

ANADOLU KLİNİĞİ

ÜÇ AYDA BİR ÇIKAR

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

MECMUAYI DAIMİ YARDIM VE HİMAYE ALTINDA BULUNDURAN NEŞİR HEYETİ

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

İmtiyaz Sahibi ve Yazı İşleri Müdürü

Dr. ASİL M. ATAKAM

201 Anadolu Hanı, 1/1 Beyoğlu - İstanbul

İÇİNDEKİLER

<u>Sahife</u>	<u>Sahife</u>
Dr. R. H. Body: Kadın ve erkekte infertilite ve sterilite 137	Dr. İhsan Ekin - Dr. İrfan Balkan: İntrakaviter penisilin zerkleri ile tedavi edilen iki akciğer absesi 163
Prof. Dr. Kâmile Mutlu - Dr. Şeref Yazgan: Bir Ekinokoküs Alveolaris vak'ası ve memleketimizde neşredilen vak'alar üzerinde kritik 145	Dr. Celâl İren - Dr. Fikret Pamir: Lökemiler ve Nitrogen Mustard 166
Dr. Emir Necip Atakam: Bir buçuk yaşındaki bir kız çocuğunda uterus sarkomu. Ameliyat - Şifa 148	Dr. Vahit Ege: Küçük bir kız çocuğunda görülen büyük meme lipomu 171
Prof. Dr. Recai Ergüder - Dr. Orhan Bumin: Ameliyatla tedavi edilmiş özofagus kanseri ve kardiyospazm vak'aları 152	Dr. Asil Mukbil Atakam: Yanık tedavisi hakkında 172
Prof. Dr. İrfan Titiz - Dr. Fethi Süngü: Soğuk hematoaglutinasyonu ile mütevakıf bir akrosyanoz 159	Dr. İsmail Tuğsal: Esmarch bandına bağlı bir brakiyal pleksüs paralizisi 174
Dr. M. Naci Ayrıl: Kolesistektomiden sonra görülen sendrom (post kolesistektomik sendrom) etyoloji ve tedavileri ... 160	Dr. Nuri Soylu: Delinmiş bir mide kanseri 175
	Pratik için kısa tedavi notları: (Dr. Saliha Yalçın) 176
	Referatlar: (Dahili, Kadın-Doğum, Şirürji) 178
	Yeni Kitaplar 185
	Fihrist I, II, III, IV.

Sayısı 100 Kuruş, Senelik abonesi 300 kuruştur.

CUMHURİYET MATBAASI

İSTANBUL



PRATİKDE ŞEKER HASTALIĞI ve TEDAVİSİ

Dr. İhsan Aksan

Ankara Nümune Hastahanesi
Dahiliye Mütchassısı

Dr. Saliha Yalçın

Ankara Nümune Hastahanesi
Dahiliye Mütchassısı Muavini

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

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

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

İçindekiler:

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

SATIŞ YERİ:

İstanbulda Mazlum, Ankarada Akba Kitabevleri

ANADOLU KLİNİĞİ

ÜÇ AYDA BİR ÇIKAR

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

MECMUAYI DAIMİ YARDIM VE HİMAYE ALTINDA BULUNDURAN NEŞİR HEYETİ

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

İmtiyaz Sahibi ve Yazı İşleri Müdürü

Dr. ASİL M. ATAKAM

201 Anadolu Hanı, 1/1 Beyoğlu - İstanbul

Kadın ve Erkeklerde İnfertilite ve Sterilite

Reynold H. Boyd M. B. F. R. C. S. (*)

ERKEKTE İNFERTİLİTE VE STERİLİTE :

Analiz :

Bir sterilite kliniğine müracaat eden vak'aların %30 unda kabahat erkekte, %40 ında kadında ve mütebaki %30 da erkekte biraz fazla olmak üzere her iki taraftadır. Erkeklerdeki kabahat umumiyetle spermatozoit miktarının az olmasıdır: cm³ başına 40 - 50 milyon. Biyolojik ve Tıbbî Komitenin Kraliyet Nüfus Komisyonuna verdiği raporda evlilerin %5 - 8 inin istemiyerek çocuksuz olduklarını tespit etmiştir. Demekki İngiltere'de her sene evlenen 450.000 erkekte hiç olmazsa 40.000 i sübfertil veya sterildir. Görülüyor ki, fazla miktarda infertilite kliniklerine ihtiyaç vardır; bu kliniklerde muayene erkekte bitmez, bilâkis erkekte başlar.

Tedavi olmayan genç çiftlerde evlenme ile ilkah arasındaki ortalama müddet 3 aydır. Bu müddet kadının yaşı ile mütenasip olarak uzar ve kadın 37-40 yaşlarında iken sekiz ayı bulur. Bu hudutların ötesinde infertilite teşhisi konabilir.

Bir infertilite kliniğine müracaat eden erkeklerden yapılan istatistiklerde elde edilen neticeler şunlardır :

- %40 Yüksek derecede fertil,
- %30 Nispeten fertil,
- %23 Sübfertil,
- % 7 Steril (Azoospermi).

İnfertilite nispeti serbest meslek sınıflarında daha yüksektir. Zira burada geç evlenme dolayısıyla şahıslar evlenmeden evvelki devrede varikosel, kabakulak ve diğer bilmediğimiz faktörlere daha fazla maruz kalırlar.

Her iki cinsiyette de erken araştırma gayet mühimdir.

Teşhis standartları :

Beş günlük bir apstinanstan sonra masturbasyon ile elde edilen semen, cam bir kaptan toplanır. Bu semen bir saatten sonra ve iki saatten evvel muayene edilmeli. Cam bir bagetle viskozite derecesi tayin edilir, fazla ise Locke solüsyonu ile 1/20 ye kadar sulandırılır ve sayılır.

Fazla teferruatlı bulgulara ihtiyaç yoktur. İngiltere'de fekdite için kabul edilen asgari standartlar şunlardır :

Hacim 2 cc., adet cc. başına 30 milyon, hareket 37° de iki saat sonra %50, anormal baş şekilleri %25 in altında. Az miktarda testis hücresi ve polimorf hücre bulunmalı. Sperm aglütinasyonu olmalıdır.

(*) St. John's Hospital, Chelmsford, Wanstead Hospital (London) İnfertilite servisleri müdürü ve cerrahı; N. E. Londra Regional Hospitals Zührevî hastahklar servisleri müdürü ve konsültan hekimi.



Birleşik Amerika'da rakkam nispetinden ziyade umumî yekûna daha çok ehemmiyet veriliyor. Philadelphia'daki Wistar Enstitüsünden Farris, aşağıdaki standartları veriyor.

	Asgarî standartlar	Ortalama
Hacim	2,5 cc.	4 cc.
Morfoloji	%80 normal	%87
Hareket (aktif - müterekki)	%38	%44
C.c. başına aktif	20 milyon	50 milyon
		(Müellif bunu az buluyor).
Total aktif		
Ortalama	200 milyon	
Yüksek derecede fertil	185 milyon ve yukarısı	
Nispeten fertil	80 - 185 milyon	
Sübfertil	1 - 80 milyon	
Steril	0.	

Fazla koitin tesirleri :

Beş günlük bir apstmanstan sonra spermatozoit adedi 185 milyon ve daha fazla olan şahıslarda ertesi günü spermatozoit adedi 80 milyondan yukardadır. Halbuki 185 milyondan az spermatozoitli şahıslarda müteakip günlerde adet 80 milyondan aşağı düşer ve subfertil hale gelirler. Kalite bakımından fark azdır, fakat miktar gittikçe azalır tesirsiz raddelere kadar iner. Hergün veya gün aşırı yapılan emisyonlarla nispeten fertil bir şahıs sür'atle subfertil seviyeye düşer. Bu fazla koitin fertilité üzerindeki depresiv tesiri tamamiyle geçicidir. Altı saatte bir yapılan emisyonlar yüksek derecede fertil şahıs subfertil raddeye indirir. Fakat sübfertil grup bundan pek az tesir görür ve böyle bir şahıs 6-8 saat ara ile iki koitüs yaparsa ikinci defada fazla aktif spermatozoit mevcuttur.

Yüksek fertil şahıslarda mükerrer muayenelerde varyasyon görülmez. Fakat nispeten fertil grupta daima ileri derecede varyasyonlar tespit edilir. Bunun için azospermi teşhisini koyabilmek için gine beş günlük bir apstmanstan sonra ikinci bir muayene yapılmalı ve semen santrifüje edilmelidir.

Hareket : Yüksek derecede fertil şahıslarda 18 saat devam edebilir; nispeten fertillerde ise azami 9 saattir. Uterus ve tubalarda inseminasyondan 48 saat sonra hareketli spermatozoitler bulunur. Fakat bunların fertilizasyon kabiliyeti 12-24 saat arasında her halde kaybolmuştur. Bu sebeple sun'î inseminasyon ovülasyondan sonra 24 saat içinde yapılmalıdır. Muvaffakiyet için bu nokta gayet mühimdir.

Vazektomiden altı hafta sonraki ejakülasyonlarda aktif ve tedricî mobil spermatozoitler bulunabilir (şahsî müşahede), ve hattâ bundan daha fazla bile yaşayabilir. İleri derecede fizikî yorgunluk sperm adedi üzerinde tesirsizdir.

Anormal şekiller: Anormal şekillerin, bilhassa dev başların ve küçük başların fazla miktarda bulunması mühimdir. Zira spermatozoit adedi yükseldikçe bunların da miktarı çoğalır. Spermatojenizde defisians'tan ziyade bir anormalitenin ifadesidir ve kanaatime göre spermatozoit miktarı az olan bir şahısta bunlar %40 tan fazla ise inzar ümitsizdir.

%20 den fazla anormal şekillerin bulunması gayet nadirdir, bu şekiller de vahim olmıyan tiplerdendir.

Semen biokimyası :

Artık spermatozoid'in intraselüler gıda ihtiyacını sperm nutrisionunun kat'i faktörü olarak kabul etmek mümkün değildir. Spermin yaşaması daha çok seminal plazmaya ve kadın genital yollarının sekresyonlarına bağlıdır. Mühim bir kısmını früktoz (levüloz) un teşkil ettiğinden maada seminal plazma, servikal ve vaginal ifrazatın kimyası hakkında fazla malûmatımız yoktur. Seminal plazma bilhassa vezikula seminalislerde teşekkül edip ifraz edilir. Vesikulalarda enfeksiyon olmamalıdır.

Hyaluroni dase'in ehemmiyeti hakkındaki fikirler hâle münakaşalıdır. Bunun تازه aktif sperm hücreleri tarafından mı yapıldığı veya onlarda bir dejeneresans alâmeti mi olduğu anlaşılamamıştır. Bunun fertilizasyon mekanizmasında mühim bir rol oynadığı tespit edilirse salisilatların nesiclerde bu maddenin teşekkülüne mâni olduklarını unutmamalıdır. Salisilatların akut romatizmaya tesir şekli bu yoldandır.

Prostat ifrazının spermaya tesiri hakkındaki bilgimiz şimdilik azdır. Bunun mühim olan ifraz fonksiyonlarına tesir eden faktörler arasında erkek sex hormonu ve vücudün gıda vaziyeti mühimdir. Spermatojenesis üzerine tesiri az olan gıda defisyanları ileri derecede infertilite yapacak kadar tâli guddelerin ifraz fonksiyonuna tesir edebilir.

Semen muayenelerinden de görüldüğü gibi virilite ve fertilité beraber gitmez. Birçok steril şahıslar ileri derecede verildir ve kabakulak neticesi testiküler atrofi vak'alarının çoğunda libido ve potans aynı kalır. Hattâ hadımlarda bile bir dereceye kadar virilite vardır. Buna mukabil sexuel kuvvetin azalması ve nispî oligozoospermi cesametlerinin normal olmasına rağmen yumuşak olan testislerde görülür.

Koit adedinin normal miktarları :

Yaş 21 - 35	haftada 3 defa
» 36 - 50	haftada 2 defa

İnfertilite kliniklerine müracaat edenler arasında bu miktarlar nadiren bulunur. Fakat libidonun azalması ve koit miktarının az oluşu bir fertilité delili olarak kabul edilmemeli. Bu hal senelerce devam eden bir çocuk elde etme hırslının neticesi olabilir.

Erkeklerde infertilite ve sterilitenin sebepleri :

1) **İmpotens:** Aşağıdaki şekilde tasnif edilebilir:

a) Psikolojik :

I. Anksiyete növrozu: Korku, üzüntü veya kendine emniyetsizlik sebebiyle,

II. Asabî depresyon: Devamlı ve entansif ruhî faaliyetten sonra. Yalnız empotans yapmaz, sperm adedini de azaltır.

III. Oversiyon ve homoseksüalite.

b) Fizik : Debilité veya hastalık; en makul fizikî sebep bile psikolojik bir mazeret olabilir.

I. Gıdasızlık: Fakat temerküz kamplarındaki şahıslar çok defa potan kalmışlardır ve gördüğüm vak'aların hiç birinde ileri derecede ve uzun süren bir gıdasızlık virilite veya fekonditeye devamlı tesir yapmamıştır.

II. Fazla efor: İleri derecede yorgunluk, sağlam, kuvvetli, atletik şahıslarda çok görülen bir empotans sebebidir.

III. Tabesin ilk şikâyetini teşkil eder.

IV. Diğer spinal lezyonlar:

Dissemine skleroz,

Poliomyelitis,

Medulla spinaliste trauma,

Spinotalamik lezyon.

V. Ağrı refleksi: Bilhassa bu sebeplerden olur:

Fissura ani,

Frenulum ülseri,

Fissürlü prepusium.

VI. Devamlı priapizm, hematumlu trauma veya penis fraktüründen sonra.

c) İhtiyarlık.

2) **Erken ejakülasyon** : Yeni başlayan bir impotensin ilk arazı olabilir. Fakat gençlerde sempatik farti faaliyetinin ifadesi olan bir anksiyete hâlinin delilidir. Sempatik sistem ereksiyonun inhibitörü fakat vesikula seminalislerin tenbih edicisidir. Maalesef sempatik depresörlerimiz azdır. Bunlardan Hexamethonium bromide ümit vericidir. Eskiden phenobarbitone, lysivane, avomine gibi tesirleri müphem olan serebral depresörler kullanılırdı.

Ejakülasyonun olmaması ve tedavisi hakkında bilgilerimiz gayet azdır. Kapalı sexüel deviasyonlara veya sexüel impulsun ağır inhibisyonuna bağlı olabilir. Habis hipertansiyon tedavisi için yapılan lomber sempatektomi'den sonra husule gelebilir. Bazı vak'alarda ejakülasyon daha sonraları uyku esnasında husule gelir. Bu vaziyetlerde teorik olarak mümkün fakat pratik olarak gayet zor bir mesele vardır: Semeni, kılıf vasıtasıyla toplayıp sonradan inseminasyon yapmak.

İnkıta uğrayan ejakülasyon daima bir daralmaya bağlı değil; bazen de sebebi nöro-müsküler bir disfonksiyon olabilir.

3) **Fena tekâmül ve lokal hastalıklar** :

a) Hipospadias,

b) Phimosi,

c) Peyronie hastalığı (Penis indurasyonu ve çarpıklığı).

4) **Oligozoospermi** : Erkek infertilitesinin etüdünde en mühim olan kısımdır. Bir çok çocuksuz evliliklerde bulunabilen tek sebebi teşkil eder. Umumiyetle yardımcı bir faktördür, esas faktör erkek ve kadında defisiansların toplanmasıdır. Sperm miktarının azalmasının sebepleri birçoğuktur

a — İnmemiş testis,

b — Genç ve kâhilde kabakulak,

c — Varikosel,

d — Hidrosel,

e — Diğer sebepler: Bu büyük grupta yarıda kalmış tekâmül (pitüiter infantilizm) mitotik zehir-

ler, fokal sepsis ve devamlı ruhi fazla çalışma vardır.

a — **İnmemiş testis (Cryptorchismus)** ve ameliyatla indirilen testisler oligozoospermanın mühim ve çok görülen bir sebebini teşkil eder. Yalnız testislerin inişini sür'atlendiren hipofizer gonadotrofin zerklerinin lehinde değilim. Zira bunlar bülûğda bir kaç ay farkla kendiliğinden inecektir. Unutulmalıdır ki, testisin bu şekilde indirilmesi aynı zamanda epifizlerin füzyonunu da çabuklaştırır. Ben şahsen inguinal kanalda takılmış veya sathî inguinal ceyiplerde kalmış testislerin ameliyatla indirilmesine taraftarım. Ameliyat gayet dikkatli yapılmalı ve iç femoral nahiyeye tespit ancak gerilmeğe sebebiyet vermeyeceği zamanlar yapılmalıdır: Danimarka'da basit olarak skrotuma yerleştirmekle gayet iyi neticeler elde edilmiştir. Ameliyat buluşdan bir veya iki sene evvel ve her seansta bir tarafta olmak üzere yapılmalıdır. Inguinal kanalda kalan testisler hayat müddetince az miktarda spermatojenezis gösterebilir ve c.c. başına 3 milyon spermatozoit verebilir. Yukarıda kalmış testislerin çoğu ve 11 yaşından sonra indirilenlerin ekseriyeti fonksiyon göstermez. Bilateral bir cryptorchismus vak'asında 21 yaşında yapılan bir ameliyattan sonra çocuk elde edilebilmiştir (Rock Carling'in vak'ası); fakat bu şekilde muvaffakiyetler pek nadirdir.

Sathî inguinal poşlarda çok defa ovoit şekilde olmasına rağmen iyi cesamette ve tonüste testis bulunabilir. 13 - 20 yaş arasındaki gençlik çağında bu testislerin indirilmesi gayet iyi neticeler verir: Birkaç ay içinde spermatozoit adedi fazla miktarda çoğalır. Son zamanlarda 18 yaşında genç bir Kıbrıslıda sol testiste non spesifik bir epedidimit tesbit ettim. Sağ testisi sathî inguinal pošta idi. Biraz uzun fakat iyi cesamette idi. Mükerreren tayin edilen spermatozoit miktarı 15 milyondur. İndirilişinden 3 ay sonra 65 milyona çıktı.

İstikbâlde daha tesirli hülâsalar bulununca gonadotrofin tenbihî ile daha minimal ameliyatlara kifayet edilecek ve daha mükemmel neticeler elde edilebilecektir. Fakat şimdilik tembih tedavisi tesirsizdir.

b — **Kabakulak orchitis'i** :

Genç ve kâhillerde testiste kabakulak orchitinden daha çok zarar yapan lezyon yoktur. Tek taraflı vak'alarda bile diğer testis irreversible ve tam olarak fonksiyonunu kaybedebilir veya spermatozoit miktarı sterilite derecesine kadar azalabilir. Kabakulak neticesi oligozoosperminin tek tedavisi, zamanları iyi tanzim edilen Koit veya sun'î inseminasyondur. Tenbih tedavisi hiç tesir etmez ve bütün gayretler bu hastalığın önüne geçilmesine ve zararlarının tahdit edilmesine tevcih edilmelidir. Kabakulak virüsü chloromycetin'e cevap verir. Bu bütün kabakulaklılara ve hattâ bu hastalığı ve ihtilatını geçirmiş olanlara da tatbik edilmelidir. Mamafi hem profilaksi hem tedavi bakımlarından Stilboestrol daha tesirlidir. Bülûğdan evvel orchit nadiren görülür, zira kabakulak virüsü yalnız çalışan gudedeye yerleşir. Östrojenler ise guddenin fonksiyonunu azaltır.

c — Varikosel : Oligozoosperminin çok görülen diğer bir sebebidir. Sarkik bir skrotum ve tönüsü az yassı bir testis ile beraber bulunur. Sperm adedi 25 - 30 milyondur ve 30 - 40 yaşlarında 10 - 15 milyona kadar iner. Bu sebepten olan oligozoospermi tembih tedavisine hiç cevap vermez; ameliyattan sonra nadiren düzelir. Hele ameliyat neticesi masif bir tromboz husule gelirse testiste atrofi zuhur eder. Bunu önlemek için ameliyatta dikkatli olmak ve antikoagulan kullanmak icap eder. En iyi tedavi Prevantif olanıdır. Askerlik muayenelerinde varikoselli bir gence erken evlenme ve süspansuar tavsiye edilmelidir. Daha ilerlemiş vak'alarda ufak bir ameliyat yapılır: Venaların eksizyonu ve testislerin yukarıya asılması gerekir.

d — Hidrosel: etraftaki tazyikten daha da fazla zarar gören hasta bir testisin ifadesidir. Eversiyon ameliyatı masif vak'alarından maada hepsinde iyi neticeler verir, tam ve devamlı bir antibiotik ve sülfonamid tedavisi ile takviye edilmelidir. Muvaffakiyet elde etmek için erken ameliyat etmek lâzımdır.

e — Oligozoosperminin diğer sebepleri: Hipofizer menşeli az tekâmüle bağlı bazı vak'alar muvaffakiyetli bir tedavi ile iyileşebilirse de bugünkü halde memnuniyet verici bir tedavi yoktur. Hipotiroidizme bağlı vak'alar tiroit hülâsalarına iyi cevap verir; diabetik olanlar ise hastalık kontrol altına alınca sür'atle düzelir. Diğer bazı vak'alarda sebep mitotik zehirlerdir. Bilhassa narkotikler arasında, Colchicine'in mitozda yaptığı bozukluğa benzer bozukluklar yapan bir çok maddeler vardır. Üretrane hydroquinone ve muhtelif arsenik mürekkebatı gibi diğer bazı maddeler röntgen şuaı ve ultraviyole gibi nükleer maddede harabiyet yapan veya hücrelerin profaz devresine girmesine mâni olur. Bazı mitotik zehirlerin modern medeniyetin mühim maddeleri arasında mevcut olduğu düşünülüyor ise de bu hususta şimdilik kat'i bir bilgimiz yoktur. Sülfonamidlerin spermatogenezis üzerinde 4-6 hafta süren yavaşlatıcı tesiri iyi biliniyor. Bu sebeple bu ilaç sık sık sebepsiz kullanılmamalıdır. Aspirin (anti-hyaluronidase tesirinden) fertil bir adamın sperm miktarını 3 milyon kadar indirebilir. Tesiri geçicidir.

Mitozun tenbihi için lüzumlu veya mühim neşvünüma faktörleri olan bazı Vital maddelerin mevcut olmayışı başka bir araştırma sahası teşkil eder. Protein parçalanmasından husule gelen maddeler ve kompleks nükleoproteinler bozuk bir spermatogenezisi düzeltmek kastile tavsiye edilmiştir. Fakat şimdye kadar kat'iyetle şifa bulmuş vak'alar neşredilmemiştir. Harap olan hücrelerden husule gelen maddelerin hücre neşvünemasında rol oynadıkları aşikârdır. Bazı likenlerin ve mayaların tenbih edici hassaları varsa da erkek sterilitesi tedavisinde hayvan veya insan hormonu kullanmak daha akla yakındır. E vitamini tekrar ele alınmıştır. Son olarak Aureomycin'in kuvvetli bir neşvünema stimülanı olduğu tespit edilmiştir.

Fokal sepsisin sterilite dahil muhtelif komplikasyonlar yaptığı fikri bugün pek kabul edilmiyor. Mamafi bilhassa sedimantasyonun yüksek olduğu vak'alarda septik mihraki aranmalıdır. Mihrakin kal-

dırılması ve antibiotik tedavi, sür'atle infertilitiye izale eder.

3 - 4 günden fazla süren 40° nin üstünde bir ateş muvakkat oligozoospermi yapar, devamlı bir ateş bazen devamlı ve sabit bir oligozoospermi yapabilir. Fakat bunun aksi olan müşahedeler de görülmüştür: ftizik hastaların fekonditelerin artmasına mukabil mafsalsomatizmasına müptelâ olanlarda infertiliti görülür.

Bazı ailevi, genetik oligozoospermi vak'alarında hiç bir şey yapılamaz.

3-30 milyonluk bazı oligozoospermi vak'aları, meselâ kabakulak orchitis'inden sonra olduğu gibi spermatogenezis nesiclerinde atrofi ve harabiyet husule gelmişse sabit ve irreversible'dir.

Bazı vak'alar ise tenbih tedavisi ile düzelebilir: Vak'a, hipogonadotrofik, hipogonadal bir oligozoospermi ise ancak hususî surette hazırlanmış pitüiter gonadotrofik hülâsaya cevap verebilir. Bu hülâsa daha ticarete yoktur. Teşhisi tefrikî sırf biopsi ile yapılabilir. Harabiyet olmadan spermatozoit azalması vak'alarında miktarlar muhtelif zamanlarda tedavilere göre 25 - 70 milyon arasında değişebilir. Mamafi bu vak'alar ya patolojik lezyonun kaldırılması ile yapılan tedaviye veya kuvvetlendirici tedaviye cevap vermelidir. Bu kuvvetlendirici tedavide demir ve arsenik hâlâ layik olmadıkları bir mevkiî işgal ediyorlar.

Oligozoospermi vak'alarının aşağıdaki vasıtalarla tenbih tedavisine cevap verip vermeyecekleri anlaşılır.

- I. Vak'anın anamnezi ve testislerin muayenesi,
- II. Büyük inhiraflar gösteren spermatozoit miktarları,
- III. Biopsi,
- IV. Röntgenle hipofiz tenbihi.

Evvelâ sağ ve sonra sol tarafa tatbik edilmek üzere bir haftada 80 r. lik iki pitüiter irradiasyonu yapılır. Mecmu 180 r. olup pitüiter sahaya 80 r. lik bir nesic dozuna tevafuk eden miktar verilmiş olur. Diğer faktörler de bunlardır: 200 KVP; 15 ma; H. V.L. 1. Imm. Cu; 1,0 mm. A.7+0,5 mm. Cu. re ilâve edilmiş filtre; 50 cm. S.T.D. ve 7 cm. kutrun-da portal. Bir haftada geçici tesiri görülür. Bu tedavi muvakkattır, yalnız başına veya endokrin terapi yerine tatbik olunur.

TEDAVİ :

1) Skrotal nahiye ısısının normal bir şekilde tutulması:

- a — Sıcak banyolardan kaçınmak,
- b — Sıcak muhitlerde çalışmamak; bu bilhassa demir işçileri ve buhar işleri ile uğraşanlar için mühimdir.

c — Fazla miktarda iç gamaşını giymemek,
) Muntazam yaşayış ve hafif ekzersizler.
3) 1-3 ay müddetle tam bir seksüel istirahat. aynı yatakta yatmak gibi yakınlık tenbihlerinden bile kaçınılmak.

4) Protein ve vitamin tedavisi:

- a — Münhal proteinli gıdalar: Casinal,

b — Karışık vitamin tabletleri: Complevite,
c — Vitamin E. (Alpha-tocopherol): Ephyual
bir ay müddetle günde 4 - 8 defa 50 mgr.
d — B₁₂ vitamini veya folik asit: Cytamen.
5) Tiroit hülâsaları - Gonadotrofinler (500 -
1000 Ünite, haftada üç defa 6 hafta müddetle).
Testosteron (haftada 1 - 2 defa 5 - 10 mgr.) İnsu-
lin. Thiouracil.

6) Varikosel varsa süspansuar.

7) Fokal enfeksiyonların giderilmesi.

N. B. Gonadotrofinler kısa bir müddet için
verilmelidir. Testosteron büyük dozlarda sperma-
togenesisi azaltır.

5) Azoospermi :

İnfertilite kliniklerine müracaat edenlerin %5
inde bulunur. Azoospermi teşhisi ancak 5-7 günlük
bir abstinanstan sonra yapılan ikinci muayenenin ne-
ticesinde kat'i olarak konulabilir. Semen santrifüje
edilmelidir.

Seguy, bir Orta Avrupa infertilite kliniğinde
2054 vak'ada 100 azoospermi bulmuştur: %5. En-
çok tespit ettiği sebepler de şunlardır

- | | |
|---|-----|
| 1 — İki taraflı gonokoksik epididimitis | %25 |
| 2 — Testiste gerilik veya atrofi | %20 |
| 3 — İki taraflı ektopi | %12 |
| 4 — Kabakulak orchiti | %11 |
| 5 — Epididimit Tbc. | % 5 |
| 6 — Epididim kistleri | % 4 |
| 7 — Vas trauması | % 2 |
| 8 — B. Coli epididimiti | % 1 |
| 9 — Tasnif edilmeyen sebepler | %17 |

Londra'daki kliniklerine müracaat eden azoo-
spermi vak'alarının sebepleri aşağıdaki şekilde tas-
nif edilebilir

- | |
|--|
| 1 — Vas eksikliği. Testisler normal, |
| 2 — Testiste az veya kötü tekâmül. İnşileri
tam; epidimlér dissosye veya kistik, |
| 3 — İnmemiş testisler, yeni inmiş ve atrofik
testis, ameliyattan sonra atrofi. |
| 4 — Trauma, Fitik, Varikosel, Hidrosel veya
X şuaı sebebi ile atrofi. |
| 5 — Genç veya kâhil kabakulak orchiti'nden
sonra atrofi. |
| 6 — Bilateral epididimit:
a) Gonokoksik,
b) B. coli dahil recurrent non spesifik in-
feksiyonlar. |
| 7 — Vas trauması. |

Gonorenin modern tedavisi iki taraflı epididi-
miti nadir bir hale sokmuştur. Fakat presulfonamid
devresinden kalma veya Mısır, İran, Hindistan'dan
gelme bazı yeni vak'alar vardır.

Sülfonamid veya antibiotikler basilüri kompli-
kasyonu olarak zuhur eden spesifik olmiyan epididi-
mit nispetini mühim miktarda azaltmıştır ve bu has-
talığın nüks etme kabiliyetini bertaraf etmiştir. Böy-
lece tek taraflı vak'alarda inzar iyidir. Kabakulak
orchitis'i ve ona bağlı sterilite miktarı son 10 sene
zarfında gençlerin baraka, kamp ve askerî taşıt ge-
milerinde kontrol altına alınması ile mühim derecede
azalmıştır. Epididimit Tbc., endometrit Tbc. gibi

kliniğin bulunduğu mntakaya göre %5 ile %0,5 - 1
nispetleri arasında değişir.

X şuasından testis atrofişi hiçte nadir değildir.
Spondilit için yapılan spinal röntgen banyolarından
ve pruritis, anı tedavisinden sonra görülür. Testisler
nekadar muhafaza edilirse edilsin bu tedavi daima
tehlikelidir. Atrofi ilerleyici ve irreversible olur.
Herhalde burada X şuaının spermatojenik ve diğer
nesiçlere tesiri kümülatif ve herab edicidir ve kanaa-
tımcı X şuaının gonadlara direkt stimülasyonu diye
birşey yoktur.

Vak'a No.	Muhtasar Kart		Protokol No.
Başlama tarihi	İsim :		Sonuç tarihi
	Adres :		
Evli	Bulgular	Tedavi	Netice
Kadın Yaş	Vagina involüsyonu Tuba Ovaryumlar Rarim vaziyet değişikliği Fibroidler Endometriyozis Tbc. e I. Erkek fertlilité testi. II.		Ümitsiz E K Erkek sterilitesi
Erkek Yaş	Düşük adet Sebebi belli olmayan Kaba kulak Kriptorkidi Varikosel Enfeksiyonlar Azoospermi İki taraflı epididimit Atrofi		
Mülâhazat			

Araştırma ve Tedavi :

Azoosperminin sebebi iki taraflı vas eksikliği,
ileri derecede atrofi, veya tekâmül eksikliği ise biop-
si lüzumsuzdur, tedavi neticesizdir. Bu, sert ve bü-
yük testisler (massif epididime - orşit) için de varit-
tir. Kabakulak neticesi tek taraflı bir orşit sonunda
bir testiste atrofi olur. Fakat diğer testiste de hafif
lezyonlar olduğundan azoospermi veya ileri derecede
oligozoospermi husule gelebilir. Sağlam görünen
taftaki tegayyür, ağrı ve şiş olmamasına rağmen,
aynı şekilde gayri kabili tamirdir.

Gençlerde veya kâhillerde azoosperminin se-
bebi ektopia veya ameliyatla indirilmiş testis ise in-
zar gine ümitsizdir. Burada da biopsi'ye lüzum yok-
tur.

Testisler normal cesamet ve tonüste ise, vaslar
palpable ise, azoospermi, ya spermatocyte veya
spermatid devrelerinde kalan kötü bir spermatoge-
nesis, veya epididimlerde, ejakülatuar kanallarda
bir blokaj neticesi husule gelmişse, bu vak'alarda
bir testis biopsisi yapmak şarttır.

Testis biopsisi: Pentotbal anestezisi 1-1,5 cm.
lik bir şakla scrotum cidarı açılır. Epididimisin üst
kutbu palpe edilir. Hilus fibrosisi ekarte edilir. He-
mostaza pek dikkat etmek lâzımdır. Punksiyon gayet
zararlı hematocele'lere sebebiyet verebilir. Sperma-
togenesis normal ise ve hilus-fibrosisi yoksa «epidi-

dymo-Vasostomie» endikasyonu vardır. Bu ameliyatın muvaffakiyeti azdır, fakat olursa kat'idir.

Epididimin globus major'unu ponksiyone ederek sun'i inseminasyon için spermatozoit ekstraksiyonu hâlâ yapılmaktadır. Bugün artık bu metodtan sırf kullanılmamak için bahsedilir.

Azoosperminin sebebi kötü bir spermatogenesis ise inzar kötüdür. Tesadüfî şifalar elde edilmiş ise de şimdilik kat'i tesirli bir tedavi yoktur.

Netice : Erken sistematik muayenenin lüzumu belirtilmeli ve atrofiye uğramış nesicilerin tenbih edilemeyeceği idrak edilmelidir. Sabit orta derecede oligozoospermiler için en muvaffakiyetli tedavi hastaya «fertil zamanları» izah etmektir.

Fakat gayri salih oligozoospermiler için daha müessir ve spesifik tedavi şekilleri bulmak gayesile araştırmalara devam etmek lâzımdır.

KADINLARDA İNFERTİLİTE :

Bir infertilite kliniğine müracaat edenlerin yalnız çocuk istediklerini düşünmemeli, aynı zamanda çocuk yapmaya müsait olup olmadıklarını araştırmalıdır. Hipertansiyon veya mühim bir akciğer, kalb, böbrek veya ruh hastalığı daima aşıkâr değildir, ve hastayı gönderen hekim de bunu bilmiyebilir.

Görünürde sağlam bir kadının natam muayenesi kliniklerimin birinde vahim neticeler vermiştir. Bu vak'ada bazı müşkülattan sonra gebelik elde edilebilmişti. Üç ay sonra, hastayı kendi doktoruna iade etmeden evvel yapılan muayenede ağır hasta olduğu görüldü: Evvelce kompanse olan konjenital bir kalb rahatsızlığı sür'atle dekompanseasyona doğru gidiyordu. Hemen evakuasyon yapmak mecburiyeti hasıl oldu. Hastada inkisarı hayalden dolayı ağır bir şuur depresyonu husule geldi.

Muayene aynı zamanda tiroit dizfonksiyonu, geniş endometriosis, fibrosis uteri, fibroid uterusun yer değiştirmeleri, salpengit ve over kisti gibi ağır hastalıkları meydana çıkarır.

Zevce gelince, cm³ başına 40 milyon spermatozoit husule getiren her erkek infertilitenin tek başına müsebbibi olmak mesuliyetinden kurtulur. Fakat spermatozoitler ancak servikse girerse faydalı olur.

Bu, post koital testin ehemmiyetini belirtir. Servikal müküsün permeabilitesini gösteren bu test ovülasyon zamanında yapılmalıdır. Bu testin verdiği malûmat penetrasyon testlerinininkilerinden çok daha fazladır.

Erkeklerde infertiliteye sebep olan mekanik faktörler :

- 1) Hafif derecede hipospadyas: Pek mühim değildir. Ağır vak'alarda ucu delikli kondomlar tesir etmez. Yalnız sun'i inseminasyon iyi netice verir. İleri derecede Phymosis, Peyronie hastalığı.
- 2) Anormal küçük penis veya pubis yağına gömülmüş penis ve yüksek serviks.
- 3) Oligozoospermis de Serviks alkalin bir solüsyon ile yıkamak suretile yardım edilir. Penis erken çekilmez. Kadının pelvisi bir saat için yastıkla

kaldırılır ve kadın dört saat kalkmaz. Bunun ile muvaffakiye telde edilemezse sun'i inseminasyon endike olabilir.

Birçoklarının kanaatine göre sun'i inseminasyon yalnız servikal kanale yapılmalı. Semen dakikada 3.200 tur ile 15 dakika santrifüje edilir. Viskozite fazla ise Ringer - Locke mahlülü ile dilüe ettikten sonra santrifüje edilmeli: Spermatozoitlerin çoğu yarım cc. de konsantre olur. Servikal kanal kapatılırsa veya semen plastik serviks başlıklarına konup serviks üzerinde 4 saat bırakılırsa daha iyi neticeler elde edilir.

Intrauterin inseminasyon: Azamî 1/4 cc. ye kadar damla damla yapılmalı. Profilaktik procain penicillin tatbik edilmeli. Krampi önlemek maksadıyla yarım gram codein phosphat verilmeli. Tecrübeme göre ektopik gebelik yalnız kronik salpengitisli hastalarda görülür.

Donör ile yapılan sun'i inseminasyonlarda mümkünse psikolojik iyi tesiri bakımından zevcin subfertil semeni ilâve edilebilir.

Her 3-4 ayda bir sun'i inseminasyon kesilmeli. Zira yalnız dilatasyonun tesirile gebelik husule gelebilir.

Muvaffakiyetsiz addetmeden evvel sun'i inseminasyona 6-9 ay devam etmek lâzımdır.

Ovülasyon zamanının tayini hararet cedvelinin tetkiki ile kabildir. Basit olarak 6 sıkl üzerinden yapılan ortalama hesaplama çıkarılır. Ortalama sıkl 28 gün ise ikiye taksim edilir, 2 çıkarılır = 12 nci gün. Farris'in fare testi daha dakiktir. Bazal hararetin yükselmesi ile ovülasyon zamanı arasında 4 güne kadar uzanabilen bir müddet farkı olabileceğini iyice anlamak lâzımdır.

Buxton ve Engle (A.J. of O.G. 60 539 - 551 September 1950). Bunu ameliyat müşahedesi olarak andometrial biopsi ile hararet tablosunu karşılaştırarak tespit etmişlerdir.

Kadın İnfertilite'sinin mühim sebepleri :

1. Bloke tubalar,
2. Ovülasyonun olmayışı,
3. Servisitisi,
4. Andometritis Tbc.
5. Uterus yer değiştirmeleri ve fibrozis,
6. Salim himen.

Umumiyetle en muvaffakiyetli tedavi hastayı fazla miktarda değişik hormon tedavisi neticesi bulunduğu endokrin hercümercinden kurtarmak için bir müddet kendi haline bıraktıktan sonra muntazam fasılalarla tübal ensüflasyonlar yapmak ve fertel devreleri tayin etmektir.

Klinik muayene usulü :

Routine Usul : Çifti beraber görmelidir.

1. Zevcin muayenesi ve Semen kontrolü,
2. Zevcenin muayenesi: Wassermann reaksiyonu ve Rh. faktörü tayini.
 - a) 6 âdet siklinin tetkiki. Hastaya bir ovülasyon hararet tablosu verilir. Bunun tayinine hasta klinik haricinde iken de devam etmeli. Hararetin devamlı yükselişi gebeliğin erken bir arazi olup erken progesteron implantasyonunu mümkün kılar.

Post koital test yapılmalı, Uterus yer değiştirmeleri tashih edilmeli. İnfeksiyon veya trikomonal vaginitis varsa tedavi edilmeli.

- b) Biopsi,
- c) Salpengografi - kymografik gaz enflasyonları - lüzum olduğu kadar tekrarlanabilir.
- d) Bazal metabolizma tayini.
- e) Dilatasyon ve kürtaj - Endometriyumun histolojik ve bakteriyolojik muayenesi ile,
- f) Sun'i insiminyasyon :
Santrifügasyon,
Früktoz,
Ringer - Locke mahlülü,
Hyalase'in yardımları ile.

Tubaların geçirme testleri : Manstrüasyondan sonra ovulasyondan evvel yapılır.

1 — Neohydriol : Visköz iod'lu bir yağdır, kullanılışı kolaydır, verdiği malûmat oldukça fazladır. Pentothal anestezi şoku önler ve araştırmaları kolaylaştırır. Tubaların boşaldığını anlamak için 48 saat sonra tekrar kontrol grafisi yapılır. Kalan bakiye bir tüba granülomu yapabilir. Bazan tubalar dolduktan 24-48 saat sonra hâlâ boşalmaz; röntgende tubalardan geçişin serbest olduğu ve ilâcın pelvise aktığı tespit edilir. Adet başlangıcına yakın yapılırsa emboli tehlikesi vardır.

2 — Viskiosol : Yağsız, ince bir mahlüldür. Emboli tehlikesi yoktur. Manstrüasyondan evvel kullanılabilir. Bir blokajı yenmek maksadile tazyikle verilebilir, bunun tehlikesi tüba rüptürüdür. Röntgenler okadar net değildir; boşalma için kontrol grafileri birkaç saat sonra çekilmelidir.

3 — Gaz - CO₂ : Görünürdeki blokaj bir spazm sebebiyle olabilir (1/30 gr. trinitrin). CO₂ tekrar edilen enflasyonlar için kullanılır.

Neohydriol ve Viskiosol'un Routine şeklinde kullanılması ile kliniklerinde kötü bir tesir görülmedi. Yalnız bunların yapılabilmesi için iyi bir seleksiyon ve asepsi lâzımdır.

Blokaj organize olmadığı zamanlar aşağıdaki usullerle yeniden pasaj temin edilebilir.

1) 250 mm. hattâ 300 mm. civa tazyiki altında tekrarlanan gaz (CO₂) enflasyonları. Bazı tehlikeleri vardır.

- 2) Aynı tazyikte viskiosol,
- 3) Gliserin drenajı,

Blokaj organize ise kullanılan usuller şunlardır:

- 1 — Aglutine olmuş tubaların kateterizasyonu,
- 2 — Blokajın eksizyonu,
- 3 — Kapalı veya yapışık frimbria'ların açılması.

Tuba spazmı fertil devrelerde Phenergan veya Avomine ile kaldırılabilir.

Postcoital Test : Büyük grossissement sahâsında 15 - 20 veya daha fazla aktif spermatozoit bulunmalı. Bu miktardan az ise veya hiç yoksa sebepleri şunlardır :

1) İnfeksiyon : Mucoid bir buşunun en çok görülen sebebidir.

Tedavisi: Sülfonamid - Antibiotik,

Koterizasyon: Linear veya zinc chloride, Precoital duş.

2) İfrazatın azalması. Tedavisi: 0.25 mgr. Stilbesterol veya 0.025 mgr. veya daha az Ethinyl Oestradiol. Dozaj az olmalıdır, aksi takdirde ovulasyon olmaz.

3) Yanlış seksüel teknik.

Ovulasyonun olmaması derece kâğıdının tetkikinden veya biopsi ile anlaşılır. Gonadotrophin'lerle ovulasyonu tahrik etmek hâlâ allerjik tehlikeleri bakımından bir araştırma mevzuudur. Fakat kritik zamanlarındaki normal kadın idrarından elde edilen hormon tatbiki Philadelphia'daki Wistar Enstitüsünde bazı muvaffakiyetli neticeler vermiştir. Çok eski zamanlardan beri müşahede edilmiştir ki «kraliçe» arının hususî balı ile beslenen adı işçi arılarının sürfeleri kraliçe arı şekline inkılâp eden ve onun gayet kuvvetli prokreasyon kabiliyetini kazanır. Bu balın kimyevî muayenesinde aktif prensibin E. vitamini olup, ayrıca kuvvetli bir gonadotrofinin mevcut olmadığı görülmüştür. Bu, E. vitaminine olan rağbeti çoğaltmıştır. Yalnız 15 sene evvel verilen dozaj okadar azdı ki, iyi bir tesir beklenemezdi. Ovulasyon gayrimuntazam ise veya hiç yoksa uzun müddet 50 mgr. lık Ephynal tabletlerinden günde 4 adet veriyorum.

Biopsi ya ovulasyondan 2-3 gün sonra veya manstrüasyonun ilk gününde yapılmalıdır. Bunların arasında yapılırsa abortus tehlikesi vardır. Kürete etmek daha iyi ise de lâzımsa Doyle'in servikal kaşığı da kullanılabilir.

Endometriyum materyelinin muayenesinde görülebilenler şunlardır :

- a — Normal ifrazat yapan endometriyum,
- b — Anovuluar sikluslar,
- c — Tbc. infeksiyonu.

Corpusluteumun defisyans hâli karakteristik işçi peyniri manzarasını verir ve endokrin tedavisine ihtiyaç gösterir: Ovulasyondan sonra 10 gün müddetle günde 25 mgr. Progesterona muadil 0.05 Ethinylestradiol ve Ethisterone.

Tbc. Endometritis :

Hastahanelerde tedavi altında olan kadınlarda nispet 1/100 dir. Fakat infertilite kliniklerine müracaat edenlerde bu nispet çok daha yüksek olup muntakalara göre, büyük şehirlerde fazla olmak üzere %2 - 6 ve hattâ daha fazla olabilir. Araz vermez ve iyi yapılmıyan biopsilerde belli olmaz. Menstrüasyondan sonra 7 gün zarfında yapılan tam bir küretaj ile elde edilen materyel ne kadar fazla ise teşhis ihtimali okadar kuvvetlidir. Materyel ikiye ayrılır: biri histolojik, diğeri bakteriyolojik muayeneye gönderilir.

Histoloji : Kazeifikasyon nadirdir. Endometriyumun periodik değişimleri tuberküllerin tam teşekkülüne mâni olur. Dev hücreleri teşhis için mühim değildir. Esas teşhis tablosu, Endometriyumun ortasında guddelere yakın stromada bulunan, merkezinde Eozinofil protoplazmalı endoteloid hücreleri havi etrafında lenfosit ve plazma hücrelerinden zengin mahdut lezyonların mevcudiyetidir.

Bakteriyoloji teşhis ancak Koch basilinin izole edilmesile konur.

a) Kùltürler 10 gün sonundan itibaren her hafta ve iki aya kadar her hafta muayene edilir.

b) Kobaylara inokùlasyon: Gudde ve dalak muayeneleri yapılır ve kùltür vasatlarına ekilir.

c) Flùoresan mikroskopisi: Karışık bir tekniktir, fakat çabuk netice verir.

Etioloji: İnfeksiyon kan yolu ile uzak bir mihraktan gelir. Bu mihrakın dikkatle aranması gerekir. Çok defa anamnezde 10-15 sene evvelisine ait bu tuberkùloz hikâyesi vardır. Endometrium ve Fallop kanalları çok defa aynı zamanda hastalığa duçar olur.

Tedavi: Erken vak'alarda bugün şifa ve yeniden fertilitenin temini ümidi vardır. Bir infertilite kliniğinde tesadùf edilen vak'aların çoğunda lezyonların az ve ufak olmalarına rağmen şiddetli ve devamlı tedavi şarttır. Hastaya 3 ay müddetle günde bir gram Streptomycine tatbik edilmeli ve asgarî 10 gr. P. amino salicylique acide verilmeli. 3 ay sonra bir kontrol biopsisi yapılmalıdır.

Muayeneye senede 2 - 3 defa yapılmak üzere üç sene kadar devam edilmeli: mükerrer fakat ade-di az biopsiler yapılmalıdır.

Stenoz - veya Ostirun ekstermun'un eksantrisitisi:

Az görülür bir sebep değildir. Dilatasyon veya ensiziyonla kolaylıkla düzeltilir.

Uterusun yer değişimleri: Bugün mühim bir sebep olarak telâkki ediliyor. Fakat yerine getirilmesi veya Smith - Hodge pesserinin yerleştirilmesi ile şifa elde ediliyor. Retroversiyon sabit ve ağırlı ise ameliyat edilmelidir.

