

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 Vassaf Akan, İhsan Hilmi Alanlar, Emir Atakam, Nüzhet Atav, Kemal Atay, Ömer Vahî Aybar, Hasan Yusuf Başkam, Mehmet Kâmil Berk, Kemal Cenap Berksoy (1876-1940), Vefik Bulut, Hulki Cura, Yakup Çelebi, Arif İsmet Çetingil, Salâhi Durusoy, A. Eckstein ((1891 - 1950), Ekrem Şerif Egeli, Ahmet Şükrü Emet, Zühtü Kâmil Ergin, Niyazi Erzin, Feridun Ş. Evrensel, E. Frank, Fahrettin Kerim Gökay, Niyazi İsmet Gözeli, Müzaffer Esat Güçhan, Kâzım İsmail Gürkan, Kâzım Nuri İğören, Neşet Ömer İrdelp (1882 - 1948), Necmettin Hakkı İzmirli, Nusret Karasu, Halit Ziya Konuralp, Müfide Küley, Alfred Marchionini, Eduard Melchior, Kâmile Mutlu, Abdülkaadir Noyan, Mîm Kemal Öke, Zeki Pamir, Kemal Hüseyin Plevnelioğlu, Tevfik Sağlam, Hüseyin Salor, Şükrü Yusuf Sarıbaş, Victor Schilling, Kâmil Sokullu, Sedat Tavat, Feyzi Taner, Nimet Taşkıran, İrfan Titiz, Burhanettin Tugan Sezai Tümay, Fr. Volhard, Müzaffer Şevki Yener.

İmtiyaz Sahibi ve Yaz İşleri Müdürü

Dr. ASİL M. ATAKAM

201 Anadolu Hanı, 1/1 Beyoğlu - İstanbul

İÇİNDEKİLER

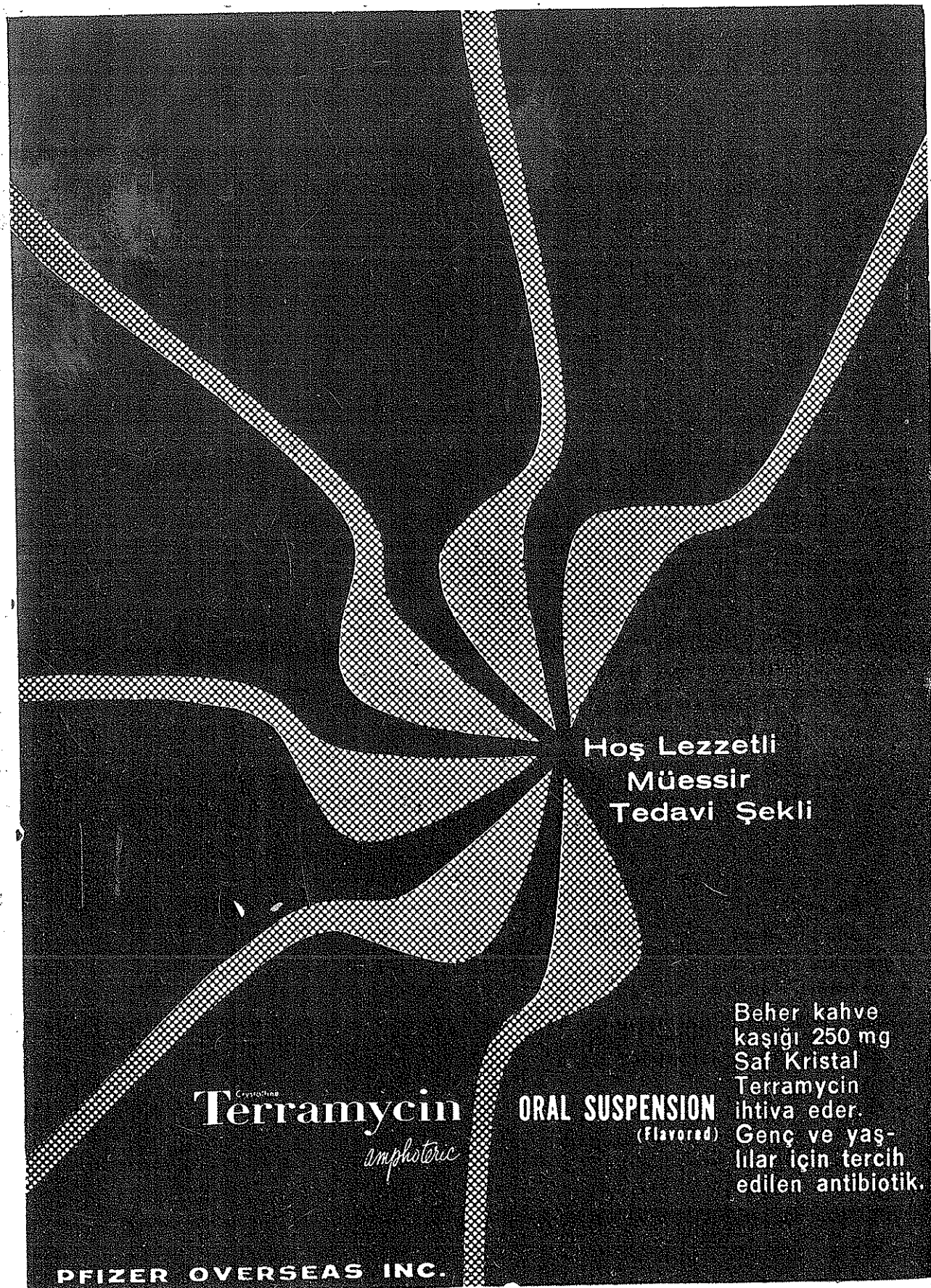
<u>Sahife</u>	<u>Sahife</u>
Dr. Carlheinz Brilmayer - Dr. Suat Efe: Atebrin ile tümör diağnostiği 159	Dr. Orhan Bumin: Göğüs işi ameliyatlarda entra-trakeal anestezi 178
Dr. Doç. İ. Lütfi Vural - Dr. Selâhattin Ürünay - Dr. Fethi Süngü: Bir aorta kapağı hastalığı ile akut koroner yetmezliği 162	Dr. Asil M. Atakam: Sekiz parmaklı el 183
Dr. Doç. M. Naci Ayrak: Regional Enteritis Etiolojisi, Patoloji, Klinik ve Cerrahi Tedavisi 167	Pratik için kısa tedavi notları: (Dr. Saliha Yalçın) 184
Dr. Ekrem Bayazıt - Dr. Celâl Gökberk: Polineüritisli bir Kalaaazar vakası 174	Referanslar: (Dahiliye, Kadın-Doğum, Şiirürji, v.s.) 186
	Yeni Kitaplar 200
	Kongreler - Cemiyetler - Toplantılar 200
	Fihrist: I, II, III, IV

EMİLLİ KOPYA
ANKARA

Sayısı 100 Kurus, Senelik abonesi 300 kurustur.

CUMHURİYET MATBAASI

İSTANBUL



**Hoş Lezzetli
Müessir
Tedavi Şekli**

Terramycin
amphoteric

ORAL SUSPENSION
(Flavored)

Beher kahve kaşığı 250 mg Saf Kristal Terramycin ihtiva eder. Genç ve yaşlılar için tercih edilen antibiotik.

PFIZER OVERSEAS INC.

Türkiye Müessili: ORTAŞARK TİCARET T. A. Ş. BEYOĞLU - İSTANBUL

Telefon : 41296

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 Vassaf Akan, İhsan Hilmi Alantar, Emir Atakam, Nüzhet Atav, Kemal Atay, Ömer Vasfi Aybar, Hasan Yusuf Başkam, Mehmet Kâmil Berk, Kemal Cenap Berksoy (1876-1949), Vefik Bulat, Hulki Cura, Yakup Çelebi, Arif İsmet Çetingil, Salâhi Durusoy, A. Eckstein ((1891 - 1950), Ekrem Şerif Egeli, Ahmet Şükrü Emet, Zühtü Kâmil Ergin, Niyazi Erzin, Feridun Ş. Evrensel, E. Frank, Fahrettin Kerim Gökay, Niyazi İsmet Gözcü, Muzaffer Esat Güçhan, Kâzım İsmail Gürkan, Kâzım Nuri 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 Hüseyin Plevnelioğlu, Tevfik Sağlam, Hüseyin Salor, Şükrü Yusuf Sarıbaş, Victor Schilling, Kâmil Sokullu, Sedat Tavat, Feyzi Taner, Nîmet Taşkıran, İrfan Titz, Burhanettin Tugan Sezai Tümay, Fr. Volhard, Muzaffer Şevki Yener.

İmtiyaz Sahibi ve Yazı İşleri Müdürü

Dr. ASİL M. ATAKAM

201 Anadolu Hanı, 1/1 Beyoğlu - İstanbul

Münih Üniversitesi I. Dahiliye Kliniği

Direktör: Prof. Dr. K. Bingold

Ateberinle Tümör Diagnostiği

Dr. Carlheinz Brilmayer ve Dr. Suat Efe

Bazı renkli maddelerin (Atebrin, fluorescein, Eosin, Rivanol ve Trypaflavin) tümör dokularında tutulma hassasına sahip olduklarının bilinmesi pek eski değildir. Bunlar sayesinde bugün malignom vak'alarında teşhisin önemli derecede kolaylaştığı söylenebilir.

Wassermann ve Keysser 1911 de ilk defa renkli olan bir kaç maddenin tümör dokularında pek kesif surette tutulduklarını yazmışlardı. Ancak uzun bir müddet sonra ki Moore, Shapiro, Landing, Lewis, Goland, Schütze ve Klar tarafından bilhassa Fluorescein'in Atebrin ve Trypaflavin'in bu hassaya sahip buldukları ispat edildi. Bu gerçeğin izahı için son senelerde üç teori ileri sürülmüş bulunuyor:

1) Caspersson'a göre pentoz nevinden Nucleotide'lere karşı, bazik olan renkli maddelerin kuvvetli bir affinitesi mevcuttur. Bilhassa Metafaz sahasındaki kromozomlar Nuclein asidinden çok zengindirler ve bu sebepten bazik renkli maddelerle daha kuvvetli olarak boyandıkları ispat edilmiştir. Bauch ta Trypaflavin v.s. gibi Akridin derivasyonlarının Kromozomların enine olan çizgilerin-

de selektif surette tercihan tutulduklarını gösterdi. Bu teori, parçalanmış nüvele Nuclein asidinden pek zengin olduğu ve bu sebeple ileri derecede bir bazofiliye sahip bulunduğu esasına dayanır.

2) İkinci teori Boyland, Mc Clean, Duran, Reynals v. s, taraflarından ortaya atılmış bulunuyor. Bu yazarlar, tümör nescindeki kan damarlarının ileri derecedeki permeabilitesinin, artmış bir birikme (=Ablagerung) ile meydana geldiğini kabul ediyorlar. Bu yazarlar ve ayrıca Zahl ve Waters, renkli maddeler (bilhassa Fluorescein - Natrium katediliyor) hakikaten perivasküler bölgede en fazla nisbette birikmekte olduğunu ispat edebildiler.

3) Alberth, Bulbo ve Davey'in araştırmalarına göre, bazik yan zincirli Atebrin'e asit gruplarının ithalinden sonra tümör dokusunda hiç bir birikme sağlanamaz. Bu sebepten, amino guruplarının yani Atebrinin bazik hareketlerinin tıpkı ionizasyonda olduğu gibi tümör dokularında da birikme olayına sebep teşkil ettiğini kabul ediyorlar.

H. Cramer ile beraber Atebrinin, tümörlü dokularında selektif surette toplanması keyfiyetini dik-

kate olarak, tümörlü hastalarda Atebrin itrahının bir değişmeye uğrayacağı düşüncesini ileri sürerek işe giriştik. Bu fikri ortaya atarken bizce en mühim husus, Atebrinin en cüz'î miktarlarının bile idrarda ispat ve tayin edilebilmesine yarayacak bir metod bulmaktır. Weise ve diğer müelliflerin bildirdikleri gibi ağızdan veya damardan verilen Atebrin pek cüz'î miktarda bile olsa uzviyetten mutlaka itrah edilir. Weise, Hecht ve Fühner, vücuda dahil olan Atebrinin takriben % 60 ı organizmada (bilhassa Res. de) tutulur ve ihtimal parçalandığını ve geri kalan miktarın ise idrar ve gaita ile itrah edildiğini gösterdiler.

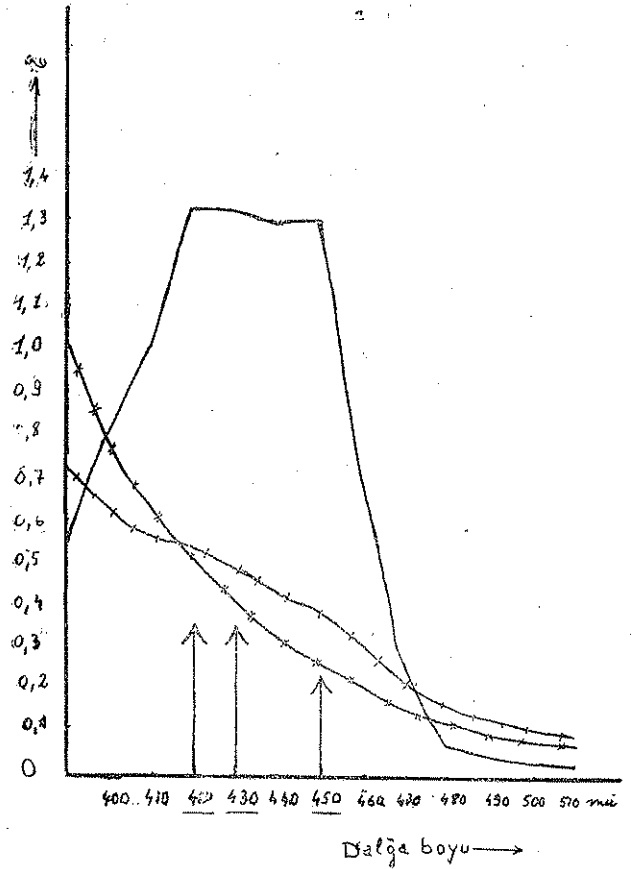
Atebrin'in hassas bir surette tayin edilebilmesi fotometrik yoldan Beckmann - Quarz - Spektral fotometresile mümkün oldu. Bu cihaz bir monokromatördür. Atebrin'in absorpsiyon münhanisi mahlülün pH-kıymetine tâbi değildir. Asit ve nötral olanda 420,430 ve 450 m. (mili mü) den ibaret üç absorpsiyon maksimali gösterir. Kuvvetli alkolik ortamda Extinktion eğrisi yuvarlaklaşır, böylece mutad çıkıntılar kaybolur ve Extinktion maksimumu takriben 450 m. mü. de sabit kalır.

İdrar absorpsiyon eğrisi konkavlığı yukarıya doğru olan ve uzun dalgalı alanda tedricen aşağıya düşen bir kavis gösterir. Bu münhani, bilhassa her iki A ve B Utrochrom fraksiyonundan teşekkül eder ve henüz extinktion yükselmesi husule getiremedikleri için mahiyetleri tanınmıyan müteaddit komponentlerden ibaret çöküntüler ihtiva eder.

(Resim - 1), Atebrin verilmeden ve verildikten sonra normal idrarın ve ayrıca tek başına Atebrinin absorpsiyon eğrisini göstermektedir.

Tayin, bekletilmemiş idrarda yapılmıştır. Bir defalık 0.1 g. Atebrinin i.v. enjeksiyonundan sonra muayyen zaman fasıllarında hastanın idrarı alınarak spektrofotometre ile ihtiva ettiği Atebrin kalitatif olarak tayin edilir. Bu usul ile, 1 m³. idrardaki 1 - 2 gama Atebrin güvenilir tarzda tesbit ve tayin edilebilmektedir. Bu kalitatif araştırmalar gösterdi ki, sıhhatli insanlar ve tümörsüz hastalar Atebrini 5 inci ve daha sonraki saatlerden itibaren 40 inci saate kadar itrah etmektedirler. Buna mukabil tümör mevcudiyetinde yani Karsinom, Sarkom, hattâ Linfögranülomatoz ve Lösemi vak'alarında itrah müddetinin âşikâr surette kısalması müşahade edilir. Bu hallerde Atebrin ya hiç itrah edilmiyor yahut ta itrah müddeti 3 saatlik bir hududu aşmıyor. Şurası önemle kaydedilmelidir ki, bazı ağır ikterus vak'alarında, idrarla kesif Bilirubin itrahi sebebiyle, Atebrine ait 420, 430 ve 450 m. lik extinktion yükselmesi, Bilirubin tarafından örtülür ve bu yüzden Atebrin itrahi kesin olarak tayin edilemez.

Bu metotla 400 den fazla vak'ada yapılan incelemeler sonunda hata nisbeti % 15 olarak tesbit



Düz çizgi: Atebrin'in absorpsiyon eğrisi
(100γ/cm³; Ph = 4,8)

Zarp işaretli çizgi: Normal idrarın absorpsiyon eğrisi.
Taksimatlı çizgi: Atebrin ihtiva eden idrarın absorpsiyon eğrisi.

edildi. Ayrıca tebarüz ettirmemiz gerekir ki, biz daha ziyade abdominal tümörlü vak'aları iceledik. Metodun su götürmezliği bu türlü vak'alarda en yüksek kıymette görünüyor.

Resim 2 : a) Normal bir insandaki,

b) Bir Carcinom vak'sındaki, Atebrin itrahını gösteriyor. Görüldüğü gibi, normal vak'ada itrah 8 inci saate kadar devam etmekte, Carcinom vak'asında ise 2 nci saatten itibaren Atebrin itrahi sona ermektedir.

Atebrine has tipik absorpsiyon alanlarında aynı şekilde extinktion yükselmelerine sebebiyet verdikleri için, muayyen bazı ilaç ve renkli maddelerin idrarla itrah edildiği hallerde metod aksamaktadır. Bu renkli maddeler şunlardır: Uroporphyrin (alkalik), Bilirubin, Laktoflavin, İstisin, Pyridium, Oxyhemoglobin, v. s.

Yazıyı bitirirken, birkaç vak'ayı misal olarak zikretmeyi faydalı buluyoruz: (*)

1.) H. Emilie, 76 yaşında.

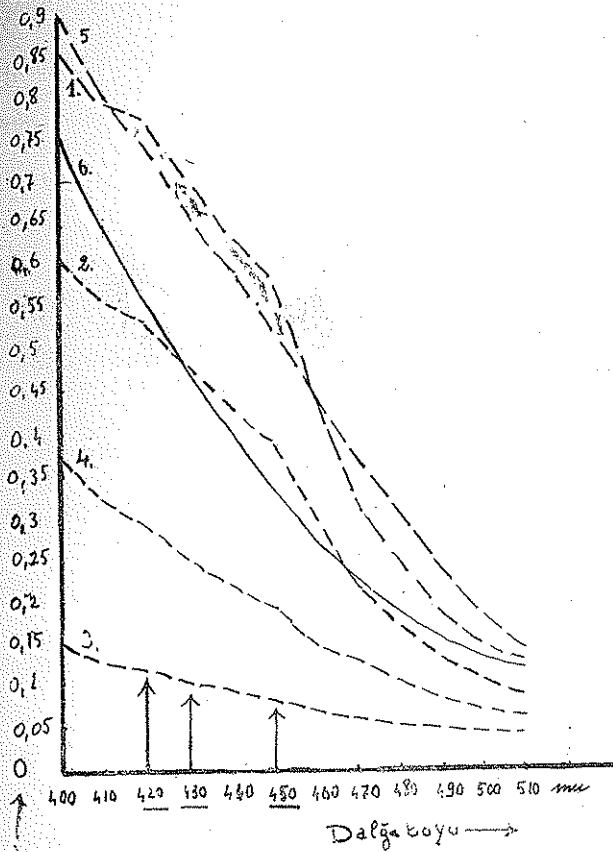
Otopsi bulumu: Tavuk yumurtası büyüklüğünde sağ meme kansinomu.

Atebrinin itrah müddeti: 0 saat.

2.) D. Katherina, 73 yaşında.

Teşhis: Umumî skleroz, Hypertension, hafif derecede kalp yetmezliği. Aort sklerozu; Akci-

(*) Feind ve Sauter'in müşterek çalışmalarıyla.



(Resim — 2 a): Bir normal vak'ada Atebrin itrahi:

Vak'a: 2. — Johann, 53 yaşında
Diagnoz: Nefritis nekrozu.
İtrah müddeti: 8 saat.

Eğri No: Zerki takibeden saatler: İdrarda Atebrin:

1	1	+
2	2	+
3	3	+
4	5	+
5	8	+
6	10	—

ger anfizemi, kronik bronşit; Internus parezisi; Kronik gastritis; Mezenterial damarların sklerozu.

İtrah müddeti: 8 saat.

3.) N. Ludwig, 47 yaşında.

Teşhis: Kronik miyeloid Lösemi: Splenomegali, subfebril temperatur, kanamalar. Sternal punksiyonda olgunlaşmamış myeloid seri hücrelerin fazlalığı.

İtrah müddeti: 0 saat

4.) H. Johann, 54 yaşında.

Otopsi bulumu: Mültipl miyelom, dalak ve karaciğerin iştiraki.

İtrah müddeti: 0 saat

5.) I. Karolina, 47 yaşında.

Teşhis: Hyperthyreose. Kliniğe alınışında bazal metabolizma + 100 %. Şiddetli eksitabilite hali. Tremor. Kronik tonsillitise bağlı olan fokal entoksikasyon.

İtrah müddeti 20 saat.

6.) S. Anton, 36 yaşında.

Teşhis: Lymphogranulomatose (Biopsi bulumu).

İtrah müddeti: 0 saat.

7.) K. Albert, 76 yaşında.

Teşhis: Biopsiye göre Lymphosarkomatose.
İtrah müddeti: 0 saat.

8.) M. Josefina, 74 yaşında.

Teşhis: Sirozlu Cholangitis. Karaciğer 5 parmak büyümsü, hafifçe ağrılı. Anemi, Lökositoz, sola kayma. Bunlara uyan kan kimyası bulumları.

İtrah müddeti: 5 saat.

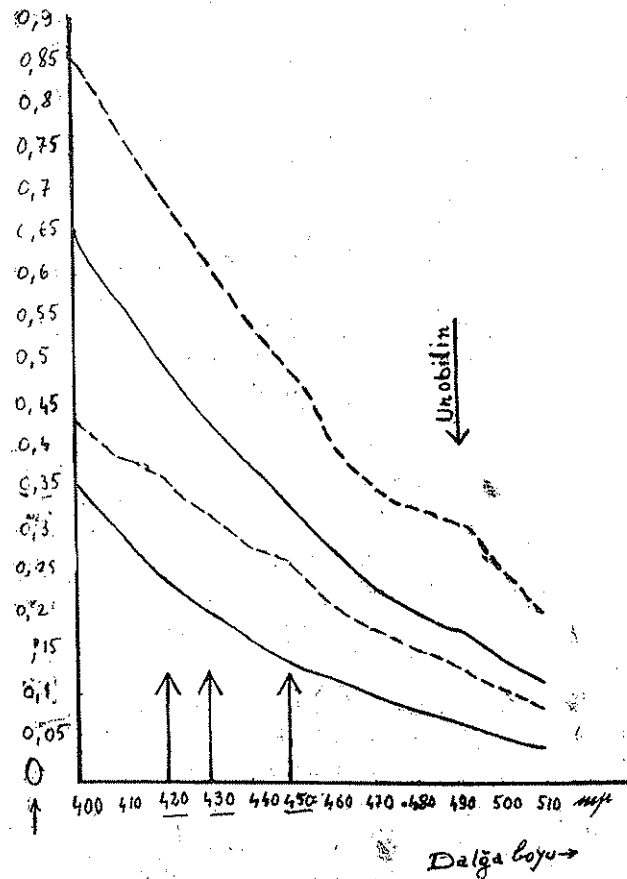
9.) St. Maria, 36 yaşında.

Operasyon bulumu: Küçük kurvaturda, iri bir erik büyüklüğünde mide Karsinomu. Her iki kurvatur boyunca sayısız ganglion. Karaciğer sağlam.

İtrah müddeti : 2 saat.

10.) P. Maria. 78 yaşında.

Teşhis : Permissiöz anemi: Aşili, orta derecede umumî damar sklerozu, Hipertansiyon; orta derecede Koroner sklerozu; hafif karaciğer yetmezliği, başlangıç halinde akciğer rüküdeti; yaşlı-



(Resim — 2 b): Tümörlü bir vak'ada Atebrin itrahi

Vak'a: M. Georg, 64 yaşında.

Diagnose: Hypernephrom.

İtrah müddeti: 2 saat.

Eğri No: Zerki takibeden saatler: İdrarda Atebrin:

1	1	+
2	2	+
3	3	—
4	5	—

lık amfizemi; Pankreas sklerozu; tipik ihtiyarlık diabeti.

İtrah müddeti: 7,5 saat.

Hülâsa:

Renkli maddelerle, bilhassa Atebrinle tümör teşhisi için 400 den fazla vak'aya dayanan araştırmaların sonuçları hülâsaten verilmiştir. Şüpheli habis tümör, Morbus Hodgkin ve Leucemie vak'alarında metodun diagnoza kıymetli yardımları bulunduğu söylenebilir.

Evvelâ bu konu ile ilgili teorilerden bahsedilmiş, sonra metodik ve Atebrin'in idrarda spektoral fotometrik olarak tayini anlaşılmış, 400 vak'ada alınan sonuçlardan başka 10 muhtelif vak'anın itrah durumları kısaca verilmiştir.

Literatür :

1. **Alberth, Bulbo, Davey:** Brit. J. Exper. Path. 26 (1945): 160.
2. **Bauch, R.:** Bilolog. Zbl. 68 (1949): 113.
3. **Caspersson, T.:** Naturw. 29 (1941): 33.
4. **Chesney, F., Auliff, M.:** Proc. Soc. Exper. Biol. Med. 72 (1949): 379.
5. **Cooper, C.:** Public Health Reports 64 (1949): 23.
6. **Cramer, H., Brilmayer, C.:** Med. Klin. 46 (1951): 30: 809.

7. **Cramer, H., Brilmayer, C.:** Münch. Med. Wschr. 93 (1951), 45: 2233.
8. **Cramer, H., Brilmayer, C.:** Med. Klin. 47 (1952), 6: 179.
9. **Cramer, H., Brilmayer, C., Babst, H. W.:** Schweiz. med. Wschr. 82 (1952), 4: 76.
- 0. **Dustin, P.:** Nature 159 (1947): 794.
11. **Eriksen:** Int. Nat. Cancer Inst. 11 (1951): 705
12. **Feulgen, R.:** Z. Physiol. Chemie 84 (1913): 309.
13. **Fühner, H.:** Arch. exper. Path. u. Pharm. 51 (1904): 391.
14. **Goodman u. Gilman, A.:** The Pharm Basis of Therap., The Macmillan Comp. New York 1943.
15. **Hecht, G.:** Arch Path. u. Pharm. (1936): 87.
16. **Recht, G.:** Arch. Path. u. Pharm. (1933): 328.
17. **Lettré, H. u. R. Lewis u. Goland, Ph.:** Americ. J. med, Sci. 215 (1948): 282.
18. **Manson-Bahr:** Manson Tropical Diseases, The Williams a. Wilkins Comp. Baltimore, Maryland 1941.
19. **Moore, G. E.:** Science 106 (1947): 130.
20. **Schütze, R., Klar, E.:** Chirurg. 4 (1951): 166.
21. **Tropp, C., Weise, W.:** Arch. exper. Path. u. Pharm. 170 (1933): 339.
22. **Wagner-Jauregg, Th.:** Z. physiol. Chemie 239 (1936): 188.
23. **V. Wassermann,** Wschr. 1911, 37: 2389.
24. **Weise, W.:** Kongressbericht des Amsterdamer Tropen-u.Malaria. Kongresses 1938.

Gülhane Askerî Tıp Akademisi 1. İç Hst. Kl.

Sef: Prof. Dr. Burhanettin Tugan

Bir Aorta Kapağı Hastalığı ve Akut Koroner Yetmezliği Vak'ası

Dr. Doç. Enb. İ. Lütfi Vural, Asist: Dr. Selâhattin Ürünay ve Dr. Fethi Süngü.

Miyokardın nütrisyonel ihtiyaçları ile koroner dolaşım arasındaki nispetlilik neticesi husule gelen koroner dolaşımı yetmezliğine akut koroner yetmezliği adı verilir. Ya miyokarda gelen oksijen miktarı azalmıştır, yahutta gelen oksijen miktarı normal olduğu halde miyokardın oksijene olan ihtiyacı artmıştır. Angina pectoris de kısa süren akut koroner yetmezliği epizodlarından ibaret bir sendromdur.

Akut koroner tıkanması ile akut koroner yetmezliği birbirinden tamamen farklı antitelere sahiptir. Birincisi ekseriyetle uzun süren koroner aterosklerozu sonucu olup önlenmesi imkânsızdır ve tedavi profilaktik ve küratiftir. Akut koroner yetmezliği de akut koroner tıkanması kadar sık görülür. Akut koroner yetmezliği öyle bir angor pectoris nöbetidir ki basit, geçici bir göğüs ağrısı yahut baskısından şiddetli ağrı veya kollapsa kadar gidebilir. Koroner arterler tamamen normaldir, veya sklerotik bir daralma mevcuttur. Miyokardtaki nekroz alanları umumiyetle sübendokardial bölgeye, bilhassa papiller etlere serpilmiş halde olup

ekseriya mikroskopiktir. Müral tromboz teşekkülü ve embolizasyon yoktur. Her hangi bir yaşta görülebilir.

Akut koroner yetmezliğindeki predispozan faktörler ikiye ayrılır:

I — Organik:

1. Koroner aterosklerozu,
2. Koroner ostiumu stenozu,
3. Kalb hipertrofisi,
4. Kalb valvülü hastalıkları: a. Aorta kapağı stenozu, b. Aorta kapağı yetmezliği, c. Mitral stenozu.

II — Fonksiyonel:

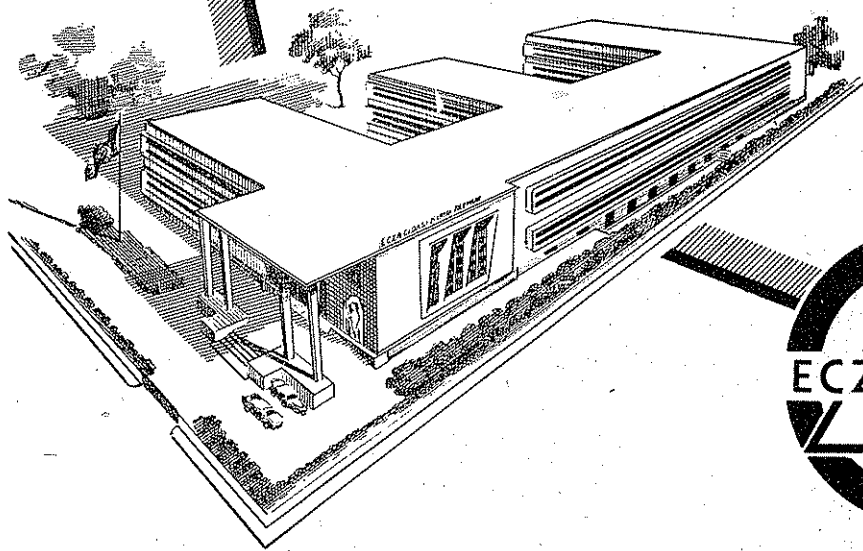
1. Konjestif kalb yetmezliği,
2. Kronik anemi,
3. Hipertiroidizm,
4. Hipotiroidizm.

Doğrudan doğruya nöbeti presipite edici faktörler ise şunlardır:

I. Kalb işinin artması: Şiddetli efor, emosyonel zorlamalar, soğuk, yemek yemek, cinsî münasebet, büyük aptest ederken ıkmak, taşikardi,

Ök TÜRK İLÂÇ FABRİKASI

Direktifini memleketin medeni ihtiyaçlarından, teknik ilhamını bugünün en ileri ecza endüstrisinden alan müessesemiz ilk modern Türk İlaç Fabrikasını kurmuş bulunmaktadır. Başlıca gayemiz, kimya bilgisini hekimlerimizin emrinde bulundurmak ve memleket sağlığına hizmet etmek olacaktır.



AĞIR VEYA
MUANNİT

ALLERJİK
ÂRIZALAR

PHÉNERGAN

(3277 R. P.)

0.025 g. lık Drajeler, 0.05 g. dan 2 cc. lik Ampuller
cc. de 1 mg. DOZUNDA ŞURUP

YETKİNLER: Günde 2-6 draje

ÂCİL VAK'ALARDA: Adale içine 1 ampul

ÇOCUKLAR: Yaşa göre, 2-10 kahve kaşığı

TECRÜBÎ OLARAK, HİSTAMİNİN 1500
ÖLÜM DOZUNUN TESİRİNİ TÂDİL EDER

GECE NÖBETLERİ VUKUUNDA
EN YÜKSEK DOZ GECE
YATARKEN VERİLİR

Arzu üzerine mufassal literatür gönderilir.

Türkiye Müessili :

NECİP AKAR ve TÜRKÂN AKAR
KOLLEKTİF ŞİRKETİ

P. K. : 840
İSTANBUL

RHÔNE



POULENC

hipertansif yahut hipertiroidi krizleri, akut infeksiyöz hastalıklar, adrenalin yapılması, çok fazla gıda almak, çok fazla tütün, veya alkol kullanmak.

II. Koroner kan akımında azalma: Şok, kanama, ameliyat, travma, hipotansif krizler (Addison hastalığı), ortostatik hipotansiyon, spinal anestezi, sempatektomi ve akut kalb yetmezliği. Akciğer embolizminde, periferik tromboz yahut embolizmde, akut karın hastalıklarında (pankreatit, hiatus herniası gibi) da refleks vazokonstriksiyon ile koroner kan akımı azalabilir.

III. Kanın iyi oksijenleşememesi: Anestezi esnasında, yüksek irtifalarda, asfikside, CO zehirlenmelerinde, akut anemide, astma nöbetlerinde görülür.

Akut koroner yetmezliğinde ekseriyetle bulantı, kusma yoktur. Hararet derecesi normaldir veya pekaz yükselir. Şok ekseriya yoktur. Kalb sesleri değişmez. Perikart frotmanı duyulmaz. Atardamar kan basıncı değişmez veya hafifçe yükselir. Lökositler, alyuvar sedimantasyon sürati normaldir veya pekaz artar. Ekg. da: RS-T segmentinde çökme, T dalgası negatifliği husule gelir. Q dalgaları teşekkül etmez ve I. ile III. derivasyonlar arasında resiprokal münasebet yoktur. Değişiklikler ekseriyetle reversibl olup kısa sürer. Tedavi esas sebebin ortadan kaldırılmasına yöneltilir.

Bu yazımızdan maksat akut koroner yetmezliğinin semptom ve sinylerini gösteren bir vakayı takdim ederek bu konuya sayın meslekdaşlarımızın dikkat nazarını çekmektir.

Vak'a :

Bay Y. T., 14 yaşında, Erzincanlı, ortaokul öğrencisi. Yol yürürken, yokuş çıkarken gelen nefes darlığı, çarpıntı ve geceleri uyurken gelen sol göğüs ağrılarında şikâyetle 9/4/1952 günü kliniğimize yatırılmıştır.

İfadesine göre 10 ay önce yol yürüdüğü, yokuş merdiven çıktığı zamanlar çarpıntı hissetmiye başlamış. Kendisini o zaman muayene eden okul hekimi bu şikâyetlerinin genel beden zayıflığından ileri geldiğini söylemiş; fakat verdiği ilaçlardan hiçbir fayda görmemesi üzerine Erzincandan kalkıp İstanbula gelen hastaya orada muayene olduğu doktorlar «Kalb hastalığı» teşhisi koyarak digitalis damlası vermişler. Digitalisten istifade etmiş, yalnız ilaç bittikten sonra tekrar etmediğinden bir müddet sonra çarpıntı ile birlikte nefes darlıkları yeniden başlamış. Ayrıca sağ kabunga kemikleri altına da ağrılar geliyormuş. Hasta bundan başka son zamanlarda gece uykuda karnına, göğsünün sol kısmına gelen bir ağrı ile uyandığını, bu ağrının koparır, sıkır vasıfta olduğunu, geniş bir alanı işgal ettiğini, sol kolunun iç kısmına yayıldığını, oturunca geçtiğini, bazan yarım dakika ilâ bir saat kadar devam ettiğini ifade ediyor.

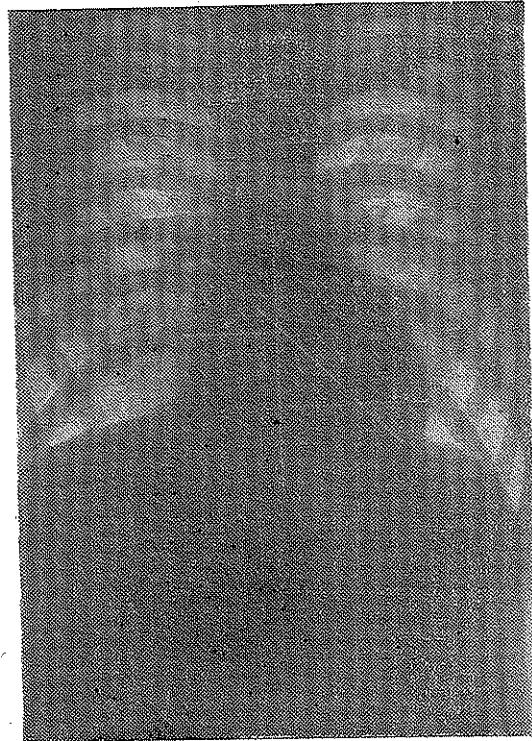
Dokuz yaşında kızıl geçirmiş. Romatizma hastalığı, kore, eritema marginatum tarif etmiyor. Sık sık anjin olmazmış.

Anası babası sağ ve sıhhatte. Bir kardeşi zelzelede, bir kardeşi de bakımsızlıktan yefat etmişler. Akralarında herhangi bir kalb ve damar hastalığına müptelâ olana yok.

Kötü alışkanlıkları yok. Beden fonksiyonları tabii. Yapısı tam. Boy 1.40, kilo 34.

