



LOKMAN HEKİM

DERGİSİ

MEÜ Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi

MAY-AUGUST 2013

VOLUME:3 NUMBER: 2





MERSIN UNIVERSITY MEDICAL FACULTY

Lokman Hekim

JOURNAL OF MEDICAL HISTORY AND FOLK MEDICINE

MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ LOKMAN HEKİM TIP TARİHİ VE FOLKLORİK TIP DERGİSİ

OWNER

Prof. Dr. Ahmet İlvan
Dean of Mersin University Medical Faculty

HONORARY EDITORS IN CHIEF

Prof. Dr. İlater Uzel
Prof. Vivian Nutton

EDITOR IN CHIEF

Prof. Dr. Tamer Akça

ASSOCIATE EDITOR

Assoc. Prof. Dr. Nursel Gamsız Bilgin

SECRETARY

Assist. Prof. Dr. Oya Ögenler

EDITORIAL TEAM

Prof. Dr. Erim Erdem
Assoc. Prof. Dr. Necat Yılmaz
Assoc. Prof. Dr. Öner Kurt

Periodical Scientific Publication of Mersin University Medical Faculty.
Can not be cited without reference.
Responsibility of the articles belong to the authors.
Published online three times a year.

CORRESPONDENCE

Dr. Tamer AKÇA
Mersin University Medical Faculty
Department of General Surgery
E-mail : editorlokman@gmail.com
Tel: : +90 324 337 4300 / 1124
Fax : +90 324 337 4305
URL : http://lokmanhekim.mersin.edu.tr

Design : Dr. Tamer Akça
Cover : Ayşegül Tuğuz (from composition of İlater Uzel named Dioscorides and his student)

EDITORIAL BOARD*

Emeritus Prof. Stuart Blume, Netherlands
Assist. Prof. Stephen T. Casper, United States
Assoc. Prof. Catharine Coleborne, New Zealand
Dr. Pratik Chakrabarti, United Kingdom
Ph. D. Eric J. Engstrom, Germany
Sherry Sayed Gadelrab, United Kingdom
Prof. Elizabeth Lunbeck, United States
Dr. Harry Oosterhuis, Netherlands
Prof. John Harley Warner, United States
Prof. Dr. Ayten Altıntaş, Türkiye
Prof. Dr. Berna Arda, Türkiye
Prof. Dr. Erman Artun, Türkiye
Prof. Dr. Adnan Ataç, Türkiye
Prof. Dr. Nesrin Çobanoğlu, Türkiye
Prof. Dr. Bayhan Çubukçu, Türkiye
Prof. Dr. Mebrure Değer, Türkiye
Prof. Dr. Şefik Görkey, Türkiye
Prof. Dr. Gülşel Kavalalı, Türkiye
Prof. Dr. Kadircan Keskinbora, Türkiye
Prof. Dr. Gamze Kökdil, Türkiye
Prof. Dr. Emine Gürsoy Naskali, Türkiye
Prof. Dr. Menşure Özgüven, Türkiye
Prof. Dr. Zuhale Özyayın, Türkiye
Prof. Dr. Gülbin Özçelikay, Türkiye
Prof. Dr. Mustafa Hamdi Sayar, Türkiye
Prof. Dr. Şahan Saygı, Türkiye
Prof. Dr. Serap Şahinoğlu, Türkiye
Prof. Dr. Sevgi Şar, Türkiye

Prof. Dr. Bahar Tunçtan, Türkiye
Assoc. Prof. Dr. Ahmet Acıduman, Türkiye
Assoc. Prof. Dr. Hakan Arslan, Türkiye
Assoc. Prof. Dr. Ferruh Ayoğlu, Türkiye
Assoc. Prof. Dr. Murat Civaner, Türkiye
Assoc. Prof. Dr. Nilgün Çıblak Coşkun, Türkiye
Assoc. Prof. Dr. Gülten Dinç, Türkiye
Assoc. Prof. Dr. Murat Durukan, Türkiye
Assoc. Prof. Dr. Ömür Elçioğlu, Türkiye
Assoc. Prof. Dr. Ayşe Everest, Türkiye
Assoc. Prof. Dr. Tamay Başağaç Gül, Türkiye
Assoc. Prof. Dr. Ayşe Menteş Güler, Türkiye
Assoc. Prof. Dr. Selim Kadioğlu, Türkiye
Assoc. Prof. Dr. Taşkın Ketenci, Türkiye
Assoc. Prof. Dr. Arın Namal, Türkiye
Assoc. Prof. Dr. Raşan Özen, Türkiye
Assoc. Prof. Dr. Mehmet Sami Serin, Türkiye
Assoc. Prof. Dr. Refiye Okuşluk Şenesen, Türkiye
Assoc. Prof. Dr. Yeşim Işıl Ülman, Türkiye
Assoc. Prof. Dr. Çağatay Üstün, Türkiye
Assoc. Prof. Dr. Selen Yeğenoğlu, Türkiye
Assist. Prof. Dr. Murat Aksu, Türkiye
Assist. Prof. Dr. Selim Altan, Türkiye
Assist. Prof. Dr. Funda Gülay Kadioğlu, Türkiye
Assist. Prof. Dr. Esin Karlıkaya, Türkiye
Assist. Prof. Dr. Şükran Sevimli, Türkiye
Assist. Prof. Dr. Hafize Öztürk Türkmen, Türkiye
Assist. Prof. Dr. Gülay Yıldırım, Türkiye

Statistical Consultant: Prof. Dr. E. Arzu KANIK

*in alphabetical order



MERSIN UNIVERSITY MEDICAL FACULTY

Lokman Hekim

JOURNAL OF MEDICAL HISTORY AND FOLK MEDICINE

MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ LOKMAN HEKİM TIP TARİHİ VE FOLKLORİK TIP DERGİSİ

VOLUME 3

MAY - AUGUST 2013

NUMBER 2

Original Article - Araştırma

- TIP DIŞINDAKİ FARKLI ALANLARDA DA İZ BIRAKAN MUĞLALI ÜÇ HEKİM 1
Three Physicians from Muğla, who Made Their Marks in Various Fields Other than Medicine
Özcan et al.
- ORD. PROF. DR. ABDÜLKADİR LÜTFİ NOYAN'IN GÖZÜ İLE HASTANELERİN YAPISI VE İŞLEYİŞ TARZI 11
Distinguished Professor Dr. Abdülkadir Lütfi NOYAN's View of Hospital Structure and
Administrative Methods
Kurt et al.
- ŞEREFEDDİN SABUNCUOĞLU'NUN CERRAHİYET-ÜL HANİYE KİTABINDA GÖZ HASTALIKLARI KONULARI 16
The Ophthalmological Topics in Cerrahiyet-ul Haniye (Imperial Surgery Book) of Şerefeddin Sabuncuoğlu
Keskinbora K.

Review - Derleme

- ÖTANAZİ: TANIM VE TARİHÇE 25
Euthanasia: Definition And History Of Euthanasia
Gamsız Bilgin N.
- ÇERNOBİL KAZASI VE ETKİLERİ 32
Chernobyl Accident and Its Consequences
Özcan Kara et al.
- ANESTEZİDE ÖNCÜLER VE KEŞİFLER TARİHİ 37
History of Pioneers and Discoveries at Anesthesia
Bilgin E.
- TÜRK ANESTEZİ TARİHİ 53
History of Anesthesia in Türkiye
Akpir K.

TIP DIŞINDAKİ FARKLI ALANLARDA DA İZ BIRAKAN MUĞLALI ÜÇ HEKİM

Three Physicians from Muğla, who Made Their Marks in Various Fields Other than Medicine

Müesser Özcan¹

Naki Bulut²

¹Assist. Prof. Dr., Muğla Sıtkı Koçman University, Muğla Health School

² Staff, Muğla Sıtkı Koçman University, Training Hospital Dept. of General Surgery

ÖZET

Bu çalışmada din, ahlak ve dil bilimi ile ilgili çok sayıda eseri olan Milaslı İsmail Hakkı, Türkiye’de kooperatifçiliği kuran ve bu alana ilişkin kitaplar yazan Cevdet Nasuhi Savran ile Kurtuluş Savaşı’nda iyi bir asker ve sonrasında da siyasetçi olan Hüseyin Avni Ercan’ın kısa yaşam öyküsü, eğitim ve eserlerine yer verilmiştir. Çalışmaya konu olan hekimlere ait kişisel ve mesleki bilgilere ulaşabilmek için öncelikle kamu kuruluşları ile temasa geçilmiştir. Nüfus İl müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu ile resmi yazışmalar yapılmıştır. Mili Kütüphane başta olmak üzere çeşitli kütüphaneler, Başbakanlık Osmanlı ve Cumhuriyet Arşivleri, Muğla Belediyesi arşivlerinde arama yapılmıştır. Elde edilen belgeler ve hekimlere ait tüm kitaplar literatür bilgileri ışığında gözden geçirilmiştir. Kasım 2011’de başlayan çalışmalar Eylül 2012’de tamamlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Tıp Tarihi, Muğla

ABSTRACT

This study includes the brief biography, educational background and works of three important physicians: Milaslı İsmail Hakkı, who has many works on religion, ethic and linguistics fields; Cevdet Nasuhi Savran who has established the cooperative system in Turkey and has written many books in this field and Hüseyin Avni Ercan, a good soldier in War of Independence who after has become a politician. In order to collect personal and professional data of these three physicians, at first we have contacted with public institutions. We have exchanged correspondence with Ministry of Health, Civil Registry and Social Security Institution. Researches have been done in various libraries; particularly National Library, Turkey Prime Ministry Ottoman and Republic archives, and in the archives of Muğla municipality. The data collected and all the books of the physicians have been analyzed based on the literature data. The study which has been started in November 2011 has been finalized in September 2012.

Keywords: History of Medicine, Muğla

TIP DIŞINDAKİ FARKLI ALANLARDA DA İZ BIRAKAN MUĞLALI ÜÇ HEKİM

Bu makale kapsamında tıp hekimi olmalarının yanı sıra Türkiye’de diğer alanlarda da öncü olmuş ve eserler bırakmış Muğlalı üç hekime yer verilecektir. Din, ahlak ve dil bilimi ile ilgili çok sayıda eseri olan Milaslı İsmail Hakkı, Türkiye’de kooperatifçiliği kuran ve bu alana ilişkin kitaplar yazan Cevdet Nasuhi Savran ile Kurtuluş Savaşında iyi bir asker sonrasında siyasetçi olan Hüseyin Avni Ercan’ın kısa yaşam öyküsü eğitim ve eserleri incelenecektir.

YÖNTEM

Çalışmaya konu olan hekimlere ait kişisel ve mesleki bilgilere ulaşabilmek için öncelikle kamu kuruluşları ile temasa geçilmiştir. Nüfus İl müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu ile resmi yazışmalar yapılmıştır. Mili Kütüphane başta olmak üzere çeşitli kütüphaneler, Başbakanlık Osmanlı ve Cumhuriyet Arşivleri, Muğla Belediyesi arşivlerinde arama yapılmıştır. Elde edilen belgeler ve hekimlere ait tüm kitaplar literatür bilgileri ışığında gözden geçirilmiştir. Kasım 2011’de başlayan çalışmalar Eylül 2012’de tamamlanmıştır

DR. MİLASLI İSMAIL HAKKI (Resim 1)

İsmail Hakkı, 1880’de Muğla’nın Milas ilçesinde doğmuştur.¹ Darülfünun Tıp Fakültesi Mülkiye kısmından 324 diploma numarası ile mezun olmuştur.² Belediye ve Hükümet Tabipliği görevlerinin ardından sağlık hizmetlerinde çok önemli görevler üstlenmiştir.³ Beyrut Vilayeti Sıhhiye Müfettişliği, Şam Tıbbiye Mektebi Müdürlüğü, Hıfzıssıhha-i Umumi Müfettiş-i Umumiliği, Sıhhiye Müdüriyet-i Umumiyesi Müfettiş-i Umumiliği, Batı Anadolu Sağlık Müfettişliği gibi görevleri yürüttüğüne ilişkin bilgilere Osmanlı Arşiv belgelerinde de rastlanmaktadır.⁴⁻⁹



Resim 1. Dr. Milaslı İsmail Hakkı

İsmail Hakkı Yeşilay’ın kurucularındandır. Yeni alfabe çalışmalarında bulunmuş ve İslah-ı Huruf Cemiyetinin¹ oluşumunu sağlamıştır. Din ve bilim adamlığı kimliğinin yanı sıra ulusal kurtuluşçu yönü ile de öne çıkmaktadır. Ulusal kurtuluş hareketinin içinde aktif görevler üstlenmiştir. İsmail Hakkı, Mayıs 1919’da Sultanahmet Meydanında düzenlenen ve 100 bin kişinin katıldığı mitingde Avrupa’ya güven kalmadığını ifade ettiği etkileyici bir konuşma yapmıştır.¹⁰⁻¹²

Yayıncılık konusunda çok üretken olan İsmail Hakkı’nın, çok sayıda gazete yazısı bulunmaktadır. İsmail Hakkı kendisi de gazete yayınlamıştır. Bunlardan ilki (1906) “Tecdüt” isimli gazetedir (Resim 2).¹³ Bu gazete ile Huruf-ı Munfasıla² fikrinin yaygınlaşması için yoğun olarak çalışmıştır. Yayınladığı diğer gazete ise siyaset, bilim ve edebiyat konularda haftalık olarak bir bölümü Türkçe “Müceddid” isimli (1908) gazetedir.¹⁴

1 İslah-ı Huruf Cemiyeti: II. Meşrutiyet döneminde alfabenin islahı veya değiştirilmesine yönelik örgütlü girişimlerden biridir. 1911’de Milaslı İsmail Hakkı öncülüğünde kurulan İslah-ı Huruf Cemiyeti, bu amaçla Yeni Yazı adlı bir dergi çıkarmıştır. Yönetim kurulunda Rezaizade Mahmud Ekrem, Celal Nuri (İleri), Süleyman Nazif, Celal Sahir (Erozan) ve Cenab Şahabettin gibi dönemin ileri gelenlerinin bulunduğu derneğin amacı “harfleri tadil ve islah ile mükemmel hale getirmek” olarak açıklanmıştır.

2 Huruf-ı Munfasıla: Osmanlı’nın Harf İnkılabı

İsmail Hakkı'nın bu gazete çalışmalarının dışında pedagoji, tıp ve zooloji gibi çeşitli konularda kaleme aldığı irili ufaklı risaleler de yayınlanmıştır. Ancak din ve ahlak üzerine yazdığı çok önemli kitapları onun din adamı kimliğini öne çıkarmaktadır. "Hakikat-ı İslâm, Kur'an-ı Kerim Tercüme Olunabilir mi?" "Kur'an'ın Mucizeleri ve Müteşabih Ayetlerin Tefsirleri" adlı eserleri bu alanda öne çıkan kitaplarındandır.¹⁵⁻³⁰

Günümüzde de din ve dil bilimciler İsmail Hakkı'nın eserlerine ilişkin tezler ve bilimsel araştırma makaleleri kaleme alınmaktadır.³¹ İsmail Hakkı yaşadığı dönemde dil ve din konusundaki kişisel görüş ve eserleri ile farklılık yaratmış ve dikkat çekmiştir. Özellikle "İslâm Dininde Etlerin Tezkiyesi" adlı risalesinde yazarın domuz etine ilişkin görüşleri çok sayıda eleştiri almıştır.³² Bu makale kapsamında İsmail Hakkı'nın tıp alanında yazdığı eserleri detaylandırılacaktır.

Tıp Alanındaki Eserleri

Frenji İletti Hakkında Elzem Olan Malûmât: İsmail Hakkı'nın ilk kaleme aldığı risale dönemin önemli sağlık sorunu olan frenjiye ilişkindir (*Resim 3*). "Frenji İletti Hakkında Elzem Olan Malûmât"³³ isimli 40 sayfalık risale Kastamonu İli İnebolu Frenji Hastanesi hekimi iken resmi kanalların isteği ile yazılmıştır. İsmail Hakkı bu eserin resmi kanalla istendiğini kitabın kapağında belirtmiş ve şunları yazmıştır:

"Bu risale meclis Sıhhiyye-i Ummumiyyenin emri ve kararıyla tahrir edilüb Meclis-i Mezkûrca mazhar-ı tahsin ve takdir ve ba'zı vilayat-ı şahanenin bütün köylerinde imam ve muhtarane tüzüğü karar-gir olmuş ve mekteb-i ummumiyye nezaret-i celilesinden dahiliyye nazaret-i celilesine iş'ar-ı keyfiyyet idilmiştir."



Resim 2. Teceddüt Gazetesi örneği



Resim 3. Frenji İletti Hakkında Elzem Olan Malumat

Kitap kapağında ayrıca içindekiler kısmı oluşturmuş ve beş başlıkta toplanan içerikten söz edilmiştir:

1. *Tarif ve başlıca alamet ve fenalıkları*
2. *Sirayete sebep olan şeyler ilete tutulmamak için tedbirler*
3. *Firengililerin evlenmesi ve firengili doğan çocuklar*
4. *Firengi iletti tedavi edilebilir mi? Ve şifa nasıl istihsal edilir?*
5. *Firengililer neden sakınmalı ve nasıl yiyüb içmelidirler?*

Kitabın kapağında yer alan “*mühürsüz nüshaları sahtedir*” hatırlatması da o dönemde de kitapların kopyalandığını düşündürmektedir. Bu risalenin halkı bilgilendirme konusunda oldukça başarılı olduğu ve daha çok kişiye ulaşmasını sağlamak için ilgili yerlere dağıtılması hakkında gerekenin yapılmasına ilişkin Osmanlı Devlet Arşivinde belgelerine de rastlanmıştır.³⁴

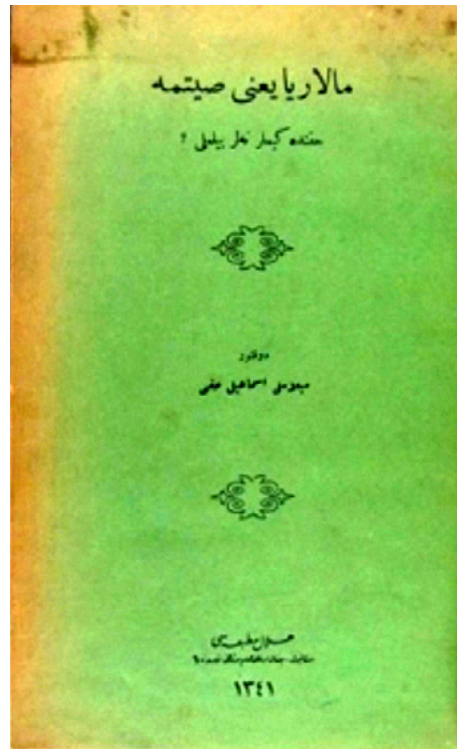
İçki Belası ve Kurtulmanın Çareleri: Yeşilay'ın da kurucuları arasında yer alan İsmail Hakkı içki ve içkiden kurtulma üzerinde çok çalışmıştır. “İçki Belası ve Kurtulmanın Çareleri dışında İçkilerin Amerika'da Resmi Memnuiyeti Acaba Hangisi Asrılık?” ve “İçkilerin Men'ine Çalışmak Lüzumu” başlıklı makaleleri de yazmıştır.³⁵⁻³⁷ 1917'de yazılan bu risale 84 sayfadan oluşmaktadır (*Resim 4*).³⁸ Kitap kapağında kitabın yazılış amacı ve basımını destekleyen kuruma ilişkin bilgiye yer vermiş ve bunu şöyle belirtmiştir:

“İçkinin fenalıklarını ve kurtulmak çarelerini gösteren bu *faildeli risale Müdafâ'a-i Milliye Cemmiyeti tarafından tab edilmiştir.*”

Oldukça kapsamlı yazılan risalede içkinin fizyolojik, patolojik ve sosyal etkilerine yer verilmiştir. İsmail Hakkı bu bilgileri somutlaştırmak için risalede beyin kalp, akciğer ve dışlere



Resim 4. İçki Belası ve Kurtulmanın Çareleri



Resim 5. Malarya Yagnı Sıtma Hakkında Kimler Ne Bilmeli

içkinin olumsuz etkilerini gösteren resimlere de yer vermiştir. Ayrıca birtakım sayısal verileri tablo olarak vererek okuyucunun dikkatini çekmeye çalıştığı görülmektedir.

Malarya Yagni Sıtma Hakkında Kimler Ne Bilmeli: İsmail Hakkı halk sağlığı konusuna büyük önem vermiştir. Halk sağlığı ve sağlık hizmetlerinin işleyişi hakkında “Milletimiz İçin Müthiş Tehlike Sıhhsizliktir. Teşkilat-ı Sıhhiyemiz Nasıl Olmalıdır?” ve “Memleketimizde Tifüse Karşı İlk Fenni Savaş” başlıklı makaleleri de yayınlamıştır.³⁹⁻⁴⁰ 1923’de dönemin önemli halk sağlığı sorunu olan sıtma ve sıtmayla mücadele hakkında halkı bilgilendirmeye yönelik yazılmış 32 sayfalık bir eserdir (*Resim 5*).⁴¹ Halkı bilgilendirmeye yönelik yazılan tüm eserlerinde olduğu gibi basit bir anlatım dili kullanılmıştır.

Milaslı İsmail Hakkı halk ve toplum için çalışmıştır. Bu amaçla çeşitli bilimsel faaliyetler ve sağlık hizmetlerinde görev almıştır. Dil, din ve ahlak üzerine yazdığı eserler ile alfabe çalışmaları çok ses getirmiştir. Halk sağlığına yönelik çalışmalarına paralel olarak bu konularda tıp eserleri üremiştir. Son yıllarında çalışmaları ve yayınları din ve ahlak üzerine yoğunlaşan İsmail Hakkı 31 Ocak 1937’de yaşamını yitirmiştir.

DR. CEVDET NASUHI SAVRAN

Cevdet Nasuhi Savran 1888’de Muğla’da dünyaya gelmiştir. Lise eğitimini İzmir’de tamamlamış, ardından İstanbul Darülfünun Tıp Fakültesinde tıp eğitimine başlamıştır. Burada iki yıl eğitim aldıktan sonra İsviçre’ye gitmeye karar vermiş ve Cenevre Tıp Fakültesi’nde öğrenimine devam etmiştir. Ancak 1912’de Balkan Savaşı’nın (8 Ekim 1912 - 29 Eylül 1913) başlamasının ardından bir süre eğitime ara vererek ülkesine dönmüş ve Darülfünun Hastanesi’nde³ savaşın sonuna kadar çalışmıştır. Savaş sonrası tekrar Cenevre’ye giderek tıp eğitimine devam etmiştir. Savaş sonrasında eğitim için döndüğü Cenevre’de ekonomik açıdan zor günler geçiren Cevdet Nasuhi masraflarını karşılamak için Cenevre’deki Türk ailelerin çocuklarına Türkçe dersleri vermeye başlamıştır.⁴²⁻⁴⁶

Öğrencilik yıllarında siyasi ve sosyal açıdan aktif bir yaşam sürmüştür. İsviçre’de, Cenevre şehrine yakın Pelilans Köyü’nde, Pansiyon Rasin’de kurulan İkinci Yurtçular Derneği’nin kurucuları arasındadır. Lozan Türk Yurdu faaliyetlerinin arasında yer alan ve çeşitli bilgilendirme toplantıları düzenlemiştir ve “Milliyet Nereden Doğar? Bize Milliyetçilik Lazım mı?” konulu bir konferans vermiştir. Yurtçular Derneği’nin yasasını hazırlamıştır. Lozan Türk Yurdu’nun tüm etkinliklerinde aktif rol almıştır. Haklar ve özgürlükler konusunda özel bir duyarlılığı olan Cevdet Nasuhi’nin Türk kadının durumu ile ilgili bir toplantıda yaptığı konuşmasında Halide Edip’in kadın haklarına ilişkin görüşlerini içeren bir mektubu okuduğu toplantı tutanaklarında görülmektedir.⁴⁷⁻⁴⁸

1916’da Cenevre’deki tıp eğitimini tamamlayan Cevdet Nasuhi hekimlik diplomasını alarak İstanbul’a dönmüştür. İstanbul’da ilk olarak Şişli Fransız Hastanesi’nde Prof. Dr. Mazhar Osman’ın asistanı olarak göreve başlamıştır. Bu süreç içinde aynı zamanda Darülfünunda psikoloji derslerine de katkı vermiştir. İstanbul Darülfünunu’nda 1915 kış semestrinde deneysel psikoloji dersleri vermeye başlayan Dr. Georg Anschütz’e, Cevdet Nasuhi ve pedagog Ali Haydar yardımcılık ve çevirmenlik yapmışlardır. Cevdet Nasuhi fizyolojik psikoloji dersleri verirken, Ali Haydar da pedagoji dersleri vermiştir. Ancak Anschütz yaşadığı sorunlar

c 1912 yılında başlayan Balkan Savaşı Osmanlıyı her yönden zor durumda bırakmıştır. 1912’nin Ekim’inde seferberlik ilan edilmiş, bu tarihte Darülfünun Tıp Fakültesi’ndeki derslere de ara verilmiştir. Hocalar ve son sınıftaki hekim adayları askeri birliklere atanarak Tıbbiye binası hastaneye çevrilmiştir. Gemilerle getirilen yaralılar burada tedaviye alınmıştır. Klinik yatakları yetersiz kalınca derslikler, koğuşlar, hatta koridorlar bile hastane görevi görmüştür. Tıbbiye yaklaşık altı ay boyunca kapatıldı öğrenciler yaralılara yardımcı olmaya çalışıyordu.⁴⁹

nedeniyle Darülfünunu'ndan ayrılmıştır. Bu arada Cevdet Nasuhi Darülfünunun yönetimi tarafından 1918'de Münih'te Felsefe Fakültesi'ne psikoloji eğitimi (doktora) yapmak üzere gönderilmiştir. Ancak mütareke yıllarının en sıkıntılı zamanlarına denk gelen Münih günleri ve eğitimi onu zorlamış ve 1921'de doktora eğitimini tamamlamadan yurda dönmüştür. Döndükten sonra kısa bir süre serbest hekimlik yapmış ardından radikal bir karar alarak hekimliği bırakmış ve İstanbul'dan ayrılmıştır. Dr. Cevdet Nasuhi bu önemli kararın ardından, eşinin memleketi olan Çanakkale'nin Ezine ilçesi yakınlarındaki bir çiftlikte ziraatla uğraşmaya başlamıştır. Ancak 1927'de Çanakkale'den Ankara'ya gelerek Gazi Terbiye Enstitüsü'nde Orta Muallim Mektebi'ne eğitici olarak atanmış ve bu okulda da psikoloji dersleri vermiştir. Aynı zamanda 17 yıl süre ile sürdüreceği Ziraat Bankasının meclis azalığına da seçilmiştir. 1929-1930 arasında idare meclis başkanlığı görevini de yürütmek durumunda kalınca psikoloji dersi eğiticiğini bırakmak zorunda kalmıştır.⁴²⁻⁴⁶

Kooperatifçilik Yılları

Cevdet Nasuhi Savran kooperatifçiliğin Türkiye'nin refah ve iktisadi kalkınmasında çok önemli bir etkisi olacağına inanmaktaydı. 1928'de Balkan Ülkeleri başta olmak üzere Almanya ve Fransa'ya kooperatifçilik hakkında geziler yapmıştır. Bu geziler Savran'ın yeni fikirler edinmesine katkı sağlamış ve 1470 sayılı Tarım Kredi Kooperatifleri Kanunu'nun hazırlanmasında görev almıştır. Cevdet Nasuhi Tarım Kredi Kooperatifleri'nin köylünün bütün mali işlemlerini göreceğ birer köy bankası haline getirilmesi fikrini savunmuştur. 17 Şubat 1936 ile 27 Mart 1937 arasında Türk Kooperatifçilik Kurumu yönetim kurulu üyesi ve başkanı olarak da çalışmıştır. 1926-1933 arasında Ziraat Bankası'nın açtığı bankacılık kurslarında kooperatifçilik dersleri, 1942-1944 arasında açılan Kooperatif Memurları Yetiştirme kurslarında da iktisat dersleri vermiştir. Cevdet Nasuhi Savran, kooperatifçilik tarihinde hem çalışmaları hem de eserleriyle katkıda bulunmuştur.^{42-46,50-52}



Resim 6. Karınca Dergisi

Yayımları

Üç kitap ve çeşitli dergilerde yayınlanmış makaleleri bulunmaktadır. Yayıncılık adına en önemli çalışması kuruculuğunu üstlendiği ve isim babası olduğu Karınca dergisidir (*Resim 6*). Dilde sadeleşmeye önem vermiş ve yazılarının çoğunu öz Türkçe kelime ve deyimlerle yazmıştır. Türk Dil Kurumu'nun İktisat Cemiyeti ile birlikte "Türk İktisat Terimleri" üzerinde oluşturulan komisyonlarda görev almıştır. Ayrıca, ekonomik terimleri Türkçeleştirme konusunda çaba göstermiştir.

Kitapları

1929'da cumhuriyetin ilk yıllarında yurdun kalkınması kapsamında ele alınan kooperatif çalışmaları alanındaki ilk ciddi kitap olarak tanımlanan ilk kitabı "Kooperatif Yetirenler ve Bitirenler Davası'dır". İkinci kitabı 1931'de yayınlanmıştır. "Bir Rapor Üç Konferans" isimli bu kitap Savran'ın vermiş olduğu konferanslar ve hazırlamış olduğu raporları içermektedir. 1935'de kooperatifçilik, sosyalistlik ve devletçilik konularını içeren "Kooperatifçilik" adlı üçüncü kitabını

yazmıştır.⁵³⁻⁵⁵ Ölümünden önce kooperatifçilik alanı ile ilgili “Pratik Kooperatifçilik” adı ile yeni bir kitap hazırlamaktaydı. Ayrıca psikoloji ile ilgili birisi kuramsal bir diğeri uygulamalı iki kitap yazmış olmasına rağmen bu kitapları basılmadan yaşamını yitirmiştir.^{45,46}

Makaleler

Tıp ile ilgili makaleleri 1921’de eski harfli Türkçe harflerle kaleme aldığı “İçtimai Hayatımızda Cünun” (Buhraniyat Hakkında) başlıklı makalesi ile yeni harflerle yazılan “Tababet-i Akliyyede Seroloji I-II” ve “Cümle-i Asabiyye Frengisinde Yeni Teamüller” başlıklı makaleleridir. Cevdet Nasuhi Tıp alanından uzaklaşıp kooperatifçiliğe geçişle birlikte Ankara’da kooperatifçiler için hazırlanan aylık bir dergi çıkarma fikrini hayata geçirmiş ve isim babası olduğu Karınca dergisini çıkarmaya başlamıştır. Bu ve diğ. dergilerde çeşitli makaleleri yayınlanmıştır (Tablo 1).

Tablo1. Cevdet Nasuhi Savran’ın Bilimsel Makaleleri

Eski Harfli Türkçe
İçtimai Hayatımızda Cünun (Buhraniyat Hakkında), Tedrisat Mecmuası, Şubat -Mart 1921 (15 Nisan 1328)
İstanbul Seririyatı
Tababet-i Akliyyede Seroloji I, (13), 11. 1921, 338-342.
Tababet-i Akliyyede Seroloji II, (9), 07. 1921, 197-203
Cümle-i Asabiyye Frengisinde Yeni Teamüller, İstanbul, (11), 09. 1921, 262-266.
Diğ. Dergiler
Kooperatifin İlmihali Türk Kooperatifçisi, İzmir, (13), 01.03.1931, 34-39.
Kredi Kooperatifleri Ekonomi ve Finans, İstanbul, (5), 00.05.1931, 83-85.
İç Ödünçlenme Hakkında Taşpınar, Afyon, (7), 00.05.1933, 160-164.
Halkevinin Çatısı Altında, Ülkü, Ankara, (2), 00.03.1933, 194-197.
Kamanlığa Şavas, Çığır, Ankara, (31), 00.10.1935, 5. 100 300
Ziraî Kooperatifçiliğimiz, 1931 Birinci Ziraat Kongresi İhtisas Raporları, Milli İktisat ve Tasarruf Cemiyeti Yayınları, İstanbul, s. 1930-1951.
Karınca Kooperatif Postası
Kooperatif nedir? Ankara, Yıl: 1 Sayı: 1. Haziran/1934.
Kooperatif ahlakı, Ankara, Yıl: 1 Sayı: 2. Temmuz/1934.
Mersin kooperatifçileri arasında, Ankara, Yıl: 1 Sayı: 2. Temmuz/1934.
Köylünün diliyle konuşmak, Ankara, Yıl: 1 Sayı: 3. Ağustos/1934.
Dört Kooperatifi ziyaret, Ankara, Yıl: 1 Sayı: 4. Eylül/1934.
Köyde Okuma – Yazma, Ankara, Yıl: 1 Sayı: 4.Ekim/1934: 1-2.
Onuncu yıldan öğrendiklerimiz, Ankara, Yıl: 1 Sayı: 6, Kasım/1934.
Kooperatif bekleyen köyler, Ankara, Yıl: 1 Sayı: 7, Aralık/1934.
Kooperatifçilikte genel durumumuz, Ankara, Yıl: 1 Sayı: 8, Ocak/1935.
Kooperatif alış verişi de yetişkinleştirir, Ankara, Yıl: 1 Sayı: 9, Şubat/1935.
Köylünün evi, Ankara, Yıl: 1 Sayı: 10, Mart/1935.
Kooperatifte geri verme, Ankara, Yıl: 1 Sayı:11-12, Nisan-Mayıs1935.
Yurdun bucaklarından Katrancı köyü, Ankara, Yıl: 2, Sayı: 13-17, Haziran-Ekim/1935.
Kooperatif anlayışımız, Ankara, Yıl: 9 Sayı:77-78, Mayıs-Haziran/1943.
Hak istemeyi bilen vatandaş, Ankara, Yıl: 9 Sayı:82-83, Ekim-Kasım/1943.
Tarım kredi kooperatiflerinden köy bankasına doğru, Ankara, Yıl: 10, Sayı:85-86, Ocak-Şubat/1944.
Kooperatif ortağının alakası kooperatifin muvaffakiyetinde temel taşlar, Ankara, Yıl: 10, Sayı:87, Mart/1944.
Psikolojik münasebetleri bakımından itiyat ve tasarruf, Karınca Kooperatif Postası, Ankara, Yıl: 45, Sayı:498, Haziran/1978 (ölümünden sonra tekrar yayınlanmış)

Cevdet Nasuhi Savran çok yönlü bir insan olduğu bilinmektedir. Örneğin tıp öğrenimi yapmak için Muğla'dan İsviçre'ye gittiği sırada nişanlı olan Cevdet Nasuhi, bu ayrılık sürecinde nişanlısını düşünerek Muğla Türküsü'nü kaleme almıştır. Böylelikle daha sonra derleme ve bestesi yapılan ve günümüzde "Muğla Zeybeği" olarak bilinen türkünün ortaya çıkmasını sağlayarak sanata da katkı vermiştir. Örgütlülüğe inancı gereği çeşitli sivil toplum örgütlerinde çalışmalar da yürütmüştür. Türk Kooperatifçilik Cemiyeti, Türk İktisat Cemiyeti, Türk Dil Kurumu üyelikleri vardır. Son zamanında Türk Dil Kurumu'nun Türk İktisat Terimleri üzerine oluşturduğu komisyonda çalışmaktaydı.

Tıp alanında kısa süreli hizmet vermiş olsa da ülkenin yeniden yapılanması gibi çok önemli bir süreçte ilkleri başarmış, basımını yapamadığı ancak tamamladığı psikoloji kitaplarının verdiği ipuçlarından anlaşılacağı gibi hekimlik sorumluluğunu da hiç bir zaman bırakmamış örnek insanlardan biri olan Cevdet Nasuhi Savran 12 Haziran 1944'de vefat etmiştir.

HÜSEYİN AVNİ ERCAN (TOPALOĞLU) (Resim 7)

Muğlalı Topaloğulları'ndan Rüştüye Muallimi Ahmet Hulusi Efendi'nin oğludur. İlk ve orta öğrenimini 28 Ekim 1904'de Muğla'da tamamlamıştır. 10 Temmuz 1907'de İzmir Sultaniyesi'nden mezun olmuştur. Selanik Halkalı Ziraat Yüksek Mektebi'ne kaydolmuştur. Ancak bu okuldan ayrılarak İstanbul Darülfünun Tıp Fakültesi'ne kayıt olmuştur. İyi derecede Fransızca bilen Hüseyin Avni, 13 Ağustos 1913'de tıp fakültesinden mezun olmuştur. 23 Ağustos 1913'de memleketi olan Muğla'da Belediye tabipliğine atanmıştır.⁵⁶ Bir yıl sonra I. Dünya Savaşı nedeniyle (24 Ağustos 1914) Yedek Tabip Yüzbaşı olarak silah altına alınmıştır. 20 Kasım 1914'te terhis olan Hüseyin Avni tekrar memleketinde belediye tabipliği görevine dönmüştür. 24 Aralık 1916'da tekrar askere alınmış, 12. ve 21. Kolordu'da ve Menteşe Sahil Alayı 3. Tabur doktorluğu yapmıştır.⁵⁷ 25 Şubat 1919'deki terhisinden sonra aynı görevine dönmüştür. Hüseyin Avni Askerlik görevi dışında Muğla Kuvva-i Milliyesi'nin Mustafa Kemalci



Resim 7. Dr. Hüseyin Avni Ercan

kurucuları arasındadır. Bu mücadelede aktif rol almış ve çok önemli görevler üstlenmiştir. 12 Mayıs 1919'da Muğla Gureba Hastanesi Başhekimisi olmuştur. 28 Nisan 1923'de vekâleten atandığı Muğla Sağlık Müdürlüğü'ne 12 Mayıs 1923'de asaleten getirilmiştir. 1923'de Halk Fırkası'nın kurucuları arasında bulunmuş ve böylece siyasi yaşamı resmi olarak başlamıştır. Bir süre sonra siyaset tıp hekimliği görevinin önüne geçmiş ve 15 Ekim 1928'de Muğla Belediye Başkan adayı olarak seçimlere katılmak görevinden için ayrılmıştır⁵⁸. Muğla Belediye Başkanlığı'nı yürüten Hüseyin Avni TBMM'nin 4. dönem seçimlerinde CHP adayı olarak meclise girerek Meclis Sağlık ve Sosyal Yardım Komisyonunda çalışmıştır. 5. ve 6. dönemlerde de Muğla milletvekili olarak seçilen Hüseyin Avni 27 Ekim 1939'deki ölümüne kadar bu görevi yürütmüştür.⁵⁹⁻⁶⁰

SONUÇ

Sonuç olarak; tıp eğitimi almalarına rağmen farklı alanlarda bilim ve topluma katkı sağlamış bu üç hekim, yaşamları ve ürettikleri ile toplumda örnek ve öncü olmuşlardır. Hekim olmanın dışında çok yönlü bilgi, beceri ve tutuma sahip hekimlerin mücadelecisi, çalışkan ve üretken özelliklerinin genç hekimler ile hekimlik mesleğinin aday öğrenciler için örnek oluşturacağı inancındayız.

