin ile beraber bir miligram G y n e r g e n = E r g o t a m i n e şırıngasını veyahut ağızdan verilmesini tavsiye edenler (L e s c h k e) vardır.

İnsuline karşı anafilaksi :

İnsulin zerk edilen hastada bazen mevzii aksül-amel (ciltte kızartı, şinkinlik, hararet), nadir olarak da vücutta umumî reaksiyon (ürtiker, humma, ishal, ilâh) ârâzı görülüyor. Mevzii ârâz ilk şırıngada zuhur ederek müteakip zerklerde azalıyor; umumî anafilaksi tezahüratı ise 5 - 10 zerkten sonra vukua geliyor.

Bu anafilaksinin sabit bir albumin üezrine yahut has bir maiyeti karbona merbut olduğu anlaşılmaktadır (H a u s e n , E y m e r).

Mevzii anafilaksi için insulin müstahzarını değiştirmek, başka fabrika mahsulü almak kâfidir.

Umumî için kitlevî zerkten 1-2 gün evvel cilt içine 2-3 vahdet insulin şırınga edilir, müspet aksülamel ile vak'alarda mevzii büyükçe bir ürtiker plaki hasil olur ve bir muafiyet tesis eder. Bundan 1-2 gün sonra ihtiyaç miktarında insulin yapılır. Yahut umumiyetle anafilaksi vak'alarında olduğu gibi dahili verit klorukalsiyum, kalsium Sandoz mah-lulu şırınga edilerek hassasiyet izale edilir. Vakî olarak senede 1-2 defa 5-10 kalsium şırıngası tek-

rar edilirse umumî anafilaksi zuhuru men'edilmiş olur.

İnsuline ne kadar devam etmelidir ?

Hafif vak'alarda tedricen maiyeti karbon tahammülü artarsa insulin miktarı tedricen azaltılır, ve günün birinde insulin bırakılır.

Ağır vak'alarda ikame tedavisi olarak insuline uzun müddet devam etmek zarureti vardır. Bir mazeret veyahut ihtiyaç sevkile arasıra insulin tedavisine fasıla verilebilir. Hastada insulin ihtiyacı yevmiye 30 dan aşağı ise himye ile idare ederek idrarda glucose çıkarmamak şartile insulin fasılası istenildiği kadar uzatılabilir. Günlük ihtiyaç 30-60 arasında ise insulinsiz uzun müddet idrar şekerini sifırda tutmak için himyeyi çok kısmak lâzımdır. Bu sebeple insulinsiz fasılayı haftalarla uzatup aylarca uzatmamalıdır. Günlük insulin ihtiyacı 60 vahdetin üstünde ise ve zaman ile maiyeti karbona tahammül fazlalaşmıyorsa kat'i mecburiyet olmadıkça insuline fasıla vermemelidir.

Yalnız eviye sklerozu, devam teşevvüşü olan hastalarda insulin tedavisi ile vucutta fazla su birikir, nefiz ve deveran ademi kifayesi gibi tehlikeî bir mahzur tevlit ederse bu gibi vak'alarda P é t r é n e himyesine müşabih (az albuminle çok yağlı sebze himyesi) bir pehriz takip edilmek üzere arasıra insulin tedavisine fasıla vermek kabildir ve lâzımdır.

İnsulin şırıngası hasta eline verilebilir mi ?

Takimden anlayan, idrar şekerini bizzat yahutta bilvasita hergün kontrol edebilecek hastalara tesadüf olunursa arasıra kontrol edilmek ve direktif şartile şırıngaları hastaya bırakmak muvafıktır. Bu şartlar noksan ise insulin şırıngası tabip, yahut tabibin mes'uliyeti ve tâkibi altında ezacı yahut hasta bakıcı tarafından yapılmalıdır.

B u G ü n ü n C a n l ı M e v z u l a r ı Ü z e r i n d e
M ü c m e l Y a z ı l a r .

N e t h a l ı B ü n y e .

Prof. Dr. İhsan Hilmi.

İ s t a n b u l .

Çocuklarda pek ziyade tesadüf olunan ve ârâzı haksız olarak başka başka yerlerde mütalaa olunan bu bünye tıpkı rahitis, fakruddem, asabiyet bünyeleri gibi gayri tabii bir çocuk bünyesidir. Eskiden sıracı vs. ile karıştırılan bu bünyeyi hocam C z e r n y hakikî ismiyle meydana koymuştur. Şimdi artık K o c h basili ile meydana gelen bütün avarız tuberkulose namı altına girmiştir. Eğer tuberkulose ile beraber bir çocuk nethalı bünye arızalarını da gösteriyorsa işte orada bir *scrofulose* mevzuubahis-tir. C z e r n y'ye göre bu bünyenin pathogenie'si vucut kimyeviyetinde ve ağdiyenin yağına karşı olan kabiliyeti temessülîyenin azalmasından ibaret bir tahavvüldür.

Eskidenberi C z e r n y , P f a u n d l e r tarafından söylenildiği üzere Asthma'nın da buraya ait olduğu yeniden Amerikan müellifleri tarafından da tistik olunmuştur. Hafif anaphylaxie avarızıyla bütün kasabî bühürlerin yekdiğerine pek benzediği P i c k ve B ö h r tarafından pepton şırıngalarından sonra kasabat adelâtında takallüsat görülmesiyle isbat edilmiştir. Bühürde de anapkylaxie'de olduğu gibi eozinophilie vardır. Son zamanlarda İngiltere ve Amerikada meydana çıkarıldığı gibi, bühür ve kurdeşen bir veya bir kaç maddeyi albumineyeye karşı vucudun fartı hassasiyeti temülleridir.

C o o k e ve S c h l o s s'a göre bu fartı hassasiyet cildin ve gışayı muhatiyelerin o ecnebi maddeyi albumineyeye karşı olan vilâdi veya kışbî olarak nüfuza müsait olmasındandır. Bu fartı hassasiyet şahıstan şahısa (valide kanı vasıtasıyla cenine) intikal eder, yani irsîdir (yüzde 65) veya kışbîdir (yüde 40). Ecnebi protein'ler inşak, cilt, munzamma, kiyh mecmaları tarikiyle marazî olarak da ema cidalarından gayri tam inşakak etmiş mevaddı albuminiye suretiylede uzviyete girebilirler. Bu mevaddı albuminiye nebatî veya hayvanî (gubari tali, muhtelif nebatî proteinler, mikropların proteini, hayvanattan gelen mevaddı albuminiye) dir.

Irsî olan veyahut ema harici mevaddı proteiniyenin nüfuziyle iktisap olunup bedende hafî bir halde bulunan bu fartı hassasiyet günün birinde o mevaddı proteiniyenin kana tekrar girmesiyle tezahur eder ve marazî ahval görülür. bu avarız Va-

gotono - arthrito - exudative namı altında cem olunabilir ve ekseriya çouuk uzviyetinde görülür.

L e s W o l f f , çocuklarda *proteose* namı ile bir takım avarızı muhtelif yazıyor ki bunların hepsi mevaddı albuminiyenin uzviyete ema harici girmesi neticesi husule gelen anaphylactipue veya müzmin bir takım hallerdir.

P a w l y , namındaki rus alimi de 1926 da Oril şehrinde intişar eden bir travail'ında nethal bünye ile anaphylaxie arasında hakikî bir münasebet olduğunu yazıyor. Demekki nethalı bünyeyi teşkil eden ârâzın bir kaçını anaphylaxie bahsine koyacağız. Daha doğrusu, bu bünyenin bir kaç mühim arazının fartı hassasiyeti beden neticesi husule geldiğini kabul etmek lâzımdır. Bu hal nethalı bünyenin sebebini tayin edebilmemiz için bizi tenvir eder mahiyettedir. Bu vesile ile nethalı bünyenin irsî olarak nakil olunabilmesi keyfiyeti, yani münfail anaphylaxie, L i n d i g' in basit tecrübeleri ile meydana konabilmiştir.

Yeni doğmuş ve hiç yabancı süt içmemiş çocukların kanında ecnebi kazeini tahrip edecek bir kudret bulunmuştur. Bu kudret, hiç şüphesiz valde kanı vasıtasıyla geçmiş, yani irsîdir (O valde tabiidir ki müddeti hayatında emadan hariç albüminli mevad almıştır). İşte bu suretle yeni doğmuş bir çocuk dünyaya ecnebi mevaddı albuminiyeye karşı fartı hassas olarak gelir. Bu çocuğun anaphylaxieye müşabih avarız ibraz edebilmesi için mevaddı albuminiyenin emadan hariç bir yol ile uzviyete girmesi lâzımdır. Bunu izah için, L u s t R ö h m e r , L e e w i « bazı şerait altında süt çocuğunun ema gışayı muhatisinin hazan esasında henüz inşakak etmemiş albuminli maddelerin nüfuzuna müsait olduğunu » zikrederler. Ve bunu isbat için de tecrübeye istinat ederler. Diğer taraftan, seririyat fartı tağdiye de (Tariki hazminin albuminli maddeler ile fazla olduğu ahvalde) besleme teşevvüşlerinde nethalı bünyeli ârâzın daha kesretle görüldüğünü göstermektedir.

Ârâzı bu suretle yani tarzı tağaddiye göre hafifleşen veya şiddetlenen bünye gayri tabilliği en ziyade küçük yaşlarda görülüp buluğa doğru şiddetini gâip eder, buluğdan sonra nüksettiği nadirdir.

Bu bünye anomalisi bir ailenin müteaddit çocuklarında görüldüğü gibi ebeveynin ahvali sabıkasında dahi vardır. Ebeveynde görülen eski kulak akıntıları, karniye kesafetleri, iltihabı eçfan tahribatı müddeamızı ispat etmeye kâfidir.

Tabii doğmuş bir çocuk fizyolojik olarak vezninden bir kaç gün gaip ettikten sonra artık muntazam bir surette artmağa başlar. Nethalı bünyeli bir çocuk ise irdaı tabiiye, sütün kemmiyet ve keyfiyetine ve kifayetine rağmen neşvünemaca geri kalır. Gün geçtikçe bu ademi muvaffakiyetin sebebi hakkında türlü türlü mütalaalar dermeyan edilir. Anne sütünün yaramadığına hüküm olunarak bir süt nine tutulur. Bir zaman sonra bu süt ninenin sütünden de bir faide hasıl olmadığı, yani çocuğun artamdığı görülerek süt nine değiştirilir.. İlh. Böylece elden ele geçen bu çocuk ilk yaş hitamında cılız ve hastalıklara müsteit bir halde kalır.

İlk zamanlarda görülen şu zafiyete, sebep, sütün yağının çokluğuudur. ~~Yalnız anne memesi emzirmede değil, inek sütü ile beslemede dahi süt yağının çok olduğu zamanlarda ârâzın kesbi şiddet ettiği ve yağ yarine maiyeti fahmiyeler ikame ve muhtelit bir mama verildiği zaman ârâzın zail olduğu, çocuğun şişmanlamaya başladığı nazara çarpar.~~

Nethalı bünyeli çocukların ikinci tipi şişman olanlardır; bunların yağı yumuşak ve suludur, ufak bir sebeple vucut bu yağ tabakasını gaip eder. Bunlar P a s t ö s denilen çocuklardır.

Vilâdi olan bu bünye anomalisi üzerine irdaı tabii hatalarının gayri muntazam tağdiyenin ve mide ve bağırsak bozuluklarının, intanatın tesir etmesiyle bir takım ârâz meydana gelir. Bu alâim ciltte, gısayı muhatilerde ve âzayı lenfaviyede olarak üçe ayırılır.

Ciltteki tezahurat : Konak, ruhiye (Croute de lait), eczema, strophulus, intertrigo .

Gısayı muhatî tezahuratı : Harita dili (L i n g u a g e o g r a p h i c a), devrî olarak tekerrür eden nezle ve halî belum iltihapları, munzammaı ayn iltihapları, ferç ve haşefe iltihapları, bazı akıntılar, ishaller.

Azayı lenfaviye : Bazı müellifler tarafından ayrıca lenfavi bünyeye ait gibi telekki edilen bademcik, tahhal, ukadı lenfaviye dahhameleridir.

Cildi tezahurat :

Tabii bir süt çocuğunun bir yeri yaralandığı vakit oraya cüzi bir miktar ifrazı nescî çıkar ve sur'atle pıhtılaşır, ve bu suretle beşereden mahrum olan o yere çıkan ifrazı nescî muhafız bir kabuk teşkil etmiş olur.

Nethalı bünyeye duçar olan bir çocukta ise harice çıkan ifrazı nescî Betaetle tahassür ettiği gibi anücavirde bulunan beşereyi tahriş ederek o yarann etrafı da beşereden mahrum kalır. Bu suretle alaha büyük bir kabuk teşekkül etmiş olur.

Bu kabiliyeti taharrüşüye lapaçı (p a s t ö s) de-

diğimiz yumuşak yağlı, turgoru az, pörsük derili şişman (!) çocuklarda daha aşikârdır, e t i a z g ı n denilen kimseler bunlardır.

Eğer nethalı bünyeli çocuklar gayri tabii şişmanlık ile, daha tezahuratı cildiye görünmeden teşhis ve tedavi olunurlarsa o halde bir kısım tezahurattan azade kalarak büyültülebilirler.

Başta beyaz kül rengi kabukcuklar (Gneis - Konak) zannolunduğu gibi kirlilikden değil, bu bünyedendir. Ruhiye de böyledir. Yanaklardan bilâhara çeneye, kulaklara, alına, cildi müşaara kadar istilâ eden bu ekzemaî tezahurlar evvelâ kuru iken bilâhara, sulanır, kaşınır, nahoş bir takım tezahurlara sebep olur.

Kıvrımlı yerlerde olan ve mükemmel bir temizliğe rağmen yine gitmeyen pislikler ve ara sıra yaptığı hecmeler ile kendini gösteren papullerden mürekkep S t r o p h u l o s da buraya girer.

Bunların tedavisini yalnız bir merhem sürmekten ibaret sanmak bu bünyeyi tanımamak demektir.

Gısayı muhatî tezahuratı :

Cilt altındaki nesci hucrevi gibi gısayı muhatiler ensicesi de ufak tenbihlere, tahrişlere şiddetle mukabele eder. Ve bu suretle meydana bir çok alâim gelir. I s h a l l e r, tahammür sebebiyle emada husule gelen hamızatın ema cidaranı tahriş etmesindedir. Anne memesi emen çocuklarda görülen bazı muhatî ishaller emanın bu bünyeli çocuklardaki taharrüş kabiliyetindedir. Çocuk büyüdükçe cihazı hazmının bu taharrüşleri yerine yavaş yavaş c i h a z ı t e n e f f ü s i t e n e b b ü h l e r i kaim olur. Çocukta nezle, hunnak, kasabat iltihapları, kulak akıntıları bas gösterir, ve bunlar tekerür ede ede müzminleşir, yerleşir.

En ziyade nazarı dikkati celbeden h a l f i b e l u m a f e t l e r i d i r. Sık sık tekrarlayan bir günlük hummalar, iştiasızlıklar, dil paslılığı, ağız kokusu, horlama (stertor), cuhuzu ayn, ağır işitme, ukadatı rakabiye dahamesi bir bünye gayri tabiiliğinin tevlit ettiği v é g é t a t i o n a d é n o i d i e n n e neticesidir. Bazı çocuklarda üst kesici dişlerin kaidesinde görülen yeşil renkte dairevi lekeler de büneyi nethaviye alâmetindedir; bu lekeler bilâhara dairevi çürüklere inkılâp eder.

Ferç akıntıları, munzamma iltihapları da bu bünyenin şahsa göre değişen tezahurlarındandır.

Lenfavi tezahurlar :

Bilhassa şişman olanlarda tahal dahamesi veya büyük bir thymus. Bu s t a t u s t h y m i c o l y p m h a t i c u s ' a müptelâ olanlarda ara sıra mevti füccai' lerde görülmektedir. âzayı lenfaviye dahamesi, pürini az yiyeceklerle beslenen çocuklarda görülür. Pürini çok yiyecekler bu dahameleri giderir.

Tymus ve tahalden başka levzelerin büyümesi de buraya girer. Nethalı bünyeli çocuklarda pek erken olarak, hatta doğumdan bir kaç hafta sonra bile levze dahameleri görülmüştür.

Bu sayılan alâmetler pek dağınık ve karışıktır. Bundan dolayı hepsinin bir bünye altında toplanması biraz güç gelir. Fakat bu arızaların yolunda bir tağdiye sistemi ianesiyle tashih edilebilmesi, bunların hepsinin aynı bünyenin muhtelif ârâzı olduğunu teslim ettirmeye kâfidir.

Vaki gıda tedavisi ile bu bünye arızalarını tamamen izale etmek pek de kabil değildir. Fakat bir çok avarızın husulünü men' ve seyirini tadil etmek de bir iştir. Buna rağmen araya giren bir takım hastalıklar (kızamık, tederrün) tağdiyenin yolunda olmasına rağmen nethalı bünye arâzını meydana çıkarır. Gıda ile tedavi: Gerek yağ ve gerek maiyeti fahmiyeli fartı tağdiyeden sakınmak ile dir. Bu suretle bedenın sudan olan ihtivası mutedil bir halde tutulmuş ve muafiyeti bederiye azaltılmış olur. O halde sütü, yumurtayı ve şekeri az vermek lâzımdır.

Bunun tatbiki şu suretledir: Meme çocuklarında meme adedini 5 yapmak. Eğer arızalar yine temadi ederse dörde indirip bir defa irmikli et suyu vermek. Eğer çocuk bu et suyunu tuzlu olduğu için istemezse o halda havuç çorbası verilir. Eğer çocuk inek sütü beslenmesinde ise süt miktarını B u d i n adedinin asgarî bir haddinde tutup kalori kıymetini yükseltmek için tereyağı, un halitası vermek. Büyücek süt çocuklarında sebze, meyva, tyhmus, beyin, köfte ilh.. katarak muhtelit bir gıda sistemi takip etmelidir.

M o n r a d gıda tedavisini şöyle tanzim etmiştir. Hayvanî yağlar memnu, bunların yerine nebatî yağlar vermek.

Bir aydan aşağı çocuklarda ; Kadın sütü, inek sütü memnu. Yağı az süt (ya mayi veya mahallebi halinde). Ayran vermek, bilahara gevrek, yulaf çorbası, patates ezmesi, elma reçeli.

Büyük çocuklarda : Süt, kaymak, tere yağı, domuz yağı, yumurta sarısı, yağlı et ve balık memnu Yağı az süt veya ayran yakılmış yemekler, sulu pelte, ekmeğ, patates vermek.

Balık yağı da hayvanî yağ olduğundan memnudur.

Tağdiyeyi tanzim az bir müddet sonra ârâzın zevalini mucip olur. Yani muvaffakiyet tamdır. Tedaviyi gıdaîden maksat gerek cilt ve ağşiyeyi muhatiyenin kabiliyeti taharrüşiyesini azaltmak ve bu suretle vücudun intanlara karşı mukavemetini çoğaltmaktır.

Bu bünyenin asabî bünye ile karışık olduğu vakayide gıda tedavisi ile birlikte muhiti tebdil de lâzımdır. Bu bünye anomalisinin yalnız mevziî olarak (merhemler, bir takım solution'lar) tedavisinden hiç bir faide melhuz değildir. Bu tarzı tedavi, bu bünyenin esasını bilmemezliktendir. Gıda tedavisi yapılmayan vak'alarda şifa beklemek beyhudedir.

Memleketimizde fartı tağdiye neticesi bu bünyenin bir çok ârızalarına rastgelmekte olduğumuzdan tedaviyi de ona göre tatbik etmemiz lâzımdır.

Şeker hastalığının insulin'le tedavisi, istitbabı ve tedavi tarzı .

Prof. Dr. Abdülkadir Lütfi.

İ s t a n b u l .

İnsulin'in B a n t i n g ve B e s t namında iki kanadalı tabip tarafından 1921 senesinde Macleod laboratuvarında keşfinden sonra şekerli diabet tedavisinde tababet hergün hududu biraz daha büyüyen zaferler kaydediyor.

İlk zamanlarda insulin'in şekerli diabet tedavisinde istitbap hudutları nispeten dar idi. Bu gün genişlemiştir, belki zamanla daha tevessü edecektir. İnsulin'e hassas, iusuline mukavim diabet şekilleri olduğundan insulin'le şekerli diabet tedavisi istitbaplarını hulâsa etmeden evel vucutta şeker müvazenesini hâkimiyeti altında tutan kuvveti, tertibatı ve şekerli diabetin envainı muhtasar olarak gözden geçirmeyi lüzumlu görüyorum.

Vucutta şeker müvazenesinin yalnız pankreas, mahfazayı fevkalkilye ve kebedin faaliyeti ile tanzim edilmediği muhakkaktır. Bu işte adelât faaliyetinin sair hormonların, merkezî cümleyi asabiyenin

ve vegetatif sistemin de müdahalesi olduğu, vakalar ve tecrübelerle aşikârdır.

Sabit olmuş hakikatlar arasında zikredilebilirki : Pankreas hormonu olan insulin kebette ve adalatta glycogen tesbit ve tassaruf ettirici bir hassaya malik bulunuyor. Buna mukabil mahfazayı fevkalkilye hormonu olan adrenalin de kebette glycogen sarfını kolaylaştırıyor. Aynı tesiri adelât glycogeni için de gösterebiliyor. Gebelikte, akromegali, basedow hastalıklarında dahi şeker metabolizması bozuluyor. Bu teşevvüsü de mebyaz, nuhamiye ve derekiye guddelerinin hormonuna atfetmek lâzım geliyor.

Bundan başka, [kebet hucrelerini tahrip eden iltihap ve istihalelerde ve merkezî cümleyi asabiye bozukluğu ile müterafık yahut gayri müterafık sistem vegetatif teşevvüslerinde dahi şeker metabolizması bozuluyor. Adalı hareketler de şeker sarfını intaç ettiği için bu silsileye dahil oluyor. Muhtelif

vakalar iyice tetkik edilirse şu fikir hasıl oluyor ki vucutta meselâ hararet müvazenesini yapan müspet ve menfi muhtelif kuvvetler olduğu gibi şeker müvazenesini tespit için de muhtelif uzuvların hucre, hormon ve asap faaliyetleriyle idare olunan bir müvazene sistemi vardır. Bu meyanda kebedin glycogen deposu diye tanılan vazifesini az çok muavaza edebilecek ihtiyat glycogen depoları ve glycogenin sarfını yahut tasarrufunu idare eden asap ve hormon kuvvetleri mevcuttur.

Bir çok tecrübe, görgü ve mesaiye rağmen her tarafı iyice tenevvür etmemiş ve kısmen muğlak kalmış şeker metabolizması mihanikiyetini ve bu hususta yapılan tecrübeleri burada ayrı ayrı tetkik ve tahlil edecek değilim. Bu meseleyi kısmen şema tarzına ifrağ etmek isteyorum, daha doğrusu bu hususta yapılmış şemalardan istifadeye çalışıyorum.

Hazım ve gıda istiklâbı hastalıkları cemiyetinin 1932 senesi teşrini evvel ayında Viyana da aktetikleri bir kongrede prof. F a l t a' nın « İnsulin und diabetes mellitus » unvanı ile tebliğ ettiği çok vakıfane bir raporunda şeker metabolizma sistemi şu vechile hulâsa edilmiştir: Şeker metabolizması için iki kuvvet vardır.

1 - Temessüle hizmet eden *Assimilatorisch*: A.

2 - Muzaddı temessüle hizmet eden, *Dissimilatorisch*: D.

A. Cüzeyrevî uzvla (pankreas), D. ise başlıca sempatik mahfazayı fevkalkilye sistemi ile ifade olunur.

Şeker metabolizması bozukluğu yalnız hormon tesiri ile ifade olunmak istenilirse bu hormonların ifrat ve fefriti yahut mâdumiyeti faraziyesine göre nazari olarak şu ihtimaller hasıl olur.

1. - A. nın D. üstüne galebesi:

a) A. Büyümüş, D. tabii (*iptidai hyperinsulinismus*).

b) A. tabii, D. küçülmüş (*Tali hyperinsulinismus*).

c) A. küçülmüş, D. daha küçülmüş (*İnsulin'e hassas diabet*).

12 - D. nin A. üstüne galebesi:

a) D. büyümüş, A. tabii (*halis inslin'e mukavim diabet: nazari*).

b) D. tabii, A. küçülmüş (*cüzeyrevî diabet*).

c) D. büyümüş, A. küçülmüş (*cüzeyrevî ile insulin'e mukavim diabet mahlutlu*).

Nazari olan bu şema klinik ile karşılaştırılırsa bu taksimin sırf farazi ve nazari olmadığı anlaşılıyor. Meselâ:

İptidai hyperinsulinemi diye tavsif olunan şemaya tevafuk eden vakalar vardır. R. M. W i l d e r tarafından ilk defa tavsif olunan s p o n t a n é h y p o g l y k a e m i vakalarına bu gün her tarafta tesadüf olunuyor. D. O. R o t h tarafından esasî hypoglisemi namı ile neşredilen vakadaki ârâza müşabih hastalara İstanbul'da tesalüf edilmiştir.

Her aşam 15 portakal yemeden yatarsa titreme, heyecan, ter ve sıkıntı geldiği için uyuyamayan ve bu neviden bir hiperinsulinemi arazi gösteren 33 yaşında Bursalı bir hastamda hiperglisemi tecrübesi yapıldı. Aç karnına kanında şeker 1.44 idi. 50 Gr. glikozdan sonra her yarım saatte takip edilen kanda şeker miktarı 1.28, 1.12, 0.6, 0.51, 0.96 bulundu. Bu rakamlar hastada verilen gilikozun derhal ifratla insulin ifrazını mucip olduğunu gösterir. Ve bu hal iki saat devam ediyordu.

Tali Hyperinsulinemi Addison hastalığına musap bazı vakalarda tesadüf olunuyor. Burada hiperglisemi nihaî oluyor. Bu şemaya oldukça yaklaşan bir vakaya üç sene evvel seririyatımızda tesadüf ettik.

İki taraflı rie tuberkülozuna müptelâ ve aynı zamanda son aylarda şekerli diabet ârazı gösteren 55 yaşında bir doktorda insulin tedavisi yapmak mecburiyeti hasıl olmuş, idrarın litresinde 20 - 25 Gr. glikoza mukabil ilk hafta yevmiye iki defada 40 vahdet insulin yapılmış ve şeker sifıra düşürülmüştü. Beş gün insulin yapılmış, yevmiye 65 Gr. albumin, 113 Gr. yağ 183 maiyeti fahmiyeyi havi bir himye altında şeker miktarı litrede 36 - 42 Gr. yükselmiş, aseton cisimleri menfi bulunmuştur. Tekrar insuline başlanmış, bu defa aynı miktar insulin ile aşikâr hipoglisemi arazi hasıl olmuş, insulin yevmiye 20 vahdete indirilmiş, yine hipoglisemi arazi görüldüğünden terkedilmiştir. Bu esuada hastada fazla halsizlik, şiryan taziyinde düşüklük (10 - 7 vakez) ârazı görüldüğünden bunun mahfazayı fevkalkilye ademi kifayesine merbut olduğu kabul edilmiş ve insulin tekrar edilmemiştir. Hasta bu adyamic ârazı içinde 10 gün sonra vefat etmiştir.

İnsuline hassas diabet vakaları insuline mukabele eden sistemin zafiyetini farzettirir. Bu gibi hastalarda mahfazayı fevkalkilyelerde mutlaka bir âfet tasavvuru mecburiyeti yoktur. Sistemin kolayca tenebbüh kabul etmesi, ataleti, bu sınıf diabeti yaratabilir.

İnsuline mukavim olan diabet, daha ziyade insuline mukabil olan sistemin fazla faaliyetini tarzettirir. Bu şemayı tasvir eden vakalara saf olarak tesadüf olunmayorsa da kırmızı hipertoni ârazı mecmuasına malik olan diabetliler bu numuneye yaklaşıyorlar.

Asıl cüzeyrevî diabet vakalarında mukabil sistem tabii olduğu halde insulin sistemi pankreastaki maddi yahut vazifevi tagayyür sebebiyle zail eylemiştir. Bu kabil vakalara en fazla tesadüf edilmektedir.

Cüzeyrevî diabet ile insuline mukavim mahlut diabet vakalarının mevcut olup olmadığını tetkik etmek pek kolay değildir. Belki bu gibi vakalar da vardır. Bu şematik taksimin ve görüşün en zayıf noktası, sempatik mahfazayı fevkalkilye sistemine ait vazifevi ifrat ve fefrit teşevvüşlerini şimdiye kadar görülen vakalar üstünde teşrihi marazi tagayyürleri tesbit edilememiş olmasıdır.

F a l t a' nın şekerli diabeti şematize eden fikirleri aıla çok yakındır. Fakat şeker metabolizması yalnız insulin ve insuline mukabele eden sempatik fevkalkilye hormonun çerçevesine sıkıştırılmış oldu-

ğundan bu fikirlerin de noksan bir cephesi olduğu görülüyor. Vücutta glikoz tevezini ve tanzimi mihanikiyeti bu kadar basit bir şema ile izah edilemez. M a r c e l L a b b é nin *paradiabet* ismini verdiği ve pankreastan başka diğer bazı dahili ifraz guddelerinin teşevvüşü ile husule geldiğini kabul ettiği paradiabetlerde günün birinde hakikî şekerli diabete inkişâf edebiliyor. Bu hususta bir çok müşahedeler zikredebilirler. Dahili ifrazı olan muhtelif guddelerin müdahalesinden başka kebet hücrelerinin, cümleyi asabiyenin ve henüz bilmediğimiz bazı âmillerin de şeker metabolizmasında alâkası düşünülürse şekerli diabetes baştağını şematize etmek halen pek müşkül olduğu meydana çıkıyor.

İnsulin'le diabetes tedavisinde Paradiabet'lerden başka kilyevî diabetesleri de tanımak icap eder.

Kilyevî diabetes: Umumiyetle glikoza karşı kilye kademesinin alçalmış olduğu kabul edilmektedir. Hakikî kilye diabetesi vakalarında şeker metabolizmasında ehemmiyetli bir bozukluk vakî değildir. O halde bu gibi vakalarda insulin tedavisine lüzum ve ihtiyaç yoktur. Fakat bazı vakalarda hem şekerli diabetes ve hem de kilyevî diabetes karışıktır. Bu gibi muhtelif vakalarda insulin tedavisi yapılabilir. İnsulin tesiriyle hiperglisemi zail olur. Lakin kilyevî diabetes sebebiyle idrarda şeker bakidir. Bu hal glisemi tayini ile farkedilmez fazla insulin'e devam olunursa hipoglisemi arızası zuhur edebilir.

Bu hulâsâyı yaptıktan sonra şekerli diabetesin insulin ile tedavisi bahasına geçebiliriz.

İnsulin ile tedavi istitbabı:

Evvelce insulin daha mahdut vakalarda kullanılıyor, hafif diabeteslilerin tedavisinde insulin istimali tavsiye edilmiyordu. Halbuki hafif diabeteslilerin insulin'le az çok bir zaman zarfında tedavisini müteakip vücutta şeker karşı tahammülün de arttığı ve nihayet insulin terk edilmekle hastaların insulin'siz ve şekersiz yaşayabildikleri görüldüğünden halen hafif vakalarda dahi insulin kullanılmaktadır.

İnsulin tedavisinin asıl ve mecburi istitbabı:

Şekerli diabetes komasında, komanın iptidai arızında, aseton ve aseton eesamı çıkaran ağır diabeteslerde, bilhassa gençlerin ağır diabetesinde, ameliyat yapılacak diabetesli hastalarda, (füronküloz, apse, kanar aft, iritis, orta kulak iltihabı, tuberkuloz ve sepsis gibi) umumî ve mevzii hat yahut müzmin diabetes ihtilâtlarında insulin yapılması mecburidir.

İnsulin tedavisinin nisbî istitbabları:

İnsulin yapılmaksızın yalnız himye tertibatı ile şekersiz yaşayan ve bu tertibe uzun zaman devam etmekle vücutta şeker tahammülünü tedricen yükseltebilen vakalar vardır. Bu vakalarda makul ve mevzun bir himyeyi uzun müddet idame etmek de bazan güçtür. Hatta himye sebebiyle hasta işinden

geri kalır. Bu gibi hastalarda insulin tedavisine mecburiyet his edilmeyebilir. Fakat insulin tedavisi tesis edilince hastaya daha fazla yedirmek, hastaya sağlam bir şahıs kadar iş görme kabiliyeti kazandırmak da kabildir. İnsulinin bu faydelerine karşı pahalı olması, günde iki üç defa şırınga edilmesi mahzuru vardır. Her halde insulinin kâr ve zararını iyice tartmak ve her vakada ona göre tedavi tarzı intihap etmek lâzımdır.

Son senelerde hafif diabetes teşhisi ile insulin tedavisi altına aldığım vakalardan ikisi 40-45 diğer biri 60 yaşında olan üç diabetesli hasta 40-60 günlük insulin tedavisini müteakip aşikâr bir salah ve 200-250 Gr. maiyeti karbon tahammülü göstermeğe başlamışlardır. Hastalar, insulin tedricen azaltılmış ve kesilmiş olduğu halde halen fazla tatlı yemekten tevekkî etmek şartı ile aileleriyle birlikte yemek yedikleri halde idrarla şeker çıkarmıyorlar. Bu gibi muvaffakiyetlere hastalık ilk başladığı zaman hastalar elde edilirse tesadüf olunuyor ve bunlarda cüzeyrevî uzvun mühim bir tagayyüre maruz kalmamış fakat muhtelif sebeplerle ataletle duçar olmuş bulunduğunu kabul etmek lâzım geliyor. Avrupanın muhtelif seririyatlarından da bu nevi müşahedeler neşrolunmaktadır.

İnsulin tedavisini muvaffakiyetle yapmak için :

Kullanılacak insulin miktarını, insulin tedavisi a'tındaki hastalara verilecek himyeyi, insulin yapma zamanı, insulin kazalarını, insulin hassasiyet ve mukavemetlerini, insulin karşı anaphylaxie arızalarını gözden geçirelim:

Kullanılacak insulin miktarı: İnsulin tedavisi bir ikame tedavisidir. Kullanılacak insulin vakaya, hastalığın seyrine göre değişir. Tekmil şekerli diabeteslilerde hiperglisemi arazi yalnız cüzeyrevî vuda (pankreasın) dahili ifrazının azalmasına, yahut madun olmasına merbut olsaydı mesele daha basit bir şekil alırdı. Bu işe yukarıda zikredilen muhtelif amiller ve insulinin tesirini azaltan bazı sebepler de karıştığı için insulin miktarını tesbit ve tayin etmek keyfiyeti güçleşiyor.

İdrardan bir gram glikozu azaltmak yahut vücutta bir gram glikozu temessül ettirmek için sarf olunan insulin vahdetine «Glikoz muadili, *Glukozaequivalent*» denir.

Her şahısta glikoz muadili olan insulin vahdeti aynı değildir. 24 saat aç kalmış bir diabeteslinin idrarında bulunan muayyen bir miktar şekerini temessül ettirmek için sarf olunacak insulin miktarı ile fazla yemek yemiş bir insanın idrarında bulunan aynı miktar şekerini izale edecek insulin miktarı bir olamaz. Birincideki insulin ihtiyacına «esas ihtiyaç, *Basaler bedarf*» diğerine «ârizavi, ihtiyaç azide tler *Bedarf*» denir.

İnsulin'le tedaviye başlanacak bir hastaya ilk defa ne kadar insulin zerkedileceğini gösterecek rehber, şahsın idrarında bulunarak şeker miktarıdır.

Tanhauser'e göre sabit bir himye altında bulunan hastaya idrarında bulunan şekerin her 1,5-2 gramına bir vahdet insulin hesabıyla tedaviye başlanır. Hafif diabetlilerde bazan bir vahdet insulin beş gram şekerin izalesine bile kâfi gelir. Lichtwitz, idrardaki 1,5 - 4 gram şeker bir vahdet insulin kâfi görerek tedaviye başlamayı tercih eder.

Umumiyetle insulin'le tedavi edilecek hastalar sabit bir himye altında bulundurulur. Hastaların maiyeti karbonsuz himyede bulunduğu gün insuline başlanması doğru değildir. Ağır ve istisnâ vakalarda bu şartta dahi başlamak lüzumu hasıl olabilir.

Hastalara zerk edilecek insulin vahdeti hipoglisemi husule getirmemek üzere hastanın ihtiyacına kâfi miktardır. Gıdadaki anasır sabit tutulursa bu sayede vücudun tedavi sayesinde kazanabileceği tahammül kabiliyeti aşikâr bir tarzda farke diler.

İnsulin tedavisi altında bulunan hastaya verilecek gıda: İnsulin tedavisi altında bulunan hastaya sabit bir himye tayin edilmelidir. İnsulin tedavisi icap ettiren vakaların ekserisinde idrarda aseton ve aseton ecsamı vardır. Eğer mecmu aseton miktarı yevmiye 0,2 - 0,3 gramı geçmezse hususî maiyeti karbonlu bir himyeye lüzum yoktur.

İnsulin sayesinde vücuda daha fazla maiyeti karbon verilebilir. Maiyeti karbon glikojen yaptığı, insulin glikojeni tesbite yardım ettiği için maiyeti karbon ve insulin ikisi de aseton ecsamın husulünü menettiren en müessir vasitalardandır. En vahim asidozis vakalarında bile bu ikisinin makul olarak istimali tehlikenin önünü alabilir.

O halde intihap edilecek sabit gıdaya fazla aseton ecsamını ittirah eden şahıslar için fazla maiyeti karbon ilâve edilmelidir.

Asidozisle müterakim olmayan vasatsindeki yahut nisbeten hafif olan diabetlerde dahi gıdaya az çok maiyeti karbon ilâvesine lüzum vardır. Bu sayede vücudu beslemek, gıdada tenevvü yapmak kabil olur. Maiyeti karbon olarak von Noorden tarafından diabet himyesine ilâve olunan yulaf unu, Falta'nın tavsiye ettiği balıye nebati unları yahut patates ekme meyva vs. verilir. Maiyeti karbon miktarı vakaya göre 100 - 200 gr. olabilir. Porges ve Adlersberg insulinle tedavi edilen vakaların sabit himyesine yevmiye 500 Gr. francala ve fazla miktar albumin koyarak yağ çok asgarî miktara indirmeyi muvafık buluyorlar. Fazla maiyeti karbon ve insulin ketojen hassasına maliktir. Albuminler fazla maiyeti karbonla beraber verilirse glikozu çoğaltmaz ve aseton ecsamını tezyit etmez, yağ tahdit edilmekle kebede hicreti men edilir ve glikojen teşekkülü teşkil edilir, diyorlar. Bazı hastalarda albumin hassa-

siyeti mevcut olduğu muhakkaktır.

Klinikte tesadüf ve takip ettiğimiz bazı vakalarda fazla albumin verildiği müddetçe idrardaki glikozu izale etmek kabil olamayan bu hastalarda albumini tahdit etmekle maiyeti karbon tahammülü tezyit edilebilmiştir. Binaenaleyh Porges ve Adlersberg himyesini bu kabil vakalara tatbik etmek kabil olamaz. Buna mukabil albumini pek az yağ pek çok taze sebze himyesi vardırki Petrén tarafından bilhassa asidozislî vakalara tavsiye edilmektedir.

Bu himyede albumin pek az olduğundan bu sayede kilyelerin yük altına girmediği ve aseton ecsamının çözülmesine kuvvetle yardım edebildiği zikredilmektedir.

O balde insulin tedavisi altında bulunan hastanın sabit bünyesine icabına göre 100 - 200 bazan daha fazla maiyeti karbon ilâve edilmelidir. Albumin ve yağ miktarı hastanın haline ve sinnine göre idare edilmelidir. Meselâ vucut kuvvetini sıyanet için insulinle tedavi edilmeyen vakalarda olduğu gibi haftada bir veyahut iki gün albumin veyahut yağ ilâve günleri yazılır ve bu ilâveler maiyeti karbon hesabına yapılır. Gençlerde albumin, yaşlılarda yağ ilâvesi muvafık bir değişiklik teşkil eder. Yahut sabit himyede maiyeti karbon miktarına dokunulmamak üzere albumin hassasiyeti olmayanlarda gençlere fazla albumin, yaşlılara ve hipertansiyonlulara az albumin ve fazla yağ ilâve edilerek gıdada kudret ve kalori ikmal edilebilir.

İnsulinin vakitlere taksimi:

Çok ağır ve asidosiz'li vakalar istisnâ edilirse orta ve hafif vakalara insulin alelâde günde iki defa ve yemeklerden 20-30 dakika evvel yapılır. İnsulin yapılan vakalarda kan ve idrar şekeri tetkik edilmelidir. Kan şekeri muayenesi pek kolay olmadığından hiç olmazsa bidayette her gün sabah ve akşam idrarlarının şekeri kontrol edilmeli ve insulin miktarı o vechile tanzim olunmalıdır. İdrar şekeri tetkik edilmezse hastanın hipoglisemi tehlikesine maruz kalması ihtimali vardır. Bilhassa kan ve idrardaki şeker seviyesi sabit olmayan genç diabetlerde bu tetkike çok kıymet verilmelidir.

Diabetlere yapılan insulin kan şekeri tedricen ve müsavî olarak tesir etmez, heyecan, hareket, gıda alma gibi haricî müessirlere göre insulin tesiri derhal durabilir. Bundan başka hastalarda kan şekeri seviyesi her zaman aynı değildir. Bilhassa ağır diabetlerde kan şekeri sabah saat 5-7 arasında en yüksek miktarda bulunmaktadır. Bu sebeple bunlar sabahları fazla maiyeti karbona tahammül edemezler. Ekseriya yaşlı olan diabetlerde kan şekeri seviyesi sabahları yüksektir. Bu sebeple bu gibi vakalarda insulin hiç olmazsa nisfını sabah kahve altısından, evvel yapmak, diğer nisfını akşam yemeline bırakmak lâzımdır. Mamafî, uzun devam eden bazı diabetlilerde iki şırınga yapılırsa öğleden sonraki idrarla yine şeker çıkıyor. Fakat öğle yeme-

ğinden evvel pek az miktar, meselâ, 4, 6 vahdet insulin yapılırsa bu miktar ile idrarda zuhur eden nisbeten fazla şekeri izale etmek kabil oluyor. Bu az miktar insulin, regeneressane istidadı olan kimselerde cüzeyrevî uzvu faaliyete getirecek teşvikçi bir rol yapıyor (L. R. Grote).

Yevmi insulin ihtiyacı 60 vahdetten fazla olan hastalarda G o t t s c h a l k insulinini üç müsavi miktar ve zamana taksim ederek yapmayı ve yemek zamanına tabi olmayı tavsiye ve bu usul ile faideler görüldüğünü zikrediyor. Meselâ hastaya saat 7, 15, 23 te yani sekizer saat fasıla ile yirmişer vahdet insulin yapıyor.

P. M ü l l e r, hastalara verilecek maiyeti karbonu daima öğleden evvelki vakte tesadüf ettirmek ve öğleden sonra maiyeti karbonsuz gıda vermek şartıyla insulinin iki defadan fazla şırınga edilmesini tercih ediyor. İnsulin yapılan hastaların gıdasını perhize tabi hastalarinkine yaklaştırdığı için bu usul pek revaç bulmamıştır. Diabet koması ârâzı veren hastalara sair tedabir ile beraber ve kısmen de dahili verit şırınga yapılmak üzere bir saat zarfında iki defa 100 vahdet şırınga edilir, kan şekeri, yahut icabında sonda ile alınan idrar şekeri kontrol edilmek üzere her saatte veyahut her iki saatte bir 20 - 30 vahdet üstünden bir kaç defa daha insulin yapılabilir. 200 vahdet insulin yaptıktan sonra mütebaki insulin yapıırken aynı zamanda lavman suretiyle vücuda (200 Gr. su içinde 20 Gr. glikoz) sevkettmeyi tavsiye edenler de vardır.

İnsulin ile tedavi edilen bir hastada idrarda şeker bulunduğu halde hipoglisemi ârâzı zuhur ederse şırınganın vakti iyi intihap edilememiştir. Eğer hastanın idrarında mevcut değil iken hipoglisemi ârâzı görülürse insulinin miktarı iyice tanzim edilmemiştir (L. R. Grote).

