

ANADOLU KLİNİĞİ

ÜÇ AYDA BİR ÇIKAR

KURANLAR : Dr. A. İHSAN AKSAN, ANKARA — Dr. ASİL M. ATAKAM, İSTANBUL — Dr. ŞERİF KORKUT, ANKARA

MECMUAYI DAIMİ YARDIM VE HİMAYE ALTINDA BULUNDURAN NEŞİR HEYETİ

Rasim Adasal, Vefik Akan, İhsan Hilmi Alantar, Emir Atakam, Nüzhet Atav, Kemal Atay, Ömer Vasfi Aybar, Hasan Başkam, Mehmet Kâmil Berk, Kemal Cenap Berksoy (1876-1949), K. Bingold, Vefik Bulat, Hulki Cura, Yakup Çelebi, Arif İsmet Çetingil, Salâh Durusoy (-1954), A. Eckstein (1891-1950), Ekrem Şerif Egeli, Ahmet Şükrü Emet, Zühtü Ergin, Niyazi Erzin, Feridun Ş. Evrensel, E. Frank, Fahrettin Kerim Gökay, Niyazi İsmet Gözcü, Muzaffer Esat Güçhan, Kâzım İsmail Gürkan, Kâzım İğören, Neşet Ömer İrdelp (1882-1948), Necmettin Hakkı İzmirli, Nusret Karasu, Halit Ziya Konuralp, Müfide Küley, Alfred Marchionini, Eduard Melchior, Kâmile Mutlu, Abdülkadir Noyan, Mim. Kemal Öke, Zeki Pamir, Kemal Plevnelioğlu (-1954), Tefik Sağlam, Hüseyin Salor, Şükrü Sarıbaş, Victor Schilling, Kâmil Sokullu, Sedat Tavat, Feyzi Taner (1900-1951), Nimet Taşkıran, İrfan Titiz, Burhanettin Tugan, Sezai Tümay, R. Von den Velden (-1941), F. Volhard (1973-1950). Muzaffer Şevki Yener, H. Ziemann (-).

İmtiyaz Sahibi ve Yazı İşleri Müdürü

Dr. ASİL M. ATAKAM

201 Anadolu Hanı, 1/1 Beyoğlu - İstanbul

İÇİNDEKİLER

	Sahife		Sahife
Ord. Prof. Dr. Ekrem Şerif Egeli - Dr. Rasim Berkmen, Dr. Mustafa Avcı: Bazal Metabolizma tayininde Read formülünün kıymeti hakkında	87	da intikal bozuklukları	103
Dr. Razi Maner: Tifo Epidemiolojisinde bir tetkik	90	Dr. Saime Arıcan: Geçirilmiş dizanteriye bağlı klinik tablolar hakkında	105
Dr. W. Owerbeck - Dr. İ. Ustaoglu: Doğmalık ve sonradan kazanılmış kalb hastalıklarının tehisinde kalb kateterinin gösterdiği imkânlar	94	Dr. Arif Sözen: Bursa doğumevinde yapılan periton dışı sezaryen vak'aları ve neticeleri 107	
Dr. Naci Arun: Antalya bölgesinde tesbit edilen Tularemi vak'aları üzerinde klinik bir araştırma	97	Dr. Selâhattin Koloğlu: Esansyel hipertansyon ve müzmin böbrek hastalıklarında gebeliğe müsaade ve son verme indication'larının klinik ve tecrübi olarak tetkiki	113
Dr. Muzaffer Aksoy - Dr. Mitat İnanç: Yüksek ateş ve kalb semptomları gösteren beyaz ırkta üç orak hücre anemisi	100	Dr. Muzaffer Sertabiboğlu: Sıtma teşhisinde Bass - Johns teksif usulü	116
Dr. Celâl İren - Dr. Fikret Pamir: Paroksizmal ventriküler taşikardi gösteren bir vak'a		Dr. A. M. Atakam: Pratik Şirürji hulâsası (Mide kanseri)	117
		Dr. Saliha Yalçın: Pratik için kısa tedavi notları	118
		Referatlar:	120
		Yeni kitaplar:	126

Sayısı 100 Kuruş, Senelik abonesi 300 kuruştur.

CUMHURİYET MATBAASI

İSTANBUL



118

Nörovejetatif bozukluklar

Djstireozlar • Klimakteriyum rahatsızlıkları
Muhiti deveran bozuklukları • Stenokardiler
Labil hipertansiyon • Migrën • Allerjiler

Emédiane

Ufak miktarlar (günde 1-2 draje)
kullantıldığı için büyük ekonomi;
yorgunluk verici tesiri yoktur.

20 drajelik şişeler



DARMSTADT • ALMANYA

Türkiye Müessesilliği: ALFRED PALUKA VE ŞERİKLERİ P. K. 532
İstanbul - Galata

ANADOLU KLİNİĞİ

ÜÇ AYDA BİR ÇIKAR

KURANLAR: Dr. A. İHSAN AKSAN, ANKARA — Dr. ASİL M. ATAĞAM, İSTANBUL — Dr. ŞERİF KORKUT, ANKARA

MECMUAYI DAIMİ YARDIM VE HİMAYE ALTINDA BULUNDURAN NEŞİR HEYETİ

Rasim Adasal, Vefik Akan, İhsan Hilmi Alantar, Emir Atakam, Nüzhet Atav, Kemal Atay, Ömer Vasfi Aybar, Hasan Başkam, Mehmet Kâmil Berk, Kemal Cenap Berksoy (1876-1949), K. Bingold, Vefik Bulat, Hulki Cura, Yakup Çelebi, Arif İsmet Çetingil, Salâh Durusoy (-1954), A. Eckstein (1891-1950), Ekrem Şerif Egeli, Ahmet Şükrü Emet, Zühtü Ergin, Niyazi Erzin, Feridun Ş. Evrensel, E. Frank, Fahrettin Kerim Gökay, Niyazi İsmet Gözcü, Muzaffer Esat Güçhan, Kâzım İsmail Gürkan, Kâzım İggören, Neşet Ömer İrdelp (1882-1948), Necmettin Hakkı İzmirli, Nusret Karasu, Halit Ziya Konuralp, Müfide Küley, Alfred Marchionini, Eduard Melchior, Kâmile Mutlu, Abdülkadir Noyan, Mim. Kemal Öke, Zeki Pamir, Kemal Plevnelioğlu (-1954), Tefik Sağlam, Hüseyin Salor, Şükrü Sarıbaş, Victor Schilling, Kâmil Sokullu, Sedat Tavat, Feyzi Taner (1900-1953), Nîmet Taşkıran, İrfan Titiz, Burhanettin Tugan, Sezai Tümay, R. Von den Velden (-1941), F. Volhard (1973-1950), Muzaffer Şevki Yener, H. Ziemann (-).

İmtiyaz Sahibi ve Yazı İşleri Müdürü

Dr. ASİL M. ATAĞAM

201 Anadolu Hanı, 1/1 Beyoğlu - İstanbul

İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi III. İç Hastalıkları Kliniği:

Ord. Prof. Dr. Ekrem Şerif Egeli

Bazal Metabolizma Tayininde Read Formülünün Kıymeti Hakkında

Ord. Prof. Dr. Ekrem Şerif Egeli,

Dr. Rasim Berkmen, Dr. Mustafa Avcı

Tireotoksik hastaların, kilo kaybetmelerine mukabil çok yemek yedikleri paradoksunu ilk defa 1893 te ortaya koyan Friedrich Müller (1), bu hastalıkta bir katabolizma artması olduğunu ileri sürmüştü, 1895 te Magnus-Levy (2) gaz alış verişini ölçerek bu görüşün doğruluğunu teyid etmişti. Bu iki Alman müellifinin klâsik araştırmaları, tiroid disfonksiyonlarının tayininde gaz alış verişini ölçülmesinden istifadeye yol açmıştır. Nihayet Benedict (3) tarafından bir metabolizma cihazının yapılması ve Du Bois (4) tarafından vücut sathına göre metabolizmayı veren bir formülün bulunmasıyla metabolizma tayini pratikte kullanılmaya başlanmıştır.

Malûmdur ki bir şahıs tam istirahatte bırakılırsa oksijen absorpsiyonu ve CO₂ itrahi, sabit bir seviyeye kadar düşer. Yine biliniyor ki, şahıs 12 saat veya daha fazla bir zaman gıda almazsa bu seviye daha da düşer. İşte bu seviyeye bazal metabolizma denilmiştir. Bazal metabolizma (B. M.) terimi Lusk (5) ve Du Bois tarafından konmuştur.

Mübadele sonucunda vücutta husule gelen enerjinin büyük kısmı hararete inkılâb eder (6). Hararet te bilindiği gibi vücutta gıdaların oksijen ile yanmasından husule gelir (Oksidasyon).

Oksidasyon sonunda husule gelen H₂O ve CO₂ ise itrah edilir. Şu halde oksijen sarfiyatını ölçerek vücutta husule gelen enerji mübadelesini bilmek mümkündür. Bu şekilde yapılan enerji metabolizması ölçülmesine (endirekt kalorimetri) adı verilir.

Bugün kliniklerde kullanılmakta olan Benedict tipinde metabolizma cihazları endirekt kalorimetri prensibine istinaden yapılmış olup, bu cihazlarla kapalı bir sistemden teneffüs eden şahsın oksijen absorpsiyonu volümetrik olarak ölçülmekte, CO₂ ise devreden ayrılmaktadır. Kullanılan oksijen, absorbe edilen oksijene muadildir. Gaz volümetrik olarak ölçüldüğünden hararete ve barometre basıncına göre tashihini de yapmak lâzımdır.

Diğer taraftan bir şahsın O₂ absorpsiyonu yaşı, cinsine, boya ve ağırlığa göre de değişir. İşte bu faktörlere göre hesap edilerek yapılmış hususi cetveller vasıtasıyla muayyen bir zaman zarfında sarfedilen O₂ miktarı üzerinden şahsın bazal metabolizması hesap edilir.

Oksijen sarfiyatını ölçmek için ilk defa Atwater ve Benedict (7) tarafından yapılan spirometreden sonra, Krogh, Knipping, Jones vs. taraf-

larından daha mükemmel cihazlar meydana getirilmiştir. Hâlen kliniğimizde Sanborn Metabulator cihazı kullanılmaktadır.

İyi bir teknikle oldukça sıhhatli B. M. tayini yapabilen bu cihazlar her hekimin eli altında bulunmadığından metabolizma tayini için başka ve daha kolay metotlara da baş vurulmaktadır.

1916 da Du Bois (4) vücut sathına göre metabolizma ölçmeyi teklif etmiştir. Bu maksatla boya ve ağırlığa göre vücut sathını tayin edebilen bir de formül vermiştir. Bu Bois'nin araştırmaları vücudun m² si başına standart olarak bir saatte 33 ilâ 46 kalori isabet ettiğini göstermiştir. Bu rakamlar yaşa göre değişmekte olup her yaşın bazal kalorisi tespit edilmiştir. Vücut sathı aşağıdaki formülden hesap edilir:

$$S = \sqrt{\text{Kg.}} \times \sqrt{\text{Boy (cm.)}} \times 167,2$$

Bundan sonra sathın bir m² si için sarfedilen bazal kalori, standart kaloriye nispet edilir. Meselâ:

$$\frac{\text{Şahsın 1 saatte m}^2 \text{ ye bazal kalorisi 50}}{\text{Standart bazal kalori 38,5}} = \% 130$$

Standart bazal kalori 38,5

Normali % 100 olduğuna göre B.M. = % + 30 dur.

Du Bois'nin bu metodu ile klinikte bazal metabolizma tayini rutin usullerden biri haline gelmiştir.

1922 senesinde ise Read (8), B.M.nin nabız ve kan basıncı ile olan ilgisini tetkik etmiş ve bu yoldan B. M. tayinine yarıyacak pratik bir formül bulmaya muvaffak olmuştur.

Metabolizma artmasının, nabız sayısında hızlanma ile paralel olduğuna dair birçok müşahedeler vardır. Benedict ve Harris bu mevzuu etraflıca münakaşa etmişler, Surgis, Tompkins, Peterson ve Walter bu iki kıymetin paralel artışına ait grafikler neşretmişlerdir. B. M. ile nabız basıncı arasında da bir münasebet tespit edilmiş ve buna ait çalışmalar Boothby, Beall vs. tarafından neşredilmiştir.

Read, 300 şahısta spirometrik olarak ölçülen B. M. ile, nabız sayısı ve nabız basıncı değişikliklerini mukayese etmiştir. Müellife göre nabız sayısı ve nabız basıncı vasatileri ile B. M. paralel olarak artmakta veya azalmaktadır. Yalnız bazı şahıslardaki bulgular zıt istikamette değişmekte olup bunlar istisna teşkil eden tek tük vak'alardır.

Nabız sayısı ile nabız basıncı vasatileri B.M. ile mukayese edilince bu iki kıymeti B.M.ya tahvil etmek için yine ortalama koefisyanlar bulunabilmiştir. Read'e göre nabız sayısını B. M. ya tahvil etmek için 0,69 ile, nabız basıncını ise 0,62 ile zarp etmek lâzımdır. Nihayet hem nabız sayısını, hem nabız basıncını ölçerek, B.M.yi tayin edebilmek için şu formülden istifade etmek mümkündür:

$$B.M. = 0,683 (N + 0,9 NB) - 71,5$$

(N = nabız sayısı, NB = Nabız basıncı)

Bu formülle bulunan rakamlar, müellife göre, ölçerek bulunan rakamlardan % 10 ilâ 20 kadar farklıdır.

Bundan üç ay kadar evvel Rhenania ilaç fabrikası tarafından, nabız sayısı ile nabız basıncına göre B.M.yi hesap edebilen çift kadranlı bir nomogram'ın memleketimizdeki birçok hekimlere dağıtılması üzerine, Read'in 22 sene evvel yaptığı travayı bir kere daha tekrar etmek istedik. O zamandanberi bu mevzuu yalnız 1935 te Rabino-witch (9) tetkik etmiş ve Read formülünün ne dereceye kadar itimad edilebilir bir metod olduğu münakaşalı kalmıştır.

Biz üç ay zarfında 100 B.M. tayini yaptık. Travayımız için seçilen şahıslar 15-60 yaş arasında bulunan 72 kadın ve 28 erkekten mürekkepti. 55-60 yaşından sonraki şahıslarda diferansiyel tansiyon sık olarak değiştiği için bunlarda bir tefsir yapılmamaktadır. Nabız sayısı ve nabız basıncı bazal şeraitte ölçülmüştür. Nabız basıncı spirometriden evvel, nabız sayısı ise hem evvel, hem sonra ölçülmüş ve ortalaması alınmıştır. Vak'alarımız arasında kardio-vasküler sistem patolojisinin bulunmamasına bilhassa dikkat edilmiş, sistolik tansiyonu 170 olan iki vak'a müstesna, 160 dan fazlası travayımıza katılmamıştır. Fibrillasyon ve kalb bloku olan vak'alar da bu gruba ithal edilmişlerdir. Netice, Read'in orijinal travayında olduğu gibi 11 gruba ayrılmış olup, her kısım B.M. bakımından % 10 farklıdır.

Aşağıdaki tabloda her grubun vasatî nabız sayısı ve nabız basıncı karşılığı görülmektedir:

TABLO I.

B. M. %	Vak'a sayısı	Nabız sayısı			Nabız basıncı		
		Va- sati	Maxi- mum	Mini- mum	Va- sati	Maxi- mum	Mini- mum
-32	1	56	...	...	35	...	...
-21 -30	2	71	72	70	67	70	65
-11 -20	7	67	82	50	40	65	25
-1 -10	17	71	120	60	43	75	30
0 +10	31	79	100	62	48	80	25
+11 +20	13	80	110	65	51	60	35
+21 +30	14	91	116	72	54	70	35
+31 +40	5	88	115	72	87	100	50
+41 +50	3	119	135	104	75	95	60
+51 +60	6	117	125	95	63	80	30
+67	1	120	...	...	60	...	...
Yekün.....	100						

Tablodaki rakamlar ve bilhassa vasatî rakamlar tetkik edilirse görülür ki B.M. artışı ile nabız sayısı arasında oldukça aşikâr bir paralelizm mevcuttur. Nabız basıncı ise % + 30 + 40 artmaya kadar paralel gitmekte, sonra aynı artışı göstermemektedir (Grafik I). Tetkikimizde Read'den farklı olarak bulduğumuz yegâne netice budur.

Metabolizması % -20 -30 arasında olanlarda hem nabız sayısı, hem nabız basıncı daha yüksek metabolizması olanlardan fazla bulunmuştur ki, tuhaf bir tesadüf eseri olarak Read de aynı neticeyi metabolizması -30 -40 arasında olanlarda bulmuştur.

O halde metabolizmanın çok azaldığı veya çok arttığı hallerde bilhassa nabız basıncı metabolizma ile paralel olarak değişmekte, belki de ar-

lac fab-
asincina
bir no-
kimlere
yaptığı
k. O za-
Rabino-
ne de-
olduğu

yaptık.
arasın-
ekkepti.
ransiyel
bir tef-
z basın-
ci spiro-
rel, hem
Vak'ala-
tolojisi-
iş, sisto-
160 dan
asyon ve
edilme-
vayında
am B.M.

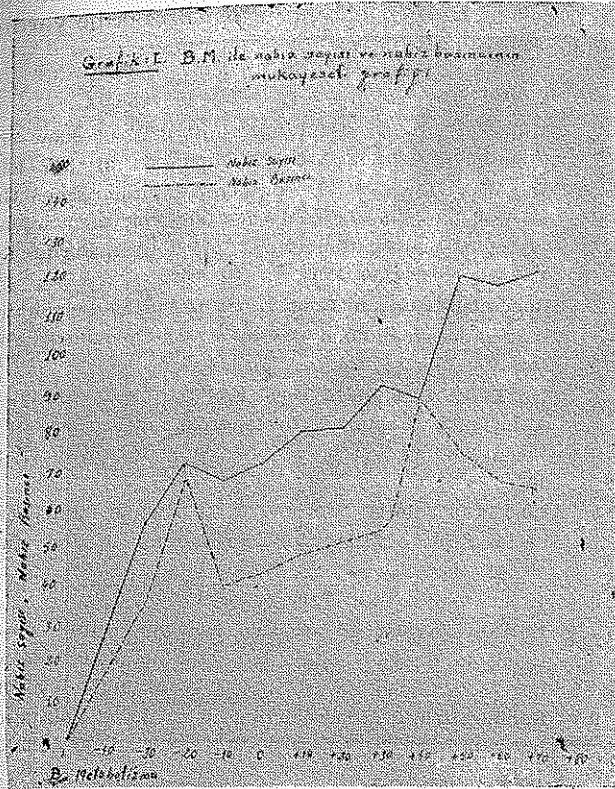
nabız sa-
dır:

iz basıncı
Maxi- Mini-
mum mum

...	...
70	65
65	25
75	30
80	25
60	35
70	35
100	50
95	60
80	30
...	...

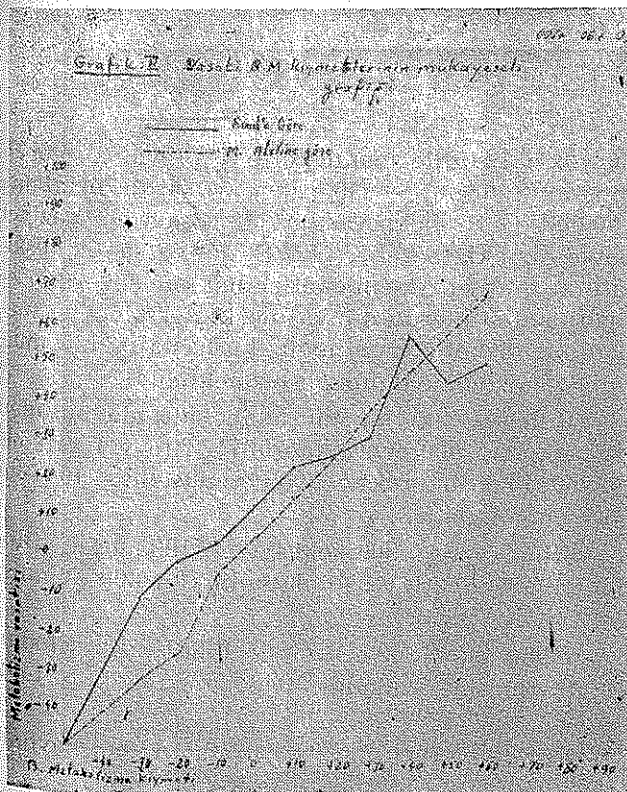
i rakam-
ile nabız
zm mev-
artmaya
göstere-
Read'den
budur.
olanlar-
aha yük-
unmuştur
ayni ne-
olanlar-

ğı veya
metabo-
ki de ar-



teriyel tansiyonu tanzim eden muhtelif mekanizmalar bu sınırlarda daha fazla faaliyette bulunmaktadırlar.

Eğer B.M. ile nabız ve nabız basıncını yalnız bu vasatı rakamlarla mukayese edecek olursak, muayyen sınırlar arasında hakikaten bir paralelizm olduğunu kabul edebiliriz. Fakat bizzat Read'in de işaret ettiği gibi vak'aları teker teker tet-



rik edince birçok değişik ve zıt neticeler de görülmektedir. Meselâ B.M.sı -1 olan bir vak'amızda nabız sayısı 120, B.M.sı $+60$ olan bir vak'ada ise 95 bulunmuştur. Yine B.M.sı -21 olan bir vak'amızda nabız basıncı 65, $+60$ olan bir vak'amızda ise 30 bulunmuştur. Fakat yukarıda da işaret ettiğimiz gibi bu gibi tezatlar daha ziyade müspet veya menfi yüksek sınırlarda görülmekte olup, orta sınırlarda istisnaîdir. Read formülü ile Khenania fabrikası nomogramının neticeleri birbirine uygun olup, aradaki fark % 1 ilâ 2 kadardır.

Şimdi de Read formülü ve Sanborn metabulator'u ile bulunan B.M. neticelerini mukayese etmek istiyoruz: (Grafik II).

TABLO II.

B. M. %	Metabulator ile B. M. vasatısı	Read formülü ile B. M. vasatısı	Fark %
-32	-32	-11	$+21$
-30 -21	$-24,5$	$+18$	$+42,5$
-20 -11	-12	$+10$	$+22$
-10 -1	-5	$+3,6$	$+8,6$
0 $+10$	$+4,8$	$+13,1$	$+8,3$
$+11$ $+20$	$+15,9$	$+23,4$	$+7,5$
$+21$ $+30$	$+24,8$	$+25,6$	$+0,8$
$+31$ $+40$	$+37,9$	$+31,4$	$-6,5$
$+41$ $+50$	$+49,3$	$+58,6$	$+9,3$
$+51$ $+60$	$+57,5$	$+44,7$	$-12,8$
$+67$	$+67$	$+50$	-17

Bu tablonun da tetkiki gösteriyor ki B.M. -20 -30 arasında olanlardaki büyük fark hariç, Read formülü ile bulunan rakamlar, metabolizma cihazı ile bulunanlardan % 1 ilâ 22 kadar (çok veya az) farklı olmaktadır. İstatistik metodlarına göre bu rakamlar çok büyük bir tezat ifade etmemekle beraber B.M. kıymeti bakımından % $+15$ ile bunun karşılığı olan % $+23,4$ arasında oldukça mühim bir fark olduğu aşikârdır. Bundan başka yine vak'alar teker teker tetkik edilince görülüyor ki metabulator ile % -22 bulunan bir vak'anın B.M.sı Read formülü ile $+20$, $+1$ olanın $+27$, $+6$ olanın $+41$ gibi büyük rakamlar olabiliyor. Yalnız vak'aların ekserisinde fark % 10-20 arasındadır.

Netice: 100 vak'a üzerinde yaptığımız bu mukayeseli B.M. travayı, Read formülü ile B.M. hesaplamamızın oldukça hatâli bir metod olduğunu göstermiş bulunmaktadır. Filvaki spirometri de tam manasile sıhhatli ve ideal bir metod telâkki edilemez (10). Bu usulde teknik fevkalâde mühim bir rol oynamakta olup hastanın tam bazal şeraitte olması, metabolizmayı tayin edenin de çok nazik, bilgili ve sabırlı olması lâzımdır. Hastanın ufak bir heyecanı adrenalini deşarjına sebep olacağından metabolizmayı artırabilir. Bundan başka bazı şahsî faktörler, bilhassa Carpenter ve Hoskins'in (11) bildirdikleri mantal ve psişik faktörler de neticeyi değiştirebilir.

Fakat klinik çalışmalar göstermiştir ki vak'aların % 90'ında spirometri klinik belirtilere uygun neticeler vermektedir.

Nabız sayısı ve nabız basıncı ile B.M. arasında bir münasebet olduğu muhakkaktır. Fakat travayımız da göstermiştir ki bu münasebet çok sabit değildir ve birçok kompleks tanzim mekanizmalarının tesiri altındadır. Bu bakımdan Read formülü ile B.M. tayini yapmak ve alınan neticeye inanmak, insanı hemen daima hatâya sevkeder. Fakat bu, formülün tamamen değersiz olduğunun delili değildir. Kanaatimizce: 1 — Spirometrik B. M. tayini imkânı olmayan yerlerde, yukarıda işaret olunan hudutlar içine giren hastalarda bir ölçü gibi kullanılabilir. 2 — Spirometrik tayin yapılırken, birlikte ve aynı şartlarda bu formülün de tatbiki ve hastanın metabolizma durumu Read ile kontrolü mümkün kılabilir bir halde ise bu vak'aların müteakıp tedavileri sırasında basit bir metod olan bu usul ile, neticelerin sık sık, hattâ her gün kontrolü mümkün olur. Tabiidir ki hakikî metabolizma durumu hakkında kesin bilgi edinmek için hastaların belli aralıklarla spirometrik ölçülerini yapmayı aslâ ihmal etmemelidir.

Hulâsa: 1-100 vak'ada B.M. spirometrik metod ve Read formülü ile tayin edilmiştir.

2 — Müspet ve menfi yüksek sınırlar hariç, B.M. ile nabız ve nabız basıncı arasında bir paralelizm bulunduğu tespit edilmiştir.

3 — Metodla elde edilen B.M. kıymetleri %10-20 farklı bulunmuştur.

4 — Bazı münferit vak'alarda zıt neticeler alınmıştır.

5 — Read formülünden teşhiste istifade edilemeyeceği, yalnız tedavinin tesirini takibe yardım edeceği anlaşılmıştır.

Literatür:

- 1 — Müller, F.: Beiträge zur Kenntniss der Basedow'schen Krankheit. Deutch. Arch. f. Klin. Med. 51: 335, 1893.
- 2 — Magnus - Levy, A.: Ueber den respiratorischen Gaswechsel unter dem Einfluss der Thyreoidea sowie unter verschiedenen pathologische Zuständen; Berlin, Klin. Wehnschr. 32: 650, 1895.
- 3 — Benedict, F. G. and Root, H. F.: Insensible perspiration: its relation to human physiology and pathology. Arch. Int. Med. 38: 1, 1926.
- 4 — Du Bois, D., and Du Bois, E. F.: Clinical calorimetry. A formula to estimate the approximate surface area if height and weight be known. Arch. Int. Med. 17: 863, 1916.
- 5 — Lusk, G.: Animal Calorimetry. Analysis of the oxidation of mixtures of carbohydrate and fat. J. Biol. Chem. 59: 41, 1924.
- 6 — Tavat, S.: Fizyoloji 1945.
- 7 — Berksoy, Kemal Cenap: Beşerî Fizyoloji 1943.
- 8 — Read, J. M.: Correlation of basal metabolic rate with pulse rate and pulse pressure. J. A. M. A. 78: 1887, 1922.
- 9 — Rabinovitch, I. M.: Prediction of basal metabolism from pulse pressure and pulse rate. Canad. M. A. J. 32: 135, 1935.
- 10 — Means, J. H.: The Thyroid and its Diseases. 1948.
- 11 — Carpenter, T. M., Hoskins, R. G. and Hitchcock, F. A.: Voluntarily induced increases in rates of certain «involuntary» physiological processes of a human subject. Am. J. Physiol. 110: 320, 1934.

Haydarpaşa İntaniye Hastanesi İntani ve Bakterioloji
Lâboratuvarı
Şef: Dr. Razi Maner

Tifo Epidemiyolojisinde bir Tetkik

Dr. Razi Maner

İstanbul şehri mülhakat ile beraber Avrupa'nın büyük merkezleriyle mukayese edilirse geopolitik-strateji-ekonomi bakımından olduğu kadar bediiyat cephesinden de dünyanın tabii şaheserlerinden olduğu malûmdur.

Medeniyet eserleri olarak fabrika, bina, bahçe, kaldırım, halk terbiyesi ve diğer hygiene şartlarının muayyen standarda nazaran şu veya bu sebeplerle bazı noktalarda birkaç ünite aşağı veya yukarı olabilmesi varidi hatir olabilmekle beraber biz mümkün olduğu kadar Epidemo-Bakterio-Hygiene noktai nazardan ve büyük âlim Rochaix'in fikrine uyarak (bir şehrin umumî sağlığı tifo hastalığının miktar ile ölçülür) sözü ile bu noktai nazardan bir etüd yapacağız.

Türkiyede Tifo vak'alarına son otuz seneye kıyasen bakılırsa vak'aların zirveden kaideye yükselmesi tarzında fazlalaştığı görülür.

Beynelmilel istatistik kaidelerine göre de vaziyet aynıdır. 1925 de memlekette tifo ortalama 100.000 de 5; Morbitide 0.5 idi. 1935 de memlekette 3813 vak'a görülmüştür. Ortalama 100.000 de

36 vak'a 1945 de memlekette 4174 vak'a görülmüştür. 100.000 de 35 vak'a. 1950 de ortalama 100.000 de 15 vak'a vardır. Memleketteki vaziyet böyle olmakla beraber O.M.S. dünya sağlık teşkilâtının muhtelif memleketler hakkında verdiği esaslı istatistiklerde dünya merkezlerinin ve medeni memleketlerinde henüz bu hastalıktan tamamiyle temizlenmediğini göstermektedir.

Bilhassa sıkı bir murakabe altında bulunan Britanyada 1900 senesinde 5071 Tifo vefiyatı olmuş, 1910 da bu miktar 5905 e yükselmiş, 1947 de 30 a inebilmiştir.

Almanyada 1900 senesinde 11995 hasta tifodan vefat etmiştir. 1940 da bu miktar 800 e inmiştir.

İspanyada 1902 senesinde 16561 hasta tifodan vefat etmesine mukabil 1948 de bu miktar 1492 dir.

Fransada 1910 da 5283 hasta tifodan kaybolmuş 1950 de bu miktar 815 dir.

İtalyada 1900 da 26808 kişinin tifodan ölme-

sine mukamil 1946 da bu miktar 5405 e düşmüştür.

Hollanda da tifodan muarra değildir. 1900 de bu memlekette 1127 vak'a olmuştur. 1947 de bu miktar 153 e düşmüştür.

İsviçrede 1900 senesinde 460 vak'a kaydedilmiştir. 1947 de bu miktar 29 dur. Şüphe yok ki 1900 ile 1950 seneleri arasındaki nüfus tezayüdü miktarının yüzbinde birine isabet eden yukarıdaki donneler, mevcut hakiki tifo vefiyatını gösterecek ve beynelmilel kaidelere göre vefiyatın dokuz misli de takribi olarak tifo vak'aları adedini gösterecektir.

Bu kısa malûmatı söylemekteki kasdımız bugün medeniyet kelimesi içindeki hakiki mananın hifzıssihha ve sağlık manasına anlayan branşımız garptaki kusvayı medeniyet hizasına gelmiş kı-sımlarda da bu hastalıktan henüz kurtulmadıklarını göstermektedir.

Diğer taraftan Vincent, vikayesi en kolay hastalık dediği Tifo, hakikaten umumî hygiene kaidelerinin bir sentezinin hulâsasıdır.

Medeniyet bugün hava tarikile intikal eden intani hastalıkları makul görmekte beraber bit, su ve temizlik olmayışının yardımcı tesiri ile olan emrazi intaniyeyi makul görmüyor.

Tifoda Contagiosite'yi evvelâ ifade eden bakteriologist Gondorn ve tifo'nun kendisinden evvel ve sonra bu hastalığın her babında geniş hatveler atılmasına sebep olarak tifo ismile kendi ismini mezceden ilim adamı Hamburg hocası Schotmuller'in Paratifo hakkındaki ismile aynı manayı taşımaktadır.

Umumiyet itibarile dünyanın mutedil iklimini Epidemio-logique kaide olarak arayan tifo memleketimizde oturma imkânını bulmuştur.

Mamafih tifoya soğuk veya sıcak iklimlerde de andemo-epidemik ve andemo-sporadik olarak tesadüf olunuyor.

İstanbul tifo'su klâsik olarak şematize edilebilen, âni başlayan çok vak'alı, ağır seyreden sin-si fazla vak'alı, gayri muntazam tip olarak epidemio-logique üç tipinden daha ziyade gayri muntazam dediğimiz gruba uymaktadır.

İstanbuldaki tifo'nun epidemio-logisinin izahımız sırasında bu tipin neden dolayı İstanbulla has olduğunu izah edeceğiz.

Diğer taraftan su, insalubrite, insanlar arasındaki temas, porteur'lerin tesiri gibi üç sebepten daha ziyade 2 ncisi İstanbul tifosunda esas sebep olarak gösterilebilir.

Bakteriologique noktai nazardan malûmdur ki salmonella typhosa veya Eberthella Typhosa denilen tifo basili salmonella familyasının D grubu bakterileri arasındadır.

24 senedir muntazaman kullandığımız klâsik kültür vasatı olarak Hamburg hocası Schotmuller'in tavsiye ettiği klâsik buyyona zengin miktarda proteini muhtevi pepton, gom arabik ve kloro kalsium standart mahlûlüne bol vitaminleri muhtevi sentetik mahlûller veya zamanında domates ekstrəsi ilâvesile hazırladığımız bir vasat kullanıyoruz.

Tarafımızdan konulan tifo teşhislerinde ve tam zamanında yapılan tifo tetkiklerinde bu vasat her defasında büyük sadakat göstermektedir. Ancak intani hastalıklara her ihtisasin havese yalnız klinik noktai nazarında hekimlik eden meslekdaşlarımız son defa Pasteur-Valery 'Radot'nın 130 sene evvelki büyük üstad Lainnec'e atfen yazdığı meşhur makalesinde dediği gibi tababet bakterioloji ve radyoloji üzerine istinad ettiği bu devirde büyük Pasteur'un torunu olan üstadın sözleri ne kadar doğrudur. Kitaplarda tifo A.B.C. diye klâsik kadro altında harflerle şematize edilen mütenevvi tifo grupu hastalıkları senelerdir muhtelif epidemilerde ve muhtelif kliniklerdeki müşahadatımızla seriri olarak yekdiğerinden ayrılmalarına imkân ve ihtimal yoktur.

Schotmuller tipi (gıda tesemmümü) bir paratifo vak'ası başlangıcında şematik tablo ile başlamasına mukabil tamamen bir tifo karakteri takınır.

Laboratuarla tek elden çalışılmayan yerlerde erken konan tifo seriri teşhisi hemokültür ile veya agglütinasyon ile paratifo çıkar.

Neyse ki seriri tifo teşhislerini bütün dünyada sağlık organizasyonları istatistiklerine bakteriolojik teşhisin teyid ettiği vak'aları almaktadırlar. Bu gibi yanlış ihbarlar idare makamlarını ve dezenfeksiyon teşkilâtını vesairenin enerji, vakit ve nakit ziyana sebebiyet verir. Çünkü bakteriolojik tifoda alınacak tedbirler büyük, gıda tesemmümü bir paratifo vak'asında ise tedbir tamamen başka olduğu malûmdur. İstitraden bunları kaydettikten sonra tifo kliniği daima bütün septisemiler, gripal infeksiyonlar ve her nevi benzeri rahatsızlıklarla, son zamanlarda profilaktik dahi kullanılmaya başlanan antibiyotiklerle de hastada esasen immunolojik normal tezahürat karışmaktadır.

Tecribelerimiz tifo basiliinin structure antigenetique ve somatique antijene uygun ve Kaufmann'ın tifo basili envaından 117 çeşidini muhtevisindeki uygun proteinli maddeleri ve diğer anasırı ile kısa bir zamanda developpe ettiren Schotmuller vasatı ile zamanında yapılacak kültür ile kat'i teşhise gitmek her halde seriri vulgarizasyondan daha kestirme olduğunu göstermiştir.

Daha ziyade intani hastalıklar, bakterioloji işlerinin bu bransa yakın şube elemanlarının temelini teşkil eden laboratuarda eksperimante olmaları ile daha iyi yardım edebilecekleri umumî kanaatlardandır.

Aksi taktirde tifoda olduğu gibi bütün intani hastalıkların teşhisleri büyük bir başı boşluktan kurtulamıyacaktır. Nitekim devlet teşkilâtında çalışan gerek teknik gerek idare personeline bakterioloji ve intaniye bilgisi vermek en mühim problem olarak ele alınmış bulunmaktadır.

Bakteriolojisi için bir kaç söz söylemek lâzım gelirse tifo basili umumiyetle sert vasatlarda yuvarlak, renksiz, şeffaf koloniler verdiği malûmdur. Laktozda asit yapmaması esastır, indol vermez, jelatini eritmez.

Rutubette müsait şartlarda senelerce canlı kalır. Sularda ortalama 3 hafta, madde gaitada 3

ay, buzda 3 ay yaşar. İlkbahar ve kış tifo epidemileri bazan suya bulanabilir. Kaynatma-pastörizasyon etme, klorlama ile süratle ölür.

Aureomycin, Terramycin, Cholroamphenicol'un kuvvetle müessir olduğu klâsik olmuştur. Kolonileri R-S dir. Andotoksini vardır. Spesifik antijen tabiatı vardır.

Bütün salmonella familyası bakterilerinde olduğu gibi tifoda somatik O antijenlerine nazaran A dan İ ye kadar 9 gruba ayrılmıştır. Somatik antijen romen harflerile gösterilir. Tifo basiline diğer salmonellalardan farklı olarak bir hususiyet olan Vi antijeni vardır. Bu antijen hasta organlardan yani izole edilmiş fazla virulan bakterilerde bulunur.

Bakterilerin bedenini çevirmiş zar şeklinde bir antijen olup basili hareketten alakoyar. Normal O aglütinan serumların bakteriye tesirine mani olur. Vi antijenini havi olan tifo basilleri ancak anti Vi serumu ile aglutine olurlar. Bu antijen yalnız başına patojen tesir yapmaz. Diğer taraftan tifo basilinın spesifik bakteriofajları vardır. Bunlardan istifade edilerek basilde bir çok tiplerin bulunduğu anlaşılmiş ayrılmaları mümkün olmuştur.

Serumda aglütininleri meydana çıkarmak üzere O ve H antijenlerini havi bakteri kullanılmaktadır.

Bu klâsik şema dahilinde tifo ve paratifo grupu noktai nazarından yaptığım tetkikler İstanbulun gerek Pendik civarındaki Kurt Köyü ve gerekse Rami sirtlarındaki Taşlık mevkiinde zuhur eden ve hastahane intaniye koşuşlarına yatan heyeti umumiyesi (Rami Taşlılarla 84 vak'a) Pendik Kurt Köyü 27 vak'a) da yaptığım hemo-aglütinolojik muayenelerde ilk günlerinde kat'i olarak hemokültürle tifo basili bulunmuş ve %70 vak'ada da agglütinasyonla kat'i tifo teşhisi konabilmiştir. (Ancak bir vak'ada viridens streptokoku klâsik yeşil zeytin rengi ile Schotmuller kanlı plâklarında bakterioolojik olarak tesbit edilmiştir).

Pendik Kurt Köyünde bizzat İstanbul Belediyesi Emrazı Sariye Şefi ile yaptığım epidemiyolojik tetkik burada şayanı zikirdir.

Pendik'in 15 kilometre kadar şarkı şimalisinde bulunan köy 300 kadar nüfusludur. Şehirde içme suyu almaz ve Elmalı tesisatı yoktur. Ancak ekmeğe dahil ekseri yiyecek maddeler İstanbuldan gelir. Köyde iki çeşme vardır. Bu çeşmelerden su köyün 8 Km. şimalinde ve bir tepenin merkezinde mevcut pınardan toprak borularla gelir. Pınar civarı Kapte değildir, iki çobanın buraları kirlettiği yaptığımız tetkik ile kalabalık heyete vazihan gösterilmiştir. Köye gelen borular müteaddit yerlerde patlamış ve etrafa esaslı sızmalar ve kirlenmelerle uzun boylu tetkike muhtaç olmadan görülmüştür. Maatteessüf bu çobanlar bulunarak portör olup olmadıklarının tetkiki yapılamamıştır.

Aşağıda her iki çeşmeden aldığım su örneklerinde litrede 20.000 kolî cersumesi bulunmuştur. Rami taşlık mevkiinde bu direkt temasın doğrudan doğruya fosseptiklerin, kullanılan su ile te-

ması neticesi olduğu vazih olarak tesbit edilmiştir.

