

Anadolu Kliniği

Üç ayda bir Konyada neşrolunur.

MECMUAYI DAİMİ YARDIM VE HİMAYE ALTINDA BULUNDURAN HEYETİ NAŞİRE :

İSTANBULDA N: Prof. Abdülkadir Lûtfi - Prof. İhsan Hilmi - Prof. Kâzım Nuri - Prof. Kemal Cenap - Prof. Kemal Hüseyin - Prof. Kenan Tevfik - Dr. Mehmet Kâmil - Prof. Neşat Ömer - Prof. Niyazi İsmet - Prof. Server Kâmil - Prof. Süreyya Ali - Prof. Tevfik Salim - Dr. Yakup Hüseyin. **Dr. Vefik Vassaf.** **ANKARADA N:** Dr. Emir Necip. - Dr. Mustafa Hilmi - Dr. Ömer Vasfi Dr. Salahi Vehbi. **Dr. Şükrü Yusuf.** **İZMİRDE N:** Dr. Hasan Yusuf - Dr. Hüseyin Hulki - Dr. Zühtü Kâmil.

UMUM NEŞRİYATI İDARE EDEN YAZI
İŞLERİ MÜDÜRÜ : Dr. Ahmet İhsan.

İMTİYAZ SAHİBİ :
Dr. Oper. Asil Mukbil.

Tesis Heyeti:

Dr. A. İhsan,

Dr. Asil Mukbil,

Dr. Şerif Korkut.

K L İ N İ K D E R S L E R İ

ŞEBEKİYE (DECOLLEMENT) LARINDA YENİ TEDAVİ USULLERİ.

Profesör Dr. Niyazi İsmet
İstambul

Şebekiye ayrılma (décollement) larında yeni tedavi usulleri hakkında Türkiye tıp encümeninin 25.4. 1934. celsesinde bir konferans vermiş ve bu konferansı da bu mecmuanın ikinci yılının birinci sayısında neşretmişim.

Bu yazımda aynı tafsilatı tekrar edecek değilim. Gülhane göz seririyatında bu yeni usullerle tedavi ettiğim hastaların kısaca müşahedelerini ve aldığımız neticeleri ve bunlardan edindiğimiz bazı ka-
naatları yazacağım.

Müşahede : 1

Ayşe hanım; Gebzeli, 22 yaşında bekâr.

23 nisan 1934 te birdenbire sağ gözünün önünde bir karanlık hissetmiş ve diğerini kapayınca bununla hiç bir şey göremediğini görmüş, bunun üzerine 10 mayıs 1934 te seririyatımıza müracaat etmiş.

Sağ göz muayenesinde hadeka mütevessice görülmüş. Cismi zücacide ince flokonlar, hüleyme bir tül altında imiş gibi gayet sisli görülebiliyor. Hüleymenin bir hüleyme kadar esfelinden başlayup şebekiyenin rubu vahşii süflisini tamamen ve rubu ünsisine de mütecaviz vasice bir dekolman görü-
lüyor. Dekole şebekiye üzerindeki eviye muhitinde bariz bir irtişah görülmekte idi. Rüyet, yarım metreden gayrı vazih olarak yani çok kerre hatalı olmak üzere aşağı cihette güçlkle parmak sayabiliyordu.

Sol göz her veçhile tabii ve emetroptır. Wass. kanda menfi; şiryan tazyiki Vaquez 12,5—9,5 ; idrarda muzir bir şey yok.

Hasta yatakta istirahata bırakılıp 21 mayıs 1934 te bu göze (Lindner - Guist) usulile müdahale yapıldı.

Evvela müdahale tarzında takip ettiğimiz usul geçen seña (Archives d' ophtalmologie) de Terrien ve rüfekası (Annales d' Oculistique) te L o b e l taraflarından yazılan mekalelerdeki esaslar üzerindedir.

Bu ameliyata lazım olan potas kreyonlarını seririyatımız kimya muallimi B u r h a n e t t i n ve başmuavini N a c i beyler ihzar etmişler ve bize bu vecihle çok kıymetli yardımlarda bulunmuşlardır.

Hastaya evvelâ yüzde üç kokain mahlulünden bir kaç defa damlatılıp sathî munzamma hissi iptal edildikten sonra yüzde iki novokain adrenaline den retrobülber iki santimetre mikâbı şırınga edilerek amikan mevzii iptali his yapıldı.

Süfli reticte munzamma tulani şakkedilüp üst şerihâ makasla ta lembe kadar ihzar ve teslih edildi. Badehu müstekimeî süfliye veterinden bir katkı geçirilerek bir muavin tarafından bu katkıle göz âli ve ünsiye çekildi. Bu veçhile süfli ve vahşî müstekime arasındaki sulbe küt'ası tamamen serbest bir halde meydana çıkarıldı.

Lempten 18 milimetre uzak bir hat üzerinde bir sıra iki milimetre trepanla üç sulbe rondeli kaldırılarak mucudinin dediği (*ligne de barrage*) yapıldı. Burada delik adedini az yapmaktan maksadımız trepanımızın büyük olması idi.

Bundan sonra bir adet te 14 milimetre mesafede tam dekolmanın merkezine tevafuk eden mahalde bir rondel daha yapıldı. Bادهu bu sukbe-lerden görülen meşimiye tabakasına potas kalemile ve müellifinin tarifi veçhile key ve bunlar heman

$\frac{1}{200}$ asit asetik mahlülü ve bol serum fizyolojik lavajla tadil edildi. Bادهu barajdaki rondelin ortasındaki ile tam dekolman sahasına yapılan rondenlerden bir ucu zeytuni bir numerolu Bowman sondasile ponksiyon yapıldı. Dekolman sahasındaki rondelin teskibini müteakip misli berrak bolca bir mayi boşandı. Heman evvelce yukarı geçilmek üzere munzamma üst şerihası kenarlarına zaten konulmuş ipliklerin diğer bir uçları alt şerihadan da geçirilerek cerha dikildi. Gözler bağlandı, hasta hasta gözü tarafına meyilli olmak üzere yatırıldı.

Üç gün sonra pansumanda basala munzammasının nisfi süllisinde yani ameliyat sahasına tevafuk eden mahalde büyükçe bir kemozis mevcudiyeti görüldü. Yarası temizdi.

Yatakda yapılan oftalmoskopide cismi zücacideki flokonların ziyadeleştiği ve fekat dekolle şebekiyenin tamamen intibak etmiş olduğu görüldü. Bu gözde rüyet vazih olarak ve müstekimen bir metreden parmak sayıyordu. Atropin, iki göze sargı ve aynı vaziyet.

Bundan sonraki pansumanlarda tedricen kemozisin azaldığı görüldü. Oftalmoskopi muayenesinde büyük bir fark görülemedi. Yalnız rüyet iki metreye kadar yükseldi.

29 mayısta kemozis tamamen zail olmuş. Sütürler alındı. Rüyet aynı.

3 haziran 1933 te sedye ile karanlık odaya indirilip hasta sandalyaya oturtularak muayene edildi. Cismi zücacideki bulanıklık azalmış fakat yine mevcut.

Dekolman sahasının tamamen intibak etmiş olduğu ve sahaya tevafuk eden şebekiye üzerinde heman bir hüleyme cesametinde beyaz sarımtırak bir irtişah mevcudiyeti görüldü. Rüyet aynı. Bu günden sonra hastanın yatakta yarım oturur vaziyette kalmasına müsaade edildi ve salim gözü açık bırakıldı.

7 haziranda hasta görmesinin azaldığından şikâyet etti. Muayenede cismi zücacide yeni büyük bir şey görülmedi. Dekolman sahasında keza yeni bir tagayür yok. Fakat hastada rüyet, hissi ziya derecesine inmişti. Sargı kaldırıldı. Hastanın yürümesine müsaade edildi. Dahilen iyodür.

Bu günden 26 haziran 1933 tarihine kadar yaptığımız 3 - 5 günlük fasıllı müteaddit muayenelerde meri yeni bir araz görmedik ve hastada

rüyet daima ancak hissi ziya.

26 haziranda yaptığımız muayenede cismi zücacideki yeni bir fazlalık olmamakla beraber şebekiyede vahşide bir az esfele müteveccih bir vaziyette bir pli teşekkül ettiğini ve bunun aşağı kısımlarında şebekiyenin mahdut bir sahada infisal ettiğini gördüm.

Hülâsa : Bu usulle gerek görmede ve gerekse şebekiyenin rekolmanında elde ettiğimiz büyük bir salah 15 gün devam etti. 15 gün sonra evvelâ rüyette izah edemediğimiz bir noksanlık ve nihayet bir ay sonra da dekolmanda nüks zuhurunu gördük.

Müşahede : 2

Hatice hanım, 45 yaşında 1- 8- 1932 de sol gözünde veridi şebekinin aşağı şubesinin filebiti ve makülâ da büyükçe bir nezfe düçar olmuş. Yapılan tedavi ile çok büyük bir salah elde edilmiş olan bu hastamız 18 şubat 1934 tarihinde bu gözünde büyük bir cismi zücaci calihaları ile müterafik esfelde vasî bir dekolman ile yeniden müracaat etti. Cismi zücacideki mebzul calihalar ve teşevüş, karı aynın ince teferruatını görmeğe mani oluyorlardı. Bu gözde rüyet aşağı ve dış taraftan 15 - 20 cm. den parmak sayabilecek bir derecede.

Nazarla muayenede göz ve müteallikatı bir gayri tabiiilik göstermiyor.

Sağ göz tamamen tabii.

Hasta seririyatta yatakta istirahatata bırakıldı. Göze atropin ve sargı ve tahtelmünzamma % 2 tuz ve diyonin mahlulünden şırıngalar ile 14 mart, 1934 tarihine kadar tedavi edildi.

Bimüddet zarfında cismi zücacideki bulanıklıkta bariz bir salah ile rüyet yine canibi olarak 3 metreden parmak sayabilecek bir dereceyi buldu. Dekolman manzarasında büyük bir değişiklik görülüyordu. Esasen pek eyi tenvir olunmıyan bu hastada yırtık görmedik.

Bu hasta, diyatermiye malik olduktan sonra gelen ilk vak'a idi.

Böyle arazi bir dekolmana evvelâ tatbika cesaret edemediğimiz W e v e nin (Diathermo - Coagulation) usulünü tatbika karar verdik. 9 nisan 1934 tarihinde % 3 kokain ile sathî iptafi his yapıldıktan sonra basala munzammasının alt kısmına ve bhusus dış ve aşağıya doğru % 2 novokain-adrenalin mahlulünden zerkedilip tam esfelde ve amudî meridiyenin iki tarafında olmak üzere lembe yarım santimetro mesafeden lembe muvazi iki santimetro tulinde munzamma şakkedilerek aşağı şeriha eyice teslih edildi.

Meydana çıkan alt düz baktıran (Müstekimeî süfliye) bir kroşe üzerine alınarak kuvvetli bir ipek iplik geçirildi ve iç tarafa doğru çektrildi.

Bu veçhile sulbenin dış ve aşağı kadranı eyice meydana çıkarıldıktan sonra diaterminin bir yuvarlak elektrodu ile 40 - 50 miliamper şiddetinde 3 ü

lempten 14 milimetre, ikisi 16 milimetre mesafede olmak üzere beş noktadan sulbe sathına elektro - koagülasyon yapıldı. Bundan sonra aşağı düz bakışın altından geçirilen iplik çekildi ve munzamma dudakları iki noktadan iki sıfır iplikle dikildi. İki göz birden sarılarak hasta yatağa yatırıldı.

Ameliyattan sonraki günler tabii geçti. 16-4-934'te iplikler alındı. Dört gün sonra sargı kaldırılıp (stenopeik) gözlük takıldı. Yatakta yapılan karı ayın muayenesinde cismi zücacide bulanıklığın daha azaldığı ve dekolman sahasının küçüldüğü görüldü.

2 Mayıs 1934 de yapılan muayenede ayrılan şebekiye sahasının tamamen yerine oturduğu yalnız burada şebekiye renginin bir az kirli beyazımtırak olduğu ve şebekiye üzerinde hatlar şeklinde bir takım çizgiler mevcut olduğu görüldü. Cismi zücacideki bulanıklık karı ayın vazih görülmesini menedemiyecek bir derecede azalmış, hüleyme eviyesi eyi görülüyor, ve makülâ nahiyesinde bir buçuk sene evvel geçirdiği neziften kalma $\frac{1}{3}$ bir hüleyme büyüklüğünde siyah bir leke görülüyor. Rüyet bir az canibi, onda bir.

9 Haziran 1934, muayenede dekolman sahasının tamamen normal bir vasıf aldığı ve yalnız muhite çok yakın mahalde bir birinden ayrı ve bir hat üzerinde üç beyaz yarım hüleyme cesametine üç nedbe mevcut olduğu ve hasta rüyetinin onda bir buçuk olduğu görüldü.

9 Nisanda ameliyat yapılan hasta 15 gün iki gözü sargılı ve yarı oturur vaziyette yatakta ve bilahare 15 gün de gözlerinde istenopeik gözlükle hafif hareketler yapmak şartile yine yatakta bırakıldı. 3 Haziranda da taburcu edilen hasta bir ay kadar da evinde oturduğu yerde gözlükle ve mümkün olduğu kadar az hareket etmek üzere bırakıldıktan sonra tabii işlerine avdet etti. Bu güne kadar hastamızda elde edilen eyilik devam etmektedir (18 - 10 - 934).

Müşahede : 3

Yorgi efendi 48 yaşında — 18 diyoptrilik gözlük taşıyor (Myop). Sanatı seyyar gaz yağcı, Arkadaşım Doktor Aleksiyaadis ef. tarafından dekolman teşhisile bana gönderildi.

Muayenemizde : Hastalığın üç ay evvel başladığını öğrendik. Sol gözünde maküla ile hüleyme arasını işgal eden mahalde vasi dumurî ve pek cüz'i kabarık bir saha ile hüleymenin vahşisinde daha küçük vüs'atte ve fekat daha kabarıkca küçük kirli siyah nokta görülüyorki biz bunları eski birer küçük deşirür mahalleri olarak kabul ettik. Bu gözde rüyet ziya hissi.

Diğer gözde vasi myopik koroidit plakları var. Rüyet gözlüksüz iki metre — 18 ile rüyet 4 metreden parmak.

Şu hale göre bu hastanın sol gözünde halfi myopik dekolman teşhisi koyduk.

Bu hastaya da 8 gün istenopeik gözlük, atropin ve yatakta istirahat ettirdik. Bunı müteakip 17-5 - 34 tarihinde ameliyat yaptık.

Vahşide müstekinei vahşiye ile süfliye arasında munzammayı teslih ile kürrei aynin halfine vasıl olduk. Diğer hiç biz usul ile bu gibi halfi dekolmanlara müdahale mümkün değil iken S a f a r ın hususî elektrodu ile, tayin ettiğimiz mevkie, iki noktadan nazif mikrokoagülasyon yaptık. Post operatuar ihtimam diğerinde olduğunun aynidir. Bu kerre yaptığımız muayene tam dekolman hafesi kenarında diyateminin temin ettiği key mihrakını orada büyüke bir nezif husule getirmiş olmasile anladık. Halen hastamız 0, 30 santimetreden parmak sayıyor.

26.5. 934. Muayenenede dekolman sahasındaki kabarıklığın tamamen intibak ettiği ve dekolman kenarında küçük nezif küçülerek heman $\frac{2}{3}$ hüleyme cesametinde kaldığı ve bu gözde rüyetin bir metreden parmak sayabilecek bir dereceye geldiği görüldü. Sargı kaldırıldı (Stenopeik) gözlük, yatakta cüzi mail bir vaziyette istirahata devam.

17. 6. 34. karı ayındaki nezif çok küçülmüş. Es-ki yırtık farzettığımız üç kirli siyah noktali halinde bir değişiklik yok. Ameliyattan evvel hastanın şikâyet ettiği sallantı tamamen geçmiş bu göz — 18 ile iki buçuk metreden parmak sayıyor.

Hastamız seyyar gazyağcı ve ailesi pek fena bir vaziyete düştüklerinden heman çıkıp hayatını kazanmak için yine omuzunda tenekelerle dolaşmak mecburiyetinde. Aynı gün taburcu.

7. 7. 34. tarihinde yeniden müracaatında hastada elde edilen bütün selâhin gaip olarak gözün tamamen eski halini aldığını gördük.

Müşahede : 4

Hasan efendi, tevellüdü 1285 yani 65 yaşında takriben duhulünden üç ay evvel sağ gözünde azmı veceni hizasında bir şeyin sallandığını farketmeğe başlamış. Badehu tedricen bu sallantı sahayı rüyetinin bütün aşağı sahasını ve bilahere yukarı sahasını da istilâ ederek bu gözün rüyetini tamamen zayı etmiş. Tedavi için evvelâ Trabzona badehu İstanbula seririyatımıza müracaat etmiş 10. 5. 34. tarihinde umumî dekolman teşhisile yatırdık.

Bir hafta kadar hastayı yatakta yarı yatmış bir vaziyette ve gözünün harekâtına mani olmak üzere (stenopeik) gözlük ve atropin koyarak istirahat ettirip mümkün mertebe dekolmanın kabarıklığını azaltmağa çalıştık. Bilahare yaptığımız muayenede 3, 4 meridiyenî üzerinde ora seratadan üç hüleyme yani dört buçuk milimetre uzaklıkta âli ve ünsiye açık arzı dört hüleyme yani altı milimetre vüs'atında ve en geniş mahalli bir hüleyme büyüklüğünde hilâl şeklinde bir yırtık mevcut olduğunu gördük. Şebekiye her tarafa, esfel ve vahşide daha fazla olmak üzere bir kabarıklık gösteriyordu. İlk girişinde bu gözde rüyet hatalı bir hissi ziya derecesinde iken sekiz günlük istirahati müteakip

bir buçuk metreden parmak sayabilecek bir şekil aldı. Ve hastanın rüyet sahasını da alabildik.

Hastanın sol gözü her vecihle tabii zait 2 ile rüyet 0, 7 dir.

17 - 6 - 34 tarihinde sağ gözde yırtık hizasında munzammayı tesli ile yırtık muhitine, yırtığın etrafındaki şebekiyeyi meşimiyeye yapıştırmak maksadile S a f a r ın hususi iğne şeklindeki elektrodile hilalin aşağı hafesi kenarına iki ve yukarı hafesi kenarına üç vahis mikrokoagülasyon yapıldı. Bادهu (boule) şeklindeki elektrodla ora serata dan 16 - 17 milimetro uzakta yırtık hilalinin uzak kavsinin çevrelemek üzere beş sathî koagülasyon daha yapılarak ameliyata nihayet verildi.

Dokuz gün hasta arka üstü ve iki gözü bağlı olarak yatırıldı. 9 uncu gün munzamma ipliği alınıp karı ayn yatakta muayene edildi. Kısmi ülvii ünside şebekiyeinin tamamen rekole olduğu ve yırtığın hafeleri etrafında diyatermi keyinin mihrakları görüldü. Şebekiyeinin aksamı sairesi aynı halde idi. Tabii irtişah etmiş cismi zücacinin tedricen imtisas edeceği tabii olduğundan ve ancak 4 - 5 ayda göz tabii vaziyeti alacağını söylediğine göre bu netice eyi sayılmak lâzımdır. Sargı kaldırıldı isteno-peik gözlük, yine yatakta istirahat.

30 haziran, 1934 muayenede şebekiyeinin yarı yukarı kısmı tamamen intibak etmiş. Aşağı kısımlar henüz kabarık, yırtığın aşağı hafesi kenarında bir, bu kenardan biraz daha uzakta da bir ki cemen iki koagülasyon mihrakı kirli beyaz renkte ve üzerlerinde nezif noktaları olduğu halde görülüyor. Hasta yatakta kalmaktan çok müstekidir ve günden güne sebepsiz zayıflıyor.

5 temmuz, 1934 de hasta isyanla yataktan fırlıyor ve behemehal memleketine döneceğini söylüyor ve hastahaneden çıkıyor.

Müşahede : 5

Elmas hanım 25 yaşında, aslı Kayserili fakat İstanbulda Kasımpaşada oturuyor, evli, çocuğu yok.

Hastahaneyeye giriş 8 Temmuz 1934 tarihinden 7 ay evvel bir gün otururken sağ gözünden ve görmez sahasının yukarı kısmında kendi söylediğine göre su kaynar gibi bir fıkırtı ve sallantı duymuş ve bundan sonrada görmesi azalmış ve bu azalma git gide artarak nihayet tamamen önündeki şeyleri ayırt edemez bir hale gelmiş (dört ay içinde). Kendisinin gittiği hekimler hep ameliyat tavsiye etmişler nihayet buna karar vererek hastalığın başlangıcından yedi ay sonra kiliniğimize yatmıştır.

Babası ölmüş fakat neden öldüğünü bilmiyor, anası sağ, dört kardeşi ölmüş yalnız bir tanesi küçük yaşta ölmüş diğer üç tanesi bu gün evli hayatta ve sağlam. Bunların gözlerinden bir şikâyetleri olduğunu hasta bilmiyor.

Hastamız 9 senedir evli 3 çocuğu olmuş birincisi beş aylık bilmediği bir hastalıktan, ikincisi 4

aylık kızamıktan, üçüncüsü de 3 günlük iken ölmüşler. Düşük yok. Haseki hastahanesinde yapılan Wass. ifadesine nazaran menfi.

Sağ göz : Göz kapakları, munzammalar, Karniye, Ön Kamara, Kuzehiyede hastalık denecek bir değişiklik yok, göz bebeği çok geniş ve ışık taamülü çok az, bebek sahası tabii iskiyaskopide—11 inkisar bulundu.

Oftalmoskopla muayenede hüleyme küçükce, kan damarları ince ve hüleyme çevresinde meşimiyeye dumuru var. Amudî meridiyen üzerinde hüleymeden takriben 4 - 5 hüleyme uzaklıktan başlayan ve iki tarafında ta muhite kadar uzanan bir dekolman sahası ve bu sahanın aşağı ve dış kısmında iki kıvrıntı (iltiva) var, şebekiyede yırtık, yapılan bir kaç muayenenin hiç birinde görülmedi, (Fundus) ün diğer kısımları her yüksek myopide görülen mutat değişiklikten başka hususî bir şey göstermiyor. Cismi zücacide flokon yok, görmek kuvveti 40 santimetreden parmak —11 le bir metreye yaklaşıyor.

Sol Göz : İskiyaskopi — 15 inkisar. Oftalmoskopla hüleyme çevresinde orta derecede dumur ve bütün fundus sahasında mutat myopik değişiklikler var. Kısaca mühim bir şey yok.

Sol görme — 14,0 ile = 0,3

8 temmuz 34 te kiliniğe alınan hasta isteno-peik gözlükle 16 - 7 - 34 tarihine kadar yatakta mutlak bir istirahata bırakılıp arada yırtık aranması yapıldı fakat bulunamadı. Bu istirahat hastanın görmesine yarım metrelik kadar bir eyilik hasil etti.

Bu hastada yırtık bulamadığımız ve dekolmanın tamamen aşağı kenarı kapladığına ve ilk hastalık başlangıcında hastanın hissettiği şahsi arazım (Subjectif) şekline bakarak yırtığın ya tamamen kenarda bulunduğuna ve yahut ki hastada ayrılık (Desinsertion) bulunduğuna hükmederek ona göre bir ameliyat şekli düşündük.

Ameliyat : Evvelâ hastanın gözüne % 3 kokain mahlülünden bir kaç defa konduktan sonra lempten bir santimetro aşağıda munzamma altına % 2 adrenalinli - novokain şırınga edildi. Lempten takriben 12 milimetre aşağıdan ve lembe muvazâ iki, iki buçuk santimetre uzunluğunda munzamma kesildi sulbe ve alt müstekime meydana çıkarıldı. Bu et bir dubl kroşe üzerine alınarak irtikâzından uzakça veterinden kesildi. Kesilen etin veterinden ans şeklinde üç No. Katküt geçirilerek kroşe kaldırıldı. Sulbe üzerinde kalan veterden aynı veçhile geçirilen kuvvetli bir ipek ile göz bir asistana yukarı çektilirdi ve üst kapağı geçirilen fildişi ekartörle beraber tespit edildi. Munzamma yarasının alt kenarından içeriye sokulan fildişi ekartörü de asistanın diğer eline verilerek aşağıya çektilirdi. Bu veçhile bütün sulbenin aşağı yarısı meydana çıktı. Sulbe eyice kuru hale konduktan sonra iç müste-

kimenin alt kenarından dış müstekimenin alt kenarına kadar lempten 12 milimetre mesafe ve lembe muvazi bir çizgi üzerinde olmak üzere bir birinden takriben 3 - 4 milimetre ara ile küçük yuvarlak bir elektrotla 7 noktadan ve sonra yine lempten 15 milimetre mesafede olmak üzere ve birinci çizgiye muvazi olmak, yalnız iki nihayetleri birinci çizgiye hemen bitişik olmak üzere diğer bir çizgi üzerine de birinci gibi aynı elektrotla diğer 7 noktadan daha sathî ve 30 - 40 miliamper şiddetinde koagulasyon mihrakları yapıldı.

Bundan sonra dekolmanın en kabarık sahası hizasına isabet eden aşağı dış şebekiye çeyreğine biri iki koagulasyon çizgisi arasına ve ortaya; diğer ikisi uzak çizgi altına ve birinci nokta ile zaviyeleri müsavi bir müselles teşkil edecek şekilde lempten takriben 17 - 18 milimetre uzakta olmak üzere 3 noktadan 50 - 60 miliamper şiddetinde bir cereyan altında ve bir buçuk milimetre derinliğinde 3 adet nâfiz mikrokoagulasyon yapıldı. Bu 3 noktadan seyyal bir mayı huruç ettiği görüldü. Ameliyat esnasında kontrol muayenesi yapmadık. Ameliyatı müteakip yaptığımız muayenede karniyedeki ödem sebebiyle göz içi eyi görülemedi fakat her halde ziya giriyordu ve büyük bir kanama ve saire olmadığına hükmettik.

Bundan sonra alt müstekimeyi yerine diktik. Munzamma yarasını iki dikişle kapadık ve iki gözü oirden sardık ve hastayı bir az başı yüksekçe olmak üzere yatağa yatırdık.

İki gün sonra pansumanı açıp halifce göz penceresinden karniyeye baktık. Mühim bir şey olmadığı için yine heman kapadık. Bu vechile iki günde bir pansumanı değiştirmek suretile 25. 7. 34 de yani ameliyattan 9 gün sonra munzammadan dikiş kaldırılıp yattığı yerde oftalmoskopi yapıldı ve dekolmanın tamamen yerine oturduğu ve iki noktada kirli beyaz key mihrakları görüldü, yine iki gözü sarıldı.

Ameliyattan 15 gün sonra yani 30. 7. 1934 deki muayenede eski dekolman sahasında koroidit mihrakları aynı manzarada. Sargı kaldırıldı ve isteno-peyik gözlük takıldı hasta yatakta arkalığa dayanmış bir vaziyette istirahatta, yorulunca yatıyor.

6. 8. 34 Sediye ile karanlık odaya indiriliyor. Yapılan muayenede, dekolman tamamen yapışmış ve nâfiz mikrokoagulasyon yapılan yerlerde yani göz aşağı ve dışa bakar vaziyetteki muayenede takriben bir hüleyme büyüklüğünde beyaz ve kenarları hafifce pigmante mihrakla bundan bir az daha dış ve aşağıda aynı evsafa bir birine yakın diğer mihrakla bunlardan başka sathi koagulasyon mahallerine tevafuk eden yerlerde de tek tük küçük kirli sarı mihraklar görülmekte idi.

13. 8. 34 Nâfiz mahallin nedbeleri daha küçülmüş ve vazihlaşmış, görme derecesi —14 ile üç buçuk

metreden parmak sayıyor Sathi koagulasyon hizalarındaki sarı mihraklardaki sarılık gayip olup yerlerinde hafif kirlilik kalmıştır.

Birinci teşrin 1934, dış ve aşağıda eski dekolman sahası üzerindeki nedbe mahalleri, merkezleri siyah pigmante. muhitlerinde hafif kirli beyaz bir areol arz etmekte. Hastada ilk günlerde mevcut gözünde daimî bir kıvılcım hissinden bu son haftalarda şikâyet yok. Biz bunu nedbe mahallerindeki iltihabî faaliyetin bittigine veya bitmek üzere olduğuna veriyoruz.

Görme derecesi —14 ile 5 metreden parmak sayıyor. Trou isteno-peyikle onda bir dir. Hasta sathi koagulasyon mihrakları hizalarında ilk günler görülen kirli sarı mihraklardan hemen hiç bir iz görülmemektedir.

1916 da G o n i n i n, şebekiye infisallerinde sebebi aslî telekki ettiği yırtığı seddetmek fikri ile termokoterle yaptığı (Thermoponction) ile başlayan yeni dekolman tedavisi her gün bir takım yeni tadil görerek artık bu gün klasik bir şekil aldı .

Eyiliği temin eden cidden yırtığın kapadılması mı? yoksa bu muhtelif key vasıtalarile husule getirilen (Choroidite adhesive) neticesi şebekiye ile meşimiye arasında hasıl olan nedbi iltisak mı? Bunun hakkında bu gün katî bir fikir dermeyan edecek vaziyette değiliz. Her iki fikrin taraftarlarının istinat ettikleri müdafaa noktaları biri diğerinden daha az kuvvetli değil. Bunun katî hallini âtiye bırakalım. Bu usullerden herhangi birininin tatbiki ile alınan neticelerin her gün çoğalması artık bu usullerin en muarızlarını bile susturdu. Şimdi dekolman tedavisinde bu usulleri herkes her yerde sureti tesirini fazla düşünmeden fakat daima yırtık nazariyesini düşünerek tatbik etmektedir.

Termokoterin gözde husule getirdiği bazı mühim ihtilatlar L i n d n e r i n kimyevi usulününin tatbikiindeki güçlük, aynı esasa sadık kalmak şartile W e v e tarafından tavsiye edilen, gerek tatbikiinin kolaylığı ve gerekse vahim ihtilatları tevliht etmemesi itibarile, diatermo -koagulasyon usulüne daha fazla taraftar kazandırdı. Şimdi en umumleşmiş olan bu usuldür. Bahusus bunun tatbikini en emin bir şekle koyan S a f a r ın hususi elektrotları çıktıktan sonra bu usul büsbütün ideal bir şekil aldı. Bu usullerle elde edilecek muvaffakiyet derecesinin yüksekliği için bir takım şartlar lazımdır ki vakanın bu şartlara uygunluk derecesine göre muvaffakiyet de yüzde yirmiden doksana çıkmaktadır.

Vak'anın bir aylıktan fazla eski olmaması, yırtığın küçük ve bir adet olması, görülebilmesi hastanın ameliyattan sonra hiç olmazsa iki ay yatak odasında kalabilececek bir halde olması, lâakaf altı

ay ağır işlerden uzak kalabilmesi, yatakta ve istirahata kalmaya ahvali sıhhiye ve kesesinin müsait olması bu şartların en ileri gelenlerindedir.

Bir senedenberi bu usullerle tedaviye çalıştığımız ve müşahedelerini yokarda yazdığımız beş vakadan birinci vaka oldukça yeni olduğu halde ameliyatla elde edilen salah on beş gün sonra hastalığın nüksü ile ziyaa uğradı.

O zaman okuduğumuz risalelerde ameliyattan sonra uzun zaman istirahat ve gözlerin hareketsiz bırakılması lüzumu nazarı dikkatimizi celbetmemişti. Biz alelâde 15 gün istirahatın kâfi geleceğini sandık ve hastayı on beş gün sonra serbest bıraktık. Nüks bunu takip etti.

İkinci ve beşinci vakalarda hastalığın oldukça eskimiş bir devrinde müdahale yapılmasına rağmen elde edilen tam şifayı her iki hanımın gayet sakin uysal ve istediğimiz kadar yani iki ay yatak ve köşede kalmak işini ve gözlerine takılan istenopeyik gözlüğü taşımayı yapabilmelerine medyanuz.

Üçüncü müşahededeki nüks zavallı adamın bir ay sonra hastaneden çıkmak ve omuzunda gaz tene-kelerile dolaşmak mecburiyetinden doğmuştur.

Dördüncü vaka. Henüz yatak istirahati devrinde iken buhranı asabiye duçar olmuş ve isyan etmiştir. Görülüyorki eski ve yırtığı görülmeyen gayri müsait vakalarda elde edilen tam muvaffakiyet muahar istirahati iki ay devam ettirenlerde görüldü. Yırtığı gördüğümüz ve bilahere kontrol ile de yapılan müdahalenin usule uygun olduğunu bulduğumuz üçüncü ve dördüncü vakalarda biçarelerin ameliyat ardı icapları yapamadıklarından elde edilen muvaffakiyet daimi kalamayarak nüks vaki oldu.

Yırtığı görülemeyen ve şebekiye infisali pek kabarık olmayan vakalarda yırtığın bulunması memul olan sahada sulbe üzerine diatermik koagülasyonlar yaparak bir koroidit hasıl etmekle, bu veçhile yırtığı havi şebekiye kısmını meşimiyyeye yapıştırmak ve yırtık çevresinde bir (Barrage) elde ederek daimi bir şifa istihsalı, bizim ikinci vakada olduğu veçhile, mümkün olduğu gibi infisali fazla kabarık olan vakalarda sathî sulbe üzerine yapılan koagülasyon mihraklarına, infisalin en kabarık mahalline rast gelen bir kaç noktadan nafiz meşimi mikrokoagülasyonlar teşriki ile de beşinci vakada olduğu gibi, yine şifa elde etmek mümkün olmaktadır. Bu muhtelit usul de keza W e v e tarafından tavsiye edilmektedir (Annales d'oculistiques, Janvier 1934).

J e a n d e l i z ve arkadaşları tarafından Archives d'ophtalmologie nin Ağustos 1934 tarihli nüshasında yazdıklarına göre bunlar yırtık çevresinde ki (Barragé) ı sathî sulbi koagülasyonlar yerine S a f a r elektrotlarıyla sulbi meşimi (meşimiyye) sakbetmeksizin) yapıyorlar.

Vakalarımızda gördüğümüze nazaran sulbî koagülasyonlar 30 — 40 miliamper şiddetinde ve iki saniye devam edecek bir şekilde yapılırsa meşimiyyede husule gelen mihraklardaki irtişahat nedbe istihaleye tahavvül etmeden imtisas ile nihayetlenecek şekilde hafif oluyolar. Bilâhère bunların yerinde daimi meşimiye tegayürleri kalmıyor. Bu hal iltisakın kuvvetli olmadığına bir delil telekki olunabilir. Beşinci vakamızda ameliyatı müteakip görülen sathî sulbî koagülasyon mahallerine tevafuk eden meşimiye üzerinde gördüğümüz kirli sarı irtişahlar dört beş hafta zarfında zail olmuş ancak yaptığımız üç nafiz mikrokoagülasyon mahallerinde nedbe istihaleler teşekkül ile daimi birer nedbe hasıl olabilmıştır.

Eğer sulbe sathına yapılan koagülasyonlar için 60 — 70 miliamper şiddet ve 4, 5 saniye müddet kullanılırsa meşimiyyede vasice ve oldukça derin tegayyürat hasıl olarak bilahere geniş nedbe elde ediliyor ikinci vakada olduğu gibi. Eğer yokarda isimleri geçen müelliflerin tavsiyeleri veçhile igne elektrotları ile 30— 40 miliamper şiddetinde ve iki saniye devam eden (Sclero — Suprachoroidien) koagülasyonlar yapılırsa meşimiyyede husule gelecek iltihap mihraklarının ne hiç bir iz bırakmayacak derecede hafif ve nede geniş ve büyük bir nedbe ye inkilâp edecek derecede şiddetli olmayarak istenilen şekil ve hacimde mutavassit büyüklükte nedbeler hasıl edeceğini zannediyorum. Diatermi ile yapılan ameliyatlarda muvaffakiyet ihtimalini çoğaltan sebeplerin hastaya ve hastalığa ait olanlarını yokarda kaydetmişim. Aynı iş için hekime ve kullandığı alete ait olanlar da vardırki bunlarda ötekiler kadar mühimdir.