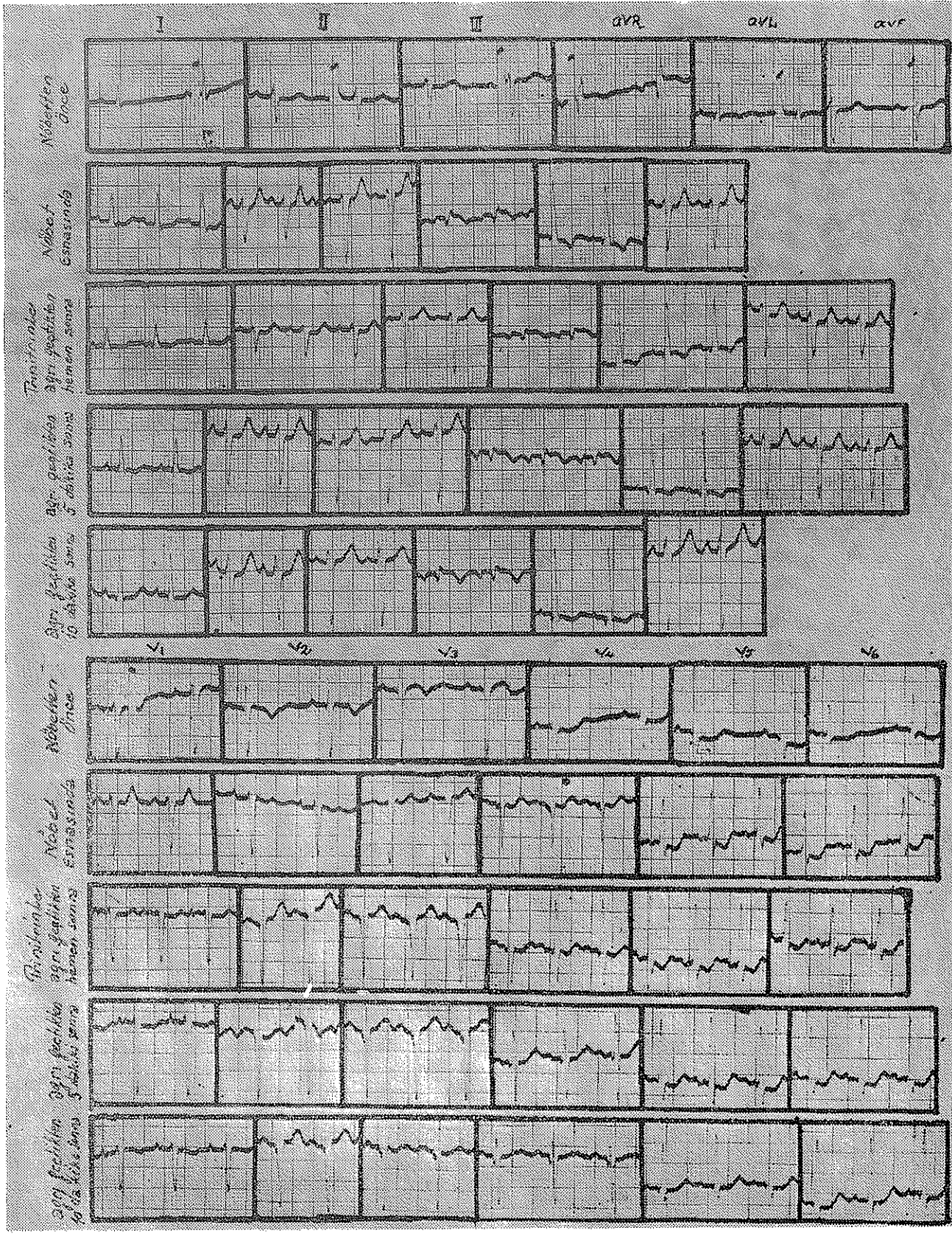
Muayenesinde: Ödem, siyanoz, tokmak parmak, vena teressümleri yok. Pupillalar normal, tiroid büyük değil, boyun venaları dolgunca. Nabız muntazam, dolgun, yumuşak, sayısı dakikada 75 etrafında, Atardamar kan basıncı 100/70 mm. Hg. (Riva Rocci, yataarken). Prekordiumda anormal bombelik yok. Kalbin maksimum vuruş noktası ancak ellemele 5. kostalar arası aralığında ve klavikula orta çizgisinin üzerinde hissediliyor, hafif el kaldıracı vasıfta. Perküsyonla sınırlarda genişleme tesbit edilmedi. Dinlemekle diastolik, punktum maksimum Erb noktasında olan, 3. derecede, erken olarak başlayıp bütün diastolü dolduran, tonalitesi yüksek, sternumun sol kıyısı boyunca apekse doğru yayılan, durum, efor, solunumla kaybolmayan veya hafiflemiyen bir üfürüm duyuluyor. Yine aorta odağında, sistolik, boyna yayılan, tonalitesi düşük, 2. derecede bir üfürüm mevcut. Tril Yok A2 sağırlaşmış, çok hafif. Karaciğer kostalar kenarını bir parmak geçiyor, ağırlı. Diğer sistemler normal.

Vena basıncı 150 mm. su basıncına eşit. Al yuvar sayısı, mm³ da 5.000.000; Hb. 100 cc. kanda 14 gm.; Aky. sayısı, 5.400; lökosit formülü normal; Aly. sedim. süratli, 1. saatte 9 mm.; idrar, normal. Wassermann, Kahn teamülleri negatif. Kalb telesinde (şekil 1) ku-



turlar normal. Radyoskopide: kalbin sol alt kavsi bombelenmiş, sol ön oblik durumda, sol ventrikülün I. derecede büyüdüğü tesbit edildi. Ekg. (Şekil 2): atım sayısı dakikada 75 etrafında, ritim sinüzal muntazam, P-R mesafesi 0.16 saniye, QRS mesafesi 0.06 saniye, QRS komplekslerinin ortalama elektrik eksenini —35 derece (sola eksen sapması); T1 izoelektrik, T3 > T1 Ekg. durumu horizontal, T(V1-V3) negatif, (V4-V6) difazik, RS-T(V4-V6) düşük, geçit zonu V3-4 de. Hastaya konan teşhis:

1. Etiyolojik: Muhtemelen romatizma hastalığı



2. Anatomik: Mitral kapağı hastalığı (stenoz ve yetmezlik)
3. Fizyolojik: Normal sinüs ritmi.
4. Klinik syndrom: Kalb yetmezliği ve akut koroner yetmezliği nöbetleri.

Fonksiyonel kapasite: Sınıf II
Terapötik tasnif : Sınıf : E

olup üç gün günde 0.3 miligram, müteakiben 0.1 miligram Digitoxin verildi.

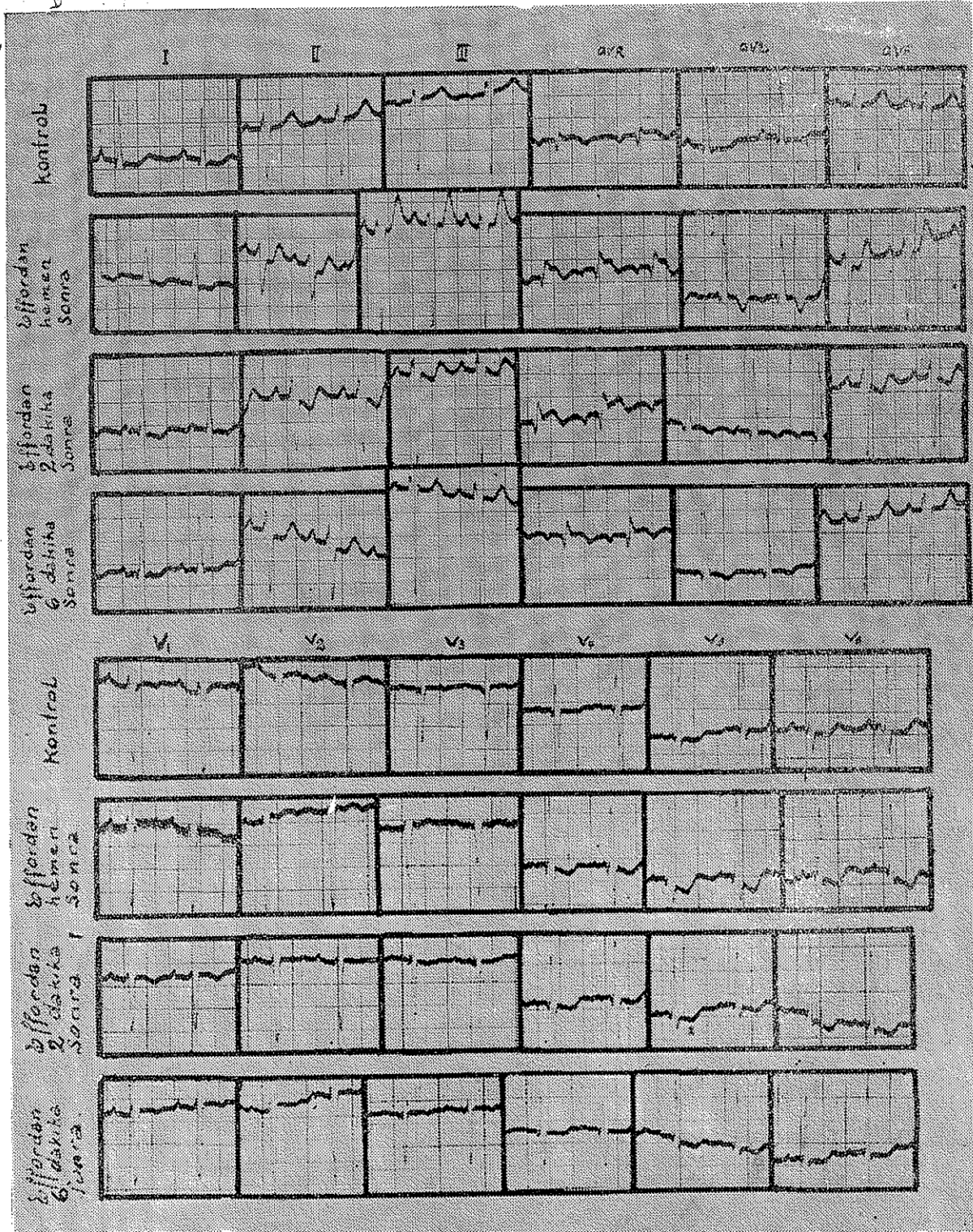
Sodyumu az diyetle kondu ve civalı diüretik tatbik edildi. Tedavi sonucu karaciğer ufaldı, nefes darlığı tamamen kayboldu. Fakat geceleri gelen ağrılar bilakis şiddetlendi ve 6/5/1952 gününden itibaren her gece kendisini uykudan uyandıran sağ hipokondrium-

dan başlayıp sol göğsüne, sol koluna yayılan kramp tarzında ağrılar gelmeye başladı. 7/5/1952 günü gecesi nöbetçi tabibi tarafından nöbet üzerinde çekilen Ekg.da (Şekil 3): atım sayısı dakikada 110-150 arasında, ritim sinüzal, muntazam, RS-T1 çökmüş, T2-3 sivri, RS-T (aVR) yükselmiş, T(aVL) negatif, T(aVF) sivri, T(V2-4) jozitif nöbetten önce negatif idi), RS-T (V5-6) çökmüş, R(V2-4) çok ufalmış olarak bulundu. Hastaya bir adet trinitrin tableti emdirilmesi üzerine her zaman ½-1 saat süren ağrı nöbeti bir dakika zarfında kaybolmuştur. Hemen sonra, 5 dakika, 10 dakika sonra alınan traselerdeki değişiklikler görülmekte-

dir. Ertesi günü hararet yükselmesi, lökositoz, sedim. de artış olmamıştır.

Yapılan mide-barsak-safra kesesinin radyolojik, şimik, koprolojik incelemeleri normal sonuç vermiştir. 11/5/1952 günü hastaya Master'in iki-basamak testi tatbik edilmiş ve aynen geceleri gelen anginal ağrı nöbeti esnasında alınan traseye müşabih bir trase elde olunmuştur. Fakat buna rağmen hasta hiçbir ağrı hissetmemiştir.

Diğer gecelerde gelen angor nöbetleri de trinitrin tabletlerine derhal cevap vermiştir. Hastaya Nitrite de soude ve geceleri Euphyllin + luminal süpozitu-



varları tatbik edilmiş ve gece gelen ağrıların kaybolduğu görülmüştür. 14/5/1952 günü arzusu üzerine çıkarılmıştır.

Münakaşa: Romatizmal valvül afetine musap hastalarda angor pektorisin zuhuru pek de nadir bir olay değildir. Mitral kapağı stenozunda kolayca dispne husule gelmesi efor angorunun belirmesine engel olur, yani hastalar şiddetli eforlardan daima kaçınırlar. Halbuki aort kapağı stenozunda şahıs nefes darlığı hissetmeden kuvvetli efor yapabilir ve vakaların % 10-20 sinde angor pektoris nöbeti zuhur eder. Aorta kapağı yetmezliği bulunan hastaların da takriben % 8 inde angor pektoris zuhur eder, hattâ koronerler tamamen sağlam olduğu halde akut miyokart infarktüsü tablosu içinde vefat eden vakalar yayınlanmıştır.

Aorta kapağı yetmezliğinde angor pektoris nöbetlerinin veya akut koroner yetmezliğinin husulü: a) diastolik kan basıncının düşük oluşuna ve böylece koronerlere yeter kan gidememesine ve, b) sol kalbin hipertrofi olarak fazla kana ihtiyaç göstermesine bağlanmaktadır. Zira koroner arter kan akımına müessir olan esas faktörlerden biri aortadaki postdikrotik basınçtır.

Nöbetler ekseriyetle gece gelir. Bunu, geceleri kan basıncının düşük oluşuna bağlamak istemişlerdir. Fakat nöbet esnasında ölçülen kan basıncı çok defa düşük bulunmamıştır.

Keza bazı hastalar da diastolik basınç çok düşük, sıfır olduğu halde angor pektoris görülmemektedir. Diastolik kan basıncının alçak olmasına karşılık iki kompansatuvar mekanizma mevcuttur: 1. Sistolik basınç yükselir ve böylece ortalama kan basıncı normal kalır, 2. Diastolik koroner akımının azalmasına mukabil sistolik akım, periferik koroner rezistansının azalmasından dolayı, artar. Green, sistol esnasında akımın iyi olmasından ötürü dakikalık koroner kan akımını azalmış değil artmış olarak tesbit etmiştir. Yine Bing ve arkadaşları koroner sinüs kateterizasyonu yaparak aorta kapağı yetmezliği bulunan hastalarda koroner kan akımının ve kalbin oksijen sarfiyatının artmış olduğunu görmüşlerdir.

Bir kısım yazarlar ise hâdiseyi hipertansif krizle izah etmeye çalışmaktadırlar. Hakikaten aort kapağı hastalığı, aortit, koroner sklerozu, klimatekteryum, orta derecede hipertansiyon vak'alarında bazan kan basıncı birden çok yükselmekte ve bununla birlikte angor pektoris nöbeti zuhur etmektedir.

Aorta kapağı darlığında husule gelen angina ağrısının mekanizması da katıyetle belli olmayıp birçok hipotezler ileri sürülmüştür:

1. Aortada kanın akım sürati arttığından kan koroner orifislerinden geçerken onların içindeki kanı dışarı emer ve nisbî bir miyokart anoksemisi meydana gelir.

2. Aortik orifisin obstrüksiyonu ile husule gelen miyokart anoksemisi. Halbuki stenoza rağmen aorta dahilindeki basınç normaldir.

3. Birlikte aorta kapağı yetmezliğinin de bulunması. Hiçbir yetmezlik bulunmayan (otopsi ile teyit edilmiş) stenoz vakalarında da anginal ağrının zuhur ettiği görülmüştür.

4. Bazı hallerde koronerlerde skleroz ve lumenlerinde daralma tesbit edilmiştir. Böylece koroner arter daralmasına bağlı miyokart anoksiası husule gelir.

5. Fonksiyonel koroner yetmezliği.

İleri derecedeki aort kapağı stenozlarında dahi sol ventrikül kontraksiyonunun kuvvetli oluşu ve ventrikül içi basıncının son derecede artmış olmasından ötürü aortadaki basınç esas itibarile normaldir. Fakat intraventriküler basıncın ileri derecede artışı sistol esnasında periferik koroner rezistansını çoğaltır. Böylece istirahatatta bile koroner kan akımı yetersiz olur. Bu yetmezlik eforda daha da artar.

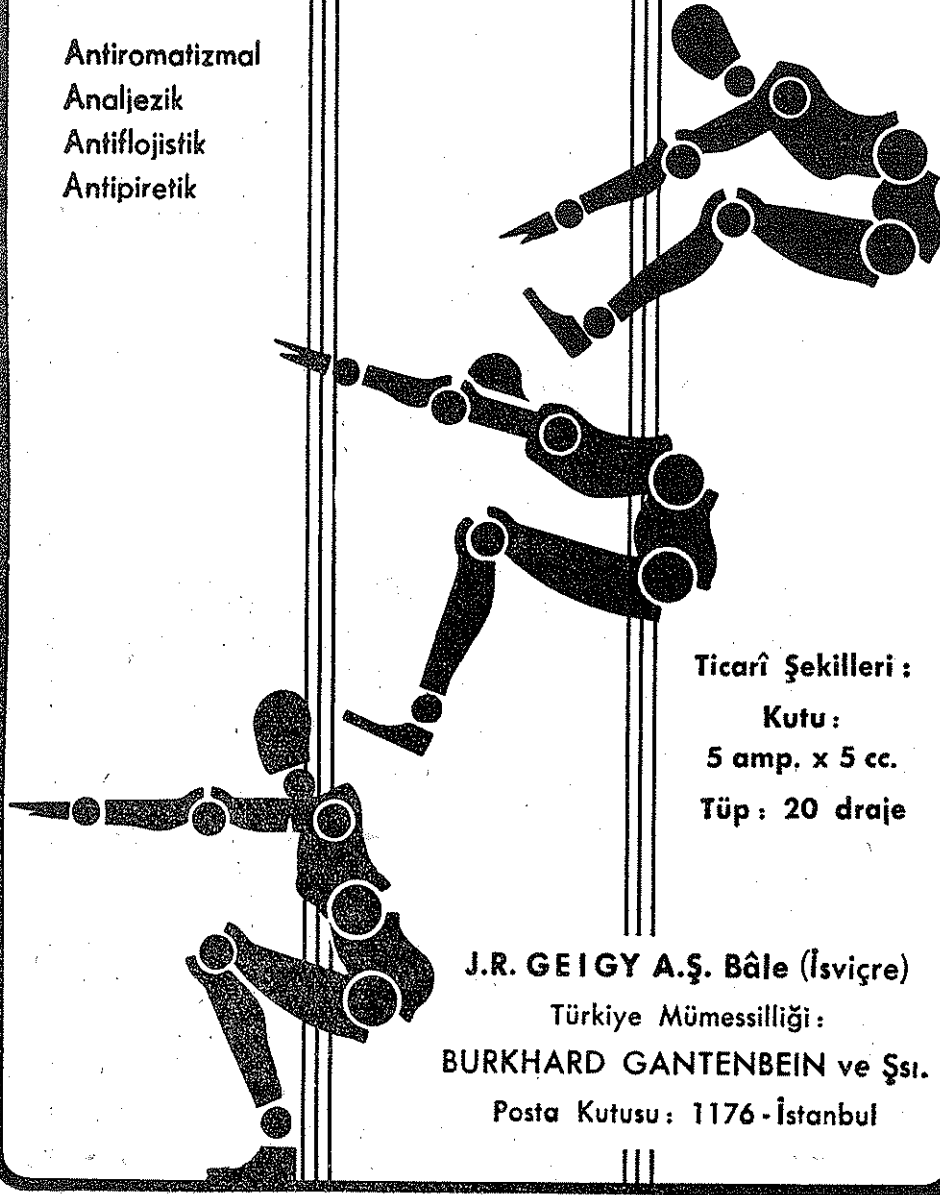
Vak'amızda kan basıncı nöbetçi hekim tarafından müteaddit defalar nöbet üzerinde ölçülmüş ve nöbet haricindeki zamanlarda olduğundan farklı bulunmamıştır. Demek oluyor ki akut koroner yetmezliği sendromunu ne hipertansif kriz, ne de diastolik basınçtaki düşüş ile izah etmek imkânsızdır. Esasen hastamızda darlığın yetmezlik ile birlikte oluşu normal zamanda bile diastolik basıncın aşağı oluşunu önlemektedir. Bu vakada akut koroner yetmezliğini presipite eden yegâne faktör olarak taşikardi mevcuttur. Taşikardi esnasında diastolün kısalması ile, muhtemelen esasen hasta olan (Romatizmal koronarit) koroner arterler yeter kanla dolamamakta ve bir miyokart anoksemisi zuhur etmektedir. Geceleri periferiden sıvının kana geçip dolaşan kan kitlesini arttırması ile kalbin önünde büyük bir yük teşkil etmesi, hızlı çarpan kalbin oksijen ihtiyacının artışı da paroksismin husulünde yardımcı faktörler olarak zikredilebilir.

Her ne kadar angina pektoris semptomu miyokart anoksemisinden ileri gelmekte ise de miyokart anoksemisi angina ağrısı olmadan da zuhur edebilir, hattâ anoksemi kalb etinde nekroz husule getirecek şiddette olsa dahi. Nitekim hastamıza Masterin iki-basamak testi yaptırıldığında miyokart anoksisine ait tipik Ekg. değişiklikleri teşekkül etmesine rağmen angina ağrısı husule gelmemiştir. Bu olay, hastada koronerlerin tam sağlam olmadığını göstermektedir. Diğer aorta kapağı yetmezliği vak'alarına tatbik ettiğimiz test negatif sonuç vermiş, yani elektrokardiografik anoksi belirtileri görülmemiştir. Öbür taraftan anginal ağrının hissedilmesi için yegâne âmilin miyokart anoksisi olmadığı, anoksi yanında başka (X) faktörlerin de bulunmasının gerektiği anlaşılmaktadır.

Irgapyrine



Antiromatizmal
Analjezik
Antiflojistik
Antipiretik



Ticarî Şekilleri :

Kutu :

5 amp. x 5 cc.

Tüp : 20 draje

J.R. GEIGY A.Ş. Bâle (İsviçre)

Türkiye Mümessilliği :

BURKHARD GANTENBEIN ve Şsi.

Posta Kutusu : 1176 - İstanbul

2.01



FARBWERKE HOECHST

vormals Meister Lucius & Brüning

Frankfurt (M) — Hoechst / Almanya

Sayın Doktorlara arzeder :

NOVALGİN-CHİNİN

Ağrı giderici ve ateş düşürücü ilaç. Her türlü soğuk algınlıklarında ve Nevralji'de önleyici ve tedavi edici olarak muvaffakiyetle kullanılır.

Tüp: 10 × 0,25 gr. draje — 185 kuruş

YENİ !

COSAVİL

(Antiallerjik, antiflojistik, antipiretik, analjezik)
Nezleyi önler ve tedavi eder. Soğuk algınlığı hastalıklarının seyrinde görülen kataral semptomlar üzerine tesir eder.
Terkibinde: Avil, Coffein, Antipyrin-Salicilat mevcut.

Tüp: 10 draje — 170 kuruş

ASPASAN

Astma nöbetlerini ve allerjik hastalıkları önler ve tedavi eder.

İnhalasyon solüsyonu	10 cc.	—	445 kuruş
Ampul	10 × 1 cc.	—	445 kuruş
«T» tablet (gündüz için)	10 adet	—	240 kuruş
«N» tablet (gece için)	10 adet	—	220 kuruş

Türkiyede yegâne satıcısı :

T E B E K A, İstanbul - Sirkeci, Ebüssuut Cad. 75, kat 3

P. K. 937

Telefon : 27171

242

Sonuç: Takdim edilen vak'ada akut koroner yetmezliği için predispozan organik faktör aorta kapağı hastalığı ve koroner Arteritistir. Anamnezde eklem romatizmasının bulunmaması hastalığın romatizmaya bağlı olmadığını göstermez. Akut romatizmanın bir eklem hastalığı olmayıp başlı başına kolajen sistem hastalığı olduğu ve doğrudan doğruya kalbten başlayabileceği herkes tarafından kabul edilmektedir. Hastamızda etyolojinin kızıl olması da muhtemeldir.

Geceleri dolaşan kan kitlesinin artışı, taşikardi nöbetleri, geceleri kandaki CO₂ kesafetinin artışı ise presipite edici faktörler arasında sayılabilir. Diastolik basıncın düşmesi, hipertansif krizler bu hasta için bahis konusu değildir. Trinitrin ile ağrının geçmesine rağmen Ekg. değişikliklerinin müteakip günlerde sebat etmesi bilhassa a VR da RS-T segmentinin yükselişi (bu derivasyon doğrudan doğruya son ventrikülün endokardial yüzüne bakmaktadır), V 5-6 da ise aynı segmentin düşüşü (bu derivasyonlar sol ventrikülün epikardial yüzüne bakmaktadır) sübendokardial nekrozların meydana geldiğini, işin geçici bir angor pectoris epizodundan ibaret olmadığını göstermektedir.

Enteresan bir cihet de V 2-3 de R dalgalarının tamamen kaybolup Q - S defleksiyonlarının belirlenmesidir. Aynı yerlerde evvelce negatif olan T dalgalarının pozitifleştiği ve RS-T segmentinin bir miktar yükseldiği görülmektedir. Bu olay anteroseptal miyokart infarktüsü için karakteristiktir. Lâkin dört gün sonra alınan elektrokardiogramda R (V2-3) ün teşekkül ettiği görülüyor. Demek ki burada tam bir infarktüs husule gelmemiş, fakat anoksi o kadar şiddetli olmuştur ki sol ventrikülün septuma yakın bölgeleri depolarizasyon sürecine cevap veremeyecek bir hale girmişlerdir. Sonradan anoksinin kaybolması ile kendilerine gelerek depolarize

olmaya başlamışlardır. Fakat sübendokardial nekrozlardan ötürü depolarize olan et kitlesi binnisbe azaldığından R dalgaları da eskisine nisbetle biraz daha ufak amplitüdedir.

Özet: Aorta kapağı hastalığına müptela bulunan ve geceleri akut koroner yetmezliği nöbetlerinden mustarip 14 yaşında bir vak'a takdim edilmiş, hastaya ait Ekg. ve klinik tablonun patojenezi hakkında münakaşa yapılmıştır.

Literatür :

- Bing, R. J., Hammond, M., et al.** - Bull. Johns Hopkins Hosp. ,84: 396. 1949.
- Boas, E. P.** - Am. J. med. Sc., 190: 376, 1935.
- Contratto, A. W., and Levine, S. A.** - Ann. Int. Med., 10: 1636, 1937.
- Friedberg, K. F.** - Diseases of the Heart, Philadelphia: W. B. Saunders Comp., 1949.
- Goldberger, E.** - Philadelphia; Lea and Febiger, 1951.
- Green, H. D.** - Am. J. Physiol., 115: 94, 1936.
- Green, H. D., and Gregg, D. F.** - Am. J. Physiol. 130: 126, 1940.
- Laplace, L. B.** - The Relationship of angina pectoris to aortic valvular disease, Am. Heart J., 8: 810, 1933.
- Levine, S. A.** - Clinical Heart Disease, 4. baskı, Philadelphia; W. B. Saunders Comp., 1951.
- Lewis, T.** - Angina Pectoris associated with high blood pressure and its relief by amyl nitrite; with a note on Nothnagel's syndrome, Heart, 15: 305, 1931.
- Master, A. - Dack, S.; Field, L. E., and Horn, H.:** Diagnosis and Treatment of Acute Coronary Diseases, J. A. M. A., 141: 887, 1949.
- Pal, J.** - Gefaesskrisen, Leipzig, Hirzel, 1905.
- Scherf, D.** - Koronarerkrankungen, Ergebn. d. ges. Med., 20: 237, 1935.
- Scherf, D., and Boyd, L. J.** - Cardiovascular Diseases, Philadelphia: J. B. Lippincott Comp., 1947.
- Schwartz, S. P.** - Am. Heart J., 2: 497, 1927.
- White, P. D.** - Heart Disease, New York: Macmillan Comp., 4. baskı, 1951.

Gülhane As. Tıp Ak. II inci Hariciye Kliniği:

Prof. Dr. Recai Ergüder

Regional Enteritis Etio - Patoloji, Klinik ve Cerrahi Tedavisi

Doçent Dr. M. Naci Ayrar.

Hastalığın tanımı: Regional ileit veya Regional enterit yahut ileitis terminalis ismi verilen bu hastalık değişik şekilde bağırsak arazları ile kendini belli eden, ve bağırsakların her kısmında yerleşebilen, bazan darlık ve bazen de fistüllerle kendini gösteren bağırsakların nisbeten lokal bir hastalığıdır.

Tarih: Reginal ileit çok eski zamanlardanberi bir çok müellifler tarafından değişik isimlerle zikredilmiş ve patolojik mütalası yapılmıştır. Fakat hastalığı esaslı olarak mütalaa eden ve bunu tam

bir klinik entite olarak ele alan Crohn, Ginsburg, Oppenheimer dir. Müellifler bu husustaki neşriyatlarını 13 Mayıs 1932 de yapmışlardır. Hastalığa bir çok kitaplarda Crohn hastalığı denir.

Tavsif: Bu hastalığa bir çok isimler verilmiştir. İlk zamanlarda yalnız ileumun son kısmında görüldüğü zan edildiğinden hastalığa «İleitis terminalis» ismi verilmiştir. Daha sonraları ileumun her tarafında görülebileceği anlaşılınca hastalığa Regional ileitis ismi verilmiştir. Fakat tetkikatın ilerlemesi ile hastalığın bütün bağırsak sisteminde gö-

rülebileceği anlaşılmış ve bundan dolayı da «Regional enteritis» veya hastalığın segmenter karakterinden dolayı «Segmental enteritis» ismi verilmiştir.

Hastalık en çok ileumda daha sonra kolon, Jejunum, ve duodenumda görülür. Buna göre de hastalığa Segmental ileitis, Segmental colitis, Segmental jejunitis, ve Segmental duodenitis isimleri verilir.

Hastalığın histolojik bünyesi bir granülasyon nesçi gösterdiğinden buna «Non spesifik granüloma» ismi de verilmiştir.

Regional enterit dünyanın her tarafında ve her dört ırkta da vardır. Hastalığa her sınıf halkta rastlanır. Crohn hastalığı daha ziyade gençlerde görülür, ve intihap ettiği yaşlar umumiyetle 20-30 arasındadır. Hastalığa yakalanma her iki cinste hemen hemen aynı gibi ise de erkeklerde biraz fazla görülür.

Etiyo-patojeni: Regional enteritin kati olarak sebebi henüz malûm değildir. Cerrahi tedavi her vak'ada hastalığı durdurmağa kâfi gelmez, hattâ bazen çok radikal cerrahi ameliyatlardan sonra bile hastalık nükseder. Gerek hastalığın nüksetmesi, ve gerekse nesicilerin histolojik görünüşleri sebep olarak bir enfeksiyonu düşündürürse de kati olarak bu tespit edilememiştir. Hakikî regional enterit primitif bir hastalıktır. Bağırsakların bir de sekonder enteritleri vardır ki bunları primer olan asil regional enteritis'lerden ayırmak lâzımdır. Sekonder enteritler meselâ yabancı cisimlerin batmasından veya civar uzuvların iltihaplarından yaşıma suretile olabilir.

Regional enteritlerin etiolojileri için yapılan araştırmalar bu hususta bir çok fikirlerin ortaya atılmasına sebep olmuştur. Burada regional enteritlerin etiolojileri için söylenen fikirleri kısaca anlatmak istiyorum:

1 — Tüberkülozun hastalığın husule gelmesinde rolü olduğu ileri sürülmüşse de, gerek hastaların gaitalarından yapılan kültürlerde ve gerekse ameliyatla çıkarılan parçanın histolojik muayenesinde tüberküloz basili bulunamamıştır. Bu hususta yapılan klinik ve hayvan tecrübeleri de bir netice vermemiştir.

2 — Appendix iltihaplarının hastalığın etiolojisinde rolü olabileceği bir çok müellifler tarafından ileri sürülmüştür. Fakat appendicite'i olmayan veya evvelce appendixleri çıkarılmış hastalarda da regional enteritin görülmesi bu noktayı nazarı red ettirmiştir.

3 — Crohn, hastalığın etiolojisinde travmaların rolü olduğunu ileri sürmektedir. Müellif otomobil kazasından iki sene sonra ameliyat ettiği bazı vak'alarda ileit terminal tespit ediyor. Fakat travma çok sık görülen bir hâdise olduğu halde ileit terminal o kadar sık görülen bir hâdise değildir.

Bundan dolayı hastalığın husulünde travmanın rolünü ihtiyatla kabul etmek lâzımdır.

4 — İleit terminal ile Enteritis Phlegmonosa ve Gastritis Phlegmonosa arasındaki patolojik benzerlik dolayısıyla Crohn hastalığının bunlarla da bir alakası olabileceğini düşünenler vardır.

5 — Müelliflerden bazıları ise «Colitis Ulcerosa» ile Crohn hastalığı arasındaki bir münasebet olabileceğini zan etmekte ve hastalığı Colitis Ulcerosa'nın müzmin bir şekli olarak tavsif etmektedirler.

6 — Regional Enteritis'lerin husulünde streptokokların da rolü olduğu ileri sürülmüştür. Bunu idia eden müellifler ileit terminalli hastaların peritoneal mayilerinden ve bağırsaktaki mükoza ülserlerinin dibinden enterogenaz tipte bir streptokok izole etmişlerdir. Bu enfeksiyon âmilleri bağırsağa ülserasyonlardan veya yabancı cisimlerin yaptığı yaralanmalardan girer. Crohn bu hususta balık kılıçlarının bağırsakta açtığı travmatik lezyonlara çok ehemmiyet verir. Fakat İleit terminal vak'alarının hepsinde streptokok izole edilememiştir.

— Regional ileit de görülen patolojik haller ile «Lymphogranuloma Inguinale» deki patolojik hallerin birbirine benzemesini dikkat nazarına alan bazı müellifler Crohn hastalığında Nicolas Favre hastalığının bir rolü olabileceğini düşünmüşlerdir. Fakat hiç bir zaman Crohn hastalığında Frei temülü müspet bulunamamıştır.

8 — Bazı regional ileit'li hastaların, hastalığın had safhasında Flexner ve Sonne tipi dizanteri bakterileri kültürleri müspet bulunmuştur. Hastalığın müzmin safhasında da ileit terminalli hastaların serumları müspet dizanteri agglütinasyonu vermiştir. Bu bulgulardan bazı ileitlerin etiolojisinde dizanterinin rolü olabileceği kabul edilebilir.

9 — Müzmin regional ileitin Sarcoidosis ile de münasebeti olabileceği ileri sürülmüştür. Bunu ispat etmek için Sarcoidosis olduğu muhakkak olan bir cilt afetinden emülsiyon yapılarak sarcoidosisli iki hastaya entradermal olarak zerk edilmiş ve hastada müsbet cilt reaksiyonu husule gelmiştir. Aynı tecrübe regional ileitli iki hastaya tatbik edilmiş, bunlarda da müspet cilt reaksiyonu husule gelmiştir.

10 — Hastalığın etiolojisinde lenfa yollarının blokajı da ehemmiyetle ileri sürülmüştür. Bunu göstermek için müellifler muhtelif hayvanların mezenter ve suseröz lenfa kanalları içine muhtelif sklerozan maddeler zerk ederek veya bunların bağırsaklarına silisyum tozu koyarak lenfa yollarını bloke etmişler ve bu zaman regional enterite benzer patolojik değişiklikler tespit etmişlerdir.

11 — Yukarıdanbri söylediğimiz etiolojik âmillerden başka bakteri toksinleri, hayvani parazitler, virüsler, yabancı cisimler, kan devranının bozul-

ması, hormonal muvazene bozuklukları, vitamin eksiklikleri, nükseden bağırsak envaginasyonları gibi haller de etiolojik faktör olarak zikredilmiştir.

Predispozisyon yaratan faktörler arasında sıkıntı ve heyecan halleri gibi psikosomatik bozukluklara da çok ehemmiyet verilmiştir.

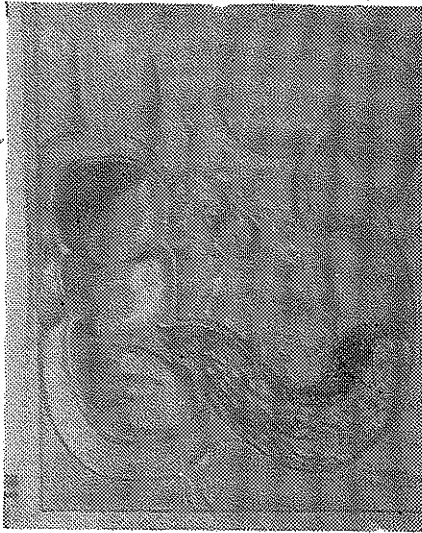
12 — Nihayet hastalığın etiolojisinde Crohn ve Meyenburg bünyevi ve ailevi istidattan ve bu arada «Fibröz diatez» den bahsetmişlerdir.

Hülâas olarak: Belki de bünyevi ve ailevi istidadı olan fibröz diatezli bir şahısta muhtelif âmilin tesirile bu şekilde bir granülom teşekkül ediyor.

Patolojik anatomi:

Henüz sebebi kati olarak bilinmeyen regional ileitin patolojik anatomisi de hususiyet arzeder.

Regional ileit en çok ileumun coecuma yakın yerinde bulunur (Şekil - 1).



Bu kısımda bağırsağın 10-20-30-40 sm. veya daha uzunluktaki bir kısmı hastalanır. Eğer hastalık çekumda oturursa appendix de hastalığa iştirâk eder. Hastalık ileo-coecal kısmı nadiren geçer ve geçtiği zaman da Segmental ileocolit'den bahsedilir. Hastalığın bir de diffüz segmental enterit denilen şekli vardır. Bu tipte bütün ince bağırsak ve kısmen de kalın bağırsak, bazen de bütün kalın bağırsak ve kısmen ince bağırsağın afete iştirak ettiği görülür.

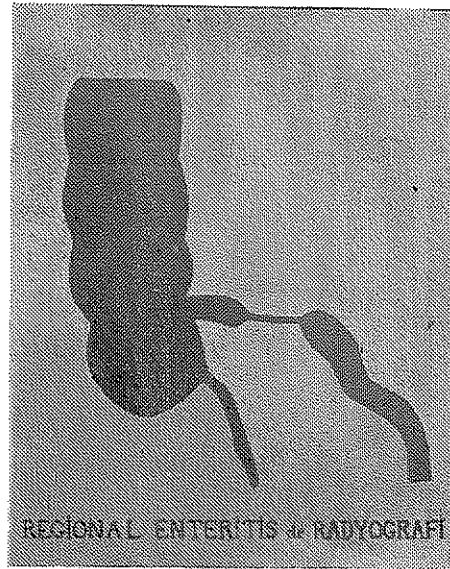
Manson - Bah anatomopatolojik tetkiki kolaylaştırmak için hastalığı muhtelif safhalara ayırır.

1 — **Had süppürasyon safhası:** Hastalığın bu safhasında hastalıklı bağırsak kısmı koyu kırmızı renktedir, çok kalınlaşmış ve sertleşmiştir. Hasta

bağırsak mükozasında sarı yapışık fibrin parçaları vardır, hasta kısım çok frajildir. İki parmak arasında sıkışınca kopacakmış hisini verir. Periton boşluğunda bazen bulanık serbest mayi vardır. Submucosa da milier apseler bulunabilir. İltihaplı bağırsak parçası ile sağlam kısım arasında aşıkâr demarkasyon hattı vardır. Hasta kısımdan sonraki bağırsak ise normal veya yassılaştırmıştır. Hasta bağırsak kısmına uyan mezenter parçası iltihabı ve tireye iştirak eder, ödemli ve enfiltredir, içinde lenfaukteleri büyümüş ve kırmızı renktedir (Şekil - 1). Bazen mezenter arterleri boyunca sıralanmış olan collecteur ganglionlarda izole adenopatiler mevcut olabilir.

2 — **Müzmin safha:** Hastalığın bu safhasında ameliyat olanlarda hemen hemen had safhadakinin aynı iltihabî manzara görülmekle beraber iltihabî bağırsak urvesi sclerolypomatö bir vetire tarafından istilâ edilmiş görülür. Hasta bağırsak kısmı serttir. Bu halile adeta bir hortuma benzer. Dalziel bunu öldükten sonra sertleşen bir yılan balığına benzeter. Bağırsağın seröz tabakası beyaz ile karışık grimsi pembe renktedir. Fibrin organizasyonundan ibaret kalınlaşmış yerler vardır.

3 — **Fibrostenotik safha:** Hastalığın bu safhasında sahneye celuler strüktür yerine bol miktarda fibroblastalar hâkim olur, bu da bağırsak daralmasını mucip olur. Bağırsak lumeni daraldığı zaman opak made vererek yapılan bağırsak grafisinde sicim gibi daralmış bir kısım görülür. Kantor bu «İp arazi» ismini vermiştir (Şekil-2). Bağırsak



lumenindeki bu daralma ilerlediği zaman o kısmın kan ve lenfa ihtiyacı da haleldar olur ve bu-

nun neticesi mucosa da yaygın ulserasyon'lar meydana çıkar.

4 — Fistül teşekkülü safhası: Hastalığın diğer bir patolojik safhası da fistüllerin teşekkül ettiği safhadır. Fistül teşekkülü her vakada görülmez, daha ziyade hastalığın ileri devirlerinde görülür. Regional enterite bağırsağın serbest peritona delinmesi nadirdir, daha ziyade ileumun son kısmında, lokalize, çok sönük ve mahdut bir peritonit husule gelir. Regional ileit de serbest delinmenin çok nadir olmasına mukabil fistül teşekkülüne karşı büyük bir meyil vardır. Hastalıklı bağırsak kısmı ile ince bağırsak, epiplon, sidik kesesi, jenital uzuvlar, sol kolon gibi komşu uzuvlar arasında erkenden yapışıklıklar meydana gelir. Bu yapışıklıklar arasında, bağırsaklardaki ülserasyonlardan giren mikropların tesirile, ankiste apseler olur. Daha sonraları urveler birbirine yapışarak veya diğer uzuvlara ve cilde açılarak fistüller teşekkül eder. Bu suretle bağırsaklar arasında, hasta bağırsak kısmı ile içi boş uzuvlar arasında ve keza bağırsak ile cilt arasında fistüller teşekkül eder. Bazan da havsalaya yapışan regional ileitli kısım buradan perineal nahiyeye fistülize olur ve böylece uzak nahiyelerde fistüller teşekkül eder. Crohn perianal nahiyedeki fistüllere regional enterit bakımından çok kıymet verir.

