

# 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 Egeci, 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 İğören, Neşet Ömer İrdelp (1882 - 1948), Necmettin Hakkı İzmirli, Nusret Karasu, Halit Ziya Konuralp, Müfide Küley, Alfred Marchionini, Eduard Melchior, Kâmile Mutlu, Abdülkadir Noyan, Mim. Kemal Öke, Zeki Pamir, Kemal Hüseyin Plevnelioğlu, Tevfik Sağlam, Hüseyin Salor, Şükrü Yusuf Sarıbaş, Victor Schilling, Kâmil Sokullu, Sedat Tavat, Feyzi Taner, Nimet Taşkıran, İrfan Titiz, Burhanettin Tugan Sezal Tümay, Fr. Volhard, Muzaffer Şevki Yener.

İmtiyaz Sahibi ve Yazı İşleri Müdürü

Dr. ASİL M. ATAKAM

201 Anadolu Hanı, 1/1 Beyoğlu - İstanbul

## İÇİNDEKİLER

<u>Sahife</u>	<u>Sahife</u>
Prof. Dr. Rasim Adasal - Dr. Nusret Mutlu: Mültipl skleroz şemptomatolojisi üzerinde bir etüt ..... 35	Dr. Necati Vural: Aureomycine ve Amibiaz ..... 57
Dr. Refik Kırçak: Anemi ve Glükoregulasyon ..... 41	Dr. Seniha İlhan: Kolesistopati ve koroner yetmezliği ..... 59
Dr. İ. Lâtifi Vural - Dr. Stanley L. Lee - Dr. Sidney R. Michael: Lupus Eritematosus hücreci klinik ve şimik etütler ..... 46	Dr. Asil M. Atakam: Sekestre olmuş kemiklerin gref olarak kullanılması ..... 61
Dr. Celâl İren - Dr. Fikret R. Pamir: Bir böbrek tümörü vak'ası münasebetile sürrenal hiperfonksiyonu ve Cushing Syndromu ..... 50	Dr. Muallâ Uraz: Koroner hastalıklarında kollesterin metabolizmasının durumu hakkında ..... 62
Dr. Necati P. Bilger: Duodenum ülserinde gastrektomi komplikasyonu, sufrenik apse, dorsal duodenal fistül ..... 54	Dr. Orhan Eroğlu: Tortikolis tedavisinde Acetylcholine ..... 64
Dr. Saliha Yalçın: İş ve Diyabet ..... 55	Referatlar: (Dahili, Kadın - Doğum, Şirurji) ..... 66
	Yeni Kitaplar: ..... 76



Sayısı 100 Kurus, Senelek abonesi 300 kurustur.

CUMHURİYET MATBAASI

İSTANBUL

# PRATİKDE ŞEKER HASTALIĞI ve TEDAVİSİ

Dr. İhsan Aksan

Ankara Nümune Hastahanesi  
Dahiliye Mütchassısı

Dr. Saliha Yalçın

Ankara Nümune Hastahanesi  
Dahiliye Mütchassıs Muavini

Geniş ilâve ve tashihlerle yenilenmiş ikinci bası, 114 sayfa 4 şekil ve 5 şema, karton ciltli, fiyatı 250 kuruş.

**ÖNSÖZ :** Bu ufak kitap, Ankara Nümune Hastanesi Dahiliye Servisi vizitelerinde, şekerli hastaların başında yapılan görüşmelerin bir araya toplanması ile meydana gelmişti. Bu bakımdan da «klâsik» kalem tecrübelerinin bütünlük iddiasından uzak kaldı. Bu sayfalarda, okuyucunun gündelik işlerini pratik bir düzene sokmak zorunda bulunan bir hastane koğuşunda «yaşanan hava» yı kolayca benimseyiş alışmasına özenilmiştir. Kitap, onun için, ağıdalı ihtisas problemlerinin kuru münâkaşasıyla uğraşmaya pek vakti olmayan, fakat hastasının tetkik ve tedavisinde tutacağı yolu sür'atle seçmek durumunda bulunan pratisyen arkadaşlara sunulmuştu... Üç sene içinde ilk bası mevcudunun tükenmesi ve yeni isteklerin belirmesi, «Pratikde Şeker Hastalığı ve Tedavisi» nin yazılışında tutulan bu yolun isâbetini teyid etti...

Birçok sahalarda olduğu gibi, diyabet bahsinde de son birkaç sene içinde esaslı gelişmeler oldu. Yeni den yeniye ortaya atılan birçok zihin alıcı araştırmalar, eski bilgilerimizin mühimce bir kısmını kökünden değiştirdi; bundan beş sene evvel patoloji tasavvurlarında ehemmiyetli prensip ayrılıklarına ve tartışmalara sebep olan birtakım vuzuhsuz noktalar da birden aydınlanıverdi. Ne kadar eksik tarafları olursa olsun, bu yeni görüşlerle modern tedavi esasları kısmen kuvvet bulmuş, kısmen de yeni istikametler almıştır. Onun içindir ki, ikinci basıyı hazırlarken dünya literatüründeki belli başlı yayınları samimî bir itina ile gözden geçirmek ve ayıklamak lâzım geldi. Bu arada kitabın «hasta başında beliren ihtiyaçlara sür'atli cevap vermek» den ibaret olan esas gâye ve yapısından ayrılmamaya bilhassa dikkat edildi ve böylece, birçok yerlerde ehemmiyetli değişiklikler ve ilâveler yapıldığı ve bazı kısımlar tamamen yeniden yazıldığı hâlde kitabın hacminde büyük bir değişiklik olmadı.

## İçindekiler :

I. — ŞEKER HASTASI : Görüşü; Artışı, Bizdeki görünüşü, Sebepleri. II. — ŞEKER HASTALIĞI : Fizyopatoloji, Beden hücrelerinin şekerden faydalanamayışı, Karbonhidratları glikojen hâlinde depo etme işinin aksaması, Glikoregülasyonda bozukluk. III. — KLİNİK TABLO VE KOMPLİKASYONLARI : Glikozüri, Kanşekerinin durumu, Cild ârazları, Sinir sistemi, Göz tegayyürleri, Deveran sistemi, Böbreklerin durumu, Hazım cihazı ve ekleri, İç ifrazlar, İntâni hastalıklar, Diyabet koması. IV. — ŞEKER HASTALIĞIN-DA TEDAVİ : Geçmişe bir bakış, Diyabet tedavisine başlarken hekim neler düşünmelidir, Diyabet şekilleri, Şeker hastalarının diyetle tedavisi, Şeker hastalarının insulînle tedavisi, Tedaviye inat eden vakalar, Diyabet komasında tedavi, Cerrahi servisinde diyabetli. V. — ARAŞTIRILAN LİTERATÜR. VI. — ALFABETİK FİHRİST.

SATIŞ YERİ :

**Istanbulda Mazlum, Ankarada Akba Kitabevleri**

# 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, Nimet Taşkıran, İrfan Titiz, 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

Gülhane Askeri Tıp Akademisi Nöro - Psikiatri ve  
Tıp Fakültesi Psikiatri klinikleri: Ankara  
Prof. R. Adasal

## Mütipl Skleroz Septomatolojisi Üzerinde Bir Etüd

— 160 Vak'anın incelenmesi ile —

Prof. Rasim Adasal

Dr. Nusret Mutlu

Mütipl skleroz, etioloji, patogeni, anatomo-patoloji, semptomatoloji ve tedavi bakımından hemen bütün dünya tababetinin ilgisini toplamış ve geniş ölçüde araştırmalara sahne olmuş bir konudur. Sihatli istatistikler tertiplenen modern teşkilâtli memleketlerde, ırka, yaşa, cinse, meslek ve yaşama şartlarına göre tetkike tabi tutulan hastaların gençler arasında kabarık bir yekûna ulaştığı görülünce, «millî» ünvanlı mücadele cemiyetleri dahi kurulmuştur. 20 ilâ 40 yaşları arasındaki genç ve verimli insanları öldürdüğünden değil, sadece işe yaramaz kötürüm haline getirilmesinden müteessir olarak milletçe gösterilen bu yüksek alâka yabancılar için hayreti muciptir. Meselâ Amerikada «The National Multiple Sclerosis Society» adlı kurumların mevcudiyetine bakılırsa, oradaki mütipl sklerozun bizdeki verem gibi senede 40.000 kişiyi öldürdüğü akla gelebilir. Hakikatte ise iş tersinedir, hastalar 10-25 sene yaşamakta ve ekseriya başka bir sebepten ölmektedirler. Diğer taraftan, hastalık oralarda salgının da değildir, gerek İsviçrede ve gerekse Ame-

rikanın Boston ve New York gibi 8-9 milyon nüfuslu eyaletlerinde yapılan istatistikler 10.000 de 5-6 nisbetinde olduğunu göstermektedir. Memleketimizde resmî hastalık cetvellerinde yeri olmadığı için sıklığına dair kat'i birşey söylemek zordur. Ancak münferid çalışmalar halinde yapılan neşriyattan ve bazı hastahane broşürlerinden kısmi bilgiler edinilebilir.

Burada incelediğimiz 160 vak'a, 1930-1950 seneleri arasında Gülhane nöropsikiatri servisinde yatmış olan 10.000 hasta arasından çıkmıştır. Bu adet hastahaneye yatanlara göre 10000 de 9, ortalama Türkiye nüfusuna göre de 200000 de birdir. Eğer, kadınlarla askerlik çağından yukardaki erkeklerin yurdumuzdaki bütün hastahanelerden istatistiği çıkartılır ve sıhhi teşkilâtımızın noksanlığı ile her hastanın da doktora başvurmadığı nazarı dikkate alınırsa nispetin daha radikal ve kabarık olacağı tabiidir.

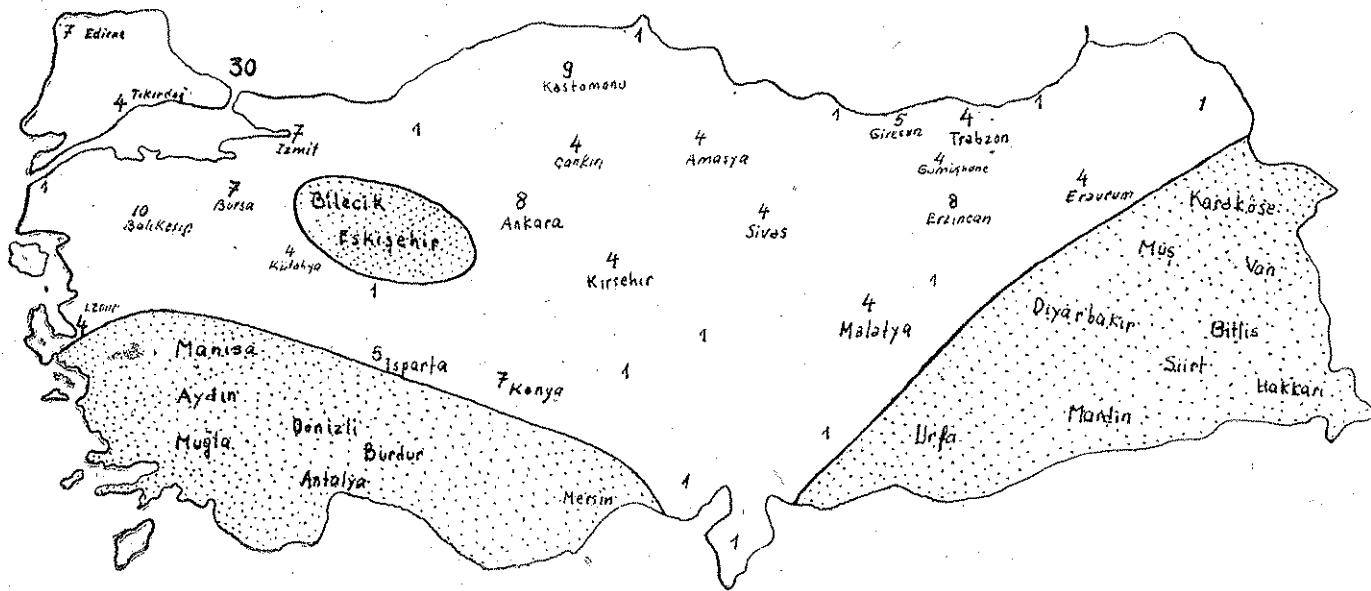
Anatomopatolojik lezyonların sinir sistemindeki her bölgeyi âfetlendirmesi sebebiyle mütipl sklerozun oldukça polimorf bir semptomatolojisi-

si vardır. Her ne kadar Charcot zamannından beri klasikleşmiş bir araz topluluğu mevcutsa da, muhtelif kliniklerin istatistiklerinde yüzde nisbeti çok farklıdır. Diğer taraftan klasik çerçeve dışı bazı semptomların tek tük vak'alarda müşahade edilmesi ve zamanla adetlerinin artması bazı müellifleri hastalığı inkâra kadar götürmüştür.

Vak'alarımız resmî formalite icabı defalarla yatırılarak tetkik edildiği ve 10-15 sene süresince kontrol edilme imkânı verdiği için teşhiste katıyet gösterenler arasından seçilmiş, şüpheli olanlar alınmamıştır.

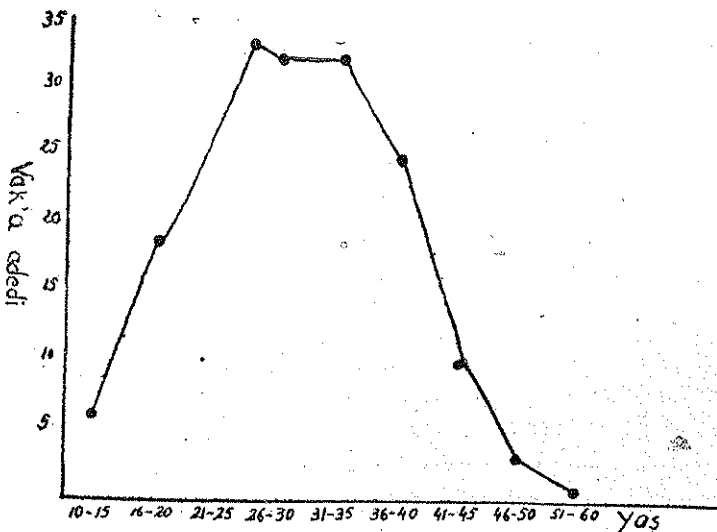
#### Materyel ve anamnez:

160 vak'anın 47 si kadın 113 ü erkektir. 154 ü Türk, üçü Rum, biri Musevi, biri Ermeni, biri Araptır. Türkiye hartası üzerinde vilâyetlere gö-taksimi pek dağınıktır. İstanbul'da 30 gibi yüksek bir adet elde edilmesi şehir nüfusunun çokluğuna ve kısmen de, bazı şahısların (İstanbuluyum). demek itiyadına bağlıdır. Asıl şayanı kayıt olan güney ve doğu-güney Anadolu'dan hiçbir hasta çıkmamasıdır. Bu enteresan bir hal olmakla beraber bütün hastanelerden istatistik yapılmadıkça kıymet ifade etmez.



Yaş sıralanmasında en küçük hasta 10 (1 vak'a), en büyüğü de 61 bulunmuş, grafikte görüldüğü gibi 20 yaşından sonra bir artma ile 21-25 arasında azamiye ulaşmış ve 21 den 35 e kadar plato yapıp sonra süratle düşen bir münhane vermiştir. Bu hal, pek küçük farklarla büyük rakamlı Amerikan grafiklerine uymaktadır.

Meslek: 74 er, 45 ev kadını, 20 subay, 3 dok-



160 vak'anın yaş grafiği

tor, 3 talebe, 2 ressam, 2 memur, 1 veteriner, 1 müzisyen ve 8 işçiden ibarettir. 72 si evli, kalanı bekârdır.

Yatış adet ve süresi: 26 sı bir, 30 u iki, doksan dokuzu 3, ikisi 4, ikisi 5, biri 6 defa yatırılmış, en çok 361, en az da 6 gün kalmak üzere cem'an 9886 gün yatak işgal etmişlerdir. Vasatî yatış 64 gündür.

Muamele: 44 askerî şahıs çürük, sakat veya tekaüt olmuş, aldıkları hava değişimi ise topyekûn 443 ayı bulmuştur.

Yatış zamanı: Ocak 14, şubat 15, mart 14, nisan 19, mayıs 19, haziran 7, temmuz 9, ağustos 7, eylül 17, ekim 14, kasım 11, aralık 14.

Soy geçmişleri: On bir hastanın ailesinde psiko, oligofreni, dilsiz-sağır ve sar'a gibi nöropsikiyatrik hastalık, 7 sinde alkolik baba, 11 inde tüberkülozlu ebeveyn, 13 ünde 1-4 düşük yapan anne tesbit edilmiştir. Hiçbirinin ailesinde ikinci bir şahısta multipl skleroz bulunmamış, 27 tanesinde baba veya annenin hemipleji, 19 unda da kalp hastalığından öldüğü anlaşılmıştır. 16 kişi konsanginite tarif edilmiştir.

Öz geçmişleri: Geçirdikleri hastalıklar toplamı; 63 sıtma, 83 kızamık, 15 tifo, 13 gonore, 26 karışık intan, 43 sair hastalık. Kötü alışkanlıkları; 5 alkolik.

## Hastalıklarının başlama tarihi:

	26	20	32	18	12	11	vak'ada
0-1	1-2	2-3	3-4	4-5	5-10	10-15	15-20 yıl önce başlamış.

Etiyolojik anamnez: 12 kişide meslekî yorgunluk (dokumacı v.s.) ve uzun yol yürüme, 2 sifiliz, 14 intan (8 sıtma), 4 baş travması, 4 operasyon, 4 kadında hamilelik, birinde doğum, 3 had alkolizm, 1 kişide 5000 metreye uçuş, 1 elektrik çarpması, 1 kantinin tesemmümü, 1 ekzema ve tedavi komplikasyonu, birinde sıtma ve diğer birinde de üremi koması hastalığının husuliyiyle çok sıkı münasebetedir. Arazlar, mevzubahis hallerden hemen sonra çıkmış ve o ana kadar normal olan şahsı mültipl skleroz tablosu içine sokmuştur. Aynı vasıflarla 18 hastamızda kavga (4), yakınlarının ölümü (4), evlenme, zifaf gecesi, boşanma heyecanı; hırsızdan, zelzeleden (2), yangından ve harpten (2) korkma gibi ruhî travmalar tesbit edilmektedir.

## Şikâyetleri:

1 — Hissiyet bozuklukları: Ön plânda gelen ve ilk olarak şikâyeti mucip olan bir konudur ki baş, kol, gövde, kalça ve bacaklarında gelip geçici, azalıp çoğalıcı, objektif veya sübjektif mahiyette hissiyet bozukluklarından ibarettir. Uyuşma, karıncalanma, keçeleşme, gerilme, iğnelenme, ağrı, sızı, çürüme, elektriklenme, haşlanma, kramp, bıçaklanma, üşüme, yanma kesiklik, etlerin oynaması, et içinde birşeyin gezmesi, kemirmesi, su akıntısı duygusu, sıcak-soğuk-ağrı ve teması duymama, az duyma, elindeki eşyayı tanıma ve tenbihleri lokalize edememe şeklinde (140 kişi) tarif etmektedirler. Bu arada baş dönmesi, göz kararması, kulak uğultusu, etrafının veya kendinin döndüğünü zannetme, baygınlık, mide ezintisi, bulantı, terleme, muvazenesizlik gibi haller de vardır. Bunların hastalık seyrinde çıkış sırası şöyledir:

	İlk	2.	3.	4.	araz olarak	Yekûn
Bacakta	: 69	20	7	5		101
Kolda	: 13	4	—	—		17
Başta	: 12 (2 trigeminus nevralsisi)					12
Gövdede	: 8	—	—	—		8
Yekûn	: 102	24	7	5		138

22 vak'anın tarif ettiği vertijden 17 si ilk 5 ide 2. âraz olarak çıkmıştır.

2 — Hareket bozuklukları: Bilhassa ayaklarda sürtmeye, takılma, burkulma, burun çarpma, tökezleme, tutukluk, sallanma, aksama, titreme, topallama, kasılıp kalma, takatsizlik, bükememe, çevirememeye, çolpalama; parmakları, bileği veya bütün bacağı oynatıp kımıldatamama şeklinde 136 kişi tarafından tarif edilmektedir. Hissilerde olduğu gibi bunlar da gelip geçici, artıp azalıcı, vasıflarla başlıyor ve nihayet ileri derecede hareketsizliğe varıyordu. Baş, kol ve eldekiler harekette güçlük ve zâaf şeklinde tarif ediliyordu. Bunlar arasında yüz çarpılması, çigneme, yutma ve dil oynatma zorlukları da vardı. İfadelerine göre hastalık seyrinde çıkış sırası şöyledir:

	İlk	2.	3.	4.	araz olarak	Yekûn
Bacakta	: 64	37	23	12 (16 sı hiç yürüyemiyor)		136
Kolda	: 9	9	5	—		23
Başta	: 4	3	1	—		8
Gövdede	: 1	—	—	—		1
Yekûn	: 78	49	29	12		168 (*)

3 — Serebellar bozukluklar: Zamana göre ilk ve hattâ ikinci devirde dahi hastaların şikâyetini mucip olmuyor. İstisnaları bulunmakla beraber diğer harekî kusurlardan sonra dikkati çekiyor. Yürürken sendeleme, yıkılacak gibi olma, yıkılma, adım atarken düşeceğini zannetme, etrafa tutunma, el veya ayağını bir hedefe götürürken sağa sola çarpma, çolpalama v.s. Ekseri şahıslar bunları diğer hissi ve harekî kusurlara bağladığı için şikâyetleri arasında saymıyor. Yine serebellar gruptan olmak üzere zaman zaman dil tutukluğu, kelimeyi net ve tam söyleyememe, acele etme, takılma, duraklama, geveleme, heceliyememe, telâffuzda ahenksizlik, tükürük sıçratma gibi hallerle baş, kol veya ayaklarının titrediğini söyleyenler varsa da adetçe azdır. Nitekim ince klinik muayenelerle aşıkârlanan serebellar sendrom, şikâyetlerin (46 kişi) üç mislidir. Hastalık seyrinde çıkış sırası şöyledir:

	İlk	2.	3.	4.	araz olarak	Yekûn
Sendeleme	: 8	10	15	13		46
Dizartri	: 2	9	10	4		25
Titreme	: 4	10	5	5		24

4 — Göze ait şikâyetler: Bir veya iki gözün bulanık görmesinden; eşyaları çift, çatalı veya titrer görmeden; şaşılıktan, nadiren de renk seçememe ve tam körlükten şikâyet edenler 41 kişidir. Bu araz da diğerleri gibi ani veya yavaş başlayıp zamana göre iyileşme - kötüleşme arzeder. Birdenbire kör olduğunu ve on gün sonra açıldığını, eskiden çift veya bulanık görürken şimdi iyi seçtiğini söyleyenler çoktur. Nitekim ilk defa ani körlükten müşteki olarak yatan ve histeri şüphe edilen bir ressam hastamız diğer yatışlarında mükemmel resim yapıyor fakat yürüyemiyordu, zira organik belirtili spastik parapleji teessüs etmişti. Göz şikâyetlerinin hastalık seyrinde çıkış sırası şöyledir:

	İlk	2.	3.	4.	araz olarak	Yekûn
Bulanık görme	: 3	10	5	2		20
Çift görme	: 2	5	2	3		12
Şaşılık	: —	—	3	1		4
Körlük	: 1	1	—	1		3
Renk seçememe	: 1	—	—	—		1
Eşyanın titremesi	: 1	—	—	—		1
Yekûn	: 8	16	10	7		41

5 — Ürogenital sisteme ait şikâyetler:

I — Sfenkter bozuklukları (59) kişide: İdrar ve gaitasını (2 kişi) altına kaçırmak, geldiğini hissedememek, damlalar halinde idrar bırakmak, idrar hissi geldiği halde edememek, birkaç damlayı güçlükle yapabilmek, beş on dakika sonra yine

(\*) Aynı araz iki veya üç uzuvda aynı zamanda çıktığı için ayrı ayrı yazılmıştır, bunun için harekî bozuklukta müşteki 136 kişi olduğu halde yekûnda 168 görülmektedir.

aynı hissi duymak, kesik kesik ârızalı ve tutuk yapmak şeklinde. Hastalık seyirinde çıkış sırası:

	İlk	2.	3.	4.	araz olarak	Yekûn
Enkontinans	: 4	3	1	—		8
Retansiyon ve arızalı işeme	: 8	16	15	12		51
						59

Ayrıyeten 46 kişideki muannit kabız buraya ithal edilmemiştir.

II — Seksüel bozukluklar (40 kişide): Genç olmalarına rağmen hastalık ilerledikçe erkeklerde ereksiyon azalması, hiç olmaması, erken ejakülasyon, ereksiyona rağmen ejakülasyon yokluğu, ejakülasyona karşı ereksiyon yokluğu, temastan zevk almama, çok yorulma, elektrige tutulmuş gibi kötü his duyma, temastan sonra hareki şikâyetlerde artma ve neticede birleşmeden korkma gibi şikâyetler... Kadınlarda da geç veya erken âdet görme, süresinde azalma, uzama, tamamen âdetten kesilme; temastan korkma, çekinme, zevk almama. Evli kadınlardan yalnız birinin, erkeklerden de üçünün hastalık süresi içinde çocuğu olmuştur. Çıkış sırası şöyledir:

	İlk	2.	3.	4.	araz olarak	Yekûn
Ereksiyon yok	: 4	6	6	10		26
Ejakülasyon yok	: 1	1	—	—		2
Adetten kesilme	: 1	—	2	2		5
Adet bozukluğu	: 4	1	1	1		7
Yekûn	: 10	8	9	13		40

6 — Sar'a ve benzerleri: Dördünde grand mal, ikisinde de petit mal olmak üzere 6 hastada sar'a nöbeti görülmüştür. Birinin hastalığı ilk sar'a nöbeti görüldükten hemen sonra başlıyor, diğerlerinde ise hastalığın teessüsünden sonra görülüyor. Ayrıyeten üç vak'ada konvülziyonsuz olarak durduğu yerde yıkılıp düşme halleri, birinde de narcolepsi nöbetleri müşahede edilmiştir.

7 — Ruhî şikâyetler: Genel halsizlik, isteksizlik, durgunluk, entellektüel enerji azalması, iç sıkıntısı, memnuniyetsizlik, üzünlük, çabuk kızma, ağlama, histeri hamlesi, unutkanlık, laküner amnezi, depression, eksitasyon ve lakaydi şeklinde tezahürler.

8 — Diğer şikâyetler: Bir kişide koreoatetozik hareketler, ikisinde kafa içi hipertansiyon gösterileri, birinde nöbetle gelen hıçkırık, üç kişide sağrılık, 6 kişide de ellerde atrofi başlıca şikâyet konusu idi.

#### Klinik Bulgular:

Bünye: 6 piknik, 3 displastik, 6 atletik, 25 astenik; 120 normal.

Nabız: Sayısı: 50: 60-70, 70-80, 80-90, 90-100, 100 den çok  
Vak'a adedi: 1 21 63 51 17 7

Kan basıncı V.: Azami : 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16  
Vak'a adedi : 1 13 39 40 43 19 3 2

Asgari : 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12  
Vak'a adedi: 2 26 49 59 20 2 1, 1

Beden derecesi: 13 vak'ada 37-39 arası ateş vardı sekizi (plazmodi +) sıtma, diğerleri çeşitli intan ve menbalarına bağlı.

#### Refleks okülo-kardiak:

##### Artış-Azalış:

(—) — ← 0 → + (+)  
26, 16, 14, 12, 10, 8, 6, 4, 2, 0, 2, 4, 6, 8, 10, 12

##### Vak'a

##### adedi:

1 2 1 1 14 15 10 8 11 12 12 17 12 1 3 2

#### 2 — Sinir sistemi:

##### A - Hareket:

Bacakta % 85	: 9 vak'ada iki taraflı madum.
	91 vak'ada iki taraflı madum 1/2 ilâ 1/4 azalmış.
	29 vak'ada bir tarafta fazla olarak 1/2 - 1/4 azalmış.
	7 vak'ada bilek ve parmaklarda azalmış.
	136 vak'ada % 85.
Kollarda	: 5 vak'ada iki taraflı 1/2 - 1/4 azalmış.
	22 vak'ada tek taraflı 1/2 - 1/4
	27
Başta	: 4 vak'ada kısmî noksanlık (2 tortikolis)
Gövde	: 4 vak'ada kısmî noksanlık
Yüz felci	: 32 vak'ada (19 sağ, 13 sol).
Yutma zorluğu	: 4 vak'ada.
Dilde deviasyon	: 3 »
Velum p. felci	: 4 »
Sağrılık	: 4 »
Gözde total felç	: 1 »
IV. ve VI. sinirde felç	: 19 vak'ada (10 sol, 7 sağ, 2 çift taraflı).

B - Hissiyet: 11 vak'anın bacaklarında hipoestezi, üçünde mevzî anestezi, birinde hiperestezi, birinde siren-gomielik bölünme. %10. Arka kordon his bozukluğu 21, Astereognozi 5, (%16).

##### C - Refleksler:

Patellada müsted: %87	: 139
Pandüler	: 6
Madum	: 3 (Aşıl 2 vak'ada)
Med.-Pub. dissosie	: 44
Karın cildi; 84,3% yok:	
İki taraflı madum	: 110
Tek taraflı madum	: 15
Bölümlü	: 10

##### Kremaster:

İki taraflı yok	: 44
Tek taraflı yok	: 11
Anal refleks yokluğu	: 10
Otomatizm medüller	: 2
Farenks refleksi yok.	: 17
Babinski: 80% müspet:	
İki taraflı müspet	: 104
Tek taraflı müspet	: 24
İzafileri müspet	: 44

##### Klonus: 56.2%:

Ayakta müspet	: 73
Patellada müspet	: 17
Postur iki ayakta müspet	: 3

##### D - Envolverter hareketler: 60%:

Titreme: Ellerde mevcut	: 95
Dilde mevcut	: 9
Başta mevcut	: 4
Vücutta mevcut	: 2
Fibriler kontr.	: 2

Nistagmus : 78,1 % :	: 125
(5 rotatuvar, 8 vertikal)	
E - Yürüyüş	
Serebello - spastik	: 56
Spastik	: 36
Serebellar	: 25
İmkânsız	: 12
F - Tonüs : Hipertoni	: 43
Hipotoni	: 13
G - Serebellar belirtiler: 58%: (Nistagmus hariç)	
Dismetri	: 92
Djdiadokinezi	: 92
Ataksi	: 81
Dizartri. 36 %.	: 58
Romberg müspet	: 5
H - Göz bozuklukları : 39 % :	
Fundusta solukluk	: 29
Fundusta ödem	: 4
N. optik atrofi	: 27
Işık reaksiyonu batı	: 32
Mesafe reaksiyonu batı	: 7
Argyll - Robertson	: 1
Kornea refleksi yok	: 1
Görme alanı dar	: 38
Renk seçememe	: 1
Diplopi	: 12
İçe şaşılık	: 11
Dışa şaşılık	: 8
Pitozis	: 3
Enoftalmi	: 3
Eksoftalmi	: 2
I - Trofik bozukluklar: % 10 :	
Baldırlarda	: 8
Ellerde	: 5
Kollarda	: 2
Yüz yarısında	: 2
J - Malformasyon :	
Skolyoz	: 9
Kifoz	: 3
Ekinovarus	: 3
Tortikolis	: 2
Lordoz	: 2
Düşük ayak	: 1
Ankiloz	: 2
K - Vestibular bozukluklar :	
İneksitabilite	: 2
Hipoeksitabilite	: 4
Hipereksitabilite	: 6
L - Sar'a ve ekivalanları :	
Büyük nöbet	: 4
Küçük nöbet	: 2
Narkolepsi	: 1
M - Nörovejetatif sistem :	
Sempatikotoni	: 40
Vagotoni	: 9
Amfotoni hyp. ve hypr.	: 17
Dermografizm	: 56
Dermografizm (ters)	: 3
Bol ter	: 37
Kuruluk	: 5
Hipotermi	: 3
Salya akması	: 5
Vasomotor teşevvüş	: 18
Yağlanma	: 4
N - Ürogenital Sistem şikâyetler bahsinde yazıldı (%37).	
O - Remission, %25	: 41
P - Ruri Saha: Hiperaffektivite	: 14
Enfantilizm	: 5

Histeri krizleri	: 4
Şizofreniform araz	: 1
Anksiete	: 1
Depression	: 5
Eksitasyon	: 1
Amnezi	: 2
Torpör hali	: 1
Koma	: 2

R - Galip araza göre klinik şekiller: Parapleji 78, Kuadripleji 6, Monopleji 4, Hemipleji 11 (üçü apoplektik), Ruhî 7, Hissî (akjik) 1, vertijli 16, Sfenkter kurusu 2, Serebellar 8, Polinevritik 3, göze ait 4, Epileptik 3, Tümöröl 6, Ansefalitik 2; Ekstrapiramidal ve Diansefalik gösterili 3, Amiotrofik 3.

S - Galip araza göre anatomik lokalizasyon: Medulla spinalis (sakral 2, servikal 6, dorso - lomber 91) 99, Bulbus 3, Pons 2, Serebellum 8; vestibul 16, Korteks 3, Diansefal 1, Ekstra piramidal sistem 2; Serebrum 26.

Ş - Yanlış teşhis: Hastalığın başlangıcında 24 kişi rumatizma, 88 histeri, 13 diğer psikanörozlar, 9 beyin uru, 5 temaruz, 10 polinevrit; 4 medulla uru, 1 Westphal - Strumpell syn., 1 mesane felci, 1 hastada Friedreich ataksisi teşhisini almıştır.

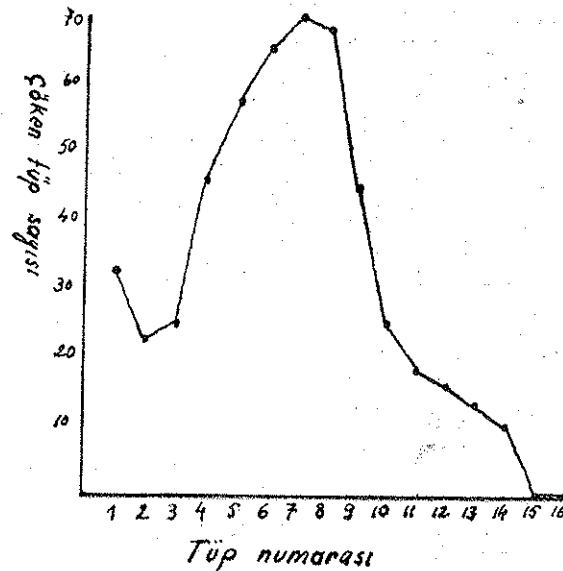
T - Laboratuvar araştırmaları: Likor serebro-spinalis: 181 defa yapılmıştır.

Tazyik: Claude Man. ile, otururken:

25—30 : 101	Queckenstedt açık	: 181
31—35 : 39	Pandy müspet	: 76
36—40 : 21	Nonne - Appelt müspet	: 4
41—45 : 12	Weichbrodt müspet	: 4
45 50 : 8	Wassermann müspet	: 2

Albumin: Litrede g.

22 : 80	Hücre: milimetre küpte:	0,5 — 1	: 99
22—40 : 77		1 — 5	: 29
40—56 : 24		5 — 10	: 18
		10 dan çok	: 5



— 159 Benjoine colloidal trasesinde —

Benjoine colloidal trasesi: 106 atipik, 5 tümör, 24 sifiliz benzeri, 18 tüberküloz benzeri, 28 de normal trase vermiştir.

2 — Kan bulguları: Eritrosit 60% vak'ada normal, 25% inde 4.000.000 civarında, 10% da 3-4 milyon arası, 5% de 3 milyondan az. Hemoglobin normal veya normale yakın hipokrom. Lökosit, 86% da normal, 12% de tali enfeksiyona bağlı

lökositöz, 2% de lökopeni. Formül lökositerde 6 vak'ada 5-6% de monositöz. Sedimentasyon: 89% da 5-8, yüzde yedisinde 5-15, yüzde dördünde de 25 mm. bir saatte.

3 — İdrar bulguları: Üç vak'ada şeker, altısında albümin, ikisinde fosfatüri.

4 — Radyolojik muayeneler: 41 vak'ada direkt ve lipiodollü kolumna v. grafisi, 24 vak'ada direkt ve gazöz ansefalografi normal sonuç vermiştir.

5 — Kapillaroskopik: 21 vak'ada yapılan kapillaroskopik tetkik hastalık için tipik bir tablo vermemiştir. Ancak ileri derecede spastisite, fragmentasyon, deveran intizamı ve haricî tenbihlere karşı ölçsüz reaksiyonları ile bir kapiller zafiyeti göstermektedir.

6 — Anatomopatoloji: Ancak bir vak'a öldüğü ve onada otopsi müsaadesi verilmediğinden yapılamamıştır.

#### Netice :

Değişik fasılalarla, müteaddit defalar servisi-mizde yatan mütipl sklerozlu 160 hastanın incelenmesi ile şu sonuçlara varılmıştır:

1 — Memleketimizde hakikî mütipl skleroz vak'alarının bulunduğu muhakkaktır. Yurd ölçüsünde dağılışı ve nispeti hakkında fikir edinmek için bütün hastahaneler istatistiklerini toplamak faydalı olur.

2 — Hastalık etiolojisinde yorgunluk, travma, gebelik, ruhi şok ve sıtma gibi hallerin kamçılıyıcı tesirleri müşahede edilmişse de adedin az oluşu müspet bir kanaat edinmeye kâfi gelmemiştir.

3 — Klâsik intan tablosu yalnız 13 kişide görülmüş, ve talî enfeksiyonlarla alâkası klinik ve laboratuvar bulgularıyla teyid edilmiştir.

4 — Vak'aların 87% sinde, hastalık gelip geçici ve azalıp çoğalcı vasıfta sübjektif his bozukluklarıyla başlamış, fakat objektif olanlar bunlara nazaran çok düşük nispette (10%) bulunmuştur.

5 — Harekî kusurlar hissiyettekinden sonra çıkıp daha temelli ve objektif olarak ta çok yüksek (85%) nispettedirler.

6 — Charcot triadından dizartrinin, polimorf semptomatoloji içinde ürogenital sistem kusurları ve göz bozukluklarından sonra geldiği görülmüştür. Göz bozukluklarında da temporal solukluğa umulduğu kadar rastlanmamıştır.

7 — Orta derecede patolojik reaksiyonlar veren serebro-spinal mayinin atipik benjoin colloidal trasesi dizartri ve temporal solukluğa nazaran daha sık tezahür eden müspet bir bulgudur.

8 — Parestizilerle başlayıp pusselerle seyreden hastalığın patogenesisinde: şahısların her nevi şoktan çabuk müteessir oluşu, ailelerinde damar ve kalp âfeti taşıyanların çok oluşu, nörovejetatif

sistem distonisi ve sempatikotoniye meyil bulunuşu, yorgunluk ve eforlara tahammülsüzlükleri ve sinir sisteminin her bölgesine ait semptomlarla seyrediş, objektif kapiller zafiyeti ile beraber göz önüne alınır, vasküler sistemin primer veya sekonder bir âfetini düşünmek akla yakın gelmektedir.