Biz Alman (Sanitas) fabrikasının (Ophtalmotherme) isimindeki aletini kullanmaktayız. Bu aletim en başlıca hususiyeti miliampermetrenin gösterdiği şiddetin kullanılan elektrodun ucundaki şiddeti mümkün mertebe göstermesidir. Bundaki hususî tertibat büyük cerrahî işler için kullanılan alelâde diatermilerden başkadır. Bundan sonra (Simens) fabrikası da buna benzer bir alet yaptı. Her ameliyattan bir gün evvel behemehal aletimizi muayene ve kontrol ederek iyi işlediğine emin olmayı usul koyduk. Bu usul ile tedaviye başlamadan evvel gerek lokalizasyon işine ve gerekse diatermiyi kullanmak tarzını müteaddit defalar tavşan gözleri üzerinde ve bazı enükleasyon yapacağımız hastaların gözleri üzerinde ameliyatlar yaparak kendimize güvenir oluncaya kadar asistanlarımızla birlikte ekzersisler yaptık. Ve bu meseleler üzerine yazılmış eserler ve makalelerden elimize geçirdiklerimizi iyice ve müteaddit defalar okuyarak meselenin asıl ve künhüne erişmeye savaştım. Bu hazırlıklardan sonra yaptığımız ameliyatların heman hepsinde muvaffak olduk. Binaenaleyh bu usul ile müdahale yapacakların bizim yaptığımız kadar bir hazırlık

yapmalarını tavsiye ederiz. Yırtıklı vakalarda yırtığın lokalizasyonu için hiç bir hususî ve karışık alet kullanmıyoruz. Küçük ve milimetre taksimatlı, istenilen şekil verilebilir çelik 4 santimetre tulünde bir ölçü ile çini mürekkebi, adı madeni bir perger kâfi gelmektedir.

Şimdiye kadar yaptığımız hesaplarda büyük bir hataya düşmedik.

W e v e nin tavsiyesi gibi ameliyatanemizin duvarlarını siyaha boyamadık. Pençereye siyah bir perde asarak alelâde oftalmoskopi yapabilecek derecede bir karanlık ile iktifa ettik. Gömlek ve çamaşırlarımız yine aynı müelliflerin tavsiyesi gibi siyah renkli değil alelâde beyazdır.

S a f a r ın elektrotlarını kullanıyoruz. Cereyanı petal ile temin bizim için kolay olmadı ve alışamadık. Cereyanı üzerindeki düymesile idare edebilen, kaynamaya mütehammil fildişinden bir sap (Manche) kullanmayı tercih ettik.

Biz memleketimizde çok dekolmana rast gelmiyoruz. Rast gelebildiklerimiz ya eskidir ve yahut yeni iseler heman ameliyatı kabul edecek derecede

cesur ve itimatlı değildirlir. Ekseriyetle hastalar hekim hekim dolaştıktan ve bütün tanıdıkları müzakereler yaptıktan sonra ameliyata karar veriyorlar. Bittabi bu işler için de bir kaç ay geçmiş oluyor. Eski vakalarda da şifa mümkün olduğuna göre biz rast geldiklerimize müdahaleye taraftarız. Netekim böyle hareket etmekle zarar da görmedik.

Netice : Memleketimizde bir takım cahil ağz-larda, ötede beride adeta peyganber mucizesi şeklinde tarif edilen bu ameliyatın her göz hekiminin yaptığı ve yapmakta olduğu bir çok nazik ameliyatlardan fazla hiç bir hususiyeti ve değeri yoktur. Yeterki her ameliyat için hususî alet ve şartlar nasıl lâzımsa bunun için de İüzümü olan alet ve şartlar mevcut olsun.

Bu beş vakadan ikinci, üçüncü, dördüncü Gülhane müsameresinde ikinci, üçüncü ve beşinci vakalar Türk oftalmoloji cemiyetinde gösterilmişlerdir. Bu yeni usuller hakkında etraflı malûmat isteyenlere İstanbul seririyatının Nisan 1934 tarihli nüshasında Doktor Nuri Fehmi bey tarafından yazılan makaleyi okumalarını tavsiye ederim.

B u g ü n ü n c a n l ı m e v z u l a r ı ü z e r i n d e
M ü c m e l i Y a z ı l a r

Zeynep Kâmil hastanesi mesaisinden :

N A D İ R B İ R C H L O R O S E V A K A S I .

Doktor Yakup Hüseyin.

Eskiden sık tesadüf edilen Chlorose vak'aları, son senelerde hastahane servislerinde görülmiyecek kadar azaldı. Hastanemize müracaat eden ve mahiyeti itibarile dikkate şayan olan ve ender tesadüf edilen bir vak'anın arzını münasip gördüm.

F. H. hanım. (Protokol No. 682) 19 yaşında, dermansızlık, iştihatsızlık ve nefes darlığından şikâyet ederek 30 - 4 - 1934 tarihinde servisimize girmiştir. Ailevî hali : babası harpte şehit olmuş annesi ufak yaşta iken tifo hastalığından, bir kız kardeşi küçük yaşta iken bilmediği bir hastalıktan ölmüşler. Hayatta kardeşi yok, şimdiye kadar hiç bir hastalık geçirmediğini söylüyor. Hastamız bakire olup hastahaneye gelinceye kadar hiç adet görmemiştir. Bir seneden beri dermansızlık ve yorulduğu zamanlarda husule gelip gittikçe fazlalaşan nefes darlığı hastayı rahatsız ediyormuş. İştihası biraz eksilmiş, buna mukabil uykusu fazla imiş, rengi de gittikçe solmaya başlamış.

Muayenesinde : rengi ilk bakışta göze çarpacak kadar fazla soluk, dil temiz, iştihâ oldukça iyi, defi tabii muntazam, göz kapaklarında ve ayaklarında hafif ödem, nabız küçük ve muntazam olup sayısı 104 dir, nefes darlığı yok, uyku çok ve muntazam. Kalbin kar ile hududu tabii, isga ile ikkil mihrakında daha şiddetli olmak üzere mihraklarda sistolik nefha işildilmekte. Kebet ve tahhalin hudutları biraz büyük. Diğer eçhize muayenelerinde mühim bir tagayyür görülmedi. İdrar muayenesinde marazi bir tagayyürü gösteren anasır yok. Derecei harareti ilk zamanlarda 37 — 37,5 arasında ve bazan 38.

Kan sayılması. 1. 5. 1934.

Küreyvatı hamra :	1.960.000
Küreyvatı beyza :	4.200
Hemoglobin :	10 %
Kıymeti küreyvat :	0.25

Haemogram .

Basophile :	0 %
Eosinophile :	1.5 %
Neutrophile	{ Mye. : 0 %
	{ Jug. : 0 %
	{ St. : 4 %
	{ Seg. : 70 %
Lymphocyte :	18 %
B. Mononükleer :	6,5 %

Anisozytose, Poikilozytose, Mikrozytose.

Hastanın damarından alınan kanın serumu dikkate çarpacak kadar açık renkte.

Hastanın verdiği anamnez seriri, muayene neticeleri ile kan muayenesinin hususiyeti vakanın ileride derecede bir chlorose olduğuna şüphe bırakmıyordu. Derhal *Fer* tedavisine başlandı. 5. 4. 1934 tarihinden 4. 8. 1934 tarihine kadar (Protoxalate de fer 0, 07 Arrhenale 0, 04) güllaçlarından günde üç tane verildi. Bu müddet zarfında kan muayenesi neticeleri :

Tarih	Küreyvatı hamra	Küreyvatı beyza	Hemoglobin	Kıymeti küreyvat
1-5-34	1.960.000	4.200	10 %	0.25
9-5-34	1.600.000	4.100	12 %	0.37
20-5-34	2.140.000	4.000	15 %	0.35
30-5-34	2.480.000	4.100	20 %	0.41
9-6-34	2.530.000	4.200	23 %	0.46
18-6-34	3.360.000	4.300	27 %	0.40
26-6-34	4.600.000	4.300	50 %	0.54
10-7-34	3.000.000	4.500	40 %	0.66
19-7-34	4.130.000	4.500	40 %	0.48

Hastanın ahvali umumiyesinde mühim bir salak görülmedi, şikâyetleri azaldı. Mamafih gerek kan muayenesinin neticesi ve gerek hastadaki objectif ve subjectif arazların, azalmış ta olsa devamı, hastalığın henüz şifa bulmadığına bir delil telakki edilebilirdi.

25 - 8 - 934 tarihinden 29 - 9 - 934 tarihine kadar (0, 20 lik güllaçlardan günde on tane olmak üzere) yevmiye ikışer gram *Fer Reduit* verilmeye başlandı. Bu müddet zarfında yapılan kan muayeneleri neticeleri :

Tarih	Küreyvatı hamra	Küreyvatı beyza	Hemoglobin	Kıymeti küreyvat
22-8-34	4.700.000	5.000	40 %	0.60
1-9-34	4.800.000	5.100	45 %	0.46
10-9-34	4.800.000	5.200	60 %	0.63
17-9-34	5.000.000	5.500	70 %	0.70
26-9-34	5.200.000	5.700	75 %	0.72
4-10-34	5.000.000	5.700	80 %	0.80

Günde verilen *Fer* miktarı iki grama çıkarıldıktan sonra kan muayenesi neticesinde görülen süratli fark, hastanın şikâyetlerinin azalmasında da kendini gösterdi, kısa bir zamanda hastanın soluk olan rengi yerine kırmızı yanaklar kaim oldu ve mühim olarakta şimdiye kadar adet görmeyen hastamız *fer* tedavisine başladıktan sonra âdet görmeye başladı. Dereceyi hararet daimi surette 37 nin altında seyretti.

Hastamızın hiç bir şikâyeti kalmadığından, daha bir müddet serviste kalması teklifimize rağmen 5.10. 1934 tarihinde evine gitti.

Bu vaka münasebetile gerek hastane servis ve polikliniklerinde gerek haricî hekimlik hayatımızda nadir tesadüf edilen *Chlorose* hakkında bir kaç satır yazmayı münasip görüyorum.

Chlorose :

Muayyen etyolojiye bağlı ve karakteristik semptomlar gösteren bir kan hastalığıdır. Kadınlara mahsus olan bu hastalığın erkeklerde mevcudiyeti şimdiye kadar isbat edilmemiştir. Literatürde görülen *Türk ve Holler*'in vakalarını *Naegeli* hakiki bir *chlorose* olarak kabul etmiyor.

Hastalık 14 - 20 yaş arasında yani Püberte zamanında dahilî ifraz bozukluğu (overlerin *Dysfunktionu*) neticesi zuhura geliyor büyük bir ihtimal ile overlerin interstitielle güddelerinde hypofunktion husule geliyor ve uzvun neşvünümasının geri kalmasına sebebiyet veriyor.

Dahilî ifraz bozukluğunun hakiki sebebi henüz bilinmiyor. Bazılarının iddia ettikleri her hangi bir toksinin müessir olması keyfiyeti henüz isbat edilmemiştir. *Chlorose*'un, husulinde haricî amillerin tesiri pek azdır. Sıhate uygun olmayan şerait altında ve fazla dimağî faaliyette bulunanlarda görüldüğü gibi hayat şartları çok uygun olan müreffeh ailelerde dahi görülür. *Chlorose* mutlaka astenik ve zayıf kızlarda husule gelmez, kavi yapılı ve iyi bakılmış kızlarda dahi görülür. Hatta şişman telekki edilebilen kızlarda dahi görülmesi nadir değildir ki bunun overlerin *dysfunktionu* ile alakadar olması çok muhtemeldir.

Chlorose eskiden oldukça sık görülen bir hastalık olduğu halde 30 seneden beri az görülen hastalıklar arasına girmiştir. Bu keyfiyet umumiyetle nazarı dikkati celp ederek sebepleri araştırılmakta ve bir çok fikirler söylenmektedir. Bunlardan *Naegeli* nin izah tarzı hakikaten uygun olsa gerek.

1 — Hastalık endojene sebeplerden ileri gelişimine göre *chlorosun* azalmasını izah etmek pek zordur.

2 — Buna mukabil hastalığın husulünde exoge-

ne sebeplerin tesirini kabul edecek olursak azalmanın sebepleri arasında son asırda kadınların içtimai hayattaki tebedüllerini (elbise denişmesi, karaciğer ve dalak üzerine mihanikî olarak tesir eden sert korsaların kalkması mesken şeraitinin ıslahı açık havaya rağbet, fazla spor v. s.) düşünmeliyiz.

Mamafih *chlorose*'un azalma keyfiyetinde eskiden konan teşhislerin büyük bir kısmının hatalı olduğu ve bir çok tali anemi vakalarına ree tüberkülozunun bazıları ile *Thyreotoxicose* ların bazılarına *chlorose* teşhisi konulduğunu da düşünmek icap eder. Son senelerde seririyat ve laboratuvarın terakkisile teşhis hataları hemen hemen ortadan kaldırılmıştır.

Araz: — Hastalar yorgunluktan şikâyet ederler bunun için yorucu bedeni faaliyetlere heves ve kudretleri yoktur. Renklerinin solukluğu karakteristikdir. Hemolitik anemide olduğu gibi sarı soluk, tali anemilerde olduğu gibi kirli soluk değildir, temiz bir soluk renge maliktir. Mamafih renk tahavvülü ve diğer araz bazen o kadar az olurki hastalar ancak biraz soluk olmalarından şikâyet ederek hekime müracaat ederler. Bazan da al yanaklı ve yüzleri sıhhatli fakat *chlorose* evsafi seririyesini ve bilhassa tipik kan evsafını taşıyan *chlorose* lar da mevcuttur (*Chlorosis rubra*). *Chlorose* li hastaların fazla uyumaları mühim bir arazdır. Yataktan geç kalktıkları halde uykusuzlukları tamamen gitmiş değildir, iştahaları azalmıştır, bazan yalnız ekşi maddelere karşı iştahaları vardır. Bir çok defalar hekimlere mide karhası teşhisini koyduracak kadar daimî mide ağrılarından şikâyet ederler ekseriyetle munkabızdırlar, baş ağrısı, etrafı süfliyede ve göz kapaklarında ödem, baş dönmesi, cüzi bir çalışmayı müteakip kalp çarpıntısı, nefes darlığı husule gelir. Vazomotör tagayyüratı görülür, angiospasme neticesi hastalar parmaklarının daima soğuk olmasından muztarıptirler. Hafif vakalarda derece hararet nadiren, ağır vakalarda ekseriyetle yükselmiştir. Nabız seri ve çabuk kabili taharrüstür. Âdet teşevvüşleri istisnasız olarak her vakada vardır. Âdetlerini geç ve pek az görürler. Bazan hiç görmezler. Overlerin bu *dysfunktionu* hastalığın husule gelmesine sebebiyet veriyor. *Chlorose* lular kalp ağrılarlarından hızlı gidildiği vakit husule gelen kalp çarpıntılarında şikâyet ederler, kalpteki bu fazla çalışmanın sebebi kandaki hemoglobinin azlığına karşı uzviyetin bir muavazasıdır.

Kalbin hududu ekseriyetle tabiidir nadiren sol kalpte cüzi bir tevessü görülür, bunu aneminin kalp adalesindeki hüsule getirdiği istihalevî bir tagayyüre atf ediyorlar. İsga ile bazen muayyen mihraklarda, bazan bütün kalp üzerinde sistolik nefha işidilmektedir. Nadir olarak ta reevî mihrakında ikinci sada müştet olarak işidilmektedir. Unk

eviyesinde isga ile (*Nonnehsausen, Bruit de dia-ble*) işidilmekte.

Tenasül cihazı : bazan tıfı tipte neşvünüma bulmuştur, rahmin neşvünüması tabii isede overler nisbeten küçüktür. Diğer azalarda ekseriyetle bir tagayyür bulunmaz.

Kan tagayyürleri : kanın maddei mülevvenesini teşkil eden hemoglobinin azlığı parmak ucundan gelen kanın soluk rengi ile nazarı dikkati celp eder. Kandaki hemoglobin miktarı 20-30 % a kadar eksilmiştir. Literatürde *W e i n b e r g e r* in bir vakasında Hb. 12 % *A. r n e t h'* in bir vakasında Hb. 10 % görülmüştür. Boyalı mustahzar da hemoglobin teşekkülünün bozukluğunu gösteren bir hypochrome anemie mevcuttur. Küreyvatı hamra hemoglobine nazaran daha az eksilmiştir. Bazan anisozytose, ağır vakalarda ekseriya mikrozytose ve Poikilozytose görülür, nüveli küreyvatı hamra mevcudiyeti pek nadirdir.

Küreyvatı hamradaki bu tegayyürlere mukabil küreyvatı veya eşkâlinde hemen hiç bir tagayyür görülmez. *N a e g e l i* ye göre lenfa uzuvlarının vazifevi tenakusunun bir işareti olan lenfosit azlığı vardır, bazan da lökopeni görülür. Chlorose da küreyvatı hamra ile hemoglobin mütenazır olarak eksilmezler, hatta bazan hemoglobin çok azaldığı halde küreyvatı hamra hemen hali tabiiideki miktarını muhafaza eder. Binaenaleyh kıymeti küreyvat, chlorose'un mühim bir arazi olarak daima eksiktir. Kan safihaları ekseriyetle biraz çoğalmıştır. Kan serumu açık renktedir.

Teşhis : — Muayyen kan tablosu ve anamnezdeki hususiyet ve seriri muayene neticeleri nazarı dikkate alınacak olursa teşhis konmakta zorluk çekilmez. Muayyen bir kan şeklinin mevcudiyeti, kadınlarda görülmesi, buluş zamanında ve muayyen yaşlarda (14 — 20) husule gelmesi adet teşevvüşleri, harici sebepler (*Exogene*) olmaksızın dahili sebepler (*Endogene*) in mevcudiyeti, diğer anemilerin aksine olarak hastanın halinde fazla düşkünlük ve zafiyet görülmemesi, fazla uyku ihtiyacı, v. s. gibi mühim ve karakteristik arazlar ile diğer kan hastalıklarından ayrılır.

Chlorose çabuk şifa bulan bir hastalıktır. bazı vakalar 6 - 8 hafta devam ettiği gibi bazı vakalar pek muannit olur ve bir çok tedavi şekillerine rağmen nüküsler yaparak 1 - 2 sene kadar

devam edebilirler. Enzarı umumiyetle pek müsaittir. Evlenmek ve hamil hastalık üzerine ekseriyetle iyi bir tesir yapar. İhtilası hemen yok gibidir.

Tedavi : — Fer mürekkebatı chlorose un biricik ilacıdır. Evvelce günde 0. 20 - 0. 30 verildiği halde son zamanlarda bu mikdar günde 2 - 3 grama kadar çıkarılmıştır. Biz vakamızda evvela az mikdar ve sonradan günde iki gram Fer vermek suretile bir mukayese yapmış olduk. Kan muayenesi neticeleri fazla Fer vermenin lüzumlu ve doğru olduğunu göstermiş oldu. *N a e g e l i* Fer tedavisine 2 - 3 ay devam edilmesini tavsiye etmektedir. Chlorose da Fer tedavisi ile kan levhası çabuk düzeldiği gibi seriri arazlar da tedricen salah kesbeder. Küreyvatı hamranın fazla eksildiği vakalarda hadide bir miktar arsenik ilavesi faidelidir. Uzun zaman fazla mikdar Fer almak hastalar için bir zorluğu mucip olmuyor. Hastalığın ve ilâcın tevlit ettiği kabızlığa karşı arasıra müleyyin vermek lüzumlu olduğu gibi bazan husule gelen mide ağrı - larında bir kaç gün ilaca fasıla vermek ağrıların geçmesini mucip oluyor. Chlorose'un hafif ve orta şekilleri ayakta tedavi edilebilirsede ağır şekilleri için yatak istirahatı şarttır.

Yemek olarak hazmı kolay ve albümini bol yemekler tercih edilmelidir. Bazı iddiaların aksine olarak fazla süt vermek suretile yapılmak istenen tedaviyi *S t r ü m p e l l* faydasız bulmaktadır. Çünkü süt fazla hadit ihtiva etmez. Buna mukabil hemoglobin teşekkülüne yardım eden yumurta sarısı ve terkibinde hadit bulunan ıspanak tavsiyeye şayandır.

Literatür :

- G l a s s e n*, Münch. med. vvschr. No.22 1926
H o e s s l i n, Münch. med. vvschr. No. 21 1926
J a g i ç, Klinik und Therapie der Blutkrankheiten 1934
K r e h l, Lehrbuch der inneren Medizin 1920
M o r a v v i t z, Neue Deutsche klinik 1928
N a e g e l i, Blutkrankheiten und Blutdiagnose 1923
 « Krankheiten des Blutes und der Drüsen mit innerer Sekretion 1923
S t r ü m p e l l, Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie 1922

Dr. Operatör Halit Ziya Salih

İstanbul - Şişli Çocuk hastanesi radioloğu, sabık Diyarbakır nümune hastanesi operatör ve röntgen mutahassısı.

R Ö N T G E N D E K E M İ K T Ü B E R K Ü L Ö Z Ü .

Dr. operatör radiolog Halit Ziya Salih.

Hat osteomyelite mukabil, tuberküloz âmili, tipik ve müzmin kemik iltihabatını mucip olur. Kemik tederrününün iptidai afeti daha ziyade kemik nihayetini sevdiğinden bu nahiyelerdeki tekarrürleri ekseriya mafsallara açılarak tali artritler husulunu mucip olmalarını izah ediyor. Bu suretle yekdiğerini takiben husule gelen bu iki şekli, muayyen bir hudutla tefrik etmek doğru değil gibi gözüküyor.

Kemik tuberkülozunun müzmin vasfı hususi nesci hubeybînin yavaş yavaş neşvünüma bulmasından dolayıdır. Bu suretle ilk küçük tuberkül-lerin teşekkül etmesi için 3 - 4 hafta geçmesi lazımdır. Bunlar bidayette mikroskopik vasıfdadır. Mikroskopik bir şekle girmeleri ve, binnetice seriri olarak teşhisleri için üç ay kadar bir zaman geçmesi icap ediyor.

Bundan başka nihayeti azmiyedeki afetin ilerliyerek metafize geçmesi için laakal on haftaya ihtiyaç vardır. İşte ancak bu zamanlardan sonra tederrün mihrakı röntgenle kabili rüyet bir hal alır. Dereni afet bir travmayı müteakip tebellür ederse, bu tarditten 3 - 6 hafta geçmesi lazımdır. Hulasa edersek hastalığın bidayetinden üç ay murr ettikten sonra kemik tuberkülozunu Röntgende görebiliyoruz. Tuberkülozun hususiyeti; tecebbün ve rarefaksiyondan ibarettir.

Burada stafilokok intanındaki gibi semmiyet ve enfeksiyon dolayısıyla görülen simhaki ve azmi temüller pek o kadar görülmez (hiperostoz, hiperossifikasyon) ve tecebbün ederek nekroze olan kemik aylar ve hatta senelerce hiç bir aksülâmel göstermeden kalabilir.

İptidai afet, neşvünümasını ikmal etmiş kemiklerde tekarrür etmez. Daha ziyade neşvünüma esnasında bulunan kemik kısımlarında osteomyelitin aksi olarak tekarrür eder. Osteomyelitte neşvünüma esnasında bulunan aksamı azmiye tali olarak afettede olurlar. Halbuki tuberküloz basilleri batı bir neşvünüma seyrine malik olduklarından tayazzu ettikleri mintakanın göstereceği fizyolojik aksülâmelerin şiddeti nisbetinde güç tekarrür ederek tuberküllerini hasil edebiliyorlar. Meselâ: ufak bir travma neticesi kemik ve mafsalda tuberküloz husule geldiği halde şiddetli bir tardit neticesi kırılan kemiklerde husule gelen enerji indimal faaliyeti bu basillerin tekarrür edememelerini mucip olur. İşte bu sebepten dereni iltihabat bilhassa tahtessimhak ve tahtelgudruf bulu-

nan ve batı neşvünüma faaliyeti ibraz eden iskelet kısımlarında tekarrür eder. İzamı tavilenin nihayetleri, el ve ayağın küçük kemikleri, baş kemikleri, âne ve azmı kas gibi.

Uzun kemiklerde cismi azım nihayetlerindeki âfetin intışarı suretile tali olarak iltihaba makar olur. Osteomyelite de ise mesele berakistir.

Uzun kemiklerde cismi azım tederrünü nadirdir. Yalnız el ve ayağın küçük tulânî kemikleri beşinci seneye kadar isfenci vasıfta olduklarından aynı evsafı gösteren nihayeti azmiye gibi aynı kaideye tabi bulunurlar.

İptidai afet bir iltihabı mih olup, teşekkül eden dereni nesci hubeybî, Röntgenle görülmez. Röntgenle görülen bu dereni nesci hubeybînin husule getirdiği tağayyürattır. Bu tağayyürat haftalar ve hatta aylardan sonra bile mikroskopik evsafı henüz tecavuz ederler. Bu sebepten gözden kaçabilirler. Görülecek tağayyürat afeti iptidaiyenin geçireceği eşkâle tâbidir. Kemiklerde tederrün daha ziyade bir iltihabı mihtır. İhtikana duçar olan mih azım içindeki şahım mas olunur. Ecrübeler meydana çıkar ve yekdiğerile birleşirler.

Muayyen bir noktaya kadar irtışah tevssü eder. Eviye tikanır ve osteoblastlar temevvüt ederek nekroz, ve iptidai afet husule gelir. Bunlar, mercimek veya fındık cesametinde sür'atle tecebbün eden âfeti iptidaiye, ve tekarrür ettikleri noktalarda sütunu azmiyenin nekrozunu badi olur. Mevzii olarak mücavirde iltihabî bir skleroz husule gelirsede tuberküloz nescinin muhite doğru yayılması bu sklerotik aksülâmeli de harap eder, bundan dolayı âfeti iptidaiye nesci azmının temamine rarefaksiyonunu mucip olur. Mammafi civarda pek az ve hafif derecede bir skleroz görülebilir.

O halde röntgen resminde gayet hafif bir zil farkı ibraz eder. Bazen de normale yakın bir bünye gösterir. Bidayet davirlerde evsafı azmiye pek görülmez. Kemik tuberkülozunun bu başlangıç devri sahaî maraziyenin mücavir muhitine nazaran atrofik bir şekil alması, yani sahanın adeta isfenci, bir şekil ibraz etmesiyle nazarı dikkati celbeder, ve yahutta sahanın etrafında hafif bir sklerozun görülmesiyle teşhis edilir. Zira hasta olan kısım haricen hiç bir tağayyürü seriri göstermez. Nekroze olan sütunu azmiye bidayette salim

sütunu azmi ile temadiyetini muhafaza eder. Teşrihi maktada bile aksamı salime ile maraziyeyi yekdiğerinden tefrik etmek müşküldür.

Taze preparasyonlarda bünyevî bir hususiyet ibraz etmeyen bu sahai maraziye ancak bir renk farkile tefrik edilir. İşte nesci isfencide teşekkül eden bu sahalar kısmen müdevver, kısmen küreviyyüşekil olup hacımları da mercimek veya fındık cesametini bulur. Bazan vasfi bir müselles şekli alırlar (infarctus). Bu ihtişa tipleri müdevver şekillerden bir kaç defa daha büyük olur.

Burada tecebbün ve nekroz husule gelerek süratla sekestr hasil olur. Veyahutta bu saha yumuşar muhitindeki salim aksam bu mntakanın etrafında ince bir skleroz muhafazası yapar. Bu mahfada tederrüdün ilerlemesi ile tecebbüne ducar olur. Bazan mücavir salim kemikte aksülâmel neticesi peryostoz husul bulur. Sahai maraziye geniş ise ekseriya sekestr husule gelir. Eski tederrün sahalarının mevcudiyetine delâlet eden vasfi alâim mütecebbün olan sahada tekellüs keyfiyetidir. Zira her tecebbün sahası sekestr ievlit etmez. Bilâkis aksamı mütecebbüne tekasüf eder, ve üzerine emlahı kilsiyeye teraküm ederek Röntgen resminde iğne başı cesametinde bünyesiz tekellüs mihrakları görülür.

Müctemi hubeybattan husule gelen enfiltrasyon daha ziyade fongöz sahalar teşkil eder ve bunun merkezi de tecebbün eder. Burada rarefaksyon ve kilsî harabiyetten dolayı şebekâti azmiye zail olur. Bununla beraber derenî nesci hubeybî tecebbün etmekte büyük bir meyl göstermezse nesci hubeybinin çoğalmasile tecebbün husule gelmeden de kemik nesci süratle bozulur.

Bu suretle küçük küçük sekestrler hasil olur. Neticede kemikte bir cevfi (Caverne) husule gelir. Bunun için hubeybat ve röntgenle gayri kabili merî ince, ufak sekestrlerle duludur. Bu muhteviye (kemik kumu) derler. Bu kehipler fındık hacmında olurlar. Mücavirindeki nesci azmiye evvela skleroz ibraz etmez bu suretle tahassül eden kehipler hafesi vazih olmayıp kilsini kaybeden bir azım sahası içindedir. Süratle tecebbün eden sahai maraziyelere mukabil burada hudutları vazih olmayan küçük küçük vazih lekecikler şeklinde görülür kibu ziller birer fongöz sahadan ibarettir. Böyle fongöz-kıyih ile karışması veya bilâhare tecebbün etmesile Röntgende şekli kaybetmez. Bu fongöz saha eğer kemiğin aksamı hariciyesine yakın ise ve aynı suretle kemiği yemişse Röntgende gösterdiği şekle kemik yeniği (carie) tabir edilir.

Bu şekil ekseriya tekayyüh ve fistül teşekkülünü mucip olur. Böyle bir fongöz saha etrafında bu mihrakı tehdiide sai şiddetli skleroz ve peryostoz husule gelir. Bu aksülâmel neticesi bir kemik apsesi tahassül eder. Muhtelif ecvâri azmiyenin

nin yanyana gelmesinden mütevellit umurî şekli bal peteği manzarasını andırır. Eski bir tüberkülozun röntgen muayenesinde bidayette süratle tecebbün eden bir kemik tüberkülozunu, yoksa iptidai olarak kavern teşekkülile muttasıf fongöz bir tüberküloz mudur? Bunu tefrik müşkil olur.

Sathî, ülseröz kemikt egayyüratı simhakte da tecebbün ve fongöz teğayyüratı mucip olur. Simhak veya tahtessimhak kemik kısmı bazan hasta olmaz. Meselâ : gişayi zülâli tüberkülozlarında hafif bir peryost aksülâmeli veyahut ta simhakte hiperostoz kefiyeti görülebilirsede bidayette kemik hiç bir hususiyet ibraz etmez fakat simhak harap olunca kemikte buna uyarak aynı zamanda afetzedede olur .

Müterekki rarefiyant kemik tüberkülozu denilen bir şekil de vardır. Bazı nadir vakalarda, bilhassa tulânî izam tederrünü büsbütün başka bir seyir gösterir. Derenî sahalar mahdut olmaz. Yarı tamamen tahdit edilmiş bir şekil olmayup bunlarda marazi nesci hubeybî münteşir bir vasıftadır. Tecebbün gösteremez, hasta kemik rarefiyedir, kilsî azalmıştır. Simhak aksülâmeli azdır, veya hiç yoktur. Dahili azmî reaksiyon skleroz te ya görülmez, veyahut serpinti tarzında ve gayet hafif bir şekilde husule gelir. Kemik bütün tulünce harabiyete ducar olmuştur. Azım tüberkülozunun bir demüterekki rarefiyant şeklin aksi, osteosklerotik şekli daha vardır. Bu da çok nadirdir. Burada münteşir bir tasallüp sahneye hâkimdir. Bu tasallüp osteomiyelitte görülen dahili azamî ve simhakî sklerozun aksi olarak tüberküloz veya sifilizde isfencî hiperostoz şeklindedir. Bu azımın kutru mustarazında 1 - 2,5 santim kalınlığında bepsi birden bir süngere müşabih manzaraveren ve kemiği bütün tulünce istilâ ederek mafsalları hariç bırakan şekilde dahhameden ibarettir. Burada osteit rarefiyant ve aynı zamanda münteşir mütecebbün ufak ufak tederrün mihrakları olmasına rağmen şiddetli bir peryostit ossifiante vardır. Burada isfencî hiperostoz netice sünger şeklini alan kemik aynı şekil alan simhakını tefrik etmek kabil olamaz. Bu şekil müzmin bir seyir gösteren kemik hastalıklarında, meselâ firengide de görülebilmekle beraber tederrün için teşhis noktai nazardan ehemmiyeti haizdir. Asıl dikkat edilecek nokta bu kısımları yekdiğerinden tefrik edebilmek için gayet sert ve keskin radyografi yapılmasıdır.

Şifa vetiresi :

Tüberküloz esas itibariyle dekalsifikasyon tevhit eden bir hastalıktır. Binaenaleyh şifada bunun aksine rekalsifikasyonla olacaktır. Röntgen ile şifa bulunmuş vakalarda bir farti tekellüs tespit olunur. Burada bir hiperosisifikasyon vardır. Bu da iki şekilde husule gelir. Birisi mevcut kemiğin tekâsüfüdür diğeri de buna ilâve edilen hiperostozdur. Tamir hadîsesi müteğayyir aksama hiç bir zaman şekli âşlisini veremez. Kehiflerin etrafında bir kondansasyon reaksiyonu husule gelir. Kehif daha iy-

tahdit edilmekle beraber kısmen de husule gelen kesafetle örtülür. Ademi intizamlar, itikâller gösteren muhiti azımda gayri muntazam osteofitik tebarüzat husule gelir. Bu tamir keyfiyeti yalnız mütegayyir mihraka munhasır kalmayıp âfetzede olan mafsala da sirayet ederek iltisakı azmî suretinde ankilozu mucip (evvelâ ankiloz fibröz, badehu osseuse) olur. Bu vaziyet şifanın normal şekli diye kabul edilir Misemüyette harap olmuş kemikler tek bir kitle haline inkılâp ederler. Amudu fikarîde de aynı hadise vukua gelerek sutuhu mafsaliye birleşir ve muhiti kroşeler görülür. Hulâsa kemiğin şekli tağayyurat devrinde değiştiği gibi şifa vetiresile de proliferasyonla başka bir şekil alabilir. Azmın bünyesi kehfiler ihtiva etmekle ademi intizam gösterir, fakat tamirden sonra en çok görülen şekil kondansasyondur. Nekroz hallerinde hastalığın seyri müzmin osteomiyelitlere müşabihdir. Bir kelime ile hulâsa edersek tek âmül gösteren tüberküloz de kalsifikasyona; şifa yolundaki tüberküloz da rekalsifikasyona doğrudur.

Münferit kemiklerde tavazzuat :

Tulânî kemiklerin nihayet tederrünü :

Burada dereni mihraklar daha ziyade gudrufa yakın bulunur. Nadiren merkezîdir. Sahai maraziye ekseriya müselleş bir şekilde olup gudruf civarında buldukları takdirde ekseriyetle mafsalla iştirak ederler. Bu iştirak keyfiyeti, hubeybatı dereniye gudurufunu harap ederek mafsala doğru ilerlemesile hasıl olur. Merkezî ve daha ziyade epifiz dahilinde mihraklar gudrufu müzdevce doğru büyüyerek mezkûr gudrufu harap ettikten sonra metafize doğru ilerlerler. Şayanı dikkat bir nokta gudrufu müzdevicin harabiyetinde kemik neşvünümasında büyük bir tağayyürü mucip olmamasıdır. Zira neşvünema esnasında bulunan gudrufu müzdviclerden daha fazla termim kabiliyeti gösterir.

Tulânî kemiklerde cismi azım tederrünü :

Uzun ve enbubî kemiklerde cismi azım tederrünü nadirdir. Mamafih 4 - 5 yaşındaki çocuklarda müterakki bir surette harabiyet ve hiperostozik tehavvülât gösteren küçük kemik tederrünleri müşahede olunur. Bunlar selâmi ve muştırlardır; çünkü bu kelimelerde 4 - 5 yaşlarına kadar mihi azım yoktur; bunun yerine yalnız nesci isfencî kaimdir. Bu şekilde ise küçük isfencî kemiklere benzerler. Cismi azım tederrününün en vasî şekli spina ventozadır. Şekil ve seyir itibariyle selim bir kemik veremidir. Azım civarında aynı zamanda tahtelcilt lüpüsü andıran drenî irtişahat da vardır. Spina vantoza; cismi azımın nesci isfencisi dahilindeki fongöz sa-

hayı maraziyeler hem nesci kesifi ve hemde nesci isfenciyi yavaş yavaş harap eder. Aynı zamanda sim hakta husule gelen dahhame sebebiyle kemik kalınlaşır ve hem de miğzeli bir şekil alır. Mafasil ekseriya afetzede olmaz. Hastalık cismi azımdan ziyade nihayeti azmiyeye yakın bulunursa o zaman kemiğin ucu intifah ederek tokmak şekli hasıl olur. Bir de cismi azımın bal peteği şeklinde tederrünü vardır. Müteaddit spina vantoza tarzında tederrün mihrakları seyirlerini takip ederek heyeti umumiyesile bal peteği şeklinde bir manzara izhar eden dahili azmî müteaddit kistik sahayı maraziyeler teşekkül eder. Y u n g l i n g buna (osteite tüberküloz multiple kistik) namını veriyor. Burada fongöz epifiz tederrününün başlangıcında olduğu gibi büyük büyük petek manzaraları görülür. Bazen de bu sahanın muhitinde simhakî bir dahhame görülür, ve yahutta bu aksülâmel ne simhakta ve nede azımda termimî skleroz husule getirmez.