Salim hymen, çok görülen bir sebeptir; zevce ve zevc (tecrübeli olmasına rağmen) cinsî münasebatın normal seyrettiğini söylerler. Muayenede yüksek, gerilmiş bir hymen bulunur.

Trikomonal Vaginitis: Ağırlı ve gayri tam duhullerin bazen görülen bir sebebini teşkil eder. Bu infeksiyon unutulmamalı ve infertilitenin bir sebebi olarak kabul edilmelidir.

Yukarda bahsedilen cerrahî müdahalelerden maada endikasyon olduğu takdirde tıbbî tedavi de yapılmalıdır :

1) Endokrin tedavisi,

a — Siklus regulasyonu için,

b — Normal serviks mukusu husulü için,

c — Oestrogen ethisteron, ikinci safhasında corpus luteum noksanının telâfisi.

2) Abstinanstan sonra fertil zamanlarda münasebet fazlalığı:

Kalevî duşlar,

Münasebetten sonra kalçalar altına yastık,

Serviks semen banyosunda tutmak için plastik kaşıklar,

Spazm gidericileri.

3) Şişmanlık diyeti ve tiroit hülâsaları,

4) Mükerrer abortus tedavisine âdet gecikmesinden 48 saat sonra başlanmalıdır.

Mükerrer abortus tedavi şekli :

1) Her siklin son iki haftasında âdet başlarken kesmek üzere Amenorone; ateş plato halinde kalırsa 18 inci haftaya kadar devam edilir veya,

2) 100 mgr. lık bir gref yahut 25 mgr. lık 6 gref Progesteron implante edilir. Her iki metod için de müellifler absorpsiyonun daha iyi olduğunu söylüyorlar. Son statistiklere göre muvaffakiyet nispeti bu şekildedir:

2 abortuslu 20 vak'ada 18 muvaffakiyet,

3 abortuslu 8 vak'ada 7 muvaffakiyet

4 ve daha fazla abortuslu 5 vak'ada 3 muvaffakiyet.

3) Evvelce muvaffakiyet elde etmeden Progesteron tecrübe edilmişse; Smith'in tavsiye ettiği gibi stilbestrol kullanılmalı: Günde 5 mgr. 6 - 7 haftaya, 15 inci haftaya kadar, 2 haftada bir 5 mgr. artırarak günlük doz 25 mgr.a çıkartılır. 35 inci haftada tedavi kesilir. 16 - 19 uncu haftalardan sonra tedaviye başlanmamalıdır. Diabetli gebeliklerde de tesiri iyidir.

Daha yüksek dozda Stilbestrol verilebilir. Bazıları bu usulün gayet iyi neticeler verdiğini söylerler.

Tedavi şekilleri aşığıdaki gibidir :

6 haftada: 5 mgr. (Tazyik, bulantı yaparsa bu miktar azaltılır).

7 nci haftada 2×5 mgr.

8 inci haftada 4×5 mgr.

9 uncu haftada 4×10 mgr. günde verilir.

Nazariye: Stilbestrol gebelikte progesteron ifrazını çoğaltır.

4) Phenobarbiton 1/4 mgr. veya bazen co-dein,

5) Hiçbir surette cinsî münasebet olmayacak,

6) Müshil alınmayacak,

7) Âdet zamanlarında istirahat.

Siklusların regulasyonu :

Primer amenore : Âdetlerin 17 yaşına kadar zuhur etmemesidir. Biopside poliferatif devrede endometrium görülür.

a) Siklik Stilbestrol - Progesteron:

1 - 20 inci gün: günde 5 mgr. Stilbestrol,

15 - 20 inci gün: günde 5 mgr. Progesteron.

20 nci gündən sonra âdet gelinceye kadar tedavi kesilir ve âdetin 5 inci gününde tekrar başlanılır.

Stilbestrol 5 - 25 inci gün arası

Progesteron 20 - 25 inci gün arası

b) Ethinyl Estradiol - Progesteron:

Ethinyl - Estradiol 0.3 mgr. 1 - 20 inci gün

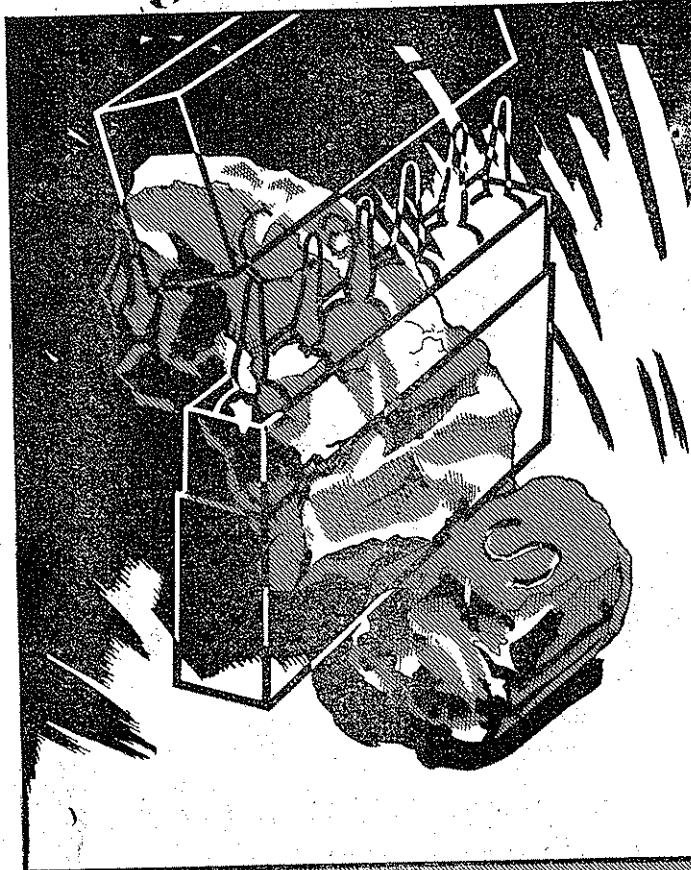
Progesteron 5 mgr. 15 - 20 gün ve yukarıda söylendiği veçhile 3 kür yapılır.

Bu metod daha iyidir ve %50 sinde 3 ay sonra hâlâ devam eden, %80 vak'ada siklik kanama tevlit eder. Ovulasyon vak'aların %40 ında görülür.

Tâli amenore :

Asgarî 3 aydanberi âdet görmiyenlerde bu teşhis konabilir. Umümiyetle proliferatif devrede bir endometrium görülür ve hastada bir infertilite hikâyesi vardır; fakat çok defa sekresyon devresinde bir endometrium görülür ve hastanın hikâyesinde fertilitte vardır. Bu şekil devamlı corpus luteum faaliyetinin bir neticesidir.

Kalsyum ve Kükürt Iestiki



Erge

OM
MÜSTAHZARIDIR

thio-calci-om

CALCIUM THIOSULFURICUM HEXAHYDRATUM
SOLUTUM

20 %

5 cc lik ampullerde
6 ve 100 ampülü havi kutular

LABORATOIRES OM. S. A.
Genevre - İsviçre

Türkiye Müessesilliği:
JUL KREPEN ve KEMAL MÜDERRİSOĞLU Koll. Şti.
Sirkeci, Nur Han Koll. 2
İSTANBUL

İol. : 29045

P. K. 47

189

THROMBASE

THROMBINE PLAZMATİK TOZU

VE

MUHALLİL AMPULÜ



SPONGEL

STERİL, KATGÜT GİBİ REZORBABL JELÂTİN SÜNGER

SÜRATLI-HEMOSTAZ

GENEL CERRAHİ - DİMAĞ CERRAHİ'Sİ
PLASTİK CERRAHİ

DIŞ TABABETİ - KULAK-BOĞAZ-BURUN TABABETİ

ACİL KANAMA VAK'ALARI



LES LABORATOIRES ROUSSEL - PARIS

Türkiye Mümessilliği

TÜRKFARMA MÜESSESESİ

P. K. 651 — İSTANBUL

Tedavi primer amenore tedavisinin aynidir. Yalnız bir de ovulasyon vak'aların %13 ünde oluyor. Bazan bir corpus luteum kisti rüptüre olabilir.

Oligomenore: Az görülür %70 ovulasyonla yüksek derecede muvaffakiyet elde edilir.

Müellifin Usulü :

Tali amenore ve oligomenorelerde:

1) Kilo kaybettirmek ve tiroit hülasaları ile 11 vak'ada âdet elde edilmiştir. Bunların 8 inde ovulasyon olmuştur.

2) Üç ayı kadar manstruasyon elde edilemezse 4 gün 50 şer mgr. dan Ethisteron ve müteakip siklin 23 üncü gününden itibaren gine 4 gün 50 şer mgr. dan Ethisteron. 25 vak'ada âdet, bunların 11 inde ovulasyon olmuştur.

3) Gine manstruasyon olmamışsa 21 gün müddetle günde 0.02 - 0.05 mgr. Ethinyl Oestradiol ve sonra 4 gün müddetle günde 50 şer mgr. Ethisteron. Kalan 14 vak'anın hepsinde âdet, fakat yalnız birinde ovulasyon elde edilmiştir.

Ovulasyon elde edilen 20 vak'anın 5 inde gebelik husule gelmiştir. Yani %40 vak'ada ovulasyon %10 unda gebelik.

Tiroit hülasalarına cevap verenlerin hepsinde âdet devam etti. Progesterona cevap veren 25 hastadan, âdet, yalnız 5 inde devam etti. Oestrogen grubu ile tedavi edilenlerde âdet devamı olmadı.

Amenore müddeti ne kadar uzunsa âdet elde etmek için oestrogen ihtiyacı o nispette fazladır ve ovulasyon ümidi o kadar azdır.

Precoital duş :

Glucose, Sod. chlor, Cal. chlor, Aqua. dest. mahlülü ile yapılır.

Servitis tedavisi :

Servix içerisine dondurulmuş birçok ilaçların tatbiki ile yapılır. Bunların içerisinde %6 Ethyl-hydroxi-ethyl cellulose'un distile su ve kullanılacak ilaç (Gümüş acetarsol picrate) ile yapılmış bir terkibi veya İchtammol; lactic veya boric acide kullanılır.

INFERTİLİTE VE STERİLİTE KLİNİĞİ MÜŞAHEDE VARAKASI:

Hastane adı	Kayıt No.	Ailevi fertilitte	Eş «Kadın»	Yaş
Enfertilite ve Sterlite Kl.		Hastalıklar		
Konsültan hekim		Evlilik münasebetleri		
Vak'a No.	İsim ve Adres	Adet vaziyeti		
Gönderen Dr.		Muayene		
Evlilik Anemnezi		Kalp ve Akciğerler		Kan tazyiki
Meslek	Koca	Akıntı		
Ailevi fertilitte		Kan testleri		
Hastalıklar		İdrar		
Evlilik münasebetleri		Kilo ve Boy		Bazal metabolizma derecesi
Muayene		Endometriyum biopsisi		
İdrar		Histero Salpingo Grafi		
Kan testleri		Gaz ensüflasyonu		
Kilo ve boy		Post koital test		
Semiologie		Ovulasyon tarihi		
Testis biopsisi		tarafından tayin edilmiş		
Mütalâa ve Nasihat		Mütalâa ve Nasihat		

3 ve dördüncü sayfalar tarih, seyir ve tedavi için ayrılmıştır.

Ankara Nümune Hastanesi Patolojik Anatomi Laboratuvarı:

Şef: Prof. Dr. Kâmile Mutlu

Bir Echinococcus Alveolaris Vak'ası ve Memleketimizde neşredilmiş Vak'alar Üzerinde Kritik (*)

Prof. Dr. Kâmile Mutlu

Dr. Şeref Yazgan

Son zamanlarda, karaciğerden alınmış bir biopside Echinococcus alveolaris tesbit ettik. Memleketimizde hayvanlarda parazit bu nevine hiç rastlanmamış olduğu selâhiyetli veterinerlerimiz

tarafından bildirilmektedir (**). İnsanlarda da son 12 yıl zarfında sayılabilecek kadar az vak'aya inhisar etmektedir. Evvelâ vak'amızı takdim e-

müsamesesinde tebliğ edilmiştir.

(**) Aytun, Hasan Şükri: Tıbbî Parazitoloji, 1949.

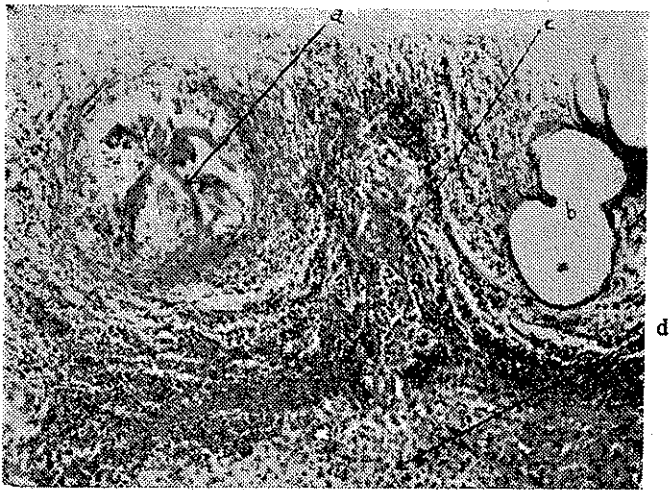
(*) 29/5/1951 gününde Ankara Nümune Hastanesi tıbbî

191

deceğiz. Sonrada, şimdiye kadar muhtelif yazarlar tarafından yayınlanan diğer vak'aların kritiğini yapacağız.

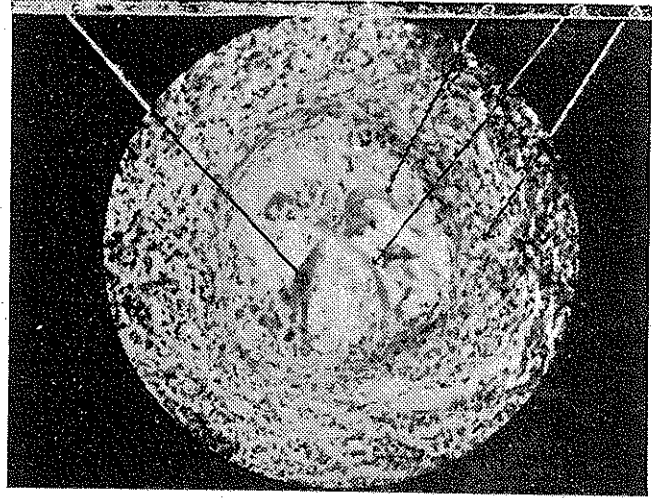
Vak'amız: 50 yaşında, Kayseri'nin Develi kazasının Pusatlı köyünden, Türkiye haricine çıkmamış bir kadın. Birbuçuk senedenberi mide bölgesine zaman zaman gelen ağrılardan, gaz ve şişkinlikten ve arasıra kusmalardan şikâyet ediyor. Tarifine göre hematemez ve melana geçirmemiş. Son aylarda zayıflamış. Geçmişinde mühim bir hastalık yok. Laboratuvar araştırmalarında, gaitada gizli kandan başka bulgu yok. Objektif muayenede, epigastri ağrısız, müteharrik, sert ve portakal cesametinde bir kitle ele geliyor. Hasta, mide tümörü teşhisiyle kliniğe yatırılıyor. Doçent Dr. Orhan Toygar tarafından yapılan cerrahi müdahelenin raporu şudur: (Göbeküstü median laparotomi ile karın açıldı. Mide normal durumda görüldü. Karaciğer teftiş edildiğinde, yumruk cesametinde tumoral sert bir kitleye rastlandı. Bu kitle sağ ve orta loplara işgal ediyordu. Etrafda metastas yoktu. İnoperable karaciğer tümörü kanaatıyla, biopsi için, parça alındı ve usulü veçhile karın kapatıldı.).

Laboratuvarımıza gönderilen 1 cm. × 5 mm. büyüklüğündeki parça sert kıvamda olup beyazımsı boz renkte bir zemin üzerinde küçük sarımsı noktacıklar göstermekteydi. Histolojik olarak, Haematoxylin - Eosin ile boyanan parafin kesitlerinde muhtelif hâdiselere ait teşekküller görüldü. Bunlar: cicatrisation mahiyetinde fibrocytlerin ve kollagen liflerin artması, lenfosit ve histiyositlerden zengin kronik iltihap infiltrasyonu, nekroz, kistik boşluklar ve bu boşluklardan bazılarını dolduran ve kendi üzerine kıvrılmış şeffafimsı, soluk mavi renkte boyanmış ve longitudinal istikamette ışık kırıcı çizgiler gösteren şerimsi şekilde kitleler, hemen her tarafda tıkayıcı arteritis bünyesine mâlik damarlar ve iltihapla örtülü karaciğer parankimasına ait kısımlardır (Resim 1). Bilhassa kendi üzerine kıvrıntılar gösteren



Resim 1. — Microphotographie (Reichert. oculaire: 8, objektif: 3) Karaciğer parçasından yapılmış kesit. a - Kitin lamelleri, b - Muhteviyatı boşalmış cyste, c - İltihap infiltration'u, d - İltihap infiltration'u ile örtülü karaciğer paranchyma kısmı

şeffafimsı kitlelerin çevreleri kalın bir lenfosit halkası göstermekte olup, bu halka ile şeffafimsı kitleler arasında histiyositer hücrelere ve bunların meydana getirdikleri yabancı cisim dev hücreleri tipinde dev hücrelerine rastlanıyordu. Hattâ bunlardan bazıları şeffafimsı kitlelerin kıvrımları arasına kadar sokulmaktaydı (Resim: 2). Şeffa-



Resim 2. — Resim 1 de görülen a işaretli kısmın kuvvetli büyüklükte microphotographie'si (Reichert. oculaire: 12, objektif: 3). a - Kitin lamelleri, b - Lymphocytlerden zengin iltihap infiltration'u, c - Yabancı cisim dev hücresi.

fimsı kitleler, Echinococcus alveolaris'i, tereddütsüz olarak, karakterize eden kitin lamellerine tevafuk etmekteydi. Bu histolojik bulgu kâh cicatrisation ile neticelenen, Kâh damar lümenlerini tıkamasıyla nekrozlara sebep olan ve daha ziyade histiyositer ve lenfositler bir aktivasyon ile kendini gösteren paraziter tabiatla kronik bir iltihabı göstermektedir. Kitin lamelleri parazitin nevi'ni de aşikâr olarak bildirmekte ve vak'anın karaciğerde bir Echinococcus alveolaris olduğuna delâlet etmektedir (***)

Memleketimizde Echinococcus alveolaris'in mevcudiyeti, ilk defa, **Kâmile Mutlu** tarafından bir vak'ada bildirilmişti (1). Bu vak'anın hususiyeti, yalnız memleketimizin birinci vak'ası olmakla kalmıyor, morfolojisi itibariyle de, nekroz hâdisesinin büyük bir sahada yayılışı ve likefiye oluşu ve paraziter infiltrasyonun nekroz boşluğu kenarında adeta bir kist duvarını taklit edercesine, incelmış bulunması da dikkati çekiyordu. Bir müddet sonra aynı yazar merkezî Anadolu'da, genel olarak, Echinococcus durumu üzerindeki incelemelerini bildirdi (2). Bu incelemelerin dayandığı vakaların ekserisi Echinococcus'un Hidatidosus şek-

(***) Mikrofotograflarımızı hazırlamakla, yardımını gördüğümüz Dr. Yavuz Aksuya teşekkürlerimizi sunarız.

(1) **Mutlu, Kâmile:** Türkiye'de ilk defa tesadüf ediler ve şimdiye kadar tanınmamış bir şekil gösteren karaciğer Echinococcus alveolaris vak'ası. Sıhhiye Mecmuası, Cilt 15, Sayı 96, Sahife 640 (1932).

(2) **Mutlu, Kâmile:** Merkezî Anadolu'da Echinococcus vaziyeti. 8-inci Millî Türk Tıp Kongresi zabıtları, sahife 111 (18 - 20 Ekim, 1943).

line aitken, ilk olarak, bildirilmiş olan tek Alveolar echinococcus vak'asına üç şahsî müşahede daha ekleniyordu. Ayrıca, yine memleketimizde, **Oberndorfer** tarafından rastlanmış fakat neşredilmemiş bir vak'anın mevcudiyeti de haber veriliyordu. Bu suretle, vak'aların sayısı beşi buluyordu. Son üç şahsî müşahededenden birinde, karaciğerin büyük bir kısmının kist manzarasını almış olması, nekrozun, yazarın ilk vak'asındakinden de daha ileri gitmesi bakımından enteresandı. Öyle ki, karaciğer parankiması büyük kistik teşekkül altında atrofiye duçar olmuş ve ancak bir erişgin dalağı cesametinde kalmıştı. Ölüm sebebi de karaciğer kifayetsizliği idi. Üç vak'adan biri de parazit'in bu nevi için nadir olan ekstrahepatik lokalizasyon göstermekte olup, diz kapağından yapılan bir biopsiye aitti ve karaciğerde primer bir parazit enfiltrasyonunun mevcut olup olmadığı aydınlanamamıştı.

Fahri Arel tarafından neşredilen (3) ve laparatomide inoperable tümör kanaatini veren altıncı vak'anın morfolojisi nekroz boşluğunun genişliği bakımından **Kamile Mutlu**nun birinci ile üçüncü vak'alarına çok benzemektedir.

Dürnev Tansel'in iki vak'ası (4) yalnız memleketimizdeki vak'aların adedini sekize çıkarmakla kalmamışlar, lokalizasyon hususiyeti de göstermişlerdir. Bunlardan biri göz yaşı kesesinde, öbürü inguinal bölgede görülmüştü. Yazarın da işaret ettiği veçhile, vak'aların kliniği hakkında aydınlatıcı hususların noksan olması, hastalığın bu bölgelerde primer mi, yoksa sekonder mi bulunduğu hakkında **Kamile Mutlu**'nun ikinci vak'asında olduğu gibi, mütereddit kalmıştır. **Kingreen**'in (5), bu hastalığın, primer olarak yerleştiği organın mutlaka karaciğer olmasındaki ısrarına karşılık, primer ekstrahepatal lokalizasyonun da husulü Posselt (6) tarafından bildirilen vak'alarla cerh edilmisti. Binaenaleyh, gerek **Tansel**'in gerek **Mutlu**'nun vak'alarında klinik aydınlanma mümkün olsaydı, primer ekstrahepatik vak'lara birkaç vaka daha katmak belki mümkün olacaktı.

Dokuzuncu vak'ayı teşkil eden **Halis Sarıkadıoğlu**'nun vak'asında (7) enteresan olan bir cihet daha vardır. O da hastanın Edirneli oluşudur. Şimdiye kadar görülen vak'aların hemen kâffesi Orta Anadolu havalisindedir. Muhtelif yazarların vak'alarının Konya (**K. Mutlu, D. Tansel**), Er-

ziçan (**K. Mutlu, F. Arel**) ve Ankara (**K. Mutlu, D. Tansel**) civarına ait oluşu, bize hastalığın memleketimizin Orta Anadolu bölgesinde bulunduğu zannını verdiriyordu. **Halis Sarıkadıoğlu**'nun neşriyatında hastanın Edirne'den başka bir yerde bulunup bulunmadığı üzerinde durulmadığından, bu noktada tereddüdü mucip olmakla beraber, şimdiki yazımızın bahis konusu olan vak'anın da yine Orta Anadolu'dan (Kayseri) neş'et ettiği de dikkati çeker mahiyettedir.

Esas itibariyle, parazit'in iki nevi'nin mevcut olup olmadığı hakkında selâhiyet sahibi araştırmacıardan **Félix Dévé** (8) ve **Adolf Posselt** (9) in münakaşaları bir tarafa bırakılacak olunursa, Echinococcus'ün birbirinden bariz olarak farklı patolojik bulguların ayrı ayrı memleketlerde yayılmış bulunduğu sabit olmuştur. Memleketimizin hangi bölgesinde Echinococcus'ün hangi nevi'nin çok rastlandığı üzerinde bugün kesin bir kanaat sahibi olacak durumda değiliz. Bunun muhtelif sebepleri vardır. Evvelâ, Hidatidosus tipine oldukça çok rastlanılmakdaysa da, alveolar tipten, 1939 danberi, bu vak'amız dahil, ancak 10 vak'a neşredilmiş olunuyor. Şu halde en ön plânda vaka sayısının yükselişi önemlidir. Bunu sağlamak için de **Fahri Arel**'in de belirttiği gibi, her inoperable karaciğer tümörü laparatomisinde, operatörün bu hastalığı da hatırlaması ve biopsiyi ihmal etmemesi icabeder. Patologlarımızın da hastalığın memleketimizde mevcut olduğunu gözönünde bulundurarak, muayene materyeli ile ilgilenmesi faydalanan uzak kalmaz. Gerek operatörlerin, gerek patoloğların vak'aları tanımaları ve teşhis etmeleri de maksada kâfi değildir. Görülen vak'aların neşredilmesi ve diğer meslekdaşlara iştirtilmesi ile de gayeye hizmet edilmiş olunacağı kanaatindeyiz.

Özet :

- 1 — Bir Echinococcus alveolaris vak'ası bildirildi.
- 2 — Vak'a memleketimizin 10. cu vak'asıdır.
- 3 — Memleketimizde şimdiye kadar, muhtelif yazarlar tarafından yayınlanan vak'aların hususiyetleri ve coğrafi yayılışlarına dair kritiklerde bulunuldu ve bu tip parazit hastalığının daha ziyade Orta Anadolu'da yayılmış bulunduğu, ancak, ihtimali olarak ileri sürüldü.
- 4 — Parazit'in iki nevi'nin, diğer memleketlere kıyasen, memleketimizdeki yayılış farkını tesbit etmek için vak'a sayısının yükselişi ve bunu sağlamak için de rastlanan vak'aların meslekdaşlara iştirtilmek üzere, yayınlanması lüzumu belirtildi.

(8) **Dévé, F.**: L'échinococose expérimentale. 3. Congrès international de pathologie comparée, tome 1, page 1, (Athènes 15-18 Avril 1936).

(9) **Posselt, A.**: Über die Natur des Echinococcus alveolaris und eine Beziehung zum Echinococcus hydatidosus. 3. Congrès international de pathologie comparée, tome 1, page 27 (Athènes 15-18 Avril 1936).

(3) **Arel, Fahri**: Karaciğerde Alveolarechinococcus vak'ası. İstanbul Tıp Fakültesi mecmuası, yıl 7, sayı 4, No. 30, sahife 4053 (Ekim 1944- Ocak 1945).

(4) **Tansel, Dürnev**: İki alveolar ekinokok vak'ası İstanbul Tıp Fakültesi mecmuası; cilt 10; sayı 4; sahife 306 (1947).

(5) **Kingreen, O.**: Die Echinokokkenkrankheiten. Zentralbl. d. inneren Med. 1201 (1931).

(6) **Posselt, A.**: 1) Pathologische Anatomie der Alveolarechinococcus, 2) Extrahepatalen Alveolarechinococcus. Lu-barsch - Ostertag; Ergebn. d. Pathol. 26. 243 (1932).

(7) **Sarıkadıoğlu, Halis**: Karaciğerde Echinococcus alveolaris vak'ası. Mikrobiyoloji dergisi, tome 1, No. 4 (1948).

İstanbul Çocuk Hastanesi Doğum - Kadın Kliniği

Şef: Dr. Emir Necib Atakam

Bir Buçuk Yaşında bir Kız Çocuğunda Uterus Sarkmou-Ameliyat, Şifa.

Dr. Emir Necib Atakam

Küçük hastamız Gemlikli Muharrem Deliçam kızı Havva; bir müddettenberi ferç yolile kan kaybettüğinden, karnının göbekahtı kısmı şişmekte olduğundan, arasıra vulvasından, içerisinde mayi bulunan taneler düştüğünden ve zayıfladığından dolayı polikliniğe muayeneye getiriliyor. Poliklinik şefi, sınıf arkadaşım Dr. Burhan Öncel, anne ile babanın verdikleri anamnezle kendi bulgularını bir araya getirerek (Sarcome racemeux) teşhisiyle ameliyatı yapılmak üzere servisimize gönderiyor. Servise getirilen çocuktan o sırada, arasıra düştüğü bildirilen tanelerden biri düşmüş olduğundan, hemen anatomo patolog Dr. Halis Sarıkadıoğlu'na gönderilerek âcil muayenesi rica edildi. Değerli arkadaşımızın 205/51 No. lu raporunda teşhis: Angio-myxo-sarcome idi.

H... D... 14.5.1951 günü 659/2987 protokolla servise annesile birlikte kabul edildi.



Şekil 1. — Havva Deliçam. Ameliyat olup hastaneden çıkarken.

Şikâyeti: Annesi, çocuğun 2 aydanberi vulvasından hiç bir sebep yokken ilk defa 2 ay önce kan geldiğini, kanın azalup artmakla beraber tamamen dinmediğini, bazen de kızlık yerinden üzüm tanelerine benzeyen bir şeyler düştüğünü, çocuğun hem zayıfladığını hem de solduğunu, karnının göbekahtı bölgesinde çabuk büyüyen bir şişkinliğin peyda olduğunu bildirdi.

Soy geçmişi: Çocuğun annesi oldukça zayıf ve benzi so-luktur. Bakar bakmaz boynunda dikkati çeken alelade bir guatr var ise de bazdovifie değildir. Baba hayatta ve sıhhatte. Her iki tarafta büyük ana ile babalarında Sy. ve habis tümör bulunduğuna dair bilgileri yoktur. Havvanın başka kardeşi yoktur.

Öz geçmişi: 1 yaşında iken kendilerinin sıtma olarak adlandırıldıkları, bir kaç günde kendi kendine geçen bir hastalık geçirmiş, bir az geçe yürümüş ve son zamanlarda da kucakta taşınmayı yürümeğe tercih ediyormuş.

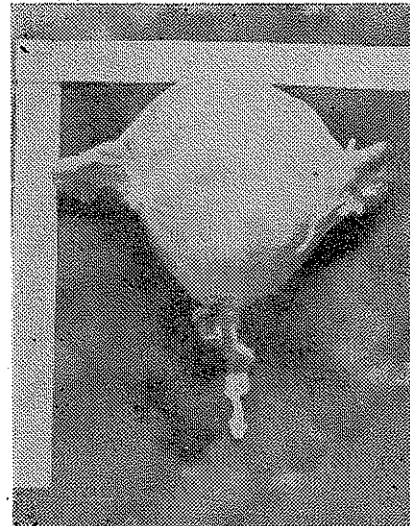
Yabancı ve bilhassa hastane kılığıle herhangi birimizi görür görmez çok fazla ağlayıp bağıracağı ve tepindiğinden basit muayenelerle iktifa mecburiyetinde kaldık.

Muayene: Haricen teşekkülâtı tam, aktif durumda, yağ dokusu erimiş, soluk benizli, anemik, hipostenik olmakla beraber hafif raşitizm alâmetleri de gösteriyor. Tonüs normal denebilir, turgor normalden az. Karnın enspeksiyonunda, ancak itme ve ağlayıp bağırılmalar arasındaki zamanlarda bacaklarına bastırılmakla muhaddebiyeti yukarıda, göbeğe kadar yükselen havsali bir tümör görülüyor. Palpasyonda, pelvisten menşei alan dar ucu aşağıda, geniş nihayeti göbekte, median ve alt kısmı sabit, üst tarafı kolaylıkla sağa sola oynatılabilen yumuşak, erkek yumruğu hacminde bir tümör tesbit edildi. Vülver ve perivülver nahiye kanla bulaşmıştır. Labialar birbirinden ayrılmış, uzaklaşmıştır, iç yüzleri koyu kırmızı mormusu renkte olup çocuk ağlayıp ikındıkça dışarıya doğru veziküller bir masın kabardığı görülüyor. Bunların arasından az miktarda kan sızmaktadır.

Son derece güçlüklemlerle yaptırılabilen radyografilerde, vücudün hiç bir yerinde metastaz tesbit edilemedi. (3110 ve 3208 No. lu grafiler ve raporları) Sıkıntılara katlanarak bu muayeneleri yapan hastanemiz radyoloğu sayın Dr. Nazmi Sezere teşekkür ederim.

Ameliyat 16/5/1951 de Ether narkozile yapıldı.

Göbekahtı median şakla laparotomie yapıldı. Perituan açıldıktan pek az, sarı asit akti. Göbeğe kadar yükselmiş bulunan tümörün ön yüzünün üst kısmına omentum majus'un iki yerde pek hafif olarak yapışmış olduğu görüldü. Bunlar parmakla hemen ayrılıverdi ve tümör eksteriorize edildi. Havsalada hemen hemen iki çorba kaşığı kadar tahmin edilen açık sarı renkte asit vardı. Uterus hey'eti umumiyesile büyümüş, her tarafı muntazam, parlak olup hiç bir yerinde içeriden dışarıya doğru kabartı veya renk değişikliği göstermemektedir. Tüblerle overler ödemli, şişmiş, bulanık ve koyu kırmızı renktedirler. Vagina ve hattâ vulvaya kadar ulaşmış olan veziküllerle esas tümörün irtibatını kesmek için kollumun al-



Şekil 2. — Tümörün makroskopik görünüşü.

Kedi Hastalığı alır

Çok eski zamanda Almanyadaki bu darbı-mesele inananlar; hastanın yanına kedi oturturlar, bir müddet sonra uzaklaşırdırlardı.

Cenupdaki Slavlar ise, böyle oturmuş bir kediyi, hastanın ayak ucunda keserek hastalığın yok olacağına inanırlardı.

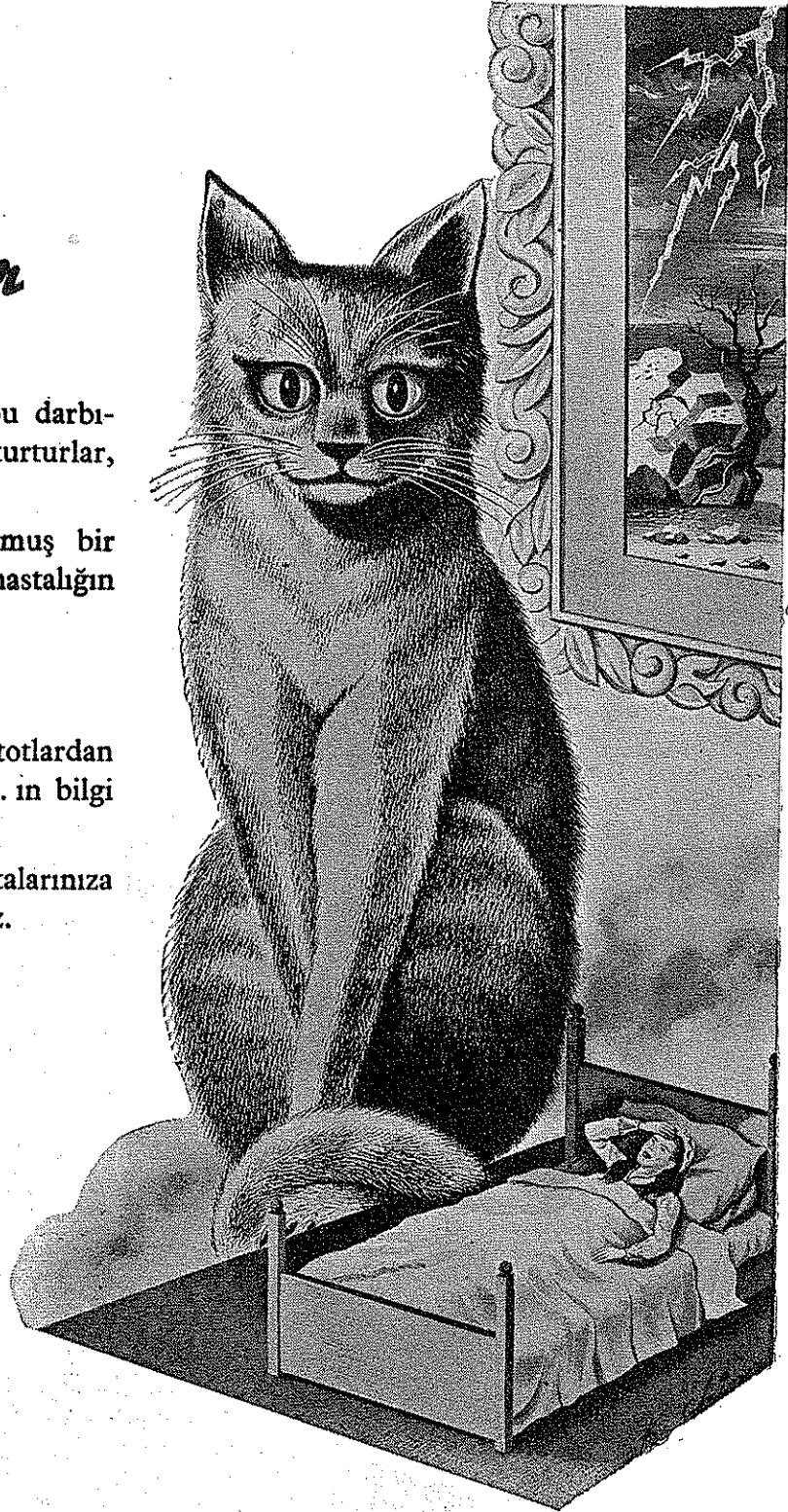
Tıp ilmi, bu gün böyle haşın metotlardan uzaklaşmış olup, mükemmel ilâçlarla Dr. in bilgi ve pratiği teşriki mesai etmektedir.

Buna istinaden bir çok kalp hastalarınıza CORALE vererek, tedavi yapmaktasınız.

Ampul CORALE gayet çabuk tesir eder, hayati merkezlerin münebbihidir.

Ampul CORALE kan deveranını tanzim eder, düşük kan tazyikini yükseltir fakat normal kan tazyikine tesir etmez.

Ampul CORALE in teneffüs üzerine müspet tesiri en mühim hassasıdır.



Ampul

CORALE

Simp : 2 - 5 cm³
Ephe : 1 cm³

Soğuk algınlıklarında

Ephétonine- öksürük şurubu


İltihaplanmış olan gısaî muhafilerin şişkinliği zail olur, balgam daha sulu bir hal alır ve fazla gayret sarfetmeden ve ağrısız çıkartılabilir. Müziç öksürük tahrişi kısa bir zaman sonra geçer.

Ephétonine-öksürük şurubunun lezzeti hoştur,

Ephétonine-öksürük şurubunun kullanılışı iktisadîdir,

Ephétonine-öksürük şurubu değerlidir.

Takriben 170 gr.lık orijinal ambalaj

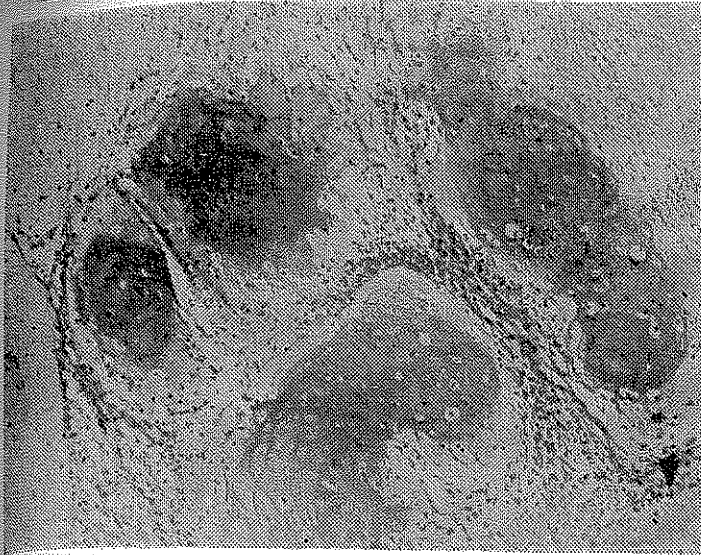


KİMYA MADDELERİ FABRİKALARI
DARMSTADT
ALMANYA

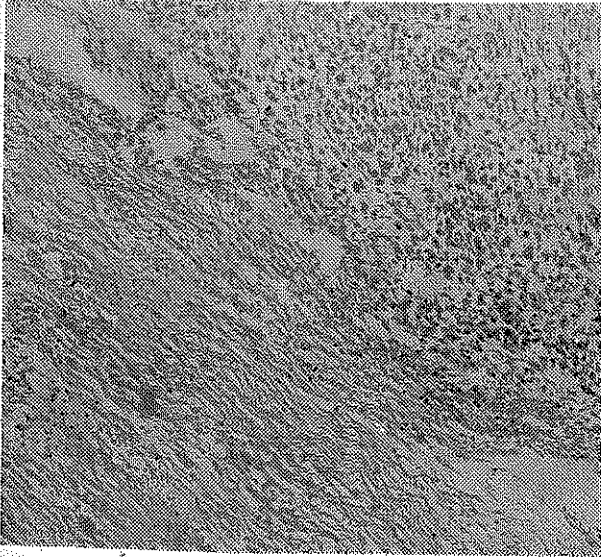
Türkiye Mümessilliği:

ALFRED PALUKA VE ŞERİKLERİ
P. K. 1532 - İSTANBUL

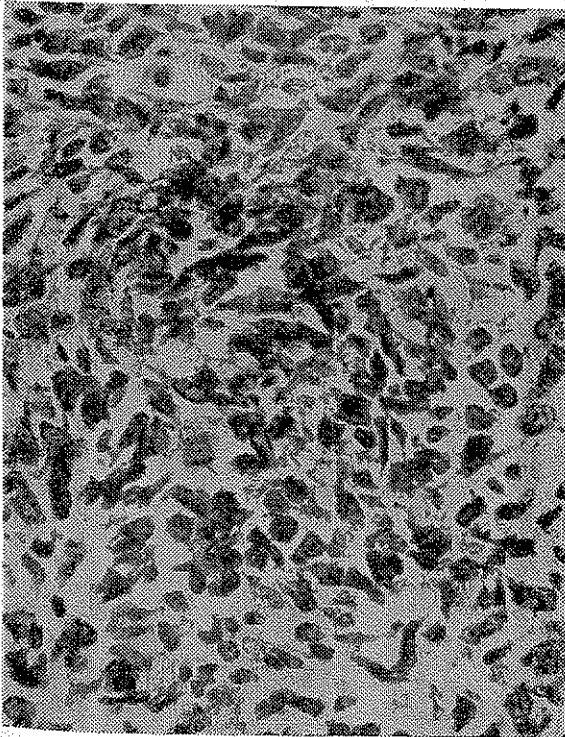




Şekil 3. — Tümörde gudruflü kısım



Şekil 4. — Muskularis ve tümör; Füüziform sarkom hücreleri.



Şekil 5. — Korpus üteri: Mukoza sarkomu (Fundus).

tına rastlayan kısım iyice tazyik edildikten sonra (anneksektomie double ve totale hysterectomie) yapıldı. Vajina kapatılıp pelvis peritonizasyonu yapıldıktan sonra abdomen'e 200.000 Ü. penisillin solüsyonu döküldü, parva tabaka tabaka dikildi. Ameliyat sonrası bizi pek endişelendirmedi. Çocuğa 4 gün müddetle müsavi aralıklarla günde 4 defa 50.000 Ü. penisillin şırınga edildi. 28/5/1951 günü şifa ile çıktı.

Tümörün makroskopisi: Oldukça ince olan ucu aşağıda, konveks ve büyük olan nihayeti yukarıda olan ve muntazam bir armuda benzeyen tümörün uzunluğu: 10,5 cm. eni 7 cm., en kalın olduğu yerde önden arkaya mesafesi 6,5 cm., çevresi 22 cm. ağırlığı da 265 gramdır.

Mikroskopi: Dr. Halis Sarıkadıoğlunun 221/51 sayı ve 22/5/951 tarihli raporunu aynen bildiriyorum. Rahmin iki yerinden yapılan preparatlarda mukoza görülüyor, muskularis incelmis, eviyeden zengin, ödemli, geniş migzomatöz stroma içinde içleri kanla dolu, muhtelif genişlikte kalın ve ince cidarlı damarlar; fibroblastlar, endiferansiye yuvarlak hücreler metaplazik osteoid konkroid adacıklar, arada endometrium guddeleri, fundusta büyük füüziform sarkom hücrelerinin teşkil ettiği huzmeler ve kütleler, polimorf sarkom hücrei uzmaları (dev hücreler), sinüzoid ince cidarlı eviye görülüyor. Manzara itibarıyla endometrium stromasından neşet etmiş (fibro-myxo-chondro-angio sarcome) vasfındadır. Her iki taraftaki tuba ve overden yapılan preparatlarda: Lumen geniş, papiller, ötede beride yassı ve küçük papil stromaları hücrevi, muscularis'te incelmeye. Overde ötede beride gudde halkaları ve kanallar, adenomiozis manzarası görülüyor. Yani hydrosalpinx stromal adenomiozis ve endometrial sarcome.

Sayın meslekdaşıma, muayeneler, mikro ve makrofotografiler için teşekkür ederim.

Havva Deliçam 16/6/1951 günü, yaz ishali dolayısıyla hastanemiz çocuk polikliniğine getirildikte bize de gösterildi. Bizim cephemizden patolojik bir şey tespit edemedik.

Uterus Sarkomları :

Rahmin maliny mezansimal tümörü olup az rastlanmaktadır. Primer olabileceği gibi evvelce uterusda mevcut bulunan bir myomun sarkomatöz dejenerans göstermesiyle de meydana gelir. Eskiden bu uzvun kanseri ile sarkomu bir zannedilirdi. Bunların, rahmin ayrı tip ve cinsten birer habisi olduğunu bildiren ilk önce 1845'te Lebert olmuştur. 1865'te Virchow, 1870'te Güsserow, 1876'da Rogivue, 1890'da Terillon ve onlardan sonra daha bir çokları bu iki maliny tümörün ayrılığını ilmi esaslara dayanan, itiraz götürmez delillerle ispat etmişlerdir.

Muhtelif müelliflerin verdikleri istatistiklere bakılacak olursa uterus sarkomunun aynı uzvun kanserine olan nispeti 1/30 ile 1/100 arasında değişmektedir. Sarkomun myomlara nispeti Dücing ve daha başka müelliflere göre 1/2000, 1/3000; Mayo klinikleri mütehassıslarının muhtelif zamanlarda yayınladıkları istatistiklere nazaran da % 0,7 - 0,8 radesindedir. Bizde rahim sarkomlarına dair neşriyat yok denebilecek kadar azdır. Yurdumuzun her tarafında çalışan ve lüzumuna binaen bir çok hysterectomie yapan ve yapmakta olan meslekdaşlarımız, çıkardıkları rahimlerin histolojik muayenelerini yaptırmak imkânlarını bulamadıklarından dolayı bizde uterus sarkomları hakkında neşriyatın az olduğuna kanı bulunuyorum.

Bu tümörlere en çok 45 - 55 yaşlar arasında

(menopoz ile onu çevreleyen yaşlar), daha az olmak üzere pubertede ve en az da çok küçük yaşlarda rastlanır. Tıp edebiyatında en genç uterus sarkomu 18 aylık bir çocuğa aittir. Döderlein kitabında, inoperabl bir rahim sarkomuna 2 yaşındaki bir çocukta rastladığını bildiriyor. Yazımızın mevzuunu teşkil eden Havva Deliçam 18 ay 13 günlük olarak operabl bir uterus sarkomu ile servise alındı.

Bu habis tümörün husul sebebinin henüz bilinmediği malumdur. Sekonder olanlarda myomların mevcudiyeti yardımcı sebep olarak kabul edilmektedir. Piquand'a göre myomların %2,5 u, Forgue ile Masson'a bakılırsa %1 i dejenere olur. Miomların enterstisiel olanları diğerlerinden daha çok habis istihaleye uğramaktadırlar. En az dejenere olanlar sübserölerdir. Sarkomlaşma, hemen daima myomun merkezinden başlar.