Görülüyor ki İstanbul tifosu mevzuu olduğu zaman su enfeksiyonu Parsiel olarak görülebilmektedir. Fakat bu enfeksiyonu şehrin rumeli yakasına su veren Terkoz ve diğer bentlerle Anadolu yakasına su veren Elmalı sularında daimi su verildiği mevsimlerde mevzuubahs olmayabilir. Fakat suyun zaman zaman kesilmesi tifo vak'alarına sebebiyet verebilir. Su kesilince borular içinde menfi bir tazyik olur, İstanbulda bir çok semtlerde ana lâğımlara Egous'lara bağlanmamış, hemen hemen şehrin yarısında lâğımlar çukurlardan ibarettir. Burada toprak içine sızıntı vardır, yakından geçen bir su borusunda borunun eklenti yerinde iltisak iyi olmazsa boru içine sızan sular ile tifo basili girer. Şebekeye tekrar su verince bakteriler o suyun gittiği evlere dağılır. Ve şahıslar infekte eder. Halbuki şahsi müşahedelerimizde orada yaptığımız tetkiklerde (1936-40) seneleri Berlinde en küçük su yolları tamiri meseleleri ilmi tetkikleri müteakıp müsaade edilebilmekte ve suların yeniden verilmesini müteakıp saatlerce kullanılmadan evvel akıtılması tavsiye olunmakta idi. Diğer taraftan Londra ve Pariste suların kesilmesi son derece az tesadüf olunan ve ancak hayatı zaruretlerde rastlanan hadiselerdir.

İstanbulda tifo diğer büyük yerlerde olduğu gibi yazın başlayıp sonbaharda şiddet ve vüs'atini arttırır. 1945 Ankara tifosunda kış nihayetine kadar küçük epideminin devamı görülmüştür.

Andomoepidemik olarak her mahallede rastlanır. Çiğ yenen meyva ve sebzelerin İstanbula geldiği vilâyetlerin de tifo durumları İstanbul üzerinde müessir olduğu malumdur.

Tereyağlarında ve diğer yağlarda 1936 da neşrettiğimiz bir etüdde salmonella grubunun bu maddelerle sirayeti mümkün olduğu bakterioolojik olarak gösterilmiştir. Nitekim 1944 de Pariste tereyağlarına ait küçük bir epidemi tesbit edilmiştir. (Rochaix). Çiğ sebzelerin ve yemişlerin çalkantı suları ile yapılacak bir mesai bu hususu da aydınlatacaktır. Çünkü Rochaix'e göre tifo basili toprakta nisbi müsait şartlarla 3 ay yaşar. (Karliniski) esas rolü oynayan tifolu hastaların madde gaita ve idrarlarının temas ettiği malzeme ve saire ile sirayet İstanbul için mevzuubahis olmayabilir. Bu gibi hastalar hemen daima derhal tecrid ve tedavi edilmekte olduğu malumdur. Hastahaneler tedavi görmüş hastaların uzun müddet tifo basili çıkarmalarına karşı 1952 de yüksek sağlık şurasının kararı ve Sağlık Vekâletinin tensibi üzerine kaide olarak tifo nekahatında madde gaita müteaddit defalar tifo basili itrahi noktai nazarından tetkike tabi tutulur. Fakat difteri portörlerinde olduğu gibi bu mevzuda hastalığın sirayetinde bütün dünyada rol oynamaktadır. 1952 de Fransa Sağlık Nezaretinde çalıştığım zamanlarda sağlık müdürü umumisi müzmin portörlerin izole edilebilmelerine dair bir kanun lâyihasının uzun müddet hazırlandığını fakat büyük münakaşalara sebebiyet vermesi dolayısıyla halen de dosyasında durduğunu ifade etmiştir.

İstanbulun kenar mahallelerinde herhangi bir tetkik ve gözden uzak kalan ve yaz aylarında bildikleri gibi dondurma ve limonata hazırlayan imalcilerin ihisar edilen maddelerden başka portörlerde olabilecekleri daima hatırdadır. Belediye esnaf muayenelerine bakteriyolojik tetkiklerin de ilâve edilmesi herhalde pek lüzumlüdür.

Portörler Decobert'in uzun tetkiklerine göre ortalama 3 ay devam eder. Fakat müzmin portörler, ki hastalık geçirenlerin % 5 ini teşkil ederler, senelerce devam edebilir. Huggenberg bir vak'asında 31 sene müddetle mütemadiyen tifo basili itrah eden bir zattan bahsediyor. Laboratuvarımda yaptığım aramada tifo nekahatli 110 vak'ada hastalığı müteakıp hiç birisinde (matier fecalde) tifo basili tesbit edilememiştir. Bugün tifo tedavi eden müesseselerde madde gaitadan bu gibi tetkikler yapılması kanunlaşmalıdır. Gregg bir vakasında 52 sene basil itrah eden bir hastadan bahseder. Lavergine bir vak'asında idrar vasıtasıyla yevmiye 4 milyar tifo basili itrah eden bir zattan bahseder. Bunun için aşçı, ekmeççi, postacı, sütçülerde herhalde portör muayeneleri çok mühimdir. Finger Teksas'ta yaptığı bir tetkikte tifo, Para A, Para B, Para C portörlerini müsavi miktarda bulmuştur. Bilhassa İstanbulda köpek besleme bazı ailelerde fazlalaşiyor. Diğer paraziter hastalıklar ehemmiyetinden başka olarak tifoda da mühimdir.

Kaufmann köpeklerin tifo basili rezervuarı olabileceklerini göstermiştir. Diğer taraftan hastanelerde kullanılan termometre yatak, çamaşır, harpte toprak, siper, toz'un tifo sirayetinde rolü olduğu malumdur. Banyo suları ile de tifonun sirayetini 1944 de Bernard tesbit edebilmiştir.

Umumiyetle Coquillages denilen ve garp memleketlerinde son derece mühim bir gıda maddesi olan ve çiğ olarak yenen kabuklu deniz hayvanları muhtelif isimler altında bizde halkın en sevdiği herhangi bir gıda maddesi mesabesindedir. Dr. Jambon'un mesaisi bilhassa cenubî Fransa'da % 90 tifo sirayetinin bu şekilde olduğunu tesbite muvaffak olmuştur. Yalnız bu meselede en mühim nokta yine intaniye klinik ile alâka gösterip bakteriyolojik mesai yapmayanlarda dikkat nazarı çeker. Olmar'ın, laboratuvar ve klinik müşterek mesaisi bu gibi vak'alarda gastro anterit şeklin sahneye hâkim oluşu ve tefrih devrinin son derece kısa olmasıdır. Fakat bakteriyoloji tifo'yu tesbit eder. Nitekim aynı müellif bütün paratifo ve tifo vak'alarında başlangıçtaki klasik semptomlar tifo grubu hastalıklarını ayırmaya imkân ve ihtimal olmadığı umumî kanaatini tekrarlamaktadır.

İstanbulda süt meselesi de halledilme yoluna girmektedir. Garp dünyası pastörize süt meselesinin Pasteurisation danoise sisteminde ve 85° derecede yapmaktadır. Eski Berlinde belediye süt merkezi bu şekli kabul etmişti.

Paris ve Londra aynı şekli yapmakla beraber süt sterilisation fabrikaları bugün Stassanisation denilen şekle doğru gitmektedirler. Bu 15 sanyelik bir müddetle 75 derecelik kızgın madeni

safihalardan sütün süratle geçirilmesi ve derhal soğutulması ameliyesidir ki henüz birçok memleketler bu işi yeni kullanmaya başlamışlardır. Esas mesele sütün biyolojik bütün evsafını muhafaza etmesi üzerine müessirdir.

Fakat şüphe yok ki tam manasile hijyenik bir süt evvelâ süt veren hayvanın sağlığından, sütün alındığı kabın steril olmasından, sütü sağanın el sterilisationu nihayet nakil işi, fabrikada bekleme ve derhal yapılacak ameliyeden ve bıkıp usanmadan her gün bakteriyolojik esaslı tetkikattan ve pastörize sütlerin ilk 48 saatte istihlak edilmesi ve daimî fennî murakabeye dayandığı malumdur.

Charcuterie umumî tabiri altında hazırlanmış etler Avrupada umumî büyük bir murakabe ve her gün bakteriyolojik parazitolojik muayeneden geçmektedir. Bugün yerli sucuk ve pastirmalarımla bu gibi intanların sirayeti mevzuubahs olamaz. Çünkü şarkta binlerce seneden beri (Atilla'nın Bizans İmparatorluğundan istediği elçi yolluk olarak pastırma ve sucuğunu beraberinde götürmüştür) tecrübe edilmiş olan bu alaturka gıda maddeleri muayyen şartlarda hastalığı sirayet ettirmek şöyle dursun pastırmanın dış muhafaza maddeleri 1/50 mahlûlleri tifo ve paratifonun hareketini durduracak kadar antiseptik hassaya da maliktir.

Fakat diğer salam ve benzerleri maatteessüf bakteriyolojik kontrolün gayri kâfi olması dolayısıyla B ve C paratifolarının memleketimizde en mühim sebebi olabilirler.

Diğer taraftan karasineğin rolü garpta ilk defa Bermuda adalarında kirli aptesanelerin mutfak civarında olmaları dolayısıyla çıkan tifo epidemisinde nazarı dikkati çekmiştir. Memleketimizin sıcak cenup ikliminde olduğu kadar İstanbulun sıcak mevsimlerinde halk terbiyesinin tekâmülü ile çöp tenekelerine kapak yapmak ve her şeyi sokaklara, boş arsalarla atmamak sayesinde bunun da günbegün önleneceği muhakkaktır.

Nihayet mektep, kışla vesair kollektif yaşama mecburiyeti olan yerlerde müteaddit şahısların yeknasak bir sağlık tedbiri ile yaşama imkânlarının sağlandığı nisbette hastalığın önleneceği muhakkaktır. Profilaksi ve bugünün son derece kolay klâsik tedavi şekli mevzuumuzun haricindedir.

Hulâsa: Diğer memleketlerin son 50 senelik tifo vak'alarını hülâsa eden müellif Türkiye'nin ve İstanbulun bu hastalığın mevcudiyetindeki epidemiolojik sebepleri sıralıyor ve İstanbulda son senelerde tesadüf olunan iki tifo epidemisindeki tetkiklerini hülâsa ediyor.

Zusammenfassung:

Nach dem der vervasser die in den letzten 50 Jahren in den verschiedenen Laendern festgestellten Bauchtyphusfaelle, im epidemieschen Gesichtspunkt kurz besichtigt, bemüht er sich, die Grundlagen und Ursachen der oben erwachten Krankheit in der Türkei und besonders der in der letzten Jahren in İstanbul vorgekommenen zwei Epidemien festzuschellen.

İsveç Tıp Fakültesi Cardiologie Servisi (Şef: Doç. Dr. Biörck), ve Malmö Memleket Hastanesi (Direktör: Prof. Dr. J. Waldenström) çalışmalarından :

Doğmalık ve Sonradan kazanılmış Kalp Hastalıklarının Teşhisinde Kalp Katheterinin Gösterdiği İmkânlar (*)

Yazarlar: Dr. W. Owerbeck - Dr. İ. Ustaömeroğlu.

1929 senesinde *Forssmann* ilk defa kendi üzerinde yaptığı tecrübe ile bir sondayı sağ kalbe kadar sevke muvaffak oldu. Daha sonra *Cournand*, *Dexter*, *Bing* ve çalışma arkadaşları bu muayene metodunu congenital kalp hastalıklarının teşhisi için klinikte tatbik başladılar.

Metodun tekniğine ait kısa malûmat:

% 1-2 novocain ile lokal, veya diğer metodlarla yapılan tam narkozdan sonra, hususi olarak yapılmış bir *Cournand* katheteri vena Basilica vasıtasıyla röntgen kontrolü altında sağ kalbe kadar sevk edilir. Hava embolilerinden sakınmak için de sonda daha evvel serum physiologique ile doldurulur. Küçük çocuklarda v. Saphena bu iş için daha müsaittir.

Bazı klinikler tam narkozu kaide olarak küçük çocuklarda, diğerleri ise yalnız Angiocardiographie yapılan vak'alarda kullanmaktadırlar. Fakat fazla siyanotik olan çocuklarda bazı naoh hallerin husule gelebileceğini de söylemek lâzımdır. Kaide olarak katheter kuvvet kullanmadan, gayet dikkatli olarak hareket ettirilip, kalbe doğru sevk edilir.

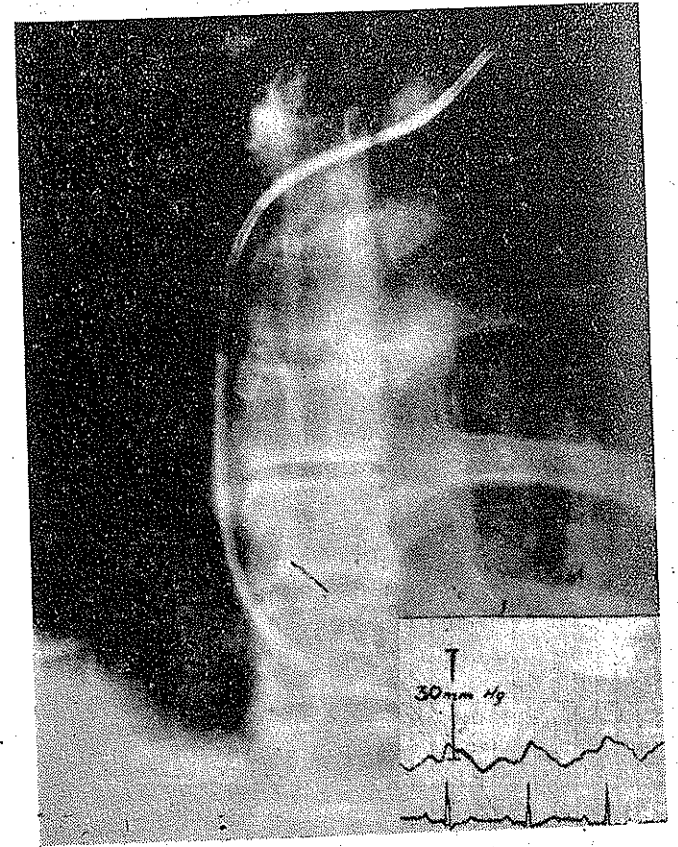
Cournand, *Dexter*, *Lenègre*, *Wenger*, *Biörck* ve *Krook* kalp katheteri esnasında spazm, çarpıntı ve myocard lezyonları gibi komplikasyonlar gördüklerini bildiriyorlar.

Kalp sondasının yapılması, kalp ve damar içindeki tazyiklerin ölçülmesi, angiocardiographie için kontrast maddenin injeksiyonu ve kalp boşluklarında CO₂ ve oksijen miktarlarının tayini için kan alınması, hususi bir teknik ve anatomik bilgiye lüzum gösterir (Resim: 1a-c).

Katheter doğmalık kalp anomalilerinin şekli ve yeri hakkında mühim malûmat vermektedir. Sonda yapılırken katheterin bazan sağ atrium içine değil boyun venlerine girdiği de görülmektedir. Sağ kalbe varmış olan sonda hemen A. pulmonalis içine sevk edilerek sondanın sağ ventrikül içinde bükülmesinin ve dolayısıyla kuvvetli extrasystoller husule gelmesinin önüne geçilmiş olunur. Sondanın A. pulmonalis içine girdiği, oradaki kan tazyikinin ölçülmesiyle anlaşılır. A. pulmonalis içindeki oksijen ve CO₂ seviyelerini tayin için 5 cc. kan alınır. Resim 2 de görüldüğü gibi Ductus Botalli'nin açık olduğu vak'alarda, katheter aortanın içine girer. Sondanın aorta içinde olduğunu tipik bir tazyik grafiğinin elde edilmesile anlarız.

Şöyle ki: Ductus civarında yüksek olan taz-

yik, sondanın biraz geri çekilmesile, sağ ventrikül içinde derhal küçülür. Şunu da söylemek lâzımdır ki, bazı vak'alarda anomali yalnız olmayıp diğer kalp hatalarıyla birlikte bulunduğu, sonda muayenesi ile teşhis koymak pek güçtür. Bazı vak'alarda ise katheter A. pulmonalis içine girmesi mümkün olmamaktadır. Aynı şekilde, bazı pulmonal stenozu veya Fallot dörtgeni vak'ala-



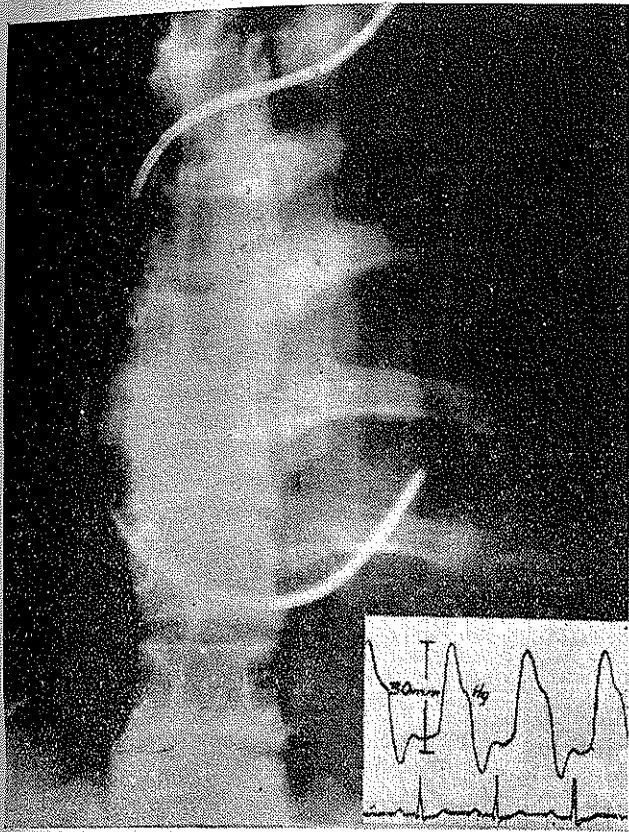
Şekil: 1 a

rında pulmonal deliği sondanın geçmesine elverişli değildir. Bunun gibi, sağ atriumun büyük olduğu atrium-septum defekti, ve nadir de olsa Epstein-syndrom'u vak'alarında, ve tricuspital stenozu hallerinde, sondanın kalp içine sevki büyük zorluklar gösterir. Tricuspital ve pulmonal atresie'si vak'alarında da kalp katheteri ile muayene yapılamıyacağı gayet aşikârdır.

Kalp katheteri yapmağa muvaffak olunan saf pulmonal stenozu vak'alarında, sağ ventricul ile A. pulmonalis içindeki tazyikler arasında büyük bir fark göze çarpar. Infundibuler stenozda (Conus Pulmonalis) ise bu tazyik farkı gayet azdır. Fakat bu tazyik farklarına istinat ederek valvuler stenoz ile infundibuler stenozu birbirinden ayırmak

(*) Bu çalışma Bonn (Almanya) da ve Malmö (İsveç) de yapılmıştır

her zaman mümkün değildir. Fallot tetralogie'sinin teşhisi ise, yukarıda zikredildiği gibi, tazyik



Şekil: 1 b.

farkının ölçülmesi, sondanın aorta içindeki seyri- nin röntgen altında görülmesi, sağ ve sol ventri- kül, A. pulmonalis ve aortadan alınan kanların i- çindeki gaz miktarları arasında mevcut fark dola- yısıyla, çok daha kolaydır. Bu gibi, sondanın kalp içindeki seyri, ve kandaki gaz miktarları arasında farkın mevcudiyeti vasıtasile atrium ve septum defektlerini teşhis etmek te zor değildir. Fakat septum defektleri çok defa diğer kalp anomalile- riyle birlikte bulunduğundan, bazan teşhis çok güçleşebilir.

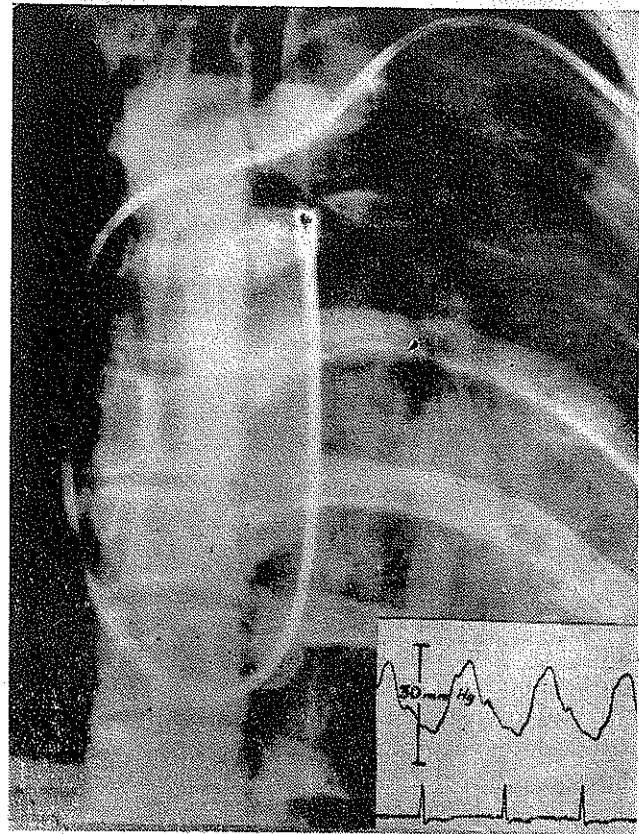
Büyük damarların yer değiştirdiği hallerde dahi sonda aorta içine, ve muhtemel bir ventrikül septum defekti vasıtasile (yaşamak imkânı kabil olduğu takdirde) A. pulmonalise sevkedilebilir. Yüksek duran bir Falolt dörtgeni ile sağ position- daki aorta anomalisinin teşhisi de çok zordur.

Evvelce söylediğimiz gibi, kalp ve damarlar içindeki tazyikleri ölçmek ve kandaki gaz seviye- leri arasındaki farkları tayin etmek, birçok komplikasyon imkânları gösteren bazı kalp anomalile- rinin teşhisi için kâfi değildir.

Son seneler içinde kalp cerrahisindeki inki- saflar, kalp sondasının rolünü bir kat daha arttır- mıştır. Bu münasebetle, cerrahî metodla tedavi edilebilen kalp hastalıklarının başında yer alan, mitral stenozundan bahsetmek yerinde olur.

Cerrahî tedaviden iyi bir netice alabilmek i- çin mitral deliği hastalığında stenozun iştirak nis- betini tayin etmek çok mühimdir. Yetmezliğin hâ-

kim bulunduğu vak'alarda ameliyattan iyi bir ne- tice beklenemeyeceği aşikârdır. Bu sebeptendir ki, mitral stenozu vak'alarının ameliyattan evvelki klinik ve röntgen muayeneleri yanında, sonda mu- ayenesi de büyük bir rol oynamaktadır. Sonda va- sıtasile ilk olarak sağ ventrikül muayene edilir. Malûm olduğu gibi stenoz vak'alarında, sol atri- umun sagittal olarak genişlemesi neticesi, sağ ventrikül de büyür. Hattâ bazı vak'alarda kathe- ter sağ ventrikülün genişlemesi hakkında sarîh bir malûmat ta verebilir. Aynı zamanda, sondanın durumu değiştirilmeden, yan vaziyette yapılan radyoskopik muayene ile de sağ ventrikülün va- ziyetini mütalâa etmek, ve sol ventrikülün büyük- lüğü hakkında tahminde bulunmak, mümkün olur, (Schaefer, Thurn). Sağ ventrikül ve A. pulmonalis içindeki tazyiklerin ölçülmesi de stenoz ile yet-



Şekil: 1 c.

Şekil 1: a-c muhtelif kateter vaziyetleri ile o vazi- yetlere ait tazyik grafiklerini göstermektedir.

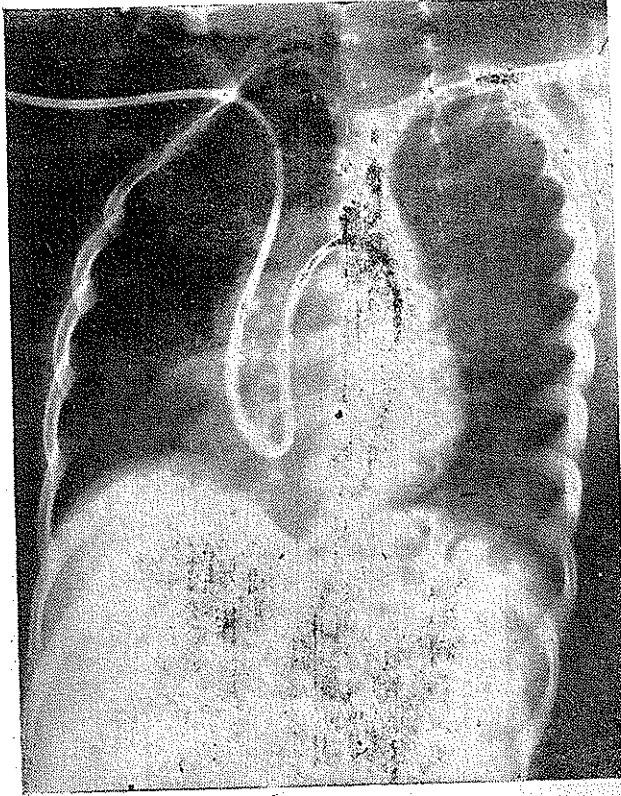
a) Sağ atrium, b) Sağ ventrikül, c) A. Pulmonalis.

mezliğin teşhisi tefrikisine yardım eder. Bu me- yanda akciğerdeki capiller tazyik (PCV = Pulmo- nary capillary venous pressure) inde ölçülmesi mühimdir. Bu capiller tazyikin ölçülebilmesi için sonda mümkün olduğu nisbette A. pulmonalis i- çinde peripherie'ye doğru sevk edilir. Bu esnada hasta derin nefes alır. Böylece elde edilen capiller tazyik grafiği şekil 3 de görülmektedir.

A. pulmonalis içindeki yüksek tazyikin de- vamlı olarak değişmesi sebebiyle, capiller tazyiki her zaman ölçmek mümkün değildir.

Saf mitral stenozu vak'alarında (PCV) taz-

yik grafiği aşikâr olarak presistolik bir yükselme gösterdiği halde, mitral yetmezliği hallerinde sistolik bir tazyik yükselmesi görülür. Fakat unutmamalı ki, A. pulmonalis içindeki tazyik bu sistolik tazyik üzerine tesir edebilir.



Sekil 2: Açık Ductus Arteriosus Botalli. Katheter açık Ductus Botalli sebebiyle Aorta Abdominalis içine varmaktadır.

Pericarditis constrictiva vak'alarında geniş bir indikasyon sahası gösterdiğini söylemek lâzımdır. Bu gibi vak'alarda sağ ventrikülün genişlemesi imkânları tamamen tahdit edildiğinden, ventrikül diyastolü esnasında elde edilen tazyik krafîğinde gayet aşikâr yüksek düz bir çizgi (Plateau) görülür; fakat aynı zamanda nabız amplitude'ü de düşer (Blomfield, Krook).

Katheter vasıtasile kalp içindeki tazyikleri ölçmek için itimada şayan bir manometreye ihtiyaç vardır. (Biz klinikte Tybjerg-Hansen-Neuhaus ve Straincauge âletlerini kullanmaktayız). Katheter ile alınan, hava ile bulaşmamış kanın muayenesi bilhassa doğmalık kalp hastalıklarında çok büyük bir rol oynamaktadır. Oksijen ve CO₂ konsantrasyon seviyelerinin kalp boşluklarından alı-

nan kanda tayini, ve yukarıda anlatılan kalp ve damarlar içindeki tazyiklerin vaziyetinden anomalileri teşhis etmek kolaylaşmış olur. Bunun gibi kalbin dakika hacmi de gayet basit olarak tayin edilebilir. Şöyle ki: ekseriya A. femoralis punktion'u ile alınan kanda oksijen miktarı tayin edilerek Fick formülü ile dakika hacmi hesap edilir.

$$\text{Kalbin dakika hacmi} = \frac{\text{Dakikada alınan } O_2 \times 100}{\text{Arter - ven } O_2 \text{ farkı}} = \text{cc/dak.}$$

Angiocardiographie, retrograd aorta graphie ve akciğer damarlarının röntgeni, kalp sondası vasıtasile şırınga edilen, kontrast maddenin yardımı ile elde edilir. Bilhassa pulmonal stenozu vakalarında tatbik edilecek ameliyat metodlarından (Blalock veya Brock) hangisinin mevcut anatomik vaziyete elverişli olduğunu tayin için angiocardiographie operatörü tenvir edici büyük bir rol oynar.

Katheter vasıtasile kalbe sevkedilen kontrast maddenin takip ettiği yolu röntgen altında tetkik etmek mümkündür. Bundan başka, katheter kullanmadan da, kinematographie metodu ile basit angiocardiographie çekmek te mümkündür. Ancak her şeyden evvel fizyolojik veya fizyopatolojik olarak kanın sağ ve sol kalbe akışını, ve akciğerlerdeki kalış müddetlerini nazarı itibara almak lâzımdır (Shunt, Janker).

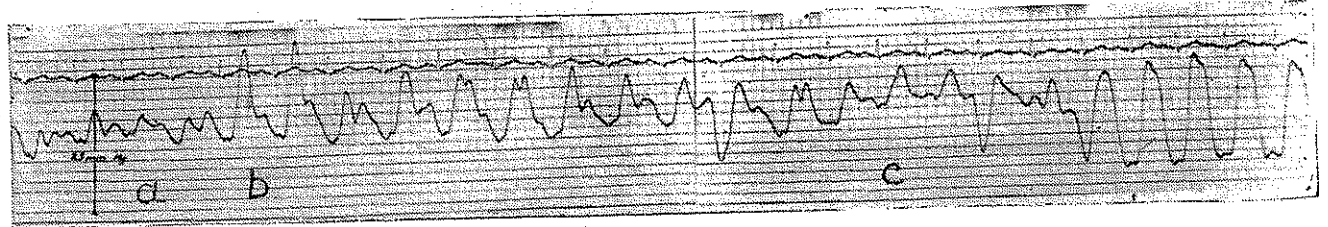
Retrograd aorta filmi çekmek için de prensip, angiocardiographie dekinin aynıdır. Yalnız katheter aorta descendens içinde stenozun üst kısmına kadar sevkedilmelidir. Katheterin aorta içinde iyi lokalize edilemediği vak'alarda, yüksek tazyikle şırınga edilen kontrast madde A. carotis vasıtasile beyne giderek ölümle neticelenen nahoş hallere sebep olabilir. Bu muayene daima umumî narkoz altında yapılmalıdır.

Akciğer damarlarının angiographie'si için kontrast madde lobuler veya segmental arterlere kadar sevkedilmelidir (Bolt).

Bütün bu muayeneler ve kontrast maddenin şırıngası, ve aynı zamanda deveran sisteminde husule gelen tazyik yükselmesi tehlikesiz değildir. Bundan dolayı büyük bir dikkat ve çok iyi bir indication'a ihtiyaç gösterir.

Angiocardiographie esnasında Ekg de görülen değişiklikler Biörck ve çalışma arkadaşları tarafından tetkik edildi.

Kronik akciğer hastalıklarında (Emphyseme, Tuberkulose, Silikose ve Anthracose) akciğer funktion'unu, sağ kalbin ve A. pulmonalisin son-



Sekil 3: Açık Ductus Botalli vak'asında tazyik grafiği.
a) Periferik damarlardaki tazyik

b) A. Pulmonalis içindeki tazyik
c) Katheter ventrikül içine geri çekileceği andaki tazyik

o ve
ano-
n gi-
ayın
unk-
edi-
lilir.

/dak.

phie
dasi
yar-
t va-
ndan
mik
ardi-
oy-

trast
etik
kul-
basit
ncak
lojik
iğeri-
k lâ-

nsip,
athe-
mina
le iyi
yikle
asile
illere
arkoz

için
rlere

denin
e hu-
gildir.
ir in-

görü-
rı ta-

seme,
ciğeri
son-



tazyik

DOZAJ: Gramın milyonda bir kaçı

CEVAP: Milyonlarca alyuvar

RUBRAMIN

B₁₂

Rubramin, vitamin B₁₂ temin eder ki, bu bilinen en antianemik maddedir.

BEHER CC. de 30' MİKROGRAM 5 cc. lik şişeler

Rubramin, sulu, proteinden ve pirojenlerden arı, zerkleri hemen tamamile ağrsız, karaciğer hülâsası zerklerine allerjik şahıslar için dahi emin, dakik olarak standardize edilmiş, bir müstahzardır.

-RUBRAMIN- E. R. SQUIBB & SONS FIRMASINA AIT TİCARİ BİR İSİMDİR

SQUIBB

...Surrenale Kifayetsizliği ender bir müşahede değil,
hemen hemen her gn rastlanan klinik bir arazdır...

SYNCORTYL

Amp: 5 ve 10 mg.

GLOSSO-SYNCORTYL

Gloset: 10 mg.

Actate de dsoxycorticosterone

oklar
Addison
Asteni
Hipotansiyon

Gebelik kusmaları
Koleriform ishaller
Tesemmmler
İntani hastalıklar

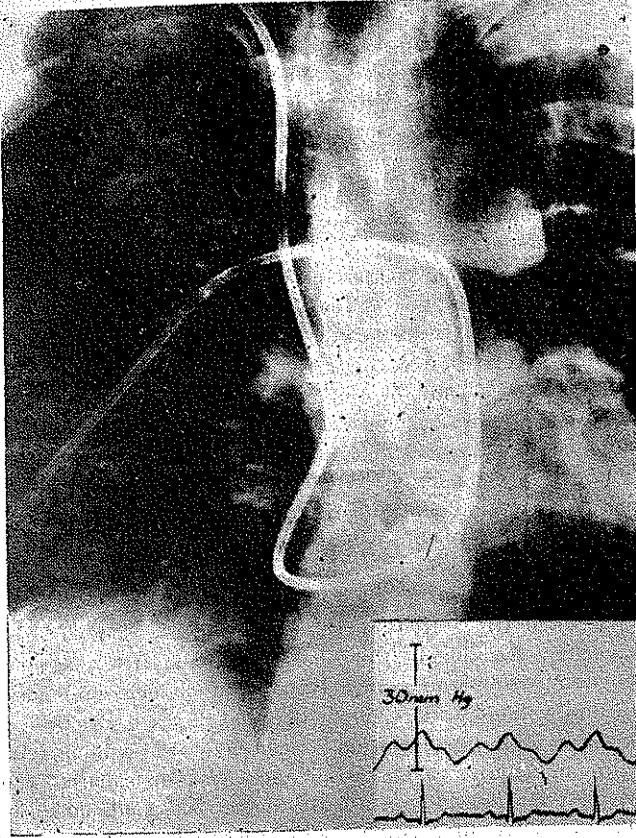
LES LABORATOİRES ROUSSEL

Trkiye mmessilliği: TRK FARMA MESSESESİ.

P. K. 651 İstanbul

da muayenesi ile tetkik etmek mümkün olmaktadır. Karaciğer venlerindeki tazyik değişikliklerinin dahi katheterle tetkik edilebileceği beyan edilmiştir (*Myers, Krook*).

Kalp katheteri ile muayene sahasında çok geniş tetkik ve tecrübeye sahip *Cournand, Bingu* ve *Dexter* 7500 vak'a üzerinde yaptıkları muayene neticelerini büyük bir rapor halinde hülâsa ettiler.



Sekil 4: Katheter akciğer küçük damarları içinde, ve bu vaziyete ait tazyik grafiği.

Hulâsa:

Doğmalık ve sonradan kazanılmış kalp hatâlarındaki, diğer muayene metodları yanında katheterin, anomalinin teşhisi için gösterdiği imkânlardan bahsedildi.

İyi bir indicationda, metoda hâkim, tecrübeli bir hekim için tehlike mevcut değildir.

Yukarıda angiocardigraphie'nin hususiyetleri anlatıldı. Katheterin ehemmiyetine, doğmalık kalp anomalileri ile mitral stenozunun teşhis ve ameliyat indication'ları sahasındaki rolüne işaret edildi.

Katheter yardımı ile gelecekte daha bazı devran sistemi hastalıklarının teşhisinin de kolaylaşacağı kanaatindeyiz.

Literatür:

- 1 — Bing, R. J. u. Mitarb.: Bull. John's Hopkins Hospital 1947 80: 107, 121, 323.
- 2 — Biörck, G., Sylvan T., Tilman G.: Acta Cardiologica 5: 509 (1950).
- 3 — Biörck G., Krook H.: Acta Cardiologica 6: 101 (1951).
- 4 — Björk V. O.: Am. of Surgery 1953 Vol. 138: 5: 718.
- 5 — Blomfield R. A. u. Mitarb.: J. Clin. Invest. 25: 635 (1946).
- 6 — Bolt W.: Med. Klinik. Jhy. 48: Nr 44: 1614 (1953).
- 7 — Cournand A.: Proc. Soc. Exper. Biol. and Med. 1941 46: 462.
- 8 — Cournand A.: Cardiac catheterisation in congenital heart disease. The Commonwealth Fund New York 1949.
- 9 — Cournand, Bing, Dexter: Circulation VII: 5: 53.
- 10 — Dexter L. u. Mitarb.: Bull. New England Med. Center 19446 8: 115.
- 11 — Dexter L.: J. Clin. Invest. 1947 26: 547 u. 561.
- 12 — Fick A.: Sitzungsber. Physik.-med. Ges. Würzburg 1870, 16.
- 13 — Forssman W.: Klin. Wschr. 1929 8: 2085.
- 14 — Hansson, H. E. u. Mitarb.: J. Thorac. Surgery St. Louis 22: 527. (1951).
- 15 — Janker R.: Fortschr. Röntgenstr. 72: 513 (1950).
- 16 — Krook H.: The Scand. J. Clin. and Laborat. Invest. Vol 5: 3 1953.
- 17 — Krook H.: Nord. med. 47: 603 (1952).
- 18 — Lagerlöf H., Werkö L.: Scand. J. of Clin. Invest. Vol 1: 2 (1949).
- 19 — Lenegre J. u. Mitarb.: Arch. Mal. Coeur 1949 42: 978.
- 20 — Myers J. D., Taylor W. J.: J. Clin. Invest. 6: 662 (1951)
- 21 — Schaefer A., Thurn P.: Fortschr. Röntgenstr. Bd. 79: 1: 21.
- 22 — Tybjerg-Hansen: Pressure measurement in human organism. Copenhagen 1949.
- 23 — Wenger R.: Z. f. Kreislf. 42: 19/20 1953.
- 24 — Werkö L.: Nord. Med. 24: 1163 1948.

Antalya Bölgesinde Tespit Edilen Tularemi Vakaları Üzerine Klinik Bir Araştırma

Dr. Naci Arun.

Antalya Memleket Hastanesi Dahiliye Müttehassısı.

17 Ağustos 1953 günü Bademağacı köyünün üç ayrı evinde boğaz ağrısı ve ateşle üç şahıs hastalanmış. O gün ve ertesi gün köyde çok sıkıcı, rutubetli, sıcak bir hava esmekte ve gökyüzü şimdiye kadar görülmemiş bir kızılık arzlemektedir. Bu hava içinde her evde bir iki kişinin neşesi kaçmış, ekserisinde üşüme, titreme ile umumî kırıklık, baş,

bel ağrıları, boğazda kuruluk, ağrı, yutma güçlüğü, 38 - 39,5 arasında seyreden ateşle 154 kişi birden hastalanmış. İlk nazarda ağır bir intan tablosu gösteren hastalık birkaç gün sonra hafiflemekle beraber bezelerde şişlik ve hassasiyet başlamış.

Çok enteresandır ki hastalık infilâkinden sonra kimseye sirayet etmemiş, 154 kişide kalmış ve iki

ay sonunda vefiyat vermeden ortadan kaybolmuştur. 154 vak'adan ancak 37 sini servisimize yatırarak tetkik etmek imkânını bulduk. Bunlardan 23 ü kadın, 14 ü erkektir. Hastaların ikisi 7 - 9, beşi 17 - 20, yirmisi 21 - 40, beşi 41 - 50, beşi de 51 den yukarı yaşlarda bulunmuştur. Çocuklar arasında hastalığa nadiren tesadüf edilmiştir. (154 vak'adan yalnız yedisi çocuktur).

37 vak'amızda hastalık kırıklık, baş, bel ve mafsalları ile başlıyor, 13 ünde üşüme titreme ile olmak üzere hepsi ateşleniyor, 38 - 40 derece arasında seyreden ateş, vasatı 3 - 12 gün zarfında lizis tarzında düşüyor. Yüksek ateşe mukabil nabızları 60 - 110 arasında kalıyor, ekserisinde aşikâr diskordans bulunuyor. 21 hasta bulantı ve kusmadan şikâyet ediyor. 5 vak'ada iki taraflı, 10 unda sol 18 inde sağ tarafta olmak üzere cem'an 33 kişide çene altı ve boyunda adenit mevcudiyeti tesbit ediyor. Boyun ve boğaz ağrısından şikâyet eden bu hastaların 29 unda adenit tarafındaki amigdaller şiş ve kırmızı bulunuyor, 9 unun üzerinde iltihabi membran, birinde de üsserasyon görülüyor. 29 kişide dalak, 2 vak'ada inguinal ganglionlar ele geliyor. 11 vak'ada aşikâr susuzluk hissi, 3 ünde terleme mevcut. 4 vak'ada hastalığın üçüncü günü herpes labialis teşekkül etti. Hastalığın 8 - 15 inci günlerinde olmak üzere 7 vak'amızda eritem polimorf meydana çıktı. İki vak'amızda 16 ncı gün adenit süpüre etti ve cerrahî müdahaleye tâbi tutuldu. Bir vak'amız ağır menenjit hali gösterdi.