İnsulin tedavisi esnasında ârizalar ve hipoglisemi:

İnsulinle diabet tedavisi esnasında hastada bir intan, ruhî bir sadme, heyecan zuhur ederse ekseriya alelâde günlerde kâfi gelen insulin miktarı ile idrarda şeker ıttirahının önü alınamaz. Hummalı intanlardan, bilhassa gripe şeker tahammülüne daha ziyade zarar veriyor. Asabî buhranların da şeker ıttirahını tezyit ettiği çok zamanlardan beri malumdur. Yakın zamanlara kadar tedavim altında bulunan diabetli ve yaşlı bir hanımda idrar şekeri adeta ailevi geçimin de bir miyarı olmuştu. Evde kavga olduğu günler idrar şekeri adeta iki misli artar ve haklı olarak yine evde geçimsizlikmi var, sualime meydan verirdi. Bu gibi hadiselerde insulin miktarı tezyit edilebilir. Esasen hadise zail olunca muvakkaten çıkan şeker kendiliğinden zail olur.

Hipoglisemi: Hipoglisemi ârâzı bazan şiddetli olur, hastayı koma'ya kadar sevk edebilir, hastayı ve tabibi korkutur. Bu sebeple insulin tedavisi her zaman teyakkuzu icabettirir. Hipoglisemi arazi, ek-

seriya şeker miktarı 60-80 Miligramma düştüğü vakit görülür ve ekseriya insulinden 2 saat sonra başlar. Hipoglisemi ârâzı daha ziyade âsâp ve deveran cihazında kendini gösterir. Hipoglisemiye tevhit eden sebep her vakit kan şekeri seviyesinin muayyen bir hadde düşmesi değildir. Meselâ kilyevî diabette kanda şeker seviyesi ekseriya hali tabiiden düşüktür. Kilyevî diabetli bir hastaya dahili verit insulin şırınga edilerek kan şekeri 30 miligramma düşürüldüğü halde hipoglisemi arazi zuhur etmeyebilir. Buna mukabil kan şekeri yüksek olan ve sabit olarak bu seviyede kalan bazı hastalarda dahili verit insulin şırıngası ile kan şekeri 160 miligramdan 130 miligramma tenzil edilse hipoglisemi arazi zuhur edebilir. O halde hipoglisemiye tevhit eden sebepler arasında yalnız kan şekerinin muayyen bir hadden aşağı düşmesi değil, muttat şeker seviyesinin anî olarak muayyen bir miktar alçalması da hipoglisemi ârâzı yapabilir. Hipoglisemi ârâzı husulünde şahsî kabiliyetlerin, bilhassa vegetatif sistemindeki müvazenesizliğin, kan kaleviyeti derecesindeki fazlalığın da tesiri olduğu anlaşılmaktadır. Yaşlı kimselerde, zaiflerde, aç kalmış insanlarda, ishallerde dahi hipoglisemi ârâzı sühuletle hasıl olur. Hipogliseminin malum ve muttat olan ârâzından (hararet hissi, esneme, iç sıkıntısı, titreme hissi, baş dönmesi, ciltte ve vecihte kırmızılık, hasafet kalp çarpıntısı, nabızda teserrü, korku hissi; terleme, şiddetli açlık hissi, adalatta zafiyet... ilh.) başka bazı eşhastâ asabî ve dimağî arazlar (sağırılık, dilde hareketsiz, dilde hissizlik, afazi, dizatri, şuurun kısmî ve tam ziyat... ilh.) de görülür.

Daha nadir olarak günlerce devam eden sayıklamalar, pisikoz tezahüratı, hatta maluliyet bırakan münferit asabî bazı tezahurat (ticarethane kâtibi olan bir kızın uzun devamlı bir hipoglisemi nöbetini müteakip hatırasını toplayamayacak derecede abdal kaldığı görülmüştür (L. R. Grote). Hipoglisemi sebebi bazan da sırf fizyoloji'dir. Hastanede yatan bir şahsa yapılan muayyen miktar insulin, hatta klinikten çıkup harekete ve çalışmaya başlayınca fazla gelir, hipoglisemi ârâzı meydana çıkar. Çünkü adelât faaliyeti de glisemi hududunu düşürmüştür.

Hipoglisemi ârizasına karşı yapılacak tedbirler:

Her defasında yapılan insulin miktarı 20 vahdeti tecavüz ederse hipoglisemi arazi başlar başlamaz derhal bir bardak portakal, kaysı şerbeti, 8 - 10 Gr. Glikoz şerbeti, 1 - 2 tatlı kaşığı bal şerbeti içirilir, yahut aynı maddeler yedirilir. Eğer hipoglisemi arazi şiddetli ve vahim ise 20 - 30 Gr. glikoz mahlûta dahili verit şırınga edilir. Eğer hastanın hali dahili verit şırınga yapılmasına müsait olmaz, yahut şırınga yapılmazsa bir isnaaşer sondası ile ve burun tarikiyle kâfi miktar glikoz mahlûtu idhal olunur. Eğer diabet ağır olarak uzun müddet devam edüp kebette glikojen azlığı yapmamış ise tahtelcilt adrenalin şırıngaları da hipoglisemi ârâ-

zını bertaraf edecek seri vasitalardandır.

İnsuline karşı hassasiyet ve mukavemet:

Bazı hastalar insuline karşı hassastır. Bu hastalarda daha ziyade cüzeyrevi uzuv ve sempatik mahafazayı fevkalkilye sistemi zafa düşmüş tasavvur edebilir. Bu nevi hastalarda asidozis'e hususi bir meyil vardır. Bu gibi vakalarda maiyeti karbon et yağ himyesi yahut sebze himyesi ile az vakitte glikozüri zail olur. Buna mukabil, aseton ecsamı zuhur eder. Bu hastalarda kanda şeker çoğaldıkça idrar miktarı da çoğalır. Ve poliyüri ehemmiyetli bir hadde vasıl olur. Bilhassa ağır olan nevilerinde hastalar çabuk zayıflamak istidadını gösterir.

İnsulin mukavemeti, dahili verit insulin şırıngasıyla, yahut tahtelcilt kâfi miktar insulin şırıngasından yarım saat sonra kandaki glikoz miktarı azalmazsa, makul bir usul ile kâfi miktar insulin yapıldığı halde idrardaki glikoz ve aseton ecsamı izale edilmezse bu gibi vakalarda insulin mukavemetinden bahsedilebilir. Hastalar iyi tetkik edilirse bu nevi vakalar azdır. İnsulin'e meyil bilâkis azdır. Hastalar günlerce maiyeti karbonsuz himye altında bulunduğu halde idrarda aseton ecsamı zuhur etmez. Buna mukabil bu gibi hastalarda uzun müddet maiyeti karbonsuz himye ile idrardaki glikozüri de kolayca izale edilemez. İnsuline mukavim olan hastalarda kanda şeker seviyesinin yüksekliğine rağmen idrar fazla miktarlara çıkmaz. Bu nevi hastalarda vücut da çok zayıflamaz. İnsulin mukavemeti bazan nisbî olur. Gıda ile tahavvül eder. Meselâ fazla yağ ile beslenen genç bir hastada insulin miktarı görülmüş, gıdada yağ azalınca insulin mukavemeti zail olmuştur (Depisch, Hasenöhrrf.)

İnsulin hassasiyeti olan hastalarda insulin miktarını tanzim için idrar ve kan şekerini sık sık kontrol etmek ihtiyacı vardır. İnsulin mukavemeti olan hastalarda ise insulin'le beraber sempatik sistemi felç edecek bir vasıta kullanmak, meselâ Leschke tarafından tavsiye edildiği veçhile günde 3 defa dahilen 1 miligramlık Gynergen Ergotamin tableti vermek veyahut insulin'le beraber şırınga etmek faide verir.

Arteriosklerose'da ve fazla insulin istimali mahzurlu olan hastalarda, tedavide insulinden ziyade muhtelif himye usullerine müracaat etmek müreccahtır.

İnsuline karşı anafilaksi:

İnsulin şırınga edilen bazı hastalarda daha ilk şırıngada zerk mahallinde az çok kızartı ve şişkinlik suretinde mevzi aksülâmel hasil oluyor. Müteakip şırıngalarda bunun şiddeti ekseriya azalıyor. Bazen de 5.-10. zerkten sonra humma, ürtiker, ishah gibi umumî anafilaksi ârâzı husule geliyor. Hastayı fazla taciz edecek derecelere varıyor.

Mevzi anafilaksi hali nisbeten fazla görülmekle beraber umumî anafilaksi vakalarına çok tesadüf edilmiyor. Son senelerde seririyatımızda ve hariçte tedavi ettiğim hastalarda mevzi analilaksiye bir çok vakalar, umumî anafilaksiye iki vakada tesadüf ettim.

Yalnız, umumî anafilaksi vakalarından biri tamamen klasik vakaların aksine tezahurat veriyordu.

60 Yaşlarında diabet ve tuberkuloza müptelâ bir hastama dört ay müddetle yevmiye 40-50 vahdet insulin yapılmış, şeker zail olduğu için insulin tedricen azaltılarak kesilmişti. 3, 4 hafta sonra hastada hiç bir sebebe raptedilmeyen umumî bir ürtiker ve aynı zamanda hafif hararet tereffuları oldu. Hastanın idrarında evvelce mevcut olmayan çok miktarda asit ürik nazarı dikkati celbetti. Perhiz ve Calcium sandoz şırıngaları ile tedaviden bir tesir alınmadı. İnsulinin maiyeti karbon metabolizmasına tesir ettiği gibi albumin metabolizmasına da müessir olması ihtimali düşünülerek hastada diabet ârâzı geçmiş olduğu halde yevmiye 20 vahdet insulin şırıngasına başlamayı muvafık gördüm. Bir hafta zarfında ürtiker ârâzı zail oldu.

Son telekkilere göre insulinin yapmış olduğu anafilaksi ne insuline ne de insulin içinde bulunan ve insulinin istihsal edildiği hayvana ait bir albümine merbut değildir. Belki sabit bir albumin cezrine, yahut has bir maiyeti karbon cezrine merbuttur « Hansen, Eymerr ».

Umumî anafilaksi husule gelen vakalarda ekseriya tıpkı araya bir intan ve hummalı hastalık girmiş gibi insulinin tesiri bazan bir kaç misli azalıyor, bazan tamamen sukut ediyor. Bu gibi vakalarda glikozüriye mâni olmak için iki üç misli fazla insulin zerki icabediyor.

Bu nevi anafilaksi vakalarının tedavisi için: Mevzi olanlarda insulin müstahzarını değiştirerek başka bir fabrika mahsulü kullanmak, umumî anafilaksi vakalarında asıl zerkten bir iki gün evvel cilt içine 2-3 vahdet insulin şırınga edilirse müsnet olan vakalarda zerk mahallinde ürtiker plakları hasil olur. Bundan 1-2 gün sonra asıl yapılacak miktar cilt altına zerkedilir.

Yahut diğer anafilaksilerde olduğu gibi dahili verit klorukalsyum yahut kalsyum sandoz mahallü ile hasta tedavi ve hassasiyeti izale edilir ve senede 1-2 defa vaki olarak dahili verit 3-10 kalsyum şırıngası yapılır.

İnsulin tedavisinin devam müddeti:

İnsuline karşı vücutta itiyat hasil olmadığı tahakkuk etmiştir. Yani uzun müddet insulin kullanmakla bazı ilâçlarda olduğu gibi itiyat yüzünden insulinin tesirsiz kalması vaki değildir. Nisbeten hafif diabet vakalarında insulin tedavisi sayesinde zaman ile maiyeti karbon tahammülü yükseldiği için insulin miktarı tedricen azaltılarak kesilebilir. Bu gibi vakalarda insulin henüz tamamen vazifeden geri kalmamış olan cüzeyrevi uzvu faaliyete getirmiş ve aktivatör rolü oynamıştır. İnsulin ile vücutta maiyeti

karbon tahammülünü arttırabilmek için insulini idrarda glikozüriye mani olabilecek miktarda yapılmalıdır. Devamlı insulin tedavisi ile vucutta fazla su teraküm etmesi ihtimali olduğundan ağır diabetlilerde ve bilhassa göz, dimağ ve kilye eviyesi sklerozlarında ve ihtiyar diabetlilerde deveran teşevvüşü ve nezif ihtimali düşünülebilir. Bu gibi vakalarda arasıra insuline fasıla verilerek hastanın muvafık bir himyeye tabi tutulması zarureti hasıl olur.

Sabit himye idrarda glikoz görülmemek şartı ile yevmi insulin ihtiyacı 60 vahdetten fazla olan hastalarda insulin tedavisine fasıla vermek muvafık olur. Bu ihtiyaç 60 - 90 vahdet arasında ise muvafık bir himyeye riayet etmek şartile 1 - 2 haftalık insulinsiz tedavi fasılları yapılabilir. Hastalarda yevmi ihtiyaç 30 vahdetten az ise himye ile idare edilmek şartile insuline istenildiği kadar uzun fasıllar verilebilir. Yevmi insulin ihtiyacı 30 - 60 vahdetten fazla da olsa yaşlı ve deveran bozukluğu olan hastalarda muvafık himye ile uzun müddet insulinsiz tedavi fasılları ihdası müreccahtır.

İnsulinin kim zerketmelidir:

Insulin günde 2 - 3 defa ve tam zamanında şırınga edilmek üzere kullanılan bir devadır. Hastalarda şırıngalar, hasta bakıcılar tarafından yapılır. Insulin miktarı, şırınga zamanı hastanın ahval ve ihtiyacına göre tabip tarafından tespit ve takip olunur.

Hariçte ve ayak tedavisine gelen hastalarda en makulu yine tedavinin aynı tarzda icrasını tanzim etmek ve imkân dahiline almaktır. Avrupada insu-

lin şırıngasını kısmen bizzat hastalar yapıyorlar. Bu gibi hastalar idrarlarındaki şekeri de şahsan kontrol edebilecek tertiplere sahip bulunuyorlar. Lüzuumlu şartları yerine getirecek ve zerki muakkam olarak yapabilecek kabiliyette hastalara tesadüf olunursa şırınganın bizzat hastalar tarafından yapılması çok pratiktir. Bu gibi hastalara hipogliseminin muhbir ârâzı da öğretilerek ceplerinde portakal, kuru kaysı, üzüm, şeker taşımaları da temin olunursa mahzur çok azaltılmış olur.

Takim için lakayt kalacaklara, idrar şekerini bizzat yahut her gün kontrol ettirebilecek vasıt bulamayacaklara insulin şırıngasını teslim etmek doğru olamaz. Bu işi tabip deruhte edemezse hiç olmazsa bir eczacı yahut hasta bakıcı takip etmelidir.

Literatur

- 1 - Abdülkadir Lutfi: Güllane, Klinik dersleri cilt II, sene 1931.
- 2 - Akil muhtar: Pratikte diyabet ve tedavisi, Tedavi Seririyatı ve Laboratuvarı, cilt 1 No. 2, 1931.
- 3 - Marcel Labbe: Pradiyabet, Tedavi seririyatı ve Laboratuvarı cilt 1 N 2, 1931.
- 4 - Falta: Insulin und Diabetes Mellitus, Klinik, Verhandlungen der gesellschaftfür Verdanngsund Staf-Wechselkrankheiten XI. Tagungin Wien (6 bis 8 oktober 1931).
- 5 - L. R. grote. Neuzeitliche Diabetesbehandlung, Ergebnisse der gesamten Medizin, Heft 3, 1933.
- 6 - Th. Brugsch: Lehrbuch der inneren medizin, 1933.
- 7 - L. Lichtwitz. Lehrbuch der inner medizin G. V. Bergman. 1931.
- 8 - Liyaettin Zeyuel (Hypoglycemic) Mecmua ârâzu İzmir Kliniği. Sayı: 3, 1933.

Önhipofizin dahilî ifrazlarını, guddenin üç çeşit hucrelerinden birine bağlayabilir miyiz ?

Dr. Emir Necip.

Ankara Vilâyeti Tabibi Müvellidi.

1884 te Bleschin, 1904 te de Launoy ile Mulonun; adenohipofizde 1 Eozinofil 2 Bazofil 3 Esas veya kromofob olmak üzere üç çeşit hucre ayırdıklarını biliyoruz. Üçüncü cins hucrelere, Almanlar, Esas hucre; Fransızlar da kromofob yahut siderofil hucre adını veriyor.

Belçikalı Wartrin, 1924 te, Liège de neşrettiği tezinde, üç çeşit olarak tarif ve kabul edilen adenohipofiz hucrelerinin, esasta bir olduğunu iddia ettiği gibi, cozinofili, bazofili ile kromatofobinin, aynı hucrenin muhtelif tekâmül zamanlarında gösterdiği değişikliklerden başka bir şey olmadığını ileri sürüyor.

Fussu kuddamdeki esas hucreler, gebelikte artar, büyür, eyi boyanır, yani hususi vasıtlar kazanırlar. İşte gebelikte, esas hucrelerde husule gelen bu değişiklikler dolayısıyla bunlara «Gebelik hucreleri» deniyor. Erdheim ile Stummennin yaptıkları araştırmalarda, ilk gebeliğin 2. ayında, gebelik hucrelerinin, bazofillerin sayısını bulacak kadar arttığını göstermiştir. Bu zevat, 4 - 6 ncı aylarda, gebelik hucrelerini bazofillerden fazla, 8 - 9 ncü aydan itibaren cozinofillere müsavi bulmuşlardır. Daha sonra ise bu hucrelerin, diğerlerinden çok fazla olduğunu görmüşlerdir.

Berblinger, çok doğurmuşlarda gebeliğin 2. ayının sonundan itibaren, gebelik hücrelerinin diğerlerini sayıda geçtiğini görmüştür.

Gebelik hücreleri, gebelik için karakteristik olmakla beraber, spesifik değildir. Zira Berblinger, hipotireozelerde, guddesi nuhamiyede, gebelik hücreleri tip ve evsafında hücreleri görmüştür. Bu zatın tetkik ettiği kadın ve erkek kanserleriyle sarkom vak'alarının yarısında, esas hücrelerin eozino ve bazofil hücrelerden daha çok olduğunu müşahade etmiştir.

Gebelik hücrelerinin vazifeleri bu güne kadar tayin edilememiştir. Bunlara atfedilmek istenilen gonatotrop hassa ispat edilmiş değildir.

Akromegalide, eozinofil hücrelerin, hipofizde arttığı müşahedelerle sabittir. Bundan dolayı, eozinofil hücreler, neşvü nüma hücreleri olarak kabul edilmiştir.

Ph. E. Smith, fusu kuddaminin. hemen hemen yalnız bazofil hücrelerden tereküp eden kısır kısmının, tenasül faaliyeti ve guddeleri üzerine tesir yapan ifrazı husule getirdiğini ve bu gibi maddeleri ihtiva ettiğini bildiriyor.

Zondeck, insana ait arka hipofizi aşlamak suretile H. V. H. ların her üçünü de elde edebilmiştir (yumurtalıklarda follikellerin olgun hale gelmesi yumurtalık ve bilhassa follikellerde nezif atretik cismi asfar teşekkülü).

Berblinger, insan arka hipofizile husule getirilen bu taamüllerin, ön hipofizden arka hipofize ve yalnız bazofil hücrelerden ibaret bulunan şeritlerin tesirile vukua geldiğini iddia ediyor.

Philipp'n yaptığı tecrübeler ve araştırmaları, tenasüli hormonu yapanların, eozinofil hücreleri olduğu neticesine varırmıştır.

E. J. Kraus, eozinofil hücrelerden müşekkel hipofiz adenomunu aşlamakla, Philipp'in elde ettiği neticelere vasil olmuştur. Fakat bozofil hücrelerden teşekkül eden adenomla yine aynı şeyi elde etmiştir. Yalnız bazofil hücreli «arka-hipofiz» ile de yukarıdaki neticelerin aynı almıştır. Büyük bir kısmı hubeybesiz olan ve az

miktarda hafif eozinofil hücrelerden mürekkep bir adenomla da bu zat aynı müspet neticeyi almıştır.

Tenasül guddeleri çıkarılmış olan erkek veya kadınların hipofizlerinde eozinofiller çok artıyor. Böyle bir gudde, başkasına aşılanırsa gonatotrop hassa ve tesirinin yüksek olduğu görülür.

Berblinger, röntgen kastrasyonlarında, hipofizde eozinofillerin çoğaldığını görmekle beraber esas hücrelerin de büyüdüğüne şahit olmuştur. Bu araştırmacının yaptığı tetkikler, esas hücrelerle bunların büyümesi ve çoğalmasının, hipofizin hangi vazifelerini arttırdığını açığa çıkaramamıştır. Aynı zat, erkek ve dişi tavşanların peritonuna, tavşan meşime ve cenin parçacıklarını şırınga ederek esas hücrelerin dolayısıyla da hipofizin büyüdüğünü görmüştür. Muhtelif peptonlar şırınga etmekle de aynı değişikliği hipofizde görebilmiştir. Buna bakarak Berblinger, hipofizin gebelikteki büyümesini mucip olan esas hücrelerin hacmen ve adeden artması ve vasfılarının değişmesi, aşılı yumurtadan anne kanına dağılan yabancı albuminlerin tesirile husul bulduğuna atfediyor. Bu zat, lipoidlerle müspet netice alamadığı gibi bütün albuminlerin aynı neticeyi veremediğini de bildirmektedir.

Şimdiye kadar yapılan araştırmalarla bunların ırdığı neticelere bakarak, adenohipofizin ifrazlarından herbirini, bu guddenin üç çeşit hücrelerinden birine bağlayarak, ifrazatı hücre cinslerine taksim etmemize imkân yoktur. Eskiden olduğu gibi hipofizin muhtelif ifrazları, hipofizde vukua gelmiyor demekten şimlilik başka çare yoktur.

Literatür:

- 1 - A s c h h e i m : Die Schwangerschaftsdiagnose aus dem Harn 1933
- 2 - B e r b l i n g e r : Handbuch der inneren Sekretion. 1932
- 3 - F l e s c h : Verhandl. der 57 Naturforsch. Gesel. 1884
- 4 - L a u n y et M u l o n : Arch. d. gyn. et obst. (Etudes sur l'hyppophyse humaine) 1904
- 5 - G. S c h i e k e l e : La prat. de l'art des accouchements 1924

Röntgen fiziğinin faydaları ve pratik kıymeti.

Prof. Kazım Nuri.

Cerrahpaşa hastanesi röntgen mütehasısı.

Hekimliğin mesnedi müsbet ilimlerdir. Science medicali inkişaf ve taazzuv etmediği eski devirlerde hekimlik tamamilen ampirizm sahasında kalıyordu. Vakia (Siens clinique) in ehemmiyeti yüksektir, Siens clinique denilen şey çerçivelenemiyen, takyit edilemeyen bir hasıdır. Bu netice hekimin şahsi kabiliyet, karakter, zekâ uzun ve şuurlu me-

leke ve tecrübesiyle büyür, yükselir. Fakat muhakkak olan bir şey vardır ki (S. clinique) i ilizar eden, büyüten, inkişaf ettiren ve bazen onu düştürdü çıkamazdan kurtaran veya müsmir sahaya sevkedecek mühim âmillerden birisi de (S. médical) dir.

Umumi hekimlik böyle olduğu gibi röntgenoloji

için de bu hal daima kararın mahiyetini muhafaza etmiştir. Röntgenolojinin esasını Röntgen fiziği teşkil etmektedir. Röntgen fiziğine istinat etmeyen röntgen bilgisile çalışan bir radyologun mesaisi (S. Médicale) malumatından mahrum olan ve bir formüler ezberliyerek hekimlik yapmak isteyen herhangi bir hekim taslağının hekimliğinden farksızdır. Biz bu küçük yazımızla röntgen fiziğinin lazım ve ehemmiyeti üzerine fazla tevakkuf edecek değiliz. Çünkü bu, malûn bir kanaati ilâm gibi bir şey olur. Röntgen fiziğini anlamadan yetişen bir röntgenci her zaman cihaz ve şuanın oynacağı mevkiindedir. Daima acınacak tezatlarla düşer, gülünç vaziyetler ihdas eder. Biz buna la fizik (des. R. X.) in radyo diya nostiktaki rolünü izah eden bir kaç noktaya temas edeceğiz.

İyi bir rie radyogramı nasıl elde edilir. Ve hangi kişiye iyi denir?

Zengin olan ve rie nescinin bütün teferruatını bariz bir şekilde gösteren klişe iyi telâkki olanır. İyi klişede rie nescine ait zıllar zirveden kâtilere ve amudu fikariden cıları salra kadar vazih şekilde teressüm etmelidir. cıdar Kâide veya zirve kapalı veya şuanı tesirini azale kalnış olmamalıdır.

İyi klişede rie nescini terkovaların fevkinde dahi takip ve tetkik etmek mümkündür. Rie nesci gayri mer'i ve silinmiş (Surexposée) olmalıdır. Böyle klişede rie nesci değil sadece kavsarai sadriye görülür.

İyi bir klişe nasıl elde edilir? bu suali garip bulunanların büyük bir ekseriyet teşkil edeceği muhakkaktır. Çünkü klinisyenlerin ve hatta radyologların bir kısmı göz alıcı, çok kontrast okunması kolay, seririyatça malûm veya şüpheli lezyonları gösteren klişeyi matluba muvafık bulur. Bu telâkki yanlıştır. Çünkü bu gün rie radyografisinden beklenen şey sadece bu değildir. Bilâkis çok gizli seriri ve fizik âraz vermeyen (Muette) tegayyüratı gösterebilmesidir. Memleketin dörtte üç kısmında çalışan arkadaşların bu mü'min ciheti ihmül ettiklerini görüyoruz. Bu gün avrupada üzerinde söz söylemeyecek derecede klasik bir hal alan bu mesele maalesef bizde tevakkuf edilecek bir muadele şeklini muhafaza ediyor.

Radyogramın iyi ve (nette) olabilmesi için birinci şart (Rapport radiographique) in âzami derecede küçük olmasıdır. Yani $\frac{d}{D}$ R. R. olmalıdır.

Burada D antikatotla film arasındaki mesafe (d) de uzuvla film arasındaki mesafeyi gösterir. R. R. in kıymeti ne kadar küçük olursa resim o kadar net olur. R. R. in kıymetinin küçük olması için d in yani resmi alınması matlup uzvun mümkün merteye az kalın olması şarttır. Yahut bu maksadı temin için bazı uzuvlarda yapıldığı gibi tazyik cihazlarla uzvun kalınlığı azaltmağa çalışırız. Halbuki

ki sadır vücudun en kalın tazyiki kabil olmıyan mahallididir. Bu itibarla d in kıymeti büyükçedir. Ve küçültmek mümkün değildir. Zaiflerde rie resminin daha net çıkmasının sebeplerinden birisi de budur. Halbuki bu nisbetin kıymetini küçültmek için D in büyümesi kâfidir. Yani antikatotla film arasındaki mesafeyi büyük intihap etmelidir. İşte uzak mesafeden rie resmi almaktaki faydalardan birisi de budur. Bandan başka mesafe hüyük olursa agrandisman da okadar az olur veya hiç olmaz. Halbuki mesafe çoğaldıkça müddeti veya şuanın miktarını çoğaltmak lazımdır. Rie radyografilerinle müddeti uzatamayız. Çünkü vezahat kaybolur.

O halde şuanın miktarını yani şiddeti çoğaltmak lazımdır. Bunun için de jeneratörün 4 kilovattan noksan olmaması lazımdır. 4 kilovattan noksan transformatorla cihazlarla rie üzerinde çalışmak doğru olamaz. Yüksek miktarda şua 150-200 miliamper istimal olduğunda zaman bu kadar enerjiye dair evi Fokuslu ampullerin antikatotu tahammil edemeyeceğinden bunların yerine (Linéaire) fokuslu ampuller kullanılmıştır. Bu nevi ampuller yüksek enerji altında çalışmaya elverişlidirler.

M. M. A. zimmermann ve G. Arvankis rie veremi işleri bürosunun fennî şubesinin 13-6-930 seansında rie radyografisinin teknik ve bunun Standardization hakkındaki beyanının iyi bir radyogramla bulunması lazım gelen vasıfları şöyle hilâsa etmiştir.

Vezahat, zenginlik, kontrast, şuanın répartition şekli ve nescin normal halini muhafazası esbabı :

Mü'min rie radyografisinde bu noktaları bütün vuzuhile bilinmesi şarttır.

Vezahat, (Nette) Breslav'lı Dr. Gutzeit 1932 de Zeitschrift für tuberculo énin birinci cildinde (rie radiografisinde teknik) başlıklı bir etüdünde 30-40 kilo volt ve 400 miliamper istimal ederek yaptığı klişelerde içtinabı lazım gelen hataların pek fazla olduğunu söylüyor.

Chantraine (Forschrift auf den gebiete der röntgenstrahlen) V. 34 1927 nüshasında (çok yüksek miliamperler rie radyografisi) başlıklı yazısında başlangıç tederrânı vaxayinle 26 kilo volta yaptığı tecrübelerle $\frac{1}{15}$ saniyenin çok uzun ve hatalı netice verdiğini söylüyor. Şua yamışık olursa klişe bulanık olur. Çünkü cihaz 4 kilovattan noksan kudrette ise müddeti çoğaltmak lazımdır. Cihaz kuvvetli olursa şiddeti çoğaltmak mümkündür. Məsələ 100 miliamper istimalile müddet azalır. Fakat bu kadar yüksek şiddete ampuller tahammil edilebilmesi için mihrakın büyük olması lazımdır. Halbuki büyük mihraklı ampullerle resim net olamaz. Hem net resim çıkarabilen hem fazla şiddete mütehammil ampuller imaletmek maksatı ile (rotali) ampullerü yapılmış fakat kat'i muvaffakiyet elde edilememiştir. O halde yüksek iktidara mütehammil ampuller istimalinle resim vezahatteı gaybetmemek için

mesafeyi çoğaltmak icabeder.

Zenginlik : Sathî düşünce ile yumuşak şuala yapılan rie resminin sert şuala yapılandan daha zengin olacağı zan olunur. Vakıa yumuşak klişede aldatıcı bir (richesse) vardır. Bı hal tabii şebekenin (ağrandisman neticesi yumuşak şuala uzaktan resim alınamayacağından) kalınlaşmasından, büyümesinden ve fena tahdit edilmiş olmasındandır. Halbuki ince şebekeler gayrı meri ve (lavé) dir. Sert klişede bilakis şebekeler mebzuldur. Her iki klişede bir santimetre murabbat sahaya tesadüf eden rie anasırı sayılsa bu anasırım sert klişede gayrı mahdut olduğu görülür, 1,5 - 2 metreden $\frac{5}{10}$ saniyeden daha kısa bir zamanda 130 - 140 K. V. ile alınan klişelerde (richesse) Fazladır.

Contrast :

Kontrastın azlığı da çokluğu da eyi değildir. Çok kontrast klişede küçük rievî şebekât silinmiştir. Eyi klişede şebekeler mutedil derecede kontrast, hafifçe geri, küçük teşaubat vazih olmalıdır. Yumuşak şuala sadırdaki kemikler çok kesif ve altındaki rie nescini maske eder surette teressüm ettiklerinde bazı tagayyüratı gizleyebilirler. Sert klişede bilakis kemikler şeffaftır rie nescini örtmezler. Böyle klişelerde kemiklere (os de vere) derler. Kalp, eviye zilleri, adalat kitlesi azmi kitif ve kadınlarda memeler kuvvetli (bulanıklık - voile) yaparlar ve bir kısım rie nescini örterler.

Yumuşak şuala kaideler (suresppasée) çok şualanmış zirveler (az şarlanmış) (Sousespase) dir. Klişenin vasatında şiddetli şua çok muhitinde azdır. Muhit ve zirveler az vazihdir. Ekserya terkovaler fevkında rie nescini okumak mümkün olmaz. Bı mevî klişelerde küçük ve başlangıç hastalıklar gözden kaçarlar. Halbuki sert şualâ mesafeyi çoğaltmak minkin olağında sahının her tarafı mütesaviyen (impresionnee) olacak, (Belot) nun tarifi veçhile (Localisation) rienin her noktasında aynı şiddette bulunacaktır.

Normal cesametın muhafazası :

80 - 90 Santimle yapılan resimlerde marazî

ve normal teşekkülât mütezayit görülür. Kalp ve hicabı haciz golgesi de büyümüş olacağından rüyeti kabil Saha güçlmüştür.

Fıkrimizi hulasa edelim. Eyi rie radyogramı şöyle olacak : Vezahat kâfi miktarda (yani $\frac{1}{10}$ milimetre cesametindeki zıllı gösterebilecek derecede), zenginlik son derece mükemmel bulunacak (trame pulmanaire) ler mebzulen teressüm edecek sahanın her tarafı aynı nisbette şuaa maruz kalacak, kontrast ne az ne de çok olacak.

Bı neticeyi elde etmek için tatbiki lâzım gelen teknik şudur.

Mesafe 150 - 200 santim, şiddet 100 - 150 m. A, müddet $\frac{1}{10}$ saniyeden az $\frac{3-5}{100}$ saniye, tansyon [120 - 150 K. V. $\frac{1}{10}$ saniyede vakıa teneffüs hareketi yoktur. Fakat (traume vasculaire) lerin nabazanının inikali dolayısıyla (nette) lik azalacaktır.

Radyografide Voltajın ehemmiyeti :

Röntgen şuaının hassas levhalarda yaptığı tesir şuan girme derecesi yani voltaj ile mütenasipdir. Resmi alınacak uzuv şiddet ve mesafe denişmediği halde voltaj iki misli yapılsa aynı müddette elde edilen (effet photographique, dört misli çoğalır. Tecrübe göstermiştir ki 8 santim (tahminen 40 K. v. muadili) den aşağı şerare ile ekran ranforsatör hassasiyyet göstermiyor. (20) den yukarı şerare ile (100 R. V, muadili) ve ranforsatörle çalışıldığı zaman (lisable) klişe elde edebilmek için müddeti pek ziyade azaltmak lüzumdur. Kısa müddetle eyi klişe yapmak güçtür. Çünkü (effet photographique) hududu darlaşmıştır. Bı müşkülâta mukabil elde edilen resmin tefsiri kıymeti son derece yükselmiştir. Bı sebepledir ki bazıları rie resimleri almak için çok kısa müddet ve sert şua istimalini hoş görmiyorlar. Fakat bı düşünce indidir, ilmi mesnedi yoktur.

Bı gün rie radyografisinde kısa müddet ve sert şua istimali her yerde kabul edilmiş gibidir.

Konya Doğum ve Çocuk bakım evi
Çocuk Servisinden :
Şef. Dr. Sami İhsan.

Difteri aşısı (Anatoksin).

Dr. Sami İhsan.

Aşı tecrübelerine evvelâ hayvanat üzerinde tatbika başlanmıştır. Atlarla hafif miktardan başlayarak yapılan ve tehzil edilmiş difteri toksini şırıngalarından sonra, hayvanın serumunda difteri toksinine karşı hususî antitoksin husule gelir. Toksin ve antitoksin mahlutu şırınga edilen kobayların kanında muafiyet cisimleri teşekkül ederek mühlik miktardaki difteri toksinine karşı mukavemet ettiği görülmüştür. 1913 te bu tecrübeler ilk defa (Behring) tarafından insanlar üzerinde de tatbik edilmiş ve güzel neticeler alınmıştır. Nihayet 1923 de (G. Ramon) Anatoksin keşf etmiştir.

Difteri aşısı yapıldıktan sonra, uzviyette muafiyet husule gelüp gelmediği, serumdaki antitoksinin dozajı ve (Schick) taamülü ile meydana çıkarılır.

Schick taamülü: Edimme dahiline difteri toksini asgari mühlik miktarının $\frac{1}{50}$ i şırınga edilirse, difteriye karşı muaf eşasta zerk mahallinde hiç bir reaksiyon görülmez. Hastalığa müsteit olanlar da ise şırınga yapılan mahalde bir hafta kadar devam eden cildi bir reaksiyon husule gelir. İşte (Schick) taamülü budur.

Proteinlere karşı hassas eşasta difteri basilinin zerk vasatındaki proteinden mütevellit ve hakikî reaksiyondan ayrı cildi bir taamül görülür. Bu taamül erken zühur eder ve çabuk zail olur. Buna (Kâzip reaksiyon) derler.

Bu kâzip reaksiyonu hakikî reaksiyondan ayırmak için edimme dahiline; ısıtmakla toksin anasını tahrip edilmiş ısıtılmış toksin zerk edilir. Pratikde bir taraf saide hakikî toksin diğer kola da şahit olarak ısıtılmış toksin şırınga edilir. Her gün her iki taraf muayene edilir. (Schick) taamülüne müspettir diyebilmek için, ısıtılmamış toksin şırınga edilen mahallin kızarması lâzımdır. Bu taamül bir hafta kadar devam eder. şüpheli bir reaksiyon şahsın natam bir muafiyeti olduğunu gösterir.

1 c. c. serumunda asgari $\frac{1}{30}$ antitoksik vahdete malik şahıslarda (Schick) taamülü menfi zühur eder. Yani bunlar difteriye karşı muafırlar. Mamafi bazı müellifler 1 c. c. serumda antitoksik vahdeti $\frac{1}{30}$ den fazla ve Schick taamülü menfi zühur eden şahıslarda da enler olarak difteri vakayii görmüşlerdir. Fakat bu difteri vakaları çok selim seyr ediyer.

Anatoksini keşfi tarihine kadar difteriye karşı bir çok aşılar kullanılmıştır. Evvelâ (Behring) tarafından toksin - antitoksin (T. A.) mahlutu yapılmıştır. Sonra Amerikalı (W. Park) diğer bir mahlut daha yapmıştır, bu mahlut (Sous - neutralisé) bir mahluttur. Bunun 1 c. c. i 250 grâm sıkletinde bir kobaya tahtelcilt zerk edilirse 25 gün zarfında mühim felçler husule gelir. Bilahara nötralize edilerek toksin arızalarından korkulmayan mahlutlar yapılmıştır.

Bundan sonra bir kaç aşı mahlutu daha keşf edilmiştir. Yukarda arzedilen mahlutların nasıl kullandıklarından bahs edelim :

Amerikalıların (T. A.) mahlutu tahtelcilt zerk edilir. Zerkler 8-15 gün fâsıla ile üç defa tekrar edilir. Her defasındaki zerk miktarı 1 c. c. dir. Bir yaşımdan ufak çocuklarda miktar nisfıdır.

Nötralize edilmiş mahlut iki defa zerk edilir. Her bir defada zerk miktarı 1 c. c. dir.

T. A. Mahlutu zerkinden sonra umumî ve mevzii reaksiyonlar husule gelir. Zerk mahallinde şişlik kırmızılık, sancı ve umumî olarak da ateş, kırıklık olur. Şahıs ne kadar yaşlı olursa reaksiyonda o nispette şiddetli olur. En fazla birinci ve ikinci gündür. Bazı müellifler ölüm vakayii kayıt ediyorlarsa da iyi ihzar edilmiş T. A. mahlutu zerkinin tehlikesi yoktur,

Park tarafından binlerce çocuk üzerinde yapılan ve (Schick) taamülü ile kontrol edilen (T. A.) mahlutu aşısı vakalarında birinci zerkten sonra yüzde 50 muafiyet görülmüştür. Evvelce müspet olan (Schick) taamülü de altı ay sonra menfi olur. Muafiyet nispeti ikinci aşıdan sonra yüzde 70, üçüncü aşıdan sonra da yüzde 80 - 85 dir.

Muafiyet tarihi aşılaman hitamından sonra başlar, Vasati olarak altı ay kabul edilir. Mamafi aşılaman hitamından 15 gün sonra şahsın serumunda antikorlar teşekkül etmeğe başlar.

Muafiyetin imtidadı : Aşılanan insanların kanındaki antitoksin bir buçuk iki sene sonra azalıyor. Evvelce aşılanıpta müruru zamanla serumunda antitoksin mevcudiyeti meydana çıkarılmayan insanlara yeniden bir aşı zerki daha yapılırsa pek az bir zamanda asgari 48 saat zarfında serumda mebzul olarak antitoksin husule gelir. (Injectin de rappel).

Anatoksin: Şimdiye kadar arzedilen aşılardan hepsine faik anatoksini 1923 de Ramon keşfetmiştir.

Bir litre çok faal difteri toksini içine 4 s. mm. (solution commerciale d'aldehyde formique) ilâve edilir. Formolun tesirini tezyit için de bu mahlut 38-40 derecelik etüvde bir ay bırakılır. Bu suretle toksisitesi azaltılmış olan mahlule anatoksin derler.

Anatoksinin en mühim vasıflarından biri zararsız olmasıdır. Aynı zamanda (intrinsèque) bir anti-jen kıymetini haizdir. Bu hassası flokülasyon taamülü ile meydana çıkarılır. Müteaddit tüplerdeki muayyen miktardaki anatoksine fazlalaşmak suretile titre edilmiş serum antidifterik ilâve edilir. Flokülasyonun başladığı tüpe işaret edilir. Bu tüpteki anatoksin antitoksin ile işba hale gelmiş demektir. Bu hadiseden anatoksinin (intrinsèque) anti-jen kıymeti şu suretle anlaşılır. Meselâ : her tübe konulan anatoksin miktarı 3 s. mm. olsun, ve iptidaî flokülasyonun başladığı tüpe de 44 ünite antitoksin serum ilâve edilmiş olsun (yani kısaca I s. mm. anatoksin işbana II ünite antitoksin serum sarf edilmiş demektir). Bu suretle nümune olarak alınan bu anatoksinin II ünite (intrinsèque) anti-jen kıymeti var demektir (yahut II ünite anatoksik kıymeti de tabir olunur.

Üç kobay alınıp birincisine 5 s. mm. anatoksin (II ünite anatoksik kıymetli), ikincisine aynı miktar (7 ünite anatoksik kıymetli), üçüncüsüne de aynı miktar (1 ünite anatoksik kıymetli) anatoksin zerk edilse; bir ay sonra görülürki : birinci kobay 200 doz mühlik miktar difteri toksinine tahammül ettiği halde ikincisinin 100, üçüncüsünün ancak bir kaç doz mühlik miktara tahammülü vardır.

Anatoksinin muafiyet kudreti: Bir kobayın cildi altına I s. m. m. titre edilmiş (10 ünite anatoksik) anatoksin zerk edilse 11 gün sonra hayvanın serumunda az miktarda antitoksin bulunmağa başlar, bu antitoksin miktarı bilâhara artar. 15 gün esnasında hayvan orta bir kobay için mühlik olan miktarın bir çok misline tahammül eder. Bir ay sonra 50 doz mühlik miktara mukavemet eder. Aşından üç hafta sonra kobaya ikinci bir anatoksin şırıngası yapıldıktan 10 gün sonra hayvan mühlik miktarın yüzlerce hatta binlerce misline tahammül eder. Eğer iki aşı arasındaki mesafeyi yaklaştırırsak (meselâ bir hafta ara ile) kobayın mukavemeti yalnız bir şırıngadan sonra husule gelen mukavemetten daha fazla değildir.

Toksinin hararete mukavemeti: Anatoksin, toksinin aksine olarak 65 - 70 derecelik hararete mukavemet eder. Difteri toksini 65-70 derecede bir saat sonra toksisitesini ve flokülasyon hassasını zayıf eder, aynı zamanda mühim miktarda anti-jen kudreti de azalır. Isıtılmış difteri toksini bir hayvana şırınga edilse, serumun da çok miktarda antitoksin husule gelmez.

Halbuki aynı şeraitte ısıtılmış anatoksin gerek flokülasyon kabiliyetini (biraz batılaşır), gerek an-

tijen kabiliyetini zayıf etmez. Hayvana şırınga edildiği zaman mühim miktarda antitoksin husule getirir.

Formollenmiş ve etüve konmuş difteri toksini her gün mutalaa edilirse; toksijen kudretinin çok çabuk zayıf olduğu görülür. 24 saat sonra 50 doz miktarı mühlik toksijen kudreti vardır (800 iken). üç gün sonra 10 miktarı mühlike iner. 40 gün sonra 1 miktarı mühliktir. Bir ay sonra artık toksijen kudreti yoktur. İşte bu zaman toksin anatoksin olmuştur. Bu kısa zaman esnasında flokülasyon kıymeti değişmez yalnız biraz batılaşır).

Anatoksinin metaneti: Anatoksinin katî hassalarından biriside zamanla bozulmamasıdır. Kapalı veya açık şişelerde, laboratuvar derecesi hararetinde yahut soğuk bir odada bütün havasını muhafaza eder. Ramonun gösterdiği üzere muafiyet kudreti hassası zamanla hafif olarak azalır.

