

# Anadolu Kliniği

Üç ayda bir Konyada neşrolunur.

MECMUAYI DAİMİ YARDIM VE HİMAYE ALTINDA BULUNDURAN HEYETİ NAŞİRE :

İSTANBULDA N: Prof. Abdülkadir Lâtfi - Prof. İhsan Hilmi - Prof. Kâzım Nuri - Prof. Kemal Cenap - Prof. Kemal Hüseyin - Prof. Kenan Tefvik - Dr. Mehmet Kâmil - Prof. Neşat Ömer - Prof. Niyazi İsmet - Prof. Server Kâmil - Prof. Süreyya Ali - Prof. Tefvik Salim - Dr. Yakup Hüseyin. Dr. Vefik Vassaf. ANKARADA N: Dr. Emir Necip. - Dr. Mustafa Hilmi - Dr. Ömer Vasfi Dr. Salahi Vehbi. Dr. Şükrü Yusuf. 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.

## K L İ N İ K D E R S L E R İ .

### İGTİDA HASTALIKLARİLE TEDAVİLERİNDE ESASLI NOKTALAR.

Profesör Dr. Server Kâmil Tokgöz.

İ s t a n b u l .

İgtida teşevvüşlerinden meydana gelen hastalıklar patolojinin mühim bir kısmını işgal ederler. Bu marazî süreçleri lâyıkile anlayabilmek ve onlara ait tedavileri doğru yapabilmek ancak iktidanın mihanikiyetine nüfuz ile mümkündür. Makale, bu mihanikiyet ile beraber iktida teşevvüşlerini ve teşevvüşlerden mütevellit hastalıkların tedavilerini umumî bir bakımdan hulasa edecektir.

Fisyolojik vazifeler arasında en kompleks bir mevzu olan *İktida*, hayatta olan uzuvların fisiko-şimik muvazenesini tutan işlerin heyeti mecmuasıdır. *İktidada* gıdaların imtisası, temessülü, bakayanın âfracı mevzuubahistir.

*Gıda*, mesiçlerimize lüzumlu olan maddeleri getiren unsurlardır. Bu maddelerin bir kısmı teneffüs ile, diğer mühim bir kısmı da ağız yoluyla alınır. Teneffüs ile alınan oksijendir. bu gazın hem gıda hem yakıcı hassası vardır.

Gıdalar had lüzumunda karbonidrat, yağ, albümin-den ibaret üç sınıfa mensuptur. Ağızdan alınan bu maddelerin hepsi mide ve mada mayaların tesirile dahili uzuviyete girmeye müsait şekil alırlar. Neticede karbonhydratlar : glikoza; yağlar gliserinle şahmi hamızlara; albüminler: asit amine-

lere; nükleoproteitler; fosfor ve pürük mürekkebatı ayrılırlar. Bu hadiseye istiklabın birinci safhası yani (anabolisme) denir.

Hazım mayaları: amilas, lipas, proteas, grubuna mensup olup bir kısmı midede, diğer kısmı mada ve pankreasta bulunur. Bunların sayısı her gün çoğalmaktadır. Netekim amilas yanında maltas; envertin yanında laktas; pepsin ve tripsin yanında erepsin ve enterokinas bulunur. Gıda maddelerinin parçalanmış olanları mada tarafından mas olununca hücreslerin plastik hayatı teneffüsü hayatına lâzım olan karbonidratla yağ ve albümin tekrar teşkil olunur.

Bu teşekkül komplekstir, çünkü teşekkül işi hazımlan mahsullerin formüllerine göre değil mesiçlerin ihtiyacına göre yapılır. Bu hadiseye de istiklabın ikinci safhası yani (Catabolisme)denir.

Uzvi maddeler haricinde olan emliha ise ya oldukları gibi yahut parçalanarak mas olur ve devrana geçerler. Mas olunan mahsullerin bereketi tegaddinin bolluğu ile alâkadardır. Mamefi alınan gıdaların keyfiyeti arasında vaki olan tercihler uzuviyetin muvazenesini teşviş ederek yeni yeni vaziyetler ihdas eder. Meselâ karbonidratlarla yağlara fazla meclubiyet şişmanlığı; tahditleri, zafiyeti

mucip olduğu gibi safra, kilye taşlarıyla asidos, alkalos, oksalemi, idropizi de tegaddinin umumunda yahud bir kısmında yapılan ifratın birer neticesidir. Keza hazmî tehammürler barsak bakterilerini artırır, bu artan mikroplar bazı gıdalardan aldeit, asit bütirik, asit oksalik çıkmasına sebep olur. Şu halde igtida işinde önde mia cidarı ile mianın lenfoit nesci gelir Çünkü bunlar moleküler teşekkül vazifesile mükelleftir.

Bundan sonra igtida ile alâkası olan uzuvlar sırasile şunlardır:

### 1) Karaciğer;

Karaciğer; süzmek depo etmek ve ifraz yapmak işlerini üstüne almıştır. Veridi bab ile karaciğere gelen yeni teşekküllerden karbonhidratlarla yağlar, demir orada tevkif olunup kükürt fenolla birleşir, aminler desamine olur, setonik cisimler yanar, amonyak çıkar, kolesterin asit kolaliğe ayrılır. Tevkif olunanlardan şeker, asit amine, kükürt, demirin bir kısmı karaciğerde depo halinde muhafaza olunup lüzum ve ihtiyaç zamanında tekrar uzviyete iade olunurlar. Bütün bu çalışma mayalarla karaciğerin oksidan, idratan, litik, desaminan, has-saları sayesinde vukua gelir.

Karaciğerden kurtulmuş yahut kendi tarafından teşkil olunmuş maddelerle mahmul olan kan evvelâ kalbe sonra akciğere gider. Burada hamızı karbonunu verir, yerine oksijen alır, ve yine burada bazı yağlar tahrip edilir, kükürt okside olur. Şu halde vücuda giren gıdaî maddeler bidayeten kısmen karaciğerde, kısmen de akciğerlerde bir muameleye tabi kılınmış olur. Bu iki sahada vukua gelen fisyolojik hadisenin teşevvüsü meydana şu, bu, menşee ait igtida hastalıklarının husulüne vesile olur.

Karaciğer ve akciğerlerde vuku bulan en fisyolojik hadiselerden yakasını kurtarmış olan gıda maddeleri yine kanla uzviyete yayılarak burada idame ve tamire hizmet etmekle beraber ifraza ait yeui mahsüllerin de meydana gelmesinde amil olurlar. Fevkalâde nazik olan bu son ameliye hücrelerin hariminde vukua gelir.

### 2) Hücredeki igtida mihanikiyeti:

Hücrede vaki olan hadise dörde ayrılır;

- A ) gıdanın hücreye girmesi,
- B ) gıdanın temessülü,
- C ) muzaddı temessül teşekkülât.
- D ) bakayanın ifragı.

Hücreye girme meselesi kabiliyeti nüfuziye işidir. Bu iş yüksek bir hayvan hücresi için ne ise bir amip bir lökosit için de aynıdır. Şimdiye kadar hayatî bir hadise ad edilen kabiliyeti nüfuziye fisko-şimik bir iştir. Bu hadise her bir unsurun bünyesile değişir. Bazı müellifler hücrede gıdanın geçmeğe mecbur olduğu lipoproteik bir gışadan bahsederler, ve bu gışaya da (L h e r m i t t e - O v e r t a n ) gışası denir. Son

araştırmalar gışadan ziyade hücrelerin birbirleri üzerinde kümelendiği yerde bir mıntaka mevcudiyetini kabule meylettirmiştir. Bu mıntakaya *systeme lacunaire* dahi diyebiliriz. Bütün fisko-şimik hadise burada vukua gelir, ve burası şıryanî ve veridi cümleye mütevassıtlık eder. Buraya kadar gelmiş olan gıdaî unsurlar kolloitlerin tansiyonu, osmetik tansiyon gibi muhtelif kuvvetlerin tesirile hücre içine girer ve yerine diğerleri çıkarak mübalele vaki olur. Bu mıntakada şimdiye kadar tetkik edilen muvazeneler şunlardır:

A) *acide-base muvazenesi*, hamız ve kalevillerin birbiri aleyhine olan ifratı tanzim eder.

B) *Lipocytique muvazene*, nesiçlerin suyunu tanzimeder;

C) *Minero-mineral muvazene*; hücrenin içine ve dışına yayılmış olan (K, Na, Ca, Zn)ionlarının keyfiyet ve kemmiyetinde müdahale eder.

Bütün bu muvazenelerin tebeddülünden: dahame, dumur, pletor, idratasyon, kuruma meydana gelir. Mamafih bazı nesiçlerde kabiliyeti nüfuziye elektivité gösterir, yani bazısı albümini, bazısı yağı, bazısı emlihayı diğerlerine nazaran fazla aldığı gibi bazan da seçim yadar. Bu hal hücrelerin bir kısım maddelere karşı acil ihtiyaçlarını gösterir. Meselâ albüminler adelelelele, karaciğere; karbonhidratlar: karaciğer, adelât, kalbe; yağlar: yağlı nesiçlere; kireç, fosfor: kemiklere; kükürt, sürrenal ile kepte; sodyum: hilâli ahlâta; hadit; kırmızı küreyvat ile kept hücrelerine; İesitin: cümlei asabiyyeye gider.

Bu vaziyete, nazaran bir nescin igtidasındaki teşevvüş kâh elektif gıdaî bir noksaniyete kâh hücrenin muhtaç olduğu maddeyi kendisine karıştırmak hususunda gösterdiği kifayetsizliğe tabi olmuş olur.

Tesbit, istihâle, ifrag vazifesile mükellef olan hücrenin kimyevî icraatında müdaliyet vardır. çünkü hücre kimyası muhitte başka, merkezde başkadır. Növe hamız, protoplazma kalevidir. Hücre muhiti, tahammuzların mahalli; hücre merkezi, irca mevkii'dir. Kolloit miçellerin ve ionların disperse olduğu hücre hariminde elektro-şimik mücadele kâh (gel) kâh (sol) gibi mütenavip fiillerle vukua gelir. Burada faaliyete geçen muhtelif cisimler arasında *glutathion* ile eritme, irca, tahammuz muhammirleri bulunur. Hücreye girmiş maddeler bu muhtelif amillerin tesirile birbirleriyle kaynaşarak ortaya kolloit ve emlihadan mürekkep yeni cisimler meydana korlar. Bu mürekkebatın teşekkülü için gayri faal bir kolloide cezp ve def filini (*Newton kanunu*) tanzim eden muayyen elektrik hamulesini hamil bir ion terfik edilmiştir. Esası pek muhtelif maddelerden ibaret olan bu teşekküller her saniye dağılma ve birleşme halinde olduğu gibi hücre faaliyeti de husula gelen yeni cisimleri def etmeğe müntehidir. Haddizatında ifrazda bulun-

mayan göcre izah edilen mihanikiyetle deranuna giren maddeleri başka bir şekilde iade etmiş olur. Bu iade edilen maddeler başka nesicler tarafından kullanılır. Meselâ sürrenal, asit aminelerle adrenalın yapar; pratioit, guanidini tēbdil ederek paratirin yapar; tiroit, iodu triptofanla birleştirek tiroksin yapar.

### 3) Endokrin guddelerinin vazifesi:

Gerçi bu guddelerin dahilî ifrazları beslenmede bir rol oynamazsada, lâkin devran işlerinin idamesine, ihtiraklara, tahammuzlara, inkişafa yardım eder. Bu ifrazata *Hormon* yahut *Hormozon* derler. En faal gudde tiroit olup ihtirakı körükler. Tiroit; idro-salin, proteik, yağ muvazenesine müessir olduğu gibi kilsin tesbitine, esası istiklaba, kıl, tırnak dişlerin inkişafına yardım eder. Adrenalin ifrazeden sürrenal kolesterin, kükürt istiklaba hizmetle beraber amilolisi de kolaylaştırır. Pankeras ensülünü ise glikozun imtisas ve yanmasını temin eder. Hipofiz: inkişafa, pürük ve yağ metabolismasına; Paratiroitler; kolloit ve kils birleşmesine muavenet eder. Yumurtalıkla husyelerin tesiri morfojeniktir. Mahaza bu muhtelif guddeler vazifelerinde müstakil değildir, aralarında tam bir sinerji vardır.

Meselâ tiroid'in tenbihi zamanla sürrenal'in hacmini büyütür; hipofiz tenebbühü timüs ve tiroit üzerine tesir eder; husyenin dumuru ekseriya diğer guddelerin küçülmesiyle terafuk eder. Hülâsa böylece teşekkül eden plüri-glandüler sendrom: şişmanlığı, çok iriliği, ürisemi, kolesterinemi, glikozüriyi idare eder, neticede endokrin teşevvüşünden gelen igtida hastalıkları ortaya çıkmış olur.

### 4) Cümlei asabiye'nin müdahalesi:

Yukarda yazılan muhtelif guddelerin arasındaki ziddiyet yahut müşareket yalnız hormonlara tabi olmayup hormonların cümlei asabiye üzerindeki tesirleriyle guddeler arasındaki asabi münasebetlere de bağlıdır. Asabi münasebetleri vejetatif cümle idare eder. Bu cümleyi teşkileden reevi ile sempatik arasında sıkı bir münasebet vardır. Netekim asabi haşevinin tenbihi adrenalın ifrazını artırdığı gibi asabi reevinin tenbihi de mide ve pankreası ifraza sevkeder. Keza adrenalın sempatik cümleye; pepsinle ensülün asabi reeviye; tiroit ifrazı hem reeviye hem sempatiye tesir eder.

Bu tecrübi vakıalar seririyatta bazı buhranların deklanşe olmasında cümlei asabiye'nin tesirini görmekle de teyyüt eder. Bundan başka sempatik ile reevinin tenbihleri kandaki kalsiyümü birbirine zıt olarak tadil ederler. Netice itibarile endokrin bir guddenin vazife itibarile ifrat yahut kifayetsizliğine cümlei asabiye'nin tenebbüh, nehyi ile izimam edince: kollesterinemi dekalsifikasyon, zafiyet, hiperglisemi, ürisemi, obesite, hiperplasi, aplasi, hipertrofi, atrofi, gibi igtida teşevvüşleri meydana çıkar.

### 5) Kanın müdahalesi:

Kan, gıda unsurları nesiclere veren ve bakaya-

yı nesiclerden alan bir vasıttır. Bu alup verme hareketile terkibi daima tebeddül eder. Kanın içine giren ve içinden çıkan maddelerin yekûnu ne olursa olsun kanın kimyevî unsurlarında hayatî bir muvazene vardır. Esasen kanda da hilali sistemde mevcut olan muhtelif muvazenelerin hepsi vardır, yalnız bu muvazeneler kanda daha fazla proteik hamule ile vazifedardır. Çünkü nesiclere nazaran albüminden zenkin emlihadan fakirdir. Kandaki kolloidal muvazenede istikrar yoktur, ve bu muvazene pepton yahut aşı şıngası, troma, heyecan hafif intan, hazmî toksinler ile bozulabilir. Kolloidal bir mahlül berrak yahut süt rengindedir, bulanırsa calihalaşır. Bu hadiseye flokülasyon derler, ve albüminler üzerine vaki olur.

Flokülasyon bazı şahıslarda diğerlerine nazaran daha kolay olur. Bununda sebebi bu şahısların bir kısmının muhtelif intan ve tesemmüm ile hazırlanmış olmaları, bir kısımlarında veladî bir istidada malik olmalarındandır. İşte ahlâta veraset meselesi budur. Bazı ailelerde görülen astm, migren, eksema gibi igtida hastalıklarının da mihanikiyeti budur.

Flokülasyon yanıuda kristaloitlere isabet eden birde presipitasyon meselesi vardır. Buda hiltın presipitan kuvvetine tabi olup ya kisbi yahut irsi olarak kazanılır. Presipitan temayül neticesinde konkresyonlar teşekkül eder, ve bu teşekküller arasında en çok görülenler fosfat, urat, oksalat, kolesterin tevazzuatıdır. Teressüp hadisesinde teressüp eden maddelerin fazla alınması bir sebep olarak gösterilmişse de hakikat kemmiyetten ziyade işin keyfiyete tabi olmasıdır.

Bu kısma nihayet vermek için igtidada teşekküllü mecburi olan bakıyanın ittirahtarızında gözden geçirmek gerektir.

### 6) Bakıyanın çıktığı yollar:

İgtidadan meydana çıkan bakıyanın bazısı meselâ sürrenal pigmenti azalarda tavazzu ettiği halde mühim bir kısım da ree, deri, barsak, böbrek ile harice atılır. Ree, esnahtaki, dolayısıyla kandaki tansiyonla muhtelif nisbette hamızı karbon çıkartır, çıkan mikdar tegaddinin tabiatile teneffüsdeki süratle tabidir. Kanda hamızı karbon tansiyonunun fazlalığı gaza fazla nisbette ittirahtarızını intaç ettiği gibi müteakibilen de fazla hamızı karbon basala üzerine tesir ederek teneffüs hareketlerini artırır. Muayyen bir zamanda muttarıh olan hamızı karbonla mas olunan oksijen arasındaki nisbete emsali teneffüsü derler. Bu emsal şekerlerle vahide, müsavi olduğu halde, şahimlerle vahidden aşağı, albüminlerle daha aşağıdır, muhtelif bir rejimle vasattır.

Barsaklarla, demir, kireç, hamızı hummaz, ve muhtelif esaslar muttarıh olur. Müshiller bu ittirahtarızı çoğaltır; ishal, kanı hamızlaştırır, inkibaz kalevi kılar. Deri ile: su, kükürt, hamızat ve milhler ittirahtarız eder.

Böbreklere gelince: buradan su, asit ürik, asit oksalik, emliha, klorürler, kibrityetler, asit amineler, setonik cisimler çıkar. Kilye vazifesindeki kifayetsizlik hamızların, ürenin, pürük müstekatın ihtibasını davet eder.

Bu uzun tetkikten istidlal edilen neticeye göre igtida hastalıklarında başlıca altı sebep tesbit olunabilir :

- Tegaddide ifrat, kifayetsizlik,
- Karaciğerde vazife kifayetsizliği,
- Endokrin guddlerin vazifelerindeki teşevvüşler,
- Vejetatif cümlede hiper yahut hipotoni,
- Bakayanın ittirahındaki kifayetsizlik,
- Ahlatın fisiko-şimik muvazenesindeki istikrarsızlık,

Bu muhtelif sebeplerin her biri bir patojeniyi, kimyevî bir teşevvüş yahut teşevvüşlerin küllünü hülâsa ettiği gibi bunlarla tebeddül eden bir tedaviyi de idare eder.

Bu muhtelif teşevvüşlerin teşhisi için müteaddit tecrübeler lâzımdır. Evvelâ gıda bilânçosu tetkik olunur. Çünkü hiç bir hastalık yokturki gıda meselesi burada bir mevki almış olmasın. Meselâ pankreas, kept, tiroit vazifesindeki teşevvüşlerin gıdaî hatalar yüzünden vehamete uğradığı görülmektedir. Rejimden sonra hazım mayalarıyla, miâi transit; tabîi hazmî imtisas tetkik olunur, bu meydana aranılacak şeyler şunlardır:

A) Azotun vücuda giren miktarı ile idrar ve madde gaita ile harice çıkan miktarları arasındaki nisbet;

B) Karaciğerin vazifesini gösterecek azotürik emsallar : a ) *Boucharde emsali* ki üre azotunun mecmu azota nisbetidir; b ) *Maillard emsali* ki ürenin amino-asit ve amonyak nisbetidir.

C) Desaminasyonu tetkik için pepton tecrübesi:

D) Kükürtün tahammuzunu anlamak için mütedil kükürtün okside kükürte nisbetini bulmak :

E) Conjugaison'ları anlamak için kâfur tecrübesi yapmak ;

F) Pürinlerin tahammuzunu anlamak için adale tecrübesi yapmak :

G) Amilolisi anlamak için adrenalın tecrübesini yapmaktır.

İşte bu muhtelif tecrübeler sayesinde karaciğer ve nesîçler hakkında vuzuhlu malûmat alınır.

Endokrin guddeleri hakkında malûmat almak için yapılacak tecrübeler şunlardır :

Hipotiroidienlerde kuvvetli yahut hafif tiroit hülâsasının bir yahut müteaddit defa şıngası tabîi yahut hipertiroidienlerde olduğu gibi ne nabızda aynı betaafî, ne de aynı hipotansiyonu tahrik etmez; tiroidien ve sürrenalde adrenalın şıngası tiroit ve kapsül kifayetsizlerinde olduğu gibi ne aynı tesserrüü kalbî ne de tevettürü şiryaniyi mucip olmaz.

Paratiroit kifayetsizliğinden şüphe ediliyorsa kal-

siyum tecrübesi yapılır.

Gıdai glisemi ve glikozüri tecrübesinin tefsiri bir az komplekstir, çünkü bu tecrübe bir çok guddelerle alakadardır, meselâ : başta şekeri zabteden kept gelir, ondan sonra vücuda giren şekeri kullanan veya ihmal eden pankreas ifrazı dahilisi gelir, sonra da amilolisi arttıran sürrenal ile şekerin imtisasını tadil eden tiroit gelir. İşin içinden çıkmak için bütün bu tecrübelerle beraber teneffüsü hamızı karbonu tetkik etmelidir.

Zira teneffüsü hamızı karbonun mütaleası şekerin hakiki sarfını kanda şekerin çoğalmasile değil ancak ifrag olunan hamızı karbonun miktarile takdir ettirir. Hamızı karbonun tayini metabolismin amelîyesile olur. Esasî istiklap; istirahatte iken uzviyetin çalışmasını temin eden esas sarfiyattır. Hesabî ifraz olunan hamızı karbon vasıtasile elde edilen kalori miktarını vücudun metre murabbama nisbet etmektir. Bu sarfiyatın artması hipertiroitten mütevellit gıda teşevvüşünü gösterir.

Teşhiste tetkike değer bir cümle de vejetatif cümledir. Sempatik ile reevinin tonüsünü anlamak pilokarpin gibi vagotonik, adrenalın gibi sempatikotonik ilaçların şıngası ile olur. Dafireî şemsiye üzerine malûmat ise : reflexe oculocardiaque ile alınır.

Bunlardan sonra kilyenin kabiliyeti nufuziyesile ahlatın muvazenesi tetkik olunur. Bunlar için de kanda pH, ihtiyat kalevi tayinile beraber hamızı hummaz, kolesterin, hamızı bevil tayin olunur, klorür tecrübesi yapılır, *Mac Clure tes'ti* ile idrofilî aranır. En nihayet presipitan temeyülün araştırılması da kolesterin dahili edimme teamülü ile olur.

Bütün bu araştırmalar gıdanın temessülü, ihtirakı, ittirahı, ve hilt muvazenesi hakkında malûmat verir, ve neticede münasip bir rejimle tedavi yapılabılır.

**Münasip rejim nedir :**

Anlaşıldığı vechile höcre hayatı, mütenasip ve muayyen gıdaların alınmasını istihdaf ediyor. Mecmu kalori sarfiyatını toptan olarak şu, bu gıdadan vermek iyi bir netice vermez. Tetkikat kilo başına bir gram albümin, altı gram maiyetikarbon, bir buçuk gram yağ tesbit etmiştir. Bu hesaba göre 60 kilo sikletinde ve vasat iş yapan bir adam için 60 gram albümin, 350 gram maiyeti karbon, 90 gram şahim lâzımdır. Gerçi şişmanlarda bu rejim heyeti umumiyesinde azaltılır, zaiflerde çoğaltılırsa da rejime giren bazı gıdaları azaltmak yahut çoğaltmak maksadı daha iyi tatmin eder. Meselâ : şişman adamda yağ ile nişalar azaltılır, zaiflerde çoğaltılır, nükahaya fazla albümin verilir, maden kaybedenlere kireç, kansızlara kan, et üsaresi, kuru sebzeler, yorgunlara lesitinli yağlar verilir. Keza asidozda kaleviden zengin patat, yeşil sebzeler; alkalozde et verildiği gibi ödemelerde tuz kesilir, nikrislilerde sakatat, gelatin ve etli gıdalar verilmemez.

Yine bu gün malûmdur ki rejim vücuda yalnız idame ve tâviz maddelerini değil aynı zamanda da hayatdar unsurları getirmelidir. Faaliyet amili olan bu unsurlara *Zymosthenique* maddeler denir. Bunların bazıları asit amine sınıftandır, triptofan, lösin gibi. Bazıları da hüviyetleri layikile belli olmayan ve aminlerle sterinlere yaklaşan unsurlardır ki bunlara da *vitamin* denir. Vitaminlerin bazıları suda münhal, bazıları yağlarda münhaldir. (B,C) vitaminleri trophisme nerveux ile kan ve via muvazenssine lazım olduğu gibi; (A,B) vitasterinide kseroftalmi ile rahitise mani olarak nümaya hizmet eder; keza (A) vitasterini kirecin yapışmasına (C) vitamini kolesterin metabolizmasında; (B) vitamini glüsiterin yanmasında alâkadardır.

Rejim meselesini hal ettikten sonra tedavide takip edilecek yollar şunlardır :

Keptin vazifesini faal kılmak; bakayanın kilye ve barsaklarla çıkmasını kolaylaştırmak; viai glandelerin kifayesizliğini tamir edecek opoterapi yapmak (meselâ : obesitede tiroit; spasm ile dekalifikasyonda paratiroit; diyabette: ensülin ve follikülün kullanıldığı gibi) ; vagoempatik muvazeneyi temin için asabı reeviyi felç eden atropin ile mezkûr asabı faal kılan ezerin ve pilokarpın kullanmak gerektir. Adrenalin sempatiyi tenbih eder, ergotamin felç eder.

Ahlat çok kalevi ise : hamızı fosfor, kalsyum; hamızı ise : bikarbonatlar, asido - setozda ensülin kullanılır. Piperazin ile kaleviler hamızı bevli; magnezi emlihası ile hamızı fosfor da oksalatları

eritir. Bazı arızaların da anafilaksiden çıktığını yukarıda söylemiştik, bu nevi müzmin teamüllere karşı aşı, pepton, süt gibi sadme yapacak ilaçlar kullanılır. Netekim bazı artropatilerle migren ve astmada bu nevi tedaviden çok defa faide görülmektedir. Höcre vazifesinin ne kadar mûlak olduğu ve bu vazifede elektro - şimik ve fizik kuvvetlerin mühim nisbette alâkadar oldukları da düşünülürse tesiri oldukça esrarengiz olan fiziko - şimik tedaviden elektrisite, radrasyona müracaat zâruret kesbeder.

Meselâ : haute frequence'in nesiçler üzerindeki tesiri musarrif olduğu gibi tansiyonu da azaltır. Galvano - faradisation, mübadelâti faal kılar; ionisation, muaddil olan ion ve cation'ları höcrenin içine sokar; ultraviolet, kolesterin inihilaline yardım eder, derideki provitinleri vitamene tebdil eder ve betahsis kirecin tessebbütüne hizmet eder.

Mekanik tedavilerden masaja gelince adelâti takallüs ettirir; idroterapi, souk sıcak derecesine göre musarrif, müsekkim, münebbih olduğu gibi kan deveranını da faal kılar. Spor, yürüme, tenefüs emsalini arttırdığı gibi teri de intaç ederek bazı teressübatın inihilâline yardım eder.

Krenoterapi, ahlatın kalevileşmesine, höcrenin tenebbühüne, elyafı melsanın tonisitesine, uzuviyetin yıkanmasına, kilyevi, safravi ittiraaha hizmet etmekle beraber nesiçlerin içine kabili vezin maddelerden mada radio-actif, nadir gazler, zimostemik gibi maddeleri de sokarak temessülü ve höcre tazelenmesini mucip olur.

Pratik hekimliği alâkadar eden belli başlı meselelere dair:

## T I B B İ İ S T İ Ş A R E L E R .

### OLEOTORAKS (OLEOTHORAX).

Dr. Abdülkalir Lutfi

Gülhane dahiliye kliniği muallimi.

Kollaps tedavisi için yapılan pnömotoraks bazı vak'alarda maksadı ifa edemediğinden plevra çevfine hava yerine mayi zerketmek usulü düşünülmüş ve Bernou tarafından zeytin yağı istimali teçrübe edilerek bu usule *Oleothorax* denilmiştir. Zerkebilecek zeytin yağı basit ve muakkam, yahut gomenol, iyodipin gibi az çok antiseptik bir madde ile muayyen bir nisbette karışık olarak kullanılır. Kus tarafında zeytin yağı yerine mayi parafin kullanılmışsada daha az muharriş ve mikropların çoğalmasına daha iyi mani olduğu için zeytin yağı tercih edilmektedir.

Hava yerine zeytin yazı zerkinin düşündürülen muhtelif sebepler nazari olarak makûl görülmüş ve ilk zamanlarda oleotoraks dahi bir çok müdekkikler

tarafından bir çok vak'alarda tatbik edilmiştir. Pnömotoraksta plevra çevfine sevkedilen muhtelif nevi gazler ve hava birer gazdir. Gazlere ait vasıfları haizdir. Gazlerin bilhassa sıkıştırılmakla hacminin küçülmesi, çok seyyal olması, çabuk imtisas olunması bazı vak'alarda kollapsın tahakkuk ettirilmesine, tamamlanmasına mani olur.

Meselâ riede gaz kaçırarak kadar ince bir fistül mevcut ise hava ve yahut herhangi bir gazle kollaps yapılamaz. Yahut riede etrafı sertleşmiş ve kalınlaşmış bir kehif varsa hava ile istenildiği kadar tazyik yapılarak cevfi kapatılamaz, plevrada insibab veyahut başka bir sebeble iltisak hasıl olmaya başlar ve terakki istidadi gösterirse hava zerkile bu zararlı hadisenin de önü alınmaz.

Buna mukabil mayiin tazyik ile hacmi küçülmediği, mayi, gaz kadar seyyal olmadığı ve çabuk imtisas edilmediği için yukarda sayılan noksanlar mayi ile temin edilebilir. Ayrıca mayiin içine anti-septik birmadde ilâvesi de kabil olduğu için bununla plevrada husule gelen mikroplu net-halara karşı mücadele etmek imkânı da vardır.

Bilhassa mayi bir defa plevra cevfine ithal edildikten sonra uzun müddet orada kalabileceği için her vakit ve sık sık doktora gelmesi mümkün olmıyan vak'alarda dahi oleotoraks işe yarar. Zeytin yağının sayılan bu faydelerine mukabil bazı mahzurları da vardır. Mayi olduğu için plevra cevfine zerkedilince riede evvelce röntgenle görülebilen tafsilatı kapar. Zeytin yağı muakkam olarak yahut antiseptik bir madde ile birlikte zerkedilince plevrayı az çok tahriş eder ve bu aksülâmel misli bir mayiin irtişahını mucip olur. Bu mayiin inzimamı sebebiyle plevra cevfinde tazyik artar, vaktinde farkına varılamazsa tazyik fazlalığı rienin iltisak ile yapışık girintili yerlerinden yahut kehf cidarının zayıf noktalarından temezzuk yapabilir. Bu tarzla temezzuk vahim bir ihtilat sayılır. Yahut tazyik fazlalığı, mediyastenin gevşek kısımlarını kalbin sağ üzeynini, sol hicabihacizi iter ve hoş gitmiyecek tazyik arazlarına sebep olur. Hastayı taciz eder.

Zeytin yağı 500-700 santimetremikâbindan daha az zerkedilirse ekseriya maksadı temin edemez. Bilhassa rie âfeti zirve tarafında ise zeytin yağı rienin salim ve serbest kalan kaide kısmını nafile yere tazyik eder. Bundan başka zeytin yağı vücut için yabancı bir maddedir. Hava ve gazler gibi tamamen massolunarak eser kırakmamak hassasına malik değildir. Bazan az çok bir zaman sonra rie içine boşalabilir. Eğer rie sathındaki plevra zatül-cenp husulile kalınlaşmamış ise yahut rie sathına yakın tecebbün ve terakki eden bir afet varsa tesakkup hadisesi daha kolay olur.

Oleotoraksın faide ve mahzurları hakkında muhtelif fikirler vardır. Bunlar toplanırsa anlaşılıyor ki oleotoraks nazarı olarak kendisinden beklenen yararlığı gösterecek mevki tutamamıştır. G ü l h a n e dahiliye kliniğinde muhtelif vak'alarda oleotoraks tatbik ettik. Bilhassa tüberküloz ve pnömotoraks ihtilatlarından hararetli seyreden piyotorakslarda % 5 gomenollü zeytin yağı ile yaptığımız oleotorakslardan beklediğimiz istifadeyi bulamadık.

Oleotoraksın istitbabı: Yazdığımız faydalar ve zararlar mukayese edilecek olursa oleotoraksın istitbab hudutları darlaşmaktadır.

1. Pnömotoraksın idamesi lâzımgelen vak'alarda plevrada eksüda ve iltisak husulü sebebiyle pnömotoraks cevfi küçülüyorsa, yahut küçülmüş ise ve tam iltisak tehlikesi varsa mahdut olan bu cevfe oleotoraks yapılması faydelidir.

2. Pnömotoraks yapılan vak'alarda mediyasten çok gevşek olduğu için mukabil tarafa itiliyor ve istenilen tesirin elde edilmesine mani oluyorsa plevra cevfine hava yerine azar miktar gomenollü zeytin yağı zerkedilerek mediyasten plevrası tahriş ve

bu tarzla takviye edilir. Bu maksatla zeytin yağına ilâve edilecek gomenol nisbeti % 5 ten fazla % 6-7 olabilir.

3. Gaz geçtiği halde mayi geçmiyecek kadar ufağ olan rie fistüllerinde oleotoraks tecrübe edilebilir

4. Pnömotoraks yahut tüberküloz ihtilatı olarak teşekkül eden piyo - pnömotorakslarda, plevra cevfinde kasabat ile iştiraki olmak şartile, gomenollü yahut başka bir antiseptikli zeytin yağı azar miktar zerkedilerek oleotoraks tecrübe edilebilir.

**Oleotoraksın yapılma tarzı:** Oleotoraks yapılacak cevfte fazla mayi varsa mümkün olduğu kadar boşaltılır. Hasta pnömotoraks yapılma vaziyetinde yatırılır, ve pnömotoraks cihazı manometresile iştirak eden pnömotoraks ignesi mümkün olduğu kadar üst taraftan münasip bir noktaya batırılır. Nevesan alınmağa başlanınca lastik boru igneden çıkarılır, ve igne orada bırakılır. Sonra manometre ile müşterek daha kalınca bir pnömotoraks ignesi en alt taraftan plevra cevfine sevk edilir. Nevesan başlayınca manometre ile iştiraki kesilir ve muakkam bir irigatöre raptolunur. İrigatör içine gomenollü zeytin yağı konur, irigatöre ait lastik borunun havası kaçırlılır, ve irigatör münasip irtifaa kaldırılarak zeytin yağı plevra cevfine sevk edilir. Bu esnada yukarıki igneden hava çıkar. Hava yerine zeytin yağı çıkmaya başladığı zaman cevfin dolduğu anlaşılır. Cevf içinde bir az hava kalması lâzımdır. Bu havanın mevcudiyeti zeytin yağı zerkinden sonra husule gelen aksülâmel mayii sebebiyle çoğalan tazyiki tadil eder. Ekseriya bu hava 10-15 gün sonra massolunur. Bunun yerine tekrar zeytin yağı sevkine ihtiyaç yoktur. İki iğne ile oleotoraks yapmak usulü yalnız mahdut cevflerde değil diğer istitbablarda dahi kullanılır. Oleotoraks iltisaka mani olmak ve lüzumu olan kollapsı idame etmek için yapılmış ise, zeytin yağı lüzumu kadar bırakılır. Miktarını azaltmak icabederse ara sıra azar azar almak muvafiktir.

Mediyastenin cidarını sertleştirerek takviye etmek için yapılmış ise fazla miktar zeytin yağı zerkine ve zeytin yağını uzun müddet bırakmağa hacet yoktur. Bir müddet sonra tekrar boşaltmak icabeder. Mikroplu eksüdaların tedavisi için yapılmış ise ilaçlı zeytin yağı tedricen çoğaltılır, her defasında eksüda mümkün olduğu kadar boşaltılarak lüzumu kadar zeytin yağı ilave olunur.

Zeytin yağının sadırdaki tazyikını hava ve gaz tazyikleri gibi pnömotoraks cihazı manometresile ölçmek kabil değildir. Yağ hava gibi seyyal olmadığı için ince kanül ve igneler yolile plevrada değişen tazyik nevesanı sür'atle manometreye intikal edemez. Bu sebeble zeytin yağının tazyikini ölçmek için en basit usul olarak lastik boruya irigatör yerine 5 - 10 santimetremikâblık bir rekor şiringası takılır ve şiringanın pistonu çıkarılır, zeytin yağı seviyesi hangi irtifada sabit kaldığı araştırılır. Sabit kaldığı zaman tesbit edilen bu irtifa zeytin yağının plevra cevfi dahilindeki tazyikini gösterir. Yağ sütununun bu irtifandan civa yahut su sütunu esası üzerine asıl tazyik hesab edilir.

## KAN ŞEKERİ DÜZENİ HAKKINDA.

Kemal C. Berksoy

Üniversitat Füsülogi Ordinar Profesoru.

Kan şekeri dengi, füsülogiel olduğu kadar pathologiel şartlarda çağdaş biolojinin en gözeğer söz başlarından biri oldu. Bundan ötürüdür ki, hasta başındaki hekim için, nazari bir mesele olmaktan daha çok pratik bir değer kazandı.

En son araştırmalar gösterdi ki, şeker uzviyette başlıca enerji kaynağıdır.

Bağırda yanan *glycogene*, glükosa çevrilererek kana geçer. Tamamile aç bırakılan bir insanda bağır *glycogene*'i (24) saatte tükenince, bu kez, uzviyetin yağları ve proteinleri glükosa çevrilir, ve böylece, uzviyetin enerji kaynağı yine düzeninde temin edilir. Bundan yirmi yıl önce arab harflerile basılan Fizioloji adlı kitabımızın 421 inci sayfasında *G l y c o g e n i e* söz başında söylediklerimiz değerini kaybetmedi, o zamandan bu güne değin yapılan yeni yeni araştırmalar bu fikri gün geçtikçe daha berkitmiş oldu. Orada demiştik ki, «bağırın 24 saatte bağır üstü kara damarları yolu ile kana verdiği glükos, o müddet zarfında hayvanın yediği protein, yağ ve karbon hüdratlarının, nazari olarak verebilecekleri glükosa müsavidir; ve öyle sanılır ki yağ, protein ve karbonhüdratı taşıyan karışık bir yemek yemenin uzviyette enerji husule gelmesi bakımından maksadı, uzviyette ancak glükos oluşmasını temin etmektir». Bu fikir, bu gün de, özkes, değişmemistir. Yalnız değişen şey, glükos'un doğuşu hakkındaki nazariyelerdir. Sanılmasın ki bu nazariyeler de bu gün artık son sözünü demiştir. Hepimiz biliriz ki, tababet, ve bu büyük bilginin dayandığı biologi durmadan ve her geçen günde yenileşmekte, daha doğrusu çevrinib durmaktadır. Tıbbın tekâmülü, diyebiliriz ki, önceden bilinen şeyleri bozan, ve fakat bozulmağa namzed yeni temeller atan bir tekâmüldür. Neticede, bakarız ki, tıbbın yeni bir sözbaşı, tıbbî düşünüşümüzde bize yeni ufuklar açmıştır. İşte glükosun doğuşu ve tekâmülü de böyle çapraşık, fakat sonunda bize daha öğretici ve anlatici olmuştur.

Glükosun adelelerde nasıl yandığı hakkında Meyerhof nazariyesince, *Glycogene* ilk önce *oxygene*'nin tesiri olmaksızın, yani, anaerobie bir surette glükosun iki Fosforlu bir eseri olan *Lactacidogene* kılığına geçer, ve bu son cisim *Oxygene* tesirile ve aerobie bir yöndemle *acide lactique*, ve *acide phosphorique* ve *Glycose* verir. *Acide lactique* cisminin kendi yapısında taşıdığı kimyasal enerjinin dörtte biri yanar, fakat öteki kısım *Lactacidogene* cisminin yeni baştan yaratılmasına yarar. Bu nazariyeye göre adele makinesindeki yanma, *glycose* cisminin açık havada yalnız kat yanması gibi bir hadise değil, fakat ayrı ayrı ve do-

lambaçlı safhaları olan bir hadisedir.

Fakat, Lumsgaard taratından 1931'de, yani Meyerhof'dan daha sonra ileri sürülen bir fikir vardır ki, buna bakınca adale takallüsünde sarfolunan enerji için başka kaynaklar da vardır. Bu fikre göre *Acide Lactique* teşekkülünde açıkta kalan enerji, fosfor ekşisinin bir *İmid-uree* mükkebi olan guanidin ile birleşmesine yolaçar ve böylece bir *Guanidin - acide Phosphorique* birleşiminin teşekkülüne de yarar. Bu sırada bir *Adenyle* ekşisinin ve bir *Arginin-acide phosphorique* birleşiminin husule geldiği de ileri sürüldü. Görülüyor ki, bu gün daha adale takallüsünün kimyasal yürüyüşü ve glükos ile *Acide Lactique*'in yanması ve bütün bu çapraşık meselelerin aydınlanması zaman ve meşai istiyor, önümüzde karanlık köşeler daha çoktur. Buralara girmek ve meseleyi kesip atarcasına halletmek için elimizde ve önümüzde kat'i bilgiler eksiktir.

Bağırdan kana geçen glükos, kanda ne kılıkta dolaşır?

*Glycose*, bazı spektrel özgülüne ve bazı reaksiyonlara bakarak ancak kimyasal formüllerine göre alfa ve beta glükos diye anılan ve glükos'dan husule geldiği sanılan, fakat varlığı ancak farazi olarak kabul edilen, yani hiç bir zaman nyird edilib te şişeye konulmamış olan gama glükos halinde kanda dolaşır.

Bazı araştırmacılara bakarsak, gama glükos denilen farazi glükos, kanda *Acide phosphohexosique* yani, glühos'la hamızı fosfor birleşigi kılığında bulunur ki, bu birleşik çözülünce ondan alfa ve beta glükos ortaya çıkar. Bazı araştırmacılara göre *Glycogene* cismi, üç sayı gama glükos taşıyan bir *Trihexosan* dır.

Görülüyor ki, kan şekerinin tabiatı hakkında bu günki bilgilerimiz bizi, istediğimiz gibi aydınlatamadı. Şu kadarını iyi biliyoruz ki, kan şekeri, bazı vasıflarile iyi tanıdığımız alfa ve beta glükos'a benzer bir cisimdir.

Şimdi gelelim, kandaki birleşik şeker meselesine. Kanda açık, yani serbest, daha doğrusu, irca edici şekerden başka şeker biçiminde birtakım maddeler daha vardır ki, bu maddeler de *Aldehyde* mecmuası abluka edilmiştir. Abluka sözünü anlatalım: Glükosun irca edici bir şeker olması, glükos yapısında abluka edilmemiş halde yani, miyarlarla hemen taamüle girecek kılıkta *Aldehyde* mecmuası bulunmasındandır. *Aldehyde* mecmuası, kimyaca yapılış bakımından eğer açık değil, yani abluka edilmiş halde ise, o cisim, irca edici tesir etmez. İşte kanda bulunan ve şeker tabiatında olan bazı cisimlerde *Aldehyde*, bu haldedir ve irca edici gibi te-

sir etmez. Bu maddeler, madeni ekşilerle muamele edilerek ilk önce *Hydrolyse* devri geçirirler ve ondan sonra *Aldehyde* mecmuaları açığa çıkabilir ve o zamandır ki, irca edici olarak tesir ederler. Bu nevi cisimler arasında dekstrin ve bazı *polysaccharide*'lerle *acide phosphosaccharique* ve *Acide glucorunique* cisminin bir takım birleşikleri gibi cisimler vardır. İşte bu, daha çok iyice mutalaa edilmiş olan şekerlere, kanın birleşik şekeri denilir. Biz bu birleşik şeker meselesini bir yana koyalım da kanda serbest ve açık dolaşan şekere gelelim. Herşeyden önce okurlarıma diyeyim ki, tababette bize büyük ve faydalı bir saha, pratik saha, açmış olan İnsulin gerek normal halde, gerek şekeri artmış olanlarda kanda gezen alfave beta glükosu, adale tarafından ancak yakılabilen gama glükos kılığına çevirir. Gama glükos, daha bugüne kadar elde edilemedi. Bu, farazi bir nesnedir ve bazı araştırmacılar gama glükosa, *Neoglucose* adını da takdılar. İnsulin, adale içinde alfa ve beta glükos ile fosfatlar arasındaki muameleyi ve birleşmeyi temin eder, ve böylece gama glükosdan yeni baştan *Glycogene* teşekkülünü idare eder. Bu nazariyeye göre İnsulin denilen cevher, alfa ve beta glükosu, onların isomer şekli olan gama glükosa çevirir. Gama glükos haline gelen şeker, fosfor ekşisi ile birleşerek yeni baştan *glycogene* meydana çıkar. Bu fikre göre, vücutte İnsulin azalırsa Gama glükos artık ne kebede, ne de adale de *Glycogene* kılığına geçemez ve vücutte *Glycogene* teşekkülü vazifesi bozulur.

Kanda normal halde yüzde 0,8 - 0,11 yani, binde 0,80 - 1,1 gram kadar açık şeker vardır. Bu şekeri bağır verir. Barsaktan gelen glükos, bağırda *Deshydratation* geçirerek, yani su kaybederek, *Glucogene* haline geçer. Şeker kanda azalınca, bağır bu azalışı haber alır, ve kana tezelden şeker yetiştirmek için bağırda yürüklük (faaliyet) başlar, Bağır gözlerinde (hüceyrelere - K. C) depo edilmiş olan *glycogene*, *glycogenolyse* denilen bir değişiklik geçirir. Bu söz, *glucogene* maddesinden glükos hasil olması demektir. Hasil olan glükos, bağırüstü (1) karadamarlarıyla kana girer, kan şekerini çoğaltır, normal hale getirir.

Kanda dolaşan şeker, nasıl oluyor da düzeninde tutuluyor? Nasıl oluyorda denk duruyor?

Kanda şekeri azalıp çoğalması, bir *excitation* yerine geçer, ki bu halde uzuviyetin bağır, pankreas gibi uzuvlarında bir faaliyet doğmasına yol açılır. Vegetativ sinir sisteminin (2) basala ve ortabeyin kısmı, hatta üçüncü buteynin döşemesinde bulunan bazı bozcevherlerden bu tesir, büyük içegi (3) sinirleriyle bir yandan bağıra gelerek oradaki

( 1 ) Evridei fevkalkebediye.

( 2 ) Asabi hasevii kebir.

( 3 ) Latincesi = Systeme .

*glycogene* cevherinden glükos doğuşunu, ve böbreküstü guddesinin ilik cevherinden Adrenalin çıkmasını temin eder. Bir yandan da kana geçen adrenalin, bağırdaki *Glycogene* maddesinden glükos doğuşunu tahrik eder. Kanda şeker artmış olursa ne olur? Eğer bu artış binde biri geçerse normal halde bu kadar şekeri sidige geçirmiyen böbrek, bu sefer, o şekeri geçirmeğe başlar, idrarda şeker bulunur: *Glucosurie*. Fakat aynı zamanda pankreas guddesi faaliyete geçer ve kendi örgü sünde bulunan *Langerhans* adacıklarının verimi olan İnsulin maddesini kana bolca bolca verir. İnsulin ise, yukarıda söylediğimiz mekanizma ile kandaki fazla şekeri bir yandan uzuviyet örgülerinde yanabilen gama glükos haline getirir, bir yandan onu *glycogene* kılığına sokar, ve bu işin sonunda da fazla şeker kandan çekilir. Eğer normal bir hayvana insulin içesalınrsa (zerkedilirse) kan şekeri binde 0,90 dan 0,45 kertelerine düşer düşmez hayvanda, kan şekerinin azalmasından doğan bir takım hâdiseler ve başlıca çarpınma ve çirpınmalar görülür. Kara damarlara şeker mahlülü atınca, yahut, kana şeker veren bağırın *glycogene* maddesinden glükos yapan Adrenalin şırınga edilince, kan şekeri azalmasından, yani *Hypoglycemie* den ileri gelen bütün bu çarpınma ve çirpınmaların ve ölümün önüne geçilir.

Bağır, henüz herkes tarafından inanılmamış olan *Loewi* nazariyesine göre kana *glycimine* denilen bir cevher verir. Bu cevher İnsulin maddesinin tersine tesir eder, yani örgülerin glükosu çekib kendilerine almalarını meneder ve bağırdaki *Glycogene* maddesinden kana bolca glükos verir. Ancak, yukarıda dediğim gibi, *Loewi*'nin bu fikri, daha herkesce beğenilmemiştir.

Türoid guddesinin ( guddei derekiye ) uzuviyetteki şeker değişimi meselesinde ve hâdisesindeki büyük rolüne gelelim. Hayvanlarda yapılan araştırmaları bir yana koyalım da insandaki müşahadelere bakalım. İnsanda Türoid guddesinin müessir cevheri, yani, hormonu, *Thyroxin* dir. Bu madde, tıpkı Adrenalin gibi tesir eder. Yani her iki cisim de. İnsulin cevherinin antagonistleridir. Nitekim Baz dov'lu hastalarda çok kez şeker işeme görülüyor.

Öteyandan. Hüpofüs (gudde nuhamiye) guddesine gelirse, bu guddenin arka bölümünün hormonu olan pituitrin sağlam adama İnsulin verince doğan *Hypoglycemie* arazlarıdır, tıpkı Adrenalin gibi, karşı koyar. Yani, pituitrin maddesi de kan şekerini çoğaltır.

