

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 Sükrü 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, Sükrü 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

Aus der II. Med. Univ. Klinik Hamburg Eppendorf

Direktör: Prof. Dr. A. Jores

Modern Anemi Tedavi (*)

(Ferri - Saccharat, Cobalt, Vitamin B₁₂)

Dr. Hans Goldeck ve Dr. Dietrich Remy

Normal ve hatalı kan teşekkülüne ait araştırmalarla, son senelerde bu sahalara ait fizyoloji ve fizyopatoloji bilgilerinde ehemmiyetli bir gelişme olmuştur. Sitomorfolojinin ileri derecede inkişafı ve kan kimyasına ait araştırma metodlarının klinik teşhise girmesinin de bu ilerlemede bilhassa büyük yardımları oldu. Kan teşekkülünün muhtelif safhaları daha iyi tanınmakta ve anemiler, klinikte daha iyi tefrik edilebilmektedir. Patolojiye ait bilgiler, ve teşhisi tefrikinin ekzakt olması ile tedavide daha mükemmel ve daha verimli olmaktadır, bilhassa anemilerde, yol, teşhisi tefriki üzerinden aneminin nevine has tedaviye yönelmiştir (Differentialtherapie).

Küçük bir ihtiyat kaydı ile denebilir ki, her anemi, neticede bir karans hastalığıdır. Spesifik faktörlerin eksikliği kan teşekkülünün bozulmasını mucip olur. Ve bu faktörler tesir tarzlarında sadece ikame tedavisinden (Demir) katalazlara (B₁₂ vitamini) kadar intikal şekilleri gösterirler. Bugünkü bilgilerimize göre muhtelif 3 grup spesifik madde tefrik etmek mümkündür ki, bunların eksikliğinde onlara uygun farklı klinik tezahürler gösteren hastalık tabloları meydana gelir.

Bir taraftan hemoglobinin normal yapısı için demire ihtiyaç vardır, böylece onun eksikliği demir eksikliği anemisine sebep olur, diğer taraftan hemoglobin sentezi için gerekli globülin maddesinin yapılması bir kısım asit aminelerin mevcudiyetine bağlıdır. Buraya ait bir bozukluğun klinik tezahürü olarak albümin eksikliği anemilerini tanıyoruz (Berning 1). Wintrobe ve arkadaşlarının (2) araştırmalarına göre enfeksiyon anemilerinde de hemoglobinin albümin hissesinde bir bozukluk olması muhtemeldir. Bundan başka normal eritropoez için, B₁₂ tâbir olunan vitamin gurubuna ait muayyen büyüme ve olgunluk faktörlerinin mevcudiyeti zaruridir. Bu olgunluk faktörlerinin eksikliği kemik iliğinde magaloblastoza, klinikte de makrositer anemilere sebep olur. Bununda en mühim mümessili kriptojenetik pernisiyoza anemisi-dir.

(*) Bu makale «Anadolu Kliniği» için yazılmış ve arkadaşımız Dr. Selâhattin Akkaynak'ın Hamburg Üniversite Hastanesinde çalıştığı sıralarda tercüme edilerek gönderilmiştir. Mecmuamız, müelliflerin bu nazikâne jestlerini şükranla karşılar.

Demir eksikliği anemileri gurubu, aşılık klo-ranemi (Kæznelson, Reiman, Weiner, 3) veyahut Schulten (4) e göre esansiyel hipokrom anemi, hipokrom agastrik anemiler, hipokrom gebelik anemileri ve devamlı demir eksikliği ile müterafik bulunan hat veya kronik kan kaybından ileri ge-len kansızlık halleri şekillerine tefrik edilebilir.

Bunların patojenisi de tedavileri gibi demir metabolizmasının bir bilânço problemidir. Bazı hal-lerde ailevi olarak demir depolarının noksan ol-ması (Thiele, 5) veya zayıflığın artması ve bunun demir rezorpsiyonun bozukluğu sebebiyle tevizin edilememesinden demir eksikliği sendromu mey-dana gelir. Ve prosesin ilerlemesi ile de latant si-deropeni hali (Waldenström, 6) aşikâr hipokrom anemiye kadar ilerler. Jasinski (7) nin enteresan araştırmalarına göre demir eksikliği, sideropeni halinde 1,3 Gr. a, buna mukabil anemik demir ek-sikliği hallerinde ise 3,8 Gr. a kadar varabilmek-tedir.

Radyoaktif demir izotopları kullanmak sureti-le yapılan modern araştırmalar (Moore ve ark., Hahn ve ark., 8, 9), mide-barsak kanalında de-mirin iki kıymetli şeklinin rezorbe olduğu husu-sundaki eski klinik bilgiyi (Reimann ve Fritsch, 10, 11) ve ilk defa Heubner (12) tarafından bittec-rübe gösterilmiş bulunan bu hâdiseyi teyit ettiler. Ağızdan rasyonel bir demir tedavisi yapmak için, bu gün tesirlerinde ehemmiyetli farklar göster-meyen bir çok stabilize iki kıymetli demir prepa-ratları mevcuttur. Heilmeyer ve Mutius (13), Neuweiller (14) ve Thedering (15) in araştırmala-rına göre bunların C vitamini ile kombinasyon-ları her ne kadar rezorpsiyonu az miktarda artır-dığı kabul edilse bile tesirlerinde gene de büyük bir fark yoktur. Ağızdan verilen demir tedavii yönünden istifade nisbeti 20-25% civarındadır (Reimann ve Fritsch, 10, 11, 16, Lüdin, 17). Yukarı-da bahsettiğimiz demir defisiti ile bunu muka-yese edecek olursak, günde ağızdan 400-800 Mgr. Fe II verildiğine göre demir eksikliğini izale için bir çok haftalar verilmesi lâzım geleceği anlaşılır. Hemoglobinin normale avdet etmesi de, tıpkı se-rum demirinin ekseriya yalnız geçici olarak nor-malleşmesi gibi (Goldeck ve Remy, 18) kantitatif yeter dozda demir alındığına bir kriteriyum teşkil etmez, çünkü çok defa bu safhada, boşalmış demir depoları henüz yeter derecede dolmuş değildiler. Hattâ bilâkis nüks istidadında bulunan demir ek-sikliği anemilerinde, az dozlarda devamlı tedavi-ye veyahut kan tablosunda yeni bir dekompan-siyon belirmeden önce haftada muntazam fasıla-laria koruyucu demir kürlerini tekrarlamaya za-ruret vardır. Pernisiyoza hastalarında ötedenberi tatbik ettiğimiz devamlı tedavi, burada da gerekli bulunmaktadır.

Bununla beraber ağızdan demir tedavisinin mahzurları da vardır. Nadir olmayarak, gastro-anterit senptomlar halinde tahammülsüzlük alâmet-leri görülür. Forbes (19), Somers (20) ve Thom-son (21) tarafından bilhassa çocuklarda yüksek miktarlarda ferrosulfat almakla zehirlenmeler meydana geldiği yazılmıştır, binaenaleyh bu müh-

temel zehirlenmelerden sakınmak icap eder. Ba-zan ağız yolu ile tedavi, rezorpsiyonun yeter dere-cede olmamasından neticesiz kalır. İki kıymetli demirde bile bu imtiasa bozukluklarını çok hi-pokrom agastrik anemi vak'alarında yaptığımız rezorpsiyon tecrübelerinde müşahede ettik (22).

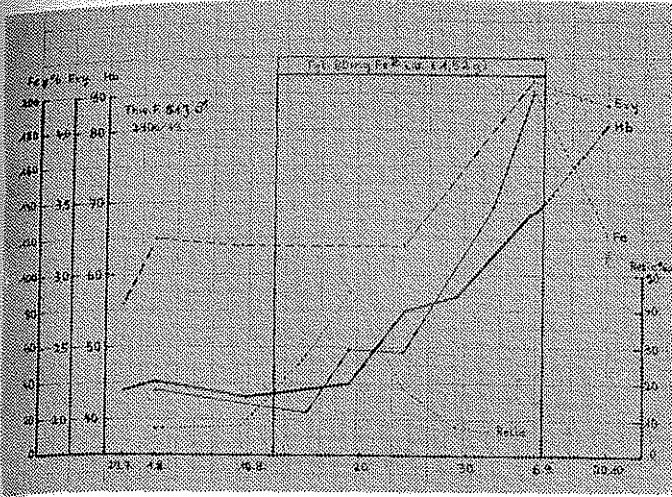
Bu sebepten uzun zamandanberi bir parante-ral demir tedavisine ihtiyaç bulunuyordu. Ferro tuzları ile şimdiye kadar tatbik edilen intravenöz tedavi Heilmeyer ve Maurer (23), Fleischacker (24), Retznikoff ve Goebel (25), Mamie ve Kalber-matten (26) ve diğerleri, demirin bir kaç Mgr. gibi küçük dozlarda kullanılmasından tatminkâr değildi. Mide ağrısı, Kusma ve kan tazyiki yüksel-mesi ile tezahür eden toksik alâmetler yüksek doz-da kullanılmalarına imkân vermiyordu.

Fakat eski görüşün aksine olarak (Starkens-tein, 27) kabili tahammül kompleksler haline kon-muş 3 kıymetli demir mürekkeplerinin de paren-teral kullanıldıkta iyi bir hematopoetik tesire sa-hip oldukları hakikatı son zamanlarda bir çok ya-zarlar tarafından teyit edilmektedir (Engel, 28, Nordenson 29, Lederer ve Renaer 30, Thedering ve Gross 31, Buchmann ve Rabenschlag 32, Agner 33, ve diğerleri). Vannotti (34), hayvanlarda radyo-aktifleşmiş demir kullanmak suretile yaptığı tec-rübelerde 2 ve 3 kıymetli demirlerin tedavide ay-nı ayarda müessir olduklarını göstermeğe muvaf-fak oldu. Biz, bilhassa Ferrisaccharat (*) in intra-venöz tatbiki ile iyi neticeler aldık (35, 36, 37). Bu Müstahzarla hiç bir tali tesir yapmadan günde 100 Mgr. 3 kıymetli demir verilmek imkânı sağ-lanmaktadır. Bu Fe III. kompleksinin kullanılabi-leceği hakkındaki eski neşriyat (Goetsch, Moore ve Minnich 38, Nissin 39, Slack ve Wilkinson 40, Govan ve Scott 41) bilâhara daha bir kısım yazar-lar tarafından da teyit olundu (Hoffmann ve Mos-ser, Ramsay, Schulten Horrigan ve arkadaşları 42, 43, 44, 45). Piyasada muhtelif cins Ferrisaccha-rat mahlulleri bulunmaktadır. İstihzarın değişik olmasına göre bu demirli şeker solüsyonlarına tahammül nisbetinin de değişikliğine daha evvel Pfeiffer ve Standenath (46) tarafından işaret edil-miştir. Bazan yüksek doz injeksiyonlarla geçici vasıfta ateş yükselmeleri görülmektedir. Bu hal-de tedavinin kesilmesine asla lüzum görmedik, çünkü bu tezahürler kolloid vasıftaki mahlulün nonspesifik tesirinden ileri gelmektedirler.

3 kıymetli demir mürekkepleri ile tedavinin seyri, bu güne kadar kullanılagelen iki kıymetli demir mürekkeplerine nazaran bazı hususiyetler göstermektedir, Schulten (44) inde az zaman ön-ce tebarüz ettirdiği gibi bu hususiyetler esaslı bir yenilik arz etmektedirler. Şöyle ki, biz ilâcın kul-lanılmağa başlanmasından sonra aşikâr latant bir safha geçtiğini tesbit ettik, bu safhada kırmızı kan tablosuna ait unsurların miktarında esaslı bir de-ğişiklik olmamakta bu safhayı müteakip bu mik-

(*) Kullanılan preparatlar; Ferrophor, Chem. Fabr. Uvocal, Hamburg ve Ferri Amphiolen MBK. E. Merck, Darmstadt.

taralarda ani bir yükselme husule gelmektedir.



Tablo: I — 3 infeksiyon anemisinde ve 1 kronik miyeloz vak'asında i. v. kobalt mürekkepleri ile tedavi.

Agner (33) de az zaman önce aynı müşahedeleri teyit etti. Bundan başka, ağızdan yapılan demir tedavisinin aksine olarak bu usulün bir de uzun süren (Protrahierte) tesiri vardır. Böylece çok defa daha kan tablosu normale avdet etmeden önce tedaviyi kesmek mümkündür. Bu halde ilâcın tesiri sonradan da devam eder ve hemoglobin, eritrosit miktarı ilâcın kesilmiş olmasına rağmen yükselmekte devam ederler. Uzviyet verilen miktarın 90% dan faydalandığına (Lederer ve Re-naer 30, Teedering ve Gross 31), ve emin olmayan rezorpsiyon faktörlerinin de nazarı itibare alınmayacağına göre gerekli bulunan mecmu dozu da takribi olarak hesaplamak kabildir. Kanaatımızca bu hususiyetler, birikme safhalarından ve iptidai bir depolanmadan sonra kan teşekkülü üzerinde müessir olduğuna delâlet etmektedir. Demirli şeker solüsyonlarının RES. de birikme hususunda bilhassa bir istidat gösterdikleri ta Epping (47, 48, 49) e kadar giden bir çok araştırmalarla malûm bulunmaktadır. Hayvan tecrübelerinde, demir eksikliği halleri meydana getirmek suretile, bu depoların boşaldığını tesbite muvaffak olduk (50). Halbuki bu hallerin dışında demir, uzun müşahede devresinde bilhassa dalakta oturup kalmaktadır (Kahn 51).

Lauffberger (52) in tetkikleri ve bilhassa Michaelis (53) in modern araştırmaları ile biliyoruz ki fizyolojik olarak RES. de depo edilen demir şekli, Ferritin denen bir Ferri - Albümin mürekkebidir. Bu keyfiyet, Agner, Anderson ve Nordenson (54a) u Ferritin mahlüllerini demir eksikliği anemilerinde intravenöz tedavide kullanmağa sevketti. Bununla iki neticeler alınabildi. Fakat anaflaktik reaksiyonlar husule geldiğinden bu tedavi terk edildi. Diğer 3 kıymetli, demir komplekslerinin (Ferri - Saccharat) kullanılması halinde de tedavinin muvaffakiyeti bakımından esaslı bir fark yoktur, burada da gene fizyolojik olaylara uygun olarak depoların demir muhteviyatının mobilize olduğu zan edilmektedir.

Ancak, çok yüksek dozları fizyolojik olarak kabul edemeyiz. Yüksek dozlardan tahammülün iyi olduğu hallerde bile içtinap edilmelidir. Ancak demir eksikliği kat'i bir teşhisle tesbit edildiği vak'alarda yüksek doz kullanılabilir. Vücut, normal demir rezorpsiyonunda barsak cidarının komplike bir mekanizması ile fazla miktarda demir rezorbe etmekten kendini koruyor. Schulten (44) inde işaret ettiği gibi yüksek dozda intravenöz tedavi ile bu mania yıkılır. Uzun zaman devam eden tedavi ile organlarda siderozis husule gelebileceği düşünülebilir; bu sebepten bir tedavi süresinde verilen demir miktarı takriben 3 Gr. ı tecavüz etmemelidir. Bir kısım müellifler (Nissim 39, Ramsay 43) in neşriyatında görüldüğü gibi münferit injeksiyonlarda yüksek dozlar kullanılması da makbul değildir. Bu hallerde ekseriya paroksizmal hemoglobinüriyi andıran ağır genel reaksiyonlar husule gelir. Keza bunlar ekonomi bakımından da maksada uygun değildirler, çünkü tek dozun artması ile böbreklerden de fazla miktarda itrah edilerek o nisbette zayıflığın artacağı hesaplanmalıdır (Vannotti 54 b).

Mamafih, sideropenilerin intravenöz tedavisi, bu güne kadarki demir tedavisinin en verimli şeklini teşkil eder. Aneminin bertaraf edilmesi ile birlikte demir eksikliği adınamisinin sübjektif iyileşmesi ve hattâ epitel bozukluklarının (Dudak kenarlarında ragadlar, Glossitis, Plummer - Vinson sendromu, tırnak tagayyürleri) şifasını sağlar.

Buna mukabil, aynı zamanda hakiki bir demir eksikliği ile komplike olmayan infeksiyon ve tümör anemilerinde, şimdiye kadar demirle yapılan ağızdan tedaviler gibi bu tedavide müessir olmamaktadır. Fakat bu arada bu kansızlık halleri için **Kobalt** muvaffakiyet vadeden bir ilâç olarak keşfedilmiş bulunmaktadır.

Kobaltca fakir otlaklarda beslenen hayvanlarda görülen kobalt eksikliği hastalıkları ve anemileri epey zamandanberi malûm bulunmaktadır. İnsanın kan ve organlarında fizyolojik olarak kobalt bulunması da bu eser miktardaki cevherin ehemmiyetine delâlet eder. Keza, her ne kadar B₁₂ preparatının pernisiyozada müessir olması onun kobalt muhtevasına bir delil teşkil etmiyor ve Biermer anemisi bir kobalt eksikliği telâkki edilemezse de antimegaloblastik müessir madde olan B₁₂ nin merkezî atomunda bu maddenin bulunması onun ehemmiyetine yeni bir delil teşkil etmiştir (Rickes 56, Smith 57). Bunlardan başka normoblastik eritropoezi tenbih ettiği hayvan tecrübelerinden malûm bulunmaktadır (Kato 58, Kleinberg 59, Mascherpa 60, Michelazzi ve Saviane 61, Orten 62, ve diğerleri). Weissbecker (63, 64, 65) anemik hastalarda, bilhassa infeksiyon anemilerinde ağızdan günde 60 - 100 Mgr. kobalt klorit vermekle kırmızı kan tablosunun düzeldiğini bir çok tetkiklerle göstermeğe muvaffak oldu. Wintrobe (66), Kark ve arkd. (67) ve Castle ve arkd. (68) da buna benzer neticeler aldılar. Weissbecker, ağızdan verilen kobalt kloridin tedavi için yeter miktarda barsak yolundan rezorbe olduğunu serum analizleriyle tesbite muvaffak oldu. Maa-

haza, tıpkı disosiye ağır maden tuzlarında olduğu gibi burada da bulantı, kollapsa meyil, ve mide teşevvüleri şeklinde tahammülsüzlük alâmetleri görülmektedir. Kobalt klorit mahlülünün Weissbecker'e göre damar yolundan 10 - 40 Mgr. lik dozlar halinde yavaşça zerki kabil ise de bazan bu yoldan da iyonize Fe II mahlüllerinin zerkinde görülen tâli tezahürlere benzer tesirler husule gelmektedir.

Sahsî araştırmalarımızda (69) biz ilk defa hayvan tecrübelerinde kobalt kompleks tuzlarını kullandık. Erkek beyaz farelerin dozağı mümkün kanamadan mütevellit anemilerinde bu mürekkepler halinde de kobaltın eritropoez üzerine stimulan tesirini tesbit ettik. Kobalt kompleks tuzlarının insanlarda intravenöz tatbikinde aynı tesiri muhafaza etmekle beraber tahammülün de iyi olduğu görüldü. Aşikâr retikülositoz ve kırmızı kan tablosunda artışa husule gelmektedir. Bir defada yapılan 40 Mgr. lik injeksiyonlara hiç bir tâli tesir husule gelmeden tahammül edilebilmektedir.

Bu tedavi, bilhassa infeksiyon anemilerinde endikedir. Her ne kadar indikasyonun toksik tesiri devam ettiği müddetçe tedavinin muvaffakiyeti ekseriya geçici ise de, geçici infeksiyon hastalarının tedavisinde hususî bir ehemmiyeti vardır ve kobalt tedavisi ile anemik safha atlatılmış olur. Keza tümör anemilerinde ve hattâ lökozlarda kırmızı kan tablosunun salâhi ekseriya mümkün olmaktadır. Aşağıdaki şemada 3 infeksiyon anemisi ile bir kronik miyeloz vak'asına ait tipik dört müşahade gösterilmiştir :

	Hg.	Ery.	Retic.	Fe i %
1. Bu. Fritz (16420/49) (Edocarditis)				
Tedaviden evvel	64%	3,5	18%	46
200 mgr. Kobaltten sonra (*) (Günde 20 mgr. D. içine)	73%	4,12	64%	64
2. Hu. Günter (4462/50) (Endocarditis)				
Tedaviden evvel	68%	3,56	4%	42
220 mgr. Kobaltten sonra (*) (Günde 20 mgr. D. içine)	84%	4,48	96%	83
3. Sch. İna (13772/50) (Typhus Aud. den sonra infeksiyon anemisi)				
Tedaviden evvel	53%	2,86	—	57
200 mgr. Kobaltten sonra (*) (Günde 20 mgr. D. içine)	71%	3,5	26%	76
4. Re. Walter (13483/50) (Kronik miyeloz)				
Tedaviden evvel	45%	2,19	10%	—
540 mgr. Kobaltten sonra (*)	68%	3,66	128%	—

Bu müşahadelerin bir diğer enteresan tarafı da, Weissbecker'in de işaret ettiği gibi kobalt tedavisi ile serum demirinin yükselmesidir. Bu yükselme, depo demirinin mobilizasyonu olarak telakki edilmelidir. Michaelis'in (70) tetkiklerine göre kobalt daha yüksek afinitesi sayesinde demiri mürekkeplerinden çözerek ayırmaktadır. Cato ve Job (71) un hayvan tecrübeleri, kobaltle beslenen hayvanlarda dalağın normal kobalt muhtevasının

(*) Hamburg, Promonta fabrikasının "ERYCOBAL" preparatı kullanıldı.

azaldığını göstermektedir. Bu sebepten, aktif olan eritropoez için ilâve olarak demir verilmesine umumiyetle ihtiyaç yoktur.

O halde, eritropoezin aktivasyonu gerekli bulunan ve başka maddelerle temin edilemeyen bilcümle aregeneratif anemi şekillerinde kobalt tedavisi tatbik edilir. Fakat bilhassa şimdiye kadar tedaviye taannüt eden infeksiyon ve tümör anemilerinde endikedir. Kobalt kısmen böbreklerden itrah edildiğinden ve kobalt sanayiinde çalışanlarda görülen kobalt tesemmümü böbrekleri bozduğundan nefrojen anemilerde tatbiki kontrendikedir (Hagen 72, Remond ve Favre 73).

Buraya kadar bahsedilen yeni anemi tedavisi, direkt (bir ikame tedavisi olan Ferrisaccharat) la veyahut demiri mobilize etmek suretile (Kobalt) le endirekt olarak demir metabolizması üzerinden normoblastik kan teşekkülünü tenbih eder. Şimdi bahsedilecek olan B₁₂ müessir maddesinin tesirinde ise yalnız olgunlaşması nehye uğramış megaloblastik eritropoez üzerine bir vitaminin katalizatör tesiri mevzuubahistir.

Bu gün biliyoruz ki, makrositer anemiler grubunun sitogenetik sebebi, nüve metabolizması bozukluğuna istinat eden bir kemik iliği megaloblastozudur. Nükleoproteid sentezinin normal seyri (Begemann tarafından bu mevzuda bir toplama yapılmıştır) iki kademede vukubulur, şöyleki, **Thymin** teşekkülü için asit foliğe ihtiyaç vardır, **Thymidin** sentezi için de B₁₂ faktörü gereklidir. İnsanlarda ve hayvanlarda, asit folik veya B₁₂ vitamini mevcut bulunmayacak olursa bir seri iktita tezahürleri, bilhassa makrositer bir anemi baş gösterir, çünkü, canlı mitoz faaliyeti gösteren eritropoezde bir müessir madde yokluğu kendini pek erkenden ve aşikâr olarak gösterir.

Folik asit bir grup mefhumunu ifade eder. Burada kimyevî terkiplerinde bir veya müteaddit glutamin asidini ihtiva etmekle birbirinden kabili tefrik bir çok maddeler bulunurlar. Bu vitamini, mayanın Lacto - bazillus - Casei faktörü, M vitamini asit folikle idantikler (Hogan ve Parrot 77, Stokstad 78, Day 79).

B₁₂ faktörü de aynile bir çok maddeleri ihtiva eder. Bunların tefrikinde de muhtemelen müferit peptid halkaları bir rol oynamaktadırlar. Bu gurupta halen şunlar tefrik edilmektedirler: B₁₂ vitamini karaciğerden elde olunur, ve kırmızı iğneler halinde kristalize olur; B₁₂ a vitamini, B₁₂ nin redüksiyona uğramış şeklidir; B₁₂ b vitamini streptomyces kültür ekstrelerinden elde edilir (Dunlop ve Wilson 80, Rickes, Brink ve Konucy 81).

Folik asidin ve B₁₂ vitaminin tabiatında çok yaygın bulduklarını ve bunların pek cüz'î miktarlarda bile hücrelerin ve mikroorganizmlerin neşvünemasını tebarüz ettirmek yerinde olur. Calibi dikkat olan bir diğer nokta da mikrobiyolojik basıl testlerinde asit folik yerine Thymin'in ve B₁₂ vitamini yerine de Thymidin'in kullanılabilceğidir. Diğer taraftan, mevzuubahis edilen bu faktörler, albüminli kültür vasatlarında üretilen bir kısım mikroorganizmler tarafından da meydana

getirilmektedirler. İnsanlarda muhtelif vitaminlerin sentezinde barsağın bakteri florası ehemmiyetli bir rol oynamaktadır (Kühnau 74). İnsanlarda, megaloblastik makrositer anemilerin meydana gelmesinde patojenetik düşünüş bakımından tedavi görmemiş dekompanse pernisiyoza hastalarının dışkı ekstrelerinin intramüsküler tatbiklerinde antimegaloblastik olarak müessir bulunmaları pek hususî ehemmiyet taşımaktadır (Callender ve arkd. 82).

Bahsedilen bu faktörlerin pratik ehemmiyetine gelince, asit foliğin indikasyon sahası, Davidson'un karaciğere refrakter megaloblastik anemilerine, Sprue'ya ve intestinal dizbakteriye istinat eden gebelik anemilerine inhisar etmiştir. Asit foliğin, füniküler miyeloz tezahürlerini, tedavi etmediği ve hattâ bazan onları fenalaştırdığı anlaşıldıktan sonra esasî pernisiyozada asit foliğin büyük mikyasta kullanılması terk edilmiştir (Israels ve Wilkinson 83). Az zaman önce Kühnau (74) tarafından muhtelif müessir cevherlerin entermediyer antagonist değişik tesirleri toplu bir şekilde neşredildi.

Buna mukabil B₁₂ faktörü, süratle hematolojik iyiliği sağladığı gibi nörolojik senptomlar üzerine de müsait tesir etmektedir.

Biz, son 1,5 yıl içinde pernisiyoza hastalarımızda muhtelif B₁₂ preparatları kullandık ve hepsi ile de her vak'ada aşikâr antimegaloblastik tesir elde ettik. Bu preparatlar arasında, karaciğerdan elde edilmiş B₁₂ konsantratlari (*) yanında kristalize B₁₂ preparatları da (**) bulunmakta idi.

Saf olmayan karaciğer ekstreleri ile mukayesede B₁₂ preparatlarının tercih noktası, bunların gama üzerinden dozlarının tam olarak hesaplanabilmesidir. Böylece konsantre bir depo tedavisi sağlamak mümkündür. Fakat şu noktayı da tebarüz ettirmek gerekir ki esasî pernisiyoza anemisinin nüks istidadı, B₁₂ vitamini tedavisinde de devam eder.

Bethell (84) pernisiyoza hastaları dışkılarından bol miktarda B₁₂ aktivitesi gösteren maddeleri istihraç etmesinden ve Callender (82) in bu gibi ekstreleri paranteral tatbikinden sonra klinik olarak dahi bunların antipernisiyöz tesirlerini tesbit ettikten sonra B₁₂ probleminde barsak bakteri florasının gittikçe artan bir ehemmiyet kazandığını görmekteyiz. Daha 1948 de Stokstad (85), tavuk pisliğinden hareketsiz, gram negatif bir basil izole etti. Bu basil, basit vasatlarda aerop üreyerek Leichmann testinde yüksek biyolojik aktivite gösteren bir faktör husule getirmektedir. Gene 1948 de Lillie (86) de mikrobiyolojik olarak müessir bulunan İnek gübresi faktörünü tanıttı. Az zaman önce, Dyke, Hind, Riding ve Shaw (87) insan at ve koyun barsak muhteviyatlarının B₁₂ aktivitesine işaretleyerek koyun ileum muhteviyatının Leichmann testinde ehemmiyetli neticeler sağla-

dığını bildirdiler. Bu biyoşimik ve mikrobiyolojik çalışmalardan sonra klinisyen hematologlar, bu bakteriyogenetik faktörlerin, insanların kriptojenetik pernisiyozasını da kompanse edip edemeyeceği hakkındaki enteresan soruşturma ile meşgul olmağa başladılar. Az önce Meyer, Ritz, Rowen, Bock ve Rutzky (88) tavuk pisliğinden izole edilmiş bulunan gram negatif «hareketsiz basilin = nan motile bazillus» kültüründen elde edilen «hayvanî protein faktörü» konsantrasyonunun bir ay müddetle her gün paranteral ve hattâ calibi dikkattir ki ağızdan verilmesi ile pernisiyoza hastalarında tam bir klinik ve hematolojik remisyon temin ettiklerini bildirdiler.

Bizzat bizde, Dyke ve arkadaşlarının mikrobiyolojik araştırmalarını, koyun fışkısı ekstrelerinin antimegaloblastik tesirini klinik tetkiklerimizle tamamlamağa muvaffak olduk. (Bu preparatlar bize Hamburg Uvocal - Werke müessesinin direktörü Dr. Mulli tarafından temin edildi).

İleri derecede hematolojik dekompanzasyon gösteren 3 hastamızda koyun fışkısı ekstresini paranteral olarak bir defalık tenbih enjeksiyonu halinde tatbik ettik. Leichmann testinde, preparatın 1 cc. ü 12 gama B₁₂ ye tekabül etmekte idi.

Helmuth Har. 62 j. Prot. N. 22386/50 Kryptogenetische Perniciosa
Datum Hb % Ery Mill. F.I. Reti %0 Mark Eisen i.s. Bilirubin
gamma % mg %

Datum	Hb %	Ery Mill.	F.I.	Reti %0	Mark	Eisen i.s. gamma %	Bilirubin mg %
13.3.50	32	1,49	1,08	22		260	0,96
5,0 ccm Sch. I i. m. = 60 gamma B ₁₂							
15.3.	38	1,68	1,11	6			
20.3.						148 (8 ^b) normal 264 (12 ^b) Achromo-Retikulocyten!	
21.3.						228	60
22.3.	38	1,94	1,0	124			
24.3.				64			
Körpergewicht 72,0 kg, am 15.3. = 67,5							
25.3.				40			0,61
27.3.	41	2,03	1,0	28			
30.3.	43	2,01	1,0				
5.4.	48	2,60	0,9	12		118	
11.4.	51	2,43	1,04	4			

Tablo : 2. —

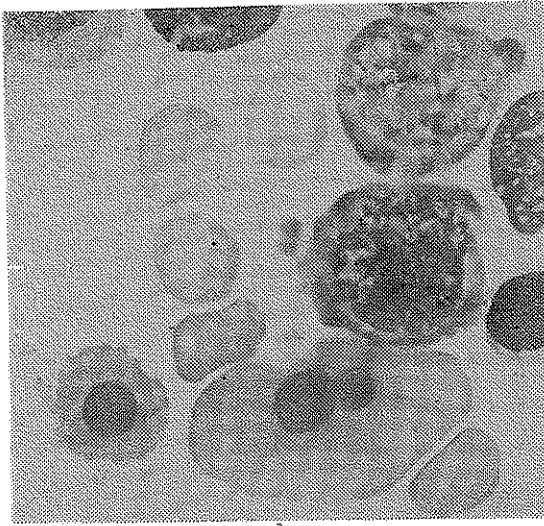
2 No. 11 tabloda, bir hastamızda elde ettiğimiz aşikâr hematolojik tesir toplu bir şekilde gösterilmiştir. 60 gama B₁₂ nin bir defalık intramüsküler enjeksiyonunun 5. gününde retikülositler 294 % e yükseldiler. Hemoglobin miktarı ve eritrosit sayısı devamlı olarak yükseldiler. Tenbih enjeksiyonunun 49. gününde hemoglobin 64% e ve eritrosit sayısı 3,36 milyon abaliğ oldu. Sübjektif iyilik fevkalâde idi ve hastanın kilosu da aşikâr olarak arttı.

Kemik iliği yaymalarındaki değişiklik fevkalâde calibi dikkattir, şöyle ki, daha enjeksiyonun 5. gününde eritropoez tamamen normalleşti.

Kanda eritrosit sayısının devamlı artışı, kırmızı küreciklerin kuturlarını ölçerek Price Jones münhanisinin çizilmesi ile tamamlandı.

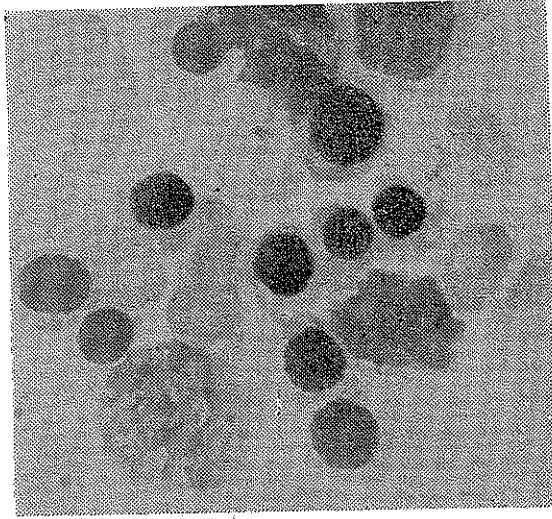
(*) Pernipur, Uvocal K. G., Hamburg.

(**) Cytofin, Chem. Fabrik E. Merck. Darmstadt ve Rubivitar.



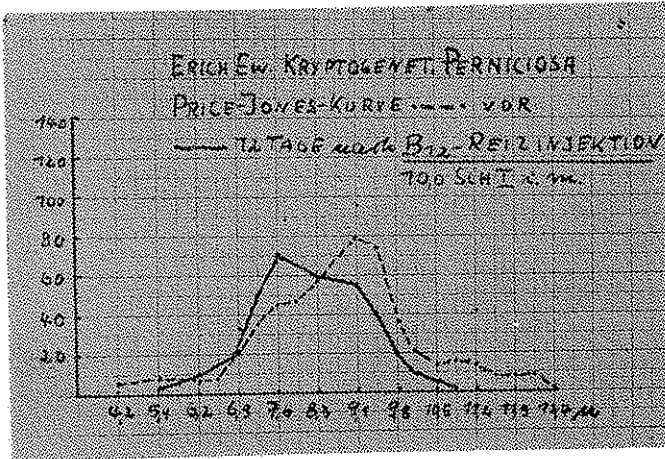
Şekil: II a. —

Dekompanze pernisiyöz anemide kemik iliği megaloblastozu



Şekil: II b. —

60 gama B₁₂ vitaminin paraneural tatbikinin 5. gününde kemik iliği normoblastozu.



Şekil: III. —

3 numaralı şekilde, bir başka pernisiyoza hastasının gene dekompanzasyon safhasına ve 120 gama B₁₂ tenbih enjeksiyonununun 12. günündeki

miktarlara ait Bence-Jones münhanisini göstermektedir (Retikülositlerin 258%o e kadar yükselen bir artış göstermesinden ve kemik iliğinin normale avdetinden sonra yani enjeksiyonun 12. gününde kan tablosu da aşikâr olarak düzeldi: Hg 55%, Er. 3,12 Mill., F.I. 0,9) B₁₂ vitamini tatbikinden evvel kırmızı küreciklerin vasatî kutru 9,17 iken enjeksiyondan sonra 7,6 mikrona indi.

Bahsedilen bu sitomorfolojik normalleşmeler, demir metabolizmasının tetkiki ile de teyit edildi. 2 No. lu cetvelde, dekompanzasyon safhasında 260 gama % ya kadar yükselmiş olan kan serumu demir miktarı, B₁₂ tatbikinden bir kaç gün sonra normalin de altında 60 gamaya kadar düştü. Böylece dekompanse pernisiyözada bol miktarda bulunan demir rezerveleri B₁₂ nin rejenerasyon doğuran tesiriyle mobilize olmakta ve normal eritrositlerin yapısında kullanılmaktadır. Kan serumunda bilirubin seviyesinin düşüklüğü hemolitik sendromun da ric'atine delâlet etmektedir.

İnsan dekompanse pernisiyözasında koyun fişkı ekstrelerinin antimegaloblastik tesirini gösteren tedavi alanındaki bu araştırmamız, B₁₂ vitaminin yalnız hayvan karaciğerinde bulunmayıp insan ve hayvanlarda da sentetize olduğunu ve bunda bir kısım barsak bakterilerinin hususî bir rol oynadıklarını göstermektedir.

LİTERATÜR:

Demir tedavisi için

- Berning, H.: Klin. Wschr, 1947. 585; «Die Dystrophie» Thieme, 1949.
- Greenberg, Ashenbrucker, Lauritsen, Worth, Humphrey, Wintrobe: J. Klin. Invest. 26 (1947); 121.
- Kaznelson, Reimann, Weiner: Klin. Wschr. 8 (1929): 1071.
- Schulten, H.: Ergeb. Inn. Med. 46, (1934); 191.
- Thiele, W.: Klin. Wschr. 28 (1950); 359.
- Waldenström, J.: Act. med. scand. Suppl. 90 (1938): 380,
- Jasinski, B.: Schwz. Med. Wschr. 79 (1949); 1255.
- Moore, C. V.; Dubach, R.; Minnich, V. U.; Roberts, K, H.; J. Clin. Invest. 23 (1944); 755.
- Hahn, P. F.; Jones, E.; Lowe, R. C.; Meneely, G. R. u. Peacock, W.: Amer. J. Physiol. 143 (1945): 191.
- Reimann, F. u. Fritsch, F.: Z. klin. Med, 115 (1930): 13,
- Reimann, F. u. Fritsch, F.: Z. klin. Med, 117 (1931): 304,
- Heubner, W.: Z. klin. Med. 100 (1924): 675.
- Heilmeyer, L. u. v. Mutius, I.: Z. exper, Med, 112 (1943): 142.
- Neuweiler, W.: Zblt. Gyn. 1943: 1183.
- Theöding, F.: Dtsch. Med. Wschr. 1949: 921.
- Reimann, F.; Fritsch, F. u. Schick: Z. klin. Med, 131 (1937); 1.
- Lüdin, H.: Schwz. Med. Wschr. 79 (1949): 272.
- Goldeck, H. u. Remy, D.
- Forbes, G.: Brit. Med. J. 1947; 367.
- Somers, G. F.: Brit. Med. J. 1947; 201.
- Thomson, J.: Brit. Med. J. 1950; 645.
- Remy, D.: Vortr. 33. Tg. Nordwestdtsch. Ges. Inn. Med, Göttingen, 1949, Klin. Wschr. i. Dr.
- Heilmeyer, L.: Die Eisentherapie u. ihre Grundlagen Leipzig, 1944.



*Bedeni ve ruhi
kabiliyetin azal-
masında, ve bilhassa
Klimakteryum
viril hallerinde*

TESTOVIRON TABLETLERİ

ağızda eritilerek kullanılır

*Saf erkek cinsiyet
hormonu, Tesiri kat'i,
Kullanışı basit,
Son derece iktisadi*

Methyltestosteron
ihtiva eden
5, 10 ve 25 mg'lık
tabletlar

SCHERING A.G. BERLİN

Türkiye Genel Satış Yeri:

KİMYA VE ECZA MADDELERİ · Türk Limited Şirketi
Aşirefendi Caddesi İmar Han - İstanbul · Telefon 22164 P. K. 760 - İstanbul



Ginekologide, iç
hastalıklarında
ve dermatologide
follikül hormonu
tedavisi için

CYREN-B

Birçok klinik çalışmalar Cyren-B'nin memnuniyet
verici terapötik tesirini ve iyi tahammül
edildiğini ispat ettiği gibi, fiyatının da elverişli
olması bu ilâcın geniş makyasta kullanılmasına
yol açmıştır.

Original ambalajlar:

Cyren B ampulleri. Kutu : 5 ampul × 0.5 mgr.,
Cyren B forte amp. " : 5 " × 2.5 mgr.,
Cyren B tabletleri. Şişe : 20 tablet × 0.1 mgr.,
Cyren B forte tabl. " : 20 " × 0.5 mgr.,
Cyren merhemi. Tüp : 20 gr.



»Bayer«

Leverkusen (Almanya)

24. Fleischacker: Zit. nach Vannotti Schwz. Med. Wschr. 51, (1944); 1323.
25. Retznikoff u. Goebel: J. clin. Invest. 11 (1937); 547.
26. Mamie, M. u. Kalbermatten, V.: Schwz. Med. Wschr, (1944); 1325.
27. Starkenstein, E.: Hdbch. exper. Path. 11/2 (1934).
28. Engel, M. Schwz. Med. Wschr. 42 (1946); 1079.
29. Nordenson, N. G.: Svenska Läkartidningen 1947; 21.
30. Lederer, J. u. Rener, M.: Act. Gastroenterol. Belg, 1947, 71.
31. Thedering, F. u. Gross, R.: Z. ges. Inn, Med, 1949; 634.
32. Büchmann, P. u. Rabenschlag, K.: Dtsch. Med. Wschr, 1950; 233.
33. Agner, N. S. E.: Act. Med. scand, 138 (1950): Suppl, 241.
34. Vannotti, A.: Votr. biochem. Ver. Bern 4. 12, 47, ref, Klin. Wschr, 1948: 380.
35. Goldeck, H. u. Remy, D.: Dtsch. Med. Wschr, 75 (1950), 358.
36. Goldeck, H. u. Remy, D.: Arztl. Praxis II (1950) Nr. 24.
37. Goldeck, H. u. Remy, D.: Neue Med. Welt i. Dr,
38. Goetsch, A. T.; Moore, L. V.; Minnich, V.: Blood I, (1946); 129.
39. Nissim, J. A.: Lancet 1947: 49.
40. Slack, H. G. B.; u. Wilkinson, J. F.: Lancet 1949: 11.
41. Govan u. Scott: Lancet 1949: 14.
42. Hoffmann, E. u. Moser, P.: Arztl. Wschr. 5 (1950): 482.
43. Ramsay, A. S.: Brit. Med. J. 1950: 1109.
44. Schulten, H.: Neue Med. Welt 1 (1950): 1137.
45. Horrigan, D. L.; Mueller, J. F. u. Vilter, R. W.: J, lab: a, clin. Med. 36 (1950): 422.
46. Pfeiffer, H. u. Standenath, F.: Z. exper. Med, 37 (1923); 184.
47. Eppinger, H.: Wien. klin. Wschr. 15 (1922): 253.
48. Eppinger, H. u. Wagner, R. Wien. Arch. Inn, Med I. (1920): 83.
49. Eppinger, H. u. Stöhr, F.: Klin. Wschr. 31 (1922): 1543.
50. Remy, D.: Votr. 35. Tg. Nordwestdtsch. Ges. Inn, Med, Lübeck 1950.
51. Kahn, R. H.: in Starkenstein Hdbch. exper. Pharm. 111/2 (1934): 914.
52. Laufferger, M.: Bull. Soc. chim. biol. 19 (1937): 1575.
53. Michaelis, L.: Adv. of Protein Chemistry 111 (1947): 53.
- 54a. Agner, K. J.; Anderson, N. G. u. Nordenson, N. G.: Act. Haematolog. 1/3 (1948): 193.
- 54b. Vannotti, A. Schwz. Med. Wschr. 1947: 79.
55. Jasinski, B. Act. Haematolog. 3/1 (1950): 17.
- Kobalt tedavisi için**
56. Rickes u. a. Science 107 (1948): 396.
57. Smith u. a. Nature 161 (1948): 638.
58. Kato: Ref. Ber. ges. Physiol. 123 (1941): 576.
59. Kleinberg, W.: Am. J. Physiol. 108, (1934): 545.
60. Mascherpa: Ref. Ber. ges. Physiol. 51 (1929): 316.
61. Michelazzi, A. M. u. Saviano: Arch. di. Sci. Biol, 26 (1940) 515.
62. Orten, J. u. a.: Am. J. Physiol. 109 (1934): 316.
63. Weissbecker, L. u. Maurer, R.: Klin. Wschr. 53 (1947): 855.
64. Weissbecker, L.: Cobalt als Spurenelement u. Pharmakon (Stuttgart 1949).
65. Weissbecker, L. Dtsch. med. Wschr. 75 (1950): 116.
66. Wintrobe, M. M.: Blood 2 (1947): 223.
67. James, Robinson u. Kark: New England J. Med. 240 (1949): 749.
68. Berk, L.; Burchenal, J. H. u. Castle, W. B.: New England J. Med. 240 (1949): 754.
69. Goldeck, H.; Herrring, G. u. Schmidt, E.: Fol Haematolog. (Leipzig) 69 (1950): 225.
70. Michaelis: Zit. n. Weissbecker (64).
71. Cato, K. u. Job, V.: Am. J. clin. Path, 10 (1940): 751.
72. Hagen, J. in Führers Sammlung v. Vergiftungen Bd. 11.
73. Remond u. Favre: zit. n. Leschke Münch. med. Wschr. 1932: 183.
- B₁₂ tedavisi için**
74. Kühnau, J.: Neue Med. Welt Nr. 42, 1950.
75. Goldeck, H. u. D. Remy: Klin. Wschr. i. Dr,
76. Begemann, H.: Klin. Wschr. 1949, 217.
77. Hogan, A. G. u. E. M. Parrot: J. Biol. Chem, 132, 507 (1940).
78. Stokstad, E. L. R.: J. Biol. Chem. 149, 573 (1943).
79. Day, P. L. u. Mitarb.: J. Biol. Chem, 157, 423 (1945).
80. Dunlop u. Wilson: Lancet 1949, 754.
81. Rickes, E. L.; N. J. Brink u. F. R. Koniuczy: Lancet 1949, 354.
82. Callender, Mallet, Spray u. Shaw: Lancet 1949, 57.
83. Israels, N. G. G. u. J. F. Wilkinson: Brit. Med, J, 1949, 1072.
84. Bethell zit. n. Dyke (87).
85. Stokstad, E. L. R.: J. Lab. Clin. Med, 33, 860, 1948.
86. Lillie, zit. n. Dyke (87).
87. Dyke, W. J. C.; H. C. Hind; D. Riding, u. G. E. Shaw: Lancet 1950, 486.
88. Meyer, L. M.; N. D. Ritz; M. Rowen; G. Bock u. J. Rutzky: Act. Haemat. 3, 305 (1950).

Gülhane As. Tıp Ak. II. Hr. Kl.
Prof. Recai Ergüder

Bel Ağrıları ve Siyatik Nevraljisinde Nucleus Pulposus Fitkinin Rolü

Prof. Dr. Op. R. Ergüder — Dr. Op. M. Naci Ayral

Mixter ve Barr'ın çalışmalarından sonra bil-hassa son onbeş senedir, bel ağrıları ve nevralsi siyatik'in sebepleri arasında «Nucleus pulposus» fitkına pek çok ehemmiyet verilmiştir. Bu husus-taki neşriyat sayılmayacak kadar çok ve tedavi edilen hastaların adedi de binlercedir.

Mixter ve Barr bir çok siyatikli ve bel ağrı-sından müşteki hastaların bu ârazlarının disloke olmuş «Nucleus Pulposus» dan ileri geldiğini söy-lemiştir ve yaptıkları ameliyatla hastaları şifaya

kavuşturmuşlardır.

Bu iki müellifin bu husustaki neşriyatların-dan evvel de Nöro şirürjiyenler bazen disloke ol-muş «Nucleus pulposus» ameliyatları yapıyorlar-dı, fakat bunun nucleus pulposus çıkığı olduğu-nu bilmiyorlar ve bu hastalığı «Chomdrom» ola-rak kabul ediyorlardı. Daha sonraları bu husus-taki tetkikat ve tecrübeler arttıkça hastalığın ma-hiyeti tanınmış ve vak'aların adedi de çoğalmış-tır.

Memleketimizde de bütün dünya memleketlerinde olduğu gibi arka bel ağrıları ve siyatik nevralljileri günlük pratik tıp mevzuatındandır. Muhakkak ki bunların bir çoklarının sebebi disk hernilerinden veya bu nahiyeyi alâkadar eden neşişlerin hastalıklarındandır. Böyle olmasına rağmen nucleus pulposus fitki teşhisi konan ve tedavi edilen vak'alara yok denecek kadar azdır. Bu da bu işe bizim memlekette çok yüklü olan günlük işler arasında lâyiki ile alâka gösterilemediğine delil olsa gerektir. Bilhassa Amerikada bel ağrıları ve siyatike o kadar çok ehemmiyet verilmiştir ki umumî hastanelerde haftada bir gün bu iş için ortopedist, nöroşirürjiyen ve asabiyeciler toplanarak hastalara konsültasyon yapmaktadırlar.

Siyatik ve bel ağrıları olan hastalar daha ziyade asabiyeciler, dahiliyeciler ve fizik tedavi mütehassısları tarafından görülmektedir. Ancak bu şubelerin bu hususta dikkatli olmaları ve buna lâyiki ile ehemmiyet vermeleri sayesinde bu gibi vak'alar cerrah veya nöroşirürjiyenlere gelebilir. Bizde bu hususta fizik tedavi enstitüsü direktörü Prof. Dr. Nüşet Şâkir Dirisu ve Asabiye kliniği Prof. Dr. Rasim Adasal ile daimî temas halindeyiz. Bu sayededir ki kısa zamanda üç vak'ayı teşhis ve tedavi fırsatını elde etmiş bulunmaktayız. Bundan evvel Ankara tıp fakültesi mecmuasında neşrettiğimiz bir vak'amız Prof. Dr. Nüşet Şâkir Dirisu ile müşterek çalışmamız neticesi meydana çıkarılmıştır. Bu makalemizde neşredeceğimiz iki vak'adan biri fizik tedavi enstitüsünden diğeri de asabiye kliniğinden ameliyat edilmek üzere bize verilmiştir. Bu hususa lüzumu kadar alâka gösterilirse vak'aların sür'atle artacağını ve günlük cerrahi çalışmalarımız arasına gireceğine kaniyiz.

Vak'a : 1 — Mehmet Oğ. Yaşar Düzgün 930 Samsun. K. No. 11278. 14/2/951 tarihinde hastanemize yatırılmıştır.

Şikâyeti : Sol bacağındaki ağrıdan.

Hikâyesi : Bundan 7 ay evvel sol baldırında ağrılar başlamış ve bu ağrılar bir çok ilâçlar almasına ve iğneler yapılmasına rağmen devam etmiş ve bir müddet sonra durmuş. Fakat hasta ilâçları almadığı zaman ağrılar yine geliyormuş. Baldırından başlayan ağrı yukarı aşağı doğru uzanır, yol yürürken, bacağına bükürken artar ve dinlenince geçermiş. Bazen geceleyin yataktan iken de ağrı olurmuş. Ağrılar daha sonraları bel hareketleri ile de kendini his ettirmeğe başlamış. Belindeki ağrı bacağına ve topuğuna kadar vuruyor ve bu gittikçe şiddetleniyormuş. Hasta travma tarif etmiyor. Fizik tedavide iki ay tedavi edilmiş ve fakat büyük bir iyilik görülmemiştir.

Muayenesi : Yürürken hafif topallıyor, bel hareketlerinde bilhassa öne bükülmede şiddetli bel ve sol bacak ağrısı oluyor. Aktif ve pasif hareketler normal. Sol bacakta Laségue delili müsbet, Vallex noktaları ağrılıdır. Her iki tarafta patella refleksleri normal, solda Achille refleksi maduma yakın azalmıştır.

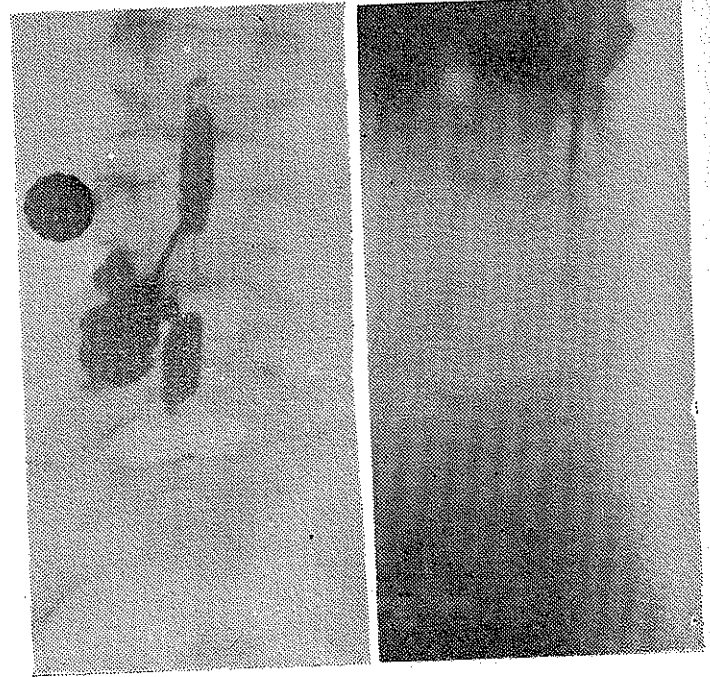
Röntgen muayenesi :

Sub-araknoid mesafeye lipiyodol zerk edilerek yapılan miyelografide kesif maddenin 4. üncü lomber fıkranın alt kenarı hizasında sabit olarak durduğu ve buradan dar bir kanaldan geçerek daha aşağı indiği görülmüştür (Şekil: 1 - 2).