Regional enteritin histolojik görünüşü: Ameliyatla çıkarılan regional enteritli bağırsak kısmının histolojik yapısı hastalığın muhtelif safhalarına göre değişik iltihabi bir structure gösterir. Hastalığın erken safhalarında leziyonlar ekseriya submucosada inkişaf etmiştir. Burada bulunan Peyer lenfoid plâkları şişmiş ve iltihaplanmıştır, yani foliküler bir enterit hali vardır. Lenforetiküler hiperplazi lenfa deveranında tıkanıklığı mucip olur, bu suretle Lymphoedema husule gelir. Lenfoid kitlelerin büyüklüğü 3-4 mm. kadardır. Bu celluler nodoziteler oedemli mucosa içinde yaygın olarak bulunur. Lenfoit nesçten ibaret olan bu nodozitelerin merkezlerinde bilâhara endotelial hücreler yerleşir. Hasta bağırsak kısmındaki bu nodoziteler keskin bir hudutla ayrılmışlardır. Bazen bunların ortasında nekroz bulunur, fakat kaseifikasyon yoktur. Nodozitelelerin ortasında epitelooid hücre elemanları ve Langhans dev hücreleri bulunur. Bu manzara âdeta tüberküloz granülomu veya yabancı cisim granülomunu hatırlatır. Fakat kaseifikasyon ve aside mukavim basillerin bulunmaması ile tüberkülozdan, ortalarında yabancı cisim görülmemesile de yabancı cisim granülomundan ayrılabilir.

Fibriostenotik sahada selluler strüktür yerine fibroblastlar kaim olur. Bunun tesiri ile bağırsakta geçiş bozuklukları ve aynı zamanda kan ve lenf deveranı bozukluğundan mükozada daha geniş enfiltrasyonlar meydana çıkar.

Regional enteritte bağırsak mezosunun gangliyonlarının büyümesi çok defa bağırsaktaki leziyonlara tekaddüm eder. Bundan dolayı bugün regional enteritin, mezanterdeki lenfatik damarların primitif trombozunun bağırsak üzerine tesirinden meydana geldiği görüşü hakimdir.

Klinik ârazlar: Regional enterit klinikte kendini iki şekilde gösterir. Bunlardan biri had, diğeri müzmin şekildir.

Had regional enterit: Bu şeklin klinik belirtileri had appendicite'inkine çok benzer. Hattâ had appendicite teşhisile ameliyat edilen bir çok had regional ileit vaka'ları vardır. Hastalığın had şeklini appendisitten ayırmak çok güçtür. Arazlar bakımından her iki hastalık birbirine çok benzer: Her iki hastalıkta da ateş ve kısa devam eden bir başlangıçtan sonra şidetli bir hecme görülür, karnın sağ aşağı tarafında şiddetli ağrı, sertlik, bir kitle ve lokalize bir hassasiyet vardır. Eğer bağırsak fonksiyonları iyi tetkik edilecek olursa belki appendisit ile regional ileit arasında bir ayırma yapılabilir: Had appendisitte pratik olarak ekseriya bir kabızlık bulunur. Halbuki had ileit terminal'de ekseriya diyare vardır. Lökosit sayımı her iki hastalığı birbirinden ayırmakta fazla bir kıymet taşımaz. Çünkü had ileitte hafif lökositoz olduğu gibi, had appendisitte her zaman lökositoz yoktur. Laparatomiy yapıldığı zaman ileumun son kısmında oldukça uzun bir bağırsak kısmının iltihabi kırmızılığa uğradığı görülür. Appendix'de bir tegayyür bulunmaz. Fakat appendixe çok yakın ileit terminallerde veya ileit terminalin coecuma da atladığı vakalarda komşuluk dolayısıyla appendixin de iltihaplandığı görülür.

Vakaların büyük bir kısmında had ileit terminal, müzmin granülomatöz safhaya geçmeden rezolüsyona uğrayabilir. İleit terminalin had devrindeki hastalar röntgen ile de takip edilirse, fizik ârazilara tekabül eden bağırsak lümiyerinde opak maddenin geçişinde bozukluklar görülür. Had devir geçtikten 3-4 ay sonraki röntgenolojik muayenede ise madde hiç bir bulguya rastlanmaz. Hastalarda klinik olarak da bir âraz yoktur. Her ne kadar regional ileitin had devrinde ameliyat endike değil ise de teşhis hatâsı olarak ameliyat edilen ve laparatomide regional ileit teşhisi konan ve karnı kapatılan hastaların takibi yapılırsa aylarca bu hastaların bir âraz göstermediği ve bütün âraziların kaybolduğu görülür. Keza aynı hastalarda röntgenolojik tetkikler müspet bir şey vermez. Bütün bunlar ileit terminalin had devrinin tamamen geçebileceğini gösterir. Vakaların bir kısmında ise hastalık kronik safhaya intikal ederek devam eder.

Kronik regional enterit: İleit terminalin kronik şeklinde hastalarda 10-15 senedenberi devam eden karın ağrısı, diyare, kilodan kaybetme, anemi ve fistül teşekkülü gibi ârazlar ve zaman zaman gelen

Diparcol

ne

şekilde

verilir

Sentetik
ANTİPARKİNSONİEN

DIPARCOL

(2987 R.P)

Hafif dozaj

0.05 g. dozunda Drajelere (50 lik Tüpler)

Kuvvetli dozaj

0.25 g. dozunda Drajelere (20 lik Tüpler)

BAŞLANGIÇTA GÜNLÜK DOZ:

Ârazların şiddetine göre 0.10 g. ilâ 0.50 g.

Sonra,

TERAPÖTİK TESİR elde edilinceye kadar,
5 ilâ 7 günde bir 0.10 g. - 0.15 g. (hafif şekiller) veya 0.25 g. - 0.40 g. (ağır şekiller) lik kademeler şeklinde; miktar ARTTIRILIR.

Çoğaltma esnasında 0.05 g. lik drajelere yerine 0.25 g. lik drajelere kullanılır.

GÜNLÜK ORTALAMA DOZ: 0.75 g. ilâ 1.25 g.

GÜNLÜK ÂZAMİ DOZ: "İKİ GRAM"

Âcil vak'alar için: 0.25 g. dozunda 5 cc lik Ampuller (5 lik kutular) vardır.

Adale içine veya damara yarıyaşça 1/2 - 1 ampul yapılır.



Türkiye Müessesli:
NECİP AKAR ve TÜRKAN AKAR
KOLLEKTİF ŞİRKETİ

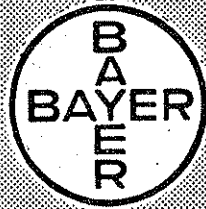
P. K. : 840
İSTANBUL

Organizmanın resistensini
yükseltmede
ve bütün C avitaminosu
belirtilerinde

CEVILAT

VİTAMİN C »Bayer«

Tablet X 0,05 gr ve ampul X 100 mg
Ampul 500 mg (Cevilat »forte«)



»Bayer« Leverkusen, Almanya

subileus hecmeleri vardır. Diyareler ulcerative colite'de olduğu gibi çok şiddetli değildir. Orta şiddette olan diyareler zaman zaman normal abdest etme ve kabızlık ile tenavüb edebilir. Bazı atipik vakalarda yalnız başına kabızlık olabilir. Bu gibi vakalarda gaita yarı katıdır, nadiren sulu olur, içinde müküs ve az miktarda kan bulunabilir. Fakat gaitada âşikâr olarak cerahat yoktur. Daimî olarak gizli kanama müspet bulunur. Karın ağrısı kramp şeklindedir, fakat çok şiddetli değildir. Bu ağrılar karının alt kısmında olup ekseriya yemeklerden sonra zuhur eder. Hastalarda gaz distansiyonu vardır. Tıkanıklık yapmış vakalarda cilt üzerinden bağırsak hareketlerini görmek mümkündür. Bazan bağırsaktaki bu tıkanıklık çok şiddetli olur ve bundan dolayı bağırsağın oldukça lokalize bir segmentinde gangren husule gelir. Hastalık ilerledikçe hastanın genel durumu bozulur. Yavaş yavaş kilolarından kaybederler, sekonder olarak orta derecede bir anemi husule gelir. Çok şiddetli hemoraji nadiren vaki olur. Regional enterit anemi olması için fazla bir hemoraji olması lâzım değildir. Müzmin diyare, teğaddi bozukluğu, vitamin ve gıda absorpsiyonundaki bozukluk anemi husule getirir. Çok ilerlemiş vakalarda hipoproteinemi olur, albumin - Globulin muvazenesi bozulur. Vakaların bir kısmında B ve C vitamini eksikliğine ait klinik ârazlar da görülebilir. Regional enterit vakalarından bazılarında ârazlar çok siliktir, ve hastalık böylece devam eder. Regional enteritte görülen ârazların bir tanesinin daha galip olarak görülmesine göre hastalık klinik olarak muhtelif gruplara ayrılabilir:

A — Diyarelerle kendini gösteren, ulcerative enterite tipi,

B — Bağırsak tıkanmaları ile kendini gösteren obstructive veya stenotique tip,

C — Fistüllerle kendini gösteren fistuleuse tip.

Regional ileitin müzmin safhasında meydana çıkan bu fistüller hasta bağırsak mükozasındaki ülserasyonlu kısmın enzimler tesirile eriyerek delinmesi neticesi husule gelir. Fistül umumiyetle evvelâ ileumun son kısmındaki mezanteriuma açılır ve buradan yavaş yavaş komşu organlara ve karına ilerler veyahut da daha uzun atlamalarla uzak bölgelere doğru ilerler.

Regional ileitte ileri gelen bu fistüllerin umumiyetle üç şekli vardır:

1 — İç fistüller: Regional enterit en çok ileumun son kısmında görüldüğünden fistüller de en çok bu kısımlardan menşei alır. İleumun son kısmından başlayan bu fistüller komşu bağırsak urvelerine ve en çok da Colon Ascendens ile Colon Sigmoidum'a giderler. Daha az olmak üzere Uterus, ureter, vagina veya sidik torbasına da fistüller açılabilir. Röntgen tetkiki ile bazan bu nevi fistüllerini İleum'dan çıkan baryum akıntılarında halinde görmek

mümkün olur. Bazan fistüller yırtılarak mezanter veya komşu uzuvları çeviren apseler meydana gelebilir.

2 — Dış fistüller: Bu nevi fistüller karın duvarına açılır ve ekseriya regional enteritli hastalara yanlış teşhis ile appendicectomy yapılan hastalarda ameliyattan sonra görülür. Bu fistüller aylarca devam eder, bir türlü kapanmak bilmez. Bu bakımdan appendektomilerden sonra meydana çıkan ve bir türlü kapanmayan fistüllerde daima regional ileiti düşünmelidir. Dış fistüller karın duvarından başka kasık, lumbal ve böbrek nahiyelerine de açılabilir. Fistüllerden bağırsak muhtevisinin sızdığını her zaman görmek mümkündür.

3 — Peri anal, Rectal, Rectovaginal fistüller (Perineal fistüller): Regional ileitli bağırsak urvesi havsala içine gelip yerleşebilir ve iltihab tesirile havsalanın zeminine yapışır. İşte bu zaman hasta bağırsak kısmı delinecek olursa mikroplar havsalanın zeminine nüfuz ederek apseler ve fistüller teşekkül eder. Enfeksiyon Fossa Ischiorectalis'e yayıldığı zaman perineal apse ve fistüller teşekkül eder. Bilhassa Crohn perineal nahiyede görülen bu fistüllere hastalığın teşhisinde çok ehemmiyet vermektedir. Bu nahiyedeki fistüller bazan rectovaginal de olur. Bu şahıslarda evvelce geçirilmiş diyareler, karın ağrıları varsa regional enteriti düşünmek çok yerinde olur.

Regional enteritin radyolojik ârazları: Regional enteritte radyolojik tetkik gerek ağızdan ve gerekse lavma suretile baryum vererek yapılır. Hastalığa ait radyolojik bulguları tespit etmek için ağızdan baryumlu yemek verildikten sonra bunun seyrini adım adım takip etmelidir. Opak madde ileitli kısma gelince dar bir kanaldan geçiyor intibamı verir. Çünkü bağırsağın bu kısmı daralmıştır. Radyografide bu kısım dar bir yol halinde görülür, âdeta sicim gibidir. Opak maddenin bu şekilde bağırsağın herhangi bir yerinde ip gibi bir manzara göstermesine Kantor ip ârazı (Etring sign, Signe de la corde) ismini vermiştir. İp ârazı Regional enterit için oldukça patognomoniktir. Bundan başka radyolojik olarak dar kısımdan evvelki bağırsak kısmının genişlediği ve hasta kısmın sık sık kontraksiyon yaptığı görülür, Valvula İleocolicis'den evvelki bağırsak kısmının boşalmasında gecikme vardır (Şekil 2).

Hastalığın seyri: Kronik regional enteritin seyri umumiyetle yavaştır, karın ârazları yavaş yavaş ilerler ve umumî ahval yavaş yavaş bozulur. Hastalık zaman zaman had ârazlar şeklinde nüksler gösterir, fakat had hecmeler arasında hastalar gayet rahat olabilir. Had hecmelerin arası bazan aylar ve senelerce uzar. Bazan da hastalık daimî olarak devam eder, anemi gittikçe fazlaşır, hastalar kilo kaybederler. Daha geç olarak da hastalığın seyri esnasında bağırsak tıkanması ârazları görülür. Bu hal hastalık mihrakının nedbeleştiğine veya yeni ulce-

native lezyonlar husule geldiğine delâlet eder. Ni-hayet hastalığın seyri esnasında husule gelen fistüller, hastalığı daha ciddî bir şekle sokarlar.

Teşhis: Had ileit terminal teşhisi koymak oldukça güçtür. Hastalığın daha ziyade diyare ve karın ağrıları şeklinde başlaması şüpheyi çeker. Asıl teşhis ekseriya laparotomi yapıldıktan sonra konur. Appendicite teşhisi ile karını açılan hastalarda bulunan appendix mevcut ârazları izah edecek durumda değilse, muhakak regional enterit bakımından bağırsakları kontrol etmeli ve ileumun son kısımlarını araştırmalıdır. En iyisi coecum ile ileumun birleştiği yer bulunur, buradan itibaren geriye doğru ince bağırsak bir, iki metre takip edilir.

Kronik ileitlerin teşhisi had ileit terminale nazaran daha kolaydır. Kronik ileit terminal teşhisi koyabilmek için karakteristik olan klinik ârazları iyi tefsir etmelidir. Karnın bilhassa sağ alt kısmında bir kitlenin mevcudiyeti, karın veya perineum civarında fistüllerin bulunuşu teşhis için çok kıymetlidir. Karındaki kitle bir portakal cesametinde veya daha büyük olabilir. Bu kitle ekseriya karnın alt ve sağ tarafında bulunursa da, bazan karnın ortalarında, pubis üzerinde de bulunabilir. Bu gibi hallerde Urachus kistlerini takli tedebilir. Bazan da kitle Sigmoid kolon hizalarında bulunur. İdrar ve kan bulguları teşhiste pek mana ifade etmez. Gaitada gizli kan bulunması, diğer ârazlarla beraber, bazan teşhiste kıymetli olabilir.

Teşhiste en çok istifade edilen radyolojik bulgulardır. Bu arada bulunduğu takdirde ip ârazının kıymeti büyüktür.

Ayrırtıcı teşhis: Had regional ileit karnın iltihabi had hastalıkları ile karışabilir. Bilhassa Appendicite ile had regional enterit birbirine çok benzer klinik ârazlar verir. Her iki hastalıkta da şiddetli karın ağrıları, kusma ve bulantı olur. Fakat had appendicite de daha ziyade kabızlık, buna mukabil had regional enteritte diyare vardır. Appendisitte lökositoz bulunursa da vakaların % 25 inde lökositoz olmayabilir. Buna mukabil bazı Regional enterit vakalarında da lökositoz olur. Bundan dolayı lökositoz her zaman bu iki hastalığı birbirinden ayırmağa yardım etmez ve çok defa teşhis laparotomide konur.

Meckel divertikülü iltihapları da had Regional enteriti taklit edebilir, bunda da şiddetli karın ârazları ve gaitada okült kanama bulunabilir. Bu iki hastalığın da birbirinden ayrılması ekseriya laparotomi ile mümkün olur.

Had Regional enteriti, bağırsakların had iltihaplarından ve Fleğmonlarından ayırmağa çalışmalıdır.

Kronik Regional enterit de bir çok karın hastalıkları ile karışabilir:

1 — Primer ileo-coecal tüberküloz ile müzmin

Regional enterit bazan birbirleri ile karışabilir. Primer ileoçekal tüberküloz umumiyetle Bovine tipi basillerle olur. Bu hastalıkta akciğerlerde ve mediastinal lenfa bezlerinde enfeksiyon yoktur. Hastalık umumiyetle genç şahıslarda görülür, ve sütlerden husule gelme bir enfeksiyondur. İleoçekal kısmın tüberkülozu ileit terminal'den daha nadir görülür. Halbuki sekonder olan ileoçekal tüberküloz sık görülen bir hastalıktır. Bunda teşhis diğer uzuvlarda da tüberkülozun bulunması ile kolaylıkla konur:

2 — Aktinomikoz. İleoçekal nahiyenin aktinomikozu oldukça nadir görülen bir hastalıktır. Hastalık bir kitlenin ele gelmesi ve fistüllerle karakterizedir. Her ne kadar terminal ileitte de bir kitle ve fistül bulunursa da fistül muhtevisi iki hastalığı birbirinden ayırmağa yardım eder. Aktinomikoz fistüllerinden patognomonik olan sarı daneler gelir; Regional enterit fistüllerinden ise cerahat ve gaita gelir.

3 — Abdominal Hodgkin hastalığı, ve bağırsakların lenfösarkoma-tozisi. — Abdominal Hodgkin hastalığı ile bağırsakların lenfosarkomatozisi kısa seyirlidir. Hastalar süratle zaifler ve anemiye düşer olur, fiyevr vardır. İnce bağırsakların lenfosarkomlarının mültipl olan foküslerini radyolojik olarak meydana çıkarmak mümkündür. Bağırsak sisteminin diffüz saromkatozisinde perforasyonlar ve hemorajiler görülür.

4 — İleumun carcinoideleleri, terminal ileumun selim tümörleri, Endometriosis gibi hastalıklarla, diğer nadir görülen batın hastalıkları regional ileitlerle karşılaşabilir. Bazan laparotomide bile bu gibi hastalıkları ayırmak mümkün olmaz, ancak rezeksiyon ile çıkarılan kısmın histolojik muayenesi ile kat'i teşhis konabilir.

5 — Regional enterit Colitis Ulcerosa ile de karışabilir; bu gibi vakalarda sigmoidoscopy'den istifade edilir.

6 — İshal yapan diğer hastalıkları, ezümle thyrogene, allerjik ve asabi mide bağırsak bozukluğuna ait ishallerle Spure hastalığında görülen ishalleri de ekarte etmek lâzımdır. Sprue hastalığında diğer ârazlarla beraber Hyperchrom bir anemi vardır.

Proğnoz: Hastalık dört, yirmi sene devam eder. Hayat bakımından regional ileitin proğnozu müsaittir. Bilhassa ileumun son kısımlarında yerleşmiş ve mahdut bulunan, resection veya kısa devre anastomozların muvaffakiyetle yapıldığı vakalarda proğnoz oldukça iyidir.

İç uzuvlara, dış karın kısmına fistülize ve iltihaplı vakalarda proğnoz her ne kadar iyi ise de patolojik hadiselerin karışık olmasından dolayı bozulabilir. Diffüz olan ileojejunit vakalarında, hastalığın oldukça geniş bir kısımda olmasına rağmen, proğnoz müsaittir.

Regional enteritlerin tedavisi: Tedaviyi dahili ve harici olarak ayırarak mütalâa etmek uygundur. Teşhis koymanın mümkün olduğu bütün had ileit terminal vakalarında tıbbî tedavi tatbik edilir. Had vakalarda cerrahî tedavi iyi netice vermez. Bundan başka İleo-jejunit'in diffüz şeklinde de cerrahî tedavi tatbik etmek mümkün değildir. Bu vakalar dahil tedaviden istifade ederler. Bunların haricinde kalan müzmin regional enteritler cerrahî olarak tedavi edilmelidir.

1 — Tıbbî tedavi. Hastalar yatakta istirahat ettirilir. Yüksek doz penisillin ile az miktarda streptomisin yapılır. Ağrıyı gidermek için sedatifler ve antispazmodik ilâçlar verilir. Mevcut anemiyi tedavi etmek için demirli ve karaciğer ihtiva eden ilâçlar verilir. Bazan kan naklinin iyi tesirleri olur. Hastalara yüksek kalorili ve az posa bırakan bir diyet tanzim edilir. Bundan dolayı protein, karbon hidrat ve vitaminden zengin gıdalar verilir. Karaciğer ve beyin bu hususta istifade edilen iyi gıda maddeleridir. Bu gibi hastaların çoğunda psikosomatik bozukluklar olduğundan ve hastalığın etiolojisinde bunun da dahil olabileceğinden hastalara psicoterapi yapmak da yerinde olur.

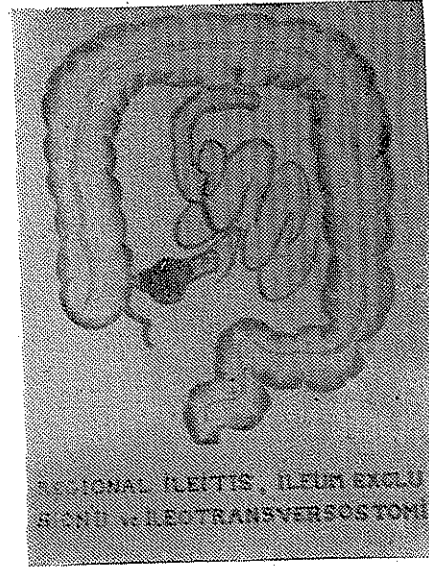
Burada şunu tekrar belirtmek lâzımdır ki had ileit teşhisi çok defa laparatomide konur. Binaenaleyh appendisit veya diğer bir had karın hastalığı teşhisiyle karını açan ve had ileit terminal ile karşılaşan cerrah nasıl hareket etmelidir? Bu husustaki düşünceleri şöyle sıralayabiliriz:

1 — Laparatomide had ileit tespit edildiği zaman cerrahî muamele yapmadan derhal karını kapatmalıdır. Bu suretle hareket edildiği zaman klinik ârazların yava şyavaş kaybolduğu ve hastalar uzun müddet müşahede altında bulundurulursa hastalığın nüksetmediği görülür.

2 — Bazı cerrahlar laparatomide had ileit tespit ettikleri zaman ince bağırsak ile kalın bağırsak arasında kısa devre bir anastomoz yaparlar. Eğer böyle bir ameliyat yapılacaksa hastalıklı bağırsak kısmının hiç olmazsa 30-40 sm. üstünden ileumu ayırıp kolona anastomoz etmelidir (Şekil 3).

3 — Laparatomide had ileit terminal tespit edilir ve kısa devre ileo-colostomi yapılmazsa, acaba karın açılmış iken appendix'i almalı mı yoksa almamalı mı meselesinde bir çok cerrahlar arasında münakaşa mevzuu olmuştur. Cerrahların bir kısmı bu gibi vakalarda ileride husule gelecek krizlerin appendix'den mi yoksa ileit terminalden mi olduğunu anlamada güçlük çıkarmaması için appendectomie yapmak taraftarlarıdır. Bir kısım cerrahlar da bu gibi vakalarda appendectomie'nin, fistül teşekkülüne zemin hazırlayacağı mütalâası ile, aleyhindedirler. Diğer taraftan appendectomie'nin lehinde olanlar, bu gibi vakalarda appendectomie'den sonra fistül teşekkülünü appendix stump'i ile alâ-

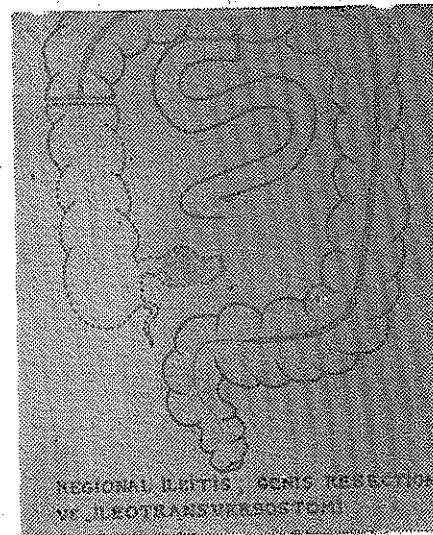
kalı görmektedirler. Müelliflerin kanaatine göre appendectomie'den sonra olan fistüller ileumdaki ulceration'ların perforationundan ileri gelmektedir.



Bu hususta her ne kadar değişik kanaatler varsa da en iyisi laparatomide had ileit tespit edildiği zaman karını kapatmak ve dahilî tedaviye başlamaktır.

2 — Cerrahî tedavi: Müzmin regional enteritte, ârazlar bir türlü geçmiyor, ele karında bir tümör geliyor, fistül veya bağırsak tıkanması mevcut ise yapılacak iş cerrahî olarak hastalığı tedavi etmektir. Bu hususta tatbik edilen ameliyâtların iki nevi vardır:

A) Radikal cerrahî tedavi; bağırsağın hasta kısmı ile beraber civar bağırsağın geniş olarak resectionu, (Şekil: 4).

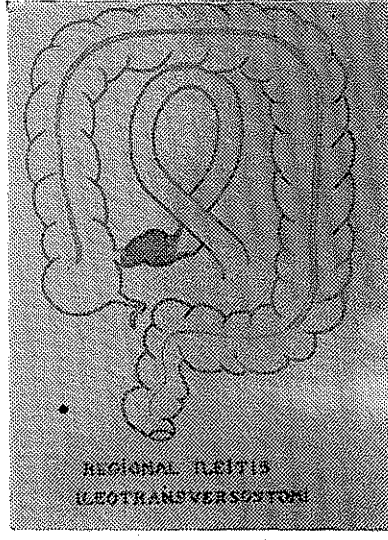


B) Paliativ cerrahî tedavi; Hasta kısmı gaita

tahrişinden kurtarmak için kısa devre anastomoz yapmak (Şekil: 3, 5).

Bağırsağın yalnız hasta kısmını rezeke etmek iyi netice vermez, hasta kısmın 30-40 sm. üstünden başlayarak coecum, Colon Ascendan da beraber rezeke edilmelidir. Bundan sonra ileumun son kısmı colon transversum'a anastomoz edilir (Şekil 4). Bu ameliyat esnasında şüpheli bütün ganglionları çıkarmalıdır. Eğer vakalar iyi intihap edilir ve hastalar daha evvel antibiotik ve antişok vasıtalarla hazırlanarak ameliyat edilirse mortalite azdır.

Hastanın umumî ahvali iyi değil ve havsalada süppürativ enflamasyon veya fistüller varsa primer olarak radikal rezeksiyon yapmak doğru değildir. Böyle vakalarda evvelâ kısa devre ileo-transversostomi yapılır (Şekil 5). Daha sonra da hasta kısım geniş olarak rezeke edilir.



Paliativ cerrahî müdahalelerin gayesi hasta kısmı istirahat ettirmek için kısa devre anastomoz yapmaktır. Bu ameliyat iki şekilde yapılır:

a — Hasta kısmın biraz üzerinden bağırsak ortasından kesilir ve iki üç defa gömüldükten sonra

proximal uç latero-lateral olarak transvers kolona anastomoz edilir. Bu şekil ameliyattan sonra hasta bağırsak kısmından artık gaita geçmez (Şekil 5). Gaita hasta kısmın biraz evvelinden ince bağırsaktan transvers kolona geçer. Rezeksiyondan alınan neticeler daha iyidir ve nüks daha az olur. Paliativ ameliyelerden sonra ise nüks fazla olur. Bundan dolayı ancak rezeksiyonu mümkün olmayan veya tehlikeli olan vakalara paliativ müdahaleler yapılır. Sonradan ârazlar devam ederse sekonder olarak hasta kısım, coecum ve asandan kolon çıkarılır. Bunun haricinde müsait vakalarda daima radikal ameliyat yapılmalıdır.

Nüks: Gerek kısa devre paliativ anastomozlardan sonra ve gerekse radikal ameliyatları takiben iyi cerrahların elinde bile %10-15 nisbetinde bir nüks görülür. Nüks gizli kalmış hastalığın ilerlemesinden ileri gelir. Bundan dolayı nükslere mani olmak için ameliyatı mümkün olduğu kadar erken yapmak, çok radikal ameliyatlara baş vurmak, şüpheli ganglionların hepsini çıkarmak ve rezeksiyon işini âfetin uzaklarına kadar teşmil etmek lâzımdır.

Litertair :

1. **R. Ergüder, M. Naci Ayrar:** Ameliyat ile tedavi edilmiş bir Regional ileit vak'ası. Ankara Tıp Fak. Mec. 1948, Cilt II, Sayı 1-2.
2. **William F. Nickel:** Ulcerative colitis and cicatrizing enteritis, indications for surgery, Surg. Clin. of North Amer. 1950, 546.
3. **Alfred S. Frobese:** The surgical management of regional enteritis and ulcerative colitis. Surg. Clin. North. Amer. 1951; 1725.
4. **Hrant H. Stone:** The Role of The anesthesiologist in gastrointestinal surgery. Surg. Cl. Of. North Amer. 1951: 1666.
5. **Arnold Starr:** Is there an adequate therapy for regional enteritis? Surg. Gyn. And Obst. 1948; 87: 351.
6. **Stephen Chess ve arkadaşları:** Regional enteritis, clinical and experimental observations. Surg. Gyn. And Obst. 1950, 91; 343.
7. **Burril B. Crohn and Richard Lewisohn:** Regional ileitis - segmental enteritis. Practice of Surgery Vol. 6, Chap, 13: 1-19.

Polyneuritisli bir Kalaazar Vak'ası

Dr. Ekrem Bayazit

Çocuk Hastalıkları Mütchassısı: Adana

Anadolu Kliniği Mecmuasının 18 yıl, 3 No.lu sayısında Muzaffer Aksoy ve Mithat Kemal İnanc tarafından «Hafif kemik değişiklikleri gösteren lökopenisiz bir çocuk kalaazar vakası» neşri üzerine literatürde kaydına rastlamadığımız polyneuritis ihtilalı ve tedavi ile polyneuritisi de düzelen bir va-

Dr. Celâl Gökberk

Kozan

kamızı ve bu münasebetle cenubî Anadolunun kalaazar andemioloji ve epidemiolojisini mütalâa etmek istiyoruz.

Vak'a :

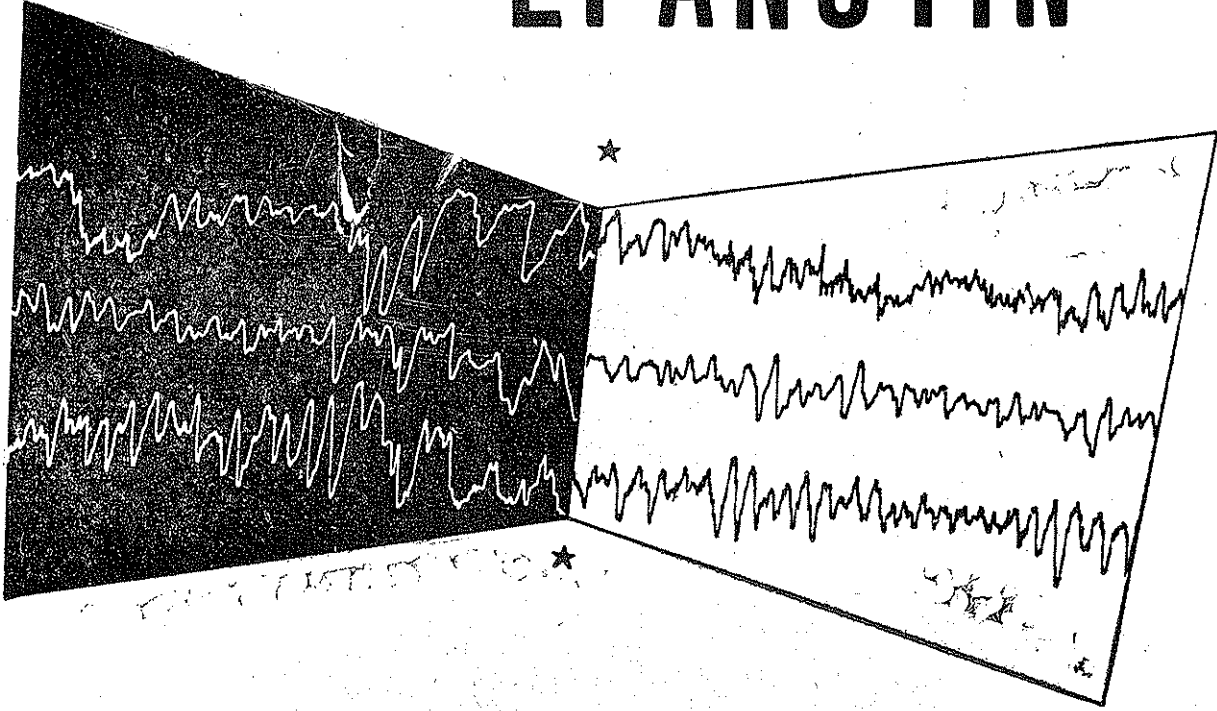
Bahri Çelik. 5 yaşında. Tarsusun Kanber köyünden. Öz ve soy geçmişinde kayda değer bir şey

EPANUTİN

FRONTAL

CENTRAL

PARİETAL



Sık paroksizm
gayri tabilliği

Elektro-ansfalografi trasesi; Epanutin
ile 3 aylık tedaviden sonra hastanın
salâh bulduğunu gösteriyor.

3 ay sonra — salâh bulmuş

EPANUTİN (Phenytoinsodium) umumiyetle hypnotik tesiri olmayan bir antikonvülsiftir. Sar'alı hastalarda nöbetleri seyreltir ve husulünü - Narkotik ve hypnotik bir tesir yapmadan - büyük bir nisbette önler.

EPANUTİN

Epanutin 100 kapsül ihtiva eden şişelerde bulunur.

PARKE, DAVIS



& COMPANY LIMITED

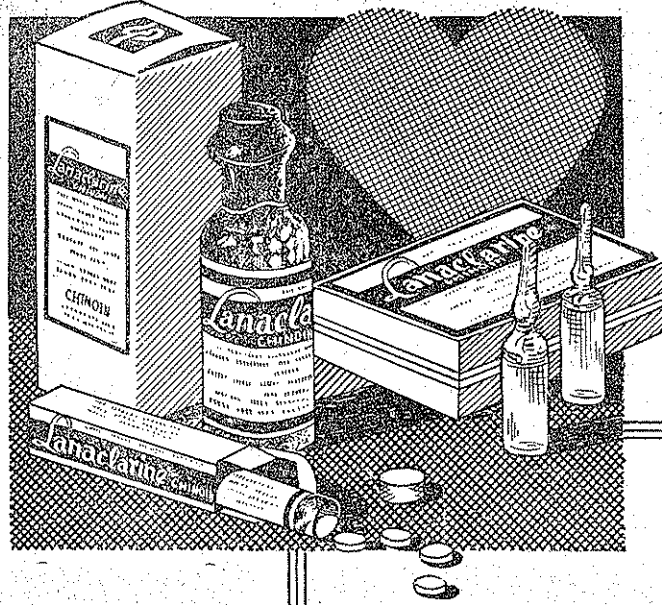
HOUNSLOW, near LONDON

Türkiye Umumî Vekili:

İLVER LİMİTED ŞİRKETİ

Bahçekapı, Kutlu han P.K. 713 - İSTANBUL

257



Hekimlerin bir dijital müstahzarında aradığı evsaf şunlardır :

1. Veznen tam olarak dozajın mümkün oluşu.
 2. İmtisat ve itrahın muntazamlığı.
 3. İyi tahammül edilmesi.
 4. Serî ve emin tesir.
- Bütün bu evsaf

LANACLEARINE

- CHINOIN

de mevcuttur.

A stylized logo consisting of a large, bold letter 'L' with a smaller, cursive letter 'G' intertwined at its base.

yok. Hastalığı nisan 952 de baş ağrısıyla ve hafif ateşlerle başlamış, bir müddet devamdan sonra zaman zaman üşüme ve yüksek ateşle değişik seyir göstermiştir. Bir günde iki defa ateş yükselmesi ve iki defa terlemeyi iyi tarif edemiyor. Fakat ateş öğleden sonra hemen yükselmiştir. Bir ay kadar bu halde klinik tablo gösteren vakada bilâhara sabahları ateş olmaz, öğleden sonra ateş yükselmiştir. Dalak ta bu zaman büyümeğe başlamış. Bir müddet daha hastalık seyrinden sonra hastanın sol bacağına yürürken hafif bir topallama olmuş, bu da kinin ve atebrin enjeksiyonlarına atfedilmiş.

Hasta zamanla zayıflamağa rengi solmağa başlamış, ağustos ayında vakamız birimize (E.B.) müracaat ediyor. Kan, kemik iliği, dalak ponksiyonu mütalâası (C.G.) tarafından yapılarak vakanın bir visceral leishmaniosis olduğu tesbit olundu.

Hastanın muayenesinde ateş 38,5, renk soluk, dil paslı değil, teneffüs ve deveran cihazları normal, dalak ve karaciğer +++ müsbet, sert değil, sol ayakta parestezi, yürürken hafif topallama hali mevcut, âsab seyrinde hassasiyet yok. Kanda lökosit 4650, eritrosit 325000, Hb. % 70, V.G. 1,08, Formül lökositlerde lenfo monositoz var. Muhihi kanda parazite rastlanmadı. Dalak ponksiyonunda entra ve ekstra sellüler mebzul Leishmania Donovanii görüldü. Damardan kan alınmadığı için serolojik testler yapılamadı.

Bir seri neostibosan'la yapılan tedavide üçüncü enjeksiyonu müteakip dalak ve karaciğer küçülmeğe başladı. Kinin ve atebrin enjeksiyonlarına atfedilen sol ayaktaki topallama hali de aynı zamanda kayboldu. Ve çocuk normal yürüyüşünü iktisab etti. Takviye tedavisi olarak glucantime ile tam şifa elde olundu.

Andemiyoloji ve Epidemiyoloji: Kalaazar yayılmasında üç esaslı faktör rol oynar.

- a — Hastalığın primer menbai
- b — Nâkil flebotomlar
- c — Hassas halk.

Hasta ve sağlam insanların bir arada bulunması hastalığın aşağı yukarı yayılmasını hazırlar. Nakil, ajan, lokal ve iklim şartlarından bir dereceye kadar müteessir olur. Bu sebepten hastalık muayyen tropikal ve subtropikal bölgelere inhisar eder. Muhaceret, ticaret ve dinî seyahatler (haç gibi) hastalığı diğer mıntakalara nakletmezse de Koenigstein ve arkadaşları Çinde son harpler ve muhaceretler dolayısıyla bazı bölgelerde kalaazar görmüşlerdir. Maahaza hastalık tropikal mıntakalar için mutat olmayıp böyle mıntakalarda bile serin mevsimlerde ve bilhassa yağmurlu mevsimlerde veya yağmur mevsimi sonunda meydana çıkar. Nitekim Rogers ve Napier Hindistanda vakaların umumiyetle ocak ve şubat aylarında başladığını yaz aylarında nadiren kalaazarın meydana geldiğini mü-

şahede etmişlerdir. Gobbi İtalyada vakalarının mart, nisan ve mayıs aylarında başlamış olduğunu Khoudkin Semerkand'da insan ve köpek kalazarlarının ilkbaharda ve bilhassa mayısta başladığını zikretmişlerdir.

İklimin ve bilhassa rutubetin ve sıcaklığın da kalaazar tekevvününde rolü vardır. Hindistanda bunu Mc Combie Young tesbit etmiştir.

Naiper 60-80 rutubet dereceli ve 40 dereceden az serin mevkilerde kalaazar vakalarının fazlalığını müşahede etmiştir. Buna mukabil kalaazar tekevvününde Young ve Hertig, Naiper'nin tesbit ettiği iklim şartlarının tesirini Çinde tesbit edememişlerdir.