Pouvoir dissociant; ayırma kudreti:

Anatoksinin diğer mühim bir vasfı da ayırma kudretini haiz olmasıdır. Nötr bir toksin ve antitoksin mahlulüne anatoksin ilâve edilirse anatoksin bu mahlutu dekompoze eder. Bu dağıtma kudreti uzviyet dahilindedir olur, bir tavşana dahili verit toksin ve antitoksin mahlutu zerk edilse ve heman biraz sonra yine verit dahiline anatoksin şırıngası yapılırsa hayvanın difteri entoksikasyonundan öldüğü görülür.

Hülâsa olarak: Anatoksin; flokülasyon kudretini haiz, hususî muafiyet veren bir toksindir. Hararet ve formol toksinin muzır tesirini ortadan kaldırmış fakat anti-jen kıymetini katîyen bozmamıştır. Zaman ve hararete mukavimdir.

Anatoksinin insanlara tatbiki:

Anatoksinin insanlar üzerindeki tesiratını anlamak için ilk defa (Ramon) bizzat kendisine zerk yapmış bilâhara tecrübeler tevalî ederek müsbet neticeler alınmıştır. Aşından sonra serumda antikorların teza-yüdü ve aşadan evel müsbet olan (Schick) taamülünün menfi olduğu görülmüştür.

Anatoksin şırıngalarına merbut reaksiyonlar:

Beş yaşına kadar reaksiyon hemen istisnâidir. Reaksiyonlar 5 - 15 yaşından sonra daha fazlalaşır. Reaksiyonlar mevzi veya umumîdir.

Mevzi reaksiyonlar: Muhtelif dereceler arz eder. Ödem ile müterafık hafif bir kırmızılıktan, büyük infiltre plaklara kadar görülür (sıcak, müvecca, el ayası büyüklüğünde, merkezi koyu menekşevi). Bu hal 24 - 48 saat sonra başlar 5 - 7 günde zail olur. Bazı istisnai vakalarda aşı yapılan kolda ve omuzda ağırlık olur ve az çok devam eden vazifevî empotans görülür.

Umumî reaksiyonlar: Yalnız veya mevzii reaksiyonla birlikte olur. Orta vakalarda 38 - 38,5, şiddetli ahvalde 39 dereceyi geçer. Ateş yüksekliği 3 - 4 gün devam eder. Azamî şiddeti aşından 30 - 60 saat sonradır. Kırıklık, baş ağrısı, kusma bazan ishaller görülür.

8 - 10 Yaşından sonra, birinci aşından sonra mevzii hafif reaksiyonlar yüzde 20, mevzii şiddetli reaksiyonlar yüzde 2 nisbetindedir.

İkinci aşından sonra reaksiyonlar daha şiddetli olur. Üçüncü aşından sonra umumiyetle birinci aşıya nisbetle daha hafiftir.

Şiddetli umumî reaksiyonlar çocuklarda birinci aşından sonra yüzde 5, ikinci aşından sonra yüzde 8 - 10, üçüncü aşından sonra birinciye nisbetle daha azdır.

Arz edilen reaksiyonların hepsi geçici, selimdir. Çocuklarda mektep yaşından evvel hatta 10 yaşından evvel reaksiyonlar heman hiç olmaz. Müellifler pek istisnai olarak iki pürpüra anafilaktik, bir vakada Hematurie; dört vakada etrafı süfliyede anî ve muvakkat felç görmüşlerdir. Bu vakalar bile bilâhara hiç bir arıza bırakmamıştır.

Anatoksi - reaksiyon: Malumdur ki (Schick) taamülü yapılırken bir de şahit olarak edimme dahiline aynı miktar ısıtılmış difteri toksini zerk edilir. Şahit şırınga mahallinde kızartı (Kâzip reaksiyon) görülürse şahsın proteinlere karşı hassasiyeti anlaşılır. (Proteinler, toksinin zıddına harete mukavim olduğu cihetle (Tecrübelerle istinaden, kâzip reaksiyon verenlerin aşı esnasında fazla reaksiyon vedikleri görülmüştür. Binaenaleyh - bu gibi şahıslarda aşı yapılırken tedbirli bulunmak iktiza eder.

D. G. Fraser 30,766 çocukta şahit şırıngaları ısıtılmış toksin yerine anatoksin ile yapmıştır. Bu zatin usulü: sulandırılmış anatoksinden $\frac{1}{10}$ s. m. m. şırınga yapmaktır. (Sulandırma derecesinin kendisine mahsus nisbet ve usulü vardır.) Anatoksik reaksiyon şiddetli olan vakalarda birinci aşıya karşı çok şiddetli reaksiyon görülmüştür. 30766 çocuktan 3269 çocukta anatoksik reaksiyon şiddetli olmuş, bunlar aşılanmamıştır. Bazı çocuklarda da çok şiddetli reaksiyon yine oldukça kuvvetli reaksiyan görülmüş ve bunlar aşılanmıştır. (Fraser) bunlara birinci aşıyı $\frac{1}{10}$ s. m. m. den başlayarak sonra $\frac{2}{10}$ s. m. m. ve $\frac{2}{2}$ s. m. m. anatoksin yapmıştır. Bu suretle hassas çocuklara mutad dozlardan az olan miktarlarla muafiyet vermiştir.

Anatoksin ile muafiyet: Aşılardan sonra muafiyetin teessüsü, serumda antitoksin miktarını ölçmek ve (Schick) taamülü ile kontrol edilir. Birinci aşından sonra evvelce Schick taamülü müsbet olanların yüzde 35 inde menfi zuhur eder. Bu nisbet ikinci aşından sonra yüzde 88 - 90, üçüncü aşından sonra yüzde 96 - 99 olur.

Müelliflerin yaptıkları tecrübelerle nazaran az miktarda yapılan anatoksin aşısından hemen sonra serumda antitoksin teşekkül etmeğe başlar. Aşılar tekerrür ederse antitoksin miktarı da fazlalaşır.

Muafiyetin teessüs zamanı: Yarı s. m. m. anatoksin şırıngasından 15 - 40 gün sonra evvelce müsbet olan (Schick) taamüllerinin yüzde 36 sı menfi olur.

İkinci aşından 18 gün sonra bu nisbet yüzde 88, üçüncü aşından 15 - 30 gün sonra da yüzde 96 - 98 olur.

Aşılanmada çocuğun yaşının tesiri:

Üç aylıktan ufak çocuklarda anasından geçen bir muafiyet vardır. Malumdur ki memeli hayvanlarda anadan yavruya dahili rahimde plasanta, harici rahimde de kolostrom ve süt tarikile muafiyet geçer. Halbuki insanlarda bu muafiyet yalnız plâzanta tarikile olur, kolostrom ve süt tarikile heman yok gibidir. Difteri toksini ile muafiyet verilen hamile kadınların çocuklarında difteriye karşı bir muafiyet vardır. Fakat çocuğun kanındaki antitoksin kıymeti anasından azdır.

Bu muafiyet geçicidir, 2 - 3 ay ancak devam eder. Doğumdan beş aylığa kadar fail bir muafiyet vermek heman kabil değildir. Bu sebepten dolayı çocukları birinci yaşın nihayetinde aşulamak lâzımdır.

Muafiyet müddeti: Senelerce devam eder. Dört sene evvel aşılanan eşhasın serumunda yüzde (95) kâfi miktar antitoksin görülmüştür.

Klasik metotlara tevfikân yapılan adatoksin aşılarından sonra yüzde 94 - 96 şahısta muafiyet husule geldiği halde yüzde 4 - 6 şahısta muafiyet olmuyor. Bunların serumundaki antitoksin $\frac{1}{30}$ üniteden az oluyor ve (Schick) taamülü müsbet kalıyor.

Difterinin vehamet kesp etmesi iki amil tahtı tesirindedir: Ya basilin virülansı fazladır ve yahut şahsın serumundaki antitoksin azdır. Bir şahıs aşıya rağmen hiç muafiyet almaz ve musap olduğu difteri basillerinin virülansı fazla olursa hastalık şiddetli olur, hatta serum tedavisine rağmen ölüm olabilir. Aşılanmış eşhasta husule gelen nadir difteri vakayii ekseriyetle çok selim seyr eder, bazen serum tedavisi yapılmaksızın şifayap olur.

Anatoksin tamamen zararsız ve aynı zamanda uzviyette bir muafiyet verecek derecede kâfi antijen kudretini haizdir.

Çocuğa kaç yaşında aşı yapılmalıdır? Küçüklerde difterinin kesretine binaen mümkün mertebe erken yapılmalıdır. Yalnız pek genç çocuklarda ilk aylarda muafiyet vermek müşküldür. Küçüklerde, muafiyet antikorları husule getirecek bir antijen zerkinin yapılacağı zamanı henüz tesbit edilmiş değildir. Ço-

çocuklar tercihen birinci senenin nihayetinde aşılmalıdır. Bu suretle şüphesiz bir yaşımdan evvelki süt çocuklarındaki difteri men edilmiş olmaz.

Aşının muzadı istitbabı varmıdır?

Umumiyetle hat bir hastalığın zuhurunda, başlanmış aşuları biraz tehir etmelidir. Bu tehirin mahzuru yoktur. Kronik hastalıklardan en mühimmi tüberkülozdur. [Bir çok iddiaların hilâfına olarak ateşli ve mütেকâmil pusselerin haricinde müzmin bir tüberküloz vakasında anatoksin muzadı istitbab değildir. Malaryalı bir şahsa aşı yapılmak icap ettiği takdirde bir miktar kinin de vermelidir. Astmatik, ürtikerli, ekzemali, serum hastalığından muztarip eşhasa anatoksin yapılır. Anatoksin ilerde yapılaçak serum şiringalarına karşı hiç bir hassasiyet vermez. Hamile kadınlar da aşılmalıdır, bu suretle muafiyet cisimleri plasanta tarikle çocuğada geçmiş olur.

Aşının uzviyete ithali:

Aşı muhtelif yollardan yapılabilir. Cilt, tahtelcilt burun, hazım cihazı gibi. En müstamel ve tavsiye olunan yol tahtelcilttir.

Tahtelcilt: Hufrei fevkaşşevkiye en münasip yerdir. Az hassas, gevşek nesci şahmiye malik ve çocuğun, şiringa yapılırken göremeyeceği bir nahiyeye olması dolayisile tercih edilir.

Burun tariki: Tabii olarak muafiyet kazanılan yolu taklit etmektir. Umumî reaksiyon olmaz. Mevzii reaksiyon ise hafiftir. Gışayı muhati muvakkat olarak şişer bu zaman aşığı bir kaç gün tehir etmek lâzımdır. Bu usulün neticesi müelliflere nazaran değişir, mamafi tahtelcilt gibi sadık bir yol değildir. Bazı istisnai vakayide ve çok hassas kimselerde tatbik edilebilir. Tekniği şu suretledir: Bir hafta müddetle her gün burun deliklerine 3-4 damla anatoksin damlatılır, bir hafta istirahatten sonra bir hafta daha ayaen yapılır. Tekrar bir hafta istirahat. Sonuncu olarak bir hafta daha yapılarak aşığı nihayet verilir.

Hazım cihazı tariki: Hap halindeki anatoksin ile de muafiyet vermek tecrübe edilmiş ise de tam müsbet bir netice alınmamıştır.

Cilt tariki: sem-niyeti formol ile azaltılmış ve basilleri öldürülmüş difteri kültüründen ya-

pılmış (Löwenstein) m (toxoide) merheminden üç defa onbeşer gün fasıla ile sürmektir. Bunun neticesi de tahtelcilt tarik kadar emin değildir.

Aşı aralarındaki zaman: Her aşı arasındaki zaman üç haftadır. Birinci ve ikinci aşı arası üç hafta, ikinci ve üçüncü aşı arası lâakal 15 gündür. Bu müddetleri azaltmak büyük bir hatadır, ve aşının tesiratını azaltmak tehlikesi vardır. Aşıların arasındaki mesafeyi uzatmakta hiç bir mahzur yoktur. Birinci aşından bir kaç ay sonra ikinci ve üçüncü aşılar yapılabilir.

Aşının miktarı:

Birinci aşı : 1 s. m. m. anatoksia

İkinci aşı : 1 ~~2~~ s. m. m. «

Üçüncü aşı : 1 ~~2~~ s. m. m. «

Bu miktarlar her yaştaki şahsa yapılabilir. Proteinlere karşı hassas şahıslara evvelâ ~~2~~ 4 s. m. m. dan başlayarak sırasile : ~~2~~ 1, 1 ~~2~~ , 1 ~~2~~ yapılır (Beş şiringa) ..

Aşı esnasında yapılacak tedbirler: Basittir. Şiringa yapılan nahiyenin üzerine çarpmaktan, düşmekten sakınmalıdır. Şiringadan sonra 24 saat istirahat etmelidir. Aşıdan sonra husule gelen ufak tefek arızaların hiç bir vahamet ve kıymeti yoktur.

Injection de rappel: Bütün aşılanan şahısların hepsinin muafiyeti yoktur. Muafiyetin seneler geçtikçe azalması makul bir keyfiyettir. Aşıdan bir sene sonra 1 ~~2~~ s. m. m. anatoksin yapılması tavsiye edilir ki buna (Inj. de rappel) derler.

Epidemiler haricinde çocuklar yazın aşılmalıdır.

Epidemi esnasında ve yahut bir ailenin çocukları içinde bir çocukta difteri zuhur ederse ne yapılmalıdır? Sirayete maruz bu gibi şahıslara yaşa göre (1000 - 5000) ünite serum antidifterik zerk etmelidir. Koruyucu olan bu serum şiringasından evvel de fail bir muafiyet temin için anatoksin de zerk etmek müvafıktır. Her iki zerk vücudun ayrı ayrı mahalline yapılmalı ve anatoksin yapılmış enjektörle serumu yapmamalıdır. Çünkü az miktardaki anatoksin (serum) tesirile nötralize edilmiş olur.

Mâçtemi yerlerde, bir aile içinde aylar ve seneler evvel difteri aşığı yapılmış eşhasa epidemiler esnaında ihtiyaten 1 ¹/₂ s. m. m. anatoksini (Inj. de rappel) yapılmalıdır.

Kayseri Memleket hastahanesi

Cerrahi Servisinden :

Şef : Şerif Korkut.

Epispadie ve Hypospadie.

Dr. Şerif Korkut.

Cihazı bevlî tenasülünün sui teşekkülâtından ma-
dud olan *Epispadie*, *Anaspadie* *Hyperespadie*, *Fis-
sura superior*, her iki cinsde de vukua gelir ki
tahliyei idrar ve dıfık tabii mahallinden değildir.
Ehlil açıktır. Erkekde kadibin kısmı ulvisinden ve
kadında hakeza ehlilin kısmı menşeisinden tahli-
yei bevîl vaki olur.

Fissura urethra inferior: *Hypospadiasis*: *Hy-
pospadie* de bir haleti vilâdîyedir ki idrar, meni
tahliyesi erkekte kadibin kısmı zülisinde veyahut
hemen şerce yakın mevzu fevhei gayri tabiiyeden
tahliye olunur.

Kadında fevhei gayri tabiiyenin kısmı süfliye
doğru mütevessi oluşundan veyahut tamamen açık
kalmış bulunuşundan sidik tahliyesi mihbele vaki
olur.

Fevhei insibabın mevkiine göre sui teşekkülü
kitaplar derecate taksim ederler. Epispadi üç de-
receye taksim olunuyor, en mutedili Haşefe epis-
padişidir. Haşefe sathı ulvisinde az veya çok derin-
likte gışai muhatî ile mestur olduğu halde oluklaş-
mıştır, bu oluğun nihayeti merkezîyesinde, haşefe-
nin kısmı ulvisinde veyahut *Sulcus Coronarius* de
Meatus yarık şeklinde göze çarpar. Gulfe ya tabii-
dir veyahut sathı ulvii haşefeye mütevakıf mahalde
sağ ve sol kanatlara ayrılmıştır, açıktır ve ekseriya
bir az büyüktür. Kulak şeklinde her iki tarafa sar-
kıktır. Kadip bizzat az mütebeddildir ve bazan bir
az kısadır. *Meatus* bazan iki dane olup bundan biri
kaideten kördür.

İkinci şekil kadibin *Epispadişidir*. Ekseriya
huni şeklinde ve cildin büküntüleri arasında ör-
tülü kalmıştır. Fevhei gayri tabiiye irtifaka doğru
mevzu olup bu noktadan itibaren kadibin sırtı oluk
şeklinde açık ve içerisi gışai muhati ile mesturdur.
Bu oluğun imtidadı; fevhei ehlilin kadip sırtında
mevzu bulunduğu mahale az veya çoktur. *Metus*
yerine müteaddit sukbelere mevcut olabilir. *Peris*
ayrılık gösterir. Yukarıya doğru mütekemmiş ve
meşguk, gulfe önlük tarzında aşağıya sarkar.

Üçüncü şekile ekseriyetle tesadüf olunabilir.

Ep. totalis dir. Bunda irtifak dahi meşkuktur
ve huni şeklindeki fevhadan heman mesaneye
dahil olur, eğer mesane dahi meşguk değil ise
bile *Ektropione* dur.

Kadın ehlili fevkanisinde dahi üç derece tefrik

olunur.

Ep. Klitoridien, kuddamii
irtifakta, halfii irtifakta (Total.)

En vahim şekli sonuncusudur ve ekseriyetle
şakkı mesane ile müterafık olur. Erkekteki gibidir.
Sanki mesaneye giden bir huni şeklindedir. Kud-
damii irtifaktaki ehlili fevkani heman gayri meşguk
olan irtifakın sıkıca altındadır ve kumiülşekil bu
fethadan mesane gışai muhatîsinin parladığı görü-
lür. Ve yahut hasta kendisini sıkıtığında veyahut
öksürdüğünde gışai muhatî mesaneden bir kısmı
kuiülşekil fethadan dışarıya tahattup eder.

Mutedil şekillerinde ehlil kuddama müteveccihen
bızırın zahrında devam eder. Epitel tabakası harice
açıktır.

Erkek ve kadın ehlili fevkanisi ekseriya diğer
sui teşekkülât ile müterafıktır ve muhtelif şekil im-
tizacisi vardır ve ekseriyetle fitkı vilâdii magbeni
mevcuttur. Erkek *Hyospadişinin* dahi 3 şekil tef-
rik olunuyor, en mutedil şekli haşefe *Hyospadişidir*
ki, ekseriyetle görülenidir. *Meatus* zirvei haşefenin
hafif altındadır. Ve bazen âmikan *Frenulum* de ve
bazen de mizabe ehliliyede *Sulkus Kronarius* de
dir. Ve fetha ekseriyetle pek dardır. Hatta bir fi-
sür şeklindedir. Bazı vakayide müteaddit fethat dahi
bulunur ki, ekserisi kördür ve muayene ile bunlar
arasında asıl meatüsü bulmak güçtür ve cilt buru-
şuklukları ile örtülmüştür haşefeye doğru aver ve-
ya oluk şeklinde gışai muhati ile mestur nihayeti
muhiyyeye de malik olurlar ve hatta öyle intiba
bırakırlar ki bu noktadan ehlil harice açılmış ol-
makla beraber yolunada devam etmektedir. Diğer
tarafından bazı vakaide haşefe muntazum ve düzdür
veyahut mahalli tabii meatüsde bir küçük *Delle*
vardır ve birinci nazarda fetha ehlil zannını bize
ilka eder. Gulfe ekseriya haşefenin kısmı ulvisinde
kütleli bir surette toplanmış bir cilt topuzu
halindedir. Haşefeyi az veya çok örter.
Sathı süflisinde yırtıktır. Bu topuz gençlerde
ve yeni doğmuşlarda kâhillere nisbetle daha kuv-
vetlidir. Haşefe ekseriya aşağıya bükülmüş bir hal-
dedir ve kadibin cismi dahi aynı şekilde tarafı
süfliye eğilmiş, bükülmüştür ve en nihayet kadip-
bızır şeklinde bir manzara arzettiği kesretle vaki-
dir. Aynı zamanda muzaaf *Kriptorchizmus* vardır ki
ekseriya Hyospadie şekillerinde mütesadif olunur,
ve bu veçhile cinsiyetin tanılmasını müşkülâta düşür

eder. Yüksek derecelerde penis ile safenin iltisakı görülebilir (Verge palmier).

Kadip ile safen arasında sathî iltisakat müşahede olunur.

2 inci şekil : Bu şekilde hypospadie kadiptedir. Fethei gayri tabiiye mizabei ehliliye ile peno-Scrotal mizabe arasında ve kısmı süfli kadipte mevcuttur. Ekseri vekayide epispadi de olduğu gibi fethei gayri tabiiyeden itibaren muhite doğru düz ve heman vazih ve bazan gışayı muhatî ile örtülü bir oluk mevcut değildir.

Haşefe birinci şekilde aynı tagayyüratı gösterir. Hakeza gulfe aynı şekilde teşekkul etmiş ve sathî kuddamde topuzlanmış ve toplanmıştır. Fevhei hariciyei mecrai bevil, haşefe hyospadisinde olduğu gibi tamamıyla ortada değildir. Bazan sağa veya sola meyyaldır. Hatta bazan o kadar yandadır ki, heman bir *Paraspadie* den bahis olunabilir ve fetha bir cilt iltisakı tarafından örtülür. Bazan dar ve bazan da heman insidada meyillidir. Ve bazen nedbevî tekemmüş arz eder. Ehlilin burada dahi muhtelif maîsapları olduğu vakidir bu fetahattan bazıları kördür, tariki kâzibenin ve mevcut mecraı bevlide vilâdî tazayyuk arz edebilir. Kadip daha fazla tegayyurat arz eder, fazlaca mütedammırdır, yüksek derecede inhinai süfliye uğramıştır (Verge Coudé), bazan mihverikadip de tedevvüre uğramıştır. Ekseriyetle safen ile kuvvetli iltisakat peyda etmiştir. 3 - ücü şekil Nadir ve en vahim şekildir. Bazı müellifler tarafından 3 - cü şekil yalnız ehlili icanî olarak kabul edilmiştir ve bazı müellifler tarafından da ehlili safeni 3 cü şekil. 4 cü bir şekil olmak üzere de ehlili icanî tarif ve tavsif edilmiştir. Bu şekillerde safende *Raphe* az çok bir derin mizabe, oluk, şeklinde veya meşkuktur. Bazan bu mizabe okadar oyuktur ki, bir mihbil intibat, bilhassa her iki tarafta *Kryptorchismus* mevcudiyeti halinde bu intibat kuvvetlendirir ve bittabi boş safen şefetanı ke biretan hissini verirler ve fevhei ehlil bu mizabei safeniyede, ya cismi kadibin başlangıcı olan kısımda veya icane karip mahalde veya halfi safende Fevhei şercin yanında bulunur. Kadip küçüktür, mütedammırdır ve şiddetli inhinaya uğramıştır. Kâmilin veya kısmen gayri meskup haşefe diğer vekayide normal olabilir. Gulfe diğer vekaide hususiyetini daha mümtaz olarak burada gösterir.

En nihayet nisaî hyospadiden; tamamen mecrai bevlinin ademi mevcudiyetine kadar olan eşkâli vardır.

Steltiner, Hyospadii nisada bakiyei ceybi nisaîyi bevlinin baki kısmını hesap etmektedir ki mesane ve mehbil bir kumiülşekil dehlize munsap olurlar. Bu halet yüksek derecede kadın hyospadisine müşabihdir. Burada mecrai bevlî harici mefkuttur ve bunun yerinde düz bir çukur vardır, ve bu çukur natemam ve mestut bir ehlil şeklinde ve bir oluk

halindedir. Half de cidarını mesaniyeyi çeker ve mehbilin sülüsü halfisine munsap olur ve bu şekil ile şekli tabii arasında muhtelif derecatta kadın hyospadisine tesadüf olunur, bazı şekillerde fethei mecrai bevlî cidarını gışai bekarate doğru imtidat eder ve cidarı kuddamisi kapalı ve cidarı halfisi tamamen açıktır. En nihayet kadın hyospadisinin hafif şekilleri de vardır. Gışai bekarat hafei ulviyesine doğru bir kertik veyahut yatık bir halindedir.

Bu şekillerde bızır ehemmiyetli şekilde neşvü nüma bulmuştur ve onun içindir ki, bir kadip manzarasını arz edebilir ve burada da erkek hyospadisinde olduğu gibi, cinsiyet meselesi meydana çıkar. Bittabi hünsâiyeti kâzibei nisa ve rücül bahislerine yanaşyoruz demektir. Hatta edebiyatta öyle vekai mevcuttur ki, kadın, erkek, ve erkek, kadın farz edilmiş ve yanlış cinsiyet vaz edilmiştir. Her sene edebiyatı tıbbiye bu hususta yeni yeni vekayi ve müşahadat önümüze dökmektedir. Cerrah paşa da asistanlığında vazîlyet bulunduğumuz Rizeli genç ile (Rahime hanım) Antalyada muallimliğini tanıdığım (Saime hanım) ve hocam Ahmet Kemal B. ef. nin hasekide ameliyatlarını icra ettiği şahıslar 18 - 19 yaşlarına kadar kadın kıyafeti ile gezmişler ve hepsi de erkek olarak hastaneden çıkmışlardır. Elaziz hastanesinde Diagnostize edilen 50 seneye yakın kadın kisvesi altında yaşamış Harputlu erkek, bu nevi sui teşekkülâtın bir nümunesi bulunuyordu.

Neugebauer, in cem ettiği 39 vakanın 26 sında hatalı teşhis vaz edilmiş, 24 erkek; kız tefâkki edilmiş ve iki kız, erkek zan olunmuştur. Mevcut müşahadata göre en çok erkek çocuklar kız zan edilmiş ve sonradan bu zanda yanlışlık olduğu anlaşılmıştır.

Kadın ve erkek hyospadileri, diğer anomalie-ler ile de imtizaç eder. Birinci safta *Epispadide* olduğu gibi Kryptorchismus vardır. Müterafık tezahurattan vilâdî fitkı magbeniler de görülür. Kadın hyospadisi bunlardan başka ekseriyetle mihbili muzaaf ve ehlili muzaaflarla müşterek olabildiği gibi diğer sui teşekkülâtı azai tenasüliye de refakat edebilir. Azai tenasüliye ve bevlîye ile münasebeti olmıyan diğer uzuvların sui teşekkülâtında aynı eşhastâ mütesadif olunur. Ruşeymî izahat bu hususta haizi kıymet olmakla beraber henüz kâfi derecede bizi tenvir edememektedir. Bu sualle meşgul olan müellifler bilhassa evvelâ *Duncan* tarafından beyan edildiği veçhile bir teşevvüşü mihaniki, bir ihtibasî bevil ve binnetice ulvi ve süfli cidaı ehlilin temezzuku epispadie ve yahut Hyospadieyi teşkile amildir. Ekseri cerrahlar ve ruşeymciler bu gün bu noktâi nazarda değildirlen. Buna karşı âzai tenasüliyenin neşvü nümasındaki tevekkuf da zikr olunmaktadır. Ruşeymin neşvü nüması esnasında, her hangi bir devirde bevlî tenasüli aza bir mahallinde tevakkufa maruz kalmaktadır, bu noktâi nazar muhtelif ambriyonlar ile mukayese edilmiştir.

Katsenschlein, kendi sayında 50 epispadie bildiriyor. bunlar meyanında yalnız 3 ü haşefe epispadisidir. *Borchardt* ın 60 vakası meyanında yalnız 5 i haşefe epispadisidir. Kadınlar da epispadinin muhtelif şekillerinin nispeti erkeklerdeki gibidir. Buna karşı haşefe hypospadişinin daha çok ve kadip hypospadişinin daha nadir, safeni ve icanî olanın daha çok nadir olduğu arz olunmaktadır. *Barragen* (İspanyada) 1400 mecrai bevil hastaları arasında 26 hypospadiye görmüştür, bu meyanda 17 si glandnlaires, 5 i penil, 4 ü scrotal ve perineaidir. Muhtelif kadın hypospadiye eşkâlinin kesreti nispiyesi temamiyle vazihan arz olunmamıştır, Zira mutedil eşkâl gayri mekşûf olarak kalmıştır. *Buisson, Ne-laton, Rennes*, ye göre 300 erkekte ve *Majo* ya nazaran 350 erkekte bir hypospadiye yetesadif olunuyor. *Bruchhartın* 150 vakasına nazaran bu kadar hypospadiye bir epispadiye tesadüf olunuyor. Kadın sui teşekkülü daha azdır. *Blum* kendi sayında 35 hypospadiye sayıyor. 104466 çocukta, (Burada hiç kız yok) 13 hypospadiye tespit etmiştir. Kadın epispadiesi daha nadirdir.

Â R A Z :

Mesane Ektope,si ile müterafik olmanın vahim epispadie şekilleri tam veya kısmi silisülbevil ile müterafik olup sui şekil üzerine nazari dikkati celp eden ilk arazdır. Eğer bu araz mevcut ise tahliyei bevil esnasında fethei mecrai bevilin vaziyeti cinsi recilde olduğu gibi kadında nazari dikkati caliptir. Tebevül esnasında idrar muhitini ıslatır ve onun içindir ki civarda ekzemaî ve tekarruhî halat tehassul eder bu tali tehassul eden araz o kadar yüksek dereceye vasil olur ki teşhiste bizi şaşırır acaba bu bir sifilis tezahuratıdır? yoksa sui teşekkülün müsebbibi bulunduğu avarızdır? yoksa diğer cildi bir tezahuru marazıdır.?

Kadında bu arızalar erkeğe nispetle daha hafifcedir ve onun içindir ki sui şekil gayet güç nazari dikkate çarpar. Kadında hamil, vilâdet dahi haleti tabiiyedeki gibi seyredebilir. Erkekte, epispadiye kadip tebeddül etmiştir, ufki mevzudur, aliye doğru idrarın teşasui tahliyesi nazari dikkati celp eder. Bulug zamanında ya cimain kâmil olamaması veya ademi iktidarın tezahuru dikkati caliptir. Birincisi ya kadibin küçüklüğünden, veyahut fevkalâde inhinadan mütevellittir ve bu vechile kadibin mihepe tetabuku imkânı olamaz. Sonuncu arazda intiaz anında büyük evca mevcuttur, ademi iktidarı temin dahi vaki olduğu müşahede olmuştur. Erkek hyospadisinde pek nadir olarak silisülbevil vardır. Hafif derecelerde cima halinde şikâyeti mucip bir hal yoktur. Cinsi nisada tamamen gizli olarak seyr eder ve tesadüfi olarak keşif olunur.

Vekayin ekserisinde şu halde baş araz silisül bevildir. Bu, bazan kendisini saklar da ... *Zupphinger, Blum* şu vak'âi müşahede etmişlerdir. Bir buçuk yaşında çocuk yürümeye başlar, 5 yaşında id-

rarını tutabiliyor, 9 yaşında tekrar silisül bevil başlıyor ve bunlarla sui teşekkül keşif olunuyor. İdrarını tutabilmesini *Blum* şu vechile izah ediyor. Bakiyei mecrai bevilin ufki mevzu bulunuşu, dolmuş mesanenin mecrai bevil üzerine tazyiki ile supap vazifesini ifa edici bir tesir göstermesinden mütevellittir, demiştir.

Erkek hastalarda heman Epispadiye olduğu gibidir. Bir defa gayri tabii istikamette tahliyei bevil olur ve bu gayri tabii tebevül ile muhitin ıslatılmasından dolayı kadibin safenin, veçhi ünsii fazhin ekzeması husule gelir. İkincisi; epispadiye olduğu gibi bulugdan sonra cima esnasında da teşevüşat arz eder. Hyospadiye vekayininin vahim eşkâlinde tabii şekilde yani, ayakta tebevül mümkün değildir ve munsap veçhi süflide olduğundan teşasuatı bevlîye aşağıya doğrudur ve teşasür eden bevil heman elbiseleri ıslatır.

Safenî ve icanî hyospadilerde hastalar tebevülde tepdili istikamete yardım edemeyecek bir halde dirler. Tahliyei bevil kadınlarda olduğu gibi çömelmiş vaziyette mümkündür.

Biz hastaların yalnız mevzii ıztiraplarını düşünmekle kalmayız aynı zamanda ruhi ıztiraplarını da hesaba katmak mecburiyetindeyiz. Ruhi, maddî bir çok arazın müsebbibi olan bu muhtelif derece ve şekillerdeki sui şeklin tedavisi ve tamiri için bu güne kadar bir çok cerrahlar tarafından bir sürü ameliyeler düşünülmüş ve icra edilmiştir. Bir hatayı tabiiyeyi mümkün olduğu kadar tamire imkân bahş olabilen bu ameliyelerin henüz nakâfi oluşu her gün yeni yeni modifikasyonlara sebep olmaktadır. Vahim hyospadilerde heman son senelerde tatbik edilmekte olan son metotlar bu ademi kifayeden neşet etmiştir.

USULU TEDAVİ:

Bil'ameliye tedaviye olmadan, evvel bu sui şekilden mütevellit heman ekser hastalarda mütesadifi bulduğumuz ekzemaî tezahuratı cildiyei bertaraf etmek ve bununla tedavi ameliye esnasında ihtilatat husulünden çekinmek lâzımdır. Erkek hypo ve epispadisini bertaraf etmek için nazari teemüle arz edilen ameliyat metotları çok olup esasat itibariyle yekdiglerine karip sınıflara ayırmak mümkündür. Her iki cins sui teşekkülün kadında tedavisi erkegininkine nispetle daha dar saha içinde demektir.

Kadın epispadisinin tedavii ameliyesi

Burada maksadı hakiki silisül bevilin izalesine matuf olup kat'i bir netice verecek ameliyeye henüz malik değildir. Eski müelliflerin amelî tecrübeleri şu esasat üzerinde cem olunmaktadır : (Mecrayı bevlî bükme), (darlaştırmak), (uzatmak).

Kısmen mevcut ehlilde :

A - Darlaştırma.

1 - Key ile (bu gün istimalden sakıttır).

2 - Tanzir ve tahyit ile.

Bu usulleri şu müellifler tatbik etmişlerdir :

Dohn, Schröder, Gottschalk, Richerot.

3 - Mecrayı bevil yukarıya bükme ile.

B - Uzatma tecrübesi yapmaksızın aksanı rihvei mücavereden alınan bir safiha ile ehlilin temdidini.

(*Roser, Schröder, Frommel.*)

C - Uzatma ve daraltma.

(*Van der Haevel, volfler - rasch*)

D - Canibî fuseysat ile darlaştırma ve uzatma ve mehbelden tahyit ile yukarıya doğru bükme (*Himmelfarb*).

Ehlilin mevcut olmadığı vekaide :

1 - *Moericke*; semfisin muhitinde mevzu aksanı rihveden bir kanat teşkili ile.

2 - Kum'un bükülmesi ve tulanî iltiva teşkili ve bu nevi teşekkülün tedevvürü.

Himmelfarb şu şekilde icrayı ameliye ediyor :

1 - Mecrayı bevilin açıldığı mahalden canibî olarak hilâl şeklinde iki fuseys ihzar ediyor ve bu fuseysatı kuddame deviriyor ve bununla mecrayı bevil temdit etmiş oluyor ve bu fuseysatın haricinde kalan sathı müdemmem aliden esfele doğru müteaddit hiyatalar ile yekdiğerine dikiliyor ve bu veçhile hem temdit ve hem de daraltma icra edilmiş oluyor.

2 - Cidarı kuddamî mihpelde ve mesane unku civarında beyziülşekil bir fus kesiliyor ve hafatı mustarazan dikiliyor ve bu veçhile cidarı halîi ehlil teşkil ediliyor ki aynı zamanda daraltılmış oluyor.

3 - Mecrayı bevilin irtifaka doğru bükülmesi için heman mecrayı bevilin üzerinden beyziülşekil bir cilt parçası şak ve aynı istikamette ali ve esfele doğru tahyit olunuyor.

4 - Haricî şeklini tanzim için meşkur klitoris ve şefetan tanzir olunuyor.

Woelfler ve *rasch* epispadinin haricinde, irtifakın alisindé müsellsülşekil ve zirvesi irtifaka mevzu bir fus ihzar ediyorlar ve süfliye, epispadi üzerine çeviriyorlar ve sonra da tanzir edilmiş epispadi oluşu ile tahyit ederek cidarını ulvî mecrai bevil teşkil edilmiş oluyor. Fssun ihzarında amika, umku mesaneye doğru muvasalat olunuyor ve burada horizontal olarak bütün aksama ait olmak üzere iki üç katkut hiyata vaz olunuyor ve bu vasita ile belki biraz mevcudiyet arz eden muassarai mesane yekdiğerine takrip ile tahyit edilmiş oluyor ve mecrai bevil daraltılmış bulunuyor. Glitoris yukarıda tarif edildiği veçhile tanzirinden sonra mecrai bevil ile ittihat ettiriliyor ve ziyat cildi hattı mütevassita tevhit edilerek kapadılır.

Fersung mecrai bevil şu veçhile uzatıyor : Birinci ameliyede ondört yaşındaki bir kızda gışai muhatının tanzir ve tevhidinden altı hafta sonra 2 nci ameliyede *Pavlic* e nazaran mahrutüleşekil mecraı bevilin fethayi hariciyesi muhitinden bir Parça alıyor ve tevhidi mecraı beville mustaraz ve tula-

nî gerilmiş oluyor ve burada iki saatlik ihtibas temin edilmiş oluyor. Beş sene sonra kız tekrar kendi tarafından düşünölmüş ameliye ile ameliyat icra ediyor. Mecraı bevil dâireviyüşşekil etrafından tecrit edilmiş ve bu tecrit unku mesaneye kadar temdit edilmiştir. 3. cü Celsede saat göstericisi gibi mihverî etrafında 45 dereceye kadar bükölmüş ve hiyata ile tesbit edilmiş ve 8 saatlik bir ihtibas elde edilmiştir.

V. Mayerbach, Spizy tarafından netayici memnune elde edilmiş ameliye de 1,5 yaşında bir kız çocuğundadır. Ehlilin gışai muhatısından yeni teşkil olunmuş mecraı bevil 180 derece bükölmüş, gışai muhatii mesaneye kadar mümtet olan bu ehlil büyük ve küçük mültekaların yeniden teşkilinden sonra tespit edilmiştir. Aynı şekilde iyi netice alınmış *Bloch* un ameliyat icra ettiği 19 yaşındaki bir kızda mecraı bevil irtifakın tahtında kanalın devamı şeklinde meftuh ve şefetanı kebireden dahî ittihat etmemiş bulunmakta ve heyeti mecmuası ile bir oluk şeklinde mütezahir bulunuyordu. *Hackenbruch* terfi mesane metodu ile (*Blasenbaffen*) bir vakada iyi netice almıştır. Mesane kuddamda tecrit edildikten sonra bir hiyata ile onu kuddame çekmiş ve 3 hiyate ile cidarı kuddamî mesaneyi piliye etmiştir ve bu hiyatalar ile kısmı süfli mesane daralmış ve unku mesane teşekkül etmiştir.

Göbell diğer bir vakada irtifakın ademi mevcudiyeti halinde adelei ihramiyeden bir plastik yapmıştır. İrtifak vazifesi görmek üzere parafin şıngası dahi teklif edilmiştir. *Nove-Joseband* ve *Gotte* mecraı bevilin bir az mevcut olduğu vekayide *Hoewen* ve *Wölfler* tecaribine yakın teklifatta bulunmuşlardır. Henüz bu vadiye kat'i ve sayamı memnuniyet netayic izhar eden ameliye yok demektir.

KADIN HIPOSPADİSİNİN TEDAVİSİ :

Kadın hypospadişinin hafif eşkâli ya cüz'î şikâyeti mucip veyahut hiç muztarip etmediklerinden ıslah ve tamiri mevzuubahs değildir. Umumiyetle *Stöckel* tarafından arz edilen ameliyat planı şudur. Ehlil yerine mevzu mizabenin halâtının tanzir ve tahyiti : bunda çekinilecek ve korkulacak bir şey yoktur. Yalnız yeni müteşekkil mecraı bevil gayet dar olacaktır. Başlıca esas, mümkün olan mevcut ehlil bakiyesi mizabenin tahriki ve ihtimamla beraberce aksanı ehlilin tahyitidir. Umku mesaneye doğru bilhassa elyafı adaliyeye dikkat etmek lâzımdır. İrtifakın ademi mevcudiyeti halinde bu ameliye ile epispadie de olduğu gibi bir kaç saatlik ihtibas bevil temin edilebilir.

Teller 16 yaşındaki bir kız hastasında mihpeli bir hyospadiden dolayı mevkiî tabiiyesine kadar yapılan bir şak ile ehlili çekmiş ve ihtibası tammeye muvaffak olmuştur. *Teller* başlıca şu noktayı arz ediyor ; cidarı kuddamî mihpeli; unku mesaneye ve ehlile dilmek, mesanenin ve ehlilin yastıklanması ve muhafazası için gışai mesanei bevil mihpeliyi teşkil ve topuzlama ve mecraı, mahalli ta-

biisine çekme ve mümkün olduğu kadar takrip ve havsala adelatından bir plastik.

Erkek epispadisinin tedavisi :

Erkek epispadisinde 2 noktaya ehemmiyet vermek lâzımdır. Biri iyi müteşekkel, intiaza hâdim ve mahalli tabiiye açılmış bir mecrayı bevil fethasının temini ve eşkâli haricî kadibin tabiiye yakın teşkili, gayelerini isfihdaf etmek; diğeri, mevcut olan silüsülbevin bertaraf edilmesidir. Mesane ektopisi gibi mefkudiyeti muassıra neticesi husule gelen silüsülbevil ile müterafık yüksek derecesinde muvaffakiyetli ameliyeler icra edilmiştir. Gayet nadir ameliyelerde silüsülbeville mümanaat mümkün olmuştur. Bu muvaffakiyet ehlinin daraltılması ve mesane plastiği vasıtaları ile olabilmıştır (*Helfrich, Küster, Poppert v. s. .*)

Epispadi ameliyelerinde hala merülicra olan eski ameliye ve tecrübeler istinat edilmektedir. Bu tecarüp *Dubley* ve *Thirsch* tarafından verilmiştir ve bu ameliyeler bu gün de şayanı tatbiktir ve sureti ameliyeyi tasvir eden resimler hala her ameliyati cerrahiye kitabını tezyin etmektedir. Çünkü bu sui teşekkülde her şeyden evvel az çok bir netice alınabilecek kavait ve esasatı ameliyeyi ihtiva etmektedir. Ameliyei esasiyeden biri kadibin istikametini tabii bir şekle sokmaktır. Bu maksada vusul için mustarazan şak ve tulani olarak tahyit icra edilmektedir (*Duplay*). Bu ya kâfidir veyahut kadip fevkalâde küçüktür. Şu halde *Kirmisson* a nazaran irtifaka kadar imtidat eden iki derin muvazi şakla kadip tamamîen tecrit edilir ve bu şaklar tulani dikilir.

Thirsch ihzarî ve ihtiyatî bir ameliye olmak üzere perineal bir fstül vaz etmiştir. Bazı müelliflerce ihtiyatî ve ihzarî olmak üzere hala bu kaide caridir. *Duplay* ikinci safhai ameliye olmak üzere zuhuru kadipteki mevzu olugun bütün imtidadınca tanzirini icra ve bir sonda üzerinde bunun tekrar ittihadını yapmakta ve 3. cü safhayıda nihayeti ameliye teşkil etmektedir. *Duppley* ameliyesi taraftarları arasında bu gün dahi şayanı memnuniyeti olduğu zikrolunmaktadır. *Fröhlich* tarafından bildirilen 2 epispadili çocukta (biri 6 yaşında diğeri 9 yaşında) şifa temin edildiği bildirilmektedir.

A - Haşefe mecrayı bevli teşkil için; mizabei ehliliyenin üzerinde ve yekdiğerinden oldukça mütebait esfele doğru iki şak icra edilir ve bir sonda üzerinde her iki şak birleştirilir. Kısmî mütevassıtı haşefe her iki sak arasında bulunur ve yeni mecrayı bevin zeminini teşkil eder.