Ovar (1), yani yumurtalık hormonu olan Follikulin cevheri, erkek köpeklere bolca glükos yedirilerek artırılmış olan kan şekerini azaltır; fakat garibtirki, dişi köpeklerde bu tesir görülmez. Demek olur ki, yumurtalıkla da kan şekeri arasında bir bağılık vardır. Ancak bu bağılık yeni araştırmalara muhtaç bir davadır.

(1) Ovarum ( Latince ). mebziz ( os ).



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 ü Y a z ı l a r .

HAVA HARBİNDE ZEHİRLİ MADDELER.

Doktor Mehmed Kâmil Berk  
İ s t a n b u l .

Son büyük harbde, tayyarelerin tek tek veya gurup halinde, oynadıkları rol henüz unutulmadı. Hele harbden sonra onların ne kadar çoğaldığını ve yenilikler alarak tekâmül ettiğini hepimiz biliriz. Bundan sonra olacak savaşta, tayyarelerin, hava hücumlarının ne kadar fena ve ne kadar öldürücü olduğunu da anlatmakta zorluk çekmeyiz.

Harbden orduyu, daha evvel mağlûb etmek için anın dayandığı ve her türlü ihtiyacı giderdiği fabrikaları, kasabaları şehirleri tahrib etmek ve panik yapmak için, tayyareler tahriblerden çekinmeyecekler ve sivil halkı da obüsler, yangın bombaları ve öldürücü gazlarla bu tarafa öldüreceklerdir. Bu medenî milletlerin harb cihazlarını tekâmül ettirmek, dünyaya hakim olmak için birinci düşünceleridir.

Şu halde, gelecek harbin en esaslı kısmını, havâî-kimyevi bir harb olmasıdır. Sivil ahaliyi korumak gibi en zor bir mesele karşısındayız.

Biz hekimler kasaba ve şehirleri korumak için ne lâzım olduğunu, inceden inceye düşünmeliyiz. Ancak öldürücü maddelerden, herâesin korunması için öldürücü gazın fena tesirleri ve tedâvisi hakkında pratik bilgimiz olmalıdır. İşte Biz de bu yazımızda, çok kısa olarak, şu bilgimizi yazacağız.

*I- Havâî-kimyevi harpde sivil ahaliyi koruma:*

Her ne kadar hükümetler arasında, harbe karışmamış, sivil halkın canının taarruza uğramaması, şehir ve kasabaların yanmaması esası kabul edilmiş isede, eski ve yeni harblerin hiç birinde, bu kaideye riayet edemediğini, son büyük harbde, hepimiz gördük. Şu halde, bir ordu gâlib gelebilme için, kendisi için faydalı, diğeri için zararlı olarak, her vasıtaya baş vuracağından, bunlar arasında en müdhişi olan hava yolile, sivil ehaliyi öldürecek patlayıcı obüsleri, zehirli gazları, yangın çıkaracak bombaları, hiç bir insani kaideyi düşünmeden, atacaktır. Binaenaleyh her memleket ahali-sini bu vahşetten kurtarmağa savaşmalıdır.

*1- İnsani cemiyetlerin teşebbüsleri:* Uluslar cemiyeti ile kurvaruj cemiyeti, en önce, bu işi düşünmüşler, ve boğucu, öldürücü gazlarla, onlara benzerleri ve hasta edici mikrob saçmayı pek fena gördüklerini ilân eylemişlerdir. Fakat silâhları bırakma ve azaltma gibi, bu meselâ de (fena görme) de kalmış ve, her yerde fabrikalar, harıl harıl, öldürücü gaz yapmaktan geri kalmamışlardır.

Croix-Rouge cemiyeti de, hükümetleri sivil ahaliye karşı havâî vasıtaları kullanmasını vaz geçirmekten ziyade taarruza uğrayan şehir, kasaba ve köyler halkını taarruz fenalıklarından, sakınmak yollarını öğretmek usulünü tutmuştur. Buda gösterirki, Croix-Rouge cemiyeti de, kabahatsiz ve muharebe etmeyen halkı, çoluk ve çolukları, boğucu ve öldürücü gazlar harbinden kurtaramıyor.

*2- Sivil halkın havâî kimyevi harbe karşı esirgenmesi için şimdiki tedbirler:* İnsani cemiyetler, kırmızı salıp cemiyeti, harb esnasında, sivil halkın, tayyare hücumlarından esirgenmesi için müessirbir tedbir yapmadığı ve yapmıyacağı anlaşılınca, her hükümet, kendi halkını tayyare hücumlarının zehirli ve öldürücü gazlarından korumayı öğretmeğe başlamışlardır. Bunun için, haftanın tâtil günlerinde, gurup gurup halka, mektepte çocuklara, şimdiden pratik dersler vermek, sakınma işleri ve aletlerini gaz yutanlara ne suretle yardım edileceğini öğretmek, bunları bir çokvasıtalarla resimli pratik öğretim kâğıtları dağıtarak köylere, köylülere kadar yaymağa başlanmıştır.

Kırmızı salıp cemiyeti de kendi adamlarına, hastabakıcılarına boğucu, öldürücü gaz yutanlara ne gibi yardım ederek onları kurtarmayı öğretmeğe, memleketi müteadit gruplara ayırarak, buralarda sivil ahaliye aile reisleri vasıtası ile, çoluk ve çocuklarına öğretmeği. Sü. İç ve Sağlık bakanlıklarının nezaretleri altında iş edinmişlerdir.

Şu teşkilâtta beraber evlerin, kışların, dükkânların ve mağazaların korkulu gazları sokmıyacak, girerken süzgeçten geçib tehlikesiz bir hale girecek ve temiz hava cereyan ettirecek tertipler, tedbirler almak herkese öğretilince, boğucu gazlar korkusu da azalmış olacaktır. Fakat şu pek büyük iştir. Ve herkesin el birliğiyle çalışması lâzımdır.

*II. Harb gazları :*

Gaz harbinde kullanılan maddelerin hepsi gaz değildir. Bazıları âdi tazyikte gazdır. (Chlore, phosgene) fakat bazıları şiddetli patlama ile gaz haline geçen mayileridir (chloropicrin, ypérite, bromure de benzyle). Diğeri bazıları (bazı arsène'ler) de havada toz ve bûhar gibi dağılan, katı maddelerdir.

Öldürücü gazların hikemî, hassalarına, kimyevi terkiplerinde açıkta veya mermi içinde kullanıldıklarına, hava veya toprak üstünde nekadâr zaman kaldıklarına göre ayrı ayrı kısımlara ayırmışlardır.

Kullanılacak öldürücü maddeler hücum edecek askerlerin, hücum edecek ordunun ve arzın topografik vaziyetine göre değişir. Ve gazlı obüsler ona göre tertib olunur. Tehlikeli gazleri, tesirlerine göre, beşe ayırabiliriz.

- 1— Boğucu gazler (Klor gibi);
- 2— Yakıcı gazlar (Yperite gibi) ;
- 3— Gözyaşı akıtan gazlar (Bromacetin gibi) ;
- 4— Öksürtücü gazler (Arsine'ler gibi);
- 5— Semmî gazler (Acide cyanhydrique gibi);

Bu taksim indidir ve tamamen doğru değildir. Çünkü bir gaz bedeninin yalnız bir nevi hücrelerini bozmaz. Gazın miktar ve tesir zamanına göre hücrelerin bir çoklarını, muhtelif derecelerde, zedeler, ve bir gazın, muhtelif tahrip edici tesirleri vardır,

#### 1 - Boğucu gazler:

a - Klor (Cl): Sarı yeşilimtrak, havadan daha ağır, kolayca mayileşir (liquefiable). Ucuza mal olur. İyi kapalı bombalarda saklanır. İcabında tepesi açılarak gaz salıverilir. Oxychlorure de carbone (ypérite) veya phosgène (COCl) ile chlorarsineler gibi diğer bir çok mürekkebi de vardır.

b - Brom (Br 2): Âdi hararette buhar neşreden kırmızımtrak bir mayidir. Brom daha ziyade obüsleri doldurmağa yarar.

c - Tetra-chlorosulfure de carbone, diméthyle - sulfate çok zehirli gazlerdir.

d - Klorlu halogène mürekkepleri arasında chlorosulfate de méthylène (CO3Cl CH3) et d'éthyle, bahuşus chloropicrine (C.Cl. 3NO 2) phosgén ile anın palite (Cl-CO. O. CH2 Cl) ve surpalite( (COCl 2) 12) mürekkepleri boğucu ve öldürücüdür. Nitro - Chloroforme veya chloropicrine (C Cl. 2 NO 2) bir mayidir. Ağır buhar dağıtır. Gözleri harap eder. Havada ikiyüz bində bir nispetine insan tahammül edemez. Teneffüs edilen havanın litresinde onda sekiz miligram bulunursa, öldürür. Aquinite maddesinde chloropicrine vardır.

f - (CO Cl 2) Phosgène: buna oxychlorure de carbone ve carbonyle de derler. Klordan sekiz kerre daha çok tesirlidir. Muharriş, boğucu ve öldürücü bir gazdır. Mermilerle collonjite namile, doldurulan maddenin terkiindedir.

Fosgène madeni üstüvanelerde saklanır. Eter müştaklarından Chloro-carbonate, chloroformiate (Cl-CO-O-CH2Cl), ( (COCl 2) 2 ) ları, kolayca buhar haline geçen, öldürücü ve boğucu mayilerdir.

( Chloroformiate de méthyle mono - chloré ou palite, Chloroformiate de methyltrichlore ou diposjéne ou surpalite).

#### 2 - Yakıcı gazlar:

Bu gazlar deriyi, muhafı gışayı tahriş ederek, kaşınma, filikten, geniş tahripler yapar.. Bu gazlerin en fenası su fire d'éthyle bichloré (S C.2 H4 — Cl) veya yperite dir. Renksiz ve ya hafif sarı renkte bir mâyidir. Sarmısak ve ya hardal gibi kokar. Yakıcı, boğucu ve zehirlidir. Havada 14 milyonda

bir bulunsa bile, gene tesirlidir. Havada uzun müddet kalsa ve her aralığa, deliklere, çukurlara, hattâ toprak, mensucat aralıklarına girer ve orada uzunca zaman kalır. Az miktarda olursa, tesirini bir kaç saat sonra gösterir.

#### 3- Göz yaşı akıtan gazler:

Bu gazlerden pek azı, koruma maskesi içine girince göz munzammasını tahriş ederek, maskeyi kaldırmaya mecbur eder, ve maskeyi kaldırınca diğer boğucu gazlere maruz kalır.

Bu sınıftan olan gazlerin hepsi klorlu, bromlu, iyotlu halogene mürekkeplerdir ( kloroseton, bromoseton (CH2 - Br-CO-CH3 == Martonite; iyodo seton). Bu arada asetonu bir atom hidrogene bir atom halogeni geçmesi ile hasıl olan cetone halogen'ler, ağırca yağ kıvamındadır, ve hemen göz munzammalarını fena tahriş eder.

Birde Carbures aromatiques'lerin halogen'li müştakları vardır. Bromür de benzyle == cyclite (C14-H 14 Br2) ve iyodüre benzyle de xylite soyleunege değer.

#### 4 - Aksırtıcı gazler :

Bu gazler, aksırma hissi gelince, maskeyi çıkartmak ve aynı zamanda yayılan zehirli gazlara maruz kılmak için kullanılır.

a - Aromatik sınıftan arsin ( arsine ) ler : Bu maddelerden biri diphenyl chlorarsin (AsCl2 H10 Cl) dir. Toz halinde olunca hava yollarını tahriş eder ve çok olursa zehirlidir.

Bir de (C.12 H10 As C == N ) diphenyl cyanarsine vardır. Teneffüs edilen havanın litresinde miligramın yüzde biri olsa bile tahammül edilemez. Diphenyl amine == chlorarsine de bu sınıftan diğer bir maddedir. Ve adamsit ismi verilmiştir. Otuz milyarda bir havada bulunsa insan tahammül edemez. Zerrelere âdi maskeleri kolayca geçer, ve öldürür.

b - Yağ sınıfından arsine'ler : Ethyle - chlorarsine (C2 H5 - As Cl 2) ile ethyldibromarsin (C2 H5 - As Br 2) kullanılmıştır. Bundan başka chlorvinyl dichloro arsine veya Lewisite vardır. Sarımtırak bir mayidir. Çok zehirlidir. Yalnız kolayca su ve yperite ayrılır. Şu halde pek makbul değildir. Lewisite zerrecikleri bir milimetronun onbinde biri hacminde olduğundan, tayyare ile serpillince, ciltte fliktenler ve gangrenler yapan ve hava yollarını cerahatlandıran, aşağıya ölüm saçan bir yağmura benzer.

#### 5 - Öldürücü gazler :

Bu gazler, uzviyete girerek bazı uzuvları tahrib ederler, mesela acide cyanhydrique (H - C == N) asabi cümleye oxyde de carbone (CO)kana tesir eder.

Öldürücü gazler, istikbal savaşının en ziyade ümitlendiği bir kimyevi harb vasıtasıdır. Fakat buna muvaffak olabilmek için zehirli gazın havadaki miktarının kâfi nisbette olması icap eder ki

bu da açık savaş meydanlarında, her zaman kabil olmaz.

a - Acide cyanhidrique veya prussique - Bu hamız çok kuvvetli bir zehirdir. Mayi halindedir. Acıbadem kokusundadır. Muzır böcekleri ve hayvanları öldürmek için kullanılmağa başlanmıştır. Hamızı cyanidrique havanın metre mikâbında 0,55 gram olursa, insanı öldürür. Fakat kesafeti az olduğundan bu nisbeti bulmak ve muhafaza eylemek zordur. Buna da çare bulunmuş ve arz üzerinde bir müddet kalabilecek kesafetli mürekkep yapılarak obüsler doldurulmuştur. Yani asit cyanidrique, klorür stannik, klorür darsenik ve kloroform ile karıştırılırsa (vin cennite) ismi verilen mürekkep arz üzerinde bir müddet kalır. Vitryte ismi verilen mürekkep te buna benzer.

b - Humzu karbon.- Kokusuz bir gazdır. Lakin çok zehirlidir. Hava kesafetine yakın ve istihsalî pek ucuzdur.

Humzu karbon kırmızı küreyvelerle birleşerek onların oksijen almasına mani olduğundan insan ölür. Binde bir nisbette havada bir litre humuzu karbon bulunursa kanın hemoğlobininin yüzde ellisi oksijen alamaz olur. İşte obüslerin bir dereceye kadar mahdut mahallerde patlamasile yayılan humzu karbon oradakileri boğmaya kâfidir.

#### 6 - Savaşlarda kullanılacak zehirli gazler :

Yalnız bunlar değildir. Âlim kimyagerler insan öldürmek için mütamadî çalışmaktan geri durmuyorlar. Ve belki yeni maddeler bir birile rekabet ediyorlar. Tetraethyle de plomb, diethyle de tellure gibi ve buna benzer diğer uzvi, madenî veya şibih madenî maddeler deriyi tahriş etmeden deri tarikile bedene gider. Ve istrikninden yüz defa ziyade tesiri olduğundan asabî cümlelerin merkezini zehirler. Çok kerre hemen öldürür. Miktarı az olursa müzmin ruhî teşevvüşler yaparak malûl kılar.

Yangın çıkaran bombalar içinde petrol vardır. Bomba içinde plomb tetraethyle veya telleure-diethyle konursa patladığı yerde yangından başka öldürücü zehir saçar. İsocyanide de cacodyle (C ≡ N - As ( CH3 ) 2 pek fena bir zehirdir. Biz burada şimdiye kadar neşredilen zehirli ve öldürücü maddelerden bir kısmını toplayabildik. Şunu unutmamalıdır ki savaş esnasında düşmanın bilmediği maddeleri kullanmak esas olduğundan, üç sene evvel çıkan bir istatistikte bu maddelerin sayısı dört bine çıktığı ve bunlar içinde pek zehirlileri bulunduğunu söylemek kimya savaşının istikbalde ne kadar deşetli olacağını gösterir.

#### III - Zehirli gazlerin uzviyette ilk tesirleri :

Zehirli ve öldürücü gazlerden her birinin uzviyetteki muhtelif cihazlara tesiri aynı derecede olduğundan ve bu gazlerin sayısı da pek çok olduğundan marazî ve tehrihî âfetin her zehirli maddeye göre ayrı ayrı yazılması imkânsızdır. Eunu için

zehirli gazlerin tahriplerinin (fiziopatolojisi) eseri üzerine mütaleası daha kolay olacaktır.

#### 1 - Uzviyetin her tarafına tesir eden zehirler:

Asit cıyanidrik ile humzükarbon bu zehirlerdendir. Uzviyette mevzii âfet yapmadan umumi tesirle öldürür. Asit Cıyanidrik kapalı bir yerde onbinde bir nispette bile zehirdir. Akciğerlerle bedene girince asabî cümleye anî olarak tesir eyler, ve zehirin miktarına göre ânî vahim veya hafif tesemmüm şekilleri yapar.

Anî ve vahim şekilleri - Asit Cıyanidrik saçan bir obüs patlayınca yanında bulunan adamlar maskelerini koymaya vakit kalmadan zehirlenirler. şid detli bağırarak yere düşer; teneffüs saccadé, nabız gayri mutnazam olur. Gözleri dışarı fırlar ve hadaka çok açılır. Çeneleri kitlenir, bütün bedende tekallüsler başlayarak tetanoz gibi gerilir ve bu halde ölür.

Hafif ve tedavisi kabil olan şekiller- Aist Cıyanidriğin miktarı az olursa bedende toplanmadığından öldürmez. Baş ağrısı, baş dönmesi, göğüste sıkıntı ve darlık, nabızda geçici intizamsızlık, sık sık nefes alma, şiddetli tekallüsler, ter başlar ve sem bedenden çıktıkça şu arazlar yavaş yavaş azarak merkezi teneffüs tesemmümü ile gider. Müstesna olarak bakiye séquelle bırakır.

Humzu karbon bomba ve obüslerin patlaması esnasında husule gelir, ve açık havada olursa gazın fazla intişar kabiliyetinden dolayı öldürmez fakat kapalı yerde fenadır. Bu da humzu karbonun kırmızı küreyvelerin hemoğlobini ile birleşerek onların oksijen almaları hassasını menederek bir nevi boğulma husule getirmesidir.

Humzu karbonla şidatli zehirlenme neticesinde tekallüslerle ve suratla ölürler, ve buna ânî (foudroyante) şekli denir. Fakat her zaman böyle olmaz.

Vahim şekillerinde şiddetli baş ağrısı, baş dönmesi, göz kararması ayağa kalkınca sarhoş gibi sallanmak, kulak çınlaması, bunalı gibi dimağî ihtikan ve özeyma arazları başlar. Düşünmek ve yürümek kabiliyeti henüz vardır. Eğer tehlikeyi düşünebilirse açık havaya kaçmaya başlar. Fakat ensesinden, bacaklarından başlayan kramplar yürütmesine mani olur. Ve düşer. Yerde sürünerek kaçmaya teşebbüs eder. Muvaffak olamazsa düşünmesi azalarak uyumaya başlar. Ve uyku içinde sıkıntısızca bazan kusarak koma içinde ölür. Henüz komaya girdiği esnada açık havaya çıkarılır ve yardım edilirse, yavaş yavaş ve pek uzun sürerek kendine gelir. Humzu karbon bedenden tardolunur.

Zehirlenmenin hafif şekillerinde: Baş ağrıları, sersemlik ve derin uyku başlar, ve açılınca kesiklik, halsizlik duyar ki bir müddet sürer.

Humzu karbon gırtlakta hava yollarında akciğerlerde nezleler, anfizem, astm gibi bakiyelerle asabî cümle tegayyürleri bırakabilir.

## 2 - Tesiri mevzii olan haricî zehirler:

Uzviyette her tarafa tesir epen zehirlerin uyuşdurucu ve uyuducu hassalarile çabuk öldürdüğünü ve kurtulanlarda da nadiren sequelle bıraktığını gördük; halbuki tesiri mevzii olan zehirler acıklı ve kıvrandırıcı bir hal ile saatlerden ve günlerden sonra öldürür kurtulanlarda da fena séquelle'ler bırakır malûl kalır.

a - Teneffüs yolları muhafî gıçasına kâvî tesirile boğucu zehirler.- Bu zehirlerin terkiibinde arsenik şibih madenî bulunub bulunmamasına göre marazî tesirleri değişir. Her nekadar tahribleri bir isede arserik cevherinin tesiri inzimam eder.

b - Arseniksiz olan klor, fosjen, kloropicrin zehirleri: Bunların bazıları göz munzamasını tahriş etmekle beraber yukarı hava yollarına tahrişle kalbî dimağî, midevî, ve teneffüsü inikâslar yapar; yani kalbde, betaet (Kalbi senkop); zehir az ise şiryanî tevettürün çoğalması, zehir çok ise azalması (rieviyi midevî asabın taharrüşü, badehu kalp adelesinin zayıflaması) Yemek veya safra kusmaları uzviyetin Zehirin girmesine karşı durmak ister gibi teneffüsün zehir halinde kalması mizmarın kapanması, kasabaların daralması, teneffüs edememeğe tahammül edemeyerek yine zehirli havayı alarak şiddetli boğulma hissi, zehirli maddelerin hava yollarını tahrib ile, rie özeyması başlaması ilk göze çarpan hallerdir. Eger gazın miktarı çok ise ani ve inikâsi olarak öldürür. Bazan fevkalhat rie özeyması ile bir kaç dakikada öldürür. Bazan da gaz musabı, sürünerek İmdat mahaline kadar gelebilir, fakat hava yollarını tahriş mayii yavaş yavaş doldurduğundan nefes almayarak ve ağzından burnundan kanlı köpükler gelerek boğulur.

Gazın miktarı az olursa göz yaşarması ve yanması ile beraber kuru ve müzic hir öksürük başlar ve bir müddet sonra, umumî zafiyet başlar. Öksürüğün az olması her zaman geçeceğini göstermez çünkü tahriş edici gazın açtığı yaralar ne kadar sathî olursa olsun ihtilatlar meydana verir. Bundan başka gaz tekrar hafif olarak gelirse, teneffüs inikâsı daha şiddetli olur. Yani teneffüsü tutar. Göğüste darlık başlar, bu arazlar uzar ve çoğalırsa ölüm korkusu baş gösterir. Şayet yukarı teneffüs yollarının teşennüci tekallüsü azalırsa biçare adam teneffüs etmeğe başlar. Bir az açılırsa da göğsünde pek şiddetli ağrılar duyar. Bu safhayı atlattıktan sonra yorgunluk üşütmek tedbirsizlik hazımsızlık neticesinde ânî ihtilatlar, hat akciğer özeymaları, rievî ihtikanlar, kalbî teserrüpler, ademi nazımlar, karaciger ve muhiî veritlerde rükûdetler, kaylar, kabız, bazen ameller, idrarın azalması, ve hiç gelmemesi az değildir. Eğer bu ihtikanlar, bu özeymalar umumî olmayıp mevzii ise ve lazım gelen tedavide gecikmezse gazlının iyi olması muhtemeldir. Fakat bu zamanda bile ânî ölümler senkoplar da çoktur. Bu ihtilatlar hafif

geçer ve arazlar yavaş yavaş azalırsa ruhi hikemî asabî tegayyürler zail olmağa başlar yorgunluk ve zayıflık sequelle bırakmasa bile çok sürer.

Lâkin çok kerre, rievî, kalbî tegayyürler hematoz filini bozar. Hele ispiroto tütün sui istimali varsa deveranî sıkıntı daha çok olur. Gazla zehirlenmiş üç günü atlattıktan sonra yavaş yavaş iyileşmeğe başlar, ve alelvasat % 75 i kurtulur. Rievî ve kalbî azalar pek geç geçer.

Gazla zehirlenenlerde görülen başlıca ihtilatlar şunlardır: Şiddetli öksürüklerle rievî esnah yırtılarak hava munassıfa ve deri arasına girer. ve cilt altı anfizemi yapar.

Kanın luzuciyetinin fazılaşması ile şiryanlarda tikanmalar ve neticede gangrenler olur. Bu arıza dimağda olursa muvakkat ve daimî meningoencephalite başlar. En mühim ihtilat akciğerlerdedir. Zehirlenmenin onuncu on ikinci gününe doğru başlayan müteaddit mihraklı bronco - pneumonie ile ateş tekrar çıkar. Şu ihtilatların ciddi olmasından başka plevra veya akciğerde tekayyühler başlayınca neticesi pek mühlik olan kîhî zatülcempeller akciğer huracları ve gangrenleri meydana çıkar.

c - Arsinelerle bogulmalar: - Arsinlerin kimyevî muadelelerine göre fizyopatoloji tesirlerinin değiştiğini. Biliriz meselâ phényl-chlorarsine ( C1 As (C6 H5)2 ) nin bir (C6 H5) cezrini bir atom halojene (C1) ile değiştirirsek elde edilen madde fenil di kloro arsin (C1 2 As C 6 H5) hem muharriş ve hemde boğucudur, ve akciğere tesiride başkadır.

Bu maddenin her küçük parçacığı (bu parçacıklar bir milimetro mikâbının binde birinden daha küçüktür) konduğu yeri tahrib eder deler; öldürür. Çigere gidince tahriş ile ifrazları ve kan hücumunu mucib olur. Böylece hava yolları cerahatla dolarak ve rievî özeyma yaparak boğar.

Bu esnada dem kitlesi fazla kırmızı küreyveve mayi kaybettiğinden luzuceti çoğalır ve bu da kalpetini yorar. Bundan başka arsinlerin yaptığı histamine de, kan damarlarına ve böbreklere fena tesir eder. Arsinler henüz harplerde kullanılmamıştır, fakat hayvanlarda yapılan tecrübeler bu maddelerin pek mührîb olduğunu göstermiştir.

d - Deriye tesir eden zehirler yakıcılar: - Deriyi yakan zehirlerin en müessiri Lewisite ile ypérite'dir. Bunlar dokunduğu yeri yakar derinin her tarafını hattâ bazan esvabla örtülü yerlerini muhafî gıçayı akciğer esnahını tahriş ve tahrib eder. Tahrib yalnız mevzii kalmaz buradan mas edilerek kalbde, hazım borularında, guddeler ifrazlarında, asabî adeli cümlede ve bedeninin umumî tagdiyesinde tegayyürler yapar.

Bu zehir, kumaşların nesci arasında uzunca müddet kalır. Bu zehiri havî olan bomba bir adama yakın bir yerde patlarsa tesirini bir kaç dakikada gösterir. Fakat zehir parçacıkları az ise 6-10 saat sonra tesiri başlar evvelâ gözde yanma, bat-

ma, sulanma başlar aydınlığa bakamaz, yavaş yavaş munzamma ve göz kapakları şişer, gözler görmez, cerahatlenir. Eger tahrib az ise 8-10 günde geçer lâkin daha ziyade ise bir buçuk, iki ay sürer. Nadiren göz harab olur. Yperite deride yarınklar gibi üç derecede tahribat yapar.

Derinin açık nazik ve rutubetli (koltuk, kasık, âne tenasülî uzuvlar) yerlerinde tahrib daha fazladır. Bir dördüncü derecesinde hüleymevi münteşir eritem ve hafif özeyma vardır. Derinin yumuşak yerlerinde. (Husyeler, göz kapağı gibi) özeyma çoktur. Buralarda gerginlik, yanma ve kaşınma başlar. Bir iki gün sonra akıntı koyulaşır. Koyu kırmızı, esmer hatta siyah renk alır, ve yavaş yavaş açılarak beşere tekallüs eder, derin ve koyu renk bırakarak teneddüp eder.

İkinci derecedeki tahribatta âfet daha derindir. Birinci derecedeki hüleymeler küçük hüveysal olur. Birbirleriyle birleşerek büyür, bazan büyük lavhalar halinde hüveysallar yapar. Bazanda üçüncü derecede yanık tahribatı yapar ki eskar (escharre) lar başlar. Teneddüpleri pek uzun olur. Bu suretle derinin âfeti iki üç ay sürer.

Zehirlenmenin üçüncü günü bütün vücutta kızıl gibi indifâ görülmesi nadir değildir. Gazla zehirlenmeği gösteren şu indifala beraber kusmalar, baş

ağrısı ve ateş de vardır. Muharriş madde deriden başka muhatı gışayi da bozar. Bu maddenin miktarına ve temas ettiği mahalle göre tahribi âfeti değişir. Sırasıyla burun deliklerinde ve ağızda, nühamî gışada, hücrede tahrişlerle, yanmalar, fazla ifrazlar, acılar, ses kısıklıkları hasıl eder. Gaz miktarı daha fazla ise şiryamî şezeni ve kasabaları tahriş ederek göğüs ağrıları kuru ve quinteuse öksürükler, gaz bronşit arazları başlar. Gaz miktarı çok ise mevzii ihtikanın şiddetinden dolayı muhatı ve lifî ifraz çoğalır. Kâzîp gışalar halinde kanlı ve cerahatlı balğam çıkartmaya başlar. Bu suretle bronşitten başka bronchiolite, broncho-pneumomie, mikrop ihtilâti, ateş, kalpte teserrü, ahvali umumiyyede düşkünlük, ihtilâtları görülür. Kusmalar, mide ve karın ağrıları, ameller, kanlı ameller, idrarda albümin, hezeyan ve sar'avi ihtilâçlar mühlik ataxo-dynamique haller nâdir değildir.

Yperite yalnız deriyi tahriş ederse bu tahrişler umumiyetle iyi olurlar Fakat hazım cihazını tahriş ederse marazın seyri müteakibi, hecmelerle sürerek iyi olmak güçleşir. Hele, deride ve muhatı gışada mikrop iştiraki, enzari vahim kılar.

(Bitmedi)

## KADINLARDA AYBAŞI KANAMASİLE GAYRI TABİİLİKLERİ.

( Devam )

Dr. Emir Necib

Ankara vilâyeti tabibi müvellidi.

### Olygomenorrhœe - Opsomenorrhœe;

Aybaşı kanamalarının azlığı ve seyrekliğini ifade eden bu gayri tabii haller ya iptidaidir ve kızın baliğ olduğu günden itibaren az veya seyrek kirlenmesile muttasıftır; yahutta tali olarak (hastalık, tedbirsizlik, v.s.... ) kendini gösterir.

Adetlerini az görenlere hypo veya olygomenorrhœique diyoruz. Normal şeraitte, 3 - 7 gün kirlî bulunması ve bu müddet zarfında 50-150 gram kan kaybetmesi lâzım gelen her hangi bir kadında, kanama müddeti bir kaç saat, hattâ bir saate kadar inebilir. Gelen kan da 1-2 bezden bir kaç damlaya kadar azalabilir. Bu azlığın derecesine göre hafif, orta ağır bir olygomenore var deriz.

Kadın, aydan aya kirleneceğine bir kaç hafta veya bir kaç aylık aralıklarla âdet görecektir olursa öyle bir kadında opsomenore vardır. Bu gibi kadınlar, kirlenince ekseriya fazla kan kaybederler. Hayz kanı bazen o kadar fazladır ki (menoraji) dahil edilerek veya alelacele kan dindirici ilaç şırınga edilerek nezfî önüne geçmek mecburiyeti hasıl olur.

### Sebebler:

Aybaşı kanamalarındaki azlık veya seyrekliği

iptidai veya tali olmak üzere ikiye ayırmıştık. İptidai olan çeşidlerinde, rahim ile yumurtalıklar, tabii derecede iş görmeyecek kadar zayıf ve küçüktür. Yani hipoplaziktir. Tenasül uzuvları ve fonksyonu iptidai olarak bu halde bulunan kız veya kadınların çoğunda irsi, bünyevî vazîfesi daha başka gayri tabiilikler de göze çarpar. Bunların içi ifraz, gıddelerile aralarındaki muvazene de müstakim değildir.

Bu gibi kadınların bir kısmı çocuk tipindedir. Yüzleri etvari, vücutları memeleri, tenasül uzuvları çocuğunkileri andırır. Diğer bir kısmı da fazla şişmandır, pletoriktir, iri yarı, geniş yapılıdır, erkek tipine yakındır.

Tali hypo ve opsomenorelerde kız veya kadın normal şekilde âdetini görürken mühim bir hastalık (had veya müzmin: tifoit, grip, ağır bir zatürrie, tüberküloz, uzun cerahatlanmalar, müzmin malarya v.s.) Ruhî sadmeler, (aile efradından veya çok sevilen bir kimsenin ölmesi, mühim bir felâkete maruz kalması ile duyulan teessür...) uburca yeyip içmek ve az hareket etmek neticesi olarak husule gelen fazla şişmanlık, anemilerin çeşidleri, adet esnasında tedbirsizlikler, (soğuk duş, banyo yapmak, denize girmek...) bu esnadaki mühim ameliyatlar, devamlı

ve ehemmiyetli dimağ yorgunlukları (bakalorea, fakülteler ve yüksek mektepler imtihanları ile doktora ve ihtisaz imtihanları hazırlıkları) gibi haller, ay başı kanamalarının azalmasını veya seyrelmesini mucib olabilir.

#### Görülebilir alâmetler:

Oligo veya opsomenoreik kadınların bir kısmında (bilhassa i p t i d a i o l a n l a r d a ) ferç küçük, şefeler ince, mehpil methali darca ve hassas, mehbil dar, unku rahim küçük, sivrice, (mahrutî, tapiroit) dir; fevhai hariciyesi adeta nokta halindedir, kanatı rakabî dardır. Cismi rahim de küçüktür, unku ile yaptığı zaviye hattır. Cisimde bazen anomaliler de bulunur. Memeler küçüktür, başları ufaktır. memelerde bazen kıllar grölür.

Böyle kadınlarda, bulunmaması icab eden yerlerde kılların mevcudiyeti göze çarpar; mesela hafif veya bâriz bir bıyık, alt çenede, çene altında, yanaklarda, fekkki esfelin sait şubesinden, zaviyeyi fekkkiye kadar olan yerde uzun kıllar görülebilir. Kezalik memelerde, bacaklarda, kollarda uzun ca kıllar bulunabilir. Buna hypertrychosis diyoruz.

Üstüva çizgisine nispeten yakın olan cenup memleketlerin kadınlarında ve şarklılarda bilhassa da esmerlerde hipertrichozis oldukça çok görülen bir haldir. Buna rağmen bu kadınlar normal âdet görmektedir.

Fekat hipertrichozis, sarışın kadınlarda görülür veya yok iken sonradan zuhur edecek olursa hipo ve opsomenorenin alâmetlerinden biri olarak kabul edilebilir (Yumurtaçlıkların noksan çalışmasının alâmeti). Adet kanamaları az veya seyrek olan kadınların  $\frac{1}{3}$  ünde hipertrichozis görülüyor.

Hipo ve opsomenoresi ve aynı zamanda hipertrichozisi bulunan kadınların, normal kadınlardan daha erken adetten kesildiği dikkate çarpıyor. Bunlardaki adet kesimi umumiyetle hipertansyonla müterafiktir. Binaenaleyh inkıtai tams devresinde zuhur eden alâmetlerden başka hypertension'un husule getirdiği avarız da görülür.

Teni esmer, saçları koyu, gözlerinin rengi açık olan kız ve kadınların çoğunda adet azlığı veya seyrekliği ile beraber hipertrichozis vardır. Bunların adet kanı, hayız esnasındaki ter ve idrarları fena kokar.

Harici muayenede göze çarpan anormal hallerin, iç uzuv ve ifraz guddelerinde ve bunların arasındaki muvazenede de bulunduğu aşikârdır. Bu gibi kadınlarda vazifevî ve ruhî değişiklikler de eksik değildir. Az ve seyrek kirlenmekle beraber fazla kıllı olan kadınlarda; vaginizm, frigidité, stérilité seksüel, pervarsiyonlardan bir veya bir kaç bir arada bulunabilir. Böyle kadınların irsî fena hamuleleride büyüktür.

Oligo ve opsomenoreik kadınların bir çoğu şişmandır, yahut ay başı kanamaları azalıp seyrek-

leştikçe şişmanlar. Adet azlığı ile şişmanlık arasındaki münasebeti tetkik eden A s c h n e r , muayeneden geçirdiği 1509 hipo ve opsomenoreik kadından (664) tanesini şişman bulmuştur. Bu şişman kadınların ağırlığı 80-120 kilo arasında bulunuyormuş. Böyle obez, kadınların bir kısmı fazla kanlıdır, yüzleri pancar gibi kıpkırmızıdır, iğne batırılırsa kan fışkıracak sanılır. Bunlarda kan pletoru vardır. Bir takımı da soluktur; bunlar lenfatik ve anemiktir. Mevcut olan pletor (dolgunluk) lenfatik sistemdedir.

Dahili ifraz guddeleri ve metabolizmadaki bozukluk şişmanlığı ve aynı zamanda artritizmayı husule getirdiğini biliyoruz. Binaenaleyh bu gibi kadınlarda artritik tezahurat da eksik değildir.

Hayzı iyice azalmış olanlarda bazen adet esnasında: burun, diş etleri, basur memeleri daha nadir olarak akciğer, munzammai ayın, mide ve tabakai şebekiyede kanamalar husule geldiği eski zamanlarda bile göze çarpmış ve bunlara tamamlayıcı kanamalar «hemorragies complémentaires» denmiştir. Bir aralık bu hususta tereddüt hasıl olmuş ve mütemmim neziflerin mevcudiyeti bir çok müellifler tarafından reddedilmek istenmiştir. Fakat A s c h n e r , L ö n n e , M u t s c h l e n e r , R o l l e S t ö e k e l ve daha pek çok şayanı itimat zevat tarafından buna dair müşahadeler zikr ve neşredilmiş olduğu için bu gün tamamlayıcı kanamaların mevcudiyeti kabul edilmektedir.

Aybaşı kanamaları günlerinde, kadının iltihaplara karşı olan mukavemetinin kırılmış olduğunu ve kadının daha kolaylıkla hastalanabildiğini evvelce arz etmişim.

Hayzı azalmış ve seyrelmiş olanlarda, mukavemetin daha ziyade kırılmış ve azalmış bulunduğu müşahadelerle sabittir. Âdetini az veya seyrek gören bir kadını muayene etmeden evvel, anamnezini alırken ekseriya bir çok hastalıklar çektiğini, bunların umumiyetle ağır ve ihtilâtlı geçtiğini öğreniriz. Bu gibi kadınlarda husule gelen ufak ve ehemmiyetsiz bir şey'in mühim ve büyük işler açtığı görülüyor (Panaris, fironkloz, sepsis, septikopiemi ve buna benzer ağır neticeler verebilir).

Aybaşı kanamaları az ve seyrek olan kadınlarda oldukça sık cilt rahatsızlıklarına tesadüf ediliyor. En çok görülenler şunlardır: Akne rozase, eritem menstrüel, herpes (labyalis, jenitalis ve zoster) çeşidleri, Kurdeşen, kaşıntı (ekseriya genital nadiren general) ve ekzema dir.

H e b r a ve ona bakarak talebeleri, O. Schenker (Hautkrankheiten sexuellen Ursprung, 1911); J. N o v a k . ( Handb. der Gynaekologie-Biologie und Pathologie des weibes 1926) cilt hastalıklarının aybaşı ile olan alâka ve münasebetinden uzun uzadıya bahsetmektedirler..

Hipo ve opso menoreik kadınlarda kalb rahatlıkları henca hemen hiç eksik değildir. Kadın-

ların en çok şikâyet ettikleri çarpıntıdır. Fakat kalp nahiyesinde ağrı (Anjinoit), ağırlık, sıkılma, fenalık ve tarif edilmeyen fena hislerden şikâyeti olan kadınlar eksik değildir. Bazen çarpıntı o raddeye gelir ki kadının uykusunu kaçıır, sıhhatinden endişe edecek hale getirir, kalbin çatlamak üzere olduğu hissini verir. Bu çarpıntı ekseriya zaman zaman gelir. Adetten 1-2 gün evvel en şiddetli vasfını alır, kadın kirlenmeğe başlayınca hafiflemeğe başlar, adeti müteakip azalır veya geçer. Yukarıda sayılan diğer kalp alâmetleri de hemen hemen aynı (rythme) takip eder. Bazen bunlar devamlı gibi bir hal de alabilir ve kadını hayatından bıktırır.

Kadında uzvî bir kalb hastalığı varsa, hayızdan 1-2 veya bir kaç gün evvel bu afet arazının şiddetlendiği görülür.

Aybaşı kanamaları az veya seyrek olan kadınlarda vazomotör bozukluklarına oldukça sık rastlanıyor. Akroparestezi, üşüme, ürperme, sıcaklık hissi, eviye krampları, tansyon yüksekliği gibi haller nadir değildir. Hayzı az olan kadınlarda husule gelen damar hastalıkları (meselâ bir flebit) çok defa daha ağır ve daha uzun sürüyor.

Oligo ve opsomenoreiklerde metabolizmanın bozuk olduğunu, çocuğun şişman ve artiritik olduğunu evvelce arz etmişim. Az veya seyrek kirlenenlerde kolesterin metabolizmasında da bozukluk olduğu için bu gibi kadınlarda, tabii miktarda kirlenmelere nazaran daha sıkça safra yolları kumlarına ve taşlarına tesadüf ediliyor. (A s c h n e r, M o l n a r, K ö n i ğ, ve daha başkaları).

Hayzı az ve seyrek olanlarda mialjik, artraljik nevralkik tezahürat da ihmal edilecek kadar az değildir. Kramp müsküler, lombago, koksikodini, enterkostal nevralki, tevemii selâse nevralkisi, siyatik ağrıları, omuz, bilhassa diz ağrısına; hipo ve opsomenorreik kadınların üçte birinden fazlasında görülüyor. Bu ağrılar, ay başıya tekaddüm eden günlerde olmak üzere zuhur eder, ekseriya adetle beraber hafiflemeğe başlar, onu müteakip daha ziyade azalır ve hatta tamamilen kaybolur.

Demek oluyor ki muayyen veya gayri muayyen nevralkik, mialjik ve artraljik tezahürat ile muraat eden bir kadın muayene edilirken tenasül fonksyonu hakkında malûmat almak cihetini ihmal etmemelidir. Bazen pek çok meslektaş dolaşıp ta bu ağrılarından kurtulmuş kadınlar, âdetlerinin tanzim edilmesile bunlardan yakasını kurtarmış olur ( İntanı ve sair muayyen bir sebep bulunmadığı takdirde ).

Hayzı az veya seyrek olan kadınların büyük bir kısmı nevropttır. Bir kısmında da muhtelif ruhi teşevvüşler görülür. Viyana tıp fakültesi seririyatında A s c h n e r' in muayyeneden geçirdiği 325 psikozlu kadın hastanın 184 ünün muhtelif derecelerde ay başı azlığından muztarip bulunduğunu

görmüştür. Asabiyet, taharrüşiyet, histerik haller uykusuzluk, bulantı, kusmalar, baş dönmeleri, man-yak, melankolik haller bu gibi kadınlarda müşahede ve tesbit edilmiştir. Asabî ve ruhî fenalıklar o kadar şiddetli olabilir ki; kadının, hayatına nihayet vermiye sevk edebilir.

Baş ve yarım baş ağrıları, oligo ve opsomenoreli kadınların bir kısmında görülmektedir. Bu ağrıların derecesi muhtelifdir; bazan o kadar şiddetlidir ki kadınlar buna dayanamaz adeta ölmeyi tercih ederler. Bazan de orta derecede olup herkesin bildiği müsekkinlerle hafifletilebilir.

Az veya seyrek kirlenen kadınların bazısında guddet derekiyenin hacmen bir az büyüdüğü göze carpıyor. Bu gudde de görülen şişkinlik, umumiyetle basit guatr ve nadiren de Bazdow halindedir.

Bir kısım kadınlarda, adetlerle alakadar olmak üzere bazı göz hastalıklarının meydana çıktığı Berg ar, Löwy, Runge, J. N o v a k, V a g t, A s c h n e r ve daha pek çok müdekikler tarafından tesbit edilmiştir. Bu rahatsızlıkların hemen hemen daima pek az yahutta seyrek adet gören kadınlarda zuhur ettiğini müşahedeler bize bildiriyor. Konjonktivit, sklerit, iritis, göz nevralkisi ve nadir olmak üzere de şebekiye dekolmanları bu gibi kadınlarda müşahede edilmiştir. Bunların hayz ile alakadar olduğu şununla sabittir ki 1 - Adetleri az olan kadınlarda husulü 2 - kirlenme günlerine yakın zuhuru 3 - adetlerin intizama sokulmasile ve hatta mevzii göz tedavisi yapmadan bu arızaların kendi kendine kaybolduğu görülüyor. Binaenaleyh her türlü fennî ve esaslî tedaviye taannüt eden kadın göz hastalarının tenasül fonksyonunu, göz hekiminin araştırması ve hastasını bir kerre de bir ginekoloğa muayene ettirmesi her halde faidesiz değildir.

Kız ve kadınlardaki adet azlığı veya seyrekliğinin bir çok hastalıklar ve rahatsızlıklar yarattığını gördük. Bunların bir kısmı, yumurtalıkların noksan iş görmesine bağlanabiliyor, bir kısmı da diğer dahili ifraz guddeleri arasındaki ahenksizliğe metabolizmanın bozukluğuna ve bunların neticesinde hasil olan ve uzviyet ahlâtında dolayan bazı maddelerin mevcudiyetine atfediliyor.

**Oligo ve opsomenorelerin tedavisi:** Oligo ve opsomenorelerin tedavisi, tıpkı amenorede olduğu gibi vakasına göre değişir. Az çok ta onu andırır.

İptidai olan ve tenasül uzuvlarının hipoplazisinden ileri gelenlerin tedavisi, rahim yeya yumurtalıkların normal şekilde çalışmalarını temin etmektedir. (Hipofiz ön fusu - follikül - yumurtalık hulâsa ve mustahzarları - mutammıslar - tenbih edici ve konjestyon tedaviler - lavajlar - muhtelif banyolar - sıcak hava, su, kaplıca - hafif küretaj - diatermi) tatbik edilmelidir.

Fazla şişman pletorik kadınlarda: persiz, hareket ve ilaçlarla makul zayıflatma kürleri tatbik etmekle beraber opoterapi ve ememegoklardan istifade edilecektir. Sırasında ve lüzumunda ara sıra biraz kan alınacaktır. Müleyyinler, lavaj ve banyolar da yaptırılacaktır. Velhasıl şişmanlarda en esaslı şey bünye ve metabolizmayı islah etmektir.

Tüberküloz, anemi, asteni; oligo ve opsomenorenin sebebi ise aybaşılarını arttırmak ve normal ritm dairesinde gelmesine uğraşmak zararlıdır. Burada en doğru tedavi, mevcut olan hastalığı, kansızlığı, zayıflığı gidermek, vücudu kuvvetlendirmek

ve kanlandırmaktır. Bu gibi tedavilerle uzviyet kendine gelince adet kanaması da yoluna girer.

Görülüyor ki oligo ve opsomenorelerin tedavisi bir tek formül halinde bütün hastalara tatbik edilemez, yapılan dürüst bir tedavi ile aybaşı kanamaları sıraya girince bu kadınların evvelce duyduğu ve yukarıda arzettiğim araz bazen tamamen bazen de kısmen kaybolur. Ekseriya geride kalan gayri tabii haller kadını izaç edecek derecede değildir.

(Bitmedi)

## NESCI MUNZAMIN : CERRAHİ, MARAZİ FİZYOLOJİSİ.

Dr. Operatör Necati Emerr  
Z o n g u l d a k.

### Başlangıç :

R. L e r i c h e ş e göre cerrahî noktai nazarından zamanımız, mihanikiyet mütaleası devri olmalıdır. Hakikaten, cerrahinin seririyat ve teknik cephesi inkılâbını yapmıştır. Bu noktai nazardan selefimizden hiç bir şeyi daha iyi yapamayacağımız gibi ancak onların koydukları cerrahî esas ve terbiyelerini takip etmiş olacağız.

Marazi hallerde, nesicilerin hayatî kanunlarını öğrenmeliyiz. Müdafaa aksülâmellerinden ve vücutta tamir hadiselerinden bahsedildiği zaman daima hataya düşüyoruz. Ensacın bu şekilde bir tamire merram ve kastı yoktur. Onlar kendi fizyoloji kanunlarını takip ederler. Bize faydalı veya muzir oluşlarında tamamen lâkayıtdırlar.

Ensacımız; hiltî, demevî, asabî tesiratin altında kalmış bir *Complexes* dir. *Marazî fizyoloji* bütün bu tesirati tefrik, bu anasırı göz önünde tutar.

Cerrahî kendisini daha az ampirik olmaya sevkedecek olan bu marazî fizyolojiden ilham almağa çalışmalıdır. Kolaylıkla tenevvüre medar olan mihanikiyet bilgilerine güvenmelidir.

Bu düşüncelerle marazî fizyolojinin yalnız cerrahlara değil, bütün bir patolojîyi alâkadâr etmesi itibarıyla nesci munzamdan bahsetmeyi çok istifadeli buluyorum.

Patoloji noktai nazarından nesci munzam, uzviyetin en mühim nesçidir. Cerrahî noktai nazarından da ensacın ve uzuvların tamir işinin başlıca menşeidir. Cerrahî işlerdeki şifa, ancak nesci munzamin gayretine bağlıdır. Yine bunun marazî fizyolojisidir ki; pek çok hastalıkların mihanikiyet esasıdır.

### Nesci munzamin umumî vasıfları:

Nesci munzam, müşekkel anasırı (*Höcre, Huzme* yahut *Mddaei hilâliye*) gibi muhtelif manzaralar

almağa muktedir bir maddei esasiyedir.