Kalaazar vakaları muhtelif arazi çeşitlerinde tahavvülât gösterir. Umumiyetle allüvial düzlüklerde deltalarda görülür. 600-700 metre yükseklikten itibaren kalaazar bir kaç müstesna ile müşahede olunmaz. Keza büyük şehirlerde, etraflarında kalaazar andemisitesi yüksek köyler bulunmasına rağmen, kalaazar vakaları çok nadirdir. Hastalık daha çok köylere münhasırdır. Mc. Combie Young'a göre sıtma epidemileri veya enflüenza pandemileri kadar halkın umumî vitalitesini azaltır.

Naiper ve Das Gupta epidemilerde halkın hassasiyetinin büyük rol oynadığına işaret ederler. Bu sebepten Assam'daki son kalaazar epidemisinde iklim ve mıntaka şartlarının uygunluğu görülmüş ve epidemi iklim şartları ile halkın hassasiyetinin kırılmasından (muhtemelen daha evvel görülen enflüenza ile) meydana gelmiştir.

Kalaazar Akdeniz havzasında daha çok 1-4 yaşındaki çocuklarda, Çinde bülûğdan evvel, Hindistanda gençlerde görülmektedir. Kızlar oğlanlara nazaran daha çok enfekte olurlar.

Bengal'de bir kalaazar epidemisinin çok büyük bir tehlike teşkil etmeden uzun zaman devam ettiği, ancak tedavi ile epidemi halkasının kırıldığı görülmüştür. Bu münasebetle Young normal şartlar altında en çok 8-10 yaş arasındaki çocuklarda, ve spesifik enfeksiyonlarla vücutları sarsılmış ve gayrı sıhhî şartlar altında yaşayan halkta kalaazarın görüldüğünü, köylerde kalaazar epidemisi çok şiddetlendiği zaman ancak kâhillerin enfekte olduklarını müşahede etmiştir.

Hakikat olan şudur ki andemik bölgelerde hastalık menbai her zaman mevcuttur. Nakil için muhit şartları uygunlaşır. Halkın içinde de her zaman hastalığa çok hassas bir kaç kişi bulunur. Bu balans ancak iklim şartlarının muvakkat bir zaman için fevkalâde uygun olmasile, halkın umumî mukavemetinin bazı epidemilerle azalmasile kalaazar âni olarak bütün mıntakayı istilâ edebilir. Hastalığın yayılmasını önleyen faktör âşikâr olarak halkın ekseriyetinin şahsî mukavemetleridir. Birçoklarının, enfeksiyona maruz bulunmasına rağmen, birkaçı

hasta olur ve birkaçında kalaazar klinik sendromları inkişaf eder.

Young ve Herting Çinde Kalaazar epidemilerini sıklık olarak 15-20 senede husule geldiğini ve bir köyde olan epideminin diğer bir köydekiyle münasebeti olmadığını görmüşlerdir. Husule gelen epidemiler 4-5 veya daha fazla sene devam ediyor. Bilâhara 10-15 sene nadir vakalar görülüyor, veya vakaya rastlanmıyor. Müellifler bu azalışı tedaviye atfetmişlerdir. Shortt ve Young ise Hindistandaki fenomenin aynen Çinde de vukua geldiğini ileri sürmüşlerdir.

Çin ve Hindistanda mühim bir intan menbai dermal leishmaniosis'dir. Naiper ve Gupta dermal leishmaniosis'in diğer klinik belirtiler olmasına bile enfeksiyon için bir rezervuar olduğuna inanırlar. Nitekim flebotomlar bu gibi hastalar üzerinde beslenirse enfekte olurlar. Aynı müellifler bir visceral leishmaniosis epidemisinden sonra klinik semptomların tedricî olarak cilt manifestasyonlarına inkılâp ettiğini müşahede etmişlerdir.

Mahaza kalaazar bölgelerinde umumiyetle cilt enfeksiyonlarından ziyade visceral lezyonların hastalık için en mühim menba olduğu kabul edilmiştir. Andemik bölgelerde intan menbai insan ölmekle beraber Akdeniz bölgelerinde köpeklerin, Çinde cildi leishmanyalı köpeklerin intan menbai olduğu kabul edilmektedir. Enfekte insan ölümlerini yiyen köpekler hastalığa tutulmaktadır.

Kalaazara karşı tabii ve kishî muafiyet meydana geldiğine ait emareler vardır. Bu sebepten kültür enjeksiyonları ve ârizî inokülasyonlarla kâhilde nadiren intan meydana gelir. Buna mukabil hastalık geçiren şahıslarda bu gibi inokülasyonla intan meydana getirilememiştir. Muhtelif mıntakalarda muhtelif yaşlarda hastalığın görülüşü muhtelif epidemiyolojik faktörlerle meydana gelen halkın kishî muafiyet derecesine atfolunmuştur. Bu sebepten Akdeniz bölgesinde enfekte köpeklerle yakın teması olan çocuklar mükerrer enfeksiyonlara maruz kalırlar. Bu şekilde kısmî muafiyet ve premunition husule gelir ki kâhil hayatta enfeksiyondan şahsı korur. Diğer taraftan Hindistanda muafiyeti hazırlıyacak sebepler ve meselâ köpek gibi herhangi bir hayvan rezervuarı tesbit edilemediğinden burada gençler ve kâhillerde enfeksiyona hassastırlar. Bu görüş son harpte Akdeniz bölgesinde hassas İngiliz ve Amerikan askerlerinde fazla kalaazar görülmesiyle teyit edilmiştir.

Epidemiolojide nazarı itibara alınacak mühim bir faktör de nâkilerdir. İlk zamanlarda Rogers, Patton, Wanyon gibi müellifler tahtakurularını (*Cimex lectularis*) nâkil olarak mütalâa ve hasta üzerinde beslenen bu haşerelerin bağırsaklarda flajellalı çoğalma şekilleri görmüşlerse de:

1 — Tahtakuruşunun tükrük güddelerinde parazite rastlanmamış ancak arka bağırsakta görülmüştür.

2 — Arka bağırsak muhteviyatı tecrübe hayvanlarına şırınga olunursa enfeksiyon meydana gelir.

3 — Tabii olarak tahtakurularında enfeksiyon tesbit olunamamıştır.

Basile, leishmania'lı dalakta beslenen köpek pirelerinde (*Ctenocephalus canis*) ve insan pirelerinde (*Pulex irritans*) flajellalı şekiller gördüğünü iddia etmişse de diğer müellifler tarafından iddia teyit olunmamıştır.

İlk defa Sergent ve Pressat taraflarından flebotomlar nâkil olarak kabul edilmiştir. Bunu Wenyon Bağdatta, Mackie ve Acton, Hindistanda, Knowles Naiper ve Smith yine Hindistanda teyit etmişlerdir. Sinton phlebotomus argentipes'le kalaazar'ın alâkasını bulmuştur. Bellibaşlı nakil flebotomlardan Ph. Sergenti, Ph. Argentipes, Ph. Chinensis, Ph. Papatasi vardır.

Flebotomlar kan emdikten 3 gün sonra leptomonas şekilleri orta bağırsakta, 5 gün sonra leishmania'lar tükrük güddelerinde görülürler. 8-9 uncu günü sinekte leishmania'lar enfektif hale gelirler. Bu gibi sineklerle kobaylar ve köpekler insanlardan daha kolaylıkla enfekte edilebilirler. Kâhil insanlar hasta kanı, hasta dalak ponksionu hasılası enjeksiyonlarına ve flebotomlarla inokülasyonlara oldukça mukavimdirler.

Flebotomlardan gayrı diğer haşerelerden bilhassa geneler ve köpek bitleri de hastalığın naklinde rol oynadığı bazı müellifler tarafından kabul edilmektedir. Kan emen haşerelerle nakilde bazan görülen müşkülât hastalığın diğer yollarda intikâlini düşündürmüştür. Parazit hamili lökositlerin böbreklerden idrar yollarına, bağırsaklardan gaitaya geçişi ve bunların müşahede edilmesi, bunlarla kirlenmiş gıda maddeleri ve su ile hastalığın insandan insana bulaştığı kanaatini vermiştir. Keza burun mukozasından, tonsil üzerinden yapılan frottillerde leishmania'ların görülmesi damla intanı olabileceğini düşündürürse de böyle bir yayılma hastalığın jeografik sahalarının net olarak ayrılması, diğer mıntakalara yayılmaması ve nihayet andemik yerlerde 700 metreden yukarı çıkmaması yüzünden mühim görülmüyor.

Münakaşa: Dünyanın kalaazar bölgelerinin belli başlı bir mıntakası Akdeniz havzası olup Adana ve havalisi bunun bir kısmıdır. Epidemiolojide rol oynayan faktörler bilhassa rutubet derecelerinin, sıcaklığın uygunluğu nâkil flebotomların mevcudiyeti nihayet enfeksiyon menbai ile ötedenberi muafiyet ve mukavemetleri sıtma ile kırılmış halkın bulunuşu kalaazarın andemik olarak mevcudiyetini hazırlamıştır. (Maalesef bölgenin flebotomları tetkik o-

lanmamıştır). Bunlar nazarı dikkate alınarak yapılan soruşturmalarda ilk olarak Adanada 929-930 senelerinde Muzaffer Lokman bilâhara Osman Bozkurt ve Seyfettin Okan müteaddit vakalar gördüklerini, bir kısmının klinik olarak teşhis ve tecrübî tedavilerle şifa elde ettiklerini, bir kısmında da lâboratuvar bulgularile kat'î teşhis koyduklarını beyan etmişlerdir. Osman Bozkurt Adana memleket hastanesi dahiliye servisinde çalışırken Sıtma enstitüsünün sıtma koğuşuna müteaddit vakalar yollamış, bunlardan birçoklarında kalaazar (C.G.) tarafından tesbit edilmiştir. Pratik olarak Osman Bozkurt'un akciğerlerde ödem ralleri ve ayaklarda ödem bulunan çocuklarda meşguliyetin beyhude olacağını, hepsinin fatal olduklarını beyanı şayanı hayret pratik kanaatlerdir. Bütün uğraşmalara rağmen böyle vakalarda tedavile hakikaten muvaffakiyet elde olunamamıştır.

Bilâhara (E.B.) Adana doğumevinde çalışırken yine müteaddit vakalar hazırlayarak sıtma enstitüsüne yollamış ve birçoklarında dalak ponksiyonile leishmania'lar tesbit edilmiştir. New Yorktan Prof. Carl Reich'in vaki müracaati üzerine bu vakalardan preparasyonlar yollanmıştır.

Bütün bu vakalarla kalaazarın andemik olarak bölgede mevcudiyetini kabul ve görülen vakaların mutad ve fazla bir hususiyeti olmamasile klasik tablolar göstermesi, nihayet bir senede 10-15 vaka halinde yalnız tarafımızdan görülmesini, bunun haricinde diğer meslekdaşların da vakaları bulunduğunu (Hilmi Yalçın, Yalçın Ceylanoğlu, Hasan Rıza Akyürek) burada tebarüz ettirmek isteriz.

Netice: Kanda lökositin vakamızda 4650, M. K. İniç ve M. Aksoyun vakalarında 5400 oluşunu kalaazar için çocukların yaşlarını nazarı itibara alarak lökopeni kabul etmek mümkündür. Ayrıca tali enfeksiyonlar dolayısıyla her vakada her zaman lökopeni bulunmayabilir.

Vakamızdaki polyneuritis'in tedavile düzelmesi enteresandır. A. Portier ve arkadaşları bir kalaazar vakalarında glucantime tatbikinden sonra polinevritik lezyon görmüşlerdir.

Harp sonunda memleket dahilinde sıtma ile yapılan geniş savaş bilâhara DDT nin fazla miktarda

atbiki ile mücadeleden alınan faydalı sonuçlar yalnız sıtmaya inhisar etmez. 1936 senesindeki büyük sıtma epidemisinin korkunçluğu artık tarihe mal olmuştur. Harp seneleri içinde bile sıtma büyük kitlerle hareketlerinde amansız düşmandı. Sıtma mücadelesi polikliniklerinde çeşitli plazmodileri tesbit her zaman ve her an mümkün iken bugün kan muayenelerile 100 sıtmalıda ancak 5 selim tersiyana tesbit edilebilmiştir. (C. K. Kozan).

Yukarıda söylediğimiz gibi mücadelenin muvaffakiyeti yalnız sıtmaya inhisar etmemiştir. Karasineklerle intikal eden bakteriyolojik ve parazitolojik hastalıklarda muhakkak bir azalmanın mevcudiyetini kabul etmeliyiz. Dolayısıyla DDT den müteessir olan flebotomlarda da ve intikal ettirdiği hastalıklarda da bir azalma düşünebiliriz. Hertig (1948) Yunanistan ve İtalyada yaptığı bir tetkikte DDT tatbik olunmuş sahalarda flebotomların çok azaldığını buna mukabil DDT tatbik olunmamış sahalarda flebotomların hâlâ mevcudiyetini müşahade etmiştir.

Bölgemizde kalaazar artık senede bir kaç müteakıp senelerde hiçe inecektir.

English summary :

The authors record a case of kalaazar seen in Adana in a child 5 years old, by clinical and parasitological examinations proved the diagnosis and showed a polyneuritis on the left leg. This was supposed to be due to atebirin and quinine injections given during the course of the infection. The kalaazar and the polyneuritis have been cured by injections of Neostibosan following Glucantime as a reenforced treatment. The authors have seized the occasion to consider the endemo-epidemiology of kalaazar in South Anatolia.

Literatür :

- İnanç M. K., Aksoy M.:** Anadolu Kliniği Yıl: 18 No: 3.
Strong: Stitt's Diagnosis Prevention and Treatment of Tropical Diseases 1945.
Gökberk C.: Sıtma ve Benzeri Hastalıkları 1948.
Hoare C. A.: Handbook of Medical Protozoology 1949.
Belding D. L.: Clinical Parasitology.
Mackie T.T., Hunter G. W., Brooke Worth C.: Manuel of Tropical Medecine 1946.
Herting M.: Bull. World Health Organisation Cild: 2 No: 4 1950.
Portier A., Boulard C., Massonnat J.: Algérie Medicine Cild: 5, No: 2, 1951.
Koenigstein R. P., Chiu Y. S., Tsai K. C.: Trans. Roy. Soc. Tr. Med. and Hyg. Cild: 44, No: 3, 1950.

Gülhane Askeri Tıp Akademisi II. Hariciye Servisi:

Şef: Prof. Dr. Recai Ergüder

Göğüsü Ameliyatlarda Endotrakeal Anestezi

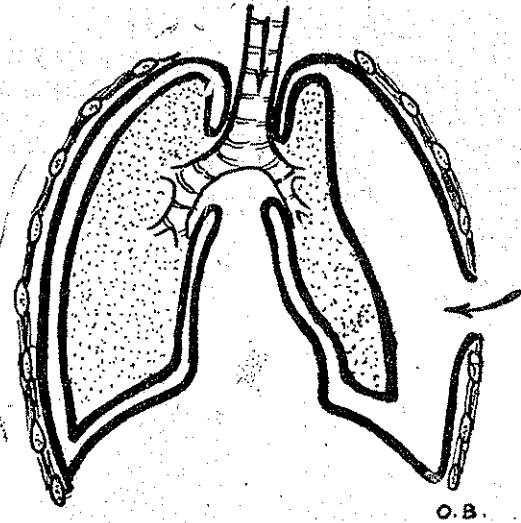
Dr. Orhan Bumin (*)

Akciğer ve göğüs cerrahisinde bugün müşahede ettiğimiz mühim terakkide, anestezi sahasındaki tekâmülün çok büyük bir rolü vardır.

Filhakika, eski zamanlardanberi göğüs cidarında husule gelen yaralanmalarda, yara küçük olsa ve bir kan kaybı olmasa bile hastanın öldüğü, aynı cesametteki bir yara karın cidarında husule geldiği takdirde hastanın iyileştiği veya uzun müddet yaşadığıktan sonra öldüğü, müşahede edilmiştir.

Böyle göğüs yaralanmalarında Müller akciğeri elle veya pensle tutup yaradan dışarıya doğru çekmeği ve bu suretle, ilk iş olarak göğüs cidarındaki deliği tıkağaği tavsiye ediyordu.

Yapılan araştırmalar, plevra boşluğunda menfi bir tazyikin mevcut olduğunu, göğüs cidarı yaralanarak plevra açılınca, buraya havanın hücum ettiğini ve akciğeri söndürdüğünü gösterdi. Bununla beraber daha mühim iki hadise de vukua geliyordu. Bunlardan birisi Almanların **Mediastinal Flatter** dedikleri haldir ki, mediastinumun her nefes alıp vermede sağa, sola yer değıvtirmesidir (Şekil 1 ve 2). Bu deveranda mühim bozukluklar husule getirir.

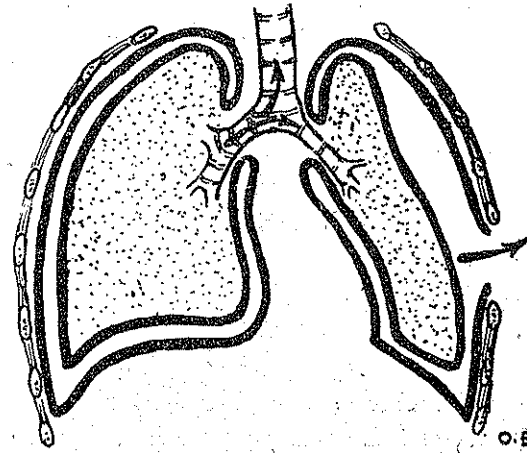


Şekil: 1. — Trakeadan daha geniş bir göğüs yarasında, nefes alma esnasında akciğer ve kalbin vaziyeti.

Diğeri, Almanların **Luft Pendelung** dedikleri hadise olup, nefes alma esnasında, pnömotoraks olan taraf akciğerinden, bir kısım havanın sağlam taraf akciğerine geçmesi, hastanın hariçten aldığı oksijen miktarının düşmesi, ve nefes vermede de sağlam taraftaki havanın bir kısmı trakea yoluyla harice atıl-

makla beraber, bir kısmının diğer taraf akciğerine geçmesidir. Müteakıp nefes almada bu temizlenmiş hava tekrar sağlam akciğere geçer (Şekil 2). Bu olay kanın oksijenlenmesini ileri derecede bozar.

İşte bu sebeplerle, tehlikesiz olarak göğüs cerrahisi yapabilmek için pnömotoraksın bu zararlı tesirleri azaltılmalı, ameliyatın sonunda pnömotoraks bertaraf edilmeli idi.



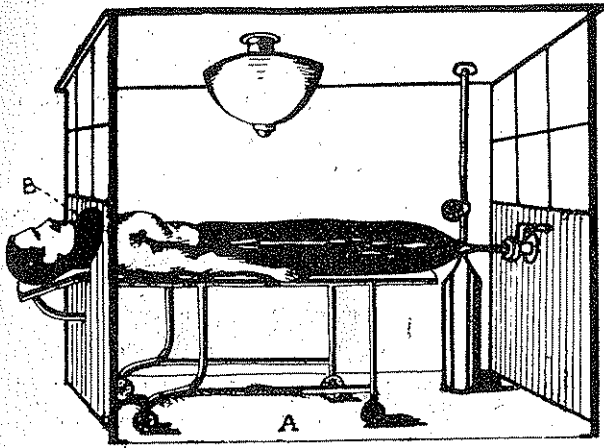
Şekil: 2. — Nefes vermede.

Tuffier ve Holliom 1895 yaptıkları —dahiyane olarak tavsif edebilecek— araştırmaları ile trakea ve bonküsler içindeki hava tazyiki 10 sm. su tazyiki kadar yükseltilecek olursa plevranın açılması ile pnömotoraksın husule gelmediğini gösterdiler. Bu maksat için ufak bir âlet de yaptılar.

Breslau'da Mikulicz'in kliniğinde çalışan Sauerbruch 1904 de pnömotoraksın fiziopatolojisini esaslı bir şekilde tetkik etti. Bu Alman cerrahı hastanın başı dışarıda kalacak şekilde, göğdesi, her tarafı kapalı bir oda kalacak ve bu odanın havası kısmen boşaltılmak suretiyle tazyik düşürülecek olursa, göğüs açıldığı zaman akciğerin kollabe almayacağını gösterdi (**Unterdruck verfahren**). Şekil 3 de böyle bir odanın şeması görülmektedir. (A) odanın havası kısmen tahliye edilerek tazyik düşürülmektedir. (B) deki delikten hastanın başı dışarıya çıkarılmakta, ve buradaki lâstik bir halka, hastanın boynuna iyice intibak ederek havanın içeriye girmesine mani olmaktadır. Bu usulde cerrah alçak tazyikli bir odada çalışmak mecburiyetinde idi.

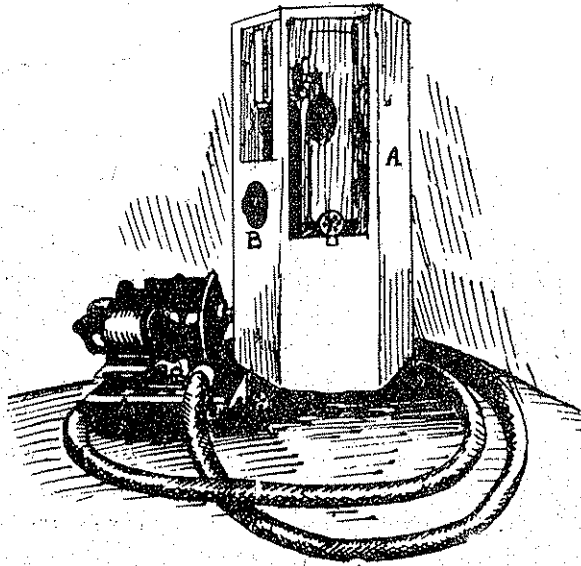
Sauerbruch, bilâhere, hastanın akciğerlerine sevkedilen havanın tazyiki, atmosfer tazyikından yüksek olduğu takdirde aynı neticenin elde edileceğini de gördü (**Überdruck verfahren**). Engelken bu

(*) Halen İstanbul Sarayburnu Asker Hastahanesi Göğüs Cerrahisi servisinde.



Şekil 3. — Sauerbruch'un alçak tazyik odası

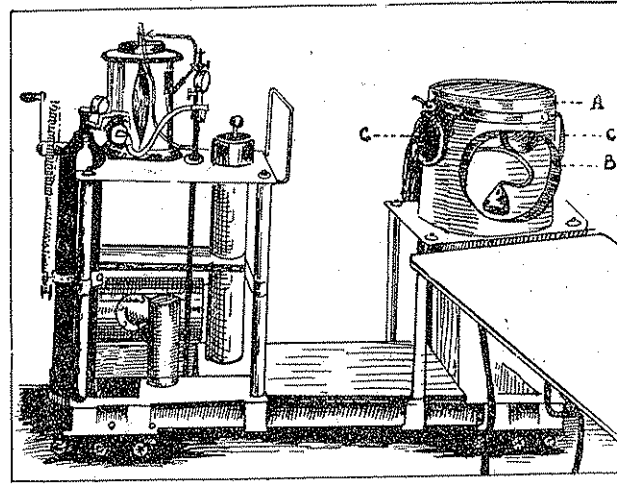
prensip üzerine çalışan bir anestezi makinesi yaptı. Şekil 4 de böyle bir âlet görülmektedir. Burada has-



Şekil 4. — Engelken'in yüksek tazyik odası.

tanın vücudü hariçte, yani âdi atmosfer tazyikında kalmaktadır. Fakat hastanın başı (B) deliğinden (A) odası içine sokulmaktadır. (A) odasının içindeki hava tazyiki hususî motör vasıtasile haricî havaya nazaran yükseltilmektedir. Bu cihazda anestetist, A odasında oturmakta yani yüksek tazyikli bir muhitte çalışmaktadır.

Brauer bu işi biraz basitleştirdi. Hem cerrahi hem anestetisti normal hava şartlarına maruz bırakan bir âlet yaptı (Şekil 5). Bunda hastanın başı (B) deliğinden (A) kutusu içine sokulur. Bu kutunun üstü cam olup anestetist buradan hastanın yüzünü görebilmektedir. (C) deliklerinden kollarını sokarak hastaya lâzım gelen yardımı yapar. Gerek (B) gerekse (C) deliklerinin kenarında, hastanın başına ve anestetistin kollarına iyice intibak edecek lâstik manşetler vardır. Bu âlette yalnız, hastanın başının bulunduğu (A) kutusunda havanın tazyiki normale nazaran yükseltilir.

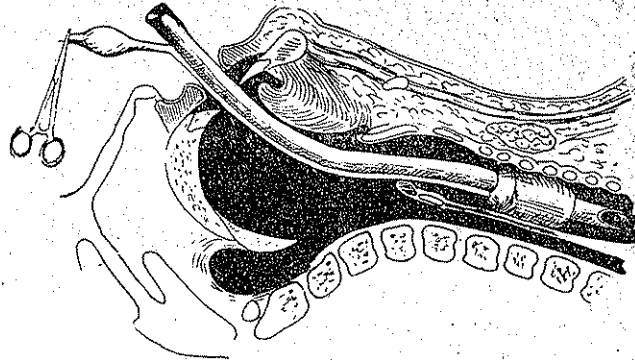


Şekil 5. — Brauer'in anestezi âleti

New York'ta Willy Meyer'in yaptığı **Universal-druckdifferenzkammer** hem alçak hem yüksek tazyik ile çalışabiliyordu.

Fakat bütün bunlar nakli çok güç hattâ mümkün olmıyan çok komplike tesislerdi.

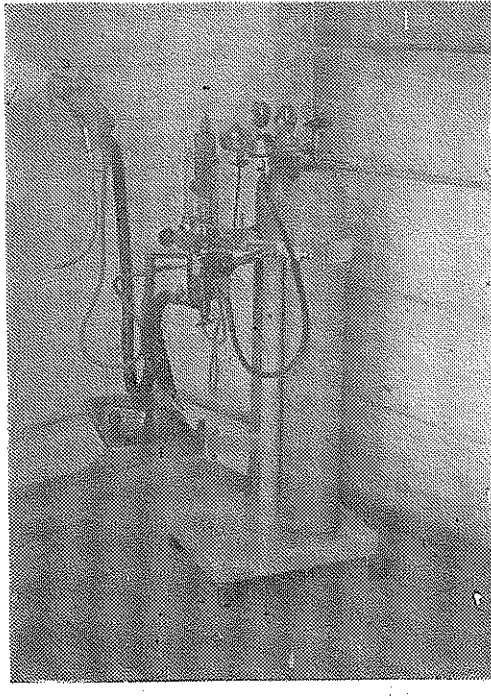
Halbuki bugün kullanılan **Endotrakeal Anestezi Cihazlarında** hastanın ağızından veya burnundan sokulan bir lâstik boru (**Endotrakeal Tüp**), hastanın trakeası içine konur. Bu lâstik borunun etrafındaki lâstik balon şişirilerek trakea cidarına tamamen intibak ettirilir (Şekil 6). Bu vaziyette, hastanın akci-



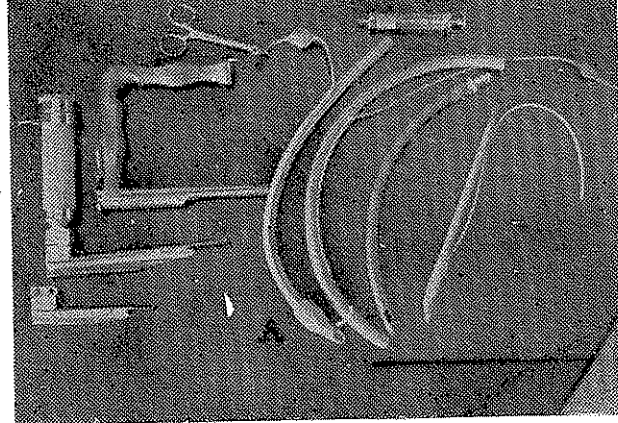
Şekil 6. — Trakea içine konmuş endotrakeal tüp.

ğerleri, endotrakeal tüpün lümiyeri vasıtasıyla hariçle münasebtedir. Bu tübün haricî ucu anestezi cihazına raptedir. Modern anestezi cihazları tamamen kapalı bir sistemdir. Hastaya oksijen ve anestetik maddeyi verir, hastanın karbon dioksidini **Soda Lime** denilen, esas maddesi kalsiyum hidroksit ve sodyum hidroksitten ibaret olan, bir madde ile alır. Bu âlette hastaya verilen gazlerin tazyikini arttırmak veya azaltmak suretiyle hastanın akciğerleri şişirilir veya söndürülür. (Şekil 7) de kullanmakta olduğumuz anestezi cihazlarından biri görülmekte, (şekil 9) da da servisimizdeki muhtelif laringoskop ve Endotrakeal tüpler müşahede edilmektedir.

Trakeayı entübe ederek anestezi yapmanın tarihçesine gelince:



Sekil: 7. — Endotrakeal tüp ile birlikte modern bir anestezi aleti.



Sekil: 8. — Kullanmakta olduğumuz muhtelif laringoskop ve endotrakeal tüpler (A) işaretli tüpün balonu şişirilmiş vaziyettedir.

1542 de A. Vesalius bir hayvanın trakeasına kamış sokarak buradan üflenirse hayvanın akciğerlerinin genişleyeceğini gösterdi. 1857 de John Snow ilk defa hayvanlarda intubation anestesisini kullandı. Fredrich Trendelenburg bu metodu 1869 da insanlara tatbik etti. Fakat Trendelenburg evvelâ bir trakeotomi yapıyor ve tüpü buradan sokuyordu. William MacEven 1880 de ilk defa trakeatomi ypmadan ağız yolu ile madenî bir boruyu trakea içine soktu ve buradan anestetik maddeyi verdi. I. ve II. Dünya harpleri esnasında göğüs, çene ve yüz yarablarının tedavisi mühim bir önem kazandı, ve intubation tekniği de daha mükemmel bir hale geldi.

Bugün Magill, Woodbrige, Forreger gibi müelliflerin muhtelif evsafa endotrakeal tüpleri vardır.

Meselâ bunlar lâstikten, Protex denilen plastik madeden, sertleştirilmiş ipekten veya helezonî bir çelik tel üzerine lâstik boru geçirmek suretiyle yapılmışlardır. Bu tüplerin cidarı mümkün olduğu kadar ince fakat kâfi sertliği haiz olmalıdır. Flexible olduğu halde kolayca bükülüp köşe yapmamalıdır.

Bu tüplerin trakea içine konması yani **İntubation** Cocaine veya Pontocaine kullanarak yapılan topical anestezi altında olduğu gibi ekseriya umumî anestezi altında yapılır. Topical anestezi ile intubation bilhassa akciğerin süpüratif hastalıklarında indikedir. Topikal anestezi altında entübasyonu, anestetist, bazı dahiliye vak'alarında kullanmak mecburiyetinde kalabilir. Meselâ Pittsburgh'da Montefiore Hastahanesinde Anestezioloji servisinde asistan olarak çalışırken, dahiliye servisinde anjio-nörotik ödemler sebebiyle tedavi edilmekte olan genç bir erkek hastada ânî olarak glotis ödemi husule gelmiş, kendisini topikal anestezi ile entübe ederek bir traqueatomiden kurtarmıştık.

Endotrakeal entübasyon için eter, Cyclopropane, ethylene gibi anestetikler kullanıldığı gibi, en mütemmim şekil Pentothal ile Curare'ı teşrik etmektir.

Entübasyon, endotrakeal anestezinin mühim bir safhasını teşkil eder. Bunun tekniğinden bu esnada husule gelen elektrokardiografik değişikliklerden ileride ayrı bir yazımızda bahsedeceğiz. Burada muhtelif entübasyon şekillerine kısaca işaret edelim:

Endotrakeal tüp, trakeaya ya ağız yolu ile **Orotracheal**), veya burun yolu ile **Nasotracheal** konur.

Nasotrakeal şekilde de, ya laryngoscope kullanmadan **Blinde - Körlleme** entübasyon yapılır. Yahut tüp burundan sokulduktan sonra ağıza konan bir laringoskop yardımı ile **direkt** olarak trakeaya yerleştirilir.

Oratrakeal entübasyonun da üç şekli vardır. a) **Direkt** metod olup, bunda tüp bir laringoskop yardımı ile ve onun içinden geçirilmek suretiyle trakeaya konur. b) **İndirekt** metod, bunda yine laringoskop kullanılır, fakat endotrakeal tüp laringoskopun dışından trakeaya idhal edilir. c) **Parmakla Körlleme** (Blinde) entübasyon; anestetist hastanın ağızına işaret ve orta parmaklarını sokar, bunların yardımı ile laringoskop kullanmadan entübasyonu yapar.

Eversole, Murphy, Wis-Forreger, Guedel, Miller, Macintosh, Lloyd gibi müelliflerin yaptıkları ve birbirinden ufak farkları olan muhtelif laringoskoplar vardır.

Biz ilk vakamızda —elimizde başka âlet olmadığı için— **Chevalier Jackson**'ın bronkoskopi cihazındaki laringoskopu kullandık. Tabiatıyla bu âlet entübasyon için —diğerlerine nazaran— hiç de uygun değildir.

Endotrakeal anestezinin endike olduğu haller:

1. Bütün göğüs içinde yapılacak ameliyatlar,
2. Baş ve boyunda yapılacak ameliyatlar,

3. Ağız içinde yapılacak ameliyatlar, meselâ dilin eksizyonu, alt çene rezeksiyonu.
4. Trakea ve larenks ameliyatları,
5. Trakea civarında yapılacak ameliyatlarda harici tazyik ile trakeanın kollabe olması ihtimali varsa,
6. Midesi boş olmıyan hastalarda âcil olarak müdahale yapılacağı zaman, kusma ihtimali hallerinde,
7. Kaşetik hastalar uzun bir ameliyata maruz kalacaklarsa,
8. Hastanın Prone vaziyette yatması icabeden nöroşirürjik ve otopedik ameliyatlarda,
9. Şişman kâhillerde Tonsillektomi yapılacağı zaman nasotrakeal yol ile entübasyon çok faydalıdır.
10. Hastanın geçmişinde laringosposm, hikâyesi varsa o zaman endotrakeal anestezi tercih edilmelidir.

Kontrendike olduğu haller :

1. Ufak bir travmaya tahammül edemeyecek kadar kötü durumda olan hastalar,
2. Larenks civarında had iltihabî bir hastalık varsa,
3. Derin bir anestezinin kontrendike olduğu hallerde endotrakeal anestezi de kullanılmamalıdır.

Şimdi de, göğüs cerrahisinde anestezinin ana hatlarına kısaca işaret edelim:

Göğüs cerrahisinde anestezinin, diğer cerrahî müdahalelerdeki anesteziye nazaran hususiyetleri olduğu gibi, göğüs cerrahisini alâkadar eden muhtelif ameliyatlardaki anestezi problemleri birbirinden farklıdır. Meselâ, bir dimağ tümöründeki anestezi tekniğinden çok farklı olduğu gibi, mitral darlığının cerrahî tedavisindeki anestezi problemleri, bronşektazinkinden daha başkadır.

Bir anesteziolojistin gayesi, gerek anestetik maddeler, gerekse anoxemia ile nesiclere zarar vermeden uygun bir anestezi husule getirmek ve hastayı ameliyatın sonunda normal hale iade etmektir. Fakat cerrahinin hiç bir şubesi, göğüs cerrahisi kadar, anesteziolojisti bu idealden uzaklaştırıcı manialarla dolu değildir.

Akciğer ventilasyonu göğüs içi müdahalelerde bir akciğerin kollabe olması ve hastanın masa üzerindeki vaziyeti sebebiyle, ileri derecede bozulur. Aynı âmiller deveran fonksiyonlarında da müşkülât husule getirirler. İnhalation anestezi-sinin esas vasıtası olan akciğerler, çok defa hastalığın da bulunduğu yerdir. Bu şekil anestezi ayrı bir mania ile de karşılaşmış olur.

Bu bakımdan bazı noktaları biraz tafsil edeceğiz:

Akciğerlerin ventilasyonu:

Gerek nefes alma, gerekse nefes verme veya her ikisinde birden mevcut müşkülât O₂, CO₂

bozukluğu mucip olur. Bu bozukluk deverana daha fazla yük yükler. Bu yüke, hastalar, bilhassa göğüs uzuvlarından hasta olanlar, uzun müddet dayanamazlar.

Bu ventilasyon bozukluğu evvelce izah ettiğimiz gibi plevranın açılmasından mütevellit olduğu gibi, ameliyat esnasında bronküsler, diafragma, akciğerler, mediastinum üzerine yapılan direkt tazyiklerden, veya hava yollarındaki bir tıkanmadan mütevellit olabilir.

Akciğerlerin ventilasyonu gayri kâfi olduğu zaman, müsbet tazyikli anesteziye ihtiyaç baş gösterir. Yani, anestetik gazlar ve buharlar, oksijen hastaya müsbet bir tazyik altında sevk edilir. Bu, ya spiropülsatör denilen âletlerle otomatik olarak veya muhtelif anestezi makinelerindeki lastik balon üzerine anestetik tarafından el ile uygun bir tazyik yapmak suretiyle elde edilir. Biz bu sonuncu usulün daha iyi olduğu kanaatindeyiz.

Yalnız hastanın ventilasyonunu kolaylaştırmak değil, bazan da hastanın teneffüs fiilini biz anestetistin üzerine alması, idare etmesi icabeder (**Kontrollü Teneffüs - Controlled Respiration**). Bu halde hastanın spontan teneffüsü durdurulur. Bundan sonra anestezi balonuna, anestetik tarafından yapılan tazyik ile teneffüsün adedi, zamanı, vüs'ati ayarlanır. Bu usulde husule gelen hyperventilasyon, CO₂ nin fazla absorbe edilmesini, bu suretle hastada bir alkaloz doğmasını musip olur. Bu muvakkat alkalozun insanlarda zararlı olduğu isbat edilmemiştir. Kontrollü teneffüs ile iyi bir ventilasyon elde edebilmek için endotrakeal tübün trakea içine iyice intibak etmesi, CO₂ yi tamamen alacak bir (Absorber), ılık, ıslak ve kâfi oksijen temin eden bir atmosfer, Küçük deveranda kan hareketine, sistemik deveranda veridî kanın dönmesine mani olmayacak bir insufflation tazyiki lâzımdır.

Göğüs yollarının ifrazatla tıkanması :

Göğüs cerrahisi anestezi-sinde mühim bir tehlike teneffüs yollarındaki ifrazattan gelir. İfrazat hava yollarını tıkayabilir ve asphyxia'ya sebep olabilir. Bundan başka cerahat ve badgamın veya kanın akciğerin sağlam kısımlarına yayılması Pneumonitis ve Atelectasis husule getirebilir. Bu sebeple akciğer süpürasyonu olan hastalarda ameliyattan evvel postural drenajın pek büyük kıymeti vardır. Hattâ icabeden vak'alarda anestezi-den hemen evvel bronkoskopi ve bronkial aspirasyon yapılmalıdır.

Premedikasyon zamanını tayin bu bakımdan ehemmiyet kazanır. Bilhassa eter hâkim anestetik ajan ise atropin veya scopolamin anestezi-nin başlamasından 45 dakika — bir saat evvel yapılmalıdır.

Ameliyathanede bir aspirasyon makinesi, anestetistin daima emrinde bulunmalı, hastaların

endotrakeal tüplerinin içi, bronküsleri, farenks ve ağzının içi sık sık aspire edilmelidir. Anestetist, ameliyatın bitiminde, mümkün olduğu kadar erken öksürük refleksinin avdetini temine çalışmalıdır. Bazı anestetistler, ameliyat esnasında dahi öksürük refleksini muhafaza etmeğe çalışırlar, halbuki bu, birçok sebeplerden tavsiyeye şayan değildir.

Reflekslerden mütevellit komplikasyonlar:

Göğüs ameliyatları esnasında gayri tabii reflekslerin uyandırılması bu tarz müdahalelerin ciddiyetini artırır. Vaguslar göğüs içinde pek çok ince dallara ayrılır. Bunların tenbihi ile gerek teneffüs, gerekse deveranda bir takım bozukluklar görülür. Vagus tenbihinden sonra apnoea görülebilir veyahut teneffüs sür'atlenebilir. Akciğer hilus'ü civarında çalışıldığı zaman bozukluklar bilhassa âşikârdır. Teneffüs ile beraber deveran bozuklukları veya yalnızca deveran bozuklukları görülebilir. Bradycardia ve hypotension nadir değildir. Âni kalp durması da zuhur edebilir. Bu refleksler parasimpatigi inhibe eden atropin ve scopolamin gibi ilâçlarla deprese edilir. Veya vagus üzerine, veya tracheanın alt kısımları, ve hilus civarına dağılan dalları üzerine Procaine tatbik ederek bu reflekslerin mühim kısmı önlenir. Kaburga periostum'unun kazanması, veya endotracheal tüpün tracheaya konması bu tarzda reflekslerin doğmasına sebep olabilir. Laringospazm, bronkospazm, apne görülebilir. Bu hallerde intravenöz Procaine veya Procaine amide verilir. Bu sonuncu ilâç profilaktik olarak ağızdan da kullanılmaktadır. Procaine amide'in anestetistin amemontorium'una ithali son iki senenin mühim terakkilerinden biridir.