B - Cisim kadibin mecrayı bevlisinin teşkili için kadip cildinden safihavi füsular teşkil edilir. Bir taraftan teşkil edilen safhayi cildiye sathı cildisiyle

dahile ki şu halde yeni mecrayı bevin sathı dahilisini teşkil eder. 2. ci safiheyi cildiye ile evvelki safihanın sathı müdemmemi teclit edilir. *Lavenschtein* bu *Tirsch* usulüne nazaran aynı şekilde ameliyeyi hyospadi de kullanmıştır. C - Mecrayı bevin kadibi kısmının çekilme ve uzatma suretiyle haşefe hyospadisini izale mümkündür ve buradan düğme şeklinde fethei gayrı tabiiyei hariciyei ehli tahlik ve tecrit edilerek tanzir ve tesbit edilmiş olan haşefeye transplante edilir ve dikilir.

Silüsülbevin izalesi meselesine gelince; bu ve daha müteaddit usulü ameliyelerde fevkalâde nazarı dikkate alınmaktadır. Sun'i veya kendi kendine teessüs eden veya neticei ameliye olarak hasıl olan darlıklar bizim istediğimiz ihtibasî bevil için spesiflik olamaz.

Daima bir sürü ameliyatarla netice hasıl olmaz ve binaenaley bir çok muahar müdahelerile de neticei katiyeye vasıl oluncaya kadar uğraşmamız lâzımdır. Hiyate takayühleri ve bunun neticesi tahassul eden fistüller, çekilen fuseysatın nekrozu ameliyei muaharaların tekerrürüne lüzum gösterir tabii vekaide parlak ve devamlı netaiç alınmış olabilir.

Rozzy kendi vakasında şayanı memnuniyet neticeyi almış ve ameliyatın akibetinde zail olan silüsül bevil yeniden tekrar baş göstermiştir.

Jerusalem 20 yaşındaki kız hastasında *Tirsch* metodunun biraz tadili ile yapıldığı ameliyede muvaffakiyet hasıl olmuştur.

Aynı şekilde *Duplay* gibi *Helfrich* mizabei ehlili tanzir ediyor ve yekdiğerine dikiyor yani esfelinde ve amika nüfuz eden bir şak ile yalnız canibi kısımda bir pappendachel gibi berabere kalıyor ve mecrayı bevil katiyen gergin olmaksızın ittihat ettirilmiş oluyor. *Centwel* ve *Bullit* aynı şekilde ve diğdr muaddel tarzlar icat etmişlerdir. Cildi batından fuseysat alınarak istimali usulleri de vardır. Mevcut mizabei ehli 2 cenbi şakla tanzir edilmiş ve bu şaklar batın cildide kadar temdit edilir ve sonradan kadip batna doğru devrilir ve her iki hâfât yekdiğerine kemali ihtiyatla dikilir ve mesaneye bir sonda ithal olunur 4-5 gün sonra kadipde cerha şefeleri yekdiğerine iltisak ederek şifa bulmuştur ve sonra cildi batın ki ehlinin cidarı ulvisini teşkil ediyor, tecrit ediliyor ve bu eski şakın sürreye kadar temdidıyla kadip sırtındaki sathı müdemmem cildile setr edilmiş oluyor. Sonraları *Beck* tarafından bir usul daha cerrahiye ithal edilmiştir. Bu metot mecrayı bevin nateman bakiyesinin tahrik ve tevtiri esasına istinat etmektedir Mecrayı bevil yerine kaim olan oluk muhitinden şak ile bir fitik kisesi gibi mobilisé edilerek ihzar ve bu vechile muhafaza edilen kise ağzıda bütün kisesi gibi büzülüyö, ve tonelize edilen (bir bıçakla) haşefeden

dışarıya çekiliyor ve 4-5 müttekattı hiyata ile haşefe tepesinde tabii mahallinde cildi haşefeye dikiliyor bu veçhile tesbit edilmiş oluyor. *Beck* kendi vekayiinde iyi netice almıştır, ve hatta silüsülbevin zail olduğu da vardır, Sonradan bir cilt plastiği ile cildi kadip ıslah edilmiş oluyor, *Beck* tarafından verilmiş olan bu usul tabii ufak bir tadilat ile hypospadide de kullanılmış oluyor ve bu veçhile yeni yeni metotlar icat ve bu esas üzerine teessüs etmiş buluyor. *Nove Jossierand* ciltten müteşekkil bir borunun naklinde netice almıştır. Verid transplantationu, halip ve kör bağırsak zeyli garsı epispadide icra edilmiştir. Diğer taraftan yalnız haşefe epispadisi hafif vekayiinde basit operasyon tarzları ile maksada vasil olunmuştur. Verilen tarzı ameliyede ve bunların modifikasyonları ile bahis henüz kapanacak mahiyette değildir.

Erkek hyospadisinin amelî tedavii:

Epispadinin tashih tamir ve ıslahı için ne gibi tarzı ameliyeler ve modifikasyonlar düşünülmüş ve söylenmiş ise hemen ekseriyet üzere hyospadi için de carî gibidir. Müşahedatın kesreti, verilen ameliyelerin çokluğu ve modifikasyonların fazlalığı bu bahsin ehemmiyetini büyütür. Mecrayı bevin fevhei hariciyesinin yüksek derecede darlığı vilâdetten sonra küçük bir müdahelâye lüzum gösterir şak küçük olmamalıdır, halfe mevzu bulunmalıdır, cilt ve gışai muhati (Y) şeklinde şak edilmeli ve bu veçhile tahassul eden fuseysat *Rose* fimozisinde olduğu gibi hariçte cildi meşkuka dikilmelidir.

Hyospadi için teklif ve tecrübe edilen ameliyeler muhtelif ve kasırdır. *Beck* müdahelenin çocukluk zamanında icrasını haklı olarak teklif etmektedir ve bu meyanda ameliyatın bulugdan evvel icra edilmemesi hayati bir ihmâl telâkki edilmektedir. Kâhillerde ameliyenin icrası pak taciz edici ve teşevvüşe badi olunca ve tedavii muaharayı işgal edici intiazat ile manidir. Yüksek derecede Bromür ile dahi bunun önüne pek güç geçilir. Bu intiazat hiyataların kesilmesine ve bu veçhile neticeyi kat'iyenin tehlikeye ilkasına sebep olurlar. Ruhi noktai nazardan dahi Hyospadi mecburi tahsil çağına kadar, bulugdan evvel bertaraf edilmek lâzımdır.

Krönacher mutedil eşkâli hyospadiyeyi süt zamanında bertaraf etmek istiyor. *Beck* de aynı fikirdedir. Bu veçhile arzu edilen neticenin daha evvel elde edileceği ve sonra çocuğun vaziyeti anlaması yuzünden husulü melhuz teşevvüşatı ruhiyenin de husulüne mani olunmuş olacağı ileri sürülmektedir. Ve bu veçhile bir çok muellifler ikinci yaşta ameliyenin icrasına mübaşeret taraftarlardır.

Biz *Kayseri* hastahanesinde ambulans olarak yaptığımız ameliyatlarda ufak çocuklarda çok iyi müvaffak olduk. Evlenme çağında yaptığımız bir müdahalede 8-10 defa fer'i şeylerden dolayı ufak muahar müdahalelere ihtiyaç hasıl oldu.

Beck tarafından yapılan bir ameliye 4 aylık iken icra edilmiştir. *Wilbönin* 4 yaşından evvel ameliyat icra etmiyor, *Böttlicheremden* 3 cü yaşta ... Büyük plastik icrasına lüzum görülen ameliyeler umumiyetle 6 ilâ 9 yaşında icra edilmektedir.

Yalnız şurada müellifler müttehittir: Ekser hyospadilerde tesadüf olunan sui şekli kadip mümkün olduğu kadar erken izale edilmelidir ki bununla kadip tabii şekilde neşvü nümasına devam etsin ve müruru zamanla kadipteki eğrilik daha fazlaşması ve islâhı güçleştirmesin, kadipteki eğrilğin bertaraf edilmesi için *Dupplay* tarafından epispadide verilen metot gibi *Moissen* tarafından yapılan tecarip vardır kadibin doğruluğuna mani olan nutbevi bütün hailler ve biritler kadip cildi üzerinde mustaraz bir şakla izale edilir ve bu şak cismi isfencilere kadar nafiz olmalıdır. Tevkifi nefiz kolaydır ve bu şaklar tulâni bir tarzda dikilir (*Mohr*) flaster ile temdit ve tesbit ile ıslaha yardım edilir. Fakat bütün vekayide heman neticesi katiyeye ve maksada bunnla vasil olamaz, doğru ve serbest bir cismi kadibe ihtiyaç vardır ve bu maksada vusul için fevhei ehlili tahtaninin geride kalmasından ihtiraz etmemeli ve korkmamalıdır (*Sohmieden*).

Lydston ehlili tahtanii kadipde; cismi isfencide nedbevi şeritleri ve ehlilin iltisakatını bertaraf etmek için iki canibî şakkı da icra etmektedir ve bu ehlili kadibiyeyi kadibii safenî bir şekle ifrag ediyor. Kadibin serbest bir hale gelmesi için bu zaruridir. Aşağıda göreceğim gibi diğer vakayide kadibi mevkii celidinde tutmak ve muhafaza etmek için fuseysat teşkiline de ihtiyaç vardır bu ihzari müdahale ile ameliyei esasıye arasında tabii fasıllar vardır. En nihayet burada bir sual hatıra gelebilir: Ameliyattan evvel acaba icanı bir fistüle lüzum var mıdır? Kısmi ihzaride söylediğimiz gibi *Tirsch* kendi plâstiği için teptili cereyanı bevle muvakkâten lüzum göstermiş ve tavsiye etmiştir. *H. Vullet* daha ileriye gidiyor. Her hanki hyospadinin izalesi için her hanki metot olursa olsun fistül ve şakkı icaniyi yapmakla işe başlıyor ve bir celsede kadibi ve kadibii icani şekillerini halledebilmeğe kadar ileri gidiyor, *Tonton* ve *Bouette* fevkelani fistülü münasip buluyor; her hanki bir sebepten dolayı nahtı icani mümkün olmaz ise bunu daha ziyade tavsiyeye şayan buluyorlar.

Eskilerin ameliyat esasatı aşağıdaki şekilde taksim olmuştur.

1 - Basit tonalisasyon.

2 - Tanzir metodu. (*Diffenbach, Dupplay, Helfrich*).

3 - Plastik fuseysat teşkili ile.

A - Kadip cildinden teşkil olunan fuseysatın çekilmesiyle (*Tirsch*).

B - Safen cildinden teşkil olunan fuseysatın çekilmesiyle. (*Boisson, Landerer, Rosenberger, Bukmal, Rochet*).

D - Gulfeden teşkil olunan fuseysatın istimali ile (*König, Krönacher, van Hooek, Thevenard, Ombrédanné*).

E - Batnii fazhi safiheyi cildiyeinin istimali ile (*Lawrent*).

4 - Tepdili vaziyet ve temdit (*Beck, v. Hacker, Bardenheuer*).

5 - Serbest tagris :

A - Cildi bir boru teşkili ile (*Nove - Jossierand, Tuffier*, bir kombinaison ile *Roche'in yeni metodu*)

B - Veritten (*Stettiner, Becker, Tendon*), bir kombinaison ile. bir fussy cildi üzerindeki veritten tagris (*von Cantas* tarafından).

C - Halipden, (*Schmieden*).

D - Zeyli dudiden (*Straessler, Lexer*).

E - Gışai muhatı borusundan (*Tendon*).

Königin Kapak lehimleme usuli.

Bu usullerden birincisi kat'i değildir, terk edilmiştir. Bazı nadir vekaide muvaffak olmuştur.

Tunel yapan vasıta *Dupuytren* tarafından trokar istimal edilmiştir. Aynı şekilde iğne ve pıçak ile evvelce tecrübe edilmiştir. Haşefi hyospadili 2 çocukta bu tecrübe ile ehlili teşkil olunmuş *Hamburg* cemiyeti tıbbiyesinde 1898 de *Kümmel* tarafından demontre edilmiştir. *Diffenbach* kendi metodunda basit olarak tanzir ve tahyit etmiş ve bununla nadiren beşerelendirmeğe muvaffak olmuştur.

Duplay bir epispadi tecrübesinde cildi sathiyeyi yeni teşkil olunmuş ve cildi sathiden gelecek epiderm ile mecranın epidermizasyonunu beklemiş. Bu tarzı ameliye hyospadide muhtelif devrelerde de tatbik olunabilir. Natemam haşefe oluğu ile kadip oluğunun birleştirilmesiyle tehassul etmiş mecrayı beviller de vardır. *Tirsch'e* nazaran, bu; haşefe natemam mecrayı bevli; kadip natemam mecrayı bevline kapatılarak tam kadip mecrayı bevli teşkil olunur ve bu; teşkil olunurken düğme deliği şeklinde yeni teşkil olunan mecrayı bevlin nihayeti muhiyeyi takip olunur. Fakat burada ekseriya hiyatalar fistül teşkil ederler ve bu fistül teşkilâtından dolayı mahdut vekayide müstameldir.

Helfrich, tanzir metodu ile iyi netice elde ettiğini yazıyor. Tıpkı Epispadide olduğ gibi hyospadide de şaklar icra edildikten sonra yekdiğerine bir sonda üzerinde dikiliyor. Diğer bir icrayı şak *Helmiton* ve *Rossel* tarafından yapılmıştır. Haşefe mecrayı bevli teşkili için bu usul orijinaldir. Kadip etrafında mizabei ekliliyenin heman tahtında yüzük şeklinde dairevi şaklar icra ediliyor ve bununla hem kadibin doğrultulması gayesi istihdaf edilmektedir ve bu vechile teşkil; yüzük şeklindeki fussy cildi yalnız mütevassıta ve kadibin vechi süflisinde kadibe müzennep kalıyor ve sonra bu fus kuddama devriliyor. Önü kapalı ve arkası kadibe merbuttur. Kravat şeklindedir. Tenotom ile haşefe de teşkil edilen kanala sevk ediliyor, haşefenin resinden hu-

ruç eden bu fuseysin sathı cildisi içeride ve sathı müdenimemi kanata tetabuk ediyor ve sonra haşefe dikiliyor. *Tirsch'in* operasyon tecrübelerinde epidermis muhitten ahz olunuyordu. Yeni teşkil olunan mecrayı bevilde natemam kalmış olan kısmı merkezii mecrayı bevlin ittihadı dahi başlıca müşkülât iras eder ve bu ittihadı temin için de müteaddit son ve tali ameliyelere de lüzum vardır. Bir çok ameliyeler ile elde edilmiş neticenin mahvolmaması için bu son ameliyenin lüzumu vaciptir.

Safen ile kadip arasındaki iltisakatı ihzarî ameliyeler ile bertaraf ettikten sonra kadip serbestleşmiş ve kadibe yapışık safenin çekilmesini mucip olmuştur.

Kadip yani, mücerret ve serbest mevkiinde bu vasi iltisakatın kesilmesinden dolayı ciltsiz kalabilir batni bir köprü ile bu defekt setr olunabilir.

Moutet aynı şekilde bir köprü olarak safeni plastikte husule gelen safeni ziyai cildi örtmek için bir fussy cildi batni süfliyi istimal etmiştir.

Bidder ve *Landerer* taraflarından cildi safeni istimal edilen diğer bir metodu - ki *Rosenberger* tarafından epispadi için düşünülmüştür - *Stettiner* hyospadi için istimal etmiştir.

Macerayı bevli oluğunun yanında bittanzir iki şakki cildi yapıyorlar ve bu şak aşağıya, safenin süflisine doğru temdit olunuyor ve yekdiğerine dikiliyor, şifadan sonra kesiliyor ve bu vechile vechi süfliyi mecrayı bevli teşkil edilmiş oluyor ki bu *Landerer* tarafından bir main şeklinde icra edilerek yekdiğerine tahyit ediliyor.

Viyana'da *Frank*, metot *Landerer* ile icrayı ameliye ettiği 4 vakada (ki 21 - 24 yaşlarında hastalar imiş) ameliyeyi 3 defa tekrarlamış ve bir defasında tahribi mecrayı bevliiden dolayı karha tehassul etmiştir. *Stettiner'in* nokta-i nazarına göre bu tarz güzel, kozmetikdir. Neticenin istihsaline müsaittir ve mecrayı bevli müteşekkel dahi iyi fonkionne edermiş.

Bu vekayide cima kabiliyeti az olduğu görülmüştür. Çünkü kadibin kısmı süflisi çok az kabiliyeti ittisaa malik olmuştur. Bu kusura rağmen *Frank Landerer* ameliyesinin harareti müdafiidir ve bir safhada mecrayı bevli ta zirveye kadar teşkil imkânını bahşettiğini söylemektedir. Hyospadi fevhesi mahallinden bir fistül teşekkülünü maharetli bir el men' edebilmiş ve nadir talisizlik ve muvaffakiyetsizlik zarar vermez diyor.

Von Backnal tarafından verilen metod *Landerer*in metodundan başka bir şey değildir, *Beck* de safeni, kadibi hyospadilerde safeni cildin istimalini tavsiye etmiştir. Uzun mustatili bir safiheyi cildiye, kadip ve safenden teşkil ediliyor ve bu mustatil haşefenin zirvesinden safenin zeminine kadar mümtettir. Ve bu vechile kısmı ulvide yani kadipteki mustatil parçası mecrayı bevlin zeminini yani kubbeyi ve kısmı süflide yani safeni parça-

dan müteşekkil mecrayı bevlin kapagını teşkil ediyor.

Rochet'in muaddel tecaribi buraya mütealliktir.

Tirsch haşefi ve kadibi mecrayı bevlî teşkil için gulfeyi çekiyor ve gerilme tarzı ile mecrayı bevil yapıyor.

Königin aynı tarza yakın usulleri vardır.

Krönacher aynı tarzda haşefe mecrayı bevlî için gulfeyi istimal etmiş ve şayanı memnuniyet neticeler elde etmiştir.

Goudier, van Hoock da mecrayı bevil teşkili için gulfeyi istimal etmiştir. (Henüz bu gibi sui teşekkülât aile veya aile hekimi tarafından bilinmeden sünnet ile ziyaina meydan vermek, lüzumunda böyle mühim bir materyelelden mahrumiyet demek olduğunu ayrıca arz ederim).

Van Hoock 14 aylık bir çocukta gulfeden 4 köşeli bir fus almış muhitî nihayetinde mustaraz icra edilen bir şak ile gulfenin 2 safıhası yekdiğerinden ayrılmış ve bir gaz şeriti üzerinde bir boru teşkil edilmiş, borunun iç yüzü ciltten ibaret olup sathı mecruhu hariçte kalmıştır. Bu yeni mecrayı bevil bir pıçak ile haşefede ihzar edilen yatağa gömülmüştür.

Van Hoock kusursuz bir netice elde etmiştir.

Thevenard da aynı şekilde ve aynı tarzda ameliye icra etmiştir.

Genouville dahi bu tecrübeyi kadibi - safenî bir hypospadide müşabihi veçhile istimal etmiş ve ameliyata *Dupplage* göre nihayet vermiştir.

Bu seride dahi netayîç ile memlu vekayı çok değerlidir. Bir az komplike bir tariki ameliye, *Ombredanne* tarafından kadibi hyospadi teklif edilmiştir.

Beyzi bir şak, bunun nihayeti ulviyesi haşefenin zirvesinde, beyzi şakin ortası hyospadi fevhasına tesadüf ediyor. Ve kısmı süflisi kısmı ulvisi kadar mümtat olmak üzere safene doğrudur; nısf hali ve ya süfli, fevhei hyospadiye kadar tecrit ediliyor hafif mobilize edilmiş kısmı ulvi; ya kuddama, üzerine kapanıyor ve bir tütün kesesi şeklinde büzülüyor ve diğer aksam tahyit ile ittihat ettiriliyor. Ve bu veçhile yeni mecrayı bevil teşkil edilmiş oluyor. Haşefenin kısmı ulvisinde bulunan gulfe 2 yaprağa ayrılıyor ve Y şeklinde bir delik ile haşefe dışarıya çekilerek mizabei ekliliyeye tespit ediliyor ve iki safıhaya ayrılmış gulfeden haşefe Y şeklindeki delikten geçtikten sonra bir önlük tarzında kadibin veçhi süflisindeki mütehassıl büyük sutuhu cüruha dikiliyor. İki küçük müdahalei muahere ile yeni fevhei mecrayı bevil teşkil ve iki canipteki kulak şeklinde fazlalıklar bertaraf ediliyor.

Donnet tarafından çalışılmış bir usul daha vardır : birde *Lavrint* ameliyesi vardır. Bu son usulda haşefi hyospadi evvela *Hirsch* veya *Dupplage* göre icrayı ameliye edilir. Yani safeni plastik tec-

rube edilir, badehu sathı haricii müdemmem fahziyi batnî bir köprücük safihe cildiyesi altına kadip geçirilerek örtülür.

Hirsch ve *Dupplage* usullerinin hala taraftarları vardır. Bilhassa bu veçhile teşekkül eden mecrayı bevillerde *Königin* işarı veçhile kıllar teşekkülü noktai nazarından bilhassa şayanı teemmüldür.

Amerikalı Dr. *Beck* hyospadinin tedavisi için yeni bir safha küşat etmiştir. Bu usul hem haşefe ve hemde kadip hafif hyospadileri için müntehap bir ameliyedir. Urethrotomia perinealis vazı *Beck* ameliyatında akseriya yapılmamaktadır. *E. Müller* netayici muvafıka elde etmek için bu fistülün vazınası tavsiye etmektedir.

Mecrayı bevil cismi isfencilerden ve diğer müteallikatından tecrit edilir burada fevhei hyospadi mobilize olmuş olur, fevhei hyospadinin muhitinde yarım cm. arzında bir cilt mancheti vardır. Daha ziyade mecrayı bevlî cüseymatı isfenciye den hem de kolaylıkla tecridi için içerisine bir buji vaz olunabilir. Mecrayı bevil o kadar mobilize edilmiştir ki heman serbest bir boru haline kalp edilmiş olsun. Yalnız haşefe *Beck* tarafından teklif olunduğu gibi ya teşkik edilir veyahut nazik bir bıçak sokma ve ya batması ile delinir ve yahut bir trokar ile tonele edilir ve bu tonele tahrik edilmiş mecrayı bevil sokulur ve 4 hiyata ile zirvei haşefeye fevhei hyospadinin mobilizasyonundan muhitinden 1,5 cm. beraber alınan cilt mancheti ile dikilir ve bu veçhile tespit edilen cüruha küçük bir pansman yapılır. Mütemadi sonda koyma müddeti henüz tespit edilmemiştir.

Beck bizzat sonda vaz ediyor ve müddeti tayin etmiyor. *Martin - Payr* sonda vazının taraftarıdır. *Emden Böttcher* daimi sondayı lüzumsuz buluyor. Fransız cerrahları daimi sondayı heman ekseriyetle red ediyorlar. Ve istimalinde kötü netayîç elde edileceğini söylüyorlar, Doğrusu ne çok zaman bu sondayı koymalı ve ne de sondasız yeni mecrayı bevlî bütün bütün bırakmalı, sondaninyapacağı dekübitüs de nazarı dikkate alınmalıdır.

Küçük çocuklarda kaideten sonda koymaktan içtinap edilebilir. Bazı vekaide sonda istimali bir kârdır.

Müsait vekei üzerinde yapılan ameliyelerde iyi neticeler alınmıştır. *Beck'in* bizzat büyük rakkam gösteren kaidi safı tablig edilmiştir. *Beck* evvelâ haşefe hyospadisi üzerine düştüğü bu ameliyasını bilâhare umumileştirmiştir. Aynı şekilden *Bardenheuer* ve *von Hacker* ve talebeleri tarafından müsait netayic elde edildiği teblig edilmiştir. *Marwade* çocuklarda 7 vak'a haber veriyor ki haşefe kaidesinden bu tarzda şukuk icra edilmiş ve sonra tahyit edilmişler, bu 7 vakadan yalnız 3 ü birinci müdahalede şifayap olmuşlardır. 2 si bir müdahalede

leden sonra diğer 2 si bir müdahalei muahareyi mucip olmuşlardır.

Bu müellif dahi *Beck* ameliyesinin har tarafıdır.

Ferraresee 5 yaşındaki bir çocukta iyi bir netice elde ettiğini ihbar etmektedir. 8 Aylık bir çocukta müdahale sui netice vermiştir.

Senelerce takip edilmiş neticeyi nihaiyeti hasene elde edilmiş vekaide haber verilmektedir. (*Borragen, Barlatier, Böttischer, Blanck, Billhaut, Berardt*). *Böttichen* evvelce bir neşriyatında *Emden* tarafından 2-5 sene sonradan muayeneleri icra edilmiş 13 yeni vakanın yalnız birinde kısmen sui netice alındığını haber vermiş ve diğer bir çok müellifler de bunun eyi netaicinden bahs etmişlerdir.

Villemin; 18 vaka arasında yalnız bir defa 15 aylık çocukta sukut eden hiyatalara şahit olmuştur. Bu müellif fevhei hariciyenin Teşkilinde olmasını tavsiye ediyor.

Von Beyran +- şeklinde bir şak olmasını tavsiye etmektedir. Bu metodun sebebi rüçhanı evvelâ basatetindedir, saniyen mecrayı bevil ecsamı nuuziyenin yanında kalıyor. Bu usulda dahi fistül teşekkülü ekseriyetle bakidir. Hakiki teknikte fistül teşekkülünden ictinap edilebilir veyahut tahdit olunur. Cilt mancheti sabittir, ve bunu *Bardenheuer* göstermiştir. *Beck* operasyonunun haşefe ve kadip hyospadisine hasr oluşunda umumiyetle cerrahin müttefiktir. mecrayı bevil fethası ekserisinde 3-4 cm. haşefeden geridedir.

Ölümlerde *Goldmann* muayenesinde mecrayı bevil ittisa görülmüştür ve bu ittisa kabiliyeti 8 cm.

kadar ziyat ve hatta daha ziyadesini telâfi edebilmektedir. Şu halde hiyata ile tesbit ve zirveye kadar temdide müsaade ediyor demektir. *Von Hacker* temdit kabiliyetini 4 ile 4,5 cm. kadar tesbit ediyor. *Goldmann* 6 cm. kadar bir kısım neşre muvaffak olmuş ve bu veçhile tahyit etmiş ve intiazda kadip tamamen doğru kalmıştır. *Sik* 9 cm. bir mecrayı bevil ziyanda aynı iyi neticeyi almıştır.

Fakat vilâdi defeklerde vaziyet biraz başkadır. *Goldmann*ın söylediği gibi hafif sui teşekkülâtı mecrayı bevil kendi mevkiinde mütেকarrerdir ve hayret etmemelidir ki bu; neşvü nümadaki teşevvüsten dolayı geri kalmıştır ve ziyat örtmek ve temdit kabiliyeti noksandır. Hyospadilerin penisi aşağıya bükülmek istidadına maliktir. Bunlar da cima esnasında kadip yalnız eğri bulunmakla kalmaz, bilâkis intiaz bizzat vecanaktır. Wodd bir vakasında safeni hyospadide *Beck* ameliyesi icra etmiş ve bilâhare tekemmüş ve netbe çekmeleri iyi neticeyi mahv etmiştir. *Beck* ameliyesi ve diğer ameliyelerin çocukluk anında icrası daha ziyade şayanı memnuniyettir. *Exner* 23 yaşındaki bir adamda *Beck* ameliyesi icra etmiş ve ameliyattan sonra tabii bir ereksion görülmüştür ki eviye tefemmümatının kesilmesine atf edilmiştir. Ameliyat çocuklarda yapılıncı neşvü nema devrinin terakkisiyle devranı demevii haşeffi tekrar teessüs ediyor demektir. Hyospadi ameliyeleri ile kâhillerde intiaz kabiliyeti tamamen ziyaa uğrayabiliyor. Umuniyetle temdit ve muhaceret usuliyile safeni hyospadi biç olmaz ise kadibi bir şekle inkilâp eder. Nihayet bununla memnun olmamalıdır; ve sonra diğer bir metot ile daha noksan kalan mecrayı bevil teşkül etmiş olur.

- Devam Edecek

Konya Memleket hastanesi Cerrahi Servisinden :

Şef. Dr. Operatör Asil Mukbil.

Mevzî ve Plastik Peritonit Tüberkülozlar.

Dr. Asil Mukbil.

Peritonun uzviyette cesamet, irazat, irtişaf kabiliyeti, ecsamı ecnebiye, mikroplara karşı müdafaa, mukavemet ve bir çok batın ahsası ile sıkı sıkıya münasebeti; kadınlarda nefirin fevhayî batniyesi vasıtasıyla harice açık bulunması dolayısıyla mühim bir meykü vardır. Perituvan en ufak bir taharrüse karşı aksülamel veren bir gışadır. İntan menbaları muhtelifdir, Defaive kan yolu, yakından yakına mücaveret ve bilhassa hazm yoludur.

Mevzuumuz daha ziyade perituvanın lokalize tüberkülozlarına ve plâstik, eskâline inhisar edeceğinden

umumî perituvan tüberkülozundan ancak muhtasarın bahsedeceğiz.

Aşıkâr vekayı haricinde bütün müzmin batın afetleri tüberküloz ve sifiliz ile karışır. Wassermann ve diğer hayatî teamüller sayesinde firengi bertaraf edilirse tüberküloz düşünülür. Ve evvelce mevcut olan yanlış zihniyete mukabil bu gün bütün müzmin peritonitlerin tüberküloza me'rub olmadığını biliyoruz. Umumiyetle tali olarak tezahür eden peritonit kanserözden mada halihazırda alkolik, şillöz, fibröz, tromatik, ekinokoksik ve bilhassa sifilitik

gibi müzmin peritonitlerin mevcut olduğu pek âlâ malûmdur. İptidâî perituvan tüberkülozunun mevcudiyetini inkâr etmemekle beraber halen daha ziyade batın ahşası afetlerinden sonra talî olarak tezahur ettiği kabul edilmektedir.

Bu hastalık şebabet sinni ve kâhil hastalığıdır. Otopsilerde erkek ve kadınlarda aynı nispette görülüyor. Çocuklarda da aynı derecede müşahede edilmektedir. Ameliyatlarda ise kadınlarda erkeklerle nispetle fazla tesadüf olunuyor.

Teşrihi marazî ve tekevvünü marazî : Virchow 1853 senesindenberi görmüştü ki çekum ve kolon etrafındaki iltisaklar terekküdü gaiti neticesi kolon iltihabına atfolunuyordu. 1878 senesinde ilk defa Traquet tezinde iptidâî ve birdenbire başlayan müzmin peritonitleri mütalaa etmiştir.

Basiller plastik peritonit tüberküloz makroskopik olarak bidayete tabakayı mısıliye cilasının gaip olmasıyla, ihmizar ve eksüdasyonla başlar. Bilahare beyazıntrak sedefî, necmî, ince, lifi tavazzuat ve bilahare britler ve hatta ağşiye tarzında geniş şeritler görülür. Bu yeni teşekkülâtın yeri muhtelifdir; kebet ile hicabı haciz arasında, huveysali safravi ile kolonun sağ zaviyesi arasında, çekum ile appandis veya münakkat arasında, tahal hizasında kolon sol zaviyesi civarı ve sini harkafî hizasında görülür. Bazan göz ile ancak görülebilir bazan ise lifi olup ufak granülasyon veya tüberküller ile enfiltré'dir. Bu tavazzuat ve perituvan tagayyüratı kolon zaviyelerini daraltır, emayı cidarı batna tespit eder, kebet ve tahal mahfazalarını kalınlaştırır, huveysali ihata eder, çekumu büzer ve tekemmüş ettirir bâzan da mideyi sıkıştırır. Bu perituvan altındaki âzâda öyle tagayyürat görülürki bunlar talidir ve perituvandan sirayetle vaki olur. Masarika ukadı lenfaviyesi şişer. İptidâî plörit plastikler olduğu gibi iptidâî pritonit plastik (her hangi bir uzuv tüberkülozu haricinde) mevcudiyetini kabul etmek lâzımdır.

Nethavî eşkâlde nadiren basil bulunabilir, mayî ekseriya sterilidir.

Mikroskopik muayenede her tüberkülozda görülen vasfî tagayyürler (mütemevvit aksamı nesciye ve hucréviyeden ibaret olan maddeyi cübniye, huceyratı uzma, epitelyot ve lenfosit huceyrat) müşahede olunur.

Tüberkülozdan gayri yukarıda saydığımız müzmin peritonitler malûm olup tefrik edildikten ve peritonit tüberküloz teşrihi marazisi de muhtasaran tekrar edildikten sonra umumî perituvan tüberkülozunun klâsik eşkâlini şöylece bir gözden geçirelim :

Umumî Peritonit Tüberkülozlar :

Hat eşkâl cerrah için az ehemmiyetlidir. Müntesir milyer tüberkülozu tâkiben hat ve ya tahtelhat olursa umumî afetlere merbut olarak bulunur ve

cerrahî servislerinde umumiyetle tesaduf olunmaz.

Müzmin eşkâl : Grisolle zamanından beri klasik bir taksim olarak kabul edilen umumî perituvan tüberkülozu A - Saf asitik şekil B - Karhaviî cübni şekil C - lifi insidâî şeklinden ibarettir.

Bu müzmin eşkâl ise bilâkis cerrahları alâkadar ederek ekseriya müdahaleyi mucip olurlar. Seriryat noktayı nazarından bu üç şekil yanında anasitik kuru eşkâlin mevcut olduğunu hatırdâ bulundurmak lâzımdır. Bunlar bazan lifi bazen ise perituvanın bir kısmına münhasır kalarak haşevî afati andırır. Bunlardan mada biribirinden tamamen kabili tefrik olmayan mütavassıt şekiller dahi mevcuttur.

A. - Saf asitik şekil : Grisolle zamanından beri klasik olan şekil olup bazı kerre tahtelhat ve umumî arazi mütekaddime ile (Plöziden sonra ahvali umumiyenin muayyen bir derecedeki inhitafından sonra) başlar. Serbest asit tablo kliniğini verir, bazan da müteaddit cevflerden müteşekkil olabilir. Asit kendi keadine gaip olabildiği gibi her halde basit laparotomiden sonra zail olur. Bu vekaide tüberküloz intibaatının ârâzı uzviyette pek bariz olmadığı ilâve etmeden geçemeyeceğiz; yani batında asidin tüberküloza merbut bulunduğunu tasdik için ahvali umumiyede ve vecihte müterekkî bir inhitat aramaya hakkımız yoktur. Esasen genç kızların asiti umumiyetle gayri devrî bazan ise mükerrer husule gelebilen bir afettir.

B - Karhaviî cübni şekil : uzviyetin ve bahusus cihazı rievîyi plevrainin vahim tüberküloz afetleriyle birlikte görülür. Bu da o kadar aşikâr vazifevi bir mecmuayı araza merbut değildir. Umumiyetle az mütezahir olan teşevvüşatı uzviye ile ameliyat esnasında batında görülen tagayyüratı teşrihiye arasındaki nisbetsizliğe hayret etmemek kabili değildir. Bu hastalar şüphesizdir ki ekseriya tüberkülozdırlar. Seriri muayene ile muhiti sürrede gatoları, hicaplı insibapları, haşevî teşevvüşatı tespit etmek kabildir. Lakin ameliyat esnasında bulunan ve görülen afetin imtidadı hayat ile ne veçhile kabili telif olduğu hayretle karşılanır. Ameliyatta bazen takayyüh etmiş mihrakların emaya açılmış olduğu, vasî ema ve perituvan iltisaklarının mevcut bulunduğu, az çok mühim eviye cidarının tenahhur ve açılması ile muhteviye çikolata rengi verdiği; sarıntrak, kesif ve tamamen cübni kitlelerin mevcudiyeti görülerek bu şeraitte zavallı hastanın yaşaması gayri kabil zan olunur. Hakikatta ise hasta yaşar. Mamafi vazifevi bir çok ârazın inzimamı görülür. İshal, kabız, kay münavebe ile teessüs eder. Halbuki ameliyatta görülen afetler enbubu hazmî vazifesinin tevakkuf etmiş olduğu kanaatini verir. Umumiyetle ahşa tüberkülozundan sonra talî olarak görülen bu şekil nadiren şifa ile neticelenir. Ölüm

çok kerre fistüllerin harice açılmasından evvel vakidir. Netice ekseriya müterakki kaşeksi ile bulunur. Ender olarak lifi vetire ilerliyerek korkunç olan üçüncü şekil teessüs eder.

C. - *Lifi şekil*: Hayatı doğrudan doğruya tehdit eden avarıza müncer olur. Müzmin ve haif insidat ârâzi göstererek bazan birden bire tam ve hakiki bir insidat tablosuna inkılap ederek seri, müdahaleyi istilzam eder. Laparotomide bazı kerre operatör çok müşkülata maruz kalır. Çünkü cidari peritonu pek az bir yerde serbest bulabilir. Kısım kısım emacidara yapışıktır. Batna dahil olabildiği taktirde birbirine yapışmış ve mesarika ile çekilmiş, sıkışık, yapışık olarak bulur. Yekdiğerinden tefrik bazan gayri kabil olur. Bu şeraitte şerci sunai faicelahaş olabilir. Demek oluyor ki lifi şekil esasen vahim bir şekildir.

Umumî peritonitleri böylece muhtasaran gözden geçirdikten sonra mevzii peritonitlere geliriz.

Mevzii peritonit tüberkülozlardan Haşevii Peritonit şekilleri.

Peritonit tüberkülozların haşevii peritonit şekilleri çok enteressandır. Bir çok eşkâli seririye gösterdiği gibi bir çok teşhis hatalarına da sebep olur. Diğer cihetten ise cerrahî müdahaleye müsait bulduklarından nisbî bir şifaları mevcuttur.

Umumiyetle iki büyük seriri şekil gösterirler: A-Plastronlu peritonit haşevii şekil olup tüberküloz evramını teşkil eder. B-Lifi veya serbi lücamlar olup malûm olan insidatları tevhit edebilirler. Her iki şekilde radiolojik muayenenin erken teşhiste kıymeti vardır.

Plastronlu haşevii peritonit eşkâl:

Batnî tüberkülomları teşkil eder. Tüberküloz umumiyetle oldukça münteşir bir plastron manzarasını gösterebilir. Bazen civara iltisakat olur ve oldukça mahdut az müteharrik bir tümör manzarasında olup katî teşhis ancak mükerrer yapılan radiolojik muayene ile konur. Seriri şekil; mevzu bahis olan uzva göre değişir. Bunlar da berveçhi zir eşkâlden ibarettir.

A - *Pelviperitonit tüberküloz*: Cihazı tenasüli tüberkülozlarından sonra plastronlu münteşir şekilde görülür. Umumiyetle ilk devresinde seririyata muracaat nadirdir. Son derecede sinsi seyreden mülhakat tüberkülozu bütün havsalaı lifiyi cübni bir kitle haline getirdikten sonradır ki hastanın doktora muracaatını istilzam ettirir. Mihipel messi, nahiyeyi haseliye cessi, ahvali sabika ile irsiye, umumiyetle teşhisi vazettirir. Amenoreik, anemik genç kızlarda ziyade görülebilen bir hastalıktır. Bazen böyle kitleler rektuma açılabilir. Ameliyatta cidari perituvan, serp, tüberküloza duçar olmuş mülhakat, kalm ve ince barsaktan ve bazen de mesa-

neden müteşekkil, nahiyeyi haseliyede bir kitle bulunur. Cerrah büyük bir sabır ve dikkatle bu kitleden rahim ve mülhakata ayırarak istihsal eder.

Tüberküloz intanı umumiyetle tercihan neşvü nema esnasında bulunan muhtekan, zaiflanmış azaya savlet ettiği esasen malûmumuzdur. Mibiyaz ve nefir buluş esnasında bir tekâmül geçirirler; yumurtlama zamanında ihtikana duçar olurlar. Hamil ve ekseriyya maruz kaldıkları intanlar, mukavemetlerini azaltır bu suretle tüberküloza musap mülhakat hastalığı havsali perituvana sirayet ettirirler. Bu da müdafaa kastile iltisakat yaparak taazzuv eder ve binnetice mevziileşmeğe sa'y ederek hususile havsala veya sürre altındaki batın kısmında lokalize olur.

Pelviperitonit tüberküloz yalnız mülhakat tüberkülozundan husule gelmez. Aynı zamanda bir çok sair mücavir aza tüberkülozu neticesi meydana çıkabilir. Havsala kemiklerinin tüberkülozu, yakından yakına sirayet ile havsala perituvana kadar intanı sirayet ettirir (âne, cismi harkafa, azmı acız, irtifakıacezii harkafi tüberkülozu, mafsalı harkafiyi fahzilerde cevfi hokki tahalhul ve tesekkup ettikten sonra havsala perituvana sirayet ettirir). Havsali apandisit tüberkülozlar, muhiti mesane âfati dereniyesi; ve turuku lenfaviye ile intikal ve sirayet mevcuttur. Pek nadir olarak mibiyazların ekyası dereniyesinden perituvana sirayet eden tüberkülozlar da görülmüştür.

Pelviperitonit tüberküloz ekseriyetle kadınlarda tesadüf edilen, erkeklerde nadir görülen bir hastalıktır. Buna da sebep dahili azayı tenasüliyelerinin mevcudiyeti ve perituvana açık bulunuşudur.

B - *İleoçekal tüberküloz*: Bu şekil ekseriyya hatayı muciptir. Zira her hufreyi harkafiyesi ağrıyan hastaya kolaylıkla müzmin apandisit etiketi yapıştırıyoruz. Bu gibi hastalar midiyi maai teşevvüş ile epi uzun zamandan beri apandis nahiyelerindeki sancılardan şikâyet ederler. Ces ile sağ hufreyi harkafiyede müvecca, bir nokta bulunur. Çekum ise umumiyetle az gergin duyulur. Bazen ise müvecca noktanın az çok değişmesiyle apandisit, aneksit, kolesistit, ve çekum sukutu arasında bir tereddüt hasıl olur ise de ilk zikrolunan teşhise fazla ehemmiyet verilerek ameliyat yapılır. Bu taktirde ya salim, veya perikolik ve periçekal britler dolayısıyla ve tali olarak pek az afetzede bir apandis bulunur. İstisal olunan apandis evcaın tenakusunu mucip olmaz. Ve binnetice evvelce bulunmayan ukadat dahhamesi ve plörezi gibi basil dö Koch tezahurları görülebilir. Bu sağ taraf etat colique ki, bu kâzip ve müzmin apandisitler, bu perikolit mambranözler, pek çok enteressan travaylara sebebiyet vermişlerdir. Çekumdan mütevellit inkıbazlar veya debacle diarrheique ler; iltisakatın mevcudiyetine merbuttur. Seriri ve röntgen muayenesile çekumun geçici tevessüü, yarı mayi mevad-

dın imtiasile tesemmün avarızı, meşyühareket veya isticai zahri halinde, veya defitabiiyi müteakip zuhure gelen evca görülebilir. Çekum ve kolonun bu müvecca tevessüü bazen bir sukuttan, ve bazende çekumun anormal taharrükiyetinden veya gışayı Jackson nun perituvanınin anormal bir suyu teşekkülü veyahut eski bir apandisitten mütevellit iltisaklardan husule gelebildiği gibi iptidai peritonit plastik tüberkülozdan da olabilir. İleoçekal plastronlu tüberküloz vekayinde cerrahi müdahale biraz daha müşküldür.

Bunlar sağ hufreyi harkafiyenin tüberkülozunu teşkil eder. Bu tümör çok hassas değildir; Fazla müteharrik olmakla beraber az çok yerinden kımlıdatılabilir. Bu şekil kâhilde görülür ve çok kerre müzmin apandisit teşhisile ameliyata sevk olunur. Bazen de bilâkis müzmin apandisit olduğu halde tüberküloz ile-çekal diye ameliyata gönderilir. Bu yanlışlık daha ziyade kırk yaşını geçmiş kimselerde oluyor. Oldukça yaşlı kimselerde tahtelhat seyreden bir apandisit kırızını müteakip azçok mahdut, müvecca, müteharrik ve tüberkülozunu andıran bir tümör duyulabilir. Lâkin başlangıç tereffüü hararet ile olduğu için mezkûr nahiyeye daimî buz tatbik edilince tümörün yavaş yavaş ric'at ettiği ve hatta gaip olduğu görülür. *Bu mühim arazıdır.* Radiolojik muayenattan pnömoperituvan ensüflasyon kolik kat'i teşhis koydurtmaz. Ancak tümör seriri olarak muayene olunur ve hududunu çerçeveleyen demir bir tel yapılır. Evvelce verilmiş barit çekuma dolduğu zaman hasta ekran altında muayene olunur. Çekum gölgesi tel gölgesinden çok içerde ise apandisit kronik denir. Aksi halde iki zil birbiri üzerine tavazzu ederse, müzmin apandisit mevzuubahs olabilir lakin umumiyetle apandiküler bir tüberküloz mevcudiyeti anlaşılır.