Servisimize yatan 37 vak'anın lâboratuvar muayene neticeleri enteresandır. Büyük bir kısmında aşikâr lökopeni, formülde âzamî 75 e varan lenfositler ve 19 monositler tesbit edildi. Lenfositlerin ekserisi küçük, bir kısmı büyük atipik şekildedir.

Boğaz ifrazlarından yapılan frotillerde, bazı vak'alarda spiriller ve füziiform basiller görüldü. Difteri basili bulunamadı. Widal ve Paul - Bunnel reaksiyonları menfi bulundu. Boğaz ifrazı zerkedilen iki kobayda patolojik bir bulgu tesbit edilemedi.

Klinik seyrini enteresan bulduğumuz vak'alarından bazılarının müşahedesini kısaca zikrediyoruz:

Vak'a: I — Ş. A. (Prot. no. 2060. 3/9/953) 40 yaşında kadın. 16 gün evvel üşüme titreme ile ateşi yükselmiş. Şiddetli baş ve ense ağrısı olmuş, bulantısı var, arasira terliyor. Ense sertliği ve ağrısı artmış. Boğazında ağrı ve şişlik olmamış. Ateşi 39,5 nabız 100-120 arasında seyrediyor. Ense sertliği ile irilikte sırt ve el adalelerinde de kontraktür var, tüfek tetiği şeklinde yatıyor; Kernik arazi da müsbet. Hastanın umumî hali düşkün, cilt ve munzamaların rengi tabii, dili pash kuru. Organ muayeneleri normal, dalak teneffüs ile ele geliyor.

T. A. 9/6, sedimantasyon: 65-110, Trombosit: 240000. Yapılan hemogramda: Hb % 90 Er. 4350000, Leucocyt. 5600; St. % 12 Sg. % 26 Lynf. % 52 Mo. % 8 Eo. % 2 bulundu. Lymphocitler küçük tipte görüldü. Yapılan ponksiyon lomberde, mayi tazyikli ve berrak geldi. Pandi +++ müsbet, her sahada 50-80 lymphocit görüldü, örümcek ağı teşekkül etmedi. İdrarda patolojik bir şey bulunmadı.

Hastaya günde 2 gr. chloromycetin verildi. Ateşi lizis halinde dördüncü günü 36,5 a düştü. Başağrısı azaldı, ense sertliği devam ediyor. Tedaviden bir hafta sonra yapılan hemogramda: Leuco. 7800 e yükseldi, Lymphocitler % 52 den

% 27 ye düştü, St. % 9 Sg. % 53 Mo. % 7 Eo. % 4 oldu. Servisimize yatışının 15 inci günü ense sertliği tamamen kayboldu, umumî hali iyileşti. 26/9/953 de tam şifa ile evine gönderildi.

Vak'a: II — İ. C. (Prot. No. 1946. 22/8/953) 17 yaşında erkek. Boğaz ağrısı ile üşüyüp titreyerek ateşi yükseliyor, başı, bütün mafsalları ağrıyor, bulantı ile kusuyor. Sağ tarafı daha fazla olmak üzere boynunun her iki tarafı şişiyor. Ateşi: 38,5 nabız: 64-80 civarında. Sedimantasyon: 36-60. T. A. 9,5/5. Trombosit: 210000. Hb. % 98 Er. 5000000 Leuc. 8800 St. % 14 Sg. % 18 Mo. % 12 Lym. % 56 küçük ve normal şekiller galip. İdrar bulguları normal. Birinci vak'amızda ve bu vak'amızda Paul-Bunnel deneyi menfidir.

Ateşli, boynunun iki tarafı ileri derecede şiş, temasla çok ağrılı, sert adenopatiler ele geliyor. Amigdaller şiş, üzeri kırmızı, dili pash, kuru. (Sağ taraftaki adenite ponksiyon yapıldı, bir şey alınmadı.) İnguinal ganglionlar küçük küçük ele geliyor. Hastada dalginlık yok. Organ muayenesinde patolojik bir bulgu yok. Dalak + büyük.

Tedavide: Üç günde ağızdan verilen sulfadiazin'e, müteakiben iki günde 3000000 ünite pencillin'e bir cevap vermedi. Günde 2 gr. Chloromycetin ateşi lizis ile iki günde 36,5 a düşürdü. Adenopatite bir değişiklik olmadı. Ateşsiz devirde alınan kanda: Leu. 5400 St. % 26 Sg. % 20 Lym. % 40 Mo. % 14 buundu. Üç gün 36,5 civarında seyreden ateş, dördüncü günü 37,5 a yükseldi; yedinci günü 38 oldu. Nabız 82 civarında. Sol taraftaki adenit küçüldü, sağ taraftaki büyüklüğünü muhafaza ediyor ve yumuşadı. Hastalığın 16 ncı günü yumuşayan adenit cerrahî yol ile açıldı; pembe çıkan cerahatte bakteriyolojik muayene yapılamadı. Leu. 6800, St. % 21 Sg. % 29 Lym. % 37 Mo. % 7 Eo. % 6 bulundu. Hasta 21 günde tam şifa ile evine gönderildi.

Vak'a: III — H. G. (Prot. No. 1988 26/8/953) 40 yaşında kadın. Kırıklık, baş, bel, boğaz ağrısı ile ateşi yükselmiş; boynunun sol tarafı şişmiş. Hastalığın 8 inci günü hastanemize yatmış. Yattığı günü ellerinde, dirsek mafsallının üst kısmına kadar, ayaklarında dizlerinin üst kısmına kadar ciltte mütebariz, yaygın kırmızı lekeler, mafsallarda şişlik ve ağrı husule geldi. Ateş: 37,5 nabız: 80. Sedimantasyon: 132-144. T. A. 10/5. Hb. % 90 Er. 4500000 Leu. 4200 St. % 22 Sg. % 19 Lym. % 46 Mo. % 13 Eo. % 0. Lymphocitlerin ekserisi küçük tipte, Paul-Bunnel deneyi menfi. İdrar bulguları normal.

Hastaneye yatışının ikinci günü ateş kendiliğinden 36,5 a düştü. Eritem ve ağrıları devam ediyor. Altıncı günü ateş 38,5 a yükseldi. (31/8/953) Nabız 106 eritem ve ağrıları arttı. Günde 2 gr. Chloromycetin, amp. Calcium, amp. C vitamini tedavisine iki günde cevap vermedi. Bu anda Leu. 8400. St. % 11 Sg. % 60 Lym. % 19 Mo. % 5 Eo. % 5 oldu. Chloromycetin tedavisi terkedildi. Phenacetin 0,15 gr. Pyramidon 0,25 gr. dan üç adet, Calcium, C vitamini ve haricen % 2 Eau boriquée tatbik edildi. Ertesi günü ateş düştü. İkinci günü kırmızı lekeler sönmeye başladı. Leuc. 6100. St. % 20 Sg. % 47 Lym. % 28 Mo. % 4 Eo. % 1 oldu. Üçüncü günü eritem tamamen kayboldu, ağrıları geçti ve hasta şifa ile çıkarıldı.

Vak'a: IV — M. A. (Prot. No. 1944. 22/8/953) 39 yaşında erkek. Üşüme titreme ile ateşi yükselmiş, başı, boğazı, beli ağrımış, bulantı ile kusmuş. Boynunun sol tarafı şişmiş. Ateş 39,5. Nabız: 84. Sedimantasyon: 32-54. T. A. 12/7 Trombocyt: 225000. Hb. % 95 Er. 5200000 Leuc 4500 St. % 11 Sg. % 15 Lym. % 55 Mo. % 19 Eo. % 0. Lymphocitlerin küçük tipleri sahaya daha hâkim. Paul-Bunnel deneyi menfi. İdrar bulguları normal. Umumî hali iyi, boynunun sol tarafı şiş, sert iki beze ele geliyor. Boğazı kuru, sesi kısık, amigdaller şiş, sol amigdal üzerinde beyaz müközite var. Dalak teneffüs ile ele geliyor. Sirtında 1-2 tane taş rozeye benzer leke var. Diğer organlar normal. Widal, Paul-Bunnel menfi.

Günde 5 gr. Suifadiazin'e iki gün, müteakiben günde 1500000 ünite Penicillinden iki gün tatbik edildi. Ateş 38,2 civarında seyrediyor, nabızda diskordans devam ediyor. Bundan sonra günde 2 gr. Terramycin verildi. Üçüncü günü (hastalığının on birinci günü) ateşi 36,5 a düştü. Ahvali umumiye düzeldi, boğaz ağrısı geçti, boynundaki adenopati ve dalak hissedilir derecede küçüldü. Leuc. 5600 St. % 18 Sg. % 25 Lym. % 45 Mo. % 12 Eo. % 0 oldu. İkinci haftada tekrar edilen Paul-Bunnell deneyi menfi bulundu. Hastalığının sekizinci günü yapılan hemogramda: Leuc. 6200 St. % 7 Sg. % 55 Ly. % 26 Mo. % 9 Eo % 3 bulundu.

Hastalık ilk on beş gün zarfında, klinik ve lâboratuvar bulguları ile tamamen sero negatif anjin monositer intibamı vermektedir. Nitekim 23/8/953 günü Sağlık Bakanlığının yerinde tetkik etmek üzere gönderdiği üç kişilik mütehassıs heyetin yaptığı klinik ve lâboratuvar muayeneleri neticesinde: Vak'aların intanî mononüklüer anjinden başka bir şey olmadığı tebarüz ettirilmiştir.

16 ncı gününden sonra bugüne kadar vak'aların %35 inde, boynundaki adenopatiler süpüre etmiştir. Halbuki anjin monositerde tekayyüh olmaması hastalığın 30 vak'a adenit süpüre ile hastanemiz hariciye polikliniğine müracaat etmişler ve cerrahî müdahale görmüşler; bir otuz vak'a da köyünde berber ve kendileri tarafından müdahale ile açılmışlardır.

Bir kısım adenit süpürasyonlu vak'aların el'an daha devam etmekte olduğu öğrenilerek 21/2/954 günü vak'a mahalline gidildi. Köyde 4 adenitli vak'a muayene edildi; ikisi müdahale ile fistülize olmuş, ikisi kapalı, olgun süpüre halde idi. Köyde el'an on adenitli vak'anın mevcut olduğu öğrenildi.

Hastaların adenitten başka şikâyetleri yok, iştah ve neş'eleri yerinde, ateş yok; normal hayatlarını idame ettiriyorlar.

Bu hastaların Tuleremi olabileceği kanaati ile, iki vak'anın tetkik edilmek üzere Ankara Refik Saydam Hifzissihha Enstitüsüne gönderilmesi için 9/3/954 günü Vilâyet Sağlık Müdürlüğüne bir rapor ile bildirildi.

26/8/953 gün 1991 protokol numarası ile salgın sırasında servisimize yatmış ve iki gün, günde 2 gr. Chloromycetin tedavisi ile ateşi düşürülerek taburcu edilen 13 yaşında A. D. kız çocuğunda el'an daha boynunun sol tarafında yumuşamış adenitin devam etmekte olduğu görülerek Ankara Refik Saydam Hifzissihha Enstitüsüne gönderilmesi kararlaştırıldı. Ve tetkik edilmek üzere 10/4/954 gün 920 protokol numarası ile onbir gün servisimizde yatırıldı. Ateşi daima 36 - 36,5 nabız 70 - 80 arasında seyretti. Sedimantasyon: 30 - 44, leucocyt: 14000. St. % 3 Sg. % 64 Lym. % 22 Mo. % 5 Eo. % 6 bulundu. Bu hasta babası refakatinde 21/4/954 günü tetkik edilmek üzere Ankara Refik Saydam Hifzissihha

Enstitüsüne gönderildi. Ankarada bu hastadan ve salgın zamanında hastalığı geçirmiş olan babasından yapılan serolojik tetkikte, serumları 1/640 Tularemi aglütinasyonu verdi. Bunun üzerine Sağlık Bakanlığı, mahallinde serolojik muayene yapmak üzere tavzif ettiği intaniye mütehassısı Dr. Ethem Köyde bu hastalığı geçirmiş 70 vak'adan kan alarak serolojik muayene yaptı. 68 vak'a 1/20 - 1/640 e kadar Tularemi aglütinasyonunu müsbet; iki vakada menfi buldu.

Epideyoloji bakımından tetkikte: Köyde iki mahalle mevcut olduğu, iki mahalleye ayrı menbaddan su geldiği; bir mahalle suyunun mecrasının kapalı ve muntazam olduğu; diğer mahalle suyunun mecrası açık, tarlalar içinden geldiği ve bu tarlalarda tavşan, bol fare bulunduğu tesbit edilmiştir. Asıl enteresan olan tarafı; hastalığın kâffesi bu mahallede meydana çıkmış, diğer mahallede tek bir vak'a görülmemiştir. Sirayetin bu suretle kirlenmiş sularla ve giriş kapısının da boğaz, amikdaller olduğu neticesine varılmıştır.

Tedavide alınan neticeler:

Altı hasta ateşsiz geldiler; beş hastaya hiç bir ilâç verilmedi, 2 - 5 günde ateşleri tamamen düşerek ve şifa ile çıkarıldılar.

13 hastaya iki gün günde 5 gr. Sulfadiazin verildi, ikisinin ateşi iki günde düştü. Ateşi düşmeyenlerden ikisine günde 2 gr. Aureomycin verildi, iki günde şifa buldular. Geriye kalan dokuz hastaya 2 - 4 gün, günde 1500000 ünite Pennicillin tatbik edildi, ikisinin ateşi 3 - 4 günde düştü. Ateşi düşmeyenlerden ikisine günde 2 gr. Terramycin verildi, iki günde şifa buldular. Yalnız terramycin alanlardan birisinde üç gün ateşsiz devirden sonra nüks oldu; boynundaki adenit süpüre etti, cerrahî müdahaleden iki gün sonra ateş düştü. Pennicillinden cevap alınamayan iki kişiye günde 2 gr. Chloromycetin, iki kişiye de günde 2 gr. Aureomycin verildi, iki günde ateşleri tamamen düştü.

Ayrıca üç hastamıza günde 2 gr. Aureomycin verildi, ateşleri 1 - 2 günde düştü. Üç hastaya günde 2 gr. Terramycin verildi, iki günde ateşleri düştü; birisinde 4 gün sonra adenit süpüre etti, tekrar üç gün, günde 2 gr. Terramycin verildi, ateş hacaklı seyrediyordu; 4 üncü günü adenit cerrahî yol ile açıldı ve ateş düştü. 3 hastamıza günde 2 gr. Chloromycetin verildi; bir kişide ateş iki günde düştü, iki kişide eritem döküntüleri ile ateş devam etti. Antipiretik verilerek iyileştiriler. Bir hastamıza günde 0,50 gr. Streptomycin tatbik edildi, iki gün sonra ateşi düştü ve şifa ile çıkarıldı.

Tatbik ettiğimiz bu tedavilerden antibiotiklerin ve bilhassa Aureomycinin, Terramycinin Tularemide tesirli olduğu görülmektedir.

Yüksek Ateş Ve Kalp Semptomları Gösteren Beyaz Irkta Üç Orak Hücre Anemisi

Dr. Muzaffer Aksoy

Mersin Devlet Hastanesi Dahiliye Mütchassısı

Beyaz ırkta çok nadiren rastlanan orak hücre anemisi (sickle cell anemia) vak'alarına, memleketimizde son zamanlarda oldukça sık rastlanmaktadır. Nitekim 1946 senesinde Prof. E. Şerif Egeli ve Dr. Sermet Ergun tarafından neşrolunan iki vakadan sonra 1953 senesinde Prof. Müfide Küley ve Dr. Ağâh Tuna bir vak'a, Dr. Muzaffer Aksoy 1954 senesi başlangıcında 4 vak'a bildirmişlerdir. Son müellif bilhassa bu vak'aların irsî ailevî hususiyetleri üzerinde durmuştur.

Beyaz ırkta ilk sickle cell anemi vak'ası 1929 da Cooley-Lee tarafından neşrolunmuş ve o zamandanberi mahdud sayıda beyaz ırka mahsus orak hücre anemi vak'aları bildirilmiştir. Nitekim, Wintrobe Clinical Hematology kitabının 1951 baskısında beyaz ailede asgarî 12 vak'anın neşrolüldüğünü yazıyor ve kendisinin bir vaka'sını da ilâve ederek bunu 13 e çıkarıyor. Bu vak'aların 11 tanesi Yunan, İtalyan ve bilhassa Sicilya orijininden idiler. Maa-fafih son zamanlarda İtalyada Silvestroni ve Yunanistanda Choremis ve arkadaşları beyaz ırka ait müteaddit vak'alar bildirmişlerdir.

Vak'a: I.

Ş. B. bir buçuk yaşında Tarsuslu erkek çocuğu. Şikâyetleri daimî ateş, halsizlik ve kansızlık. Doğumunda normal imiş. Sun'î beslenme ile büyümüş. Altı aylığa kadar normal inkişaf etmiş. Bu ayda başlayan ateşi dolayısıyla, Tifo şüphesi ile mecmuu 10,5 gr. Chloramphenicol almış. Bundan sonra soluk hali artmış. Ateşi devam ettiği için 20 gr. Streptomycin ve diğer antibiotikler, hiç bir tesir elde edilmeden kullanılmış. Ateşi o zamandanberi gayri muntazam bir şekilde ve ekseriya 38-39 arasında devam ediyormuş. Kansızlığı yavaş yavaş artmış. Bir yaşında yapılan kan muayenesinde: Eritrosit 1,870,000 Hgb. 26 %, lokosit 4,600 bulunmuş. Aynı zamanda dalağın da aşikâr bir şekilde büyüdüğü tesbit olunmuş. Hasta bu halde iken tedavi maksadile Ankara Nümune Hastanesine yatırılmış. Muayene neticeleri şunlardır: 2,700,000, Hgb. 28 %, B. İ. 0,6 lokosit 8,600. Parçalı 27, Çomak 3, Genç 2, Mono. 6, Eo. 4, Lenfo. 58. Formol - Gel ve P. Bunnel testleri menfi, plasmodi menfi. İkinci kan muayenesinde: Eritrosit 2.550.000, Hgb. 30 %, B. İ. 0,6, Lokosit 32.000. Karaciğer ve demir tedavisi yapılmış. Bundan sonra Ankara Çocuk hastanesinde bir ay yatmış ve tedavi görmüş ve ifadelerine göre o zaman dalağı biraz küçülmüş. Kilo almış ve ateşi tamamen düşmemekle beraber azalmış. Hastanın ateşi ve kansızlığı o zamandanberi daimî olarak devam ediyormuş. Hasta bu şikâyetlerle Çocuk servisine yatırıldı. Muayene neticeleri: İleri derecede

Dr. Mitat Kemal İnanc

Mersin Devlet Hastanesi Çocuk Hastahkları Mütchassısı

soluk erkek çocuğu. Konjonktivalarda hafif subikter. Klinikte, yattığı müddetçe ateşi 37,5-39,5 arasında. Dalak kaburgalar kenarını 5, karaciğer 1 parmak geçiyor. Boy 77 c. kilo 10, 800 kgr. Lâboratuvar bulguları: İdrarda urobilinojen ++++. Kan bulguları I inci, Sickling fenomeni ve eritrositlerin hipotonik NaCl mahlûlüne mukavemetleri II nci, Myelogram III üncü tabelâda.

Hastaya 300 cc. kan verildi. Hastanın ateşi hemen düştü. Umumî ahvali hemen düzeldi. Halen hastada subfebril ateş gözükmele beraber, genel hali gayet iyidir. Transfusion dan sonraki kan bulguları I inci tabelâdadır.

Bu vak'anın irsî ailevî tetkikleri: Baba. M. B. 31 yaşında Tarsuslu. Gayet sıhhatli. Sickling fenomeni 24 saat içerisinde 30-40 %+. Anne H. B. 26 yaşında. Tarsuslu. Sıhhatli. Sickling fenomeni 50-60 %+. Kız kardeş. N. B. 6 yaşında, Tarsuslu. Sickling fenomeni - Amca. M. B. 26 yaşında, Tarsuslu. Sickling fenomeni 24 saat içerisinde 40-50 %+. Anne anne. 60 yaşında, Tarsuslu. Sickling fenomeni - Anne baba. 62 yaşında, Tarsuslu. Sickling fenomeni 24 saat içerisinde 30-40 %+.

Vak'a: II.

T. Y. 26 aylık Tarsuslu kız çocuğu. Doğumu güç olmuş. İlk günlerden itibaren sun'î beslenme. Altı aylığa kadar iyi imiş. İlk dişini 4,5 aylıkta çıkarmış. Altıncı aylıktan itibaren zayıflama ve kansızlık başlamış. 15 aylık iken pnömoni ve 1,5 yaşında ateşli bir hastalık. Zamanla zayıflık ve kansızlığı artmış. 16 aylık iken geçirdiği kızamıktan sonra bu şikâyetler fazlalaşmış. Bu arada gayri muntazam şekilde ateş yükselmeleri. Son bir haftadanberi 38-39,5 arasında daimî ateş. Penicillin, Streptomycin ve Terramycin tedavisi yapılmış. Muayene neticeleri: Zayıf, soluk bir kız çocuğu. Skleralarda hafif subikter. Boyun lenf ukdelerinde hafif dehome. Ateş 38-39 arasında seyrediyor. Kalb normal. Karaciğer normal hudutlarda. Dalak kaburgalar kenarını 2 parmak geçiyor. Sert değil. Lâboratuvar bulguları: İdrarda urobilinojen ++++. Kan bulguları I inci, Sickling hâdisesi ve eritrositlerin hipotonik tuzlu su mahlûlüne mukavemetleri II nci tabelâda.

İkinci vaka'nın irsî ailevî tetkikleri: Baba. A. Y. 31 yaşında, Tarsuslu. Sickling fenomeni 24 saat içerisinde 40-50 %+. Anne. H. Y. 24 yaşında, Mersinli. Sickling hâdisesi 24 saat içerisinde 50 %+. Anne baba. Z. H. Mersinli 50 yaşında. Sıhhatli. Sickling hâdisesi 24 saat içerisinde 55-60 %+. Anne anne. H. Tarsuslu, 40 yaşında. Sickling fenomeni 24 saat içerisinde.

Vak'a: III.

N. B. altı yaşında erkek çocuğu, Tarsuslu. Hasta ayaklarındaki şiş, ateş ve çarpıntı dolayısıyla çocuk servisine yatırıldı. Doğumunda çok sıhhatli imiş. Yedi aylıktan sonra ateş ve kansızlık başlamış. 1,5 yaşında yürümüş. Hasta solukluğu halsizliği, gayri muntazam ateşi dolayısıyla daimî tedavi altında imiş. Arada sırada düzelme safhaları. Altı yaşında ayaklarda romatizmal ağrılar (bilhassa topuk mafsasında). Aynı zamanda glutea mintakasında 1-2 gün devam eden çok şiddetli ağrılar olmuştur. Son zamanlarda çarpıntı ve ayaklarda hafif şişme. Hastaya romatizma, endokardit ve hilit tedavisi tatbik edilmiş. Muayene neticeleri: Çok soluk, skleralarda hafif subikter. Yaşına göre normal inkişaf etmiş bir çocuk. Ayaklarda hafif oedem. Boyun, koltuk altı, inguinal lenf ukdelerinde hafif dehame. Yumuşak vasıfta, müteharrik, birbiri ile birleşmemiş. Kalbde mitralde sufl sistolik, aortta sistolo-

diastolik sufl. Karaciğer kaburgalar kenarını 3 parmak geçiyor. Dalak ancak kabili ces.

Lâboratuvar neticeleri: Kan bulguları I inci, Sickling vetiresi ve eritrositlerin hipotonik NaCl mahlûlüne mukavemetleri II nci, Myelogram üçüncü tabelâdadır. Wass. ve Kahn teamülleri. — Kalb grafisinde: Kalbde ileri derecede dilatation. Kafatası femur tibia el ve kemik grafisinde anormal bir bulgu yok. Yalnız humerusun distal epihyisinde trabeculisation hafifçe artma.

Hastaya 3 defada mecmuu 550 cc. kan verildi. Bundan sonra hastanın ahvali umumiyesi düzeldi. Ayaklardaki şişler kayboldu. Transfusion dan sonraki kan bulguları tabelâ I dedir.

III üncü vak'anın irsî ailevî tetkikleri: Baba. İ. B. 49 yaşında. Sıhhatli. 4 çocuğu sıhhatte. Bir çocuğu kızamıktan (!) 2,5 yaşında, bir tanesi 1 yaşında sarılıktan, yine bir tanesi 1,5 yaşında sarılıktan, bir çocuğu 2,5 yaşında kansızlıktan, diğer biri

	I. Vak'a		II. Vak'a		III. Vak'a	
	Tr. evvel	Tr. sonra	Ateş düşmeden evvel	Ateş düşmeden sonra	Tr. evvel	Tr. sonra
Eritrosit	1,100,000	2,850,000	2,600,000	2,450,000	1,150,000	2,850,000
Hemoglobin %	20	60	49	52	21	58
B. İ.	0,90	1	0,94	1	1	1
Lokosit	30,000	22,000	48,000	22,500	22,000	14,000
Retikulosit %	47	24	28	9,5	45	15,5
Thrombosit	100,000	160,000	100,000	125,000	150,000	—
Hematocrit %	10	—	24	—	10	27
M. C. V. (*)	90 c. M	—	92 c. M	—	90 c. M	94 c. M
M. C. H. (**)	26 γγ	31 γγ	27 γγ	30 γγ	27 γγ	30 γγ
M. C. H. C. (***)	28 %	—	29 %	—	30 %	27,7 %
Parçalı %	20,5	26	19,5	40	51	56
Çomak %	2,5	8	11,5	2	—	2
Genç %	1	1	5	—	2	—
Myelosit %	—	—	3	—	1	—
Eo. %	1	1	—	7	3	4
Mono. %	1,5	3	1,5	5	3	1
Lenfosit %	73,5	61	58	45	35	37
Olgun normoblast %	4,5 %	3 %	19,5 %	0,5 %	110 %	22
Genç normoblast %	—	—	7,5 %	—	—	2
Proeritroblast %	—	—	0,5 %	—	—	—
Mitoz	0,5 %	0,5 %	—	—	—	—
Karyoreksis	1,5 %	—	12 %	—	2 %	1 %
Anisositoz	++++	++	+++	+++	++++	+++
Polychromasie	++	+	+	+	++	+
Poikylositoz	+	±	±	±	+	—
Basofil noktalı Eritrosit	Nadiren	—	Yok	Yok	Nadiren	—
Target Hücresi %	5,6 %	5,2 %	9,5 %	9 %	14 %	10 %
Sickcell %	0,8 %	0,6 %	0,2 %	0,2 %	1,2 %	1 %
Diazo reaktionu direkt	—	—	—	—	—	Yapılmadı
Diazo indirekt	++	—	Hafif +	—	++	Yapılmadı

(*) M. C. V. Mean corpuscular volume.

(***) M. C. H. C. Mean corpuscular hemoglobin concentration.

(**) M. C. H. Mean corpuscular hemoglobin.

Tr.. Transfusion dan.

iki yaşında malaryadan (I), bir tanesi de üç yaşında ishalden vefat etmişler. Aslen Tarsusun Abdalkuyusu köyünden. Sickling 24 saat zarfında 40 - 50 % +. Anne. Z. B. 45 yaşında. Tarsusun Çatalkeli köyünden. Babanın babası, annenin annesi ile kardeş. Sickling fenomeni 24 saat içerisinde

50 % +.

M. B. Erkek kardeş. 26 yaşında evli. İkinci çocuk evli. Bir çocuğu sıhhatte. Sickling fenomeni. İ. B. Erkek kardeş. 14 yaşında. Sıhhatli. Sickling fenomeni —. E. B. Erkek kardeş. 8 yaşında, sıhhatli. Sickling 24 saat içerisinde 40 - 50 % +. (*)

TABELA II. Eritrositlerin hipotonik tuzlu su mahlülüne mukavemetleri ve Sickling Fenomeni.

	I nci vak'a	II nci vak'a	III üncü vak'a
Eritrositlerin osmotik mukavemetlerinin başlangıcı	0,42 % NaCl mahlülü	0,38 % NaCl mahlülü	0,40 % NaCl mahlülü
Eritrositlerin osmotik mukavemetlerinin nihyeti	0,10 % NaCl mahlülü	0,20 % NaCl mahlülü	0,15 % NaCl mahlülü
Sickling fenomenin başlangıcı	2 dakikada	5 dakikada	2 dakikada
Sickling fenomenin en son aldığı yüzde nisbeti	24 saat sonunda 100 %	24 saat sonunda 90 - 95 %	24 saat sonunda 100 %

TABELA III. Myelogramm

Kemik iliğinin vasfı	I nci vak'a	III üncü vak'a (*)
	Çok hypercellular	Hypercellular
Myeloblast	0,5	—
Promyelosit	1	—
Myelosit	7	8
» (eo)	0,5	1
Metamyelosit	10	6
» (eo)	0,5	—
Çomak	8	7
» (eo)	1	—
Parçalı	4,5	25
» (eo)	0,5	2
Lenfosit	8	11,5
Plasma hücresi	0,5	0,5
Proeritroblast	4,5	2
Basofil Eritroblast	2	2
Ortokromatik Makroblast	1,5	—
Polikromatik Makroblast	1	—
Ortokromatik Normoblast	33,5	28
Polikromatik Normoblast	15,5	7
Mitoz %	10	15
Kırmızı serinin % de miktarı.	58	39

Vak'aların münakaşası:

Bariz şekilde erken çocukluk yaşlarında ağır S. C. A. semptomları gösteren vaka'larımızın ateş ve kalb durumları üzerinde durmak istiyoruz. Bütün hemolitik anemi nevilerinde olduğu gibi orak hücre anemisinde de ateş gayri mutad bir semptom değildir. Umumiyetle subfebril ateşlere rastlanmakla beraber, 39,5 a kadar yükselen ateş nadiren bulunur. Birinci vak'amızdaki ateşi araya giren interkuran bir hastalıkla izaha imkân yoktur. Çünkü ateş, her türlü antibiotik tedavisine rağmen 6 aylıktan itibaren devam etmektedir. Bu vak'ada ateş ancak ağır anemi ile izah olunabilir. Nitekim hastaya transfusion yapıldıktan sonra, ateşin birdenbire düşmesi ve tekrar yükselmemesi bu iht-

(*) Transfusiyondan sonra yapıldı.

malin pek mümkün olduğunu göstermektedir. Yalnız bu arada şöyle bir sūaif hatıra gelmektedir. Niçin her S. C. A. vak'asında, bu şekilde yüksek ve devamlı ateş gözükmüyor? Meselâ üçüncü vak'amızın anemisi birinci vak'anunki kadar ağır olduğu halde, ancak hafif derecede ateş müşahede edilmektedir. Bu suale kat'î olarak cevap vermek pek mümkün olmasa gerek. Yalnız, diğer bir çok semptomlarında, meselâ alt taraftaki kemik ağrıları gibi (romatizmaya benzer), her vak'ada bulunmadığını ve bazı vak'alarda hastanın en iz'aç edici şikâyeti olduğunu burada kaydetmek isteriz. Ne olursa olsun, bazı anemilerde olduğu gibi ateş orak biçimi hücre anemisinde en göze batan semptom olabilir.

İkinci vak'adaki ateşin, birinci vak'ada olduğu gibi anemiye bağlamaktan ziyade, araya giren interkuran bir hastalıkla izah edilmesi lâzım geldiği fikrindedir. Biraz uzunca da olsa, antibiotik tedavisinden sonra ateşin düştüğü tesbit olunmuştur (Birinci vak'ada olduğu gibi transfusion yapılmadan). Yalnız vak'anın ateşli zamanında, kan bulgularında, çok fazla bir barizleşme müşahede olunmuştur. Lokositlerin sayısı 22,000 den 48,000 e çıkmıştır ki, bunun büyük bir kısmı, enorm şekilde artan nüveli eritrositlerdir (100 lokosite 39,5 nüveli eritrosit). Nitekim ateş düştükten sonra muhiti kandaki nüveli eritrositler ve karyoreksis şekilleri tamamen kaybolmuştur (100 lokosite 0,5 nüveli kırmızı küreyve).

Üçüncü vak'amızda da subfebril bir ateşe tesadüf edilmekle beraber, vak'anın en mühim hususiyeti, romatizmal ağrılarla beraber kalb semptomlarının ön plânı işgal etmesidir. Bu yüzden uzun müddet hasta endokardit ve romatizma diye tedavi olunmuştur. Çarpıntı, mitralde sufl sistolik ve aortta sistolodiyastolik sufl ve ayaklardaki hafif oedem, bir dexam yetersizliği fikrini vermekte ise de, diğer kan muayenesi neticeleri, bütün bu bulguların orak hücre anemisine bağlı olduğunu kat'î olarak göstermektedir.

(*) Üç vak'anın ebeveynleri daha evvel neşredilen Dr. Muzaffer Aksoy'un diğer 4 vak'asında olduğu gibi Eti Türklerindedir.

Kalb semptomları S. C. A. vak'alarının bazan en mühim bulguları olabilir. Taşikardi, mitralde sistolik fremitus, kalbin global şekilde dilatasyonu, sistolik ve presistolik sifiller, ikinci pulmonalis sesinin aksentuationu tesbit edilebilen bulgulardandır. Bu yüzden mitral yetersizliği, mitral darlığı veya valvül kalb anomali teşhisleri yanlış olarak konabilir. Ayrıca hastada sık gözüken ve romatizmaya müşabih kemik ve adale ağrıları bu teşhisi kuvvetlendirir. Fakat vak'amızda olduğu gibi kan muayeneleri hakiki teşhisin konulmasını kolaylıkla temin eder.

Paroksismal Ventriküler Taşikardi Gösteren Bir Vak'ada İntikal Bozuklukları

Dr. Celâl İren - Dr. Fikret Pamir (*)

Son zamanlarda servisimizde müşahade etmek fırsatını bulduğumuz bir paroksismal ventriküler taşikardi vak'asının fevkalâde bir tenevvü gösteren E.K.G. bulguları dolayısıyla neşri faydalı bulunmuştur:

B. K., 35 yaşında, otobüs biletcisi. İki aydan beri bazı günlerde birkaç defa, bazan da birkaç günde bir, baygınlık ve baş dönmesi hissiyle müteakıf şiddetli çarpıntı, göğüste tazyik ve sıkıntı tevli eden nöbetler baş göstermiş. Bu nöbetler ekseriya sebepsiz, arasına herhangi bir yorgunluğu müteakıf birdenbire zuhur eder, başlangıcı kadar belirli olmamakla beraber sür'atle sonlanmış.

26/3/1954 günü akşamı tekrarlayan bir nöbetle hastanemize müracaat ettirilen hastada aşikâr bir sıkıntı ve dispne hali farkediliyordu. Etraf soğuk ve yüz hafif terle kaplıydı. Nabız fevkalâde sür'atli, sayılamaz bir halde ve zayıf bulundu. Kalp sesleri gayri vazih, zaman zaman tonalite değişiklikleri farkediliyor, ilâve sufl duyulmuyordu. Siyanoz ve veridi rüküdet yok, karaciğer ancak ellenebiliyor, gayri hassas. Bu sırada yapılabilen E.K.G. de elektrikli alternans gösteren ve dakikada 210-220 atımı bulan paroksismal ventriküler taşikardi tesbit edildi. Hasta yatağına nakledildiği sırada taşikardi sonlanmış, bu yüzden herhangi bir müdahale yapılmamıştır (Trase I).

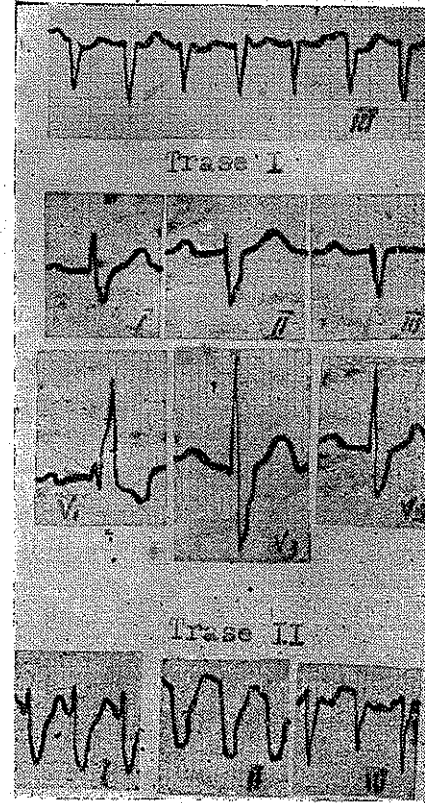
Hastada anamnestik olarak irsi ve ailevi herhangi bir yük, fena bir itiyad tesbit edilmedi. 4 yıl önce geçirdiği bildirilen Had mafsalsız rumatizması gayri faal bulundu (Sedimentasyon: 2/4/10 de 1/3/8 mm.) Rutin klinik muayeneler kayda değer bir hususiyet göstermiyor. Ortodiyagramda: konus pulmonalis mütebariz ve kalp kuturları normal bulunuyordu. 27/3/954 günü sükün halinde bulunan hastada tekrarlanan E.K.G. (Trase: II) Sinüs ritmi, nabız dakikada 88, tip R_S, PR: 0,22 - 0,24 sec., QRS: 0,13 sec., QT: 0,38 sec. Bu bulgulara nazaran vak'ayı klinik olarak rumatizmal kardit, elektrokardiografik olarak da Atriyoventriküler (birinci derece blok) ve İnteraventriküler (Wilson blok) intikal bozukluğu olarak teşhis edildi.

Müdahale edilmeksizin istirahatte bırakılan

Literatür:

- 1 — Muzaffer Aksoy.: Beyaz ırkta dört orak hücre anemisi (Sickl Cell Anemia) ile irsi ailevi tetkikleri. Anadolu Kliniği. Mart, 1954.
- 2 — Choremis, Zervas, Constantinides, Zannos.: Sickle Cell Anemia in Greece. Lancet May 26, 1147, 1951.
- 3 — Prof. Ekrem Şerif Egeli - Dr. Sermet Ergun.: Beyaz insanda zenci anemisi. Türk Tıp Cemiyeti Mecmuası. 8, 1946.
- 4 — Prof. Müfide Küley - Dr. Ağâh Tuma.: Bir orak hücre anemisi vak'ası. Türk Tıp Cemiyeti Mecmuası. 7, 356, 1953.
- 5 — M. M. Wintrobe.: Clinical Hematology. 1951.

hastada paroksizm tekrar zuhur etti: Anguvaz, yüz solukluğu, hafif siyanoz, zayıf ve fevkalâde sür'atli nabız. Pülmoner ve hepatik konjesyon mevcut değil, veridi rüküdet sezilmiyor, venöz tazyik: 65 mm. (kullanılan cihazla normal veritazyiki: 45-55 mm.), E.K.G.: Paroksismal ventriküler taşikardi, dakikada 270. Derhal 0,25 gr. Quinine i.v. zerkedildi. Zerk henüz bitmişti ki paroksizm kayboldu (Trase III). 28/3/1954.



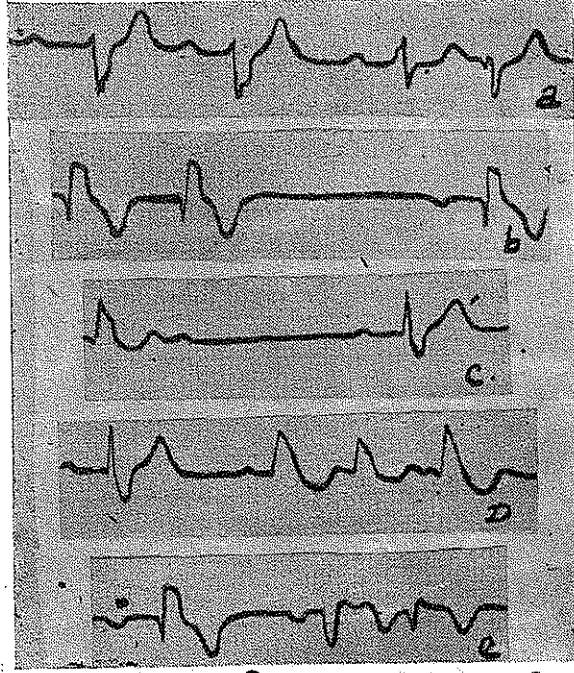
Trase: III.

Müteakıf günler tedricen artırılan ve mütedil seviyede kalınan (1,2 gr) Quinidine Sulfate tedavisine devam edildi. Hastanın serviste kaldığı 18 gün zarfında bir kaç defa hafif ve ayrıca müdahaleyi icap ettirmeyen krizler vukubuldu. Günlük

(*) Ankara Belediye Hastanesi, Dahiliye Servisi.

0,40 gr. entretiyen Quinidine tavsiyesile 12/4/954 günü çıkarılan hasta onar gün ara ile tekrar tetkik edilmiş. sübjektif iyilik ifadesi yanında E.K.G. de: Sinüs ritmi, kalp atımı dakikada 75, PR: 0,2 - 0,24 sec., QRS: (DI) 0,13 sec. (VI) 0,16 sec. bulunmuştur.