Eskiden bu urun, yalnız rahim ve myomların bağdokusunun istihalesinden ileri geldiği kabul edilirdi. 1893 te von Kahlden bunların rahmin müsküler dokusunun degradasyonundan da ortaya çıkabileceklerini iddia etmiştir. Whitridge Williams 1894 te seri halindeki kupların dikkatli inceleme ve takibleri neticesinde kas dokusunun sarkoma intikalini kesin olarak meydana koymuş ve von Kahlden'in iddiasının doğruluğunu kat'i olarak ispat etmiştir. Müteakiben Paviot ve Berard, Pick, Glanfnay ve Marie ile daha başkaları aynı şeyi teyid etmişlerdir. Bugün, uterus sarkomlarına rahim ve ihtiva ettiği myomlardaki bağ doku, adale, kan ve lenfa damarlarından menşei alabileceği kabul ediliyor.

Rahim sarkomları: A) Korpus, B) Kollum sarkomu olmak üzere iki bölümde incelenmektedir. Ekser müelliflere göre kollum sarkomları, korpusunkilere nazaran 3-5 kerre daha azdır.

A) Korpus sarkomu :

Bu sarkomlar: 1 — Parankimadan, 2 — Mukozadan menşelerini alırlar ve, (a) yaygın, (b) mahdud olurlar.

A) 1 — (a) : Korpusun parankimal yaygın sarkomu :

Bu tümör rahim parankimasının her yerinde bulunur, uzvun hepsini birden büyütür ve iç boşluğunun eb'adını arttırır. Total ve muntazam büyüme ile kıvam, gebeliği veya Kugelmyom'u andırır. Bu urların hacim ve ağırlıkları pek büyük olabiliyor. Terillon 19 kilogramlık bir uterus sarkomu zikretmektedir. Diffüz rahim sarkomları çabuk büyürler, mücavir doku ile organları erkenden enfilte etmeğe başlarlar, metastazları prekostur. Bu sebepten dolayı bunların pronostiği çok ağır, vahametleri de pek büyüktür.

A) 1 — (b) : Korpusun parankimal mahdud sarkomu :

Bunlar klinik bulgu bakımından myomlara çok benzerler. Bidayette hemen daima bir bağ doku tabakasıyla çevrili olup etrafındaki uterus nesnelerinden ayrılmış, tahdid edilmiştir. Bu sarkom nüvelerinin hacimleri pek değişiktir. Kıvamları oldukça yumuşaktır. Myometrium içerisinde büyü-

yenleri (interstitiel), mukozaya doğru inkişaf edenleri (sous-muqueux), evölüsyonlarını serozaya cihetine yapanları (sous-séreux) vardır. Bu cins sarkomlar ya doğrudan doğruya rahim parankimasından çıkarlar yahut ta menşelerini myomlardan alırlar. Ekser müellifler daha ziyade bu son noktayı nazara taraftardır. Schröder ve ona itibaen Stöckel ise bu çeşit sarkomların myoma uteri ile birlikte meydana geldiklerini, fakat bir taraftan myomun büyümekte olmasına rağmen sarkomun latent hali muhafaza ederek (faaliyete geçme tenbihini, impuls'unu) beklemekte olduğunu iddia ediyorlar.

Bazen büyümüş olan tümörler içerisinde boşluklar husule gelerek içi kan, nekroz ve ur parçaları ile dolu psödokistler teşekkül eder. 9,7 ve 6 litre mayi ihtiva eden psödokistlere dair vak'alar yayınlanmıştır. Potherat, 1906 da büyük over-kisti teşhisile ameliyatını yaptığı hastasında büyük psödokistli bir uterus sarkomu çıktığını bildiriyor. (Bull. de la Soc. de Chir. 1906). Psödokistik dejenere sanstan başka bu urlarda myxomatöse istihale de görülüyor.

Superitoneal büyüyen sarkomlar bazen akut iç kanamalar yapabilirler. Bergeret ile Bret, Ocak 1949 da Paris doğum ve kadın hekimleri cemiyetinde yaptıkları bir tebliğde, normal ev işlerini görmekte iken birdenbire sancılanıp senkop geçiren ve hiç dış kanaması olmayan 45 yaşındaki bir kadında (inondation péritonéale) teşhisile yaptıkları ameliyatta, o zamana kadar hiç araz vermemiş suserö (pedikülü 3 cm. ve geniş kısmının kutru 15 cm. olan) bir fibro-sarcome üzerindeki kalın venalardan birinin yırtılmasıyla bu dahili nezfın husule gelmiş olduğunu müşahede etmiş olduklarını bildirmişlerdir. (Tümörün fibrosarkom olduğu histolojik muayene ile anlaşılmıştır.). Mahdud olan rahim sarkomları bir müddet sonra evvelâ myometriumu, sonra pelvis doku ile organlarını enfilte etmeğe başlarlar ve uzak yerlerde metastazlar da yaparlar. En yavaş evölüsyonlu sarkomlar bile kendi hallerine bırakıldıkları takdirde en geç 2 senede hastayı öldürür.

Histoloji bakımından korpusun parankimal sarkomlarının büyük ekseriyeti (Füzo-sellüler)dir. Globo-sellüler olanları nadirdir.

A) 1 — (b) : Korpus uteri mukozası sarkomu:

Bunlar hemen daima küçük çocuklarda, genç kız ile genç kadınlarda görülmektedir. R. Meyer'e göre bunlar parankimal olanlara nazaran 1/9, von Franqué'ye göre 1/7 nispetinde rastlanmaktadır. Bunlar da (a) mahdud, (b) diffüz olabiliyorlar.

A) 2 — (a) : Korpus mukozasının sirkonskri sarkomları :

Bunlar poliplere çok benzerler. Geniş pediküllü, gayrı muntazam, lobüle ve yumuşak polip manzarasındadır. Rasemö olanları, yani üzüm salkımını andıran tipte olanları da vardır. Uterus boşluğuna doğru büyürler, serviks kanalına sokulurlar, dış fevheyi geçerek vajene doğabilirler. Bir taraftan böylece inkişafe ederlerken bir yandan da pe-

dikülünün enplante olduğu yerden miometriumu enfiltre etmeğe başlar. Eskişehir Doğumevi mütahassısı ve baştabibi Dr. Tarık Maktav, Hastahane Mecmuasının Mart 1951 nüshasında; büyücek pediküle sübmükö bir miom dolayısıyla yapmış olduğu histerektomi piyesinin İstanbul Tıp Fakültesi Patolojik Anatomi Enstitüsünde yaptırdığı histolojik muayene neticesinde, miom pedikülünün enplantasyon yerinin hemen yanı başındaki dokuda henüz latan halde bulunan (yazısına göre) mukozasarkomunun meydana çıkarılmış olduğunu bildiren bir vak'a yayınlamıştır.

A) 2 — (b) : Korpus mukozasının yaygın sarkomu :

Mahdud olanlara nazaran nadirdirler, rahmi muntazam olarak büyütürler. Uzun dışı düz olup hiç bir organla yapışıklık göstermez. Bazen uterusu fazla büyütebilirler, (Feuillu 8 kiloluk böyle bir tümör çıkarmış olduğunu bildirmiştir). Kıvamları yumuşaktır. Kesitleri kirli gri renkte ekimozü yani koyu kırmızı renk (lardacé) arzeder. Tümör ile miometrium ekser vak'alarda gevşek bir bağ doku ile birbirinden vazih olarak ayrılmıştır. Bazen ise mukozasarkomu rahim adelesini enfiltre etmiştir, arada konjonktif nesiç hiç bulunmaz. Böyle vak'alarda sarkomun menşeyini parankimadan mı? mukozadan mı? aldığını tayin edebilmek son derece güçleşir.

Çışayı muhatı sarkomlarının ekserisi (globo-cellulaire) dir. Güsserow, bu sarkomların yuvarlak ve füziform hücrelerin assosiasiyonundan teşekkül ettiğini ileri sürmüştür. Piquand da (cellules géantes) lı 20 mukozasarkomu topplayabilmiştir. Bizim vak'amızda sayın patolog Sarıkadioglu, dev hücreler görmüş olduğunu raporunda bildiriyor. Myxo, angio, mélano, chondro-sarcome ile hakiki kistik sarkomlara pek az sayıda rastlanmıştır. Havva Deliçam'dan çıkardığımız tümörün: fibro-myxo-angio-chondro-sarcome vasfında olduğu bildirildiğine göre (karışık dokulu sarkom) demektir.

Korpus mukozası sarkomu ekseriya kolluma ilişmez. İhtilât olarak bazen serviks kanalının iç fevhisini tıkar. O zaman rahim boşluğu kan ve sfaselé tümör parçalarıyla dolarak (hematometra) teşekkül eder. Péan böyle bir hematometradan 15, Duret 8 ve Jouon da 6 litre mayi tahliye ettiklerini bildirmişlerdir. Diğer bir ihtilât da (pyometra) dir. Rahim içerisindeki mayi piogen mikrobların tesirile süppüre ederek bir irin kolleksiyonu halini alır. Nadir olmakla beraber uterusun tümör tarafından delinmesi ve akut peritonitilerin meydana gelmesi çok mühim bir ihtilâttir. Bazen rahim ur tarafından perfore edilirken büyük venalardan birini de delebilir ve egü hattâ öldürücü iç kanamalar yapabilir.

Korpus mukozası sarkomlarının klinik belirtileri patognomonik olmamakla beraber dikkatli hasta ve iyi anamnez almasını bilen hekim, arazda özellikler bularak (uterus sarkomunu) hatırına getirir: 1 — Rahim kanamaları azalıp çoğalmakta ise de süreklidir, tamamiyle dinmezler denebilir.

Kansız olan zamanlar mevcut ise fevkalâde kısa olup ancak bidayette görülebilirler. 2 — Akıntı da başındanberi çok boldur, serö, hemen kokusuz, adeta şeffaftır. Bununla beraber kısa zamanda bunları, cerahatlanır ve pek fena kokar. 3 — Uterus büyüktür ve sür'atle büyümekte devam eder. 4 — Kollum salimdir. 5 — Rahim boşluğu büyümüş olmakla beraber içerisinde en ufak temasla kanayan tümör kitleleri vardır. Yalnız klinik bulgularla iktifa mecburiyeti halinde; seksüel faaliyet çağındaki kadınlarda (uterus sarkomu, koryonepitelioma ve mol hidatiform), menopoza yakın ve ondan sonraki yaşlarda da korpus karsinomu ile karıştırılabilir. Histolojik muayene yapılması imkân dahiline girince hiç bir veçhile ihmâl edilmemesi lâzımdır.

B) Kollum sarkomu :

Ekser müellifler, unk sarkomunun, cisim sarkomuna nazaran 1/5 nispetinde rastlandığını bildirmektedirler. Bouniol, Paris Kanser Enstitüsü kayd ve teşhislerine dayanarak hazırladığı tezinde kollum ve korpus sarkomları arasında sayıca fark göremediğini bildiriyor.

Spiegelberg 1879 da bunlara (Hydropisches Papillar sarkom), sonraları J. L. Faure onları üzüm salkımına benzettiğinden (sarcomes racémeux), (sarcomes en grappe) adlarını vermişlerdir. Kollum sarkomlarını ilk önce esaslî surette inceleyen Pfannenstiel olmuştur. Gayman, Betlinger, le Dentu daha sonra bu urla yakından ilgilenmişler, vak'a ve yazılar yazmış ve tebliğ etmişlerdir.

Rasenö sarkomun kolluma enplante olan bir esas pedikülü, bu saptan çıkan dal ve dalcıkları vardır. Bu dalcıkların ucunda yuvarlak, ovoid biçimde yumuşak, yarı şeffaf sarı, yeşilimtrak renkte üzüm tanelerine benzeyen veziküller bulunur. Veziküllerin içerisinde homogen bir mayi ve yuvarlak, füziform, yıldız biçiminde habis hücrelerden yapıli bir çevresi, bir zarı mevcuttur. Esas pedikül ile dal ve dalcıkların ortasında aynı karakterde bir sıvı ve muhitinde, içerisinde bol sarkom hücreleri bulunan gevşek bir bağ doku vardır. Bu sarkomlarda bazen adele, kıkırdak gibi nesiçler tek başına yahut ikisi, üçü, bir kaçı bir arada bulunabilirler. (Karışık dokulu sarkomlar). Theede, Kleinschmidt, Michel ve Hoche, Puech ve Masabau ile daha başkaları böyle mikst sarkomlara dair vak'alar neşretmişlerdir. 1936 da Bérard, Martin ve Panthus; 1950 de Caillot ve Charvet'nin yayınladıkları birer myélo-sarcome, yani Myéloblaste'lardan menşeyini almış sarkome, yani Myéloblaste'lardan menşeyini almış sarkome vak'ası vardır. Tıp edebiyatında bu tip sarkoma dair başka yazıya rastlayamadım.

Kollum uteri sarkomunun kısa veya uzunca süren (sessiz) yani âraz vermeyen bir başlangıç devresi vardır. Bu sükûnetten sonra (métrorragie) ve (leucorrhé) görülür. Kanamalar çok fazla olabilir. Akıntı bidayette suyu andıracak kadar beraktır. Kısa zamanda kirlenir, irinli ve pek fena kokulu olur. Ağrı, ancak tümörün çok ilerlediği, parametritik dokuları istilâ ettiği zaman kendini

gösterir. Sarkom rasemö vulvadan dışarıya çıktığı vak'alarda göz, henüz vaginada olduğu takdirde ise tuşe eden parmak, üzüm tanelerini andıran vezikülleri görür yahut duyar. Vaginada büyüyen tümör, vezika veya uretrayı tazyik ederek (disüri) veya (retansiyona) sebep olabilir. Kendi haline terk edilen kollum sarkomu, nadiren korpusu fakat istisnasız pelvis bağ dokusunu, veziko-vajinal, rekto-vajinal hicablarla veziko-pübiyen bağ dokusunu istilâ eder. Sarcome en grappe da metastaz oldukça nadir ve geç husule gelir. Rasemö sarkomu bir defa gören onu her gördüğünde tanır, zira şekli çok karakteristik, vesikülleri de patognomiktir denebilir. Bununla beraber, tenasüli faaliyet çağında olan kadınlarda (mol hydatiform) ile iltibası mucib olabilir. Âdet gecikmesi, kusma ve bulantılar, gebeliğin diğer sübjektif alâmetleri, erken husule gelen yüksek veya yüksekçe albüminüri, rahmin çok çabuk büyümesi, kanamaların vasfı ile düşen veziküllerin nali nazarı itibare alınarak molü rasemö sarkomdan ayırmak mümkündür. Biolojik gebelik reaksiyonlarının ve hormon dozajlarının yapılması kabil olduğu takdirde bunlarla da ayırd edilebilir. Yalnız klinik donnelere dayanarak mol teşhisi konmuş ve rahim muhteviyatı tahliye edilip kürtaj yapılmış ve çıkan veziküller operatörde şüphe uyandıracak halde ise, bunların histolojik muayenesi şarttır.

Pronostik uterus sarkomlarında çok vahimdir. Bununla beraber erkence teşhis edilmiş ve hemen radikal ameliyatı yapılmış yahut Tiefentherapie'ye tâbi tutulmuşlara yıllar süren şifa temin edilmiştir.

Residivin unku rahim sarkomlarında daha çok olduğunu klasikler yazıyor ve bunu hastaların ekseriya hekime geç başvurmalarına atfediyorlar. Parankimato korpus sarkomlarının inzarı, cisim mukozasından menşei alanlara nazaran daha fenadır. Çünkü yayılma ve metastazları erken ve çabuk olur.

Tedavi, operatif ve radyoterapötik olmak üzere

ikidir. Erken teşhis ve hemen radikal ameliyat muvaffakiyete ulaştırır. Annekslerle birlikte rahim tamamen çıkarılmalıdır. Piquand, topladığı 101 rahim sarkomu (radikal ameliyata tâbi tutulmuş) vak'adan 52 tanesinin 1 - 11 sene arasında hayatta ve sıhhatte bulduklarını bildirmiştir. Gessner, 26 mukoza sarkomundan 10 tanesinin ve 35 parankima sarkomundan 14 ünün radikal ameliyata rağmen nüksetmiş olduklarını tesbit etmiştir. Bergeret ile Bret'in 1940 ta suserö fibro-sarkom dolayısıyla yaptıkları ameliyattan 9 yıl sonra (1949 da) hastalarının yaşadığını tebliğ etmişlerdir.

Tiefentherapie'nin de değerli mütehassıslar sayesinde pek büyük iyilikler sağladığı muhakkaktır. Seitz ile Wintz, sarkom hücrelerinin diğer maliny tümör hücrelerinden, derin ışınlarla daha hassas olduklarını ileri sürüyorlar. Hattâ inoperabl bir kaç genital sarkomunu derin şua tedavisile iyileştirdiklerini ve yıllar süren şifa temin edebildiklerini bildiriyorlar. Bu zevatın 35 vak'alık istatistiklerinde, vak'aların %70 inde 2 - 5 yıllık şifadan bahsediyorlar.

Literatür :

- 1 — Benthin: Diagn. u. Differenzialdiag. der Frauenkrankheiten. 1930.
- 2 — Berard, Martinet et Pothus: Un cas de myeliosarcome du col de l'utérus, Bulletin du cancer. 1936 —
- 3 — Bergeret et Bret: Sarcome de l'utérus et hémorragie intrapéritoneale. 1949.
- 4 — Bouniol: Les sarcome utérins - These de Paris. 1937.
- 5 — Caillot et Chavet: Un cas de myélosarcome du col de l'utérus. Gyn. et Obst. 1950.
- 6 — Döderlein: Operative Gynéologie. 1924.
- 7 — Ducuing: Le fibro-myom utérin. 1946.
- 8 — Encyclopédie médico - chirurgicale.
- 9 — Forgue et Massabuau: Gynécologie. 1927.
- 10 — Maktav (Tarık): Hastane mecmuası, Mart, 1951.
- 11 — Richter: Zur Klinik des Uterus sarkoms. 1948.
- 12 — Stöckel: Lehrbuch der Gynaekologie. 1931.

Gülhane As. Tıp Ak. II. ci Hariciye Servisi:

Şef: Prof. Dr. Recai Ergüder

Ameliyalla Tedavi Edilmiş Özefagus Kanseri ve Kardiyospazm Vak'aları (*)

Prof. Dr. Recai Ergüder - Baş Asistan Op. Dr. Orhan Bumin

Özefagus Kanseri :

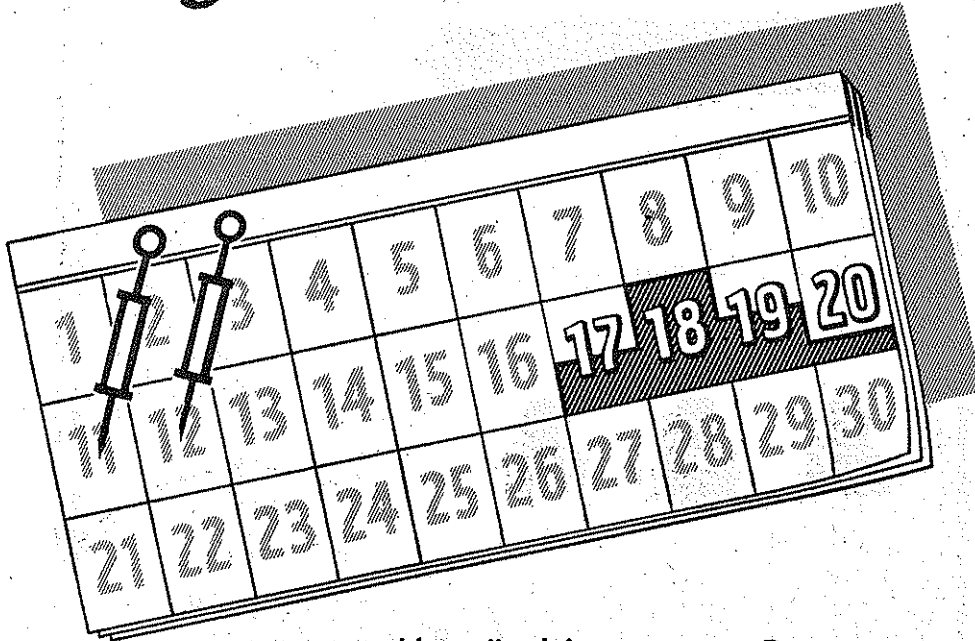
Yakın zamanlara kadar radikal bir cerrahî müdahale yapılamıyarak hastaları ağızdan öldüren bu âfeti bugün mide-barsak yolunun herhangi bir noktasındaki kanser gibi cerrahî olarak tedavi etmek imkân dahiline girmiş bulunmaktadır.

1938 de Amerika'da ilk defa Adams ve Phemister, özefagusun alt kısmını rezeke ederek özefagus ile mide arasına bir anastomoz yaptılar. Filhakika 1913 de Torek, özefagusun göğüs içindeki

bir kısmını rezeke etmişti. Fakat bu müdahalede özefagusun proksimal ucu cilde getirilerek tesbit ediliyordu. Bu suretle hasta pek müz'ic olan özefagus fistülüne, ve gastrostomi ile beslenmeye mecbur tutuluyordu. Bilâhare bu iki ucu birleştirmek için birçok plastik ameliyelere müracaat zarureti vardı. Mamafih Torek, bu mesaisi ile özefa-

(*) Gülhane As. Tıp Ak. sinin 17/3/951 tarihli Tıbbî Müsameresinde takdim edilmiştir.

Tâli amenorenin
DUOGYNON
ile iki günlük modern tedavisi



Hergün birer ampul Duogynon tatbiki suretile iki gün arka arkaya yapılan enjeksiyonlar 3-5 gün sonra uterusda kanama tevlit eder. Diferansiyel gebelik teşhisi için de kullanılır.

Literatür emirlerinize âmadedir.

Ticari Şekil Ampul: 1 cc x 2 lik kutularda
(1 cc = 20 mg Progesteron yağlı mahlûl
halinde 2 mg Benzoate d'Oestradiol)

SCHERING A.G. BERLİN (ALMANYA)

Türkiye Umumi Satış Yeri

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

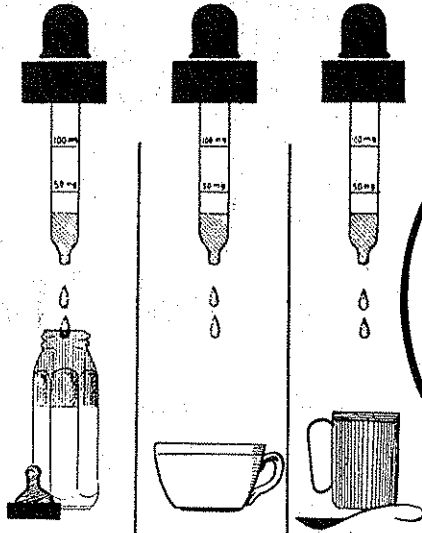
CRYSTALLINE
Terramycin

HYDROCHLORIDE

ORAL DROPS
AĞZDAN ALINACAK DAMLA

Beher cc. 200 mg. Terramycin ihtiva eder.

9 damla 50 mg. Terramycin ihtiva eder.



Tifüs
Difteri
Boğmaca
Bronkopnömoni
Septisemiler
Meninjit
Bruselloz
Tonsilit
Kızıl

Pfizer

Chas. PFIZER and Com. INC. TÜRKİYE UMUM MÜMESSİLİ
ORTA ŞARK TİCARET TÜRK A.Ş.

gusun göğüs içindeki kısmının rezeke edilebileceğini göstermişti.

1944 te Amerika'da **Garlock ve Sweet**, özefagusun yukarı kısım kanserleri için rezeksiyondan sonra mide ile özefagus arasında Arcus Aorta'nın üzerine hattâ boyuna kadar çıkabilen anastomozlar yapmanın kabil olduğunu gösterdiler.

Hastalığın Teşhisi : Teşhis ekseriya pekgüç değildir. Hastanın hikâyesinde yutma müşkülâtı vardır. Ekseriya bu gittikçe artar. Mamafih bazan insanı aldatıcı açılma devreleri de olabilir. Bundan başka yutmada ağrı, yutulan gıdaların hazım olunmamış şekilde tekrar ağza gelmesi, zayıflama ve takatten düşme büyük ihtimalle özefagus kanserini şüphelendirmelidir. **Klinik muayenede:** tümör henüz rezektabl iken hastanın zayıflamış bulunması yegâne bulgudur. Tümöre ait haricî başka bir delil mevcut değildir. **Röntgenolojik muayene:** iyi bir radyoloğun elinde hemen daima işin mahiyetini açıklar. **Özefagoskopi:** lezyonun gözle muayenesini sağlamakla beraber ekseriya bir biyopsi elde etmeği de mümkün kılar. Özefagusun orta kısım tümörlerinde muhakkak bir **bronkoskopi** de yapılmalıdır. Özefagusun bu kısmı sol bronkus ile sıkı temas halinde olduğundan bronkoskopi tümörün buraya intişarını gösterdiği takdirde lüzumsuz yere hastayı bir Torakotomiye maruz bırakmamış oluruz.

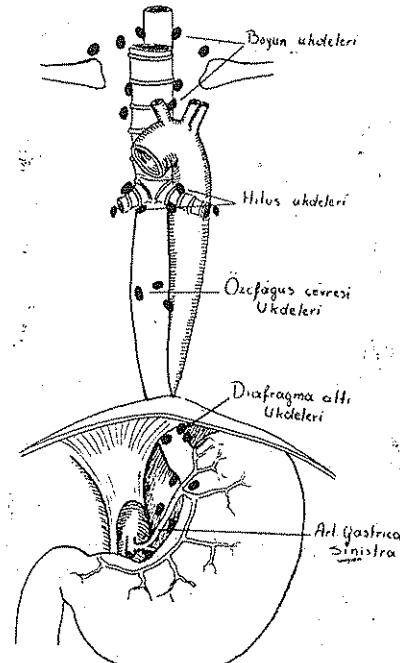
Patolojik Anatomi : Özefagus kanseri hazım borusunda görülen kanserlerin kesret itibarı ile dördüncüsünü teşkil eder. Mikroskopik olarak özefagus kanserlerinde en çok görülen şekil **Epidermoid (Squamous cell)** kanserleridir. Özefagus kanserlerinin diğer şekli **Adeno-Karsinom**'lar olup bunlar vak'aların takriben %25 ini teşkil ederler. Ve menşelerini mide mukozasının özefagus içine doğru yaptığı uzantılardan veyahut özefagus içine dağılmış aberrant mide mukozası adacıklarından alırlar.

Kanserlerin %20 si özefagusun üst 1/3 ünde, %37,2 si orta 1/3 ünde, %42,8 i de alt 1/3 de otururlar.

Lenf ukdelerine metastazlar : Ekseriya oldukça erken görülür. Lenf yollarının yayılma istikameti ekseriyetle aşağıya doğrudur. Nadir olarak supra-aortik kanserlerde boynun kaidesindeki lenf ukdeleri istilâya uğrar (Şekil: 1). Özefagus lenf yollarının drene olduğu başlıca lenf ukdelerini göstermektedir.

Diğer uzuvlara metastazlar: Akciğere metastaz oldukça erken, karaciğere de nisbeten geç görülür. Kemik metastazları da olabilir. Plevra ve peritona intişar nadirdir.

Civar organların direkt istilâsı : Özefagusun orta kısım kanserleri rezeksiyon bakımından büyük müşkülât arzederler. Çünkü özefagusun bu kısmı, sol bronkus, Arcus Aorta, Aorta descendens, V. Pulmonalis ve sol A. Pulmonalis gibi hayatî ehemmiyeti haiz uzuvlarla sıkıca komşudur. Özefagusun kardiya ve abdominal kısmı kanserleri, diyafragma, karaciğerin sol fussy, pankreas, da-



Şekil: 1.

lak ve sol glandula suprarenalisi istilâ edebilirler. Fakat bütün bu uzuvlar icap ettiği takdirde asıl tümörle birlikte çıkarılabilirler.

Operabilite : Hastada devamlı yüksek ateş, sırtında, kolumna vertebralis üstünde devamlı deller gibi bir ağrı, boyun ukdeleri ve karaciğer, akciğer metastazlarının mevcudiyeti, sol bronkusun tümörle istilâ edilmiş olması, röntgende hilus gölgelerinin çok ileri derecede genişlemesi umumiyetle Torakotomiye dahi kontrendike olarak kabul edilir.

Torakotomi yapıldığı zaman tümörün aorta, sol bronkus, A. Pulmonalis gibi hayatî uzuvları intişar ettiği görülürse birşey yapılamaz. Diğer hallerde mümkünse tümörün intişar ettiği uzuv veya uzuv kısmı (dalak, karaciğer, diyafragma) ile beraber çıkartılır. Bunu radikal olarak yapmak kabii olmazsa bile bugün özefagusun tümörlü kısmını rezeke edip mide ile anastomoz yapmak meylî vardır. Çünkü özefagus tümörünün yerinde nükesmesi pek nadirdir. Bu palyatif rezeksiyonla, hastalığın diğer tesirlileri ile hasta ölünceye kadar normal şekilde yemek yiyebilirler. **Bugün herhalde bu hastalar açlıktan ölmemelidirler.**

Ameliyattan evvel hazırlama: Bu hastaların ameliyattan evvel hazırlanmasına çok ehemmiyet vermelidir. Renal, kardiyovasküler vaziyet kontrol edilerek hastaların genel durumu hakkında kat'î bir fikir elde edilmelidir. Vitamin ve protein noksanlığı bu maddelerin ya parenteral veyahut oral yol ile verilmesi ile tashih edilmelidir. Müteaddit transfüzyonlarla tali anemi bertaraf edilmelidir. Ameliyattan 2-4 gün evvel antibiyotiklere başlanır. Ameliyat günü hastanın burnundan bir **Levin** tübü özefagusa sokulur.

Anestezi : Ameliyatın neticesi üzerinde anestezinin mahirane ve dikkatle verilmesinin büyük bir ehemmiyeti vardır. Batın ve göğüs boşluğunun

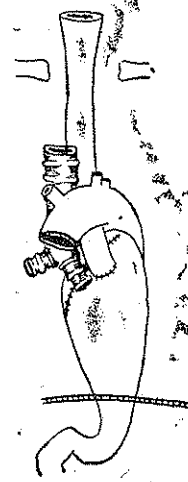
açıldığı ve saatlerce süren bir ameliyatla anesteziyi yüklediği vazife muhakkak ki, ağırdır. Özefagusun disseksiyonu esnasında ekseriya mukabil taraf plevrası da açılır. Bu işin güçlüğünü büsbütün arttırır. Anestezi tekniği hakkında burada izahat verecek değiliz. Yalnız **Endotrakeal** anestezi-nin şart olduğunu, azot protoksit - oksijen - eterin şimdilik memleketimiz için en müsait ajanlar olduğunu söylemekle iktifa edeceğiz. Bronkus, N. Vagus ve kalb etrafında çalışırken yapılacak entranvenöz **Prokain** zerkleri kalpte husule gelebilecek aritmileri önler.

Ameliyat Tekniği: Bugün özefagusun göğüs içindeki herhangi bir parçasını rezeke etmek midayı mobilize ederek göğüs içine getirdikten sonra özefagusun proksimal kısmı ile anastomoz etmek sureti ile bir seansta hazım borusunun temadiyetini temin etmek mümkündür. (Özefagusun boyun kısmı kanserlerinde **Wookey** usulü ile iki seansta rezeksiyon ve temadiyet temin edilir.).

Özefagusun muhtelif kısım kanserlerinde rezeksiyon tekniği bazı farklar arzeder. Biz burada vak'amıza uygun olan alt 1/3 kanserlerinde kullanılan teknikten kısaca bahsedeceğiz.

Anesteziye başlanarak, endotrakeal tüp konduktan sonra, hasta, ameliyat masasına, sol tarafı yukarıya gelecek tarzda yan yatırılır. 8 veya 9 uncu kaburganın mesirine uygun olacak tarzda bir cilt şakı yapılır. Bu kaburga sübperiostal olarak çıkarılır. Plevra açılır. Mediastinal plevra aortanın önünden tulanı olarak kesilir. Özefagus bulunur. Tümörün vaziyeti, civar organlara intişarı, civar lenf uktelerine metastazları kontrol edildikten sonra, diafragma açılarak karın içine girilir karaciğer, dalak, lenf ukteleri metastazları aranır. Rezeksiyona mâni bir hal yoksa tekrar göğüse dönülerek,özefagusun tümörlü kısmı disseke edilerek iki şerit üzerine alınır. Bunu müteakip, mide serbestleştirilmeğe başlanır. Vasa brevia, a. gastroepiploica sinistra, a. gastrica sinistra bağlanır. A. gastrica dextra ve a. gastroepiploica dextra muhafaza edilirler. Bu iki arter midenin ve anastomozun beslenmesine kâfi gelir. Mide serbestleştirildikten sonra kardias kesilir, ve kapatılır. Bundan sonra, serbestleştirilmiş mide göğüs içine alınır. Midenin fundus kısmının ön yüzü ile, özefagusun sâlim kısmı arasında anastomoz yapılır, bu sırada özefagusun tümörlü kısmı rezeke edilir. Göğüs içindeki mide, bir kaç dikiş ile aorta üzerindeki parietal plevraya tesbit edilir. Diafragma üzerindeki şak küçültülür. Mide bu deliğe de müteaddit dikişlerle dikilir. Bundan sonra plevra boşluğu serum fiziolojik ile yıkanır. Dren ve antibiotikler konur. Akciğer genişilir, ve göğüs cidarı tabaka tabaka dikilir. Ekseriya tümör kitlesi içinde bulunan her iki taraf N. vagus'u özefagusun rezeksiyonu esnasında kesilip çıkarılmış bulunurlar. (Şekil: 2).

Ameliyat sonrası bakım : Hastanın yarası flasterlerle kapatıldıktan sonra, hasta masa üzerinde yavaşca sırtüstü döndürülür. Endotrakeal tüpten bronşların içi aspire edilir. Ekseriya vukua geldiği gibi, ameliyat esnasında sağ plevra boşlu-



Şekil: 2.

ğuna girilmiş ise, ameliyat sonunda portatif röntgen makinesi ile bir göğüs filmi çekilerek akciğerlerin vaziyeti kontrol edilir. Hasta odasına gelince, devamlı olarak oksijen verilir. Ameliyat esnasında anastomoz yerinden geçirilerek mideye sokulan **Levin tüpü**, **Wangenteen** aspiratörlerine raptedilir. Göğüs içine konan dren de göğüs içi taziyekini ayar eden hususî drenaj şişelerine raptedilir. Ameliyat sonrası bakımda hava yollarının temizliği pek mühimdir.

Ameliyattan sonra antibiotik ve vitaminlere devam edilir.

Ameliyattan evvel de uzun müddet iyi şekilde gıda alamamış olan bu hastalarda ameliyattan sonra beslenme çok mühim bir mesele teşkil eder. Bazı müellifler, ameliyattan sonra beşinci hattâ yedinci güne kadar ağızdan birşey vermezler. Hastayı parentral yol ile beslerler. İntravenöz yol ile verilebilen hidrolişik protein müstaklarının, kan ve kuru plazmanın kolaylıkla temin edilebildiği Amerikada, hastayı bu yoldan beslemek kolaydır. Fakat memleketimiz için, ameliyat esnasında konan Levin tüpü vasıtası ile hastayı mide yolu ile erkenden beslemeye başlamanın daha emin olduğunu düşünüyoruz. Bizim aşağıda hikâyesini anlatacağımız hastamız ameliyat gecesi bu tüpü burundan çıkarmış bulunuyordu. Bu vaziyet karşısında, hastamızı ikinci günden itibaren ağız yolu ile beslemeğe başladık.

Hastamıza ait müşahadeyi kısaca verelim :

Hastamız Bay A. K. (Karantina No. 164), 5 Ocak 1951 de servisimize, yutmasındaki güçlük sebebiyle yatırılmıştır. Hasta 30 yaşında olup ilk şikâyetleri birbuçuk sene evvel başlamıştır. Evvelâ katı yemekler yerken lokmalar takılmağa başlamış, fakat biraz su almakla aşağıya inermiş. İlk zamanlarda bir yemek esnasında üç bardak su ile vaziyeti idare edebilirken, bilâhare 3-4 maşrapa su ile biraz yemek yiyebiliyormuş. Bu zamanlarda, yutarken epigastriumda yanma tarzında ağrı oluyormuş. Servisimize gelmeden yedi ay evvel müracaat ettiği doktor bir radiografi yaptırmış, kendisine bazı ilâçlar ve iğneler vermiştir. Servisimize gelmeden 15 gün evvel diğer bir klinikte kendisine «elektrikli bir boru sokularak» muayene

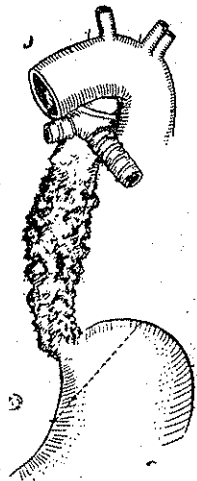
edilmiş, hastanın ifadesine göre bundan sonra içtiği su dahi geçmez olmuştur.

Hastanın öz ve soy geçmişinde kayda şayan bir nokta yoktur. Yalnız askerlik yaparken geçirdiği bir kamyon kazası neticesi, sağ bacağı femurun alt 1/3 ünden ampüte edilmiştir. Hasta servisimize geldiği zaman ileri derecede zayıf bir durumda idi. Ağızdan verilen mayı gıdalar dahi müşkülâtle geçebiliyordu.

Hastaya 23 Ocak 1951 de Topical %2 Pantokain anestezisi ile birimiz (Dr. Orhan Bumin) tarafından özefagoskopi yapıldı. 53/9 cesametinde bir Chevalier Jackson özefagoskopu kolaylıkla özefagusa sokuldu. Özefagus normale nazaran oldukça genişlemişti. Aorta pulzasyonun biraz altında, vejetan, özefagus lümenini tamamen kapayan ve kolayca kanayan bir tümöre rastlandı. Biyopsi pensisi ile bir parça alındı. Bu parçanın mikroskopik muayenesinde teşhis (Adeno-Carsinom) idi. (Ankara Tıp Fakültesi Patolojik Anatomi Prof. Dr. Necati Eranıl).

Bunun üzerine 25 Ocak 1951 de birimiz tarafından (Dr. Orhan Bumin) ameliyat yapıldı. Endotrakeal anestezi, azot protoksid-oksijen-eter, kullanılarak (Dr. İhsan Günalp) tarafından verilmiştir.

Hastamızda kullanılan ameliyat tekniği esas itibarı ile yukarıda arzettiğimiz gibidir. Yalnız burada birkaç hususiyetini belirteceğiz. Hastamızın ameliyattan evvelki radyografisinde lezyonun epice yukarı gittiğini gözönüne alarak sekizinci kaburgayı çıkardık. Yedi ve dokuzuncu kaburgaların arka kısımlarında ufak birer parçayı rezeke ettik. Tümör yukardan aorta kavsine kadar uzanıyor, aşağıdan da mide üzerine doğru taşıyordu. Bu sebeple miğeyi fundustan curvatura minora doğru mail olarak konan bir Furniss pensisi ile Şekil: 3 de-



Şekil: 3.

ki gibi kestik. Tümörün aorta kavsine çok yakın olmaası anastomozu oldukça güçleştirdi. Anastomoz yerinin etrafına curvatura major üzerinde evvelce bırakılmış olan bir omentum parçası sarıldı. Özefagustaki tümör her iki vagus ile birlikte rezeke edildi. Bu ameliyatta bütün kanayan eviye çar-

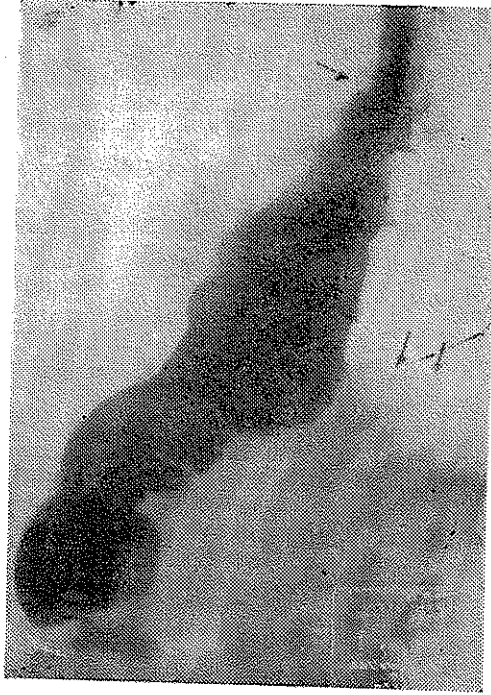
sıdan alınan âdi pamuk tire ile bağlandı, adelerler aynı cins tire ile dikilmiştir. Hastaya ameliyatın devamı müddetince 2.000 cc. kan, 1.000 cc. %5 lik serum glikoze verilmiştir. Hasta bu ameliyata iyi tahammül etmiştir. Hasta ihtiarımıza rağmen ilk gece Levin tübünü çıkarmıştı. Buna rağmen ikinci günden itibaren ağızdan sulu gıdalar vermeğe başladık. Ameliyatın altıncı günü hastada bir ateş yükselmesi oldu. Sütür kifayetsizliği ihtimalini düşünerek ağızdan verilen Lipiodol ile bir özefagus ve mide radyografisi yaptırıldı. Lipiodol steril bir mahlül olduğu için bu muayenede onu baryumlu maddelere tercih ettik. Sütün kifayetsizliğine ait bir bulgu tesbit edilemedi. Ameliyatın onuncu ve on ikinci günleri hastanın ağzından iki askarid gelmiştir. Ve bunlar mutad ilâçla tedavi edilmiştir. Hasta halen hernevi gıdayı müşkülâtsiz yemektedir. Şekil: 4 ve 5 hastanın ameliyattan ev-



Şekil: 4.

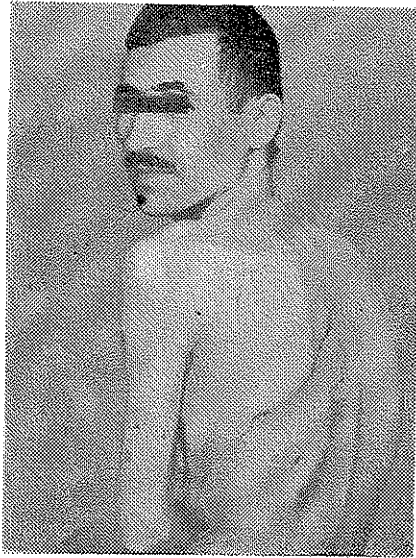
vel ve ameliyattan sonraki radyografilerini göstermektedir. Şekil: 5 te midenin bir kısmının diyafragma üzerinde bulunduğu, mide ile özefagusun anastomoz yerinin güzel işlediği, pilorun da vagusların kesilmesine rağmen normale yakın bir halde olduğu müşahede edilmektedir.

Vak'a hakkında düşünceler: Hastanın yaşı vasatı kanser yaşına nazaran genç sayılabilir. Hikâyesi bir buçuk sene geriye gitmektedir ki, oldukça uzundur. Ve çok ilerlemiş bir vak'a olarak karşınıza çıkmasına sebep olmuştur. Ameliyattan evvel çok düşük olan umumî durumuna rağmen iyi bir hazırlama, mükemmel bir anestezi, kâfi miktarda kan ile oldukça uzun ve ağır bir ameliyata tahammül edebilmiştir. Vak'a Gülhane Askerî Tıp Akademisininin 17 Mart 1951 deki Tıbbî Müsameresinde takdir edilmiştir. Elimize geçen tıbbî literatüre nazaran Türkiye'de muvaffakiyetle yapılmış



Şekil: 5.

ilk özefagus rezeksiyonu vak'asıdır. Şekil: 6 da hastamızın taburcu edilmeden evvel alınan fotoğrafı görülmektedir.



Şekil: 6.

Özefagus kanserinde rezeksiyon ameliyatının mortalitesi : Mortalite anastomoz göğüsün yukarısında olduğu nisbette artar. Boston'da Dr. Richard H. Sweet'in 1949 da neşrettiği ve 224 vak'asına istinaden yaptığı istatistikte, bizim vak'amız gibi, anastomozun hemen arkus aortanın arkasında bulunduğu vak'alarda mortalite %24,7 dir. Anastomozun hemen diyafragma üstünde yapıldığı vak'alarda ise mortalite %12,9 dur.

Kardiyospazm

Sebebi pek malûm olmayan bir haldir ki, kardiyadaki spazm veya darlık dolayısı ile özefagus

büyür, genişler ve nihayet hipertrofiye uğrar. 1882 de Von Mikulicz, Kardiyospazm tabirini kullanmağı tavsiye etti. Bu tabir her nekadar hastalığın tabiatı hakkında yanlış bir intiba vermekte ise de o zamandanberi kullanılagelmiştir. 1930 da A. F. Hurst, Achalasia tabirini kullandı. Bunun hipotenzine göre özefagusun hemen kardiya üstündeki kısmında Auerbach pleksüsünde gangliyon hücrelerinin noksanlığı veya dejenerasyonu vardır. Özefagus'un yukardan aşağıya gelen peristaltik dalgaları burada dururlar. Ve kardiya açılmaz. Bazılarına göre Auerbach pleksüsündeki bu değişikliğe sebep B, vitamini noksanlığıdır. Cleaver'e göre ise, özefagusun alt kısmında gözden kaçan peptik ülserler bu teşevvüse sebep olmaktadır. Malûm olduğu üzere özefagusun alt kısımlarında mide gışai muhatisi bakiyeleri bulunabilir. Buralarda da ülser kolayca meydana çıkar. Kardiyospazm, hamizi mide usaresinin geriye gelmesine mâni olmak için uzviyetin bir müdafaasıdır. Bazı müelliflere göre de kardiyospazmlı hastaların midelerinde ileri dereceye bir hiperasidite mevcuttur. Scott'ın hakikî kardiyospazm dediği vak'alar meselâ mide ülseri gibi civar organlardaki bir hastalıktan menşinî alan refleks spazmlardır.

Bazı vak'alarda periözefajit nedbesi, veya brit gibi anatomik daraltıcı bir sebep bulunabilir. Bunları idiyopatik kardiyospazm olarak kabul etmek doğru değildir.

Bu hastalıkta psikosomatik unsurların da büyük rolü vardır.

İdiopatik kardiyospazm kadınlarda erkeklere nazaran iki misli fazla rastlanır. Her yaşta görülebilir. Çocukluk yaşında dahi görülmesi bunun menşeinin kojenital olmasını müdafa edenler için bir delildir. Kâhillerde başlangıç bazan, psikolojik bir travma ile hem zamandır.

Bu hastalığın klinik arazi herkesce malûm olduğu, Prof. Fahri Arel'in çok mükemmel olan (Göğüs Cerrahisi) adlı kitaplarında tafsilâtiyle anlatıldığı için burada bahsetmeyeceğiz. Zaten hastalarımızın müşahedeleri bu hususta bir fikir verecektir.

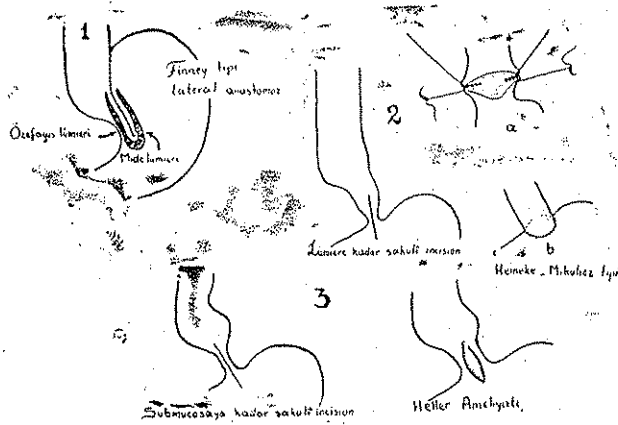
Biz biraz proklamatik olan tedavi kısmında duracağız. Hastaların mühim bir kısmı, Maingot'a göre takriben %70 i, Amyl Nitrit gibi antispazmodikler, yumşak gıda, devamlı bujinaj, su veya hava ile şişirilebilen balonlar ve psikoterapi ile tedavi edilebilirler. Fakat bütün bunların ısrarla yapılmasına rağmen geçmeyen, bil'akis özefagusun çok genişleyip bükülmeğe başladığı, gıdasızlığın ileri bir dereceye vardığı, vak'alar vardır. Bir çok hastalar, gayet ağır yemek mecburiyetinde olmaları, ancak sık sık su içerek lokmaları aşağıya indirebilmeleri, bazan bununla da işi halledemiyerek sofradan kalkarak kusmak mecburiyetinde kalmaları gibi sosyal faktörlerle, bazan da ancak her yemekten evvel yapılacak bir dilatasyon ile biraz gıda almaya tahammül edememeleri sebebiyle ameliyatla tedaviyi isterler. Eğer özefagusun genişlemesi ve uzaması çok ilerlemiş, ve özefagus kendi üzerine kıvrılmış halde ise, bujinaj ve dilatasyon perforasyonlara sebep olduklarından tehlikeli olabilir.