C - Karefur süzepatik tüberkülozu: Daha az malûm olup bir çok hastalıklarla karışır. Lyon mektebi tarafından mevcudiyetleri üzerinde kat'iyetle ısrar edilmiştir. Nadiren nazarı dikkati celbedecek derecede tümör şeklinde görülür. Yine nadiren kolesistitleri andırır; civarındaki britler dolayısıyla pilor tazayyuku mecmuayı arazi, mide karhası, yemekleri müteakip balonman ve ağırlık hissile müterafık dispepsie flatulente arazi ibraz edebilir. Çok kerre ise noksan isnaaşer arazi verir. Müteaddit defa yapılan an seri radioğrafi plaklarının sahibi salahiyyet mütahassıslar tarafından muayenesile isnaaşer karhası neticesine vasil olunabilir. İsnaaşer karhası bertaraf edilse bile çok kerre ameliyatsız bir neticeye vasil olunamaz. Hatta batın açıldığı takdirde bile periduojeno - pancreatite tuberculose, zın menşeiini tayin müşküldür.

D - Antero-peritoneal eşkâl: Müzmin anterekolit, Lane hastalığı, siğmoidite, ema kanseri, ile karışır. Arasına ishal ile kabızdan müşteki ve karın ağrıları bulunan bir hastada mahdut

veya umumî hafif batın balonmanı; ces yapıldıkta münteşir evcam mevcudiyeti, hafif hararet tereffüü tablosu, alelade bir kolit tablosuna inzımam ederse peritonit plastik tüberküloz hatıra gelmelidir. Bazı siğmoiditlerde de aynı şekilde düşünülebilir. Sol hufreyi harkafiyeye mecmuayı arazında tereffüü hararet, kolonu nazil tevessüü, ve ces ile veca faaliyette bir vetireyi iltihabiyeye delalet eder. Müdahalede apandisit gibi iltihaba dıçar olmuş emayı galiza divertikülüne tesadüf olunabileceği gibi; iptidai olarak, salim emaya mütesik peritonit plastikten de husule gelebilir. İhtiyar hastalarda müvecca ve natemam insidat tablosile kolon kanserini hatırlattığı gibi müdahalede çok kerre tüberküloza merbut olduğu görülür.

Plastronlu şekiller en çok dekkakiyi averi cihette olur. Bazen ise sürre etrafında az çok münteşir ve rakik urvelerden müteşekkil kitleler halinde görülür. Siğmoit etrafında görülenler ise âdi perisiğmoiditlerle karışır. Nadiren Duglusa kadar inen ve oraya iltisak eden mustaraz kolon tüberkülozu görülmüştür. Bu şekildekiler teşhis hatalarına daha ziyade sebebiyet verirler.

E - Sous - phrenique tüberküloz: Bazen perisplenit, bazen ise apse su frenik tarzında tezahür eder ki seyri sinsidir. Ancak ameliyatta keşfolunur. Bu apse su frenikler bazen alelade cersumeler tahtı tesirinde sinsi ve uzun süren grip arazi ibraz eder. Rechauffé olan bir abce sous phrenique tuberculeux daha ziyade aldatır ve teşhis müşküldür.

Lokalize tüberküloz fibrözler:

Henüz layikile mütalaa olunamamışlardır. Hatta radiolojikman bile teşhis olunmadan geçebilirler. Bazen muannit kabızdan başka hiç bir fizik ve vazifevi delil göstermezler. İleri devirlerde ema insidadı arazi verirler.

Teşhis:

Bazı vakalarda peritonit tüberküloz teşhisi yekten konur. Bir kısım vekayide ise çok müşkülâtle teşhis konulabilir veya konulmaz. Mamafi bütün batın ve havsala afetleriyle mecmuayı ârazını göz önünde bulundurmak lâzımdır. Cenç bir kızda plöreziyi müteakip veya doğrudan doğruya asit husulu aglebi ihtimal tüberküloza merbuttur. Tüberküloz bir hastada batın dahilinde gatoların teşekkülü ve maruf şekilde matite alınması, ülserökazeo peritonit teşhisi koydurur. Veya evvelce peritonit tüberküloz teşhis edilmiş bir hastada ema insidadı tezahuru, tüberküloza merbut olduğuna hüküm verdirir. Bu vekayı haricinde ve ahvali sabıkasında tüberküloz bulunmayan bir şahısta bir tümör, bir insidat, bazende eyi taayyün etmeyen ve fizik arazi vermeyen basit vazifevi teşevvüş gösteren vekayide teşhis nasıl konur ?

Karhayı mide, hasayati safraviye, müzmin apandisit, siğmoidit, ema kanseri, mülhakkat âfatı, a-

terekolit, anteroptoz, ve teşevvüşü asabî gibi bir çok hastalık arazını andıran peritonit tüberküloz teşhisinin güç olmadığı anlaşılmaktadır. Müzmin batın mecmuayı arazi karşısında evvel emirde perituvan iltisakatının mevcudiyetini bilahere de bunların tüberküloz tabiatında, olduklarını tayin etmek lâzımdır. Berveçhi âti araz karşısında daha ziyade plastik bir iltihabın mevcudiyeti düşünülecektir.

Sübjektif araz : yerleri muhtelifdir. Hareket, isticai zahri, ile meydana çıkarak nahiyeyi kataniye ve etraf nahiyesi gibi az çok uzak mahallere intişar eder.

Objektif araz : Batın cessi ile elde edilen arazdır. Oldukça mümtet olup bâzen haşevî bir mantıkayı tecavüz eder, âsâbî cidariye tulunca nahiyeyi kataniye ve fahziyeyi mabeniyyede bazen ise asabî hicabihaciz ve adelatı ahmaiye hizasında müvecca noktalar veya ağrı duyulur.

Çekum teşevvüşü, çok kerre mevcut olup vekayie göre az çok münteşir, az çok barizdir.

Mideviyi maayi teşevvüşat ile dispepsi : Mütelatti kabız ve ishaller, radioskopi muayenesinde çekumda tereküt, ema enbubunun syu şekili, iltisakatın mevcudiyetine delâlet eder. Bu suyu şekil tüberküloza merbut ise (zira herhanki alelâde bir sebep ve âmili intan tesirile husule gelebileceğini, firengi ve grip gibi hastalıklar neticesi de görülür) tüberküloza ait ahvali umumiye ve diğer tüberküloz intibaatı da çok kerre beraber bulunur.

Havsali peritonitlerde messi mhipeli reticlerde ampatman mevcut, ve gayri muntazam bir kitle ile silinmiştir. Retic hizaları müvecca'dır. Bazı kerre flüktüasion alınır. Rahim inhırafa uğrar ve bu kitle arasında gayrikabili tahriktir. Mülhakkat müşkülâta duyulabilir. Bir kelime ile; Az çok yukarı çıkan, bazı kerre mihpel içerisinde çok aşikâr tebarüz eden muhaccem bir kitleden ibarettir. Tuşe rektal ile cidari kuddamî, hudut ve mukavemeti itibariyle gayrimuntazam bir kitle ile itilmiş bulunur. Maayi müstekim mecrası tamamen silinmiş olabilir.

Hastalık başlağıcı gayri vazih araz veya gastroantrit tezahuratıdır. Unumi teşhis için hayizi kıymet olan irsi ve ailevî antesedan, evvelce geçirilmiş veya halen mevcut olan tüberküloz intanının sair tezahuratının (adenit, osteo-artrit, zirve tederrünü) mevcudiyeti, normal veya sübfebril bir hareketi hummeviye, (derece nadiren daha yüksek olabilir) bunlara inzimam eden iştihazsızlık, bariz zayıflama, rengin hasafeti, ve bilhassa çok haizi kıymet olan evvelce geçirilmiş bir veya iki taraflı plörezilerdir. Hastada münavebe ile kabız ve ishali bulunuşu, yemeği müteakip elbiselerini gevşetmek ihtiyacını hisetmesi, batında gayri muayyen evca'nın mevcudiyeti hastalık arazındandır. Asitli pe-

ritonit eşkâlinde Bard'ın kataniye batni mevcesi Gueneau de Mussy nin « Frémissement neigeux ou amidone » si arazdandır. Bu hastalarda batın daha ziyade en obussier halindedir. Asit ankiste ise soldadır (Thomayer).

Asitik tüberküloz vekayinde hastalar batınlarının kesbi hacım ettiğini ilk araz olarak his ederler.

Plastik peritonitler : insibaplı peritonitler ile ğato peritoneo lardan ve iltisak vakayinden daha müşkülâta kabili teşhistir. Adezif eşkâlde tazayyukat arazi ön saftadır. Tazyik ile veca ve kay kaideten mefkuttur.

Bazen asit yerine tümör bulunur. Bazı kerre her ikisi bir arada görülür. Umumiyetle habis evram ve tüberküloz kolaylıkla ayrılır. Tüberküloz tabiatında olanlarda tereffüü hararet olur. Mamaî bazen habis evramda da bilhassa enfeksion inzimam etmiş ise tereffüü hararet olabilir. Evramı habisede tümör his edildiği zaman kaşeksi de başlamıştır. Ve tüberkülozdukinden fazla müterekkidir. Evram enbubu hazmi de daha sür'atle insidatlar husule getirebilirler.

Peritonit tüberkülozda Diazo - reaction, tüberkülin ve rivalta taamüllari müspettir. Asit te albümin miktarı diğer tabiatkilerden fazladır. Lökosit miktarı kararsızdır. Kaideten formülde lenfositoz vardır. Sedimentation müteserri dir. Von pirquet nin cildi taamülü yapılmalı, laboratvar taharrıyatı ile basil dö Koch aranmalı, kobaylara telkih ve ukadat muayenesi lâzımdır.

İnzar :

Plastik tüberkülozlara karşı yapılacak âza rezeksionu (mide, çekum, apandis, ema ve huveysal gibi), veya bir çok müsekkin edviye istimali, menşei karanlık olan bu gibi bir çok batın mecmuayı arazında gayri kâfi netice verdiği çok kerre görülmüştür. Doğrudan doğruya perituvan iltihabına ve sebebine karşı mücadele ve basilloza karşı umumî tedavi şarttır. Bu hastalıklarda ahvali umumiyenin salahi esastır. Umumi tedavi ile büyük bir salah görülebilmekle beraber teşevvüşat ve evca namütenahi bir surette devam edebilir. O zaman cerrahî müdahale lüzumu meydana çıkar. Bir çok âza kısmen veya tamamen istisal olunabilir. Bu meyanda bir çok ağşiye ve en ziyade Jackson gışası şeklinde ince ve lokalize ağşiyenin istisali, umumileşmiş, kalın, eski ve çok mültehip ağşiyenin istisalinden kolaydır. Vetireyi maraziyenin tevessüü, tahrip olunan brit ve ağşiyenin binefsihi tekrar husulu gibi avarız daimi muvaffakiyetlerin adedini tahdit ile müdahale istitbabını azaltır.

Pelviperitonitlerin inzarına gelince : Ekseri vekayide kabili tedavidir. Havsalade takarrür virüsietinin azalmış olduğunu ve uzviyet mukavemetinin fazlalığına delâlet ederek cerrahi tüberkülozlar kadrosuna girer. Hačkile tedavi edildiği takdirde, şifaya doğru gider; bean şart ki vahim vekayie te-

sadûf olunmasın. Çünkü bu gibi vakayide hiç bir usulü tedavi faide vermez. Pelyiperitonitlerin inzarı tıpkı cerrahî tüberkülozların inzarı gibidir, ve bir çok avamile tabî'dir. Ahvali umumiyenin muhafazası, hazım yollarının mucibi memnuniyet bir şekilde işlemesi, rieviiyi plevraî istilânın mefkudiyeti, ve dereceyi hararetin az tereffüünden; mevzii avamilden ise havsalâ tüberkülozun teşrihi marazî şekline tabidir. Tabiidir ki havsalada ankiste asitik şekil, fibrokaseö şeklinden daha ziyade kabili şifadır. Perituvana akseden bâzı salpengoovarite tüberculozların inzârî; batnî istilâya meyli olan bazı vahim pelviperitonitlere nazaran daha selimdir. Hydrosalpinxe, abce froid tubaire pyosalpinxe, abce pelvien, muvafık şekillerdir.

Bütün müelliflerin vahim olarak kabul ettikleri eşkâl: mibiyaz afetleri, münteşir peritonitler olup cerrahî müdahaleye çok müsait olmayanlardır. Çünkü çok ve sık iltisaklar yaparak havsalanın derinliklerine cerrahis girmesine mani olur. Seririyatça vahim görülen bazı pelviperitonitler, vaktinde yapılan cerrahî müdahale ile büyük bir salah göstermişlerdir. Hamlin, afeti vahimleştirdiğini unutmamalıdır. Hastalığa hat bir şekil aldırır, bu meyanda hamil de anormal, bilhassa harici rahim olarak bütün avakibi ile görülebilir.

Pelviperitonit tüberkülozde inzârın daha az karalık olması, muayenenin daha kolay ve amik yapılabilmesi dolayısıyla teşhisin erken konulması ve hayati kıymeti az olan nefirde hastalığın tessüsü ile oradan sirayetine merbuttur.

İhtilâtat:

İnsidadı ema, apseler, perituvan dahiline temezuk ve neziften ibarettir.

İnsidatların tedavisi kolay değildir. Tabiidir ki müdahale mecburî ve urgent olarak yapılmalıdır. Çok kerre ameliyatta bir çok müşkülâta rast gelinir. Ve şayet, ancak bir brit ile urvelerden biri sıkıştırılmış ise bahtiyarlıktır. Daha ileri derecelerde ahvali umumiyenin ademi müsaadesi taktirinde vasi laparotome den sarfı nazar ile bir anüs kontratürle iktifa mecburiyeti vardır. Pyosterkoral apselelere gelince; ya doğrudan doğruya bunlar üzerine müdahale yapılır, veyahutta emanın bir taraflı exclusion'u yapılır. Bu apselerden bazıları serbest perituvana açılarak umumî peritonit yapabildiği gibi, eviyeyi kebirere kadar takarruhat sirayet ile perituvan dahiline serbest nezif husulu bile vakidir. Pelviperitonitlerde; rahim, ema mesane ve maayi müstekim de istilâya yakından yakına duçar olabilir. Rahim istilâya duçar olmuş ise münteşir metrit ve cismi rahim hacminin büyümesile nazarı dikkat celp olunur. İntişar, emaya-vaki, isé gayri kabili tevkif ishal ve bilhassa melana görülür. Mesaneye tazyik icra ediyorsa idrar teşevvüşat ile meydana çıkar. Maayi müstekim üzerine tazyik insidada kadar gider.

T E D A V İ :

Bu husustaki usullerin müteaddit oluşu tedavinin noksan olduğunu göstermektedir. Bununla beraber tedavi usulleri tamamen gayri müessir addedilemez. Çünkü her bir usulün tercihan müessir olduğu hususi vak'a mevcuttur. Hakikatte ise büyük bir ihtimal ile bu usullere güvenmek imkânsızdır.

Tedavi usulleri kanlı ve kansız olmak üzere iki zümreye ayrılabilir.

K a n s ı z u s u l :

Bu usulde kullanılan vesaitin bir kısmı ahvali umumiyeye bir kısmı ise mevzii olarak müessirdir. Bütün tüberkülozların umumî tedavisi bunda da şiddetle tatbik olunur. Klasik olan tedaviden mâda, serotherapie, tuberculinothérapie, gibi az çok hususî te'sir göstermesi lâzım gelen tedavilere ne diyeceğiz? Almanlar tuberculinotherapiyi severler Fransızlar epidir kullanmazlar. J o u s s e t nin serumuna gelince; sahibine göre sübaegü vekayide müessir, müterekki vekayide az müessirdir. Bunlardan mâda hastanın habeninden alup yine kendine zerkten ibaret olan autoserotherapie ve hastanın kendi kanının kendine zerkinden ibaret olan autohemotherapie tehlikesiz olmakla beraber büyük bir te'sir yapmadığı müteaddit vekayide yapılan tecrübelerle sabittir.

Mevzii ve cidarı batna yapılan kansız tedavi usulleri pek çoktur. Bir çok musarrifat (arap sabunu gibi) bu meyanda kullanılır. Doğrudan doğruya afet üzerine müessir usullerden bir kısmında körü körüne olup şayanı tavsiye değildir. Hepsinin esası muaddil mevaddır. Ponksion ile cevfi batna ithalinden ibarettir. Bazen steril hava, bazen oksijen bazen eter ile yıkama, bazen o. borike, huil kamfré, glycerin, eteriyodoforme mayi muaddil mevât ithal olunur. Saf asitli vekayide bile emanın hakikî vaziyeti malûm olmadığı halde bu usuller kullanılmıştır. Ekseriya afetler tahminin fevkinde çıkıyor. Bu usullerle emayi daha fazla tahrir de mevzuu bahis olabilir.

Tenasülü mevzii peritonitlerde arasına sıcak lavajlar, glycerinli ovuller muvafıktır. Tıbbî tedavi, bunların gayri kabili ameliye eşkâline tatbik edilmelidir. Soğumasına yardım edilmek üzere, hat eskâli seriye ile; müşahedede bulunup teşhis edilmemiş bidayet eşkâlinde cerrahî müdahaleden evvel ilk zamanda tıbbî tedavi tatbik olunur. Bu tedaviler ameliyattan sonra bütün şiddetle tâkip olunarak müdahalenin tesirini takviye ve itmam lâzımdır.

Güneş, Ziya, ultraviyole, röntken inşaatı da tatbik olunmaktadır. İlk devrede hal ve vakti eyi hastalarda güneş, hava, deniz ve tam manasile iklim tedavisi lâzımdır. Bilhassa asitli vakayide eyidir. Te'siri şüpheli değildir. Bir tabip tarafından ve bilhassa termometre ile

kontrol edilmek şartile muvafık neticeler alınır. Aksi taktirde vahim arızalar meydana çıkar. Açık havada ikamet muvafıktır.

Ültraviyole inşaatı kışın ve bilhassa hastanelerde kabili tatbik bir usuldur. Almanlar röntgen ile de tedavi ederler, ve bu usulu çok methederler.

Perituvan tüberkülozuna munzam olarak ema tüberkülozu da mevcut bulunan vakayi'de radiotherapie şahsın inhitatını mucip fena neticelenen ishallerle sebep olduğu kanaati de mevcuttur.

Kimyevî tedaviye gelince: Hafif miktarda iodyur, arsenik, yüksek doz klor kalsium şiringası ve bilhassa ağır maadine mlihası az çok müessirdir.

Bütün tüberkülozlarda olduğu gibi buradada teğaddi mes'lesi mühimdir. Hele istirahatı tamme esas şarttır. Yeknesak ve mahdut bir gıda alan bu gibi hastalarda suralimentation bidayet devirde alışık olmayan hazim cihazlarında az çok tagayyurat ve hazim teşevvüsatı husule getirir. Bu gıdaya, yavaş yavaş alıştırmalıdır, zira eçhize yeni ve ağır bir vazifeye intibak mecburiyetindedir.

En muvafık rejim tuzsuz yağlı yemekler, kireçli agdiye, maiyeti karbonu az gıdalar, vitamin, madeni emlihası ve bilhassa kalsiumu fazla gıdalar (Gerson - Hermansdoerfer - Sauebruch) rejimidir.

Tenasülî lokal peritonitlerde tenasülî hıfzıssihha gonokok intanı, vilâdet, mükerrer muayenat, ve bilhassa haşin muayeneler, münasebati cinsiyeden tevekki lâzımdır.

Kanlı usul:

Perituvan ve batın tüberkülozlarının tıbbî tedavii ile yüzde 40,8; cerrahi tedavi ile ise yüzde 53,9 olduğunu Pagenstecher u. Thönes söylerler. En güzel netice veren ise saf asitik şekil olup yüzde 61 daimi şifa verir. Yabis eşkâlde az miktarda mayi görülür buna mukabil fazla iltisakat tekemmüşat ve kâzip tümörlere rast gelinir. Ameliyat karhaviyi cübnî eşkâlde; ema cerhi, gaiti fistül cidarı batında tüberküloz fistülü ve evramının tees-süsü gibi fena neticeler verir. Brochgeöhk, V. Rose'e nazaran üç seneden fazla devam eden şifa peritonit tüberküloz vekayinde yüzde 20 yi geçmiyor.

Fazla ponction yapılmış batınlarda iltisakat dolayisile fazla dikkat lâzımdır. Ponksiyonlardan evvel lokal anestezi daha doğrudur. Fistüle mani olmak üzere cilt ile diğer tabakalar aynı istikamette delinmemelidir. Çok gerilmiş incelmış cidarı batınlarda cidar şakkı çok dikkatli yapılmalıdır. Ekseriyetle altına ema tesadüf edebilir. Mayi birdenbire değil bilakis azar azar tahliye olunmalıdır. Cidara yapışmış bir urve açılırsa fistülün kapanması pek

nadirdir, ve vefiyatın sebebi olan kaşeksiye müncer olur.

Laparotomi şakkı nedbesine dahilen bir urve gelip iltisak ve binnetice oraya açılarak yine gaiti bir fistül husule gelebilir. Drenaj katiyyen doğru olmayup fistüle veya talî intanata müncer olur. Laparotomi şakkını çok büyük yapmak da doğru değildir. Cidarı batın asepsi ve antisepsisi tam olmalıdır. Cidar sütüru üç tabaka üzerine olacaktır. Katgütle perituvan dikildiği takdirde erken irtişaf dolayisile fistüle meydan vermemek için ince ipek ile dikilmelidir. Bazı müellifler cidar şakkını sağdasi Wechselschnitt olarak tavsiye ederler. Alfred Stieda ise kadınlarda retçi halfiyi mihpel tariki ile asitik eşkâlde batın açılmasını tavsiye eder. Körte daha ziyade sürre altında yapılan 8-10 santim imtidadındaki mediyan laparotomiyi tavsiye eder. Cidara mültesik ema varsa ayırmamalıdır. Batın dahilindeki nethayı mümkün mertebe tam olarak boşaltmalı, ve mütebakisi yumuşak kompreslerle kurutulmalıdır.

Kocher, König ve Körte cidarı kapatmadan batna iyodoform tozu ekmeği veya glycerine iodoformée dökmeyi tavsiye ederler. Pfannenstiel, Glimm, Höne ise huile camp-hrée den eyi netice almışlardır.

Müdahelât mevziî iptali his ile de yapılabilir. Cidarı batın kapatılması dikkatle yapılmalıdır.

Firengi bertaraf edilmedikçe ve ciddî radyolojik muayeneler yapılmadan cerrahi müdahale istitbabı düşünmek salâhiyetimiz yoktur.

Kanlı usul eşkâle göre çok muhtelifdir bunlar aşağıdaki üç zümrede toplanabilir: 1 - İdiopatik eşkâlin tedavisi: 2 - Haşeviyi peritonî eşkâlde afet esbabının tedavisi: 3 - İhtilâtların tedavisidir.

İdiopatik eşkâlin tedavisi:

En meşhur usul basit laparotomidir. Malûm olduğu üzere ilk defa Spenser Wells tarafından yapılmış ve o zamandan beri bir çok mümakaşaların zuhuruna sebebiyet vermiştir. Basit laparotomi ile ema ve perituvanın havaya arzı her cerrahın az çok yüzünü güldürmüş ve kendisini hayrette bırakan harikalar göstermiştir. Bu neticeler yalnız asitli şekilde değil vahim vakayide bile alınmıştır.

Saf lifi vakayi'de laparotoni lüzumsuzdur. Karhaviyi cübnî eşkâlde ise çok kerre neticesizdir. Hatta asitli bazı eşkâlde nüksün husulu dolayisile perituvanın daimî drenajı veyahut via tefemmümatının teminine baş vurulmuştur. Bilhassa eviye tefemmümü diğer asitlerde olduğu gibi tüberküloz asitlerde de doğru olmasa gerektir. Ommen-tope-xie veya Talma ameliyatı basit bir usul olup asit tüberkülozlarda büyük neticeler vermemiştir. 1907 de Rott'e ismile tesmiye edilen teknik, peritonun daimî drenajına matuf olup eski ve metruk

bir usuldur. Meselâ veridi safeni ünsi gibi bir verit nihayetinin cevfi perituvana dikilmesinden ibarettir. Asit teraküm ettikçe dessamî itecek ve veride girecek; demi veridi ise dessameyi aşamayarak perituvana dökülemeyecektir!

L a m b o t t e usulile daimî veya şiarî drenaj hiç olmazsa daha basit bir usuldur. Perituvan cevfi ile fahiz nesci hücrevisi arasında cilt altında seyreden kren veya ipek vasıtasile drenaj temininden ibarettir. Bu usul de maalesef suyu netice verdiğini bir çok müellifler kayt eder. E v l e r usulu ise hattı ebyaz nesci hücrevisi ile cevfi perituvan arasında ameliyatın nihayetinde bir drenaj temin etmekten ibaret ise de, fistüllerin kalmasına sebebiyet verebilir.

L o k a l i z e e ş k â l i n t e d a v i s i :

Muhtelif âzâya göre muhtelif usul ve teknikleri mevcuttur. Lokalize eşkâlde tedavi esası musap uzvun mümkün mertebe sür'atle istisalinden ibarettir. Yapılan müdahalelerin müsmir olabilmesi ancak tüberküloz intanının yalnız mezkûr uzva ve mücavirindeki perituvana sirayet etmiş bulunması lâzımdır. Cidar afete iştirâk etmiş ise ve kihiyi gaitî flegmon mevcut ise, palyatif olan emanın e x c l u s i o n' u şayanı tercihtir; daha müterekkî vakayi'de müdahaleden içtinap etmelidir.

Pelviperitonitlerin tedavisi ise iki yoldan olur. A - Mihpel yolu. B - Batın yolu.

A : Mihpel yolu : Duğlas'ta teşekkül etmiş apselerin boşaltılması için kolpotomi yapılır. Bu vaka-yi'den mada eşkâlde, bu yoldan yapılacak müdahale körü körüne olacağından şayanı tavsiye değildir.

B : Batın yolu : Afeti lâyikile görmeğe müsait olduğundan terciha şayandır. Bu yol ile yapılacak müdahelât : L a p a r o t o m i e e x p l o r a t r i c e , s a l p y n g e c t o m i e , o v a r i o t o m i e , t o t a l veya s u b t o t a l e h y s t e r e t o m i e den ibarettir. Ameliyat esnasında mesane, maayi müstekim, ve ema cerhinden mada ameliyattan sonra takayyüh fistülleri veya ema fistülleri husule gelebilir.

Şüpheli bütün pebviperitonit ve aneksit vakayinde müdahale lâzımdır. Şu şartla ki yüksek humma, fena ahvali umumiye, haşevî diğer lokalizasyonlar gibi kat'î kontr endikasyonlar bulunmasın. Mamafi ahvali umumiye bozukluğu ile yüksek hummanın vahim ve mütekâyyih havsala afetlerinden ileri gelmediğini tahkik lâzımdır. Tümör ârâzı müdahaleye müvafık bir endikasyon teşkil eder. Bu tümör birbiriyle birleşmiş ema urvelerinden, kalınlaşmış serpten, nefirî bir apse fruadan, bir pyosalpenkten, hicaplı bir asit veya havsalî bir apsedden teşekkül edebilir.

Pelviperitonite tuberculose'lar en ziyade cerrahî müdahaleden istifade gören tüberkülozlardan olup

buradaki vefiyat nispeti alelade aneksitlerde yapılan ameliyat vefiyat nispetinden fazla değildir.

Hangi devrede ameliyat yapılmalıdır ? Diğer batin tüberkülozlarında olduğu gibi pelviperitonit tüberküloz da zaman zaman hat hacmeler gösterdiğinden; her pelviperitonitteki gibi ârâzın hafiflemesini beklemek lâzımdır. İstirahat ile buz tatbiki afetin soğumasını teshil eder. Müdahale ise sükûnetin avdetinde yapılacaktır. Hiç bir kontr indikasyon yoksa teşhis konur konmaz veya şüphe edilmez edilmez mümkün mertebe erken yapılmalıdır.

Hangi müdahale yapılmalıdır ? Evvelâ laparotomi eksploratris ve sonra intan menbaı olan ve cerrahın hedefi bulunan mülhakkatın istisalidir. Nadiren bir taraflı salpengectomie endikedir. Muhafazakâr müdahaleler tehlikeli olabilir. Afettede olan mülhakkat hastalığın bütün şiddetile devamını mucip olur. Unktaki afetin derecesine göre mümkün ise totale ve ya subtotale hysterektomi yapılmalıdır. Bazı kerre iltisakatın fazlalığı dolayisile cerrah ancak eksploratris laparotomi ile iktifa mecburiyetinde kahrki bu da faideden hali değildir.

Havsalada ankiste bir asit görülürse açılıp 48 saat için bir dren konabilir ve afetin derecesine göre mülhakkat istisal olunur. Eğer pelviperitonit tüberkülozun menşei mülhakkat değilse; havsala kemikleri, mesane, meayi müstekim gibi âzâdan sirayet ile vaki ise tedavi iptidaî afet üzerine tevcih olunacaktır. Eğer sebep apandis ise istisal olunur.

T e d a v i n e t i c e l e r i :

Hakikatta bu hastalıklarda tespit edilmiş kat'î hiç bir cerrahî müdahale sistemi yoktur. Ancak cerrahın mumaresesi meseleyi halleder. Müterakki münteşir çok mültesik ve ahvali umumiyenin düşkün olduğu vekayide müdahale lüzumsuz olmakla beraber yapıldığı taktirde vefiyatı yüksektir. Hafif eşkâl esasen tıbbî tedavi ile bidayet devirde kendi kendine şifayap olur. Mutavassıt eşkâl cerrahî müdahale ile eyi olur, vakim eşkâlde ise yukarıda arzettiğim üzere müdahale doğru değildir.

İ h t i l a t a t ı n t e d a v i s i :

Ekseriyetle görülen apse ve insidatlarıdır. Bunlardan mâda emayi rakika, galiza, maayi müstekim mesane ve cilde açılmalar gibi gayri tabii iştirakât muhtelif cerrahlar tarafından muhtelif cerrahî müdahale istitbapları olmuştur. Mamafi bu gibi ilerlemiş şekillerde en selim yol tıbbî tedavi ile teşrik ettirilen ufak tefek cerrahî müdahalelerden ibarettir. İnsidatların tedavisi kolay değildir. Müdahale lüzumunda urgent ve yapılması mecburidir. Müdahaleye müşkülâtle devam olunur. Bir çok araştırmaları müteakip emayi kapayan bir adet biride tesadüf olunursa bahtiyarlıktır.

Apse pdahelkorallere gelince ya doğrudan doğruya bunlar üzerine müdahale yapılır veyahutta emaya müoyestr ile Exclusion yapılır.

Literatür :

- I. - Prof. A. Kemal : Emrazı hariciye 1931.
 II. - E. Magnus - Alsleben und E. v. Redwitz : Neue Deutsche Klinik 1931.
 III. - Hoehenegg u. Payer : Lehrbuch der

speziellen Chirurgie Bd. II. 1927.

IV. - E. Forgue : Precis de Pathologie externe 1928.

V. - Bier, Braum, Kummel : Chirurgische operationslehre 1923.

VI. - R. Stich u. M. Makkas : Die Tuberkulose peritonitis 1932.

Konya Memleket hastanesi dahiliye Servisinden :

Şef : Dr. Ahmet İhsan.

A s k a r i d i a s e .

Dr. Ahmet İhsan.

Tıp talebesine ve praticien etibbaya hitap eden klasik kitaplarda bu bahsa pek az, bir iki sahifelik bir yer verildiği muhakkaktır. Buna mekabil gerek kendilerine has tanınmış hazmî ve umumî teşevvüşler yapmak ve gerekse akla gelen ve gelmiyen bir çok hastalıkları taklit etmek suretiyle askaridler, hekimlik hayatımızı oldukça işgal eden belli başlı hastalık amillerinden birini teşkil etmektedir.

İnsanların ince bağırsağında hayat kuran solucanlar 1) adeden ve hacmen çoğalmaları neticesi mihanikî olarak 2) Hazım yolu ve mücavirine hicret ederek kısmen mihanikî arızalara ve kısmen de taşıdığı mikroplarla talî intanlara sebep olmak 3) ifraz ettikleri semleri ile gerek buldukları yerde ve gerekse bedenün uzakça aksamında vazifevî teşevvüşler ika etmek suretiyle cidden pek muhtelif şekilde tezahuratı maraziyeve sebep ve âmil olmaktadır. Bu marazî tezahurları askaridiasis ismi altında toplamak adet olmuştur. Akarid, dünyanın meskûn olan bütün aksamında müntesirdir. Sıcak iklimlerin askarid neşvü nemasını teshil ettiği cihetle bu muntakalarda her sınıf halk arasında müteammem gibidir. Şehir ve köy hıfzıssihhasına ihmalkâr memleketler de böyle ...

Askaritlerin şehirlilere nisbetle köylü sınıfında daha kesretle müntesir bulunduğu eskiden beri dikkatî celbetmiştir. Nowak köylü sınıfından kâhil ve çocuk 1934 şahıstan 1904 ünde askarid bulmuştur (Yüzde 65.5). Müellifin istatistiğinde, yaşların askaridoza musabiyeti derecesi hakkında bazı fikirler çıkmaktadır. Yüzde nisbeti en ziyade 5 - 15 yaşlar arasındaki çocuklar işgal etmektedir. Erkekler kadınlara nisbetle daha ziyade musap oluyor, mevsim itibariyle de en ziyade ilk bahar ve yazın ilk aylarında intan çoğalıyormuş.

Askarit intanı, yumurtaların ekli ile husule gelir. Burada ara hayvanı yoktur. Yutulmuş yumurtalardan mühimce bir kısmı mide ve emaya usareleri müvacehesinde telef olmakla beraber diğer kısmı da neşvü nemaya imkân bulur. Yakın vakta

kadar, askarid yumurtalarının emada doğruca kâhil erkek ve dişi solucanlara inkilâp ettiği zannedilmekte idi. Bu noktayı nazar yanlıştı. Cihan harbine tekaddüm eden senelerden beri devam eden tecrübeler, son zamanlarda şöyle bir neticeye bağlanmıştır (Fülleborn, Stewart, Yoshida): Askarid yumurtaları ekseriya ince bağırsağın niha-yetinde, avere yakın kısmında toplanır, sürfeler burada yumurtanın zülâli gışasından ayrılarak serbest hale geçer. Genç sürfe burada da kalmaz, emacidarlarından geçerek kan ve lenfa eviyesi yolunu takiben karaciğere, daha sonra kebet evridesi kanı ile veridi ecvefe, kalbe ve reilere kadar intikal eder. Rielerde askarid sürfelerinin çoğu cümleyi sıraiyeye derununa saplanır kalır ve buradan kasabatın cevfine mürur eder, ve yavaş yavaş şiryani şezen istikametince yukarıya doğru giderek ağıza çıkar, burada luap ile karışarak tekrar yutulur, mideyi geçer ve bu sefer daha büyükçe bir cüsse (1,5 milimetre ve daha ziyade) ve biyolojik bir safhayı tekâmül aldığı halde emaya vasil olur. İşte emaya bu ikinci intikali müteakiptir ki, kâhil erkek ve dişi solucan haline inkilâp edecektir. Bu intan yolu, hayvan tecrübelerinde bütün safhalarında ayrı ayrı tetkik ve isbat edilmiştir.

Konio ismindeki bir japon müellifinin kendi nefsinde tatbik ettiği şayanı hayret tecrübenin verdiği netice de bu noktayı nazarı teyit etmektedir. Bu müellif 2000 adet insan askaridi yumurtasını birden yutuyor, ikinci gün baş ağrısı ve iştahsızlık, üçüncü gün umumî kırgınlıkla beraber 37.5 ye varan bir tereffuu hararet fark ediyor, altıncı günden itibaren arva, teneffüste ve nabızda teserrü, öksürük ve balgam başlıyor, sekizinci gün dereceyi hararet 38.0 seviyesini buluyor ve 13 güne kadar bu ateş 38,5 - 40 arasında seyrederek kriz şeklinde niha-yet buluyor, ateşli günlerde usreti teneffüs (dakikada 56 - 58 nefes), siyanoz mevcut bulunuyor. Ve Çıkardığı kanlı balgamda mebzul askarid sürfelerine tesadüf ediliyor. 10 - 21 günlerde kebet dahame etmiş (tahal salim) . 50 gün sonra defi tabiide as-

karitler zuhura başlamıştır.

Steiner isminde bir hayvanat âliminin müşahedesi de bu cihetten calibi dikkattir: Altı yaşında bir çocuk 3 defa 2,3 gün devam eden ve öksürük, humma, nefes darlığı ile müterafık bir hastalığa tutuluyor, hiç bir defasında rielerde vazih tagavyürler alınmıyor, her tereffuu hararet devresinden bir kaç hafta sonra çocuk abdesti ile mebzul solucan döküyor.

Seriri Tezahurlar:

Bazan askaritler şahısta zararlı bir tesir yapmaksızın senelerce bağırsakta misafir kalırlar. Fakat vekayiin yüzde 90 nında da ehemmiyetli hastalık hallerinin meydana almasına sebep olurlar. - Sürfelerin muhtelif beden aksamına intikal ettiği sırada bu âzâda ne gibi teşevvüşler yaptığı meselesi pathologie'de bu gün pek az mütalaa edilmiştir. (askarit zatürriesi, dimağ, kilye ve sair uzuvlarda askarit sürfelerinin tevazzuundan mütevellit mevzii ve umumî alâim?). Bu gibi teşevvüşlerin mütalasında sair marazî sebepler ayıklanırken bu ihtimali de bir defa hatıra getirmek doğru olabilir.

Bunların haricinde; askaritlerin kâhil şekilde hazım borusu ve müteallikatına münce tabii kanallarda ikamet ederken sebebiyet verdiği teşevvüşleri alelumum üç kısımda telhis etmek mümkündür.

I. Askaritlerin mihanikiyetleri ile ika ettiği tezahurat:

Solucanların mihaniki olarak em'ayı tahriş etmekle husule getirdiği çok muhtelif tezahurlar herkesce malûmdur.: Mide ve karın ağrıları, iştahsızlık, bazan kanlı ve muhatî ishale münce olabilen em'a iltihapları (Somatrada ve Maryan adalarında askaritlerden ileri gelme bir nevi dizanteri tavsif edilmiştir). Askaritlerin emada gizli neziflere sebebiyet verdiği de muhakkaktır (yüzde 75 nisbetinde). Bazan bir kaç lokma yiyeceklerle sükün bulan vasfî açlık ağrıları, kaylar, hiperkloridri ve hafî neziflerle hakiki bir bevvap ve isnaaşer karhasını taklit eder ve hekimi senelerce aldatabilir.

Bilhassa Çocuklarda askaritlerin husule getirdiği hastalık halleri pek mütenevvidir. Bu meyanda bir sebebe bağlanamayan baş dönmeleri baş ağrıları, menengism, sar'a şeklinde ihtilâc nöbetleri, mütezayit taharrüşiyet, spazmofili, iştahsızlık, yahut aksine keskin bir acıkma, muannit burun kaşınmaları, defi tabiide intizamsızlık, karın ağrıları... Askaritle çocuklarda dimağı ârâzın ön safa geçmesinden mütevellit bir pseudomeningite vermineuse târif edilmiştir.

Askaritlerin mebzul miktarda mevcudiyetiyle, yalnız çocukta değil, çok defa kâhilde bile besleniş halinde ileri derece bir düşkünlük husule geldiği dikkati celbetmiştir. Solucanların dökülmesiyle bütün bu hastalık tezahurları da zail olmaktadır, şu

netice de teşevvüşlerin didan intanı ile sıkı alakasını teyit etmektedir.

2. Askaritlerin semmi: Askaritlerin mevcudiyetine atfedilen marazî teşevvüşlerin büyük bir kısmında, bu parazitlerin imal ederek muhitine verdiği semdar maddelerin aldığı role büyük ehemmiyet verilmiştir. Filhakika, vakayiin büyük bir kısmında lavhayı seririyeeye hakim bulunan kesiklik, renkte hasafet, bulantı ve kay gibi ârâz, semmî bir menşei hatırlatacak mahiyettedir.

Flury, bundan yirmi sene evvel askaritlerden hususî rayihali ve seyyal bir sem istihsal etmiş ve bir hayvan gözüne damlatılmasıyla chemosis husule geldiğini göstermiştir. Askaritlerden çıkarılan bir nevi hülâsa ile sepésifik cutireaction yapılabildiğinden de ileride bahsolunacaktır.

Beden haricinde serbestçe yaşayan askaritlerle emada derununda yaşayanların iğtida şerait ve kimyeviyeti bir değildir. Bağırsaklarda misafir olan parazit, aldığı gıdasını iħrak edebilmek için muhitinde kâfi miktar o² bulamaz, bu sebepten mevaddı gıdaye na kâfi ihtirak eder ve tercihan fermanların tesiri altında tahavvüle uğrayarak anaerop muhammirlerinkine müşabih bir takım semdar mahsuller verir. Bu mahsulâtın bir kısmı emada cidarında mevzii muharriş tesir ika ederek hiperemi, iltihabi teamül ve hatta nekroz husule getirir (alkoller, etil, bütil ve amiller sınıfı), diğer bir kısım mahsuller ise kolayca imtisasa uğrayarak merkezi cümleyi asabiyyeye tesir eder, hat ve müzmin umumî teşevvüşleri husule getirirler (aldehitler ve amiller sınıfı). - Seyderhelm askaritlerden kuvvetli bir hemolitik fakruddem husule getiren bir sem çıkarmıştır.

Velhasıl, askaritler için muayyen ve münferit bir sem kabili tayin değildir. Daha doğrusu, bu parazitin iğtida mahsulleri arasında kimyevî hususiyetine ve imtisas derecesine göre bilâvasıta yahut inikâsi yoldan muhtelif tabiatlı ârâz husule getiren muhtelif semdar maddeler husule gelmektedir.

Askaritle hastalarda ekseriya tesadüf edilen Eozinofili ile müterafık fakruddem de kısmen toksinlere, kısmen mevcut olan hazmî teşevvüşlere ve belki de parazitlerin emada cadarından kan massetmesine aittir. Mamafi bu fakruddemin pek ileri derecelere vardığı nadirdir.

III. - Askaritlerin hareket ve muhaceretleri ile ika ettiği teşevvüşler. - Askaritlerin sağlam teşekkülâtı adeliyesi maruftur. Bu sayede solucan, kuvvetli tekallüsler yaparak tebdili mevki etmek kudretini gösterir. İnce bağırsaklarda ikamet eden parazitler, böylece aşağı ve yukarı istikamette seyahatlar yapar, bedeninin uzakça mahallerine giderek

burada kısmen darlıklar husule getirmek kısmen de beraberinde taşıdığı mikropların orada tutunmasına sebep olmakla talî intanlara meydan vermek suretiyle bazen hayat için mucibi tehlike, ağır teşevvüşler ika ederler. Hatta bu nevi teşevvüşler bâzen âcil bir ameliyatı istilzam eder ve ancak bu müdahale sayesinde tehlike savuşturulabilir.

Askaritlerin dar ve koytu kanalları, delikleri pek sevdiği ve böyle yerleri aradığı muhakkaktır. Ameliyatı müteakip tatbik edilen drenlerin içinde bir çok defalar bu parazite tesadüf edilmesi de bunu teyit eder. Clason'un, ufak incileri yutmaya adet etmiş bir apdalda solucanların bu incilerin deliğinden geçerek yerleşmiş olduğu halde defî tabiiide zuhur ettiğine dair müşahedesi bu noktadan calibi dikkattir.

Askaritlerin midede, meride, belumda şiryani şezen ve kasabatta, burunda ve burun ceyplerinde tesadüf edildiği çoktur. Ağırca ateşli hastalıkların esnayı seyirinde ağızdan ve burundan solucanların çıkarak hastayı ve etrafındakileri korkuttuğu maruftur (bilhassa tifoda). Bazan askaritler hançere ve şiryani şezene geçerek tehlikeli boğulma hallerine sebebiyet verirler. Kadınlarda bu didanın ferce, mihpel ve nefire ve hatta bu yoldan batna ve mesaneyeye mürur ettiğine dair müşahedeler neşrolunmuştur.