Ameliyat : 4 - 5 inci lomber fıkralar arası disk hernisi teşhisi ile ameliyata karar verildi. 10 Nisan 951 de lokal anes-

tezi ile hasta yüzü koyun yatırılarak iki taraflı laminektomi yapıldı. 4 - 5 inci lomber fıkralar arasında aşıkâr disk çıktığı görüldü. Lig. Long. Post. üzerine ensiziyon yapıldıktan sonra pensler ve küret ile nucleus pulposus çıkarıldı. Enter vertebral mesafe iyice kürete edildi.

Ameliyat sonu gayet iyi geçti.



Şekil: 1 —

Önden arkaya miyelografi

Şekil: 2 —

Yandan miyelografi.

Vak'a: II — Hüseyin Oğ. M. Tevfik İnce 328 Kütahya. Asabiye Kl. 11189. Hasta 14/2/951 de hastaneye yatırılmıştır.

Şikâyeti : Yürüme güçlüğü, seksüel empotans, büyük abdestini zorlukla yapmaktan.

Hikâyesi : Bir sene evvel sağ kalçasında altı ay süren ve yürütmesine mani olan şiddetli ağrılar geçirmiş. Kaphıca tedavisinde beş ayda iyileşmiş. Dört ay normal vaziyette dolaştıktan sonra bundan 20 gün evvel bir gece arkadaşları ile içki ziyafetinden sonra eve gelip yatmış ve sabahleyin yataktan kalkamamış, ayakları tutmamış, anüsünün etrafı şiş ve ağrılı imiş. Çağrılan doktor penisilin ve B vitamini yapmış. Başka bir doktor hemoroid teşhisi koymuş ve kendisine sütlük tutulmuş. 20 gün evde yattıktan sonra hastaneye götürülmüş, orada 30 gün kadar yatırılıp tedavi edilmiş. Bu arada ateşi 40 dereceye kadar çıkmış. (6.000.000) ünite penisilin ve bundan başka Prostigmin enjeksiyonları yapılmış, büyük ve küçük abdestindeki zorluk iyi olmağa başlamış ise de cauda equina sendromu teşhisi ile Gülhane asabiye kliniğine gönderilmiştir.

Soy ve öz geçmişi : Hususiyet yok.

Genel durum : Küçük abdest günde 10 - 15 kere ihtiyacı duyuyor ve itrah yapmak için her seferinde şiddetli efor yapmak mecburiyetinde kalmıyormuş. Büyük abdestini zorlukla yapıyor ve ekseriya parmakla müdahale etmek zorunda kalmıyormuş. Hastalığın başlangıcından beri seksüel empotans varmış.

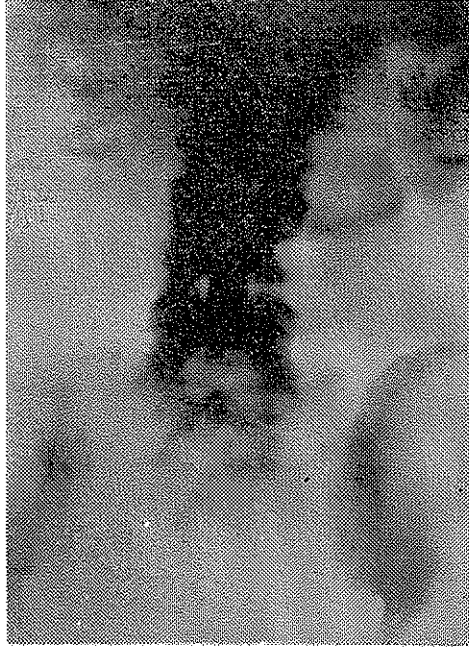
Nörolojik muayene : Sol bacak sağa nisbetle atrofik. Bacak hareketleri yatarken her vaziyette normaldir. Sol bacakta daha fazla olmak üzere her iki bacakta hipertoni vardır. Yürürken hasta belini kaldıramamakta, göğüs tarafı ileri doğru gitmekte ve hasta topallamaktadır.

Hissî muayene : Penis, anüs ve civarında suvari yamast

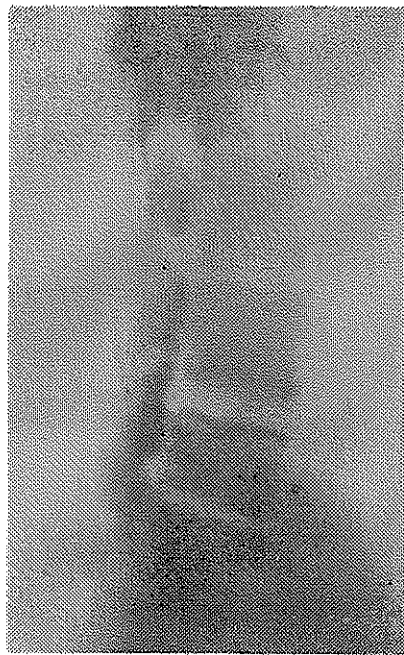
şeklinde bir hissi bozukluk sahası vardır. Vallex noktaları ağırlıdır. Laségue, Bonnet, Nery delilleri **ma**sbet her iki bacakta uyuşma, karıncalanma vardır. Pateller refleksler artmış, Achille refleksi madumdur. Mingazini, Barre delilleri müsbettir. Sol femurda 2 ve bacakta 3 cm. atrofi vardır. İşemede İnkontinans, defekasyonda retansiyon, cinsi münasebetlerde İştahsızlık ve enpotans vardır.

Röntgenolojik muayene: Direkt olarak yapılan lombosakral grafide 5 inci fıkranın sakralizasyonu var, bu kısımda hafif skoliyoz dikkat nazarını çekiyor.

4 ve 5 inci lomber fıkralar arası mesafe daralmıştır. Lıpiyodol ile yapılan miyelografide opak maddenin 4 ve 5 inci lomber mesafe arasında takıldığı görülmüştür (Şekil 3-4).



Şekil: 3 — Önden arkaya miyelografi



Şekil: 4 — Yandan miyelografi

Hastanın tetkikinden 4-5 inci mesafeler arasından oldukça büyük olması lâzım bir disk hernisi teşhisi ile hasta asabiye kliniğinden hariciyeye ameliyat edilmek üzere verilmiştir (Prof. Dr. Rasim Adasal).

Ameliyat: 12 Nisan 951 de hastaya lokal anestezi ile yüzü koyun yatırılarak laminektomi yapılmıştır. Evvelâ dura açılarak kontrol edilmiş ve patolojik bir hal bulunamamıştır. Yalnız parmakla muayenede 4-5 lomber fıkralar arasında büyük bir çıkık hissedilmiştir. Bunun üzerine dura kapatılmış ve dura haricinde çalışılarak 4-5 inci fıkralar arası iyice meydana çıkarılmıştır. Bilhassa sağ tarafta daha fazla olmak üzere her iki tarafta ileri derecede disk hernisi görülmüştür. Çıkan disk bu hizadaki cezirleri çok itmiş ve âdeta radıxler tanınmayacak halde gerilmiştir. Radıxler ile medulla arasından lig. long. Post. üzerine ensiziyon yapılarak pensle ve daha ziyade küret ile ileri derecede dışarı fırlamış olan nucleus pulposus çıkarıldı ve fıkralar arası mesafe kürete edildi.

Ameliyat sonu: Ameliyat sonu gayet iyi geçti hastanın peyderpye mesane ve rektüm vaziyeti düzelmiye başladı.

Disk hernilerinin etiyolojisi: Disk fıkralar arasındaki mesafede bulunan ve fıkraların her türlü hareketine müsaade eden bir teşekküldür. Discus intervertebralis'ler fıkralarla direkt olarak münasebette değildir. Disk ile fıkralar arasında kıkırdak bir tabaka vardır. Discus intervertebralis biri dışta olan ve fibriler bir nesipten yapılmış olan annulus fibrosus ile bunun ortasında bulunan ve hulami tabiatında bir maddeden yapılmış olan nucleus pulposustan ibarettir.

Nucleus pulposus fıtklarının etiyolojisinde travmanın büyük rolü vardır. Fakat hastaların hepsinde aşikâr bir travmayı tesbit etmek her zaman mümkün değildir. Normal bir disk'in birden bire çıkması pek o kadar kolay olmasa gerektir. Disk hernilerinin husulü için travma ile beraber diskin daha evvelce dejeneresansa uğraması lâzımdır. Küçük travmalarda diskte bir takım küçük yırtıklar ve dejeneresans husule getirerek daha büyük travmaların çıkışına sebep olmasını temin ederler.

Yapılan otopsilerin bir çoğunda disklerde bir takım değişiklikler görülmüştür. Bunlar arasında bir kısmında dejeneresans, bir kısmında nucleus'un alt veya üstteki fıkralar içine doğru girdiği (Schmorl nodülleri) görülmüştür. Vak'alarımızdan ikisinde de aşikâr bir travma tesbit edilememiştir.

Decoulx ve Souvary 115 vak'alık serilerinin ancak %50 sinde düşmek, çok ağır bir şey kaldırmak gibi büyük travma tesbit etmişlerdir. Bu müelliflerin vak'alarının çoğunda hastalık bir çok günler devam eden ve tekerrür eden lumbago akseleri ile başlamıştır. Ancak aylar ve seneler sonra tedricî olarak siyatik levhası teessüs etmiştir. Etiyolojide travmanın bulunup bulunmadığına göre :

- Travmatik disk hernileri,
- Non travmatik disk hernileri diye bir ayırma da yapılmıştır.

Disk hernilerinin mekanizması: İntervertebral disk çıkıklarının mekanizması çok değişiktir. Lewey bunları bir araya toplamağa çalışarak mekanizması birbirinden farklı üç disk hastalığı kabul eder :

a — İntervertebral diskin kemikten ayrılması ve annulus fibrosis de bir yarık olmaksızın diskin bir çıkıntı yapması.

b — Disk hernisi; likefiye olmuş yahut nekrotik travmatize disk lammeleri, annülüs fibrosizdeki bir yırtıktan çıkarak medulla kanalı içerisinde radix veya medullayı tazyik ederler.

c — Disk kayması; Travma tesiri ile fıkraların epifizlerindeki kartilajlar yerlerinden oynayarak diskin kaymasını mucip olurlar. Disk kayması bazen fıkra kenarlarının yonga şeklinde kırığı ile müterafik olur.

Intervertebral diskin patolojisi: Intervertebral diskteki patolojik değişiklikler dört gurupta toplanabilir (**Gurdjian ve Webster**):

1 — Nucleusün zayıf bir noktadan kanal içine doğru bir çıkıntı yapması veya çıkması,

2 — Nucleus pulposusun annülüs fibrosis ve Lig. Long. Post. daki bir yırtıktan kanal içine çıkması,

3 — Vertebralar arasındaki diskde aşıkâr bir çıkıntı ile müterafik olmayan nucleus pulposus ve annülüs fibrozus'un dejenerasyonu ve bunun sebebiyet verdiği refleks ağrılarla kendini gösteren hastalık tablosu,

4 — Nucleus'un yakınındaki vertebra cisimleri içerisine rüptürü; bunlar mutad olan **Schmorl** nodüllerini husule getirirler.

A. Hofmann ise disk hernilerini başka türlü bir ayırmaya tâbi tutar:

1 — Reductible disk hernileri; fitka uğrayan nucleus kısmı kendiliğinden yerine girer ve zaman zaman çıkarak ârazlar husule getirir.

2 — Complete şekil; bu şekilde disk tamamen kanala lükse olmuştur, fakat bu şekilde de bazen yerine girmek hassası vardır. Tam şeklin etrangle ve irredüktibil neveleri vardır.

3 — Tamamen serbest olan şekiller; burada nucleus disk ile olan bütün irtibatlarını gaip etmiştir.

4 — Kalsifiye şekiller; bunlar hakikî eksoztozlara benzerler.

Disk hernilerinin bulunduğu yer: Bütün nucleus hernilerinin %90 nı 4 - 5 inci lomber fıkralar arasında veya 5 L-I S arasında bulunur. Bundan sonra sıklık sırası ile 3 - 4 üncü lomber mesafeler arasında ve omurganın diğer fıkralar arası mesafesi ile Cervical nahiyede bulunur. Bazen aynı bir hastada iki mesafede birden disk hernisi bulunabilir. **Gurdjian ve Webster**'in 196 vak'alık serisinde 146 vak'a da yalnız bir mesafede nucleus pulposus fitkı bulunmuş, 9 hastada 5 inci ve 4 üncü mesafelerin her ikisinde de disk hernisi bulunmuştur. Geri kalan vak'aların disk hernisi bulunmamıştır.

Klinik ârazlar: Disk hernilerinde klinik ârazlar çok değişik olmakla beraber, dikkatle tetkik edilen vak'alarda klinik ârazlarla vak'aların büyük bir kısmında teşhis koymak mümkün olur. **John Raaf** ve arkadaşı müdahale ettikleri 220 vak'adan %81.5 ina klinik olarak teşhis koymuşlardır. Klinik ârazlar nörolojik ârazlarla müterafik olabilir veya olmayabilir. Hastaların esas şikâyetleri arka alt ağrıları olup bunun dağıldığı yerler değişiktir; belden öne doğru, glutealara doğru kasıklara ve bacağına arka kısımlarına yayı-

lan ağrılar olabilir. Fakat ağrıların asıl yayıldığı istikamet N. Sciaticus'un dağıldığı yerlerdir. Ağrılar ekseriya öksürük, aksırık, abdest ederken ıkınma ile fazlaşır. Mamafi bazen bu hallerde ağrılarda artma olmayabilir. Ekseri vak'alarda siyatik şeklindeki ağrılardan aylar ve hattâ seneler evvel arka ağrıları vardır, aradan uzun zaman geçtikten sonra siyatik şeklinde ağrılar görülür. Buna mukabil bazı vak'alarda hastalık doğrudan doğruya siyatik hecmeleri ve siyatik ağrısı şeklinde başlar. Umumiyetle bacak ekistansiyon vaziyetinde iken yukarı kaldırıldığı zaman hastalarda ağrı husule gelir (**Laségue**). Ağrılı hecmelerin zaman zaman gelip geçmesi ve arada iyilik fasıllarının olması da disk hernileri için karakteristiktir (**Dandy**).

Ağrılar boyun kara damarlarına tazyik edilerek (**Naffziger**), yahut boyun ve baş öne eğilerek ve arkaya doğru hastaların belini bükerek arttırılabilir. Disk hernisinin bulunduğu hizadaki omurga üzerine perküsyon çekici ile vurulursa tipik, intişar eden ağrılar husule getirilebilir.

Bel fıkralarında rijidite ve skoliyoz vardır, bunlar ekseriya kifoz ve torsiyon ile beraber bulunur ve bu şekilde omurgaya hususî bir manzara verirler ki buna «tirbuşon şeklinde omurga» ismi verilir.

Nucleus çıkığının lokalizasyonuna göre alt adale atrofileri, hipoestezi, patella ve aşıl reflekslerinde değişiklikler olur.

Patella refleksi 3 üncü mesafenin disk hernilerinde gaip olabilir, 4 üncü mesafenin disk hernisinde M. Extensor Hallucis Longus de bir zafiyet, glutea ve femur ve baldırlarda atrofi, malleollerin ön tarafında, ayak sırtında, bacağına dış taraf ayak baş parmağında hipoestezi vardır. Bazen 4 üncü mesafenin disk hernilerinde aşıl veteri aksesi azalır veya madum olabilir.

L5 - S1 arası yani 5 inci mesafenin disk hernilerinde ekseriya aşıl veteri refleksi azalmış veya madumdur. Bacağına ön dış adalelerinde atrofi; malleollerin arka tarafında, topukta, ayağın dış üç parmağı ile buna tevafuk eden ayak kısmında orta derecede bir his bozukluğu vardır.

Ayak düşmesi, süvari yaması şeklinde anestezi ve sifenkter bozuklukları gibi şiddetli nörolojik ârazlar 4 üncü yahut 5 inci mesafedeki massif disk rüptürü ile müterafik olur. Bizim 2 nci vak'amızda 4 - 5 arası mesafede ileri derecede bir nucleus pulposus çıkığı vardı ve nörolojik ârazlar cauda equina sendromunu düşündürecek kadar fazla idi.

Cerebro spinal liquor muayenesinde albumin miktarının arttığı ve bazen 100 mg. kadar yükseldiği olur. Lomber ponksiyon disk hernisinin altında yapılmış ise likör tazyikinde bir azalma tesbit edilir.

Radyolojik tetkik: Disk hernisi teşhisi ekseriya radyolojik tetkik yapmadan konabilirse de bazen disk hernisi ile beraber diğer hastalıklar da bulunabileceğinden önden arkaya ve yandan direkt radyografi yapmak her zaman için rutin bir metoddur. Radyografik tetkik ile aynı zamanda 5 inci fıkranın sacrum ve crista iliaca ile münasebetleri de meydana çıkarılır ki bu noktalar ameli-

yatta mesafeleri tayin etmek için cerrahın çok işine yarar.

Direkt radyografi ile sacro-iliaca senfizin artritleri, spondylo listhesis, bel fıkraları mafsallarının artritleri, Marie - Strumpell hastalığı, bel fıkralarının metastatik âfetleri, tüberküloz yahut sacral chordoma, sacralisation, lumbalisation, spina bifida gibi hastalıkların mevcudiyeti meydana çıkarılır veya bunların mevcudiyeti ihtimali ortadan kaldırılır. Mamefi şunu da söylemek lâzımdır ki disk intervertebralin yırtık, çıkığı spinal artrit, sacro iliac artrit, iliac osteit ve spondylo listhesis ile beraber bulunabilir.

Direkt radyografi ile fıkralar arası mesafenin vaziyetini tetkik etmek te mümkündür. İntervertebral diskin üst veya altında bulunan kırıkda safihasında husule gelen bir defektten dolayı nucleus pulposus çıkığı olursa radyolojik olarak fıkracisimlerinin üst veya alt kenarında gayri muntazam yahut hemisferik kemik defekti görülür (Schmorl nodülü). Aynı bir şahısta muhtelif fıkralarda bu şekilde bir hastalık görülebilir.

Disk hernisi yeni olmuş ise, ancak nisbeten kesif olan fıkracisimlerinin üst ve alt kenarının içine doğru geniş bir aşınma olduğu taktirde radyolojik olarak görülebilir. Eski fıtkılarda sponjiyöz kemik içine prolabe olan nucleus etrafında kalsifikasyonda artma olur ve bu şekilde radyolojik olarak tanınabilir. Bazan yalnız fıtkı uğrayan kısım kalsifikasyona uğrar.

İntervertebral disk çıkıklarında, bilhassa mas-sif çıkıklarda, fıkralar arası mesafesi daralır.

Disk hernilerinin çoğunda bu mesafenin genişliği azalır, söylenilen mesafenin daralması diskin kalınlığının azaldığını yani çıkığa uğradığını gösterir. Bu gibi vaziyetlerde diskin kalınlığı normalden 2 - 5 mm. daha inceler. **Gurdjian** ve **Webster** fıkralar arası mesafenin daralmasının muhakkak disk leziyonunu ifade etmediğini söylemektedirler. Fakat her ne olursa olsun fıkralar arası mesafenin daralmasını klinik ârazlar da tutuyorsa nucleus çıkığı için şüphe ile karşılanmalı ve miyelografik tetkike baş vurmalıdır.

Miyelografi: Müelliflerin bazıları ancak klinik ve diğer teşhis vasıtalarının netice vermediği şüpheli ve müstesna vak'alarda miyelografi yapmayı tavsiye ettikleri halde, bir kısmı da rutin olarak bütün vak'alarda yapılmasını taraftarlardır. Miyelografilerden sonra şiddetli baş ağrıları, evvelce mevcut ağrıların artması, ateş gibi ârazilar olabilirse de bunlar o kadar sık görülen ihtilâtlardan değildir. Binaenaleyh miyelografi yaptıktan bizi alıkoyamaz. Miyelografi yaparken en iyisi lipiodoldan daha seyyal olan bir madde kullanmalı ve radyografi yapıldıktan sonra bu opak madde çıkarılmalıdır. Bu maksat için Amerikada ve bir çok Avrupa memleketlerinde «Pantopaque» isimli radyopak bir madde kullanılmaktadır. Bu madde çok seyyal olduğundan filim alındıktan sonra çıkarılması kolaydır. **John Raaf** 220 vak'ının tetkikinde bu hususta şu neticeleri almıştır. Vak'aların %81.5 na klinik olarak teşhis koymuş, lipiodol ile %88,9 müsbet bulgular elde etmiş buna mukabil pantopak

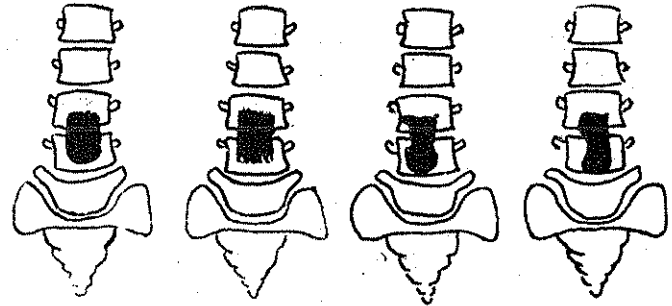
ile %76.6 müsbet netice almıştır. Her ne kadar burada lipiodolun lehine yüksek bir rakkam varsada iyi bir teknik kullanmak suretiyle pantopak ile de lipiyodol ile alınan iyi netice alınabilir. Üstelik pantopakın lipiodole bir çok üstünlükleri vardır, pantopak daha çok az muharriştir, tekrar geriye çıkarılması daha kolaydır. Bundan dolayı miyelografiden sonra bazen görülen araknoid yapışmaları görülmez.

Miyelografi vak'aların %20 - 30 unda teşhisde bizi aldatabilir. Bundan dolayı menfi miyelografeye rağmen müsbet klinik bulgular ameliyat için bir endikasyon koydurabilir.

Miyelografi muhakkak müteharrik masalar üzerinde evvelâ radyoskopik olarak kesif madde görüldükten sonra yapılmalıdır. Bu esnada miyelografi için subaraknoid mesafeye radyopak madde verilen iğne de içeride bırakılır.

Masa baş aşağı ve baş yukarı yapılarak kesif maddenin subaraknoid mesafedeki hareketi tetkik edilir. Radyopak maddesinin gidişinde ve gelişinde anormal bulunan yerlerin grafileri alınır. Bu şekilde yapılmıyan miyelografilerin hekimi aldatması ihtimali fazladır. Eğer radyopak maddeyi zerk ettikten birkaç gün sonra miyelografi yapılacak olursa dar yerden opak madde geçerek asıl takıldığı yer görülmeyebilir.

Miyelografik bulgular bu işe alışık kimseler tarafından tefsir edilmelidir. Çok büyük disk hernilerinde kesif maddenin muayyen bir mesafede takıldığı ve daha aşağı geçmediği görülür (Şekil 5), bazen bu takıntının altı tarak gibi dişli olur (Şekil 6). Disk hernisi bir tarafta daha galip ise kesif maddenin bir yarasında yarım ay şeklinde defekt olur (Şekil 7). Bazan disk hernisi çok küçüktür ve ancak radikslere aid bambo kamışı şeklinde gölgenin görünmemesi ile anlaşılabilir (Şekil 8).



Şekil: 5

Şekil: 6

Şekil: 7

Şekil: 8

Ayrııcı teşhis: Nucleus pulposus fıtkılarını aşağıdaki hastalıklardan ayırmalıdır:

- a — İnter spinal tümörler,
- b — İptidai veya tâli medulla kanalı tümörleri,
- c — Omurganın alt kısmının ve sacro-iliac mafsalin iltihapları,
- d — Artritler,
- e — Sacro-iliac ve lumbo-sacral mafsalların burkulması v.s.
- f — Enfeksiyöz nöritler,
- g — Lig. flavum kalınlaşması,

- h — Beş fıkralarının Proc. Trans.lerinin kırıkları,
 i — Siyatik siniri yaralanmaları,
 j — Sacralisation ve lumbalisation,
 k — Spondylite rhizomelique,
 l — Spondylolisthesis.

Bilhassa Arthrose interapophysaire ile Nucleus pulposus'dan ileri gelen ârazları birbirinden ayırmalıdır. Çünkü birincisinde Rachisynthese, diğ-
 gerinde Laminectomie yapmak lâzımdır.

Tedavi: Muhafazakâr ve cerrahî olmak üzere ikiye ayrılır. Hâd ve başlangıç vak'alarla nörolojik ârazların az olduğu ve ağrıların şiddetli bulunmadığı vak'alarda istirahat ve fizik tedavi tatbik edilir. Uzun müddet muhafazakâr tedavi yapılmasına rağmen istifade edemeyen hastalara cerrahî müdahale yapmalıdır.

Cerrahî müdahalede esas olan iki tip ameliyat vardır. Bunlardan biri klâsik laminektomi yapılarak çıkmış olan nucleus pulposus'u çıkarmaktır. Bunun için radix ve medulla hafif ekartmanlarla bir tarafa çekilerek evvelâ lig. log. post, üzerine ekseriya haç şeklinde bir ensiziyon yapılır ve sonra pitüiter pensi ile nucleus parça çıkarılır. Ayrıca intervertebral mesafede bir küret ile iyice kürete edilir. Bu şekil müdahale son zamanlarda terk edilmeğe başlanmıştır. Ancak büyük disk hernilerinde ve şüpheli vak'alarda, bundan başka da medullanın tazyika maruz kaldığı hallerde laminektomi yaparak müdahale etmek muvafıktır. Bunların dışında Love'in bulduğu enterlaminer müdahale tatbik etmek daha uygundur. Buna lateral müdahale de denir. Bunun için hasta ya yan yatırılır veya yüzükoyun yatırılır. Anestezi lokal veya umumî olabilir. Proc. Spinosus'lar boyunca orta hattan ensiziyon yapılır. Hangi taraftan müdahale edilecek ise o tarafın fıkra yanı adaleleri Proc. Spinosus'lardan bir rujin ile ayrılır. Arcus vertebrales iyice meydana çıkarılır, fıkraların arcuslarını birbirine bağlayan lig. Flammulardan, hangi mesafeye girilecek ise oradakinden, ince uçlu bistüriler ile kesilerek 1 - 1,5 cm. karelik bir saha elde edilir. Bazen fıkralar birbirine çok yakın olur ve kâfi genişlikte bir mesafe elde edilemez bu gibi hallerde üst ve alttaki fıkraların arcuslarından birer parça kesilerek aralık genişletilir. Bundan sonra çıkık nucleus pulposus üzerindeki lig. long. post. a haçvari bir ensiziyon yapılarak, nucleus pitüiter pensi ve küretaj ile çıkarılır. Bir çok vak'alarda disk üzerinde hissî kökün bir tel gibi gerildiği görülür. Bazı vak'alarda disk fitiğe uğramadan bir çıkıntı yapmıştır ve bu forseps ile çıkarılır. Bazı vak'alarda da anormal birşey bulunamaz, bu gibi vak'alarda ya disk hernisi görülmüyordur yahut şikâyetler periarthrite yahut lig. Flavum'ın kalınlaşmasından ileri gelmektedir. Bu gibi vak'alarda ağrılar çok şiddetli ise hissî kök rezeke edilebilir.

Lateral olarak yapılan hemilaminectomie'nin laminektomiye üstünlükleri vardır. Laminektomiden sonra dura açılacak olursa pachymeningitis ve hematomdan mütevellit parapleji gibi ihtilâtlar nadir de olsa görülebilir. Bundan başka lateral mü-

dahale ile disk çıkıklarını görmek şansı daha fazladır. Decoulx ve Souлары'ye göre laminektomi ile disk hernileri %39 görülebildiği halde, lateral müdahale ile %84 görülebilir.

Bazı müellifler beldeki hangi mesafeye müdahale edilirse edilsin prensip olarak 4 - 5 inci mesafenin daima kontrol edilmesi taraftarındırlar.

Disk hernisi için yapılan gerek laminektomi ve gerekse hemilaminektomiden sonra omurgaya bir fusion ameliyesi yapıp yapılmaması hâlâ münakaşa mevzuudur. Bir çok Amerikan müellifleri rutin olarak her hangi müdahale tipi olursa olsun fusion ameliyatını da beraber yapmağı teklif ederler. Fakat yapılan tetkikler fusion ile beraber yapılan ameliyat neticelerinin yalnız hemilaminektomi yapılan ameliyatlardan daha iyi olmadığını göstermektedir.

Spinal fusionun aşağıdaki hallerde yapılması uygundur :

- a — Nucleus pulposus fitki ile beraber spondylolisthesis, 5 veya 4 üncü fıkranın gevşekliği bulunan vak'alar.
 b — Aynı zamanda omurgada arthrite olan vak'alar,
 c — Uzun zamandanberi ağrıların devam ettiği vak'alar.
 d — Ağır işlerde çalışan hastalarda fusion ameliyatının yapılması uygundur.

Ameliyat neticesi: Umumiyetle vak'aların %43 ünde fevkalâde netice, %25 inde iyi netice, %20 sinde oldukça iyi netice alınır. Vak'aların %12 sinde iyi netice alınmaz. Bunlar uzun devam eden ve radiklerde tazyikten mütevellit tahvülâtın olduğu vak'alarla, ameliyat esnasında medulla veya radiklerin fazla tazyikle ekartmanından ileri gelen vak'alardır. Ameliyat esnasında medulla üzerinde çalışırken tazyik yapmamağı ve radikleri zedelememeğe dikkat etmelidir. Medulla üzerine tamponman yapılmamalı, kanamalar sıcak serum emdirilmiş gaz veya pamuklar üzerinden aspirasyon kanülü ile aspire ederek durdurulmalıdır.

Kanayan veritler koterizasyon ile durdurulmalı bununla durdurulamıyan yerlerdeki kanama mihrakları üzerine adele parçaları veya trombin emdirilmiş jelâtin parçaları koymalıdır.

Hastalar 10 gün yatakta bırakılır. 10 gün sonra yavaş yavaş hareket etmesine müsaade edilir. Üç hafta sonra hastalar işlerine başlayabilirler.

Ameliyatlardan sonra nadiren nüks görülür, bu da ameliyat esnasında nekroze uğramış olan nucleusun küretman ile iyi çıkarılamamasından ileri gelir. Bunun için ameliyat esnasında fıkra arası mesafenin küretmanını iyi yapmak lâzımdır.

LİTERATÜR :

1. Alexander Orley, Neuroradiology 1949: 331-323.
2. Sachs, Diagnosis and treatment of brain tumor and care of the neurosurgical patient 1949: 499-504.
3. Leonectors, Sciatalgie par hernie discale, considérations sur 100 cas opérés, resultats immediats et tardifs. Jour. de Chir. 1950, 66:477.
4. D, Petit Dutailis et S. De Séze, Sciatique-lombalgies par

- hernie posterieure des disques intervertebraux, Masson et Cie. 1945.
5. F. Keits Bradford, R. Glen Spurling; The intervertebral disc, Charles C. Thomas 1947,
 6. Grinker and Bucy, Neurology, Thomas co. 1949,
 7. Davis, Neuro-surgical surgery, Lea Febiger 1943.
 8. Bancroft and Pilcher, Surgical treatment, Lippincott Co. 1946.
 9. Decoux and Soulayr, Sciatica caused by herniation of intrvertebral disc. Late results of operation in 115 cases. Lille Chir. 1948, 16:157. Surg. Gyn. and Obst. Inter. Abst. 1949, 88:371.
 10. Lewey, The mecanisme of intervertebral disc protrusion. Surg. Gyn. and Obst. 1947, 88: 592-603.
 11. A. Walch, R. Rombouts et J. L. Petit, Les funiculalgie rachidiennes dependant de lesion discales et d'arthroses intraapophysaire. Jour. de chir, 1950, 66:330.
 12. John Raaf et George Berglund, Résultats d'operations pour protrusion de disques intervertebraux lombaires Jour. de Chir. 1950, 66:479.
 13. A. Hofmann. Sur le traitement chirurgical de la hernie du nucleus pulposus, Jour. de Chir. 1950, 66:476,
 14. Dean H. Echls et Frederik C. Rehfeldt, 32 interventions pour sciaticque sous decouverte de rupture du disque intervertebral, Jour. de Chir. 1950, 66: 477,
 15. F. V. Kristoff et G. L. Odom, 20 cas de ruptures cervicales du disque intervertebral (Archive of Surgery 54, 1947; 287-304). Jour. de chir, 64, 1948:641,
 16. R. Glen Spurling et Everett G. Grantham, Les résultats finaux de la chirurgie pour rupture des disque intervertebraux lombaire; étude de suites de 327 cas. Jour. de Chir, 1950, 66:478.
 17. A. Richard et P. F. Girard, Les nevralgie cervico brachiales (et spécialement celles par discopathies cervicales), Jour. de chir. 1950, 66:475.
 18. W. Russel Brain, G. C. Knight and J. W. D. Bull; Discussion on rupture of intervertebral disc in the cervical region Proc. R. Soc, M, Lond, 1948, 41: 509; Surg: Gyn: and Obst. inter. obst, 1949, 88 398,
 19. Gurdjian et Webster, Hernie discales du nucleus pulposus, (The american jour. of surg. 76, 1948: 235-243). Jour. de chir. 65, 1949:670.
 20. De Seze, J. Debeyre, A. Djian, S. Godlewski; Algie cervico-brachiale, hernie de disque intervertebral et osteophytose unco-vertebrale, (La semaine des hopitaux de Paris 24, 1948:3101), Jour. de Chir. 65, 1949:775,
 21. Adolf Stimpel, The operative procedure for lateral herniation of the lombar nucleus pulposus, with special consideration of love's interlaminar fenestration Surg. gyn. and obst. inter. obst. 1950, 90: 465.
 22. P. C. Lund, Hypobaric pontocaine spinal anesthesia for exploration for extruded nucleus pulposus. Surg. Gyn, and Obst. inter. obst, 1949, 89:201,
 23. E. S. Gurdjian and John E. Webster, Lumbar herniations of the nucleus pulposus an analysis of 196 operated cases Surg. Gyn. and Obst. 1949, 88:331 intern. Abst.

Ankara Tıp Fakültesi İntan Hastalıkları Kliniği
Ord. Prof. Dr. Abdülkadir Noyan

Q Humması ile iştirak eden bir Piyojen Enfeksiyon

Doçent Dr. Behiç Onul

Q humması yurdumuzda intişar etmiş bir hastalıktır. Muhtelif bölgelerimizde bunun sporadik vak'alarına rastlanmakta olduğunu bildiren müşahedeler yayımlanmaktadır. Fakat hastalık vak'aları adedinin görülen ve teşhis edilenlerden bir kaç misli fazla olduğu kanaatindeyiz. Hastalığın belirtileri klinikte yalnız fizik muayene ile kat'i teşhis yaptırarak derecede bariz değildir. Verdiği genel ârazların hemen bir çok intan hastalıklarında görülenlerden büyük bir farkı bulunmuyor. Şiddetli baş ve göz ağrısı gibi tam spesifik olmayan bir belirtiden şüphelenilerek radyolojik tetkik yapılırsa ancak akciğerde lokalizasyonu olan nevileri teşhis edilebilmektedir. Bir çok yerlerimizdeki iktisadî zorluklar ve teknik noksanlığı dolayısıyla de buna her zaman imkân bulunamamaktadır. Ayrıca teşhisin te'yit edilmesi için icap eden serolojik reaksiyonlar yurdun bütün lâboratuvarlarında klâsik muayeneler arasına girmiş değildir. Esasen yapılması pek kolay olmayan bu reaksiyon için lüzumlu suşlar da ancak R. S. Merkez Hijyen Enstitüsünde bulunmaktadır. Böylece hastalık teşhisinin müşkül ve külfetli olması dolayısıyla bir çok vak'aların gözden kaçacağı tabiidir.

Akciğerin piyojen bir enfeksiyonu halinde karşımıza çıkan bir vak'ada yaptığımız muahhar

tetkikler bu hastadaki tezahürün de Q hummasına ait olduğunu göstermiş ve bu düşüncemize istinat noktası teşkil etmiştir. Bu hastaya yapılan tedavi sonucunda kısa bir zamanda bütün klinik ve lâboratuvar belirtilerinin salâh bulmasına mukabil radyolojik ârazın verdiği şüphe, bizi R. Burneti antijeni ile kompleman fiksasyon teamülü yaptirmaya sevk etmiş ve ancak bu yolla hastalığın hakiki mahiyeti meydana çıkarılmıştır.

Hastanın müşahedesi: Z. H. 20 yaşında, ev kadını.

Şikâyeti: Ateş, iştahsızlık ve sağ skapula nahiyesindeki ağrılarından.

Hikâyesi: 25 gün evvel hafif ürpermelerle ateşi yükselmeye başlamış, geceleri daha fazla oluyor fakat terlemiyormuş. Sırtı ağrıyormuş. Ağrı bir kaç gün içinde şiddetlenmiş ve sağ skapula altına lokalize olmuş, öksürük başlamış fakat balgam çıkarmıyormuş. Yavaş yavaş iştihası kesilmiş, hiç bir şey yiyemez olmuş. Bu sebeple çok zayıflamış. Tedavi görmemiş. 14-15 gün evvel ateşin fazlaşması ve öksürüğünün artarak fazla balgam çıkarması üzerine Ankaraya getirilmiş ve kliniğimize yitirilmiş.

Öz geçmişi: 5 senedir evli, aslen Adanalı, evlendiği gündenbergi Ankaranın Kulu köyünde bulunuyor. Küçüklüğünde Çiçeğe tutulmuş, geçen sene mart ayında da bir ay kadar ateşli bir hastalıktan yatmış. (Halsizlik, baş ağrısı ve şiddetli bir iç sıkıntısı ile müterafılmış, öksürük az ve balgam çıkarmamış). Kendiliğinden iyileşmiş. Bulunduğu köyde

bol miktarda koyun, keçi ve davar varmış. Bu hayvanlarla fazla alâkalı değilmiş. Fakat bunların sütlerini bolca içermiş. Çok defa bu sütleri pişirmeden de içtikleri vaki imiş. Köyde bilhassa kenelerin de çok bulunduğunu söylüyor.

Köyünde ara sıra ateşli hastalar olur, fakat doktora gitmeden kendi kendilerine iyileşirmiş.

Soy geçmişi: Anası sağ ve sıhhatte, babası bilmediği bir hastalıktan vefat etmiş, ailevi bir hastalık yokmuş.

Alışkanlığı: Fena itiyatları yokmuş.

Vücut fonksiyonları: İştihâ azalmış, uyku uyuyabiliyor, idrar ve dışkılama normal.

Hasta aktif durumda, sansoryum açık, nabız 100 civarında.

Solunum sistemi: Perküsyonla sağda üst fus bölgesinde sübmatite alındı. Dinlemekle burada sukrepitan raller mevcut, akciğerin diğer bölgelerinde tek tük sibilân ral alınıyor. Diğer sistemlerde kayda değer bir bulgu yok.

Lâboratuvar muayeneleri:

Alyuvar: 3.710.000, Hemoglobın: %69, İndeks: 0,98, Akyuvar: 14.000.

Akyuvar formülü:

Çomak	: % 4	560 c.mm.de
Parçalı	: % 69	9660 c.mm.de
Lenfo	: % 25	3500 c.mm.de
Mono	: % 2	280 c.mm.de

Sedimentasyon:

1. saatte 122 mm.

Kan kültürü:

Steril kaldı.

Kanda aglütinasyon:

T.O. (—)
T.H. (—)
P.A. (—)
P.B. (—)
OX19 (—)
Melitensis (—)
Bang (—)

Soğuk aglütinasyon:

(—) menfi

Manthoux:

+++ müsbet

Balgam:

Az miktarda, yapışkan, mükoprülân, B.K.(—)

Boğaz kültürü:

Pnömokok, streptokok hemolitik üredi.

İdrar ve dışkı muayenesinde:

Kayda değer patolojik bir bulgu yoktur.

Hastaneye yattığının beşinci gününden itibaren bakteriyolojik bulgular neticesinde, hastaya günde 5 gr. Sulfadiazin tedavisine başlandı. Ateş ilk 24 saatte terleme ile normale düştü. Bu esnada hastanın öksürüğü çok azaldı. Balgam tamamen durdu. İştihâsı açıldı ve umumî hali düzeldi. Bir hafta ateşsiz kaldı. Akciğer ârazilarının tetkiki için radyoloji şubesine gittiğinin ertesi günü, yorgunluk ve hafif üşüme tarif etti. Ateş ürperme ile 38 dereceye yükseldi, baş ağrısı, bulantı ve sağ skapula üzerinde hafif bir ağrı başladı. Bu nahiyede tekrar sukrepitan raller alındı. Bu sırada yapılan lâboratuvar muayenelerinde:

Akyuvar: 10.900

Akyuvar formülü:

Eo	: % 1	109 c.mm.de
Baso	: % 1	109 c.mm.de
Stab	: % 4	436 c.mm.de
Parçalı	: % 60	6540 c.mm.de
Lenfo	: % 28	3052 c.mm.de
Mono	: % 6	654 c.mm.de

R. Burneti kompleman fiksasyon teâmülü 1/40 müsbet netice vermiştir. Balgam kültüründe patojen bakteri üremedi. Bu durumda hastaya 5 gr. Sulfadiazin ile birlikte 400.000 ünite Penicillin tatbikine başlandı. Fakat bu defaki tedavi müessir olmadı ve ateş 37-38 arasında bir hafta devam etti. Bu esnada baş ağrısı, göğüs ağrısı, hafif öksürük ile birlikte radyolojik ârazilar da devam ediyordu. Hafta sonunda ateş düştükten sonra yapılan lökosit ve formül kontrolünde normal netice alındı.

Vak'ının münakaşası:

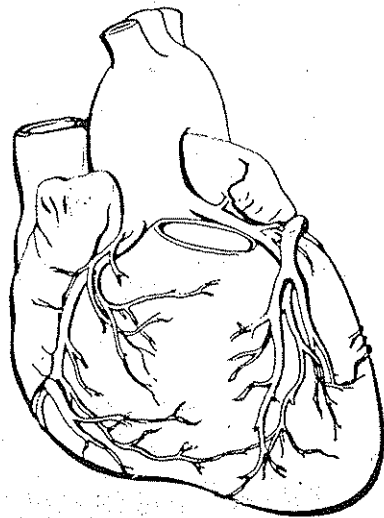
Hastada görülen ateş, akciğerde matlık, tenefüste sertlik, öksürük, balgam ve balgam kültürü ile elde edilen patojen hemolitik streptokok ve pnömokok ile birlikte piyojen bir enfeksiyon mevcudiyetini gösteren lökositoz; bu vak'ının mahiyeti hakkında karar vermeye yetecek kuvvetli delillerdendi. Teşhisten sonra Sulfadiazin (5 gr.) ile tedaviye alınan hastada ve antibiyotik verildikten sonra ateşin krizle düşmesi ile teşhis teyyüt etmişti. Enfeksiyon amilinin cinsine göre hastalığın böyle kolaylıkla tesir altına alınabilmesi, hasta için de sevinilecek bir olaydır. Bu kriz aynı zamanda klinik şifayı da gösteriyordu. Çünkü krizi takip eden günlerde hasta tamamen ateşsiz kalmış, balgam azalmaya başlamış ve üç günde zail olmuştu. Ayrıca balgamdan yapılan kültürlerde de hemolitik streptokok ve pnömokok menfileşmiş ve bu esnada lökosit adedi de normale inmişti. Akciğerde fizik ârazilar sağ skapula ucuna münhasır kalan matlıktan ibarettir. Fakat klinik ve lâboratuvar delillerinin zail olmasına karşılık radyolojik ârazın aynen devamı karşısında aynı zamanda atipik pnömoniler grubundan bir enfeksiyon ihtimali de düşünülerek tetkik derinleştirilmiş ve müsbet bir serolojik reaksiyonla Q humması teşhisine varılmıştır. Muhtemel olarak hastanın enfeksiyonu Q humması şeklinde başlamıştır. Bu hastalığın normal seyri olarak akciğerde enterstisyel bir pnömonitis mihrakı teşekkül etmiştir. Akciğerin âfete uğrayan dokusundaki enfiltrasyon o kısmın bronş ve bronşiyol mukozalarının doku müdafaasını zayıf düşürür. Bu sıralarda hastanın almış bulunduğu veyahut evvelen kendisinde mevcut olan streptokok hemolitik virülân tesirini gösterecek dispoze olmuş ve müdafaası zayıflamış olan bronş ve bronşiyollerde kolaylıkla yerleşip piyojen bir ihtilâta sebep olmuştur. Bu ikinci enfeksiyon neticesinde hastanın umumî halinde bozulma, hastalığın uzaması, akciğerin enfeksiyon ârazilarında şiddetlenme görülmüştür. Buna muvazi olarak kanda lökosit reaksiyonu başlamıştır. Servisimizde yapılan lâboratuvar tetkiklerine dayanarak ve klinik belirtileri de bariz olan ikinci enfeksiyonun tedavisine başlanmış ve iyi bir şans olarak antibiyotik, streptokokları tesiri altına alarak hastalık sahnesinden uzaklaştırmıştır. Bu zamanlar hastalık başlangıcının 30 uncu gününü buluyordu.

Ateşin düşmesini takip eden ilk günlerde kanda yüksek kompleman fiksasyon titresi bulunduğu göre hastada R. Burneti'ye karşı immün cisimlerin teşekkül ettiği Q hummasının daha evvel devrini tamamladığı streptokok enfeksiyonuna

üsbet
üre-
rlikte
efaki
de-
ürük
so-
kon-

nef-
ürü
ve
nev-
iye-
elil-
ile
kten
et-
şın
asta
za-
rizi
nıg,
uş-
he-
ve
kei-
asır
ora-
bjik
ati-
ma-
nis-
sine
yo-
alı-
bir
erin
nın
faa-
bu-
cut
ere-
lan
yo-
ksi-
zul-
yon
nu-
tır.
da-
inci
ans
ala-
za-
bu-

an-
du-
ci-
vel
ana



Corale

EN İYİ BİR ANALEPTIQUE
OLUP, EN MÜKEMMEL KALP
VE TENEFFÜS CİHAZI
MÜNEBBİHİDİR.

ASERO BERK
Acide Acethylsalicylique

COROPHYLLINE
Damar Genişletici

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 - Müstehi

VIN-QUINAL
Kola-Kinakına-Fosfat

VITADEx
Vitamin D₂ Damlası



Müstahzarları

TESİSİ:
1938

ŞİŞLİ - İSTANBUL

TİCARİ SERVİS:

ŞİRKECİ, 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.

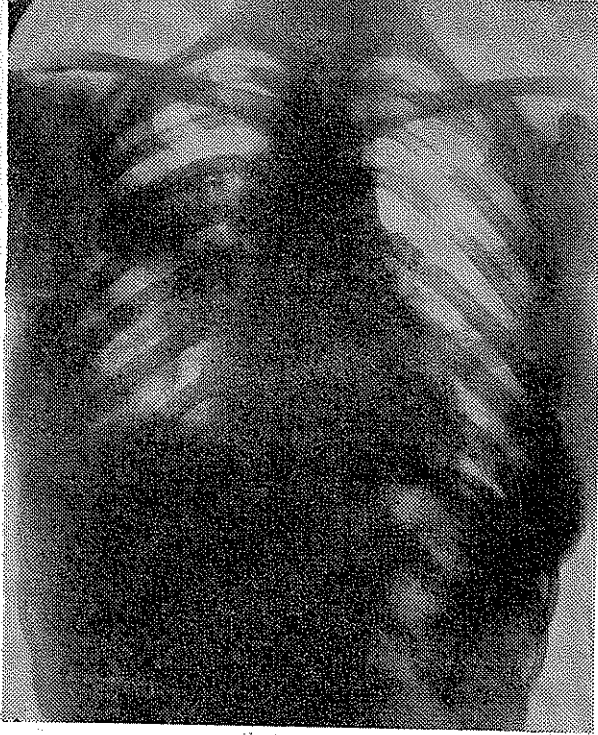
SULFASUXİNYL
Barsak Enfeksiyonlarına

TONOCALCIUM
Kalsium Şurubu

VITA-CALCIUM
Vitamin-Fitin-Kalsium

CYDOZOL
Pentamethylenetetrazol
10 % mahiülü

bağlı olarak geciken şifanın tedavi neticesinde derhal teessüs ettiği anlaşılıyordu. Bir hafta normal bir durumda kaldıktan sonra tekrar yükselen ateşte, genel durumun çok bozulmaması, ateşin fazla yükselmemesi ve lökosit reaksiyonunun evvelki gibi olmamasına dayanarak buna bir Q humması residivi demek mümkündür. Bu esnada balgamdan patojen bir bakteri de tesbit edilememiş-



tir. Keza evvelce yalnız Sulfadiazin'le düşen ateş bu sefer Penicillin ile teşrik edildiği halde ateşi düşürememiş ve hastalık bir haftalık seyrini tamamlamıştır. Ancak nüksün sekizinci günü ateş tabiiye inerek hastalık son bulmuştur.

Netice :

Yurdumuzda Q humması vak'aları, görüldüğünden fazladır. Bu hastalığın klinik belirtilerinin noksanlığı, Röntgen ve laboratuvar muayenelerindeki güçlükler teşhisi müşkül kılmaktadır. Hastalığın ateşli devresi 1 - 3 hafta sürer. Birinci haftada başlayan, fakat 2 - 3 ay bile devam eden pnömonitis odakları, sıhhat haline avdet ettiği sanılan hastanın akciğerinde zayıf ve müdafası bozulmuş bir doku bırakır. Bu şekildeki mukozanın üzerinde herhangi bir enfeksiyonun oturması çok kolaydır. Bu yolla bir çok akciğer enfeksiyonları görülebilir. Bu sebepten tüberküloz savaşına hız verdiğimiz bu zamanlarda, atipik pnömonilerin teşhisinde dikkatli olmak esaslı klinik âraz vermemeleri dolayısıyla şüpheli kalan enfeksiyonlarda bu grup hastalıkları gözden uzak tutmamak lâzımdır.

LİTERATÜR :

1. Moeschlin S., Koszewski B. J.; Schweizerische Mediz. Wochenschr. 80: 929, 1950.
2. Delay P. D., Lennette E. H., Deome K. B.; Jour. Imm., 65: 211, 1950.
3. Reimann H. A.; J.A.M.A.; 144: 81, 1950.
4. Bracher G.; Praxis, 39: 253, 1950.
5. Sigel M. M., Scott T. F., and Others; Am. J. Public Health; 40: 524, 1950.