Bazı müellifler, S c h a u m a n n, bal peteği şeklindeki tegayyüratı tüberküloza atfetmeyüp bilakis şibih dereni granülasyon diyor. Bu iki şekil tüberküloz selim olup müterakki ve tehahül şekli gibi aksamı azmiyede büyük harabiyete badi olması nadirdir.

Fıkara tüberkülozu :

Hastalık burada neşvünemasını ikmal etmiş akşamda görülür ve lokalizasyon kuddamen tahtelsimhak ve erbitaya yakın olan kısımlardadır. Hastalık ekseriya cismi azımın kısmı kuddamisinden menşei alır. Ribatı tulânîyi fikariyi kuddami tahtındaki simhak altından başlıyan tederrün kemikteki eviye seyirini takip ederek dahile doğru seyredir ve bu suretle eviye kanatını genişletir, tesattuh ettirir, bu suretle gayri muntazam ve toplu bir ziyat madde husule getirir. Bu ziyat madde de cismi fıkra vechi kuddamisinin harabiyetini mucip olur. Bu spondilite tüberkülozu meydana çıkarmak için canibî radyografi yapmak icap eder. Gerek cephi ve gerekse cenbi radyografilerde amudu fikarînin plaktan oldukça uzak bulunması hasebile net radyografiler elde edilemez. O halde pek iptidai olan marazi tegayyürat ve harabiyet görülebilecek bir şekle girmelidir ve röntgenle teşhisi o zaman kabil olur. Bundan başka hastalanan fıkra tazyik tesirile çöker ve bu suretle amudu fikarî tulünce inhinaat husule gelir. Fıkra harap olmakla beraber aynı zamanda sub-luxe dir. Daha ilerliyerek bir az da şifaya doğru giden vakalarda fikranın yerine gayri muntazam mütecemmi kilsî kitleler kaim olur. Bu şekil amudu fikarî kesirlerinde de görüldüğünden daha ziyade anamnez ve cenbî radyografi meseleyi hale yarar. Paravertebral apseler kuddamiyi halfi grafilerde meydana çıkarılır. Tüberkülozda jibozite teşekkülü şart değildir. Hastalık daha evvelden tevek-kuf edebilir. Jibozite teşekkül etmeden hastalığın

tevekkuf keyfiyeti ribatı kuddaminin simhak ve azmî dâhame tesirile kalınlaşması, sertleşmesi ve bu suretle fıkarat beyninde destek şeklinde bir vaziyet alması husule gelir. Akvası fıkarıye, nûtuatı maf-saliye, nutuatı sevkiye ve mustarazada tederrün nadiren görülür. Atlas tederrünü müstesna olarak iptidaidir.

Burada fongöz bir harabiyet olup atlo - oksipital mafsâl satıhlariyle mücavirine tavazzu etmiştir. Daha nadir olarakta baş mafsalında dislokasyon görülür. Kafa ile atlas mihver üzerine çöker. Bu nahiyenin radiografisi cenbi ve yahut ağız tarikile yapılır. Sair fıkaratı rakabiye nutuatında tüberküloz daha nadiren görülür. Şifa husule gelen kils kitlelerinin teşekkülile kafayı altındaki fıkraya birleştirir. Nûtuatı şevkiye ve mustarazanın tederrünü apse mevcudiyetinden dolayı röntgende kolay teşhis edilir. Bunlar tegayyüre duçar olunca isfencî şekil alarak radiografide de gayrı vasfî bir manzara ibraz ederler. Apseler kontras bir madde ile doldurulursa ve yahut şifa bularak kils ihtiva ediyorlarsa, veya rie gibi havayı ihtiva eden bir uzuv la superpose ise görülebilirler. Röntgen sadır ve pisvas apselerini ekseriya teşhis eder. Sadır apselerini epheri sait ile karıştırmamalı şüpheli vekayide radioskopi yapılmalıdır. Nahiyede fıkralara ait bir tegayyür görülürse o zaman teşhis daha kolaydır. Fıkaratı sadriyenin her hangi bir afeti çok kere gözden kaçabilir.

Bu apseler bilhassa sadırın kısmı ülvisinde olacak olursa azmî harabiyeti görmek kabil olamaz, zira sadır fıkaratı ülvisinin cenbi radiografileri ketif, azmi kas, ve minkep ile karışır. Bundan başka guvatr plonjan ve epher anevrizmalarına da benzeye bilir. Bu suretle sadır kısmı ülvisinde bulunan zilâlar bazen hakiki tümör de olabilir. O halde buradaki apselerin röntgenle teşhis meselesi seririyatın şiddetli şüphesine belki bir mütemmim yardımcı olabilir. Pisvas apseleri röntgende pisvasın hafesinin yana doğru itilmesi şeklinde görülür.

Bu apselere iod mürekkebatı zerk etmekle menşeleri hakkında bir nokta tayin etmek mümkün değildir, ve yahutta pek zordur. Bir apse rezorpsyon suretile tavi olarak şifaya doğru bir seyir gösterdiği taktirde apse cevfi dahilinde tekellüs mihrakları husule geldiğinden filim üzerinde mütekellis levhalar gözüktür.

İz a m ı r u s g i y e v e m u ş t i y e t e d r r ü n ü :

Hastalık burada tahtelgudrufi başladığından gudruf harabiyeti erken başlar. Aynı zamanda mafsâl da afete iştirak eder. Bu sebepten mafsâl mücavreti hasebile bir çok kemikler beraber olarak afettede olur. Keskin hudut gösteren sutuhu mafsaliye gaip olup küçük kemikler tamamile ha-

rap olurlar. Büyük kemikler ise kısmen salim kalmakla beraber büyük destrüksion alâimi gösterirler. Hastalık elde olursa vetirei maraziye sait ve muşt-lara doğru intişar eder.

Tulanî kemiklerde simhaki taazum keyfiyeti ve yahut sekestr teşekkülüne bir meyil vardır. Ufak kemiklerde ise simhaki aksülamel yoktur. Yalnız azmî akapta simhaki taazumda sekestr teşekkülü görülür. Bu hal diğerlerinde hiç görülmez, hatbeyi akabiyede kavernler ve yahutta mütecebbin sahal-lar ve yahutta kemik apselerile sekestrlerin husule geldiği görülebilir. Nazari mihraklar hadbenin ekseriya tahtelgudrufi olan yerlerinde bulunurlar. Gudrufun harap olmasile hastalık hadbei akabiye-ye doğru ilerler ve osteomiyelitte olduğu gibi sekestr husule gelmek şartile rarefiye olur. Bu suretle ilerleyen sahai maraziye dahilinde bulunan gudrufu muzdeviç ve hadbei akap noktai taazumiyesinde fermim husule gelebilir, Hadbei akabın dahame ve neşvüneması sahai maraziyenin daha ziyade merkeze gitmesini mucip olur. Bu sahanın etrafında hadbei mezkûre neşvünümasına devam eder. Daha vahim vekayide, yani fistül ve tâli intan şeklinde azmın civarı ile hadbe tamamen harabiyete duçar olur. O halde akabın tüberküloz sahası aksamı salimenin skleroze olmasını mucip olur. Bu skleroz hali tâli intan tesirile harabiyete duçar olan sahai azmiyeden radoğrafide tefrik edilir.

R ı t f a t ü b e r k ü l o z u :

Rıtfa da küçük kemikler gibi nazari itibare alınır. Bunun dahilinde çok nadir ve mütecebbin fongöz bir muntaka ve yahut fındık cesametinde büyük kavernler husule gelir. Bir vakada küçük bir sekestr teşekkül ettiği görülmüştür. Rıtfa ekseriya münteşir bir tasallüp gösterir.

Küçük osteofitler husule gelir. Rıtfanın büyük harabiyetile müterafık hastalığa henüz tesadif edilememiştir.

M u s a t t a h k e m i k l e r v e a d l a m t e d r r ü n ü :

Musattah kemiklerde hastalık ya sathî, tahtel-simhak ve yahut amik ve fongöz sahal-lar husulile muttasıftır. Sathî harabiyeti azmî; adlâ, ketif ve yüz kemiklerinde görülüp röntgende güç tefrik edilirler. Ancak derin mütekayyih ülserler husule gelecek olursa röntgende aşikâr olarak görülebilirler. Resimde en aşikâr olarak görülen hastalıklar en ziyade penetran ve delik deşik olan şekli marazdır.

Musattah kemiklerde sahanın etrafında gerek dahili azmî skleroz ve gerekse simhaki aksülamel pek azdır. Azmî kas tüberkülozu da avkeşeyi kasta bulunduğu ve kassiyi terkovi mafsâl satıhlarmı tagyir eden şekillerde ancak kabili teşhis olur. Fekki esfel tüberkülozu ya esnahtan ve yahut hadbei sinhiyeden başlar ve yahutta fekki esfel zavi-

yesi hizasında ince simhaki dahame ile müterafık mütecebbin sahalar şeklinde görülür. Ekseriya çok görülen adladada tederrün eidarın ziyai maddisi ile müterafık gayrı muntazam delikli bir şekil gösterir. Röntgenle görülen bu şeklin plevraiyi rievî zıllarla karıştırmaması lazımdır. Gudrufi tederrün röntgenle gözükmez hafei diliye tüberkülozunda radiolojikman görülmesi zordur.

Adlân kısmı vasatisinde bazen spina ventoza şeklinde tegayyürler olur, gudruf tüberkülozu, teşekkül eden osteofitler veya tekellüslerle görülebilmektedir.

M a f s a l t ü b e r k ü l o z u :

Tüberkülozun ekseriya epifizde bulunarak mafsalla iştiraki dolayısıyla mafsalsal tederrünü çok görülür. Masal tüberkülozlarında synovite tüberkülozlar da tesadüf edildiğinden; ilerlemiş bir mafsalsal afetinde synovite ten mi yoksa mafsalsal gudrufunun mu iptidaî olarak afetzede olduğunu tefriki müşkil bir keyfiyettir. Kemığın tüberkülozdan mütevellit harabiyete düçar olması hastalığın bidayetinde husule gelirse o zaman serirî olarak bir m a f s a l ç ü r ü ğ ü (carie articulaire) müvacehesinde kalır. Eğer bidayette sinovyal irtişaha uğrarsa o zaman kemikte bir tagayyür yoktur. Buna da (fungus articulaire) denir.

1 -- Ekseriya iptidaî sinovyal tederrününde senelerce gudruf harabiyeti görülemez. Bu sebepten radyografiler menfidir, bazan hafif bir kemik atrofi görülebilir.

2 — Tali mafsalsal tederrününde bazan bir şey görülmez. Eğer husule gelen tecebbün mihrakları yer yer kils izhar ederse o zaman görülür. O halde mafsalsal azmî sahasında mütecebbin ve kâmin bir mihrakı derenî görülür, ve sathı mafsalsal ya salim veya munzammi nedbeler izhar eder. Günün birinde bir travma bu sahayı faaliyete getirebilir. Tali olarak ta synovite teessüs eder.

Boyle vakayi çoktur. Bu gibi kâmin sahalar rikbe mafsalsalında olduğu gibi unku kadem mafsalsalında da ve bilhassa kâhillerde görülür.

3 — Eğer gudrufu mafsalsal harap olacak olursa en vahim şekil husule gelir.

Bu takdirde, kemik, elastikî olan muhafız tabakasını kaybeder. Mafsalsal tüberkülozunun tali veya iptidaî olduğunun tefriki müşküldür. Röntgenle gudrufu mafsalsalide, kemikte, ve gışayi zülâlide şiddetli tegayyür görülür. Gudrufu mafsalsal birisi sinovyal den, diğeri de tahtındaki mültehip mihi azım irtişahatından dolayı harbiyete düçar olur. Tederrün sinovyal den başlamış ise gudrufu da buradan sirayet eder. Gudrufun harabiyeti vüs'at peyda ederek kenarlara doğru bir seyir gösterir. Aynı zamanla kemiğe doğru da bir intişar gösterir. Mahfazai mafsalsalide sinovyalden ahzi men-

şe ederek hastalığa ilâve olur. Röntgenle afetzede sutuhu mafsalsalide pek aşikâr görülür. Vetirei mafsalsalide seyrinin süratine göre mücavirde reaksiyon hasıl olur. Vetire sür'atli ise mafsalsal civarında skleroz yoktur. Eğer vetirenin seyri batî ise o zaman husule gelen boşluklar civarında skleroz alâmi görülür. Bununla beraber tahtelsimhak gudruf harabiyeti de görülür. Simhakin tahtında husuşî bir (osteite granulée) şeklinde bir tabaka hasıl olur. Mihi azım dahame eder.

Nesci isfenci süngerleşir ve bu vetire gudrufu doğru ilerler. Bu şekilde gudruf vasian harap olunca hasta olan çıplak kemik bu tavsif edilen bütün vaziyetle mafsalsal cevfile iştirak eder. Binaenaleyh burada mevcut intanla temasa geldiğinden kemiğin sathında bulunan granülasyonlar nekrotik bir hal alır. Röntgen, mafsalsal nesci azmîsinin süngerleşmesini gösterir. Gudrufu mafsalsalının harabiyetle çıplak bir hale gelen nihayati azmiye yekdiğerile temas eder. Buna inzimam eden ve adeli mukavviyetlerden tevellüt eden tazyık tesiriyle de (destruction) hasıl olur. Bu hal çok vahimdir. Bu suretle tecebbün mütezayit bir surette ilerler. Halbuki (arthritis deformante) sutuhu mafsalsalide yekdiğerile temasları dolayısıyla kemikte bir skleroz husule getirir ki bu keyfiyet tüberkülozda da (arthritis deformante) da olduğu gibi osteofitler görülebilir. Hastalık fistül teşekkülü ve tali bir intana maruz kalırsa o zaman bu harabiyet sür'atle ilerler. (Aseptik olmiyan ponksiyon ve şaklar.)

4 — Gışayi zülâlideki vetire batî bir seyr ile tekayyüh göstermezse o zaman bilhassa mafsalsal sathlarında (carie) tabir edilen ufak tegayyürat husule gelir. Burada tahtelsimhak osteite görülmez. Sinovite den dolayı cevbi mafsalsal kurur hafelerde husule gelen harabiyet yavaş yavaş ilerliyerek derinleşir, ve bu suretle sathı mafsalsal küçülür. Kuruluktan dolayı mafsalsal sathları temas ederek aşınır. Cevfi mafsalsal da bilâhère bu tagayyürata iştirak ederek senelerce temadi eder. Bu batî âfetin seyri kemikte osteo sklerotik bir mahfaza husule getirir.

Bunlardan başka hulâsa ederek mafsalsalda : pensman artiküler dediğimiz *mesafei beynelmafsalsalide nin daralması, mafsalsal muhitinin bulanık olması, rarefaksiyon, mücavir azımda kehif teşekkülü* gibi dört mühim delil; mafsalsal tederrününün ihmal edilmeyecek ârazını teşkil eder.

Azmî mafsalsal tederrününün ihtilât, seyir ve akibeti:

Selim olan vekayi, ya osteite deformante ve yahut ta lifiyi - azmî bir ankiloz tarzında nihayet bulur. Bunlardan başka müzmin kemik atrofi en mühim ihtilâlatındandır. *Züdeck atrofi* tabir

edilen hat ve oldukça uzun zaman hareketsiz kalmış kemiklerde görülen noktavi atrofiden bahsedecek değiliz. Bu durum, hareketin başlaması ve masajlarla zail olur. Atrofi büyük kemiklere ait mafsalların hareketsizliğinden husule gelir. Nadiren de gudrufu beynelazminin zamanından evvel synostose ile ve yahut tamamen harap olmasi

neşvünema teğayyürleri görülür.

Keza nadiren olmakla beraber V i r h o w gudrufu müzdeviç içinde, mezkûr gudrufun hiperplazisini mucip olan bir tüberkül vakasına şahit olmuştur. Bu neşvünüma fazlalığı röntgende o noktai azmiyenin mukabil noktai azmiyeden daha büyük görülmesi ile anlaşılır.

KADINLARDA AYBAŞI KANAMASİLE GAYRI TABİİLİKLERİ.

Dr. Emir Necip

Ankara vilâyeti tabii müvellidi.

Her kız baliğ olduğu tarihten itibaren muayyen fasılalarla tenasül yolundan bir miktar kan kaybeder. Bu kanama periodik olarak ayda bir defa tekerrür ettiği için *Aybaşı kanaması adeti şehriye, menstruation, periode, regle* isimlerini alıyor. Baliğ olan bir kızın kirlenmeğe başladığı zaman *menarche*, kadınların adetten kesildiği vakte de *menopause* denir. Memleketimizde ilk adet vasatı olarak 13 — 14 yaşlarında görülüyor. Adet kesimi de 42 — 45 yaşlarında teessüs ediyor. Gerek *menarché* ve gerekse menopozun bundan inhiraf ettiği nadir değildir. 11 yaşında kirlenen kız çocuğu görülebildiği gibi 16, 17, 18, 19 yaşlarında hayzını görenler de vardır. Kezalik 50 — 55 yaşına kadar adeti uzayan kadınlar bulunduğu gibi 35, 36, 38 yaşında hayzdan kesilenler yok değildirler.

Bir kız ilk adetini gördükten sonra ekseriyetle muntazaman ve ayda bir defa kirlenir. Fakat bu her zaman böyle olmaz. Bazen ilk adetten kısa veya uzun bir fasıladan sonra kızcağız artık muntazaman adet görür. Bazen de aralıklı devreler bir kaç defa tekerrür ettikten sonra periodik kanamalar teessüs ve devam eder.

Adet kesimi de muhtelif şekillerde olur. Kadın doğru dürüst kirlenirken birden bire hayzdan kesilir ve bir daha kirlenmez. Bazan adet intizamını kaybetmez, menopoza yaklaştıkça aydan aya gelen kanın miktarı git gide azalır ve nihayet hiç gelmez olur. Bazen de aybaşı kanamasında intizam kalmaz kadın 15 — 20 gün 1, 1.5, 2, 3, 5, 6 ay fasılalarla adet görür. Gelen kanın miktarı pek değişik olabilir. bir defasında az bir diğerinde çok, bir çüncüsünde orta miktardadır. Hasılı karmakarışık bir hal ve şekil alan hayz nihayet kesilir.

Adet kanaması normal olarak 28 — 30 günde bir defa olur. Üç haftadan kısa ve bir aydan uzun aralıklarla gelen mentruasyon normal çerçevesinden çıkmıştır.

Kirlilik müddeti 3 — 7 gündür, hayz günlerin-

de kadının kaybettiği kanın miktarı vasatı olarak 50 — 150 gramdır. İlk günlerde gelen kan daha açık renklidir, adetin son günlerindeki kan daha az ve daha koyudur. Tabii ahvalde kan ağrsız ve zahmetsiz gelir.

Periot kanı, normal şeraitte seyyal, koyu kırmızı ve alekasızdır, fena kokulu değildir. İçinde muhat, bozulmuş kırmızı kan yuvarlakları, lökositler, serum, rahmin gışayı muhatisinin en üst tabakasının *kompakta* nın mütefellis hücreleri ile bazı mayalar (lipaz, amilaz, tripsin)

Adet kanı çok yavaş ve uzun zamanda pıhtılaşır, hatta her hangi bir kana bundan bir miktar katılacak olursa onun da tahassür müddetini uzattığı görülür.

Schickele v. s. nin tecrübeleri bunu kontrol ve teyit etmektedir.

Kadınların aybaşı kirlenmesini; başlarında *hypophyse* ve onun tenbih ettiği yumurtalığın bulunduğu bir kaç dahilî ifraz guddesinin müşterek faaliyeti temin ediyor. Binaenaleyh bu fonksionu husule getiren dahilî ifraz guddelerinde mühim bir rahatsızlık olacak olursa kadının adet görmemesi icap eder.

Yumurtalıkları velâdi veya kispî olarak bulunmayan yahut faaliyet göstermeyecek derecede rüdimanter, hipoplazik olan kadınların kirlenmesine imkân yoktur. Kezalik ağır bir hastalık neticesi olarak örgüsü harap olmuş veya tedavi maksadile bililtizam röntgen şuaile tahrip edilmiş yumurtalık taşıyan kadınlar da adet göremez. Yumurtalık faaliyetinin mâkesi olan rahmin iç zarının hastalık veya ilaçla faaliyet göstermeyecek derecede tahrip edildiği vakalarda da kadın kirlenemez. (Kadın adet görmemesini mucip olan sebepler, *Amenorrhée* kısmında gözden geçirilecektir).

Aybaşı kanaması ile huveysal dö Graafın çatlaması arasında münasebet olup olmadığı tetkik ve tahkik edilmiştir. Bilhassa son zamanlarda alınan neticeler bir birinden farksız gibidir. Coste, âdetin son günlerinde ölmüş olan kadınların otopsisinde yumurtalıklarda yeni veya pek yakında çatlamış huveysal görememiştir. Raciborski ile daha başkaları da adet esnasında, aybaşıya yakın ve ondan uzak zamanlarda yumurtalıklarda çatlamış cerabe gördükleri için kirliliğin mutlak surette follikül inşakakile münasebettar olmadığına kanaat etmişlerdir.

Son senelerde yapılan pek çok ve dikkatli araştırmalar, cerabenin en ziyade âdeti takip eden ikinci hafta zarfında (8 - 14 üncü günler) inşakak ettiğini gösteriyor. Mamafih iki âdet arasında her hangi bir günde de çatlamış bir cerabeye raslanabileceğini de meydana koymuştur. O halde âdetin gelmesinde esas rol cerabenin çatlamasında değil yumurtalıklardaki folliküler sistem ile cismi asfar evolüsyonlarında olduğu anlaşılıyor. (Bu husustaki nazariye ve tetkiklerden bahsetmenin yersiz ve fâidesiz olduğunu zannediyorum.)

Kirlenmek üzere bulunan kadınların bütün tenasül azasında ileri derecede hiperemi ve konjestion pasiv vardır. Bu hal rahim gışayı muhatisinde daha bariz bir haldedir. Endometriumdaki guddelerde uzamış helezonî bir hal almış, gudde siaları genişlemiş hucrelerinin muhat ifrazı artmıştır. Gışayı muhatideki bu tahavüller âdetin arifesinde haddi kulasına vasil olmuştur. Hayz esnasında bu hal adeta stasyonerdır, pek hafif regresyon gösterir; müköz, kirlilikten 3 - 5 gün sonra tabii seklini alır.

Nefir gışayı muhatisi de buna yakın değişikliklere maruz kalır. Âdet kanı hem rahim ve hemde nefir gışayı muhatisinden sızarak gelir. Kanın şekilli unsurları diapedez suretile damarlardan geçer. Mamafih bazı kıl damarları da bu esnada çatlamaktadır.

Kadınların aybaşısına çok eski zamanlardan beri ehemmiyet verildiğini biliyoruz. 18 inci asrın büyük hekimleri normal bir hayzı sıhhatin delili, tabii cycle ve miktarından ayrılan âdet kanamalarını da bir çok rahatsızlıklarla hastalıklarla hastalıkların müsebbibi adederlerdi.

Âdet kanı ağrısız, pıhtısız ve kadına hiç bir rahatsızlık vermeden gelmelidir.

Bazı kadınlarda ve bilhassa da az kirlenenlerde cildi, asabî, ruhî ve muhtelif uzuvlarda vazifevî teşevvüşler görülüyor. Bunların husul sebebini araştıran bir çok müdekkikler âdet kanını ve deveran demini tahlil etmişler ve hayz esnasında zehirli maddelerin bulunup bulunmadığını araştırmışlardır. Âdet kanında görülen başlıca değişiklikler şunlardır:

Arsenik, âdet kanında artmıştır, miktarı litrede 28 miligramaya kadar yükseliyor (Gauthier v. s.) Bell ile Hickin tetkiklerine göre kalsiyum da bir miktar artıyor. Choline hem umumî devranda, hem âdet kanında ve hemde terde çok artmıştır. Gengenbach'a göre bu maddenin terdeki miktarı 80 - 100 mislini bulabiliyor. Kanın pH sı azalıyor, lüzuciyeti çoğalıyor, globülini fazlalaşıyor, albümini ise azalıyor (Eufinger ile Goldner).

Az miktarda âdet kanı bir hayvana şiringa edilirse bir kaç dakika süren tansyon düşüklüğü görülür. Schickel ile diğer mücerripler bu hassayı, artmış olan koline atfediyorlar. Hayz kanı çok geç pıhtılaşır, hatta bundan bir miktar alup her hangi bir kana katılacak olursa o kanın da tahassür müddetini uzattığı görülür. Umumî kan da perimenstrüel bir sedimentasyon tserrüü görülüyor fakat pek hafiftir. Kirlilik günlerinde asabî rievîyi midevinin terebbühîyeti artar, Frank buna *menstruelle vagotonie* diyor, Hesse, Faltschek, v. s. bunu kolnin artmasına atfediyorlar.

Bu güne kadar yapılan taharriyat hayz esnasında ne devran ve nede âdet kanlarında zararlı ve ya zehirli bir madde meydana çıkaramamıştır, yani *Menotoocine* bulunamamıştır.

Hali hazırda aybaşı kanamaları günlerinde hasıl olan rahatsızlıklar daha ziyade bu esnada dahilî ifraz guddeleri ve binnetice metabolizmadaki kirmüvazenesizlik ve kararsızlığa *Labilité* ye atfedilmekte ve bunun neticesi olarak hasıl olan bazı maddelerin (*Menstruelle Stoffwechselprodukte*) nin mevcudiyetine atfediliyor (Frankel Mayer, Novak, Schröder, Seitz, Sellheim v. s.).

O. Schœuner, 1911 de neşrettiği (*Hautkrankheiten menstruellen Ursprunge*) adlı kitabında, âdet esnasında uzviyette hasıl olan bazı maddelerin dışarıya atılamamasından bir takım cilt hastalıklarının tahassul ettiğini iddia ediyor.

Asch, Heimann ile Fraenkel de Breslau ginekoloji cemiyetinde yaptıkları bir tebliğde takip ettikleri bir çok emzikli kadının kirlendiği günlerde çocukların ekserisinde ishal, cildi tezahurat hırçınlık uykusuzluk gibi hallerin zuhuruna şahit olduklarını bildirmişlerdir.

Normal şekil ve miktarda âdet gören kadınların bedeni ve tezasülî teşekkülü de tabiidir. Bunların dahilî müvazenesi umumiyetle sabittir, ve olur olmaz şeylerden müteessir olmaz bozulmaz.

Âdet günlerinde kadınların hastalıklara karşı olan mukavemeti kırılıyor, *receptivite* leri artırıyor, daha kolaylıkla hastalanabiliyorlar. Buna sezmiş olan 18. inci asrın büyük hekim ve cerrahları, ha-

yatî ve mücbir bir sebep bulunmadıkça âdet esnasında veya ona yakın günlerde cerrahî müdahalelerin yapılmamasını tavsiye etmişlerdir. Yakın zamanlarda, Viyanalı cerrahlardan S c h n i t z e r ile F u n k e de kendi hastaları üzerindeki tetkiklerine istinaden aynı fikri mudafaa ediyor ve menstruel ile perimenstrüel zamanlarda yapılan ameliyatlarda oldukça yüksek nisbetlerde viaî ve rievî ihtilatlar zuhur ettiği için bu zamanlarda cerrahî müdahalelerde bulunulmamasını tavsiye etmektedirler.

Kirli iken tahta silmek, çamaşır yıkamak, yorucu ve ağır işler görmek, banyo ve duş yapmak denize girmek yahut kendini fazla üşütmek gibi sebeplerle *metrorragi*, *metrit*, *anneksit*, *perimetrit*, hatta *peritonitler*, bazen *konjonktivit* ve *plörite* yakalanan hastalar görmekle beraber tıbbî kitap ve mecmualarda ara sıra buna dair yazılara raslıyoruz. Bütün bunlar, aybaşı zamanında uzviyet mukavemetinin kırılmış olması ve reseptivitenin artmış olmasından ileri geliyor. Diğer taraftan da H. a l b a n ile talebesi M e s t i z in iddia ettikleri gibi hayz esnasında rahim gışayı muhatisinin kanlı, hiperhemiye ve geniş bir surface d'entree halinde bulunduğunu ve mikropların kolaylıkla girüp yerleşmesine müsait olduğunu hatırdan çıkarmamalıdır. Bütün bunları göz önünde bulunduran nisaiyeciler ve hıfzıssıhacılardan kadınların sıhhatini korumak maksadile âdet günlerinde riayet edilmesi lazımgelen bazı vesâyada bulunuyorlar.

Âdet hıfzıssıhhası :

Her kadın, kirlilik günlerinde mümkün olduğu kadar bedenini, dimağın ve ruhen istirahat etmelidir. Her çeşit spor, dans, heyecanlar ruhi sadmeler, büyük asabiyetlerden tevekî etmemelidir. Âdet esnasında cinsî birleşmeler zararlıdır. Sıcak ve soğuk duş, banyo ile denize girmek fenadır. İçki, arsenik, çelik, iyot ihtiva eden ilaçlar, drastik müshiller, havsala ihtikânını davet eden mualece v. s. kullanmak doğru değildir, fazla kan ziyasını mucip olur. Uyku muntazam ve uzun olmalıdır.

Bu tedbirlere riayet etmeyenlerde, menorrhagi, tenasül azası iltihapları, frigidite, sterilite, muvakkat veya daimî amenorre, tenasül azasından başka azanın iltihaplarının meydana çıkması nadir değildir. Mühim bedenî ve ruhi traumaslar da aynı neticeyi verebilir. Tenasül faaliyetinin henüz müstakir bulunmadığı buluş zamanındaki tedbirsizlik ve ihtiyatsızlıklar yukarıda sayılan rahatsızlık ve teşevvüşleri daha kolaylıkla meydana çıkarır. Bunlarda *Amenore*, *dismenore*, *koleroz*, *tüberküloz*, *bazdow*, *sterilite*, *frigidite* sâhülele husul bulur.

Anormal âdet şekillerini gözden geçirmeden evvel gayri tabii hayzları tavsif eden tabirleri hatırlatalım. *Amenorrhée*, tenasüli faaliyet çağında bu-

lunan bir kadının âdet görmemesidir. *Hypomenorrhée* ve *Oligomenorrhée*, âdet kaının azlığına deniyor. *Opsomenorrhée*, seyrek kirlenmek demektir. *Menorhagie* ve *hypermenorrhée* hayz kanının çok akmasıdır. *Dysmenorrhée*, âdetin ağrılı, sancılı olmasıdır.

Amenorrhée

Tenasül faaliyeti çağında bulunan bir kız veya kadın her hangi bir sebeple kirlenmeyecek olursa amenoresi var diyoruz. Amenoreler hakiki veya zahiri olmak üzere iki türdür. Hakiki olanlarda kadın muvakkat veya daimî olarak kirlenmez. Zahiri olanlarda ise iç tenasül azasında muntazam âdet kanamaları husule geldiği halde bu kan velâdi veya kispî bazı suişekil ve sui teşekkül dolayısıyla dış tenasül azasından harice akmadığı için kadının sureti zahirede âdet görmüyor. Gışaibekâretin tam bir zar halinde oluşu (deliksiz bulunuşu) mehbil ve kanatı rakabinin anadan doğma veya hastalık ile ilaçlar tesirile tıkalı olması böyle zahiri amenoreler tevhit eder. Bu gibi amenorelerde kan, hale göre nefir, rahim boşluğu, mehbilde toplanır, dışarıya akmaz. Zahiri kirlenmemelikte aydan aya karın ve kasık ağrıları hasil olur. Bunlar, nefir ve rahimdeki kongestion ile bu uzuvlardan akan kanın içine aktığı uzuvları germesinden ileri gelir.

1 — Çocukluk devresinden tenasül faaliyeti çağına girdiği ve aradan bir kaç sene geçtiği halde bir kız adet görmezse hemen daima tenasül azasında aplasie, rudimentaire ve yahut eyiden eyiye hypoplâsique hal bulunduğu muayene ile anlaşılır. Böyle bir kızın ferici küçük, şefeleri pek ince mehbili ufak ve dar unku rahim küçük, fevhesi his edilmez bir halde, cismi rahim çocuk rahmi kadar bazen bir az daha büyük yumurtalıklar bir mercimek tanesi veya bundan az farklı hacimdadır.

2 — Gebelerde umumiyetle, hamil müddetinde amenore vardır. İptidaî cerabenin gebelikte de Graaf hüveysalı halini aldığı, çatladığı ve cismi asfarın teşekkül ettiği nadirdir. Bazen bu evölüsyon gebeliğin ilk üç ayında olabiliyor ve ayrı yaşta ikiz gebelikleri husule getirir. Bu taktirde ekseriya hamlin ilk üç ayında tam bir amenore olmuyor. Fakat bundan sonraki aylardan itibaren gebeliğin sonuna kadar kadın kirlenmiyor. Hamil cismi asfarı ile gebelikte nuhamiye ön füssunun yumurtalığı cycle evolutif'i durdurduğu kabul ediliyor.

3 — Emziren kadınlar da kirlenmiyor. Buna *Laktationsamenorrhée* diyoruz.

Gebelikte büyümüş olan ön hypophyse vazifesi hamilden sonra çok ağır olarak ric'atını yapıyor. İnvolution unu tamamlamadıkça yumurtalıklar faaliyete geçemiyor.

Emzirme amenoresinin müddeti hakkında bir şey söylenemez. Bazen doğumu takip eden ilk 40 - 45 güne münhasır kalır, bazen süttten kesme

zamanına kadar devam eder, bazen de emzirme müddetince intizamsız bir amenore görülür. Ekseriyetle emziren kadınlar kirlenmediği gibi gebe de kalmıyor. Buun içindir ki pek çok kadınlar emzirme müddetini uzatmakta ve bu suretle sık gebe kalmamaya çalışmaktadır. Mamafih emzirdiği ve kirlenmediği halde gebe kalan ve hamlinin farkına varmayan kadınlara tesadüf etmiyor değiliz.

4 — Adet kesimi amenoresi, kadın faaliyeti tenasüliye devresini atlınca hasıl olur. Ekseriya 42 - 45 yaşlarında bazan birden bazan da tedrici olarak teessüs eder. Buna *amenore senil*, daha doğrusu *menopoz* diyoruz. Daha erken ve daha geç vukua geldiği de vakidir. Menopoz teessüs ettikten sonra kadın bir daha kirlenmez. Adet kesimi ya arızasız (nadirdir) yahutta çeşit çeşit (eildi, asabî, ruhî v. s.) rahatsızlıkların zuhuruna sebebiyet verir.

Amenore tevlit eden daha bir çok sebepler vardır : v. No o r d e n ile J a g i ç in tetkikatına nazaran kansızlık ile klorozlurarin $\frac{1}{4}$ ü kirlenmiyor.

Muhtelif verem hastalıklarının faal ve ilerlemiş devrelerinde amenore görülüyor. T u r b a n - G e r h a r d t in taksimine göre veremlilerini ayrılmış olan M a r g a r e t e F r i e d r i c h birinci devredeki % 45; 2. derecedeki veremlilerinde % 64, 3. devredeki hastalarında %85 nisbetlerinde adet kesilmiş olduğunu tespit etmiştir.

Muayene ettiği 830 veremliyi yaş üzerine ayırmış olan H o f s t a e t t e r de 15 - 18 yaşlarında % 26; 18 - 24 yaşları arasında % 19; 24 - 30 yaşındakilerde % 12; 33 - 40 yaşlarında olanlarda % 8 amenore bulmuştur.

Bu istatistik, bize, kirlenmekten şikâyet ederek müracaat eden genç kız ve kadınlardada, verem hastalığı noktai nazarından uyanık bulunmamızı ihtar eder.

Hat intani hastalıkların seyri müddetince, nekahetlerinde bazen de onu müteakip uzun zamanlar kadın kirlenmez. Demek oluyor ki hat hastalıklar uzviyette yaptığı büyük sarsıntı dolayısıyla ve bazen de yumurtalık veya diğer dahilî ifraz güddelerinde husule getirdiği örgü bozukluğu tesirile muvakkat veya devamlı amenoreler tevlit ediyorlar.

L. F r a e n k e l e göre, bir çok akli ve ruhi hastalıklarda da kadınların aybaşısı kesiliyor : meselâ demans prekoslularda % 50, foli manyaklılarda % 70 e kadar yükselen amenore zikretmektedir.

Çocukluğunda belsoğukluğuna musap olupta hastalığın iç tenasül azasına sirayet etmiş olanlarda rahim ile yumurtalıklar çok defa faaliyet gösteremeyecek hale geldiği için bu gibileri âdet görmüyor.

Lösemi, müzmin böbrek hastalıkları ikilil darlıkları, epker darlık ve kifayetsizliklerinde, baze hipertiroidilerde, daha ziyade mikzodemle karışık hipotiroidilerde oldukça yüksek nispetlerde adet görmemezliğe tesadüf ediliyor,

Fizyolojik, ruhî ve bedenî sefaletleri intaç eden büyük ve uzun harpler amemore, husule getiriyor. Guddei nuhamiye afetlerinde ve bilhassa da distrofia adipozo genitalis ile kendini gösteren hastalıklarında amenore görülüyor.