TEŞEKKÜR: Çalışmamız için değerli katkıları için; Muğla Belediye Başkanı Dr. Osman GÜRÜN'e, Muğla Belediyesi Basın Halkla İlişkiler Biriminden Ömür Dünya ÇAKMAKLI'ya, Muğla Tabip Odası ofis çalışanlarına, Osmanlıca okumalar konusunda Kocaeli Üniversitesi öğretim üyesi Doç. Dr. M. Esat HARMANCI ve Muğla SK. Üniversitesi Arş. Gör. Fahri KAPLAN'a, Muğla Üniversitesi Kütüphane Daire Başkanlığından kütüphane çalışanı Zübeyde ÇÖLDEN ve İstanbul Büyükşehir Belediyesi Atatürk Kitaplığından kütüphane çalışanı Selçuk AYDIN'a ve resmi yazışmalarla çalışmamız için arşiv dokümanlarını paylaşan ilgili kamu kurumlarının yönetici ve çalışanlarına teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

1. Başbakanlık Osmanlı Arşivi: Fon Kodu: DH.SAİD., 29/Z /1285 (Hicrî) Dosya No:71 Gömlek No:277
2. Sağlık Bakanlığı Personel Genel Müdürlüğü 14. 3. 2012 tarih B.10. O.PER.0.11.00.09/911.05 sayılı ilgili yazısı
3. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı emeklilik Hizmetleri genel Müdürlüğü 16. 3. 2012 tarih, B.13. 2.SGK.0.10.02 03 94 681.010
4. Başbakanlık Osmanlı Arşivi: Fon Kodu DH.MKT., 29/Ca/1319 (Hicrî) Dosya No:2531 Gömlek No:58
5. Başbakanlık Osmanlı Arşivi: Fon Kodu DH.MKT., 07/Ca/1319 (Hicrî) Dosya No:2525 Gömlek No:2
6. Başbakanlık Osmanlı Arşivi: Fon Kodu MF.MKT., 15/S/1325 (Hicrî) Dosya No:1017 Gömlek No:50
7. Başbakanlık Osmanlı Arşivi: Fon Kodu DH.İD., 10/Za/1329 (Hicrî) Dosya No:48/-2 Gömlek No:12
8. Başbakanlık Osmanlı Arşivi: Fon Kodu İ..DUİT., 19/S /1339 (Hicrî) Dosya No:60 Gömlek No:78
9. Başbakanlık Cumhuriyet Arşivi Fon Kodu: 30.11.1.0, 20 /5/ 1924 Sayı: 6/2044 Dosya: Yer No: 5.14.12.
10. Zuhale E, Bediüzzaman ve Yeşilay, Tefekkür Dergisi 2009, 23.
11. Boyacıoğlu R, Harf Devrimi ve Sağladığı Kolaylıklar, Atatürk Araştırma Merkezi Dergisi. 2001, 50,12.
12. Akçay Y, Osmanlı Dönemi Alfabe Tartışmaları Bağlamında Dr. İsmail Hakkı Bey Ve İslah-ı Huruf Cemiyeti, Uluslararası Türk Dili ve Edebiyatı Kongresi, Erzurum 25-27 Nisan 2007.
13. Başbakanlık Osmanlı Arşivi: Fon Kodu: ZB. 09/Ke/1324. Dosya No:329 Gömlek No:31
14. Başbakanlık Osmanlı Arşivi: Fon Kodu: DH. MKT, 22/Za/1326 (Hicrî) Dosya No:2685 Gömlek No:23
15. Milaslı İH, Hakikat-ı İslam, İstanbul Hilâl Matbaası, 1924, 221 sayfa.
16. Milaslı İH, Kur'an Tercüme Edilebilir mi ve Yeni Vadide Fatıha Tercüme ve Tefsiri, İstanbul Hukuk Matbaası, 1917, 15 sayfa.
17. Milaslı İH, Kur'an-ın Mucizeleri ve Müteşabih Ayetlerin Tefsirleri, İstanbul Türkiye Matbaası, 1935,
18. Milaslı İH, Hakikat-ı İslam: Anglikan Kilisesinin Sualleri Münasebetiyle Yazılmıştır, İstanbul, Hilal Matbaası 1924, 221+3 sayfa
19. Milaslı İH, Din-i İslam ve Ulûm ve Fünûn, 1327, Dersaadet: Numune-i Tibaat, 334 s
20. Milaslı İH, Kur'an-ı Kerim Tercüme Olunabilir Mi? Sebülürreşad, İstanbul, (390), 00.02.1919, 447-449.
21. Milaslı İH, Verilen Sözü Tutmak, Sıdk-u Ahd, Sıdk-u Va`d Sebülürreşad, İstanbul, (421-422), 00.06.1919, 40-43.
22. Milaslı İH, İntihar: İlm-i Ahlak ve Din Nazarında -1- Sebülürreşad, İstanbul, (585), 00.01.1924, 199-201.
23. Milaslı İH, İsmail Hakkı (Milaslı). İntihâr: İlm-i Ahlak ve Din Nazarında -2- Sebülürreşad, İstanbul, (586), 00.01.1924, 210-212.
24. Milaslı İH, Ahlak Bahsi: B.M.M.de Fuşun Men`i Hk. Sebülürreşad, İstanbul, (583), 00.01.1924, 163-166.
25. Milaslı İH, Milliyet ve Terbiye Türk Yurdu, Ankara, 00.00.1918, 4061-4069. 320- 300
26. Milaslı İH, Ahlak Vazifeleri I Kutlu Bilgi, Ankara, (4), 01.11.1944, 101-103.
27. Milaslı İH, Ahlâk Vazifeleri II Kutlu Bilgi, Ankara, (5), 01.12.1944, 133-136.
28. Milaslı İH, Ahlâk Vazifeleri III Kutlu Bilgi, Ankara, (6), 01.01.1945, 167-170.
29. Milaslı İH, Ahlak Vazifeleri IV Kutlu Bilgi, Ankara, (6), 01.03.1945, 198-201.
30. Milaslı İH, Ahlak Vazifeleri V Kutlu Bilgi, Ankara, (8), 01.04.1945, 231-234.
31. Muçhan M, İzmirli İsmail Hakkı'nın «el-Cevabü`s-Sedid fi Beyanı Dini` t-Tevhid» adlı eserinin, Abdulaziz Çavuş'in «Anglikan Kilisesine Cevap» ve Milaslı İsmail Hakkı'nın «Hakikat-ı İslam» adlı eseriyle karşılaştırmalı tahlili. Erciyes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Temel İslam Bilimleri Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.
32. Milaslı İH, İslam Dininde Etlarin Tezkiresi, İstanbul Ahmet Sait Matbaası, 1931, 31 sayfa
33. Milaslı İH, Frengi İleti Hakkında Elzem Olan Malûmât /İstanbul: Asır Matbaası, 1317 [1901].
34. Başbakanlık Osmanlı Arşivi: Fon Kodu: DH. MKT 10 Tarih: 18/Z /1316 (Hicrî) Dosya No:2194 Gömlek No:87.

35. Milaslı İH, İçki Belası ve Kurtulmanın Çareleri Sebülürreşad, İstanbul, (352), 00.01.1916, 106-107.
36. Milaslı İH, İçkilerin Amerika'da Resmi Memnuiyeti Acaba Hangisi Asrılık? Sebülürreşad, İstanbul, (410-411), 00.05.1919, 191-193.
37. Milaslı İH, İçkilerin Men'ine Çalışmak Lüzumu Sebülürreşad, İstanbul, (412-413), 00.05.1919, 205-208.
38. Milaslı İH, İçki Belası Ve Kurtulmanın Çareleri / İstanbul: Hilal Matbaası, 1333/1917
39. Milaslı İH, Milletimiz İçin Müthiş Tehlike Sıhatsızlıktır. Teşkilat-ı Sıhhiyemiz Nasıl Olmalıdır? Sebülürreşad, İstanbul, (437-438), 00.08.1919, 167-171.
40. Milaslı İH, Memleketimizde Tifüse Karşı İlk Fenni Savaş Kutlu Bilgi, Ankara, (9), 01.05.1945, 273-275.
41. Milaslı İH, Malarya Yani Sıtma Hakkında Kimler Neler Bilmeli? İstanbul: Hilal Matbaası, 1341r./1925.
42. Saka, Remzi. Dr. Cevdet Nasuhi Savran Karınca, Ankara, (338), 00.02.1965, 3-5.
43. Saka, Remzi. Dr. Cevdet Nasuhi Savran Karınca, Ankara, (337), 00.01.1965, 4-6.
44. Saka, Remzi. Dr. Cevdet Nasuhi Savran Karınca, Ankara, (339), 00.03.1965, 17-19.
45. İygin, Hayrettin. Ölümünün 40. Yıldönümünü Bitirirken Dr. Cevdet Nasuhi Savran Karınca, Ankara, (578), 00.02.1985, 26-28.
46. Saka, Remzi. Dr. Cevdet Nusuhi Savran <1888-1944> Karınca, Ankara, (333~336), 00.09.1964 ~ 00.12.1964
47. Türk Tarih Kurumu: Türk Yurtları Üye Kayıt Defteri, Y 654İsviçre'de, Cenevre Şehrine Yakın Pelilans Köyünde, Pansiyon Rasin'de Kurulan İkinci Yurtçular Derneği Müzakere ve Mukarreratı, İstanbul: Yeni Turan Matbaası,. (1913), p. 69
48. Jön Türk Hareketleri; Lozan Ve Neuchatel Türk Yurdu -1912, Neuchatel, Lozan http://www.tbmm.gov.tr/kutuphane/siyasi_partiler.html (Son erişim tarihi: Mart 2012).
49. Altıntaş A., Türk Tıp Eğitiminin Önemli Adımları, içinde "Savaşta İşgalde Tıbbiye", İyi İşler Matbaacılık, 2006; 248.
50. Ete, Muhlis. Dr. Cevdet Savran ve Kooperatifçiliği Karınca Kooperatif Postası, Ankara, (91), 00.07.1944, 2-3.
51. Kocabaş ÖY., Türkiye'de Kooperatifçilik Hareketinin Düşünsel Boyutu, 20. Milletlerarası Türk Kooperatifçilik Kongre Kitabı, 06 - 07 Ekim 2011 / Ankara 163-209.
52. Kocabaş ÖY, Türkiye'de Tarımsal Kooperatifçilik Düşüncesinin Gelişimi, Libra Yayınevi, 2010.İstanbul.
53. Savran CN, Kooperatif Yetirenler ve Bitirenler Davası, Cumhuriyet Matbaası, 1929. İstanbul.
54. Savran CN, Bir Rapor ve Üç Konferans, Ahmet İhsan Matbaası, 1931, İstanbul.
55. Savran CN, Kooperatifçilik Kollektifçilik ve Devletçilik Üzerine IX Yazı, Ulus Matbaası, 1935, Ankara.
56. Çoker F, Türk Parlemonta Tarihi TBMM. IV. Dönem 1931-1932 TBMM Vakfı Yayınları No: 12
57. Başbakanlık Osmanlı Arşivi: Fon Kodu: DH.UMVM, 22/Ra/1336 (Hicrî) Dosya No:79 Gömlek No:50
58. Başbakanlık Osmanlı Arşivi: Fon Kodu: DH.UMVM 10/R /1336 (Hicrî) Dosya No:90 Gömlek No:91
59. Başbakanlık Cumhuriyet Arşivi Fon Kodu: 30..11.1.0 Yer No: 43.30..20. 30/9/1928 Sayı: 2230 Dosya:
60. Başbakanlık Cumhuriyet Arşivi Fon Kodu: 30.10.0.0 Yer No: 75.498. 30/3/1939 Sayı: Dosya: 78268.1.

ORD. PROF. DR. ABDÜLKADİR LÜTFİ NOYAN'IN GÖZÜ İLE HASTANELERİN YAPISI VE İŞLEYİŞ TARZI

Professor Dr. Abdülkadir Lütfi Noyan's View of Hospital Structure and Administrative Methods

Engin Kurt¹

Mustafa Nuri Günçikan²

¹Assoc. Prof. Dr., Gülhane Military Medical Academy School of Medicine, Dept. of History of Medicine and Ethics

²MD, Gülhane Military Medical Academy School of Medicine, Dept. of History of Medicine and Ethics

ÖZET

Ord. Prof. Dr. Abdülkadir Lütfi Noyan 1886 yılında Sivas'ta doğmuş, 3 Eylül 1977 yılında Ankara'da vefat etmiştir. 1910'da Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane'yi (Askeri Tıbbiye) bitirmiştir. Ertesi yıl Gülhane Tatbikat Mektebi'nde stajını müteakip dâhiliye kliniğinde asistan olarak göreve başlamıştır. 1919'da askeri hıfzıssıhha ve dâhiliye kliniği muallimliğine getirilmiştir. 1941'de tuğgeneralliğe terfi ederek 1. Ordu Sıhhiye Mütahasssıhına, 1943'de tümgeneralliğe terfi ederek Milli Savunma Bakanlığı Sıhhiye Dairesi Başkanlığı'na atanmıştır. 1945'te askerlikten ayrılmıştır. 1947'de Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İntaniye Kliniği ordinaryüs profesörlüğüne atanmıştır. 1952'de de bu görevinden kendi isteği ile emekli olmuştur.

Yazdığı birçok eseri mevcuttur. Askeri Hıfzıssıhha'ya ait kitabının bir bölümünde, hastanelerin sahip olması gereken özelliklerine değinmiştir. Bu makalede, Ord. Prof. Dr. Abdülkadir Lütfi Noyan'a göre hastanelerin sahip olması gereken özellikler (hastanenin yeri, inşaa tarzı, teşkilatı, ortak ve idari kısımların özellikleri, hastane mefruşatı, hastaneye hasta kabulü konuları) sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Abdülkadir Lütfi Noyan, Hastaneler.

ABSTRACT

Professor Dr. Abdülkadir Lütfi Noyan was born in 1886 in Sivas, and died on September 3rd, 1977 in Ankara. He graduated from Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane (Military Medical School) in 1910. The next year, following an internship in Gülhane School of Practice, he started as a resident in Internal Medicine Clinic. In 1919, he was appointed as a Professor in Military Hygiene and Internal Medicine Clinic. In 1941, he was promoted to the rank of Brigadier General and appointed as the Medical Head of the 1st Army. In 1943, he was promoted to the rank of Major General and appointed as the Head of the Medical Department of Ministry of National Defense. In 1945, he finished his military career. In 1947, he was appointed as a Professor in Ankara University Medical School Infectious Diseases Clinic. He retired from this position in 1952 on his own will.

He has too many writings. In his book about Military Hygiene, a chapter is devoted to the essential characteristics of a hospital. In this paper, the different essential characteristics of a hospital, as depicted from Professor Dr. Abdülkadir Lütfi Noyan's point of view, (The location, Structural Style, Organization, The Characteristics of The Common and Administrative Sections, Hospital Furnishings and Patient Administration) have been presented.

Keywords: Abdülkadir Lütfi Noyan, Hospitals.

GİRİŞ

Ord. Prof. Dr. Abdülkadir Lütfi Noyan 1886 yılında Sivas'ta doğmuş, 3 Eylül 1977 yılında Ankara'da vefat etmiştir. 1910'da Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane'yi bitirdikten¹ sonra Gülhane Tatbikat Mektebi'nde stajını müteakip dâhiliye kliniğinde asistan olarak göreve başlamıştır. 1911 yılı Ocak ayı başlarında Servi Burnu Tahaffuzhanesi'nde yedek askerler arasında çıkan koleraya karşı yürütülen çalışmalara katılmıştır.^{2,3} 1919'da askeri hıfzıssıhha ve dâhiliye kliniği muallimliğine getirilmiştir. 1941'de tuğgeneral rütbesine yükseltilerek 1. Ordu Sıhhiye Mütehasıslığı, 1943'te tümgeneralliğe terfi ederek Milli Savunma Bakanlığı Sıhhiye Dairesi Başkanlığı'na atanmış ve 1945'e kadar bu görevini yürütmüştür. 1945 yılında askerlik mesleğinden ayrıldıktan sonra 1947'de Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi intaniye kliniği ordinaryüs profesörlüğüne atanmıştır. 1952'de bu görevinden kendi isteği ile emekli olmuştur.¹

Yazmış olduğu eserleri arasında; Askeri Hıfzıssıhha (1926), Gülhane Klinik Dersleri 3 Cilt (1930-40), Akciğer Veremi Tedavisi (Nusret Karasu ve Raci Erinç ile birlikte) (1935), Mide Kanserinin Erken Teşhisi için Muhtelif Tecrübe İçkileri ve Yemekleri ile Mide Kimyası Tetkiklerinden Çıkan Netice (1938), İç Hastalıkları Ders Kitabı (1943), İntan Hastalıkları (1944), Hepatitis Epidemica (1950), Türkiye'de Sıtmanın Coğrafi Durumu (1951), Son Harplerde Salgın Hastalıklarla Savaşlarım (1956), İlaçla Tedavi Sanatı (1959), Ankara Tıp Fakültesi Kuruluş Tarihçesi (1959), Memleketimizde Salgın Hastalıklar (1963) yer almaktadır.

Ord. Prof. Dr. Abdülkadir Lütfi Noyan'ın eserleri arasında yer alan Askeri Hıfzıssıhha kitabı İstanbul'da Kader Matbaası tarafından 1926 yılında Osmanlıca olarak basılmıştır. Kitabının bir bölümünde hastanelerin (özellikle kendisinin asker kökenli bir hekim ve intaniye uzmanı olması nedeniyle asker hastanelerin ve intaniye kliniklerin) sahip olması gereken özelliklerine değinmiştir.⁴

YÖNTEM

Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Deontoloji AD. Kütüphanesinde mevcut Ord. Prof. Dr. Abdülkadir Lütfi Noyan'a ait, İstanbul'da Kader Matbaası tarafından 1926 yılında Osmanlıca olarak basılmış, yazılı ana kaynak eser incelenmiştir. Eserin 302-306. sayfalarında hastanelerin sahip olması gereken özelliklerden olan; hastanenin yeri, inşa tarzı, teşkilatı, ortak ve idari kısımların özellikleri, hastane mefruşatı, hastaneye hasta kabulü konularına değinilmiş olup kitabın bu bölümünü Osmanlıcadan günümüz Türkçesine çevrilmiştir.

HASTANELER (GENEL ÖZELLİKLER)

Hastalar, vücut dirençleri düşmüş ve hassasiyetleri artmış bir şekilde hastaneye müracaat ederler. Özellikle intaniye hastaları buldukları ortamı kirletebilecek (enfekte edebilecek) kabiliyettedirler. Bu nedenle hastaneler hastalar için, uygun bir ortam, tatlı, latif, hoş ve şirin yiyecek ve içecek ile uygun gıda temin etmelidirler.

Hastane inşaatlarında, hastaları uygun şekilde yerleştirmek, çıkardıkları kirli maddelerin (ifrazatın) dağılımına engel olmak, hasta olanları sağlamlardan ayırmak ve hastalıklı olanların hastalıklarını diğer kişilere bulaştırmamak gibi esaslar da düşünülmüş olmalıdır.

Asker hastalar, kışlada uzun süre tutulmaz, hastanelere sevk edilirler. Askerler için % 4 oranında hasta yatağına ihtiyaç vardır. Bu oran sivil halk için % 0,5'dir. Sivil halk daha çok kendi evlerinde tedavi edilirler. Çoğunda hastaneye sevk gerekmez.

Hastaneler eğer çok büyük olurlarsa idareleri de güçleşir. Büyük hastanelerin 600-800 ya da 1000 yataklı olması uygundur. Hastanelerin konuş yüksekliği de az olmalıdır. Hastaneler düz bir arazide üst üste yapılmış katlardan ibaret olurlarsa hizmet vermek güçleşir. Büyük hastanelerde her ihtiyaç ve teferruat dâhil olmak üzere hasta başına 150, küçük hastanelerde ise 180 metre küp arazi isabet etmelidir. Arazisi meyilli olan şehirlerde ve mahallerde, hastanenin iki-üç katlı olması uygundur.

HASTANELERİN YERİ

Hastaneler, sağlam ve sağlıklı bir zeminde, temiz hava ve açık arazisi olan bir yerde olmalıdır. Hastanelerin şehir içinde olmaları durumunda, çevreye hastalık mikrobunun yayılma tehlikesi vardır. Bunun yanında şehrin, tozlu, gürültülü ve şehir içindeki arazi fiyatlarının yüksek olması gibi sakıncaları da mevcuttur. Bu sakıncaların yanında, hastane ihtiyaçlarının kolayca tedariki ve sevki, hastaların özellikle de ağır ve acil hastaların kısa sürede hastaneye ulaştırılması gibi olumlu yanları da bulunmaktadır. Aslında, askeri kışlaların şehir dışında olmasından dolayı, askeri hastanelerin inşası da şehir dışında tercih edilmelidir. Özellikle hastanelerin nakil araçları mükemmel ise ve hastane ile şehir arasındaki yollar da düzgün ise, askeri hastanelerin şehir dışında inşa edilmesi; arazi durumu, hava ve ışık bolluğu, sükûnet gibi birçok sağlık şartlarının bir arada bulunması anlamına gelmektedir.

HASTANELERİN İNŞA TARZI

Koridor (özellikle dört köşe koridor) tarzında inşaat, hastaneler için uygun değildir. Tecrit imkânı, hava ve ışık bolluğu sağlanamaz. Pavyon tarzında inşaat, özellikle enfeksiyon hastalıkları için çok uygundur. Münferit pavyon sistemi ise fazla yer işgal edeceğinden, büyük hastanelerin idaresi ve kontrol altına alınması güçleşir. Koridorlarla birbirine bağlı olan yan yana pavyon sisteminde idare nispeten kolaydır. Pavyonların birleştirilmesi bazen tahta zemin koridorlarla yapılmaktadır. Koridor ve pavyon sistemini birleştirerek muhtelif sistemde hastaneler inşa edilmiştir. 100-150 yataklı küçük hastanelerin koridor sisteminde yaptırılması, zemin katların idareye ayrılması, tavan arasının hasta bakıcıların yatmasına ayrılması, birinci ve ikinci katların hastalara tahsis edilmesi az masrafla hastane inşası anlamına gelmektedir. Daha büyük hastanelerde intaniye hastalarına ait kısmın, münferit pavyonlardan oluşması tercih sebebidir.

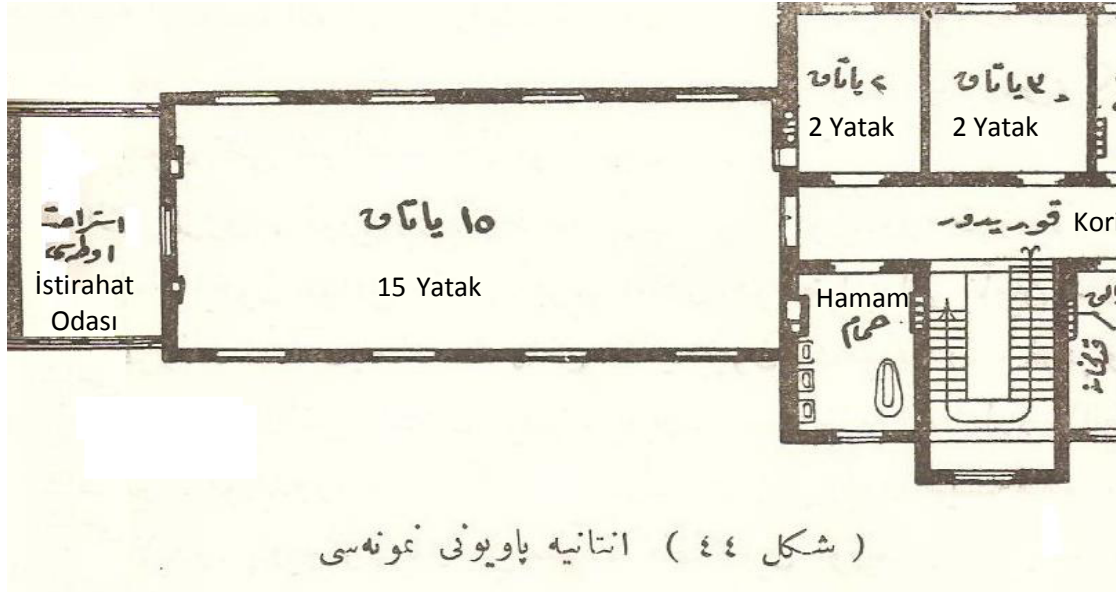
HASTANELERİN DÂHİLİ TEŞKİLATI (İÇ DÜZENİ)

Hasta koğuşlarının büyük olması idaresini güçleştirir. Bulaşıcı hastalık çıkması durumunda tecrit zor olur. Bu nedenle 25-30 yataklı koğuşlar yerine, hafif hastalar için 14-16, ağır hastalar için 8-10 yataklı koğuşların olması uygundur. Ağır hasta koğuşlarının yanında, her dört hasta için bir tecrit yatağı (tecrit odası) bulunmalıdır.

Yatakların mesafesi her iki tarafta 1,5 metre olmalı, yatak başına 10 metre karelik bir alan ile 37-40 metre küplük bir hacim düşmelidir. Yatakların baş tarafı, duvarla arasında 25-30 santimetre mesafe olacak şekilde dış duvara doğru olmalıdır. Nekâhat için yatakların baş tarafı, iç tarafa doğru olabilir.

Cerrahi kliniğindeki hastaların, enfekte yarası olmayanlarını ayırmak gerekir. Septik ve aseptik hastaların ameliyathaneleri de ayrı olmalıdır. Ameliyatı yapılan hastaların koğuşları da ameliyathane gibi alt katta olmalıdır.

İntaniye koğuşu veya pavyonları hademeleri ile beraber ayrı olmalıdır. (Şekil 1) Küçük hastanelerde intaniye için tahsis edilen pavyon odaları, tecrit için bazı tedbirler alınmak şartıyla, muhtelif enfeksiyon hastalıklarına da tahsis edilebilir.



Şekil 1. İntaniye Pavyonu Örneği

HASTANELERİN MÜŞTEREK (ORTAK) KISIMLARI

Yemek yeme yeri (yemekhane), ısıtma, oturma, yıkanma (banyo), pansuman, el yüz yıkama mahalleri (yerleri), temiz ve kirli eşya deposu, tabip odası, hastabakıcı odası ve tuvalet her koğuş için ayrı olamaz. Bunlar ancak birkaç koğuş ve müstakil kısımlar için ayrı olabilirler.

HASTANELERİN İDARİ KISMI

Merkezi bir yerde inşa edilir. Hasta kabul, soyunma yeri, karantina, nöbetçi tabip, baştabip odası, eczane, çamaşırhane, idare amiri, kalem odası, kütüphane, konferans salonu vb. gibi kısımları ihtiva eder. Kiler, mutfak ve hamam ayrı bir yerde bulunur.

HASTANELERİN HUSUSİ (ÖZEL) ŞUBELERİ (KISIMLARI)

Bakteriyoloji, röntgen, diş tedavisi, göz, kulak muayene yerleri için büyükçe yerler tahsis edilmelidir.

HASTANELERDE MÜSTAHDEMİN YERİ

Beş hastaya, bir hastabakıcı düşecek şekilde hesap yapılır. Hasta bakıcılara da ayrıca yatak, yemek ve okuma odaları tahsis edilir.

HASTANELERDE GUSUL MAHALLİ

Ölümler için yıkama yeri ve otopsi odası da ayrıca olmalıdır. (Gusül, Osmanlıca-Türkçe sözlükte⁵ aşağıdaki şekilde tarif edilmiştir.)

HASTANELERİN SANAYİ KISIMLARI

Demirci, marangoz, tenekeci, boyacı, sıvacı gibi sanatkârlara ait çalışma yerleri, ahır, arabalık (garaj) gibi yerler hastane duvarı dışına yapılabilir.

HASTANELERİN EŞYASI

Yüksek, yıkaması kolay, sağlam maddelerden seçilmelidir. Hasta yatağı somyalı demir karyola, sandalyeler demir sandalye, masalar beyaz boyalı hafif ve kullanışlı olmalıdır. Yatak ve hasta çamaşırları da dayanıklı, kullanışlı ve temizlenmesi kolay kumaşlardan temin edilmelidir.

HASTANELERE HASTA KABULÜ

Hastaların hastaneye kabul tarzı çok düzenli ve itinalı olmalıdır. Hastanın kimliği tam olarak tespit edilmelidir. Vücutu, elbisesi ve eşyası iyice temizlendikten sonra kişi hastaneye kabul edilmelidir.

Değişik askeri hastaneleri olan bir yerde, hastalar için genel kabul ve temizlik yeri tesis edilerek, hastaların buralarda temizliği sağlanıp tasnif edildikten sonra hastanelere dağıtılmaları şeklinde bir yöntem de uygulanabilir. Bilhassa muharebelerde orduların gerisinde bulunan menzil hastaneleri için bu tarz tercih edilebilir. Harb-i Umumi'de altıncı ordu menzil hastaneleri için Bağdat ve Musul'da tatbik etmiş olduğum bu tarz sayesinde, enfeksiyon hastalıklarının hastanelere girişinin önü alınabilmiştir. Bu tarzda bir başarı için, genel hasta kabul mahalline hastalar, iyice temizlenerek alınmalıdır. Bulaşıcılık şüphesi olan hastaların sevkleri sırasında yataklarının da temizliği itina ile takip edilmelidir.

TEŞEKKÜR: Söz konusu eserin Osmanlıcadan günümüz Türkçesine çevrilmesinde yardımlarını esirgemeyen eşim, Sayın Mihriban Kurt'a saygılarımı sunarım.

BİLGİ: Bu makale 10-13 Ekim 2012 tarihlerinde İstanbul'da düzenlenen 2. Uluslararası *Türk Tıp Tarihi Kongresi'nde yazarlar tarafından sunulan "Ord. Prof. Dr. Abdülkadir Lütfi Noyan'ın Gözü ile Hastanelerin Yapısı ve İşleyiş Tarzına Bakışı"* adlı sözlü bildiri temel alınarak hazırlanmıştır.

KAYNAKLAR

1. Meydan-Larousse Büyük Lügat ve Ansiklopedi. Dokuzuncu Cilt. Meydan Yayınevi, İstanbul; 1973.
2. Türkçe Sözlük. Genişletilmiş 7. Baskı. Türk Dil Kurumu Yayınları 505/1. Türk Tarih Kurumu Basımevi, Ankara; 1983.
3. Noyan AL. Son Harplerde Salgın Hastalıklarla Savaşlarım. Son Havadis Matbaası, Ankara; 1956.
4. Noyan AL. Askeri Hifzıssıhha. Kader Matbaası, İstanbul; 1926.
5. Devellioğlu F. Osmanlıca-Türkçe Ansiklopedik Lügat Eski ve Yeni Harflerle. 15.Baskı. Aydın Kitabevi Yayınları, Ankara; 1998.

ŞEREFEDDİN SABUNCUOĞLU'NUN CERRAHİYET-ÜL HANIYE KİTABINDA GÖZ HASTALIKLARI KONULARI

The Ophthalmological Topics in Cerrahiyet-ul Haniye (Imperial Surgery Book) of
Şerefeddin Sabuncuoğlu

H. Kadircan Keskinbora¹

¹Prof. MD, PhD, Bahçeşehir University Medical Faculty, Dept. of Medical History and Ethics

ÖZET

Amasyalı hekim Şerefeddin Sabuncuoğlu' nun XV. Yüzyılda yazdığı ve farklı kütüphanelerde bulunan üç adet nüshası ile günümüze ulaşabilmiş bulunan eseri Cerrahiyet-ül Haniye incelendi. Kitap gerek o dönemde Anadolu'daki hekimlerin bilgi ve beceri düzeyi hakkında, gerekse o dönemde kullanılan Türkçe hakkında fikir vermektedir.

Söz konusu kitap el yazması olup, o dönemdeki bir cerrahın vücuttaki çeşitli hastalıklara yapılacak girişimleri anlatmaktadır. Birçok girişimin minyatürlerle de çizilmiş olması, kitabın hem yüksek bilimsel değerini hem de cerrahın kitabı için gösterdiği özeni işaret etmesi açısından manidardır.

Kitabın birinci bâbında 57, ikinci bâbında 98 ve üçüncü bâbında 36 fasıldan oluşan toplam 191 hastalık konusu bulunmaktadır. Üç bâb tan oluşan eserin 1.ci bâbında 5 fasıl (12.ci, 13.cü, 15.ci, 16.cı ve 17.ci), 2.ci bâbında ise 17 fasıl (4.cü, 5.ci, 8.ciden 18.ciye kadar olan fasıllar ile 20.ciden 23.cüye kadar olan fasıllar), toplam 22 tane göz ile ilgili hastalık ve tedavilerine ilişkin öneriler anlatılmaktadır.

Bu çalışmada, göz kapağının çeşitli hastalıkları, kirpikler, gözün çeşitli tabakalarının hastalıklarıyla tedavilerinin anlatıldığı fasıllar detaylandırılarak incelenmiş ve günümüz bilgileriyle karşılaştırılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Şerefeddin Sabuncuoğlu, Cerrahiyet-ül Haniye, Göz hastalıkları, Tıp tarihi, Oftalmoloji tarihi

ABSTRACT

Şerefeddin Sabuncuoğlu wrote a book named Cerrahiyet-ul Haniye (Imperial Surgery Book) in XV. Century. Three copies of this hand-written book are found at three different libraries. This book gives important data about the knowledge and dexterity of the physicians of Anatolia at that time; besides this, it gives important knowledges about the spoken and written Turkish language at that time.

This hand-written book is about the interventions for various diseases of human body. Most of the interventions are shown by miniatures. The surgeon takes graet care in writing his book. This indicates the high scientific level of the book.

There are 191 topics in the book totally, 57 topics in the first part, 98 topics in the second and 36 topics in the third part consecutively. 5 topics of the first part (12nd, 13rd, 15th, 16th, 17th), 17 topics of the second part (4th, 5th, from 8th to 18th, from 20th to 23d) are related to ophthalmological diseases and treatments. The sum of the ophthalmological topics is 22.

In this study, the subjects which tell the diseases and treatment suggestions about various diseases of the lids, eyelashes, layers of the eye are scrutinized and compared with the current knowledge.

Keywords: Şerefeddin Sabuncuoğlu, Cerrahiyet-ül Haniye, Imperial Surgery Book, History of medicine, History of ophthalmology.

SABUNCUOĞLU'NUN KİTAPLARI, BİLİMSELLİĞİ, BİLGİSİ

Şerefeddin Sabuncuoğlu (1386-1470) yaşadığı devirde hastalıklara özellikle cerrahi yönden yaklaşım gösteren bir bilim adamıdır. Çeşitli kaynaklardan ve kendi çalışmalarından faydalanarak yazdığı 1- Cerrahiyet-ül Haniye (Cerrahiye-i Haniyye) ve yalnız kendi tecrübelerini topladığı 2- Mücerrebname adlı eserleri günümüze çeşitli nüshalarıyla ulaşmıştır. Üçüncü bir kitabı daha vardır ki bu bir tercüme eserdir: 3- Zahire-i Harzemşahi.¹⁻³

Diğer tıbbi dallardan başka geniş sayılabilecek ölçüde göz hastalıklarından, göz ilaçlarından, gözün tıbbi ve özellikle cerrahi tedavilerinden bahsetmiştir. Göz sağlığı için şunları önermektedir: “Gözü tozdan, dumandan koruyun, tuzlu yemeyin, tok yatmayın, tok iken ilişkide bulunmayın, mide inciten şeyler (soğan, sarımsak gibi) yemeyin, perhiz edin.”²

Göz ilaçlarını Mücerrebname adlı eserinde ayrıntılı olarak yazmaktadır.³ Bunları sürme, toz ve basit ilaçlar diye ayırarak anlatmıştır. Bunları kirpik dökülmesi, gözün ağrısı, yaşarması, kaşıntısı, kızarması, gözde et, sebel (kornea vaskülarizasyonu) için tavsiye etmektedir. Gene gözün daha iyi görmesi için de bazı ilaç formülleri önermektedir. Göze çarpan diğer bir konu, çocuklar için göz ağrısında kullanılmasını tavsiye ettiği ilaca “afyon ilave ederek ilacın gözü fazla acıtmasını önleyin” ikazıdır.²

Eserlerinde gözün fizyolojisine ve anatomisine değinmemiştir. Eserlerinde bu konuları ayrıca ele alıp yazmamıştır. Bu konulardan doğrudan bahsetmemesine karşın, tıbbi ve cerrahi tedavi uygulamalarına ilişkin sık sık yaptığı ikazlar, onun bu konuda yetkin olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmanın amacı, Amasyalı hekim Şerefeddin Sabuncuoğlu'nun Cerrahiyet-ül Haniye kitabında yazdığı konulardan Göz Hastalıkları ile ilgili olanları tespit etmek, incelemek ve günümüz görüşleri ve uygulamalarıyla kısaca karşılaştırmaktır. Bu çalışmada esas alınan nüsha, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı Müzesindeki nüsha¹ (Resim 1), transkripsiyonlu tercüme olarak incelenen kaynak, Uzel tarafından yayınlanan eserdir.²

CERRAHİYET-ÜL HANIYE KİTABI

Cerrahiyet-ül Haniye kitabı üç “bâb”dan (bölüm) oluşmaktadır. 1. Bâb'ta 57, 2. Bâb'ta 98 ve 3. Bâb'ta 36 fasıl (alt bölüm) bulunmaktadır (Resim 1).

Sabuncuoğlu, 57 fasıldan oluşan 1. Bâb'ta 5, 98 fasıldan oluşan 2. Bâb' ta 17 olmak üzere toplam 22 fasılda göz hastalıkları anlatmıştır (toplam 191 fasılın 22 tanesi). Kitapta geçen göz hastalıklarıyla ilgili konular aşağıda sunulmaktadır:



Resim 1. Cerrahiyet-ül İlhaniye'nin İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı Müzesindeki nüshası.

1.Bâb (57 fasıl)

12. Fasıl: Göze inen suyun **dağının tarikasını bildirir** (d.t.b.)
13. Fasıl: Göz yaşardığının eskimişinin d.t.b.
15. Fasıl: Gözlerin tabakalarının istirhasının d.t.b.
16. Fasıl: Kirpikler eğildiğünün d.t.b.
17. Fasıl: Garebün yani sol nasurun kim gözün pınarında olur.

2.Bâb (98 Fasıl)

4. Fasıl: Damarlardan göze inen issi yaşın ilacının **tarikasını bildirir** (i.t.b.).
5. Fasıl: Başın içinden göze inen issi nezlencin ve issi yaşun i.t.b.
8. Fasıl: Şol siğillerin mualecelerin bildirir kim gözün kapaklarında hadis olur
9. Fasıl: Kapaklarda arız olan berdelerin i.t.b.
10. Fasıl: Kapaklarda arız olan şırnakun i.t.b.
11. Fasıl: Teşmirun yâni kabak kesmenin t.b.
12. Fasıl: Göze batan kirpikleri iğne ile dikmenin t.b.
13. Fasıl: Kapak kısacık olduğunun ilacın bildirir (i.b.)
14. Fasıl: Alt kapak kısacık olduğunun i.b.
15. Fasıl: Kapak göze yapıştığıının i.b.
16. Fasıl: Gözdeki zaferayı ve göz pınarında olan eti kesmenin t.b.
17. Fasıl: Gözde arız olan verdinecün ve lahm-i zayidun ilacınun t.b.
18. Fasıl: Gözdeki sebel kesmenin t.b.
20. Fasıl: Göz tomalup taşra geldigunun ilacının t.b.
21. Fasıl: Gözün tabaka-i karniyyesi yarılıp tabak-i inebiyeye taşra çıktığının i.t.b.
22. Fasıl: Gözde arız olan kümne i.t.b.
23. Fasıl: Göze inen suyun i.t.b.

3. Bâb 36 Fasıldan oluşur. Göze ait bahis yoktur. ^{1,2}

Sabuncuoğlu'nun, genellikle göz kapağı, konjunktiva ve kornea üzerine yoğunlaştığına tanık oluyoruz. Bundan başka, gözyaşı kesesi iltihapları, göz perforasyonu, proptozis (egzoftalmus) ve özellikle kataraktan da geniş olarak bahsetmiştir.

Yukarıda sunulan 22 konuya ayrı ayrı değinecek kadar yerimiz olmadığından konuları birleştirerek Sabuncuoğlu'nun genel yaklaşımını sunmaya çalışalım:

Göz Kapağı Düşüklüğü

Göz kapağı düşüklüğünü (dermato/blefaroşalazis veya ptozis) kapak ve kaş derisinin üçte biri yakılacak şekilde, kontrollü dağlama yapıp, oluşacak doku harabiyeti ve buna bağlı fibrozisten yararlanarak tedavisini önermiştir (1.Bâb 15. Fasıl). Kendi ifadesiyle: "Gözün kapakları genişlerse, yani kapaklar uzarsa nem sebebiyle kapak üzerine dağlama yapılır. Dağlama, dağlama aleti ile gerçekleştirilir. Aşağıdaki resimdeki tabip dağlama aletini elinde tutmaktadır. İstenirse, her kaşın üzerine ikişer dağlama yapılabilir. Dağlama, şakaklardan uzak tutulup kaşın uzunluğuna doğru yapılmalıdır. Dağlama aleti elle tutulurken o kadar düşünülmesi ki, derinin üç kısımda biri ayrı tutulup yapılmalıdır."^{1,2,4,5}

Göz Yaşarması İçin Dağlama Yöntemleri

Müzminleşmiş göz yaşarmasının dağlama yöntemi: “Göz yaşarması müzmin olup devamlı akarsa, atardamar ve toplardamarlardan yaş gelse, bu atardamar ki, baştır. Başın dışından, soğuk yahut balgam olursa dağlayasınız. Başın ortasından dağlayasın. Ayrıca iki şakağı da dağlayasınız. Dağlama aleti olan bıçak göze su inmesinde dağlama aleti olarak kullanılır. Ensede bulunan sinirlerin bittiği yerin aşağısından iki dağlama daha yapılır. Şayet, daha çok dağlamaya ihtiyaç duyulursa iki gözün kuruğundan yanlara bir küçük dağlama aleti ile bir dağlama daha gerçekleştirilir.”^{1,2}

Günümüzde, kronik dakriyosistit adlı bu hastalıkta bahsi geçen bölgeye dağlama (koterizasyon) yapmayız.

Kişisel kanaatim olarak, “Acaba, Sabuncuoğlu böyle özel bölgeler seçerek dağlama (koterizasyon) ile bir nevi akupunktur mu uygulamaktaydı?” diye düşünmekteyim.

Aniden gelişen göz yaşarmasının dağlama yöntemi: Gözde ani yaşarmanın dağlama ile tedavisini şöyle belirtmektedir: “Önce hastanın gözündeki yaşı arttırıcı nedenlerden hastayı uzaklaştırın, üç gün peş peşe sıcak hamama sokun ve başını traş ettirin daha sonra başın orta yerine bir dağ, sulanma iki gözde ise şakaklarda iki dağ ve iki dağ da enseye vurun” demektedir (1. Bâb 13. Fasil).^{1,2}

Muhtemelen bu bölgelere dağ vurularak gözyaşına neden olan damar ve sinirlerin kurutulmasını hesaplamıştır. Hastayı gözündeki yaşı arttırıcı nedenlerden uzaklaştırmak oldukça mantıklıdır, ancak zamanımızda bu tip bir dağlanmanın tedavide rolü olamayacağını bilmekteyiz. Burada yine kişisel kanaatim olarak, Sabuncuoğlu'nun böyle özel bölgeler seçerek dağlama (koterizasyon) ile bir tür akupunktur uygulamakta olduğu düşüncemi tekrarlamak istiyorum.