Münih Üniversitesi I. Dahiliye Kliniği

Direktör: Prof. Dr. K. Bingold

Atom Fiziğinin Tıpta Kullanımı

Doç. Dr. H. Cramer; Dr. H. W. Pabst; Dr. S. Efe

I. — Nüve fiziğinin esas prensipleri :

Maddenin taksim edilemeyen son yapı taşının atom olduğunun anlaşılması pek eski değildir. Bugün artık atomun Proton, Nötron ve Elektrondan yapılmış olduğunu biliyoruz. Atomun kütlesi, pozitif yüklü atom nüvesinde toplanmıştır, etrafındaki muayyen halkalar üzerinde de negatif yüklü elektronlar dönmektedirler. Ünite olarak atom, dışarıdan nötral görüldüğü için, pozitif yükleri taşıyan nüvenin etrafında mümkün mertebe çok sayıda elektronlar devretmektedirler. Bir atomun kimyasal vasıfları için pozitif yükler ihtiva eden nüve veya aynı kıymette olan elektron kabuğunun sayısı esas tutulur. Bunu «nüve hamulesi» olarak ta isimlendiriyoruz ki bu, elementlerin periyodik sistemdeki numaralarına denktir. Bu her element için değişmez bir adettir. Atom nüvesi bir ünite teşkil etmez zira içinde bulunan Proton pozitif yüklü ve kütlesi Elektronunkinden takri-

ben 1800 defa büyük olan parçacıklardan ibarettir. Nötron ise nötraldır ve kütlesi Protonunkinin aynıdır. Protonlar ve Nötronlar beraber olarak atom ağırlığına hemen hemen eşit olan kütle sayısını yerirler. Kimyaca aynı esas maddeye ait oldukları halde yalnız Nötron adedinin farklı olduğu aynı sayıda Proton ihtiva eden atomlar «İzotop» adı altında toplanır. Tabiiatta mevcut elementler ekseriya muhtelif izotoplardan müteşekkildir. Bu sebepten atom ağırlığı ekseriyetle tam sayıda değildir, küsurlüdür. Meselâ tabiiatta mevcut chlor elementi eşit olmayan tarzda 35 ve 37 atom sayılı iki ayrı atom nevinden ibarettir. Analitik surette 35,457 olarak bulunan atom ağırlığı ortalama kıymeti veren sayıdır. Biz izotopları aktif ve aktif olmayan ve sonra aktif izotopları da tekrar tabii ve sun'î radioaktif izotoplar diye ikiye ayırıyoruz. Muayyen atom nüveleri, her element için karakteristik olan şualama hassasına

göre şua neşrederek spontan surette parçalanırlar ve bu esnada sabit bir elemente tahavvül ederler. Atom nüvesinin parçalanması çok muhtelif tarzlarda vukua gelebilir. Bu ya bir alpha parçacığının —ki bu iki Proton ve iki Nötrondan meydana gelmiş bir Helium nüvesidir— intişarı vasıtasile, yahut ta bir β parçacığının —ki bu bir Elektron veya bir Positronla idantıktır— emisyonu vasıtasile olur. Bir Nötronun Protona tahavvülünde Elektronlar serbest hale geçerler, aksine Protonun Nötrona tahavvülünde ise Positronlar hasıl olur. Bu madde değişikliği esnasında serbest hale geçen enerji, ayrılan β parçacığına yüklenmektedir. Bu enerji sabit bir büyüklükte değildir, bilâkis değil yalnız müteaddit elementler arasında, aynı zamanda bir ve aynı elementlerin β şuaları arasında da fark gösterir. Bu parçalanma hâdisesinde husule gelen atomlar genel olarak «esas hâl» denen durumda değildirler, kütle eksilmesiyle izah edilen muayyen bir hareket enerjisine sahiptirler. Elektrikî ve manyetik alanlardan inhiraf etmelerine ve muhtelif nüfuz kabiliyetlerine göre keza alpha, β , gama şuaları birbirinden iyice tefrik edilebilir. Meselâ alpha şuaları adı kâğıt tarafından tamamiyle absorbe edilebilir, β şuaları ise enerjilerine göre suda birkaç onda bir mm. den birkaç mm. ye kadar tesir mesafesine sahiptirler; gama şuaları da kuruşurda birkaç mm. den bir kaç cm. ye kadar «yarı değer tabakası» na maliktirler. Bir ışınlamanın enerjisi Absorpsiyon eğrisi vasıtasile tesbit edilebilir. Radioaktif preparat muhtelif kalınlıktaki (50 μ den birkaç mm. ye kadar) Aluminium varakları ile örtülür ve Aluminium varaklarının tabaka kalınlığına bağlı olan aktivite zayıflayışı ölçülür. Bu aktivite azalması yarı logaritmik bir kâğıt üzerine geçirildiği takdirde, enerjinin kudreti ne kadar azalırsa o kadar dik yükselen, bir teoretik müstakim meydana gelir. Bu metotla bir izotopun diğer bir izotopla karışık bulunması hâli tesbit edilebilir, çünkü ikisi birden aynı zamanda ölçülürler ve üstüste gelen bir eğri verirler. Bu arada şurası da ihtiyatla belirtilmelidir ki, bazı r.a. atom neveleri meselâ iki veya daha fazla β şua grupları muhtelif enerjiler neşredebilirler. Bu hallerde bir ünitelik aktivite dahi absorpsiyonun seyrini münhani şeklinde göstermektedir. Sun'î r.a. izotopların instabil oluşunun sebebini aradığımızda muayyen enerjisi bakımından bilhassa elverişli olan Protonların Nötronlara karışma nisbetlerine göre sabit ve atom nüvelerinin, Nötronlar üstüne Elektroniolar neşri suretile, şayet Protonlar üstüne ise Positron neşri suretile, en yakın sabit şerle değişmiş olduğu neticesine varırız. Böylece 1935 te Fermi hemen bütün r.a. elementlerden sâbit nüvelere Nötronlar yüklenmesi vasıtasile negatif Elektron neşreden sun'î izotoplar elde etmeğe muvaffak oldu. Bu suretle meselâ stabil P den —ki bunun atom ağırlığı 31 dir—, atom ağırlığı 32 olan sun'î bir r.a. Phosphor meydana gelir, bu da bir Elektron ihraçı ile sabit S atomuna tahavvül eder.

$$\text{Denklem I: } P \frac{31}{15} + r \frac{1}{0} = P \frac{32}{15}$$

$$\text{Denklem II: } P \frac{32}{15} \xrightarrow{14.5 a} S \frac{32}{16} + e^-$$

Bir Nötron şualaması husule getirmek üzere Nötron ihtiva eden atom nüveleri tabii r.a. elementlerin alpha şuaları gibi enerjisi bol nüvelerle bombardıman edilir. Eskiden Nötron menbaı olarak Radium ve Beryllium karışımından faydalanılıyordu; öyle ki nüve reaksiyonu şu denklem gereğince Be nüvesine alpha şuaları giriyor ve bir Nötronun emisyonu esnasında stabil C nüvesine değişiyordu. Fakat bu nüve hâdiselerile Nötron verimi çok cüz'î olduğundan bir tek Nötronun ayrılması için takriben 4000 alpha parçacığına lüzum vardı. Bu sebepten alpha parçacıkları yerine, Deuterium gibi sun'î olarak çok sür'atlendirilmiş atom nüveleri, daha büyük Nötron şiddeti tevliğinde kullanılmaya başlandı. Bu sür'atlendirme keyfiyeti Cyclotron ile elde edilir. Bugün Amerikada, İngilterede ve Fransada «pile» veya Uran reaktörleri denen, fevkalâde kuvvetli Elektron menbaları bulunmaktadır ve bu suretle hemen her istenilen kudrette radioaktif elde edilebiliyor. Uran pillerinin prensibi Uranın nüve parçalanmasının ve zincir reaksiyonları tevliğinin keşfine dayanır. Zincir reaksiyonunun cereyanı o suretle ayarlanabilir ki bütün Uran atomlarının parçalanması aynı zamanda değil bilâkis devamlı surette cereyan etsin. Bu proçeste yukarda adı geçen yüksek Nötron enerjileri husule gelir.

Radioaktivitede ölçü vahidi «Curie» dir, bunun kesirleri Mili ve Mikro Curie'dir, ve birim zamandaki r.a. parçalanmaların sayısını ölçmeğe yarar. R.a. substansın saniyede $3,7 \cdot 10^{10}$ atomu parçalandığı takdirde 1 Curie'den bahsolunur. Aktif substansın muayyen bir miktarının yarısı kalınca ya kadar parçalanması için geçen zamana «yarı ömür» denir, iki yarı ömürden sonra geriye başlangıçtaki ilk aktivitenin ancak yalnız $1/4$ ü kalmıştır. Hâlihazır preparatlarda substans miktarı r.a. izotopun yarı ömrüne ve atom ağırlığına tâbidir. Bu suretle meselâ Im C. P³² 3,44 10^9 g. ağırlığındadır. O halde pratik bakımdan daha ziyade kimyaca değil bilâkis sadece neşredilen şualar vasıtasile ispat edilebilen sikletsiz preparatlar bahis konusudur. Şualamanın ispatı muhtelif yollarla mümkündür. β ve gama şualarının ispatı için en çok kullanılan aparat Geiger - Müller sayıcı borusudur. Bunda silindirik bir metal gömleğin mihverî boyunca ince bir sayıcı tel izole surette gerili durmaktadır. Bu sayıcı borunun gömleğinde β şualarının ancak nüfuz edebileceği kalınlıkta ince mika varaklı bir pencere vardır. Gama sayıcı borusunda mika varakı yok ise de gömleğin duvarı gama şualarının geçebileceği ve aksine β şualarının geçemeyeceği surette yapılmıştır. Gömlek ve sayıcı tel arasından yüksek tevettürlü cereyan geçirilir. Bütün boşluk Argon ve Alkol buharından baret bir karışımla doldurulur. Meselâ bir elektron bu hücreye gömlek ve sayıcı tel arasından girdiğinde, çok hassas kaydedici kısımla

tesbit edilen anı bir deşarj olur. Böylece her bir Elektronun sayılması mümkün olmaktadır. Gama şuaları da sayıcı boru duvarında meydana çıkarıldıkları Photoelektronlar vasıtasile ve aynı suretle β şuaları gibi kaydedilerek ispat edilebilir.

II. — İzotopların kullanılma imkânları :

Radioaktif İzotoplarla ilk çalışmalar 1923 yılında **Hevesy** tarafından yapılmıştı, o, hayvan ve nebatlarda metabolizma değişikliklerinin araştırılmalarında o zamanlar mevcut olan Thorium B (Pb 212) ve Radium D (Pb 210) r.a. elementlerini kullanmıştı. Fakat bu metod pek mahdut kahyordu. Çünkü Pb hayvan organizması içinde çok tâli bir rol oynar.

İlk olarak, sun'î radioaktivitenin 1934 te **Joliot Curie** tarafından keşfinden itibaren —ki bu keşif alpha parçacıkları neşretmekle Al dan gayrisabit ve kütlesi 30 olan bir P izotopunun elde edilmesinden ibarettir— müteakip yıl içinde **Fermi**'nin sabit nüveye Nötron yüklemesi suretile bütün elementlerden sun'î r.a. izotopların elde edilebileceğini göstermesi iledir ki izotoplar tabiat ilimlerinde araştırılmalarda geniş bir tatbik imkânı buldu.

R.a. İzotopların Biokimya problemlerinin araştırılmalarındaki üstün önemi, endikatör olarak kullanılması esasına dayanır Endikatör metodu, işaretli elementlerin ispatına ist'nal eder; şöyle ki, bu işaretli elementler organizmaya küçük dozlarda ithal edilmişlerdir ve kimyasal analizlerle tesbiti mümkün olmadığı halde r.a. şuaları sebebiyle kolay ve emin olarak takip edilebilirler. İzotoplar biosimik hâdiselere tıpkı organizmadaki normal stabil elementler gibi katılırlar, çünkü vücut onları birbirinden tetrik edemez.

Schubert'e göre Endikatör metodun tatbik şekillerini üç kısımda mütalea ederiz :

1. — Organizmaya sokulan elementlerin zaman ve yer bakımından dağılımları ve akibetleri hakkındaki araştırmalar,

2. — Organizmaya sokulan elementlerin mübadeleleri yani entermediyer münasebetleri ve organizmada sentez edildikleri organlar

3. — Muayyen biolojik hâdiselerin araştırılmalarında test muayeneler.

Meselâ kan deveranı müddetinin veya Eritrositlerin yaşama müddetlerinin tayini. R.a. izotoplar tıbbı 15 seden bu yana **Lawrens** tarafından ithal edilmiş bulunuyor. O bir lösemi vak'asını P ile tedavi ediyordu. R.a. maddelerle tedavi, şuaların biolojik tesirleri esasına dayanır. Elektromanyetik ve korpusküller muayyen protein moleküllerinin iyonizasyonlarına sebep olurlar, öyle ki her birinin şualama dozuna göre genlerde mütasyona veya bütün hücrelerde harabiyete sebep olabilirler. Müessir bir terapötik efektin husulü her şeyden evvel ışınlamanın hasta dokularda ve organlarda lokalize edilmesi imkânına istinat eder. Bu lokalizasyon keyfiyeti sun'î r.a. nin tedavi gayesile faydalanılabilir hâle getirilmesinde asıl problemi teşkil ediyor. Bu meselenin halli radioizotopun metabolitik münasebetlerinde bulunmaktır. Bu prensip enteral yoldan veya paranteral

yoldan olsun, organizmaya kimyasal bir solüsyon içinde sun'î r.a. izotopun ithal edilmesinden ibarettir. Bu suretle tatbik edilmiş olan izotop, fizyolojik absorpsiyon sabitesine göre dokularda ve organlarda daha az veya daha çok bir kuvvette cezbedilecektir.

Radioiyot ve radiofosforun terapötik maksatla kullanımındaki dikkate şayan neticeler de son zamanlarda bildirilmiş bulunuyor İyodun tiroid dokusu tarafından, diğer dokulara nazaran yüzlerce defa daha büyük bir kuvvetle cezbedildiği malûmdur. Bu sebepten tiroid hastalıkları radioiyotla tedavide büyük bir şansa ve imkâna sahiptirler. Basedowda başarılı bir tedaviye erişildi. Muvaffakiyetin derecesi, tiroid bezi dokusunun izotopu depo etme kabiliyetine tâbidir. Ondan dolayı bazı tiroid karsinomlarının tedavisi nâmüsaid görünmektedir. Karsinomatoz tiroid bezi diferansiye olmaması dejenere hücrelerden ibaret unsurlarile —ki bu habis tümörlerde bulunan bir vasıftır— tiroid bezi dokusu, iyod depo etmedeki doğuştan olan hassalarını kaybeder.

Radio P, herşeyden evvel sür'atle proliferen olan hücrelerde ve tercihan hemopoetik sistemin hücrevi elemanları arasında depo edilme kabiliyetinin fazlalığı sayesinde polisiteminin ve kronik lösemilerin tedavisinde kullanılmaktadır. P tedavisi bugün polisitemide tercihe şayan bir tedavi vasıtası haline gelmiştir. Lösemilerde ise neticeler Röntgen şualaması ile alınan neticelerden daha müsait değildir.

Çoğalma meyli artmış dokularda P tutulması keyfiyeti, Radio P un endikatör olarak tümörlerde kullanılması fikrini uyandırdı. **v. Euler** ve **Hevesy**, «Jensen sarkomu» farelere s.c. sun'î r.a. P karıştırılmış natrium fosfat zerkettiller. R.a. P iyonları derhal sarkom hücrelerine giriyor ve evvelden sarkom hücrelerinde mevcut Fosfat iyonları gibi hücre olaylarına aynı ihtimal ile katılıyorlar. Sarkom hücrelerindeki nuclein asidi molekülü yapımında r.a. işaretli Fosfat iyonları kullanıldıkları taktirde Geiger - Müller sayıcı borusu ile bunlar ispat edilebilirler, ve eskiden mevcut P iyonlarından ayırt edilebilirler. Tecrübelere Röntgen şualamasının sarkom hücrelerindeki nuclein asidinin teşkiline olan tesirini araştırma maksadı ile başlandığı halde, nuclein metabolizması hakkında da oldukça mühim neticelere ulaşıldı. Bu arada tesbit edildi ki, sarkomlarda nuclein asidi teşekkülü, 1000 r lik şualama dozunun tatbikile takriben yarısına kadar azalıyor. Muayyen bir zaman hitamında fareler öldürüldüğü ve Nuclein asidi ile serbest fosfat sarkom hücrelerinden dışarı alındığı taktirde her iki ekstrakttaki r.a. şualamanın kuvveti ölçülerek ne kadar Nuclein asidinin P tatbikinden sonra yeniden terkip edilmiş olduğu tesbit edilebilir. Aktivitenin ölçülmesi bütün Nuclein asidi metabolizmasının, tecrübenin süresince, 1. - Doku artmasına tabuk eden Nuclein asidi ziyadeleşmesini, 2. - Eski ve yıkılmış moleküllerin yerine yeniden yapılmış hücrelerdeki Nuclein asidi moleküllerinin miktarını bize verir. Metodun ulaştırdığı sonuç-

lardan biri de, yeni teşekkül etmiş 2 Nuclein asidi molekülünden biri «yerine koyma» için, diğeri ise molekül artması için kullanılır. Bundan maada Nuclein asidi metabolizmasının nekrotik kı-sımlarda, sağlam dokulara nisbetle daha cüz'î ol-duğu meydana çıkarıldı.

Nuclein asidinin, hücre artması için olan öne-mi, **Mirsky** ve **Boivien**'in de araştırmalarıyla orta-ya konuldu. Nuclein asidinin her iki tipinden yani Ribo— ve Thymo— Nuclein asidinden birincisi yalnız hücre nüvelerinde mevcuttur, halbuki Ri-bo - nuclein asidine hassaten plasmada rastlanır.

Mirsky ve **Boivien**'in araştırmalarına göre, bir hayvan nevindeki hücre başına düşen Thymo - nuclein asidinin miktarı sabittir. Hücre bölünme-sinde bu miktar ilkin iki misline çıkmalıdır; Thy-mo - nuclein asidi kromozomlar içinde mevcut olduğundan bu faraziye morfolojikman da tesbit edilebilen çift kromozom sayısının teşekkülüne uymaktadır. Hücre bölünmesinden evvel ve do-layısıyla doku gelişmesinden evvel, Thymo - nuc-lein asidinin iki misli miktarda teşekkülünü önem-li bir adım telâkki etmeliyiz. **Marshak**, mitotik olmıyan aktif bir dokuda sitoplazma ile Nucleo-protein arasında ve aksi tarzda daimî bir P^{32} ce-reyanının bulunduğunu, bundan dolayı sitoplaz-madan nüve aktivitesine olan münasebetin, P tat-bikinden itibaren 1 saat ile 5 gün arasındaki bir müddet içinde sâbit kaldığını tesbit etti. Aktif ve mitozlu dokuda (meselâ sarkomda) buna mukabil, Nucleo - protein aktivitesi sitoplasmaya nazaran mukayese edilemeyecek derecede çoğalır. Burada r.a. fosfor devamlı surette nüveye akar ve aksi he-men hemen mümkün değildir.

Biokimya, hücre bölünmesi ve çoğalması sa-halarında yapılan araştırmalar hülâsa edilerek de-nebilir ki, ziyadeleşmiş bir gelişme meyli gösteren bütün dokularda artmış bir P depo edilmesi key-fiyeti tesbit edilir. Tümörlere gelince P tutulma-sı bunların habasetile paralel gider. **Selverston**, **Sweet** ve **Robinson**, Radio P u nöroşirürjide beyin tümörlerinin lokalizasyonunda kullandıklarını bildirdiler. Daha evvelki araştırmalarla, r.a. P tat-bikinden sonra beyin tümörü dokusunun radioak-tivitesinin, komşu substantia alba'nın aktivitesine nazaran takriben 6 - 110 defa daha büyük bulun-duğu gösterilebilmişti. Tümör dokusundaki kon-santrasyon, hücreden zengin olan urlarda en faz-la idi. Depo edilmenin maksimum haddine, enjek-siyondan sonra 2. veya 3. gün erişiliyordu. Bildiri-len 33 vak'anın —burada Glioblastom, Astroblas-tom ve Astrositolar mevzuu bahisti—, büyük bir kısmında beyin korteksine varmayan tümörler mevcuttu. Bu vak'aların teşhisi ameliyattan evvel

sayıcı boru ile yapılmıştı; ancak pek az vak'ada meselâ derinde yerleşmiş metastatik bir tümörde ve bir diffüz gliomatozda doğru bir lokalizasyon yapılamamıştı.

Bunu müteakip **Low - Beer** ve arkadaşları r.a. P un göğüs tümörlerinde biriktigine dair tebliğ-de bulundular. Ameliyatı gerekli 25 vak'ada tü-mör dokusundaki r.a. P konsantrasyonunun yü-zeyel olarak ölçülmesiyle, göğüs tümörünün teşhis edilip edilemeyeceğine dair tekliflere girişildi. On-dan sonra ayrıca, hangi göğüs urlarının lenf be-zi metastazlarının, artmış P tutulmasıyla ispat edi-lebileceği meselesi ele alındı. Malinyiteleri klinik olarak gösterilmiş olan 5 vak'ada Geiger sayacı ile, göğsün hasta ve sağlam kısımlarında yapılan mukayeseli ölçmelerde, %25 ten yüksek artmış miktarlar bulundu. Geri kalan 20 vak'ada maliny-ite meselesi klinik olarak aydınlatılamamıştı. On-lardan 11 i tümörün bulunduğu nokta üzerinde, sağlam taraftaki noktayla mukayese edildiğinde en azdan %25 daha yüksek bir değer gösteriyor-lardı. Ameliyattan sonra yapılmış olan histolojik araştırmalar, teknil vak'alarda maliny bir neş-vünemayı meydana koymuşlardı 9 vak'a %25 ten daha az bir kıymet gösteriyorlardı. Bunlardan 8 i histolojik muayenede selim tümör olarak bulun-muştu, 9 uncu vak'a ise bir gailert karsinom vak'a-sı idi ve habisliğine rağmen hücreden fakir olu-şu dolayısıyla radio P u tutamıyordu. Postoperatif olarak çıkarılan dokularda, geri kalan dokulara nazaran, 5 - 10 kere daha büyük bir aktivite tes-bit edilebilir. Keza biz de kliniğimizde tümör di-agnostiği ile meşgul olduk ve 200 den fazla has-ta muayene ettik. Vardığımız netice şudur ki, bü-tün sathı (değil yalnız meme kanseri) habis tü-mörler, P^{32} yardımıyla teşhis edilebilirler. Biz, tü-mör nahiyesinde r.a. şualamaları takip ediyor ve müteakip birkaç günde lokalizasyonun mukabil tarafındaki şualamalarla mukayese ettiğimizde, 8 gün sonra bile arada hiç değilse %25 gibi bir fark buluyorduk. Metodumuzun kullanılma imkânları ve hudutları başka bir yazıda bildirilecektir.

Şurası muhakkaktır ki, neoplastik hastalık-larda diagnostik imkânları bu araştırmalarla çok zenginleşmiştir.

Hülâsa :

Makalenin ilk kısmında İzotopların tıpta kul-lanımındaki esas fizik prensiplere genel bir bakış yapılmıştır. İkinci kısmında kullanılma imkânları gözden geçirilmektedir.

1. — Endikatör metodundan,
2. — Tedavi imkânlarından,
3. — Tümör diagnostiginden, bahsedilmiştir.

Anadolu Kliniğinin eski sayıları mevcuttur

Ankara Nümune Hastanesi Erkek Dahiliye Servisi:

Şef: Dr. İhsan Aksan

Safra Yolları Hastalıklarında Klinik ve Tedavi

(On senelik hasta materyeli üzerinde bir araştırma)

Dr. Hayat Okan - Dr. Sedat Yörükoğlu

Sık görülmesi ve çeşitli hastalık tablolarını taklit etmesi bakımından kolesistopatiler gerek tedavi ve gerekse teşhis bakımından pratikte mühim bir yer işgal eder.

Anatomik telâkkinin en göze çarpan faaliyetlerini aldığı bu sahada, fonksiyonel patoloji de en elverişli örneklerini yine bu hastalık gurubunda bulmuştur. Kolesistopatiler evvelâ şahsın günlük hayat şartları karşısında safra yollarının fonksiyonel aksaklıkları (diskinezi) ile başlar. Bu fonksiyonel tegayyürler muayyen bir hududu aşma anatomik tegayyürler kendisini gösterir (Taş ve iltihab), bu anatomik tegayyürlerin yeni baştan fonksiyonel aksaklıklar yapacağına en güzel misâli teşkil eder.

Bu bakımdan hastane materyeline bir göz atarak zaman zaman araştırmalar yapmanın faydalı olacağı kanaati ile on senede servisimize yatan hastalar üzerinde bir inceleme yapmağı düşündük.

On senede servisimize (23013) hasta yatmış bunun (%3,7) si kolesistopatiden tedavi görmüştür. Burada kadınlarda kolesistopatinin daha fazla olduğunu teyid edecek bir söz söyleyemeyeceğiz; çünkü servisimize kadın hasta nadiren yattığıdır. Fakat elde edebildiğimiz beş senelik kadın servisi materyeline göre yüzde nisbeti daha kabarıktır. Bu da kadınlarda fazla olduğu fikrini ile süren müellifleri teyid etmektedir. Yine beş senelik cerrahî servisi materyelinden de kolesistopatiden ameliyat gören kadın hasta adedinin kabarık olduğu anlaşılmaktadır.

Aşağıdaki cetvel son beş senede servisimize yatan kolesistopatili hastaların yaşa göre durumlarını göstermektedir. Bu cetvele göre 30 - 40, 40-50 yaşlarında görülmektedir ki bu da diğer müelliflerin istatistiklerini yetid eder mahiyettedir:

Yaz	10-20	20-30	30-40	40-50	50 den yukarı
Hasta adedi	4	46	134	107	61

Cetvel: 1

2 No. lu cetvel yatan hastaların mesleklerine göre tanzim edilmiştir.

Meslek	Rençper	Memur	İşçi	Polis	Meb'us	Doktor	Ev kadını	Talebe
Adet	37	200	69	15	7	14	3	2

Cetvel: 2

Kolesistopatilerin bilhassa müzmin şekillerinin gösterdiği klinik tablo oldukça karışıktır. Ve bazen hakikaten hekimi şaşirtacak kadar çeşitli şekiller gösterir. İyi teşhise vasıl olabilmek için hastaların çeşitli şikâyetlerini ayıklamak ve bunları iyi vasıflandırmak icab eder. Burada gittikçe tekâmül eden teşhis vasıtaları yanında anamnezin

ehemmiyetini de belirtmek lâzım gelir. Hattâ bazen hastaların şikâyetleri o kadar değişiktir ki kendilerini başka başka hekimlere müracaata sevk eder. Fakat en ziyade mide ve barsak cihetinden dikkati çeken hususiyetler gösterirler: Ekşilik, şişkinlik, karnın sağ yukarı kısmında dolgunluk, ağırlık, kabızlık, iştihatsızlık, yemekten sonra ishaller, ağzın tatsız ve devamlı paslı oluşu gibi... Bunlara zaman zaman her hekimin bildiği kulunç nöbetleri de eklenir (kuvvetli kıvrandırıcı sancı, sağ omuza doğru vuran ağrı, bulantı, kusma, bazen sübikter). Fakat bazen hastanın ilk şikâyetleri o anda hekime kolesistopati düşündürcek mahiyette olmayabilir: Sağ omuzda homoartrit tipinde ağrı, lumbago, baş ağrısı, başdönmesi, migren nöbetleri, sübfebril ateşle beraber halsizlik, glikoregülasyon teşevvüşleri, angor pektoris taklit eden göğüs ağrıları ve hattâ mide barsak kanamaları (erozif gastroduodonite bağlı) sahneyi açabilir. Bu esnada hekimin oturur vaziyette muayene ederek safra kesesini tazyik etmesiyle hastanın ağrı hissetmesi vaziyeti aydınlatıcı mahiyette olur.

Bizim on senelik materyelimizde 208 hasta tipik kulunçla (%30), ve 314 hasta (%45) müphem hazım şikâyetleriyle (epigastırda ağrı, dolgunluk hissi, kabız), 36 sı (%5) yalnız sağ hipokondr nahiyesinde mahdud ağrı ile müracaat etmiştir. Diğer çeşitli müracaat sebepleri (cetvel: 3) te gösterilmiştir.

Mide barsak teşevvüşü, epigastır ağrısı	314
Kaşıntı	8
Sağ hipokondrda ağrı	36
Öksürük, ateş ve halsizlik	24
Baş ağrısı, baş dönmesi	18
Angor pektoris	26
Romatizmal ağrılar	2
Sırt ağrısı, lumbago	2
Kanlı ishal	8
Glikoregülasyon teşevvüşü	8
Kanama	8

Cetvel: 3

Burada angor pektoris şikâyetleriyle (Vissero visseral reflekslere bağlı) müracaat eden hasta adedi hiç de küçümsenecek kadar az değildir. Aşağıda kısaca müşahedesini naklettiğimiz hasta buna dair bir örnektir:

Vak'a. — R. B. 53 yaşında. (Prot. 13199-1948). 5 senedenberi göğsünde sıkıntı, darlık duyuyor bazan çarpıntı oluyormuş. Son zamanlarda yemeği müteakıp midesinde dolgunluk duyuyormuş. Üç senedenberi geceleri nefes darlığı ile uyanmağa başlamış. İlâç almadan rahatlamazmış. 5 sene evvel splenektomi, 31 sene önce dizanteri geçirmiş.

Muayenesinde; sağ hipokondrium nahiyesi dolgun ve hassas bulundu. Vezikülde taş tesbit edildi. Yapılan ameliyat

teklifini kabul etmedi. Diyatermi tatbik edildi. Salâh haliyle çıkarıldı.

Safra kesesi hastalıklarında ateş oluşu nadir değildir. Bu ateş (37 - 37,5) civarında sübfebril seyrederek ve hafif kırıklık, sırt ağrıları, artan yorgunluk ile beraber bulunursa hekime tüberkülozu veya andokarditi düşündürülebilir.

Ateş bazen malarya nöbetlerini de taklit edebilir. Böyle vak'alarda dikkatli bir anamnezle beraber yapılan laboratuvar muayenelerine eklenen tübaj, kolesistografi meseleyi aydınlatır. Biz böyle 24 vak'aya tesadüf etti.

Kolesistopati vak'alarının bir kısmında mide cihetinden dikkati çeken şikâyetler o kadar ön plâna geçer ki hekime bir **duodenum veya mide ülserini** düşündürülebilir. Burada rol oynayan vissero - visseral reflekslerle beraber hastalığa refakat eden subasid veya aşılık bir gastrittir.

Vak'a. — E. O. 50 yaşında (Prot. 12322-1946). Beş senedenberi devri mide ağrıları, ekşilik şikâyetleri üzerine yapılan radyolojik tetkikinde duodenum ülseri tesbit edilerek tedaviye alınmış. Bu tedaviye devamına rağmen ağrılarında büyük bir değişiklik olmadığı için bir kere de kolesistografi yapılmış. Ve bu defa müzmin kolesistit tesbit edilmiştir. Bu yönden yapılan müdavatla iyi olan hasta son zamanlarda rejiminde yaptığı ihtiyatsızlık dolayısıyla yeniden ağrı duymağa başlamış ve hastaneye gelmeden iki gün evvel maddei gaitasının siyah renkte geldiğini farketmiş. Bu defaki muayenesinde vezikül nahiyesi yine dolgun ve ağrılı, karaciğer, büyük bulundu. Kolesistografide tahliye betaati ve teksif noksanlığı tesbit edildi. Yapılan tedavi ile salâh ile çıkarıldı.

Hastaların bir kısmı açlık ağrıları hattâ mevsimlerle ilgili ağrılar tarif ederler. Bunlarda röntgen muayenesiyle birlikte (Duodenumda sağa çekilme, bulbusun safra kesesi nahiyesine uyan kısmında çöküklük) duodenum tübajını ihmal etmemek lâzımdır. Nitekim biz böyle tipik ülser şikâyeti olanlara çok tesadüf ettik.

Hastalarda mide cihetinden bu bahsedilen şikâyetlerden başka **hematemez ve melena** da görülebilir. Mide barsak kanamaları kolesistopatilerin seyrinde zan edildiği kadar seyrek değildir. Meselâ cerrah Kehr müdahale ettiği 1838 vak'ının 100 ünde melena ve hematemez tesbit etmiştir. Bize son senelerde mide ve barsak kanamasıyla müracaat eden 15 hastanın 4 ünde taş ve geri kalanın da müzmin kolesistit tesbit ettik. Müşahedesini kısaca nakledeceğimiz hasta buna bir misâl teşkil eder:

Vak'a. — H. S. 51 yaşında. (Prot. 12267-1945). 11/IX/1945 tarihinde hematemez ve melene şikâyetleriyle servisimize yatırılmıştır. 25 senedenberi müphem hazım şikâyetleri olan hasta 12 sene evvel ateşli ağrılı bir ikter ve 3 sene evvel yine mide ve barsak kanaması geçirmiş; yapılan klinik ve laboratuvar muayeneleriyle duodenum ülseri ve kolelityezis tesbit edilerek ameliyat tavsiyesiyle çıkarılmıştır. Kanama durduktan ve hastanın umumî halinde iyileşme olduktan sonra yapılan muayenelerle kolelityezis, ve mide-duodenum'un radyolojik tetkikinde endirekt işaretler tesbit edilerek ameliyat yapılmak üzere tekrar hariciye servisine müracaatı tavsiye edilmiştir.

On senede tesbit edebildiğimiz bir kısım hastada olduğu gibi bazen müzmin şekillerde, mevcut aşiliye bağlı bir ishâl veya muannit kabızlar (peritoneal reaksiyon veya safra kesesi taharrüşüne bağlı kolon spazmindan) görülebilir.

Geceleri gelen **nefes darlığı**, yemeklerden sonra **kalp nahiyesine gelen ağrı** (hattâ sol kola intişar edenler) şikâyetlerinin müzmin safra yolları hastalığından olabileceğini daima hatırlamak lâzımdır. Bu şekilde şikâyetlerle servisimize müracaat eden hastaların 26 sında safra kesesi çalışmasında aksaklık tesbit edilmiştir.

Kolesistopatilerin muayyen şekilde baş ağrılarında, **kaşıntı** ve **urtiker** veya **astma** nöbetlerini nhusulünde rol oynadıkları bir çok müellifler tarafından kabul edilmiş bir hakikattir. Hattâ **Chiray** taannüt eden migren nöbetlerinde duodenum tübajı tavsiye etmektedir. Biz on senede ancak beş migren, sekiz kaşıntı ve ürtiker vak'asına tesadüf ettik. Aşağıda müşahedesini naklettiğimiz migren vak'aları buna iyi birer misal teşkil ederler:

Vak'a. — A. A. 35 yaşında (Prot. 12052-1947). 11 senedenberi öğle yemeğinden sonra gelen ve uyuyuncaya kadar devam eden yarım baş ağrısından şikâyetçi. 7 senedenberi sağ hipokondrandan beline ve sırtına doğru yayılan ağrılar, ve bulantı bu şikâyete inzimam etmiş. 7 yaşında uzun süren dizanteri geçirmiş. Seriri olarak karaciğere büyük, ağrılı bulundu. Duodenum tübajında patolojik bir hal görülmedi. Kolesistografide taş tesbit edildi. Bu bulgularla tedaviye alınan hasta, ağrıları hemen tamamen zail olarak servisi terketmiştir.

Vak'a. — M. B. (Prot. 12940-1946). 8 senedenberi muayyen mevsimlerde 12-24 saat süren baş (alın) ağrısından şikâyetçi. Uzun zamandanberi etrafta üşüme, alında başlayan baş ağrısı duyar ve bunu müteakıp kusarmış. Ağrıların fazla yağlı ve ağır yemeklerden sonra geldiğini farketmiş. Çocukluğunda ikter geçirmiş. Onbeş yaşına kadar astması varmış (Çocuklarında da mevcuttur). Onbeş yaşında geçmiş. Objektif bir buglu yok. Duodenum safrasında lökositlerin fazla olduğu tesbit edildi. Bu yönden yapılan müdavat sonunda salâh ile çıkarıldı.

Hemen şunu da ilâve edelim ki uzunca süren katani nahiye ağrıları hemen **lumbago** ve **myalgie, artrite** diye telâkki etmemelidir. Zira bazen müzmin kolesistitlerde ağrılar bu tarzda bir intişar gösterirler. Nitekim aşağıda müşahedesini naklettiğimiz ve uzun zaman **lumbago** denen bir hastada duodenum tübajı ile **Lambliia** tesbit ettik. Tedavi ile bütün şikâyetleri zail oldu.

Vak'a. — S. Ş. 34 yaşında (Prot. 7451-1948). Beş senedenberi devam eden bel ağrılarından şikâyetçi. Lumbago teşhisiyle verilen muhtelif ilâçlardan faydalanmadığı için müracaatında yatırılmış. Klinik olarak safra kesesi dolgun ve ağrılı ve karaciğer büyük bulundu. Duodenum tübajında B safrasında ve röntgende kesenin boşalmasında betaat tesbit edildi. Bu yönden yapılan tedavi ile hasta ağrılarından kurtulmuş olarak servisi terkeden hasta halen işinde gücünde çalışmaktadır.

Onun için uzunca süren bel ağrılarında bir kere de safra yollarını muayene etmeyi hatırlamak faydalıdır.

Kolesistopatileri etiyoloji bakımın gözden geçirdiğimiz takdirde şöyle bit cetvel halinde toplamamız kabildir. Cetvelin tetkikinden anlaşıldığı üzere vak'alarımızda en fazla bulunan sıtma, amibiyaz, tifo ve sonra gripal enfeksiyonlar, apandisit, taş bünyesi, ikter ve tüberküloz rol almaktadır. Bizde de tifo ve amibiyazın yüzde nisbetininin yüksek oluşu diğer müellifleri teyid etmektedir. Fakat anatomik ve fizyolojik münasebetlerine göre apandisit ile olan karşılıklı hastalanma halleri düşünülecek olursa buna o kadar şık rastlamadık. Ancak üç vak'ada aşikâr apandisit olduğunu tesbit edebildik. Buna mukabil müzmin apandisit teşhisiyle ameliyat geçirmiş olan 21 hastadır (%6).

Grip pnömoni	5
İkter	4
Sıtma	82
Amibiyaz	62
Tifo	45
Tifüs	4
Tüberküloz	2
Taş	4
Apandisit	3

Cetvel: 4

Diğer taraftan pankreas ve safra yollarının karşılıklı münasebetlerini araştırmak maksadıyla idrarda diastez miktarı ile birlikte glikoregülasyon durumlarını araştırdık. Ancak 8 vak'ada diyastazi ağırlı devrede üst hududu müteceviz bulduk. Aşikâr glikoregülasyon teşevvüğü olan hasta (8) di. Kan şekeri kontrolü yaptığımız 95 hastanın 21 inde hiperglisemi ve 74 inde normoglisemi bulduk. **Kolesterin** metabolizmasının müzmin kolesistit hallerinde değişiklik gösterdiği ve ekseri taşlı vak'alarda kan kolesterininin yükseldiği malûmdur. Bizim kontrol ettiğimiz taşlı kolesterin vak'alarında kolesterin miktarı üst haddutta idi.

Bu araştırmalarımızdan anlaşılıyor ki müzmin vak'alarda bazen o kadar çeşitli değişiklik gösteren âraz alınır ki bunların arkasında bir safra yolları hastalığının gizlenmiş olduğunu ancak fonksiyonel muayenelerle meydana çıkarmak kabül olur. Bunun için böyle değişik şikâyetlerle müracaat eden hastalarda bu cihetten bir hastalık olup olmadığını araştırmak maksadıyla mide ve duodenum túbajı ve kolesistografi yapmak, icap ederse midenin radyolojik tetkikinden endirekt işaretleri yoklamak lâzımdır.

Biz de hastalarımızın anatomik ve fonksiyonel durumlarını tetkik etmek maksadıyla bu muayene usullerini tatbik ettik; **mide túbajını** yaptığımız 100 kolesistopatili hastanın 71 inde (%70) hipoasidite, (%20) sinde hiperasidite (%11) inde normal asidite bulduk.

Duodenum túbajı ve kolesistografiyi karşılıklı yaptığımız hastalarda túbajla tahliye refleksinin normal olduğu vak'alarda kesenin kontrast madde ile iyi dolduğunu, teressüm ettiğini ve tahliye yemeğinden sonra 1 - 1,5 saat zarfında boşaldığını tesbit ettik. B safrasının geç ve bazen mütekat-

tı aktığı vak'alarda kesenin doluşunda veya tek-lif edişinde aksaklık bulduk.

Túbajla elde edilen B safrasının mikroskop muayenesinde çıkarılacak hükümler de tahliye refleksi kadar mühimdir. Taş şüpheli vak'alarda kolesterin billûrlarının nisbeti, dökülmüş epiteller, veya bolca lökosit, lamblia ve amip kistleri. Biz on senede 8 vak'ada lamblia tesbit ettik.

Kolesistopatilerde **lökositler hemogram ve sedimantasyon** hastalığa has bir hususiyet göstermez. Ancak akut vak'alar veya vetirenin gösterdiği akut hecme nisbetinde kan formülünde ileri derecede sola inhiraf ile beraber lökositoz ve hastalık müzminleştikçe nisbî bir lenfositoz göstermektedir. Keza sedimantasyon da hastalık akut olduğu nisbette çökük bulunmakta ve kronikleştikçe normale yaklaşmaktadır. Yalnız akut vak'alarda araya ikterin girmesi sedimantasyonun ağırlaşmasına sebep olmaktadır. İhtilâtsiz taş vak'alarında ve saf diskinezilerde ne formülde ne de sedimantasyonda bir hususiyet tesbit edemedik.

Son senelerde servisimizde karaciğer ve safra yolları üzerine 15 dakika **diyatermi** yaparak bir nevi mihrak reaksiyonu araştırmaları yaptık. Bu maksatla diyatermi yapmadan evvel, yaptıktan 5 dakika ve bir saat sonra yayma kandaki morfolojik hususiyetleri araştırmaya çalıştık. Henüz kâfi miktarda tecrübe yapamamakla beraber müzmin iltihaplı vak'alarda diyatermiden 5 dakika sonra başlayan ve devam eden bir sola inhiraf ve nötrofili tesbit ettik. (Neticeler ilerde bildirilecektir).

Tedavi: Kolesistopatilerin tedavisinde tutulacak yolun her vak'anın gösterdiği hususiyete göre tanzim edilmesi icab eder. En uygunu hastanın gösterdiği esaslı belirtilere göre birkaç hafta için tedavi şemaları çizmektir. Tedavi prensiplerinin çok çeşitli olmasından dolayı bu da görüldüğü kadar kolay olmaz.

Hekimin vak'asına göre tedavide neye varacağı kestirmiş olması gerekir. Bazen karaciğer ve safra kesesine mutlak istirahat temin etmek, bazen safra akışını kolaylaştırıp keseyi tamamen boşaltmak yolları tercih edilir.

Biz servisimizde müzmin kolesistopati vak'alarında safra yollarında durgunluk hallerinde intan teessüsüne karşı profilaktik olarak **öğünleri sık sık vermediği** varsa **intan ocaklarını** (diş kökleri, kronik tonsillit..) bertaraf etmediği ön plâna alıyoruz. Bu arada karaciğer parankimasını korumak maksadıyla uzun süren vak'alarda **karbon hidrat ve proteinden bol** rejimle beraber vitaminlerden (A, C, K,..) ve karaciğer preparatlarında istifade ediyoruz.

Ağırlı vak'alarda safra kesesi **motilitesini azaltmak** ve istirahate sevk etmek maksadıyla ilaç (Atropine, ve benzerleri, papaverine veya morphine) veya hususî diyetle (safra yolla tahrike sebep olacak gıdalardan uzaklaşma) beraber **fizik tatbikat** (sıcak, lapa, kısa dalga veya diyatermi) yapıyoruz.

Bazı kronik vak'alarda safra yollarının yıkanmasını temin edecek veya safra akışını hızlandır-

cak ilaçlarla beraber dezenfektan maddelerden faydalanıyoruz.

Enfeksiyon halinin ön plânda olduğu akut vak'alarda (Urotropine, Cylotropine enjeksiyonları ve antibiyotikler, v.s.) gibi ilaçlarla **Lamblias** tedavisinde beş gün günde 0,30 gr. **atebrin** küründen iyi neticeler elde etmekteyiz.

Servisimizde tatbik ettiğimiz tedavi usulleri arasında bilhassa **diyatermiden** çok istifade etmekteyiz. Yukarıda bahsettiğimiz gibi diyatermiyi, bir mihrak reaksiyonu aramak maksadiyle kullandığımız gibi tedavi maksadiyle de tatbik ediyoruz. Bilindii gibi her safra kesesi hastalığında bir hepatopati hissesi de vardır. Diyaterminin husule getirdiği sıcaklık bir yandan hiperemi tevlid etmekte, diğer taraftan da hücrelerin iyon muvazenesi üzerine tesir etmek suretiyle ağrıları azaltmaktadır. Bu arada kan kolesterinini de düşürmektedir.

Biz servisimizde 124 vak'ayı günde 15 dakika süren diyatermi tatbik ettik. Hemen hemen hepsi ilk tatbiklerde sübjektif bir iyilik ve ağrılarında azalma olduğunu ifade ettikleri gibi biz de objektif olarak safra kesesi nahiyesinde dolgunluğun ve ağrının sür'atle zail olduğunu tesbit ettik.

Yazımıza son vermeden **cerrahî endikasyon** hatırlatmamız icab eder. Burada absolu endikasyon bakımından dahiliye hekimine de söz düştüğünü yonlar hakkında (Ampiyem, süpürasyon, perforasyon, 15 günü geçen tıkanma ikteri..) hiç kimşenin müdahale hususunda bir şüphesi yoktur.

Asıl üzerinde durulması gereken **rölatif endikasyon** halleridir. Fakat böyle hallerde safra kesesi ameliyatının hiç de tehlikesiz olmadığı ve ameliyatsız tıbbî tedavi ile iyileşme şansının bulunduğu aynı zamanda cerrahî müdahalenin her zaman kat'i netice vermediği unutulmamalıdır. Bununla beraber hastayı zamanında cerrahî müdahaleye vermemek, endikasyon sahasını dar tut-

mak da hatalıdır. Ağrı nöbetleri sık sık tekrarlayan dahili tedaviden faydalanmayan vak'alarda daima müdahaleyi düşünmelidir. Fakat bazen dahiliye hekiminin bu kadar titizlikle ameliyata vermeğe hazırlandığı vak'alarda operatör müdahale etmekte tereddüt eder. Nitekim aşağıda müşahedesini naklettiğimiz vak'a bunun bir misâlidir.

Vak'a. — M. A. (Prot. 3437-1939). 54 yaşında. Titreyerek yükselen ateş, sağ hipokondriumda ağrı, bulantı ve kusma şikâyetleriyle servisimize yatırılmış. 23 sene evvel itıma, 18 sene evvel bugünkü şikâyetlerine benzer rahatsızlık geçirmiş.

Muayenesinde: deveren ve teneffüs cihazlarında kayda değer bir bulgu yok. Vezikül dolgun, ağrılı. İdrar ve kan bulgularında büyük bir değişiklik yok. Mide grafisi tabii. Hasta serviste kaldığı müddetçe 1-2 defa ishal oluyor. Hastada müzmin kolesistit ve buna bağlı gastro-duodenit tesbit edilmiş ve yapılan tedbirlerden faydalanarak çıkarılmıştır.

1942 yılında on gün sıtmadan tedavi görmüş; 1943 yılında (Prot. 6177) ateşle müterafık kolik hepatit şikâyetleriyle tekrar servise yatırılmıştır.

Muayenesinde: deveren ve teneffüs cihazlarında kayda değer bir hal yok. Karaciğer büyük, sert sağ kaide bu yüzden kapalı. Vezikül ağrılı. Dalak ele gelmiyor. Kan formülünde sola inhiraf ve nötrofil var. İdrarda ürobilin ve ürobilinojen (++) müsbet. Takata-Ara (+). Had hecmeden sonra yapılan kolesistografide taş tesbit edilmiştir. Hariciye mütehassıslarıyla yapılan konsültasyonda sübegü kolesistit

Hasta bir sene sonra (Prot. 5774 - 5/6/1944) tarihinde düşünülerek müdahale endikasyonu olmadığı bildirilmiştir. kusma, bulantı, ateş, vezikülden başlayan ve sırta yayılan ağrı şikâyetleriyle müracaatında yeniden yatırılmıştır.

Muayenesinde: Teneffüs ve deveren cihazlarında kayda değer bir hal yok. Kan formülünd enötrofil ve sola inhiraf. İdrarda ürobilin ve ürobilinojen (++) müsbet. Karaciğer büyük, sert, vezikül dolgun ağrılı.

Hariciye mütehassısları tarafından yapılan muayenesinde karaciğer kifayetsizliği düşünülerek müdahale endikasyonu olmadığı ve konservatif tedavinin uygun olduğu bildirilmiştir. Hasta 8/6/1944 tarihinde vefat etti.

İstanbul Üniversitesi Çocuk Hastalıkları ve Bakım kliniği:

Ord. Prof. İ. H. Alantar

Değişik Çocuk Hastalıklarında Sedimentasyon

Dr. Sıtkı Özerendeci

Hastalıkların teşhisinde klinik muayeneler yanında laboratuvar bulgularından da daima faydalanılır. Laboratuvar muayeneleri bir kısım âlet, miyar ve bu işlerle yetişmiş kimselere lüzum gösterdiğinden her yerde kolaylıkla tatbik olunamaz. Bununla beraber yalnız kliniklerde değil, hattâ şartların müsait olmadığı yerlerde bile laboratuvar muayenelerinden varesten kalınmaz. Şu halde klinik teşhislerimizi teyit edecek yanılması az, teşhis değeri fazla olanlar daima her zaman ve her yerde baş vurulacak birer vasıta olarak el altında bulundurulmalıdır.

Bunlardan birini sedimentasyon teşkil eder. Sedimentasyona lüzumlu kanı almak için vena

ponction'u yapılmak icap ettiğinden, çocuklarda bilhassa süt çocuklarında kan alma güç olduğundan ve aileler hasta çocuklarından alınan kanın telâfisini imkânsız gibi kabul ettiklerinden, biz bu çalışmamızda parmak ucundan alınan bir iki damla kanla yapılan mikro sedimentasyon usulünü kullandık. Değişik çocuk hastalıklarındaki sedimentasyon süratlerini ölçerken aynı zamanda mikro metotla Westergreen usulü sonuçlarını mukayese ettik; ve sedimentasyon hâdisesine tesir eden bazı açlık, tokluk, suhnet farkı gibi faktörlerin rollerini belirtmeğe çalıştık.

Sedimentasyonun kliniğe tatbiki Galien'e kadar gider. Bizzat kendisi kan aldıktan sonra mü-

şahede ettiği sedimantasyona (crusta phlegistica sanguinis) ismini vermiştir. Galien'den sonra bir çok defalar yeniden keşf olmuş ve tekrar unutulmuş olan sedimantasyon 1797 de Hunter tarafından tekrar ele alınmıştır. Mossler ve Welker sedimantasyonu, kanın şekilli elemanlarıyla plazmaya bağlamak istemişlerse de Wirchov'un celullaire nazariyesi karşısında tekrar unutulmuş sedimantasyon 1893 - 1897 senelerinde Biernacki ve sonra 1900 da Gibert ve Weis tarafından kliniğe sokulmak istenmiştir. Asıl kliniğe girişi 1917 de Fransız veterineri Cesari'nin araştırmalarıyla olmuştur. 1917 de Louis Hirsfeld doğum ve kadın hastalıklarında incelemeler yapmış daha sonra Westergreen ile tamamen bir klinik yardımcısı olmuştur. Çocuk kliniklerine girişi ancak 1924 senesini bulmuştur.

Kısaca tarihçesinden bahsettiğimiz sedimantasyonun bu güne kadar geçirdiği değişik usullerin isimlerini buluş sırası ile sıralamayı faydalı buluyoruz.

I — Cesari, Cordier, Chaix ve santrifüj usulü ile sedimantasyon.

Bu iki usulde de sedimantasyon süratini zaman zarfında kat edilen mesafe yerine yüzde hesabıyla ölçmek gibi matematik nokta nazardan mahzuru vardır.

II — Bunlardan sonra Westergreen, Leizenmeier, 45' lik meyilli tüp usulü kullanılmıştır.

III — Çocuklarda yukarıda kısaca sebeblerini izah ettiğimiz faydalarından dolayı mikrometod usulleri ki bunlarda Eliassberg ve Langer - Schmit usulleridir, ön plâna geçmiştir. Biz bu çalışmamızda gayet basit ve sonuç itibariyle Westergreen usulü ile aynı neticeleri veren bu ikinci metodu kullandık.

Hocker yüz vak'ada bu iki usulü tatbik ederek muakeyese yapmış ve şu neticeleri bulmuştur. Mikro metotta 12 - 15 mm. arasındaki süratlenmeyi (1,9) ile, 15 - 25 mm. arasındaki süratlenmeyi (2,76) ile çarparsak Westergreen'deki rakamları buluruz. Biz de klinikde 25 hasta çocukta mukayese ettik ve sonuçların her ikisinde de Hocker'in bahsettiği şekilde aynı olduğuna şahit olduk.

Değişik hastalıklardaki sedimantasyonu tetkik etmeden önce, sedimantasyon hâdisesinde dikkat edilecek noktaları kısaca gözden geçireceğiz.

a.) Venadan kan alınırken kol uzun zaman sıkılı kalırsa venöz stazdan dolayı sedimantasyon süratinde değişme görülür.

b.) Anticoagulant mahlül ile iyi karıştırmama neticesi husule gelecek kısmi coagulation'a dikkat etmelidir.

c.) Anticoagulant mahlülün nisbetinin de rolü vardır: Onun için citrat mahlülünün nisbeti 10% u geçmemelidir.

d.) Harici suhnet derecesinin de önemi vardır. Normal laboratuvar hararetinden aşağı veya yukarı dereceler sedimantasyon süratinde azalma veya hızlaşma yaparlar. Kliniğimizde yaptığımız tecrübelerden şu neticeleri aldık. Aynı şartlar al-

tında alınan kanlardan biri 20' lik bir yere, diğeri de 4' lik başka bir yere bırakılarak sedimantasyon süratleri ölçülmüştür; neticede 2 - 5 mm lik bir fark bulunmuştur. Bunun aksi olarak da yani bir kısmı 20 derecelik, diğer kısmı da 20 - 25 ve daha yüksek hararetili yerlerde bırakılmış, burada da hararet derecesi yüksek olanla 20 derecelik sedimantasyonlar arasında 2 - 3 mm. fark bulunmuştur. İlk nazarda ehemmiyetsiz gibi görünen bu rakamlar mikrosedimantasyonda epeyce farklı neticelere sebep olur.

Bundan şunu çıkarabiliriz: Sedimantasyon cihazları ne soba, kalorifer radiatörü, güneş fazla gören pencere kenarlarına, ne de hararet dereceleri düşük yerlere bırakılmalıdır.

e.) Alınan kanın bekletilmemesi ve fazla çalkalanmamasına dikkat etmelidir.

f.) Tüplerin meyilli duruşu da netice üzerine tesir yapar. Meselâ Westergreen tüplerinin alt ucu ile üst ucu aynı hizaya konmazsa bu hata aşikârdır.

g.) Tüplerin iç cidarlarının da sedimantasyon süratini üzerine tesiri vardır. Meselâ tüp içerisinde biraz kaolin veya talk bulunuşu süratini yavaşlattığı gibi, oxyde de zinc bulunuşu da süratini hızlandırır. Eser miktarda dahi olsa eter, alkol asit veya alkali bulunuşu hemoliz veya agglutinasyona sebebiyet vereceği için netice yanlış okunmuş olur.

h.) Enjektörle alınan kan steril tüplere boşaltılırken piston şiddetle itilirse hemolize sebebiyet verilebilir.

i.) Hazmın sedimantasyon süratini üzerine tesiri; Jean Barbier ve Gabriel Pirquet gibi yaptığımız müteaddit tecrübeler sonunda aç veya tok olmanın sedimantasyon süratini üzerine tesir yapmadığını müşahade ettik.