#### Literatür :

1. Adasal, R.: Had Tasallübü Levhavi Şeklinde Grip ve Şifa, Yeni Kl. 1 : 2, 1934.
2. Chiavacci, L. V., Hoff, H. and Polvan, N.: Frequency of Multiple Sclerosis in Greater New York, Arch. Neurol - Psychiat. 64 : 4, 1950.
3. Chiavacci, L. V. and Putnam, T. J.: Capillaroscopic Observations in Cases of Multiple Sclerosis, Arch. Neurol. - Psychiat., 61 : 5, 1949.
4. Daniel, S.: Longevity in Multiple Sclerosis, Arch. Neurol. - Psychiat., 62 : 6, 1949.
5. Fog, T.: Topographic Distribution of Plaques in Spinal Cord in Multiple Sclerosis, Arch. Neurol. - Psychiat., 63 : 3, 1950.
6. Gökay, F. K. ve Noyan, E.: Had Amoroza Seyreden bir Mütipl skleroz vak'ası, İstanbul Üniv. Nörol. Kl. çalışmaları, IV, 1946 - 1948.
7. Gökay, F. K.: Mütipl Skleroz Konusunda Yeni Çalışma ve Araştırmaların Mahiyeti, İstanbul Üniv. Nörol. Kl. çalışmaları, IV, 1946 - 1948.
8. Gürün, S.: Mütipl Skleroz Tedavisinin Bugünkü Durumu, Ankara Tıp F. Mec., 3 : 4, 1949.
9. Hoff, H. ve Polvan, N.: Mütipl Skleroza Benzeyen Serebral Malarya, İstanbul Üniv. Nörol. K. çalışmaları, IV, 1946 - 1948.
10. Harry, A.: Tetraethylammonium Chloride in the Treatment of Multiple Sclerosis, Arch. Neurol. - Psychiat. 64 : 4, 1950.
11. İpsen, J.: Prevalence and Incidence of Multiple Sclerosis in Boston, 1939 - 1948: Preliminary Report, Arch. Neurol. - Psychiat. 64 : 5, 1950.
12. Johnson, A. C.: Chemistry of Vallerian Degeneration: A Review of Recent Studies, Arch. Neurol. - Psychiat., 64 : 1, 1950.
13. Mark, Z.: Electroencephalogram of Multiple Sclerosis: Review of the Literature and Analysis of Thityfour Cases, Arch. Neurol. - Psychiat. 60 : 4, 1948.
14. Meret, F. T.: Neurologic Complications Following the Mantoux Test, Arch. Neurol. - Psychiat. 63 : 2, 1950.
15. Mutlu, N.: Mütipl Sklerozda Kapillaroskopik Observasyonlar, Onbirinci Millî Türk Tıp Kong. Tebliğ, 1950.
16. Putnam, T. J., Chiavacci, L. V. and Weitzen, H. G.: Results of Treatment of Multiple Sclerosis with Dicoumarin, Arch. Neurol. - Psychiat. 57 : 1, 1947.
16. Theodore, J. C.: Colloidal Gold Reaction in Multiple Sclerosis, Arch. Neurol. - Psychiat., 64 : 5, 1950.
17. Wallace, C.: Psychometric Patterns Associated with Multiple Sclerosis: I. Wechsler - Bellevue Patterns, Arch. Neurol. - Psychiat., 63 : 5, 1950.
18. National Multiple Sclerosis Society: Multiple Sclerosis: Diagnosis and Treatment, 1947.
19. Gökay, F. K.: Etude sur la sclérose multiple en Turquie, IV. Congrès Neurologique International, Paris, 5 - 10 Sept. 1949.



# DİLER

## TIBBÎ MÜSTAHZARLAR LÂBORATUARI

ECZACI ŞEREF DİLER

Çenberlitaş, Alipaşa sok. No. 10

Sicilli Ticaret: 28719

Telefon: 42993

Telegraf: DİLABOR

### ASTMİN

Endikasyon: Astma, kronik göğüs nezlesi, kalbin genişlemesi, kataral bronşit.

Alımı: Büyüklere günde 2-4 kahve kaşığı biraz su içinde. Çocuklara yarısı.

### BİLAKS

Endikasyon: Bilcümle kabızlık. — Barsaklardaki fena tahammürler. — Adipositas.

Alımı: Günde 1 yahut 2 draje.

### BRONKO

Endikasyon: Akut bronşit, öksürük, trakeit, larenjit, boğmaca, amfizem, ağrılı haller.

Alımı: Büyüklere günde 3-4 komprime yemekten sonra. Çocuklara günde 2-4 yarım komprime.

### CASTORAL

Endikasyon: Nevrasteni, çarpıntı ve sıkıntı halleri, merak, kuruntu ve uykusuzluk, sallantı hastalıkları.

Alımı: Günde 20-100 damla, biraz şekerli su içinde.

### COROSDAL

Endikasyon: Kalp kifayetsizlikleri, koronerlerin daralması, Angina Pectoris, Miyokard enfarktüsü.

Alımı: Günde 2-4 komprime.

### DOLORİN

Endikasyon: Baş, diş, romatizma ağrıları. - Dismenorrhoe. - Ameliyat sonu. - Siyatik.

Alımı: Günde ikişerden 6-8 draje.

### HEMATOL

Endikasyon: Kansızlık, dermansızlık, kloros, umumî zafiyet, kan yapıcı.

Alımı: Büyüklere: günde 2-3 kosposto kaşığı. Çocuklara: günde 2-3 kahve kaşığı.

### HİPOTANSİN

Endikasyon: Arterioscleros, baş dönmeleri, kalb sıkıntısı ve darlıkları.

Alımı: Günde 3 defa 20 damla biraz su içinde.

### NÖROKALMİN

Endikasyon: Nevrasteni, uykusuzluk, ruh bezginklikleri.

Alımı: Günde 2-6 kahve kaşığı.

### POLİSÜLFAZİL

Endikasyon: Coccus intanları, Pnömoni, Plörezi, İdrar yolu hastalıkları, yüksek ateş.

Hiçbir kontr endikasyon.

Alımı: Tedaviye 4 komprime ile başlanır ve her saatte ikişer adetle devam edilir.

### PULMOL

Endikasyon: Akciğer ve haçere veremi. Grip, Kronik bronşit, boğmaca.

Alımı: Büyüklere: günde 3 çorba kaşığı. Çocuklara: günde 3 kahve kaşığı.

### PÜRJOL

Endikasyon: Mide ve barsakların dezenfeksiyonu için mükemmel bir müleyyin.

Alımı: Sabah ve akşam bir çorba kaşığı.

### RUMATİZAL

Endikasyon: Romatizmanın her şeklinde, Siyatik, Lumbago, Sırt ve adale ağrılarında.

Kullanışı: Haricî friksiyon olarak.

### SEDİLAN

Endikasyon: Asabi uykusuzluklar, sinus ve enterkostal ağrılar, asâbi kalb arğıları, nevrasteni.

Alımı: Günde 2-6 draje.

### SİNİROL

Endikasyon: Histeri-Nevrasteni, Nevralji, asabi dermatozlar.

Alımı: Günde 2-6 kahve kaşığı, biraz su içinde.

### TUSİL

Endikasyon: Göğüs hastalıkları, plörezi, akciğer tedavisi.

Alımı: Büyüklere: günde 3 tatlı kaşığı. Çocuklara: günde 3 kahve kaşığı.

# TOT ALGO

Natrium phényl-diméthyl-pyrazolone-  
méthyl-aminométhane-sulfonate . . . 0,20  
Phénacétine . . . . . 0,25  
Caféine . . . . . 0,05

Grip, zatürrie ve çeşitli intani ateşler, nevritler, yarım baş ağrısı, had mafsal romatizması, siyatik, tabesın şimşek gibi ağrıları, yüzün ağrılı tikleri, böbrek kulunçu, aybaşı sancıları ilh.

Günde 2-4 defa 1-2 komprime bir az su ile alınır

Cocuklara, yasa göre günde 2-4 komprimeden fazla verilmemelidir.

TÜRKİYE MÜHÜRÜ  
JUL KREPEN ve KEMAL MÜDERRİSOĞLU Koll. Şti.  
Sirkeci, Nur Han Koll 2  
Tel. T 29045 İSTANBUL P. K. 47

LABORATOIRES MEXYL S. A.  
İSVİÇRE GENEVRE



Ankara Nümunne Hastanesi Erkek Dahiliye Servisi  
Şef: Dr. İhsan Aksan

## Anemi ve Glikoregulasyon

Dr. Refik Kırçak  
Dahiliye Müttehassısı

Anemi sendromu içinde, metabolizmanın durumunu incelemek, oldukça enteresan bir iş olsa gerektir; buna rağmen her nedense bu bahis henüz lâyük olduğu ehemmiyetle ele alınmamıştır.

Kansızlıkta deveran, teneffüs, hazım sistemlerinde görülen türlü değişiklikler ve özellikler, uzun uzun tarif edilmiştir. Bunların yanında hücrenin iç âleminde cereyan eden metabolizma fenomenlerinin de aynı derecede ehemmiyetli bir yeri vardır. Nitekim anemilerde boyalı kan maddelelerinin (Hemoglobinin ve hem nüvesini havi diğer pigmentler) yıkılışı ve yapılışı oldukça yakından incelenmiş ve bu karışık fenomenlerin muhtelif safhaları oldukça aydınlatılmıştır. Aynı vak'alarda albümin, yağ ve karbon hidrat metabolizmalarında da aynı derecede önemli bozuklukların olabileceğini düşünmemek haksızlık olur.

İşte etüdümüze başlarken bu düşünce ile hareket ettik ve kansızlığın doğurabileceği türlü metabolizma değişiklikleri arasında, sadece karbon hidratların ütilizasyonundaki hususiyetleri araştırmak istedik.

Bunun için muhtelif tipte 29 anemili hastada glikoz yükleme tecrübesi yaparak glisemi seviyesinde görülen değişiklikleri inceleme çalıştık.

Elde edilen neticelerin gözden geçirilmesinde bunların üç örnek üzerinde toplandıklarını fark ettik.

I — Materyelimizin ekseriyetini (%72,4) teşkil eden bu grupta (türlü sebeplerden mütevellit 12 hipokrom anemi, 6 anemi splenik, 2 tali hiperkrom anemi, 1 anemi pernisiyöz) glisemi birbirine benzer şekilde bir seyir takip etmiş, vasatî 100 ne benzer şekilde bir seyir takip etmiş, vasatî 100 mg. olan açlık glisemisi ağır bir yükselişle azamî seviyesini (145 mg.) bir buçuk saatte bulmuş ve üç saat gibi uzun bir müddet sonra iptidaî seviyesinin üstünde (114 mg.) üç buçuk saat sonra iptidaî seviye çevresinde (96 mg.) bulunmuştur.

Muhtelif şekilde klinik tezahürler gösteren bu 21 vak'ının hepsinde görülen tek müşterek nokta anemidir. Bunun haricinde 13 vak'ada da disproteinemi (%61,9); 12 sinde de ayrı ayrı veya kombine şekilde dalak ve karaciğer büyümesi görülmektedir.

II — İnci grubu teşkil eden iki vak'amızda (%6,8) açlık glisemisi (%150 mg.), şeker yüklemeyi müteakip derhal düşmüş ve bu safhada (127 - 120 mg.) arasında üç buçuk saat âdeta düz bir seyir takip etmiştir. Bu iki vak'adan birinde karaciğer sirozuna, diğerinde besleniş noksanına bağlı tâlî hipokrom anemi vardı. Her ikisinde de disproteinemi, birincide splenomegali, ikincide hepatomegali mevcuttu.

III — Üncü grubu (%20,7) teşkil eden 6 vak'adan ikisi müzmin nefrit, dördü de hiperkrom vasıfta anemiler idi. Nefrit vak'alarından birisinin de hiperkrom vasıfta anemi hali göstermesi şayanı dikkattir. Bu gruptaki hastaların dördünde disproteinemi, üçünde splenomegali, dördünde hepatomegali ve hepsinde ileri derecede bir anemi mevcuttu. Burada anemiden sonra en sık görülen âraz disproteinemidir. (6 vak'anın 4 ü, %66).

Materyelimizin ekseriyetini teşkil eden birinci grupta bariz olarak göze çarpan hususiyet, anemili uzviyette şekerin güçlükle kullanılabildiğidir. Bunlarda görülen anemi ile glikoregulasyon arasındaki münasebet muhakkak gibi görünmektedir. Bu münasebet, kelimenin sıkı mânası ile anemi unsuruna bağlı olduğu gibi, anemi tablosuna inzîmam eden çeşitli faktörlere de tâbi olabilir. Hakikatte bütün vak'alarda müşterek unsur anemi ise de, aneminin sebebi veya neticesi olabilen muhtelif marazî bulgular da her vak'ada az çok bir hisse almaktadır. Bunların evvelâ teker teker mütalâası ve glikoregulasyon vetiresi ile münasebetlerinin ayrı ayrı incelenmesi; sonra da müşterek tesirlerinin muhassalası halinde bu faktörlerin topyekûn mütalâası, tesbit ettiğimiz vetirenin izahına yarayacağı kanaatindeyiz.

I — Akciğerlerden yüklendiği oksijeni, nesicilere taşımakla mükellef olan eritrositlerin, ve bu oksijeni kimyevî bir terkip halinde taşıyan hemoglobinin noksanı, kan şekerinin yanmasına muhtelif yollardan tesir edebilir. Uzviyette şeker sarfiyatının en bol olduğu yer beden sikletinin %45 ini teşkil eden adele sistemidir. İstirahat halinde bir anemili hastanın oksijen ihtiyacı eritrosit ve hemoglobin noksanını kompanse etmeğe çalışan bir sıra hâdiseler sayesinde, normal seviyede temin edilir. Bunlar, deveranın ve teneffüsün sür'atlenmesi, bu sayede hematozun vahit zaman zarfında yeter bir seviyede temini, nesicilerin kandaki oksijeni istihlâk edebilme kabiliyetinin artması (normal kandaki oksijenin %44 ü nesicelerde tutulduğu halde, anemilerde daha yüksek bir nisbette istihlâk edilir.) gibi hâdiselerdir. Fakat istirahat halinde bir uzviyet için kâfi gelen bu mekanizma hareket ve faaliyet halinde kifayetsizdir. Artan oksijen ihtiyacına karşı, azamî takatını sarf etmiş olan muavaza mekanizması kâfi gelmez ve nesicelerde oksijen noksanlığına bağlı âlâmetler kendini gösterir (Anemiye bağlı angor pektoris gibi). Burada anoksibiyotik safhada teşekkül eden asit pirüvik ve asit laktik, daha ileri kademelerde parçalanmak için gerekli oksijeni bulamaz. Bilindiği üzere, adelenin takallüs safhasında teşekkül eden asit laktiğin 1/5 i, adelenin gevşeme safha-

sında yanarken, 4/5 i de resenteze uğrayarak yeniden glikojen teşekkül eder. Bu resentez için gerekli enerji asit laktiğin oksijen muvacehesinde yanmasından husule gelecek kaloriye bağlıdır. Adele, yanması lâzım gelen asit laktiği parçalamağa kâfi oksijen bulamadığı takdirde, şeker istihlâkindeki ekonomik nizamını kaybeder ve glikojeni faaliyeti aksar. Bu aksayış glikojenden mahrum kalan uzviyetin glikozu parçalama kabiliyetini düşürür.

Oksijen noksanında karboksilaz fermentinin ve zimasın da faaliyeti kısmen duraklamış bir halde bulunur.

Diğer cihetten eritrositlerin, hemoglobin hamallığından başka, kandaki glikojeni absorbe eden bir rolü olduğu da iddia edilmektedir: Rathery ve arkadaşları, plazmaya normal hemasi ilâve ettikleri zaman, plazma şekerinin azaldığını, yıkanmış hemasilerin ilâvesiyle bu azalmanın daha bariz bir şekil aldığını bildirmişlerdir. Lewis de, diyabetli hastaların serumlarında, eritrositlerin şekeri absorbe etmek kabiliyetini azaltan bir faktörün mevcudiyetini iddia etmekte ve adetâ insüline antagonist olan bu faktöre glicémine adını vermektedir. Müellifler bu maddeyi plazmanın diyalizabl fraksiyonundan tecrit ettiklerini söylüyorlar.

1937 de Stokholme'deki patoloji kongresinde «anemide metabolizma» üzerinde bir tebliğ yapan **M. Hinsberg** de, anemilerde nesiclerde şeker sarfiyatının azaldığını, faaliyet esnasında deveran vasıtası ile nesiclere sevk edilen şekerin transportunda bir yetersizliğin mevcut olabileceğini düşünmek haksızlık olmaz. **Lewis**'in diyabetli serumlarında tesbit ettiği faktörün mucip olduğu transport kifayetsizliği, hemasilerin adetçe azalmaları yüzünden anemide de teessüs edebilir.

**Thomas Henry**'nin bu yoldaki tecrübeleri de, bizi teyid edecek mahiyette görünmektedir: Pernisiyoza da ağızdan 100 gr. şeker vermek sureti ile yaptığı şeker yüklemelerinde, basık fakat mümted seyirli bir münhani elde ettiğini bildirmektedir. Kezalik **Van Slyke** de, pernişiyoza post-absorbif hipergliseminin karakteristik olduğunu yazmaktadır.

Eritrositlerin adedi ile hemoglobin miktarının, glikoregülasyon bozukluğundaki rolünü daha yakından anlatmak için, 4 vak'ada anemi kısmen düzeldikten sonra yeniden glikoz yükledik, ve her iki glisemi kurbunu mukayese ettik. Vasil olduğumuz netice bize, bizzat anemi ile glikoregülasyon arasındaki sıkı münasebeti teyid edecek mahiyette görüldü: bunlardan ikisinde hemoglobin ve eritrosit adedinin yükselmesi ile birlikte glisemi kurbu da normal seyrini almış, iki saat içinde hiperglisemi safhasını ikmal ederek iptidai seviyeye inmiş ve müteakiben insüler tipte bir hipoglisemi fazı teessüs etmiştir. Diğer ikisinde ise glisemi kurbu anemi düzelmeden evvelki kurbun imtidadı kadar uzun devam etmiş, fakat yüksekliği aşıkâr surette azalmıştır.

Misal olarak iki vak'a'dan birisinin müşahe-

desini ve glisemi seviyesindeki seyri aşağıya alıyoruz:

A. Y. 57 yaşında. Protokol No. 1698, 1949. Dört aydan beri devam eden halsizlik, dermansızlık ve nefes darlığından şikâyetçidir. Dört sene evvel aynı şikâyetlerle servismize yattığını, o zaman kendisinde hipokrom vasıfta bir anemi tesbit edilerek demir tedavisine tâbi tutulduğunu, bu tedaviden çok faydalanarak dört ay evveline kadar işini gücünü rahat bir şekilde görmeğe devam ettiğini, ifadesinden ve eski kayıtların tetkikinden anlıyoruz. Bu defaki hastalığı bir soğuk algınlığı müteakip başlamış, gittikçe artan dermansızlık yüzünden çalışamayacak bir hale gelmiş, boğazında kuruluğ ve yutma zorluğu başlamış.

Klinik muayenesinde ileri derecede bir solukluk, yüzünde bufisür, dil papillerinde atrofi, kalpte bütün mihraklarda keza boyunda ve gözde sufl, ileri derecede splenomegali ve hepatomegali tesbit edildi. Bundan başka 15 senedenberi arasıra fazla miktarda kan kaybını mucip olan hemoroidleri var.

Hasta servise yattığı zaman yapılan laboratuvar muayenelerinde: Hb. %15, Erit. 980,000, B. İ. 0,9; Retikülosit %3,4 bulundu. Mide usaresinde hipokloridri tesbit edildi. Kan proteinleri; Serin %3,39 g., Globülin %2,94 g., total protein %6,32 g. Serin/Globülin nisbeti 1,1 bulundu. Hastaya bu vaziyette ağızdan 50 gram glikoz verdik, kan şekeri yüksek ve uzun devam eden bir seyir takip etti. 119 mg. olan ağılık glisemisi yavaş yavaş yükselerek iki saatte en üstün (185 mg.) seviyesini buldu, ve üç saat sonra (134 mg.) a indi.

Demirden faydalanarak 16 gün içinde bariz bir klinik ve hematolojik salâh halı gösteren hastanın bu tarihteki laboratuvar muayeneleri şöyle idi: Hb. %45, erit. 3,300,000; B.İ. 0,7, kan proteinleri; Serin %3,98, Globülin %3,56, Total protein %7,54, Serin/Globülin nisbeti 1,1.

Hematolojik bakımdan evvelkinden oldukça farklı bir safhada iken, yine ağızdan 50 g. glikoz verildi. 61 mg. olan ağılık glisemisi yarım saatte 112, bir saatte 120 mg. a yükseldi bunu müteakip 70 mg. a indi ve daha sonra 60 mg. gevresinde seyretti.

Bu kan şekeri durumunun tetkikinden anlaşılacağı üzere hastamızda hemoglobin miktarının yükselmesi ve eritrosit adedinin artması ile birlikte, evvelce tesbit edilmiş olan glikoregülasyon bozukluğu da düzene girmiştir.

II — Tesbit ettiğimiz glikoregülasyon bozukluğunda, hemoglobin ve eritrosit noksanının mucip olduğu oksijen ve şeker transportundaki yetersizlikten başka anemiye inzimam eden diğer faktörlerin de rolünü araştırmak lâzımdır. Bu meydana kansızlık sebebiyle, muhtelif organların hipoplazisini ve hipofonksiyonmanını hatırlamamak kabil değildir.

Anemilerin türlü organlarda mucip oldukları anatomik ve fonksiyonel teşevvüslere, çeşitli sebeplere bağlı olabilir; oksijen yetersizliği sebebiyle nesiclerin beslenmesi bozulabilir. Bir çok anemilerde birlikte bulunan enfeksiyon faktörü de nesicleri hasara uğratabilir. Kezalik aneminin bazen sebebi bazen neticesi olabilen gıda yoksulluğu da muhtelif organlarda atrofik tegayyürlere yol açar. Burada muhtelif vitaminlerin bilhassa B grubu vitaminlerinin noksanını hatırlamak lâzımdır.

Anemilerde görülmesi müted olan organ değişikliklerinin en açık örneğini hazım cihazında buluruz. Dil papillerinin silinmesi, bazen boğaz mükozasında yutma güçlüğü ile kendini gösteren atrofi (**Plummer - Winson**), mide mükozasının atrofisine bağlı aşık, sık sık görmeğe alışık olduğumuz

tegayyürlerdir. Daha derin organ tegayyürlerinin misalini anemik kalplerde görülen ve kaplan derisine benzetilen miyokard istihalelerinde görürüz; bunun gibi karaciğerde lobüllerin ortasında, vena santralislerin muhitlerinde de parankim hücrelerinin yağlandığı tesbit edilmiştir. Nesiçlerin beslenmesindeki bozukluğun bir neticesi olan yağlı dejeneresans, diğer organlarda ve iskelet adelesinde de görülür. Tiroidde de atrofik lezyonların ve lenfositler irtişahların görüldüğü yazılmaktadır.

Müzmin anoksi halinde bulunan nesiçlerin bu örneklik değişiklikleri göz önünde dururken, muhtelif iç ifraz organlarının bu arada pankreasın ani suretle bir değişikliğe uğrayabileceğini düşünmek hiç de yersiz bir hareket sayılmaz.

Nitekim **Jossrand, Warthin, Barbier** gibi müellifler bazı anemi pernisiyöz vak'alarında, pankreasta da atrofik lezyonlar tesbit etmişlerdir.

Diğer taraftan bu anatomik bulguları teyid eder mahiyette klinik müşahedeler de neşredilmiştir; **Max Benjamin** üç anemi pernisiyöz vak'asında aynı zamanda diyabet gördüğünü, bunu aneminin sebep olduğu pankreatitten mütevellit olabileceğini söylüyor. Filhakika literatürde tesadüf edilen vak'aların 2/3 ünde de diyabet, anemiyi takiben zuhur etmiş görünmektedir.

Son yılların araştırmaları, besleniş bozukluklarında, pankreasın beta hücrelerinde, diyabet geçnisinde bir tegayyürün husule geldiğini göstermiştir. Böylece, insülin imâl eden beta hücrelerinin şahsın tegaddi tarzına göre azalıp çoğalabileceğini anlamış bulunuyoruz. Binaenaleyh ekseriya anemi ile birlikte gördüğümüz enfeksiyon, disproteinemi, vitamin noksanlığı gibi muhtelif sebeplere bağlı olan besleniş hatasının da, pankreasın insüler cihazında bir çelimsizlik durumu yaratabileceğini düşünmek mümkündür.

Bunlara bakarak, anemili hastalarda, glisemi seviyesinin yüksek ve devamlı bir seyir takip etmesinde pankreas iç ifrazının da, anatomik veya fonksiyonel bir teşevvüşe merbut yetersizliğini düşünmek yerinde olur.

Filhakika, materyelimizin birinci örneğini teşkil eden 21 vak'a içinde öyle tipik seyir vardır ki, bunlarda organ insülerin kifayetsizliği aşikâr şekilde göze çarpmaktadır:

M. T. 58 yaşında. Protokol No. 6920 / 1949. İshâl, hazımsızlık ve buna inzıam eden ileri derecede halsizlikten şikâyetle müracaat etmiştir. İfadesine göre, sekiz ay önce, kansız, muhatsız günde 8-10 defa tekerrür eden bir ishâl ile hastalığı başlamış. O zamandanberi kısa fasıllarla tekarlayan bu hâl hastayı gittikçe vücuttan düşürmüş, son zamanlarda ellerinin siyahlaştığını, cildinin kuru ve mütefellis bir hâl aldığını fark etmiş. Klinik muayenesinde, ilk bahışta çok zayıf ve düşkün bir halde görünen hastanın yüzünde, alınında, ellerinin üstünde pigmantasyon artmış, cilt kuru ve parşemen gibi bir hâl almış olarak göze çarpıyor. Dil papillerinde âşikâr bir atrofi mevcut, deri altı nesci erimiş, turgor azalmış, organlarda marazî bir değişiklik tesbit edilemiyor. Laboratuvar muayenesinde: Hb. %60, Erit. 2,800,000, B.B. 1,1; Retikülosit %0,6. Mide usaresinde tam aşili mevcut. Kan proteinleri: Total %8,16, Serin %3,18; Globülin %4,98, S/G 0,6.

Hastaya ağızdan 50 gr. glikoz verdikten sonra (90 mg.) olan açlık glisemisi ağır ağır yükselmiş iki saat sonra en üstün seviyesini (155 mg.) bulmuş ve üç buçuk saat sonra ancak (120 mg.) a inmiştir. Bundan da anlaşılacağı veçhile insüler sistemin reaksiyonuna delâlet edecek bir hipoglisemi fazı görmek mümkün olmamıştır.

III — Anemili hastaların glikoregülasyon teşevvüşlerinde rol alan iç ifraz organları tegayyürleri arasında sürrenal'e de geniş bir hisse ayırmak lâzımdır. Sürrenal burada türlü yollardan tesir edebilir:

Evvellâ her nevi gıda maddesinin bağırsak mükozasından kana karışması için lüzumlu olan fosforilasyon fiili, sürrenal korteksinin kontrolü şekerin hazım yolundan imtiasında bir gecikme altında cereyan eder. Filhakika anemili hastalarda, şekerin hazım yolundan imtiasında bir gecikmenin mevcudiyeti muhtemeldir. Bu gecikme kansızlıklarda ekseriya görülen hazım borusu mükozası atrofisine bağlı olduğu gibi, mükozada glikozun asit fosforikle birleşmesindeki yetersizliğin neticesi de olabilir. Şekerin kana geçmesinde bir gecikme olduğu zaman, glisemi seviyesinin de ayrı bir şekil aldığı yatık ve geniş bir seyir takip ettiği görülmüştür: Spru'da ağızdan glikoz vermek suretiyle yapılan tecrübelerde yassı ve geniş bir münhani elde edildiği halde, aynı vak'alarda damardan yapılan glikoz zerklerinin normale yakın kurbular verdiği bildirilmektedir (**P. Augier, Diensis**).

Bunun gibi vak'alarımızın bir kısmında da, sürrenal yetersizliğine bağlı bir rezorpsiyon hatasının, tesbit ettiğimiz glikoregülasyon bozukluğunda yer alması akla yakın gelmektedir.

Sürrenal'in karbonhidrat metabolizmasındaki rolü, bu imtias safhasından başka, nesiçlerin derinliklerinde geçen ütilizasyon safhasında da görülür. Gerek glikoz molekülünün şimik bünyesinin parçalanması, gerekse bu parçalanma işini idare eden muhtelif cins kofermentlerin (bilhassa kodehidraz I ve II) aktif bir tarzda vazife görebilmeleri, fosforilasyon fiilinin yolunda olmasına bağlıdır. O halde anemi dolayısıyla, vazifesi aksanmış olan sürrenal korteksinin, bu yoldan glikoregülasyon bozukluğuna sebep olması beklenebilir.

Anokseminin, sürrenal yolu ile glikojenez üzerine yaptığı tesiri araştıran müellifler, türlü neticeler almışlardır. **D. Van Slyke** bu tecrübeleri tahlil ve münakaşa ettikten sonra, anoksemiye maruz bırakılmış sürrenal korteksinin, karaciğer glikojenini mobilize ettiği neticesine varmaktadır. Kedilerde yapılan büyük hemorajilerden sonra gliseminin yükseldiğini gören **Robertson**'da, bu hâdisenin sürrenal yolu ile olduğunu ve karaciğer glikojeninin erimesi ile müterafik bulunduğunu iddia etmektedir.

Bütün bu görüşler, anemili hastalarda bulduğumuz glikoregülasyon bozukluğunda sürrenalilerin de bir hissesi olabileceği yolundaki kanaatimizi destekleyecek mahiyettedir.

IV — Vak'alarımızın büyük bir çoğunluğunda tesbit ettiğimiz disproteineminin de, kendi başına, glikoregülasyon teşevvüşlerinde rol aldığı

muhtemeldir. Filhakika, karbonhidrat ütilizasyonunun normalden ayrı bir manzara gösterdiği I ve II inci örnek vak'alarında disproteinemi 65% gibi oldukça yüksek bir nisbet göstermektedir.

Burada disproteineminin muhtelif şekillerde müessir olabileceği düşünülebilir: Her şeyden evvel insülinin yapı maddesi olan yüksek kıymetli asit aminelerin yokluğu akla gelmektedir. Bilindiği gibi insülinin karbonhidrat metabolizmasında, H, transportörü olmak itibarı ile, mühim bir rolü vardır. İnsülin bu rolünü terkibinde bulunan sistindeki sülfidril (—SH) cezrine borçludur. Disproteinemi dolayısıyla uzviyette sentez edilemeyen sistin gibi asit aminelerin mahrumiyeti veya bunların elabore edilememesi, insülin imâlindeki yetersizlik sebebi ile glikoregülasyon bozukluğuna götürür.

Bundan başka hücre metabolizmasının en mühim unsuru olan fermentlerin, bir albümin molekülüne yapışarak çalışmaları malûmdur. O halde disproteinemi, ferment sisteminin işleminde yaptığı aksaklık ile de glikoregülasyonu bozar.

V — Kansızlıktan muztarip hastaların çoğunda, gerek absorpsiyon bozukluğundan gerekse mevcut intanların tesiri ile istihlâkin artması yüzünden, bir nevi vitamin açığı da mevcuttur. Vitaminlerin, bilhassa B grubundaki vitaminlerin karbonhidrat parçalanmasında oynadıkları rol, bu gün tamamiyle bir hakikat olarak bilinmektedir. Buna göre tesbit ettiğimiz metabolizma bozukluklarının tekevvününde, bu vitaminin de bir hissesi olacağını düşünmek yerinde olur. Nitekim, muhtelif vitamin noksanlığı hallerinde yapılan glikoz yüklemelerinde de yüksek ve mümted bir glisemi kurbunun elde edildiği gösterilmiştir (J. D. Peters - Donald Van Slyke).

VI — Karbonhidrat metabolizmasındaki değişikliklerde âmil olması muhtemel gibi görünen bu faktörlerden başka, bu hastalarda, karaciğerin ve dalağın hususî durumu da bizi ayrıca ilgilendirmektedir. Vak'alarımızın mühim bir kısmında splenomegali ve hepatomegali, bazen teker teker, bazen de müşterek bir şekilde görülen bir ârazdır.

Dalağın glüsit metabolizmasındaki rolü, eskidenberi alâka uyandırmıştır. Bu alanda yapılan tecrübelerin birbirini nakzeder gibi görünen neticeleri, fikirleri bulandırmaktan hali kalmamaktadır.

Muhtelif müelliflerin tecrübelerine bakılırsa, sağlam ve normal dalak, hipoglisemi yapan bir hususiyet taşımaktadır. Filhakika **Rathery** ile **J. Cosmülesko**'nun müştereken sağlam köpeklerde yaptıkları splenektomiden sonra, muntazam bir hipogliseminin husule geldiği tesbit edilmiştir. Daha sonra **Cosmülesko** ve **E. Gringnon**, diyabetli hastalarda yaptıkları ekstreleri zerklerinden hipoglisemiyen bir tesir elde etmişlerdir. Kezalik **N. Fissinger** de içinden defibrine edilmiş kan geçirdiği dalakta hipoglisemi ve asit laktik miktarının fazlaşmasını tesbit etmiştir ki, bu da dalağın glikozu parçaladığının bir delilidir. Yine **Rathery** ve arkadaşları, splenektomiden sonra karaciğer ve

adele glikojenini tayin etmişler ve bariz bir azalma görmüşlerdir.

Görülüyor ki, normal dalak, glüsit metabolizmasında, adeta pankreasın yanında yer almakta ve onunla sinerjik olarak çalışmaktadır. Buna bakarak **N. Fissinger**, dalakta, insülinin ayrı ve ondan müstakil olarak hipoglisemi yapan bir hormonun mevcut olduğunu iddia etmiş, **Rosna** ve **Tanaka** gibi müellifler de dalakta glikolitik bir di-yastaz bulmuşlardır.

Normal dalak için, muhtelif müelliflerin tayin ve tesbit ettikleri bu neticeleri, bizim klinikte çeşitli tezahürlerine tesadüf ettiğimiz büyük dalaklara teşmil etmek, hatalı bir iş olur. Hakikatte splenomegali dolayısıyla dalağı çıkarılmış hastalara, sonradan zerkedilen dalak ekstrelerinin, glisemiye düşürmek şöyle dursun, hattâ arttırdığı görülmüştür (**Schiephuke**). Bu hâdise splenomegali dolayısıyla, uzviyetin yeni bir nizama göre ayarlandığını gösterir.

Filhakika splenomegali, uzviyetin bütününde uyandırdığı derin akislerle, bilhassa vejetatif sistemde bir takım muavaza durumları yaratmaktadır: Dalak, bu takdirde tiroit ile antagonist çalışır. Dalak hiperfonksiyonmanı, vejetatif sistemde kolinerjik istikamette bir tonüs değişikliği husule getirirken tiroit, muvazeneyi temin için bu sistemin tonüsünü mukabil istikamette yükseltmeğe çalışır. Böylece vejetatif tonüs her iki istikamette yükselerek uzviyette yeni bir muvazene hali teessüs eder. Bu durumda splenektomi ile dalağın kolinerjik tesiri ortadan kaldırılınca, muvazenenin bozulacağı ve adrenerjik durumun sahneye hâkim olacağı tabiidir.

Servisimizde iki sene içinde takip edilen ve anemi splenik teşhisiyle, splenektomi yapılan hastaların bu bakımdan incelenmesi, şayanı dikkat neticeler vermektedir. Bunlarda splenektomiden sonra, muhtelif aralıklarla yapılan şeker yüklemeye tecrübeleri, daima splenektomiden evvelkine nazaran daha yüksek ve daha mümted münhaniler vermiştir. Misâl olarak bir hastanın kısa müşahadesini ve glisemi seviyesinin seyrini burada kayd etmeği faydalı buluyoruz:

M. Y. 14 yaşında; Prot. No. 14279/1946. Bir ay evvel geçirdiği pnömoniden on gün sonra sol hipokondr nahiyesindeki ağrı ile birlikte ateşi yükselmiş. Müteakiben sarılık başlamış, bu esnada akoli olduğunu bilmiyor. Dört senedenberi sık sık sıtma nöbetleri geçirirmiş.

Hastaneye müracaatında sarılık, kalpte bütün mihraklarda duyulan sufl, dalakta göbek hizasını aşan büyüme tesbit edildi. İleri derecede hipokrom bir nemi mevcuttu: Hb. %42; Eryt. 2,000,000; tamamlayıcı laboratuvar ve klinik muayeneleri ile ikinci devir Banti sendromu gösteren anemi splenik teşhisi konduktan sonra splenektomiye karar verildi. Bu ameliyattan evvel yapılan şeker yüklemeye tecrübesinde (129 mg.) olan açlık glisemisi şekerden sonra (145 mg.) a yükselmiş yavaş yavaş inerek iki saat sonra (132 mg.) bulunmuştur. Splenektomiden 17 gün sonra kan tablosunda bariz bir salâh görüldü: (Hb. %75, Eryt. 3,750,000); Bu esnada yapılan şeker yüklemesinde (68 mg.) olan açlık glisemisi yarım saat sonra (93 mg.) a yükseldi, 1 saat sonra (97 mg.) 1 buldu, iki saat sonra (79 mg.) a indi; evvelkine nazaran daha devamlı ve yüksek seyretti. 48 gün sonra yapılan şeker

ker yüklemeye tecrübesinde glisemi seviyesi aşikâr bir disregülasyon hali göstermiş; bu hâl beş ay sonra yapılan yüklemeye daha bariz bulunmuştur.

Klinikte tesadüf ettiğimiz splenomegalilerde normal dalak fonksiyonlarının mevcut olduğu iddia edilemez. Dalağın metabolizmaya, kan şekeri-ne, kalsium metabolizmasına, lipoitlere, kemik iliğine, hazım usarelerine ayrı ayrı tesirleri vardır. Ve bu tesirler, birbirlerinden müstekildir. Büyümüş normal intisacını kaybetmiş dalak fonksiyonlarının aynı derecede müessir olabileceğini iddia etmek hatadır. Kemik iliğini baskı altında tutan faktör, aşırı bir faaliyet kazandığı vakit, glisemiyi düşüren faktörün de aynı istikamette çoğalması şart değildir. Bilâkis böyle vak'alarda glisemiyi yükselten bir tesir müşahede etmekteyiz. Aşağıdaki vak'a bunun bariz misalini vermektedir:

O. Y. 30 yaşında. Protokol No. 1239/1949. Karnındaki şişlik ve umumî dermansızlıktan şikâyetcidir, 3 sene evvel geçirdiği şiddetli ve devamlı bir burun kanamasından sonra, bugüne kadar gün aşırı ateş yükselmesi his ediyor. Gittikçe dermansızlığı artmış, karnı şişmiş. Klinik muayenesinde ileri derecede solukluk, yüzde bufistir, kalbte bütün mihraklarda sufl tesbit edildi. Dalak göbük hizasına kadar büyümüş, sert kıvamda, ağrısız. Laboratuvar muayenelerinde: Hb. %40, Eryt. 4,000,000; B. İ. 0,5; Bilirubinemi, %1,7 mg.; H. V. Den Bergh teamülü indirekt müsbet. Kan proteinleri: Total %7,52, Seri %4,2; Globülin %3,5, S/G. 1;1. Hey'eti umumiyesiyle tâli hemolitik vasıfta hipokrom bir anemi splenik tablosu arzeden bu hastada görüldüğü gibi, orta derecede bir anemi mevcuttur. Kan albüminleri de takriben normal hudutlardadır. Buna rağmen şeker yüklemeye glisemi aşikâr surette yüksek ve devamlı bir seyir takip etmiştir.

Bu neticeyi şu şekilde izah etmek mümkündür: Splenomegali, bidayette glikoregülasyona tesir eden faktörün üstünlüğü ile başlamıştır. Bu esnada kontraregülasyon sisteminde bir nevi hiperaktivite kazanmıştır. Bir müddet sonra dalakta husule gelen fibrozis, dalağın bu iç ifrazı üzerine menfi tesir edince, glisemiyi düşüren faktör tesirini kaybetmeğe başlamış, buna mukabil uzviyette evvelce teessüs etmiş olan kontraregülasyon mekanizması, üstün bir durumda kaldığından, sahneye hâkim olmuştur.

Bu tipte bir dalağın çıkarılmasından sonra görülen aşırı derecede hiperglisemi ve labilite de, dalağın esasen azalmış olan tesirinin tamamen ortadan kalkması ile, fireni gevşetilen mukabil sistemin faaliyete geçmesine bağlıdır.

Tesirindeki mekanizma ne olursa olsun, hakikat şudur ki, vak'alarımızın büyük bir çoğunluğunda görülen glikoregülasyon bozukluklarında splenomegalinin az çok bir rolü vardır.

VII — Araştırmalarımızın neticelerini münakaşa ederken, vak'alarımızın %59,1 de tesbit ettiğimiz karaciğer büyümesini gözden kaçırmak imkânsızdır. Karaciğerin, karbonhidrat metabolizmasında oynadığı rol, eskidenberi bilinmektedir. Karaciğer hücrelerinin glikojen muhtevası bu hücrenin hayatî selâmeti arasındaki sıkı rabıta, bu gün inkâr edilemez bir hakikattir. Hiperglisemi kurbunu çizen kan şekeri, bir taraftan karaciğerdeki depo glikojeni, diğer taraftan da bu glikoje-

nin mobilize olmak kabiliyetine bağlıdır. Karaciğer hücrelerinin kifayetsiz bir durumda, glikopeksi kabiliyeti de düşüktür. Depo ettiği glikojen kolaylıkla parçalanır. Ve kanda glikoz çoğalır. Bu suretle hazım yolundan imtisas eden glikoz, refleks tesirle, normale nazaran daha şiddetli bir glikojenolize sebep olur. Kan şekeri kurbu da daha çok yükselir. Hücrenin glikojen muhtevası çok azalmış ise, kurbun normalden daha basık seyrettiği, ve hattâ hiç yükselmediği, bazen de bilâkis açlık glisemisinden daha aşağı bir seviyeye indiği görülür.