Şimdi kısaca muhtelif cerrahî müdahale şekillerinden bahsedelim:

En basiti **Sempatektomi**'dir. 1935 de **Knigh** arteria ve vena gastrica sinistra etrafındaki sempatik elyafı kesti. İlk zamanda netice iyi idi. Fakat bu iyi netice uzun devam etmiyordu. Halen Amsterdam'dan **B. A. Lubbers**, sempatektomiye **Heller** usulü **Kardiomyotomi** ile teşrik etmektedir.

Heller, ameliyatı gerek abdominal ve gerekse torasik yoldan yapılabilir. Mümkün olduğu takdirde torasik yol tercih edilmelidir. Torasik yolda, 9 veya 8 inci kaburga çıkarılır. Göğüs içine girilir, özefagus serbestleştirilerek iki şerit üzerine alınır. Hiatus açılarak mide göğüs içine biraz çekilir. Bundan sonra özefagus üzerinde kardiadan itibaren 7,5 cm., mide üzerinde de 5 cm. lik tulani bir şak yapılır. Bu şak özefagus ve midenin adale tabakalarını geçerek mukozaya kadar gelir. Mukozanın dışarıya doğru tebarüz ettiği görülür. Bazıları bu şakların hem arka hem ön cidarda yapılmasını, bir kısım müelliflere göre mide üzerindeki şakın, diğerlerine göre de özefagus üzerindeki şakın uzun yapılması uygundur. Bazı yazarlara göre de miyotomi değil, bu esnada kesilen sempatik elyaf tedavide rol oynamaktadır. Amerikada göğüs cerrahisinin öncülerinden olan **Everts E. Graham**, uzun tecrübelerine istinaden bizim yukarıda yazdığımız teknik ile yaptığı ameliyatlardan çok memnundur.

Kardioplasti, bunun da muhtelif şekilleri vardır. Bir tanesi, **Finney** tipi pyloro-plastinin buraya tatbik edilmesidir. Bilhassa kıvrılmış ve uzamış özefaguslarda kullanılır. (Şekil: 7).



Şekil: 7.

Heineke-Mikulicz tipi pyloroplastinin kardiaya tatbiki olan özefagusun dar kısmında longitudinal olarak şak edilmesi ve circumferantial olarak dikilmesi Amerika'da bilhassa **Dr. Richard H. Sweet** tarafından kullanılmaktadır. O da aldığı neticelerden memnundur.

Diğer bir cerrahî müdahale şekli de kardiadaki dar kısmın rezeksiyonu, özefagus ile midenin tekrar anastomozu edilmeleridir. Bu usul Amerika **Garlock** tarafından tatbik edilmektedir. Kolayca anlaşılabilirliği gibi bu oldukça büyük bir müdahaledir.

Başka bir ameliyat şekli de midenin fundus kısmı ile özefagusun yanı arasında, darlığın üzerinde, bir yan-yan anastomoz yapmaktır. Bu usul Amerikada birimizin (**O. Bumin**) yanında çalıştığı **Dr. Charles P. Bailey**, tarafından beğenilmekte ve tatbik edilmektedir.

En nihayet **Dr. O. Wangenstein**'e göre kardiyo-spazmı sebebi midenin asit muhtevasının özefagusa gelerek burada ülser yapmasıdır. Buna istinaden kendisi midenin alt %80 kısmını rezeke ediyor. Ve kardiyo-spazmı bertaraf ettiğini söylemektedir.

Bütün bu usullerin bazı üstünlükleri ve mahzurları vardır. Biz burada onları münakaşa edecek değiliz. Şimdi tarih sırası ile vak'alarımızı arzede- lim, ve hususiyetlerini görelim:

Vak'a No. 1: Er İ. P. 15 temmuz 1950 de servisimize yatırılmıştır. 21 yaşında olup yutmağa ait ilk şikâyetleri 7 sene evvel başlamış. İlk zamanlarda yemek yeyince göğsünün arkasında bir dolgunluk oluyormuş. Bu bilâhare ağrı halini almış. İlk zamanlarda bu müşkülât katı yemekleri yediği zaman zuhur ettiği haldé bilâhare sulu yemeklerde aynı müşkülâtı vermeğe başlamış. Son zamanlarda su dahi güçlükle geçebiliyormuş.

Öz ve soy geçmişinde şayanı dikkat birşey yok. İdrar, kan, maddei gaita muayeneleri normaldir. Mide suyunun tahlilinde hipoklorhidri mevcuttur.

Ameliyat 26 Aralık 1950 de Ombredan maskesi ile eter anestezisi altında yapıldı. (Operatör: Prof. Dr. **Recai Ergüder**). Sol taraf 8. inci kaburgadan 10 cm uzunluğunda bir parça çıkarılarak plevra boşluğuna girildi. Kardiya civarında özefagus serbestleştirildikten sonra muskularis tabakası mukozaya kadar kesildi. Aynı iş mide üzerinde de yapılarak göğüs boşluğuna bir dren kondu. Ve göğüs kapatıldı.

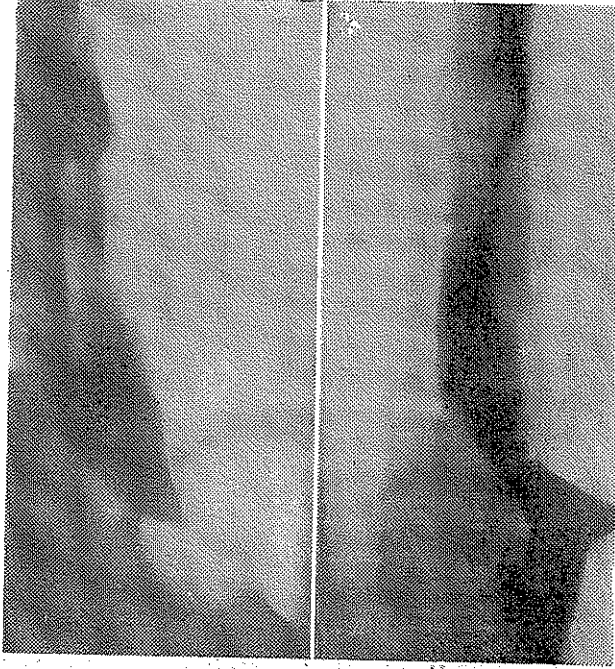
Vak'anın hususiyetleri: Hastanın şikâyetleri oldukça genç yaşta başlamıştır. Bazı müelliflerini düşünceleri hilâfına hastamızda bir hipokloridri hali mevcuttur. En mühim hususiyeti endotrakeal anestezi olmadan plevra boşluğunu açmanın kabil olacağını ve hastanın buna tahammül edebileceğini göstermesidir. Filhakika ameliyat sonrasında hastanın nabızı 3 gün kadar yüksek seyretmiştir. Taburcu olmadan evvel yapılan radyografide göğüs boşluğundaki havanın rezorbe olarak akciğerin tamamen genişlediği görülmüştür. Hasta yutma müşkülâtından tamamen kurtulmuş olarak taburcu edilmiştir.

Vak'a No. 2: S. İ. 16 yaşında bir kız olup 18 Ocak 1951 de servisimize yatırılmıştır. İlk şikâyeti 7 ay evvel annesinin geçirdiği ani bir rahatsızlıktan sonra başlamış. O zamanlar katı yemekler yerken boğazına takılıyormuş. Ancak fazla su ile beraber yutarsa geçermiş. Bilâhare bu suda yardım etmez olmuş. Fazla su içerse kusar ve hepsini çıkarırmış. Bulunduğu kasabada kendini muayene eden doktorlar tarafından muhtelif iğneler yapılmış. İstifade etmemiş. Son zamanlarda sulu şeyler dahi geçmez olmuş. 10 kilo kadar zayıflamış.

Öz ve soy geçmişinde, klinik ve laboratuvar bulgularında şayanı kayıt bir şey yok. 27 Ocak 1951 de hastaya endotrakeal anestezi (**Dr. O. Bumin** tarafından başlanmış **Dr. Ali Ulvi Kaya** tarafından devam ettirilmiştir.) ile Heller ameliyatı yapıldı. (Operatör: **Dr. Orhan Bumin**).

Vak'anın hususiyetleri: Belki bu hastada psikoterapi ve dilatation usulü tatbik edilebilirdi. Fa-

kat hastanın bulunduğu kasabada bunu yapmağa imkân yoktu. Bu bakımdan hastanın ileri derecede zayıflamış olması ve ameliyata çok istekli bulunması, müdahalenin endotrakeal anestezi altında gayet selim seyredeceğini inanmamız bu ameliyatta bizi teşvik etmiştir. Hakikaten hastada genç bir kız olması sebebi ile kaburga çıkarmağa lüzum kalmamış. Kaburgalar arası mesafeden girilerek, kaburgaların elâstikiyeti ile kâfi bir saha elde edilmiştir. Şekil: 8 ve 9, hastanın ameliyattan evvel ve sonraki radyografilerini göstermektedir. Hasta ameliyattan tamamen istifade etmiştir.



Şekil: 8.

Şekil: 9.

Vak'a No: 3: H. A. 40 yaşında bir erkektir. Servisimize 29 Ocak 1951 tarihinde yatırılmıştır. Şikâyetleri iki sene evvel zaman zaman meydana çıkan yutma müşkülâtı ile başlamış, lokmaların göğsünün arkasında takılıp kaldığını hissetmiş. Bazan bunlar kendiliğinden aşağı iner. Bazan da bilhassa geceleri ağzından ve burnundan hazım olunmamış bir şekilde tekrar çıkmış. Son zamanlarda bir bardak limonatayi dahi bir müddet sonra çıkarıyormuş. Hastaya muhtelif mide radyografileri yaptırılmış ve mütenevvi şekilde tıbbî tedavi görmüştür. Nihayet Doçent Dr. Zafer Paykoç tarafından yaptırılan özefagus radyografisinde kardiyanın biraz üzerinde radyolojik olarak bir (Diverticule) tesbit edilmiştir. Hastanın öz geçmişinde 21 sene evvel geçirdiği hemoptizi, gece terlemesi, balgamda Koch basilinin müsbet olması ile müterafık bir tüberküloz intanı vardır.

Hastaya 1 Şubat 1951 de endotrakeal anestezi (Dr. Orhan Bumin tarafından verilmiştir.) ile ameliyat yapıldı (Operatör Prof. Dr. Recai Ergüder). 8. ci kaburga çıkarılarak göğüs boşluğu açılmış. Özefagusun kardiyaya yakın kısmı serbestleştirilmiştir. Fakat diverticule delâlet edecek bir şey tesbit edilememiştir. Buna mukabil özefagusun sağ tarafında Lig. pulmonaleye yakın küçük bir bakla cesametinde tamamen kalsifiye olmuş bir lenf ukdesi bulunmuştur. Bu çıkarılmakla beraber özefagus üzerinde Heller ameliyatı yapıldı. Hasta ameliyattan çok istifade etmiştir. Yemesinde hiç bir müşkülât kalmamıştır. Şekil 10 hastanın ameliyattan evvelki özefagus radyografisini göstermektedir.



Şekil: 10.

Vak'anın hususiyetleri : Klinik olarak kardiyospazm arazi veren bu hastamızda kalsifiye bir lenf ukdesi radyolojik olarak kolaylıkla bir divertikülü taklit edebilmekte ve refleksle kardiyada hakikî bir spazm husule getirmekte idi.

Vak'a No. 4: Z. Ş. 52 yaşında bir kadın olup 17 Mart 1951 de servisimize yatırılmıştır. 1 senedenberi yemekleri yutarken göğsünde bir noktaya takıldıklarını ondan sonra midesine geçtiğini hissetmekteymiş. Verilen antispazmodik ilaçlardan kısmen istifade etmiş. Fakat son iki ayda tamamen sulu şeyler dahi geçmez olmuş. İştihası kesilmiş 6 kilo kadar zayıflamış.

Öz ve soy geçmişinde klinik ve laboratuvar muayenelelerinde kayda değer bir bulgu yoktur.

Hasta 22 Mart 1951 de entavenöz Pentothal ile induction'dan sonra verilen endotrakeal azot protoksit - oksijen - eter anestesisi ile ameliyat yapıldı. Operatör Prof. Dr. Recai Ergüder. Anestesist. Dr. Orhan Bumin ve Dr. Ali Ulvi Kaya.

Hastaya evvelce tarif edildiği şekilde Heller ameliyatı yapılmıştır. Ameliyat sonrası gayet iyi geçmiştir. Hasta bütün şikâyetlerinden kurtulmuş olarak taburcu edilmiştir.

Vak'anın hususiyetleri : Hastanın yaşı bizi bir kanser ihtimalini gözden uzak tutmamağa sevk ediyordu. Hasta kendisine teklif edilen özefagoskopiye reddetmiştir. Fakat ameliyatta habis birşey tesbit etmek kabil olmamıştır.

Bibliografi :

- Adams, W. E.; Phemeister, D. B.: Carcinoma of Lower Thoracic Esophagus, Report of Successful Resection and Esophagostomy. J. Thor. Surg. 7 : 621, Aug. 1938.
- Woody, H.: Surgical Treatment of Carcinoma of Hypopharynx and Esophagus. Brti. J. Surg. 35 : 249 - 266, Jan., 1948
- Sweet, R. H.: The Surgical Treatment of Obstructive Lesions of the Esophagus- Trans. Am. Acad. Opht. and Otolaryng. Nov. - Dec., 1949, pp. 118 - 125.
- Sweet, R. H.: Carcinoma of the Esophagus and the Cardiac End of the Stomach J.A.M.A. 135 : 485 - 490, Oct. 25, 1947.

Hurst, A. F.; Rake, G. W.: Achalasia of Cardia (So-Called Cardiospasm). Quart. J. Med. 23 : 491, 1930.
 Lubbers, B. A.: Achalasia of Cardia and Sympathectomy. Schweiz. Med. Wehnsch. 80 : 285 - 286, March 8, 1950.
 Bailey, Ch. P.: Diagnosis and Management of the Thoracic Patient. J. B. Lippincott Co. 1945.

Payne, J. H.; Clagett, T.: Thransthoracic Gastric Resection for Lesion of Cardia of Stomach and Lower Part of Esophagus: Review of Cases, Surgery: 23 : 912 - 920, June, 1948.
 Bockus, H. L.: Postgraduate Gastroentology, W. B. Saunders Co. 1950, pp. 14 - 22.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi 1. İç Hast. Kliniği:
 Prof. Dr. İrfan Titiz

Soğuk Hematoaglutinasyonu ile Müterafık bir Akrosiyanoz

Prof. Dr. İrfan Titiz - Dr. Fethi Süngü

Kliniğimizde rastladığımız, soğuk hematoaglutinasyon hâdisesinin müsbet bulunduğu bir acrocyanosis vak'asını literatürde oldukça az rastlanması bakımından yayınlamayı uygun bulduk.

Literatürün tetkikinden anlaşılacağı üzere soğuk hematoaglutinasyonu fenomenine müteaddit hastalıklar esnasında rastlanmaktadır. Tripanozom hastalıklarında ve virütik pnömonilerde sık görülen bu hâdise teşhis bakımından mühim bir semptom olarak kabul edilmektedir. Ayrıca siroz, karaciğer sifilisi, hepato-lienal sendrom, hepatit epidemik, kışkı hemolitik ikter, sıtma, pernisiöz anemi, enfeksiöz mononükleöz, agranülositoz, akciğerin tüberküloz dışı intanları v.s. gibi hastalıklarda tesbit olunabilmektedir.

İlk defa 1926 da İwa ve Mei-Sai isimindeki iki japon müellifi soğuk tesiriyle kapillerlerde husule gelen hematoaglutinasyon hâdisesinden mütevellit iki Raynaud hastalığını tetkik etmiş ve otoaglutinasyonun hararetle ve periferik damar hastalıkları ile ilgisini incelemişlerdir (1). Aynı zamanda kornea mikroskobu ile kapillerlerin içerisinde eritrositlerin aglutine olduklarını da müşahade etmişlerdi.

1933 de Le Goff bu mühim otoaglutinasyon hâdisesi üzerine tekrar nazarı dikkatini çekmişti (2). Daha sonra Mc. Combs ve Mc. Elroy gördükleri bir vak'anın mütalâasında Japon müelliflerinin görüşlerini kabul etmiş ve entravasküler otoaglutinasyonun damar semptomlarına sebep olabileceğini pek makul telâkki etmişlerdir.

Memleketimide ilk defa 1944 senesinde Ord. Prof. E. Frank beş senede topladığı sekiz vak'ayı yayınlamıştır (3). Bunlarda otoaglutinasyon, nefroz, malarya, sifilis, pernisiöza ve hemolitik anemi gibi hastalıklara refakat etmektedir.

1945 senesinde Gülhane Hastahanesinden biri II. ci Hariciyeden (4), diğeri, II. ci Dahiliyeden olmak üzere iki vak'a müşahade edilerek yayınlanmıştır.

Aynı sene kliniğimizde Raynaud hastalığını taklit eden ve çok yüksek aglutininin titresi göstermesi bakımından nadir ve enteresan olan bir vakaya tesadüf edilerek yayınlanmıştı (5).

Şimdi kısaca vak'amızı arzedeceğiz :

Ali Eryılmaz 22 yaşında Tokatlı bir rençber; protokol No. 3949.

20/1/1951 tarihinde ellerinde, ayaklarında ve dudaklarında morluktan, kuvvetsizlikten şikâyetle kliniğimize müracaat ederek yatırılıyor.

Küçük yaştan beri vücudünün uç kısımlarında soğukta artan morartı olduğunu ifade ediyor. Vücudünün bu moraran kısımlarının çok soğuk olduğunu hissedermiş. Bu kısımlarda ağrı olmamış fakat soğuk zamanlarda çalışmıyormuş. Ancak yazın tarlasında çalışıp kışın istirahat etmekle hayatını idame ettirebiliyormuş.

Evvvelce hiç bir hastalık geçirdiğini hatırlamıyor, Sy. ve Go. tarif etmiyor.

Soy geçmişinde kayda değer bir hususiyet mevcut değil. Bekâr.

Hiç bir alışkanlığı yok.

Muayenesinde: Yapısı tam, boy: 167, kilo: 65,5.

Derisinin turgor ve tonusu tabii, derialtı gözeli nesci normal.

El ve ayak parmaklarında, burnunda, dudaklarında fazlaca siyanoz var.

Nabız, muntazam, dolgun, adedi dakikada 46 kadar. Ekg. da sinüzal bradikardi var.

Kan basıncı 9/7 RR. Telekardiogramda kalp büyüklüğü tabii. Diğer sistemler tabii.

Sedimentasyon birinci saatte 3 mm.

Alyuvarlar: 5.980.000, Hb.: %85, İndex: 0,7, Akyuvarlar; 9300.

Gerek parmak ucundan gerekse kol venasından oxalat üzerine alınarak yapılan müteaddit sayımlarda eritrosit adedi hep normalden biraz fazla bulundu.

Kanda Wassermann ve Kahn reaksiyonları menfi, eritrosit direnci normal idi.

Kanda soğuk aglutininleri araştırmak gayesi ile şu deneyler yapıldı:

Teknik: (A — Aglutinasyonda kullanacağımız serumu hazırlamak üzere; hastadan 37 dereceye kadar ısıtılmış sırtına ile 4 cc kan alındı, 1 cc %3,8 lik sitrat ihtiva eden, yine 37 dereceye kadar ısıtılmış santrifüj tüpünde, santrifüje edilerek 2 cc kadar serum elde edildi ki bu sitratla 1/2 sulandırılmış haldedir.

B — Alyuvarları hazırlamak için şahıstan 6-7 damla kan alındı; serum fizyolojikle üç defa santrifüje ederek yıkandıktan sonra dipte tahminen 0,1 cc alyuvar toplandı, bunun üzerine 4,9 cc serum fizyolojik koyarak %2 suspansiyon elde edilmiş oldu.

Bundan sonra esas tecrübeye geçerek her biri 1 cc serum fizyolojik ihtiva eden on tane ufak Kahn tüpü alındı; birinci tüpe 1 cc hazırlanan hasta serumundan konup karıştırıldı, sonra bundan 1 cc alınarak ikinciye koymak sureti ile sırasıyla tüpten tüpe aktarıldı böylece birinci tüpte 1/4, dokuzuncu tüpte 1/2024 dilüsyonu elde edilmiş olundu. Sonra-

dan her tüpe %2 alyuvar suspansiyonundan 0.1 cc ilâve ederek buz dolabına kondu. 18 saat sonra muaynesinde ilk 4 tüpte yani 1/32 dilüsyonuna kadar gayet aşikâr agglütinasyon husule gelmiş olduğu görüldü.)

Tecrübeyi hastamızla aynı gruptan normal insan alyuvarları ve koyun alyuvarları ile tekrarımızda 1/128 dilüsyonuna kadar flokülasyon husule gelmiş olduğunu tesbit ettik. Daha evvel kliniğimizde görülen vak'ada müessir serumun 1/25600 dilüsyonunda dahi agglütinasyon yapması enteresandır.

Vak'amızda etraf damarlarının ossilometrik tetkiki bir damar lezonu bulunmadığını gösteriyordu. Ayrıca hastanın ayaklarını 41 derecelik sıcak suya soktuktan bir kaç dakika sonra gerek el ve gerek ayaklarındaki siyanozun kaybolduğunu tesbit ettik.

Hastanın bir elini kalp seviyesinden daha yukarı kaldırduğumuzda bu eldeki siyanozun aşikâr surette azaldığını gördük.

Vak'amızda invivo olarak otoagglütinasyonu görmek fırsatını bulduk: Kornea mikroskobu ile konjonktiva bulbinin ince arteriollerinden deveran görüldükten sonra içi boş hususî bir ekartörle hastanın konjonktivası üzerinden buzlu su geçirdikten bir kaç dakika sonra deveranın durduğunu ve bir stazın teessüs ettiğini tesbit ettik.

Bu soğuk hemato agglütininin serumun Beta ve Gama globulin fraksiyonunda bulunduğu tesbit edilmiştir (6). Bunların husule getirdiği eritrosit kümeciklerinin büyüklüğü, agglütininin serumdaki titresine tâbidir. Fazla olduğu zamanlar etrafındaki ufak arteriollerini tıkayacak kümeler dahi yapabilirler; nitekim Stats ve Voulova tarafından yayınlanan bir vak'ada, kuvvetle tesir eden bu otoagglütininin el parmaklarının son falanj-

larında gayet ağır nekrozlara sebep olduğu tesbit olmuştur (7).

Vak'amızda soğuk hematoagglütininin titresi pek fazla olmadığı halde oda suhnetinde dahi hasta fazlaca siyanoz göstermektedir. Bu miktarda soğuk agglütininin bu siyanozu izah edecek kadar ruküdeye sebep olamayacağı kanaatindeyiz. Bir de hastanın yalnız ayaklarının sıcak suya daldırılması ile tekml cilt damarlarının vazomotör sinirlerinin tonusunun ortadan kalkması dolayısıyla siyanoz çok azalmıştır. Bütün bunlar bizi vak'amızın etyolojisinde vejetatif sinir sistemi bozukluğu ve soğuk hematoagglütinasyon faktörlerinin müştereken tesit ettiğini kabule sevk etmektedir.

Literatür :

- 1 — Nin Meisai ve Srichirs İwai: «Etiology of Raynaud's disease.» Japon medical World T. V. 1925 ve T. VI. 1926.
- 2 — Le Goff: Sur la forte auto-agglutinine du sang certaines maladies périphériques. La presse médicale, 19/Avril/1933.
- 3 — Ord. Prof. Dr. E. Frank: Tanınmayan hastalık tabloları: Acrocyanosis haemopathica. Anadolu kliniği, Yıl XI. sayı 4, 1944.
- 4 — Dr. Orhan Bumin: Akrosiyanoz ve hematoagglütininer. Anadolu Kliniği, Ekim 1945.
- 5 — Prof. Dr. İrfan Titiz, Dr. Muzaffer Erman: Soğuk hematoagglütinasyona bağlı akrosiyanosis. Anadolu Kliniği, Ekim 1945.
- 6 — Henrich Lippelt, Yoachim Nogalski: Technik und Grundlagen der Kalteagglutination: Klinische Wochenschrift, 15/III/1949.
- 7 — Stats, Boulova: British medical journal, 1944 July.

Gülhane As. Tıp Ak. II. inci Hariciye Kliniği.

Prof. Dr. Recai Ergüder

Cholecystectomy'den Sonra Görülen Sendrom-Post Cholecystectomic Syndrom-Etiyoloji ve Tedavileri

Dr. Op. M. Naci Ayrıl

Taşlı ve taşsız kolesistitlerin tedavisi meselesi bir zamanlar cerrahlar ile dahiliyeciler arasında münakaşayı mucip olmuş ve fikirlerde bir birleşme husule gelememişti. Fakat bugünün telâkkileri eskilerden büsbütün başkadır. Bugün iyice anlaşılmıştır ki, safra kesesi iltihabı ekseriya nükseden ve birçok ihtilâtlar husule getiren bir hastalıktır. Her safra kesesi ve safra yolları krizi, hem safra kesesinde değişiklikler husule getirerek teknik güçlükler dolayısıyla, hem de karaciğeri bozarak ameliyat sonunun iyi geçmemesi bakımından, hastalara zararlar vermektedir. Ayrıca cerrahî tedavinin neticelerinde yaşın da büyük rolü vardır: Ameliyat ne kadar erken yapılırsa mortalite nisbeti o kadar düşüktür. 40 yaşından evvel ameliyat mortalitesi %2 - 4 arasında olduğu halde 40 yaşından sonra %7, 70 yaşından sonra %13 olmaktadır.

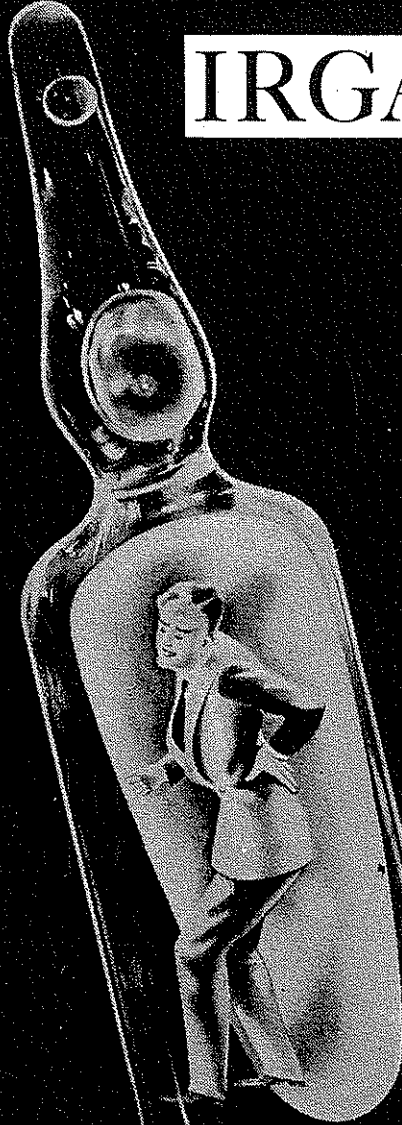
Safra kesesi iltihaplarının ihtilâtları taşlı vakalarda daha fazladır. Mikroplar safra kesesine bir kere yerleştikten sonra aradan kısa veya uzun bir zaman geçince yine nüksederler. Basit olarak başlayan bir kolesistit derhal flegmonöz ve gangrenöz, süppüre bir kolesistite tahavvül edebilir.

Husule gelen ihtilâtlar bir taraftan septik entoksikasyon ile vücuda zararlı oldukları gibi, enfeksiyonun küçük safra yollarına yayılması ile angiocholite, hepatite gibi ihtilâtlar ile de bizzat karaciğer için zararlı olurlar. Bunun neticesi karaciğer vazifelerinde birtakım bozukluklar ve yetersizlikler husule gelir.

Safra kesesi iltihaplarının bir hususiyeti de kesedeki tegayyürler ile klinik ârazlar arasında daima bir münasebetin bulunmamasıdır. Klinik ârazları hafif veya orta derecede olan bir çok hastalarda, ameliyat edildikleri zaman nekroze ve gangrenli safra keselerinin bulunduğu hiç de nadir değildir. Bunun için hastaların gösterdikleri ârazilere bakarak safra kesesinin patolojik durumu hakkında bir karar vermek her zaman mümkün olmaz.

Safra kesesinin taşlı ve taşsız iltihaplarının bütün bu hususiyetlerini dikkat nazarına alan bir çok otörler kolesistitlerde erken devirlerde, ihtilâtlar husule gelmeden, müdahale etmenin tarafındırlar. Son zamanlarda bu husustaki fikirler erken müdahalenin tamamen lehinedir. Bu suretle

IRGAPYRINE



Antiromatizmal
Analjezik
Antiflojistik
Antipiretik

Ticari şekli:
Kutu : 5 amp. x 5 cc. (% 30 luk mahlul)



J. R. GEIGY A. Ş. Bâle (İsviçre)
Türkiye Müessesillği :
BURKHARD GANTENBEIN ve Şsi.
Posta Kutusu 1176 - İstanbul

ANTİSEPSİ Yanılmaz, Emin ve Ağrısız

'Dettol . . . Xylenol'un güzel kokulu esası yağ halitasında eritilmiş bir halojen müstakki ve devamlı sabit bir emülsiyon halinde su ile karıştırılabilir. Mutad olarak kullanılan antiseptiklerin çoğundan farkı, konsantre halde istimali toksik tesirler sebebiyle men edilmemiş olmasıdır. —Meselâ, gün geçtikçe çıplak ellerde, veya vulva'da, veyahut hatta salim vajen mükoza gışasında iyi tahammül edilir, bununla beraber yüzde bir mahlulü hatta cerahat müvacehesinde bile hemolitik streptokoku ve B.koli'yi büyük bir süratla öldürür. Bakterisid faaliyeti sabunla karıştırmakla pek hafif azalır. Güzel bir kokusu vardır.'*

memleketlerin çoğunda bu antiseptik diğerlerine tercih olunmaktadır.

Tababetin terakkisinde hudud olamaz.

'Dettol' ün kullanılması hakkında geniş klinik tecrübeler, fenni yazılarda ve standard ders kitaplarında neşredilmiş ve bu hal kaçınılmaz surette bütün dünyadaki tıbbi kanaatlara ve pratik hekimliğe tesir etmiştir. Bu suretle, birçok doğum hastanelerinde şimdi 'Dettol' puerperal septisemiye karşı açılan mücadeleyi kazanmaya yardım etmektedir. 'Dettol' u doğumda ideal antiseptik yapan, vasıfının istisnai olarak birarada toplanması, onun yanılmayacak surette müessir, emin, ağrısız ve hoş antiseptiklere lüzum gösteren diğer sahalarda, tababet ve cerrahide de kullanılmasını gittikçe daha aşikâr olarak tavsiye ettirmektedir.

Bunlar 'Dettol' İngiliz tababet mesleğine ilk defa takdim edildiği zaman yazılmıştı. 'Dettol' un geniş klinik tecrübelerine tabi tutulduğu Londra'nın ileri doğum hastanelerinden birisinde üç yıl zarfında hemolitik streptokok enfeksiyonu vakaları % 50 den çok azalmıştır. Antisepsi usulünde yegâne değişiklik 'Dettol' istimali olduğu için bu dramatik azalma salahiyyetle Dettol'a atfedilmiştir. †

Bugün Büyük Britanyada ve diğer

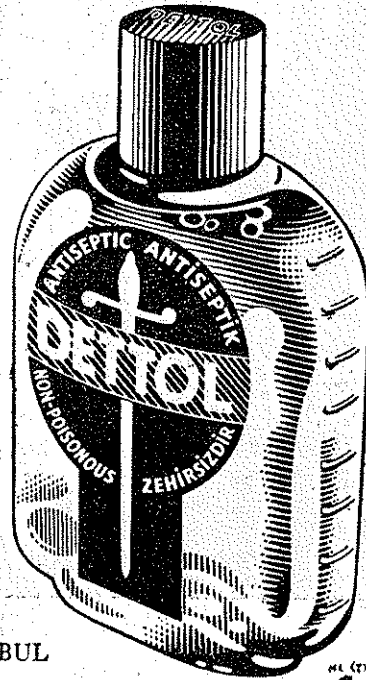
* Colebrook, L. (1933) *Brit. med. J.* 2, 725

† Colebrook, L. (1936) *J. Obstet. Gynaec.*, 43, 691

DETTOL
ALAMETİ FARIKE
MODERN ANTİSEPTİK

Türkiyede umumî Depo:

J. V. VITOLL ve Ko. Ltd., Posta Kutusu 62, İSTANBUL



yapılan erken müdahale neticeleri çok iyi olduğu gibi ameliyat mortalitesi de azalmıştır. Fakat burada şunu da itiraf etmek lâzımdır ki, cholecystectomy'lerden sonra hastaların hepsi şikâyetlerinden tamamen kurtulamamaktadırlar. İstatistikler cholecystectomy'lerden sonraki tam şifayı %80 göstermektedir. Hastaların %20 inde ameliyattan sonra şikâyetler az çok devam etmektedir. Cholecystectomy'lerden sonra husule gelen bu şikâyetler kendini ağrı, sarılık, dispepsi gibi değişik ârazilarla belli ederler ve hastadan hastaya şiddetleri değişir.

Cholecystectomy'lerden sonra görülen bu değişik tipteki sendroma «post - cholecystitic syndrome» ismi verilir.

Bilyer kolik ile müterafik taşlı cholecystit'ler için yapılan cholecystectomy'lerden sonra bu sendrom çok az görülür. Bu gibi vak'alarda ameliyat neticeleri çok iyidir. Buna mukabil taşsız kolelitlerle, bilyer kolikleri hafif olan ve kolesterozis ile müterafik kolelitler için yapılan ameliyatlardan sonra bu sendrom daha fazla görülür.

Kolesistektomiden sonraki sendromun meydana çıkmasında bir çok faktörler rol oynar. Bunlar aşağıda sıralanmıştır :

I — Teşhiste yanlışlıklar ve vak'aların iyi inhitap edilememesi:

A — Kolesistektomi yapılmadan evvel mevcut bulunan safra yolları dışı hastalıklarının teşhis edilememesi,

- 1 — Peptik duodenum ve mide ülserleri,
- 2 — Neurosis
- 3 — Pelvis renalis tüberkülozu
- 4 — Pyelonephrite
- 5 — Gastro-intestinal allerji ve amoebiasis
- 6 — Ondulant fevri
- 7 — Hepatitis
- 8 — Cirrhosis
- 9 — Degeneratif cardiovascular hastalıklar
- 10 — Böbrek kifayetsizliği
- 11 — Hypothyoidisme
- 12 — Menopoz sendromu
- 13 — Şişmanlık
- 14 — Diabet

Her ne kadar karnın sağ yukarı tarafında bulunan klinik ârazilarla hastalıkları teşhis etmek güç bir mesele ise de, bugünkü teşhis vasıtalarının çokluğu dolayısıyla ameliyattan evvel teşhis edilemeyen hastalıklar eskisine nazaran çok azdır. Teşhiste güçlük olduğu zaman safra kesesinden başka mide, duodenum, colon ve böbreklerin klinik radyolojik ve diğer laboratuvar muayeneleri yapılarak teşhise varılır.

B — Cholecystectomy'den sonra gelen extra biliere hastalıklar:

- 1 — Mide ve duodenum ülserleri
- 2 — Appendicitis
- 3 — Spastik kolon
- 4 — Yapışıklıklar
- 5 — Neurosis'ler
- 6 — Endocrine bozukluklar

II — Cholecystectomy'den sonra husule gelen iltihabi hastalıklar:

- 1 — Cholangitis
- 2 — Choledocitis

- 3 — Geri kalan ductus cysticus'un iltihabı
- 4 — Hepatitis
- 5 — Pancreatitis

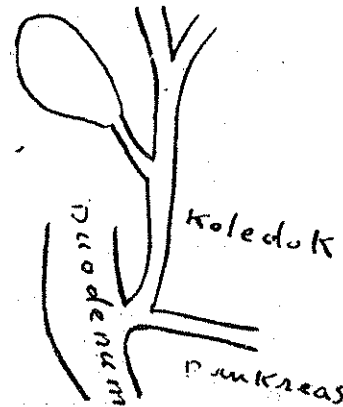
Kolesistektomilerden sonra bazen safra yollarının iltihabı görülür. Bu gibi vak'alarda ameliyattan sonra hastalarda ateş, titreme, sarılık olur. Tedavi için: penicillin, streptomycin tatbik edilir, bazen bu tedaviye rağmen ateş düşmeyen vak'alarda aureomycin ve terramycin gibi yeni antibiyotikler tatbik edilir. Bu gibi cholangite vak'alarında bazen urotropin'in şayanı hayret tesiri olur. Bundan dolayı inacı vak'alarda bir kerre de urotropin kullanmağı ihmal etmemelidir. Böyle vak'alarda daimi duodenum aspirasyonu yapmak da çok iyi neticeler verir. Duodenum sondası içinden yolların takallüsünü ve safra ifrazını mucip olan ilaçlar da verilebilir. Böylece gerek karaciğer içi ve gerekse karaciğer dışı safra yolları temizlenir ve enfekte materyel dışarı atılır.

Hepatitis vak'alarında antibiyotikler kullanılır, karaciğer üzerine sıcak tatbikat, damar içine serum glikoze, cilt altına insulin, C ve K vitaminleri enjeksiyonları yapılır. Hastalara yağı az karbonhidratı çok bir diyet tertip edilir.

Kolesistektomiden sonra nadir olmayarak görülen bir ihtilât da pancreatitistir. Bu ihtilâtın meydana çıkmasında birçok faktörlerin rolü olabilir. Bunlar aşağıya sıralanmıştır :

1 — Safra kesesi ve safra yollarındaki iltihabi safranın pankreas içine nüfuz etmesi değişik şiddette pankreatit husule getirebilir. Mikropların pankreasa girmesini yapılan ameliyatlar tahrik eder.

2 — Koledok ve Wirsung kanallarının duodenuma beraber olarak açıldıkları vak'alarda, Oddi sfenkerinin taş, iltihap veya spazm ile tıkanması safranın pankreas içine akmasını mucip olabilir. Bu da pankreatit husule getirebilir (Şekil 1). Pan-



creas içine giren safra onun fermentlerini aktive ederek pankreas nekrozunu mucip olur. Aynı zamanda safranın içinde mikropların da bulunması hâdisenin inkişafını kolaylaştırır.

3 — Ameliyat esnasında koledoku muayene için sokulan sondaların da pankreatit husulünde rolü olabilir.

Pankreatit husulünde morfinin de etiyolojik tesirinden bahsedilmiştir. Morfin koledokun alt kısmı ile duodenumda spazmı yapar, ve safra du-

odenuma akamaz, safra yollarında tazyik yükse-
 lir. Bu yüksek tazyikli safra kolaylıkla pankreas
 kanalı içine girerek pankreatit yapabilir. Morfinin
 bu hususiyetinden dolayı ameliyattan evvel ve
 ameliyattan sonra, safra yolları hastalıklarında,
 kullanmamalıdır. Muhakkak kullanmak icap edi-
 yorsa atropin ile beraber olmalıdır. Bilyer kolik
 vak'alarında en iyisi «Amyl nitrite» ve «Nitro gly-
 cerine» kullanmaktır. Her iki ilaç gayet iyi birer
 antispazmodiktirler, koledok ve duodenumdaki
 spazmı kaldırarak safra yollarındaki tazyiki düşü-
 rürler.

Post operatif pankreatit husulünde hastanın
 heyecan hallerini de dikkat nazarına almalıdır.
 Çünkü heyecan Oddi sfenktirinin takallüsünü ve
 netice olarak safra yollarında tazyikin artmasını
 mucip olabilir. Bu gibi hallerde barbütriklerden
 istifade edilir.

Post operatif pankreatit vak'alarında hastalar-
 da taşikardi, çok terleme, siyanoz, periferik vas-
 küler kollapsdan dolayı oliguri, arter tazyikinin
 düşmesi, ameliyat sahasında ağrı, barsak paralizisi,
 subnormal veya hafif artmış ateş, R.A. nin azal-
 ması, hemokonsantrasyonun yükselmesi ve bazen
 subikter görülür. Ekseriya kanda ve idrarda diyas-
 taz yüksek bulunur. Teşhiste bunun çok kıymeti
 vardır.

Baravalle, kolesistektomiden sonra görülen
 pankreatitlerde üç klinik tip tarif eder :

1 — Hafif şekil: Taşikardi, hafif hipotansiyon,
 oliguri, idrarda amilaz ve karında ağrı ile kendini
 gösterir.

**2 — Periferik vasküler kollaps ile beraber
 olan tip:** Bu vak'alarda kan tazyiki çok düşüktür.
 Hastalarda siyanoz vardır. Nabız adedi 140 kadar
 olur, hastaların görünüşü post operatuvar bir şoku
 andırır.

3 — Peritoneal şekil: Bu vak'alarda hararet
 hafif yüksektir, idrarda amilaz vardır, klinik tab-
 loya peritonit ârazları hâkimdir. Bu vak'alarda
 bilyer peritonit, karaciğer kifayetsizliği, ve hemo-
 rajiden ileri gelen operatif şok ile ayırıcı teşhis
 yapmalıdır.

Bu gibi vak'alarda tedavi için Oddi sfenktiri-
 ni gevşetmek maksadile atropin vermelidir. Kol-
 laps ile mücadele etmek için efetonin zerkleri, se-
 rum zerkleri, ve kan nakli yapılmalıdır. Efetonin
 bu hususta çok kıymetlidir, çünkü bu ilaç aynı za-
 manda atropin gibi pankreas ifrazını azaltır. Bu
 vak'alarda antigangrenö serumlarda kullanılabil-
 lir. Prognoz oldukça müsaittir.

III — Choledocus'da taş kalması:

Kolesistektomiden sonra çok nadir olarak ko-
 ledokta taş teşekkül ederek bu ârazları husule ge-
 tirir. Bu hal daha ziyade safra kesesi ameliyatı es-
 nasında kesedeki taşlardan birinin koledoka düş-
 mesinden veya ameliyatta koledoktaki taşın farkı-
 na varılamamasından sonra husule gelen ağrı ve sarılık
 gibi vaziyetlerde daima koledok taşını düşünmeli-

dir. Bundan dolayı her safra kesesi ameliyatında
 prensip olarak koledoku muayene etmeli ve icap
 ederse koledok sondajı yapılmalıdır. Eğer hastaların
 antesedanında sarılık, titreme, yahut ateş gibi bir
 hal varsa bu işi hiç ihmal etmemelidir.

Ameliyattan (safra kesesi) sonra görülen sarı-
 lık koledok taşı ve safra yollarının yarananmasın-
 dan olabildiği gibi, karın içine konan gaz ve dre-
 nin koledokun alt kısımlarına tazyik etmesinden
 de ileri gelebilir. Bu noktayı hatırd tutmak teşhis
 bakımından kıymetlidir. Sarılık post operatif an-
 giocholite ve pancreatite'den de olabilir.

IV — Choledocus'un ameliyatta zedelenmesi:

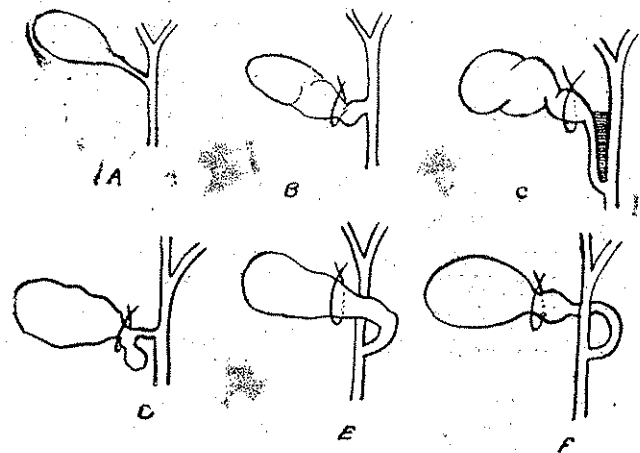
Koledokun ameliyat esnasında ekartman yapı-
 lırken zedelenmesi daima mümkündür. Bundan
 başka ductus cysticus bağlanırken bazen koledok
 da kısmen bağlanabilir. Keza koledokun yanlışlık-
 la kesilmesi de mümkündür. Bütün bu gibi ihtilât-
 lar ameliyattan sonra şikâyetlerin devamında bi-
 rer âmil olabilir. Tecrübeli cerrahlar tarafından
 yapılan ameliyatlarda bu şekil ârizalar çok nadir
 olarak görülür.

V — Ductus Cysticus'un tam olarak çıkarıl- maması :

Cholecystectomy'lerden sonra devam edebi-
 len bilyer disfonksiyonlar tam olarak çıkarılama-
 mış ve geride kalmış olan cysticus'dan ileri gelebi-
 lir. Geride kalan cysticus'da bazı patolojik haller
 husule gelerek veya bizzat cysticus'daki anormal-
 likler birer tahriş âmili olarak bilyer disfonksi-
 yonları husule getirirler.

Geri kalan Cysticus'da husule gelen patolojik
 haller ekseriya, bu kısmın genişleyerek yeniden
 kese gibi bir hal alması, bu kısımda taş teşekkülü,
 iltihap, bilyer fistül; bunlardan başka koledok ü-
 zerine sistikusun vaziyeti icabı tazyik yapması gi-
 bi hallerdir.

Ductus cysticus'un genişlik, uzunluk, şekil ve
 choledocus ile münasebetindeki anormallikler bu-
 nun tam olarak çıkarılmasına imkân vermeyebilir
 ve bu suretle geriye değişik uzunlukta bir cysticus
 kalarak yukarıda söylenen patolojik halleri husu-
 le getirebilir. (Şekil: 2) A da, normal bir kese ile
 safra yolları görülmektedir.



B, cysticusun dar olması ve choleducus'a girmeden evvel bir boğum yapmasını ve yanlışlıkla buradan bağlanmasını göstermektedir.

c, de koledoka müvazi seyreden ve yapışık uzun bir cysticus görülmektedir. Bunun yanlış yerden bağlanması neticesi uzunca bir cysticus geride kalmıştır.

D, E, F, cysticus da rastlanan diğer anomalileri ve bunların yanlış yerlerden bağlanmalarının neticelerini göstermektedir.

Birçok müellifler saffra yollarındaki bu anomalileri meydana çıkarmak için ameliyat esnasında cholangiogram yapıldığını tavsiye ediyorlar. Bundan dolayı ameliyat esnasında cysticus ile choledocus'un birbirleriyle birleştikleri yerin iyice prepare edilmesi ve cysticus'un bundan sonra bağlanması lâzımdır.

VI — Safra yollarındaki fonksiyonel bozukluklar :

Bu hal, kendini bilyer kolik ile gösterir. Ameliyattan sonra birkaç hafta içinde meydana çıkabilir. Şiddeti, mutad olan bilyer kolikten daha azdır. Sebebi, muhtemel olarak, Oddi sfenktlerinin tonüsünün artması neticesi safra yollarının takallüs etmesidir. Bu suretle safra yollarında tazyik artar ve duvarları gerilir. Aynı sendrom, koledokun alt kısımlarının spazmından da ileri gelebilir. İvy ve Mirizzi, bu hale bilyer diskinezi ismini vermişlerdir. Bu gibi hallerde, karın üzerine sıcak pansuman, antispazmodik ilaçlar kullanılır. Fakat bazan bu sendromu teşhis edebilmek ve diğer hastalıklardan ayırmak için karnı tekrar açmak ve safra yollarını kontrol etmek icap edebilir. Bir çok müellifler, daha ilk ameliyatta safra yollarının manometrik tetkikini tavsiye etmektedirler. Bu muayene ile, safra yollarında bir bilyer diskinezi veya

sfenkter spazm bulunacak olursa, safra kesesi ameliyatından sonra ona göre bir tıbbî tedavi takdir edilir.