Rahmin, yumurtalıkların ameliyatla çıkarıldığı veya röntgen şualarile faaliyeti söndürülmüş yumurtalık taşıyan kadınlar da adet göremez.

Aybaşı kanaması esnasında hıfzıssihhanın emrettiği şeylerin aksini yapmak ta bazen kısa, uzun ve ya devamlı olarak adet kesilmesini mucip olur,

A m e n o r e l e r i n i n z a r ı : —

Amenorelerin inzarı, sebebine göre değişir. Fakat âdet kesilmesinin eskiliği ile kadının yaşının da tesiri bulunduğunu unutmamak lâzımdır.

İç tenasül uzuvları olmıyan veya pek iptidai bir halde bulunan bir kız veya kadının kirlenmesine imkân yoktur. Röntgen şualarile yahut ehemmiyetli bir hastalıkla has örgüsü tahrip edilmiş yumurtalıklı kadınlarda aybaşı kanamalarının iadesi kabil değildir.

Rahmi veya yumurtalıkları çıkarılmış olan bir kimsede adet kanamalarının yeniden getirilemeyeceğini herkes bilir.

Dahilî ifraz güddelerinin mühim teşevvüşlerinde, hayz ya esasen yoktur yahut ta sonradan kesilmiş bulunuyor. Bu gibi vakalarda kadının kirlenmesini temin etmek çok güç, ekseriya da imkânsızdır.

Muhtelif sebeplerden birinin tesirile âdeti kesilmiş olan bir kadının vakitsiz olan bu âdet kesimi bir sene ve bundan fazla zamandan beri devam ediyorsa aybaşı kanamalarını yeniden getirmek hemen hemen gayri kabildir. Büsbütün ümit olmadığı da söylenemez, edebiyatı tıbbiyede iki seneden beri âdet görmeyen kadınlarda yapılan kuvvetli ve devamlı tedaviler neticesinde hayzın iade edilebildiğine dair tek tük müşahedeler vardır.

30 yaşını geçmiş olan kadınlarda görülen amenorelerin de izalesi güçtür. Bülûğdan sonra hasıl olan adet kesilmelerinin daha inatçı olduğu umumiyetle kabul ediliyor.

Ynkarıda arzedilen mühim sebeplerden başka amillerin tevlit ettiği amenoreler, 18 - 20 yaşlarından 30-32 yaşlarına kadar olan zamanlarda hasıl olurda 5 - 6 aydan daha ziyade eskimemiş ise muvafık ve devamlı muntazam bir tedaviye tabi tutuldukları takdirde oldukça kolay izale edilebiliyorlar.

A m e n o r e l e r i n t e d a v i s i : —

Meslekimizin her şubesinde olduğu gibi ame-

norelerin tedavisinde de « *Causal* » tedavinin en doğru ve en esaslı olduğu şüphesizdir. Binaenaleyh, adetlerini göremediğinden şikâyet ederek bize müracaat eden bir kız veya kadını umumî ve dikkatli bir muayeneden geçirek amenorenin sebebini aradıktan sonra onun izalesine ve aybaşı kanamalarının iadesine uğraşmalıyız.

Rahmi, yumurtalıkları hipoplazik veya atrofi rö lâtiv halinde bulunan ve dolayısıyla kirlenemiyenlerin âdetini, ancak bu uzuvları tenbih, devranlarını tanzim ve hormonlar vermekle yeniden getirmek mümkündür. Bu gibi hastalarımıza : Sıcak oturma, kaplıca banyoları (her defasında on beş dakika sürecek), akşamları yatmadan evvel 4 - 5 litrelik eyice sıcak lavajlar karnın göbek altı ve fahizlerin yukarı kısımlarını kaplıyan sıcak hava banyoları yapılacaktır. Bunlara gündelik 100 - 300 ünite *follikülün* preparatları tercihan deri altında veya adaleye şırınga edilmek suretile verilecektir. Ağızdan da verilebilirse de mide ve barsaklarda oldukça mühim bir kısmın tahrip edildiği için bir kaç misli yüksek dozlar vermek lâzımdır. Eski müelliflerin çok kullandığı ve sayelerinde binlerce amenoreyi izale ettikleri mutammisleri da unutmamak lâzımdır. Bunlar havsala ve ihtiva ettiği uzuvlarda konjestion husule getirek rahim ve yumurtalıkların eyi beslenmesine ve âdetin sökmesine yaradıklarını tesirâtı edviye kitapları yazdığı gibi bütün hekimlerce de malûmdur.

Daha inatçı ve eski vakalarda yukarıda arz edilen tedavilerle beraber, yumurtalıkların faaliyetini tenbih ettiği kabul edilen *nuhamiye ön fusu hulâsaları* : günde 300 - 1000 ve daha ziyade fare vahdeti *follikülün* mustahzarları verilecek, *diatermi*, *faradizasyon*, *galvanizasyon* gibi muhtelif elektrik ceryanlarından istifade edilecektir. Unku rahmin tedricî tevsii ve rahim gışayı muhatisinin orta derecede kürete edilmesi de eyi neticeler verebiliyor (müköz çok kazanmayacak).

Amenore, kansızlık ve klorozdan ileri geliyor-

sa, *arsenik*, *demir*, *hemoglobin*, *kara ciğer*, ve mustahzarları gibi ilâçlarla *çelikli kaplıcalar*, *eyi gıda ve temiz hava* kürleriyle hastamızı tedavi etmemiz icap eder.

Faal bir verem hastalığı âdetlerin gelmesine mani oluyorsa, aylık kanamalarını zorla getirmeğe uğraşmak zararlı hatta tehlikelidir. Hastalığın faaliyetini söndürmek, vücudu kuvvetlendirmek velhasıl kuvvetli bir verem tedavisi yapmak ve hastalığı ortadan kaldırmakla âdetlerin avdetini temin etmelidir.

Açlık, devamlı uykusuzluk, günler ve aylarca süren büyük bedenî ve dimağî yorgunluk, ruhî depresyonlar, fizyolojik sefalet, suyi istimaller neticesi olarak âdet kesilmeleri, şimdi arzedilen sebeplerin kaldırılmasile ve eyi gıda, muntazam uyku, bedenî ve ruhi istirahat v. s. temin edilmekle bertaraf edilebilir.

Dahili ifraz guddelerinin çalışma bozukluğunun tevlit ettiği amenoreler; gayri kabili tedavi ve irca bir bozukluğa bağlı olmadığı takdirde, opoterapi, hormon vermek, bazı guddeleri tenbih, bazılarını teskin ve tadil ederek âdet kanamaları yeniden getirilebilir.

Bol gıdanın tevlit ettiği şişmanlığın husule getirdiği amenoreleri; yağsız, hidrat dö karbonsuz, etli, bol sebzeli, meyveli gıda; müleyyinler, mutammisler, lavajlar, banyolar, beden hareketleri, bazen saignée ve icap ederse bir miktar da hormon vererek tedavi etmelidir.

Görülüyorki amenorelerin tedavisi çok değışiktir, vakaya göre bir tedavi seçilecektir. Bu tedavileri tatbik ederken hıfzıssıhhaya da lâzım gelen hisseyi ayırmak her halde hedefe varmak yolunu bir miktar kısaltır.

Psöde amenorelerin tedavisine gelince : Kapalı olan gışayı bekâreti açmak mihpel, kanatı rakabî yapmak gibi ameliyatlara, esasen aydan aya gelmekte olan adet kanının dışarıya akmasını temin etmekten ibarettir,

[Devam edecek]

SITMA TEDAVİSİ HAKKINDA

Dr. Rafet Ahmet

Samsun sıtma mücadelesi hey'etinden.

Dr. İzzet Niyazi bey, Tedavi notlarının 12. numaralı nüshasında sıtma nöbetlerinin tedavisine dair hayli yüksek malumat meyanında kininin ve son senelerin moda ilaçları *plasmokin* ile *Atebrinin* parazitlere ne suretle tesir ettiklerinin henüz malum olmadığını, sıtma tedavisinde has ilaçlar ile iyi bir semere iktitafı için evvela uzviyetin parazite karşı bütün mudafaa kuvvetlerini seferber etmek lüzumunu bildirenlerle hemfikir olduklarını yazmış, « sıtmalılarda devri tefrihte, nöbet görününce derhal ilaç itasının muvafık olmayup müteaddit - meselâ : ağır tersiyanada ilk yedi sekiz şiddetli nöbetin gelip geçerek uzviyete bahş ettikleri tahammüliyet; muafiyet ile hastalığın hiffet ve vücutta parazitin kesbi nedret ettiği bir sırada verilmiye başlanacak küçük dozda kininin en minasip tarzı tedavi olduğunu tebliğ etmişlerdir.

Kininin sıtma parazitleri üzerine tarzı tesiri tamamen katı bir halde tesbit edilmiş değilse de hemen altmış senedenberi ehemmiyetle tavazzuh ve tenevvür etmiştir. Ezcümle : 1867 de Bin z kininin protoplazma için zehir tahammuzata engel, malarya tufeylatına da bu suretle müessir olduğunu bildirmiş. 1890 - 1900 senelerinde sıtmalı hastaların kanına kinin fihtalini müteakip parazitin şeklen tegayyüre uğradığını müşahede edenler olmuştur. Keza kininin evvela paraziti parçalayarak «Kinin şekilleri» tevlit ve badehu bunları imha ettikleri, M o r g e n r o t h tarafından da küreyvei hamraya dühul etmiş olan kininin civarına yaklaşan merozoitleri menfi şimiyotaksi kuvveti ile geri ittiği ve bunların serumde uzun müddet idameyi hayat edemiyerek fevt ve gayip oldukları düşünülmüştür. S c h e l l o n g kinin müvacehesinde hemoglobinin küreyvei hamra nescine daha şiddetle iltisak ettiğini ve bu yüzden parazitin kâfi müvellüdülhumuza tedarik edemiyerek fena bulduğu zihabını izhar etmiştir. Badehu şibih kalevinin bizzat müessir olduğu yoksa uzviyette tahallülünden mütehasıl bir takım mevat ile bilvasıta icrayı tesir ettiği aranılmış. 1919 da A. P l e h n büsbütün başka bir tarzı tefsire girişerek hassas bir kısım parazitin kininden doğrudan doğruya müteessir olarak harabiye uğradıklarını ve bunların cesetlerinin tefessühu ile teşekkül eden mevat ile de mütebakı tufeylatın telef olduklarını zikir etmiştir. 1921 de M ü h l e n s e göre uzviyette pek memdut bir hale giren kinin doğrudan doğruya bir parazitisi olmaz, ancak uzviyetin mukavemetini, tıpkı W e i c h b r o t un protein tedavisinde olduğu gibi, minasip her hangi bir isim verilebilecek olan antikörlerin istihsalini

tezyit veyahüt fagositozun faaliyete geçmesi gibi müdafaa anasını tahir ederek bilvasıta icrayı tesir eder. L. M i h a e l l i s, R. R o n a ve emsalinin yeni taharrileri kininin tesiri ile medyumdaki müvellüdülma iyonunun kesafet derecesi arasında da bir minasebet bulunduğunu göstermektedir. W. W a r a s i nin kininin tesiri hakkında 1934 de intişar eden tetkikatı da calibi dikkattir.

Hülâsa : Bu gün fikirler kininin sıtma amiline karşı bilvasıta müessir olduğu, yalnız henüz tamamen dahili küreyve olmamış genç anası itlaf ettiği ve ilaç müvacehesinde kalan şizontta evvela protoplazmanın harabiye uğradığı ve kromatinin bir müddet daha mukavemet ettiği esaslarında temerküz etmektedir. Yeni ilaçlara gelince : Kino-lein müştekkatından plasmokinin muhtelif eşkâl, hasatan kinine karşı şiddetle mukavim tropika gametlerine müessir olduğu görülmekte, müstereken kullanılan kinin ve plasmokinden güzel neticeler alınmakta ve Akridin müştekkatından Atebrinin de kinin ayarında bir sıtma ilacı olabileceği bildirilmekte isede bu işte bihakkın salahiyet sahibi ilim adamlarının tecrübeleri henüz nihayet bulmamış ve şimdiye kadar verilen hükümlerde de devlet teşkilâtında çalışan memurinin beyanatını takviyeye medar bir ittifak hasıl olmuştur.

Tedavi işinde de yanımızda ve içimizde bulunan eshabı kelâmdan : Prof. N o c h t ve M a y e r kinin tedavisine ne kadar erken başlanırsa uzviyetin mükerrer nöbetlerden okadar az zarar göreceği, tufeylatın her inkisamında yeni gametler de teşekkül ettiğinden nöbetler ne kadar erken men veya tahtit edilecek olursa gametlerin ve gelecek nüküslerin adedinin de o nispette az olacağını bildirmişlerdir. Prof. Z i e m a n n genç parazit henüz küreyvei hamra dahiline tahassün etmeden mücadeleye girişmek lüzumunda ısrar etmiş, erken başlanan cezri bir kinin tedavisi ile ekseriya gametlerin husulüne mümanaat edebileceğini bildirmiştir. Prof. M ü h l e n s teşhisin katileşmesinden itibaren hemen kinin tedavisine başlanması ve burada isticalin faydalı olduğu kanaatindedir. Prof. R o m b e r g ' e göre kinini kâfi miktarda ve mümkün mertebe erken vermek lazımdır. Prof. K l e m p e r e r malarya ne kadar erken tedavi edilirse nüküsler okadar az vukua gelir demmiştir. Başlarında A b r a m i, Fransız mektebi; hastalığın ilk günlerinde ve mebbeden on gün geçmemiş, veka-yide derhal ve şedit bir tedaviyi tercih ederler. M. M a z i e r e ikinci beynelmilel kongraya verdiği raporun hülâsasında : sıtma irtida edince seri

ve müessir bir darbe ile hamlelerine mukabele edilmezse müzmin şeklin hemen birdenbire teessüs edebileceğini kayıt etmiştir. Bizde devletçe en makul esaslarla tedvir edilmekte olan mücadeledede; sıtma tedavisine mümkün olabildiği kadar erken başlanmak tensip edilmiştir. Prof. Hüsamettin beyefendi: ilk sıtma nöbetleri muvafık bir kinin tedavisi ile karşılandığı zaman bilâhère nüküs zuhuru pek az görünür demişlerdir. Sıtma estitüsündeki derslerinde Dr. Ekrem Tok beyefendi malaryada tedaviye erken başlamanın gerek bizzat hasta, gerek muhiti için dereceli ehemmiyetini pek müdellel bir surette izah ederler. Prof. Akil Muhtar beyefendi ye nazaran; Sıtma tedavisinde zaman kaybetmek caiz olmayup hatta bazı vekayide kininin imtisas yollarından en kısasını seçerek kazanılan bir kaç dakika bir hayatı tahlis edebilir. Prof. Tevfik Salim Paşa kinin, Erlich'in verdiği manada büyük mukamm tedaviyi ancak pek yeni ve nadir vakalarda yapabilmektir. Buna rağmen vaktinde ve kâfi miktarda, yolu ile verilen kinin sıtma nöbetlerini az bir zamanda geçirir, kandan plasmodilerin cinsiz şekillerini ve bazı nevilerin cinsli eşkâlini de kısa bir müddette izale eder. Nöbetli sıtmada teşhis konur konmaz tedaviye başlanmalıdır fikrindedirler. Prof. İsmail Hakkı beyefendinin mütalaaları: Sıtmaya tutulanları hemen kinin ile tedaviye başlayarak merozoitleri imha ve gametlerin tekessürüne meydan vermemektedir. Dr. Tevfik İsmail Bey sıtmada derakap kinin tedavisine başlar. Dr. Mehmet Saim Bey intanı merzaganın ilk günlerinde kuvvetli bir tedavi ile hastalığı takım ve iskat imkânını kabul eder ve pek haklı olarak ta hematozoer ahşayâ tahassün ile müzmin hale geçmeye istidat peyda edince hastalığın müziç bir safhaya gireceğinden endişe ederler. Merhum Dr. Reşit Galip Beyefendi ilk sıtma nöbetinin ihmal edilmeden tedaviye başlanması ve hastalığın vücutta tutunmasına fırsat verilmemesini halka telkine çalışmışlardı. Keza şayanı kayıttır ki, Amerikada malarya ile mücadele komisiyonu humma devam ettikçe her gün yüksek miktar kinin vermektedir Dr. İzzet Niyazi beyin yazdıkları mecmuanın bir evvelki sayısında da « malaryaya karşı tabii muafiyetin tedricen tekâmülü beklenirken araya tahhal dahhamesi, zafiyetten başlayarak ihtilâtların girdiği ve bir hayli ölümün vukuu da açıkça işaret edilmiştir.

Gerçi: Bütün entani hastalıklarda olduğu gibi sıtma tedavisinde de fena şeraiti hayatiye, gıda noksanı, taap, inhibitatı ruhi, tesemmumat ile kırılmış kuvvei mukavemeyi tamir lüzumu bedihidir. Devri tefrihte kininden fayda beklenemeyeceği, ilâcın spozozitler üzerine olan tesiri hakkında in-

vivo tecrübelerin noksanıyeti ve hala dedi kodulu bir halde bulunan profilaksi meselesi de derhatır edilerek kaydi ihtizafı ile mülâyim bulunabilir. Firengilerde felci umumiyeye karşı şafi veya vaki, müntehap cezirlerle aşılana sıtmada nezaret altında nöbetlerin tekerrürünü beklemek ve tedaviye ondan sonra yine mevzu kaidelerle başlamak mutattır. Tezahür ederek teşhis hatra kuvvetle şüphe edilmiş bir sıtma vakasında ise; ancak muayyen şeraitte tahassül eden ve pratikçe büyük bir kıymeti olmadığına inanılan nisbi muafiyet = müvazene halinin iptidası, mukavemet anasırının teşekkülleri ile tedaviye yardımları ve ilâctan tasarruf mülâhazası ile hastayı ve muhitini velev bir müddet kaza ve kadere terk - antikorların süratle tahassül ve kâfi şiddetle tesirleri layıkı ile irae, intikaldeki rollerinin ehemmiyetinden sıtma mücadeleleri için daima göz önünde tutulan gametlerin tahassülüne ne suretle mümanaat edilebileceği izhar olunmadıkça mütedavilin tahtındaki küçük dozlar da İtalyan ulemasınca gamet teşekkülünü tahrik etmekle ittiham edilmiş olduklarından evvelâ bu iddia iskât edilmeden - hele kitlelerin tedavisi ile iştiğal eden sıtma mücadele teşkilâtları için mevsiminde ve ciddî bir tavsiye telekki edilemez.

Muhterem mütehassısın; Col. S. P. James ve rüfekasının 1932 de Cemiyeti akvam malarya komisiyonuna verdikleri « sıtma tedavisi » raporunun esasati ile bunların Tedavi Notlarının 11 inci sayısında neşredilmiş, A. L. Hoops' a ait mesai tercümesindeki hülâsalarına pek müşâbih bulunan kanaatlerini istinat ettirdikleri müşahede ve tecrübelerini tafsil ile bir az daha izahat vererek tenevvürümüze inayetlerini ümit ederiz.

L i t e r a t ü r :

- 1 - 15 - 19 Sıtma mücadele komisiyonu mukarreratı.
- 2 - Birinci millî Türk Tıp kongrası zabıtnamesi.
- 3 - Prof. Hüsamettin: La Lutte contre le paludisme en Turquie.
- 4 - Prof. Akil Muhtar: Fenni tedavi ve tesirati edviye
- 5 - Prof. İsmail Hakkı İlmî hayvanatı Tibbiye-
- 6 - Dr. M. Saim: Sıtma mücadelesinde esasat.
- 7 - Dr. Reşit Galip: Dört azgın canavar.
- 8 - Dr. Tevfik İsmail: Teşhis ve tedavi muhtarası
- 9 - Dr. Rafet Ahmet: Sıtma haberleri 1-1
- 10 - Tedavi Notları: No: 11-12-9.
- 11 - Prof. Nocht ve Mayer: Sıtma parazitoloji, seririyat ve mücadelesine bir methal.
- 12 - Prof. H. Ziemann: Malaria.
- 13 - Prof. Ruge - Mühlens - Zur Verth: Memâliki harre hizfissihha ve hastalıkları.
- 14 - Prof. Romberg: Entani hastalıklar.
- 15 - Prof. K. Klemperer: Dahilî hastalıklarda sesiri tedavi.
- 16 - Arch. Schifs. - u. Tropenhyg. No: 6-38
- 17 - Prof. Marchouac: Paludisme.
- 18 - C. R. 2. Congres international du Paludisme.

Konya Doğum ve Çocuk bakım evi çocuk servisinden :

Şef Dr. Sami İhsan :

R A Ş İ T İ Z M T E D A V İ S İ

Doktor Sami İhsan.

Raşıtizm tedavisi, son zamanlarda bu hastalığın etiyolojisi hakkında meydana çıkarılan hakikatler sayesinde mühim bir terakki safhası geçirmiştir. Bu yazı ile tedavinin esas noktaları izah edilecektir. Her hastalıkta olduğu gibi burada da evvelâ sebebi araştırarak tedaviye öyle başlamak lâzımdır. Meselâ çocuk sifilitik ise diğer tedavilerle birlikte hususî tedavi tatbik etmek, yahut fena bir tegaddi hali varsa fennî bir surette gıdasını tanzim etmek icap eder, Çocuk altı aylıktan ufak ve ana sütünden mahrum ise en iyi gıda Kadın sütüdür. 10 aylıktan büyük çocukların gıdalarına evvelâ az miktardan başlayarak tahammül ettiği takdirde fazlalaştırıp yumurta sarısı ilâve etmelidir. Sebep tedavisile birlikte kemiklerin tagaddisini faal kılabilmek için asıl antiraşitik tedaviye de başlamalıdır. Bunları birer birer mutalâa edelim :

Güneş Banyosu :

Yazın denizde, kış ve yaz dağlarda doğrudan doğruya güneş şuaile tedavi çok mühimdir. Raşıtik süt çocuklarında güneş banyosu yapmak için şu şartlara riayet etmek lâzımdır :

- 1) İlk günler 1 - 2 dakikadan başlayarak yavaş yavaş her gün bu zamanı arttırmalı ve güneşe maruz bırakılan sahayı da genişletmelidir,
- 2) Çocuğun başı örtülmeli ve banyo esnasında rüzgârdan mahfuz bulundurulmalıdır.
- 3) Banyo müddeti, süt çocuklarında azami yarım saati, büyükçe çocuklarda 45 dakikayı geçmemelidir.
- 4) Çocuğun cildine ve ahvali umumiyesine dikkat etmeli, derece hararetini ve sıkletini kontrol etmelidir. Ateş yükselir, sıklet düşer, iştihası azalır, ve ahvali umumiyesinde bozukluk husule gelirse bir müddet tedavi müddetini ve adedini kısaltmalı, hatta bazen devam etmemelidir.

Deniz iklimi ve banyosu :

Sahil yerlerde oturmak ve deniz banyosu yapmak raşıtik çocuklar için en iyi tedavi usullerinden biridir. Ufak süt çocuklarında deniz suyu ile sıcak banyolar yapılabilir.

Çocuk iki yaşını geçmiş ise doğrudan doğruya denize sokmağı tecrübe etmelidir. Banyolar 2 - 3 dakikayı geçmemelidir. Denizden çıktıktan sonra cilt geçirmiş ve ademi tahammül arazi görülürse banyo yapmamalıdır, Sahil bir iklimde olunmadığı

takdirde haftada iki üç defa çocuğu tuzlu banyoya koymalıdır. Bir çocuk banyosu için 250 gram tuz kâfidir. Banyonun harareti 36 derecede olmalı ve azami 10 dakika sürmelidir. Banyodan sonra vücudu eyice kurulamalı ve müsavî miktarda karıştırılmış Alcoolat de Fioravanti ve Essence de terebenthine ile bir dakika kadar cilde friksyon yapmalıdır. Çocuk hararetle müterafık veya afeti reeviyeli tüberküloza, Otorrhé ve oftalmiye müptelâ ise deniz banyosu ve güneş banyosu muzadı istitaptır.

Ultra - Violet

U. V. nin raşıtizm tedavisinde müfit olduğunu ilk meydana çıkararak 1919 da M. H u d u l s c h i n s k y isminde bir Alman doktorudur.

Teknik : Çocuk çırpıplak yatırılır, baş müstesna olarak bütün vücut şuaa maruz bırakılır. Git gide şualanma müddeti arttırılır ve lambanın vücuda olan mesafesi kısaltılır. Her defada vücudün hem ön ve hem arka kısmı yapılır. Haftada üç defa kâfidir. Bir seri 12 - 15 seansdır, İkinci bir seri daha yapmak icap ederse birinci seriden sonra 2 - 3 haftalık bir istirahat verilir. Birinci seansta 3 dakika ön, üç dakika arka şuaa maruz bırakılır, yavaş yavaş bu müddet fazlalaştırılır. En çok yirmi dakika olmalıdır (10 dakika ön, 10 dakika arka).

Lambanın çocuğa olan mesafesi 70 - 80 santimetreden başlanarak, nihayet 35 - 40 a kadar indirilir. Çocuğun gözleri bir bez ile bağlanır veya hususî gözlükler kullanılır, U. V. yapılan çocuğun harareti ve sıkleti daima kontrol edilmelidir. U. V. yapıldığı gün hararet yükselir ve müteakip seanslarda da bu hal görülürse ihtiyatlı hareket etmeli, seansların mesafesini uzatmalı ve devamını kısaltmalı hatta icap ederse bir müddet terk etmelidir. Bazen tedavinin ilk zamanlarında iştihâ azalır. Fakat 4-5 seans sonra sıkletin arttığı ve iştihânın fazlalaştığı görülür. Çocuk daha neşeli ve daha sakin olur, uyku intizama girer, adali ipotoni azalır, Asabi tenebbühü fazla çocuklara U. V. den evvel 0,005 - 0,01 Luminol verilebilir.

Kabiliyeti tenebbühüyesi yüksek çocuklarda seansların arasını uzatmalıdır. Bazen bütün bu ta-kayyüdetâ rağmen her seansta çocukta iştihâsızlık, asabilik husule gelir, ve bu hal şualanma zamanları arasında dahi devam eder ki bu vakit tedaviyi kesmek lâzımdır.

12 seans sonra anemi salah kesp eder, kemik radyoğrafilerinde taazzum filinin tezayüt ettiği ve

faaliyete başladığı görülür. Kandaki fosfor ve kalsiyum miktarı fazlaşır (1).

Çocuk bir yaşından büyük ise 15 seans sonra yürümeğe başlar. Cildin şuaa karşı hassasiyeti, şahsa göre değişebilir, eritem ve harka husulüne mâzi olmak lazımdır.

Balık yağı :

Balık yağının antiraşitik hassası uzun zemandan beri malum bir keyfiyettir. Bu hassa, terkinde bulunan çok faal (Stérol irradié) nin mevcudiyetinden ileri gelir. Balık yağı denildiği zaman morina balığının kara ciğerinin yağı anlaşılmalıdır.

Morinalar (Caplan) denilen bir nevi ufak balıklar ile taayyüş ederlerki, bu balıklar da sığ yerlerde bulunarak deniz (plankton) ları ile beslenir Planktonlar (2) muhtelif hayvani ve nebati (zoo-phyto - plankton) kısımlardan müteşekkil olup su sathında yüzerler ve tabiaten güneş ile şualanarak D. vitaminini havidirler. İşte morinalar bu gibi gıdalarla beslendiklerinden vitamin D. yi kara ciğerlerinde depo ederler, ve balık yağının antiraşitik hassası da bundan dolaydır.

U. V. ye maruz bırakılmış cisimler :

1922 de E. M. H u m e isminde bir İngiliz doktor, U. V. ye maruz bırakılan ecsamın hazım cihazı tarikile alınması, doğrudan doğruya U. V. yapılmış gibi bir tesiri devâisi olduğunu göstermiştir. Burada D. vitamini hakkında esas malumatı bilmek lâzımdır: yağlı (stérine) maddelerden Cholesteroline (hayvani) ve Phytosterine (nebati) ler U. V. şuaına maruz bırakıldıkları zaman sansibilize olmak hassasını haizdirler ve vitamin D gibi müessir olurlar. Yalnız bu ecsamın bu hassaya malik olabilmeleri için saf olmamaları lazımdır. Ne kolesterolin nede fitosterin vitamin D nin ana maddesi değildir. Bunların içinde provitamin D denilen bir madde vardırki şualanma ile vitamin D ye inkilâp eder.

Son tetkikat bu provitamin D nin ergot de seigle (çavdar mahmuzu) içindeki sterin yanî Ergosterine ile büyük bir müşabeheti ve hatta aynı olduğunu göstermiş ve ergosterini U. V. şuaına maruz bırakmakla sanayide billuri D vitamini imal etmek kabil olmuştur. Şu halde D vitamini, ergosterinin U. V. şuaa tesirile tahavvül etmiş bir izo-

merinden ibarettir. Bu hassa bira mayasında da mevcuttur, Ergosterin irradiye sarı renkli bülurlardır. Bunun bir gramı takriben 500 kilo balık yağının tesirine muadil kuvvettedir, Ergosterin uzun müddet U. V. şuaına maruz bırakılırsa muzade raşitik hassası kalmaz,

1931 de Londrada bu gibi ecsam için biolojik ve beynelmilel bir ünite kabul edilmiştir. Bu ünitesualanmış ergosterolün standard zeyti mahlulünün bir miligramdır. Bu mahlulün bir miligramı raşitik bir fareye sekiz gün verilirse kemiklerinde aşikâr bir salah görülür.

Zeyti mahlullerin bir santimetre mikâbında 50 ünite klinik vardır. Birde drajeleri mevcutturki beheri 10 ünite kliniğe muadildir. Bir draje beş damla zeyti mahlule tekabul eder.

Profilaktik olarak süt çocuklarına günde beş ünite klinik yani 2 — 3 damla; daha büyük çocuklara günde 5—10 ünite = 3—5 damla veya yarım draje verilir.

Şafi olarak çocuklara 10 — 20 ünite = 5-10 damla veya yarım draje. Kâhillere günde 20 —40 ünite = 10 — 20 damla veya 2 — 4 drajedir.

Bu gün bir çok fabrikaların muhtelif isimlerle satılan vitamin D müstahzarları vardır.

Profilaktik tedavi :

Esas profilaktik tedavi doğumdan evvel ananın hıfzıssıhhası ile başlar. Hamile kadınların açık havada ve güneşte gezmeleri sayesinde (vitamin D) , ceninin taazzum zema uzviyette kalsiyum tesbiti kolaylaşır. Hamile kadın aynı zamanında emlahı madeniye de almalıdırlar. Tecrübeler göstermişirki emlahı madeniyenin az alındığı zaman ceninin fosfor ve kalsiyum ihtiyacı telafi edilmediğinden raşitizm müstait bulunurlar. Kadın bilhassa et, yeşil sebzeler, yumurta tereyağı; balık gibi gıdalar yemlidir. Kadının bu hıfzıssıhhasına daha ziyade hamlinin son beş ayında ve irda esnasında çok dikkat etmelidir.

Çocuk dahi açık havada ve güneşte gezmelidir. Altıncı aydan sonra memelerle beraber mütemim gıdalar vermeğe başlamalıdır. (sebzeler, unlu gıdalar, yumurta sarısı, meyva usreleri). Eğer çocuk inek sütü ile besleniyorsa bu noktalara daha ziyade dikkat etmelidir,

Büyük şehirlerde, debil olup sık sık sokağa çıkmayan ve uzun zaman kreşlerde bulunan çocuklara profilaktik olarak Ergosterine irradiye vererek veya aktinoterapi yaparak melhuz bir raşitizmin önüne geçmeğe çalışmalıdır. Bu prevantif tedaviye üçüncü aydan evvel başlamak lüzumsuzdur, yalnız debil çocuklarda birinci aydan itibaren başlamakta mazhar yoktur. Bu tedaviye güneşli aylarda devam edilmez. Üçüncü aydan sonra eyr

(1) Hali tabii kanda Calcium yüzde 11 - 12 miligramdır. Hypocalcémie = yüzde 9 . m gramdan aşağı, Hypercalcémie yüzde 13 . m gramdan fazladır.

Hali tabii Fosfor yüzde 19 - 20 miligramdır. Hypophosphatémie yüzde 18 m. g. dan aşağı; Hyperphosphatémie = yüzde 21 m. g. dan fazlasıdır.

(2) Plankton = tatlı veya tuzlu sularda muallakta bulunan mikroskopik hayvanat mecmuasıdır. 200 metre derinlikten aşağıda bulunmazlar.

bir balık yağından günde 15 - 30 damla vermekle, ergosterolün yeri tutulmuş olur.

Şafi Tedavi :

Raşitizm teessüs etmiş çocukları tedavi nokta nazarından ikiye ayırabiliriz : 1) şişman, farti te gaddiye düşer ve vazih olarak raşitik afet gösterenler ; 2) zayıf, soluk ve neşvüneması durgun raşitik çocuklar.

Birinci kısma ait çocuklar için en mühim ilaç Ergosterine irradié dir. Bu ilaca devamla 4 - 6 hafta esnasında kemiklerin radyolojik muayenesile iyi neticeler alındığı isbat edilir. Bu tedavi ile birlikte çocuğun hıfzıssihhasına, rejimine dikkat edilirse netice daha parlak olur.

İkinci kısma ait çocuklara yalnız ergosterin vermekle mühim neticeler alınamaz, çünkü burada neşvünemayı temin eden vitamin A. noksanlığı da vardır. Bu çocuklara en muvafık ilaç balık yağıdır. Süt çocukları da iyi tahammül ederler (günde 15 damladan yarım kahve kaşığına kadar).

Anemi, nevrozisme, spazmofili ile müterafık vakalarda U. V. tatbiki şayanı tavsiyedir.

İlaçların tesirini hülâsa edersek :

1) Stérol irradié ler yalnız taazzum ve tekellüs filini faal kılar ; neşvünema ve umumî tegaddi üzerine tesiri yoktur.

2) Balık yağı D. vitamininden mada A vitaminini de havi olduğundan aynı zamanda tegaddi ve neşvünema üzerine de tesir yapar.

3) U. V. bilhassa ahvali umumiye üzerine tesir yapar, anemi ve afeti azmiye azalır.

Şu halde zayıf, soluk ve neşvüneması az olan çocuklara münavebe ile balık yağı ve U. V. tedavisi; şişman raşitik çocuklara ise münavebe ile stérol irradiye ve U. V. tedavisi tatbik etmelidir. Tedavi erken kesilirse tekrar nüks görülür.

Calcium müstahzeratı ; çok iyi neticeler verir. Phosphate tricalcique, Glycerophosphate de chaux (0,20 — 0,40), Lactate de chaux (0,50 — 1,gr.). Formiate de chaux (0,20 — 0,30).

Posphore : Balık yağında veya tatlı badem yağında eritilerek $\frac{1}{10.000}$ mahlulü kullandırılır. Bilhassa raşitizm ile müterafık spazmofili vekayinde istifade edilir.

Phoshore	0,01
Saccharine	0,05
Essence de citrone	2 gouttes
Huile d'amande douce	100,0

Bunun bir kahve kaşığında yarım miligram fosfor vardır. Altı aydan evvel günde bir kahve kaşığı, 6 — 18 aylıklara 2 kahve kaşığı, 18 aylıktan sonra günde 3 kahve kaşığı verilir.

Bibliyografi :

- 1 - Dr. H. V a s ı f; Pratik Doktor 1933 No. 1 - 2 (vita - min D)
- 2 - M a r f a n; Clinique des maladies de la premiere enfance 1928.
- 3 - C o m b y; Traite des maladies de l'enfance 1928
- 4 - N o b e c o u r t - B a b o n n e i o c Traite de medecine des enfants cilt 1. 1934.

Erzurum Nümüne hastanesi cerrahî servisinden :

Şef : Dr. Oper. Semih Arif.

E M A İ N S İ D A T L A R I H A K K İ N D A .

Dr. Oper. Semih Arif .