Anestetik ajanlar :

İyi bir ventilasyon temin etmek, sekresyon ve reflekslerle mücadele etmek göğüs cerrahına hakikile yardım edecek anesteziolojist için kâfi değildir. Hastanın anesteziye (Induction) ı çok sakin olmalıdır. Öksürük, kusma, çirpimlar; hastalığın yayılmasına, anoxemia ve atelektazilere sebep olabilir. Ameliyat esnasında teneffüs hareketleri arttırılmamalı, tenbih edilmemelidir. Bu hususta elde Pentothal, Azot Protoksit, Eter, Etilen, Siklopropan gibi muhtelif anestetik ajanların bulundurulması, bunların muhtelif farmakodinamik vasıflarını iyice bilerek, onlardan yerine göre istifade edilmesi pek mühimdir. Kısa bir makalede bu hususta daha geniş tafsilât vermek mümkün değildir. Yalnız şuna işaret edelim ki, iki veya daha fazla anestetigin muhtelif vasıflarından istifade ederek kullanılan (**Dengeli Anestezi - Balanced Anesthesia**) göğüs cerrahisi için bilhassa faydalıdır. Fakat bütün bu anestetik ajan ve tekniklerden daha mühim olan şey bunları kullanacak olan anestetistin maharetidir. Meselâ bugün pneumo-

nectomy, lobectomy'yi epidural anestezi hattâ lokal anestezi altında yapan müellifler vardır.

Preanestetik ilâçlar :

Anestezinin başlangıcı ve onun seyrine tesir eden en mühim âmillerden birisidir. Hastanın, yaşına, hastalığına, umumî haline, maruz kalacağı ameliyatın nevine, miktarının, tatbik zamanının tayini anesteziolojistin ihtisasını göstereceği bir sahadır. Morphine, Atropine, Scopolamine, Demoral (Dolanitine, Dolosal) ve muhtelif barbiturikler lüzumuna göre kullanılır. Meselâ akciğer kanserinden ameliyat olacak, ihtiyar ve düşkün bir hastaya morphine yerine, küçük doz Demoral tercih edileceği gibi, bronkial astması için akciğer denervation'u yapılacak bir hastaya antihistaminik ilâçlardan tali tesiri uyku olan birisi (meselâ Benedryl) kullanılmalıdır. Kısa sürecek bir ameliyat için uzun müddet tesirini gösterecek bir barbiturik verilmemelidir. Çocuklarda atropine oldukça yüksek dozlarda kullanılmaktan çekinmemelidir.

Vak'alarımıza gelince:

Biz 1 Kasım 1950 den 30 Aralık 1951 tarihine kadar Gülhane Askeri Tıp Akademisi II. Hariciye Servisinde 22-si erkek, 7-si kadın olmak üzere 29 hastaya endotrakeal anestezi tatbik ettik. Bunlardan bir tanesi (Rectum Ca.) müstesna olmak üzere diğerleri entratorasik ameliyatlar içindi. Bunlar, Pnömonektomi, özefagus rezeksiyonu, kardiyotomi, akciğer dekortikasyonu, total mide rezeksiyonu, Fallot Tetraojisinde Potts ameliyatı, mitral darlığında Komisürotomi gibi muhtelif ve büyük göğüs içi müdahalelerdi. Bu endotrakeal anestezilerden üçü müstesna —ki kıymetli arkadaşım Dr. İhsan Günalp tarafından verilmiştir— ya tarafımdan verilmiş veyahut intubation tarafımdan yapıldıktan sonra nezaretim altında arkadaşlarımız Dr. Ali Yücel ve Dr. Cemil Aksoy tarafından devam ettirilmişlerdir. Burada herbirine teşekkürü bir vazife bilirim.

Hastalarımızdan 4 ü Pentothal + Curare kombinasyonu altında, diğerleri de azot protoksit + O₂ + Eter anestezi altında intubé edilmişlerdir.

Vak'alardan bir tanesinde endotrakeal tüp, (Körleme Nasotrakeal) metod ile, diğerlerinde ise direkt orotrakeal usul ile, trakeaya yerleştirilmiştir.

Hastalarımız 8 - 63 yaşları arasında idiler.

Ameliyatların en kısası 55 dakika en uzununu 6 saat 10 dakika devam etmiştir.

Bütün vak'alarda Karbon di oksit (Circle Unit) ile absorbe edilmiş yalnız Fallot tetradı vak'asında (To and Fro) sistemi tatbik edilmiştir.

Akciğer tüberkülozu vak'aları dahil olmak üzere -bir tanesi müstesna- hâkim anestetik ajan eterdi. Fakat bunlar, azot protoksit ve Pentothal ile



ANTIALLERJİK - ANTİSPAZMODİK

BENADRYL (Diphenhydramine hydrochloride, Parke-Davis) antispazmodik vasıfları haiz olan kuvvetli anti-allerjik bir müstahzardır.

1945 senesinde Parke-Davis tarafından piyasaya arz edildiğinden beri dünyada muvaffakiyetle kullanılmıştır. En şayanı hayret neticeleri bilhassa saman nezlesi, vazomotor rinit, ürtiker, anjionörotik ödem, ile farti hassasiyeti, serum ve penisilin reaksiyonları ile beraber, bilhassa ödem, eritem ve prüritle müterafik olan allerjik dermatozların geniş bir kısmının tedavisinde elde edilmiştir.

BENADRYL «Paralysis agitans» (Parkinsonizm) tedavisinde antispazmodik olarak dikkate değer neticeler vermiştir.

PARKE, DAVIS  & COMPANY LIMITED

HOUNSLOW, near LONDON

Türkiye Umumi Vekili:

İLVER LIMITED ŞİRKETİ

Bahçekapı, Kutlu han P.K. 713 - İSTANBUL

COFRON ELIKXIR

DEMİR, BAKIR, KONSANTRE KARACİĞER
VE VİTAMİN B₁₂

Çocuklar için ortalama doz, 2 çay kaşığı (10 cc) veya daha fazladır.
Kâhiller için günlük terapötik doz, iki çorba kaşığıdır (30 cc).

İKİ ÇORBA KAŞIĞI (30 cc) COFRON ELIXIR:

Ferric Ammonium Citrate

(Takriben 200 mg. elemental demir temsil eder). 1,15 gr.

Bakır Sulfate,

(2,66 mg. elemental bakır temsil eder) 10,8 mgr.

B₁₂ Vitamini,

(Konsantre B₁₂ vitamini şeklinde) 6 mcgr.

Karaciğer fraksiyonu I,

Alkolde münhal 2 gr.
ihtiva eder.

COFRON ELIXIR 120 cc. lük şişelerde takdim edilmiştir.

ABBOTT LABORATORİZ NİR. İST. LTD.

TÜRKİYE ŞUBESİ

P. K. 1655 — Tel. : 40296

GALATA - İSTANBUL

teşrik edilmişti. Bir vak'ada hâkim anestetik ajan Pentothal idi. Buna yüksek doz premedikasyon, intravenöz Procaine teşrik edilmişti.

29 hastada doğrudan doğruya anesteziye bağlı ölüm yoktur.

Bugün anesteziadaki ince teferruata misal olmak üzere şunu kaydedelim: Fallot Tetradı olan çocukta gerek metabolizmayı düşürerek oksijen ihtiyacını azaltmak, gerekse hararet ihtibasından

doğacak tesirleri bertaraf etmek üzere, hastayı buz keseleri ile soğuttuğumuz gibi, Soda Lime kutusunu da buz kesesi ile sardık.

Hulâsa edecek olursak, bizim 29 vak'amızın da tebarüz ettirdiği gibi anestezi, bilhassa göğüs cerrahisinde anestezi, pek çok ince teferruatı olan, ayrı bir ihtisas şubesinin lüzumunu kat'i olarak hissettiren bir mesele olup, göğüs cerrahisinin bugünkü terakkisindeki âmillerin en başlıcalarından biridir.

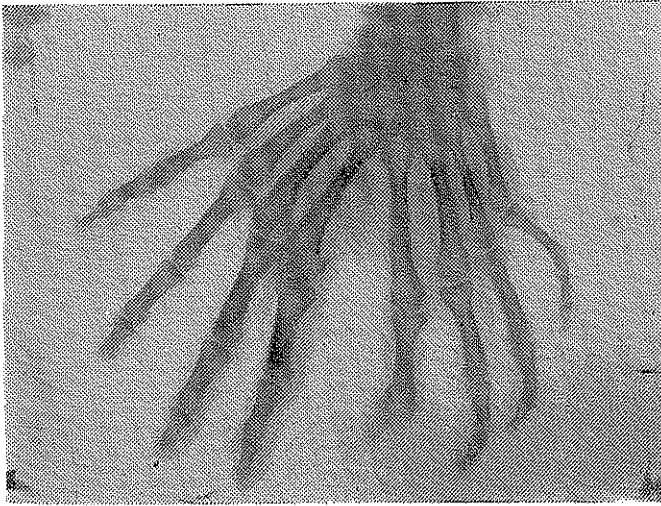
Beyoğlu Belediye Hastanesi

SEKİZ PARMAKLI EL

(La main à huit doigts)

Dr. Asil Mukbil Atakam

Vücudun doğuştan sakatlıkları arasında el ve ayağa ait olanların birçoklarına arasına rastlamaktayız. Altıparmak, bitişik parmak, Pied de Sirène gibi gayri tabii haller klâsik kitaplara geçmiştir. Burada radyografisini koyduğumuz vaka ise eşine ender tesadüf edilen cinstendir. Gerek carpis kemikleri gerekse metacarpaller, falanx'lar ve dış manzara büsbütün başkadır.



Hastamız bir kadındır ve anomalisi yalnız sol elindedir. Başka bir hastalığın muayenesi için müracaatında —hastanın saklamasına rağmen— ta-

rafımdan tesadüfen görülmüştür. Radiogramda görüldüğü gibi hasta orta yaşta olduğu halde radyüsün alt ucu atrofik, ulnanın alt ucu ise ikiye ayrılmış gibi ve processus styloideus yoktur. Ossa carpililer sekiz yerine âşikâr oniki adet ve metacarpalia kemikler ise beş yerine sekizdir. Başparmak ayrı plânda olacağına bunun yerinde dört tane metacarpal kemik vardır. Metacarpallar dörderden iki kısma ayrılmış ve iki dört arasında nisbeten fazlaca bir mesafe vardır. Beşinci parmağın birinci falanksı biraz eğri vaziyette, dördüncü parmağın son falanksı bazal ucu parçalı (sürnümerer kemik), diğer falankslar normaldir.

Elin hareketi ve kavrayışı tamamen normal olup, başparmağın yerindeki dört ayrı parmak bunun vazifesini görmektedir.

Sekiz tane normal olan ossa carpi'lerden başka Grinbach'ın mufassal ve esaslı tetkik mahsulü olan monografisinde bildirdiği gibi bu kemiklerin sıralanmaları yirmiyedi ayrı ve sürnümerer halde olur. Ve bu tiplere de muhtelif isimler (Grashey, Grinbach, Pfitzner) verilmiştir. Sürnümerer kemikler ekseriya esas kemiklere yapışık olarak bulunmakta, bunlardan ancak birkaçı ayrı kemik halinde görülebilmektedir.

Şimdiye kadar bu türüsüne rastlamadığımız elin doğmalık anomalisinin radyogramını enteresan olması dolayısıyla neşrettik.

PRATİK İÇİN KISA TEDAVİ NOTLARI

Toplayan: Dr. Şaliha Yalçın

Arterioskleroz tedavisinde iod eskidenberi kullanılmıştır. Bu tedavinin lehinde ve aleyhinde birçok fikirler ortaya atılmış, çeşitli tecrübeler yapılmış ve bunlara nazaran da yer yer ve zaman zaman bu hastalıkta iod istimali terkedilmiş veya önemli bir tedavi vasıtası olarak aşırı ölçüde tatbik edilmiştir. Yeni tecrübeler arterioskleroz, hipertansiyon, kolesterin metabolizması ve endokrin organlar - bilhassa tiroid - arasında aşikâr münasebetler bulunduğunu göstermektedir. Kolesterinle beslenen köpek ve tavşanlarda, mikroskopik olarak insan arteriosklerozuna benzeyen, kolesterin sklerozu husule geliyor. İod bu prosesi durdurduğu gibi bir salâh da temin ediyor. Kolesterin diyeti ile husule gelen tansiyon yüksekliği de iodla eski seviyesine iniyor. Diğer taraftan tiroid hiperfonksiyonu da kan kolesterini seviyesini düşürür. Bu mütalâalara göre arterioskleroz tedavisinde iodonun tesirinde şüpheye mahal yoktur. Pratikte iod ilerlemiş koroner ve serebral sklerozlarına tatbik edilmektedir. Bu hastalar yüksek dozlarla tahammül edemezler. Tatbik olunan iod dozları pek farklıdır (günde 0,1 mg. dan 1900 mg. a kadar). Arteriosklerozda iod dozu 6 - 12 mg. dir. İod tatbikinde meydana çıkan teşevvüşler, iod basedowu yüksek doza atfedilmelidir. İodonun zararlı tâli tesirlerinin mühim bir kısmında sebebi, hastanın bünye hususiyetinde aramak lâzımdır. Farmakolojik bakımdan iodonun organik ve anorganik mürekkepleri arasında fark vardır. İodonun sodium ve potasium mürekkepleri çabuk rezorbe olur, böbrekten itrahları da süratlidir. Organik iod mürekkepleri ise kana daha yavaş karışır ve daha uzun müddet kanda kalır (H. Seel: Ther. Gegenw. 3, 1951).

Businco, anafilaksi ve histamin allerjisi hallerinde Coramin'in antagonist tesirini araştırmıştır. Kobaylarda anafilaktik şoklarda, histaminle tevlit edilen tecrübi iltihap hallerinde, izole kobay adalesinin histaminle kontraksiyonunda yapılan tecrübeler coraminin aşikâr bir antiallerjik ve anti-histaminik tesiri olduğunu göstermiştir. Müellif, bronkial astma, rinitis vasomotorika, ürtiker, migren, ekzema, Quincke ödeminden müteşekkil 66 hastada coramin'in bu tedavi tesirinden faydalanmaya çalışmıştır. Günde 4 defa 15-20, ağır vakalarda 4 defa 20 - 30 damla coramin verilmiştir. Astma vakalarında ekseriya tedavi entravenöz coramin zerleriyle tamamlanmıştır. Bu vakalarda aerosol şeklinde tatbikinden de faydalanılmıştır. Tedavi neticelerinin gayet iyi olduğu ve hemen hemen antihistaminiklerle alınanlara uyduğu bildirilmektedir. Ayrıca coraminin antihistaminiklere nazaran

daha iyi tahammül edilmesi avantajı vardır (Gaz. med. Ital. 110, 1951).

Müellifler, **diabet mellitusde görülen asabî arızaların B₁₂ vitamini ile tedavisini** tecrübe etmiştir. Asabî bozukluk, bilhassa nevrit gösteren 12 diyabetli hastaya diyet ve insulin tedavisi yanında B₁₂ vitamini tatbik etmiştir. İlk 1 - 2 haftada hergün, daha sonra haftada 1 - 2 defa olmak üzere 15 - 30-gama B₁₂ verilmiştir. 3 vaka tamamen iyileşmiştir. Diğer vakalarda mevcut damar ve sinir değişikliklerinin dercesine göre düzelmeye müşahede edilmiştir. Görünüşe göre enjeksiyonların sıklığı dozundan daha mühimdir. Refrakter vakalarda 900 gamaya kadar masif dozlar tavsiye edilmektedir. B₁₂ vitaminiyle alınan müsait tesirin mekanizması henüz malûm değildir (Sancetta, Ayres, Scott: ref. Kl. Wschr 25/26, 1952).

Serebral deveran teşevvüşlerinde Nikotinasid tatbiki. Nikotin asidin aşikâr vazodilatatör, bilhassa baş damarlarını ileri derecede genişletici hasası vardır. Apopleksi vakasının (dimağ kanamasından, trombotik veya embolik menşeli ansefalomalasilerden sonraki durumların) Nicotin acid ile tedavisi vakaların çoğunda müsait neticeler vermiştir. Bununla beraber bu tedaviyle yeni bir serebral aksenin husulüne mani olunamamıştır. Asabî noksanlık tezahürleri olmayan serebral deveran bozukluklarında meselâ vazomotorik baş ağrılarında da ekseriya Nicotinacid gayet iyi tesir ediyor. Bu ilâcın uzunca zaman kullanılmasında dahi hiçbir ağır tâli tesir müşahede edilmemiştir. Bilhassa tansiyona tesiri yoktur (J. Mentha, J. Stepanovicus: eiv. med. Acta 18, 1951).

Maschas penicillin'e mukavim bir **maliny endocarditis lenta vakasını hyaluronidase** teşrikiyle süratle iyileştirdiğini bildirmektedir. 50 yaşında olan bu kadın hastada yüksek doz aureomycin ve penicilline rağmen hiçbir salâh elde edilememiştir. Munzam olarak 6 gün 250 E. hyaluronidase tatbikinden sonra tehditkâr şok halî ve bütün enfeksiyon işaretleri kaybolmuştur. Hasta bir sene müddetle müşahedeye tâbi tutulmuştur (Bull. Soc. med. Hop. Par. 67, 1951).

Gastroanterolojide Methanthelin - (Banthin)-Bromid ile klinik tecrübeler: Banthin, bromid tuzu şeklinde antikolinergik bir amoniyumbaz teşkil eder. Bu madde postganglioner parasempatik sinir uçlarında açığa çıkan asetilkolini frenler ve otonom ganglionlarda asetilkolin intikalini bloke eder. Klinik olarak 100 mg. Banthin mide sekresyonunu ve mide barsak kanalının motilitelerini tamamen kaldırmaksızın, frenler. Bundan dolayı bilhassa

duodenum ülseri tedavisinde ehemmiyetli bir maddedir. Tedaviden alınan netice diğer tedavi şemaları ile alınandan daha büyük olmamakla beraber banthinin şikâyetleri süratle izale etmesi ehemmiyetlidir. Antispazmodik olarak banthin atropine aşikâr üstünlük gösterir. İlâcın keşfine bağlanan sevindirici ümitler henüz elde edilememiştir. (Mc. Hardy, Browne: J. amer. med. Ass. 7, 1951).

Demir refrakter anemilerin tedavisinde bakırın kıymeti: Müellif ağızdan ve entavenöz demir tatbikine gayrikâfi cevap veren 8 demir noksanlığı anemisinde serumda demir ve bakır seviyesini tayin etmiş ve diğer demir yokluğu anemilerindeki aksine bakır seviyesini düşük, demir seviyesini yüksek veya normal bulmuştur. Bunun üzerine 10 gün, ağızdan günde 100 mg. bakır sülfat vererek tedavi etmiştir. Evvelâ kanın bakır muhtevasında yükselme müşahede etmiştir. Bunu müteakip demir tatbiki ile retikülosit krizi, eritrosit ve hemoglobinin kıymetinin normalleşmesi temin edilmiştir. Burada bakırın katalitik yoldan demirin asimilasyonuna imkân vermesi muhtemeldir. Bundan dolayı demire refrakter anemilerde hipokupremi araştırılmalı ve bulunduğu takdirde tashih edilmelidir (Schw. med. Wschr. 30, 1952).

M. Rösger ve G. Birk **Recklinghausen nörofibratozisinin üretilen tedavisinden** alınan neticeleri bildirmektedir. Tedaviye başlandıktan sonra 1,5 seneye kadar kontrol edilen 4 vaka küçük fakat uzunca zaman verilen dozlarla hiç değilse hastalık vetiresinin ilerlemesine mani olunabileceği tesbit edilmiştir (Dtsch. med. Wschr. 10, 1952).

Hipertiroidi hallerinde tecrübe edilen Frenatol (Paraoxypropiofenon) kimyaca hipofiz ön lobunun tireotrop hormonunu selektif surette frenleyen diathylstiböstro'l'e benzeyen bir maddedir. Müellif, bu maddeyi ekserisi kadın olan 28 hipertiroidili hastada tatbik etmiştir. İpofiz hissesi aşikâr olan vakalarda iyi netice alınmıştır. Sübjektif olarak en fazla hissedilen şikâyetlere, nabız sayısı ve vücut ağırlığına, daha az olarak ekzoftalmiye ve bozulmuş olan kalsium - potasium nisbetine tesir ettiği görülmüştür. Bazal metabolizma ve kan şekeri üzerine aşikâr bir tesir müşahede edilememiştir. Mühim tâli tesirler zuhür etmemiştir (Beerman: Med. Kl. 14, 1952).

Lipoid nefrozda malarya tedavisi: Enfeksiyonlar bilhassa kızamık, plazma enfüzyonu, ACTH gibi sebeplerle nefrozun remisyonlar gösterdiği malumdur. Müellif suni malarya tersiana enfeksiyonu ile aldığı neticeleri bildirmektedir. 10 - 14 gün ateşin devamına müsaade edilmektedir. Bu tedaviyle lipoid nefrozlu 5 çocukta mevcut yüksek kolesterin seviyesi süratle düşmüş, ödemler yumuşamıştır. 3 vakada malarya kürü uzun (1/2 - 3 se-

ne devam eden bir remisyon tevhit etmiştir. Malarya tedavisinin tesiri hipofiz - sürenalkorteksi sisteminin aktivasyonu ile bir «stress» reaksiyonu olarak izah edilmektedir (Gairdner: Lancet, 6713, -952, I).

Uriner enfeksiyonların antibiotiklerle tedavisi: Mukavemete sık rastlanmakla beraber idrar yolları enfeksiyonlarında **sulfonamid** halâ ön plânda yer almaktadır. Sulfonamide koli basillerine karşı ehemmiyetli derecede (vakaların % 60-90 mda) tesirlidir. Streptokoklara karşı da iyi tesir eder. Fakat tesiri proteus ve stafilokoklara karşı zayıftır, pyocyanus ve anterokok enfeksiyonlarına karşı hemen hiç yoktur. Gram negatif bakterilere ve anterokoklara karşı tesirsiz olup yalnız streptokok ve stafilokoklara tesir ettiğinden ürolojide **Penicillin**in yeri mahduttur ve endikasyonları gittikçe daralmaktadır **Streptomycin**'in gram negatif bakterilere tesiri kuvvetlidir, koli basillerinin % 50 - 70 ve pyocyanus basillerinin % 30 una karşı müessirdir. Gram pozitif koküslere karşı tesiri küçümsenmemelidir. Vakaların hemen yarısında anterokoklara karşı tesirlidir. **Aureomycin**, **Chloromycetin** ve **Terramycin** polivalan tesirleri dolayısıyla fazla kıymetlidirler. Ağız yolu ile kullanılabilirleri avantajı vardır. Bu ilâçların toksisitesi azdır fakat hazim kanalına zararlı tesirleri vardır (mide tahammülsüzlüğü, ishal). B avitaminozu arazi da nadir değildir. (Michel Secrétan: Med. et Hyg. 9, 1951).

Guhr 15 **hiperemesis gravidarum** vakasını **B₆ vitamini** ile tedavi etmiştir. Tam şifa temini için arka arkaya 3 gün 50 mg. B₆ zerki kâfi gelmiştir. İpofiz ön lob hormonunun fazla ifrazı ile bozulmuş olan karbonhidrat metabolizmasına (Piruvik asid yıkımına) müdahale etmek suretiyle tesir ettiği düşünülmektedir (Med. Kl. 27, 1952).

Priscophen ile nörovejetatif distoni tedavisi: Nörovejetatif teşevvüş gösteren 50 vakada ortalama olarak günde 1 draje Priscophen verilmiştir. 40 hastada çok iyi denecek kadar müsait netice alınmıştır. 6 vakada tesir alınmamış, 4 vakada baş dönmesi olduğu için tedaviye devam edilememiştir. Bu vakalarda preparatın tâli bir tesirinin mi, yoksa bu hastaların nörovejetatif bir reaksiyonu mu mevzu bahis olduğuna katıyetle hüküm verilememiştir. Tedaviye müsait cevap veren vakaları yarısında (21) kalp ve deveran teşevvüşü, 9 unda baş ağrısı ön plânda bulunuyordu, 2 hasta postkommosyonel teşevvüş, 7 hasta umumî vejetatif hipersansibilite gösteriyordu (Praxis, 19, 1952).

Prostigminle teşrik ederek opiaselerin analjezik tesirinin kuvvetlendirmek: Opiaselerin analjezik tesirinin derecesini ve müddetini arttırmak, zararlı tesirlerini azaltmak maksadıyla en iyi terkipleri yapmak için tecrübeler yapılmıştır. Muhte-

lif opium preparatlarını prostigmin (Neostigmin) ile birleştirmek suretiyle buna muvaffak olunabilmiştir. Bir ampul prostigmin'in aynı şırınga içinde bir ampul morfin (veya diğer herhangi bir opium müstakı) ile karıştırılması daha ufak dozda opiase kullanılmasına imkân veriyor, itiyada mani oluyor, kusma, ağız kuruluğu gibi morfinin tâli tesirlerini azaltıyor ve tabii bir mesane - barsak faaliyetinin devamına imkân veriyor (Abaza, Greçoire: Presse médicale 16, 1952).

W. Flory yanıklarda Macrodex enfüzyonunu tavsiye etmektedir. Serum fizyolojikteki macrodex solüsyonunun enfüzyonu insanlar için tamamen zararsızdır. Gayet ağır yanık vakalarında şoka karşı ve deveran hacmini koruma bakımından iyi tesiri sabit olmuştur. Macrodex ile tedavi edilen

hastalarda daha enfüzyon esnasında ahvali umumiye düzeliyor, nabız ve diurez normalleşiyor. Hararet yükselmesi olmaz ve hastalık ilk günden itibaren müsait seyrederek. Macrodex yanında penicillin, sürrenal koteks hormonu ve deveran ilaçları da verilmelidir. Bütün vakalar ilâca iyi tahammül etmiştir, tâli tesirler zuhur etmemiştir (Ther. Gegenw. 6, 1952).

Charles D Proctor Kurşun tesemmümünü fosfat dioksit ile tedaviden iyi netice almıştır. Günlük doz ağızdan 3 defa 3 gr. veya entavenöz 3 defa 0,3 gr. dir. İdrardaki kurşun seviyesi 24 saatte toksik olmayan hududa kadar düşmüş ve bütün vakalarda entoksikasyon arazları kaybolmuştur (A. J. med. Sc. 936, 1950).

REFERATLAR

Akciğer tüberkülozu kanamalarının intravenöz procainle tedavisi: Oldukça ilerlemiş akciğer tüberkülozu kanamaları intravenöz procain zerki ile her zaman daimî olmamakla beraber durdurulabilir. (Neufelt ve Gannelli) nin 16 akciğer kanama vakasının yedisinde kanama nüksü olmamış, yedisinde beş gün sonra kanama nüksü olmuş. İkisinkanama bu usulle durdurulmaya muvaffak olunamamıştır. Bu yazarlar akciğer kanamalarını, artan pulmoner arterin tazyikine atfederler. İntravenöz procain zerkinin yaptığı tesir mekanizması vazih olarak anlaşılmamıştır. Sebep olarak pulmoner damar yataklarının genişlemesinden dolayı husule gelen pulmoner arter tazyikinün düşmesine atfedilmektedir. (% 90 procain mahlûlü kan cereyanında yirmi dakikada çabucak hidrolize olur.) Biz bu tesirin geçici olduğuna inanıyoruz. % 1 veya % 2 adrenalinsiz procain mahlûlü intravenöz olarak 10 cm. yavaşça şırınga edilir. (günde 2 - 3 defa). Bu tedavi esnasında başka ilâç verilmez.

Üç vak'ada kanama derhal ikinci injeksiyondan sonra nüks yapmadan durmuş, diğer altı vakadaki kanama dördüncü injeksiyonu müteakip durmuştur. Bunlardan ikisi beşinci gün nüks yapmış, altıncı injeksiyondan sonra bu nüks yapan kanamalar da tamamen durmuştur. Bunlardan bir tanesi yedinci gün tekrar nüks yapmıştır. Diğer kanayan iki vak'ada altıncı injeksiyona rağmen kanama durdurulamamıştır. Bu son iki vak'a mas-sif kanamadan dolayı birkaç gün sonra ölmüştür. Reak-tion olarak yalnız bir hastada dördüncü injeksiyondan sonra titreme, baş ağrısı ve bulantı husule gelmiştir.

Dr. Turan Gönen (Burdur)

Tüberküloz hyjyeni için dezenfektanlar: (C. Richard Smith; Soap and Sanitary Chemicals der-

gisi, Eylül - Ekim 1951). 1 — Tüberküloz basilleri umumiyetle çok dayanıklıdırlar. Ekseriya dezenfektanlar farklı şekillerde reaksiyon gösterirler, berhayat kalıp kalmadıklarını tayin için muhtelif tip tecrübeler yapılmıştır.

2 — Tüberküloz veya umumî dezenfeksiyon için tavsiye edilen her bir preparat virülan tüberküloz basiline karşı öldürücü tesiri için tecrübe edilmelidir.

3 — **Sabunlar ve sentetik temizleyiciler**, bulaşmış, Tbc. basillerinin büyük bir kısmının kaldırılmasında veya temizlenmesinde başlıca ehemmiyeti haizdirler. Lâkin bunlar ve katerner amonyum mürekkepleri, bazı cıvalılar, Tbc. hiyeni için dezenfektan olarak kıymeti olmayan maddelerdir.

4 — **Fenoller** bir çok seneler Tbc. hijyeninin seçilmiş dezenfektanları olmuşlar ve halâ da böyle olmakta bulunmuşlardır. Liquor cresolis saponatus, Lysol, Osyl, Amphyl, yatak kenarlarının, emayye ve cam eşyanın, kurşun tesisatın, büyük balgam döküntülerinin ve âletlerin dezenfeksiyonu için kullanılabilirler. Şimdiki halde % 2 amphyl (Lehn ve Fink Prod. Gorp. USA) (O - Phenyl phenol, P — Tersiyer amilfenol ve sabun karışımı) i ağır şekilde bulaşmış cam ve emayye eşya, bazı cerrahî âletler için % 1,5 mahlulünü ise satırlar ve zemin için kullanıyoruz. Mahlul ile temas müddeti en aşağı yarım saattir.

5 — Tbc. dezenfeksiyonunda fenollere kıymetçe en yakın olan belki de **alkollerdir**. Etil alkolün % 50 - 70, izopropil alkolün % 30 - 80 konsantrasyonlarda kuru balgam lekelerinde Tbc. basillerini de oda hararetinde 1 - 2 dakikada öldürdüğünü göstermişlerdir. Ekseriya ölüm 15-30 saniyede tamdır. %95 lik alkol yağ satırlar için daha iyidir. % 50 lik kuru, % 70 lik yağ, kuru satırlar için tesirlidir.

Modern tedavide
BUNLAR
ÖNDERDİR

AVLOPROCIL

Prokain-Penicillin'in yağlı enjeksiyonu

AVLOSULFON

Cüzzamin müessir ve emin tedavisine mahsustur

CETAVLON

Temizleyici hassasiyle, bilhassa yuksek antiseptik tesirini haizdir.

KEMITHAL SODIUM

Entravenoz anestezik

LOREXANE

Baş bitini mahveder

METHYL-THIOURACIL

Tirotoksikozisin müessir tedavisini sağlar.

PALUDRINE

Yeni ve toksik olmayan antimalarjaldır.

PETHIDINE

Analjezik ve antispazmodik.

SULPHAMEZATHINE

Sülfamidler arasında toksisitesi en düşük olanıdır

TETMOSOL

Uyuzun profilaksi ve tedavisine mahsustur.

TRILENE

Anestezik ve analjezik

IMPERIAL CHEMICAL (PHARMACEUTICALS) LIMITED
WILMSLOW-ENGLAND

(Imperial Chemical Industries Ltd'in bir filialidir)

IMPERIAL KEMİKAL İNDRİSTRİS (TURKEY) LTD.

P.K. 1451

Tel: 44839



1827

1952

**YÜKSEK SAFLIK DERECESİ DOLAYISILE İTİMAT KAZANMIŞ
OLAN MERCK MÜSTAHZARLARI**

BETABİON Saf, kristalize Vitamin B₁ (Anörin, Tiamin) Ampul
25, 100 mgr. Tablet 5 mgr. 50 mgr.

BİRUTANE Saf, kristalize Rutin (Vitamin-P-tesirini haizdir)
50 mgr. Tablet

CEBİON Saf, kristalize Vitamin C (1-Ascorbin asidi) Ampul
100 mgr. 2 cc., 500 mgr. 1 cc. 5 cc, 1000 mgr. 2 cc.

CYTOBİON Saf, kristalize Vitamin B₁₂
fort Ampul 30 mgr. 1 cc.

EVİON E vitamini müstahzarı (Saf sentetik-Tokoferolasetat)
Ampul: 30 mgr. Tablet: 10 mgr. 50 mgr.

NİCOTİLAMİD Vitamin B₂ grubunun PP faktörü Ampul: 100
mgr. 1 cc., Tablet 200 mgr.

POLYBİON Vitamin-B-Kompleksi müstahzarları fort draje - 20
drajelik kutu.

İLOBANE Karaciğer ekstresi + Vitamin B kompleksi Ampul
2 cc (20 mkgr. Vitamin B₁₂)
Şişe: 10 cc. (Beher cc. 10 mkgr. Vitamin B₁₂)

OPOTONIQUE VİTAMİNE
Karaciğer ekstresi + Vitamin B kompleksi ihtiva eden hoş lezzetli
tonik

SİROP à LEPHETONİNE (Öksürük şurubu)
Efetoninli Şurup, Merhem, Tablet, Ampul

SEDALMERCK (Tablet)
Baş ağrısı, Diş ağrısı, Soğuk algınlığı, Grip.

EUPACO (Antispazmotik)
Tablet, Ampul, Suppositoire.

EMerck

270

Suyun bulunması alkolün tesirine esastır. El dezenfeksiyonu için % 70 lik alkolle ıslatmağı, sonra havlu kullanmadan kurutmağı tavsiye ediyorlar.

6 — **Formaldehid** kuvvetli bir dezenfektandır. Tbc. hijiyeninde kullanılabilir. Cildi yakıcı olması, kokulu olması, durduktan sonra kuvvetine güvenilemez oluşu, mähzurlarını haizdir. % 3,7 lik veya % 37 lik halde kapalı buharlar halinde âletlerin sterilizasyonu için kullanılma imkânı vardır.

7 — **Alkil aminler:** Armour and Co. firmasının Armeen 14 D isimli ilâcı, suda süt igbi bir emül-siyon teşkil eder. 1/1000 nisbetinde muhtelif tecrü-belerde tam inkişaf men'ine sebep olmuştur. Alkil aminler istikbal için vaidkâr gözükken Tbc. dezen-fektanlarıdır.

Aşağıdaki tablo bize muhtelif dezenfektanlar-ın tavsiye edilen seçim ve kullanılışlarını hülâsa etmektedir:

Bulaşan yerler	Seçilmiş dezenfektanlar
Ağır bulaşmış emaye, ma-denî ve cam eşya	Fenollü sabun karışımlar
Yatak kenarları ve diğer bulaşmış satıh ve eşya.	» » » »
Döşemeler ve diğer geniş satıhlar.	» » » »
Hararet kullanılmıyan ça-maşırılar.	» » » »
Kurşun tesisat.	» » » »
Enfekte materyelin büyük döküntüleri.	» » » »
Termometreler.	Alkol, cıva -2- Klorür
Âletler.	Kokusuz, pas yapmıyan fenollü sabun karışımları Formaldehid, alkol
Cilt.	Alkol, teinture d'iode, cıvalılar.

Dr. Pharm. O. N. Yalçındağ

Esansiyel Hipertansiyonda E vitamininin taz-yiki düşürücü tesiri: (Dr. med. W. Glauner. Müellif, E vitamininin kan tazyiki düşürücü tesirini takriben 100 hastada tetkik etmiştir. Hastalara başlangıçta, tesir görülünceye kadar, günde 60 mgr. E vitamini vermiştir. Bilâhere idame dozu olarak sadece günde 10 mgr. verilmiştir. 100 hastadan yalnız 25 i hastahanedeki yatarak, diğerleri ayakta tedavi edilmiştir. Bütün hastalardan esaslı bir şahsî anamnez ve aile anamnezi alınmış, ve hakikî bir esansiyel hipertansiyon teşhisini tesbit etmek üzere böbrek, eviye ve göz dibi muayeneleri yapılmıştır. Kan tazyiki mümkün mertebe her gün aynı zamanda ve aynı şartlar altında ölçülmüştür. Ayakta tedavi edilen hastalarda vasatî 8 haftalık bir tetkik devresi nazarı itibara alınmıştır. Hastahanedeki hastalarda buna imkân olmamış, fakat bunlar dahi tam bir yatak istirahatine tâbi tutulmamış, tuz perhizi de yapılmamıştır.

Evion (E-vitamini) tatbiki hakikî bir esansi-

siyel hipertansiyonda, sistolik ve diastolik tazyikin ehemiyetli bir şekilde düşmesini temin etmiştir.

Ekseriyetle diürez artmış, hastanın subjektif durumu esaslı bir şekilde düzelmiş, bilhassa ekstremitelelerdeki permeabilite bozuklukları zail olmuştur. Müellifin tedavi etmekte olduğu, en yüksek tansiyonunun (260/190) tazyiki (140/90) mm. cıvaya düşürülebilmıştır.

Müellif, diastolik tazyikin düşürülebildiğini de bilhassa işaret etmekte ve bunu, ilâcın kan tazyiki düşürücü tesirinde esas kriterium olarak telâkki edilebileceğini yazmaktadır. Normale düşen kan tazyikinin 1 - 2 sene sonraki kontrollarda da muhafaza edildiği görülmüştür. Mamafih hastalar muntazaman, meselâ her ayın ilk haftasında günde 10 mgr. Evion tableti almışlardır.

Devamlı surette dozu arttırmakla, tazyiki muayyen-bir huduttan daha aşağı düşürmek imkânı olmamıştır.

Şu halde kan tazyiki düşünceye kadar (ekseriya 4 hafta sonra), günde 3 defa 10 mgr. lık Evion drajesi ve sonra 2 ay müddetle günde I draje tavsiye edilmektedir.

Birutane (rutin) ile Hipertansiyonda kapiller anomalilerinin tedavisi: (J. Q. Griffith ve M. A. Lindauer); Griffith ve Lindauer, 265 hipertansiyonlu hasta üzerinde yaptıkları araştırmalar neticesi, kapiller frajilitesi yükselmiş olan hastalarda apopleksi ve retina kanamalarının daha çok vukua geldiğini tesbit etmişlerdir. Daha sonra bildirildiğine göre 1200 hipertansiyonlu hastanın % 20 sinde kapiller frajilitesinin artmış olduğu, % 10 unda frajilite normal kaldığı halde kapiller permeabilitesinin yükselmiş bulunduğu görülmüştür. Kapiller permeabilitesi ve kapiller frajilitesi artmış bulunan grubun % 9 unda ve mütebaki hastaların % 2 sinde apopleksi nöbetleri ve retina kanamaları vukua gelmiştir. Müteakip müşahede müddeti içinde hastalara Birutane verilmiştir. Bunun üzerine evvelce kapiller frajilitesi testleri anormal olan hastaların % 75 inde bu testler yeniden normalleşmiştir. Birutane'nın başlangıç miktarları ağızdan günde 2 defa 50 mgr., yani iki tablettir.

E Vitamin (Evion) ile tedavi imkânları: (H. A. Heinsen, Hannover). Bilhassa Hipofiz - Arabeyin sistemi üzerine olan tesiri nazarı itibara alınmak suretile E vitamininin tesir mekanizması hakkında kısa bir tasvir: Muayyen bazı amenoreler ve klimakterik şikâyetlerden başka nöro-endokriniyen regülasyon bozukluklarında E vitamini (Evion) un iyi tesir ettiği semptomlar: konstipasyon, baş ağrısı, baş dönmesi, akrosiyanoz, su metabolizması bozuklukları, kan tazyiki anomalileridir.