Ancak bu zahiri iyilik birden bire bozulmuş ve 9/5/1954 günü talebimiz üzerine yapılan muayenesinde: devamlı çarpıntı hissinden şikâyetle bulunmuş, konjestif kalp yetmezliği periferik arazları tesbit edilmemişse de mevcut dispnenin en küçük bir faaliyetle arttığı, çalışma gücünün tamamen kaybolduğu görülmüştür. E.K.G. bulguları ise (Trase IV) in tetkikinden anlaşılacağı üzere miyokardın fevkalâde yorgun bir halinin ifadesi olarak hemen bütün intikal bozukluğu şekillerinin ve muhtelif ektopik odaklı ekstrasistollerin mevcudiyetine şahit olunmuştur.



Trase: IV

Klinikte tetkik ve bilâhare takip edilen vak'anın müşahade ve E.K.G. traselerinden anlaşılacağı üzere bellibaşlı bulguları şöyle hulâsa etmek mümkün olacaktır:

1. I ve II derece Atrio-ventriküler blok.
2. Wilson tipi (mutad sağ şube bloku) İntra-ventriküler blok.
3. Paroksizmal ventriküler taşikardi.
4. Polimorfi gösteren ventriküler prematüre sistoller (Trase IV d,e).

Kalp otomatizması spesifik nescin başlıca fonksiyonudur. Toksik, toksik-enfeksiyöz etiyojije bağlı olarak organik veya nöro-vegetatif tonus değişiklikleriyle ilgili olarak fonksiyonel sebeplerle stimulus intikalinde meydana gelen bozukluklardan kalp bloku diye bahsedildiği malûmdur. Bu intikal bozuklukları ya atriumlardan ventriküllere geçişteki güçlük olarak tezahür eder (Atrio-ventriküler blok) ve yahut ta His-Tawara huz-

mesinin uzvi veya vazifevi kesilmesi ventrikülleri ilgilendirir (İntra-ventriküler blok).

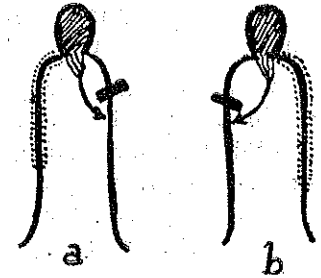
1. Vak'amızda E.K.G. olarak tesbit edilen ilk bulgu, PR mesafesinin bazan 0,40 saniye (Trase: IV-a) ye kadar uzamasıdır. Aynı mahiyette olmak üzere Tersine Wenkebach Periyod'u (Trase: IV-a), Sinus Duraklaması (Trase: IV.b) ve A-V. Tam blok (Trase: IV c) gibi atrio-ventriküler blokların muhtelif varyasyonları birbirini müteakip görülmektedir.

2. Tesbit edilen ikinci mühim hususiyet traselere esas şeklini veren Wilson Blok olarak isimlendirilen ventriküller içi blokudur.

Branş blokları hakkındaki münakaşalar henüz bitmemiş ve bu hususta son söz söylenmemiş olmakla beraber aşağıdaki hususları hatırlamakta fayda vardır.

His huzmesi sağ ve sol olmak üzere ikiye ayrıldıktan sonra ki bilhassa vertikal trajesinde, miyokarddan izole konjonktif bir kılıf içindedirler (Tawara - Mönckeberg). Bunlardan birinin organik lezyonlar neticesi anatomik tam kesilmesi (ve hattâ bugünkü bilgilerimizin inanmaya zorladığı gibi fonksiyonel sebeplerle de) yani fizyolojik impulsı nakledemeyecek bir hale gelmesi sağ veya sol şube blok'u dediğimiz intikal bozukluklarını tevliid eder.

Klasik bilgiler ve bu arada histolojik tetkiklerin güçlüğü kadar tefsirlerindeki anlaşmazlığın tevliid ettiği etimolojik karışıklıklar Rothberger'in yeni ve gayet enteresan bulgularıyla birlikte tekrar gözden geçirilmek durumundadır. Öyle ki hayvanda her iki branşın birden kesilmesi, beklenildiği veçhile her zaman A-V. Tam bir blok sebebi olmamakta. histolojik olarak ta teyid edildiği gibi *Paraspesifik* bir nescin münkati olması gereken intikali temin ettiği anlaşılmaktadır (Bloc bilatéral manqué). Şemalardan anlaşılacağı üzere, (a) sağda tam solda kısmi branş lezyonunu göstermektedir ve sol yüksekte bir lezyondur. E.K.G. de ventriküler kompleks bir sol ventrikül antisipasyonu (üstünlük) örneği gösterir, zira paraspesifik yol vasıtasıyla eksitasyon solu sağdan daha önce bulacaktır. Şu halde klinikçi, ventriküler



kompleksinin ifadesine nazaran bir sağ ventrikül gecikmesinden (sağ şube bloku) bahsederken, histolojist bir sol şube bloku ortaya koyacaktır. (b) ise tamamen aksi klinikte sol şube bloku olarak tanınacak, histolojik tetkikler sağ şube blokunun delillerini verecektir.

Anlaşılacağı gibi, bilateral lezyonlarda ventrikül kompleksi, kesilişin sağ veya soldaki mevki-

MAZLUM - KİTABEVİ • İSTANBUL

BEYNELMİLEL TIBBİ VE FENNİ NEŞRİYAT İŞLERİ

SİCİLLİ TİCARET : 22536 • TELGRAF : MAZLUM KİTABEVİ - İSTANBUL • TELEFON : 22967

16 • POSTANE CADDESİ • POSTA KUTUSU • 58

Son yıllar zarfında dünya tıp âleminde gördüğü fevkalâde rağbetten dolayı Avrupa tıp dergileri arasında şeref mevkiini işgal eden

ARS MEDICI

memleketimizde de büyük bir alâka uyandırmış ve kısa bir zamanda yüzlerce abone kazanmıştır.

Dünyaca tanınmış profesör, doçent ve hastane şeflerinden seçilmiş otoriter bir heyetin başkanlığı altında, Avrupa ve Amerikanın değerli uzmanlarının işbirliğiyle çıkarılan ARS MEDICI,

a) Hekimliğin en modern konularına dair orijina yazılar,

b) Bütün dünya tıp dergilerinde çıkan en değerli ve en yeni travayların (İç Hastalıkları, Cerrahi, Anestezi, Ortopedi, Deri ve Tenasül Hastalıkları, Uroloji, Doğum ve Kadın Hastalıkları, Nöroloji ve Psikiyatri, Çocuk Hastalıkları, Göz Hastalıkları, Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları, Propedötik, Fizyoterapi, Radyoloji ve Laboratuar konuları altında özetler halinde) analiz ve sentezlerini,

c) Tedavi notları,

d) Semiyoloji, Tefriki Teşhis ve Tedavi Tabloları,

e) Farmakoloji alanındaki en modern bilgileri,

f) Cenevre Üniversitesi İç Hastalıkları Profesörü Dr. M. Roch'un («Dialogues Cliniques» leri) dersleri,

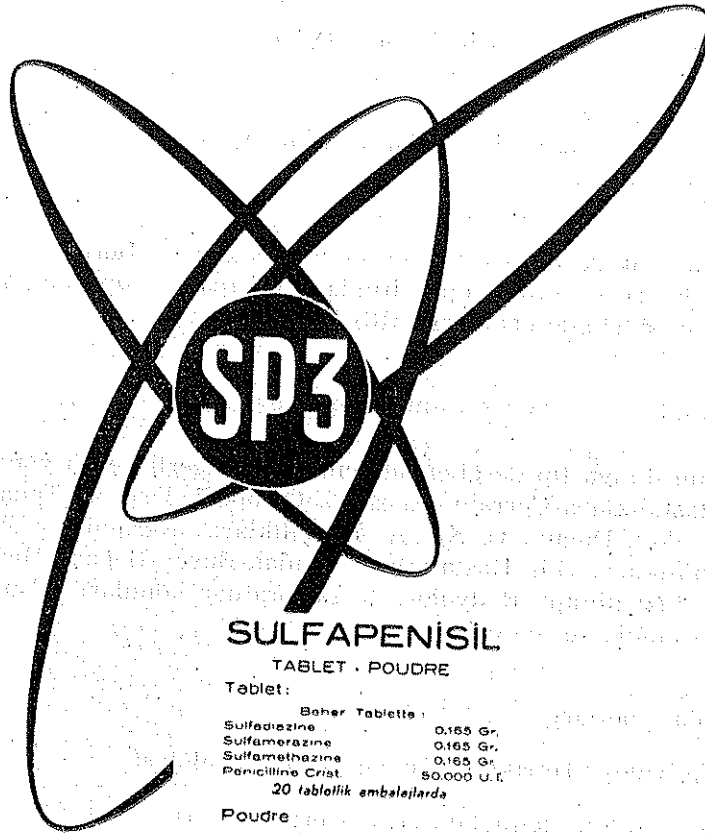
g) Portreler,

h) Tıbbi neşriyat alanındaki yenilikleri

her ay muntazaman yayınlanır.

Beynelmilel hekimliğin ilerlemelerini günü gününe tâkip eden, tıp ilminin ve pratiğinin son yeniliklerini bir araya toplayan ARS MEDICI, fransızca ve almanca olarak yayınlanmaktadır.

Her ay 88-112 sahife olarak çıkarılan ARS MEDICI, Avrupanın en yüksek tirajlı ve aynı zamanda en ucuz tıp dergisidir. Senelik abone ücreti 17.50 Liradır ve abone olduğu esnada peşin ödenir. Aboneler daima 1 Ocaktan başlar ve bir sene devam eder. Altı aylık aboneliği yoktur.



SULFAPENİSİL

TABLET - POUFRE

Tablet:

Beher Tablette :	
Sulfadiazine	0,165 Gr.
Sulfamerazine	0,165 Gr.
Sulfamethazine	0,165 Gr.
Penicilline Crist.	50.000 U.I.

20 tabloolik ambalajlarda

Poudre:

Beher Gramda :	
Sulfaniazol	0,66 Gr.
Sulfathiazol	0,33 Gr.
Penicilline Crist.	10.000 U.I.

15 ve 30 Gramlik ambalajlarda



İLAÇ FABRİKASI - LEVENT

ine değil spesifik yoldaki seviyesine tabi olmaktadır. Daha etraflı münakaşaya girişmeden de sadece şu mülâhazalar, brans bloklarında sağ veya sol şekilden bahsetmenin her zaman doğru olmayacağını, tıbbî literatürde nadir görülen veya sık rastlanan terimlerinin sokulmasını isteyen bazı otoritelerin haklı olduklarını göstermektedir.

Şube blokları hakkında hatırlanmasını faydalı bulduğumuz şu bilgilerden sonra vak'amızla ilgili Wilson Blok'una gelince: Frank ve Wilsonun klinik ve elektrokardiyografik hususiyetlerini tetkik edip topladıkları bir grup trasenin, hayvan tecrübeleriyle teyidi Eppinger ve Rothberger tarafından yapılmıştır. Sağ şubeleri kesilmiş ve bilâhare iyileşmeye bırakılmış köpeklerde aynı tip E.K.G. bulguları zuhur etmiş, bu traseler Wilson bloku olarak isimlendirilmiştir. Bugünkü bilgilerimize nazaran sağ şube blokunun mutad şekli olarak kabul edilen Wilson blokunun E.K.G. hususiyetlerini şöyle hulâsa edebiliriz: QRS grubu genişlemiştir, bu genişleme daha ziyade S e aittir ve S kalındır, çatallıdır; R umumiyetle ince ve küçük amplitüdüdür. T dalgası S'in aksi istikamette ve DI de pozitifdir. (rS, T+). Sağ prekordial derivasyonlarda (V₁, 2) primer ve sekonder rR mevcudiyeti, sol prekordial derivasyonlarda V₄, 5) erken R dalgası, geniş S bulunması, QRS > 0,12 saniye, geçit bölgesinin sağa kayması (Trase: II).

3. Vak'amızda tesbit edilen ve klinik, oskültatif, terapötik delilleri ile *ventriküler* olarak kabul edilen paroksizmal taşikardi, bilindiği gibi oriküler paroksizmal taşikardilerin aksine sıklıkla organik ciddi lezyonların ifadesi olarak müşahede edilir. Ventriküler fibrilasyonun öncüsü gibi fevkalâde fena bir prognoz ehemmiyet kazanırsa da normal olarak müşahede edilebildiği nadir hallerin yanında uzun bir hayatla da kabili telif bulunabilir.

Vak'amızda iki aydan beri müteaddit defalar muhtelif şiddette ve devanında bulunan paroksizmal taşikardi, oskültatif bulgular, organik kalp ârazları, trase şekli bakımından ventriküler kabul edilmişse de aşağıdaki hususiyetler dolayısıyla oriküler ve süpraventriküler taşikardi şekilleri ile tefrikinde mütereddit kalınmıştır:

a) Hastada ayrıca şube bloku bulunması ve şube bloku ile birlikte bulunan oriküler paroksizmal taşikardilerin ventriküler ekstrasistollere benzer komplekslere sebep olabileceği bilgisi. Fakat gerek taşikardi esnasında kalp süratinin oriküler tiplerde görülenlerden çok fazla oluşu, gerek P dalgalarının tesbit edilememesi ve gerekse hafif ritm intizamsızlığı ile müterafik birinci ses-te tonalite değişiklikleri ventriküler tipi kabule zorlamıştır.

b) Bazı derivasyonlarda (Trase: I) QRS ini-siyal dalgasını hemen takip eden P dalgalarının zuhuru, bir defasında tesbit edildiği gibi dakikada 272 yi bulan bir kalp süratinin mevcudiyeti Süpraventriküler - İnfranodal bir taşikardi ihtimalini hatıra getirmişse de ventriküler tenbih dalgalarının geriye doğru intikalinin ekseriya bloke olmakla beraber, bazen atriuma uzanabilmesi imkânı neticesi atrium tekallüsü mümkün olmakta ve bu suretle sinüs düğümü de iptal edilebilmektedir.

4. Nihayet, Miyokardın bitkin halinin ifadesi olarak dikkate alınması lâzım gelen bir bulgu da, bazan salvolar gösteren ventriküler menşeli, polimorf ektopik mihraklı ekstrasistollerdir (Trase: IV. D. E).

Son bir mülâhaza olarak ilâve etmek gereklidir sanırız ki, ister hastalığın evolüsyonu icabı isterse tutucu dozda kinidin tahtı tesirinde müsait bir durum arz etmekte iken birdenbire ağır miyokard bozukluğu halinde belirmesinde, hemen hemen aynı klinik ve elektrokardiyografik tezahürlere sebep olabileceği üzere, kinidini itham etmeğe imkân bulamadık. Zira:

1. Vak'ada en ağır miyokard bitkinliği hali, kinidinin kesilmiş bulunduğu bir devrede zuhur etmiştir.

2. Hastada kinidin'e karşı herhangi bir hassasiyet ve mal-tolerans hali görülmemiş olduğu gibi, mutad dozların daima altında kalınmış ve bu miktarlardan istifade etmiş olduğu görülmüştür.

3. Kinidinin toksikasyonunun E.K.G. olarak en belli delilleri olan ve Q-I uzaması, Trase IV de, diğerlerinden farklı bulunmamıştır.

Ankara Nümune Hastanesi Kadın Dahiliye Servisi:

Şef: Dr. Necati Selvi

Geçirilmiş Dizanteriye Bağlı Klinik Tablolar Hakkında

Dr. Saima Arıcan

Basilli veya amipli dizanterilerin nekahatinde veya görünüşte hastalık tamamen geçtikten sonra meydana çıkabilen bir takım klinik tablolar, bilhassa ilk hastalığın gözden kaçmış olduğu vakialarda şaşırtıcı olmaktadır. Bu yeni hastalık halleri ağır seyreden vak'alar kadar hafif ve sinsi seyirli olanları takiben de görülebilir. Buna hastanın az dikkatli oluşu da ilâve edilirse geç komplikasyonların husule getirdiği tablo içinde karşılaştığımız hasta hattâ ilk hastalığından hiç

bahsetmeyecektir. Doğru teşhis ancak basilli veya amipli dizanteri ile böyle bir iştirak hatırlanarak çok dikkatli bir anamnez, bakteriyolojik muayeneler ve rektoskopik bulguların da yardımı ile konulabilir.

Basilli dizanteri avakırı:

Dizanteriden sonra görülen önemli komplikasyonlardan biri *dizanteri romatizmasıdır*. En sık olarak mükö ve kanlı ishallerin geçmesinden iki ilâ dört hafta sonra görülür. Çok defa üç dört maf-

sal, bazan da tek mafsalsal musab olur. Kaideten periartiküler bir şişlik ve bir mafsalsal mayii mevcut olup bu mayi asla cerahatlenmez. Nadir olarak mafsalsal belirtilerinin yalnız ağrıdan ibaret olduğu vak'alar da vardır. Bir mafsalsal diğerinden sonra hastalanabilir. Mafsalsal bozuklukları bir kaç aydan bir iki seneye kadar devam edebilir; fakat devamlı bozukluk bırakmaz. Ekseriya 38° - 39° ateş vardır. Haftalarca remisyon göstererek seyrederek, yahut sufebril kalır. Bu romatizma şeklinin salisil ve pyramidon tedavisine cevap vermemesi karakteristiktir. Dizanteri romatizmasında kalp komplikasyonu görülmediği ve ter olmadığı bildirilmiştir. Shiga Kruse vak'alarında olduğu gibi psödo dizanteri denilen diğer grup dizanterilerden sonra da artrit görülebilir. Hattâ daha ziyade hafif geçen vak'alardan sonra zuhur eder. Çok defa mukoza değişiklikleri ile beraber olup uretrit ve konjonktivit (veya irido siklit) ile iştirak ederse «Reiter triazi» ndan bahsedilir. Burada lezyonların bu lokalizasyonu «Romatizmal-Allerjik tip» ten bir adaptasyon hastalığı karşısında bulunduğumuz intibamı vermektedir.

Dizanteriden sonra diğer mühim belirtiler mide-barsak cihetinde görülür. Bu arada hipoasidite, aşili, veya pankreas hipoşilisi veya bunların tevliit ettiği demir eksikliği ve hematopoetik faktör noksanına bağlı *anemi şekilleri* müşahade etmek mümkündür. Kismen barsak mukozası atrofisine, kısmen pankreas kifayetsizliğine ve kısmen de nedbevi kalın barsak stenozları veya barsak pasajının sür'atlenmesine atfedilen şpru ve *kronik avitaminoz tabloları* da husule gelebilir. Bu eksik vitaminler ya mütipl veya birisi daha bariz olduğuna göre muhtelif hastalık halleri ile karşılaşmak kabildir. Nevrasteni veya nevritle şeklinde dizanteriden sonra görülen hastalık tablolarının bir B. vitamini karansına bağlı olması çok muhtemeldir. Nevritler ekseriya Radialis, Peroneus ve İskiadikus'un hissi veya motör dallarında felç şeklinde belirtiler yapar.

Dizanteri geçtikten sonra ödemler görülebilir. Bazan ileri dereceye varabilen bu ödemelerde fena beslenme kadar nesiclerdeki fiziko-şimik değişikliklerin de rolü vardır.

Bu hastalığın diğer bir komplikasyonu dizanterinin kronik bir seyir almasıdır. Çok defa hastalar görünüşte tamamen iyileştikten bir kaç hafta veya ay sonra *diare* tekrar başlayarak hastalık kronik şekle girer. Belki yaşayış ve beslenme durumunun fenalaşması mukavemet kabiliyetini kırarak bu neticeyi hazırlamaktadır. Ekseriya kronik dizanteri ile portör hududunu çizmek zordur. Bunlarda fonksiyonel mide-barsak bozuklukları, meselâ defekasyon intizamsızlığı, hipoasidite veya aşili ile gaitada patolojik unsurların bulunması gibi hafif latent bir hastalık tesbit edilir. Fakat bir müddet sonra durum bozularak gaitada az veya çok müküs ve cerahat çıkmıya başlar. İyilik devreleri senelerce devam edebilirse de barsakta devamlı bir hipersansibilite mevcuttur. Klinik tablo Colitis Ulcerosa'ya benzer. Durum gittikçe

fenalaşarak kronik kaşeksiye kadar varabilir. Bu kronik Ülserö şekilden başka bir de dispeptik şekil ayrılır. Gaita bazan fermentasyon bazan pütrefaksiyon tipindedir. (Hipo ve anasidite, histaminer refrakter aşili, pankreas hipoşilisi).

Dizanteriden sonra spastik kabız, atonik haller, kolitis mukoza gibi türlü barsak *barsak bozuklukları* da sık görülür.

Kronik dizanteriden sonra *gastrit* ve mide veya duodenum ülserlerinin zuhur edebileceği bildirilmiştir. Aradaki münasebeti kat'i olarak tayin etmek zor olmakla beraber ülserin gastrit zemini üzerinde husule geldiği kabul edilebilir. Ekseriya müşahade edilen hipoasidite bu gastritin neticesidir. Bundan başka biraz önce bahsettiğimiz konstipasyon ve böylece barsaklarda teşekkül edebilen enfeksiyon foküsleri veya hasta barsağın vagusu tenbihi ile refleks yol yahut toksik tesirler de bu ülserlerin patojenisinde rol alabilir.

Amipli Dizanteri avakıbı:

Burada en önemli komplikasyonu amibiazın yayılarak muhtelif organlarda yerleşmesi teşkil eder. Barsak dışında amiplerin yerleşmesi en sık karaciğerdedir. Hafif veya görünürde iyileşmiş bir enfeksiyonun birden bire *karaciğer apsesi* ve *hepatitis* halinde karşımıza çıkması mümkündür. Bazan dikkati barsağa çekecek hiç bir anamnez alınmaz. Bir seneden evvel nadiren görülür. Hafif vak'alarda sadece bir karaciğer büyümesi vardır. Diğer vak'alarda karaciğerde ağrı ve umumi belirtilerle birlikte ileri derecede bir büyüklük tesbit edilir. Daha sık olarak ta diffüz bir hepatit tablosu (Milyar mütipl apseler) mevcuttur. Bu vak'alarda sağ alt kaburga nahiyesinde vurmakla şiddetli bir ağrı hissi vardır. Diyafragmanın çok defa yüksek durumu tesbit edilir. Bazan plörite delâlet eden frotmanlar alınır. Diyafragma yakın olan apseler plevraya geçebilir, akciğere perfore olabilir, hattâ bronşlara kadar vararak cerahatli bir ekspektorasyonla müterafik amipli bronşite sebebiyet verebilir. Hararet normal, subfebril veya yüksektir. Amiplerin yukarıda söylenen intişar yerlerine göre muhtelif hastalık tabloları (*Plörit, apse, bronşit*) husule gelecek ve bunlar kendilerine has arazlar verecektir. Nadiren idrar yollarına oturarak sistitis ve bazan da akciğerden menş alan *metastatik beyin apseleri* husule gelir. Başka nadir lokalizasyonlar da tarif edilmiştir.

Barsak amibiazı kronik bir şekil alabilir. O zaman *atipik barsak semptomları* bulunur. Apandisitinden kolitis mukozaya benziyen tablolara kadar her çeşitini görmek mümkündür. Bazan da nedbevi barsak darlıklarına bağlı kronik ileüs belirtileri ön plânda bulunur.

Nihayet, kronik dizanterinin bir *amiloidoza* müncer olması da mevzuubahistir.

Tedavi: Her iki dizanteri çeşidinde vücutta patojen amiller bulunuyorsa tedavi bunlara tevcih edilecektir. Asıl mevzuumuzu teşkil eden avakıbın tedavisinde eksik olan maddelerin telâfisine

gidilir. Meselâ ašilide asit, demir noksanında demir, pankreas ifraz kifayetsizliđi mevzuubahisse pankreas anzimleri, vitamin noksanı mevcut ise

parenteral yol tercih edilerek bunların telâfisine çalışılacaktır. Darlık v.s. gibi hallerde cerrahî tedavi icap edebilir.

Bursa Doğumevinde Yapılan Periton Dışı Sezaryen Vakaları ve Neticeleri

Dr. Arif Sözen

Doğum ve Çocuk Bakım Evi Baştabip ve Kadın - Doğum Hastahkları Mütchassısı

Doğum bütün aile tarafından mes'ut ve neş'eli bir âkıbet beklenen sevinçli bir hâdisedir. Eğer bu hâdisenin devam ve takibinde beklenen mes'ut netice tahassül etmezse bu hayal kırıklığı doğum hâdisesinin meş'um âkıbetini iki misli karartır.

Fizyolojik bir hâdise olan doğumlar ekseriyetle normal seyri içinde yüzgüldürücü sevindirici hâdiselerdir. Fakat bir de patolojik vasıf alırlar da âkıbet bakımından gerek çocuğu ve gerekse anneyi tehlikeye maruz bırakırsa beklenen mes'ut âkıbet yanında bütün muhitini derin teessüre sevkedebilirler. İşte klinikte doğum mütchassıslarını çok müşkül durumlarda ve elleri kolları bağlı bir halde bırakan ve bir macera halini alan doğum vak'aları da vardır. Bunların başında kat'î veya nisbî sezaryen endikasyonu mevcut olup, kondisyonun böyle bir müdahaleye imkân bırakmadığı enfekte, şoke ve kanamalı vak'alar gelir. Şok ve kanamaya karşı cerrahinin diğer şubelerinde olduğu gibi konservatif tedavi metotları tatbik ederek hastanın umumî vaziyetini cerrahî müdahaleye müsait bir duruma ifrağ etmeğe uğraşmak ve umumî ahvali düzelir düzelmez de gerekli cerrahî müdahaleyi yapmak mümkündür. Fakat vak'a enfekte ise ve mutlaka bir sezaryenle gerek annenin ve gerekse çocuğun hayatı kurtulabilecekse doğum hekimi artık yapacağını şaşırmış demektir. Bazı vak'alarda vagina yoluyla yapılabilecek ve hemen daima çocuğu parçalamak suretile anne hayatını kurtarmaya matuf (Basiotripsi, Decapitation ve Embriotomie) gibi müdahalelere müsait bir kondisyona kadar saburane beklemeğe mecbur kalır. Fakat bu bekleme ideal olan sevindirici bir netice için olmayıp belki de canlı ve muhiti haricide yaşayabilecek bir çocuğu parçalamak gibi gerek ailesi için ve gerekse bu ameliyeyi yapan hekim için hazin ve üzücü bir âkıbeti kolaylaştırmak içindir.

Doğuran kadına yardım mülâhazasının hekimlik kadar eski bir tarihi vardır. Bu yardıma koşan her hekimin en önemli vazifesi annenin ve çocuğu hayatını kurtarmaktır. Fakat bu her zaman böyle mes'ut bir netice ile tetevvüç edemez, çok zaman annenin hayatını kurtarmak için çocuğu feda etmek mecburiyetinde kalabildiği gibi bazan da annenin hayatını tehlikelere maruz bırakan endişeli safhalarla karşı karşıya kalır.

Bütün bu ihtilâtlar ve meş'um âkıbetler gebeletin ve doğum üzerindeki hastaların bir hekime veya bir hastaneye geç müracaatlarından ve binnetice enfeksiyon başladığındandır. Bu suretle karın yoluyla periton içinden sezaryen yapılarak annenin ve ço-

cuğun hayatını kurtarabilecek kıymetli zaman kaybedilmiştir.

İşte bütün bu gibi vak'alara şimdi korkmadan periton dışından muvaffakiyetli sezaryen yapılmaktadır. Bu ameliyat hem anayı ve hem de çocuğu bu gibi vak'alarda kurtarıcı ideal bir müdahale olarak kabul edilmektedir.

20 senedenberi Amerikan klinikleri bu müdahaleyi artık diğer doğum müdahaleleri kadar tabii karşılamaktadırlar. Periton dışından sezaryen operasyonlarını doğum operasyonu sırasına koyan bu klinikler doğum macerasının fevkalâde meş'um neticelerinin artık sayılamıyacak kadar azaldığını, mes'ut ve yüz güldürücü âkıbetlerin de sayısız çoğaldığını haklı olarak iddia etmektedirler.

Margaret Hague Maternity Hospital'in 1947 senesi doğum şekilleri aşağıda gösterilmiştir.

Spontan	Primipar	Mültipar
1 — Vertekslle geliş	2402	4711
2 — Makatla geliş	135	150
Müdahaleler:		
Mahreci havsalada Forceps	338	496
Orta havsalada Forceps	137	42
Version	27	16
Makatla gelişte Extraction	72	51
Embriotomie		
Çocuğu parçalayıcı ameliyeler	0	0
Halbuki bizde 1945 sonundan 1953 sonuna kadar yâni 8 sene zarfında Bursa Doğumevinde 10382 doğum olmuştur. Bu doğumların doğum şekilleri aşağıda gösterilmiştir.		
Vertekslle doğum	8343	
Makatla doğum	477	
Müdahaleler:		
Forceps	671	
Version	286	
Extraction	168	
Embriotomie ve çocuğu parçalayıcı ameliyat		
Embriotomie	47	
Basiotripsi	139	
Decapitation	35	
Uterus ruptürü	25	
Karın yoluyla sezaryen	182	
Vagya yoluyla sezaryen	9	
	10382	

Bu iki klinik mesaisi mukayese edilecek olursa görülür ki Amerikan kliniklerinde çocuğu parçalayıcı ameliyatlar tamamen ortadan kalkmış ve sıfıra irca olunmuştur. Halbuki bizim mesaimiz içinde bu şekilde çocuğu parçalayıcı ameliyatlar yekûnu 266 ya balığ olmaktadır.

Kliniğimizde periton dışı sezaryen ameliyatını tatbik etmeğe başladığımız 1954 yılı Ocak ayından itibaren bu şekilde çocuğu parçalayıcı ameliyatların yalnız ölü çocuklara inhisar ettirmeğe çalışmaktayız.

Bu münasebetle son 1954 senesinin Ocak ayından itibaren kliniğimizde hiç Embriotomie yapılmamış ve yalnız üç ölü çocuğa basiotripsisi yapılmıştır.

Periton dışı sezaryen ameliyatlarını da katarsak bugün bütün sezaryen ameliyatlarını üç esaslı gruba tefrik etmek kabildir.

1 — Karın yoluyla Transperitoneal yâni periton içinden sezaryen.

A) Corporal veya klâsik sezaryen, uterus'un korpusunun kesmek suretile yapılır.

B) Cervical sezaryen olup uterus'un cervix'inden elyafî adeliyeye muvazi ve mustaraz veyahut da tulânî şaklarla yapılan sezaryen.

C) Fritz usulü ile ve bugün tamamen terk edilmiş uterus fundusundan mustaraz şakla yapılan sezaryen.

2— Karın yoluyla Extraperitoneal yâni periton dışından yapılan sezaryen.

A) Paravezikal yol ile Latzko ve Norton usulü ile extraperitoneal sezaryen.

B) Supra vesical yol ile ve (Waters) usulü ile yapılan extraperitoneal sezaryen.

3 — Vaginal yol ile (Vaginal sezaryen).

Bunun haricinde sun'î extraperitoneal yol ile yapılan bir ameliyat usulü vardır ki bu ameliyata eksklüzyon ameliyatı dahi tesmiye edilir ve hiç bir zaman periton dışı bir ameliyat metodu olarak kabul şayan değildir. Ameliyat tekniği: Paryetal periton kesildikten sonra bütün çevresince viseral peritona dikmek veya paryetal peritonu yanlama keserek viseral peritona dikmek suretile sözde ameliyat safhasını periton dışında bırakmak suretile veyahut da viseral peritonu lâstik örtülerle ve penslerle bağlayıp yara çevresini örtmek suretile yapılır ki hiç bir zaman periton dışı ameliyat prensiplerine uygun değildir ve enfeksiyon amillerinin periton içine yayılmasına engel olamaz.

Periton dışı sezaryen ameliyatlarının tarihi çok yeni değildir. 20. nci yüzyıla girilinceye kadar bir çok hekim bu ameliyatı yapmağı denemiş ve teknik bakımından büyük müşkülâtı göze alamadıkları için de muvaffak olamamışlardır. İlk defa 1821 de (Giesen)de Ritgen bu ameliyatı denemiştir. Fakat ameliyat safhası içinde iken müşkülâtını yenememiş ve eksklüzyon ameliyatını yapmağı mecbur kalmıştır. İngilterede 1796 tarihinde (Alber Nethy) (arterya ilyaka eksternayı) periton dışından bağlamaya muvaffak olmuş ve 1806 tarihinde (Georg) uterus'un cervix rupturlerinin daha az kanadığını izah edince Philadelfiyada (Physik, Horner, Dewees) bu operasyonu kendilerine has başka usullerle tasarlıyorlar. Horner, imzasını taşıyan bir mektûpla tasarladığı operasyon tekniğini (Dewees)e bildiriyor. Fakat ne opstetrik profesörü olan Dewees, ne de muavini Horner ve ne de anatomi profesörü olan Physik bu ameliyatı yapmağı muvaffak olamıyorlar. 20. nci yüzyıla girilirken Küstner, Beaudeloque ve Tomas ve Latzko

paravezikal yol ile; Frank ve Sellheim supravezikal yol ile periton dışı sezaryen ameliyatının bugünkü tekniğine uygun tarzda yapmağı muvaffak oluyorlar 1908 de Viyanada (Wilhelm Latzko) paravezikal olarak muvaffakiyetle extra peritoneal sezaryen yapmış, Döderlein de Lakskodan habersiz paravezikal yolu takip etmek üzere periton dışı sezaryen yaptığını 1909 senesi (Zentralblatt für Gynökology) mecmuasının 33 üncü cildinin 121 inci sayfasında neşretmiştir.

Latzko operasyonunu Amerikada C. E. Jellinghaus tanıtmıştır. 1923 senesinden 1929 tarihine kadar Nevyorkta (Nursery and Child's Hospital) de 32 vak'a yapılmıştır.

26 Aralık 1931 tarihine kadar (Margaret Hague Maternity Hospital)de 79 paravezikal extraperitoneal sezaryen ameliyatı yapıldığını (American Journal of obstetries and Gynecology) mecmuasında neşretmişlerdir.

Bu tarihten sonra bugüne kadar paravezikal yolu takip etmek suretile extraperitoneal sezaryen yapan Dr. Norton'dur. Extraperitoneal sezaryen paravezikal ve servical ameliyat tekniği Norton tipi ameliyat olarak tavsif edilmektedir. Kanaatimizce bu tip ameliyata Latzko ve Norton tipi extraperitoneal sezaryen adının verilmesi bu ameliyat tekniğini ilk defa tatbik eden Latzko için bir kadirşinaslık eseri olacaktır. Supra vesikal ve extraperitoneal sezaryene gelince ilk defa 1908 de Frank bu operasyonu tatbik etmek istemiş ise de büyük güçlüğü uğrayarak ameliyat esnasında vazgeçmiş ve Eksklüzyon ameliyatı yapmağı ve bu suretile paryetal ve viseral periton vüreykalarını birbirine dikerek periton kavitesini sözde enfeksiyondan korumaya çalışmıştır. Selheim 1909 tarihine kadar supravezikal olarak 9 adet ameliyat yapmış o da oldukça güçlüğü komplasyona ve başarısızlığa uğramıştır. Nihayet Margaret Hague Maternity hastanesinde 20 senedenberi extraperitoneal sezaryen ameliyatlarının her çeşidi büyük kıymet iktisap etmiş ve bilhassa Dr. Waters bu operasyonda doğrudan doğruya vezika üzerinden peritoneofasyal örtüyü peritonla bir ünite ayırmakta ve ameliyat tekniğini kolaylaştırmış bulunmaktadır. Bu bakımdan sübravezikal extraperitoneal sezaryen şekline (Waters) tipi extraperitoneal sezaryen ismi verilmektedir.

Paravezikal extraperitoneal sezaryen operasyonu:

Vezikanın yan tarafından (ekseriyetle sol tarafından tercih edilmesinin sebebi uterus'un, sağa doğru deviyasyonudur.)

Vezikayı ayırmak ve soyulan vezikayı sağa çekmek suretile periton örtüsünden ayrılan uterus'un peritonsuz segmen enferiörüne ekseriyetle münharif yapılan şakla sezaryen yapma tekniğidir.

A) Ensizyon orta çizginin solundan senfizle göbek arasından olmak üzere 10 cm. uzunluğunda yapılır.

B) Sol rectus adalesini ortasından fasyatransversalis den künt olarak ayırmak ve bu suretle sıfakla bir ünite olarak peritonu uterus'un segmen enferiöründen soymak.

C) Retro vezikal nahiyeye ulaşınca retro peritoneal sahayı uterus'un segmen enferiyörünü müdahaleye elverişli bir hale koymak ve bunun için plika veziko uterinayı yukarıya, mesaneyi sağa ve aşağıya doğru kuvvetlice çekmek suretile ameliyat için yeterli mesafeyi bulmak kabildir.

Cervix'e yapılacak şak münharif olacaktır.

2 — Superavizikal ve extraperitoneal sezaryen'e gelince: Senfize göbek arasında sol rectus adalesinin iç kenarından geçmek üzere (9 - 10 cm. kadar) temadi eden şak'la cilt açılır. Son rectus adalesi tamamen ayrılarak sola doğru çekilir. Ameliyata başlamadan evvel doldurulmuş olan mesane aşikâr olarak tebarüz eder. Mesaneyi 150 - 200 cm. mayile doldurmak kâfidir. Kalınca ve sert bir peser sondasını daimî olarak mesanede bırakmak ve ucuna bir pens takmak ameliyatın seyri esnasında mesaneyi boşaltmak için lüzumludur. Aynı sonda ameliyatı müteakip günlerde de 3 - 5 gün kadar mesanede bırakılacaktır. Rectus adalesi sol tarafa ekarte edildiği zaman mesane ve üzerindeki fasyatransversalis ve perivezikal fasya görülür. Tulânî bir şakla bu fasya 2,5 cm. kadar (dolu mesanenin 1/3 altında) açıldıktan sonra fasyanın altına bisturi sapı ile girilerek mesane adalesinin eviyeden zengin cidarını meydana çıkarmak kolaylıkla mümkün oluyor. Fasya parmakla ve künt olarak sağ ve sol tarafı serbest hale getirilince T şeklinde bir enzisyon yapılır. Yapılan şak'ın mümkün olduğu kadar geniş yapılması icap eder. Fasya transversalis serbesleştirilerek yukarıya, prevezikal fasya ve mesane mükülârisi aşağıya doğru birbirinden künt olarak ayrılır. Fasya; vezikanın yan taraflarında inceler. Buralarda (Chicken yellow) ismi verilen civciv sarısı renginde yağ kitelleri mevcuttur. Üraküs fasyaya yapışıktır.

Üraküste diseke edilerek icabında iki tarafından ligatüre edilerek kesilir.

Peritonun paryeto vezikal retci fasya üzerinden ve mesanenin kubbesinin yakınındadır. Bilâhare peritonun veziko uterin retcini bulmak lâzımdır. Buraya en iyi ve en kolay ulaşma yeri mesanenin sol yukarı köşesi ve apeksi hizasıdır. Buraya ulaşınca dolu olan mesane boşaltılır, artık mesaneyi aşağıya ve peritonu da uterus'un cervix üzerinden yukarıya doğru gaz kompresle ayırmak kolaylaşır.

Fasya uterinin müstaraz şakki uterus peritonunun kolaylıkla ayrılmasını ve uterus'un segmen enferiyör üzerinden bildiğimiz sezaryen ameliyatının yapılmasına müsait bir saha elde edilmiş olur.

Temiz ve enfekte olmamış vak'alarda başla havsala arasında mütabakatsızlık gibi kat'î endikasyonlarla, rijidite du col veyahut da yan geliş gibi alın itilânî gibi veyahut da oksipito posteriyör gelişlerde olduğu gibi nisbî endikasyonlarla hastaya en ideal müdahale usulü abdominal ve extraperitoneal sezaryendir. Bu gibi vak'alarda, hiç ağrısı olmıyan, su kesesi yırtılmamış ve hiç bir enfeksiyon alâmeti göstermiyen vak'alardır.

Fakat:

- 1 — Su kesesi 24 saatten evvel yırtılmışsa
- 2 — Ağrıları 24 saatten fazla devam etmişse

3 — Doğum için forceps, Version gibi bir müdahaleye tevessül edilip de muvaffak olunamamışsa

4 — Balon buji ve gaz tanponu kullanılmışsa

5 — Müteaddit def'alar vaginal veyahut da rectal tuşe yapılmışsa

6 — Uzun devam eden mihazda enfeksiyona bağlı ateş yükselmesi varsa

Bu gibi vak'alara hiç bir zaman extraperitoneal sezaryen yapılması düşünülemez. Anne bakımından bu gibi vak'alarda netice ekseriyetle fatal âkıbet vermektedir. Maalesef şimdiye kadar çalıştığım ve gördüğüm kliniklerde bu gibi vak'alara kat'î zaruret halinde, vaginal yol ile imkânsızsa ancak müdahale edilir ve bu müdahaleyi müteakip de Porro ameliyatı ile uterus istihsal olunurdu. Bu ameliyat her bakımdan ağır ve şokan bir müdahale olmaktan başka netice ve mortalite bakımından da oldukça yüksek rakamlarla ifade olunurdu.

Gebe kadınlarda, anneyi ve çocuğu doğumun seyrini tehlikeli ve korkunç bir âkıbete doğru sürüklemekten vikaye edebilecek tek çare analık ve çocuk sağlığını koruyacak ve gebelik proflaksisini sağlayacak bir teşkilâta erkence kavuşmaktır.