İltihaplı göz sulanması ve şişmesi olan dakriosistiti üç şekilde tariflemiştir. “Gareb” diye adlandırdığı iltihap, ve göz yaşarması ile birlikte iltihap akan olan akut veya fistülize bir dakriosistitdir. “Gard” diye adlandırdığı katı şiş de akut dakriosistite uymaktadır. İltihap olmadan sadece göz yaşarması ile görülen “Dem’a” ise kronik dakriosistitdir. Günümüzde, dakriosistiti akut ve kronik dakriosistit olarak ikiye ayırmaktayız.

Şerefeddin Sabuncuoğlu üçe ayırıp incelediği dakriosistitte, tedavi için verdiği ilaçlarla düzelme olmadığı takdirde şöyle bir tedavi yapmaktadır: Hastayı sırt üstü yatırıp önce gözüne koruyucu olarak yumurta akı emdirilmiş pamuk koymakta sonra da içi boş ya da dolu, ucu sivri bir mili kızdırıp şiş yere sokmaktadır, eğer şiş patlamış ise dağlamadan önce iltihabı sıkıp boşaltmaktadır. Dağlamaya, mil kemiğe erişene kadar devam etmekte ve daha sonra bu yere yaranın kapanması için kurutucu merhemler koymaktadır (1.Bâb, 17. Fasil). Bu arada yazdığına göre bazı hekimler bu yaraya ayrıca ince uçlu bir bıçakla, keseden kalan kısımları tamamen harap etmekteymiş. Tedavinin son kısmında ise “eğer yine iyileşmezse, buruna doğru delik açarak akıntıyı burna verin” demektedir.

Bu anlattıklarından ilki bugün iltihaplı kesenin alınarak iltihabın yok edilmesine gidilen bir nevi kese ablasyonu, sonuncusu ise daha ileri bir teknik olan gözyaşı kesesinin buruna ağızlaştırılması anlamına gelen bir konjontivo-rinostomi tekniğidir.

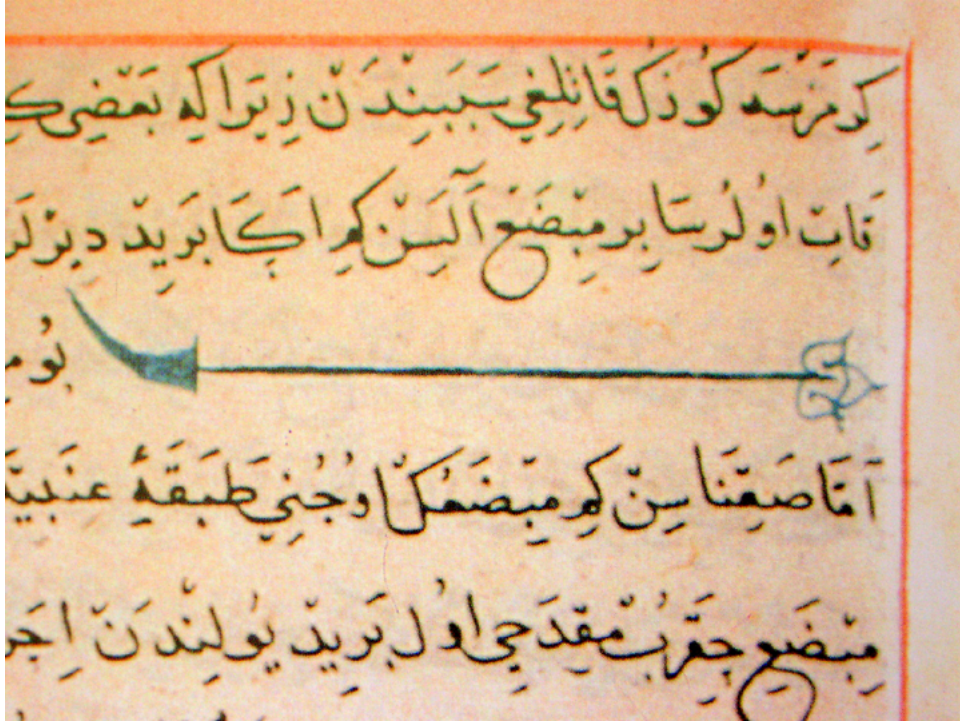
Gözdeki “Zafera”yı (Ziyade, Zayıf, Nazik, Yufka İnce Deri) ve Göz Pınarında Olan Eti (Pterigium) Kesme Yöntemini Bildirir:^{1,2}

“Zafera iki kısımdır: Birincisi asabidir. Yani, sinirden sıfaka (ince alt deri, kılın bittiği deri, subdermis) ya benzer, ince ve serttir. İkincisi sinirden oluşmamıştır. Donmuş rutubete benzer, demir dokunsa payidar olmaz (demire yapışmaz) ve sinnar (alet) a tutunmaz. Gözün pınarında olur, yavaş yavaş yürür, sonra göz bebeğini örter. Görmeyi iptal eder.

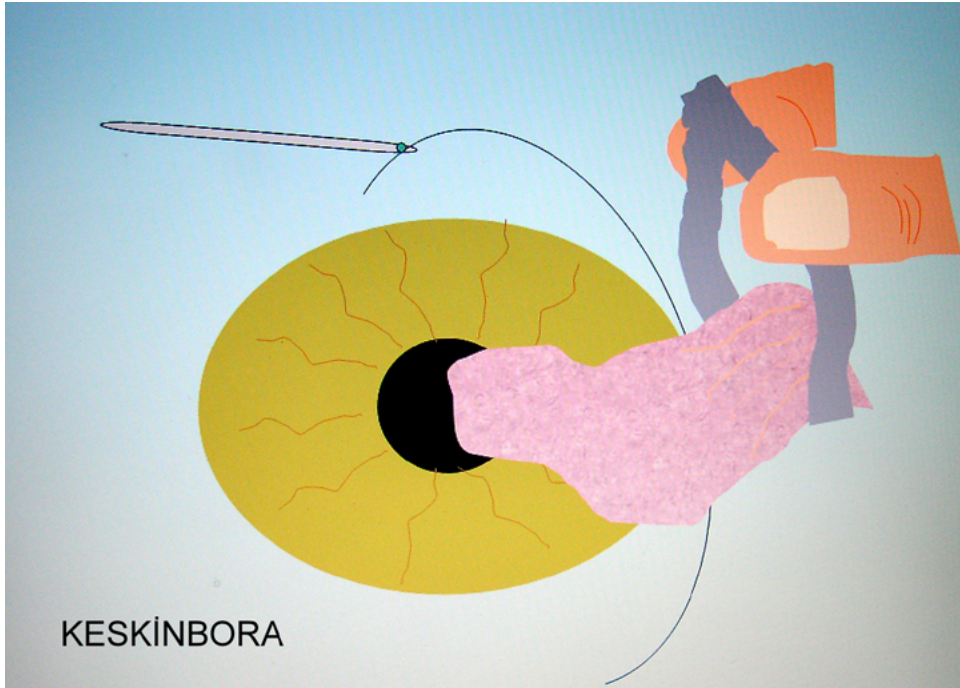
Bu hastalıkları gidermenin metodu şudur ki, onu kesmek için hastanın başı ameliyatı yapacak olanın dizinin üstüne konur, sonra hastanın gözü elle açılır, göz kapağı yukarı kaldırılır. Daha sonra, zafera kolayca “eğilmiş sinnare” ile kaldırılır, sonra bir iğneye at kılı veya siğir kılı takılır. İğne zaferanın ortasının altından geçirilerek zafera yukarı kaldırılır. Bu kılla zafera yüzülür. Gözün bebeğinden tarafa doğru yüzülmeli ki, daha sonra sinnare ile zafera, burularak lâtif bir mibza ile alınır, veya makasla kesilir. Gözün kırmızı etinin kesilmemesine dikkat edilmelidir. Bu et kesilirse, gözyaşı akması meydana gelir.”^{1,2}

Önce kitleyi ince bir çengel ile tutarak veya altından iğne yardımı ile iplik geçirerek askıya almakta, sonrada korneadaki yapışma yerinden hassas bir neşter (2. Bâb, 16. Fasl) ya da -daha ilginç bir yaklaşımla- at veya sığır kılı geçirerek kitleyi bununla sıyırmakta ve daha sonra da makasla kesip almaktadır.

Şerefeddin Sabuncuoğlu'nun bu tedavi yöntemi, tarafımızdan 38. Ulusal Oftalmoloji Kongresinde bütün Göz Hekimlerinin dikkatine sunulmuştur.⁶ Aşağıda kitabın orijinalinde sözü geçen lâtif (ince, narin) "mibza" nın Sabuncuoğlu tarafından çizilmiş resmi¹ (Resim 2) ve hemen arkasında at veya sığır kılı ile nasıl sıyrılabileceğinin tarafımızdan yapılmış illüstrasyonu⁶ (Resim 3) sunulmaktadır:



Resim 2. Sabuncuoğlu'nun zaferayı sıyırmak için geliştirdiği mibza



Resim 3. Sabuncuoğlu'nun tarif ettiği "at kılıyla zaferaya sıyırma yöntemi" illüstrasyonu.

Gözde “Sebel”in (Damarlı Et Parçası, Perde) (Korneal Vaskularizasyon, Pannus) Kesilme Yöntemi (2.Bâb 18. Fasil)

“Sebel öyle bir hastalıktır ki, gözün üzerinde olur, örümcek ağı gibi kızıl damarlardır. Gözü görmez hale getirir ve de görmeyi zayıflatır. Bir müddet sonra göze bakılır, göz kuvvetli ise ve de sebelden başka hastalık yok ise sebel kesilir. Sebelin kesilme yöntemi:

Hastanın başı ameliyatı yapacak olan hekimin önüne alınır. Yetişkin ve maharetli kişi tarafından hastanın gözü açılır, sinnare ile tabip damarları yukarı kaldırmalıdır. Sinnare resimdeki gibi gayet latif olmalıdır. Ya da çift sinnare ile yapılır. Sonra sebel ince bir makasla kesilmelidir. Yavaş yavaş kan silinir. Sebelden arınıp kanama bitinceye kadar silme işlemine devam edilir.”^{1,2}

Gözde Meydana Gelen Kümne (Uveit) Hastalığının Tedavi Yöntemi (2.Bâb 22.Fasil)

“Bu bir hastalıktır ki, gözün içinde irin olup birikir. Gören kişiler “su” sanırlar. Bu hastalığa tabipler kümme derler. Bu hastalığın tedavi yöntemi odur ki, hasta bir sandalye üstünde oturtulur. Hastanın başı iki elle sarsılır, yani çalkalanır. İrin gözün aşağısına iner, sabit kalır. Böylece, gözün görmesi sağlanmış olur. Göz bütün eşyaları önceki gibi görür. Şayet, kümme inmez ise, bu kesin “su” dur. Bu yöntemle adı geçen madde aşağıya inmezse hasta tedaviyi yapan hekimin önüne oturtulur. Bir neşter (mibza) ile tabaka-i karniyye (kornea), tabaka-i nebiyye (sklera) nin bittiği yerden ayrılır. O mevziye ikkil (limbus) adı verilir. İrin bu ayrılan bölgeden çıkar. Böylece göz temizlenmiş olur. Daha sonra göze balla karıştırılmış sıcak su damlatılır. Böylece tedavi edilip hastalıktan kurtulunur.”^{1,2}

Göze İnen Suyun (Katarakt) Tedavisinde Kullanılan İlacın Yolunu Açmayı Bildirir

Şerefeddin Sabuncuoğlu gözün, en popüler konusu olan ve göze inen su diye bahsettiği kataraktan kullandığı neşter biçimlerinin resimlerinde keskinlik ve şekil ayrıntılarına dek oldukça geniş bir biçimde bahsetmektedir:

“Göze inen suyun (katarakt) çeşit ve cinsleri tedavi bahsinde anlatılmıştır. Hasta hekimin önünde diz çökerek oturtulur. Işığa karşı, güneşe yakın yerde hastanın gören gözü sağlamca kapatılır. Daha sonra, açılacak göz sol göz ise sol elle üst kapak yukarıya kaldırılır. Şayet sağ göz ise sağ elle sağ üst kapak yukarıya kaldırılır. Mikdah (suyu çıkarma aleti - mil) ın ucunu gözün akı üzerine, ikkil (limbus) e yakın yere alet konur, gözün kuyruk tarafından mikdah elle tutularak sokulur. Gözün akında mikdahın içeriye girdiğinin işareti şudur ki, sanki mikdah boşluğa girmiş gibi hissedilir. Mikdahın içeriye giren bölümünün uzunluğu, göz bebeğinden ileri tabakanın sonuna kadar girmelidir ki bu bölgeye tabipler ikkil, yani “tac-ül ayn” derler. O zaman mil gözün içine girer ve dışarıdan bakan tabaka-i karniyye nin berraklığından milin rengini görür. Sonra mikdah yukarıya kaldırılır ve o mevzi birkaç defa aşağıya basılır. Böylece, tabaka-i nebiyye nin deliği arınmış olur. Hasta, herşeyi görür. Mikdah, göz içinde bir zaman bekletilir. Bunun sebebi: su yukarı çıkarsa tekrar aşağı indirilmesi içindir. Suyun yerinde durduğu tespit edilirse, mikdah (mil) çıkartılır. Daha sonra tuzlu su ile göz içi yıkanır. Gözün dışına da gül yağı ve yumurta akı karışımı yün parçası ile tatbik edilir. Her iki göz bağlanır. Eğer mil göze kolaylıkla girmezse, gözün katılığındandır.

Katı gözlere mil uygulaması: Berit denilen neşterle tabaka-i mültahime (konjunktiva) delinir fakat mibzahın ucunu tabaka-i nebiyye ye deçirmiyesiniz. Daha sonra mibzah çıkarılır. Mikdah ol berit yolundan içeri sokulur. Daha sonra aşağıya gözün hamline yatılır ve mikdah çıkarılır. Hasta için bir karanlık yer hazırlanır. Sırtüstü yatırılır, hareketsiz bekletilir, öksürmekten sakındırılır. Gıdası tabiatı yumuşak tutan yiyeceklerden olmalıdır. Hastanın başı sağa sola hareket ettirilmemelidir. Üç gün sonra hastanın bağı çözülür, gözü açılır ve karanlık yerde tecrübe edilir, nesnelere gösterilir. Bundan sonra, hastanın gözü önceki gibi bağlanır, yedi gün bağlı tutulur. Tedavi süresince tecrübe edilmemelidir. Çünkü sert baktığından su geri gelebilir.

Bu işlem içerisinde gözde ısı, şiş arız olursa yedi gün dolmadan bağı çözülür. Isı ve şiş müsekkinlerle durdurulur. Bundan sonra hastanın başı siyah bez (bürüncük) ile örtülür ki, siyah bez altında hasta günlerce oturtulur. Bazı tabipler hasta kırk gün karanlık yerde oturtulmalıdır demişlerdir. Sebebi de gözün nuru (görme keskinliği) nun zayıflamaması içindir. Daha sonra hasta yavaş yavaş dışarı çıkartılır.

Bu gözden su çıkarma işini mutlaka bir üstattan görmek ve öğrenmek gerekir. Ve bu öğretinin üstadin önünde tekrar edilmesi gerekir. Gözden su çıkarma işini Irak halkından rivayet ettiler ki, bir mikdah aleti yapmışlardır. Bu aletle gözdeki rutubeti emerek alırlarmış. Bu mikdahın vasfını duyunca bu mikdahı yeniden düzenledim. İstedim ki tekrar kullanayım, fakat o sırada Irak'tan cahil bir tabip geldi, o aleti kullanıyordu. Üç kişinin gözlerini soğuttu (ftizis bulbi). Böyle olunca, ben de bu aleti kullanmadım ve de eski tıb kitaplarında da böyle bir alete rastlamadım. Bana göre mikdahlar aşağıdaki resimdeki gibi olmalıdır. Özellikle de mikdahların sivriliği resimdeki gibi olmalıdır.”^{1,2,7}

Sabuncuoğlu, kitabın bu faslında (2.Bâb 23. Fasil) Irak'tan gelen bir doktorun da kataraktı ortası delik bir mille emerek dışarı aldığından bahsetmektedir. Kendisinin seyrettiği bu ameliyatlardan sonra hastaların gözlerinin kaybedildiğini belirtmiş ve önceden yapmayı düşündüğü bu ameliyattan vazgeçtiğini yazmıştır. Ancak bahsettiği bu teknik dünyada çok yaygınlaşan irigasyon-aspirasyon tekniğinin çok basit, ilkel bir şeklidir.

Kirpiklerin Eğildiğinin (Trikiasis) Dağının Tarikasın Bildirir:^{1,2}

Trikiastide (kirpiklerin içe dönerek göze sürtünmesi) tavsiye ettiği dağlama iki çeşittir. Bunların ilkinde önce hastanın kirpiklerinin normal uzunluğa erişmesini bekledikten sonra göz kapağına göre kâğıttan mersin yaprağı şeklinde bir parça kesip (1. Bâb 16. Fasil) içine sabun, sönmemiş kireç tozu koyup suyla ıslatmakta ve bunu soğumadan göz kapağının üzerine koyup, hasta ilacın etkisini hissedene kadar yavaş yavaş hareket ettirmektedir. Bu arada gözü yumurta akı ile ıslatılmış pamuk koyarak korumaktadır. İlacın acısı geçene kadar bu işlemi sürdürüp sonra bu ilacı almakta ve sonra gözü su ile yıkamaktadır. Ciltte oluşan büzülme kirpikleri dışa döndürmekte, eğer istenilen sonuç alınmazsa aynı işlem tekrar yapılmaktadır. Yanık cildi ise üzerine yağ emdirilmiş pamuk ve bazı merhemler sürerek tedavi etmektedir. İkinci dağlama metodunda ateş kullanılmaktadır. Önce kapak hareket etmesin diye bir bez sarmakta ve gene aynı bezin yardımı ile kirpikleri dışa döndürmektedir. Sonra kapağın üzerine kirpiklere yakın yerden mürekkeple mersin yaprağı şeklinde işaret çizip kapağın altına yumurta akına bulanmış pamuk koymakta ve kapağa çizdiği şekli azar azar dağlayarak kapağın gerilmesini ve kirpiklerin dışa dönmesini sağlamaktadır. Bugün orta derecedeki entropion ve buna bağlı trikiastide aynı şekilde koterizasyonla tedavi yapılmaktadır ve müdahale edilecek doku üzerine önceden işaret yapılarak operasyondaki inceliğin sağlanması, günümüz oküloplastisi cerrahisinde uygulanmaktadır.

Şalazyon, Kapak Cildi, Kapak Şekil Bozuklukları ve Lezyonlarıyla İlgili Görüşleri

Bir parça yağ olarak kabul ettiği “şırnak”ı (şalazyon) halka yaptığı bir bezle bir noktaya tespit ederek neşterle yarmakta ve içindeki koyulaşmış iltihabi içeriği çıkarmaktadır, daha sonra buraya sirke ve su ile ıslatılmış bez koyarak kalabilecek kısmın erimesini sağlamaktadır.^{1,2} Doluculuk adı ile geçen muhtemelen şalazyon tipi kapak kitlelerinde de önce palpasyon ile kitlenin kapağın dış mı yoksa iç yüzünde mi olduğunu tespit etmektedir. Dış yüzünde ise kapak kenarına paralel bir kesi yapıp cildi diseke ederek kitleyi ciltten iyice ayırmakta sonra da makasla kesip çıkarmaktadır. Cilt kesisi küçük ise olduğu gibi bırakmakta, büyük ise ipek iplikle cildi dikmektedir. Kitle kapağın iç kısmındaysa kapağı ters çevirip kitleyi “Sinnare” adını verdiği bir çengelle tutup çepeçevre kesip almaktadır (2. Bâb, 9. Fasil). Bugün de gerek hordeolum gerekse şalazyon tipi kapak kitlelerinde cerrahi yaklaşımın, çok ufak değişikliklerle temelde aynı olması dikkat çekicidir.

Göz kapaklarında oluşan siğilleri de kökünden kesip yerini dağlamaktadır ve “tam dağlanmazsa yeniden çıkar” diye uyarılmaktadır (2.Bâb, 8. Fasil). Zamanımızda da biz de, siğil tedavisinde koterizasyon uyguluyoruz.

Göz kapağında çıkan ektoptik kirpiği ya dibinden bir iğne ile doğrudan kirpiklerin yanına çıkarmakta veya dağlamakta, kirpik dönmesinde ise kapak derisine sinnare (çengel) geçirip dönen kirpiği ciltle beraber makasla keserek yerini ipekle dikmektedir. Görüldüğü gibi burada da izlenen yol, mantıklı olup istenen amacı gerçekleştirmeye yöneliktir.

Cildi dikmekte kullandığı ipek iplik, halen cerrahide aynı amaçla kullanılmaktadır. Bu arada “kesiyi gereksiz yere büyük yapmayın göz kapağı narin bir dokudur” ikazı da onun göze nasıl hassas yaklaştığının bir ifadesidir.

Üst kapak kısılalığında eğer neden skatris (nedbe) ise, göz kapağındaki iki kapak birbirine degecek şekilde skatrize yeri kesip, kesi arasına keten bezinden fitil koyarak buranın iyileşmesini beklemektedir. *"Bu yaraya kurutucu ilaç koymayın, sonra çok daha kötü olur"* diye ikaz etmektedir. Şüphesiz ki bu kesilen yere eğer kurutucu ilaç kullanırsa yeniden oluşacak skatrisin daha da fazla çekintiye neden olabileceğini bilmektedir. Bugün bu kesiyi aynı şekilde yapmaktayız, ancak tüm skatrisleri temizleyip buraya cilt grefti koyarak gerilmeyi tamamen ortadan kaldırmaya çalışmaktayız.

Sabuncuoğlu, alt göz kapağı kısılalıklarının ya hastalık nedeniyle ya da doğuştan oluştuğunu anlatır. Hastalık nedeniyle olanlar üst göz kapağı entropiyonunda anlatıldığı gibi tedavi edileceğine işaret eder. Doğuştan olan türlerde ise ibrişim geçirilmiş bir iğne kapağın kuyruğundan köşesine kadar geçirilip kapağın yukarı kaldırılması ve yassı bir neşter ile kapağın şeklinin eski şekli gibi olana kadar bir uçtan bir uca kesilmesi, üzerine mil konularak, kapağın birbiri üstüne devrilmesi ve kapağın içinin de bir-iki yerden kesilerek bu şakkın kirpik tarafındaki iki ucunun Yunan alfabesindeki "Lamda" harfi gibi bir araya getirilmesi, ondan sonra kesişin arasındaki etin alınması ve birbirinden ayrı olan iki ucun tiftik ipliğiyle dikilerek ilaçlanması önerir.^{1,2} Bu olgular için önerilen tedavi günümüzdeki yöntemlere uygun bir yaklaşımdır. Özellikle kapağın bir iple yukarı asılarak kontraktürlerin önlenmesi bu gün de kullanılan bir tekniktir.

Alt göz kapağı kısılalığında ayrıca, ikinci bir metot tarif etmektedir ki bu halen uygulanan tekniklerden biridir: Alt kapağın iç yüzünden tabanı kapak kenarında olan üçgen parça çıkarıp, üçgenin karşılıklı iki kenarında olan bir üçgen parça çıkarıp, üçgenin karşılıklı iki kenarını birbirine dikmekte ve bunun sonucunda kapağın yukarı çekilerek içe dönmesini sağlamaktadır. Şerefeddin Sabuncuoğlu'nun "setre derler" diye belirttiği alt ve üst göz kapağı kısılalığı, sıklıkla ektropium ile birlikte olur; dolayısıyla, bu yaklaşım ektropium tedavisine de yöneliktir.

Konjunktivitler

Gözün çeşitli konjunktivitlerinin nedenini "pis kan"a bağlamakta ve bu hastalarda "Mikdah" adını verdiği neşter ile alında kemiğe kadar inen dikey veya yatay kesiler yapıp kan akıtmaktadır.^{1,2} Bunlar, o çağlarda kabul gören ve takip edilen "4 hilt teorisi"ne uyan, o zamanın, o çağların bilimsel görüşüne göre yapılan uygulamalardır.

Semblefaron (İltisak) ve Konjunktival Kitleler

"İltisak" dendiğini belirttiği semblefaron (kapak konjunktivasının bulber konjunktivaya yapışması) tedavisinde önce kapağı bir çengel ile yukarı kaldırmakta sonra ince bir neşter ile hassas bir şekilde yapışan yerleri sıyırmakta tekrar yapışmayı önlemek için de araya ketenden fitil koymaktadır (2. Bâb. 15. Fasil).^{1,2} Günümüzde Orta derecedeki semblefaronlarda aynı uygulamayı yapmakta, araya yapışmayı önlemede daha etkili olan özel kontakt lensler veya kalıplar koymaktayız.

Konjunktivadaki diğer bazı kitleleri de cımbız veya maşa dediği penslerle tutup kökünden kesip eksiz etmiştir. Konjunktiva kitlelerinde şu ikazı yapmaktadır: *"Sakın köşedeki kırmızı eti (Lahmi-Maab) kesmeyin, kesilirse o kişide gözyaşı akıntısı olur"*.^{1,2} Karunkül olduğu anlaşılan bu oluşumun kesilmemesine bugün de dikkat edilmektedir. "Gözde iltihap varsa neşter vurmeyin, ta ki göz kuvvetlenip neştere tahammül edebilsin" ikazı da cerrahiye son derece titizlikle uyguladığını gösteren bir başka delildir.

Gözün dışarı çıkması (2.Bâb 20. Fasil) diye belirttiği egzoftalmus (proptozis) olgularının tedavisinde günümüz görüşlerine uygun düşmeyen bir tarzı vardır: enseden hacamat şişesini koyup emmekle ve daha sonra dışarı çıkık gözü çok sıkı bandaja almakla bu durumunu düzeleceğini yazmıştır.^{1,2} Bu gün için, bu tür hastalıkta böyle bir yöntemin geçerliliği yoktur.

Şerefeddin Sabuncuoğlu, göz içi dokularının büyük oranda dışarı çıktığı perforasyonlarda, çıkan kitleyi dibinden bağlamakta ve bir süre sonra kendiliğinden düşmesini sağlamaktadır. Diğer bir yol olarak da göz küresini parmaklarıyla sıkıp, kalan kısmını da neşterle iyice kazıyarak boşaltmaktadır. Daha sonra yara kapanana kadar gözü çeşitli ilaçlarla kapalı tutmaktadır. (2. Bâb, 21.Fasil).^{1,2} Göz içi oluşumlarının büyük oranda dışarı çıktığı perforasyonlarda biz de "Evisserasyon" adlı yöntemi uygulayarak, göz küresinin içini kürete edip boşaltmaktayız.

DEĞERLENDİRME VE SONUÇ

Kitabını yazmasının üzerinden beş yüzyıldan uzun bir süre geçmiş olmasına karşın, Şerefeddin Sabuncuoğlu'nun kullandığı bazı yöntemler -kimisi küçük değişikliklere uğramış olmakla beraber- halen uygulanmaya devam olunmaktadır. Bazı yöntemler tümüyle terk edilmiş ise de terk edilen bu yöntemler o zaman için geçerli olan Humoral Patoloji esaslarına uygun tedavilerdi. Bu açıdan, o gün için yürürlükte olan, kabul edilen bilimsel yöntemlere göre tedaviler yapmış olmasını bilimsel yaklaşım olarak değerlendirmemiz gerekir.

Amasya Darüşşifası'nın başhekimliğini de sürdüren ve çok yoğun çalıştığını bildiğimiz bu hekimin birikim ve deneyimlerini paylaşması, diğer hekimlere aktarabilmek amacıyla, -ilerlemiş yaşına ve o günün kısıtlı koşullarına rağmen- gayret ve mesai harcıyarak yazması ve resimlerini çizmesi dikkatle değerlendirilmelidir. Yazılarına ayrıca görsel katkı vermek amacıyla, birçok şekil ve minyatür ekleyerek, bugünün cerrahi atlaslarına yaklaşan bir eser meydana getirmesi gözden kaçmamalıdır. Öğrendiklerini öğretmek, deneyimlerini paylaşmak ve kalıcı bir eserle yayınlamak, bugünün takdir edilen ve istenen "bilim adamı özellikleri" değil midir?

Sabuncuoğlu'nun bu kitabı sayesinde, o dönemde Anadolu'da ulaşılmış olan cerrahi yetenek ve bilimsel düzeyi anlamaktan başka, o gün kullanılan Türkçe dil özelliklerini de öğrenme fırsatını yakalamaktayız.

KAYNAKLAR

1. Şerefeddin Sabuncuoğlu. Cerrahiyet-ül Haniyye. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Deontoloji Anabilim Dalı, Kayıt no.35.
2. Uzel İ. Cerrahiyet-ül Haniyye, Şerefeddin Sabuncuoğlu. Ankara, Türk Tarih Kurumu Basımevi, 1992.
3. Uzel İ, Süveren K. Mücerreb-name, Şerefeddin Sabuncuoğlu, 1468. Ankara, Türk Tarih Kurumu Basımevi, 1999:143-188.
4. Keskinbora H.K. XV. Yüzyılda Anadolu'da üst kapak gevşemesinin koterle tedavisine kısa bir bakış. IV. Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Kongresi, serbest tebliğ, Manisa, 11 Mayıs 2005.
5. Keskinbora H.K. Gözün yukarıki kabaklarınınun istirhasın beyan ider (üst göz kapağı gevşemesi hakkında). 39. Ulusal Oftalmoloji kongresi Program ve Özet Kitabı, Antalya, 2005:165.
6. Keskinbora H.K., Üvey D. Anadolu'da pterigium tedavisi tarihçesine kısa bir bakış. 38. Ulusal Oftalmoloji kongresi Program ve Özet Kitabı, Antalya, 2004.
7. Keskinbora HK, Üvey D, Gökçe AN. Cerrahiyet-ül Haniyye'de göze inen suyun tedavisi ve katarakt cerrahisi tarihçesine kısa bir bakış. T Oft Gaz 2006;36:82-86.

ÖTANAZİ: TANIM VE TARİHÇE

Euthanasia: Definition and History of Euthanasia

Nursel Gamsız Bilgin¹¹Assoc. Prof. Dr., Mersin University School of Medicine, Dept. of Forensic Science

ÖZET

Ötanazi; tıbbın elinde bulundurduğu olanaklarla iyileştiremediği ve nitelikli bir yaşam da sağlayamadığı hastaların yaşamlarının, içinde buldukları belli koşullarda ve biçimde sona erdirilmesi olarak tanımlanmaktadır. Eski Yunancadan gelen ötanazi eu= güzel, tanasium= ölüm anlamındadır.

Ötanazi kavramı günümüzdeki anlamına yakın olarak ilk kez İngiliz filozof ve bilim adamı Francis Bacon tarafından kullanılmıştır.

“Bineceğim gemiyi, oturacağım evi seçiyorsam, ölümümü de seçmeliyim” diyen Neron’un hocası Seneca kendi iradesi Neron’un izni ile intiharı seçmiştir.

Ötanazinin yasallaşması için çalışmalar XX. yüzyılda başlamıştır. 1970’li yıllardan sonra birçok ülkede ötanazi cemiyetleri kurulmuştur. 1988 yılında “Dünya Ötanazi Birliği” oluşturulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Ötanazi, Francis Bacon, Dünya Ötanazi Birliği

ABSTRACT

Euthanasia is defined as ending the life of patient who cannot be treated and/or provided with adequate life quality by available medical practices. Euthanasia from Ancient Greek means eu = beautiful and tanasium = death. The concept of euthanasia as close to that today for the first time used by the British philosopher and scientist Francis Bacon. “You’re boarding the ship, choosing to sit home, you should choose at my death,” said Seneca coach Nero and with the permission of his own will chose suicide.

Studies for the legalization of euthanasia of the 20th century began. Euthanasia Societies in many countries has been established after 1970. In 1988, the “World Association of euthanasia” was formed.

Keywords: Euthanasia, Francis Bacon, World Euthanasia Association

“Dünyaya geldiğimiz gün bir yandan yaşamaya,
Bir yandan ölmeye başlarız”
Montaigne

TANIMLAR

Ötanazinin kelime anlamı, türleri ve yapılaş şekilleri ile ilgili pek çok tanım bulunmaktadır. Kelime anlamı olarak Grekçeden gelen ötanazi Eu= güzel, Tanasium= ölüm anlamını ifade eder (1-4).

Bunun dışında;

“Tıbbın elinde bulundurduğu olanaklar ile iyileştiremediği ve nitelikli bir yaşam da sağlayamadığı hastaların içinde buldukları durumu belli koşullarda ve biçimde sona erdirmek”;

“Ölümün kaçınılmaz olduğu ve tıp biliminin verilerine göre iyileştirilmesi olanağı olmayan ve dayanılmaz acılar içinde olan kişinin tıbbi yollarla öldürülmesi, tıbbi yardımın kesilmesi”;

Lokman Hekim Journal, 2013;3(2):25-31

Received: 08.04.2013; Accepted: 13.05.2013

*Correspondence Author: Nursel Gamsız Bilgin, Mersin University School of Medicine, Dept. of Forensic Science, Zeytinlibahçe C. 33079 Mersin – Türkiye
nurselbilgin@yahoo.com*

“Tibben şifasız ve kurtuluşu imkânsız bir hastalığa yakalanan ve ıstıraplar içinde kıvranan bir kimseyi acılarından bir an önce kurtarmak amacıyla öldürme”;

“Birisini dayanılmaz ıstıraplardan kurtarma”;

“Yaşamın sonu ile ilgili karar verme hakkı” ;

“İstıraplar içinde ölmekte olan birinin acılarının hayatının kısaltılmasıyla hafiflemesi, “kurtuluşu imkânsız ve şifasız bir hastalığa yakalanana ıstırapı dindirmek amacıyla ölüme yol açacak bir biçimde icra-i bir hareketle yapılan yardım”;

“Tibbin ulaştığı gelişmişlik düzeyine bağlı olarak iyileştiremediği aynı zamanda nitelikli bir yaşamda sağlayamadığı hastaların istemeleri durumunda yaşamlarının sona ermesine olanak sağlanması”;

“İyileşemeyeceği ve dayanılmaz acıları ölümüne kadar süreceği tıbben benimsenmiş olan, durumu kendisi ve yakınlarınca bilinene, zihinsel yeterliliğe sahip bir kişinin, kendi bilinçli özgür iradesi ile vermiş olduğu karar üzerine kendisini tedavi eden hekim aracılığı ile acısız bir biçimde hayatının sonlandırılması” gibi tanımları da mevcuttur.¹⁻¹⁰

Ötanazi kavramını günümüzdeki anlamına yakın içerikte ilk kez İngiliz filozof, bilim adamı, avukat, hukukçu, devlet adamı ve yazar olan Francis Bacon tarafından kullanılmıştır. Hekimin görevinin, acısına son vererek hastayı tedavi edip iyileştirmekle sınırlı olmadığını, bunun başarısız olduğu durumlarda ona rahat ve kolay bir ölüm sağlamayı da içerdiğini savunmuştur.^{2,6,10,11}

TARİHÇE

Ötanazi, ölme hakkı, kişinin yaşamı terk etme hakkı ve intihar kavramları ile ilgili tartışmalar eski Yunan ve antik Roma kültürlerine kadar dayanmaktadır. Antik çağ felsefesinde ölüm ve ölümden sonraki yaşam kavramları üzerinde oldukça fazla durulmuş ve ruhun ölümsüz olduğuna inanılmıştır. Bu dönemde “soylu insanın kendini hastalıklı bir beden içinde görmekten ve görülmekten kaçınma, yaşlılığın getirdiği titreklik ve bunaklığın hâkimiyetine girmekten kurtulma isteği dolayısı ile soylu insan için bu durumda yaşamının onuru ile bağdaşmadığı” düşünce anlayışı olduğu bilinmektedir.^{3,6,7,9}

Pythagoras insan yaşamının ruhani yaşam olduğu, ruhun geçici bir süre bedende konakladığı, beden ölür ölür ölür ölür ruhun dengelerini bozacağı, tanrının var ve insanın görevinin tanrının emirlerine uymak olduğu, dolayısı ile tanrının intiharı yasakladığı görüşünü savunmuştur. Pythagoras Mısırlılardan aldığı Ruh Göçü öğretisine göre “ruh ölümsüzdür, vücut yok olunca her defasında meydana gelen bir başka varlığa girer ve bütün varlıkları dolaşır yeniden o zaman doğan bir insan vücuduna girer” düşüncesini benimsemiştir. Aynı zamanda bu görüş tek tanrılı dinler tarafından da yaşamın kutsallığı olarak savunulmuş, Tanrının işine karışılmayacağı görüşüyle ötanazi reddedilmiştir.^{4,7,9,10}

Sokrates insan ruhunun ölümsüz olduğunu, öldükten sonra ruhun nefesle vücudu terk ettiğini ve kaybolmadığını, bir ahiret hayatı olduğunu kabul etmiştir. Bu düşüncelerinden dolayı idama mahkûm edilmiş ve Sokrates’in idamını gerçekleştirmek için baldıran otu, kullanılmıştır.^{9,11,12}

Diğer bir antik çağ düşünürü olan Platon birçok yazar tarafından intihara dini temellere dayanarak karşı çıkan filozof olarak değerlendirilir. Ona göre ruh ölümsüzdür, yaşam ölüme hazırlıktır, ruh beden içine hapsedilmiştir, ölüm ile birlikte bu hapisneden kurtulacak ve özgürlüğe kavuşacaktır. Ancak bir taraftan da kişinin ölümünün kendisi için daha iyi ise o kişinin kendisine iyilik yapmasının niçin engellendiğini sormuştur. Platon “Devlet” adlı eserinde tedavisi mümkün olmayan veya sürekli sakatlık durumlarında hekimin tedaviyi kesmesi anlamında ötanazi uygulamasını haklı hatta gerekli bulduğunu belirterek intihar ile ilgili düşüncelerini yumuşatmıştır. Kanunlar kitabında “akılcı intihar” türlerinden söz etmiştir.^{3,8,9,13}

Platon’un öğrencisi olan Aristoteles intihara karşı olan en etkili filozof olarak bilinir. Aristoteles’e göre ruhu bedenden ayırmak mümkün olmayıp, konuya üretkenlik temelinde yaklaşarak bireyin devlete üretmekle yükümlü olduğunu ve intihar ederek bu yükümlülüğünden kaçtığını öne sürerek intihara karşı olduğunu belirtmiştir. Aynı zamanda toplum için büyük bir yük olduğu düşüncesi ile sakat doğmuş çocukların öldürülmesinin (infantisid) yasal olmasını savunmuştur.^{2-4,6,9}

Stoacılar göre ölme hakkını kullanma bir kaçış olarak kabul edilmiş kurucuları Zenon 98 yaşında yaralanan ayağının şiddetli acısı nedeni ile intihar etmiştir.^{8,9}

Hipokrat yemininde yer alan ötanazi yasağı antik çağda ötanazinin uygulanmadığına bir delil olarak kabul edilir. Yemin nedeni ile bugün pek çok hekim ötanazi uygulamasının tıp mesleği değerlerine aykırı olduğunu savunur. Hipokrat kendine atfedilen antta hekimin hastasını iyileştirmek, şiddetli ağrılarını dindirmekle görevli olduğu, istek üzerine bile olsa hastaya zehir vererek onun hayatına son vermemekten men ettiği yer almaktadır.^{2-4,14}

Eski Roma'da bir hekimin hastasının acılarına son vermek için onu öldürmek istemesi suç sayılırdı ve bu eylem kasten adam öldürme olarak değerlendirilirdi. Seneca intiharı insanların ve hastalığın insafsızlığından kaçma olanağı veren büyük bir özgürlük olarak tanımlamaktadır. "Bineceğim gemiyi, oturacağım evi seçiyorsam, ölümümü de seçmeliyim" diyen Neron'un hocası Seneca kendi iradesi, Neron'un izni ile intiharı seçmiştir.^{2-4,8-10}

Ortaçağ'da kilisenin güçlenmesi ve Hıristiyanlığın yaygınlaşması Avrupa'nın siyasi, sosyal ve düşünsel yaşamına egemen olmaya başlamış, Hıristiyanlık tek ve mutlak doğru kabul edilmiş, felsefe bilim ve hukuk dinin etkisi altında kalmıştır. Kişinin kendi canına kıyması veya başkalarının canına kıyması kesinlikle yasak kabul edilmiştir. Antikçağın aksine Hıristiyanlığın yükselişi ile ötanazi konusundaki görüşler azalmaya başlamıştır. Hıristiyanlık tarihinin önemli isimlerinden Augustine intiharı yoğun bir şekilde eleştirmiş ve intiharı 10 Emir'den altıncısı olan "öldürmeyeceksin" emrine karşı bir hareket olarak görmüştür. Nitekim Hıristiyanlığın genel görüşü bu olmuş ve 325 yılında, Roma İmparatorluğu'nun resmî dininin Hıristiyanlık olarak ilan edilmesiyle birlikte intihar katli ile eşdeğer görülmüştür. İntihar edenlerin Hıristiyan mezarlıklarına gömülmesine karşı çıkılırken, intihar edenlerin mal varlıklarına da el konulmaya başlanmıştır.^{3,6,7-10}

İlk kez Romalılar döneminde açılan ve terminal dönemdeki hastalara, mevcut tedavi yöntemlerinin denenmesine karşın sonuç alınmamasından dolayı aktif tedavi uygulanmadığı, palyatif bakım yapıldığı, rahatsız edici semptomların kontrol edildiği ve yaşam kalitesinin mümkün olan en iyi seviyede tutularak yaşamlarının son dönemlerini geçirdikleri kurumsal yapılar olan Hospis'ler (Latince'de hopes= "misafir", "misafirperverlik", "yabancı" ve "otelci", hospitium "misafirperverlik", "iyi ağırlama", "misafirhane") bir dinlenme yeri olarak açılmıştır. Bu kurumlar MS IV. yüzyıla dini kuruluşlara devredilmiş ancak Ortaçağ sonlarına doğru birçoğu kapatılmış ya da manastırlara dönüştürülmüştür.^{10,15}

Yeniçağ'da Reform hareketleri ve Rönesans ile birlikte kilisenin baskıcı gücü azalmaya başlamış, hak ve özgürlük kavramları ile buna paralel olarak da ötanazi tartışılmaya başlanmıştır.