Dekompanze pernisiyöz anemide billürî B₁₂ vitamininin tesiri ve dozajı: (Doğent H. Goldeck ve D. Remy; (Hamburg - Eppendorf Üniversitesi II inci İç Hastalıkları Kliniği ve Polinkliniği; Prof. Dr. med. A. Jores, Medizinische Klinik 1951, Nr. 34/35, s. 917). Müellifler, muhtelif şiddette dekompanzasyon gösteren bir sürü pernisiyöz anemi vak'asında, sabit ve kıymetli bir B₁₂ vitamini müs-

tahzarı kullanmak suretile B₁₂ vitamininin antipernisiyoza tesirinin, sabit bir belirti olup olmadığının ve hangi miktarlarda kullanıldığı takdirde optimal netice beklenebileceğinin tesbip edilmesi lâzım geldiği kanaatini beslemişlerdir.

B₁₂ faktörü, tabiatıta çok yayılmış bulunan bir neşvünema prensibidir. Hayvanların karaciğeri B₁₂ vitamininden bilhassa zengin olup, karaciğer hülâsaları ve konsantrelerinin kan yapıcı tesiri buna istinad eder. Fakat böyle müstahzarların müessir madde miktarı çok mütehavvildir. «Buna mukabil billûri B₁₂ müstahzarlarının müessir madde miktarının mutlak bir surette sabit olduğunu tebarüz ettirmek lâzımdır ki, hastalarda kullanılan Cytobion da bu ilâğlardan biridir.»

Müellifler, kırmızı kan küreciklerinin normal surette teşekkülü ve bu suretle morfolojik ve fonksiyonel bakımdan kusursuz eritrositlerin yapılması için bir sürü eksojen faktörlerin lâzım geldiğini tebarüz ettirmektedirler. Lâzım gelen protein ve demir kantitatif bakımdan kâfi miktarda ithal edildiği takdirde B₁₂ vitamini, kırmızı kan küreciklerinin normal olgunlaşmasını temin eder.

Müellifler, klinik bakımdan tam teşhis konmuş olan 16 genuin pernisiyoza vak'asını bildiriyorlar; bunların 14 tanesi toplu bir cetvel halinde gösterilmektedir.

6 hasta, endojen bir remisyona istidatlı olup olmadıklarını kestirmek üzere, uzun bir müddet tedavi edilmeden müşahede altında bulundurulmuşlardır. Sonra 1, 2 veya 3 gün, tenbih enjeksiyonları halinde olmak üzere 45 ilâ 90 γ B₁₂ vitamini (Cytobion) adale içine zerkedilmiştir.

Bu miktar, müelliflerin şimdiye kadar elde ettikleri tecrübelerine göre kısmen bililtizam fazla veya az intihap edilmiştir. Objektif bir görüşle hiçbir hastada nörolojik araz meydana çıkmamıştır; buna mukabil ekseriya çok veya az ilerlemiş bir glossit görülmüş ve bu, bir iki gün zarfında kaybolmuştur. Hafif paresteziler de gene ilk tenbih enjeksiyonlarından sonra zail olmuştur. «Hematolojik tesire gelince, daima aşikâr eritropoetik rejenerasyon tenbihi görülmüştür.»

Retikülosit krizi, ilk enjeksiyondan 5 ilâ 8 gün sonra görülmüştür. Hemoglobun ve eritrosit kıymetleri daima devamlı bir şekilde yükselmiş, boya indeksi normalleşmiştir. Sternal ponksiyonda ilk hafta içinde alşık olduğumuz normoblastik tahavvül görülmüştür.

Bir hastadaki sübjektif nörolojik belirtilere (aşikâr paresteziler) Cytobion müsait şekilde tesir etmiştir. Hastada, kan tablosu iyi bir şekilde kompanse olduğu halde, 3 ay devam eden karaciğer hülâsası tedavisine (haftada 2 enjeksiyon) rağmen, müz'ic parestezilerde hiçbir gerileme görülmemiş, halbuki 6 hafta müddetle haftada 15 γ Cytobion tatbikatından sonra bunlar kaybolmuşlardır.

Eritrositlerin kuturlarının ölçülmesine müellifler büyük bir ehemmiyet atfetmektedirler. Bunlar Price Jones münhanilerine göre tefsir edilmişlerdir. Buna dair iki misal verilmektedir.

Objektif nörolojik komplikasyonları olmayan, hematolojik bakımdan dekompanse genuin pernisiyoza vak'alarında tatbik edilmesi lâzım gelen miktar hususunda müellifler, Cytobion'la ve keza diğer billûri B₁₂ müstahzarları ile elde ettikleri tecrübelerine istinaden şu esas noktaları bildiriyorlar: Remisyon miktarı daima dekompanzasyon derecesine göre tayin edilmelidir. Tedavinin başında eritrositlerin adedi 1 ilâ 2 milyon arasında ise, 3 gün üst üste 30 ar γ B₁₂ vitamini tatbik olunmalıdır. Eritrositler 2 ilâ 3 milyon arasında ise 2 gün üst üste 30 ar γ B₁₂ vitamini zerkedilmeli, başlangıç miktarları 3 ilâ 4 milyon arasında ise bir defaya mahsus olmak üzere 30 γ B₁₂ vitamini enjekte edilmelidir.

Nörolojik belirtilerin objektif bir şekilde tespiti güç olduğu halde, müellifler, bu tekliflerin yalnız komplike olmayan pernisiyoza vak'aları için cari olabileceğini bildirmektedirler. Füniküler miyeloz mevcutsa, o zaman daha büyük miktarlar kullanmak lâzımdır. Keza burada B₁₂ tedavisi, ancak başlangıç safhasında muvaffakiyet vadedebilir.

B₁₂ tedavisi, büyük anemi kompleksi arasında yalnız miyeloblastik tipe ve bunların arasında da genuin pernisiyöz anemiye tesir eder. Bunun için dikkatli bir teşhisi tefrikî, B₁₂ tedavisinin muvaffak olmamasını önler.

Bir buçuk senedenberi genuin pernisiyöz anemiye musab olduğu kat'i olarak bilinen bir kadında, gebeliğin ikinci yarısında, haftada 2 defa 30 γ B₁₂ vitamini zerkedilmesine rağmen kırmızı tablosunda bir dekompanzasyon teessüs etmiş ve kanda demir miktarının tayini ile vaziyet izah edilebilmiştir. Burada ileri derecede demir noksanlığı tespit edilmiştir. Bu müşahedededen de anlaşıldığı üzere B₁₂ tedavisi netice vermediği takdirde, evvelce kat'i bir surette teşhisi konulmuş olan pernisiyöz anemi vak'aları bile bahis mevzuu olsa, ilk sırada sideropenik bir komponenti hatıra getirelirdir. «B₁₂ tedavisine lâzım geldiği şekilde cevap vermeyen pernisiyoza vak'alarında ayrıca epiteliyal yeni teşekküllerden gizli kanamaların olabileceğini de düşünmek lâzımdır.»

İdame dozunu tespit etmek için muntazam bir şekilde kontroller yapılmalıdır. Bu esnada kan tablosundan başka, hastanın genel durumunu da nazarı itibara almalıdır. Hiç bir zaman B₁₂ vitamini kesilmemelidir. Kan tablosu kompanse ise, genel olarak 2 - 4 haftada bir 15 - 30 γ Cytobion kâfi gelir.

Billûri B₁₂ vitamini ile tedavinin faydaları, az miktarda mayi içinde tam ve yüksek bir dozaj tatbikinin mümkün olması ve kemik iliğinde normoblastik rejenerasyonu mucip olan anî ve sür'atli bir tesirin elde edilebilmesidir.

Dr. A. M. Atakam

Çocuk düşürmeye dair ecnebi memleketlerdeki kanunî hükümlere bir bakış: Çocuk düşürme mes'elesi ekseriya şiddetli münakaşalara yol açan mevzulardan biridir. «Medizinische Monatsspiegel» in maksadı, bu münakaşalara herhangi bir

surette iştirak etmek değildir. Arzu ettiğimiz şey, böyle bir musahabe esnasında hatırlanması ihtimal münasip olan bazı hakikatleri aksettirmektir. Bu münasebetle bir alman mecmuasında intişar eden bir yazının verdiği ilhamla gene aynı mevzuada dair olmak üzere bir İsveç tıp mecmuasında çıkan bir yazının hülâsasını vermek istiyoruz.

«Tek bir ferd veya ailenin çocukları dolayısıyla maruz kalacakları güçlüklerin nasıl hesaba katılabileceği mes'elesinin halli, sosyolojik durumdaki tahavvüllere bağlı olup kanun vazınının bir vazifesidir. Burada kanun vazınının mes'uliyet hissine ve modern cemiyetin sosyal münasebetleri hakkında geniş bir anlayış kabiliyetine sahip olması lâzımdır. Hekimin vazifesi hayatı idame ettirmektir. Sosyal durumlar dolayısıyla bilie olsa, hekim bu vazifesini ihmal etmemelidir.»

«Aerztliche Mitteilungen» mecmuasının 1952 senesine ait 15 numaralı nüshasında intişar eden «Hippokrat yemini ve ... çocuk alma» başlıklı bir yazıya bu cümlelerle başlanmaktadır. Bu yazının muharrirlerinden Dr. Hellermann ve Dr. Katto, çocuk düşürme mes'elesi karşısında hekimin alacağı vaziyet hususunda carî olması lâzımgelen noktai nazarları bildirmektedir.

«Aerztliche Mitteilungen» mecmuasında çıkan bu yazı ile hemen hemen aynı zamanda olmak üzere Svenska Lakartidningen mecmuasında (No. 10/1952) Prof. Wetterdal'in meşhur jinekoloji kliniğinde E. Klinskog'un bir yazısı intişar etmiştir. Burada muharrir, çocuk düşürme hususunda İsveçte ve diğer ecnebî memleketlerde carî olan kanunları gözden geçirmektedir.

Klinskog yazısına şöyle başlıyor: Antik devirde çocuk düşürmek maksadile yapılan müdahaleler mutad idi ve bugün cinaî ve cinaî olmıyan sınıktı adını verdiğimiz düşük şekilleri arasında bir tefrik yapılmıyordu. Hıristiyan dini, bu telâkki tarzında yavaş yavaş bir tebeddüle sebebiyet vermiştir. İmparator Kostantin, 4 üncü asırda sun'î abortus'u istisnasız olarak cürüm telâkki eden bir kanun çıkartmıştı. 11 inci asırda kilise, çocuk düşürten hekimi sürgünle tehdit ediyordu. 15 inci ve 16 inci asırlarda, tıbbın tekâmülü ile birlikte, çocuk almanın tıbbî endikasyonlarına dair münakaşalar başlamıştı.... Kanunî bir surette çocuk düşürme endikasyonlarının genişletilmek istenmesi, daha sonra muhtelif memleketlerde öjenik, etik, jüridik, hümaniter sebeplerin tanınmasına vesile teşkil etmişti. Bu memleketlerde çocuk düşürmeye ait kanunlar, muhtelif faktörlerin tesiri altında kalmıştır... Mühim faktörler arasında jeopolitik noktazarlar ve kilisenin hâkim olan görüş ve tesiri sayılmakta ve muhtelif Avrupa kiliselerinin aldıkları az veya çok şiddetli tavır bildirilmektedir... «Bugünkü dünyamızda kanunî çocuk düşürme veya bazı memleketlerde dendiği gibi «Cezasız çocuk düşürme», memlekette memlekete değişen bazı kanunlarla tanzim edilmiştir... Müellif bundan sonra bazı memleketlerde carî olan kanunları gözden geçirmektedir.

İsveç:

18 inci asırda hekimler tarafından tek tük kanunî sınıktı yapıldıktan sonra 1920 de (Forssner) her 5 inci gebeliğin sınıktı nihayet bulduğunu kabul etmek lâzım gelmiştir. Nihayet 1938 de çıkarılan bir kanunla çocuk düşürmek için üç endeksasyon kabul edilmiştir: Tıbbî (zâfiyet = mediko-sosyal endikasyon da dahil olmak üzere), hümaniter (veya etik) ve öjenik endikasyon. 1946 da buna mediko-sosyal endikasyon da ilâve edilmiştir. İsveç kanununda sosyal endikasyon noksandır. Fakat asıl mes'ele, sosyal endikasyonunun nasıl tarif edileceğidir. Sosyal endikasyon, ekonomik güçlükler, mesken darlığı veya buna benzer hallerle ifade edilecek olursa, o zaman kanunî bir surette gebeliğe nihayet verme imkânı kalmaz. Fakat böyle sosyal güçlükler, kadında gebelik esnasında bir depresyon hali tevliid ederse, o zaman kanun, gebeliğe nihayet verilmesine müsaade eder. Esasen mes'uliyet hissine malik olup da sosyal muzayaka içinde bulunan ve kâfi derecede yardım görmiyen kadın, gebeliğinden dolayı bir depresyon halinde bulunur... 17 Mayıs 1946 kanununa göre aşağıdaki hallerde gebeliğe nihayet verilebilir:

1. Kadının hastalığı, vücut kusuru veya zayıflığı dolayısıyla çocuk doğurması, kendisinin hayatı ve sıhhati bakımından ciddî bir tehlike arz ediyorsa,
2. Kadının yaşama şeraiti ve sair ahvali bakımından, doğum ve çocuk bakımı, ruhi ve bünyevî kuvvetinde ciddî bir surette azalma tevliid ederse,
3. Cebir veya ırza taarruz gibi haller dolayısıyla gebelik vukua gelmişse,
4. İrsî hastalıklar mevcutsa.

Bir kraliyet fermanı ile, devlet vasıtaları ile çocuk aldırmanı arzu eden kadınlara yardım eden ve yol gösteren müesseseler kurulmuştur. Bu müesseseler, bir hekim idaresindedir. Buralarda lüzumsuz çocuk aldırmanın önüne geçilmeye çalışılmaktadır.

Danimarka:

1939 dan önce Danimarkalı her hekim, tıbbî endikasyon olsa dahi, çocuk aldığı takdirde suçlu addediliyordu. Fakat 1937 de yeni bir kanun çıkarılarak aşağıdaki hallerde gebeliğe nihayet verilmesine müsaade edilmiştir:

1. Kadının hayat ve sıhhatini tehdit eden ciddî tehlikeleri bertaraf etmek için,
2. Kadın, cezayı müstelzim bir fiil dolayısıyla gebe kalmışsa,
3. Çocuğun akıl hastalıklarına, ruh zâfına, sar'a veya diğer ciddî ve şifası kabil olmıyan bünyevî kusurlara musab olması tehlikesi mevcutsa.

Çocuk alma, çağırılan bir hekimle birlikte ikinci bir hükümet tabibinin huzurunda ve devlet veya şehir hastahanelerinden birinde veya devletin yardım ettiği hususî bir klinikte yapılmalıdır. Müdahale masrafları bizzat kadına aittir buna imkân yoksa ya devlet, veya kadının bulunduğu müessesese masrafı üzerine alır.

İngiltere:

1929 dan beri Infant Life (Preservation) Act. caridir. Bir çocuğun hayatına nihayet vermek maksadını güden her kimse, bu müdahaleyi ancak kadının hayatını kurtarmak maksadile yapmadı ise, çocuk öldürmekten suçludur. 1938 de çıkan bir kanun, bu müdahalenin yalnız mahir operatörler tarafından yapılması lâzım geldiğini bildirmektedir. 1939 da kadının ruhi ve bünyevî düşkünlüğüne mani olmak için yapılan çocuk düşürtme fiillerini cezadan muaf tutan bir karar alınmıştır.

Finlandiya:

1950 kanununa göre gebeliğe ancak kadının rızasıyla aşağıdaki hallerde nihayet verilebilir:

1. Ruhî ve bünyevî bakımdan kadın için hastalık, bünyevî kusurlar veya zayıflık dolayısıyla ciddi tehlikeler mevcutsa; sıhhat bakımından tehlikeli olan bu haller hakkında hüküm verilirken kadının bilhassa güç olan yaşama şartını ve sıhhatine tesir edebilecek olan diğer halleri de nazarı itibara alınmalıdır.

2. Kadın cezayı müstelzim bir fiil neticesi gebe kalmış veya 16 yaşını henüz doldurmamış ise,

3. İrsî hastalıklar mevcutsa (sterilizasyon ancak Sağlık Bakanlığının müsaadesiyle yapılabilir).

Finlandiyada çocuk aldırma isteyen kadınlara yardım etmek için sosyal danışma büroları açılmıştır. Bütün memlekette bunlardan 20 tane vardır. Her birinde bir jinekologla bir dahiliye mütehassısı çalışmaktadır. Kadına burada icab eden öğütler verilir ve âcil vak'alarda bu bürolarda gebeliğe nihayet verilir.

Hollanda:

Kanuna göre çocuk düşürten herkes ceza görür. Şu halde kanuna harfiyen riayet edildiği takdirde bir abortus legalis yapmak mümkün değildir. Fakat kanun vazı, kanunun tam bir şekilde tefsir edilmesi gayesini gütmeyiz. Yargıcın tefsirine göre kanunun hükümleri hafifletilebilir. Şimdiye kadar Hollandada san'atının kaidelerine göre hareket eden hekimin cezalandırıldığı vaki değildir.

İtalya:

Çocuk düşürenler İtalyan kanunlarına göre şiddetle cezalandırılır. Fakat hastalık dolayısıyla kadın için büyük bir tehlike mevcutsa, gebeliğe nihayet vermek mümkündür. Kadındaki hastalık halinin düzeleceği önceden kat'i olarak kestirilemiyorsa - canlı bir çocuk dünyaya getirebilmek ümidile - mümkün merteye gebeliği muhafaza etmeye çalışmalıdır.

Fransa:

Kanunî sıkıtlar 29/7/1939 tarihinde çıkan Décret - loi'ya göre tanzim edilir. Buna göre ancak kadının hayatı ciddi bir surette tehlike altında ise çocuk aldırma izin vardır. Şu halde Frandada sosyal, psikiyatrik ve öjenik endikasyonlar noksandır.

Norveç:

Norveç kanunlarında çocuk düşürtmeye tıbbî endikasyonlar dahilinde müsaade edilmiştir; yani gebeliğin devamı veya doğum, kadının hayat ve sıhhati bakımından bir tehlike arz ediyorsa çocuk aldırılabilir. Ekseri müdaheler, resmî hastahanelerde yapılır. Burada klinik şefi, kendi vicdanına dayanarak, çocuk almanın lüzumlu olup olmadığına dair karar verir.

Rusya:

Rusya: Malûm olduğu üzere 1920 den sonra her Sovyet kadın vatandaşı, çocuk doğurmakta veya aldırılmakta serbest bulunuyordu. 1924 senesinden sonra yatak noksanlığı dolayısıyla kanunî bir sıkıt yapmak için hastahanelerde pek az yer bulunmakta idi. Sosyal durumun ağırlığına göre kadın seksiyonlarının bir mümessili tarafından bu yerler tevzi edilmekte idi. 1936 senesinde kabul edilen bir kanuna göre şimdi çocuk almak için 20 tane tıbbî endikasyon tespit edilmiştir.

İsviçre

Evvelce abortus provocatus için muhtelif kantonlarda muhtelif hükümler cari idi ve bu da aşıkâr bir surette görüldüğü gibi münferit kantonların muhtelif sosyal ve dinî bünyesinin tesiri altında bulunuyordu. Wallis kantonunda nüfusun % 97 si katoliktir. Halbuki Appenzell-A. R. kantonunda katolikler ancak % 12 yi bulmaktadır. 1937 İsviçre Ceza Kanununun 120 inci maddesinde bu hükümler tevhid edilmiştir. Bu kanuna göre gebe kadının yazılı muvafakatnamesi olmadan, kadının hayatını tehlikeden kurtarmak veya kadının sıhhati bakımından zararlı olan diğer ciddi bir hali önlemek için hekim çocuk alamaz. Burada diğer tıbbî endikasyonların ne dereceye kadar cezadan muaf olduğu suali sorulabilir. Cezadan tamamiyle muafiyet, yargıcın dünya görüşüne pek ziyade tabidir. Bu yüzden çeşitli hükümlere rastlanılmaktadır.

«Bunu anlamak için Cenevre veya Zürih'deki sosyalist bir yargıcın, sosyal güçlükler hakkındaki noktai nazarı ile, Wallis'teki katolik ve muhafazakâr bir yargıcın farklı olan kanaatini gözden geçirmek kâfidir.» (Balmer, 1944).

Bütün İsviçrede 1950 senesinde aşağı yukarı 6200 tane kanunî sıkıta müsaade edilmiştir ki, bu, aynı senenin doğum adedinin % 7 sine tevafuk etmektedir.

Yugoslavya:

1945 deki sosyal rejimin kabulünden sonra, sosyal endikasyona da yer verilmiştir. Fakat bu hüküm, yalnız nispeten kısa bir zaman için cari olmuştur. Bugün ameli bakımdan yalnız tıbbî endikasyon nazrı itibara alınmaktadır.

İspanya:

İspanyada 1941 denberi sıkıt veya rahim içinde çocuk ölümüne sebebiyet veren her türlü fiili cezalandıran bir kanun mevcuttur.

Doğu Almanya:

Doğu Almanyadaki hükümler 1945 hezimetinden sonra kaçamaklı olmuştur. Ağır sosyal durumun tesiri ile yavaş yavaş memleketin muhtelif kısımlarında, sırf sosyal sebeplere dayanarak da çocuk düşürmeye müsaade eden mütecanis kanunlar kabul edilmeye başlanmıştır. Bundan başka gebeliğin, cezayı müstelzim bir fiil dolayısıyla vukua geldiğine kanaat getirildiği takdirde, çocuk almaya müsaade edilmiştir. Faili ceza görmediği takdirde dahi bu hükmün cari olması lâzım gelir. Doğu Almanyaya mahsus olan bu kanunlar, 1950 senesinde bütün Doğu Almanyaya şâmil olan, annenin ve çocuğun korunması ve kadının haklarına dair olan mütecanis kanunla itmam edilmiştir ki, bunun I inc maddesi aşağıdaki fıkraları havidir:

1. Kadının sıhhatini korumak ve doğum adedini arttırmak maksadile ancak kadının hayatı ve sıhhati bakımından ciddi tehlikeler melhuz ise veya ebeveyinde irsi hastalıklar varsa, çocuk düşürmeye müsaade edilir,
2. Çocuk aldırma ancak hekimler, sıhhat organizasyonları ve demokratik kadın cemiyetlerinin mümessillerinden mürekep bir heyetin kararı ile yapılabilir,
3. Çocuk alma ancak mütehasıs hekimler tarafından hastahanelerde icra edilebilir.

USA:

«Therapeutic abortion» a dair muhtelif devletlerde çeşitli kanunlar mevcuttur. Fakat kanunî sınırlara müsaade edilen her yerde bu umumiyetle kadının hayatını veya sıhhatini korumak maksadile yapılır. Hiçbir zaman sosyal veya ekonomik sebepler dolayısıyla sınırlara müsaade edilmemiştir.

1. Kanunî sınırlara ait müphem hükümleri olan devletler vardır ki, burada ameli bakımdan bu çeşit müdahalelerin yasak olduğu kabul edilebilir (6 devlet).
2. Kadının hayatını kurtarmak maksadile sınırlara müsaade edilen devletler (31 devlet ve 4 mintika).
3. Müdahaleden önce hekimlerin fikrini almak şartile kadının hayatını kurtarmak için sınırlara müsaade edilen devletler (7 devlet).
4. Kadının hayatı ve sıhhati nazarı itibara alınmaksızın tıbbî bir hükme dayanarak çocuk alınmasına müsaade eden devletler; sınırlar burada bizzat bir hekim tarafından veyahut bir hekimin idaresi ile yapılmalıdır (Colorado, Maryland, New-Mexiko, Columbia mintikası).
5. Bir hekim (Mississippi), iki hekim (New York) tarafından lüzum gösterildiği takdirde sınırlara müsaade eden devletler.

Batı Almanya:

Batı Almanya Federal Cumhuriyetinde, tıbbî endikasyon olmadan yapıldığı takdirde, her türlü çocuk düşürme hareketi, Alman Ceza Kanununun 218 inci maddesine göre cezalandırılır. Buna göre kanunen caiz olmayan bir sınırla fiiline iştirak eden her şahıs suçludur. Bu hüküm, bizzat gebe kadın

için olduğu gibi, çocuk düşürmeye yardım eden kimseler için de caridir. Hattâ gebe kadına çocuk düşürmek hususunda öğüt vermek suretile yardım edenler dahi cezalandırılır.

Sadece hekimin, sıhhat işleriyle meşgul bulunan makamlara malûmat vermek şartile düşük yapabilmesi için, gebe kadının musab olduğu bir hastalık dolayısıyla hayat ve sıhhatini ciddi bir surette tehdid eden bir tehlikenin mevcut olması ve bu tehlikenin, gebeliğe nihayet vermekten başka hiçbir surette bertaraf edilemeyecek bir şekilde olması lâzımdır. Bu vadide bahis mevzuu olan endikasyonlar kanunen tespit edilmiş olmayıp, vak'asının hususiyetine göre tayin edilir. Sosyal bir endikasyon tanınmamaktadır.

Mevzuata ve şiddetli takiplere rağmen, müsaadesiz düşüklüğün adedi halen pek yüksektir. 1938 de bütün Almanyada vaki olan 220.000 düşükten % 50 sinin kriminel olduğu kabul edilebilir. Reichert'e göre Almanyada düşük neticesi senede 800 kadın ölmektedir.

Kendiliğinden vukua gelen ve hekim tarafından yapılacak olan her türlü düşüğün üç gün zarfında sıhhat makamlarına bildirilmesi lâzımdır.

Bazı hâdiselerin vukuu üzerine muhtelif Federal Devletlerde mevzuat, mahalle uygun bir şekilde tadil edilmiştir. Bu suretle istatistik bakımından, hekim tarafından tedavi edilmekte olan düşük vak'alarının yalnız adedinin bildirilmesi kâfidir.

Ağır Dekolman plâsanterde kanın koagulabilitesi: (O. Kaser - Geb. u. Frauenh. - Januar 1952) Bu gibi vak'alarda kan, sebebi tayin edilmeyen (fibrinogen) azlığından dolayı pıhtılaşma hassasını kaybetmiştir. Binaenaleyh tatbik edilmesi gereken en uygun ve isabetli tedavi bu üç noktada toplanabilir: 1) Fibrinogen şırıngaları yapmak, 2) Bol taze kan transfüzyonu, 3) En seri vasıta ile uterusu boşaltmak.

Retroplasanter kanama: (Browne - Bul. Soc. Gyn. Obst. No: 3 - 1952) Bu gebelik ârzasında fötüs ölümü % 80, anne mortalitesi de % 7 dir. Dikkatli incelemeler, yıllardan beri yapılmakta olan prenatal gebe takip ve kontrolünün ölüm nispetlerini değiştirememiştir. 100 retroplasanter kanamayı titizlikle incelemiş olan müellif bunları iki sebebe bağlamaktadır: 1 — Toksemiye bağlı olanlar (%72 sini teşkil ediyor), 2 — Bunun dışındaki sebepler — kronik hipertansiyonlar — (% 20 yi buluyor). Bu yüz vak'ada (100 vak'anın hiç birisinde kronik nefrit tespit edilememiştir). Ekseriya ârzalar ânî denecek kadar çabuk zuhur etmekte ise de retroplasanter kanama vukua gelmeden evvel: uterusu ağrılı kontraksionlar, hafif kanama, fötüs kalp seslerinde intizamsızlık, gelip geçici albüminüri ve arteriyel tansiyonda anormal iniş-çıkışların görülmesi gibi prodromik alâmetler mevcut olabilir. Bu gibi belirtilere çok önem vermekle henüz doğru dürrüst retroplasanter kanama vukua gelmeden gerekli müdahale yapılarak çocuk kurtarılabilir. Browne, bildirilen bu sendroma 1. devre adını veriyor. Prod-

romik ârazı, şok ile kendini gösteren 2. devre ya-
kından takip eder. Tansion birden düşer (Tansion-
da ânî çöküntü), nabız ve teneffüs hızlanır. Plasenta
ile uterus arasına kan akmakla beraber dışarı-
ya da kan sızdığı takdirde şok ârazı daha hafif, an-
ne ve çocuğa ait vahamet nispeten azdır. Müellife
göre şoku husule getiren, kanamanın miktarı değil
toksik maddelerin imtisasıdır. Apopleksi utero-pla-
santerin zuhurundan az sonra travay başladığı tak-
dirde pronostik daha elverişli; tansion sukutu çok,
maksima-minima arasındaki fark az olur, ve kana-
ma vukuundan sonra travay başlamıyacak olursa
pronostik çok ciddidir. Şok önemli olan derecesi de
gitgide artarsa, idrar itrahu az olursa su kesesi yı-
rıldığı halde ve 2,5 ünite posthipofiz şırıngasına rağ-
men travay başlamaz ise, transfüzyona rağmen hiç
bir iyilik eseri müşahede edilemeyecek olursa yük-
sek albuminüri, mevcut ise ve uterus üzerinde hi-
persansibl bir bölgenin bulunması (Convelaire) sen-
dromu teessüs etmiş demektir. Müellif, mümkün
olabildiği kadar erken transfüzyon ve sezaryen tat-
bik ederek bu vahim ârizadaki anne ve çocuk inza-
rının ağırlığının hafifletilebileceğine kani bulu-
nuyor.

**Gebelik toksikozlarında retinada vukua gelen
değişiklikler ve vahamet dereceleri:** (Landésman,
Douglas ve Snyder; Amer. Jour. Obst. Gyn. Janu-
ary 1952) Durdurulmaz kusmalar ve eklamsideki
retina değişikliklerini şu dört derecede mütalâa edi-
yor: 1) Arteria çaplarında daralma ve tek tük
spazm, 2) Arterialarda âdeta jeneralize spazm,
3) Retinada eksüda ödem ve kanama, 4) Üçüncü
derecede görülenlere ilâveten (Papillada ödem).
172 orta (140/90 - 160/100) derecede hipertandü ve
142 ağır telâkki ettikleri (160/100 den yüksek) tan-
sionlu gebede retinayı tetkik etmiş olan müellifler
kronik hipertansionlularda, egü toksemilerdekine
nazaran retina lezyonlarının çok daha sık ve çok da-
ha bariz olduklarına şahit olmuşlardır. Bu netice-
lere dayanarak, gebelikte göz dibi muayenelerinin,
en az idrar ve tansion muayeneleri kadar lüzumlu
olduğuna, hele toksemi alâmetleri (pek hafif bile
olsa) gösterenlerde hiç bir vehile ihmal edilmemesi
lâzım geldiğine kanidirler. Müelliflere nazaran, ge-
belik hangi ayında olursa olsun üçüncü derecedeki
rahim lezyonları gösterenlerde hemen inkıtaa uğ-
ratılmalıdır. Hipertandü gebelerde ikinci derecede-
ki lezyonlarla birlikte albüminüri de bulunacak ol-
ursa yine gebeliğe son verilecektir. Pek hafif reti-
na lezyonlarında fôtüsün yaşama imkânları çoktur.
Derece ve vüs'atı arttıkça ölüm nispeti yükselir.
Gravidik toksemi diabet ile birlikte bulunacak olursa
ikinci derecede retina lezyonları gösteren gebe-
lerin taşıdığı çocukların hepsi ölür. Bu durumdaki
annelerin vizyonları da yüksek nispette azalır.

**Sezarien dolayısıyla vukua gelen ölümlerin in-
celenmesi:** (A. Gordon-Amer. Jour. Obst. Gyn.
February 1952) 1937-1950 yılları arasında yapılmış
olan sezarienler neticesinde ölen 242 hastanın ve-
fatını aşağıdaki sebeplere bağlamaktadır: 1 — İn-

meksiyon: 69 vak'a (%28,4), 2 — Anestezi: 48 vak'a
(%20), 3 — Hemoraji: 41 vak'a (%17), 4 — Em-
bolie: 24 vak'a (%10), 5 — Kardiopati: 26 vak'a
(%10,6), 6 — Eklampsi ve preeklampsi: 19 vak'a
(%8), 7 — Sebebi tayin edilemeyen: 15 vak'a. Mü-
ellif; hâlen elde mevcut çok bol ve çok kuvvetli an-
tibiyotiklere rağmen ölüm sebeplerinin başında en-
feksiyonun gelmekte olduğuna üzüntü ile dikkati
çekmekte ve asepsi, antisepsi ile koruyucu tedbir-
lerin hiç bir suretle ihmal edilmemesi lâzım geldi-
ğini ehemmiyetle tekrarlamaktadır. İkinci derece-
deki önemli ölüm sebebi olan anesteziye gelince A.
Gordon mümkün olabilecek her vak'ada lokal anes-
tezinin tercih edilmesini, olamıyanlarda **küçük doz-
larla** yapılan (Rachi-Continue) yü tavsiye etmek-
tedir. Anesteziyi temin edemiyen entranşidien en-
jeksiyondan sonra cyclopropan inhalasyonu ve kü-
rar ile yapılan anestezinin en tehlikeli ve en yüksek
ölümlere sebep olduğunu bildirmekte, içtinap edil-
mesi gerektiğini hatırlatmaktadır.

**Rastlanan 9 Brenner tümörü dolayısıyla histo-
genез ve klinik:** (S. Kolonya ve R. Ulm - Gynae-
cologia - Maerz 1951). Bilindiği gibi Brenner tü-
mörleri; az vasküler, seyrek hücreli bir stroma ile
birbirinden ayrılmış ve ötesinde berisinde, içerisi
dokusuz bir kitle ile dolu boşluklar ihtiva eden
paramalpigen pavimantö epitelyum adacıklarından
müteşekkildir. Çok defa dikkatsiz, sathî bir mua-
yenede boşlukların folliküller ile karıştırması müm-
kündür. Hattâ bizzat Brenner dahi bu hataya düş-
tüğü için bu urları yumurtalık folliküllerinin epi-
telyumuna ait tümör telâkki ederek (Oophoroma
folliculare) adını vermiştir. Bugün ise Bobert Me-
yer ve onunla birlikte müelliflerin büyük bir ek-
seriyeti, Brenner tümörünün yumurtalık sathında
rastlanan Walhard adacıklarından menşei almak-
ta olduklarını kabul etmektedirler. Bunun, granü-
lozanın folliküler şeklindeki tümörlerinden ayırd e-
dilmesi bazan çok güçtür. Fakat, birbirinden vazı-
han ayrı, açık renkli, ekseriya glükogen ihtiva eden
hücreler görüldükte, Brenner tümörü olarak kabul
etmek doğru olur. Bir kaç vakada maliny degene-
resans görülmesine rağmen umumiyet itibarile bu
tümörler klinikman benigne kabul ediliyorlar. Ha-
fif olmakla beraber müellifler Brenner tümörleri-
nin endometrium üzerine vazıh hormonal tesir gös-
terdiğine işaret ediyorlar.

**Endometriyumun glandulokistik hipertrofisi ve
korpuz kanseri arasında münasebet:** (G. Winter -
Zentralbl. F. Gyn. No. 6 - 1952) Müellif; seyrek ve
az âdet gördüğü için ayda 500.000 - 900.000 Ü.İ. sen-
tetik östrogen tedavisine 11 ay devam etmiş olan
bir tıp talebesinde vukua gelmiş olan bol meno-
metroraji dolayısıyla kürtaj yaptığını bildiriyor. Ma-
teryelin muayenesinde (massiv hipertrofi glandu-
lokistik görülmekle beraber Adenokarsinom şüphe-
sini uyandıran bazı noktalara rastlanmıştır. Östro-
gen derhal kestirilmiş ve kürtaj yapılmış olmasına
rağmen, kanama durmadığından fasıla ile ikinci ve
üçüncü kürtajlar yapılmıştır. Bu son iki kürtaj ma-

çok mükemmel bir müstahzar



BICILLINE

300.000U penicilline - G procaine
100.000U penicilline - G sodique
ihtiva eder

sudaki süspenzyonunun
intramüsküler enjeksiyonundan sonra

uzun müddet devam eden yüksek kan seviyeleri temin
eder, beraberinde 1 ampul aqua bidestillata ihtiva
eden 400.000 ünitelik silicone şişeler

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE GIST-EN
SPIRITUSFABRIEK N.V.
DELFT - HOLLANDA tarafından



N.V. ORGANON OSS
HOLLANDA için imal edilmiştir



277

Tonocalcium



Terkibi: Gluconate de calcium ve kola şurubu
Beher çorba kaşığına 2 gr. gluc. calcium vardır

Neo-Hepadyne



Terkibi: Karaciğer hülasesi, demir, bakır ve manganiz
Bir çorba kaşığına 50 gr. faze karaciğere
tekabül eden müessir madde vardır

Defetonin



Terkibi: Ephètonine, Thiocol ile Tolu,
Capillaire ve Desessartz şurupları

Geritansin



Terkibi: Diüréine 0,45 gr. Cl. de Papavérine 0.03 gr.
Phénolbarbital 0.02 gr.

Septazol



Terkibi: Beher tablet 0,50 gr. Sulfathiazol
ve 0,02 gr. Vitamin C ihtiva eder.

Vita-calcium



Terkibi: Beher tablette 2000 Ü. İ. D₂ vitamini,
Phosphore ve Calcium gluconate



TIBBİ MÜSTAHZARAT LABORATUARI
İSTANBUL.

teryelinin muayenesinde, hâlâ glandulo-kistik durumun devam ettiği, fakat adenokarsinomu andıran noktaların kaybolduğu görülmüştür. Müellif bu vesile ile, uzun zaman ve yüksek dozda verilen östrojenlerin karsinogen olabileceğini hatırlatmaktadır.

Yumurtalık habis tümörüne ait 15 senelik bir istatistiğin incelenmesi: (Randalla ve Hall - Amer. Journ. Obst. Gyn. March 1952) Müelliflere göre Over urlarının % 16,2 si malinyedir. Bu nispet, 50 yaşından sonra % 60 a yükseliyor. 1936-1950 yılları arasında rastladıkları 237 over habis tümörünün, 228 i primer kanser, dördü sarkom, üçü fibroblastom ve biri de mezonefron çıkmıştır. Müellifler, New-York Devletinde ölen 100.000 kadını % 10,4 ünün ölüm sebebinin (Yumurtalık kanseri) olduğunu bildiriyorlar. Yeni, ilerlememiş vak'alarda klinikman malinyitenin bilinmesi imkânsızdır. Ancak, histolojik muayene durumu açıklıyacaktır. Buna nazaran çıkarılan her over tümörünün böyle bir muayeneye tabi tutulması ve malinyite gösteren vak'alarda radikal ameliyat yapılmasının şart olduğunu bildirmektedirler.

Menopozdan sonra vukua gelen kanamaların tetkiki: (Schumann ve Hyatt - Obst. et Gyn. No. 3, 1952) Postmenopozik kanamalı 100 kadında sistematik olarak kürtaj yaparak elde edilen materyeli histolojik muayeneye tabi tutmuş olan müellifler yalnız 14 korpus karsinomu tespit edebilmişlerdir (% 14). Geride kalanların 16 sının hiperplazi glandülökistik, 16 sı Polip mukö ve 54 ünün başka benigne sebeplerden ileri gelme rahim kanamalarından ibaret olduğunu tespit etmişlerdir. Menopozdan ve over fonksiyonunun bitiminden sonra Hyperplasia glandulokystique husule gelebileceği akla gelmekte ise de müellifler bu vak'ayı (16 vak'ada rastlamışlardır), âdet kesiminden sonra corticosürrenale'in bolca östrojen salgısına bağlamaktadırlar. Bazan menopozu müteakıp tatbik edilen östrojenlerin tesiri ile de hyperplasia ve kanamaların husule gelebileceği âşikârdır. Âdet kesiminden sonra rahmi kanayan bazı kadınların uterus ve endometriyumu atrofiye olmuş ve hattâ bazılarında âdeta endometriuma rastlanmamıştır. Bu kadınlardaki kanama sebebinin hipertansiyon olduğu anlaşılmıştır. Şimdiye kadar bildirilenler göz önünde bulundurulunca, menopozdan sonraki kanamalarda malinyite bakımından çok dikkatli ve uyanık olmak icap ettiğini akıldan çıkarmamakla beraber, hastaları iyiden iyiye her bakımdan tetkik etmek lâzım geldiğini göstermektedir.