Bizde bu teşkilât henüz işler mânada kurulmamış olduğu için ihmal edilmiş ve gecikerek enfekte edilmiş doğum vak'aları elbette ki Amerika gibi koruyucu hekimlik müesseselerini senelerce evvel kurmuş ileri sağlık müesseselerine sahip memleketlerle kıyaslanamayacak kadar fazladır. Onlar bile ihmal edilmiş enfekte vak'alar için kürtarıcı bir operasyon metodu olarak periton dışı sezaryeni yüz güldürücü bir doğum ameliyesi olarak kliniklerine sokmuşlarken, bizim için bu sahada çalışmak daha önem taşımakta ve bize daha geniş ve daha emniyetli çalışma imkânları bahşetmektedir.

Fakat maalesef şunu arz edeyim ki: Bizim kliniklerimizin hiç birinde periton dışı césarienne'in hiç bir şeklinin tatbik edildiğini görmedim.

Yabancı literatüre daha kolaylıkla ulaşmak kabili olduğu halde buna mukabil yerli nesriyatı lâyıkile takip edemediğimiz için bu gibi vak'aların kliniklerde yapılıp yapılmadığını da doğru dürüst tesbite muvaffak olamadım.

Yalnız İzmir Devlet Hastanesi doğum ve kadın hastalıkları mütehassısı sayın Dr. Behzat Zibel'in paravezikal ve extraperitoneal Latzko ve Norton usulü ile yapılmış opservasyonlarını okudum. Fakat bu vak'aların kendisi tarafından yapılıp yapılmadığına ait bir kayda rastlayamadım. Ayrıca rahmetli nisaîye mütehassısı arkadaşımız Dr. Hâdi Gediz'in de Paravezikal ve Extraperitoneal césarienne operasyonu tekniğine dair neşretmiş olduğu bir makaleyi Gynecoloji mecmuamızda okudum. İstanbul Üniversitesi birinci kadın ve doğum kliniği doçenti sayın Dr. Kâmil Akol'un 1949 senesinde neşrettiği periton dışı césarienne operasyonu hakkındaki broşürünü okudum. Muhterem doçentin bu husustaki geniş izahlı broşüründen çok istifade ettim.

Yalnız kendi kliniklerinde bu gibi vak'alara müdahale edip etmediklerinin ve eğer etmişlerse bu

müdahalelerine ait operasyonlarını ve aldıkları neticelere ait malûmata rastlamadım. Binaenaleyh Bursa Doğum ve Çocuk Bakımevi supra vezikal yolla extraperitoneal césarienne operasyonu yapılmış 9 vak'ayı ilk defa neşretmiş olmaktadır.

Kliniğimizde opservasyonları ekli bulunan 9 vaka aya bizzarur bu yolda müdahale edilmiş ve bu dokuz vak'ada da hem anne ve hem de çocuğu kurtarılmıştır.

Extraperitoneal césarienne'in kolayca taammüm edemeyişinin tek sebebi ameliyat tekniğinin güçlüğündendir. Teknik bakımdan en büyük güçlük mesanenin ayrılışındadır. Meselâ peritonun mesane üzerindeki prevezikal ve uretro vezikal reticlerinin vezika üzerinde prevezikal ve retrovezikal fasya ile beraber ayrılabilmektedir. İlk doğumlarında güçlüğe uğramış her türlü vaginal müdahale neticesi veya iptidai gebelikten korunma gibi sebepler yüzünden perimetrit pericystit, pelvi peritonit geçirmiş vakalarda peritonun diseksiyonu oldukça ehemmiyetli güçlükler çıkarmaktadır. Operasyon ihtilâtları, periton zedelenmeleri ve mesane lezyonları görülebilir. Bu operasyon aleyhinde yapılan tenkitlerin en ehemmiyetlisi de bundan ibarettir.

Periton delinmeleri hakikaten çok sık vukua gelmektedir. Amerikan kliniklerinde ve salâhiyetli ellerde bu lezyon % 27 sinde yâni her müdahale edilen (3 - 4) vak'anın birinde husule gelmektedir.

Fakat bu, korkulaçak bir ihtilât değildir. Bu gibi vak'alarda periton dikilmeyip keşe ağzı büzer gibi büzülmemekte ve bu suretle periton boşluğu kapandıktan sonra enfekte rahim kavitesi açılmaktadır. Bu suretle periton cevfine enfeksiyon amillerin geçmesine kat'î olarak mâni olunmaktadır.

Bizim vak'alarımızın yarısına yakın kısmında periton zedelenmesi olmuş, fakat bu tarzda hareket edilmek suretile periton enfeksiyonuna mâni olunmuştur. Bir vak'amızda da mesane lezyonu olmuş, ve dikilerek ve (8 - 10) gün daimî sonda koymak suretile perprimam iltiyam olunmuştur. Bir vak'amızda da ameliyatının 16 ncı günü flebit tesbit edilmiştir.

Müşahedeler:

Vak'a: 1 — Atike Ege, Protokol No. 9553, yaşı: 30, hamil: 3, Hastaneye giriş tarihi: 29/9/1953, çıkış tarihi: 10/10/1953, üçüncü çocuğuna miadında gebe.

Son âdet tarihini hatırlamıyor. Gebeliği esnasında kanaması olmamış, doktora muayene olmamış, 24 saat önce ağrıları başlamış, 12 saat önce suları gelmiş, Mihaz uzun sürdüğünden kliniğimize müracaat etmiştir.

Mühim bir hastalık tarif etmiyor. 15 yaşında ilk âdetini görmüş, 15 yaşında evlenmiş. İki ölü doğum (Basiotripsi) yapmış.

Kayda değer bir şeye rastlanamamıştır.

Normal. Arter tazyiki 13, 5/9 Vaquez idrarda albumin yok.

Harcı muayene: Batın bonbe ve gergin. Miadında gebelik, başla geliş, birinci vaziyet tesbit edildi. Çocuk kalb sesleri muntazam. Başla havsala arasında aşıkâr mutabakatsizlik mevcut. Havsala ölçüleri spinalar arası: 24 kristalar arası: 27, Trokanterler arası: 31, ön, arka kutur 19.

Dış genital organları normal. Vulva ve Vagina vasat genişlikte, violase, servikste efasman tam, dilatasyon tam, su

kesesi mevcut değil, baş parmakla itilebiliyor, Promontorium mütebariz.

Miadında gebelik, dar havsala.

Operasyon: (Ekstraperitoneal sezarien) Narkoz N₂O ve ether, tekniğine uygun ameliyatla canlı çocuk alındı.

Ateşi 37,5 dan yukarı çıkmamıştır.

Vak'a: 2 — Güler Karabulut. Yaşı: 29, Protokol No. 4220, Hastaneye giriş tarihi: 19/10/1953, Çıkış tarihi: Şifa ile 2/11/1953. Beşinci çocuğuna miadında gebe.

Son âdetini 20 Ocak 1953 tarihinde görmüş. Gebeliğin sonuna doğru hafif kanaması olmuş, suları gelmeğe başladığı için servisimize müracaat etmiştir.

10 yaşında Tifo geçirmiş. Başka hastalık tarif etmiyor. İlk âdetini 14 yaşında görmüş. 20 yaşında evlenmiş. 4 normal doğum yapmış. Bir düşük tarif etmektedir. (2 aylık)

Soy geçmişinde kayda değer bir şey yok. Sair cihazları normal. Arter tazyiki 13/9 Vaquez, idrarda albumin yok.

Harcı muayene: Batın bonbe, gergin. Miadında gebelik. Mustaraz itilan. Birinci vaziyet. Çocuk kalb sesleri muntazam. Havsala ölçüleri: Spinalar arası: 24, kristalar arası: 28, Trokanterler arası: 31, ön arka kutur: 20.

Dış genital organları normal. Vulva ve vagina geniş, yumuşak, violase. Cervix forme, bir parmağın kolayca dahilüne müsait olacak derecede açık. Su kesesi yok, suları akıyor. Gelen kısım palpe edilemiyor.

Miadında gebelik mustaraz itilan. Poş yok.

Operatif tedavi: Ekstraperitoneal sezarien.

İndication: Müstaraz duruş, doğumun normal yollardan imkânsız oluşu. Poşun mevcut olmaması, sularının önceden gelmesi.

Narcose Ether, Protoxide d'azote, Oxigene ve Ether Narkoz. Hastanın mesanesi ameliyattan evvel 200 cc serum fizyolojik ile dolduruldu. Hasta usulüne göre hazırlandıktan sonra batın derisi göbekte simfiz arasında median şakla açıldı. Cıltaltı buna muvazi açıldı. Sıfak uzunluğuna simfize kadar açıldı. Adale orta hattın elyafına muvazi künt olarak açıldı.

Mesanenin üst yüzünü örten periton künt olarak sıyrıldı, uterusun segment inferioründeki kayabilen periton da sıyrıldı. İsthmusa transversal olarak çocuk başının geçebilmesi için bir şak yapıldı.

Placenta üzerine düşüldüğü görüldü. Elle çocuk ayağından tutulmaz suretile çıkarıldı. Uterustaki yara comissürleri dikilip, adaleye 10 ünite V. pitulobin yapıldı. Placenta çıkarılıp, uterus adalesi iki tabakada dikildi. Yara sahasına toz penicilline serpilip periton mesane üzerine getirildi. Adale ve sıfak ayrı ayrı mütekatti dikildi. Cilde agraf kondu.

Ameliyat sonu complicationsuz seyrederek ateşi de 38,5 dan yukarı çıkmadan hasta 2/11/1953 de şifa ile çıktı.

Vak'a: 3 — Fatma Özel. Yaşı: 18 Protokol No: 11370, Hamil 2. Hastaneye giriş tarihi: 20/11/1953, şifa ile hastaneden çıkış: 2/12/1953. İkinci çocuğuna miadında gebe.

Son âdetini 11 Şubat 1953 tarihinde görmüş. İfadesine göre ağrıları 36 saat önce başlamış. Suları kliniğe gelmeden 24 saat önce gelmiş, ilk doğumunun güç olması ve ağrıların uzun devam etmesi üzerine kliniğimize müracaat etmiştir.

Mühim bir hastalık geçirdiğini hatırlamıyor. İlk âdetini 13 yaşında görmüş, muntazam olur, 5 gün devam eder, günde iki bez kirletirmiş. 15 yaşında evlenmiş. İlk gebeliğinde doğumu uzadığı için kliniğimize müracaat ederek ölü bir doğum yapmış. (Hasta Embriotomi tarif etmektedir.)

Soy geçmişinde kayda değer bir şey yok.

Teşekkülâtı tam, bünye astenik Turgor ve tonus normal, aktif durumda.

Kalb ve deveran normal Arter tazyiki 12/8 Vaquez, idrarda albumin yok.

Hariç muayene: Batın bonbe gergin. Miadında gebelik. Başla geliş birinci vaziyet tesbit edildi. Çocuk kalb sesleri muntazam. Havsala ölçüleri: Spinalar arası 23, Kristalar arası 27, Trokanterler arası 31, Ön arka kutur 19.

Baş senfizi taşmaktadır, başla havsala arasında aşikâr mutabakatsızlık mevcuttur.

Hastanın sularının 24 saat önce geldiği, başla havsala arasındaki aşikâr mutabakatsızlık ve ilk çocuğuna embriyotomi yapıldığı gözönüne alınarak ekstraperitoneal sezarien ameliyesine karar verildi. Narkoz: N₂O ve Ether. Ameliyatla canlı kız çocuğu alındı. Ameliyat sonrası ateş 38 den yukarı çıkmadı. Hasta 2/12/1953 tarihinde şifa ile çıkarıldı.

Vak'a: 4 — Sadriye Başaran, Yaş: 35, Protokol: 4786, Hastaneye giriş tarihi: 2/12/1953, şifa ile çıkış tarihi: 16/12/1953. Altıncı çocuğuna miadında gebe, iki gündemberi devam eden kanamadan şikâyetle servisimize yatırılmıştır.

Son âdetini hatırlamıyor. Kliniğe gelmeden iki gün önce başlayan ve azar azar devam eden kanaması olmuş.

İlk âdetini 12 yaşında görmüş, muntazam 27 günde bir olup bir hafta devam edermiş. 15 yaşında evlenmiş. Beş tane spontan normal doğum yapmış. Çocukları sağ, düşük tarif etmiyor. Annesi ve 4 kardeşi sağ ve sıhhatte, babası bilmediği hastalıktan ölmüş.

Bünye normal, teşekkülât tam, renk soluk, cilt nemli, tenneffüs muntazam, reflexler normal.

Kalb normal, Arter tazyiki 13/8.5 Vaquez, idrarda albumin eser. Beden derecesi 39,5 c. Nabız dakikada 124.

Hariç muayenede batın bonbe, gergin, Leopold manevraları ile miadına yakın gebelik müstaraz itilan, baş sağda çocuk darabati dakikada 150.

Cervix kısmen efase, dilatasyon iki cm. poş yok, solda placentanın kenarı müşahede edilmekte, kanama mevcut.

6. çocuğuna miadına yakın gebelik, plasenta praevia, müstaraz itilan.

Extraperitoneal sectio caesarea.

Spontan normal doğumun imkânsızlığı, placenta praevia, poşun vaktinden önce açılmış olması, buna bağlı ascendant infeksiyon, dilatasyonun tam olmayışı. Bu durum, abdominal intraperitoneal sezaryen için gayri müsaittir. Vakânın infekte oluşu sebebiyle ekstraperitoneal cesarien ameliyesine karar verildi.

Ameliyat: Narcose; ether, protoxyde d'azote, oxygene. Mesane 300 cc. serum fizyolojik mahlûlü ile dolduruldu. Batın göbekte simfiz arasında median şakla adaleye kadar açıldı. M. Rectus abdominis elyafı orta hat üzerinde seyrine uygun olarak parmak yardımı ile ayrıldı. Peritona varıldı. Parietal periton mesane üzerine kıvrıldığı sahadan itibaren künt olarak mesane üzerinden sıyrıldı. Uterusun alt segmentinden de aynı şekilde ayrılarak mesane boşaltıldıktan sonra mesanenin öne doğru reddi ile segment inferiörden uterus adalesine müstaraz şak yapılarak tevsi edildi. Flacenta üzerine düşüldüğü görüldü. Uterus cavitesine elle girilerek çocuk alındı. Uterus adalesi şak comissurlarına sutur konduktan sonra placenta Créde ile doğrultuldu. Bir ampul pitulobine yapıldı. Uterus adalesi iki tabaka üzerine müttekatti sütünre edildi. Periton cebinin tekrar yapılan kontrolünde sağlam olduğu görüldü. Batın usulü veçhile kapatıldı.

Ameliyat sonu normal ve ateş 38 den yukarıya yükselmeden seyretmiş ve hasta 16/12/1953 tarihinde şifa ile servisten ayrılmıştır.

Vak'a: 5 — Şadiye Albay, yaşı: 36; Protokol: 751; Giriş tarihi: 18/2/1954, şifa ile 10/3/1954 de çıkmıştır.

8. çocuğuna miadında gebe, doğum ağrıları var. Üç gün önce ağrıları başlamış, bir gün önce suyu gelmiş. Son âdetini 5 Mayıs 1953 de görmüş. Gebeliği esnasında mühim bir rahatsızlık tarif etmiyor.

İlk âdetini 13 yaşında görmüş, 30 günde bir âdet görüyor. Âdet kanaması 8 gün devam ediyor, günde 3-4 bez kirletiyormuş, 14 yaşında evlenmiş. İlk doğumunu 15 yaşında yapmış. Köyünde kendi kendine kolay olarak doğurmuş. Bundan önce 7 defa gebe kalmış, 7 defa miadında normal doğum yapmış, çocuklarından üç tanesi 5-10 gün yaşadıktan sonra ölmüş üç oğlan bir kız çocuğu sağ. Yürümeye erken başlamış. Sitma hastalığı geçirmiş, başkaca mühim hastalık tarif etmiyor.

Anne ve babası sağ. Dokuz kardeşi var hepsi sağ, kardeşlerinden ölen olmamış.

Fena itiyatları yok.

Bünye normal, teşekkülât tam. Renk soluk, cilt kuru, turgor yerinde, conjunktivalar soluk, ödemleri yok, reflexler normal, hasta aktif tenneffüs muntazam. Nabız 74, tansiyon arteriel 13/7.

Deveran cihazı, teenffüs cihazı, hazım cihazı normal.

Hariç muayene: Batın bonbe ve gergin. Linea alba pigmente eski vergetürler mevcut, Fundus ksifoidin dört parmak altında Leopold manevralarına göre etraf solda, sırt sağda başla geliş. Başla havsala arasında büyük bir nisbetsizlik mevcut. Çocuk darabati sağda ve göbeğin altında duyuluyor, muntazam.

Dış genital organlar: Normal. Vulva vagina vasattan geniş. Cervix: Efasman tam, dilatasyon 7 cm. Poş yok, gelen kit'a baş, baş pelvise girmemiş, büyük bir bos mevcut, promontorium aksesibl.

8. çocuğuna miadında gebe, çocuk darabati müsbet, başla havsala arasında bariz adaptasyon bozukluğu.

Normal yoldan doğumun imkânsız oluşu, annenin canlı çocuk istemesi. Poşun üç gün önce açılmış bulunması. Extraperitoneal sectio caesarea.

Anesthesie Lomber Neocaine. Mesane serum fizyolojik ile dolduruldu. (300 cc.) hasta usulüne göre hazırlandıktan sonra batın derisi göbekte simfiz arasında median longitudinal şakla açıldı. Cilt altı buna muvazi açıldı, sıfak buna muvazi aşağıda simfize kadar açıldı. Adale mediani elyafına muvazi künt olarak ayrıldı. Periton mesane üzerinden fascia abdominalisin temadisi olan perivesical bağ örgüsü ile beraber künt olarak sıyrıldı, isthmus sahasından da sıyrıldı. Bu esnada mesane rüptüre olduğundan iki tabaka üzerine dikildi. Peritonda hasıl olan yırtıklar dikildi. Uterusa isthmus kısmından transversal olarak çocuk başının geçebileceği kadar şak yapılarak canlı oğlan çocuğu forceps kaşığı yardımı ile çıkarıldı. Uterus adalesine 10 V. pitulobin yapıldı, comissurlar dikildi, sonra placenta çıkarıldı, uterus adalesi iki tabakada dikildi. Periton mesanenin arkasına doğru örtüldü. Bir milyon ünite penicilline tozu serpidikten sonra adale, sıfak müttekatti dikildi. Cilde agraf kondu.

Ameliyat sonu komplikasyonsuz seyrederek ateşi de 38,5 dan yukarı çıkmıyarak hasta 11/3/1954 tarihinde şifa ile çıktı.

Vaka: 6 — Zehra Erişen, yaş: 28, Protokol: 882; hastaneye giriş tarihi: 25/2/1954, şifa ile çıkış tarihi: 10/3/1954. 5 inci çocuğuna miadında gebe.

Son âdetini hatırlamıyor. Kliniğe gelmeden altı saat evvel ağrıları başlamış 3-4 saat önce suları gelmiş, gebeliği esnasında kanaması olmamış.

Mühim bir hastalık tarif etmiyor. 13 yaşında ilk âdetini görmüş. 29 günde bir olur, beş gün devam eder, günde iki kahın bez kirletirmiş 14 yaşında evlenmiş. 4 spontan normal doğum yapmış, 4 çocuğu hastalanarak ölmüş. Bir düşük tarif ediyor.

Annesi, babası ve 3 kardeşi sağ ve sıhhatte. Bünye normal, teşekkülât tam. T. A. 13,5/8 Vaquez. İdrar normal, beden derecesi 37, Nabız 100.

140

Sistem muayenelerinde kayda değer patolojik bulgu yok.

Harici muayene: Batın bonbe ve gergin, Leopold manevralarında miadında geeblik, 1 inci vaziyet, darabat dakikada 140, başla havsala arasında tam bir mutabakat mevcut değil. Havsala kuturları sp. arası 23, Cris. arası 27, Tr. arası 31, Bodeloque 19 cm.

Vaginal muayene: Efasman tam, dilatasyon tama yakın, poş yok, gelen kit'a baş olup havsala girmemiş.

5. çocuğuna miadında gebe D (+), başla havsala arasında mutabakatsızlık.

Pelvis ile baş arasında mutabakatsızlık. Poşun mevcut olmaamsı, Dlatasyonun tama yakın oluşu.

Extraperitoneal sectio caesarea.

Narcese, protoxyde d'azote, oksijen. Mesane önceden 150 cc. serum fizyolojikle dolduruldu. Batın derisi göbekte simfiz arasında median longitudinal açıldı, cilt altı sıfak buna muvazi alt komissür simfize varacak şekilde açıldı. Adale künt olarak ayrıldı. Mesane üzerindeki periton künt olarak göbek istikametine doğru mesane üzerinden sıyrıldı, isthmus üzerindeki serbest periton da sıyrıldı, peritonada aşıklık olmadığı tesbit edildi. Mesane boşaltıldı. Canlı kız çıkarıldı. Adaleye bir ampul piton yapıldı. Placenta çıkarıldıktan sonra uterus adalesi iki tabakada dikildi. Periton mesane üzerine getirildi. Yara sahasına terramycine poudre serpildi. Adale, sıfak tabaka müttekatti dikildi. Cilde agraf kondu. Ateş ameliyat süresi 38,2 den yukarı çıkmadı. Hasta 11/3/1954 de şifa ile çıktı.

Vak'a: 7 — Asiye Kaçar, yaş: 26, Protokol: 1106, Hastaneye giriş tarihi: 12/3/1954, şifa ile hastaneden çıkış tarihi: 25/3/1954. Altıncı çocuğuna miadında gebe.

Son âdetini hatırlamıyor. İfadesine göre kliniğe gelmeden iki gün önce ağrıları başlamış. 24 saat evvel evde suları gelmiş, gebeliği esasında kanama olmamış. Ayaklarında ve yüzünde şişme tarif etmiyor.

Mühim bir hastalık geçirmemiş, 14 yaşında ilk âdetini görmüş, her ay muntazam olur, 4 gün sürer, günde iki bez kirletirmiş. 17 yaşında evlenmiş, ilk dört çocuğu ölü olarak doğmuş, 5. çocuğu parçalanarak alınmış.

Annesi sağ, babası ve iki kardeşi bilmediği hastalıklardan ölmüş.

Teşekkülât tam, bünye astenik, renk tabii, cilt kuru, teneffüs muntazam, refleksler normal. Sistem muayenelerinde normal, arter tazyiki 13/8 Vaquez. İdrar bulgularında mühim bir şey yok.

Harici muayenede batın bonbe, gergin, Leopold manevraları ile miadında gebelik, 1. vaziyet, başla geliş, darabat muntazam. Başla havsala arasında aşikâr mutabakatsızlık mevcut.

Altıncı çocuğuna miadında gebe. (Darabat müsbet) Başla havsala arasında aşikâr mutabakatsızlık.

Hastanın canlı çocuk isteyişi ve havsala ile baş arasında mutabakatsızlık.

Abdominal Transperitoneal sezaryen için müsait değildir. Poş 24 saat evvel yırtılmış ve assendan enfeksiyona bağlı olarak ateş 38 derece C., nabız 116 dir. Bu duruma göre abdominal transperitoneal sezaryen için durum gayri müsaittir.

Cerrahi (vak'anın infekte oluşu sebebiyle Extraperitoneal sezaryen) Ether, Protoxyde d'azote, oksijen. Mesane 200 cc. 1/4000 sol cyanure de mercure ile dolduruldu. Ameliyat normal cereyan etti. Periton cebinin kontrolünde ekartörün gemesinden mütevellit pencere sütüre edildi. Bir milyon ünite toz penicilline serpildi.

Ameliyat sonu normal seyrederek ateşi de 38,5 dan yukarı çıkmadan çocuğu (oğlan) ile birlikte şifa ile servisten ayrılmıştır.

Vak'a: 8 — Ayşe İlhan, yaş: 20, Protokol No: 2161, Hastaneye giriş tarihi: 14/5/1954, şifa ile çıkış tarihi: 26/5/1954. 3 üncü çocuğuna miadında gebe.

Son âdet tarihini hatırlamıyor. 3 üncü çocuğuna miadında gebe olup iki çocuğunda doğumun güç olması sebebiyle kliniğimize müracaat etmiştir. 24 saat önce ağrıları başlamış, suları evde 18 saat önce gelmiştir.

16 yaşında evlenmiş 3 sene önce miadında yine klinikte forcepsle ölü doğum yapmış, iki sene evvel yine forcepsle canlı bir doğum yapmış, düşük tarif etmiyor. Mühim bir hastalık geçirdiğini hatırlamıyor.

Annesi, baabsı sebebini bilmediği hastalıktan ölmüş, 6 kardeşi ölmüş, iki kardeşi sağ ve sıhhatte.

Teşekkülât tam, bünye astenik, sistem muayenelerinde kayda değer bulgu yok. TA/A (12/8) (Vaquez) Fievr 37,5 C. nabız 120.

Harici muayene: Batın bonbe, Leopold manevraları ile miadında gebelik 1 inci vaziyet baş.

Miadında gebelik P. III başla havsala arasında aşikâr mutabakatsızlık, infeksiyon. Hastanın sularının evde geldiği, fievr mevcudiyeti, normal yoldan doğumun imkânsızlığı göz-önüne alınarak Extraperitoneal césarienne ameliyesine karar verildi.

Narcese: Ethere. Hasta usulüne göre hazırlandı, başla ve teessüs eden poş sebebiyle mesane boşaltılmadı. Ameliyat normal seyretti. Periton lezyonu husule gelmedi. Ameliyat sonunda mesaneye daimî sonda kondu (İdrar kontrolde temiz bulundu) Hasta şifa ile ve ateşi ameliyattan sonra 38,1 den yukarıya çıkmadan 26/5/954 tarihinde çocuğu ile birlikte servismizden ayrılmıştır.

Vaka: 9 — Naciye Yıldırım, yaş: 30, Protokol: 2570, Hastaneye giriş tarihi: 7/6/954, şifa ile 18/6/954 de çıktı. Beşinci çocuğuna miadında gebe.

Son âdet tarihini hatırlamıyor. Gebeliği esnasında kanama olmamış ve su gelmemiş. Gebeliğin yedinci ayında bir defa polikliniğimizde muayene olmuş, beş gün önce ağrıları başlamış, hafif ağrıları ile beraber suları gelmiş. Ağrısı artarak devam etmiş, halen suları gelmektedir.

Sekiz yaşında sıtma geçirmiş, başka bir hastalık tarif etmiyor. 13 yaşında ilk âdetini görmüş, gayri muntazam fası-lalarla 5-6 gün devam eder, günde 2 bez kirletirmiş. 16 yaşında evlenmiş 4 spondan normal doğum yapmış, 3 çocuğu sağ ve sıhhatte, bir çocuğu 1,5 yaşında kızamıktan ölmüş, ikinci ve üçüncü doğumları arasında üçer aylık üç spondan düşük tarif etmektedir.

Annesi sağ, babasının hangi hastalıktan öldüğünü bilmiyor.

Teşekkülât tam, bünye astenik, renk soluk. Sistem muayenelerinde kayda değer bulgu tesbit edilmedi.

Batın bonbe, gergin. Leopold manevralarile miadında gebelik, birinci vaziyet, baş; darabat mevcut aritmik, dakikada 110).

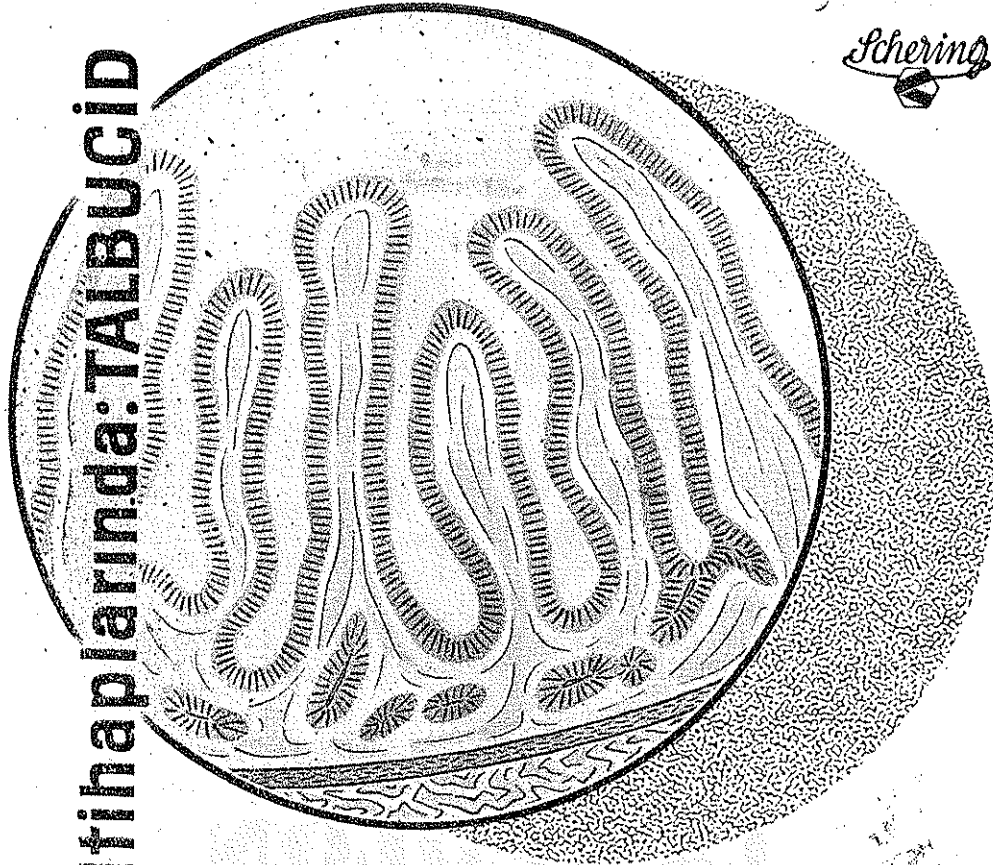
Toucher vaginal: Efasman tam, dilatasyon bir santim poş (yok) bos teessüs etmiş. Bol mekonyum gelmektedir. Fievr 38,8 C. nabız 110, hastada frisson mevcut.

Beşinci çocuğuna miadında gebelik, mihaz septikopyemi. (İntra venöz penicilline 500,003 ünite) Operatif tedavi: Extraperitoneal césarienne.

Narkoz ether. Hasta usulüne göre hazırlanıp batın cildi median şakla göbek ve simfiz arasında açıldı. Cilt altı ve sıfak buna uygun şak edildi. Adelat orta hat üzerinde künt olarak ayrıldı. Periton usulüne uygun olarak disseke edildi. Mesane reddolunduktan sonra segment inferiör da uterus adalesi şak edilerek (müstaraz) cenin doğurtuldu. Bir ampul pituilobin uterus adalesine zerk olundu, plesanta Créde ile doğurtuldu. Uterus adalesi iki tabakada müttekatti sütüre edildi. 1 milyon ünite penicilline toz serpilerek adale ve sıfak sütüre edildi. Cilde ipek kondu. Hastanın ateşi bir gün 38-39 arasında seyretti ve şifa ile hastaneyi terketti.

miadın-
sebebile
aşlamış,
klinikte
oricepsle
bir has-
lmüs, 6
elerinde
37,5 C.
uları ile
aşikâr
geldiği,
ği göz-
e karar
maşla ve
meliyat
meliyat
lde te-
ra 38,1
birlikte
0, Has-
Beşinci
da ka-
nda bir
ağrıları
i arta-
k tarif
n fası-
etirmiş.
3 ço-
tan öl-
ylik üç
bilmi-
i mua-
da ge-
daki-
santim
ktedir.
biyemi.
i: Ex-
n cildi
alta ve
e künt
edildi.
uterus
ampul
éde ile
sütüre.
ve sı-
ir gün

Barsak iltihaplarında: TALBUCİD



Schering

TALBUCİD

Ftalil - sulfasetamit

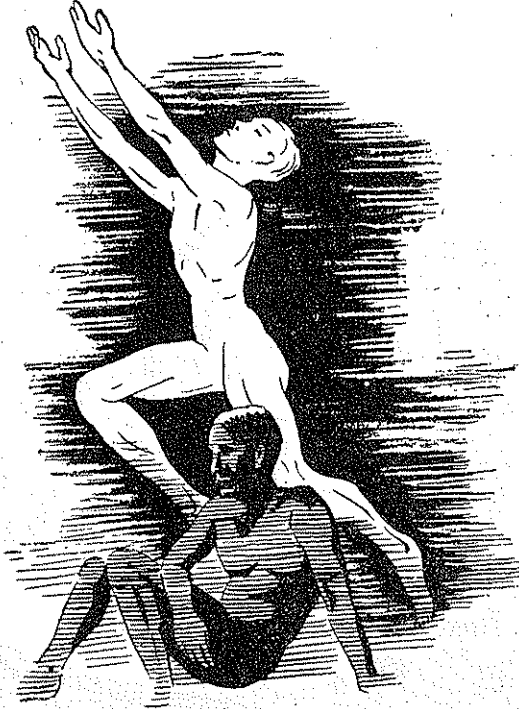
Bilhassa patolojik barsak florasına müessir bir sulfonamittir.

TALBUCİD bilhassa

TİCARİ ŞEKİL
Beheri 0,5 g TALBUCİD iltihava
eden 20 Tabletlik tüpler

- barsaktaki patolojik florayı yok etmek için,
- mide-barsak ameliyatlarında profilaktik olarak,
- barsaktaki gazları gidermek için,
- barsak enfeksiyonlarında görülen muhtelif âraza karşı, kullanılır.

SCHERING A.G. BERLİN · ALMANYA
Türkiye Umumî Satış Yeri: KİMYA VE ECZA MADDELERİ T. Ltd. Şti.
Aşirefendi Caddesi İmar Hanı İstanbul / P.K. 760 / Tel.: 249 60



Zerk suretile Karaciğer tedavisi için

CAMPOLON

Pernisiöz ve sekonder anemiye karşı,
değerli karaciğer ekstresi

Ozel eldeedilme metodu sayesinde
bütün terapötik faktörler muhafaza edilmiştir
Her ampulde 12 veya 30 y Vitamin B₁₂ vardır

5 ampul x 2 cc

3 ampul x 5 cc

Ağızdan kullanmak için

CAMPOFERRON

Demir ve bakır ihtiva eden değerli karaciğer preparatı
Bilhassa sekonder ve hipokrom anemide
Campolon tedavisinden sonra kan
statüsünü mahafaza etmek için kullanılır

Şişe 100 cc



»Bayer« Leverkusen / Almanya

TÜRKİYE VEKİLİ: Dr. Feridun Frik, Sirkeci Mithat Paşa Hanı, İstanbul

MX20. Bu ilân B. J. Radioloji de yayınlanmıştır.

Yavaş giden, uzun yol alır.

Tekâmül, hudutsuz bir sabır
ve ihtimam ile elde edilebilir.
İlford Röntgen filimlerinde açıkça
görülen bu keyfiyet hiç bir yerde bu
derece mükemmel değildir.
Adım adım, senelerce ve büyük bir dikkat
ve sabır ile yapılan tecrübeler bu filimlerin
yapılış ve evsafında mühim ilerlemelere
imkân vermiştir.
Bugün Ilford Röntgen filimleri en yüksek
tekâmül derecesine varmak yolunda
büyük adımlarla ilerlemektedir.

ILFORD

X-ray films

Standard

Red Seal

Ifex

ILFORD LIMITED - ILFORD - LONDON

Türkiye Satış Merkezi :
Lümiyer M. Kalumenos ve Ortağı Koll. Şirketi

Radıyografî teknîğınızı İlford Röntgen filimlerini

kullanarak standardize ediniz

ILFORD X-ray films

İlford Röntgen filimleri karakterinin elverişli olması sayesinde, her çeşit radyografî için sandard bir teknik tabkî imkân dahilîne girmiştir. Dünyanın her tarafında mevcut bir çok büyük hastane ve kliniklerde İlford Röntgen filimleri kullanılması başlıca sebepleri bu filimlerin imalindeki mükemmeliyet ve buna inzıam eden yüksek ve değişmez kalitesidir.

ILFORD STANDARD RÖNTGEN FILMI

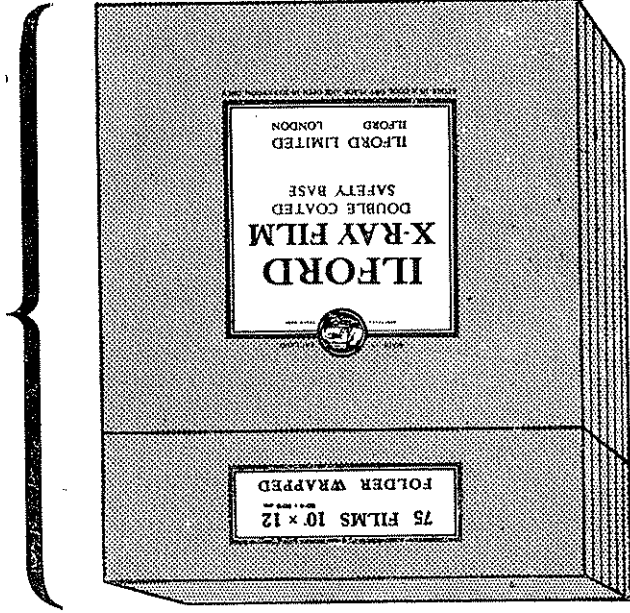
Her işe elverişli medikal bir kontrastlık verir. Takıye ekranları ile val derecesi çok düşüktür. Ekranız kullanılmıyorsa da elverişlidir.

ILFORD KIRMIZI ETİKETLİ RÖNTGEN FILMI (Red seal)

İlford Standard Röntgen filiminden iki defa daha süratli ve biraz daha yumuşak gradasyonda ekran tipi hususî medikal filmidir.

ILFORD İLFEX RÖNTGEN FILMI

Faykâdâda süratli olup ekranız kullanılmıyorsa mahsusdur. Kol ve bacaklar ile kemik detaylarının etkili gibi yüksek vuzuh isteyen hallerde kullanılmak üzere imal edilmiştir.



ILFORD LIMITED TARAFINDAN LONDRA'DA YAPILMIŞTIR. ILFORD - LONDON

Türkiye Satış Merkezi :

Lümiyer M. Kalımenos ve Ortağı Koll. Şirketi

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi II. Dahiliye Kliniği:
Şef: Prof. Z. H. Pamir

Esansiyel Hipertansiyon ve Müzmin Böbrek Hastalıklarında Gebeliğe Müsaade ve Son Verme " Indication " larının Klinik ve Tecrübî Olarak Tetkiki (*)

Dr. Selâhattin Koloğlu

Ankara Tıp Fak. II. Dah. Kl. Başasistanı

Esansiyel hipertansiyonlu veya kronik glomerulonephritis'li bir kadının bir çocuk sahibi olabilip olamayacağı; bir kalb hastasının veya bir böbrek hastasının cerrahî bir müdahaleye tahammül edebilip edemeyeceği veya psikiyatri kadrosu içerisine giren bir hastanın kendisine tatbiki icap eden elektroşok tedavisi için herhangi bir contre-indication mevcut olup olmadığı dahiliye kliniklerinde çok sık mevzu bahis olan meselelerdir. Tıp ilmi ilerledikçe bu gibi meselelere taallük eden elemanlar da inkişaf etmektedir. Modern telâkkilerin ışığı altında bunların, klinik vak'alara ve tecrübî bulgulara istinat ederek toplu bir şekilde tetkikine bilhassa pratik tababette ihtiyaç vardır.

Bu sualleri bir dahiliyeci zaviyesinden tetkik ederek cevaplandırmak için uzun yıllar klinik ve tecrübî araştırmalar yaptık. Bu mevzuları birbiri arkasından bir seri makale halinde ele alacağız. Bu yazımızda daha ziyade esesi hipertansiyon, müzmin böbrek hastalıkları ve gebelik mevzuu üzerinde durmak istiyoruz. Bir başka yazımızda diyabet ve kalb hastalıkları ile gebeliği, bilâhare bu hastalıkların cerrahî müdahaleler ve elektroşok ile olan münasebetlerini tetkik edeceğiz.

Esasi hipertansiyon ve müzmin böbrek hastalıkları gebelik toksemilerine müstait kılan en mühim faktörlerdendir. Ancak, bu hastalıklardan birine musap bir kadın müteaddit gebeliklerinin her birine değişik şekilde tahammül gösterebildiği gibi, hemen hemen aynı tabloyu arzeden hipertansiyonlu veya müzmin glomerulonephritis'li kadınların da gebeliği farklı bir şekilde seyredebilir. Bundan dolayı bu hastalıklar gebeliğin mutlak «contre-indication» ları olarak kabul edilemezler. Bunu tebarüz ettirmemizin sebebi, mevzu bahis hastalıklara musap bazı kadınların ne pahasına olursa olsun, bir çocuk sahibi olmak arzusunu izhar ettiklerine şahit olmamızdır. **Bu hallerde en mühim ve güç mesele hastalığı ağırlaştırmadan gebeliği sonuna kadar götürebilecek vak'aları seçebilmektir.**

İşte, bu makalemizde:

a) Esasî hipertansiyon ve müzmin böbrek hastalıklarının ne nisbette bir gebe kadını toksemiye müstait kıldığını,

(*) Bu çalışmaya sayın Prof. Dr. Pasteur Valery-Radot'un servisinde (Hôpital Broussais-Paris) başlayıp Sayın Prof. Dr. Z. H. Pamir'in kliniğinde tamamladık. Etüdümüzün tahakkukunda kliniklerinde çalışmamıza müsaade ederek benden hiç bir yardımı esirgemiyen Sayın Hocalarımıza ve Prof. Agr. P. Milliez'e şükranlarımı arz ederim.

b) Bunlardan hastalığını ağırlaştırmadan gebeliğini sonuna kadar götürebilecek vak'aları seçebilmek için mühim ve faydalı gördüğümüz «Criterium» ları,

c) Bu hastalarda gebeliğe son verme «Indication» larını koydurabilecek şeraiti mütalea edeceğiz. Şunu şimdiden söyleyelim ki, bu hastalıkların mevcudiyeti hastanın çok yakından takibini ve preventif bir tedavinin tesisini âmirdir (1).