On altıncı yüzyılda İngiliz yazar, devlet adamı ve hukukçu Thomas Moore var olmayan kurgusal adada geçen Ütopya isimli eserinde; iyileşmesi mümkün olmayacak hastaların fazla acı çekmelerini önlemek için ölmelerini doğru bulduğunu, ruhun ölümsüzlüğüne inanıldığı için kişiye telkinde bulunulduğunu, eğer kişi ölmek isterse bir uyuşturucuyla hayatına son verildiğini, istemeyen kişinin ölümüne izin verilmediğini, intihar eden kişilere ise iyi gözle bakılmayarak cesetlerinin pis bir bataklığa atıldığını yazmıştır.^{7,16} Ahlaki değerlerin eleştirildiği, başkaldırıların arttığı, Hıristiyanlıkta intiharı yasaklayan azizlerin sorgulandığı süreç olarak tanımlanan XVII. yüzyılda Avrupa ülkelerinde ötanazi sözlüklere girmeye başlamış, yaşamın ölümden daha korkunç olduğu hallerde ötanazi gerektiği görüşü savunulmaya başlanmıştır. On yedinci yüzyılda "pozitif bilimler ile insan hayatını uzatmanın yollarının bulunması veya ümitsiz durumda olup acı çekenlerin ıstıraplarına son verilmesi gerektiğini" belirten Francis Bacon ötanazi kavramını günümüzdeki anlamına yakın anlamda kullanan İngiliz filozof ve hukukçudur. Bacon hekimin görevinin, acısına son vererek hastayı tedavi edip iyileştirmekle sınırlı olmadığını, bunun başarısız olduğu durumlarda ona rahat ve kolay bir ölüm sağlamayı da içerdiğini savunmuştur.^{7,8,12,13}

Bacon ötanaziyi interiyo ve eksteriyo olarak ikiye ayırmış; interiyo ötanazinin ruhun, eksteriyo ötanazinin ise vücudun ölüme hazırlanması olduğunu ve ruhu hazırlama görevinin din adamlarına ait olduğunu belirtmiştir. Doktorun görevinin hastayı tedavi etmek, ıstırapları azaltmak olduğunu, ıstırapları azaltmanın sadece iyileştirmekle değil, bazen de hastaya rahat ve kolay bir ölüm sağlamak suretiyle de yapılabileceğini belirtmiştir.^{2-4,7,9,12}

İlginç bir anekdot olarak Napolyon 1799'da Mısır seferi sırasında vebaya yakalanan askerlerin orduya ayak bağı olacağı düşüncesi ile ordu hekimlerinden askerlerinin yaşamına son vermek için öldürücü bir ilaç sağlanmasını istediğinde "hekimin görevinin insanları öldürmek değil tedavi etmek olduğu" cevabını almıştır.^{2,3,7,8}

Ötenazinin tatbiki suretiyle birini öldürenin cezasını hafifleten ilk kanun Büyük Friedrich zamanında çıkarılan 1794 tarihli Prusya Devleti için Umumi Memleket Hukuku'dur.²²

Teknolojinin gelişimi ve endüstrileşmeyle birlikte toplumdaki değişimlere dayalı dinamik ahlak anlayışı ile ölümcül hastalığı olan ve dayanılmaz fiziksel ağrı içinde yaşayan hastaları yaşamını uzatma ya da ne gibi durumlarda uzatılacağı ikilemleri yanında, hastaların kendi kararları ile tedavilerinin durdurulması ve acısız ölümün gerçekleştirilmesi de benimsenmeye başlanmıştır.^{2-5,17}

Ötanazinin yasallaşması için çalışmalar XX. yüzyılda başlamıştır. Konu özellikle Amerika ve Avrupa'da yoğun olarak etik, dini, bilimsel, sosyolojik ve felsefi yönleri ile ele alınmıştır. Yirminci yüzyılın ilk yarısında ötanaziye izin veren çeşitli kanun çıkarma girişimleri başarısızlığa uğrarken, aynı yüzyılın ikinci yarısından sonra kimi devletler bazen içtihat yoluyla bazen de kanun yapma yoluyla ötanaziye onay vermişlerdir.^{6,7,9,17,18} Yirminci yüzyılın başlarından itibaren, belirli şartlarda hastaların yaşamlarına son verebilmesini amaçlayan çabalar, 1930'lu yıllarda örgütlü bir harekete dönüşmüştür.

Amerika'da 1906'da Iowa eyaletinde Dr. Gregory ötanazi ile ilgi kanun teklif etmiştir. Teklif, tedavi edilmeyen bir hastalığa tutulanların, yaralanma vücutları tamamen deforme olanların ve akıl hastası küçüklerin öldürülmelerini ilişkin hüküm bulunmaktaydı. İngiltere'de 1935'de Dr. Millard tarafından kurulmuş olan "Gönüllü Ötanazi Cemiyeti" ötanazi cemiyetlerinin en eskisi olarak bilinir. Derneğin bir toplantısında şifası olmayan ölümcül ve ıstıraplı hastalığa yakalananlara gerekli tedbirler alınması sonrası ötanazi uygulanmasının arzu edilen bir işlem olduğu kararı verilmiş, hukukçuların yardımı ile taslak hazırlanmıştır.^{4,5,19,20,22}

Bu derneklerin ikincisi, 1938'de ABD'de kurulan, "Amerika Ötanazi Cemiyeti"dir. 1946'da Amerikan Ötanazi Derneği başkanı Dr. Rob Dickinson tarafından hazırlanan ve 1500 doktor ve rahip tarafından desteklenen kanun tasarısı New York eyaletine sunulmuştur. İstemli aktif ötanaziyi yasalaştırma konusunda yoğun bir çaba sarf eden ancak başarılı olamayan her iki cemiyetin faaliyetleri II. Dünya Savaşı'nın başlaması ile birlikte eski hızını kaybetmiştir.^{2-4,14,20-23}

ABD'de 1960'lı yılların ortalarında ölmekte olan tüm hastalara kalp-akciğer canlandırması (CPR) yapılmaktayken bazı hastalarda bunun yararının olmayacağı görüşü ortaya çıkmış, hekim ve hemşireler "walk slowly to the bad=yatağa yavaş yürü" görüşünde birleşmişlerdir. Hasta ve ailesi ile herhangi bir anlaşma olmaksızın bu uygulama sıklıkla yapılmaya başlanmıştır. 1970'lerde dava edilme korkusu hekimleri tedirgin etmeye başlamış olsa da "Do Not Resuscitate=canlandırma yapma" (DNR) istemi vermesi zorunlu kılınmıştır.^{1,14,17,23}

İlk kez 1960'lı yıllarda tanımlanmasından sonra CPR hekimler tarafından kalbi duran tüm hastalara uygulanır olmuştur. Ancak bunu bir problem olarak gören American Medical Association (AMA) 1974'de "CPR'in amacının ani ve beklenmeyen bir ölümü engellemek olduğu, ölümün kaçınılmaz olduğu, geri dönüşü olmayan hastaların terminal döneminde CPR endikasyonu olmadığını belirlemiştir. Bu yaklaşım sonrası RET (Resüsite Etmeyiniz) talimatları, servis ve yoğun bakımlarda yaygın şekilde uygulanmaya başlamıştır.^{1,14,17,23}

1976'da ABD'de ilk olarak Doğal Ölüm Yasası ile hastanın hastalığın belli aşamalarına girmesi halinde ölmek istediğini belgeleyen "önceden verilmiş direktifi" doğrultusunda pasif ötanazi uygulamasını tanımıştır.^{9,12}

XX. yüzyılın ikinci yarısında ilk kalp naklini gerçekleştiren Dr. Christian Bernard tedavisi olmayan 80 yaşındaki acılara dayanamayan annesinin ricası üzerine hayatını sonlandırdığını anılarında belirtmiş ve etik açıdan eleştiriler almıştır.^{1,14,17}

Alman Cerrah Dr. Hackethal acılar ile kıvranan yaşlı hastaların kendi istekleri ile ölmelerine yardımcı olmanın hekimin görev olduğuna inanmış ve "Hipokrat andını" etik anlayışa uymadığı gerekçesi ile basının önünde yakmıştır.^{3,6,7}

1970'lerde "şerefiyle ölüm" kavramı gündeme gelmiş ve hastalığın son döneminde olan kişinin hayatını uzatacak tıbbi tedaviyi reddetme hakkı olarak tanımlanmıştır.^{3,7,5,20}

1970'li yıllardan sonra birçok ülkede Ötanazi Cemiyetleri kurulmuştur. Ötanazi yanlılarının kurduğu "Hemlock Topluluğu" yaptıkları propagandalar ile ötanazinin yasalaşması için çalışmıştır.⁷

İngiltere'de 1970 yılında Dr. Gray ötanazinin yasal uygulaması için haklar listesi geliştirmiştir.

New Jersey Yüksek Mahkemesinin 1976'da, Karen Ann Quinlan hakkında verdiği karar ile yaşam destek tedavilerinin, hasta veya hasta yakınlarının istekleri doğrultusunda kesilebilmesi için ilk yasal adım atılmıştır. Bunun takip eden süreçte mahkemeler farklı kararlar vermiş olsa da özellikle ABD'de çok sayıda örnek kararlar oluşmuştur.¹⁹

1980'li yıllardan itibaren Hollanda'da hem aktif hem de pasif ötanazi, ABD'de ise sadece pasif ötanaziye izin verilmeye başlandı. Hollanda ve Belçika ötanaziye hukuka uygun hale getiren yasalar çıkarmışlardır.^{6,20}

1988 yılında "Dünya Ötanazi Birliği" oluşturulmuş ve "World Right to Die Newsletter" isimli yayın organı da çıkarmışlardır.^{3,6-8}

Yaşam destek tedavilerinin başlanmaması veya başlanmış tedavilerin kesilmesi adı altında atılan en önemli adım 1990'da Society of Critical Care Medicine (SCCM) tarafından yayınlanan rapordur. Bu raporda "yaşam destek tedavilerinin hasta ve yakınlarının isteği doğrultusunda ya da hekim tarafından tedavi hedeflerine ulaşmanın mümkün olmayacağına görüldüğü durumlarda başlanmaması veya kesilmesinin etik açıdan uygun olduğu belirtilmiştir.^{2,1,14,20-26}

1990'larda Dr. Jack Kevorkian'ın uygulamaları ile ötanazi tartışmaları yeniden alevlenmiştir En son Michigan'da 1992'de hasta istemi ile aktif ötanazi yaptığı için cinayet ile suçlanmış ve mahkûm edilmiştir. Kevorkian ötanaziye son medeni hak olarak tanımlamıştır.⁷

1992'de Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Avrupa Tabip Birlikleri ile Roma'da yapılan toplantıda tedavisi mümkün olmayan hastaların onurlu ölüm hakkına sahip oldukları kabul edilmiştir.^{2-6,9,22}

Hollanda hukukunda ötanaziye ilişkin gelişme 1973 tarihli bir mahkeme kararı ile başlamıştır. Bu davada bir pratisyen hekim Dr.Postma serebral hemorajili, paroplejik, sağır ve konuşma zorluğu olan annesinin yaşamını sona erdirmekten yargılanmıştır⁹. 1976 yılında Ötanazi cemiyeti kurulmuş, 1994 yılında gönüllü aktif ötanaziye legal olarak kabul etmiş bunu içtihatlar ile desteklemiştir. 2000 yılında referandum yapılmış 2001 yılında bir kanun ile aktif ötanazi ile ilgili yasal düzenleme yapılmıştır.^{1,5-9,18,21-27}

ABD Oregon Eyaletinde 1994'de "Onurlu Ölüm Yasası" yürürlüğe girmiştir.^(2-4,7,9)

Avusturalya'da 1995'de son dönem hastaların ölüm için hekimden yardım alabilecekleri yasal olarak kabul edilmiş ve "Ölümcül Hastaların Hakları Yasası" 1996'da Avusturalya'nın kuzey bölgesinde yürürlüğe girmiştir.^{9,20-28} Ancak 1997'de Avusturalya'nın devlet yapısı nedeni ile kuzey bölgesinin böyle bir yasa çıkaramayacağı gerekçesi ile yürürlükten kaldırılmıştır.^{6-8,26}

"DOKTOR ÖLÜM" JACK KEVORKIAN

Her ne kadar hekim yardımcı intihar kavramı içinde tartışılabilir de Kevorkian'ı anmadan geçmek olmaz:

1987'de Michigan'daki bir mahalli gazeteye şu ilan verilmişti: "Ölümcül hastalığı olup da onuruyla ölümü seçenlere danışmanlık yapılır." İlanı verenin kartvizitinde "Jack Kevorkian. Tıp Doktoru Özel Ölüm Elçiliği Sadece randevu ile" yazmaktadır.

Kevorkian, kendi icadı olan ve Mercitron adını verdiği ölüm makinesi ile kısa sürede medyada büyük ilgi toplamıştır (*Resim 1*). Ölmek isteyen kişi, makinenin bir düğmesine basarak vücuduna potasyum klorid enjekte etmekte ve birkaç dakika içinde, hiç acı çekmeden, ölümlü buluşmaktaydı.

İlk randevuyu, 1990'da Alzheimer hastası Janet Atkins almıştı. Kevorkian'ın eski Volkswagen minibüsünün arkasında koluna zehiri enjekte ederek, Atkins'in 54 yıllık ömrünün son yıllarında çektiği acılara son vermişti. Takip eden yıllarda, Kevorkian toplam 130 kişinin ölümüne yardımcı olmuştur. Kilise, tıp dünyası ve Michigan savcılarının şiddetle karşı çıktığı bu performanslar sonucunda

doktorluk yapması yasaklanan, ancak eyalette ötanazi karşıtı bir yasa olmadığı için hapse atılmayan Kevorkian işine devam etti. Olan biteni basın aracılığı ile izleyen Amerikan halkı ikiye bölünmüştü. Bir tarafta acı çeken, çaresiz insanların ölme hakkını savunanlar, diğer tarafta ise Dr. Jack Kevorkian'ı Tanrı'dan rol çalmakla suçlayan muhafazakâr kesim vardı. 1999'da Michigan'da bir mahkeme jürisi, Dr. Jack Kevorkian'ı ölümcül bir hastaya iğne yaparak öldürmekten (ötanazi) suçlu buldu. Kevorkian savunmasında hastaların daha fazla acı çekmesini önlemek için ölmelerini sağlayarak onlara iyilik yaptığını belirtmiştir. 1 Haziran 2007 tarihinde ABD Yüksek İdare Mahkemesinin davayı reddetmesi üzerine tahliye edilmiştir. (4,7,9,30)

JAIN'S WAY: ELVEDA SEVGİLİM

"Kahvaltı tepsisini karımın başucuna bırakmak üzereyken kafasını kaldırıp yüzüme baktı; zamanı geldi mi? diye sordu.

"Evet sevgilim zamanı geldi" diye yanıtladım.

"Tamam, o zaman" dedi sakince. Saat 1'de öleceğim. Böylesi daha iyi. Karar vermiş olduğumuz için mutluyum."

İki fincan kahve hazırladım, her ikisine de süt koydum ve fincanlardan birinin içime toz haline getirilmiş, güçlü ağrı kesiciler ve uyku haplarını içeren sıvıyı ekledim. Ölümcül olacağını biliyordum. Odasına döndüğümde, içinde ilaç olan fincanı ona uzattım.

"Bu mu?" diye sordu.²⁹

SONUÇ

Ötanazi kavramı antik çağdan beri tartışılmaktadır. Dünyada farklı ülke ve toplumların sahip olduğu değerler değiştikçe tartışılmaya da devam edecektir. İçinde bulunduğumuz yüzyılda tıp, hukuk, felsefe ve etik tarafından ölme hakkı olduğu kabul edilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Dikmen Y. Yoğun bakımda hastadan desteği çekme ve etik, Ötanazi. In: Medikal etik, (doğum, ölüm süreçleri ve yaşamın anlamı. Hatemi H, Doğan H (eds). Yüce yayım. 2001: 35-41.
2. Oğuz NY. Ötanaziye Etik Yaklaşım. Tıp etiği açısından yaşamın son döneminde karar verme süreçleri. In: Medikal etik, (doğum, ölüm süreçleri ve yaşamın anlamı. Hatemi H, Doğan H (eds). Yüce yayım. 2001: 61-67.
3. Öz F. Ötanazi. Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik. 1998;6(1):40-47.
4. Terzioğlu A. Euthanasie (ötanazi) ve getirdiği etik sorunlar. Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik 1994;2(1):16-22.
5. Darbyshire P. Euthanasia: Whose life? Whose decision? Nurse time 1987;83(45):26-29.
6. Elçioğlu Ö, Gündüz T, Köşgeroğlu N. Tıp, Hukuk ve Etik açıdan Euthanasia. Tıbbi Etik, 1994;2(2):64-70.
7. Özkara E. Ötanazi'de temel kavramlar ve Güncel tartışmalar. Seçkin yayınevi, Ankara, 1.baskı, 2001.
8. Güven K. Kişilik hakları ve ötanazi. Nobel yayın dağıtım. Ankara, 2000,
9. İnceoğlu S. Ölme Hakkı, Ötanazi. Ayrıntı yayınları. 1.baskı 1999 İstanbul.
10. Demirhan EA. Tıp Tarihi ve Deontoloji Dersleri. Uludağ Üniversitesi Basımevi, 1994:225-33.
11. Gül A. Nitelikli Yaşam Hakkı İçin Ötanazi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hukuk Yüksek Lisans Programı Bitirme Tezi, 2005.
12. Pappas MP. Recent historical perspectives regarding medical euthanasia and physician assisted suicide. British medical Bulletin 1996;52(No.2):386-393.
13. Karahisar F. Ölümcül hasta, hemşire ve hekimlerin ölüm ve ötanaziye ilişkin görüşlerinin incelenmesi. Yüksek Lisans tezi, 2006, Erzurum.
14. Akpir K. Yoğun Bakım hastalarında hasta desteği ve devamı ile ilgili kararın verilmesi. In: Medikal etik, (doğum, ölüm süreçleri ve yaşamın anlamı. Hatemi H, Doğan H (eds). Yüce yayım. 2001: 28-34.
15. Isıkhan V. Terminal dönemdeki kanser hastalarının ölüm yeri tercihler. Türk Onkoloji Dergisi 2008; 23: 34-44.
16. Urgan M. Ütopia . Ankara: İş Bankası Yayınları, 2000.
17. Van Der Maas PJ, Van Delden JJ, Pijnenborg L, Looman CW. Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life. Lancet. 199,14;338(8768):669-74.
18. Standarts for cardiopulmonary resuscitation (CPR) and emergency cardiac care (ECC). JAMA 1974: 227 (supp 1): 833-868.
19. <http://dying.about.com/od/ethicsandchoices/p/Karen-Ann-Quinlan-A-Pioneer-In-The-Right-To-Die-Movement.htm>. (Son erişim tarihi: 02.04.2013)
20. Consensus report on the ethics of foregoing life-sustaining treatments in the critically ill. Task Force on Ethics of the Society of Critical Care Medicine. Crit care Med 1990;18(12):1435-9.
21. Smith PN. Euthanasia and the doctors-A rejection of the BMA's report. Journal of medical ethics. 1989;15:124-128.

22. Artuk ME. Hukukçu gözü ile ötanazi. Ötanazi. In: Medikal etik, (doğum, ölüm süreçleri ve yaşamın anlamı. Hatemi H, Doğan H (eds). Yüce yayım. 2001: 42-60.
23. Alvarez Del Rio A. Some Reflections on Euthanasia. Türkiye Klinikleri J Med Ethics. 2007;15: 1-6.
24. Rosenau H. Aktif ötanazi. V. Türk-Alman Hukuku sempozyumu. 28 şubat-1 mart 2008 ankara, 104-124.
25. Goodlin SJ, Zhong Z, Lyn J et al. Factors associated with use of cardiopulmonary resuscitation in seriously ill hospitalized adults. JAMA 1999;282:2333-2339.
26. Ryan CJ, Kaye M. Euthanasia in Australia- the Northern Territory Rights of the Terminally Ill Act. N Engl J Med. 1996;334(5):326-8.
27. Gillett G. Euthanasia, letting die and the pause. Journal of medical ethics 1988;4:61-68.
28. Weeks LC, Gleason VR, Reise S. How can a hospital ethics committee help? Am J Nurs 1989;651-655.
29. Humphrey D. Elveda sevgilim. Jean's way. Kırmızı Kedi Yayınevi. İstanbul, 2008.
30. Grace J. Curtains for Dr. Death: after assisting 130 suicides since 1990, Jack Kevorkian is found guilty of a murder in Michigan. Time. 1999 5;153(13):48.

ÇERNOBİL KAZASI VE ETKİLERİ

Chernobyl Accident and Its Consequences

Pelin Özcan Kara¹
Emel Ceylan Günay¹

¹Assoc. Prof. Dr., Mersin University School of Medicine, Dept. of Nuclear Medicine

ÖZET

Bir deney sırasında 26 Nisan 1986'da meydana gelen Çernobil reaktör kazası, XX. yüzyılın ilk büyük nükleer kazasıdır. Kaza sonrasında kuzeye doğru esen rüzgârlarla radyoaktivite yayılmış ve ilk olarak İsveçli uzmanlarca tespit edilmiştir. Dolayısıyla bu durumun tüm dünya tarafından öğrenilmesi kazadan günler sonra gerçekleşmiş ve 30 Nisan 1986'yı bulmuştur. Bu derlemede kaza sonrası yayılan radyasyonun dünya ve Türkiye üzerindeki etkileri sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Çernobil kazası, Radyasyonun etkileri.

ABSTRACT

The Chernobyl reactor accident that occurred on 26 April 1986 during an experiment is the first major nuclear accident at XX. Century. After the accident, radioactivity spread towards the blowing North winds and have been identified by the Swedish experts as the first. Therefore, this situation have been heard throughout the world several days after the accident and found the date April 30, 1986. In this review, the effects of the radiation spread after the accident in the world and Turkey is presented.

Keywords: Chernobyl accident, Radiation effects.

GİRİŞ

Çernobil Nükleer Santrali Ukrayna'da Kiev kentinin 140 km kuzeyinde baraj gölü kıyısında 1972'de kurulmuş bir nükleer santraldir. Her biri 1000 megawatt (MW) gücünde dört reaktörü bulunan santralin Nükleer Güç Reaktörünün dördüncü ünitesinde 26 Nisan 1986'da erken saatlerde meydana gelen nükleer kaza sonrasında atmosfere büyük miktarda fizyon ürünleri salınmıştır. Bir deney sırasında meydana gelen Çernobil reaktör kazası, XX. yüzyılın ilk büyük nükleer kazasıdır ve tüm hafızalara kazınmıştır. Kaza sonrasında kuzeye doğru esen rüzgârlarla radyoaktivite yayılmış ve ilk olarak İsveçli uzmanlarca tespit edilmiştir. Dolayısıyla bu durumun tüm dünya tarafından öğrenilmesi kazadan günler sonra gerçekleşmiş ve 30 Nisan 1986'yı bulmuştur^{1,2}.

NÜKLEER REAKTÖR NEDİR?

Nükleer reaktör, fizyon enerjisinin kontrollü bir şekilde açığa çıkarıldığı bir sistemdir.

Ağır çekirdeklerin bölünme ürünleri büyük miktarlarda enerji içerirler. Mevcut reaktörlerin çoğu elektrik üretimi için çalışan santrallerdir. Nükleer güç reaktörlerinde yüksek miktarlarda ısı enerjisi ortaya çıkar ve artık ısıyı çıkarmak için soğutucu sistemlere ihtiyaç duyulur; aksi halde ısı, çekirdeğin zarar görmesine neden olabilir.

Lokman Hekim Journal, 2013;3(2):32-36

Received: 24.04.2013; Accepted: 13.05.2013

*Correspondence Author: Pelin Özcan Kara, Mersin University School of Medicine, Dept. of Nuclear Medicine, Zeytinlibahçe C. 33079 Mersin – Türkiye
ppelinozcan@gmail.com*

NÜKLEER REAKTÖR KAZASI NEDİR?

Bir reaktörün içindeki radyoaktivitenin bir bölümünün çevreye yayılmasıdır. Kalbin erimesi, reaktörlerin toplam 10 bin yıllık hayatında bir kere meydana gelir. Hafif bir kaza olasılığı 1/1.000.000; ağır bir kaza olasılığı ise 1/10.000.000.000'dir.

ÇERNOBİL KAZASI NASIL OLDU?

Çernobil Nükleer Santrali'nde gerçekleşen kaza, her biri 1.000 MW gücünde olan dört reaktörün hatalı tasarımının yanı sıra, reaktörlerden birinde deney yapmak için güvenlik sisteminin devre dışı bırakılması sonucu oldu². 25 Nisan 1986'da 4 numaralı reaktörde planlanan bir deneyde art arda yapılan insan hatalarından kaynaklandı. İlk patlama 26 Nisan 1986 saat 01:23'te dördüncü üniteye gerçekleşti; birkaç saniye sonra ise ikinci patlama oldu. Bu kazada, reaktör kalbinin tümü, binanın ise büyük bir bölümü hasar gördü. Reaktörün yaydığı tüm radyasyonun %25'i ilk anda çevreyi etkiledi. Santralden üç kilometre mesafedeki Pripyat kasabasından ve Çernobil'den gelen itfaiyeciler ve santral çalışanları ilk etapta çok yüksek dozlarda radyasyona maruz kaldılar. En yüksek radyasyon dozlarına, sayıları 1000'i bulan acil durum çalışanları ve Çernobil personeli maruz kaldı. Çalışanların bazıları için maruz kaldıkları dozlar öldürücü oldu. Zaman içinde Çernobil'de çalışan kurtarma personelinin sayısı 600.000'i buldu. Bunların bazıları, çalışmaları boyunca yüksek düzeyli radyasyona maruz kaldılar³.

Hatalar Nelerdi?

Deneyin yapılacağı 25 Nisan 1986'da, önce reaktörün gücü yarıya düşürüldü, ardından da acil soğutma sistemi ile deney sırasında reaktörün kapanmasını önlemek için tehlike anında çalışmaya başlayan güvenlik sistemi devre dışı bırakıldı. 215 denetim çubuğundan sekizi dışında hepsi çıkartıldı. 700 MW olması gereken güç, 200 MW'a düşürüldü. Soğutma sistemi kullanılmadı. Daha fazla buhar sağlamak için sekiz pompa birlikte çalıştırıldı. Gücünün %7'siyle çalışmakta olan reaktörde buhar basıncı düştü ve buhar ayırma tamburlarındaki su düzeyi güvenlik sınırının altına indi. Normalde reaktörün güvenlik sistemine ulaşması gereken sinyaller de teknisyenler tarafından engellenmiş oldu. Büyük patlama ise saat 01:23 meydana geldi. 26 Nisan 1986'da dört numaralı reaktör çekirdeğinde patlamalara neden olan katastrofik güç artışı yaşadı. Bu patlamalar, atmosfere çok miktarda radyoaktif yakıtın ve ham maddenin yayılmasına ve kolayca tutuşabilen grafit moderatörünün tutuşmasına neden oldu. Reaktördeki zirkonyum ve grafitin yüksek sıcaklıktaki buharla karşılaşması sonucu oluşan hidrojen yanarak bütün santrali alevler içinde bıraktı².

Kazanın Duyulması ve Etkilenen Ülkeler

Çernobil'den kuzeye doğru esen rüzgârlarla radyoaktif bulut 28 Nisan 1986'da İskandinavya'ya ulaştı. İsveçli uzmanlarca normalin üzerinde saptanan radyasyon düzeyleri büyük bir nükleer kazanın olduğunu dünyaya ilk duyuran haber oldu. Sovyet Sosyalist Cumhuriyetleri Birliği patlamadan en çok etkilenen ülke idi. Bunun dışında etkilenen diğer ülkeler Polonya, İskandinavya, Avusturya, Kuzey İtalya, Güney Almanya, Romanya, Bulgaristan, Yunanistan oldu.^{1,3}

KAZA SONRASI KRONOLOJİ

- 26 Nisan 1986 : İdari komisyon kuruldu.
- 27 Nisan 1986 : Pripyat kasabası boşaltıldı.
- Temmuz 1986 : İlk kontaminasyon haritası tamamlandı.
- Kasım 1986 : Reaktör çevresindeki Sarkofagus tamamlandı.
- Mayıs 1991 : Uluslararası Çernobil Projesi tamamlandı.
- Mayıs 1991 : IPHEKA (*International Project on Health Effects of the Chernobyl Accident*) kuruldu.

KAZA SONRASI ALINAN ÖNLEMLER

Radyoaktif Kontaminasyon Zonlarının Oluşturulması¹⁻³

Buna göre;

1. 37-555 KBq/m² radyasyon saptanan alanlarda periyodik sağlık kontrolü yapıldı.
2. 555-1480KBq/m²radyasyon saptanan alanlarda sıkı kontrol, lokal üretilen yiyeceklere kısıtlamalar getirildi.
3. 1480KBq/m²den fazla radyasyon saptanan alanlar insan yaşamı için uygun olmayan alan olarak kabul edildi ve nüfus boşatıldı.

Diğer Önlemler

Radyasyondan yoğun oranda etkilenen 30 kilometre çapındaki alan belirlenerek bu bölgelerden 135.000 insan uzaklaştırıldı ve yaşam alanları boşatıldı. Reaktör binası 410.000 m³ çimento ve 7.000 ton çelik kullanılarak gömüldü. Binanın altı betonlandı. Besin maddeleri başka bölgelerden getirildi ve kontamine (radyasyon bulaşı olan) yiyeceklerin tüketimi yasaklandı. Çeşitli tanı merkezleri kuruldu. 5.300.000 insana, tiroid bezini iyot açısından doygunluğa ulaştırarak radyoaktif iyodun tiroid bezi tarafından alınımı mümkün olduğunca engellemek için potasyum iyodür tabletleri dağıtıldı¹.

RADYOAKTİF KONTAMİNASYON

En büyük etkileri görülen izotop Iyot-131 idi. Bunun dışında Iyot-133,135; Stronsyum-89, 90 ve 91; İtrium-91; Sezyum-134 ve 137; Telluryum129, 131 ve 132; Baryum-140 vb. kontaminasyonları görüldü¹.

RADYASYONUN ETKİLERİ

Santralde bulunanlar ilk anda 400 Remlik bir doz aldılar. Öldürücü doz 200 Rem'dir. Bunlardan 31 kişi öldü. 40 kilometre yarıçaplı daire içinde bulunanlar ortalama 12.000 milirem doz aldılar. Ertesi gün ölçülen radyasyon normalin 100.000 katı idi. Radyasyon iki gün sonra 500 katı düzeyine düştü¹⁻³. Reaktörden salınan radyoaktivitenin Hiroşima ve Nagazaki'ye atılan atom bombasından çok daha büyük olduğu tahmin edilmektedir.

Radyasyonun Biyolojik Etkileri

Radyasyonla kendisi ile ilişkisiz etkiler arasında psikolojik problemler, radyasyon korkusu, göç stresi, baş ağrıları, uyku bozuklukları, irritabilite, alkol suistimali ve hazımsızlık bulunurken; organik hastalıklar arasında endokrin sistem hastalıkları, mental bozukluklar, sinir sistemi, duyu organı hastalıkları, sindirim sistemi bozuklukları, genitoüriner sistem hastalıkları sayılabilir⁴.

Tiroid Hastalıkları

Çöken radyoaktif iyodinden kaynaklanan çocukluk tiroid kanseri, kazanın en önemli sağlık sorunlarından birisidir. Kazadan sonraki ilk aylarda, radyoaktif iyodin düzeyi yüksek sütlerden içen çocuklar yüksek radyasyon dozları aldılar. 2002'ye kadar bu grup içinde 4000'den fazla tiroid kanseri teşhis edildi. Bu tiroid kanserlerinin büyük bölümünün radyoiodin alımından kaynaklanmış olması çok muhtemeldir. En yüksek tiroid dozları Çernobil'den 300 km uzakta olan Gomel'de bulundu. Kaydedilmiş en yüksek tiroid dozları 50 Gy'dir. Tiroid kanseri gelişen çocukların %66'sında doz <0.3Gy, %22'sinde 0.3-1Gy, %12'sinde >1Gy idi. Erişkin dozları 0.1-50 Gy arasında değişmiştir. Kaza sonrasında çocukluk çağı tiroid kanseri insidansı artmıştır; kazanın etkilerinin yoğun olarak izlendiği Belarus'ta insidansın 36 kat arttığı bildirilmektedir. Saptanan tiroid kanserlerinin % 95'i normalden daha agresif ve invazif seyirli görüldü. Otoimmün tiroidit, nodüler guatr ve hipotiroidi insidansında ise artış kaydedilmemişti¹.

Hematolojik Bulgular

Lösemi insidansında, morbidite ve yaş dağılımında değişiklik saptanmamıştır. İnutero radyasyona maruz kalmış çocuklar 10 yıl izlenmiş; akut lösemi insidansında dramatik bir artış saptanmıştır¹.

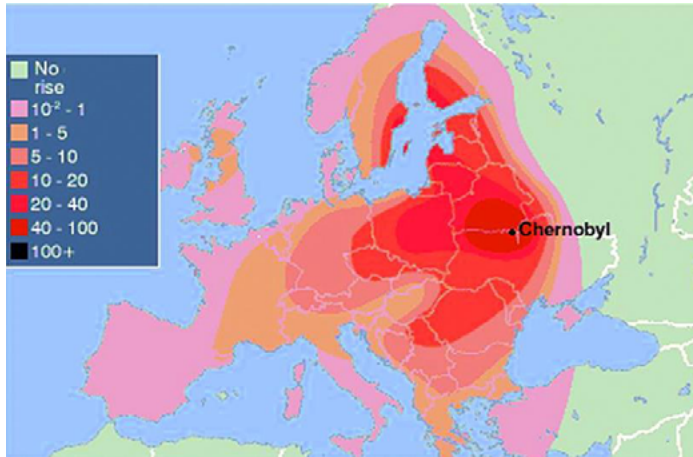
Diğer Bulgular

Mental retardasyon insidansında artış, emosyonel problemler, davranış bozuklukları, en çok ağız kuruluğu olmak üzere ağız sağlığı problemleri diğer bulgulardır¹.

ÇERNOBİL KAZASININ TÜRKİYE'DEKİ ETKİLERİ

Ülkemize 3 Mayıs 1986 Cumartesi günü radyoaktif bulut ilk olarak Bulgaristan ve Yunanistan üzerinden Trakya bölgesine gelmiştir⁵ (Şekil 1). Radyoaktif bulutlar 1986 yılı 7-9 Mayıs tarihleri arasında Kırım Yarımadası üzerinden Karadeniz'e ulaşmıştır. Bu bulutların geçtiği sıralarda Trakya ve Doğu Karadeniz'de; özellikle fındık, tütün ve çay üretimi yapılan tarım alanlarında yağış olması bulaşı artırmıştır.

Yıllar sonra Türkiye'de; Türkiye Atom Enerjisi Kurumu (TAEK) tarafından sürdürülen ve Sağlık Bakanlığı işbirliği ile yürütülen çalışmaların değerlendirilmesi sonucunda Türkiye genelinde ortalama olarak alınan dozun, halk için uluslararası kuruluşlarca öngörülen doz sınırlarının altında kaldığını, alınan önlemler ile mümkün olan en düşük dozun alınmasının sağlandığı belirtilmektedir^{6,7}. Türkiye'deki kanser artışları ile Çernobil kazasının bilimsel açıdan doğrudan ilişkilendirilmesi mümkün görünmemektedir. Bunun yanı sıra Karadeniz Bölgesi'nde gömülen çayların dışında kontrolsüz kalan ve iç pazara sürülerek, diğer çaylarla harmanlanıp azar azar tüketildiği iddia edilen radyasyonlu çayların ve ilkokullarda dağıtılan fındıkların söylentileri bölge halkının kaygılarına zemin olmuştur. Dönemin Sanayi Bakanı Cahit Aral'ın canlı yayında çay içtiği görüntüler ise bu dönemi yaşamış olan insanların hafızasına kazınmıştır. Öte yandan Amerika'da bulunan Oak Ridge Laboratuvarları'nın Sağlık Fiziği Müzesi'nde Rize Tomurcuk Çayı paketlerinden biri, kontamine olmuş çay olarak müzedeki yerini almıştır⁸ (Resim 1).



Şekil 1. 3 Mayıs 1986 tarihinde radyoaktivitenin yayılım alanı (doz miktarları normalin katları şeklinde gösterilmiştir.) (Kaynak: news.bbc.co.uk)



Resim 1. Oak Ridge Sağlık Fiziği Müzesindeki çay kutusu. Tespit edilen radyonüklidler arasında doğal olarak bulunan K-40'ın yanı sıra Cs-137 de belirtilmiştir. <http://www.orau.org/ptp/collection/accidents/tea.html>

TAEK, güncel bilgi ağı sayfasında (<http://taek.gov.tr/acil-durumlar/kaza-ve-tehlike-durumu/138-cernobil-dosyasi/328-cernobil-veritabani.html>) Çernobil veri tabanını herkesin ulaşabileceği şekilde kullanıma sunmuştur. 1986'da Türkiye'de farklı bölgelerdeki radyasyon dozları, hatta yaşınıza ve tahmini olarak tükettiğiniz yiyeceklere göre alınan tahmini radyasyon dozları öğrenilebilmektedir. Avrupa'da geniş bir alana yayılmış olan radyoaktivite göz önünde bulundurulduğunda, Türkiye birçok ülkeye kıyasla daha az etkilenen ülkeler arasındadır.

SONUÇ

Çernobil kazasının oluşumunda insan hataları ve reaktör tasarımındaki olumsuz yönler çok büyük rol oynamıştır. Deney yapmak amacıyla reaktörün emniyet sistemleri devreden çıkartılmış ve güvenlik açısından olması gereken çalışma şartlarının dışına çıkmıştır. Bu büyük kaza sonucunda bazı dersler de çıkarılmış ve uygulamaya konulmuştur. Bu tür kazalarda radyasyonun yayılımı ülke sınırlarından bağımsızdır. Radyasyon kazaların tekrarlanmaması için önlemler alınmalı ve bu önlemlere uyulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Health Consequences of the Chernobyl Accident, Results of the IPHECA pilot projects and related national programmes, Summary Report, World Health Organization, Geneva, 1995.
2. Çernobil nükleer santralinin özellikleri ve kazanın oluşumu. TAEK Çernobil serisi no:4, 2007.
3. IAEA (2005) Chernobyl:The True Scale of the Accident <http://www.iaea.org/NewsCenter/PressReleases/2005/prn200512.html> (Son erişim tarihi: 10.04.2013)
4. M. Demir. İyonize radyasyonun biyolojik etkileri, Nükleer Tıp Fiziği ve Klinik Uygulamaları (3. baskı), s: 249-2619, 2011.
5. The Chernobyl Disaster <http://news.bbc.co.uk/2/shared/spl/hi/guides/456900/456957/html/nn3page1.stm> (Son erişim tarihi: 10.04.2013)
6. Türk Tabipleri Birliği: Çernobil Nükleer Kazası Sonrası Türkiye’de Kanser Raporu, Nisan 2006.
7. Sağlık bakanlığı bilimsel kurul raporu ve üniversite görüşleri, TAEK Çernobil serisi no:2, 2007.
8. Oak Ridge Associated Universities Health Physics Museum <http://www.orau.org/ptp/collection/accidents/tea.html> (Son erişim tarihi: 10.02.2013)

ANESTEZİDE ÖNCÜLER VE KEŞİFLER TARİHİ

History of Pioneers and Discoveries at Anesthesia

Tuğsan Egemen Bilgin¹

¹Prof. Dr., Mersin University School of Medicine, Dept. of Anesthesiology and Reanimation

ÖZET

Cerrahi müdahalelerin yaşı insanlık tarihine eş olarak kabul edilebilir. Tüm cerrah ve anesteziistlerin bulunduğu ortak nokta; cerrahi anesteziinin bulunuşunun insanlık tarihindeki en önemli gelişmelerden biri olduğudur.

Anahtar Kelimeler: Anestezi, Keşif, Tarihçe.

ABSTRACT

Surgical interventions may be considered equivalent age of the history of mankind. At first, the pain, surgery has been considered as a natural consequence. Over time, the date of anesthesia has started investigating the possibility of painless surgery.

Keywords: Anesthesia, Discovery, History.

GİRİŞ

Cerrahi müdahalelerin yaşı insanlık tarihine eş olarak kabul edilebilir. Tüm cerrah ve anesteziistlerin bulunduğu ortak nokta; cerrahi anesteziinin bulunuşunun insanlık tarihindeki en önemli gelişmelerden biri olduğudur.