Dahilî tedaviden istifade edemeyen bu gibi sfenkter spazm ve bilyer diskinezi hallerine, sfenktlerin dilatasyonu ve safra yollarının T tübü ile drenajı muvafık olur. Bu hallerde, amyl nitrit ve intro gliserinden çok istifade edilir.

Bütün bu tedbirlerle şifa bulmayan hastalara, choledoco-duodenostomy ameliyesi yapılarak faydalı olunabilir. Klasik kitaplar, bu ameliyattan sonra asandan cholangite olması ihtimalinden çok bahsederlerse de bu ihtilâtin tahmin edildiği kadar fazla olmadığı, yaptığımız müteaddid ameliyatlardan anlaşılmıştır. Mamafih gine bu asandan cholangite ihtimalini düşünerek hastalar kontrol altında bulundurulmalı ve antibiyotik ilaçlardan istifade edilmelidir.

Literatür :

- 1 — Waltman Walters, Albert M. Snell, O. Theron Clagett: Surgery of the biliary system, Practice of surgery Chapter 2, vol. VII, 1945.
- 2 — Mallet Guy, Gautier: Etude physiopathologique des recidives après cholecystectomie Lyon chir. 1946, 41:513.
- 3 — N. F. Hicken, L. B. White: Incomplete removal of the cystic duct as a factor in producing postcholecystectomy complications. Surgery 1947, 21 :309.
- 4 — Thoröck: Surgical errors and safeguards: 585.
- 5 — Clavel: Çocuklarda kalkülöz had kolesistitler. Lyon Chir. 1946, 41 : 411.
- 6 — Babcock: Principales and practice of surgery: 1048.
- 7 — A. Rendle Short: Kese taşı olmadan kese taşı koliki, The Med. Ann. 1944.
- 8 — Baravalle: Safra kesesi ameliyatı sonu ihtilâti, doğrudan doğruya post operatif zamanda görülen pancreatic sendrom. Surg. Gyn. and Obst. İnter. Abstr. 1947, 85:153.
- 9 — La fausse cholecystite, La presse medicale 1947, 34.

Trabzon Nümune Hastanesi Dahiliye Servisi çalışmaları:

Şef: Dr. İhsan Ekin

Intrakaviter Penicillin Zerkleri ile Tedavi edilen iki Akciğer Absesi

Dr. İhsan Ekin

Servis Asistanı: Dr. İrfan Balkan

Yakın zamanlara kadar spesifik tek bir ilâci olmayan akciğer abselerinin tedavisi, ortaya çıkan kuvvetli her bakterisit madde ile mütemediyen istikamet değiştirmiş ve fakat hiç bir zaman hedefine varamamıştı. Çünkü in-vitro kuvvetli bakterisit olan ilaçların klinikteki tatbikatı muhtelif sonuçlar vermiş, şu veya bu yazarlar tarafından zaman zaman bazan hakikatın fekinde ve lehinde, bazan ise tamamile aleyhinde neşriyatı mucip olmuştur. Bu sebeplerdir ki, yakın zamanlara gelinceye kadar bu minval üzere tek tek abse pulmoner tedavisi sahasına giren çeşitli ilaçların, netice alabilmek ümidile abse tedavilerinde sıra ile tatbiki zarureti de klâsik bir hal almıştı. Yani bütün bu ilaçlar birer seri halinde ve 8-10 hafta zarfında hastaya sırasile tatbik edilir ve şifa elde edilemediği takdirde vak'anın dahilî tedaviye cevap ver-

mediği kanaatle cerraha teslimi de yine klâsik ve yerleşmiş bir usuldü. Amibiaz ve bazı paraziter menşeli abselerin spesifik tedavilere karşı hassasiyeti malûm olduğundan, ya bu çeşit abse vak'aları bu tedavilerle nadiren dahi olsa şifaya gidiyor, ve yahut ta yine nadiren dahi olsa bir kısım koksik abseler oldukça kısa bir zamanda ve belki de organizmanın kendi müdafaa kuvvetleriyle de spon-tan bir tesirle iyi olduklarında başarılı sonuç bu ilaçlara atfediliyordu. Yalnız ve hermen sonra, bu şekilde tedavi edilen abse vak'alarında dahi, bu ilaçlardan alınan iyi edici tesirlerin hiç bir zaman spesifik bir tesir kıymet ve evsafını gösteremediği de dikkate çarpıyordu. Yani bu tesir kudreti hiç bir zaman spesifik tesir olarak kabul edilen sıtma, amibiaz v.s. tedavileri evsafında değildi.

Antibiotiklerin tedavi alanına girmesinden

sonra yukarda bildirilen görüşe uyularak, bunlar da abse pulmoner tedavisine sokuldu. Ve parenteral zerklerle yapılan tedavilerden, şifa nispeti evvelki klâsik ilâçlar seviyesini aşmamak üzere çeşitli sonuçlar alındı. Halbuki Prof. **Fleming**'in penicillin'i keşfe yol açan basit fakat meşhur laboratuvar hâdisesinin, bu ilâcın tedavi sahasında tatbiki için de yeteri kadar işaret ve irşat taşıdığı muhakkaktı. Ve esasen antibiotik tesirli bir ilâçtan, indirekt'ten ziyade ancak direkt yani hastalık ocağı ile doğrudan doğruya temasından bir tesir beklenebilirdi. Bu görüşe uygun tedavi metodları arandı. Penicillin'in aerosol halinde inhalasyonu suretile bizzat abse ocağı ile direkt teması sağlanmağa çalışıldı. Fakat her şeyden evvel sayısız pumon arborizasyonuna dağılan bu aerosollerden mahdut abse boşluğuna isabet eden pek az penicillin ile netice almak mümkün olmadı. Bundan başka abse boşluğunun supaplı olabilmesi muhtemel olabildiği gibi, abseleşen kısmın inspirasyon ve ekspirasyona pek az iştiraki dolayısıyla isabet eden bu az penicillin miktarının daha da azalacağı şüphesizdir. Bu tarz tedavi pratik olmasına rağmen emniyet verici değildir. Bu maksada varmak için bir de trakeadan oldukça zor ve zahmetli bir manipulasyonla abse boşluğunu penicillin ile doldurabilmek düşünüldü. Tatbik tarzının zorluğundan başka, mutlaka röntgen cihazına ve hattâ her defasında ekran altında yapılmasına zaruret hasıl olması dolayısıyla pratik ve harcıâlem bir usul olmadı. En son olarak kotlar arasından ufak bir plörotomi ile abse boşluğuna varmak düşünüldü. Fakat bu da her şeyden evvel ufak bir cerrahi müdahale addedilebilir ve binaenaleyh dahilî bir tedavi sayılmazdı.

Bu durum karşısında, bu hedefe varmak için daha başka yollar aramak lâzım geldiği aşikârdır. Beş sene evvel ağır bir hepatit ihtilâti ile koma hepatiğe girmiş bir empiyem pnömokoksik vak'asını entraplöröl penicillin zerkleriyle hayata kavuşturduktan sonra ümit ve cesaretimiz büsbütün arttı ve bu tarihtenberi tedavi ettiğimiz empiyem koksikleri, piyopnömotoraksları ve hattâ abse subfrenikleri 1948 klinik dergisinde ilk Türk literatürü olarak neşrettiğimizi zannediyoruz.

Bu tarihten 3 sene sonra aynı düşünce ile abse muhitinde plevra boşluğuna penicillin zerk ederek hem bu neşriyatımızı idame ettik ve hem de yeni bir metodla abse pulmoner tedavisinde hakikaten parlak neticeler aldık. Halen kliniğimizde cari olan bu usul ile tedavi ettiğimiz abse pulmoner vak'aları 30 u bulmaktadır.

Son aylarda, abse pulmoner vak'alarında olamamakla beraber, başka türkçe yerli müşahedelerin neşrinin (her ne kadar vak'alarımızdan bahsetmemekte ise de) görüşümüzü teyit etmesi bakımından alâkamızı çektiğini belirtmek isteriz. Bilhassa İstanbul Klinik Dersleri Dergisinin 1951 yılı 1 inci sayısında Prof. Muzaffer Şevki Yener'in iki taraflı bir empiyem streptokoksik vak'asında yüksek dozda penicillin ve streptomycin'in hem intraplöröl ve hem de parenteral zerki suretile tedavisi hakkındaki yazısını dikkatle okuduk. Haki-

katen burada günlük dozlar çok yüksektir ve süregü bir vak'a olduğu anlaşılan bu hastaya yalnız 28 milyon ünite penicillin zerkinde rağmen vak'a malesef kat'i şifası için yine cerraha teslim edilmiş ve hastalığın tedavisi aylarca sürmüştür. Biz, böyle ağır vak'alarda intraplöröl ponksiyon ile evvelâ Pü'yü tahliye ve sonra yalnız intraplöröl penicillin zerkinde vak'anın ağırlığına göre günde 2 - 3 defa tekrar ediyor ve bu suretle hakikaten mutlaka cerraha teslim edilmesi gereken bu hastaları cerrahın bıçağından yine mutlaka kurtarabiliyoruz.

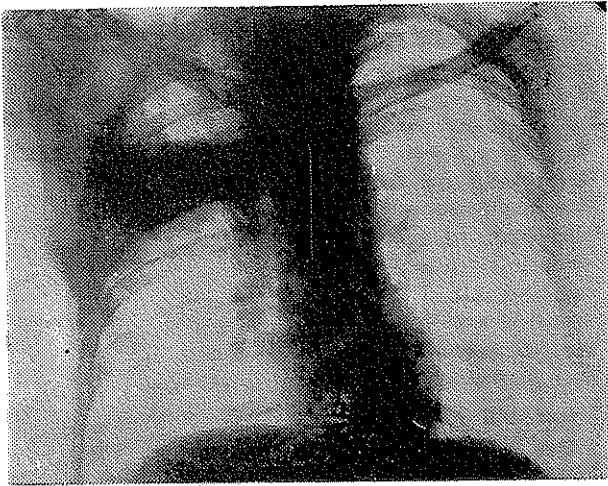
İsviçre'de Prof. Maurer, numaralı ve bu maksatla yapılmış lâminaralarla kotlar arasını genişleterek abse boşluğuna vasıl olmuş ve böylece penicillin'in direkt temasını sağlamak suretile yeni bir abse tedavisi tekniği ortaya koymuştur. Bu, her şeyden evvel ve mutlaka ilâçla iltihap ocağının sıkı ve samimî temasını sağlamak gayesinin ifadesidir. Binaenaleyh aynı hedefe doğru harekette müşterekiz. Biraz aşağıda bu sahadaki son tedavi tarzımızı anlatırken kısaca bu iki usulün mukayesesini de yapmak istiyoruz.

Son senelerde bu gayeye başka suretle varmak için bazı penicillin yapıcı ilim adamlarının da kafa yorduklarını ve farmakolojik yollarla bu hedefe ulaşmak istediklerini işitmekteyiz. Glaxo fabrikası **Estopen** ismi ile ve (iodhydrat-d'éthère-dietilamin de la Penicillin) terkinde ve itrahının büyük bir kısmı akciğerler vasıtasıyla olan yeni bir penicillin preparatın piyasaya sürmek üzeredir. Henüz hiç bir klinik tatbikatı yapılmayan bu ilâç hakkında müspet veya menfi bir mütalâada bulunmağa imkân yoktur. Eğer klinik tatbikatı yukardaki mütalâyayı ispat edecek şekilde müspet netice verirse hiç şüphesi ki, akciğer abseleri için en ideal tedavi tarzı bu olacaktır. Temennimiz bunun tahakkukudur.

Son aylarda bilhassa sathî ve göğüs duvarına yakın lokalizasyondaki abse pulmonerlerin tedavilerinde metodumuzu biraz daha ilerletmiş bulunuyoruz. Bu yeni merhaleimizde penicillin solüsyonunu doğruca abse boşluğuna zerk ediyoruz, aynı zamanda penicillinin mutlaka abse boşluğu ile temasını temin için bu zerki göğsün ön tarafı, koltuk altı ve hattâ arka tarafından olmak üzere üç yönden ve en aşağı, günde 2 defa yapmaktayız. Bu suretle hem abse ocağını bütün çevresinden penicillin ile direkt temasa getiriyoruz ve hem de şayet muhtelif poşlu bir abse ise her boşluğun bu tedaviden ayrı ayrı hissesini almasını temin ediyoruz. Aynı zamanda günde 2 defa yapmakla da abse boşluğunun daha uzun müddet penicillin ile temasını sağlıyoruz. Bu usulümüzde tedavi müddeti sayanı hayret derecede kısaltmakta (10 - 20 gün) ve intraplöröl metodumuzda gördüğümüz ve klinik dergisinin 1948 yılı 5 numaralı nüshasında neşrettiğimiz gibi bir plevra kesafeti sekeli de bırakmamaktadır. İki vak'amızda da tedaviden evvel ve tedaviden sonra çektiğimiz radyografiler bunu açık olarak göstermiş yani tedaviden sonra yapılan radyografik kontrolde tamamiyle normal bir pumon grafisi elde edilmiştir. Penicillinlerin

tamamile intrakaviter yapıldığının en büyük delili her iki vak'amızda da gerek sous-cutané bir emfitem ve gerekse plevra boşluğunda az çok bir pneumo'nun görülmesidir. Fakat bu hal ikisinde de bir piyo veya hidro pnömotoraks şeklini almamış ve pikürlerin bırakılmasını müteakip pumon tamamen normal şeklini almıştır. Husulü temenni edilmemekle beraber farzımuhal olarak bir piyo-pnömotoraks teessüs etse bile bu hali dahi eski kanaatlerin hilâfına ve aynı metod ile tedavisi mümkün zararsız bir komplikasyon olarak telâkki etmekteyiz. Geçen seneler ve halen dahi tedavi ettiğimiz vak'alarımızdan aldığımız intibalar bize bu cesareti vermektedir.

Vak'alarımızın izahına geçmeden evvel Prof. Maurer'in lâminarialı plörotomi metodu ile kendi usulümüzün kısa bir mukayesesini yapmayı faydalı bulmaktayız. Plörotomi her şeyden evvel ufak bir cerrahi manipulâsyondur. Nitekim bundan sonra abse boşluğuna ulaşmak için muvafık pumon sahasının buraya tespiti gerekmektedir. Bundan başka yine absenin cerrahî bir metodla drenajı yapılmakta ve tedavi müddeti bir hayli uzun sürmektedir. Bu usul belki de çok eski ve etrafı fibroz örgütlü ve kısmen derince abselerde tavsiye edilebilir. Bizim metodumuz herşeyden evvel ve tam evsafı ile dahiliye servisinin malıdır. Tedavi müddeti yukarda belirttiğimiz gibi şayanı hayret derecede kısadır ve pikürler hiç bir göğüs duvarı nedbesi bırakmamakta ve dolayısıyla pansuman materyeline lüzum kalmamaktadır.

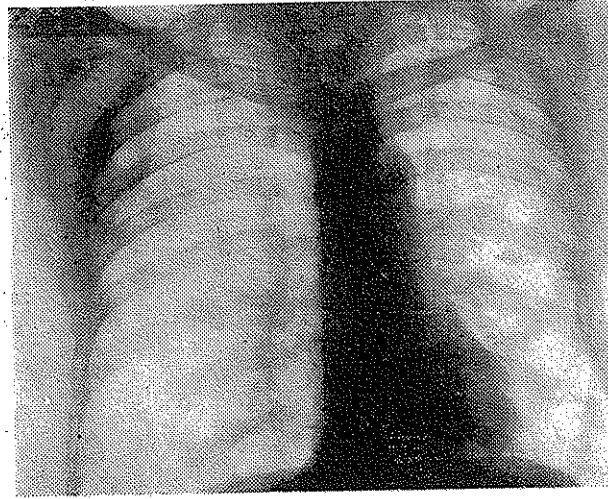


Vak'a: 1. Tedaviden evvel

Vak'a 1. Hasta 55 yaşında Şevket Tayfur. Giriş tarihi 14/5/951. Protokol No. 3548 dir. Onbeş gündənberi hasta olup günde 500 cc. kokulu balgam ve sağ zirvede oskültatif araz mevcut, hararet derecesi 39 dur.

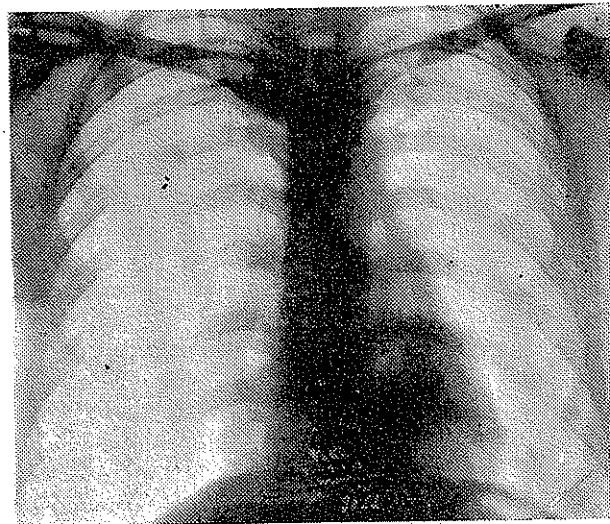
Radyolojik olarak: Sağda ikinci interkostal aralık hizasında mediastenumdan sağ koltuk altına kadar yani bütün akciğer genişliğince imtidad eden bir hidroaerik seviye mevcut olup bunun üzerinde bütün apeksi kaplayan büyük bir kavite ve hidroaerik seviye altında da dışa doğru yayılan bir irtişah sahası vardır. Balgamda B. K. menfi, amip menfi, lökosit 18.000 dir. Hastanın irsi ve şahsi halinde kayda değer bir şey yoktur. Bu duruma göre zirvede intraplöralden ziyade intrakaviter zerklere müsait sathî ve hâd bir abse tespit edildi ve hastaneye girişinin üçüncü günü, günde 500,000 ünitelik peni-

cillin önce 20 cc. serum fizyolojikle sulandırıldıktan sonra bu ana mahlülden her defasında 5 cc. alıp serum fizyolojikle 20 cc. ye iblâğ edilerek önden ikinci interkostal aralığın ortasından ve koltuk altından üçüncü mesafeden sabah akşam birer defa olmak üzere zerkedildi. Tedavinin ikinci günü koku süratle



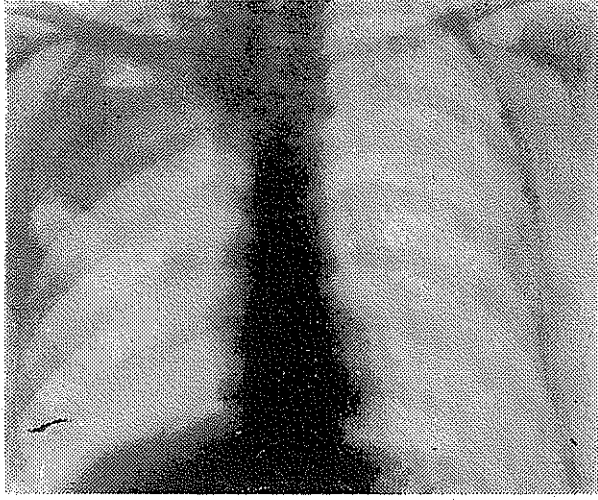
Vak'a: 1. Tedaviden sonra

azaldı ve dördüncü günü balgamın miktarı 300 cc. ye indi, hararet derecesi normale düştü, yalnız pikür bölgesinde az çok münteşir sous-cutané emfitem görüldü fakat pikürlerin intrakaviter yapıldığının en kat'î bir delili olan bu ihtilâta rağmen tedaviye devam edildi. Sekizinci günü balgam miktarı 150 cc., onbirinci günü 75 cc., yirminci günü 25 cc. ve yirmibeşinci günü sıfır oldu. Tedavinin onyedinci günü penicillin miktarı 10,000,000 ünitedir. Emfitem ihtilâtı tedavinin sonuna doğru yavaş yavaş resorbe oldu, Hasta bu tedavi esnasında ne ufak bir tahammülsüzlük gösterdi ve ne de bu emfitemden başka kayda değer bir aksedan görüldü. Tedavi sonunda yapılan kontrol grafisinde abse boşluğunun tamamen normal hale geldiğini, abse muhitindeki iltihabî infiltrasyonun tamamen resorbe olduğunu ve yalnız epanşmansız 1/3 (üçte bir) kadar bir pneumo mevcut olduğunu gördük. Emfitem kaybolduğu, pneumo'nun hidro veya piyo hiç bir komplikasyonla müsterek bulunmadığı, hastanın tedavi müddeti esnasında 4 kilo arttığı ve umumî hâli fevkalâde düzeldiği cihetle klinik ve radyolojik tam şifa halinde taburcu edilmiştir. Aradan üç ay geçmesine ve tenbihimize rağmen hastanın tekrar müracaat etmemesi bu görüşümüzü teyit etmektedir.



Vak'a: 2. Tedaviden evvel

Vak'a 2. Hasta 32 yaşında Mahmut Alemdar. Giriş tarihi 17/7/1951, Protokol No: 5231 olup 40 gündüzenberi hastadır. Muayenesinde: gerek klinik gerek radyolojik olarak hemen birinci vak'aya çok benzeyen, aynı evsafıta sathî, hâd sağ zirve



Vak'a: 2. Tedaviden sonra

absesi tespit edildi. Balgam muayeneleri yine menfidir, harareti 39 derecedir. Balgam miktarı tedaviden önce günde 400 cc. dır. Hastaneye girişinin ikinci günü aynı şekilde aynı yer-

lerden ve aynı mteodia abse boşluğuna günde 500,000 ünite penicillin zerkedildi. Tedavinin üçüncü günü balgam miktarı 100 cc., beşinci günü 15 cc., sekizinci günü sıfırdır. Hastaya 7 gün müddetle 500,000 ünite, Son iki gün 200,000 ünite ki ceman 3,900,000 ünite penicillin zerkedilmiştir. Bu hastamızda da daha hafif şiddette emfiteme soku-cutanée ve pneumo iltihâtu oldu. Fakat hiç bir zaman piyopnömotoraks şeklini almadı ve yatışının onbeşinci günü aynı şekilde şifa ile taburcu edildi. Kontrol grafisinde abse boşluğu kapanmış, iltihabî infiltrasyon tamamile resorbe olmuş ve pumon sahası tamamile normal manzarasını almıştır.

Burada şu noktayı da işaret ve tebarüz ettirmek isteriz: İntrakaviter tedavilerde plevra, penicillin solüsyonu ile kâfi miktarda temasa gelmediği cihetle, intraplöral usulle tedavi ettiğimiz vak'alarda hemen daima gördüğümüz plevra kesafeti hâdisesinin, burada hiç bir zaman vukua gelmediği kontrol grafilerinde karakteristik plevra kesafeti gölgelerinin görülmemesile anlaşılmaktadır.

Netice olarak : İntraplöral zerklerle tedavi ettiğimiz 30 ve intrakaviter zerklerle tedavi ettiğimiz 2 vak'adan aldığımız intibaa göre, halen bilhassa had ve sathî abselerde penicillinin doğruca kaviteye, had ve derin abselerde ise intraplöral zerkedilmesinin en uygun tedavi olduğu kanaatindeyiz.

Ankara Belediye Hastanesi Dahiliye Servisi

Şef: Dr. Celâl İren

Leucaemie'ler ve Nitrogen Mustard

Dr. Celâl İren - Dr. Fikret Pamir

Neoplazik hastalıkların şimioterapisi hususundaki gayretlerin son mahsullerinden biri olan Nitrogen Mustard, neoplazik tabiatleri muhakkak olan kan hastalıklarında ve bu arada leucaemie'lerde de kullanılmıştır.

Biz de servisimizde (biri Chronique Leucaemie Lymphoide, diğeri subaigüe aleucaemique paramicromyéloblastique Leucaemie) iki vak'ada yperit derivesi kullandık:

Vak'a: 1. R. K. 50 yaşında. 24/11/1950 de karninin sağ tarafındaki ağrı, kusma ve bulantı ile (Dr. Celâl Ertuğ tarafından) servisimize gönderilmişti. Sabaha karşı sağda lumbal bölgede birdenbire beliren ve öne aşağıya bir istikametle kasiğa doğru yayılan ağrı hastaneye girişinde dinmiş durumda bulundu. Bu esnada herhangi bir idrar güçlüğü zahir etmemiş. İrsî ve ailevî herhangi bir yük ve sigara ile alkolden gayrı fena bir itiyad bildirmeyen hastamız, astenik ve zayıf bünyesine rağmen sıhhatinden hiç bir zaman şikâyette bulunmamış. Ancak bir yıl öncedir ki hazımsızlık, iştahsızlık ve gündün güne kendini daha yorgun hissetme tarzında bir sarsıntı ve gene bu müddet zarfında morfolojik görünüşlerine göre cilt Ca. u teşhisi konan, elektrokoagülasyon ve radyoterapi ile tedavi edilen nodüller cildi lezionlar (Leucaemide) görülmüş.

Hastada bariz anemi ve erime mevcut. Cilt kuru ince ve adetâ şeffaf. Mukozalar renksiz, konjonktivalarda sübikter, dil hafif paslı. İştah fena, nabız dolgun ve muntazam, sübfebril.

Karın platosu yüksekçe, sağda karaciğer; düz bir sath; orta kıvamda, ağrısız olmak üzere kot kenarını on parmak kadar aşarak göbek hizasına varıyor. Solda dalak Travbeyi kapatarak dört parmak kadar büyüme gösteriyor. Göbekaltında klapotaj ve peristaltizm bulunuyor. Midenin radyolojik tetkikinde kristaların üç parmak kadar altına indiği görülüyor ve gastrit bulunuyor.

Kalp zirvesi hissedilmiyor, kalp sesleri gayrı vazih duyuluyor.

Toraks simetrik, sağ hemitoraks teneffüse katılmıyor, skapula zirvesinden itibaren matite ve teneffüs seslerinde hafifleme duyuluyor.

Solda bariz olmak üzere her iki kasık ganglionlarında hafif adenopati.

Erit.: 3,680,000; Hb. %57 = 9.69 gr., L6. 28,236.

Eo. 1; Sg. 4; Lf. 93; Mo. 2; Peroksidaz: Menfi.

Sedimentasyon: 15/35. Kanama zaman: 4', pıhtılaşma zamanı 4',5.

Miyelogram: Promyéocyte: 2, Myé. Neutr. 6, Myé.; Eo. 2, Métamyé. 1, Stab. 2, Segment 8, Lympho. 76, Macroblaste 3, Normoblast 2.

Dalak ponksiyonu: Lemfo-retiküler hiperplazi.

Adrenalin testi: İlk onbeş dakika zarfında dalak konturları 1 - 2 sm. küçüldü. Lökosit sayısı 18,500 den 35,000 e yükseldi (bunun 31,000 i lenfosit) 75 dakika zarfında başlangıç kıymeti teessüs etti.

Biopsi (sol kasık ganglionu): Parankima normal strükürü bozulmuş, follikülüsler hemen tamamen silinmiş, or-



RITAMINE B. 12

KRİSTALİZE B₁₂ VİTAMİNİ SOLÜSYONU

Santimetre mikâbında 15 mikrogram kristalize B₁₂ Vitamini ihtiva eden 1,1 cc. lik 3 ampul.

Adale içerisine veya deri altına zerkedilmelidir.

Endikasyonlar:

- Pernisiyöz anemi,
- Şpru megalositer anemisi,
- Beslenme bozuklukları anemileri.

PROPYL - THIORIT.

**HER BİRİ 25 Mg. PROPYL-THIOURACİL İHTİVA EDEN
KOMPRİMELELER**

40 komprimelik şişelerde.

Endikasyonlar:

- 1) Hyperthyroidie,
- 2) Tiroidektomiye hazırlamak için,
- 3) RAAB'a göre anjin dö puatrin vak'alarında.

S.A. R.I.T. N.V.

RECHERCHE ET INDUSTRIE THERAPEUTIQUES

GENVAL (Belçika)

Türkiye Umum Mümessili ve yegâne ithalâtçısı

EDGAR CONSOLI

Galata, Adalet Han 33/36

İSTANBUL

Tel. No. 42773



GLUTAMON

Beheri 50 ctg. amonium klorür ihtiva eden
hususî surette çevrelenmiş glütinize drajeler.

60 drajelik şişeler içerisinde.

Endikasyonlar:

Ödemler, Alkaloz bağı tetani, Müzmin gonoreik sistit, Üriner enfeksiyonlarda idrarı asidifiye etmek için, Premenstruel bozukluklar, Hydramnios.

GLUTOSALYL

Beheri 50 ctg. sâlisilat dö sud ihtiva eden
hususî surette çevrelenmiş glütinize drajeler.

60 drajelik şişeler içerisinde.

Endikasyonlar:

Hâd ve müzmin mafsâl rûmatizması, Gut.

S.A. — SOPROLAC — N.V.

GENVAL (Belçika)

Türkiye Umum Mümessili ve yegâne ithalâtçısı

EDGAR CONSOLI

Galata, Adalet Han 33/36

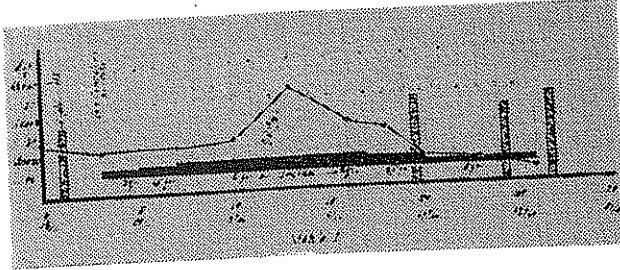
İSTANBUL

Tel. No. 42773

ganın her tarafı lenfositler hücre infiltrasyonu ile kaplı. Habis bir vetire görülüyor. Daha ziyade Lemfadenom karakteri taşımakta (Prof. Dr. Kâmile Mutlu).

Plevra ponsiyonu mayii: Sero-hemorajik, kesafet: 1018, Rivalta: +, Alb. %₀ 29 gr., lenfosit hâkimiyeti.

Böylece kronik lenfatik süblösemik lösemi teşhisile Uretan verilmeye başlandı. 20 gün zarfında, daimi kan kontrolleri ile azami 6 gr. ve total 88 gr. uretanı büyük bir tahammülsüzlük göstermeksizin aldı.



Lökosit sayısındaki azalmaya rağmen, lökosit formülünde lenfosit nisbeti hemen hiç bir değişiklik göstermeksizin devam etti ve parçalı sayısı %6-11 olarak kaldı. Hastaya birlikte yapılan Fe + Kampalon + Acide follique tedavisi neticesinde anemisi salâh bulmuş ve 20/12/950 günü 7600 lökosit ile çıkarılmıştır. Servis dışında kaldığı bir ay zarfında kendini nisbeten iyi hissetmesine rağmen, dalak ve karaciğerin gitgide büyüdüğü, epanşmanın arttığı, kasık ve servikal ganglionların daha bariz bir hâl aldığı, buna mukabil üretan almadan geçirdiği bu bir ay zarfında lökositlerin 7 bin civarında ve formülün değişmemiş olduğu görüldü. Hasta hafif dispneden şikâyet ediyordu.

24/1/951 günü tekrar servise alınan hastada şunlar tesbit edildi

Eritr. 3,180,000, Hb. %62, Lök. 6772, Eo. 1; St. 1; Sg. 10; Lemfo. 86; Mo. 2. Sedimentasyon: 35/65.

Miyelogram: Myeloblaste: 1,5; Promyé. 0; Myé. Neutr. 3, Myé. Eo. 0,5; Métamy. 4; Stab. 6, Segment 3, Lymphblaste: 20, Lymphocyte: 41, Reticulum: 2,5; Erythroblaste; 0,5, Macroblaste 2,5, Normoblaste 11,5. Trombosit 45.000.

İdrar mua.: 1022 dansite; nötr reaksiyon; alb.; glüsid yok; sedimentte bir iki lökosit; tek tük eritrosit ve okselat bilürları.

E.K.G.: A-V intikalde ve düşük voltajla müterafik QRS kompleksinde uzama, 25/1/1951 günü Nitrogen mustard enjeksiyonlarına başlandı. Aşağıdaki şemada neticeler gösterilmiştir: (Kan sayımı bir sonraki enjeksiyondan hemen evvel yapılmıştır).

	25/1	27/1	29/1	31/1
	1. ci Enj.	2. ci Enj.	3. cü Enj.	4. cü Enj.
	4 mg.	5 mg.	6 mg.	8 mg.
Eritrosit	3,180,000	3,520,000	3,360,000	3,730,000
Lökosit	6772	9204	12636	7439
Hb.	%62-10,5	%65	%62	%70
Retikülosit	%1,9			
Trombosit	—	45,000	70,000	70,000
Eo.	1	—	—	—
St.	1	—	—	1
Sg.	12	20	14	23
Lf.	84	73	84	69
Mo.	2	2	2	7

Her enjeksiyondan 2 saat kadar sonra bulantı ve bazan kusma görüldü ve keza bir iki saat zarfında kendiliğinden geriledi. Ancak son enjeksiyondan sonra ayrıca 38° i bulan bir ateş oldu, arızalar ertesi sabaha kadar devam etti.

Hasta 1/2/951 günü hastaneyi terketti. Bulantılar neticesi evine yorgun olarak dönen hasta, arasıra nefes darlıklarından bahsetmekle beraber genel durumu iştahı bakımından ağır ve fakat devamlı bir iyilik gösteriyordu. Bu sırada birer hafta ara ile yapılan kan kontrolleri aşağıdaki bulguları verdi:

	9/2/951	14/2/951
Eritrosit	3,650,000	3,880,000
Lökosit	4836	10608
Hb.	%80	%63
Myélosit	2	—
Metamielosit	1	—
St.	1	—
Sg.	10	9
Lf.	84	88
Mo.	2	3

Hasta iyi geçirdiği 19/2/951 gününün akşamında tuvalet dönüşü gittikçe artan bir nefes darlığından şikâyete başlamış ve kalp yetmezliği belirtileri ile 2-3 saat zarfında vefat etmiştir.

Vak'a 2: M. O. 40 yaşında ev kadını. Halsizlik, dermansızlık, baş dönmesi ve yorgunluk hissi gibi umumî ârazlarla polikliniğimize müracaat etti. müşahede ve tetkik için yatırıldı (6/1/951).

Bir buçuk ay önce hemen ani denecek bir şekilde genel durumu bozulmuş. Halsiz ve iştahsız olup hafif ateş ve susuzluk hissi, nefes darlığı başgöstermiş. En küçük bir faaliyet yapamaz hale gelmiş.

İrsi ve ailevi herhangi bir yük ve fena bir itiyad bildiriyor. Ciddî bir hastaîk hatırlamıyor.

Fevkalâde bitkin, şiddetli anemi, cilt renksiz, sübikter yok, hafif siyanoz ve taşipne. Etraf soğuk, nabız küçük ve yumuşak, dil temiz, dil papilleri az silik. Bacak ve kollarda tek tük ekimotik lekeler, diş etlerinde kanama.

Karın platosu normal karın yumuşak; dalak kosta kenarını iki parmak kadar aşılıyor; müteharrik ve oldukça yumuşak.

Klinik ve radyolojik kalp muayenesinde hafif sistolik suff'dan gayri bir hususiyet yok. Keza teneffüs cihazı normal.

Kan muayeneleri:

Eritr.: 1,830,000; Leuc.: 3774; Hb.; %49=8,4 gr.; İnd.; 1,3. Reticu.:%1,7; Trombo.: 146,000. Sedimentasyon; 112/122.

Leukosit formülü: Paramicromyéloblaste: 44, Paramyélocyte; 3, Eo. myélocyte: 0,5, Jugent: 3, Stab.; 3, Segment; 25; Lymphocyte: 20, Monocyte: 0,5; Normoblaste: 1.

Myélogramme: Hémocytoblaste: 1, Paramyéloblaste: 51, Myéloblaste 2, Myé. Neutr.: 2, Myé. Eo.: 2, Metamyélocyte: 4, Stab.: 3, Segment: 3, Eo.; 2, Plasmocyte; 2; Normoblaste; 17; Macroblaste: 4, Mytose: 3. (Dr. M. M. Tayanç).

İdrar muayenesi: Dansite: 1006. Alb.: Eser, Glucide; 0, Bilirübin, Ürobilin, Ürobilinogen: 0. Sediment: 10-15 yassı epitel, 2-3 lökosit. İdrar miktarı: 500-1700. (Kan albuminleri: Total: 6,180. Serin: 3,762, Globulin: 2,418 (Dr. Aras).

Hasta kliniğe girdiğinden tedaviye başlandığı 26/1/951 gününe kadar istirahatte kaldı. Bu müddet zarfında ateşin sübfebril durumuna, hafif hemorajik diateze rağmen sübjektif bir iyilik hissedildi.

Hastanın Nitrogen Mustard'a karşı gösterdiği reaksiyonlar, birinci vak'amıza nazaran oldukça şiddetli oldu. Bulantı ve kusmanın devamı, şiddetli başağrısı ve genel durum bozulması yüzünden dördüncü enjeksiyondan sarfı nazar edildi:

	26/1	28/1	30/1
	1. ci Enj.	2. ci Enj.	3. cü Enj.
Eritrosit	4 mg.	5 mg.	6 mg.
Lökosit	2,200,000	2,460,000	2,920,000
Hb.	%51	%50	%57
İndeks	1,16	1,15	0,98
Trombosit	—	65,000	55,000
Paramiyeloblast	55	57	—
Paramiyelosit	5	6	—
Ştab	8	9	—
Segment	16	11	—
Eo.	2	2	—
Lemfo.	10	12	—
Mono.	1	—	—
Normoblast	3	3	—
Gumprceht	—	—	—

Enjeksiyonların kesilmesinden 4 gün sonra başlayan ve iki gün zarfında 39° u bularak gerileyen ateş esnasında tek tük ekimotik ve seyrek pürpürük lekeler görüldü. Dalak daha hacimli ve daha sert bulundu. 7/2/951 günü üreteran tedavisine geçildi (günde 3-6 gr.) İyi tahammül ettiği bu tedavi esnasında kan bulguları şöyle idi: Sedimentasyon: 124/134.

	7/2	12/2	18/2	23/2
Eritrosit	2,550,000	2,000,000	—	2,280,000
Lökosit	9672	8000	15.000	4836
Hb.	%52	%43	—	%37
İndeks	0,9	1,1	—	0,85
Paramiyeloblast	90	80	—	83
Miyelosit	—	1	—	—
Ştab	—	—	—	1
Segment	1	3	—	2
Lemfo.	8	12	—	11
Mono.	1	1	—	2
Normoblast	—	3	—	2
Retikülüm	—	—	—	1

Ateş sübfebril seyretmekte ve hastanın genel durumu gitgide bozulmakta idi. Dalak göbek hizasına kadar inmiş, karaciğer kosta kenarını bir parmak geçmiş ve umumî bir mikroadenopati başlamıştır. 23/2/951 günü ateş 39,5° oldu ve sağda yan ağrısı ile pnömoni başgösterdi. 26/2/951 günü gecesi 40 dereceyi bulan ateşle birlikte şiddetli bir dispne, siyanoz başladı. Bu esnada yapılan skopide sağda pnömonik irtişahı örten iki taraflı konjestiyon ve kalp dilatasyonu tesbit edildi. Hasta aynı gece vefat etti.

Birinci Dünya Harbinin pek acı olarak tattığı Hardal gazı, daha o zaman ehemmiyetli çalışmalara sebep olmuş ve gerek mevzii, gerekse sistematik toksikolojisi anlaşılma yoluna girmişti. İkinci Dünya Harbi bu gayretlere yeniden hız verdi.

Hardal gazı, bis (2 - chlorethyl) sulfide'dir. Bunun methyl-bi ve methyl-tri olan iki nitrojenli analogu Nitrogen Mustard adı ile anılırlar. Neoplastik hastalıklarda klinik çalışmaların çoğu methyl-bi (2 - chlorethyl) amin hydrochloride'le yapılmıştır.

Gilman ve Philips tarafından hardal kimyasına ait araştırmalar, mitotik inkisamı ve kromozomal mekanizmayı ilgilendiren nükleotoksik ve bu bakımdan röntgen şuaının tesirine kısmen benzer bir tesirin mevcudiyetini gösterdi. Bu tesir bilhassa kemik iliği, lenf dokusu ve mide-barsak muko-

zasında kendini gösterir. Nitrogen Mustard'ın kemik iliğine ait ilk tesir belirtileri hemopoietik hücrelerin boyalara karşı reaksiyonunda değişiklik olarak bulunur ve bunu progressif bir atrofi takip eder. Lenf guddelerinde önce harabiyet ve bilâhare atrofi gelişir. Nihayet, barsak kanalında epiteliyal hücrelerde erken vaküolizasyon, nükleer şişme, hemoraji, nekroz ve deskuvamasyona yol açar.

Goodman, Jacobson ve arkadaşlarının ilk klinik tatbikatındanberi, Nitrogen Mustard'la tedavi edilmiş vak'alara dair pek çok neşriyat mevcuttur. Neşriyatı gözden geçirerek buna kendi kalabalık müşahedelerini de ekleyen Gellhorn, Jones, E. H. Reinhard, J. T. Lood, ve arkadaşı Justin Besançon ve ark. ı pek küçük ayrılıklarla şu neticelere varmışlardır:

Hodgkin, lenfosarkom, dev hücreli lemfo, kronik lenfoid lösemi, polisitemia vera, rabdomyosarkom, mikoz füngoid ve akciğer plastik olmayan kanserlerinde müsaide netice. Lemfo-epitelyoma, Boeck sarkoidi, disemine lupus eritematöz, nöroblastom ve Eving tümörü de aynı kategoriye sokulabilir. Buna mukabil, akut lösemi, alösemik lösemi, akciğer skuamöz hücreli kanserleri, merkezi sinir sistemi tümörleri, gastro-intestinal ve genito-üriner yol ile ağız boşluğu kanserleri, melano ve fibrosarkom, Kaposi sarkomu, osteojenik ve retikülüm hücreli sarkomda menfi netice.

Ancak ilâve etmek yerinde olur ki, lenfogramulamaz ve daha az olmak üzere lenfosarkomdan gayri vak'alarda sabit kıymette neticeler elde edilememiştir. Bütün bunlardan başka Nitrogen Mustard tedavisinde bazı mahzurlar mevcuttur :

- 1 — Mevzii olarak tatbik edilememesi.
- 2 — Tedavi dozları ile de zuhur edebilen kemik iliği aplazisi.
- 3 — Remisyonların kısa olması.

Bununla beraber Nitrogen Mustard tedavisinin kullanılması gereken hallerde oldukça genişdir :

1 — Kâfi röntgen ışınlanmasına maruz kalmış hallerde veya mükerrer şualanmalar dolayısıyla mukavemetin teessüs etmiş olduğu vak'alarda.

2 — Mükerrer şualanmanın deri tegayyürlerine sebep olduğu ve bu yüzden şuaaya hassas ta olsa röntgen tedavisine imkân kalmadığı hallerde.

3 — Bariz spleno-hepato-adenomegali ile müterafik olmayıp yüksek ateş, terleme, jeneralize ağrılar, kaşıntı ve kilo kaybı gösteren Hodgkin vakalarında,

4 — Vital organlar üzerine baskı yapan anaplastik bir tümörün mevzuu bahs olduğu hallerde. (Röntgen şualanmasından sonra tümör nescinde ödem zuhuru.)

Nitrogen Mustard, klinikte kullanılmasından hemen önce dilüe edilmelidir. Zira hızla husule gelen hidroliz neticesi damar duvarını tahriş edici birtakım maddeler meydana gelmektedir. Vasatî olarak kilogram ağırlık için günde 1/10 mg. hesap edilir. Bilhassa başlangıçta bir defada verilebildiği gibi tahammülü kolaylaştırmak, reaksiyonları azaltmak için 12 saat fasıla ile iki defada yapılabilir.

lır. Şüphesizdir ki, günlük ve total doz, genel duruma, kemik iliğinin vaziyetine, tümörün hassasiyetine göre değişiklikleri icap ettirir. J. Aleksandrovitz, Cracovie, dermatolojik bir test vasıtasıyla (Nitrogen Mustard'ın 1/100, 1/1000, 1/10000 nisbetindeki solüsyonlardan bir damla cilt üzerine tatbik edilerek eritemi tevlid etmek) organizmin hassasiyetini ölçmek istedilerse de cilt reaksiyonunun intansitesi ile uzviyet hassasiyetinin ve ilaç müesiriyetinin paralel olmadığı görülmüştür. Amerikan müellifleri bir kürü 4-6 gün olarak bildirirler. İkinci bir kür lüzumuna, elde edilmiş neticelere ve hastanın haline göre hükmedilir. İlacın kümülatif tesirinden kaçınmak için vasatı 6-8 hafta hiç olmazsa bir ay fasıla şarttır. Klinik ve hematolojik neticeler, ilacın kesilmesinden bir ay sonraya kadar litik tesirinin devam etmekte olduğunu göstermiştir.

Nitrogen Mustard tedavisi, eğer tatbik edilmişse, röntgen tedavisinden ancak iki ay sonra yapılabilir. Bunun gibi, röntgen şualaması yapılacaksa hiç olmazsa Nitrogen Mustard tabikatından bir ay sonra yapılmalıdır.

Nitrogen Mustard tedavisi esnasında klinik ve biyolojik bazı aksidanlar zuhur etmektedir:

1 — Mevzii arızalar: Solüsyonun taze hazırlanması, enjeksiyon esnasında damar dışına kaçırılmaması gibi teknik hususlarla, dikkatle azaltılabilirse de bazan damar boyunca intişar eden ağrı ile müterafik geçici bir iltihabi reaksiyonun önüne geçilemez.

2 — Umumi arızalar: Bunlar hemen kaide gibidir. Sadece şiddet bakımından enjeksiyonların müsavi iki kısma taksim edilmesi suretille tahammül edilebilir hale getirilmesi mümkündür. Bunlar az veya çok gizli şok ve dijestif teşevvüşlerdir. Şok umumiyetle perfüzyondan bir saat sonra, bazan daha erken ve nadiren daha geç zuhur eder. Taşikardiye refakat eden titreme ile tansiyonel değişiklik göstermeyen hararet yükselmesi şeklinde hülâsa edebileceğimiz bu arızalar, bazan birinci enjeksiyonla ve fakat ekseriya ikinci veya üçüncü enjeksiyonda zuhur eder. Bunların, ilaç tesiriyle tümörün dezentegre pürük ve protidik mahsullerinin rezorpsiyonu neticesi olduğu düşünülebilirse de, klinik şartlarda bu anormal ve fazlaşmış katabolizma sezilememektedir. Taşikardi vasat ve geçici kalırsa da uzun müddet devam eden ve ehemmiyetli sayı farkı gösteren vak'alarda nadir değildir. Gastro-entestinal arızalar kaidedir. En hafif şekli bir bulantı hali olup, bazan başlangıçta, bazan enjeksiyonların tekerrüründe kusma şeklinde belirir. Tras kan ihtiva eden ishal nadiren görülmüştür. Keza, tedavi esnasında iştahsızlık ve bu yüzden zavıflama mutaddır. Tedaviden sonra da iştahın oburluk derecesine varması hiç te nadir değildir. Pek az bazı vak'ada variseliform ekzantemler görülmüştür.