Parazitlerin zeyli dudî içerisine, kanatı safraviyeye, kanatı kebediyeye hatta amik safra yollarına ve kanatı pankreasıye girmeleri de vaki ve çok mühimdir. Bu takdirde mezkûr cevflerde mania ve rûkûdet husulüne matuf tezahuratı seririye teessüs eder.

Bazan serbest batın cevfinde veya batın apselelerinde askaritlere tesadüf edilmektedir. Bunlara emada cidarında tesekkuba meyyâl bir vetirenin (isnaaşar karhası, tifo ve bağırsak tederrününde, meayi rakik karhaları, gangrenli appandisit, emada curuhu ve ihtimal ki bazan da askaritlerin bizzat mihanikî ve semmî tesirleriyle) açtığı pençereden peritonit cevfine geçmektedir. Sağlam bir bağırsak cidarının askaritler marifetiyle tesakkuba uğraması halen pek kabul edilmemektedir.

Mamafi, askaritlerin salim nesiclerden mürur edebileceği ihtimalini varit gösterecek bazı vakalar da neşredilmemiş değildir, bilfarz Rosselt'in vakası bu cihetten alâkabahşır : Sair âzâ ve eçhizesi tamamen salim olan bir kadında günün birinde sürrenin bir fitik gibi tebarüz ettiği görülüyor, bunun içinde canlı bir surette kimıldanan askaritler cessolunabiliyor, bir müddet sonra orada inceleşen ciltte (iltihabî bir teamül olmaksızın) bir delik açılıyor ve buradan birbiri ardınca üç dane solucan dışarıya çıkıyor, bu arada bir miktar da iltihapsız bir misil akıyor ve yara bir kaç gün

sonra kendiliğinden kapanıyor. Müellif, bu vakada askaritlerin bir Meckel retçinden bağırsağı mürur ettiği kanaatındadır.

Çok defa a verde nezf, takarruhat, teşennüç ve bağırsak cidarının tümör şeklinde dahamesi gibi teşrihi tegayyürler husulüne şahit olunmaktadır. (Thyphlitis verminosa). Askaritlerin bizzat zeyli dudî içerisine girmekle husule getirdiği Askariden appendikopathie aynı ârâzi verir. Bazan zeyle giren didan, beraberinde getirdiği mikroplar dolayısıyla hakikî bir appandisit teşekkülüne sebebiyet vermektir.

Askaritlerden mütevellit insidadı emaların mevcudiyeti, cerrahî müdahalelerde çok tesadüf edilen bir hakikattir. Çok defa pek mebzul askaritler em'a geçidini tıkamadığı halde münferit bir kaç solucan yumaklaşarak bu tabloyu husule getiriyor. Parazitlerden mütevellit insidadı emada, insidatla birlikte emada husule gelen teşennücün de iştiraki vardır. Borenfeld'in bir volvulus vakası esnayı ameliyede 360 derecelik tedevvür göstermiş ve revizisyondan sonra yapılan didanın kürü ile 90 solucan düşürmüştür. Gorsten 24 saat ihibaslı bevlî gösteren 69 yaşında bir hastada mesane tahliyesi esnasında askaritlerin mevcudiyetini tesbit etmiştir.

Safra yollarında askaritlere rast gelinmesi nadir değildir. Askaritler; safra yollarına girerken beraber taşıdıkları mikroplar dolayısıyla turuku safraviye için tehlikeli misafirlerdir, burada şiddetli iltihaplara ve hurraç teşekküllerine sahne açabilir... Burada tam bir safra ihtibası nadirdir, sarılık ya hiç yoktur, yahutta pek hafiftir. İleri derece bir ikterin teessüsü, ya Oddi muassirasının da bir tufeyl ile tıkandığına yahutta bir kollanjit husulüne aittir.

Kartal'ın bir vakasında askaritlerin intraperitoneal bir nezfi taklit ettiği görülmüştür : 8 yaşında bir erkek çocuğa bir kazayı müteakip dahili periton nezf alâimi gösterdiği için laparotomi yapılmış, fakat peritonda bu ârâzi izah edecek nezfe rast gelinmemiş, buna mukabil isnaaşerde 43 askarit mevcudiyeti tespit olunmuştur.

Askaritlerin plevraya intikal ederek orada bir ampiyem husule getirdiğine dair 16 yaşında bir erkek çocuğu müşahedesi de calibi dikkattir. (Jenny).

T e ş h i s :

Lam lamel arasında mikroskopla yapılan basit bir maddei gaita muayenesinde yumurtaların görülmesiyle askaridoz teşhisi kolayca teyit olunur. Bazan de erkek veya dişi askarit kendiliğinden defî tabiiide zuhur eder (kâhilden ziyade çocukta ve hummalı hastalarda). Bir şahsın bağırsağında sadece erkek veya sadece dişi bir kaç askarit bulunması nadir değildir, bu takdirde solucan erkek ise ab-

des muayenesinde yumurta görülmeyebilir. Bazen de yüzlerce Binlerce solucan ince bağırsağa dolar; ufak çocukta Fülleborn 1000 - 2000 solucan tespit etmiştir. Bu kadar askarite rağmen ema geçtinde bir tıkanma husule gelmiyebilir zira ema rakikada askaritler bila hareket bir tarafta tutunup kalmış bulunurlar, parazitler ancak daha derin ema kısımlarından geçtiği zamanlardadır ki bir ema insidadı husule getirebilir, zira bu kısımlarda kendini rahatta bulmaz, şiddetle kimıldamaya ve kıvranarak düğümler teşkil etmeye başlar, eğer iaiikâsi taharrüş neticesi bağırsak cidarlarında bir de teşennüç husule gelirse bir nevi insidadı ema husule gelir. Ve bazan âcil bir müdahaleyi istilzam eder.

Askaritler iki nevi sivrî, ince istuvâni, erkeği ve dişisi ayrı solucanlardır. Dişi solucan daima uzundur (20 - 40 santim.) erkeği kısadır (15 - 25 santim.), tufeylin kahnlığı yarım santimetre kadar vardır. Reis kısmında dört dane ve esnani havi dudağı vardır. Dişisinin kuyruk tarafında çengel şeklinde mültevi iki dane şevki vardır, dişi solucanın tenasül uzunda tahminî hisapta 60 milyon kadar yumurta bulunur. Onun içindir ki maddei gaita muayenesinde yumurtalara kolayca rast gelinir. Bir defa gören için mikroskop muayenesinde askarit yumurtasını tanımakta zorluk yoktur (beyzî şekilde, 0.06 mlm. cesametinde, dışında albuminden zügabeli koyu bir mahfaza, içinde hubeybi esmer muhteviyat).

Abdes muayenesinde yumurtaların görülmesini teşhil için muhtelif muayene usulleri teklif edilmiştir. Bunlardan ezcümle 1) çökertme usulü ve 2) toplandırma usulleri burada hatırlanabilir. Daha emin olan toplandırma usulünde bir kısım maddei gaita 20 kısım kesif tuzlu su ile iyice karıştırılır, yarım saat kendi haline bırakılır, mayiin üzerinde parlak bir zar husule gelir, bundan bir parça alınıp mikroskop altında (ufak büyültme ile) muayene edilince parazit yumurtaları sühuletle göze çarpar.

Askaritli hastaların kan formülünde eozinofillerin mütezayit bulunduğu ve bunun kıymeti teşhisiyesi herkesçe malumdur. Hatta, şüpheli vekayide abdes muayenesinden bir netice çıkmadığı taktirde eozinofillerin mütezayit bulunması bir santonin kürünü makul gösterir: Bu gibi vakaların çoğunda solucanların döküldüğü görülmüştür. Biz, servisimizde askaridoz şüphe edilen hastalarda abdes muayenesiyle birlikte daima eozinofili nisbeti aramakta ve bu ikincinin gösterdiği neticeden de birincisi kadar istifade etmekteyiz.

Askaritlerden yapılan bir hulâsanın kediye zerkinî müteakip seri bir eozinofili husule gelmektedir, aynı hulâsaya teshin etmekle bu netice alınmayor. Carî olan umumî kanaat, eozinofilinin bir allerji teamülüne merbut olduğu merkezindedir.

Başta Borchardt olmak üzere bir kısım müellifler de askaridozda husule gelen bu eozinofilinin bir allerjiye müstenit olduğunu kabul etmez, daha ziyade aldehit vasfında olan bir kısım kim-

yevi maddeler müvacehesinde muhhu azmın verdiği hususi bir teamüle atfederler. Filhakika, başka menseden olan sair aldehitlerin (asetaldehit, vs.) zerkinde dahi kan formülünde eozinofillerin çoğaldığı görülmüştür.

Spesifik teamülü cildi: Askaritlerden yapılmış bir hulâsaya antijen olarak kullanmak suretiyle cildi bir teamülü hayatının tatbikinden iyi neticeler alınmıştır. Askarit antigeni, yüzde 10 formalinle muamele edilerek kurutulup toz edilmiş askarit çesetlerinden istihzar olunur, sarımsı bir tozdur. Teamül yapılmak için bir lansetle adudun vahşisi cildinde sathî bir teferruku ittisal yapıp antijen tatbik ve delk olunur. Bir de şahit olarak tuzlu su mahlulü ile aynı şey tekrar edilir. Askaritli şahıslarda ekseriya çeyrek saat sonra tatbik yerinde bir iki santimetrelik bir haleyi ihmîrîr husule gelir, bir kaç saat sonra bilâ arıza yine zül olur (Fülleborn teamülü).

Maalesef sade askarit hamillerinde değil, evvelce bir defa intana uğrayup da kurtulmuş ve artık bağırsakları parazitten âri bulunan eşhastada dahi bu teamül müspet netice veriyor. Demekki Fülleborn teamülü cildisi, bedende askarit antijenlerine karşı teessüs eden daimî bir allergie halini gösterir. Ve bu allergie hali bağırsaklarda askaritlerin artık mevcut olmayışına veyahut devamı tesirine tabî değildir. Her halde bu yoldaki müteakip tecrübelerin vereceği neticeyi merakla beklemek lâzım.

Ârâzı seririyenin teşhisçe delâleti pek elâstikidir. Bunlardan hiç birinin mutlak bir katiyetle askaridoza işaret edeceği iddia edilemez. Askarit intanının müntefiş bulunduğu muntakalarda hassatan ufak yaşlı çocukların müphem alâimi hazmiyesini buna bağlamak akla yakın gelir.

T e d a v i :

Askaridopati'nin tedavisinde esas, bağırsaktaki tufeylâtı uyuşturmak ve sonra bu uyuşuk misafirleri bedenenden tarda matuf zorluca bir müşhil vermektir. Bu husustaki ilâçların en maruf ve kahramanı bu gün için de yine santonin dir. Mamefi bazan mükerrer santonin kürlerine rağmen solucanlar bağırsaktan dökülmeyebilir. Daima hatırdâ tutulmalıdır ki santonin askaridi öldürmez, onları sadece ve bir müddet için uyuşturmakla kalır. Onun içindir ki santoninle birlikte veya bunu müteakip bir müşhil (en iyisi hint yağı veya kalomel) vererek bu uyuşuk parazitleri bağırsaktan tardedemelidir.

Santoninin bir defalık azamî miktarı 0.025-0.05-0.10 santigramdır (azamî bir defalık 0.10 centgr. Bir günlük 0.30 santigr.), bu miktarı şekerle karıştırarak paketler yapılır. Santonini hint yağı ile karıştırarak vermek doğru bir iş değildir, esasen yağda münhal olan santoninin böylece imtisasına sebebiyet verilerek mühim tesemmüm alâmetleri

hususla geldiği çok görülmüştür.

Yapılan itirazlara rağmen, yaşlıca çocuklarda ve kâhilde santonini kalomelle teşrik etmek hiç de fena bir usul değildir, bir günde verilecek santonin miktarı üçe taksim edilerek paketlere tevzi edilir, paketlerin her birine hastasına göre 0.025-0.10 centgr. clomel ilâve olunur, bu paketler sabahleyin aç karnına birer saat fasıla ile arka arkaya yutturulur (ve bittabi hastaya ayrıca müşhil vermiye hacet kalmaz). Bütün tedavi kürü bir günden ibarettir. İcabında aynı miktar ertesi günde tekrar edilebilir. Santonini bazan kusma, baş dönmesi, baş ağrısı, taharrüş halleri ve etraftakileri sapsarı görmek gibi tesemmüm arızası husule getirir. Literatürde 0.03 centgr. Santonin aldıktan sonra kollaps geçirmiş ve iki gün sonra da kör olmuş beş yaşına bir kız çocuğuna ait müşahede calibi dikkattir. O itibarla zaiifçe eşhasta tercihan ufak miktarlar tecrübe edilmeli ve hemen arkasından müşhil verilmedir. Santonini müteakip idrar sarıya boyanır, kafele ilâve etmekle bu renk kızarır.

Şimalî Amerikada yetişen bir netbattan müstahsal Chenopod yağı da (azami bir defada 0.50 centgr. günde 1 Gr.) son zamanlarda sıkca tecrübe edilmeye başlanmıştır. Ziyade semdar olan bu madde gayet hassas bir damlalıklıkla ve uyanık bir itina ile şekerli suya damlatılarak kullanılmalıdır. (dört yaşındaki bir çocuğa 4 damla, altı yaşındaki 4.5 damla, sekiz yaşında 6, on yaşına 9, On iki yaşına 10, on üç on dört yaşına 12, on beşten yirmi dört yaşındaki yaş başına bir damla). Bu miktarlar bir defa içindir. Bir saat sonra müşhil

verilir (yüzde 10 sulfat de magneise), bu kür iki haftadan evvel tekrar edilemez.

Literatur:

1. Bachem - Tefik Salim: İlaçla tedavi, 1925
2. - Borchardt: Klin. wscr. Nr. 43, 929.
3. - Brüning: Fortschritte d. Therapie, Nr. 12 930.
4. - Garsten: Deutsch. med. wscr. Nr. 10, 1927.
5. - Conheim: Die Krankheiten d. Verdauungskanal, 1923.
6. - Crenveld: Klin. wscr. Nr. 28, 931.
7. - Fülleborn: Klin. wscr. Nr. 43, 929.
8. - Fülleborn: Klin. wscr. Nr. 40 - 41, 932.
9. - Kartal: Zentrblt. f. Chirurgie, Nr. 44, 927.
10. - Jenny: Schw. med. wscr. Nr. 12, 930.
11. - Matthes - Tefik Salim: Bağırsak hastalıkları, Dahili Tıp, 1928.
12. - Matthes: Lehrbuch d. Differentialdiagnose inner. Krankheiten, 1928.
13. - Naegeli: Blutkrankheiten und Blutdiagnostik, 1923.
14. - Nowak: Med. Klinik, Nr. 16, 931.
15. - Posselt: Schw. med. wscr. Nr. 29, 931.
16. - Ortner: Differentialdiagnostik in. Krankheiten, 928.
17. - Rosenthal: Zentrblt. f. Chirurgie, Nr. 29, 927.
18. - Stepp: Krankheiten d. Verdauungsorgane, Lehrb. d. inner. Medizin 1931.
19. - Strümpell - Seyfarth: Speziell. Path. und Ther. inner. Krankheiten, 1926, 31
20. - wetzell: Vortag, ref. Med. Klin Nr. 43, 932
21. - Zinn: Askariasis. Neue deutsche Klinik, Bd, 1, 928,

Müşahede ve Tahliller.

Bir Riehuracı vak'ası. [*]

Dr. Ahmet Rasim.

Şişli Çocuk hastanesi Dahiliye mütehassısı.

11 Yaşında olan hastamız Cevdet efendi 14-9-1932 de hastanemize getirilmiştir, (Protokol No: 1535). Hasta 30 gün evvel kırıklık, iştihasızlık ve öksürükle hastalanmış, üç gün kadar ayakta dolaştıktan sonra ahvali umumiyesi bozularak yatmaya mecbur olmuş. Titreme hissetmemiş. Bidayette az miktarda balgam çıkarmış, iki defa kan tükürmüştü. Yarım kahve fincanı kadar olan bu kan balgamla karışık değilmiş. Yatığının ikinci günü sağ göğsünde veca başlamış, öksürük ve derin teneffüslerle şiddetlenen bu veca üç gün devam etmiş. Balgamı paslı değilmiş. Derecesi hakkında malûmat alınmadı ise de pederi sabah akşam yüksek ateşi olduğunu söylüyor. Bu müddet esnasında kendisini gören tabip tapalar yaptırmış, ve dahilen mualecat ita etmiş. Bidayette az olan balgamı gittikçe artmış ve son zamanlarda günde bir, bir bu çok bardak kadar oluyormuş. İlk zamanları kokusuz olan kaşaatında son haftalar pis ve müteaffin bir koku peyda olmuş; rengi de siyahlanmış. Ahvali umumiyesi günden güne fenalaşmış, ateşi devam eylemiş, hafif titremeler ve terler zuhur etmiş. Vahamet artınca otuzuncu günü hastanemize nakledilmiş. Ahvali sabıkasında: bir kaç sene evvel sıtma ve bir kaç defa boğaz ağrısı olmuş. Kızıl, çiçek; tifo çekmemiş, kızamık çıkarmış. Ebeveyni ve iki kardeşi de tamüshha imiş, bir kardeşi küçükken bilmedikleri bir hastalıktan ölmüş. Annesinin sıkı olmamış.

İlk muracaatında derecesi 39, 2 nabızı 130, nefes darlığı mevcut idi. Muayenede sağda kuddamen hufrei fevk ve tahtetterkovalar, 1-2 inci beyneddilî mesafeler mattı. İhtizazat burada mütezayit olup isga ile kehfi nefha, Garguyman, retentissement de la toux ve sous crepitant harahir mesmudu. Halfen yine aynı tarafta zaviyei süfliyei ketfin iki parmak yukarısından itibaren aliye kadar öndekinden daha hafif bir matité ve bu nahiyede ihtizazatta tezayütle müterafik kehfi nefha ve garguyman duyuluyordu. Aynı rienin aksami süfliyesinde kar' ces ve isga ile maddî tagayyürler mefkut olup kaide teneffüsle açıyordu. Sol rienin kuddami ve halfi muayenesi kar, ces ve isga ile seriri bir tagayyür arazi vermiyordu. Hastanın balgamı ve nefesi müteaffin ve bulantı verici bir koku neşrediyordu.

Deveran cihazında: zirvei kalp beşinci mesafede hattı halemnin ünsisinde, asammiyeti kalbi eyem ve epher haffei yümneyi kassı geçmemekte olup sesler temiz, nefhadan âri nazmı kalp muntazam, adedi nabız dakikada 130 du.

Dili pash ve kuru; batında intifah mefkut. Hufrei harkafiyeyi yümпада kitle, adalı mukavemet, Macbur-

ney ve diğer apandis nuktında veca mefkut. Batın diğer nevahisinde de gateau, sabit müvecca nukt yok. Kebedin asammiyeti ulviyesi beşinci mesafeden başlıyor. Bu asammiyet ön, yan ve arkada aliye doğru gayri tabii bir muhaddebiyet ibraz etmiyor. Kebet haffei dliyeden gayri kabili cestir. Huveysah safrevi de cessedilmiyor ve nahiyesinde adalı mukavemet, kitle ve tazyikle veca yoktu. Kilyeler cesolunmuyorlar. Nevahii kataniyede muhaddebiyet, tazyikle veca yoktur. Kilye ve halip noktalarında da cesle sabit veca mefkuttur. Tahâl derin teneffüsler esnasında cessolunabiliyor. Cümlei asabiyede hadekalar müsavi, zıya ve mesafeye müteamil, hissiyet ve akseler tabii. Hasta sorulan suallere cevap verebiliyor. Hezeyan, ihtilâç ve şuurunda zıya, göstermiyordu.

Kanda küreyvatı beyza m. m. m. da 20,000.

Formüle leucocitaire'de:

Segmentkernigeler: Yüzde 78,3 Stabkernigeler: Yüzde 11,6 jugentlicheler: Yüzde 0,3 Miyelosit: Yüzde yok, Miyeloblast: Yüzde yok Lenfo: Yüzde 5,2 Mono Yüzde 4,0 Eozinofil: Yüzde 0,6.

Kanda plazmodi menfi.

Kaşaat: Siyahımtırak, müteaffin ve yevmi 250 c. m. c. olup başil de koch menfi Gram füksin ve blödö metilen ile yapılan müstahzarlarda dejenere lökositler, ve mebzül bir mikrop floru mevcut: Pnömonokoklar, Pneumobacille de Friedlaender, streptokoklar, bacile fusiformis ve bir çok Cocus ve basiller var. Bidayette spiril görülmedi, muahhar muayenelerde spiril de tespit olundu.

Kaşatta yapılan albümino-reaksiyon müspet, elyaftı alastikiye mevcut, Amip mefkut.

İdrarda albümin, glikoz, aseton yok. Kan miyarları menfi. Hurdebinde küreyvat ve üstüvanat yok.

Küreyvatı hamra Sedimentasyonu:

Yarım saat soura: 85,1 saat sonra: 123 2 saat sonra 135 Vasatî teressüp sür'atı: 95,25 Küreyvatı beyza halkası: 2,5.

Duhulünden dört gün sonra yapılan rie radyografisinde sağ üst fusta yeknesak bir kesafet ve içinde küçük birer ceviz büyüklüğünde, birinin kenarları gayri muntazam; diğerininkiler nispeten daha muntazam olan iki kehif meşhuttur. Hastamızın şuaî hayalî Paiseau ve Salomon un muzaf kehifli rie apsesi vak'alarındaki şuaî manzaranın hemen aynıdır.

Bir kaç gün sıra ile bakılan kaşatında B. K, yok (Homogenisationla).

Kanda wassermann menfi.

Müşahedeyi naklettikten sonra tefrikî teşhisinde tevakkuf edelim: Seriri ve radyolojik âraz sağ rienin

[*] « Şişli Çocuk hastanesi müsameresi 1932 senesi 50 inci içtimanda takdim edilmiştir ».

üst fusunda kühufla müterafık bir tekebbüt mihrakı göstermektedir; 30 günlük marazi maziden evvel hastamızın tāmüssıhha olduğuna ve hiç öksürmediğine dair ebeveyninde istihsal edilen malumat, mükerrer ve Homogénéisation la muayenelerde kaşaatta B. K. un mefkudiyeti, kaşaatin mebzül ve siyahımtırak oluşu, küreyvatı beyzanın 20,000 gibi oldukça mütezâyet bulunuşu kühufla müterafık cübni bir rie tederrünü fikrini bertaraf eder.

Ebherî, kebedî, esnanî, azmî hadekî hâs ârâzın mefkudiyetine inzimamen kanda wassermanın menfi oluşu; ebeveyninde de şüphe verecek bir hâlin mefkudiyeti bizi efrenci tabiattan uzaklaştırır.

Taliyen tanahhur ederek ve anaerobie flörun faaliyete başlamasile derunlarında kehfî teşekkülâta görülebilen rie kanserinin bazı şekilleri ise hastanın çocuk olması ve marazın bir ay gibi kısa bir zaman içinde tahassul etmesi itibarile mevzuu bahıs değildir. Gerek serirî ve gerek radyolojik muayenede beynelfussî bir topoğrafi görünmemesi ve kenarlarının vazihan mefruk bulunmaması hasebile kasabata açılmış beynelfussî bir zâtülcenp te düşünülemez.

Serirî ve radyolojik cevfi ârâza inzimamen kaşaatin mebzul ve müteaffin olması, elyafı elâstikiyeyi havî bulunması ve pek mebzül bir flor mikrobiyen göstermesi, hastalığın otuz gündenberi fiyevrili olarak devam etmesi, kaşaatin bir kaç defa nezfi olmakla beraber hiç bir zaman paslı olmaması zâtürrie fikrini bertaraf eyler.

Mütekâsif bir fus içinde serirî olarak kehfî nefha ve garguyman içtimaina ve keyfiyetin rie radyografisile tekidine inzimamen kaşaatinın yevmiye 200-300 s. m. m. miktarı gibi bol, siyahımtırak, pek müteaffin, albüminoreaksiyonu müspet, elyafı elastikiyesi mevcut B. K. u menfi bulunması, kanda hiperlökositozun aşikâr olması ve formül lökositlerde de Lenfoların yüzde 5,2 ye kadar düşmesile müterafık Segmentkernigelerin yüzde 78,3, ve stabkernigelerin de yüzde 11,6 ya çıkması ve binaetice polinükleozun ceman yüzde 99,9 gibi aşikâr bir vasıf göstermesi, kaşaatin hurdebin muayenesinde mebzül bir flore microbienne e inzimamen spirilerin ve fusiforme basillerin mevcudiyeti bize kasabata açılmış bir rie huracı teşhisini vazettirdi.

Rie huracı teşhisi vazedildikten sonra bunun tekevvün nevi ve tarzını tahlil edelim :

Hastamızın ahvali sabikasında etraf, havsala ve batın evridesinden birinde mütekayyih bir flebit yapabilecek bir hastalık ve kalple intanı ve karhavî tenebbütî bir andokardit olmadığından; batnî veya havsali bir ameliye de yapılmamış olduğundan septik bir amboli ile şerayini rievîye şubelerinden birinin tıkanması neticesi mütekayyih bir infarctus düşünülemez.

Bunların haiz oldukları kaidesi plevraya müteveccih bir müselles şeklindeki seriri ve radyolojik hususiyet takayyüh devresinden sonra ekseriya zail olduğundan tefriki teşhise mefkudiyeti halinde hizmet edemez.

Afetzede olan sağ üst fus haricindeki her iki rie aksamında münteşir fuseysi iltihap ârâzı seririye ve şuaiyesi olmadığından fuseysi ve bazan da bunların içtimaile büyük ve hatta fussi hurraçlara sebep olabilen (Clere ve Ramon 75 bronkopnömoni otopsisinde 7 büyük ve dört küçük apse tespit ettiler) bronkopnömonik bir menşe de kabül edilemez.

Bazan tekebbüt kitlesi içinde mahfuz küçük ve müteaddit bazan tek ve büyük apseye munteli olabilen pnömik menşe'e gelince :

400 pnömni otopsisinde 8 küçük ve büyük apse gören Menetriernin istatistiğine göre pek sık olmayan bu tekevvün tarzı hastamızda bertaraf olunabilir. Filhakika zatürrienin anî titremeler ve şedit vecarı cenple başlayan ve paslı kaşaatla terafuk eden seyri hastamızın hikâyesinde görülmemektedir. Bundan daha mühim olmak üzere de zatürrie hurraçları krizden, hastanın fiyevri düştükten 2-3 hafta sonra zuhur ederler. Bu itbarla Métépneumonique-tirler. Halbuki vak'amızda fiyevr hiç düşmemiş ve nekahet başlamamıştır.

Hastamızda munassif apsesi ve onu tevlit edecek meride tazayyuk veya kanser gibi hâlât; mütekeyyis kıyhî bir zâtülcenp, kebedî ve tahtelhicabı haciz takayyühât, muhiti kilye huracı gibi bittemas veya eviyei lenfaviye ile rievîye sirayet ederek rievî takayyühe sebep olacak bir hadise de olmadığı eçhize muayenesinde tespit edilen evsaf ile tebyin olunmuştu. Esasen son üç menşeden zuhur edenler rienin alt fuslarında takarrur ederler ve ilk mihrakla fistüllü bir mesir vasıtasile münasebette bulunurlar. Hastamızda buna ait hiç bir şüphe yoktur. Bu muhacir ve sakıp huracın güzel bir misali olan amipli huraca gelince bu, ekseriya amipli bir hepatitten sonra zuhur eder : mamafih kebet salim olduğu halde rie fuslarından birinde amipli bir huracın teşekkül edebilmesi mümkün ve muhakkaktır. Filhakika tabii meskeni emâ olan amip, kebetsiz bir yoldan eviyei lenfaviye. kanatı şadri, veridi tahtetterkovai eyser, veridi ecvefi ulvî, sağ kalp ve şiryani rievî vasıtasile de rievîye gelebilir veyahut kebede müncer olan yoldan yani veridi baptan fakat kebede tavakkuf etmeksizin veridi ecvefi ulvî, sağ kalp ve şiryani rievî vasıtasile de rievîye vasıl olabilir. Ambolik bir menşele husule gelen bu vak'alarda amipler rie eviyei şariyesinde gezerken trombüsün teşekkülünü temin ve münset veanın irva ettiği nahiyede nezfi bir ihtişa tevlit ederler. Mütekayyih ihtişa devresinde amipler görülebilir, Apse tamamen teşekkül ettiği zaman cerahatı pis kokulu ve çukulata rengindedir.

Hastamızda kebedî bir huraç olmadığı gibi ah-

vali sabıkasında da dizanterinin velevki hafif şekline ait hiç bir marazî safha yoktur. Ve yapılan mü-kerrer ve taze kaşaat ve mevadî gaita muayenele-rinde hiç bir zaman amip ve kistlesi görülmemiştir.

Rie huracına ait bu muhtelif neviler bu suretle bertaraf olduktan sonra fetide, putride ve gangreni apseler kalır. Rie takayyühatı içinde en sık görü-lenler bunlardır. Kourilsky nin 52 vakasının 40 1 ve Léon Kindberg in 40 vakasının 32 si mahdut mihraklı putride huraç idi. Bu cins huracatı gan-grenden veya fetit olmiyan apselerden kat'i ve mutlak bir şekilde tefrik mümkün değildir. Tuffier 1908 de rie apse ve gangreni arasında farık bir hat olmadığını ileri sürmüştü. Filhakika basit apse taliyen fetit apse, mütekattian, daimî veya bidayet-tenberi fetit apse ve rie gangreni devamlı bir zen-cir teşkil ederler. Amerikalılar bilâ tefrik apsedan bahsederler. Lèmiere ve Léon Kindberg nüküslü gangrenden; Caussade apse gangrenöden; Sergent Abcès Putride ten bahsederler.

Bir abcès putride, gangrene ne zaman müncer olur? Bu meçhûldur. *Sergent* mes'eleyi hallicin Put-refaction vetiresi gösteren kokmuş hayvan laşesi kokulu (Odeur de Chargogne) fetiditeyi lağım gaz-ları kokulu (Odeur de gaz d'égout) fetiditeden ayırmağı teklif etmişti. Müellife göre bu son koku kapalı bir yerde tahammur vetiresine aittir; ve mü-tekeyyis, gayri kâfi surette drene olan kıyhî mec-mualarda görülür.

Sergent in son iki sene zarfındaki mesaisi ve diğer müelliflerin müşahedatı göstermiştir ki bu put-ride huracat seyri tanahhur, takayyüh ve tasal-lupten ibaret olan üç vetire hakimdir. İlk vetire ta-nahhurdur. Bu, Bronkopnömonik tabiatlı bir mihrakın sinesinde tahassül eder; şuaî olarak basit bir kon-dansasyon hayalile tezahur eyler. Hât veya tahtel-hât olan bu devirde karakteristik kaşaat yoktur. Humma, veça gibi ârâz vardır. İkinci vetire takay-yuhtur; bu, uzviyetin, mütenahhir aksamı takayyü-hî bir inhilâl ile tahliyeye meylini gösterir. Bu de-virde fetide kaşaat başlar. Röntgenle mütenevvi ec-vaf hayalleri görülür. Teşrihan bu takayyüh, müte-nahhir nesçin ancak bir kısmını temyie muvaffak olur, diğer nehrevî aksam tahaffur eden cevfin ci-darına yapımıştır. Şuaî cevif ancak serbest olupta hava girebilen kısmı temsil eder; halbuki hakiki teşrihi cevî çok daha büyüktür. Üçüncü vetire ta-sallüptür bu, mihrakı tahdide gayret eder.

Putride huracın tahtelhât veya müzmin seyri; mihraktan aksamı mütenahhirenin itrah imkânsızlı-ğundan ve karhaviî nahrevî vetirenin yağ lekese gi-bi ittisamdan ileri gelir. Bu vetire müteakip hamle-lerden mürekkep bir silsile halinde seyredir. Her hamle eskar enkazının takayyühî temyie tarafuk eder. Kesafet baki iken cevfin şuaî ziyâ evvelâ muhitî bronkopnömoni tekasüf vetiresinin geniş lemesinden, tâliyen ise cevfin cidarî parçala-

rından mütevellit yeni nahrevî enkaz-la imtilâsından ileri gelir. Bu esnada seririyatta teş-rihi vetireye bir humma hamlesi tarafuk eder. Bu suretle yeniden tanahhur etmiş olan aksamında ta-kayyühî temeyyü başlar ve *Clair* hayâller hafreder; kaşaat ta bu esnada çoğalır. Eskiden şuaî hayalle-re bakılarak iyi veya fena derenaj olduğu şeklinde mihanikî telâkkiler yürütülürdü. Ancak kısmen doğ-ru olan bu derenaj keyfiyetine seyri, hamlelerle hu-sule gelen bu muhitî tekasüf müktesebatını ilâve et-mek lâzımdır. Hummevi iştidad yalnız ihtibasla de-ğil daha ziyade muhitî vetirenin fa'aliyetile izah olunmalıdır. Münhasıran ihtibas, plevraî takayyühât ve basit huracat için doğru olabilir ise de putride apselerde gayri kâfidir.

Bu muhitî tanahhur vetiresi mikrobun virrülân-sına tabidir.

Yeni nahrevî fa'aliyet tevakkuf etmek suretile kasabî itrah şifaya kâfi gelebilir. Binefsihi şifa bu-lan putride vetirelerde keyfiyet böyledir.

Son senelerin kazancı olan bu malûmattır ki nahrevî nesçin tamamının vasi küretajile müterafik cerrahî açılması fikri tedaviye hakim olmağa başla-mıştır.

Bizim vak'amız putride huracat sınıfına dahildir. Bunların kısmı azamı iptidaî olur. Kourilsky nin 11 de 9 u ve *Leon Kindberg* in 10 da 9 u böyle-dir. Bu taktirde mâhsus bir sebep olmaksızın gelen hât veya tahtelhât bir pnömopatî halindedir. Sapro-fit cersumelerin âni semmiyet tezayütleri, ve o vak-te kadar mukavim olan rie nesçinin mukavemetin-deki iflâsı hiç bir şey izah etmez. Bir rie ihtikanı veya bir bronkopnömoni başlangıcı zannedilir. Bu-nu tevlit eden *Flore* ekseriya burun ve halfi be-lûndan, enbubu hazmiden ve bazan kadın tenasül yollarından gelir. Hastamızda müzmin bir amigda-litten başka bir menba yoktur. Bu gibi vekayide yapılan ameliyeler münten parçaların teneffüs yol-larına girmesini tahsil etmek suretiyle esbap meya-nındadır. Filhakika *Chipmann* 12000 amigdal ame-liyesinde 0,5 yüzde ; *Moore* 3000 mümasil ameliye-lerde 200 rie apsese zikrederler. *Bronchoscopisi Chevalier Jackson* amigdalötomilerin yüzde 60 ında şiryanı şezende kan görmüştür. Burada nisai ve batnî ameliyeler de mevzuubahistir. *Hedblomè* rie huraçlarının yüzde 40 ında femmî belûmi ve yüzde 26 sında Laparatomie ameliyeleri tespit etmiştir. Bizim vak'amızda cerrahî esbap yoktur.

Hastamızda kasabaya açılma devreşi anî ve bol vomik şeklinde olmamış, mütekattî bir surette teş-şekkül etmiştir. Bu safhada iki defa hemoptiziye maruz kaldı.

Hastamızın kaşaatında gram alan ve almiyan bir çok basil ve coccüsler pnömokoklar, pnömobasit de Friedlaender, streptokok ve stafilokoklar, fusifor-malar la beraber Spiriller görülmüştü. Hastanın

fetide vetiresi spiriller ve anaerobiler tarafından tevhit edilmiş oluyor.

Bu suretle nevi de tespit edilen fetide rie huracı teşhisi vazedildikten sonra lapalar, mukassiat, zeyti kâfuri zerkiyatı, ve dijitalin gibi umumî tedaviye ~~in~~ zimamen *Neosalvarsan* ve emetin tedavisi tatbik edildi. Hastanın 38-39 arasında seyreden harareti tedricen düştü; ve servimize yattıktan on altı gün sonra tamamen 37 nin altında seyretti. Nefes ve balgamındaki koku da tedricen zail oldu. 200-300 s. m. m. miktarındaki yevmî balgam da tenakus etti, ve nihayet şimdi öksürükle beraber tamamen kayboldu. Rievi âraza gelince burada da tedrici bir inhilâl başladı. Asammiyet mıntakaşının vüsatı süratle azaldı. Kehfi ârâz geçti ve şimdi kar ces ve isga ile hiç bir seriri araz bulunmamaktadır. Umumî ve rievi ârâzın ziyasına ait bu seriri şifaya doğru seyir röntgenle de tekit edildi. Filhakika birer hafta fasıla ile aldırılan ve şimdi manzuru âlileri bulunan şu dört radyoğrafi marazi vetirenin tedricen sahneden çekildiğine en kuvvetli delildir.

Vezni 4 kilo tezayüt eden hastanın demevî alâimi de umumî ve mevziî tezahuratla beraber tedricen normale doğru seyretti. Küreyvatı beyzası tedrici bir tenakus ibraz ederek şimdi normâl bir adettir. Formül lökositerde Segmentkernigeler yüzde 60,8 ve stabkernigeler yüzde 4,4 gibi tabii nispete tenezzül etmişler yugentlicheler sahneden çekilmişler, lenfoler da yüde 26 gibi tabii bir nispete yükselmişlerdir. Fiyevr düştükten bir hafta sonra yapılan küreyvatı hamra sedimentasyonu :

Yarım saat sonra : 14 bir saat sonra : 39 iki saat sonra 82 vasatı teressüp süratı : 40 24 saat sonra : 115 Küreyvatı beyza halkası : 1,25 .

Gibi eskisine nazaran mühim bir bataet ibraz etmektedir. Bunun yapıldığı gün mevziî ârâz büsbütün zail olmamıştı. Bu itibarla tabiinin yine oldukça fevkinde bir süratı teressüp izhar ediyor [*].

Elde edilen bu şifa mutlak mıdır? Bu hususta katî bir hüküm vermekte isticâl etmemek muvafıktır.

Tedavi ile aldığı şu hayırlı seyre nazaran hastamız ne vahim nefsüddemler, plöreziler, Pyopnömotoraks ve kasabî tevessülerle veya uzak ve meselâ dimağî apselerle ihtilâl etmiş bir şekil; ne bütün tedavilere rağmen tedricen bir füssu ve hatta bir riewi tamamen istilâ etmiş tevessükâr bir şekil; ne umumî vahim bir intan ârâzi levhaya hakimden ölüme yakın rievi alâimi zuhur eden septisemik bir şekil; ne rielerin muhtelif taraflarında birbirini müteakip müteaddit mihraklar yapan ve bir taraftan tasallübî diğer taraftan da nahrevî vetiresi durmayan invetere bir şekil; ne de bir kaç hamleye sebebiyet vermekle beraber sonu şifa ile müntehi bir şekil değildir. Hastamız bir tek hamle göstermiş ve bu hamle tedaviye inat etmiyerek umumî ve mevziî tezahuratla beraber zail olmuştur. Hastamız Lemiere ve Lindberg in 44 yaşında bir erkeğe ait ve sağ üst fusta pnömoni tarzında başlayup onbeş günde kehe müncer olan ve yapılan neosalvarsan ve serom antigangrenö ile bir ayda şifa bulan vak'aya çok müşabihdir.

Hastanın müşahedesini burada ikmal ettikten

[*] Hastanın takdiminden iki hafta sonra yapılan küreyvatı hamra sedimentationu tamamen tabii bir teressüp gösterdi.

sonra hurraçların tedavisi hususudaki kanaatları telhis etmekliğime müsaadenizi rica ederim :

Rie huracatı hat apandisit ve mide karhası gibi dahiliyecî ve operatörün devamlı mesai iştirakini talep eden bir sahadır.

Rie hurraçlarının hât, tahtelhât veya müzmin; mütekeyyis veya bütün riewe gittikçe ittisa eden; mütefessih bir takayyüh veya saf bir gangrenden ibaret olan; kasabat tevessüleri veya plevraî takayyühatla ihtilâl eden bir çok şekilleri olduğuna nazaran tedavinin de vak'aya göre değişeceği tabiidir.

Tedavi istitbabatına girmeden evvel bunlara hakim olan şu hakikatları hatırlamak lâzımdır : 1) binefsihi şifaların mevcudiyeti (2) aldatıcı sükûn ve yalancı şifaların görülmesi.

Filhakika E. A. Fraham'a göre vakayin yüzde 25 i Wessler'e göre yüzde 33 ü; Léon kindberg'e göre yüzde 20 si ve kully'ye nazaran yüzde 40 i binefsihi şifa bulur. Fransa'da ahiren aktolunan kongrada Sergent ve rüfekasının takdim ettiği rapora nazaran piyojen mikroplardan mütevellit basit huracatın iki sülüsünde (yüzde 66,7 sinde) ve bidayetten putride olan apselerin bir humsunda (yüzde 20 sinde) binefsihi şifa meşhuttur.

Yalancı şifalara gelince bunlar az çok aldatan bir sükûnun ifadesidir. Geçici veya devamlı olan bu hâl şuaî hayallerin tasfiyeden çok uzak olan ve mevziî vetirenin tekâmülî bir değişmesini gösteren tahavvülâtile tezahur eder. Hakikî şifada görülen seriri ve şuaî ârâzın tam ziyâ bunlarda mefkuttur. Son onbeş sene zarfında ciddî tetkikat başlıyan ve bütün noktalarda müelliflerce tam intibak el'an husul bulamayan rie huracatında tedavideki noktâi nazar ihtilâflarının en mühim sebebi bu esastır. Filhakika şu veya bu tıbbî tedavi usulü esnasında görülen şifa veya salâh, usule atfedilmiş ve bunun tabii neticesi olmak üzere de muhtelif usullerin müdafileri ortaya çıkmıştır, Halbuki bu gibi vakayide icrayı tesir eden âmil binefsihi şifa veyahut muğfil bir sükûn vetiresidir.

Servislerden birinden şifa ile ihraç edilen bazı vak'aların diğer kliniklere bir kaç ay sonra tedricen genişleyen takayyühî bir vetire ile girdikleri tıbbî edebiyatta sık sık görülmektedir.

Maruz keyfiyetten başka şimdiye kadar tekemmül etmemiş cerrahî usullerin intaç ettiği yüksek vefiyat nisbetide apse tedavilerinde kihe mecra vermekten ibaret olan umumî prensibin rie hurraçları vekayiine tatbikinden bir çoklarını men'eylemiştir. Lâkin muğfil sükûnların müşahede edilen ade di yükseldikçe ve ameliyat usulleri tekemmül ettikçe müelliflerin bir çoğunda en mantikî görülen cerrahî yola meyî artmıştır. Filhakika tıbbî usullere terk edilen rie huracı vak'alarından üç sene sonra yaşayabilenlerin yüzde nispeti 20 dir. Yüzde 20-25 inin de binefsih şifa bulunduğu nazarı dikkate alınırsa mü-

tebaki kalan yüzde 55-60 ının meş'um nihayete erdiği anlaşılır. Üç sene mukavemet eden bu yüzde 20 nin de muahhar avakibi aynı şaamettir. Bu itibarla son zamanlarda tespit edilen tedavi formülü, bidayeti husulünden itibaren ilk iki ay zarfında bir rie huracının gayri cerrahî vesaitle teşfiyesine çalışılabileceği veyahut binefsihi şifa şansının tahakkukuna meydan verilebileceği ve bu müddet zarfında meş'ut netice alınmadığı takdirde cerrahiye teslim edilmesi lâzımgelceğidir.

Tedaviyi bu itibarla tıbbî ve cerrahî olarak ikiye ayırmak lâzımdır.

Tıbbî tedavi kimyevî ve mihanikî usulleri havidir.

İntanî ve takayyüh menbainı söndürmek gayesini istihdaf eden kimyevî tedavi hâs veya gayri hâs addedilen iki sınıfta tetkik edilir. Hâs tedaviler amipli huraç halinde emetini, kaşaattan hazırlanan otovaksenleri, seroterapileri ve arsenik mürekkebatını ihtiva eder.