Elde ettiğimiz münhanilerin ikinci örneğine giren vak'alarda, ağılebi ihtimal karaciğerin rolü ön safta gelmektedir. Bunlardan birisinin müşahedesini kısaca tekrarlayacağız :

O. D. 15 yaşında. Prot. No. 6478/1949, İleri derecede halsizlik, kansızlık ve anazark halinde ödemlerle hastaneye yattı. 7 sene evvel karnında toplanan asit boşaltılmış, her ne kadar bu cihetten rahatlamış ise de halsizliği ve zafiyeti devam ediyormuş; son altı ay içinde yeniden karnı şişmeğe başlamış, dermansızlığı artmış. Bir ay evvel ağzından siyah pıhtı halinde kan gelmiş.

Klinik muayenesinde kaşektik manzarada, yüzde, alt taraf ve üst taraf deri altı dokuları erimiş, adelât incelmış, cilt kuru ve soluk bir manzara almış, göğüs kemikleri mütebariz, buna mukabil batın şiş, ileri derecede gergin ve üzerinde verit teressümü görülüyor. Ayaklarda yumuşak ödemler mevcut. Dil soluk ve atrofik manzarada, dalak büyük, karaciğer ele gelmiyor. Kan tablosunda: Hb. %15; Eryt. 1,500,000; B.İ. 0,5; kanda Takata-Ara teamülü —, Kan proteinleri: Total %5,88; Serin %2,42; Globülin %3,46; S/G. 0,7.

Laenec tipinde bir siroz tablosu arzeden bu hastaya evvelâ, ağızdan 50 gr. glikoz vermek suretiyle glisemiyi takip ettik. (135 mg.) olan açlık glisemisi yarım saat sonra (115 mg.) düştü, ve 3,5 saat sonrasına kadar aynı çevreyi muhafaza etti. Gliseminin bu seyrinin barsak rezorpsiyonu ile alâkasını bertaraf etmek için 6 gün sonra damar yolu ile hastaya 6 gr. glikoz verdik (%30 mahlülden 20 cm.). Elde ettiğimiz glisemi seyri evvelkinin hemen hemen aynıdır. Burada, parankimi harap olmuş, glikojen muhtevası ileri derecede azalmış bir karaciğerin, glisemiyi yükseltmeğe kâfi gelecek miktarda glikoz verebilmek kabiliyetinden mahrumiyetini düzünmekte haklı olduğumuzu zannediyoruz.

### Özet :

1 — Anemili hastalarda daima bir glikoregülasyon bozukluğuna rastlanmaktadır. Şeker yüklemeye tecrübesi ile tesbit edilen bu bozukluk, aşağı yukarı bazı örnekler göstermektedir: A — Yüksek ve mümted bir münhani ile muttasıf bir örnek (vak'alarımızın %72,4 ü). B — Hipoglisemik seyreden münhani ile muttasıf örnek (vak'alarımızın %6,8 i). C — Normal şeker yüklemeye kurbuna benzeyen bir münhani ile seyreden örnek (vak'alarımızın %20,7 si).

2 — Bu teşevvüş çeşitli faktörlerin bir arada tesiri ile izah edilebilir: Hemoglobün ve eritrosit adedinin azlığı, iç ifraz bezlerinin ve bu arada pankreasın ve sürrenalın yetersizliği, disproteinemi ve enfeksiyon, dalak ve karaciğer.

3 — Adı geçen faktörlerin tek başına her biri glikoregülasyon üzerinde değişiklik yapabildiği gibi, çok defa değişik nisbetlerde hisse alarak bir

arada tesir etmek suretiyle de, glisemi seviyesinin özellikler göstermesine sebep olmaktadır.

#### Literatür :

1. Aksan İhsan: Pratikte şeker hastalığı ve tedavisi, 1945.
2. Arge E. ve Soula L. C.: Traité de physiologie normale et pathologique.
3. Auberti Ch.: Nouveau traité de médecine.
4. Augier P. ve Diesnis: Glycémie à jeun et hyperglycémie provoquée dans la sprue. La Presse Médicale, 1938, 48.
5. Benjamin Max.: Anémie pernicieuse et diabète. Fol. Haemat., 1943, 6.
6. Emil E., Weil ve Aschanasy A.: Splénomégalie et métabolisme basal. La Presse Médicale, 1938, 6.
7. Fissinger N. et Biron A.: Hyperglycémie provoquée par la voie intraveineuse. La Presse Médicale, 1935, 55.
8. Fissinger N.: Le rôle de la rate dans le métabolisme glucidique. La Presse Médicale, 1933, 87.
9. Heilmeyer: Physiologie pathologique appliquée.
10. Henry Thomas: Anemi pernisiyözde glisemi kurbu. J. Lab. a. Cli, med, 16, 557, 560, 1931.
11. Hinsberg M.: III. Conférence de la Société de pathologie Géographique. La Presse Médicale, 1937, 85.
12. Kastich A.: Quelques nouveaux acquisitions sur le rôle de la rate dans le métabolisme. La Presse Médicale, 1938.
13. Örstan Baha: Anemilerin kalp ve dolaşım sistemindeki tesirlerine bir bakış. Anadolu Kliniği, 1947, 1.
14. Peter Jhon; Van Slyke D.: Quantitatif clinical chemistry interpretation
15. Rathery F.: Absorbsion de la glucose par les hématies. La Presse Médicale, 1929, 47, 20.
16. Rathery F.: L'influence des extraits de la rate dans le diabète. La Presse Médicale, 1934, 47.
17. Rathery F.: L'influence de la splénectomie sur le glycogène hépatique. La Presse Médicale, 1933, 62.
18. Ronzat J. ve Soula L. C.: Hyperglycémie provoquée alimentaire. La Presse Médicale, 1934, 46.
19. Schiephuke: Wirkstoff der Milz. Neue Deutsche Klinik. 1937, 14.
20. Sternberg: Handbuch der speziellen pathologischen Anatomie und Histologie. 1926.
21. Tavat Sedat: Fiziopatoloji.
22. Yalçın Saliha: Muhtelif klinik problemler ile ilgisi bakımından tecrit kamplarındaki ağılık müşahedelerinin incelenmesi Sağlık Dergisi. Cilt XXI. Sayı. 133.

Columbia Üniversitesi Mount Sinai Hastanesi  
I. İç Hst. Kl. ve Kan Hast. Lab. çalışmalarından  
Şef: Prof. Dr. Nathan Rosenthal

## Lupus Erythematosus (L. E.) Hücresi Klinik ve Şimik Etüdler

Dr. İ. Lütfi Vural (\*)

Kan Hst. İlmî Araştırma Asistanı,

Dr. Stanley L. Lee

İç Hst. ve Patoloji İlmî Araştırma Asistanı,

Dr. Sidney R. Michael

Sarah Welt Fellow in Hematology

İlk defa olarak 1948 yılında Hargraves, Richmond ve Morton<sup>1</sup> sistemik lupus eritematosuslu hastaların kemik iliklerinde henüz o zamana kadar rastlanmamış özel bir hücre bulduklarını neşrettiler. Bunu müteakip Haserick ve Sundberg<sup>2</sup> Hargraves'in bulgularını teyit ettiler ve bu elemanın hastalık için spesifik olduğunu ortaya koydular. Sundberg ve Lick<sup>3</sup>, Haserick ve Bortz<sup>4</sup>, ve Hargraves'in<sup>5</sup> müteakip neşriyatı aşağıdaki hususları tespit etmiş bulunmaktadır:

1. L. E. hücresi, «içersinde büyük, yuvarlak, homojen, bazık boyalarla boyanan ve Feulgen müspet bir enklüzyon cismi ihtiva eden nüvesi çok parçalı bir akıyuar» olarak tarif edilmektedir<sup>2</sup>. Bu hücre Hargraves'in «tart cell» adını verdiği hücreye çok benzerse de tart cell, ihtiva ettiği enklüzyon cisminin nüveye ait yapısını tamamen muhafaza etmesi ile L. E. hücrelerinden ayrılır. Yani L. E. hücresindeki enklüzyon cismi homojen olup hiçbir nüve strüktürü göstermez; tart cell'deki enklüzyon cisminin ise nüve yapısı bozulmuştur.

2. L. E. hücresi nüküs halindeki akut dissemine lupus eritematosuslu hastaların çoğunluğunun kemik iliklerinde ve muhtel kanlarında hususi bir test ile meydana çıkartılabilir<sup>1,2,3</sup>.

3. Başka hiçbir hastalıkta görülmez.

4. Bu hücre, ancak ilik veya kan, antikoagulan bir madde (heparin, oxalate veya citrate) ile temas ettirildiği takdirde meydana çıkar<sup>3,4,5</sup>.

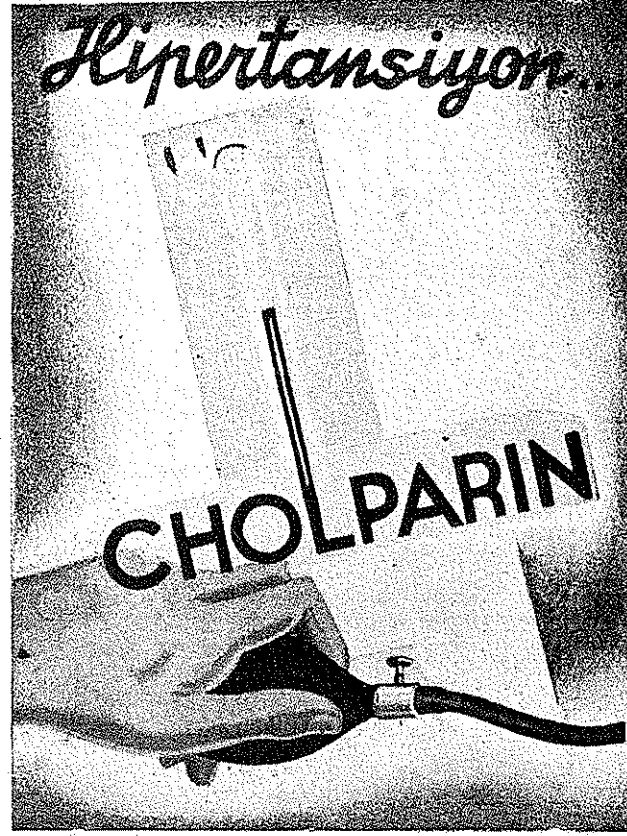
5. Akut dissemine lupuslu bir hastanın plazması normal kemik iliği hücreleriyle hariçte temas getirilirse aynı hücreler, normal kemik iliği hücrelerinden de zuhur eder<sup>4,5</sup>.

Klemperer<sup>6</sup> (Mount Sinai Hastanesi) ve arkadaşları tarafından yapılan çok yeni etüdler dissemine lupusta yeni bir anatomik teşhis kriteriyonu ortaya koymuştur - mezansim hücrelerinde hususi bir nüve değişikliğinin tespiti. Bu değişiklik, nüvenin homojenize olması, şişmesi, kromatin şebekesinin tamamen kaybolması ve bazan bazı yerlerde, büyük, değişmiş nüve materyeli kitlelerinin teşekkülünden ibarettir. Bu gibi lezyonların histosimik incelenmeleri bu materyelin büyük mikyasta, depolimerize bir desoxyribose nucleic acid'i ihtiva ettiğini göstermiştir.

Klemperer ve arkadaşları tarafından tavsif edilen «hematoksilinle boyanan cisimler» in en ufağı ile Hargraves'in L. E. hücresi arasında bü-

(\*) Hâlen Gülhane Tıp Akademisi II. İç Hst. Kl. Baş Asistanı.





*Kan tazyikinin nazımı ve mevzii deveran  
teşevvüçlerinin tedavisi*

Deveran sistemine müessir sinerjik tesiri haiz maddelerin  
birleşmesinden ibaret komprimeler.

### **TERKİBİ**

1 komprimede:

Chl. de Choline 0,002 gr. Perparine 0,02 gr. Aljodan (Organik  
İod) 0,15 gr. Theobromine basique 0,25 gr. mevcuttur.

*Günde 3 defa yemeklerden sonra 1-2 komprime.*

### **İSTITBAB**

Bütün hipertansiyonlar. Esansiyel menopoza ve arterioskleroza  
merbut hipertansiyonlar. Endarteritler.

### **CHINOİN**

Fabrique de Produits Chimiques et Pharmaceutiques S. A.  
UJPEST (Budapest)

### **TÜRK FARMA**

İlmî büro: İstanbul P. K. 651.

# NORDMARK – WERKE G. M. B. H. / HAMBURG (Almanya)

Fabrikasının piyasamıza bol miktarda gelen ve eczanelere tevzi edilen  
TIBBÎ MÜSTAHZARLARI

## AKTIVANAD

200 cc. Şurup

Terkibinde **KARACİĞER HULÂSASI, C VİTAMİNİ, GLYCOCOLL, KALSYUM UNSURLARI,**  
**HEMATOPORPHYRİN NENCKİ** bulunan **NÂZİM, MÜNEBBİH VE MUKAVVİ İLÂÇ**

Bütün uzviyeti tahrik eder ve onu hastalıklardan husule gelen ârizaları karşılamağa, dimağ ve vücut yorgunluklarına kolaylıkla tahammül etmeğe kabiliyetli kılar.

Anoreksi'de, besleniş yavaşlamasında, nekahat hallerinde, neşvünemada, fazla kan ziyanından mütevellit bilfarz sıkıt ve doğumlarda, tüberküloz'da, emoroidlerde vukua gelen anemilerde, ruhî ve cismanî inhitat hallerinde çabuk yorulmalarda, dimaği çalışmalardaki fikir tesbiti imkânsızlıklarında ve bilûmum zafiyetlerde **AKTIVANAD** muvaffakiyetle kullanılır.

*Kâhillere günde 3 defa birer çorba kaşığı, çocuklara yarım doz.*

## DUODENTRAT

3 × 3 cc. ampul

**HİSTİDİN + C VİTAMİNİ + DUODENUM** ve mide gışayı muhatasi hulâsası

Mide ve duodenum ülserlerinde ve bilhassa devamlı ağrı veren vakalarda, tractus intestinal'ın habis ülserasyonlarında, hemorajik diatezlerde kullanılır.

*Üç hafta, her gün adale içine derin olarak 1 ampul zerk edilir.*

## NEO – HEPATRAT

3 × 3 cc. ampul

**B<sub>1</sub>** ve **C VİTAMİN**'leri ile takviye edilmiş **SÜPERKONSANTRE KARACİĞER HULÂSASI**

Pernisiöz anemi ve füniküler miyeloz, ayrıca: hemofililerdeki anemi, C vitamini fıkdanından mütevellit anemiler, spru, müzmin kolit, ülser kanamaları, Werlhof hastalığı denilen esasî trombositopeni, karaciğer ve safra kesesi âfetleri. Vahim enfeksiyöz hastalıklar esnasında ve müteakiben kanı takviye ve termim maksadı ile kullanılır.

*Her gün adaleye 3 cc. lik bir ampul zerk edilir.*

## PHOTODYN

10 × 1 cc. ampul

ve

20 cc. mayi

**HEMATOPORPHYRİN KLORHİDRAT**

**PHOTODYN** bozulmuş olan nörovejetatif sistemin nâzımıdır. Uzviyetin maddî salâhi ile birlikte hastanın ruhi bozuluklarında ve bilhassa inhitatî şekillerde (melankoli) düzelmeler husule gelir.

**PHOTODYN** uzviyeti tahrik, kan teşkilini teşvik eder ve vejetativ ve endokrin bir «Eutonie» meydana getirir. Hafif bir «Sympathikomimetikum» telâkki edilmekle beraber, sağlam insanlarda kan tazyikini arttırmaz;

Hypotonus'u normal seviyesine sevk eder.

**PHOTODYN** kabız hali, iştahsızlık, zayıflıklıklarda ve âdet kesilmesinden mütevellit teşevvüşlerde, uykusuzluklarda iyi neticeler verir. Bundan maada, nekahat devrelerinde, klimakterium'da bülûğ esnasında genital inkişafın geri kalması hallerinde, enfeksiyonlarda ve ruhî âhenksizliklerde tavsiye edilir.

*İlk 10 gün zarfında her gün adaleye 1 ampul; iyi tahammül edildiği takdirde 4 hafta iki günde bir 2 cc. zerk edilir. Bu tedavi serisinden sonra evvelâ günde 3 defa 10 ar damla, yavaş yavaş miktar arttırılarak günde 3 defa 30 ar damlaya kadar çıkarılır. 2 - 4 hftalık bir istirahatden sonra yeni küre başlanmalıdır.*

Türkiye Mümessilligi: ZAMAN ECZA DEPOSU

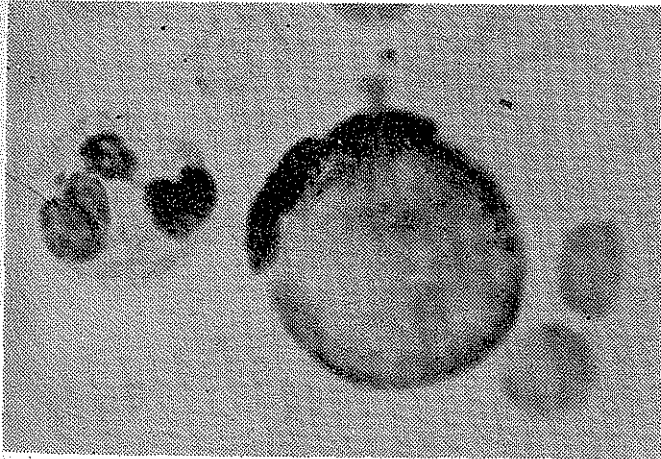
Ananyadi Han No. 11 — İSTANBUL

yük bir benzeyiş vardır. Biz, şayet bu her iki bulgu da dissemine lupus için spesifik iseler muhtemelen ikisinin de birbiri ile ilgili olacaklarını ve bu gayrimütad sistolojik değişikliklerin husulü hakkında elde olunacak bilginin hastalığın fizyopatolojisini aydınlatmakta yardımcı dokunabileceğini düşündük. Binaenaleyh bu araştırmamıza iki gayeyi göz önünde tutarak başladık; biri, L. E. hücrelerinin spesifik olduğunu teyid etmek; ikincisi, L. E. hücrelerinin şimik yapısını ve teşekkül mekanizmasını tayin edip «hematoksinle boyanan cisimler» ile olan ilgisini tespit etmek.

#### Materyel ve Metodlar :

Bu araştırma esnasında Mount Sinai Hastanesi 1. İç Hst. servisine akut dissemine lupus eritematosus teşhisi ile 21 hasta kabul edilmiştir. Bütün bu vak'alar incelenmiş ve ayrıca, romatizma, romatoid artrit, poliarteritis nodosa, dermatomyositis, skleroderna, sübakut bakteriyel endokarditis, karsinomatozis ve çeşitli hematolojik hastalıklara müsab hastalar kontrol materyel olarak kullanılmışlardır.

Günlük muhiti kan veya kemik iliğinin muayenesinde aşağıdaki teknik<sup>12</sup> kullanılmıştır: 5 mililitre venöz kan, içinde bir miligram kuru heparin bulunan bir tecrübe tübüne konur ve alyuvarlarla plasma arasında vâzih bir demarkasyon sınırı belirinceye kadar bekletilir. Plasma (buffy



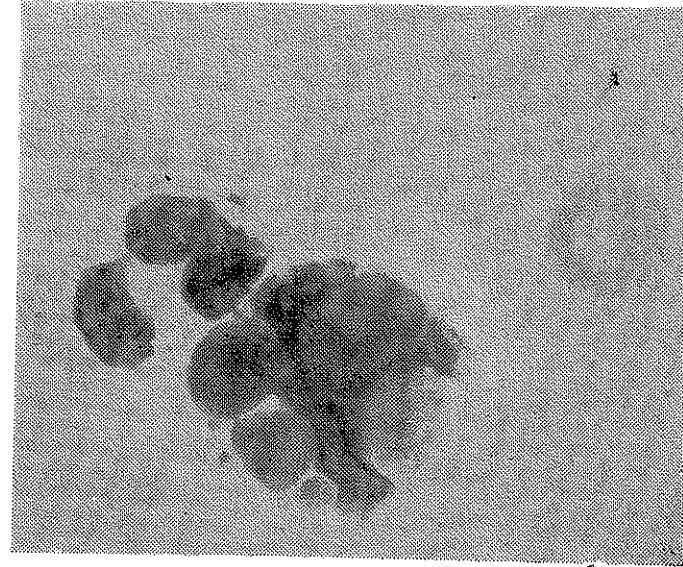
Şekil: 1 — Buffy coat'da tipik bir L. E. hücresi.  
Jenner - Giemsa × 960.

coat) ince bir pipetle alınıp ufak bir tübe nakledilir ve bu sonuncusu 37 derecelik su banyosunda 15-30 dakika bırakılır. Vaktin hitamında santrifüje olunur. Plasma dökülür ve başlıca akyuvar, trombosit ve birkaç alyuvaradan ibaret olan tortunun geriye kalan plasma damlasında süspansiyonu yapıldıktan sonra bir lâma yayılarak Jenner - Giemsa ile Rosenthal usulüne göre boyanır.

Kemik iliği aynı muameleye tâbi tutulmakla beraber, bu hususta bir mililitre kemik iliği ve 0.2 miligram heparin kullanılmıştır.

Diğer taraftan, eşit volümde lupus eritematosuslu hasta kanın hücresiz plasması ile heparinli normal kemik iliği buffy coat'u yahut normal ve-

ya lösemili hastaların muhiti kanlarının buffy coat'u karıştırılmış ve yukardaki tarzda enkübe edilmiştir. Ayrıca, lupus eritematosusluların plasması tuzlu su ile 1:10, 1:20, 1:40, 1:50 ..... 1:640 gibi muhtelif nispetlerde sulandırılmış ve müayyen bir miktar hücrede (lupus eritematosusa müptelâ olmayanlardan elde olunan) L. E. hücrelerini husule getirmeğe muktedir en yüksek sulandırma



Şekil: 2 — L. E. hücreleri toplu bir halde.

nispeti tespit edilerek o plasmanın kuvveti tayin edilmiştir. Keza, muhtelif plasmalar yahutta aynı plasmanın çeşitli fraksiyonları arasındaki farkı görmek için 1000 granülosite isabet eden L. E. hücre sayısı da tayin olunmuştur. Bu tayin aynı lâmdaki hücre adedi her üç müşahit tarafından ayrı, ayrı sayılıp bulunan rakamların ortalaması alınmak suretile yapılmıştır.

Bir çok ufak tecrübe tüplerine aynı miktarda normal insan plasması konmuş ve bunlar santrifüje edilip en üstte kalan plasma kısmı dökülmüştür. Bilâhare dipteki tortu üzerine - ki normal akyuvarlar, bir kaç alyuvaradan ibarettir - birer dakika fasıla ile kuvvetli bir L. E. plasması eklenmiştir.

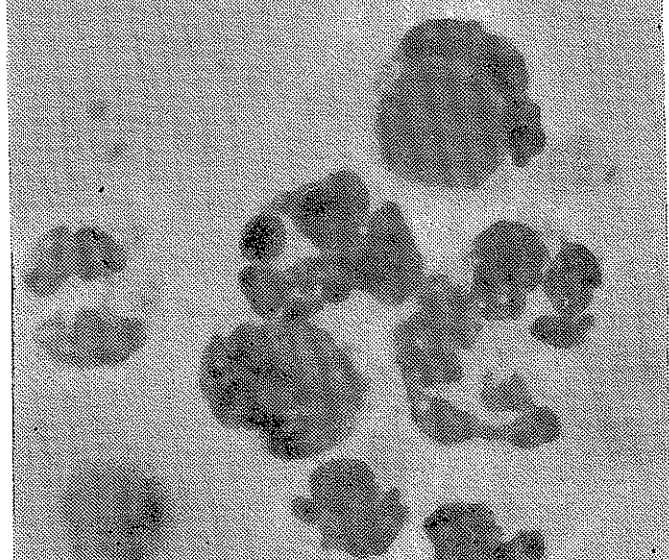
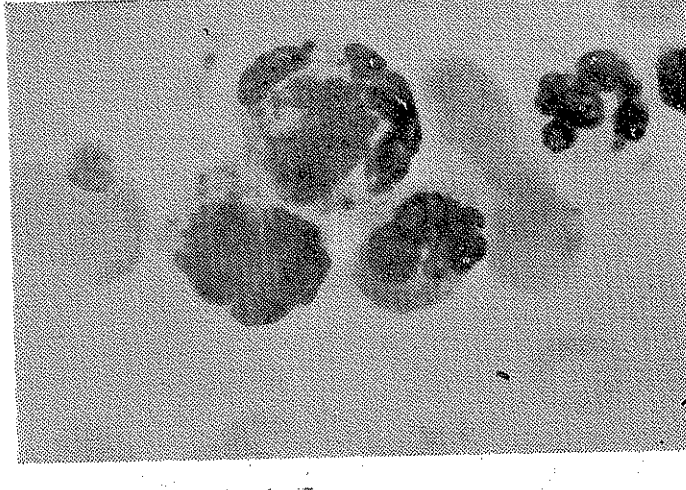
Plasma protein fraksiyonları Svensson' usulünün modifiye bir şekline göre ayrılmışlardır. Bütün dializler buz dolabında yapılmıştır. Plasma dialize edici torbalara konmuş ve 0/033, 0/040, 0/055 ve 0/0100 satüre amonyum sülfat solüsyonları içinde dialize tâbi tutulmuştur. Tortu santrifüje edilmiş ve aynı kuvvetteki solüsyonlarla yıkanmıştır; ondan sonra az bir miktarda fizyolojik serumda süspansiyonları yapılmıştır.

L. E. plasma porsiyonları ve fraksiyonları sıfır derecede, zait dört derecede ve keza oda hararetinde saklanmışlardır. Bir kısmında mükerrer dondurma ve eritmeye tâbi tutulmuşlardır.

#### Klinik Sonuçlar :

L. E. hücreleri akut dissemine lupus eritematosuslu bütün hastaların periferik kanlarında ve kemik iliklerinde tespit edilmiştir. Periferik kan-

da bulunmayıp da kemik iliğinde bulunan hiçbir vak'a yoktur. Mamafih, ilikte kantite itibarile daha çok bulunmuşlardır. Bir kaç vak'ada L. E. hücreleri, hasta plasması ile normal kan yahut kemik iliği hücrelerinin enkübasyonundan elde olunan preparatlarda hastanın kendi akyuvarlarıyla olduğundan daha yüksek sayıda teşekkül etmiştir. Bütün vak'alarda, bu fenomeni konsantre normal akyuvarlarla husule getirmek mümkün olmuştur. Muhakkak her vak'ada olmasa da ekseri lupus vak'alarında L. E. hücrelerini tespit etmenin kabül olacağı ve muhitî kanın bu test için memnuniyet verici olduğu anlaşılmaktadır. Şimdiye kadar ki tecrübemize göre, remisyonlarda - ister spontan, isterse tedaviye bağlı olsun (**Acth** ve **Cortison**) - bu fenomen kaybolmaz. Biz L. E. hücrelerine sistemik ve iç hastalıkları branşını ilgilendiren dissemine lupus eritematosus vak'alarından gayri hiçbir vak'ada rastlamadık.



Şekil: 3, 4 — Parçalı akyuvarlardan L. E. cisimleri teşekkülüne doğru giden erken nüve değişiklikleri. (iki dakikalık enkübasyon)

Bilhassa şu nokta önemlidir ki, damar yahut bağ dokusunu ilgilendiren diğer hastalıklarda da bu hücreleri tespit edemedik. Yaygın damar hastalıkları, römatooid artrit, dermatomyositis, scleroderma, romatizmal kalb hastalıkları - aktiv ve ya inaktiv - ve sübakut bakteriyel endokarditis vak'alarında aldığımız sonuçlar menfi olmuştur. Halbuki bu vak'alarda »tart hücreleri« ni ve eritro-fagositoz gördük. L. E. hücrelerini kan diskrazisi, lenfoma yahut karsinomalı hastaların hiçbirinde de görmedik.

Kemik iliğini de istilâ etmiş olan bir primer amiloidoz vak'asında Jenner - Giemsa boyası ile L. E. hücresinin aynı morfolojik vasıflarını taşıyan bir hücreyi heparinli ilik preparasyonunda tespit ettik. Bu hücre, bir çok lâmlardan ancak birinde bulunmuştur; mamafih diğer lâmlarda büyük homojen kitleler görülmüştür ki, bunlar mü-tad amiloid boyalarını almış olup Feulgen yahut methyl yeşili ile boyanmamışlardır. Biz bu, L. E. hücresile aynı şekilde olan, hücrenin de amiloid olup hakikî L. E. hücresi olmadığı kanaatindeyiz. İşte zahirî L. E. hücresini tespit ettiğimiz halde teşhisin kat'î olarak dissemine lupus olmadığı yegâne vak'a budur. **Hargraves**<sup>13</sup> bir mütipl miyelom vak'asında L. E. hücresini bulduğunu bildirmektedir; bu hastalıkta da kemik iliğinin amiloidozuna sık rastlanır, bundan ötürü onun vak'asının da bizimkine müşabih olması çok muhtemeldir.

#### Deneyler :

Daha önceki etüdler, L. E. hücresi fenomeninde bir plasma faktörünün rol oynadığını göstermiştir. Biz plasmayı fizyolojik tuzlu suya karşı dialize ederek tuzlu suya hiçbir aktif faktörün geçmediğini tespit ettik. Bu sebepten mes'ul faktörün bir protein yahut proteine sıkıca bağlı bir madde olması bize çok muhtemel göründü. İptidai ayırmalar bunun bir globülin olduğunu ortaya koydu. **Svennson**<sup>7</sup> metodunun modifiye şeklini kullanılarak muhtelif plasma fraksiyonlarının aktivitelerinin, içlerindeki gama globülin miktarlarına bağlı olduğunu gördük.

Tam plasmanın aktivitesi, daima hazırlayabildiğimiz en kesif fraksiyondan daha kuvvetli idi. Muhtelif hasta plazmalarının titre edilen aktivitelerinde 1:40 ilâ 1:640 arasında değişen bir fark bulunmakla beraber, bu, hastalığın klinik faaliyeti ile ilgili değildi. Aktivite, komplemanın mevcudiyetine bağlı olmayıp dondurma, tekrar mayi haline getirme, Seitz filtresinden geçirme yahut amonyum sülfatla temas ettirmekle değişmemektedir. Aktivite, derin dondurma derecelerinde aylarca, buz dolabı suhnetinde haftalarca, fakat oda hararetinde ancak birkaç gün bâki kalmaktadır. Bu sonuncunun sebebinin bakterilerle olan bir intana bağlı olması muhtemeldir.

Şimdiye kadar bu alanda çalışan otörler, doğrudan doğruya kemik iliği yahut kandan yaptıkları yaymalarda L. E. hücrelerini bulamadıklarını bildirmişlerdir. Antikoagülân bir maddenin mevcudiyetinin plasma faktörünün faaliyete geçirdiği

farzedilmişti. Hargraves' bu bakımdan bütün antikoagülânların eşit derecede işe yaradığını göstermişti. Halbuki biz, hastaların pıhtılaşmış kanlarından yapmış olduğumuz direkt yaymalarda dahi her zaman için L. E. hücrelerini tespite muvaffak olduk. Fakat taze olarak alınan kemik iliği yahut kan yaymalarında L. E. hücrelerini bulmak bizce de mümkün olmamıştır.

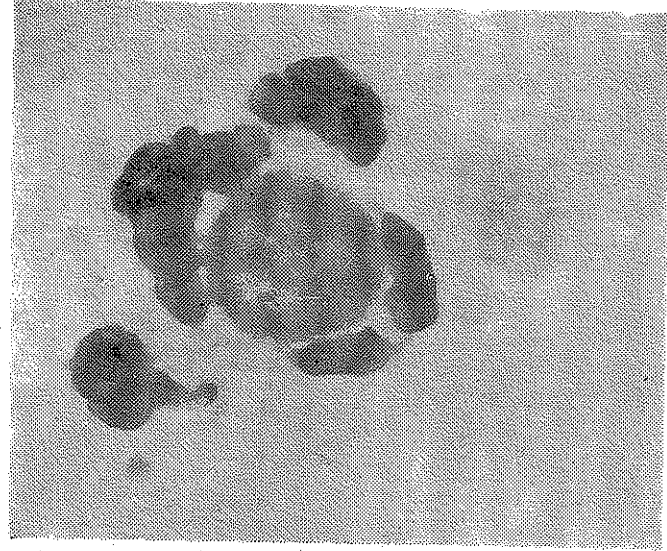
Bu bulguya göre, plasma fraksiyonunun aktivasyonu için yegâne elemanın «zaman» olduğu aşıkardı. Binaenaleyh, zaman faktörünün tetkiki işine geçtik. Bunu da bizce malûm aktif bir plazmayı normal akyuvarlarla muhtelif müddetlerde enkübe ederek yaptık. İlk beş dakikada birer dakika fasıla ile yaymalar yaptık. L. E. hücrelerine, ilk defa, iki dakikalık enkübasyon yapılmış olan preparasyonlarla ondan sonraki bütün yaymalarda rastladık ve en büyük L. E. hücre konsantrasyonunun ise 20-30 dakikalık enkübasyondan sonra yaptığımız preparasyonlarda olduğunu gördük.

Bu metodu, L. E. hücrelerinin teşekkülüne doğru giden erken sitolojik değişikliklerin tetkiki için de kullandık. Kat'î zaman, çeşitli preparasyonlara göre değişmekle beraber, ilk önemli değişiklikler parçalı akyuvarlarda olmak üzere iki dakikalık preparatlarda meydana geldi. Bu değişiklikler hücrenin nüvesini ilgilendirmekte idi. Nüvenin bir lobu, yahutta bütün nükleüs tamamen homojenize oluyor, şişiyor ve L. E. hücre enklüzyon cismi için karakteristik olan kırmızı menekşe bir renk alıyordu. Sitoplazma ise azçok normal kalıyordu. Bu iki dakikalık preparasyonlarda ve müteakip yaymalarda, değişikliğe uğramış olan bu nüvelerle manzara itibarile aynı olan, serbest, homojen kitleler görülmüştür. Bazan, nüvesi homojenize olmuş bir hücrenin bir çok normal akyuvarlar tarafından sarılmış olduğu görülmekte idi. Hæserick'in <sup>4</sup> «Rozet» diye tarif ettiği şekil.

L. E. hücrelerinin teşekkül mekanizmasına ait diğer bilgi de sübstrat madde olarak anormal akyuvarlar kullanılmak suretile elde olunmuştur. Aktiv lupuslu hasta plazmasını kronik miyelositik lösemili, kronik lösemili ve %25-30 nispetinde monositoz gösteren hastalardan elde ettiğimiz hücrelerle enkübe ettik. Miyelositik akyuvarlar L. E. plazmasının stimülüsüne en göze çarpar bir eritrofagositoz ile cevap verdiler. Teşekkül eden L. E. hücrelerinin sayısı azdı. Nötrofilik miyelosit derecesinde olgunlaşmış hücrelerin de fagositoz yaptıklarını tespit ettik. Aynı stimulusa, lenfositik lösemili vak'alarından elde ettiğimiz, pratikman saf kültür halindeki, lenfositler tâbi tutuldukları takdirde hiçbir değişiklik husule gelmediğini gördük. Bundan sonra, miyelositik ve lenfositik lösemili hastaların akyuvarlarını karıştırıp L. E. plazması ile muamele ettik ve L. E. hücrelerinin büyük bir sayıda teşekkül ettiğini gördük. Hiç değişmemiş lenfositler, olgun ve genç granülositler tarafından fagosite edilmekte idiler. Bu preparatlarda enklüzyon cisimlerinin, normal bir lenfositten homojen L. E. cisimlerine kadar, bütün safhalarını bulmak ve tâkip etmek kabildi. Yüksek bir yüzdesi monositten ibaret olan akyuvarlar sübstrat olarak kul-

lanıldığı takdirde monositlerden de L. E. hücreleri meydana geldiğini gördük.

L. E. hücrelerinin histosimisini Feulgen ve methyl yeşili boyalarile <sup>9,10</sup> inceledik. Enklüzyon cisimlerinin her iki usulle de boyandıkları görüldü ve böylece muhteviyatlarının desoxyribose nucleic acid olduğu tespit edilmiş oldu. Herbir hücre önce methyl yeşili ve sonra Feulgen boyası



Şekil: 5 — «Rozet» teşekkülü.

ile boyanıp Leuchtenberger <sup>9,11</sup> metoduna göre, Feulgen-methyl yeşili nispetleri, Klemperer <sup>6</sup> ve arkadaşlarının bildirdikleri tarzda, tâyin olundu. Bu nispetler, bir seri lenfositlerden elde olunanlarla mukayese edilince, L. E. hücreisindeki enklüzyon cisimleri dahilinde bulunan desoxyribose nucleic acidin önemli bir kısmının depolimerize durumda olduğu meydana çıktı. Bu bilgiler L. E. hücreisinin kat'î olarak «hematoksinle boyanan cisimler»e bağlamaktadır.

#### Münakaşa ve Sonuçlar :

Daha önceki tebliğler L. E. hücrelerinin akut disemine lupus eritematosus teşhisindeki önemi üzerinde durmuşlardı. Bizim bulgularımız bu noktayı takviye etmektedir. L. E. hücre testi hassas ve spesifik; hastaya fazla bir rahatsızlık vermeden istendiği kadar tekrarlanabilir. Biz her nekadar bu travaydaki bütün hastaların kemik iliklerini inceledikse de hâlen L. E. hücrelerinin tespitinde periferik kana daha ziyade itimat etmekteyiz. Şayet L. E. hücreleri hastaların kendi akyuvarlarıyla ancak az miktarda bulunursa hasta plazması konsantre normal akyuvarlarla enkübe edilmelidir.

L. E. hücrelerinin husulünde rol oynayan faktörün hastaların plazmasında (yahut serum) oturduğu gösterilmiştir. Biz bu faktörün müessir olması için herhangi bir antikoagülâna ihtiyaç olmadığını ispat ettik. Bundan maada, bu müessir faktörün plazmadaki gama globülin fraksiyonunun bir kısmı olduğunu bulduk.

Bizim sitolojik araştırmalarımız L. E. hücreisindeki enklüzyon cisminin parçalı akyuvarlar ve

muhtemelen lenfositlerin nüvelerinde husule gelen kendine mahsus bir dejenerasyon sonucu olduğunu göstermiştir. Teşekkül eden enklüzyon cisimi ya hücreden dışarı atılıp başka parçalar tarafından fagosite edilir, yahutta husule geldiği hücre içinde kalır. L. E. hücre husule getiren faktör çok kuvvetli bir fagositoz âmilidir de.

Nihayet, sitosimik analizlerle enklüzyon cisminin nüveye ait bulunduğunu ve **Klemperer** tarafından tavsif edilen «hematoksilinle boyanan cisimlerle» aynı olduğunu ve yüksek nispette depolimerize desoxyribose nucleic acid ihtiva ettiğini teyit ettik. Muhtemelen, gerek hematoksilinle boyanan cisimlerde, gerekse L. E. hücresindeki şişme ve homojenizasyona sebebiyet veren, kromatin materyelindeki bu depolimerizasyondur.

En esaslı ve basit bir şekilde ifade edersek: Akut Dissemine Lupus Eritematosuslu hastaların plazmasındaki gama globülin fraksiyonunda desoxyribose nucleic acid metabolizmasını değiştirebilecek bir faktör mevcuttur. Bu faktör L. E. hücreleri ve muhtemelen hematoksilinle boyanan cisimlerin husulünden mes'uldür.

#### Özet :

1. Akut Dissemine Lupus Aritematosuslu 21 vak'a L. E. hücreleri bakımından incelenmiş ve L. E. hücreleri hen kemik iliğinde, hem de periferik kanda tespit olunmuştur.

2. Büyük bir kontrol materyelinde ancak bir tek psödopozitif vak'aya rastlanmıştır. Bu bir kemik amiloidozu vak'ası olup görülen L. E. hücrelerinin şimik olarak hakiki L. E. hücresinden farklı olduğu anlaşılmıştır.

3. Bioşimik incelemelerimiz şimdiye kadar bilinmeyen şu aşağıdaki sonuçları vermiştir:

a) L. E. hücresi pıhtılaşmış kanda da bulunabilir, husulü için antikoagülana değil, zamana ihtiyaç vardır.

b) Enklüzyon cisimi nüveye ait bir madde olup parçalı akyuvarlardan ve lenfositlerden neşet eder.

c) bu madde kısmen depolimerize desoxyribose nucleic acid ihtiva eder ve gerek optik, gerekse şimik bakımdan «hematoksilinle boyanan cisim»lerin aynıdır.