Muhterem meslektaşımız Ş e r i f K o r k u d u n Anadolu Klînîğinde (1) intişar eden ve ema insidatlarını güzel telhis eden vakıfane makalesi münasebetile bağırsak tıkanmalarına ait bazı tetkiklerimizi hülâsa halinde arz etmeği münasip bulduk. İleusü bir syndrome telekki eden klasik kitaplarda ba hastalık hakkında şematize edilmiş direktiflere tesadüf edilebilir. İptidanın organize olmak ihtiyacında bulunan malumatı için bu umumî mütalaatın elzemiyetini takdir etmekle beraber diyebilirizki insidatı ema hakkındaki olgun malumatın kâffesi batın cerrahisindeki umumî vukufa ve kârın ahşasının buna bağlı emrazına eyice vakıf bulunmağa doğrudan goğruya merbuttur. Bağırsak tıkanmasını bu itibarla merbut bulunduğu ahşaya gö-

re ayrı ayrı araz veren (mütelevvin hastalıklar) halinde tanımağa alışmalıyız. M o n d o r (1) Hât peritonitleri teyiden ema insidatları için de (bir insidat yoktur, insidatlar vardır) cümlesini kullanır. Aynı müellif bağırsak tıkanması teşhisinde veka kay, gaz ve madei gaita ihtibasi meteorisme gibi hemen de klasik araza *carre de traditon* ismini veriyor. Crise tarzında iştihatlar gösteren typique ağrılara layik olduğu kıymeti ayırmakla beraber kay maddei gaita ve gaz ihtibası meteorisme gibi delâilin bu günkü ilim telekkisi içinde ne kadar muahhar kaldığını kaydetmeğe mecburuz. Ş e r i f K o r k u d u n ehemmiyetle ısrar ettiği gibi kay insidat vetresinin yukarıda tekarruru nisbetinde fazlalaşiyor. Süflü tıkanmalarda hiç görünmüyebilir. Bir haftadan

tazla devam eden ve kocaman asymetrique meteorisme ile mütarafık bulunan sini harkafi volvülüsleri gördükleri hasta bir defa bile kusmamış yahut iptidada ehemmiyet vermediği bir regurgitation yapmıştır. Hele fecaloide kay hikâyesine intizar etmek ne yazıktır. S a m p s o n H a n d l e y (1) in dediği gibi bu hastalığın arazi değil ölüm tekrarrununun delilidir. Hastasında gaz ve maddei gaita ihtibasının mutlakiyetini ayıran hekim için de aldanmak mukadder değildir.

Insidat vetiresinin mükemmel inkişafına ve bağırsak gangreninin hazırlıklarına rağmen gaz ihracına devam eden hastalar vardır.

N a u n y n (2) in : gaz huruç ettikçe mania mevcut değildir. Formülüne artık kıymet verebilir miyiz? Umumî meteorisme iyi bir araz olabilir, fakat nafiz kilinisen için değil grossiere bir takip için esasen göze vazihan çarpan arazlarla önümüze getirilen hastaya umumî insidat teşhisi koymanın kıymeti ilmiyesi olabilir mi? De O u e r v a i n, karar almazdan evvel tam seriri tabloya intizarın tehlikesini bunun kadar vezahatle gösteren hastalık yoktur diyor. Bu tarzda hareket eden nekadar mükemmel düşüncelere malik bulunursa bulunsun teşhis uğruna hastanın hayatını feda etmek tehlikesine maruzdur demektir (3) .

(İnsidatının karnı yağlı olduğu takdirde tamamen mat olabilir. Urevatı meaiye gözükmiyebilir. Peristaltisme'i tympanisme'i meteorisme'i beklemek ne tedbirsizliktir, M o n d o r). L e j a r s da, gayritam ve geçici ileus tablolarına nazarı dikkatı celbederek : (bunları eyice bilmelidir, onlar nekadar aldatıcı ve tehlikelidirler) cümlesini kullanmaktadır.

Hâd peritonit bu gün tecezziye oğrayarak nasıl étiologique sebeplere ayrılmışsa umumî insidadı ifade eden mefhum da öylece parçalanmıştır : insidadı em'anın müphem tabiri yerine sini harkafi volvulus'u, invagination ileo-coecale, occlusion par tumeur colique, iléus biliaire gibi vazih kelimeleri istimal etmeliyiz. Buna benzer etiolojik sebepleri arıyarak bittefrik ayırdığımız ve gene halledemediğimiz vak'alarda umumî occlusion teşhisi karşısına isticvap işareti vazedebiliriz.

Saydığımız arazın aldatıcı vasfını bilerek, ademi vücudu karşısında teşhisimizi zâfa sevketmemek filhakika elzemdir. Ancak, bu ârazın groupement, yahut ayrı ayrı vücutta da bize şüphesiz güzel fikirler verebilir. Batında müşahede edeceğimiz élastique résistance ile em'a peristaltizmi ve rektal tuşede alacağımız netayıç gibi vazih delailin kıymetini de unutmamak icap eder. Péritonitique halatın mü-

kemmel ifadesi olan contracture, insidat vekayiiinde filhakika mevcut değildir. Hastanın umumî ifadesi nihayet röntgen muayenatı teşhisde her vakit mevzuubahsedilen şeylerdir. Ancak, em'a insidadı vak'alarında en mühim noktanın erken teşhis meselesi olduğuna ve bir az aşağıda arzedeceğimiz veçhile, insidadı, humorale taaddulatı badî olmadan yakalayabilmekte mündemiç bulunmasına göre bağırsağın tıkanma delillerini bize daha iptidada hatırlatacak ilk araz hangileridir. Tamamile Fruste vasıfta seyreden geçici insidat vetiresini nasıl anlayabiliriz? Bu günkü kısa etüdümüzün mesnedi budur ve siniharkafi volvülüsü ile fransızların *Crise de colique coecales* tevsim ettikleri gayri tam ve geçici coecum baskulüne müteallik bulunan altı müşahedemize istinat etmektedir.

Em'a insidadının bilhassa böyle volvulus vekayiiinde iptidanın müşkülâtını yenen pratik ve değerli arazdan en mühimleri bizce : A) von Wahl delili ile bunun mütemmimleri ve, B) auscultatif mecmuai arazdır.

A) Filhakika Crise coecale teşhisinde Von Wahl delinin çok değerli kıymeti olduğunu gördük. Müellif, 1889, (1). Schweninger in tecaribine istinaden delilini izah ederken : Bağırsağın insidat mahalli tahtında maniyayı venmek zaruretile tevesüsü mecburiyetinde kalacağını beyan ederek tıkanmanın ilk sıralarında bu mütevessi urvenin élastique bir balon tarzında cidarı batında görülebileceğini kaydetmiştir. (Em'a tevesüsü her vakit manianın hemen tahtındaki kısımdan başlar. Batındaki asymétrie ile mer'i olur, Ces ile cidar tahtında umumiyetle elastiki, bazen sert bir résistance arzeder, Hava ile dolu, gergin gışaî bir üstüvane hissini verir (2). (daha ziyade peristaltisme mukavemet ve vezahat arzeden mahdut kabarık bir nahiye... Bu umumiyetle mütevessi urvedir, insidadın mevki ve sebebinin delilidir. (3) .

Bu balon her vakit péristaltique midir? Lehde; ve aleyhde beyanı fikreden müellifler vardır. M o n d o r, urvedeki hareketsizliğe itiraz ederek literatürdeki pek çok müşahedatla peristaltisme görüldüğünün mukayyet bulunduğunu ilâve ediyor ve müddeasını teyiden Lecéne, Reichel, Mackevain, Alamartine, Moure, et Aumont Roue, Berger, Rochet, nin müşahedatını derhatır ettiriyor (sahife 508) bununla beraber biz sonuncu crise coecale vak'amızda sağ zaviye koloni veya temadi etmek üzere nahiye şersufiyede mevzu bulunan von Wahl balonunu inerte bulmuşuk.

Şişkin urve umumiyetle tympanique dir. Ancak demevi transsudation yahut muhati ifrazat fazlalığından dolayı tamamen amat vasıfta da olabilir. Biz tympanique bulduk.

(1) in Mondor

(2) in Mondor

(3) Traitement medico-chirurgicale de l'occlusion intestinale P. Moiroud sahife 61

(1) in archives für Klin. chirurgie

(2) von Wahl. in Precis de Pathologie Chir. Sahife 497

(3) von Wahl. in Mondor.

Elastiki cidarlı ve fevkalâde mütevessî bulunan böyle bağırsak kit'ası balon evsafını iktisap eder. Stéthoscope ile dinlenildiği sırada percuter edilirse madenî bir résonnance işidilir (*ballon syp-tome de Kivul*).

Schede, Popert, Schlangenin büyük ehemmiyet atfetmemelerine rağmen vo Wahl delili üzerinde müellifin talebesi olan Zoegevon Manteuffel ile Kader çok ısrar etmişlerdir. Lenorment dabu arazi n coecum volvulus'u vak'alarında pek aşikâr olduğunu ısrarla kaydetmektedir (1). Urvenin mevkiinin müdahale nahiyesi noktai nazarıdan ehemmiyeti nisbidir. Zira mevkiin tebeddülü mümkünsüz değildir.

B) Auscultatif mecmuai araza gelince, memleketimizde ileus teşhisi için istetoskop kullanılmasının usul ittihaz edilmediğini zannetmekteyiz. Halbuki Kleinschmit: (Ileus esnayı seyrinde istetoskop ile heman daima ziyadesile haizi ehemmiyet vasıfta sesler duyulabilir. Her vakit yapılması icap eden bu muayene hemen daima unutulmaktadır) cümlesile isga delailine nazarı dikkatî celbetmiştir. Biz de tamamile geçici ye gizli insidat tablosu arzeden vetirelerde batnın zahirî kat'î sükûnuna rağmen istetoskop ile değerli teşhis anasırı elde edilebileceğine kanaat getirmiş bulunuyoruz. İkinci crise coecale vak'amızda kay, hararet, had veca, peristaltisme météorisme gibi insidatın kocaman arazlarına tesadüf etmemekliğimize, ahvali umumiyenin mükemmel ifadesine ve gaz ile maddei gaita hurucundaki nisbi imkâna rağmen batnın isgasında hakiki bir orage bulmuştuk, ve teşhisimizi bu sayede vazze debilmiştik. Vak'alarımızdaki hususiyete bilahare avdet etmek üzere bu mahiyetteki ileus tablolarında işidilen umumî isga delillerini biraz daha tâmik edebiliriz.

Mondor, Mükemmel kitabında şu tarzda beyanı mutalaa etmektedir: (Unutulan cihetlerden birisi de Trevesin bu muayeneyi uzun zamandan beri tavsiye etmiş olduğudur. Şu tarzda yapılmalıdır: Hastaya bir lavman verilir, kalın bağırsakta bir tıkanma mevcutsa insidat noktasında vasfî bir Gargoillement duyulur. Peristaltisme, elle-rimiz ve gözlerimiz için oldığı kadar kulaklarımız için de keza bir delildir: görülebilir, kabili cestir, görültücüdür) Ancak bizim isgaya ayırdığımız kıymet bu cihetten de değildir, belki yukarıda arzettiğimiz gibi, batında objektif arazın kat'iyokluğuna rağmen tıkanma noktası civarındaki em'ayretlerini istetoskop sayesinde iptidada bize anlatılmış olmasıdır.

von Wahl balonunun isgasında da retention delili olan hydroaérique sesleri işidebiliriz. Fakat daha mühimmi balonun henüz teressüm etmediği anlarda stetoskopun cidar tahtındaki bu Poche'dan bizi haberdar edebilmesidir, buna (*Signe de poche*)

(1) Mondor Sahife (521)

ismini veriyoruz.

Bailey, isga ile muayene tarzına yeniden nazarı dikkatî celbettiği sırada ehemmiyetlerine göre iki delil daha kaydetmiştir: 1) daralmış üstüvanî saha içindeki mayi ve gaz harekâtına merbut bulunan Tintement métallique, 2) Kalbin her iki sesinin cidarı batna kadar intişarı. Gerek birincisini gerek ikincisi siniharkafi volvuluslerinde vezahatla teyit edebildik. Sonuncusu batnın süfli kadranına ne kadar yaklaşırsa ehemmiyeti o kadar artar: (Bu delili müteaddit defalar buldum, ve ekseriyetle müdahaleyi icap ettirdi. Duyulabilmesi için strangulation yahut volvulus vücudu ve cevfe mayi bulunması lâzımdır. İptidada duyulabilen bir delildir, bilahere, kalp défaillance'i sebeble tenakus eder, Bailey).

Vak'alarımızda müşahede ve teyit eylediğimiz bu syptome ları onlara tevfiikan kısaca mutalaa edebiliriz.

Crise de Coliques coecales vekayii:

Buna coecumun gayri tam baskülü dahi diyoruz, ve bu takdirde aver, müstarazî yahut kaimî mihver üzerinde tedevvür eder. Klasik olarak daha ziyade yirmi ile otuz yaş arasında ve mihanikî işlerle meşguliyeti fazla olan gençlerde görülüyor. Vak'alarımızın birincisi kâhil bir kadındı. Diğer ikisi genç ve tamamile robuste hastalardı. Daha ziyade Finlandiya ehalisinde, Almanlarda ve İngilizlerde görülmüyor. Memleketimizde de en nadir olmadığını kısa zamanda biri, birinci takriben müşahede eylediğimiz üç vak'a ifade etmektedir. Coecum mesosunun uzunluğuna ve averin gayri tabii taharrükiyetine merbut étiologique sebepleri vardır. Haussmann coecal krizleri aver baskülüne, Faltin, kaimî mihver üzerindeki gayri tam tedevvüre atfeder.

Vak'alarımızda, klasiklerin insidat vetirelerindeki müteaddit arazi içinden bizi erken teşhise sevkeden delail nelerden Meditasionumuzu tamik ettiğimiz takdirde birinci ve üçüncü de von Wahl delilinin, ikincide ise auscultatif arazın böyle bir imkâna müsait bulunduğunu görüyoruz. Tam coecum baskülü teşhisine bizi sevkeden ve kâhil bir kadın olan ilk müşahedemizi Sinop hastahanesindeki operatörlüğümüz eşgasında tespit edebildik.

Bu vak'amızda sürre civarında lokalize olarak daha ziyade sağ hurfei harkafiyeye doğru intişar eden von Wahl balonunu tamamile vazih bulmuştuk. Müshahedemiz kanaatımızı teyit etti. Typique crise coecal vasfında bulduğumuz üçüncü vak'amızda mütevessî urveyi fevkassürre nahiyei şer-sufiyede ve sağ zaviyei koloniyeye doğru temadi eder halde bulduk. Sathî muayene ile nazardan hemen kaçabilecek vasıfta idi. Péristaltique harekât arzetmiyor vazih stetoskop delaili veriyordu. Bu vakamızda sağ hufrei harkafiyeye ve bilhassa Mac Burney ve Monro nahiyeleleri aşikâr hassas bulundu. Muhafazakâr tedavi ile kriz iki

gün içinde zail oldu, ağrılar kalmadı. Bir kaç gün sonra Pierre Duval'ın klasik ısrarına tebaiyet ederek yaptığımız laparotomide encapuchonné bir appendice ile gayri tabii tarzda fevkalâde müteharrik ve uzun bir mezoya malik avere tesadüf ettik. Retrograde appendicektomie ile P. Duval metodu ile coecopexie yaptığımız hastamızda bu suretle crise coecale teşhisindeki isabetimize şahit olduk. Lenormant teşhisin sehil olmadığına kanidir. P. Duval'ın: (afetin az malum bulunmasından teşhis güçtür, pek az vekayide vazzedilebilmiştir) cümlesini hatırlıyarak bize müsbet fikirler veren anasırı teşhisiye üzerinde bu sebeple tevekkuf ediyoruz. Filhakika bu hastamızda von Wahl balonundan ve oldukça şiddetli evca ve nokta müveccadan başka objektif hemen hiç bir araz mevcut değildi. Bu nevi hastalar evvelce resolution ile neticelenmiş müteaddit krizler geçirmiş olduğu için antécédent'a yarı bir ehemmiyet atfedilmesi elbette lâzımdır. Biz her iki vak'amızda mazide geçirilen bu krizleri çok nette bulmuştuk.

Vak'alarımızdan ikincisinde Crise coecale teşhisini biraz müşkülâtla vazzedebilecektik. Zira von Wahl balonu mevcut değildi.

Batında umumî hafif meteorisme den başka objektif hiç bir araz vermiyen hastamızda bizi teşhis vazına sevkeden sadık delilleri auscultation ve antesedanı geçirdiği crise'ler cihetinden hamul olan hastamızda bizi teşhis vazına sevkeden sadık deliller auscultation sayesinde elde edebildik. Hastamızın batını hâd ağrılı bir karın olmamasına, peristaltisme ve meteorisme arzetmemesine, zahiren hakiki bir sükûnet içinde bulunmamasına rağmen isga ile tam bir (orange) duyabildik. Öyle zannediyoruz ki bu contraste, üzerinde tevekkuf edilmesi icap eden bir cihettir.

Auscultation bize ne gibi deliller verdi? Fev-kassüre nahiyeyi şersufiyede mevzu ve sağ zaviyeyi koloniye ile hufrei harkafiyeye doğru intişar eden hydroaerique seslerle müterafik geniş bir poche bulduk, signe de poche arazını tamamen veriyordu.

Sürre tahtından ve esfel kısımlardan başlayarak bu cevfe münthehi olan tonalitesi yüksek peristaltiforme gargoillement işidebildik. Kalp sesleri batından tamamen duyulabiliyor, tintement métallique mebzulen alıyordu. Bu vazih auscultatif deliller crise coecale teşhisi vazına bizi sevketti. Muhafazakâr tedavi ile crise tedricen rail oldu. Gündelik muayenelerimizde bunu hatve takip edebildik, Hastamız talibi veçhile bilahare coecopexie yapılmak üzere taburcu edildi.

Lenormant, coecal volvulus ler hakkında şu satırları yazmaktadır: (Faltın, coecal volvulus lerin caracteristique delili olarak üç araz serdetmiştir: 1) Coecumun mobilitesine ve gayri tam tedevvür ile bükülmelerine müteallik bulunan müvecca krizlerin antesedanda mevcudiyeti. 2) Arazın ikinci yahut üçüncü güne doğru zevalini müteakip ileus arizalarının nâgihani zuhuru. 3) von

Wahl delili, ki tamamen aşikâr lokalize bir balonement dir.

Peristaltisme ile müterafik yahut değildir. Ekseriyetle sürrenin fevkinde ve daha ziyade solda mevzudur. Ancak bu selasei araz nadiren tam olarak bulunur. Bilhassa Faltın'ın krizin binefsihi sükûnünü bildiren mütaleatını yeni müşahedelerin hiç birisinde bulamadım. Müellifin hastalarının bir sülüsünde müsbet bulduğu coecal colique lere ait antesedan da ekseriya mevcut değildir. Ne Hartglassın vak'asında, ne Wilmoth'ın müşahedesinde mezkûrdur. Benim ameliyat yaptığımız iki hastamda da mevcut değildi. von Wahl delili en sabit olanıdır ve diğer em'a insidatlarına nazaran burada ekseriyetle çok daha vazih görülür. Bununla beraber Eiselsberg bazı vak'alarda ademi vücuduna işaret etmiştir. Birinci hastamda o kadar vezahatla mevcut idi ki iptidada bir mide tevessüü zannetmiş ve işe mide lavajı ile başlamışım. Wilmoth'ın hastasında da mevcut idi. Bu sayede muhtemel volvulus teşhisi vazzedebilmişti. Fakat Hartglass'ın vak'asına benim ikinci müşahedemde yoktu.)

Bilahare Mondor şu satırları ilâve ediyor: (Müsbet teşhis Jacobsena göre, üç defa Manteuffel, Warnach, Faltın tarafından yapılmıştır. Haussmann'a göre 45 vak'ada 8 defa mümkün olmuştur.

Daha kesretle umumî occlusion teşhisi konur, bazen de hâd appendisite düşünülür.)

Bu mütalaatı vak'alarımıza tatbik ettiğimiz vakit Faltın selasei arazının sıdkını teslim mecburiyetinde kalıyoruz. Gerek antesedan, gerek krizin spontanee inhilali, gerekse von Wahl delili müşahedelerimizde çok aşikâr idiler. Yalnız inhilali takip eden foudroyant iştîdat vetiresine şahit olmadık.

Erken teşhisin ehemmiyeti aşikârdır. Zira hastalığın seyir tarzının mahiyetini bildiren araz mevcuttur. Bazı cerrahlar altıncı günde bile emanet sphacele tehlikesi arzetmediğini görmüşlerdir. Fakat diğer bir kısım müellifler ise bu vahim ihtilâtin çok sür'atla teessüsüne şahit olmuşlardır. Faltın 55 inci saatta em'ayı gangrene bulmuştur. Tam baskül haline inkilâp ve gittikçe vahamet kespederek sür'atla ölüme münthehi olan vak'alar da mevcuttur; Sergeant, 24 saatta, Heiler 18 saatta, Vigüier 16 saatta, Pye Smith 12 saatte ölüme varan coecum baskülü vak'aları neşretmişlerdir.

Sini harkafi volvulusüne müteallik vak'alarımıza gelince:

Burada da von Wahl balonu ile auscultatif arazın ehemmiyet ve erken teşhisteki hizmetlerine şahit oluyoruz; Müşahedelerimizden yalnız ikincisinde hastayı erken muayene fırsatına nail olduk. Sürre civarında inerte halde duran ve sol hufrei

harkafiyeye doğru intişar eden von Wahl balonunu tamamile caractéristique bulduğumuz için dört beş saatten beri karnındaki evcadan muztarip bulunan hastamıza müstacel müdahale teklifinde bulunmuş-tuk. Abvali umumiye ile objektif muayenesinin te-mamile müsait seyreylediği bu sırada hastamız cer-rahî müdahale teklifini reddyledi. Akşam geç vakit, aynı hastanın tekrar getirildiğini, izti-rabının pek ziyade artmış bulunduğunu bildirdiler. Derhal yaptığımız ikinci muayenede batnın artık umümen metéorisé olduğunu, sini harkafi volvulus lerindeki asymétrique manzarayı (*Signe de Bayer*) tamamen almış bulunduğunu, ahvali umumiyenin ise büyük bir hezal içine girdiğini vezahetle müşa-hede eyledik. Sür'atle yapılan müdahalede tema-men infarcie, tedevvür ermiş gangréné bir sini har-kafi bulduk. Batında oldukça mebzül hématique kokulu mayi bulundu. Bu seri ve meşum seyri daha iptidada tevkif imkânını veren von Wahl de-liline bu itibarla yeniden lâyık olduğu kıymeti izafe eyledik. Diğer iki vak'amızın ilerilemiş ma-hiyette olmalarına rağmen auscultatif delillerin bir kısmını muhafaza etmekte olduklarına şahit bulun-duğumuzu da ilâveten kaydetmeliyiz.

Bu makalemizin esasını teşkil eden erken teşhis mes'elesindeki ehemmiyet hangi cihetlerden şayanı mütalaadır? Occlusion un erken teşhisinde bizzat em'a vitalitesi ile insidat mahallinde biriken mevad-dın toxicitesi mevubahis olduğu kadar humorale tebeddülâtın da büyük hissesi vardır. Bu sonuncu-nun derecesi ehemmiyetini son neşriyat çok güzel meydana koymuştur.

Em'a tıkanmasının artık klasik hale gelen hu-morale tebeddülâtını dörde irca edebiliriz (1): 1) Poly-globulie 2.) Hyperglycémie 3) Hyperazotémie .4) Hypochlorémie. Bu sonuncu 1923 de Orr et Ha-den tarafından yazılmış, bilhassa G o s s e t, B i -n e t et P e t i t ' D u t a i l l i s tarafından (2) klasik hale konulmuştur. Ameliyat traumasına müteallik olmak üzere kanın kalevi ibtiyatlarındaki tenakus da nazarı dikkate alınacak olursa (J a q u -e s L e v e u f (3) Tuz noksanîyetinin insidat veti-resindeki ehemmiyeti tezahur eder. Tuz verme

mes'elesinde gerek mahlullerin kesafeti gerekse verilecek klorü sodyomün yirmi dört saatlik mik-tarı noktalarında müellifler müttelik halde değildir-ler. %10 - 20-30 konsantrasyonunda kullananlar vardır. Biz servisimizde %10 ve %20 olmak üzere iki mahlul bulunduruyoruz ve hastalarımızın vaziyeti-ne göre bermutat intraveineuze tatbik ediyoruz. P. M o i r o u d ya göre yevmiye 20 gr. kloru-sodyum kâfi addolunabilir. H a d e n et O r r 70 gr a çıkarıyor. D o g l i o t t i et M a r i a n o 40 gr. tuz ve otuz litre suyun 70 kilogr. lık bir şahsa kâfi geleceği kanaatindedir.

Chlorure de Sodium kanda mükemmel bir purge hizmeti görür. Gerek insidat mahallinde biriken toxique mevadın gerekse ameliyat traumasının ser-best halde koyduğu albuminoide maddelerin toxi-cose unu tadil eder. Nihayet em'a péristaltisme i için mükemmel münebbih tesirati vardır.

İnsidatı em'a vetiresinin tevlit eylediği humo-rale tebeddülât sebeble bizzat hypochlorémie tev-lit eylediğini bu maruzatımız derhatır ettirmektedir. Hastalığın geç teşhisindeki vehamet, ameliyat traumasının intaç eyliyeceği ve gene hypochlorémie'nin amil bulunduğu toxémie post-opératoire (1) halininde iptidanın badî olduğu kan-bozukluğuna ilâve edil-mek mecburiyetinde bulunmasıdır. Hypochlorémie nin ileri dereceye varması yüzünden husule gelen (fonc-tionnelle urémie) tablosunu bazı insidat vak'aları-mızda laboratuvar muayenatı ile teyit edebildik. Her ameliyatı Humorale ve hormonale tebeddülâtı için-de bir (Maladie post-opératoire (2)) takip edeceğine göre insidatının kanında esasen mevcut bulunan humorale tebeddülâtların bu ikinci traumatik tesira-ta güç mukavemet edeceğini anlamak müşkül de-ğildir. Bu itibarla bizi teşhise erken vardiran pra-tik delilleri iyi tanımağa ve onları muvaffakiyetli görüşü içinde tahakkuka her vakit çalışmalıyız.

Bağırsak tıkanmasının volvulus ler gibi şahsi-yetlenmiş bulunan diğer büyük syndrome larında bizi, arızayı sür'ate tanımağa sevkedecek en özlü teşhis anasını da müteakip mekalemizde mütalea mevzuu yapacağız.

(1) de L'occlusion intestinale P. Moiroud.

(2) Presse Medicale 1928 No 2 Sayfe 17.

(3) Jaques Leveuf et Fernand Gallais. Presse Medicale 1932 No. 84.

(1) Chloremie et syndrome toxique post-operatoire; H. Chabaniér et C. Lobo - Onell Presse Medicale, No 13 1934. Sahife 251.

(2) Leriche. Presse Medicale, No 35, 1934. sahife 697.

Zonguldak hastahanesi cerrahi servisi mesaisinden:

Şef: Dr. Oper. Şerif Korkut

BÖBREK TÜBERKÜLOZUNUN ERKEN TANINMASINA AİT KISA BİR BAKIŞ.

Dr. Şerif Korkut.

Ahvali ummıyeyi yüksek derecede müteessir eğleyen uzun zamandanberi tahliyei bevilde ağır teşevvüşat (Poliüri, pollakiüri, bulanık idrar, idrarda kan, ve saire gibi) ve idrarda mikroskopla tesbit edilebilen bir çok lökosisler ve bir kaç eritrositle hamizi bir reaksiyon gösteren ve mesane muayenesinde her iki taraf halip fevhelerinde bir kalınlaşma arzeden böbrek afatında büyük bir ihtimal ile tüberküloz teşhisi vaz'ı güçlük arzetmez.

Bu gibi vak'alarda hemem hemen her daim basil dö Koch'un müsbet oluşu vak'a hakkındaki hekimin düşünüşüne tevafuk etmektedir. Bu kısa yazımda ben böyle ilerlemiş vekayiden bahsetmek istemiyorum. Yalnız, böbrek tüberkülozunun ilk teşekkülünde ve hemen hemen hiç bir karakteristik mahalli tezahürat meydana çıkmadan neticenin parlak ve daha müemmen olması için afeti tanimanın hususiyetlerini arzetmek istiyorum. Çünkü böyle bir erken tanıma böbrek tüberkülozunun ameli ve muvaffakiyetli bir tedavisine imkân verir. Malum olan hakikattir ki cihazı bevlinin tüberkülozu her zaman bir böbrekten başlar ve bu böbrekten halip, mesane ve en son olarak diğer böbrege intan intikal eder. Eğer tüberküloz mesane ve diğer böbrege de sirayet etti ise o zaman evvelâ afete düşer olmuş olan ilk böbreğin radikal şifası katî surette temin edilemez. Radikal bir şifa elde etmek için ancak afetin yalnız bir böbrekte mevcut olması lâzımdır. Bu güne kadar cerrahi mesai göstermiştir ki bir taraflı böbrek tüberkülozunda nefrektomi vasati olarak yüzde altmışa yakın mütemadi bir şifa temin etmektedir.

Erken tanınmış vak'alarda yüzde seksenden yüzde doksana kadar bu muvaffakiyet yükselebilir. Nefrektomide ameliyat yüzde üçten yüzde yediye kadar ve hatta erken tanınmış ve teşhis edilmiş vekayide çok az olduğu düşünülürse böbrek tüberkülozunu vaktiyle tanimanın ve teşhis etmenin ne kadar mühim olduğunu anlamak kabildir.

Böbrek tüberkülozunun erken tanınmasında mühim vazife pratisyen hekim tarafına düşer. Böbrek tüberkülozunun ilk işareti umumiyetle böbrek tarafında bir iztirapla başlamaz, bilakis aşağı sidik yollarında mevcut bir taharrüş ile başlar. Tahliyei bevilde bir teşevvüş husule gelir. Bu teşevvüş ya tebevül hissinin çoğalmasıyla, veyahut bilhassa gecelerde hafif bir selisülbevildir. Tahliyei bevlın bu gibi hafif teşevvüşleri tecrübede hekimî da-

ima dekik bir idrar muayenesine sevkemelidir. Bilhassa hekim her daim tüberkülozu düşünmeli ve bu düşüncesinde tüberkülozu bertaraf edinceye kadar sebat eylemelidir. Böyle hastalarda bir müddet sonra tahliyei bevil de sancılı olur. Bazen sancılar ya sidik boşalmasının bidayetindedir, veyahut daha ziyade sonunda olur. Bazan hastalar tahliyei bevlın itmamından sonra uzun müddet devam eden bir tebevül hissinden muztarip olduklarını söylerler. Daha mütekâmil vekayide böbrekte sancılar husul bulur. Bu sancılar kilye taşlarından mütevellit hakikî kilye kolikleri şeklinde tezahür eder ki kilye taşları koliklerinden tefrikte mümkün değildir. Tüberkülozda bu şekil sancının sureti tekevünü şöyledir: Kanama, ve binnetice pıhtılarla halip, tikanır bu veçhile huveyzada idrar rükûdeti tekevün eder, ve evca nahiyeyi kataniyeden teşâşu ederek halip, mesane ve cihazı tenasülî hariciyeye kadar yayılır. Bu evca hecmeleri vazih olmayan muayenelerle yalnız kilye taşlarıyla ve halip taşlarıyla ve diğer azayı batniye vetirei maraziyeleri ile de iltibas eder, ve tekerrür eden evca ile bazı defa haksız ve lüzumsuz olarak apandisektomi yapıldığı vakidir. Böyle kuluncu kilyevî geçiren bir hastanın idrarını muayenede basit vesaitle kilyevî T. B. teşhisini koymak mümkündür. İdrarın manzarai hariciyesinde mühim tagayyurat görülmez. Hemen berrak gibidir. Uzun müddet terkedilirse alt tabakada bulutlu mevceler olur, renk açıktır.

Bir hastada idrar tahliyesinin mevzuubahs arızaları ve böbrek kolikleri husule gelirse ozaman pratikte idrarı derhal dekik bir muayeneden geçirmelidir. Her pratisyen hekim ufak bir tefekkür ile biraz oğraşarak böbrek tüberkülozu teşhisini hiç bir mütehassıs hekimin yardımına ihtiyaç görmeden koyabilir. Ve bilhassa mütehassıs doktorun yardımına lüzum görmeden hastalığın cinsini tefrikden dolayı memnun olunur gurur duyulur. İdrar, haricî muayenesinde bir çok defalar büyük bir tebeddülât göstermediği arz olunmuştu. Renk hemen hemen gayet açıktır. Uzun müddet durduktan sonra bulutlu teressüp meydana gelir, rengi umumiyetle göze çaracak derecede açık olmakla beraber donuk kurşunî sarı bir renk karakteristik olarak telekki edilir. İdrarın miktarı umumiyetle çoktur ve hemen hemen günde iki üç litreye kadar çoğalabilir.

Böbrek tüberkülozunda idrarın reaksiyonu hamızdır. Hastalığın seyri muahharında kih itrahi çoğalsa dahi bu hamızı reaksiyon berdevamdır. Ancak pek ender vekayide bir intanı muhtelit ile idrar ecsaminın bakteriler vasıtasıyla tec-zzisi neticesi hamızıyyet kalmaz. Kimyevi muayene ile her daim muayyen bir albumini ihtiva eder. Albumin idrardaki kih mevcudiyetinden mütevellittir. Halbuki mikroskopik muayenede albuminin yanında her daim kih bulunur. Fakat bir de pretüberküloz Albüminüri diye anılan bir şey mevcuttur. Fakat esaslı bir böbrek tüberkülozu ancak mikroskopik şekilde kih bulunduğu takdirde telakki edilmelidir. Şayet idrarın ekşi reaksiyonu ve göze görünen kih ile karışık oluşu böbrek tüberkülozu şüphesini uyandırırsa ozaman Wildbolz' a nazaran daha iki basit muayene yapılmalıdır ki teşhis kat'ilemiş olsun. Bu da idrarın bakteriyolojik muayenesi ve telvini iledir. İdrar rusubu alev üstüne tutarak metiler mavisıyla boyanır, badehu mikroskop altında muayenede adi avamili kihiyelerin bulunuşu böbrek T. B. sinin mevcut olmadığını, bu avamili kihiyenin de namevcudiyeti muhakkak surette böbrek T. B. sinin mevcudiyetini isbat eder. Bundan mada bir adım daha ileri atılmalı. Sediment da T. B. basillerinin mevcudiyeti araştırılmalıdır. T. B. basillerinin müsbet oluşu muhakkak surette teşhisi kat'ileştirmiş demektir. Şayet pratikte pratisyen hekim bu muayeneyi kendi kendine yapabilmek için kâfi derecede tecrübe ve emniyet görmiyorsa o zaman idrarı berayı muayene bir mütahassısı yollayabilir. En mühim mesele bu muayenenin yapılabilmesidir.

Bu gün adi şekilde yapılan telvinatla mikroskop vasıtasile yüzde seksen ila 90 T. B. basillerinin mevcudiyeti isbat edilebilir. Şayet telvin usulü maksada kâfi gelmez ve yine böbrekte T. B. mevcudiyeti şüphelenilirse o zaman hayvan tecrübesi yaptırılabilir. Halihazırda müelliflerin birçoklarının bu usulü pek takdir etmedikleri görülmektedir. Hayvan tecrübesinden daha ehemmiyetli mesanenin ve halibanın sistoskopi ile mahalli muayenesidir. Aynı zamanda böbrek vezaifinin de ölçülmesi lazımdır. Tabiatile bu muayene ancak mütahassısı tarafından yapılabilir, Tabii hiç bir zaman bu son muayeneyi pratisyen bir hekimden talep edemeyiz. Fakat dışarıda serbest icrayı tababet eden bir hekim böbrek T. B. sini ne zaman düşünmesini bilmelidir.

Kendi tarafından yapılan muayene bir netice vermezse o zaman mütahassısının yardımını talep edebileceği tabiidir. Böbrek tüberkülozunun sistoskopik muayenesinden burada uzun uzadıya bahse-

decek değilim. Kromosistoskopi ilk vekayide de şayet bir mesane tagayyürü husule gelmedise dahi mükemmel neticeler verir. Şayet bir endigokarmen enjeksiyonundan sonra bir tarafta ifrazat sekiz dakika sonra dahi zuhur etmezse ve diğer taraftan göze görünecek derecede mevcutsa ozaman yüksek bir katiyetle az boya maddesi çıkaran böbrek tarafında T. B. mevcudiyeti izah edilir. Böbrekte vetirei dereniyeinin ilerlemesi mevaddi mülevvinenin ifrazını yavaş yavaş azaltır.

Haliban fevhalarındaki tebeddülât, böbrek tüberkülozunda umumiyetle gayet çabuk baş gösterirler, (Kızarıklık, dıfka gayri müsait bulunuş, elastikiyettin ziyat, devamlı kapanamama, hafatın kaytavarı oluşu, v. s.) tezahüratlardan bir danesi bulunursa ozaman büyük bir ihtimal ile mezkûr taraf böbreğinin hastalandığı nazarı itibare alınmalıdır. Fevhei halibin civarında ülserasyonların husule gelmesi teşhisi takviye eder. Erken teşhis için sistoskopik muayene çok faidelidir.