Yeni veya eski, iptidai veya kebedi amibyaza merbut amip huracati rievyesinde Emetin seri, tam ve kat'i bir tesire maliktir, Bir kaç günde bütün ârâz zail olur Bazı vak'alarda Emetin rievî amib yazın teşhisinde, mühim bir kısastır. Bir çok aylardanberi devam eden, muhtelif tedavilere inat eyliyen ve emetin'le heman aniyen şifa bulan vak'alarda huracın amibi menşesinde tereddüt caiz olamaz. Yalnız yeni ve hât apselerde görülen hüsnü tesir ile sebebe intikal hatalıdır. Çünkü bu gibi vak'alarda binefsihi ve hemde süratle şifa mümkündür. Mamafih bir çok vekayide amipten mütevellit olmadığı halde Emetin le nispeten batı olmakla beraber şifa görülebilir. Bunlarda röntgenle de rievî tamamîyetin te'kidi nadirdir. Amibi olmayan pek çok vekayide Emetin tesirsizdir. Etienne Bernnard'a göre amipsiz rie hurraçlarında Emetinle görülen hüsnü tesir mecmuin drenajını teşhil ile izah olunabilir. Mahzuru olmadığı halde faide memül olduğundan cerrahî istitbap hududunu tecavüz etmemek şartile (yani ilk iki ay zarfında) tecrübe etmelidir.

. . . Kaşaattan veya bezil ile alınan kıyhten yapılan otovaksenlerle bazı iyi neticeler alınmış ise de nispetlerindeki azlıkla binefsihi şifa nispeti arasında mühim bir fark görünmemektedir. Otovaksenlerin istihzarında bezil vasitasını kullanmak ise çok hatalı ve muzırdır: İntan, plevraya veya rienin civar salim nesçine sirayet edebilir. Teşhis için dahi bundan içtinap lâzımdır.

. . . Pnömonik apselerde ve kaşaatta kültür halinde pnömokok görülen vakayide Laignel-Lavastine ve Coulaud pnömokok seromundan istifade etmişlerdir. Çok güvenmemek şartile, cerrahî endikasyon zamanını geçirmemek üzere bu gibi vakalarda istimal olunabilir.

. . . Putride vekayide antiperfrengens, antivibrion septique, antistreptococcique ve antioedematiens gibi muhtelif gangren seromlarından istifade edilmiştir. Caussade ve Parisot intişar eden 37 vakanın 16 sında şifa; 24 ünde mümfet salâh; 17 sında

muvaffakiyetsizlik buldular, yevmiye 50-60 s. m. m. miktarında ve bazı müelliflere göre aşikâr serum reaksiyonu zuhur edinceye kadar yani 8-10 gün devam etmelidir. Şiryamı sezen tarikile veya putride plözelerde dahili insibap zerk tesirsizdir. Huracın bidayeti teşekkülünden iki ay zarfında istimal edilmesi şartını unutmamalıdır.

. . . Neosalvarsan ve muadillerine gelince 1925 kongresinde Parisot ve Caussade ın raporlarında 80 vakada 42 şifa, 13 salâh, 25 muvaffakiyetsizlik mukayyettir. Şifaya ait rakamlar ihtiyatla telâkki edilmelidir. B.lâda arzedilmiş olduğu gibi bunların bir kısmı muğfil sükûnlar olabilir. Bu davanın sık görülen müessirliğinin izahı muhtelifdir: Bazıları spirokete karşı hâs bir tarz ileri sürüyorlarsada Kissling ve Albrecht gibi müellifler bakteriyolojik tabiatla alâkadar olmayup umumî bulunduğu kanaatındadır. Bunlar esasen spiroketlerin rolünden şüphe ediyorlar; halbuki diğer bir çok müellifler spiroketlerin tesirine mümindirler. Arsenik mürekkebatının bunlara her zaman ve hatta ekseriya tesir etmemelerini izah için bazı müellifler fusopirillaire iştirakten, gangrenin bir veya müteaddit spiroketinin arseniğe mukavemetinden ve erken tabiki lüzumundan bahsettiler. Aynı ihtiyat tekrara şayandır; İlk iki ay zarfında istimal ve neticesine bu müddet zarfında intizar mümkündür.

Kimyevî tedavinin gayri has addedilen kısmı ise mukaşşiat, veya goménol zerkiyatı, kalbi mukaviyat, elektrargol şıngaları, tagaddî ve tebevüle dikkat gibi mualecat veya tedabirden ibarettir. Loeper in tavsiyesile yevmiye 20-60 damla miktarında verilen Teinture d'aîl in hiç olmazsa fetide koku üzerine tesiri inkâr olunamaz. Tripaflavinin veride zerki ve Almanya'da çok yapılan susuzluk kürü yani mayiatın tahdidî de bu arazi tedavilere dahildir. Yüzde 33 alkol zeriyatı veridiyesi de bu meyandadır.

Tıbbî hudut dahilinde olan mihanikî usuller, tecemmü eden cerahatın suhuletle çıkarılmasını ve cerrahin yardımına muhtaç olmaksızın tabibin malik olduğu vesaitle bunun teminini istihdaf eder. Bunlar Postural drainage, bronkoskopik drainage ve tazyikle yani sun'î pnömotoraksla drainage dan mürekkeptir.

Vekayie göre bunların her birinden hüsnü netice alınabilir. İlk safhada endikedir. Takayyüh mihrakı mukavemet ettiği ve iki ayın hitamından evvel inhilâl etmiyen vekayide bunlar tesirsizdir.

Amerikada kullanılan, ve muhtelif istikametlerde alınan Radyografilerle, kıyhî ceybin vaziyeti, « Drainage » kasabasının istikameti tespit edildikten sonra Drainage a en müsait vaziyetlerde hastayı günde bir kaç defa koymaktan ibaret olan « Drainage Posturale » ilk çıktığı zamanki şöretini çok kaybetti.

Bronchoscopique usuller Cerrahî haricinde kalan edaivi usulleri arasında en mühimmi ve revacı

günden güne artandır. Rievî intanat arasında « Endoscopique » usul fikri eskidir. Filhakika 1801 de Desault şırıyanı şezene sonda ithâl ederek devaî zerkler yapmak usulünü tavsiye etti. Saf bronchos-copie 1895 de Killian dan başlar; fakat senelerle yalnız ecnebî ecsamın ihracına münhasır bırakıldı. Chevalier - Jackson nun cihaz ve tekniği bu usulün cari olmasını ihtaç etti.

Bu tedavinin esasî apsenin tabîi yoldan drenajını temin etmektir. Bronkoskop vasıtasile kıyhî ifrazat cezbedilir ve badehu arjirol, gomenollü, ökalip-tollü züyut veya bakteri mahsulâtı; ve ceybin tahliyesine mani olan gişayı muhatının iltihabî şişmesine karşı kokain adrenalın damlatılır. Burjon varsa tazayyuk mevcutsa tevsî edilir. Becerikli ve alışık bir el bronkoskopiye bir dakikada yaparmış. Bu usul Fransaya yeni girmeye başlamıştır. Amerikada büyük hastanelerin hemen hepsinde birer bronkoskopi servisi varmış. Biz de maalesef henüz tatbik olunamıyor.

Kully 29 vak'ada 4 şifa, 19 salâh ve 3 tevakuf zikreder. Şifa bulan hastalarında 102,75,40 ve 12 seans yapılmıştı. Moore'un istatistiği yüzde 21. 4 şifa, 57. 2 salah ve 21. 4 muvaffakiyetsizlik gösteriyor. Graham bu usulle zikredilen şifaların binefsihi vaki şifalardan çok olmadığı ve Archibald da bu uzun ve yorucu vasıtalarla kıymetli zamanın kaybedilmemesi fikrinde idi, lâkin muahharan yapılan müşahadat bronkoskopik tedavide Jackson un vazettiği usul ve kaidelere sıkı bir surette riayet edildiği takdirde mes'ut neticelerin nispetinin daha çok yüksek olduğunu göstermektedir. Lemiére, Leon Kindberg ve A. Soulas'ın bu ay içinde toplanan Fransız kongresinde okudukları rapor, usulün har bir taraftardır. Muvaffakiyet gösterebilmesi için erken tatbikinde müellifler müttetikirler. Rapor sahiplerinin hât veya müzmin 53 vak'asında şifa nispeti yüzde 15 gösterilmektedir. Hât apselerde aynı ilk iki ay zarfında tatbiki lüzumuna kuvvetli ameliyat taraftarları bile göstermektedirler. Yeni müzmin vakayide 2-3 haftalık tatbik de faide temin etmezse terk etmelidir diyorlar. Eski müzmin vakayide palyatif olduğunu onlar da itiraf ediyor. Bu tedavi usulünden istifade tarzı huracın mevkiine nazaran da değişiyor. En çok müstefit olanlar parahiler veya süflî fuslarda bulunanlardır. Aynı müelliflere nazaran cerrahî devrede de mecmaî sathî olan vakayı hariç olmak şartile bu usul tecrübe edilmelidir. Şifa bulan mühim bir akalliyet haricindeki, hüsnü tesir görmeyen huraçlarda bronkoskopun elektrik bisturisine terki mevki etmesi müelliflerce kabul edilmektedir.

Mihanikî vasıtalarından üçüncüsü olan sun'î pnömotoraks netayici, derenî vakayidekilerle kabili kıyas değildir. Kasabata açılmamış apselerde tatbik etmemeği bütün müellifler tavsiyede müttetikirler. Filhakika bu gibi vakayide kıyhın plevraya boşal-

ması ve bütün rieve yayılması ihtimali vardır. Plevraya yakın olan sathî apselerde de içtinap lâzımdır. Rist ve Ascoli maruz istitbabatı olan vakayide sun'î pnömotorakstan istifade ettikleri kongrede müdafaa ettiler. Herhâlde faide görülmeyen vak'alarda uzun zaman ısrar doğru telâkki edilmektedir.

Cerrahî tedaviye gelince : Bunlardan Phrénicectomie, decollement pleuro-parietal, Thoracoplastie, Apicolyse gibiler cerrahî kollapsoterapiyi istihdaf eder. Ve bilvasıtaadır. Pnömotomie, pnömektomi ve Lobectomie (mihrakının tahribini istihdaf ederler) gibileri de bilâ vasıtaadırlar. Son fransız kongresinde bu kısmın raportörleri olan sergent, Kourilsky, Baumgartner, ve M. İselin müdahale zamanını şu formül ile tespit ediyorlar: « lüzumundan fazla erken veya geç müdahale etmeyiniz. » Bir taraftan tamamen tehdit edilmiş bir mecmaî açmakla civar nesçin intanına zemin hazırlamak ihtimalini bertaraf etmek için diğer taraftan da binefsihi şifa şansını tecrübe eylemek için erken müdahale tavsiye edilmektedir. Geç müdahale ise, mihrakın tevessüü ve sürredeki büyük ev'iye takarrübü hasebile ameliyat tehlikesini tezyit eylemektedir.

Kollapsoterapik usuller ancak esasî ameliyelerden sonra sekellere karşı mütemmim olarak tavsiye ediliyor. Filhakika Phrenicectomie'den ilk ameliye olarak pek nadiren iyi netice alınıyor. Hatta bazan hicabı hacizin ademi hareketi neticesi, kıyhın terekküdü ve intanın faaliyete gelmesi gibi muzır tesirâtı da görülmüştür.

Ekstraplöröl torakoplasti, ulvî fuslardaki sathî kehiflerde bazan müessir bulunmuştur. Amik ecvafa tesiri hemen hiç yok gibidir.

Hakikî ameliyeler mihraka doğrudan doğruya varan usullerdir. Filhakika en mantikî usul apseyi açmaktır: (*Pneumotomie*) ve icabında rienin hasta kısımlarını kaldırmaktır: (*Pnemotomie*).

Bu son usuller eskiden beri bir celsede yapılır ve pek yüksek vefiyat verirdi. *Archibald*' in istatistiğinde 70 pnömotomide 23 ölüm yani yüzde 33 vefiyat vardır. *Miller* ve *Lambert*' in 20 ameliyatında 4 ölüm yani yüzde 20 vefiyat mezkûrdur. Cephî ve profil radyoğrafilere müdahaleden evvel ve müdahale arasında sık, sık şuai kontrollar lâzımdır. Mevzii iptali his kullanılmalı, oturur vaziyette ameliyat yapılmalı, ya termokter veyahut, elektrik bisturisi kullanılmalıdır.

Muhiti cevfi teamülât olmayan eski apselerde ve mütemevvit kısmı canlıdan aşikâr ayrılan gangren mihraklarında pnömotomi sempl kifayet eder. Rionin civar aksamındaki karhavî nahrevî veyahut tekayyühi bronkopnömoni başlangıcı görünüyorsa ameliyat, mütekayyih ceybin kabili vusvl bütün aksamının rezeksiyonu ile itnam edilmelidir.

Pnömektomi; Rienin hasta nesçinin hududunda yapılan bir rezeksiyondur. Lobektomiden pek fark-

İdir, filhakika sonuncusu bütün bir fussen ihracıdır. *Sergent, Baumgartner* ve rüfekasına nazaran, rienin mahdut bir mahiyesinde tali bronşektazilerle müşterek veya gayri müşterek olmak üzere müteaddit huracat görünen bütün rie tekayyühlerinde; seçme usûl « *Pneumectomie atypique fragmentaire progressive* » usulüdür. Bunda takriben yüzde 20 olan cerrahî vefiyat kendi kendine terk edilen afetin mukadderatına nazaran çok daha azdır.

Robinson ve *Lilienthal*' in *Lobectomie* si pedikülün kitlevî ligatürile müterafık, fussen ihracından ve munassifin pedikül ribatının cidara bağlanması vasitasile tespitinden ve cerhanın kapanmasından ibarettir. Yüzde 57 vefiyat vardır, fevkalâde vahimdir. Ölüm; Ampiyem, Medyastinit, Piyopnömotorakslardır, 2-3 zamanda yapılmak suretile vefiyat yüzde 40 a indirildi. *Holman, Chandler* ve *Colly* köpeklerde tecrübe yaparak, şıryan ve veritlere ayrı, ayrı ligatür koymak ve kasabayı da kapatmak suretile ârıza görmedilerse de insanlarda ve bilhassa apse veya gangren neticesi rie nesîçleri mukavemetsiz olan vakayide tatbik olunamamıştır.

Lobectomie ideal olmakla beraber vefiyat nispetinin çokluğu hasebile şayanı tavsiye değildir.

Hülâsa : yapılacak ameliyat; apse, kollekte ise *Pneumotomie-resection*; eğer apse kollekte değilse *Pneumectomie fragmentaire progressive*'dir.

Binefsihi şifa tecrübe edilmeden evvel ameliyat tehlikesine hastaların terki doğru olmayacağı hakkındaki umumî kanaata arzettiğim vak'a güzel bir delil teşkil ettiğinden takdimi muvafık gördüm.

Literatür.

- 1 - Emrazi intaniye ve epidemiologie : Hüsamettin Şerif Beyf.
- 2 - Delamare : Spirochetose respiratoire 1925
- 3 - Depter et Sacquepee : Precis de bacteriologie p 1059
- 4 - A. Philibert : Manuel de baeteriologie.
- 5 - P. Harvier : Nouveau traite de medecine T. XI p 477
- 6 - F. Bezançon : Precis de pathologie medicale.
- 7 - Leon Kindberg : Les abcès du poumon 1928.
- 8 - Dahili tıp : Tevfik Salim paşa.

- 9 - A. Martinet : Therapeutique clinique.
- 10 - Et. Bernard, Desbucquois : Volumineuse streptococcipue du ponmon. Soc. med. des hop. de Paris 27 Janvier 1928.
- 11 - Et. Bernard : Abces gangreneuse du poumon et spirochetes Bull. de la Loc. med. 11 mais 1928 p 727.
- 12 - Bezançon : Etude clinique, microbiologique et histopathologique d'un cas de gangrene pulmonaire à spirochete. Bull. Soc. med. des hop. de Paris 20 mais 1927.
- 13 - Comby : Pleuresie interlobaire et abces du ponmon Soc. med. 25 mars 1927
- 14 - Eschbach : Abes du ponmon gueri par evolution spontanee Soc. med. des hâp. de Paris 9 decembre 1927
- 15 - R. Kourilsky : Les abces du ponmon et pleuresie interlobaires Aicy, med. chir. app. respir. 1927 No. 4
- 16 - E. Sergent et Bordet : Les abces grngreneux du ponmon d'origine bucco-plarynge Aca. med 3 Juin 1926
- 17 - Muzaffer Şevki B. : Ouatre cas de suppurations Pulmonaires pudrides traites medicalement et par le pneumothorax artificiel : Eull. de la soc. des hâp. Paris N 29 - 1931.
- 18 - Sergent, Bordet, H. Durand : Exploration radiologique de l'appareil respiratoire fascicule 11 P 270
- 19 - Landau, Feigin et Bauer : Sur le traitement efficace des processus purulents pulmonaires a l'aide de injections d'alcool à 33, 100 Press. med. 11 avril 1931 p. 523.
- 20 - Suppuration pulmonaire à type d'abces putride d'emblées avec polynevrite. Traitement par injections intraveineuses d'alcool à 33, 100 Lagnel - Lavastine et P. Gorge : Bull. de la soc. des hop. de Paris 1932 No. 24 p. 1184.
- 21 - E. Sergent, A. Baumgartner et R. Kourilsky : quelques considerations surles indications respectives de la pneumotomie et de la pneumectomie partielle dans le traitement des abces du poumon. Press. med. 1931 No. 80.
- 22 - E. Sergent, R. Kourilski, et R. Gessen sur l'image radiologique de labces putride du poumon. Bull. de la soc. des hop. de Paris 1932 No. 21
- 23 - Presse med. 1932 No. 35 Congres français de mecine
- 24 - Jean Cathala et A. Stree : Gangrene et abces du poumon traite par la bronchoscope Bull. des hôp. de Paris 1931 No. 35.
- 25 - A. Lemierre, A. Laport et D. Mahoudeau - Compyer : Septicemie colibacillaire post abortum. Pyo - pnenmothorax putride fistulise dans les bronches; Guerison, Bull. de la soc. des hop. de Paris 1932 No. 1.
- 26 - M. Loeper, A. Lemaire et P. Soulle : L'exploration transthoracique des abces du poumon soc. des hop. de Paris 1932 No. 9.

Kayseri Memleket hastanesi Cerrahî Servisinden :

Şef : Operatör Şerif Korkut.

Muhiti şiryani bir sempatektomi ile alınan devamlı bir netice dolayısıyla.

Dr. Şerif Korkut.

Şifada teannüt gösteren ve hastayı da hekim gibi usandıran bazı etraf emrazının tarzı tedavileri meyanına sempatektomi peri arteriel de icra edilmekte olduğundan cerrahî, cildi emrazı etrafta müteaddit sempatektomiler muhtelif maksatlarla tarafımızdan da icra edildi. Heman ekserisinde ilk parlak netice alınabildi, fakat bil'ahara netayicin aldığı şekli tesbit imkânı olamadı. Yalnız bir vak'amız iyi takip etmek imkânını bize bahşetti ve hasta müteaddit defalar tarafımızdan görülmek üzere geldi. Ameliyattan tam iki sene sonra gelişinde bir nüks yoktu. Yapılan davetleri kabul etti. Bu hasta devamlı netice noktai nazarından hususiyet gösterdiğinden neşrini muvafık buldum.

Vakamız Bekir oğlu Ahmet adında, 25 yaşlarında (protokol No. 9472) Kayseri merkezine tabi bir köyden-dir. Hasta tabiat ile amputatioña uğramış, her iki ayağındaki kapanmayan yaralardan ve tahammülü bazan güç ve hafif şekilde her vakit mevcut ağrılardan müşteki olarak her yeni gelen hastane hekimlerine müracaat edermiş, hekimleri dolaşmış ve bir fikir tanışır bazan vasaya hazan mualecat ile bir müddet vakit geçirirmiş

Vazife yeni başladığımdan bittabi bu meyanda bানাda kendini gösterdi ve berayı müşahede servise yattım. Müşahedesinde : onbeş sene evvel köyünde şiddetli bir kış zamanı dışarda kalmış her iki ayağında incimat husule gelmiş, şiddetli ağrılarla köyünde yatmış ayak parmakları ayağın nısıfı kuddamisine kadar evvelâ koyu mor, bilahara siyah bir şekil almış. Temas ettirmemiş hiç bir tedavi tatbik olunmamış ve anladığını hulâsa ederseniz irah hattı teessüs etmiş bir ayağında lisfrank ve diğerinde şopor mafsasına yakın muhiti kısım mumifiye olmuş, zamanla kemikler kararımış, meydana çıkmış, binefsihi amputationâ kadar ilerleyen vak'a bilahara ciltle örtülmüş, uzun süren ve yatan hastalıkla hasta yürümesini unutmış ve bil'ahara yavaş yavaş koltuk değneklerle yürümeğe başlamış, ağrılar hiç bir zaman azalmamış fakat yaralar iyileşmiş ve bil'ara yürümeğe başlayınca derilerin kemikler üzerini setr eden kısımlarında ve bazı bazı merkezi aksında ciltte yaşaran yaralar belirmiştir. Bu yaralar bazan iyi olur bazan da tekrar açılmış. En nihayet hali hazır vaziyeti teessüs etmiştir. 7, 5, 4 sene evvel dört beş sene evvel talas Amerikan şifa yurduna ve Kayseri memleket hastanesine Yozkat ve Kirşehir hastanelerine gitmiş. İlaç vermişler, vasayayı tıbbiyede bulunmuşlar, merhem tedavisine terk etmişler. Protein tedavisi ve bu meyanda bir defa lues tedavisine maruz kalmış. evli değil, sigara içmiyor, diğer mükeyyifat kullanmıyor. Basit bir teayyüşe ve basit bir seyri hayata malik, her iki bakiyei kadem caniplerinde ve zehrında bir çok nedbeler ve bir kaç ufak karahat var. Hasta muntazaman yürüyemiyor ve yürüyemeyişini ağrılara bağluyor.

Hastaya muhafazakâr tedavi tedavi tatbik edildi. Bir salâh görülmeyince ihzarî bir tedaviden sonra yalnız bir tarafına lokal anestezi ile muhiti şiryani sempatektomi ameliyesi icra edildi.

Şiryani fahzi iskarp dahilinde 9 - 10 santimeire tulinde deruhde edildi ve kamisi asabisinden tecrit edildi. Ameliyattan evvel hastanede kaldığı günler müsekkinatsız muntazam uyuyamayan hasta rahat ve muntazam uyuyordu. Her iki taraftaki yaraları iyi oldu, ve ağrılardan ameliyattan sonra eser kalmadı.

23 - 7 - 1931 de cerrahî ameliyesi iltiyam bulmuş ve yaraları iyi olmuş olduğu halde taburcu edildi.

Basit olarak cümlei sempatiyye cerrahisinden bahs olunduğu zaman ilk kavrayışta muhiti şiryani sempatektomi ve sonra istisali ukadati sempatiyye ve rami kominikanın rezektionu hatıra gelir.

Fiziyolojik esaslar, endikation vaz'ı ve bilhassa pratikte cerrahiye alâkadâr eden muhtelif metodların kabiliyeti tatbikiyyesi hakkında iyi bir fikir alabilmek için muhtelif münakaşalara lüzum vardır.

Cümlei sempatiyye cerrahisinde elde edilen iyi neticeler bir çok mesailerin, tebliğ ve neşrine saik olmuştur. Fakat ameliyelerin esas kıymeti hakkında daha henüz ittihadı efkâr mevcut değildir. Halen dahi bu nevi ameliyenin icrası için büyük bir taktirkârlık diğer taraftan tamamen red edilmek gibi memnuniyetsizlik arz eden gruplar vardır. Bunların arasında muhafazakâr bir sınıf da mevcuttur. İşte bu noktai nazardan ihtisas gazetelerine mevcut hususî mesailerin birlikten uzak oluşu dolayısıyla pratikte müşkül bir vaziyet tahaddus ediyor demektir. Cümlei sempatiyye cerrahisi sahasında muayyen endikationlar mevcudiyetinde iyi neticeler müşahede edildiği malûmdur. Fakat halâ günün mes'elesini teşkil eden sual şudur : Hikâye edilen neticeler daimi netice olarak telâkki edilebilir mi ? ve muhtelif metodlarla yapılan tecrübeler sempatikus ameliyelerin cerrahide bir mevki işgal etmesine kâfi midir ? Peri arteriel sempatektomi : Leriche indikaton sahasını büyültmeğe çalışırken Friedmann şahsî müşahedeleri neticesi olarak tehlikeli olmayan ve yalnız palyatif periarteriel teklif ve tavsiye ediyor.

Roux bu nevi müdahalelerin devamlı kıymeti hakkında isviçre cerrahları arsında yapmış olduğu bir anketten sonra tamamen periarteriel sempatektomiyi red ediyor. Ve bu ameliyatı bir karınca yuvasına bastonla vurmağa benzetiyor.

Enderlen dahi ancak geçici bir netice elde etmiştir.

Kirschner 1924 te demiştir ki indikationun ve neticelerin izahı için daimi neticelere; aldatici başlangıç neticelerden ziyade kıymet vermek lâzımdır. Bunların tenevvuuna sebep her halde erken nikbinliktir, Çünkü başlangıç neticeler kendilerini güzel bir ziyada gösterirler diyor. 20 aya yakın Kirschner kliniğindeki sayımda her hangi bir endikation dolayısıyla periarteriel sempatektomi yapıldığını görmedim. Hatta bir defasında benim gibi ecnebi ve fahri bir asistan olan Nessman (ki Strasburg dan Lerich e in asistansı imiş) gayet bariz bir endikation dolayısıyla klinik asistanı Stör e burada sempatektomi yapılmaz mı diye sorduğunda burada Lerich ameliyyesi yapmayız dediklerini hatırlarım.

Reynaud hastalığında muhiti şiryani sempatektominin neticeleri hakkında çıkmış olan tebliğat ve neşriyat yığımlarcadır. Ameliyatı müdafaa eden müelliflerin muvaffakiyetleri bu hastalıkda dahi itihata göstermez. Demek oluyor ki ya esas sebep muhtelif, veyahut netice müdahaleye merbut değil. Fazla olan residivlerden denilebilir ki bu maraza sebebiyet vermiş olan mihanikiyyet müdahale ile hiç inkitaa uğramamıştır.

Sklerodermi de şifa neticeleri bir çok defalar şirdicidir. Çünkü bir çok defalar birdenbire tevekkuftan sonra fenalaşan safahat yüz gösterir.

Erythromelalgie de Brännig ve Lerich muhiti şiryani sempatektomiden sarfı nazar edilmesini teklif ediyorlar. Malûm olduğu veçhile bu hastalıkta spasmlar değil tevessû etmiş via mevcuttur.

Cilt hastalıklarında daimi neticeler malûm değildir.

Peri arteriel sempatektomi ile bir Röntgen karhasının kat'i tedavisi daha henüz görülmemiştir. Mal perforant da daimi neticeler maalesef alınmamıştır. Demek oluyor ki dakik bir müşahede ile hiç bir başlangıç ve ya kat'i gangren vakasında periarteriel sempatektomi vasıtasile muhakkak surette tedavi edilmiş olduğu görülmemiştir. Bir çok defalar söylenen seri demarkation bir netice için kat'i değildir. Hiç bir vakada muhiti şiryani bir sempatektomi ile bir amputationdan sarfı nazar edilmemiştir. Hatta bir çok müelliflerin zikr ettiğine nazaran mütekatti topallıklarda dahi fena neticelerden bahs edilmektedir. Periarteriel sempatektomi ile tek tük husule gelen müsait tesirler yukarıdaki mezkûr fenalaşmağa karşı bir iddiayı isbat edemezler. Bu metodun tatbiki neticesile bir vakada daimi bir şifa söylemek gayri kabil olur.

Eppendorf cerrahi kliniğinden Wilhelm Rieder in cerrah mecmuasında ki neşriyatına nazaran üç senedenberi müşahede altında bulundur-

makta olduğu nezfi kilve alelâde bir sistoskopiden sonra durmuştur. Keza başka böbrek hastalıklarında periarteriel sempatektomi yapılmıştır. Fakat daimi şifa hakkında malûmat yoktur. Neşriyatı serpilmiş olan teknil peri arteriel sempatektomi yapılmış vakaları müttehit bir şekilde bir araya toplamak imkân haricindedir. Periarteriel sempatektomi yapılan vekayin netayicini bir araya toplamağa gayret edersek o zaman denilebilir ki bazı güzel neticeler ve şifai daimler tebliğ edilmiş olduğu görülür. Fakat vaso-motorik arızaların şifa ve tedavisinde ne derece bir rol oynadıklarına ve ya arızaya sebebiyet veren marazların (ekzogen, endogen sebepler) binefsihi tedavi edilmiş oldukları görülemez. Ve bir araya cem edilemez. Neşr edilmiş olan bir kaç daimi neticeler hiç bir mikyasta periarteriel sempatektomi yapılarak ancak muayyen bir müddet için iyileşmeler veya fena neticeler değildiler. Tehdit edici bir gangrende bir betre hiç bir zaman kat'i surette muhiti şiryani sempatektomi vasıtasile mümanaat edilmemişti.

Lehmann tarafından nefrektomiden sonra angiospasmus olarak tavsif edilen vakada periarteriel sempatektomi ile elde edilen şifada da kat'i değildir.

Roedelius buna benzer bir vakada -ki evvelâ amboli denmiştir - binefsihi şifa görmüştür. Zikr edilen serpmeye bazı müşahedelere nazaran müspet menfi neticelerin arasında mevcut mukayesede şifalar ancak tesadüf eseri olarak telakki edilmesi lâzımdır. Ve hatta aynı maraz, aynı usul, aynı çerrah eli dahi olsa. Leriche ve Brännig vaso motorik ve trophik angiospasma sebebiyet veren teharruşî halatta sempatektomie düşünmüşlerdi. Peri arterielle sempatektominin tesiri uzun sempatik ve vaso konströktör yolların inkitama istinat ediyordu ki bunlar avortdan ev'iyyei şiriyyeye doğru mütemadi olarak seyrediyorlardı.

Dakik bir şekilde yapılmış olan anatomik ve experimental tecrübelerle ve nazari düşüncelerle muhite doğru gelen hiç bir periarteriel devamlı ve sempatik elyafı asabiye yok olduğunu Langley, Wiedhof, Schilf, Hirsch göstermişlerdir ve etrafın eviye ve aşabı daha ziyade muhtelit asaplarda seyr ederler ve segmenter bir şekilde şerayine doğru gelirler. Magnus ve Rieder in söylediklerine göre experimental tecarip şu neticeye varmıştır. Peri arteriel nescin neşri diğer reseksionlara nazaran yara şifası safahatına ve insanda kapiller, mikroskopik tabloya hiç bir tesirleri yoktur.

Teknil bu anatomik ve experimental, fisiyolojik muayene neticeleri nazari itibare alınırsa o zaman şu nihai netice verebilir. Leriche ameliyatı yanlış telâkkilere istinat etmektedir. Sempatik

nerv sistemlerinin hastalıklarında fizyolojik bir tedavi usulü olarak kabul edilememektedir.

Bu telekkinin Wilhem Rieder tarafından tebliği zamanındanberi bir çok kliniklerde sempatektomi ameliyesi icra edilmemektedir. Holst, Kuttner, Rieder, Matons, Kreuter, Milko, Mühsam, Schmiedhüber, Hilse taraflarından bu ameliyatın tehlikesiz de olmadığı işar edilmiştir, nezif, tromboz ve daha hafif arızalar ihtilâat olarak zikr edilmektedir.

Stahl vasa-vasorum in eksilmesinden dolayı arteriosklerotik eşhasta cidarı vianın tağdiyesi teşevvüşe uğrayacağı zikr edilmektedir.

Südek ve diğer hocalar kısaca arzettiğim bu esbaptan dolayı periarterielle sempatektomiye cerrahide

bir mevki vermekten ferağat etmektedirler. Söylenilen daimî şifayı kontraktürlerin çıkarılmasından değil ancak eviyeye refakat eden afferent nuhai tarihin taharrüşünden ve muayyen bir refleksin hiperemiye sebep vermesindedir denilmektedir.

Hatta Südek kliniğinin neşriyatından üç karhai saklı vak'a iki sene müddetle hiç bir şifaya meyil göstermemişlerdir ve bunlara sonradan sıfaki adaleye kadar yapılan 10 santimetre kadar tuldeki bir şak şaşırtıcı şifa temin etmiştir. Her taharrüş hiperemisi (fizikal taharrüş tedavisi) dahi buna benzer. Neticeleri garanti eder. Ve hatta peri arterielle sempatektomide ki tehlikelere sebebiyet vermeden sancıları izale eder. Yalnız taharrüş gayet tesirli olmalıdır ve sık sık tekrar edilmelir.

Konya Memleket hastanesi dahiliye Servisinden :

Şef : Dr. Ahmet İhsan.

Ademi kifayei deveran vakalarının tâkibinle basophil teşekkülâtı haiz erythrocyt'ler nisbetinin kıymeti.

Dr. Ahmet İhsan.

Basophil noktalı teşekkülâtı haiz küreyvatı hamranın çoğalması, uzun müddet yalnız kurşun tesemmümü vakalarında aranılıp bulunan bir hematologik tezahur addedilmekle kalmıştı. Basophil noktalı küreyvatı hamranın kurşun tesemmümü ile spécifique bir alâkası olmadığı, bunların daha ziyade muhtelif kansızlıklarda kan tagayyürünü intaç eden muhtelif şaraitte hemopoetik âzânın regeneration göstererek imâl ettiği polychromatik küreyvatı hamradan ibaret olduğu son senelerde dikkati celbetti. Filhakika, kurşunla tesemmüm vakalarında dahibasophil teşekküllü küreyvatı hamranın nisbeti, ortada mevcut anemie halinin dereceyi şiddetiyle mütenasip bir kemmiyet gösteriyor ve «tesemmüm» safhasına girmeden evvel de kansızlık halleri irae eden kurşunla çalışır amele de basophil teşekkülü küreyvata (= Bas. teş.) oldukça mebzulen tesadüf ediliyordu (Penkert, Schilling, Schmidt).

Kan teşekkülünün mütegayyir hali taharrüşüne delâlet eden basophil ve polychromasi'li küreyvatın tezayüdü, klinikte üç gurup marazî şaraiti hatırlatmakla calibi dikkattir: 1) Gizli ve mükerrer nezifler: karha, evramı basuriye, tümörler. -2) Müzmin fakruddemler: Kan hastalıkları, bazı ifrazı dahilî teşevvüşleri, endokarditis lenta, septik vetireler, dahilî firengi, kurşun tesemmümü, malarialaria. -3) Deveranda muavaza bozukluğunu intaç sureti ile beden kandan intifasını tenkis eden (ya-

ni beden hucrelerinin O₂ ihtiyacı kâfi derecede tatmin edilemeyen) kalp ve teneffüs cihazı afatı.

Sonuncu gurup meyanında, muavazası bozulmuş kalp hastalarının hususî bir ehemmiyet aldığına calibi dikkat neşriyat mevcuttur. Filhakika, esas itibarile beden O₂ tevezzünün noksanına ait iğtıda teşevvüşleri ile izah başlanan ademi kifayei deveran hastalarında, müvellidi dem âzâya, fazlalaşan O₂ ihtiyacını tatmine mükkel taze küreyvatı hamranın yeniden yeniye imali vazifesi düşer. Ve işte bu yeni fartı faaliyet esnasındadır ki muhit kanında basophil hubeybeli genç erythrocyt'ler meydan alır.

Biz, literatur'de tespit olunan bu hakikatten ilham alarak muhit kanında görülen bu basophil teşekküllü küreyvatı hamranın (= bas. teş) miktarı ile deverandaki vazifevî kifayetsizliğin (diğer bir görüşle: tatmin edilemeyen O₂ ihtiyacının) arasında kemmi bir münasebet olup olmadığını araştırmayı düşündük. Ve ademi kifayei deveran tablosu ile servisimize giren bir kısım hastalarımızın kanında bas. teş. nisbetini seri halinde takip ettik. Hastalarımızı daima muayyen bir şemaya göre tedavi ederek muayyen fasılalarla (ve daima tedavi sisteminin muayyen safhalarında) bu bas. teş. miktarını yan yana not ettik. Bu suretle, vaka salah ve muavazaya doğru gittikçe bas. teş. lerinde bununla muvazi olarak azalıp azalmadığını ve binnetice bu hematologik usulü muayenesinin kalbi bozuk hasta-

ların seyir ve inzarını tayin için kullanılıp kullanılmayacağını tahkik etmek istedik.

Aşağıda tespit edilen dokuz hastanın kanında bas. teş. nisbeti Schilling'in kalın damla usulü ile tayin edilmiş ve hastalar daima aynı şeraitte müşahede altında bulundurulmuştur.

Mevzîi tagayyürü teşrihi ve dexam afetinin tabiatı her ne olursa olsun, muvazası bozulmuş ve ademi kifayei deveran tablosu maruf alâmetiyle teessüs etmiş kalp hastalarını servisimizde bermutat 33 gün yatırmakta ve hususî bir istitbap görülmedikçe bunların hepsine şöyle tedavi şeması tatbik etmekteyiz. Hasta servise girdiği gün zorlu bir müşhil, arkasına kanlı vantuz tatbik olunur ve:

1, 2, 3 üncü günler dahili verit yarım miligram Ouabain (20 cc. Hypertonik Glycoseserumu ile, yüzde 30).

4, 5, 6 inci günler ağırdan 1 Gr. Theobromin ve 0.10 Centgr. Kafein.

7, 8, 9 uncu günler yevmî 30 damla binde bir diğitalin mahlülü,

10, 11, 12 inci günler 1 Gr. Theobromin, 0.10 Gr. Kafein.

13, 14, 15 inci günler yevmî 20 şer damla strophantus sıbğı.

16, 17, 18 uncu günler 1 Gr. Theobromin, 0.10 Gr. Kafein.

19, 20, 21 inci günler yevmî 30 ar damla binde bir diğitalin mahlülü.

22, 23, 24 duncü günler 1 Gr. Theobromin ve 0.10 kafein.

25, 26, 27 inci günler yevmî 20 şer damla strophantus sıbğı.

28, 29, 30 uncu günler 1 Gr. theobromin ve 0.10 kafein.

31, 32, 33 üncü günler yevmî 30 damla diğitalin mahlülü.

Bunun haricinde 11, 17 ve 21 inci günler zorlu müşhil ve 6, 20, 32 nci günler kuru vantuz yapmaktayız. Bu şeraitte tedavisi takip olunan hastaların 1, 6, 12, 24 ve 33 üncü günleri kanı alınmış ve bas. teş. nisbeti tayin olunmuştur.

C E T V E L :

| Hastanın ismi ve yaşı | Protokol No. | Kalın damlada bas. teş. nisbeti | | | | | Seriri netice |
|-----------------------|--------------|---------------------------------|--------|---------|---------|---------|---------------|
| | | 1. gün | 6. gün | 12. gün | 24. gün | 33. gün | |
| Ömer (50) | 111 | 15-18 | 10-12 | 8-10 | 3-8 | 2-5 | Muavaza |
| Hasan (34) | 164 | 12-15 | 12-15 | 5-8 | 3-4 | 1-2 | Muavaza |
| Habip (23) | 163 | 12-16 | 8-12 | 3-5 | 3-4 | 1-3 | Muavaza |
| Ali (51) | 234 | 18-20 | 15-20 | 10-12 | 3-4 | 2-4 | Muavaza |
| Süleyman (55) | 234 | 8-10 | 5-8 | 8-10 | 6-8 | 3-6 | Muavaza |
| Yakup (50) | 342 | 8-10 | 8-10 | 5-8 | 0-3 | 0-2 | Muavaza |
| Mevlüt (59) | 485 | 20-30 | 10-15 | 5-8 | 2-5 | 2-3 | Muavaza |
| Halit (76) | 472 | 5-8 | 2-5 | 0-3 | 0-2 | 0 | Muavaza |
| Mustafa (33) | 655 | 10-12 | 6-8 | 0-2 | 0-2 | 0-2 | Muavaza |

Bir cetvel halinde tesbit ettiğimiz bu neticeler bizi ademi kifayei deveran hastalarında Bas. teş. nisbetinin tayini ile inzarcı kıymetli hükümler çıkarabileceğimiz kanaatine sevketti. Filhakika, vakalarımız tedaviden istifade gerek ademi kifayei deveran alâimi çözüldükçe beher sahaya düşen bas. teş. adedi de azalmıştır. Esa-

sen hiposistoli alâimi hafif olan 8. vakanın haricinde, hastalarımızın hiç birinde bas. teş. nisbeti sıfıra inmemiştir. Bu zahiri alâmetleriyle teessüs eden muavazaya rağmen hastaların tedaviye devamı lüzumunu gösterecek mahiyettedir.

Aldığımız neticeyi literatürde buna mümasil bir mesâiye tesadüf edilmemesi ve müteakip taharriyatta yol açması itibariyle şayanı neşir bulduk.

Konya Memleket hastanesi hariciye Servisinden :

Şef : Dr. Asil Mukbil.

Mükerrer bir insidadı Ema vak'ası.

Dr. Münir Ahmet.

Hastamız Piriştine muhacirlerinden Ereğlide mukim 40 yaşında H. zevcesi Z. Hanım protokol: 189. Birinci defa olarak 12 - 3 - 1931 tarihinde hastanemize 4 gün evvel başlayan şedit karın ağrılarıyla müracaat ediyor. Bu ağrılar tedricen artıyor, karnı geriliyor, defî tabii ve gazat tevekkufu görülüyor bidayette gıdaî, bilâhare safravî ve siksik tekerrür eden kayatla başlıyor. Batın balone, ema harekâtı, cildi batın altında feressüm ediyor. Lavman yapılmış sevkolan su ancak bulanık olarak çıkmış, gaz ve mevaddı gaita çıkmamıştır.

Ileus teşhisile fethi batna karar verilerek chloroform hadri tahtında cevfi batın hattı mutavassıt üzerinde fevk ve tahtessürrevî olarak açılıyor. Kolon çerçevesinin hey'eti umumiyesile ve emayı rakikanın kısmı âzamanın gazatla memlu olduğu, vaziyeti teşrihiyei asliyelerini gaybederek havsalaya dökülmüş mide ve serpte aynı suretle sukut etmiş ve sigmoit hizasında kolon mihverî kebirî üzerine tedevvür etmesile bükülmüş olduğu görülerek vaziyeti asliyesine irca olunmuş, emadaki gazat rektum tarikile tardedilmiş, ema vaziyeti teşrihilerine getirilerek cevfi batın kapatılmış ve yara iltiyamı ula ile tenedüp ederek hasta 30 - 3 - 1931 de şifaen hastaneyi terk ediyor.

Takriben 15 ay sonra hasta 10 - 6 - 1932 tarihinde aynı ârazla tekrar hastaneye müracaat ediyor. Protokol No. 491. Bu defaki müracaat ileus ârazının başladığının beşinci günü vuku buluyor. Muayenesinde; yine ileuse karar verilerek yine aynı netbe mahallinden batın açılıyor, ema ve kolon yine aynı vaziyette bulunarak vaziyeti teşrihilerine iade edilerek gazat tart, tekrar batın kapatılıp 11 - 7 - 1932 tarihinde şifaen hastaneyi terk ediyor.

Üçüncü müracaat 17, 18 - 7 - 1933 gecesi vuku buluyor. Protokol No. 1084

Ereğliden trenle gelip hastaneye müracaat ediyor, beş gün evvel yine karnında bilhassa sol hufrei harkafiyesine doğru şiddetle münteşir karın ağrılarıyla başlıyor, bidayette gıdaî bilâhare safravî ve fekaloit şekil alan kaylarla defî tabii ve idrar olmamasından, karnının şişliğinden sık sık gelen sancılardan şikâyet ederek gece hastanemize yatırılıyor. Muayenesinde : mütemadi öğürtü ve kerik kokulu sâfravî kaylarla hasta bitik bir vaziyette güç hâl ile konuşuyor; dil kuru ve pash çehre solgun, dudaklar morumsu, gözler çökük,

nabız 110 - 120 arasında dolgun değil fakat muntazam, hararet 37 . 2, fazla sancı, hafif hıçkırık mevcut, sonda ile mesaneden takrihen 150 gram kadar idrar alınıyor. Kalp mihraklarında sedalar normal, cihazı teneffüsde sahai teneffüsü daralmış ve rieler çok yukarı itilmiştir, ısga ile zeirâtı teneffüsiye normal ve sathîdir.