İlk zamanlarda ağrı; cerrahinin doğal bir sonucu olarak kabul edilmiştir. Romalı büyük tıp yazarı Celsus “cerrahin içi merhamet dolu olmalı ki, hastasını sağaltmak istesin ve onun feryatlarından elini çabuk tutmaya, gereğinden az kesmeye kalkmasın, acı çığlıkları onu sanki hiç üzmüyormuş gibi her şeyi gereğince yapsın” diye yazmıştı. Zamanla ağrısız cerrahi girişim olanaklarının araştırılması anestezi tarihini de başlatmıştır. Bunun bir ileri aşaması üç büyük boşlukta yani kafa içi, göğüs kafesi içi ve karın içinde ameliyat yapma isteğinin getirdiği anestetik keşiflerdir. Kas gevşeticilerinin keşfi, üç büyük boşluğa girilebilmesine olanak tanımış ve cerrahi ilerlemede altın çağı başlatmıştır. Keşiflerin her biri diğerini doğurmuş da olsa, bana göre anestezi ve cerrahideki gelişmelerin önünü açan üç ana faktör; enjektörün keşfi, kas gevşeticilerin keşfi ve mekanik ventilatörlerin keşfidir.

Anesteziinin dönemlerini sunum pratiği açısından dört ana başlık halinde özetleyebiliriz. Bunlar;

- 1846 öncesi : Anesteziinin temeli
- 1846-1900 : Anesteziinin kuruluşu
- XX. yüzyıl : Yoğunlaşma ve büyüme
- XXI. yüzyıl : Gelecek

Lokman Hekim Journal, 2013;3(2):37-52

Received: 05.04.2013; Accepted: 13.05.2013

*Correspondence Author: Tuğsan Egemen Bilgin, Mersin University School of Medicine, Dept. of Anesthesiology and Reanimation, Zeytinlibahçe C. 33079 Mersin – Türkiye
tugsanb@yahoo.com*

ANESTEZİNİN TEMELİ: 1846 ÖNCESİ CERRAHİ

İnsanoğlunun ağrıya karşı ilk başarısı poppy (opium), mandragora (adamotu), hyoscyamus (banotu) ve alkolün kullanılması ile elde edilmiştir. Opium ve mandrake emdirilmiş "soporofik sünger" Hippocrates ve Galenos tarafından kullanılmıştır. Homeros Odisseus'da Yunanlıların uyku oluşturmak için birçok bitki ve ilacı da kullandıklarını anlatır. Bunlardan biri lotus çiçeğidir.

İlginç Anestezi Uygulamaları

Cerrahi amacıyla uygulanan garip bir metot boğma (asfiksi) yöntemidir. Boğma sonucu oluşan asfiksini neden olduğu bilinç kaybının oluşturduğu anestezi İtalya'da XVII. yüzyılın sonlarına kadar uygulanmıştır. Diğer bir tuhaf metot ise kafaya vurulan "bir bademin kabuğunu kırarak ancak çekirdeğini kırmayacak şiddette" darbedir. Bu şekilde bayıltılan hastada bilinç geri dönene kadar cerrahi girişim yapılabilmektedir. Ağrının azaltılması amacıyla sinir köklerine bası ve soğuk tatbiki de Romalılar tarafından uygulanmıştır.

Alman hekim Franz Anton Mesmer; "hayvansal manyetizma" öğretisi ile 1775'de çağdaş hipnoza öncülük etmiştir. Hastaların manyetik sıvı dolu kaba daldırılmış demir çubukları tutmasına dayanan bu yöntem yapay anestezinin geliştiği 1840'lara dek cerrahi anesteziyi hafifletmede yaygın olarak kullanılmış ve "Mesmerizm" olarak adlandırılmıştır.

Modern cerrahide genel anestezinin yolunu açan önemli adımların çoğu batı dünyasında atılmıştır. Ama ilk başarılı uygulama XIX. yüzyıl başlarında doğu dünyasından gelmiştir. Japon hekim Hanaoka Seisū'nun başlıca hedefi hastalıklı memeleri almaya olanak tanıyacak bir anestetik geliştirmektir. Tatula'ya benzeyen asagao bitkisinden tsusensan adını verdiği bir madde elde etmiştir. 13 Ekim 1805'de bu maddeyi ağızdan vererek, Kan Aiya adlı hastasını başarı ile ameliyat etmiştir. Öldüğü zaman geride 150'yi aşkın meme kanserine ilişkin vaka kayıtları bırakmıştır.

Genel olarak; berber cerrahlar tarafından yapılan amputasyon ve diş çekme operasyonları yaygındı. Antisepsi yoktu. Dayanılmaz ağrı, sekeller ve ölüm doğal kabul edilirdi (*Resim 1*).

Peki, ne değişti?

Eterin 1540'da sentezlenmesine, kan dolaşımının 1628'de ortaya konmasına karşın 1709 tarihi itibarı ile demirin üretilmesi ve sanayi devriminin başlaması anestezi için milat olarak kabul edilebilir. Sanayide kullanılabilecek gazların keşif çalışmaları esnasında oksijen (1771), azot dioksit (1773), CO₂ (1770) gibi gazların sentezlenmesi, 1744'de eterin ağrıyı tedavi edebileceğinin bildirilmesi sanayi devrimini takip etmektedir. Bu dört gazın medikal rahatsızlıkların tedavisinde kullanılabileceği 1700'lü yılların geç dönemine rastlamaktadır.

İlk olarak 1794'te Thomas Beddoes; James Watt tarafından dizayn edilen bir ekipman ile venerial hastalıkların, dropsi ve astımın tedavisinde "gaz terapisi" adı altında oksijen, azot protoksit ve eteri kullanmıştır. Bu uygulama medikal gazların cerrahi dışı ilk kullanımı olarak tarihe geçmiştir.



Resim 1. İlk zamanlarda anestezisiz cerrahi uygulaması

Nitröz oksitin cerrahi ağrının tedavisinde kullanılabileceği fikrini ilk benimseyen ve buna göre çalışmalar düzenleyen ise Humphrey Davy'dir. Gazın (N₂O) analjezik özelliğini ilk fark eden kâşiftir. Onun çalışmalarını takip eden Horace Wells; 1844'de kendi dişini N₂O ile çekmiş ve "bu diş çekiminde yeni bir dönem!" demiştir. Ancak 1845'de Massachusetts General Hospital (MGH)'deki N₂O ile diş çekimi demonstrasyonunda başarısız olmuş ve üç sene sonra da intihar etmiştir!

Eter; 1540'da Valerius Cordus tarafından keşfedilmiş ve "vitriolün tatlı yağı" olarak isimlendirilmesine, Frobenius tarafından "eter" olarak yeniden adlandırılmasına rağmen medikal olarak kullanımının akla gelmesi sanayi devrimini ve diğer medikal gazların(O₂, CO₂, N₂O) keşfini beklemek zorunda kalmıştır. 1744'de Matthew Turner; belirli ağrı tiplerinde inhalasyonunun işe yarayabileceğini bildirmiştir. Bu, eterin medikal tedavide kullanılabileceğini gösteren basılı ilk yayındır. 1818'de Faraday; eterin "uyuşturucu" etkilerini tanımlamıştır. Faraday iddiaların aksine eterin "narkotik etkilerini" tanımlamamıştır. Eterin "eter eğlenceleri" adı altında gençler tarafından eğlence amaçlı kullanımının önünü açmıştır. Eteri; cerrahi ağrıyı kesmek amacı ile 1821'de demonstratif olarak bir domuz üzerinde kullanan Benjamin Brodie "eterin narkotik zehir benzeri etkisi var" demiştir.

Crawford Long; 30 Mart 1842'de eter anestezisi altında 2 küçük tümör çıkarmış da olsa, bunu 1849'a kadar ilan etmediği için sonrasında eteri cerrahide kullanan ilk doktor unvanını almak için çok çalışmak zorunda kalmış ama unvanı alamadan ölmüştür (*Resim 2*). Tıbbi kayıtları "James Vanable, eter ile tümör çıkarma, 2 dolar" şeklinde olan Long "anestezinin babası" payesini alabilmek için ömrü boyunca çırpınmış ancak başarılı olmamıştır. Belki çekingenliğinden belki de aşırı tedbirli olmasından dolayı "ağrıya karşı bir çözümü" dört yıl geciktirmesi bunun temel nedeni olarak kabul edilmektedir. Long'un muayenehanesi daha sonraları müzeye çevrilmiş, 30 Mart ABD'de "doktorlar günü" ilan edilmiştir.

Pastayı ve unvanı o yıllarda kapalı kişi ise Wells'in eski öğrencisi ve ortağı olan William Morton olmuştur. 16 Ekim 1846'da diş hekimi William Morton ve cerrah John Collins Warren MGH'da halk önünde eterin insan üzerinde cerrahi kullanımdaki etkisini tanıtmaya ile anestezi ve cerrahide yeni bir dönemi başlatmışlardır (*Resim 3*).

Morton; bu uygulamayı iki ağızlı olan balon şeklinde bir aparat ile gerçekleştirmiştir (*Resim 4*). Balonun içini belli oranda eter ile doldurmuştu. Ağızlarından birini hastanın ağızına vermiş, diğer ucunu ise oda havasına açık bırakmıştı. Aparat kullanılarak gerçekleştirilen ilk anestezi uygulamasıdır.

Morton'un Boston'daki başarılı ilk eter anestezisi gösterisinden dört hafta sonra 21 Kasım 1846'da Amerikalı hekim ve yazar Oliver Wendel Holmes; yeni uygulamanın "ANESTEZİ" adı ile benimsenmesini önermiştir ve kendisi modern anestezinin "isim babası"dır: *An = with out, Aesthesia = sensibility*.

1846-1900: ANESTEZİNİN KURULUŞU

16 Ekim 1846'da MGH'da eterin cerrahi ağrıyı ortadan kaldırmadaki başarılı demonstrasyonunun ardından cerrah John Collins Warren "Beyler! Bu bir hile değildir. Bugün gördüğümüz şey dünyaya yayılacaktır" demiştir ve gerçekten de anestezi ve cerrahide yeni bir çağ başlamıştır.

Gösteriye tanık olan o dönemin en ünlü cerrahlarından Jacob Bigelow; ilk olarak eteri kız kardeşinin cerrahisinde başarı ile kullanmış, çalışmayı Boston Daily Advertiser'de yayınlamış ve bir kopyasını da İngiltere Londra'daki meslektaşları Francis Boott'a göndermiştir. 17 Ocak 1846'da mektubu alan Boott, diş hekimi arkadaşı James Robinson'u eteri denemek için ayarlamıştır. 19 Ocak 1846'da Boott'un evinde Miss Landsdale'in molar dişi eter anestezisi ile başarılı şekilde çekilmiştir. 21 Ocak 1846'da ise Londra Üniversitesinde cerrah profesör olan Robert Liston; Frederic Churchill'in ayağını demonstratif şekilde eter anestezisi ile ampute etmiş ve Avrupa'daki ilk cerrahi anesteziyi uygulamıştır. "Bu yanki engelleri aşmış, mesmerizme gününü göstermiş!" demiştir (*Resim 5*).

The Lancet'in 1847 tarihli ilk baskısında eter anestezisi tıbbi camiaya duyurulmuştur. Bu sayıda; Bigelow'un Boott'a mektubu, Boott'un mektubu, Robert Liston'un kendi deneyimleri yer almıştır (*Resim 6*).

1847 Amerika ve İngiltere'de anestezi açısından ilginç bir yıl olmuştur. Liston; eterin önemini artıran bir şekilde desteklerken, birçok cerrah da bu yöntemi denemiş, çoğu başarısız olmuş ve "anestezisiz cerrahiye" geri dönmüşlerdir. Bunun muhtemel sebepleri şöyle sıralanabilir:

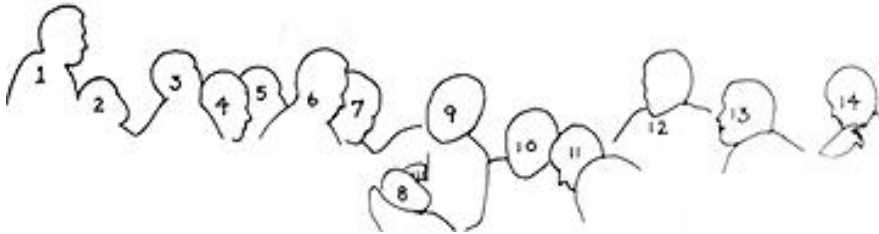
1. Eter anestezisine patent alınması ve bunun kullanımını kısıtlaması,
2. Yetersiz anestezi,
3. Aşırı sekresyonlar,
4. Hastalardaki kusmalar,
5. Patlama ve yangın riski (mum ışığında ameliyat!).



Resim 2. Crawford Long eter ile hasta uyuturken



Resim 4. Morton tarafından geliştirilen dünyanın ilk anestezi cihazı

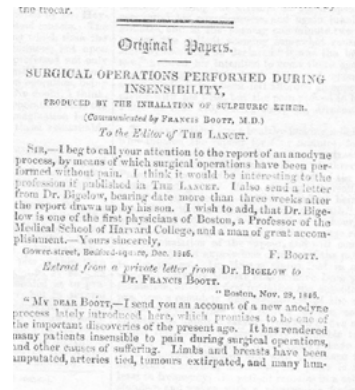


1. Newspaper reporter
2. John Call Dalton
3. William Williamson Wellington
4. Abel Lawrence Peirson
5. Charles Hosea Hildreth
6. William Thomas Green Morton
7. Jonathan Mason Warren
8. Gilbert Abbott
9. John Collins Warren
10. Eben H. Frost
11. Charles Frederick Heywood
12. Henry Jacob Bigelow
13. Augustus Addison Gould
14. Solomon Davis Townsend

Resim 3. 16 Ekim 1846 diş hekimi William Morton ve cerrah John Collins Warren MGH'da.



Resim 5. Robert Liston Londra Üniversitesi'nde ilk kez anestezi altında amputasyon yaparken (21 Ocak 1846).



Resim 6. Lancet 1847, Sülfirik eter hakkında basılan ilk yazı

Eterdeki incelemeler devam ederken eş zamanlı olarak N_2O 'e ait araştırmalar da sürmüştür. 1847'de ise Horace Wells'in "cerrahi operasyonlarda, nitroz oksit gazı, eter ve diğer buharların uygulanmasının keşfedilmesinin tarihçesi" adında yazısı basılmıştır.

1831'de kloroformun sentezlenmesinden ve 1847'de anestetik özelliğinin fark edilmesinden sonra Edinburgh'da cerrahi profesörü olan James Young Simpson; kimyacı olan arkadaşı David Waldie'nin tavsiyesi ile kloroformu kendisi ve arkadaşları üzerinde denemiştir (Resim 7). Etkisini test ettikten! sonra ise 1847'de obstetrik anestezi amacı ile St. Barts, Londra'da kullanmış ve bu işlem kloroformun klinik olarak ilk kullanımı şeklinde tarihteki yerini almıştır.

Kloroform ağrısız doğum için zamanın şartlarında en ideal ajan olmasına rağmen büyük engellerle karşılaşmıştır. İncil'deki ayetleri öne süren birçok din adamı ve kadın da kloroform uygulaması ile ağrısız doğum yapılmasına karşıydı:

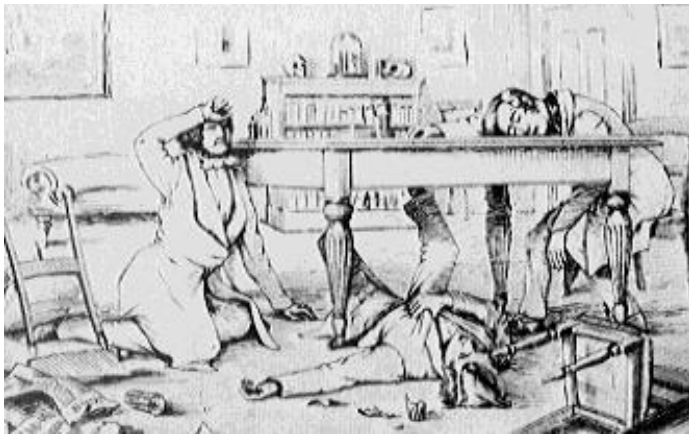
Genesis 3:16 - ".....The Lord God said to the woman, I will greatly increase your pain when you give birth. You will be in pain when you have children. You will long for your husband. And he will rule over you....."

Dini gerekçelerle çok büyük kitleleri etkisi altına alan ve kloroformun kullanılmasını kısıtlayan tartışmalar, Kraliçe'nin iki bebeğinin de doğumu için ağrısız doğum yapmak istemesi ile bıçak gibi kesilmiştir. 1847'de ilk inhaler regülâtörü düzenleyen ve tam zamanlı ilk anestezi olarak bilinen John Snow; 7 Nisan 1853'de Prenses Leopold ve 14 Nisan 1857'de Prenses Beatrice'in doğumlarında kraliçeye kloroform anestezi uygulamıştır (Resim 8). 1853'deki ilk başarılı uygulamanın ardından kilisenin başına geçen kraliçe sayesinde kadınlar ağrısız doğumla tanışmışlardır.

John Snow Prenses Leopold'un doğum sürecini şu şekilde tarif etmiştir:

"....administered Chloroform to the Queen in her confinement.... Dr. Locock was sent for about nine o'clock this morning, stronger pains having commenced, and he found the os uteri had commenced to dilate a very little. I received a note from Sir James Clark a little after ten asking me to go to the Palace. I remained in an apartment near that of the Queen..... At a twenty minutes past twelve by a clock in the Queen's apartment I commenced to give a little chloroform with each pain, by pouring about 15 minims by measure on a folded handkerchief..... Her Majesty expressed great relief from the application, the pains being very trifling during the uterine contractions, and whilst between the periods of contraction there was complete ease. The effect of the chloroform was not at any time carried to the extent of quite removing consciousness. Dr. Locock thought that the chloroform prolonged the intervals between the pains, and retarded the labour somewhat. The infant was born at 13 minutes past one.....consequently the chloroform was inhaled for 53 minutes. The placenta was expelled in a very few minutes, and the Queen appeared very cheerful and well, expressing herself much gratified with the effect of the chloroform..."

John Snow Thurs 7th April 1853

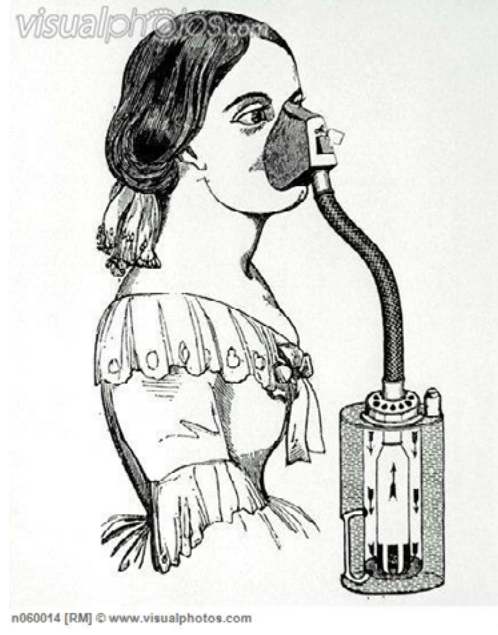


Resim 7. James Young Simpson ve arkadaşları kloroformu test ediyorlar!

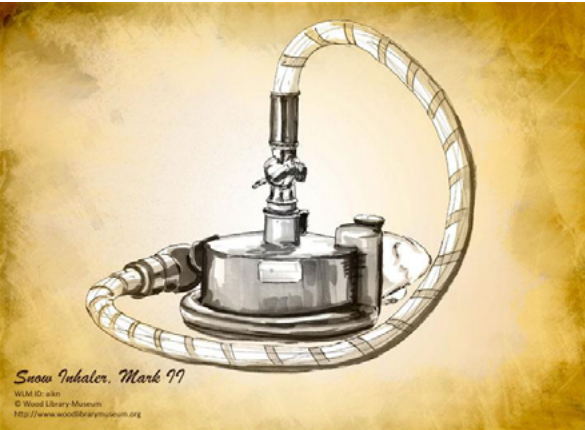
Biz anestezi uzmanları John Snow'u; eter ve kloroform uygulama metodlarını geliştiren "tarihteki ilk tam zamanlı anestezi uzmanı" olarak biliyor olsak da, İngilizler; Londra'daki Temmuz 1854'deki kolera salgınının kaynağının tulum balar olduğunu keşfeden ve kaldırtan John Snow'u minnetle anmaktadır (Resim 10). "Dünyadaki ilk epidemiyolojist" unvanını almasının yanı sıra, Mart 2003'de "tüm zamanların en büyük doktoru" unvanı ve adına dikilen anıtla onurlandırılmıştır.



Resim 8. Kraliçe ve kloroform ile anestezi uygulaması demonstrasyonu



n060014 [RM] © www.visualphotos.com



Resim 9. Snow anestezi inhaleri



Resim 10. İngiliz halkı Dr. John Snow'a minnettarlığını sunar.

Eter ve kloroform arasındaki bu kıyasıya çekişme ve bu ajanların cerrahiye getirdikleri kolaylıklar önce Amerika-Meksika Savaşı sırasında, ardından Kırım Savaşı'nda (1853-1856) ve en son olarak da Amerika iç Savaşı'nda (1861-1865) defalarca test edilmişlerdir. Amerikalı cerrahlar yoğun olarak eter anestezi kullanırlarken, Fransız ve İngiliz cerrahlar Kırım Savaşı sırasında kloroform kullanmışlardır. Özellikle Amerikan İç Savaşı; cerrahi anestezinin yerleşmesi için bir dönüm noktası olmuştur.

Nitroz oksit, eter ve kloroform XIX. yüzyılın üç önemli inhalasyon anestetigi olsa da önemli problemlere sahiplerdi. Nitroz oksit; tek başına uygulandığında asfiksiye neden olabiliyorken, eterin yüksek oranda yanıcı ve patlayıcı olması korkutucuydu. Kloroform kullanımının ise karaciğer yetmezliği yapabileceği ortaya konmuştu. Aralarında en stabil ajan olarak kabul edilen eter, 1934'de tanıtılan siklopropana dek, çok uzun bir süre tek ajan olarak imparatorluğunu ilan etmişti. Siklopropan eterin tüm özelliklerine sahipti ve en önemli avantajı tüplerde saklanabiliyordu. Ancak eter gibi yanıcı ve patlayıcı idi. Tüm çaba çok daha stabil, yanıcı ve patlayıcı özelliği olmayan bir bileşik bulma üzerine yoğunlaşmıştı.



Resim 11. Joseph Lister; 1865'de "Karbolik sprej" kullanılarak ilk kez gerçek anlamı ile antisepsi uygulanmıştır.

Parlamayan ve tutuşmayan potent florlu hidrokarbonların keşfi (1951) ve halotan adlı bileşiğin 1956'da kullanıma girmesi ile eter anestezisi tarihin tozlu raflarındaki yerini aldı. Günümüzde halen florlu hidrokarbonlar üzerindeki çalışmalar devam etmektedir ve en mükemmel inhalasyon anestetiğini bulmak temel amaç olmuştur. Bu arada ilk keşfedilen üç inhalasyon ajanından en az popüler olan nitroz oksitin hala, hem de en modern anestezi cihazlarında kullanılıyor olması tarihin garip bir cilvesidir.

Cerrahideki atılımlarda; anestezideki bu gelişmeler kadar önemli bir diğer keşif ise Lister'in cerrahi antisepsinin önemini tanımlamasıdır ve kendisi antisepsinin babası olarak adlandırılır (*Resim 11*). "Cerrahi kesi ateşi" ve "hastane gangreni" ifadeleri kendisine aittir.

On Dokuzuncu Yüzyılda Lokal Anestezi

Sir Christopher Wren'in 1659'da ılık şarap içine kattığı afyonu bir köpeğe enjeksiyon yolu ile vererek dalağını çıkarması bilinen ilk başarılı damar içi (intravenöz) anestetik uygulamasıdır. Buradaki kilit nokta; verilen madde değil, onu verme yoludur.

İrlandalı hekim Francis Rynd ilk kez Mayıs 1844'de deri altından sıvı vermek üzere tüp takılmış oluklu bir iğne kullanmış ve 1845'te yayınlamıştır. Ancak inhalasyon ajanlarının cerrahi anesteziyeye girişi ile kimse intravenöz bileşik araştırmasına yüz vermeyince ve bu buluşu 100 yıl kadar beklemek zorunda kalmıştır.

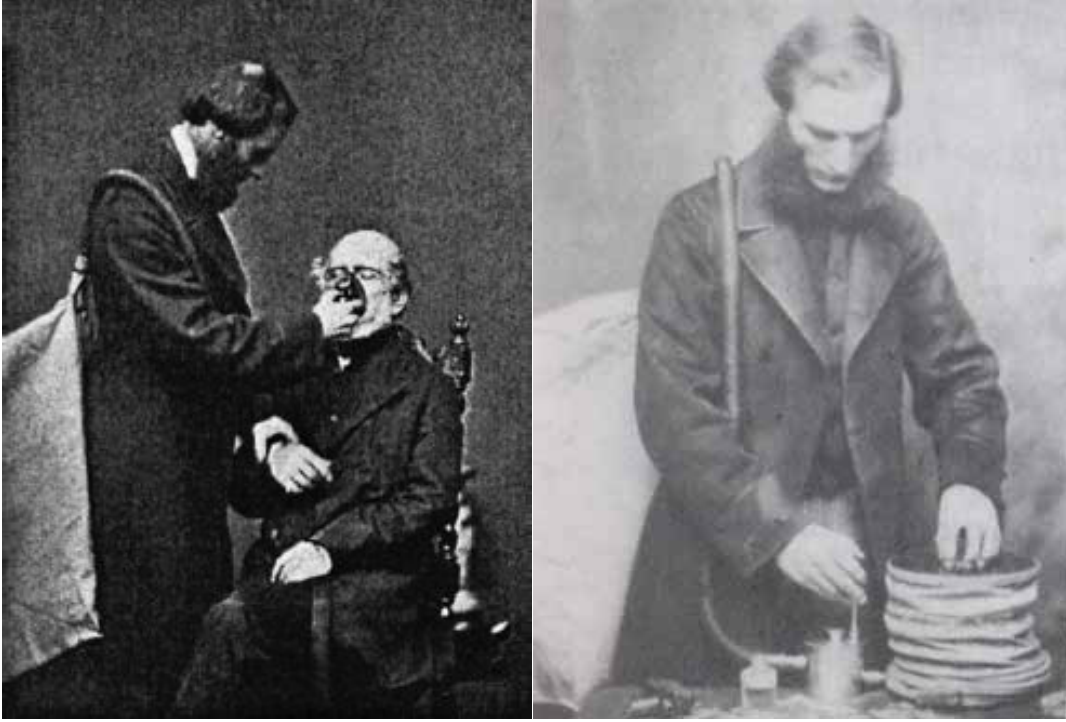
Yunancada "boru" ve "tüp" anlamına gelen sözcüklerden esinlenerek "şırınga" adı verilen alet, İskoç hekim Alexander Wood tarafından 1855'te geliştirilerek ilaç vermeye daha uygun hale getirilmiştir. Genel anestezi amacı ile 100 yıl kullanılmamış olsa bile August Bier bu keşfi bölgesel anestezi için yoğun olarak kullanmıştır.

Modern lokal anestezinin başlangıcı, bir göz doktoru olan Carl Koller'in 1884'de topikal kokainin gözde cerrahi anestezi oluşturduğunu göstermesi ile başlamıştır. Bunu takiben en önemli keşif August Bier'in 1898'de intratekal %0.5 kokaini uygulayarak ilk defa cerrahi amaçla spinal anestezi gerçekleştirmesidir.

YİRMİNCİ YÜZYIL: KONSOLIDASYON VE BÜYÜME

On sekizinci yüzyılın sonları, XIX. yüzyılın başlarında sanayi devrimi ve sosyolojik değişiklikler anestezide gelişimini tetiklemişken, XX. yüzyılda ortaya çıkan iki dünya savaşı hem anesteziden hem cerrahiden olan beklentileri yükseltmiştir. Bu beklentilere karşılık olarak anestezide yoğun araştırmalar ve keşifler yapılmıştır. Bunların en önemlileri şöyle sıralanabilir:

1. Entübasyon ve havayolundaki ilerlemeler
2. Anestetik ekipman
3. Monitorizasyon
4. İlaç geliştirmeleri
5. Lokal anestetiklerdeki ilerlemeler
6. Yoğun bakım üniteleri ve ağrı üzerine uzmanlaşmalar



Resim 12. Clover; geliştirdiği körüklü kloroform inhalörü ile hasta uyuturken

Anestetik Ekipman

Anestetik kullanımının yaygınlaşması ile birlikte, bu maddeleri hastalara vermeye dönük yöntem ve araçları geliştirme çabaları da hızlanmaya başlamıştır. Basit maskelerin ve buhar haznelerinin yerini, yarı kapalı ve kapalı donanımlar almıştır. Bu gelişmede önemli rol oynayanlardan biri, John Snow'un ölümünden sonra İngiltere'nin en saygın anestezi uzmanlarından olan Joseph Thomas Clover'dır. Clover; 1862'de hava ile dolu büyük bir torbadan ve ölçülü bir miktarda sıvı kloroformun beslendiği bir körükten oluşan bir kloroform inhalörü geliştirmiş (*Resim 12*), Ağustos 1868'de hastaya kolayca azot protoksit vermeyi sağlayan gaz silindiri, hazne torbası ve yüz maskesi parçalarına dayanan bir aygıtı tanıtmıştır. Eteri solumanın hastada yarattığı ilk heyecanı önlemek amacıyla, 1871'de önce azot protoksit verme uygulamasını başlatmıştır. Son ürünü olan taşınabilir ve akış ayarlı eter inhalörünü ise 1877'de sunmuştur (*Resim 13*). Geliştirdiği inhalörün üstünlüklerini; "valfsızdır, sessiz solunur, iki dakika içinde uyutur, ameliyat sırasında eterle yeniden doldurulmaz, daha hızlı uyanmayı sağlar, ısıtmayı gerektirmez, süngersiz ve keçesizdir, içindeki artık eter sonraki hastaya verilebilir" diye sıralamaktaydı.

Bu ilk anestezi araçları; şişe, karıştırma valfi, akış ölçme aleti gibi eklemelerle 1920'lere kadar kullanılmış, günümüzdeki gelişmiş modeller ise bu dönemden sonra geliştirilmiştir.

Henry Edmund Boyle bu keşiflerdeki en önemli ikinci kişidir. Medikal oksijen ve azot protoksit tüplerini ve eteri buharlaştırmak için "Boyle şişesini" geliştirmiştir (*Resim 14*). Kendisinden sonra yapılan tüm icatlar ise onun düşünce temelini daha da mükemmelliğe ulaştırılması amacına yöneliktir (*Resim 15, 16*).

William Mappleson ise bence minnetle anmamız gereken üçüncü kaşıftır. Anestezi sistemleri içindeki CO₂'in yeniden solunmasının hayatı tehdit edebileceğini, taze gaz akımının önemini keşfetmiş ve bu makalenin yazarının bile anestezi asistanlığı sırasında kullandığı yarı-açık sistemleri geliştirmiştir (*Resim 17*). Mappleson sistemleri; CO₂ absorbanlarının modern makinelere yerleşmesine kadar sürekli gündemde kalmıştır. Son derece basit parçalardan oluşması özellikle savaş cerrahisinde ve hasta transportunda önem kazanmıştır.



Resim 13. Clover'ın taşınabilir ve akış ayarlı eter inhalörünü



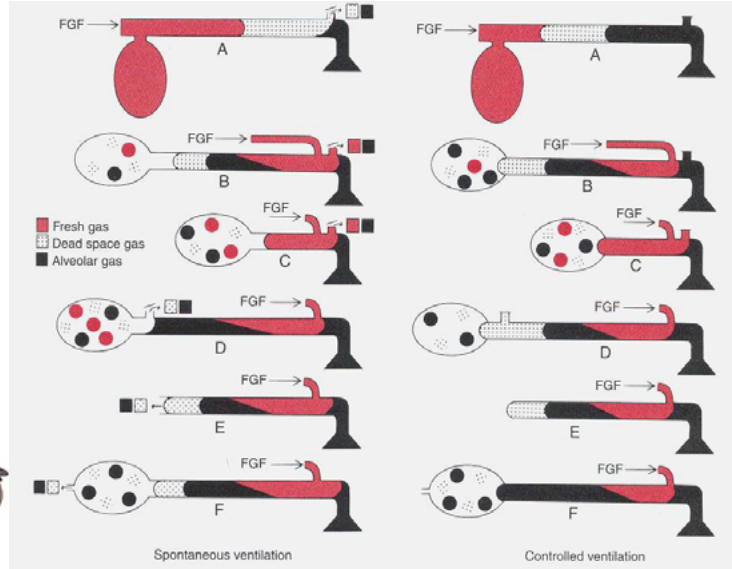
Resim 14. Boyle'un eter şişesi



Resim 15. Boyle'un anestezi makinesi



Resim 16. Modern Anestezi makinesi



Resim 17. Mappleson anestezi sistemleri

Monitorizasyon

Günümüz ameliyathanelerinde yaygın olarak kullanılan elektronik izleme sistemlerinin habercisi olan “anestetik kayıt” iki genç doktorun tuttuğu bir bahisten doğmuştur. Onları böyle bir bahse iten ise acı bir olaydı:

MGH’da Harvey W. Cushing 1893’te; fıtık ameliyatına girecek bir kadına anestezi uygularken, cerrahın acelesi yüzünden kadını alabildiğince eterle çabuk uyutmak zorunda kalmıştı. Cerrahi kesinin başlamasından kısa bir süre sonra hasta birden ölmüştü. Hiç hatası olmamasına? karşın, bu ölüm Cushing’i mesleği bırakma aşamasına kadar getirmişti. İcini kemiren vicdan azabını giderecek bir çözüm yolu aklına gelmişti. Ev arkadaşı Ernest A. Codman’la cerrahi anestezide daha iyi bir kontrol yöntemi geliştirmeye dönük bir bahse girdi. İki kafadar; hastaların ateş, soluk ve nabızlarını grafiklerle gösteren ve böylece sürekli izlenmelerini sağlayan çizelgeler hazırladılar. Ertesi yıl hastane yönetimince benimsenen bu yöntem, etere bağlı ölümleri çarpıcı düzeyde düşürdü ve çok geçmeden başka hastanelere de yayıldı. Anestezideki monitorizasyonun temelleri de böylece atıldı.

İlaç Geliştirmeleri

Intravenöz anestezi; 1855’de Alexander Wood tarafından hipodermik şırınga iğnenin bulunmasını takiben gelişmiştir. Deneme amaçlı aralarında eter ve kloroformun da bulunduğu birçok ajan hasta uyutmak için kullanılmış olsa bile 1903’de Fischer ve Von Mering tarafından barbitüratların sentezi dönüm noktası olmuştur. Anestezi indüksiyonu için ilk kullanılan barbitürat barbitaldir. Ancak barbitalden asla popüler olamamıştır. Tiyopentalin 1932’de Volwiler ve Tabern tarafından sentez edilmesinin ardından 1934’de Lundy ve Waters tarafından anestezi indüksiyonunda kullanılmış olması, intravenöz anestetikler açısından yeni bir milat olmuştur. Tiyopentalin üzerine onlarca intravenöz indüksiyon ajanı keşfi yapılmış olmasına rağmen günümüzde en sık kullanılan anestezi indüksiyon ajanı olması sanırım yeterince açıklayıcı olacaktır.

1942’de Griffith ve Johnson tarafından kürarın kas gevşemesi amacı ile intravenöz olarak kullanılması anestezide bir dönüm noktası olmuştur. Kürar kullanımı hem endotrakeal entübasyonu kolaylaştırmış hem de inhalasyon anestetiklerinin yüksek dozları ile bile sağlanamayacak ölçüde cerrahi gevşeme oluşturmuştur. 1949’da Bovet tarafından sentez edilen ve 1951 de klinik kullanıma giren süksinil kolin kas gevşeticiler için altın standarttır. Etkisinin çok hızlı başlaması, tam blok oluşturması ve etki süresinin çok kısa olması gibi özellikleri ile özellikle zor havayolu olabileceği düşünülen hasta grubunda rakipsizdir. Ancak çok önemli yan etkileri de bulunan süksinilkolin halen anestezi pratiğinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Yirmi birinci yüzyılda kas gevşetici ajan araştırmalarındaki temel hedef

“süksinilkolin gibi hızlı ve tam etki gösteren, etkisi kısa süren ve sahip olduğu yan etkilere sahip olmayan” ajanı üretmektir.

Morfin; 1805’de Sertürner tarafından afyondan elde edilmiş ve intravenöz ajan olarak kullanılmaya başlanmıştır. Ancak yüksek dozlara çıkıldığında ölümler bildirilince kullanımından vazgeçilmiştir. 1939’da meperidinin sentezlenmesi sonrasında ise anestezi indüksiyonunda değil de ağrı tedavisinde kullanılabileceği fikri ortaya atılmış ve pratiğe o noktadan giriş yapmıştır.

Lokal Anestetikler ve Bölgesel Anestezi

1898’de ilk kez spinal anesteziyi tanımlayan August Bier; 1908’de de ilk bölgesel intravenöz anesteziyi (Bier Blok) tanımlamış (*Resim 18*) ve bunu 1904’de keşfedilen Stovain kullanarak yapmıştır. Bu keşfi yeni lokal anestetiklerin keşfi ve onu da yeni bölgesel anestezi tekniklerinin keşfi izlemiştir.

August Bier; omurilik çevresindeki sıvı dolu boşluğa kokain enjeksiyonu deneyini ilk olarak kendisi üzerinde, asistanına uygulatarak gerçekleştirmiştir. Daha sonra aynı işlemi kendisi asistanına uygulamıştır. Uygulamayı takiben beşinci dakika için “demir çekiçle tibiaya vurulmasına tepki gelmedi”, 20. dakika için “testislerin çekilmesi ve sıkılmasına tepki gelmedi” diyerek not düşmüştür. Beyin omurilik sıvısının kaybına bağlı baş ağrısını ve tedavisinin uzun süreli yatak istirahati olduğunu da tanımlayan kişi August Bier’dir. Altı hastaya daha bu yöntemle bölgesel anestezi oluşturmuş ve ameliyatlarının yapılmasını sağlamıştır. Ancak kokainin tehlikeler içermesi nedeni ile bu yöntemin 1904’te stovain, 1905’te prokainin icadına kadar klinik pratikte kullanımına engel olmuştur.

Jinekolog ve doğum uzmanı Oscar Kreis’de 1900 yazında aynı yöntemi doğum yapan altı kadına uygulamıştır. Ağrının 5-10 dakika içinde hafiflediğini gözlemlemiş ve kusma ile baş ağrısı dışında herhangi bir komplikasyonla karşılaşmamıştır. Kreis uygulamalarını değerlendirirken “doğum yapan kadınlarda ilik narkozunun verdiği izlenim çarpıcı, ağrıya karşı duyarsızlaşırken hareketliliğin sürmesi ve sinir sisteminin bulanmaması son derece ilginç” demiştir. Bu girişim bölgesel anestezi ile doğum anestesininin başlangıcı olarak kabul edilir. Asıl atılım XX. yüzyılın ikinci yarısında kalem uçlu omurilik iğnesi ve uzun etkili lokal anestetiklerin icadından sonra gerçekleşmiştir.

Anestezi ve Yoğun Bakım

1854’deki Londra kolera salgınından sonra Avrupa’da görülen ikinci salgın Danimarka’da 1953’de ortaya çıkan poliomyelit (çocuk felci) salgınıdır. Binlerce sağlık gönüllüsü yardımı ile önce trakeostomiler açılmış ve hastalar el ileambu yardımı ile solutulmuştur (*Resim 19*). Bunun doğurduğu zorluklar, bilim adamlarını mekanik ventilatörlerin keşfine zorlamıştır (*Resim 20*).

Ağrı Yönetimi

Yirminci yüzyılda lokal anestezi tekniklerinin birer birer bulunmasını takiben ağrı yönetiminde yapılan en önemli keşif; 1967’de hasta kontrollü analjezik (PCA) sisteminin icadıdır. Bu yöntem hastaya sürekli olarak onun hayatını riske sokmayacak, ama ağrısını da arttırmayacak dozda analjezik giderken, ağrısında artma olursa bir mekanizma ile kendine önceden belirlenmiş dozda ek ilaç verebilmesi mantığı ile çalışmaktadır (*Resim 21*). Mekanizmanın çalışma aralıkları doktor tarafından belirlenmekte ve mükerrer basmalara cihaz uygun süre geçene dek yanıt vermemektedir. Hastaya inanılmaz bir konfor ve tedavisini kontrol etme imkanı sunan, sağlık personeli iş yükünü azaltan, ağrıdaki dalgalanmaları ortadan kaldıran bu sistem halen aktif olarak kullanılmaktadır.

21.YÜZYIL: GELECEK

Anestezinin geleceği şu an itibarıyla üç ana başlık altında toplanabilir. Bunlar;

1. Yeni ve daha iyi anestetik ilaçların keşfi,
 - a. Süksinilkolin’e alternatif nondepolarizan ajan bulma çalışmaları
 - b. Postoperatif ağrı ve bulantı-kusma için ideal ilaç arayışları
2. Yeni havayolu müdahale tekniklerinin ve ekipmanlarının geliştirilmesi,
3. Anestezi derinliği konusunda yeni cihazların keşfi.



Resim 18. Bölgesel İntravenöz Anestezi (Bier blok)



Resim 19. Trakeostomiden ambu yardımı ile solutulan poliomiyelitli hastalar



Resim 20. Tank ventilatörler (Iron Lung)



Resim 21. Hasta kontrollü analjezi

SONUÇ

Keşifler halen devam etmektedir. Akademisyen bir anestezi uzmanı olarak; bu uğurda çalışan amatör ya da profesyonel tüm bilim insanlarına müteşekkirim. Ancak; "ilk olmak" mı, yoksa mevcut olan düşünce, ilaç ya da aygıtı "çok daha mükemmel hale getirme" mi beni daha çok heyecanlandırıyor sorusunun cevabını bu sunumun sonunda nihayet ben kendime verebildim. Hangisinin daha heyecan verici ve/veya tatminkâr olduğunu okuyucunun takdirine bırakıyorum.