Genç devrinde, henüz ruşeymi evsafa malikken güdruf, azım ve nesci şahmiye tebeddül edebilir. Fakat nesci gudrufi, nesci azmî ve nesci şahmî de adi nesci munzama dönebilirler, ve bazı deveran şartları altında da tekrar genç nesci munzama tebeddül edebilirler. Her gün, maraziyatta bu hadiseler gözümüz önünde tahaddüs etmektedir. Meselâ: İndimal etmiş bir kesirde, nesci indimalinin bütün bir kısmı nesci munzama tahavvül eder, huzmeleri işba ederek sertliği temin eden emlihai kilsiyeviyenin tesirile reşfolur, ve genç azım tekrar halis bir nesci munzama tebeddül eder. Berakis, *Metaplasie* ile eskseriya nesci munzam da nesci azmî ve gudrufi olur. Burada maddei esasiyenin (Yani nesci munzamin) tetabukî bir tebeddülünden başka bir şey yoktur.

Bazı meçhul şeraitte de nesci munzam, fazla mayi yuklenerek myxoide haline gelir.

Bütün bu birbirine benzemez görünen haller tekevvin noktai nazarından birbirine çok yakın ve verem dediklerimizde de çok defa aynıdır. (*Myxome, Chondrome*), (*Osteo - sarcome*) hep aynı ailedendir.

*Histologie* noktai nazarından nesci munzam, az çok sıkı lâsık elyaf arzeder. İşte bu sayededir ki mihaniki müessirata karşı salâbet ve mukavemeti vardır. Bu lâsık huzmeler arasına konulmuş az çok zengin bir maddei elastikiyeden yapılmış sufeyhât ve elyaf bulunur. Bu lâsık huzmeler ve elastiki elyaf hayatsız maddelerdir. Bunların nümasında höcreler bulunur. Bu höcrelerin bazıları sabittir. Zayıf bir faaliyet ve çok mahdut bir tegaddisi vardır. Bunlar vekayie göre Fibroblaste, güdruf hüceratı, azım hüceratı olur.

Diğer bir kısım höcreleri de büyük hayatiyet ve faaliyet işaretleri gösterir. Daima fagositoza muktedir, oldukça müteharrik, ifraz edici fizyoloji



mesai kabiliyetlere malik muhtelif şekiller alır. Bir şekilden diğer şekle kolaylıkla döner. Bunlar Metchnikof'ın *Macrophage* ı, Maximoff'ın *Polyblaste* ı, Achoff'ın da *Histiocyte* ıdır. Bunlardan bazı anasır o kadar şahsiyet kazanmış, teşrihi ve fizyolojiyaî vasıflara sahiptirlerki; onlara hususi bir cümle *Systeme* bir nevi fagosit vzvu gibi — ki A c h o f f buna ( *Syste-me reticulo - endotheliale* ) ismini vermişti — nazarı itibare alınmıştır.

Bu sistemin bilinmesi marazî fizyolojide çok işe yarar. Fakat bu mevzuda aldanmamalıdır ki *Leriche* systeme *rediculo-endotheliale* unsurları, nesci munzam hücrelerinin faal ve müteharrik bir şeklinden başka bir şey değildir. *A s c h o f f* in maksadı bu hücreleri teferruatile umumî, fizyolojik, müstekil bir sistem dahiline almaktır.

Faal munzamma eşkâli tekrar fibroblaste biçiminde, gayri faal olabilirler. Berakis, her hangi bir nahiyede bazı mezanşimal gayri faal anasır da faal eşkâl iktisap eder ve *rediculo-endotheliale* cümlede mevki alırlar.

Hilâli lenf, nesci munzam fizyolojisinde en ehemmiyetli bir unsurdur. Hilâli lenf, hücrelerin yaşadığı bir vasattır. Bu vasatla hücreler arasında daimî bir mübadele vardır. Hücreler bu vasatın kimyevî terkiibini değiştirir fakat vasatda kendine göre hücrelerin tegaddisine kumanda eder, faaliyetini tanzim eder, eşkâlini ve nesicelerini değiştirir. Ödemli, reşhalı hakikî nesci munzamda fibroblasteler birbirlerine olan müfagamali halinden vaz geçerek ve fizyoloji noktaî nazarından daha faal bir hal iktisap ederler.

Hilâli lenf hakikaten bizde olan varlığın en hususî ve en şahsiyetlenmişini teşkil eder. O, hikemî şahsiyetimizin, hatta akli şahsiyetimizin unsurlarından biridir. Biz insanî faaliyetlerimizin her sahasında her şeyden evvel ahlâatımızın evlâdıyız. Munzammî hilâli lenfdir ki hassaten bizim hususî istiklâ-

bımıza icrayı hükmeder.

Lenf gayri müteharrik değildir. Vücudumuzun muhtelif aksamı kapalı birer saha olmaktan ziyade muhakkak olan bir iştirâk halindedir. Lenf hilâli yollarla yer değiştirir. Her uzuv her nevi nesic kendine has bir şekilde bu deveran yollarına kendine uydurmuş bir şekilde sahiptir. Hiç bir nazım cümlesini hünüz bilmediğimiz bu lenf cereyanı yavaştır. Uzviyetin bir noktasında her hangi bir sebepten kan deveranı tabii değilse o nahiyenin vazifesi *Autonome* (binefsihi faal) olmaya başlar, ve muhitinden tecerrüt eder, mücavir sahaların tesiratından kurtulu. Bu suretle bu mevzii hilâle gittikçe umumî munzammî lenfin vasatî terkiibinden uzaklaşır. Hiltî binefsihi faaliyet başlar, ve muhtelif nesci teşevvüşat hasıl olur. Bu şekilde basit vazifevi bir tegayyür evvela gayri mer'i teşrihi bir tahavvülün sonra da kat'i teşrihi bir tegayyürün menşei olabilir. Hiç şüphesiz dahilî evsati tanzim eden bir fizyoloji cihazı vardır. Fakat onu henüz daha bilmiyoruz. Bize ilmî bir muhakeme bu cihazın istiklâbî tanzim eden guddelerle müstereken müessir olan (*Paratiroid*, *Kebet*, *sürrenal* ve saire gibi) nebati cümleî asabiye, muharriketülvaiye cümlesidir diyor. Demevi rükûdetin bütün mahzurları nesçin mevzii binefsii faaliyetinin tahassuru ve onun neticeleridir. Faal bir deveranın temini ise bilâkis, hiltî eyi bir intizamı temin eder ve munzammî istihaleyi yaratan kapalı sahaları imha eder. Bunun içindir ki, *provoquée* edilen ihtikan esaslı bir tedavi menbaıdır. Yine bu sebepten *Sympatectomie* periarterielle yalnız bir ameliye değil tatbikatı pek çok tahavvül edebilen umumî bir tedavi usulüdür.

Yalnız munzammî neviden nesiclerdir ki şiarî eviyeye sahiptirler. Eviyei şiarıye, refakat ettiği nesci munzam temadisi içinde meskündür. Bir yerdeki eviyeye şiarıye vardır daima onun muhitinde munzammî bir muhit vardır. Bu çok büyük ehemmiyeti haizdir.

(Bitmedi)

## SÜT ÇOCUĞUNDA VELADİ FRENGİ TEDAVİSİ.

Doktor Sami İhsan

Çocuk hastalıkları mutahassısı.

Konya

zi, tahtelcilt, dahili verit, gibi muhtelif yollardan uzviyete idhal edilebilir.

Çocuk hastalıkları içinde yaptığı tahribat itibarile mühim bir mevki işgal eden sifilizin erken teşhisi ile tedavisine bir an evvel başlamak çocuk vefiyatının önüne geçebilmek noktaî nazarından çok kıymetlidir. Bu yazı ile süt çocuklarındaki tedavinin esas noktaları izah edilecektir. Kâhil tedavisinde olduğu gibi burada da başlıca dört ilacımız mevcuttur: Civa, arsenik, İodure de potassium, Bismuth.

Civa:

Veladi frenginin en esaslı ilacı olup cilt, hazım ciha-

*Civa friksiyonu:* Hazım cihazını yormaması, sancısız ve tesirinin katî olması dolayisile süt çocuklarında en çok kullanılan bir şekildir. Cilt, civayı kolaylıkla mas eder. Civanın cilt tarikile kullanılan iki ispençiyari şekli vardır:

1) Onguent mercuriel double (Onguent napolitain) - yarı yarıya karıştırılmış civa ve Axonge benzoine den ibarettir.

2) Onguent mercuriel simple ( Onguent gris

bir kısım cıva, yedi kısım axonge benzoinée mahlû-  
tudur. Çok az cıva ihtiva etmesi dolayısıyla pek  
istimal edilmez.

Ong. napolitain de bazı süt çocuklarının cildini  
tahriş eder. Bu zaman bunu yarı yarıya axonge  
banzoinée ile karıştırarak kullanmak lazımdır.

Tedavide en çok kullanılan Ong. napolitain dir.  
Altı aydan evvel, her friksiyon ufak bir bezelye  
büyüklüğünde ( takriben bir gramdan biraz aşağı )  
cıva merhemi ile yapılır. Altı aydan sonra her  
friksiyon bir gramdır.

Onguent napolitain 1,0

P. une cartouche No. 15

Pour frictionne

Her gün bir friksiyon yapılır. Çok zayıf, debil  
çocuklara iki günde bir.

Süt çocuklarının cilt iltivaları ( hufrei iptiye,  
mebazıye, sineyi mirfakiye) tahrişe daha müsait ol-  
duğundan bu nahiyelere friksiyon yapmamalıdır.  
Cezi, arka, etraf gibi kısımlara ve her gün başka  
bir yere olmak üzere yapılır.

Friksiyonlar her sabah tuvalet ve banyodan son-  
ra olmalıdır. Cilt biraz kuvvetlice olarak 3 - 5 da-  
kika kadar merhemle ugulur. Uğan şahıs eline de-  
rinden bir eldiven giymelidir. Friksiyondan sonra o  
nahiye ince bir tabaka pamuk veya gazle örtülür,  
ertesi sabahki banyo zamanında bir gün evvel  
yapılan yer sabunlu sıcak su ile yıkanır, muakkam  
talk ekilir ve yeniden başka bir nahiyeye aynı  
suretle friksiyon yapılır.

Bir kür 15 friksiyondan ibarettir, yani 15 gün  
devam eder.

Cıva tesemmünü çok ufak çocuklarda dişlerin  
olmaması dolayısıyla stomatit şeklinde kendini gös-  
teremez. Tesemmüm vukuunda çocukta ishal başlar,  
şiddetli vak'alarda muhati ve müdemmem antero-  
kolit ve nefrit görülür.

Cıva friksiyonlarından sonra bazen Hydrargyrie  
denilen hususi bir indifa husule gelirken bu zaman  
cıva tedavisini kesmek lazımdır.

Çocukta pyodermite, ekzema ve eritemler varsa  
cıva friksiyonu yapılmaz..

**Hazım cihazile cıva:** Hazım cihazı tarikile kul-  
lanılan cıvanın üç münhal ( sublimé, lactate de  
mercure, biiodure de mercure ) ve üç gayri mün-  
hal ( Poudre grise, calomel, protoidure de mercure )  
şekli mevcuttur.

**Liqueur de Van Swieten:** Sub-  
limé corrosif in binde bir suda mahlulüdür.

Çocuk ne kadar ufak ise verilecek miktar o  
nisbette fazladır. Çocukların cıvaya tahammül de-  
recesi kâhile nazaran ( kilosuna nisbetle ) daha  
yüksektir.

Aşağıdaki cetvelde gösterilen miktarlar kati ol-  
mayub vasati dozlardır.

Çocuk debil ve kaşektik ise, cihazı hazmisinde  
bozukluk varsa ilacı iki günde bir vermeli ve mik-  
tarını azaltmalıdır. Bilahare miktarı yavaş yavaş  
artırmalı ve çocuğun tahammül derecesini kontrol  
etmelidir. ( Ademi tahammül arazi ufaklarda ishal,  
albüminüri; çocuğun dişleri varsa salivasyon ve  
gingivo - stomatite ).

Miktar: 3 yaşından evvel kilo başına 7 damla

3 - 10 yaşına kadar 5 damla

10 yaşından sonra 20 kilo için bir  
kahve kaşığı.

Bu mahlulün bir gramı 20 damladır ve bir mi-  
ligram ilacı havidir. Bir kahve kaşığı ( yani 5  
gram ) 100 damla olup 5 miligram ilaca tekabül  
eder.

Yevmi miktar üçe taksim edilerek üç defada süt-  
le verilir, bu suretle cıva daha az muharriştir. İki  
aylık ve 3750 gram gelen bir çocuğa ( kilo başına  
7 damladan ) günde 27 damla vermek lazımdır. Bu  
miktarı üçe ayırırsak her bir defaya 9 damla düş-  
er. Çocuk bu miktara tahammül ettiği taktirde  
tedavi müddeti yirmi gündür.

Süblime mahlulüün mahzurları : Sütle karıştı-  
rıldığı taktirde bile lezzeti çok fenadır. Bazı çocuk-  
lar güçlkle alırlar. Mide ve barsak üzerine mu-  
harriş bir tesir yaparak gastralji, bulantı, kolik ve  
ishali mucib olur.

**Lactate de mercure:** Binde bir su-  
da muhlülü kullanılır. Bunun lezzeti süblimeye na-  
zaran daha az nafoştur, ve hazım cihazı için daha  
az muharriştir.

Marfan bu mahlulü tercih eder. Süblime mah-  
lulüne nazaran daha az cıvayı havidir. ( takriben  
üçte biri kadar ). Süblime mahlulünden 20 damla  
verilecek ise bundan 30 vermek lazımdır.

Miktar : 3 yaşından evvel kilo başına 10 damla

3 - 10 yaşına kilo başına 7 damla

10 yaşından sonra 15 kilo için bir kah-  
ve kaşığı.

Bu miktar üçe taksim edilerek sütle veya me-  
meden evvel biraz süt sağarak içine ilâve suretile  
verilir. Lac. de mercure ün süblime mahlulüne na-  
zaran bir çok tercih edilecek noktaları vardır,  
çocukta günde iki üç defa ve biraz suluca amel  
olduğu taktirde bile, bila mahzur tedaviye devam  
edilebilir.

**Solution iodurée de biiodure**  
**de mercure:** Biiodure de mercure çok mü-  
essirdir, saf suda erimez, iodure mahlulilerinde fazla  
münhaldir. Bu ilacı altı aylıktan bilhassa bir ya-  
şından sonra kullanmalıdır. Çok küçük çocuklarda  
iodun pek az miktarı bile coryza tevlit eder.

|                     |       |
|---------------------|-------|
| Biodure de mercure  | 0,05  |
| Iodure de potassium | 0,10  |
| Eau distillée       | 100,0 |
| Eau de menthe       | 50,0  |

Bir kahve kaşığı bir buçuk miligram biiodürü havidir. Altı aylıktan bir yaşına kadar günde iki kahve kaşığı - Bir yaşından üç yaşına kadar günde üç kahve kaşığı - Üç yaşından sonra günde dört kahve kaşığı.

**Poudre grise:** 33 kısım cıva, 67 kısım craie den ibarettir. Gayri münhaldir.

Miktar: Yeni doğan çocuklar için günde 0,03, altı aylıktan sonra günde 0,05 dir. Dört aylık bir çocuk için :

|               |        |
|---------------|--------|
| Poudre grise  | 0,01   |
| Lactose       | 0,10   |
| Pou un paquet | No. 40 |

günde 3 paket

Sütle karıştırılarak verilir. Çocuklar çok eyi tahammül ederler, tedaviye üç hafta devam edilir, bir hafta istirahat verilir, tekrar başlanır.

**Calomel:** Poudre grise e nazaran fazla bir tesiri yoktur. Hazım cihazına ait ademi tahammül arazi çabuk baş gösterir.

**Protoiodure de mercure.** Poudre grise e nazaran bir rüçhaniyeti yoktur.

**Meaşi müstakim tarikile cıva:** Cıva şaf şeklinde kullanılabilir. **Marfana** nazaran bu tarik pek sadık bir tedavi şekli değildir. Doğumdan bir yaşına kadar:

|                      |             |
|----------------------|-------------|
| Onguent napolitain   | 0,02 - 0,04 |
| Beurre de cacao      | 1,0         |
| Pour un suppositoire | No. 15      |

Bir yaşından iki yaşına kadar: her biri 0,05 Ong. napolitain i havi suppositoire lar kullanılır. Büyük çocuklara 0,10 dir. Azami miktar 0,20 isede bu doz muharriş olduğundan şafların içine iki üç damla Laudanum ilâve etmelidir.

#### Cıva zerkıyatı :

Gayri münhal cıva emlahını zerk tarikile kullanmamalıdır, çünkü imtisaları gayri muntazam olup şahsi tahavvüller gösterir, ve teraküm ederek bazan birdenbire imtisas ile vahim tesemmüm ârazi gösterir, ölüm vakaları dahi kayıt edilmiştir. Süt çocuklarında tahtelcilt kullanılan münhal cıva emlahı benzoate de mercure ile biiodure de mercure olup müvecadrlar.

|                     |         |                     |         |
|---------------------|---------|---------------------|---------|
| Biiodure de mercure | 0,05    | Benzoate de mercure | 0,05    |
| Iodure de K         | 0,08    | Chlorure de sodium  | 0,08    |
| Eau distillee       | 10 c.c. | Eau distillee       | 10 c.c. |

Bu mahlullerin bir santimetre mikâbında 0,005 Bi. i. de m. veya Ben. de me. vardır. Evvelâ üçte bir c.c. dan başlamalı, sonra yarım, daha sonra dörtte üç c.c. yapmalıdır. Bir yaşına kadar yevmi miktar 2-3 miligramdır.

1 - 2 yaşı arasında  $\frac{3}{4}$  c. c. veya 1 c. c. zerk edilir ( günde 4 - 5 miligram).

Bir seri 10 zerkdir. Her gün veya gün aşırı amik olarak tahtelcilt yahut dahili adele ( iliyeden) yapılır.

**Cyanure de mercure:** verit dahiline zerk kabil olduğu taktirde müstamel bir cıva mahlulüdür. Binde bir mahlulü maisi kullanılır. (mahlul serum fizyolojik ile dahi yapılabilir). Bir c. c. bir miligram cyanure de mercure ü havidir. miktar: 4 aylıktan evvel bu mahlulden 1 c. c.; 4 aylıktan sonra 2 c. c. her gün yapılır. Bir seri 15 zerkdir. On gün fasıla verilerek tekrar başlanır sifilizin aynı tezahuratına karşı bu ilaç çok müessirdir.

Hulâsa olarak, cıva süt çocuğu frengisinin en esaslı bir ilacıdır. En çok kullanılan şekli friksiyon dir. Bunun tatbiki kabil olmasa lactate de mercure veya poudre girse verilir. Bir yaşından sonra biiodure de mercure mahlulü kullanılabilir. Cyanurede mercure bilhassa göz afeti ile ihtilat eden vakalarda tavsiye edilir.

**Arsenik mürekkepleri:** (*Neosalvarsan*)

Çocuklarda verit dahiline her hangi bir zerk bazen imkânsız olduğundan bu kıymetli ilacın tatbikinde müşkilâta maruz kalırız. Süt çocuklarında üç ihtimal dahilinde verit içine zerk kabil olabilir. 1) çocuk zayıf olur ve ağladığı zaman veridi vidaciler tebarüz eder. 2) raşitizme müptela sifilitik çocuklarda kıhın cidarındaki evride aşikâr olarak kendini gösterir.

3) yafuhu kebir açık olduğu zaman buradan ceybi tulani ulvi içine girerek zerk imkânı bulunur. Kaşektik çocuklarda ceyp içine yapılan zerkler bazen şok tevlit edebilir. Bazen zerk edilen mahlul ceybin içine girmez ve muvakkat felçleri, tekallusleri mucib olur.

En eyisi; kabil olduğu taktirde zerkıyatı cidarı kıhif evridesinden yapmaktır. Miktar: **Marfana** bu cetveli tavsiye eder:

|                     |             |                         |
|---------------------|-------------|-------------------------|
| 1 inci zerk         | kilo başına | 1 santigram             |
|                     |             | $\frac{1}{4}$           |
| 2-3 üncü zerkler    | « «         | $\frac{3}{4}$ santigram |
|                     |             | $\frac{1}{4}$           |
| 4-5-6 inci zerkler  | kilo başına | 1 santigram             |
| 7-8-9 uncu zerkletr | kilo başına | 1,5 santigram           |

Bir seri 9 zerk olup kilo başına 10 santigram istimal edilmiş olur. Evvelâ az miktardan başlayarak tecrübe etmelidir. Çocuk askari üç saat evvel bir şey yememelidir. Neosalvarsan binde 47 glikozlu muakkam su ile karıştırılır.

Her Neo miktarı az veya çok olsun 2. c.c. muakkam glükozlu su ile sulandırılmalıdır. Neosalvarsanın bazen arizaları da olabilir, bilhassa pek

küçüklerde crise nitritoide ve *reaction de Herxheimer* görülebilir. Kara ciğer ve kilyelerin vazifeleri kontrol edilmelidir.

Neosalvarsanın tesiri pek aşikârdır. Koriza ve sifilitler çabuk şifayab olur. Hatta sifilize merbut vègétation adénoide lerin bir kaç günde zâil olduğu görülmüştür. İlacın asabi arızalar (İdrosefali, ihtilaç.) üzerine tesiri mütehavvildir, bazen yoktur. Hépatite vakayinde bilakis muzırdır. Kullanmamalıdır. Fazla dahamei tahhal olduğn zaman dahi muzadı istitbaptır.

Çocuklarda ekseriyetle dahili verit zerkiyatın kabil olmaması hu kıymetli ilacın tatbikini imkânsız kılar. Fakat bunu tahdelcilt yapmak da mümkündür:

Neosalvarsan binde beş nisbetinde kristalize (gaiacole) ilave edilmiş glükozlu su ile karıştırılır (bu mahlul zerk esnasında yapılmalıdır). Fahzin vechi vahşisine, ilyenin nahiyei ülviyesine, nahiyei tahtleşvikiyeye tahtelcilt olarak ve iğne amikan (sıfaki geçmemek üze) batırılarak zerkedilir. Haftada iki defa olmak üzere 15 zerk yapılır. Birinci, ikinci, üçüncü zerkler kilo başına yarım santigram; diğer on iki zerk kilo başına  $\frac{3}{4}$  santigram olmalıdır. Bu zerkler bazen şiddetli sancılar uyandırır, fakat mahlul içine gaiacol ilâvesiyle sancılar kabili tahammül bir hale girer. Bu usulün tatbiki kolay ve tehlikesi azdır, yalnız tesir kuvveti şüphesizdirki dahili veride nazaran aşağıdır.

Arseniğin tahdelcilt tatbik edilen bir şekli de Sulfarsénol dir. Neosalvarsan miktarında ve aynı fasılalarla yapılır. Neosalvarsandan daha az müveccadır, ve daha az toksikdir. Fakat tahdelcilt zerk edilen neosalvarsana nisbeten tesiri daha azdır.

Dahilen alınan arsenik mürekkebatı içinde en ziyade şayanı tavsiye olan bir müstahzar vardırki Spirocide dir.

#### Bismuth:

İrsi frenginin bilhassa müzmin asabi tezahuratı vakayinde (epilepsie, Little hastalığı gibi) istimal edilir. En çok kullanılan şekli (İodo-bismuthate de quinine) dir. Bu, kırmızı ve gayri münhal bir toz olup onda bir zeyti mahlulü müstameldir. Dahili adale zerk edilir. Bu müstahzarın terkibindeki bizmut miktarı çok azdır (yüzde yirmi nisbetinde). Onda bir zeyti mahlulünün bir santimetre mikahında 0,10 iodo-bi-de-Oui, yani iki santigram madeni bismuth vardır.

Miktar: süt çocuklarına ilk zamanlar kilo başına iki miligram bizmut madeni (yani i.b.de qu. den kilo başına bir santigram) sonra kilo başına üç miligram bizmut (yani bir buçuk santigram i-b-de qu.) yapılır. Haftada iki zerk kâfidir. Dört kilo gelen bir çocuğa müstahlepdén evvêfâ yarım sa. mikabı yapılır, eğer bu doza tahammül ederse artırılır ve bir santimetre mikâbının üçte ikisi yapılır. Bir seri için 10-12 zerk kâfidir.

Bizmut neosalvarsadan daha az toksiktir. Kâhillerde bazı arızalar gösterirki bir kısmı civadan husule gelen arızalara müşabihdir. Diş etlerinde mavilik, bazen çok şiddetli gingivo-stomatite, albüminüri ve nefrit olur. Bizmut anemi ve yorgunluk yapar, zayıflatır. Tüberkülölerde muzadı istitbaptır. Bizmutun kinin ile iştiraki bu avârızı azaltır. Bizmuttan mütevellit eritem ve anterokolider istisnai arızalardır. Süt çocuklarının dişden mahrum olanlarında lüsata ait tesemmüm tezahuratı husule gelmez, nefrit olabilir. Albüminüri olduğu zaman bizmutu kullanmamalıdır ve tedavi esnasında idrarı dikkatli kontrol etmelidir.

#### Iodure de potassium:

Muahhar sifiliz tezahuratında tavsiye edilir. Müessir miktarına süt çocukları tahammül edemezler koriza husule gelir. Gaucher iki yaşından itibaren iodure de K u cıva ile müstereken vermediği ve her sene iki aylık bir kür yapmağı tavsiye eder (Yaş başına 0,10-0,20) üç veya dört yaşından sonra onbeş gün sıra ile her gün *Sirope de Gibert* den günde iki kahve kaşığı verilir.

#### Sifiliz tedavii müddeti:

Bir çok seneler fasıllı tedavi tatbiki lâzımdır. Sifiliz ancak bu suretle mütevali ve mütekerrir tedavilerle kabili şifadır.

Cıva tedavisinde, bir çok kürlerden müteşekkik seri tedavisi tatbiki lâzımdır. Bir cıva kürü vasatı olarak firiksiyon şeklinde 15 gün, hazım cihazı ile alınıyorsa 20 gün devam eder. Sifiliz teşhisi konduktan sonra tedaviye şu suretle devam edilir:

|               |                |       |       |
|---------------|----------------|-------|-------|
| Birinci sene  | İlk altı ay    | 5 kür | 9 kür |
|               | İkinci altı ay | 4 kür |       |
| İkinci sene   |                |       | 5 kür |
| Üçüncü sene   |                |       | 4 kür |
| Dördüncü sene |                |       | 3 kür |

Birinci altı ay zarfında kürler birbirinden git gide fazlalaşmak üzere 10 gün, 20 gün, bir ay fasıla ile yapılır. Dört sene sonra tedaviyi kesebilmek için Wassermann taammülü menfi olmalıdır. Müsbet zuhur eden Wassermann taammülü tedaviye devam lüzumunu gösterir ve tercihan ilacı değiştirmelidir.

Bazı süt çocuklarında cıvanın müessir dozu kullanıldığı zaman ishal ve zayıflamak gibi ademi tahammül arazi görülür, bu zaman neoya başlamalıdır.

Cıvaya ademi tahammülün en mühim sebeplerinden biri Tuberculose dur. Tüberkülöler cıvaya tahammül edemezler. Cıva bunlarda zayıflamağı ve ateşi fazlalaştırır. Tüberkülöler neoya civadan ey tahammül ederler, hafta bazen hüsnü tesir bile yapar. Marfan tüberkülö çocuklara cıva tatbik etmeyüp neo yapmağı tavsiye eder. Hastalığa şifayap oldu diyebilmek için Wassermann ın menfi olmasile beraber seriri tezahuratın lâakal iki sene görülmemesi lâzımdır.

Cıva için yukarıda yazılan programı bazı veka-yide tadil etmek ve neosalvarsan ilâve etmek lâzımdır. Neonun tekâmül esnasında bulunan avarızı efrençiyeye, bilhassa cildi ve muhati tezahurata karşı çok kud-retli bir tesiri vardır. Fakat bu neticeler her zaman kati değildir. Bir çok tedaviden sonra çocuk iyi oldu zan edilirken yeni avarızın zuhuru ve menfi olmuş olan Wassermann ın tekrar müsbet olduğu görülebilir. Cıvanın tesiri daha devamlıdır. Bu cihetten süt ço-çuğu frengisinde cıva birinci sınıf kıymetini muha-faza eder (N a r f a n). Yalnız (Ostéo-chondrite sy-philitique) vekayinde neonun tesiri cıvadan fazladır.)

Neosalvarsanın istitbabatı:

1) Hastalığın bidayetinde veya tekâmülü esnasında

ciddi arızalar, meselâ avarızı dimagiye (ihtilaçlar, sehai reaksiyon, idrosefali başlaması gibi) ve avarızı cildiye ve muhatiye ile müşterek tagayyu-ratı azmiye ve haşeviye husule gelirse neonun tesiri ile bunların önüne geçilebilir. Bu arızalara karşı cıva ekseriyetle tesirsizdir. (Fazla dahamei tahhal ve hépatite sy. de neosalvarsan muzadı istitbaptır).

Bazı vakayide neo kürleri arasında cıva tedavisi yapmak faydalıdır. Fakat bu iki ilacı aynı zamanda mütemadiyen tatbik etmek, çocuklarda sifiliz dolayisile ifrağ yollarının layikile işleyememesi düşüncesi-ile ilaçların vücudde terakümü ve dolaysile tesem-mümü mucib olması itibarile doğru olamaz.

### « SOUS - OCCIPITALE » PONSİYONLARIN LÜZUM, TEKNİK FAYDA VE KOLAYLIKLARINA DAİR (1).

Dr. Raşit Rıza.

Hekimlikte gerek tedavi ve gerekse teşhis maksatlarıyla dimagii şevki mayiinin alınmasına oldukça sık ihtiyaç görüldüğü malûmdur.

Hele Neuro-syphilis tetkikatında buna çok sık arzı itikar olunur. Bunun için hâlen ekseriyetle lombraire ponsiyonlar yapılmaktadır. Bu yolun tercihine sebep; sous-occipitale tarika nazaran, tehlikesiz olduğu hakkındaki haksız kanaattir. Halbuki hakikatta mes'ele berakistir. Yani; ponsiyon lombraire lerin avarızı ve tehlikeleri tahtelkafavi'nine nazaran hem daha sıktır hemde daha az vahim değildir. Üstelik olarak bunların her zaman tatbikleri imkânı olmaması gibi bir de büyük mah-zurları vardır.

Opisthomonos vaziyeti hasebile meselâ *Tetanos*'lu-larda lombraire tarikle kanatı şevkiye girmek ve en müessir olduğu bu yoldan Serumı zerk etmek ekseriya kabil olamaz. Bunun gibi bazı *Meningite* vekayinde ve bilhassa *Cloisonnement* olduğu zamanlar lombraire yoldan istifade etmek keza gayri mümkündür. Keza amudu kataninin sūi şekilleri; *Syphose*, *Lordose*, *Scoliose* ve *Spondilite* lerı katanı bezil imkânını selp eder. Bunlardan maada birde katanı baziller için muzadı istitbab teşkil eden; *Tahtelankebuti mahsuriyet*, *Meningite Localisee*, *nahiyei kataniyenin gudrufi tekellüsü*, *Tumeur cerebrale* gibi bilakis Sous occipitale ponsiyonlar için mecburi indication teşkil eden daha bir sürü vakayı de mevcuttur. Binaenaleyh bütün bu gibi katanı bezillere gayri müsait ve adedleri her halde az olmayan vekayide bile sous-occipitale ponsiyon sayesinde kanata girmek ve devai maddeyi zerk etmek ve yahutta matlup dimâgii şevki mayii almak her zaman ve hemde kolaylıkla kabil-dir. Acaba yalnız bu avantajı bile bu usulün

rüçhanı için kâfi bir sebep teşkil ve pratique courente da yer almasını icab ettirmez mi?...

Bendeniz muhterem şefim Ahmed Rasim beyefendinin lutufkâr müsaadelerile, çoğu *Tétanos*'lu ve bir kaç da *Méningite*'li olan ve lombraire ponsiyona imkân vermiyen vak'alarımızda 76 defa sous-occipitale ponsiyon yapmak fırsatına nail oldum. Hiç bir defasında muvaffakiyetsizliğe uğramadığım gibi şayanı kayıt bir arızaya da rastgelmedim, ve hatta müsaadenizle daha ileriye giderek, içlerinde meşelâ: kısa bir tefrih devresine mukabil tedaviye geç gelme gibi vahamet alâmetlerini cemetmiş *tétanos* vekayii de bulunan hastalarımızın sırf bu usul sayesinde tatbiki imkân dahiline giren serum zerkiyatile kurtulabildiklerini de arza cesaret edeceğim. Son seneler zarfında Fransa'da da başta bilhassa R a v a u t olmak üzere bir çok hâr tarafları kazanan bu usul hakkında bazı müelliflerin neşriyat ve istatistiklerini şahid olarak göstereceğim.

Saint-Louis hastanesi etibbasından Dr. A. T a u r a i n e ve asistanları bir seneden biraz fazla bir zaman zarfında 125 hastada şayanı kayıt hiç hir arızaya rasgelmeden sous-occipitale ponsiyon yapmışlardır.

M a r i a n o C a s t e x ve O n t a n e d a. usulü veçhile tatbik olundukları takdirde sous-occipitale ponsiyonlarının tamamen tehlikesiz olduğunu söylüyorlar. Pek nadir olarak tesadüf edilmiş bulunan avarızın ise heman daima şerayini fıkarıye ve muhayhiyei süfliye ve halfiyelerin zedelenmelerinden mütevellit olduklarında ve nuhâm basala altında hubuli halfiyesinin basit vahzesinin hiç tehlikesi olmadığına bütün bu işlerle uğraşanlar müttefiktirler.

Sous-occipitale ponsiyon için kullanılan dört teknik vardır.

[1] Şişli çocuk hastanesinin 15-11-1934 tarihli içtima-nda bildirilmiştir.

1 - *Ponction sous-occipitale haute*: A. T a u r a i n e ' in şahsı dediği ve vahzı tehlikeli olan buteyni rabi zemini ve şerayininden mütebâit bir seyr takib eden tehlikesiz bir usuldür.

2 - *Ponction Moyenne*: Nütuu halemler zirvelerini vasleden sathı ufki üzerinde hattı mutavassıtan cilde amut olarak yapılandır. Ekseriyetin kullandığı yol budur. Nütuu halemlerden geçen ufki sath daima Sukbei kafaviye'nin altındadır ve binaenaleyh tehlikeli mintakadan uzaktır. Bu da iyi bir usuldür.

3 - *Ponction moyenne ( Eskuchen ) usulü*: Bu usulde atlasın hafei ülviyesine varıncaya kadar iğne evvelâ aşağıdan yukarı sevk olunur badehu iğnenin dışardaki ucu kaldırılarak içerdeki hafifçe aşağıya tevcih olunur.

4 - *Ponction basse (Ayer) usulü*: Kanata girinceye kadar aşağıdan yukarıya doğru münharif bir istikamet takib edeni ve en mahzurlu olanıdır.

Bu usullerden bilhassa ilk ikisini intihab ve birincisini tercih sayesinde ve dimağın aşağıya doğru itilmiş o'duğu vekayi haricinde tatbik edilmek şartile ne buteyni râbi zeminini ve merâkizi kalbiye ve teneffüsiyeyi ve ne de şerâyini zedelemek imkânı yoktur. Esasen bu tehlikeli mintaka tekniklerine tevfikeyan yapılan ponction'larda daima iğnemizin 8-12 milimetre yukarısında kalır.

İstikameti muhafaza etmek şartile iğnemizi daha ileriye sevk etmiş bile olsak, buteyni rabiin merakizi asabiyesinden uzak ve basalanın altında ancak nuha vahzetmiş oluruz ki, bunun da; tahrip yollu manevralar yapılmadıkça bir tehlikesi yoktur. Nuhan vahzı ancak, iğne geri çekilince derhal zail olan ani ve çabuk geçici şimşek tarzında etraf ağırları yapar. Hattı mutavassıtı takib eden iğne daima her iki taraf şerayini fikariyesinden 18 milimetrelik bir uzaklıkta kalır. Binaenaleyh bunları zedelemeyiz. Büyük sahrıncın ( grande citerne ) cilde mesafesi vasatı olarak erkeklerde takriben 50 milimetre, kadınlarda 37-40 milimetredir. tabii boynun kalınlığına ve inceliğine göre bu tül 60 milimetreye kadar artar ve 30 milimetreye kadar da azalır. Müelliflerin bir çoğıle beraber M a r i a n o C a s t e x ve O n t a n e d a 45-50 milimetreyi vasatı had olarak veriyorlar. Binaenaleyh iğneyi erkeklerde 4, kadınlarda 3 santimetre batırdıktan sonra ve bilhassa kafavii - atlası ribatın mukavemetini hesettikten sonra, gayet yavaş sevk etmeğe dikkat etmek; muzir arızaları sıfıra indiren kolay kabili tatbik bir tedbirdir. N o n n e bu beziller için santimetre taksimatını havi dereceli iğneler kullanıyor.

Tahtelkafavi beziller için hususî bir istihzar tarzına ve müteakib uzun tedbirlere de ihtiyaç yoktur. Hastanın aç olması meşrut değildir. Hatta saçlarını tıraş etmeğe bile lüzum yoktur. Bunları sadece ayırmak kâfidir. Bezilden sonra hastalar başları yüksek olmak şartile beş on dakika oturtul-

duktan sonra mutat işlerini yapabilirler. Derakap yemek yemelerinde de bir mahzur yoktur. Bunlardan başka H o f f m a n n ve M e m m e s h e i m e r bu usulün çok kolay ve ağrısız olduğunu zikrediyorlar.

C l é m e n t S i m o n 4500 ponction lombraire vakasına müstenit istatistiğinde bunlarda arıza nisbetini % 20 olarak kaydettiği halde, 406 sous-occipitale bezilde arıza nispetini ancak 1,26 buluyorki bu da sadece çabuk geçen hafif baş ağrısından ibarettir.

Aynı müellif katani bezle tahammül edemeyen 15 hastasının sous-occipitale den hiç şikâyet etmediklerini ve bilakis sous-occipitale ponksiyona iyi tahammül gösteren 15 hastanın da kataniye zor dayandıklarını ehemmiyetle kaydediyor.

Bu nahiyede epidural mesafenin bulunmayışı; bezilden sonra, mayiin, lombraire ponksiyonlarda olduğu gibi, harice sızmak suretile yaptığı décompression ve müteakib sehai reaksiyonlara ait avarıza bunlarda tesadüf olunmaması keyfiyetini pek güzel izah ediyor.

310 tahtelkafavi bezilde N o n n e bir tane ölüm vakası zikrediyor ki, bu da; otopsisinin tekit eylediği veçhile şiryani müheyhii sülfisi canibi kalacağı yerde anomali neticesi hattı mutavassıtı takip eden 79 yaşında artério-sclérotique bir şahısta vukua gelen neziften mütevellittir.

Rio de Janeiro Neuro-Syphilis servisi şefi W a l d e m i r o P i r e s ; ne vakit dimağii şevki mayiin muayenesi icabetse daima sous - occipitale ponksiyonu, kataniye tercih ettiğini yazıyor.

Bu müellif de 4500 ponksiyon lomber vakasındaki arıza nisbetini % 20 bulduğu halde; 140 çocuk olmak şartile 1528 sous - occipitale ponksiyonda ancak 15 hastada ( takriben % 1 ) da 2-3 gün süren hafif bir baş ağrısından maada bir arzaya rasgelmemiş. Bu zatla beraber diğer müellifler de sous-occipitale beziller neticesi ölüm vakayinin ender olduğunu ve fakat katani beziller için meselenin aynı olmadığını söylüyorlar. Edebiyattıbbiyede ponction lombraire neticesi vukua gelmiş ölümlere ait pek çok vaka mezkûrdur. Bu cümleden olmak üzere; W e i d e r süratla mevti intaç eden avarızı sehaiye gösteren bir kadının otopsisinde, lomber ponksiyondan iki gün sonra nahiyeyi kataniyesinde bir tümör şeklinde görülen şeyin, dimağii şevki mayiin epidural mesafeye irtişahından mütevellit ve ölüm sebebi olduğunu görmüştür. H a l l i d a y e tarafından katani bezil yapılan bir çocuğun bezil nahiyesinde, iki gün sonra içi mayii dimayii şevki ile dolu bir tümör zuhur etmiştir.

S h ö u b e c k 1915 senesinde ponction lombraire neticesi vukua gelmiş 74 ölüm vakası tıp lamıştır.

Lombarie ponction'lardan sonra mayii dimagii şevkinin epidural mesafeye irtişahı B a r u c h ve S t r i c h taraflarından, sub-arachnoidienne mesafeye, boyalı bir mayiin zerki suretile tetkik ve tesbit edilmiştir.

Sons-occipitale ponksiyonların katanilere nazaran çok daha az avarıza sebebiyet vermesi mes'elesini G o l l a ve H e r m a n n nam müellifler şöyle muhakeme ediyorlar.

Bu zevata göre, reflexe mintakası aczi-nuhâcı-varında olup vazifesi mayii dimagii şevki tazyikini muvazenede tutmaktan ibaret bulunan bir merkez vardır. Bu merkez lombarie ponction'lar neticesi tenebbüh ederek in'ikâsî bir şekilde buteyni bir hypersecretiona sebebiyet veriyor. Halbuki, tahtel-kafavî beziller bu merkezî tenbih etmiyor.

Mes'eleyi; müsbet mutayata istinat etmiyen bu nazariyeden ziyade, daha basit ve makul olarak tahtelankebutî mesafenin drainage'ı ile izah etmek daha doğrudur. Katani bezillerden sonra mayii

dimagii şevkinin iğne deliğinden harice sızdığı ve sık görülen avarızı meydana getirdiği ve fakat sous-occipitale ponksiyonlarının tatbik olunduğu nahiyede, epidural mesafe olmadığı için Tahtelankebutî mesafe drainage'ını ve buna ait arızaların bunda mevzuubahsolmadığı bittecrübe anlaşılmiş bir keyfiyettir.

Binaenaleyh ve hulasatan, Katani bezillere:

- 1) Kolaylığı,
- 2) Avarızının azlığı,
- 3) Contre-indication'larının fevkalade mahdut oluşu,
- 4) Muvaffakiyetsizlik ihtimali bulunmaması,
- 5) Katani bezillerin memnu olduğu vekayide bile tatbikinin caiz oluşu,
- 6) Ağrısız ve iyi kabili tahammül oluşu, gibi bir çok nokatı nazardan faikiyeti muhakkak olan sous-occipitale ponksiyonların tamime ve İüzümünde lomber ponksiyonları hayırlı bir surette istihlafa değer bir kıymette olduklarını söylemek hata olmaz.

Erzurum Nümune Hastanesi Cerrahi servisinden :

Şef: Dr. Oper. Semih Arif

### EM'A İNSİDADLARINDA MÜTEFERRİK SYNDROME'LAR İ N V A G İ N A T İ O N.

Semih Arif

Ahmet Ziya

Kulak boğaz burun mütehassisi ve cerrahi servis asistanı.

Anadolu Kliniği nde (1) em'a insidatları hakkında intişar eden son yazımızda volvulus lere ve bilhassa Coecal envainâna ait kısa bir etüd yaparak bağırsak tıkanmasının şahsiyetlenmiş diğer büyük syndrome'larında bizi arızaya süratle sevkedecek en özlü teşhis anasını müteakip makalemizde mütalâa mevzuu yapacağımızı kaydetmiştik. Bu günkü çalışmamızın gayesi budur.

Bağırsak tıkanması gibi geniş ve alakalı bir mevzuun muhtelif envainâna göre en büyük arazını bile burada telhis etmek imkânı şüphesiz mevcut değildir. Bu sebeple biz, bunlar arasında en ehemmiyetli olanlarını ve cerrahi hayatta arızayı nisbeten kolaylıkla anlatan şematize edilebilmiş bulunanlarını münhasıran *seriri teşhis* noktaî nazarından arzeyeceğiz. Şurasını evvelâ derhatır ettirmek isteriz ki em'a meşarikasını alâkadar eden insidat vetirelerinin hepsi gürültülü ve vahim araz içinde seyredeler ve tazyikin şekil ve mahiyetine göre değişen müddet zarfında gangrene vetiresine münce olurlar. Bu itibarla evvelâ *invagination* dan bahsetmek isteriz.

Em'a tegallüflerinin insidadı em'a meşarıkasında okunmasına ve o çerçeve altında mütalâasına alışılmış bulunmasına rağmen bilhassa süt çocuğunda

ondan temamilen ayrı, şahsiyetlenmiş mecmuai araza malikiyetini eyice bilmek ve bunu kuvvetli éducation haline koymak lâzımdır. Bu nevi tegallüfün İngiltere, Danimarka ve Avusturyada nisbeten kesir olduğunu biliyoruz. Memleketimizde ise pek çok em'a tegallüfû vakalarının teşhis noksanlığı yüzünden nisyan köşesinde kaldığına ve bu suretle çocuk vefiyatımızda da nisbi derecesile amel olduğuna şüphe etmiyoruz. Netekim, B r e s t de P o u l i q u e n in tesirinden evvel tegallüf vak'aları kesir değildi; fakat bu müellifin orada mevcudiyeti teşhisi mümkün kılarak invagination vak'alarının tekerrürünü mucip oldu ve bu sayede gönderilen 14 em'a tagallüfû vak'asında 11 şifa kaydedilebildi ( 2 ).

M o n d o r, bebelerdeki invajinasyonu mütalâaa ederken şu suretle nazarı dikkati celbeder: « Ta-bibin rolü çok mühimdir. Invagination çok vahim bir hastalıktır. Bu itibarla, müstacel vak'a değil extreme urgence vasfındadır. İlk muayenede bu sebeple kat'i kararı almak zarureti vardır » ( 3 ).

(1) Semih Arif - Ahmed Ziya Anadolu Kliniği Yıl 2 Sayı : 3 S : 141.

(2) Pouliquen in 1922 deki istatistiği.

(3) Mondor Diagnostics urgents Sahife 137

Févre (1), bu mühlük afet, ince kaidelerine riayet edilerek erken tedavi edildiği takdirde pek cüz'î vefiyat verir. İnzarı her şeyden evvel tabib tarafından vazedilecek erken teşhise bağlıdır demektir. Bu itibarla, teşhis anasını, yalnız mütehassısların değil fakat pratisyen bütün arkadaşların da eyice kavramış bulunması ve böyle bir anlayışa evvelden hazırlanmış bulunmaları icab eder. Poulisque'n, mütemadî éducation'u sayesinde değilmidirki Brest de her sene 10-12 vak'aya ameliyat yapılabilmektedir.

Süt çocuğundaki invagination un etiolojik sebepleri arasında bizi teşhise erken vardıracak nuance lar varmıdır? Polype, tümörler, Meckel divertikülü (2); Tüberküloz, em'a ülserasyonları yahud effort ve diğer traumalar, fena alimentation (3)... nihayet bağırsak ecsamı ecnebiyesi yahud klasiklerin tahrik edici bir épine hizmeti attettikleri appendice gibi etiolojik esbap teşhis sırasında kocaman bir hiç vasfından başka bir şey ifade edebilirlermi? Hele Perrin ve Landsayın ince bağırsak sonunda ve Bohem hizasında tissulymphoide mebzuliyetini iddia eden nazariyesi tettebbüllerimizin Luxe ü hududunu geçebilir mi? O halde müsbet etiolojik sebepler içinde hangisine kıymet vermeliyiz? Bizce en mühimmi yaş mes'elesidir. Filhakkı vekayinin ekseriyeti azimesinde em'a tegallüfünü bir yaşından aşağı süt çocuğunda göreceğiz. Ehemmiyet atfedeceğimiz nokta burasıdır; büyük istatistikler, Perrin ve Landsayın, Vickers ve Kochun toplamaları bunu teyit ediyor: Onda yedi, bir yaşından küçük süt çocuğunda..

Klasiklerin erkek çocuklarda daha fazla olacağını iddia eden noktai nazarını izah etmemeliyiz. Févre in yeni istatistiğinde 14 vak'anın yedisi kız yedisi erkekti. Prof. Ombrédanne in serisinde tedavi edilen 66 vak'ada 36 erkek ve 30 kız bulunmuştur. Aynı müellif (4), "iştikası az, çok uslu, sağlam, memede beslenen normal ve güzel çocukları müşab eder,, diyor.

Teşhise dikkat edeceğimiz cihet, İngiliz müelliflerinin taksimine uyarak, tegallüfü; étranglement haline varmadan anatomique devresinde yakalayılabilmektedir. Bunun için ehemmiyet vereceğimiz noktalar hangileridir? Teşhis anasını mütala mevzuu yapmadan evvel invagination u tanıtıcı kısa formülleri nakledebiliriz: Ombrédanne e göre: Umumi insidat arazi, şerceden müdemmem ifragat = Invaginaotin ifadesidir. A. Broca :

"Sercinden kan gelen ve insidat hali içinde bulunan süt çocuk larının hepsi müstacelen laparotomize edilmelidir" der. İnsidat tablosu içinde

ve makadından kan çıkaran süt çocuğunda teşhis vazı sehil addolunabilirsede erken telekki edilemez. Zira kan hurcu envajinasionun müterekki mahiyette olduğuna delildir. Bu sebeble arzylediğimiz formülleri teşhise daha fazla yakınlaştırmaya bile çalışmışlardır. Mütekattı iştıdatlı müvecca krizler arzeden ve kusan her süt çocuğunda munzam üç muayene yapılmasına ihtiyaç hissedilmelidir: a) Amikcessi batın b) Messi şercî c) radyolojik muayene... Bu sayede:

Mütekattı iştıdatlı karın ağrıları, kay'at, messî şercî de kan = Invagination.

Mütekattı iştıdatlı karın ağrıları, Kay'at, Boudin = Invagination.

Evcaı batniye, Radyolojik muayenede invagination manzarası = Invagination; neticesine varırız.