3 — Kan arızaları: Hemopoitik sistem üzerine toksik tesir tedavinin en mühim ve ciddi tarafını teşkil etmektedir. Justin - Besançon'un dikkatli bir hematolojik tetkike tâbi tuttuğu 21 vak'asında bulunan değişiklikler şöyledir: 5 vak'ada erit-

rosit sayısı değişmemiş, diğer 5 vak'ada ise bazan bir kaç günde, bazan üç haftada eski seviyesini bulan ve hattâ geçen bir eritrosit azalması kaydedilmiştir. Bu vak'alarda değişmemiş bulunan hemoglobin neticesi indeks'in 1 in üstünde olduğu görülmüştür. (Goodman, Wintrobe ise üç haftada azami seviyesini bulan bir normokrom anemi tesbit etmişlerdir.) Buna mukabil 10 vak'ada Nitrogen Mustard tedavisini ehemmiyetli miktarlara varabilen bir eritrosit artması takip etmiş, mevcutsa anemi halinin düzeldiği müşahade edilmiştir. Öyleki eritrosit sayısı normal bir vak'ada hakiki bir poliglobüli gelişmiş ve ancak birkaç haftada başlangıç seviyesine dönmüştür. Bu netice tecrübi olarak yüksek doz tatbik edilmiş hayvanlarda da elde edilmiştir.

Tedavi esnasında lökosit sayısındaki varyasyonlar çok mühimdir. Gene J. Besançon'un 21 vak'asındaki neticelere göre: 4 vak'ada enjeksiyonu takip eden gün ve hattâ saatlarda lökositler bir yükseliş görülmüş ise de bazı vak'alarda aksi neticeler bulunduğundan sabit telâkki etmek mümkün değildir. İster yükseldikten sonra, ister yükselmeksizin lökositler azalma esnasındaki modifikasyonlar karakteristiktir. Düşüş, üç vak'ada birinci, üçüncü ve dördüncü günlerde tedricen ve fakat progressif bir tarzda olmuştur. Mutad bir kürden sonra en aşağı lökosit sayısı 2000-3000 olarak bulunmuş, ve bu sayı kullanılan dozla paralel olmuştur. Lökosit sayısı 9 - 18 inci gün en düşük duruma erişmiş (Jacobson'a göre: 15-20). Bir ayda başlangıç seviyesine erişmiştir. Ancak 3 vak'ada lökositler ölüme kadar azalmıştır (300, 500, 800). Lökositlerin muhtelif tiplerinin tedaviye karşı durumları hakkında karar verebilmek için mutlak kıymetleri ve formüldeki yüzde nisbetlerini nazarı itibara almak lâzımsa da çok mütehavvil neticeler elde edilmektedir. Bir lemfoid lösemi vak'asında patolojik lemfositer elemanların harabiyeti seçici olmuş ve formül normalleşmiştir. Keza bir lemfosarkomda da lenfositlerde selektif bir düşme görülmüştür. Buna mukabil polinükleer hakimiyet bulunan bir Hodgkinli de elektif harabiyet granülo elemanlara inhisar etmiştir.

Tedaviyi takip eden hücre harabiyetine medüller bir dierez fazlaşması refakat etmekte ve adeta lökosit harabiyetini kompanse etmek istercesine periferik kanda miyelosit ve metamiyelositler görülmektedir.

Tedavi esnasında kemik iliğinde, reaksiyonel poliglobüliyi izah eden eritrositer yüzdede artma bulunuyor. Beyaz seride ise, ekseriya granülo elemanların hafif bir çoğalması tesbit edilir.

Son olarak Nitrogen Mustard tedavisi karşısında vak'alarımızı kısaca tahlil etmek isteriz:

1 — Mevzii arızalar: Yalnız birinci vak'amızda üçüncü enjeksiyonu müteakip vena brakialis boyunca hafif ağrı oldu.

2 — Genel arızalar: Vak'a 1. de üçüncü enjeksiyona kadar sadece ve fakat rahatsızlık verecek bir şekilde bulantı, üçüncü enjeksiyondan sonra bir veya iki defalık kusmalar görüldü. Yalnız son enjeksiyonu takiben 38 i bulan ateş yükselme-

si müşahede edildi. Taşikardi daha başlangıçtanberi mevcuttu ve ilacın kesilmesinden iki gün sonra normale avdet etti.

Vak'a 2. de genel reaksiyonlar şiddetli oldu. Daha birinci enjeksiyonla birlikte başlayan kusma, bulantı, baş ağrısı, genel durumda şiddetli sarımsı yüzünden 15 mg. la iktifa edildi. Nabızda pek hafif bir yükselme ve üçüncü enjeksiyonda sübfebril bir durum hasıl oldu.

3 — Vak'a 1. de eritrosit sayısında tedavi esnasında ve tedaviden sonra devamlı bir yükselme görüldü (3,180,000 - 3,880,000). Son rakam, ilacın kesilmesinden 15, vefattan da 3 gün önce bulunmuştur. Gerçi burada hastanın aynı zamanda anti-anemik preparatlar almakta olduğunu ifade etmek gerekse de, daha önceden daha şiddetli anemi tedavisine karşı ancak eski miktarları muhafaza etmek suretile cevap verdiğini de hatırlamak yerinde olur. Keza hemoglobin de eritrosite muvazi bir yükselme göstermiş (%61 - %89 = 10,3 gr. - 13,6 gr.) endeks bire yakın kıymetlerde, birin daima altında bulunmuştur. Trombosit sayısı durumunu muhafaza etmiştir. Lökositlere gelince : Vak'amız kronik süblösemik halini gerek üreten ve gerekse Nitrogen Mustard tedavisinde değiştirmemiştir. Formülde granülosit yüzdesi (Üretan'a rağmen) daima 10 un altında bulunmuştur. Lökosit sayısı N.M. tedavisi başlangıcında 6772 iken, 12,636 ya kadar yükselmiş, dördüncü enjeksiyonla yani 7 nci günü başlayan düşme 4836 ya eriştikten sonra ölümden bir kaç gün önce tekrar yükselmeye başlamıştır. Formülde ise granülositlerin lehine bir değişiklik ile lenfosit nisbeti %84 den %69 a azalmış, granülositler %10 dan %24 e yükselmiştir. Bu arada N.M. kesilmesinden 9 gün sonra periferik formülde medüller bir dierez sezilmiştir. Hatanın müsaade etmemesi tedavi sonu kemik iliği kontroluna imkân vermemişse de periferik delâletler hiç bir zaman bir depresyonu düşündürecek mahiyette değildir.

Vak'a 2. alösemik, blastik ve sübegü seyirli olmasına kemik iliğinin ileri derecede yorgun bulunmasına rağmen, gerek tedavi esnasında ve gerek tedaviden 10 gün sonraya kadar 700.000 i bulan bir eritrosit yükselmesi müşahede edilmiş ve bu yükseklik ilacın kesilmesinden 26 gün sonra vuku bulan vefat günü yapılan sayımda başlangıç seviyesine inmişti. Hemoglobin keza erkenden hafif bir yükselme göstermişse de sür'atle alçalarak vefat günü %30 olmuştur. Tedaviden önce birin üstünde olan endeks, daimî surette azalarak 0.8 e düştü. Trombosit sayısı da müterakki bir azalma (146,000 - 65,000 - 55,000) gösterdi. Bu vak'amız da Nitrogen Mustard'ın lökositler üzerindeki tesiri de talihsiz olmuştur. Hastalığın seyri kat'iyen durdu-

rulamamış, buna mukabil formülde granülositlerin nisbeti parçaları aleyhine artarak blastik anasır gerek sayılarındaki tezayüd ve gerekse atipilerindeki gösteri (Bazofili, cellulules couches'a meyil) bakımından sahneye tamamen hâkim olmuşlardır. Olgun hücreler ölümden üç gün önceki sayımda %2 idi. Lökosit mutlak sayısı da Nitrogen Mustard için herhangi bir hüküm için müsait bulunmuyordu. Umumiyetle alösemik bir seyir takip eden hastada bir defa hemen Nitrogen Mustard enjeksiyonlarından önce (12480), bir defada Uretan tedavisi esnasında (15000) olmak üzere nisbeten yüksek sayılar elde edildi. Nitrogen Mustard'la 1878 e kadar düşen lökosit miktarı, Nitrogen Mustard'ın kesilmesile 9672 ye kadar yükselmiş, üreten tedavisinin başlangıcında bu yükselme 15,000 e kadar yarararak uretanın temadi dozunda iken öldüğü sırada (ki, bu esnada pnömoni mevcuttu) 4836 bulunmuştu.

Hülâsa :

I — Nitrogen Mustard'ın biri (Kronik Süblösemik Lemfatik Lösemi), diğeri (Sübegü Alösemik Mikroparamiyeloblastik Lösemi) olan iki vakada klinik ve hematolojik tesirleri incelenmiştir.

II — Her iki vak'ada da ilacın umumî ârizaları görülmüş (bulantı, kusma taşikardi), ikinci vakada reaksiyonların şiddeti ilacın üçüncü enjeksiyondan sonra kesilmesini zorlamıştır.

III — Hematolojik olarak birinci vak'ada nisbî bir müsait tesir elde edilmiş, buna mukabil ikinci vak'ada hastalığın seyri durdurulamadığı gibi kemik iliği depresyonunu hızlandırarak fatal neticeyi tesiri ettiğini sandıracak bulgulara vasıl olunmuş veya hiç olmazsa hiç bir tesir elde edilememiştir.

IV — Elde edilen neticeler, bu husustaki neşriyata uygun olmuş ve Nitrogen Mustard'ın Lemfoid lösemilerdeki müsait tesiri, Miyeloid ve bilhassa egü seyirli için tesirsizliği görülmüştür.

Literatür:

- 1 — Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris - Justin - Besançon, S. Lamotte - Barillon et Cl. Polonovski. Tolérences clinique des analogues de l'ypérite (moutardes à l'azote) 1948. No: 18 - 19.
- 2 — Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hô. de Paris - Justin - Besançon, S. Lamotte - Barillon et Cl. Polonovski. Essais de nouveaux analogues de l'ypérite (moutardes à l'azote) et de leurs antidotes. 1948 No: 18 - 19.
- 3 — Tıbbî Tercümeler Dergisi. Kötü tabiatlı (veya) habis neoplazik hastalıklarda şimiyoterapi. J.A.M.A. 11 Şubat 1950. E. H. Reinhard, J. T. Lood, E. Martin'den çeviren: Bekir Berkol.
- 4 — Klinik. Eylül 1950, Sayı: 9. Lenfogrammatoz. Dr. Vehbi Çakmakçı.

Anadolu Kliniğinin eski sayıları mevcuttur



ACTICILLINE 400.000 Ünite

300.000 Ü. Pen. Proc. G. crist.
100.000 Ü. Pen. Potas. G. crist.

Aynı kutu içerisinde 5 cc. lik şişe, ayrıca mahlûlü hazırlamak üzere 1,5 cc. lik fizyolojik steril su ampulü mevcuttur.

Bir defada zerkedilir.

Tesiri 24 saat devam eder.

ACTICILLINE 2.000.000 Ünite

(Acticilline 400.000. Ü. nin yeni ticarî bir şekli)

1.500.000 Ü. Pen. Proc. G. crist.
500.000 Ü. Pen. Potas. G. crist.

20 cc. lik şişe ile beraber mahlûlü hazırlamak üzere 7,5 cc. lik fizyolojik steril su ampulü.

Mahlûl hazırlandıktan sonra
8 gün oda hararetinde muhafaza edilebilir.

S.A. R.I.T. N.V.

RECHERCHE ET INDUSTRIE THERAPEUTIQUES

GENVAL (Belçika)

Türkiye Umum Mümessili ve yegâne ithalâtçısı

EDGAR CONSOLİ

Galata, Adalet Han 33/36

İSTANBUL

Tel. No. 42773



TABII

A ve D VİTAMİNLERİNİ HAVI
TİBBÎ MORİNA BALIKYAĞI

HUILE
DE FOIE de MORUE
MÉDICINALE

RHÔNE - POULENC

Specia

1 cm³ = 2000 Ünite A Vitamini
500 Ünite D Vitamini

125 sm³ lik şişeler

RHÔNE



POULENC

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



Van Memleket Hastanesi Hariciye Servisi:

Küçük bir Kız Çocuğunda Görülen Büyük Meme Lipomu

Dr. Op. Vahit Ege

Yağ nesçinin hakiki bir tümörü ile meme gudesinin büyümesi pek te nadir değildir. Meme nahiyesi lipomları daima ankapsüle ve selim seyirli-dirler. Paramamer lipomlara erkeklerde de kadınlardaki kadar rastlanır. Delage ve Marsabian 1904'e kadar literatürde 18 meme lipomu tesbit etmişler ve bunların beşinin erkekte olduğunu görmüşlerdir. Daha doğuştan bile memedeki lipom oldukça büyük cesamette olabilir, fakat ekseriya orta yaşlarda tezahür eder. Mutad olarak tek taraflıdır, istisnai olarak iki taraflı olabilir. Bazan retro mamer nesçi hücrede inkişaf ederler ve gudedeyi öne doğru iterler. Fusludur ve uzviyetin diğer yerlerindeki yağ nesçi kaybolduğu zaman bile lipomlar nesvünemalarına devam ederler. Cesametleri muhtelif olur, büyük olanlar koltuk altına doğru yayılır, asaplar üzerine olan tazyiklerinden dolayı şikâyetlere sebep olurlar. Billroth'un bir vak'asında 43 cm. uzunlukta. Reclus ise bir vak'ada iki taraflı ve simetrik lipom gördüğünü yazar. Lipomlar bazan aksiller aberan meme gudedeleri etrafında ve pektoralis majorun alt kıyısı uzunluğunca inkişaf ederler.

Teşhis, bazan güç olur. Psödofluktuasyon mevcudiyeti, bir kist veya bir galaktoseli düşündürür, bazan göğüs cidarı soğuk abseleriyle karıştırılır. Tümörün fuslu olması ve civar uzuvlardan aşikâr olarak müstakil oluşu bazan teşhisi keşip atmaya müsaittir.

Bir de hantel şeklinde hususî ve nadir bir lipom şekli vardır. Bir taraftan tümör göğüs adaleleri altında tezahür eder, diğer taraftan da lipomun bir kısmı plevrayı iterek büyür. Bu iki tümör interkostal mesafede ince bir sap ile birleşirler. Bu tipte bir tümörün toraks dışında mı, içinde mi başladığı münakaşalıdır. Guersenbauer, sub plöral başlar kanaatinde-dir. Harms ise aksi kanaati beyan eder. H. Coenrn ise, 1927 ye kadar neşriyattan topladığı bütün vak'aları bildirerek başka bir izah tarzı bulmuştur. Ona göre hantel şeklindeki lipomun husulü tamamen pasiftir; lipom toraks iskeleti teşekkül etmeden mevcuttur ve yuvarlak bir şekil almak istidadındadır. Fakat kaburgalar ve mustaraz nutu'lar teşekkül edince, bunları tahrip ederek büyüyeceklerinden ortalarından boğularak hantel şekli almaktadırlar. Bunlar tazyik ile interkostal nevrâlajiler tevlit ederler ve bazan sadır içinde geniş bir saha işgal ederler, nefes zorluğu yaparlar. Walzel ileri derecede nefes darlığından dolayı indication vital ile müdahale ettiği bir vak'a neşretmiştir.

Vak'a: H. Ü. Özalph, 13 yaşında bir kız çocuğu. 11/7/951 de sağ memesindeki şişlik dolayısıyla servise yatırılmış. Bu şişliğin, yedi yaşında iken farkına varmışlar, o zaman bir ceviz cesametinde imiş, altı senedenberi her gün biraz daha büyüyerek bugünkü halini (resimde görülen şekli) almış. Ağır-lığından başka bir zahmet vermiyormuş; kolunda ağrı hisset-

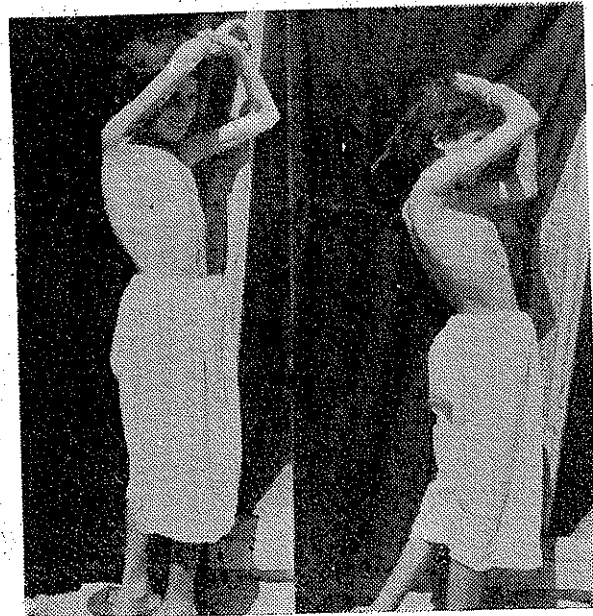
memiş; nefes darlığı hissetmemiş; bir aydanberi bu şişliğin iki yerinde yara olmuştur.

Anamnezinde kayda değer bir şey yok. Hasta çok zayıf; cild altı yağı yok denecek kadar azalmış, aktif durumda, şuru yerinde, beş duyu normal, refleksler tabii, patolojik refleks yok. Deveran ve hazım cihazı normal.

Teneffüs cihazı: Sadır sağda, önde, sternum sağ kenarı, yukarıda, klavikula ve koltukaltı; aşağıda bor kostal, arkada skapula dikenini ile mahdut bir tümör mevcut. Tümör arkaya doğru itildiği zaman toraksın içeri doğru çökük olduğu palpe ediliyor. Perküsyon ve oskültasyonda hususiyet yok.



Ameliyattan evvel



Ameliyattan sonra

Yersel muayene: Hudutları yukarıda zikredilen; psödo-flüktüasyon veren, nabazanı olmayan, üzerinde geniş veridi teressümatı bulunan, cilde ve toraksa karşı mobil, iki yerinde ülser olmuş, tazyikle hacmini değiştirmeyen, büyük karpuz cesametinde bir tümör mevcut. Sağ omuz hareketleri serbest ve ağrısız, kolda deveran ve asab teşevvü-satı yok, omurgada skolyoz yok, toraks tümör altındaki sahada çökük, meme başı ve henüz tekâmül halinde bulunan meme guddesi, tümörün iç kenarında ayrı bir tebarüz göstermektedir.

Retromamer bir lipom teşhisiyle hastaya 17/7/951 de eter narkozu ile müdahale edildi: vertikal eliptik bir şakla müteaddit fuslu ve bilhassa aksiller bölgede sıkı münasebet-te bulunan, fakat toraksa nazif olmayan, sadrı sağ tarafta 2-8 kaburgalar arsında torakoplasti yapılmış kadar çökertmiş bulunan tümör, meme guddesi ve adaleler muhafaza edilerek çıkarıldı, aksiller boşluk drene edilerek kapatıldı.

Ameliyat sonrası ihtilâtsiz seyretti, tümör çıkarıldıktan

sonra hastanede kaldığı on gün içinde göğüs çevresinde bir genişleme tespit olunamadı.

Tümör: Makroskopik olarak lipomdu, boy: 44 cm, eni: 37 cm, ağırlığı 6 kilo 100 gr., her fusu ayrı ayrı şakkedilerek kontrol edildi, aberan gudde veya başka nesic görülmedi. Hasta 27/7/951 de şifa ile çıkarıldı.

Meme lipomlarına umumî bir bakış yaptıktan sonra müşahedesini kısaca arzettiğim vak'anın hususiyetlerini şöyle hülâsa edebiliriz :

Genç bir kız çocuğunda, büyük bir lipomdur, cesametine rağmen omurgada sui şekil yapmamış, meme guddesi, adaleler, eviye ve asap üzerinde kötü bir tezahür göstermemiş, buna mukabil bulunduğunda 2 - 8 kaburgaları kartilajlarından itibaren çökerterek sadrı torakoplasti yapılmış kadar deforme etmiş ve tümör sıkı komşuluğuna rağmen meme guddesi adaleler, eviye ve asaba zarar vermeden çıkarılabilmıştır.

Beyoğlu Belediye Hastanesi Hariciye Servisi:

Yanık Tedavisi Hakkında

Dr. Asil M. Atakam

American Information Center (USIS) in 27/4/1951 tarih ve 30 numaralı bülteninde «Yeni bir tedavi sayesinde yanıklar daha çabuk tedavi edilmektedir.» başlığı altında gördüğüm yazı beni bu makaleyi yazmaya sevketti. Bu mevzuun esaslarını 1943 senesi İzmir Memleket Hastahanesinde, o zaman asistanım olan Dr. Mustafa Bozoklara vermiştim. O tarihlerde Memleket Hastahanesinde ve İzmir Fransız Hastahanesinde tedavi ettiğim 2. ci Dünya Harbi ecnebi yaralılarında da muvaffakiyetle tathik ettiğimiz tedavi usulümüz gene o tarihlerde Dr. Doyle, Dr. Nicolaus ve Dr. Shirlow gibi ecnebi meslekdaşlarımız kemali hayretle görmüşlerdi. Zira çok geniş yanıklara tatbik ettikleri pansumanlar ertesi günler; ancak narkoz altında büyük müşkülât, kanama ve acılar içerisinde, narkoz tehlikeleri altında kendileri tarafından değiştirilmekte idi. Bizim basit tedavi usulümüze aşağı yukarı onbeş senedenberi devam etmekteyiz. Amerikalıların yeni tavsiye ettikleri tedavi usulünü evvelâ aynen yazıyorum:

«Brooke Army Medical Center doktorları şimdi yanıkları yeni bir usulle tedavi etmektedirler. Bunda yanıklara ilaç konmamakta ve sargılar her gün değişmemektedir. Yeni bir usulle yanıklar açık bırakılmakta ve yara ılık, kuru havaya maruz kalmaktadır. Bu sayede yanık üzerinde 24 saatte bir kabuk hasıl olmaktadır. Bundan sonra yeni deri normal vazifelerini görünceye kadar vücudun sıcaklığına yardım için hasta yüksek kalorili bir perhize sokulmaktadır. Bu şekilde tedavi edilen hastalar ilaçlarla ve bandajlarla tedavi edilenlerden daha sür'atli iyi olmakta ve daha az işirap duymaktadırlar. Bu hastalar daha az bir bakıma ihtiyaç göstermekte ve lüzumlu olduğu zaman deri yamalarına daha evvel hazır olmaktadır.»

Bu tedavi bilhassa vücudun %20 den az yeri kaplayan yanıklarda muvaffak olmakta ve yara üzerine yalnız kuru ince bir bandaja ihtiyaç göstermektedir. Yeni bir cins bandaj yaraya yapışmamaktadır. Konulan bandaj değiştirilmeden yara iyi oluncaya kadar iki üç hafta bırakılmaktadır. Bir çok mühim yanık vak'alarında hasta istihasını tamamen kaybetmektedir. Böyle vak'alarda genize konulan plastik bir tüple hastaya sulu gıda verilmektedir. Bu mayi gıda mideye o kadar tedricen gitmektedir ki, yiyecek bulantı yapmadan hazm olmaktadır. Hastanın iştahı yerine geldikten sonra normal yemekler verilmektedir. Mamafi yanıklar tamamen iyi oluncaya kadar lüzum olan fazla kaloriyi temin etmek için bu mekanik gıda verilme-ye devam edilir.»

Yanık hakkında bazı umumî malûmat :

Vücudun yanık kısmının tahminen derecesini tayin için kitaplarda muhtelif şema ve formüller vardır (Berkow). Vücut, yarıdan fazlası yanarsa yüzde yüz; üçte biri yanarsa fena; yüzde yirmi veya otuz yanarsa şüpheli; yüzde onu yanarsa prognoz yarı yarıya iyidir. Yanık akibeti yaşa göre de değişir, çocuklarda iyi, ihtiyarlarda fena seyredir. Dört yaşından küçüklerde ise kâhillere nazaran dört defa daha fena seyir takip eder. Yanığın genişliği derinliğinden mühimdir. Vasi yanıklarda ilk saatlerde ağrı, korku, ruhi konmosyon, asabî şok tevlit ederek hastayı öldürebilir. Başlangıcından 12 saat sonra talî toksik şok meydana çıkabilir. Vasi yanıklar infeksiyona çok müsaittir. Yanığa infekte olmasına mâni olmak gerekir, bu da ilk müdavatin bilgiyle yapılmasını gerektirir. Toksinlerin de imtisasına mâni olmak lüzumdur. Vasi yanıklarda üşüme, hipotansiyon neticesi büyük şok ve entoksikasyon ârazı görülür.

Tüberkülostatik yeni "BAYER,,
preparatları

Tüberkülos şimioterapisi için

CONTEBEN

(4 - Acetylaminobenzaldehyd - thio - semicarbazon)

Başta mukosa ve kemik tüberkülosu olmak üzere
tüberkülosun diğer şekillerinde de
kullanılır.

Original ambalaj :

100 Tablet x 0.05 gr.



PASALON - PAS "BAYER,,

Sodium - p - aminosalicylat çok saftır.

Original ambalajlar :

Drage : 250 - 1500 ve 5000 lik tüpler

"Bayer ,, Leverkusen - Almanya

TÜRKİYE VEKİLİ

Dr. Feridun Frik

Sirkeci, Mithat Paşa Han İSTANBUL

P. K. 35



Modern tedavide
BUNLAR
ÖNDERDİR

AVLOPROCIL

Prokain-Penicillin'in yağlı enjeksiyonu

AVLOSULFON

Cuzzamin müessir ve emin tedavisine mahsustur

CETAVLON

Temizleyici hassasiyle, bilhassa yuksek antiseptik tesirini haizdir.

KEMITHAL SODIUM

Entravenoz anestezi

LOREXANE

Baş bitini mahveder

METHYL-THIOURACIL

Tirotoksikozisin müessir tedavisini sağlar.

PALUDRINE

Yeni ve toksik olmıyan antimetabolitdir.

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 filial'idir)
IMPERIAL KEMİKAL İNDRİSTRİS (TURKEY) LTD.
P.K. 1451 Tel. 44839



Yanıklarda bilhassa ağır vak'alarda primer ve sekonder şoku, toksemiye ve infeksiyonu önlemek gerektir. Toksemi neticesi karaciğer nekrozu ve böbrek üstü glandlarında dejeneresans olmaktadır.

Şoku önlemek için: Yanığı derhal istirahate, şoku koymalı, bacaklarını yukarıya kaldırmalı, huzura koymalı, müsekkim (morfin) enjekte etmeli, sıcak tutmalı, teneffüs depresyonu görülüyorsa o zaman müddet teneffüs verilmelidir. Kan tazyiki sık sık ölçülmeli, nabız kontrol altında bulundurulmalıdır. İdrar tahlili, hemoglobinin kıymeti, lökosit sayımı, plazma proteinleri, nonproteik nitrojen, kombine karbon dioksit, hematokrit ve iktor endeksi tayin edilmelidir.

Şok'un umumî tedavisi: Oksijen çadırı, adrenal korteks hülâsası, rehidratasyon, plazma telâfisi, yani vücudun beher %10 kısmının derin yanığı için 500 cc. yavaş yavaş olmak üzere plazma verilir. Plazma olsun serum olsun mutlâka damar yolu ile verilmelidir. Şok geçinceye kadar da mideyi boş bulundurulmalıdır.

Toksemi yanıktan 48-120 saat sonra ölümü inat eder. Otopside de karaciğer nekrozu ve adrenal guddelerde paransimatö dejeneresans görülür. Sarılık ve oligüri veya anüri olur.

Toksemiye karşı üç tedavi esası vardır: İdrarı açık tutmak (damara plazma, damar veya cilt altına tuzlu veya glukozlu solüsyonlar zerk) ve ağızdan bol mayi vermek.

Damara hipertontik glukoz zerki ile karaciğer glukojenini temin etmeli, günde bu yoldan 100 - 300 gram glukoz verilmelidir. Hastayı hidrate etmek de gerekiyorsa o zaman bu mahlüller %5-10 nispetinde olarak verilmesi daha uygun olur.

Üçüncüsü de adrenal korteks hülâsasıdır ki, toksemiye karşı müessirdir.

İnfeksiyona karşı: Kan nakli yapılmalı, yanık hastayı aynı vaziyette bırakmamalı, her zaman vaziyetini değiştirmelidir. Tetanoz antitoksini (serum) sulfamid, antibiyotikler tatbik edilmelidir.

Mevzii ilk tedavi: Elbiseyi soymalı, temiz steril çarşafa sarmalı ve hastahaneye nakletmeli, şok geçer geçmez ve sıhhi durum müsait olur olmaz yanık, sathı ve etrafı sabunlu sularla, eter ile temizlenmeli, serum fizyolojik ile yıkanmalıdır. Filikten beşere lambolarını kaldırmalı, bol serum ile yıkamalıdır. (Yağlı pomatlar, toksik tozlar ve antiseptikler muvafık değildir.). Nitrat darjan ve tanen pulvarizasyonu yapanlar var. (%5 tanen, %10 nitrat darjan mahlülü) daimî banyoda yapılır. Yanığa çok ilişmemeli, soğuğa maruz bırakmamalıdır. Yanık, sırtta ve ilyelerde ise, yüzükoyun ön tarafta ise sırtüstü yatırarak tel kafes çemberlerle örtülerin yanığa teması önlenmelidir. Yatak hararetini 32 - 33° etrafında, buyyot veya elektrik banyoları ile, tutmalıdır. Dezitratasyon (yara sathından plazmanın kaybı) ve hemokonsantrasyona mâni olmak üzere plazma veya serum damla damla damara veya rektum yoluyla serum sale bikarbonate verilir. Hipertontik tuzlu sular şiringasile reklarürasyon ve diürez tanzim olunur. Hipertontik glukoz serum zerkiyle kalb takviye edilir. Kanamalarla busule gelen küreyvat kaybına karşı mü-

kerrer transfüzyonlar yapılır. Epiderm teşekkülünü tahrip etmemek üzere nadir pansman yapmalı, revererden, veya tirşler bugün bilhassa dermetome ile ölçü üzerine ve kâfi miktarda lambolar alınmak suretile açık sathlar kapatılmaktadır. Granülasyon sathı kendi haline bırakılırsa infeksiyon ve iltisaka meyyalıdır. İltisaklar fena şekiller ve malûliyetler yapar. Süpürasyonlarda %1 Jansiyen moru ile atuşman yapmalıdır. Greflerde kan gruplarının uyması netice üzerine müessirdir.

Mevzii yanık tedavileri : Tuzlu sularla daimî yıkama ve banyo veya Bunyan-Standard Envelope metodu ile (gayri nafiz tabaka altında pansuman tatbik olunur) üst tarataki kanülden daimî mahlül sevk ve alt kısımdaki kanülden toplanır. Kapalı tedavi metodlarından tazyikli, alçılı usuller de vardır.

Yanık tedavilerinde sulfamidli, penisilinli, balıkyağlı merhemlerle, pomat blans, ambrin, liminent oleo calcaire, oksit dö zenk pomatı, çay suyu, asit pikrik solüsyonu gibi lokal tedaviler, Sodium ethyl hydrargium thiosalicylate merhemi veya asit tannik, %0,5 fenol ile suda eriyen bir vehikül içerisinde hazırlanmış merhemler veya Brilliant Green ile jansiyen moru, 1/400 mahlülleri ve 1/1000 neutre acriflavine kullanılır. Nitrat darjanlı, tanenli, gayri kabili nüfuz veya kabili nüfuz tabakalarla yanık sathın örtülmesi ile tedavileri vardır.

Umumî tedavi : Epitelizasyona yardım etmek üzere kükürtlü gıdalar (yumurta) verilir. C, B₁, B₂, D vitaminleri kan ve plazma kaybına karşı fazla olmamak üzere klorür ve demir verilir.

Yanıklar neticesi takallüsat, fena şekiller, harekâta mâni durumlar, daimî infeksiyonlar, yeni teşekkül etmiş derinin sık sık açılması, yanık yerinde karsinom çok görülen ihtilâtlardır.

Eski yanıktan kalma sui şekiller ve sekellerin tedavisi daha ziyade plastik ve estetik cerrahiye alâkada reden geniş, mühim ve mevzuumuz harici bir bahistir.

Mevzii pansuman : Burada lüzumsuz tafsilâttan kaçınarak **ötedenberi tatbik ettiğimiz usulü gözden geçireceğiz**. Esas gaye pansuman malzemesini yanık satha yapıştırmamak, pansuman değiştirirken yarayı kanatmamak, ve bütün bu tedaviler esnasında en mühim olan da hastaya ağrı duyurmamaktır. Bu sebeble hasta elbisesini derhal kesip soymak, kostik madde ile yanmış ise vücud üzerinde ve bilhassa kıvrımlarda kalmış olan yakıcı maddeyi ve kirli mevaddı temizlemek; su temasile yakma hassası artan vak'alar (fosfor) müstesna derhal sıcak sabunlu su ile yara etrafını temizlemekteyiz. Müteakiben saf benzin veya eter ile yanık kenarları cildi silinmektedir. Yanık sahaya dokunmadan bırakıyoruz, veya sıcak serum ile yıkıyor, patlamış vezikülleri temizliyor, hastanın yanık kısmı yukarı gelmek üzere steril çarşafli yatağa yatırıyor, üzerine steril çarşaf örtüyoruz. Lüzuma göre bu çarşaf günde bir kaç defa değiştiriyor ve ekseriya da içerisine steril çarşaf tesbit ettiğimiz tel kafesle hastanın üstünü örtüyoruz. Bu suretle çarşaf temas etmeden gövde, kol ve bacak-

lar açıkta kalmaktadır. Yüz için; gözler, burun delikleri, ağız kısımları açık olan steril tülbent maskeler kullanılmaktadır. Lüzuma göre hastanın burun ve gözlerine damlalar damlatılır, ağızdan da beslenir. Maskeler günde 1 - 3 def'a değiştirilir. Bu suretle tedavi ettiğimiz hastalarımızın yüzlerinde yanaktan hiç bir iz kalmadan iyileşmektedirler.

Lüzumu hale göre ve yanık derecesine göre gövdeye steril çarşaf sarılabildiği gibi kol ve bacaklar ile eller için de hususî olarak diktirdiğimiz steril manşonlar da geçirmek mümkün olmaktadır. Bilhassa ağır vakalarda yaraya temas etmeyecek şekilde ve daima gözümüzün kontrolü altında

da kolayca bulunabilmek üzere hastayı iki steril çarşaf arasında tedavi etmekteyiz. Bu suretle de hastaların hem umumî tedavileri ve ihtiyaçları kolayca karşılanmakta, hem de yatakta serbestce kol ve bacaklarını hareket ettirebilmektedirler. Böylece de yanıkların geç neticelerinden fena nedbeler ve büzülmeler görülmemektedir. İcap ettikçe, yanık hastalarımıza umumî banyo da yaptırıp ciltlerini temizletmekteyiz.

Görülüyor ki, yeni olarak bildirilen, ötedenberi takip ettiğimiz usulde, ilâç kullanmıyor ve yanıkları açık olarak tedavi ediyoruz.

Beyoğlu Belediye Hastanesi Hariciye Servisi:

Şef: Dr. Asil. M. Atakam

Esmarch Bandına Bağlı bir Brakial Pleksüs Paralizisi

Asistan: Dr. İsmail Tuğsal

Dursun Ali Aslan, 17 yaşında, Ünyeli. Protokol No. 642/262, 7/4/1951 de sol omuz, sol kalça, sağ trohanter üzerindeki akıntılı yaralardan şikâyetle polikliniğimize müracaat etti. Sol Humerus'ta osteomyelit ve sekestr tespit edilerek 10/4/1951 de sol koltuk altı, omuz üzerinden band d'Esmarch bağlandı, sol kol bütün imtidadınca uzatılıp bir yardımcı vasitasile tam abduksiyon vaziyetinde tutularak Trilenle umumî his iptali yapıp, sol Deltoit adalesi alt kenarını takiben münharif 6 cm. lik bir şakla kemiğe kadar gidildi. Humerus Trepane edilerek sekestr parçaları çıkarıldı, kemik kürete olundu.» Ameliyat üç çeyrek saat kadar devam etti. Müdahaleyi müteakip hastanın sol kolunda hissiyet teşevvüşü, ve N. Radialise ait bir paralizisi hali müşahede olundu. Hissiyet parmaklardan ön kolun üst nihayetine kadar olan kısım da madum. Hasta, batırılan iğneyi, sıcak ve soğuk temasları duymuyor. Ensizyon yerinin N. Radialis mesirinden uzaklığı, ameliyat esnasında leze olmaması, ve ertesi günü N. Ulnaris, ve N. Medianus vazifelerindeki teşevvüşat nazarı dikkatimizi Pleksüs Brakialis üzerine çekti. Muayene neticesinde bunun şua-batı intihayesinin tam felci görüldü. Parmak, el, bilek, ön kol ve kol hareketleri yok, yalnız omuz hareketi mevcut. Bunun üzerine 12/4/1951 de hastaya bir hafta her gün Vitabiol B₁ fort (50 mgr.), üç gün, günde 0,001 mgr., gün aşırı 0,003 mgr. Striknin, müteakip haftada gün aşırı aynı dozda B₁ vitaminile üç günde bir olmak üzere strik-nin, üçüncü hafta gün aşırı B₁ vitamini zerkleri yapılarak cem'an 850 mgr. B₁ vitamini, 7 santgr. strik-nin yapılmıştır. Ayrıca boyun, sırt ve servikal bölgeye sıcak tatbikat yapıldı. Hasta fleksiyon, ekstansiyon, supinasyon, pronasyon ile bilek flek-

siyon, ekstansiyon, parmaklar fleksiyon, ekstansiyon, toplama, açma, birbiri üzerine bindirme hareketlerini yapamıyor. Kol ve önkolda birer cm. atrofi var. 15/4/1951 de hissiyetin avdeti ile birlikte bileğin ekstansiyon hareketleri hafif şekilde başladı, ve her gün biraz daha canlılıkla artıyordu. Fleksiyon hareketi bilahere başladı, on günün sonunda da önkolun fleksiyon, ekstansiyon, supinasyon ve pronasyon hareketleri başladı. On ikinci gün parmakların ekstansiyon hareketleri görüldü. İkinci haftayı takip eden günlerde parmaklarda esaslı fleksiyon hareketleriyle, gayet yavaş olarak yekdiğerinden ayırma ve birbirine yaklaştırma hareketleri başladı. Üçüncü haftayı müteakip elin yakalama vazifesi normale yakın bir şekilde teessüs etti. Bir ay sonunda bütün vazifeler tabiiye çok yakın bir durum gösterdi, yalnız henüz yarım santimlik atrofi hali mevcuttu. Bunun da, sol kol oluşu, ve zamanla zail olacağı kanaatindeyiz.

Muhtelif ameliyatları müteakip Pleksüs Brakialisin paalizilerine ait şimdiye kadar müteaddit sebep ve müşahedeler zikredilmiştir. Bu meyanda boyun fıkralarının mukabil tarafa fazlaca inhirafı, Humerusun dışa dönmesiyle birlikte kolun abduksiyon halinde bütün imtidadınca bağlanması veya şiddetli elongasyonu, aşırı derecede yapılmış Trendelenburg vaziyetinde omuzların Pleksüs servikalis üzerine yaptığı tazyik, narkoz almış hastaların ameliyat masalarında kollarının sarkması, ve yine hastanın ameliyat masasında veya nakli sırasında kolların gövde altında uzun zaman kalması, sebep olarak gösterilmiştir. Biz de, bande d'Esmarch'ın yaptığı tazyik neticesi kabili irca olan bu paralizisi vak'asının yukarıda mevzuubahsolan sebepler meyanına ilâvesini faydalı bulduk.

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

Delinmiş bir Mide Kanseri

Asistan: Dr. Nuri Soyulu

Osman Sürücü. 42 yaşında, Küreli, seyyar yoğurt satıcısı. İki büklüm vaziyette, çok muzdarip olarak imdadı sıhhi ve sedye ile hastahaneye nakledilmiştir. (Dahul tarihi: 27/5/1951, protokol No. 962?402).

Sıkâyeti: 3 saat evvel ani olarak göbeğinin üst kısmına gelen çok şiddetli sancıdan ve halen sancının devam etmesinden.

Hikâyesi : 3 senedenberi yemeklerden sonra midesine ağrı gelir, beline vururmuş. Ekşime, bulantı olur, geçirince rahatlamış. Sancı yarım saat kadar sürer geçermiş. Bazan parmak sokarak kusar ve rahat edermiş. Aç iken ağrı olmazmış. Bu sancılar devri imiş. Kan kusmamış, melena olmamış. Fazla zayıflamamış. İşine devam ediyormuş. İstihası iyi imiş, etli yemeklere karşı tiksinti duymazmış. Son 5-6 gündenberi sancılar ara vermeden fazlalaşmaya, yeyip içtikleri dokunmaya başlamış. Hastahaneye naklolunduğu 27/5/1951 gününde öğleyin çayla ekmeğe, zeytin yedikten biraz sonra mide nahiyesine ani olarak bıçak saplanır gibi bir sancı girmiş. Göbeği ile beli arasında temerküz eden bu sancı nefes bile aldırılmayacak derecede devam ediyormuş. Yediği yemek bakiyelerini kusmuş. Şiddetli sancı karnın sağ tarafına doğru yayılmaya başlamış. Karnına el dokunduramaz olmuş. Bu halde 3 saat kadar sancı çektikten sonra cankurtaranla getirilerek servisimize yatırılmıştır.

Soy geçmişi: Annesi, babası, 3 kardeşi, 8 çocuğu bilmediği hastalıklardan ölmüşler. Bir kardeşi, 4 çocuğu sağ ve sıhhatte.

Öz geçmişi: Evli. kötü itiyadı yok. Mühim bir hastalık geçirmemiş. Sy. go. tarif etmiyor.

Umumî muayene: Hasta iki büklüm bir vaziyette. Eli karnında. Sansoryum açık. Çok muzdarip. Renk soluk, burun biraz sivrilmiş. Tenefüs sadri ve sathi. Beslenme orta. Turgor, tonüs tabii. Deri altı yağlı, gözeli dokusu az. Ateş 37,3. Nabız dolgun, muntazam, dakikada 84. Dil, dudaklar biraz kuru. Şiddetli sancı başlıyalıberi idrar, gaz deşarjı ve tagavvut yok.

Solunum, deveran cihazları normal. Tansiyon arteriyel: 13,5/9 Vaquez.

Hazım cihazı: Dudaklar ve dil temiz, biraz kuru. Dişler bakımsız. 4 eksik var. Ağız ve boğaz mukozası tabii. Batın göğüs seviyesinden aşağıda. Gö-

bek üst kısmı çökük, alt kısmı biraz bombe. Batni tenefüs yok. Palpasyonla, epigastrium'da fazla olmak üzere, bütün batın sahasında hassasiyet ve kuvvetli defans müsküler mevcut. Klapotaj alınmıyor. Karaciğer matitesi duyulmuyor.

Lökosit sayısı 8.500. İdrarda kayda değer bir şey yok. Wassermann bilâhère menfi çıkmıştır. Radioskopide karaciğer ile diafragma arasında hava görüldü.

Bu halde (Mide ülseri perforasyonu) teşhisi konularak derhal ameliyat yapıldı: %0,5 Novokain ile Lokal anestezi. Göbek üstü median laparotomi ile batın açıldı. Periton boşluğu mide muhteviyatı ile dolu idi. Bütün barsaklar muhtekan ve periton cilası kaybolmuştu. Mide muhtekan ve kalın. Küçük kurvatura ortasında çok sert, ufak yumruk cesametinde, pankreas, duodenum, ve kolona yapışık, orta üst kısmından delinmiş, kallö, penetran ve enflitre ulkus müşkilâtle ve retrograt olarak ayrıldı. Midenin 2/3 kısmı ile bütün küçük kurvatur istihsal, Finsterer usulüyle oralis inferior transmezokolik gastro-enterestomi yapıldı. Mezanter ganglionlarında sertlik, karaciğerde büyüklük veya gözle görülür bir tegayyür desne olunamadı. Karaciğer altı ve büyük ven batni drene edildi. Batna bir gram streptomycine, 1.000.000 ünite peniciline zerke edilerek, cidar tabaka tabaka kapatıldı.

Rezekedilen midenin ülser civarından alınan parça histolojik muayene için İstanbul Üniversitesi Patolojik Anatomi Enstitüsüne gönderildi. 2/6/1951 gün ve 986/51 sayılı raporda adeno-karsinom olduğu bildirildi (Prof. Besim Turhan). Hasta, ihtilâtsiz bir ameliyat sonu seyri ile 8/6/1951 günü şifa ile çıkarıldı. Şua tedavisi için Radyoloji Enstitüsüne gönderildi.

Penetre olmuş enflitre ve kallö bir ülser olarak müdahale esnasında tahmin ettiğimiz bu delinmiş pyesin anatomo-patolojik muayenesinde adeno-karsinom olduğu görülmüştür. Arka cidara açılmış, yayılmış olan bu proses ayrıca da öne doğru seyrini takip ederek, tümörün serozayı delip perfore olması görülmektedir. Bu kadar ilerlemiş bir mide adeno-karsinomda zayıflama, anemi kanama, istihasızlık gibi tezahürat görülmemiştir. Bu observasyonu, anatomo-patolojik muayene lüzumu ve ehemmiyetini bir kerre daha göstermesi bakımından, neşrini uygun bulduk.

PRATİK İÇİN KISA TEDAVİ NOTLARI

Toplayan: Dr. Saliha Yalçın

Hipertansiyonda kafein'in tesirini araştıran Sebük, bu maddenin beyin merkezlerinin deveranını kolaylaştırmak suretiyle bilhassa esansiyel hipertansiyon vakalarında kan tazyikini düşürdüğünü müşahede etmiştir. Müellif 43 hastaya ağızdan 0,05 - 0,01 gr. kafein verdikten sonra her 10 dakika da kan tazyikini kontrol etmiş ve 2-3 saat hastaları müşahede altında tutmuştur. 32 esansiyel hipertansiyon vakasının hepsinde kan tazyikinin düştüğünü tesbit etmiştir. Bu düşme ortalama 37 mm. bir kıymeti bulmaktadır. Azami düşüklük seviyesi kafein verildikten 40-50 dakika sonra meydana çıkmakta ve 100 dakika devam etmektedir. İki renal hipertansiyonda kan tazyiki yükselmiştir. Normal kontrol şahıslarının büyük bir kısmında tansiyon düşmüş, az bir kısmında ise yükselmiştir. (Dtsch. Med. Wschr. Nr. 33/34, 1950).

Kolin'in lipotrop tesirinden **koroner sklerozu vakalarında** da istifade edilmiş ve koroner arterlerindeki ateromatö vetire üzerinde müsait bir tesir yaptığı fark edilmiştir. Bilhassa enfarktüs geçirmiş hastalara 1 - 3 sene, her gün 1, 2 gr. kadar verilmiş ve bunlarda mortalite kontrol vakalara nazaran çok düşük bulunmuştur (Morrison - Gonzulez, Dtsch. med. Wschr. Nr. 43, 1950).

Pigment çoğalması olmayan Morbus Addison vakaları müşahede eden Hedinger, sürrenal tüberkülozuna bağlı olduğunu otopsi ile teyid ettiği 4 vakasında, hastalık için okadar karakteristik olan renk koyulaşması ârazının hiç görülmediğini bildirmektedir. Bunlar sarışın ve beyaz ciltli kimselerdi ve ciltlerinde pigmantasyon kabiliyeti hiç yoktu. Bu vakalar, Morbus Addison'da koyu kahverengi husulünün patolojik bir pigmantasyon neticesi olmadığını, bu hastalarda esasen mevcut olan pigment teşekkülü kabiliyetinin artmasından ileri geldiğini göstermektedir. Onun içindir ki, cildi pek beyaz ve boya husulüne elverişsiz kimselerde sürrenal korteksinin yetersizliğine işaret olan sair ârazlar mevcut olduğu takdirde pigmantasyon bulunmayışı Addison hastalığı teşhisini nakz etmez (Schw. med. Wschr. Nr. 19, 1950).