EK: MERAKLISINA ANESTEZİ TARİHİ VE İLKLER

- XII. yüzyıl** : İtalyan hekim Hugo da Lucca (24 Aralık 1298) cerrahi müdahalenin neden olduğu ağrıları gidermek üzere afyon ve adamotuna batırılmış “uyku verici süngerler” geliştirdi.
- 1516** : Peter Martyr d’Anghera Günay Amerika yerlilerinin kullandığı kürar”ı tanımladı.
- 1540** : Alman Bilim adamı Valerius Cordus sülfirik asit ve alkolden “hoş kokulu zaçyağı” şimdiki adı ile “eter”i elde etti.
- 1562** : Fransız hekim Ambroise Pare sinirlere basıyla lokal anestezi sağladı.
- 1628** : İngiliz tıp bilgini William Harvey kan dolaşımını tanımladı.
- 1659** : Sir Christopher Wren ilk başarılı intravenöz anestezi uygulamasını bir köpek üzerinde gerçekleştirdi.
- 1665** : Alman Johann Elsholtz insan üzerinde ilk intravenöz anestezi denemesini gerçekleştirdi.
- 1667** : Parisli hekim Jean-Baptiste Denis insana kan naklini gerçekleştirdi.
- 1730** : Alman kimyacı W. G. Frobenius “hoş kokulu zaçyağı”nın adını “eter” olarak değiştirdi.
- 1757** : İskoç kimyacı Joseph Black karbon dioksit gazını tanımladı.
- 1772** : Oksijenin buluşusu (1774) olarak tanınan İngiliz kimyacı Joseph Priestly azot protoksiti (kahkaha gazı) buldu.
- 1775** : Alman hekim Franz Anton Mesmer “hayvansal manyetizma” öğretisi ile “çağdaş hipnoz”a öncülük etti.
- 1798** : İngiliz hekim ve şair Thomas Beddoes Bristol’de Humphry Davy’nin azot protoksit çalışmalarını yaptığı Pnömatik Enstitüsü’nü kurdu.
- 1800** : İngiliz kimyacı Humphry Davy azot protoksitin ağrı kesici etkisini saptadı.
- 1805** : Japon hekim Hanaoka Seişu asagoa bitkisinden elde ettiği tsusensan adlı maddeyi ağızdan vererek ağrısız bir şekilde bir kadına mastektomi yaptı.
- 1806** : Alman eczacı Friedrich Wilhelm Sertürner afyondan morfini ayırtırdı.
- 1818** : İngiliz kimyacı Michael Faraday solunduğunda eter ve azot protoksitin gösterdiği benzer etkilere dikkat çekti.
- 1820** : Fransız fizyoloji bilgini Francois Magendie morfinin klinik uygulamalarda kullanılmasını sağladı.
- 1824** : İngiliz cerrah Henry Hill Hickman; inhalasyon anestezisinin ilkelerini ortaya koydu. Karbondioksit anestezisini önerdi ama ilgi görmedi.
- 1829** : Fransız cerrah Jules Cloquet hipnozla uyutulan bir kadına mastektomi yaptı. “Mesmerizm” yeniden hortladı.
- 1831-32** : ABD’li kimyacı Samuel Guthrie, Alman kimyacı Justus von Liebig ve Fransız farmakolog Eugene Soubeiran aynı yıllarda birbirinden bağımsız olarak kloroformu buldu.
- 1831** : Atropin ayırtırıldı.
- 1842** : New York Rochester’da William E. Clarke ve diş hekimi Elijah Pope bir hanıma eter solutarak dişini çektiler.
- 1842-43** : ABD’li hekim Crawford W. Long çok sayıda küçük cerrahi girişimde eter anestezisini başarı ile uyguladı. Ancak sonuçlarını 1849’a kadar yayınlamadı.

- Mayıs 1844** : İrlandalı Hekim Francis Rynd deri altından sıvı vermek üzere üzere oluklu bir iğne kullandı.
- Aralık 1844** : ABD'li diş hekimi Horace Wells Gardner Quincy Colton'un "kahkaha gazı" gösterisini izlerken gazın anestetik etkisini fark etti ve dişçilikte kullanmaya başladı.
- 1846** : Boston'lu diş hekimi William T.G. Morton eteri kullanmaya başladı. 30 Eylül'de Eben Frost'a dişini çekmeden önce katlanmış bir beze damlatarak eter verdi. 16 Ekim 1846'da MGH'deki gösteride içine eter emdirilmiş bir sünger koyduğu çift boyunlu balon cam kullandı.
- Kasım 1846** : The Boston Medical and Surgical Journal'da Henry Joseph Bigelow'un tanık olduğu 4 ameliyatı anlattığı makalesi 18 Kasım'da yayınlandı. Bu makale eter anestezisinin dünya çapında yaygınlaşmasının başlangıcı kabul edilir.
- 1846-47** : Cerrahi kullanımlarda eter kullanımı arttı.
- Kasım 1846** : Oliver Wendel Holmes Morton'a yazdığı mektupta eter solunması ile ortaya çıkan bilinçsizlik durumunu tanımlamak için "anestezi" sözcüğünü önerdi.
- Ocak 1847** : İskoç hekim James Young Simpson ilk kez doğumda eter kullandı.
- Şubat 1847** : İngiliz cerrah John Snow eterin güvenle kullanılmasını sağlayan solunum aygıtını geliştirdi.
- Kasım 1847** : James Young Simpson kloroformun klinik uygulamasını başlattı.
- Ocak 1848** : İngiltere Newcastle'da Hannah Greener adlı hasta kloroform anestezisi altında yaşamını kaybeden ilk hasta olarak resmi kayıtlara geçti.
- 1848** : James Young Simpson doğumda anestezi kullanılmasına karşı muhalefeti aştı.
- 1848-54** : ABD'nin kuzey eyaletlerinde, Lyon ve Napoli'de hekimler etere dönüş yaptılar. Ancak diğer yerlerde kloroform kullanımı sürdü.
- Nisan 1853** : John Snow'un Kraliçe Victoria'ya sekizinci çocuğunu doğururken kloroformu vermesi ile ağrısız doğuma direniş bir ölçüde kırıldı.
- 1851-53** : Deri altı şırıngası birbirinden bağımsız olarak İskoç hekim Alexander Woods ve Fransız Charles Pravaz tarafından geliştirildi.
- Nisan 1856** : İngiliz hekim Marshall Hall yapay solunumu The Lancet'de tanımladı.
- Kasım 1856** : John Snow "amilen" gazının ilk klinik uygulamasını Londra King's College Hastanesi'nde yaptı. İki hastasını kaybedince Temmuz 1857'de amilen gazından vazgeçti.
- 1862** : İngiliz Anestezi uzmanı Joseph Thomas Clover kloroform inhalörünü geliştirdi.
- 1863** : Gardner Quincy Colton ABD'de diş hekimliğinde azot protoksit'in kullanımını yeniden yaygınlaştırdı.
- 1864** : Fransız fizyolog Claude Bernard laboratuvar çalışmalarıyla, J.N von Nussbaum ise klinik çalışmalarla birbirinden bağımsız olarak morfin enjeksiyonu ile kloroform anestezisinin uzatılabileceğini ve yoğunlaştırılabileceğini buldular.
- Temmuz 1868**: ABD'li diş hekimi T.W.Evans azot protoksiti madeni tüplerde saklama ve taşımayı sağlamak üzere sıvılaştırmayı Paris'te başardı.
- Ağustos 1868** : İngiliz Coxeter and Son firması gaz silindiri, hazne torbası ve clover maskesinden oluşan bir aygıtı piyasaya sürdü.
- Kasım 1868** : Chicago'lu Ednund Andrews Chicago Medikal Examinar'da yayımlanan makalesinde

azot protoksitin %80'e %20 oksijenle karıştırılarak uygulanmasını önerdi.

- 1871** : Miralay Dr. Ahmet Remzi Bey "Tıp Müfredatı" adıyla Osmanlı döneminde anesteziye ait ilk kitabı yayımladı.
- 1874** : Bordeaux'lu Pierre Cyprien Ore dönemin ilk intravenöz anesteziğini "kloral hidrat" kullanarak gerçekleştirdi.
- 1876** : Joseph Thomas Clover British Medical Journal'da yayımladığı makalesinde eter öncesi azot protoksit verme uygulamasını ve bu yöntemle kullanılabilecek bir aygıtı tanıttı.
- 1882** : Dr. Münif Bey Vakayı-i Tıbbiye-i Askeriye'de "Kloroforma Dair" başlıklı makalesini yayımladı.
- Eylül 1884** : Çek asıllı ABD'li göz hekimi Karl Koller kokaini göz anesteziğinde lokal anestetik olarak kullandı.
- 1890** : Osmanlı hekimlerinden Cemil Topuzlu Paşa anestezi için kloroformu kullanmaya başladı.
- 1891** : Alman Dahiliye uzmanı Heinrich İrenaeus Quincke "bel ponksiyonunun" tanı amaçlı kullanılabileceğini saptadı.
- 1894** : Ernst Amory Codman ve Harwey W. Cushing elektronik hasta izleme sistemlerinin öncüsü olan "anestetik kayıt çizelgeleri"ni hazırladılar.
- 1895** : Alman uzman Alfred Kirstein ilk doğrudan görüşlü laringoskopu geliştirdi.
- 1897** : Alman kimyacı Felix Hoffman Aspirin olarak bilinen ilacı sentezledi.
- 1898** : Alman cerrah August Bier ilk omurilik anesteziğini uyguladı.
- 1900** : İsviçreli jinekolog Oscar Kreis doğum yapan kadınlara omurilik anesteziğini uyguladı.
- 1903** : Alman araştırmacı Emil Fischer barbitüratların ilki olan "veronal"i sentezledi.
- 1908** : Fransız hekim August Desire Waller hastanın soluduğu kloroformun yoğunluğunu sürekli ve anında izleme olanağı sağlayan ve "kloroform balansı" adını verdiği aygıtı tanıttı.
- 1923** : K. Winfield New York City Beth Israel hastanesinde lokal anestezi altında ilk beyin tümörü ameliyatını gerçekleştirdi.
- 1934** : Tiyopental hasta üzerinde kullanıldı.
- 1937** : İstanbul Tıp Fakültesi I. Cerrahi Kliniğine ilk gelişmiş anestezi cihazı geldi.
- 1947** : Türkçe'de tiyopental ile ilgili ilk yayınlar İlhami Akçakoyunlu ve Safa Karatay tarafından yapıldı.
- 1949** : Türkiye'de ilk inhalasyon anestezi uygulaması Burhanettin Toker ve Sadi Sun tarafından gerçekleştirildi.
- 1954** : Dr. Wolfgang Wirtinger Türkiye'deki ilk anesteziyoloji servisini Haydarpaşa Numune Hastanesi'nde kurdu.
- 1956** : Halotan sentezlendi.
- 1956** : Türkiye'de anesteziyoloji ihtisas tüzüğüne girdi. Mart ayında Sadi Sun, Aralık ayında Cemalettin Toker; anestezi alanında ilk uzmanlık diplomalarını aldılar.
- 1970** : Los Angeles'lı hekimler HJC Swan ve William Ganz atardamar kateterini klinik uygulamaya soktu.
- 1990** : Sevofluran hasta üzerinde kullanıldı.

ÖNERİLEN KAYNAKLAR

1. Merlin D Larson. History of Anesthetic Practice. Millers Anesthesia. Ronald D. Miller. Sixth Edition. Elsevier, Philadelphia 3-45; 2005
2. Rod K Calverley. Anesthesia as a speciality: past, present, and future. Clinical Anesthesia. Barash PG, Cullen BF, Stoelting RK. Third edition Lippincott-raven publishers, Philadelphia. 3-27; 1996
3. Sungar D. Anestezi tarihinden sayfalar. Abbot yayınları Numune Mücallithanesi; 2003
4. Textbook of regional anesthesia and acute pain management. Admir Hadziç. 2007. McGraw Hill companies. The history of local anesthesia. Bonnie Deschner, Christopher Robards, Lakshmanasamy Somasundaram, William Harrop-Griffiths 3-18
5. A Brief of History of Anaesthesia. Andrew Roland, MD. Aberden Scottish, ppt

TÜRK ANESTEZİ TARİHİ

History of Anesthesiology in Turkey

Kutay Akpir¹

¹Prof. Dr., İstanbul University İstanbul School of Medicine, Dept. of Anesthesia and Reanimation (Retired)

ÖZET

Türk anestezi ve reanimasyon uzmanlık dalının tarihi Nimet Taşkıran'ın "Cerrahi Makaleler Bibliyografisi"nden esinlenerek arşivlerde orijinallerine ulaşılan kaynaklardan ve yaşayanların anlattıklarından yapılan derlemelerden yararlanılarak ortaya koyulabilmektedir. Cemalettin Öner'e göre Türkiye'de anestezi tarihinin gelişimi 1900'den önce, 1900-1933 arası, 1933-1950 arası ve 1950'den sonraki dönem olarak 4 döneme ayrılmaktadır. 1950'ye kadar olan dönemde Batıda eğitim gören cerrahlar anestezi ile de ilgilenmiş ve hatta uygulamalarını zamanın tıp dergilerinde yayınlamıştır.

1950'den sonra bir yandan Sağlık Bakanlığı teşkilatında, öte yandan İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde ve daha sonra diğer tıp fakültelerinde başlatılan çalışmalar ile 1956 yılında anestezi uzmanlığı yasal olarak kabul edilmiş, eğitim önce Haydarpaşa Numune Hastanesi'nde Wirtinger'le başlatılmış, ilk asistanı Cemalettin Öner olmuştur. İ.Ü. Tıp Fakültesi'ndeki yapılaşma Prof. Dr. Sadi Sun önderliğinde sürdürülmüş uzun uğraşlardan sonra 1959'da Anestezi Enstitüsü kurulmuş, başkanlığına 1961 tarihinde doçent unvanını kazanan Sadi Sun'un getirilmesi ile devam etmiştir. Benzer uğraşlar diğer fakültelerde de sürdürülmüş ve A.Ü. Tıp Fakültesi'nde, 1958'de Refik Paykoç tarafından Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde, 1959'da Emel Çobanoğlu tarafından, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde, 1969 yılında Ahmet Tutan tarafından anestezi bölümleri kurulmuştur. 1962 yılında uzmanlık dalının adı "Anestezi ve Reanimasyon" uzmanlık dalı olarak değiştirilmiştir. Anestezi uzmanlarının önderliğinde yoğun bakım ve algoloji bilim dalları ile ilgili çalışmalar başlatılmış ve gelişmeler günümüze kadar sürdürülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Anestezi, tarih, tarihi gelişim, anestezi tarihi

ABSTRACT

History of Anesthesiology and Reanimation in Turkey can be compiled from original sources in archives as referenced in "Bibliography of Surgical Essays" by Nimet Taşkıran, and extraction of anecdotes from interviews with witnesses. According to Cemalettin Öner, historical development of Anesthesiology in Turkey can be split into 4 distinct periods, pre-1900, 1900-1933, 1933-1950 and post-1950. Until 1950, West-educated Surgeons have shown interest in Anesthesiology as well and even had their related applications published in the medical journals of the time. After 1950, with the parallel efforts by Ministry of Health and İstanbul University, Faculty of Medicine and later by other Faculties of Medicine in Turkey, Anesthesiology residency has been officially accepted in 1956. The education began first in Haydarpaşa Numune Hospital by Dr. Wirtinger and Cemalettin Öner was the first resident. The developments in İstanbul University Faculty of Medicine was led by Sadi Sun and after many years of struggle, Institute of Anesthesiology was established in 1959, presided by Sadi Sun, who had been promoted to Associate Professor in 1961. Similar developments have taken place in other Faculties and Anesthesiology departments have been established, at Ankara University led by Refik Paykoç in 1958, at Hacettepe University led by Emel Çobanoğlu in 1959, and at Ege University led by Ahmet Tutan. In 1962, the name of the therapeutic area had changed to Anesthesiology and Reanimation. Under the leadership of Anesthesiology specialists, studies in therapeutic areas of intensive care and Algology has begun and continued to date.

Keywords: Anesthesia, history, history of anesthesia

Türk Anestezi Tarihi konusunda yeterli kaynaklara sahip olduğumuz söylenemez. Tıp Tarihi arşivlerinden yararlanılarak yapılmış bazı çalışmalar, bazı tezler ile yakın dönemi yaşamış olanların anlattıklarından ve mektuplarından anesteziğin Türkiye'deki gelişimi hakkında önemli bilgiler elde edilebilmektedir. Bu konuda önemli bir çalışmayı İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Deontoloji Ana Bilim Dalı arşivlerinden yararlanılarak Prof. Dr. Cemalettin Öner ile birlikte tamamlamış ve yayınlamıştık.¹ Bu çalışmada başlıca kaynak Op. Dr. Nimet Taşkiran'ın "Cerrahi Makaleler Bibliyografisi" olmuştur. Bu bibliyografiden yararlanılarak saptanan makalelerin orijinalleri, Tıp Tarihi Anabilim Dalı arşivlerinde bulunmuş ve bu makalelerden önemli bilgiler elde edilmiştir. Diğer önemli bir kaynak, İstanbul Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Deontoloji Ana Bilim Dalı Başkanı, Prof. Dr. Öztan Öncel'in "Türk-İslam Tababetinde Anestezi" adlı doktora tezidir.² Bir başka belge ise, Türk Anestezi ve Reanimasyon Derneği Başkanlığı yaptığım sırada, Türkiye'de Anesteziğin ihtisas dalı olarak kabul edilmesinin 40'ıncı yılı nedeniyle hazırladığım, şimdi bir kısmı vefat etmiş olan bazı hocalarımızın anesteziğin kuruluşu ile ilgili anılarının yer aldığı dokümanter filmidir.³ Bu filmde anesteziğin kuruluşu ile ilgili belgelere ve önemli yazışmalara yer verilmiştir. Sınırlı olanaklardan yola çıkarak saptanan bilgilerin, çok yeterli olduğu söylenemez ise de eldeki kaynaklar bize geçmiş hakkında önemli bilgiler vermektedir. Aşağıdaki bölümde elimdeki belgelerden ve sahip olduğum bilgilerden yapılan derlemeye özet olarak yer verilmiştir. Amaç tarih yazmak olmayıp, yok olmasını önlemek için elde mevcut bilgileri kayda geçirmektir.

İstanbul Üniversitesi Yayınları arasında yer alan ve Türk anestezi tarihi ile ilgili ilk derleme niteliği taşıyan kitapçıkta Cemalettin Öner, Türkiye'de Anesteziğin gelişimini 4'e ayırmaktadır.¹ Buna göre anesteziğin gelişimi:

1. 1900 yılına kadar olan dönem,
2. 1900 – 1933 arası dönem,
3. 1933 – 1950 arası dönem,
4. 1950'den sonraki dönem olarak ayrılmaktadır.

Büyük bir olasılıkla, Askeri Tıbbiye nedeniyle anesteziğin gelişimi İstanbul'da başlamış ve tüm Dünyada olduğu gibi, ilk olarak cerrahlar tarafından uygulanmıştır. Bin dokuz yüz yılına kadar olan dönemle ilgili olarak İstanbul'da o dönemlerde yayınlanmakta olan Journal de Constantinople'dan öğrendiğimize göre, ilk kullanılan anestetik madde kloroform olmuştur. Bu dergiye göre 1847-1848 öğretim yılında, Galatasaray'daki Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane'de yapılan ameliyatlarda kloroform kullanılmıştır. Kloroform'un dünyada ilk defa 1847 yılında Simpson tarafından kullanıldığı göz önüne alınırsa, bu bilgi batıdaki gelişmelerin ne kadar yakından izlenebildiğini göstermesi açısından son derece dikkat çekicidir.⁴ Dr. Castro, 1864 yılında uyguladığı karotis ligatürü ameliyatında kloroform kullanmıştır. Cemil Topuzlu Paşa, Paris'te eğitimini tamamlayıp, 1890'da yurda döndüğünde kloroform kullanmış, eter kullanmaya ise 1924'den sonra geçmiştir. Eter Gülhane'de ilk defa, Almanya'dan gelen Rieder paşa tarafından 1898'de kullanılmaya başlanmıştır.⁴ Tıp müfredatı hocası, Miralay Dr. Ahmet Remzi, 1871 yılında yayınlanan ders kitabında, Morton'a dayanarak verdiği bilgilerde eter anestezişinden bahsetmektedir.

Dr. Münir Bey 1882'de, Dr. Abidin Bey 1890'da, Dr. Hüseyin Sabri Bey 1891'de, anestezi terimi yerine duyunun kaldırılması anlamını taşıyan "mübtel-i his" terimini kullanmışlardır.

Nuran Yıldırım'a ait bir makalede, mekteb-i tıbbiye-i şahanede yapılan mezuniyet tezlerine değinildikten sonra, 1891 yılında Dr. Agop Sandalcıyan tarafından "Butlan-ı hiss-i umumi ve mezi'i" adlı bir mezuniyet tezi yapıldığı bildirilmiştir. Bu tez halen Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Deontoloji anabilim dalı kütüphanesinde bulunmaktadır. Kütüphanede 2 no'lu kayıt numarası ile yer alan bu tezde anesteziğin ne olduğu anlatılmış olup, anestezi vermek için kullanılan 12 aletin çizimine yer verilmiştir.⁵ Bu bilgi, anesteziğin o yıllarda isminden bahsedilecek kadar önem verilen konular arasında yer aldığını göstermesi, anesteziye kullanılan bazı aletleri tanıtmaya çalışması ve anestezi terimi yerine onun Osmanlıca tercümesinin, bilimsel terminolojide kullanılmakta olduğunu göstermesi açılarından önem taşımaktadır. Nitekim, 1906 yılında aynı terimi "Mekteb-i Tıbbiye-i Askeriye-i Şahane"nin (Askeri Tıbbiye) doğum kliniği hocası Dr. Besim Ömer Paşa'da kitabında kullanmıştır. Gülhane cerrahi hocası Dr. Julius Wieting 1911 yılında, "İptal-i Hissi Mevzii" adlı bir kitap yazmış

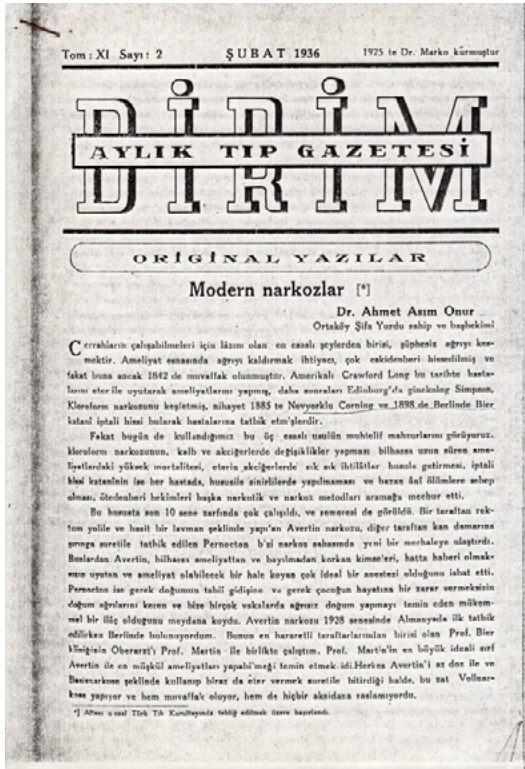
ve bu kitabında anestezi için duyunun çürüklüğü ya da yokluğu anlamına gelen “Butlan-ı Hissi” terimini kullanmıştır. Kitapta Butlan-i hissi terimi, Butlan-ı Hissi mevzii ve Butlan-ı Hissi umumi olarak ikiye ayrılmıştır. Birincisi rejyonel anestezi, ikincisi genel anestezi anlamında kullanılmış terimlerdir. Butlan-i Hissi Mevzii de bugünküne çok benzer bir şekilde

1. İbtal-i Hissi Mevzii (İnfiltrasyon anestezi)
2. İbtal-i Hissi Dairevi (Bölgesel anestezi)
3. İbtal-i Hissi Nahiyevi (Ganglion ya da kök anestezi)
4. İbtal-i Hissi Nihai (Spinal anestezi) olarak sınıflandırılmıştır.

Bu dönemde askeri hekimler, tıp konusunda düzenli yayınlanan dergiler çıkarmış ve bu dergilerde yabancı literatürden çeviriler yayınlanmışlardır. Münif Bey’in “Kloroforma Dair” ve Besim Ömer Paşa’nın “İpnotizma” adlı yazılarının yanı sıra, anestezi ile ilgili Fransızca yazılara da rastlanmaktadır.

Anestezi ile ilgili yayın sayısı az olmasına rağmen, o dönemde anesteziye kullanılan kloroform, azot protoksit, eter, lokal anestetikler gibi anestezi ilaçlarına ait yazılar yer almıştır. Cemalettin Öner bu döneme ait 7 makaleye rastladığını bildirmektedir.¹⁻⁵

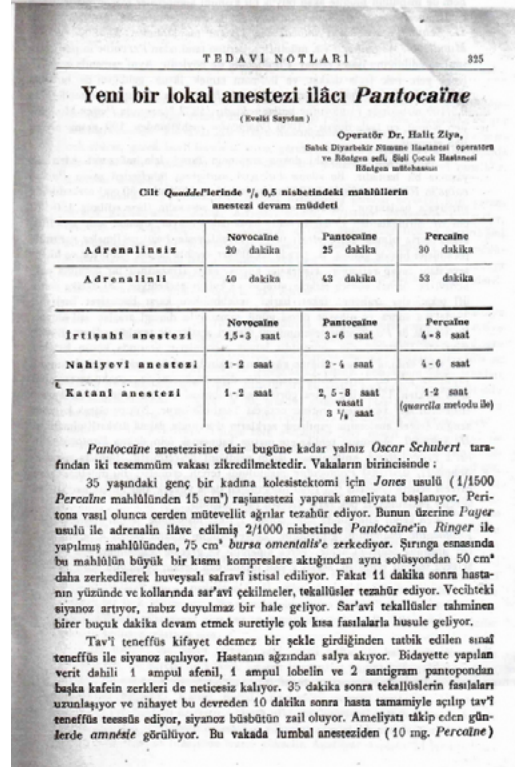
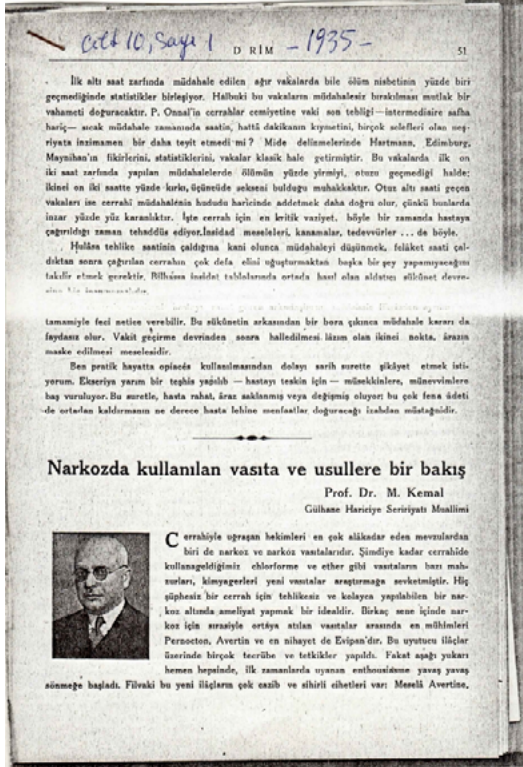
Bilindiği gibi, lokal anestezi ilacı ilk defa, 1884’de Koller tarafından kullanılmıştır. Ülkemizde lokal anestezi ilacının kullanımı ile ilgili ilk yazı, “Kokain” adı ile “Ceride-i Tıbbiye-i Askeriye” dergisinin 14. Sayısında, 1885 yılında, yazar ismi belirtilmeden yayınlanmıştır. Cemil Topuzlu’nun 1903 yılında, peroperatuar kalp masajı yaptığını anlatan ve “Gazette Medicale d’Orient”in 48. cildinin, 21. sayısında yer alan makalesi yoğun bakım konusunda ülkemizdeki ilk yayın olarak kabul edilmektedir. Lokal anestezi konusunda Burhanettin Toker’in 1924’de, Kazım İsmail Gürkan’ın 1926’da, H. Ziya Konuralp’in 1931’de yayınlanan yazılarından, yeni lokal anestezi ilaçlarının ülkemizde yaygın olarak kullanıldığını öğrenmekteyiz. Bazı cerrahların, 1900’lü yılların başlarında, çeşitli anestezi uygulamaları gerçekleştirdiklerini ve bununla ilgili deneyimlerini yayınladıklarını görmekteyiz. Bunlar arasında Murat Rahmi Bey, Kenan Tevfik, Ahmet Asım Onur, Kazım İsmail Gürkan, Burhanettin Toker, Akif Şakir Şakar, Halit Ziya Konuralp sayılabilir (*Belge: 1, 2A ve 2B*).



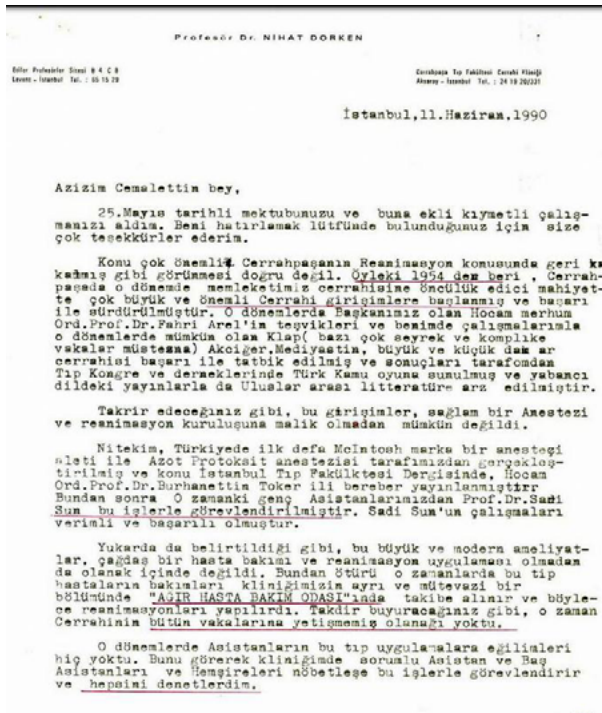
Belge 1. Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı olan Dr. Asım ONUR’un anestezi ile ilgili bir makalesi

Almanya’da eğitimini tamamlayarak yurda dönen tıp fakültesi, cerrahi hocası Orhan Abdi Kurtaran, 1905’den itibaren eter kullanmıştır. Onun yanı sıra, kadın hastalıkları ve doğum hocası Refik Münir Keskingil de anestezi ile uğraşmıştır. Hatta 1918 yılında Sultan V. Mehmet Reşad’ın, Dr. İsrail ve Dr. Abdi Kurtaran tarafından yapılan mesane taşı ameliyatında anesteziyi, Refik Münir Keskingil vermiştir.² Bu dönemde ağrısız doğum konusunda, biri Tevfik Remzi Kazancıgil’in, 1929 yılında yazdığı “Ağrısız Doğum”, diğeri Asım Onur’un 1932’de yayınladığı “Ağrısız Doğum Monografisi” ve Ziya Üstün’ün 1933 yılında yazdığı “Doğum Analjezisinde Pernokton” adlı yazılar anestezi tarihimizin önemli belgelerini oluşturmaktadır. Cemalettin Öner, bu döneme ait 26 makaleye rastladığını bildirmekte ve dönemi üniversite reformunun yapıldığı 1933 yılında sonlandırmaktadır.^{1,2}

Cemalettin Öner tarafından, 1933-1950 arası döneme ait, anestezi ile ilgili 25 yayın bulunmuştur. Yayınlar daha çok intravenöz anestezi ilaçları ile ilgilidir. Özellikle Evipan ve Pentothale ile ilgili yazılar çoğunluktadır. Prof Dr. Derviş Manizade’den öğrendiğimize göre bu dönemde ülkeye ilk anestezi cihazı, İ.Ü. Tıp fakültesi, 1. Cerrahi Kliniği’ne, direktör

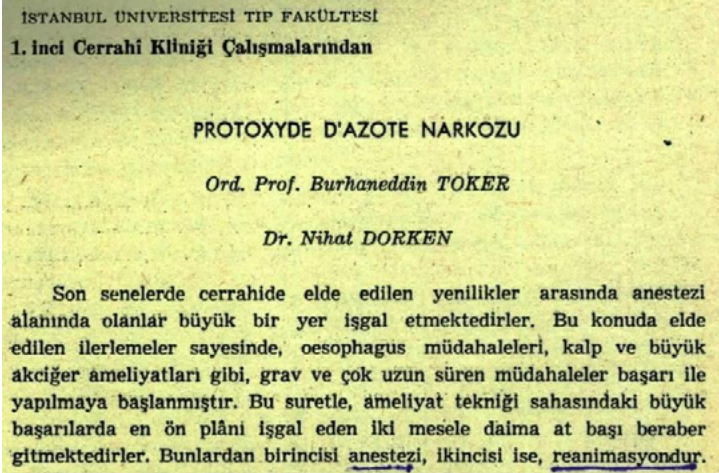


Belge 2 A ve B. Cerrahi uzmanı olan Prof. Dr. M. Kemal ile Prof. Dr. Halit Ziya Konuralp'in Anestezi ile ilgili makaleleri.



Belge 3. Prof. Dr. Nihat Dorken'in, Prof. Dr. Cemalettin Öner'e yazdığı ve içinde buldukları koşulları anlatan mektubu.

Prof. Dr. Rudolf Nissen tarafından, 1937 yılında getirilmiştir. Fakat bu cihaz o zamanlar açık damla eter veren Hasan ve Hüseyin onbaşılar tarafından kullanılmadığından, uzun süre kullanılmadan bekletilmiştir.³ Bu sıralarda cerrahide gelişmeler olmuş, özofagus, akciğer, kalp, beyin ameliyatları yapılmaya başlanmıştır. Prof. Dr. Nihat Dorken bu durumu, Cemalettin Öner'e yazdığı mektupta anlatmakta, en büyük sıkıntının anestezi ve reanimasyon konusunda çekildiğini söylemektedir (Belge 3).^{3,6} Prof. Dr. Dorken, aslında bu konuya i.Ü. Tıp fakültesi dergisine 1949 yılında, Burnettin Token ile birlikte yazdıkları bir makalede de değinmektedir. Prof. Dr. Dorken bu makalede, anesteziye olan ihtiyacı belirtmek amacıyla, kapalı devresi olan ve azotproksit verilebilen bir anestezi makinesi getirildiğini yazmıştır (Belge 4). Bu makinenin 1948 yılında getirildiğini ve makinenin, cerrahi asistanı olan Sadi Sun tarafından kullanıldığını ve Sadi Sun'un anesteziye böylece başlamış olduğunu öğrenmekteyiz.⁷ Sadi Sun'un anesteziye başlayışını, Prof. Dr. Derviş Manizade



Belge 4. Anestezinin cerrahlar tarafından uygulandığı dönemde Ord. Prof. Dr. Burhaneddin TOKER ve Dr. Nihat DORKEN'in azot protoksit anestezisi veren ilk anestezi cihazı ile yaptıkları uygulamayı anlatan makale.

ayrıca 40. yıl belgesindeki röportajında daha geniş olarak anlatmaktadır. Sadi Sun'un kendisi ise TARC mecmuasının, 1990 yılı ilk sayısında, kuruluş yıllarını ve bu yıllardaki çalışmalarını anlatmıştır. Buradan öğrendiğimize göre, 1948 yılında Mc Kesson Nargraft marka, O₂ + N₂O + Eter anestezisi uygulanabilen bir anestezi cihazı İ.Ü. Tıp Fakültesi 1. Cerrahi Kliniği'ne getirilmiş, modern anestezi uygulamaları böylece başlatılmıştır. İlk endotrakeal entübasyon ise 3 Ağustos 1949 tarihinde yapılan, intratorakal ösefago-gastrostomi ameliyatında yine Sadi Sun tarafından uygulanan anestezi sırasında kullanılmıştır.

Sadi Sun, 1949 yılı sonuna kadar, 169 genel anestezi uyguladığını, 40 vakada pentothale ve kemital, 23 vakada eter, 10 vakada spinal anestezi yöntemlerini kullandığını yazmıştır. Bu vakaların 9'unda endotrakeal entübasyon yapılmıştır. Uzmanlık eğitimine 1947 yılında, cerrahi asistanı olarak başlayan Sadi Sun, uzmanlık eğitiminin büyük bir kısmını anestezi çalışmaları ile geçirerek, 1951 yılında cerrahi uzmanı olmuştur. Sadi Sun'un bu uygulamaları, kendisinin Türkiye'de ve İ.Ü. Tıp Fakültesi bünyesinde anesteziye yönlendirilen ilk hekim olmasını göstermesi ve günümüz anestezisine kadar uzanan yolun başlangıcını oluşturması açısından önemli uygulamalardır.⁷⁻¹⁰

Sadi Sun ile sınıf arkadaşı olan, 1947 yılında tıp fakültesinden birlikte mezun oldukları Cemalettin Öner, bu sıralarda mecburi hizmetini Anadolu'da sürdürmektedir. O da mecburi hizmet dönüsünde, anestezinin yapılaştırılma çalışmalarına Sağlık Bakanlığı içerisinde yer alarak katılır. Böylece Türk anestezi tarihinde 1950'den bu güne kadar sürecek olan yeni bir dönem başlamış olur.¹¹ Dünyadaki gelişmelere paralel olarak yapılaşma, yasal düzenlemelerin tamamlanması, anestezinin hekimlerin eline geçmesi, uzmanlık eğitiminin başlatılması ve uzman hekimlerin yetişmeye başlaması 1950'den sonra olmuştur. Bana göre 1950'den sonraki dönemi, biri anestezinin temelinin atılmasına kadar olan dönem ki bu dönem kurumlaşma hazırlıklarının yapıldığı dönem olup, bizim hocalarımızın aktif meslek yaşamları bu hazırlıkların tamamlanması için verdikleri uğraşlar ile geçmiştir. Diğeri de bu temel üzerinde yükselmenin başladığı dönem, yani anestezinin kurumsallaşmasının tamamlandığı ve gelişmesinin sürdürüldüğü dönem olarak ayrıca ikiye ayırmak mümkündür. Bu ikinci dönemde, hocalarımızın aramızdan ayrılmalarından sonra görevi üstlenen bizler de anesteziyi daha ileriye taşıma, geliştirme, kusursuz uygulama, temsil etme ve en önemlisi kabul edilmesini sağlama uğraşları verdik. Kanımca 1950'den sonraki dönemi bu nedenlerle lider hocalar dönemi ve birinci jenerasyon hocalar dönemi veya 1990'dan önceki dönem ve sonraki dönem olarak ikiye ayırmak gerekmektedir.

Burada hocalar derken, sadece fakülteleri kastetmiyorum. Eğitim hastanelerinin o zamanki şef ve şef yardımcılarını da kastediyorum. Görüleceği gibi, Sağlık Bakanlığı Eğitim Hastaneleri'nin yapılaşması ve gelişmeleri, anestezi biliminin ülkemizdeki yapılaşmasında çok önemli roller oynamış, hatta fakültelerdeki gelişmelerin zaman zaman önüne geçmiştir.