#### Bibliografi:

1. Hargraves, M. M.; Richmond, H. and Morton, R.: Presentation of two Bone marrow elements; the «tat» cell and the «L. E. cell». Proc. Staff Meet. Mayo Clin, 23: 25, 1948.
2. Haserick, J. R. and Sudberg, R. D.: The bone marrow as a diagnostic aid in acute disseminated lupus erythematosus. J. Invest. Dermatol. 11: 209, 1948.
3. Sundberg, R. D. and Lick, N.: «L. E.» cells in blood in acute disseminated lupus erythematosus. J. Invest. Dermatol. 13: 47, 1949.
4. Haserick, J. R. and Bortz, D. W.: Normal bone marrow inclusion phenomena induced by lupus erythematosus plasma. J. Invest. Dermatol. 12: 83, 1949.
5. Hargraves, M. M.: Production in vitro of the L. E. cell phenomenon: use of normal bone marrow elements and blood plasma from patients with acute disseminated lupus erythematosus. Proc. Staff Meet. Mayo. Clin, 24: 234, 1949.
6. Klemperer, P.; Gueft, B.; Lee, S. L.; Leuchtenberger, C.; and Pollister, A. W.: Cytologic changes in disseminated lupus erythematosus. Arch. Path. 1950.
7. Svensson, H.: Fractionation of serum with ammonium sulfate and water dialysis studied with electrophoresis. J. Biol. Chem. 139: 805, 1941.
8. Haserick, J. R.: Şahsi tebliğler.
9. Pollister, A. W. and Ris, H. R.: Nucleoprotein Determination in Cytological preparations. Cold Spring Harbor Symposia on Quant. Biol. 12: 147, 1947.
10. Pollister, A. W., and Leuchtenberger, C.: The nature of the specificity of methyl green for chromatin. Proc. Nat. Acad. Scien. 2: 111, 1949.
11. Pollister, A. W. and Moses, M. J.: A simplified apparatus for photometric analysis and photomicrography. J. Gen. Physiol. 32: 567, 1949.
12. Rosenthal, N.: Şahsi görüşmeler.
13. Montgomery, H. and Mac Creight, W. G.: Disseminated Lupus Erythematosus, Arch. Dermat. and Syph. 60: 356, 1949.

Ankara Belediye Hastanesi Dahiliye Servisi

Şef: Dr. Celâl İren

## Bir Böbrek Tümörü Vas'ası Münasebetile Sürrenal Hiperfonksiyonu ve Cushing Syndrome'u

(Etiolojisi hakkında)

Dr. Celâl İren — Dr. Fikret R. Pamir

«Yaşadığımız asır içinde fiziğin rigid bir kotalite felsefesi kıskacıdan kurtularak, daha akıcı propabilite anlayışına girdiğini gördük. Aynı kurtuluşa şimdi tıbbî düşüncede şahid olmaktadır». Hastalık üniteleri olarak antite morbid'lerin yerini sendromlar almaktadır». **Himsworth**, yukarıya aldığımız sözleri diabet için söylemişti, biz ise bunu sürrenal hiperfonksiyonu ve bu hiperfonksiyonun neticesi olduğu yeni yeni anlaşılan Cushing sendromu için hatırladık.

1932 de kendini tarif edene izafeten Cushing hastalığı olarak tanınan patolojik vetirenin zamanımıza kadar geçirdiği istihale tıbbî tefekkürdeki yeni istikametin tipik bir misalidir. Bu suretle Cushing hastalığından ziyade Cushing sendromundan bahse hak kazanmış bulunmaktayız.

Sebebi ne olursa olsun Cushing sendromlarının artık sürrenal hiperfonksiyonunun (gluco-corticoid ve mineralo-corticoid hormonlar hasıtasile) bir neticesi olduğunu kabul için elimizde kâfi se-

bepler mevcuttur. Esasen bu şüpheler daha 1930 da **Brauer**'le belirmiş ve 1932 de bizzat Cushing tarafından «Sürrenalden çok hipofizer bir sebebe bağlanan bu poliglandüler sendrom, biliyorum ki bir çoklarında birinci orijine bağlanmak istenecektir...» denilmekle istenmeksizin de olsa, bildirilmişti. Zira bazofil adenom, Cushing'in kendisine karşı aşırı sempatisine rağmen, antite morbidin pato-fizyolojik esaslarını izah edebilmekten uzaktı. Nasıl olabilirdi ki, bugünkü bilgilerimize göre bazofil hücrelerin korteks üzerine direkt tesirli bir ifrazı bilinmemektedir. Bu yüzden Cushing daha başlangıçta poliglandüler bir sendromun mevzuubahs olabileceğini kabule ve meselâ hipertansiyonun izahında arka loba sığınmağa mecburiyet hissetmişti. Keza vak'aların en az %40 ında değil adenom, en küçük bir histolojik değişiklik dahi bulunamamıştır. Bulunanlarda ise sürrenal korteksine has bir hususiyet arz etmekten ziyade genel bir reaksiyon ifadesidir. Bilhassa bu hususun **Selye**'nin adaptasyon nazariyesile yepyeni bir mâna kazanması muhtemeldir. Ve nihayet ne Cushing sendromu ve ne de sürrenal korteks hiperplazisi göstermeyen bazofil adenom vak'aları mevcuttur.

Cushing sendromunun fiziopatolojik etüdlere göstermiştir ki, gerek adreno-genital ve gerekse metabolitik sendromların hemen hepsi, kortiko-sürrenal hormonların, bilhassa protido-glusidik hormonun sürproduksiyonu ifadesidir. Fakat hastalığın orijini münakaşalı olmakta berdevamdır, hiç olmazsa bazı vak'alarda böyledir. Gene bilinmektedir ki en tipik Cushing sendromu, bir kortiko-sürrenal tümör tarafından tevliid edilebilir. Bu türlü vak'alarda tümörün cerrahî yoldan istihsalı semptomları, selim olanlarda geçici, habis olanlarda tam bir surette geriletmektedir. Burada tümörün, adreno-kortikotrop hormon sürproduksiyonuna bağlı sekonder bir vetire olduğu kabul edilemez. Zira o zaman ünilateral oluş ve hele hemen bütün vak'alarda olduğu gibi mukabil sürrenalin atrofik bulunuşu anlaşılabilir.

Cushing sendromu, kortiko-sürrenal bir tümör mevcut olmaksızın da bulunabilir. O zaman her iki glandda bir hiperplazi tesbiti mutaddır. Bu hiperplazi diskret olabilir, fakat kortiko-sürrenal bir hiperfonksiyonun histolojik ifadeleri aşikârdır. İşte ancak bu türlü vak'alar ki hipofizer orijini kabulde haklı olabiliriz. Gerek sürrenallerden birinin kaldırılması ve gerekse hipofiz üzerine röntgen tatbiki sendromun tam regresyonunu intaç eder, ve bu netice korteks hiperplazisinin adrenokortikotrop hormon sürproduksiyonu ile izah edilmesini mümkün kılar. Buna mukabil öyle vak'alar da mevcuttur ki ne tümör, ne hiperplazi ve ne de hipofizer bir çıkış noktası bulunamamakta, böylece her iki glandın Cushing sendromunun konstitüsyonunda lüzumlu sanılan müdahaleleri hakkında şüphe hasıl olmaktadır. Hele hipofizer bazofilizm tamamen nisbî bir kıymet taşımakta ve sendromun mevcut olduğu hallerde bulunmayabildiği gibi bulunduğu vak'alarda da hiç bir klinik işarete sebep olmayabilmektedir.

İşte bütün bu karışıklıklar arasında yalnız bir leziyondur ki hemen daima müşahede edilmekte ve sabit bir karakter taşımaktadır: Bu, **Crooke** tarafından bildirilmiştir (**Crooke** leziyonu). Hipofiz bazofil hücrelerine has olan bu değişiklik, umumiyetle sitoplazmanın vaküolizasyonu ve nükleer hipertrofisi ile müterafık hiyalin transformasyonudur. Leziyonun fonksiyonel ifadesinin kat'i olarak tanınmamasına ve hattâ az da olsa bazı müelliflerce kabul edilmemesine rağmen, bu gün **Crooke**'nin fikrine uyularak hücre faaliyetinin ifadesi telakki edilmektedir. Şöyleki: hiyalinizasyon daha evvel bazofil granülasyonlarda dağlanmış olan ve sonradan mayileşmiş bulunan hormon maddelerinin aktif inkresyonuna tekabül eder. **Mellgreen** aynı mütalâaları biraz daha modern ve kompleks bir lisanla ifade ediyor.

**Crooke** leziyonunun tarifi ve patogenetik bir mâna yüklenilmek istenmesi ile birlikte halli gereken bazı meseleler zihinlerde yerleşmiştir; zira kortiko-sürrenal bir tümör veya hiperplazinin, ACTH hipersekresyonunu tevliid edebileceğini kabul etmek güçtür (ki burada hipersekresyonun şahidi demek olan **Crooke** leziyonu artık primitif değil sekonder olmak durumundadır). O halde şu iki suale cevap aramak lâzımdır: **Crooke** leziyonu, Cushing hastalığının sürrenal tümörün ekstirpasyonu ile iyileşmesinden sonra kaybolabilmekte midir? **Crooke** leziyonu kortin enjeksiyonlarla tevliid edilebilir mi? **Benard**, **Rambert** ve arkadaşları aynı leziyonu son zamanlarda ünilateral kortiko-sürrenal tümöre bağlı bir Cushing sendromu vak'asında müşahede ettiklerini bildirdiler. Binaenaleyh bu ve buna benzer vak'alarda leziyonun iptidai olduğu kabul edilemez, doğrudan doğruya kortiko-sürrenal bir tahrikin neticesi durumundadır. İkinci mesele üzerindeki çalışmalar **Jores**'in farelerde korteks ekstreleri ile **Crooke** leziyonu tevliid edebildiğini bildirmesile başlamışsa da, **J. Decourt** ve arkadaşları böyle bir neticeye vasil olmamışlardır.

**Heinbecker**, sürrenal tümörü göstermeyen 4 **Crooke** leziyonlu Cushing sendromu vak'asında tanjansiyel ve paravantiküler çekirdeklerin atrofisi ile vasıftar hipotalamik tegayyürlere tesbit etmiştir. Köpeklerde süpraoptik ve para vantiküler harabiyetler tevliidi ile bazofil hiyalinizasyon elde edebilmiştir. Keza **Heinbecker** kortiko-hipofizer inter-reaksiyon kompleksitesine tahsis ettiği çalışmalarile Cushing sendromunda hipotalamik leziyonlara ait yeni misaller vermektedir. Üç vak'ada üçüncü ventrikül tazyiki artması ile ilgili görünen nükleer atrofi ve hidroséfali bulmuş ve bir diğer medüller kompresyon, kanal raşidiyen blokajı gösteren vak'ada da mevcut meninjiom'un kaldırılmasile sendromun gerilediğini bildirmiştir.

Bütün bunlardan sonra da, durumda bir aydınlık olduğu söylenemezse de ümitsizlik sebebi de değildir. Patojeni meselesinde şu hususu bilhassa tebarüz ettirmek mecburiyetindeyiz: Hiç bir eksperimental bulgu, ACTH'nin kanserijen bir faaliyete malik olabileceği düşüncesine müsait de-

gildir. Ayrıca korteks hormonlarının muazzam bir miktarda meydana gelişle kortikostimülün sekresyonunun frenleneceği de haklı olarak akla gelir. Kaldiki habis sürrenal tümörü vak'alarında bazofil hücrelerin hiyalen transformasyonu bu inhibisyondan daha kompleks bir mekanizma ortaya koymaktadır. Çok muhtemeldir ki hipofiz, kortikal hipersekresyon tarafından provoke edilen kompleks bir metabolik teşevvüşü tashih için araya girmekte ve bu düzeltici hipofizer faaliyet, müşahade edilen endokrinien teşevvüslere kendine has damgasını vurmaktadır. Tecrübecilerin sürrenal ekstreleri ile hastalığı tevlitte karşılaştıkları güçlükler, şüphesizki izahını bu hâdisede bulmaktadır. Sürrenal hiperfonksiyonmanları sadece fizyolojik bir fazlaşmadan ibaret değildir. Normal kimselerde mevcut olmayan steroidler idrarda izole edilebilmiş ve a, b 17 — Ketosteroidler arasındaki mutad nisbet değişmiştir. Muhtemeldir ki, aynı hâl androjen olmayan steroidler içinde vakidir. Böylece az veya çok bozulmuş bir kortikal hipersekresyon tarafından meydana getirilmiş teşevvüşler bazı düzeltici süreçlerin zuhuruna sebep olmakta ve bu hakikat kortikal hiperfonksiyonun karakteristik humoral sendromunun tesbitindeki nedrette kendini göstermektedir. Hipofiz bu düzeltici harekete aracı olarak Cushing sendromunun genizinde kendine mahsus rolünü oynamakta olması muhtemeldir. Bu vesile ile hey'etinize sunmak istediğimiz vak'a mevzuun ehemmiyetile mütenasip bir tetkik mahsulü olmamakla beraber bir denemedir ve bazı hususiyetleri yüzünden takdime değer bulunmuştur.

Bn. N. O. 36 yaşında, ev kadını. 13/II/1950 günü sol böğründeki ağrıdan şikâyetle servisimize yatırılmıştı. Bir yıl ve iki buçuk ay önce olmak üzere iki defa tekrarlayan ve tipik böbrek koliklerini taklid eden bu ağrılar morfinle geçirilmiş. 22 gün önce, bir seyyahat esnasında, bu defa sağ hipokondrda başlayıp kasiğe doğru intişarla idrar güçlüğü tevlid eden bir kolik de keza morfinle durdurulmuş. Bu esnada hafif ürperme ile sübfebril bir ateş olmuş. Familier ve konstitüsyonel her hangi bir yük ve fena bir itiyad bildirmiyor. İki ay öncesine kadar sıhhatinin gayet iyi bulunduğunu ve fakat o zamandanberi 15 kilo kadar zayıflayarak dermansızlık hissettiğini, sol böğründeki ağrının sinsî bir şekilde rahatsız ettiğini ifade ediyor. Gene 2-3 aydır âdetlerinde intizamı belirmiş, az olmakta imiş.

Teşekkülâtı tam, oldukça obez, yüz yuvarlak, cilt altı nesci mütesaviyen artmış. Hafif solgun. Nabız yumuşak ve muntazam. T. A. : 13/8 (Vaquez).

Karın platosu yüksekçe, sol hipokondrda dalak veya böbrek mi olduğu anlaşılmayan ağırlı ve oldukça sert kıvamlı bir kitle kosta kenarını iki parmak kadar aşmak üzere hissediliyor. Sağda ise karaciğer kosta kenarlarını üç parmak geçiyor, ağrısız ve sert olmayan bir kitle halinde epigastriuma uzanıyor. Üreter noktaları serbest.

Kalp bölgesi normal, mitral ve aortta orta şiddette sistolik sufl, pülmonerde ikinci ses oldukça şiddetli.

Teneffüs sisteminde kayda değer bir bulgu yok.

Kan sayımı : Sedimentasyon, ilk yarım saatte 34, birinci saatte 75, ikinci saatte 114, Eritro.: 5,200,000; Löko.: 7986; Hb.: %60, İndeks: 0,6; Eo.: 1; St.: 1, Sg.: 79, Lf.: 17, Mo.: 2;

İdrar muayenesi : Dansite: 1026, Reaksiyon: Nötr, Alb.: yok, Glikoz: %0,3,6, Aseton: yok, Bilirubin: yok, Ürobilin ve Ürobilinogen: yok, Sediment: Mebzul ürat dö sud, 20-30 hemasi, 8-10 lökosit, tek tük epitel.

Açlık glisemisi: %180 mg.

Bu durum karşısında, hafif bir diyabet haline rağmen, önce böbrek cihetinden araştırmalara başlandı. Hematüri iki gün zarfında kayboldu, ağrı hafifledi. Yapıtılan boş batin grafisinde taş tesbit edilemedi, buna mukabil solda belli belirsiz tümöral bir kitle sezilmekte idi. Piyelografide ise solda daha bariz olmak üzere her iki cihette kalislerde uzama, genişleme ve deformasyon bulundu. Hastanın Nümune Hastanesi Üroloji Servisince yapılan muayenesinde: gerek klinik ve gerekse radyolojik olarak her iki böbrekte büyüklük kalislerde deformasyon ve uzama görüldüğü, kromoskopik muayenede mesanenin normal bulunduğu, her iki ureterden boyalı maddenin 4 dakikada çıktığı, sağdan gayet sık ejakülasyonların vuku bulduğu bildirilmiş ve iki taraflı Polikistik böbrek neticesine varılmıştır. (Dr. Ş. Özdilek).

Bu esnada serbest rejimde bulunan hasta litrede 25 gr. bulan glikozüri ve hafif asetonüri gösterdi.

Böylece Ren Polikistik ve Diabet teşhisile, böbrek cihetinden palyatif, diabet bakımından da hafif asetonüri dolayısıyla rejim ve insülinle tedaviye geçildi. Verilen 100 - 180 C.H. mukabil 110 üniteye kadar varan insülin tatbikine rağmen idrar şekeri 4 - 10 gr. arasında değişerek kaybolmadı. İdrar miktarı 1500 - 2000 civarında kaldı. Müşahademiz insüline mukavim bir durum karşısında olduğumuzu ve bu mukavemetin günden güne artıyormuş gibi bulunduğunu ima ediyordu. Şayanı dikkattir ki, idrar şekerinin kaybolmamasına rağmen hastada bilhassa yemekleri hemen takiben terleme ve çarpıntı tarzında hipoglisemi nöbetleri bulunuyordu. O anda yapılan kan şekeri dozajları ise normal üstü kıymetler verdi. Bunun üzerine hem insüline mukavemet derecesini ölçmek, ve hem de günlük glisemi tahavvüllerini tesbit edip insülini buna göre tatbik etmek üzere İnsüline-Glycose Test'i ve günlük glisemi kurbu tayini cihetine gittik.

282 mg. açlık glisemisi esnasında hastaya ağızdan 50 gr. glikoz ve cild altından 40 ünite insülin birlikte verildi. Her yarım saatte bir yapılan glisemi tayini: 122-222-215-182-176 mg. olarak bulundu. Gliseminin 122 mg. bulunduğu sırada oldukça şiddetli bir hipoglisemi görüldü ve fakat herhangi bir müdahaleye lüzum ve fırsat kalmadan düzeldi.

Bundan sonra 180 C. H. ve 1625 kalorilik standart rejimde günlük glisemi kurbu tayin edildi. 176 - 303 mg. arasında değişen kurb aşikâr temevvüçler göstermeksizin en yüksek kıymetini saat 17,45 ile 2,45 arasında gösterdi. Bu esnada glikokoregülasyon üzerindeki düşüncelerimizi üzerine çeken bazı klinik belirtiler gelişti:

Hasta 13/11/1950 günü hastaneye girişinde 13/8 tansiyon arteriyel gösteriyordu. 4/12/1950 de 14/10, 11/12/1950 de 17/11 e yükseldi. 25/12/1950 de gene 17/10,5 idi. Hastada, hastaneye girişinden bir müddet sonra önceleri ehemmiyet verilmeyen ve fakat gün geçtikçe nazarı çeken üst dudak, önkol, el parmakları üstleri ve bacaklarda kıllanma başgösterdi.

Nihayet hasta âdet görmemişti. İdrar klorürü litrede 3,5 gramdı.

Bütün bunlar, hastada esasen mevcut insüline cevap vermeyen glikokoregülasyon bozukluğu da nazarı itibara alınınca, muayyen bir sendromun gelişmekte olduğunu ilham ediyordu. Bu da bir sürrenal hiperfonksiyonman olabiliirdi.

Radyolojik araştırmalar hipofize ait bir değişiklik göstermedi. Böbrek üzerindeki tetkiklerimizde böbreğin bizzat kendisine mahsus ve ren polikistik kabul ettiğimiz tümöral teşekkülden başka bir hususiyet arzetmiyordu. Sürrenallerin durumunu tesbit etmek gerekti, bu da ancak iki vasita ile mümkün olabiliirdi. 12/12/1950 günü 350 cc. lik bir ensüflasyon ile pnömoperituvan yaptık. Nümune hastanesi röntgen laboratuvarlarında ve muhtelif pozisyonlarda çekilen filimler bize yeni bir şey öğretmedi (Dr. Fevzi Aybers, Dr. Morris). Ancak bilâhare yapılan operasyonlarda teyid edildiği



gibi, geniş iltisakları İma edercesine, verilen havanın böbrek etrafına nüfuz etmemiş olduğu görüldü.

Buna mukabil, İstanbul Tıp Fakültesi Tedavi Kliniği asistanı arkadaşım Dr. Kemal Önen, gönderdiğimiz idrarda 17 — Ketosteroid dozajını litrede 18,7 mgm. 24 saatten 30,8 mgm. olarak bildirdi. Dozajın Zimmermann usulile yapılmış olduğu, ve normalde 7-10 mgm. 24 saatte bulunduğu düşünülürse oldukça yüksektir.

Hasta, böbrek tümörünün çift taraflı oluşu nazarı dik-kate alınarak ameliyata tevessül edilmeksizin, (muhtemel olarak böbrek tümörü neticesi sürrenal hiperfonksiyonu) teşhisile çıkarıldı.

Hastaneyi terkenden on gün sonra, bizim bulgularımızı da göz önünde tutan Prof. Dr. Recai Ergüder tarafından hastaya yapılan bir operasyonda, geniş bir saha üzerinde yayılan şiddetle mültesik, sarkomatöz vasıfta bir tümör görülmüş ve istihsaline imkân bulunamayarak kapatılmış. Ve maalesef biopsi yapılamamıştır.

**Netice:** 1 — Hastamızda sürrenal korteks hiperfonksiyonuna ait hipertansiyon, kıllanma ve amenore gibi semptomlar klinikte gelişmiştir. Ayrıca glükoregülasyon bozukluğu, lemfopeni ve hipoklorüri mevcuttur.

2 — Hastada mevcut glükoregülasyon bozukluğu paradoksal bir hususiyet göstermektedir. İnsüline karşı mukavemet şeklinde bulunan bu hususiyet daha ziyade insülinin sür'atle tahrip veya nötralizasyonuna ait gibi görünmektedir. Zira hastada yüksek insülin dozlarile dahi glüközürinin kaybolmamasına rağmen, insülinle ilgili olduğu (insüline-glycose yüklenme testi) esnasında da görülen hipoglisemi nöbetleri mevcuttu ve bunlar sür'atle kaybolmakta idi. Bu hususiyet sürprodüksiyon halinde bulunan korteks hormonlarına ait muhtelif fraksiyonlar arasındaki antagonizmadan mütevellit olabileceği gibi, böbrek tümörünün medüllo-sürrenal üzerindeki mekanik tesirleri neticesi ile de ilgili olabileceği muhtemel olarak akla gelebilir.

3 — Hipoglisemi arızasının, normal üstü kanşekeri seviyesinde de meydana gelebileceği vak'amızda da tebeyyün etmiştir.

4 — Hastamızda halihazır bulgularımıza nazaran, sendromun orijini olarak böbrek tümörünü kabul etmek zorunda bulunuyoruz. Bunu da bütün böbrek kapsülü ile birlikte sürrenali de ihata etmesi pek muhtemel olan (operasyon bunu göstermiştir.) tümörün mekanik bir tahrişile izah etmek istiyoruz. Belki bu tahriş, zamanla ve tümörün inkişafı ile tahrip halini alacaktır. Gerçi menozunda bazı adreno-genital semptomlara sebep olabileceği düşünülebilirse de, vetirenin bu kadar sür'atle gelişmesi ve hastamızda mevcut metabolizma teşevvüşleri bununla izah edilemez.

5 — Nihayet hastamızda kabul ettiğimiz sendromun aleyhine gibi görünen kilo kaybı mevcuttur. Bu da sendromun orijini olarak kabul etmek istediğimiz habis vetirenin (Böbrek tümörü) kaçınılmaz bir neticesi olup zannımıza kuvvet veren bir haldir. Bununla beraber, tetkik ve imkânlarımız, Cushing sendromunun diğer orijin ihtimallerini kat'i olarak redde müsait bulunmamaktadır.

### Not :

Hasta 10/2/1951 günü halen yatmakta bulunduğu D.D.Y. Hastanesinde tekrar görmek fırsatını bulduk ve hastalığın önceki düşüncelerimizi teyid eden bir seyir takip etmekte olduğunu gördük.

Hasta kaşeksiye doğru gitmekte. Genel durum, en basit ihtiyaçlarını karşılayamayacak bir şekilde bozulmuş, Karnın sol üst yanını, 10-12 sm. kadar aşan, cilt altına enflitre sert ve massif bir tümör kaplamakta. Bazan litrede 70 gr. ı bulan glikozüri insülinle kolayca kontrol altına alınabilmekte ve sık sık hipoglisemi arızaları görülmekte. T. A. yüksek durumunu kaybetmiş (13/8). Aynı güne ait akciğerin röntgen filminde sağ ve sol pumonda metastatik gölgeler ve solda hafif epanşman bulunmakta. (Hasta müsaade etmemiş bulunduğundan diğer lüzumlu muayeneler yapılamamış.)

Bu suretle :

a — Hastalığın menşininin bir böbrek habis tümörü olduğu,

b — Tümörün inkişafı esnasında en yakın komşuluk dolayısıyla ilk önce sürrenalle temasa geldiği ve bu temas neticesi hiperfonksiyon arızalarının zuhur edip bilhassa insüline rezistan glükoregülasyon bozukluğu ile müterafık Cushing sendromunun belirdiği,

c — Terminal safhada ise, sürrenal tahribinin tamamlanması ile sürrenal hiperfonksiyon belirtilerinin kaybolduğu ve yerini pankreasın istilâ ve tahrip başlangıcı neticesi insüline hassas bir diyabet halinin almış bulunduğu,

d — Adreno-hipofizer ve hipotalamik amiller dışında da, muvakkat ta olsa, Cushing sendromunun hemen bütün kadrosu ile teessüs edebileceği anlaşılmaktadır.

### Bibliografi :

1. The Adrenal Gland; Hartman and Brownel. Philadelphia, 1949.
2. Clinical Endocrinology. Loewenberg. Philadelphia, 1941.
3. Sürrenal Korteksine Bağlı Hipertansiyon Üzerinde Klinik ve Tecrübî Tetkikler. Loris J. Soffer. (Tıbbî Terc.; Der. No.: 13, 1949).
4. Importance de Clinique des Neutre 17 — Cétosteroïdes. P. RK. (Médecine et Hygiène No. 151).
5. Karbonhidrat Metabolizması Patolojisi. E. Frank, İstanbul 1949.
6. Şekerli Diyabet Sendromu ve Sebepleri. H. P. Himsworth, (Tıbbî Terc. Der. No: 7, 1949).
7. Les Troubles du Métabolisme du Sel et de l'eau. René S. Mach. Paris, 1946.
8. Maladie de Cushing Particulièrement sévère, sans tumeur hypophysaire ni surrenale. Lesione de Crooke. J. Decourt, A. Rubens-Duval, J. Guillemin, P. Berthaux, Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp, de Paris, No: 13-14, 1950.
9. Tumeur Maligne du Cortex Surrénal et Syndrome de Cushing. H. Benard, P. Rambert, A. Horn, M. Tissier, M. R. Roisin. Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp, de Paris, No: 7-8, 1950.
10. Les Syndromes (Para-Cushing) chez les Enfants Obèses.

M. Jean Weill et Bernfeld. Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris; No: 5-6, 1950.

11. Pratikte Şeker Hastalığı ve Tedavisi. İhsan Rksan —

Saliha Yağın. 1950.

12. Les Maladies de L'adaptation. R. Rivoire. (Nice) La Presse Médical, 15 Novembre 1950, No: 72

Istanbul Beyoğlu Belediye Hastahanesi Hariciye Servisi  
Şef: Dr. Asil M. Atakam

## Duodenum Ülserinde Gastrektomi Komplikasyonu, Sufrenik Abse ve Dorsal Duodenal Fistül

Dr. Op. Necati P. Bilger

Mide ve duodenum ülserleri perforasyonlarından, ve bilhassa, kapalı perforasyonlarından, sonra subfrenik abse teşekkülüne sık rastlanır. Her ne kadar iyi bir teknik ile kat'i surette önlemek imkânı iddia edilirse de rezeksiyonun ağır komplikasyonu olan duodenal fistül de eksik değildir. Vak'amızda da gastrektomiden sonra subfrenik abse husule gelmiştir. Fakat transplöral olarak ameliyatla açılan absenin duodenal fistül ile alâkadar olduğu meydana çıkmış, böylece ağzı arkada, sırtta ve yukarıda duodenal fistül teşekkül etmiştir.

Fistül ağzının önde, karın cidarında olmayışı vak'anın enteresan tarafıdır.

M. T. 43 yaşında, çiftçi, sekiz senedenberi aç karına ve yemeklerden yarım saat sonra mide ağrısından şikâyetçidir. Sirkeli su gibi ekşi, acı tarif ettiği spontan ve provoke kusmaları var. Kusunca ağrılar geçer ve rahatlar. Senelerdir karbonat alır, istifade edermiş, Hematemez, melana bildirmiyor. Dahiliye kliniğinde yapılan diyet ve kalevi tedavisi ile yalnız mide ekşimesi geçmiş, ağrılar ve kusma kesilmediğinden 19/11/1949 da ameliyat için cerrahi servisine alınmıştır.

Nabız muntazam, dolgun, 70, arteriyel tansiyon 15/9 Vaquezdir. Kaşlar çatık, yüz çizgileri serttir. Bakışlar öfkeli ve huzursuzluk ifade ediyor. Yattığı umumî koğuştta istirahat-ten ziyade koridorlarda yalnız başına gezmek, düşünmek ister. Tipik bir vagotoniktir. Deri altı nesci, turgoru azalmıştır. Vücut sikleti 54 kilodur. Epigastri ve orta çizginin sağ tarafı cesle ağrılıdır. Cihazlarda patolojik bir bulgu yoktur.

Laboratuvar muayeneleri: İdrar; albümin ve glüköz yok, her sahada 3-4 lökosit. Kan muayeneleri: eritrosit: 3.800.000, hemoglobin 76%, lökosit 7.750, Kanama 3.30 dakika, tahassür 5 dakika, Wassermann (—), kanda şeker 90% dir. Usare: hiperasittir kan yoktur. Gaitada kan (—) dir. Grafi: genişlemiş mide, pilor mevkii merkezi değil, bulbus deforme, devamlı kontrast bakiyesi: Duodenum ülseri.

**Ameliyat:** 24/11/1949. Lokal anestezi ile duodenum ülseri için ülserle birlikte pilor ve midenin 2/3 kısmı rezeke edilmiştir. Pilor ve duodenum etrafındaki geniş, sıkı iltisaklar yüzünden preparasyon oldukça güç olmuştur. Mütat olduğu üzere duodenum üç tabaka üzerine kapatılmış, ayrıca bir de epiplon tamponmanı dikişi ile takviye edilmiştir.

Ameliyat sonu: Gastrektomideki mütat tedavi ve günde 1.000.000 ünite penicillin yapıldı. Ameliyatın dördüncü günü akşamına kadar tamamiyle

arızasız geçti. Dördüncü günü akşam hararet derecesi yükseldi (38), nabız sayısı arttı (100), ertesi günlerde 37,5°-39° arasında, bir defasında frisonlu olmak üzere yüksek hararet devam etti. Genel durum sür'atle bozuldu, İştahsızlık oldu, dil kuru ve paslı bir hâl aldı. Akşamları başı ağrıyor. Arasına bulantı ile mide muhtevasını çıkarıyor. Karın serbest, teneffüs hareketlerine iştirak ediyor. Lökosit sayısı 3/12/949 da 9.200, 12/12/949 da 10.500 dür. Kısa zamanda 11 kilo kaybederek 43 kiloya düştü. 7/12/949 sağ re'e kaidesi sübmattır. Teneffüs sesleri azalmıştır. Torasentezle bir miktar seröz mayi alındı. Mikroskopik muayenesinde fazla eritrosit, her sahada 8-10 polimorf, 5-6 lenfosit bulundu. Grafide (10/12/949) sağ diyafragma altında hidroaerik manzara, diyafragma yukarıya itilmiş vaziyette bulundu. Bu ateşli devrede günde 1.000.000 ünite penicillin, bazan birlikte sülfamid zerkleri, dezidratasyona karşı da deri altı glikozlu ve tuzlu serumlar yapıldı. Klinik tekâmül ve radyolojik bulgu sağda diyafragma altı absesini gösterince, 200 cc. kan nakli yapıldı ve müdahaleye karar verildi. 13/12/949 da lokal anestezi ile arkada 10 uncu kaburga rezeksiyonu (10 cm.) yapıldı. Plevrada iltisak yoktu. Pariyetal plevra diyafragmaya dikildi. Ponksiyon ile cerrahat te'yit ve diyafragma şak edildi. Bol miktarda fena kokulu, gazlı cerahat boşaltıldı. Dren kondu. Cerahatin kültüründe koli basilleri üremiştir. Hararet derecesi hemen o gün 37 altına düştü ve bir daha da yükselmedi. Ertesi gün pansıman sarı renkte ifrazla kirlenmiş, temas ettiği cilt sahasında şiddetli hazım ve tahriş alâmetleri görülmüş ve duodenal fistül teşekkül ettiği anlaşılmıştır. Sık sık pansıman değiştirecek derecede fistülden bol safra ve duodenum usaresi kaybı olmasına rağmen hastanın genel durumu, beslenmesi salâh bulmaktadır. Pomatlı pansımanlar ve tamponman ile ifraz zamanla azaldı. Ciltteki tahriş belirtileri geçti. 2/2/950 de kilo alarak (45 kgr.), yarası kapanmış bir halde tam şifa ile çıkarıldı.

Klâsik olarak duodenal fistül, ucuna konan dikişin bırakması neticesi sağ üst batında safralı mayi toplanması, bunun da 5-10 gün, bazan 3-4 hafta sonra ameliyat yarasından dışarıya açılması ile teşekkül eder. Bizim vak'ada, düşündüğümüze göre: açılan stump'dan duodenum muhtevası retroperitoneal yol ile karaciğerin periton-suz, arka kenarından supfreniyum'a açılmış ve

de-  
rte-  
fri-  
Ge-  
dil  
yor.  
yor.  
edi-  
da  
43  
tır.  
mik-  
nde  
en-  
rag-  
ka-  
ede  
kte  
leri  
te-  
al-  
ve  
nes-  
(10  
etal  
pra-  
rda  
du.  
Ha-  
bir  
sarı  
sin-  
ve  
Sık  
bol  
nen  
ak-  
if-  
geç-  
an-  
nan  
ralı  
3-4  
na-  
gü-  
nte-  
on-  
ve

*Kalp ve teneffüs  
cihazı münebbihi*



**Corale**

Embil

SİMPLE - EPHEDRİNÉE



## SCHERING A. G. BERLIN

Hormon müstahzarlarının yeniden indirilen  
perakende satış fiyatları

		T. L.
<b>PROGYNON</b> (Folikül Hormonu)	30 drg. 1000 U. I.	3.55
	fort 15 drg. 10000 U. I.	7.85
	1 tablet 20 mg. (implantasyona mahsus.)	8.85
<b>PROGYNON B.</b> (Folikül Hormonu)	<b>Oleosum</b> 3 Amp. 1 mg.	3.55
	fort 1 amp. 5 mg.	2.10
	fort 5 amp. 5 mg.	9.75
<b>PROGYNON C</b> (Ethinil Oestradiol)	30 Drg. 0,02 mg.	1.40
	60 Drg. 0,02 mg.	2.70
<b>DUOGYNON</b> (Folikül + Lutein Hormonu)	2 amp. (Beher ampulde 20 mg. Proluton + 2 mg. Progynon B. Oleosum vardır)	8.65
<b>PROLUTON</b> (Lutein Hormonu)	3 amp. 5 mg.	4.15
	3 amp. 10 mg.	6.95
	1 tablet 100 mg. (implantasyona mahsus.)	18.95
<b>PROLUTON C</b>	25 dragées 5 mg.	5.50
<b>ANTERON</b> Hypofiz Ön Fussu (Gonatotrop Hormonu)	1000 U. I. 2 amp.	10.40
	5000 U. I. 2 amp.	44.00
<b>CORTIRON</b> Surrenal - Cortex - Hormonu (Acetate ac desoxycorticosterone)	4 amp. 5 mg.	4.45
	4 amp. 10 mg.	8.40
<b>TESTOVIRON</b> Husye - Hormonu (Testosterone)	4 amp. 10 mg.	3.25
	4 amp. 25 mg.	6.50
	20 Dragées 5 mg.	2.75
	1 tablet 100 mg. (implantasyona mahsus.)	11.10

Türkiye, Umumi Satış Yeri.:

**Kimya ve Ecza Maddeleri T. Ltd. Ş.**

Aşirefendi Caddesi  
İmar Han - İstanbul

Telefon : 2 2 1 6 4  
P. K. 760 - İSTANBUL

supfrenik abse yapmıştır. Karın içinde bir yol takip etse idi bazı abdominal semptomların bulunması lâzım gelirdi. Abse, transplöral olarak ameliyatla açılınca klâsik tarifin aksine ağzı arkada ve oldukça yukarıda dorsal duodenal fistül husule gelmiştir. Vak'anın enteresan tarafı, sun'î olsa da fistül ağzının bu hususiyetidir. Bilindiği gibi duodenal fistül çok ağır bir komplikasyondur.

Mortalitesi yüksektir (50%). Deliği kapatmak için yapılan her müdahale enfeksiyonu yaymaktan ve ölüme tesir etmekten başka bir şey temin etmez. Muhafazakâr tedavi daha muvaffakiyetlidir. Hastamız iyi olma şansını belki de duodenum ucundan supfreniyum'a ve arkada, yukarıdaki fistül ağzına kadar olan trajenin uzun, ivicacı, karışık olmasına borçludur.

Ankara Nümune Hastanesi Erkek Dahiliye Servisi

Şef: Dr. İhsan Aksan.

## İş ve Diyabet

Dahiliye Mütihazası

Dr. Saliha Yalçın

Bir bakıma diyabet, müskülatürün iş metabolizmasındaki ekonomik nizamın bozulması halinden başka bir şey değildir. Hastalığın gerek meydana çıkmasında gerekse tekâmülünde rol alan türlü faktörlerin de direkt veya endirekt bu yoldan tesir ettiği tecrübeli klinisyenlerin gözünden kaçmamıştır. Gerçekten oldukça eski zamanlardan beri diyabetin hali vakti yerinde kimselerde, rahat yaşayanlarda ve beden hareketlerine imkân vermiyen meslek adamlarında, fazla adalı faaliyet icab ettiren işlerde çalışan fakir halk tabakalarına nazaran çok fazla zuhur ettiği ve diyabetlilerin 30% undan fazlasının şişman insanlar olduğu fark edilmiştir. O kadar ki bu yüzden diyabet zenginlerin, şişmanların ve oturarak hayat süren mesleklerin bir hastalığı sayılmak istenmiştir. Bütün bu hayat şartlarında müşterek olan biyolojik faktör, iş metabolizmasının kısılmasından, başka bir tâbirle bizzat adale faaliyetinin glikoregülasyon üzerinde yaptığı kolaylaştırıcı tesirin azalmasından ibarettir.

Bu husustaki müşahede ve kanaatlar eskidir. Daha geçen asrın ortalarında **Wunderlich** beden hareketlerinin karbonhidrat metabolizmasına müsait bir tesir yaptığına ve diyabetlinin bir kısım şekerini yaktığına işaret etmişti. **Trousseau** ve **Mehring** de adale faaliyetiyle glikozürinin ehemmiyetli ölçüde azalabileceğini müteaddit misallerle göstermişlerdi. Hattâ bu yolda alınan neticelerin devamlı olduğu da iddia ediliyordu (**Bouchar-dat**). Nihayet, diyabetli organizmada müskülatürün çalışma ekonomisinin bozulmuş olduğu anlaşıldıktan sonra, beden hareketlerinin karbonhidrat metabolizmasını kolaylaştırıcı tesirindeki mekanizma da aydınlatılmış oldu (**Bürger**).