Değişik çocuk hastalıklarında sedimantasyon :

Akciğer hastalıkları :

Evvelâ **tüberküloz** ile sedimantasyon arasındaki münasebeti araştıralım. Tüberkülozda erken teşhis bakımından sedimantasyon, en erken yapılması lâzım gelen bir laboratuvar araştırmasıdır. Tüberküloz şüphesi olan çocuklarda yapılan sedimantasyonu, yağmurdan evvel beliren bulutlara benzetebiliriz. Fırtınanın geleceğini sezerek tedbirli olarak hareket tarzımızı çizeriz.

Buna ait dünya literatüründe çok tipik vak'alar vardır. Bizim zikredeceğimiz bir vak'a onlar kadar enteresan değilse de bir fikir verme bakımından ehemmiyetlidir.

Hariçten splénomégalie teşhisiyle tetkik edilme üzere kliniğe 409 Pro. sayısı ile yatırılan çocukta, geldiği zaman genel durum iyi idi. Dalağın hafif ele geliş göğüsün sui teşekkülüne ait bir düşüklüktü. Klinik olarak hiç bir şeyi bulunmayan bu çocukta, ilk geldiği zaman yapılan sedimantasyon 15 milimetre idi. Ertesi günü yapılan radiografide akciğerlerde enfiltrasyon bulundu. 10 gün sonra da erythema nodosum tespit edildi. Ailesi bakımından, tüberküloz bakımından şikâyeti olmayan bu çocuğun normal görülmesine

reğmen sedimantsayon süratinin hızlaşmış bulunuşu, ilerideki fena sonuçların ilk öncüsü olmuştur.

Bizde tuberculine reaction'ları, sırf tuberculine'nin her zaman bulunmaması yüzünden, her yerde muntazam yapılmadığı için sedimantasyonun, tüberkülozun erken teşhisinde kliniğe en yakın ve doğru neticeler veren bir laboratuvar yardımcısı olması lâzımdır.

Mikro sedimantasyonun kolay ve her yerde yapılabilmesi kısa zamanda okunuşu, bu ehemmiyeti bir parça daha arttırmaktadır.

Teşhis bakımından olduğu gibi pronostik bakımından da sedimantasyon süratindeki görülen değişiklikler bize en emin bir yardımcı olmalıdır.

Çocuk tüberkülozunda bazen ateş yüksek olmayabilir. Balgamda B.K. aramak için aç karnına yapılan mide lâvaju, hastahane haricinde yapılması en güç olan bir laboratuvar araştırmasıdır. Röntgen ve radioskopi de hastahanelerimizde dahi bir çok güçlüklerle yapılabildiği için tüberkülozlu bir hastanın pronostic'i bakımından ateş, nabız, kilo kurları yanında onlardan daha ziyade sedimantasyon kurbuna ehemmiyet verilmesinin iyi bir netice vereceği kanaatindeyiz.

Kliniğimizde yatak adedinin mahdut olması yüzünden meningite tuberculose'dan başka tüberküloz formalarını kısa bir zamanda taburcu ettiğimiz için sedimantasyon süratlerinin akibetlerini uzun zaman tetkik edemedik.

Meningite tuberculose sedimantasyonunu iki şekilde bulduk. Bir kısmında sedimantasyon süratinin artmış, diğer bir kısmında (komada gelen ve kısa bir zamanda ölümle neticelenen hastalarımız ki) bunlarda sedimantasyon sürati normalden aşağı yani yavaşlamış bulduk. İlk nazarda uhaf gibi görünen bu hâdise preagonik devrede sedimantasyon süratinin paradoksal düşüşü ile izah edilmektedir.

Stréptomicyne'nin pahalı ve bol miktarda bulunmaması yüzünden ara vererek tedavi ettiğimiz vak'alarımızda (1) liquor bulgularında ikinci veya üçüncü defa kliniğe yatarken pek fazla bir değişiklik olmayan bazı çocuklarda sedimantasyon süratlerinde artma bulduk. Tekrar tedavi ile beraber sedimantasyonda diğer bütün bulgular gibi normale doğru gittiğini tespit ettik.

Kliniğimizde yatan meningite tuberculose'dan başka granulé, pleurésie, infiltration, erythema nodosum vak'alarında, hepsinde sedimantasyon süratini artmış bulduk.

Pneumonie, bronchopneumonie empyème'de sedimantasyon :

Pneumonie ve bronchopneumonie'de sedimantasyon sür'atindeki değişimleri tetkik etmek çok ehemmiyetlidir. Bilhassa son senelerde antibiotiklerin kullanılışı ile ateş kurbunun çabuk normale inmeye başlamasından sonra hastalığın seyrini bize en iyi gösteren, kolay ve pratik usul sedimantasyondur. Röntgen ve diğer laboratuvar bulgula-

rı kliniğe yardım eder fakat pratik hekimlik sahasında bunların hepsini yapmak güç olduğundan, sedimantasyon burada da ön plânda yer alması lâzım gelen bir usuldür. Ateşle beraber en yüksek seviyesine çıkar ve yavaş yavaş anatomik şifa ile beraber normale düşer.

Bronchopneumonie'de pneumonie gibi sedimantasyon sür'ati kısa zamanda normale düşmez onun için tam klinik şifa elde edilmesine rağmen anatomik şifa uzun zaman sonra oluyor demektir.

Eğer sedimantasyon sür'ati normale düşmez veya artarsa ya teşhis yanlış veya süpüre, pulmoner veya plöral bir komplikasyon başlıyor demektir. Kliniğimizde yatan ampiyemlilerde sedimantasyon sür'atlerinin, pneumonie ve bronchopneumonie'den daha fazla olduğunu gördük. Hastalarımızın hepsi ilk hastalıklarını dışarıda geçirdikleri için ilk sedimantasyon sür'atlerini bilmiyoruz. Eğer tetkik etmek imkânını bulabilseydik sedimantasyon sür'atlerinin empiyeme döndükten sonra daha fazla arttığını görecektik.

Sedimantasyon ve Rumatizma :

Değişik rumatizma şekillerinde sedimantasyon ayırıcı bir teşhis vasıtasıdır ve tedavimize yol göstermesi bakımından ehemmiyetlidir. Her mafsalsal ağrısını rumatizmaya bağlamayıp enfeksiyona ait yalancı rumatizma gibi kabul ederiz. Kliniğimizde rumatizma teşhisi ile yatan hastalarımızda sedimantasyon sür'atini çok artmış olarak bulduk. Maalesef ağrıların hafiflemesi ile aileler çocuklarının ısrarı üzerine onları aldıklarından sonuçlarını bilmiyoruz ve bu yüzden kat'i bir şey söyleyemeyeceğiz. Fakat taburcu olurlarken hepsinde bir yavaşlama başlamıştır.

Kan hastalıkları ve Sedimantasyon :

Bu çalışmamız zamanında maalesef tipik bir kan hastası yatmadığı için sedimantasyon sür'atindeki değişiklikleri tesbit edemedik. Yalnız aynı hastalıklarda birbirine yakın kırmızı küreyve sayısına rağmen muhtelif sür'atte sedimantasyon bulduk. Ancak kırmızı küreyve sayısı iki milyondan aşağı olan vak'alarda çok hızlanma olduğunu gördük. Burada J. Barbier ve G. Pirquet'nin «küreyvelerin yolunu şaşırması, bozgunu» adını verdikleri kırmızı küreyvelerin değişik şekilde çöküşlerini biz de gördük. Bu gibi sedimantasyonların okunuşları biraz zor. Bu gibi hastalarımızda anisocytose ve poikilocytose şekilleri de vardı. Acaba bu sedimantasyon anomalisini şekil ve hacim değişiklikleri mi yoksa ileri derecede anemiklerde husule gelen plasma proteinleri değişikliklerine mi bağlamalıdır. Çok az sayıda hastada gördüğümüz bu hususiyeti kat'i olarak aydınlatamayacağız.

Karaciğer hastalıkları ve Sedimantasyon :

Karaciğer kifayetsizliklerinde sedimantasyon sür'ati yavaşlamaktadır. Buna misal olmak üzere şu vak'amızı göstermek istiyoruz. Ateş ve öksürük şikâyeti ile polikliniğimize müracaat eden hasta Pirquet'nin müsbet oluşundan ve röntgende de adenopathie bulunduğu için kliniğe yatırıldı. Hastanın

(1) 1948 — 49 senelerinde.

karaciğeri 4 parmak kosta kenarını meme hattı üzerinden geçiyor ve çok hassastı. Sedimentasyon sür'ati, tüberkülozlu bir hasta olmasına rağmen 4 mm. idi. Tedaviden sonra karaciğer küçüldü, ağrılarda hassasiyet kalmadı; ve o sıradaki sedimentasyon sür'ati de asıl hastalığın tesiri altında yüksek olarak bulundu.

Sirozlu bir hastamızda da yavaşlamış olan sedimentasyon sür'atinin ani olarak artışı araya giren bir infection'u klinik belirtiler başlamadan önce haber vermesi bakımından ehemmiyetli bulduk.

Inflection hastalıkları ve Sedimentasyon :

Inflection hastalıklarında klinik belirtiler çok defa daha hâkim oldukları için sedimentasyon teşhisinden ziyade sonuç ve tedavinin tesiri hakkında bize bir yardımcı olabilir; bununla beraber croup

ve pseudo - croup vak'alarında ayırıcı bir teşhis vasıtası olabileceğini tahmin ediyoruz. Yüksek sayıda vak'aya istinat etmeyen bu tecrübelerimize göre croup'ta sedimentasyonu pseudo - croup'a nazaran çok defa daha fazla sür'atlenmiş bulduk. Pseudo - croup'da hastalık geçtikten sonra sedimentasyonun da normale inmesine rağmen croup'da klinik belirtilerin tamamen geçmesine rağmen sedimentasyon sür'ati hızlanmış olarak kalıyor.

Bunu belki Yalley'nin düşünüş tarzına göre izah edebiliriz. Difteri basili pseudo - croup âmillerinden daha fazla hepatoglobuline husule getiriyor; ve bu husule getirdikleri hepatoglobuline'de sedimentasyon üzerine tesir ederek sür'atlenmiş olarak uzun zaman devam ediyor. İlerideki tecrübelerimizin bunun doğru olup olmadığını göstereceğini ümit ediyoruz.

Ankara Nümune Hastanesi Erkek Dahiliye servisi çalışmaları:

Şef: Dr. İhsan Aksan

Klinik ve tedavi bakımından münteşir Glomerulo Nefritler

(10 senelik hastane materyeli üzerinde bir araştırma)

Dr. Hayat Okan

Dahiliye Mütahhasısı

Bright'ın dahiyane tavsifinin üzerinden yüz seneden fazla zaman geçtiği halde glomerulonefrit problemi çalışmaların en câzip konularından birini teşkil etmektedir. Bunun sebebi mevzuun, esaslı klinik ve laboratuvar araştırmalarına ve daima daha enteresan bulgulara zemin teşkil etmesinden ibaret değildir. Pratik hekimlik nefrit davasına daha canlı bir noktadan alâka göstermek üzerindedir. Bilhassa müzminleştiği zaman bu hastalığın hemen hiç bir surette önlenemediği ergeç böbrek kifayetsizliği (üremi) ile ölüme sebep olduğu herkesçe bilinir. Hayvan tecrübelerinin ve klinik araştırmalarının gayesi «bu bakımdan» nefriti akut safhasında yakalamak ve tedavi etmeğe çalışmak olsa gerektir.

Halbuki glomerulo - nefrit servislerimize ancak müzminleştikten sonra yatırılabilir. Filhakika son 10 senelik nefrit materyeline yapılan bir bakış bu hastaların ancak 159 unun hâd safhada geldiğini ve şifa ile çıkarılabildiğini göstermiştir. Bu hale mukabil nefritlerin 270 i müz-

minleşmiş safhada servise girdiği için mukadder akibetlerinden kurtulamamışlardır.

Yalnız şu basit rakam oyunu bile bize nefritli hastaları başlangıçta akut vasküler presyon safhasında teşhis etmenin önemini canlandırmağa kâfidir. Gerçekten bu safhada (Volhard'a nazaran 6 hafta sayılmaktadır) tedavi usullerimizin çok şanslı olduğu düşünülürse (%100 şifa) hastalığın müzminleşmesini önlemek suretile insanı mukadderatın kötü oyununa ram olmaktan kurtarmanın ne kadar mühim bir vazife teşkil ettiği daha iyi tebarüz eder.

Onun içindir ki, nefrit problemi üzerinde yapılan bu kadar geniş araştırmaları küçümsemek lâzım gelir. Ayrıca, her klinik, materyeli üzerinde kendi görüş ve tatbiklerini murakabe ve neşir etmekle de mükellef sayılmaktadır. Bizim bu satırlarda yapmak istediğimiz budur.

Son 10 sene zarfında servisimize 270 muhtelif safhada münteşir glomerulo - nefrit hastası yatırılmıştır (Cedvel: 1).

Hastalık		Vaka	Şifa	Salâh	Ölüm	Halile
Had nefrit		159	155	4 İsrarile		
Müzmin nefrit II. Devir	Hipertansif	191		156	17	18
	Nefroz çeşnisi	145		122	20	3
	Ararsız	15		14		1
Müzmin nefrit III. Devir	Kilye yetersizliği (üremi)	82		12	68	2
Hakiki nefroz		12		9		3

Bu cedvelin tetkikinde görüldüğü gibi bunların büyük bir ekseriyeti II inci devir nefritin muhtelif klinik tabloları ile (hipertansif ve ödemli şekil) müracaat etmişler ve artık kilye kifayetsizliği teessüs etmiş hastaları feci akibetinden kurtarmak da mümkün olamamıştır (68 i üremiden vefat etmiştir).

Hastalığın birinci safhası olan akut nefrit daima kabili tedavidir. Fakat bu devredeki belirtilerin bazan silik oluşu gözden kaçmasına sebep olur. Çok defa göğüste sıkıntı hissi, çabuk yorulma, baş ağrısı gibi subjektif şikâyetlere ehemmiyet verilmmez, asabidir diye geçiştirilir. Bu şikâyetlerle beraber hastanın yüzünün soluk ve şişkin oluşu, nabzının gerginliği dikkati çeker ve tansiyonu ölçülür ve kalbi dinlenecek olursa (aortada ikinci sesin sert oluşu, ve zirvede sistolik nefha) had safha gözden kaçırılmış olur. Nitekim bizim hastalarımızdan çoğu da, göğsünde sıkıntı, darlık, çabuk yorulma gibi şikâyetlerinden, şüphelenilerek hastaneye yatırılmışlardır (%74). Geri kalanı yüz, göz kapaklarında ayaklarında şişlik ve idrarın koyu kan gibi gelmesinden ve bel ağrularından dolayı müracaat etmişlerdir.

Akut nefritin teessüsünden evvel çok defa hastaların bir enfeksiyon geçirdiği tesbit edilir. Bu daha ziyade bir streptokok intanıdır ve enfeksiyona sahne olan yer de bademciklerdir. Volhard bütün nefritlilerin 1/4 ünde tonsillit ve 3/4 ünde diğer yukarı teneffüs yolları hastalıkları ve soğuk algınlığı tesbit etmiştir. Kızıl daha sonra sayılmaktadır. Kızıl nefritin ikinci haftada meydana çıkışı hastalığın bir allerji reaksiyonu olarak ele alınmasına sebep teşkil etmektedir. Diğer intanı hastalıklardan sonra da akut nefritin meydana çıktığından bahsedilmiştir. Fakat bu çok nadirdir. Biz servisimize yalnız tek bir pnömoni vak'asından iki hafta sonra akut nefritin zuhur ettiğini gördük (Protokol 1004 - 1942). Bazı cilt hastalıklarından, poliartiküler romatizma, dişkökü iltihaplarından sonra da akut nefrit teessüs edebilir. Burada esas hastalık âmiliinden ziyade araya giren streptokokların sebep olması kuvvetle muhtemeldir. Biz servisimize yatan 100 hastadan 32 sinde soğuk algınlığını ve 68 inde tonsilliti müteakip meydana çıktığını tesbit ettik (%77). Bu rakam bir çok araştırmacıların bulduğu nisbete uymaktadır. Diğer hastaların anemnezlerinde geçirilmiş bir enfeksiyon bulunamamıştır.

Streptokokların hastalık hususunda nasıl bir rol oynadıkları hâlâ münakaşalıdır. Birçokları hastalığın husulünden önce glomerullerin o hususî bakterî toksinine karşı hassaslaşmış olduğunu ileri sürmektedirler. Nefrite tekaddüm eden streptokok enfeksiyonu esnasında bakterî cisimleri veya toksinleri şahsın böbreği ile temas ederek bir nevi «böbrek antijeni» teessüsüne sebep olurlar. Bu antijen kanda dolaşır, ve böbrek nescinde bulunan bazı maddelerle temasa gelince münteşir glomerulonefrit meydana çıkar. Bunu teyit eden bir çok hayvan tecrümeleri yapılmış ise de henüz burada rol alan mekanizma malûm değildir.

Masugi'nin maruf tecrübeleri hastalıkta allerjik reaksiyonların aldığı rolü teyit eder.

Streptokok enfeksiyonu ile akut nefritin baş-

laması arasında çok defa 2 - 3 haftalık bir fasıla bulunur. Fakat bu müddetin daha kısa olduğu ve hattâ hemen hastalığın arasında meydana çıktığı görülebilir.

Vancua'nın 113 vak'asının 37 sinde hâd nefrit enfeksiyonun seyrinde ortaya çıkmıştır. Böyle streptokok enfeksiyonunun seyrinde patlak veren nefrit tablosunda albüminüri ve hematüri ârazilarının daha bariz bir şiddet gösterdiğini buna mukabil iki üç hafta sonra başlayan nefritlerde ise tansiyon yüksekliği ve ödemlerin ön plânı aldığını söylenmektedir.

Biz de etiolojide enfeksiyon hissesi tesbit edilen 100 hastamızın 62 sinde nefrit ârazilarının erken çıktığını gördük. Diğer 38 sinde iki üç haftalık fasıla mevcuttur (Cedvel: 2).

Cedvel : 2

Vak'a sayısı	Albumin	Hematüri	Tansiyon	Ödem
Enfeksiyon seyrinde	27	24	41	24
2-3 hafta sonra	%44	%40	%67	%42,5
	10	9	27	16
	%27	%24	%93	%43

Hastalarımızda ekseriya başlangıçta yukarı teneffüs yolları enfeksiyonu bulunduğu için Kulak - Burun - Boğaz polikliniğine müracaat eden hastalardan akut anjinlilerin sayısı ile bir münasebet olup olmadığını araştırdık. Teyit eder bir netice alamadık. Bununla beraber hastalığın bütün etiopatolojisini streptokok enfeksiyonundan ibaret görmekte haklı değiliz. Bünyeyi streptokok enfeksiyonlarına karşı bir vasküler nefritle reaksiyon vermeğe hazırlayan endojen ve ekzojen başka âmillerin de mevcudiyetini kabul etmek lâzım gelir. Nitekim bizim akut nefrit materyelimizin sıklıkla grafiği ile boğaz enfeksiyonları epidemileri arasında aşikâr bir münasebet tesbit edilememiştir (Cedvel: 3). Keza son senede servisimize yatan akut nefrit sayısının epidemi hatırlatacak kadar çok olmasına rağmen aynı müddet zarfında K. B. B. polikliniğine müracaat nisbeti aşikâr bir yükselme göstermemektedir.

Cedvel : 3

Seneler	Servise yatan hasta	Akut nefrit	% nisbeti	Kulak B. B. Pol. mür. eden hasta edifi	Kulak B. B. polikliniğine müracaat eden tonsillit edifi	% nisbeti
1946	1945	3	%0,15	24844	795	%3,1
1947	2022	14	%0,68	28613	2136	%7,4
1948	2027	8	%0,34	28757	2505	%8,7
1949	1888	12	%0,57	19852	1757	%8,8
1950	2139	92	%4,3	21365	1265	%5,9

Cinsiyet ve yaşın hâd nefrit üzerine tesirini araştıran müellifler oldukça farklı neticeler almışlardır.

Seegel erkeklerde iki misli fazla olduğunu Murphy de 102 erkeğe mukabil 48 kadın hasta gördüğünü söylemiştir. Bell ise bir fark olmadığını iddia etmektedir. Servisimiz erkek hastalara tahsis edilmiş olduğundan bu hususta bir nisbet söyleyecek durumda değiliz.

Hastalığın en sık görüldüğü yaş ilk 10 - 20 senelerdir. Belli hâd vak'aların %50 sinin 10 - 20, %20 sinin 20 - 30, %15 inin 30 - 40 ve çok azının daha ileri yaşlarda olduğunu söylemektedir. Litzner'in 200 hasta üzerinde yaptığı istatistik te bunu teyit etmektedir. Servisimizde yatan akut nefritli hastaların %63,8 i 10 - 20 yaş arasında, %23,8 i 20 - 30 ve ancak 6 vak'anın 30 - 40 ve 10 nu 40 yaşından sonra olduğunu gördük.

Hastalık karakteristik belirtileri ile başladığı zaman (ödem, hipertansiyon, idrar miktarında azalma, hematüri, albüminüri) teşhisi kolaydır. Fakat bazan daha silik ârazlarla başlar ve bilhassa böyle kardiyovasküler sistemin yük altında olduğuna delâlet edecek bazı işaretlere (göğüste sıkıntı hissi, nefes darlığı, çabuk yorulma) dikkat edilmezse akut safha tesbit edilemez ve hastalar ikinci müracaatlarında müzmin safhaya girmiş olarak karşımıza çıkar. Bizim materyelimizde böyle şikâyetlerle müracaat eden hastaların yekünü oldukça kabarıktır (%74).

Akut nefritin karakteristik ârazlarından sayılan ödem ise ancak 48 inde başlangıç teşkil etmiştir.

Hastaların büyük bir kısmında **tansiyon yüksekliği** akut nefritin esas ârazıdır ve devran sisteminin uğradığı aksamanın bir ifadesidir. Umumî arteriyel spazmına bağlı olarak devranı kısılan böbreklerden vazopressif bir takım maddelerin husule gelerek tansiyonu yükselttiğini isbata çalışan tecrübeler herkes tarafından malûmdur. Goldblatt (1934), Houssay (1937) arteri daraltılmak suretile devranı kısılan böbrekten vena kanına ferment tabiatında tansiyonu yükseltici bir maddenin (Renin) geçtiğini isbat etmişlerdir. Bilindiği gibi Renin hipertansiyonojeni aktif hipertansin haline çevirmek suretile tesir eder. Normal şartlarda bir polipeptit olan hipertansin kan ve dokularda hipertansinaz tarafından tahrip edildiğinden tesiri azdır.

Bununla beraber her nefritli hastada tansiyonun çok yüksek hududa erişmesi lâzım gelmez. Bazan normal bir az aşar. Bizim 159 hastamızın 121 inde tansiyon 15 den yukarı, 21 inde 12 - 14 arasında bulunmuş ve 17 sinde 12 nin altında olduğu görülmüştür. Bu 17 hastada tansiyonun yüksek bulunmamasında ihtimal beslenme durumları rol oynamaktadır. Filhakika albüminle beslenme yoksulluğu hallerinde bir «hipertansinojen açığı» husule geldiğini gösteren müşahedeler vardır (Holtz).

Damar sistemindeki yüksek tansiyonu yenmeğe çalışan sol ventrikülde bir büyüme tesbit edilir, aorta mihrakında ikinci sesserttir, nabız çok defa gergin ve batıdır (Tansiyon yüksekliğinin regülâtör sisteme tesiri). Hastalık iyiliğe doğru gittikçe tansiyon düşer ve ancak normal seviyeye indikten sonra tamamen şifa bulmuş sayılabilir.

Ödem de akut nefritin sadık işaretlerinden sayılır. Nitekim biz de 122 vak'ada (%76) tesbit ettik. Ödem mayii bazan cilt altı nescini ve seröz

boşlukları dolduracak kadar çok olabilir. Hattâ beyin ve beyin cidarı boşluklarına dolması neticesi dimağ tazyiki artarak maruf eklampitik üremi tablosu meydana çıkar (tansiyonun daha çok yükselmesi, şiddetli baş ağrısı, tonik ve klonik ihtilâçlar, kusma, reflekslerde artma, Babinski + oluşu). Biz 10 senede 6 eklampitik üremi gördük ve yapılan tedavi ile (ponksiyon lomber, fast, sıkı diyet) hepsi de kurtuldular.

Hâd nefritte **idrâr bulguları** da mühimdir: İdrâr miktarında umumiyetle orta derecede bir azalma vardır. Bu azalma ağır vak'alarda anuriye kadar gidebilir (devranı kısılmış böbrekte ifraz kabiliyetinin azalmasından), idrar dansitesi umumiyetle normaldir. Biz ancak 27 vak'ada oligüri (%18) ve 4 ünde (%2,6) anüri gördük.

İdrardaki albümin miktarı eser ile bir kaç gram arasında tahavvül ederse de bazan 3 - 10 gramı bulabilir. Murphy ve Rostethere'e göre 20 grama kadar yükselebilir. Albüminürinin derecesi ile hastalık şiddeti arasında direkt bir münasebet yoktur. Burada albüminürinin sebebi daha ziyade hipoksemi ve asfiksi asidozu neticesi glomerul permeabilitesinin patolojik olarak artmasıdır. Albümin miktarının tansiyonun düşmesiyle azalması da bunu teyit eder. Eskidenberi albüminüri hâd nefritin karakteristik ârazlarından biri sayılır. Fakat Volhard albüminürisiz akut nefrit olabileceğini göstermiştir. Biz 159 vak'adan 11 inde albüminüri olmadığını gördük. 40 ında eser, 36 sinda 0,50 - 1 gr. arasında, 49 unda 1 - 5 gr. ve 223 ünde 5 den fazla bulduk.

Hematüri bazan hastayı hekime müracaat ettiren ilk şikâyet olur. Fakat bu da her zaman gözle tefrik edilecek şiddette değildir. Bizim hastalarımızdan %23 ü (30 u) aşikâr makroskopik kanama ile gelmişlerdir. Bu hematüri tansiyon düşmesin eve albuminüri kaybolmasına rağmen daha bir müddet sebat edebilir (Rest hematüri). Görülüyor ki idrar bulgularının hemen hiç biri tek başına akut nefrit teşhisini kat'iyetle nazk veya tasdik ettirecek mahiyette değildir (Volhard). Nasıl ki esasında akut nefrit bir böbrek hastalığı olmaktan ziyade kardiyovasküler sistemin bir reaksiyon durumundan ibarettir.

Akut nefritte **kanda azot cisimlerinde** artma yoktur. Üre nadiren 100 - 150 mgr. ı bulur. Endikan ve kantoprotein teamülleri de menfidir. Hâ-nüz böbreğin teksif kabiliyetinde bir değişiklik olmadığından idrardaki üre ve klorür miktarında da bir değişiklik beklenemez.

Akut nefrit tedavisinde esas, hastalığın husulünde başlıca rol oynayan beden arteriyollerindeki spazmın ve buna bağlı kardiyovasküler teşevvüşlerin bertaraf edilmesidir. Ancak bu sayede hastalığı şifa nisbeti yükselir ve müzminleşme istidadı azalır.

Servisimizde Volhard'ın tezini benimsiyerek her akut nefritli hastayı başlangıçtan itibaren bu umumî vazopresyon halinden kurtarmağa uğraşırız. Bu maksatla bir yandan müşhil (huile de ricin), fast ve sıkı açlık ve susuzluk rejimi ile devranın yükünü azaltmağa çalışırız, diğer taraf-

tan da muhtemel bir sol ventrikül yetmezliğini önlemek maksadıyla Ouabain yapıyoruz. Tedaviye inat eden vak'alarda ikinci bir kan alıyor ve müşhil veriyoruz. Bu suretle ekseriya tansiyon düşüyor ve diürez artıyor. Fakat bu tedbirlerle tansiyon yine düşmez ve diürez temin edilemezse Volhard'ın tavsiyesince su yüklüyoruz. (Aç karnına 1,500 litre su içiriyoruz). Böyle vak'alarımızın hemen ekserisinde yüksek tansiyon düşüyor ve idrar miktarı artıyor. Mutlak bir yatak istirahatine tâbi tutulan bu hastalarda anjiyo spazmdan dolayı güçleşen böbrek devranını düzeltmek için de böbrek nahiyesi üzerine diyatermi veya lâpa tatbikinden faydalanıyoruz.

Tedavinin ikinci mühim noktası **enfeksiyon mücadelesine** lâyük olduğu ehemmiyeti vermektir. Penicillin'in bize bu yolda iyi bir yardımcı olduğu inkâr edilemez. Ayrıca mevcut fokal enfeksiyon menbalarını araştırıp çıkarmak lâzımdır. Bizim vak'alarımızın 61 inde bademcikler fokal intan ocağı olarak tesbit edilmiş ve çıkarılmıştır. Fakat müdahalenin ârazları şiddetlendirebileceği gözönüne alınarak hastalık tamamen geçtikten sonra yapılması muvafık olur. Fakat bütün tedavilere cevap vermeyen vak'alarda hastalığın seyrinde de intan odağını bertaraf etmek iktiza eder. Nitekim 8 hastamızda devam eden hematüri ve hipertansiyon maksadile erken müdahale yapılmış, bunlarda ilk bir kaç günde ârazlar şiddetlenmiş ise de müteakip günlerde sür'atle iyileşme olmuştur. Tonsillektomiden evvel ve sonra üç gün penicillin yapılmasından faydalı neticeler alınmıştır. Ayrıca uzun süren hematüri (Rest hematüri) hallerinde ağızdan az miktarda pyramidon ve damardan kalsiyum enjeksiyonlarından fayda gördük. Biz altı haftadan fazla devam eden bu zahiren masum hematüri ve albüminüri sendromlarına müphem isimler takarak hastayı ilerisi için şüpheli bir akibete terk etmektense bunlarda intan ocaklarını (bademcikleri) muhakkak çıkarmayı tercih ederiz. Bu gibi hastalarda başkalarının nefrit sekeli diye geçiştirdiği idrar bulgularının derhal düzeldiğine şahit oluyoruz. Akut nefritin allerjik bir hastalık olduğunu kabul edenler tedaviye antihistaminikleri de teşrik etmeyi tavsiye ediyorlar. Fakat biz kullanmadık. Ayrıca hâd nefritlerde periton diyalizi ve sun'î böbrekten iyi neticeler alındığını okumaktayız.

Nefrit tedavisinde diğer mes'uliyetli bir noktada da hastanın tâbi tutulacağı **rejimin** kalitatif ve kantitatif hususiyetidir. Hastalığın seyrinde, su, tuz ve albüminin ne dereceye kadar kısıllacağını

ve ne vakit verileceği hayat bakımından ehemmiyetli bir meseledir. Yalnız burada bilhassa tuz üzerinde ısrarla durulmalıdır. Zira tuz bir yandan spazmı ve nesiclere su sızmasını artırır, diğer cihetten hipofiz ve arabeyin fonksiyonlarına tesir ederek nörohormonal yoldan hastalığın seyri üzerine fena tesir yapar. Bu bakımdan hastalık geçtikten bir müddet sonra da tuzsuz rejimde ısrar etmek lâzımdır.

İlk günlerde yüksek tansiyon ve devran güçlüğüne bertaraf etmek için su tamamen kesilir, hasta aç ve susuz bırakılır. Müteakip günlerde verilecek mayinin miktarının tayininde 24 saatlik idrar miktarı göz önünde bulundurulur. Tansiyon düştükten sonra mayi miktarının ileri derecede tahdidine pek lüzum yoktur.

Tansiyonun yüksek olduğu ilk günler hariç, hâd nefrit rejiminde proteinli maddelerin ileri ölçüde tahdidinin doğru olmadığı anlaşılmıştır. Böbrek, fonksiyonları için optimal bir albümine muhtaçtır ve verilmediği takdirde kendi yapı proteinlerini kullanır. Nitekim yapılan tecrübeler albüminli gıda verilen hastaların daha çabuk iyileştiklerini ve albüminürilerinin erken zail olduğunu göstermiştir. Bizde tansiyon düştükten ve idrar bulguları geriledikten sonra evvelâ süt ve sütlü gıdalar ve sonraları böbrek fonksiyonlarını kontrol ederek tuzsuz et veriyoruz. Hastalarımızın hiç birinde albümin verdikten sonra fena bir netice görmedik.

E. T. Belle: Renal diseases 1946.

Cavelk: Sch. med. Wsch. 4. 1948.

Fisberg: Hypertention and Nephritis 1948.

Frank: Böbrek hastalıkları 1941.

Franz Volhard: Nierenerkrankungen und Hochdrucke 1949.

Fomigine: Excerpta medica Vol II. No: 7. 1948.

Göngül Müeyyet: Vasküler nefritlerin klinik ve tedavisinde deveran teşevvüplerinin önemi, Anadolu Kliniği 1946.

Holtz: Klinische Wochenschrift 19/20 - 1949.

Zequier-Döge: Treatment of acute diffuse glomerulo-nephritis. Exc. Med. Vol. II. No: 8 - 1948.

Lasch und Moritz: W. Kl. W. 22 - 1949.

Litzner: D. M. W. 9-1949.

Mortensen: Treatment of acute glomerulo nephritis with high protein diet. Exc. Medi Vol 11-7-1948.

Şener Hayat: İki taraflı hematojen böbrek hastalıkları, Anadolu kliniği 1946.

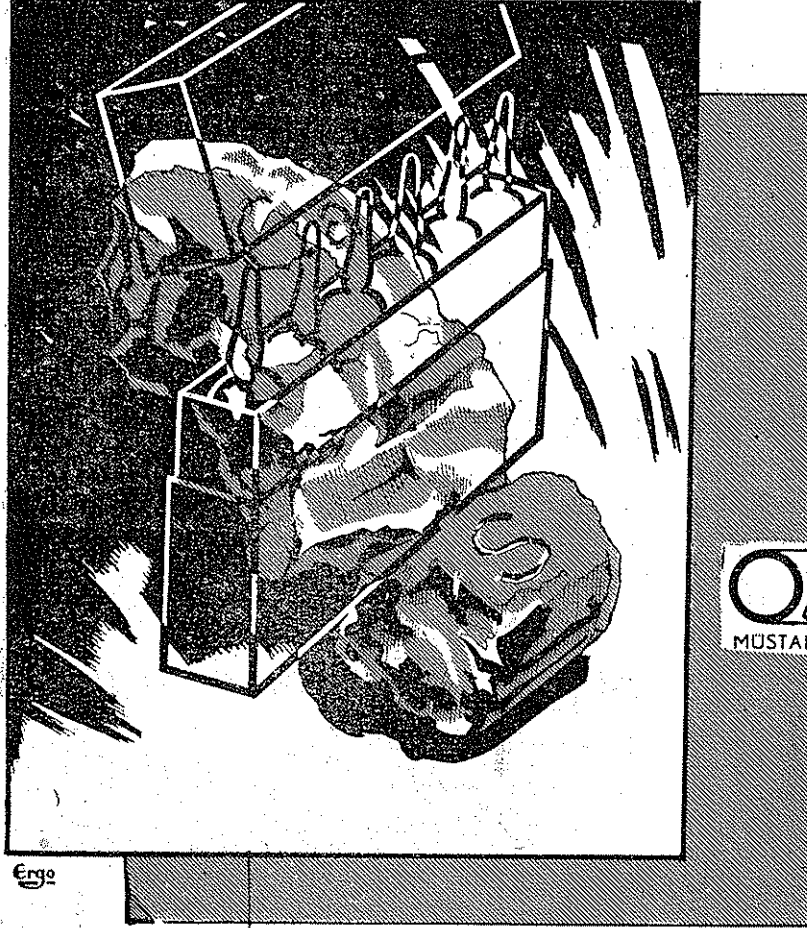
Thomas Addis: Glomeular nephritis 1948.

Uraz Mualla: Akut nefrit vakalarının özelliklerine dair (tez) 1951.

Vancura: Kongress zentralblatt für innere medizin 1950.

Walter Frye-Friedrich Suter: Handbuch der innere medizin. Nieren und ableitende Harnwege, 1951.

Kalsyum ve Kükürt İçerikli



OM
MÜSTAHZARIDIR

thio-calci-om

CALCIUM THIOSULFURICUM HEXAHYDRATUM
SOLUTUM

20 %

5 cc lik ampullerde

8 ve 100 ampulü havi kutular

LABORATOIRES OM. S. A.
Genevre - İsviçre

Türkiye Müessesiliği:
JUL KREPEN ve KEMAL MÜDERRİSOĞLU Koll. Şti.
Sirkeci, Nur Han Koll. 2
Tel. : 29045 İSTANBUL P. K. 47

Modern östrojen depo tedavisi için

Dépôt-Oestroménine

Kullanıldığı yerler:

**Klimakterik rahatsızlıklar,
kastrasyon ve şua tedavisi
neticesi husule gelen rahatsızlıklar,
amenore,
prostat karsinomu,
mide ve duodenum ülseri.**

Dépôt-Oestroménine

taammül kabiliyeti iyidir — miktarı şahsa
göre ayarlanabilir — tesiri devamlıdır —
bilhassa iktisadîdir

2 cc. lük (= 12 mgr. di-metoksi-di-etil-stilben) ampuller
3 ve 10 ampullük kutular.

E. Merck

KİMYA MADDELERİ FABRİKALARI
DARMSTADT
ALMANYA

Türkiye Mümessilliği:

ALFRED PALUKA VE ŞERİKLERİ
P. K. 1532 — İSTANBUL



Ankara Belediye Hastanesi Dahiliye Servisi

Şef: Dr. Celâl İren

Nütrisyonel megaloblastik bir anemi vak'asının karaciğer ve B₁₂ vitamini ile tedavisinden alınan neticeler üzerinde mukayese

Dr. Celâl İren - Dr. Fikret Pamir

1926 da Whiple'in eksperimental bulgularından ilham alarak Minot ve Murphy tarafından Pernisiozali hastaların karaciğer yedirilmek suretile tedavisindenberi geçen yıllar klinik ve laboratuvar namütenahi araştırmalara ve bu araştırmaların verimli neticelerini idrake sahne olmuştur. Bu arada Castle'in münhasıran Pernisioza patogenezi için düşündüğü dahiyane hipotez, klinik ve laboratuvarın gösterdiği yolda esas hatlarını muhafaza etmekle beraber, tadillere uğramış ve pernisiöz anemi, umumiyetle megaloblastik, makrositer anemi sendromunda kriptogenetik bir şekil olarak yer almıştır.

Klinik, megaloblastik (megalositer) anemilerin tedavisinde hizmetine verilen karaciğer ekstralelerle 20 yıl memnuniyetle anlaşıktan sonra, harp yılları içinde gerek karaciğerin lüzumundan fazla pürifie edilmesi gayretleri ve gerekse taze ve sağlam karaciğerlerin halk gıdalanmasına ayrılması yüzünden sanayiin hasta ve kifayetsiz karaciğerlerden istifade zorunda kalması neticesi, yüz buruşturur ve acele bir hükümle tedaviye refrakter vak'alarından bahsetmek isterken 1945 de Angier ve arkadaşlarının mesaisi mahsulu Folik aside tehalükle sarıldı. Çok zaman geçmemiştir ki bazı nütrisyonel, gravidik ve infantil megaloblastozlarda elde edilen iyi neticelere rağmen bilhassa pernisiöz anemilerdeki kifayetsizliği ve hattâ nöro - anemik sendromdaki uygunsuzluğu kendisi hakkındaki sempatiyi söndürdü. İşte bu sıralarda (1948 yılının başlarında) Amerikada Rickes, Brink, Wood ve Folkers, İngilterede Smith karaciğer ekstralelerinden pernisiöz anemide büyük bir aktivite gösteren kırmızı bir cevher izole ettiklerini bildirdiler. Ve kristalize bir şekilde elde edebildikleri bu maddeye B₁₂ vitamini adını verdiler. Son zamanlarda Streptomyces griseus buyyon kültürlerinden de elde edilebilen, kromatografik ve mikrobiyolojik hususiyetler gösteren bir takım gruplara ayrılabilen (B_{12a}, B_{12b}, B_{12c}, B_{12d}) ve nihayet Todd ve arkadaşları tarafından moleküler terkihi katiyete yakın bir şekilde bildirilen bu vitamin West'in. elile kliniğe girdi.

Bu kısa girişten sonra, kliniğimizde bir sene fasıla ile önce karaciğer ve bilâhare B₁₂ vitamini ile tedavi ettiğimiz megaloblastik bir anemi vak'asında elde ettiğimiz neticeleri mukayeseli olarak bildirmek istiyoruz:

Sadık Aydın, Çankırı, 25 yaşında, rengber. 2 aydanberi devam eden ve yemekleri müteakıp şişkinlik şeklinde kendini gösteren rahatsızlık; yorgunluk ve ceht ile çoğalan nefes darlığı, tedricen artan dermansızlıkla müracaatında yatırılmıştı (Prot. 1166, 6/12/1949). İrsf ve ailevi herhangi bir yük bilmiyor. Dört yıl önce geçirdiği sıtmadan gayrı hastalık hatırlamıyor. Fena bir itiyad ve venerien bir hastalık yok.

Taşekkülü tam, Cildi nve konjonktivaların bariz sübikterik görünüşünden gayrı dikkati çeken bir hal bulunmuyor. Dil papillaları pek az silik. Glossit ve disfaji mevcut değil. Travbeyi dolduran dalak kosta kenarını dört parmak kadar geçiyor. Bilhassa mitralde fonksiyonel vasıfta sistolik sufl duyuluyor.

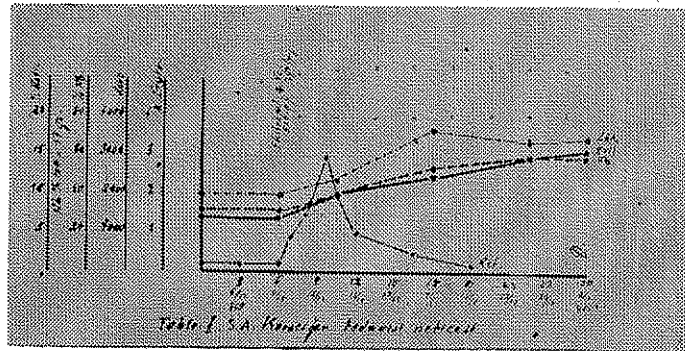
Beslenme, bol karbonhidrat, süt, yoğurt, sebze ve hemen tamamen noksan hayvanî protein tarzında.

Eritrosit: 1.400.000, Lökosit: 2000, Hb: %32 (%100=17 gr.) İndeks: 1,14. Jugend: 2, Stab: 7, Eo.: 4, Segment: 63; Limfo: 27, Mono: 2. Poikilositoz, polikromazi, anizositoz ve az bariz megalositoz.

Hipoplazik ve megaloblastik kemik iliği. Hipoasidite gösteren mide usaresi.

İdrar muayenesinde eser miktarda bilirubin ve ürobilin-den gayrı bir hususiyet yok.

Hastanın içtimai ve iktisadi durumu ve klinik bulgular bizi daha çok nütrisyonel ve hiç olmazsa nütrisyonel faktörün hâkim bulunduğu hiperkrom-megaloblastik bir aneminin mevcudiyetini kabule sevketti. Ve karaciğer (günde 5 cc. Ekstrepat I.E.) Demir (Fer reduit günde 3 gr.) kombine tedavisine başlandı. Kriz retikülositer dördüncü günü azamî seviyesine erişti (%15). 24 günlük bir tedaviden sonra (İndeks daima 1 civarında kalmak üzere) Eritrosit: 3.200.000; Lökosit: 3500, Hb: %60=10,2 gr.) İndeks: 0,95 oldu ve hasta klinik, hematolojik salâh ile çıkarıldı (2/1/950) Tablo: I.



14 ay sonra hemen aynı şikâyetlerle müracaat eden hasta 17/3/951 gün ve 230/117 prot. ile yatırıldı.

Hastaneyi terkettikten sonra idame tedavisine ve beslenmesinde gerekli değişikliklere imkân bulamayan hasta bir buçuk ay öncesine kadar kendini iyi hissetmekte imiş.

Solgun sarımtarak bir görünüş, bariz sübikter, dil papillaları kenarlarda silinmiş. Sağlar seyrek ve parlaklığını kaybetmiş, turnaklarda trofik değişiklik yok. Yemek esnasında hafif yanma hissi.

Dalak kosta kenarını iki parmak kadar aşılıyor, kalp seslerinde intişarı olmayan sistolik sufl. T. A. 10/5, sedimentasyon: 25/50.

Eritrosit: 1,810,000; Lökosit: 2496; Hb: %45; İndeks: 1,25. Eo: 12, St: 0, Sg: 55, Lf: 32, Mo: 1. Anizositoz, polikro-

mazi ve aşikâr megalositoz. Retikülosit: %2,1; Bilirubinemi: %1 mg. R. G.: 0,46 - 0,34.

Aşikâr megaloblastik kemik iliği.

İdrarda eser halinde bilirubin ve ürobilin.

Gaitada parazite rastlanmadı. Oldukça fazla yağ kristalleri mevcut.

Mide usaresi tetkikinde alkol ve histamine refrakter aşıli. Asabî cihaz normal.

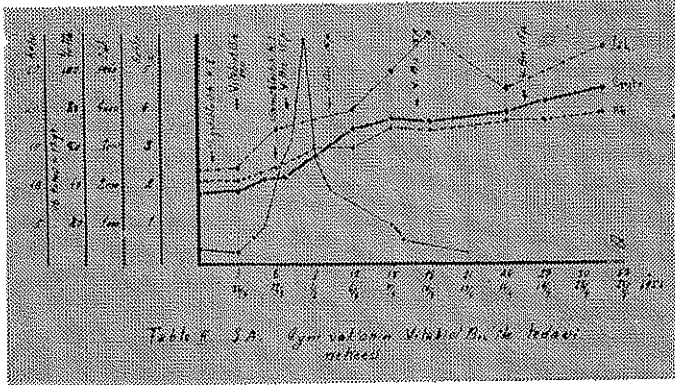
Bu defa hastaya İ.E. Kimya Evinden temin ettiğimiz B₁₂ vitaminini denemeyi düşündük. Başlangıç doz olarak 30 µ u parenteral tatbikten sonra mecmu 90 µ oknak üzere haftada bir 15 µ yaptık.

İkinci gün derhal yükselmeye başlayan retikülositler beşinci gün % 29 la zirveye vasıl oldu, daha sonraki enjeksiyonlara rağmen 16 ncı güne kadar düşmekte devam etti. 4 üncü gün tekrarlanan kemik iliği araştırmasında normoblastik bir rejenerasyonun gelişmiş olduğu görüldü. Periferik kan tablosu daimî ve sür'atli bir düzelmeye ile tedavinin 29 uncu günü Eritrositlerde: 4.480.000; Lökositlerde: 5616, Hb.de: %78 miktarları tesbit edildi. 15 günde bir 15 µ ile idame tedavisine geçildikten sonra yani tedavinin başlamasından bir ay sonra tekrarlanan mide usaresi tetkiklerinde:

Histaminle: 0/12 - 8/18 - 40/60 - 48/59 - 57/69 - 40/48 - 32/43 - 18/28 - 0/18 - 5/14 - 5/15.

Alkollerle: 0/11 - 15/20 - 15/25 - 40/60 - 55/65 - 25/35 serbest asit/Total asit kıymetleri elde edildi.

Hasta 10/5/951 günü klinik ve hematolojik şifa ile çıkarıldı (Tablo II).



Tablo II. Tedavi süresince klinik ve hematolojik bulguların değişimi.

Bir yıl sonra hemen aynı klinik tabloyu gösteren ve hattâ hematolojik yönden daha da ciddileşmiş bulunan vak'amızın karaciğer ekstreleleri ve B₁₂ vitamini ile tedavisinden elde edilen neticeler mukayeseli olarak gözden geçirilirse:

1 — Karaciğer (demir ile birlikte) tedavisinin tatbik edildiği 24 gün zarfında, eritrositlerin 1,400,000 den tedavi için gayri kâfi addedilebilecek 3,200,000 e çıktığı ve bu suretle günlük artış vasatısının 75,000 olduğu; buna mukabil B vitamini ile 28 günde 1,810,000 den 4,480,000 ulaşıldığı, günlük artış vasatısının 94,000 i bulunduğu anlaşılır.

Karaciğer tedavisi esnasında, başlangıç kıy-

meti 2000 olan lökositler 3500'e kadar yükselebilmiş, B₁₂ vitamini tatbikinde ise 2496 iken 5616 ve daha fazla sayılmıştır.

Hemoglobin birincisinde 10,2 gr., ikincisinde aynı müddet zarfında 15 gr. olarak tesbit edilmiştir. Buna mukabil indeks her iki tedavide de oldukça uzun müddet birin üstünde kalmıştır.

2 — Retikülosit krizi, karaciğer tedavisinde 4 üncü günü zirveye erişmiş ve fakat beklenilenden az olmuştur (Asgood ve Ashburn tablosuna göre %30 u bulabileceken %15); B₁₂ ile kriz hemen ikinci günü başlamış beşinci günü %29 olarak bulunduktan sonra önce süratli bilâhare yavaş bir düşüşle 16 ncı gün %3,5 a azalmıştır; ve kriz aneminin düzelmeye başlamasına tekaddür etmiştir.

3 — Megaloblastoz, birincisinde takip edilememesine rağmen, ikincisinde 4 üncü gün (ve muhtemelki daha erken) kaybolmuştur.

4 — Hematolojik ârazların birinde geç, ikincisinde erken düzelmesine karşılık, subjektif ârazlar (palör, asteni) her ikisinde de oldukça devam etmiştir.

5 — Mide sekresyonu teşevvüşü, karaciğer tedavisine rağmen devam ettiği halde, B₁₂ vitamini ile düzelmiştir.

6 — Ve nihayet karaciğerle yapılan oldukça yüksek dozlu (günde 5 cc. Ekstrepat İ. E.) tedavi ile ancak salâh elde edilebilmişken, 90µ B₁₂ vitamini ile klinik ve hematolojik şifa tahakkuk etmiştir.

Bir vak'a üzerinde tesbit edilmiş neticelere istinaden her hangi bir hükme vasıl olmanın imkânsız ve yersiz olduğunu bilmekle beraber, vak'amızda umumî kanaatlere ve müşahedelere hiç te aykırı düşmeden, B₁₂ vitamini ile karaciğer ekstreğine nazaran aşikâr üstünlük gösteren bir netice elde edebilmiş olduğumuzu kabul ediyoruz.

LİTERATÜR :

1. J. Lederer — Traitement de l'anémie pernicieuse et de ses complications nerveuses par la vitamine B₁₂; Comparaison avec de extraits du foie - Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hop. de Paris — No. 3-4, 1950.
2. Edward H. Reisner, Jr. — Pernisiöz anemide B₁₂ vitamininin bugünkü durumu - Tıbbî tercüme dergisi - Yıl I, No: 8.
3. E. Lester Smith — The Vitamin B₁₂ Group of Factors - British med. Jour. No: 4689, 1951.
4. Burhanettin Söylemezoglu — Kan Hastalıkları ve Kan Atlası - 1948.
5. G. Bickel — L'acide folique, vitamine antianémique - néve, néve.
6. Nancy S. Conway, Hugh Conway — Vitamin B₁₂ and Folic Acid in Megaloblastic Anaemia after Total Gastrectomy - British Med. Jour. No: 4699, 1951.
7. John F. Wilkson — Megalositer Anemiler - Tıbbî Terc. Der. Yıl: I, No: 8.

Ankara Nümune Hastanesi Dahiliye Servisi
Şef. Dr. A. İhsan Aksan

ANEMİ HUSULÜNDE BESLENİŞ YOKSULLUĞUNUN ROLÜ

Dr. Rauf Özyörük
Dahiliye Müttehassısı

İnsanların yaşama ve besleniş durumu ile kan yapımı arasında bir münasebetin mevcudiyeti eskidenberi dikkati çekmiş, kansız hastaların temiz hava ve iyi gıdaya karşı gösterdikleri ihtiyaç yalnız hekimlerin değil, halkın da gözünden kaçmamıştı. Buna rağmen gıda yoksulluğunun bazan anemi husulünde başlı başına bir rol oynayabileceği ancak son senelerde etraflı bir şekilde öğrenildi.

İlk defa 1930 da Wils ve Mehta tarafında Hindistanda andemi şeklinde megalositer anemi vak'aları görüldü. Bidayette Tropik muhit faktörlerinin tesirine hamledilerek «Tropikal makrositer anemi» ismi verilen bu kansızlığın, hayvanî albüminleri alamayan fakir Hintli gebelerde meydana çıktığı çok geçmeden farkedildi. Böylece tropikal tesirden ziyade alimenter faktörlerin rolü tebarüz etti. Daha sonra E. Frank Pernisyöziform anemi namı altında 7 hiperkrom anemi vak'ası yayınladı (1936). Gebelikle alakası olmayan ve orta yaşlarda görülen bu vak'alar klinik ve hematolojik hususiyetleri bakımından Wils'in vak'alarına yakınlık gösteriyordu. O zaman bu anemi şeklini ayrı bir klinik antite olarak kabul eden Frank, hayvanî albüminlerden fakir gıdalarla beslenişin rolü olabileceğine de işaret etti. Bunu takip eden senelerde Kalkütada, Makedonyada bu çeşit anemi vak'aları yayımlandı. Nihayet harp yıllarının acı şartları da bu husustaki müşahedelerin artmasına sebep oldu. İkinci Cihan Harbi senelerinde yüksek kıymetli albüminden fakir bir gıda ile beslenmek mecburiyetinde kalan Orta Avrupa halkından pernisyozaya benzer alimenter makrositer anemilerin çoğaldığına dair müteaddit neşriyat yapıldı (Lindgreen, Boe, Koeh, Vilhelmy).