Hulâsaten :

Erken teşhis mümkün olduğu takdirde böbrek tüberkülozu büyük bir ihtimam ile ve tehlikesiz bir şekilde nefrektomi vasıtasile tamamen şifayap olabilir. Böbrek tüberkülozunun ilk işaretleri tahliyei bevildeki arızalar (adedi tebevülün tezayüdü ve vecanak tebevül) böbrek kolikleri (böbrek taşında olduğu gibi) her zaman böbrek tüberkülozunun ilk işareti değildir. Böbrek tüberkülozunun başlangıcında idrar karakteristik tebeddülât gösterir ve bunlar ile böbrek tüberkülozunun teşhisi muhakkak surette yapılabilir. İdrarın rengi umumiyetle açık ve kurşuni sarıdır, miktar çoğalır. Kilye tüberkülozunda idrar umumiyetle durdukça bulutlu bir sediment bırakır. Bu sediment de her daim kih hücreleri ve umumiyetle küreyvati hamra bulunur. Albümin itrahi böbrek tüberkülozunun ilk objektif işareti olabilir. Şayet idrar ozaman kihten serbest ise T. B. mevzuubahis değildir. Böbrek tüberkülozunda idrarın rüsubunda telvin ile T. B. basili yüzde seksen ila doksan müsbettir. Bakteriyolojik muayenenin menfi netice verdiği vekayide hayvan tecrübesi bir yardım teşkil etmez. Doğru bir teşhis koymak için mesanenin andoskopisi elzetürdür. Kromato sistoskopi ve bir fevhei halipte T. B. mihrakatinin görülüşü muhakkak susette bir taraflı bir böbrek tüberkülozunu isbat eder, Mesanesi her zaman selim olan bir hastada son husule gelen mesane arızaları, hamızı ve hafif kih ihtiva eden idrar mevcudiyeti prarikte her hekim böbrek T. B. sinin ihtimali düşüncesine sevkettmelidir.

« EVİPAN - N A T R I U M » İ L E D A H İ L İ V E R İ T N A R K O Z

Doktor Operatör Asil Mukbil

K o n y a

Son senelerde, *Veronal* cezrinin betahsis uyku ve hadir, üzerine müessir bulunması sebebiyle, bitterkip muhtelif müstekkâtını elde etmeğe bilhassa Almanya, Fransa ve Amerikada çalışılmaktadır. Almanyadaki araştırmalar bir kaç sene evvel *Evipan* isminde ve tesiri daha emin bir cisim bulmakla neticelendi.

Biz; ilâcın sodium ile milhi olan «*Evipan-sodique*» tatbik ettiğimiz otuz vakamızdan; havassı hikemiye, kimyevivesinden, fizyolojik ve farmakodinamik tesiratından, istitbap, tarzı tatbik ve miktar, hadir müddeti, ihtilâtat, ve vefiyattan muhtasaran bahsedeceğiz.

Havassı hikemiye, kimyeviye; fizyolojik ve farmakodinamik tesirat :

Bu cismin kimyevî terkibi (C -C- Zyclohexenyl-Methyl-N-Methyl acide barbiturique) olup N u m a l ile S o n e r y l' e yakın terkiptedir.

Su da kolaylıkla münhal olan sodium ile teşkil ettiği beyaz renkteki milh *Evipan-Natrium* namile hullanılır. Bu madde, uzviyette, kebette tahavvülata oğrayarak parçalanır, yücüda girdiği gibi çıkmaz, sür'atle tahavvül eder.

Hayvanat üzerinde yapılan tecrübelerde, bu madde verit içine zerk edilmesiyle seri, ve amik bir anestezi husule getirdiği görüldü. Bu anestezi, narkozun üç safhasını sür'atle atlar. Hayvanatın idrarında maddenin değişmemiş şekline ancak pek eser miktarda teşaduf olunmuştur. Yani idrarda acide barbiturique yoktur.

Narkotik tesiri seri olmakla beraber teneffüs ile deveran intizamında bir tagayyür yapmadığı gibi mezkûr cihazlar üzerine bir suyu tesiri görülüyor. Her vakada görülmemekle beraber teneffüs ve muharriketüleviye merakizine depressif bir tesir yapar. Kalp bidayette teserrü, narkoz tam olunca hali asliye avdet eder. Kusma yoktur, ağız kurumaz, Tâli arızalar, teraküm ve ihtibas avarızı görülmez. Zerk olunduğu evridede tromboz, cidarı eviyede, cilt ile nesci hücrevide bir tagayyür husule getirmiyor. Kan tazyiki 1,5—2 derece düşebilir, yine yükselir. Siyanoz yoktur, renk pembedir değişmez.

Uykudan sonraki uyanma müddeti şahsa göre değişir, uzun veya pek kısa olabilir. Uyandıktan sonra nahoşluk yoktur. Retrograt bir nisyan kalır, uyanma nisbeten sakindir. Narkoz, verit dahiline zerk esnasında başlar ve uzviyette süratle tahallül eder ve tarh olur. Hasta ameliyatı hatırlamaz; sabah ampüte edilen bir hastamız öğle yemeğini iştiha ile yiyordu.

Anestezi miktar ile öldürücü doz arasında çok fark (mevti mucip miktar, anestezi miktarın 4-5 mislidir) vardır.

Cidarı batın adelerindeki istirahat raşianestezi-deki kadar tam değildir. Normal miktarın takallüsü rahmiye üzerine tesiri yoktur. Fazla *evipan* bu takallüsü durdurarak mihazın tevekkkufune sebebiyet verir.

Evipan sodique narkozu hoştur, hastanın heyecanlanmasını giderir.

İsdtbap:

Bu ilâcın asabırieviyi midevi üzerine mühim bir tesiri olmadığı için gerek merkezi olarak ve gerekse mide gışayı muhatisine tesir ile kusturması yoktur. Binaenaleyh rievî ihtilata sebebiyet vermediğinden tercihe şayan olup midenin dolu veya boşluğu da bir mani teşkil etmez ve bu sebepten urgent vekayide şayanı tavsiyedir. Şişman, anemik, septik, ateşli zaıflamış, asabî, nevrastenik ve ipertiroidili eşhasta ihtiyatlı bulunmalı, kebet, kilye ve riesi bozuk eşhasta lokal anesteziyi tercihmeli, *Evipan - N.* mu kullanmamalıdır.

Reis, vecih, unk, sadır ve batından bilhassa mide ameliyatlarında çok eyidir. Baş ve boyun ameliyatlarında müdahale sahasını maskeden kur tarır. Peritonit ve insidat gibi vekayide az endikedir. İleri derecede enfeksionlarda, karaciğer hücresinin tagayyürlerinde kondrendikedir. P e r r i n çok kerre etrafta görülen sarsıutular sebebiyle bu nevahi ameliyatlarında *evipan* Kontrendike bulur.

Evipan - N ile ağrısız doğum tecrübelerinde az miktarda dikkatle zerk etmek ve yakından tâkip etmek lâzımdır.

Narkozu müteakip hastayı yalnız bırakamayacağımızdan poliklinik ve muayenehanelerde klerüdetil kadar kolay kullanılamaz. Kliniklerde şumzu-evveli azot, klorürdetil ve avertine müreccah görülüyor.

Uyku ve anestezi müddeti ne kadar kısa olursa olsun, hasta dikkatli nazarlar altında bulunmalı alt çene ileriye itilerek dilin geriye düşmesine mani olmalı.

İnsana sureli tabiki, zerk tekniği ve miktarı :

İnsanlarda verit yolile *Evipan sodique* in sürdahi mahlulu tatbik olunur. Umumiyetle % 10 mahlulu kullanılır. Mai mukattar tozu havi ampulle boşaltılır, toz tamamen hallolunarak şiringaya çekilir, 10 s. m. m. ekseriyetle kâfidir. Dozaj her anesteziye olduğu gibi şahsa ve şeraite göre değiştiği aşikârdır. Bir çok müdekkikler muhtelif

usuller tarif etmişlerdir. Meselâ : Şahsın elli kilosuna mukabil 7 s. m. m. ve beher beş kilo fazlası için 0,50 s. m. m. hesabile ilâve olunur. Zerkler bati yapılmalıdır.

Baetzner 60 - 90 saniyede; Wende 1 3-4 dakikada, bazıları 15 saniyede, 1 s. m. m. ni zerkederler. Anschütz bütün mahlulu 2 - 3 dakikada zerketmeği LeLaurier ve Maurice Mayer, genç mükavim hastaliksız, vago-toni teşevvüşatı olmayan kadınlarda evipan sodique ki ihtiyatla, bati ve dakikada 1 s. m. m. olmak üzere kullanmışlardır. 4 - 6 dakikada 3 - 5 s. m. m. zerk ile vasatı otuz beş dakika devam eden bir anestezi elde ettiklerini söylerler. Beher s. m. m. için bir dakikalık müddet çok fazladır, bir taraftan zerk olunurken diğer taraftan bu madde tahallül edeceğinden, zerk müddeti de on dakika süreceğinden ameliyat için pek az müddet kalıyor.

Biz tatbik ettiğimiz muhtelif yaş, cins ve hastalıklı 30 vakamızda (S. 150) aşgari 0,25; azamî bir gram zerkettik. Bu ilacı ilk tatbik ettiğimiz vakalarda 0,50 gramdan fazla kullanmadığımız gibi, zerkleri de bati yaptık. Bilahare daha uzun sürecek müdahalelerde daha cesaretle kullandık. Yapacağımız müdahaleye göre, mahlulu hazırladıktan sonra, 0,25; 0,50—0,75—1,0 gram erimiş mahlulu şırıngaya çektikten sonra, hasta da ameliyat masasına yatırılarak kompresler yayılarak, serbest bırakılan kolu ufak bir masaya dayatılarak zerke başlıyoruz. Bu sırada hastaya 1 - 100 ze kadar ağır ağır saydırmaya başlıyoruz. Hasta sayarken öyle bir raddeye geliyor ki sayıları karıştırıyor, nihayet uyumağa başlıyor. Bu zaman 1 - 2 s. m. m. mahlul daha zerke derek igne veritte ve uyuyan hastanın en ufak hareketinde zerke müheyya olmak üzere müdahaleye başlıyoruz. İcabı hale göre hastaya diğer bakiye mahlul dahi şırınga edilerek igne veritten çıkarılıyor, kolu ameliyat masasına bağlıyoruz.

Anschütz ve Specht atideki şemayı kullanıyorlar:

Yaş	10-15	15-25	25-40	40-55	55-65	65-75	75 den yukarı		
Erkekler	kuvvetli	0,16	0,15	0,14	0,13	0,12	0,11	0,10	kg. başına cm m.
	zayıf	0,15	0,14	0,13	0,12	0,11	0,10	0,09	
Kadınlar	kuvvetli	0,15	0,14	0,13	0,12	0,11	0,10	0,09	kg. başına cm. m.
	zayıf	0,14	0,13	0,12	0,11	0,10	0,09	0,08	

Sağlam, genç, kuvvetli eşhasta uyku için lâzım olan miktar çok kerre fazlalaşır. Şahsın boy, sin, cins ve mukavemeti nazarı itibare alınmalıdır.

Şişman, zaiflamış, anemik, ateşli ve septik hastalarda yukarıya dercolunan evipan tatbik şemasından % 30 - 50 noksan yapılmalıdır.

Şahsa göre doza olmakla beraber bu iş müşkil ve alışmaya bağlıdır, her zaman alışık bir kimseye ihtivac hissettirir. Her şahıs için tespit edilmiş bir

dozun evvelden kestirilmesi kabil olamayacağından zerki bati yapmalı, zerk miktarı ile hastada tezahur eden hadir safahatı nispet edilerek kâfi gelecek muhaddirin tespiti lazımdır. Uyutulan şahısta görülen en ufak tahavvülâtı tespit ederek zerkleri ona göre ayarlayacak alışık bir üçüncü şahıs lazımdır.

R. Monod arızasız ve uzun narkoz elde edilmesi matlup ise muayyen evipan sodique dozu nu glukoz seromu içerisinde halletmeği tavsiye eder.

Baetzner ve Scheicher gibi müellifler evipan sodique ile elde edilen nispeten kısa narkozu temdit etmeği düşünmüşlerdir. Bu sebeple müteakip zerkatla daha uzun narkoz elde etmişlerdir. Jenitzer 1057 vakada arızasız olarak evipan sodique ki kullanmış, iki saatten fazla devam eden ameliyatlarda 35—48 s. m. m. tedrici zerk suretile eyi narkoz elde etmişler. Bir çokları ekserya bir gramı tecavüz etmezler. Lenormannın 70 vaka üzerinde yaptığı tecrübeye bu maddenin esas anestezi olarak hizmet edemeyeceğini, çünkü uzviyyette, süratle harap olduğunu ve bu usule tabi olmayan hastalara verilen miktar kadar diğer bir muhaddirin verilmesi icap ettiğini söylüyor. Buna mukabil o da müteakip ve mütevali zerkat metodu ile başka bir muhaddire ihtiyaç kalmadan mutad ameliyatların yapılabileceğini kaydeder.

Ameliyattan evvel, morfin, pantopon ve sedol çok muvafıktır. Narkoz dozu uyuma dozunun iki misli olmasını tavsiye ederler. Uyku dozu için dakikada 1 s. m. m. mütemmim narkoz dozu için de dakikada 2 s. m. m. yapılır.

Umumiyetle 10 s. m. m. (1 Gr.) lik enjeksiyon mutad ameliyatlar için kâfidir. Uzun süreler için ise müteakip zerkler lazımdır. Hastanın en ufak uyanma harekâtında 1—2 s. m. m. daha zerk olunur. Yukarıki tafsilâttan anlaşılacağı gibi mütevali

evipan sodique zerkleri, uzun ve her nevi müdahaleleri mümkün kılabilir. Bu mütevali zerkler eyi tayin edilmiş fasılalarla yapılabilir. Bu hassası süratle tahallül ve ittirahtan ileri gelir.

Hadir müddeti :

Evipan sodik bazıları için başlama narkozudur. Bazı cerrahlar bu maddenin anestezi müddetinin kısa devam ettiğini, bu sebepten ufak müdahaleler

de kullanılmasını; bir çok cerrahlar da aksini iddia etmektedirler. Bu madde için hakikatte sabit ve muayyen bir anestezi müddeti yoktur. Müdahaleden evvel, sinni müsait hastalarda afiyon ve müstekkatinin zerki, narkoz müddetini uzatıyor. Bazı istisbap ve muzaddi istitbap nazarı itibare alınarak dahili verit olarak ihtiyatla zerkolunan doze edilmiş muayyen bir miktar evipan- Natrium, bir kaç dakikadan bir saat müddet, tehlikesiz, gerek hasta gerekse doktor için hoş bir anestezi tevhit eder. Bu

lemez. W e n d e l in 161 vakasından 70 inde yalnız olarak, diğer vekayide, esas anestezi olarak kullanılmıştır. Bu 70 vaka içerisinde apandisit rektum kanserine kadar muhtelif vekayı vardır. Prof. K e n a n T e v f i k bey yaptığı 69 vakanın ekserisi büyük cerrahi vekayii olup yalnız bir kısmında müdahalelerin sonuua doğru kloretil veya eter vermek lüzumu hasıl olmuş, verilen eter miktarı çok az bulunmuştur.

Evipan-N zerkolunmuş hastalarda diğer bir mu-

Cins ve Yaş	Tedrici zerkolunan miktar	Müdahelenin nevi	Ameliyat müddeti	Narkoz müddeti	M Ü L Â H A Z A T
Erkek 43	0,50 Gr.	Hydrocele	5 dakika	15 dakika	Eyi uyudu.
» 17	0,50 »	Tarafı süfli amputasyonu	6 »	10 »	2,5 saat sonra iştihali yemek yedi
Kadın 55	0,50 »	Çene osteomyeliti	12 »	45 »	Eyi uyudu.
» 7	0,50 »	Kasaba »	10 »	30 »	agitasyon var.
Erkek 33	0,50 »	Sak ve fahiz osteomyeliti	20 »	7 »	Kloretil verildi.
» 13	0,50 »	Fahiz osteomyeliti	10 »	30 »	agitasyon var.
» 30	0,50 »	Evrımı basuriye	10 »	13 »	Eyi uyudu.
» 30	0,50 »	» »	2 »	2 »	Termokoterizasyon.
» 33	0,50 »	Empyeme	10 »	12 »	Eyi uyudu.
» 27	0,80 »	Muhtenik fitik ve peritonit	35 »	45 »	» »
» 34	1,0 »	Muzaaf fitik	30 »	60 »	agitasyon çok.
» 20	1,0 »	Magbeni fitik	15 »	40 »	» »
» 34	0,50 »	Asabi kuberi sütürü	17 »	15 »	Cilt sütüründe kloretil.
» 41	0,50 »	Mesane taşı nüksü	20 »	4 »	Pek az kloretil ile uyku devametti
» 22	1,0 »	» »	17 »	25 »	eyi uyudu.
Kadın 60	0,75 »	Mütakarrah metastazlı meme kanseri	37 »	70 »	» »
» 45	1,0 »	» » »	30 »	40 »	agitasyon ertesi sabaha devametti
» 60	1,0 »	» » »	30 »	45 »	» var.
» 50	1,0 »	» » »	25 »	28 »	eyi uyudu. 0,01 morfin yapıldı
» 25	1,0 »	Ventrofiksasyon ovariotomie	35 »	45 »	» »
» 34	1,0 »	Batın tümörü	40 »	45 »	» »
Erkek 55	0,50 »	Cerhayi nazifei batın	35 »	50 »	» »
» 19	1,0 »	» » »	45 »	70 »	» »
» 7	0,25 »	» » »	20 »	30 »	» »
» 40	1,0 »	Halfi gastroenterostomi	40 »	42 »	» » 0,01 » »
Kadın 25	1,0 »	» » »	35 »	40 »	» » hafif agitation 0,01 » »
» 25	1,0 »	Laporatomie eexploratrice	20 »	35 »	» » 0,01 » »
» 20	1,0 »	Nefrektomi	40 »	45 »	» » 0,01 » »
» 60	0,50 »	Kafa trepanasyonu	20 »	38 »	» » 0,01 » »
Erkek 6	0,50 »	» »	18 »	35 »	Hafif agitasyon oldu.

tesir müddetinin gayri sabit olması sebebiyle yalnız olarak veya diğer bir anestezi ile müterafik olarak uzun narkozlarda kullanılabilir. Bu son şekilde evipan sodique, esas anestezi olmayup başlama anesteziğidir. Pratikte çok kerre ufak müdahaleler için 3-7 s. m. ; mutad ameliyatlar için ise, 8-9 s. m. kâfi bir müddet hadir husule getiriyor. 15-20 dakikalık kısa bir müddet için matlup ise çok kerre derin narkoz yapabilir. Tertibat o suretle alınmalıdır ki hastaya zerkedilirken hadir husule gelir gelmez şak yapılmalıdır. Bir çok Alman cerrahları bu anesteziikten memnuniyetle bahsediyorlar. K o b e l e nazaran vasatı olarak 10 s. m. m. kullanılan bu anestezi bir çeyrek saati geçebilen müdahalelerde istimal edi-

haddirin verilmesi icap ederse bu sonuncudan pek az miktar verilmekle hadir devam ediyor.

R. M o n o d bu cismi 125 vakada tatbik etmiş, hiç bir arıza görmediğini ve hadirin kâfi geldiğini söylüyor. G r e n a d e 1000 den fazla ve mühim müdahaleleri havi müşahedesinde bu ilacın mazarratsız, kolaylıkla kabili istimal, seri ve emin tesiri haiz cerrahi sükunu temin eden bir muhadir olduğunu, bu usul ile arızasız ve mükemmel netayic elde ettiğini söyler. P e r r i n inşak suretiyle anestezi Jeneral taraftarı olmakla beraber bevli cerrahi vekayinde 21 defa kullanmış, zerekatın bati yapılmasını tavsiye eder. Tâkip ettiği vekayinin hepsinde vasatı 20 dakika anestezi devam etmiştir. L e n o r m i a n d 70 vakada 62 iyi anestezi,

kâfi anestezi, ve 4 ademi muvaffakiyet vakası kaydeder.

H. S t e g e m a n n ın vekayiinde hadir 10 - 40 dakikada devam etmiş, bu müddetin cinsin, siklet ve bünyeye tabi olmadığını söylüyor, ve hastanelerde şayanı istimal birinci derecede bir muhaddir olarak tavsiye eder. J. L a u b e r 150 vakada tatbik etmiş, narkoz 15—20 dakika devam etmiştir. K. S p e c h t te nazaran 5 - 30 dakika, müstesna ahvalde 1 saat devamediyor. O. H o n - c a m p 150 vaka üzerindeki tecrübeye narkoz müddeti nadiren 5—10 dakikayı geçmiştir. H. B a u m e c k e r in yaptığı takriben 150 narkoz da hadir müddeti 15 dakikadan fazla devam etmiştir. B r o c q ve C a p e t t e bu anesteziyi muvaffakiyetle kullanmıştır. Bizim tatbik ettiğimiz vakalarda 1 gram evipan sodique asgarî 3, azmî 70 vasafî 32,5 dakika anestezi husule getirmiştir.

İhtilaller ve tedavi :

Bir kaç vakamızda, 24 saat devam eden uyanma devrinde eter ve kloroformda görülen ajitasyonlardan pek fazla olmak üzere ajitasyon; bir kısım vekayide uzun süren uyku müşahede ettik. Bir çok cerrahlar, ufak tefek hadisatın husule gelebileceğini, ancak vahim arızaların ise hiç bir zaman anestezi hesabına kayt edilemeyeceğini söylerler. Uyanma, çok kerre az ve kısa süren hafif bir ajitasyonu takip eder. Bir kısım müellifler müdahale esnasında narkeza merbut olmak üzere adeta sarsılma görmüşlerdir ki bilhassa etraf ameliyatlarını güçleştiriyor. B e r n a r d tazla ajitasyon sebebiyle mevzii his italinin tercihini tavsiye ediyor. Hasta ajitasyonun farkına varmaz, mühtî ve hastane müstahdimini için müziçtir. Bazı müellifler geçici diplolpi bir gün devam eden tam annezi gibi avarız görmüşlerdir.

İhtilatat ve avarız daha ziyade asabî, nevastenik, ve ipertiroidili eşhastalarla beraber bu hastalar evvelden tespit olunamıyor. Bir kısım cerrahla bu ilacın iptidai münevvin ve muhaddir tesiri esnasında ajitasyon olmadığı için bununla başlanmasını ve bilahere başka bir muhaddir ile devamı tavsiye ederler. Ajitasyona mani olmak için hasta ile uyanırken fazla görüşmekten içtinap etmelidir. Bir kısım müellifler apné ve uzun uyku tespit etmişlerdir. Bu sebeple ihtiyat tavsiye ederler.

İhtilatata mani olmak için hasta uyanıncaya kadar alt çene öne itilmeli, muhtemel avarıza karşı hamızı karbon, lobelin, koramin, hekseton, azotat dö striknin (bilhassa barbitürük mürekkebatının muzaddı olduğundan) kullanılır.

Vefiyat:

Şimdiye kadar neşredilen vefiyat adedinin

yüksekliği, mecmu tatbikatın muayyen bir klinikte değil, muhtelif hastanelerde yapılan tatbikatın hepsinde toplananlardır. Bu sebeple bu nispet üzerinde kat'i bir şey söylenemez. Muhakkakki avertinden çok daha iyi bir anesteziye, Ancak az zamandanberi çıkmış bir muhaddir olmasına rağmen literatürde bir çok ölüm vukuatı kaydine tesadüf ediyoruz. Bu vefiyatın her vakada doğrudan doğruya anesteziye raptedilmesi müşküldür. Diğer cihetten yeni tatbik olunagelen bir muhaddir bulunması sebebiyle, bütün muhaddirlerin başlangıç devresinde olduğu gibi acemilik dolayısıyla bir çok vahim neticeler alınması melhuzdur. Bu anesteziye tecrübe kastile çok kerre vahim ve ağır vakalarda tatbik ediliyor. Zerk tekniği de çok mühimdir. Dahili verit zerk basit görünürsede bilhassa uzun müdahalelerde tedrici olarak şiringadan kısım kısım zerk olunduğu esnada, enjektörde tahassür eden kanın dikkatsizlikle zerki neticesi amboli husulu varittir. Mahlul temasında bir müddet sonra kanın tahassürüne mani olmak üzere bir madde ilavesile tecrübe edilmesi muvafık olaeği kanaatındayım.

Netice:

Evipan -N bir kısım vakayimizde çok beğendiğimiz bir anestezi olup tesir müddeti kararsız olmakla beraber ihmal edilmemesi icap eden bir muhaddirdir. Tatbik tekniğinin gittikçe iyi öğrenilmesi ve cismin iyi bilinmesi lazımdır. Tercih cihetine gelince, muayyen kliniklerde vasi mikyas ta dakik tetkikat yapılmak şartile alınacak neticeye göre kat'i bir karar verilmesi ve her klinik vekayinin hiç olmazsa bir kaç bine baliğ olması lazımdır.

Literatür :

- | | | |
|------------------------------|---------------------------------------|----------------------|
| A n s c h ü t z ; | Arch.f. klin. Chir. | 1933 N: 177. |
| A n s c h ü t z ; | Med. vvelt. | 1933 N: 18. |
| B a e t z n e r ; | D. m. vv. | 1933. |
| B a u m e c k e r H; | Zbl. f. Chir | 1933 N: 9. |
| F. Hesse, L. Lendle; | Allgem narkose u. | |
| | örtli. Betaubung | 1934. |
| G. Menegauc et L. Sechehaye; | Pres. Med. | 1934 N: 51. |
| H. Fründ; | Der Chirurg; | 1 April 1933. |
| H. VVeese | D. m. vv. | 1932 - 1933. |
| H. VVeese u. Scharpf; | D. m. vv. | 1932. |
| K e n a n T e v f i k B; | Anadolu Kliniği | 1934 N: 4. |
| K o b e l ; | D. m. vv. | 1933 N: 26. |
| Lauber; | Zbt. Chir. | 1933 N: 14. |
| Scheicher; | Zbt. f. Chir. | 1933 N: 11. |
| Specht, | Zbt. f. Chir. | 1933 N: 5. |
| Presse Medicale | | 1933 N: 85. |
| " | | 1933 N: 33. |
| " | | 1934 N: 53. |
| " | | 1934 N: 56. |
| | 43.eme congres Français de chirurgie; | 8-13. 10.934. Paris. |

M ü ş a h e d e v e t a h l i l l e r .

Zeynep Kâmil hastanesi mesaisinden :

B İ R C İ L T A N F İ Z E M İ .

Dr. Yakup Hüseyin.

Hikâyesini aşağıya yazdığım bu vak'a ; sureti husulunun garabeti ve hatta nedreti hasebile meslektaşlarımı alâkadar edeceğini zan ediyorum :

8 - 10 - 1934 tarihinde saat 20,30 da hastanemize 15 yaşında R. T. efendi isminde bir hasta getiriliyor. Dört saat evvel çarşıda dolaşırken sokakta odun yarıyorlarmış, küçük bir odun parçası hızla gelerek boynuna çarpmış, bir müddet sonra tedricen bütün vücudu şişmeye başlamış. Hastaneye geldiği zaman bütün vücut cildi baştan aşağı amfizemli idi Bila mubalağa eski vücudunun yarısı kadar ilave edilmiş idi. Gözleri tamamen gaip olmuş ve onların yerine iki küçük yumruk kaim olmuş idi. Nabız küçük ve seri olup nefes darlığı mevcut, hasta sıkıntı içerisinde ve mütemadiyen kendisinin kurtarılmasını acıklı bir lisanla yalvarıyordu. Hastada dikkate şayan olarak şıryanı şezen

halkalazı üstünde küçük bir sıyrıktan mada vücudunda hiç bir şey görülmiyordu.

Şu halde odun parçası kuvvetle çarparak husule getirdiği travma ile şıryanı şezende bir çatlaklık tevhit etmiş idi, bu suretle hava yolları nesici hücreviyi tahtelcildi ile ittisal peyda ederek cildâ amfizem husule gelmiş idi.

Hastanın hayatını tehlikeye koyan şişlerin indirilmesi için vücudun muhtelif mahallerine kaim Poten iğneleri batırılmak ve masaj yapmak suretile şişlikler indirildi ve bir kaç saatlik mesaiden sonra hastanın vücudu hemen tabii haline yaklaştı ve bir daha şişlik husule gelmedi. Mütebaki hava hâbeleri de tedricen dağılarak hastamız 12 - 10 - 1934 tarihinde tam bir şifa ile hastanemizi terk etti.

Istanbul Gureba hastanesi dahili servisi :

Şef : Ord. Prof. Dr. Tevfik Salim paşa.

PNEUMOCOCCİUE BİR KEBET HURACI VE SAHAYA İLTİHABI VAK'ASI.

Dr. Süleyman Neşati.

Kebette pneumocoque'lardan mütevellit takayyüh mihraklarına pek sık tesadüf olunmaz. Evvela N e t e t r, yarım asır evvel zatürrienin ihtilâti olarak husule gelen bir kebet huracı neşir etmiştir. M o u t i e r, 1906 da bir hastada biribiri ardından husule gelen zatürrie, zatükönp, pyurie, hepatite, kebet huracı, endocardite ve meningite görmüştür.

Pneumococcie'lerin seyri esnasında riede takarrur olmaksızın diğer uzuvlarda mihraklar husule gelebildiği gibi (meningite v.s.,) kebet'tede tagayyürler olabilir; bu suretle husule gelen pneumococcie kolestitlere tesadüf etmek pek nadir bir hadise telekki edilmez böyle pneumocoque intanlarında safra yollarının tekayyühî afetleri de görülmüştür. Fakat, ne olursa olsun pneumocoque'ların kebet ve safra yollarında tekayyüh vetireleri yapmaları diğer uzuvlardaki tekarrürlerine nazaran seyrek görülmektedir?

K e r d r e l, C o n n o t (1916) da neşir ettikleri bir pneumocoque septisemisinde yüz hastanın hiç birisinde ehemmiyetli bir kebet afeti mü-

şahede etmemişlerdir ; bunlardan otopsi yapılan 18 vakadaki kebet tagayyürleri dahame ve ihtikandan ileri geçmemiş, safra kesesi hepsinde normal bulunmuştu. Yine böyle bir pneumococcie epidemisine tesadüf eden S. I. de J o n g ve G. M a g n e ölümle neticelenen bir vakanın otopsisinde hat nefi péricardite, rielerde dağılık sarımsı lekeler halinde küçük hurac başlangıçları görmüşler ve yaptıkları frotilerde pneumocoque'larla iştira ketmiş enterocoque'lar bulmuşlardır.

Bizim burada müşahedesini hulasa ettiğimiz vakada ise sahneye evvelâ kebet afeti hakim olmuş ve hastalığın seyri esnasında pneumococcie meningite husule gelmiş ve nihayet son safhada rievî afet başlamıştır.

Hasta 36 yaşlarında R. M. ef. 27 - 11 - 934 tarihinde ailesi tarafından hastanemize getiriliyor ; 13 gün evvel sağ böğünde şiddetli bir sancı ile hastalanmış, kendisini gören hekim, bir kebet kuluncu teşhisini koyarak morfin yapmış ve sağ meraka buz koydurmuş ; fakat, hastanın ateşi yükselmiş (40,5 dereceye kadar çıkmış) . sancı devam

etmiş; iki gün sonra sarılık olmuş ve bu hal aynı şekilde on gün devam etmiş; üç gün evvel yine âni ve şiddetli bir sancı gelmiş, bundan sonra kendini kaybetmiş kimse ile konuşmıyor, söylenen sözleri anlıyamıyor, ve ne yaptığını bilmiyormuş, bunun üzerine hastanemize getirilmiştir.

Hasta sekiz seneden beri sağ böğründeki sancılardan muztar olmuş; bunun için bir müddet için zatülcenp gibi tedavi edilmiş; sonraları safra taşı musabı telekki edilmiş, geçen sene safra kesesinin, mide ve isnaaşerin radiolojik muayenelerini yaptırmış, o vakitler safra kesesinde taş şüphesini veren bir zil görülmemiş, fakat mide ve isnaaşerin muayenesinde bir periduodenite bulunmuş ve radiolog bu nahiyenin kebet ve ihtimal safra kesesi ile iltisak etmiş olduğu kanaatını izhar etmiştir. Bu yüzden hasta Cerrahpaşa hastanesinde 11 gün yatmış ve müzmin kolesisit teşhisile çıkmıştır. Hasta çok alcool kullanmış.

Muayenede : hastanın tam bir ziyai şuur olduğu, hezeyan ettiği ve gayri iradi ihtilâçli hareketler olduğu görülüyordu. Derecei hararet 39,5 olup cilt ve munzammalar sarı, yerekanî renkte idi. Dil kuru ve paslı olup batında bilhassa sağ üst nisifta adeli mukavemet bulunuyordu. Lökosit adedi 18.500 idrarda safra mevcuttu.

Müteakip günlerde hastalık aynı şekilde seyretti, bununla beraber iki araz daha nazarı dikkati celp etti, Ense sertliği ve Kerniği; bunun üzerine yapılan bezli katanî ile sarı renkte ve hafif bulanık bir mayii dimağii şevki alındı ve mikroskop muayenesinde hemen saf kültür halinde pnömokok görüldü. Bununla beraber sahada polinükleer lökositlerde vardı. Fakat pnömokokların bütün sahayı kaplarcasına çokluğu ile hücrelerin nispeten azlığı bir tezat teşkil ediyordu. Bu suretle hastanın mayii dimağii şevkisinde bilhassa pnömokok menenjitlerinde bazan görülen ve Ch. A. Chard ile Louis Ramon'un bir vahamet delili olarak kabul ettikleri Dissociation cyto-bacteriologique bulunuyordu.

Hastaneye girdikten üç gün sonra hastanın hararet derecesi 40 m üstüne yükselerek bu hizada seyre başlamıştı. O sırada yeni bir araz daha görüldü. Sol rie kaidesinde kar ile asamiyet ve isga ile tek tük firkaî harahir o gün yapılan radyografî bu hizada hafif bir kesafet görülüyordu. Nihayet hastaneye girdiğinden beş gün sonra hasta öldü.

Otopside alınan neticeler dikkate şayandı. Sehaya da ümmüssulbe kalınlaşmış muhtakan, mesafei tahtelankebutiye sarı yeşilimtrak bir netha ile örtülü bilhassa fussy kafavi üzerinde daha kalın bir tabaka halinde kih bulunuyordu.

Kalpte dessamatı siniyenin her üç şubesinde epher cihetindeki yuvalarında dessamların açılmasına tamamen mâni vejetasyonlar mevcuttu, sol

kalp bia az mütevessî idi, her iki rie kaidesinde henüz engouement devresinde zatürrie mihrakları var. Bundanbaşka sağ riede merkeze doğru az koyu renkte hatta hasif (eskiden geçirilmiş, bir zatürrie eseri olması muhtemel bulunan) mihraklar var. Kebet büyük (2150 gram) olup sathında mahfazaya yapışık bir yerde veridibap civarında çok olmak üzere mercimek hacminden fındık hacmine kadar irili ufaklı ve içi sarı bir netha ile dolu mütekayyih mihraklar (hüraçlar) var. Bunları dolduran sarı yeşilimtrak kihin muayenesinde mebzul pnömokoklar bulunmuştur. Safra kesesi kısmen dolu olup içinde üç taş vardır, kese civarında hafif nezfi noktalar vardır, sağ kilyede bir idrar kisti görülüyor, enabip muhtekandır, sol kilyeyi üç fussa ayırır gibi görünen iki telem vardır.

Bu vak'ada muhtelif uzuvlarda tekrur eden bir pnömokok incanı vukua gelmiş, fakat hastalık kendini evvelâ kebetteki tezahuru ile göstermiştir. Hasta eskiden beri safra kesesinden muztarip olduğuna göre mevcut olan müzmin kolesistiti pnömokoksik telekki etmek ve bunun alevlenmesiyle septiseminin husule geldiğini, daha sonra da sehayı, kalp ve nihayet rielerde takarrur ettiğini kabul etmek mümkündür. Hastanın masebakında vazih surette bir zatürrie mevcudiyeti tesbit edilememekle beraber fethi meyitte sağ riede eski bir zatürrie bakiyesi intibamı veren soluk mihraklar görülmüştür. Buna nazaran hastanın evvelce bir zatürrie geçirerek o sırada bir kolessitit pnömokoksik ihtilâti vuka geldiği ve bunun senelerce sinsi bir şekilde seyrettikten sonra nihayet hat bir hecme tevlit ederek son levhayı yaptığı düşünülebilir. Müzmin kolesistitlerin bilhassa taşlı şekillerinin etyolojisinde, şimdiye kadar yapılan bakteriyolojik araştırmalara nazaran, pnömokokların nispeti % 1 den yukarı çıkmıyor; bu itibarla vak'a enteresandır. Yahut bir pnömokoksinin husule gelerek evvela - taşların mevcudiyetinden dolayı zayıf bir noktada teşkil eden-safra yollarında takarrur etmesi muhtemel görülebilir. Bu halde de kebetteki takayyüh vetiresinin bütün diğer tezahurlere tekaddüm etmesi işaret edilmeğe değer.