İşleyen beden adalesinin karbonhidrat metabolizmasına düzenleyici tesiri zannedildiğinden çok daha önemlidir. Çizgili kaslar vücut ağırlığının %40-45 ini teşkil eder, bu miktar adalede de 150-300 gram glikojen bulunur. Beden yapısında bu kadar ehemmiyetli bir pay alan müskülatürün çalışma durumu da organizma bütünü için o kadar önemli bir problem teşkil eder. Bu azametli organ çalışırken enerji malzemesini (bilhassa kar-

bonhidratları) gelişi güzel israf etmez, bunları ekonomik bir şekilde sarf eder. İşleyen adale, enerji kaynağı olan glikojeni süt asidi ve pirüvik asid kademesine kadar yaktıktan sonra, bu sonuncuların mühim bir kısmını (beşte dördünü) tekrar glikojen halinde resenteze eder. Müskülatürde glikojenin yanması ve yandıkça tasarruf edilmesi için lüzumlu insülinin, kâfi miktarda beden adalâtına vasıl olması ve burada tutunması icab eder. Bunun için de periferik deveranın yolunda olması (yani adalelerin kâfi ölçüde kanla yıkanabilmeleri) lâzımdır. İşte hareket, çalışma esnasında her adalenin kendisine daha fazla kan çekmesi prensibinden faydalanılmasına imkân verir. Böylece andojen ve ekzojen insülinin glikoz ekivâlanı yükselir (**Falta**). Diğer taraftan, karbonhidrat ara metabolizmasında husule gelen bazı cisimler (meselâ metilglioksal) bizzat metabolizmayı kolaylaştırarak insülin gibi tesir eder.

Adalı faaliyet, diyabetli organizmada da karbonhidrat ütilizasyon kapasitesini düzelterek, diyabet tedavisinin gayesi olan verimli çalışmanın teminine imkân verir ve bu sayede hareketle enerji kaynaklarından tasarruf artar. Beden hareketlerinin diyabetli uzviyetteki bu faydalı tesiri anlaşıldığı içindir ki, insülinin keşfinden evvel umumî diyabet tedavisi usullerinin başında gelen hareket tedavisi, bu gün de insülinin keşfinden sonra çeyrek asırdan fazla bir zaman geçtiği halde kıymetini muhafaza etmektedir.

Beden hareketlerinin karbonhidrat metabolizması üzerindeki bu ehemmiyetli tesiri aşikâr bir şekilde gösteren müşahedeler çoktur. Diyabetli bazı işçilerin haftanın iş günlerinde hiç şeker çıkarmadıkları bir diyetle pazar günleri glikozürü gösterdikleri (**Sonntags glycosurie**) pek maruftur. Bu hususta her hekimin şahsî birçok müşahedeleri vardır. Aşağıdaki birkaç vak'a da bunların hatırasını tazeliyecek mahiyettedir.

**Vak'a 1.** — 50 yaşında V. R. (Protokol 3446/1950). 15 gün evvel geçirdiği bir soğuk algınlığını müteakip meydana çıkan polidipsi, poliüri gibi şikâyetlerle müracaatında %285 mgr. açlık glisemisi ve litrede 65 gr. glikozürü ve asetonüri ile kendini gösteren diyabet mevcudiyeti tesbit edildi. Kilo

başına 20 kalori ve 1 gram albümin ihtiva eden bir diyetle 150 gr. karbonhidrat verildi ve 20 ünite insülin yapıldı. Bu tedavi ile bir hafta günde 12 - 15 gr. şeker çıkardı. Hareket tedavisine başlandı, 10 dakikalık kürek çekme hareketiyle glikozüri 4 grama indi ve 5 gün sonra tamamen kayboldu. 2 gün sonra insülin de kesildiği halde aynı diyetle aglikozüri ve normoglisemi ile ayarlanarak çıkarıldı.

**Vak'a 2.** — A. İ. 38 yaşında tüccar (Protokol 2154/1950). Bir sene evvel polidipsi, poliüri, ayaklarındaki yanma sebebiyle yapılan idrar tahlilinde şeker tesbit edilmiş ve diyet tavsiye olunmuş. Son günlerde şikâyetleri arttığı için hastaneye müracaat etmiş. Glikozüri litrede 62 gr., aklık glisemisi % 190 mgr. bulundu. Bir sebze gününden sonra, kilo başına 20 kalori ve 1 gr. albümin ihtiva eden 150 gr. karbonhidratlı standard diyetle geçildi. 5 gün günde 7 - 15 gr. kadar şeker çıkardı. Sebât eden glikozüriyi bertaraf etmek maksadile bisiklete binme hareketleri yaptırıldı. Glikozüri bir günde kayboldu. Hasta aynı diyetle aglikozüri ve normoglisemi ile ayarlanarak çıkarıldı.

**Vak'a 3.** — A. A. 32 yaşında tüccar (Protokol 2185/1950). 13 senedir mevcut olan diyabetini diyet ve insülin tedavisiyle idare ediyormuş. Son günlerde şikâyetleri artmış. %245 mg. kan şekeri ve 20 gr. glikozüriyle müracaat etti. Bir sebze gününden sonra standard diyetle başlandı. Kilo başına 1 gr. albümin, 20 kalori ihtiva eden bir diyetle verilen 150 gr. karbonhidrata 10 gr. glikozüriyle cevap verdi. Sebât eden bu glikozüri, bisiklete binme hareketleriyle 2 günde kayboldu ve hastanın serviste kaldığı 5 gün zarfında tekrar zuhur etmedi. Kan şekeri 150 mgr. etrafında seyretti.

**Vak'a 4.** — B. Ö. 26 yaşında (Protokol 13500/1950). Üç aydır devam eden ağız kuruluğu, polidipsi, poliüri ve zayıflama şikâyetleri ile müracaatında %370 mgr. kan şekeri, litrede 125 gr. glikozüri ve kuvvetli asetonüri ile kendini gösteren bir diyabet mevcudiyeti tesbi tedildi. 200 gr. tek cins karbonhidrat ve 40 ünite insülin ile iki günde asetonüri kayboldu, glikozüri azaldı. Kilo başına 20 kalori ve 1 gr. albümin ihtiva eden 150 gr. karbonhidratlı standard diyetle geçildi, 20 ünite insüline rağmen idrarı ile 3 gr. kadar şeker çıkartmakta devam ettiği için bir hafta sonra hareket tedavisine başlandı. 10 dakikalık kürek çekme hareketiyle glikozüri kayboldu. 15 üniteye indirilen insülin 3 gün sonra tamamen kesildi. Mekanoterapi altında hastanın diyetindeki karbonhidratı önce 180, daha sonra 200 grama çıkarmak ve bu diyetle aglikozüri ve normoglisemi temin etmek mümkün oldu.

**Vak'a 5.** — İ. Ö. 48 yaşında memur (Protokol 1875/1951). Üç senedir devam eden fazla acıkma, ağız kuruluğu, poliüri sebebiyle yapılan idrar tahlilinde şeker tesbit edilerek hastaneye yatması tavsiye olunmuş. %230 mgr. kan şekeri ve 50 gr. glikozüriyle müracaat etti. Kilo başına 20 kalori ve 1 gr. albümin ihtiva eden bir diyetle verilen 200 gr. karbonhidrata 4,5 gr. glikozüriyle cevap verdi. Tedaviye mekanoterapi teşrik edildi. Hasta 1500 metrete tekabül eden kürek çekme hareketinden sonra ağır kuruluğundan şikâyet etti ve glikozüride bir azalma olmadı. Ertesi gün aynı hâl tekrarladı. Bir defada yaptırılan bu kadar hareketin fazla geldiği düşünülerek 3 defa 500 metre yaptırıldı. Hasta ağız kuruluğu duymadı. Hareketten evvel %145 mgr. olan kan şekeri, hareketten sonra %120 mgr. iki saat sonra 140 mgr. bulundu. İdrar şekeri azaldı ve 2 gün sonra kayboldu.

Adelâtin hareket metabolizması ile glikoregülasyon arasındaki sıkı münasebetler tanıldıkça diyabet tedavisinde «çalışma unsuru» na daha önemli bir yer vermek icab etmiştir. Klinik ve eksperimantal müşahedelerin ve biyosimik araştırmaların bugünkü durumuna göre bir diyabetliyi adalı faaliyetten mahrum bırakmak bir meslek

hatası addedilmek gerekir. Bu husus, bilhassa sağlık kurulu muamelelerinde kıymet alır. Diyet hayat için ehemmiyetli komplikasyonlar yapıldıkça şahsın işini gücünü bırakması için bir sebep teşkil etmemelidir. Sadece şekeri yüzünden bir adama uzun boylu istirahat vermek veya tekaüde sevk etmek tamamiyle yersiz ve hatalı bir iş sayılmalıdır. **Kraus**, gönüllü olarak harbe giden birçok hafif diyabetlilerin hastalıklarında bir ağırlaşma görülmediğine, hattâ ekserisinin bir yıllık gösterdiğine dikkati çekmişti. **Greiff**, bir diyabetliyi istirahate mahkûm etmenin ona yapılacak fenalıkların en büyüğü olduğunu söylemiştir. Bugünkü tedavi vasıtalarımızla şekerli hastaların %91 i'nin askerlikte ve cephe gerisinde sağlam insanlar gibi çalıştırılabileceği kanaatinde olanlar vardır (**Umber**). Ancak çalışma esnasında bu şahısları kontrol altında bulundurmaya da ihmal etmemek lâzımdır.

Adalı faaliyetin iyi tesirlerinden faydalana bilmek için bazı hususların gözönünde bulundurulması lâzım geldiğine eskidenberi işaret edilmiştir. Hareket tedavisinde dikkat edilmesi gereken ilk şart faaliyetin şahsı yormıyacak ölçüde olması ve metabolizmanın tahammül derecesini aşmamasıdır. Daha evvel muvafık bir diyet ve insülinle metabolizma durumu düzene sokulmayan diyabetlilerde hareket tedavisinde ihtiyatlı davranmalıdır. Çünkü adalı faaliyetin karbonhidrat metabolizmasını düzenleyici tesirini gösterebilmesi için periferide karbonhidratın yanabilir durumda olması lâzımdır. Ağır, dekompanse diyabetlilerde hareket glisemiye yükseltip, şeker itrafini ve ketonüriyi arttırabilir. Adalı faaliyete mübalâğalı glikojenle cevap veren böyle ağır diyabetlilerin asidoza ve komaya girebileceklerine işaret edilmiştir (**Grote**). Diğer taraftan beden hareketlerinin insülin ihtiyacını azaltıcı tesirinin, bazan şahsı hipoglisemiye sokacak dereceleri bulabileceğini de gözönünde tutmak ve insülin tedavisine tâbi tutulan hastalarda, zorlu adale faaliyetlerine ani ve şiddetle lüzum gösteren tatbikinde ihtiyatlı olmak lâzımdır.

Fakat bu noktalar hiç bir zaman hareket tedavisi gibi faydalı bir vasıtaya baş vurmada çekişen davranmayı icab ettirmez. Yukarıda temas olunan basit bir iki kaideye riayet etmek sayesinde hemen her şeker hastası ölçülü beden hareketlerinin sihirkar tesirinden faydalanabilir. Şurası muhakkaktır ki diyabet diyet, insülin ve hareketle tedavi olunur bir hastalıktır (**Joslin**).

#### Literatür :

- İhsan Aksan - Saliha Yalçın:** Pratikte şeker hastalığı ve tedavisi, 1950.
- G. v. Bunge:** Lehrbuch der Physiologie des Menschen, 1905.
- Bürger:** Vortrag gehalten in Hamburg, Februar 1950, Ref. Deutsche medizinische Wochenschrift, N. 4. 1951.
- Falta:** Die Zuckerkrankheit, 1936.
- Grote:** Vernünftige und wirksame Behandlung der Zuckerkrankheit, Medizinische Welt, No. 24, 1935.
- Joslin:** The treatment of diabetes mellitus, 1946.

J. von Mering's : Lehrbuch der inneren Medizin Bd. 2. 1925.  
Merklen: Traité de médecine, Tome 9, Maladies de la nutrition, 1949.

H. Schwegk - A. Jores: Lehrbuch der inneren Medizin Bd. 2. 1949.  
Wunderlich : Handbuch der Pathologie und Therapie, 1856.

Muş As. Hast. Dahiliye Müttehassısı  
Dr. Necati Vural.

## Aureomycine ve Amibiase

Dr. Necati Vural.

Polymyxine veya (Aérosporine), Néomycine, Bacitracine, Piyojen koküslerden başka Koch basili ve kolera vibriyonuna karşı çok müessir olduğu söylenen Litmocidine (8), Terramycine, Chloromycétine, Subténoline, Tomatine, Clitocybine, yine kolerada çok müessir olduğu yazılmış olan Polyparine (7) ve nihayet Aureomycine gibi yeni antibiyotiklerden bazıları, toksisitelerinin önemi dolayısıyla klinik tatbikatında bir takım tereddütlerle sebep olmakta ve hayvan deneylerini aşırı klinik kapısından henüz girebilmiş bulunmakta, diğer bir kısmı kliniklerde çok ihtiyatla tecrübe edilmekte iken, bazıları bütün dünya tababetinde harciâlem olmak istidadını şimdiden göstermiş bulunmaktadır. Bu yeni antibiyotikler içinde, belki de ekonomik sebeplerden, memleketimizde tecrübe hevesini en çok karşılayan Auréomycine olsa gerektir.

Auréomycine, ilk defa 1948 temmuzunda, Lederle laboratuvarlarında B. M. Duggar tarafından (Streptomyces Auréofaciens) kültürlerinden elde edilmiş bir antibiyotiktir. Müellif bu antibiyotikle yaptığı birçok deneylerden sonra elde ettiği neticeleri, Science Illustrée mecmuasının 948 kısım nüshasında (Q humması, lekeli tifo, ve Spotted fever'de müessir ilk antibiyotik - Auréomycine) başlıklı bir makalede neşretmiştir. (6).

### Posologie :

Auréomycine; 0.050 Gr. ve 0.250 Gr. lık kapsüllerde, sarı bir toz halinde ticarete sevk edilmiş bulunmaktadır. Adale yoluyla kullanılamaz. Hususî bir recipient içinde adaleye zerkedilirse hemoglobinüri ve anemi yapıyor. Fizyolojik serum içinde damar içine zerk mümkün ve hattâ bazı hallerde en emin tedavi yoludur.

Auréomycine bermutat ağızdan verilir. Tesirli dozu kilo başına 0.050 - 0.100 Gr. dır. Günde 2 Gr. hattâ 3 Gr. verilir. Günlük doz, her 4-6 saatte bir olmak üzere saatlere taksim edilmelidir.

Ağız yolundan alınan Auréomycine bazan bulantı, kusma, ishâl, iştihatsızlık, hipersalivasyon gibi troubles digestifs yapabilir, bazan da normal bağırsak florasını tahrip ederek B avitaminozlarına sebep olduğu görülmüştür (6). Fakat bugüne kadar elde edilen neticelere göre bunun ciddi bir toksisitesi ve kontrendikasyonu olmadığı kat'i gibi görünmektedir.

### Tesiri :

Auréomycine, muhtelif Gram müspet (hemolitik streptokok —3—, pnömokok, staphylococcus aureus, B. Subtilis) ve Gram menfi (Tifo basili, paratifo basilleri, koli basili, gonokok, menengokok) jermeler üzerinde, bakteriyostatik ve bakterisit tesir yapan bir antibiyotiktir (B. M. Duggar, Finland, Collins, Paines).

Lymphogranulome vénérien (Nicolas - Favre) gibi bazı virutik hastalıklarda bu ilâçla çok enteresan neticeler alındığı gibi (Wright, Sanders, Logan, Prigot, Hill), Thyphus éxanthématique, Queensland fever, Fièvre des Montagnes Rocheuses gibi bazı Rickettsiose'larda (Bryer M. S., Schoenbach E. B., Chandler, Caroline A, Bliss, Eleanre A., ve Long P. H.) bu antibiyotiğe karşı hassas bulunmuşlardır. Keza Brucellose vak'alarında bununla çok parlak neticeler alındığı kaydedilmektedir. P. H. Long, 16 kayalık dağlar humması, I Brill hastalığı, 5 Brucellose vak'asında bu antibiyotikle parlak neticeler aldığını kaydetmektedir.

Muhtelif jermelerin Auréomycine'e karşı hassaslık dereceleri, in vitro deneylerle tayin edilmiştir. Şöyle ki: En hassas olan jermeler, hemolitik streptokoklar, Pnömokok, menengokok ve gonokoklardır. Bunlar cc. da 1 mikrogramlık bir dozda sür'atle tahrip olunmaktadırlar. Stafilokoklar, Salmonella gurubu bakteriler ve hususile tifo basili için daha yüksek dozlar (25 mikrogr./cc.) lâzım gelmiştir. Yalnız B. Proteus ile B. Pyocyaneus'un Auréomycine'e karşı nisbî mukavemetleri vardır. Bunlarda tesir ancak (100 - 250 mikrogr./cc.) lik dozlarla tahrip tesiri alınabilmektedir (3). Bununla beraber klinik tecrübelerde Auréomycine'in tifo üzerindeki tesiri umulduğu kadar parlak olmamıştır.

Yine in vitro deneylerde Auréomycine, koküsler üzerine Chloromycétine'den 4-14 defa daha fazla müessir bulunmuştur (4).

Ancak Auréomycine'in Proteus Vulgaris ve Pseudomonas aerogenes üzerine hiçbir tesiri görülmemiştir. Keza Koch basili üzerine tesiri çok şüphelidir, bununla beraber ekstrapülmoner tüberküloz vak'alarındaki tesiri halen tetkiktedir. Boğmacada da vâzih bir tesiri görülmemiştir (4).

Heilman, Auréomycine'in, Borrelia novyi ve Leptospira ictéro-haemorrhagica (Weil) üzerinde

penisilinden biraz daha kuvvetli antispérochétiqve tesir icra ettiğini ispat etmiştir (6).

Sy. de Auréomycine ilk defa Mayo Clinic'te Leary ve Kierland tarafından kullanılmıştır. Bu hususta bugüne kadar yapılan tecrübeler çok mahdut olmakla beraber Auréomycine'in frengi tedavisinde bazı faydalar sağladığı kanaatine varılmıştır.

Son zamanlarda reküran humma'da Auréomycine'in çok parlak neticeler verdiği ve hattâ spesifik tesir ettiği hususunda yazılar çıkmaktadır (5). Altı saat ara ile ağızdan verilen 0,50 gr. lık altı dozun, reküran hummada tam şifa husule getirdiği kaydedilmektedir.

Auréomycine ile Amibiase tedavisi:

Antibiyotiklerin ve hususile Auréomycine'in, yukarıda hülâsa edilen tesir alanı içinde en çok alâka celbedecek olanı zannımızca bu antibiyotiklerin diğerlerinden farklı olarak hayvanî parazitlere ve bu meyanda amiplere olan tesiridir. **Mc. Vay** ve arkadaşları (Tennessee Üniversitesi) birçok bakteri enfeksiyonlarını Auréomycine ile tedavi ederken, dışkıdaki bakteri adedinin önemli derecede azaldığını gördüler. Bu mevzî tesir müellifleri Auréomycine'in amibiyaz üzerindeki muhtemel tesirini araştırmağa sevketti (1). **Memphis**'te amibiyazdan mustarip olanlar büyük bir yekûna balığ olduğundan materyel bulmakta güçlük çekmediler. Bunlardan ilk partide 14 amipli dizanteri vak'asını tedaviye aldılar. Bu 14 vak'adan üçünde Auréomycine tedavisile dışkıda amip ve kistler üç gün içinde kaybolmuşlardır. Bunlardan gayet tipik olan birisini müellif şöyle anlatıyor: Göbek etrafında sancılardan, meteorizm ve sık sık konstipasyondan şikâyet eden ve dışkısında Entamoeba hystolytica'nın vejetatif ve kist şekillerine sık sık rastlanan bir hastada ağızdan üç gün zarfında fraksiyonun olarak 439 mg. Auréomycine verildi, dördüncü gün dışkıda amip ve kist menfi bulundu. Bununla beraber tedaviye devam edildi ve total doz 1.414 gr. ı bulunca tedavi kesildi. Tedavi esnasında kanda Auréomycine seviyesi (8 mikrogr./cc.) a yükselmiş bulundu ve bütün mide-bağırsak arazi zail oldu. Müteakip üç hafta içinde yapılan 14 dışkı muayenesinde amip daima menfi idi (1). Diğer 11 amibiyaz vak'ası da Auréomycine ile kolayca ve bir daha nüks göstermemek üzere tedavi edilmiştir (1, 2).

Bu vak'alarda bazan ilâca tahammülsüzlük alâmetleri görüldüğünden, bundan sonraki vak'alarda günlük doz ortalama 1 gr. üzerine ayarlanmıştır. **H. Gaehtinger** eski müzmin amipli dizanterili bir vak'asında, Mexico'da, total (3,5) gr. Auréomycine dozu ile tam şifa elde ettiğini nakletmektedir. Mamafih, doz mes'alesinde muhtelif müellifler arasında fikir birliği yoktur, amipli dizanteride inanılır netice almak için iki saatte bir 0.50 gr. (günde altı gram) Auréomycine vermek hususunda ısrar edenler de vardır (9).

Son zamanlarda **Farinaud, Bordes, ve Porte**, (Saigon'da) bütün bilinen tedavilere inat eden ve Auréomycine sayesinde parlak şifaya ulaşan bir amipli dizanteri vak'ası neşretmişlerdir.

Maamafih bu ilk tecrübeleri kıymetlendirmek bugün için çok güçtür. Her ne kadar amibiyaz tedavileri içinde, en iyi tedavi şeklinin Auréomycine tedavisi olduğunu zannedenler mevcut ise de (2), umumiyetle müellifler, bu hususta karar vermenin henüz mevsimsiz olduğu kanaatindedirler. Bundan başka, tedavi esnasında hastaların kanlarında bulunan yüksek Auréomycine seviyesine (8 mikrogr./cc.) bakarak extra intestinale amibiase vak'alarında, hususile karaciğerin amipli apselelerinde Auréomycine tedavisinin muvaffakiyet verebileceğini düşünenler vardır (1).

Auréomycine amipler üzerine direkt olarak tesir ediyor, yoksa bağırsak vasatında önemli bir şimik tahavvüle uğriyarak intermédiaire bir madde halinde mi tesir yapıyor? Bu soruların cevabını ve Auréomycine'in amibiase tedavisindeki hakiki değerini bundan sonraki tecrübeler verecektir.

**Vak'a** — B. D. (Prot. No. 38). 37 yaşında, kasaplık ile meşgul olan hasta, yedi seneberi muhtelif tedavilere rağmen sık sık nükseden kanlı ve müküslü diyareden şikâyetle 8 ağustos 1950 de bize müracaat etti. Dışkı, açık sarı, kısmen lapa kıvamında ve kısmen lüzucü, yer yer kanlı, parlak müküslüdür. Mikroskopik muayenesinde vejetatif şekillerde amipler görüldü. Dört gündenberi karın ağrıları ve tenezmle birlikte günde 4-7 defa defekasyon yapmaktadır.

Kendisine ilk defa klâsik (intraveineuse **Emétine + Chiniofon**) kürü ile birlikte zaman zaman astringean'lar verildiği halde hastalık ancak yirmi günlük bir sükûn devri gösterdi ve müteakiben ufak bir diyet inhirafı, yeniden eski şikâyetleri başgösterdi. Bu arada elimize geçirdiğimiz bir miktar Auréomycine'i bu vak'ada denemek fırsatını bulduk. Ancak, hastalığın dört seneye varan bir mazisi olduğunu düşünerek, tahammül ölçüsünde yüksek doz kullanmağa uygun gördük ve tedaviyi şöyle tatbik ettik:

0,250 gr. lık köpsüllerden altı saatte bir dörder kapsül (Günde 4 gr.) olmak üzere 3 gün, müteakip günlerde total doz 20 gr. ı buluncaya kadar altı saatte bir ikişer kapsül verdik. Bu müddet zarfında, hemen hiçbir esaslı rejim kaidesine riayet etmediğimiz haldé 48 saatlik bir tedaviden sonra ishâl ve karın ağrıları tamamen zail oldu. Müteakip dört hafta içinde iki defa yaptığımız dışkı kontrolünde makroskopik olarak normal, mikroskopik olarak amip ve kist cihetinden steril bulduk.

Tedaviden bugüne kadar altı aydan fazla bir zaman geçmiş olmasına rağmen ve hemen de hiç bir diyet yapılmaması olduğu halde hastanın, bundan bir hafta evveline kadar, hiçbir şikâyeti olmaması ve mutat işine devam etmesi çok enteresandır.

Bu satırları yazarken hastanın, bundan bir hafta evvel, bolca bir et yemeğini müteakip, 24 saat kadar süren bir diyare geçirdiğini öğrendik. Bir dışkı muayenesile bu diyarenin mahiyetini öğrenmek fırsatını kaçırmış olmakla beraber buna çok teessüf etmiyoruz. Zira, bunun bol bir et yemeğini müteakip zuhur ettiğine ve 24 saatten fazla devam ettiğine bakılırsa; bunu, uzun seneler devam eden bir bağırsak sekreyon fonksiyonlarında bıraktığı eski bir iz olarak kabul etmek daha akla yakın geliyor. Uzak bir ihtimale bunun, yeni bir amibiyaz pussesesi olduğu kabul edilse bile, elbette auréomycine'in kıymetini azaltmıyacak kadar değer taşısa gerektir.

Bir tek vak'anın, karar vermek hususunda bir değeri olmamakla beraber, alınan netice, yukarıda adı geçen müelliflere hak verdireceke mahiyettedir. Gönül ister ki, bu tedavi, memleketimizde



# VİTAMİN MÜSTAHZARLARI

Aşağıdaki müstahzarlar hekimlikte büyük bir önem kazanmıştır.

## BÉTABION

(chlorhydrate d'aneurine) Vitamine B1, anti-nevritik vitamin.

Ağızdan kullanmak için : 5 milligramlık komprimeler (20 komprimelik tüplerde). Deri altına, adale arasına veya verid içerisine şırınga için : 1 cmc. te 25 milligramlık Bétabion «fort» ampulleri veya 2 cmc. te 0,10 gramlık Bétabion «très fort» ampulleri (3 veya 15 ampullük kutularda).

## CÉBION

(acide l-ascorbique, ampullerde) sodium milhi halinde)

Vitamin C, anti-skorbütik vitamin.

Ağızdan kullanmak için : 0,05 gr.lık komprimeler (20 komprimelik tüplerde). Verid içerisine, adale arasına ve deri altına şırınga için : 2 cmc. te 0,1 gr.lık ampuller (5 ampullük kutularda) ve 5 cmc. te 0,5 gr.lık Cébion «fort» ampulleri (3 ve 15 ampullük kutularda).

## ÉVION

(acétate d'alpha-tocophérol synthétique)

Vitamin E, anti-sterilite vitamini.

Ağızdan kullanmak için : 10 milligramlık drajeler (20 drajelik tüplerde). Adale arasına şırınga için : 1 cmc. zeyti mahlülde 30 milligramlık ampuller (5 ampullük kutularda).

## KARANUM

(1,4-dibutyrate de 2-méthyl-naphtohydroquinone)

Vitamin K veya tahassür vitamini vasıflarını haiz.

Ağızdan kullanmak için : 15 mgr.lık komprimeler (20 komprimelik tüplerde). Adale arasına şırınga için : 1 cmc. zeyti mahlülde 7,5 mgr.lık ampuller (5 ampullük kutularda).

## NICOTILAMIDE *Merck*

(amide de l'acide nicotinique)

Vitamin B2 grupundan anti-pellagrik faktör.

Ağızdan kullanmak için : 0,2 gr.lık komprimeler (10 komprimelik tüplerde).

*EMerck*

DARMSTADT (Almanya)  
KIMYA MADDELERİ FABRİKALARI

Türkiye Mümessilliği

Alfred Paluka ve Şerikleri, Posta kutusu 1532, İstanbul.

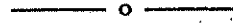


Uzvi fosfor, Kalsiyum ve D<sub>2</sub> Vitamini'nin  
Ayarlı, Sinerjik Kopmleksi

# Calcidine (Granulé)

Formül :	Bir tatlı kaşığında
Inosito-hexa-phosphate de chaux et de magnésium	0,125
Gluconate de calcium	0,375
Vitamin D <sub>2</sub>	3000 Ü.I.

Rasitizm, büyüme teşevvüşlerinde, kemikleşme ve diş çıkarma çağlarında,  
tüberkülozun her şeklinde, nekahat devrelerinde, gebelik ve  
emziklilik hallerinde.



# Biofortin (Elixir)

Formül :	Bir çorba kaşığında
Nucléinate de sodium	0,030
Méthylarsinate »	0,040
Glycerophosphate »	0,300

ve müştehi, mukavvî tentürler, Elixir de Garus ile seçme şarap  
Anemi, lenfatizm, müzmin bronşit, nörasteni, asteni ve tüberküloza  
karşı

**BIOFARMA**

Laboratuarı, Fincancılar, Rizapaşa Yokuşu,  
Amerikan Han, No. 50/3, İSTANBUL — P. K. 384

de yeter derecede tatbik edilsin ve bilhassa cenup Anadoluda hakikî bir âfet halini alan bu hastalık ve bunun ihtilâtlarile mücadelede gerçek bir orientation temin edilmiş olsun.

#### Literatür :

1. Mc. Vay et Coll. : Médecine et Hygiène; 1949, 158, 371. Letraitement de l'amibiase par l'auréomycine.
2. Gaehlinger H. : Le concours Médical, No. 17, 29 nisan 1950. Historique et état actuel du traitement de l'amibiase Intestinale.

3. Internal Med. Digest. 1949, 1.
4. Long P. H. : Modern Médicin, Mart 949, 67. Polymyxine, Chloromycetine and Auréomycine.
5. Gilchrist W. S., Bella Vista, Angola. : Lancet, 950, 6603, Fièvre récurrente et l'auréomycine.
6. Léon van Lierde : Ars. Méd. 949, No. II, 953. L'Auréomycine et ses premiers essais d'application dans la syphilis.
7. Rose S. R. : Ars Medici, 947, No. 10, 841.
8. Aulsebrook G. F. : Ars Medici, No. 3, 222.
9. Bordes et Celi. : Presse Médicale, 950, 12. Dysentérie amibienne chronique - Auréomycine.

Ankara Nümune Hastanesi Dahiliye Servisi

Şef: Dr. Ahmet İhsan Aksan

## Kolesistopati ve koroner Yetmezliği

Dr. Seniha İlhan  
Dahiliye Mütahassısı

Koroner devranının fizyolojik ve patolojik durumu üzerinde vejetatif sistemin oynadığı rol, son senelerin daima tazeliğini muhafaza eden bir mevzuu olmuştur. Bilhassa angora pektoris tablosunun teşekkülünde etiopatolojik hissesi bakımından bu sinir sistemini türlü şekillerde tenbih eden başka başka faktörleri incelemek gerek klinik, gerekse tedavi yönünden mühim problemler ortaya çıkarmış ve bunların çözülmesi de daima faydalı olmuştur.

Koroner kifayetsizlikleri içersinde «nöro-sirkülatur distoni» grubunda toplanan bu vak'alar gittikçe daha önemli bir saha işgal etmektedir. Nöro sirkülatur distoniye bağlı koroner rahatsızlıklarının mevcudiyeti hakkında bilgilerimiz bu isim kadar yeni değildir. Bilhassa yukarı hazım yolu hastalıklarının seyri esnasında vissero-vagal reflekslerin husulüne bağlı muhtelif kalp rahatsızlıklarının oluşu çok eski hekimlerin dikkatinden kaçmamıştır (Nothnagel, Rosenbach, Roemheld). Bu arada bilhassa safra kesesi hastalıklarının koroner damarları sisteminde refleks yapan uzuvların başında geldiğine işaret edilmiştir (V. Bergman, Hochrein). Bu mevzu ile geniş ölçüde meşgul olunmuş, gerek hayvan tecrübelerinden, gerekse klinik müşahedelerinden koroner sistemi üzerinde asab yolu ile muhtelif tarzlarda tesir edilerek spazm meydana getirildiği anlaşılmıştır. Koroner spazminin fonksiyonel olarak teşekkül ettiği bütün bu hastalıklarda vagusun vazokonstriktör asab olarak iş gördüğü bilinmektedir. Koroner damarlar vagus ve sempatikten sinir alırlar. Sempatiklerin koronerleri genişlettiği, vagusun ise daralttığı ve koroner akımını da azalttığını hayvan tecrübeleri göstermiştir. Nitekim vagusu yatıştıran atropin, papaverinin koroner yetersizliği arazlarında iyi geldiği bilinmektedir. Roemheld'in «gastro-kardiyal semptomenkompleks» adını verdiği hazım bozuklukları ile devran teşevvüpleri arasındaki bu sıkı münasebetin vagus refleksi ile meydana geldiği anlaşılmıştır. Mide, duodenum hastalıkları ve bilhassa kolesistopatilerin seyri esnasında meydana çıkan vissero-vagal refleksler

burada mühim rol oynar. Vagus yolu ile husule gelen damar refleksleri, vagusun kalp ve aort kavşından gelen afferent liflerinin tenbihile damar çapında daralma (pressor refleksi) yapar, koroner akımını kısar, dolayısıyla kalp adalesinin anoksisini mucip olur. Neticede oksijen eksikliğinden dolayı toplanan asid metabolitler koroner ağrılarını tevlit eder.

Binaenaleyh koroner ağrılarını husule getiren sebep, çok defa müstakil bir koroner spazmı ve yetersizliği değil daha ziyade diğer organların ve bilhassa yukarı hazım sisteminin fonksiyonel bozukluklarıdır. Bunlar arasında kolesistopatiler (gerek taş, gerekse iltihap) bir fokus olarak da vejetatif sistemin daima irritasyonunu mucip olmaktadır. Diğer fokal enfeksiyonlarda olduğu gibi, müzmin kolesistitlerde de immünite durumu, damar cidarında husule getirdiği allerjik bir reaksiyon dolayısıyla koroner devranının kolayca yetersizliğe girmesinde ayrı bir sebep teşkil etmektedir.

İşte biz de bu esasları gözönünde bulundurarak servisimizin iki senelik kolesistopati materyeli üzerinde bir araştırma yaptık ve eski hekimlerin bu husustaki müşahedelerini teyid eden neticeler aldık. Filhakika bu hastaların büyük bir kısmında kalp arızalarına tesadüf edilmiştir.

#### CEDVEL : I

Safra kesesi hastalıklarının klinik şekli	Vak'a sayısı	Kalp arızaları	
		kalp ağrısı, sıkıntı	objektif bulgular
Safra kesesi kuluncu	37	25 (%67,5)	4 (%10)
Had kolesistit	30	18 (%60)	8 (%26,6)
Müzmin kolesistit	97	64 (%64,5)	30 (%32)
Toplam	164	107 (%70)	42 (%25)

Cedvelde canlı bir şekilde hulasa edildiği veçhile 164 kolesistopati vak'asının büyük bir kısmında (%70) kalp ağrıları ve anguaz gibi subjektif şikâyetlerin mevcut olduğu, bunların içinde %25 nisbetinde de objektif kalp bulguları tesbit edildiği görülmektedir. Vak'aların klinik hususiyeti gözönünde tutulduğu zaman bu nispet daha dik-

kati çeker özellikler arz etmektedir. Bazı safra kesesi kuluncu hallerinde daha kısıp bir nisbet alan (%10) objektif bulgular, işe aktif bir iltihabın karıştığı vak'alarda %26,6 ya çıkmaktadır. Gerek sübjektif kalp şikâyetleri, gerekse klinik ve elektrokardiografik objektif bulgular bilhassa vejetatif sistemi devamlı bir şekilde dikenleyen müzmin kolesistopatilerde önemli nisbet almıştır (subjektif şikâyetler %64,5, objektif bulgular %32). Materyelimizin bu hususiyeti literatürde zikri geçen bulgulara da tevafuk etmektedir (Miller). Yapılan tetkiklerle müzmin kolesistitli hastalarda miyokard lezyonları bulunmuştur. Bilhassa kolelitiaziste ve müzmin kolesistitlerin had hecelerinde bu koroner şikâyetleri daha fazla görülmektedir. Kolesistopatiler kalp rahatsızlıkları husule getirdiği gibi, kalp arızaları da bilmukabele kolesistit seyri üzerinde fena tesir yapmaktadır. Şu halde kolesistopati ve koroner arızaları aynı bünyede biri diğerrinin sebep ve neticesidir.

Stenokardi şikâyetleriyle karşımıza çıkan koroner yetersizliklerinin çoğunda kolesistopati ve bilhassa safra kesesi kolikleri tesbit edilmiştir. Buchbinder bu anjinö nöbetlerin mutlaka bir refleks mekanizması ile husule geldiğini ileri sürmektedir. Bizde vak'alarımızda kolik esnasında ve ağrılı bir kolesistitte yaptığımız E.K.G. lar da koroner yetersizliğine has bulgular tesbit ettik.

**Vak'a 1** — B.C. 45 yaşında (Protokol 9295): Bir buçuk senedenberi alkol aldığı, yumurta yediği zamanlarda sağ hipokondr nahiyesinde sırtına ve beline vuran şiddetli sancılar olur, akabinde kısa süren bir ikter meydana çıkarmış. Kolik esnasında kalp nahiyesinde ağrı olduğunu da söylüyor. Muayenesinde safra kesesi dolgun, büyük bulundu, duodenum tubajında B safrası gelmedi, kolesistografide kese dolmadı. Kalp muayenesinde marazî bir bulgu tesbit edilemedi, tansiyon 13/9. Kolik esnasında alınan E.K.G. aşikâr miyokard devranı kısıklığı işaretleri görüldü. Diyet ve antispazmodiklerle ağrı giderildikten bir hafta sonra alınan E.K.G. da nisbî bir düzelme hali tesbit edildi.

**Vak'a 2** — Y. G. 46 yaşında: Bir senedenberi devam eden safra kesesi sancuları, hazım teşevvüşleri son bir aydır fazlalaşmış, aynı zamanda sternum arkasında ağrı ve sıkıntı hissediyormuş. Bu şikâyetlerle servisimize yatan hastanın muayenesinde kalp bakımından marazî bir bulgu tesbit edilemedi. Tansiyon 13/8. Hastada safra kesesi büyük ve ağrılı idi, kolesistografide kese dolmadı, tubajda gecikerek ve mütekaati gelen B safrasında 8-10 kıyh hücre si bulundu. Ağrı üzerinde alınan E.K.G. da aşikâr koroner devranı kısıklığı işaretleri görüldü. Yapılan diyatermi ve antispazmodik tedavilere urotropin de teşrik edildi, bir kaç gün sonra tekrarlanan E.K.G. da koroner devranının tamamen düzelmiş ol-

duğu görüldü.

**Vak'a 3** — H. B. 53 yaşında (Protokol 13199): Beş senedenberi zaman zaman kalp nahiyesine gelen sıkıntı ve ağrı hissinden muztarip. Son bir buçuk sene içinde bu şikâyetleri fazlalaşmış, verilen kalp mukavileri ve antispazmodiklerden faydalanamamış. Bu şikâyetlerle servisimize yatan hastada kalp bakımından aortta ikinci sesin hafif sertliğinden başka marazî bir bulgu tesbit edilemedi, tansiyon 14/9. Safra kesesi büyük, tazyikle ağrılı, kolesistografide taş tesbit edildi. Tübajda gecikerek gelen B safrasında 3-4 kıyh hücre si bulundu. Ağrı esnasında yapılan E.K.G. de koroner devranının kısıklığına delâlet etmek üzere II, III üncü derivasyonlarda T ler sivri ve II. D. da ST izoelektrik hattın üstünde görüldü. Antispazmodiklerle sıkıntıları giderildiği halde E.K.G. daki bulgular uzun zaman sebat etti. Bu sebeple hastaya müdahale tavsiye olundu.

**Vak'a 4** — H. E. 39 yaşında (Protokol 9625): 7 senedenberi sağ hipokondr nahiyesinde ağrı ve göğsüne gelen sıkıntı hissinden şikâyetçi. Son iki aydanberi kalp nahiyesine zaman zaman şiddetli ağrılar geliyor, bu esnada gözleri kararıyormuş. Bu şikâyetlerle servisimize yatırılan hastada kalp bakımından marazî bir bulgu tesbit edilemedi. Tansiyon 12/8. Safra kesesi ağrılı ve büyük bulundu, tübajda B safrası geç ve mütekaati geldi, sedimentte 8-10 kıyh hücre si görüldü. Grafide kesenin boşalması batı idi. Ağrı esnasında yapılan E.K.G. da aşikâr koroner devranı kısıklığı alâmetleri görüldü Müzmin kolesistit düşüncesile kese nahiyesine tatbik edilen diyatermi, urotropin ve antispazmodik mudavatlara şikâyetleri zail oldu, bir hafta sonra tekrarlanan E.K.G. normal bulundu.