Şıryan tazyiki regülasyonunda sodyum ve albuminli maddelerin rolünü araştıran Lichtwitz ve arkadaşları, 3 sene devam eden klinik müşahede ve çalışmalardan sonra şu neticeye varmışlardır : Bilhassa eviye tegayyürleri mevcut olan vakaların üçte birinde gıdalardan tuzu çıkarmakla tansiyon düşmektedir. İnsanlarda tuz ve Désoxycorticostéron'un birlikte verilmesi halinde her zaman ödemlerle müterâfik tansiyon yükselmesi olmaz, bazan da devamlı, ödemsiz, «kuru» hipertansiyon şekli teessüs eder. Bu hipertansiyonun husulünde sodyumun su metabolizmasına olan tesiri tek sebep değildir, burada sodyumun doğrudan doğruya kan tazyiki regülasyonu üzerine yaptığı bir tesir de vardır. Onun içindir ki, bilfarz Morbus Addison-

da Désoxy-cortico-stéron ile ekstrasellüler su depoları tamamen doldurulduğu halde dahi kan tazyiki yükselmez. Keza tuzsuz diyetle aşıkâr bir su kaybı görülmezsiniz de kan tazyikinin düştüğü vardır. Müellifler, hipertansiyon husulünde sodyum, potasyum ve protein maddelerinin kıymetini münakaşa ve bazı tansiyon yükseklerinde sürrenal korteksi steroidlerinin iştirakini hesaba katarak «Lipoidden fakir bir diyet» tavsiyesinin de doğru olabileceğini kabul etmektedirler (Kngsrzn-trlbt. f. inn. Med. Bd. 127, 1/2, 1950).

Karaciğer yağlı istihalesinde B₁₂ vitamini ile tedavi tavsiye olunmaktadır. Hayvan tecrübelerinde fazla miktarda yağ vermek suretiyle karaciğerde yağlanma husule getiriliyor. Aynı zamanda kâfi miktar B₁₂ vitamini verilirse bu yağlanmaya mâni olunuyor. Şu hale göre bu madde yağ metabolizmasını tenbih ediyor gibidir. Birçok degeneratif hastalıklar fazla bir yağ husulü ile müterâfik olduğundan B₁₂ vitamininin arteryoskleroz, hipotiroidi, diyabet tedavisinde de yeni ufuklar açacağı zannedilmektedir (Ars medici Nr. 2, 1951).

Karaciğer hastalıklarında albumin tedavisi hakkında Siebeck kliniğinden çıkan bu yazıda Anglosakson neşriyatında tercihan hayvan tecrübelerine dayanan proteini bol gıda prensibi ile Epinger'in karaciğer hücrelerini koruma esasına dayanan proteini tahdit prensiplerinin esasları karşılaştırılmış ve şöyle bir neticeye varılmıştır: 1) Had karaciğer hastalıklarında, atrofilerde proteini bol gıda ile ve asid aminelerle işe başlamakda daha ihtiyatlı olmalıdır. Hastalıklı karaciğerin ara metabolizma üzerindeki nâzım tesirini (Amino asidlerin dezamine oluşu ve üre teşkili) yolunda yapamıyarak toksik mahsullerin (Histamin cisimleri) çoğalmasına sebep olacağını ve bundan bizzat karaciğer nescinin de zarar göreceğini burada unutmamak hayırlı olur. Bu hatalı metabolizmanın methioninle bertaraf edildiğine dair kanaat verici müşahedeler azdır. Buna mukabil burada sürrenal korteksi preparatlarının gerek mineral metabolizmayı gerekse albumin ara mahsullerinin düzelmesini temin etmek suretiyle müsait tesir ettiği kanaati vardır. 2) Buna mukabil, daha ziyade kronik çeşnide olan vakalarda albumin ve aminoasid tedavisinden istifade etmek düşünülmelidir. Bilhassa lipotrop cisimlerin fonksiyonları belli olduktan, ve gerek hayvan tecrübelerinde gerekse klinikde bunlardan faydalı neticeler alındıktan sonra kronik seyre giden karaciğer hastalıklarında artık albuminli gıdalar verişde eskisi kadar cimri davranmak hayırlı olur. İşi vakanın hususiyetine göre idare etmek lâzımdır (Büchmann-Schulze-Bschoff, Dtsch. med. Wschr. Nr. 50, 1950).

Diyabet takibinde kan kolesterini seviyesine büyük bir kıymet verilmektedir. Filhakika diyabette hiperkolesterinemi oldukça sabit bir ârazdır.



FARBWERKE HOECHST

vormals Meister Lucius & Brüning
Frankfurt (M) - Höchst/Almanya



MÜSTAHZARLARINDAN TAKDİM EDER :

- | | |
|------------------------------------|----------------------------------|
| ASPASAN, damla 10 cc. | NOVALGİN, tablet ve ampul |
| BİOFERRİN, Şurup 200 cc. | NOVALGİN-CHİNİN, draje |
| CANTAN, tablet ve ampul | NOVOCAİN-CORBASİL «E» %2 ampul |
| CASBİS, ampul (Kızılay) | NOVOCAİN-CORBASİL «M» %4 ampul |
| CASBİS, solüsyon " | NOVOCAİN-SUPRARENİN «E» %2 Amp. |
| CHOLEFLAVİN, perl | NOVOCAİN-SUPRARENİN «M» %4 Amp. |
| CORTENİL, ampul | OMNADİN, ampul |
| DEVEGAN, tablet | PANFLAVİN, pastil |
| DOLANTİN, Tabl. Amp. (Toprak Ofis) | PANTOCAİN, ampul ve toz |
| DOLANTİN, damla 10 cc. " | PRELOBAN, draje |
| DOLANTİN, süposituar " | PYRAMİDON, tablet 0,1 ve 0,3 gr. |
| ELİTYRAN, tablet | RİVANOL, toz |
| FESTAL, draje | RİVANOLETEN, tablet |
| GARDAN, tablet | NEO-SALVARSAN, kuru ampul |
| HEMODAL, tablet ve ampul | SOLU-SALVARSAN, ampul (Kızılay) |
| HYPOPHYSİN, ampul 3 ve 10 VÜ | SALYRGAN, ampul |
| LACARNOL, ampul | SPIROCİD, tablet (Kızılay) |
| LACARNOL, damla 20 cc. | SUPRİFEN, ampul %1, damla %10 |
| LUBİSAN, granül | TONOPHOSPHAN, ampul forte tablet |
| LUTREN, ampul | TRYP AFLAVİN, ampul %1/2 ve %2 |
| MELUBRİN, tablet ve ampul | TUMENOL-AMMONİUM, 25 gr. |
| | TYPHORAL, draje |

Türkiyede yegâne satıcısı:

Ali Nuri ve Şeriki - P. K. 1435 - İstanbul

Kala-Azar'a karşı
Spesifik
ANTİMONLU YENİ TEDAVİ

GLUCANTIME
(2168 R.P.)

ANTIMONATE DE N-MÉTHYLGLUCAMINE

Yersel ve genel mükemmel tahammül

1.50 g. DOZUNDA 5 cc. lik
10 AMPULÜ HAVİ KUTULAR

ADALE İÇİNE DERİN ZERKLER

GÜNLÜK ORTALAMA DOZ : KİLO BAŞINA 0.10 g
1 seri 12-15 zerkten ibaret olup, 15 gün istirahatten
sonra tekrarlanabilir.

Türkiye Müessili :
NECİP AKAR ve TÜRKÂN AKAR
KOLLEKTİF ŞİRKETİ

P. K. : 840
İSTANBUL

RHÔNE



POULENC

Yıl: 17, No: 4

Bilhassa iyi kontrol edilmeyen diyabet vakalarında kan kolesterini daima pek yüksek seviyeleri (%400 mg.) bulur ve bunun arteriyoskleroz, katarakt, ksantom, safra taşı, füronküloz gibi komplikasyonların mütalâasında büyük kıymeti vardır. Diyabetli hastalarda insulinin yağ metabolizmasına tesiri çok barizdir. Halbuki insulini normalde böyle bir tesir göstermez. Umumiyetle diyabetli bir hastanın klinik durumunun tayininde kolesterinemi'nin verdiği işaret, kan şekerininkinden çok daha emniyetlidir (Glisemi kıymetleri daha oynaktır ve bir defalık muayeneler için daha elverişsizdir). Kan kolesterininin düşük (%100 mg. dan aşağı) bulunduğu vakalarda pronostikte ağır mahiyet taşıyan komplikasyonlar (Tüberküloz, septik intanlar..) düşünülmalıdır (Med. Kl. Nr. 32, 1950).

Boden ve Lauden, **Botal kanalının açık kalmasında Corrigan nabızı** alındığına işaret etmektedir. Ductus arteriosus apertus denilen bu vakalarda ekseriya kan, her takallus esnasında aortadan pulmonalise kaçtığı ve diyastolde geriye tepdiği için sistolik ve diyastolik tansiyonlar arası açılır. Amplitüdün bu açıklığı ile birlikde Corrigan nabızı alınır. Aort kifayetsizliğinden ayıran şu hususiyeti vardır: Aort kifayetsizliğinde hareketten sonra diyastolik tansiyon az çok yükselir ve amplitüd azalır. Açık kalmış olan Botal anomalisinde ise diyastolik tansiyon daha fazla düşer (Schw. med. Wschr. Nr. 44, 1950).

Hemokromatoz ile diğer sirozlar arasında kan tablosu bakımından değişiklikler görülmektedir. Büchmann ve Schenz pigment bozukluğu göstermeyen sirozlarda çok defa az çok bariz bir anemi tablosu bulunmasına mukabil hemokromatoz vakalarında kan tablosunun daha ziyade normal kıymetler gösterdiğine işaret etmektedirler. Bunun iki sebebi vardır: burada sair sirozlarda rastlanan hemoliz tezahürlerinin olmayışı ve vücutta kemik iliğine daima yetecek ölçüde demir yedeğinin mevcut bulunmasıdır. (Dtsch, med. Wschr. Nr. 25, 1950).

Sulfate de quinine ile kramp tedavisinden iyi neticeler alınmaktadır. Geceleri baidırlarındaki kramptan şikâyet eden hastalar, günde 2 defa verilen 0,20 gr. sulfate de quinine ile tedaviden çok istifade etmekte ve 10 haftalık bir tedaviden sonra kramplar tamamen kaybolmaktadır (Ars. medici Nr. 1, 1951).

Trigeminus neyraljisinde uyku tedavisini tecrübe eden Zadar, 5 vakada somnifen kürü ile şifa temin etmiştir. Bu kürde 10 gün, günde 3-4 ampul somnifen tatbik edilmektedir (Ars. medici Nr. 2, 1951).

Fokal infeksiyonların röntgen şua ile tedavisinden alınan neticelerin çok iyi olduğu bildirilmektedir. 20 senedenberi tonsillitlerde radyoterapi tatbik eden Hedfeld Amerikalılar gibi %90 değilse de gerek akut gerekse kronik vakalarda iyi neticeler alındığını kaydetmektedir. Fokal enfeksiyon bakımından şua tedavisi hemen hemen tonsillektomi kadar faydalı görülmüştür. Röntgenin buradaki tesiri nesicelerde iyon konsantrasyonunu değiştirmesi, terminal nöro-retikulumda ve lokal deveran şartlarında değişiklikler yapmasındandır (Kngs-znttbl. f. inn. Med. Bd. 127, 3/4, 1950).

Bronkial astmanın alkalilerle tedavisini tecrübe eden Ludwig Lazarovitz iyi neticeler aldığını bildirmektedir. Daha evvel bronkial astma tedavilerinden fayda görmemiş olan 20 hastada ağız yolu ile bol miktar alkali tatbikinden remisyona safhaları elde edilebilmiştir. Uzunluğu değişik olan bu fasılalarda dispne ve öksürük olmamıştır. Astmalıların bir kısmında yedek alkalinin azalmasının nöbetlerin zuhurunu kolaylaştırdığı fikri müellifleri bu tedaviye sevk etmiştir. Natrium hydrocarbonicum, natrium citricum neutral, calcium carbonicum ve diğer bazı kalevi tuzların şahsa göre değişik nisbetlerde karışımından ibaret olan ilâcın günün saatlerine müsavi miktar taksim edilerek alınması tavsiye olunmaktadır (Wien. Kl. Wschr. Nr. 46, 1950).

Kobalt klorid ile 20 hipokrom anemi vakası tedavi eden Dittrich, bunların 18 inde kan tablosunun normal kıymetleri bulunduğunu müşahade etmiştir. Günde 200 mg. saf kobalt kloridi ağız yolu ile veriyorlar. Bu dozun onda biri entrafenöz olarak verilebiliyor. Bilhassa kronik enfeksiyon ve tümörlü hastalarda görülen toksik anemilerde tavsiye edilmektedir. Kobaltın bir taraftan hücre fermentlerini bloke etmek, diğer taraftan oksijen ihtiyacını arttırmak suretiyle tesir ettiği zannedilmektedir. Böylece yüksek irtifadake benzer bir oksijen eksikliği husule gelmekte ve uzviyet buna kan katalazlarını yükseltmek ve eritrosit sayısını arttırarak cevap vermektedir. Kâfi miktar demir mevcut olursa (hastaya aynı zamanda demir vermekle veya R.E.S. den mobilizasyonla) eritrosit sayısına muvazi olarak hemoglobin teşekkülü de artmaktadır (Wien. Kl. Wschr. Nr. 46, 1950).

İnsulinle psoriasis tedavisinden iyi neticeler alındığı, bazı muannit vakaların günlük ufak insulin dozları ile iyileştikleri bildirilmektedir. Müteaddit defalar bu netice alınmışsa da tesir mekanizması henüz aydınlatılamamıştır (Ars. Medici Nr. 1, 1951).

Dr. Saliha Yalçın

REFERATLAR

Spastik bronşitte ilâçla müessir bir tedaviye dair : (Dr. E. Russ; Kinderaerztliche Praxis 1951, sene 19, No: 2, s. 30). 52 spastik bronşit vak'asında Eupaco enjeksiyonları ile elde edilen neticeler bildirilmektedir. Müellif, bilhassa diğer tedavi şekillerini takviye için bu ilâcın çok faydalı olduğunu ve Eupaco'yu tercihan adale arasına zerketmek suretile kullanmıştır. 1 Eupaco ampulünde 0,03 gr. Eupaverine ve 0,0005 gr. sulfate d'atropine vardır. Atropin, bronşları daraltıcı tesiri olan vagusu felceder, Eupaverine ise doğrudan doğruya tonüsü azaltmak suretile bronş adalelerinin spazmını ızale eder. Müshahede daha ziyade bir yaşına kadar olan süt çocukları üzerinde yapılmıştır. Miktar olarak vücut sıklığı 4000 gr. dan daha az olan süt çocuklarına 0,2 cc., 4000 - 6000 gr. arasında olanlara 0,3 cc., 7000 gr. dan fazla olanlara 0,4 cc. Eupaco bir defalık doz olmak üzere adale arasına zerkedilmiştir. Günlük miktar, vak'anın ağırlığına göre seçilmiştir; 24 saat zarfında 3 ten fazla enjeksiyona ihtiyaç hasıl olmamıştır. Nüküsleri önlemek üzere enjeksiyonlara üç gün devam edilmiştir.

Çok defa tek bir enjeksiyondan sonra tesir görülür, teneffüs yavaşlar, nefes darlığı ve spazmodik öksürük kesilir, muhiti kan deveranı düzelir ve çocuklar sükûnet bulur. Tâli belirti olarak tek tük vak'ada cildte kızarıklık görülmüş, toksik belirtilere rastlanmamıştır.

Spastik bronşite müptelâ olan sütçocuklarının ekserisi raşitik olduğu için, müellif Eupaco ile birlikte D₂ vitamini de verilmesini tavsiye etmektedir.

Pratikte tam aritminin (Atrium Fibrillasyonu) Digitoxine ile tedavisi: (Dr. Jörgen Schmidt-Voigt; Münchener Medizinische Wochenschrift 1951, No. 9, sütun 422). Müellif, Digitoxine'in tedavi sahasına ithalini, mühim bir yenilik addediyor. Kendisi müstahzarı uzun bir müddet kullanmıştır. Bu suretle klinikte ve ayaktan hasta tedavisinde elde ettiği çok müsait neticelere istinaden genel pratikte Digitoxine'in mümkün merteye geniş bir ölçüde nazarı itibare alınması lâzımgeldiğini kabul etmektedir. Kullanış yerleri arasında her türlü adalı kalb yetmezlikleri mevcuttur. Günlük pratikte en mühim kullanış yeri olarak müellif, atrium fibrillasyonunun takikardik şeklini (nabız sayısı 100 den fazla) zikretmektedir. Digitoxine Merck emin bir surette ve derhal nabız adedini düşürmekte ve deveran dinamiğinin pek tehlikeli olan bozukluğunu sür'atle bertaraf etmektedir.

Digitoxine tedavisine başlamak için hücum tedavisi şarttır. Şahsa göre ayarlanacak olan başlangıç miktarı, 0,8 ilâ 1,2 mgr. arasında tahavvül eder; bu miktar, ayaktan tedavi edilen hastalarda ilk 24 saate taksim edilerek verilir. Tesir ekseriya 10 - 12 saat sonra nabız adedinin sür'atle azalması ile kendisini belli eder. Tedavinin devamı için diürez ve nefes darlığı üzerindeki tesirine göre hareket edilir. İlk hücum dozundan sonra genel olarak sırasıyla 0,6 mgr. (2 nci gün), 0,4 mgr. (3 üncü gün), 0,2

mgr. (4 üncü gün) ve nihayet 0,1 mgr. a kadar inilir. Nabız adedi dakikada 70 - 80 e düştüğü zaman idame tedavisine geçilir. Elde edilen muvaffakiyeti muhafaza için buna mutlak lüzum vardır; bilhassa ayaktan tedavide bunu nazarı dikkate almak lâzımdır. İdame dozu için de hastaya göre değişen bir şekil tavsiye edilmektedir. Burada kaide, mümkün olduğu kadar küçük bir miktarla, elde edilen normal nabız adedini muhafaza etmektir. Genel olarak 0,1 mgr. = 1 tabletlik günlük miktarlar kâfi gelmektedir; daha az miktarlar da kâfi gelebildiği gibi daha yüksek miktarlara da lüzum hasıl olabilir. Müellif, **Spang ile Obrecht** ve keza **Veh** ile mutabık olarak, verilen miktar doğru bir şekilde tespit edildiği takdirde, zararlı tâli tesirlere şahit olmamıştır. İlacın miktarının fazla gelmesinden mütevellit belirtiler, Digitoxine bir gün müddetle kesilecek ve ertesi gün daha küçük dozlarla (0,05 - 0,1 mgr.) tedaviye devam edilecek olursa, sür'atle kaybolur.

Müellif, Digitoxine tedavisinin kıymet ve ehemmiyetini meydana koyacak olan ve birçok benzerleri için bir misal teşkil eden 2 vak'ayı bildirmekte ve neticede şu hükme varmaktadır: Son on senedenberi Digitoxine'e, emniyet ve iyi tesir bakımından yakın olan ikinci bir kalb ilâcı bulunmuş değildir. Bilhassa nabız adedini düşürücü spesifik tesiri bunu, tam aritminin (atrium fibrillasyonu) takikardik şekli için pek uygun bir hale getirmektedir. Bu esnada etraflı bir şekilde mütalâa edilen ve idaresi kolay olan dozajı sayesinde müstahzar, bilhassa genel pratikte elverişli ve tavsiyeye şayan bir ilâç olarak kabul edilmektedir.

Glokomda Rutine (Birufane) : (The Chemist and Druggist, 24 Ocak 1943, S. 112). Glokom'da Rutine'in kıymeti, haftalarca ağızdan verilen yüksek miktarda Rutine'in, ada tavşanında gözün kan-su barajının permeabilitesi üzerine tesirini tetkik eden Stocker (Archives of Oftalmology, 1947, 37, 586) tarafından tespit edilmiştir. Stocker, birçok glokom vakalarında bir miyotik ile birlikte ağızdan Rutine vermek suretiyle, yalnız başına miyotik bir ilâç kullanılan vak'alara nazaran tazyiki daha müessir bir şekilde indirmekte olduğunu bildirmektedir.

Dicoumarol'den ileri gelen damar bozukluklarının Rutine ile önlenmesi ve bilhassa Tromboemboliden korunma bakımından mütalâası: (P. Mattis; Deuts. Med. Woch. 1949, No: 51/52, s. 1576). Dicoumarol'den ileri gelen hipoprotrombemi halini izale etmek için en iyi vasıta, kan (plazma) transfüzyonudur. Fakat bu suretle kapiller bozukluğu üzerine müessir olunamaz, veya olursa bile bu tesir kâfi değildir. Bunun için müellif, rutine'i denemiştir. Literatürde mevcut malûmata nazaran bu madde, yükselmiş olan kapiller permeabilitesini azaltmakta ve azalmış olan kapiller mukavemetini de normal bir hale irca edebilmektedir. Kapillerleri normal bir vaziyette olan ve kapiller filtratı, kilo başına 0,005 gr. dicou-

marol verildikten sonra %4 - 6 protein ihtiva eden sağlam insanlara verilen yevmiye 200 mgr. rutine' (Birutane) 6 günlük tatbikattan sonra dicoumarol'ün kapiller cidarı üzerine zarar verici tesirini ekseri vak'alarda ortadan kaldırdığını ve geri kalanlarda ise tahdid edebildiğini, bu travaydaki cetvellerde görülmektedir. Biraz daha yüksek olan dicoumarol dozları verildiğinde (kilo başına 0,006 gr.), rutine ile yapılan 10 günlük bir hazırlık devresinden sonra, pratik olarak kapillerlere zarar verici hiçbir tesir görülmemiştir.

Kapiller permeabilitesi yüksek olan hastalarda, dicoumarol verilmesine rağmen, rutine ile elde edilen normal permeabilite bir iki vak'ada bir müddet devam etmiştir. Bütün diğerlerinde vaziyetin kısmen ehemmiyetli bir derecede düzeldiği, yani kapiller filtratında protein miktarının azaldığı tespit edilmiştir. Rutine ile tedavi edilen bu hastalarda kapiller permeabilitenin yükselme alâmeti olan mikrohematüri hiç görülmemiştir.

Bu vak'alarda rutine'in miktarı, ağızdan veya zerk yolu ile 200 mgr. olarak intihap edilmiş ve bu, **Birutane** şeklinde verilmiştir. Tahammülsüzlük belirtileri görülmemiştir, hattâ bazen başka maksatlarla tatbik edilen çok yüksek miktarlarla (400 - 800 mgr.) dahi böyle bir hal vukua gelmemiştir. İlaç kesildikten muayyen bir müddet sonra rutine'in koruyucu tesiri artık tespit edilememektedir, yani yeniden dicoumarol verildiğinde hastalar buna, kapiller permeabiliteyi yükseltmek suretile cevap vermişlerdir.

Bundan başka rutine, antiallerjik tesiri dolayısıyla, heparine ve sentetik héparine müstahzarları ile yapılan tromboz profilaksisi esnasında bazen meydana çıkan anafilaktik tezahürlere de iyi tesir eder. Fakat buna dair kat'î bir hüküm vermek henüz mümkün değildir.

Dicoumarol'den ileri gelebilecek olan kapiller bozukluklarının profilaktik rutine tatbikatı ile önlenmesinin ehemmiyeti büyüktür. Çünkü birçok hastalarda ve bahusus hipertansiyonlular, arteriyosklerozlular ve şeker hastalarında zaten bir kapiller frajilitesi veya bir kapiller bozukluğunun mevcut olduğu kabul edilebilir; dicoumarol verilince bu daha da kötüleşir. Münasip bir şekilde rutine tatbikatı ile, dicoumarol'ün kontrendikasyonlarının da aşılıp kullanış yerlerinin daha fazla tahdid edilmesinin önüne geçmek, hattâ dicoumarol tatbikatının tehlikeli gibi görüldüğü hallerde bile rutine'i profilaktik olarak kullanmak imkânı hasıl olmaktadır. Rutine'in, Plungian ve mesai arkadaşları tarafından tespit edilen pıhtılaşmayı hızlandırıcı tesiri, müellifin müşahedelerine göre, tromboamboli profilaksisinde, kapillerlerin sıklaştırılmasından elde edilen faydaya halel getirecek kadar kuvvetli değildir.

Dr. A. M. A.

Jinekolojide tatbik edilen depo hormon tedavisi : (Göttinger; Avusturya Tıp Kongresinin 10/1/1951 toplantısında tebliğ edilmiştir). Diğer hormonların aksine olmak üzere, tenasül guddeleri müessir maddelerinin günler ve haftalarca süren sanit ve devamlı tesirleri karakteristiktir. Follikül

ve luteum hormonu şeklindeki müessir maddeler senelerdenberi mevcut olduğu halde, ancak son senelerde, depo tesiri sayesinde müessir bir sübstüsyon tedavisine imkân veren bir tatbik şekli bulunabilmiştir. Önceleri kullanılmış olan, implantasyona mahsus, saf maddeden müteşekkil tabletler, tesirlerinin uzun müddet (2 ilâ 3 ay) devam etmesi dolayısıyla halen ancak uterusu olmayan kadınlar için endikedir. Kabili zerk kristal süspanسیونların tatbikatı basit olduğu için ehemmiyetli bir terakkî yaratmıştır; fakat bunların istimali de yukarıda zikredilen tahdide tâbidir. En yeni ve en iyi bir depo müstahzarı olan Dépôt-Oestroménine Merck, kabili zerk olması ve bir âdet devresi için lüzumlu tesiri haiz bulunması gibi faydaları bir araya toplaması dolayısıyla tercih edilmektedir; birikme tehlikesi de mevcut değildir.

Gebelik toksemisi ile fütal ovarial faaliyet arasında ilgi : (Govan ve Mukherju Journ. Obst. Gyn. Brit. Emp. Ağustos 1950). Normal gebelerden ölü doğan 33 ve toksemi gravidikli anneden ölü doğan 25 kız çocuğun overlerini inceleyen müellifler, normal gebeliğe ait 29 çocuğun yumurtalığında hiçbir faaliyet, ikisinde hafif bir maturation başlangıcı, ikisinde de luteinisation'suz maturation (hydramnios'lu kadınlar) tespit etmişler. Toksemi'li kadınlara ait 25 ölü çocuktan 23 ünde folliküllerde maturation (münteşir folliküllü 5, daha ileri maturation'lu 6, kistik ve atretik folliküllü 7, ve luteinisation'lu gene 7 vak'a) bulmuşlar. Yumurtalıklardaki bulgularla gebelikteki toksemik durumlar karşılaştırılarak mukayese edildikte: Maturation'un en ileri olduğu vak'aların en ağır gravidik toksikozlara tekabül ettiği anlaşılmıştır. Tespit edilmiş olan bu değişikliklerin, genel olarak toksemilerde anne kanında yüksek miktar ve nispette bulunan gonadotropinlerin tesiri ile husule geldiği kanaatini vermektedir. Araştırmalar, toksemilerde, anne kanında yüksek nispette mevcut olan gonadotropinlerin (koryonik) olmayıp, (hypophysaire) olduklarını göstermiştir.

Osteopathia endocrinica: (Burckhard - Zocin. Geb. u. Frauenh. Temmuz 1950). Bazı kemiklerin, osteomalaside olduğu gibi, röntgen ışınlarının geçmesine elverişli bir hal almasıyla muttasıf patolojik bir durumu incelenmiş olan müellif (Osteopathia endocrinica) ile osteomalasi'nin yakınlığını hattâ daha ileri giderek bu iki patolojik hali aynı hastalığın ayrı safhaları olarak kabul etmektedir. Hastalığın husulünde hipofiz, tiroid, paratiroid, timus ve bilhassa sürrenallerin başlıca rol oynadıkları malumdur.

Hastalar pek kısa zamanda önemli yorgunluk, çok büyük bir depresion, oligomenorrhée ile müterafık dysmenorrhée, veya amenorrhée, firigidité ve disparoni dolayısıyla hekime giderler. Sternum, 5. ile 8 inci dorsal vertebraların dikensel çıkıntılarının, apofiz korakoidin, alt çenenin, ense kaslarının kafaya irtikâz yerlerinin tazyikle ağrması gibi ârazın mevcudiyeti ile hastalık teşhis edilir. Vakaların %85 inde kandaki kalsiyum (Calcémie) yükselmiştir (vasatı olarak %14 - 15 tir). Müellif,

gebelikte dahi tamamiyle zararsız olarak %0,1 adrenalin solüsyonundan haftada 3 defa 0,5 cc. adaleye şırınga edilmesini tavsiye ediyor. Bir kür 10 - 12 enjeksiyondur. bilâhare lüzum hasıl olacak olursa aynı kür tekrarlanır.

Koriyonepiteliyoma'ya tahavvül etmekte olan bir mol hidatiformdan tecrid edilen virus filtran : (Roland De Ruyk - Bull. ass. fr. p. l'ét. du cancer, No.1, 1951). Koriyonepitelyomaya tahavvül eden bir mol hidatiformdan elde edilen (Ultrafiltrat) tavuk embrionunun korioallantoidien zarına inoküle edildikte, makroskopikman amnios zarının mol hidatiforma benziyen vezikülöz bir kitle halini (ceninde görülen sarkomatöz tipte tahavvülâtan başka) aldığı görülür. Fötüs ile amnios zarında husule gelmiş olan bu tahavvüllerin, müteakip pasajlarda birçok tavuk embrionlarında aynen görüldüğünü müellif bildiriyor. Elektronik mikroskopla yapılmış olan incelemelerin neticesi de bu patolojik durumların virutik tabiatini takviye etmektedir. Biri koriyonepitelyoma ile ihtilât etmiş, diğeri etmemiş ve tavuk embrionunun amniotik zarında, (inokülasyon neticesinde husule getirilen vesiküllerde) aynı tipteki korpüsküllere rastlandığına göre bu âfetlerin husulünde (Filtrabl bir intan âmilinin) mevcudiyetini kabul etmek icap etmektedir.

Gebelikte methionin : (Philpott ve çalışmaları. Deutch. med. Woch. No: 14, 1949). Gebelikteki toksikozlarda, preeklampsi ve eklampside husule gelen karaciğer lezyonlarının tedavisinde ve hepatorenal sendromların hâkim bulunduğu doğum şoklarında diğer tedavilerle birlikte günde 5 - 10 gr. Methionin glüköz solüsyonu içerisinde hastalara vermekle karaciğer lezyonlarının daha çabuk geçtiğine, bu organın sür'atle dezen-toksikan vazifelerini yapabildiğine kani bulunduğunu bildiriyor.

Soskin testi ve gebelik : (P. Madilhac - Obst. Gyn. No. 1, 1951). Son iki senelik neşriyat, gebelik başlangıcında tatbik edilen prostigminin tehlikeleri üzerine ehemmiyetle dikkati çekmektedir. Dalsage, Chosson, Petit ve Dumont'un vak'alarında, Soskin'in tarifati dairesinde tatbik edilmiş olan prostigmin yalnız birkaç gün süren uterus kanamalarına sebep olmuş, fakat gebeliğin normal evlüsyonunu bozmamış ise de (Bilindiği gibi Soskin testinde üç gün sıraya günde bir defa bir ampul prostigmin şırınga edilince gebe olmayanlarda uterus kanaması görülür, gebelerde kanama olmaz, halbuki yukarıdaki zevatin vak'alarında kadınlar gebe oldukları halde birkaç günlük kanama olmuştur.) yüksek dozlarda veya günde iki defa yahut epeyce günler tatbik edildikte avortmana sebep olmayacağını kimse temin edemez, diyor ve bunu teyid eden 38 yaşındaki Mme. S... e ait vak'ayı zikrediyor.

İdrarda histidinin mevcudiyetini tespit suretiyle gebelik teşhisi: (B. Dumont ve A. Richard - La Presse medicale 13.5.1950). Normal kadın idrarı ile (Histidine) çıkmaz, gebelerde ise bu madde it-

rah edilir. Preeklampsi ve eklampside histidin idrarda kaybolur. Müellifler (Histidinurie) ile ilk 3 ayda %92 nispetinde gebeliğin teşhis edilebileceğini bildiriyorlar. Kapeller - Adler'e göre de gebeliğin son 3 ayında idrarda histidine'in kayboluşu (toksikoz gravidik'e) delâlet eder.

Normal ve toksemik gebeliklerde histidin ve histaminin metabolizması : (Mme. Kapeller - Adler «Edinburg» Belçika Kırallığı Jinekoloji ve Doğum Cemiyetinde tebliğ edilmiştir. - Mayıs 1951). 1 — Normal insaniarda histidinüri yoktur. 2 — Gebelerde, normal seyrini takip ettiği müddetçe histidinüri vardır. Hattâ %97 nispetinde gebeliğin teşhisine yarayan bir testdir. 3 — Gebelik toksikozunda, toksikozun derecesiyle mütenasip olarak plasenta ve serumun (histidinazik) kudret ve faaliyeti azalır. Bu yüzden idrarda histidin azalır veya kaybolur. 4 — Takip edilen bir gebede (histidinürinin) azalması gebelik toksikozuna, kaybolması ise (ağır toksikoza) delâlet eder. 5 — Tabii östrojenler histaminazın tesirini arttırır, - en müessiri östradiol'dur - sentetik olanlar ise (inhibe eder). 6 — Muhtelif gonadotropinler histaminazın tesirini inhibe etmektedir. 7 — Bir gebelik normal seyrini takip ederken gonadotropinler artar, östrojenler azalacak olursa, yani gebelikteki hormonal denge, gonadotropinler lehine, östrojenler aleyhine bozulacak olursa histaminaz tesir ve kudretini kaybediyor, histidin idrarla dışarı atılmıyor ve gebelik toksikozu husule geliyor. 8 — O halde bu mü-lâhazalara dayanarak gebelik toksikozlarının (tabii östrojenler) le tedavi edilebileceği ihtimali ortaya çıkıyor.

Gebeliğin ilk 3 ayında kan ve idrarda korionik gonadotrofinler : (A. R. Smith, A. Albert ve L.M. Randall Amer. J. Obst. Gyn. Mart 1951). Kadının kirlenmeye başladığını günden itibaren sayılınca 24 - 40 günler arasında, 24 saatlik idrarda 1000 ilâ 5000 U.İ. ve 1 cc. serumda ise 10 - 50 U. İ. korionik gonadotrofin bulmuşlardır. Bu miktarlar, en yüksek seviyesi 70 güne rastlamak üzere 40 - 90 günler arasında artmaktadır. 90 günden sonra idrardaki miktar 2000 - 15000 U.İ. arasında, kandaki miktar da 10 - 100 U.İ. arasındadır. Müellifler, kan ve idrardaki gonadotrofin dozajlarıyla, beklenmekte olan âdetten 5 gün evvel kadının gebe olduğunu teşhis ve tesbit edebildiklerini, ortada hiç bir sıkıt tehdidi yokken, gonadotrofin seviyesinin birden düşmesi ile abortusun vukua geleceğini önceden anlayabildiklerini ve gebelerde bulantı veya kusmaların gonadotrofinlerin kanda artması ile zuhur ettiğini bildiriyorlar.

Gebelik ve lohusadaki protrombin : (Olwin H. Allen E. ve All, Amer. J. Obst. Gyn. Aralık 1950). 9 aya kadar ayda bir, 9 aydan miadına kadar her hafta, lohusalıkta ilk üç günde 54 kadında yaptıkları protrombin muayenelerinde: İlk 3 ayda umumiyetle normalden az düşük, onu takip eden 6 ayda hafif bir yükseliş, doğuma tekaddüm eden haftada nispi azalma ve doğumu takip eden ilk günlerde yeniden yükselme kaydedilmiştir. Müel-

lifler bunu uzviyeti kanamaya karşı korumak üzere husule gelen bir hal olarak kabul ediyorlar.

Sıtma ve gebelik: («Saigonda» Le Van Hung Revue du Paludisme 15/4/1951). Muayene edilen 1255 gebeden 135 sıtmalı tespit edilmiş ve tetkikat sonuçları aşağıda hülâsa edilmiştir:

1 — Gebelik sıtmanın nüksünü kolaylaştırır. Nüksler en çok son 3 ayda görülür. 2 — Lohusalıkta nüksler bir kat daha artıyor ve en çok doğumdan 3 - 4 gün sonra kendini gösteriyor. 3 — İlk aylarda düşüğü, son aylarda ise erken doğumu mucib olurlar. Malaryalı gebeler %56 nispetinde düşürüyor veya erken doğuruyor. 4 — Sıtmalı gebelerde travay normalden uzun sürüyor. Kadın çabuk yoruluyor, çok defa doğumun müdahale ile neticelenmesi gerekiyor. 5 — Halâs devresinde hemoraji sık ve bol oluyor. 6 — Süt ifrazı, nöbetlere ve hastanın genel durumuna bağlıdır. 7 — Plasmodilerin placentadan geçip çocuğa ulaştığı, şüphe göttürmez bir hakikattir; kendi araştırmalarına dayanarak sıtmalı anneden doğan çocukların %36 sında parasit tespit ve her cins parasite tesadüf ettiklerini bildiriyorlar. 8 — Sıtmalı doğan prematürelerin ekscriyeti ölüyor. Miadında doğarlarda ölüm azdır. 9 — Sıtmalı gebelerin tedavisinde günde 1 - 1,50 gram kinin vererek hücum tedavisi tatbik edildikten sonra 10 günlük bir takviye tedavisi yapılmalıdır. 10 — Kinin avortman yapmaz, nöbetleri gidermekle sığın ve erken doğumun önüne geçer. 11 — Yeni doğanların sıtması kinin enjeksiyonlarıyla tedavi edilecektir.

Emzikiilikte süt azlığı, tiroid hülâsaları ve sentetik tiroksin ile tedavisi : (J.D.Romani. Gyn. et Obst. No. 3, 1951). Muhtelif zamanlarda bir çok araştırmacıların hayvanlar üzerinde yaptığı tetkikat, tiroid kifayetsizliklerinde süt ifrazının çok az olduğunu göstermiştir. Graham 1934 te tiroid hülâsası veya sentetik tiroksin vermekle sütün ve sütteki yağların aşıkâr olarak arttırılabildiğini göstermiştir. Folley ile White 1936 da bunu teyid etmekle beraber protidlerin de fazlaştığını görmüşlerdir. 1949 da Bailey, Bantlett ile Folley sentetik tiroksin ile aynı memnuniyet verici neticeleri almış olduklarını bildirmişlerdir. 1947 de Robinson (hypogalactie) li kadınlara tiroid hülâsası vererek sütün %100 arttığına şahid olmuştur. Müellif de sütü az olan 50 kadında ağız yolu ile 2 - 5 gün ve yevmiye (bir veya birkaç defada) 1,50 miligram tiroksin vermek suretile sütün bollastığını görmüştür. Yağın ve laktozun %100 - 120 ye kadar arttığına şahid olmuştur. Doğumu takip eden günlerdeki süt azlığı (yani précoce hypogalactie) doğumdan 2 - 3 ay sonra husule gelen süt azalmasına nazaran tiroksin veya tiroid hülâsasıyla daha başarı ile tedavi ediliyor. 44 erken hypogalaksiden 1 tanesinde ademi muvaffakiyet görülmüştür. Geç zuhur eden süt azlığında muvaffakiyet azdır. Hurst ile Turner, 1948 de yaptıkları tetkikat neticesinde; tiroksinin memeye ulaşmadığını, prolaktini tenbih ve tezyid ederek sütü arttırdığını ve süte geçmediği için çocukların kilo kaybına meydan veremeyeceğini açıklamıştır. Müellif; sütün,

sütteki yağ, laktoz ve protidlerin artması ile çocuklar daha iyi beslenip gelişiyor, kiloları da artıyor, diyor.

Burun yolu ile analjezi ve travay üzerine tesiri : (G. Valle. Obs. et Gyn. sup. No: 3, 1951). Müellif, rastgele 200 travaydaki gebenin yarısının burnuna %5 skürokain solüsyonuna batırılmış küçük tampon koymuş, her iki takımda da %25-28 nispetinde ağrılarda hafifleme tesbit etmiştir. Buna nazaran, müellif tesiri, psychothérapie'ye bağlanabileceğine hükmediyor.

Travayda anestezi : (Edvardo Urzaiz Rodriguez. Gyn. et Obs. No: 3, 1951). Müellif, tetkik ettiği istatistiklere dayanarak, sistematik olarak travayda anestezi maddeler kullanılıncaya, forcepsle doğumun bir hayli arttığına kanaat getirmiştir. Tehlikeli olması ve yalnız ekspulzion devresinde ağrıyı dindirmesi itibarile, bilhassa kodal anesteziyi (saddle block) dan çekinilmesini, indirekt sügestion ile B₁ vitamininden istifade edilmesini tavsiye ediyor.

Gebelik hipertansiyonunun zuhurunda rol oynayan faktörler: (P. Milliez ve D. Frital. La Sem. Hosp. 14/1/1951. Bu faktörler; vasküler, renal ve endokrinien olmak üzere 3 tür. Gebelikten önce mevcut olan hipertansiyonlar (gebelik esnasında artmak suretile) en az gebelik hipertansiyonlarının 1/3 ünü teşkil ederler. İrsi, ailevi hipertansiyonlarda, gebelik hipertansiyonlarında önemli rol oynarlar. Bunun rolü %10 kadardır. Nefrit, Glomerulonefrit, Nefroz lipoidik'in gebelik hipertansiyonunda âmil olabilecekeri gibi piyelonefritlerin ve bilhassa eskiyen piyelonefritlerin gravidik hipertansiyon husulünde rolü küçümsenemez. Endokrinien sebeblerle gebelikte ortaya çıkmış olan hipertansiyonlar geçicidir. Bu da plasentada husule gelen (ischémie) den ileri gelen hormon yetersizliğinden husule gelmektedir. Bu çeşit hipertansiyon adeta primiparlara mahsustur. Beker, primiparlarda rahim şıryanlarının fonksiyonel kifayetsizliği uterus adelesinde hipertoni ve bundan ileri gelme plasentada yetmezlik ile tansiyonda yükselmenin nadir olmadığını ortaya koymuştur.

Travayda B₁ vitamini : (P. Kostic. Gyn. et Obst. sup. No. 3, 1951).

- 1 — Analjezik tesiri orta derecededir.
- 2 — Uterus kontraksiyonlarını tanzim ve tenbih eder.
- 3 — Doğurma müddetini kısaltır.
- 4 — Bu hassaları dolayısıyla kullanılmaya değer.

Gebelik ve diabet : (R.A. Reis, E.J. Decosta ve D. Allweiss, Amer. Journ. Obst. Gyn. Kasım 1950). 53 diyabetli kadının 163 gebeliğini takip etmiş olan müellifler:

- 1 — Bunlarda over fonksiyon mani ile fekon-diteyi normal bulmuşlar.
- 2 — Sığın %15,7 radesinde olduğunu tespit etmişler.

3 — Diabetlilerde daha çok ve daha ağır zannedilen tokseminin diabetli olmayan gebeliklerden farklı bulunmadığına şahit olmuşlardır. Umumiyetle gebeliğin 35 hastasında doğum provoke edilmiştir. Doğumların %44 ü tabii, ve %56 sı da müdahale ile olmuştur. 35. ci haftadan sonraya kalanlar da 6 ölü doğum vardır. Diabetlilerin yeni doğan çocukları toplu ve boylu olmalarına rağmen prematüreler gibi ihtimama tâbi tutulmalıdır. Anoksi, letarji ile hipoglikemi bunların hayatını tehdit eder. Müelliflere göre, diabetlilerin devamlı ve sıkı takip ile kontrolü ve uygun bir viladî müdahale ile çocuk ölümünün çok düşürülebileceğini ve 163 hastadan mürekkep serilerinden %86,4 çocuğun yaşatılabildiğini bildiriyorlar.

Gebe kramplarının pantenol ile tedavisi: (M. Dumont. Gyn. et Obst. sup. No: 3, 1951). Varisten ileri gelenler hariç krampların B vitamini eksikliğinden ileri geldiği kabul edilebilir. B grubu vitaminlerini ayrı ayrı denemiş olan müellif, ağız yolu ile günde 0,10 gr. Pantenol vermek suretile en iyi neticeleri (2-6) günde elde etmiştir. %11 ademi muvaffakiyet kaydettiğini bildiriyor.

Dr. Emir N. Atakam

Jenital menşeli süpüre pelvis tromboflebitlerinde V. Cava Inferior'un bağlanması: (L. Lager ve J. Natali; Le Bulletin medical, t. 65, No. 2, 15 Ocak 1951, p. 21 - 24). Jenital menşeli septiko-piyemik tipte pelvis enfeksiyonlarının tedavisinde antibiyotiklerin keşfinden mühi mfyadalar temin edilmişse de bazı vak'alarda bunlar kâfi gelmemekte ve kurtarıcı olarak v. cava inferior'un bağlanması icap etmektedir. Enfekte plasenta retansiyonu arzeden 30 yaşında bir kadında evvelâ iki kere müdahale yapılmışsa da rahmin tahliyesi temin edilememiş, penisilin tedavisi tatbik olunmuş, v. safen intern kavşından bağlanıp rezeke edilmiş, arkasından akciğer ambolisi görülmüş, ateş ve titremeler kaybolmadığından v. cava inferior bağlanmış ve hemen mevcut ârazların kaybolduğu görülmüş, 8 gün zarfında ateş düşmüş ve kat'i şifa teessüs etmiştir. Buna benzer bir vak'ada da aynı netice alınmıştır. Piyeminin vahameti en cüretkâr müdahalelere müsaade etmektedir. Venaların bağlanması prensibine nazari ve pratik bakımdan yapılan bir çok itirazlara rağmen, hiç bir lokal tezahür göstermeyen umumî septisemi müstesna, her pelvis tromboflebitinde v. cava inferior'un bağlanması endike görünmektedir. Yalnız mükerrer ve şiddetli frissonlar gösteren ve antibiyotiklere mukavemet eden ağır şekillere müdahale etmek lâzımdır. Hastalığın kısa zamanda iyileşmesi de mümkün olduğundan lüzumundan erken müdahale de yapmamalıdır. Müdahalenin mevsimsizliği mühim bir faktör olduğu gibi, frissonların zuhurundan sonra 20 günlük bir beklemede mübalağalı görülmektedir. Vena ligatürü ile tedaviden sonra ölüm %68 den (1912) ehemmiyetli derecede düşmüştür. (Collins'in 19 vak'asında %21), V. cava inferior ligatürünün sekelleri ehemmiyetsizdir. İlk ameliyat olan vak'ada kollateral deveran bir sene

sonra, gebeliğe mükemmel surette imkân vermiştir.

Dr. Nuri Soylu

Ulcus Cruris'in yüksek miktarda E vitamini ile tedavisi : (A. Bijdendijk ve F.J. Noordhoek, Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde 1951, No. 14, s. 1039). Shute ve mesai arkadaşları, kendi yaptıkları hayvan tecrübelerine dayanarak, damar bozukluklarından ileri gelen nesic hastalıklarında E vitamininin (α - tokoferolasetat) müsait tesirini tespiti muvaffak olmuşlardır. Elde edilen iyi neticeler, yeni kan kapillerinin teşekkülüne ve kollabe bir halde bulunan eski kapillerin gene açılmasına atfedilmiştir.

Müellifler bu tecrübelerine dayanarak bir türlü iyileşmeyen ulcus crurisli 18 hastayı, klinikte ağızdan 300 mgr. E vitamini (α - tokoferolasetat) vermek suretile tedavi etmişlerdir. İleri derecede arteriyosklerotik tegayyüratın terapötik tesire mâni olduğu 2 vak'a müstesna olmak üzere, bütün hastalarda tam şifa elde edilmiştir.

E vitamini tatbik etmek suretile tedavi müddeti, mutad olan müşahede müddetinin vasatı olarak altıda birine indirilebilmiştir. Müellifler, E vitamini tesirinin mekanizması hakkındaki düşüncülerinde, Shute ve Masson'un araştırmalarına istinad ediyorlar. Bu ikisi, E vitamininin tesirini izaah çalışmışlardır. Maymunlar üzerinde yapılan tecrübeler, uzun süren bir E vitamini eksikliğinin damar bozukluklarına sebep olduğunu göstermiştir.