Literatür:

1. A. Chard (Ch.) : Clinique medicale de l'hopital Beaujon. 111. 1927
2. Bezançon (F.) ; S. İ. de Jong : in N.Tr.;d. med. et de ther. 10. 1922
3. Carnot (P.) et de Kerdrel : Paris Med; No; 28. 1916
4. Garnier (M.) et R. Prieur : in N. tr. de med. 16. 1928
5. Hedry, Nikolaus : Beitr. z. klin. chir. Bd. 135, 1926
6. Jong (S. İ. de) et D. G. Maigne. Paris Med; 13 oct. 1927
7. Landouzy (L.) : in Tr. de med. et de The. 1895
8. Menetrier (P) et H. Stevenin : in C. Te. de Med 1920.

Zonguldak memleket hastanesi cerrahi servisinde :

Şef : Dr. Operatör. Şerif Korkut.

MEBİZİ 4 ADET TERATOM VAK'ASI MÜNASEBETİLE.

Dr. Şerif Korkut.

Vak'a : 1.

Kayserinin Şerçe bey mahallesinde 60 yaşında H. kızı N. hanımdır.

On senedir mütemadi bir itiyadın tahtı tesirinde kalan mumaileyh tarafımdan görülerek devamlı vaki ameliyat teklifime muvafakat etmemiş ve yine eskisi gibi bir kaç defa tarafımdan da suyu alınmak suretile iktifa ettirilmiş ve bu veçhile hastanın çok büyük intifah gösteren batını; karın ve sadır cihazlarına yaptıkları tazyikten bir müddeti muvakkate için kurtarılmıştır.

Hasta zaif, nesci hucrevii tahtelcildi hemen kışın erimiş, ciltte rutubetten eser kalmamış, turgor mevcut, ayaklarında ve tarafı süflide henüz ödem yok, dil kâfi derecede yaş, iştihası henüz baki, karnı dolduran ve mütemevviç, mültesik büyük bir verem kitlesinin yapmış olduğu tazyik dolayısıyla hicabı haciz çok yükselmiş ve kalp hicabı haçize tamamen yatık bir halde, teneffüs biraz süratli, hasta uzun zamandanberi vaki marazi batını dolayısıyla tedrici surette az çok bu hale alışkinlik göstermektedir. Hastanın ifadesine nazaran altı çocuğu olmuş ve bunlardan beşi tamüssihha ve sağ, bir danesi çocukken sapan doğuşünde yaralanmış, bir daha salah bulmamış ve en nihayet bilmedikleri bir hastalıktan 30 sene evvel ölmüş, bu güne kadar belli başlı yatakta yatırıcı hastalıklardan birine tutulmamış, ara sıra nezle olurmuş. Yirmi sene evvel karnının tedrici surette büyüdüğünü hissetmiş, aybaşlarını muntazam görmesi bir hamil şüphesini bertaraf ettirmiş, on senedir her sene muntazam iki üç defa karnından su aldirmiş, ve en nihayet nefes sıkıntısı teessüs edince aynı şekilde bize suyunu aldirmak için müracaat etmiş. Hastanın diğer defalarda olduğu gibi bu sefer de tarafımızdan suyunun alınması için hazırlanmakla beraber elimde mevcut bir laparoskop ile aynı zamanda cevfi batının endoskopisi düşünülmüş ve yapılmıştır. Büyük batının içinde kocaman bir keşe derununda külliyyetli berrak bir mayi vardı. Bu mayiin içinde W i l m s zülfü, yayık üstünde tesadüf edilen yağlara şebih bir çok yumaklar halinde serbest sarı yağ kitleleri, bir çok mültesik rudimenter aza ve ensice parçaları ve saire mevcuttu. Suyu alındı. Batın tekrar muayene edildikte bir insan başı cesametinde sağ mülhakata tevafak eder tarzda sağ batını dolduran bir tümör mevcuttu. Çıkan mayi iki tenekeye yakındı. Tümör hörgüçlü, muhtelif kıvam ve eşkalde idi.

Vak'a : 2

Zonguldak hastanesi (protokol: No, 621) S, kızı

E, 22 yaşında vakfı kebirin Kefeli köyünden ...

Hastanın şikayeti fevkalade büyük bir karın ile husulbulan teneffüs teşevvüşü ve yürümek kudretinin tenakusundandır. Hastalığını üç seneden beri fark etmeğe başlamış ve ondan sonra tedricen büyümeğe başlayan karın hastayı fena halde izaç etmiş, şiş büyüdükçe belinde ağrılar olmuş, bunun üzerine hasta Trabzona doktora gönderilmiş, su almışlar. Köyüne dönmüş tekrar Trabzona gitmiş. Bu sefer iki misli su almışlar, Tekrar daha çabuk su dolmağa başlamış. En nihayet altı defa bu tekerür ettikten sonra göbek altında bir sızıntı yapan yara teessüs etmiş bundan dolayı hastaneye yatırılmış ve hastanede 60 gün kalmış, yarası kapanmış fakat yine karnı şiş olduğu halde köyüne dönmüş, bu sefer ameleden bir akrabası yanına Zonguldağa getirilmiş ve bu münasebetle hastanemize yatırılmıştır.

Hastanın ahvali sabıkasında ifadesine nazaran katiyen müzmin bir intan mevcut değildir. Hasta üç sene evveline kadar sıhhatte imiş. Üç seneden beri bu batını tezahürat dolayısıyla genç kadın ruhunu da biraz sarsılmağa başlamış.

Ahvali hazırasında : Hasta fevkalade zaif, nesci hucrevii tahtelcildi heman yok gibidir. Cilt az çok ratıp. Etrafda ödem yok. Aybaşları muntazam. Adelat erimiş bir halde. İdrar muayenesinde şayanı arz bir şey yok. Defi tabii günde bir defa, iştihaz az. Fakat hasta bu büyük karınla yürümesini şaşırılmış bir halde, belki de zafiyeti dolayısıyla meşî müşkülâtı buna munzam. Batında temevvüç hissi en yüksek derecede; mesane ve em'ada teşevvüşü vazife yok.

21 - 7 - 1934 de lokal anestenezi ile tahtessürrevi bir şakle fethi batın yapılmak istenildi. Gergin ve incelmış cidarı batının, cidarı kise ile iltisakı dolayısıyla doğrudan doğruya kise içerisine düşülmüş oldu. Hemen muntazam surette masa kenarında bulunan büyük kaplara boşaltılabilen topak topak dehni bir muhteviyatı da ihtiva eden mayiin ölçülebileni 25 litre olduğu ve iki kilo da cilt hasılatı dehniyesini ihtiva ettiği anlaşıldı.

Çıkarılan bakiye tümör menşei bulunan sağ mebyazla beraber 9, 5 kilo bir sıklet arz ediyordu. Tümörün ihracından sonra bittabi cidarı batın tabaka tabaka dikildi ve tümörün ekstirpasyonu ve iltisakı dolayısıyla peritonsuz kalan dahili batın boşluk hem tasgır ve hemde peritonize edildi. Hasta 4 - 8 - 934 de P. P. iltiyamla şifaen Zonguldaktaki akrabası yanına gönderildi.

Vaka: 3 :

Zonguldağın Perşembe köyünden Kavas oğullarından H. kızı 13 yaşında M. hanım (protokol No. 508) Hasta ebeveyni tarafından karnındaki mobil bir urun endişesile hastaneye getirilmiştir. Hastanın ifadesine nazaran 5 senedir bu urun hissetmiş ve tedrici surette büyüyen bu urdan dolayı ebeveynine vaziyeti anlatmak mecburiyetinde kalmış ve ebeveydi şüphe ve merakla düşerek hastaneye getirmişlerdir, hasta şimdiye kadar mühim bir hastalık geçirmemiştir. Bundan bir sene evvel sıtmaya tutulmuş ve muhtelif vasıtalarla 5-6 ay sıtması devam etmiştir. Hayatta ve sıhhatta 6 kardeşi var, üçü erkek üçü kızdır bunlardan başka bir erkek ve bir kız kardeşi sebebini bilmediği birer hastalıktan fefat etmişlerdir, viladi, arızî ailede bir sui teşekkül tesbit edilememiştir.

Ahvali hazırası: Batında ve sürre tahtında mobil ve müzennep bir tümör mevcuttur, el altında karnın her tarafına doğru hareket ettirebiliniyor, tazyikle acıyor, mariz henüz iki üç aydanberi aybaşı görmeğe başlamıştır eçhize sairede şayanı kayt marazî bir şey yok. Çocuk tamussıhhadır. Mücavir azada vazifevi teşevvüşat yok. 17.6.1934 de Ether narkozu ile tahtessürrevi fethi batın tapılarak sağ orevin bu müzennep tümörü neşredilmiş ve badehu batın tabaka tabaka usuli vechile kapatıldıktan sonra tümör dahilindeki muhteviyatın serapâ kıl-larla karışık ve dehni mevat olduğu ve kıl-ların kesenin içerisindeki cildi aksama merbut olduğu görülmüştür. Diğer taraftan kesenin cidelerinde azmi bir çene parçası ve üzerinde muntazam dişler ve bu çene kemiğinin bir tarafının cilt ve diğer tarafında gışai muhati ile meftur olduğu ve bundan başka diğer teşekkülât ve teazuvat mevcut olduğu görülmüştür. 26.6.934 de cerhai ameliyesi şifaen taburcu edilmiştir.

Vak'a 4 :

Zonguldağın Saka karyesinden Çakmak oğullarından H. hızı 30 yaşında A. hanım (protokol No. 345)

Hasta karnındaki şişlikten ve bu şişliğin tevlit ettiği şiddetli evoddan ve son üç ay zarfındaki fevkal'ade zafiyetinden muşteki olarak hastaneye yatmıştır.

Hasta karnında eskiden beri bir şişlik his eder-miş ve bu tümörün kendisine mazarratı yokmuş son iki sene zarfında şişlik evsafını değiştirmiş, ağrılar başlamış aybaşı ve defi tabiide ademi intizam teessüs etmiş, zayıflamış, rengi değişmiş, ve en niha-yet mevaddı gaitasında kan da görünmeğe başla-mış. batın süfliyi dolduran bu tümör insan başı cesametinde kısmen mobil, yapılan rektoskopi ile kanın meşesine ait bir şey tesbite imkân hasil olma-dı 15.11.933 de lombâl ile fethi batın, yapmış, peritonu cidariye iltisak eylemiş ve kansere istiha-

le arzeden komplike kist dermoit iltisak eylediği çekun ve serp ve peritonu cidri ile beraber neş-redildi.

25 - 11 - 933 de bila arıza cerhai ameliye şifa ile hasta taburcu edilmiştir.

Teratomlar yüksek organizasyona malik evra-mı muhtelite olup eskilerin teratom ve ya veremi acubevî dedikleri bu nevi evram üç vüreykanın hafitlerinden müşekkeldir. Ve bu sebepten dolayı Tridermon dahi denilir. Şekilleri ve hücrelerinin teşekkülâtı dahiliyelindeki neşvünema mihanikiyeti ve kuvveti, natamam echize ve aza teşkil ediş-leri, vücudu insaninin teşekkülâtına şebih oluşu dolayısıyla da Embriyom dahi dedirtir. Mikroskopik muayene bütün vücuda ait eçhize ve azanın teşekkülâtı nesciyesinin mevcudiyetini gösterir.

Cihazı cildiden ; dermoit kistleri, saçları, dihen ve ter guddelerini ve bazı çok mütekâmil olan-larda cümlei asabiyi merkeziye ve glya kütleleri-nin, ganglyon hüceyratile natamam embriyonal göz teşekküllerini (göz hadebeleri ve cüyup şeklinde boşluklar ve dafirei meşimiye) ve dimağ telâfif ve tearici şeklinde girinti, çıkıntıları, muhati cihazı asabi ve elyafi asabiye ve teşekkülâtı teneffüsiye-den kistik teşekkülâtı, muhati ukadat, elyafi adâi-yei melsa ve gudrufi aksamı.. ve mi'âi kanaldan em'a epiteli ile örtülmüş mi'a kistlerini, kütlei et-raftan; rüdimenter etraf ızamı, gudruf ve adalatı, nihayet esnan ve diğer organlar şebih teazuvlar ve teşekkülleri ihtiva eder. Buna mukabil teratom-larda cihazı tenasüliyyeye ait teşekkülât noksandır. Teratomlarda bahis ve selim olabilirler. Bunlar tabiatile vücudun aksamı muhtelifesinde bulunabilir-ler. Bilhassa mahali muntahapları aczii usüsi nahib-yede olduğu gibi cevfi sadır cevfi batın ve hal-kumda bulunurlar. Mamafi kühif ve diğer mahal-lerde de nedretle tesaduf edilebilirler. Bizim vaka-larımızın dördü de batni olup dört vakadan üçü ovaryal ve bir danesi de oğradığı intihali seretani dolayisile parasakral veya ovaryal olduğu lâyıkile tesbit edilmemiş olup ancak son üç ameliyatını yaptığım vakaların Gureba hastanesi teşrihi mara-zî müessesesine gönderilen hasılatı maraziyelerinin nesci muavenesinden sonra tesbiti mümkün ola-caktır.

Teratomların habis ve selim oluşu yukarıda zikrolunan rüdimenter echizenin ayrı ayı teşekkü-lü ve yahut bu üç vüreykaya ait hüceyratin yek-diğerile karma karışık imtizaç mahsulüne bağlıdır. Bu gayrı tabii intisaç üzerinde husul bulan tesanu-ceditlerle ifade olunabilecek habaset başka şekil ve mahiyettedir.

Teratomların biyolojik teşekkülünde hucre tek-kessürü ve hucre numası esasdır, bu suretle teratom acubeleri husul buluyorlar. Eğer biz çok mütekâmil ve üç vüreykanın organizasyonundan

mütevelli teratomlara tesadüf edersek bunlarla muzaaf sui şekiller arasında müşabehet ve kurbiyet kokusu duymamız icap eder. Çünkü sadır ve sırt birbirine bitişik olan muzaaf ve bitişik sui teşekkülât ile teratomlar arasında hem teşekkül ve hem de esas itibarile azim farklar vardır.

Vakamızdan bir danesinin presakral teratom olması ihtimalini arzemiştım. Nahiyei acziye ve usüsiye teratomlarının da iki gruba ayrılması icap eder. Aczii ususii izamın önünde ve arkasında bulunanları bu tarife saikdir. Kuddamdakiler civar uzuvlara tazyiki dolayısıyla arazi maraziye gösterirler. (bağırsak datirei asabiye, turuku bevliye ve rahim) ikinci yani halfii ususii aczi olanların da şekli ve cesametleri ve etrafı ile olan şiddetli iltisakları dolayısıyla yapagelmekte oldukları teşevvüşat da ayrıca muhtelif araza sebebiyet veren levhai maraziyeleri tevliit ederler. Kadınlarda doğumu tâsıp ederler; ve hatta öyle şekilleri vardır ki para sakrâl nahiyeye ve önce tecavüz ederek tevessü eylerler. Bu şekilleri yapılacak müdahalat için iyi tanımak icap eder. Hatta rektuma dahi iltisak ederek esasi müdahalenin tatbikine mani olabilecek vaziyetler hadis olur.

Mebyiz teratomları :

Azayı tenasüliye teratomları içerisinde mebyize ait teratomlar husye teratomlarından daha mühimdir, ve bizim üç vakamız da tamamen overyaldır.

Mebyiz teratomları tezahüratı hariciyesi itibarile kompilike kistdermoitler ile sert evramı muhtelite arasında bütün tekâmül kademelerini gösterir. Bir elma cesametinde bir insan kafası büyüklüğüne kadar tenevvü arz eder. Bu mebyiz teratomlarını cilt ve müteallikatı olan saç, ukedati cildiye ve ifrazatından müşekkel bulur isek muhteviyatı itibarile dermoitkistlerden ibarettir zehabına kapılırız. Mamafi makroskopik olarak büyük zülüfleri (Wilms zülfü) ve dişleri ve azim cuyuplarını bu kistin cidarlarında ve muhteviyatında görür, pek çok zengin ve çeşitli muhteviyatın beraberce bulunuşundan dolayı basit olan dermoitkistlerine karşı kompilike dermoit kistleri diyebilirsek de mikroskopik muayenatla bu gibi kistlerin de görüldüğü kadar basit olmadıkları meydandadır. Ekseriya umumî evramı mebyiziyenin % 9 zunda birini teşkil eden bu nevi tridermonların vilâdi olduklarını ve sonradan tedrici surette neşvünema, tekâmül ederek tedrici ve batı bir surette büyüdüklerini hesap etmek zaruridir. Tek ve ya müteaddit teşekküller tekâmül ederlerken yalnız bir overde oldukları gibi her iki overde bulunabilirler. Uzun dahilinde teşekkül edebildikleri gibi bir zenebe de sahinde bulunabilirler.

Ve bu zeneblerle ayrılmış gibi görülen bu aralarda müteaddit mebyiz hüceratı mevcudiyeti ile

menşeyini onlardan almış oldukları görülür. Bu nevi urların neşvünema ve tekâmülünün batı olduğunu zikretmiştik. Mevcut olan edebiyatı tıbbâ göre en büyüğü bir insan başı cesametindedir. Ve bu meyanda mebyiz kısmen ve ya tamamen mahvolmuş bir halde bulunur. Tesadüfen kistin cidarının patlamasından dolayı tekessüre ve çoğalmağa müsait hüceratın cevfi batına dökülüşi dolayısıyla tagris vaki olur. Karsinum cidarı kistin hüceratı beşerevii musattahasından menşeyini alabilir.

Bu şekildeki teratomdan tefriki heman bariz ve makroskopik bir surette mümkün olmayan overyâl dermoitlerin diğer evramı mebyiziyeden ve civar diğer urlardan tefriki mümkün değildir. teşekkülâtındaki tekâmülât dolayısıyla bu mebyiz teratomları kademe kademe bir surette üç sınıfa ayırmak icap ettiği takdirde yukarıda ve şimdi bahsettiğimiz kompilike kistdermoitler birinci safhada ve bunun daha mütekâmili olanları koymak icap eder. mamafi bunların arasında hakiki bir sınır yapmak imkânı olmayışına ve en basit görünenin nesci ve mikroskopik muayenesinde her üç vüreykanın hüceratını ihtiva etmesine nazaran bunların hepsine birden teratom adını vermek daha muvafık olacağı kanaatini taşıyım. Mamafi yukarıda arzettiğim kompilike kistdermoitlerde araz; tümür orta bir cesamete malik olunca muhitin olan tazyiki dolayısıyla tebellür etmeğe başlar, Mesane ve em'a mücaviret dolayısıyla tazyika oğrar. Mamafi bunlarla beraber zamîmeten tali teşevvüşat diğer evramı mebyiziyede olduğu gibi husule gelir. ve çok vahim netayic verebilir. Bir mebyizi kist zenebinin tedevvürü dolayısıyla tegaddi ihtilâline oğrar, ve bu yüzden temevvüte başlar. Ve etrafındaki vasi suretde peritonâl iltisakın tekevvinüne saik olur. Ve bu iltisakatlı kist mesane ve em'aya perföre olarak dökülür, veyahut ekseriya vukua geldiği gibi em'a muhteviyatı mikrobyesinin tümör dahiline muhaciretine sebep olarak tekayyühat ve muhteviyatın muakkamiyetinin ihlâline saik olur ve bunun neticesi olarak vahim pritonitten mütevelliit vefatlar husule gelir. Tedavi: tamamen hasta olan tarafın hasta uzuvla beraber fethi batın ile istihsaline bağlıdır. Kompilike dermoitkistlerine ve ya teratomlarına husyede (badak) çok seyrek tesadüf olunur. Büyüklerde daha nadirdir. Bu da vilâdi olduğunu daldır. Neşvünümadaki çok yüksek betaet dolayısıyla ve tevekküfü neşvünümadan dolayı çocukken (tümörün) tarkına varılmadığında ve en nihayet kahillğin her hangi bir devresinde tümür neşvünümasın her hangi bir sebep veya amil tahtı tesirinde tekâmülü ile göze batacak bir hale gelmesindedir. Bu da tesadüfen muhtebes husyelerde oluyor. Tek huseylerde tesadüf olunuyor. Ve uzun nesei içerisinde tekâmül ediyorlar. Bizim böyle bir vakamız mevcuttur. Bu da mensup olduğu maden tabibinin tezkeresile ve anı

yen husul bulmuş bir fitki muhtenik iddiasile hastanemize girmiş ve yapılan müdahalede husyevi tümörün bir teratom olması ihtimali düşünülerek çıkarılan parça Gureba hastanesi teşrihi marazi müessesesine gönderilmiştir. Husyevi teratomlarda olduğundan daha fazla neşvünema betaeti mevcuttur ve neşvünüma buldukça iztirabaver olurlar. Lâkin hiç bir vakit mebyızdeki eşkâl ve müşabihi gibi vahim netayic vermemetedirler. Başka evramı husyeviden acını şeklile tefrik mümkündür. Bunun tebedi semikastrasyon tarzile mümkün olabilir.

Eskilerin teratoit evram tabirine uyan grubu sulp ve polikistik teşekkülât ile beraber kompilike dermoit kistlerden tefrika yeltenilmiş ve büyük iptidai teşekkülâtı uzviyenin noksanile teratomlardan ayırt olmak istenilmiştir. Mamafi buda doğru bir ayırış değildir. Üç vüreykanın doğurmuş olduğu muhteviyat bazan birinci şekilde ve bazan da daha müttekâmil bir halde olabilir, mamafi neşvünümadaki betaet müntehap azadaki bulunuş mikroskopik muayene ile üç vüreykadan menşei almış bunun da halis bir triddermon yani teratomdan başka bir şey olmadığını bize anlatır. Teratoit evramın nisbeten habisütabia olduğu sarkom ve karsinoma inkılâp eylediği kamisi hassı yırtarak husyeden mücavire irtişah ederek müteaddit metastaslar yaptığı ve hastayı süratle ölüme sevk eylediğini zikrediyorlar. Tanınması için neşvünema betaeti ve gayrı muntazam mukavemet nazarı itibare alınmalıdır. Ekseri habis mahiyete inkılâbı halinde husye sarkomu, kanserinden tefrik güçtür. Mebyızdekiler mebyız dahilinde, sathında veya muhitte kistik evram gibi neşvünüma bulurlar.

Bu neşvünüma ekseriya bülüg zamanına tesadüf eder. Bu nevi tümörler çok seyrek olarak acını bir hale gelinceye kadar çok batı neşvünema bulurlar. Ve acını bir mahiyet aldıktan sonra neşvünümalarındaki betaet azalmağa başlar, Diğer teratoit muhtelit evram, ağız, halkum, ve evcavı enfde, kıllı poliple (Arnauld) arzı mevcudiyet ediyorlar. Kihif dahilinde (kaidei dimağda ve cuyupda) ipofiz evramı gibi mevcudiyet göstermektedirler. Unkda ve cevfi sadırda ve münassıfta, perikart dahilinde, cevfi batında ve ilah bulunurlar. Yani kısaca teratom için neresi mahalli muntahab ise teratoit evram içinde aynı yerler muntahaptır. Esasen bu evramı bu şeklide ayırt etmek doğru olmadığını da söylemiş olduğumuz için komplike dermoitler ve teratoit evram için bahsolunan mevzuat teratom için de mevzuubahistir.

Mebiz teratomları tezahüratı hariciye itibarile komplike kist deromitler ve sert evramı muhtelita arasında bütün tekâmül kademelerini gösterir. Böyle kistler komplike kist dermoit şeklinde olabilir. Cidar dahilinde iyi bir müşahede de uzun saçın bir hadebede nihayet bulduğu görülür. Ve hu hadebe de muhtelif vüreykata ait teratom karakterini işar eden huceyratı vazihan gösterir. Sert ve küçük kistik ovaryâl tümörlerde teratom daha vazihdir. Bu tümörün içinde üç vüreyka tamamen deri ile kaplanmış ve kıllar ve deri teallukattı ile bezemiş, ter guddeleri, dihen guddeleri, süt guddeleri, tükürük guddeleri, kromofor huceyrat, iptidai küreyi, ayın mevaddı dimağıye, ukedatı asabiye hüceratı ve saireyi ihtiva ederler.

Ankara Nümune hastanesi dahiliye servisi :

Şef : Dr. Selâhi Vehbi bey

BİR PLEURESİE İNTERLOBAİRE PUTRİDE VE ABCES PULMONAİRE VAKASI MÜNASEBETİLE.

Servis asistanı : Dr. Şerif Vedi.

Bigalı K. . . . Bey 44 yaşında memur ; hastanemize 21 - VIII - 934 tarihinde sedye ile gayet ağır bir şekilde getiriliyor. Protokol № 3356

Nefes darlığı kuru öksürük ve sol göğsündeki sancıdan, ateşten iztirap çektiğini güçlükle ifade ediyor. Hastanın çok ağır olan ahvali umumiyesi takviye edildikten sonra kendisinden şu anamnese alınabildi :

Hastahaneye müracaatından beş gün evvel hafif bir ürperme hissetmiş, ateş duymamış olduğu için ehemmiyet vermemiş ; bir gün sonra öğleyin açıkta yatmış uyandığı zaman sol göğsünde bir sancı duymuş, kolonya ile friction yapmış ertesi gün ağrı artmış ve ateş hissettiği için bir doktora müracaat etmiş. Doktor kendisinde kuru pleuresie tesbit ederek sıcak tatbikat tavsiye etmiş ve mü-

sekin vermiş. Hasta bununla biraz ferahlar gibi olmuşsada ertesi gün nefes darlığı ateş ve umumî kırıklık arttığından akşam üstü sedye ile hastahaneye getirilmiştir.

Ahvali irsiyesinde kayda değer bir şey yoktur.

Ahvali sabıkasında sıtma ile on sene evvel geçirdiği unk phlegmgne u var.

Ahvali umumiye : Hasta iri yapılı şişman yüz az çok türabî, nphut daneşi büyüklüğünde ter daneleri döküyor; halsiz, kuvvetsiz, dil paslı ortası kuru. İştahasız, üç gündür defihacet etmemiş, üç gündür içinde bir sıkıntı his ettiğinden uyuyamamış, idrar az ve koyu renkte imiş. Geldiği zaman nabız tevettürü pek az adedi 160 muntazam. Teneffüs adedi 44 muntazam. Hastaya 2 c. c. % 20 huile camphrée, Ogr. 25 caféine, 0,001 lobeline ve

bir milgr. Ouabaine yapıldıktan sonra nabız adedi 130, teneffüs adedi 38'ze düştü; Vaquez de alınan teveltürü şıryanı 9,5—8 dir. Ayaklarda hafif oedeme var.

Cilt: — Rengin hafif türabi olmasından ve terden başka marazî bir şey yoktur.

Ağız ve boğaz: — Dudaklar, dil kuru hafif bir pharngite érythemateuse var.

Batın: — Yağ fazla sürre plateau su eyi teftiş ces kar ile marazî bir hal kayıt edilmedi Traube kısmen kapalı.

Kebet: — Yukarıdan beşinci mesafeden başlıyor aşağıda hafei diliyeyi bir parmak geçiyor, ağrılı değil. Tahal: — İki parmak büyümüş şeklini mahafaza ediyor, Traube kısmen kapalı. Kolonlar serbest.

Pancréas nahiyesinde marazi bir hal yok.

Kilyeler ces edilemiyor, nahiyeler ağırlı değil.

Teneffüs cihazı — Teftiş ile önden ve arkadan yalnız nesçi şahmî fazla.

Önden seriri muayene ile yalnız bir kaç ronflent râle duyuluyor, teneffüs vüs'ati az; arkadan sol kaide sübmat; matité ve submatité olan yerlerde ihtizaz azalmış, teneffüs azalmış rales yok hasta çok sathî teneffüs ediyor; çok halsiz olduğu için hastayı daha fazla yormak istemedik.

Deveran cihazı — Teftiş ces ve kar ile kalp ve epherde marazî bir şey bulamadım.

İsga ile sesler derinden geliyor, seslerde as-sourdissement var, nazmı kalp embryocardie ye yakın; seslere hiç bir çeşit marazî ses ilâve edilmemiştir.

Asabî ve havas muayenesinde şayanı kayıt bir şey yoktur.

Kan muayenesi :

Leucocytes	27.450
Hématies	5.150.000

Formule Leucocytaire :

Poly.	% 92
Lympho	% 5
Mono.	% 3

İdrar : Gerek kimyevî ve gerekse cytologique muayenesin le marazî bir şey yok. Hastanın günlük idrarı 600 - 1250 arasında değişiyor.

Balgam : Bronchite balgamı evsaf ve cytologisindedir.

Her iki sadır kaidesinden ve sol taraftaki matité den yapılan ponction lardan bir şey çıkmadı. Hastanın ateşi 37,5 - 38,5 arasında nevesan etti. Dört gün sonra sayılan leucocytes 18.100 idi. Yapılan tedavi ile nabzın yavaş yavaş düşmesi ve kuvvetlenmesi, bize hastanın salaha doğru gittiğini kabul ettiriyordu. Bu günlerde hasta çok halsiz olduğundan radiographie edemedik.

Seriri levha hastada rievî bir suppuration düşündürüyordu. Üç gün sonra yaptığımız leucocyte tadadını 24.100 bulduk, aynı zaman da nabzında yükselmesi her iki kaidel rienin ces kar

ve isga ile açılmış bulunması, fakat buna mukabil 6, 7, 8 inci dilillardaki matiténin daha vazih yani hydrique vasif alması bizi tekrar ponction a sevketti, Hastanın cevfi plevrasına girecek tarzda matité nin bulunduğu yerden ponction yapıldığı halde bir şey çıkmadı. Bir gün sonra hastaya göğüs radiografisi yaptırdık. O gün hasta şiddetli bir vomique ile 250 c. c. kihi typique abcés balgama şeklinde balgam çıkardı. Yapılan crachat muayenesinde spiril görülmüdü, yalnız mebzul miktarda streptocoque, elyafî elestikiye hamızatı şahmiye ve cholesterolun billurları ve adi diğer turuku teneffüsiye saprophytes lerı görülmüştür. Bunun üzerine hastaya émetine zerkiyatı ile dahilen turuku teneffüsiye antiseptikleri verilmeğe başlandı.

Radiographie de sol rie yukarı fussunda rie sathına yakın, içinde mayi seviyesi bulunan bir yumurta hacminde ve cidarı yarım santimetre kalınlığında gayet güzel bir image hydro-aérique gözüküyordu. Bunun altında scissure den başlayan ünsi kısmı kesif aşağı ve vahşiye gittikçe daha hafifleşen bir kesafet görülyordu, ünsideki kesafet kalbin zallı ile karışıyordu, kaideler açıktı.

Vomique ten sonra Hastanın ahvahi umumiyesi düzelir gibi idi. Leucocyte adedi 14.400 ze indi, sadırda bir matité suspendue teşekkül etti. Birinci graphie den beş gün sonra hastaya ikinci bir graphie yaptık.

Filmde gayet vazih olan abcés hayalile sol scissure den başlayan aşağı ve vahşiye indikçe açılan ünside koyu bir kesafet vardı; typique arazlı olmakla beraber hastada aynı zamanda pleurésie interlobaire olduğuna hüküm ettik. Tekrar leucocyte saydık 15.120 bulduk. Ponction ile kih mihrakına vasil olmak istedik; arkadan sol yedinci mesafeden hattı mutavassıttan dokuz santimetre vahşiden yukarı ve ünsiye müteveccih, az çok cilt sathına amut olarak 4,5 santimetre sokulunca bir maniaya fesaduf etti. Bir az daha tazyik ettiğimizde bir cevfe dahil oldu. Evvelâ sulu, sarı yeşilimtrak kokmuş lahna turşusu rayihasında bir mayi geldi, sonraları mayi gittikçe koyulaştı, hasta birdenbire şiddetle öksürdü bunun üzerine iğne den hava çıkmağa başladı. Bu kih mikrahının bir hava borusu ile iştirak ettiğini gösteriyordu. Bir müddet sonra ceften mayi gelmemeye başladı. Cevfe serum physiologique sevk ettikten sonra bir miktar daha mayi çıkarmaya mufak olduk. Bu suretle cevften 1050 c.c. müteaffin kihi mayi çıkardıktan sonra içeriye % 1 bleu de méthylène mahlünden 10 c.c. sevk ettik. Çıkarılan kihi maddeden yapılan culture de saf olarak streptocoque ve coli basiller üremiştir.

Hasta geceyi iztiraplı geçirdi bütün çarşafar ıslanacak derecede mebzul terledi ertesi gün leucocytes adedi 12.500 idi hasta hariciye servisine devir edildi. Oper. Dr. Ömer Vasfı ve Nurettin bey-

ier anesthésie locale ile yedinci dil résequé ettiler; cevfi plevra ya açılmış, rie nescini ünsiye itmiş büyük bir cevfi teşkil eden bir pleurésie interlobaire putride olduğunu tespit ettiler. Cevften bir buçuk litreye yakın kih boşalttılar. İnterlobaire nahiye ile abcés nin en münhat kısmını drainé ettiler. Ameliyatı müteakip sayılan leucocyte adedi 13.600 idi. Müdahalenin onuncu günü hararet tracé si normale ve leucocyte adedi 9.600 ze inmiş hasta serviste daha on dokuz gün yatmış, cevfi tamamen kendi kendine zail olmuş, abcés den eser kalmamış hararet daima 37 nin altında seyir etmiş ve yapılan scopie ve graphie de sol kaidei rienin hicabı hacize yaptığı bir iltisaktan başka bir ihtilât görülmemiştir. Hastanın yalnız cildine münhasır olan yarası kalarak 8.10.934 tarihinde servisten gönderilmiştir.

Bu müşahedeyi arzitmekteki maksat:

1 - hasta da hem abcés ve hemde pleurésie interlobaire in birden bulunması.

2 . Abcés hasilatında yalnız streptocoque olduğu halde pleurésie interlobaire de hem streptocoque ve hem de colilerin bulunması ve taaffün yapması.

3 Hiç bir sebep yokken hastada iptidaî denilecek tarzda hasil olması.

4 - Çok fazla takayyüh yaptığı halde süratle şifayap olması

5 - Ufak bir iltisaktan başka bir arıza bırakmaması.

6 - Abcés plevra cevfine gayet yakın olduğu halde cevfi plevraya değil kasabaya açılması. gibi hususiyetlerdir.

Konya memleket hastanesi cerrahi servisi mesaisinden :

Şef : Dr. Asil Mukbil.

H A T M İ D E K A N A M A L A R I V E T E D A V İ L E R İ .

Fahri asistan : Dr. Münir Ahmet.

Müşahede : Hasta 51 yaşında muallim S. Bey dir. 2. 2. 934 tarihinde hat mide kanaması ile hastanemize yatırılıyor (Protokol No 148).

Üç gün evvel başlayıp her defasında oldukça mühim miktarda kayyüddem husule geldiği cihetle ve kendisini bitap bir hale getirdiği için tabibi müdavisisi tarafından hastaneye yatırılmasına mecburiyet hasil olarak sedye ile nakledilmiştir.

Ahvali irsiyesinde şayanı kayt bir şey olmayan ve bundan 15 sene evvel böbrek hastalığı çektiğini söyleyen hastamız gayip ettiği kanın fazlalığından muztarip ve sorulan suallere çok ağır ve müşkülâtle cevap verebilmektedir. 3 - 4 seneden beri midesinde ve boğazında hissettiği ekşilik ve yanmaları karbonat almak suretile teskin ettiğini gençliğinde bir müddet alkol kullandığını, öteden beri sigara içtiğini, et yemeklerine fartı inhimaki mevcut olup şimdiye kadar mide nahiyesinde ve yahut mücavir azada hiç bir yerde asla ağrı his etmediğini, kusmadığını, defi tabiisinin muntazam, iştihasının yerinde bulunduğunu ifade ediyor.

Şimdiki hastalığı iki gün devam eden baş dönmesi ve kırıklığı müteakip üç gün evvel âni olarak ve aşikâr bir sebep bulunmaksızın takriben ufak bir leğen dolusu siyah renkte kan kusmuş bir gün fasiladan sonra hastaneye girmezden evvel tekrar ve bu defa daha mebzul olmak üzere ikinci bir kayyüddem husule gelmiş, aynı zamanda mevadı gaitası da siyah renkte gelmeğe başlayup ahvali umumiyesinde vehamet baş göstermiştir.