Bütün bu müşahedelerde aneminin meydana geliş sebebi olarak eritropoezin normal bir nizamla idamesine yarayan gıda unsurlarının eksikliği düşünülmüştür. Bir çokları anemi sebebi olarak **ekstrenek faktör** noksanlığını suçlandırmışlardır (Moore, Spies, Castle). Castle tarafından Wills faktör ismi verilen bu maddenin mahiyeti hâlen tamamen aydınlatılmış değildir. Karaciğer ekstrlerinde mevcut olan bu faktörün tasfiye ameliyesinde kaybolduğu düşünülmektedir. Tecrübeler, hayvanî albüminde mevcut bir prensip olduğu ihtibamı vermiştir.

Diğer taraftan nütrisyonel anemileri kan teşekkülü için lüzumlu bazı **amino-asitlerin** eksikliği ile ilgili görenlere hak verdirecek müşahedelere de eskidenberi işaret edilmiştir.

Daha eski çalışmalarında Rose, Plum, Subbarow ve Jakobsen, Fenil - analin ve I - Tyrosin'in

karaciğer preparatlarında mevcut olduğuna işaret ettiler. Jakobsen ve Plum pernisiyoza anemide plazmada tyrosin miktarının azaldığına dikkati çektiler, bir kaç pernisiyoz anemi vak'asında tyrosin'in submaksimal bir dozda mide gıvası preparatına ilâvesile ikinci bir retikülosit krizi meydana getirdiler. Tryptophan'dan eksik fakat diğer bakımlardan normal bir diyetle beslenen hayvanlarda normo veya hipokrom bir anemi, hipoproteinemi, etrafta ödem ve büyümede duraklama görülmüştür. Lizinden eksik bir gıda ile beslenen hayvanlarda anizositos, poikilositoz, mikro veya makrositoz, orta derecede retikülositoz ve megaloblast çeşnisinde bir anemi husule gelmektedir. Gajdos'un çeşitli etyolojiye bağlı anemilerde metiyoninle elde ettiği muvaffakiyetler de ehemmiyetlidir.

Klinik müşahedelerden ve hayvan tecrübelerinden alınan neticeler hayvanî gıdalarda eritropoezde rol oynayan bazı maddeler bulunduğunu düşündürmektedir. Bu maddelerin antipernisiyoza prensibinin bir ko - fermenti gibi vazife görmek suretile kan yapımının normal bir düzende gitmesini temin etmeleri ihtimali kuvvetlidir.

Türlü **vitaminlerin** eritropoez üzerine olan müsait tesiri öğrenildikçe nütrisyonel anemi bahsinde bu maddelere de gittikçe artan bir kıymet verilmektedir. Bilhassa **folik asidin** tanınması bu anemilerin patogenezi ve tedavisi hakkındaki bilgilerin genişlemesinde büyük bir rol oynamıştır. Şimik bünyesi acid pteroyl - glutamic olan folik asid, yiyeceklerde altı molekül glutamik asitle birleşmiş olarak provitamin halinde bulunur, uzviyette parçalanarak serbest hale geçer. Pernisyöz anemi, yoksul beslenişe bağlı hiperkrom kansızlıklar, spru, makrositer pellegra makrositer çocuk ve gebelik anemilerinin bir çoğu folik aside iyi cevap verir.

Folik asidin tesir tarzını araştıran müelliflerin çoğu bu maddenin hemoglobin sentezinde rolü olan fermentler sistemine tesir etmek suretile rol oynadığı kanaatine varmıştır. Ancak, anemiye refakat eden ârazların da folik asitle kaybolmasını, sadece kan tablosunun düzelmesiyle izah etmek güçtür. Bu anemilerde görülen ağız, dil atrofileri, mide mukozası atrofisi, ishâl, ödem v.s. ârazların çoğunda, hücre fermentlerinin disfonksiyonu neticesi meydana gelen tegayyürler mevzuubahistir. İşte folik asidin nüve yapımı için lüzumlu fermentler üzerine tesir etmek suretile hücre vitalitesini artırdığı düşünülmektedir (Mesela barsak hücrelerinin vitalitesini artırması ile ishâl geçer).

Folik asidin asabî âraz üzerindeki gayri mü-

sait tesirinin karaciğerle zail olması yeni araştırmalara sebep olmuş ve B₁₂ vitamininin bulunmasına yol açmıştır. Bu maddenin keşfi ile hemopoetik faktörün mahiyetinin aydınlatılmasına doğru bir adım atılmıştır.

Memleketimizde Orta Anadolu köylülerinin proteinden fakir bir gıda ile beslendikleri malumdur. Bu bakımdan besi şartlarının kısıklığına bağlı anemi tiplerinin bizde de pek seyrek rastlanmayacağını kabul etmek doğru olur. Gerçekten servisimizde son dört sene zarfında takibine imkân gördüğümüz 152 anemi vak'asının 42 sinde etyolojik olarak gıda faktörlerinin ön plâna geçtiğini tesbit ettik.

Cedvel (1) de görüldüğü gibi klinik tablonun esasını teşkil eden 152 anemi vak'asının içerisinde hakiki Biermer anemisine hiç rastlamadık. Buna mukabil türlü sebeblere bağlı hiperkrom anemiler oldukça mühim bir nisbet teşkil eder (51 vak'a). Calibi dikkat bir cihette bu hiperkrom anemilerin 22 tanesinin (%43) besleniş noksanlığına bağlı olmasıdır.

Hipokrom anemi kadrosunda besleniş noksanlığı nisbeten daha az bir rol oynamış gibi görünüyor (101 vak'ada 20) (%20). Bütün anemi materiyalinde ise gıda yoksulluğu faktörü (%27) gibi mühim bir nisbet almaktadır.

Aneminin cinsi		1947	1948	1949	1950	Yekün
Hiper krom anemiler	Besleniş hatasına bağlı	4	7	9	2	22
	Diğer sebeplere bağlı	4	10	6	9	29
Hipo krom anemiler	Besleniş hatasına bağlı	1	4	8	7	20
	Diğer sebeplere bağlı	23	23	18	15	81
Biermer anemisi	—	—	—	—	—	—
Yekün		34	44	41	33	152

42 vak'anın klinik tablosuna yapılacak umumî bir bakışla, bu hastaların gıda yoksulluğu işareti diye tanılan diğer ârazları da göstermekte olduğu farkedilir. Besi noksanının en sadık ârazı olan yumuşak ödemler 24 vak'ada (%57) —bacaklarda ve yüzde— görüldü. Bu ödemlerin ve alelümum besi fıkdanının patojenetik mihrerini disproteinemi halinin teşkil ettiği malumdur. Materiyelimizi teşkil eden 42 vak'anın 26 sında (%62) kan proteinlerinin bu teşevvüşleri aşikâr bir şekilde görüldü.

Yapılan son klinik araştırmalar kısık besleniş şartlarına bağlı şahıslarda bradikardi, hipotansiyon, kabız gibi vagotoni ârazlarının teessüs

ettiğini göstermiştir. Bu yönde gerek etyolojisinde, gerek klinik seyirinde besleniş yoksulluğuna kıymet verilen vak'aların tahlilinde bu gibi ârazları ayıklamayı muvafık bulduk. Nitekim vak'alarımızın 24 ünde (%57) nabız adedi (60 - 80) 16 sında (%38) (80 - 100) ikisinde (%5) (100 - 120) arasında seyretmiştir.

Hastalarımızın tansiyonunu hemen daima düşük bulduk (vasati 10 - 7).

Vagotoni ârazı meyanında kabız haline pek rastlanmayışı hattâ hastaların 11 inde (%26) aşikâr bir ishâl görülmesi burada gıda yoksulluğunu kısmen barsak ve mide teşevvüşünü takip ettiği hissini vermektir.

Bu hastaların hepsinde anemi iptidaî bir hastalık gibi teessüs etmiştir. Yapılan klinik, şuaî ve laboratuvar muayenelerine gerek besi noksanlığına, gerekse anemiye sebep teşkil edecek organ hastalığı meydana çıkarılamamıştır. Hastalığın başlayış tarzı da bizce alâka çekici görülmüştür. 12 vak'ada (%28) hiç bir sebep olmadan halsizlik, çarpıntı, eforla gelen nefes darlığı ile başlamıştır. 9 vak'ada (%23) sahneyi malarya nöbetleri şeklinde tarif edilen hastalıklar, 8 hastada (%19) bir hafta ilâ 10 gün devam eden ateşli rahatsızlıklar açmıştır.

11 tanesinde (%26) hastalığın başlangıcında ishâl, iki tanesinde de (%4) mide ağrısı tesbit edilmiştir. Yalnız bir hasta (İ. E. Prot. 9108 - 1948) harbi umumide kanlı ve muhatlı bir ishâle yakalanmış, birer sene fasılalarla ishâl 5 defa nüksetmiş, 20 sene ara verdikten sonra 6 ay evvel yeniden başlamış, bacakları şişmiş ishâlin devamı üzerine hastahaneye müracaat etmiş. Hiperkrom ve makroster anemi tablosu gösteren hasta karaciğer tedavisi ile birlikte kabız ilâçlara iyi cevap vermemiştir. Bunun üzerine folvite başlanmış (günde 20 gram) onuncu günü ishâl kesilmiş anemi ve glossit düzelmiştir.

Yüksek proteinli gıdaları alamadıklarını söyleyen, klinik, labratuar muayenelerine yoksul besleniş ârazları tesbit edilen hastalarımızın antisedanında malarya, enfeksiyonlar ve ishâl gibi hastalıkların latent bir halde bulunan hemopoetik faktör açığını aşikâr hale getirdikleri kuvvetle muhtemeldir.

Vak'aların tedavisi hipokrom anemiler yüksek doz demir ve bira mayası ile, hiperkrom vak'aların 8 i folik asit müstahzarı olan folvitle, mütebakisi de karaciğer hülâsaları ile tedavi edildi. Bunlarla birlikte bütün hastalara bol miktarda proteinli gıdalar verildi. Folvitle karaciğer hülâsaları arasında ishâlli vak'alara tesir bakımından bariz bir fark gördük. Bu gibi hastaları karaciğerle tedavi edemediğimiz halde, folvitle iyi neticeler aldık.

Bütün vak'alarda 4 ilâ 10 gün zarfında retikülosit krizi teessüs etti ve bunu hemoglobin ve eritrosit artışı takip etti. Kan tablosunun aldığı hususiyete göre bazı vak'alarda tedaviye bira mayası ve demir ilâve edildi, bu suretle hemoglobin kalkanması kolaylaştırıldı.

Misal olmak üzere vak'alarımızdan bazılarının klinik ve hematolojik hususiyetlerini zikrediyoruz.

Vak'a 1. — H. A. 32 yaşında prot. 721/949.

Şikâyeti: Halsizlik, baş dönmesi, bacaklarındaki şişlik.

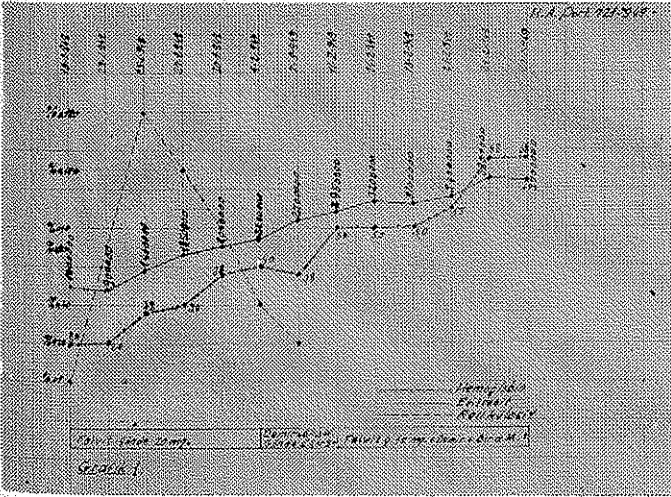
3 sene evvel diz mafsalları şişmiş ağrımış sonra kendiliğinden geçmiş. Soğuk mevsimlerde aynı şikâyetler olurmuş. 3 ay evvel halsizlik ve dermansızlık başlamış bir buçuk ay evvel ishal olmuş o zamandan beri günde iki üç defa sulu olarak büyük abdeste çıkıyormuş. Son zamanlarda yüz ve bacaklarının şişmesi üzerine hastaneye müracaat etmiş.

Soy ve öz geçmişinde kayda değer bir hususiyet olmayan hasta yüksek kıymetli albüminleri ihtiva eden (et, süt, yumurta gibi) gıdaları alamadığını ifade ediyor.

Muayenesinde: Yüz soluk, dilde yer yer atrofi ve hipertrofi. Yutma güçlüğünden müşteki. Teneffüs cihazı normal, deveran cihazında bütün mihraklarda boyun ve gözde sistolik nefha, Pulmonaliste ikinci ses sert. Dalak teneffüsle cessedilebiliyor.

Kan tablosu: Hb. %20; K. K, 1.000.000; Bi, 1; Lökosit 2600; formülde Eo. yok. St, 8; Sg, 42; L, 50; Mo, yok retikülosit %0.1 yayma preparatta anizositoz poikilositoz, içleri dolgun ve makrositer tipte eritrositler görüldü. Miyelogramda makro ve megaloblastlar tesbit edildi. Mide suyu muayenesinde serbest ve birleşik asid kloridrik yok. Kan albüminleri mecmuu %6,50; serin %3,36; Globulin %3,14 S/G 1; Wasserman Kahn 0, idrar muayeneleri normal.

Geldiğinin 3 üncü günü 20 mlgr. Folvite başlandı. 7 gün sonra retikülosit azami seviyeyi buldu (%0 180) grafik (1) de görüldüğü üzere bunu eritrosit ve hemoglobin yükselmesi takip etti. Ahvali umumiye düzeldi ödemler zail oldu ishal kesildi. Kan albüminleri seviyesi yükseldi (Total %7,65, serin 4,76, globulin 2,80 S/G 1,7). Miyelogramda makro ve megaloblastlar kayboldu. Son olarak hemoglobin %68 K. K. 3.700.000 olarak bulundu.



Vak'a 2. — M. D. Prot. 7300/1949.

Şikâyeti: İştahsızlık, hazımsızlık, bacaklarındaki şişlikten

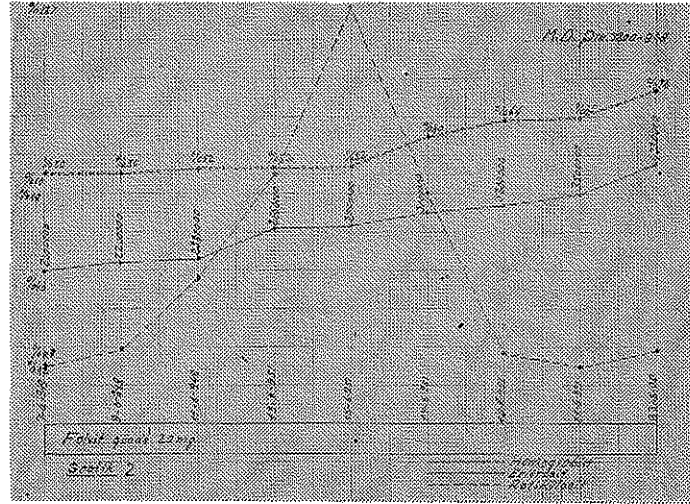
3 sene evvel yağmurda ıslanmış, birkaç gün sonra ateşi yükselmiş ve bir hafta devamdan sonra düşmüş. Gayri muayyen fasıllarla ateş 2-3 defa tekrarlanmış üç ay sonra iştah azalmış, halsizlik başlamış. Hekime müracaatında kansız olduğu söylenerek bazı ilaçlar verilmiş. İki sene evvel ishal olmuş. Günde 3-4 defa az miktarda sulu köpüklü olarak dışarı çıkıyormuş. Bazan kendi kendine geçer bir müddet sonra tekrarlanmış. 5 ay evvel rahatsızlığı fazlaşmış. Bacakları ve göz kapakları şişmiş, dilinde yanma hissetmiş. Şikâyetlerinin devamı üzerine hastahaneye müracaat etmiş.

41 yaşında olan hasta evvelce ara sıra sıfma diye tavsif ettiği ateş nöbetleri geçirdiğini söylüyor.

Muayenesinde: Göz kapakları ve bacakları ödem, cilt ve konjonktivalarda solukluk, dilde atrofi. Teneffüs cihazı klinik ve radyolojik muayenelerle normal. Bütün kalp odaklarında sistolik nefha. Dalak ve karaciğer teneffüsle cessedilebilecek kadar büyük.

Kan muayenesinde: Sedimentasyon 66-97, Hb. %50, Eryt 2.000.000 B.1.2. St. 3, Sg. 51 Ly. 44, Mo. yok. Eo: 1. Retikülosit %0,2. Yayma kanda anizositoz, poikilositoz, makrositer ve hiperkrom bir tablo. Miyelogramda makro ve megaloplastlar yanında oldukça fazla normoblastlara rastlandı. Mide usaresinde serbet ve birleşik asid kloridrik bulunamadı. Kanda bilirubin %0,59 mlgr. Hy. V. Berg reaksiyonu 0. Kan albüminleri mecmuu %6,82, serin %3,82, Globulin %3 gr. S/G 1,2. Kanda üre %25 mlgr. İndikan ve kısanoprotein ϕ . Takata ϕ Thymol bulanıklık tesisi 5 ünite. İdrarda kayda değer bir hususiyet yok.

Günde 20 mlgr'dan 15 gün folvit verildi 8 inci gün retikülosit azami seviyeye yükseldi. Vc sonra düşmeye başladı. Grafik 2 de görüldüğü gibi eritrosit ve hemoglobin arttı.



Tedavinin ikinci günü ishal kesildi, 4 gün sonra ödemler kayboldu ve kendinde iyilik hissetmeye başladı. 15 gün sonra yapılan ikinci kemik iliği muayenesinde megaloblastlar görülemedi. Sahneye hipokrom bir kan tablosu hakim oldu. Eritrosit 4.300.000 Hb %72 ye yükseldi. Kan albüminleri düzeldi total (%7,60, serin %3,70, Globulin %3,40 S/G 1,1 hasta büyük bir salâhla hastahaneyi terketti.

Vak'a 3. — S. Y. 28 yaşında Prot. 16283/48. Nefes darlığı dermansızlık, yüzünün ve bacaklarının şişmesinden şikâyet ediyor.

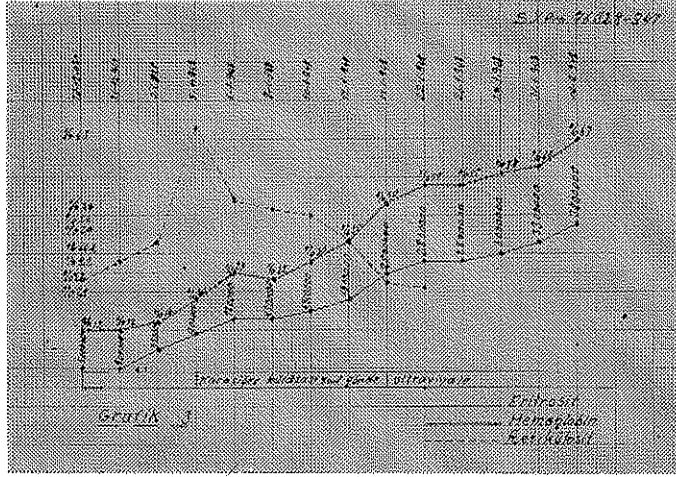
6 sene önce nefes darlığı şikâyetiyle hastahane bir buçuk ay yatmış ve iyileşmiş. 2 ay evvel ateşi yükselmiş, halsizliği artmış eforla nefes darlığı gelmeye başlamış. 15 gün evvel yüz ve bacakları şişmiş, Sıtımadan başka bir hastalık geçirmediğini söylüyor. Hastanın soy geçmişinde kayda değer bir hususiyet tesbit edilememiştir.

Muayenesinde: Cilt ve konjonktivalarda subikter, dilde atrofi görülmüştür. Klinik ve radyolojik muayenelerle teneffüs cihazı normal, kalp matitesi solâ doğru büyümüş, bütün mihraklarda boyunda, gözde sistolik nefha duyuluyor. Karaciğer ve dalak büyük.

Kan muayenesinde: Hb %12, Eritrosit 600.000, Bi 1,1 lökosit 1.100, St. 3, Sg. 65, Ly. 28, Mo. 3, Eo ϕ , Baso 1; yayma kanda anizositoz, poikilositoz ve hiperkromi, retikülosit %3,7, kan albüminleri mecmuu %5,80, serin %0,82, Globulin %4,98 S/G 0,2, kanda bilirubin %2,4 mlgr. Hy. V. Berg reak-

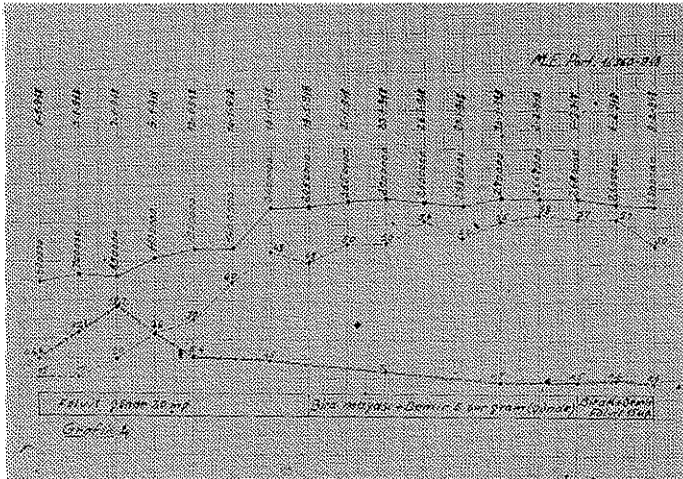
siyonu geciken direkt müsbet, takata ++, asidhipurik itrahi 0.60 gr. Mide usaresinde hipoklorhidri hali, idrarda urobilin ve urobilinojen müsbet.

Hasta karcaığer hülâsasile tedavi edildi (günde 5 cc. extrepat) yedinci gün retikülositler azami seviyeye yükseldi (%43). Bunu da eritrosit ve hemogloblin artışı takip etti. (Grafik 3). 20 inci gün ödemler çözüldü ahvali unumiyeye düzeldi, subikter kayboldu. (Kanda bilirubin %0,7 mlgr.a düştü). Hastaneden ayrılmadan kısa bir zaman önce yapılan muayenede hemoglobin %67 Eryt. 3.800.000 ve totalprotein %5,10, serin %2,76, Glob. %2,34 S/G 1,1 bulundu. Hasta servisimizi iyi olarak terketti.



Vak'a 4. — M. E. 46 yaşında. Prot. 16360/1947. Menşeyini tayin edemediği bir müddettenberi umumî halinde düşkünlük, kesiklik, halsizlikten şikâyet eden hasta son iki ay zarfında bu rahatsızlıklarının daha arttığını fark ediyor. Zorlu beden hareketlerinde nefesi darıyor ve çarpıntı hissediyor. Son zamanlarda da şikâyetlerine bütün vücudunu kaplıyan şişlik eklendiği için servise getiriliyor.

Muayenesinde: Soluk yumuşak ödemler, dil papillalarında atrofi kalpte bütün mihraklarda anemik nefha ve palpasyonda ufak sert dalak almiyor. Başkaca cihazlarda kayda değer bir âraz yok.



Soy ve öz geçmişinde bugünkü hastalığı ile ilgili bir hususiyet tesbit edilemedi. (Wasserman ve Kahn φ, mide usaresinde birleşik ve serbest asid yok).

Kan muayenesinde: Sedimentasyon 100-180, Hb. %13, eritrosit 500.000 Bi 1,5 Retikülosit %4,6, lökosit 3.200. Formül-

ma preparatta anizositoz poikilositoz nadir megalosit, miyede St. 6, Sg 74, Ly, 18, Mo. 1, Eo. 1 olarak tesbit edildi. Yaylogramda megaloblastlar yanında oldukça fazla sayıda eritroblastlar görüldü. Kanda bilirubin %0,6 mlgr. Hy. V. Berg geciken direkt reaksiyon. Kan albuminleri mecmu %6,99, serin %2,70, Globulin %4,29, S/G 0,6. İdrarda urobilin urobilinojen müsbet (+) maddei gaitada parazit yumurtası yok.

Beş mlgr.lık folvit tabletlerinden günde 4 tane verildi, 5 inci günü retikülosit %18,2ye yükseldikten sonra düşmeğe başladı. Bunu Hb. ve eritrosit artması takip etti (Grafik 4). Bir hafta sonra hasta subjektif olarak iyilik hissetmeye başladı. Ödemler çözüldü. 15 gün sonra yapılan ikinci sternalponksiyonda megaloblastların kaybolduğu tesbit edildi. Muhibiti kanda hipokrom bir kan tablosu sahneye hâkim olduğu için 15 gün demir ve bira mayası (günde 6 gr.) verildi. Müteakiben günde 10 mlgr. Folvit idame dozu olarak tedaviye eklendi. Hastaneden çıkarken yapılan kontrolde Hb. %50 eritrosit 2.600.000 mecmu kan proteinleri %9,15, serin %3,53, Globulin %5,62 S/G 0,6 bulundu.

Hülâsa: Son harp yıllarında ve harpten sonra gıda yoksulluğuna bağlı anemiler hakkındaki neşriyat artmıştır. Bu anemiler kan teşekkülünde mühim rolü olan çeşitli vitaminler ve hayvanî protein içinde bulunan faktörlerin eksik alınmasından ileri gelmektedir. Daha ziyade besi vaziyeti bozuk olan halk tabakasında görülür. Memleketimizde de besleniş durumu eksik olan mntikalarda bu cins anemilere oldukça sık rastlanmaktadır. 4 senelik anemi materyalimizde hiperkrom çeşidinin daha yüksek nisbette olduğunu gördük. Bunlar içersinde 4 vak'ada (%8) kemik iliginde anemi pernisiyoza için patognomique olan megaloblast seri hücrelerini gördük. Bu vak'alar diğer ârazilarile anemi pernisiyozadan kolaylıkla ayrılabilir.

LİTERATJR:

1. Aksan A. İ.: Hemaotlojik teşhis, 1938.
2. A. Jeneti - J. İ. Rivier: Schw. med. Wschr. 25-26; 1947.
3. Aktan H.: Anadolu kliniği yıl 15, No. 3. 1948.
4. Bakım H.: Türk Tıp C. mecmuası mayıs 1947.
5. Böttner H.: Med. Kl. 3, 104; 1947.
6. Erer, R.: Anadolu kliniği yıl 14, No. 3; 1947.
7. Fedtke: Med. K. 10; 1947.
8. Frank E.: Türk Tıp C. Mecmuası oğustos 8, 404 1936.
9. Garan R.: Vitamin bilgisi ve yurdumuzdaki vitamin kaynakları, 1946.
10. Hadorn W., Ulrich Hanel: Schw. Med. Wschr. No. 45; 1948.
11. Hanel U.: Kl. Wschr. 26, 8; 1948.
12. Heil meyer, L.: Med. Kl. 1946.
13. Hittmair: Wiener K. Wschr. 14; 1948.
14. Karl Heinz Kimbel: Dtsch med. Wschr. No. 24; 1950.
15. Koch, E. Und Lübbers P.: Dtsch. Med. Wschr. 72, 254; 1947.
16. Le Sang: Ars medici 5, 274; 1948.
17. Noyan A.: Anadolu kliniği 11, 12 ağustos 1944.
18. Özyörük R.: Anadolu kliniği yıl 15 ağustos 1943.
19. Spies T. D.: J. A. M. A. 130, 474; 1946.
20. Spies T. D.: Experiences with foile asid, chicaco; 1947.
21. Tavat S.: İç hastalıkları ve gebelik hakkında, İstanbul S. 74; 1946.
22. Tavat S.: Fیزیopatologie; 1949.

23. Vanotti.: Wiener Kl. Wschr. No. 10; 1948.
24. V. Bergmann G.: Lehrbuch der innere Medizin, Band 3; 1949.

25. Vural L.: Anadolu kliniği yıl 15, No. 4; 1948.
26. Watson J. Castle, W. B.: Amer. J. Med. Sci. 211, 513; 1946.
27. Yalçın S.: Sağlık dergisi Cilt 21, sayı 133.

Mersin Memleket Hastanesi Dahiliye Servisi

Şef: Dr. Muzaffer Aksoy

Eritroblastoz ve Karyoreksis şekilleri ile seyreden bir gebelik hemolitik anemisi

Dr. Muzaffer Aksoy

Gebelik esnasında en sık gözüken anemi şekli, demir noksanlığına bağlı hipokrom anemilerdir. Mutedil mıntikalarda rastlanan «Pernisioziform gebelik anemisi» nadirdir. Yalnız tropik ve subtropik memleketlerde, L. Wills'in tarif ettiği «Nutritional macrocytic anemia» gebelerde oldukça sık gözükebilir. Nitekim L. Wills Bombayda ilk nutritional macrocytic anemia vak'alarını gebe kadınlarda tesbit etmişti. Bunlardan maada fevkalâde nadir olarak gebelik seyrinde, hemolitik anemiler gözükebilir. Gebelik hemolitik anemisine, daha ziyade genç kadınlarda tesadüf edilir. Wills'e göre (1932) gebelik hemolitik anemisi, Lederer akut hemolitik anemisinin bir şeklidir. Buna mukabil Heilmeyer makrositer gebelik hemolitik anemilerinin mühim bir kısmının Dyke - Young tipine (azalmış osmotik resistanslı makrositer hemolitik anemi) ait olduğunu iddia etmektedir. Gebelik hemolitik anemilerinde ekseriya ateş vardır. Anemi ileri derecede olup boya indeksi 1 veya 1 in biraz üstündedir. Lökositoz ve retikülozitozla beraber regeneratif aneminin bütün vasıfları bulunur. Hemolyse semptomu olarak H. V. Bergh indirekt teamülü, idrar ve gaitada urobilinojenin artması ve çok ağır hallerde ise, hemoglobinüri gözüktür. Kemik iliğinde hemolitik anemide olduğu gibi şiddetli bir eritropoez vardır. Olgun normoblastlar kemik iliği elemanlarının ekseriyetini teşkil ederler. Hastalığın şiddetlenmesi ile makroblastlar ve daha az miktarda olmak üzere proeritroblastlar artar. Bu anemiye kan yapıcı ilâğların hemen hiç bir tesiri yoktur. Bazan kan transfüzyonu ile hastalık doğuma kadar idare olunabilir. Hayatın tehlikeye girdiği hallerde çocuğu almak mecburiyeti hasıl olabilir. Gebeliğin zail olması ile anemi kendi kendine sür'atle zail olur.

Vak'a: K. G. 29 yaşında kadın, 25/1/951 tarihinde servise yatırıldı. Şikâyetleri halsizlik, çarpıntı. Öz geçmişinde 7 sene evvel tifo, 2 sene evvel malarya. Soy geçmişinde hususiyet yok. 3 çocuğu sıhhatte. 8 aylık hamile. 4 üncü aydan itibaren halsizlik, çarpıntı, iştahsızlık. Ateş tarif etmiyor. 15 gündenberi çocuğu karnında oynamıyor. Kanama yok. Bugünkü hali: çok soluk. Konjunktivalarda hafif subikterik renk. Ödem yok. Deveran cihazında 4 mihrakda sufl sistolik. T. A. 10-8. Dalak hafeyi 3 parmak geçiyor. Sert, krenası ces olunmuyor. Karaciğer hafeyi 1 parmak kadar geçiyor. Dil kirli paslı, papillalar mevcut. 8 aylık hamile, çocuğun kalp sesleri duyulmuyor. Subfebril ateş, nabız 110. Laboratuvar muayeneleri: eritrosit 900,000; Hb. 20, B. İ. 1.1, lökosit 92,000, retikülozite %40, trombosit 85,000; Segment 46; stab 4, genç

2, lenfosit 32, eo 1, mono 5.100, lökosit 364; Normoblast, 2 basofil eritroblast, 5 polikromatik Makroblast, 14 ortokromatik Makroblast, Mitoz % 1, Karyoreksis şekilleri normoblastların %24 ünü teşkil ediyor. Jolly-Howell cüseymatı. Aşikâr anisocytose, polychromasie, fazla makrosit, çok bazofil punktiye normoblast ve eritrositler. Her sahada bir kaç Spherocyte ve Target hücreleri. Kanama müddeti 3 dakika. İdrarda urobilinojen artmış. Kanda indirekt Diazo teamülü çabuk reaktione Hemolyse. %0,45 tuzlu su mahlûlünde başlıyor %0,3 tamamlanıyor. Kahn ve Wassermann teamülleri menfi. Mide usaresi normal. Akciğer ve kalp grafisinde kalpde hafif dilatation. Sedimentation 1/2 saatte 80. 1 saatte 120, Myelogram çok bol hücreli. Myelosit 2, metamyelosit 2,5; stab 2, segment 2,5; lenfosit 2. Proeritroblast 2, basofil eritroblast 2, polikromatik makroblast 6, ortokromatik makroblast 12,5; normoblast 66,5. Mitoz %0,10. Karyoreksis şekilleri normoblastların %23,5. Splenogram: Normoblast 3,5; segment 1, gölge 95,5. Hastaya ağızdan günde 1,5 - 3 gr Fer reduit ve damardan Ferronascin ve intramusculaire 3 cc. Exatropie tedavisi. Tedavinin 3 üncü günü hasta 8,5 aylık bir ölü çocuk doğurdu (masere). Doğumun ertesi günü eritrosit 1.000.000, Hb. %28, B. İ. 1,27; lökosit 16.000. Formülde hususiyet yok. Yüz lökosit 83 normoblast, 1 polikromatik makroblast, 2 ortokromatik makroblast, basofil eritroblast 1, mitoz %1. Normoblastların %22 si karyoreksis şekilleri. Tedavinin 5 inci günü eritrosit 1.150.000; Hb. %28, B. İ. 1,2; Lökosit 15.000; retikülozite %14. Formülde hususiyet yok. 100 lökosit 59 normoblast, 2 polikromatik makroblast, 2 ortokromatik makroblast. normoblastların %26 sı karyoreksis şekil. Tedavinin 7 nci günü eritrosit 1.500.000; Hb. %35, B. İ. 1,1; Lökosit 8.200; retikülozite %20. Formülde hususiyet yok. 100 lökosit 44 normoblast, 6,5 ortokromatik makroblast, 1 polikromatik makroblast. Normoblastların %56 sı karyoreksis şekli. Kırmızı seride anisocytose, polychromasie, basofil punktiye eritrositler. Tedavinin 9 uncu günü eritrosit 1.700.000; Hb. %38, B. İ. 1, lökosit 8.000; Formülde bir hususiyet yok. 100 lökosit 13 normoblast. Normoblastların %30 u karyoreksis şekli. Bu tarihte yapılan ikinci myelogramda Beyaz seri %50, proeritroblast %3, basofil eritroblast 3,5; ortokromatik makroblast 3, polychromatik makroblast 2, normoblast 38,5. Tedavinin 12 inci günü eritrosit 1.950.000; Hb. %45, lökosit 7.500; retikülozite %16. Formülde hususiyet yok. 100 lökosit 1 normoblast. Bu tarihte kanda Kolesterolin %180 mgr. Dalak kontraksiyonu tecrübesi (adrenalin) ile: tamamen normal neticeler elde edilmiştir. Tedavinin 19 uncu günü eritrosit 2.850.000; Hb. %58, B. İ. 1, lökosit 6.200. Retikülozite %8. Formül normal. Hafif anisocytose. Myelogram: beyaz seri %61, proeritroblast 3,5; basofil eritroblast 0,5 polychromatik makroblast 2, ortokromatik makroblast 1, normoblast 32. İdrarda urobilinojen eser. Kanda Diazo indirekt teamül menfi. Hasta bu vaziyete tabureu edildi.

Münakaşa : Hastamızın klinik ve labrotuvar bulgularını şu şekilde toplayabiliriz: 1 - Gebeliğin 4 üncü ayından itibaren başlayan umumî şikâyetler (halsizlik, iştahsızlık gibi). 2 - Orta derecede hepatosplenomegalie. 3 - Derin hafif hiperkrom anemi. 4 - Muhiti kanda çok bariz eritroblastosis (100 lökositte 385 nüveli eritrosit). 5 - Muhiti kanda mebzul karyoreksis şekilleri (Normoblastların %24). Muhiti kanda mebzul makrositler, tek tük spherocyt ve Target hücreleri. Aşikâr anisocytose ve polychromasie. 7 - Kemik iliğinde eritropoyetik nescin hiperaktivitesi. 3 - Eritrositlerin osmotik resistenz'ları normal. 9 - Hemolyse semptomları (Ürobilinojenüri ve kanda indirekt Diazo müspet). 10 - Splenogramda normoblastlar normalin biraz üstünde (%3). 11 - Çocuğun doğumu ile anemi ve muhiti eritroblastosis'in kısa zamanda zail olması.

Bütün bunlar bize hastamızın teşhisinin gebelik seyrinde husule gelen kışbî bir hemolitik anemi olduğunu açık şekilde göstermektedir. Hastabîğin oldukça müzmin seyri nazarı itibare alınır, vak'amızı akut veyahut subakut olan Lederer tipine ithal etmek mümkün değildir (4 üncü aydan itibaren). Eritrositlerin osmotik mukavemetlerinin de normal olması teşhisi Dyke-Young tipinden ayırmaktadır. Vak'amızı yukardaki iki tipe, benzemeyen ve ileri derecede muhiti eritroblastosis ve karyoreksis şekilleri ile seyreden bir gebelik hemolitik anemisi olarak mütalâa etmemiz lâzım gelmektedir. Hemolitik anemilerin bir kısmında muhiti kanda eritroblastosis görül-

mekle beraber vak'amızda olduğu kadar enorm dereceye çıkması müted değildir. Bilhassa ruhiti kandaki karyoreksis şekillerinin bolluğu nazarı dikkati çekecek kadar fazladır.

Gebelik esnasında bilmediğimiz bir sebeple husule gelen İsohemolysin'lerin bu hemolitik anemiye husule getirmesi bugünkü telâktilere göre uygun fikirdir. Ölü çocuğun bu hemolitik aneminin etyolojisi ile hiç bir ilgisi olmadığı hastanın müşahedesinden kolaylıkla anlaşılmaktadır. Gebeliğin 4 üncü ayından itibaren husule gelen aneminin çocuğun ölümüne sebep olduğu muhakkaktır.

LİTERATÜR :

1. Custer. An atlas of the blood bone marrow, 114. 1949.
2. W. Damashek, The spleen and hyperpsplenism.
3. W. Damashek. Hemolytic syndromes. 1942.
4. W. Damashek. The hemolytic crisis. Blood. 1948. 307.
5. S. Estren and W. Damashek. Current conspts of hemolytic anemias. Advances in internal medicine. 1949. 45.
6. H. Fleischacker. Klinische Haematologie. 1947. 128-190.
7. Kracke. Diseases of the blood, 1942, 252, 182, 209, 408.
8. J. Leitner. Die intravitale Knochenmarkuntersuchung. 1945, 125.
9. C. Maier. Haemolyse und h emolytische Krankheiten. 1950. 217, 265, 168.
10. K. Rohr. Das menschliche Knochenmark. 1949. 207.
11. Willenegger. Zur Pathogenese des konstitutionellen h emolytischen İkterus. Schw, Med, Woch. Schr, 1944, 491.
12. Whitby and Britton. Disorder of the Blood, 1942. 247.
13. Wintrobe. Clinical hamatolgy. 1944. 370-420. 250.

İstanbul Üniversitesi III üncü İç Hastalıkları Kliniği

Ord. Prof. Dr. Tevfik Sağlam

Lemfogramulomatozda kan tabloları

Dr. Fatih Ali Yücel

Lemfogramulomatozu lenf düğümlerini âfet-zede eden lenfosarkom, lökosarkom, büyük foliküllü lenfom, retotel sarkom, retikülosarkom, plazma hücreli sarkom, plazmositom, sifiliz, tüberküloz, mikozlar gibi hastalıklardan ayırmak ve hastalığın başlangıcında, ilerlemiş devirlerinde, terminal safhalarında, paragramuloma, granü-loma ve sarkoma şekillerinde veyahut tedavi esnasında meydan agelen değişmeleri yakın olarak görmek için hastalığın kan tablosunun tetkiki ile diğer hastalıklarla hakiki bir teşhisi tefriki yapmak lâzımdır. Genel olarak hastalık lenf düğümleri şişmesiyle kendini belli ettiği zaman, başlangıçta kan muayenelerinde, meselâ lökosit sayımında belirli bir artma veya eksilme olmayabilir. Lökosit formülünde de değişiklik görülmez, fakat hafifte olsa erken bir belirti olarak telâkki ettiğimiz, hipokrom bir vasıf arzeden anemi vak'aların çoğunda kendini gösterir. Sedimentasyonda sür'atlenmesi tanıda yardım etmiş olur.

Lenf düğümlerini âfete uğratan tümöral hastalıklardan lenfosarkom, hemoblastoz grubuna da-

nil, lenfositleri ve lenfoblastları taklit eden hakiki bir tümördür. Görülen hücreler çevre kanında da bulunur. Formülün tetkiki ile tanıya varılır.

Lökosarkomda bu gruba dahildir. Burada evvelâ lokal bir lenf düğümü tümörü teşekkül eder, histolojik olarak hücreler büyüktür. Lösemik şekilde çevre kanında da bulunurlar. Bu durumda tanı yine kabildir.

Büyük foliküllü lenfom ise, son zamanlarda nazarı dikkati çekmiş bir lenf düğümü hastalığıdır. Histolojik olarak lenf folikülleri iridir, gelişmesiyle lenfogramulomatoza tahavvül ettiği söylenmektedir. Hastalık tablosu Lgr. gibidir. Burada lenf düğümlerinin fazla büyümesi foliküllerin ileri derecede büyümesindedir.

Retotel sarkom da ise R. E. sistem faaliyeti fazladır, habis tümörlerdir. Çabuk inkişaf ederler, röntgen ışığına karşı tahammülleri yoktur, fakat residivleri de çoktur, vücut organlarında yayılmaları fazladır, sistematik halde hastaları çabuk kaşeksiye götürür, ukte ponksiyonu ve bi-opsi tanıya yarar.

Retikülosarkomda da hücreler retotelsarkomdakinden küçüktürler, adetâ onun taklitleridir. Bu tümörde çok muhtelif hücreler bulunur, meselâ atipik retiküloblastlar, yuvarlak hücreler, plazma hücreleri görülebilir, kliniği diğerine benzer.

Bahsettiğimiz lenf düğümleri şişmesile müte-rafik hastalıklarda hemoblastoz grubuna ait olanlardan başkasında devreden kanda tipik değişiklik görülmez. Düğüm ponksiyonu veya biopsi ile tanıya varılabilir.

Sifilizde ise klinik semptomlar ve serolojik teamüller tanı da bize yetecek dökümanlardır.

Tüberküloz lenfogradulomatozla karışabilir, fakat umumiyetle ahvali umumiyenin daha iyi olması, fazla zayıflamamak, düğümlerin fistülize olmağa meyilleri kan tablosunda fazla bir değişiklik olmaması gibi semptomlarla kendini belli eder.

Lenf düğümlerini şişiren bütün mantar hastalıkları, böyle âraz veren diğer hastalıklarla karışabilir. Bu gruptan lenfogradulomatozla en fazla karışarak bizi yanlış teşhise götüren histoplazmozis mühimdir. Düğüm ponksiyonu ve biopsile alınan düğümlerin histolojik yapısı lenfogradulomatozda olduğu gibi bir granülasyon dokusu manzarası arz etmektedir. İçinde polimorf nüveli lökositler, eozinofil lökositler, dev hücreleri, yer yer nekroza uğrayan kısımlar görülür.

Çapı ortalama üç mikron kadar olan küçük yuvarlak veya oval şeklindeki histoplazma kapsülata'mun tevhit ettiği hastalıkta lenf düğümleri lenfogradulomatozda olduğu gibi sistematik olarak şişer, lenfogradulomatoz olarak düşünülür ve biopsi neticesi de lenfogradulomatoz olarak gelebilir.

Lenf düğümlerini şişiren hastalıklara sık rastlandığı zamanlarda dünya literatürünü de işgal eden bu hastalığı da lenfogradulomatozla karıştırmamak lâzımdır. Bu hastalığa ait bizde ilk vak'ayı kliniğimizde sayın hocam Profesör Tevfik Sağlam tespit etmiştir. Lenf düğümlerini şişirerek uzunca bir müddet içinde teşhis edilemeyen bu vak'anın biopsi neticesi de lenfogradulomatoz olarak gelmiş ve klinik tablosu da ilk bakışta mezkûr hastalığı hatırlatmıştır. Fakat zamanla klinik tablosunda lenfogradulomatoz gibi fazla bir değişiklik göstermemesi ve kan durumunun da ondan uzak kalması üzerine histoplazmozisten şüphe edilmiş ve vak'aya yapılan müker-rer ponksiyonların tetkikinde histoplazma kapsülata'mun tespit edilmiştir.

Görülüyor ki lenfogradulomatozla karışabilen bu hastalık grubunu da unutmamak gerekmektedir.

Şimdi kliniğimizde tetkikini yaptığımız otuz yedi lenfogradulomatoz vak'asının kan tablolarını inceliyerek diğer hastalıklarla teşhisi tefrikide faydalı olabilecek noktalarını görelim.

Eritrositler: Lenfogradulomatozda anemi erken görülen bir belirtidir. Başlangıçta bu hal normositiktir. Hastalık ilerledikçe sekonder hi-

pokrom bir hâl alır. Vak'alarımızın %70 inde eritrosit sayısı dört milyonun altındadır.

Bu sayılarda ekseriyet üç buçuk milyon civarındadır. Bu düşük eritrosit sayısı nispeti diğer müelliflerin tetkikleri sonucu belirttikleri nispetten fazladır. Bunun bu şekilde oluşu düşük eritrosit sayısının ve hipokrom vafın, düşünülüşünden ve diğer yazarlarınkinden fazladır.

Heilmeyer bu nisbeti %50 olarak kabul eder. İlerlemiş vak'alarda bu sayılar azalarak üç milyonun altına düşer. Eritrosit sayısı üç milyonun altına düşen vak'alarımızın çoğunda sedimantasyonu sür'atli bulduk ve ilk yarım saatteki sür'atlenme 100 mm. yi geçiyordu (vak'a 1 - 2 - 11). Terminal safhalarda ise iki milyonun da altına düşmektedir. 44 yaşındaki iki senelik bir vak'amızda sedimantasyon ilk yarım saatte 170 mm. idi. Bu hastamızda eritrosit sayısı 1.415.000 idi, ve hemoglobin %20 idi (vak'a 18). Bu vak'amızda lenfopeni ve lökositlerde de azalma mevcuttu. Bundan daha düşük sayı tespit edemedik. Jagic - Klima ise bir vak'alarında 700.000 eritrosit tespit etmişlerdir.

Hastalıkta mutad olan hipokrom anemi halini Heilmeyer R. E. sistemin fazla faaliyetinden kan demirini kendisinde depo etmesine atfetmektedir.

Hiperkrom şeklindeki anemi nadirdir. Vak'alarımızda bu hali tespit edemedik. R. E. sistemin fazla faaliyetinden hasil olan hemolizinin rolü olduğu ileri sürülmektedir. Anemi eritrositlerin teşekkülünde bir modifikasyon ile müterafiktir. Frotide poikilositoz, anizositoz, polikromasi, bazan sferositoz görülebilir. Bu hallerin ölümle biten vak'alarımızın frotilerinde müşahade ettik (1, 16, 18).

Hemoglobin: Vak'alarımızın tetkiki sonucu hemoglobinin %20 ile %90 arasında değiştiğini gördük. Bu durum diğer müelliflerin kanaatlarının aynidir. Hemoglobin eritrositlere göre fazla düştüğünden indeks ekseriya birin altındadır. Vak'alarımızın yalnız %13 ünde indeksi bir olarak tespit ettik. Hemoliz olayı aşırı derecede ise bir hemolitik anemi tablosu meydana gelebilir. Bu zamanda indeks birin üstündedir. Fakat biz vak'alarımızda bu hâli göremedik. Hastalığın ilerlemiş ve terminal safhalarında hemoglobinin % de nisbeti çok azalır. Eritrositlerin azaldığı vak'alarda hemoglobin de düşmektedir. Fakat hipokrom vaziyet daima kendini muhafaza etmektedir. İki senedir hasta bulunan bir vak'amızda hemoglobin %20 (indeks 0,7), sedimantasyon sür'ati yarım saatte (170 mm.) (vak'a 18) bir senelik bir vak'amızda hemoglobin %25 (indeks 0,8) sedimantasyon ilk yarım saatte 70 mm. (vak'a 25). Birinci vak'amız kaybedilmiş, ikincisi ise radyoterapi ile iyileşmiştir.

Sedimantasyon: Hastalığın tanısında sedimantasyon mühimdir. Başlangıçta klinik bulumlarla birlikte bilhassa ateşsiz devrelerde sür'atlenmesi tanıda bizi katiyete götürür. Vak'alarımızın %75 inde sedimantasyon sür'atli bulunmuş-

tur. %15 vak'ada az sür'atlenme, %10 vak'ada ise sür'atlenme görülmemiştir. Meselâ bir vak'amızda ilk yarım saatte 2, bir saatte 4 ve iki saatte 6 mm. bulunmuştur. Üç aylık bir vak'a olan hastada aynı zamanda lökopeni mevcut olup lökosit adedi bize ilk baş vurmasında 1000 idi. Aynı zamanda bir de hipokrom anemisi vardı (vak'a 20). Sedimentasyonda sür'atlenmek veya sür'atlenmemek paraganuloma, granuloma ve sarkoma tipleri için patognomonik bir semptom değildir. Meselâ 28 yaşında 4.100.000 eritrosit, %60 hemoglobin, 17.800 lökosit bulunan 5 aylık bir hastamızda sedimentasyon 9,26,47 mm. olarak bulunmuştur. Bu vak'amız sarkom tabiatlı idi (vak'a 4). Halbuki 38 yaşında eritrosit sayısı 4.340.000, hemoglobin %65, 6800 lökosit bulunan ve granuloma tabiatında 10 günlük bir hastamızda kan sayımları diğeriyle eş olduğu halde sedimentasyon 35, 43, 69 bulunmuştu (vak'a 7). Yine az sür'atli sedimentasyonu olan ve 4 senedir hasta bulunan bir vak'amızda sedimentasyon 3,5,21 bulunmuştu. Lökosit adedi ise 12.000 ve formülde %15 gibi bir eozinofili göstermiştir (vak'a 9). Bu istisnalar bertaraf edilecek olursa tespit ettiğimiz sür'atlenme ekseriyeti teşkil eder. Genel durumu iyi olan vak'alarda sedimentasyon sür'ati normal sayılar civarındadır. Bazan ise başlangıçta fakat genel olarak ilerlemiş hallerde sedimentasyon sür'atli bulunmaktadır. Yalnız (Jackson - Parker) yaygın karaciğer âfeti bulunanlarda sür'atlenme görülmez. Karaciğeri ileri derecede büyük olan iki vak'amız bu müellifin fikrini teyid etmektedir. Birinci vak'amız 46 yaşında 3.250.000 eritrosit, %52 hemoglobin ve 1000 lökosit mevcut olup 3 aydanberi hasta bulunmaktadır. Abdominal tiptedir. Hepato - splenomegalisi mevcuttur. Dalak kaburga kıyısını 5 parmak, karaciğer ise 4 parmak geçmektedir. Sedimentasyon yarım saatte 2, bir saatte 4, iki saatte 6 mm. bulunmuştur. Hastada Takata - Ara reaksiyonu menfi netice vermişti (vak'a 20). İkinci vak'amız ise 28 yaşında ve 5 aydır hastadır. Yine hipokrom bir anemi, 17.800 lökosit ve formülde lenfopeni mevcuttur. Sarkom tabiatında olan bu vak'amızın karaciğeri de orta hat üzerinde kaburga kıyısını 3 parmak geçiyordu. Dalak ise ancak perküte edilebiliyordu. Burada da sedimentasyon 9,26,47 bulunmuştur. Karaciğer âfeti olan bu vak'amızda da diğerine nazaran sür'atlenme bir az fazla ise de diğer vak'aların yanında az sür'atlenme sayılır.