Tekrar arza müsaade edilsin ki, em'a tegallüfü, insidadı em'a çerçevesine dahil bulunmasına rağmen hiç değilse iptidasındaki araz itibarile ondan temamilen ayrılan mecmuai araza maliktir. Alelumum insidatta görülen gaz ve madde gaita ihtibası burada görülmez; Bilakis en özlü teşhis unsurlarından birisi kanlı ifragattır. Météorisme iptidada hemen yok gibidir. Bilakis ekseriya yumuşak bir batın altında tegallüfe tevafuk eden boudin i buluruz. Péristaltisme intestinal de iptidanın arazi değildir.

O halde hastalığı nasıl şematize edebiliriz? Bunu nefis kitabında Mondor mükemmelen yapmıştır.

« O ane kadar sıhhati tamamen iyi olan süt çocuğunu, şiddetle bağırsaktan ve inleteri anı bir veca içindedir. Yüzü iztiraplıdır. Hemen akabinde şiddetli bir yeis ve zicret manzarası alır, çocuk çirpırır, önüne doğru kıvrılır, yan tarafına yatar veya tüfek tetiği haline girer. Yatağı içinde dört ayaklı manzarada koparacak şey arar; ve son emdiği sütü kusar. Bir kaç dakika sonra ağrı kaybolmuş, çocuk, sükûnet bularak istirahatata dalmıştır. Fakat bu ne kadar kısa bir sükündür. Ağrılar tekrarlıyacak, ve kriz tedricen şiddetlenecektir; her on beş dakikada bir teakub ve tevali edecektir. Hele ağrıların vasfı nazarı dikati az celbec ayarda ise sükunet ve istirahatın haline çok kolaylıkla aldanılabilir. Nihayet, bir teşhis ve tedavi vazzına klinisiyenı sür'atle sevkeden tehlike arazi kendini gösterir ki okunması fevkalâde kolaydır. Çocuğun ifragatile kırmızı kan yahut müdemmem köpük veya muhat gelmesi... »

« Teşhis artık vazedilmelidir ve cerrahî yardımı mümkün kılan her şey aynı gün ve hatta daha sür'atle müteakip saatler içinde aniyen yapılmış olmalıdır » (1)

(1) Chirurgie infantile d'urgence Sahife 157.

(2) Petrovitch. societè de Chirurgie. 1932.

(3) Leriche Societè N. de Chirurgie. 1918.

(4) In Mondor. Sahife 149.



Bu satırlar tegallüfü filhakika ne güzel telhis etmektedir. Buna rağmen arazi biraz tafsil edebiliriz. İnvagination teşhisini sühuletle vazedebilmek için şematik muhassala halinde hatırlamak mecburiyetinde bulunduğumuz formül o halde şudur : a ) Anî ağrı ve kay, b) Cessi batında invagination'a tevafuk eden boudin mevcudiyeti c ) makaddan kanlı ifragat zuhuru. Klasiklerin süt çocuğunda, tufuliyeti saniyede ve kâhilde tegallüf namlarile yaptıkları tasnifi hatırlıyalım mı ? Süt çocuğunda hâd, ikincisine nisbeten sübaigü, üçüncüsünde ekseriya kronik seyreylediğini gösteren kayıtlara istinat edelim mi ? Bunları hatırlamakla beraber kâhilde hâd invagination yablolari zuhurunun nadir olmadığını da bilmeliyiz. Süt çocuğundan Kâhilde doğru em'a tegallüfü vetiresinde filhakika bir ralantissement vardır ve bebelerde nafiz klinisiyen için nisbeten suhulet arzeden teşhiş unsurları kâhilde doğu tedviri bir muğlakiyet kisvesine bürünür. G u e u l e t t e in tezinbe ilerisindeki invagination vak'alarında 120 de 3 defa teşhis konabilmiştir.

Teyit etmek istediğimiz nokta had ve tahdelhad tegallüfü em'a vetiresinin kâhillerde de görülebileceğidir. O k i n c z y c, Altı ay zarfında Tanasse-cu nun 6 vak'asile birlikte bu mahiyette on yedi müşahede toplıyabilmiştir (1).

Süt çocuğunun güzel sıhhatli günleri içidde bu mühlik arızayı ifade eden birinci ihbarcı, yukarıda arzeyelediğimiz gibi ağrıdır. Sancının en ehemmiyeili vasfı paroxystique oluşu ve çocuğun arızayı şavdığını telkin eyliyecek kadar aldatici sükûn devrelerle kesilmiş bulunmasıdır. Bu itibarla, Böyle bir yavru karşısında sathî ve kısa bir muayene ağrının seriri vasfı cihetinden bizi karanlıkta bırakabilir. Bu veca, sıhhatli ve gürbüz çocuğun gündelik meşguliyetleri arasında aniyen zuhur eder. Tecrübeli ve müteaddit nüküsler sebeble arızaya bir az vakıf olmuş halde bulunan valdeler vardırki bu ilk başlangıçta bile korkdukları teşhisi mahiyette hatırlatabilirler.

İlk kay bu müvecca krizle [yahut onu takiben zuhur eder. Ancak öyle çocuklar vardırki yalnız bir defa kusmuşlar ve artık kay etmemişlerdir. Kayın bizce seriri en mükemmel vasfı mide intolérance ile kat'i iştiraki oluşudur. Bebe kusmıyabilir; fakat bir biberon ile az süt verildiği takdirde hemen çıkarır; buna O m b r e d a n n e in kliniğinde Signe de Biberon ismi veriliyor. Bu manzara karşısında hâd em'a tegallüfü vetiresini hemen düşünmek elbette lâzımdır; bazı mesut müellifler bu devirde bile teşhislerini doğru olarak vazedebilmişlerdir. Ancak bu araza şerceden gelen kanlı ifragat inzıman edince fazla tereddüde artık mahal kalmaz, ve yukarıda da söylediğimiz formüllerin en kuvvetlisi sahne üstüne çıkarılmış olur.

Zira mükemmel sıhhatli bir çocukda görülen anî ve paroxystique hâd entéro-cilitique araz elbette mihaniki bir arızanın ifadesidir. Kanlı ifragat kadar çehrcisini değiştirebilen ne vardır? çamaşırı lekeliyen esmerintrak yahud esmer kırmızı kan lekeleri, kıpkırmızı kan, kanlı muhat, kanlı serozite, kanlı ishaller, mebzul köpüklü melena.. hangişi olmyabilir? Ve bu tablo müstacel entérocolite teşhisi için ne mükemmel sahai istinattır. Kan ifrağı vekayiiin ekserisinde mevcuttur: Sillek, %97 bulmuştur. M a s s a r t in 46 vak'asında 45 defa; M o r r i s K o h e n in 22 vakasında 19 defa müsbettir, V i c k e r s in 385 vakaya istinad eden mükemmel istatistiğinde %89 dur. Müdemmem ifragat bazen erken zuhur eder, arızanın ikinci, üçüncü saatinde tamdır. Fakat ekseriyetle 4.8 saat sonra görülür. İkinci güne kalan bedbahd vakaları da unutmamalıyız.

Bu ifragatta seriri nuance lar var mıdır? Buna müsbet cevap vermek mümkün olabilir; Fena kokulu, bulanı verici vasıta olanları daha ziyade ayrı bir em'ayı rakika tegallüfüne işaret telekki edilmelidir.

Bu kocaman araz kâfi gelmiyor mu? O halde mini mini yavruunun karnını cessedemeliyiz. Orada vekayiiin ekseriyeti azimesinde invagination'a tevafuk eden B o u d i n i buluruz. Daima mı? Fruste vak'alarda boudin kendi kendine désinvaginé olmaz mı (1)? Pek ender vak'alarda boudin'in détaché olarak kopması ve şifayı tesisi etmesi mümkün müdür? Böyle binefsihi şifa vetiresinin sp-hacéle ve tesekkup gibi mühlik akibetlerini (2) ve inzarını bir tarafa bıraktığımız vakit te tegallüfü cessedemek müşkülât arzedebilir. Ancak gene unutmamalıyız ki, M o r r i s K o h e n 22 vak'ada 17 defa; C l u b b e 73 vak'ada 71 defa; W o r t m a n n 17 vak'ada de 11 defa bulmuşlardır. O Halde mevcuttur; aramalıdır. Févre, O m b r e d a n n e in kliniğinde yaptığı tetkikatta 10 da 5 defa bulmuştur.

Çocuğu az zaman içinde peritonite yahut had insidadin vahim toxémie sine götürecektir vasıf taşıyan bu dahili batın muhtenik fitik ne vasıftadır? Bazen, tamamen gevşek karın içinde kat'i şüpheyi veren mukavim bir nahıye cessederiz. Bu nisbî mübhemiyete mukabil; mukaariyeti süreye doğru kıvrılmış, uzunca üstüvanı vasıfta ve iki muayene esnasında mevki ve şeklini tebdile çalışan hakikî Boudin i parmaklarımız altında bulmak daha kesretlidir. Nerede aramalıyız? Nahıyei harkafiyede mi? O m b r e d a n n e in istatistiğine göre vekayiiin % 93 ü iléo coecal nahıyeden başlar. O halde burada mı aramalıyız? Bileceğimiz nokta vak'aların ekseriyeti azimesinde hufrei harkafiyelerde arıyacağımız şeyin boudin olmadığıdır. Burada onu pek nadiren buluruz. Elimizi nahıyei şersufiye ye koyduğumuz vak'alardırki yüzümüzü güldüren

(1) Les formes abortives de l'invag. intest. These de Paris 926

(2) Becker. Journ. d. Chir. Mayıs 1925.

teşhis kitlesini palpe etmek imkânını verir. Filhaka boudin in müntehap mevki şersuf nahiyesidir. Tahtelkefi nahiye.. mümkündür. Fakat şersufa göre bu da nadir telekki edilebilir, O halde kısaca: Sürrenin yukarısında ve daha ziyade aşağı tarafta. Bunun içindir ki Fevre'de umumiyetle fevkassurre şakları tavsiye eder (1).

İlerilemiş vak'alarda Boudin i karnın sol tarafında da cessetmek mümkündür. Nerede? Sol adeli müstakime altında, amudu fıkarinin, hemen solunda. Zira Févre (sahife 162), şemasile çok güzel izah ettiği gibi, buden nahiyei şersufiyede burnunu gösterdikten sonra mesarikanın çekmelerine tabi olarak tedricen amudu kataniye doğru yaklaşır; bu itibarla, ameliyat esnasında da orada aramak icab eder. O halde hufrei harkafiyelerde ne bulacağız? Coecumun tegallûf sebeble tebdili mevki etmesi neticesi, depressibilité.... (*Signe de danse*). İstifade bahş bir delildir. Bununla beraber, W o r t m a n n bunu değersiz kelimesile tavsif eder. Boudin i yalnız batnın cessi ile mi aramalıyız? Messi şerciyi ihmal edebilir miyiz? Nadir olmakla beraber, boudin tepesini meai müstakim içindeki parmağımız cessedebilir. İfadesi meşumdur; zira, tegallûfün uznuğnu ve müterekki vasfını ifade eder. Cessederken *Şercin vasfına* da dikkat etmeliyiz: Orada gayri tabii bir relâchement da bize yardım edebilir (*Signe de Hirschsprung*) Muayenesine davet edildiğimiz çocuğu yatağında dört ayak üzerine tırmanır vaziyatte mi görüyoruz? Bu manzaraya ehemmiyet vermeden geçmemeliyiz. 1911 de 1928 e kadar Roosvelt Hospital de bakılan 29 tegallûf vak'asında bu sonuncu araz 7 defa müsbet çıkmıştır. (*enfant a quatre pattes*). Nihayet leucocythose 15-20 bine çıkabilir. Bunun ifadesi ikinci çocukluk devresi tegallûflerin de daha mühimdir. Zira bu takdirde tamamen appendicite e benziyen şekiller görürüz. Bunun için değilmidirki Févre (s: 197), şu formülü keymuştı; «Büyük çocuklarda, ateşsiz seyreden ve batnın sağ üst kadranında lokalize olan bütün appendicite krizi syndrome ları bir tegallûf taharrisine» bizi sevketmelidir.

Süt çocuklarındaki bu sür'atli tegallûf tablosu muvacehesinde hatırımıza gelebilecek *Pratik teşhisi tefriki* nuance ları nelerdir? Çok kolaylıkla vazedilen teşhis entérocolite dir. Bunun üzerinde tevek kuf etmek lâzımdır. Nafiz klinisiyen için entérocolite in intanî ve hazmî tablosu ile invaginationun sıhhat içinde patlıyan çok anî ve çok serî yürüyüşü calibi dikkat telekki edilemez mi? Soudaineté... her zaman dimağımızı uyanık bulduracak güzel bir tablodur. Makaddan gelen kanlı müküsler tegallûfemi yoksa entérocolite e mi merbuttur? küçük bir laboratuvar muayenesi bize çok yardım edebilir:

(1) M. Fevre; J. d. Chir. Şubat 1929.

ifragatta safra mevcudiyetini aramalıyız. M o n d o r Safra bulunan vak'alar, hemen daima invagination değildirlor diyor. Bu araz, London Hospital de bakılan 37 vak'ada 1 defa aldatici mahiyet almıştır. Buna ragmen çokmu şübhedeyiz? Tereddüt devremizi boş geçirmektense radyolojik muayeneyi tercih etmeliyiz. Bu muayene bizi minnettâr bırakacak typique imajlar verebilir (*Image en cocarde en cupule en encoche*).

Makadından kan gelen bu muzdarip ve zahiren sıhhatli çocukta Purpura de H e n o c h olamaz mı? Filhakika evcai batniye, kay, melena bunda da aynen mevcuttur. Ancak purpurada bitkin sararmış yahut cyanosé olmuş, hemen ölüm halinde bir bebe görürüz. Mafsalları müvecca şişkinlikler içindedir ve vücudunda afetin imzasını taşıyan purpurique lekeler vardır. Halbuki çocuğumuz purpuranın nadir bulunduğu bir yaşından aşağı sindedir.

Nihayet, mevcut mihaniki arızayı yenmeğe çalışan faal hamleler arzeder. Hele purpura ile müterafik tegallûf vak'alarını (1), Gesset nin syndrome aigü sini düşünmek bizi ne kadar tereddüde sevkeder. Bunun içindir ki müteredit kaldığımız vak'alarda radyolojik muayene, exploratrice amp. rotomie tamamen indiqué dir.

Hemophilie sessiz kanayan vetire değil midir?

M o n d o r tarafından mükemmelen mütalaa edilen Meckel divertiküllü ülserlerinin (2) yegâne ehemmiyetli arazi kanamadan başka şey mi? Ancak burada şiddetli sancılar ve kaylardan evvel « Kanayan bir antesedan » vardır. Fazla olarak Meckel divertikülü hikayesinde batında bazan hissedebileceğimiz kitle, boudin in muayyen yerlerinde değil, sürre ile âne arasında mevzudur; ve bazı vak'alarda Meckeli hatıra getirecek sürrevi ihtilâtlar bulabiliriz. Nede olsa divertikül ülserinde tegallûfün arzeyelediği paroxystique soudaineté yi bulamayız.

Appendicite olamaz mı? iltibas eden vak'alar vardır. Fakat bir purpura yahut enterocolite teşhisi gibi vehamet arzetmez. Zira bizi müdahaleye sevk etmek suretiyle verification operatoire a imkan bırakmış olur. Bu vadide, apandisitinin klasik arazi bize çok yardım edebilir; ve invagination un hususî arazlarını arıyarak écarté etmek suretile işin içinden çıkabiliriz. Hattı zatında appendicite teşhisi en fazla iltibas eden ikinci çocukluk zamanındaki invagination syndrome larıdır.

Rektum polipleri, prolapsüsleri, retressissement ları pratikte ehemmiyetleri tali addolunabilecek teşhisi tefriki unsurlarıdır.

*Tufuliyeti Saniyedeki* invagination syndrome larına gelince : Bunlarda süt çocuğundaki vazih şak-

(1) E. Gamstedt. in Pres. Med. No 16, 934

(2) H. Mondor-M. Lamy. Jour. de Chir. tome 41. No 4. 1933.

siyeti nadiren buluruz. Klâsikler, appendicite i ve Pésitonite tuberculeuse i taklit eden iki şekliyle alelûmum insidat arazi veren nev'ini ve typique envaini yekdiğerinden tefrik ederler. Bilhassa appendicite ikinci çocukluk tegallüflerile mükemmelen iltibas edebilir. Ağrının mütekattı ve çok şiddetli vasfı, mevkiinin batında daha ziyade yukarı kısımları işgal etmesi cerrahı daima uyanık bulundurmağa seyketmelidir: Veca ve défanse halinin bu suretle sag üst kadranda takarrürü yahut muhiti sürrevi mahiyet alışı tegallüf vetiresine bizi sevkecek nuance lardır. Messi şerci ve vak'anın mütalâasına göre radyolojik muayene tenevvürümüzü mümkün kılacak yardımlardz bulunabilir.

Hâd peritonite tüberkülozun ikinci çocukluk tegallüflerile iltibası klasiktir. Burada da teşhisi tefrikiye has unsurlar pek azdır. Cuti-réaction yardım yapabilir mi? Ecran altında opaklavman dcğerli olmaz mı? Hepsinden istifade etmek şüphesiz muvafıktır. Ancak, hülâsatan tekrarlıyabiliriz ki, tufuliyeti saniye invaginationları şahsiyetini vasian gaybolmuş melez karakterde seyredeler. Bu itibarladır ki, teşhis vekayiin ekseriyeti azimesinde suubete duçar olur. Typique şekilleri de süt çocuğuna kıyasen relanti olmuş mahiyettedir.

Hâd yahut sübagüi batın tablolarında o halde ne yapmalıyız? Tufuliyeti saniyenin invagination ihtimalini kolaylıkla bertaraf etmemeğe mecburuz; va şüpheli kaldığımız vakalarda Fevrein şu iki düsturunu-esnayı ameliyede olsun- her vakit hatırlamalıyız: a) gayri tabii tarzda mavi renkte bulunan yahut içinde oldukça kalın mayi ihtiva eden bir coeacum görüldüğü vakit sıcak serum altında em'ayı rakikanın teikiki ihmal etmemelidir. Kısa fasıllarla sağlam em'a kıtıalarının mevcudiyeti arızayı yok farzettireceğingên tetkikatı emniyet verecek şekilde uzaklara kadar temadî ettirmek lâzımdır. b) Appendicite teşhisile müdahale edilen vak'alarda bu uzuv sağlam yahut pek az iltihablı bulunduğu takdirde em'ayı rakikanın son kıt'alarını dikkatle behemehal muayene etmek ve gizli kalan ilo-iléal bir invagination u yahut Meckel diverticule ünü aramak icap eder. (in Févre S; 207) Mondor da bilhassa ikincisi üzerine ısrar etmektedir.

**Kâhillerdeki tegallüf** vetirelerine gelince: L e c é n e hâd eşkâlinin pek ender olduğunu kabul ederdi ve bu noktai nazar hemen de klasik olmuştu. Ancak bu gün diyebilirmiyiz ki kâhillerde tegallüf em'a tablosu hemen daima kroniktir? Okinz y c in altı ayda hâd ve tahdelhâd eşkâle aid olmak üzere topladığı 17 müşahade bnnun menfi delilidir. De l a n n o y in müşahadatına bakacak olursak 123 vak'anın yalnız 8 inde invagination chronique olarak başlamış ve yine müzmin olarak seyretmiştir. 123 vak'anın 77 sinde tegallüf

vetiresi anı ve müterekki şekilde başliyerek paroxys-tique bir seyir takib etmiş, az yahud çok şiddette hâd crise ler arzetmiştir. Bununla beraber, kâhilde, süt çocuğundaki fevkalhâd halin hemen de zuhur etmediğini ve L e c é n e in tabiri veçhile hastayı muayene ve radyografiye etmeğe, bu suretle, müdahale kat'iyetini elde eylemeğe vaktimiz bulduğunu kabul edebiliriz; ancak arzylediğimiz kuyudu ihtiraziye dairesinde... Zira, F e r e y, beşinci günde em'ada tesekkup bulmuştur. T a v e r n i e r, onuncu gün sphacele bağırsağı résequé etmeğe mecburiyet hissetmiştir. O halde Nothnagel in sübaigü tegallüflere iki hafta, müzmin enva haftalar ve aylar tahsis eden seriri taksimine istinat edebilirmiyiz?

Kâhildeki arazi itibarile, tegallüf, hususî şahsiyet taşımadan seyreden vetiredir. Zira, B e r g e r ve L e c l e r c in taksimine imtisalen, süt çocuğunda görüldüğü tarzda gürültülü ve çok anı eşkâl pek nadirdir. Sağ hufrei harkafiyede ağrı, kay ve cidar contracturü arazi veren vak'alarda péritonitique halât ile karışır (*Forme peritoneale*). Alelumum insidat tablosu ile karışan şekillerinin tefriki de aynı suubet içindedir (*type occlusion*). Bu sebeplerdir ki G u e l e t t e in tezinde teşhis ancak 3 defa yapılabılmış, diğçerlerinde peritonite gangréneuse appendicite, ulcere perforé, ve alelinsidat vetireleri düşünölmüştür. Neticeyi M o n d o r un tavsiyesile bağlamak mümkündür: «Ağrı crise lerinin tegallüfe has karakteri klinisiyenin fikrinde şüphe hissini derhal tevlit etmelidir. Makalemizin hacmi istiabisi daha fazlasına müsait bulunmadığından gelecek yazımızda *Îléus biliaire* ve *appendicite* insidatlarını etüt mevzuu yapacağız.

\* \* \*

N. B. - Evvelki yazımızın sonunda insidatların hormonal teşeyvüşlerin ihulasa ederken hilhassa *Hyperazotemie* ve *Heypochloremie* hâlati üzerinde tevekkuf etmiş, tevlit ettiğî fonctionelle uremie den bahsetmiştim: (hastalığın geç teşhisindeki vahamet, ameliyat traumasının intaç eylediğî ve gene hypochlorémie nin amil bulunduğu toxémie post opératoire halinin de iptidanın badî olduğu kan bozukluğuna ilâve edilmek mecburiyetinde bulunmasıdır) demiştim. Son bir kaç ay zarfında azotémie postopératoire mes'elesi üzerinde calibi dikkat neşriyat (1) yapılmış normal azotémie nin bile ameliyat inzar ve istitbabında sıhhat olmayacağı tezi teyiden mevzuu bahsedilmiştir. Bu itibarla, küçük bir ilâve yapmak istedik, Cerrahî cemiyetinin bu içtımında Maurice C h e v a s s a u n n azotémie nin kıymeti hak-

(1) L'infidelite de l'azotemie normale dans les indications et le pronostic operatoires; Pierre Duval. Bull. et Memoires de Chir. Tome 50 No 28. 1934.

knıdaki lehdar mütaleatına rağmen (1) toxemie de amil olon kan *Polypeptide* lerindeki tezayüdün (*Hyperpolypeptidemie*) mücerret azotémie derecesinin tayinile anlaşılacağı, ikisi arasında kat'i bir tenasüp görülemediğini teyit eden mesai ve müşahadat serdedilmiştir. Pierre Duval, Pres. Méd. daki müteakip makalesinde (2) bu tezi yeniden hatırlatarak Fibrome uterin ameliyatı yaptığı bir kadına aid typique müşahedesini nakletmektedir. Noel Fissinger de (3) polypeptidemie nin toxémie deki ehemmiyeti ve azotémie derecesile parallélisme arzedeceği mahiyetindeki noktai nazarını müdellel şekilde ifade etmektedir. Şu vaziyete göre hyperazotémie mes'elesi insidatlılarda da eski selaini kısmen kaybetmiş oluyor.

Malum olduğu üzere polypeptide ler albumine lerin desintégation undan tevellüt ederler: (Albuminlerin parçalanmalarının son merhalesine sevkeden kimyevi vetire henüz malum değildir. Akla en yakın geleni, albumine molécule ünün, daha basit atomique grublara doğru bir serie décomposition geçirdiğidir.) (4). Kısaca diyebilirizki, albumine parçalanması acide aminé leri doğurur; bunlar da bilahara désamination, oxydation ve hydrolyse suretile istihlâk ve ifrağ edilirler.

Polypeptide ler, albüminlerin asid amineye tekadüm eden désintégation mevadidir; molékülü 500-1000 olduğu halde asid aminelerin 200, ürenin 60 dır. Polipeptidler, normal biolojik muvazenede bulunan her şahsın gerek kanında gerek idrarında rında mevcuttur. Van Slyke, normal polypeptidémie kaydettiği gibi normal bir polypektidurie de vardır. Kan serumunda tabii şeraitte mevcut bulunan polipeptid miktarı 20 milligr. ı geçmez. İdrarda da 10 milligr miktarında mevcuttur. Ancak bu miktar mütevassıttır ve denilebilirki şahsi ve bünyevi vaziyete göre tahavvül eden facteur ler mahiyetindedir.

Kandaki polipeptitler nereden geliyor? Bunların menbaı uzviyet hücrelerinin mütemadi harabiyetidir (autolyse protidique) Bu gün P. Duval inde teyit ettiği bu hakikat Monpelieli Puech ve Cristol tarafından 1926 da yazılmış ve müdafaa edilmişti (5). Noel Fissinger iptidada kabul etmediği bu tezi bilahara makul bulmuştur: «itiraf ederimki, bir ademi kifayei kept müdahalesi olmaksızın bu hususu mümkün telekki etmek bana güç gelmişti. Müteakip tecrübeler, Monpelieli mü-

(1) Idem sahife 1147

(2) Essai sur l'intoxication par les polypeptides Pres. Med. No 91. 931

(3) N. Fissinger. L'intoxication par les polypeptides Pres. Med. No.; 91. 1934.

(4) Hedon, P. de Physiologie 1933, s: 425.

(5) Signification de l'indice de polypeptidemie et de l'indice de desamination. Bull. et mem. de la Soc. Med. des hopitaux 1926. in Pres. Med.

elliflerin haklı olduğunu gösterdi, ve ben de kendilerine hak vermekte birinci oldum».

Polypeptidlerin akibetleri nedir? Bir kısmı alahalihi idrarla ifrağ olunur. Diğer bir kısmı kebet tarafından üreye inkilap eder. Nihayet bir kısmı da ensice ve bilhassa adelat tarafından tespit edilir ve nesci albüminlerin tamirinde hücrevi inşaatın materyeli olarak yeniden kullanılır.

Polipeptidler çok *Toxique* maddelerdir. Bu itibarla normal hududu aşan hyperpolypeptidemie ler, her yakıt pré ve post operatoire inzar üzerinde şeametli tesir gösterirler. Bu cisimlerin ensice taralından tespit edilen miktar haricinde kanda kalan bakiyesi vasi mikyasta kept tarafından tevkif ve urée ye tahvil olunur. Bu tahavvüldürki postoperatoire hyperazoteminin pathogenie sini tesis eder. Bu itibarla, müşahede eylediğimiz iperazotemi hali, kanda artan polipeptidelerin istihalesi ve neutralize edilmelerinin ifadesidir. Ancak burada dikkat edilecek yegâne nokta iperpolypeptideminin iperazotemi ile daima muvazi gitmediğidir. Zira keptin protéolytique hassası her şahsa göre değişen tahavvüller arzeder; bu itibarla, azotemi derecesi normal görünen bir şahısta, ameliyat traumasının tevlit eylediği hücre harabiyeti neticesi kanda serbest hale geçen polipeptitleri keptin tevkif ve tahvil kudretini kat'i bir criterium olarak evvelden vazedilemez. Bunun makûsu olarak postoperatuvar azotemisi çok yüksek vasıf alan bir ameliyatlarda da inzar her vakit şeametli sayılamaz. Zira, bu azotemi, polipeptidleri tadile merbut kepti surfonctionnement nin basit vafevi ifadesi olabilir. Netekim P. Duval da, kolesistektomi yaptığı bir hastasında kandaki urée miktarının 5,30 a yükselmesine rağmen şifavetiresinin tehhür etmediğini görmüştür.

Ehemmiyet verilmesi icap eden noktalardan birisi de keptin kandaki fazla polipeptitlere karşı *tedrici* bir épuration yapabildiğidir. Noel Fissinger kara ciğeri bu veçheden büyük örmeli bir filtreye teşbih eder ve file d, épuration de brassage ismini verir. Mühim cihetlerden diğeri, ameliyat traumasına merbut kalan iperpolipeptideminin ensica üzerinde başlı başına yapabildiği muzir tesirattır; serbest hale geçen polipeptidlerin ensaç üzerinde resen harabiyet tevlid ederek yeni polipeptidlerin teşekkülüne amil oldukları bu gün tamamen anlaşılmuştur (action polypeptidogène des Ipolypeptides). Bu itibarla, mezkûr cisimlerin seri yükselişleri kept muvazenesini de aynıyen haleldar ederek vahim toksikoz tablosuna müntehi olur. perpolipeptidemiye karşı uzviyetin müdafaaı, iperazotemide olduğu gibi, tuz sayesinde. Bu sebepledir ki, böyle toksik tablolarda ipoklöremiye şahit oluyoruz; uzviyete klorosodyom itası iperazoteminin préventif tedavisi olduğu kadar polipeptideminin de şafi müdavatıdır.

Pierre Duval, cerrahî cemiyetinde bu mes'eleye dair mütalâatına şu sözlerle nihayet vermektedir. « Bu kısa raporumuzla ameliyattan evvel ve sonra görülen azotemi derecesinin sıhhatli bir delil olmayacağına cerrahların nazarı dikkatini celbetmek istiyoruz. Bittabi her ameliyattan evvel azotemi derecesinin tayini, biolojik muvazenenin tesbiti cihetinden, lüzumludur. Ancak azoteminin normal vasıfta bulunması, cerraha ameliyatın selâmeti noktasından hiç bir emniyet vermemelidir, ve her ameliyatın kept vazifesinde intaç eylediği farti mesai imkânlarını düşünmeğe onu sevketmemelidir ».

« Normal azotemi, cerraha ancak aldatıcı bir emniyet verebilir. »

Şu mütalâatı mevzuumuz olan insidadı em'a meb'hasına tatbik ettiğimiz vakit bu syndrome da görülen iperazotemie hakkında neler düşünmek mecburiyetinde bulunduğumuz vazihan tezahur eder. İperazoteminin, insidadı em'a sendromlarında başlıca humoral tebeddülü teşkil eylemesine göre onu doğrudan doğruya alâkadar eden patojenik ve ulterieur avakip hakkındaki yeni tetkikleri buraya hamış tarzında hulasatan ilâveyi bu itibarla muvafık buldum.

S. A.

## ANADOLU MADEN SULARI VE KAPLICALARI.

*Kerim Ömer Çağlar*

Ankara Toprak Enstitüsü Şefi.

Anadolu kaplıca ve maden suyunca çok zengin memleketlerden biri sayılır. Yer yokturki adım başına denecek sıklıkta bir maden suyuna veya kaplıcaya tesadüf edilmesin. Profesör A k i l M u h t a r 1933 yılında Ankarada toplanan Beşinci Ulusal Türk Tıp kongrasına verdiği bir raporda türlü kaynaklardan topladığı bilimlere dayanarak türkiyede (210) maden suyu, ılıca ve kaplıca olduğunu yazıyor. Bu sayı Anadolu'da dağılmış olan maden suyu sayısını göstermekten çok uzaktır.

Anadoluda maden sularının böylece sık ve bol yayılışını hazırlayan sebepler kısa bir şekilde gözden geçirilecektir. Ona girmeden evvel sularımızın tarihte kazandıkları şöhretlerle tedavideki rollerinden bahsedilecektir.

Yurdda kaplıcalar tarihte çok büyük şöhret kazanmıştır. *Bursa* ve *Yalova* kaplıcalarını bize anlatan *T e o f a n o s* milâddan beş asır sonra Roma büyüklerinin buralarda nasıl tedavi edildiklerini uzun uzun hikâye etmektedir. Eski Galatya mıntakasına tarihte *Hayat kaynağı* adı verilmiştir. Yurdun bir çok yerlerinde bulunan sular için hep böyle kıymetli hükümler okuyoruz. Eski devirlerin yıkılmak bilmez muazzam kemerli hamamlarını bugün bile kullanmaktayız.

Bu gün için acı ile bahsedeceğimiz noktalardan biri son asırlar içinde bu hayat kaynaklarının gözden düşmüş olmasıdır. Bununla beraber günün iki hadisesi bizim için en büyük teselli kaynağını teşkil eder. Birincisi yeni rejimin kaplıcacılığa vermiş başladığı kıymet, ikincisi de halkın buna gösterdiği alâkadır. Kaplıcacılığın inkişafı dünyanın her tarafında iki noktanın birleşmesiyle mümkün olmuştur. Bunlardan biri hükümet ikincisi de halktır.

Her yerde kaplıca tedavisi millî bir program haline gelmiştir. Yurdda nasıki şu veya bu sağlık kurumları hükümet siyasa çevresine girmişse,

kaplıcacılığımız da bu hudut içerisine alınmak mecburiyetindedir. Çünkü kaplıcacılık yalnız sağlık meselesi değil aynı zamanda bir ekonomi işidir. Bunun hükümetin iç siyasasına sokulmaması halinde inkişafı mümkün olamaz.

En küçük devletler bile bugün bu işin üstünde ehemmiyetle durmuşlardır. Her dilden basılan broşürler dünyanın her tarafında elden ele dolaşmaktadır. Bizde de yavaş yavaş bu hareketin başlangıcı göze çarkmaktadır.

Mevzuun ehemmiyetini düşünerek kaleme aldığımız bu seri yazı, bize aşağıdaki hatlar hakkında malûmat verecektir.

- Anadoluda kaplıca ve maden sularının teşekkülünü hazırlayan sebepler
- Yurdda kaplıcaların yayılışı
- Yurdumuzda bulunan suların terkibleri
- Bu suların therapie'deki rolleri.

### *Anadolu maden suları ve kaplıcalarının teşekkülünü hazırlayan sebepler:*

#### Anadolu maden suları ve kaplıcalarının teşekkülünü hazırlayan sebepler:

Anadolu maden suları ve kaplıcalarla zengin olan bir memlekettir. Anadolunun böyle üstten süzülüp derinlere giden ve tekrar yukarıya ısınmış olarak çıkan sular ve doğrudan doğruya mağma tabakasından kopub yukarıya doğru yükselen juvenil sularca zenginliği aşağıdaki şu üç esasla izah olunabilir.

1— Anadolu jeolojik devirlerde bir çok iltivalara maruz kalmıştır. Bu zamanlarda erazinin bir kısmı çökmüş, bir kısmı yükselmiş ve arada mühim yarıklar meydana gelmiştir. Erazinin böyle katlanmış olması bazı eraziye suları derinlere süzebilecek bir kabiliyet vermiş ve böyle olan mıntakalarda bir çok sıcak su menbaları yücut bulmuştur.

2— Anadolunun jeolojik bünyesine baktığımız zaman her tarafında mebzul bir surette volkanik erazinin vücut bulmuş olduğunu görürüz, Bu volkanik yerlerde bu hadisenin tabii neticesi olarak gazlı sular teşekkül ettiği gibi volkanizmin doğurduğu yarıklardan inen ve tekrar çıkan sular da bu mıntakalarda maden ve kaplıcaların mebzul intişarına sebebiyet vermiştir.

3— Anadolu, kürei arzın en zayıf bir mıntakasına tesadüf etmektedir. Şimalden ve cenuptan en eski teşekkülatla sarılı olan Anadolu kıtası Akdeniz havzasının oldukça büyük bir *geosinklinalinde* bir *Epeirogenese* hadisesi neticesinde teşekkül etmiştir. Ege mıntakası üzerinden merkezî Anadolunun oldukça şarkına kadar uzanan ve fakat şark tarafı gittikçe incelen eski masif kitlenin iki tarafında bir çok tektonik ve volkanik hadiseler vukua gelmiş olduğu için buralarda bir çok zelzeleler kaydedilmektedir.

Bu harekâtı arziye son senelere değin memleketimizin muhtelif mıntakalarında oldukça şiddetli sarsıntılarla tesbit edilmektedir. Bu zelzeleler erazinin vaziyetlerinin değişmesine sebebiyet verdiği için maden ve kaplıca sularının zuhurunda mühim bir sebep olarak kaydedilebilir. Gerek bu noktaların tetkikinde ve gerekse Anadolu sularının sistematik bir terkip ve tazyikinin mütaleasında işe yarayacağı için Anadolunun jeolojik bünyesi hakkında sıkca malûmat vereceğiz.

#### *Anadoluda tektonik hadisat ve morfolojik bünyenin teşekkülü :*

Anadolu morfolojisi itibarile muhtelif alçaklıklar ve yükseklikler gösteren bir memlekettir. Alpler iltivaatının şarka doğru, mutevaliyen kavslar ve düğümler yapması, orta asyaya doğru yekdiğerini takibeden üç büyük yayla meydana getirmiştir. Bu yaylalardan birisi, Anadolu yaylasıdır. Anadolunun vasatı irtifaı 1200 ve orta yaylanın vasatı yüksekliği 1000 metredir. Yayla şimali garbe doğru gittikçe iner ve bu meyil, sair morfolojik hadiselerin inzimamile yarım adada nehirlerin gayri müsavi tevziini mucib olur. Bir çok nehirler şimale doğru cereyan eder, Karadeniz ve Marmaraya dökülür.

Anadolu, dördüncü zaman bidayetine kadar Avrupanın cenubu şarkisile birleşikdi. Üçüncü zaman nihayetinde ittisal noktası ayrıldı. Ve adalar denizi ile Karadeniz teşekkül etti. Anadolunun halihazırda teşekkülatı sathiyesini meydana getiren heyelanlar, inşikaklar ve iltivalar mürurü zamanla vukua gelmiştir. Anadolunun kısmını teşkil eden tabakaların bir kısmı muhtelif zamanlarda mültevi bir hal almıştır. Yani tektonik sebepler dolaysile sathı arz değişik zamanlarda iltiva kesbetmiştir.

Pek çok körfezlere, koylara malik olan garbî anadolu sahillerinde iltivalar sahile amuttur. Bilakis

karadeniz sahillerinde sahile muvazidir. Anadolunun şimal ve cenubunu çeviren Alp teşekkülâtından Karadeniz ve Toros zencirleri arasında orta kısmında kuvvetli indifalar olmuştur.

Anadoluda bazı dağların irtifaı 2-4 bin metre arasındadır. Garbda Uludağ 2500 Ankarada Elmadağ 1800, Kayseride Erciyaş dağı 4000 metredir. Şarkta büyük Ağrıdağı ise 5160 metredir. Şimali Karadeniz kenar silsilesi, uzun, muvazi ve müteaddit müstarz ovalarla parçalanmış, 1300-1900 metre irtifaındadır. Ormanlıktır, sahile doğru, dik sathı mailler yapar. Dahile doğru ise latif ve ormansız hailelere maliktir. Aynı veçhile Torosun cenub sahası yekdiğerine murtabıt ve yüksekçedir. Bu silsile İskenderun körfezinin şimalinde 3477 metreye kadar, garba doğru ise 2600-2900 metreye kadar irtifa arzeder. Anadolunun bu morfolojik bünyeyi almasında jeolojik devirlerin tesiri muhtelifdir.

Birinci zamanın aşağı karbon devrine kadar denizlerle istilâ edilmiş olan Anadolu, yukarı karbon devrinden itibaren yükselmeğe başlamıştır. Birinci zaman nihayetinde *Paleozoikum* tavazzu eden rüsubî tabaka gayet şedit iltivalara maruz kalarak büyük bir kıta vücade getirdi. Rumeli kıtasile Anadolu ve ortasındaki *Ekid* denilen erazi kâmiilen yekpare olarak bir kıta halinde teşekkül etti ve Anadolu Avrupa kıtasının tabii bir imtidadından ibaret oldu. İkinci zaman iptidasında Karadeniz sahili henüz yoktu ve Anadolunun ortası büyük bir göl halinde idi. İkinci zamanın nihayetlerine doğru Anadolu tekrar şedit iltivaata ve teşekkülü cibal (*Orogenese*) harekâtına maruz kaldı. Tebeşir devrinde tamamen hitama erdi. Alpler iltivaatı memleketimizin bu günkü gosen devrinde tamamen hitama erdi. Alpler iltivaatı memleketimizin bugünkü dağ ve arızalarını vücade getiren mültevi silsileleri teşkil etti. Üçüncü zamanın sonuncu yarısında inhitatat ve muhtelif tektonik harekât oldu. Denizler karalara hücum etti.

Yukarı miyosen devrinde tekrar şedit tektonik hadisat başladı; üçüncü zaman başında Keşiş, Erciyes, Bingöl, Ararat, Denizli, Manisa dağı volkanlarının indifalariyle karışık bir çok volkanik erazi mezkûr yanar dağların etrafında teşekkül etti. Bu devrin nihayetinde Karadeniz boğazı açıldı. Dördüncü zaman başında tereffuat, inhitatat, inhidamat ve volkanik indifaat gayet mühim bir şekilde tezahür etti. Şimalde Karadenizle Rusyaya, garpte Marmara ve Ege denizleriyle Balkan yarım adasına, cenuptan Kıbrıs adasına bağlı olan Anadolu inhidamatla bunlardan ayrılarak bir yarım ada haline geldi ve takriben bu günkü halini aldı.

#### *Anadolunun jeolojisine kısu bir bakış:*

En yeni volkanların mahsulâtı olan Andazit ve bunların tüfleri şimali garbi Anadoluda oldukça

müntezirdir (Philippson), Cenubu garbinde ise bu teşekkülât ufak adacıklar halinde yaşlı dağların muhitinde dağılmışlardır. Şimali garbide manzara tamamen aksidir. Yeni volkan mahsulleri eski dağları tamamen kaplamış ve bu sonunculardan kalıklar, şistler ve eski indifaî kayalar yer yer yığınlar ve ince hatlar halinde görünmektedirler.

Andazitlere nazaran bazaltlar daha azdır. Fakat volkanik tüfler çok müntezirdir. Beyaz, sarımsak renkte olan bu sonuncular buldukları muhitlere harikulâde bir manzar vermektedir. Tüfler oldukça sertleşmişlerdir.

Anadolunun şimali garbisinde genç tersiyer tabakaları yeknesak değildir. Genç tektonik hadiselerle şiddetle maruz kalmış, inhidam ke inhitatlar geçirmiş ve iltivalanmıştır. Bu itibarla tabakaları bazen düz bazen dik ve meyilli bir hale gelmiştir.

Alaşehirin şimalinde (Kula havalisi) üçüncü zamanın volkanik kitleleri, bir çok kraterlerini muhafaza ederek görülmektedir. Tarih içinde burada hiç bir volkan tesbit edilmiş değildir. Lav akıntıları burada fevkalâde bir manzara ile görünmektedir. Bu Salihli ve havalisine kadar iner.

Afyonun heman arkasında yükselen tepe traktittir.

Orta Anadolu da gerek kadim sahraların ve gerekse genç tersiyer rüsubî kayalar ile aynı devrin indifa mahsulleri şimali garbi Anadoludaki hadisenin aynına maruz kalmıştır. Sathan aralarında şu fark vardır. Garpteki büyük çöküntüler burada yoktur, erazi düzdür. Fakat zemin altı itibarıyla aralarında bir fark görülmez. Yalnız Ege mıntakasının Mezozoik teressübatı orta Anadolu için yabancı bir teşekkülattır.

Yüksek yayla ve dağ silsileleri volkanik teşekkülâtla bezenmiştir. Genç tersiyer volkan mahsulâtı Karadeniz boğazı, Çanakale ve garb sahilleri imtidadınca Edremit, Balıkesir, Bergama, İzmir, Kula ve Bodrumda görünür. Bilhassa bu devrin indifa serisinden Apolyod gölü, Delice, Tavşanlı, Kütahya Afyonkarahisar dan Konya istikametine uzananı şeyanı dikkattir.

Toros zencirinin kıvrım yerindeki Karadağdan itibaren Karapınar, Hasandağ, üzerinden Erciyeşe doğru bir az yaşlıca volkan tepeleri sıralanır. Bingöldagi (Erzurumun cenubunda) ve Sepan dağı aynı indifa mahsulleridir (N a u m a n n); bu hat uzak şarkta şimali şarki dağlarına bağlanır. Bu kıvrımın cenubundaki Karacadağ (Diyaribekirin cenubu garbisinde) müstakil, merkezi bir vaziyet gösterir. Mamafî şarka doğru bir kısım indifaat daha sıralanır.

Konyanın şimali garbisinde uzanan Sultandağı mütemmimleri 1500 metrelik bir irtifa gösterecek açık ve kırmızımsak traktit ve traktit tüflerinden mürekkep olarak uzar.

Bu traktitler üçüncü zamanın orta ve ya genç devirlerine aittir. Traktitler Eskişehirin cenubuna kadar temadi eder. Kütahyanın 80 kilometre cenubu garbisine düşen Simav daki ateş, süt neçip opallar genç tersiyer devrinin liparitlerine aittir.

Konya ile Aksaray ovalarında yer yer serpilmiş olan indifaî mahsuller arasında şayanı dikkat bir hadise olarak Obruk gölü zikredilebilir. Bu göl 30 metre kadar yüksekçe bir kenar ile muhat olup kutru 200 metre kadardır. Bu göl senede iki defa yani haziran ve 1 inci kânunun ortasında kaynatarak bulanmaktadır. Suyu tatlı ve içilebilir. Bu kaynama hadisesi gaz intişarâtı ile alâkadardır. İki esas tepede Hasandağ garbinde olan Aksaray havalisindedir. Yukarıya doğru mail bir vaziyette yükselen tepelerin birinde volkanın krateri vardır. Bunun ortasında ikinci bir indifaî kubbe görülür. Bunun yanında ayrıca ufak tepelikler de vardır. Hasan dağın taşları traktit ve andazitten mürekeptir.

Hasan dağın şarkında bir lav yatağı üzerinde Niğde şehri kurulmuştur. Şehir altında cenubu şarkiye doğru bir tuf kitlesi uzanarak granitik teşekkülâtla bağlanır.

Niğde ile Hasanköy arasında bazaltik ve olivinli, hiperstenli ojit andazit vardır.

Niğdenin şimalinden Kızılıрмаğa kadar bu indifaat devam eder. Bu sahanın şimali şarkisinde Kayseri civarında Erciyeş arziendam emiştir.

Erciyeş, Akdeniz havzasının en yüksek volkan tepesidir. En yüksek yeri 3850 metrodur. Mesahai sathiyesi 1100 kilometre murabbıdır. Erciyeş en yeni zamanlara kadar indifa eden bir volkandı. Burada Romalılardan C a s a r e a icrayı hüküm ettiği zaman basılmış paraların üzerinde Erciyeş bir volkan olarak tersim edilmiştir.

Erciyeşin şimali şarkisinde 3 tepeli Alıdağ vardır ki bu da andazitik bir kayadan mürekeptir.

Şarkî Anadolu mıntakası üçüncü zaman indifaî suhuru ile, üçüncü zaman rüsubi suhurunun hakim olduğu bir sahadır. Şarkî Anadolunun ekser dağlarında elyevm yanardağ mahrutlarına ve âsarına tesadüf olunmaktadır. (Ararat) ve Tendürek dağları ile beraber (Van gölü) nü çeviren bütün dağlar hemen hemen kâmilin indifaîdir. Eraziyi rüsubiye yukarıda söylediğimiz gibi bilhassa üçüncü zaman teşekkülâtına mensuptur. Şarkî Anadolunun merkezi Anadoluya yakın olan sahalarında teşekkülât daha karışıktır.

Şarkî Anadoluyu Trabzon havalisi üzerinden gitmek suretile gözden geçirelim. Çoruh nehrinin kısmı şimalisini teşkil eden dağ silsileleri yani Trabzon ve Gümüşhane sahası granit zümresine mensup suhuru indifaîyeden müteşekkildir; Şibinkarahisarın traktit, andazit zümresine mensap suhurdan ibaret olan sahasının şimal ve garp tarafından yine granti zuhur çevirmiştir.

Bayburt, Kilkit havalisi Eosen eraziden ibaret olduğu halde cenup tarafları (Kretase) erazidir. Bu teşekkülât dar ve uzun bir şerit şeklinde garba doğru devam eder. Burada yer yer serpantinlere tesadüf olunur. Dersim dağlarının mühim kitleleri kretase erazidir. Erzurum ovası indifaî suhur ile tahdit olunmuştur. Mamahatun ve Palandöken dağları keza indifaî suhurdan müteşekkildir.

Harpüt, Malatya havalisi keman heman yalnız üçüncü zaman erazisidir. Ancak Keban maden sahasında granit zümresinden indifaî suhur ile müstehale suhur vardır.

Malatya ovası Eosen ve pliosen erazidir.

Malatyanın (Hekimhan) civarında mühim bir helyelân hadisesi vuku bulmaktadır. Harput ile Ergani maden erazisi Petürke, Maraş istikametinde suhuru müstehaleden müteşekkil olup bu teşekkülât Devonien suhurundan ibaret olan (Binboğadağ)ına kadar vasi bir saha üzerinde devam eder. Ergani Bakır madeni Eosen erazi üzerindedir. Bunun cenubundaki Karacadağ kitlesi ise bazalt, trakit zümresine mensup teşekkülâta aittir. Siverek, Diyarbakır bu teşekkülât üzerindedir. Urfa, Maraş şehirleri civarındaki indifaî kitlelerden sarfınazar olursa Frat nehri vadisinin iki tarafının Kretase, Gaziantep havalisinin de yer yer indifaî suhur ile oldukça vasi serpantin adacıklarını havi Eosen eraziden müteşekkil olduğu görülür.

İstanbul Üniversitesi, Tıp Fakültesi; Dahiliye Kliniği (Profesör Dr. Neşet Ömer)

### KARACİĞER KİFAYETSİZLİKLERİ TEŞHİSİNDE KULLANILAN ROSE DE BENGALÉ, GALACTOSURIE TECRÜBELERİ VE COEFFICIENT AMMONIACALE CORİGE NİN SERİRİ KIYMETLERİ.