**Vak'a 5** — K. Ç. 32 yaşında (Protokol 11627): Bir buçuk sene evvel geçirdiği şiddetli bir safra kuluncundan sonra muhtelif hekimler tarafından yapılan tavsiye ve verilen ilâçlara rağmen zaman zaman sağ hipokondr nahiyesine ağrılar gelmekte devam etmiş, üç aydanberi de kalp nahiyesinde ağrı ve sıkıntı hissediyormuş. Son defa yine sternum arkasına gelen şiddetli bir sıkıntı üzerine yatırılmış. Kalp bakımından marazî bir bulgu tesbit edilemedi. Tansiyon 12/8. Safra kesesi dolgun, hassas bulundu. Grafide kese iyi teresüm etmedi, tübajda da B, C safraları gelmedi. Ağrı esnasında alınan E.K.G. da miyokard devranı kısıklığının aşikâr alâmetleri tesbit edildi. Müzmin kolesistit düşünülerek yapılan urotropin ve antispazmodik, kese nahiyesine tatbik edilen diyatermi müdavata ile şikâyetleri azaldı. Bir hafta sonra alınan E.K.G. normal bulundu.

Bütün bu vak'alarımız da gösteriyor ki, safra yollarına ait teşevvüşlerin kalp damarları sisteminde oynadıkları reaksiyonlar hiç de küçümsenmeyecek kadar ehemmiyetlidir. Diğer taraftan koroner yetersizliği gösteren hastalarımızın mühim bir kısmının anamnezinde kolesistopati mevcut olduğu ve ekseriya anjin nöbetlerinin meydana çıkmasında safra yolları teşevvüşlerinin rol oynadığı farkedilmektedir.

CEDVEL : 2.

Koroner yetersizliğinin klinik şekli	Vak'a sayısı	Anjin nöbeti başlamasında			Anamnezde Diğer uzuv		
		Had dispepsi faktörü	Safra kuluncu	Kolesistopati	hastalıkları	Nikotin	Alkol
Miyokard infarktüsü	18	6 (%33,3)	—	8 (%44,4)	2 (%11,1)	12 (%66,6)	5 (%27,7)
Koroner sklerozu	20	5 (%25)	—	4 (%20)	6 (%30)	3 (%15)	5 (%25)
Nörosirkülatuar distoni	15	3 (%20)	—	3 (%20)	3 (%20)	12 (%80)	7 (%46,6)
Toplam	53	14 (%24,5)	—	15 (%26,4)	11 (%20)	27 (%50)	17 (%32)

Bir sene zarfında servisimize yatan 53 koroner yetmezliği vak'asının (18 miyokard infarktüsü, 20 koroner sklerozu, 15 nöro-sirkülatuvar distoni) mevzuumuzu ilgilendiren hususiyetleri cedvel 2 de gösterilmiştir. Cedvelin tetkikinden, koroner yetersizliğinin türlü şekillerinde bilhassa miyokard infarktüslerinde kolesistopatilerin nikotinden sonra mühim bir yer aldığı anlaşılmaktadır.

Kalp damarları sisteminde bu gibi reaksiyonlar uyandıran organlar yalnız safra sisteminden ibaret değildir, bilfarz peptik ülserlerin, duodenum divertiküllerinde koroner yetersizlikleri yaptıkları görülmüştür. Diyafragma hernilerinin büyük bir kısmı arazsız seyrettiği halde bir kısmında sadece koroner şikâyetleri ön plâna geçmektedir. Böbrek kuluçları, mediyasten arızaları (mediyastenit, bilhassa tümörler), bazı teneffüs cihazı hastalıkları da koroner şikâyetlerine sebep olacak yetersizlikler yaratabilir. Bunlardan başka mekanik ve iltihabî lezyonlar da yine refleks yoldan sinir sistemini dikenlemek suretile anjino ağrılara sebep olmaktadır.

#### Literatür :

1. Ahmet İhsan Aksan: Safra Yolları Hastalıkları - 1945.
2. Enver Aytuna: Miyokard enfarktüsü. Anadolu Klini-

ği. Ekim 1947, Yıl 14.

3. V. Bergmann: Funktionelle pathologie.
4. Bieling: Über das gemeinsame Vorkommen von Angina Pectoris und Cholezystopathien. Med. Welt. 35, 1939.
5. Maurice Cassidy: Coronar Diseases. British Medical Journal. No: 29. 1946.
6. William Earl Clak: Gastro-intestinal diseases, cardiovascular disorders. The journal of the Amer. Med., Assos. June 2, 1945.
8. M. Hochrein - Herzkrankheiten: Band 2. 1943.
9. Leindorfer Alfred: Zur Patogenese der Angina Pectoris Medi. Kli. 1934.
10. Pal J.: Coronarspasmus, angina pectoris, Kongresszentralblatt, 929.
11. Herold Pardee: Clinical aspects of the E.C.G., 1942.
12. A.A.F. Peel: Diseases of the heart and circulation, 1947.
13. Saunders: Cholecytic diseases which makes angina pectoris and coroner occlusion collected papers of the Mayo Cli. 1942.
14. D. Scherf: Kalp ve Damar hastalıklarının klinik ve tedavisi 1942.
15. Straud: Cardiovascular diseases. Vol. 2, 1945.
16. Sedat Tavat: Fiziopatoloji 2. ci bası, 1945.
17. Tice: Coronar arter disease. Vol, 2, 1945,
18. Paul Dudley White: Heart Disease. Third edition, 1945.
19. Samson Wright: Applied physiology Eight edition, 1947.
20. R. Wybrn-Mason: A new concept in angina pectoris. British Med. Journal 1947, 22 Mayıs.

Belediye Beyoğlu Hastanesi Hariciye Servisi  
Şef: Dr. Asil Mukbil Atakam

## Sekestre Olmuş Kemiklerin Gref olarak kullanılması

Dr. Asil Mukbil Atakam

Mustafa Tatlıcan, 14 yaşında kunduracı çıracı, takriben iki sene kadar evvel 21/4/1949 da hususi bir otomobilin altında kalarak, baş ve kollarda yaralar, sağ sak raddi yaraları ve tıbya ile perone parçalı açık kırığı kommosyon ve şok halinde hastanemize ambulansla nakledilmiş. Gereken umumî tedavisi yapıldıktan sonra kloretil narkozu altında sağ sak iç yüzündeki yara tevsi, cild fasia ve ezik adale aksamı eksize olundu. Kanamalar durduruldu alekalar temizlendi; dış yüz orta yerinde delinmiş ve kanayan cild yarası da tevsi; alekalar temizlendi. Her iki taraftan kırılmış tıbya ve perone kemiklerin alt ve üst nihayetleri karşılaştırılarak iyi vaziyete konuldu yaraya sülfamit ekildi alçı ile tespit yapıldı. Dahilen sülfamit ve umumî tedavisine devam olundu. Dimiğ kontüzyonundan hastada görülen ajitasyon yüzünden istenilen iyi vaziyette alçı içersinde kemiklerin muhafazasına imkân olmadı. Yarada da enfeksiyon başladı, alçı kısmen açılarak pansmanlar yapıldı. Kirlenmiş alçı 45 gün sonra değiştirildi. Bu arada kal'in teşekkül etmediği, tıbyanın tamamen serbest olduğu ve süpürasyonun kemiğe bağlı olduğu görüldü.

Cerhten iki ay sonra ateş biraz daha yükseldi,

süpürasyon arttı, esasen anemik olan hastanın umumî hali bozuldu. Radyografide ise tıbyada osteomyelitin teessüs etmiş olduğu görülerek ikinci bir müdahaleye karar verildi. Bu arada ameliyattan evvel ve sonra penisilin tatbik edildi.

25/6/1949 da eter narkozu ile bacağın ön-iç ve dış-arka kısmındaki fistüller kürete edildi, önde mihvere muvazi şak, tıbya cismi üst ve alt kısmında tamamen ayrılmış, sekestre olmuş bulundu. Harice alındı etrafını neoforme kemik nesçi kaplamış, içinden ve etrafından cerahat gelir bir halde idi. Harap kısımlar ayıklandı, içi ve dışı ile uçları iyice kürete olundu. Her iki nihayet amport piyesle de düzeltildi. Tıbyanın üst ve alt diyafizleri de kürete olundu, serbest temik periyostsuz olarak tekrar yerine kondu, üst ve alt uçlara tutturuldu, sülfamit tozu ekildi, yumuşak kısımlara üç adet yaklaşıtııcı süfür konularak kemiğin oynamasına mâni olundu, bacak da alçıya alındı. Ateş ufak tefek yükselmeler göstererek bilâhare düşmüş ve çocuk girdiği gündün itibaren dört ay tedavide kaldıktan sonra 22/8/1949 da yürüyebilir bir halde hastaneden çıkmıştır. Sık sık bize gelir, bir kaç defa fistül teşekkül etti, onlar kürete edildi, durumu iyidir, diz

ile ayak bileği hareketleri normal, yürüme iyi, yani fonksiyonel bir malûliyeti yoktur, bisikletle geliyor.

sağlam ve ensiceye zararlı tesiri olmayan tantal, vitalium gibi halitalar ve «résine acrylique» vasıtası ile alloplastique tedavi usulleri de meydana



25/6/1949



15/2/1951

Kırık, psödartroz, kemik harabiyetleri ve daha birçok sebeplerle ötedenberi ufak, büyük maddi ziyaların telâfisi, veya indimalin temini için nahiyesine göre kullanılmış muhtelif cins vasıtalar vardır. Altın, gümüş, plâtin plâklar, fildişi, hastadan veya başkasından alınmış grefonlar kullanılmıştır. Son senelerde konserve kemiklerden kemik bankaları bile teşkil edilerek ihtiyaca göre ve muhtelif eb'addaki kemiklerden getirtilip kullanılmaktadır. Yine son senelerde hafif paslanmaz

çıkıştır. Bunlardan başka ve yine son senelerde plâstik maddeden hazırlanmış muhtelif eb'adda ve şekilde vasıtalarla plâstik ve ortopedik cerrahide harabiyet ve kemik zayıflığı telâfi edilmektedir.

Biz ise bu vak'ada tamamen harap olarak sekestr haline geçmiş, periyostundan ayrılmış ve üzerinde bazı osteomyelit fuayyeleri bulunan çocuğun kendi büyük tıbya parçasını temizliyerek grefon olarak kullandık ve bu neticeyi aldık.

Ankara Nümune Hastanesi Erkek Dahiliye Servisi  
Şef: Dr. İhsan Aksan

## Koroner Hastalıklarında Kolesterin Metabolizmasının Durumu Hakkında

Dr. Muallâ Uraz

Arterioskleroz husulünde kolesterin metabolizmasının rolüne verilen kıymet oldukça eskidir. Bu arada koroner sklerozu etyolojisinde kolesterin metabolizması teşevvüsünün payı bilhassa dikkati çekmiştir. Koroner sklerozunda görülen anatomik tégayyürlerin hususiyeti de böyle bir fikri tayıd edici mahiyettedir. Gerçekte bütün periferik damarların arteriosklerozu media tabakasının kalınlaşması ile başladığı halde koroner damarlarının sklerozu intimanın atheromatö bir ka-

lınlaşması ile başlar ve her koroner trombozunda mevcut olan intima atheromu kolesterin metabolizması ile az çok sıkı bir münasebet gösterir. Bu bakımdan akut koroner trombozu vak'asında tromboza uğrayan skleroze koroner arterlerinin kolesterin miktarı araştırılmış ve kontrol vakalarına nazaran dört misli yüksek olduğu görülmüştür (Boas ve arkadaşları). Normalde bir gram arterin kolesterin miktarının 5,1 mg. olmasına mukabil, bu gibi arterlerde 20,4 mg. bulunmuştur.

Hattâ ilk zamanlarda atherom sadece kolesterinden ibaret gibidir.

Kolesterin metabolizması ile koroner sklerozu arasındaki münasebetleri göstermek için hayvan tecrübeleri de yapılmış ve tavşanlarda, tavuklarda fazla miktarda kolesterinli yemler vermek suretiyle arterioskleroz husuule getirilebilmiştir. Köpeklerde ise bu neticeyi alabilmek için 10 gr. kolesterinli gıdaya 1 gr. kadar thiouracil ilâve etmek lâzımgelmıştır. Yalnız kolesterin veya yalnız thiouracilin böyle damarlarda skleroz yapıcı bir tesiri görülmemiştir. Bu gibi tecrübeler hiperkolesterinemi ve koroner sklerozu teşekkülünde hormonal bozuklukların ön plânda rol aldığını göstermektedir. Kaldı ki koroner sklerozunun teşekkül ve tekâmülünde payı olan çeşitli faktörler arasında kolesterin metabolizması teşevvüşünün ehemmiyetli bir mevki olduğunu delâlet eden klinik müşahedeler de fazladır. Bir taraftan bu gibi hastalarda daima kan kolesterininin yüksek bulunması, diğer taraftan miksödem, diyabet ve ailevi ksantomatoz gibi kolesterin yüksekliği ile seyreden hastalıklarda koroner trombozunun çok sık ve daha erken yaşlarda husule gelmesi koroner sklerozu ile kolesterin metabolizması arasında karşılıklı bir münasebetin mevcudiyetini iddia edenlere hak verdirecek kadar barizdir. Koroner sklerozuna bağlı myokard bozukluğu gösteren 122 hastada serum kolesterini normale (%100-200 mg.) nazaran yüksek bulunmuş ve 71 inde %365 mg., 51 inde %250 mg. olarak tesbit edilmiştir. Kolesterin metabolizması bozukluğuna delâlet etmek üzere 22 hastada arcus senilis, 12 sinde xanthalasma ve 3 ünde xanthomatosis mevcudiyeti tesbit edilmiştir. Ailelerinde ve bilhassa kardeşlerinde muayene yapmak imkânı hasıl olan 50 vak'adan %33 ünde kolesterinemi %300 mg. ve daha yüksek bulunmuştur (E. P. Boas ve arkadaşları).

Biz de son iki sene zarfında servisimizde yatan koroner hastalarından 42 sinde kolesterin metabolizmasının durumunu inceledik. Mukayeseye imkân verebilmek için materyelimizi:

- 1 — Vegetatif distoniye bağlı koroner yetmezliği,
- 2 — Koroner skleroz,
- 3 — Myokard infarktüsü,

olmak üzere ayırdık. Vegetatif distoniye bağlı koroner yetmezliği gösteren hastalarımızın büyük bir çoğunluğunda (%66,5) kolesterinemi normal hudutlar dahilinde ancak %33,5 unda %200 - 300 mg. arasında bulunmuştur. Buna mukabil ko-

roner sklerozu vak'alarının hepsinde kolesterininin yüksek olduğu görülmüştür. 24 vak'anın 16 sında (%66,5) %200-300 mg., 8 inde %300 mg. in üstünde olduğu tesbit edilmiştir. Myokard infarktüsü vak'alarının %41,5 unda %200-300 mg. arasında ve diğer %41,5 unda ise daha yüksek bulunmuştur.

Klinik şekiller	Vak'a sayısı	Kan kolesterini		
		%100-200 mg.	%200-300 mg.	%300 mg.
Vejetatif distoniye bağlı	6	4	2	—
koroner yetmezliği		(%66,5)	(%33,5)	
Koroner skleroz ve stenoz	24	—	16	8
			(%66,5)	(%33,5)
Myokard enfarktüsü	12	2	5	5
		(%17)	(%41,5)	(%41,5)

Aldığımız bu neticeler de koroner skleroz ve trombozu ile kolesterin metabolizması arasındaki sıkı münasebeti teyid etmektedir. Nitekim bu hastaların büyük bir kısmında hatalı beslenişin etyolojik bir faktör olarak rol aldığını da gördük. Esasen yumurta ve tereyağı gibi kolesterinli gıdaları yemek itiyadında olmayan halk kitleleri arasında (Kuzey Çinliler, Şili yerlileri, Ekvator ve Malaya halkı) arteriyosklerozun fevkalâde nadir zuhur ettiği de dikkati çekmektedir. Bütün bu bulgular koroner sklerozlu hastaların tedavisinde rejime hususî bir kıymet vermekte haklı olduğumuzu belirtmekte ve bu gibi hastaları yağ ve yumurtadan fakir bir besleyişe tâbi tutmakla hastalığın teessüs ve terakkisine müessir olunabileceği kanaatini vermektedir. Hattâ son zamanlarda bir kısım müellifler daha ileri giderek lipotrop cisimlerden de faydalanmayı düşünmüş bunlardan kolinin koroner arterilerindeki atheromato vetire üzerine müsait bir tesir yaptığını iddia etmişlerdir. Enfarktüs geçirmiş hastalara 1-3 sene günde 1-2 gram kadar choline vermişler ve bunlardaki mortalite nisbetini kontrol vaka'larına nazaran çok düşük bulmuşlardır (Morrison ve Gonzulez).

#### Literatür :

- Boas : American Heart J. 1948, 35, 611.  
 Boas : Kongresszentralblatt für innere Medizin, Bd. 126, 3/4, 1950.  
 Morrison - Gonzules : Ref. Deutsche medizinische Wochenschrift, No. 43, 1950.  
 Plotz : Ars Medici, No. 6, 1949.  
 Steiner, Kendal, Blevans : Ref. Deutsche medizinische Wochenschrift, No. 13, 1950.

*Anadolu Kliniğinin eski sayıları mevcuttur*

Çocuk Cerrahisi ve Ortopedi Kl. - Enstitüsü.

Prof. Dr. İzzet Birand

## Tortikolis Tedavisinde Acétylcholine

Dr. Orhan Eroğlu  
Asistan

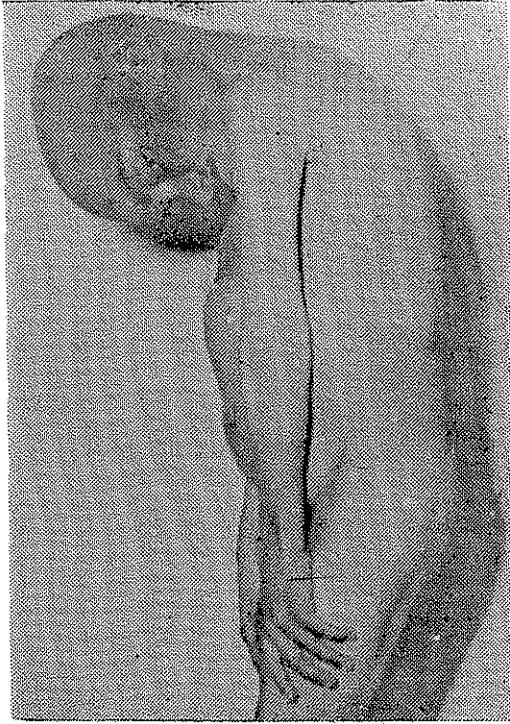
Ortopedi sahasında faydalandığımız şimik tedavi vasıtaları arasında Acétylcholine mühim bir yer tutar.

Posttravmatik veya postoperatif ankylosis ve arthrosis'ler, arthrosis deformans, osteoporosis ve kallus gecikmelerinde kullanıldığına dair neşriyatta tesadüf edilmektedir.

Biz kliniğimizde çift taraflı çok ilerlemiş sekonder bir tortikolis vak'asında tatbik ettik, aldığımız iyi neticeyi vak'anın kısa bir klinik müşahadesiyle birlikte kaydetmeyi faydalı bulduk:

Vak'a: Kadir Ekinci, Yaş: 10. Kayseri;

Şikâyeti: Başının göğsü üzerine ve sağ omuzuna doğru bükük ve hafif sola dönük olmasıyla, başını hiç hareket ettirememekten.



Hikâyesi: Üç sene evvel tamamiyle sıhhatteyken önce kalçalarından başlayan hafif ağrılar bir taraftan dizlerine diğer taraftan sırtına ve omuzlarına doğru yayılmış. Ağrılar sıcaaktan hoşlanır ve hareketle hafiflermiş. Bu esnada ateşi hiç yükselmemiş ve yataкта yatacak derecede rahatsızlık hissetmemiş. Bu sırada köylerinde kabakulak salgını olmuş ve kendisinde yakalanmış, sol kulak ve genesinin arka ve alt kısmı şişmiş ağrımış boynuna doğru yayılan bu şişlik bir ay kadar devam etmiş. Bu hastalığı devam ederken boyunun sağa doğru büküldüğünü, hafif sola döndüğünü fark etmiş. Boynundaki şişlik ve ağrı hafiflediği halde başının öne bükülmesi ve hareket ettirmesindeki güçlük artarak çenesi göğsüne degecek kadar başı öne bükülmüş ve hareketlerden kalmış. Bu arada sebatsız olarak bir kaç kere burnu kanamış.

Soy ve Öz geçmişinde kayda değer bir bulgu yok.

Genel durum: Sensoryum açık, aktif, renk soluk, cilt altı dokusu ve adale sistemi zayıf, iskelet yapısı tam, idrar ve dışkı fonksiyonları normal, iştihâ uyku iyi, nabız muntazam dolgun (96) ateş 37. T. A. 10,5/5.

Yapılan klinik ve laboratuvar muayenelerinde solunum, dolaşım, sinir ve ürogenital sistemlerde kayda değer patolojik bir bulgu yok.

Lenfatik sistemde ingüinal ve submaxillaire mikro adenopati tespit edilmiştir.



Lokal muayene: Baş, antero-posteriör mihver etrafında 30 derecelik bir açıyla sağ omuza doğru bükük, transversal mihver etrafında 75 derecelik bir açıyla öne fleksiyon durumunda ve çene sternuma aralarına bir parmak giremeyecek kadar yaklaşmış, vertikal mihver etrafında baş hafif sola dönük; her iki omuz öne doğru ilerlemiş.

Vertebral kolonda açıklığı sağa bakan hallaç yayı biçiminde bir skolyoz var, skapulalar arasında açıklığı sağa bakan hafif bir inhina ile sol hemitoraksın daha kabarık olduğu ve aynı zamanda dorsal kolonun öne fleksiyonu görülmüyor.

Paravertebral adalelerde atrofi ve bel kemiğinin aktif ve passif hareketlerinde rijidite tespit edilmiştir.

Omuz ve kalça mafsalları ile diğer mafsallarda, hareketlerinde patolojik bir bulgu yok.

Laboratuvar: İdrar normal, Eritrosit 3430000; Lökosit 7800; Hb. %65; Sedimentasyon 1/2 saatte 4 mm. 1 saatte 20 mm. 2 saatte 47 mm.



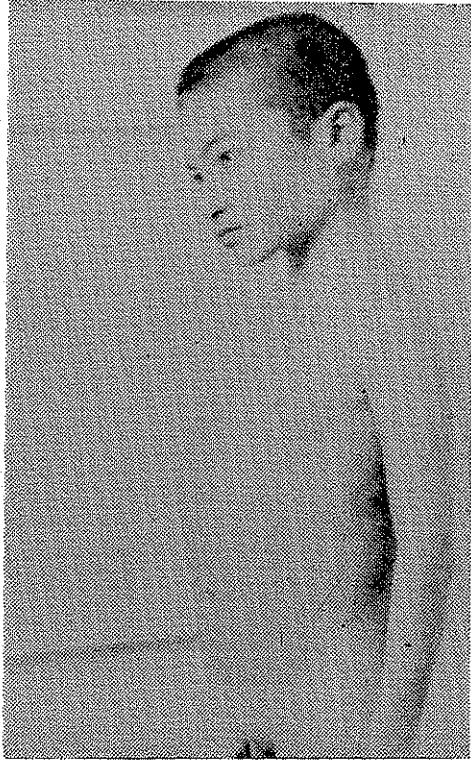
**Tedavi:**

Baş vertikal ve transversal mihverlere göre diformite çizgisi istikametinde bandajla ekstansiyon tatbik edildi ve karyolanın baş kısmı yukarı kaldırılarak hasta düz atel (Bradford ateli) üzerine yatırıldı. Müteakip günlerde ekstansiyona devam ederken sıcak tatbik, masaj, B, C vitaminleri ile damardan kalsiyum enjeksiyonları yapıldı.

Tedaviye başlandığının 18 inci gününde çene altına iki parmak girebilecek kadar baş düzeldi. Bu arada hastanın umumî halinde mühim bir değişiklik olmadı, morali daha düzeldi.

12/1/950 hasta ara sıra kaldırılıp yürütüldü, hastanın aktif hareketleri daha canlandı, boynun passif hareketleri pek dar hudutlarda başladı.

5/2/950 jimnastik hareketlerine başlandı. Hareketler dışında ekstansiyona ve ilaç kürlerine devam edildi.



16/2/950 hastanın skolyozu içinde kalçalarından bir ekstansiyon tatbik edildi.

18/2/950 hastada aktif olarak dar hudutlarda baş hareketleri başladı.

24/2/950 hastaya umumî ultraviyole tatbikine başlandı.

28/2/950 hastanın teneffüs hareketleri abdominal iken hissedilir derecede torakol olmağa başladı.

18/3/950 ekstansiyona on günlük bir ara verildi ve bu zamanda masaja devam edildi.

29/3/950 ekstansiyon tekrar tatbik edildi.

25/4/950 adaleden günde 0.10 Acétylcholine yapılmaya başlandı, haftada bir yapılan sedimantasyon kontrollerinde bariz bir değişiklik müşahade edilmedi.

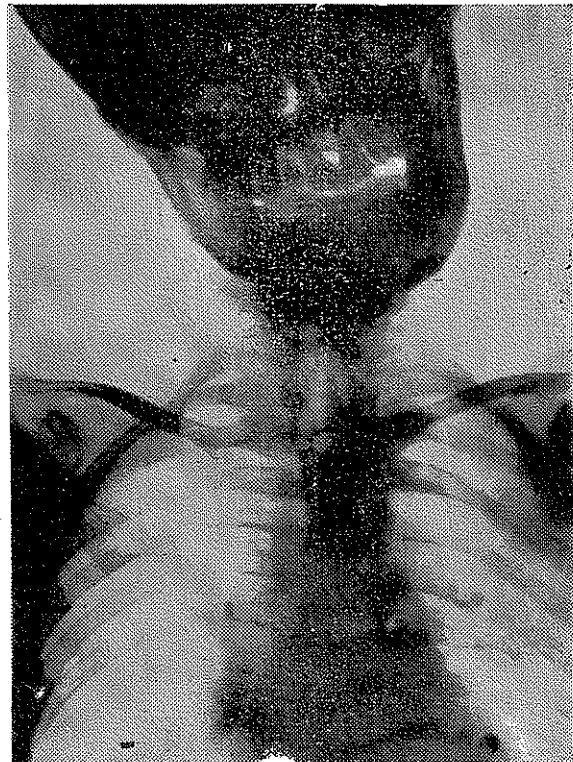
14/5/950 de 20 ampul Acétylcholine tatbikinden sonra boyun hareketleri hissedilir derecede genişledi.

Ekstansiyon, sıcak tatbiki, masaj ve jimnastik hareketlerine, B, C, vitaminlerine, kalsiuma ve Acétylcholine devam edildi.

Acétylcholine tatbikinin 30 uncu günü hastanın çenesi altına dört parmak girebiliyordu ve baş hareketleri ümit verici bir tarzda artmıştı.

6/6/950 de Acétylcholine kesildi ve hastaya cem'an 43 ampul tatbik edildi.

Hastaya, istinatlarını her iki omuz üzerinden,



gene altından, önde sternum ve ilk kotlardan arkada occiputten alan kösele ve demirden bir minerve cihaz yapıldı.

Resimlerin de tetkikinden anlaşılacağı veçhiyle hastada büyük bir salâh temin edildi.

Biz bu vak'ada Acétylcholine'in parasempatik vasodilatör tesiriyle arteriollerini genişleterek boynundaki sirkülasyonu tanzim ettiği ve tatbik edilen ekstansiyona yardımcı olduğu kanaatini izhar edeceğiz.

## REFERATLAR

**Bursada Tüberküloz:** (Dr. Neşati Üster. Klinik Cilt: 8, 1950 No. 11-12) Müellifin uzun tetkik ve müşahedelerinin mahsülü olarak yaptığı bu etüt çok esaslı ve enteresandır. En canlı noktalar tebarüz ettirilerek memleketimizin büyük şehirlerindeki tüberküloz vak'aları seneler üzerinde grafiklerle gösterilmektedir. Dr. Neşati Üster yazısını aşağıdaki şekilde hülasa etmiştir.

1 — Bursa tüberküloz enfeksiyonunun yayılışı bakımından yurdumuzda en önde gelen illerimizden biridir.

2 — Bursada tüberkülozdan ölüm nisbeti büyük şehirlerimizin hepsinden daha yüksek bulunmaktadır. İlçelerin de bir kısmında bu nisbet Bursaya yakındır. Diğerlerinde de memleketimiz için ortalama kabul edilen nisbetin altında değildir.

3 — Bursada veremden ölüm en çok 15-24 yaşlar arasında görülmektedir. Çocukluk ve gençlik çağlarında kızlar oğlanlardan daha çok, 25 yaşından sonra ise erkekler kadınlardan daha fazla tüberkülozdan ölmektedirler. Ortalama ölüm nisbeti erkeklerin (%52,65) lehinedir.

4 — Muhtelif tüberküloz şekilleri arasında en çok ölüme sebep olan akciğer veremidir. (%78). Son yıllarda menenjit tüberkülozdan ölüm sayısında da ehemmiyetli bir artış göze çarpmaktadır.

5 — Bursada 5,290 kişiye Pirquet tatbik edilmiş ve bunlardan kontrol edilebilen 4906 sında alınan müsbet netice nisbeti %55 dir. Pirquet yapılanların 3/4 ü çocuk olup bunlardan %41 müsbet netice alınmıştır. Kâhiller arasında Pirquet teamülünden alınan müsbet netice %84,2 dir.

6 — Bursa verem savaş dispanserine müracaat edenlerin ortalama %11,63 ünün veremli olduğu görülmektedir. Bunların %16,15 i çocuktur. Dispansere son on yıl içinde müracaat eden çocukların %14,47 sinin veremli olduğu tesbit edilmiştir.

7 — Bursada akciğer tüberkülozu diğer veremlere nazaran daha sık görülmektedir. Yalnız son yıllarda menenjit tüberküloz vak'aları oldukça artmıştır.

8 — Bursa ilçeleri arasında en çok veremli İnegölde bulunmaktadır. Yenişehirde de tüberküloz nisbeti yüksektir. Bundan sonra Mustafakemalpaşa ve diğer ilçeler gelmektedir.

9 — Bursa ili hudutları içindeki köylerin yarısından çoğunda tüberküloz vak'aları tesbit edilmiştir. Bu nisbet merkez köylerinde %92 ye çıkmaktadır. Uzak bölgelerde ise veremlisi bulunan köy nisbeti daha düşüktür. Bunda bulaşma imkânlarının azlığı kadar uzaklık dolayısıyla hastaların gelememeleri de rol oynamaktadır.

10 — Bu neticelerin daha sistemli araştırmalar (Geniş ölçüde tüberkülin denemeleri, kütle radyografileri) ile incelenmesi icabeder. Bu takdirde Bursa bölgesinde tüberküloz nisbetinin daha yüksek bulunması ihtimali kuvvetlidir.

11 — Bursa şehri ve il sınırları içinde tüberküloz enfeksiyonunun oldukça yayılmış bulundu-

ğu göz önünde tutularak savaş tedbirlerinin daha sıkı bir surette ele alınması lâzımdır. Bunların başında profilaktik tedbirler gelmekte ve çocuklarda daha geniş ölçüde B.C.G. aşısı tatbiki imkânlarının temini icabettirmektedir. Diğer savaş vasıtalarının da (verem dispanseri ve veremli tayaklarının) takviyesi ve artırılması zarureti vardır.

**Amerikan göğüs hekimleri kollejinin birinci uluslararası kongresi:** 17-22 Eylül 1950 de Romada Carlo Ferlanini Enstitüsünde toplanmıştır. Bu kongreye 1000 kadar hekim ve eşleri iştirak etmiştir. Açılış töreninde Penisilin'in kâşifi Londralı Sir Alexander Fleming'e kolej madalyası verilmiştir.

Kongreye kırk memlekete mensup hekimler tarafından 100 den fazla rapor ve tebliğat sunulmuştur. Bu arada Prof. Dr. Tevfik Sağlam tarafından «**Akciğer çıbanlarının Tıbbî tedavisi**» hakkında bir rapor okunmuştur. Diğer rapor ve tebliğler bilhassa göğüs hastalıklarında antibiyotik ve şimiyoterapik tedaviler hakkında son ilerlemelere, Tüberküloz ve kanser için pnömektomi ve lobektomi, kardiyo-vasküler cerrahi, torakoplasti, ekstra plöral pnömotoraks bahislerine ait idi.

Bundan başka kollejin muhtelif memleket Gouverneur ve Regentlarından mürekkep idare komisyonu da toplanmıştır. Bu toplantıda Amerikan göğüs hekimleri kollejinin bir Avrupa bölgesi komitesi teşkil edildi ve bunun genel sekreterliğine Dr. André Meyer (Paris) seçildi.

Romada kongre de bulunan Türk delegeleri Prof. Dr. Tevfik Sağlam, Doç. Dr. Müfide Küley, Dr. İhsan Rifat Sabar ve Doç. Dr. Şinasi Güçhan idi. Tüberküloz üstadlarından Prof. Brauer de 86 yaşında olduğu halde kongreye iştirak etmiştir. Delegeler Papa tarafından kabul edilmişlerdir.

**Tiroid'in Diyabet üzerine tesiri:** B. Houssay (Buenos-Aires), Recent Progress'in Hormon Research; Acad. Press, İns. Publ. N. Y., 1948 de neşrettiği yayının sonunda elde ettiği neticeler bunlardır: "Hypertiroidizm, başlı başına diyabetojen bir faktör olduğu tahmin edilmemektedir. Diyabetin meydana çıkabilmesi için, inisyel bir lezyon ile pankreas mukavemetinin azalmış olması gerekir, ve bu zaman hypertiroidizma kötü bir tesir yapabilir. Bu bir hypotezden ibarettir. Zira Langerhans adacıkları ile diyabet üzerine hypo veya hypertiroidizmanın tesir mekanizması henüz belli değildir. Bu müellif tetkik ve tecrübelerinde Kollersterol dozajları yapmamıştır. Hypertiroidili hastalarda kollersterol düşük diyabetiklerde ise aksine olarak yüksek olduğuna göre ve diyabetiklerde klâsikleşmiş olan arteriosklerö komplikasyonlar hypertiroidili - diyabetik hastalarda görülmemesi gerekirdi. Yani kolesterol normal muvazenede kalması gerektiği düşüncesine varılır.

Bu hastalarda tedaviyi yapacak hekimin hypertiroidiyi; miyokard ve karaciğerde fena tesir yapmayacak, organizmayı da diyabetin ciddî kompli-

Az miktarlarla müessir bir sülfamid tedavisi ancak

# Irgafène

(N, —3,4— dimethylbenzoyl— sulfanilamide)  
ile mümkündür



Çok iyi tahammül edilen ve katı tesirli şimyoterapi.  
Lazım gelen mecmu Irgafène dozları diğer sülfamidlerden % 30-50 nisbetinde daha azdır.

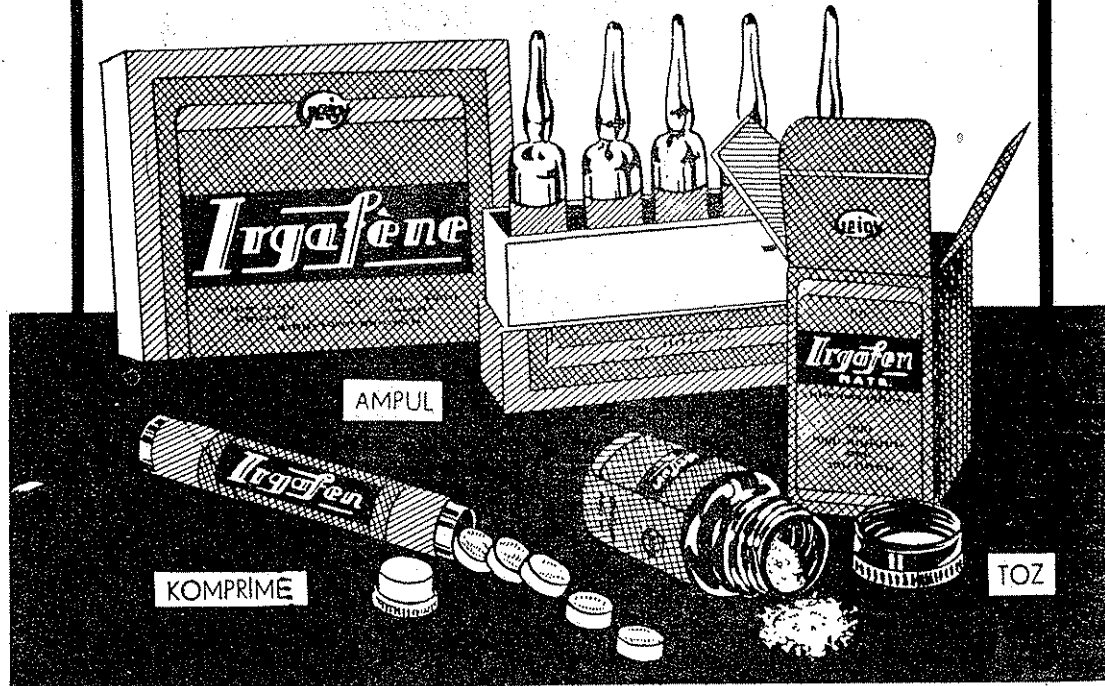
Zatürrie, menenjit, belsoğukluğu, kolibasıl, stafilokok ve streptokok enfeksiyonları ve basilli dizanteriye karşı kullanılır.

J.R. GEIGY A.Ş. BAİE (İsviçre)

Türkiye Müessesilliği:

BURKHARD GANTENBEIN ve Şsı.

Posta Kutusu 1176 - İstanbul



**ASERO** BERK  
Acide Acethylsalicylique.

**COROPHYLLINE**  
Damar Geniřletici

**DEFETONİN**  
Nezle Merhemi

**GERİTANSİN**  
Tansiyon Düşürücü

**KARDOL**  
Sinir Damlası

**NEO-HEPADYNE**  
Demirli Karaciğer Şurubu

**OZONOFEL**  
Sıtmaya Karşı

**RADYOPİRİN**  
Ağrılara Karşı

**SULFAGUANİDİN**  
Diyarelere karşı

**TONIQUE** BERK  
Mukavvi - Müştehi

**VIN-QUINAL**  
Kola-Kinakına-Fosfat

**VITADEx**  
Vitamin D<sub>2</sub> Damlası



*Müstahzarları*

TESİSİ:  
**1938**

**ŞİŞLİ - İSTANBUL**

TİCARİ SERVİS:

SİRKECİ, ADA HAN

TELEFON: 28313

P. K. 65 İst.

**BARIX**  
Radiologique Müstahzar

**DEFETONİN**  
Öksürük Şurubu

**DYSPEPTOL**  
Mide Eksiri

**JÖNESTİN**  
İktidarsızlığa Karşı

**NEOBROMİN**  
Asap Müsekkini

**OKTA**  
Saç Sabunu

**PIYEDOL**  
Ter Podrası

**SEPTAZOL**  
S. Thiazol + Vitamin C.

**SULFASUXİNYL**  
Barsak Enfeksiyonlarına

**TONOCALCIUM**  
Kalsium Şurubu

**VITA-CALCIUM**  
Vitamin-Fitin-Kalsium

**CYDOZOL**  
Pentamethylenetetrazol  
10 % mahiüü

kasyonlarından koruyacak bir şekil tanzim etmesi gerekecektir.

**Amibiaz tedavisinde yeni bir antibiotik:** Dünya Sağlık Teşkilâtının tertibiyle Berutta toplanan 1 inci Yakın Şark Tropikal Hastalıklar konferansında Dr. Hamilton Anderson, Birleşik Amerika'da Fumigilline isminde amibli dizenteri tedavisinde büyük kıymet taşıyan yeni bir antibiotikin bulunduğunu bildirmiş ise de, araştırmalar henüz tecrübe safhasını geçmemiştir.