Tespit ettiğimiz en sür'atli sayı ilk yarım saatte 170 mm. dir. Bu vak'amız iki senelikti. Kliniğe çok halsiz olarak baş vuran bu hastamızda lökosit sayısı 2800 bulunmasına karşılık 1, 415.000 eritrosit ve %20 hemoglobini vardı. Tedaviye tâbi tutulmasına rağmen kaybedilmiştir (vak'a 18). Bunun dışında ilk yarım saatte sür'atli bulduğumuz sayılar 70, 90, 120, 132, 140 mm. dir. Bir saatte 80, 90, 100, 120, 140, 147, 148; 158 mm. dir. İki saatte ise 92, 120, 125, 150, 164, 165 mm. olarak bulunmuştur. Sedimentasyonun ileri derecede sür'atlenmesi anemi ile müterafik olarak gitmektedir. Sedimentasyonu çok sür'atli olan 7 vak'anın erit-

rosit sayısı bir tanesi çok az farkla müstesna olmak üzere daima üç milyonun altında bulunmuştur. Bu hâl %18 vak'amızda böyledir. İstisnaları da vardır. Meselâ 45, 103, 120 mm. sedimentasyon tespit ettiğimiz bir vak'ada eritrosit sayısı 4.060.000 bulunmuştur. Bu sür'atlenmede yaş ve cinsin bir tesiri yoktur. Ateşli zamanlarda hemen her hastada olduğu gibi sür'atlenir ve bazan sür'atlenmeyebilir de. Görülüyor ki istisnaları bertaraf edecek olursak lenfoganulomatozda sedimentasyon sür'atli bulunmaktadır. Paraganuloma, granuloma ve sarkoma tiplerinin her üçünde de görülebilir. Burada plazma globülünün artması bunu tevlid etmektedir. Misâl olarak bu hususda iki vak'amızı zikredebiliriz. Sedimentasyonu 70, 147, 165 olarak tespit edilmiş olan bir vak'amızda plazma albümini %1,65 globülin %3,75 gr. olarak bulunmuştu (vak'a 24). Diğer bir vak'amızda sedimentasyon 140, 147, 150 mm. bulunmuştu. Bu vak'ada da plazma albümini %1,25, globülin %3,60 gr. olarak bulunmuştu. Tabii bu durumun da istisnaları mevcuttur.

Lökositler : Lenfoganulomatozda lökositlerde umumiyetle bir artma görülür, fakat lökopeni de olabilir. Vak'alarımızın %35 inde lökosit sayısı 9000 in üzerinde bulunmuştur. Jackson - Parker %63 vak'ada 11 binin üstünde, Heilmeyer'e göre ise bu sayı %60 dir. Genel olarak diyebiliriz ki bu sayı vak'alarımızda 10 bin ile 20 bin arasında değişmektedir. Daha yüksek sayılarda tespit ettik. Bulduğumuz en yüksek sayı 47 bindir ki bu da sedimentasyonu çok sür'atlenmiş (140, 147, 150) anemik ve 2,5 senedir hasta bulunan bir vak'amıza aiddir (vak'a 1). Diğer müelliflerden Ausmann 61 bin ve Jean - Bernard da nadir olarak 100 bin aşan lökosit bulunduğunu yazmaktadır.

Lökositozun ateşle ilgisi yoktur. Artması hastalığın gelişmesine yorulmaktadır. 10 binin üzerinde bulunan lökositler hastalığın 5 - 6 ncı ayından itibaren başlamaktadır. Fakat sabit değildir. Bu şekilde tespit ettiğimiz vak'alar %27 nisbetindedir. Lökosit sayısının artması hastalara ve hastalığın safhalarına göre değişir ve gayri muntazamdır. Yazdığımız vak'alar kliniğe hastalıklarının değişik safhalarında baş vurduklarından neticeler de değişik olmuştur. Meselâ 10 günlük bir vak'amızda 6.800, 1,5 aylık bir vak'amızda 3.000, yine 1,5 aylık bir vak'ada 4.800, iki aylıkta 6.200, 3 aydır hasta bulunan bir vak'ada 1000, diğerinde 2200, 5 aydır hasta olan bir vak'ada 17.800, 6 aylıkta 7.000, 1 senelikte 7400, diğerinde 10.400, 1,5 senelikte 6000 diğer birinde 17.000, 2 senelik bir vak'ada 2.800, 3 senelikte 2750, 4 senelik bir vak'ada 12000 gibi değişik sayılar elde edilmiştir. Görülüyor ki burada lökosit sayısının artması hâli hastalığın yaşı ile ilgili değildir.

Lökopeni bazan başlangıçta fakat daha ziyade terminal safhalarda görülmektedir. Meselâ 1,5 aylık bir vak'amızda lökosit sayısı 3000 idi (vak'a 6). İkinci olarak hipokrom bir anemisi olan ve sedimentasyonunda hiç sür'atlenme bulunmayan ve 5 ay içinde kaybettiğimiz bir vak'ada lökosit sa-

yısı 1000 idi (vak'a 20). İkinci olarak anemik sedimantasyonu çok sür'atlenmiş 2 senelik bir vak'amızda da lökosit sayısı 2800 idi ki bu hasta da sonradan kaybedilmiştir (vak'a 18). Lökopeni çok defa orta derecededir. Vak'alarımızda 1000 ile 4000 arasındadır. Jackson - Parker'e göre vak'aların %12 sinde görülen lökopeni klinik bulgularla ilgisi yoktur. Devamlı ve erken görülen lökopeni çok defa abdominal lökalisasyonda görülür (Jean Bernrad, Jagiç - Klima, Hayman). Abdominal tezahürat gösteren vak'alarımızda bu hâl aynıdır. Hastalık ilerleyip uzviyetin mukavemeti azaldıkça lökopeni ilerlemektedir. Bu hâl kemik iliğinin geniş istilâsından ve aynı zamanda yorgun düşmesindedir. Buna ışık tedavisini de ekleyebiliriz. Gebauer'e göre bu gibi vak'alardaki lökopeni dalak büyümesinin kemik iliğine nehyedici tesirinden ileri gelmektedir. Bu müellif dalak büyümesiyle müterafık vak'alarda daima lökopeni gördüğünü yazmaktadır. Bu hâl vak'alarımızın %13 ünde böyledir. Meselâ 2750 lökosit bulunan bir hastamızın dalağı kaburga kıyısını bir parmak geçiyordu (vak'a 8). Bundan başka kosta kenarını 5 parmak geçen bir vak'amızda lökosit sayısı 2200 idi (vak'a 16). Yine iki parmak geçen bir vak'amızda 2800 (vak'a 18), 5 parmak geçen bir vak'amızda alökosit sayısı 1000 idi (vak'a 20).

Lökopeni görüldüğü zaman nishî olarak lenfositozda müşahede edilebilir. Bu hâl vak'alarımızın %10 unda bu şekildedir ki ancak 4 vak'amızda görebildik (vak'a 6, 8, 16, 22).

Lökosit formülü: Formülde umumiyetle nötrofiller hâkimdir. Ekseriya az belirli de olsa bir sola inhiraf müşahede edilir. Bu da sabit bir belirti değildir. Maamafih Heilmeyer Jackson - Parker, Jagiç - Klima, Jean Bernard, Falconer ve Leonard sola inhiraf varlığında birlik olmuş müelliflerdir. Hakikî bir sola inhiraf ancak bu hastalığın çok fazla ilerlediği vak'alarda ve genç insanlarda görülür. Kemik iliğinin sarsıldığına delâlet eder. Olgunlaşmamış olan bu hücrelerin bulunması nadir değildir. Jackson - Parker %11 vak'ada sola inhiraf bulunduğunu söylerler. Burada tek nüveli nötrofil granülositlerin sayısı yüksektir. Bu tek nüve ekseriya tegayyüre uğramıştır. Bazan istitalelidir, gayri muntazamdır, şişkin kırsımları olabilir. Toksik granülasyonlar çok kabardır, normale nazaran çok daha kromatik ve sayıları fazladır (Jean Bernard). Lökosit sayısının fazla olduğu vak'alarda metamiyelositler de görülür. Çomaklar da yine lökosit sayısının çok yüksek bulunduğu vak'alara nisbetle fazladır. Sola inhiraf tespit ettiğimiz vak'alarımızda ekseriyetle çomakları fazla bulduk. Bu nispet vak'alarımızda %24 dür. Metamiyelosit ve miyelosit bulunan vak'alarımız da mevcuttur. Bazan yüksek eozinofili ile müterafık olan vak'alarda tamamen eozinofil çomaklar tabloya hâkim olur. 17.000 lökosit bulunan 1,5 senelik vak'amızda formül çok karakteristiktir. Burada eozinofil çomakların sayısı %32 idi (vak'a 34).

Parçalı nötrofiller: Vak'alarımızın ekserisinin

de parçalılar tabloya hâkim bulunmuştur. Bilhassa kuvvetli lökositozla müterafık vak'alarda bu hâl daha ziyade müşahede edilmektedir. En yüksek sayıyı %90 olarak tespit ettik, %62 vak'ada formülde parçalılar yüksek sayıdadır. Diğer müellifler vak'aların %75 - 80 inde nötrofil parçalılarının yüksek sayıda olduğunu yazmaktadırlar. Orta derecede nötrofil istisna edilecek olursa en düşük sayı %2 bulunmuştur. Lökositozla müterafık olan bir vak'amızda 59 sayı ile eozinofil parçalılar tabloya hâkim olduğundan ancak %2 nötrofil parçalı tespit edilmiştir (vak'a 34). Bazan nötrofil parçalıların fazlalığı lökositozla müterafık olmayabilir de. 2200 lökosit bulunan bir vak'ada nötrofil parçalılar %79 dur (vak'a 16). 2800 lökosit bulunan ikinci bir vak'amızda %81 (vak'a 18) ve nihayet 1000 lökosit bulunan üçüncü bir vak'amızda da %68 nötrofil parçalı tespit edilmiştir (vak'a 20). Yazdığımız bu üç vak'adan birisi ileri derecede anemik diğer ikisinin ise orta derecede bir anemileri vardı.

Parçalı eozinofiller: Eozinofili klâsiklerin tarif ettikleri gibi sabit bir belirti değildir. Maamafih uzunca bir zamandanberi başlıca bir semp-tom olarak telâkki edilmiştir. Patolojik nescin istilâsına karşı bir müdafaa reaksiyonu olarak izah edilmektedir. Lenf sinüslerinde ve kan damarları civarında bulunması kanda eozinofillerin arttığı zamana rastlamaktadır. Hakikaten rölâtif eozinofili sık görülür. %35 vak'ada bulunmayabilir. %35 vak'ada normal sayılara yakındır, %30 vak'ada ise orta ve yüksek derecede eozinofili bulunur.

Vak'alarımızda normale yakın olanlar hariç eozinofiller %9 ile %59 arasında formülde değişiyorlar. Bulduğumuz en yüksek sayı 17.000 lökosit bulunan bir vak'ada 32 eozinofil çomak ve 59 eozinofil parçalı olmak üzere %91 idi (vak'a 34). Bu vak'a takip edilmiş ve müteakip günlerde eozinofilinin bu hecmesinin zamanla bu yüksek seviyeden indiği görülmüştür. Buna rağmen Heilmeyer %50 devamlı eozinofili gösteren vak'alar gördüğünü yazmaktadır. Kracke aynı zamanda kaşıntılı olan vak'alar da bulunduğunu işaret eder. Kaşıntılı olan iki vak'amızda eozinofili normaldir. Pinay ve Wyard eozinofilinin bilhassa abdominal şekillerde bulunduğunu yazarlar. Abdominal tezahürat gösteren vak'alarımızda biz bu hale tesadüf etmedik.

Kandaki eozinofili nesîç hücreleriyle meselâ bir gangliondan biopsi ile alınan ganglioner dokudaki eozinofil hücrelerle eşit gitmezler, değişik sayıdadırlar. Şiddetli eozinofili pek habis şekillerin alâmeti sayılabilir. Nötrofil ve eozinofil granülositlerin heyeti mecmuasının nazarı dikkate alınmasının ehemmiyeti vardır. Görünüşe göre polinükleoz aşağı yukarı sabittir. Şiddetli eozinofili ile müşterek olan kuvvetli bir nötrofil (Jean Bernard) bize her zaman grav bir pronostik gösterir.

16 yaşında bulunan hipokrom bir anemisi ve 13.000 lökosit bulunan 6 aydır hasta olan bir vak'amızda %20 eozinofili mevcuttu. Bu hasta

sonradan kaybedilmiştir (vak'a 13). Bu hâl nadirdir. %9, %13, %14 eozinofili gösteren vak'alarımız radyoterapiden istifade etmişler ve iyilikle eksterne edilmişlerdir. %59 gibi yüksek bir eozinofili gösteren hastamız ise radyoterapiden az istifade etmiş ve kaşektik bir halde eksterne edilmiştir.

Eozinofiller kaba granüllüdür. Fizyolojik olarak bunların fagositöz hassaları yoktur. Barsak ve solunum yolları epitellerinde deride fazla buldukları tespit edildiğine göre bunların da detoksikasyonla vazifeli olduğu sanılmaktadır. Nitekim protein yıkımı sonunda ortaya çıkan yabancı proteinler kanda daima bir eozinofili husule getirirler.

Bazofil parçacıklar: Bazan hafif surette artabilir. Whitbay'ın yazdığına göre Bunting hastalığının erken safhalarında bazofillerin artabileceğini bildirmektedir. Biz vak'alarımızda bazofil parçacıklara tesadüf etmedik.

Lenfositler: Lenfopeni hematolojik belirtilerin hemen hemen en sadık olanıdır. Vak'alarımızın %70 inde bariz lenfopeni bulduk. Heilmeyer bu sayıyı %33 olarak göstermektedir. Hastalığın başlangıcında lenfopeni bulunmayabilir. Hattâ bazan hafif lenfositöz de müşahede edilir. Meselâ 10 günlük hikâyesi bulunan bir vak'amızda %35, 1,5 aylık bir vak'amızda %32, 2 aylık bir vak'amızda %30, 6 aylık bir vak'amızda %35 lenfosit tespit ettik.

Hastalık ilerledikçe umumiyetle lenfopeni kendini göstermektedir. Bilhassa bu nispet hastalığın son zamanlarında çok yüksek olur ki burada bir çok lenf düğümlerinin granülasyon dokusu ile istilâ edilmesi mevzuu bahistir. Jagiç - Klima %0,5 e kadar lenfopeni yazmışlardır. Bunting lenfositlerdeki azalmayı prognozunu iyi olmamasına atfetmektedir. Klinikte kaydettiğimiz bir kaç vak'ada bunu teyid eder mahiyette görülmüştür (vak'a 1, 4, 10, 15). 1200 lökosit bulunan 4 senelik bir vak'amızda ise %2 lenfosit tespit ettik. Az da olsa bu halin de istisnaları vardır. 3 senedenberi hasta bulunan bir vak'amızda lenfosit %38 idi. Jean Bernard lenfopeninin, lökositlerde hissedilir derecede bir artmada, ilk adenopati zuhurunda bir de abdominal şekillerdeki lökopeni ile müterafık olursa kıymeti olacağını yazmaktadır. Müellif birinci iddiasında çok haklıdır. Nitekim vak'alarımızın %24 ünde bu hâl böyledir. Meselâ 47.000 lökosit bulunan bir vak'amızda formülde lenfosit adedi 12 (vak'a 1), 18.800 lökosit bulunan bir vak'ada lenfosit 8 (vak'a 4), 12.000 lökositte lenfosit 2 (vak'a 9), 17.000 lökositte lenfosit 6 (vak'a 12), 20.200 lökositte lenfosit 3 (vak'a 14), 10.400 lökositte lenfosit 8 (vak'a 24), 12.000 lökosit bulunan diğer bir vak'amızda lenfosit sayısı 15 (vak'a 29), 31.400 lökositte lenfosit 15 (vak'a 30), 17.000 lökosit bulunan bir vak'ada lenfosit sayısı yine %7 gibi düşük bir sayı bulundu (vak'a 34). Müellifin abdominal şekillerde bulunduğunu söylediği lenfopeni halini vak'aların bir kısmında gördük. Diğer abdomi-

nal âraz gösteren vak'alarımızın bir kısmında ise lenfositleri formülde yüksek sayıda bulduk (vak'a 8, 16, 22). İlk adenopati zuhurunda da lenfopeni tespit edemedik.

Lenfositler normal tipte olabilirler. Fakat mutadın haricinde tümör hücreleri şeklinde de gösterilmiştir. Gelişmekte olan patolojik menşeli bağ dokusunda daima bol miktarda lenfositlere rastlanmaktadır.

Monositler: Formülde orta derecede bir monositozu vak'alarımızın hemen %30 unda gördük. Bu vak'alardaki monosit sayısı %8 - %15 civarındadır. İlerlemiş vak'alarda arttığı gibi yeni vak'alarda da yüksek seviyede bulunabilir. Ölümle neticelenen iki hastamızda monositleri %15 ve %16 olarak tespit etmiştik (vak'a 10, 20). Jean Bernard %40 a kadar yükselen monositozdan bahsetmekte ve böylelerinin abdominal şekillerde bilhassa splenomegali ile müterafık olan ve pürürijinöz şekillerin bir gösterisi olabileceğini yazmakta ve nisbeten yüksek bir monositozun, gelişmesi yavaş olan şekillerin seyri esnasında husule gelebileceğini gördüğünü ilâve etmektedir. Vak'alarımızın bir kısmında ve bilhassa abdominal şekillerin beraber bulunduğu hallerde monositoz barizdir. Meselâ bir vak'amızda bariz abdominal âraz mevcut olup dalak kaburga kıyısını 5 parmak geçiyordu. Bu vak'amızın kan formülünde monosit sayısı %15 idi (vak'a 20).

Kemik iliği: Lenfogrammatoz kemik iliğinde çok oturmasına karşılık daha çok yersel lezyonlarla karakterizedir. Bu da ya mikroskopik yahut geniş sahalar halindedir. Ponksiyon materyelinde miyeloid elemanlarda hafif veya orta derecede bir sola inhiraf bulunur. Vak'alarımızın ekserisinin miyelogramlarında bariz sola inhiraf tespit ettik. Genç şekillerde granülasyonlarda kabalasma ve sabit olmamak üzere hafif bir eozinofili ve aynı zamanda monositoz görülür. Eozinofili bazan dolaşım kanında bulunmasına rağmen sternal ponksiyonda görülmeyebilir. Lenfositler azdır, megakaryositlerde bir artma kaydedilmiştir. Kemik iliğinin geniş olarak istilâ edildiği vak'alarda infiltrasyona uğramış diğer dokularda görülen histolojik manzarayı arzeder. Maximov kemik iliğinde bazofilleri bazofil miyelositleri ve bunların mitotik ayrılmalarının bulunduğunu yazmaktadır. Biz vak'alarımızda bu bazofiliyi tespit edemedik. Keza kemik iliğinde retikulo - endotelial reaksiyonun görülmesi mutadır. Bu hali vak'alarımızın miyelogramlarında bariz olarak gördük. Cooper - Watkins' de retiküler hücrelerdeki hiperplaziyi esaslı değişiklik olarak kabul etmektedirler. Vogel ve arkadaşları da yine hafif sola inhiraf, eozinofili ve retikulum hücre artmasını müşahede etmişlerdir. Nadir vak'alarda ponksiyon ile alınan sternum materyelinde Sternberg dev hücrelerine rastlandığı kaydedilmektedir. Klima'ya göre bunlar 20 - 30 mikron büyüklüğünde ve 2 - 3 nüvelidirler. Nükleusları ve vakuollü protoplazmaları vardır. Müellif bunları Sternberg dev hücrelerinin ana hücre-

resi olarak kabul ederse de Heilmeyer doğruca Sternberg olduğu kanaatindedir. Fakat bu hücreler megakaryositlerle karışmaktadır. Bu cihazlar ayırd edilmeleri güçtür. Biz vak'alarımızın sternal ponksiyonlarında Sternberg dev hücreleri tespit edemedik. Bu husustaki son kanaat da sternal ponksiyon ile Sternberg dev hücrelerinin tespit edilemediği merkezindedir. Cooper - Watkins'in bu husustaki araştırmalarında teşhis için kıymetli spesifik bir bulgunun da bulunamayacağı yolundadır. Aynı müellifler böyle teşhise vasıl olmak için ilgin muhtelif kemiklerden aspire edilmesini tavsiye etmektedirler. Sternumun her tarafı palpe edilerek en hassas olan yer ponksiyon yeri olarak tercih edilmelidir. Fakat lenfogramatotik infiltrasyondan dolayı ileri derecede fibrosis olmuş ise iliği de almak imkânsızlaşır.

Trombositler: Lenfogramatozda trombositoz görülebilir. Fakat sabit bir belirti değildir. Jean Bernard'a göre 450.000 ile 600.000 arasında değişir. Bazan da 960.000 e kadar yükselebilir. Adenit tüberkülozda trombositler çoğalmadığına göre diagnostik için kıymeti küçümsenemez. Biz vak'alarımızda bu kadar yüksek sayılar bulamadık. Banting trombositlerin sayıca çoğalmalarıyla beraber büyüklüklerinin de arttığını söyler. Şekil değişikliği de görülür. Trombositlerin azlığı kemik iliğinin sarsıldığına işaret edebilir. Trombopeni halinde kanama müddeti uzar, hemorajik semptomlar görülebilir, fakat nadirdir.

Klinikte tetkik ettiğimiz trombopeni ve hemorajik belirtileri bulunan bir vak'amızın müşahedesini görelim :

43 yaşında bulunan hastamız 8/9/1947 de vücudündeki kırmızı lekelerden şikâyet ederek kliniğimize yatırılıyor. Hasta bize baş vurmazdan 7 ay kadar evvel sıtmaya tutulduğunu söylüyor. O zaman kendisine muntazam atebrin ve kinin kürleri tatbik ediliyor ve bu 3 aylık tedavi esnasında tamamiyle iyileştiğini söylüyor, ve mecnu olarak 75 adet atebrin ve 10 gr. kinin almış oluyor. Bu hastalığı sırasında hasta vücudunun muhtelif yerlerinde 7 tane 2 cm. kutruna kaşıntısız, ağrılı kızartıların peyda olduğunu ve bunların tıpkı bir gürukte olduğu gibi aynı vasıfları göstererek kaybolduklarının farkına varıyor. Hasta ifadesine göre bu sıtma nöbetlerinden pek ziyade zayıf düşüyor.

Bir ay kadar evvel bir sabah çoraplarını giyerken bacaklarında ufak kırmızı lekeler görüyor. 5 gün sonra hasta bunların şiddetle arttıklarını, her iki bacağına ve kollarına yayıldığını müşahede ediyor. Aynı zamanda ayaklarının şiştiğini de görüyor. Bu hali kliniğe yattığı güne kadar devam ediyor. Bunlardan başka kendisinde hiç bir değişiklik hissetmiyor, yalnız zaman zaman ayaklarının altında kaşınmaları olduğunu söylüyor.

Zayıf olan hastamızda, kollarında, bacaklarında gluteus ve lomber bölgelerinde müteaddit fazlarda peteşiler tespit ettik. Dalak matitesi 8 inci kaburga aralığından başlıyor ve kosta kenarını 5 parmak geçiyor. Sertçe ve ağrısız. Kasıklarında sonradan meydana çıkan mikroadenopati klinikte tespit edilmiştir.

Lâboratuvar muayeneleri: Eritrosit 3.230.000, hemoglobin %57, indeks 0,8, lökosit 4600, formülde: çomak 7, parçalı 63, lenfosit 30. Sedimentasyon: 1/2 saatte 7, 1 saatte 9 ve 2 saatte 72 mm. bulundu. Kanama müddeti parmak ucu 3,5, pıhtılaşma başlaması 2, bitmesi 3 dakika. Lacet müspet.

Protrombin zamanı 16 saniye (normal 16 saniye). Trombositler 95.000.

Kasık ganglionlarından iki defa biopsi yapıldı. İkincisi (Patolojik Anatomi Enstitüsü 2010/47); lenf ukdesi struktürü tamamiyle silinmiş, örgünün her yerinde kuvvetli retikülüm neşvünemasiyle lenfositlerin ve plazma hücrelerinin ileri derecede çoğalması görülmektedir. Bundan maada eozinofil polimorf nüveli lökosit miktarı da çoktur. Yer yer Sternberg dev hücrelerini hatırlatan unsurlar vardır. Teşhis: Sternberg - Hodgkin hastalığı.

Serumda kalsium 9,60 mgr %, fibrinojen 0,20 gr %, total albümin 5,04 gr. %, albümin 3,24 gr. %, globülin 1,80 gr. % dir. Sternal ponksiyonda kırmızı seride artma, beyaz seride hafif sola inhiraf tespit edildi. Splenogram: Retikülüm 54, metamiyelosit 1, çomak 6, nötrofil parçacıklar 14, eozinofil parçacıklar 2, plazma hücresi 6 ve lenfosit 17 dir.

Işık tedavisine başlandıktan sonra lökosit adedi 3600 olmuş ve formülde eozinofiller %6 ya çıkmış ve hafif sola inhiraf tespit edilmiştir.

Hasta klinikte dikkatlice takip edilmiş ve muhtelif günlerde trombosit sayısı 115.000, 200.000, 150.000, 110.000, 70.000, 57.000, 50.000 gibi adetler göstermiştir. Vücudundaki peteşiler de zaman zaman trombopeni ile birlikte çıkıp sönüştür. Hastamız radyoterapiye devam etmek üzere bundan sonra eksterne edilmiştir. Bu vak'amız trombopeni ile müterafık olarak peteşilerin zuhuru bakımından lenfogramatoz için enteresandır.

Konumuzun münakaşasına ve elde edilen sonuçlara geçmeden evvel tipik klinik ve kan tabloları gösteren iki vak'anın müşahedesini gözden geçirelim: Bu vak'alardan birisi ışık tedavisine tâbi tutulmuş ve iyileşme ile eksterne edilmiştir. Diğeri ise lenfogramatozun sarkom tabiatlı şekli idi ki yine ışık tedavisine rağmen kaybedilmiştir.

Vak'a: 1 — 7108 protokol sayılı H. M. 40 yaşında bir kadın. 27/9/47 de kliniğimize baş vurmıştır. Nefes darlığı, öksürük, ateş ve vücudündeki kaşıntılardan mustarıptı.

Kliniğimize baş vurmazdan bir sene önce sağ alt taraf kalçasından ayak ucuna kadar olmak üzere ağrımağa başlamış, o zamandanberi ateş ve vücudünde kaşıntı da peyda olmuş. Ateşi geceleri daha ziyade oluyormuş. Bu arada öksürükle balgam çıkarmağa da başlamış. 4 ay önce de kasıklarındaki düğümler şişmeğe ve gittikçe büyümeğe başlamış, sonraları karnı da şişmiş, 2 ay evvelsi de nefes darlığı başladığından arka üstü yatamaz olmuş. Bu haller devam ederken bir hafta önce de boyun düğümlerinin şiştiğini farketmiş, aynı zamanda bir senedenberi de çok fazla zayıflayıp halsiz kalmış. Ateşi her gün oluyormuş.

Öz ve soy geçmişlerinde kayda değer bir şey yok.

Genel durum: Hasta zayıf, halsiz ve kuvvetsiz, yarıyla kaldırılıp oturtuluyor. Ateş 37,6, nabız 100, boy 1,53, kilo 47. Yatağında ortopne halinde, sensorium açık, yüz soluk ve ifadesi cansız. Dudaklar soluk ve siyanoze, konjonktivalar soluk, deri esnek, kuru, her tarafı hiperpigmente (sütlü kahve renginde). Kaşınma neticesi skarifikasyon ve nedbeler görülüyor. Ayaklarda ödem, boyun damarları dolgun, el ve ayakları sıcak, orta derecede bir goitre'i var. Sağ kulak önü ve gene altı, boyun, köprücük üstü, koltuk altı, kasık düğümleri birbirinden farklı derecede büyümüşlerdir. Düğümlerin cilde yapışıklıkları yok, fakat bazıları derin tabakalara kadar gidiyor. Birbirlerine yapışık, hiç bir yuzaşama meyli görülüyor.

Karın hafif bombe, sağ hipokondr hassas, karaciğerin izafi matitesi 5, mutlak matitesi 6 inci aralıktan başlıyor,

No	Çins	Yaş	Eritrosit	Hb. %	İndeks	Sedimentasyon, saat			Lokosit	Zaman	Çanak	Pargalı	Eozinofil	Tip	Lentosit	Monosit	Tanı				Çıkış	Sonuç	
						1/2	1	2									Ukte P.	Biopsi	Otopsi	Klinik			
1	E	42	2375000	52	09	140	147	150	47000	2,5 S	2	82	1		12	2					28/9 /943	10/11/943	Ölüm
2	K	50	2550000	50	1	120	148	151	7000	6 A	1	75	6		16	8					20/1 /944	3/2 /944	Hafife
3	E	18	3500000	50	07				6400	6 S	4	62	1		26	2					30/3 /944	2/4 /944	Hafife
4	E	28	4100000	60	07	9	26	47	17800	5 A	2	88	1	B 1	8	1					30/11/944	13/5 /942	Ölüm
5	K	60	3500000	58	08	30	68	92	7000	7 A	5	65	14		8	8					13/12/944	11/2 /945	İyilik
6	K	55	4500000	68	07	22	37	73	3000	1,5 A	3	65			26	6					8/1 /945	26/2 /945	İyilik
7	E	38	4540000	65	07	35	43	69	9800	10 G		60	1		35	4					10/1 /945	19/1 /945	Hafife
8	E	38	4300000	50	06	4	20	25	2750	3 S	53	2			38	7					25/6 /945	17/7 /945	Hafife
9	E	11	3400000	60	08	3	5	21	12000	4 S	83	15			2						29/6 /945	14/7 /945	Hafife
10	E	59	3190000	60	09	120	125	130	5200	6 A	2	74	1		7	16					7/12/945	18/1 /946	Ölüm
11	E	31	2950000	35	06	132	158	164	8500	1,5 S	4	75	2		19						17/4 /946	27/5 /946	İyilik
12	K	60	4340000	74	08	64	95	112	17000	1,5 A	2	90	1		6	2					20/5 /946	30/5 /946	Hafife
13	K	16	3500000	60	09				13000	6 A	6	52	20		20	2					29/7 /946	2/12/946	Ölüm
14	E	10	3250000	45	07	20	30	40	7400	1 S	3	77	3		14	3					14/9 /946	8/12/946	Hafife
15	E	45	3940000	65	07	3	12	35	20200	1,5 S	3	85	1		3	8					31/10/946	18/12/946	Hafife
16	E	46	3140000	50	08	46	80	101	2200	3 A	79				29	1					31/12/946	23/1 /946	Ölüm
17	E	43	2280000	59	1				4600	1,5 S	12	77			11						26/2 /947	17/3 /947	Hafife
18	E	44	1415000	20	07	170			2800	2 S	3	81			15	1					30/4 /947	12/7 /947	Ölüm
19	E	57	3090000	56	09				7000	4 A	5	85			10						20/5 /947	13/7 /947	Hafife
20	E	46	3250005	52	08	2	4	6	1000	3 A		68			17	15					30/6 /947	3/7 /947	Ölüm
21	K	16	2460003	38	07	3	20	45	5200	8 A	3	74			22	1					4/7 /947	30/8 /947	Hafife
22	E	43	3230000	57	08	7	9	72	4600	7 A	7	63			30						8/9 /947	8/11/947	İyilik
23	E	43	4380000	87	1	5	20	30	6200	2 A	69	1			30						19/9 /947	18/10/948	İyilik
24	K	40	1690000	26	08	70	147	165	10400	1 S	15	69			8						27/9 /947	7/12/947	İyilik
25	E	39	4000000	79	1	35	48	80	9200	9 A	5	77	4		3	2					21/10/947	27/11/947	İyilik
26	E	26	4670000	80	08	6	20	30	4800	1 S	3	69	9		16	3					22/10/947	26/11/946	İyilik
27	E	45	4200000	84	1	60	100	120	21600	9 A	63				35	2					5/11/947	28/1 /948	İyilik
28	E	43	4060000	50	07	45	103	120	6000	1,5 S	3	66			26	5					23/1 /948	30/3 /948	İyilik
29	E	40	2900000	48	08	30	121	125	12000	6 A	85				15						10/4 /948	27/5 /948	İyilik
30	K	7	2390000	96	08	90	140	150	31400	10 A	79	3			15	3					3/5 /948	2/9 /948	İyilik
31	K	18	3340000	58	08	15	28	40	4800	1,5 S	5	75	2		15	3					12/5 /948	17/9 /948	İyilik
32	E	65	4640000	62	07				6800	3 A	1	60	13		23	3					7/7 /948	2/8 /948	İyilik
33	E	45	3750000	70	09	10	15	20	5700	6 A	2	57	4		85	2					3/11/948	6/12/948	İyilik
34	K	40	3540000	50	07	20	40	90	17000	1,5 S	32 E0	2	59		7						16/12/948	8/4 /949	Hafife
35	E	44	4780000	90	09	8	19	40	4800	1,5 A	2	61	2		32	3					10/1 /949	28/2 /949	İyilik
36	E	24	3830000	70	09	70	90	126	15800	5 S	10	68			22						16/6 /949	10/8 /949	İyilik
37	E	23	3530000	75	1	43	82	213	5600	6 A	68	2			28	2					29/8 /949	9/11/949	İyilik

E : Eritrosit K : Kadın S : Sone A : Ay G : Gün B1 : Blastomabaz

kaburga kıyısını 4 parmak geçiyor. Dalak ele gelmiyor, perkütabl.

Subjektif olarak öksürükten göğsü ağrıdığını söylüyor, sık sık öksürüyor, renksiz balgam çıkarıyor, hiç kan tükürmemiş, ortopne halinde rahat edebiliyor. Göğüs fiçi biçiminde olup teneffüs hareketleriyle hafif açılıyor. Sağ göğüs yarımını sol yarımdan normal haldekenden daha geniş, teneffüse az iştirak ediyor. Hafif tiraj var. Arka ve önde olmak üzere sağ akciğer zirvesinde submatite, sağ kaidede ise matite alınıyor. Nefes alma ile sol kaide az açılıyor. Sağ akciğer kaidesine doğru sesler alınmıyor. Önde daha aşikâr olmak üzere her iki akciğer sahasında sibilan raller duyuluyor.

Kalbin tepe vurusu gözle görülüyor, palpasyonla hafif sistolik fremisman alınmıyor. Tepe vurusu medio-claviculaire çizginin 3 parmak dışında, Perküsyonla kalb matitesi sola doğru bir az büyümüş bulunuyor. Dinleme ile mitral odağında intişarı olmayan sistolik bir sufl duyuluyor. Bu sufl triküspit odağına doğru da aksetmektedir. Nabız dakikada 100, muntazam, dolgunca, damar cidarı yumuşak, D. B. 9,5/6,5.

Lâboratuvar muayeneleri :

Eritrosit	: 1,690.000
Hemoglobin	: %26
İndeks	: 0,8

Formül :

Lökosit	: 10.400
Çomak	: 15%
Parçalı	: 69%
Lenfosit	: 8%
Monosit	: 8%

Sedimentasyon :

1/2 saatte	: 70 mm.
1 »	: 147 mm.
2 »	: 165 mm.

Kanama müddeti parmak ucundan 1,5 dakika. Pıhtılaşma başlaması 1/2 dakika, bitmesi 1,5 dakikadır.

İdrar muayenesinde diazo müspettir.

Sternal fonksiyon: Retikülüm ve plazma hücrelerinde çoğalma, beyaz seri %60, kırmızı seri %40 dir.

Düğüm ponksiyonu: Eozinofil parçalılar ve Sternberg dev hücreleri görüldü.

Biopsi raporu: Lenfogradulomatoz.

Sağ plevraya yapılan ponksiyon eksploratris ile limon sarısı renginde serofibrinöz bir epanşman alındı. Bu epanşman pıhtılaşarak serumu ayrıldı. Rivalta menfidir. Taze preparatta tektik polimorf nüveli parçalılar görüldü. Boyama ile hücrelerin çoğunun lenfosit olduğu tespit edildi.

Dalak ponksiyonu: Bol retikülüm ve plazma hücreleri bulundu. Serumda Takata Ara reaksiyonu menfidir. Plazmada total protein 5,40 gr%, albümin 1,65 gr. %, globülin 3,75 gr. % dir.

Epikris: Klinikte kaldığı 72 gün içinde hastanın ateşi umumiyetle subfebril olarak devam etmiş ve bazen 38,8 e kadar yükselmeler yaparak tekrar subfebril hale dönmüştür. Bazan da 38 dereceden aşağı inmiştir. Işık tedavisine tâbi tutulmuş, demir ve karaciğer ekstreleri tatbik edilmiş ve bu suretle anemi hali bir az iyileşmiştir. Eksterne edildiği gün 2.300.000 eritrosit, %45 hemoglobin ve indeks 1 olarak bulundu. Lökosit adedi 8.200 e inmiş, formülde daima parçalılar hâkim görülmüş ve eozinofil parçalılara arasında tesadüf edilmiştir.

Görülüyor ki bu hastalıkta kan tablosu lenfogradulomatoz için çok karakteristiktir. Abdominal âraz da gösteren bu vak'amızda hipokrom anemi, lökositoz, lökosit formülünde monositoz, lenfopeni, sedimantasyonun sür'atlenmesi ki plazma globülininin çoğalmasındandır. Sternalde retikülüm ve plasm ahücrelerinin artması, dalakta retikülüm neşvünemesi, keza düğüm ponksiyonunda eozinofil parçalılar ve Sternberg dev hücrelerinin bulunması hastalık için patognomonik semptomlardandır.

Vak'a 2 — 2663 protokol sayılı A. E. 28 yaşındadır. 30/11/944 tarihinde kliniğimize baş vurmuştur. Ateş, öksürük ve gece terlemelerinden müsteki idi.

5 aydanberi arasıra bilhassa akşamları sebepsiz olarak ateşi yükselmeğe başlamış, aynı zamanda boynunun sol tarafında bir de şişlik peyda olmuş. Bu şişlik ilk zamanlarda ufak ve ağrısız iken yavaş yavaş büyümeğe ve boyun hareketleriyle bir az ağrımağa başlamış. Bu haller bir ay evvelsine kadar artarak devam etmiş. Bir ay evvel koltuk altların da da ufak şişliklerin belirdiğini farketmiş. Hastalığın başlangıcındanberi bilhassa geceleri terliyormuş. İlk zamanlarda öksürük, kuvvetsizlik ve iştihsizliği yokmuş. 21 gün evvel birdenbere ateşi mutaddan fazla yükselerek 40 dereceyi bulmuş, terlemesi fazlaşmış ve o zamana kadar mevcut olmayan nefes darlığı da baş göstermiş. Baş ağrısı olmamış, öksürükle beraber beyaz köpüklü ve bazan bir az daha koyu bir balgam çıkarmağa başlamış, fakat miktar itibariyle azmış, ateş ve terleme devamlı imiş. Nefes darlığı da bilhassa sağ tarafına yatarsa veya hareket ederse fazlaşmış. Bir kaç gündendenberi göğsünün her iki tarafında ve bilhassa önde bir ağırlık hissi duymağa başlamış, son 20 gündendenberi de hasta iştaktan kesilmiş. Mevcut olmayan kuvvetsizlik baş göstermiş ve en ufak bir harekette çok fazla yorulmağa başlamış. Hastanın şişleri, terlemesi, öksürüğü ve nefes darlığı devam ettiğinden kliniğimizde tedavi altına alınmıştır.

Öz ve soy geçmişlerinde kayda değer bir bulgu tespit edilemedi.

Genel durum: Hasta yorgun ve zayıf görülmektedir. Ortopne halindedir. Arka üstü yattığı taktirde öksürük ve nefes darlığı geliyor, yüz penbe, skleralar bir az soluk, deri altı yağ dokusu az, turgor normal, vücudunda yara, bere, ödem, sarılık yok. Kası ve kemik sistemi normaldir. Hastanın boynunun sol tarafında ve musculus sterno-cleioideo - mastoideus'un bütün boyunca sıralanan, büyüklükleri bir fındık tanesinden cevize kadar değişen, deriye ve birbirlerine yapışıklığı olmayan çok hafif ağırlı ve flüktüasyon vermeyen düğümler mevcuttur. Her iki fossa supra clavicularis ve yalnız sol fossa infraclavicularisde yine ufak düğümler mevcuttur. Her iki koltuk altında hafif ağırlı ve boyundakilerin aynı evsafa olan düğümler mevcuttur. Sağ koltuk altındakiler daha büyükçedir. Sağ inguinal nahiyede bir kaç tane düğüm ele gelmektedir. Atşe 37,2, banız 120, muntazam, dolgun, damar basıncı 9,5/6, iştahası az, öksürükten uyuyamıyor, idrar koyu ve az. Dışkı tabii iken 5 - 6 gündendenberi 4 - 5 defa çıkmağa başlamış.

Karaciğerin üst hududu tayin edilemiyor, alt hududu orta hat üzerinde kaburga kıyısını 3 parmak geçiyor. Traube açık. Dalak koltuk altında perküte edilebiliyor.

Sağ hemitoraks sola nazaran mütebariz, teneffüse iştirak etmiyor. Önde 3 üncü aralıktan itibaren arkada scapula tepesinin 2 parmak üstünden, yanda bu hududun 2 parmak daha yukarsından başlayan kaideye kadar uzanan matite mevcuttur.

Lâboratuvar muayeneleri :
 Eritrosit : 4.100.000
 Hemogloblin : %60
 İndeks : 0,7

Formül :
 Lökosit : 17.800
 Çomak : 2%
 Parçalı : 88
 Eozinofil : 1
 Lenfosit : 8
 Monosit : 1

Sedimentasyon :
 1/2 saatte : 9 mm.
 1 " : 26 mm.
 2 " : 47 mm.

Biopsi raporu : (Patol. Anat. Enst. 753/44) Lenfogrammatoz grubuna ait atipik blastomlu neşvünema.

Sağ hemitoraksa yapılan ponksiyon eksploratrisinde serofibrinöz ve rivalta reaksiyonu menfi netice veren bir mayi alındı.

Hasta kliniğimizde yattığı müteakip günler esnasında bilhassa kan sayımı bakımından müteaddit kontrollara tâbi tutulmuştur.

6/12/1944 :
 Eritrosit : 4.000.000
 Hemogloblin : %59
 İndeks : 0,7
 Lökosit : 15.000

Hasta bu durumda iken 13/12/1944 de ışık tedavisine başlandı.

19/12/1944 :
 Eritrosit : 3.800.000
 Hemogloblin : %55
 İndeks : 0,7
 Lökosit : 20.100

10/1/1945 :
 Eritrosit : 3.300.000
 Hemogloblin : %50
 İndeks : 0,7
 Lökosit : 7.000

Formül :
 Çomak : 3%
 Parçalı : 83
 Eozinofil : 3
 Lenfosit : 9
 Monosit : 2

13/2/1945 :
 Eritrosit : 2.680.000
 Hemogloblin : %44
 İndeks : 0,8
 Lökosit : 13.400

Formül :
 Çomak : 3%
 Parçalı : 90
 Lenfosit : 4
 Monosit : 3

14/2/1945: Hastanın nefes darlığı arttı, plevra epanşmanı boşaltıldı. Lökosit: 13.400.

22/2/1945: Nefes darlığı ve halsizlik devam ediyor. 700 cc. mayi boşaltıldı.

3/3/1945: Hastanın genel durumu gittikçe bozulmaktadır. Sıkıntı artmakta ve yüzde, etrafta ödemler belirmeğe başladı. Karaciğer gittikçe büyümektedir, göbek üzerinde mütebariz bir hâl aldı.

6/3/1945: Hasta çok mustarip, kuvvetsiz, düğümler sür'atle büyümekte, fakat ağrısızdırlar.

9/3/1945: Hastanın sıkıntısı arttı, nefes darlığı fazlaştığından yine 1000 cc. boşaltıldı. Lökosit: 8.000.

13/3/1945: Hasta gittikçe fenalaşarak ödemleri çoğaldı ve kâseksi içinde öldü.

Epikris: Hasta kliniğimizde yattığı 3.5 ay içinde ışık tedavisine tâbi tutulduğu halde hastalıkta daima ilerleme neticesi anemisi artmıştır. Yalnız bu tedavi sonucu yükselen lökositöz sonraları azalmış ve ölümünden 4 gün evvel 8.800 e kadar inmiştir.

Hodgkin sarkomu denilen bu ikinci vak'amızda yine kan tablosunda daima tekâmül gösteren hipokrom bir anemi, lökositöz, formülde parçalarının hâkimiyeti nazarı dikkati celbetmiştir. Sedimentasyondaki sür'atlenme Hodgkin granülozomundaki sür'atlenmeden daha azdır. Hastalığın inkişaf ettiği günlerde anemi de ilerlemiştir. Lökosit sayısı ilk geldiği güne nispetle azalmıştır. Bu azalma ışık tedavisi sonucudur.

Görülüyor ki bu sistem elemanlarının ayrı ayrı incelenmesi enteresan sonuçlar göstermiştir. Bu güne kadar yayınlanan yazılardan ve kendi müşahedelerimizin incelenmesinden ekserisi teyid eder mahiyette de olsa bazı değişik neticeler çıkarmak mümkün olmuştur. Kan yapıcı sistemin taharrüşiyeti, tahribi neticesi teşekkül eden hipokrom anemi, lökositöz, lenfopeni, monositöz, bazan eozinofili ve sola inhiraf, eritrositlerde yapı değişiklikleri, istisnaları bertaraf edilecek olursa, daima görülür bir olay haline gelmiştir. İleri derecedeki anemiye sebebiyet veren yıkım sarkom tabiatlı vak'alarda olacak olursa anemi görülen sür'atli ölüm yanında daha bariz bir hâl alır. Nitekim ikinci vak'amız bu şekle bir örnek teşkil eder durumdadır.

Netice: Eritrositler: Hipokrom anemi barizdir, vak'alarımızın %70 inde eritrosit sayısı 4 milyonun altındadır. Terminal safhalarda aneminin çok ilerlediğini müşahade ettik. Böyle vak'alarda ekseriyetle sedimentasyonun sür'atlenmesi barizdi.

Hemogloblin: Klâsiklerin tarif ettikleri gibi %20 ile %90 arasında değişmektedir. Eritrosit sayısı ile eşit gitmektedir.

Sedimentasyon: Lenfogrammatozda sedimentasyonun sür'atlenmesini %75 vak'amızda gördük. Hastalığın paraganuloma, granuloma ve sarkoma tipleri için ayrı ayrı patognomonik bir semptom değildir. Karaciğer âfeti bulunanlarda sür'atlenmez. Eritrosit sayısının azalması halinde ve plazma globülininin artmasında sür'atlenme görülür.

Lökositler: Vak'aların çoğunda lökositöz görülür. %35 vak'amızda 9 binin üzerindedir. Hastalığın değişik zamanlarında lökosit sayısı da değişiktir, bazan başlangıçta bazan ilerlemiş devirlerinde lökositöz görülür. Lökopeni abdominal şekillerin tipik olanlarında patognomonik bir semptomdur. Lökopeni ile birlikte nisbî lenfositöz vardır.

Lökosit formülü: Fazla bir değişiklik yoktur, bazan sola inhiraf görülür.

Parçalı nötrofiller: Formülede parçalarının hâkim oluşu ekseriyeti teşkil eder (%62). İstisnaları bertaraf edilecek olursa bu hâl lökositözle mütebariktir.

Modern tedavide
BUNLAR
ÖNDERDİR

AVLOPROCIL

Prokain-Penicillin'in yağlı enjeksiyonu

AVLOSULFON

Cüzzamin müessir ve emin tedavisine mahsustur

CETAVLON

Temizleyici hassasiyle, bilhassa yüksek antiseptik tesirini haizdir.

KEMITHAL SODIUM

Entravenöz anestezi.

LOREXANE

Baş bitini mahveder

METHYL-THIOURACIL

Tirotoksikozisin müessir tedavisini sağlar.

PALUDRINE

Yeni ve toksik olmayan antimalaryaldır.

PETHIDINE

Analjezik ve antispazmodik.

SULPHAMEZATHINE

Sülfamidler arasında toksisitesi en düşük olanıdır

TETMOSOL

Uyuzun profilaksi ve tedavisine mahsustur.

TRILENE

Anestezi ve analjezik

IMPERIAL CHEMICAL (PHARMACEUTICALS) LIMITED
WILMSLOW-ENGLAND

(Imperial Chemical Industries Ltd'in bir filialidir.)

IMPERIAL KEMİKAL İNDUSTRİS (TURKEY) LTD.
P.K. 1451

Tel: 44839



ROUSSEL'in Saf Hormon Müstahzarları

(BENZO-GYNOESTRYL)	1 mgr.lık 5 ampul ihtiva eden kutular.
Natürel follikül hormonu	5 mgr.lık 5 ampul ihtiva eden kutular.
(GYNOESTRYL)	10 cc.lık alkolik mahül.
Follikül hormonu	
(SEDO-GYNOESTRYL)	10 cc. lik şişeler .
Follikülün, bromür ve jusquime'lı menopoz müstahzarı	
(LUTOGYL)	2,5 10 mgr.lık 3 ampul ihtiva eden kutular.
Sarı cisim hormonu	5 ve 10 mgr.lık komprimeler.
(STERANDRYL)	5 mgr.lık 4 ampul ihtiva eden kutular.
Erkek tenasül hormonu	10 " " " " " "
	25 " " " " " "
(SYNCORTYL)	2 " " " " " "
Sürenal korteks hormonu	5 " " " " " "
	10 " " " " " "
(HORMONE GONADOTROPE)	400 U.I.lık 6 ampul ihtiva eden kutular.
Gebe kısrak kanından elde edilen Gonadotrop hormon (Hormone Gonadotrope sérique)	800 U.I.lık 6 ampul ihtiva eden kutular.

LES LABORATOIRES ROUSSEL PARIS

TÜRKİYE MÜMESSİLLİĞİ

TÜRKFARMA MÜESSESESİ

P.K. 651 — İSTANBUL

Telefon : 23887

Parçalı eozinofiller : Sabit bir belirti değildir. %30 vak'ada orta ve yüksek derecede eozinofili bulunur. Formülde %91 e kadar eozinofili tespit ettik. Fakat devamlı eozinofili tespit edemedik. Kaşıntılı vak'alarda eozinofili bulunması şart değildir. Şiddetli eozinofili ile müşterek nötrofilide pronostik grav olmayabilir. Radyoterapiden istifade edebilirler.

Bazofil parçaları: Lenfogramulomatozda bazofil parçaları tespit edemedik.

Lenfositler : Lenfogramulomatozda lenfopeni en sadık bir belirtidir. %70 vak'ada gördük. İlerlemiş safhalarda lenfopeni iyice belli olur. Lökosit adedi çok olan vak'alarda lenfopeni mutadirdir.

Monositler : Lenfogramulomatozda orta derecede monositoz mevcuttur. %30 vak'ada görülür. Hastalığın ilerlediği şekillerde monositoz nisbeti yüksektir. Abdominal şekillerde bu sayılar daha yüksek olarak görülür.

Kemik iliği: Retiküler hiperplazi, bariz sola inhiraf mevcuttur. İnfiltrasyona uğramış ise diğer lenfogramulomatotik dokuların gösterdiği histoloji görülür. Setrnberg dev hücreleri görülmez.

Trombositler: Trombositoz ve nadir olarak ta trombopeni görülebilir.

Hülâsa : Lenfogramulomatoz şüphe edilen vak'alarda kan tabloları incelenmesi ile teşhis konabilir.

Literatür :

- Ahmet İhsan : Bir Lenfogramulomatoz vak'ası münasebetile, Anadolu Kliniği 1 (1933) 37.
 Alantar İhsan Hilmi : Lenfogramulomatoz ve Adenitis tuberculosa cervicalis, Anadolu Kliniği 8, 147, 1940.
 Atakam Asil M. : İleo-Çekal Lenfogramulomatoz, Anadolu Kliniği 5 (1937), 25.
 Baran Mehmet : Bir Lenfogramulomatoz vak'ası, Poliklinik 11, (1943), 57.

Bernard J.: Maladie du Sang et des organes Hematologique Paris 1948.

Brawn and Meynell: Haemolytic Anaemia associated with Hodgkin's disease, The Lancet 5, 1949.

Conybear J. J.: Textbook of Medicine, Edinburg 1940.

Cooper T.; Watkins C. H.: Blood, The Journal of Haematology vol. 4, 1949.

Çetingil A. İ.: Kan Hastalıkları, İstanbul 1937.

Çetingil A. İ.: Abdominal Lenfogramulomatoz, Anadolu Kliniği, 10, 79, 1943.

Egeli E. Ş.; Mısırlıyan A.: Dügüm Ponksiyonu (Klinik Diyagnostik kıymeti). Türk Tıp Cemiyeti Mecmuası 6, 1945.

Falconer and Leonard: Skeletal lesions in Hodgkin's Disease, Annals of Internal Medicine, Lancaster 1948.

Hayman : An Integrated Practice of Medicine, Vol. 2, Philadelphia - London 1947.

Heilmeyer L.: Blut Krankheiten, Berlin 1942.

Jackson H. and Parker F.: Hodgkin's Disease and Allied Disorders, New-York 1947.

Kracke : Colour Atlas of Haematology, London 1947.

Masmonteil F.; Leuret J.: Les Reticuloses ossouses, Bulletins et memoirs de la société de Chirurgiens de Paris 1948.

Piney and Wyard : Clinical Atlas of Blood Disease, London 1946.

Sağlam Tevfik : Lenfogramulomatoz Hakkında, Haydarpaşa Nümune Hastanesi Yıllığı 3, (1938 - 1939).

Sağlam Tevfik : Türkiyede ilk Histoplasmosis Vak'ası, Türk Tıp Cemiyeti Mecmuası 12, 1945.