Yazan: Eski baş asistan Dr. Müfide Kâzım.

Seririyatta Karaciğer kifayetsizlikleri tâbiri çok şumullü ve çok defa sui istimal edilmiş bir tabirdir. Muhtelif intan ve tesemmümler kebedin parankim hücreleri ve nesci munzamında tagayyür yaparak tesirin chemmiyet ve şiddetine göre bazen mübhem ve ancak otopsi ile meydana çıkan, bazen de gürültülü arazlarla seyreden vahim tezahurlar meydana getirir.

Objektif ve sübjektif olan bu arazlar: hazım, teneffüs ve deveran cihazları, merkezi, muhiti cümle asabiye sahasında, ciltte kendini gösterir. Bu gibi hastalarda ekseriya uykuya meyil veya uykusuzluk hali, uykudan kalkarken fazla yorgunluk hissi, adalı asteni, ağız acılığı, yemeklerden sonra ishal, sık sık kaşıntı ve urticaire krizleri, baş ağrıları, dönmesi; bilhassa vücudun sağ tarafında takarrür eden romatizmaî tezahurlar, astma şeklinde teşennüci nefes darlığı hecmeleri, cilt kuruluğu, sararması, göz ve ağız cildinde tasabbuğat, göz kapaklarında xantalazma, tabakâi sulbelerde sarılık, nadiren sağ akciğer kaidesinde ihtikâk ve ihtikan ralleri, bradikardi, şıryan tazyikinin düşüklüğü, damarlarda yırtılmaya istidat ve çürükler, diş etlerinde kanamalar, rahim nezifleri ve hemoroit hamleleri görülür. Bu hastaların karakteri değişir; hadekalar büyür, aydınlık refleksi azalır, ve ter akselleri çoğalır veya azalır. Parasempaticotonie hali, dafirei şemsiyede hassasiyet gibi asabi cümle sahasında da bozukluklar görülür. Bunlarda burun ve belum iltihapları, muannit rhinite ler, işitme ve görme bozuklukları da nadir değildir.

Karaciğer kifayetsizliklerinde ekseriya bu uzuv büyür, safra yollarında hassasiyet, mide düşüklüğü,

aérogastrie, aérocholie, averde hafif tevessü, kolonu nazil teşennücü zuhur eder. Mevaddı azotiye, yağ, hydrocarboné, su, koléstérol, safra sıbağ ve emlahı, hamız ve kalevî istiklâbında hatalar, hyper ve hypocholésterolemie hali, muhtelif şiddette ikterler, glycosurie, acidose hatta komaya kadar ilerleyen zehirlenme arazları çok görülür.

Bu muhtelif şiddetteki arazlar her zaman karaciğer tagayyüriyle mütenasip değildir. Netekim şiddetli bir safra kuluncunda kebet kifayetsizliği fazla olmadığı halde veca, ikter, safra ihtibası arazları pek gürültülü olduğu halde, kebedin oldukça ağır tegayyürlerinde bazan hiç aşikâr bir araz görülmez ve teşhis ancak otopsiyle mümkün olur.

Bunun için karaciğerin bir çok intan ve tesemmümler esnayı seyrinde, bazı müessir edviye tatbikinde, narkoz verilmesi icabeden cerrahî müdahalelerde tetkiki ve seriri, fizik muayenelerile beraber vazifevî muayenelerinin de ihmal edilmemesi hayati meseledir.

\* \* \*

Karaciğer fonksiyonlarının tetkiki için eskidenberi muhtelif metodlar kullanılmıştır. Mevzumuzda bunlardan kolay ve pratik olan bazılardan bahsetmek istiyoruz:

#### 1: Karaciğerin renkli maddeleri ittiraş rolü:

Ötedenberi nazarı dikkati celbetmiş ve bundan guddenin vazifelerini kontrol maksadıyla istifade edilmiştir.

Bu hususta evvela M. von. Falkenhäuser, Rosenthal (*Bleu de Methylène*), Hartziegann, L. Hese ve A. Havemann,



**E i n h o r n**, **L a p o r t e** (*Endigocarmin*)i, **R o w n t e r** ve **A. b e l** (*Phenolphthaleine*)in halojenli mürekkebatını ve nihayet Fransız müelliflerinden **M. N. F i e s s i n g e r** ile arkadaşları daha az semdar olan, çabuk ve tamamıyla karaciğer tarafından ifrağ edilen (*Rose de Bengale*)i kullanmıştır. Seririyattaki tecrübelerimizde biz de bu son maddeyi tercih ettik.

Bu muhtelif boyalar verit içine şırınga suretiyle kullanılırlar. Zerk edilen bu boyalar evvelâ şarî eviye cidarlarını döşeyen endothéle hücrelerinden, sonra da kebet hücrelerinden geçerek safra kanalcıklarına dökülür ve bu yoldan da ittirah olunurlar.

Yapılan serirî ve fizyolojik tecrübeler nazaran; kebetteki Kupfer hücreleri boyalı maddeleri tesbit eder. (*Chromopexie*), ve ancak münfail bir rol ile süzgeç vazifesi görürler. Asıl parankim hücreleri ise faal bir şekilde boyaları teksif ve safra kanalcıklarına ifrağ eder. *Réticuloendothélie*le sistem de *chromagogue* fiilde kebet hücrelerinin muhafızı vazifesini görür.

O halde asıl kebet hücrelerine yardımcı olan *reticuloendothélie*le cümlede ve safra yollarında bir tagayyür olmadığı zaman yapılan *Rose de Bengale* veya buna benzer diğer boyalı maddeler tecrübesi karaciğer hücrelerinin keyfi ve kemmi hallerini tetkik için ehemmiyetli bir vasita olabilir.

**T e c r ü b e n i n t a t b i k t a r z ı :**  
**F i e s s i n g e r** ve **H e n r y V a l t e r** usulünde evvelâ fizyolojik mahlulün beher santimetre mikâbına (20) miligram boya isabet etmek üzere *Rose de Bengale* mahlulü hazırlanır. Yarım saat otoklavda takım edilebilir ve bundan muhtelif tüplere litresinde 2, 4, 6, 8, 20 miligr. isabet edecek şekilde on tane mukayese mahlulü yapılır.

Muayenesi istenen hastadan içinde % 2 nisbetinde ve 2 c. c. miktarda mutedil oxalate de soude u havi dreceli bir centrifuge tübüne 10 c. c. işaretine kadar kan alınır, iğne damarda iken evvelce hazırlanmış ve takım edilmiş binde 20 miligram nisbetindeki *Rose de Bengale* mahlulünden şahsın kilosuna başına (1,5 miligr) isabet etmek üzere ve meselâ (60) kiloluk bir şahsa (90) miligramlık (4,5 santimetre mikâp) mahlul, verid içine zerkedilir. Zerk saati kaydolunur.

Zerkten 45 dakika sonra hastadan temiz bir şırınga ile yine 2 c.c. % 2 oxalate de soude mahlulü içine 8 c.c. kan alınır.

**E p s t e i n**, **D e l p r a t**, **K e r r** gibi bazı amerikan müellifleri boya mahlulünün zerkinden 2, 4, 8 saat sonra olmak üzere muhtelif zamanlarda kan alınmasını tavsiye ederlerse de böyle müteaddit defalar hastayı izaç etmek güçlüğünden dolayı biz **F i e s s i n g e r** usulü üzere yalnız bir defa kan almayı tercih ettik.

*Rose de Bengale* zerkinden evvel ve sonra hastadan alınan kanlar kuvvetle ve üzerindeki kısım tamamıyla berraklaşınca kadar santrifüje edilir. Sonra her iki tüpteki küreyvat boyu ile, berrak kısmın boyu ölçülür. Boya zerkinden sonraki berrak mayi hem evvelki kanın berrak kısmıyla hem de muhtelif nisbetlerde hazırlanan *Rose de Bengale* mahlulüyle kolorimetrede veya spektroskopla mukayese edilir.

Fekat hastanın çıkardığı boyanın kesafetini tayin için yalnız bu mukayese kâfi değildir. Çünkü:

a) Tecrübenin başında kan 2 nisbetindeki oxalate de soude mahlulüyle sulandırılmıştır.

b) Centrifuge esnasında kanın kesafeti çoğaltılmıştır.

Bunun için evvelâ mecmu miktardan 2 c.c. çıkarılır. Diğer taraftan da mecmu kan hacminden küreyvat hacminin boyu tarhedilir. Meselâ mecmu kan hacmi 10 c.c. ve küreyvat irtifai 4,2 santim olsa:  $10 - 4,2 = 5,8$  eder. Bu rakkamı surete koyarız. Sulandırma payı olan 2 c.c. ini 10 santimetre mikâptan çıkardıktan sonra elde kalan 8 i de mahrece koyarız. Bu nisbeti de kolorimetrede mukayese esnasında hastadan *Rose de Bengale* zerkinden sonra alınan renkli serumuna en uygun olan etalon tübün boya kesafetiyle zarbederiz. Bu kesafete  $C \times \frac{5,8}{8}$  dersek serumun hakiki kesafeti:  $\frac{C \times 5,8}{8}$  olur.

**M. S n a p p e r** ve **A. l. S p a r** bazen hémolyse husuliyile serumun penbe renginin kırmızılaştığını nazarı itibare alarak mukayesenin spektroskopla yapılmasını tercih etmektedir. *Rose de Bengale* in serumdaki mahlulünün spektroskopla muayenesinde 535 den 560 a kadar meyilli bir hat görülür. Hémolyse olmuş seruma bir kaç damla soude caustique mahlulü damlatmakla hémoglobine kalevi hématine'e tahavvül ederek hem tufeyli hatlar zail olur hem de spektroskop muayenesinde değişiklik görülmez. Etalon olarak 1-500,000 veya 1-450,000 nisbetindeki mahlüller kullanılır. Bunların her biri ayrı ayrı spektroskop küvetinde mukayese edilir, sonra elimizdeki boyalı serumun boya kesafeti tayin edilir.

Hali tabiiideki kimselerde, kebet parankimindeki afetin münteşir olmadığı hallerde ve ademi kifayenin hafif olduğu vak'alarda *Rose de Bengale* in ittirah kesafeti 3 veya daha aşağı hattedir.

İntanî hastalıkların seyri esnasında, hépatite lérde, bazı chyrrose larda kandaki miktar üçten 6-9 hatta inzarı fena vekayide daha fazlaya yükselir.

Zatürrie, grip, tifo gibi intanlarda, hépatite lerde bu tecrübe ile karaciğer hücrelerinin faaliyetini ölçmek ve ihtibasın miktarına nazaran hastalığın seyrini takibetmek mümkündür. Ancak tecrübenin hastalığın muhtelif tekkâmül devrelerinde tekrarı icabeder.

Karaciğer hücrelerinin büyük bir kısmı harab olmuş ve parankim tagayyürü kati bir şekil almışsa ihtibas daimidir. Karaciğer evramında ve bazı vahim teşemmülerinde olduğu gibi. Parankim harabiyeti fazla değilse ihtibas tabii ikterli vakalarda bu tecrübe kıymetini kaybeder. Böyle hastalarda kebet afetinin vahametiyle hiç mütenasip olmayan şekilde Rose de Bengale ihtibasları görülür.

Seririyatımızdaki vakalardan:

| Hastalık ismi   | Rose de Bengale ihtihası |
|---|--------------------------|
| İktersiz bir kebet kanseri                              | 4,5                      |
| « « « «   | 6                        |
| « « « «   | 5                        |
| Veridi bir teşemmüde                                    | 2,25                     |
| « « «   | 2,93                     |
| « « «   | 3                        |
| Nezlevi yerekan vakası (hastalığın 3 üncü günü)         | 6                        |
| Aynı vakanın 15 inci ve ikterin zail olduğu bir devirde | 3,20                     |
| Diğer bir ikterde (nezlevi ihtibasın en şiddetli devri) | 9                        |
| Safra ihtibasının azaldığı devir                        | 5                        |
| Nezlevi ikter   | 7                        |
| Sarılıkla müterafık henüz başlangıçta bir kebet kanseri | 6                        |

gibi hatlerde bulduk.

## 2. Karaciğer kifayetsizliklerinde glycorégulation teşevvüşü :

Karaciğer hücreleri amyloplexique vazifesile monosaccaride leri glykojen şekline tahvil ve tesbit ettiği gibi diğer taraftan da amylolytique filile bu glykojeni lüzumunda tekrar glykoz haline geçirir, ve kana vererek glycorégulationa tesir eder. Karaciğer hücrelerinin afetlerinde ise bu iki hassadan birincisi azalır, ikincisi çoğalarak glycémie ve glycosurie meydana çıkar. Bu esaslar nazarı dikkate alınarak uzun zamandanberi kebet hücrelerindeki ademi kifaye ve glycorégulation teşevvüşünü meydana çıkarmak için muhtelif hidrokarbonelerle tecrübî glycémie ve glycosurie tecrübeleri yapılmıştır.

### a) Hyperglycémie provopue ve glycosurie tecrübesi:

Uzviyete dahil olan glikozun bir kısmı karaciğer tarafından glykojene tahvil edilir, bir kısmı da kana geçer. Kana geçen glikoz adelatın glycopexie si sayesinde glikojen halinde adelerde tesbit edilir, bilâhare yine glycolyse le bu glikoz kana geçerse de muayyen bir hadde kadar böbrekler glikozun idrarla ittirahtına mani olur.

Kebet hücrelerinin kifayetsizliklerinde glycopexie hassası azalıp ancak pek az glikoz tesbit eder ve glikozun mühim bir kısmı kana geçer. Kanda-

ki miktarı litrede 1,50 - 1,75 i bulunca idrarla vücuttan çıkmaya başlar ( gıdaı glycosurie ).

Tecrübî olarak hastaya glikoz vererek muayyen zaman zarfında husule gelecek glycémie yi glycosurieyi tetkik etmekle kebet hücrelerinin vazifesine ait bir fikir edinebiliriz.

### T e c r ü b e n i n t e k n i ğ i :

Evvelâ aç karnına hastanın glycémie si tayin edilir. Sonra 50 gr. glikozla 100 gr. su içirilir, ve 4 saat zarfında her yarım saatte bir glycémie si ölçülür.

Tabii kimselerde aç karnına glycémie 1 gr. dan fazla değildir. Glykoz verdikten 3 çeyrek saat sonra kañdâ azamî haddini bulur, 2 saat sonra tabii miktara düşer.

Karaciğer hücresi afetlerinde ise bu azamî hat hem daha yüksek, hem daha uzun devam eder ve idrarla glikoz ittiraht olur.

Fakat bu tecrübünün de mahzurlu kısımları vardır. Bu hastalarda muavazavi olarak adeli glycopexie artar ve glikozun bir kısmı adelatla tesbit olarak nescî glycopexie gıdaı glycosurie yi teşevvüşe uğratur.

M. Brulé ve T. L. Althausen karaciğer kifayetsizliklerinde glycémie nin sabit olmadığını ve bu hastalara fazla su içirilecek, aynı zamanda insulin zerkedilecek olursa aşikâr bir hypoglycémie zuhur edeceği hakkında nazarı dikkati celp ve yeni bir metod meydana çıkarmışlardır. Bu usulde :

Yine aç karnına hastanın glycémie si ölçülür ve cild altına (20 unité) insulin zerkedilir. İnsulinden 20 dakika sonra 500 gr. su içinde 50 gr. glykoz verilir, ve ayrıca da yavaş yavaş bir litre kadar su içirilir. Bilahare iki defa yarımşar saat, iki defa da birer saat fasıla ile hastadan dört defa kan alarak glycémie tayin edilir.

Tabii kimselerde aç karına bulunan glycémie ile sonra bulunan glycémie arasında (0,20) santigram kadar bir azalma görülür ve glycémie miktarı hiç bir zaman (0,70) santigramdan aşağı düşmez. Halbuki karaciğer ademi kifayelerinde evvelâ glycémie artar sonra dâhial inerek hypoglycémie husule gelir. Ekseriya glycémie (0,50) grama düşer.

Çünkü: Tabii kimselerde insulin tesirile husule gelen hypoglycémie ye karşı kebet kendi hücrelerindeki glykojenden tecrübe esnasında içirilen fazla su muvacehesinde glikoz hasil ederek kana verir, glycémie de çok aşağı düşmez.

Kebet hücrelerinde ademi kifaye varsa bu tahavvüle imkân olmadığından aşikâr hypoglycémie çıkar.

Seririyattaki tecrübelerimizden :

Sağlam bir şahısta aç karnına glycemie (0,80 gr.), insulın zerki ve glykozla beraber fazla su içildikten yarım saat sonra 1,42 gr.  
 bir « « 2,40 gr.  
 iki « « 2,19 gr.  
 üç « « 1,60 gr.

Bulunduğu halde; bir kebet kanserinde aç karnına glycemie 1,13 gr. iken insulın zerki ve glykölü su içirdikten yarım saat sonra 1,83 gr.  
 bir « « 2,08 gr.  
 iki « « 1,08 gr.  
 üç « « 0,40 gr.

Bulduk. Tecrübeden evvelki glycemie ile sonraki glycemie arasında (1,05 gr.) kadar bir azalma gördük Sarıklıkla seyreden diğer bir kebet tümöründe tecrübeden evvelki glycemie miktarı 1,18 gr. iken tecrübeden

yarım saat sonra 4,27 gr.  
 bir « « 1,50 gr.  
 iki « « 0,64 gr.  
 üç « « 0,50 gr.

Bulduk. Tecrübeden evvel ve üç saat sonraki glycemie farkı (0,77) santigramdır.

#### b) Galactosurie tecrübesi;

Karaciğer ademi kifayetlerinde muavazavi olarak zuhur eden nesci glycopexie tecrübenin doğruluğunu bozabileceğinden bazı müellifler glykoz yerine uzviyetteki deveranı ayrı olan galactose kullanmayı muvafık bulmaktadırlar.

Dahilen verilen galactose em'a cidarından geçtikten sonra glykozdan daha az olmak üzere kebet tarafından glykojen halinde iddihar edilir, fazlası kana geçer. Ensice galactose u iyi tesbit edemediğinden kandaki miktarı çoğalır ve kilyeler için kat'i bir galactose hududu olmadığından idrarla ittiraht olur.

Hali tabiiideki kimselere verilen 40 gr. galactose'un ancak 1-1000 i idrara geçer. Halbuki karaciğeri bozuk kimselerde kebet hücrelerinin vazifesi teşevvüşünden dolayı galactose un tesbit edilemeyeceği ve ensicede de Galaktozu tesbit hassası bulunmadığından büyük bir kısmı idrara geçer, galactosurie görülür.

#### Tecrübenin tekniği:

Sabahleyin aç karnına idrar ettirilir, saat sekizde 200 c.c su içinde 40 gr. galactose içirilir. ve 24 saat zarfında da yemeklerde alacağı su miktarı dahil olmak üzere 1,5 litreden fazla su verilmez. Bu esnada hastanın idrarı toplanır ve 24 saatlik miktarın litresinde galactose hesab edilir, ve 3 gramdan fazlası marazi addedilir.

Fiessinger 24 saatlik ittirahtan ziyade galactose un kısmi ve külli ittirahtını karaciğer hücrelerindeki teşevvüşle alâkadar bulmaktadır. Müellif idrarın hepsini bir araya toplamakdansa tecrübeden sonra saat 10 da, 12 de, 18 de ve 18 den sabahın sekizine kadar olmak üzere 4 nümune de ayrı ayrı galactose miktarının ölçülmesini tavsiye etmektedir. Bu suretle kısmi kesafeti bulduktan sonra külli kesafeti tayin için:

Galactose un 24 saatlik külli miktarı X 1000

24 saatlik idrar miktarı

nisbetini kullanmaktadır.

Hali tabiiideki kimselerde külli kesafet 1-1000 den aşağı, kısmi kesafet ise yalnız birinci nümune de 1-1000 den yukardadır.

Sarıklıklarda ve bütün kebet ademi kifayetlerinde bilhassa külli kesafetin ademi kifaye ile mütenasiben çoğaldığı görülür.

Vak'alarımızdan bir kısmında 24 saatlik ittirahtı, bir kısmında da kısmi ve külli kesafet miktarını ayrı ayrı tetkik ettik.

3 kebet tümöründe 24 saatlik ittirahtı, litrede 4,62 5,39; 6, 12 gibi yüksek bulduk.

Dört nezlevi ikerde bu miktarları 3,20 gr. 5, 60 gr. 5,97 gr. 6 gr. gibi fazla, diğer yedi vak'adan hali tekâmülide olmayan muhtelif kebet teşemmüllerinde bunu 2,08 gr. la 3,85 gr. gibi tabii hatlar arasında bulduk.

Ayrı ayrı numunelerdeki kısmi galactose ittirahtını külli kesafet miktarını aradığımız diğer vak'alarımızdan aldığımız neticeleri aynen aşağıya dercediyoruz:

| Hastalığın ismi : | İdrar miktarı:     | Litredeki kısmi galactose miktarı: | İttiraht olan galactose un hakiki miktarı: |
|-------------------|--------------------|------------------------------------|--|
| Kebet teşemmüü    | 1 inci N. 160 c. c | 10,5 gr.                           | 1,68 gr.                                   |
|                   | 2 inci N. 75 c. c  | 5,4 gr.                            | 0,41 gr.                                   |
|                   | 3 üncü N. 250 c. c | 4,0 gr.                            | 0,25 gr.                                   |
|                   | 4 üncü N. 800 c. c | 0,0 gr.                            | 0,00 gr.                                   |
|                   | 1285 c. c          | 16,9 gr.                           | 2,34 gr.                                   |

Mecmu kesafeti bulmak üzere förmüle tatbik edecek olursak :

$$\frac{2,34 \times 1000}{1285 \text{ c. c}} = 1,80$$

|              |                    |           |          |
|--------------|--------------------|-----------|----------|
| Kebet tümörü | 1 inci N. 12 c. c  | 38,5 gr.  | 4,30 gr. |
|              | 2 inci N. 60 c. c  | 10 gr.    | 0,61 gr. |
|              | 3 üncü N. 125 c. c | 3,9 gr.   | 0,49 gr. |
|              | 4 üncü N. 325 c. c | 1,88 gr.  | 0,61 gr. |
|              | 625 c. c           | 54,28 gr. | 6,01 gr. |

$$\frac{6,01 \times 1000}{625 \text{ c. c}} = 9,4$$

|   |                    |          |          |
|---|--------------------|----------|----------|
| Kebet kanseri                             | 1 inci N. 91 c. c  | 10,5 gr. | 0,94 gr. |
|   | 2 inci N. 80 c. c  | 2,8 gr.  | 0,23 gr. |
|   | 3 üncü N. 160 c. c | 2,6 gr.  | 0,14 gr. |
|   | 4 üncü N. 125 c. c | 0,00 gr. | 0,00 gr. |
|   | 425 c. c           | 15,9 gr. | 1,61 gr. |
|   | $1,61 \times 1000$ |          |          |
|   | 456 c. c           |          | 3,5      |
| Bir hepato-splenome -<br>galie vak'asında | 1 inci N. 150 c. c | 10 gr.   | 1,52 gr. |
|   | 2 inci N. 90 c. c  | 0        |          |
|   | 3 üncü N. 500 c. c | 0        |          |
|   | 4 üncü N. 875 c. c | 0        |          |
|   | 1615 c. c          | 10 g.    | 1,52 gr. |
|   | $1,52 \times 1000$ |          |          |
|   | 1615 c. c          |          | 0,94     |
| Nezlevî ikter                             | 1 inci N. 800 c. c | 6,57 gr. | 5,41 gr. |
|   | 2 inci N. 320 c. c | 1,65 gr. | 0,53 gr. |
|   | 3 üncü N. 185 c. c | 0,63 gr. | 0,03 gr. |
|   | 4 üncü N. 890 c. c | 0,00 gr. | 0,00 gr. |
|   | 2195 c. c          | 9,03 gr. | 5,97 gr. |
|   | $5,97 \times 1000$ |          |          |
|   | 2195 c. c          |          | 2,26     |

Tatbik ve takibi kolay olan bu tecrübe karaciğer kifayetsizliklerinde afetin şiddetile hemen daima mütenasip netice vermekte ve yalnız seririyatta değil pratikte de yapılabilecek, inzar hakkında oldukça doğru fikir verecek bir vasıttır.

c) S t r a u s s tarafından mütalaa edilmiş olan levulosurie ler bu kadar sahîh netice vermez.

d) B l u m, M e l z e r tarafından mütalaa edilen adrénaline zerkiyle geçici hyperglycemi ve glycosurie provoqué ler her zaman görülmediği gibi kebet hücrelerindeki afette mütenasip netice de vermez.

3 - *Albümün müvazenesi bozuklukları. ureogeni que teşevvüşler* de karaciğer hücrelerinin kifayetsizliğine delâlet eder.

Hazım yolu ile uzviyete giren veya ensice muzadı temessülû ile hasil olan albüminli maddeler neticede küçük zerrelî polipeptide ve acide aminée lere ayrılır. Hali tabiide karaciğer aminoacidolyse

ve uréogénése le bu maddelerin büyük bir kısmından üreyi vücade getirir, bir kısmıyla da kreatinin, kreatin, hamızı bevl halinde kanda kalır.

Kebet ademi kifayetlerinde ise bu azotlu maddelerin ancak az bir kısmı üreye tahavvül edebilir ve kısmı azami a. aminee, polipeptide ve diğer albüminli maddeler halinde kana geçer. Bu hastaların böbrekleri sağlamsa mezkûr maddeler idrarla ittirah olunur.

O halde kebet ademi kifayesine oğrayan kimyelerin kan ve idrar muayeneleri, bulunan maddelerin miktar ve yekdiğerine nisbetleri icabeder.

Hali tabiide: Kadda ure litrede: 0,20 - 0,50 gr.

« Azote totale » : 0,25 - 0,28 gr.

« Polipeptide » : 0,02 - 0,03 gr.

Azote totale-Ure azotu = Rûsubî azot = 0,80-0,12 gr.

Ure azota 0,40 Polipeptide azotu 0,10-0,15 dir.  
Azote totale Azote totale

ademi kifaye olduğu zaman bu miktarda değişiklik görülür.

Seririyatta muhtelif kebet hastalıklarında kan mukayeselerinden alınan netice:

| Hastalık ismi   | Kanda üre | Ure azotu | Azote totale | Rûsubî azote | Ure azotu<br>Azote totale |
|-----------------|-----------|-----------|--------------|--------------|---------------------------|
| Şekerli diyabet | 0,35 gr.  | 0,169 gr. | 0,38 gr.     | 0,21 gr.     | 0,42 gr.                  |
| Nezlevî ikter   | 0,34 gr.  | 0,163 gr. | 0,20 gr.     | 0,04 gr.     | 0,80 gr.                  |
| Kebet kanseri   | 0,45 gr.  | 0,20 g.   | 0,15 gr.     | 0,25 gr.     | 0,66 gr.                  |
| Vahim diyabet   | 0,40 gr.  | 0,186 gr. | 0,50 gr.     | 0,31 gr.     | 0,65 gr.                  |
| Kist idatikte   | 0,40 gr.  | 0,186 gr. | 0,24 gr.     | 0,06 gr.     | 0,75 gr.                  |

İdrardaki muhtelif maddelerin bir-biri-ne nisbetleri de zaman zaman kebet ademi kifayesinde ehemmiyet kazanmışlardır. Bu nisbetlerden:

**R a p p o r t a z o t u r i q u e :** idrardaki ure azotunun yine idrardaki azote totale'e nisbetinden ibarettir. Tabii olarak (0,85-0,96) arasında seyreder. Karaciğer afetlerinde bu miktar (0,44)e iner. Fakat bu nisbet gıdaya göre değiştiği gibi, azote totale, aynı zamanda ure ile alâkası olmayan nucléoproteine ve créatinin bakiyelerini de ihtiva edeceğinden bu nisbet açıklıkta da düşer.

**Maillard'ın sabit miktarı:** İdrardaki ammoniaque azotu ure azotu + Ammoniaque azotu dir. Proteinli maddelerin ureye tahavvülden evvelki merhalesini gösterir. Bu nisbet purique esaslarla kreatininin tesirinden kurtarılmıştır. Hali tabiiide idrardaki ammoniaque azote totale'ın 2 - 5% ini teşkil eder. Kebet afetlerinde, acidose da 8-18 % hatta Müntzer'e nazaran % 30-70 şini teşkil edecek şekilde artar.

**L a n z e n b e r g acidose nisbetini** meydana çıkar-mıştır .

$$\frac{N. Ammoni + N. Aminée}{Ure azotu + N. Ammoni + N. Amin}$$
 den mürekkep olan bu sabit miktar tabii kimselerde (6) dir. süt rejiminde (3-4); fazla et rejiminde ise (10-15) gibi marazî miktarlara yükselebilir.

Derrien ve René Clogne ammonique ve A. aminée azotunun, urée ve ammoniaque emlâhına nisbet etmeği düşünerek  $\frac{\text{Formol azotu}}{\text{Hypobromite azotu}}$  nisbetini kabul etmiştir.

Fakat kanda amonyanın eser halde bulunduğu, yapılan tecrübeler nazaran kilye veridi kanında amonyanın kilye şıryanı kanından daha fazla bulunması idrar amonyasının kan ihtiyat kalevisini tasarruf için, böbrekler tarafından ifraz olunduğu anlaşıldıktan sonra bu nisbet de kıymetten düşmüştür. Heeselsbach amonyak azotu ve azote totale nisbetiyle ion hamiziyeti arasında bir münasebet bulmuş ve bu nisbeti ion hamiziyetile de mukayese etmeyi doğru bulmuştur.

Bilahara Fiessinger ve Guillomine bu Coefficient ammoniacale i pH la tashih ede-

| Hastalık ismi                        | Baldan evvel C. A. C. |
|--------------------------------------|-----------------------|
| Bir kebet kanseri                    | 0,08                  |
| Yine bir kebet tümöründe             | 0,13                  |
| Nezlevî ikter                        | 0,07                  |
| Karaciğerde intikal yapmış bir tümör | 0,92                  |

Diğer bir çok karaciğer afetlerinde de bu tecrübeyi müsbet bulduk.

**Cristol (Indice de Polyptidemie)** yi, M. N. Fiessinger ve Oliver, Hebain (*Indice de desamination sanguine*) i kebet kifayetsizliklerle alâkadar bulmuşlardır. Bu indice :

rek hatası nisbeten az olan (Coefficient ammoniacale corrigé) nisbetini vaz etmiştir. Coefficient ammoniacale corrigé tayini için hastanın idrarında hypobromite le üre miktarı tayin ve azotu hesap edilir. Aynı zamanda kolorimetre ile pH i bulunur. Ronchése usulile formol muvacehesinde A. aminée ve amonyak azotu hesabedilerek bu nisbet idrarın pH ile tashih olunur.

$$\frac{N \text{ Formol}}{N. \text{Hypobromite}} \times \frac{pH - 4,2}{1,6} = C. \text{ amonyakal corige}$$

Eldé edilen bu sabit miktar tabii kimselerde (6-8 %) dir. % 8 in fevkine çıktığı zaman hastada ayrıca böbrek rahatsızlığı yoksa kebet ademi kifayesine delâlet eder.

C. A. C. nisbetini karaciğer hücrelerini yorarak tayini muvafık gören müellifler de vardır. Bu hususta kullanılan başlıca maddeler : Bal, hyposulfite de soude ve acétate d' ammoniaque mahlulleridir.

1. Filinski hastaya aç karnına (150 gr.) bal verip bundan 2, 4, 6 saat sonra mutedil ve niayi halindeki parafin ve (0,01) centgr cyanure de mercure içine toplanan idrarlarda C. A. C. tayinini tavsiye etmektedir.

2. Bal ile beraber veya yalnız hastaya dahilen 5 gram acétate d' ammoniaque verip birinci usuldeki şekilde toplanan idrarlarda C. A. C. tayini de mümkündür.

3. N. Fiessinger, H. R. Oliver aynı zamanda karaciğerin thyopexique vâzifesini tetkik edebilmek üzere böyle hastalara hyposulfite vermek usulünü meydana koymuşlardır. Bu usulde hastanın uykudan kalkınca idrarı alınır ve atılır. iki saat sonra tekrar idrar ettirilip birinci nümune olarak saklanır. Sonra verit içine 5 c. c. % 10 hyosulfite mahlulü zerkedilir ve hasta aç bırakılarak her iki saatte bir alınan idrarlarda C. A. C. tayin edilir.

Seririyattaki tecrübelerimizde kolaylığı ve oldukça doğru netice verdiği için bu tecrübeyi balla yapmayı tercih ettik. Aldığımız neticeler :

| Baldan sonra C. A. C. | Glycosturie |
|-----------------------|-------------|
| 0,10                  | 2 gr.       |
| 0,16                  | eser        |
| 0,09                  | eser        |
| 0,12                  | 1 gr.       |

$\frac{N. \text{Trichloracetique} + N. \text{Phosphotungstique}}{N. \text{Trichloracetique}}$  şeklindedir.

Bu indice in tayini için hastaya 40 gr. Pepton verilerek iki saat sonra kan alınıp N. Trichloracetique le N. phosphotudgstique tayin edilir.

Tabii kimselerde bu indice (0,17-0,19) arasındadır. Kebet kifayetsizliklerinde (0,25-0,40) a kadar yükselir. Seririyatta bir kebet kanseri vakamızda (0,40) a çıkmış bulduk.

Fekat Mn. P u e c h ve C r i s t o l bir taraftan A. urique, créatinine ve Índoxyle, A.amiée lere müncer olan, diğer taraftan ureye tahavvül eden muhtelif azotlu maddelerin istiklâbı neticesi teşekkül eden bu formülün her kebet afetinde aynı neticeyi vermediğini göstermiştir. Aynı zamanda usulün güçlüğünden dolayı her yerde kolaylıkla tatbik edilmemesi mahzuru mevcuttur.

Mn. P u e c h, C r i s t o l ve Trivas (Índice de désamination) u meydana çıkarmışlardır. Bu indice:  $\frac{N. des Polypeptides + N. des A. aminee}{N. des Polypeptides + N. de l'ure}$  den ibarettir.

Hali tabiiideki miktarı: (30-35%), kebet kifayetsizliklerinde (60%) a çıkar.

Karaciğerin ureogenez vâzifesindeki bozukluk tayini için ( aminoacidurie) nin ölçülmesi de lâzımdır. Hali tabiiide idrarın mecmu azotunun 3,5 % u A. aminée den mürekkebirdir. Kebet afetlerinde bu miktar 13-16 % ya çıkar. A. aminée azotunun mecmu azota nisbeti de (11,4-13,3) e yükselir.

Bazı müellifler karaciğer hücrelerinin kontrolünde provoqué aminoacidurie yi muvafık bulmaktadırlar. Bu tecrübe için hastaya 3 gün sebze ve süt rejimi yaptırılır. Her gün idrarında azote totale ve A. aminée ölçülür. 4 üncü gün bir bardak et suyu veya (20 gr.) peptonun sudaki mahluflü içirilir. Sonra iki gün yine idrarda A. aminée ve mecmu azote ölçülür. İttirah 48 saatte tam olmalıdır. Fekat bu tecrübe de uzun ve yorucudur.

#### Netice:

Karaciğerin muhtelif afetlerinde ve bazı intanlarda kebet hücrelerinin faaliyetini ölçmek hemen her zaman tesadüf edilen klinik ihtiyaçlardandır. Bu hususta kullanılan bir çok istiksa vasıtalarının hastayı yormadan, en kolay tatbik edileni, pratik ve doğru netice vermesi matluptur.

Bu metodlardan: Karaciğer hücrelerinin boyaları ittirah rolünü (Rose de Bengale) tecrübesi, glycoregulation daki teşevvüşünü (galactosurie) ile kontrol etmek; albümin muvazenesine tesirini, uréogenez rolündeki bozukluğunu kanda yalnız uré ve mecmu azot, idrarda (Coefficient ammoniacale corrigé) tayinile tetkiki tercih edersek hem çabuk, hem de oldukça doğru netice almak mümkün olabilir.

## K A N A Y A N M E M E .

*Doktor Operatör Şerif Korkud  
Zonguldak.*

Kanser mücadelesi için ilk evvel halk arasında mümkün olduğu kadar habis urların erken tanınmasını temin lâzımdır. Bu itibarla vücudun her hangi bir nahiyesindeki urlar ve benekler, gayri tabii iltiyam bulan yaralar ve vücudun her hangi bir noktasındaki simetri ve şekli bozangayri tabiiilikler daima nazarı dikkati calib ve daimi kontrole tabi olmalıdır.

Gayri kabili ameliye bir şekilde cerrah eline düşen ahşa ve azayı dahilîyenin kanserleri ve vahim urlarında pıçağın elektrikli ve elektriksizi artık nihai ve kat'i vazifesini yapacak mahiyette değildirdir. Hiç şübhe yoktur ki meme hastalıkları ve urları ile malul kadınlar daima bir kanser korkusuyla başlangıç ve neşvünema halinde doktora gelirler. Bilhassa her şeyden evvel hiç görülmeyen bir teşekkülün neticesi olan daimî veya tekerrür eden hüylemeden kan gelmesi hadisesi münevver bir kadını erkenden doktora sevkeder. Kaideten kanayan meme hadiselerini evvelâ pratik hekim görür, ve onu alâkadar eden memedeki bu hadisei maraziye, teşhiş, enzar ve tedavisi cerrahî ile müsteğil bir tabib gibi onu meşgul eder. Operatörden daima göğüs kanserile alâkadar tekml sualler taleb edilir.

Son oniki senelik cerrahî edebiyatta bu maraz tablosuyla iyiden iyiye meşgul olunmuştur. Evvela henüz herkesce kabul edilmiş yeknesak bir fikir yoktur. Mamafî henüz bu arazi her gangi bir vetirei marziye ile mafsallandırmak için yeknesak bir fikir ve yeknesak bir düşünce mevcut olmamakla beraber kanserin avakibi mühlikesini daima göz önünde bulunduran ve tedavideki suubeti marazın derecesi terekkesile ölçen hekimler *Kanayan meme* arazının meme kanseri ile alâkadar olduğunu ileri sürerek teharriyatı nesciye ve seriri muayenelerle bu alâkayı tesbit etmek istemişler ve bu musir fikirlerinde meme kanserinin çok erken teşhisi için ehemmiyet vermişlerdir. Evvel emirde kanayan memenin, meme kanserile kat'i alâkası seririyat ve taharriyatı nesciye ile mutlak surette tesbit edilmiştir. Bununla beraber meme kanserinde, erken teşhis ve kat'i tedavide büyük bir ehemmiyeti vardır. Şunu bilmek lâzımdır ki memeden kan gelebilir, ve bu ihtilâfi vazifei sedye olub fizyolojik hududlar dahilinde olması itibarile patalojik bir hadise olması da kat'i değildir. M o s k o w i z in fikrinde memenin tams esnasında iştirakî olarak mahdud veya umumî veca ve intibacı vardır. Bu intibacî teharrüşü fizyolojinin tezayüdü olarak telekki edil-

mektedir, ve bu meyanda muavazavî olarak kanamalar da olur. Bundan başka P r i b r a m noktai nazarına göre nevrotik stimatize eşhasın memelerinde de kanama hadisesi görülmüştür. Rahim nezfi tabiiyelerinin mümanaatı hallerinde vazifevî olarak bir ihtikarı sedye husul bulur. Beynelsedi olarak genç bir memede vukubulan kanamalar yüksek derecede eviye cidarının kabili nüfuz oluşundan tevellüd eder. Daha büyük kanatı müfrigalarla harice itrah olunurlar. Tams ile beraber olan bir meme kanaması müştereken devam etmek üzere muavazavî bir halettir; halbuki hakiki kanayan meme böyle arzavî değil bizzat kanayan meme düşüncesini izah edecek şekildedir. Bir kaç damla dahi olsa uzun bir müddet sürer, ve bu veçhile kanayan meme tabirini tesbit eder.

Ekseri hadisatı maraziye 30-50 yaşlar arasındaki kadınlarda zuhur eder, genç kızlar dahi kanayan meme hastalığına uğrayabilirler, Kan zayıyatı çok değildir, kadımlar her gün veyahud muhtelif günlerde müteaddit defalar gördükleri çamaşırlarındaki kahve rengi, kırmızı sertleşen lekelerden korkarlar ve huylanırlar. Akibet kendileri bizzat bu kanamanın mevkiini arar ve en nihayet bulurlar. memeye tazyik edildiği zaman huleymeden bir kaç damla kan ile mülevves kırmızı veya kahve rengi bir ifrağ husule gelir. Kan gelmesi daima gудde epilelinin fazla ifrazile beraberdir. Ender vakalarda kanama hadisesi derhal doktor yardımını talep ettirecek derecededir. Bir çok defalar memeden gelen ifrazat ağrısızdır. Bazen tazyik edici çekici ve bütün memeyi çeken ağrılarla kanama olur. Tams zamanında kanama ve ağrılar fazlalaşır. Memenin patalojik ifrazı daimisi yalnız bir haleti maraziyenin arazi (E r d h e i m, R i s a k) diğer cihetten de belli başlı müstekil bir hastalığın tabiridir. Yani muhtelif şekilde telekkiler morfolojik vaziyetlerin ifadesidir.

Anatomi patalojik taharriyat, bir kaç yüz kanayan meme vakayinde, umum neşriyatta M u t z'un gösterdiği gibi her bu şekilde olan memede; meme, uzvî olarak hastadır. Fekat vakaların tehallüfü ve ifrazatın histolojik mütebeddil vaziyetleri şimdiye kadar kanayan meme hakkında bir fikri mahsus tebellür etdirmemiştir, ve bundan dolayı teşhisi ve tedavisi muhtelif hükümler ve fikirler beyanına saik olmuştur. Memeden gelen saf kan: sedyenin dahiinde husule gelmiş olan boşluklarda bir kanama vaki olmuş ve bu kanama daha büyük kanatı lebeni vasıtasile harice ifrag olunmuştur. Nesci sedyede husule gelen bu iptidai kanamanın sebebi olarak eski mesailerde intra-canaliculaire bir cyste-piteliom veya cystadenoma papillaire veyahut kanatı lebeni papillomları ittiham edilmiştir. P r i b r a m kendi kanayan meme vakalarının % 90 nında

böyle kanatı lebeni papillomu isabet etmiş olduğunu iddia ediyor, ve pratisyenlere kanayan meme arazının tebellüründe yukarıda anılan avamili düşüncelerini, tehatür etmelerini tavsiye ediyor.

E r d h e i m, A d a i r, R i s a k kanayan meme vekayii için daha çok kuneyvatı lebeniye papillomlarını esbab meyanında zikrediyorlar. Anatomi patalojik muayeneler neticesi olarak kanayan meme arazının diğer meme tegayyüratı ile de alâkası görülmüştür. Mahdut bir intibacı arz eden ve histolojik noktai nazarla evramı selimeden mâdüt olması icab eden yukarıdaki müelliflerin zikredikleri vetirei maraziyenin tedavide basit bir istinva ile bertaraf edilmesi tabii mümkündür. Son zamanlardaki, gayet esaslı olan bu anatomik teharriyat ile, kanayan memenin diğer meme tegayyüratı ile alâkası tesbit edilmiş olduğu arz olunmuştur.

Mastopathia chromika, mastitis cystika. Reclus hastalığı ismi altında bir müddetdenberi tanılan vetirei maraziye bittabi son onbir sene zarfında daha sarıh bir şekilde etüt edilmişlerdir. Bu sedye tegayyüratı müteaddit defalar ekseriya iki taraflı nesci sedyede teşekkülâtı kiseviye ile beraberdir. Canlı nüma bulurlar. Evvelâ epitelde ve sonradan tali olarak nesci munzamda bu canlı ve marazi neşvünema husulbulur.

K l a g e s, S e m b, G r o n w a l d son kısa mesailerinde; kanayan memelerin hemen ekserisinde mama cystik şeklinde tegayyüratı arz etmek tedirler. Bu kistik teşekkülâtın kanamaya saik oldukları muhakkak gibidir. Kistik mamada kistlerde nümayiş, epitelyal dolaysile ve gayet ufak, fekat bazen dahi kiraz büyüklüğünde, her daim bir çok papillum asa neşvünemalar bu kanamaların anatomik esasını teşkil etmektedirler İptidai ve esasî bir meme kanaması ile meme kanserinde mevcut olabilen meme kanaması hakkındaki malûmat birbirine zıttırlar. F i n s t e r e r 606 meme kanserinde yalnız 4 defa kanlı ifraget müşahede eylemiştir. Amerikalı müellifler (M u l l e r, L e w i s, G r o s s) büyük bir malzeme içinde % 9 ve % 6, 3 olan netayice varmışlardır. G r o n w a l d meme karsinomunda huleymeden kan gelmesi hadisesini % 31 olarak tesbit etmiştir. Her kanayan memede karsinom mevcudiyeti suali bu meyanda münakaşata saiktir. Kanayan memede bulunan arazının neşvünema ile bir karsinoma tebeddül edüp etmediği münakaşa edilmelidir. Nadir meme kanamaları iptidai bir kanserin bir istilâhıdır, şeklinde zehaplar vardır. Meme kanamasının göğüs kanserile alâkası cystik mama şekillerinin kansere tehavvülü münakaşata olukça ilerilemiş bir haldedir. Bunların histolojik makûlâda o kadar tuhaf sebilleri görülmüştür ki präcauseröz vaziyetlerin mevcudiyetinden tahsedilmiştir. Cystik mamalarda kanserin teşekkülü hakkında S c h i m m e l b u s c h 'un

% 7 ve P r i b r a m ve B l o o d g o o d s'un 50 ye kadar yükselen adetleri okunmaktadır. Fakat şuna dikkat etmelidir ki meme kanserlerinin % 50 sinde cystik mamaya göre bir tebeddülât bulunabileceği ve bu sebebden dolayı mama cystikleri % 50 kanser sübheli telekki etmenin doğru olamayacağını söyleyenler de vardır. Mamafi selim olan evramı sedyede kanama hadisesi kanserö bir vaziyetin tehaddüsünü tahattür ettirmeğe saik olmalıdır. Onun içindirki erken meme kanserinin teşhisinde mühim bir rol almalıdır. Memeden gelen kanlı ifragat hakkındaki fikirler çok muhtelif olmakla beraber kanser noktai nazarından kanayan bir meme vakasında gayet derin bir muayenenin ehemmiyetini izhar eder. Mikroskopik muayene ile kanlı veya kansız sedyeye ifrazatı gayet kolaylıkla belli olur. Meme kanaması imkânları hakkındaki mevcut anatomik esaslar levhai maraziyenin esasatını tetkik için elzemdir.

Esas maraz hakkında tenevvür etmek bittabi elzemdir. Çünkü bu şekilde olan her meme morfolojik surette hasta veya tegayyürü maraziye maruz kalmıştır.

İfrazı marazinin muayenesile vetirei maraziye hakkında bir esas elde etmek için de çalışılmıştır. Fekat her vak'ada küreyvâti dem, Pigment hüceyratı, Epitel mevcudiyeti görülmüş olup muhakkak olarak bununla kanserdir veyahut değildir demek imkânı hasıl olmamıştır. Mamafi klinik esasatı ile göğüste mevcut bir tümörde bir çok vekayide karsinom ve mücerret turuku lebeniye papillomu arasında bir hudut çekilebilir. G r o n w a l d bütün karsinom vekayinde seriri surette tesbit ederek histolojik muayene ile bu tesbitlerin doğruluğuna vasıl olmuştur. Hufreyi iptiyedeki ukedatı lenfaviyenin mevcudiyeti mamacystik de dahi görülebilir. Fekat bu ukedatın mevcudiyeti daha ziyade habaset şüdhisini uyandırmalıdır. Mamacystik de iki taraflı müsaviyet ve intibaç hazizi ehemmiyettir. Tabii intibacı halatta memedeki tegayyüratın lokalizasyon ve muhteviyatı hakkında diaphanoskopie teşhise yardım eder.

Hakezâ yaş da, verilecek hüküm için ehemmiyetlidir. Probeeksiziyon usulü dairesinde ve icabında derhal büyük müdahale için ameliyat masasında yapılmalıdır. Zaten göğüs kanserinin erken tanınması için kadınlar göğüslerindeki her gangi bir arızadan dolayı doktora koşmaları icab eper. Bu itibarla her hangi bir şekilde memesinde bir arıza olan kadın doktora müracaatında tabib her daim kanseri düşünmelidir hatta kanseri aklından çıkarıncaya kadar rahat etmemelidir. Zararsız bir göğüs intibacının kansere inkılâb edebileceği mülahazasılarda mümkün mertebe ekstirpasyon düşünmelidir.

*Tedavi:*-Son senelerde kanayan memenin tedavisi radikal bir safhaya dahil olmuştur. Eskiden Jinekoloji noktai nazarından hüleymeden kan ziyasında reflektorik bir hormonal tedavi yapıldı kan ziyasına karşı kanın durması için jelatin enjeksiyonları emme fincanı, ponksiyon ve masajlarda cystin itrahi için tavsiye edilirdi. Bu gün alelumum bu usullerle ve evvelcede bir çok defalar tavsiye edilen röntgen tedavisi ile kıymettar zamanlar gâip edilmemesi tavsiye olunur. Kanayan memenin tedavisi her halde cerrahi olmalıdır. Yalnız müdahalenin cinsi ya K l o s e nin talebi veçhile radikal yani meme ampütasyonu ve hufreirei iptiyedeki ukedatın neşrile olmalıdır veyahut E r d h a i m y. K n o f l a c h e ve U r b a n n ın tavsiyeleri veçhile ufak bir müdahale ile tümörün adisurette ekstirpasyonu tarzında icra edilmelidir. Tabii cerrahi müdahalenin intihabı şekle ve vak'aya göre cerraha aittir. Genç kadınlarda kosmetik esbattan dolayı itiraza maruz kalabilir. Bu gibi hususiyetler karşısında derin ve ameliyat masasında kabili icra bir tecrübe şakki hazır bulunan bir anatomo pataloğ tarafından muayenesi derhal yapılmak üzere bir parça ihracı bütün muayenata terfik edilmelidir. Müteaddit meme parçalarının çabuk muayenei nesciyesi icra edilerek pré kanserö bir teşekkülün mevcudiyetine en ufak bir şübhe husulunda derhal cezri meme ampütasyonu ile hufrei iptiyenin bütün ukedatının istinvası tervic ve icra edilmelidir.