Yazımızın birinci kısmında esasî hipertansiyonu, ikinci kısmında ise müzmin böbrek hastalıklarını tetkik edeceğiz.

I — Esansiyel hipertansiyon ve gebelik :

Umumiyetle hipertansiyonlu bir kadının gebeliği ilk yarısında iyi seyrederek; ikinci yarısından itibaren kan basıncı yükselmeye başlar, ve eğer, kan basıncı 160-110 mm. Hg. yi geçerse ekseriya bir albüminüri tesbit edilir. Diğer bazı vak'alarda ise başağrısı, ödemler, kusmalar, görme bozuklukları hattâ convulsion'lar müşahade olunur. Foetus'un hayatı her an tehlikededir. Doğumu müteakip hastaların ekserisinde kan basıncı tekrar gebelikten evvelki seviyesine düşer ve albüminüri kaybolur. Bilâkis, miktarı daha az olmakla beraber, bazı vak'alarda, mevcut araz tedricî olarak ağırlaşır ve beyin, kalb veya böbreğe ait bir ihtilâl hastanın ölümüne sebep olabilir. Şu noktayı unutmamalıdır ki, esasî hipertansiyon tedricî olarak ilerliyen bir hastalıktır. Binaenaleyh, gebeliğin hastalığın ağırlaşması veya daha sür'atli ilerlemesindeki payını takdir etmek çok güçtür. Bundan dolayı bu mühim meseleyi, klinik araştırmalar yanında hayvanlar üzerinde yaptığımız tecrübî araştırmalarla da aydınlatmaya gayret ettik. Evvelâ klinik bulgularımızı ve istatistiklerimizi, bilâhare hayvan tecrübelerini ve bunlardan çıkaracağımız neticeleri arzedeceğiz.

A — Klinik araştırmalar :

Esasî hipertansiyonlu bir kadının gebeliği esnasında görülebilen ihtilâtları üç guruba ayırarak mütalea edeceğiz:

- 1 — Gebelik esnasında anneye ait ihtilâtlar,
- 2 — Çocuğa ait ihtilâtlar,
- 3 — Annenin hastalığının gebelikten sonra ağırlaşması.

1 — Gebelik esnasında anneye ait ihtilâtlar:

Esasî hipertansiyona musap 82 kadının muhtelif

(1) Kologlu, S. — Traitement préventif de la toxémie gravidique.

I — J. des Praticiens 1951, 18, 209.

II — » » » » 19, 228

zamanlardaki 223 gebeliğini takip ettik. Bu gebeliklerden 68 i (% 30) tamamiyle ihtilâtsiz seyretti. Diğerlerinde ise bazan kan basıncının hafif yükselmesi, albüminüri, ödem, düşük, placenta'nın erken ayrılması, prematüre, doğum ve bazan da çocuğun in utero ölümü gibi ihtilâtlar müşahede edildi. Eğer kan basıncının hafif yükselmesi, eser albüminüri, hafif ödem, veya canlı bir çocuk veren prematüre doğum gibi monosemptomatique ihtilâtlar nazarı itibara alınmazsa ihtilâtlı gebeliklerin nisbeti % 58,7 ye düşer. (Bunların % 34 ü toxemia hypertensiva, % 20,5 u düşük, in utero çocuk ölümü ve doğumu müteakip çocuk ölümü, % 3,1 i ise placenta dekolmanı idi.)

2 — Çocuğa ait ihtilâtlar.

Bu hastalarda çocuk ölümü nisbeti yüksektir. Çocuğun in utero ölümü, ölü çocuk doğumu yahut da doğumu müteakip çocuk ölümü umumiyetle hipertansiyonlu bir kadını yeni bir gebeliğe teşebbüsten vazgeçirmek için mühim bir sebeptir. Zira, takip ettiğimiz 233 gebelikteki çocuk ölümü 100 yani % 44,8 idi. Bunun % 64,4 ü toxemia hypertensiva'ya bağlı, geriye kalanı ise abortus, in utero çocuk ölümü, placenta'nın erken ayrılması ile veya doğumu müteakip çocuk ölümü idi. Bu hâdiselerin müteakip gebeliklerdeki tekrarı çok siktir: Bizim hastalarımızın 64 ü hipertansiyonlu multipare kadın idi; bunların 46 sının (% 71,9) birbirini takip eden müteaddit gebelikleri ihtilâtlı idi.

3 — Annenin hastalığının gebelikten sonra ağırlaşması:

Muhtelif kliniklerde böbrek fonksiyon testleri ve göz dibi muayenesi ile 62 esasî hipertansiyonlu kadını gebelikten evvel, gebelik esnasında ve gebelikten sonra tetkik ettik. Bunların 36 sında (% 58) gebelikten sonra hastalığın ağırlaştığına dair hiç bir alâmet tesbit olunmadı. 15 inde (% 24) böbrek fonksiyon testlerinin hafif derecede bozulması, gebelik esnasında teessüs eden albüminürinin gebelikten sonra devamı, kan basıncının gebelikten evvelki seviyesinin üstünde kalması, ve göz dibinde hafif, résidual bir tegayyüratın sebat etmesi gibi hastalığın ehemmiyetsiz bir derecede ağırlaşması tesbit olundu. 10 unda ise (% 16,4) hastalık ileri derecede ağırlaştı. Bunlardan ikisinde hemipleji teessüs etti, diğerlerinde kan basıncı ve azotemi ileri derecede yükseldi, göz dibi ve böbrek fonksiyon testleri ileri derecede bozuldu. Doğumdan sonra yalnız bir ölüm vak'ası kaydolundu. Şunu hemen ilâve edelim ki, son gruptaki kadınların hepsinin kan basıncı gebelikten evvel 180 mm. Hg. nin üstünde idi ve hepsinde böbrek tegayyüratı teessüs etmişti.

B — Tecrübî araştırmalar:

Metod ve malzeme:

Tetkiklerimiz için 2 - 3 Kg. ağırlığında 10 - 16 aylık (robe grise) cinsinden 28 dişi tavşan kullandık. Bunları standard yiyeceklerle besliyerek 7 ay hususî kafeslerde muhafaza ettik.

Tavşanlarda hipertansiyonu («PAGE» metodu

böbreği de selofan veya ipekten yapılmış ve sterilize edilmemiş torbalar içerisine koyarak husule getirdik. Kan basıncını «Grant ve Rothschild» (2) in tavşanlarda kan basıncını ölçmek için hazırladıkları tansiyometre modeli üzerine Dr. B. Halpern tarafından inşa edilmiş bir cihaz ile ölçtük.

Neticeler:

Tavşanlardan 8 i post-opératoire ihtilâtlarla öldüler. Ameliyattan bir ay sonra geriye kalan 20 tavşandan 14 ünün kan basıncı normal hudutlar üzerine çıktı. Normalde 7 - 9 cm. Hg. arasında inhiraf eden kan basıncı bu müddet sonunda 11 - 15 cm. Hg. arasında değişiyordu. Bu 14 hipertansiyonlu tavşandan 7 sini kontrol hayvanı olarak muhafaza ettik. Diğer 7 sinde muhtelif zamanlarda tevliid ettiğimiz 12 gebelik şu tesirleri gösterdi:

a) Yalnız 4 gebelik esnasında kan basıncı gebelikten evvelki seviyesinin altına düştü. Diğer gebelikler esnasında kan basıncında herhangi bir değişiklik müşahede olunmadı.

b) Tavşanların idrarında herhangi bir marazi bulguya rastlanmadığı gibi kanda üre de nazarı dikate alınacak bir değişiklik göstermedi.

c) Yalnız bir gebelik esnasında yavrular in utero resorption'a uğradı.

d) Bir kaç defa gebe kalan tavşanlarla hiç gebe kalmıyan tavşanların yaşama müddeti mukayesesinde büyük bir fark tesbit olunmadı.

e) Böbreklerin mikroskopik tetkikine gelince, gebe kalan veya kalmıyan bütün tavşanlarda congestion'dan başka marazi bir bulgu tesbit olunmadı.

Bu neticeler insanlarda tesbit olunanlardan çok farklıdır. Tabiatile, hayvanlarda müşahede olunan her marazi hâdisenin insanlarda da aynı şekilde cereyan etmesi icap ettiğini iddia etmek tasavvur edilemez. Ayrıca, tecrübî hipertansiyon mekanizmasının insanlardaki esasî hipertansiyon mekanizması ile aynı olduğu da ileri sürülemez. Binaenaleyh, hayvan tecrübelerinden elde ettiğimiz neticeler klinik bulgulara uymamakta ve gebeliklerin esasî hipertansiyonların ağırlaşması veya daha sür'atli ilerlemesindeki payını takdir hususunda bize büyük bir fayda sağlamamaktadır.

C — Bu klinik ve tecrübî müşahedelerden şu neticeleri çıkarabiliriz:

Esasî hipertansiyona ait araz tetkik olunduğunda, bunlarla ihtilâtların nisbeti arasında bazı münasebetler kurmak mümkündür. İşte bu münasebetlerden istihraç edeceğimiz «Criterium» larla gebelik esnasında hastalığın ağırlaşır ağırlaşmayacağını önceden görmek kabil olduğu gibi, gebe kaldıktan sonra müracaat eden hipertansiyonlu kadınlarda gebeliğe son vermenin elzem olup olmadığını tayin etmek ile (1) yani böbrekleri lomber yolla bulup her iki

(1) Page, I. H. — Production d'une hypertension artérielle persistante par la membrane de cellophane périrénale. J. of American Med. Association 1939. 12. 23. 2046.

(2) Grant, R. I., Rothschild, P., - A device for estimating blood pressure in the rabbit. J. Physiol. 1934. 81. 265.

Yıl: 20. No: 3

de imkân dahilindedir.

Bu kriteriyumları şöyle sıralayabiliriz:

I — Esasî hipertansiyonlu bir kadında gebeliğe müsaade indicationları:

1 — Şurası muhakkak ki gebelikten evvelki kan basıncı seviyesi gebeliğin iyi veya kötü seyretmesinde müessir bir faktördür. Zira,

a) Ağır ihtilâtlarla seyretmiş olan 125 gebeliğin 80 inde (% 64) sistolik kan basıncı gebelikten evvel 180 mm. Hg. nin üstünde idi.

b) Çocuk ölümü ile biten gebeliklerin % 65 inde annenin sistolik kan basıncı gebelikten evvel 180 mm. Hg. veya üstünde idi.

c) Nihayet, takip ettiğimiz hastalardan gebelikten sonra hastalığı ileri derecede ağırlaşan 10 hastanın hepsinin kan basıncı gebelikten evvel 180 mm. Hg. nin üstünde idi.

2 — Albüminürinin mevcudiyeti ve böbrek fonksiyon testlerinin bozukluğu da gebeliğin prognozunu tayinde mühim kriteriyum'lardandır:

a) Ağır ihtilâtlarla seyreden 125 gebelikten 67 sinde (% 53,6) gebelikten evvel bir albüminüri mevcut ve böbrek fonksiyon testleri bozuk idi.

b) Böbrek fonksiyon testlerini bozuk bulduğumuz esasî hipertansiyonlu vak'alarımızda çocuk ölümü nisbeti % 57 yi buluyordu.

c) Takip ettiğimiz hastalardan gebelikten sonra hastalığı ileri derecede ağırlaşan 10 vak'ının hepsinde böbrek fonksiyon testleri bozulmaya başlamıştı.

Binaenaleyh, bir albüminüri ile beraber böbrek fonksiyon testleri bozulmuş esasî hipertansiyonlu bir kadının gebelikten sakınması tavsiye olunmalıdır.

3 — Daha evvelki gebeliklerde tesbit olunan ihtilâtlar müstakbel gebeliklerin seyri hakkında çok faydalı malûmat temin edebilir. Çocuğun in utero ölümü, ölü çocuk doğumu veyahut da doğumu müteakip çocuk ölümü umumiyetle hipertansiyonlu bir kadını yeni bir gebeliğe teşebbüsten yazgeçirmek için mühim bir sebeptir. Zira, bu hâdiselerin müteakip gebeliklerde tekrarı çok siktir. Daha evvel gördüğümüz gibi hastalarımızın 64 ü hipertansiyonlu mültiplar idi. Bunlardan 46 sının (% 72) birbirini takip eden müteaddit gebelikleri ihtilâtlı idi.

4 — Göz dibinde bir retinitis hypertensiva teessüs etmiş ise veya retina arteri diyastolik tazyiki 75 gr. m üstünde ise (ki bu pek yakında bir retinitis'in teessüs edeceğinin erken alâmetidir) hastayı gebeye kalmamaya ikna etmelidir. Zira, bu âfet gebelik esnasında ağırlaşacağı gibi diğer hipertansiyon ihtilâtları da bunu takipte gecikmiyecektir (1).

5 — Kalb kifayetsizliği: Hipertansiyonlu hastalarımızda kalbi alâkadar eden ihtilâtlar şu şekilde tezahür etti:

a) Gebelikten evvel normal günlük işlerde hiç bir kalb kifayetsizliği arazi göstermeyen, radyolojik olarak kalb kuturlarında hiç bir büyüme tesbit olunmayan kadınlar gebeliğe mükemmel surette tahammül ettiler ve gebelik esnasında kalbe ait herhangi bir ihtilâtlar müşahade olunmadı.

b) Gebelikten evvel, günlük işlerde kalb kifayetsizliği arazi gösterip radyolojik olarak kalbde hipertrofi ve akciğerlerde congestion tesbit olunanlardan paroksistik dispne ve sağ kalb kifayetsizliği göstermeyen vak'alarda anne ölümü % 5, bu son iki sendromun da mevcut olduğu vak'alarda ise anne ölümü % 10 u buluyordu.

Binaenaleyh, normal günlük işlerde kifayetsizlik arazi gösteren, kalbi hipertrofik, mazisinde kalb kifayetsizliği geçirmiş paroksistik dispne veya oriküler fibrillasyonu olan esasî hipertansiyonlu kadınlar gebelikten sakınmalıdırlar. Çok yakından takip edilmek şartıyla bunlardan paroksistik dispnesi olmayan, sağ kalb kifayetsizliği geçirmemiş, kalbi hafif hipertrofik ve normal ritimli hipertansiyonlu kadınlarda gebeliğe müsaade edilebilir.

6 — Cold pressor test (CPT): Diğer bir makalemize mevzu teşkil edecek olan CPT de hipertansiyonlu hastaların gebelikleri esnasında toksemik hâdiselere maruz kalıp kalmıyacaklarını % 80 bir ihtimalle daha evvelden göstermektedir. Binaenaleyh, diğer kriteriyumların mevcudiyetile beraber bu testin de müsbet oluşu gebeliğe müsaade etmemek için yardımcı bir faktör olabilir.

II — Esasî hipertansiyonlu bir kadında gebeliğe son verme indication'ları:

Hastalar bize gebe kalıp kalamıyacakları hususunda bilgi edinmekten ziyade, gebe kaldıktan sonra, gebeliğine devam edip edemeyeceği bakımından tetkik edilmek üzere, veya bir ihtilâtların zuhurundan sonra müracaat ederler. Binaenaleyh, esasî hipertansiyonlu bir kadının gebeliğini durdurma indication'larını tetkik etmemiz de en az birinci şık kadar elzemdir.

Gebeliğin durdurulması esasî hipertansiyonlu bir anneyi toksemisinin muzır tesirine daha uzun zaman maruz bırakmamak için düşünülür. Umumiyetle münasip tedaviye rağmen hastalığın ağırlaşması üç haftayı aşarsa, gebeliğe, inatçı ve tekrar şifa bulmasına imkân olmayan âfetlerin teessüsünden evvel son vermek lâzımdır. Bu suretle annenin hastalığının istikbalde daha iyi bir seyir takip etmesi sağlanabilir. Gebeliğe son verme mevzuunda biz şu kriteriyumların nazarı itibara alınmasını uygun görüyoruz:

1 — Sistolik kan basıncı 180 mm.Hg.nin üstüne çıkmışsa ve bir albüminüri teessüs etmişse, bu hastalarda ağır ihtilâtlı gebelik nisbeti, çocuk ölümü ve hastalığın gebelikten sonra ağırlaşma nisbetleri, bundan evvelki bahiste görüldüğü gibi çok yüksek olduğundan, annenin durumunun daha fazla ağırlaşması beklenmeden gebeliğe son vermek lâzımdır. Bu hususta şu iki noktayı daima nazarı dikkate alınmalıdır:

a) Gebeliğin ikinci üç ayında bir hipertansiyon hecmesi gösteren hastalarda çocuk ölümü nisbeti % 62 bulunmuştur.

b) Üçüncü üç ayda ise kan basıncının yüksel-

(1) Koloğlu, S. - Acta Medica Turcica 1954. I. I.

mesile çocuk ölümü nisbeti mebsuten mütenasip olarak yükseliyordu.

Bu şeraiti arzeden kadınların çok yakından takibi icap eder.

2 — Böbrek âfetleri teessüs etmiş ve bilhassa azoteminin % 40 mg. ın üstüne çıkmış olması gebeliği durdurmak için nazarı dikkate alınması icap eden çok mühim kriteriyumlardan biridir. Zira, böyle hastalarımızın % 85 inin gebeliği ağır ihtilâtlarla sona erdi. Yalnız çocuk ölümü bu grupta % 60 a yükseliyordu. Bu vak'aların % 50 sinin hastalığı gebelikten sonra ağırlaştı. Bu son rakam bile annenin ne gibi bir tehlikeye maruz kaldığını göstermek için kifayet eder.

3 — Göz dibi: Hastada bir retinitis hypertensiva teessüs etmişse gebeliğe son verme indication'u mevcuttur. Zira, eğer göz dibi tegayyüratı eklampside olduğu gibi kısa bir müddet sürerse tekrar şifası kabildir. Aksi halde, retinanın inatçı uzvî âfetleri teessüs eder, bunu da umumiyetle diğer hipertansiyon komplikasyonları takipte gecikmez.

4 — Gebelik ve kalb hastalıkları kısmında daha taferruatile mütalea edeceğimiz gibi, esasî hipertansiyonlu gebe bir kadında, kalb kifayetsizliği arazının gözükmesi prognozu çok tehlikeli bir duruma düşürür. Bu hastalarda anne ölüm nisbeti % 10 u bulur. Kalb kifayetsizliği arazi daha gebeliğin başında kendini gösterirse, gebeliğe sür'atle son vermelidir. Eğer gebelik son aylarına varmışsa çok sıkı bir kon-

trol ve ciddi bir tedavi altında hastaya vajinal yolla doğum yaptırılmalıdır. Bunlarda en çok korkulan ihtilât hâd akciğer ödemidir.

5 — Daha evvelki gebeliklerin seyri son gebeliğin müstakbel seyri hakkında çok faydalı malûmat temin eder. Bundan evvelki bahiste söylediğimiz gibi, takip ettiğimiz hipertansiyonlu mültiparlardan muhtelif gebeliklerinde ihtilât gösterenlerin nisbeti % 72 yi buluyordu.

6 — Cold Pressor Test (CPT): Gebeliğin başında müsbet olan CPT hastanın yakından takibini ve eğer diğer kriteriyumlarla birleşirse gebeliğin durdurulmasını icap ettiren faydalı bir işarettir. Zira toxemia hypertensiva'ya duçar olan hipertansiyonlu gebelerin % 80 inin CPT i müsbet idi.

Hulâsa:

Klinik ve lâboratuvar araştırmalarımıza istinat ederek bu etüdümüzle şu neticeye varmış bulunuyoruz: Bir esasî hipertansiyonun mevcudiyeti gebeliğe müsaade etme mevzuunda mutlak bir contre-indication teşkil etmediği gibi gebeliği durdurmak için de kat'î bir indication değildir. Böyle bir hastaya gebelik müsaadesi verilip verilemeyeceğini veya gebe ise gebeliğine son vermenin icap edip etmeyeceğini yukarıda arzettiğimiz «Criterium» ları nazarı dikkate alarak tesbit ve tayin etmek icap eder kanaatindeyiz.

Cerrahpaşa Hastanesi İntaniye Servisi:

Şef: Dr. Ethem Babacan

Sıtma Teşhisinde Bass-Johns Teksif Usulü

Dr. Muzaffer Sertabihoğlu.

Sıtma teşhisinde, tipik klinik bulgular yanında dahi, en mühim istinat noktası şüphesiz, kanda parazitin bulunup, görülmesidir. Fakat, pratikte bilhassa Plasmodium Falcifarum'un halka ve gametlerinin muhiti kanda az bulunması sebebiyle, direct yayma ve kalın damla preparatlarda parazitin bulunup görülmesi bazan müşkülât arzeder. Bu gibi hallerde Sternal ponksiyon ve Dalak ponksiyonu gibi klinikte tatbik edilebilen metodlarla yapılmış ince ve kalın yayma preparatlarda plasmodinin varlığı gösterilebilir.

Malarya için karakteristik semptomlara rağmen, muhiti kanda plazmodiye rastlanmadığı hallerde, Bass - Johns usulüyle, az miktarda bulunan parazitleri meydana çıkarmak mümkün olmaktadır.

Memleketimizde, muvaffak sıtma mücadelesi neticesinde, çok şükür sıtma vak'alarına artık pek rastlanmamaktadır. Servisimizde bu sene müşahede ettiğimiz ancak bir malarya vak'asında Bass-Johns teksif metodunu tatbik ederek, bunun pratikte teşhis bakımından fayda sağlayacak bir usul olduğuna inandık ve neşrini uygun bulduk.

Metodun esası: Plasmodi ihtiva eden hasta eritrositler, salımlere nisbeten daha hafiftirler; bu se-

beple, santrifüje edildiklerinde plasmodili eritrositler üst tabakada kalırlar.

Yapılışı: Eritrositlerin Sedimentasyon hızını tayindeki esas üzere, 2 cc. lik bir enjektöre % 3,8 lik steril Sodyum sitrat mahlûlünden 4 diziem (0.2 cc.) çekilir. Aynı şırıngaya hastanın kol venasından 16 diziem (1,6 cc.) kan alınarak mecmu hacim 2 cc. na iblâğ edilir ve şırınga hafifçe çalkanır. Sitratlı kan ufak bir santrifüj tübüne konularak 2500 devirle 15 dakika çevrildikten sonra üstte kalan mayi kısmı bir Pasteur pipetiyle yavaş yavaş alınarak atılır. Aynı pipetle, dibe çöken eritrosit kitlesinin en üst tabakasından alınarak yayma preparat yapılır. May Grünwalt veya Alcool - Ether'le tesbitten sonra Giemza ile klasik şekilde boyanıp immersionla tetkik edilir.

Vak'a: M. Koçalan, 20 yaşında, İşçi, Prot. No. 3076, giriş tarihi: 8/4/954.

Şikâyeti baş ve etraf ağrıları, iştahsızlık kırgınlık ve titremeyi müteakip gün aşırı akşamları ateşinin yükselmesinden.

Bir sene evvel, İğneada iskelesi inşaatında çalışırken sıtmaya yakalanmış, on gün yatarak tedavi edilmiş. Bir hafta evveline kadar sıhhatte olarak çalışmış. Beş gün evvel kırgınlık, baş ve etraf ağrıları

ve titremeyi müteakip ateşi yükselip üç saat kadar devamdan sonra bol terle düşmüş. Bu hal, gün aşırı olmak üzere iki defa tekrarladığından servisimize müracaatla yatırılmış.

Genel hali iyi. Hazım sistemi: Dil paslı, papillalar mütebariz, dalak derin teneffüsle ele geliyor, Traube kapalı. Karaciğer kaburga kenarını bir parmak aşıyor.

Deveran ve teneffüs sisteminde hususiyet yok. Kan: Hb. % 70, Eritrosit: 4200000, İndex: 0,8 Formül: Comak: % 2, Parçalı: % 44, Eo: % 1, Linfosit: % 41, Monosit: % 12.

Ateşinin, gün aşırı akşam yükseldiğini ifade eden hastadan, kendini iyi hissettiği ateşsiz bir za-

manında, öğle üzeri parmaktan kan alarak yaptığımız yayma ve kalın damla preparatta Plazmodi tesbit edilmedi. Aynı zamanda yapılan ponction Sternale ile alınan kemik iliğinin yayma preparatında, Tersiana Gamet ve Amiboid (Trofozoit) şekilleri görüldü. Bu ateşsiz zamanda, muhiti kanda az miktarda bulunan plazmodileri meydana çıkarmak gayesiyle, tekniği yazılan teksif usulüyle yaptığımız yayma preparatta, ortalama her 3-4 mikroskop sahasında bir adet Tersiana Amiboid (trofozit) şekli, nadir gamet şekilleri ve aynı teksif usulünden sonra yapılan kalın damla preparatta ise, her sahada 2-3 Amiboid şekil ve daha az olmak üzere halka ve gamet şekilleri tesbit edildi.

Pratik Şirurji Hülâsesi : Mide Kanseri

Symptom: Orta ve ileri yaş, gastrik antesedan, dispepsi tezahürleri, iştahsızlık, et ve yağlı yemeklerden tikslenme, zayıflama, mide asiditesinin azalması, buna mukabil fermentasyon ve laktik asit gibi organik asitlerin artması, tedaviye cevap vermemesi; malaena, hematemez ile de başlayabilirse de kanama ulkustaki kadar fazla olmaz.

Tümör pylorda ise başlangıçta plorik stenoz arazi da ilâve olur. Evvelce devri olan sancılar sonradan daimî ve yaygın bir vasıf alır. Bütün göğüs kaidesi, karın ağrır. Kusmalar gıdaî ve az miktarda taze kan veya kahve telvesi evsafında olur. Sabah aç karnına da olur. Kanserlilerin mide suyu; su gibi kusma olur.

Pylor stenozunda mide parva altında teressüm eder. Tümör parva adalesine enfilte olmuş ise bu defa da pylorda enkontinans husule gelerek mide sür'atle tahliye yapar. Parva altında tümör palpe edilir. Etrafa yapışıklık az ise günden güne zayıflar. Son safhada: Perforasyon, fistül, münteşir adenopati, visserler istilâsı, plevra, göğse intişar, flebit, iktüs, entoksikasyon, tetani, ve nihayet komayı ölüm takip eder.

Mide kanseri benîgn tümörlerden (polyp, leomyom, fibrom), sifilis, Tbc.den ayrılmalı. Peptik ulser, ecnebi cisim (bezoarlar), aktinomikoz'dan karaciğer, pankreas, kolon tümörlerinden ayrılmalıdır.

Kanser lenfatiklerden başlarsa **lenfanjit kanseröz**; mukoza glandlarından **adenokanser** şeklinde olur.

Mikroskopik olarak **enfiltratif** (diffüz), **vejetan** (papiller), **solid** (veya massif şekilde) görülür. Tümör sfasele olurlarsa sıra ile ulserövejetan, eksulsero kanser olur.

Mikroskopik muayenede: Menşe aldığı epitelin adenoid manzarasına uyarsa adenokarsinom; sellaları adacıklar şeklinde olursa solid, sella kitleleri strüktürsüz ve dağınık ise endiferansie kanser olur. Strüktür içerisinde stroma reaksiyonu, çok konjonktif örgü artarak tümörü sertleştirirse skirrö kanser; sıf kanser hücreleri ve bunların ifrazı ile tümör yumuşarsa ansefaloid kanser olur.

Mide kanseri civar âzaya (Pankreas, kolon, karaciğer, safra kesesi, diafragma, dalak, ince barsak, parva) iltisaklar yapar.

Metastazları: Yakın ve uzak bölgelerde olur. Retropylorik, pankreas üstü karaciğer hilusu, mezo tamsvers, mezanterik, iliak, torasik, subklaviküler (Troisier) ganglionlarda; karaciğer ve diğer âzada metastazlar yapar. Lenfatiklerle göbeğe de gelir, kan yolu ile her tarafa dağılır.

Enfeksiyon: Kanser enfiltrasyonu ve mukozadan kalkan enfeksiyonlar, plevlebit, flebit, perforasyon, peritonit, sufrenik abse, iç ve dış fistüller yapar.

Mide karsinomu radyoloisi: Radyolojik semptomlar: kenarları intizamsız laküner sabit imaj, mide lümiyerinin daralması, konturların intizamsız, deşiköte olması, muhtelif vazivetlerde ve kompresyonda, müteakip muayenelerde sabit imaj laküner aynı rejionda perisaltizmin bulunmaması, bosaltmadan sonra rejioda kontrast madde serpintilerinin bulunusu, lakün rejiosunda mukavemet alınması, adrens ve maliğn enfiltrasyondan dolavı mobilite yoktur. Asili ve mide parvası sertliğinden transit umumivetle cabuktur. Mide röliefinin değişmesi ve bu deşismelerin mide kanser topoğrafisine uygun gelmesinden ibarettir.

Radyolojik imaj: muhtelif pozisyon ve muhtelif zamanlarda seri halindeki muayenede lokal riidite, (skirrö tiplerde riidite geniştir), küçük büyük kurvatuarlarda dantöle manzara (her iki kurvaturada birden olabilir), neristaltik ve plikaların kavbolusu, laküner imaj (büyük nisler), ovlor ampütasyonu şekli de vardır. Büyük tüberozite ve mide yüzlerindeki tümörlerin meydana çıkarılması güçtür. Hastaya muhtelif şekiller (Trendelenbourg) vermelidir. Kardia kanserleri özofagus alt nihayet kanserleri arazi verir.

Mide arterleri: Aortadan çıkan sölyak tronküsün A. Gastrika sinistrasından doğrudan doğruya, ve A. Linealisin Gastroepiploika sinistra dalı ile A. Hepatikanın Gastrika dekstrasından ve Gastrodüodenale dalının Gastroepiploika dekstra ve Pankreatikoduodenale şubesinden gelir.

Operabilite: Umumî halin fenalığı asit, karaciğer göbek, klavikula ganglion metastazları, tümörün pal-

pasyonla fikse bulunması ameliyatı kontrendike kılar.
Dr. A. M. Atakam.

PRATİK İÇİN KISA TEDAVİ NOTLARI

Tophyan: Dr. Saliha Yalçın.

Müellifler hipertansif başağrılarının entavenöz **thiocyanate zerki ile tedavisini** tecrübe etmişlerdir. (Tedavi, malûm analjeziklerden faydalanmayan, muhtelif menşeli (esansiel, renal, maliny) hipertansiyonlu 15 hastaya tatbik edilmiş ve bunlardan 11 inde ehemmiyetli derecede iyilik husule geldiği bildirilmiştir. 1 g. SCN ionuna tekabül etmek üzere 1,396 g. sodium thiocyanate bir defada zerkedilmektedir. Bu miktarla temin edilen thiocyanate seviyesinin toksik kıymetin çok altında olduğu ve vak'aların hiç birinde tansiyonu düşürücü tesiri görülmediği zikredilmektedir. (Saint - Pierre, Corcoran, Taylor, Dustan: J. Amer. Med. Assoc. 152, S. 493, 1953).

Wilbrandt 200 hipertansiyon vak'asında **hidergin tedavisinden** aldığı neticeleri bildirmektedir. Ortalama 55 yaşlarında 100 hafif, 100 ağır hipertansiyonlu hastaya 3 - 6 ay hidergin vermiştir. Tedaviye hergün veya gūnaşırı 1 cc. cilt altı zerk suretiyle başlanmış, daha sonra oral veya sublingual (günde 3 defa 10 - 30 damla, veya 3 defa 1 - 2 tablet) tedaviye, haftada bir enjeksiyon kombine edilmiştir. Hafif vak'aların 59 % unda kan tazyiki aşikâr düşmüş, 80 % inde sübjektif şikâyetler kaybolmuştur. Ağır vak'alarda bu nisbet 31 - 52 % dir.. Böbrek fonksiyonları bozulmamış olanlarda hiderginin tesiri, bozulmuş olanlara nazaran daha iyidir. Göz dibi değişiklikleri ve böbrek fonksiyonları tedaviden beklenen netice hakkında bir fikir verebilir (Kongr. Ztbltt. f. inn. Med. 148, 5/6, 1954).

Schwab ve Reinwand kalb glikozidleri ile memnuniyet verici bir netice elde edilmeyen **kalb yetmezliği vak'alarında tirojen bir faktörün araştırılması** lüzumunu belirtiyorlar. Müellifler son 3 sene zarfında dekompanse kalb hastalarından 60 inde sebep olarak «maskelenmiş hipertireoz» bulmuşlardır. Teşhiste anamnez ve klinik tablo ehemmiyetlidir. Bu gibi hastalarda dispne ve ödem sebebiyle bazal metabolizma tayini hatalı olmasına rağmen 50 % üzerindeki kıymetlerde hipertireoz kabul edilmelidir. Atrium fibrilasyonu da ekseriya tireokardiopati lehinedir. Total veya subtotal tiroidektomi ve radyoaktif iody ile tedavi yanında tirostatikler de ön plânda yer alır. (Dtsch. med. Wschr. S. 941, 1953).

Müellifler 41 **klodikasyon entermittant vaka'sında E vitamininin tesirini** araştırmışlardır. Hastalar tedavi ve kontrol grubu olarak ikiye ayrılmış, kontrol grubuna bademyağı kapsülü, tedavi grubuna E vitamini kapsülü verilmiştir. 12 hafta müddetle günde 0,45 g. tokopherol kullanılmıştır. Hastanın ifadesine ve hareket testi neticelerine nazaran gruplar arasında sayanı kayıt bir fark tesbit edilememiştir. Buna nazaran E vitamininin müttekatti topallama tedavisinde bir kıymeti olmadığı neticesi çıkarılmış-

tır (Hamilton Wilson, Armitage, Boyd: Lancet I, 367, 1953).

Hyaluronidase'm hemorajik plevra insibabının rezorbsiyonuna tesirini araştırmak maksadiyle yapılan hayvan tecrübelerinde plevra boşluğuna kan zerki veya akciğer rezeksiyonu ile hemorajik plevra epansmanı tevhit edilmiştir. Kontrol hayvanlarında günlerce sonra plevra boşluğunda kan bulunduğu halde intraplöral hyaluronidaz zerklerinden 6 - 24 saat sonra iltisak teşekkülü olmadan insibab olmuştur (Di Maggio - Peria: Kongrs Ztbltt. f. inn. Med. 149, 1/3, 1954).

Son senelerde **lösemi tedavisinde** tetkik edilen şimik maddeler listesine 6 - mercapto - purine ilâve edilebilir. Tesir tarzı henüz aydınlatılmış olmamakla beraber şimdiye kadar kullanılanlardan farklı görünüyor. Asid nükleik sentezinde ve mitozun tamamlanmasında bir inkıta tevhit ediyor. Alınan en iyi netice akut lösemidedir. Bugünkü durumuna nazaran 6 - mercaptopurine, remisyonu daha uzun devam ettiginden, anti foliklere ve cortisona mukavim egü lösemilerde kullanılmaya elverişli görünmektedir (Dübois - Ferrière: Ref. La Sem. d. Hop. 29, 1954).

Herschberg ve Creff **ekstrarenal hiperazotemilerin lipotrop faktörlerle tedavisini** tecrübe etmişler ve orta dozda methionin, choline, inositol gibi maddelerle vak'aların 90 % unda müsait netice almışlardır. Hususî bir rejim yapılmaksızın azotemi seviyesinin 1 - 2 ayda normal kıymetlere düştüğü bildirilmektedir. Tesir mekanizması henüz aydınlanmamıştır. Karaciğer parankiminde ureogenezin tanzimine bağlı olması muhtemeldir (Comptes rend. d. Sosc. Sav., La sem. des Hop. 22, 1954).

40 hasta üzerinde yapılan müşahedeler **Benemid'in bilhassa kronik gut vak'alarında** iyi bir tesiri olduğunu göstermiştir (Gutman). Benemid'e 6 ay ilâ 2 seneye kadar devam olunmuştur. Böylece urat depoları boşalmış, hattâ eski tofusler küçültülebilmıştır. Uygun bir diyet yapılmayanlarda tedavi tesiri daha az olmuştur (Amer. J. Med. 13. S. 744, 1952).

Ultrason ile herpes zoster tedavisinden iyi netice alındığını bildiren Formigal Luzes, ultrasonun herpes virusu üzerine inaktive edici spesifik bir tesiri olduğu kanaatindedir. Bundan başka ultrason analjezik ve antiflojistik tesirleri haizdir. Alınan neticelere göre bu tedavi gayet müessir bir tedbir olarak gösterilmektedir (Kongrs Znttbltt. f. inn. Med. 149, 1/3, 1954).

Dick, **barbiturik tesemmümlerinin tedavisinde amphetamine'e** büyük bir kıymet vermektedir. İlâç yarım ilâ bir saatte bir 0,1 g.a kadar zerkedilmektedir. Bu arada diğer tedbirlerin de alınması lâzım-

dir. Teneffüse dikkat etmeli, icabında oksijen verilmelidir. Barbiturik asid alalı 2 saatten fazla zaman geçmemişse mide yıkanmalıdır. Müellif, araştırmalarından bütün barbiturik zehirlenmelerinin analeptiklerle tedavisi icap ettiği ve en tesirli ilâcın amfetamin olduğu neticesine varıyor (Amer. J. Med. Sci. 224, S. 281, 1952).

Müellifler 700 hastada paranteral yoldan tatbik edilen **Phenylbutazone'un romatizmal hastalıklardaki tesirini** araştırmışlardır. Bu ilâcın azami tesirini birden göstermektedir. Alınan iyi neticeyi muhafaza etmek için enjeksiyon sayısı gittikçe azaltılıp haftada bir entera müsküler zerke devam edilir. Phenylbutazone ile gutta ve ankilozan spondylartritde alınan neticeler çok iyidir, kronik evoltütif poliartritde sabit değildir. Hazım kanalında, ciltte bazı ârizaların, ödem, hemoraji gibi tâli tesirlerin husule gelebileceği gözönünde bulunarak bazı tedbirlerin alınması lüzumuna işaret edilmektedir (Debray, Gibelin, Malabert, Rovillais: Pres. Med. 9, 1954).

Werner'in **thiosemicarbazon ile genuin nefroz tedavisinden** aldığı neticeler enteresandır. İlâci 3-8 yaşlarında geniş ödemli ağır genuin nefroz vak'alarında kullanmıştır. Kilo başına 2-5 mg. hesabiyle ve 3 günlük fasıllı onar günlük devreler halinde tatbik edilmiştir. Tedaviye umumiyetle 4-8 ay devam olunmuştur. İki vak'ada bu tedavi ile birlikte yapılan tonsillektomi bütün nefrotik semptomları kaybetmiştir. 3 vak'ada 3-8 ay sonra yapılan müteaddit kontrollarda da hastalık işaretlerinin nefrozun şifasını kabul ettirecek derecede kaybolduğu müşahede edilmiştir. Thiosemicarbazon tatbikinden evvel peritonit arazi gösteren iki hastada hiçbir araz kalmayınca kadar tedaviye devam edilmiştir. Büyük nefrotik hisse gösteren 13 yaşında kronik nefritli bir hastada da 7 ay Thiosemicarbazon tatbiki ile bilhassa kan proteinlerinin düzeldiği müşahede edilmiştir. İlâcın tâli tesirleri görülmemiştir. Tesir mekanizması henüz aydınlatılmamıştır, izahına çalışılmaktadır (Kongrsznbllt. f. inn. Med. 148, 5/6, 1954).

Joiner, Thorne ve Enticnap **Addison sendromuna benzeyen bir tablo** ile kendini gösteren ve "**Tuz kaybı nefriti**" denilen vak'alara dikkati çekiyorlar. İleri derecede zayıflık, yorgunluk, bas dönmesi, baygınlık, kusma, adale krampları, gittikçe artan hipotoni, üremi ile seyreden ve koma ile ölüme müncer olan bu hastalıkta kanda tuz seviyesi çok düşük olduğu halde idrarda normal veya daha yüksek bulunuyor. Sürrenallerde anatomik değişiklikler olmaksızın ciltte ekseriya pigmentasyon teessüs ediyor. Thorne'a göre bu vak'alarda yalnız kronik bir nefrit bulunuyor. Zikredilen vak'aların ekserisinde kronik bir pyelonefrit mevcuttur. Mikroskopik olarak interstisyel skleroz ve yuvarlak hücre infiltrasyonu bulunuyor. Glomerüllerde hyalinizasyon, kapsülde kalınlaşma, epitellerde kısmen hipertrofi, tubulilerde kısmen atrofi, kısmen hipertrofi ve geniş-

leme, ekseriya kolloid silendiri denilen şekil görüyor. Bu organ değişikliklerinden başka iki vak'ada paratiroidlerde hipertrofi, üç vak'ada sürrenal hiperplazisi bulunmuştur. Tubuli bozukluğundan dolayı tuz ve klor reabsorbsiyonunun azaldığı ve böbreklerden ehemmiyetli tuz kaybına sebebiyet verdiği düşünülmektedir. Deri pigmentasyonu izahsız kalmıştır. Mühim olan cihet sürrenal korteksi hormonları ile tedaviden bir netice alınmadığı halde tuz vermekle geçici bir salâh temin edilmesidir (Lancet II, S. 454-461, 1952).