Batın muayenesinde: teftiş ile batın çok şişkin teressümatı viaiye ve miaiye mevcut, sürrenin tabii hüfresi gayip olmuş, batın gergin, cilt kuru bir haldedir; ces için batna doğru elimiz yaklaşırken hasta ağrısının daha fazlalaşacağından korkarak şikâyet ediyor. Bütün batın ces ile aynı derecede vecanâk, kar ile batnın her tarafında tenpanizm alınıyor, asammiyeti kebetiye hafei dihyeden çok yukarıya çekilmiş, tahal, kilyeler, halıpler kabili ces değil. Kan muayenesinde lokosit adedi artmamıştır, sonda ile alınan idrar muayenesinde eser albümin ve endikan mevcut, hastanın antesedanında iki defa ileus vakasının mevcudiyeti ve muayene ile bulunan âraz bu defa da bizi aynı teşhise sevk ederek aynı gece müdahaleye karar verildi.

Müdahale yüzde 1,5 stovaine ile mevzi ibtali his yapılarak solda pararektal şak ile cidarı batın açıldı, kolon gazatla şiddetle gerilmiş ve bütün batın işgal ederek hicabı hacizi itüp sadra doğru ilerlemiş, sini harkafî mesosigmoidite adhêsive dolayısıyla kolaylıkla tedevvüre duçar olarak ihsidadı husule getirdiği anlaşılmiş, sini harkafî çevrilmiş, muhtevisinin serç tarikile çıkması temin edilmiş ve sini harkafî mezosu üzerindeki iltisakat mümkün mertebe ayrılarak tekrar insidadı husulüne mani olmak üzere hastanın ahvali umumiyesinin ademi tahammülüne binaen rezeksion yapılmayarak pararektal 10 santim imtidadında sigmoidopeksi yapılarak cidarı batın tekrar kapatılmış, ameliyattan evvel olduğu gibi muahhar tedavi olarak hastaya dahili verit ipertonik tuz mahlülü ve serum fizyolojik, zeyti kâfur ve kafein strichnin şıngalari yapılmış ve hastamız şifayı tam ile 15 inci günü üçüncü defa olarak hastanemizi terk eylemiştir.

Hastanın oldukça geç ve 2,5 senede üç defa olarak 4 nci 5 nci günler ileus ârazile hastanemize yatması; ve insidadı ema vakalarında ölüm vukuatının ziyade olmasına rağmen üçünde de hayatının kurtulmuş bulunması, enteressan görülerek vakamızın arzına sebep teşkil etmiştir.

H a l i h a z ı r l i t e r a t ü r ü n e u m u m î b i r n a z a r .

1. - D A H İ L İ H A S T A L İ K L A R .

Digital'in istitbapları hakkında:

(Med. Klin. Nr. 9 - 17, 1933). Elyevm fikirlerde ittihat olmadığı, Prof. Brandenburg'un açtığı umumî bir anketten anlaşılmaktadır :

Viyanalı Prof. N. Jagiç: Kalb zâfı olmadığı halde bile vakî olarak digitali pnömonilerde, ağır ameliyelerde, kinin ile birlikte hipertireozlarda, muavazalı dexam kusurlarında (ayda 2 defa 2 — 3 gün) vermektedir.

Prof. Th. Brugsch: Rie anfizeminde, kifoskolyozda, bronşyektazide, pnömonilerde ancak kalb zafı alâmi zuhur ederse kullanıyor. Buna mukabil faaliyeti kalbiyesi yolunda olan hipertireozlarda kullanmıyor. Rie anbolisinde digitalin mutlaka istibabı vardır. Hummevî intanlarda kalb zafı nabız adedinin birden fırlaması ile, kan tazyiki nin düşmesi ile, nihayatin siyanoze olup soğumaşı ile evvelâ üzeynlerin büyümesi ile ilh. kendini gösterir. Humma esnasında daha ziyade digital miktarlarının lâzım olduğu şayanı ihtardır. Bazan, nekahette, hasta yatağını terk ettiği sıralar da kalp yolunda çalışmaz. El'an bir büyüklük varsa veya kan cereyanının bataeti neticesi seddada teşekkülü için bir istidat varsa, şiddetli digitalize etmek lâzımdır. Kalp yolunda çalışmakta iken vaki olarak digital vermek doğru değildir, çünkü, derhal tesirini gösteren strofantine yol kapatılmış olur. Hunnakı sadırda, eviyei ikliliye teşennüçlerinde kalp ihtişasında ilh. digital, en hafif ademi kifaye alâmetleriyle beraber, eviyei ikliliyeyi tevsî eden edviye ile teşriken (veridi olarak öfillin, nitritler, pürin sınıfından müdrirler) verilmelidir.

Prof. Pels Leusden dahi digitali ancak ademi kifaye halinde veriyor. Digital sağlam kalpte ekstrasistollerini davet edebiliyor. Hipertireozlarda, ve ademi kifayeden ileri gelmiyen sair taşikardilerde digital daha ziyade muzaddı istitbaptır.

Prof. E. Edens: Digital yalnız dahamede ve aynı zamanda mevcut olan ademi kifayede müessirdir. Strofantin sistolü, dahamesiz ademi kifayede dahi teshiledir. Binaenaleyh digitalin normal kalplerde ameliyattan evvel istitbabı yoktur. Ani kalp zâfında «intanlar meyanında pnömoni, verit trombozların ilh.» Strofantin muvafıktır.

Prof. R. Schmidt: Normal kalbi vaki ola-

rak digitalize etmek (ameliye, pnömoni ilh.) maksatsızdır, İntaî toksik hastalıklarda deveranın daha ziyade muhitî olan zâfına karşı digital bir faide temin etmez. İntanı olan adaleyi kalbin iltihabî mihraklarında digital hatta zarar bile verebiliyor (PR. fasılasını büyümesi, ekstrasistollar, buteyn fibrillasyonu, taşikardi parokzismal). Bir Amerikan istatistiğinde digitalize edilen pnömonilerde yüksek vefiyat göstermektedir. Tireotoksik ve nörojen takikardilerde digitalin yalnız kalp zâfını (rükudet ârâzı) ve fibrillasyonda istitbabı vardır. Şıryanı iklili trombozunda muzaddı istitbaptır, çünkü mühlik bir buteyn fibrillasyonunu davet edebilir.

Prof P. Morawitz: Esas itibariyle aynı fikirdedir. Digital yalnız ademi kifayede müstetaptır, hatta bijemini ve telemi kalb bloku olsa bile yine bilâ şart verilmelidir. Hat intanı hastalıklarda hemen kaideten bir miyokardit zuhureder. Ademi kifaye yokken, acil ve mücbir bir sebepsiz olarak yeni hastalanmış bir uzvu fazla bir iş için mahmuzlamak caiz değildir. Şıryanı iklili hastalığında digital ihtiyat ister. Tasallübî mihrakların tahriş tesiriyle ekstrasistolik takikardi zuhur etmiş ise digital tehlikelidir. Çünkü o aynı zamanda tenbihi nakleden merakizi de tahriş eder. Kalbin ihtişasının hat devrinde digital saniyevî mevti kalbiyi intaç edebilir.

Prof. N. Guleke: Bir çok senelerdenberi her ihtiyar adama büyük ameliyeden bir buçuk gün evvel yevmiye üç defa 20 damla digipuratum veriliyor. Keza mumaileyh, pnömonilerde ve septik hâlatta vaki olarak digital itasından daima faide görmüştür. Amboli tehlikesi, yeni trombozlar, ilh. digital için muzaddı istitbaptır.

Prof. W. Nonnenbruch: Bir dekompanasyon ihtimali varsa bir ameliyeden evvel digital itası muvafıktır (yüksek tazyik, dexam kusurları, miyokard afeti ilh.) Hat intanlarda, veridi olarak strofantin itasını serbest bırakılmalıdır, yani digital verilmemelidir. Kollapsta, yani muhitî viaî zaafıta fazla ilâççılık yerindedir ve caizdir: Koramin, striknin kafein, simpatol. İcabedersa bunlar veride devamlı zerkolunur, ve Co₂ ve O₂ inhalasyonunu ilh. Koramin ve kardiazol teneffüs ve vazomotör merkezini (kâfur tesiri) tenbih ederler. Fakat bunlar kalp ilâcı, ve binaenaleyh digitalin yedêği değildirler. Digital kalp zafı ile müterafık hipertireozlarda, hipertönide ekseriya pek muvaffakiyettir. Muavazalı dexam kusurlarında ve hipertöninin tehdidî altında olan kalplerde vaki olarak

mütekattü surette digital itası ekseriya faidelidir. Keza yüksek tazyikli hunnaki sadırda da böyledir Bunda aşikâr ademi kifaye ârâzî mefkut olsa bile strofantin + öfillin + Glikoz mahlutunun veride zerki muvaffakiyetbahşır. Aynı şey eviyeyi ikililiye tasallübü için de varittir. Anfizemde ve kifoskolyoz da digital vaki olarak ekseriya faidelidir. D. Gerhardt dördüki : Öksürüklü ihtiyarlarda digital verilmelidir.

Prof. G. v. Bergmann : Hat intanı hastalıklarda deveranın muhitî ve kalbî diye taksimi mübalâğa edilmemelidir. Muhitî edviye ile beraber kuvvetli digital miktarlarının da ekseriya yeri vardır, çünkü bizzat kalb adelesinin de toksik olarak ne dereceye kadar afetzede olduğu veya şimdiden hafî bir halde gayrı kâfi bulunduğu kestirilemez. Binaenaleyh bilhassa yaşlı kimselerde yalnız intan münasebetiyle değil, hatta ameliyelerden sonra ve icabında evvel digital vermek ekseriya faidebahşır. Kalp ademi kifayesi halinde yüksek tazyik, digitale bir muzaddı istitbap teşkil etmez. Tazyikin eski hadde yükselmesi, digitalle ademi kifayenin salahına alâmettir. Sağ kalp için ada soğanı müstahzarları, digital sınıftan diğer edviyeye müreccahtır. Kolu kaldırma ve indirmekle kol evridesinin iyice imtilâ etmemesi muhitî ademi kifayeyi gösterir.

Prof. W. Stepp ve Parade : Evvelce velev bir defa olsun ademi kifaye görülmüş ise ameliyelerden evvel digital vermek muvafıktır. Hat intanlarda ve ancak ihtiyaç halinde strofantin vermek de muvafık olur. Hipertireozlarda digital ancak az miktarda iod'la bir tedaviden sonra müessirdir. Bazedow ameliyesine Plumer usulüne tevfiikan hazırlanırken üçüncü - beşinci gün digital ve kinidin ile başlanır. Taşikardi parokzismalde veride 0.5 miligr. strofantin zerki ekseriya süratle tesir eder. Etmezse apomorfin yapılır. Tam aritmi ile müterafık üzeyn fibrillasyonunda az miktarlarda uzun ve mütekattü surette digitalin itası muvafıktır.

Prof. Nordmann : Ameliyelerden evvel digital profilaksisinden daha mühim olan şey, müdahaleden evvel uzun müddet nikotin ve alkol men'idir.

Dr. Scherf : Digital, kalp zâfının baş gösterebileceği her yerde, hatta sağlam kalplerde bile labüttür, çünkü ademi kifayenin başlangıcını tespit edemeyiz. Evvelce bir kerre muavazası bozulmuş kalpler az miktarda digitalin devamlı surette itasına karşı fevkalâde iyi aksülamel gösterirler. Bir deveran hastasının rie ambolisinde digitalin bilâşart istitbabı vardır. Üzeyn fibrillasyonu ile beraber ipertireozlar da, buteyn tekerrürü 80 ni tecavüz eder etmez digital ister. Şiryani ikilili trombozunda digital öfillin veya emsali ile teşrik etmelidir.

Prof. E. Grafe : Digitalin vakia yalnız

ademi kifayede istitbabı vardır, fakat bunun ilk başlayışı (süratle zuhur eden usreti teneffüs, ilh.) emniyetle kabili ispat değildir. Ameliyelerden evvel eğer kalp evvelce bir zâfa uğramış ise veya büyük müdahale dolayısıyla zafa uğrayabilecek ise digitalin yeri vardır. Sağlam kalplilerin vahim intanı deveran zaafalarında (pnömoni, ilh.) daha ziyade muhitî deveran ilâçları caizdir. Trombozda ve anbolide yalnız aşikâr ademi kifaye varsa digital vermeli, hiç bir zaman strofantin vermemeli, çünkü bu seri ve tazyik nevesanları yapan tesiri dolayısıyla az miktarlarda bile yeni bir ve ilk amboliyi mucip olabilir. Ademi kifayesi asabî ve tireotoksik takikardilerde digital ancak istisna kabilinden ve az miktarlarda müsait bir zatî tesir yapabilir.

Prof. A. W. Meyer ; 20 senedenberi Krehl kliniği ile bir fikirde olarak digitali esas itibariyle her büyük ameliyeden evvel kâhillerde ve hatta zahirde tamamiyle sağlam hallerde bile vaki olarak kullanıyor. Asla mahzurları görülmemiş, bilâkis bütün hafî ademi kifaye vakaları ele geçirilmiş, ameliyeyi müteakip ambolilerin, trombozların ve rie ihtilâtlarının adedi zahir bir surette azalmıştır. Veridi olarak digital ve bununla beraber tahtelcilt morfin-atropin zerki ile vahim rie ambolileri atlatılabılmıştır. Bazdowun ameliyeye iod'la istihzarında kaideten digital profilaksisi pek kıymetlidir : 189 vakada hiç bir bazdow ölümü ve ameliyeden sonra hiç kalb ademi kifayesi görülmemiştir.

Prof. E. Zak : Şiryani ikilili trombozunda digital meşkuktur. Çünkü hipotoni kalbi teskin ve afetzede olan miyokardın termimini teshil eder. Kuvvetli bir tekallüs kalbin temezzukunu mucip olabilir. Kollapsa karşı kâfur, kafein, efetonin ve emsali ile mücadele edilmelidir. Digital ameliyelerden evvel (müstacel vakalarda veridi olarak) ve hummevî intanlarda, kalb zafa uğramadan evvel vermekte bir mahzur yoktur.

Prof. Brandenburg : ankete verilen bu cevaplardan aşağıdaki neticeleri çıkarıyor. Ameliyelerden evvel mutedil miktarda ve hat intanlarda az miktarda digital profilaksisinin herhalde faidesi vardır. Yeni, taze miyokard ihtişasında digital şayanı reddir. Evride Trombozu digitale karşı muzaddı istitbap değildir. Anfizemde sağ kalbin anî olarak zarfında (vahim siyanoz, kebet rükûdeti), kırk yaşından sonra kifoskolyozda, mütekemmiş rie tederrününde (hatta trokoplastikten sonra da), bilhassa veridi olarak digitalin zararı dokunabilir.

Gripp'te hususle gelen batnî ârâzın teşhisi tefrikisi :

(Wachsmuth: Klin. Wschr. Nr. 16.933). Gerek eski epidemilerde ve gerek son senenin salgınında, sağ hufreyi harkafiyelerde anî bir sancı

ile başlayarak hat bir apadisiti taklit eden vakalara çok tesadüf edilmektedir. Bunları hakikî bir appandisitten zamanında tefrik etmek mecburiyeti vardır, zira grip gibi ağır bir intanın esnayı seyrinde yanlış yere yapılacak bir laparotomi'nin zararsız kalacağını düşünmek müşkildir. Teşhisi tefrikide kan muayeneleri iyi bir kriteriyum teşkil eder: Grippe vakalarında daima bir lökopeni ve lenfositoz mevcuttur hiç olmazsa appandisit için karakteristik addedilen lökositoz bunlarda hiç yoktur. Bunun haricinde Bonn kliniklerinde şöyle bir tecrübe teklif edilmiştir; Gripp'teki karın ağrıları cidarı batın adalatındaki âsâbı hissiyenin nevalgisine veya cidarı batın adalatında neziflere ait olduğu halde nppandisit ağrıları asâbı haşavîi kebir yolunca intikal etmektedir, o itibarla hattı iptide 8. diliden şevki har-kafiye mümtet bir cidarı batın anesteziyi yapılmış grippe ait sancılar zail olduğu halde appandisit ağrıları cevap vermiyormuş.

Löwenstein'in merhem usulü ile difteriye karşı fail muafiyet verme meselesi.

(Theones: Mschr. Kinderheilk, Nr. 5, 933). Kolonya çocuk servisinde yapılan sistematik muayeneler, Löwenstein usulü ile kanda antitoksin vahdetinin yükseltilebildiği neticesini vermiştir. Bu tecrübelerde İ. G. fabrikalarının imal ettiği merhem kullanılmış ve 14 gün fasıla ile 3 defa tatabik edilmiş, her defasında ketif cildi yağdan iyice tathir olunarak bu merhem 15 dakika kadar uygulanmıştır. İçerisinden 30 u evvelce kızıl geçirmiş bulunan 72 çocukta kanın antitoksin vahdeti santimetre mikâbında $\frac{1}{100}$ - $\frac{1}{2}$ muafiyet vahdetine kadar balığ olmuştur. Santimetre mikâbı başına $\frac{1}{2}$ muafiyet antitoksin vahdeti kâfibir müdafaa kuvveti teşkil ettiği nazaran bu netice istisgar edilemez. Kızıl nekahatinde bulunan çocuklar geçirdikleri intanın bıraktığı zafa binaen daha az bir muafiyetlenme kabiliyeti gösteriyor. Usul, mutlak ve katî bir netice göstermemekle beraber, bu yolda yapılacak müteakip taharriyat ile daha emin çarelere vasıl olacağına dikkati caliptir.

2. - ÇOCUK HASTALIKLARI:

Korea minorun nirvanolle tedavisine dair :

(Prof. İhsan Hilmi; Monatschr. f. Kinderheilk. No. 3; 1933). Korea minorun spesifik bir intan neticesi nuvatı sincabiyeyi merkeziyenin (cismi muhattat ve saire) vazifevi teşevvüşünden ibaret olduğu anlaşıldığı zamandan beri bu hastalığın tedavisi yeni esaslara iptina etmektedir. Ezcümle Nirvanol tedavisi esnasında teşekkül eden indifai bir tezahur ile müterafik umumî teamülün Korenin şifasında mü-

essir olduğuna dair neşriyat başlamıştır. Müellif bu esastan ilham alarak nirvanol ile tedavi ettiği vak'alardan beşini tebliğ etmektedir. Bunlarda her gün 0,40 nirvanol verilmiş, tedaviye başlandıktan 6-10 gün sonra (yani 2,4-3,6 gr. nirvanolden sonra) bütün vak'alarda humma, indifaat, lenfopenie, Eozinophilie ve sola inhiraf teessüs etmiştir. Bu nirvanol hastalığı hemen bütün vak'alarda 4-6 günden fazla sürmemiş, hiç birinde zararlı teşevvüş zuhur etmemiştir. Nirvanol hastalığı arızası zuhurunu müteakip Korea alâimi seriyesi hemen kâmilin zail olmuştur. Çocuklar bilâhare uzunca müddet müşahede altında bulunduğu halde hastalığın yeniden zuhuru görülmemiştir.

Boğmacanın Epidemiyoloji, âraz ve tedavisi :

(Alfred Stundal: Acta. pedi. 30. t. ev. 1932). Müellifin mesaisi bir çok müşahedelere istinaden yapılarak kat'i neticeler alınmıştır: Boğmaca basili hastalığın 4 üncü haftasından sonra görülmez. Hastalık esnayı seyrinde kanda iperlökositoz daimidir. Rievi arazi hikemiye nadirdir. V. Pirquet taamülü yapılırsa hastalığın iptidasında anergie vardır. Ukadati rieviye tüberkülozuna müptelâ bir çocuk boğmaca olursa tüberküloz tekâmüle başlar ve allergie azalır. Ether şırıngalarından eyi neticeler alınır. Bu suretle öksürük nöbetlerinin şiddeti azalır ve seyrekleşir. Taze yapılmış Boğmaca aşısının neticesi müellife nazaran çok müsaittir. Hastalığın bidayetiden 1 ay veya altı hafta sonra sırayetinden korkulmaz.

15 Günlük bir çocukta Kızamuk :

(Dr. Luigi La pediatrie 1 Mayıs 1932). Bu nadir vak'a büyük bir epidemie esnasında görülmüştür. 15 günlük bir erkek çocuk, ebeveyni sıhhatta anası iki yaşında Kızamuk olmuş sekiz yaşında nüksetmiş Çocuğun 2 erkek ve bir kız kardeşi olup bir kaç gündenberi Kızamuğa yâkalanmışlardır ve hemen nekahet devresindedirler. Çocuk miadında doğmuş ana sütile besleniyor ateş 38,5 munzammalar burun ağız ve bel'um muhtekan; yüzde, boyunda, cezi' ve etrafta, ciltte hafif mütêbariz ve küçük nohut cesametinde kırmızı lekeler görülüyor. Zaman zaman hafif öksürük nöbetleri ve hafif burun ifrazatı teşhis Kızamuk. bir kaç gün sonra şifa. Bu kadar selim seyretmesi, şüphesizdir ki anasının çok evvel geçirmiş olduğu Kızamuk dolayısıyla çocuğa geçen bir muafiyet neticesidir. Çocuklarda ilk 3-4 ay zarfında Kızamuk; vakayii istisnâidir.

3. - CERRAHİ HASTALIKLAR:

Varislerin injeksiyonla tedavisinden sonra görülen rie ambolisi vak'aları.

(Bsteh ve Teichmann, Viyana, Zentbt. f. chir.

8-2-1933). Varizlerin sklerozant şırıngalarla tedavisini tavsiye edenler bunun selim bir usul olduğunu musirrane müdafaa ederler. Theeters ve Rice'e nazaran 53 000 vakada 2 vefat mevcuttur. Daha büyük ve 150.000 vak'a üzerine yapılan bir istatistiğe nazaran hepsi de bu usulü tedavi ile alâkadar görülmeyen 20 ölüm vak'ası kayt edilmiştir. Bu rakkamlar, varislerin raptı veya istisalinden sonra görülen yüzde 0,5 - 3 amboli neticesi vefattan aşagıdır. Müellifler ise buna mukabil neşrettikleri üç vak'adan birinin ölümle, diğer ikisinin vahim avarızla aylarca hastanede yatmalarını icap ettirdiği nazarı itibare alınırsa yukarıda zikrolunan istatistiğe ne dereceye kadar itimat icap ettiği teemmüle şayandır.

Tabakayı şebekiye hypotansiyonu :

(Bailliarı ve Tillé; Pres Medikal No. 63 ; 1933). Münferit hipertansyon retiniyen olduğu gibi, münferit hypotansyon retinyen de mevcuttur. Yani umumî tazyikin normal veya yüksek bulunduğu bazı hallerde tazyiki şebekî düşük olur. Müellifler bu alâmeti makûlanın şeyhi afetlerinde; ekskavasyon ile müterafık ve küreyi ayn tazyikinın tereffüü ile müterafık olmayan basarı umurda târii ederler. Bunlardan mâda sar'a nöbetinin muhbir arazi ve ve ve dimağıyi şevki hypotadsyonda tesadüf olunur.

Vahim yanıkların patojeni ve tedavisi :

(Chatelier. Pres Medikal No. 63 ; 1933). Harkanın vahameti, afetzede sathın imtidadına merbut olup, yanık sath ne kadar geniş ise inzar da o nispette ciddidir. Yanık hastaları, seri ve amik bir tesemmüme delâlet eden haşevî afetler ve seriri tezahurat ile ölürler,

Bu tesemmümün patojenisi etibbayı her zaman meşgul etmiştir. Şokun kıymetini inkâr etmemekle beraber tecrübe ve teşrihiyi - seriri müşahadat üzerine müstenit olan modern nazariyelere göre yanık sathta husule gelen mevattan husule gelme bir tesemmümden ileri gelir. Henüz eyice taayyün etmemiş olan bu mevat sür'ale deveranı umumiye geçerler. Deshydratation dolayisile lüzuciyeti azalmış olan kanın tercihan küreyvatı humrasına tesebüt ile kebet, rie ve kilye gibi âzayı mühimmeye tevzi olurlar. Cümleyi asabiye (sempatik ve serebrospinal cümle) afetleri münteşir ve vahim (öden, ihtikan, nekroza müncer olan parenkimavi istihale) dir.

Bu patojenik malûmattan tedavi neticeleri çıkar. binaenaleyh lüzuciyeti demi azaltan ve tebevülü teşhil eden dahili verit tuzlu su şırıngası 300-500 c. mc. kan alarak naklüttem, intaña karşı gelen daimî ılık banyolar aynı zamanda eskarların ittira-hını kolaylaştırır; ümitsiz vaklarda işe pauşman ile hastaya yapılacak işkencelerin önüne geçer.

Şok, kuvvetsizlik veya tenebbüh] hallerinde mu-tat ilâçlar kullanılır.

Cerrahi tüberkülozların yağ, iode ve kalsiyum emlahile tedavisi :

(Finikoff Pres Medikal No. 59, 1933.) Müellif, cerrahi tüberkülozların tedavi esası; uzvivet mukavemet ve müdafaa vasıtalarını arttırmak üzere müesseses olmalıdır. Bunlarda: 1 - Lipolitik hassa olup muhammir vasitasile (Lipaz) B. K. nin şem'iyişahmi mahfazasını tahrip eder. 2 - Proteolitik hassa olup mahfazanın harap olmasile açıkta kalan B. R. mikro-bunun albümini maddesine te'sirdir. 3 - İki safha ibraz eden remineralizator hassa olup safhalardan biri decalcification diğeri ise seriri şifadan sonra remineralization dur. Kalsiyuma antetoksik hassa atfediyor ve hyperkalsifikasyon ise ancak mücadele-nin nihayetinde vakidir.

Tedavi taze olarak hazırlanan iyot ile mutedil ve muakkam araşit yağı mahlutunun adele dahiline zerki ile yüksek miktarda uzvi kalsium emlahının verilmesinden ibarettir. Müellif, 60 vak'a üzerinde yaptığı bu usulü tedavi ile 126 şifa 24 salah ve 10 ademi muvaffakiyet kayt eder. Diğer müelliflerin 88 vak'asından 55 şifa, 22 si salah ve 8 ademi muvaffakiyet vardır.

Müellifin istatistiği bilhassa vahim fistüllü kâhilleri ihtiva etmesine rağmen bu 126 vak'asından 8 sene zarfında üç nüküs görülmüştür.

Normal eşhas ve hypertendu hastaların idrar hülâsası şırıngasından sonra şıryan tazyikinın de-ğişiklikleri :

(E. Dicker. Pres Medikal No. 49; 1033).

1 - Normal kâhil idrarı; Bunun alkolik hülâsası vasatî olarak 4-5 dakika süren az çok devamlı bir hipertansyon yapar.

2 - Hypertansyonlu kâhil idrarı (Beyaz hipertansiyonlu; Volhard). Bunun alkolik hülâsası ekseriyetle bir çeyrek saat süren daima vus'atli ve imtidatlı bir hypotansyon husule getirir.

3 - Hypertansyonlu, arteryoskleroza musap kâhil hastanın alkolik idrar hülâsası kan tazyiki üzerine haizi kıymet derecede tesir yapmaz. Bu tecrübeler hayvanlar üzerinde yapılmıştır.

Şok operatavarda klorür muvazenesizliği :

(F. Logueu, B. L'ey, Palazzoli ve Mele Lebert. Pres Medikal No. 54; 1933) Ameliyattan sonraki teşevvüşatın sebebi olan bozukluğun mihanikiyeti aranırsa; klorürlerin kan ve idrarda azaldığı göze çarpar. Dimek oluyorki hypoklorurie ile müterafık

bir hypokloremie vardır. Bazı kay, ishal ve ter vak'alarında klorür ittirahı çoğalmakla beraber aynı zamanda hypokloremie nin bulunuşu; klorür ittirahından ileri gelme bir muvazenesizlik olmadığı anlaşılıyor. Umumiyetle bir klorür ziyai değil, bilâkis klörürlerin anormal taksim ve tevzi olunduğu görülür.

Hayvanat üzerinde yapılan tecrübeler göstermiştir ki klorürler cerhayi ameliye etrafında toplanıyor ve o mahalde mevzii sabit bir hyperchlorurie hasil oluyor. Bu artma ameliyatı takip eden bir kaç gün müddet devam eder, ve traumatizma derecesile alâkadar olup klorür derecesi kandaki azalmayı izah eder.

Mevzii bu teraküm sebebini izah edememekle beraber prostatectomie gibi bazı ameliyelerin vehamet sebebini teşkil eder. Bu klorür muvazenesizliği yüzünden nüve muvazenesi de bozulmuştur, kilye de müteessir olarak ifraz miktarı azalır, kesafeti çoğalır, azotemi hasil olur; tâki hariçten tuzlu hypertonik mahsul, şırınga edilerek muhtel olan muvazene iade edilmiş olsun.

Şimdiye kadar yanlış olarak mevaddı azotiye tesemmümüne atfolunan şok tromatik avarızının bir kısmı bu yeni neticelerle izah edilmiş oluyor.

Haf kılıf afetlerinde hypertonik glucose mahsul- lerinin dahili kılıf tazyike te'sir.

(K. Jackson, T. Kutsunai, L. Leader ve L. Joseph.) The Journal of the Amerikan medikal Association, No. J10; 1933) Bu müellifler tromatik hypertansiyonlarda dahili verit şırınga olunan şekerli serumun tazyikî nuhaî üzerine olan te'sirini bi-hakkın mutalaa etmişlerdir. Bu şırıngalar tazyiki azaltmakla meşhurdur. Hakikatta ise glucose serumu yüzde elli vak'ada tazyiki derhal yükseltir, ve 15-30 dakika sonra bütün vakayide vazih bir yükselme görülür. Binaenaley kafa tromatizmalarından sonraki hyppertansiyonlara karşı glucose serumu şırıngası tamamen mantıksızdır bilâkis bu mücerriplere göre muzır te'sir ika eder.

Habis uların musli teşhislerinde Bendien taamü- lünün kemmi tadilatı.

(Cronin Lowe; British medikal jornal No. 3766; 1933).

1931 senesinde Hollandalı Bendien habis evram için bir sero - reaction neşretmiştir ki âtideki esas üzerine müstenittir : Vanadate de sodium ile hamızı hallin hususî bir mahlutu muvacehesinde serumdaki proteinlerin kimyevî bir teressübü ve rusubun tayfbinde muayenesinden ibarettir. Müellif Bendien metodunda ısıtılmayan serumu 56 derecede ısıtmakla, ve serumun eter vasıtasile lipo-

idelerini ayırıyor. Rüsubu ise Loewenin interferone-tresinde mutalaa ediyor.

Isıtılmamış serumda teressüp; evramı habisede daha fazla olan globulinin tagayyürü ile calsium magnesium ve potasuim miktarlarının tahavvülüne merbuttur.

Evrâmı habisede fazla miktarda bulunan lipoid lerinde; lipoidi alınmış serumun taamülünde te'siri vardır. Lowe 600 kanser vak'asında yaptığı bu taamül yüzde 95 doğru netice vermiştir.

Bu test lerle ameliyat olmuş ve rontken ile tedavî edilmiş hastaların takibini tavsiye ediyor. ve böylece nüküsleri evvelden kestirmek mümkündür.

Mebzul mide - Isnaaşer neziflerinin tedavisi :

(Victor - Pauchet, Societe des chirurgien de Paris 19 Mayıs 1933).

Bu nezifler; menşei çok kerre meçhul kalan veya otopside bulunan seri, ölüm sebeplerindedir. Tedavileri noktaî nazarından iki gurupa ayrılırlar: 1 - Mide kanseri, mide, isnaaşer veya saimî karhası gibi uzvi ve evvelce teşhis edilmiş afetleri olan eş-hasta görülen nezifler olup ancak bunlar ameliyat olabilirler. 2 - gastrite hemorrhagique, kebet, tahhal ve kan hastalığı gibi discrasique hastalıklara merbut nezifler olup bunlar tıbbî vekayi'dir, sık tesaduf olunurlar, ameliyat edilmemelidirler, Burada yapılacak (Ligature peristomacale, gastroenterostomie, jejunostomie gibi bilvasita ameliyatlar lüzumsuzdur.

Isnaaşer karhası nezfinde midenin yüksek eksk-lüzyonu sifa husule getirmiştir.

Pankreasa açılan ve şıryanı pankreasiyi isna aşeri'yî tahrip eden isnaaşerin veçhi halfi karhalardan mütevellit kanamalarda ameliyat lâzımdır.

Ekser vekayide münhasır gastrektomi nezfi tevkife kâfidir.

Midii miayı neziften vefat ne anemiye ve nede şoka merbuttur. Ölüm; emada teraküm eden kan albumini ile tesemmümden ileri gelir.

Mebzul midiyi miayı nezif tedavisinin üç esaslı noktası vardır : 1 - Transfusion 2 - Ameliyat (isnaaşer, pylor ve antrumun münasip kısmî istisali) 3 - muvakkat anüs çekal yapılarak şerç ile sunai şerç arasında sulfate de soude'un binde bir mahlutile daimî surette ema muhteviyatını boşaltmaktan ibarettir.

Garstrite erosive'in physiologie teşhis ve tedavisi.

(M. I. İde. Bul. d. l'academie royale d. Med. de Belgi. No. 1. 1933). Gastrite erosive diye, devri olarak yemeklerden 2-3 saat sonra başlayup gıda veya bicarbonate de soude almayı müteakip sakinleşmekle muttasıf bir mide afetidir.

Bu eşhasın mide hamızıyeti artmamıştır ve şifa-

dan sonra da hamiziyette değişiklik yoktur. Pylor teşennücü eskiden bu hastalığın sebebi bilinirdi. Lâkin radioloji ile teyyüt etmiyor; mide tahliyesinde gecikme yoktur. Daha ziyade karhaya rapt ediliyor isede bir çok delail karha aleyhindedir. Şedit veca'lı vekayide karha bulunmamıştır. Regional anesthesie ile ameliyat edilen beş karhalı hastada hamızı klormaya batırılmış tamponun karhaya teması hiç bir veca uyandırmadığı halde mesarıkannın traymanları müvecca olduğu görülmüştür. Binaenaleyh ülser teşhisi ancak nişde H a u d e c k görülen hastalara inhisar ettirilmeli, yoksa sırf vecala ülser düşünmemeli bunlar daha ziyade gastrite erosive merbuttur.

Bu malûmatın büyük bir kıymeti vardır, zira müdahaleyi bertaraf ederek basit bir tıbbî tedavi ile şifa mümkündür. Süt rejimine tercihan yağ ve nişai mevaddı kazeinden fazla olan rejimleri tercih etmelidir. Yatakta yatmağa lüzum yoktur. Yemeği müteakip yarım saat uzanma kâfidir. Kireç, soude, tartrate, citrate, acetate ve bicarbonate de soude ve magnesie emlihası gibi mutedilleştirici ilâç itası muvafıktır.

Apandisin radiolojik muayenesi; 304 radiolojik muayene ve 154 apandicectomie neticeleri.

(K. E. Herlyn, Der Chirurg No. 6, 1933).

Radiolojik apandis muayenelerinin cerrahî müdahale ve nescî muayeneleri yapılarak berveçhi atı kıymetli neticeler elde edilmiştir :

Teknik noktayı nazarından müellif lavement bariete ve müteakip muayenelerden ibarettir. İkinci muayene birinciden 3 - 4 saat sonra yapılır ve daha kıymetlidir. Bir muayene ile iktifa olunmayarak muhtelif vaziyetlerde tazyikli, tazyiksiz olarak muayene edilmelidir.

Apandisin görünme derecesi : 304 muayeneden ancak 184 vak'ada görülmüştür. Bu görülenlerden (103) adesi ameliyat edilmiş.

Görünmeyen 120 apandis vak'asından ameliyat olan 73 vak'adan 50 sinde kat'i afetler görülmüş. Binaenaleyh uzvun görülmeyişi iltihapsız bulunduğu na delâlet etmez.

Apandisin objektif muayenesinde salim ve hasta apandiste görülebilen tagayyürlere izah olunmuştur ve bilhassa imtilânın mutaleası ve uzvun şekli ekserya marazî tagayyürlere düşündürür. Hasta apandis çekik, gayrı muntazam ve ucu fena dolar. Büküntüler, irtikâz noktasında gölgenin incelenmesi iltisakata delâlet edebilir. Uzvun hareketlerinin mutalaasıyla, çekum ve havsala kemiklerine nazaran vaziyeti; marazî halini istintace müsaittir.

Uzvun dolup boşalması, ve hususî harekiyetinin mutalaası mühim ve bugün için az malûm olan enteressant noktaları teşkil eder.

Müellifin vasıl olduğu neticeler kıymetlidir. Apandisin radyolojik muayenesi serriyatın bir mütemmidir. Bu usulu muayene yalnız başına ameliyat istitbabı koyamaz. Objektif neticelere vasıl olduğu vak'alarda lüzumsuz ameliyatlardan vikaye veya ameliyat istitbabını takviye eder.

Y E N İ K İ T A P L A R .

Diriğin bilgisinde Ph. meselesi :

Müellifi: Prof. Server Kâmil, İstanbul 1933.

Biolojik taamülle uğraşan her hekim için gerek tecrübi ve gerekse canlı vasatlarda «Ph» kıymetinin ihraz ettiği mana ile alâkadar olmak ihtiyacını duymamak imkânı yoktur. Kan hormonlarının faaliyet ve sükûn iktidarlarının bile ahlat taamülünün istikametindeki tahavvüllerle izaha başlandığı bir devirde Ph. meselesini yalnız mikrop kültürlerini imalde kullanılır bir şey zannetmek abestir. Bu itibarla işin canlı ve kolay anlaşılır bir telhisine senelerden beri ihtiyaç his etmekte idik. Aziz hocamızın 84 sahifede müteaddit resimlerle canlandırdığı bu eser bizi bu cihetten kâfi derecede tatmin etmiştir. Mevzua esas olan riyaziye ve kimyaya ait umumî esaslara dair mevcut hülâsalar, ve muhtelif şematik resimlerle kitabın istifade kıymeti çoğaltmıştır. Muhterem hocamıza bize hediye ettiği bu kıymetli yeni eserinden dolayî teşakkür etmek ve biyoloji işlerine meraklı arkadaşlara tebşir etmek vazifemizdir.

Cerrahî Teşhis :

Müellif: Prof. agre. Operatör Kâzım İsmail İstanbul 1933. Tıp talebesinin ve pratisyen etibbanın senelerden beri eza duyarak yokluğunu his ettiği büyük bir ihtiyaç, genç müellifin bu olgun eserinde tatmin edilmiştir. Meslekî hayatı tetebbuunu devamlı bir heyecanla geçiren aziz arkadaşımız, bu kitabında Cerrahî teşhisin esaslı bir krokisini çizmiş ve bunu her hekimin, ve her tıp talebesinin âlâke ile tâkip edeceği bir üslupla telhis etmiştir. 320 büyük sahifeden ibaret, ve bir çok resim ve şemalarla bezenmiş olan bu eserle iftihâr etmekte haklıyız.

Salgın sahaya iltihabi .

Müellifi Dr. Kemal Şakir, İzmir 1933. Hastalığın Epidemiyoloji, serriyat, bakteriyoloji ve müdavatına dair bugünün telekkilerini telhis eden bu kıymetli eserle bilhassa son senelerde sıklaşan menenjit vak'alarından sonra mevcut olan ciddî bir ihtiyacı tatmin edilmiş addedebiliriz. 104 sahife

İçinde menenjit meselesinin hali hazırım şayanı hayret bir icazla telhis eden müellifin « irfan dağarcına atılmış bir damla azık » diye tevazukâr bir ifade ile başlattığı bu çok kıymetli sâyi ile Türk hekimliği hakikî bir tettebbü vasıtası kazanmıştır. « Anadolu Kliniği » tıbbî edebiyatımıza kıymet verecek mahiyette olan bu eseri arkadaşlarına tavsiye edecek vaziyette olmakla bahtiyardır.

Sıtma Parazitleri .

(Müellifi : Dr. R a f e t A h m e t . Adana 1933.)

K O N G R A L A R .

Beşinci Milli Tıp Kongrası.

Bu senenin teşrinievvelinin 14 - 16 sında Ankarada inikat edecek olan Beşinci Milli Türk Tıp kongrasında Prof. A k i l M u h t a r ve Doktor A s i m İ s m a i l Beyfendiler tarafından İçmeler, maden suları, kaplıcalar ve devai tatbikatı hakkında ve Doktor O s m a n Ş a r a f e t t i n , S e d a t , Z i y a Bey efendiler tarafından Türkiye'de bağırsak parazitleri ve onlara karşı savaş mevzuları üzerinde raporlar tebliğ edilecektir.

Kongrenin 2 - 3 ncü günleri serbest mevzular etrafında serbest raporlara tahsis edileceği cihetle bu yolda tebliğat yapacak arkadaşların 15 Eylül'den evvel kâtibî umumiliğe müracaatları kongre idare hey'etinden tebliğ edilmiştir.

Her sene olduğu gibi bu kongrede de yerli ve ecnebî tıbbî vesaitte dair bir sergi açılacaktır.

Türk cerrahi kongresi :

Beşinci milli Türk tıp kongresinin ikinci günü öğleden sonra *Türk cerrahi kongresi* inikat edecektir. Esas raporlar: Dr. operatör Ömer Vasfi (narkoz) ve Dr. operatör Hayri (alelunum kırıklar ve tedavisi) beyfendiler tarafından tebliğ edilecek ve serbest tebliğat için de zaman ayrılacaktır.

Dördüncü Beynelmîlel Romatizma Kongresi :

4 ncü beynelmîlel romatizma kongresi 3 - 6 mayıs 1934 tarihinde Moskovada toplanacaktır.

Programda berveçhi ati mevzular vardır: Muhtelif tezahurlarile hat mafsâl romatizması ve hasta taktimi.

Adana Sıtma mücadele tabibi Dr. Rafet beyin 5 şekil ve 1 Renkli levha ile canlandırdığı bu kitapta sıtma âmillerinin morfolojisi, neşvünüma ve tekessürü istihzar ve muayeneleri, envai, mikroskopta tefriki teşhisleri, emsâlsiz bir selâsetle hulâsa edilmiştir. Müellif bununla ileride neşredebileceği malarya kitabına bir mebde hazırlamakta ve aynı zamanda memleketimizin her köşesinde ferdi ve içtimaî bir sıhhat mes'elesi teşkil eden bu hastalığın amiline dair bütün hekim arkadaşlara veciz bir not ihtia etmektedir.

İkinci mevzu olarak muhtelif romatizma şekillerinde banyo tedavisi.

Üçüncü mevzu olarak ise maden ocakları amelesile, maden işçileri ve nakliye işçilerinde romatizma halleri olarak ayrılmıştır. Kongre müddetince sergi mevcuttur. Kongre azası içtimaların hitamında Kafkasya ve karadeniz sahillerindeki kaplıca ve sanatoryumları gezeceklerdir.

Kongreye dair malûmat almak isteyenler 489, Kaizersgrucht, Amsterdam da cemiyetin beynelmîlel bürosuna muracaat edeceklerdir,

TASHİH ve İTİZAR.

Geçen nüshamızda «Ph» makalesine ait tertip hataları berveçhi âti tashih ve itizar olur.

Sütun (1) - Satır (15) Çekerdekler kelimesi fazladır.
Sütun (2) - Satır (31) matruhuna nispeti'den sonra bir virgöl lâzım.

Sütun (2) - alttan satır (6) $k \times k$ yerine yalnız bir tane (K).

Sütun (3) - satır (6) $C [H] \times C (OH) = 10^{-14}$ yerine $C [H]^{-7} \times C [OH^{-7}] = 10^{-14}$ olacak.

Sütun 3 te alttan 4 üncü satırdaki 0,000, 0018 adedi 0, 000, 000. 1 olacak.

Sütun 4 te alttan 19 uncu satırda.

«Denilmeği etti» yerine «denilmeği teklif etti» olacak.

Sütun 4 te alttan 13 üncü satırdaki [4] yerine [2] olacak.

Sahife 52, sütun 1. Frenicektomie den evvel asap anesthesiesinde 8 nci satırda (ayrıdır yerine aynıdır) olacaktır.



Anadolu Kiliniği her sene Haziran, Eylül, Birinc: künun ve Mart aylarında neşrolunacaktır. Dört nüsha bir cilt teşkil edecek ve dördüncü sayıda o cilde ait bir alfabe fihristi bulunacaktır. Mecmuanın muayyen zamanlarda muntazaman intişar edebilmesi için gönderilecek yazıların Nisan, Temmuz, Birinci teşrin ve ikinci kânun aylarının on beşinden evvel göaderilmiş bulunması rica olunur.