**ANADOLU KLİNİĞİ** bu numarasile ikinci yılını bitirdi. Abonelerini yenilemek arzusunda bulunan meslekdaşların Konya memleket hastanesi adresile *Anadolu Kliniği* ne müracaat etmelerini reca ederiz. *Anadolu Kliniği* İstanbulda *İkbal* kütüphanesinde bulunur.

Birinci senenin dört nüshasile ikinci senenin üç nüshasının mevcudu maalesef kalmamıştır. Bu hususta vaki bir çok talepleri yerine getiremediğimiz için özür diler ve bu vesile ile mecmuaya gösterilen alâka ve sevgiye teşekkür ederiz.



# Müşahede ve tahliller.

## KOLESİTİT ÂRAZI VEREN PERİTONİT PLASTİK TÜBERKÜLOZ VAKASI.

Dr. Operatör Asil Mukbil

Konya.

**Müşahede:** Hasta Konyanın Cihanbey kazası köyünden 18 yaşında rencher Mustafa oğlu Bekirdir. Karnının yukarı kısmına ait had âraz ile 14. 11. 934 de cerrahî polikliniğine müracaat ediyor, aynı gün servise yatırılıyor (Protokol: 1955).

**Muayenesi:** Hastanın bedeni neşvünemastı vasattır. Tarifine göre on iki gün evvel karnında, gobeginin üst ve sağına birdenbire şiddetli bir sancı gelmiş, karnı gerilmiş, sancı geçmediği için, tahammül edilemeyecek olan bu sancının kesilmesi için hastaneye getiriliyor. Ahvali umumiyesi eyidir, peder valide ve kardeşleri hayatta doğrudan doğruya veya yandan bir irsiyet yoktur. Sıtma geçirmiş, sarılık olmamış, tifo, fi-rengi, belsoğukluğu yok, mühim bir hastalık hatırlamıyor. Ukadati lenfeviyede şişkinlik yoktur, ancak bir buçuk ay evvel hastalanmış, geçirdiği hastalığı tarif edemiyor, on beş günden fazla ateşle yatmış. Dil beyaz, pastı, ıslak, dereceyi harareti 37,5 nabız dolgun, muntazam kuvvetli, dakikada 84 dir. Kalpte bir tagayyür yok, rielerde kayda değer bir hal bulunmadı. Karnın cidarında hafif bir çoküntü, sağ merakta cildi furtı hassasiyet, adele mukavemeti ve plastron var Sağ hufreyi harkafiye ve bilhassa Mac Burney noktası serbesttir. Tahhal, sol böbrek hududu tabii, Travbe mesafesi açık, sağ böbrek ces olunamıyor. Mide ve emada; her iki taraf katanı nahiyede bir hususiyet yok, defi tabii her gün muntazaman normal evsafa bir defa vaki'dir.

Fazla kıvranan hastaya 0,01 morfin yapmak mecburiyetinde kalıyoruz. Kolesistit teşhisi düşünerek tedaviye ve bu arada karnına buz koyuyoruz.

|                 |           |
|-----------------|-----------|
| Beyaz küreyvat: | : 12. 500 |
| Hemogram :      |           |
| Stab            | : 46      |
| Seg.            | : 32      |
| Lymf.           | : 18      |
| Gr. mono.       | : 4       |

bulundu. Ertesi gün ishale yüz tutan hasta defi tabiisinin yapılan muayenesinde, askarit, oksür yumurtaları ile amib menfi, trikomonas bulunuyor. İdrar muayenesinde bir kaç okzalat billurundan başka bir şey bulunmuyor.

Onbeş gün hastanede tedavide kalan hastanın derecesi ilk beşinci günler, akşamları 37,6 yi geçmemek üzere 37 çizgisi etrafında kalıyor. Beşinci günden onbeşinci güne kadar dereceyi hararet muntazaman sabah ve akşam 37 nin altında seyrediyor. Hastanın sağ merakına on bir gün muntazaman buz tatbik ediyoruz, plastron gaip oluyor. Bir kaç gün de buzsuz kalarak ye görülen şifaya yakın salâh ile bilahara tekrar gelmek üzere arzusu ile 28. 11. 934 tarihinde hastaneden çıkıyor.

Hasta 2. 1. 935 de sancı ile müterafık batında gayri vazih âraz ve kaşeksi dolayısıyla dahiliye servisine müracaat ediyor, berayı müşahede yatırılıyor. (Protokol 8). Hasta bu defa karnındaki şişlik, sağ taraftaki sertlik ve nefes darlığından şikâyet ediyor. Evvelce servimizde yatmış olması dolayısıyla hasta tarafımdan da muayene ediliyor. Eski gördüğümüz seriri tablo dan tamamen ayrı bir şekilde; yüz esmer, vecenler pembemsi, nazar-

lar parlak dispne, kaşeksi, batın cidarında evride terressümüti, ile dahilde asit mevcudiyeti ihtisası, kar'ile umumiyetle matite, her iki plevra cevfinde ketif zivresine kadar mümted insibab bulunuyor. Tablo pek aşikâr bir plöroperitonit tablosudur. Hasta geceleri fazla terliyor, öğsürük mevcut, kalb sesleri zaif, darabat müteserri'dir. İştihâ yok, Daralma dolaysile ameliyat edilmesini istiyor. Tabiatı mülâyim, günde 1-2 defi tabii oluyor. Yapılan beyaz küreyvat tadadı 24.000 bulunuyor, idrarda eser albümin mahsus derecede klorsodium tenakusu bir kaç lökosit bulunuyor.

Hasta serviste dokuz gün yatıyor ve bu müddet zarfında dereceyi hararet 37 yi tecavüz etmiyor nabz 100 etrafında dolaşiyor. Dokuzuncu günü 10.1.935 te ölüyor. Yapılan otopside: Cevfi batında asit, yer yer emâ ürüneleri birbirine yapışarak gatolar teşkil etmiş, mesarikada dahhamevi ve cübnî ukadattan mada bir tagayyür yok, Karaciger tabii ebad ve evsafa, safra kese ve yollarında bir tagayyür tesbit olunmuyor.

Müşahedesini muhtasaran yukarıya dercettiğim hastanın az bir zamanda bir birinden çok farklı iki tablo ile görülmesi, ve sür'atle ölüme müncer olması sebebiyle bu müzmin peritonitlerin tekrar gözden geçirilmesini lüzumlu kılmıştır.

Anadolu Kliniği mecmuasının Yıl 1 Sayı 2 nüshasında bu gibi peritonitler hakkında malûmat vermişdik. Bu vak'a münasebetile bir kaç söz ilâve etmek isterim.

Mevzii peritonit tüberkülozlardan haşeviyi peritonî şekillerin plastronlu nevilerinden Karefur suzepatik tüberkülozu batının diğer tüberkülozları gibi mücavir ahşa hastalıkları ile karışır. Netekim sağ merakta çok mukavim bir plastron gösteren ve lökositöz ile müterafık vak'amızda bir kolesistit düşünölmüş hatta yapılan buz tatbikati ile kesbi salâh ederek plastron gaib olmuştur.

Emâ tüberkülozu ibtidâiden ziyade tâlîdir. Sıra-yet bazen perituvan eyiyeyi lenfaviyesile, bazen de akciğer veremine müptelalarda yutulan kraşa vasitasile vaki'dir. İbtidâi olarak em'a intanı, basil dö Köch'lu süt veya et yemekle olur. Usareyi middeviyenin bakterisit hassasından dolayı mide nâdirin bu hastalığa müsâp olur. Hastalığın zuhuru; günün birinde' ahvali umumiye ve uzviyenin tagayyürü ile veyahut hazım teşevvüşü ve ishalden sonradır. Ahvali umumiyenin tagayyürü ile müterafık ishal, emâ tüberkülozunun başlıca ârazındadır. Bu ishal umumiyetle tedavilere taannüd eder. Arloing - C u r m o n t serodiagnostiği, intradermo - reaksiyon, maddei gaitada basil dö Koch taharrisi (maddei gaitada asidorezistan basillerin

bulunması mutlaka basil dö Koch'a delâlet etmez, çünkü B. K. dan mâda mevaddı gitada asidorezistan basiller bulunduğu gibi; akciğer veremine musab olup balgamlarını yutanlarda maddei gaitada B. K. bulunur, bu cinetlere dikkat lâzımdır) Ahvali umumiyenin bozulması, müterekki zaiflama, yüksek ve gayrimuntazam ateş yükselmesi, gice terleri, anemi teşhisi takviye eder.

Tüberküloz tagayyürleri isnaaşerde nadir; ince bağırsağın diğer kısımlarında hubeybat ve takarruhat tarzında görülür. Ema tüberkülozu Pa-yer elvahından veya ecrübeden başlar. Eviyeyi lemfaviyesi çok olan dekkak, zeyl ve avêr etrafın-

da ve civarında olur. Tüberküloz emada ufak veya büyük tagayyürat yapar. Karhalar daha ziyade mustarazdır. Bu karhalar hubeybatın teley-yünü neticesi husule gelirler. Hastalık ne kadar fazla sürerse karhalar o derece artar, peritvan da afete iştirak ederek irtişahlı veya asitsiz bir peritonit tezahür eder. Bu takarruhat ya lifi istihaleye yani şifaya, veyahut da tesekkup ederek birbirine veya mücavir cevfi ve ahşaya veya cidara açılarak gaiti fistüller; veya serbest perituvana açılarak umumî bir peritonit, veyahut da ankiste bir perinonit husule getirir. Tifoyu, dizanteriyi, ve batın tümörünü andıran bir çok karanlık şekilleri vardır.

Zonguldak memleket hastanesi cerrahî servisinden :

Şef: Dr. Op. Şerif Korkud

## Y A Ş A R A N G Ö B E K L E R .

Doktor Operatör Şerif Korkud  
Zonguldak.

Vak'a 1 : Sıtkı oğlu Erol 2,5 aylık ( poliklinik No. 415) ebeveyni Zonguldak - Kozluda bir madden ocağı civarında sakindirler. Tabii doğmuştur. Doğduktan beş gün sonra göbek düşüyor, fakat yerinde kanar vasıfta hafif bir yara teessüs etmiştir. O zamanlar çocuk mütemadiyen ağlıyor. 13 günlük iken yarası iyi oluyor Fakat aradan bir müddet geçtikten sonra göbekteki nedbe mahalli şişiyor, ve patlıyor. İçerisinden sarı renkli oldukça koyu muhteviyat akıyor. bir müddet akar halde kalıyor, sonraları sümük gibi bir ifraza münkalip oluyor. Göbek bu yaşarıta devam etmekte ve bu iki aylık bir müddet geçtikten sonra hasta hastanemiz polikliniğine annesi refakatinde müracaat etmiş bulunuyor. Yapılan muayenede yaşaran bu göbeğin cidarı batın istikametinde değil, cidarı batınla hat bir zaviye teşkil eden hat istikametinde içeriye doğru temadi ettiği ve kör olduğu görülüyor. 2 mart 934 de ameliyatı icra edilen minimini etrafın karlı oluşu dolayısıyla Kozluya gönderilerek ebeveyni refakatinde hastanede alıkonuluyor. ve 13 - 3 - 934 de cerhaî ameliyesi tamamen ve P. P. şifa bulmuş olduğu görülmüştür.

Vak'a 2 : Kâmil oğlu Erhan. Zonguldak. 3 aylık. Ebeveyni refakatında göbeği düştüğü gündenberi kurumayan ve iyi olmayan bir göbek yaşarmasından ve fistülünden dolayı hastane polikliniğine getiriliyor ( polik. No. 520 ). Yukarıdaki göbek fistülü evsafında ve bundan başka daha fazla olarak göbekten dışarıya ektopiye olmuş gışai muhâti mevcut, üzeri kırmızı ve ifrazı var. 10 - 3 - 934 de ameliyat, icra ediliyor, ve 20 - 3 - 934 de P. P. iltiyam.

Vak'a 3 : Cavid oğlu Atilla ; 3 aylık ebeveyni Zonguldak - Kozlu - Domuzini denilen maden ocağı civarında oturuyorlar. Yerli ebe tarafından doğum yapılmış göbek alel'usul bağlanmış ve buna rağmen göbek düştükten sonra yaşarmak başlamış, hiç kurumamış. sonralar, ifrazat daha fazlalaşmış, bu halden ebeveyni tevehhüme kapılarak çocuklarını hastanemize getirmiştir. 11 - 2 - 934 de hastahane-ye anasile birlikte kabul edilmiş ve 12 - 2 - 934 de bakiye kanal neşir edilmiş ve 15 - 2 - 934 de pansumana getirilmek üzere taburculuğu icra edilmiş, ve bir hafta sonra yarası P. P. iltiyamla kapanmıştır.

Vak'a 4 : İbrahim kızı Emine. Şeh oğullarından 22 yaşında Devreğin Çaycuma nahiyesi perşembe yakasında, Bulgur köyünden ( protokol No. 275 ). Hasta muddeiumumilikten muhayyêl evrakile berayı müşahede ve tedavi sevkolunuyor. Ve 21 - 3 - 934 de hastanemize kabul ediliyor. Hastanın iddiasına nazaran hemen takriben hastahaneye dühlünden bir buçuk ay evvel kocası tarafından doğıldüğünden ve bunun neticesi 4 aylık bir çocuk düşürdüğünden ve bu düşük neticesi göbeğinden irin gelmesinden ve bu yaşaran göbeğin kurumamasından müştekidir.

Hastanın ahvali sabikasına ait iyi bir malûmat alınmamakla beraber 15 yaşında kuru öksürükten dolayı üç ay kadar hastalandığını ve azıcık kan tükürdüğünü ifade etmekte ve yapılan seriri muayenede biraz huşuneti teneffüsten başka reevi bir tezahür tesbit edilememektedir.

Her iki taraf unкта, ibit ve mağbende mikro-adenopati var.

Cihazı devrani muayenesinde şayanı arz bir şey yok. Hasta nesci hucrevii tahtelcildiden fakirdir. Ciltde turgor var, cilt rutubeti tabiiyesinden bir kısmını gaybetmiş, kurbağa batını mevcut yapılan muayenede batın bazı mahallerde cidarı batna mütesik, bazı mahallerde serbest, dahili batın sertlikler ve yumrular var. Göbek çukur, ve çukurun ortasında bir fistül mevcut. Yaşaran bu göbeğin etrafında mayub ve uzun süren müzmin tekayyüha delâlet eden hususiyetler görülmektedir. İfrazat safi kıyhidir. Fistüle iyi bir bakım olmadığından dolayı irin hafif yeşilimtraktır. Bu sürre fistülü bir gatoya merbuttur. Fistül merkezini teşkil eden bu gato mühitinde bir elma cesametinde olup bu vüs'at haricindeki kütle ile cidarı batınla iltisak kayboluyor. Bilhassa azayı tenasüliye tamamen serbestir.

Yapılan itinalı ve temiz yara tedavisi ve takviyei bedenle yara salaha yüz tutmuş ve yaşaran göbek 3 - 4 - 934 de kapanarak hasta şifai muvakkatla taburcu edilmiştir.

*Çocukta ve kâhilde göbek qaşarmaları ae fistülü ;*

Afeti tevlit eden esbaba göre belli başlı iki guruba ayırt edilebilir.

1 — Vilâdi,

2 — Kisbi

Vilâdi olanlar iki sebep tahtitesirinde husul bulurlar.

a ) Omphalomezantericus' ün ric'i neşvünümasındaki tevekküften doğanlar.

b ) Urachus' ün ric'i nümasındaki tevekküften doğanlar.

Kisbi olanlar da muhtelifirler.

a ) Sürre hunisinin vaziyeti hususiyesi dolayısıyla husul bulan teharrüşten mütevellit yaşarmalar ( sürre taşları ve saire ).

b ) Yeni doğanların sürrelerindeki bakımsızlık neticesi husulbulan sekresyondan mütevellit yaşarmalar.

c ) Mütেকarrih sürre karsinomlarında kâhilde ve yaşlı kimselerde yaşarmalar.

d ) Her hangi batını bir afetin zaif ve nedbevi bir bünyeye malik olan sürreye tesekkubu neticesi teessüs etmiş devamlı veya zaman, zaman yaşaran sürre fistülleri diyc hulasalandırabiliriz.

*Vilâdi Olanlar :*

Göbekte ve mesaneye kadar cidarı ileuma kadar dahili batın gayri tabii teşevvüşata kanal omphalo mezantericus ve Urachus' ün ric'i neşvünümasındaki tevekkuf sebep olur.

Kanal omphalo-mezantericus ve urachus te ric'i teşekkülâtın vuku'a gelmemesi dolaysile cerrahların entereselerini mucib olan levhai maraziyeler teessüs eder.

Kanal omphalo - mezantericus' ün ademi insidadı dolaysile husulbulan vetirei maraziyeler, ara, sıra devamlı veya muvakkat sürre yaşarmasını mucib olan vetirei maraziyeden ta ileumun sürreden ektoptiye ve dışarıya sukutunu intac edecek ağır şekillerine kadar muhtelifir.

Vilâdi sürre fistülleri, dahili batın ekyas tekevünü, göbekte tümör asa tezahüratı maraziye ve divertikül entestinal (Meckel) hep amikinos kisesile creninin mi'a kanalı arasındaki irtibat kanalının bakıyesi olup hayatı dahili rahimde ekseriya ikinci ayın sonunda nakıl olmak hususiyetini kaybedemeleri ve sert bir epitel şeritine ademi inkılâbı neticesi teessüs ederler.

Hayatı ceniniyenin alelekser kinci ayı sonunda kanal omphalo - mezantericus' ün insidat etmesi ve ceninin mi'ası cevfi batna çekilmiş bulunması icap eder. Bu ric'i neşvünemanın teehhuru muhtelif levhai maraziyelerin husulini amildir.

Bu ric'i teşekkül eğer mi'a tarafında açık ve sürre tarafında münset tarzda olursa ve bu suretle bir kör kise teessüs etmiş bulunursa Meckel divertikülü husulbulmuş olur. Bu ceyb ileumun kı' ai süfliyesinde ve ekseriya alelvasat çekimden 25 30 santim uzaktadır.

Bütün mecra dahi açık kalabilir, ve bu suretle sürrede tam bir fistül teessüs eder. Böyle bir fistül çocukta göbek sukutundan sonra meydana çıkar, ve yahut en çok nekrotik sürrenin düşmesiyle görülür. Zamanla halkaî nedbeviyenin ortasında canlı ve kırmızı kadife şeklinde tezahurat nümayan olur. Bunlar kolaylıkla ve taze renklerle muhatı ifrazat ile fistül teşekkülâtını derhatır ettirirler. Üçüncü bir şekil de; sürre tarafında insidat vaki olmamış ve mi'a tarafı insidat ederek bir hable inkılâp eylemiştir. Bu kör yol tabii gışai muhati ile mestur olup diğerlerindeki gibi muhteviyatını mi'aye itrah edemez. Yalnız hasılatı mi'ayeden alef'ade müküz ifraz ve ifrağ eder, gışai muhatının dışarıya çıkması dolaysile daima yaşaran bir sürre fistülü yapar.

Divertikül de Meckel de olduğu gibi gışa ambriyonal vasıftadır. Em'a gışai muhatisi vasfında olanlar da vardır. Tabii sürre ve mi'a tarafında insidat vaki olmuş ve ortasında bu ric'i nüma temin edilmemiş bulunursa bittabi kistik (Entero-kystom) bir tümör teessüs etmiş bulunur. Bu kistik tümör sürre ile mi'a arasındaki hablin ortasında veya sürre veya ileuma az, çok daha yakın olarak mevzu bulunur.

Sürreye yakın olanları perituvanı cidariye yakındır, yahut bazen perituvanı cidariye mütesik, yahut bir urvei mi'ayeni perituvanı haşası ile iltisak peyda etmiş, ve yahut mezanteriyunun üzerine mevcut olur.

**Teşhisi:**

Muhtelif derecelerde bakiye kalışının teşhisi yalnız şu halle keşif olunabilir. Hastada eğer fistül tesekkülü göbekte ise; yani bir göbük fistülü, yahut yaşarması mevcuttur; böyle vak'aların çocukta fistül gışai muhatisinin (ki mi'a gışai muhatisine şebihdir) prolapsüsüne büyük bir istidat vardır. Hususiyetle bu fistül iyice tanılabılır. Göbük sukutundan sonu sürre iltihabı halatle teşviş edilebilir. Eğer bu prolapsüs mevcut olursa teşvişe mahal kalmaz. Mamafî bunları tefrik güç değildir. Evvelâ muhati ifrazatı, sonra hakiki kania sondaj ile doğru teşhisi muvaffak olunur. Mamafî sonra eğer daha derine bağırsağa kadar giderse tabii levhai maraziye daha komplike oluyur. Yalnız o vakit kanalın bütün açık kalışı dolaysile yalnız fistül teessüs etmiş olmayup aynı zamanda ince bağırsak prolapsüse dücar olmuş bulunur, ve müşkülâtı tedavi tehassül eder. Tamamen açık kalmış fistül; insidat edememiş kanal omphalo-mezantericusten başka bir şey değildir. Bir ucu mi'ai rakikte diğer ve her iki taraf da açıktır. Tamamen insidat etmiş ve sürre tarafı kapanmış, ve em'a tarafı kapanmamış olan vazivet Meckel divertikülünü doğurur, ve teşhisi gayet güçleştirir.

Üçüncüsü natemamen ve sürre tarafından açık, em'a tarafından kapalı olan fistül; ancak içerisini tefriş eden gışai muhati mi'a ile tefrik olunur. Kör oluşu ve istikameti dolaysile hususiyeti anlaşılır. Bu hususiyetleri ile diğer iltihabı sürre afatından tefrik olunurlar. Bunlar bilhassa ale'ekser küçük çocuklarda görülürler. Sürre; huracatı peritoninin bilhassa kiyhi mi'a veya diğer dahili batın hastalıkların tesekkubu için bir mahalli müsait ve müntehaptır. Bundan başka sürrenin alt tarafında ve yine sürreden münasap olan vilâdirUracih fistülü, fistülün istikametinden başka sekresyonunun ve epitelyumunun muayenesile tefrik olunur. Birinde mi'a gışai muhatisi; mevadî gaite, müküz; diğerinde idar, kanatın zeminini döşeyen hüceyratın hususiyetleri göze çarpar.

Pratik noktai nazarından mühim olan bütün açıktütüs omphalso-mezantericus te alelekser gışai muhati ile umde ayrıca prolabedir.

Bu neticenin hakikatı halinde mi'ai kanalda mesir mümaniyatı dolaysile ileüs halâtı daimi olarak hayatı tehtit eder. Bu hususa ait R o t h , B a r t h ve arkadaşları çok kıymetli mesai vücude getirmişlerdir. Bu envaginasyon ve prolapsüs halâtında sürre önünde sucuk şeklinde ve karakteristik urun mevcudiyeti görülür. Sürre önünde sucuk şeklindeki tümörün iki fevhası tesbit olunabilir. Bu tesbit olunan fevhadan biri kıt'ayı mürsileyi em'aya gider. ve bunların her ikisi arasında bir sporn tesekkül etmiş olur. Cidarı em'anın gerek halkai sürreviyesinin tahli tazyikinde ve gerek diğer sebeple ödemi dolaysile tamamilen bir insidadı

em'a husule gelir. Kötü akıbet tabiidir. Fevhai sürreden dışarıya temadi eden ve prolabe olan gışai muhati em'a bir nevi fitki sürrevi gibidirler. Mamafî sürre tarafı açık, em'a taraf kapalı olan sürre divertiküllerinde dahi prolapsüsler olur.

**Tedavi :**

Daha çok konservatif olan eski usulle fistül mesirinin gışai muhatiye ihtiva eden intibacının teb'it edilmesi yani ya mevaddı kimyeviye veya koterizasyon ile şifa teminine çalışmaktan ibaretti. Bu usuller ancak kör olan ve sürreye açık bulunan kanalomphalo mezanteriküs bakayasına münhasır olmalıdır. En selim tarz bir sonda ithal ederek muntazam dikkatle beyzi şakla ve kemali itina ile tabaka tabaka istisal eylemekten ibarettir.

Daha amik olan, üç dört santimetre daha fazla derin giden fistüller bu gün daha iyi perituvanın küşadile ilk önce batın tarafı serbestleştirerek tecridi ve sürrenin kavsiülşekil ve yay tarzında sol tarafa şakki bunun için maksada muvafiktir. Sıfaka müstekim açılır. ekseriya mevcut olan nesci munzam şeridi ki bu kesilmezse vahim okluzyon vak'alarının hudusuna sebep olur. Bu geniş ve cenbi batın şakkile tabii Meckel divticülü ve mi'ai rakik prolapsüslerinin refi gibi esash ve uzun müdahaleler için lazımdır. Tabii bunlar usulü veçhile bertaraf edilerek em'a tahyit edilir ve badehi içeriden dışarıya doğru aksanı maraziye neşredilerek dikilir. Bu müdahale küçük çocuklarda olduğu için büyük ve tehlikelidir. Tabii bu büyük ve müsait şak oryante olmağı kolaylaştırmaktadır.

Bundan sonra zikri lâzımgelen ve yine vilâdir sürre fistüllerinden uracus ün ric'i tesekkül edemesinden mütevellit, fistüller ve göbük yaşarmaları gelir. Bunun sahası sürre ile mesane arasındadır. Hattı mutavassıttadır. Diğerine nisbetle nadirdirler. Uracüsün ric'i nümasının temini halinde pliomblicale-medyaı teşkil eder. Ligamentum-vesico-umblicale hayatı ceniniyenin ikinci ayı sonunda uracus ün insidada ograması ile teessüs eder. Bu da diğerleri gibi ya tam ve yahut kısmi açık kalabilir. Bundan mütevellit vetirei maraziyeler tamamen vilâdi bir kusur neticesi olup tamamı halinde uracusten idrar tarh eder. Bir fistülün husul bulmasına sebep olur. Kısmi insidat halinde çocuklarda veya kahillerde bir fasulya danesinden daha büyük hacımlara kadar ince cidarlı, sarı, bulanık, esmer mayi muhteviyatı bir kise arz eder, bu kise perituvanın cidarında ve önünde sürre ile ve irtifaki ane arasında mevzu bulunur. mikroskopik muayenede bu kisenin cidarında tek veya müteaddit epitel tabakasına mestur elyafı musattahai adeliye vardır. Bu kistler tekayyüh edebilirler, ve H o f m a n ve R o t t e r in noktai nazarına karinum başlangıcına saik olurlar.

Muhiti ademi insidadı halinde yaşayan bir göbek ve onun ortasında gayet ince bir fistül vardır. Mansabı gayet vazihdir. Göze görünür, ufaktır, sürrenin sukutundan sonra veyahut daha sonraları çocukta meydana çıkar. Fistülün ağzında gışai muhatai gulfelerine şehih iltivalar vardır. Temamı halinde sekresyon temiz idrardan ibarettir. Cihazı bevli süfli nezlevi halâtında kiyh ihtiva eder. Bu sonuncu vaziyetle subjektiv şikâyet meydana çıkar.

#### *Teşhis;*

Sondaj teşhise yardım eder, sondanın seyri cidarı batna mültesik ve havsalaya doğrudur. Mikroskopik epitel hüceyratı muayenesi vaziyeti tenvir eder. Nadir olarak sürre ağzından mesaneyeye vasıl olunur. Bununla açık kalmış urach teşhisi konur ve kat'ileşir. Metilen mavisi tecrübesi endigokarmen ile müsbet netice alınır. Şifası için açık kalmasını intac eden maniaların bertaraf edilmesi lâzımdır. İhlil vasitasile idrarın akmasına mani olan halât bertaraf edilir. Fistülün fevhası ve nesci istisal ve tahyit edilir. Hattı mutavassıt üzerinde tulanı şakla mesaneyeye kadar bütün fistüle saik kanal istisal edilir. Mesana usulü vechile tahyit olunur. Her iki taraf insidat etmiş bulunduğu halâtta tees eden kistler sürre ile irtifak arasında mevzudur. Mayi muhteviyatlı bu kist usulü vechile neşrolunur. Ancak prévesikal ve mesafei Retzius'e ait iltihabat ve tekayyühat ile teşhisi tefrikası icab eder.

#### *Kisbi göbek yaşarmaları ve fistülleri:*

Sürre karsinomları da tekarruh ettiği zaman yaşayan bir göbek vasfını ihraz eder. Bu gibi halâtta kanserin sürre cildinden menşei alanları nadirdir. Tariki m'aii sürrevi bakiyesinden menşei alanlar daha nadirdir. Nisbeten daha çok olarak sürrede karsinom metastazına tesadüf olunur ki bunlar sert ukadat ve irtişahdan ibarettir. Ancak cilde tesekkeb ettikleri zaman hastayı daha ziyade meşgul ederler. Tabii sürre fitiklaından gayri vukua gelen sürre sertliklerinde diğer mutata metastazlardan sonra sürre metastazi husulbulduğu için böyle bir vetire halinde diğer metastazik vetirelerin mevcudiyeti aranır.

Yeni doğanların sürrelerindeki yaralar da bittabi sekresyon dolaysile yaşarma evsafını haizdirler. bunlar iltihabi vasıfta olup iyi bakım olmamasından dolayı huracı, flegmonî şekiller dahi gösterirler.

Fistül mahiyeti arz etmiş sathi yaşarma evsafı gösteren göbek yaralarında ve bilhassa bu gibi ya-

raların şifa tehiri gösterenlerinde nadir olmayarak difteri basilleri görülür. Hatta nazal difteri şekli gibi omblical difteri diye anılabilirler. Mikroskopik muayene ile şifa istikameti gösterilmiş olur.

Muahhar yaşlarda sürre iltihapları (flegmon, hurac, yaşarma) bilhassa çukur göbeklerde göbek çukurunda hasılatı cildiyenin teraküm ve teharrüşü ve temizlik esnasında cerihadar oluşu ile husul bulurlar.

Bu gibi iltihabi vetirelerin alel'ekser tanınması gayet kolaydır. Bazen müşkülât arzeder. Basit iltihabat sürre taşlarının tekevününe de saik olabilirki bu sürre hunisinin derununda kalk tevazzundan ibarettir.

Hususile sürre iltihapları ve fistülleri batnî afatın sürreye tesakkubundan ileri gelmiş bulunurlar. Bunlar da fitkı muhtenik tesekcuplarından sarfınazar birinci seride peritonit pnömokoksik ve peritonit tüberküloz dur. Fakat diğer batnî iltihabatı da, appendisit ve kolesistit, maddei ecnebiye ve tufeylatı em'a gibi vetireler bu nevi yaşarma ve fistüllerin esbabı hakikiyesidir.

Antesedan, seyir ve hali hazırı maraz, ifrazatın mikro ve makroskopik ve bakteriyolojik teharriyat ve muayenatı, diğer vesaitle teşhis konur.

Vilâdi olmayan ve kisbi teşekkül eden sürredeki me'a fistülleri bir fitkı muhtenikin tesekcupundan husule gelir. (fitkın antesedan ve iltihabi safhası kolayca öğrenilebilir).

Bağırsak tederrünü neticesi teessüs etmiş em'a karhatının sürreye tesekkubu ve ecsamı ecnebiye ve askaritlerin (mevaddı ecnebiye ve askaritlerin sürreye perforasyonu me'a fistülü tevlit etmeden dahi olur.) Aynı vaziyeti yapması mümkündür.

Mide sukbesi derhal tekrar kapanmış bulunur. Bu gibi fistüllerin sebepleri antesedana göre ekseriya kolaylıkla tesbit edilebilir.

Sürredeki safra fistülü ve bunun neticesi yaşayan bir göbek oluşu kiyhi bir kisei safraviye iltihabının sürreye tesekkubu iledir.

Kanlı sistiküsün insidadı dolaysile muhatî fistül bakiye kalır. Basit bir göbek yaşarması ve fistülü de dahili perituvan bir huracın neticesidir. Bunların birinci serisinde perituvanda pnömokoklara ait olanlarla tüberküloz tabiatında bulunan iltihabi vetirelerdir. Bunlar ya sathi veya amiktirler.

Memleket hastanesi Dahiliye servisi mesaisinden :

Şef; Dr. Mustafa Osman Tiryaki.

## BAZI HUSUSİYETLER CÖSTEREN BİR ADİSON HASTALIĞI VAKASI.

Dr. Mustafa Osman Tiryaki.

Hastamız Durmuş oğlu Mustafa çavuş 44 yaşında boyu : 1 - 83 sikleti 59 kilodur. Konya vilâyetine tabi Karapınar kazası Gölviran nahiyesinde oturuyor. Sanatı rençperdir. Evlidir. Yirmi yedi sene evvel evlenmiş... İki oğlu ve bir kızı var.

Oğlunun biri 23 yaşında diğeri 12 yaşında kız 8 yaşında... 2 yaşlarında bir kız çocuğu sebebinin bilmediği bir hastalıktan ölmüş karısının altı ve yedi aylık iki sıkıttı var.. Zevcesi sağlam imiş. tehhülündenberi karısının hiç bir hastalık geçirdiğini bilmiyor. Babası (85) yaşında anlattığına göre üremiden. anası 73 yaşında iki gün hastalık çekip ölmüş. Kendisini bileli ne anası ve ne de babası bir hastalık geçirmemiş babası iki-evli birinci karısı asıl anası dokuz çocuk doğurmuş sekizi ölmüş bunlardan ikisinin öldüğünü bilmiyor. Biri yirmi iki yaşlarında diğeri yirmi beş yaşlarında harbde şehit olmuşlar.. Diğeri altı kız kardeşinden bir kız kardeşi lohusalıktan, beşi de ikişer üçer yaşında iken ölmüşler. Vefat sebeplerini bilmiyor. Anası sağ ve sağlam imiş beş çocuk doğurmuş, biri kız iki yaşında ölmüş, dördü sağ iki oğlan iki kız... Bunlardan erkeğin biri bir sene kadar hastalık çekmiş iyi olmuş şimdi sağlam imiş. Diğerleri bir hastalık geçirmemişlerdir.

Sigarayı eskiden içermiş üç ay evvelisi terk etmiş. Alcool istimali yok. gençliğinde 28 yaşlarında belsoğukluğu olmuş. İki sene devam etmiş ihtilât yapmamış bu hastalıktan sonra da iki çocuğu dünyaya gelmiş. Firengiye ait bir şey söylemiyor.

Eskiden geçirdiği hastalıklar: On beş yaşına kadar hiç hasta olmamış. On beş yaşında iken kırk gün yatakta ve on gün de ayakta olmak üzere elli gün süren bir hastalık geçirmiş bu hastalığında öksürmemiş yalnız baş ağrısı ile ateş mevcut olduğunu ilâve ediyor. Otuz yaşlarında sıtmaya tutulmuş bir buçuk ay sürmüş. tedavi ile zail olmuş. İki sene sonra tekrar bir sıtma nöbeti on beş yirmi gün devam edip geçmiş.

Hasta uzun boylu, zaif bünyede. Esmer. habesi manzarada bütün lühafatı cildiye ve gışai muhatiler koyu esmer renkle yalnız el ayası ve tabanları açık buğday renginde humması 37,5 - 66,5 arasında nevsan etmektedir. Dil, temiz, ratıp. işteha mütanakis, deli tabii mütekkabızdır.

Bidayet maraz : hastalığı on ay evvel başlamış. Evvelâ vücuduna halsizlik, dermansızlık, uyusukluk gelmiş. Hep uyumak ister ve uyurmuş başını yastıktan kaldırmak ve iş yapmak istemez hafif bir şeyi bir yerden diğer bir yere

koymakta müşkilât çeker şedit yorgunluk hissedermiş. günde iki üç defa yattığı zaman gerinmek ister ve mafsallarda agrılar olurmuş.. Bu gayri tabii halleri görünce doktora gitmiş muayenede sıtmadan dalagının büyüdüğünü ve başka bir hastalık olmadığını söylemişler.. Mücadeleden kendisi de hab vermişler hepsini yutmuş hastalığına bir fâidesi olmamış... gittikçe zaiflamağa başlamış hastalığından evvel yetmiş iki kilo olduğunu söylüyor. Hastalığından üç dört ay sonra yüz ve elleri bazı açık olan nahiyeleri tedricen kararmaya başlamış... bu hal gittikçe çoğalmış ve bütün vücudunu kaplamış Hastalığından beş altı ay sonrada yemek yediği zaman bulantı, iştahasızlık, ve karında agrılar rahatsızlıklar başlamış.. Karnı şişer hiç tekayüh olmaz ve muannit inkıbaz çekermiş.. Kay hiç olmamış... şersufiden ziyade sürre hizası ve beli çok agrırmış baş ağrısı yok.. cümleî asabiye cihetinden fazla can sıkıntıları; hiddetlenir, bağırırmiş unutkanlık yok, gözleri kararır, kulak uğultuları olurmuş, hiç ishal olmamış bir zamanlar uyusukluk geçer gibi olmuş ise de tekrar karın agrıları yine başlamış ve gittikçe zayıflayarak 59 kiloya kadar inmiş.. Karın ağrısı ve bel ağrısının şiddeti, halsizlik ve uyusukluk, zaiflikten, vücudünün kararmasından hastanemize müracaat etmeğe karar vermiş hastalığının başladığı zaman hissi şehvanisi de azalmış dört beş ay sonra bir müddet düzelmiş isede tekrar yine inhitat baş göstermiş.. hastaneye geldiğinde iştehasi az, inkıbaz mevcut, çok zaif halsizlik, dermansızlık uyusukluk duyuyor, karın ağrısı göz kararması, kulaklarda uğultu, midede bulantı mevcuttur. Bel ağrısı ve her iki mafsali rikbenin halfi, hufreî mabaziyelerde agrıdan muzdaribdi cilt tamamen koyu suğabatla ve dudakların gışai muhatisi ile jenjivlerde ki, motik hal mevcut nabız zaif ve adedi 80 tazyik şiryanı vakezle 11,5-6 dir. humma yok arûsıra öksürüyor sabahları az miktarda muhati ve az kıyhi kirâşa çıkarıyor. Sadır ince uzun zirvelerle ketif arası mesafede tahtı asammiyet mevcut ihtizaz cüzi fazlalaşmış teneffüs haşin sibilan raller duyulmaktadır. Kalb sesleri muntazam zaifcedir.

### Laboratuvar muayeneleri;

Kraşada B. K. menfidir. Wassermann ve kan temâülleri menfidir. Fonpirke kuvvetli müspettir. Kan tadadı: Küreyvatı hamra 4.000.000, küreyvatı beyze 7.200, emoglobinin % 70, emogram: Lenfositler %52  
Nötrofil (Segm %15  
« Stap %25  
Gran mono % 8 dir.

Refleks okükardiyak; müsbet fark 7 dir. Batında sürre muhitinde veaî kollapsüsü ifade eden hattı ebyaz halisesi menfidir.

Adrenalin şırıngası ile Glikoz tecrübesi menfidir.

Gıdaî Glikoz tecrübesi menfidir, şekerli mevada karşı tehammülü fazladır.

Kanda Plazmodi taharrisi menfi netice vermiştir.

İdrar muayenesinde kayda değer bir hususiyet görülmemiştir.

Usarei mideviye muayenesi:

Teamülü: hamızı

Mecmu hamızıyet: % 21

Serbest hamızı klorma: % 0,03

Asit laktik: yok

Asit asetik: yok

Kan: yok

Rüyette bir değişiklik yok, karı ayın muayenesi bir hususiyet göstermemiştir.

Rielerin Röntgen muayenesi: Sağ hiler muntakada iki adet mütekellis ukadat var, zirveler açık, sol ve bilhassa sağ muhiti kasaba ukdeleri angorje, bu muntakadan nesci rieve ve zirveye doğru aşıkâr ve hali tabiiden fazla arborizasyon görülmektedir. Ceyipler açık, sağ kalbin hududu muhaccem ukadat gölgeleriyle karışık bir haldedir. Sol kalp hududu vazih ve muntazamdır. Alelumum hududu kalbiyede bir tagayyür yok.

Hasta on ay zarfında yirmi kilo sikletinden kaybederek (59) kilo ve 1,85 boy ile hastanemize girmiştir, İki buçuk aydır seririyatımızda tahti tedavide, tazyiki şiryani Vakezle  $\frac{11}{6}$   $\frac{12}{8}$  arasında nevesan etmektedir. Karnındaki agrılar ve hazımsızlık zail olduğu gibi kuvvetinin azlığından salâha doğru çok fark vardır. Bu müddet zarfında altı kilo sikletinden kazandı, ve girdiği zamanki melanodermisi pek bariz olmamakla beraber koyuluğunu kaybederek hastanın rengi açılmaya başladı.

Hastamızın gösterdiği şu muhtelif âraz; kendisinin fevkalkilye guddenin natemamiyeti Adison hastalığına müptelâ olduğunu gösteriyor.

Bu hastalıkta belli başlı seneromlardan şiddetli bir yorgunluk ve kuvvetsizlik, şiryani tazyikin düşüklüğü, cildin esmer ve tunç bir renk alması, mideî miaî teşevvüşatı hazmiyedir. Hastamızda bunları görüyoruz. Yalnız tazyiki şiryani fazla düşük olmakla beraber melanodermisinin pek ziyade ilerlemiş olması ve boyunun oldukça uzunluğu şayanı kayıttır. Humması (36-37) arasındadır. Nabız yumuşaktır. Müteaddit fevkalkilye guddenin hastalıklarında bu esasî ârazilardan bazılarının noksan olduğunu görüyoruz. Meselâ: tazyiki şiryani normal veya fazla, melanodermisi mefkut veya pek hafif bir şekilde bulunan vakalara tesadüf edilmektedir.

Dahili ifrazı olan fevkalkilye guddenin diğer ifrazatı dahiliye guddeleriyle sıkı ve samimî münasebetleri vardır. Bu guddenin mebiz ve husyelerle cismi derekî ve cismi nuhamî ile, kebet, pankreas ve cümlei asabiye ile alâka ve yekdiğerleri üzerindeki tesirleri muhtelif müellifler tarafından bittecrübe isbat edilmiştir. Bu guddelerden her hangi birindeki lezyon diğerlerinde mühim tehavvüller ve akisler göstermektedir.

Meselâ: Hayvanlardaki mebiz ve husyelerin çıkarılması fevkalkilye guddenin kısrını dahameye uğrattıyor ve bu suretle kan tazyikini davet ediyor.

Dumuru ise Gilfort tarafından progeria namı altında mütalâa edilmiştir (vaktinden evvel ihtiyarlamak). Neşvünema duruyor tahtelcilt nesci şahmî kayboluyor, eşar düşüyor, şahıs bir insan modeli gibi yirmi yaşında iken sekiz yaşında görülmüyor. Bilâkis fevkalkilyenin bazı urları vaktinden evvel cinsî kemali hasil ediyor.

Adrenalinin kebette yaptığı tesir ile glisemi ve glikozüriyi mucip olduğu malûm olduğu gibi iğtıda hastalıklarında, diyabette ve mahfazanın kanda Kolesterolin teşekkülündeki rolleri çok mühimdir. Pankreasın antagonistidir.

Ondokuzuncu asır ortalarında İngiliz hekimlerinden Adison bu hastalığı ilk defa olarak yazmış bundan sonra muhtelif müellifler tarafından bu hastalık hakkında uzun uzadıya mütalâat serdedilmiştir. Adison hastalığında mutlaka melanodermi şarttır. Ve bu cildin subağatı diyabet bronzedenkinden oldukça farklıdır. Diyabette hastanın yüzü kurşun çehresini gösterir. Ve gışayi muhatide bu renkten eser yoktur. Halbuki Adisonda gışayi muhatilerde lekeler görülür. Mamafih Adison tipinde melanodermili bazı diyabet bronz vakalarına tesadüf edilmiştir.

Leziyonun mahfazai fevkalkilyede olduğuna göre melanodermisiz vakayı ekseriya had seyredir. Halbuki Adison hastalığında evolüsyon daha ziyade batî ve müzmindir.

J a c c o u d in yüzü müteceviz vakasında çabuk seyreden Adison vekayii olduğu gibi melanodermisiz vakaların melano dermili vekayiden daha çok olduğu da görülmüştür. bu sebepten D i e u - l a f o y ve B r e s s y , Adison hastalığının şekli serii ile melanodermisiz şeklini ayırdılar, fakat karışıklığa meydan vermemek için S e r j e n t ve B e r n a r d . Adison mahfazai fevkalkilye sendromu ile Adison tipinde olmayan mahfazaî fevkalkilye sendromu diye patalojik iyi bir tasnif yapmakla bu hastalıkların mütalâa ve tetkikini kolaylaştırdılar.

Adison hastalığında guddede lezyonun müzmin ve tedrici olarak seyretmesi ve melanodermi şartı esasî olduğuna göre tecrübe vekayide bu nokta daha

halledilmemiştir. Hayvanlarda baî ve tedricî olarak gudde tahrip edildiği zaman hayvanlar zayıflıyor. Tazyik düşüyor humma normalia altında seyrediyor sonra torpör vaziyetine girerek hayvan ölüyor. Fakat melanodermi görülüyor. İşte bu düğüm henüz çözülmemiştir.

Mahfazaifevkalkilyenin gösterdiği bu afatı ensüffizans ve ipersüffizans deye iki tip sendrom üzerine mutalaa etmek daha kolay ve daha fenni olur. Ensüffizansa Adison hastalığı girer ipersüffizansa ise guddenin kışrı ve nuhaî lezyonları dahildir.

Adisonda asteni, ipotansiyon, melanodermi tali olarakta ipotermi, cihazı hazmi teşevvüşleri, adalat ağrıları, süratli zaiflik, cihazı tenasüli, teşevvüşleri, ruhi tehavvüller görülür.

İpersüffizansta ise; nuhaî olan kısmında fartı tazyiki şiryani kalbin dahamesi bazanda rielerde had ödem kışrı olanda fevkalâde sendromlar kendini gösterir; hunsaiyyet, hirüstizm, vaktinden evvel bulug, hayiz pek az olan kadınların galatı tabiat olarak erkeklik hissiyat ve arzularını göstermeleri gibi halat nümeyandır.

Adisonun esbabı meyanında; nadiren frengi, kanser veya iltihabat ekseriya tüberküloz sayılır, ve hemen daima iptidaî tederrün ile başlar. Nadiren granülidir. Ekseriya Kazeifiyedir.

Hayatî sendromlardan:

Toksik ve tansif olanları kayda şayandır. Toksikler kışrı tansif olanlar da medüllerdir.

Guddenin kışrı hücrelerine sahmi fosfatit kolesterol hatta mutedil yağ cevherleri meknuzdur ki bunlar uzviyette zehirleri tesbit ve tadil hassalarına maliktir. Değil yalnız adalatın hasil ettiği zehirleri hatta intanî hastalıkların vücade saçtığı zehirleri bile tesbit vâzifeleri ile muvazaftırlar. Fakat mahfazai fevkalkilye kışrı toksik olmayan cevherleri tevkif eder. Meselâ: kükürdü bırakmaz Loeper ve talebelerinin yaptığı tecrübelerde görülmüştür ki mahfazai fevkalkilye şiryanında evridesinden daha ziyade mutedil (mecmu kükürt) miktarı mevcuttur. Adisonlu hastaların kanında da bilhassa mutedil kükürt miktarı fazladır. Tabii insanlardan ziyade bulunur.

Şu malûmattan çıkardığımız netice bize bir noktayı hallettiği için mühimdir: Bunda Adisonlu

hastaların ciltlerinde görülen tasabmuşların sebebi, ihtimal bu kükürtün kandaki melanin ve piğmantasyonun teşekkülünde mühim bir rolü vardır. Profesör B i n e A r n o d e glotatiyonun tespit edildiğine ısrar etmektedir. Kışrı fevkalkilye hücreleri bu cisimden çok zengindir. Hatta fevkalkilye verir kanında bu cisme fazla tesadüf edilmiştir. Bunlardan başka gudde kışrı karotenide tesbit eder ki bu madde umumî dinamide mühim rol oynayan bir cevherdir.

Tansif sendromları: bu hususta iki İngiliz müellifi uğraşmışlardır. O f i v i e r, S c h a f e r mahfazai fevkalkilyeyi çıkararak hulasasını hayvanlara zerkettiler. Ve bir çok reaksiyon gördüler. Şırıngadan sonra tazyiki şiryanınin süratle yükseldiğini, aynı zamanda kalb harekâtının yavaşladığını tekrar tazyikin tereffüü ve kalbin betaetini müşahede ettiler. Bilâhère hadekanın tevessüü ile kanda glisenin tezahürü ve harekatı midii miainin betaetini keşfettiler. Bu hulâsada bir eevheri müessirin mevcudiyetini, Adrenalini, Takamin ve Aldrih meydana çıkardılar. Şu suretle Adrenalinin uzviyette tazyiki şiryaniyi yükseltmek kloroformla narkoze edilenlere Adrenalin şırıngası mevte âniyi mucip olmamak ve aynı maddenin enfeksiyonu ile rieler üzerinde oksürükle müteradif şiddetli üsreti teneffüsü ve had üzeymeyi rieyi mucip olmak ve kanda serinden daha çok globülini tenkis ve epherde aterom plaklarını basıl etmek gibi bir çok hassalarını meydana çıkarmış oldular.