Bin dokuz yüz ellili yılların başlarında, genelde onbaşılar ve bazı hemşireler, genel anestezi vererek ameliyatların yapılmasını sağlamaktadır. Kullandıkları yöntem çoğunlukla açık damla eterdir. Doğumlarda seyrek olarak, maske ile trilen anestezisi yapılmaktadır. Lokal anestetik daha yaygın kullanılmaktadır. Bazı cerrahlar cerrahinin yanı sıra, anestezi ile ilgilenmektedirler. 1949-1954 yılları arasında, yurt dışında cerrahi ve anestezide veya yalnız anestezide çalışmış olup yurda dönen bazı hekimler, yurda döndükten sonra sadece anestezide çalışmaya devam etmişlerdir. Bu hekimlerden bazıları, haftanın belli günlerinde değişik hastanelere gidip, anestezi vererek ameliyatların yapılmasına katkıda bulunmuşlardır. Ülkemizde anestezi ile ilgilenen ilk hekimler arasında, İstanbul'da Haseki

Hastanesi'nde, Op. Dr. Avni Aksel'in servisinde, Op. Dr. Hüsnü Öztürk; Tıp Fakültesi, Prof. Dr. Akif Şakir Şakar'ın ortopedi kliniğinde, Dr. Simon Batmaz; Prof. Dr. Kemal Atay'ın cerrahi kliniğinde yine Simon Batmaz ve ayrıca Dr. Melih Erhan, Dr. Rüçhan Kutbay, Dr. Hüseyin Ergönenç, Dr. Cemalettin Öner, Dr. Kadriye Toprak (Bilge); Sağlık Bakanlığı İstanbul Hastanelerinden Şişli Çocuk Hastanesinde, Doç. Dr. Hazım Bumin'in kliniğinde, Op. Dr. Cahit Bergil; Vakıf Gureba Hastanesi, Ata Topaloğlu'nun servisinde, yine Cemalettin Öner; Heybeliada sanatoryumunda, Dr. Ercüment Kopman; Ankara Gülhane'de, Dr. İhsan Günalp ve 1953'de açılan SSK Ankara Hastanesi'nde Op. Dr. Hüsrev Polat ve daha sonraki yıllarda Dr. Emel Çobanoğlu yer almaktadır.⁸ Bizim saptayabildiğimiz bu hekimler ülkenin ilk anestezi hekimleridirler. Bu hekimlerin birçoğu, 1954'den sonra, ilk eğitimlerini aldıkları yabancı ülkelere geri dönmüş ve çalışmalarına o ülkelerde devam etmişlerdir. Bunlar arasında, öğrenci iken Kemal Atay'ın kliniğinde çalışan Kadriye Toprak (Bilge) mezun olduktan sonra, anesteziye devam etmiş daha sonra, ABD'ye gitmiş, ileri eğitimini tamamladıktan sonra 1963'de yurda dönerek emekli olduğu, 1990 yılının, Aralık ayına kadar son dönemi, İstanbul Tıp Fakültesi Anabilim Dalında olmak üzere, çalışmalarına devam etmiştir.^{8,13} İstanbul'da Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanı olan, Dr. Cezmi Kınoğlu, asistanlığı sırasında anesteziye duyduğu ilgi nedeniyle öne çıkan bir başka hekimdir. Ağrısız doğum öğrenmek üzere 1951 yılında ABD'ye gönderilir. Burada 3,5 yıl anestezi ile ilgilenir. İstanbul'a 1954'de döner ve kendini emekli edinceye kadar, Teşvikiye Sağlık Yurdunda yaklaşık 40 yıl anestezi uygulamalarında bulunur. Biraz geç katılsa da, Cezmi Kınoğlu'nu da ilk anestezi hekimleri arasında saymak gerekir kanısındayım.¹⁴

Melih Erhan, Kadriye Toprak'a (Bilge) yazdığı bir mektupta^{12,13} "... 1949 yılında mezun olup, Prof. Dr. Şinasi Güçhan'ın tavsiyesi ile İ.Ü. Tıp Fakültesi, 2. Cerrahi Kliniği'nde asistan olabilmek için sıraya girip, fahri asistanlığa başladım. Bu arada, 1950 yılında Şinasi Güçhan, asistanlarından birini İngiltere'ye anestezi öğrenmek için göndermek istedi. Seçilen aday gitmeyince yerine ben gittim. İngiltere'de 8 ay kaldım. Döndükten sonra anestezi bölümünü, Kemal Atay'ın kliniğinde kurdum. Kemal Atay'ın ve H. Ziya Konuralp'in çok desteklerini gördüm. Kadriye Bilge ve Rüçhan Kutbay ile 2. Cerrahi Kliniği'nde, İngiltere dönüşü açık eter, kloroform, klord'etil, ombredan anestezilerine son verdik. Lomber anestezide hiperbarik yöntemini kullanmaya başladık. Peridural anestezilere başladık. Lobektomilerde bronş blok tekniğini uyguladık. Gaz tüplerini renklerine ve ağız çaplarına göre sınıfladık. Anestezi öncesi hazırlık sistemini kurduk. Bu arada kliniğe, AGA marka bir anestezi cihazı alındı. 1951 senesinin son aylarında böylece başlayan bu modern anestezi döneminde, açık ve yarı kapalı sistemleri kullanmaya başladık. Bu dönemde 2. Cerrahide, üç ameliyathanede, günde 4-10 ameliyat yapılıyordu. Kısa sürede anestezi makinelerinin sayısı arttı. Fransızlar 1952-53 yıllarında, Largactil ve Phenergan'ı piyasaya sürdüler. Biz bunları, scopolamin ve morfin ile değişik nispetlerde karıştırarak, premedikasyonda kullanmaya başladık. Netice fevkalade idi. Scopolamin, aynı zamanda retrograd amneziye de sebep olduğu için hastalar hoşlandılar. Hastalar tarafımızdan bir gece önce görülüyordu. Eğer bir kontrendikasyon görülürse anestezi verilmiyor, diğer tetkikler tavsiye ediliyor ve cerrah arkadaşlar umumiyetle bizim tavsiyelerimize hürmet ediyorlardı. Birkaç sene sonra, yeni arkadaşlar İngiltere, Fransa ve ABD'den anestezi tahsil ederek döndüler. İlk gelenlerden biri, Simon Batmaz idi. Daha sonra gelen Dr. İsmail ve Dr. Hüseyin, unutamadıklarım arasındadır. Dr. Hüseyin Amerika'da uzun yıllar anestezi çalışmaları yapmıştı. Kısa süre kaldı. Üç ya da altı ay sonra Amerika'ya döndü. Daha sonra gelen, Rüçhan Hanım olmuştur. Bence, anesteziye ilk olarak ciddi şekilde iştirak eden ve hakikaten kendini bütün varlığı ile bu bölüme bağlayan ilk doktor arkadaş, Kadriye Hanım olmuştur. Ben 1956 yılında askere gittikten sonra kliniği, Kadriye (Toprak) hanımla Rüçhan (Kutbay) hanım idare etti. Askerlik dönüşü nöroşirurji ile ilgilendim ve anesteziden koştum..." şeklinde devam etmektedir (*Belge 5*). Mektubun devamında, intravenöz solüsyonların hazırlanışı, verilmesi ve kan transfüzyonlarının yapıldığı şekilleri de yer almakta ve kendisinin anestezi derneğinin kurucu üyeleri arasında bulunduğunu ve bu nedenle kendisini çok mes'ud hissettiğini ifade etmektedir.¹² Dr. Melih Erhan'ın bu mektubu anestezi tarihi açısından çok değerli bir belge niteliğindedir. Mektup sadece anestezi ile ilgilenenleri tanıtmamakta, o günlerin anestezi atmosferini ve pratik uygulama koşullarını cerrah, anestezi ilişkilerini de tanımamızı sağlamaktadır.

Bin dokuz yüz elli yılını izleyen yıllarda, büyük cerrahi yapabilmek için, iyi bir anestezi hekimine olan gereksinim giderek daha iyi anlaşılmalı ve önemli cerrahi klinikleri bu eksikliği gidermenin yollarını aramaya başlamışlardır. Bu kliniklerden biri de İ.Ü. Tıp Fakültesi 1. Cerrahi Kliniği'dir. Direktör olarak Prof. Dr. Burhanettin Toker, öğretim üyesi olarak Prof. Dr. Fahri Arel, bu klinikte yer almaktadırlar.

Kıymetli Kadriye hanım,
 Melikhanım oldu. Çok memnun oldum.
 Tıbbiye'den ayrıldığınız için, tıbbiye için
 size haklarınızı vermek için hep beraber çalıştığımız
 yataklı için teşekkür etmek istiyorum. Bu
 hususla ilgili

Bu mektup yazmamın çok sevdiğim L...
 onun için kulaklarıma çok geldi. Ama yine
 olan sizleri hep aradık ve siz de hakla
 kaldık.

Bu mektup yazmamın 2. Cerrahi deli sayı
 hakkında malumet istiyordunuz. Aynı zamanda
 rızık için bir mektup yazdım ve
 ramazan ayında. Kendisi Hadit Zeyneli bey
 Van'a yazdı ve bu mektupunca hadit Zeyneli bey
 memleket elde edildi. Bunun hakaretlerinin bazı
 şahıslarda "pafetki" diyecek ya da "Büyük
 bir ve akıllı bir insanın hadit Zeyneli beyi"
 diyorlar ki bir hakaretimdir, diyecektir.
 4-5 yarımlık bir mektup ve hadit Zeyneli beyin
 hakaretleri normal yani hususla, resmî a
 resmî memurisi genellikle normal fakat
 burada yazılan "Büyük bir ve akıllı"
 de dedi ki "Hadit Zeyneli beyin mektupunu"
 Bildiğiniz gibi tıbbiye de kendim emre

Belge 5. Dr. Melih ERHAN'ın Dr. Kadriye TOPRAK'a (Bilge) yazdığı mektup.

1. C
 UNIVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
 ANESTEZİ UZMANI
 Dr. Burhanettin TOKER

Kıymetli Ekrem Hayri Üstündağ,
 Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı
 A. S. S. T. S.

Ankara'daki görüşmemizde de işaret ettiğim gibi Cerrahinin büyük
 büyük tıbbi meselesini eritilebilmesi sağlayan en etkin yardımcı bu
 da anestezi olmuştur. Bilhassa büyük cerrahi kliniklerinde olduğu ve
 toraks içi müdahalelerinde bir anestezi uzmanının teklifi esaslı
 olmalıdır. Bu sert tahakkuk etmeden bu şekilde müdahalelerden netice alın-
 mak imkânızdır.

Bir cerrah için büyük ve kırılgan müdahalelerde lazım olan şart-
 ların yaratılmasında bizzat kontrol imkânız olduğu gibi bu işlerin
 tesdübesi bir asistana bırakılması da mümkün değildir. Diğer taraftan
 bir doktorun anesteziyi nazarı ve emelli işlevlerine vakıf olma-
 bilmesi için onun bir zaman bu sahada çalışması lâzımdır.

Bu zorunlulukları hissederek Amerika Birleşik Devletleri İngiltere,
 Arjantin, İsviçre, İtalya, Fransa ve Danimarka gibi ileri me-
 lekelerde anestezi uzmanları ve müavinleri bir ihtisas kabül olmuştur. Bu me-
 lekelerde anestezi uzmanları kuruluş olup yalnız bu mevzu ile uğra-
 ran meşhurlar meydana gelmiştir.

Böylece istinad geçen insanları için yeni kuruluş imkânları me-
 mül olmuş. Tedavi kabül olan hastalıklar tedavi edilebilir
 hale gelmiş ve cerrahide daha etkin şartlar altında, daha rahat ameliye
 yapmak imkânı sağlanmıştır.

Kliniğinizde toraks içi büyük müdahalelere tesadüf olarak anestezi
 uzmanları ile beraber teklif olmuştur bir doktorun yalnız bu tele-
 le uğraşması kabül olmuştur ve müavinleri çalışmaları neticeler vermiştir.

Fakat takdir ederseniz ki bu işle uğraşan bir doktor bu sahada
 uzmanlık için en azından 5-6 yıl çalışması gerekir ve bundan önceki
 yıllarda istifade imkânının sağlanması ile bu şubeye bağlı olacak ve bu
 sahada işleri için gayret sarf edilecektir.

Bu şartların tahakkuku ve kendisi bu şubeye beraat eden uzmanların
 yetiştirilmesi de cerrahinin memur meselelerinin en önemli birisi
 olacaktır. Bu şartlar tahakkuk etmediği takdirde ise cerrahinin memur
 meseleleri cerrahinin seviyesine hiç bir zaman eritilemeyecektir.

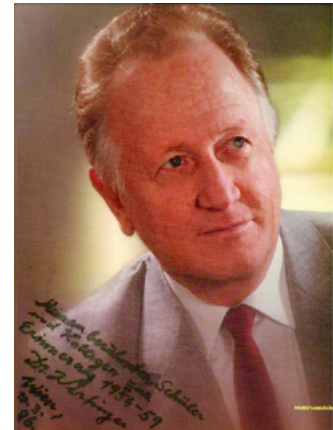
Bu hususların dikkat nazarine alınması anestezi ihtisasının
 meşhurlarında bir an evvel kabulü hususunda delilinizi rica eder
 saygılarımla sunarım.

Tıp Fakültesi
 1. İleri Cerrahi Kliniği
 Doç. Prof.
 Dr. Burhanettin TOKER

Belge 6. Ord. Prof. Dr. Burhanettin TOKER'in zamanın Sağlık Bakanı, Hayri ÜSTÜNDAĞ'a anestezi uzmanlığının ihtisas dalı haline dönüştürülmesi ile ilgili mektubu.

Burhanettin Toker 1950 yılında, zamanın Sağlık Bakanı Ekrem Hayri Üstündağ'a anestezi uzmanlığının bir an önce ülkemizde kabul edilmesi konusunda resmi bir başvuruda bulunur (*Belge 6*).² Sadi Sun, daha henüz cerrahi asistanıdır ve anestezi ile ilgilenmektedir. Fahri Arel'in girişimleri sonucu, 1950'nin son aylarında Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Türkiye'de intratorasik müdahaleler yapmak üzere Prof. Dr. E. Husfelt'i ve onun anesteziyi veren E. Vanö-Anderson'u, 1. Cerrahi Kliniğine gönderir. Husfelt'in yaptığı ameliyatlardan bazısına Sadi Sun anestezi verir. Bu rastlantı sonucunda, 1952 yılında Husfelt, Sadi Sun'u WHO'nun Danimarka'da organize ettiği anestezi eğitim programına, kendi yetkisini kullanarak davet eder. Sadi Sun, 1953'de yurda döner ve yeni kurulan III. Cerrahi Kliniği'nde çalışmalarını sürdürür.^{2,7,8}

Sağlık Bakanlığı, 1953'den sonra anestezi konusuna daha yoğun bir ilgi duymaya başlar. Gerçi artık, ülkede anestezi ile ilgilenen ve sadece bu işi yapan hekimler vardır. Fakültede birileri anestezi işini üstlenmişlerdir ama ihtisas düzeyinde bir yapılanma henüz yoktur ve anestezi eğitimi yapılmamaktadır. Sağlık Bakanlığı 1953'de en önde gelen hastanelerinden biri olan Haydarpaşa Numune Hastanesine, Avrupa'da bulunduğu sırada anestezi ile de ilgilenen Op. Dr. Hüsnü Öztürk'ü operatör ve anestezi mütehassısı olarak atar. Cemalettin Öner resmen cerrahi asistanı olmasına rağmen, yine 1953 yılında Sağlık Bakanlığı'nca ileride anestezi ihtisas süresine sayılmak üzere, Haydarpaşa Numune Hastanesi'nde görevlendirilir. Bu sıralarda, özellikle Haydarpaşa Numune Hastanesi operatörlerinden Selahattin Akel'in girişimleri sonucu, Sağlık Bakanlığı Viyana'dan, Prof. Dr. Robert Kucher'i anestezi servisini kurmak üzere bu hastaneye davet eder (*Belge 7*). Kucher, üç ay kadar kalır ve ülkesine geri döner. Bu defa onun yerine, yine Viyana'dan Wolfgang Wirtinger servisi kurmak, eğitim yapmak ve ihtisas verebilmek yetkileri ile donatılarak 1954 yılında aynı hastaneye getirilir ve böylece anestezi eğitimi başlamış olur (*Resim 1*).



Resim 1. Dr. Wirtinger. Kucher'den sonra anesteziyoloji uzmanı yetiştirmek üzere davet edilmiş ve Haydarpaşa Numune Hastanesinde görevlendirilerek, anestezi uzmanlık eğitimi başlatılmış; Cemalettin Öner ilk asistan olarak atanmıştır.

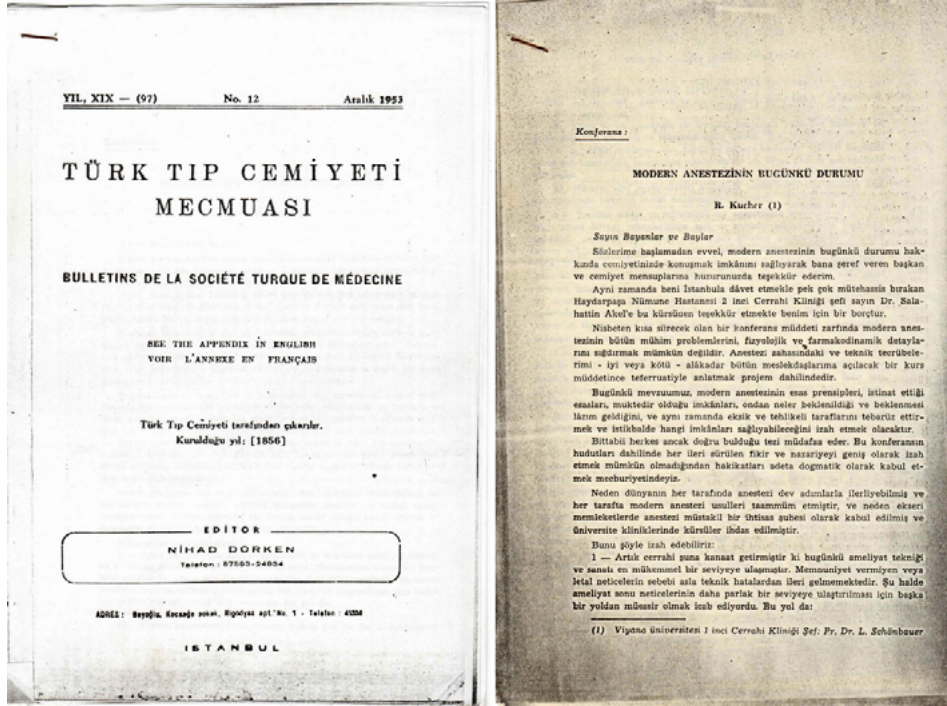
Sağlık bakanlığının girişimleri burada kalmaz, fakültelerdeki çalışmaların önüne geçerek devam eder. Üç Ocak 1955 tarihinde bir genelge yayınlayarak “Tababet İhtisas Nizamnamesi tasarısına Anesteziyolojinin de ihtisas kolu olarak derc edildiğini isteyenlerin Haydarpaşa Numune hastanesinde anestezi mütehassısı W. Wirtinger’in yanında ihtisas yapabileceklerini” bildirir. Böylece 1954’de, Haydarpaşa Numune Hastanesinde Türkiye’nin ilk anestezi servisi kurulur (*Belge 8 ve 9*) ve ilk asistanı da Cemalettin Öner olur. Daha sonraki asistanları, Dr. Mois Kan ve Dr. Erol Levi olmuşlardır. Anesteziyoloji, zamanın Sağlık Bakanlığı Müsteşarı, Dr. Nail Karabuda’nın desteği ile, 20 Ocak 1956 tarih ve 9212 sayılı resmi gazete ile yürürlüğe giren 4/6379 sayılı ihtisas tüzüğünde ayrı bir ihtisas dalı olarak yer almıştır.^{1,2,11} İlk uzmanlık diplomaları ise, önce 26.3.1956’da “Triklötilen ile Anestezi” adlı teziyle Sadi Sun’a, sonra 6.12.1956’da “Anestezi Potansiyalize” adlı teziyle Cemalettin Öner’e verilmiştir. Daha sonra, sırasıyla 1957’de Moiz Kan, Cahit Bergil, Emel Berkol, Mehmet Nazlı, Refik Paykoç, Müfit Erkul; 1958’de Kamil Ergin ve Faruk Or ülkemizin ilk on anestezi uzmanı olarak uzmanlık diplomasına hak kazanmışlardır.^{1-3,8} Uzman olduğu yıl, Sadi Sun’un önderliğinde anestezi ile uğraşan doktorlar, Sabahat Kabaalioğlu ve Cezmi Kınoğlu, cerrahlar Şinasi Hakkı Erel, Fahri Arel bir araya gelerek “Türk Anestezi Cemiyeti”ni kurmuşlardır (*Belge 10 ve 11*). Daha sonra 1969 yılında “Türk Anestezi ve Reanimasyon Cemiyeti” (TARC) adını alan bu dernek, ilk toplantısını Taksim Lamartin caddesindeki 45 no’lu binada, 12 Kasım 1956 tarihinde yapmıştır. Türk Anestezi ve Reanimasyon Cemiyeti, bilimsel kongrelerini 9 Mayıs 1965 tarihinde yapmaya başlamış ve bu kongreler günümüze kadar kesintisiz düzenlenmiştir (*Belge 12*).^{2,7} Dernek, 1972 yılında dergisini yayınlamaya başlamış, ve o tarihten itibaren yayını kesintisiz sürdürmüştür (*Belge 13*).

İstanbul Tıp Fakültesi’nde, Dr. Sadi Sun’un anesteziyoloji ile ilgili çalışmalarına başlamasından 10 yıl kadar sonra, 1959’da “Anesteziyoloji Enstitüsü”nün kurulmasına karar verilmiş ve direktörlüğe Farmakoloji ve Tedavi Kliniği direktörü Prof. Dr. Sedat Tavat getirilmiştir (*Belge 14*). Altı ay sonra yöneticiliği, Prof. Dr. Halit Ziya Konuralp devralmıştır. Üç yıl kadar sonra da, 1960 yılında “Perikardiektomi ve Mitral Komissürektomi Ameliyatlarında Bakım ve Santral Ven Basıncının Önemi” adlı tezi hazırlayarak verdiği sınavla, ülkemizin ilk anesteziyoloji doçenti olan Dr. Sadi Sun kadroya atanarak, adı 1961’de “İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Enstitüsü” olan kuruluşun başına getirilmiştir.^{2,7,16}

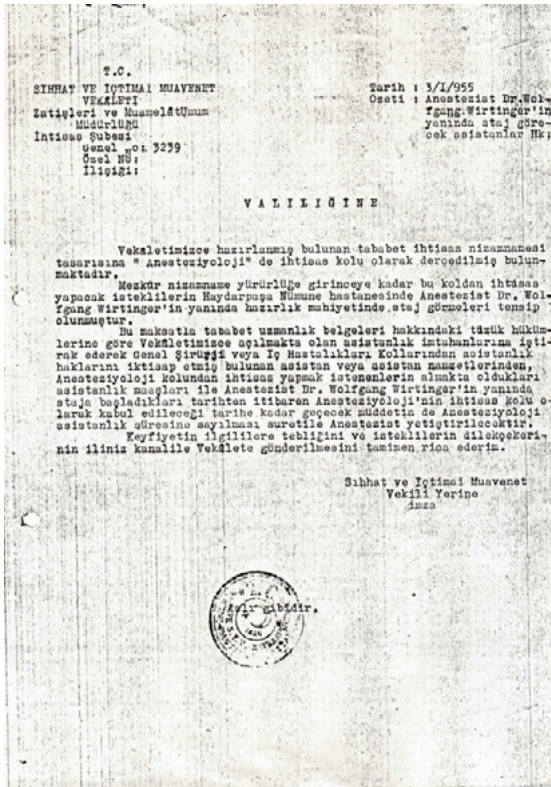
“Atropinin Arteriyel Oksijenasyona Etkisi” başlıklı takdim tezi ile 1964’te profesörlüğe yükselen direktör Sadi Sun, Enstitünün kürsü haline getirilmesi ile ilgili girişimleri başlatmış, bu çabalar ancak 26 Mart 1966’da sonuçlanmış ve Profesörler Kurulu’nda “Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kürsüsü”nün örgütlenmesi kabul edilmiştir.^{3,7,10} Zamanın dekanı Ord. Prof. Dr. Ekrem Şerif Egeli’nin kürsünün modernizasyonuna değerli katkıları olmuştur.

Tıp Fakültesinin 1967 yılında ikiye ayrılması ve Cerrahpaşa Tıp Fakültesi’nin kurulmasıyla Prof. Dr. Sadi Sun Cerrahpaşa’da kalmış ve kürsü başkanlığına devam etmiştir. Yeni adı İstanbul Tıp Fakültesi olan Çapa’da yeni bir kürsü kurulmuştur. Dört Temmuz 1967 tarihli Profesörler Kurulu kararıyla kurulan İstanbul Tıp Fakültesi “Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kürsüsü” yönetimine Doç. Dr. Faruk Or getirilmiştir.^{17,18} Haydarpaşa Numune Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Şefliği’nden ayrılarak, 1970’de İstanbul Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kürsüsü doçent kadrosuna atanan Dr. Cemalettin Öner, 1971 yılında profesörlüğe yükselerek kürsü başkanı olmuştur (*Belge 15*).¹⁸

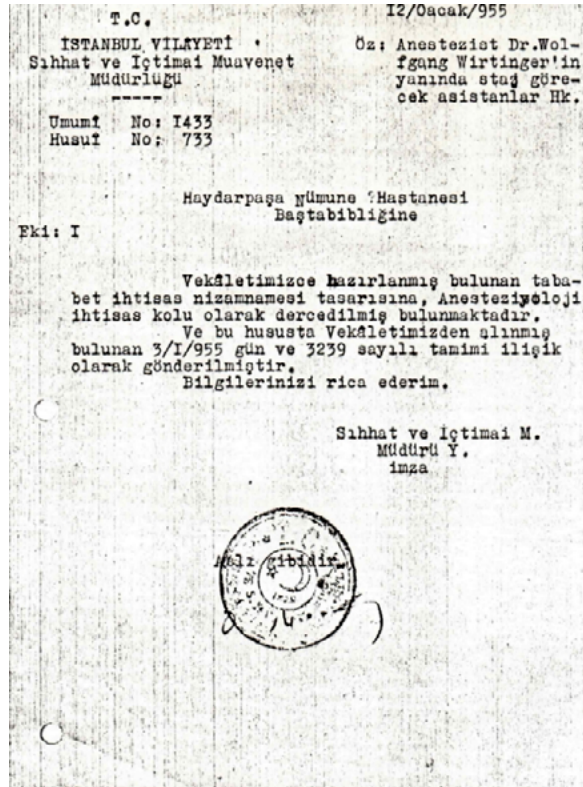
Prof. Dr. Cemalettin Öner uzmanlık sonrasında, 1958’de Dünya Sağlık Örgütü bursuyla gittiği Paris Tıp Fakültesi Anesteziyoloji Enstitüsü’nde ve Foch Hastanesi Anesteziyoloji Bölümü’nde bir yıl süreyle çalışmıştır. Yurda döndükten sonra, Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Vakıf Gureba Hastaneleri’nde çalıştıktan sonra Haydarpaşa Numune Hastanesi Anesteziyoloji Servisi Şefi olarak atanmıştır. Cemalettin Öner, 1961’de “Akciğer Şirürjisinde Akciğer Fonksiyon Muayeneleri” adlı tezle doçent olmuş ve ayrıldığı 1970 yılına dek Haydarpaşa’da şef olarak görevini sürdürmüştür. Daha sonra, 1970 yılında İstanbul Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon kürsü başkanlığına atanarak 1988’e kadar bu görevde kalmıştır.^{2,11,18} İki liderden biri olan Sadi Sun, bilim dalının örgütlenme çalışmalarına üniversite içinde ve dernek düzeyinde daha çok çalışmış, uluslararası ilişkileri kurmaya ve sürdürmeye gayret etmiş, diğer lider Cemalettin Öner ise, önceleri Sağlık Bakanlığı içerisinde kurulma ve kabul edilme mücadelesi vererek, kişisel dostluk ilişkileri ile yasal boyutta da birçok engelin aşılmasında ve anestezi reanimasyon bilimi lehine tüzük ve yönetmeliklerin çıkarılmasında, hatta bilim dalına “Reanimasyon” adının katılmasında önemli roller oynamışlardır. Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlayan 6.9.1962 tarih 6/821 sayılı Uzmanlık tüzüğünde uzmanlık dalının adı Anestezi ve Reanimasyon Uzmanlığı olarak kabul edilmiştir.^{1,3,5}



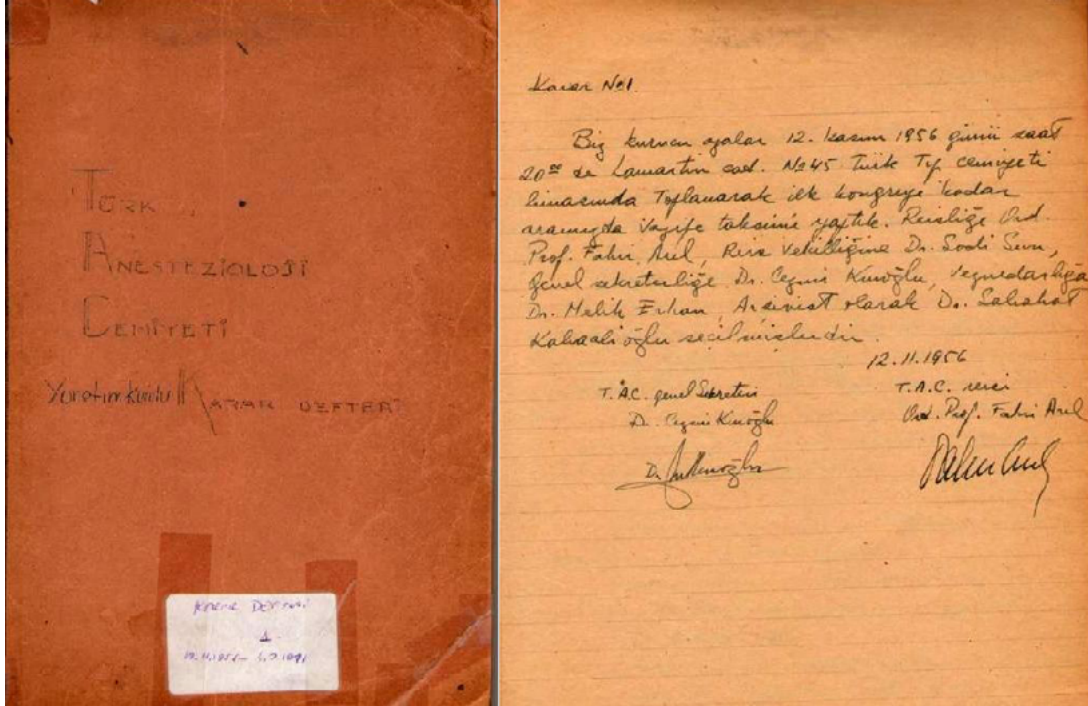
Belge 7. Aslen Avusturyalı olan Dr. Kucher, Anesteziyolojiyi kurmak için Sağlık Bakanlığı tarafından davet edilmiş fakat, Türkiye'de 3 ay kalıp geri dönmüştür. Bu süre içerisinde Türk Tıp Cemiyeti Dergisinde yayınlanan, bir dizi konferanslar vererek anesteziyi tanıtmaya çalışmıştır.



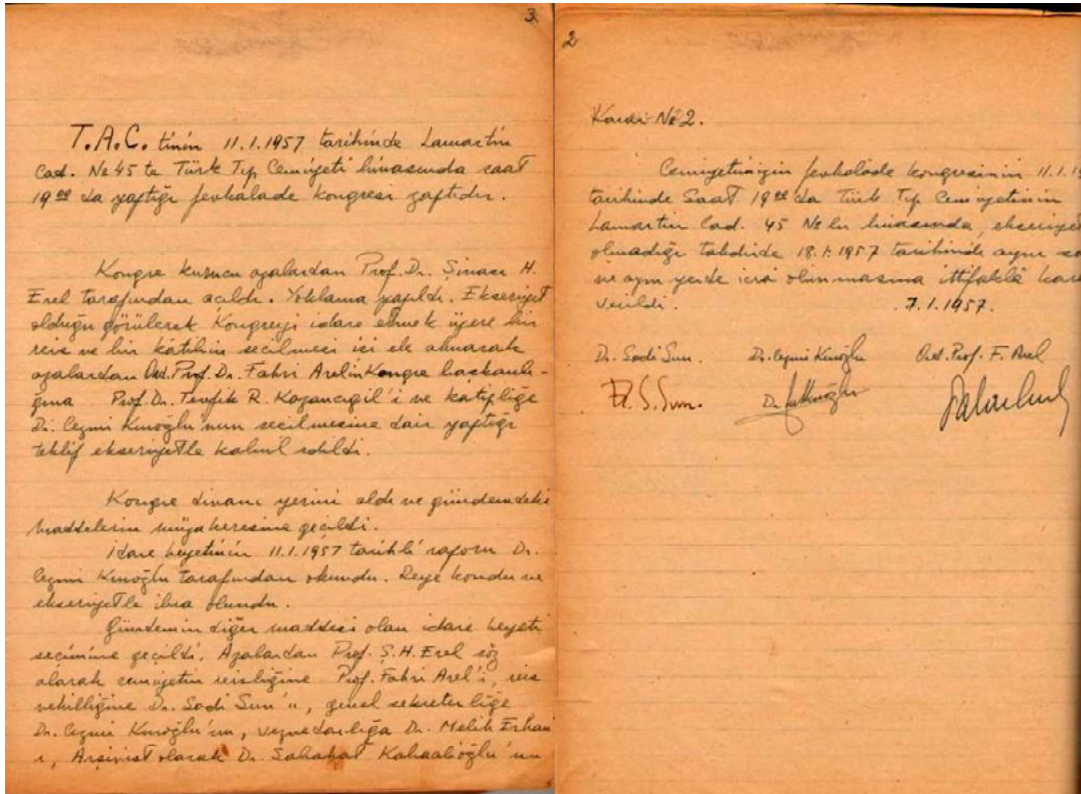
Belge 8. Sağlık Bakanlığının hazırlanmakta olan uzmanlık tüzüğüne anestezi uzmanlığı dalı olarak eklendiğini ve bu dalda uzman olmak isteyenlerin Haydarpaşa Numune Hastanesinde staja başlayacaklarını bildiren yazısı.



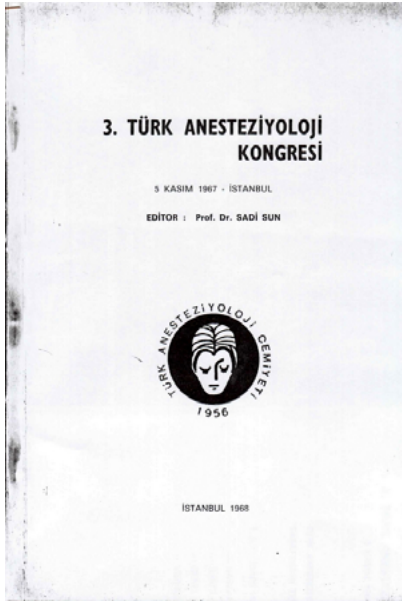
Belge 9. İstanbul Valiliği Sağlık Müdürlüğü'nün, Haydarpaşa Numune Hastanesi Başhekimliğine, anestezi uzmanlık eğitimine başlanması konusunda talimatı



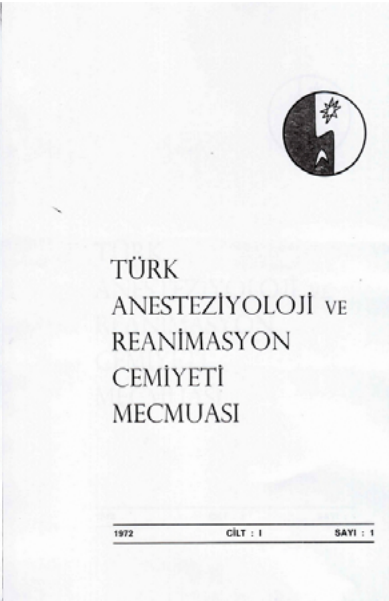
Belge 10. Türk Anestezi ve Reanimasyon Derneği ilk Yönetim Kurulu karar defterinin kapağı ve kuruluşla ilgili ilk karar tutanağı.



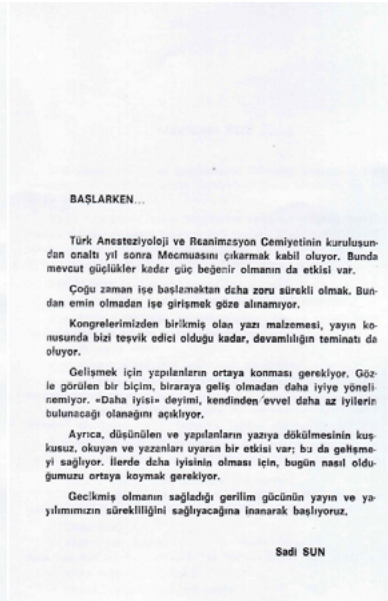
Belge 11. İlk genel kurul ve ilk yönetim kurulu seçimi sonuçlarına ait karar defterine düşülen kayıta ait tutanak.



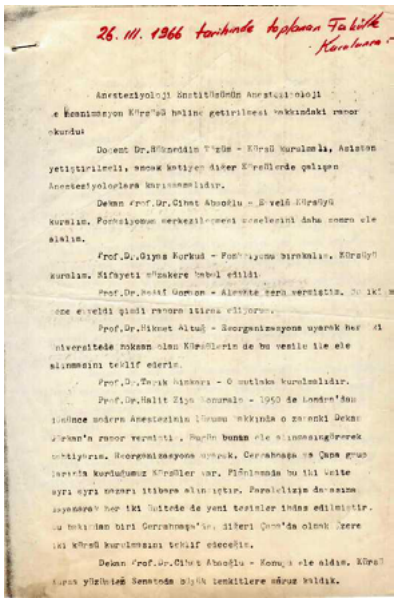
Belge 12. Üçüncü TARK program kitapçığının kapağı.



Belge 13. Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Cemiyeti Mecmuası'nın ilk sayısı.



Belge 14. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Profesörler kurulunda Anesteziyoloji Enstitüsünün kuruluş toplantısı ile ilgili tutanak.



Belge 14. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Profesörler kurulunda Anesteziyoloji Enstitüsünün kuruluş toplantısı ile ilgili tutanak.

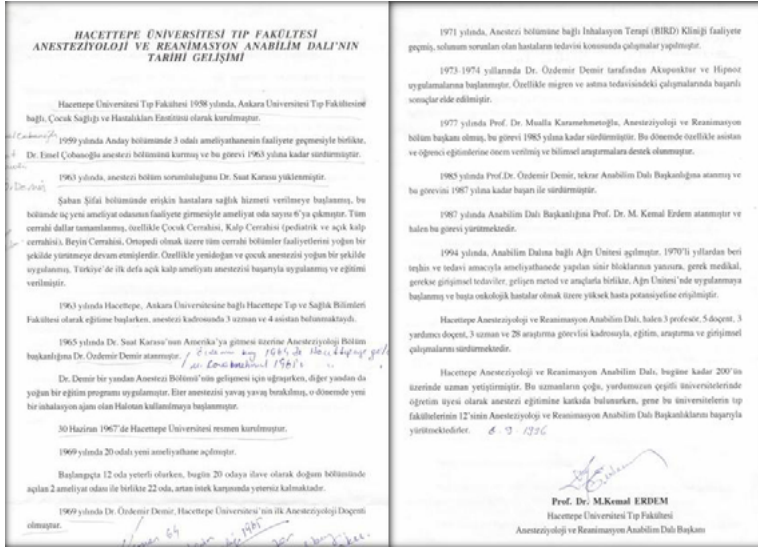


Belge 15. İstanbul Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji Anabilim Dalı kuruluş tarihesinin yer aldığı bültenin iç sayfası.



Belge 15. İstanbul Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji Anabilim Dalı kuruluş tarihesinin yer aldığı bültenin iç sayfası.

İstanbul'daki gelişmelere paralel olarak 1947'de kurulan Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesinde de Statonun 1958'de aldığı bir kararla "Anesteziyoloji Enstitüsü" kurulması öngörülmüştür. Henüz bir anesteziyoloji uzmanı bulunmadığından, Enstitünün ilk müdürlüğüne Cerrahi'den Prof. Dr. Hilmi Akın atanmıştır. Hilmi Akın'ın yanı sıra Prof. Dr. Orhan Bumin, Prof. Dr. İhsan Günalp, Prof. Dr. Galip Urak, Prof. Dr. Şerif Çanga ve Prof. Dr. Zafer Paykoç bu konuya önyak olan diğer isimlerdir. Daha sonraları, genç kuşak denilen bazı öğretim üyelerinin, bağımsız bir Anestezi bölümü açılması konusundaki gayretlerinin sonunda, Ankara Üniversitesi Senatosu 16.12.1958 tarihinde Tıp Fakültesi bünyesinde, Anesteziyoloji Enstitüsünün kurulmasına karar vermiştir. Bu, ülkede kurulmuş olan ilk bağımsız anestezi ünitesi olmuştur. Başına Prof. Dr. Hilmi Akın getirilmiştir. 1962'de doçent olduktan sonra



Belge 16. Prof. Dr. M. Kemal ERDEM'in, Kutay AKPIR'e Hacettepe'nin kuruluşu ile ilgili yazdığı mektup.

Tıp Fakültesi kurulduktan sonra bu görevi, anestezi kürsüsü başkanı olarak uzun yıllar, kendisinden 1 yıl sonra yurda dönen ve 1966'da uzman olan Dr. Mualla Karamehmetoğlu ile birlikte sürdürmüştür (*Belge 16*).²¹

İstanbul ve Ankara'da bu gelişmeler olurken, benzer gelişmelerin Gülhane'de de başladığı görülmektedir. Gülhane Askeri Tıp Akademisinde ilk Anestezi çalışmaları, 2. Genel Cerrahi Kliniği bünyesinde 1951 yılında, Dr. Ali Ulvi Kaya tarafından başlatılmış aynı tarihte Amerika'dan dönen Dr. İhsan Günalp ile devam etmiştir. Ürolog Operatör Dr. İhsan Günalp daha sonraları bu çalışmalarının ürünü olarak, "Modern Anestezi'nin Ana Hatları" (1952) ve "Klinik Anestezi" (1958) adlı iki kitap yayınlamıştır. İhsan Günalp'in yanı sıra Ankara'da Op. Dr. Hüsrev Polat, 1953'de açılan SSK Ankara Hastanesinde anestezi çalışmalarına başlamış ve 1963'e kadar devam etmiştir.^{2,3,8}

Dr. İsmail Bağcılar, Dr. Orhan Toydemir ve Dr. Feridun Kebir Yalçın, 1953'de açılan bir imtihanı kazanarak anestezi eğitimi almak için ABD'ye gönderilmişlerdir. Bu üç kişiden Dr. İsmail Bağcılar daha sonra Gülhane'de, 1960'da kurulan Anestezi ve Reanimasyon ünitesinin başına geçmiştir.