B. vitamini ve P faktörü karışımının renal menşeli olmyan albüminürilerin tedavisinde müessir olduğu gösterilmiştir (M. Wahl). Aynı zamanda kronik ödemlerle müterafik, bilhassa kan hastalıkları ile ilgili olanların tedavisinde ehemmiyetli bir diurez faktörü olduğu tahakkuk etmiştir (Comptes rend. d. Sos. Sav, La Sem. d. Hop. 22, 1954).

Transfüzyon ârizalarını tetkik eden Koslowski ve Kolde, transfüzyon reaksiyonları ile kanın verilmiş sür'ati arasında bir münasebet bulamamışlardır. Müddet 20 günü geçmemek şartıyla kanın bekleme zamanı ile reaksiyonların sıklığı arasında da bir ilgi yoktur. Hemopoetik sistem hastalıklarında ve karinomlarda bu ârizaların çok fazla olduğu ortaya konmuştur. Müellifler, antikor teşekkülünün veya proteolitik fermentlerin artmasının veya yabancı proteinlere karşı reaksiyon kabiliyetinin yükselmesinin sebep olabileceğini kabul ediyorlar. Transfüzyon ârizalarında kanda histamin seviyesinin düştüğü tesbit edilmiştir. Tedavide bundan faydalanılmaktadır. Hafif transfüzyon reaksiyonları novocaine ve antihistaminiklerle tedavi edilmektedir (Dtsch. Med. Wschr. S. 367, 1953).

Kail ve Lindemayr **ürtiker tedavisinde Calcium ve antihistamin** preparatlarının tesirini mukayeseli bir şekilde araştırmışlardır. 242 ilâc ekzantemi, akut ve kronik ürtiker vak'asında bu preparatlardan hiç biri aşikâr bir üstünlük göstermemiştir. Kronik ürtikerlerde bilhassa kat'i allerjik menşeli olanlarda antihistamin tedavisi nöbetin kesilmesinde daha müsait neticeler vermiştir. Bir preparatın münferid verilmesiyle netice alınmayan bazı vak'alarda calcium ve antihistaminik teşriki daha emin görülmektedir. Kronik ve nükseden vak'alarda bu preparatlarla kozal bir tedavi temin edilememiştir (Kongrsztlblt. f. inn. Med. 148, 1/2, 1954).

Church **sunpüre cilt âfetlerinin tedavisinde Néomycine'e** büyük bir kıymet vermektedir. Bakteriolojikman tetkik ve pyojen stafilokok tecrit edilen 93 vak'anın 46 sı penicilline, 18 i chloramphenicol'e, 2 si auréomycine'e mukavim olduğu halde hiç birinde neomycine'e rezistans tesbit edilememiştir. Gramında 5 mg. Neomycine ihtiva eden pomat kullanılmıdır. Müellife göre bu ilâcın kuran empetigo tedavisine girmeli ve silikozis tedavisinde ilk kullanılacak ilâc olmalıdır (Brit. Med. J. 4857, 1954).

R E F E R A T L A R

B₁ vitamini tatbikile çabuk doğurma ve ağrıların fizyolojik azaltılması: (Bremer, K.; Elizabeth hastanesi Essen, Almanya; Ztrbl. f. Gynäköl Dergisi, 73, No. 23, 1951). B₁ vitamininin karbon hidrat ve su metabolizmasındaki rolünü kısaca hatırlattıktan sonra, Bremer, bu maddenin analjezik evsafını ve nevroz, polinevrit, zona ağrıları v.s. gibi hallerin tedavisinde istimalinden bahsetmektedir. Nisaiyede B₁ vitamini, şimdiye kadar, gebelik nevrozları ve gravidik kusmalara karşı kullanılmıştır. Esasen bu son endikasyonda B₁ vitamini daha müessir olmuştur.

Nisaiyeciler, doğum müddetini kısaltması ve ağrıları eksiltmesi hassalarından ve B₁ vitamininin ositosik ve analjezik tesirlerinden ancak birkaç senedenberi istifade etmektedirler. Müellif, tablet halinde veya (100 mgr./sm³)'lık «fortissimum» kabili zerk mahlûl halinde Bénerva «Roche» ile tedavi edilen 46 hasta üzerinde yapılan müşahedeleri toplamışlardır.

Âzamî doz ampirik şekilde tesbit edilmiş ve 150 - 200 mgr. şu şekilde tatbik edilmiştir: Doğum ağrıları normal olunca ve collum genişlemesi 2 - 3 santimi bulunca, evvelâ ağızdan 50 mgr. ve aynı zamanda adaleye 50 mgr. (1/2 sm³) zerkedilmiştir. Müteakiben, her yarım saatte bir, adale içine 50 mgr. zerketmek suretile cem'an 200 mgr.a kadar tatbik edilmiştir. Bunu müteakip, elde edilen netice âzamî fizyolojik hadde erişmedi ise, ayrıca her yarım saatte bir ağızdan 50 mgr. verilir. Hiç bir hipervitaminöz tehlikesi olmadığı için bu tedavi endişesiz tatbik edilebilmektedir. Tesiri daha uzun olması hasebile, damar içine kıyasen, adale içine yapılan B₁ vitamini zerkıyatı şayanı tercihtir.

Her kadının reaksiyonuna göre ayar edilebilen bu hususî tatbik şekli gayet iyi neticeler vermiştir. Umumiyetle genişleme zamanı vasattan çok aşağı düşmüş ve çocuk çok daha kısa zamanda doğmuştur. Su kesesinin patlamasını müteakip, geçici duraklama hali müşahede edilmemiştir. Takallüsün sıklığı ve şiddeti bütün doğum devresi içinde âzamî haddi bulmaktadır.

İlaç ilk defa verildiğinde ve collum'un genişlemesine göre, B₁ vitamininin primipare'larda tesiri neticesi doğum müddeti 1,40 - 2,5 saat kısalmıştır. Mültipar'larda ise kılma 1 - 2 saat arasında tehâlüf etmiştir. Zikredilen tesir 46 vak'anın 42 sinde çok bariz, yâni tesiri âzamî, 2 vak'ada vasat ve 2 vak'ada da neticesiz olmuştur.

Ağrıların azalması, Bremer'e göre vak'aların üçte birinden biraz fazlasında şimdiye kadar neşredilen neticelere nazaran bariz bir fark arzettiği müşahede edilmiştir. Müellif ayrıca, kombine tedavi tarzlarına da başvurmuş ve B₁ vitamini ile birlikte trikloretilen tatbik etmek suretile çabuk doğumlar temin etmiştir. Azot protoksid'i ve metil klorür'ü kullanmak da mümkündür. Bu hallerde de Bénerva cem'an 300 mgr.'a kadar damar içine zerk suretile tatbik edilmiştir.

Müellifin kat'i olarak seçtiği tatbik tarzı şu olmuştur: Bir miktar post hipofizer hulâsa ile (= 1,5 U. V.) birlikte 50 - 100 mgr. Bénerva zerketmek. Hastaya verilen bir anestezi ilâçla tedaviyi itman etmekten ibarettir.

Tâli tesirler asgarî olmuştur: 3 hasta şırıngayı müteakip derhal kusmuşlardır. B₁ vitamininin çocuklar üzerinde menfi tesiri yoktur ve istimali hiç bir anormal hemoraji tevhit etmez. Hulâsa olarak, hiç bir kontr endikasyonu olmadığı için, bu ilâç, collum'un genişlemesi veya doğumu sırasında olsun, gebeliğin her safhasında tatbik edilebilir. Müellif, ayrıca yazının kaleme alınışı ile neşri arasında 44 yeni hastayı tedavi etmek fırsatını bulduğunu ve aldığı neticelerin yukarıdakileri teyit ettiğine işaret etmektedir.

Bacak ülserleri: İyi teşhis için: Klinik tetkik ve müşahede, mufassal hastalık hikâyesi, umumî fizik muayene, vasküler ve dermatolojik biyolojik testler yapılmalıdır. Tropikal, subtropikal iklim, ailevi, irkî antesedan. Cilt hastalıklarının, damar hastalıklarının mevziî fena tedavisi, fokal ve sistemik infeksiyonlar, meslek, allergi, (nebat, hayvan, madenî allergenler) haricen kullanılan ilâç, çorap, lâstik bağ cinsleri, dahilen veya haricen herhangi surette kullanılan ilâç eşkâli, enjeksiyon araştırılacak (asabi tonikler, vitaminler, salicylate, müleyyin, müşhil veya uyuşturucu olanlar veya ilâç telâkki olmıyan maddeler) Bir kısım ülserler bazı tedavilerden zarar görüyorlar. İlâcın hangi şekli olursa olsun ilâç dermatiti ve binnetice ülser yapabilir. Teşhisî kat'i olarak koymadan gelişigüzel yeni ilâçları tatbik tehlikeli olabilir.

Ülserin bütün karakteristik evsafı, mevziî, lokalizasyonu, eb'adı, biçimi, iltisakı, ifrazı, kabuklanması, kaidesi, kenarları ve muhiti, sahası kaydolacaktır.

Cilt adneksleri (ter, yağ guddeleri, kıllar, tırnaklar), mukozalar periferik sirkülasyon ve enfeksiyon fuayyesi tetkik olunur.

Her ülserli hastada: Tam kan sayımı, kanama, pıhtılaşma zamanı, sedimantasyon, Wassermann, kanda şeker, idrar (albümin - şeker), solucan şerit yumurtası aranacak, yara ifrazatı ve kazıntı direkt ve kültür muayenesi Saboureaux vasatı), biopsi yapılacak, obesite, kan tazyiki, kalb deveranı, böbrek fonksiyonu, karaciğer durumu tetkik olunacaktır.

Kronik ülserlerin tasnifi: Kaba taslak olarak bu ülserler Vasküler, Tromatik, İnfeksiyöz, Mikotik, Gommöz, Malign, muhtelif olmak üzere ayrılırlar.

Vasküler: Varis ve tromboflebit ve periflebitten, Arterioskleroz, Dekübittüs, hipertansiyon (alt kısımda yan ve arkada ekseri iki taraflıdır, ağrı istirahatle ve vaziyet değişimi ile geçmez), Arteriovenöz fistül.

Tromatik: Kaza veya yakıllarla veya askerden ihraç olmak için yapılır.

ik tarzı şu ol-
lâsa ile (= 1,5
ra zerketmek
tedaviyi itman

nasta şırıngayı
itamininin co-
istimali hiç bir
sa olarak, hiç
bu ilâç, col-
rasında olsun,
bilir. Müellif,
i arasında 44
duğunu ve al-
ettiğine işaret

nik tetkik ve
umumi fizik
iolojik testler
n, ailevi, irki
astalıklarının
k infeksiyon-
nadeni aller-
lâstik bağ
surette kul-
ılacak (asabî
i, müşhil ve
ki olmıyan
lerden zarar
un ilâç der-
isi kat'i ola-
tatbik tehli-

nevzii, loka-
kabuklan-
ısı kaydola-

kıllar, tır-
ve enfek-

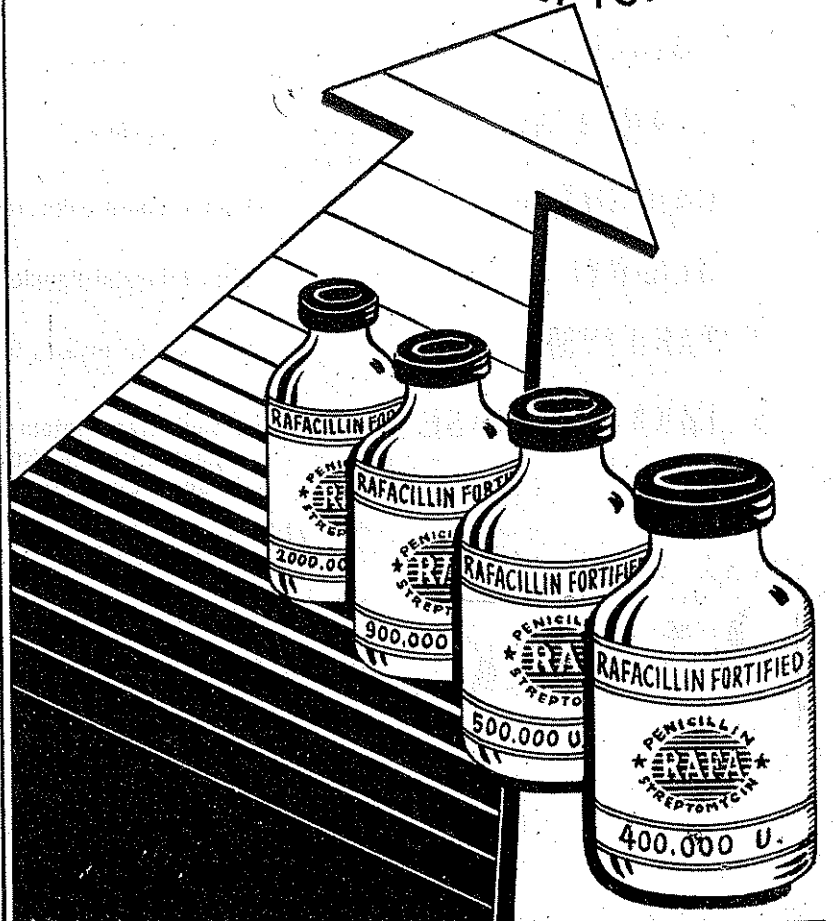
ni, kanama,
assermann,
solucan-
ve kazıntı
au vasatı),
b deveranı,
kik oluna-

olarak bu
Mikotik,
yırılırlar.
riflebitten,
1 (alt kı-
ağrı isti-
, Arterio-
askerden

RAFACILLIN FORTIFIED
Cristalline Procaine Penicillin G ve
Cristalline Sodium Penicillin G

400.000 u.
500.000 u.
900.000 u.
2000.000 u.

**PENICILLIN
RAFA
STREPTOMYCIN**



TÜRKİYE MÜMESSİLİ
PEDRELLİ TİCARET T. A. O. P. K. 1352 GALATA - İSTANBUL

Sayın Doktor ve Eczacılar

CHLOROMYCETIN:	Kapsül Şurup (Palmitate)	Geniş spektrumlu antibiyotik
BENADRYL	: Kapsül Parenteral Krem	Anti - Allerjik ve antispazmodik
CALADRYL	: Losyon	Tahriş eden bütün cilt hallerinde
ABIDEC	: Damla	Vitamin kompleks'i
EPANUTIN	: Simple Compose	Anti - Epileptik
CARBITAL	: Kapsül	Sedatif tesirli uyku ilacı
DESIBYL	: Kapsül	Safra kifayetsizliğinde
TAKAZYMA	: Toz Pastil	Anti asid ve nişasta hazmedici
TAKA - DIASTASE	: Kapsül	Karbonhidrat, protein ve diğer gıdaların asimilasyonu ve dispepsilerin tedavisinde

Piyasaya arz edilmiştir.



PARKE, DAVIS & CO., LTD.

DETROIT, MICHIGAN, U.S.A.

Tıbbî araştırmalarda daima önde

TÜRKİYE Ü. VEKİLİ

PADEKO LTD. ORT.

Mumhane Cad. 109/1

GALATA - İSTANBUL

TEL. 40400

İnfeksiyon: Streptokok, Tbc. Non suppuratif panikülit, sık sık tekerrür eden lenfajit.

Mikotik: Aktinomiçetlerin yerleşmesi olur. Ekzemalar görülür, iodüre de potassium (ağızdan veya haricen pomat) ile iyileşir.

Sifilitik: Ülserler üçüncü devir sifilizi, gomlara aittir. Antisifilitik tedaviden fayda görürler.

Malign: Ülsere kanser, multipl, idiyomatik hemorajik sarkom (Kapozi) olabilir, biopsi şarttır, kanserde geniş ekzisyon ve uzun zaman sonra tırş yapılır.

Muhtelif sebepler: Ekzema, psoriasis, nörodermit, Dermatit Venenata (temastan) (iki bacak birden), dermatitis exfoliatis (Hebra), vitamin C noksanı.

Artirik: Ülseratif kolit, syrengomiyeli, erytrocyanose gibi sebepler tesirile bacaklarda ülserasyonlar görülür, bunları sebebe göre tedavi etmeli, istirahat, cilt temizliği ve hygienine son derece itina etmelidir.

Elefantisis: Deri ve deri altı dokusunun hipertrofidir. Etrafta labia major ve skrotumda çok görülür. Dermis, kronik iltihap ve ödem, vena ve lenfatik tegayyuratından ileri gelir. Skleroz ve fibroadipoz olur. Siyah kan deveranı bozukluğundan, lenfatik deveran bozukluğu ve ganglionlar tegayyür veya ekstirpasyonundan ileri gelen elefantiasisler olduğu gibi Filariadan da husule gelebilir. Bu arada lenfatik varisleri, hemato şilöri, şilöz hidrosel, şilöz asit, lenfoskrotom da birlikte bulunur. Parazitler olandan maadasının radikal tedavisi yoktur. Sklerö örgülerin rezeksiyonu, sathî ve derin lenfatik - venöz sirkülasyon arasında iştirâk temini için yapılan muhtelif müdahale usulleri esaslı bir sonuç vermemiştir.

Mal Perforan Planter: Yuvarlak ve tercihan ayağın ön kısmında, kemiğin cilde yakın olduğu yerlerde bulunan bir ülserdir. Evvelâ deride bir kalınlaşma (nasır) higroma husule gelir, bilâhare ülserasyon, destrüksiyon ve kemiklere kadar sirayeti ile nekroz meydana gelir. Husul sebebi muhtelif teorilere dayanır: Travma, vasküler, nervö bozukluklara bağlanır. Ter, tırnak, kıl, ve mevziî hararet tegayyüratı görülür.

Tedavi: Yersel tedavi ile kapanmaz, Sempatik üzerine yapılacak ameliyatlar iyi netice verir.

Ekstremitelerdeki dolaşım bozukluğundan ileri gelme değişiklikler: Ekstremitelerde sarkık ve yuvarlak kalkık halde renk değişikliği ayrı ayrı tetkik olunur. Etrafın muhtelif irtifalarında hararet değişikliğine rastlanır. Uyuşukluk, karıncalama, ağrı, entermitant klodikasyon, kramp, siyanoz, kızarıklık, kontraksyon muhtelif irtifalarda arteryel pülzasyonun bulunmayışı, iskemi, ciltte ekzematizasyon, tırnak kırılması, dökülme, atrofi ve uzama gecikmesi, kılların dökülmesi, ülserasyon, ödem, atrofi, varis, periflebit, flebit, tromboflebit, nekroz, gangren,

derm sklerozu olur. Termometri kütane ossilometri ve angiografi yapılmalıdır.

Dr. Asil M .Atakan.

Gastrektomiden sonra görülen mide atonisi:

(R. Simon - Weidner, Zblt: F. Chir. Sene 78, No: 9, 1953, sayfa 353 - 362). Post operatuar mide atonisinin patojenezi iyi bilinmemektedir. Saf mekanik nazariyenin yerini nörojen nazariye almış ise de bu da tecrübe yolu ile tahkik edilememiştir. Müellif, rezeksiyon yapılan 350 vak'ada üç ölüm ile hafif veya ciddi seyreden 14 post-operatuar had dilatasyon gördüğünü bildirmektedir. Ârızalar müdahaleden bir ilâ on beş gün sonra vukubuluyor. Ölüm vak'alarına ilk üç gün içinde rastlanmaktadır. Müdahaleler peri-durale anestezi altında yapılmış olduğundan, narcoz bu vak'alarda ölüm sebebi olarak gösterilememiştir. Belirtiler ekseriya ilk haftanın sonlarında yeniden beslenmeğe başlandığı esnasında görülür ki bu da mekanik veya nörojen bir tesire bağlı bulunmadığını göstermektedir. Radiolojik olarak tetkik edilen altı vak'ada, başlangıçta midenin huni şeklinde genişlediği muhteviyatını ince barsağa geçirmediği, tegaddi devamınca midenin geniş, atonik bir ceyp haline geçtiği, peristaltik hareketlerinin yokluğu görüldü, birkaç dakika sonra anastomoz yerinden muhteviyatın azar azar geçmeğe başladığı tesbit edildi. Ârıza geçer geçmez midenin normal imajı teressüm etmeğe başladı. Bu olayları nazarı itibara alarak, müellif mekanik bir manianın kat'î bir surette bulunmadığı kanaatine varıyor. Esasen yaptığı relaparatomilerde mekanik hiç bir ârızaya rastlanmamıştır. Seriri olarak klapotaj ve kusmalarla müterafik olan epigastriyumun ağırlı gerilmeler cerrahın nazarı dikkatini çekmelidir. Arterio-mezenterik stenozlara ait tipik vak'alar hariç (kusmaların natürü bu hususta bizi tenvir eden) hiç bir şey kazandırmıyan cerrahî müdahaleden kaçınmak gerekir. Müellife göre bu hâdiseler post-operatoire bir albümin muvazenesizliğinden, bir dizproteinemiden ileri gelmektedir. Kan proteinlerinde tahavvülât yapan ağır yaralanmalar ve büyük yanıklarda aynı halin spontan teşekkül ettiği görülmektedir. Bu dizproteinemi daha doğrusu bu hipoproteinemi kapillerler üzerine tesir ederek permeabilitesini arttırır, midede kan infiltrasyonu, ödem, adale liflerinde ayrılmalar ile müterafik paryetal nesiçlerin şişmesine, sinir ve adale hücrelerinde metabolizma bozukluklarına sebep olur, bütün bunlar midenin motilitesini azaltır veya total bir paralizi teessüs eder. Aynı zamanda ufak kusmalarla boşaltılmak istenen fazla miktarda bir hipersekresyon husule gelir, intragastrique tâzyik artar, bu hal paraliziye vahimleştirir, bu gerginliğe rağmen sütürlerin açılması da mümkün değildir. Mayi ve tuz kaybı ile kan konsantrasyonu artar, tansiyon düşer, idrar miktarı azalır, sedimantasyon yükselir, nihayet azotemi ve kollapsus teessüs eder. Birbirini takip eden bu ciddi halleri nazarı itibara alarak, epigastrium nahiyesinde ağırlı gerilmeler, kusmalar, nabzın sür'atlenmesi karşısında, hastanın gaz çıkarmasına ve bir kaç defa

büyük abdestine çıkmasına rağmen cerrahın müteyakkız bulunması ve en kısa zaman içinde tedaviye geçilmesi gerekir.

Tedaviye gelince: Devamlı bir aspirasyon temin edilecektir. Tahliyeden sonra mideye mukozasındaki oedemi husule getiren sodyum klorürü çekecek % 25 lik glüköz mahlülünden 100 - 150 cc. ithal edilecektir. Bu mahlül yarım saat sonra aspire edilecektir. Bu ameliye günde bir kaç defa tekrarlanacaktır. Hasta mukozanın iyileşmesiyle sonda hastanın mayi gıdalarla tedricen beslenmesi için kullanılacaktır. Mevziî tedavilerle beraber umumî tedaviden de geri kalınmayacaktır. Yüksek dozlarda serum salé izotonik burâda menedilecek, ancak fazla tuz kaybına karşı % 10 luk mahlülünden bir defaya mahsus zerk yapılacaktır. Diğer taraftan idarar ıtrahını çoğaltan Nacl. yüzdesini artıran ve abüminüriye son veren plasma, serum glüköze hipertonic kullanılacaktır. Müellif bu usulle tedavi ettiği post-operatoire hâd atoni vak'alarının birini bile kaybetmemiştir. Yukarıda bildirilen tedavinin müsbet netice vermiş olması post-operatoire bir hipoproteinemi krizine bağlanan mide cidarı hastalanması nazariyesinin doğruluğunu isbat etmiştir.

Dr. P. Raytan.

Post operatuvar mide atonisi hakkında: (H. G. Fischer, Zblt. f. Chir. Sene 78, No. 11, 1953, S. 450 - 458). Müellif post operatuvar dijestif parezinin menşei serozanın hassas sinirlerinden doğan peritoneal menşeli bir refleks olarak kabul etmektedir. Sempatik, parasempatik muvazene de geçici olarak bozulmuştur. Fakat, paratik hâdiseler sebat edip şiddetlenebilir ve hâd mide dilatasyonuna veya barsak oklüzyonuna götürebilir. Atoni gastrik, kapalı bir batin travmasından, uretral kateterizminden sonra, enfeksiyon ve beslenme bozukluğu neticesi bir hastalık sonunda da meydana çıkabilir, denilmektedir.

Müellif, birbiri ardınca ortaya atılan patoloji teorilerini tetkik etmiştir. Burada da en mühim rolü sinir sistemi oynamaktadır. Aynı zamanda enfeksiyöz ve toksik tesirlere de atfedilmektedir.

Mide ve safra yolunda yapılan müdahalelerden sonra kesretle görülmesi belki de gastro-pankreatiko-duodenal toksik ifrazlardan ileri gelmektedir. Aşağıdaki müşahedeler de bunu teyit eder bir durumdadır.

Gastrektomilerde atoni % 6,1 ve sistektomilerde % 4,4 nisbetindedir. Buna mukabil safra yolunun drene edildiği vak'alarda ender olarak % 1,6 nisbetinde görülür. Bu son ihtimal de biliyer toksisitenin ortadan kalkmasından ileri geliyor. Kontinü gastro duodenal aspirasyonla uzviyet toksik ifraz mayiinin tesirinden kurtulması suretile bu vaziyet tahakkuk etmektedir.

Gastrektomiden sonra görülen kusmaların oestrogene hormonlarla tedavisi: (A. Schulte, Zblt. f. Chir. Sene 78, No. 9, 1953, S. 362 - 365). Mide rezeksiyonu yapıldıktan sonra görülen kusmalar mihaniki bir sebepten (ödem, anastomoz yakınında hematoma, anastomoz olan urvenin angulasyon ve torsiyonu)

olabilirse de, tekrar yapılan ikinci müdahalelerde unumiyetle mihaniki bir sebep bulunmamaktadır. O zaman muhtemelen nörohormonal menşeli bir atoni gastrikten bahsedilmektedir. Reischauer'e göre bu primitif olup, herhangi bir laparatomiden sonra görülen ve onu takiben meydana çıkan idrar retansiyonuna benzetilmektedir.

Prostatiklerdeki idrar tahliyesindeki mevcut bozukluklara, folikülün'in müsbet neticelerinden mülhem olarak müellif postoperatuvar kusmalarda seksüel hormonların fraksiyone dozlarda zerk veya basit emplantasyonunu denemiştir. Halihazırda Cyren A-cristal in 10 mgr. lik tabletlerini kullanmaktadır.

On vak'ada kusmaların azaldığını veya durduğunu müşahede etmiştir. Bunu nöro-vegetatif merkezlerin irrigasyonunun düzeldiğine ve böylece sökonder olarak gastro-entestinal spazmların kalktığına atfetmektedir.

Bu usul basit olup tetkike değer.

Dr. N. Çelikalpsoy.

Vejetatif regülasyon bozukluklarının tedavisine dair pratisyen bir hekimin notları: (Dr. O. W. Gericke (Hamburg), Die Médizinische 1953, No: 16, S. 549). Vejetatif distonilerin çok artmış olması, harb ve harb sonrası devirlerinin tesirinden ileri gelmektedir. Bugün mükeyyifat ve bunlardan ilk sırada sempatikus tenbih eden nikotin, vejetatif distonilerin sebebi olarak mühim bir rol oynamaktadır. Akut ve müzmin enfeksiyon hastalıklarına bağlı bakteri toksinleri ve psişik tesirler de bu arada sayılabilir. Bundan başka halkın devamlı bir şekilde fazla yük altında bulunduğunu da düşünmek lâzımdır. Durup dinlenmeden çalışma ve her an âsap bozucu hâdiselerle karşılaşma, sükûn yerine daimî muhavere, vejetatif cihazın vaktinden önce iflâsına sebep olmaktadır. Vejetatif sistem daimî bir surette tenbih altındadır. Sokakların gürültüsü de buna tesir etmektedir. Bütün bu zikredilen etyolojik faktörleri hekimin nazari itibara alması lâzımdır.

Tedavi için hormonal bozukluklar (hipertireoz!) mevcutsa bertaraf edilmeli, hayatın yeni baştan tanzimi tavsiye edilmeli, psikoterapötik tedbirlere müracaat olunmalı, diyetetik, fizik ve iklim tedavileri tatbik edilmelidir. Tecrübeli hekimler ilaçla bilhassa iyi neticeler alabilirler. Bir sürü ilaç arasında müellif en ziyade Emédiane'ı övmektedir.

İlacı denemek için müellif, senelerdenberi tanıdığı ağır vak'aları seçmiştir. Emédiane bilhassa hipertansiyonlulara, asabî taharrüş hali gösteren hastalarda ve klimakterik belirtileri olanlarda denenmiştir. Bundan başka 3 hastada hipertansiyondan başka şişmanlığa da müessir olmaya çalışılmıştır.

Kan tazyiki 240 mm.Hg. ye kadar varan ileri derecede **Hipertansiyonlu** 9 hastaya vasatî olarak 14 gün müddetle hergün yemeklerden sonra 3 defa 2 draje, daha sonra günde 3 defa 1 draje Emédiane verilmiştir. Hepsinde kan tazyiki 15 - 30 mm.Hg. kadar, hattâ daha fazla düşmüştür. Başağrısı ve

şiddetli baş dönmesi zail olmuştur. 63 yaşında, vak-tinden önce ihtiyarlamış olan ve apopleksi geçirmiş olan, kelime bulmakta güçlük çeken bir hastada kan tazyiki 4 hafta zarfında 240/130 mm.Hg. den 155/95mm. ye düşmüştür.

Hipertansiyonlu şişman hastalara kahvaltıdan yarım saat önce bir defada alınmak üzere günlük miktar olarak 2 veya 3 draje *Emédiane* verilmiştir. 210/110 mm.Hg. lik esansiyel sabit hipertansiyonu olan 65 yaşındaki bir kadında, şiddetli baş dönme-leri ve kuvvetli başağrıları dolayısıyla *Emédiane* verildiğinde çok fazla olan iştihâ derhal azalmış, hasta 6 kgr. kaybetmiştir. Kan tazyiki 4 hafta sonra 175/100 mm.Hg. ye düşmüştür. Genel durum düzelmiştir. Hafif baş dönmesi kalmış, başağrıları seyrekleşmiş, gündüzleri yorgunluk kalmamıştır. Diğer bir şişmanlık vak'asında 3,5 kgr. zayıflama olmuştur.

Kuvvetli asabî bozukluklarda vasatî olarak günde 3 defa 1 draje, bazı vak'alarda 2 defa 1 draje *Emédiane* kâfidir. Müellif bu gruba ait 3 vak'a bildirmektedir. Yorgunluk ve asabî taharrüş hali gösteren 33 yaşında bir adamda 14 gün sonra ehemmiyetli bir sükûn temin edilmiş, konsantrasyon kabiliyeti düzelmiş, bilhassa mühim kararlar vermek endişesi zail olmuştur. Hasta uyku ilâcı almâdan her gece 8 saat kadar rüyasız uyuyabilmiştir. Muhi-ti deveran bozuklukları olan 66 yaşındaki bir ka-dında 3 hafta müddetle günde 2 defa 1 draje *Emédiane* verilince pareteziler ehemmiyetli bir nis-pette gerilemiştir. **Klimakterium bozukluklarında:** İlk 14 gün zarfında en uygun miktar günde 3 defa 1 draje *Emédiane*'dan ibarettir. Daha sonra günde 2 draje kâfi gelmektedir. Sıcak basması, başağrısı ve bütün vücuttaki sinir ağrılarından şikâyet eden 49 yaşındaki bir kadına 10 gün 3 defa 1 draje, da-ha sonra 2 defa 1 draje *Emédiane* verilmiştir. 3 hafta sonra genel durum düzelmiş, ağrılar azalmış, kan tazyiki 170/95 mm.Hg. den 150/75 mm. ye düşmüş, sıcak basması seyrekleşmiştir. 5 hafta son-ra hiçbir şikâyeti kalmamıştır.

Umumî vejetatif distoni vak'alarına ekseriya günde 3 veya 2 defa 1 draje *Emédiane*'la tesir edilebilmiştir. 2-4 hafta zarfında miktarı günde 1 draje kadar azaltmak kabil olmuştur.

Müellif hulâsa olarak şunları söylemektedir: *Emédiane*'ın nisbeten ufak miktarlarile, ekseriya günde 2-3 defa 1 draje, nadiren günde 3 defa 2 draje verilmek suretile vejetatif distonilerin mühim bir kısmında müsait bir tesir elde edilmektedir. Hipertansiyonlularda kan tazyiki 25-30 mm.Hg. kadar düşer; bu düşüş dihidroergokristin'den ileri gelir. Çok düşük tansiyonlularda bazan görülen pa-radoks reaksiyonlar dolayisile kan tazyiki devamlı bir surette kontrol edilmelidir.

C, K ve P vitaminlerinden müteşekkil yeni bir hemostipik ilâca dair: (Dr. Herman Happe, Dortmund/Westphalendamm Hastahanesi Dahiliye Ser-visi; Başhekim: Prof. Dr. Med. H. Regelsberger;

Aerztliche Praxis 1952, Sene 4, No: 15, S. 2). Fiz-yolojik kan pıhtılaşması için diğer mühim faktörler meyanında C ve K vitaminlerine de ihtiyaç var-dır.

C vitamini eritrosit, lökosit ve trombositlerin neşvünema ve olgunlaşmasını hızlandırır, yeni trom-bosit teşekkülünü tenbih eder, damarları sıkılaştırır ve trombini aktive eder. K vitamini daha ziyâ-de karaciğerde normal protrombin teşekkülünün tanzimine ve idamesine, fibrinojenin fibrin haline tahviline iştirâk eder, kan pıhtısının retraksiyonu-nu hızlandırır ve fibrinolizi nehyeder.

Bu faktörlerin yanında P vitamini tesirini haiz bir faktör olan rutin de kan pıhtılaşması üzerine mahiyeti henüz tamâmile malûm olmiyan bir tesir icra eder. Halen bilindiğine göre rutin, artmış olan kapiller permeabilitesini normalleştirir ve damar-ların dışında da hücrelerin hudut satırlarındaki permeabilityyi azaltır. Bundan başka C vitaminini ve adrenalini aktive edici bir tesiri vardır, hiyalü-ronidaz tesirini ve kalsiyum metabolizmasını idare eder, kan pıhtılaşmasını hızlandırır ve K vitamini aktivitesine de müsait bir şekilde tesir edebilir.

Bu 3 vitamin faktörü kan pıhtılaşmasına farklı şekillerde iştirâk ettiklerinden, bu faktörlerden herhangi birinin noksanlığı tesbit edilemiyen muay-yen kanamalarda bunların kombine bir şekilde tat-bikiyle iyi netice alınacağı tahmin edilmiştir. Pıhti-laşmayı hızlandıran bu 3 faktörü havi olan kom-binasyon müstahzarı *Styptobion* bu yüzden çeşitli kanamalarda kullanılmıştır. Bu tedavi bütün vak'a-larda iyi netice vermiştir. Böylece diğerleri arasın-da **hakikî hemofilide, paroksizmal eritrositüride ve muhtelif sebeplere dayanan retina kanamalarında** çok cazip tesirler elde edilmiştir. Pek fazla massif olmiyan **dahilî kanamalarda da**, meselâ **hemoptizide** *Styptobion* tatbikatının çok iyi tesiri görülmüştür. Birçok **hemorrajik diyatez** vak'asında da bu ilâç muvaffakiyetle kullanılmıştır. **Purpura rheumatica**-dan muztarip bulunan 55 yaşındaki bir kadında *Styptobion*'dan sonra purpuranın kaybolduğu, aynı zamanda pıhtılaşma zamanının ve trombosit adedi-nin normalleştiği görülmüştür. *Styptobion*'a umu-miyetle iyi tahammül edilmektedir. Yüksek dozları tatbik edildiği zaman dahi hiçbir vak'ada tâlî tesiri müşahade edilmemiştir.

Kalb doğmalık bozukluklarında cerrahî tedavi: Son asrın başlarında pratik olarak bu gibi hastalık-ların tedavisi mümkün olmadığı kabul edilmiş iken modern tedavinin en mühim kazançlarından biri ise bu sahada olmuştur. Bu mevzu üzerinde Bostonlu R. Gross 1938 de ilk defa olarak kanal arteriel'i bağlamaya muvaffak olmuştur. C. Craffoort 1944 de Aorta isthmus'u darlığını muvaffakiyetle ameliyat etmiştir. Bilhassa H. B. Taussing ve Baltimorlu Alfred Blalock'un bu sahadaki çalışmaları ehemmi-yetli olmuştur. 1944 de Blalock Bn. Taussing'in tav-siyesi üzerine ilk defa olarak subklavier arterin pulmonal artere anastomoze ettirmek sureti ile Fal-lot hastalığında pulmonal arter stenozunu tedavi etmiştir.

Fallot tetralojisi (pulmonal arter darlığı, inter ventriculaire iştirâk, aort'un sağa deviasyonu ve sağ ventricul hypertrofi'si) en çok (% 70) rastlanan doğmalık anomalisi olup 1 yaşından büyük çocuklarda görülen siyanoz'un sebebinin teşkil eder. Bu gibi hastaların tedavi prognozu karanlıktır. Ekseri genç yaşta ölürlere ve kâhil yaşa kadar varabilenler enderdir. Bu mavi hastalığın klinik tablosu kanın akciğere gayrikâfi miktarda gelmesinden meydana gelir. Bn. Helen B. Taussing kendini kongenital kalb hastalıklarının malformasyonlarına hasretmiş olup bu hâdiseyi vazih olarak anlatmış ve bundan çıkardığı mantikî neticelerle konjenital siyanozu akciğer deveranını cerrahî olarak düzeltmek imkânlarını aramıştır. Bn. Taussing'in elde ettiği her şeyden evvel müşahedelerini ekser tetraloji Fallot'lu vak'alarının doğmalarını takip eden ilk haftada siyanozun görülmediği neticesi üzerine teksif etmiştir. Yâni Botal deliği açık olduğu müddetçe bu siyanoz görülüyor. Siyanoz iki atrium arasındaki iştirâkin (büyük ve küçük deveran) kapanması neticesi meydana çıkar. Bn. T. bu fikrini senelerden beri vasküler cerrahiye muvaffakiyetle yapan Blalock'a açar ve kendisine kanal arteriel açıkken mevcut bulunan büyük ve küçük deveran arasındaki iştirâki andırır bir anastomoz yapmayı teklif eder, bu fikre alâkalanan Blalock evvelâ tecrübe yolu ile ve nihayet 29/11/1944 de bir mavi çocuk üzerinde bu ameliyatı tatbik eder. Blalock ve arkadaşları 1950 yılının onuncu ayına kadar bine yakın A. Pulmonalis darlık ve atrezisi üzerinde müdahale yapmışlardır. Müdahale vak'aların 3/4 ünde memnuniyet verici olmuş, siyanozu gidermeğe yardım etmiş ve arter kanında satürasyonunu % 75 - 90 a kadar yükseltmeğe gayret etmiş ve mühim bir nisbette de eritrosit ve hemoglobün miktarlarını normale yaklaştırmıştır. Bir taraftan Bn. H. B. T. konjenital siyanozu müptelâ çocukların bozulmuş olan akciğer dolaşımını düzeltmek gerektiğini anlamış. Diğer taraftan A. Blalock Bn. T. nin fikrini tahakkuk ettirecek bir teknik meydana koymuştur. Bu ameliyata Blalock ve Taussing ameliyatı denir. Bu müdahale sayesinde binlerce çocuğun hayatları kurtulmuş, semptomlar gerilemiş, bu hastalar normale yakın bir hayat sürmek imkânını bulmuşlardır.

Dr. A. M. Atakam

Yumurtalık otogreflerinin fonksiyonel tetkiki: (H. Lievre-Pressé médicale, 24 Oct. 1953) Rahmi de çıkarılmış 51 operatuar kastrasyon vak'asında yumurtalık otogrefi yapmış olan müellif bunların ekserisinin tuttuğunu ve fonksiyon bakımından kastrasyonda ileri gelen çeşitli teşevvüşatı giderdiğini veya yüksek derecede hafiflettiğini bildirmektedir. Bu otogreflerin yapıldığı günü takip eden ilk birkaç günde (gref tutup vazife görüncüye kadar) hastalara sentetik östrojen şırınga edildiği takdirde greflerin tutma ve vazife görmeleri tehlikeye girer, elde edilen muvaffakiyet nisbet ve derecesi düşer. İki taraflı anneksektomi ile birlikte yapılan subtotal hysterektomide, istmustan bir kısım hırakıldıkta — uterus mukozası ile overler arasındaki karşılıklı sinerji

dolayısıyla — başarı her bakımdan daha iyi ve daha yüksek olmaktadır.