Bir vitamin E tedavisinden sonra vulva nesçinde yapılan histolojik tetkikler, kapillerlerin adedinde artma olduğunu göstermiştir. Shute, bunun hakiki bir çoğalmadan mı, yoksa eski kollabe kapillerlerin zamanla tekrar açılmasından mı ileri geldiğine dair bir şey söylemiyor. Görünüşe göre trombuslar, E vitamini tesirile derhal kaybolurlar. Damarlar genişler, bunların permeabiliteleri azalır. Trombosit adedi üzerindeki tesiri henüz belli değildir.

Farmakoloji ile meşgul olanlar, E vitamininin, entermediyer karbonhidrat metabolizmasında kehrüba asidinin oksidasyonuna müdahale etmesi lâzım geldiğini bildiriyorlar. Vitamin E noksanlığında oksijen ihtiyacının azamî olarak %240 a kadar arttığı iddia ediliyor.

Shute, Masson ve diğeri müellifler, E vitamininin nekroz yapan faktörleri bertaraf ettiğini ve bu suretle ulcus cruris'in çabuk iyileştiğini iddia ediyorlar.

Prostat karsinomunda Dépôt - Oestroménine tedavisi : (Horst Rosolleck; Dtsch. Med. Wschr. 1951, 23, 770). Müellif, prostat karsinomu olan 12 hastayı Dépôt - Oestroménine ile tedavi etmiştir. Teşhis bütün vak'alarda rektal tuşe bulgularına dayanarak konulmuştur. Hastalığın seyri, genel durumun bozuk olması, metastazların teşekkülü de teşhisi takviye etmiştir.

2 - 3 aylık fasıllarla dikkatli klinik kontroller yapılmış ve zerkedilecek miktarlar, bunların neticesine göre her vak'ada ayrı ayrı tespit olunmuş-

tur. Müellif, başlangıçta küçük dozların tatbikinden kaçınılmasını tavsiye ediyor, çünkü kanaatine göre ihtiyaktan az tatbik edilen miktarlar, hasta için zararlı olabiliyor.

Bir misal olarak aşağıdaki dozaj şeması bildirilmektedir: Önce 10 ar günlük aralıklarla 4 defa 3 ampul = 36 mgr.; bu suretle 30 uncu gün, başlangıç miktarı olarak elzem addedilen 144 mgr.a vasıl olunmuş olur. Bundan sonra, vaziyete göre, enjeksiyonlar arasındaki fasilalar 3, 4 haftaya veya daha fazlaya (3 ay) çıkarılabilir. Bu esnada beher enjeksiyonun miktarı, 12 mgr. dan ibarettir. Klinik bulgular kötüleşirse, zerkler sıklaştırılabilir.

Mevzii bulgulardaki değişiklikler çok bariz bir şekilde kendisini göstermiştir. Bütün vak'alarda miksiyon güclüğü düzelmiştir. Ancak başlangıçta kısa bir zaman için sonde à demeure tatbikine ihtiyaç hasıl olmuştur. 2 vak'ada mevcut metastaz ağrıları hafiflemiştir. Vücut sikleti sabit kalmış veya artmış, bakiye azot miktarı devamlı bir şekilde normal seviyeyi muhafaza etmiştir. Massif başlangıç dozu yüzünden yalnız bir iki hastada genel durum bozulmuştur. Diğer paradoks hormon tedavilerinde olduğu gibi, burada da tedavi neticesi kadınlaşma tarzında tâlî belirtiler görülmüştür. 2 hastada anı olarak zuhur eden ihtilâtların müellifin kanaatine göre stilben tatbikatı ile bir alakası olmaması lâzımdır.

Dr. A. M. A.

Ventral hernie'lerin tamirinde Tantalum meş: (Amos R. Koontz; Surgery Gyn. and Obs. July 1951). Müellif yazısında; her cerrahın, 30-40 sene fitik bağı veya kemer kullanarak, ameliyatlarının basit olamayacağı bir devrede strangulasyon veya strangulasyon tehdidi ile müracaat eden düzinele hasta gördüklerini, buna sebep te hekimlerin gelişi güzel tavsiyeleri olduğunu, halbuki bağ taşımak gibi müz'ic bir külfete katlanmadan, orta yaşta veya daha gençken ameliyatların daha basit olduğunu söylemekte ve batnî fitikların diğerlerinden farklı olarak bulantı ve kusma gibi üzücü hallere sebep olduğunu ve bu gibi hastaların kullandıkları bağ ve kemerlere rağmen çalışmayacak kadar sakat olabildiklerini yazmaktadır. Ventral fitikların tamiri, bilhassa şişman kimselerde, operatörün maharetini icabettirdiğini söyliyerek, bunlarda mutad usullerin (fasia gevşetici şakları, lamboları, ototransplantasyonlar ve öküz fasiası) muvafakiyet nisbetlerinin düşük olduğunu, cilt aşularının ise bu metod için kat'i bir kıymet ifade etmediğini yazmakta ve bu usullerin âciz kaldığı vak'alarda Tantalum meşi tecrübeye değer bir usul olarak şöyle takdim etmektedir :

«Tantalum meş nesic içinde uygunsuz reaksiyon yapmayan bir elementtir. Cerrahide mutad olarak kalbur şeklinde safiha halinde ve bir de 0,003 inch diametr'lik iplikler şeklinde kullanılır, kolayca katlanabilir. Köpeklerde tecrübî olarak karın duvarı fasia ve adaleleri rezeke edilerek tantalum meş ile tamir edildiği gösterilmiştir. Fibröz nesic meş aralıklarında çoğalıp infiltrate olarak sağlam bir karın duvarı halinde şekillenir. Bu sebepten

geniş ventral hernie'lerde veya yaklaştırılmıyan fasia uçlarında ideal tedavi metodu olmuştur.»

Gevşetici şaklar yapılan vak'alarda görülen cidar zaafında tantalum meş ile tamirin bir çok cerrahlar elinde muvaffak olduğunu, bilhassa karın alt kısmında meş'in bir yama halinde sütür hattı üzerine konmasını tavsiye eden müellif, ilk vak'alarında yarada seröz veya serö-sanginö bir mayiin toplandığını, aynı şeyi senelerce evvel öküz fasiası kullandığı zaman da gördüğünü, binaenaleyh tantalum meş'ini suçlandırmamak lâzım geldiğini, bu halin daha ziyade gayri kâfi hemostazdan ileri geldiğini ve kısmen de enplante edilen nesçin ölmesine bağlı olabileceğini söylemektedir. Dört yaşındaki bir çocukta, batın duvarının üst yarısında mevcut doğmalık bir defektin tamirinde tantalum meş'in muvaffakiyetle kullanıldığını şöyle anlatıyor: «Bu vak'ada batın duvarı, cilt ve cilt-altı nesçinden ibaret preperitoneal veya başka bir nesic yoktu, disseke edildiği zaman cilt ve periton bir çok yerlerinde düğme iliği şekli gösteriyordu, tantalum meş koymakla iyi netice alındı.»

Batın cidarına ait geniş tümörlerin rezeksiyonundan sonra, defekti kapatacak kadar kâfi periton kalmadığı vak'alarda da barsak üzerine koymak suretiyle kullanılabilirliğini, alt sathının peritonla örtülüp hafif iltisaklardan gayri bir ârıza yapmadığını bildirmektedir.

Netice olarak: Tantalum meş'in yarada infeksiyon tevlit etmediğini, ipek gibi muannit fistüller yapmadığını, infeksiyon halinde bile fistül bırakmadan kapandığını, bundan dolayı infekte yaralarda da, ligatür için cat-gut kullanmak ve tantalum teli ile dikmek şartıyla kullanılabilirliğini söylemekte ve ancak iki vak'asında infeksiyon dolayısıyla cilt ve cilt-altında nekroz gördüğünü, fakat bu yaraların da kısa bir zamanda sekonder iltiyamla kapandığını bildirerek tantalum'u tavsiye etmektedir.

Tantalum meş'in kasık fitikleri tamirinde kullanılması : (Amos, R. Koontz. Baltimore. Surgery Gynecology and Obstetric. January 1951). Yazısında, literatürde hemen her cerrahın ameliyat ettiği hastalarda nüküsler gördüklerini, zikretmekte, en büyük sebebin de nesic zaafiyeti olduğunu, bu yüzden en muktedir cerrahların bile daha ameliyat masasında iken nüküsler gördüklerini söylemekte ve bu zayıflığın büyük direkt fitiklarda ve büyük skrotal fitiklarda bulunduğunu kaydederek şöyle demektedir: «Umumiyetle transversal fascia yok denecek gibidir, bu halde operatör ne yapar? - Rectus adalesi üzerinde gevşetici bir şak yaparak germeden karşılaştırmaya çalışır! Zayıf yerlerin takviyesi için serbest fascia transplantasyonu, konserve fascia yaprakları veya şeritleri, kullanıldığını ve bunların değişik muvaffakiyet nisbetleri verdiklerini ve hepsi için de bazı zorluklar bulunduğunu söylüyor. Meselâ: rectusten bir parçanın kaldırılması, lateral tarafta zayıf bir sahaya husule getirdiğini, ototransplantasyon veya serbest fascia transplantasyonunda ise yüksek nisbette infeksiyon ve dolayısıyla nüküsler görüldüğünü

bildiriyor. Cilt aşısı hususunda kâfi derecede tecrübe sahibi olmadığını, son iki sene zarfında Hesselbach üçgeninde birinci sütürü takviye için Tantalum meşi kullandığını ve son dört sene içine Mc. Vay ile Anson'un tavsiye ettiği veçhile tendon conjoint'ı lig. Pupart'a dikeceği yerde, aynı plân üzerinde bulunan hg. cooper'e diktiğini söyleyerek tekniği şöyle tarif ediyor: «Bütün strüktür serbestleştirilince rektüs yaprağı üzerine gevşetici şak yapılır ve tendon conjoint 4 - 6 ipek sütürle lig. Cooper'e dikilir, mutad olarak 5 sütür konur. M. obl. int. ile Pupart sütüre edilerek iç halka kapatılır ve Hesselbach üçgenine yetecek kadar Tantalum meşi konur. Meş'in alt ucu kendi üzerine kıvrılarak puparta dikilir, meş tendon conjoine ile cooperi birleştiren sütür üzerinde kalır. Kıvrılması için yukarı ucuna da bir kaç sütür konur, meş üzerine felfoam bırakılır ve aponevroz ipek ile dikilir.»

25 ay içinde yaptığı 77 ameliyat neticelerinin öteki metotlara nazaran daha emin olduğunu, buna rağmen değerlendirmek için henüz erken olduğunu söyleyerek bu küçük seride yalnız bir nüks gördüğünü, bu vak'ının da; bilateral olduğunu ve nüksün görüldüğü tarafta evvelce iki müdahale yapıldığını ve geniş sıfak defekti mevcut bulunduğunu ve Tantalum meşinin de gayrikâfi konduğunu ve nükse sebep olarak bunu gördüğünü, nitekim üçüncü ayda nükseden sol fitiğe bir ay sonra tekrar müdahale ederek daha bol meş bıraktığı için nüksediğini bildirerek bu metodu tavsiye etmektedir.

Mide-duodenum ve jejunum akut perforasyonları : Fennel P. Turner. Surgery Gynecology and Obstetrics'in 1951 Mart sayısında 1929 - 1948 yılları arasında müşahede ve tedavi ettiği 224 vaka üzerindeki etüdünü bildirmekte : 224 vak'ının 209 unun peptik ülser delinmesi olduğunu, en çok 40-50 yaşlarda görüldüğünü, cerrahî olarak tedavi edilen 185 vak'ının ancak 15 inin kadın olduğunu, vak'aların %91,5 unda uzun zamandanberi mide şikâyetleri olduğunu tespit etmektedir. Delinmeye takaddüm eden devrede 13 vak'ada fazla içki bulunduğunu, hattâ bir vak'ada 8 şişe bira içtikten sonra delinme gördüğünü bildirmektedir. Perforasyonun yemekle alakasını ve günün muayyen bir saati olup olmadığını araştıran müellif: günün her saatinde olabileceğini büyük bir ekseriyette, pehrizli ve aç midede perforasyon gördüğünü, mevsim itibariyle, Eylül-Mart arasındaki kış devresinde en çok görüldüğünü, zikretmektedir. Müellifin müşahedesine göre: 91 vak'a 6 saat içinde, 47 vak'a 7-12 saat zarfında, 43 vak'a 12 saatten geç ameliyat edilmişlerdir. 4 vak'ada perforasyon zamanı tespit edilememiştir. Perforasyon yerinde, ufak istisnalarla, basit sütür, epiploplasti yapılmıştır. Peritoneal mayi kültür neticeleri şöyle bildirilmektedir: 185 vak'ının 146 sında kültür yapılmış, 59 müsbet, 87 menfi netice alınmıştır. 38 vak'ada streptokoküs viridans, 15 vak'ada non hemolitik streptokok, 12 vak'ada stafilkoküs aureus, 9 vak'ada hemolitik streptokok, 9 vak'ada koli, 4 vak'ada anaerob bulunmuştur. Perforasyon yeri :

129 duodenum birinci kıt'a ön yüz, 36 antrum, 13 pilor, 7 diğer muhtelif yerler olarak bildirilmektedir. Müellif daha sonra, ihtilâtlara temasla: pnömoni, peritonit, kanama, pilor darlığı gibi ihtilâtlar, 139 vak'ada tespit ettiğini, tromboflebit hiç görmediğini, ihtilât şiddetinin ve dolayısıyla ameliyattan ölümün; sulfamit ve antibiyotikler sayesinde azaldığını bildirmekte ve ameliyattan ölümü 25 (%13,5) olarak bildirmektedir. Kanserden olma delinmeleri mevzuubahseden müellif, Flood'un 20 sene müddetle tıbbî tedaviye tâbi tuttuğu ve takip ettiği 233 vak'ının hiçbirisinde kansere istihale görmediğini, nitekim kendisinin de primer sütürle iktifa ettiği 143 perforasyon vak'asında kanserleşme görmediğini bildirmektedir. Bundan sonra perforasyonda tedavi metotlarını gözden geçirerek, halen memleketlerinde birçok cerrahlar tarafından basit sütürün tercih olunan metot olduğunu, çünkü, cerrahın başlıca vazifesinin hayatı kurtarmak olduğu düşüncesinin hâkim bulunduğunu, fakat hastaların takip müddeti uzadıkça nüks nisbetinin bütün dünya neşriyatında (%56-69) gibi yüksek bir rakama vardığını söyleyerek şöyle diyor: «Hakikat şudur ki: bu gibi ülserler, perforasyondan dolayı tedavi edilebilirler, fakat bu gibi hastaların senelerce takibinden biliyoruz ki, nüksler devam edip gider, ve yine söyleyebiliriz ki, kronik oluşu ve periyodisitesiyle karakterize olan bir ülser diyatezi vardır. Bazı müşahedeler o kadar ileri gidiyor ki, ülser gayri kabili tedavidir denebilir». Bu düşünce ile, bazı nadir ve hususî vak'alardaki muhafazakâr tedavi müstesna, (geç gelen, lokalize perforasyon, şüpheli, ve zayıf riskli) perfore ülserlerde post operatif devrede profilaktik gastrectomie'nin en uygun tedavi metodu olduğu, bazı seçilmiş vak'alarda primer gastrectomie'nin endike olabileceği neticesine varıyor.

Marginal ülserlerde vagotomy: Crib G, Brown in Gastroenterology Ocak 1951 sayısındaki makalesini hülâsa eden U.S.A. Surgical Newsletter, Haziran 1951 de, geçen dört yıl zarfında Cleveland kliniğinde 39 marginal ülserde vagotomy yapıldığı ve 36 vak'ının vasatî 23 ay takib edildiği, objektif olarak ülser bulunmayan 5 vak'ada neticenin zayıf olduğu, objektif olarak marginal ülser tespit olunan 31 vak'adan 26 sında iyi neticeler alındığı, yalnız bir hastada marginal ülser nüksü görüldüğü ve ikinci bir ameliyat yapıldığı bildirilmekte ve gastro-jejuno-colic fistülde vagotomy ile fistülün basit tamiri veya rezeksiyonla teşrikinin emin bir tedavi metodu olduğu yazılmaktadır. Marjinal ülserlerde vagotomy neticelerinin rezeksiyondakilerle kıyas edilebileceği ve rezeksiyon veya gastroenterostomilerden sonra görülen marjinal ülserlerde vagotomy'nin emin ve standart bir metot olduğu bildirilmektedir.

331 vak'a üzerinde Vagotomy'nin fizyolojik neticeleri : Walters ve Belding U.S.A. Surgical Newsletter Haziran 1951 sayısında sadece vagotomy, ve gastroenterostomi, pyloroplasti, gastric rezeksiyonla teşrik edilmiş vagotomy, üzerindeki etüdlerini bildirerek vak'alarını 2 seride topluyorlar; birinci serideki 141 vak'a Mayo kliniğinde, di-

ger 190 vak'a muhtelif cerrahi servislerinde tedavi edilen ikinci seriyi teşkil eder. Gerek sadece vagotomy, gerekse diğer cerrahi usullerle teşrik olunan vagotomy de mükemmel neticeler %55,5 tur. %33,3 vak'ada motilite bozukluğuna bağlı müz'ic ârazların devam ettiği ve %9,5 nüks görüldüğü bildirilmektedir. Müellifler duodenal ülser tedavisinde tek başına vagotomy'nin pek az yeri olduğuna inanıyorlar. Vagotomy'nin diğer usullerle kombine olarak bazı hallerde yer alacağını, meselâ: ileri derecede asabî orta yaşlı duodenal ülserli erkeklerde, ülser yerinde bırakılarak duodenum stümp'ünün salimen kapatıldığı rezeksiyon vak'alarında, ve gastrojejunal ülser zuhurunu azaltmak kastıyla gastroenterostomide, yüksek tansiyonlu ve serbest asid kloridik nisbeti yüksek olan bazı duodenal ülserli şahıslarda ülser nüksünden korumak ümidiyle rezeksiyonla, vagotominin teşrik edilebileceği, fakat neticeler üzerinde kanaat hasil etmek için uzun zamana ihtiyaç olduğu bildirilmektedir.

Pitüitaire adreno corticotropik tedavi esnasında peptik ülser aktivasyonu : Smyth G. A. nın Journal of American Medical Association'daki makalesi U.S.A. Medical Newsletter, Temmuz 1951 sayısında şöyle hülâsa edilmektedir: Chicago Passavant hastahanesinde ptuitaire adreno-corticotrop hormonu ile tedavi edilen 79 vak'adan üçünde tecrübi olarak peptik ülser nüksü görülmüştür. 1. ci hasta 1929 danberi duodenal ülserli olarak bilinmekte ve 1929, 1933, 1941 senelerinde üç defa hematemez ve melana arzetmişti. Hiçbir diyete tâbi olmadığı halde 1941 denberi görünür bir âraz vermiyordu. Hasta 1950 şubatında yüz ve boyundaki lupus eritomatoïdes dolayısıyla servise alınarak se-

kiz saatta bir 25 mgr. Ptuitaire adrenocorticotrop hormonu tatbikine başlanmış, tedaviden 5 gün sonra, yani mecmu doz 375 mgr. iken hasta banyodan avdetinde sağ hipokondr'da şiddetli bir ağrıdan şikâyet etti, radyografide sağda diyafragma altında, mahdut ve seviyeli bir mayı toplantısı görüldü, hormon tedavisi kesilerek antibiyotikler ve parenteral serum zerkleri yapıldı, 15. ci hastane gününde vefat etti. Otopside duodenumda pylora yakın yerde perfore ülser bulundu. Diğer iki vak'a-nın da buna benzer müşahedeleri kısaca zikrolunarak, ülser aktivasyonu ve perforasyonda tesadüfi bir münasebetin uzak bir ihtimal olduğu, pituitaire adrenocorticotrop hormonun mevcut peptik bir ülseri aktive ettiği, hattâ ölümüne bile sebep olabileceği ve bazı vak'alar üzerinde çalışmalara devam olunduğu bildirilmekte ve şu neticeye varılmaktadır: «Müellifler inanıyorlar ki; peptik ülser hikâyesi olan bir hastada ptuitaire adreno-corticotropic hormon tedavisinde ihtiyatlı olmak için kat'i ve kâfi deliller mevcuttur.»

Lokal anestezi ile husule gelen allerjik reaksiyon : Knoll, Robert G. Journal Of Oral Surgery Ocak 1951 sayısında neşrettikleri makalede: Procaine, pantocaine ve cobefrin ihtiva eden solüsyonun lokal tatbikinden sonra, kısmî respiratoire zorluk, bütün vücutta kaşıntı, indifaat, ürticaire görüldüğünü, 1/1000 epinefrin solüsyonundan 1 cc. intramusculaire yapılarak zail olduğunu, bu reaksiyonda hernekadar muayyen bir drog mes'ul edilememekte ise de: hastalara evvelce yapılan lokal anestezi hakkında sormak ihtiyatını göstermek icap ettiği bildirilmektedir.

Dr. Vahit Ege

YENİ KİTAPLAR

Çocuk Hastalıkları Teşhisi: Prof. Dr. Şevket Salih Soyal, 1951) 550 sahifeyi müteceviz bir çok orijinal resim, radyogram ve cedvelleri muhtevi bulunan ve büyük bir çalışma mahsulü olan bu eseri kıymetli arkadaşımız milli kütüphanemize hediye etmiştir.

Müellif, çocuk hastalıklarının teşhis usullerini yeni bilgi ve görüşlere nazaran ele almış ve klinik müşahedeler üzerinde ehemmiyetle durmuştur. Bu bakımdan eser çocuk hekimlerine olduğu gibi yetişmekte olan meslekdaşlara, ve pratisyen hekimlere kıymetli bir rehber olacaktır.

Mühim bir boşluğu doldurmaya çalışan bu kitabı meslekdaşlarımıza tavsiye ederken muharirini hararetle tebrik ederiz.

Dr. H. Salor.

Sun'i Uzuvlar ve Ortopedik Cihazlar: (Doçent Dr. Cevat Alpsoy; 1951 İstanbul, Fiati: 630 kuruş) İstanbul Üniversitesi yayınlarından 400 sahifelik bir eserdir. Kıymetli arkadaşım, Dr. Cevat Alpsoy bu eseri senelerce uğraşp hazırlamış ve memleketimiz tıp kütüphanesinde olan bu mühim açığı büyük bir vukuf ve selâhiyetle kapamıştır.

Muhtelif Avrupa kliniklerinde ve bilhassa İkinci Dünya harbi esnasında ve bilâhare ortaya çıkan bir çok malûl ve arızalıların tedavilerini yakından takip etmek fırsatını bulmuştur. Eser, Ord. Prof. Dr. Akif Şakar'ın ön sözü ile başlamakta ortopedi tekniği tarihi, istatistik gibi umumî bilgilerden sonra ortopedi atelyesi, kullanılan materyeller, insan hareket sistemi ve bu sistemin incelenmesi, ortopedik hastalıklar, proteze uygun amputasyon uçları, bacak protezlerinde ve diğerlerinde şema, ölçü, alçı kalıbı, protezlerle deneme ve ekzersizler, muhtelif vücut aksam protezleri, ortopedik yardımcı cihazları, ortopedik ayakkabı, taban desteği gibi kısımlardan başka lâstik çoraplar, karnın korse ve bandajları, fitik bağları, anus preternaturalis bağları ve sakat arabalarını müteaddit resim ve klişelerle süslemiştir. Kitabın sonunda alfabetik bir fihrist mevcuttur. Bu değerli kitabı bütün meslekdaşlara ve bilhassa protez ölçülerini almak zorunda bulunan ve bu gibi malûllere faydalı bir yardım yapılabilip yapılamıyacağı hususuna muhatap olan bütün Hükümet ve Belediye tabiblerine hararetle tavsiye ederiz.

Dr. A. M. Atakam



Standardize saf A vitamini

WANDER

B₁ vitamini
(chlorhydrate
d'aneurine crist.)



WANDER

C vitamini
(acide 1-ascorbique crist.)



WANDER

*Hekimlikte muvafakiyet,
ilâçların kalitesine bağlıdır.*

Umumî Fihrist

İÇİNDEKİLER

Dr. Mübecceî Tölegen: Türlü hastalıkların kiniginde vegetatif sistemi merkezi teşevvüşlerinin payını araştırma yolu	1
Dr. Sabih Oktay - Dr. Faruk Balaban: Akut asil eklem rumatizmasına bağlı bir meningismus vak'ası	4
Dr. Necmeddin Hakkı İzmirli: Bikarbonat dö sud'suz salisilat tedavisi	6
Dr. Scherf - M. F. Göklen ve L. J. Morgenbesser: Had koroner infarktüsünde Pyramidon	7
Dr. Sezai Bedrettin Tümay - Dr. Cihat Gürson: İkiz iki kardeşle rastlanan idiyopatik kalp hipertrofisi	10
Dr. Leman Seçkin: Karaciğer fonksiyonel durumunun yoklanmasında biyolojik testlerin mukayeseli kontrolü	13
Dr. Necati P. Bilger: Bir tifo perforasyonu vak'ası	16
Dr. Sedat Yörükoğlu: Glykoregulasyon ve su	19
Dr. Celâl İren - Dr. Fikret Pamir: Bir morbus Kaposi vak'ası dolayısıyla	21
Prof. Dr. Rasim Adasal - Dr. Nusret Mutlu: Mültipl skleroz semptomatolojisi üzerinde bir etüd	35
Dr. İtik Kırçak: Anemi ve glükoregülasyon	41
Dr. İ. Lütfi Vural - Dr. Stanley L. Lee - Dr. Sidney R. Michael: Lupus Eritematosus hücreci klinik ve şimik etüdü	46
Dr. Celâl İren - Dr. Fikret Pamir: Bir böbrek tümörü vak'ası münasebetiyle sürrenal hiperfonksiyonu ve Cushing sendromu	50
Dr. Necati P. Bilger: Düodenum ülserinde gastrektomi komplikasyonu, sufrenik apse, dorsal düodenal fistül	54
Dr. Saliha Yalçın: İş ve diyabet	55
Dr. Necati Vural: Auremycine ve Amibiaz	57
Dr. Seniha İlhan: Kolesistopati ve koroner yetmezliği	59
Dr. Asil Mukbil Atakam: Sekestre olmuş kemiklerin gref olarak kullanılması	61
Dr. Muallâ Uraz: Koroner hastalıklarında kollesterin metabolizmasının durumu hakkında	62
Dr. Orhan Eroğlu: Tortikolis tedavisinde Acetylcholine	64
Dr. Hans Goldck ve Ditrich Remy: Modern anemi tedavisi	77
Prof. Dr. Recai Ergüder - Dr. M. Naci Ayrak: Bel ağrıları ve sıyatik tedavisinde nucleus pulposus fitkının rolü	83
Doç. Dr. Behiç Onul: Q Humması ile iştirak eden bir pyojen enfeksiyon	89
Doç. Dr. H. Cramer - Dr. H. W. Pabst - Dr. E. Efe: Atom fiziğinin tıpta kullanımı	91
Dr. İlayat Okan - Dr. Sedat Yörükoğlu: Safra yolları hastalıklarında sedimantasyon	95
Dr. Sıtkı Özerendeci: Değişik çocuk hastalıklarında sedimantasyon	98
Dr. Hayat Okan: Klinik ve tedavi bakımından münteşir glomerülonefritler	101
Dr. Celâl İren - Dr. Fikret Pamir: Nütrisiyonel megaloblastik bir anemi vak'asının karaciğer ve B ₁₂ vitamini ile tedavisinden alınan neticeler üzerinde mukayese	105
Dr. Rauf Özyörük: Anemi husulünde besleniş yoksulluğunun rolü	107
Dr. Muzaffer Aksoy: Eritroblastoz ve karyoreksis şekilleri ile seyreden bir gebelik hemolitik anemisi	111
Dr. Fatih Ali Yücel: Lenfogramatozda kan tabloları	112
Dr. Necati Vural: İntrathecale penicillin ile şifa bulan bir pürülan menenjit vak'ası	121
Dr. Asil M. Atakam: Kapalı ve açık kırıklar hakkında	122
Dr. R. H. Boyd: Kadın ve erkekte infertilite ve sterilite	137
Prof. Dr. Kâmile Mutlu - Dr. Şeref Yazgan: Bir Ekinokoküs Alveolaris vak'ası ve memleketimizde neşredilen vak'alar üzerinde kritik	145
Dr. Emir Necip Atakam: Bir buçuk yaşındaki bir kız çocuğunda uterus sarkomu. Ameliyat - şifa	148
Prof. Dr. Recai Ergüder - Dr. Orhan Bumin: Ameliyatla tedavi edilmiş özofagus kanseri ve kardiyospazm vak'aları	152
Prof. Dr. İrfan Titiz - Dr. Fethi Süngü: Soğuk hematoaglutinasyonu ile müterafik bir Akrosyanoz	159
Dr. M. Naci Ayrak: Kolesistektomiden sonra görülen sendrom (Post kolesistektomik sendrom) etyoloji ve tedavileri	160
Dr. İhsan Ekin - Dr. İrfan Balkan: İntra - kaviter penisilin zerkleri ile tedavi edilen iki akciğer absesi	163
Dr. Celâl İren - Dr. Fikret Pamir: Lökemiler ve Nitrogen Mustard	166
Dr. Vahit Ege: Küçük bir kız çocuğunda görülen büyük meme lipomu	171
Dr. Asil M. Atakam: Yanık tedavisi hakkında	172
Dr. İsmail Tuğsal: Esmarch bandına bağlı bir brakial pleksüs paralizisi	174
Dr. Nuri Soylu: Delinmiş bir mide kanseri	175
Pratik için kısa tedavi notları: (Dr. Hayat Okan, Dr. Saliha Yalçın)	24, 176
Referatlar (Dahili, Kadın - Doğum, Şirürji)	26, 76, 131, 178
Yeni Kitaplar	33, 76, 185

MÜELLİF FİHRİSTİ

A		Göklen, M. F.		7		R	
Adasal, Rasim	35	Gürsen, Cihat	10	Remy, Ditrich	77		
Aksoy, Muzaffer	111					S, S	
Atakam, Asil M.	61, 122, 172	İ, İ					
Atakam, Emir Necip	148	İlhan, Seniha	59	Şcherf	7		
Ayral, M. Naci	83, 160	İren, Celâl	21, 50, 105	Seçkin, Leman	13		
		İzmirli, Necmettin, H.	6	Soylu, Nuri	175		
				Süngü, Fethi	159		
B		K		T			
Balaban, Faruk	4	Kırçak, Refik	41	Titiz, İrfan	159		
Balkan, İrfan	163			Tölegen, Mübeccel	1		
Bilger, Necati P.	16, 54	M		Tuğsal, İsmail	174		
Boyd, Reynold H.	137	Morgenbesser, L. J.	7	Tümay, Sezai, B.	10		
Bumin, Orhan	152	Mutlu, Kâmile	145				
		Mutlu, Nusret	35	U, Ü			
C, Ç				Uraz, Mualla	62		
Cramer, H.	91	O, Ö					
		Okan, Hayat	24, 95, 101	V			
E		Oktay, Sabih	4	Vural, Necati	57, 121		
Efe, S.	91	Onul, Behiç	89				
Ege, Vahit	171	Özferendeci, Sıtkı	98	Y			
Ekin, İhsan	163	Özyörük, Rauf	107	Yalçın, Salih	55		
Ergüder, Recai	83, 152			Yazgan, Şeref	145		
Eroğlu, Orhan	64	F		Yörükoğlu, Sedat	19, 95		
		Pabst, H. W.	91	Yücel, Fatih Ali	112		
G, Ğ		Pamir, Fikret	21, 50; 105; 166				
Goldek, Hans	77						

ALFABETİK FİHRİST

A		B		D	
Abse, Akciğer, Penisilin	163	Barsak tıkan., fizyopat.	32	Damar bozukl., Dicoumarol	178
Addison	176	— —, tedavisi	32	— —, Rutine	178
Adrenokortiko. hormon	185	Bazdov, diyensef., hipofiz	72	Dekstran, kan telafisi	29
Akciğer Ca., tütün	31	B vit., kollum dilat.	133	Delinme, mide kanseri	175
— absesi, Penisilin	163	B ₁ vit., travayda	181	Demir karansı, Duping S.	30
Akresyanoz, soğuktan	159	B ₁₂ vit., megaloblas. anemide	105	Depo hormon, jinekolojide	27, 179
Albümin, mad. şıyan taz.	176	—, kara c. dejeneresans.	176	Deri kanseri, podofilin.	72
Allerjik reaks., Lokal anestezi	185	Bel ağrısı, nuc. pul. fitiki	77	Dermoid kist, overde	133
— karaciğer hast.	176	— soğukluğu, Chloromycetin	67	Desiduo, servikste	27
Alkali'ler, Bronkial astmada	177	Beslenme yoksulluğu, anemi	107	— Vajinada	27
Ameliyat, mukavemet testi	33	Biyolojik test, karaciğ.	13	Dicoumarol, damar bozukl.	178
Amibiaz, Aureomycine	57, 67	Botal kanal, Corrigan nab.	177	—, Tromboembolide	178
Analjezi, burun yolu	181	Böbrek tüm. sürrenal fonk.	50	—, Rutine	178
—, travayda	181	— —, Cushing sendr.	50	Digitoksin, atr. fibrilas.	178
Anemi, glikoregülasyon	41	Brakial pleks. paralizisi	134, 135, 174	Dimag yaralanmaları	32
— beslenme yoksulluğu	107	Bronkial astma, Alkaliler	177	Diyabet, kan kolesterini	176
—, Hemolitik	111	Bufo reaks., gebelik	69	Diyabet, iş	55
—, tedavisi	77	Bursada Tbc.	66	—, Troid	66
Anestezi, kalb durması	135	C, Ç		—, gebelik	181
—, travayda	181	Cerrahide, kalb durması	135	Diyensefalohip. Bazdov	72
Anjin dö puatrin	134				
— — — tedavisi	134				
Anneks. Tbc. Streptomisin	67				
Asetilkolin, tortikolis	64				
Aşılı yumurta, ektop. gebe	27				

Doğum, nörofibromatoz	27
—, Rana eskülenta testi	28
Dorsal fistül, düodenal	54
Dumping send., demir kar.	30
—, gastrektomi	135
Düodenal fist. gastrek.	54
— ülser, perforasyon	183
—, gastrektomi	54
Düşük tehd., prognoz	67

E

Ekinokoküs alveolaris	145
Eksang. trans., Eritrobl.	28
Ekstra uterin, gebelik	69
Ektopik gebe., aşıl yum.	27
Emzikkilde, süt azlığı	181
Endometr. Tbc., araştırma	67
— netice	67
Etra uterin, gebelik	69
Epinefrin, uterus kontr.	133
Eritroblastoz	111
—, fetal	28
—, eksanginotransf.	28
Erken doğumlar	28
Eupako, spastik bronşit	178
E vit., ulkus kruris	182

F

Fibrill., atr., digitoksin	178
Fibromiyom, Kolesterolinemi	68
Fizyopat., barsak tıkanma	32
Fokal enfk., röntgen şuaı	177
Fötal, ovarial faaliyet	179

G

Gastrek., Dumping sendr.	135
—, duodenalfistül	54
—, kan değişikliği	136
Gastrodüodenal, kanama	136
Gebe kramp, panenol	182
Gebelik, Bufo reaksiyonu	69
—, Diyabet	181
Gebelik, ekstra uterin	69
—, hemolitik anemi	111
—, hipertansiyon	181
—, Histamin	180
—, Histidin	180
—, Cold pressor testi	68
—, intra uterin	69
—, kusma, stilboestrol	29
—, Metionin	180
—, Koryonik gonadotropine	180
—, Protrombin	180
—, Progesteron	133
—, sedimantasyon	28
—, rektüs abd. rüptürü	28
—, sıtma	181
—, Soskin testi	180
—, teşhisi, Histidin	180
—, Prostigmin	69
—, vitam., jinekolojide	179
—, Toksemisi	179
Genitoperit. kars., testos.	27
Glikoregülasyon, su	19
—, anemi	41
Glokom, Rutine	178
Glomerulonefr., münteşir	101
—, klinik	101

—, tedavi	101
Gonad. hor. Rana eskülenta	28
Graf. sekestré kemik	61
Gynekomastie, Dezoksikor.	134

H

Hemokromatoz, siroz	177
Hematoaglutinas., soğuk	159
Hemolitik anem., gebelikte	111
Herni, Tantalum	183
Hiperlipemi, norm., patol.	131
Hipertansiyon, kafein	27, 176
—, gebelik	181
—, sempatektomi	32
Hipofiz, travayda	27
Hipok. anem., kobald klor.	177
Hischprung, tedavi	30
Histamin, norm. gebelik	180
— toksemik gebelik	180
Histidin, gebelik teşh.	180
Hormon ted., meme Ca. da	67

İ, I

İdyopatik, kalb hipertr.	10
İdrar, Histidin	28, 180
İnfeksiyon, Q humması	89
İnfertilite, erkekte	137
—, kadında	138
—, Teşhis	138
—, Tedavi	139
İnsülin, psöriaziste	177
İntrathécale Peni., menenj.	131
İş, diabet	55

J

Jejunum, perforasyon	184
— divertikül, kanama	136
Jejun. pept. ülser, vagoto.	70
Jenital pelvis trombofleb.	182
Jinekolojide, depo hormon	27, 179
Jinekomasti, dezoksikortikos.	134

K

Kafein, Hipertansiyonda	27, 176
Kalb dekompanasyonu	72
— durması, anesteziye	135
— hipertrofisi	10
Kan değişikli., gastrektomi	136
— kolesterolini, diyabet	176
— hacmi, klinikte	134
— proteini, patolojide	32
— tablosu, hemokromatozda,	177
—, lenfogramümatoz	112
—, sirozda	177
Kan telifisi, dekstran	29
— tazy., sempatektomi	32
Kanama, gastrodüodenal	136
—, yeni doğanda	68
Kanser, akciğerde	31
—, deride	71
—, korpus uteride	133
—, midede	71, 175
—, özefagusta	152
—, prostata	182
—, serviks desiduozu	27
—, vajina desiduozu	27
Karaciğer, biyolojik test	13
—, megaloplast. anemi	105

—, hastalık, albumin	176
—, B ₁₂ vitamini	176
Karans, demir	30
Kardiyospazm	152
Karotis korpskül. tümörü	134
Karsinomatoz, jenitoperit.	27
Kasık fitki, Tantalum	183
Kist dermoid, overde	133
Kırık, kapalı açık	122
Kinin, kramp tedavisi	177
Klinik, Lupus eritematozus	46
—, glomerulonefritte	101
—, anjin dö puatinde	134
Kobald, anemide	177
Kolesterolin metabolizması	62
Kolesistopati, koroner yet.	58
Kolesistektomi, post sendr.	136, 160
Kolesterolin, diyabette	62, 176
— koroner hastalıkları	62
Kolin. koroner sklerozu	176
Kollum dilat., B ₁₂ vit.,	133
Kollum yırtığı	68
Koroner infark., pyromidon	7
—, hastal. kolesterolin	65
—, yetmezli., kolesistopati	59
—, sklerozu, kolin	176
Koryonepiteyoma, Mol Hidat,	180
Koryonik gonadotr., gebelik	180
—, idrarda	180
—, kanda	180
Kramp ted., kinin	177
Kusma, gebelikte	29
Kraniyoansefalitik travma	33

L

Laparatomize gebe, progesteron	133
—, sıkıt	133
Lenfogramümatoz, kan tabl.	112
Lingual tiroid, radyoak. iyot	69
Lipom, memede	171
Lohusa, protrombin	180
Lokal anest., Allerjik reaks.	185
Lökemi, nitrogen mustard	166
Lupus eritematozus, klin.	46
—, şimik, etüd	46

M

Malformasyonlar, Rubeol	28
Marginal ülser, vagotomi	184
Mediastinal tümörler	73
Megaloblas. anemi, tedavi	105
Meme Ca., hormon tedavisi	67
—, lipomu	171
Meningismus, romatizma	4
Menstruel sikl., endoserv.	27
Methionin, gebelikte	180
Mide lavajı, kanserde	76
— kanser, teşhis	71, 76
—, tedavi	71
—, delinme	175
Mide perforasyonu	184
Morbus Addison	176
— Kapoksi	21
Mol hidat, koryonepitel	180
Mukavemet testi, ameliy.	33
Mütipl skl., sempatekt.	35

N	
Nefropati gravi. pregnan	132
Nitrogen mustard, lökemi	166
Normal hiperlipemi tec.	131
Norepinefrin, uterus kontr.	133
Nörofimromatoz, doğumda şok	27
Nuc. pul. fitik, bel ağrısı	83
— — —, siyatik	83
O, Ö	
Osteopathia endocrinica	179
Ovariyal faal., gebel. toks.	179
Ober, kişt dermoid	133
Östrojen, deri imtisası	69
—, seksüel değişiklik	69
Östrogenine, prostat Ca.	182
Özofagus, kanser	152
P	
Pantenol, gebe krampl.	182
Paralizi, Brakial	135, 174
Penisilin, akciğer apse	163
Pelv. tromb. fle., V. C. bağı.	182
Peptik ülser, vagotomi	70
— —, tedavi	185
Perforasyon, düodenumda	184
—, Jejunumda	184
—, Midede	16
—, Tifoda	16
Plazma hacmi, klinikte	134
Podofilin, deri Ca. da.	72
Pregnand., nefr. gravidikte	132
—, düşük tehdidi	67
Progesteron, gebede	133
Prognoz, düşürme tehdidi	67
Prostat Ca., östrogenon	182
Protrombin, gebelikte	180
—, lohusada	180
Psöriazis, insülin	177
Pyramidon, koroner infark.	7
Q	
Q humması, pyogen infek.	89
R	
Radyoakt. iyod, ling. tiroit.	69
Radyoterapi, Mediast. tümör	74
Rana eskülenta testi	28
Rekt. abd. rüpt., gebelik	28
Romatizmal poliartr., ted.	73
Röntgen şuaı, fok. infeksi.	177
Rubeol, malformasyonlar	28
Rutine, Dicoumarol	178
—, glokomda	178
—, tromboembolide	178
S, Ş	
Safra yol. hast., klinik	95
— — —, tedavi	95

Salisilat ted., romatizm.	6
Sarkom, uterusu	148
Sedimantas., norm. gebelik	28
—, Çocuk hastahkları	98
Sekestre kemik, grefte	61
Seksüel deęişikl., östrojen	69
Sempatektomi, hipertans.	32
Sendrom, Bazdov	72
—, post kolesistektomik	160
Septisemi, erken doğ.	28
Serebromenengeal kanama	68
Serviks desiduozu, Ca.	27
Sıtma, gebelik	181
Siroz, hemokromatoz	177
Siyatik, nuc. pulp, fitik	83
Soğuk, akrazyanoz	159
—, hematoaglutinasyon	159
Sodyum, şıryan tazyiki	176
Soskin testi, gebelikte	180
Spastik bronşit, Eupaco.	178
Spazm, kardia	152
Sterilite, Erkek kadında	137
Stilboesterol, gebe, kum.	29
Streptomisin, anneks. Tbc.	67
Strumitis, süpüratif	70
Su, glikoregülyasyonda	19
Sufrenik abse, gastrekt.	54
Sürren. hiperfonk. böb. tü.	50
Süt azlığı, tiroid	181
— — tiroksin	181
Şıryan tazy., sodyum	176
— — album. madde	176
Şok, doğumda	27

T

Tantalum, kasık fitki	183
—, ventral herni	183
Tedavi, barsak tıkanma.	32
—, Akciğer apsesi	163
—, fokal infeksiyonda	177
—, gebe kramplarında	182
—, Hirschprungda	30
—, infertilitede	137
—, karaciğer hast. da	176
Tedavi, kar. korp. tümö.	134
—, mediastinal tüm.	74
—, münteşir glomer. nef.	101
—, mide kanserinde	71
—, Peptik ülserde	70
—, psöriaziste	177
—, menenjitte	121
—, romatizm. poliartr.	73
—, safra yol. hastal.	95
—, süt azlığında	181
—, trigeminus nevril	177
—, Ulkus kruriste	182
—, yanıkda	172
Teshis, infertilite	137

—, mide kanserinde	71
—, kar. korp. tümöründe	134
Test, ameliyat olacaklar	33
Testosteron, karsinozda	27
Tifosa, strumitis	70
Tifo, perforasyon	16
Tiroid, diyabet	66
—, süt azlığı	181
Tiroksin, süt azlığı	181
Toksemik gebe., histamin	180
— —, Histidin	180
Tortikolis, asetilkolin	64
Travay, analjezi	181
—, anestezi	181
—, hipofiz	27
—, B ₁ vitamini	181
Trigeminus nevr., uyku	177
Tromboemboli, Dicoumarol	178
—, Rutine	178
Tüberküloz, anneksiyel	67
—, Bursada	66
—, Endometrit	67

U, Ü

Tütün, akciğer kanseri	31
Ulkus kruris, E vitamini	182
Ülser, marginal	184
— peptik jej. vagotomi	70
Uterus, kanser	133
— kontrak., epinefrin	133
— —, norepinefrin	133
—, sarkom	148
Uyku, trigeminus nevril	177

V

Vagotomi, fizyolojik netice	148
—, merginal ülserde	184
—, ülser peptikte	70
—, rezeksiyonda	30
Vagina desiduozu, kanser	27
Vejetat. sist., türlü hasta.	1
Velâdiye, Auremycine	133
V. C. ligatürü, kalb dekompl.	72
— —, pelvis tromboflebit	182
Ventral herni, Tantalum	183
Virofetüs, erken doğum	28
Viladi atireoz	132
— malformas., rubeol	28
Virus filtran, koryonepitel.	179
Vitamin, gebelikte	26
— B ₁ , kollum dilatasyonu	133
— B ₁ , travayda	181
— B ₁₂ , megalobl. anemi	105
— —, yağlı karac. istiha.	176
— E. ulkus kruriste	182

Y

Yanık, tedavisi	172
Yeni antibiot, amibiaz	67
— doğanlar, serebril kanama	63

REFİK SAYDAM MERKEZ HIFZISSIHA MÜESSESESİ

ANKARA

A. Bakteri Aşılı:

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

B. 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).
Tifüs aşısı:	"
Bakteriyofaj:	Terapötik

D. Antijen Metilik:

Saf:	Terapötik
Sulu:	"

E. Karma Aşılı:

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

F. Serumlar:

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

G. Antijen ve Allergenler:

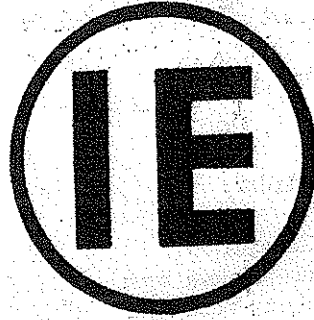
Wassermann antijeni.
Kahn antijeni.
Meinicke antijeni.
Brucellergen.
Emolitik serum.
Tüberkülin (Eski ve Mantoux).

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 üretimlerinin 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.



HİMYAGER
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
Vitafavin (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 (Alkolik mahlûl)	235
Vitabiol E (Ampul)	165
Vitabiol E (Tablet)	160
Vitabiol K (Ampul)	92
Vitabiol K (Tablet)	140
Adebiol (Damla)	200
Adebiol (Kapsül)	248
Vitabiol Bekompleks	125
A+D Calcium (Tablet)	160
Vi-D-Calcium (Tablet)	110

KANYAPICILAR

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

KALSİYUM PREPARATLARI

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

İlaç Sanayimizin Güven Sembölü

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

HORMONLAR

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

SİMİOTERAPÖTİKLER

Iezel (Tablet)	155
Iezel (Ampul)	176
Sulfguanidin (Tablet)	160

TONİKLER

Tonoferrin (Şurup)	267
Fitofer (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
Kalbifilin (Tablet)	150

MUHTELİF PREPARATLAR

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