Schwartz Ph.: Patolojik Anatomi Demonstrasyonu, Türkiye Tıp Encümeni Arşivi 1, 4, 1947.

Söylemezoğlu B. : Kan Hastalıkları ve Kan Atlası, İstanbul 1948.

Tayanç Muin Memduh : Bio-Klinik Hematoloji, İstanbul 1944.

Tayanç Muin Memduh : Sternberg Hücrelerinin Menşei ve Tekâmülleri, Türk Tıp Cemiyeti Mecmuası 5, 1949.

Yagci N.; Klima R. : Klinik und Therapie der Blut Krankheiten, Berlin 1934.

Whitby and Britton : Disorders of The Blood, London 1944.

Wintrobe : Clinical Hematology, Philadelphia 1944.

Muş As. Hastanesi Dahiliye Kliniği

Intrathecale Penicillin ile şifa bulan bir pürülan menenjit vak'ası

Dr. Necati Vural

Dahiliye Müttehassısı

Tedavi sahasında harika derecesinde bir inkılap yaratan, gerek tedavi eden ve gerekse edilen için gerçek bir ümit kaynağı olan antibiyotiklerin her gün bir yenisi bulunmakta ve tatbikat sahası her gün biraz daha genişlemektedir. Zaman zaman literatürde antibiyotiklerle şifa bulan epidemik menenjit vak'aları neşredilmektedir. Bu ilaçların keşfinden evvel bir ölüm fermanı gibi telâkki edilen (Pürülan menenjit) vak'alarından birini tedavi etmenin verdiği sevinçle, bunlara bir yenisini ilâve etmeyi faydalı bulduk.

Vak'a: Er Sabri Taylan. (Protokol No. 579) Bulanık ilçesinin köylerinden, 21 yaşında dev yapılı bir erdir. 17 Nisan 950 günü koma ve ajitasyonlar içinde hastaneye getirildi. Etrafindakilerin ifâdesine göre iki gün evvel üşümelerle hastalan-

mış, ertesi günü ateşlenmiş, sayıklamalarla etrafına saldırmaya başlamıştır.

Hastaneye geldiği gün 39 etrafında ateşi ve manasız bakışları vardı. Anlaşılmaz şekilde haykırılmaları ve ajitasyonları sebebile yatağına tesbit edildi. Ve zaman zaman morfin yapmak mecburiyeti hasıl oldu. Şifa devrine kadar devam eden nisbi bradikardisi vardı. Yatış, tipik menenjit yatışı, ense sertliği, kernik, Brudzinski, Signe contrelatérale, iki taraflı Babinski, Schaeffer delilleri tipik olarak müsbettir. Etrafta vazih hiperestezi vardır. Hastaneye geldiğinden bir kaç gün sonra teessüs eden hafif strabisme, bu levhayı tamamladı.

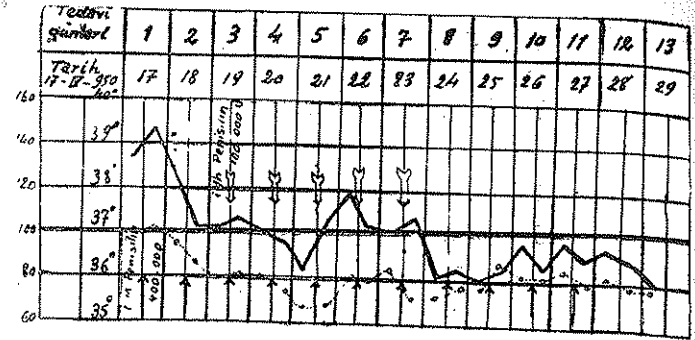
Güçlükle yapılan klinik muayenesinde solunum, sindirim ve dolaşım sistemlerinde vazih pa-

tolojik bir delil tesbit edilemedi. Hasta iyi ol-
duktan sonra da akciğerlerinde radyoskopik ola-
rak patolojik bir bulguya rastlamadık. İki defa
plazmodi menfi bulundu. Lökosit sayısı 11700.
Formüde hafif sola kayma vardı.

Lomber ponksiyonda likit tamamen tazyiksiz,
damla damla akmakta, bulanıktır. Santrifüje e-
dilmeksizin yapılan boyalı preparatta fevkalâde
mebzul cerahat hücreleri, nadir lenfosit bulundu.
Mikrop çok ender olmakla beraber hücre dışı ve
grâm müsbet, lanset şeklinde diplokoklara rast-
lanmış fakat hastanemizdeki teknik, kifayetsizlik
sebebiyle bunların hakiki pnömokok olup olmadı-
ğında vazih bir fikir edinmek mümkün olmadı.

Tedavi: Hastaya ilk günden itibaren genel
semtomatik tedavi yanında günde 400.000 U. O.
penisilin (intramusculaire) yapılmaya başlandı.
Hastalığın üçüncü gününden itibaren buna intra-
thécale yol ile her gün 100.000 U. O. penisilin (20
cc. fizyolojik serum içinde) ilâve edildi. Ayrıca
sülfamit veya her ihtimale karşı spesifik serum
yapılmadı. Ateş 37 altına düşünceye kadar beş de-
fa intrathécale penisilin verilmiş oldu. Bilâhare
daha dört gün adale içine penisiline aynı dozda de-
vam edilerek tedavi tamamlandı.

Intrathécale penisilin üç defa tatbik edilmiş
idi ki hastada büyük bir salâh görüldü. Şuur ay-
dınlandı. Hezayanlar tamamen geçti. Hasta baş
ağrısı ve açıklıktan şikâyete başladı. Aynı günde a-
teş tekrar 38 e yükselmiş olmasına rağmen genel
durumda umumî bir salâh, L.C.R de vazih berrak-
laşma devam etti ve hasta 13 günlük bir tedaviden
sonra tam şifa ile klinikten çıktı.



Köyünde geçirdiği üç aylık bir istirahatten
sonra da hasta takip edildi. Aradan yedi aydan
fazla bir zaman geçtiği halde halen er tam sıhhat-
te bulunmaktadır.

Özet: Vak'anın, gram müsbet bir diplokok,
büyük bir ihtimalle pnömokok ile husule gelen,
primer veya sekonder bir enfeksiyon olduğu hak-
kında kat'i bir fikir edinmemekle beraber pürülan
bir menenjit vak'ası olduğu muhakkaktır. Ajan
patojenin gram müsbet oluşu, muhitte epidemik
menenjit vak'ası bulunmadığı gibi asker toplulu-
ğunda ikinci bir vak'a da zuhur etmeyişi, bu vak'-
anın epidemik bir menenjit olmadığını kat'i ola-
rak teyit etmiş bulunmaktadır.

Görüldüğü ki bu gibi vak'alar, spesifik serum,
sülfamit gibi diğer tedavi vasıtalarının teşrikinde
lüzümü kalmadan yalnız penisilin ile kısa zamanda
tedavi edilebilmektedir. Ancak genel tedavinin de
en az penisilin kadar bir degerde olduğunu da ha-
tırdan çıkarmamak gerekir.

Kapalı ve açık kırıklar hakkında

Dr. Asil Mukbil Atakam

1933 senesinden 1950 yılına kadar tedavi et-
mek fırsatını elde ettiğim 1952 kırık vak'ası mü-
nasebetile sık rastlanan bu tromatik hastalıklar
hakkında ufak bir istatistik ile beraber bunlar
hakkında umumî malûmat, klinik ve radyolojik
bilgileri gözden geçirmek istiyorum.

İstatistikte görülen bu vak'alardan 168 adedi
1933-39 yılları arasında Konya Memleket Hastan-
esinde; 1139 adedi 1939-47 senelerinde İzmir
Memleket Hastanesinde ve 645 adedi ise 1947-50
yıllarında Beyoğlu Belediye Hastanesinde tesadüf
ettiğim vak'alardır.

Kafa, çeneler, kostalar ve Flaster, Eşarp ile
tesbit edilmiş, veya osteosentez yapılmış; veyahut
da çok ağır olup da hastaneye kabullerinden pek
az sonra ölen; müteaddit kırıklı vak'alar bu ista-
tistiğe dahil değildir.

Şehirler büyüdükçe sinai ve seyrüsefer vası-
taları da çoğaldığından buralarda kırıklar da çok
büyük bir nisbette artmış bulunuyor.

Konya hastanesinde tedavi ettiğim 168 vak'a
yekûn olarak mevcuttur, nahiye ve cins üzerine
taksim edilememiştir. Diğer 1784 vak'anın 1301 i

erkek, 483 ü kadındır. Yani kırık erkeklerde 3,7
defa daha çok görülmüştür. Kırıkların 1611 i ka-
palı, 173 ü açık kırıktır. Açık kırıkların büyük bir
kısmı bacak kemikleri çift kırığı 76 vak'a; Hume-
rus 2, vak'a; daha sonra ön kol çift kırığı 22 vak'a
sırasıyla de femur 20 vak'a ve diğer kemik
ler de (1-5) vak'a olmak üzere pek az bir nisbette
tesadüf edilmiştir.

Sağ humerus başı sağ el sağ tibia ve sağ bacak
kemikleri çift kırıkları hariç olmak üzere sol taraf
kemik kırıkları sağa nazaran fazla görülmüştür.
Dirsek mafsalı kırıkları namı altında topladığı-
mız kırıklar ise humerus alt uç kırıkları, ulna ve
radius üst uç kırıklarıdır. Bu kırıkların ekserisi
çocuk ve genç yaşta (on yaşına kadar %50, 10-20
yaşına kadar %35, daha yukarı yaşlarda %15) gö-
rülmüştür. Üst ve alt taraf kırıkları hemen hemen
aynı nisbette görülmüştür.

Kırıkların umumî mütalâesinde 30 - 40
yaş arasında fazla görülmüştür. Kırık hastalarımı-
zın tedavisinde takip ettiğimiz usul klasik tedavi
usullerinden ibarettir. Bunlar umumiyet bahsinde
yazılmış olduğundan burada ayrıca tafsil edilmi-

yecektir. Elde ettiğimiz neticeler, münferit ve muayyen bazı vak'alar istisna edilirse (ki bu hastaların bir kısmı teklif olunan tedavi şekillerini kabul etmediklerinden daha basit şekillerde tedavileri icap etmiş, bir kısmı harp senelerindeki röntgen filmi darık veya yokluğundan lâyikiyle kontrol edilemeyenler, bir kısım humerus alt uç kırıkları) umuniyetle anatomik ve bilhassa fizyolojik çok iyi sonuçlar elde ettik.

KIRIK BÖLGE	Yekûn	Kadın	Erkek	Sag	Sol	Arık kırık
Klavikula	74	17	57	35	39	3
Skapula	3		3	3		
Humerus (Caput)	23	10	13	14	9	2
Humerus (Diafiz)	196	48	148	84	112	24
Dir. ek (humerus alt, ulna radius üst epifizleri)	45	15	30	15	30	4
Ulna	69	14	55	25	44	3
Radius	202	63	139	91	111	3
Ön kol diafiz (çift kırık)	214	60	154	102	112	22
El kemikleri	38	7	31	23	15	2
Femur (Caput)	8	2	6	2	6	
Femur (Collum)	87	30	57	36	51	3
Femur (Diafiz)	196	60	136	93	103	25
Patella	19	10	9	8	11	4
Tibia	117	37	80	70	47	5
Fibula	44	8	36	23	21	1
Bacak diafiz (çift kemik)	306	60	246	161	145	76
Ayak kemikleri	64	19	45	40	24	1
Pelvis	27	11	16			
Vertebra { Boyun	1		1			
{ Sırt	14	3	11			
{ Bel	37	9	28			
	1784					
Konya memleket hastanesi	168					
	1952					
		483	1301	825	880	173

Mevzii ağrı, krepitasyon, şişlik, ekimoz, fena şekil, kısıklık, anormal hareketler ve vazife kabiliyetsizliği gibi kemik kırıklarında görülen umumî alâmetlerden başka etraf kırıkları daima mukayeseli ve ölçü ile yapılmalıdır. Kolumna vertebralis kırıklarında his, hareket, refleksler, sfinkterler kontrol edilmeli, pelvis kırıklarında vezikal ve rektal teşevvüşleri aramalıdır.

Kemik bünyesinin normal bulunduğu zaman kırılması için kuvvetli bir travma lâzımdır. Hastalıklı ise az bir tesir ile hattâ, hasta yatağında dönerken kemik kırılabilir. Bu şekillere göre de kırıklar *Tromatik* ve *Patolojik* olmak üzere ayrılırlar.

Patolojik kırıklar, kemiklerin hususî hastalıkları, veya umumî hastalıklar neticesinde meydana gelirler. Bu arada bazen *Spontan* kırık husule gelebileceği gibi yukarıda söylendiği gibi en basit ve hafif bir travma kırığı husule getirmeğe kâfidir. Sifilis goları, kemik kistleri, apseleri, kemik ekinokoku, osteomyelit, osteosarkoma, malign tümörlerin kemik metastazları, osteogenesis enperfekta, ostitis fibroza (lokalisata, generalisa-

ta), skorbüt, Müller - Barlow hastalığı; oteomalasia, rachitis, kemik atrofisi, tabes, syringomyeli v.s. gibi hastalıklarda patolojik kırıklar görülebilir.

Kırık, tromatizmanın isabet ettiği yerde ise direkt, isabet yerinden uzakta ise endirekt kırıktır. Kırık çizgisinin gidişine göre de longitudinal, transvers, spiral, münharif, T veya Y biçiminde veya tamamen intizamsız bir şekilde olur. Yassı kemiklerde çöküntülü, çöküntüsüz; küçük kemiklerde ezik veya şuaî şekilde görülür.

Kırık neticesi parçalara ayrılan kemikler gerek travma gerekse muskulus'ların kontraksyonu ile kayarak yerlerini değiştirirler. Yer değiştirme her zaman vaki değildir. Travma ile kırık ve sinir ile damarlar zedelenmesi de bir arada olursa komplike kırık meydana gelir. Kırığı yapan müessir yumuşak kısımları yaralamamış ise Kapalı; yaralanmış ve kırık bölge ile dışarı arasında teması olmuş ise Açık kırık olur. Bu birleşme pek küçük bir yara ile bile olsa kırık gene açık sayılır. Açık kırık ya tromatizma ile doğrudan doğruya, ya kırılan kemiklerin yumuşak kısımları delerek veyahutta sonradan kemiği örten yumuşak kısımların nekroze olmasına husule gelebilir. Açık kırıkta kemik uçları çok ke-re yaradan dışarıya çıkar. Baş kemikleri hemen derinin altında olduğundan buranın kırıkları daha ziyade açık olmaktadır. En çok görülen kırıklar etraf kemikleri kırıklarıdır. Açık kırıklarda prognoz bu günkü cerrahî tekâmül, sülfamit ve antibiotiklere rağmen kapalı kırıklara nazaran ağırdır. Bu ağırlık geçen zamana, harabiyetin derecesi, müessir maddeden kirlilik ve temizliğiyle alâkadardır. Tromatizma ile tedaviye alınma arasında ne kadar fazla zaman geçer, ne kadar harabiyet fazla olur, yara ne kadar kirli ve septik maddelerle bulaşırsa enfeksiyon tehlikesi de o kadar fazla olur. Açık kırıklarda, yumuşak kısımlar ve bilhassa ciltteki lezyon ne kadar basit ne kadar selim olursa olsun, kapalı kırıklara nispetle daha geç iyi olurlar. Bacak ön yüzü cildi nekroza çok istidatlıdır. Açık kırıklar kapalıya tahvil edilemezse veya eksizyondan sonra sütürlerde en ufak gerginlik fena neticeler verebilir. Sfasel olursa ekseriya kırık odağında sonradan bir osteit teessüs eder.

Açık kırıklarda tedavi olarak geniş eksizyonlar, debridmanlardan sonra yarayı dikmek, gref yapmak, cilt noksanlarını hemen Thirch ile kapamak, kırık odağının hariçle temasını kesmek, Thirch yapılmamışsa cildi fazla germeden tedaviyi devam ettirmek esastır.

Kırık tedavisinde esaslar: Kırılmış parçaları anatomik normal duruma getirip o vaziyette kal teşekkülüne kadar tespit etmektir. Kırılarak birbirinden ayrılmış kemik parçalarını karşılaştırmak için redüksiyon gerekir. Kırılmış ve birbirinden ayrılmamış olan kemikler için redüksiyon safhası yoktur. Redüksiyon için: ekstansiyon, kontraktansiyon lâzımdır. Kısıklığı giderme için kemik uzunlaşmasına doğru yapılan bu redüksiyondan başka yan kayma ve angülasiyona mani ol-

mak için enine redüksyon; kollum femuri ve bacak kemikleri kırıklarında olduğu gibi rotasyon yaparak da rotatvar bir redüksyon gerekir. Bütün bunları kapabilmek için iyi bir anestezi ile ağrıları ve adale kontraksiyonlarını önlemelidir. İyi bir narkoz ve ortopedik masa üzerinde radiolojik ekran kontrolü altında yapılan redüksyon şüphesiz en iyi olanıdır. Bu kabil olamadığı takdirde ve bilhassa kâfi ve bilgili yardımcıların bulunmadığı zamanlarda lokal anestezi de her zaman muvaffakiyetle kullanılabilir. Kırık odağına ve çevresindeki adalelere derince 1/200 Novokain solüsyonundan şırınga edilmek suretile redüksyon yapılabildiği gibi pelvis ve daha aşağıdaki kırıklarda raşianestezi de yapılabılır.

Tespit ne şekilde yapılırsa yapılsın (ateller, gutyerler, hususî cihazlar, alçılı cihazlar, daimî ekstansyon, osteosentez) kan deveranına mani olmamak, sinir sıkışmasına meydan vermemek üzere yapılmalıdır. Sonradan kırık uzuvların sür'atle eski vazifesini alabilmesi için kırık bölge ve durum nazarı itibare alınmak şartile bir çok bölgelerde tespit vasıtaları içinde daha ilk günlerde passif - aktif hareketler ile adaleleri ta-kallüs ettirmeğe ehemmiyet vermelidir. Bu suretle deveran düzelir, faal bir hâl alır, kal sür'atle husule gelir, atrofi fazla olmaz, bilâhare de embolinin husulü önlenmiş olur.

Kırık fleksyon halinde husule gelmiş ise ekstansyon şeklinde, aksi halde olmuş ise fleksyon şeklinde tespit lâzımdır. Tek kemik kırıkları veya çift kemik kırıklarında kırık kemik parçalarını normal anatomik plâna koyarak tespit etmek şarttır. Aksi halde bir parça normal, diğer parça süpinasyonda olduğu halde yapılan bir tespit husule gelecek kalden sonra pronosyon hareketi kabil olamayacaktır. Bu şekilde de fonksiyonel noksanlar ve fena şekiller meydana çıkar.

Kırık basit klinik muayene ile her zaman bilinmiyebildiği gibi mecruh müteaddit yaralar almış ise bazı kırıklar gözden kaçabilir. Bazen iyi bir radyolojik muayenede bile kemik âfeti gözden kaçmış veya görülmemiş olabilir. Klinikman şüphe edilmeyen kırıklar radyolojik muayene ile meydana konabilir. Basit klinik muayene ile tespit olunamıyan kırıklar en çok:

- 1) Kısmî ve bilhassa juskta-artiküler travmalarda (Malleol, Kondil ve Kolumna vertebralis kırıkları),
- 2) Deplasmansız kırıklar (fissür, angrenmanlı kırıklarda, Karp ve Tars kemikleri, epikondil epitrokle kırıkları),
- 3) Derhal vazifede kabiliyetsizlik yapmayan kırıklar (Pelvis kırıkları, ve bazan kollum-femori kırıkları),
- 4) Fazla şişliklerle, hematom veya fazla örgü ile örtülü kırıklar (sakrum, pelvis) veya kalus devresinde meydana çıkanlar, klavikula taze ağaç kırığı şeklindeki kırığı ve çocuklarda kol kemikleri kırığı,
- 5) Ağır, şoke, komalı yaralılarda, bazı kırık-

lar hattâ çok mühimleri (amudu fikari, pelvis-kalvaryaya) habersiz geçer.

Bu sebeble umumî tam muayene ile bilhassa ekimotik kısımlar ehemmiyetle tetkik ve radyografi hiç ihmal edilmemelidir. Bu sayede ekseriya dikkatli klinik muayene ile tespit edilemeyen bazı kemik lezyonları meydana çıkar.

Kırıkların radiolojisi :

Kırık sebebiyle olsun, başka başka yönlerden bulunsun kemik radyografileri her vak'ada lüzumlu olmakla kalmaz, aynı zamanda da imkân bulundukça en az 2 - 3 vaziyette yapmak, çift kemikleri mukayeseli kontrol etmek ve bulguların interpretasyonunda filimleri kuruduktan sonra gözden geçirmek, kuvvetli bir menbaı zıya önünde doğrudan doğruya veya kuvvetli bir lup ile icabında stereoskopik radyografiler yaparak hususî dürbinle muayene etmek gerektir.

Kemik radyografileri hakkında bir kanaat hasıl etmek ve bir teşhise varabilmek için; kemiklerin şekline, kompaktanın konturuna, spongiosa stürüktürüne uzun kemiklerden ise, meduller kaviteye, eklem arasının şekil ve genişliği ve nihayet ossifikasyona bakmalıdır.

Kemiği örten periyost normal radyogramlarda görülmez. Periyostta kalsiyum yerleşmesi muayyen bir dereceyi bulursa yani ossifikasyon husulü takdirinde o zaman periyostun radyolojik imajı teressüm eder.

Umumiyetle radyolojik resim kemik projeksiyonuna bağlıdır. Normal diye kabul edilen kemik resimleri ise uzun zaman vaki klinik ve radyolojik görgü neticesi teessüs etmiştir. Vücudün muhtelif kemik kısımlarına mahsus hususî şekiller intibaatı mevcuttur. Yani bir tibia radyografisi denildiği zaman hayalimizde normal radyogram teressüm eder, ve eldeki nümune ile mukayese ederiz.

Kompakta ve sponjiyosa birbirinden ayrı strüktürde bulunmak ve röntgen şualarını ayrı derecede massetmek cihetinden radyolojik resimde birbirlerinden ayrılırlar. Kompakta oldukça mütecanis, az çok kalın ve nihayetlerden uzaklaştıkça kalınlığı artan çizgi şeklinde vazih olarak çizilmiş kenarlarla ayrılmıştır. Radyogram plâkasına paralel olarak kompakta aşikâr bir gölge vermez. Radyografi de, muayyen bir teknikle yapılmak şartıyla, karışık veya flu kemik gölgeleri patolojiktir.

Sponjiyosa strüktürü: ahenkli, ince alveoler bir manzara gösterir ve kemik boşluklarına tevafuk eder. Sponjiyosa içersinde kemik arşitektürü icabı takviye hatları görülür ki bunlar kemik vazifesiyle alâkadardır.

Patolojik hallerde kemik arşitektürü, deformasyon, ankiloz gibi muhtelif vaziyetlere uyarlar.

Radyogramda sponjiyosa içinde bezelyeden fasulye cesametine kadar olabilen umumiyetle bazı kesif nesîç adacıklarına (lekelerine) tesadüf edilebilir. Bunlar zararsız olabilirler ve kemik lamellerinin çaprazlandığı yerlerde tesbih sisteminde görülür.

Eklem kartilajları radiogramlarda diğer yumuşak örgülerden ayrılamazlar. Bu sebeptendir ki kemik uçları arasında bunlara rastlayan yerlerde geniş mesafeler görülür, genişlikleri mücavir ve muvafık kemik sathına rastlar. Normal bakışta eklem uçları hattâ az bir eksuda bulunsa dahi birbirleriyle temas eder. Neşvünema halinde bulunarlarda bu mafsalsal mesafeleri daha geniş görür. Bu da kartilajinö kısmın geç kalsifiye olmasındandır.

Eklem satırları bir çizgi gibidir. Eklem mesafeleri ihtiyarlarda kartilajların yıpranmasından dolayı daha dardır. Bazı mafsalsal mesafelerinin normal genişliğini aşağıya çıkardık:

Sakro - ilyak	3	mm.
Senfizya pubis	4—6	mm.
Kokso - femoralis	4—5	mm.
Diz	4—8	mm.
Ayak bileği	3—4	mm.
Tars, Metatars	2—2,5	mm.
Baş parmak	2	mm.
Ayağın diğer parmakları	1,5	mm.
Omuz	4	mm.
Dirsek	3	mm.
Karpo - radyalis	2—2,5	mm.
İnter karpi	1,5—2	mm.
Karpo - metakarpi	1,5—2	mm.
Sterno - klavikularis	3—5	mm.
Çene	2	mm.
Atlanto - oksipitalis	1,5—2	mm.
İntervertebralis	2—6	mm.

Bu mesafeler projeksiyona tâbi olmak şartıyla normal ahvalde büyüyebilir. Kemik nükleus'leri kemik örtüsüyle örtülüdür. Ufak intizam-sızlıklar normaldir. Osteo kartilajinö mntaka düz, ince muntazam olup çizgi halinde kalsifiye hudutla çevrilmiştir.

Kemiklerin uzunlamasına büyümesi, epifiz veya diyafize doğru epifiz sinkondrozundan ve epifizer nüve etrafında kartilajinö mahfazadan ileri gelir.

Kemik kalınlaması perikondral periyost istikametinde olur ve nihayet epifizer nüvelerin neşvünemasiyle büyür.

Radyolojik muayenelerde çok kerre stereoskopik resimler çekmek veya tomografi yapmak ta icap eder.

Kemik hiperfrajilitesi:

Muayyen travmatizmalar haricinde ve bilhassa direkt ve indirekt husule gelen kırıklarda normal kemik mukavemeti haricinde birçok sebepler ve hastalıklar tesiriyle kemiklerin kırılması kolaylaşır.

Bu da elâstikiyet zıyayı, mukavemet azlığında dır.

1 — Yaşlı eşhasta görülen osteoporosis.

2 — Umumî hastalıklar ve bilhassa bunlar meyanında tabes dorsalis, siringomyeli gibi asabi hastalıklar, raşitizma, scorbut (Müller - Barlow), osteomalasia, osteogenesis imperfekta (osteopsatirosis).

3 — Mevziî âfetler, tümörler (karsinom, sarkom, osteodistrofi fibro kistik lokalize ve generalise, osteit deformant, encondrom).

Müzmin iltihaplar: Spina ventusa, mikst enfeksiyon şekli, Tb. Sy. anormal kemik erosiionları gibi.

4 — Kemik kistleri:

5 — Nekroz epifizer (Perthes-Calvé-Legg, kalça deforman osteokondritisi, scafoide du pied infantile, maladie de Köhler).

Kemik hiperfrajilitesini tevlit eden kemik kistleri aşağıdaki hastalıklarda görülür:

Tüberküloz (Carie ve osteit tüberküloz kistik mültipli), osteomyelit, kal, osteit deformant Paget, osteoporosis, osteomalasia, chondrom, osteit fibro kistik lokalize - osteit fibro kistik generalise, myelom, sarkom - kondro - sarkom, metastaz karsinomatosis osteolitik (münferit fuayyeli şekil), Müller - Barlow hastalığı, paraziter (ekinokok - sistiserk), rasin denter granülom (kist radiküler), kist denter maksiler (kist foliküler), artroz ürik, artroz deformant, hemofiliklerin mafsalları, artritis synovial kronik, bilek kistlerinin teşekkülü.

Kalus (kemik indimali) parçaları, evvelâ yandan ve sonra uç uca birleştiren bir hâdisedir. Bu indimali temin eden osteojenez kırıklara mahsus hususî bir processüs değildir. Post travmatik bir osteojenezdir. Tromatizmayı müteakip her zaman husule gelebilen ve vasküler neticele-ri kemiğe kadar dayanan, mevziî osteoliz ile uzak mesafelerde dekalsifikasyon husule gêtiren bir hâdisedir.

Kal teşekkülünde bütün kemik kısımlarının rolü vardır (periost, kemik iliği ve kompakta) periostun iç tabakası (couche ostéogène d'Ollier veya moelle sous periostique de Ranvier) daha faal görünüyor. Bunlardan başka kırık odağında kırık parçalar arasında kısmen dekolle olmuş periost ve adaleler arasına akarak birikmiş kan ve koagulumlara diapedese ile gelen lökositler ve periostik proliferasyonla meydana gelen hücreler ilâve olarak fibröz bir kal başlar bir taraftan da yavaş yavaş kalsium tavazu eder. Periostal reaksiyon çok kere fazladır, şişer, ortası kırık odağı, iki ucu kırık kemiklere yapışık daha dar olmak üzere bir manşon şeklini alır. Sarı olan kemik iliği kırmızı bir renk alarak faaliyete geçer. Osteojenez her taraftan başlar, metaplazi suretile fibroz, konjonktif cellalardan da husule gelir. Kal evvelâ exuberant olarak ve ilikli kemiklerde kanal tıkanmak suretile husule gelir. Sonradan iç ve dıştaki fazla kısım rezorbe olur, kanal da açılır. Evvelce dört haftada tekemmül eden bu kal teşekkülü şimdi üç haftada tamamlanmış anlaşılmıştır.

Kapalı bir kırık indimali; entorstan sonra paraartiküler ossifikasyon, lüksasyondan sonra osteom müsküler gibi tezahürat, post tromatik vasomotor teşevvüşatının nesci munzamda tevlit ettiği tahavvülâtan ibarettir. Ensicenin doğrudan doğruya hayati noktai nazardan bu üç hal arasında hiç bir fark yoktur. Kapalı kırık indi-

malini tamir mekanizması ve paraartiküler ossifikasyon ve osteom müsküleri de artık birer hastalık telâkki etmemelidir.

Normal bir insanda kırık kemiğin indimal müddeti: Kemik neoformasyonunun radyogramda ilk alâmeti kırıktan itibaren 10 - 14 günde başlar. Skleroz 2 - 3 ayda teessüs eder.

Şifa müddeti: El ve bilek kemiklerinde üç hafta, kol kemiklerinde altı hafta, femurda 8 - 10 hafta, Collum femuri de 12 haftadır.

Genç eşhasta, büyük ayrılmalarda, vasi periyost lezyonlarında, kemiğin kırık nihayetlerinin tesbit edilmemesi ve nöropatik mafsallarda hastalıklarında kal'in iyi teşekkülü radyogramda görülür. Yaşlı kimselerde, az ayrılmalarda, mahdut periyost lezyonlarında, kemik kırık nihayetlerinin tesbitinde ve habis tümör vakayinde kal az teşekkül etmiş olarak görülür.

Hususiyet gösteren ve çok kere gözle görülür derecede malûliyetler bırakan kırıklardan biri de dirsek mafsalı (humerus alt nihayet kırığı) dir.

Genç yaşlarda görülür, Fransız müelliflerine göre humerus alt nihyeti kırılmış yüz çocuğun 46 sında süprakondilyen, 30 unda epikondilis lateralis, 18 inde epikondilis medialis ve 6 sında diğer kırıklar görülmektedir. Bu mafsalları T, Y, V şeklinde süpra ve entrakondilyen kırıklar şeklinde nadir olarak; diyakondilyen kırıklar gibi istisnai kırıklar, kondilin kısmî kırıkları, epifizer dekolman; iç ve epikondil kırıkları gibi bir çok kırık şekilleri görülür. Bu mafsalları kırığı tespitinden sonra fizik tedavi ve masaj çok kere iyi netice vermiyor, mafsalları hareketlerine engel olan hyperostozların meydana çıkmasına sebep oluyor.

Klinik :

Kırığı bulunan bir tromatizmalının hele açık bir kırıklığın nakli ve tedavisi, harp ve sulh zamanlarında da mühimdir. Açık olan yarayı dezenfekte etmek hiç değilse septik mevadla temas etmesine meydan vermemek lâzımdır. Bu sebeble yaralıyı alelacele bir bezle ve sargı ile sarmak, yaraya müteaddit mahlüller dökmek uygun olmaz. Temiz bir pansuman imkânı yoksa elbiseyi kesip yarayı havaya açık olarak maruz bırakmak müreccahdır. Mühim bir kanama varsa uzaktan bir band koymalıdır. Bu band ancak azamî bir saat bırakılmalı ve bilâhara açılarak lüzuma göre tekrar bir daha tatbik edilmelidir. Yaralı ve kırık tarafı atellerle tesbit etmelidir. Yara kısmı mutlak açık bırakılmalı veya temiz pansuman malzemesi varsa onunla kapatılmalıdır. Cerrahî müdahale yapılabilecek bir merkeze derhal nakli gereken yaralıyı mümkün sür'atle cerraha veya bir cerrahî merkeze ulaştırmalıdır. Ciltteki teferruk ve ittisal ne kadar basit olursa olsun her açık kırık yalnız hayatî ve mevziî vahim bir tehlike teşkil etmekle kalmaz aynı zamanda hemen acele tedaviyi gerektirir. En mühim tehlike enfeksiyondur. Kırıktan evvel yara tedavisi ehemmiyet kesbeder. Enfeksiyon

henüz teessüs etmemişse önlemeli, meydana çıkmışsa ona karşı mücadele etmelidir. Açık bir kırık tedavisi yapmağa mecbur olan her cerrahın düsturu bu olmalıdır. Bundan sonra her kırıkta olduğu gibi; kırık tarafa iyi vaziyet vermek, parçaları iyi vaziyete sokmak ve kemik tutuncaya kadar bu vaziyette muhafazayı düşünmektir. Kırık tarafta, müteakip günlerde, tezahür edecek gazlı gangren gerek o tarafı, gerekse mecruhun hayatını hemen tehlikeye soktuğu için artık bu hallerde kırık tesbit ve redüi tali kalır. Demek oluyor ki bidayette bu gibi vak'alarda ortopedik tedavi cerrahın düşüncesinde tali bir rol alıyor. Bazan ise bu tedaviyi çok sonraya bırakmak mecburiyetinde kalınır, zira ilk önce yaranın tedavisi ehemmiyet kesbetmiş bulunur. Son senelelerin antibiotik tedavileri bu enfeksiyonları önlemekte ve meydana gelmiş olanları da geçirmektedir. Açık kırıklarda yara tedavisinde tutulacak yol alelumum yaralarda takip olunan tedavinin aynıdır. Kırığın mevcudiyeti tatbik şeklini biraz güçleştirir. Fakat esasatı değiştirmez. 1 - Temizleme, iptidai dikiş, 2 - vasi debridman ve yara derinliklerini meydana çıkarıp şimik, antibiotikle dezenfeksiyon.

Yara durumu : 1 - Kenarları muntazam ve düzgün, 2 - ezik yaralar, 3 - Büyük adale ezilmesi müterafık yaralar, 4 - Kemik ufalması müterafık olanlar, 5 - Cilt ziyale müterafık olanlar.

Yaranın eskiliği: Tedavi üzerinde çok müesirdir. On iki saatten az zamanda husule gelmiş yaralar inoculé'dir. Henüz enfekte değildir. Yani bu yara ayıklandıktan sonra, şerait uygun görülürse iptidai olarak dikilebilir. Daha eski yaralarda bu usul tatbik olunamaz. Bunlarda yara ayıklanır ve açık bırakılır. Veya debridman veya münhat yerlerde drenaj ile veya daimî Daken, rivanol, antibiotikli serumlar irigasyonile tedaviye tâbi tutulur. Kemik kırıklarının yerine konması radyolojik göz kontrolü ile yapılmalıdır. Ancak her zaman tam olması kabil değildir.

Tesbit: Yara açık bırakılmışsa pencereci alçılar, gutiyerier, daimî ekstansiyonlar yapılır. En iyisi daimî ekstansiyondur. Kırık taraf bir takım süporlar üzerinde durdurulur ve muhtelif ekstansiyon cihazları ile daimî ekstansiyon (Thomas cihazı, flasterle ekstansiyon, Kirschner çivisi) veya bazı vak'alarda iptidai veya muahhar osteosentez yapılır. Osteosentezler kalın katgüt, veter parçası ve metalik (telli, atelli, çivili) veya enclauge medüller şeklinde yapılır. Açık kırıklarda, enfeksiyon hallerinde iptidai olarak veya yara kapanıp iltiyam eskimeden böyle tesbit doğru olmaz. Enfekte mihraklarda kemikler üzerinde yapılacak müdahaleler veya kemiklerin delinmesi yeniden bir takım enfeksiyonlara yol açar. Bir kaç saatlik temiz bir kırık vak'asında antibiotik tedavi ile osteosentez ve iptidai sütün yapılabilir. Tali osteosentez iyi vaziyet almamış, ekstansiyon ve tesbit ile düzeltilmiş kırıklarda müteaddit yara ifrazının bakteriyolojik muayenesinden sonra temizliğine kanaat

getirilirse tatbik olunabilir. Osteosentez yapılabırsa, plâk ve çivilere imkân dahilinde telleri tercih etmelidir.

Harici tesbit vasıtaları: (Lambotte) nazari olarak kemikleri karşılaştırır ve arada bir şey bırakmaz. Son senelerde bu hususta pek çok modeller yapılmıştır ve çok iyi neticeler alınmaktadır. Radiolojik ekran altında ve hususi ortopedik ameliyat masalarında bu iş daha esaslı yapılmaktadır.

Hülâsa: Pratikte açık kırık karşısında hareket tarzı çok muhtelif olmakla beraber şöylece hülâsa edilebilir: Kırıkla birlikte görülen yara kanayan temiz ve içeriden dışarıya delinmiş ciltten ibaret ve kırık da çok yeni ise yarayı belki genişçe açmak icab etmez. Cildi traş edip dikkatle temizlemeli, yara ve etrafı iyi dezenfekte edilmeli antibiotik tozları serpilmeli ve hepsini steril gaz pamuk ile kapatıp sarmalı ve derhal tesbit veya temdit cihazını tatbik etmelidir. Her açık şüpheli vak'ada olduğu gibi antitetanik, antitangrenö serumlar, antibiotikler tatbik olunmalıdır. Yara geniş ve kemikleri de meydana koymuş ise iş değişir. Bunlarda sathi dezenfeksiyon çok kere iyi netice vermiş olsa dahi derindeki enfeksiyonun ertesi günler ne doğuracağını evvelden kestirmek kabil olamayacağından asıl derin tabakaları temizlemek lâzımdır. Bu sebeple de evvelâ cilt çok kirli ise benzin, alkol veya eterle iyice temizlendikten sonra yara etrafı tentürdiyotlanır beş dakika beklenir ve yara kenarları makas ile eksize olunur. Kemik kırıkları nihayetine kolayca varabilmek için yarayı genişletmeli ve sıcak serum veya eterle yıkamalıdır. Bu suretle birikmiş alâkalar ufak kemik parçaları ve her türlü bekaya yaradan çıkarılır. Bu temizleme esnasında kemik nihayetlerini pek az ayırmalı, periost ve kasları parçalamamalı, kan akıtmamalıdır. Bu temizleme dikkatle yaranın bütün bucaklarında ve kemiğin her tarafında yapılmalıdır. Kemik cildi delip dışarıya çıkmış ise kemik temizlenmeli icab ederse kürete edilmeli ve hattâ pens guj ile şekli bozulmıyacak surette hafifçe yontulmalıdır. Bu iş bitince kemiği yerine red etmelidir. Bazen red iyi olur, kırık münharif ise krome veya kalın katgütle bağlamalı, aksi halde kemikleri iyi vaziyete getirip tel ile tesbit etmelidir. Ender olarak osteosentezi atel ve çivi ile yapmalı, aksanı rihve ve cildi dikmeli, icab ederse derinden veya cilt altına filiform veya oluklu lâstik drenlerle drenaj yapmalı bu drenaj bilhassa tam hemostaz yapılmamışsa, kırık sekiz saat kadar bırakılmalıdır. Yaraya hafif bir pansuman tatbik olunur ve derhal yara yerine tevafuk eden kısım açık kalmak şartile alçı ile tesbit olunur. Bu tarif olunan tedaviler hemen her zaman umumî anesteziyi icab ettirir. Kaymaz ve yaranın fazla debridmana ihtiyacı yoksa o zaman lokal anestezi kâfi gelebilir. Bu gibi açık kırıklarda harici fiksasyon usulleri çok uygundur.

Vasi cilt ve adale harabiyetile müşterek büyük parçalı komplike kırıklarda mühim damar-

lar zedelenmemişse burada yara geniş ve kirli, tardide uğramış ensice parçalanmıştır. Kemik uçlarının reddi ve intibakı güçtür araya çok kere adale parçaları girer. Anestezi jeneral altında yara evvelce tarif olunan şekilde hazırlanır, geniş debridman ile iyice temizlenir. Alaka ve ecsamı ecnebiye kaldırılır. Eksiziyon ve ayıklama yapılır. Makasla fascia parçaları, sarkan adale kısımları, tandon parçaları, fibriler kaldırılır sağlam ve kanayan adaleye kadar bozuk kısımlar kaldırılır. Mermiler ve küçük mermi parçaları bulunup çıkarılır, periosta yapışık esaslı kemik parçalarına dokunulmamalıdır. Bu ufak parçalar beslendikleri taktirde ileride kalus'ün teşekkülünde mühim rol alacaklardır. Bazı büyük parçalar periostsuz dahi olsalar bunları muhafaza etmeye itina olunmalıdır. Ölü bulaşık, şüpheli ensice yaranın derinliklerine kadar temizlenecek, cilt altında ve kemik parçaları arasında bu aksamı kaldırdıktan sonra iki nihayeti imkân dahilinde birbirine yaklaştırılarak, icab ederse guj ile birbirine uydurulmalıdır. Bu temizlik şüpheli bırakmaz bir şekilde yapılmış ise ve mecruh on iki saatten evvel elimize gelmiş ise, antibiotikler tatbiki ile yara kapatılır. Aksi halde yara dikilmez en münhat yerden veya kontrensiziyon yapılmak suretile drenaj temin olunarak dikilebilir. Ciltte harabiyet ve noksan var ve yara genişçe açık bırakılmak mecburiyeti yoksa tırş yapılır. Antitetanik serumla antitangrenö serumu antibiotikleri de unutmamalıdır. Yara dikilmiş ise derhal alçı konulabilir, açık bırakılmış ise madeni bir cihaza konup dâmi ekstasyon yapmak daha uygun olur ve böylece yara daha kolaylıkla tetkik ve pansumanı yapılır. Ateş, ağrı, ödem yoksa bu pansuman bir hafta on gün bırakılır. Bu suretle ihtilâtsiz seyir etmiş olur. Bundan sonra alçı veya osteosentez tatbik olunur.

Kırık, açık, kirli ve enfekte ise yani ağır bir tromatizma neticesi vasi ezik bir yara arz ve oradan dışarıya fırlamış olan kemik ucu çamur ve toprak, yağlı, kirli maddelerle ve bütün uzuv kir kan içerisinde bulunabilir. Bu vak'alarda kırık mihrakın tekayyühü, münteşir flegmon, tetanos, bazen bir kaç saat zarfında bile gazlı gangren teessüs eder.

Bu kadar vahim bir şekilde kirleşmiş ve ihtilâl tevliid edebilecek bir kırıkta ne yapmalı?

Eskiden hiç düşünmeden ampütasyon yapıldı. Bu gün ise bilhassa yeni vak'alarda ampütasyon yapılmaz; debridman, eksiziyon temizleme ameliyeleri, drenaj, irigasyon yapılır. Şiddetli ezilmeye müteakip günlerde, tedaviye rağmen, vahamet artarsa ampütasyon yapılır. Ampütasyonu önlemek için vasi eksiziyon ve tulani derin şaklar yapılır. Harice çıkmış kemik kısmı çok kirli, kurumuş ise bu kısım rezeke edilir. Bilâhare yaraya bol eter dökmelidir. Eter uçuktan sonra antibiotikler dökülür. Bu gibi vak'alarda katiyen tam intibakı düşünmemelidir. Hiç bir zaman kemik sütürü yapmamalıdır, ancak imkân dahilinde red ve yara ağzını açık bırak-

malıdır ve Daken mahlülile veya antibiotikli serumlarla caimî irigasyon yapmalı, hususî atellerle bacak tesbit olunarak yaranın pansumanına devam olunmalıdır. Bu usullerle kırık mihrakının tekâyyühünün önüne geçilirse iyi indimal ve şifa elde olunabilir.

Ayak bileği ve ayak mafsallarında bilhassa mafsâl içi açık kemik kırıkları nadir değildir. Mafsâl içi açık kırıkları ekseriya vahim olup zarar değişir. Afetin derecesine ve tromatizma üzerinden geçmiş zamana ve kırık mihrakının intan derecesine göre tedavi değişir: Her türlü hazırlığı tamamlamadan açık bir mafsala ilişmemek gerektir. Görmek el ile ces âfetin vaziyeti hakkında kâfi malûmat verir, radiografi bilgiyi tamamlar. Yaraya ve mafsala kirli bezler sokmamalı kanama varsa üstten bir band ile kanı durdurmalı ve iki atel arasında muvakkat bir tespit yapıldıktan sonra yaranın üstünü yalnızca örtmekle iktifa olunmalıdır. Bu vaziyette gelen bir mecruhun kolu, bacağı, hayatı, bu ilk müdavatı bağı olacaktır. Yaranın etrafını iyice temizlemeli, sabunlamalı, eter, alkol veya benzin ile silmeli, yaraya ve mafsâl dahili kırığa bol eter dökmeli içerdeki bütün ecnebi cisimlerle alâkaları ve kemik parçalarını tahliye etmeli içerisine sulfamit veya antibiotik döküp, temiz vak'ada mafsâl kapatıp alçı ile tespit yapılmalıdır.

Mafsâl ezilmesi müterafık açık kırıkta henüz pek yeni vak'ada, enfeksiyon ihtimali de yoksa yarayı tevsi ile işe başlamalı ve mütenazır bir şak yaparak bütün mafsalı meydana koymaktan çekinmemeli; yerlerini değiştirmiş mafsâl kemiklerini yerlerine koymalıdır. Eğer mafsâl kemikleri tamamen ezilerek harap olmuşsa bunları ortadan kaldırmalıdır. Kemik nihayetlerini karşılaştırıp pens guj ile düzeltilmek suretile atipik bir kemik rezeksiyonu yapılmalıdır. Ayak bileğinden iç ve dış tarafta maleolleri veya bunların yerini tutacak kemikleri bırakmak gerektir. Bu müdahalelerden sonra ekseriya drenaj icab eder. Mafsâl ile müşterek bir kırığın prognozu vahimdir. Tedavisiz kalmış kızarmış ödemli ateşli fena pansuman yapılmış yaralar da vahimdir. Bu gibi vak'alarda amputasyon belki hayatı kurtarır ve ancak en son hayatî lüzum üzerine yapılmalıdır.

Hülâsa : Mafsalı iki tarafta vasian açıp eterle yıkamak, bütün kemik artıkları pıhtı ve saireyi temizlemek, tampon etmeden iki büyük dren koymak, sulfamit, antibiotik eklemek ve derhal alçı ile tesbit tedavinin esasını teşkil eder. Bu vaziyette hemen kırığın, indimali ve muahhar vazifeye kabiliyet kazanma meselesi değil, enfeksiyon, osteoartrit septik mevzuubahs olup bununla mücadele etmek gerektir. Ekseriya sık mafsallarda bu nevi drenaj imkânsızdır. Burada kemikten fedakârlık yapmalı ve mafsâl cevfini genişletmelidir. Böyle enfekte mahallerde tipik mafsâl rezeksiyonu tavsiye edilemez nadir endikasyonları vardır. Bu şeraitte yalnız kemik uçlarını düzelterip mihrakı genişletmeli ve rezeksiyonu muahhar tedaviye terk etmelidir.

Ayak bileğinde rezeksiyon ve drenaj yerine astragalektomi yapılır.

Büyük ezilmeler karşısında her şeyden evvel şoke yaralının hayatını kurtarmayı düşünmek icab eder, ondan sonra harap olan uzvu kurtarmak veya mümkün merteye az zararla az bir malûliyetle işi bitirmeye gayret etmelidir. Bu suretle sık sık tesadüf edilen ve sür'atle karar ittihazı icab edecek olan hallerde yalnız kalmış bir cerrahın takip edeceği hareket yolu budur: Büyük ezilme etrafın nihayet kısımlarında (el, ayak) veya orta kısmına (femur, bacak, humerus) münhasır olmak üzere bulunur. Şoke hastada tedavisinden burada bahsetmiyeceğiz. Şokun umumî tedavisi malûmdur.

Etraftan birini orta kısmına münhasır bir ezilme husule gelmiş alt ve üst kısım ezilmekten kurtulmuşsa bu zaman iki vaziyet olur. 1 - Ya kemik ve yumuşak ensice ağır bir şekilde ezilmiş ancak büyük damarlar salim kalmıştır veya 2 - kemik ve yumuşak aksam ile birlikte büyük damarlarda parçalanmıştır.

Kemik ve ensice ezilmesi müterafık ve büyük eviyenin salim bulunduğu vekayide: İlk saatlerde mezkûr taraf soğuk, hareketsiz, hissiz, nabız çok güçlülükle hissedilir, uyuşuk ve ölü evsafi gösterir. Ancak dikkat edilirse ezik mahallin altında esas şiryan ve şubelerinde nabazan bulunur. İşte bu buluştur ki ezikliğin fazlalığına rağmen uzvu muhafaza etmeğe karar verdirir. Mücavir ile ezik odağın dezenfeksiyonundan sonra vasi bir ekziziyon (yara kenarları, sıcak ve adale aksamı ayrılmış kemik parçaları çıkarılır) eter ile yıkama ve dikkatli bir temizleme yapılır. Bilâhara eterle ıslatılmış gazlarla ve bol pamukla sarılır. Sıkılmadan tesbit edilir. Kemik az parçalanmış, mevzii ve umumî durum daha iyi ise o zaman kemik üzerinde uygun tesbit müdahaleleri yapılarak ileride husule gelmesi muhtemel psödartrozlar önlenir.

Büyük eviyenin de ezilmiş olduğu vekayide; uzvun akibeti taayyün etmiştir. Nabazan alınmaz ezik yerin altında tam atalet mevcuttur. His yok, ölü soğukluğu mevcut, yani tarafı mezkûrdan hayır kalmamıştır. Bu halde ne gibi hareket hattı takip olunacaktır? Enfeksiyondan mütevellit acil vak'alar müstesna olmak üzere derhal bir müdahaleden (tipik amputasyon - dezartikülasyon) dan sarfı nazar edilecektir. Yani bu suretle kendi kendine ayrılıncaya kadar bu ölü kısmı vaziyete bağlı bırakılmalı mıdır? Tarzı hareket vaziyete göre değişir. Ölü kısım uzviyete ancak cilt veya adale ve fascia kısımlarile bağlı kalmışsa, bir makas darbesi bunları ayırır. Bundan fazlasını yapmayı kemik ve adaleyi düzeltmek, muvanyonu hazırlamayı düşünmemelidir. Eterle yıkamak, eterle ıslak gazlarla bol pamukla iyice sarmalıdır. Bu suretle çok iyi neticeler elde edilebilir. Ve böylecede yaralılarda nisbeten işe yarayabilecek ve protez takmaya elverişli bir kısım muhafaza edilmiş olur. Operatör geç davet edilmiş ve ezik aksam kirlenmiş ise ve enfeksiyon da mevzii aşikâr alâmetlerle tezahür eder-

se, şok geçer geçmez, derhal ampütasyon yapılmalıdır. Bu vak'aların her şeklinde sülfamit-ure ve antibiotikler mevzii ve umumî olarak kullanılmalıdır.

Ayak ve bacağın bir kısmı, el ve ön kolun bir kısmı bazan da daha geniş aksam ezilebilir. Mecruh solmuş, üşümüş, nabız ufak, teneffüs sathî ve kesik, şuur kısmen zail olmuş yani tromatik şok halinde ise evvelâ ezilmenin gayri kabili tamir olup olmadığını ve gerek vazife gerekse şekil itibarile kabili iade olup olmadığı ve ölüme mahkûm olup olmadığı tetkik olunur.

Yalnız el veya ayağa münhasır ezik mevcutsa nasıl hareket etmelidir? Kademde topuk cildi salim ise Talus ezilmemişse yarının arka kısımlarından henüz kırmızı kan akıyorsa o kısmı mümkün mertebe muhafaza ile ileride yürümeyi temine çalışmalıdır. Elde ise daha çok itina ile mümkün olanı muhafaza etmelidir, hayatîyet burada her zaman daha fazladır. Bu muhafazakârlık hali üzere terk ve yalnız mihrakı temizlemek mânasına gelmez. Evvelâ mihrakı alkol veya eterle iyice yıkamalı ve bu esnada da yarayı iyice açıp bütün girinti ve çıkıntılara tesirini temin etmeli, alakaları temizlemeli, ecnebi cisimleri çıkarmalı, harap cilt, adale ve veter, fasıa, kemik parçalarını eksize etmelidir. Bu ilk tedavi bütün mihrakı meydana çıkaracak şekilde yapılmalıdır. Dezenfektanlarla yarayı yıkamak gaz bol pamuk ve sargı sarmalıdır.