### B İ B L İ Y O Ğ R A F I :

- 1 - Tretede patoloji medikal ve terapötik applike E. Sergent iğtıda hastalıkları Sahife 227;1922
- 2 - Aynı tretenin iğtıda hastalıkları cildi sahife 118;1922
- 3 - Enfeksiyon basiller e la tüberküloz şelom ve şelezanimo Kalmet sahife ( 257 ) ;1928
- 4 - Serjan tretesi pediatri birinci cilt sahife (70);1923
- 5 - Gi Laroş opoterapi andokrinyen sendrom klinik ensüffizanssürenal sahife (121) ;1925
- 6 - Presmedikal 11 - 4 - 1930 No. 4 Sahife (49)
- 7 - Presmedikal 8 - 4 - 1930 No. 3 Sahife (40)
- 8 - Presmedikal 27 - 7 - 1935 No. 42 Sahite (867)
- 9 - Noël Fissinger fizyopatolojisindrom de endokrinien 1933
- 10 - Pr. Loeper, Therapötik medikal, 1931
- 11 - Trete dö patoloji medikal e dö terapötik applike E. Serigent gland andokrinyen 1927
- 12 - Nuvo trete de medecine; VVidal; etc; 1925

## Hali hazır literatürüne umumî bir nazar.

### 1. D A H İ L İ H A S T A L I K L A R :

Karaciğer hulâsalarının kana ve kollesterine itrahına tesiri :

J. G. M a r a n o n ve J. M. C o l l a z o ; (Revue med - chir. des malad. du foie, du pancreas

et de la rate No. 3, 1934). Karaciğer hulasalarının kolesterinemi ve kolesterinin safra ile itrahi üzerine, ne gibi tesirleri olacağını araştıran bu zevat, tecrübelerini; köpek, tavşan ve sağlam insanlar üzerinde yapmışlar ve şu neticeleri almışlardır: Karaciğer hulâsaları daima kandaki kolesterini



arttırıyor. Bu artma, çabuk oluyor ve bir saat sürüyor. Safra itrahi da kanda kolesterinin artması ile mütenasip olarak çoğalıyor. 120 derecede ısıtılan hulâsaların tesiri kalmıyor. O halde karaciğerde kollesterini harekete getiren bir madde (hormon) nın bulunduğu kuvvetle muhtemeldir, Kanaatindedirler.

#### İkter kataraldan sonra kalan karaciğer bozuklukları:

L. J. Soffer ile M. Paulson; Arch. of med. No. 6, 1934) Bu zevata göre damara şırınga edilen bilirubinün ifrahındaki gecikme karaciğerde bir bozukluk bulunduğunu bildiren araştırma usullerinin şimdilik en hassas ve sağlamlığını bildiren usul olduğunu iddia etmektedirler.

3 ay ile 13 sene gibi mühtelif zaman evvel ikter kataral geçirmiş olan 11 adamda tetkikat yapan bu zevat, 9 vakada % 10-50 arasında değişen nispetlerde bilirubinün ihtibas ettiğini görmüşler ve karaciğerlerinde bozukluk bulunduğuna hükmetmişler, ve karaciğerdeki muahhar olarak kalan bozukluğun, evvelce geçirilmiş olan ikterin derecesine mütenasip olmadığını bildiriyorlar. Aldıkları neticelere dayanarak nezlevi ikterin ehemmiyet verilmeyecek bir hastalık olmadığına kanaat getirmişlerdir.

#### Şeker verildikten sonra cetonemie münhanisinin karaciğer vazifesini araştırmak hususundaki değeri :

(G. de Filora; Riforma med. No, 21, 1934). Karaciğer normal olduğu takdirde, aç karnına ve kilo başına 1 gram glükoz verilecek olursa 1-2 saat süren hipersetonemi husule gelir ve bazan tamdir; yani asit diasetik aseton, asit beta oksibütirik artmıştır.

Karaciğer afetzede ise aynı tecrübeden sonra aseton fonksionları azalıyor, bazan yarı yarıya azalıyor. Karaciğer fonksiyonu ne kadar iyi ise cetonemie o nisbete böyle bir tecrübeye yükselir. Bu muayene usulü sabit neticeler verdiği için karaciğer fonksiyonunu araştırmakta kullanılabilirliğini bildiriyorlar.

#### Veremlilerde torakoplastiden sonra husule gelen hiperglisemi:

(Scharff; Wien. klin. woch. No. 22, 1934) Anestezinin generalin mevzii anesteziyeye nazaran hipogliseminin husulünde daha mesir olduğu anlaşılıyor. Bu hiperglisemi ile birlikte bazen hafif bir glüközürü hatta asidoz da bulunabiliyor. Lokal anestezisi ile kendilerine torakoplasti ameliyesi yapılmış olan 13 hastada kandaki glüköz miktarını araştırmış olan Scharff vakaların hepsinde hiperglisemi görmüştür. Bu hiperglisemi, % 14-135 arasında değişik miktarda bulunmuştur. Scharff asidoz görmemiştir.

#### Habis hipertensiyonda böbreklerin örçüsünde görülen bozukluk:

(E. F. Cain; Arch. of intern. med. No. 6) 27 hastada böbreklerdeki örgü değişikliklerini araştırmış ve glomerüller; tüpler, şiryancıklar ve şiryancılar hilâfi nesicte münteşir lezyonlar görülmüştür. En bariz bozukluk şiryancıklarda bulunmuştur. Damarların cevfi çok daralmış, endotel hücreleri artmış, bunun altındaki örgüde zücaci ve şahmi istihale görülmüştür. Damarların orta gömleği kalınlaşmıştır, adventice te daha bariz olmak üzere nesci munzamda hiperplazi husule gelmiş olduğunu tesbit etmiştir.

#### Tripaflavin ile husule gelen nefroz nekrotik:

A. Giordano Arch. ital. di anat. e istologia patolog. No. 1, 1934) Etat meninge ile hastaneye girmiş olan 52 yaşında bir kadına Tripaflavinin % 20 mahlûlünden 12 gün-sıraya 5 c.c. damara şırınga ediliyor. Girdiği zaman idrarında anormal bir şey bulunmayan bu kadın, 12 inci şırıngadan kısa zaman sonra ölmüştür.

Otopside solda bir ganglio-neurome thalamique bulunmakla beraber karaciğerde böbreklerde bozukluklar görmüştür. Böbrekler toprak renginde yeşile çalar halde küçük ve yumuşamış bir halde, mahfazaları güçlükle ayrılabilir bir halde bulunmuştur. Mikroskopik muayenede en mühim afetin tüplerin ifraz edici kısmında bulunduğu ve buralarda epithelium un nekroze olduğu ve yağ istihalesine duçar olduğu görülmüştür. Glomerüllerin çoğu salim bulunmuş, bazılarında ufak yağ damlacıkları tesbit edilmiştir. Pek az glomerüllerde de kistik bir hal görülmüştür.

Mumaileyh bu vakadan şu neticeyi çıkarıyor: damar içerisine Tripaflavin şırınga etmek suretile tedaviye başlamadan evvel böbrek vazifesini dikkatle gözden geçirmek lazımdır.

#### Diiodothyrosine nin debran üzerine tesiri :

(A. Sylla et B. Mijske; Med. Woch. t. XXX No. 22 juin 1934). Diiodothyrosine tedavisi le sinus tenebbühiyetinin azaldığı, hyperthyroidie ye merbut tachycardie nin ve hatta Basedow dan mütevellit olan buteyni bir irticacı lüveyfinin zail olduğunu zikrediyorlar; müellifler metabolisme basale'i % 60 dan yukarı olan hastalara bir santigramlık diiodothyrosine den günde 3 dane, % 40-60 yükselmiş olanlarda günde 2 dane eğer % 40 dan daha fazla değilse günde 1 adet veriyorlar; bu tedavi esnasında metabolisme basal düşmezse üç hafta devam ediyorlar. Şöylemiş oldukları usulün bir şema olduğunu fakat her vakaya göre ayrı tarzda verilebileceğini söylüyorlar.

#### Diabetelilerde insuline tatbikinden sonra olan hipoglycemie hakkında :

(J. Person et J. Wohl; La Pres Med. No. 4, 12 Janvier 1935) Standarde bir regime dahilinde

bulunan diabetli ve insulinosensible hastalar üzerinde yapmış oldukları tecrübelerden şu neticeleri çıkarmışlardır.

Sabahleyin aç karna glycemie yi tayin ettikten sonra verit içine, bir kaç gün sonra cilt altına 20 unite insuline zerk ve beş saat müddetle her yarım saatte bir kan alınarak Hagedorn Jensen usulile glycemie tayin olunuyor.

1 - Hastaların veridi içerisine insuline zerk ettiğimiz zaman hiç bir hypoglycemie arazi görme-mişler : cilt altına zerk edildiği zaman oldukça vahim hypoglycemie arazi (zicret, etraffa titreme, nabız teessürü, çarpıntı, diplopie, mebzul ter, niha-yet şuur ziyai) zerkten 25 saat sonra başlamış 30 - 40 dakika sürmüş, kendi kendine açılmış.

2 - Verit içerisine insuline zerkinden sonra sukut haddikusvasına vasil oluyor. sonra bir zavie teşkil ederek yavaş yavaş yükseliyor, cilt altına zerkten sonra ise glycemie bataetle düşüyor. sukutun haddi kusvasına iki saat sonra vasil oluyor, bu zaman hypoglycemie arazi başlıyor, bu kemmiyette bir saat kalıyor gayet yavaş yükselme-ğe başlıyor.

3 - Hypoglycemique arızalar kan şekerinin düşmesine tâbi olamamakla beraber glycemie dere-cesine ve sukut suratına tabi değildir.

4 - Hypoglycemie arızalarının görüldüğü glycemie seviyesi her şahsa göre değişiyor.

Verit ve cilt altı yollarından en müessir olanı cilt altı olanıdır, zira glycemie sukutunun devamı daha uzun müddet sürüyor. Verit içerisine zerki coma gibi suratle hareket edilecek vakalara inhisar ettirmeli.

Verit içerisine zerkedilen insuline ani bir gly-cemie sukutunu mucip olarak glycomobilisateur sytème i harekete geçiriyor; halbuki ciltaltı zerk-lerinde yavaş imtisas ve glycemie yavaş düştüğü için glycomobilisateur systeme i hafit tenbih edi-yor fakat aynı zamanda da insuline imtisası devam ettiğinden uzunca bir müddet muvazenet halinde kalıyorlar.

#### Aritmilerin digital ile tedavisi:

(Scherf; Wien. med. Woch. No. 23-1934). Di-gitalin, kalbin takallüs etmemek devresini uzattığı-nı biliyoruz. Bu tesir, 1- doğrudan doğruya; 2- asa-bı rievii midevi vasıtasile yani bilvasıta kalp ade-lesine tesir ederek «inexitabilite absolue» üzerine müessir olur.

Digitalin, sinüsten menşei alan takikardilere olan tesiri pek azdır. Bu gibi vakalarda digitalle beraber kinin vermek gerektir.

Paroksistik takikardilerde, damara kinin şırınga etmek usulü üstün tutulmalıdır. Bu şırınga ile nö-betleri hemen durdurmak kabildir. Fekat bu tedaviyi tatbik etmeden evvel kalp adelesinin sağlam olup olmadığını araştırmak lâzımdır; aksi takdirde çok tehlikeli hallerle karşılaşılır.

Kalp adelesine güvenilmediği takdirle ve «auricular flutter» vakalarında, digital tercih edil-melidir, acil vakalarda damara Ouabaine şırınga edilmelidir. Paroxistique kalb teserrüü yapan extra systole lerde digital bilhassa endikedir.

Alelade ekstrasistollerde kinin, digital tozu ve sülfat dö striknin hapları verilecektir.

#### Kastre edilmişlerin kanı:

(V. Walter; Misc. med. Pomana No. 4-5-1934) Kastre edilmiş olanların soluk benzi Walterin dik-kat nazarını celbederek onu kastre edilenlerin kan vaziyetini araştırmaya sevketmiştir. Tetkik ettiği 66 vakadan 40 ında ileri derecede kansızlık, yal-nız 3 tanesinde kanı normal, üst tarafının hemog-lobini çok eksilmiş bir halde bulmuştur. Bir kısım kastredeki kansızlık, anemie hypochromique, chlorotique aplastique nevinden olduğu anlaşıl-mıştır.

Waltere göre kastrelerde 3 araz vardır: Harema-ğası yüzü, solukluk ve hipokloremik anemi. Fer ve husye tedavisinin eyi tesirlerini gördüğünü bil-diriyor.

#### Uyuzun hiposulfit dö sut ile telavisi:

(Fr. Mathieu; These de Paris, 1934). Comessate metodo denilen uyuzun bu tarzı tedavisinde; cilde evela % 40 nispetindeki hiposulfit de sonde sürü-lecek bir az beklenecek ondan sonra da hamız klormanın % 4 mahlülü sürülünce kökürt hali te-vellüdiye gelir. Aynı zamanda da anhydride sulfur-eux hem cilde nüfuz eder hem le «akar» ları öldü-rür (acaricide)

Bu tedaviyi iki gün sıraya ve günde iki defa tatbik etmelidir.

İlaç ucuz, tatbiki kolay olduğu için Fr. Mathi-eu bu tedavi usulünü tavsiye etmektedir.

#### Endokrin tedavisile eyi neticeler elde edilen otosk-leroz.

V. T e m p e a ve M. L a z e a n u; Misc. med Romana. No. 4-5-1934) tedavi ettikleri 21 otoskle-rozlu hastanın 19 u kadın imiş. Bu zevat gud-dei nuhamiye ön fussy ile yumurtalık hulasalara vermişler ve bunlara kalsyum ile fosfor ilâve et-mişlerdi. Bu tedaviden şu neticeleri almışlardır, % 30 salah. % 40 ilerlemeyi durdurmak. Bu has-talara mevzii hiç bir tedavi tatbik etmiş değil-lerdir.

#### Kebet ve tahal büyümesile müterafık ve isnaa-şer tubage'ı ile eyileşen itcere protonge'lerden bir tip :

(Marcel Brule, İ. Cottet, İ. Ham-burger; Presse Medicale, No. 88, 1934). İn-tanî sarılıkların hepatite ten mütevellit olduğu bu gün hemen herkeşce kabul edilmiştir. Fakat tıbbi ictere infectieux gibi birdenbire başlayan sarılıklar arasında öyleleri vardır ki hepatite ten mütevellit

değildir; Clinique hususiyetlerini bir tarafa bırakacak olursak pathogenique olarak safra yollarının tıkanmasından ileri gelir. Tedavinin müessir olduğu cihetle inzarın selim olmasından dolayı bunu teşrihi olarak göstermek imkânı olmamakla beraber tubage duodenal ile kabili şifa olması, halbuki bu vasıta hépatite lerde gayri müessir olmasından istidlâl ediyoruz. Bu type in nadir olduğu söyleniyorsa da biz bir sene zarfında dört vak'a gördük. Bu typ in arazi: 1 - *Iclere prolonge* olup muhtelif tedaviler tatbik edildiği halde hiç bir netice elde edilmemesi; halbuki hépatite muayyen olan seyri yaptıktan sonra sarılık geçer: 2 - büyük bir *hepatomegalie* esas safra yolunun tıkanmasından safra turuku safraviyede toplanarak kebedi çok büyütmesinden ileri gelir; halbuki hépatite lerde kebet ancak hafif dilyeyi geçer; Choledeque in taşla tıkanıdığı vakalarda böyle büyük hépatomégalie ler görülür mania kalkar kalkmaz kebet eski halini alır.

3 - *Splenomegalie* vardır; her ne kadar bu splenomegalie yi izah etmek müşkil ise de birkaç tubage duodénal ile sulfate de magnesie insitillatyon undan sonra tahal süratle normal hacmini alır; aynı hadiseyi choledoque un taşla tıkanıdığı zamanda da görürüz mania kalkar kalkmaz tahal eski halini alır. 4 - *Tubage ile süratle ictere zail olur*, halbuki hépatite ten mütevellit olan ictereler batacetele zail olur.

Bu gibi vakalarda seriri olarak huveysalı safraviyele gelmediği gibi cholecystographie ler de normal netice verir.

## 2. ÇOCUK HASTALIKLARI:

### Meninjit Seröz:

(Prof. İhsan Hilmi; Monatschrift f. Kinderhkd. B: 61,1935) Müellif geçen senenin son aylarında İstanbulda meninjite benzeyen hastalık tezahurlarına tesadüf edildiğini ve kendisi 15 vak'a gördüğünü ve bunlardan altı vak'ayı klinikte takib ettiğini yazıyor. Bütün bu vekayi aynı tablo ve aynı seyri göstermiştir. Altı vak'anın müşahedesini zikrettikten sonra bu hastalığın bütün şehirde hafif bir epidemî halinde görüldüğünü yazıyor. Vak'alarda menenjin taharrüş arazi (hastalık anı ve ateşli, başağrısı, kusma, kısmen kendini gaib etme, ense sertliği, Kernig, ve Brudzinsky hadiselerile başlamış) mevcut; bir vak'ada ezvacı kılıfiye afetzedede idi, iki vakada residiv görülmüş, hatta bunlardan biri için menenjit tüberküloz bile düşünülmüş. Mayi dimağı daima berrak, tazyiki yükselmiş, lenfositler artmış üç vak'a da örümcek ağı manzarası mevcutmuş; bir vak'ada Pandey müsbet. Müellif, menenjit seröz tarihçesini, muhtelif müellifler tarafından verilen ayrı ayrı isimleri zikrediyor. Müracaat eden ilk vak'ada yeknazarda bir menejit tüberküloz zan

olunmuş, yapılan muayeneler bu teşhisten uzaklaştırmıştır.

Görülen felci veçhi 14 gün sora bertaraf olmuş. Hastalığın bütün seyri takriben iki haftadır. Bütün vekayi şifa ile çıkarılmıştır.

Epidemî seyri esnasında encéphalite, veya poliomyélite vekayii görülmemiştir. Görülen vekayi hafif, seröz, aseptik menenjit epidemisi olarak kabul edilmiştir.

### Çocuk diyabetinin tedavisi:

(Dr. Sezaî Bedreddin; Çocuk kliniği Sayı 3-4,1934) Müellif diyabet ve envaz ile kâhil ile çocuktaki hastalığın tedayisindeki farkı, glykoreğülasyon ve insulin hakkında malûmat verdikten sonra, diyabet komasının tedavisinden, insulin arazlarından, yardımcı tedavi ile gıda intihabından bahsetmektedir.

### B. C. G. Aşısı ile tüberkülozun içtimat korumasına dair tecrübe :

(Annales de l'Institut Pasteur, Şubat 1933). 1926 dan 31. 12. 1935 ye kadar ağız tarikile aşıl原因an çocuklar.

|                |     |
|----------------|-----|
| 1926 . . . . . | 13  |
| 1927 . . . . . | 75  |
| 1928 . . . . . | 132 |
| 1929 . . . . . | 156 |
| 1930 . . . . . | 166 |
| 1931 . . . . . | 199 |
| 1932 . . . . . | 175 |

Mecmu 916

719 aile ve 1841 çocuk (887 si aşıl原因mış ve 904 dü aşıl原因mamış) takip edilmiş aşıl原因ananlar arasında bir aylıktan beş yaşına kadar 54 ölüm (vefiyat % 6), aynı yaşdaki aşıl原因mıyanlarda 166 ölüm (% 17 vefiyat) dir.

231 tüberküloz ailenin 697 si aşıl原因mış ve 410 u aşıl原因mamıştır.

Demek beş yaşına kadar umumî ölüm ;

Aşıl原因anlarda, % 8

Aşıl原因mıyanlarda, % 22.4

Bu iki gruba ölü doğanlar ve iki ay içinde ölenler, dahil edilmemiştir.

448 tüberküloz olmıyan ailenin 1144 çocuğunda 600 ü aşılı 544 dü aşılı olmıyanlarda vefiyat ise :

% 5,2 — aşılı olanlarda.

% 13.4 — aşıl原因mıyanlarda dir.

### B.C.G. Yapılmış ve 18 aylıkken tüberkülozdan ölen bir çocuk hakkında:

(Soc. Méd. des hop. 20 nisan 1934.) Miadında bir erkek çocuk 3 kg (3 mayıs 1932) ebeveyni salim, ırda sünaf. Bir yaşında: 9500 gr;

Doğduğu zaman klasik olarak 3 dozda B.C.G. veriliyor, iki aylık iken 38,5 ateş ve iki gün devam eden raller, öksürük bir kaç hafta devran ediyor ve anterit var.

10 aylık; 4 gün devam eden nezle ve ateş.

17 aylık; 3,10; 933;15 gün devam eden ishal ve ateş. ishal duruyor fakat ateş devam ediyor. O ayın 25 şinde: öksürük, büyük bir kebed ve adenopati, 3 haftadır ateş 39 civarında sonra 37.5-39.5 arasında. nabız küçük, anemi, başda evride teressüm etmiş müterakkî bir zafiyet batın büyük, iptî ve mabenî ukdeler şiş, kebed büyük, tahal kabili ces degil, rielerde ısga ile bir şey yok, iştehasızlık var ishal yok, boğaz normal. tüberkülozdan şübhe edilerek maddei gaitada basil aranıyor, teşrinisani 27 de maddei gaita da basil de Koch müsbet, 2 kânunuevvelde radyoğrafie: her iki sahai rie de floconneuse lekeler, sürrelerde ve kaidelerde daha kesif, sağ kaidede muhatî raller, bilahara her iki riedede umumileşiyor.

Kaşeksi fazlalaşiyor ateş devam ediyor. emipleji, ptozis, kânunu evaelin sonunda menenjitten ölüyor. 4 ve 10 kânunu evvelde maddei gaita dan kobaya telkih yapıyor kobay 16 kânunu sanide öldürülüyor, telkih noktasında apse ve kazeö ukadat, ukadatin kihi içinde basil dö Koch mevcut, ahşada bir şey yok.

Bu çocuk tüberkülozlarla temasda bulunmamışdı. yalnız 1933 şubat ve nisanında yani 19 aylığa doğru annesile birlikde catarrheux olan büyük babasının yanında ikamet etmişdi.

Açık bir emniyet iğnesinin hazım cihazından müruru;

(Archives de medecine des enfants 1935 No. 1, Manuel Laffon) Beş aylık erkek çocuk, meme sütü ile beslenmiş, sıhhati iyi. Beşğinde iken ağzına bir madalyon alıyor, annesi tarafından görülüyor ve ağzından çıkarılmak isteniyor, fakat madalyon ağzında kayboluyor bu esnada çocukta hiç bir rahatsızlık ve boğulma alâimi görülüyor, madalyona birde iğne merbut bulunuyor, radyografide mide de madalyon ile iğne görülüyor, müsellağ olarak intizar ediliyor, madalyon kendi kendine çıkıyor, yedinci günü yapılan ikinci bir radyografide iğne nin açık olarak mideden emaya geçtiği anlaşılıyor, bu esnada çocukta hiç bir istirap olmuyor, ve tabii hayat devam ediyor, yalnız çocuk kabız oluyor, bundan dolayı bir kahve kaşığı Nujol veriliyor, 3 gün zarfında iğne mayı müstakim, tarikile çıkıyor, bu suretle iğne tam 14 günde hazım cihazını terk ediyor.

Bir iğnenin kendi kendine hazım cihazına geçmesine bir misal:

(Archives de medecine des enfants. 1935 No. 1 Dr. F. P. Y. Le Monie). Yirmi günlük bir çocuk, bir broş yuttuğundan dolayı hastahane ve getiriliyor. Zahirî hiç bir rahatsızlığı yok, erteşi günü radyografide, broşun midede olduğu anlaşılıyor, kapalı ve kaimi bir vaziyette. O gün ve gece çocuğun hiç bir şikayeti yok, sütlerine devam

ve kaimi bir vaziyette durması tavsiye ediliyor. Kliniğe geldiğinin ikinci günü kazanın üçüncü günü yapılan radyografide açık olan broşun mustaraz bir vaziyette pylora doğru olduğu görülüyor, üçüncü radyographi, iğnenin git gide açılmakta olduğunu gösteriyor, aile telâşda, müdahale ettirmek istiyorlar. Akşam saat altıda çocuk kendi kendine iğneyi aptesti ile çıkarıyor.

Bu müşahede nevad ve süt çocuğu hazım cihazlarının ecnebi cisimlere karşı fevkalâde mukavemetini östermesi dolayısıyla şayanı dikkattir. Operatörlerin demüsellâğ olarak sabır ile intizarının ve müdahale getmemele rinin kıymetini gösterir.

3. CERRAHİ HASTALIKLAR;  
Anjin dö puvatrinin cerrahlî tedavisi

(W. Brauecker; Arch. F. Klin. Chir. Cilt 172 1933). Junescounun 1920 senesinde Frauçois Frankın fikirlerini tastik eden tecrübelerinden sonra Wencckbach, Eppinger, Hofer, Danielopolo, Singer, Cappis, Mandl, Leriche, Pletuew ve sairenin travayları birbirini takip etmiştir.

Müellif beş vakâ zikrettikten sonra patojeni ve tedavi davasını münakaşa ediyor. Kendi ve diğer müelliflerin elde ettikleri neticelerden en mühimi olarak ukedatı sempatiyeyi radabiye ile sadriyeyi ülviyenin, kalb cümle asabiyeyi hariciyesi üzerinde mühim tesirleri bulunduğunu tesbit etmiştir. Bunlar kalpten gelen tenebbühiyeti alacak merakizi teşkil ettikleri gibi muhite doğru muhafriketüleviye münebbihat gönderebilirler. Bu ukdelerin nuhaf şevkiye merbut oldukları şubat asabiyeler katı edildiği takdirde bile fiili münakisö tesir edebilecek vaziyettedirler. Bu sebepledir ki ukedatin doğrudan doğruya istisalleri, mufagama şubatının kesilmesinden daha iyi neticeler verir. Merkezden menşe alan bir çok marazî vetireler için ukadat teksir vazifesi gördüğünü müellif kabul etmektedir.

Plevra Empiyeminin tedavisi :

(Von. A. Rütz Klinisch. Wochehenschrift. 1933. 2. 1414). Müellif empiyem tedavisinde birinci seride sandrın ve muhteviyatının fizikal vaziyetinin bilinmesi icap ettiğini ve bu vaziyetleri bilmeden ve buna dikkat etmeden empiyem tedavisi kabili tatbik olmadığını beyan ediyor. Bunlarda kaideten cari olan teamül ponksiyon ile başladığını ve bu usule bilhassa çocuklarda vekayin bir çocuğun bununla teşfiye imkân bahşettiğini ve muvaffak olunduğunu ve bu usul kâfi gelmezse ve bununla muvaffak olunmazsa kapalı ve açık drenaj usullerinin sahai tatbika sevki icap ettiğini söylüyor. Emme tarzı ciğerin işlemesine ve genişlemesine yardım ettiğini izah ediyor.

Gayri tabii tevazzu etmiş beynelfussi ve medi-yastinâl empiyemlerde tabii hususi kavait lâzımdır. Zira bunlarda daha açık olan plevra mesafesinin plombaj ile kapatılması icap eder mütalaasındadır. İhtilâta oğramış empiyem tüberkülozlarda bakiye kalabilen plevra boşluğunun bertaraf edilmesi için büyük torakoplastik müdahaleyi tabii ve elzem bulmaktadır.

#### Vilâdi mihpel noksanında me'ai mustakimden mihpel teşkili :

( Von H. Starok Zbl. f. Gynek. 1933 2562 ). Bu mesaide 3 vakka kısa tavsif edilmiştir. Bunlarda mevcut mihpel noksanıyeti Şobert metodile bertaraf edilmiştir. Her 3 vakada da netice parlaktır. Bu yazıda söylendiği veçhile operatörlerin ekserisine göre noktâi nazarlar şu iki usulün bu noksanıyeti bertaraf etmek için yekdiğerinle çok münasebetdir olduğu merkezindedir. Baldwin Moris in ve Chopertin usulleri.

Krisehner - Wagnerin metodu bu hususta sayarını münakaşa olduğunu müellif zikr ediyor.

#### Varislerir enjeksyonla tedavisinin muahhar neticeleri :

( Von. D. Patey ve R. C. Tatham Brit Med. J. Nr. 380. 861. 933 ). Elli vakanın muahhar muayenelerinde % 10 şifa (araz bakı değil, veritler kayp olmuştur.) % 62 salâh (araz bakı değil, varisler kayp olmamıştır.) % de 28 şifa görmeyenler olup bunlar muayene gününe kadar aynı vaziyette ve yahut daha fenadırlar.

Şifa bulanlar erken vekayi ve hafif arzılı olanlardır. Residivin sebepleri münased olan veritlerin tekrar yol vermesi yani açılması olarak tesbit edilmiştir. Bunun için her hangi mahlûl kullanılmış ise ehemmiyeti yoktur. Kinin urethane da bilhassa istimâl olunmuş ise de diğer mahlûller gibi residivler göstermiştir.

Müellif % 4 netice aldık diyen diğer mücerriplere karşı (Sicard v. s.) bu itirazi yaparken behemehal enjeksiyon tedavisini her vakit fâideli bir vasita olmak ve bundan daha çok şifa verici vasıtalarımız olduğunu itiraf ve izah etmekle beraber bıçağımızın kullanılmadığı vekayide istimâline mütemayil görünüyor.

Şırınga edilenlerde rekanalize olduğu zaman tekrar şırınga yapılabilir, ve netice verir.

Eksizyon ve ligatür bittabi tedaviyi kısaltır ( cerrahi ).

#### Osteosynteziin hali hazırına bir nazar ;

V. J. M. Fazio; Semena Med. 1933. 1. 1149) Müellif ortopedinin terekkesine ait bilgileri ile ve Böhlerin bilgilerinden anladığına nazaran müdemmem Osteosynteziin endikasyonları seyrelmiştir.

Müellife göre yalnız pek fena bir şekilde husulbulmuş kesirler ve mafsali kâzipler osteosynthese kadrosuna girebiliyorlar.

Taze fraktürlerde endikasyon: ancak şiddetli dislokasyon arzeden rıdfa kesirlerinde ve olekran kesirlerinde vardır. Burada şiddetli bir asepsi beraber olması tabiidir. Ve hafif postoperatif enfeksiyonlarki diğer taraflarında haizi ehemmiyet olmadıkları halde bu müdahelâta fevkalâde mühim roller oynayabilir mütalâasındadır.

#### 40 yaşında bir adamda pröstat kanseri :

(. J. Heckel Chicago Mrologic. rev. 1933. 97. 8. 5535 ). Müellif vakasının hususiyetini şu suretle arz ediyor. Prostat kanserleri ekseriyetle 55 yaşından sonra vukubulmuşlar. Bir prostat kanseri 40 yaşında çok nadirdir.

Müellifin vakasında bir erken lombal nahiyede metastas var. Prostat kanserinin erken arzından olan tebevül teşevvüşünden evvel husulbulmuştur. Ve bundan dolayıdır ki müellif haklı olarak bu vakasına istinaden her sırt romatizmasında ve amudu katanî sancılarında şikâyet edenlerde bir defa prostat muayenesi istemektedir. İltihabı prostat afatı lombagonun ekser esbabıdır.

Ve prostat kanserliler nadir olmayarak beyhude yere romatizmalı diye tedavi görmüşlerdir. Prostat kanserinde metastaslar ekseriyetledir.

Metastaslar takrizen binde 234 dür.

En ziyade katanî ve buna muttasıl havsala ve diğer kemiklerdedir.

#### Kürrei ayının kanseri ve tedavisi;

(H. Vasiliadis, Löven Polonya; Arch. d. ophtalm. 1934.51.6.5.348 Müellif eçfan kanseri için radyum tedavisini bütün diğer tedavi metotlarından daha müreccah olduğunu zikrediyor. Eçfan kanserleri vasi ve müteammim dahi olsalar tedaviden sonra palastige müsaittir diyor.

Kürrei ayının sathî tesannuatı cedidesi için rontgen tedavisi icap eder fikrindedir.

Eğer sathi olan bu tesannuu credit basalai ayının derinliğine doğru intişar etmiş ise zülvecheyn bir tedavi lâzımgeldiğini zikr etmektedir. Ameliyat ve şua tedavilerini mevzuubahseylemektedir, Müellif 37 hastadan 9 zu muahhar muayene için bulunmadığını zikretmektedir. Bu 9 dan dördünde 1-3 sene tedaviden sonra şifa tesbit edildiğini kayıt etmektedir. Diğer 9 hastadan birisi 3,5,7 sene sonra tamamen residivsiz imiş. Melanomlu 8 vakadan melano sarkomlu bireri 5,8 seneden sonra residivsiz imişler. 10 sarkomdan her biri 3,5,6 sene sonra residivsiz kalmışlardır.

10 Baso ve migzeli hücreli kanserlerden biri 7 seneden beri ve 3 ü 3 senedenberi nüks etmişlerdir.

18 kişi arasından 5 sene tedavi gördükten sonra % 38 şifa bulmuşlardır.

26 kişiden 3 seneden fazla tedavi görmüş olanlardan % 53 ü şifa bulmuştur.

12 yaşında bir çocukta gayri mutal bir em'a tümörü:

A.F. A b t; Chicago, Amer. J. The Childr 1934. 47.3.5. 710). Müellif 12 yaşındaki kız çocuğu hastasında bir hafif diyare ve zafiyet ve ziyâ şiklet görmüş, Marız serbest müteharrik ve az hassas, bir cenin başı kadar, düz ve bir batrı süfli eymen tümörü arz ediyor.

Muhtelif şiddetli iltisakatından dolayı güçlük- le tercrit edilen tümör tam sait ve çeküm, zeyl ve hudut bulunan müstaraz ve bir kısım serp (ki tümörü muaneka etmiştir) ihrac edilmiş ve ileokolo- stomi yapılmıştır.

18 aydan beri çocuk tamamen sıhhatta imiş ve çok iyi olmuş, şiklet almıştır. Burada fibromikzosa- rom tesbit edilmiştir. Böyle tümörler local residiv- lere müsaittirler. İâkin metastas yapmazlar.

23 yaşında bir erkekte iptidai akciğer kanseri:

(L.A. C r o w e l Jr. Lincolntawn; J.Amer. Med. Assoe. 1934. 102. 12. 5. 923). Müellifin 23 yaşında- ki erkek hastası 10 sene bir pamuk iplik bükme fabrikasında çalışmıştır. Hastaneye girmeden evvel 7 hafta hasta kalmıştır. öksürürmüş ve kahve ren- birkıraşe çıkarıyormuş, humma, usreti teneffüs, sağ sâdırda evca, zafiyet arazi çabuk kendini göster- miştir. Hastaneye duhulinden 4 hafta sonra ölüyor. Müteaddit ponksiyonlara rağmen seririyatta ancak hemorajik eksuda elde edilebilir.

Otopside kasabat ve kasabat epitelinden neşet et- miş akciğer kanseri tesbit etmiştir.

Cilt mumificationu (Decubilus):

(Von Freudenthal, Chrurgische poliklinik rigs Hospital Danimark Kobenhaven; Ugeskr. Laeg 19- 33. 1095). Müellif iki gayri mutal vakasile cilt gangireninden haber veriyor. Biri 33 yaşındaki erkekte zend tarafından ve sol saitte bir fronkeden dolayı bir tabib tarafından şak edilmiştir. 14 gün son- ra bu hasta hastaneye geliyor. Bu müddet zarfın- da pansuman hiç değişmemiştir. Pansuman açıldı- ğı zaman 5X7 santimetre sahasında cilt tamamen nekrotik olmuştur.

İkinci bir vaka: raddi bir yaranın dikişinde 1 santimetre tulinde cilt temevvüü görülmüştür. Bu son vakada pansuman 4 gün bırakılmıştır.

Müellif zan ediyorki: Cilt nekrosu şu şekilde husulbulmuştur. Yara sekresyonile evvela pansuman ıslanmış ve badehu kuruyarak tekemmüş etmiştir. ve bu kuruyan kütle ile cilt devramı mütezarrır ol- muş ve nekroz teessüs eylemiştir.

Kısmi Rezeksiyondan 12 sene sonra mide Kanseri- nin nüksü:

(Briti. J. Surg. 1934: 21. 83 S. 542; A.B. P a i n L e e d s). Müellif hystolojikman tesbit edilen ve kanserden dolayı midesinin 4 de 3 ü neşredilmiş bir marızden bahs ediyor. Nüks üzerine bu hastada je-

junostomie icra edilmiş ve çabuk ölmüştür. Otop- side tabakai muhatiyenin derinliğinde adalata ka- dar nazif adenocarcinom tesbit edilmiştir.

Müellif literatürde 10 seneden sonra çok az mi- de residivleri mukayyet olduğuna binaen vakası- nın nedretini kayt eyliyor.

4. DOĞUM - KADIN HASTALIKLARI:Ameliyatlardan ve doğumlardan sonra husule gelen iperazotemi; ipoklokremi aksidanları: hâli- thazurelekkileri;

(Dr. A l i R ı z a; İzmir Kliniği, Cilt 4, Sayı 4). Ameliyatlardan ve doğumlardan sonra muac- cel veya müeccel yorgunluk, bittabi fenalıklar hissâ dicret, teserrü nabazan dil ve ağır kuruması şid- detli ateş usreti teneffüs, müşkil teneffüs, disüri balonman, kâzip insidatlar, ihtilacat ve komaya kadar) ve esaslı tetkikatla uzvî bir afete rapr edilmiyen tekevünü marazisi güzelce izah edil- meyen bazı sendromlar vardır ki kan ve mayü dimagii şevki muayenesile kanda azot miktarının tezayüdü; bilmukabele klor miktarının düşüklüğü ve umümü ihtiyat kalevilerinin evsaf ve derecele- rinin tebeddülile muttasıf (*Hormonal bir ahenk- sizlik*) ismi verilen bir sendrom mevcuttur ki bu sendromları her ameliyatlı da ve her entoksike uzviyette, bilhassa hamil gibi uzun müddet hor- monal aheksizlik göstermeye müstait ve mütemia- yil süjeler üzerinde henüz seriri tezahürat başla- madan her vakada bu hadiseyi düşünerek prevan- tif olmak üzere metotlar dairesinde labaratuvar tetkikatında istinat ederek serum ipertonik tedavî- sine ihtimana etmek bu gibi aksidanların zuhuruna mani olur. Hastalarımız narkozdan uyanınca du- yulması mutal olan fenalıkları his etmez. Nabız intizamı katiyen bozulmadığı için hiç bir münebbi- he ihtiyaç olmaz. Ağz daima rutubetini muhafaza eder. Hastalar ateş hissetmezler, fazla kusmazlar, vaktinde gaz çıkarırlar, intifahi batın ve batrı ko- likler görülmez. Umumi Yorgunluklar bitabi ahva- vali umumiyede fenalıklar görülmez. Bu suretle ameliyatlının nekahat devresi kısa sürmek suretile her cihetçe şayanı istifade netayice desteres olu- nur.

Avertin narkozu ile doğurtulan kadınların co- cuklarında görülen arızalar :

(F. A. Wahl, arch. f. Gyn. Bd. 157, H. I). Avertin narkozu ile doğurtulan kadınların % 50 nisbetinde, ilk 2 - 4 gün somnolenca, fazla mayia- ta ihtiyaç gösterme ile ağırlık münhanisinde gay- ritabiik görüldüğünü, bildirmekle beraber bu nar- kozunun doğumlarda pek de tavsiyeye değer bir vasıta olmadığını söylüyor.

## Y E N İ K İ T A P L A R :

Füsiologie :

(Yazan: Ord. Prof. K e m a l C e n a b B e r k s o y ; Ahmet İhsan matba'ası, 1934; 152 sayfa) Füsiologi'nin birinci kısmı (genel füsiologi, özel füsiologi'den singi, sümürüş, iç çevre, kan ve lümfa) ndan bahseden bu bitik papye kuşe üzerine basılmış bir çok renkli, rensiz nefis original resim ve şemalarla bezenmiştir. Sayın üstadımızın tabiiyecilere ve tıb müntesiblerine verdiği bir çok kitaplar arasında, bu kez senelerdenberi öğrettiği bu ilmin denemelerine ait kendi öz çalışmalarının resimlerini koymuştur. Bu bitigin başka yenilikleri de Türkçe oluşu, Teşrih ile fizyoloji istilahlarının karşılıklarını bulunduruşudur. Bu yüzden dil ile oğraşanlar da bu kitaptan büyük istifade edeceklerdir. Bu arada fen kütüphanemiz de yeni bir eser kazanmış oluyor. Kitabın çok yüksek olan ilmi değerini biçmeğe kendimizde hak bulamıyoruz. F ü s i o l o g i y i bütün ilim ve dil müntesiblerine hararetle tavsiye ederiz.

Çocuk Hastalıkları bilgisi:

(Yazan: Prof. Dr. İ h s a n H i l m i ; Kader matbaası, 1935). 592 sahife ve bir çok kıymetli original, üstadın kendi mesaisinden topladığı resimler ile radiografileri havidir. Bu şube ile alâkadar bir çok eseri bulunan değerli hocamızın bu defa'da çocuk hastalıkları hakkına Türkçeleştirilmiş, ve son telekileri toplu bir halde bulunduran bir bitik meydana getirmiştir. Yüksek ilmi değeri olan bu kitab pek sade, selis ve açık bir ifade ile yazılmıştır. Müsaedelerile bitigin başlangıcını aynen burava nakleder, eseri bütün azkadaşlara tavsiye ederiz.

«Cumhuriyet hükümetimizin başardığı bir çok beccit uğraş ve savaşlar arasında çocuklara da bir alan ayırması ve onlarla da uğraşması teşekküre değer; sözün doğrusu, son yıllarda yurdumuzda çocuklar için alınan hir çok türümler ve kurumlar bunu göstermektedir; işte bunların içinde yeni kurulan üniversitemizin başlıca köklerinden biri de, gerçekten, (çocuk hastalıkları ve bakımı seririyatı) adı ile anılabilir.

Üzümeyelim, Avrupada da çocuklar ve çocuk hastalıkları ile yettiği kadar didişme ancak otuz yıldan beridir; ondan önce orada da çocuk işleri orta zamanı andırmakta idi. çocukların bulunuşları ile hiç uğraşılmaz, sağlık bakımından gidişleri de ancak büyüklerle beraber olurdu: bir anlatma; hasta olan çocuklar herhangi bir yaşlı adamlar koğuşuna, oda istenilirse, alınır ve orada bakılırdı; hastalıkları ağır olanlarsa bir kaç gün kaldıktan sonra, bakıldı ki iyi olmuyor, evlerine gönderildi; git gide büyük hastahanelerde çocuklar için ayrı yerler gösterildi ve fakat oralara da hasta çocuklar ancak triage yapılarak alındı.

İlk önceleri işe yaramaz herhangi bir çamaşırı kadın çocuk koğuşuna da bakarken sonraları çocuk koğuşlarında en bilgili hastabakıcılar kullanımağa başlandı; işte böylece, çocuk pavyonları, çocuk hastaneleri, hatta yalnız süt çocuklarının alındığı hastaneler

ereche'ler, pouponniere'ler kuruldu ve çocuk bilgisi git tikçe, yavaş yavaş ilerledi ve alanını genişletti.

Çocuk hekimliği iç veya dış diye adam yapısını bütün, ne göz, ne kulak, ne de deri gibi bir türlü hastahkl-rını değil, onun yavrusunun iç ve dış demeden bir sürü hastahklarını bildiren bir bilgidir; bu bilginin temeli yalnız iç hastahkları olmayıp bununla beraber belki deri, belki kemik, belki göz, belki sinir, belki orthopedique, sözün kısası, yerine göre hemen de her türlü hastahklardır.

Bunların içinde bir türlü hastahklar vardır ki yalnız çocuklarda görülüp büyük adamlarda hiç görülmez; bir türlü hastahklar da çocukluk çağında pek sık ve çok büyük adam çağında ise pek seyrek ve az görülür; başka bir türlü hastahkların yalnız çocukluk çağında kendilerine göre değışiklikler ve karışıklıklar yaptığını söylemeği de unutmamalıdır; bu türlü hastahkların büyüklerde hiç göze çarpmadan korkulmadan geçirilmesine savılmasına karşı, bunların sonu çocukluk çağında hemen ölüm olabilir.

Çocuk hastahklarını bilme çok üstündür. Ulusumuzun sayım siyasası deyince aklımıza çocuklar ve hemen de çocuk hastahkları gelmelidir; biliniz ki, hastahğa en çok açık olan çığ çocukluktur; bu çağda hastalanmada, ölüm de en yüksek bir tepededir; (bir çocuk dünyaya ayak bastığı güne ne kadar yakın bulunuyorsa onun yaşama bağı o kadar gevşektir). sözü hemen hemen atalar sözü gibidir.

Çocuk hastahkları bilgisi hekimini kendine çeker; her gün başka yapılar tanımak, başka yüzler karşısında kalmak hekimin görgüsünü, bilgisidi genişletir ve onun çocuklara olan sevgisini artırır.

Çocuk hekimini yalnız hastahk savan değil bununla beraber bir koruyandır da; bir çok hastahkların önüne çocuğun usunu, beslemesini, bakımını göz önünde bulundurarak, sözün kısası onun yapısını içten, dıştan serileştirerek geçebiliriz; demek ki çocuk hastahklarını savmada en üstün yol beslemeği usı, korumayı bilmektir; ilâç butulardan çok sonra gelir.

Bu arada çocuk hastahklarını bildiren bir kitap yazmak yürekliğini bana talebelerim vermiştir; yıllardan beri dağınık yapılar halindeki bilgilere; geçen yıldanberi vermekte olduğumuz klinik derslerini de katarak ve bunlara uluslar arası ve evrensel kitaplardan da yardım alınarak klasik diye umduğumuz şu kitabı yazmış bulunuyoruz.

Bundan beş yıl önce yazdığımız tek tek ve soysal çocuk sağlık bilgisini anlatan (Püerikültür) atlı kitabın bir bakıma ikinci bölümü olmak üzere çocuk hastahklarını söyleyen bu kitabı yazarak bir yumuş daha gördük ve her yumuş görüşte olduğu gibi bunda da kıvanç duyduk.

Hekimler ve hekim olacaklar için yazılan bu kitapta göz önünde tutulacak bir durak, iç hastahkları kitaplarda bulunabilecek bilgilerin yeniden söylenmesinden sakınmak olmuştur; bir durak ta küçük yaşta kişilerde sık görülüp iç hastahkları kitaplarda ancak bir kaç sıra ile geçiştirilen yazıların bir çoğuna burada yapraklar dolusu yer verilmiş olmasıdır.

Böylece bir türlü hastahkların yalnız söylenmiş-

sine karşı başkaları bir kaç sıra yazı, öteki-leri ise yapraklarca yer almıştır.

Biliyoruz ki çocuk hastalıkları kitaplarında re- sim bol olmalıdır; çünkü çocuklarda morpho- logique değişikliklere çok sık rastlanır; hatta çocuk hekimlerinden birinin dediği gibi; (çocuğun yüzü onun carte de visite'dir); Burada original olmak isteği resimlerin sayısını biraz kısmıştır; 128 resim çocuk hastalıkları kitabı için azdır; fakat unutmayalım ki, resimlerin hemen hepsi kliniğimiz- de gördüğümüz ve üzerinde durduğumuz, işlediği- miz yavrularındır; her kitapta görülmesi klasik olup ta bu kitap içinde yer bulamayan resimler klinik derslerinde hasta gösterme ile yerlerine konacağından gerek bu eksik ve gerek resim- lerin bir kaçının seyrek görülen hastalıkları gös- termesinin temiz düşünmeye başlanacağını umarım.

Kitabımızın son yıllara kadar gelmiş ve he- kimliğin ana çizgilerine her yandan bilgiler kazanmış olan hekim olacakları çok önstrada bir hekimlik kökünde (çocuk hekimliğinde) bilgilerini genişletmek için yazılmıştır; çocuk hekimliği bir köktür; bundan başka ister hükümet hekimii, ister belediye hekimii ister mütehasıs bir hekim olsun, her hekimin o yolda yaşayışında en çok göreceği ve uğraşacağı çocuklar ve çocuk hasta- lıkları olacaktır; işi yalnız pratik noktadan görüş bile çocuk hastalıklarının üstünlüğünü görmek için yeter.

Olgun bir adama göre çocuk ne ise iç hastalıkları kitaplarının yanında bu kitapta odur; tomruğa karşı tomurcuk.. Göğdeye karşı filiz... Fakat kendi yerinde çocuk nasıl bir baş ise onun hastalıklarını bildiren kitaplarda kendi başından öyle demektir.

Yarının ve bugünün hekiminin çocuk hasta- lıklarındaki bilgisini arttırmak ve bu kitabı da yardımcı bilmesi bizim için büyük bir sevinç kaynağı olacaktır. Biz de bu yüzden yurdumuz da çocuk hastalıklarını ve ölümünü azaltmağa yol bulabildiğimizden dolayı çok mutlulanacağız».

#### Prostat dahhamesi:

(Yazan: Urolog-Oper. Dr. Sa i m A h m e d; Askerî tıbbiye matbaası, 1933-34). 290 sahife ve bir çok resimleri havidir, fiatı 400 kuruştur. Bu şu-

bedeki bir çok kıymetli tedkik ve eserleriyle tanınmış olan arkadaşımızın bu defa büyük zahmetlerle ve muhtelif lisanlarda yüksek bir bibliografiye istinad eden «Prostat dahhamesi» hakkındaki eseri cidden ince ve dekik bir tettebbu muhassasıdır. İdrar yolunu ambriolojisinden cerrahi müdahale tekniklerine, arı- za ve ihtilatlarla kadar bir çok mühim bahislerê havidir. Müellifini tebrik, kendisine teşekkür eder, kitabı arkadaşlara tavsiye ederiz.