Sterilitenin Röntgen ışını ile tedavi: (Gynaecologia Februar 1952 - J. G. Asherman) Bir kaç yıldanberi muhtelif tedavilere tabi tutulmalarına rağmen steril bulunan 90 kadının yarısının yalnız hipofizini (600 r) ve geride kalanların hem hipofiz ve hem de overlerini şualandırmıştır. Birincilerde % 23 ve ikinci gruptakilerin % 43 ünde gebelik temin ettiğini bildiriyor. Âdetleri hem az hemde seyrek olanlarda % 28 nispetinde âdeti normalleştirmiştir. Müellife göre çok bariz genital hipoplazisi bulunanlarda bu tedavi ile hiç bir netice alınamı-

yacağı gibi 35 yaşından itibaren tatbik edildiği takdirde prekos menopoza sebebiyet vermekte olduğundan içtinab edilmelidir.

Dr. E. N. Atakam

Erytromycine: Streptomyces erytreus namındaki bir nebattan kristalize şekilde elde edilen yeni bir antibiotiktir. Bu yeni antibiotiğin hafif konsantrasyonları bile in vitro gram müspet mikroorganizmalara şiddetle müessir olmaktadır. Aynı zamanda gram menfi bakterileri nötralize ettiği mykobakteri ve tiftüs Rickettsiası ve büyük virüslerin bazılarını tadil ettiği görülmüştür. Klinikte hemolitik streptokok ve pnömokoka müessir olduğu görülmüştür. Penicillin gibi müessirdir, ve buna mukavim olanlar da müessir oluyor. Tahammüslüzlük görülmez, gonorrh'e de çok müessir değildir.

Ameliyatta hemorajiyi önlemek üzere sympatik gangliyon paralizisi ile geçici hipotansiyon hakkında: Ameliyat esnasında kan kaybını önlemek, cerrahide ötedenberi ehemmiyetli bir düşünceciir. Bu sebeple bilhassa etrafta kullanılan bantlar gibi kan deveranını durdurucu mekanik vasitalardan başka son zamanlarda bu hususta ameliyattan evvel tansiyonu düşürmek üzere fazlaca kan almak ve ameliyattan sonra aynı kanı tekrar hastaya vermek veyahut total raşianestezi gibi tehlikeli usuller tatbik edilmişse de bunlardan sarfınazar edilmiştir. Bunların vahim şokan mahzurları dolayısıyla daha sonraları tansiyon üzerine müessir olan sympatik ganglionları felç etmek (**ganglioplegie**) düşünülmüştür. Bu hususta birçok ilâçlar meyanında methonium esasına müstenit penta ve heksamethonium mürekkepleri damardan muvaffakiyetle kullanılmıştır. Bunlar bilhassa çok hafif toksik tesire malik olup, ganglioplejik ile letal dozları arasındaki nisbet bin mislidir. Hekza methoniumun bromür milhi kullanılmaktadır. Damardan gayet yavaş ve dekübitüs dorsal vaziyetinde olan bir hastaya beş santimetre mikâp serum fizyolojik içinde 20 miligram ilk doz olarak verilir. Lüzum hasıl oldukça bu doz arttırılır. Bu şekilde dekübitüs dorsal vaziyetinde yatan bir hastanın, lüzum görüldüğü takdirde, yavaş yavaş gövde kısmı yükseltilebilir ve ayak kısmı indirtilebilir. Kan tazyiki (5-7) ye kadar indiği zamanlar bile rahat ameliyat yapmak ve kan kaybı olmadan lüzumlu hemostazi temin etmek mümkündür. Bu usulde kan tazyiki daima yakından kontrol altında bulundurulur ve hipotansiyonun fena alâmetleri görülmesine meydan bırakmadan hastayı düz yatırmak veya efedrin, adrenalin tatbik etmek gerekir. Bu şekilde ganglioplegie yapılmış vakalarda ameliyattan sonra hastayı kendi haline terketmek doğru değildir. En aşağı on iki saat kontrol altında bulundurmak gerekir. Bu usulle yaşlı arteriyosklerozlu ve arteritli hastaların ameliyatı uygun olmaz. Ganglioplejik metod en ziyade kanamaya müsteit olan müdahalelerde ve tümörlerde, anevrizmalarda, angiomlarda faydalı olur.

Antibiotiklerin meydana getirdikleri ârızalar: (Prof. G. Bickel; Medecine et Hygiène; No; 226, 15

Sept, 1952). Müellif bu husustaki fikirlerini aşağıdaki şekilde hulâsa etmektedir. Antibiotiklerin istimalini tahdit etmek muvafık olmakla beraber bu hususta gereken esasların nelerden ibaret olduğunu henüz kestirmek kabil değildir. Birçok müellifler bu antibiotiklerden her birinin hususî endikasyonlarını iyice tetkik edip münakaşa etmeği uygun görmekteirler.

Bugün ciddi, enfeksiyö bir hastalığın tedavisi esnasında mikroorganizmin antibiotiklere karşı olan hassasiyet ve mukavemetini lâboratuvarda araştırmak kaide haline girmiştir. İki veya daha ziyade antibiotiğin bir arada kullanılması neticesi antagözizm veya sinerji husulü mümkün olması dolayısıyla yeni güçlükler ortaya çıkmıştır. Bugün toksisite ve sansibilizasyon gibi ârizalar ve saire görüldüğüne göre antibiotikle tedavi olunacak hastanın anamnezini daha ehemmiyetli tetkik etmek ve muhtelif ilâçlara karşı göstermiş olduğu sansibilizasyon hadiselerini araştırmak gerekmektedir. İmkân dahilinde kan formüllerini takip ve chloromycetin, terramycin ve aureomycin ile tedavi edilmekte olanlarda kazurat florasının değişikliklerini aramak gerekir. Uygun gitmiyen halde antibiotik dozunu artırmak ve daha doğrusu bir iki gün ara vermek suretiyle görülen alâmetlerin hangisinin esas hastalık ve hangisinin antibiotik hissesine isabet ettiğini kestirmek icap eder.

Modern tedaviye ithal edilen antibiotikler başlangıçta ve halen dahi hayret verici şifalar meydana getirmiştir. Bununla beraber semptomatolojisi klâsik olan bazı hastalıkların semptomlarını avorte etmek suretile bu hastalıkların evolüsyonunu değiştirerek yeni bir patoloji meydana getirmiş, bir taraftan da aldatici iyileşme alâmetleri ile beraber enfeksiyonun gürültüsüz devamını mümkün kılmıştır.

Hyperthyroidie'nin tedavi şeması: (L. Longeron. Medecine et Hygiène, No: 226, 15 Sept, 1952). Pratikte hususî vakalara gereken endikasyonlar hariç, hipertiroidilerde tavsiye edilecek tedavi şöyledir:

1 — Tıbbî tedavi: Her şekilde: istirahat, bol ve muhtelif cins süt-sebze rejimi yapılır. Kave, alkol ve sair münebbihler verilmez. Propylthiurasil (veya diğer antiroidyenler) günde 25 mgr.dan 8 komprime. Veya 10-30 damla Lugol, günde üç defa, veya komprimelerle iodu birer gün ara ve münavebe ile tatbik.

Yarım veya dördte bir miligram yani takriben altı damla tyroxine,

0,10 gram barbitürük günde 1-3 defa.

Vak'asına göre östrojen.

Şimdiye kadar tarif edilen tedaviye beş, altı hafta devam olunur. Bazal metabolizma, kan, kalp, tartı, boyun ve asabi cümlelerin kontrolü yapılır. Neticeye göre bu suretle üç ay devam olunarak her kür devresinden sonra onbeş günlük bir ara verilmekle beraber predominant faktör üzerine ehemmiyet vermek gerekir.

2 — Bu tedavilerle netice alınmayan veya vahimleşen vak'alarda ve sosyal durum (süratle neticeyi almak ve çalışma ihtiyacı), guatrın eskiliği ve sertliği, münferit ve âşikâr bir adenomun mevcudiyeti, kalp ârizaları, degeneresans korkusu hallerinde veya birdenbire bu elemanlar meydana çıkarsa tireoidektomi sübtotol yapılması gerekir. Bunun için de hastayı dikkatle hazırlamak lâzımdır. Metabolizma mümkün merteye düşük, veya düşüş halinde yapılmalıdır. Ameliyattan evvel üç miligram günde tyroxine veya on miligram folliculine veya vejétatif sistemi sükûnete koyacak olan yüksek rasi anestezi, ganglioplejik enfiltrasyonlar, antihistaminik ve barbitürükler ve saire verilir. Diğer taraftan müdahaleden sonra da tıbbî tedavi ve nezaret icap edeceğini de hatırdan tutmalıdır. Bilhassa exophtalmie, antihipofizer tedaviyi gerektirir.

3 — A.C.T.H. ve Cortisone: Müellife göre umumî hale ve belki guatra tesir eder görünmüştür. Esas tiroid üzerine az tesir etmektedir. Radyoaktifler üzerinde kâfi derecede bir tecrübe sahibi olmadıklarından bu metodlar üzerine bir şey bildirmemekte, belki ilerde en iyi tedavi usulü olarak meydana geleceğini bildirmektedir.

Dr. A. M. Atakam

Kanserin erken teşhisinde biopsinin ehemmiyeti: (Dr. Ddward J. Jordan St. Louis; Medical Times; V; 80 No. 9, Sept. 1952). Halihazırda kanser musaplarından şifa veya hayatta kalanların nisbetini artrıma, erken teşhis ve tedaviye istinad etmektedir. Bu gayenin tahakkuku için biopsinin lüzulu hakkında pratisyen hekimlerin nazarı dikkatini çekmeği uygun görüyoruz. Bu vakaların %75 i pratisyen hekim tarafından görülmektedir. İlk temasın ehemmiyeti büyüktür.

Hekim, hastalığın hikâyesi ve fizik muayene esnasında kanseri düşündürecek birçok şeyleri görür veya hissedebilir. Muayenesinde ihmalkâr davranır veya ne aramak lâzım geldiğini bilmezse evvelâ hastanın sıhhati, bilahara kendi menfaati aleyhine bir vaziyet ortaya çıkmış olur. Kanser mevzuunda hekime ağır bir mesuliyet düşer. Şüpheli lezyonları lâkaydı veya cehalet sebebiyle tanıyamazsa bu yüzden hastayı birkaç ay erken ölüme mahkûm eder. Tanıyabilecek durumdaysa vicdanına karşı mes'ul olmaması için teşhisinde haklı olup olmadığını araştırmayı icap eder. Teşhisi teyid veya red hususunda ne yapabilir? Birçok imkânlar mevcuttur. 1 — Çeşitli kanser tipleri ve bunların vücutta tercih ettiği yerler hakkında bildiklerini gözden geçirir. 2 — Muayenesini yaparken biraz daha dikkat etmekle kanserlerin kısmı azamının lokalizasyonlarını görür veya hissedebilir. Umumiyetle kanserler diğer şüpheli lezyonlara nazaran daha kolaylıkla istisal edilebilir bir yerde bulunurlar. Bu sebepten ekseriya biopsi kolayca yapılabilir. Aşağıdaki sıra lezyonların kesretine göre değil, hekimin kolaylıkla görüp hissettiği şekillere göre tanzim edilmiştir.

Cilt: Cilt, enfeksiyöz, kanseröz ve prekanseröz bir çok lezyonlar için müsait bir zemindir. Cilt

kanserleri çeşitli şekillerde kendilerini gösterirler. Ekseriya predispoze şahıslarda ve cildin hariçle temasta olan yerlerinde görünürler. Bu sebepten çiftçi, gemici, satıcı ve açıkta çalışan işçilerde daha fazla rastlanır. Umumiyetle el, boyun ve yüz cildinde meydana çıkarlar. Histolojikman bazo veya spinoselüler tiptedirler. Kendilerini kabuk bağlayan, kanayan, kronik bir lezyon gibi gösterirler, bilahare tekrar kabuklanırlar, nihayet yerlerinde beyaz renkte yuvarlak kenarlı bir ülserasyon bırakırlar. Mevzii anestezi ile, ülsere neşçin tamamı ve etrafından bir santim genişliğinde salim cildi de eksize etmek şartile biopsileri erken yapılabilir. Büyümekte olan lezyonların kenarından yapılan küçük biopsiler tehlikeli olduğu gibi, bütün lezyonun tekâmülünü anlamak mecburiyetinde olan anatomo-patoloğ için de şayanı tercih değildirler. Eğer lezyon genişse, total eksizyon ve deri greflerine bir kontrendikasyon yoktur, bisturi ile cilt biyopsileri mükemmelen yapılabilir. Elektrik bisturisi kullanılabilirse de sıcaklık, hücre konfigürasyonunda bozukluklar tevhit edebileceğinden, meydana getirdiği yaraların iltiyamı biraz gecikebilir.

Dudak: Dudak kanseri başlangıçtan itibaren belirli tezahürat gösterir. Umumiyetle alt dudakta ve açık havada çalışanlarda sık rastlanır. Elli yaşından itibaren fazla görülürse de genç şahıslarda da tesadüf edilir. İki haftadan fazla bir zamandanberi dudakta mevcut olan bir lezyon karşısında araştırma yapmak icap eder. Biopsi ve total ekstirpasyon aynı zamanda yapılabilir. Dudaktaki kanser lezyonunun bir buçuk santimetre uzağından yapılacak (V) şeklindeki bir ekstirpasyon, dudak kanserlerinin ilk safhalarında şifayı temine kâfi gelmektedir. Sübmental lenf ukdelerinde metastaz mevcutsa boyunda yapılacak bir diseksiyonla bunları ayıklamak icabeder.

Ağız mukozası: Ağız mukozasından anlaşılması gereken şey sadece iki yanağın iç sathını örten mukoza değil, bütün ağız boşluğunu kaplıyan gışayı muhati olmalıdır. Buna göre boğaz mukozasındaki kanser şüphesi karşısında yanaklar, yumuşak ve sert damaklar, alveoller ve diş etleri de esaslı şekilde muayene edilmelidir. Ağız mukozası kanserleri daha ziyade dudak köşelerinin iç kısmında, ağız tavanında, yanak mukozasının alveoler kenarlarıyla birleştiği sahalarda görülür. Ağız mukozası kanserlerine erkeklerde kadınlardan daha sık rastlanır. İptidai kanser ufak, beyaz, bir lezyon halinde başlar, müzminleşir, bilâhare ülserleşerek yerinde kenarları yuvarlak bir krater bırakır. Sifilizin ağızda görülen tezahüratını nazarı dikkate alıp, elimine etmek lâzımdır. Kanser ve lües ekseriya beraber bulunabilirler. Ağızdaki lezyonlar bir tek blok halinde eksize edilebilir ve yerinde kalan sahaya da koterizasyon veya radyum yahut radon tatbikatı yapılır. Bazı müellifler ilerlememiş veka-yide bütün lezyonu eksize ederek yerine sütür koymağı veya defekti greflerle kapatmağı daha uygun görmekteyler. Bu yaralar ve grefler bilâhare enfekte olabilir veya kabuklanabilir. Entro-

ral cerrahî müdahale hangi şekilde yapılırsa yapıl-sın post-operatuar çok dikkatli bir ağız temizliğine ihtiyaç vardır.

Dil: Dil kanserleri erkeklerde sık görülür, kadınlarda da arasıra rastlanabilir, süratle seyredir ve erken metastaz yaparlar. Bu ciheti nazarı itibara alarak tedavisinde gecikilmemelidir. Kanser umumiyetle dilin kenarında, kaidesinde, ucunda, bazen de 1/3 ön kısmında lokalize olur. Tehlikeli olması cihetiyle biopsinin muayenehanede yapılması tavsiye edilmez. Müdahaleyi hastanede yapmak daha doğru bir hareket olur. Damardan zengin bir organ olan dil en hafif bir çizikte dahi kolayca kanar. Biopsi esnasında vuku bulacak bir kanama elektrikoagülatörle durdurulmalıdır. Birçok müellifler hemiglosektomi veya glosektomi yerine rad-yum veya radon kullanarak hastalığın ilerleyişini durdurabilmiş veya tamamıyla bertaraf edebilmişlerdir. Bütün kliniklerin istatistiklerine göre dil kanserine musap olanların vasatı ömürlerinin beş seneyi geçmediği esfle görülür.

Farenks ve hipofarenks: Bu nahiyeler de sistematikman muayene edilmelidir, zira buradaki kanserler kolayca gözden kaçabilirler. Karenks veya diş aynası ile muayeneyi tamamlamalıdır. Müsait bir ışık altında uzun saplı bir diş aynasıyla nazofarenks, farenks ve hipofarenks dikkatle muayene edilmelidir. Eğer hasta çabuk gıcıklanır, tıkanıklık hissederse hafif bir kokain solüsyonu nazofarenks ve farenkse pülverize edilerek bu nahiyeler ayna, eידven geçirilmiş parmakla kolayca muayene edilebilir. Boyunda haricen bir tümör görül-meyen vakalarda da nazofarenks, farenks ve hipofarenksin muayeneleri katiyen ihmal edilmemelidir. Bazan ka'î teşhis uzun saplı koparıcı bir pens ile yapılan biopsiyle mümkün olur. Kanamayı durdurmak için elektrokoagülatör hazır bulunmalıdır. Bu nevi müdahaleler bütün emniyet vasıtaları bulunmayan bir yerde yapılmamalıdır.

Larenks: Ekseriya erkeklerde görülen bir kanser tipidir. Ses kısıklığından müsteki her hasta dikkatle muayene edilmelidir. Müsait bir ışık, larenks aynası ve hastanın alacağı uygun bir vaziyetle larenks kolayca muayene edilebilir. Uzun, koparıcı bir pens ve koagülatör yardımıyla şüpheli lezyonun biopsisi müşkülatsız yapılabilir.

Akciğer: Akciğer kanseri şüphe edilen şahıslar hastaneye yatırılıp X şuaı, bronkoskopi ve biopsiyle teşhise varılabilir. Bu gibi vakalarda pratisyen hekimin yapabileceği büyük bir iş yoktur.

Özofagus: Kanserlerin tercihan seçtikleri bir sahadır. Yakın zamana kadar bu gibi hastalara gastrostomiden başka bir şey yapılamamıştır. Özofagus kanseri şüphe edilen şahısların biopsileri hastanelerde tecrübeli hekimler tarafından yapılmalıdır. Özofagus kanserlerinin cerrahî tedavileri son senelerde epeyce terakki etmiştir. Buna rağmen memnuniyetbahş bir netice elde etmek için erken teşhis ve radikal bir tedavi icap etmektedir.

Mide ve ince barsak: Mide, kanserlerin sık görüldüğü bir yerdir. Mide kanserlerinin teşhisinde, sistematik bir çalışma ile mükemmel bir başarı el-

de edilebilir. 1) Kanserli mide usaresinde vasatı olarak % 90 akloridi görülür. Bu bulgu diğer klinik muayenelerle takviye edilmelidir. 2) Gastroskopi her ne kadar yeni ise de zamanla tekâmül ederek iyi neticeler vermesi mümkündür. 3) Papanicolau metodunun esası olan mide usaresi santrifüj bakiyesinin muayenesi, tekniği tekâmül ettikçe erken teşhis için kıymetli bir unsur olacaktır. 4) Mide kanserlerinin erken teşhisinde X şuaları ve fluoroskopik vasıtalar güvenilebilecek yardımcı usullerdir. Teşhisi kesinleşmiş her çeşit mide ülserinde eksplorasyon ve mihrakın istisali uygun bir harekettir. Erken teşhis edilemeyen mide kanserlerinde yaşama müddeti kısadır. Tıbbî tedaviye tabi tutulan birçok ülser vakaları bilâhara kansere tahavvül etmektedir.

İnce barsak: Nisbeten nadir görülen ince barsak kanserlerinin teşhisi ancak X şualarıyla mümkündür.

Kalın barsak: Kalın barsak kanserlerinin %60-70 i basit bir tuşe veya proktoskopi ile teşhis edilebilmektedir. Tagavvüt intizamsızlıkları ve feçesde kan mevcudiyetinden müsteki bir hastada mutlaka tuşe ve sigmoidoskopi yapılmalıdır. Rektum ve sigmoidteki lezyonların biopsileri uzun, koparıcı bir pensle çekinmeden kolayca muayenehanelerde yapılabilir. Asandan, transvers ve desandan kolon kanserlerinin teşhisi ancak X şualarıyla mümkün olur. Herhangi bir cerrahî müdahale yapılması düşünülen bütün hemoroid vakalarının da protoskopi yapmak lâzımdır.

Serviks: Serviks biopsileri uzun, koparıcı bir pensle ve birçok parça alınmak suretiyle muayenehanelerde yapılabilir. Biopsi zemininin hemostazi elektrokoterle yapılır. Alınacak parçanın muayenehanede boyanıp histolojik muayenesi mümkün olan hallerde ve alınan materyelden netice çıkarabilecek bir hekim tarafından, teşhise yarıyacak hususiyetler bulunabilir. Teşhis için gereken kürtaj hastanelerde yapılmalıdır.

Mesane: Sistoskopi yapabilen ve uzun saplı biopsi bisturisini kullanabilen her hekim, muayenehanesinde mesane biopsisi yapabilir. Perineal olarak prostattan zımbavari şekilde gerekli olan biopsiler hastanelerde yapılmalıdır.

Penis ve husyeler: Bunların biopsileri de garantili olarak hastanelerde yapılmalıdır.

Meme guddeleri: Biopsi histolojikman menfi netice verinceye kadar memede görülen bütün tümörlere kanser nazarile bakılmalıdır. Bu hastalar hastanelere yatırılarak tümörleri istisal edilmeli ve histolojik muayeneleri yaptırılmalıdır. Meme tümörleri muayenehanelerde çıkarılmamalıdır.

Tiroid guddesi: Birçok tiroid kanserlerinin teşhisi istisallerinden sonra patoloğlar tarafından tahkik edileceğinden, biopsi için hastaların hastanelerde yatırılması icap eder. Hekim, tek nodül gösteren tiroid guddesinin, çok nodüllü guddelerden daha fazla kansere dejenere olabileceğini daima hatırlamalıdır.

Kemik: Bütün kemik biopsileri ameliyathanelerde yapılmalıdır.

Netice :

Biopsi veyahut lezyona ait şüpheli bir materyelin muayenesi, mümkün olan teşhis vasıtalarının sonuncusudur. Menfi netice veren bir biopsi mutlaka hastanın kanserli olmadığını göstermez, patoloğa gönderilen piyeste kanser bulunmadığını gösterir. Kat'i netice için patoloğa ya birkaç piyes veya bazı vakalarda olduğu gibi tek piyes halindeyse materyel, etrafında bir kısım salim nesçi de ihtiva eder şekilde alınarak gönderilmelidir. Pratisyen hekim günlük, fiziki muayeneleri sırasında kansere has, müşterek birçok hususiyetlerle karşılaşabilir. Şüpheli bir durum karşısında mevcut lezyondan biopsi yapmak ve biopsi neticesine göre icabediyorsa hastayı radikal tedaviye göndermek pratisyen hekimin vazifesidir. Erken teşhisle tedavi arasında geçebilecek uzun bir devre hastanın sıhhati aleyhinedir.

Dr. P. Raytan

Özofagusun sikatrisyel darlıklarının tedavisi:

(A. Aubin, La Presse Médicale, No 39, 1951) Özofagusun yanmadan mütevellit darlıklarının tedavisi yalnız mütehassısa mahsus bir tedavi değildir. Ekseriya hastaya ilk çağrılan bir hekim, total stenoz teessüs ettiği vakit sonradan da cerrahî ilgilendirir. Keza, sırasında veya vak'adan epeyce sonra prestnoz devresinde veyahut kısmî veya tam stenoz teessüs ettiği zamana göre endikasyonlar konur. Acil tedavi had safhada olup birinci günden ikinci güne kadardır. Erken tedavi 10 uncu ile 20 inci gün arasındadır (Prestnoz). Geç tedavi stenoz husule gelmiş vak'alarda, 30 uncu gün veya çok nadir olarak total stenoz vak'alarında tatbik olunur.

Had safhada tedavi :

Başlıca âcil tedavi tıbbidir. Hekim kostik maddenin tabiatını öğrenir, kesafetini, yutulduğu zamandanberi geçen zamanı tayine çalışır.

Yapılması gereken işler:

Şokla mücadele: Hastayı ısıtmalı, tonikardiyaklar, sürrenal ekstrileri tatbik etmeli, icabında taze kan veya plazma ile tansiyon yükseltilmelidir. Hemen morfinle ağrıyı teskin etmelidir. İlk hamlede yüksek doz penisillin tatbik etmeli, dehidratasyon ve asidozu hafifletmek için deri altından veya rektum yoluyla damla damla serum glikoze verilmelidir. Hastayı sıkı nezaret altında bulundurmak lâzımdır. Zira özofagus lezyonları derinleşip mediastinal komplikasyonlara sebebiyet verebilir. Umumî hal endişe verici olarak devam eder ve ağız lezyonlarından korkulursa hemen bir gastrotomi yapmaktan çekinmemelidir.

Yapılabilecek şeyler şunlardır:

Kazayı müteakıp 4 saat zarfında kostiği nötralize etmelidir. Organik reaksiyonlar müdafa vazifesini yapmış olacağından 4 saat sonra yapılacak nötralizasyon tesirsizdir. Kalevi kostikler için %10 luk sirke, % 0,2 lik asid asetik mahlülü, saf limon suyu tavsiye olunmaktadır. Asid kostikler için süt, kireç suyu, bir bardak suda bir kahve kaşığı kar-

Fazlaca Yorucu Hareketler
Angine de poitrine' den
muztarip hastalara
tehlikelidir

PRAENITRON

ile yapılan kozal tedavi
akseleri önler

Ticari Şekil
Tablet: 1 mg x 50 lik tüplerde

SCHERING A.G. BERLİN
(ALMANYA)



Schering

Türkiye Umumi Satış Yeri

KİMYA VE ECZA MADDELERİ Türk Limited Şirketi
Aşirefendi caddesi İmar Han İstanbul • Telefon: 22164 • P. K. 760 - İstanbul.

253




Addison hastalığı
Simmonds hastalığı
hâd ve müzmin intan hastalıkları
Bedenî zafiyet v.s. de

PERCORTÈNE

CIBA

*Sentetik Cortico-Sürrenal
hormonu*

CIBA Société Anonyme, Bâle, Suisse 

*Türkiye Müessesli: Doğan Sağlık ve Sigortaları A.Ş., İstanbul
Aşirefendi Cad., İmarhan Kat 4, Tel: 26 310, P.K.: 452*

bonat döşö, 2 litre suda 15 gr. sabun mahallü kulanılmaktadır.

Sakınılacak şeyler şunlardır:

Midenin yıkanması: Bu lavaj faydasız ve tehlikelidir. Özofagus cidarı bozulmuş ve mukavemeti azalmış olduğundan perforasyon olabilir. Saf suyun absorpsiyonu da çok zararlıdır, zira aşındırıcı maddeyi sulandırır ve lezyonun yayılmasına sebebiyet verebilir. Binaenaleyh tedavi: tonik, antienfeksiyö ve semptomatiktir. Tayin olunacak hattı hareket lezyonun genişlik ve derinliğine tabidir.

Erken buji tatbiki: Özofajitin bu devresinde buji tatbiki suretiyle profilaktik olarak stenozu önlemek ve sikatrizasyonu istenilen şekilde temin etmek doğru olur mu? Böyle bir teşebbüse 1913 de Roux tarafından girişilmiş ve tatbik edilmiştir. Bu çok münakaşalıdır. Zira retressismanın önce mandrenle rekaliyaj yaparak çabucak şifa temini düşünülüyorsa bu tehlikesiz değildir. Böyle bir özofagus cidarının mukavemetini tayin etmek imkânsızdır. Ağızdaki lezyonlarla özofagustaki lezyonlar arasında hiç bir paralellik mevcut değildir. Buji tatbiki, perforasyon veya mediastinit ihtilatına sebep olan peri-özofajit yaparak bir felâket doğurabilir. Daimî yumuşak sonda ise tali enfeksiyonu kolaylaştıran ve mevzii şifayı geciktiren bir yabancı cisimdir. «Zarafet emniyete kurban edilmelidir.» Vahim tehlikeleri dolayısıyla müellif bütün prematüre tedavileri reddetmektedir. Yani 18-20 gün geçtikten sonra iltihabî reaksiyonun kaybolması ve eskarların düşmesi zamanına kadar bekliyor. Bu sırada, sikatrisiyel stenoz tekaddüm eden ve reparasyona yarayan granülasyon dokusu görülmektedir. Bu mevzii vaziyet, normal ve ağrısız olarak özofagus transitinin yeniden avdeti ile karakterize prestenezin intermediyer safhasına tekabül etmektedir ki hastalar çok defa bunu yanlış olarak şifa telâkki ederler. Bu had devrede 4 veya 5 inci güne doğru umumî ve fonksiyonel teşevvüşler salah bulmuşsa bir tek zararsız manevra yapmak mümkündür ki bu da yüze tesbit olunan kurşunlu bir iplik yutturmaktır. Bu iplik, tatbikinin güç olacağı tahmin edilen ilk kateterizmaya yol açmaya yarar.

Prestenez safhasında tedavi:

Prestenez devresi buji ile dilatasyon için en müsait zamandır. Komplikasyon safhası bitmiş, disfaji kaybolmuş, hastanın ahvali umumiyesi iyileşmiş, özofagusa kolayca şekil verilebilecek bir hale gelmiştir. 20 inci güne doğru, lezyonların yerlerini gösterecek bir radyografik muayeneden sonra bir özofagoskopi yapmak mümkündür. İhtiyatlı yapılmalıdır. Maalesef daima ağırlıdır. Lezyonların söndüğünü veya henüz evolutif olduğunu anlamaya yarar. Burjonmanlar henüz iltihaplı ve temas ile kanıyorlarsa bilâhara bir seansta tekrar buji tatbik etmelidir. Eğer özofagus cidarı kâfi miktarda nedbeleşmiş delikten geçebilecek kutturda opak bir buji ekran altında özofagusa sokulur ve zorlamadan mideye kadar sevk edilir.

Buji tatbiki kaideleri:

Buji göz kontrolü altında sokuluyorsa körükö-

rüne bir ilerleme olur. İlk seanslarda yolu tayin için radyografik kontrol mutlaka zaruridir. Bujiyi zorlamadan sevk etmelidir. En küçük mukavemetlerde durmak icap eder. Yer, yer birçok darlıklar kateterizme mukavemet edebilir (Perforasyon tehlikesi). İlk buji 4-5 saat bırakılmalıdır.

Bujilerin tatbik frekansı: Başlangıçta özofagoskopi kontrolü altında 2-3 günde bir tekrarlanarak bir çeyrek veya yarım saat bırakılır. Soğumuş bir darlık prensip olarak hemen hemen gündelik bir dilatasyona, tatbikatın temdidine ve çapın genişletilmesine müsaade eder. Henüz evolüsyon safhasında olan darlıklar az devam eden, yavaş tekâmüllü, fasılalı bir bujilemeyi icap ettirir. Üstüvani buji biraz müşkülâtle yol alırsa yutturulan kurşunlu iplikten faydalanılır. Bunun ipi gergin tutularak üzerinden içi boş, ucu kesik bulunan bir sonda geçirilir ki bu iplik bir kondüktör vazifesi görmüş olur. Özofagus 20-22 numafalı bujiye müsait ise artık özofagoskopiye lüzum kalmaz. Ekran kontrolü altında ağızdan sevk edilir.

Seansların fasılları: İlk 3 ayda haftada 2-3 defa, 4-12 ay arasında haftada bir defa, yapılır. Bir sene sonra ayda bir seans yapılır.

Dilatasyonun idaresi: Her seansta 3 buji ithal edilir. İlki en aşağı numaralı olup bir evvelki seansta kullanılan son numaradır. Her seansta bir numara fazla kazanmak denir.

Vukubulabilecek ârizalar: Dilatasyon ağırlı ise, bujilemeye hafif bir ateş yükselmesi refakat ediyorsa bu hallerde muvakkat bir zaman için dilatasyon yapılamaz. Bu ihtilatlar daha ziyade manşon şeklinde retressismanlarda olur, dilatasyona fena mukabele eder, ve bu suretle başka bir tedavi yolu tutmak icap edeceğini gösterir.

Bujileme müddeti: Özofagusun tabii çapını kazanması 6 ay ilâ bir sene arasında mümkün olur. İlerleme yavaş ise ancak 2-3 sene bu neticeye varılır. Büyüklerde 40 No.ya, 8-12 yaşındaki çocuklarda 30 No.ya, 6 yaşından küçük çocuklarda 18-20 No.ya ulaşmaya çalışmalıdır. Kusursuz bir beslenmeye müsait elde edilmesi gerekli asgari özofagus çapları kâhillerde 25, büyük çocuklarda 16, küçük çocuklarda 10 numaralardır. Elde edilen neticeleri birinci sene ayda bir defa, 2 nci sene 2 ayda bir defa, müteakip senelerde 2-3 defa bir kateterizm ile kontrol etmek zarureti vardır.

Teessüs etmiş stenozda tedavi (Geç tedavi): İhtimam ve tedavi görmüş bütün hastalar stenoz teşekkülü safhasına asla varmazlar. Alelekser bu âraz latant safhada, fonksiyonel teşevvüşlerin kaybolması ile, iyi olduklarını zannederek bütün tedavilerini kesen kimselerde görülür. Radyografi özofagoskopide 2 manzarada kendini gösterir:

- a — Görünen ve geçirebilen retressismanlar
- b — Görünmeyen retressismanlar.

Görünen ve geçirebilen darlık: Özofagoskopi deliği ve genişliğini görmeye imkân verir. Bir opak bujinin ithali delik genişse kolay, darsa güç olur. Ürolojistlerin ilham ettiği müteaddit bujilerin aynı zamanda sevki, deliğin önüne konan ve birbiri arkasından itilen filiform bujilerle, duhulü kolaylaştırmaktadır.

Bir buji girince matlup hasıl olmuş demektir. İlk buji 48 saat bırakılır. Bu uzun temasla fibröz nesîç yumuşar ve daima gözle görülen hoş bir netice husule gelir. Müteakıp muayenede darlığın genişlediği ve daha büyük çapta bir bujinin geçmesine müsaade ettiği görülür. Deliği çapının 18-20 No.ya kada genişletilmesinde özofagoskopiye ihtiyaç vardır. Bu genişliğe geldikten sonra, şayet darlığın üst kısmında poş mevcut değilse, gözle kontrole artık lüzum yoktur. Bu zamandaki bujileme önceden bildirilenlere benzer.

Görünmeyen darlık: Retresisman mevcuttur. İnce barite bir çizgi bunu işaretler. Özofagoskopiye birkaç gaz habbeciği bunun mevcudiyetini gösterir. Fakat delik ödemasıye mukoza plileri tarafından maskelenmiştir. Bu halde bir gastrostomi yapıp von Hacker tarafından ortaya konmuş ve emniyeti kıyas kabul etmiyen ince bir bujileme tatbik etmek zarureti vardır. Bu usulde birinci zaman gastrostomidir. Gastrostomi aşağıdan jüksta-mediyan yapılmalı, devamlı olmamalı, retrograt özofagoskopiye müsaade etmelidir. Ağızdan beslenmenin mutlak kesilmesi, daha üstündeki ödematöz özofajiti bertaraf eder. Retresisman deliğinin büyüklüğüne göre özofagoskopiye görülür veya görünmez halde kalır. Bu vaziyette hususî bir teknik kullanılır. Delik özofagoskopiye görünür halde ise filiform ufak bir buji mideye kadar itiltilir. Radyoskopik ekran altında buji ağızdan dışsız bir pens veya bir çengelle çekilir. Ağızdan çıkan ucuna bir ipek iplik bağlanır.

Özofagoskopiye delik görünmez halde kaldığı zaman 2 usul sayesinde iplik geçirilebilir:

1 — Kurşunlu bir iplik yutturarak: Hasta, 1 veya 2 No. ipekten 1 metre boyunda, bir ucuna 10 cm. aralıkla 3 adet balık avı kurşunu tesbit edilmiş bir ipeği yutar. Kurşunlar stenozu aşip mideye geçerler. İplik ekran kontrolü altında bir çengelle çekilir, diğer ucu burundan çıkarılır ve bir flaster ile yanağa tesbit edilir.

2 — Retrograt kateterizm: Bir bujinin aşağıdan yukarıya doğru geçmesi kolaydır. Zira darlığın altındaki bölge zirvesi yukarıda, divertikülsüz, muntazam bir mahrut şeklindedir. Röntgen kontrolü altında 5 mm.lik bir özofagoskop gastrostomi deliğinden sokulur, kolon vertebralın sol yanına teması duyulur. Kolon vertebral ile sol diyafragma kubbesinin teşkil ettiği zaviyenin zirvesine doğru sevk edilir. İleri geri hareketlerle daha az mukavemetli bir yer aranır, ve bütün effortsuz olarak girmesi gecikmez. Gölgenin kalbin arkasından geçtiği görülür. Bu vaziyette iyi yerde bulunmaktadır. Tüp içine sokulmuş bir buji mukavemete rastlamadan özofagus içinde ilerler ve farinksten çıktığı yerde yakalanır, oradan yukarı kaldırılmak suretiyle ucuna bağlanan ipliği çekmesi temin edilmiş olur. Bu iki usulün başarısız netice verdiği vakalarda ağızdan özofagoskopi ile metodik olarak deliği aramaya devam etmelidir. Stenozun geçebileceğine kanaatimiz bulunduğu müddetçe, ki vaziyet ümitsiz demektir, hastayı cerraha tevdi etmemeliyiz. Özofajiti muhafaza için

ağızdan beslenmeyi şiddetle kesmek şartıyla, çok sabırlı hareket ederek, daima deliği bulmak ve kateterizm yapmak mümkündür.

Retresisman başladıktan sonra biri 3 sene diğeri 18 aydanberi çare arayan ve kendilerine uçsuz iplik tatbik edilmiş iki hasta müellife müracaat etmiştir. Uçsuz iplik konduktan sonra dilatasyon tahakkuk ettirilebilir.

İkinci zaman: Kondüktör iplik vasıtasıyla dilatasyon. von Hacker usulü: Kondüktör iplik sayesinde yanlış yola sapmak imkânsızdır. Dilatasyon, incetilmiş uçlarında ipekten birer ilmiği bulunan Tucker'in, yumuşak, kauçuk bujileri ile yapılır. Uçlardan birine gastrostomi deliğinden çıkan iplik, diğerine 1,5 metre uzunluğunda başka bir iplik bağlanmıştır. Ağızdaki ucu çekince darlık olan yere buji yerleşir. Buji aynı ipliğin çekilişi ile yukarı doğru yükselir, ucuna bağlanan ipliği de çeker. Bu iplik bundan sonraki dilatasyonlar için yerinde bırakılır. Müteakıp seansların ritmi ve devamı paralel bujilemede bir değişikliğe uğramaz.

İlave metodlar:

Güç dilatasyon yapılan stenoz vakalarında bazı metodlar, bu arada bilhassa gerilmiş tüp şeklindeki manşonlar tavsiye edilmiştir. Bunlar bazan tehlikelidir. Endikasyonları mahduttur. Yalnız sikatrissiyel nesçi yumuşamaya yarayan sirküler elektroliz de kullanılır. Özofagotomi entern, diatermo-koagülasyon, galvano-koterizasyon tamamen terkedilmiştir.

Mütipl darlıkların tedavisi: Klasik olarak önce ilk darlığın, sonra 2 nci ve müteakıp darlıkların genişletilmesi tavsiye edilmiştir. Bu teknik fenadır. Zira ilk müdafalede bırakılan aşağıdaki darlıklar inkişaf ederek sıkı stenoz haline gelirler. Müellif derhal bir gastrostomi ve bunun sayesinde uçsuz bir iplik geçirmeyi tercih ediyor.

Total stenozların tedavisi:

Total stenozların vahameti şunlara atfedilir:
a — Mideye gıdaların ithaline ve bunların ifrazatı teminine rağmen şahsı malül halde bırakan devamlı bir gastrostomi.

b — Toraks boşluğunda özofajitlerin yaptığı darlığın üst kısmında bir poşun mevcudiyeti.

Tedavi, gerek daralan kısmı delmek veya bir özofago-gastrik anastomoz yapmak, gerek yeni bir özofagus yapmak şeklinde olsun, özofagus transiti temin etmekten ibarettir.

Endoskopi altında stenozun delinmesi: Hastayı cerraha tevdi etmeden evvel daima bir teşebbüste bulunmalıdır. Kısa retresismanlarda bu mümkündür. İlk zamanda retrograt ve peroral özofagoskopi ile teşrik edilerek retresismanın uzunluğu kat'i olarak tayin olunur. İkinci zamanda iki plânlı radyoskopik kontrolü altında, müsait şekilde meyil verilmiş iki özofagoskop ucuna yerleştirilir. Biri karıya, diğeri ağza sokulmuştur. Gözle kontrol edilerek hususî bir trokarla dar kısım delinir ve oradan uçsuz bir iplik geçirilir.