Harabiyet bacak veya önkol ve hattâ daha yukarılara kadar ilerlemiş ise: alt kısım soğuk, soluk, hissiz, hareketsiz ve sfasele mahkûm ise bu vak'ada derhal tipik müdahale yapmamalıdır. Bilhassa tali gangren teşekkülü arzu edilmiyorsa çok yüksekte ampütasyon yapmak icab edeceğine göre daha ihtiyatlı hareket etmelidir. Zira önkol ve bacakta yapılacak ampütasyonlarda ehemmiyet yoksa da femur ve humerusta yapılacak ampütasyon ve omuz ile kalça mafsalı dezartikülasyonlarında, mühimdir. Zira ne kadar muhafazakâr kalınırsa protez tatbiki o kadar kolay olabilir. Bazen ezik kısım sağlam kısma bazı cilt, tendon ve adale ile bağlı bulunur. Bunlar makasla kesilerek ayırılır. Umumiyet itibarile ezik yerin en üst kısmından cilt, adelât, fascia kesilir ve kırık kemik oradan basküle edilerek hepsi birden ayrılarak atılır, kalan kemik nihayeti, adale, tendonlar ve cilt aksamile artık uğraşılmaz. Yara müteaddit defa eterle yıkanır, eterli gazlarla ve bol pamukla sarılarak bağlanır. İmkân olur olmaz derhal ve kırıktan sekiz saat sonra tekrar edilmek üzere on santimetre küp antitetanik serum, sulfamit, antibiotikler tatbik olunur. Onuncu günü üçüncü bir tetanos serumu yapılır. Pansuman icab ettikçe değiştirilir ve yara iyice burjonlar peyda ettikten sonra tamir edici ikinci bir müdahaleye tâbi tutulur.

Bazen büyük ezikler kirlenmiş geç ve hattâ günlerce sonra tefessüh etmiş ve tehlikeli bir enfeksiyon baş göstermiş olarak ele geçebilir. Yaradan siyah kanlı ifrazat gelir yara ödemli şişkin

ve tarafı mezkûrun üst kısmında kırmızı lenfatik teressümat bulunur. O zaman derhal açık bir ampütasyon yapılmalıdır. Böyle hallerde uzuvdan parça saklamayı düşünmek doğru değildir. Hayatı kurtarmalıdır, zira gazlı gangren çok süratle ilerler.

Netice olarak: Yeni eziklerde; şok az, ve ilk safha geçmişse, tipik ampütasyon yapılmaz, ezik tarafın eksizyonu yapılır. Enfekte eziklerde; ampütasyon daha doğrusu açık ampütasyon yapılmalıdır.

Açık kırık tedavisi :

A - Yara tedavisi; B - Kırık tedavisi (iyi vaziyete getirme - tesbit), C - Komplikasyonların tedavisi, D - ve muahhar tedaviden ibarettir.

Açık kırıktaki yara ne şekilde olursa olsun umumî olarak yapılması icap eden yara tedavisi şekillerine tâbidir. (Yaranın etrafını sabunlu su, benzin, eter, alkol, detol, cetavlon gibi maddelerle silip tentürdiyot sürmek temizlemek ve içerisini eau oxygène ile yıkamak veya tentürdiyot atuşmanı yapmak, fizyolojik serum ile, antibiotikli maddelerle yıkamak); Vak'aya göre yarının içerisindeki ve kenarlarındaki girintili ve çıkıntılı nesicleri kesip çıkartmak (Excision). Steril bir pansuman koymak. (Servisimizde taze olan yaralarda sulfamit pomatlı gazlardan ve antibiotik tozu dökülmesinden çok güzel neticeler alındı.) Antitetanik ve antigangrenö serumlar yapmak, ağız veya enjeksiyon tarikiyle süfamid vermek, ve yaraya sulfatiazol ve ure veya birleşik olarak dökmek, penicillin, streptomycin'in mevzii veya umumî tatbikatı yapılır.

Kırık tedavisi: İlk tedavi yapıldıktan sonra vak'anın şekil, vaziyeti ve husule geldiği nahiyelere göre hareket edilir.

Vak'a çok yeni (üzerinden altı saatten az bir zaman geçmişse) harabiyet az ve müessir de temiz olursa (kurşun yaraları) o vakit açık kırığı kapalı kırık haline koymak: yani yara muhittindeki girintili, çıkıntılı nesicleri kesip çıkartmak, yara içerisini temizlemek, dikmek, kırığı yerine getirmek, bu şekilde kapalı bir kırıkmiş gibi tesbit etmek mümkün olur. Yara mahallini lüzumlu vak'alarda pansuman ve kontrol maksadile açık bırakmak lâzımdır. Açık kırık başta ve çöküntü mevcut ise derhal müdahale edilir. Kırık mahalli temizlenir, kemik parçaları çıkartılır, steril pansumanlarla yara tedavisine devam edilir. Açık kırık alt çene kemiğinde ise, kırığı yerine getirmek, sağlam dişlerden istifade ederek telle tesbit, yarayı da açık bırakarak pansumanlarına devam etmek veya maksillo fasyal, kraniyo maksiller tespitler icabeder. Humerus veya ön kolda ise yine esas olan kırık mahallini lüzuma göre pansuman ve kontrol maksadile kapalı veya açık bırakmakla beraber vak'aya göre ya bir gutiyer ya abdüksiyon atelile veya pencerele alçı ile tesbit edilir. Açık kırık bacakta ise (Tibia hemen derinin altında olduğundan kırıkları ekseriyetle harice açılır) vak'aya göre pencerele

alçı, köprülü alçı bandajı veya asma teli ile tesbir edilir.

Kırıkların operatif, ekstansiyon usullerile tedavisi: Bu hususta kullanılan müteaddit cihaz ve usuller varsa da bunların içinde en revaçta olanı Kirschner ekstansiyon cihazıdır.

Ağırlıklar üzengeye bağlanır. Telin geçeceği yerleri intihap etmek mühimdir. Mafsallara yakın olmamasına, küçüklerde de epifize yakın olmamasına dikkat etmek icabeder. Mafsala yakın olursa hidropsa, epifize yakın olursa kemik inkişafına mani ve bozukluğa sebebiyet verir.

Bir de kemik iliğinden çelik çivilerle çivileme usulü vardır.

Açık kırıklarda kapalı tedavi usulünden alınan netice:

Bu usul ile alınan netice bütün diğer usullerle alınanlara nazaran kıyas kabul etmiyecek kadar iyidir.

Hararet, alçı tatbikinden 4 - 6 gün sonra düşer. 6 - 12 gün zarfında fuayedeki harabiyetten husule gelen hasılatın rezorpsiyonundan ileri gelme intoksikasyon hali zail olur, yara ve kırığın alçı ile tespiti, indimal ve yara iltiyam müddetini kısaltır. Yara ve kırık mihrakının drenajı enfeksiyonun intişarına mani olur ve bu sebeble de flegmonlar, adale arasında enfiltrasyonlar, lenfanjit ve sellülit görülmez. Her gün yapılacak pansumanın hazf edilmesiyle de enfeksiyonun intişarının önüne geçilir. Psödartroz husule gelmez. Kapalı tedavi hastanın gezmesine müsaade eder ve böylece maddî, manevî tesiri görülür. Hasta gezmekle atrofi mûsküler olmaz. Yürüme cihazıyla hasta hareket etmekle adale takallüs eder ve deveran daha iyi olur. Hastahane yatakları çabuk boşalır, mecruh evinde daha rahat ve yakınları arasında tedavi görür. Alçı çıkarılırken mafsallar serbesttir, ankiloz görülmez, kapalı usul ile yapılan tedavide trofik teşevvüşat hemen hemen nazarı itibare alınmıyacak kadar azdır.

Komplikasyonların tedavisi:

Açık kırıklarda en mühim tehlike enfeksiyondur. Enfeksiyonlarda yukarıda yazdığımız gibi yaralanmanın üzerinden geçen zamana, harabiyetin derecesine, müessirin kirli veya temiz oluşu ile alâkalıdır. Geçen zaman fazla, harabiyet fazla, müessir kirli ise enfeksiyon tehlikesi de o kadar fazladır. Esasen her açık kırık vak'asına enfekte bir yara nazarıle bakmak lâzımdır.

Açık kırıklarda enfeksiyon iki yolla olur: 1 - Raddi cisim ve hariçî yol, 2 - Lenfa ve kan yolu.

Kırığı tevlit eden müessir maddenin taşıdığı mikroplar, bu cisimle kırığın içerisine, harap nescin derinliklerine kadar gider ve orada yerleşirler. Yara derinliklerinde harap olmuş nesiçler, kırık ve muhitinde meydana gelen hematoma, bu mikropların inkişafına en müsait zemin teşkil eder. Açık kırık tedavi görünceye kadar hariçten yara derinliklerine giren elbise, çamaşır ve sair kirli mevad ile enfekte olur.

Lenf yolu: Kırık mahalline yakın enfekte mihraklardan, yaralardan kalkan mikropların lenf yolu ile gelip yerleşmesi olur. Bu şekil enfeksiyon daha ziyade kapalı kırıklarda ciltte mevcut fronkl, impetigo, ectima v.s. de düşünülür.

Kan yolu: Vücutta mevcut her hangi bir enfeksiyon mihrakından kalkan mikropların damarlarla kırık mahalline (locus minoris resistentiae) gelerek inkişaf etmeleri olur. Bu yolla enfeksiyon azdır. Her hangi yolla olursa olsun enfekte bir açık kırık için bir çok komplikasyonun hazır olduğunu düşünmek icabeder. Tetanoz, erizipel, lenfanjit, flebit, tromboflebit, flegmon, artrit, osteomyelit, sepsis en mühimlerindenidir. Başlı başına birer mevzu olan bu komplikasyonları buraya sığdıramayız ancak bir kaç satır ile bazılarında bahsetmek uygun olur.

İntana ait ihtilâtlardan: Tetanoz, gazlı flegmon ve gangren, lenfanjit, erizipel, sepsis, osteomyelit, flebit, tromboflebit, artrit.

Kırığa ait ihtilâtlardan: Kısıklık, fena indimal, suişekil, atrofi, adale takallüsâtı, psödartroz, asap sıkışması, veya cerhiyle felçler, eviye cerhi, hematom, tromboz, yağ embolisi husule gelebilir.

Kapalı kırık komplikasyonları: Adalelerde spazm ve bunun neticesinde kırık parçalar birbirinden ayrılır. Refleks lezyon ile atrofi, adaleler içerisinde hematoma, kemik parçaları arasına girmekle adalelerde degeneressans, bunun neticesinde de psödartroz husule gelir.

Tromatik sebep tesiri altında sinirlerin kontüzyonu, kesilmesi, enterpozisyon veya kal arasında kalma neticesi ağrılar, kısmî veya tam paraliziler olur.

Damar yaralanmaları, anevrizmalar, tromboz, endoflebit, emboli ve gangren de husule gelir.

Emboli, kırılmanın yirmi veya altmışıncı günü, alçı değiştirirken, çıkarılırken, veya ilk adım atılırken olabilir. Ölüm anidir. Hastada ani bir tıkanma hissi olur, bağıır solar ve senkopla ölür. Embolus kalpte, ventrikülde kalırsa bu tablo görülür. Oradan pulmonal artere geçerse o zaman akciğer embolisi ve infarktüs husule gelir. Dispne ve asfiksi görülür. Gitgide siyanoz artarak daha yavaş bir şekilde hasta ölür. Embolus ufak ise akciğerin daha ufak damarlarını tıkayarak infarktüs husule gelir ki bu zaman hasta ya iyi olur veya pnömoni, gangren veya empiyem gibi ihtilâtlar da göstererek daha tehlikeli bir duruma düşer. Yağ embolus'ü kemik iliğinden venalara ve oradan da akciğerlere geçer. Ufak ise böbrekler yolu ile süzülür, büyük ise akciğerden atılmıyarak orada birikir, hasta hezeyan ve koma ile ölür.

Tetanoz: Bazan vak'a çok geç ele geçtiğinden koruyucu serumun tesiri olmaz. Evvelce de anatoksin ile aşılammış bulunur o vakit bir tetanoz tablosu meydana çıkar. Böyle bir vak'a karşısında ağızdan veya enjeksiyon tarikiyle sülfonamidlerden birini vermek, günde 125 bin ün-

teye kadar çıkmak üzere yarısı intra raşidiyen yarısı adaleye serum zerk etmek, kalp mukavvilerini ve morfin, kloral ve curare'i, penicillin'i ihmal etmemek icabeder. Son zamanlarda aureomycine iyi neticeiler vermiştir.

Gazlı flegmon: Tetanozda olduğu gibi gelen vak'alarda antigangrenö serumları ve penicillin zerkine rağmen hastalık teessüs edebilir. Böyle vak'alar karşısında zaman gaip etmeden ampütasyon yapmak icabeder. Zira geçen dakikalar hastanın aleyhindedir. Geç kalmış vak'alarda, müdahaleye rıza göstermemiş hastalarda sür'atle generalizasyon ile ölüm muhakkaktır.

Erizipel: İktiyol asit borikli pomad ile pansuman yapılır. Ağız ve enjeksiyon tarikile sülfa-thiazol, penicillin tatbik olunur.

Sepsis: Yüksek doz penicillin, streptomycine, aureomycine, sülfonamid vermek, serumlar yapmak, kalp mukavvilerini eksik etmemekten ve kan nakli gerekir.

Kırıklarda sonraki tedavi: Muahhar olarak da uzun zaman kapanmayan müzmin bir şekil alan açık kırık yaralarında küretaj, seksestrlerin temizlenmesi gerektir. Açık kırıklarda istenildiği gibi kırığı yerine getirmek, tesbit etmek mümkün olmadığından mayup indimaller çok görülür. Bunları tasih maksadile osteosenteze müracaat edilir.

Kemik indimalinin gecikme ve pseudartrose sebepleri: Bu sebepler pek çok olmasına rağmen mevzi ve umumî olarak toplanabilir. Umumî sebepler daha ziyade kali geciktirir, nadiren ise psö-dartroza sebep olur.

Umumî sebeplerin başlıcaları: Kemik âfetleri, tümörleri, metastazlar, osteomalasie, raşitizma, ihtiyarlık, frengi, ihtilâth tifo, pnömoni, fosfatüri, skorbüt, nefrit, şeker hastalığı, kalp ve de-veran hastalıkları.

Mevzi sebepler ise: Hematome, açık fraktür, interposisyon (kırık nihayetleri arasına adale, veter, sıfak, ecnebi cisim ve saire sıkışması). Bū-

yük kemik ziyayı veya parçalanmaları, nihayetle-rin mühim surette uzaklaşması araya Burjonla-rın girmesi, iki nihayet arasında neoforme ensice, kemikleşmeyip fibröz kalması, kemik atrofisine delâlet edecek şekilde uçların tagayyürü, kırık uçlar üzerinde periyostun fazla ayrılması, şiddetle isabet eden travmanın osteojenezi inhibe et-mesi.

Pseudarthrose tedavisi:

Tentürdiyot, klorür dö zenk gibi muharriş mevaddın kırık mihrakına zerki, fibrin, kan, pe-riyost emülsiyonu, kırıktan nekahat geçirmiş kimselerin serumu, mevzi veya cilt altına zer-kolunur.

Psödoartrozun üst kısmı band ile sıkılarak hyperemie tevlit olunur, cebri hareketler, kırık uçlarını birbirine şiddetle sürtmek, acupuncture, elektro puncture, diyatermi, ultraviyole tatbika-tı, Masaj, elektrik, sıcak hava banyoları yapılır.

Umumî tedavi: Ahvali umumiyenin düzel-tilmesi, sy. tedavisi, demir, iode, kalsyum, glise-rofosfat, fosfor, tiroid, timüs hülâsaları, balık ya-ğı A, D vitaminleri.

Kanlı müdahale: İki kırık nihyeti arasında indimale engel olan kısımları temizleme ve uç-ları karşılaştırma, iki nihayet üzerindeki periost-lardan birer lambo alıp uç uca getirip dikmek. Kemik sütürleri; tel, katküt, veter ve ipek ile ya-pılır. Çivi, plâk, atellerle vidalama, madenî man-şon takmak, vitalium ile tespit, kemik ilklerine plombaj, çivileme gibi usuller vardır.

Grefler, auto, hetero grefler; aynı yerden alınan kemik grefonları, otoplastik, vücudün di-ğer yerlerinden alınanlar, ölü kemiği, konserve kemikler, veya halen bir çok memleketlerde ol-duğu gibi kemik bankalarından; fildişi, ebonit; sert kauçuk, plâstik mevaddan, hafif paslanmaz sağlam ve ensiceye zararlı tesirleri olmayan Tantal, Vitalium gibi halitalar, veya Resine acry-lique vasıtası ile alloplastique tedavi usulleri vardır.

REFERATLAR

Nörmal ve patolojik hiperlipemi tecrübesi: (A. L. Froehlich; Revue Belge de Pathologie et de Médecine Expérimentale, Tome XX, No. 4, Kasım 1950): Müellif bu hususta yaptığı geniş etüdünü aşağıdaki şekilde hülâsa etmektedir:

1 — Yağ metabolizmasını tetkik maksadıyla verilen tecrübe yemeğinin standardize edil-mesi icabeder.

2 — Gıdaî hiperlipemi vaziyetinin tetkiki için tecrübe yemeği verildikten 2, 4, 6 ve 8 saat sonra kan almak faydalı olur.

3 — Lipemi ve onu teşkil eden unsurlar se-rumda veya plazmada tayin edilir.

4 — Başlangıçtaki miktarına nisbeten mec-mu lipemi artışı %37 yi bulur. Kendi tecrübele-

rinde vasatı %34.6 olan bir hiperlipemi müşahé-de etmiştir. Hiperlipemi yemekten 4 - 6 saat son-ra azamî haddine yükselir. Tecrübe sonunda na-diren lipopenik bir safha görülebilir. 8 inci sa-atte lipemi başlangıçtaki miktarına döner. Mec-mu lipeminin artış nisbeti başlangıçtaki lipemi nisbetine bağlı değildir.

5 — Gıdaî hiperfosfatidemi sık görülür; vak'aların %80 inde rastlanır. En yüksek seviye-si 6 ncı saatte olmak üzere vasatı %16 artar. Umumiyetle 8 inci saatte başlangıçtaki miktarı-na inmez. Ekseriya tecrübe nihayetinde %20 ye kadar bir azalma görülebilir. Plazma fosfatidle-ri karaciğerde hasıl olur ve yağ asitlerinin nak-lini mümkün kılar.

6 — Gıdaî hiperkolesterolemi %57-78 vak'a-da görülür. Tecrübe yemeğinden 6-8 saat sonra vasatî olarak %25 kadar yükselir. Hiperkolesterolemi ekseriya tecrübe sonunda da sebat eder. Kolesteroleminin azalması da görülebilir. Bu azalma çok defa başlangıç kıymetinin %30 u kadardır.

Başlangıç kıymetinin % siyle ifade edilen serbest kolesterolemi değişiklikleri, esterleşmiş kolesterol değişikliklerinden fazla olmakla beraber, mecmu kolesterolda görülen değişiklikler esterleşmiş kolesteroldekilere bağlıdır. Tecrübe yemeğine 5 gr. kolesterol ilâvesi kolesteroleminin müddetini ve nisbetini değiştirmez. Ancak esterleşmiş kısmın nisbetini ehemmiyetle artırır.

7 — Tasabbun etmiyen X gıdaî hiperlipemi müddetince değişmez.

8 — Nötr yağlar vasatî olarak %20 artar. Umumiyetle 4 üncü saatte en yüksek derecesini bulur. Başlangıç nisbetine avdeti 6 saat sonra görülür ve bunu lipopeni safhası takip eder. Index de variation des graisses neutres (İ. V. G. N.) artış nisbetinden daha esaslı olarak nötr yağlara karşı tahammül derecesini gösterir. Vasatî haddi +461 i bulur. Nötr yağların artışı hemokoni kurbuna muvazidir.

9 — Kolesterolemi, fosfatidemi ve trigliseridemi artışları muvazi değildir. Tecrübe sonunda hiperkolesterolemi ve hiperfosfatidemi arasında ahenk tespit edilebilir. Mecmu lipemi değişikliklerinin başlıca sebebi nötr yağların azalıp çoğalmasındır. Mecmu lipeminin başlangıçtaki nisbetine avdeti, trigliserideminin azalması ile birlikte devamlı bir hiperfosfatidemi ve hiperkolesterolemiden ileri gelir.

10 — Karaciğer hastalıklarının seyrinde, ağır vak'alarda gıdaî hiperlipemi görülmez. Nisbeten hafif vak'alarda hiperlipemi geç olarak görülür. Safranın barsağa akmaması her zaman gıdaî hiperlipemiye engel olmaz. Siroz vak'alarında hiperlipemi çok gayri muntazam bir şekilde seyredir.

11 — Nefritlerde ve nefrozlarda, yağlı yemekleri müteakip sürekli ve yüksek bir lipemi görülür.

12 — Şişmanlıkta gıdaî hiperlipemi kurbu yağlı gıdalara karşı tahammülün azalmasını veya çoğalmasını gösterebilir.

13 — Diabette yağ depolarının lipopeksi bakımından teşevvüşlerinden dolayı gıdaî hiperlipemi uzun sürer.

14 — Hipertiroidilerde hiperlipeminin azamî haddi, imtiasın artmış olmasından dolayı yüksek olabilir. Lipopeksinin sür'ati, hiperlipeminin süresini kısaltabilir. Hipertiroidide hiperlipemi kurbu gecikmiş ve uzamıştır. Nötr yağların değişiklik endeksi (İ. V. G. N.) yüksektir. Bu hâdiseleri imtias gecikmesine atfetmekle beraber, lipopeksinin rolünü de nazarı itibara almalıdır.

15 — Anemi pernisiözde, gıdaî hiperlipemi geç başlayıp uzun sürer. Kolesteroleminin artması serbest kolesterinin artmasından ileri gelir.

16 — Lipaz azlığı ile müte'rafık pankreas âfetlerinde, trigliseridemi artmaz. Hiperfosfatidemi ve hiperkolesterolemi bakidir.

17 — Gastro - jejuno - kolik fistüllerde, gıdaî hiperlipemi tecrübesi sırasında mecmu lipemi azalır. Bunun sebebi trigliseridemi ve fosfatideminin azalmasıdır.

18 — İdiopatik steatorede, trigliserideminin artışı, normal müddetle görülmez. Hipergliserideminin olmaması veya sadece gecikmesi mümkündür. Nötr yağlar da önemli bir şekilde azalabilir. (İ. V. G. N.) düşük veya menfi olur. Hiperfosfatidemi ve gıdaî hiperkolesterolemide mühim teşevvüş yoktur.

Vilâdî atireoz hakkında etüd: (J. Boddaert; Revue Belde de Pathologie et de Médecine Expérimentale Tome XX, No. 4, Kasım 1950). Müellif bu hususta iki vak'asını aşağıdaki şekilde hü'lâsa etmektedir :

Biri üç yaşında, diğeri yirmi sekizinci ayında vefat etmiş olan vilâdî atireozlu iki kız çocuğunun klinik ve anatomo - patolojik hikâyesinden bahisle, tiroit guddesinin bulunması icabeden yerde trakea boyunca birinde iki taraflı, diğesinde muhtemelen tek taraflı bir mikrokist sistemi gördüğünü söylüyor. Mikrokistler serbest veya paratiroidlerle ilgilidirler. Az ayrılmış bir kaç küçük tiroit nesci adacığının, embrioloji bakımından ifadesi münakaşalı olan bu kistlerle temastadır. Bu iki vak'anın mütalâası, Weller ve Norris'in insan tiroidinin gelişmesinin iki taraflı eboşun tekabülü olduğuna dair olan çalışmalarına destek oluyor.

Dahilî ifraz sistemi tetkik edilmiştir. Hipofizin ağırlığı azalmaz. Asidofil hücreler adetçe azalır ve değişir ve belki de tiroidektomide görülen manzara «cellule orange» şeklini alır. İkinci vak'adaki hücrelerin artışı nihai üremiye atfedilmiştir (Tıkanma nefriti).

Thymus ehemmiyetli bir derecede dumura uğramıştır ve vak'aların birinde mioit hücreler vardır.

Tecrübevi atireozda olduğu gibi, vilâdî olarak tiroit guddesi noksan olanlarda D vitaminine karşı pek hassastırlar ve bir defada verilen yüksek doz D vitamini, vak'alarının birinde mühim bir kalsium seferberliğine ve bunu müteakip böbrekte tıkanmadan mütevellit bir nefrite sebebiyet verdiğini (kalsium silindirleri) söylüyor.

A. S. Karaman

Nefropati gravidik'in ağırlık derecesinin, idrarla itrah edilen (pregnandiol) miktarıyla münasebeti: (H. Pigeaud, R. Burthiault ve R. Bethour - 6, 12). 950 de Lyon doğum ve jinekoloji cemiyetinde tebliğ edilmiştir. Müellifler, nefropati gravidikli 21 kadını hastanede yatırarak her bakımdan incelerken bu patolojik durumun derecesiyle pregnandiol'un idrarla elimine olan miktarı arasındaki münasebeti de tetkik etmişler ve aşağıdaki neticelere varmışlardır: 1 - İdrarla pregnandiol'un itrahi azaldıkça nefropati-

nin ağırlaştığı ve ağırlığının arttığı anlaşılır. 2 - Bu azalma, hipertansiyonla müterafik olan nefropati gravidiklerde daha bariz ve daha çabuk olur. 3 - Pregnandiol itrahının azalması, plasentada husule gelen dejeneratif ve hiç değilse ischémique lezyonlardan ileri gelmektedir. Bu lezyonların derece ve genişliği ile mütenasib olarak idrarla pregnandiol eliminasyonu azalıyor. 4 - Bu plasanter afetler hormon istihsalini bozduğundan hormon sekresiyonu önemli derecede azaldığı gibi fötüsün de ölümüne sebebiyet vermektedir.

Over kist dermoidlerinde konservatif müdahale: (R. Merger ve R. Gaud - Obst. Byn. No. 1 - 1951). Müellifler, 26/11/949 da Creteil hastanesinde 25 yaşında, iki aylık gebelikle birlikte uterusun sağında Grappe - fruit büyüklüğünde bossöle bir tümör taşıyan Mme. R... in laparotomi'sini yapıyorlar. Sağdaki tümör over kist dermoidi olduğundan çıkarılıyor. Uterus yavaşça sağa itilince onun sol arkasında eima büyüklüğünde ikinci bir kist dermoid görüyorlar. Gebe ve 25 yaşında olan bu çok genç kadının soldaki overini de olduğu gibi çıkarıp düşük yapmasına, bir daha kirlenmemesine, ve annelikten mahrum bırakılmasına müellifler rıza göstermemiş ve tümörü insize ettikten sonra içini boşaltmışlardır. İç cidar dikkatle dekortike edilerek çıkarılıyor ve dışında kalmış olan over nesçi dikilerek karın kapatılıyor. Gebelik devam edip, Foch hastanesinde miadında sıhhatli bir kız çocuk doğuruyor. Şubat 1951 başında yeniden gördükleri Mme. R... dört aylık gebe bulunuyor. Müellif radikal ameliyat yapmamakla çok genç bir kadının seksüel hayatıyla annelik saadetinin korunmuş olduğunu ilâve etmektedir.

B vitamininin travayda kollum dilatasyonu üzerindeki tesiri: (G. Faugère ve D. Boursier. - Obst. Gyn. Suppl. No. 1, 1951), Kollumun açıklığı nikel beş kuruşluk ile nikel on kuruşluk arasında iken (Schub) metoduna uyularak ekseriya bir defada yalnız 60 mgr. B vitamini zerkinden sonra (bazen 1/2 - 1 saat sonra 40 mgr. lik ikinci dozu da enjekte ettikten sonra) daima kontraksiyonların önemli derecede kuvvetlendiklerine şahid olmuşlardır. Bundan dolayı müellifler, B vitamininin ositosik hassaya malik olduğuna kani bulunuyorlar. Müşahedelerine göre, normal şartlarda, travay üzerindeki gebelere yukarıda bildirilen miktarda B vitamini enjeksiyonu veya enjeksiyonlarından sonra, vasatı olarak multiparlarda dilatasyon (iki saat) içerisinde, on kuruşluk kadarken tam oluyor. Primiparlarda aynı derecedeki açıklıktan tamma ulaşması ise (3,5 saat) sürüyor. Bu usulü tatbik ettikleri gebelerin hiç birinde uterusu kontraktür husule gelmemiştir. Çocuk üzerine de zararlı tesirleri görülmemiştir. Muvaffak olunamayan vak'aların sayısı azdır.

Epinefrin ile norepinefrinin mihaz esnasında uterus kontraksiyonları üzerindeki tesirleri: (I. H. Kaiser - Surg. Gyn. Obst. Haziran 1950). Adre-

nalın; böbrek üstü bezinin medüller kısmından çıkarılan hormon olup mühim kısmı epinefrin daha az kısmı norepinefrinin bir karışığıdır. Bu ikinci madde, epinefrinin demethylisation'undan ileri gelir. Her birinin dolanım sistemi ve uterus takallüsleri üzerindeki etkileri birbirinden farklıdır. 500 c.c. %5 serum glycoze'ye 1/2 mgr. epinefrin katıp ağrı üzerindeki bir gebenin damarına bunu damla damla şırınga edecek olursak kontraksiyonların seyredildiğini ve tonüsün de azaldığını, 15 dakika sonra tekallüslerin az çok canlandığını görürüz. Perfüzyon bittikten bir müddet sonra ağrıların ritmi ve tonüsü eski halini alır. Travay üzerindeki başka bir kadına aynı izotonik glukoz solüsyonuna 1/2 mgr. norepinefrin ilâvesinden sonra perfüzyon yapıldıkta kontraksiyonların sıklaştığına ve tonüslerinin de arttığına şahid olunur.

Korpus uteri karsinomlarının nüksü ve tedavileri: (W. F. Finn. - Amer. Journ. Obst. Gyn. Ekim 1950). 266 korpus Ca. vak'asını inceleyen müellif, differansiye olan kanserlerdeki nüksün differansiye olmayanlara nazaran 5 defa az olduğu, residivlerin ilk 3 yılda çok ve bu müddeti atlattıktan sonra azalarak %1 e düştüğü, vaktinde cerrahî tedaviye tâbi tutulanlarda nüksün %9, ışın tedavisiyle iyileştirilenlerde ise residivin %25 - 29 arasında değiştiği neticesine varmıştır. Hiç bir nüks vak'asının röntgen veya radiumtherapie ile iyileştirilemediğini müellif bildirmektedir.

Laparotomize gebelerde progesteronun sıkı önleyici tesiri: (A. Pardi. - Am. Obst. Gyn. Mart 1951). Müellif gebeliğinde laparotomize edilerek (yüksek doz progesteron) tedavisine tâbi tutulan ve tutulmayan gebelerde husule gelen abortusları şöyle hülâsa edebiliyor:

Hastalık	Progesteronsuz ab.	Progesteronlu ab.
Apandisit	%21,6	% 5,4
Myomektomi	54,6	17,8
Over kisti	9,5	6,8
Başka ameliyatlar	26,6	12,5

Yukarıdaki neticelere dayanan müellif, yüksek doz progesteronun, laparotomiye tâbi tutulan gebelerde, begeliğin devamına yaradığı kanaatinde bulunuyor.

Velâdiyede (Aureomycine): (Guilbeau, Schoembach, Schaub ve Latham - Gyn. Obst. Sup. No. 1 - 1951). Müellifler 109 lohusada Aureomycine'i prevantif olarak per os ve günde 2-3 gram olmak üzere kullanmışlar bunlarda son derece elverişli neticeler almışlardır. Lohusalıkta husule gelen çeşitli enfeksiyonlarda da %90 iyilik elde etmişlerdir. Tedavinin kâfi derecede uzun olması, nükslerin husulünü önler. Aureomycine anne kanından sür'atle placentaya geçer ve fötüs kanında yüksek konsantrasyonda bulunur. Aynı yüksek konsantrasyon, emziren kadınların sütünde de tespit edilmiştir. Bundan dolayı ilaç fötüs

ve yeni doğan çocukların tedavisinde faydalar sağlar.

Desoxicorticosterone ve gynécomastie: (Hamon, Gromberg, Samama - La Sem. Hop. Paris - 30/7/1950). Müellifler, Addison hastalığına muşab bir hastaya desoxicorticosteron tatbik etmekle kendisinde gynecomastie husule geldiğini, ilâcî azaltmak veya kesmekle jinekomastide de küçülme ve gerileme, yeniden tatbik etmekle tekrar hüyüme hasıl olduğunu bildiriyor ve şimdiye kadar bu tedavi ile ortaya çıkan altıncı vak'a olduğunu bildiriyorlar.

Dr. Emir N. Atakam.

Anjin dö puatrin'de klinik tetkik ve nöro - şirürjikal tedavi: (İ. Lingren; Acta medica Scandinavia, t. 138, suppl. 243, 1950, p. 1 - 203). Serviko - torasik ganglionektomi ile tedavi edilmiş anjin dö puatrinli 105 hasta ile tam klinik muayeneleri, hipoksemi tecrübeleri, effora karşı tahammül testleri yapıldıktan sonra tıbbî tedaviye tâbi tutulmuş aynı cinsten 88 kişilik bir gurup hasta arasında yapılan mukayeseye ait bir etüdüdür. Hastaların müşterek vasatî yaşları 56; 1 - 10 senedenberi angor alâmetleri gösteriyorlar. Ağrılar vak'aların %60 ında sternum altında, %30 ında sol prekordial nahiyede. Vak'aların yarısında hipertansiyon arteriyel, kalp hacminde çok veya az bir artma, ön cidar infarktüsüne ait belirtiler mevcut. Vak'aların %25 inde ise az çok belirli kalp kifayetsizliği var. %25 vak'ada elektrokardiogram, lokalize veya diffüz miyokard âfetlerinde tesbit edilen ST mesafesi anomalisi ve T deki değişikliklere benzer bir hususiyet gösteriyor. Hipoksemi tecrübeleri ve effora karşı tahammül testleri, normal elektrokardiogramlı hastalarda koroner kifayetsizliğini meydana çıkarmıştır. Sempatektomi vak'aların ekserisinde 8 inci servikalden 4 üncü torakale kadar, bir kaç vak'ada ise yalnız 3 üncü torakalde yapılmıştır. Müdahale 80 vak'anın 43 ünde az çok uzunca bir fasıla ile bilateral yapılmıştır. Vefiyat %8 dir. Diğerleri 7 - 82 ay (vasatî üç sene) yaşamışlardır. Hayatta olan 74 hastanın %64 ünde ameliyat yapılan taraftaki ağrılar kaybolmuştur. Fakat %19 vak'ada hiç bir değişiklik olmamış veya ağrılar yeniden görülmüştür. Bütün vak'alarda ağrıların kola intişarının geçtiği, fakat %35 vak'ada, alt taraf hariç, başka bir nahiyede yeniden tezahür ettiği görülmüştür. Müdahaleden sonra ağrılı bölgelere yapılan lokal anesteziler spontan ve provoke ağrıları azaltmıştır. Esaslı ameliyat sonrası ihtilâtları myokard infarktüsü (2 si vefat olmak üzere %10) ve travmatik nevritlerdir. Müdahalenin başlıca kontrendikasyonları, devamlı tansiyon düşmesini mucip olan hipertandü infarktüsler, kalpte genişleme ile müterafik mahdut veya müntesir myokard âfeti gösteren şahıslardaki elektrokardiogram bulgularına müşabih elektrokardiografik anomali gösteren vak'alar ve kalp kifayetsizlikleridir.

Karotis korpüskülleri tümörlerinin teşhis ve

tedavileri: (R. S. Monro; The British journal of surgery vol. 37, No. 148, P, 443 - 453) 223 vak'alık bir seri üzerinde esaslı bir çalışma yapılmıştır. Hastaların vasatî yaşları 34 tür. Cins bakımından fark yoktur. Malinyite meselesi çok münakaşalıdır. Malinyite, metastazların mevcudiyeti veya nükse göre tayin olunur. Vak'aların %12 sinde malinyite görülmüştür. Monro, Anglo-sakson literatüründe bu mevzuda neşredilen vak'aların münakaşasını yapmaktadır. Lezyonun makroskopik ve mikroskopik görünüşleri değişik de olsa ka'î teşhis her şeye rağmen histolojik muayeneye kalmaktadır. Lezyonun tanınması tarifinden daha kolaydır. Mikroskopik kesitler umumiyetle asidofil granülasyon ihtiva eden orta boyda poligonal hücreler göstermektedir. Bu hücreler buket halinde toplanmışlar veya geniş damar aralıklarının kenarlarında yer almışlardır. Ektopik tümörlerin mevcudiyeti, karotis korpüskülleri tümörlerinin bronş kavisleri tümörlerine benzediğini göstermektedir. Bilâhare lezyonun klinik tarifi ve bunun keşfine ait teşhis hakkında münakaşalar yapılmaktadır. Tedavisi cerrahidir. Umumi anestezi tercih edilmektedir. Teşhis konduktan sonra karotis deveranı, parmak tazyik veya karotis üzerine kontrollu pens ile yapılan elektro - ansefalografi ile tetkik olunur. Damarlar muhafaza olunarak tümör çıkartılır. Bazı vak'alarda deveran kifayetsizliği bulunmasına rağmen damara ligatür konarak tümörü çıkarmak ve vena grefi yapmak icab eder. Buna ait şahsî 5 müşahedeleri vardır.

Kan ve plazma hacimlerinin ölçülmesi ve bunların klinikte bazı tatbikatlarına dair: (Presse Médicale, 1951, No. 19, Pierre Tancet ve N. Glandard - Arragon). Müellifler plazma hacmini ölçmeye yarayan esas metodları kısaca hatırlatıyorlar. Bu metodlardan doğan münakaşalar üzerinde bir kaç hülâsa ve bunların kan kitlesi hakkında verdikleri neticeleri mukayese ediyorlar. Bilâhare klinik tatbikatta kullanılmış olan sub-tosan metodunu tetkik ediyorlar. Hemorajilerde, 1 - hakikî kan kaybı, 2 - kâzip kan kaybı diye iki nevi kan kaybı tarif etmektedirler. Hemorajik kollapsüs'ün, umumiyetle %50 hakikî kan kaybindan sonra görüldüğünü bildirmektedirler. Karaciğerin patolojik hallerinde, sırozların seyriinde %18 ile %30 arasında, enfeksiyöz ikterlerde %8 - 15, ikter gravlarda ise çok daha fazla plazma hacmi azalmaktadır. Koledokun taşla tıkanması halindeki ikterler plazma volümünü normal bırakmaktadır. Buna mukabil pankreas kanserinden ileri gelme on ikter vak'asının onunda da plazma volümü gayet sarıh olarak (vasatî olarak %20) azalmıştır. Kan ve plazma hacimlerinin ölçülmesi bütün patoloji sahasında müsbet sonuçları dolayısıyla sistematik olarak yapılmasını gerektirmektedir.

Ameliyat masası üzerindeki bazı pozisyonlardan ileri gelme brakial pleksüsün sensitivo - motor teşevvüşleri: (Magendi, Bergouignan, Rouyere ve Pouch; Bordeaux Chirurgical, No. 4, 1949).

Pleksüs brakialis parazilerinin sebepleri ortopedik ve torasik cerrahi müdahalelerden sonra daha iyi anlaşılmıştır. Bunlar Trendelenburg vaziyetine getirilen ve kendilerine acil olarak tranfüzyon yapılan ve ameliyat esnasında serum enjeksiyonları tatbik edilen jinekolojik ve batin ameliyatları seyrinde daha sık görülür. Yeni altı vak'a üzerinde müellifler pleksüs brakialis lezyonlarını ve onların patojenisini incelemişlerdir. Bu lezyonlar bilhassa C₅, C₆, C₇ ye aittir. Patojenisine gelince 1 - Boyun fıkralarının zık tarafa inhirafı, Humerusun dışa dönmesiyle birlikte kolun abdüksiyon halinde bütün imtidadınca bağlanması. 2 - Omuzlukları daha travmatizan hale getiren aşırı derecede bir Trendelenburg vaziyetinin tevlit ettiği kompresyon. İki vak'ada da iskeminin meydana getirdiği basit, geçici inhibisyonun sinirin tam dejeneresansına kadar giden tagayyürler husule gelmiştir. Müelliflerin üzerinde ısrarla durdukları profilaktik tedbirler bu müşahedelerden meydana çıkmaktadır.

Pleksüs brakialisin post operatuvar paralizileri hakkında: (M. Roux, J. Michon et P. Huguenard; anesthésie ve analgésie, T. 7, No. 2, 1950). Literatürde mevcut birbirine benzeyen uzun vak'alar listesine hususiyet gösteren yeni bir post operatuvar paralizisi vak'ası daha ilâve edilmiştir. O zamana kadar bilinmeyen kot servikalli genç bir kadının observasyonudur.

Evvelce ameliyat için kürarize edilmiş olan bu hastada müellifler kol abdüksiyonu, atonizan maddeler istimali ve Trendelenburg vaziyetinin zararlı iştirakine anesteziistlerin nazarı dikkatini çekmektedirler. Bugüne kadar rastlanmış olan post operatuvar paraliziler gibi bu paralizisi de takriben dokuz ay kadar devam ederek bu lezyonun vehameti hakkında bir fikir veriyor. Bunların mekanizmaları daha dakik olarak 21/ocak/1950 tarihli Lancet mecmuasında Ewing tarafından yazılmıştır. Müellifler pek haklı olarak bu komplikasyonların izalesi için basit fakat yapılması her zaman için kabil olan profilaktik tedbirler üzerinde ehemmiyetle ısrar etmektedirler.

Anestezi ve cerrahi müdahale esnasında görülen kalp durması: (C. Beck et H. Rand, The Journal of the American medical association, vol. 141, No. 17, 24 Eylül 1949, sayfa 1230 - 1232). Cerrah diploması alacak herkesin bu bilgilere sahip olması gerektiği gibi, ameliyathanelerde bütün gerekli âletlerin bulunması icap etmektedir. Müellifler birbirinden ayrı iki meseleyi gözden geçirmektedirler: Bunlardan biri fevkalâde ürjan olup oksijenasyon devresinin tamamlanmasını icap ettirir, zira 3 - 5 dakika gibi kısa bir inkıta dimağ hücrelerinin, ve bilhassa teneffüs merkezinin bir daha tenbih edilemeyecek şekilde ölümünü intaç eder. Böyle bir vaziyette cerrah kendi kendine sorar: Hastanın kalbinin işleyip işlemediğini dinlemek için neden vakit kaybettim? Neden hastanın kalbine trans-torasik yoldan adrenalini enjeksiyonu yapmakla vakit geçirdim? Neden ameliyat sahasını hazırlamakla oyalan-

dım? Neden daha sür'atle hareket etmedim, bu kadar ağırımıyım? Her cerrah bir senkop kardiyak karşısında bu cümleleri düşünmeli, tereddütsüz sadır cıdarını açmalı, bir trakeotomi kanülü koyup akciğerleri şişirmeli, ve kalbe masaj yapılmalıdır. Bu dakikadan itibaren zaman daha az kıymeti vardır, ve kalp darabanını tekrar iade etmek için uğraşacak zaman bulunur. Hattâ icap ederse asistoları midir, yoksa fibrilasyon mudur bunu ayırtabilmek üzere elektrokardiyogram yapılmalıdır. Asistoli ise adrenalini, fibrilasyon ise kokain ve elektroşok yapılmalıdır. Müellifler (kalp hasta olmamak şartıyla) kalbin tekrar ne kadar kolaylıkla atmasını görmekle hayret içinde kalmaktadırlar. Cerrah gereken bilgi ve materyeli yanında bulunduğu takdirde kalbi canlandırma müelliflere göre her vak'ada mümkün olabilmelidir.

Dr. İsmail Tuğsal

Gastrektomiden sonra görülen Dumping sendromunun mihanikiyeti: (Thomas Macello; Gastro - enterology, vol. 14, No. 12, şubat 1950). Bazan gastrektomi veya gastroenterostomiden sonra görülen Dumping sendromu şu belirtileri gösterir: Sıcaklık hissi, terleme, epigastriumda ağrılar, bulantı, zayıflama, çarpıntı, nabzın hızlanması, tansiyon arteriyelin yükselmesi. Bütün ârazlar yemek esnasında değişik tarzlarda görülürler ve devam müddetleri de hastalara göre değişir.

Etyolojisi çok değişik şekillerde tefsir edilmiştir: Jejunumun genişlemesi, hiperglisemik şok, hipoglisemi, jejunit, değişikliğe uğramamış protitlerin intisası, asabî ve ruhî faktörler.

Machello; 12 Hoffmeister, 5 Polya tipinde birde total gastrektomi yapılmış 20 hastada bu sendromu incelemiştir.

Müellif, intravenöz enjeksiyon şeklinde olmayarak, ağızdan glüköz vermekle bütün bu ârazların hakikaten kolayca husule getirilebileceğini görmüştür. Bütün hipertonic mayiler ve hidrolize olmuş proteinler de aynı tesiri göstermektedirler. Bu belirtiler, gastrektomi yapılmış şahıslarda olduğu gibi mideleri sağlam olan kimselerde duodenal sonda ile de hipertonic gluköz serumu, hidrolize protein, sülfat dö sud enstilasyonları yapmak suretiyle aynen husule getirilebilmektedir. Aynı belirtiler jejunumun balonlanmasıyla gerilmesi neticesi de görülmektedir. Müellif, bundan başka, Metzger - Lion tecrübesi için duodenuma %33 lük sülfat dö manyezi mahlülü sevk edildiği zaman da aynı sendromu müşahade etmiştir.

Müellif, yemeği müteakip hemen görülen Dumping sendromunun, jejunumun bariz şekilde genişlemesiyle husule geldiğini düşünmektedir. Bu genişleme, barsaktaki hipertonic mahlül bulunması tesiriyle husule gelen fazla miktarda barsak ifrazından ileri gelmektedir.

Bu belirtiler hiç bir vak'ada hiperglisemi sendromu ile izah edilememiştir.

Wollaegue, bilâhare Casper bu sendromun erken ve muahhar olarak görülen iki tipini tef-

rik ettiler. Ayrıca bu müellifler Bilroth I den sonra bu sendromun hiç müşahade edilmediğini; yalnız Poiya ve Hoffmeister ameliyatlarından sonra görüldüğünü söylemektedirler.

Casper'e göre, lomber sempatik enfiltrasyonu bu sendromu ani olarak izale etmektedir.

Ülserlilerde, kısmi Gastrektomiden sonra görülen, kandaki değişiklikler: (E. Lyngar Narvik Acta medica Scandinavica, t. 138 suppl. 247, 1950 sahife 1 - 132). Bu travay 100 şahit ülserli (38 kadın, 62 erkek) ve 146 ameliyatlı (42 kadın, 104 erkek) üzerinde yapılan tecrübelerden sonra yazılmıştır. Şahit ülserli grupta hematolojik formül ve myelogramda hiç bir değişiklik görülmemiştir. Buna mukabil anemiye meyil aşikâr olarak görülmektedir. 18 kadın, 15 erkek yani %57, ve %18 dir. Endeks kolorimetrikte serumdaki demirin düşük oluşundan eritrosit hacmi, adedine nispetle daha düşüktür. Fakat hemoglobin - eritrosit hacmi nispeti normaldir. Görülen vazih değişiklikler bunlardır. Orta diametr hafif, kalınlaşma azahr, anizostoz mikrositoz görülür. Sternum iliğinde nüveli elementler ve olgunlaşmamış hücreler daha fazla olarak görülür. Bunda demir noksanından ileri gelme olgunlaşmanın inhibisyonu neticesi anemiye meyli göstermektedir. Beyaz formülde pek az değişiklik vardır. Uzun zaman devamlı demir tedavisi bu anomalilerin bertaraf olmasına yardım eder, bazen geçici poliglobüliye sebep olur. Tamamen memnuniyet verici neticeler elde etmek için de parantezal enjeksiyonlara müracaat gerekmektedir. Tedavinin kesilmesi nüvelere sebep olur, aşili çok görülür. Sağlam kimselerde lokal olarak ve aybaşı yolu ile kan kayıpları demir kaybını izah ederse de gıda ile alınan demirle telâfi edileğinden nazarı itibare alınacak derecede değildir. Epitelyum hücreleri hizasında demir rezorpsiyonu teşevvüğü kabul etmek gerektir ki buda demire karşı olan entoleransın damar içi testlerle tespit edilir. Yani anemiklerde kan demirinin daha sür'atli kayboluşu gibi. Esasen tedavi kastile verilen demiri imtias etmeye müsait olmayan şahıslara da gerek zerk ile, veya ağız yolu ile verilen demirin faydasızlığı bu şekilde anlaşılacaktır. Bir taraftan demir rezorpsiyonu kabiliyetsizliğinin umumî olmayışı, diğer taraftan kaybolan demirle, gıda yolu ile alınan demirin imtias kabiliyeti arasında bir münasebetin mevcudiyeti (Jenital faaliyet devresinde kadınlarda daha fazladır.) dolayısıyla bütün ameliyatlarda anemi görülmez. Gastrektomi yapılmış anemik analardan doğma üç çocukta görülen doğuştan

anemi görünüşünün bu analarda demir rezorpsiyon kabiliyetinin kifayetsizliği neticesi olduğu ve bunda heredite meselesinin aydınlanmasına yardım ettiğini göstermektedir.

Bir jejunum divertikülünde görülen kitlevi gastro - entestinal kanama: (D. Kozoll, J. Mac Mahon ve J. Kiely; The journal of the American medical association, vol. 142, No. 16, 22 nisan 1950, p. 1258 - 1262). Bu travayda anlatılan müşahade büyük bir alâka toplamıştır. Çünkü, ince barsak divertiküllerinin sebebiyet verdikleri kanamalar istisnadır ve literatürde buna ait ancak 6 vak'a mevcuttur. Nakledilen bu vak'ada kanamanın sebebi, ilk hemorajiye hemen tekaddüm eden ve aynı zamanda bir hümerus kırığına da sebebiyet veren müessir bir travmatizmadır. Gösterilen alâkanın ikinci sebebi kanamanın son derece ehemmiyetli olması, ve 4 günde 16 litreden fazla kan kaybedilmesidir. Kanama 17 litre kan nakledilmek suretiyle durdurulmaya çalışılmış ancak jejunum urvesinin rezeksiyonu ile kanama durmuştur. Alâkayı çeken son sebep de Rh— negatif olan bu şahsa Rh— pozitif olan kan nakledildiği halde hiç bir reaksiyonun husule gelmemesi ve ne şahsın durumunda bir değişiklik ne de ekstrakrenal azotemi görülmemiş olmasıdır.

Kolesistektomiden sonra görülen sendromlar: (B. Pribram; The journal of the American medical association, vol. 142, No. 16, 22 nisan 1950, p. 1258 - 1262). Bu makale meşhur Alman gastro-enterologunun dikkate şayan bir etüdüdür, ve hülâsa edilmesine de imkân yoktur. Zira bütün bir tecrübe hayatının hülâsasını ifade etmektedir. P., bu çalışmasında, kolesistektomi yapılmış hastalarda safra kesesinin bazı fonksiyonlarının ortadan kalkması dolayısıyla bir gurup sendromun ortaya çıktığını göstermektedir. Üç esaslı sendrom şunlardır: 1 - Veziküler tansiyonun bulunmayışından mütevellit tazyik sendromu ve bunların tali ihtilâtları: Kolanjiyohepatit ve pankreatit. 2 - Konsantre kese safрасının ve safra kesesi cidarının hormonal iffrazatının bulunmayışı dolayısıyla gıdalara, bilhassa yağlara karşı tahammülün azalması, 3 - Diyare ve anterite sebebiyet veren sfinkter paralizisi. Pribram, kolesistektomi yerine, her zaman mümkün olan kolesisto - koledokostomi'yi tavsiye etmektedir. Nihayet, kolesistektomiden sonra görülen bu sendromların tedavisinde tatbik olunan muhafazakâr ve cerrahî metodların münakaşasını yapmaktadır.

Dr. Nuri Soyler

REFİK SAYDAM MERKEZ HIFZISSIHA MÜESSESESİ

A N K A R A

A. Bakteri Aşılı :

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

B. Anatoksin ve Toksin Aşılı :

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

C. Virüs, Rickettsia Aşılı ve Bakteriyofaj :

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

D. Antijen Metilik :

Saf:	Terapötik
Sulu	»

E. Karma Aşılı :

Tifo+Tiftüs aşısı	(T.L.) :	Profilaktik
Tifo+Tiftüs+Kolera aşısı	(T.L.K.) :	»
Tifo+Kolera+Veba aşısı	(T.K.V.) :	»
Tiftüs+Kolera+Veba 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 :

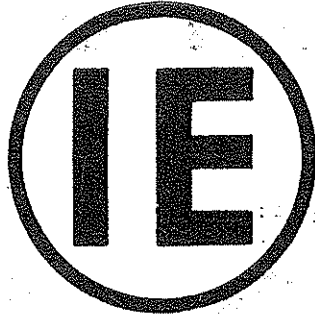
Wassermann antijeni.
Kahn antijeni.
Meinicke antijeni.
Brucellergen.
Emolitik serum.
Tüberkülin (Eski ve Mantoux).

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 ₁ (Ampul) 25 mgr	105
Vitabiol B ₁ (Ampul) 50 mgr	180
Vitabiol B ₁ (Ampul) 100 mgr	200
Vitabiol B ₁ (Tablet)	90
Vitabiol B ₁ (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 ₂ (Damla)	115
Vitabiol D ₂ (Ampul) Forte ...	155
Vitabiol D ₂ (Alkolic 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

KALSIYUM 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
Digilanat (Ampul)	108
Digilanat (Damla)	166
Kalbofilin (Tablet)	150

MUHTELİF PREPARATLAR

Bellagonal (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