#### Hayatî ve Tıbbî Kimya :

(Yazan: Dr. Saib Ragıb Atademir; İstanbul Bozkurt matbaası, 1935). Tıp fakültesinin hayatî ve tıbbî kimya doçenti çok değerli arkadaşımız Saib senelerdenberi çalıştığı bu şubede 296 sahife- lik *Hayatî ve Tıbbî Kimya* namile kıymetli bir bikik çıkarmakla fen sahasında bir ihtiyacımızı kapamıştır. Müellifi tebrik eder kitabı Tavsiye ederiz.

#### Hypopygium

(Yazan: Dr. Tefvik Halil; Bursa, Bizim matbaa, 1934, Fiati 50 kuruş). Bursa sıtma mücadele heyetê reisi, senelerdenberi bu şubede yaptığı laboratvar tetkikatından Moskito'ların Hypopygium'ları hakkın- da bir çok resimleri havi bir broşür neşretmiştir, okurlarımıza tavsiye ederiz.

#### Anofeles Makülipennisin Nevileri;

(Yazan: Dr. M. Rıza; Bursa, Bizim matbaa, 1934- Fiati: 25 kuruş). Laboratvar şefi kıymetli arkadaş- ımız bu hususta bir etüd yapmış ve broşürünü planş- ve resimlerle süslemiştir. Bu kıymetli yazıyı okurlarımıza tavsiye ederiz.

#### Deri hastalıkları ve Frengi arşivi:

Değerli üstad Prof. Dr. Hulusı Behcet ile Do- çent Cevad Kerim'in idaresinde cidden mükemmel Türkçe ve Fransızca kısımlarını havi, Avrupa mec- muaları ayarında bir ihtisas mecmuasıdır, Yeni re- fikimizi tebrik ile uzun ömür diler, arkadaşlara tavsiye ederiz.

### KONGRELER - CEMİYETLER - İÇTİMALAR;

#### Altıncı ulusal Türk Tıp kongresi:

1935 yılı güzünde Ankarada Altıncı Ulusal Türk Tıp Kongresi toplanacaktır. Mevzular ve ra- portörler aşağıya yazılmıştır. Bunlardan başka ser- best rebligatta bulunacak arkadaşlar mevzularını hazırlayarak Temmuz 935 sonuna kadar Prof. Dr. Fahreddin Kerim Gökay, Ankara caddesi N: 15 İstanbul adresine göndereceklerdir. Her defasında daha istifadeli ve daha parlak olan kongreye bu sene fazla rağbet olacaktır.

#### A) Romatizma:

1- Spesifik intanı romatizma; (Ord. Prof. Dr. T e v- fik Sa ğ lan ve Muallin Dr. A b d ü l k a- dir L ü t f i).

2 - Müzmin romatizmalar; (Ord. Prof. Dr. Frank ve Doçent Dr. A r i f İ s m e t).

3 - Marazî Teşrihi; (Ord. Prof. Dr. O b e r n d o r- f e r ve Prof. Dr. H. S e d a d).

#### B) Toksikomani:

1 - Alkolizm meselesi; (Ord. Prof. Dr. M a z h a r U z m a n ve Prof. Dr. F a h r e d d i n K e- r i m G ö k a y).

2 - Başka toksinler; (Muallim Dr. N a z i m Ş a k i r ve Dr. Ş ü k r ü Y u s u f).

3 - Adli Tıpta toksikomani; (Prof. Dr. M. H a y- r u l l a h ve Dr. A h m e t Ş ü k r ü).

#### Uluslar arası 2 in-i Stomatologie Kongresi;

14-19 nisan 935 de Bologne da toplanacak (M. Dauge, 17, rue Godin-de-Mauroy, Paris; veya kon-



gre komitesinin merkezi olan Via San Vitale, 59, Bologne, İtalyaya müracaat).

#### Uluslar arası hastaneler kongresi;

Bu kongre Roma da 5-12 mayıs te toplanacaktır. (W. Alter Cassa Fegotto, Siracuse, Sicilia, İtalyaya müracaat).

#### Uluslar arası Trahomla mücadele teşkilâtı kongresi:

Mayıs ayında Budapeştede toplanacaktır. (Assoc. de da Cécité, 66, Bd. Saint-Michel, Paris'e müracaat).

#### VII. nci uluslar arası çalışma arıza ve kazaları kongresi

Bu kongre 22-25 temmuz 935. de Brükselde toplanacaktır. (Leo. Dejardin 23, rue du commerce, Bruxelles'e müracaat).

#### Uluslar arası hayat sigorta tababeti kongresi;

23-27 temmuz 935 de Londrada toplanacaktır.

#### Uluslar arası asabiye kongresi;

29 temmuz 2 ağustos tarihinde Londrada toplanacaktır: (M. Wilson, 14, Harley Street, London'a müracaat).

#### I. inci uluslar arası Gastro-enterolojic kongresi :

Bu kongre 5-7 ağistosta Brükselde toplanacaktır. (M. G. Brohée, 64, ure de la Concorde, Bruxelles'e müracaat.)

#### IX. uncu uluslar arası cildiye ve efrenciye kongresi;

31-2 eylül 935 de Budapeştede toplanacaktır. (Maria-U41, Budapest'e müracaat).

#### Uluslararası cerrahi kongresi;

28-31 birinci kânunda Kahirede toplanacaktır.

#### Uluslararası tıp tarihi kongresi :

1935 senesi sonbaharında Madritte toplanacaktır.

#### XV. inci Uluslar arası fiziolojic kongresi :

1935 senesinde Moskovada toplanacaktır.

#### 2. inci uluslararası mikrobiolojic kongresi :

1935 senesinde Londrada toplanacak.

#### Türk Ginekoloji Cemiyeti :

İkinci teşrin toplantısını 14 - 11 - 934 çarşamba günü Prof. K e n a n T e v f i k'in Başkanlığı altında yaptı. Bu toplantıda :

Prof. A l i E s a d : Ameliyatla düzeltilemeyen bir mesane fistülünde yaptığı *Coffey-Mayo* ameliyesini anlattı. Ameliyat tekniğindeki incelikleri projeksiyanla gösterdi. Muvaffakiyetle ameliyat ettiği kadını getirip gösterdi ( yazısı orijinal makale olarak çıkacaktır ).

D r . A h m e t A s ı m : *Coffey* ameliyesinin en büyük faydesi aşadan yukarıya çıkacak enfeksiyonun önünü almaktadır. Netekim Coffey'den önce bir çok hekimler halibi barsağa dikmişlerdi. Bunların hepsinde asandan enfeksiyon oluyor ve hastaların çoğu ölüyordu. Coffey bunun önünü alması düşündü. Böylece halibi doğrudan doğruya barsağa açmaktansa, ilk önce barsağın tabakaları arasında biraz yürüttü ve ondan sonra barsağa açtı. Bunun neticesi halibe güzel bir muassıra, iyi bir kapak yaptı ve barsaktan mikropların halibe ve bu yol ile lütreğe girmelerinin önünü aldı.

Biz *Coffey* ameliyesini, *Wertheim* veya *Luna* benzeyen güç ve yapışıklıkları çok olan kadın ameliyatlarında halip kesildiği ve kesilen üst ucu mesaneye dikmenin, yahut iki kesik halip uçlarını karşı karşıya getirip tutturmanın mümkün olmadığı veya yapıldığı halde dikişlerin tutmadığı vakalarda da yapıyoruz.

D r . O r h a n T a h s i n : Operatör halibi kesince hemen Coffey ameliyesi yapamaz, dedi.

P r o f . K e n a n T e v f i k : Halibi yalnız rektuma değil, kalın barsaklardan herhangi birine enplante etmeli; ameliyatı bir seansta yapup, enfeksiyon yerini iki defa karıştırmamalı; ve halibin içine sonda koyup teslihi yapmalı dedi.

D r . A h m e t A s ı m : Şüphesiz ağır bir *Wertheim* ameliyesi geçiren hastaya aynı seansta bir de Coffey ameliyesi yapmak doğru değildir, Eger kesik farkına varılırsa en kolay halibin üst ucunu mesaneye dikmek; ve kesik yüksek de olursa da mesaneye tutturmanın imkânı olmazsa, uc uca dikmek; ve bunlar tutmadığı yahut halibin kesilmiş olduğu ameliyattan bir kaç gün sonra anlaşılırsa; hasta iyi olduktan ve biraz kuvvetlendikten sonra Coffey ameliyesini yapmak gerekir.

P r o f . A l i E s a d : Son söz olarak, inoperable mesane ve rahim kanserlerinde, hastanın bir az daha yaşaması için yapılan Coffey ameliyelerinden sonra görülen ölümleri, bu ameliye aleyhine yazmamalı. Çünkü onlar zaten kaybolmuş hastalardır. Coffey'nin orijinal tekniğine sadık kalmalı, değişiklikler yapmamalı. Çünkü, bu teknik 18 senelik yorucu çalışmadan sonra bulunmuş en iyi bir usuldur dedi.

D r . A h m e t A s ı m : Ameliyatla çıkardığı üç meme kanserini gösterdi. Bunların hususiyetlerini anlattı. Mikroskopik preparasyonlarını getirip gösterdi. Meme kanserlerinin bu günkü tedavi usullerinden bahsetti (tamamı orijinal makale olarak İstanbul seririyatında çıkacaktır).

D r . H a d i İ h s a n : Wintzin meme kanserini çıkardıktan sonra Röntgen tedavisi yaptığını ve aynı zamanda kadını kısırlaştırdığını söyledi. Bu usulde müellifin her grupta aldığı şifa yüzdesini bildirdi. D r . Ş e r i f : Meme başının çekikoluşu, kansere mahsus patognomonik bir araz değildir. Mastit kronikte de olur, asıl teşhis mikroskopik muayene ile konmalıdır. Kanserlerin ne cinsolduğunu sordu.

A l i E s a t : Ameliyattan sonra hem, Röntgen tedavisi yapılmalı hem de kastrasyon yaparak memeleri, yumurtalık hormonlarının, tesirinden korunmalıdır dedi. D r . A h m e t A s ı m : son söz olarak meme kanserile, *Mastitis chron*, *Cyclic*-yı mikroskop altında ayırmanın her vakit için mümkün ve kolay olduğunu; asıl zor olan şeyin, başlangıçta bu iki hastalığı makroskopikman birbirinen ayırmak oldu-

ğunu, bu takdirde muayene ve klinik arazın hepsine dayanmak lâzım geldiğini söyledi. Ancak bu arazlar içinde bir kısmı, meselâ meme başının çökük oluşu, başka hastalıklardada görüldüğü gibi, çökük olmayışı da kanser olmadığını göstermez. Netekim bizim bu üç vakamızda kanser olduğu halde, meme başı çökük değildi. Kanserlerden ikisi *Medullaire* biri *Squirre* cinsinden idi. Kartasyona gelince: hastalarımızdan ikisi zaten adetten kesilmiş idi. Üçüncüsünün de kanseri ilerlememiş olduğundan, buna lüzum görmedik.

**Dr. H a d i İ h s a n :** cismi asfar hormonile iyi olmuş üç nisaî kanama müşahadesi anlatmış, Corpus Luteum, Follicul ve fussy kuddamî hormonlarının jinekolojide istitbab ve son dozajları hakkında malûmat vermiştir.

**Prof. Ali Esad:** *Hyperplasie* ve *avortement habituel* de kendisinin de korjon hülâsasından çok istifade ettiğini söyledi.

**Dr. Nuri Süleyman:** Vücudünde 4 cins şekil kusuru bulunan yedi buçuk aylık bir çocuk gösterdi, ve bunun doğumda yaptığı zorlukları anlattı.

**Prof. Besim Ömer ve Dr. Orhan Tahsin:** Bu vesile ile, kendilerinin de gördükleri, çocuklara ait muhtelif şekil kusurlarını anlattılar.

Türk Ginekoloji kurumu, birinci kânun toplantısını 12-12-934 çarşamba günü Prof. Kenan Tevfik'in başkanlığı altında yaptı. Bu toplantıda: Dr. Ahmet Asım; Harkafadan menşei alan ve tenasül yolunun fevkalâde daraltmak suretile doğumu güçleştiren bir osteosarkom vakası takdim etti ve (gebelik ikiz idi; birinci çocuğun su kesesi 36 saatdenberi yırtılmış olduğundan ve hastada yüksek hararet başgösterliğinden aneliyeyi kayseriye yapmak imkânı yoktu; Aşadan kadını doğurtmak ta çok müşkildi. Ölü ve masere olan birinci çocuk hazı cenin ile, diri olan ikinci çocuk, selim olan kesesi yırtılmak ve ayakları aşağıya çekilmek suretile makadî itilân ile canlı olarak ve çok zorlukla alındı; ikiz gebelik, çift vitellinli ve birinden ayrı iki meşimeli idi) dedi; kadını ve çocuklarını gösterdi. (Bu vaka hakkındaki tafsilât makale halinde ayrıca neşrolunacaktır.)

**Prof. Ali Esad** haznesi olmayan bir kadına kalın barsaktan yaptığı suni mehbilden bahs ve ameliyattan sekiz ay sonraki çok müsait vaziyeti göstererek hastayı takdim etti (vak'a ayrıca neşrolunmuştur.

**Prof. Kenan Tevfik:** (Gebelik piyelitlerinin patojeni ve tedavisindeki yenilikler) unvanlı bir tebliğde bulundu. Projeksiyonla müteaddid resimler gösterdi.

**Prof. Ali Esad:** Prof. Kenan Tevfik'in tebliği hakkında; Cylotropine den kendi hastaları-

nda çok istifade ettiğini, yalnız bu ilaç yapıldığı zaman hastaya bir kaç saat mayiat verilmemesi lâzımgeldiğini, bu sayede ilâcın böbrekten kesif olarak geçmesi ve mikroblara kuvvetli bir surette tesir etmesi temin alınacağını söyledi. Eğer *Cylotropine* den bir faide elde edilmezse, yalnız kateterizm yapup huveyzayı drene etmek, hastalığın geçmesine kâfi gelir. Mamafi ayrıca huveyza lavajları yapmak ve bunun için de basit muakkam su kullanmak muvafıktır dedi. Aşadan, bilhassa otovaksenden çok faide gördüğünü, ağız yolile verilen aşılardan istifade etmediğini ilâve etti.

**Prof. Kenan Tevfik:** Prof. Ali Esadın aynı fikirde olduğunu, aşı ve serumların çoğunun hakikaten *Reizkörpertherapie*, *Proteinkörpertherapie* şeklinde tesir ettiklerini, spesifik tesirin en ziyade otovaksende mevcut olduğunu söyledi. Rahmin tahliyesi meselesinin ancak bütün tedavinin faide vermediği çok geçikmiş vakalarda mevzu bahs olabileceğini bildirdi.

**Dr. Ahmet Asım:** Hamli mebyiziye taklid eden bir (*Teercyst*) piyesi göstererek, vakanın hususiyetini anlattı (makale halinde mufassalan intişar edecektir.)

**Dr. Şerif:** Hastanın âdetlerinde teşevvüs olması lâzımgeldiğine, belki iyi anamnez vermemiş olduğuna işaret etti.

**Dr. Ahmet Asım:** Kadının iyi tahsil görmüş bir kimse olduğunu, sorulan sùallere doğru ve makul cevablar verecek iktidarda bulduğunu kaydetdikten sonra, vakayı, hastanın verdiği izahat çerçevesi dahilinde tedkik ve bu ciheten hususiyetler gördüğü için, Takdim etmiş olduğunu söyledi.

**Dr. H a d i İ h s a n :** Rabim kanserinin amudu fikirde yaptığı geç bir metastaz vakasından bahsetti; ve buna benzer vakalarda yaptığı Röntgen tedavisi usulünü anlattı.

**Prof. Fuad Fehim;** Vaktin gecikmesinden dolayı ruznamede bulunan diğer tebliğlerin, gelecek celseye bırakılmasını teklif etti. Bu teklif eskseriyetle kabul edilerek toplantıya nihayet verildi.

9 - 1 - 1935 toplantısını Prof. Kenan Tevfik'in başkanlığı altında yaptı. Bu toplantıda :

**Ali Esad, Birol:** - Rahmin aît kısmından müstarazî sakla yapılan kayser ameliyesinden bahs ve bu usul ile doğurduğu hastalardan birisini gösterdi; bütün kayser ameliyeleri hakkında ve muhtelif usulleri birbirile mukayese ederek tebliğatta bulundu.

Bu vak'a ve tebliğ hakkında :

**Orhan Tahsin:** Kendisine sezaryen bas yapılan hastada eklampsi mevcut olduğuna nazaran, aceba Pernoclon yerine diğer umumî nar-kotik bir ilaç kullanmak daha doğru olmaz mıydı?

Transversal sezaryende şakkın iki yana kaçnasile belki de şıryanı rahimler yırtılabilir dedi.

**A h m e d A s ı m O n u r :** Ameliyeyi kayseriyelerde üç noktayı çok mühim telekki ederim: 1. Narkozun nevi 2. Rahmi tekallüs ettirici ilaçların istimali 3. Muhtelif sezaryenlerdeki istitbabin derecesi.

1. Narkozun nevi. Biz hastanemizde sezaryen için 1926 danberi raşianestezi kullanıyoruz. Katani ibtali his rahimdeki fazla kanamanın önünü alıyor, hem de rahim adelesini takallüs ettirerek buna bir tonisite vardığından, ceninin ihracı kolaylaştığı gibi, şakkın iki uçları da ileriye doğru yırtılmıyor, Halbuki transversal sezaryende şakkın iki ucu ileriye doğru yırtılacak olursa, şıryan ve evrideyi rahmiyenin temezük etmesi ihtimali çoktur.

2. Rahmi takallüs ettirici ilaç olarak pituitrin ve arkadaşlarını kullanıyoruz. Bunu rahmi şak edeceğimiz esnada dahili verit yapıyoruz, bu sayede hem rahim kanamasına mani oluyoruz. hemde ceninin ihracı kendi kendine oluyor. Bu usulü forsepslerde de kullanıyoruz. Ve aletle resi uzun uzadıya çekmekden kurtuluyoruz. Forseps adeta bir cer aleti değil, rese yol gösteren ve onu gide eden bir alet halini alıyor.

3. Sezaryen Basın istitbabı, klasiğe nazaran daha geniştir. Klasikde su kesesinin yırtılmamış, ve hastanın klinik haricinde muayene edilmemiş olması şarttır. Halbuki kısmı süfladan yaptığımız kayser ameliyesinde su kesesi yırtılmış olabilir, ve hastada müteaddit defalar, dezenfeksiyon kaidelerine riayet edilmek şartıyla muayene edilmiş olabilir. Netekim ben bir kaç sene evvel tıp cemiyetine doğum başlayup su kesesi yırtıldıktan 16 saat sonra yaptığım bir sezaryen bas ameliyesi vakası takdim etmiştim. Kadına bu ameliye neticesi hiç bir şey olmamış, hattâ bir cidarı batın takayyühü dahi husule gelmemişti.

**K e n a n T e v f i k :** Ekstra peritoneal sezaryen, Ali Esadın söylediği gibi pratik değildir. Ve bugün hemen metrük gibidir. Çünkü ekstra peritoneal yapılan sezaryende bir intan ve tekayyüh husule gelecek olursa, buna nesci hücrevi peritüana nazaran daha az mukavemet ediyor. Sezaryen bas transversal iyi bir usuldür. Şakkın iki ucunun ileriye doğru yırtılmaması için, son zamanlarda unku rakim üzerine madeni bir halka tatbik olunmaktadır, dedi.

**A l i E s a d B i r o l :** son söz olarak : Klasik ile ekstra peritoneal sezaryenlerin tamamen metrük olduklarını sezaryen basın en ideal bir usul olduğunu ve unka adale elyafı mustarazî

olduğundan bu ameliye mustarazî şak ile yapıldığı takdirde a tele elyafının kesilmeyüp yekdiğlerinden tebit edilmek suretile rahme girildiğini söyledi.

**A h m e d A s ı m O n u r :** son söz olarak; nekrozlu miyomlarda, hususile takayyüh da husule gelmiş ve hastanın harareti de yükselmiş ise Röntgenen hiç bir istifade temin edilmez dedi.

**A l i E s a d B i r o l :** Yeni bir Granulozazel-tumor vakası takdim etdi. Bu vak'a hakkında;

**K e n a n T e v f i k :** Bu hastanın âdeti ne şekilde olduğunu, zira bazan amenorre de husule gelebildiğini, ve evvelce gösterdiği vakaların akibeti hakkında malûmat alub almadığını Ali Esadın sornu. **A l i E s a d :** son söz olarak; Kızlarda granulozeltumor olduğu zaman erken buloğ görüldüğünü ihtiyarlarda ise tevekkûf eden âdetin yeni len başladığını, söyledi. Bu hastamda âdetler kesilmemişdi, granulozeltumor esnasında hasta âdet görmeğe devam etmiştir, dedi.

**A h m e d A s ı m O n u r :** 15 kilo ağırlığında büyük bir yumurtalık kisti gösterdi, ve hasta hakkında izahat vererek, ameliyatda tesadûf ettiğigi ve edilmesi melhuz olan müşkilâtı anlattı. Bu vaka hakkında;

**A l i E s a d B i r o l :** Yumurtalığın retansiyon kistlerle, teşekkülâtı cedidesini yekdiğigerinden ayırmak için, Kermauner in yaptığı gibi yeniteşekkülât için (Blastom) tabirini kullanmanın muvafık olacağını, söyledi. Bazı hekimlerin yumurtalık kistlerini ponksiyon yapub muhtevisini boşaltmak suretile tedavi etmekte olduklarını ve fakat bu usulün doğru olmadığını bildirdi.

**H a d i İ h s a n :** Yumurtalığa aid her kistin ihraç edilmesi lâzım olduğu, yalnız büyüklerin değil mandarin cesametinde olan bir kistin bile çıkarılması icap ettiğiu söyledi.

**K e n a n T e v f i k :** Ali Esad'ın teklifini muvafık bulduğunu, hatta daha ileriye giderek kistin nevini de zikretmenin daha münasip olacağını bildirdi.

**A h m e d A s ı m O n u r :** son söz olarak ; Ali Esad ve Kenan Tevfik'in fikirlerine iştirak ettiği söyledikten sonra, en basit bir kistee bile ponksiyon yapmanın tehlikeli olduğunu, zira bu kistin habis bir tümör olabileceğini, ve kist cidarında ponksiyon neticesi husule gelen delikten muhtevisin periton boşluğuna akararak, habis tümörün bütün peritona grefe olmasını mucib olacağını bildirdi.

Çocuk Hekimleri Encümeni :

Çocuk Hekimleri Encümeni 25 - XI - 24 tarihinde Prof. Dr. İhsan Hilminin reisliği altında toplanarak bay Dr. Ali Şükrü tarafından son günlerde *Istanbulda görülen ictereler* hakkında tebliğ yapılmış ve Dr. Nami tarafından ileus üzerine söz söylemiştir.

3. 12. 934 tarihinde Doçent Dr. Şevket Salih tarafından *Bronche cismi ecnebisine dair iki vak'a* takdim edilmiş ve münakaşalar yapılmıştır.

Cerrahlar Cemiyeti :

Türk cerrahî cemiyeti aylık toplantısını 2. 12. 934 pazar günü saat beşte Cerrahpaşa hastanesinde operatör Kâzım İsmailin başkanlığında yapmıştır : Prof. Selahaddin kalça mafsali yanında gayet büyük bir sarkomu gösteren radyografiyi göstermiş, Ziver ameliyat ile çıkarılmış iki hançere kanseri ve yine ameliye ile tedavi edilmiş bir sar'a vak'ası göstermiş, Hazım ameliyat yapılmış bir mide kanseri vak'ası, Kemal bir genç çocukta hasıl olmuş büyük bir yüz tümörü ve bir sadır cerhası vak'ası göstermiş ve bu ikinci vak'a da ameliyat esnasında kendi kendine kan naklinin faidesine işaret etmiştir. Kâzım İsmail nadir görülen ve yaptığı ameliyat ile iyi olan bir mesarika uru vak'ası göstererek bunlarda teşhisin güçlüğüne bildirmiştir.

Nissen bir fuad karhası göstererek bunda teşhisin güçlüğüne işaret etmiştir. Vak'ayı Fikret münakaşa etmiştir. Burhannedin kalça mafsali bozukluklarında ameliyatın neticesi hakkında malûmat vererek projeksiyonla ameliyat yaptığı vak'aları göstermiş, Fahri Bazdow hastalığı tedavisinde yeni fikirleri ve yedi vak'anın müşahedasını bildirerek bu hastalıkta röntgenin faidesizliği ve hastayı ameliyata hazırlamanın lüzumu üzerinde ısrar etmiş, bu husustaki münakaşaya Avni, Kâzım İsmail, Prof. Nissen iştirak etmişlerdir.

Prof. Nissen diğer hurac vak'alarında iki zamanda ameliyat ve plombajın faidesi hakkında malûmat vererek ameliyat yaptığı üç vak'ayı göstermiştir.

Türk cerrahî cemiyeti aylık toplantısını 13 ikinci kânun pazar günü saat 17 de Şişli çocuk hastanesinde Prof. Ahmet Kemalin başkanlığı altında yapılmıştır. Operatör Rifat Hamdi plombaj ile tedavi ettiği bir ciğer apsisi ve ameliyat yaptığı bir jakson sar'ası vak'ası taktim etmiş, bu vak'alar hakkında Ahmet Kemal ve Kâzım İsmail fikirlerini söylemişlerdir.

Doçent Tefik, apandisit ameliyatı geçirmiş bir hastada batında hasıl olan iltihabı, ödün rontgenle ve muvaffakiyetle tedavi edilmiş olduğunu bildirmiş, ve ayrıca rontgenle tedavi edilmiş bir dil' sarkomu göstermiş, bu iki vak'a hakkında Kemal fikrini söylemiştir.

Operatör Sinasi Erel, dizde nadir görülen chlatler hastalığı hakkında izahat vererek Tarık Temel ile beraber topladıkları beş vak'ayı göstermiş ve tedavi hakkındaki nokta nazarını bildirmiştir. Doçent Muhterem, rontgenle tedavi edilmekte olan nühamive tümörü vak'ası göstermiş ve ayrıca yüzde bulunan büyük bir kanserin rontgenle büyük bir kısmının eridiğini göstermiştir.

Operatör Kâzım İsmail bir meayı müstakim kanseri için ameliyat ederek tamamen şifayâb olmuş bulunan hastayı taktim etmiştir.

3. 2. 935 pazar günü Ahmet Kemalin başkanlığında Beyoğlu hastanesinde toplanılmıştır.

Operatör Sadrettin, bir felçten olma - pied bot - vak'ası, profesör Salaheddin iki mide volvülüsü vak'ası taktim etmişlerdir. Rontgenci Tarık Temel safra taşı teşhisinde iki vaziyette radiografinin ehemmiyeti hakkında tebligat yapmış münakaşaya Kemal, Fahri, Burhannedin iştirak etmişlerdir.

Tarık Temel nadir bir rie kist hidatiki göstermiş, Kemal, Fahri fikirlerini söylemişlerdir. Tarık Temelin isnaaşer karhasına ayakta ve yatakta yapılan muayenelerin ehemmiyeti hakkındaki tebliğinin münakaşasına operatör Fikret iştirak etmiştir.

# Anadolu Kliniği

Üç ayda bir Konyada neşrolunur.

MECMUAYI DAİMİ YARDIM VE HİMAYE ALTINDA BULUNDURAN HEYETİ NAŞİER :

İ S T A N B U L D A N : Prof. Abdülkadir Lütü - Prof. İhsan Hilmi - Prof. Kâzım Nuri - Prof. Kemal Cenap - Prof. Kemal Hüseyin - Prof. Kenan Tefik - Dr. Mehmet Kâmil - Prof. Neşat Ömer - Prof. Niyazi İsmet - Prof. Server Kâmil - Prof. Süreyya Ali - Prof. Tefik Salim - Dr. Yakup Hüseyin - Dr. Vefik Vassaf. A N K A R A D A N : Dr. Emir Necip - Dr. Mustafa Hilmi - Dr. Ömer Vasfi - Dr. Salahi Vehbi - Dr. Şükrü Yusuf İ Z M İ R D E 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.

## U m u m î F i h r i s t .

A.

M Ü N D E R E C A T :

### 1 — Klinik dersleri:

|                            |   |     |
|----------------------------|---|-----|
| Prof. Dr. Abdülkadir Lütü: | Akciğer vereminde iklim ve irtifa istitbabları ve saratoryum intihabı | 1   |
| Dr. Mehmed Kâmil:          | Tuzsuz, az tuzlu ve mütat tuzlu perhizler.                            | 61  |
| Prof. Dr. Niyazi İsmet:    | Şebekiye (decollement) larında yeni tedavi usulleri                   | 117 |
| Prof. Dr. Server Kâmil:    | İğtıda hastalıklarile tedavilerinde esaslı noktalar                   | 173 |

### 2— Tıbbî İstışareler;

|                            |   |     |
|----------------------------|---|-----|
| Prof. İhsan Hilmi:         | Memededen kesme zamanı  | 5   |
| Prof. Dr. Niyazi İsmet:    | Oftalmi sempatik husulü ve korunması  | 6   |
| Dr. Şükrü Yusuf:           | Emboliden ileri gelen beyin sekteleri hakkında  | 7   |
| Dr. Mustafa Hilmi:         | Tederrüne ait mevaddı maraziyeden kültür yapmak   | 9   |
| Prof. Dr. Kenan Tefik:     | Tromalar ve gebelik   | 67  |
| Dr. Oper. Ömer Vasfi:      | İnşak ile elde edilen umumî iptalihis te umumî prensipler ve bir muptilihis intihabı meselesi | 68  |
| Prof. Dr. Abdülkadir Lütü: | Altın emlahile tüberküloz tedavisi (Chrysotherapie).  | 70  |
| Prof. Dr. Abdülkadir Lütü: | Oleotoraks  | 177 |
| Prof. Dr. Kemal Cenap:     | Kan şekeri düzeni hakkında  | 179 |

### 3- Mücmel yazılar:

|                            |  |    |
|----------------------------|--|----|
| Prof. Dr. Süreyya Ali:     | Hayat, Sıhhat, Hastalık.                                   | 11 |
| Prof. Dr. Kemal Cenap:     | Hayatıyat bakımından hasta başında hekim                   | 15 |
| Prof. Dr. Niyazi İsmet:    | Şebekiye (decollement) ayrılmalarında yeni tedavi usulleri | 17 |
| Prof. Dr. Abdülkadir Lütü: | Kısautokromi ve bağırsak parazitleri                       | 21 |
| Dr. doçent Kâzım İsmail:   | Amudu fikarî kırıkları ve nuhai şevkiye tesirleri          | 26 |
| Dr. Kenan Fevzi:           | Tecrübî rahitis  | 31 |
| Dr. Rafet Ahmet:           | Sitmada misli taamül (Henry taamülü)                       | 35 |
| Dr. Oper. Şerif Korkut:    | Muannit kabızda cerrahi tedavi                             | 39 |
| Dr. Oper. Asil Mukbil:     | Mesane taşı ameliyatlarından sonra daimi sonda meselesi    | 43 |
| Prof. Dr. Server Kâmil:    | Tüberkülozda erken teşhis meselesi                         | 73 |
| Dr. Emir Necib:            | Rahimdişi gebelikler                                       | 76 |

|  |                   |
|--|-------------------|
| Dr. Sami İhsan: Dördüncü, beşinci, altıncı hastalıklar   | 82                |
| Dr. Oper. Şerif Korkud: Bağırsak tıkanması   | 85                |
| Dr. Ahmed. İhsan: Sedimentation teamülüne dair seriri tecrübeler   | 89                |
| Dr. Yakub Hüseyin; Nadir bir (chloroee) vakası   | 124               |
| Dr. Oper. Halit Ziya: Rontgen de kemik tüberkülozu   | 127               |
| Dr. Emir Necib: Kadınlarda aybaşı kanamaları ile gayri tabiilikleri  | 132, 185          |
| Dr. Rafet Ahmed: Sıtma tedavisi hakkında   | 137               |
| Dr. Sami İhsan: Raşitizm tedavisi  | 139               |
| Dr. Oper. Semih Arif- Dr. Ahmed Ziya: Ema istidatları hakkında   | 141               |
| Dr. Oper. Şerif Korkud; Böbrek tüberkülozunun tanınmasına aid kısa bir bakış   | 146               |
| Dr. Oper. Asil Mukbil; Evipan-Natrium ile dahili verid narkoz  | 148               |
| Dr. Mehmed Kâmil; Hava harbinde Zehirli maddeler   | 181               |
| Dr. Oper. Necati Emen; Nescimunzamın cerrahî-marazî fizyolojisi  | 188               |
| Dr. Sami İhsan; Sütçocuğunda velâdî firengi tedavisi   | 189               |
| Dr. Raşid Rıza; Sous-occipitale ponction'ların lüzum. teknik. fayda ve kolaylıklarına dair   | 193               |
| Dr. Oper. Semih Arif- Dr. Ahmed Ziya; İnvajinasyon   | 195               |
| Kerim Ömer; Anadolu madensuları ve kaplıcaları   | 201               |
| Dr. Müfide Kâzım; Karaciker kifayetsizlikleri teşhisinde kullanılan Rose de Bengale, Galaktosürie tecrübeleri ve coefficient ammoniacal corrige nin seriri kıymeti | 204               |
| Dr. Oper. Şerif Korkud; Kanayan meme   | 210               |
| <u>4 — Müşahade ve tahliller :</u>   |                   |
| Dr. Sami İhsan : Süt çocuğu hastalıklarından Riga hastalığı  | 46                |
| Dr. Oper. Şerif Korkud : Üç douglas huracı vakası münasebetile   | 47                |
| Dr. Oper. Selim Feyzi ; Profilaktik tetanos serumu zerkedilmiş bir hastada muahhar tetanos enfeksiyonun teşekkülü münasebetile                                     | 91                |
| Dr. Cemalettin Arif ; Nefes yollarında yabancı cisim   | 92                |
| Dr. Oper. Şerif Korkud; Haricî rahim iki hamil vakası münasebetile   | 93                |
| Dr. Ahmet İhsan ; Biermer tipinde hakikî bir habis fakrüd-dem vakası   | 97                |
| Dr. Oper. Asil Mukbil : Hât iki umumî peritonit vakası münasebetile  | 98                |
| Dr. Yakub Hüseyin : Bir cilt amfizemi  | 152               |
| Dr. Süleyman Neşati : Pnö-mökoksik bir kebet huracı ve sehaya iltihabı vakası  | 152               |
| Dr. Oper. Şerif Korkud : Mebizi dört adet teratom vakası münasebetile  | 154               |
| Dr. Şerif Vedi : Bir Plörezi interlober pütrit ve apse pülmoner vakası   | 157               |
| Dr. Ahmet Münir : Hat mide kanamaları ve tedavileri  | 158               |
| Dr. Oper. Asil Mukbil : Kolesistit ârazı veren peritonit tüberküloz vakası   | 213               |
| Dr. Oper. Şerif Korkud: Yaşaran göbekler   | 214               |
| Dr. Mustafa Osman Tiryaki; Bazı hususiyetler gösteren bir Adisson hastalığı vak'ası  | 218               |
| <u>5 - Halihazır literatürüne umumî bir nazar :</u>  |                   |
| Dahili hastalıklar :   | 102, 163, 220     |
| Çocuk hastalıkları :   | 53, 106, 165, 223 |
| Cerrahî hastalıklar :  | 54, 108, 167, 224 |
| Kulak - Boğaz - Burun hastalıkları :   | 57                |
| Doğum - Kadın hastalıkları :   | 112, 170, 226     |
| <u>6 — Yeni kitaplar :</u>   | 59, 113, 171, 227 |
| <u>7 — Kongreler - Cemiyetler - İçtim'alar :</u>   | 59, 114, 172, 228 |

|                              |                   |                             |                  |                              |          |
|------------------------------|-------------------|-----------------------------|------------------|------------------------------|----------|
| A.                           |                   | Distomoz                    | 106              | Hohn vasatı                  | 10       |
| Adenopati trakeobronşik      | 53                | Dış gebelikler              | 76, 93           | Hüceyratı halemiye           | 58       |
| Adenoid vejetasyon           | 108               | Diyabet                     | 227              | Hydronefroz, hematonefraz    | 109      |
| Adrenalin, senkopta          | 105               | « çocukta                   | 223              | Hypernefroz                  | 54       |
| Adut kırığı                  | 112               | « ensipit                   | 163              | Hyperparatiroidizm arazi     | 55       |
| Âdet hıfzıssıhhası           | 134               | « ve parotidit              | 106              | Hypertasyonda kilyeler       | 221      |
| Adisson hastalığı            | 218               | Doğumda avertin             | 226              | « nuhamiye                   | 106      |
| Affection                    | 15                | Dördüncü hastalık           | 83               | Hypoglisemi                  | 104, 221 |
| Akciğer absesi               | 167               | Droseranın tesirleri        | 105              | Hypekloremi                  | 226      |
| « veremi                     | 1                 | Duglas huracı               | 47               | Hypotensyon, raşianesteziden | sonra 55 |
| Albümin, gebelikte           | 171               | Dupytren hastalığı          | 169              |                              |          |
| Alkol rie absesinde          | 109               |                             |                  | I. I.                        |          |
| Alet masasında mikrop        | 169               | E.                          |                  | İcan kanseri                 | 54       |
| Altın emlahı                 | 70                | Ecnebi cisimler             | 58, 224          | İgtida hastalıkları          | 173      |
| Altıncı hastalık             | 84                | Eklampsi tedavisi           | 113              | İklim tedavisi               | 1        |
| Alt tüberkülin               | 163               | Ema istidadı                | 82, 95, 141, 168 | İkter                        | 221, 222 |
| Ameliyat ve tuz              | 66                | « tümörü                    | 226              | İktüs                        | 7        |
| Amenore                      | 134               | Emboli serebral             | 7                | İnvaginasyon                 | 195      |
| Amudu fıkarî kırığı          | 26                | Empyem                      | 224              | İrtis                        | 163      |
| Amfizem, ciltaltı            | 152               | Enginar yaprak hulâsası     | 164              | İrtifa tedavisi              | 1        |
| Animisme                     | 11                | Erken kalkma                | 59               | İsnaaşer karhası tedavisi    | 56, 110  |
| Anjin dö pvatrin             | 102, 224          | Eyipan . natrium            | 148              | « « kalevi tedavi            | 104      |
| Antimvan, splenomegalide     | 105               | Fahmı hayanı                | 165              |                              |          |
| Apiol ile zehirlenme         | 106               | Fakrüd-dem. Biermer         | 97               | K.                           |          |
| Appendist                    | 81                | Fasciola hepatica           | 106              | Kabız tedavisi               | 39       |
| Aritmi                       | 222               | Fıtık ameliyatı             | 109              | Kafa kırığı                  | 56, 169  |
| Ascit                        | 92                | « nüksü                     | 111              | Kanama, mide                 | 159      |
| Avertin, doğumda             | 226               | Frengi aşılınması           | 165              | Kalevi tedavi                | 104      |
| Aybaşı kanaması              | 132, 185          | « vilâdî                    | 189              | Kan formülü                  | 163      |
| B.                           |                   | Felebit                     | 169              | « foskoru                    | 163      |
| Bademcik iltihabı, müzmin    | 58                | Floridzin zerki             | 105              | Kanayan meme                 | 169, 210 |
| « istisali                   | 108               | Frenisektomi                | 55               | Kanda bilirubin              | 103      |
| Bağırsak paraziti            | 21                | Friedmann teamülü           | 112              | Karaciğer hulasası şırıngası | 220      |
| « tıkanması                  | 85, 141, 168, 195 |                             |                  | Karaciğer kifayesizliği      | 204      |
| Batın ameliyatı erken kalkma | 56                | G.Ç.                        |                  | Karaciğer vazifesi           | 221      |
| Bazdow da iyod               | 164               | Galaktozürü tecrübesi       | 207              | Kan şekeri                   | 179, 221 |
| B. C. G. nin tesirleri       | 106, 223          | Gastroenterostomi           | 169              | Kan tuzu                     | 63       |
| Beşinci hastalık             | 83                | Gebelik ve albümin          | 171              | Kanser (İcan)                | 54       |
| Beyin kanaması               | 110               | « de şıryan tazviki         | 106              | Kanser göz                   | 225      |
| « sektesi                    | 7                 | « d rietüberkülozu tedavisi | 113              | Kanser mide                  | 226      |
| Biermer hastalığı            | 97                | Gebelerde rejim             | 113              | Kanser prostat               | 225      |
| Bilirubin, kanda             | 103               | Gebelik, tabii              | 79               | Kanser rahim                 | 109, 111 |
| Böbrek iltihabı              | 62                | « ve travma                 | 67               | Kanser teamülü               | 164      |
| « Tüberkülozu                | 146               | Göbek yaşarması             | 214              | Kasabî difteri               | 57       |
| C. Ç.                        |                   | Göz kanseri                 | 225              | Kastrelerin kanı             | 222      |
| Coefisyen amonyakal          | 209               | Güneş banyosu               | 139              | Kebet huracı                 | 152      |
| Cismi ecnebi                 | 224               |                             |                  | Kemik sütürü                 | 225      |
| Çocuk felci                  | 107               | H.                          |                  | Kemik tüberkülozu röntkende  | 127      |
| D.                           |                   | Halüks valgüs               | 57               | Kilye sarkomu                | 108      |
| Daimi sonda, mesane ile      | 43                | Hançere difterisi           | 57               | Kırık tedavisi               | 110, 169 |
| Deniz banyosu                | 139               | Hammilde sedimentasyon      | 113              | Kırık fıkarat                | 26       |
| Diyatermi tesiri             | 165               | Hava harbi                  | 181              | Kısırlıkta rahim             | 113      |
| Difteri polinevriti          | 107               | Hayat                       | 11               | Kızamık                      | 106      |
| Diiodotirin tesirleri        | 221               | Hekim, hasta başında        | 15               | Kloroz                       | 124      |
| Dijital                      | 222               | Hemokültür, septisemide     | 106              | Koledok taşı                 | 55       |
| Dimaçğ absesi                | 107               | Henry taamülü               | 35               | Kolesistit tedavisi          | 102      |
| « tümörü                     | 54                | Hıfzıssıhha, âdet           | 134              | Kolibasil                    | 110      |
| « « cerrahisi                | 55                | Histaminin tesirleri        | 168              | Kocfisyen amonyakal          | 209      |
|                              |                   | Hodgin hastalığı            | 165              |                              |          |

|                             |              |                             |              |                             |          |
|-----------------------------|--------------|-----------------------------|--------------|-----------------------------|----------|
| Kryzoterapi                 | 70           | Pelvipertonit               | 81           | Sütü arttırma               | 170      |
| Ksantokromi                 | 21           | Perikard nezfi              | 54           | Sterilite                   | 113      |
| L.                          |              | Perhiz, tuz, tuzlu          | 61, 62, 64   | Ş                           |          |
| Levze den nevrit            | 58           | Peritonit ( hat )           | 98           | Şebekiye dokolmanları       | 17, 117  |
| Levze müzmin iltihab        | 58           | « müzmin                    | 213          | Şeker Kanda                 | 179      |
| Levze istihali              | 108          | « seroterapi                | 55           | Şıryan tazyiki, gebelerde   | 106      |
| Lobelin                     | 113          | Petragnini vasatı           | 10           | T.                          |          |
| Lövenstein vasatı           | 9            | Plastik, mihbel             | 225          | Tahhal, tüberkülozda        | 165      |
| Lövenstein vasatı (muaddel) | 9            | Plörezi interlober          | 157          | Takata-Ara taamülü          | 163      |
| M.                          |              | Polinevrit, difterik        | 107          | Tederrün-mevaddı kültürür   | 9        |
| Mafsal iltihabı             | 167          | Pressyon moyenne            | 105          | Tümör ve koledok taşı       | 55       |
| Maladie                     | 15           | Prostat kanseri             | 225          | Tenahhur, halemi            | 58       |
| Meai insidatta tuz          | 66           | Pyelitite tedavisi, hamilde | 122          | Teneffüs yolu, ecnebi cismi | 58       |
| Memeden kesme               | 5            | Pylor teşennücü             | 168          | Teratom, mibiyaz            | 154      |
| Meme keseleri               | 111          | R.                          |              | Tetanos                     | 91       |
| Meme kanayan                | 169, 210     | Radiodiagnostik             | 58           | Torsyon, yumurtalık kesesi  | 81       |
| Menenjit seröz              | 223          | Rahim dışı gebelikler       | 76, 93       | Trypaflavin nefrozu         | 221      |
| Menenjt tüberküloz          | 166          | Rahim çarpıkları            | 80           | Tromboflebit, tromboanjit   | 111      |
| Meri darlığı                | 58           | Rahimden kısıklık           | 113          | Trauvma ve gebelik          | 67       |
| Mesane taşı                 | 43           | Rahim kanseri               | 54, 109, 110 | Tüberkülozda altın          | 70       |
| Mibiyaz teratomu            | 154          | Rahim sarkomu               | 55           | « erken teşhis              | 73       |
| Mide ameliyatı ve kan hali  | 168          | Rahitis, tecrubî            | 31           | « ve rie absesi             | 166      |
| Mide delinmesi              | 168          | Raşianesteziye hypotesyon   | 55           | « rie                       | 167      |
| Mide kanamaları             | 159          | Raşitizm tedavisi           | 139          | Tütöfüzin                   | 111      |
| Mide karhası tedavisi       | 59, 104, 110 | Rie apsesi                  | 166, 167     | Tuzsuz perhiz               | 61, 62   |
| Millon tecrubesi            | 103          | Rie absesinde alkol         | 109          | U, Ü.                       |          |
| Miyom                       | 112          | Rie tuberk. tedavisi        | 113, 167     | Uyuz tedavisi               | 222      |
| Mihpel tasnii               | 225          | Riga hastalığı              | 46           | Ülser peptik tedavisi       | 109      |
| Monisme                     | 12           | Rose de Bengale             | 204          | Ültravtolet                 | 139, 165 |
| Morfinin tesirleri          | 112          | Röntgen tedavisi            | 54           | V.                          |          |
| Muannid kabız               | 39           | S.                          |              | Varis tedavisi              | 225      |
| Mumifikasyon                | 226          | Safra taşı, teşekkülü       | 56           | Veladî frengi               | 189      |
| Mülhakat iltihabı           | 80, 81       | Sanatoryum intihabı         | 1            | Weltmann şeridi             | 163      |
| Mülhakat tümörü             | 80           | Sarıklık, nezlevi           | 221          | Verem, akciğer              | 1        |
| N.                          |              | « , uzun suren              | 222          | « kültürü                   | 9        |
| Narkoz prensipleri          | 68           | Sectio-alta                 | 43           | « de kan formülü            | 163      |
| Nesci munzam                | 188          | Sedimentasyon               | 89, 113      | Vincent anjini              | 107      |
| Nevralji trijumada röntken  | 110          | Senkopta adrenalin          | 105          | Vitalisme                   | 11       |
| Nezle, intikal              | 57           | Septisemide hemokültür      | 57, 105      | Vitamin, tayini             | 34       |
| Nuhamiye, hypertansyonda    | 106          | Seroterapi, peritonitte     | 55           | Y.                          |          |
| Nuha tazyiki, kırıktan      | 26           | Sihhat                      | 13           | Yabancı cisim               | 92       |
| O.                          |              | Sıkıt tehdidi               | 80           | Yılacıkta ultraviole        | 165      |
| Oftalmi sempatik            | 6            | Sitma taamülü               | 35           | Yanık teda                  | 56       |
| Oleotoraks                  | 177          | Sitma tedavisi              | 137          | Yaşaran göbek               | 214      |
| Otoskleroz tedavisi         | 222          | Sitrat dö dud               | 103          | Z.                          |          |
| Osteosentez                 | 225          | Soluk heypertensyon         | 165          | Zatürrie, ameliyat sonu     | 57       |
| P.                          |              | Sondaj, mesane              | 43           | Zehirli gazlar              | 181      |
| Pankreatit                  | 10           | Splenomegali                | 105          |                             |          |
| Pankreas tümörü             | 167          | Su ihtiyacı                 | 111          |                             |          |
| Parrot hastalığı            | 165          | Suzoksipital enjeksiyon     | 193          |                             |          |
| Parotidit ve diyabet        | 106, 163     |                             |              |                             |          |





**Prof. Dr. F. Volhard**



**Prof. Dr. V. Schilling**

«Anadolu Kliniği, bu nüshasından itibaren faal neşir heyeti arasında rol alan **Prof. Dr. F. Volhard** ile **Prof. Dr. Viktor Schilling** i şükranla selamlamak ve arkadaşlarına takdim etmekle bahtiyardır. Klinik dahiliye ve hematoloji sahasındaki mesai ve otoriteleri ile bütün dünyaca tanılan ve halen Frankfurt ve Münster tıp fakülteleri dahiliye kliniği ordinaryüsü sıfatıyla bu kliniklerin serirî faaliyetini idare eden **Prof. Schilling** ve **Volhard** bundan böyle mecmuamızın inkişaf ve tekâmülü ile yakından alâkadar olacaklar ve gerek yazıları gerek fikirleri ile filen yardım edeceklerdir.

Bidayetten itibaren kıymetli ve feyizli hocalarımızın bazılarında görmekte olduğumuz devamlı yardım ve himayeden başka bu nüshadan itibaren sıkı bir temas haline girdiğimiz bu beynelmilel şahsiyetler ile «Anadolu Kliniği» yürüdüğü esaslı ve metin yolda tekâmülüne devam edecek ve arkadaşlarından gördüğü teveccühe lâayik olmaya çalışacaktır».