Yaşlı kadınlarda Östrin hipersekresyonu: (R. E. Sully - Amer. Jour. of Obst. A. Gyn. June 1953) Müellif; 73 yaşında olup da saatlerce rahmi kanamış olan bir kadının vajinal frotilerinde % 76 nisbetinde karnileşmiş hücrelere rastlanmıştır. Bu halin, çok aşikâr östrojenik bir faaliyete delâlet ettiği malumdur. Biopsi, endometriumda adenokarsinomun mevcudiyetini göstermiştir. Evvelâ radyumterapiye tâbi tutulan kadına bilâhare radikal ameliyat yapılmıştır. Müdahaleden iki sene sonra yeniden yapılan vajinal frotiler hiperösterinemiye delâlet eder değişiklikler göstermiştir. Bu halin, kortiko-sürrenalden ifraz edilen östrojenlerden ileri gelmesi icap ettiği ne kani bulunuyor.

Menstrüel siklus esnasında göz munzamasında görülen vasküler değişmeler: (R. Landesman, R. G. Douglas, G. Dreishmoonxe ve Holze-Amer. Jour. of Obst. a. Gyn. November 1953). 50 defa büyüten binoküler bir mikroskopla konjonktivayı tetkik etmiş olan müelliflerin elde ettikleri neticeler şöyle hulâsa edilebilir: A) Âdete tekaddüm eden saatlerde ve kirliliğin ilk 48 saatinde arteryoller tekallüs ederek daralmış, venüllerde dolaşım yavaşlamış, kapillerlerde iskemi husule gelmiştir. B) 2. günden sonradan itibaren ovülasyona kadar geçen zamanda damarlarda genişleme, deveranda hızlanma görülür. Kapillerlerdeki iskemi kaybolur. C) Yumurtlama esnasında damarlarda yer yer vazokonstriksiyon vukua geldiğinden boğumlu, granülö bir hal alırlar. D) Ovülasyonu takip eden birkaç saat sonradan itibaren menstrüasyona tekaddüm eden haftaya kadar olan zamanda bütün damarlar genişlemiş ve kanla dolmuştur. E) Âdetten evvelki haftada ince damarlarda vazokonstriksiyon ve boğumluluk yeniden başgösterir. Kan dolaşımı yavaşlamış olduğu halde kapillerler geniş ve kanla doludur. Âdetten evvelki birkaç saat esnasında, eviye epinefrine karşı daha hassastır. Damarlarda görülen bu hassasiyet; burun, kulak, hemoroid kanamaları ilk hemoptizi gibi tamamlayıcı (vikaryant) âdet kanaması adıyla anılan kanamaları izah eder gibi görünüyor. Müelliflerin bu tetkikatı, menstrüel siklus müddetince andometrium damarlarında vukua gelen değişikliklerin, uzviyetin hemen her yerine şamil bulunduğu kanaatini husule getirmektedir.

Cushing sendromu gösterenlerde iki taraflı sürrenalektomi: (Pricortley ile mesai arkadaşları ve Pontasse ile Higgins - Gyn. et Obst. Bullet. No. I. 1954) Pricortley ile mesai arkadaşları, 1945 - 1951 yılları arasında Mayo kliniğinde 29 Cushing sendromlu hastada, bir tarafta tam, mukabil tarafta ise % 90 sürrenali çıkarmak suretile iki taraflı adrenal-ektomi yapmışlardır. Çıkarılan materyelin hiç birinde sürrenal tümörüne rastlanmamıştır. Müellifler, pre ve postoperatuar tatbik ettikleri kortizon tedavisi sayesinde hiç bir hastada şok husule gelmemiş olduğunu bildirmişlerdir. 6 hasta kaybetmişler ve 19 unda ileri derecede salâh görmüşlerdir. Pontasse ile Higgins Cleveland de 28 hastaya ameli-

daha

R. E.

(1953)

amış

tinde

, çok

lüm-

nev-

tâbi

lmış-

i va-

işik-

lden

ltığı-

anda

L. G.

r. of

üten

et-

öyle

saat-

allüs

umış,

nden

anda

ülür.

lama

vu-

rlar.

iti-

adar

anla

nar-

iden

alde

velki

daha

run,

ta-

ulan

n bu

ium

retin

sule

sür-

i ve

o. I.

1951

sen-

ise

dre-

hiç

llif-

izon

gel-

miş-

dir.

neli-

Tesirleri

① BARSAKLARDA YÜKSEK
BAKTERİOSTATİK KESAFET

② BARSAK FLORASINDA
SÜR'ATLİ AZALMA

1 gr. feçesde E. Coli miktarında
(10 000.000) dan (1 000) e düşme

③ TOKSİK REAKSIYONLARIN
OLMAMASI

Barsaktan emilimsiz ancak 5 % kadar
Alçak kan kesafeti
Böbreklere sür'atli atılır

SULFASUXINYLE*Succinylsulfathiazole***Endikasyon**

Batin ameliyatlarında ameliyattan
evvel ve sonra Peritonit ve apse
teşekkülüne mani olur, Basilli
dizanterinin tedavisinde ve 3. sıra-
yet safhasında muvaffakiyetle
kullanılır



Tıbbi Mustahzarat
Laboratuvarı

Kullanışı

Günde 8 - 16 Komprime,
Çocuklara kilo başına 0,25 gr.

SYNTHOMYCETINE Lepetit (Chloramphenicol)

- En geniş spektrumlu antibiyotik
- Çocuk hastalıklarında en seri neticeler
- Çocuklarda kullanılabilcek en uygun farmasötik şekiller

10	Supposituar	0.125 gr.
10	Supposituar	0.250 gr.
50	gr. Süspansiyon	
30	gr. Granüle	
12	Kapsül	0.250 gr.

SULFAMYCETINE Lepetit

Chloraphenicol
Phtalylsulfathiazol
Sulfapyrimidin

- Barsak yolu enfeksiyonlarında
- İdraryolu enfeksiyonlarında
- Menşeyini buralardan alan umumi enfeksiyonlarda

10	Tablet	0.50 gr.
----	--------	----------

BiSMOCETINE Lepetit (Bismuth + Chloramphenicol)

- Had ve Subakut anjinlerde yüksek tesir
- Çocuklarda çok süratli netice
- Bilhassa küçük çocuklarda kullanım kolaylığı

2 Supposituarlık kutular

Lepetit S. p. A.

MILANO - İTALYA

Türkiye Genel Acentesi :

ŞARK TİCARET KOLLEKTİF ŞİRKETİ

Merkez Han 10 - 14, Galata - İstanbul.

Tel: 49066 - 42995 — İlmî Büro: 46414

yapmış, 6 vak'ada adenom ve 2 vak'ada da malign tümör tesbit etmişlerdir. Bunlar da ameliyattan 24 - 72 saat evvelinden başlamak ve 3 - 6 hafta süren ve tedricen azaltılan dozlarda kortizon tatbikini ehemmiyetle tavsiye etmektedirler. Böylece: Şok, bulantı, kusma izah edilemeyen ateş yükselmesi, adale ağrılarının zuhuruna meydan verilmediğini bildiriyorlar. Bu müellifler de iki taraflı sürrenalektomide ancak % 10 Sürrenal nesçi bırakılmasını tavsiye etmektedirler.

Klasik ile Bas sezaryenlerin mukayesesi: (Fredrick H. Falls-Amer. Jour. of Obst. a. Gyn. April 1953). Hemen birbirinden farksız klinik şartlar ve endikasyonlar dolayısıyla sezarize edilmesi gereken 500 kadına münavebe ile bir klaski ve bir bas sezaryen yapan müellif (250 klasik, 250 bas) bilindiği gibi klasik metotta ensizyonu yalnız uterusun kontraktıl bölgesine, bas olanda da kontraktıl kısmın en alt tarafından kollum uteriye de alâkadar edecek şekilde yapmıştır. Bu iki gruptaki mortalite, morbidite, ihtilât ve ârizaları mukayese eden müellif ikisi arasında hiç bir fark ve tercih edilecek cihet bulmadığını bildiriyor.

Travay denemesinin bugünkü durumu: (W. Hawksworth-Year Book of Obst. a. Gyn. 1953 - 1954). Pelvis ile cenin başı arasındaki klinik ve radyolojik nisbî disproporsiyon mevcudiyetini tesbit ettiği 124 gebede mi haz denemesi yapmış olan W. Hawksworth, 31 forceps, 37 sezaryen ve geri kalanlarının spontan olarak doğurmuş olduklarını, yalnız iki cenin kaybedildiğini, anne ölümü vukua gelmediğini bildiriyor. Bu gibi gebelerde, dilatasyon ilerlediği müddetçe epröv dö travayın müsbet safhada bulunduğunu, aksi takdirde mi haz tecrübesinin muvaffakiyet temin edemeyeceğine delâlet eder. Başın inmeyişi, dilatasyonun tam ve poşun yırtılmış olduğu vak'alarda aleyhte bir alâmettir. Bu gibi vak'alarda dilatasyon tam olmadan ve poş yırtılmadan baş inişini yapmamaktadır.

Gebelerde ve uzun zaman ölü fötüs retansiyonu ile müterafık afibrinojeni: (D. E. Reid, A. E. Weiner, Ch. C. Roby ve L. K. Diamond) - Steiner ile Lushbaugh'a göre; travay esnasında kadın kanında tam veya parsiyel afibrinojeni neticesinde vukua gelen çok seri veya anî denecek kadar çabuk ölümlerin; bilhassa mültiparlarda posthipofiz şırıngalarından sonra husule gelen şiddetli ve süben-tran ağrıları müteakip husule gelmektedir. Evvelâ hastada anî bir dispne görülür. Bunu, umumiyetle ölümlerle neticelenen şok takip eder. Otopside, akciğer kapillerlerinde amniyos suyuna ve amniyos hücrelerine rastlanır. Kadın şoktan ölmediği takdirde, onu takip eden durdurulamayan uterus kanamasından kaybedilir. Bu enkoersible kanamalar, şok neticesi husule gelen had uterus atonisine atfedilirdi. Steiner ile Lushbaugh ise ölümü, akciğer kapillerlerinin amniyos mayii ve hücreleriyle tıkanması ve hâd ödem pulmonerden ve amnion hücrelerinin anne kan dolaşımına girmesile husule gelen anafilaksiden ileri gelmiş olduğunu iddia etmiş-

lerdir. Boston doğum hastanesi mütehassısları Reid, Weiner, Roby ile Diamond, durdurulamayan kanama ile husule gelen ölümlerin, kanın pıhtılaşma hassasını kaybetmiş olmasından mütevellit olduğuna kanaat getirmişlerdir. Müellifler amnios şırınga ettikleri tavşanlarda pek çok trombozlar husule geldiğini müşahade etmişlerdir. Bu trombozlar dolayısıyla büyük nispette fibrinojen bloke ediliyor ve dolaşımdaki kan defibrine olup koagülabilitesini kaybediyor. Tavşanlarda tecrübe ile elde ettikleri bu bulgu sayesinde doğuran kadınlarda vukua gelen durdurulamaz kanamaları izah ediyorlar. Müelliflerin 5 emboli amniyal vak'asından ilkinde bol kanamalara karşı 6 litre kan nakletmiş olmalarına rağmen kandaki fibrinojenin yüzde nispeti 134 miligram gibi düşük bir seviyeyi aşamamış 5 kanama da durdurulamamıştır. Bundan sonra hastaya 5 gram fibrinojen şırınga edilir edilmez rahim kanaması adeta birden bire durmuş hasta da kurtulmuştur. Diğer 3 vak'alarında fibrinojenin % deki nispeti 50 ilâ 100 miligram gibi çok düşük nispetlerde bulunmuştur. Bunlar da fibrinojen şırıngası sayesinde kurtarılabilmişlerdir. 5. hastalarında, rahim kanamasından başka burun ve ağız kanamaları da mevcut imiş. Bir kaba alınan kan 16 saat sonra bile pıhtılaşmamıştır. Bu hasta, fibrinojen bulunmadığı için şırınga edilmiş olduğundan kaybedilmiştir. Otopside akciğer damar kapillerlerinde, trombozlarda amniyos mayii ve hücreleri görülmüştür.

II. — Ağır dekolman plasanter ve apopleksi utero-plasanter vak'alarında da dolaşımdaki kanın fibrinojen seviyesi çok düşmektedir. Bu yüzden kan pıhtılaşma kudretini kaybetmektedir. Hasıl olan vasî dekolman dolayısıyla akan kanın kitle halinde pıhtılaşması, yüksek miktarda fibrinojeni harcamış olduğundan dolaşan kandaki fibrinojen çok düşer ve bu kan pıhtılaşamaz hale gelir. Bu sebeple devamlı kanama teessüs eder. Bazen kanın enkoagülabilitesi tam olmaz. Bazen de koagülüm teşekkül ederse de pıhtılaşan kan kısa zaman sonra adeta erimiş gibi yeniden sulanır. Bu hal, dolaşım kanındaki fibrinojen nisbetinin %100-150 miligram arasında olduğu zaman vukua gelmektedir. Müellifler, %34 ağır dekolman vak'ası bildiriyorlar. Ekserisindeki fibrinojen nisbeti %100 miligramdan aşağı bulunmuştur. 2-5 gram arasında enderen 5 gr. dan çok fibrinojen şırınga etmekle hastaların hepsi kurtarılabilmıştır. Boston doğum hastanesinde evvelce dekolman plasanter dolayısıyla yapılan sezaryenlerdeki mortalite %21 idi. Şimdi ise bu teşhis konur konmaz morfin ve atropin şırınga edilip koagülabilite tetkik edilmek üzere kan alınır. Kan koagüle olmuyor veya teşekkül eden pıhtı kısa müddet sonra parçalanarak yahut yeniden eriyecek olursa fibrinojen şırıngasıyla birlikte taze kan nakledilecektir. Kollumdaki açıklık derecesi ne olursa olsun poş hemen yırtılacak travay uyandıracaktır. Travay uyandırdığı takdirde normal yoldan doğum takip edilebilir. Aksi takdirde; tatbik edilen tedaviler sayesinde kanın koagülabilitesi normal hale avdet etmiş olmak şartıyla sezaryen yapılacaktır. Bu suretle hazırlanan ve tedavi edilen de-

kolman plasenterli hastalarda yapılan sezaryende-ki mortalite çok düşmüş oluyor.

III. — Müellifler; bir de uzun zaman uterus- ta ölü olarak muhtebes kaldıktan sonra ceninin dışarı atılmasını müteakıp, yine enkoagülabilité dolayısı- le husule gelen bazı vahim kanamalara dikkati çekmektedirler. Tetkik ettikleri 6 vak'ada fibrino- jeni dolaşım kanında çok düşük bulmuşlar ve bun- ları da, fibrinojen şırıngaları yaparak kurtarmış- lardır.

Bu önemli travay hulâsa edilecek olursa gebe- lerde: 1 — Travay esnasında anne kan dolaşımına

amniyos suyu veya hücreleri girmesiyle, 2 — De- kolman plasanterde, 3 — Uterusta ölü olarak uzun müddet kalmış olan ceninin ekspülyonunu mütea- kıp vahim ve hatta ölümle neticelenen uterus ka- namaları husule gelebilir. Bu hadise, dolaşım kan- da fibrinojenin düşük seviyede bulunmasından ile- ri gelir. Kanın enkoagülabl olduğu tesbit edildik- ten sonra yalnız fibrinojen şırıngaları veya buna ilâveten taze kan transfüzyonu ile arıza giderile- bilmekte ve ölüm tehlikesiyle karşı karşıya bulu- nan hastalar kurtarılmaktadır.

Dr. Emir N. Atakam

YENİ KİTAPLAR

Klinikte kimya ve mikroskopi: (Klinische Che- mie und Mikroskopie). Yazan: Dr. L. Hallmann (Hamburg). 6. baskı. 594 sayfa. Kısmen renkli 166 resim ve 8 tabelâ ihtiva ediyor. Basılışı: 1954. Fiyatı: 29,70 DM. (Ciltli). Tâbi: Georg Thieme Verlag - Stuttgart. — Alman lisanının hâkim olduğu memle- ketlerin kliniklerinde «Hallmann» ismi günlük işler arasında daima dilden dile dolaşır. Her lâboratuvar- da her zaman el altında bulundurulmuş ve sık sık mü- racaat edilen bu mükemmel lâboratuvar kitabı, akla gelebilecek her türlü kimyevî ve bakteriolojik mu- ayenenin tekniğini oldukça mufassal bir surette ver- diği ve mebzul resim, şema, tabelâ ile süslenmiş ola- rak tekstlerin anlaşılması kolay bir hale getiril- diği için haklı bir şöret kazanmıştır. Her bahiste klinik bakımdan bir başlangıç yapılmış ve sonra o bahisle ilgili muayene metodları verilmiş olduktan başka klinik bakımdan patolojik değerlerin nereler- de görüldüğü izah edilmiştir.

Kitap âdeta eksiksizdir. Her türlü ilmi çalışma- lar için gerekli bütün metodlara etraflı surette eser- de yer verilmiştir. Baskı fevkalâdedir.

Bu cidden harikulâde olan esere sahip bulun- mak, hekime emniyet hissi verir.

Dr. S. Efe.

Klinik hematoloji — Ders kitabı (Lehrbuch der Klinischen Haematologie): Yazan: Prof. Dr. H. Schulten. (Köln) 5. baskı, 1953. Ekserisi renkli 81 resmi ihtiva ediyor. 516 sayfa. Fiyatı: 54.— DM. Tâbi: Georg Thieme Verlag - Stuttgart. — Eser, son yıl- ların kan hastalıkları sahasındaki bütün yenilikleri gözden geçirilerek yeniden hazırlanmıştır. Daha zi- yade klinik bilgi ön plânda tutulmuş olup, Heilme- yer'in Handbuch'una sahip olmıyanlar için oldukça tatmin edici olan bu kitabın müellifi Almanyada da- ha ziyade pıhtılaşma prosesleri mevzuunda şöret yapmıştır. Tabiatile bu bahisler kitapta daha et- raflı surette ele alınmıştır. Renkli resimler az sa- yıda ve nisbeten soluk basılmış olmakla beraber maksada yetmektedir.

Dr. S. Efe.

Sinir sisteminde klinik muayene (Die Klinische Untersuchung des Nervensystems): Yazan: Prof. Dr.

Monrad-Krohn (Oslo). Almancaya çeviren: Prof. Dr. H. Köbcke (Tübingen). 2. basılışı 1954; 474 sayfa. 158 resim. Fiyatı: 39.60 DM. Tâbi: Georg Thieme Ver- lag - Stuttgart. — Aslı İngilizce olan bu eseri, bütün İskandinav ve Anglo-Sakson memleketlerinde lâyük olduğu alâkayı görmüş bulunduğu Prof. Köbcke Almancaya çevirmekte fayda görmüştür. Kitapta bilhassa Elektroensefalografi ile yapılan en yeni araş- tırmalar ve ayrıca bir nöroşirürjiyeni ilgilendirecek röntgenolojik muayeneler incelenmiştir. Bu mevzu- da kitapta çok güzel resimler yer almıştır.

Sinir hekimlerimiz ve dahiliyecilerimiz için mu- ayene tekniği hususlarında emin bir müracaat kita- bı sayılması gereken bu eseri ilgililere tavsiye ede- rim.

Dr. S. Efe.

Deri ve cinsiyet hastalıkları ders kitabı (Lehr- buch der Haut - und Geschlechtskrankheiten): Ya- zan: Prof. Dr. W. Schönfeld (Heidelberg). 6. basılışı 1953. 480 sayfa. 21 resim, 7 tabelâ ihtiva ediyor. Fiyatı: 36.— DM. Tâbi: Georg Thieme Verlag - Stuttgart. — Bir cildiye kitabı daha ziyade atlas mahiyetinde ol- malıdır. Yâni renkli resimlerle bütün cilt hastalık- ları gözönüne serilmeli ve altlarında kısa klinik ma- lûmat verilmeli; klinik muayene ve tedavi bahisleri başka bir bölümde toplanmalıdır. Yukarıki eser bu şekilde hazırlanmış olmamakla beraber siyah - beyaz resimlerle didaktik vazifesini yerine getirmektedir. 217 adet resim 480 sayfalık bir cildiye kitabı için hiç de az sayılmaz. Baskı fevkalâde olduğundan resim- lerin renkli olmayışı çok büyük bir eksiklik teşkil etmiyor. Bu suretle kitabın maliyet fiyatı düşürülmüş- tür. Metinler tatmin edici genişlikte olup, en mo- dern tedavilere de yer verilmiştir.

Almanca bilen cildiye ve pratisyen arkadaş- lara eseri hararetle tavsiye ederim.

Dr. S. Efe.

Sinir sistemine torakoskopik müdahaleler (Tho- rakoskopische Eingriffe am Nervensystem): Yazan: Doç. Dr. E. Kux (İnsbruck). 1954. 130 sayfa. Kısmen renkli 51 resim ihtiva ediyor. Fiyatı ciltli 28,50 DM. Tâbi: Georg Thieme Verlag - Stuttgart. — Bu monografide yepyeni bir fikirle karşılaşıyoruz. Şim-

diye kadar bazı organ hastalıklarında tedavi maksadına otonom sinir sisteminin yalnız bir grubu çıkarılıyordu. Bundan sonra da bir takım vegetatif muvazene bozuklukları ortaya çıkıyordu. Fakat hem sempatik hem de parasempatik sistem bertaraf edilecek olursa mide, kalb, akciğer gibi organlar tamamen denervé edilmiş olur ve bu uzuvlar kendi fonksiyon istiklallerini tamamen kazanmış bulunurlar.

Müellif işte bu düşüncelerden hareket ederek 11 senesini bu işe hasretmiş ve bu müddet içinde 1000 den fazla torakoskopik müdahalede bulunarak vagusu kesmiş ve aynı zamanda ilgili sempatik ganglionları çıkarmıştır. Verdiği rakamlara bakılırsa meselâ mide ve duodenum ülserlerinde, angina pectoriste, Hypertensiyonda, akciğer tüberkülozunda, v.s. memnuniyet verici sonuçlar almıştır.

Bu metodun kontrolünü yapmak isteyenlere eseri tavsiye ederim.

Dr. S. Efe.

Hematolojide kontrast mikroskopi (Phasenkontrast-Haematologie): Yazan: Prof. H. Franke (Berlin). 1954. 75 sayfa. 90 resim. Fiyatı: Kartonlu 9.60 DM. Tâbi: Georg Thieme Verlag - Stuttgart. — Fazla kontrast mikroskopie diye tercüme edebileceğimiz bu metod son yıllarda hematolojide yeni yeni araştırmalar için ümit verici bir imkân olarak telâki ediliyor. Zernike'nin ilk defa tarif ettiği ve 15 yıl kadar evvel Jena'da Karl Zeiss'in inkişaf ettirdiği bu metodun esası şudur: Objektten gelen şualar 90° saptırılır ve bunlar optik usullerle tekrar görüş sahasına getirilir. Bu suretle hücreleri boyamaksızın canlı ve hareketli olarak tetkik etme imkânı hasıl olmaktadır. Tabiiye en yakın tarzda hücre strüktürü en ince teferruatına kadar incelenebilmektedir.

Fakat bu metotta yapılmış bulunan çalışmalar henüz o kadar fazla değildir. Metodun geliştirilmesi için bu mevzua karşı alâkanın uyanması lâzımdır. İşte, müellif bu gayeyle dört yıllık çalışmalarının verdiği cesaretle bu eseri meydana getirmiştir. Tekniği etraflıca tarif ettikten başka, araştırma sahaları ve imkânları belirtilmiş ve en iyi çıkmış mikrofotografilerden 90 tanesi kitaba alınmıştır. Baskı kusursuzdur.

İlgililere tavsiye ederim.

Dr. S. Efe.

Özofagus üzerinde ameliyatlar (Operationen am Ösophagus): Prof. Dr. R. Nissen, Basel Cerrahî Üniversite Kliniği Direktörü; büyük format 161 sayfa, 144 resim. Fiyatı: 72.— DM; Tâbi: Georg Thieme Verlag - Stuttgart, 1954. Müellif Zauerbuch ekolunun dünyaca tanınmış sadır cerrahıdır. İstanbul hekimliğinin de pek yakından bildiği Tıp Fakültesi I inci Cerrahî Kliniği eski Direktörü Ord. Prof. Dr. R. Nissen bu defa «Özofagus üzerinde ameliyatlar» namile ve «Technik intrathorakaler Eingriffe» serisinin II nci cildini teşkil eden yeni eserini neşretmiştir.

Özofagus şirurjisinin tarihçesini, cerrahî bakımdan anatomi, fizioloji, fiziopatoloji, intratorakal operasyon sahasının hazırlanması, umumî ve hususî şirurjikal teknikler ile birlikte özofagus'un bütün cerrahî hastalıkları (divertiküller, varisler, kardiospazm, disphagia sideropenica, konjenital atreziler, ulcus pepticum chronicum, diafragma hernileri, özofagus kompresyonları, benign, malign tümörleri); Antekorakal özofagoplasti, doğmalık kısa özofagus, muhtelif segmentler üzerinde müdahale, palyatif tedaviler, alloplastik (Polyethylene ile plastik) özofagus yapılması, postoperatif mevziî komplikasyonlar mufassal bir şekilde ve esaslı olarak belirtilmiştir. Günün mevzuu olan bu cerrahî bahsini tam bir şekilde ihtiva eden bu eser meslekdaşlar için sık başvurulması gereken bir kitaptır.

Dr. Asil M. Atakam.

Duodenal ve Jejunal kronik ülser rezeksyon tekniği (Die Resektionstechnik beim chronischen Duodenal und Jejunalgeschwür): Dr. Hans Reitter; (Düsseldorf Cerrahî Akademisi Kliniği) kısmen renkli, münferit 158 adet olmak üzere 110 resim, 128 sayfa, 1954. Ciltli: 27.— D.M. Tâbi: Georg Thieme Verlag - Stuttgart. Halen Basel Üniversitesi cerrahî kliniği Direktörü olan Prof. R. Nissen tarafından 1945 yılında New York'da «Duodenal and peptic ulcer; Technic of resection» namile neşrettiği kitabı bu defa Dr. H. Reitter, bazı ilâvelerle Almancaya terceme ederek neşretmiştir.

Mide, duodenum ve anastomoz ulkusunun tedavisinde vagotomi ile; ölümün mevziî sebepleri, mide ulkus'u sebeple husule gelen post-operatif komplikasyon bahisleri, müellif ve mütercim tarafından hazırlanarak yazılmıştır. Fevkalâde nefis olan resimler ise Bayan R. Nissen tarafından İngilizce aslı için hazırlanmış bulunuyor. Klasik olan duodenal ve peptik Jejunal ulkuslarla fistüller hakkında esaslı bilgilerden başka vagus üzerindeki müdahaleler ve mide ameliyatlarının diyet bahsine de lâyük olan ehemmiyet verilmiştir.

Dr. Asil M. Atakam.

Mehmet Yazdan Berk mükâfatı: 1950 senesinden itibaren üç senede bir verilmek üzere (1.000 T. Lira) lık olan bu mükâfat «Kalb ve damar hastalıkları veya bunların tedavisi» hakkında Türk tabiiyetini haiz hekimler tarafından hazırlanan veya yayınlanan orijinal bir esere, İstanbul Tıp Fakültesi Dekanının başkanlığında toplanacak jüri kararile verilecektir. Yollanacak eserler 1956 Temmuzuna sonuna kadar Dekanlığa verilmesi gerekir.

X uncu Türk Cerrahî Kongresi: 27 - 29 Mayıs 1954 de İstanbulda toplanan kongre çalışmalarını bitirmiş ve iki yıl sonra gene İstanbulda toplanmağa karar vermiştir. Yeni kongre için seçilen konular şunlardır: 1 — Ağrı cerrahisi, 2 — Yanık tedavisi, 3 — Ameliyattan evvel ameliyatta ve ameliyat sonrası hazırlama ve bakım.

Dr. Asım Arar Müstahzarları

Satış ve tevzi mahalli :
Galata, Mertebani Sokak,
Kefeli Hürriyet Han No. 17
Telefon : 44507

ANERVAZ Elixir

Rahat bir uykun verir, çarpıntı, üzüntü, hafakanlara karşı müessirdir.

Terkibi: Teinture de valeriane
Teinture de passiflora
Teinture de Crataegus
Phenyl éthyl malonyl urée

Şekli: 100 gramlık şişelerde.

Kullanıldığı yerler: Bütün asabî haller, çarpıntı, hafakan gibi tezahürler, isteri ve nörasteni krizleri ve muannid uykusuzluklarla kadınların klimakterium devirlerindeki tezahürlere karşı.

Miktar: Uykusuzluğa karşı akşamları 1 - 3 kahve kaşığı, diğer asabî hallerde 1/2 - 1 kahve kaşığı. Biraz şekerli su içinde veya sıcak ıhlamurla alınacak.

ARSILEİN Kuvvet Şurubu

İntanî hastalıkların nekahatinde görülen zafiyete ve umumiyetle halsizlik, verem başlangıcı ve kansızlıklarda muvaffakiyetle kullanılır.

Terkibi: Glycerophosphate de soude
Nucleinate de soude
Methylarsenate de soude
Şurup ve şarap.

Şekli: 150 gramlık şişelerde.

Kullanıldığı yerler: Bütün zafiyet halleri, kısa veya uzun intanî hastalıkların nekahat devrinde. Müzmin sıtma ile her nevi kansızlıklar ve göğüs hastalıklarında.

Miktar: Büyüklere yemeklerden evvel 1 çorba kaşığı. Çocuklara 4 - 10 yaşına kadar yemeklerden evvel 1 kahve kaşığı.

ATOL Öksürük Tabletleri

Her nevi öksürüğü keser ve tedavi eder.

Terkibi: Carbonate de gaiacol
Benzoate de soude
Terpine hydraté
Eucayptol
Dionine

Şekli: 15 tableti havi kutular.

Kullanıldığı yerler: Soğuk algınlığından doğan bütün öksürükler, bronşitli ve veremli hastaların inatçı öksürüklerine karşı.

Miktar: Büyüklere günde 3 - 4 tablet.
Çocuklarda 1 - 5 yaşına kadar 1/2 - 1 tablet.
5 - 10 yaşına kadar 1 - 2 tablet.

EVCİL Buğu ve Gargara Tabletleri

Bütün soğuk algınlığı hastalıklarında enhalasyon ve gargara için kullanılan gayet pratik bir müstahzardır.

Terkibi: Baume de Perou
Thymol
Essence de thyme
Essence de romarım
Essence de bergamote
Acide borique

Şekli: 20 tabletlük tüpler.

Kullanıldığı yerler: Anjinler, diş ve ağız iltihaplarında gargara, bronşit ve traseitte buğu için. Kadınların mahrem tuvaletlerinde çok faydalı neticeler verir.

Miktar: Gargara ve lâvaj için 1 - 2 tablet sıcak ve buğu için kaynar suda eritilerek kullanılır.

PROPHYLAXINE Korunma Merhemi

Zührevî hastalıklara karşı korunmak için «Mechnicoff» usulü ile hazırlanmıştır.

Terkibi: Calomel
Thymol
Vaseline
Lanoline.

Şekli: 10 gramlık tüpler.

Kullanıldığı yerler: Cinsî münasebetlerde frengi ve belsoğukluğu ve yumuşak şankırdan korunmak için.

Kullanış tarzı kutusu içinde bulunan prospektüsde yazılıdır.

VITOTAL Bütün Vitaminleri Havi Drajeler

Vücutta vitamin eksikliğine karşı muvaffakiyetle kullanılır.

Terkibi: Vitamin A B₁ B₂ B₆ C
Penthetonate de calcium
Vitamin PP. ve Nicotinamid

Şekli: 40 drajeyi havi şişeler.

Kullanıldığı yerler: İştahsızlık, mide ve barsak teşevvüşleri, nekahat devreleri ile gebelik ve emzirme zamanlarında, kemik hastalıkları, yara ve kırıkların çabuk iyi olmadığı zamanlarda ve veremlilerde.

Miktar: Günde 1 - 2 adet yemekler arasında alınır. Lüzumunda bu miktarın iki misli verilir.

EXCERPTA MEDICA

Bütün dünya üniversiteleri tanınmış profesörlerinin işbirliğiyle, Amsterdamda otoriter bir komite tarafından «EXCERPTA MEDICA» ismi altında İngilizce olarak çıkarılmakta olan 16 dergi, dünya tıp literatürünün teorik ve klinik bütün yenilik ve ilerlemelerini seçkin ve zengin özetler halinde yayınlamaktadır.

«EXCERPTA MEDICA»nın ayrı dergiler olarak yayımlanan 16 seksiyonu:

I. ANATOMY, ANTHROPOLOGY, EMBRYOLOGY AND HISTOLOGY.

Ayda bir çıkar. 12 sayısı 600 sahifelik bir cilt tutar. Senelik abonesi 48.— Liradır.

II. PHYSIOLOGY, BIOCHEMISTRY AND PHARMACOLOGY.

Ayda bir çıkar. 12 sayısı 1680 sahifelik iki cilt tutar. Senelik abonesi 96.— Liradır.

III. ENDOCRINOLOGY.

Ayda bir çıkar. 12 sayısı 600 sahifelik bir cilt tutar. Senelik abonesi 32.— Liradır.

IV. MEDICAL MICROBIOLOGY AND HYGIENE.

Ayda bir çıkar. 12 sayısı 1690 sahifelik bir cilt tutar. Senelik abonesi 48.— Liradır.

V. GENERAL PATHOLOGY AND PATHOLOGICAL ANATOMY

Ayda bir çıkar. 12 sayısı 960 sahifelik iki cilt tutar. Senelik abonesi 80.— Liradır.

VI. INTERNAL MEDICINE.

Ayda bir çıkar. 12 sayısı 1840 sahifelik iki cilt tutar. Senelik abonesi 80.— Liradır.

VII. PEDIATRICS.

Ayda bir çıkar. 12 sayısı 600 sahifelik bir cilt tutar. Senelik abonesi 32.— Liradır.

VIII. NEUROLOGY AND PSYCHIATRY.

Ayda bir çıkar. 12 sayısı 1000 sahifelik bir cilt tutar. Senelik abonesi 48.— Liradır.

IX. SURGERY.

Ayda bir çıkar. 12 sayısı 1920 sahifelik bir cilt tutar. Senelik abonesi 54.— Liradır.

X. OBSTETRICS AND GYNECOLOGY.

Ayda bir çıkar. 12 sayısı 600 sahifelik bir cilt tutar. Senelik abonesi 32.— Liradır.

XI. OTO-, RHINO-, LARYNGOLOGY.

Ayda bir çıkar. 12 sayısı 600 sahifelik bir cilt tutar. Senelik abonesi 32.— Liradır.

XII. OPHTHALMOLOGY.

Ayda bir çıkar. 12 sayısı 750 sahifelik bir cilt tutar. Senelik abonesi 32.— Liradır.

XIII. DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY.

Ayda bir çıkar. 12 sayısı 720 sahifelik bir cilt tutar. Senelik abonesi 54.— Liradır.

XIV. RADIOLOGY.

Ayda bir çıkar. 12 sayısı 600 sahifelik bir cilt tutar. Senelik abonesi 32.— Liradır.

XV. TUBERCULOSIS.

Ayda bir çıkar. 12 sayısı 770 sahifelik bir cilt tutar. Senelik abonesi 32.— Liradır.

XVI. CANCER.

Ayda bir çıkar. 12 sayısı 750 sahifelik bir cilt tutar. Senelik abonesi 32.— Liradır.

Üniversite Enstitü ve Klinikleri, Hastaneler ve ilmi müesseseler, ve mütehassıs doktorlara mutlak surette elzem olan bu dergilerin her birine ayrı ayrı abone kaydedilmektedir.

Türkiye Genel Acentesi

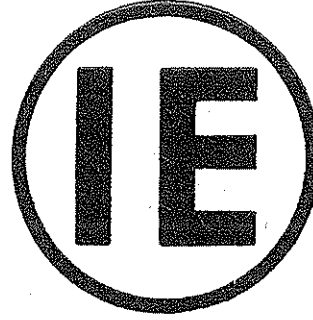
MAZLUM - KİTABEVİ . İSTANBUL

VİTAMİNLER

	Kr.
Vitabiol A (Damla)	340
Vitabiol A (Kapsül)	300
Vitabiol B ₁ (Ampul) 5 mgr ..	65
Vitabiol B ₁ (Ampul) 25 mgr ..	105
Vitabiol B ₁ (Ampul) 50 mgr ..	180
Vitabiol B ₁ (Ampul) 100 mgr ..	200
Vitabiol B ₁ (Ampul) 200 mgr ..	235
Vitabiol B ₁ (Tablet) 3 mgr ...	90
Vitabiol B ₁ (Tablet) 50 mgr ...	240
Vitabiol B ₁ (Tablet) 100 mgr ..	410
Vitaflavin (Ampul) 10 mgr ...	100
Vitaflavin (Tablet) 10 mgr	180
Vitabiol N (Ampul) 100 mgr ...	125
Vitabiol N (Tablet) 100 mgr ...	140
Vipanten (Ampul) 50 mgr	120
Vipanten (Mahlül) % 5	270
Vitabiol C (Ampul) 100 mgr ...	120
Vitabiol C (Ampul) 500 mgr ...	150
Vitabiol C (Ampul) 1000 mgr ..	220
Vitabiol C (Tablet) 50 mgr ...	90
Vitabiol C (Tablet) 200 mgr ...	175
Rutabiol (Tablet)	110
Vitabiol D ₂ (Amp.) 600.000 Ü.I.	100
Vitabiol D ₂ (Damla)	115
Vitabiol D ₂ (Alkollik mahlül) ...	235
Vitabiol E (Ampul) 20 mgr ...	165
Vitabiol E (Ampul) 100 mgr ...	220
Vitabiol E (Tablet) 5 mgr ...	160
Vitabiol E (Kapsül) 100 mgr ...	430
Vitabiol K (Ampul) 10 mgr ...	110
Vitabiol K (Tablet) 10 mgr ...	140
Vitabiol B ₆ (Ampul) 50 mgr ...	180
Vitabiol B ₆ (Tablet) 20 mgr ...	265
Adebiol (Damla)	200
Adebiol (Kapsül)	248
Vitabiol Bekompleks (Ampul) 270	
Vitabiol Bekompleks (Draje) ..	125
Heksavit (Draje)	160
Vi-D-Calcium (Tablet)	110
A + D Calcium (Tablet)	160

KAN YAPICILAR

Ekstrepat (Ampul) 4 mkgr B ₁₂	260
Ekstrepat (Ampul) 10 mkgr B ₁₂	355
Ekstrepat (Şurup)	288
Ekstrepat (Kompoze)	235
Calcefedal (Tablet)	157
Ferro-C (Draje)	250



KİMYAGER
Dr. İbrahim Etim Kimya Evi
İSTANBUL

İlaç Sanayimizin Güven Sembolü

Ferro-C (Kompoze)	250
Vitabiol B ₁₂ (Ampul) 15 mkgr	320
Vitabiol B ₁₂ (Ampul) 30 mkgr	450
Vitabiol B ₁₂ (Ampul) 50 mkgr	415
Folbiol (Tablet) 5 mgr	395

HORMONLAR

Östrogenin (Ampul) 1 mgr ...	85
Östrogenin (Ampul) 2,5 mgr ..	110
Östrogenin (Ampul) 5 mgr ...	300
Östrogenin (Tablet) 0,5 mgr ...	90
Östrin (Ampul) 1 mgr	245
Östrin (Ampul) 5 mgr	495
Corluton (Ampul) 5 mgr	350
Corluton (Ampul) 10 mgr	600
Östroluton (Ampul)	450
Postuitrine (Ampul) Faible ...	135
Postuitrine (Ampul) Forte ...	215
Testisan (Ampul) 5 mgr	150
Testisan (Ampul) 5 mgr	200
Testisan (Ampul) 10 mgr	200
Testisan (Ampul) 10 mgr	250
Testisan (Ampul) 25 mgr	375
Testisan (Ampul) 25 mgr	500

ŞİMİOTERAPÖTİKLER

İezol (Tablet) 0,5 gr	155
İezol (Ampul) 1 mgr	176
Triazol (Tablet) 0,5 gr	270
Sülfoguanidin İE 0,5 gr	160

Parasil (Draje) 0,30 gr	—
Tübrazıt (Tablet) 100 mgr	210

TONİKLER

Tonoferrin (Şurup)	270
Fitofor (Tablet)	165
B-Tona (Draje)	195
Bifosfan (Tablet)	150
Bifosfan (Ampul) forte	135

KALSİYUM PREPARATLARI

Calcium İE (Ampul) % 10	327
Calcium İE (Ampul) % 10	288
Calcium (Şurup)	222
Calcium (Şurup)	165
Calbromin (Ampul)	300
Tiokal (Ampul)	245

ANALEPTİK

ve

KARDİOTONİKLER

Pentazol (Ampul) % 10	150
Pentazol (Damla) % 10	155
Pentazol - Ephedrine (Ampul) 168	
Pentazol - Ephedrine (Damla) 195	
Lanadin (Ampul)	108
Lanadin (Damla)	166
Kalbofilin (Tablet)	150
Coronal (Draje)	130

MUHTELİF PREPARATLAR

Bellaginal (Draje)	300
Kina-C (Draje)	150
Lipoteks (Şurup)	350
Papatropin (Ampul)	205
Papatropin (Tablet)	255
Stomal (Tablet)	180
Stomal Kompoze (Tablet)	245
Otalon (Damla)	140
Otalon (Damla)	140
Sedeks (Şurup) küçükler için. 140	
Sedeks (Şurup) büyükler için. 215	
Optamid (Damla)	115
Asa (Tablet)	97
Ankilostin (Kapsül) 0.60 gr ...	60
Ankilostin (Kapsül) 1.20 gr ...	75
Histidin İE (Ampul) % 4	400

175