**Mütarekki akut barsak amibiazının tedavisinde Auréomycine:** Fred Siguier, Choubrac, M. Piotte ve Hermann, Société Médicale des hôpitaux de Paris'nin 20/10/950 oturumunda aşağıdaki tebliği bildirmişlerdir: Yarısi rektoskopik muayene ile ve hepsinde hematofaj amib müspet olan, belli dizanteri sendromu gösteren yeni ve röşütlü (40) akut barsak amibiazı vak'asını Aureomycine ile tedavi etmişlerdir. Bu antibiotik günde ortalama 3 gram olmak üzere 6-10 gün ve yekûn olarak da beher tedavide 20-30 gram verilmiştir. Tedaviden sonra müellifler bilhassa çok iyi sonuçlar almışlardır. Yani klinik tesir süratli olmuş; evvelce diğer antibiotiklerle tedavide görülmeyen şayanı hayret sikatrizasyonlar bile görülmüştür. En mühim olarak da Aureomycin'in direkt bir amibisit olduğunu gösteren hâdise amiplerin ortadan kaybolmalarıdır. Bu 40 vak'anın 35 si muvaffakiyetle tedavi edilmişlerdir. Emetin, Conessine, emetin - antibiotik-sülfamid ile yapılan klâsik tedavi ile kıyaslanırsa; hiç değilse hemen görülen tesir de nazarı itibare alınarak Aureomycine lehinde; en az ise müsavi tesirde kabul edilebilir. Aureomycine tedavi şekli ve ilâca tahammül de ayrıca kolaydır. Buna rağmen bu ilâç hakkında mutlak bir iyimserlik gösterilmemesini müellifler tavsiye etmektedirler. Başka literatürlerde ihmal edilmeyecek derecede nüküsler kaydedildiğinden, ilâcin vereceği neticeler tesirli ve devamlı olması gerekir. Bu sebeptendir ki, aureomycine ile yapılan attak tedavisini entretien tedavisi ile uzatmalıdır.

Mme. Bertrand-Fontaine klinik şekilleri başka başka olmasına rağmen 20 si amip diğer 20 si kistli 40 hastada yukarıdaki neticelere benzer sonuçlar almıştır. 30 vak'a süratle temizlenmiş ise de takip olunabilen 25 vak'ada nüküs görülmüştür.

Hillemand da aynı neticeyi almıştır. Benhamou Kuzey Afrikadaki ağır vak'alarda Aureomycininin iyi tesirini övmektedir.

**Belsoğukluğunun Chloromycetin ile tedavisi:** (Jl. Veneral Dis. Inf. Oct. 1950) Chloromycetin'in ilk kullanılmaya başlandığı devirde bile bu antibiotikin gonokok üzerine olan tesiri bildirilmişti (Smadel). Greaves ve kollaboratörleri, kültür ve frotilerle gonokokun meydana konabildiği 96 hastada bu tedaviyi tecrübe etmişlerdir. Tedaviden itibaren on gün müddetle yapılan kültür ve frotilerde Go. nun menfi çıkışını şifa kabul etmişlerdir. Müellifler bir defada 750 veya 500 ve 250 miligram Chloromycetin'i tek doz halinde vermek

suretile penicillin ile elde edilen neticenin aynını elde etmişlerdir. Chloromycetin, Treponema pallidum üzerine de tesir ettiğinden, penicillinde olduğu gibi, frengiye karşı da korunulmuş olur. 750 miligramlık tek doz ile tedavi gören hastaların %96 sı kat'i olarak iyileşmiş bulunuyorlar. Chloromycetin'in hiç bir toksik veya allerjik tesiri görülmemiştir. Bu sonuncu antibiotik ile tedavi edilen hastaları da tıpkı penicillin ile tedavi edilenler gibi kontrole tâbi tutmayı müellifler tavsiye etmektedirler.

**Dr. Asil Mukbil Atakam.**

#### **Anneksiyel tüberkülozlarda Streptomycin:**

A. J. Schneider. (These de Paris 950) 23 ü milier asitli, 14 ü peritoneo-anneksiyel fistülize, 46 sı basit peritoneo-anneksiyel tipte olan 83 tüberküloz vak'asını müellif, 15 gün sıraya günde 2 gram, müteakibinde en az iki ay günde 1 gram Streptomycin ile tedavi etmiştir. Elde ettiği neticeleri şöyle özetliyor: 1- Streptomycin bildirilen vasıflardaki tüberkülozların hepsinde müessirdir. 2 - Bazı vak'alarda yalnız başına tam şifa temin edebilmiştir. 3 - Klinikman ameliyatı mümkün olmayan vak'aları (Opérabl) hale getiriyor. 4 - Preoperatuar olduğu gibi post-operatuar tatbik edilmeyle mühim faydalar sağlar.

**Endometrit tüberküloz hakkında araştırmalar ve neticeleri:** F. Nogales ve E. Vilar. (Acta gynecologica No. 3 - 1950.) Müellifler tetkik ettikleri 216 steril kadının yalnız 15 inde endometrit tüberküloz bulmuşlar. Bu nisbet başka müelliflerin verdiği sayılardan bir hayli yüksektir. Ayrıca tetkik ettikleri 55 endometrit tüberküloz vak'alarının %22 sinde metroraji %33 ünde menoraji, %15 inde amenore ve %30 unda da lökore tespit etmişlerdir. Histopatolojik muayeneler, lezyonların milier ve ülserokazeöz vasıflarda olduklarını göstermiştir. Gündelik doz 1 gr. olmak üzere 30-45 günlük streptomycine ve buna ekledikleri PAS, D vitamini ile uygun diyet ve hijyenik şeraitin temin edilmesi ile lezyonların kaybolduklarını bildiriyorlar.

**Pregnandiol glucoronidate de soude dozajlarıyla düşürme tehdidinde pronostik tayini:** M. Yanow-S. D. Soule - M. H. Meyerhart: (Am. Jour. Obst. Byn. Mayıs 1950) Müellifler 115 vak'ada yaptıkları dozajlarla şu neticelere varmışlardır: Devamlı olarak müsbet sonuç veren dozajlar veya menfileşmiş iken yeniden yapılan araştırmada müsbetleşince gebelik %89 nisbetinde devam etmiştir. Pozitif reaksiyonlar sürekli olarak negatif olur veya bidayetinden beri menfi olan reaksiyonlarda avortman %93 nispetinde vukua geliyor.

**Meme kanserinde hormon tedavisi:** (J. B. Herrmann - Gyn. Obst. Sup. No. 5 - 1950). Müellif, erkek hormonu veya östrogenle tedavi ettiği birkaç meme kanseri metastazı dolayısıyla kanatlarını şöyle özetliyor: 1 - Erkek hormonu, her yaştaki kemik metastazlarına müessirdir. Haftada 300 mgr. olmak üzere altı hafta devam edilmesini tavsiye ediyor. 2 - Bu tedavi ile çok aşikâr klinik

ve radiolojik iyilik görülmüş olan ve bilâhare yenidoğandan metastazlar gösteren kadınların çoğunda bu hormon tedavisi artık tesir edemiyor. Bunlarda derin ışın tedavisi daha etkilidir. 3 - Testosteron tedavisinde, Hirsutizm, boyun ve göğüste aknelerin zuhuru, sesin kalınlaşması, ödem ve buna bağlı kardiyovasküler bozukluklar husule gelebilmektedir. Nadir olarak ağır hipokalsemi, toksik ve vahim böbrek yetmezliği görülebiliyor.

4 - Östrogen hormonlar, günde 5-15 mgr. dozunda olmak üzere 60 mı aşmış kadınlarda kullanılacaktır. Bu tedavi ile bilhassa akciğer metastazlarının regressionu müşahede edilmiştir. Kemik metastazları östrogenlerden az müteessir oluyor. Günde 5-15 mgr. miktarında ve bilhassa da uzunca müddet verilen östrogenler, kuvvetli metrorajiler yapabilirler. 60 yaşından evvel bu hormonun kullanılması tehlikeli olabilir bundan dolayı tatbik edilmemelidir.

**Gebe kadınlarda (Cold pressor test):** (K. D. Martin. 1950 Paris) Müellif gebelerdeki vazomotor sistemin labilitasını incelemek için; 1933 de Hines ve Brown taraflarından ortaya atılan ve (standard stimülüs) adı verilen (soğu) fizik sansitif elektrik ve sair münebbihlere tercih etmektedir. K. D. Martin'e göre, soğuktan maadasının verdiği sonuçlar sabit değildir. Hines-Brown, gebelerde soğukun etkisiyle vazomotorlarda değişiklik husule getirilmesine (Cold pressor test - soğukla yapılan tazyik deneyi) adını vermişlerdir. Gebe kadınlar, bu soğuk deneyine iki türlü reaksiyon vermektedir: 1 - Normal olup bu gibilerde tansiyon arteriel hafifçe yükselir. 2 - Hiperreaksiyondur. Buna %98 nisbetinde essansiyel hipertansiyonlarda rastlanır. Hiperreaksiyonlarda sistolik ve diyastolik tansiyon arteriyeller tecrübe esnasında büyük yükselme gösterirler. Gebelikte, soğuk testi 20 mm. cıva farkı gösterir. Bu nisbeti aşarlarda yani Cold pressor test aşıkâr müspet olduğu takdirde nefropati ve tokseminin yaklaştığını gösterir. Müellif; bu testin metodik olarak araştırıldığı takdirde, pronostik bakımından hakikî bir kıymeti haiz bulunduğuna kanidir.

**Yeni doğanlarda serebro-menenje kanamalarının önlenmesi:** A. Minkovski (La Sem. d. Hôp. Nisan 1950) Prevansiyon için kat'i lüzum olmadıkça yüksekte forceps kullanılmamasını tavsiye ediyor. Sezaryen, bu gibi kanamaları mutlak surette önleyemez, zira bir çok sezarize kadınların çocuklarında böyle kanamalar görülmektedir. Müellife göre K vitaminini vaki olarak kullanmakla ancak kan pıhtılaşmasında değişiklik olduğu zaman fayda temin edilebilir ve kanama mevcut ise, onu durdurabilir. İnce eviye ve kapiller endotelyumu üzerine tesiri yoktur. Derideki kapillerlerin mukavemeti ölçülünce, yeni doğan çocukların ağırlığı azaldıkça bu mukavemetin de o nisbette azaldığı görülür. Yeni doğanlarda, annede bir karans olmadıkça, C vitamini bolca depo edilmiştir. Bundan dolayı serebro-menenje kanamaları önlemek için C vitamini vermekten pek fayda umulmaz. Müellif, damar permeabilitesi üzerine tesiri olan

P vitamininin verilmesini tavsiye ediyor. Minkovski önleyici olarak, 8. ay bitmeden evvel travaya başlayıp doğuran anneye, mihaz başlar başlamaz ağız yoluyla 300-600 mgr. alfatokoferol vermiştir. Başka bir gruba da hiç ilaç vermemiş. Tedavisiz bıraktığı annelerin serebro-menenje hemorajisi yapan 7 çocuğuna mukabil, tedavi edilmiş olanlarda 1 kanama görüldüğünü bildiriyor. O da version-ekstraksiyon yapılan bir prematüredir.

**Segman enfiyörüsü de yırtan iki kollum yırtığı vak'ası:** M. L. Digonnet (Obst. Gyn. sup. No. 5-1950) Müellif, biri 28 yaşında olup 4. üncü gebeliğinin mihazında, dilatasyon beş kuruş kadar ve poş mevcutken 5. ünite hipofiz arka fusu hormonuyla birlikte spasmaljin yapılmış olan bir kadının 3050 gr. ağırlığında normal canlı bir erkek çocuk doğurduktan sonra plasentanın bol kanama ile çıktığını ve hastanın genel durumunun süratle bozulduğunu (dışarıya akan bol kan dolayısıyla) bildiriyor. Yapılan tuşede kollumun sağından itibaren segman enfiyörüsü de zedeleyen derin bir yırtığın mevcudiyeti tespit edilerek, bir taraftan acele histerektomi yapılmakla beraber, transfüzyon, sübtözan ve serum fizyolojik de yapılarak hastanın kurtarılabilirdiğini bildiriyor. Diğer maalesef çocuk ve annenin ölümüyle neticelenen, 41 yaşında, 13. üncü çocuğuna gebe bir kadına ait vak'a olup kollum on kuruşluk kadar açılmış ve poş yırtılmamışken hastada orta derecede bir kanama görülüyor. Tuşede lateral bir plasenta previa tespit ediliyor. (Bu kadın servise getirilinceye kadar, gebeliği boyunca dört defa kanama yapmış). Hastaneye naklinden yarım saat sonra genel durum yeni bir kanama dolayısıyla bozuluyor. Su kesesini yırtıyorlar, transfüzyon, serum, sübtözan v.s. yapıyor, kan dinliyor. Birkaç saat sonra kollum aynı durumda bulunduğu için her yarım saatte bir münavebe ile 2,5 ünite hipofiz arka fusu hormonu ve 0,25 gr. kinin tatbik ediliyor. (1,50 gr. kinin, 17,5 ünite hipofiz hülasesi yapılmış oluyor). Ertesi gün saat 14,5 de ölü bir kız çocuğu doğuyor. Saat 15,20 de de hasta çok ağırlaşıyor. Harici kanama yok. Elle halâs yapılmak üzere el sokulduktan solda kollumdan, segman enfiyörünün üst hududuna kadar varan derin bir yırtık tespit ediliyor. Plasenta dekolle edilerek çıkarılıyor ve bütün tedavilere rağmen kadın ölüyor. (Hastanın çok ağır ve şoke hali dolayısıyla ameliyat yapılmamış).

Her iki vak'ada da, bu son gebeliklerden evvelki doğumlar normal ve spontan olarak vuku bulmuştur. Mevzu bahis olan son gebeliklerde çocuk ile havsala arasında nisbetsizlik yoktur.

Müellif, neşrettiği bu iki vak'a ile, hipofiz arka lob hülasesinin travaya esnasında ne kadar çok dikkatle, itina ile ve endikasyona tamamiyle riayet ederek kullanılması icab edeceğini, aksi takdirde felâketleri mucip olacağını bir kere daha hatırlatmak istediğini bildiriyor.

**Fibromiömlerde kolesterinemi:** E. Moracci (Arch. Obst. Gyn. No. 1, 1950) Müellif, 26 fibro-

miomlu kadının seromundaki (kolesterol) miktarını araştırmıştır. Yaş, fibromiyomun hacmi ve yeri ne olursa olsun daima kolesterolu çok yüksek bulmuştur (Vasatî miktar 2,09 gr.) Moracci bunu, over-sürrenal münasebetlerinin bozukluğuna ve steroid metabolizmasının teşevvüşüne atfediyor. Müellif, bu incelemeleriyle, fibromiömluların biolojik zemininin (terrain) açıklanmasına hizmet etmiş olduğuna kani bulunuyor.

**Deri yoluyla imtisas eden östrogenden ileri gelme seksüel değişiklikler:** M. A. ve İ. W. Goldzieher (J. Am. Med. Ass. No. 14, 1949) Kardeş müellifler, işi icabı hergünkü östrogen alkolik solüsyonların manipülasyonları dolayısıyla elleri bu madde ile bulaşan 44 yaşındaki bir işçide bir müddet sonra, (iktidarsızlık, ginekomasti ve genital atrofi) husule geldiğine şahit olmuşlardır. İşçiyi işinden uzaklaştırmakla beraber testosteron preparatı ile tedavi etmişler. Yukarıda bildirilen seksüel değişikliklerin zamanla tamamen geçtiğini ve normal durumun avdet ettiğini görmüşlerdir.

**İki entra ve ekstrauterin gebelik vak'ası:** (C. Matieu, R. Carmier) Biri 22 yaşında ve ilk gebeliğini taşıyan kadında gebeliğin başlarında senkoplu karın ağrıları dolayısıyla yapılan muayenesinde 3 aylık gebelik ve over kisti teşhisiyle laparotomi yapılıyor. Karında bolca kan solda iltisaklı hematosalpenksli inşikâk etmiş tübe rastlanıyor. Sol anneks çıkarılıyor. Deri altına 100 mgr. Progesteron emplante edilerek karın kapatılıyor. Entrauterin gebelik normal seyrini takip ediyor. Diğeri 37 yaşında olup 4 defa ölü çocuklu beş aylık habitüel düşük yapmıştır. Son adeti 8.7.949 da gördükten sonra 15.8.949 da senkoplu karın ağrısı dolayısıyla yapılan muayenede dış gebelik ihtilâti teşhisiyle laparotomi yapılarak sağ nefir yırtılması dolayısıyla salpenjektomi yapıp karın temizlenerek kapatılıyor. Habitüel abortus 5 inci ayda vukua geldiğinden o sırada hormon dozajı yapılarak distilben tedavisi takip ediliyor ve gebelik normal seyrini takip ediyor. Her iki gebeliğin birden bulunduğu dair tıp literatüründe 350 vak'a (1940 a kadar) yayınlanmıştır. Teşhis ihtilât vukuunda bazen mümkün olabiliyor.

**İlkbaharda yapılan (Bufo-reaksiyonunun) gebelik teşhisinde değeri nedir?:** R. Pallicz, P. Cottcel ve M. Delecour ( Lille gynecologie cemiyetine tebliğ edilmiştir. 26.7.950) İlkbaharda kurbağanın kızgınlık zamanı olan mart sonlarında idrarında spermatozoitlerin bulunmasının, cinsî birleşmeğe bağlı olduğutecrübe ile sabittir. Bunu gözönünde tutan müellifler kurbağaların kızgınlık zamanlarında da gebelik teşhisi için (bufo-reaksiyonunu) 111 defa tatbik etmişler ve hiç bir yanlış netice almamışlardır. Bundan başka müellifler kızgınlık zamanındaki kurbağanın sair zamanlardakinden daha hassas olduğuna yani daha az seromla reaksiyon verdiğine şahit olmuşlardır.

**Dr. Emir N. Atakam**

**Gebelik teşhisinde Prostigmine:** Dr. Lemi Ocaklılar, Çatak, (Van). Bayan H. T. 44 yaşında.

**Şikâyeti:** 4 gündenbergi devam eden midesindeki yanma, geğirti, bol salya, dolgunluk hissi ile zaman zaman gelen bulantı ve kusmalardan, halsizlikten.

**Öz geçmişi:** Mühim bir hastalık geçirdiğini hatırlamıyor. Evli, 5 i erkek, 3 ü kız olmak üzere hepsi sıhhatte 8 çocuk doğurmuş. Soy geçmişi: Annesi, babası bilmediği hastalıklardan ölmüşler. Ailede mühim hastalık geçiren mevcut değil. Muayene: Ateş 36,9. Sindirim sistemi: Dil pashı, dişlerde protez mevcut. Ağız mucozası normal. Epigastre ve her iki hypocondre bölgeleri palpationla hassas. Diğer sistemlerde patolojik bulgu elde edilemedi. İlk nazardaki belirtilere ve anamneze nazaran endojen bir gastrit tablosu karşısında bulunduğumuz ve her iki hypocondre'daki hassasiyet ile yaş durumuna göre premenopoz ile ilgili bir gastrit hali düşünöldü. Âdetleri sorulduğunda, hastanın geriliği yüzünden esaslı bir malûmat alınamadı. Yalnız ısrarımız neticesi müphem olarak 2-3 aydanberi âdetlerini görmediği sonucu elde edildi. Menopoz teşevvüşü nazarı itibara alınarak hastaya günde 4 tablet Bellergal, haftada 2 defa amp. Corluton (5 er mg. lik) im. injeksionu ve rejim tatbik edildi. Bir haftalık tedavi süresinde hastanın şikâyetlerinde azalma göröldü ise de tamamiyle bertaraf olmadı. Bu vaziyet karşısında son şüpheyi, yani gebelik ihtimalini nazarı itibara almak icab etti. Bu sebeple hastaya günde bir defa olmak üzere Prostigmine «Roche» 5 ccm. lik ampul-şişe solüsyonundan 2 şer dizyem 3 gün zerk edildi. Bu müddet hitamında hastanın âdet görmediğini bildirmesi üzerine gebe olduğut kanaati kuvvetlenmekle beraber rejime devam kendisine bildirildi. Gebe olduğutunu red edenlere rağmen hasta 18.9.950 de güç bir doğumdan sonra bir erkek çocuk dünyaya getirdi. Halen hasta ve 21 günlük çocuğu sağ ve sıhhattedir. Bilâhare yaptığımız soruşturmada kocasının 1950 Ocak sonlarında ilçeye iki gün izinle gelmiş olduğut tespit edildi.

**Dr. Lemi Ocaklılar.**

**Lingual tiroid ve teşhisinde radioaktif iod:**

(James M. Timmons, John R. Timmons, Annals of surgery, Vol. 133, No. 1, 1951) Hunt 1866 da dilin arka kısmında bir tümöre işaret etmiş ise de bunun natürünü bilmiyordu. Bu sebepten lingual tiroidi ilk olarak 1869 da Hickman'ın ortaya çıkardığı kabul olunur. Zamanımızın en kıymetli teşhis vasıtası olan biyopsi, lingual tiroitte infeksiyon, nekroz, uzun süren iltihabî reaksiyonlara sebep oluyor. Bu, müdahaleyi imkânsız kılar. Veya hiç olmazsa geciktirir. Basit, kolloit lingual guatr iod preparatları ile küçölür. Fakat bu teşhisi kolaylaştırmaz. Lingual guatrın sebep olduğut arızaların tedavisi ağız yolu ile cerrahî eksiziyona inhisar etmektedir. Elektrokoagülasyon, röntgen, radyum tedavisi yapanlar da vardır. İyi anestezi ve ekartıman, daha evvelden konulmuş dikişlerle hemorajı iyi kontrol edilmek suretiyle eksiziyon tatmin edici netice verir. Eksiziyondan sonra mühim bir ihtilâtle, tiroit ensüfizansı ile (miksödem) karşılaşmak ihtimali pek fazladır (65-70%). Lingual tiroitli kimselerin 70% inde boyunda, normal

yerinde tiroit nesçi bulunmaz. Yalnız palpasyonla boyunda tiroit mevcudiyetini tayin zor bir iştir. Smith lingual tiroit nodülünü çıkarmadan evvel boyunda eksploratris bir ameliyatla tiroidin bulunup bulunmadığının tesbitini tavsiye eder. Boyunda tiroit nesçi yoksa ameliyattan vazgeçmeli veya sübtotale rezeksiyonla iktifa etmelidir. Çıkarılan tiroit nodülünün rectus facia'sı altına transplantasyonu da müessir bir metot değildir. Tiroidin cesametinin teneffüse, konuşmağa, yutmağa mani oluşu, kanama ve dejenerasyon halleri hariç miksedem tehlikesi cerrahları ameliyattan vazgeçmeğe mecbur etmektedir. Dilin arkasında bir tümör mevcudiyeti karşısında ameliyat endikasyonu için aşağıdaki üç suale cevap vermek lâzımdır.

1 - Bu tümör aberan tiroit nesçi midir? 2 - Normal pretrakeal bölgede tiroit nesçi var mıdır? 3 - Lingual tiroit, ekstirpasyon için kâfi derecede şikâyetlere sebep olmuş mudur? Bu suallere cevap vermek için biyopsi metodunun mahzurlarını bildiğimizden, radyoaktif iod kullanmağa düşündük. Tiroit fiziyojisinde radyoaktif iodu endikatör olarak ilk kullanan Hertz (1937) dir. Verilen izotopun 80% inin tiroit guddesi tarafından tutulduğunu tesbit etmiştir. İnsanlarda, normal şahıslarda ve muhtelif pretrakeal guatrlılarda radyoaktif iod tecrübesini Geiger-Müller aparatı ile ik olarak tetkik eden Hamilton ve Soley'dir. Daha sonraları tiroit guddesinin muhtelif patolojik şartlarında izotopun idrarla itrahının da ayrı ayrı olduğu anlaşılmıştır. Böylece Geiger-Müller aparatı yardımı ile ve idrarda izotopun itrah şeklinin tayini ile tiroit nesçi mevcudiyetini tesbit ve bu nesçin normal veya anormal olduğunu tayin etmek imkân dahiline girmiş oluyor. Lingual tiroitli iki vak'ada bu metot kullanılmıştır. Bir vak'ada dil, çene, boyun, el, saitte izotop aranmış ve aparat maksimum adedi dilde göstermiştir. Boyunda pek az göstermiştir. Bu suretle biyopsiye lüzum kalmadan dildeki tümörün tiroit nesçi olduğu, eksploratris ameliyata lüzum kalmadan da boyunda normal yerinde tiroit nesçi bulunmadığı anlaşılmıştır. Bunun üzerine hastanın şikâyetleri fazla olmadığından ve pretrakeal bölgede de tiroit bulunmadığından tıbbî tedavi ile idare edilmiş, eksizyon yapılmamıştır. İkinci vak'ada aynı radyoaktif iod tecrübesinde aparat dilde ve boyunda pretrakeal bölgede yüksek rakkamlar göstermiş, burada dildeki tiroitten başka ayrıca normal yerinde de tiroit nesçi olduğu anlaşılmıştır. Fakat hastanın lingual tiroitten hiç bir şikâyeti olmadığı için yine müdahale edilmemiştir. Şikâyete sebep olsa idi ve müdahale edilse idi pretrakeal bölgede tiroit nesçi bulunduğundan lingual tiroidin eksizyonundan sonra ensüfizans tehlikesi mevzuu bahis olmayacaktı.

**Fonksiyon halinde struma ovarii:** (Jack F. Fox, Kenneth W. Clement, Annals of surgery, vol. 133, No. 2, şubat 1951.) Tiroit nescini ihtiva eden over teratomu ilk defa Boettlin (1889) tarafından neşredilmiştir. Tiroit nesci teratomun büyük bir kısmını işgal ettiği takdirde struma ovarii tâbiri

yerinde kullanılmış olur. Literatürden toplanan 152 struma ovarii vak'asından 50% i teratom veya dermoit kistlerle birlikte 31% i psödomüsinöz kistlerle, 17% i saf tiroit, 2% i muhtelifdir. Struma ovarii'nin 85% i seksüel faaliyet devresinde görülür (Smith, Sailer). Menopozda pek rastlanmaz. Takdim edilen struma ovarii vak'asının menopozda oluşu ve birlikte hipertiroidi arazları bulunuşu bilhassa enteresandır. İki aydır vajinal kanama ve kuvvetsizlikten müşteki 65 yaşında bir kadında tuşe ile sol adnekte 5.6 sm. ebadında bir tümör bulundu. Nabız adedi 110-140 dır. E.K.G. da oriküler fibrilasyon tesbit olundu. Kalpte hipertrofi yoktur. Oriküler fibrilasyon ve nabızın süratli oluşu hipertiroidiyi ve bazal metabolizma tayinini düşündürdü ise de kalp durumu müsait olduğundan gecikmeden müdahale edildi. Yaşlı hastada maliniyete ihtimali gözönünde tutularak histerektomi, sol overdeki turuncu-sarı tümörle birlikte her iki tarafta salpingo-oophorectomie ve apandektomi yapıldı. Ameliyattan sonra ölçülen bazal metabolizma (+44) dir. Oriküler fibrilasyon için dijitalin verildi. Nabız 140 dan 88 e düştü ve bir daha oriküler fibrilasyon görülmedi. Tekrar yapılan bazal metabolizma (+9) bulundu.

**Patolojik anatomi:** Tümör tiroit nescinden ve az miktarda over nescinden müteşekkildir. Ameliyattan 18 gün sonra ağızdan radioaktif iod verildi. Geiger aparatı ile batında radioaktif iod tesbit edilemedi. Boyundaki miktar ve idrarda itrah şekli normal bulundu. Bundan anlaşılıyor ki, hastadaki hipertiroidin sebebi radioaktif iod tecrübesinin de isbat ettiği gibi boyundaki tiroit guddesi değil, struma ovarii'dir.

**Süpüratif Strumitis tifoza:** (Addison G. Brenizer Jr., Annals of surgery, vol. 133, No. 2, şubat 1951). Salmonella tifoza bağlı süpüratif tiroidit nadirdir. Avrupa ve Amerika literatüründe kültürü yapılmış, bakteriyolojik olarak tesbit edilmiş ancak 25 süpüratif tiroidit vak'ası vardır. Son 50 senede tifo intanı fevkalâde azalmıştır. Charlotte N. C. gibi 130,000 nüfuslu bir şehirde 1945 denberi 4 vak'a rapor edilmiştir. Bakteriyolojik olarak tesbit edilmiş tifoid abse adedini azlığı ve tifo intanının da gittikçe nadirleşmesi dolayısıyla böyle vak'aların neşri enteresandır. 69 yaşında bir kadın, 19 senedir boynunda fistül var. 24 yıl evvel (1926) geçirdiği tifodan 5 sene sonra (1931) sol tiroit lobunda ağırlı bir kitle teşekkül ediyor. Biyopsi kanser olmadığını göstermesine rağmen radyoterapi yapılıyor. Bunun üzerine kitle süpüre ediyor. Drenaj için iki def'a şak ediliyor. Fistül teşekkül ediyor. 1939 ve 1949 da yapılan kürtajlardan sonra fistül yine kapanmıyor. Son muayenesinde (1950) sol sternoklaviküler mafsallı üstünde iki fistül ve bir kitle bulundu. Grafide kitlenin içinde iki santim kutruna kalsifiye bir kısım ve trakeanın sağa itildiği tesbit olundu. Fistül cehatinde mantar, asidorezastan basil bulunamadı. Kültüründe tifo basilleri üredi. Kan serumunda tifo H 1/320 ve tifo O 1/80 aglütinasyon müsbet), gaita, idrarda tifo kültürü (menfi), kolesistografi



normaldir. 4 gün penicillin ve ağızdan günde 3 gr. chloromycetin ile akıntı azaldı. İfrazdan yapılan kültürde tifo basili üremedi. Ameliyatla fistül ve sol tiroit lobu ekstirpe olundu. Histolojik muayene-nede tiroit nesci ve iltihabî infiltrasyondan başka bir şey bulunamadı. Piyesin kalsifiye kısmın-dan yapılan kültürde saf tifo basilleri üredi. A-meliyattan 15 gün sonra hasta şifa ile çıkarıldı. Bu hastada tifo intanından 24 sene sonra fistülün sü-püratif strumitis tifosa'ya bağlı olduğu teşhisi ko-nabilmıştır. İntan ile (1926) strumitin başlaması (1931) arasında 5 sene geçmiştir. Hakikaten tifo basilleri kâfi derece rütubet bulunursa, aylarca, senelerce yaşayabilir. Meselâ safra kesesinde in-feksiyondan 17-25 sene sonra bile tifo basilleri bulunabilmıştır. Tifoit periostit, osteomyelit, spl-enik abse hât safhadan senelerce sonra da zuhur edebilir. Tifo basilleri strumanın kistleri içinde yerleşir ve abse yaparsa basit drenaj şakki teda-viye kâfi gelmiyor, fistül bırakıyor. Means «fis-tüllü tiroit kisti ampiyemi» tâbirini kullanır. Vak'amızda ekstirpe edilen parçadan yapılan kül-türde tifo basilleri ürediğinden chloromycetin ile kistin sterilize edilemeyeceği anlaşılıyor. Bu sebeplerden dolayı en emin tedavi metodu ekstir-pasyondur.

**Ülser peptik jejünal de vagotomi:** (Graham Knox, John P. West, Annals of Surgery, vol. 133, No. 2, şubat 1951). Dragsted ve Owens (1943) in vagotomisi ile peptik ülserin şifa bulduğu bir ha-kikattir. Fakat mide boşalmasında zorluk ve ül-ser nüksü gibi mahzurları vardır. Vagotomi-tomi bilhassa ülser peptik jejünallerde tatbik edil-mektedir. Ülser peptik jejünalde yaptığımız se-konder rezeksiyonlar iyi netice vermediğinden, biz de 10 vak'ada vagotomiyi tecrübe ettik. Has-taların hepsi erkektir. 6 sında rezeksiyondan son-ra teşekkül etmiş ve bu 6 vak'anın 4 ünde sekonder rezeksiyona rağmen nüksetmiştir. Diğer 4 has-tada da ülser peptik jejünal gastroanterostomiden sonra meydana gelmiştir. Vagotomiden sonra in-sülin testi ile yapıla ntecrübelerde serbest asit bu-lunmadı. Bu, vagotominin tam yapıldığına delâlet eder. 9 hastada neticeler fevkalâdedir. Ağrı ame-liyatı müteakip derhal sükûnet buldu. Yalnız bir vak'ada iyi netice vermemiştir. Ülser nüksetmiş veyahut da mevcut ülser şifa bulmamıştır. Ameli-yattan 3 hafta sonra 7 hasta da yapılan röntgen kontrolunda jejünal ülser tamamen teneddüp et-miş veya aşikâr surette küçülmüş bulundu. 2 has-tada 6 hafta sonra grafide ülser tamamen şifa bul-muştu. 3 hasta 3 sene, 2 si 2,5 sene, 3 ü 2 sene, 2 si de 1,5 sene takip edilmiştir. Hepsinin iştahı iyi-dir. Kilo almış ve işlerine tam faaliyetle başlamış-lardır. 13-24 ay sonra yapılan insülin testleri yine menfidir. İyi netice alınmayan tek hastada 6 ay sonra insülin testi müsbet bulundu (vagotomi tam değil). Ülser şikâyetleri devam ediyordu. Fakat tekrar ameliyat istemiyordu.

Dr. Necati P. Bilger

**Mide kanserinin teşhis ve tedavisindeki hatalar:** (Medecine et Hygiene; 1/2/951 No. 187. S. 40)

Klâsik olarak mide kanserli hastalar ancak lezyonların ilerlemiş devrinde müracaat ettikleri malûmdur. Erken bir devrede teşhis imkânsızlığı cerrahlara kötümser bir vaziyet aldirmektedir. Bütün memleketlerde hattâ hekimlik bakımından en ilerlemiş olanlarda bile kanser, tedavi imkân-larından kaçmakta ve ancak vak'aların %10 - 20 si bir gastrektomiye tâbi tutulabilmektedir. Dr. R. Gutmann'ın (Sem. Hôp. 1951, No: 4, S. 166) da in-tişar eden ve mide kanserinin iyi tetkik edilmiş bir etüdünde hastalık başlangıcının gösterdiği muhtelif manzaraları üzerinde ısrar etmektedir. Hastalık başlangıç devrelerinin çok uzun (2-3 hattâ fazla seneler) sürebileceğini akla koymak gerektiğini bildirmektedir. Müellif harpten evvel küçük fakat şüpheli olmayan radyolojik bulgular-la mide kanserini başlangıçta teşhis etmiştir. Bu hastalar 4-5 sene sonra henüz mükö devrede mi-de kanserinden ameliyat olmuşlardır. Daha bir çok ecnebi müellifler, buna benzer müşahedeler neşretmişlerdir ki, bu da mide kanserinin çok uzun sürdüğünü ispat etmektedir. Mide kanseri-nin aylar ve senelerce bilinmez bir halde kaldığı-nı kabul edince sebebini araştırmak gerekmektedir.

1) Kanserinin rolü: Lezyonlar ancak mühim bir dereceye varduktan sonra mevcudiyetleri klinik olarak anlaşılan kanserlerin bulunduğu inkâr olu-namaz. Hastanın dikkatli isticvabı ekser vak'a-larda ihmal edilmiş, ağrı (bazen hafif bazen çok şiddetli ve devri) kusma hikâyeleri mevcut, ba-zen ise uzun zaman süren zayıflama, iştahsızlık bulunur ki muhtasar bir isticvap bunlara kıymet vermez. Zira hasta ve hekim için mühim olan son ayların teşevvüsleridir.

2) Hastanın rolü: Bazen ise kabahat doğru-dan doğruya hastaya aittir. Zira zayıflama, kramplar ve hazım teşevvüsleri için hekime mü-racaati ihmal eder. Bunlara teşhis konduktan sonra ameliyat teklif olunupta kabul etmeyenleri de ilâve etmek lâzımdır.

Hakikatte bunlar oldukça nadirdir.

3) Hekimin rolü: Bu grupta şayanı teessür bir grup hastaların hikâyeleri vardır. Hekimin ha-tası başlıca olarak hazım teşevvüsâtından şikâyet eden hastayı radyografi ettirmemektir. Ekseriya hekim hastaya lüzumsuz masraf ettirmemek gaye-sile ve hastanın menfaatine olarak bundan sarfı nazar ettiği malûmdur. Gastro-enterologie konsül-tasyonlarında müellif pek çok seneler bu gibi has-taların radyolojik muayenesiz tedavi edilmekte olduklarını, müşahede etmektedir. Müsekkin toz-lar, stenoza karşı korseler, kaplıca tedavileri ha-kiki bir teşhis yerine geçmektedir. Bundan başka şüpheli bir lezyon görüpte bunu adi bir ülser ola-rak kabul eden ve hastasını radyolojik kontrole tâbi tutmadan tedavisini takip ederek klinik sa-lâh ve şifasına güvenirse bu hekime hususî bir mesuliyet terettüp eder. Bir mide kanserlisinde ağrıların sükûnet bulması hattâ kilo almasının hiç bir kıymeti yoktur. Bazen pek hususî radyo-lojik manzaralar dışında şifa ancak ülser imajının kaybolması ile aksi halde yani imajın sebatı veya

artması ameliyatı icap ettirir.

4) Radyolojinin rolü: Radyoloğun mesuliyeti fecidir. Erbab olmayan bir hekime menfi bir teşhis yollarsa hasta mahvolmuş demektir. Dosyalarını tetkik eden Gutmann hemen hemen vekayinin yarısında teşhis konulması mümkün iken radyolojik olarak konmamış olduğunu görmektedir. Mide kanserinin erken teşhisini yapabilmek için bazı teknik kaideler elzemdir. Evvelâ iyi klişeler çekilmelidir. Yalnızca ayakta ve az doldurulmuş tazyikle ve plilerin tetkikini gerektirecek şekilde yapılmış radyografi metodu ile kanseri başlangıçta teşhis için aldatmayan bir usuldür. Yalnızca radyoskopi kanseri başlangıçta keşfe imkân vermez. Midenin bilhassa orizontal kısmı için ayrıca seri halinde vantral dekübitüs'de ve fazla baritle doldurulmuş midelerin modern teknik ile alınmış klişeleri gerekir. Bu şekilde bulbus antrumunu örtmez, ve aynı zamanda duodenumun inen kısmından da ayrılmış olur.

5) Gastroskopinin rolü: Gastroskopi basit bir muayene usulüdür. Bakınca lezyon görülür ve teşhis yapılır. Bir çok hekimler buna çok kıymet verir. Hattâ Avrupa ve Amerikanın bir çok müellifleri gastroskopiye radyoloji kadar; hattâ bazıları daha fazla ehemmiyet verirler. R. Gutmann'a göre ise gastroskopi lezyon olan yerde görmez olmayan yerde görür veya gördüğü zaman ufak lezyonlarda bunun benign veya malign olduğunu kestiremez. Müellif yirmi senedenberi en iyi gastroskopistler vasıtasile pek çok muayeneler yaptırdığını bildirmektedir. Kanser başlangıçta, bu muayene usulile hiç bir vakit teşhis için değer taşıyan bir element vermediğini bildirmektedir. Yine müellif gastroskopi ile müspet radyoloji ile menfi bir teşhis alınan hastaya hiç bir zaman ameliyat yaptırmamıştır. O dereceye kadar bu muayene usulüne kıymet vermemektedir ki, bir lezyonun benign ve malign olduğunu takdir etmek için gastroskop tüpünü kullanmaktan ise yazı mı tura mı diye düşünmek daha doğru olur diyor. Netice olarak R. Gutmann'a göre kanser evolüsyonu seyrinde hiç bir şey değiştirmek mümkün değildir. Hakikaten latent olan vak'alarda bir teşhis testinin yakında bulunmasını ümit etmelidir. Antikanserö cemiyetlerin vesaitleriyle propagandalarını da hesaba katmalıdır. Yalnızca ilerlemiş kanser alâmetlerini hastalara öğretmekle kalmamalı aynı zamanda bunları, kanser başlangıcındaki teşevvüşler hakkında da tenvir etmelidir.

**Podophyllin ile deri kanserinin tedavisi:** Bu işle meşgul olan Jullivan huile mineral içerisinde Podophylline'nin % 25 nispetindeki süspaniyonunu kullanıyor. Tatbik olunan pansumanlar haftada iki ve üç ayda 50 aplikasyon suretindedir. Tümörler on günden üç aya kadar zamanda vasatı olarak da 49 günde iyi olmuştur.