İmtihan kazanarak Anestezist olmak üzere 1953'de ABD'ye gidenlerden Feridun Kebir Yalçın ile ilgili herhangi bir kayda rastlanmamıştır.

Ancak Orhan Toydemir, daha sonra yurt dışında ve yurt içinde birçok çalışmalarda bulunmuş, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji Anabilim Dalı Başkanlığına getirilerek emekli olduğu tarihe kadar bu görevde kalmıştır.²²

Aynı dönemlerde İzmir'de de bazı gelişmeler olduğu bilinmektedir. Ancak bu gelişmeler ile ilgili doküman elimize geçmemiştir. Bu gelişmeleri, Ege Üniversitesi Anestezi AD başkanlığından emekli olan Sayın Prof. Dr. Ahmet Tutan yürütmüştür.^{9,23}

Şimdiye kadar olan bölümde Türkiye'de anestezi ve reanimasyon uzmanlık dalının ilk uygulayıcıları, hocaları ve bu hocaların kuruluş çalışmaları tanıtılmaya çalışılmıştır.

1990'dan sonraki dönem lider hocalardan görevi devir alan ilk jenerasyona ait hocaların görev ve sorumlulukları üstlendiği dönemdir. Bu dönem de ben ve benimle aynı yaşlarda olan hocaların çalışmaları yer almaktadır.

Bu dönemde Türkiye'de ortaya çıkan hızlı ilerlemelerin hazırlığı aslında, 1970'li yıllarda başlamaktadır. 1990'dan sonra görevi devir alan jenerasyon, anestezi ile ilgilenmeye 1965'li yıllarda asistan olarak başlamış, kabul edilme ve bilim dalını geliştirme adına verilen uğraşların içerisinde bulunmuş bir jenerasyondur. Bu uğraşların sonunda, anestezi uzmanlarının sayısı giderek artmaya başlamış, anestezi vaz geçilmez bir dal olarak hastanelerin ve fakültelerin yapısı içerisinde, şeflik ve kürsü

bu kurumun müdürlüğüne atanacak olan Dr. Refik Payçoç bu enstitünün uzmanı olarak 1959'da göreve başlamıştır.^{19,20}

Ankara'da 1959 yılında, Hacettepe Tıp Fakültesi'nin ilk nüvesini oluşturan ANDAY bölümünde, 3 odalı ameliyathanelerin faaliyete geçmesiyle birlikte Amerika'dan dönen ve Ankara'da bir kaç hastanede Anestezi uygulamaları yapan Dr. Emel Çobanoğlu, Anestezi Bölümünü kurmuştur. Bu bölümün başına 1963'de, Dr. Suat Karasu'nun ayrılması üzerine 1964'de Ankara'ya dönen ve 1965'de uzman olan Özdemir Demir atanmıştır. 1967'de Hacettepe

statüsünde yer almış, öğretim üyeleri yetişmeye ve anestezi ikincil bir uzmanlık dalı olmaktan çıkıp, ana uzmanlık dallarından biri haline gelmeye başlamıştır. Artık liderlerin yanında genç, dinamik, en önemlisi anestezi bilim dalına gönül vermiş, biraz da şövenist bir kadro yetişmeye başlamıştır. Bu kadro 1990'lı yıllardan sonra görevi devir alacak olan jenerasyondur.

Anestezi uzmanları, bu yıllar içerisinde yoğun bakım konusunu da sahiplenmiş ve Türkiye'de yoğun bakım bilim dalı onlar sayesinde bu güne taşınmıştır.

İnsanlık tarihinin yazılmaya başladığı günden beri, tıbbın en önemli semptomlarından biri olan ağrı bu dönemde anestezi içerisinde gerçek sahibini bulmuş 1985'li yıllardan sonra anestezi uzmanlarının çabaları ile Türkiye'de kurulan Algoloji Bilim Dalı vasıtasıyla gelişmiş ve temsil edilebilmiştir.

Yirminci yüzyılın son dekadının başında Türkiye'de böyle bir manzara vardır. Bu yıllara kadar yapılanları, kuruluş uğraşları adı altında toplamak gerekir. Yapılaşma veya kurumlaşma yani kuralları, yazılı belgeleri, gelenekleri olan bir kurum haline dönüşme, 1990'dan sonra başlamıştır. Türk Anestezi ve Reanimasyon Derneği kongreleri, bu dönüşümün odak noktasını oluşturmuş ve bu kongrenin düzenleyicisi olan TARD, kurumsallaşma çalışmalarında başı çekmiştir. Bu sözlerin anlamı şudur, 1990'lı yıllara kadar çok şeyler yapılmıştır. Ancak yapılanlar, dünyadaki gelişmeler ile kıyaslandığında çok eksiklikler olduğu anlaşılmaktadır. Bu eksikliklerin süratle giderilmesi gerekmektedir. İşte bu bağlamda birinci jenerasyon hocalar önce, TARD çatısı altında bir araya gelmiş, derneğin tüzüğünde bazı değişiklikler yaparak herkesin temsil edildiği, herkesin görev alabileceği, herkesin bu çatı altında toplanmasını mümkün kılan, dernekte herkesin görev almasına imkan yaratan, daha doğrusu genel başkanlık görevini bir dönemle sınırlandırarak (*yasal olarak imkan olmadığından, bu konuda varılan konsensus ile genel başkanlık bir dönemle sınırlandırılmıştır*) derneği bir kişinin sürekli hegemonyası altına almasını önleyen yeni bir yapılanmayı hayata geçirmişlerdir. Bu gün için doğal gibi görünen bu yapılaşma, çok önemli ve zor bir değişim idi. Bu değişimden sonra sağlanan birlik beraberlik ve dayanışma birçok ilerlemenin gerçekleşmesinde ana faktör olmuştur.

Dernek çatısı altında birleşme sağlandıktan sonra, asistan eğitimi ve klinik uygulama standartları başta olmak üzere bir dizi düzenlemeler yapılmış, kongreler bilgilendirmeye daha ağırlık verecek şekilde yapılandırılmaya çalışılmış, yoğun bakım, rejyonel anestezi, algoloji gibi anestezi kökenli derneklerin TARD ile işbirliği ve dayanışma içerisinde olmaları sağlanmış, değerli araştırmalar yapılmaya ve yayınlanmaya başlamış en önemlisi Türk Anestezi topluluğu dünyaya açılmış, bu bağlamda yurt dışı yayın sayısı artmıştır. Derneğin bünyesi içerisinde yoğun bakım bilim dalı ile ilgili birçok konuda ciddi uğraşlar verilmiştir. Bu yıllar aynı zamanda dünyada da tıpta uzmanlık eğitimi konularında önemli düzenlemelerin yapıldığı yıllardır. Özellikle Avrupa'da yapılan düzenlemeler bu dönemde tarafımızdan da çok yakından izlenebilmiştir. Bu düzenlemeleri başlıca ikiye ayırabiliriz. Birincisi daha güvenli anestezi koşulları oluşturabilmek için klinik uygulama yöntemlerini standardize etmek, standartlara göre uygulamak ve denetlemek ve ikincisi, bu amaca hizmet edecek standart eğitimi almış uzmanlar yetiştirmek. Aslında anestezi derneği, 1997 yılında, "Anestezi, Yoğun Bakım ve Algolojide Klinik Uygulama Standartları" adı altında bir çalışmayı tamamlamış ve yayınlamıştı ancak, Türkiye'de henüz standart bir uygulama ve eğitim yapılacak noktaya gelinebilmişti. Her klinik, farklı bir eğitim ve uygulama yapmakta idi. Gerekli olmasına rağmen birçok eğitim kliniği, yoğun bakım eğitimi vermeden sadece anestezi eğitimi vererek uzman yetiştirmekteydi. Bu koşullarda yeni bir yapılanma zorunlu hale gelmiş olup, bu zorunluluk TARD bünyesi içerisinde, Türk Anestezi ve Reanimasyon Bord'unun (TARB) kurulması ile sonuçlandı. Otuz beşinci TARD bilimsel kongresi sırasında yapılan bir genel kurul ile 29 Ekim 2001 tarihinde, TARB kuruldu ve çalışmaya başladı. İlk bord kurulu, başkan Kutay Akpir, başkan yardımcısı Zeynep Kayhan, Sekreter Aydemir Yalman, Veznedar Özcan Erdemli, Uluslararası ilişkiler Serdar Erdine, sınav ve eğitim komisyonu Yüksel Keçik, Gülsen Korfalı, Moiz Bahar, Erdal Güzeldemir, Hülya Çelebi tarafından oluşturuldu. Bord'un kuruluş amacı Avrupa düzenlemeleri ile benzerdir. Yani standart bir eğitimi yeniden yapılandırmak, standart uygulamaları yapacak, standart eğitimi almış uzmanlar yetiştirmek için gerekli olan koşulları belirlemek, yapılan sınav ile istekli olan uzmanlara bu standartlara uygun olduklarını gösteren belge vermek. İlk on yıllık dönem içerisinde, bord anestezi, yoğun bakım ve algoloji eğitim ve öğretim taslağı adı altında müfredat programını hazırlamış ve yayınlamış, asistan karnesini hazırlamış ve uygulamaya başlatmış, klinik uygulama standartlarını bölüm bölüm yayınlamaya başlamış, mezuniyet sonrası sürekli tıp eğitimi yönergesi ve klinikler ziyaret yönergesini hazırlamış, Bord sınavlarını yapmaya başlamıştır. Bu çalışmalar ve

ulaşılan standartlar, Avrupa Bord sınavlarının yazılı kısmının Avrupa ile birlikte Türkiye’de ve Türkçe olarak yapılması noktasına gelmemizi sağlamıştır.

Bütün bu yapılanların anlamı, Türk Anestezi topluluğu, çağdaş yapıda, uluslararası standartlara erişmiş bir topluluk haline gelmiş demektir. Bu değişimi sağlamak çok zor olsa da Türk Anestezi topluluğu dernek çatısı altında gerçekleştirdiği dayanışma ve özverili uğraşlar sonunda çağdaşlaşma değişimini başarmıştır. Bu başarı, gerçekten özverili çalışan TARD başkan ve yönetim kurullarını oluşturan birinci jenerasyona dâhil hocaların başarısıdır (Tablo 1).

Tablo 1. Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği Genel Başkanları

Yıl	Başkan
1956 – 1958	Prof. Dr. Fahri Arel
1958 – 1994	Prof. Dr. Sadi Sun
1994 – 1996	Prof. Dr. Bora Aykaç
1996 – 1998	Prof. Dr. Kutay Akpir
1998 – 2000	Prof. Dr. Uğur Oral
2000 – 2002	Prof. Dr. Oya Kutlay
2002 – 2004	Prof. Dr. Filiz Tüzüner
2004 – 2006	Prof. Dr. Mois Bahar
2006 – 2008	Prof. Dr. Ali Reşat Moral
2008 – 2010	Prof. Dr. Ülkü Aypar
2010 – 2012	Prof. Dr. Şükran Şahin
2012 – 2014	Prof. Dr. Güner Kaya

Kanımcı lider hocalar, elbette ki önemli işler yapmış, çok önemli başarıları gerçekleştirmişlerdir. Onlardan görevi devir alan, birinci jenerasyon hocalar da onlardan aşağı kalmamış ve belki de daha önemli işler başarmışlardır. Ancak o jenerasyonun önemli bir üyesi olarak yapılanları benim bir tarihsel belge niteliğinde anlatmamın ve bu çok yakın dönemin tarihini yazan, konumuna girmemin doğru olmadığına inandığım için anestezi Türkiye tarihi ile ilgili anlatacaklarımı burada son veriyorum. Bundan sonraki tarihi bizden sonrakiler yazmalıdır. Bu konuda tarihe ışık tutacak bilgileri gerekli yerlerde anlatarak ve yazarak üzerime düşen görevi yerine getirdiğimi zannediyorum. Bizden sonraki jenerasyonun da kısır çekişmeler içerisinde yok olmadan, üstlendikleri görev ve sorumlulukları yerine getireceklerine, benzer başarıları gerçekleştireceğine inanıyorum.

EDİTÖRDEN BİLGİ VE TEŞEKKÜR: Türk anestezi tarihine birincil kaynaklara dayanarak tanıklık eden bu makale ilk olarak Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Dergisi’nin (TARD) 2012’deki 40 (Ek sayı 1) numaralı sayısında yayınlanmıştır. Böylesine önemli bir makalenin tıp tarihi camiasında tanınırlığını artırabilmek için değerli çalışma arkadaşım Prof. Dr. Egemen Bilgin ile girişimde bulunmaya karar verdiğimizde tarih 09 Nisan 2013 idi ve Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon camiasının öncülerinden Prof. Dr. Kutay Akpir yoğun bakımda yatmaktaydı. Makaleyi Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi’nde yeniden yayınlamak için başvurduğumuz TARD Dergisi editörü sayın Prof. Dr. Yalın Dikmen, Kutay Akpir hocanın da haberi olsaydı memnuniyet duyacağına olan inancı ile bütün dokümanları derhal yolladı. Ne yazık ki bu değerli makalenin yazarı Prof. Dr. Kutay Akpir, Lokman Hekim Dergisi’ndeki baskıyı göremeden Mayıs 2013’de hayata veda etti. Kendisini saygıyla anarken onun dünyada ve Türkiye’de anestezi tarihine dair ayrıntılı bilgiler sunduğu ve Nöbetçi Yayınevi tarafından 2010’da basılan “Her Yönüyle Anestezi” kitabını hatırlatmak istiyorum.

Prof. Dr. Kutay Akpir’in Türk Anestezi Tarihi adlı makalesinin Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi’nde yeniden yayınlanmasına izin veren ve bu konuda elindeki dokümanları bizimle paylaşan TARD Dergisi editörü Prof. Dr. Yalın Dikmen’e en içten teşekkürlerimi iletiyorum.

Prof. Dr. Tamer Akça

Editör

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi

KAYNAKLAR

1. Öner C. Batıda ve İstanbul’da Anesteziyoloji ve Reanimasyonun Gelişimi. İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Mecmuası 1982;45:supp 88.
2. Öncel Ö. Türk-İslam tababetinde anestezi. (Doktora tezi). İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Deontoloji Bilim Dalı, İstanbul, 1982.
3. Akpir K. Editör, Türkiye’de Anestezi ve Reanimasyonun kırk Yılı, Belgesel 1996, Türk Anestezi ve Reanimasyon Derneği Yayını.
4. Ülman Y.I. Mekteb-i Tıbbiye-i Adliye-i Şahane’de Kloroformun İlk Kez Cerrahide Kullanılması. Tarih ve Toplum 1995; 138:344.
5. Yıldırım N. Mekteb-i Tıbbiye-i Mülkiye-i Şahane’de 1891 Yılında Yapılan Anesteziye ait Bir Mezuniyet Tezi. Tarih ve toplum 1993; 113:284-93.
6. Dorken N. Protoxyd de’azote Narkozu. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 1949;12:591-601.
7. Sun S. İstanbul Tıp Fakültesinde Anesteziyoloji ve Reanimasyon’un Kuruluşu (1948-1968) . Türk Anest ve Rean Cem. Mecmuası 1990; 18: 5-12.
8. Akpir K. Her Yönüyle Anestezi. İstanbul Nöbetçi yayınevi, İstanbul, 2010.
9. Özyurt G. Kuruluş. Türk Anest ve Rean Cem. Mecmuası 18: 200-202,1990.
10. Akra S. Prof. Dr. Sadi Sun ve İstanbul Üniversitesi’nde Anesteziyoloji ve Reanimasyon’un Gelişmesi. Türk Anest ve Rean Cem. Mecmuası 1990; 17:253-4.

11. Öner C. İstanbul'da Anesteziyoloji Reanimasyon ve Ağrı çalışmalarının Gelişimi, Kurumsallaşması. Türk Anest ve Rean Cem. Mecmuası 1990; 18:13-6.
12. Erhan M. Mektup, K. Toprak arşivi.
13. Toprak K. Kişisel görüşme, 2003.
14. Kınoğlu C. Tatlı Acı Hoş Bir Esintidir Anılar. Mart Matbaacılık Sanatları, İstanbul 2002.
15. Kucher R. Modern anestezinin bugünkü durumu. Türk Tıp Cemiyeti Mecmuası 1953; 19:602-10.
16. İ.Ü. Tıp Fakültesi akademik kurul tutanağı 26 Mart 1966.
17. Or Faruk. Kişisel görüşme, 1996.
18. Akpir K. İ.Ü. İst. Tıp Fakültesi Anesteziyoloji Ana Bilim Dalı Tarihi. Bülten.
19. Paykoç R. Kişisel görüşme, 1996.
20. Akkartal B. Kişisel görüşme. 1996.
21. Erdem K. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Ana Bilim Dalının Tarihi Gelişimi, Mektup K. Akpir arşivi
22. Toydemir O. Kişisel görüşme.
23. Tutan A. Kişisel görüşme.

INSTRUCTION TO AUTHORS

GENERAL GUIDELINES

Mersin University School of Medicine Lokman Hekim Journal of History of Medicine and Folk Medicine invites the submission of scientific original article, review and monograph on history of medicine and folk medical practice, letter to editor with reference, editorial comment and discussion, besides folkloric method and product publicity.

Our journal accepts only online submissions; applications by regular surface / air or electronic mail will not be accepted for evaluation. Submissions are required to be inedited and unsent to another journal in order to be published. In the event that the papers contain (hard or soft copy) pre-published quotation, table, figure, illustration, etc.; the author is supposed to obtain written permission from individuals or enterprises possessing the copyright and it should be notified in the paper. Previously presented or published abstracts of studies are admissible on condition that it is indicated in the manuscript.

After the scientific assessment, the authors' names order in the submission is predicated on. Any modifications after this process are only possible contingent upon written statement and permission of all contributory authors.

If the manuscripts meet the journal's style, they are evaluated by the editor and two 'members of advisory board', revised by the authors if required, and published only after the approval of Editorial Board.

IMPORTANT: AUTHORS SHOULD SUGGEST AT LEAST INTERNATIONAL ONE REVIEWER FOR THE PAPER

SCIENTIFIC AND ETHIC PRINCIPLES

All mentioned authors should have made substantial contribution to the manuscript. All contributory authors, regarding all kind of consequences, are responsible of the submissions' scientific and ethical compliance. Institutions - organizations providing financial support and all sorts of commercial ties should be informed in the application letter sent to editor. In experimental cases and cases from local studies which harvest personal information, "Ethics Committee Approval" should be obtained. Its presence should be indicated in the paper and the instrument of approval (to be sent in case editor's request) should be maintained.

COPYRIGHT

It is desired in terms of scientific and ethical principles that the papers published in Mersin University School of Medicine Lokman Hekim Journal should be quoted when they are used in another publishing medium.

LANGUAGE AND STYLE

The languages of the journal are Turkish and English. Turkish Dictionary of Turkish Language Society and relevant medical glossary should be grounded on for Turkish papers. Spelling mistakes and grammar errors would be corrected by the editorial board without making any change in content.

The journal accepts only online submissions. The manuscripts should be submitted online at the address: <http://lokmanhekim.mersin.edu.tr/index.php/lokmanhekim>

Manuscripts should be edited in **Microsoft Word XP** or upper versions by PC compatible computers being each of the following sections on a separate pages: **1)** Title Page, **2)** Abstract and keywords, **3)** Main Body of the Text, **4)** References, **5)** Tables and/or Figures **6)** Footnotes, **7)** Acknowledgements and Conflict of Interest.

Authors should give numbers to the pages consecutively beginning with the Title Page.

1. TITLE PAGE

Title page should contain the followings: **1)** title **2)** a short running title (not required if the main title is shorter than six words) **3)** full names, degrees, and affiliations or societies of all authors, **4)** full name, titles, surface mailing address, telephone numbers and e-mail address of the correspondence author, **5)** full names and province of the supportive institutions and organizations, **6)** type of the study (original article, review etc.), **7)** if the paper is presented in a congress previously, the title, date and place of the congress.

Example for authors name:

Ali Çetin¹, Ayşe Kaya²

¹ Assoc. Prof. Dr. Mersin University School of Medicine, Dept. of History of Medicine and Folk Medicine.

² Prof. Dr. Mersin University Faculty of Education, Dept. of Turkish Language and Litterary

2. ABSTRACT AND KEY WORDS

Abstracts and keywords are compulsory for any type of manuscript. The abstract should not exceed 200 words. Minimum two key words should be given. English key words should be in conformity with "Medical Subject Headings (MESH)" (vide: www.nlm.nih.gov/mesh/mbrowser.html). Turkish key words should be verbatim translation of the MESH terms (only for article in Turkish).

3. MAIN BODY OF THE TEXT

3.1. Original Article

It is suggested that the text should not exceed 4000 words, and there should be no more than 30 references.

The text might be divided into thematic subsections according to the main content. Considering the order in the text; references, graphics, diagrams, pictures, tables and figures should be enumerated sequentially. Abbreviations within the text should be avoided as far as possible.

Abbreviations should be defined in parenthesis where the word to be abbreviated is first used in the text and followed throughout the whole text. There should be no abbreviation sentence initially.

3.2. Review

It is suggested that review should not exceed 3000 words, and there should be no more than 20 references. In this type of studies sectioning is up to authors.

3.3. Monograph

Biographies, classic scientific/medical book introduction, corporation publicity, history of disease, medical themed art works and medical objects presentation constitute the monographic studies.

It is suggested that monograph should not exceed 2500 words, and there should be no more than 10 references.

In this type of studies sectioning is up to authors, too.

3.4. Letters to Editor

Letters are accepted to be no longer than 750 words, and not to exceed 5 references

3.5. Folkloric Method and Product Publicity

It is suggested that they should not exceed 1500 words, and there should be no more than 10 references.

4. REFERENCES

References should be enumerated consecutively, in the order in which they are cited in the text and they should be identified as 'superscript' sentence finally right after the punctuation mark. (example: sentence.¹). Nonconsecutive reference numbers should be punctuated by comma; consecutive ones should be punctuated by, not comma, but hyphen. (examples: sentence.^{2,4}; sentence.¹⁻³ or sentence.^{2,4,6-9}).

List of references should be consistent with the standards of International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

Firstly, authors' full surname and then only initials of the names should be written. Following authors' name, international abbreviation or acronym of the publishing journal should be added; after that, year of publication, volume and issue number, lastly, page numbers should be given. References in press should be indicated in parenthesis after the name of the journal as 'in press'.

4.1 Articles**4.1.1. Up to three authors**

In articles with up to three authors all authors' names should be given:

Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med* 2002;347(2):284-7.

4.1.2. Four or more authors

If a source has four or more authors, include only the first author's last name and initials followed by et al.

Rose ME, et al. Regulation of interstitial excitatory amino acid concentrations after cortical contusion injury. *Brain Res* 2002; 935(1-2):40-6.

4.2. Corporate as Author

Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. *Hypertension* 2002;40(5):679-86.

4.3. Individuals and Corporate as Authors

List all authors (as last name and initials) and name of the corporate at the end.

Vallancien G, Emberton M, Harving N, van Moorselaar RJ; Alf-One Study Group. Sexual dysfunction in 1,274 European men suffering from lower urinary tract symptoms. *J Urol* 2003;169(6):2257-61.

4.4. Supplement

If the article is within a supplement; it should be indicated just after the volume number of the journal.

Geraud G, Spierings EL, Keywood C. Tolerability and safety of frovatriptan with short- and long-term use for treatment of migraine and in comparison with sumatriptan. *Headache*. 2002;42 Suppl 2:S93-9.

4.5. Book**4.5.1. Complete book**

Breedlove GK, Schorfheide AM. Adolescent pregnancy. 2nd ed. Wiczorek RR, editor. White Plains (NY): March of Dimes Education Services; 2001.

4.5.2. Book chapter

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. *The genetic basis of human cancer*. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

4.6. Congress proceedings

Harnden P, Joffe JK, Jones WG, editors. Germ cell tumours V. Proceedings of the 5th Germ Cell Tumour Conference; 2001 Sep 13-15; Leeds, UK. New York: Springer; 2002.

4.7. Newspaper report

Tynan T. Medical improvements lower homicide rate: study sees drop in assault rate. *The Washington Post*. 2002 Aug 12;Sect. A:2 (col. 4).

4.8. E-journals

Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12];102(6):[about 1 p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htmArticle>

4.9. Web Page

Cancer-Pain.org [Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01 [updated 2002 May 16; cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.cancer-pain.org/>

5. TABLES AND FIGURES

All tables and figures should be labeled with a concise title and number in parenthesis and italic form at the end of the mentioned sentence:

Ex: *(Figure 1)*

Explanations should be added in the footnotes. Ensure that all images are in *jpg*, *tiff* or *gif* format with at least 300 dpi. Used abbreviations should be explained just below the tables and figures.

6. FOOTNOTES

Footnotes should be edited within a page and double-spaced. Enlargement size and technique should be given for microscopic images.

7. ACKNOWLEDGEMENTS

Any financial and commercial supports; translation, statistics, technical supports for graphics, tables and figures etc., editorial support should be mentioned.

8. CONFLICT OF INTEREST

If any, authors' conflict of interest should be stated.

CHECKLIST FOR MANUSCRIPT SUBMISSION

Before sending your paper to the journal's Editor, please make sure that you have included all necessary details. Mersin University School of Medicine Lokman Hekim Journal regrets it will have to decline consideration of any submission that does not conform to requirements of this guideline.

1. The article should not already have been published in another journal and should not be under consideration by any other journal.(see General Guidelines)
2. It should be edited in Microsoft Word XP or upper versions by PC compatible computers.
3. All tables and figures should be presented at the end of the manuscript. Illustrations in digital format must be sent separately as supplemental file. If the sent file's size exceeds the limit, system may not accept it, on such an occasion set the file size by splitting the text and sending each part individually.
4. For requirements of style and library visit "Notes to Authors" section in "About the Journal "
5. If your article is sent to a peer-reviewed section, use this link in order to see actions to be taken to ensure an evaluation independent of the authors. Please follow the instructions in help section.

COPYRIGHT

The article is in conformity with Mersin University School of Medicine Lokman Hekim Journal of History of Medicine and Folk Medicine publishing and editing principles.

The article is original and unpublished and is not being considered for publication elsewhere.

The author(s) is (are) entirely responsible for the scientific, ethical and legal considerations.

All named authors have made an active contribution to preparation of the paper. The corresponding author incurs the responsibility of all co-authors. If it is not possible to correspond with other authors, they are all assumed to be informed.

The copyrights of the accepted articles belong to Mersin University School of Medicine Lokman Hekim Journal of History of Medicine and Folk Medicine. It is desired in terms of scientific and ethical principles that the papers published in Mersin University School of Medicine Lokman Hekim Journal should be quoted when they are used in another publishing medium.

YAZARLAR İÇİN REHBER

GENEL BİLGİLER

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Dergisi, tıp tarihi ve folklorik tıp uygulamaları konusunda yapılan *araştırma, derleme, monografi, kaynak içeren editöre mektup, editöryal yorum ve tartışma* ile *folklorik metot ve ürün tanıtımı* gibi bilimsel içerikli çalışmalarını yayınlamaktadır.

Dergi sadece elektronik ortamda yazı kabul etmektedir. Posta ile başvurular hiçbir şekilde değerlendirmeye alınmamaktadır.

Dergiye gönderilen yazıların daha önce hiçbir yerde yayınlanmamış olması veya yayınlanmak üzere başka bir dergiye gönderilmemiş olması gerekmektedir. Eğer yazıda daha önce başka bir yerde (basılı/elektronik ortam) yayınlanmış alıntı, tablo, resim, çizim vb varsa, yazar bunlara ait yayın hakkını elinde bulunduran kişi veya kurumlardan yazılı izin almalı ve yazının içinde bu durum bildirilmelidir. Herhangi bir bilimsel toplantıda sunulmuş ve özetleri yayınlanmış çalışmalar, yazıda bu durumun belirtilmesi şartı ile kabul edilir.

Makale bilimsel değerlendirmeye alındıktan sonra başvuruda belirtilen yazar isim sırası esas alınır. Bu aşamadan sonra oluşabilecek değişiklikler, ancak yazıda katkısı bulunan bütün yazarların yazılı açıklamaları ve izinleri ile yapılabilir.

Gönderilen yazılar 'yazım kuralları'na uygun ise; editör ve en az iki 'danışma kurulu üyesi' tarafından değerlendirildikten ve gerek görüldüğünde istenen değişiklikler yazarlarca yapıldıktan sonra Yayın Kurulu'nun onayı ile yayınlanır.

YAZIM DİLİ

Derginin yazım dili Türkçe ve İngilizcedir. Türkçe yazılarda Türk Dil Kurumu'nun Türkçe Sözlüğü ve ilgili tıbbi bölümlere ait terimler sözlüğü temel alınmalıdır. Gönderilen yazılardaki yazım ve dilbilgisi hataları, metnin içeriğine dokunmadan Yayın Kurulu tarafından düzeltilmektedir.

BİLİMSEL VE ETİK SORUMLULUK

Yazıda ismi bulunan bütün yazarların, çalışmaya doğrudan katkısı bulunmalıdır. Yazıların bilimsel ve etik kurallara uygunluğu, tüm sonuçları ile birlikte bütün yazarların sorumluluğundadır. Yazıya maddi destek veren kurum ve kuruluşlar ile (varsa) tüm ticari bağlantıların içeriği editöre gönderilen başvuru yazısında belirtilmelidir. Deneysel çalışmalarda, kişisel bilgilerin derlendiği alan çalışmalarında 'Etik Kurul Onayı' alınmalı, onayın varlığı yazıda bildirilmeli ve onay belgesi (editör tarafından istenmesi durumunda iletilmek amacıyla) muhafaza edilmelidir.

YAYIN HAKKI

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Dergisi'nde yayınlanan makalelerin, yazarları tarafından farklı yayın ortamlarında değerlendirilmesi durumunda derginin kaynak gösterilmesi bilim/yayın etiği açısından uygun bir davranış olacaktır.

YAZIM KURALLARI

Dergi sadece elektronik başvuruları kabul etmektedir. Başvurular <http://lokmanhekim.mersin.edu.tr/index.php/lokmanhekim> adresine elektronik ortamda yapılmalıdır.

Yazılar PC uyumlu bilgisayarlarda **Microsoft Word XP** veya üstü bir versiyon programı kullanılarak yazılmalıdır.

Bütün yazılar; **1) Başlık Sayfası, 2) Özet, 3) İngilizce Özet** (İngilizce yazılarda Türkçe özet) ve **Anahtar Kelimeler, 4) Ana Metin, 5) Kaynaklar, 6) Tablolar ve/veya Şekiller, 7) Alt Yazılar** olarak dizilmelidir. Başlık sayfası '1' numara olacak şekilde, tüm sayfalar sırayla numaralandırılmalıdır.

Başlık, Türkçe özet ve İngilizce özet ayrı birer sayfada yer almalıdır.

1. BAŞLIK SAYFASI

Başlık sayfasında; **1) başlık, 2) kısa başlık** (başlık 5 kelimedenden az ise gerekli değildir), **3) İngilizce başlık, 4) tüm yazarların açık ad ve soyadları ile unvanları ve çalıştıkları kurumlar, 5) iletişim kurulacak yazarın adı ve soyadı, sabit ve cep telefonu numarası, elektronik ileti adresi, 6) araştırmayı destekleyen kurum-kuruluşların açık ismi ve şehri, 7) çalışmanın kategorisi** (araştırma, derleme vb) ve **8) çalışma daha önce herhangi bir kongrede sunulmuş ise kongre adı, zamanı ve yeri** yazılmalıdır.

Yazar isimleri için örnek:

Ali Çetin¹, Ayşe Kaya²

¹Y. Doç. Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik A.D.

² Prof. Dr. Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi, Türk Dili ve Edebiyatı Bölümü

2-3. ÖZETLER ve ANAHTAR KELİMELE

Özetler 200 kelimeyi geçmemelidir. Editöre mektupta özet gerekmemektedir.

Anahtar kelimeler en az 2 adet, Türkçe ve İngilizce yazılmalıdır. İngilizce anahtar kelimeler "Medical Subject Headings (MESH)"e uygun olarak verilmelidir (Bkz: www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html). Türkçe anahtar kelimeler için MeSH (Medical Subject Headings) terimlerinin, Türkçe karşılıklarının bulunduğu bir anahtar kelimeler dizini olan Türkiye Bilim Terimleri'nin kullanılması gerekmektedir. Daha ayrıntılı bilgi için lütfen <http://www.bilimterimleri.com> adresini ziyaret ediniz.

4. ANA METİN

4.1. Araştırma Yazıları

Ana metnin 4000 kelimeyi, kaynak sayısının ise 30'u geçmemesi önerilir.

Ana metin konunun içeriğine göre tematik alt bölümlere ayrılabilir. Kaynaklar, şekil, resim, fotoğraf, tablo ve grafikler yazı içerisindeki geçiş sırasına göre numaralandırılmalıdır.

Metin içinde kısaltmalardan olabildiğince kaçınılmalıdır. Kısaltmalar, kısaltılacak kelimenin yazıda ilk geçtiği yerde parantez içinde verilmeli ve tüm metin boyunca o kısaltma kullanılmalıdır. Cümle başlarında kısaltma kullanılmamalıdır.

4.2. Derleme

Derlemelerin 3000 kelimeyi, kaynak sayısının ise 20'yi geçmemesi önerilir.

Bu tür yazılarda da bölümler yazarların tercihine bırakılmıştır.

4.3. Monografiler

Monografi kategorisi içine; biyografiler; tarihi değeri olan tıbbi/bilimsel kitapların tanıtımı, kurum tanıtımları, hastalık tarihçeleri, tıp temalı sanat eserleri ve tıbbi objelerin tanıtımı ve benzeri çalışmalar girmektedir.

Monografilerin 2500 kelimeyi, kaynak sayısının ise 10'u geçmemesi önerilir.

Bu tür yazılarda da bölümler yazarların tercihine bırakılmıştır.

4.4. Editöre Mektup

Editöre mektupların 750 kelimeyi, kaynak sayısının ise 5'i geçmemesi önerilir.

4.5. Folklorik Metot ve Ürün Tanıtımı

Tıp tarihine özgü folklorik uygulama ve ürün tanıtımlarının 1500 kelimeyi, kaynak sayısının ise 10'u geçmemesi önerilir.

5. KAYNAKLAR

Kaynaklar ana metinde görünüş sırasına göre numaralandırılmalı ve cümle sonunda noktalama işaretinden hemen sonra (boşluk bırakmaksızın) 'Üst Simge' olarak belirtilmelidir (örnek: xxx¹).

Ardışık olmayan kaynak numaraları araya virgül koyarak yazılırken, ardışık gelen kaynak numaraları tek tek değil, araya çizgi konularak belirtilmelidir (örnek: xxx^{2,4}; xxx¹⁻³ veya xxx^{2,4,6-9}).

Kaynakların yazım şekli International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) standartlarına uygun olmalıdır (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

Yazarların önce soyadları açık olarak, daha sonra da ilk adlarının sadece baş harfleri yazılmalıdır. Yazının adını takiben, yayınlayan derginin uluslar arası kısaltması eklenmelidir. Sonrasında öncelikle yazının yayım yılı, derginin cilt ve sayı numarası yazılmalı, son olarak da sayfa numaraları eklenmelidir. Baskıda olan kaynaklar dergi adından sonra parantez içinde 'baskıda' veya 'in press' şeklinde belirtilmelidir.

5.1. Standart Makale**5.1.1. Üç ve daha az yazarlı makaleler**

Üç ve daha az yazarlı makalelerde tüm yazarların adı yazılmalıdır. *Örnek:*

Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. N Engl J Med 2002;347(2):284-7.

5.1.2. Dört ve daha fazla yazarlı makaleler

Dört ve daha fazla yazarlı makalelerde, ilk isimden sonrası 've ark' veya 'et al.' şeklinde belirtilmelidir. *Örnek:*

Rose ME, et al. Regulation of interstitial excitatory amino acid concentrations after cortical contusion injury. Brain Res 2002;935(1-2):40-6.

5.2. Yazar olarak bir organizasyon varsa

Örnek:

Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. Hypertension 2002;40(5):679-86.

5.3. Hem yazar hem de organizasyon varsa

Örnek:

Vallancien G, Emberton M, Harving N, van Moorselaar RJ; Alf-One Study Group. Sexual dysfunction in 1,274 European men suffering from lower urinary tract symptoms. J Urol 2003;169(6):2257-61.

5.4. Dergi eki (supplement)

Eğer yazı derginin ekinde (supplement) çıkmışsa, bu durum derginin cilt numarasının hemen yanına eklenmelidir. *Örnek:*

Geraud G, Spierings EL, Keywood C. Tolerability and safety of frovatriptan with short- and long-term use for treatment of migraine and in comparison with sumatriptan. Headache 2002;42 Suppl 2:S93-9.

5.5. Kitap**5.5.1. Kitabın tamamı bildirilecekse**

Örnek:

Breedlove GK, Schorfheide AM. Adolescent pregnancy. 2nd ed. Wiczorek RR, editor. White Plains (NY): March of Dimes Education Services; 2001.

5.5.2. Kitapta bir bölüm bildirilecekse

Örnek:

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

5.6. Kongre Bildirileri

Örnek:

Harnden P, Joffe JK, Jones WG, editors. Germ cell tumours V. Proceedings of the 5th Germ Cell Tumour Conference; 2001 Sep 13-15; Leeds, UK. New York: Springer; 2002.

5.7. Gazete Haberi

Örnek:

Tynan T. Medical improvements lower homicide rate: study sees drop in assault rate. The Washington Post. 2002 Aug 12;Sect. A:2 (col. 4).

5.8. Elektronik Dergide Yazı

Örnek:

Aboud S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12];102(6):[about 1 p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htmArticle>

5.9. Web Sayfası

Örnek:

Cancer-Pain.org [Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01 [updated 2002 May 16; cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.cancer-pain.org/>.

5.10. Resmi Gazete

Örnek:

TC Resmi Gazete (1978) Şeker Tayini. 29 Temmuz 1978. Sayı: 16361. Başbakanlık Basımevi. Ankara.

6. ŞEKİL, RESİM, FOTOĞRAF, TABLO VE GRAFİKLER

Yazıda geçen tüm şekil, resim, fotoğraf, tablo ve grafiklerin ana metin içinde geçtiği cümlelerin sonunda, parantez içinde ve italik olarak belirtilmelidir.

Örnek: (Şekil 1)

Tüm eklerin açıklamaları yazının en sonuna (alt yazılar bölümünde) eklenmelidir. Şekil, resim ve/veya fotoğraflar sisteme sadece .jpeg veya .gif dosyası olarak (çözünürlüğü en az 300 dpi boyutunda) yüklenmelidir. Kullanılan kısaltmalar şekil, resim, fotoğrafın hemen altında açıklanmalıdır.

7. ALT YAZILAR

Alt yazılar iki satır aralıklı olarak bir sayfaya yazılmalıdır. Mikroskobik resimlerde büyütme oranları ve tekniği verilmelidir.

8. TEŞEKKÜR

Çalışmada alınan tüm maddi destekler; çeviri, istatistik, çizim vb konularda alınan teknik destek; editöryal değerlendirme ve çıkar çatışması varsa bu bölümde belirtilmelidir.

BAŞVURU İÇİN KONTROL LİSTESİ

Başvuru sürecünde yazarlar başvurularının aşağıdaki listedeki tüm maddelere uyduğunu kontrol etmelidirler, bu rehberde uymayan başvurular yazarlara geri döndürülecektir.

1. Gönderilen yazı daha önceden yayınlanmamış, ya da başka bir dergiye değerlendirilmek üzere sunulmamış olmalıdır. (Yazara Öneriler bölümünde bir açıklama sunulmuştur)
2. Yazı dosyası PC uyumlu bilgisayarlarda Microsoft Word XP veya daha üstü bir versiyon program kullanılarak yazılmış olmalıdır.
3. Tüm şekil, resim ve tablolar metnin en sonuna yerleştirilmelidir. Baskı için, resimlerin kaliteli kopyalarını ek dosya olarak gönderilmiş olmalıdır. Gönderilen dosyanın boyutu çok fazla olur ise, sistem almayabilir. Böyle durumlarda yazıyı bölüp, diğer bölümleri ek dosya olarak tek, tek gönderebilirsiniz.
4. Stil ve kitaplık uygulamaları için gereksinimler, Dergi hakkında bölümündeki 'Yazarlara Notlar' sayfasında görülebilir.
5. Yazınızı hakem değerlendirmesi yapılan bir dergi bölümüne gönderiyor iseniz, yazarlardan bağımsız değerlendirme sağlanması için yapmanız gerekenleri için 'Yardım' sayfasındaki önerilere tam olarak uyunuz.

TELİF HAKKI KONUSUNDA

Makale Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi yayın ve yazım kurallarına uygun olarak hazırlanmıştır.

Makale orijinal olup herhangi bir yurt içi/yurt dışı dergide yayınlanmamış veya yayımlanmak üzere değerlendirme aşamasında değildir.

Makalenin bilimsel, etik ve hukuksal sorumluluğu yazarlara aittir.

Makalede adı geçen yazarların tümü çalışmaya katkıda bulunmuşlardır. Diğer yazarlara ulaşılamaması durumunda, yazarlar tüm aşamalardan haberdardır. Diğer yazarların sorumluluklarını makalenin yazışma yazarı kabul eder.

Makalenin yayıma kabul edilmesi durumunda ilk yayın hakkı Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi'ne aittir. Dergide yayınlanan makalelerin, yazarları tarafından farklı yayın ortamlarında değerlendirilmesi durumunda Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi'nin kaynak gösterilmesi bilim/yayın etiği açısından uygun bir davranış olacaktır.