Müellif bu usulle tam bir netice aldığını bildiriyor. Geniş retresisman vakalarında Baretto,

torakotomi ile ve göz kontrolü altında özofagoskop ile özofagusa girmektedir. Fakat bu şartlarda bir özofago-gastroanastomoz daha basit olmaz mıydı? Torakotomi ile özofagusa girmek kabil olmazsa özofago-gastroanastomozla transit temin olunur veya yeni bir özofagus işi tamamlar. d'Allaines tarafından özofagus kanserleri için palyatif tedavi olarak tatbik edilen özofago-gastroanastomoz aynı şa- nis ve Santy tarafından total özofagus stenozunda da yapılmıştır. Operasyon vefiyatsız ve oldukça basit olup özofagus transitini temin etmektedir. Yalnız çekinilmesi gereken hususlar, açıklığını temin için dilatasyonlar isteyen anastomoz deliğinin sekonder atrezileri ve bilhassa diyafragma altında alçak olarak yapılan anastomozlarda teşekkül eden özofagusun peptik ülserleridir.

Özofagoplasti: Yeni bir özofagus yapmak suretiyle hastayı kurtarmaya yarayan ikinci bir vasyadır. Müellif bu müdahaleyi haklı bir müdahale olarak kabul etmiyor. İstisnaî olarak kullanılan bu usule daha önce bahsedilen müdahaleleri tercih ediyor. Artifiyel bir özofagus yapmak için ince barsak, mide, ciltten yapılan bir boru ve kolondan istifade edilir. Jejunum veya kolondan yapılmış toraks önündeki özofagoplasti pek hoş olmıyan bir usul olup halihazırda yukarıda bildirilen operasyonlardan muvaffakiyet hasıl olmadığı veya bunları tahakkuk ettirmek imkânı bulunmadığı zaman bu usullere müracaat ettiğini bildiriyor.

Dr. Nuri Soylu

Gastro-duodenal ülser massif kanamalarında erken müdahale: (Franco Stipa. Sez. Chir. 1951, 58/163 den hülasa eden Surg. Gyn. Obst. in Ocak 1952 sayısında). Müellif gastro-duodenal kanamaya ait literatür vermektedir. 1944 ten önce mide kanamalarında cerrahî müdahale yapmadığını söyleyen müellif o zamandanberi altı peptik ülserli hastaya müdahale ettiğini, hastaların 32 - 65 yaşlarında bulduklarını, bir vak'ada perforasyonun da mevcut olduğunu ve bütün hastaların klinik ve bazı- larının radyolojik olarak ülserli bulduklarını bildir- mektedir. Hastaların kanamadan sonra 3-5 saat içinde görüldüklerini, 500 cc. - 1000 cc. kan naklinden sonra her vak'ada rezeksiyon yapıldığını, lokal anestezi kulla- nıldığını yalnız perforasyon olan vak'ada eter ile teşrik edildiğini söylemektedir. Zikrolunan diğer iki vak'adan birisi 41 yaşında bir erkek olup küçük inhinada ülser mevcudyeti bilinmekte idi. Ameliyattan önce kan trans- füzyonu yapılmış olmasına rağmen ameliyathanede ölmüş. İkinci hasta altı ay içinde iki defa melana göstermiş 16 yaşında bir kız çocuğu olup, ikinci hecmeden sonra 1000 cc. kan verilmiş, ameliyatta Treitz'dan 30 cm. mesafede jejunumda angiyom bulunmuş olduğu anlatılmaktadır. Müellif 48 saat içinde görülen ve massif kanama arzeden vak'alarda (ki anemnezleriyle veya radyolojik olarak ül- serli tanınmaktadırlar) mutlaka ameliyat edilmeleri ge- rektiği neticesine varıyor ve seçilmiş ameliyat olarak ka- nayan eviyeyi de içine alan rezeksiyonu tavsiye ediyor.

Dr. Vahit Ege

YEAR BOOKS 1952

Hekimliğin bütün şubelerini ilgilendiren yenilikleri bir araya toplayan yıllık Serisi :

YEAR BOOK of Medicine	İntişar tarihi: Eylül 1952
YEAR BOOK of General Surgery	» » Ekim 1952
YEAR BOOK of Drug Therapy	» » Aralık 1952
YEAR BOOK of Obstetrics and Gynecology	» » Ekim 1952
YEAR BOOK of Pediatrics	» » Kasım 1952
YEAR BOOK of Eye, Ear, Nose and Throat	» » Ocak 1953
YEAR BOOK of Pathology and clinical Pathology	» » Mart 1953
YEAR BOOK of Radiology	» » Kasım 1952
YEAR BOOK of Endocrinology	» » Nisan 1953
YEAR BOOK of Orthopedics and traumatic Surgery	» » Şubat 1953
YEAR BOOK of Neurology and Psychiatry	» » Şubat 1953
YEAR BOOK of Dermatology and Syphilology	» » Mart 1953
YEAR BOOK of Urology	» » Ocak 1953
YEAR BOOK of Dentistry	» » Ocak 1953

Siparişlerinizi şimdiden bildiriniz.

ERKSAN KİTABEVİ

İstiklâl caddesi, Gönül sokak No. 15 — Beyoğlu

Posta Kutusu 2058

Tel.: 49602

287

YENİ KİTAPLAR

Ameliyathane Tekniği: Dr. Burhan Öncel, İstanbul 1952. Müteaddit klişeli iyi kâğıt üzerine basılmış 170 sayfa, Fiyatı 5 lira; Doğum ve Kadın hastalıkları mütehassısı arkadaşım Dr. Burhan Öncel bu eserile Tıp kütüphanemizin üçüncü eksikliğini tamamlamış oluyor. Bundan evvel Doğum Bilgisi ve Jinekoloji namlarıyla iki kitap yazmıştı. Bir cerrahın birinci derecede yakın yardımcılarının hazırlanmasında bu yeni eser mühim faydalar sağlayacaktır. Asistan, hekim, Ebe, hemşire ve laborantlar için çok kıymetli bir rehber olacaktır. Arkadaşımızı bu hizmetinden dolayı tebrik eder kitabı hararetle tavsiye ederim.

Dr. Asil M. Atakam

Medizinischer Monats Spiegel: 75 senedenberi intişar etmekte olan ve farmakoterapi ile eczacılıktaki terakkileri takip eden her hekimin tanıdığı Jahresbericht'i çıkaran Darmstadt'daki E. Merck Kimya Maddeleri Fabrikaları, bu defa hekimler için bir mecmua olan «Medizinischer Monatspiegel'in 5 inci sayısını çıkarmıştır. Meslekî mecmualar ve kongrelerden haberler veren, keza günlük gazetelerde ve mecmualarda tıbbı ait olmak üzere intişar eden havadislerle dair hususî bir kısım olan «Zeitungsspiegel» sütununu ihtiva eden, gayet mütenevvi mündericathı, gerek ilim adamları, gerekse pratisyenlerin ihtiyacını karşılayan bu mecmua, haricî hoş görünüşü ile birlikte can sıkımayan ve daha ziyade mizahî olan reklâm sayfaları ile Alman hekimleri arasında büyük bir akis uyandırmış ve kısa bir zaman zarfında Almanya-

nın haricindeki hekimler tarafından da aranmaya başlamıştır. Mahdut sayıda olmak üzere Almanca konuşan Türk hekimlerinin de tetkikine arzedilmiştir. «Medizinischer Monatspiegel» in yabancı dillerdeki tercümesi mevcut değildir.

Basımevinin müsaadesile «Medizinischer Monatspiegel» mecmuasının 5 inci sayısında, gerek mütehassıslar, gerekse pratisyen hekimler için enteresan bir mevzu olan: «Ecnebi memleketlerde çocuk düşürmeye dair kanunî hükümler» mevzulu yazıyı iktibas ettik. Bu yazıya «Aerztliche Mitteilungen» mecmuasından alınan bir mukaddime ile (Hippokrat yemini ve... çocuk düşürme) başlanmakta ve sonra da İsveç mecmualarından «Svenka Laekartidningen» (Nr. 10/52) de intişar eden Klinskog'un bir yazısına da temas edilmektedir.

Genital menşeli intraperitoneal kanamalar:

Dr. Edip Türker; Kadın - doğum hastalıkları tezi 1952, İstanbul.

Rigidite du Col ve Collum Uteriye bağı Dis-tosiler: Dr. Mustafa İpekçiler, Kadın - doğum hastalıkları tezi, 1952 İstanbul.

398 Apandis histolojik muayenesinden çıkan neticeler, klinik ile karşılaştırmalar: Dr. Nuri Soy-lu 1952 Cerrahi Tezi, İstanbul.

Akciğer kistleri: Dr. Mustafa Attar, Cerrahî Tezi, İstanbul. 1952

Necator Anemisi: Dr. Orhan Ayça, Dahiliye Tezi, İstanbul 1952.

KONGRELER, CEMİYETLER, TOPLANTILAR

XII inci Millî Türk Tıp Kongresi: 25-29 Eylül 1952 de İstanbulda toplandı. Romatizma, Çocuk sağlığı mevzuları ve değişik pek çok enteresan serbest tebliğler yapılmıştır. Son günü pek çok münakaşalardan sonra XIII üncü kongrenin İzmirde yapılmasına karar verilmiş ve **Allerji ile Hekim - Devlet - Cemiyet** mevzuları gelecek toplantının mevzuları olarak seçilmiştir.

VIII inci Türk Cerrahî Kongresi: 25-26 Eylül 1952 de İstanbulda toplandı. Akciğer cerrahisi mevzulu raporlar tebliğ ve münakaşaları yapıldı. Bunlardan başka pek çok kıymetli serbest tebliğler yapıldı. IX uncu kongrenin İstanbulda ve Millî Türk Tıp Kongresinin toplantı gününden başka

bir günde yapılmasına karar verildi. Gelecek kongre mevzuları olarak **Özofagus Cerrahisi, Kolon - rektum Cerrahisi ve Modern Anesthesie** seçildi.

V inci Türk Mikrobiyoloji Kongresi: 26-29 Eylül 1952 de İstanbulda toplandı. Çocuk felci, Çocuk Kliniği bakımından poliomyelitis, Q humması, Cüzzam hakkındaki raporlar tebliğ ve münakaşa edildi. Gelecek kongre mevzuu olarak **Bakteri orijinli gıda zehirlenmeleri, leptospiro, allerji (mikoloji)** mevzuları seçilmiştir.

Uluslararası Cerrahlar Cemiyeti XV inci Kongresi: Lisbonne'da 14-20 Eylül 1953 te toplanacaktır. Dokuların rejenerasyonu ile anevrizmalar kongrenin esas mevzularını teşkil edecektir.

No. 4

Maya
anca
edil-
anci

Mo-
erek
en-
erde
zulu
iche
ddi-
me)
udan
tişar
nek-

lar:
tezi

Dis-
has-

kan
Soy-

rahi

iliye

kon-
on -
i.
Ey-
Ço-
ma-
üna-
Bak-
lerji

Kon-
cak-
kon-

BUTTERWORTH & Co. (PUBLISHERS) Ltd.
LONDON

SUNAR

THE BRITISH ENCYCLOPAEDIA OF MEDICAL PRACTICE

Including Medicine, Surgery, Obstetrics, Gynaecology and other special subjects
Lord Horder başkanlığı altında yüzlerce İngiliz Tıp âliminin iştirakile çıkarılan
bu ansiklopedi Anglosakson Tıp Literatürünün şaheserlerinden biridir.
12 cilt. Yüzlerce resim ve renkli plâş. 1951 - 1952.

BRITISH SURGICAL PRACTICE

Sir E. R. Carling başkanlığı altında İngiltere cerrahları tarafından çıkarılan bu
ansiklopedik eser en mükemmel cerrahi tetesidir.
8 cilt ve İndeks. Yüzlerce resim ve renkli plâş. 1951.

GEOFFREY EVANS

MEDICAL TREATMENT

Principles and their Application
1398 sahife ve birçok resim. 1951.

F. AVERY JONES

MODERN TRENDS IN GASTRO - ENTEROLOGY

802 sahife. 275 resim. 1952.

W. G. SCOTT - BROWN

DISEASES OF THE EAR, NOSE AND THROAT

Anglosakson tıp literatürünün en mükemmel, en modern ve en mufassal
K. B. B. Hastalıkları tetesi
2 cilt. 1395 sahife. 598 resim. 27 renkli plâş. 1952.

H. STANLEY BANKS

MODERN PRACTICE IN INFECTIOUS FEVERS

2 cilt. 989 sahife. 211 resim. 6 renkli plâş. 1951.

T. HOLMES SELLORS

MODERN PRACTICE IN TUBERCULOSIS

2 cilt. 980 sahife. 263 resim. 3 renkli plâş. 1952.

ANTHONY FEILLING

MODERN TRENDS IN NEUROLOGY

662 sahife. 202 resim. 1951.

Sir LEONARD PARSONS

MODERN TRENDS IN PAEDIATRICS

546 sahife. 114 resim. 1951.

Türkiye Genel Acentesi

MAZLUM - KİTABEVİ • İSTANBUL

289

POST - ANSEFALİTİK PARKENSON HASTALIĞI
NARKOLEPSİLER HİPERSOMNİLER FİZİK ve
RUHİ BİTKİNLİK HALLERİ

Ortédrine

Sulfate de phenyl - amino - 2 propane
0.005 gr. lık 2 ye bölünebilen komprimeler

Ortosempatik sistemin faaliyeti ile
Fizik ve Zihni faaliyeti artırır

ORTALAMA POZOLOJİ :

Günde 1-2 komprimedir ve şahıstan şahısa değişir.
1 komprime ile başlanır icabında artırılır.

ORTEDRINE

TERCİHAN SABAHLARI ALINMALIDIR.

RHÔNE



POULENC

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
28, Cours Albert 1^e Paris (8)^e

Umumî Fihrist

İÇİNDE KİLER

Doç. Dr. H. Cramer - Dr. H. W. Pabst - Dr. Suat Efe: Radioaktif fosforla tümör diyağnostiği	1
Dr. Emir N. Atakam: Beş buçuk aylık gebelikte uterus perforasyonu konservatif ameliyat, Şifa	3
Dr. İ. Ethem Yüçetürk: Bizde aortitlerin hususiyetlerine dair	8
Dr. Orhan Bumin: Ameliyatla tedavi edilmiş akciğer kanseri vakası	12
Dr. Sedat Yörükoğlu: Klinik ve tedavi bakımından romatizma	16
Dr. Naci Ayrıl: Diafragma fıtıkları, neveleri, ve cerrahî tedavileri	19
Dr. Nusret Mutlu - Dr. Yavuz Aksu: Prefrontal bölge klinik ârazı veren bir sağ paryetal lob glioması.	27
Doç. Dr. Selâhattin Doğulu: Endokrinolojide frontal Sella Tursica tomografisi	31
Dr. Muzaffer Aksoy: Talasemia minor'lu bir Türk ailesinin ikinci Cooley anemili çocukları	34
Dr. Hüsnü Aydın: Had Anurialar ve tedavileri	36
Dr. Cavit Başar: Yalnız ateşle seyreden kızamık vakası	41
Dr. Asil M. Atakam: Mide Sifilizi	42
Dr. Suat Efe: Sepsis problemi	48
Dr. Şevki Sonsuz: Röntgen şuaına şeffaf eksüdatif plöreziler ve eksploratris ponksiyonların kıymeti	51
Dr. Mişel Sion: Vitamin B ₆ nın Antiemetik tesirleri	53
Dr. Saliha Yalçın - Dr. Ethem Yüçetürk: Tireotoksikoz probleminin bugünkü durumu	65
Prof. Dr. İrfan Titiz - Dr. Heskiya Erkip: Parenteral demir metabolizması ve bu yolla demir tedavisinden aldığımız sonuçlar	70
Dr. Atif Taykurt: Kanser ve hormon tedavisi	74
Dr. Tevfik User: Memleketimizde yüksek iklim incelemeleri	82
Dr. Muzaffer Aksoy: Dört Nütrisyonel makrositik ane mia vakasında B ₁₂ vitamini ile alınan neticeler.	89
Dr. Saffet Aksoy: Mafsal romatizmasında tuz retansiyonu	93
Dr. Nejat Türkoğlu: Gebeliğin ikinci yarısında görülen ağır bir diyabet vakası	95
Dr. Orhan Bumin: Yaşlılarda anestezi	98
Dr. Faruk Çağlar: Çınar dalından sapı bulunan bir mesane taşı vakası	99
Dr. Fikret Kırmızı - Dr. Cavit Başar: Nörolojik âraz gösteren bir mononükleoz enfeksiöz vakası	100
Dr. İsmail Tuğsal: Safra fistülünden kollajioğrafi	101
Dr. Nefi Saatçioğlu: Ağır tetanos vakasında yüksek doz Penisilin ve serum tedavisinden alınan iyi sonuçta ait bir müşahede	104
Dr. Emir Necip Atakam: İki senede rastlanan altı yumurtalık kanseri dolayısıyla	115
Dr. Nihat Bulguç: İkter vakalarında su metabolizmasının durumu ve klinik önemi	119
Dr. Orhan Bumin: Akciğer hidatik kistlerinin endotrakeal anestezi altında cerrahî tedavisi ve hidatik kistlerin yayılma yolları hakkında	123
Dr. Muzaffer Aksoy - Dr. Mithat Kemal İnanç: Hafif klinik değişiklikleri gösteren lökopenisiz bir çocuk kalaazarı vakası	126
Prof. Dr. Recai Ergüder - Dr. Naci Ayrıl: Karaciğer hidatik kistlerinin parsiyel hepatektomi ile tedavisi.	127
Dr. Tevfik User - Dr. İzzet Tosuner: Pnömotoraks ve mediasten fıtığını andıran büyük bir akciğer hava kisti vakası	131
Dr. Atif Taykurt: Kanser ve hormon tedavisi	132
Dr. Asil Atakam: Bir Hermafroditus Enternus vakası	137
Dr. Nimet Biyal - Dr. G. Nigrin: Enteresan pnömokoksik bir menenjit vakası	143
Dr. Vahit Ege: Fıtık tamirinde Tantalum gazı	144
Dr. Carlheinz Brillmayer - Dr. Suat Efe: Atebrin ile tümör diyağnostiği	159
Dr. Doç. İ. Lütü Vural - Dr. Selâhattin Ürünay - Dr. Fethi Süngü: Bir aorta kapığı hastalığı ile akut koroner yetmezliği	162
Dr. Doç. M. Naci Ayrıl: Regional Enteritis Etio-Patoloji, Klinik ve Cerrahî Tedavisi	167
Dr. Ekrem Bayazıt - Dr. Celâl Gökberk: Polineuritisli bir Kalaazar vakası	174
Dr. Orhan Bumin: Göğüs içi ameliyatlarda entratrakeal anestezi	178
Dr. Asil M. Atakam: Sekiz parmaklı el	183
Pratik için kısa tedavi notları: (Dr. Saliha Yalçın).	55, 107, 144, 184
Referatlar: (Dahili, Kadın-Doğum, Şirürji, v.s.)	57, 107, 146, 186
Yeni Kitaplar:	63, 114, 158, 200
Kongreler - Cemiyetler - Toplantılar.	200
Fihrist:	I II III IV

MÜELLİF FİHRİSTİ

A		E		S, Ş	
Aksoycan, Saffet	93	Efe, Suat	1-48	Saatçioğlu, Nefi	104
Aksoy, Muzaffer	34-89-126	Ege, Vahit	144	Sion, Mişel	53
Aksu, Yavuz	27	Ergüder, Recai	127	Sonsuz, Şevki	51
Atakam, Asil M.	42-137	Erkip, Heskiya	70	Süngü, Fethi	162
Atakam, Emir Necip	3-115	G, Ğ		T	
Aydiner, Hüsnü	36	Gökberk, Celâl	174	Taykurt, Atif	74-132
Ayral, Naci	19-127	İ, I		Titiz, İrfan	70
B		İnanç, Kemal	126	Tosuner, İzzet	131
Başar, Cavit	41-100	K		Tuğsal, İsmail	101
Bayazıt, Ekrem	174	Kırmızı, Fikret	100	Türkoglu, Nejat	95
Biyal Nimet	143	M		U, Ü	
Brilmayer, Carlheinz	159	Mutlu, Nüsret	127	User, Tevfik	82-131
Bulguç, Nihat	119	N		Ürünay, Selâhattin	162
Bumin, Orhan	12-98-123	Nigrin, G.	143	Y	
C, Ç		P		Yalçın, Saliha	55
Cramer, H.	1	Pabst, H. W	1	Yörükoğlu, Sedat	16
Çağlar, Faruk	99	V		Yücetürk, İ. Ethem	8-65
D		Vural, Lûtfi		162	
Doğulu, Selâhattin	31				

ALFABETİK FİHRİST

A		B	
Abdominal Sezaryen, anest ...	148	Bakır, anemide	185
Akciğer hava kisti	131	Bakteriüri gebelikte	109
Akciğer hidat, tedavisi	123	Banthine, ülserlilerde	106
Akciğer hidat, narkoz	123	Barsak hemangiomu	62
Akciğer kanseri	12	Beriberi, sübegü	146
Allerjide koramin	184	Biochemikal test, gebelik	62
Ameliyat hemoraj, ganglioplé- gie	193	Biopsi kanser teşhisinde	194
Ameliyat tireotoksikozu	153	Birutan, hipertan. tedavisinde	187
Amniyos suyu, hemost. tesir	110	Böbrek pelviste	149
Ampütasyon nöromu, kolesis- ektonide	113	Boğmacada C vit	148
Andokrinolen katarakt, gebe- likte	109	Brenner tümörü	192
Androjen, jinekolojide	149	Bronkial asthm, morphine	56
Androjen-tiroid, meme ca	149	B ₁₂ vit diabette	184
Androjen-tiroid, genital ca	149	B ₆ vit hiperemez gravid	184
Anemide bakır	185	C, Ç	
Anemi, Cooley, thalasemia	34	Cooley anemisi, thalasemia	34
Anemi megalobl, pernisi	55	Cortisone, gebelik	149
Anemi makrosit, B ₁₂ vit	89	—, lösemide	145
Anemi tedavi, kobalt	105	Cushing, travmatik	59
Anestezi endotrakeal	123	Çocuk düşürmek	188
Anestezi yaşlılarda	98	Çocukta lökopenisiz kalaaazar	126
Antibiotikte arıza	193	D	
Antibiotik B ₆ vit	53	Darlık, aort	58
Antihistaminik mahzur	53	Dekolman plasent, kan koagül	191
Antispazmodikle doğum	109		
Anüri, had, tedavisi	36		
Antitiroidyenler, tiroid ca	151		
Aort darlığı	58		
Aortit	8		
Aort kapağı hast.	162		
Arabeyin, röntgen tatb.	56		
Arterya hepatika ligatürü	112		
Arteritlerin teşhis tedavisi	111		
Arteriosklerozda E vit	56		
Asteni, vejetatif nevroz	107		
Asthme broncyialde morphine	56		
Atebrinle tümör teşhisi	159		
Ateşli hast, nefroz sindr.	156		
Atrofi müsk, progr., metionin	56		
Atrofi müsk, progr., sistein	56		
Aureomycine akciğer absesin- de	146		
Aureomycine aktinomikozda	106		
Aureomycine Hodgkinde	57		
Aureomycine enfeks mono- nükleozda	106		
Aureomycine poliomyelitte	146		
Avitaminoz, B klinik	56		

Depôt östrogenin, klinik ted	108
Deveran bozuk, arterioskleroz	56
—, E vit	56-151
—, teşev, nikotin asid	184
Diabette B vit	184
—, gebelikte	95
Diafraqma fitki, cer, tedavisi	19
Dihydroergotamin, kardya spazm	56
Digital, mitral dar. hemipleji	105
Digitoxine tedavisi	147
Dijodla hemofili ted	106
Diyabetnöropatik, kara c. ted	145
Doğum sonrası ağrıları	108
Duodenum ülseri, sürrenal	59
Düpytren kontr, E vit	151

E

Eklamside hümorale tansyon	148
Eklapside retina tansyonu	148
Eksüdatif plörezi, röntgen	51
Ektopik gebelik, endometr	61
—, tedavi	60
Elektrokardiyogram	108
Elektro koagül, servisitte	108
Enclouage intramedullaire	162
Endokarditiste hyalonuridase	184
Endokrinoloji, Sella Turs, tomogr.	31
Endometrial ca	60
Endometr hiperpla, korp ca	192
Endometriyumun vaginaya grefi	108
Endotrakeal anest, akciğ hi-dat	123
Enfeks mononükleoz, aureomy td.	106
Enterilis regional	167
Erytromycine	193
Eucodal	112
E vit, artrioskleroz	56
E vit, esansyel hipertans	187
E vit, tedavi	187

F

Farengit, kloromycetin	56
Feminizan tüm, endomtr ca	60
Fistül kolesisto koledokal	146
Fistül safra, ülserasyon	110
Fitik diafraqm ted.	19
Fitik tamirinde tantalyum	144
Flebit, vena cava inf.	111
Flor laktik, vagin sitoloj	110
Fosfor radyoaktif, tümör	1
Frenantrol hipertiroidide	185

G

Ganglioplegie ameliyat hemo-raj	193
Gastrektomide potasyum nok-	107
—, Stomannın çalışmaması	112
Gastroenterostomi	113
Gastroanterostomide methan-thelin	184
Gasto-duodenal kanama mü-dahale	199

Gebelikte bakteriüri	109
—, biochemikal test	60
—, cortisone	149
—, diabet	95
—, ektopik, endomtr	61
—, teşhis	60
—, tedavi	60
— kardiyopati	61
—, katarakt endokrin	103
—, pelvis mafs, arız	61
—, toks, retina	102
—, üriner ihtilât	110
—, uterus perf, amel	3
Gensiate de sodium, rumatiz	106
Genital kanserde kadın horm.	60
Glioma prefrontal	27
Glüköjen tedavisi	55
Göğüs amel, anest	178

H

Hemanjiom, kalın barsakta	62
Hemipleji, mitr, dar, digit	105
Hemofili ted, dijod	106
Hemostatik tes, amnios	110
Heparin	57
Hepatektomi pars, kara c hi-dat	127
Hermafrodit enternus	137
Hiperparatiroidizm	57-153
Hipertansyon	145
— Metonyum	105
— Sempatektomi	153
Hiperparatiroidide ted	194
Hipoglisemi, penicillin	58
Hodgkin, aureomycine	57
— mide, perforasyon	112
— triethylene melanine ted	145
Humoral tans, eklampside	148
—, preeklampside	148
Hyaluronidase endokarditte	184
Hydergine	144
Hyperparatiroidide ted	194

İ, I

İklim, yüksek	82
İkter, pronostik	59
İkterde su metabol	119
İmmobilisation, kırıl, kemik	62
İnsülin ted, kra c.	55
Intramedullaire enclouage	62

J

Jinekolojide androjen	149
-----------------------	-----

K

Kadın genital ca endrogen - tiroid	149
Kalaazar lökopenisiz çocukta	126
—, polineuritis	174
Kalp has, testoviron	105
Kanama, menopoz	193
—, retroplasenter	191
Kan verenlerde demir ted	105
Kanser, akciğer	12
— endometr, feminizan tüm	60
— hormon ted	77-132
— teşhisinde biopsi	194
— yumurtalık	115

Karaciğer hidat, hepatekt pars	127
— insülin, glikoz	55
— detoks kükürt	150
— — şeker	150
Kardiopati, gebelik	61
Katarakt endokrin, gebelik	109
Kist, akciğer	131
Kızamık	41
Klimakt, depôt-östrogenin	108
Kloromycetin, farengit, stoma-tit	56
Kobalt, anemi ted	105
Kollangiografi safra fist	101
kolesistektomide ampüt. nö-romu	113
Kolesisto - koledokal fist	146
Koramin allerjide	184
Koroner yetmezliği	162
Korpus kanseri	192
Krükenberg tüm, meme ca	111

L

Laktik flor, vaginal sito	110
Lenfoganülomatoz, mide	61
Lipoid nefr, malarya ted	185
Lökopenisiz çocuk kalaazarı	121
Lösemide cortisone, ACTH	145
Lösemi myeloid, virüs	145

M

Mafsal romat, tuz retans	93
— — gentisate de soude	106
Makrositik anem, B ₁₂ vit	89
Megaloblastik anem, perniz	55
Meme ca, androjen-tiroid	149
— —, Krukenberg tüm	11
— —, ted	154
Menenjit pnömokoksik	143
Menopozda kanama	193
Mesane taşı, çınar dalı	99
Metabolizm su ikterde	119
Methanthelin, gastr-ant	184
Methimazol tireotoksikozda	145
Methonium ted, hipertans	105
Metionin, myotonik miopati	56
— atrof, musc, prog	56
Mezansim mukavemet, C vit	57
Midede Hodgkin, perf	112
Mide lenfoganülomatozu	61
— sifilizi	42
Migrende tartarate d'ergota-mine	145
Migren tedavisi	57
Mitral dar, hemiplejie	105
Mononükleoz enfeks, aureo-mycine ted	106
Mononükleoz enfeks, nöroloj	100
Morfin, asthme bronchialde	56
Mukoza polipi	110
Myeloid lösemi	145
Myotonik myopati	56

N

Nefroz sendromu	106
Nefroz lipoid, ted	185
Nicotin asid, devran teş	184
Nevroz, vejetatif asteni	107
Nöro-hümorale fakt, ülser pept	113

Nöropatik diabet, kara c ted 145
Nörovejetatif distoni 185

O, Ö

Ortostatik devr, boz, ted 108
Östrojen emplantasyon 150
— ur, rahimde 60
Over kistleri, sterilite 150
— sklerokistik 150
Özofagus dar, ted 196

P

Parasemp, uterus kontraks ... 109
Parathyreidektomide inzar . 153
Parenteral demirle tedavi ... 70
Pelviste böbrek 148
Penicillinle hipoglisemi 58
Penicillin tetanozda 104
Peptik ülserde tetra etil amon-
yum klorür 107
Pernisyöz megabl, anemi 55
— anemi B₁₂ vit 187
Piyelonefrit, serebraltoksis ... 57
—, tifo 57
—, paratifo 57
Plevra eksüdasında ponksyon 51
Plevra rezorpsyonu 58
Pnömokoksik menenjit 143
Poliomyelitte aureomycine ... 146
— priskol 146
Polineuritis, kalaazar 174
Polip mukoza 110
Preeklampside hümorale tans 148
— retina tans 148
Prefrontal araz, gliomda 27
Primipar, B₁ vit 109
— antispazmodik 109
Prognoz ikterde 59
Prostigmin 185
Protocid, safra yol, infeksi ... 106
Psikotik pyelonefrit 57

R

Radioaktif fosfor, tüm, diğn . 1
Rahim uru, östrojen 60
Reklinghausende üretan 185
Retina, gebe, toksik 192
Retroplasenter kanama ...191, 192
Romatizma klinik, ted 16
Romatizmada tuz retans 93
Röntgen, eksüd, plörezi 51
— strelite ted 193
Rüptür üterin sezaryende ... 184

S, Ş

Safra fist, kollangiografi 101
— — ülserasyon 110
— yol, infeksi, protacid 106
Sarkom uterus 59
Sekiz parmak 183
Sella tursika, tomoğ 31

Sempatik uterus kontraks ... 109
Sepsis problemi 48
Serebraltoksik pyelonefrit ... 57
Serum tetanozda 104
Servisitte elektro-koagül 108
Sezaryen abdominal anest ... 148
Sezaryende rüptür üterin ... 148
— ölüm 192
Sifiliz, mide 42
Sıkıt thedidi, arız çocuk 110
Sklerokistik over 150
Spondilolistezis 113
Sterilitede over kistleri 150
— tüp tıkanıklığı 150
— ted, röntgenle 193
Stomatit kloromycetin 56
Sübegü beriberi 146
Su metabol, ikterde 119
Sürrenal, duoden ülser perf 59
Sympathectomie, hipertans ... 153
Şeker, kara c detoks 150

T

Tantalum, fitik tamirinde ... 144
Tartarat d'ergotamin migren-
de 145
Tedavi akciğer hidatiginde ... 111
— anemide, kobalt -05
— anteritis regionalis 167
— antibiotik, üriner infeksi ... 185
— arteryosklerozda iodla 184
— arterit 111
— boğmacada c vit 148
— demirle, kan veren 105
— deveren bozukluk 108
— diafraqma fitikında 19
— dihidroergotaminle kard
diospazm 56
— Digitoxine 147
— ektopik gebelikte 60
E vit 187
Glükojen, kara c 55
— ad anüri 36
—, hemofilide diğodla 106
— hepatektomi kara c hidat . 127
— iperemesis gravid 185
— hipertans birutanla 187
— — metonium 105
— hormonla ca 74
hyderjin kard spazm 56
— Hipertiroidide 194
— İnsülin, karaciğer 55
— araciğer, diabet nöropat ... 145
— klimakteryumda öströme-
ninle 108
— kurşun tesemmümünde ... 186
— Lipoid nefrozda 185
— Meme ca 154
— Migren 57
— Monoökleozda aureomy-
cinle 106
— Nörovejetatif distoni 185

— Özofagus darlık 196
— parenteral demirle 70
— Reklinghausen 185
— Romatizma 16
— Sterilitede röntgen 195
— Tireotoksikoz 153
— Tbc kanama, prokain 186
— Üriner infeksi antibiotik ... 185
— Yanık 186
Test biosimikal, gebelik 60
Testoviron kalp devr hast ... 105
Tetanozda penicillin 104
— serum 104
Thalasemia minor, Cooley ... 34
Thiracil 58
Thrombo-embolie 158
Tifo, pyelonefrit 57
Tireotoksikoz 65
— tedavisi 153
— methimazol 145
Tiroid-androjen, meme ca ... 149
— — kadın genit ca 149
Tomografi, sella tursica 31
Toxoplasmose 148
Travmatik Cushing 59
Triethylene melanin, Hodgkin 145
Tromboz ted, E vit 151
Tuz itrahi romatizmada 93
Tüberküloz hijyeni 186
Tümör Brenner 192
Tümör teşhis atebrinle 159

U, Ü

Ülserde Banthine 106
Ülser dodeni, sürrenal 59
Ülserasyonlu safra fist 110
Üriner sistem gebelik 109
Uterüs perforas, gebelikte ... 3
— rüptürü sezaryende 148
— sarkomu 59

V

Vaginaya endometr grefi 108
Vaginal sitoloji, fluor lakt ... 110
Vejetatif neurose, asteni 107
Vena cava inf flebiti 111
Vitamin B₁ primipar 109
— B₁₂ had intanlar 147
— B₆ antiemetik 53
— B₁₂, Makro anemi 89
— B₁₂, pernis anemi 187
— C Boğmaca 148
— C Mezansim mukavemet ... 57
Vitamin E deveren bozukluk 151
— E Dupiytren kontraks 151
— E Tromboz ted 151

Y

Yanık tedavisi 186
Yüksek iklim 82
Yumurtalık habis tüm 193
— ca 115
— solid tüm, geeblük 149

Geniş Tesir Sahalı

ANTİBİYOTİK

Sayırsız klinik denemeler neticesinde şayanı hayret miktarda enfeksiyonların CHLOROMYCETİN'le tedaviye cevap verdiği tespit edilmiştir. Ağızdan kolayca verilebilen, süratle tesir eden ve hemen hemen tali reaksiyonlara sebebiyet vermeyen bu terapötik vasıta sayesinde eskiden tedavi edilemiyen bir çok haller bugün tek başına tatbik edilen bu ilaçla şifa bulmaktadır.



Chloromycetin®

Chloramphenicol
PARKE-DAVIS

HAZIM CİHAZI ENFEKSİYONLARI

Basilli dizanteri
Enfantil Gastro-Enterit
Salmonellosis
Tifo ve Paratifo hummaları

TENEFFÜS CİHAZI ENFEKSİYONLARI

Kronik pülmoner enfeksiyonlar
Bakteriyel ve virüs pnömonisi
Boğmaca

IDRAR YOLU ENFEKSİYONLARI

Non-spesifik Üretritis
İdrar Yolu Enfeksiyonları

DERMATOLOJİ ve VENEREOLJİ

Bel soğukluğu
Lenfogramuloma venereum
Piyojen Deri Enfeksiyonları
Frengi

TROPİKAL HASTALIKLAR

Brüsellosis
Trahom
Tropikal Ülser
Tifo ve Tifüs ekzantematik
Framboezia

CERRAHİ ENFEKSİYONLAR

Pelvis iltihapları
Peritonit
Yara Enfeksiyonları

PARKE, DAVIS



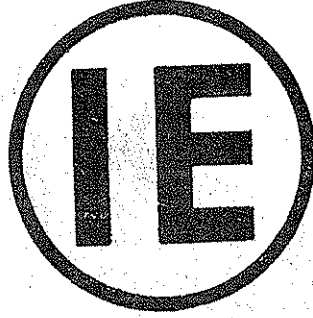
& COMPANY LIMITED

HOUNSLOW, near LONDON

Türkiye Umumi Vekili:

İLVER LIMITED ŞİRKETİ

Bahçekapı, Kutlu han P.K. 713 - İSTANBUL



KİMYAGER
Dr. İbrahim Etim Kimya Evi
İSTANBUL

VİTAMİNLER

	Kr.
Vitabiol A (Damla)	340
Vitabiol B, (Ampul) 25 mgr	105
Vitabiol B, (Ampul) 50 mgr	180
Vitabiol B, (Ampul) 100 mgr	200
Vitabiol B, (Tablet)	90
Vitabiol B, (Tablet) 50 mgr	240
Vitaflayin (Tablet)	180
Vitabiol N (Ampul)	200
Vipanten (Ampul)	120
Vipanten (Tablet)	120
Vipanten (Mahlül)	270
Vitabiol C (Ampul) 100 mgr	120
Vitabiol C (Ampul) 500 mgr	190
Vitabiol C (Tablet)	90
Vitabiol D ₂ (Damla)	115
Vitabiol D ₂ (Ampul) Forte ...	155
Vitabiol D ₂ (Alkolik mahlül)	235
Vitabiol E (Ampul)	165
Vitabiol E (Tablet)	160
Vitabiol K (Ampul)	92
Vitabiol K (Tablet)	140
Adebiol (Damla)	200
Adebiol (Kapsül)	248
Vitabiol Bekompleks	125
A+D Calcium (Tablet)	160
Vİ-D-Calcium (Tablet)	110

KANYAPICILAR

Ekstrepat (Ampul) 2 cc	260
Ekstrepat (Ampul) 5 cc	355
Ekstrepat (Şurup)	288
Calcefedal (Tablet)	157
Ferro C (Tablet)	250

KALSİYUM PREPARATLARI

Calcium IE (Ampul) 5 cc ...	327
-----------------------------	-----

İlaç Sanayimizin Güven Sembolü

Calcium İE (Ampul) 10 cc ...	288
Calcium IE (Şurup)	222
Tiokal (Ampul)	245

HORMONLAR Kr.

Östrojenin (Ampul) 1 mgr ...	85
Östrojenin (Ampul) 2,5 mgr	110
Östrojenin (Ampul) 5 mgr ...	300
Östrojenin (Tablet)	90
Corluton (Ampul) 5 mgr	500
Corluton (Ampul) 10 mgr ...	850
Postuitrine (Ampul) Faible	200
Postuitrine (Ampul) Forte ...	350
Testisan (Ampul) 5 mgr	280
Testisan (Ampul) 10 mgr	350
Testisan (Ampul) 25 mgr	650

ŞİMİOTERAPÖTİKLER

İezol (Tablet)	155
İezol (Ampul)	176
Sulfoguanidin (Tablet)	160.

TONİKLER

Tonoferrin (Şurup)	267
Fitofor (Tablet)	165
B-Tona (Draje)	250

ANALEPTİK ve KARDİOTONİKLER

Pentazol (Ampul)	150
Pentazol (Damla)	155
Pentazol-Ephedrine (Ampul)	168
Pentazol-Ephedrine (Damla)	195
Digilanat (Ampul)	108
Digilanat (Damla)	166
Kalbofilin (Tablet)	150

MUHTELİF PREPARATLAR

Bellaginal (Draje)	350
Histidin İ.E. (Ampul)	400
Kina-C (Draje)	150
Papatropin (Ampul)	205
Papatropin (Tablet)	225
Otalon (Damla)	140
Ankilostin (Kapsül)	
Çocuklar için	60
Büyükler için	75