**Diensefalo-hypofizer menşeli Basedow sendromları:** (L. de Gennes, H. Bricaire, I. Benzecry ve Y. Villiaume, Presse Médicale No. 3, 1951). İç ifraz guddelerinden iptidai olarak guddede hemen daima lezyon olmadan hiperfonksiyon gösteren Ba-

sedow sendromu belki yegâne olanıdır. Bazı lokalize adenom tyroidiyen, kanser vak'aları istisna edilirse Basedovien sendromların ekserisi hipofizer menşeli tireostimülünün fazla miktarda toplanması neticesi hiperfonksiyon tiroidiyenden ileri gelmektedir. İnsan ve köpeklere tecrübî olarak büyük miktarda tiroit hülâsaları veya tiroksin zerk edilmek suretile taşikardi, zayıflama, titreme metabolizma yükselmesi gibi tezahürat tevhit edilmesine rağmen ne de ekzoftalmi gibi doğrudan doğruya tireostimüline bağlı olan tezahüratı meydana getirememektedir. Yani bu suretle tecrübî basedow temin edilemiyor. Bilâkis bu gün az çok izole şekilde temin edilebilen tireostimülünün yüksek dozda zerki basedow hastalığının müessir sebebi olarak sistem diensefalo-hipofizerin rolünü tebarüz ettiren yedi müşahede zikrederek yazılarını şu şekilde hülâsa etmektedirler: Klinik opservasyonlar gibi fizyolojik etüdlere de bu gün basedow hastalığı etyolojisinde iki safhayı dikkatli bir şekilde ayırmaya imkân vermektedir. Birinci safha diensefalo-hipofizer olup stimülüsün mebedidir ve tirotrop hormonun meydana gelmesine yardım ile pek hususî riske'ler doğurur. İkinci safha ise tiroidiyen safha olup ekseriya birincinin neticesidir. Fakat muayyen bir hipertireoz devrinden sonra kendi kendine tekâmüle devam edebilir. Bu iki safha ve daha doğru bir tâbirle bu iki etyolojik kutuptan biri diğerine takaddüm ederek klinik tezahüratı bakımından birbirinden çok farklı âraz ve klinik şekiller meydana getirebilirler. Bu iki safha ve bu eşkâle göre de hastanın tedavisinde takip edilmesi gereken birbirinden çok farklı iki şema meydana çıkmaktadır.

**Kalb dekompanasyonlarının vena cava inferior ligatürleriyle tedavisi:** (E. Donzelot; F. d'Alaines. R. Hein de Balsac v.s., Le Monde Médicale No. 967, 1951) Böbrek venalarının altında olmak üzere yapılan vena cava inferior ligatürü medikal tedavinin netice vermediği dekompanse kardiyopati hastalarda bugünkü günde teklif edilip yapılabilecek en iyi palyatif cerrahî müdahaledir. Müellifler; vena cava inferiorun güç batın ameliyatı esnasında 1880-1900 senelerinde arıza neticesinde mecburî bağlanması ile başlanmış olan bu ameliyatların tarihçesi, fizyolojik düşünceler, endikasyon, kontrendikasyonları, ameliyattan evvel hazırlama, anestezi mevzuunu, müdahaleyi, icabı hale göre reanimasyon ihtilâtlar ve ameliyat sonrası bakımı ile neticelerini mufassalan gözden geçirdikten sonra edindikleri kanaati aşağıdaki şekilde hülâsa etmektedirler. Mitral kardiyopati-lerle arteryel kardiyopatilerde vena cava inferiorun ligatürü tamamen palyatif bir ameliyat olmakla beraber aşikâr salâh hattâ ileri dispneli olup ilâç tedavilerine imkân olmayarak yatalak bir halde ve morfine terk edilmiş hastalarda vasıf ve devam itibarile hayret verici bazı neticeler vermektedir. Bu müdahale endikasyonunu koymak için tamamen ilâca yani tıbbî tedaviye hiç cevap vermeyecek bir safhaya hastanın girmesi-

ni beklememelidir. Mamafi bu safhada bile tecrübe olunabilir. Ancak ameliyat riski artmış olmaktadır. Yeni kardiovasküler dekompanasyon puşesi gösteren hastalar düzelir düzelmez ve yatak istirahati ile ve ilaç tedavisinden fayda gördükleri bir safhada bu müdahaleyi teklif etmeli ve bu arada etraf süfliyyede görülebilecek ihtilâtlar ile takip etmeleri gereken sıhhi şeraiti kendilerine bildirmelidir.

**Müzmin rumatizmal poliartrit tedavisi. üzerine mülahazalar:** (Georges Bickel, Presse Médical No. 4, 1951) Hench ve Kendall in Sürenal kortikoidlerinin poliartrit rumatizmal üzerine kuvvetli tesirini keşfetmeleri münasebetile müellif; Charcot'un müzmin rumatizmaya en müessir tedavi metotlarını gözden geçirmektedir. Ehemmiyetle nazara alınması gerekenler bunlardır. Mutedil ekzersizlerle kombine ettirilen istirahat fizyoterapi, ve bunun en müessir elemanı da mevzii hareketlerdir. Muhtelif ortopedik manipülasyonlar, analjezikler, bilhassa yüksek doz aspirin kan transfüzyonları, emlâh, vitaminler ve proteinden zengin gıda tatbiki ve nihayet altın mürekkebatı tedavisi. Bu gün henüz tehlikeli ve bir çok müelliflerce de tesirsiz denilen altın tedavisi, kronik poliartrit rumatizmalin, müellifce yegâne tedavi vasıtasını teşkil etmektedir. Tehlike ve mahzurları ekseriya mübalagalandırılmıştır. Devamlı ve hakiki muvaffakiyet elde edilebilmek için erken hattâ imkân olursa hastalığın ilk altı ayında başlanmalıdır. Bu şeraitte yalnız uzun süren remisyonlardan başka hastaların kabili takdir nispetlerinde şifalar bile elde edilebilir. Kortikosteroidlerle hormonal tedavi altın mürekkebatı tedavisine nazaran ilk tesirleri daha parlak ve iyi olmasına rağmen ancak yalnızca semptomatik bir kıymet taşımakta oldukları görülmektedir. Bununla beraber bu tedavi usulü diğer tedavi usullerile ve bilhassa altın tedavisile teşrik edildiği takdirde rumatizmal artrit tedavi nispetini ehemmiyetli bir derecede arttıracığı ümidini vermektedir.

**Mediyastinal tümörlerin taksimi:** P. Desaire ve A. Dumont'un 11 Haziran 1949 da Liège'de toplanan Belçika Cerrahi Cemiyetinde bildirilen rapordan hulasadır.

- A - Kronik enflamatuvar lezyonlar :
- Mediyastinit (Sy. Tbc. aktinomikoz).
  - Tüberküloz,
  - Paraziter kistler,
  - Trombozlar.
- B - Ekstra mediastinal menşeli tümörler:
- Tiroidiyen tümörler
 

	bening
	malign
  - Direkt kanser istilâsı:
    - 1 - Anterior
 

	Superior
	inferior
    - 2 - Posterior
    - 3 - Diafragma altı.
  - Pankost tümörleri,
  - Heuer tümörleri (kum saati şeklinde; perimedüller ensice).

- Mediasten kanser metastazı :
  - 1 - İntratorasik ve torakolateral tümörler.
  - 2 - Ekstratorasik,
  - 3 - Koryal veya tiroidiyen menşeli selim denen tümörler.

C - Entrensek mediastinal tümörler :

- Timüs tümörleri:
  - 1 - Selim (hipertrofi; hipertimi, hiperplazi, timom)
  - 2 - Habis (habis timom),
- Paratiroidiyen tümörler :
  - 1 - Selim (adenom).
  - 2 - Habis (kanser)
- Ambriyomlar:
  - 1 - Heteroplastik disambriyomlar
 

	teratom (tridermik)
	kist dermoid (iki)
	monodermik
  - 2 - Homoplastik disambriyomlar :
 

Nörojen tümörler	
Bronkojen kist	
Hamartomlar	
Osofago-gastro-anterojen kistler	
Ekstra perikardik kist (mezodermik menşeli)	
Lenfanjiyom	
Fibrom	
Lipom	
Mikzom, miyom, kondrom	
	ve sarkomları
Yağ, adale, osteokartilaj, mükö doku tümörleri	
Ksantomlar.	

d - Serözler tümörleri:

- 1 - Perikard tümörleri
- 2 - Plevra tümörleri.

D - Lenfoid, miyeloid, retikuloendotelyal âfetlerin mediastinal lokalizasyonları :

- Neoplazmlar :
 

Miyelosarkom, lenfosarkom, retikulohistiositom.
---
- Granülom :
 

Hogkins hastalığı, Besnier hastalığı, Brill-Symmers hastalığı.
--

**Mediasten tümörlerin teşhisi:** Mediasten bölgesi anatomik durumu ile münasebetli olarak mediasten tümörlerinin semptomatolojisi: (Semptom mediastinal anterior, posterior, inferior olarak mütalâa edilecek).

A — Semptom mediastinal anterior:

1 - Retrosternal ağrılar; lezyonun bulunduğu yere kadar İntişar eden interkostal sinir mintakalarına yayılır.

2 - İnterkostal ve mamer intern venalarının kompresyonundan dolayı kollateral vena sirkülasyonu.

3 - Kondrosternal bölgenin az çok görülebilen deformasyonu.

4 - Radiolojik muayenede: a - Sternokostal tavanın iç yüzünde arkaya doğru büyüyen bir tümör (kondrom sternal gibi). b - Herhangi bir uzuvdan başlayan, öne doğru istikamette büyüyen bir tümör (aort kavsi anevrizması gibi).

B — Sendrom mediastinal posterior: Bu sendromun tezahüratı, tümörün hacmi ve işgal ettiği kata göre değişir. İntraplöral posteriorde mevcut viserler, damarlar ve sinirlere göre değişir.

1 - Trakeanın kompresyonu, retrosternal üst kısım çıkıntısı, kuru sert sık ve mukoid balgamlı

öksürük. Basit opresyon, dispine, kornaj, tiraj, siyanoz, radiolojik imajda uzvun deplasmanlı veya deplasmanlı stenozu.

2 - Bronşların kompresyonu; retro veya laterosternal ağrılar (omuz ve sırtta lokalize veya intişar eden) kuru ve koklüşe benzeyen öksürük ve bazan hemoptizi, muvafık tarafta teneffüsün azalması mahdut olur. Dispine d'efor, atelektazi pulmonerin klinik ve radiolojik tezahürü, bronkoskopi ve lipiodol muayenesinde tespit olunan stenoz bronşik.

3 - Özofagus kompresyonu: Az çok aşikâr disfaji, özofagoskopide veya grafide tam veya kısmi stenoz.

4 - Nervöz kompresyon: a - Pleksüs brakialis kompresyonu mediastino- servikal bir tümörden), üst tarafta ve klaviküler bölgede ağrılar, bazan adale domeninde paralizi veya parezi. b - İnterkostal sinirler hizasında, çok şiddetli, paroksistik arkadan vurucu (koluma vertebralis) veya anterior evsafa (sternum kenarlarında) ağrı hissolunur. c - Frenik sinir, hususî vallex noktalarıyla nevrit veya tam parezi ile muvafık diyafragma daimî yüksekliği. d - Vagus eksitasyon arazi (ağrılar, angor pektoris akseleri, koklüsoid öksürük, dispine, nabzın battati, spazmodik disfaji, gastro-entero-renal aksidanlar; kusma, diare, poliüri, paralizi semptomları; taşikardi, hicret, palpasyon. e - Reküran (bilhassa sol) eksitasyon devresinde glot spazmı, paralizi safhasında ise; iki taraflı ise afoni, bir taraflı ise, bitonal ses, suffokasyon aksesi. f - Sempatik; eksitasyonunda: hippus ve midriazis, az çok aşikâr Bazdow, mukabil taraf yüzde vazokonstriksiyon, taşikardi ve okülokardiyak refleks modifikasyonu, paralizide: mukabil vazodilatasyon (ekzoftalmi, miyozis (Claude Bernard Horner), bradikardi. g - Kalp sinirleri; aritmi, kan tazyikinin tahavvülü gibi halter görülür.

5 - Damarlar kompresyonu: arterlerin kompresyonu (nadirdir, zira arteryalar tazyike çok mukavimdirler), Arter pulmoner kompresyonu: (kalp sol kenarının radiolojik muayenede ektazisi; fremisman kater ve sistolik sufl). Arter bronşik; (enfarktüs, nekroz ve akciğer gangreni). Aort ve şubeleri; (sistolik sufl, karotidiyen ve radial pulzasyonlarında asenkronizm ve intizamsızlıkları, Kusmaull parodoksal nabzı). Vena kompresyonları: (akciğer pasif konjestionu, hidrotoraks, hemoptizi). Vena cava superior; (başlangıçta basit pasif staz-sefale, vertij, kulak çınlaması, burun kanaması, menenje hemorajiler, Jacksonien epilepsi ve muvakkat ziyai şuur. Daha sonra yüzde şişme ve ödem - bidayette geçici ve bilhassa sabahları, sonraları, daimî - ödem gibi tekâmül eden siyanoz. Bu vena kompresyonunun en mühim ve aşikâr alâmet ve neticelerinden biri de sendrom mediastinalde kompansasyon için teessüs eden kollateral deverandır. Vena kavanın tıkanma sahasına göre bu kollateral teşekkülü de değişir. Büyük azigosun döküldüğü yerin üst veya altında daralma olması ise o zaman kollateral sirkülasyon göğsün

üst-ön kısmına inhisar eder, bilâkis büyük azigosun döküldüğü hizada tazyik husule gelmiş ise o zaman bütün gövdede ve anterior abdominal parvada teessüs eder. Bu şekil ilk şekilden her zaman fazla görülür. Netice olarak denilebilir ki; vena kava süperiyorun tıkanması mediastinal bir kanserin hemen hemen patognomonik alâmetidir. Bronşio-sefalik vena tronküsü: bir taraflı tazyike uğrarsa anterior jugulerler, mamaria interna, torasik inferior ve aksillaris sayesinde muvafık hemitoraks üst kısımda kompansatris flebektaziler olur. İki taraflı kompresyonda ise yukarıda zikrolunan cava-azygos kompresyonunun aynı durum teessüs eder. Her iki halde hidrotoraks olabilir.

Büyük azygos venası kompresyonu: dorso - lomber ağrılar, interkostal raşidiyen venalarda pasif staz, hidrotoraks ve hemoptizi olur. Lenfatik kompresyonu: Kanal torasik kompresyonu, thoraco-cervical ödemin meydana gelmesini hazırlar ve silotoraks dahi husule gelebilir.

C - Sendrom mediastinal inferior: Vena kava inferior tazyikine ait sendromdur. Ascite, hepatomegalie, etrafı süfliyede ödem, ve vena aksillarislere doğru giden, karın yan tarafları vena kollateralinin teşekkülü. Bu vena kompresyonu çok nadir olup mediyasteninin alt ve sağ taraf büyük ve derin tümörlerinde görülür.

**Mediyasten tümörlerinin radyoterapi ile diferansiyel diyagnozları:** 1 — Lenfo-myelo-retikulo grubu tümörleri (Lenfosarkom, selim timom, lenfomlar, lenfoid, myeloid lösemiler, myelosarkomlar, lenfadenomlar, seminom) gibi bazı tümör metastazları radyosansibldirler. Bu tümörlerin iki üç haftalık radyoterapisinde tam bir erime husule gelir.

2 — Retikuloandotelyomlar, habis lenfogranülomlar, retikulo andotelyoz (Besnier - Boeck - Schaumann hastalığı) gibi retikulo andotel sistem hastalıkları da radyosansibldirler. Test dozu verildikten sonra, iki hafta sonra tümörler %25, altı hafta sonra %50 ve üç ay sonra âfetler kaybolur.

3 — İptidai veya metastatik tümörler, andotelyomlar, koryoepitelyomlar, karsinom melanikler ve bir küçük kısım fuzoselüler ve polimorf sarkomların radyoterapisi esnasında, iki hafta geçtikten sonra bir değişme olmaz. Altı hafta sonra %20 derecesinde hafif bir gerileme, üç ay sonra yeni bir ilerleme görülür. Bu evsafa göre tümör cinsini teşhis kabil olur.

4 — Selim konjonktif tümörler, teratomlar, kistler, kondrosarkomlar ve ekser fibrosarkomlar üzerine radyoterapinin tesiri yoktur.

Bu arada bazı diyafragmatik hernie'ler, anevrizmalar, perikard divertikülleri de tümör zannedildikleri, ve radyoterapiye tâbi tutuldukları vak'alarda bu tedaviden hiç istifade etmedikleri aşikârdır. Bilhassa zikredilmesi icabeden bir cihet vardır ki; test tedavi (tecrübe tedavi dozu) bilâhare cerrahî müdahaleyi işkâl edecek hiçbir mevziî reaksiyon husule getirmediginden kontrendikasyonu yoktur.

**Mediastinal tümörlerin tedavisi:** Cerrahî radyolojik; radyolojik - şimiyoterapik kombine tedavidir.

A — Tedavi gayesiyle yapılan cerrahî müdahale: cerrahî istisal için;

1 - İntraplöral bölgede tümörün iyi bir lokalizasyonu gerekir.

2 - Bu bölgeye uygun bir ulaşma imkânı,

3 - Yakın (gangliyoner, pulmoner, plöral), uzak (bilhassa dimağ) metastazlarının bulunup bulunmayışı,

4 - Mücavir sinir ve damarlar ile tümör arasındaki serbestiyet nazarı itibara alınmalıdır. Bu şartlar aşağıda yazılı mediasten tümörlerinin ekserisinin müdahalesini tahdit eder.

a - Ekstramediyastinal başlangıçlı, intraplöral tümörler;

1 - Tiroidin plonjan selim tümörleri (maligne olanlarda henüz habasetleri klinikte belli olmadığı devrede).

2 - Toraks cidarının (ekseriya sarkomatö) tümörlerinin mediastinumunu istilâsı.

b - Mediasteninin entrensek tümörlerinde:

1 - Thymus tümörleri,

2 - Mediastinal paratiroidiyen tümörler,

3 - Ambriyomlar,

4 - Kistler,

5 - Selim konjonktivö tümörler.

6 - Nörojen tümörler (ki bunların maligne oluşları ekseriya postoperatuvâr muayene ile anlaşılır).

B — Palyatif gaye ile yapılan cerrahî tedavi: Bu tedavi tarzı hususiyle beş katagori vak'aya tatbik olunur.

1 - Serviko-mediastinal lenfanjiyomlar (büyük kısmı kabili istisal olup, torasik kısmı kısmen istisal ve kısmen sklerozan metodlarla bertaraf edilmek istenilen tümörler),

2 - Anteriör ve bilhassa posteriyör mediastinumdan istisal olunabilen maligne tümörler olup radyosansibl olmadıkları zaman König usulü bir mediastinotomiden istifade ederler.

3 - Serviko mediastinö kanserlerden asfeksiyan karakterliler olup ürjan trakeotomiye bile lüzumlu kılarlar.

4 - Çok büyük ve çok enfiltran olan ve ancak marsupyalize olabilen kistler.

5 - Heuer'in kum saati şeklindeki bazı tümörleri ki; serbestleştirmeğe matuf basit laminektomiye icabettirir.

C — Teşhis için yapılan cerrahî manevralar:

1 - Mediastinotomiler ve bilhassa eksploratris transplöral torakotomi (Botal kanalı anevrizması gibi bazı tümörlerin müsbet teşhisi veya diferansiyel teşhisleri için yapılır ve bu misalde olduğu gibi posteriyör projeksiyonda nadir görülen Cone pulmonaire vaziyeti).

2 - Göz kontrolü altında yapılan biyopsi (plöroskopik, radyoskopik) veya aspirasyon (bu usul dermoid kistte olduğu gibi bazı kere kat'i teşhise yardım eder) olup enfeksiyon veya intişara sebep de olur.

3 - Lipiodollü bronkografik basit müdahaleler, bronkoskopi, plöroskopi myelografi, torasik arteriografi ve nihayet retrosternal gommöz mahlüller (Rehn) zerki, Ringer mahlülü, (Poamo) zerki ve Abrodil (Von Pannewitz) zerki suretiyle mediastinografi yapılabilir.

D — Ağrı cerrahisi: Mediastinum tümörlerinin umumiyetle tevlit ettiği ağrılar çok şiddetlidir. Bunlar ekseriya analgique müdahaleleri icap ettirirler. 1 - Yan cidarlara yayılmış bazı plöroendotelyomlarında iki veya daha ziyade interkostal sinir kesilmesini icabettirir. 2 - Stellatumun istisali, frensektomi, radikotomi posteriyör, yukarı kısım kordotomi bile (Pancoast-Tolia'nın apikal sendromlarında) yapmak mecburiyeti hasıl olmaktadır.

E — Pronostiği müsait cerrahi eksezrezlerin endikasyonları maalesef çok nadir bulunmaktadır.

F — Radioterapi: Bundan istifade edenler; myeloid, lenfoid sarkomlar, selim timomlar, lösemik tümörler, lenfadenom alösemik, retiküloendotelyom, lenfogradulomotaz ve bazı retiküloendotelyozlar (Brill Simmers, Besnier, Boeck-Schaumann) gibi vak'alarda kabili tatbik ve istifade olur.

G — Radiyoterapi ve şimiyoterapi: Bu da radioterapiye yperite (nitrogen mustard) tedavisinin teşrihidir. Retikülohistiositom, Hodgkin Besnier-Boeck-Schaumann hastalığında faydalı olmaktadır.

H — Mediastinal tümörlerde radiyoterapi-den ileri gelebilen tehlikeler: 1 - Radiyoterapi şoku, yüksek ateş, ileri bir yorgunluk, ileri bir hipotansiyon ve kaşeksi, hattâ ölüme süratli olarak götürebilir. Bu hâdise tümörün desentegrasyonundan (tedavi esnasında) meydana çıkan maddelerin kitle halinde (güneş karşısında karın eridiği gibi; şua karşısında tümörü nerimesi) rezorbsiyonundan ileri gelir.

2 - Spazm larenje, pulmoner ödem, atelektazi löber (ani bronşik stenozda) görülebilir. Esasen mediasten kompresyonu varsa radiyoterapinin tevlit edeceği hiperemi tehlikeyi artırır.

3 - Ösöfagus, trakea veya bronş perforasyonu.

4 - Amboli (serbest bir tümör parçasının büyük bir venaya girmesi) ile, veya tromboz (radiyoterapi neticesi husule gelmiş polipeptidemiden eviye cidarının tedrici ülserasyonu neticesi) husule gelir,

5 - Çok eviye ile münasebetli bir tümörde tedavi esnasındaki parçalanma neticesi metastaz husulü küçümsenemez.

6 - Tüberkülozun uyanması,

7 - Tiroid, paratiroidler ve timüsün fonksiyonel alterasyonu,

8 - Miyokard lezyonu,

9 - Sternum gibi kan yapan kemik iliği merkezlerinin tagayyürü,

10 Skleroz pülmoner görülebilir.

Netice olarak: Mediastinum tümörü olup radiyoterapiye tâbi bir hastayı vahim bir hasta te-

lâkki etmelidir ve bu hastayı daimî olarak kan yapıcı ilâçlar ve transfüzyonlar, sürrenal ekstreleri gibi hipertansörler, kardiyorespiratuvar tonikler, tiroid hormonu, A, C, B<sub>1</sub>, B<sub>2</sub> vitaminleri yapılmalıdır.

**Mide lavajı ile alınan suyun sitolojik muayenesi ile mide kanseri teşhisi:** Jerome M. Swarts, A. Roques, A. Bernstein ve Y. Meyer. (Gastro-entérologie. t. 14, No. 2, Şubat 1950) Dört yüzden fazla mide âfeti şüphe olunan hasta muayene edilmiştir. Bunlardan sonda ile alınan mide mayii, mikroskop altında muayene olunmuştur. Bu tecrübelerin sonunda müellif, bu muayene usulünün kıymetini tâli bulmaktadır. Ancak bilhassa diğer muayenelerin menfi çıkmasına rağmen mide âfeti düşünülen vak'alarda kıymet kazanabilen bir usul olduğunu bildirmektedir. Sonradan kontrolleri yapılmış ve mide kanseri olduğu kat'î olarak tayin edilmiş 57 vak'ada menfi netice verdiğinden (%49 hatalı) güvenilir bir teşhis metodu değildir.

**Mide kanserinin erken teşhisi:** Davit State, David Gravis, T. B. Hubbard ve O. H. Wangenstein. (The Journ. of the Americ. Med. Assoc. V. 142, No. 15, 1950), Müellifler mide kanserinden ameliyathı hastaların beş seneden fazla yaşayanlarını, lenfatik gangliyonları istilâya uğramış (%5) veya uğramamış olduklarına (%60) göre ayırmaktadırlar. Mide kanserini erken teşhis gayesiyle aşikâr akloridri ve hipokloridri gösteren; 11 g. veya daha aşağı hemoglobın nispeti gösteren, occult melana, pernisiöz anemili veya mide kanseri antedanı olan bir aileden olan; bütün kimselerde sistematik olarak radyolojik muaye-

neler yapmışlardır. 3921 vak'a observe etmişler ve bunlardan 1949 adedinde mide kimyasını muayene etmişlerdir. Aşikâr akloridri veya hipokloridri gösteren 1450 vak'ada radyolojik muayeneler 38 mide polipi ve 8 kanser göstermiştir. İki vak'a kanserli olduğu halde röntgen ile tespit olunamamıştır. 8 kanser vak'asından 5 i henüz çok lokal ve metazassız bir durumda bulunmuşlardır. Anemi pernisiöz tablosu gösteren hastalarda (94 hasta) yapılan 187 radyolojik muayenede 4 polip, 3 kanser vak'ası tespit olunmuştur. 3 kanserden ikisinde gangliyonlar istilâya uğramamış bir halde bulunmuştur. Ailelerinde mide kanserli hasta bulunan 80 hastanın radyolojik muayenesinde bunların 80 inde ve hemoglobın miktarı 11 g. a müsavî veya daha düşük olan 62 vak'a ile okült melana gösteren 87 vak'ada hiçbir mide polip veya kanseri bulunmamıştır. 1774 hastada yapılan sistematik 2390 radyolojik muayenede 42 polip (%2,9) ve 11 kanser (%0,6) bulunmuştur. Hystamin tecrübesinden sonra akloridri veya hipokloridrinin, kanserli hastalarda %86 nispetinde, kanserli olmayan diğer vak'alarda %30 nispetinde sebat ettiği görüldükçe (Habel ve Gravis) bu buluşları teyit etmektedir. Bu rakamlar aynı zamanda pernisiöz anemi, polipoz, mide kanseri arasındaki münasebetleri teyit etmekle beraber hemoglobini düşük hastalarda sistematik olarak radyolojik muayenenin lüzumsuzluğunu meydana koymaktadır. Mide polipi bulunup ameliyatları yapılan 89 vak'adan 31 inin histolojik muayenesinde 7 adenokarsinom, bunların birinde de bölge gangliyonlarında metastaz bulunmuştur.

Dr. Asil M. Atakam

## YENİ KİTAPLAR

**Prostat Hastalıkları; İktidarsızlık, Kısırlık ve Tedavileri:** Dr. Feyzi Taner, 1951, İkinci Baskı, 320 sayfa, renkli, renksiz bir çok resimleri vardır.

Bu kıymetli eserde: Kronoloji, prostatın anatomisi, histoloji, fiziolojisi; prostat, vezika kollum, ve trigonumun şirürjikal anatomisi, klinik muayene usulleri; prostatın tromatizmaları, akut ve kronik iltihapları, atoni, tüberküloz, sifilis, aktinomukoz, bilhaziozu, hipertrofi, kanser, sarkomu, kist ve taşları gibi bahisler ile prostat ameliyatlarında anestezi, prostat ameliyatları, Erkeklerde jenital sendromlar, iktidarsızlık ve erkekte kısırlık gibi çok mühim bahisler vardır.

Selis ve güzel bir ifade ile yazılmış olan bu eser Dr. Feyzi Taner'in yıllarca idare ettiği üroloji servislerindeki geniş müşahede ve görüşlerinin bir ifadesidir. Bu kitap didaktik bir mahiyet taşımakta olup bütün meslekdaşlara da hitap eder bir şekil ve nefasette hazırlanmıştır.

Dr. Asil M. Atakam

Ord. Prof. Dr. Neşet Ömer İrdelp Kütüphanesi  
Katalogu (1951): 3/6/948 de vefat eden üstadın

İstanbul Tıp Fakültesine vasiyet ettiği (2443) adet kitabı, fakülte dekanı Prof. Dr. Kâzım İsmail Gürkan tarafından tasnif ettirilerek merkez kütüphanesinin içinde ayrı bir odaya yerleştirilmiştir. Bu kıymetli kitaplara ait olmak üzere (190) sayfa bir katalogdur.

**Nöroloji Kliniği:** İstanbul Tıp Fakültesinin 1948 - 1949 ders yılı çalışma ve araştırmaları ile klinik ve poliklinik istatistiklerini bir araya getiren bu eser sinir hastalıkları kliniğinin bu çeşit neşriyatının beşincisidir. Ord. Prof. Dr. Fahrettin Kerim Gökay'ın ön sözü ile başlayan kitap 350 sayfadır. Türkçe olarak eserde çok kıymetli nörolojik bahislerden başka fransızca; ingilizce ve almanca kısımlar ve Ord. Prof. Dr. Fahrettin Kerim Gökay'ın hâl tercümesi ile neşriyatının listesi vardır.

**Gastrektomilerden sonra görülen duodenum fistülleri.** Dr. Faruk Çağlar, Cerrahî tezi 1951, İstanbul.

**Pelvis kırıkları ve tedavileri:** Dr. Vahit Ege, Cerrahî tezi, 1951, İstanbul.

# REFİK SAYDAM MERKEZ HIFZISSİHHA MÜESSESESİ

## A N K A R A

### A. Bakteri Aşıları :

Kolera aşısı:	Profilaktik
Vebe aşısı	»
Dizanteri aşısı	»
Tifo aşısı (T.A.B.):	»
Menengokok aşısı:	»
Boğmaca aşısı:	Profilaktik ve terapötik.
Stafilokok aşısı:	Terapötik
Brucella aşısı:	»

### B. Anateksin ve Toksin Aşıları :

Difteri aşısı:	Profilaktik
Schick toksini:	Difteri diagnostik toksini.
Tetanoz aşısı:	Profilaktik
Kızıl aşısı:	»
Dick toksini:	Kızıl diagnostik toksini.

### C. Virüs, Rickettsia Aşıları ve Bakteriyofaj :

Çiçek aşısı:	Profilaktik (parasız).
Tifüs aşısı:	»
Bakteriyofaj:	Terapötik

### D. Antijen Metilik :

Saf:	Terapötik
Sulu	»

### E. Karma Aşılar :

Tifo+Tifüs aşısı	(T.L.) :	Profilaktik
Tifo+Tifüs+Kolera aşısı	(T.L.K.) :	»
Tifo+Kolera+Vebe aşısı	(T.K.V.) :	»
Tifüs+Kolera+Vebe aş.	(L.K.V.) :	»
Difteri+Tetanoz aşısı	(D.Te.) :	»
Tifo+Tetanoz aşısı	(T.Te.) :	»
Difteri+Tifo aşısı	(D.T.) :	»
Boğmaca+Difteri	(B.D.) :	»
Difteri+Tifo+Tetanoz	(D.T.Te.) :	»

### F. Serumlar :

Tetanoz serumu:	Profilaktik ve Terapötik.
Difteri serumu:	»
Gangren serumu:	»
Dizanteri serumu:	Terapötik.
Menengokok serumu:	»
Şarbon serumu:	»
Akrep serumu	»

### G. Antijen ve Allergenler :

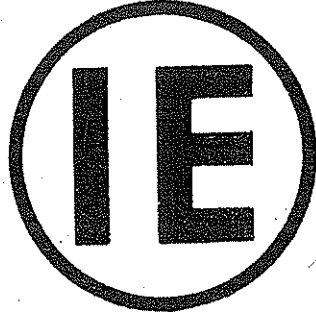
Wassermann antijeni.
Kahn antijeni.
Meinicke antijeni.
Brucellagen.
Emolitik serum.
Tüberkülin (Eski ve Mantoux).

a. Ağız yolu B.C.G. verem aşısı yeni doğan çocuklara ilk 10 gün içinde verilmek üzere her istiyene parasız olarak gönderilir.

Deri içi B.C.G. verem aşısı yalnız Sağlık Bakanlığının müsaadesi ile açılan aşı istasyonlarında parasız tatbik edilir.

b. Enstitü prodüksiyonlarının satış hakkı Kızılay Derneğine verilmiş olduğundan, bunları eczanelerden, İstanbul Kızılay satış deposundan, perakende olarak da Enstitümüzden temin edilebileceği gibi, isteklilere ödemeli olarak da gönderilir.

NOT : Meslektaşlarımıza bir hizmet olmak üzere Salmonella (Tifo ve Paratifolar) şüpheli hastalara ait serum ve dışkıları Enstitümüze gönderildiği takdirde, bunların tetkikleri parasız yapılır ve sonuçları kendilerine bildirilir.



KİMYAGER  
*Dr. İbrahim Etem Kimya Evi*  
İSTANBUL

### VİTAMİNLER

	Kr.
Vitabiol A (Damla) .....	340
Vitabiol B <sub>1</sub> (Ampul) 25 mgr	105
Vitabiol B <sub>1</sub> (Ampul) 50 mgr	180
Vitabiol B <sub>1</sub> (Ampul) 100 mgr	200
Vitabiol B <sub>1</sub> (Tablet) .....	90
Vitabiol B <sub>1</sub> (Tablet) 50 mgr	240
Vitaflavin (Tablet) .....	180
Vitabiol N (Ampul) .....	200
Vipanten (Ampul) .....	120
Vipanten (Tablet) .....	120
Vipanten (Mahlûl) .....	270
Vitabiol C (Ampul) 100 mgr	120
Vitabiol C (Ampul) 500 mgr	190
Vitabiol C (Tablet) .....	90
Vitabiol D <sub>2</sub> (Damla) .....	115
Vitabiol D <sub>2</sub> (Ampul) Forte ...	155
Vitabiol D <sub>2</sub> (Alkolik mahlûl)	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
Vi-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 IE (Ampul) 10 cc ...	288
Calcium IE (Şurup) .....	222
Tiokal (Ampul) .....	245

### HORMONLAR Kr.

Östrogenin (Ampul) 1 mgr ...	85
Östrogenin (Ampul) 2,5 mgr	110
Östrogenin (Ampul) 5 mgr ...	300
Östrogenin (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
Dişilanat (Ampul) .....	108
Dişilanat (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



# ANADOLU KLİNİĞİ

ÜÇ AYDA BİR ÇIKAR

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

MECMUAYI DAİMİ 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 Erzincan, Feridun Ş. Evrensel, E. Frank, Fahrettin Kerim Gökay, Niyazi İsmet Gözcü, Muzaffer 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, 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, Nimet Taşkıran, İrfan Titiz, Burhanettin Tugan Sezai Tümay, Fr. Volhard, Muzaffer Şevki Yener.

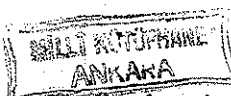
İmtiyaz Sahibi ve Yazı İşleri Müdürü

Dr. ASİL M. ATAKAM

201 Anadolu Hanı, 1/1 Beyoğlu - İstanbul

## İÇİNDEKİLER

<u>Sahife</u>	<u>Sahife</u>
Dr. Hans Goldek ve Ditrich Remy: Modern anemi tedavisi .....	77
Prof. Dr. Recai Ergüder - Dr. M. Naci Ayrıl: Bel ağrıları ve siyatik nevralsisinde nucleus pulposus fitkının rolü .....	83
Doç. Dr. Behiç Onul: Q Humması ile iştirâk eden bir pyogen enfeksiyon .....	89
Doç. Dr. H. Cramer; Dr. H. W. Pabst; Dr. S. Efe: Atom fiziğinin tıpta kullanımı .....	91
Dr. Hayat Okan - Dr. Sedat Yürükoğlu: Safra yolları hastalıklarında klinik ve tedavi .....	95
Dr. Sıtkı Özferendeci: Değişik çocuk hastalıklarında sedimantasyon .....	98
Dr. Hayat Okan: Klinik ve tedavi bakımından münteşir glomerulonefritler .....	101
Dr. Celâl İren - Dr. Fikret Pamir: Nütrisyonel megaloblastik bir anemi vakasının karaciğer ve B <sub>12</sub> vitamini ile tedavisinden alınan neticeler üzerinde mukayese .....	105
Dr. Rauf Özyörük: Anemi husulünde beslenme yoksulluğunun rolü .....	107
Dr. Muzaffer Aksoy: Eritroblastoz ve karyoreksis şekilleri ile seyreden bir gebelik hemolitik anemisi .....	111
Dr. Fatih Ali Yücel: Lenfogramulomatözde kan tabloları .....	112
Dr. Necati Vural: İntrathécale penicillin ile şifa bulan bir pürülan menjit vak'ası .....	121
Dr. Asil M. Atakam: Kapalı ve açık kırıklar hakkında .....	122
Referatlar: (Dahili, Kadın-Doğum, Şiürji) .....	131



Sayısı 100 Kurdu, Senelik abonesi 300 kuruştur.

CUMHURİYET MATBAASI

İSTANBUL

# PRATİKDE ŞEKER HASTALIĞI ve TEDAVİSİ

**Dr. İhsan Aksan**

Ankara Nümune Hastahanesi  
Dahiliye Mütchassısı

**Dr. Saliha Yalçın**

Ankara Nümune Hastahanesi  
Dahiliye Mütchassıs Muavini

Geniş ilâve ve tashihlerle yenilenmiş ikinci bası, 114 sayfa 4 şekil ve 5 şema, karton ciltli, fiatı 250 kuruş.

**Ö N S Ö Z :** Bu ufak kitap, Ankara Nümune Hastanesi Dahiliye Servisi vizitelerinde, şekerli hastaların başında yapılan görüşmelerin bir araya toplanması ile meydana gelmişti. Bu bakımdan da «klâsik» kalem tecrübelerinin bütünlük iddiasından uzak kaldı. Bu sayfalarda, okuyucunun gündelik işlerini pratik bir düzene sokmak zorunda bulunan bir hastane koğuşunda «yaşanan hava» yı kolayca benimseyip alışmasına özenilmişti. Kitap, onun için, ağdalı ihtisas problemlerinin kuru münâkaşasıyla uğraşmaya pek vakti olmayan, fakat hastasının tetkik ve tedavisinde tutacağı yolu sür'atle seçmek durumunda bulunan pratisyen arkadaşlara sunulmuştu... Üç sene içinde ilk bası mevcudunun tükenmesi ve yeni isteklerin belirmesi, «Pratikde Şeker Hastalığı ve Tedavisi» nin yazılışında tutulan bu yolun isâbetini teyid etti...

Birçok sahalarda olduğu gibi, diyabet bahsinde de son birkaç sene içinde esaslı gelişmeler oldu. Yeniden yeniye ortaya atılan birçok zihin alıcı araştırmalar, eski bilgilerimizin mühimce bir kısmını kökünden değiştirdi; bundan beş sene evvel patoloji tasavvurlarında ehemmiyetli prensip ayrılıklarına ve tartışmalara sebep olan birtakım vuzuhsuz noktalar da birden aydınlanıverdi. Ne kadar eksik tarafları olursa olsun, bu yeni görüşlerle modern tedavi esasları kısmen kuvvet bulmuş, kısmen de yeni istikametler almıştır. Onun içindir ki, ikinci basıyı hazırlarken dünya literatüründeki belli başlı yayınları samimî bir itina ile gözden geçirmek ve ayıklamak lâzım geldi. Bu arada kitabın «hasta başında beliren ihtiyaçlara sür'atli cevap vermek» den ibaret olan esas gâye ve yapısından ayrılmamaya bilhassa dikkat edildi ve böylece, birçok yerlerde ehemmiyetli değişiklikler ve ilâveler yapıldığı ve bazı kısımlar tamamen yeniden yazıldığı hâlde kitabın hacminde büyük bir değişiklik olmadı.

## **İçindekiler:**

I. — ŞEKER HASTASI : Görüşü; Artışı, Bizdeki görünüşü, Sebepleri. II. — ŞEKER HASTALIĞI : Fizyopatoloji, Beden hücrelerinin şekerden faydalanamayışı, Karbonhidratları glikojen hâlinde depo etme işinin aksaması, Glikoregülasyonda bozukluk. III. — KLİNİK TABLO VE KOMPLİKASYONLARI : Glikozüri, Kanşekerinin durumu, Cild âraziları, Sinir sistemi, Göz tegayyürleri, Deveran sistemi, Böbreklerin durumu, Hazım cihazı ve ekleri, İç ifrazlar, İntânî hastalıklar, Diyabet koması. IV. — ŞEKER HASTALIĞIN-DA TEDAVİ : Geçmişe bir bakış, Diyabet tedavisine başlarken hekim neler düşünmelidir, Diyabet şekilleri, Şeker hastalarının diyetle tedavisi, Şeker hastalarının insulînle tedavisi, Tedaviye inat eden vakalar, Diyabet komasında tedavi, Cerrahi servisinde diyabetli. V. — ARAŞTIRILAN LİTERATÜR. VI. — ALFABETİK FİHRİST.

**SATIŞ YERİ:**

**İstanbulda Mazlum, Ankarada Akba Kitabevleri**