Hastamız gayip ettiği kanın tesirile saman sarısı rengini almış, Dil kuru ve şiddetli susuzluk-

tan müşteki, nabız 120 zayıf ve yumuşak, hararet 37,4 küreyvatı hamra adedi (1,700.000) küreyvatı beyza (5.500), kanama müddeti 3 dakika tehassür zamanı 11 dakika, tazyiki şiryani 10,5 - 6 Vaquez, Wasserman menfi, idrar muayenesinde gayri tabii bir şey görülmemiştir. Kalpte bütün mihraklarda fakrüdüm nefhası var. Rrielerde şayanı arz bir tagayyür, yok, batnın gayet ihtiyatla yapılan muayenesinde kilyeler, tahal, huveysal ve kebet normal, Traube açık, nahiyei şersufiye hassas bulunmaktadır. Batın dâhilinde ampatman his olunmuyor teressümü miail ve hususi bir tekallüs mevcut değildir. Bu vaziyete nazaran ağılebi ihtimal bir karhai mide kanaması veya eski karhanın hat bir hecmesile nezif husulî nazarı itibare alınarak hasta esasen şimdiye kadar sıkı bir klinik tedavisi görmediğinden intizarı müsellaah ile şiddetli bir tıbbi tedavi tatbikına karar verilmiştir. Maalesef hastaya müstacelen bir transfüzyon yapılamıyor. Karnına çifte buz kesesi, serum fizyolojik ve jelatine, % 20 entravenöz klorür dö kalsiyum mah'ulu, beyne-lâdele ergotin, zeyti kâfur şiringaları yapılıyor. Ağzıdan ancak ufak parçalar halinde buzdan başka bir şey verilmiyor, emadaki kanın imtisasına mani olmak üzere hastaya geldiği gün hafif tazyikle yapılan gliserinli tahliye lavmanı neticesi üç defa mebzul siyah renkte defi tabii oluyor. Günde üç defa lavman müritif yapılıyor, bu suretle devam eden tıbbi tedavi neticesi kayyüddem bir daha tekerrür etmiyor. Hastanın ahvali umumiyesi gittikçe salah kesbederek beşinci günden itibaren maddei gaitada makroskopik kan mevcut bulunuyor. Keza yine beşinci günden itibaren nabız ve

hararet hali tabiiye düşüyor, üçüncü günden itibaren hastaya ağız tarikile kaşık kaşık buzlu hoşaf suyu ve yoğurt verilmeğe başlanarak tedricen ezmeler, paça peltesi, mahallebi ve saireye geçilerek ahvali umumiyesinde çok bariz olarak görülen salah üzerine hastaneden çıkmayı arzu ettiği cihetle, âtide ve hali tabiinin telamile avdetinden sonra midenin radyolojik muayenesi yapılmak ve ona göre karar verilmek üzere 17-2-934 tarihinde hastaneye dâhulunun on beşinci günü yalnız maddei gaitada kan miyarile müspet olarak hastaneyi terk ediyor. (Hurucunda yapılan tadadı küreyvatta : Hamra adedi 3,700.000 ve beyza 6.000 bulunmuştur.) Mumaileyhi her zaman görmekteyiz, hiç bir veçhile ağrı ve kayyüddem geçirmediği için tekrar muayene ve esash surette tedaviye yanaşmamaktadır.

Arz edilen şu kısa müşahede münasebetile hat mide neziflerinde müdahalei cerrahiye ve yahut tıbbi tedavi şekillerinden hangisinin müreccah olduğunu ve bunun hakkında mevcut olan son fikir ve nazariyeleri, neziflerin esbap, eşkâl ve müdahale tarzlarile beraber kısaca arz etmeyi muvafık gördük.

Cüruh ve tardidat haricinde muhtelif mide kanamaları hat ve müzmin olarak görülür. Hat şekli büyük miktarda kayyüddem ile kendini gösterir, ve hastayı birdenbire fakrüddeme düşürür eder. Müzmin şeklinde ise hastada az miktar ve fakat devamlı kayyüddemler veya melanalar vaki olur ; bu da teaddüt ve tekerrürü dolayısıyla hastayı tedricen anemiye sevk eder. Midede mütekarrih frengi gomları, tüberküloz sebeble vaki olan nezifleri müzmin nezifler sırasına; bilhassa mide ülserlerine ve anevrizmasına ait nezifler de her vakit degilsede ekseri ahvalde hat mide neziflerine sebebiyet veren avamil sırasına ithal olunurlar. Mide kanser ve sar-komlarına ait nezifler de bazan mütekerri ve oldukça mebzul olurlar.

Müzmin mide nezifleri vakamiz haricinde olduğundan biz burada ancak hat mide neziflerini tetkik edeceğiz.

Esbap : Hat mide neziflerine sebep ekseriyetle mide karhalarıdır. Vekayiin % 89'ında mide karhası, yüzde 45 inde kebet teşemmüü. % 1,3 de mide kanseri ve 526 vak'ada bir adet veridışhap trombozu, iki vak'ada da nevzat kayyüddemi görülmüş, üç vak'ada hemoraji paransimatöz ve hat gastrit sebeble hemoraji hasil olmuştur. Bazan gastrit hemorajikler dahi mebzul neziflere sebebiyet verir. Bazan de aynı vak'ada hem siroz, hem mide karhası deraber bulunabilir ve meseleyi ancak laparotomi halleder.

Evvelâ ekseriya hat mide neziflerini husule getiren karhaların esbabı husulünü tetkik edelim. Bunun için serdedilen nazariyeler çok muhtelifdir.

Gastrit enterstisyel neticesi küçük bir sahanın nekrobiyozu sebebiyle hasil olan ülserasyonlar, eviye hizalarında amboli ve trombozlar, mide evridesinin rüküdeti, kan terkininin tahıvvüle oğraması, anemi, karhai müdevveri mideviyenin hariçten enfekte olması (mikrobik nazariye) emrazı intaniyenin esnayı seyrinde tahassül eden mide ülserasyonları toksemiler ; mevcut ülserin travma tesirile kanaması nazariyei asabiye ve fazla asitli keymüsün bevap gışayı muhatısile uzun zaman temas ederek bevacın spazmlarını mucip olması.. ilâh gibi bir çok nazariyeler ve en sonra iperkloridri ve hazmı binefsihi nazariyeleri hemen umumiyetle kabul edilmiş gibidir.

Malûmdurki midede kalevi ve asit ifhraz eden muntakalar ayrılmıştır; bazı noktalarda her ikisi de muhtelit olarak bulunurlar. İnhinayı sağır ve pylor hizaları kalevi muntakaya tevafuk eder, gavrü mide hamizi, beyti hava kısmna ise kalevi ve hamizi güddeler muhtelit olarak tevazzu ederler.

İşte bu kalevi muntakanın fazla hamizi usare ile temas halinde kalması teharrükiyeti mideviyeyi artırıyor, ve bu muntakada mukavemeti azalan gışayı muhatı üzerinde ülserasyonlar hasil oluyor. Bu suretle kalevi muntakada tahassul eden ülserler üzerine hariçten tevazzu eden mikroplar neşvünemalarına çok müsait bir muhit bulmuş oluyorlar, şu mihanikiyet ile ülserlerin tekevünü için lâzım gelen üç şart tehassul etmiş oluyor. Daimi ifratı hareket sebeble traumatizma, autodijestiyon (fartı hamiziyet tesirile) ve intan.

Hamız ifraz eden muntaka esasen bu ifraza alışık olduğu için ülserler burada tahassül etmezler, ülser midede ekseriya kalevi muntakada ; ikinci derecede isnaaşerin birinci kitasında; merinin aksamı süfliyesine yakın yerlerde ve gastro-enterostomilerden sonra da miayı saimide tahassul ederler. Mide ülserleri üzerinde tahassul eden iptidai bir nekroz sahasının ittiraı ve bunun da büyük bir şubei şiryaniye ve yahut vasi bir şebekei şariye üzerine tesadüf etmiş olması bazan saikavi olabilen hemorajileri husule getirir.

Nezif bazan bidayette karhanın kenarlarından bilâhara de bizzat şiryanın itikâlile harâbiyetinden olur ve kanayan şiryân karhanın umkunda müşahede olunur. Cidarı şiryânın evvelâ elyafı elastikiye ve tabakai mütevassıtası bilâhare de entima tabakası harap olarak iptida küçük bir delik hasil olur, bilahare ise kanın harice hücumile-fevhe tevesü eder, bu nezifler şiryânı ikililiyimidevi, şiryânı bevabi (kebedi şübesi) şiryânı pankreası isnaaşeriye ülviden tahassul eder, Bazan da nezif karhanın te-sekkubile beraber hemzaman olur ve ekseriyetle cidarı halfi üzerinde tekerrür ve doğrudan doğruya pankrerasa açılır.

Son tetkikat gösteriyorki hemorajiler bir vetirei iltihabiyedir. Harici intan mevcut karhayı tekrar aktif bir hale getirir ve üzerinde yeniden nekroz

şahası ve onun itirahı ile de hemcraşiler tehassül ederek tevessü eder. Bu vetrei iltihabiye hastada bir tereffüü hararet ile müterafık olur ve hemorajinin zuhurundan bir kaç gün evvel tezahür eder.

Bazı mide nezifleri esbabının tamamen mide harici olarak bulunduğunu son tetkikat gösteriyor. Meselâ bazı apandisit vakalarının mide yeya insaaşer neziflerine sebebiyet verdiği tehakkuk etmektedir. Bu suretle bazı mide rahatsızlıklarından ve mide bulantısından müşteki olan kimselerde tesadüf edilen mide ve insaaşer nezifleri vekayinin hakiki apandist vakaları olduğu ve istisali zeylden sonra midiyi mial neziflerden eser kalmadığı zikredilmektedir. Bazı ahvalde alkolizm, tabajizm, umumî âğtıda bozuklukları, skorbut, pürpüra, kalsyum metabolizmasının bozuklukları da midede neziflere sebebiyet verebilir. Bazı ahvalde de mide hemorajilerini hiç bir leziyona atfetmek imkânı olmuyor şu müşahede buna güzel bir misaldir: P a u c h e t nin kliniğine teşevvüşatı hazmiyeden ve mide nahiyesinde bir ağırlık ve imtilâ ile daimi bulantı ve sürrenin sağında ces ile ağrıdan müşteki olarak genç bir kadın müracaat ediyor. İstisali zeyli dudı yapıyor; bir sene sonra mühim bir hematemez oluyor. Hasta neticesiz bir diyet ve tıbbî tedaviye tabi tutuluyor. Hematemezin tekerürü üzerine yapılan laparatomiden bir netice hasıl olmuyor: hiç bir haşevi tegayyür görülmüyor; on beş gün sonra hastadan tekrar mebzul bir nezif geliyor; bir çok muayene serileri yapıyor.

Bunlar da tamamen neticesiz kalıyor. Bevap, veya insaaşerde bir karha düşünülerek rezeksiyon yapılıyor; çıkarılan parça normal; iki ay sonra tekrar mebzul bir nezif ve mide sancısı ile hasta tekrar ameliyat masına yatıyor; gavrı mideyi dahi ihtiva etmek üzere gastrektomi sübtotal ve nezif sebebiyle transfüzyon yapılıyor; iki defa yapılan gastrektomi parçasında alelâde bir gışayı muhatı leziyonundan başka bir şey görülemiyor.

Mamañih mide hemorajileri mide karhalarının mühim ihtilatları meyanındadır; muhtelif şiddetle olabilir, bazan birdenbire zuhur eden mebzul nezifler olur, bazan da hasta sıhhati tammede iken bafif bir kırıklık ve mide ağrısını müteakip zuhur eder; inzar her zaman ciddidir hatta saikavî ölümleri mucip olabilir.

Prof. H. Finsterer in kliniğinde yapılan istatistike nazaran kadınlarda mide nezfinden vefat; erkeklere nisbeten daha nadirdir. Zira kadınlarda mide ülserleri daha ziyade ülser plat halinde olup paransimatö bir ülser çok kerre görülmez. Erkeklerde, hat gastrit ve ülser penetrant şeklindedir. Hat mide nezfinden vefat eden kadınlarda %8,7 erkeklerde ise % 16,6 olarak tespit edilmiştir.

Tedavi: Mide nezifkerinin tedavisinde klasik fikir, tedaviyi tıbbî üzerinde temerküz etmiştir.

Bilhassa eski cerrahî müdahaleler göz korkutacak derecede yüksek ölüm vukuatı veriyordu. L a v a r i a n d % 62 Tuffier % 36 derecesinde ölüm vukuatı gösteriyordu. Halbuki Kelling, Dietrich, Grüber gibi cerrahların istatistiklerinde tıbbî tedaviye tabi tutulan kimselerde ölüm vukuatı % 4-15 olarak gösteriliyor. Son zamanlardaki telekki ise hemorajinin sık sık tekerürü ile hastanın hayatını tehlikeye koyması, ameliyat için gayri kabili münakaşa bir endikasyon olarak kabul edildi. Bu müdahalelerde ölüm vukuatı hastanın tıbbî tedaviye tabi tutulduğu zamandakinden fazla bulunmuyordu. Tıbbî tedavinin gayri müessir olduğu ahvalde mide ve insaaşerdeki ülser kallölerde ve saikavî neziflerde müdahale tamamen endikedir. Evvelce hat bir ülserasyondan gelen hemorajilerde hayatı ve katî bir endikasyon olmadıkça müdahale edilmezdi. M o r w i t c z'e nazaran kanayan mide karhalarında nezif sebebiyle ölüm tehlikesi varsa cerrahî müdahale lazımdır, bu takdirde müdahale hayatı kurtarır. Bu zat çok anemiye duçar olanlarda müdahaleden evvel transfüzyon yapmaya başlamışdı. P a u c h e t ise ancak büyük neziflerde ameliyat tavsiye eder. Mütevassıt şiddet teki hemorajilerde nezfin tevekkufundan sonra müdahale eder. Mütevassıt neziflerde transfüzyon ile nezfin tevekkuf ettiğini söyler.

L e r r i s h o n mebzul olarak gelen birinci hemorajiyi müteakip heman müdahale tavsiye eder. Çünkü yeniden tahassül edecek hemorajiler hastayı meşum bir âkibete sürükleyebilir der. Neziflerin tekerrürü hastayı vahim bir anemiye sevkettiği için B i e r hemoraji az bile olsa ameliyat tavsiye eder.

Cerrahî müdahalenin en hararetili müdafilerinden birisi de H. F i n s t e r e r dir. Bu cerraha göre bütün büyük nezifler müdahale için kâfi ve âcil bir sebep teşkil eder. F i s t e r e r' in fikrinde: hemorajilerin derhal ameliyata sevkleri hastayı yalnız nezif sebebiyle ölümden kurtarmakla kalmaz aynı zamanda hiç te nadir olmadığı gibi kanayan ülser sebebiyle tahassül edecek perforasyonların tevlit edeceği netayici mühimmenin de önüne geçer.

F i n s t e r e r on senedenberi hemorajinin başlangıcından azamî 24-48 saat zarfında ameliyat yaptığını ve en ağır mide neziflerinde bile eyi netayic aldığı bu müdahalenin diğer her hangi bir mide ameliyatından fazla vahameti olmadığını ve bu suretle yapılan ihtiyatî müdahalelerde bidayette hastanın ahvali umumiyesinin de eyi olması ayrıca mühim bir kazanç olduğunu, hastanın bu zamanda bir şok veya vahim bir anemi tahtitesirinde olmadığından vefiyatın % 2,5 e kadar düştüğünü, halbuki muahhar ameliyatlarda netayicin memnuniyetbahş olmadığını, hatta tıbbî tedaviye rağmen ekseri vekayide büyük bir şubei sir-

yanıyenin âfetzede olmasından dolayı nefzin te-vekkuf etmemesi sebebiyle bilâhara yine müdahaleye mecburiyet hasıl olduğunu ve bu gibi vekayide ölüm vukuatının % 30,4 e kadar yükseldiğini istatistiklere atfen kayt ediyor.

H a b e r e r bu fikre itiraz ederek müdahale için umumî bir kaide vazedilemeyeceğini, vekayinin hususiyetinin nazarı dikkate alınması lâzım geldiğini ve yalnız bir hemorajinin derhal müdahale için kâfi bir sebep teşkil edemeyeceğini ancak neziflerin tekrürü ile müdahaleye karar verilebileceğini söyler umumî kaide olarak ta bir tek nezif için evvelki gibi intizar ve tıbbî tedavinin esas olacağını ve nezifler mebzul ve bir kaç saat ve yahut bir kaç günlük fasilalarla tekrür ettiği takdirde cerrahî müdahaleye endiksyon konabileceğini söyler. H a r b e r e r 25 vaka üzerine yaptığı bir istatistikte (4) ölüm; F i n s t e r e r in 26 vakasında yalnız bir ölüm vakası olduğu kayıt olunmaktadır.

C l a i r m o n t tarafından yapılan istatistikte nezif sebebiyle müdahalelerde ölüm vukuatı % 26 gösteriliyor. F n s f e r e r vasi rezeksiyonlarda bu nisbeti % 16 ya düşürmüştür. halbuki ihtiyatî müdahalelerde bu nisbet %2,5'ğe düşmüş ve birinci hemorajiyi müteakip yaptığı 28 adet ihtiyatî mide rezeksiyonunda hiç bir vefat kaydetmemiştir.

Ameliyat : oldukça müşkülât ibraz eder. Hemoraji mevkinin haricen tayini de ayrıca bir meseledir, mamafih bazan mide açıldığında bile hemoraji mevkisinin tayinine imkân olmaz. Hemoraji mevkisinde haricen tabakayı misliye âteşin kırmızı halde kesafet kesbetmiş ve sert olarak ele gelir. Bazan ukadatı lenfaviyei mücavirenin hacimlerinin dahame kesbetmesile anlaşılır. R o v s i n g gastro-duodenoscopy veyahut gastro-duodenophotographie tavsiye ile nezif mevkisinin tayini münasip olduğunu söyler.

Gastrostomie ile kanıyan vianın hemostazı tehlikeli ve şayanı itimat bir usul olmayıp ibtidaî bir metottur. Koterizasyon veya tamponman elvevm terkedilmiştir. Bazı cerrahlar ülser kallö vekayinde olduğu gibi ülserin mevkisini haricen tayin edip şiryani ikliliyi mideviyi veyahut şiryani beva binin hariçten raptını tavsiye ederler. Bazı cerrahlar da bu müdahalenin bir çok müşkülâtı mucip ve neticesinin meşkük olduğu gibi karhanın istisali de daima güç ve belki de gayri mümkündür derler. Bilavasita metot olan Jejunostomie ve gastro-entrostomie beva bin istisali ile beraber buda neticesiz kalır.

Bazen de sadece bir gastroentrostomie yapmasını tavsiye ederler ki ülser bulunan yerin istirahata terki cihetile mühim isede bazı vakalarda yapılan gastroentrostomie lerden sonra nefzin devam ettiği bir çok vakalar zikrediliyor; ve Jejunostomie den de daha muvafık bir netice alınacağını

ümit etmiyor. L e c é n e nin fikrinde isnaaşerin ülser kallölerinde beva bin ihracile beraber gastro-entrostomie yapılmalıdır, F i n s t e r e r pylorectomy yapılmadığı ahvalde isnaaşerin sıkı bir tamponla tazyikile beraber gastroentromie tavsiye eder.

E v v e l â K r a f t sonra S e i d e l, ülserin dairevî olarak tahyitini ve bilâhare de aynı hiyata ile enfouissement yapılmasını tavsiye ederler.

B a l f o u r de dairevî hiyata ve enfouissement dan sonra gastro - entrostomie yapılmasını ve ülser mevkii pylorda ise aynı zamanda bir de pyloroplasti yapılmalıdır der.

Bir de mide dahilinde ülser muhitindeki gısayı muhatiye sütür koyarak usarei mideviye ifrazını kesmek ve bu suretle yeni teşekkül eden alekayı fazla hamızın tesirinden azade bırakmak gayesini takip eden bir usul daha zikredilmektedir. F i n s t e r e r in fikrinde en müessir cerrahî müdahale ehemmiyet ve vahametine rağmen mide ve isnaaşerin rezeksiyonudur. Mamafih bazı vekayide gastro-entrostomie de, bazı vakalarda ülserin eksizyonu en emin ve tipik gastrektomi en mütehap usulü ameliyeyi teşkil eder. Fazla kan gayıp etmiş olmasına rağmen hastalar bu ameliyeye pek güzel mukavemet ederler, tabii bu ahvalde de diğer bütün vesaiti mümkünei tıbbiye müracaat suretile hastanın şifasına yardım edilecektir.

Bu suretle ölüm adedi nispeti % 12 ye kadar düşmektedir. P a u c h e t mide ve beva rezeksiyonuna bir de derhal çekostomi yapılmasını tavsiye etmektedir. Emada toplanan kanın imtisal ederek tahassul edecek entoksikasyona mani olmak için yapılan çekostomiden 30 litre kadar sülfat dö sudun % 1 mahluliyeye emayı yıkayarak ihtiva ettiği kandan tahliye etmektedir.

F i n s t e r e r in fikrinde müdahale anestezi lokal ile yapılmış ve ameliyattan evvel morfin kullanılmışsa hastanın bağırsaklarını 40 derecelik ılık su ile yıkamak ve bir de Pituitrine enjeksiyonu yapmak emanın tahliyesine kâfi geliyor ve çekostomiden sarfı nazar ediyor.

B i e r de müdahalede %0,25 Novocaine mahlulile mevzii his iptali kullanılmasını ve esasen gayıp ettiği kan dolayısıyla hastanın bitap vaziyette bu nisbette novocaine nin kâfi geldiğini, hastaların hiç bir şey his etmediklerini söyleyerek eter hadriinden içtinap edilmesini tavsiye etmektedir.

Neziflerde her türlü müdahaleden evvel ve sonra transfüzyon endike'dir, oldukça mühim miktarda yapılmalıdır, kıvmetli neticeler verebilir.

Anestezi raşidyen tehlikelidir, keza morfin istimali de aynı derecede mucibi tehlikedir. Çünkü bu suretle zaten anemi tahtında duçarı tagayyür olan teneffüs merkezi, büsbütün felce uğratılabilir ve hatta az bile olsa bazan hastanın ölümünü mucip olur.

Hali hazır literatürüne umumî bir nazar.

1. — DAHİLİ HASTALIKLAR:

Dişbet ensipit tedavisi:

(F. Smith, the Journ. of. the amer. med. assoc. No. 6, 1934). Fransada epi zamandır bilinip dişbet ensipitte tatbik edilen bir usulü, bu zat Amerikalı hekimlere bildiriliyor. ve bu hastalıkta, nuhamiye arka fussy tozunu buruna üflenmesini tavsiye ediyor.

Mumaileyh, günde 3 defa 50 miligr. nuhamiye arka fussy tozunu buruna ensifle ediyor. Yaptığı mukayeseli tedavilerde, bu miktar tozun 1,5 - 2 sm.m. şırınga edilen mahülüle muadil bir tesir yaptığını göstermiştir.

Netice itibarile; enstüflasyonun, daha kolay, daha ucuz ve daha pratik olduğu için ensipit dişbetlerde bu usulün tercihen kullanılmasını tavsiye ediyor.

Zatülcetpe. Weltmann'in tahassür şeriti :

(R. d' Alessandro; Münch, Med. Woch. 17.8. 1934). Müellif 30 zatülcetpli hastada Weltmann tahassür şeriti teamülünü hastalığın muhtelif safhalarında yapmış ve eksüdativ devrede şeritte kısılma rezorpsyon ve fibröz devrede ise uzama görmüştür.

Takata - Ara tatammülünün neticeleri ;

(G. Lazzaro. Münch. Med. Woch. No. 93, 934) «Takata - ara» teamülünün Jezler tarafından tadil edilmiş şeklini müellif, karaciger cirrhose u vakalarına ait serom ve habenlerde bir tek vaka müstesna olmak üzere hep müspet çıkmıştır.

Bu teamül 2 ağır ikter kataral vakasının hat devresinde de müspet zuhur etmiş ise de hastalığın akabinde, nekahette menfilemiştir.

Paratiroitlerin nesci munzam üzerine tesiri;

(F. Melina; Münch. med. Woch. No. 33 ; 1934). Müellif paratiroit guddeleri kısmen çıkarılmış ve hiç çıkarılmamış olan ve ciltleri yaralı bulunan tavşanların yarasına, günde 1-2 defa paratiroit hulâsası sürmüş ve yaraların, şahit hayvaninkilerden daha çabuk iyi olduğunu görmüştür. Bundan da paratiroitlerin, ensice ve bilhassa da nesci munzammın tagdiyesinde rolü olduğunu isidlâl ediyor.

Veremli hastalarda kan formülü :

(G. Gerundini ; Gazzetta degli Ospedalie delle Cliniche No. 7, 934). Kanda; halî tabiide üç fusu Segmentkernigeler, iki fusu lulara nazaran daha çoktur. Bu hal aksine dönerse, yani iki fusu lö-

kositler üç fusu lulardan fazla olacak olursa, Velez alâmeti müspet olmuş olur. 40 veremlide bu ciheti tabkik eden G. Gerundini bu alâmeti 37 vaka müspet bulmuştur. Menfi netice veren üç vaka, faal olmayan veremlilere aittir.

İstirahat, tuberculine, recalcifiant ve mukavvilerle yapılan tedavilerde *Arneht formülünde* değişiklik husule gelmekte ise de Velez alâmetinin kaybolmadığını görmüştür. Pnömotoraks tedavisi ise Velez alâmetini süratle menfileştirir ve kollapsoterapinin devamı müddetince menfi kalır.

İrradiye Alttuberkuline tesirati :

(G. Borsalino; La clinica medica italiana, No. 12, 1934). Bu zat, Koch un Alttuberkelin'ini ultra - violet ve röntgen şualarına maruz bıraktıktan sonra tecrübeler yapmıştır. İrradiye edilmiş ve edilmemiş Alttuberkulinle yaptığı ent-radermo zerklerde, reaksiyonların, ultraya maruz kalmış tuberkulinlerde daha şiddetli olduğunu görmüştür. X şualarına gösterilmiş olan Alttuberkulinin verdiği reaksiyonlar şualandırılmamış olanlardan farksızdır.

Peritonlarına Koch basili telkih ettiği kobayların bazısına iradiye bazısına da alélade eski Tuberkulin şırıngaları yapmış olan Borsalino; ultra-violet şualarına gösterilmiş Tuberkulin şırıngaları yaptığı hayvanların, diğerlerinden daha çok uzun zamanlar yaşadıklarını ve bunlarda hasıl olan tuberkülozun daha batî ve hafif bir seyr gösterdiğini müşahede etmiştir.

Binaenaleyh, iradiye Alttuberkulinin, diğerine nazaran az zararlı olduğu ve allerjik kudretinin artmış olduğunu yukarıdaki tecrübeler gösteriyor.

Telanie de kan fosforunun ehemmiyeti ;

(M. Goodman ve D. Shelling ; The Journ. of. the amer. med. assoc. No. 9. 1934) Guddei derekiye ameliyatlarını müteakip husule gelen tetanilerde yaptıkları tecrübelerde, tetanide hyperphosphoremie nin rolünü ve ehemminetini çok iyi ve açık olarak gösterebilmişlerdir.

Bu zevat, fosforsuz bir rejimi müteakip, tetanilerin kaybolduğunu görmüşlerdir. Bir müddet sonra, yüksek miktarlarda kalsiyumu ihtiva eden bol fosforlu rejime tabi tutulanlarda yeniden tetaninin husule geldiğini görmüşlerdir, D vitamini hem kalsemiyi ve hem de fosforemiyi arttırdığı için tetanilerde iyi değil fena tesirlerinin görüldüğünü bildiriyorlar.

Paratyroride hormonu ilk bir tesir ile fosforemiyi azaltır tali olarak ta kalsemiyi arttırdığı için

eyi tesirleri görmüşlerdir. Fekat bu hormon verilirken aynı zamanda bol fosforlu gıda verilecek olursa hormonun tesirleri azalıyor. Binaenaleyh paratiroid tedavisine taanüt eden tetanili hastaların rejime riayet etmediği bolca fosforlu maddeler aldığına hükmedilebilir.

Muvafık rejim ve az miktarlardaki hormon ile tetanilerin ucuzca tedavi edileceği anlaşılıyor. Hastalarına günde birer gram magnezyom emlahından birini vermekle tetaninin geçtiğini görmüşlerdir.

Basedow hastalığının iode la tedavisi hakkında :

(Prof. Dr. H. Dennig ve E. Schülke; Münch med. woch. 17 Ağustos 1934 No. 33).

Elli muhtelif Basedow vakasında müteakibi iode tedavisini tecrübe etmişler. 2 - 3 hafta iode vermişler 1 - 2 hafta fasıla vermişler; bu suretle kullanıldığı takdirde her periyode da iodon müessir olduğu görülmüştür. (Metabolizma) yı azalttığı nabız adedini düşürdüğü vezni arttırdığı) görülmüştür. Keza iodon uzvi gayri uzvi, diyodothyrim ilah. gibi terkiplerin hepsinin aynı miktarda iode vermek şartile aynı tarzda müessir oluyor. en muvafık iode miktarı günde 50 - 100 m. gr. dir 200 m. gramdan fazla iode tehlikelidir. İode fasıllarında hasıl olan salah kaybolur, tekrar iode periodu yapılırsa tekrar eyileşir. Yalnız bununla daimî şifa nadirdir Fakaat iode tedavisine röntgen tedavisi veyahut cerrahi tedavi teşrik edilirse çok müsait tesir eder. İode tesirini gösterinceye kadar röntgen tesir etmiş olur, buna da iodon tesiri inzimam eder. Bu suretle daha uzun bir müddet hasta iyi bir vaziyette kalır. Diğer taraftan iode ile tedavi edilmiş hasta ameliyata iyi bir ahvali umumiye ile sevk edilmiş olduğundan Boothby ve Plummer in iodele ameliyata hazırlamak kaidesi munaşalara rağmen çok doğru ve faidelidir.

Enginar yaprağı hülâsasının ve maddei billuriyesinin tedavi noktai nazarından tesiri :

(Ravina; La Presse Medicale 15 Aout 1934). No 65). 1929 da ilk defa bu hususta M; Brel tarafından tebliğat yapıldı. Her biri bir çok neşriyat yapılmıştır. Bu nebatın hülâsasını verit için zerk edilecek olursa safra ifrazını dört misline iblağ edileceğini Chabrol ve saire göstermişlerdir.

L. Tixier ve mesai arkadaşları da bu madenin plasma üzerine tesir ederek muntazaman kolesterolini azalttığı ve ekseriyetle uréeyi azalttığını göstermişlerdir. Diğer taraftan maddei müessiresi olan Cynarine' i urée ve kolesterolün ihtibaslarında kullanarak iyi neticeler almışlardır; kanın tahavvülâtını ârazın salahı takip ediyor; diğer tedavilere çok taannüt eden urémie nin küçük arazi bu tedavi ile gaip olur.

Enginar yaprağı hülâsasını dahilen alınacak olursa atherom ile mücadele eder, kolesterol ve urée

metabolizme i üzerine tesir eder, günde 0,15—g. 1.35 olmak üzere ayda yirmi gün.

Cynara yaprağının acide alcool hassasını haiz levogyre olan Cynarine maddei müessiresinin % 2 mahlulünden 5 c. c. her gün veya iki günde bir verit ve ya adale içerisine zerk ederek polysclérose müşap olanlara tatbik etmiş en evvel cezri olarak zail olan baş dönmesi göz kararması olmuştur.

Bu davi tarzı ile idrardaki urée iki misli artar, urée déchargé olur (sekiz günde). Bidayette urée mobilise edilmiş olduğundan bir an için uremie artar sonra constante ureo-secrétoire sabit bir kemiyet alır. Bu madde kolesteroline iode mobilize ederek itrah ederse de urée ye nispetle daha batidir.

Enginar maddei müessiresi de hülâsasını gibi başdönmesi, göz kararması usreti teneffüs hararet hucumu üzerine daha seri tesir ederek bu madde cardio - pulmonaire ler de idrarı çoğaltmak dyspnee yi ref etmek ve müdrir gibi kullanılır.

Hulâsa enginar yaprağının maddei müessiresi kilye ve kebet vazif esinin şiddetli munebbihidir, pratikte azotemie ve kolesterolinemie üzerine müessirdir. Toxique olmaması, kolaylıkla kuru hülâsasının elde edilmesi, kabil zerk olması ehemmiyetini arttırır.

İritis rümatizmal :

Lacépère ile G. Fombeure; Paris serbest hastaneleri tıbbi cerrahi cemiyetinde yaptıkları tebliğde, rümatizmal iritislerin hat devresinde adeleye kalsiyum ile eletragol şırıngalarından, torpit şekillerinde ise chrysotherapie den iyi neticeler aldıkları bildirmişlerdir.

Kanserlerde kesif asetat dö küivr mahlülü ile flokülasyon reaksiyonunun değere :

H. C hauchard, bu teamül hakkında Paris serbest hastaneleri cemiyetinde yaptığı tebliğde bildirdiği kanaatlerini şöylece hulasa ediyor.

İçinde 1000 de 4,5 asetat dö küivr mahlülünden katılan seromlarda husule gelen flokülasyon A. Vernes; R. Bricq—Yvon fotometrele muayene edildikte 100 ile 300 arasını gösterirse o serumun kanserli bir insana ait olduğuna delâlet eder binaenaleyh teşhise yarar, zira tabii serumlar 90 dereceden fazlasını göstermez.

Serologik muayenenin verdiği kurp ile hastalığın seyri birbirine müvazi olduğu için serologik muayene seyri maraz hakkında fikir verir. Diğer taraftan ameliyat veya diğer bir vasita ile eyileştirilmiş olan bir kanserli, gözle nükse delalet edebilecek bir şey ortalıkta yokken serum münhanisi yükselecek olursa nüksün vukuunu bize ihbar eder.

Bu muayene usulü, tedavinin müsmir olup ol-

madığını kontrol eder. Ameliyat, röntgen veya radyum tedavilerinden her hanki birisinin müessir olduğu vakalarda serolojik kurbun yüksekliği kalıyor, tesirsiz olduğu vakalarda ise münhani aynı irtifai muhafaza ediyor, az faidesi olduğu takdirde de kurbun irtifai az düşüyor.

Eyi neticeler veren tedavinin temin ettiği şifa-
nın devamının bu usul ile kontrol edilmesini ve
münhaninin aynı düşük halini muhafaza edip etme-
diği ara sıra kontrol edilmesini tavsiye ediyor.

Frenginin bakariyelere de aşılabilmesi :

A. B e c l e r e yaptığı tecrübeler neticesinde
insan ve tavşan frengisini bakariyelere aşılayabil-
diğini tıp akademisine bildirmiştir.

Enfeksiyonlarda fahmı hayvanı zerki;

Prof. S a i n t - J a c q u e s (Montreal) muh-
telif enfeksiyonlarda, fevkalâde, ince taneli hayvan
kömürünün % 2 mahlûlünden veride 2 - 5 c. c. şı-
ringa edildiği takdirde eyi neticeler alındığını tec-
rübelerine istinaden bildiriyor ve tatbikini tavsiye
ediyor.

Soluk hipertansiyonluların kanında tazyiki artıran maddelerine dair:

(J. W e i b e r ; Zbt. f. inne Medizin, No : 3,
1934). I. Weiber soluk hipertansiyonlu insanların
kanında tazyikin artmasını mucip olan maddele-
rin mevcudiyetini şu şekilde göstermiştir.

1931 senesinde, B o h n , böyle soluk hiper-
tansiyonlu kimselerin kanında, tecrübe hayvanının
tansiyonun yükselten bir madde ayırabilmiştir. I.
W e i b e r de böyle bir kimseden 30 s. m. m. sı-
rate kan alıyor, dört hacim 96 lık alkol ile tersip,
ve alkolu uçurduktan sonra bakiyesini 15 s.m.m.
serum fiziolojikte halletmekle kanlarında hiper-
tansiv bir maddenin bulunduğunu şu şekilde isbat
ediyor:

Hazırlanmış olduğu bu mahlûlden bir miktar
ürethane nize edilmiş bir kediye şiringa edince
30 - 60 saniyede 10 - 30 mm. civa sütununa muar-
dil bir tazyik yüksekliği husule geldiği ve 15 dakika
devam ettiğini görmüştür. Kısa fasılalarla bu mahlûl-
den kedinin şiryamı sübatisine şiringa edilecek
olursa tansyon yüksekliğinin devamlı bir hal al-
dığı görülür.

Aynı tecrübe, tabii tansiyonlu insan kanlariyle
elde edilen mahlûllerde yapılmış ise de tansiyon-
da bir değişiklik görülememiştir.

Hodgkin hastalığının ailevi oluşu:

(G. Mac Heffey ve R. Peterson; The Jour. of
the Americ. med. assoc. N: 7,1934). Hodgkin has-
talığının ailevi oluşu son derece nadirdir. İki kar-
deşte gördükleri Hodgkin vakasını neşretmişlerdir.

Biri 11 diğeri 13 yaşlarında iki kardeş
birbirinden sekiz gün fasıla ile Hodgkin hastalığı

arazi gösteriyorlar. Her iki kardeşte, hastalığın sey-
ri birbirinin aynı olmuştur. Her ikisi iki ay aralık
ile ve röntgen tedavisine rağmen ölmüşlerdir.

Otopsi, Hodgkin'inin vasfi ganglyoner tegayyür-
lerini göstermiştir.

Bu güne kabar edebiyatı tıbbiyede böyle ailevi
on iki Hodgkin hastalığı kayıtlıdır. Bunları, tesa-
düfi olarak iki aile ferdinde husule gelmiş olarak
kabul edilmelidir.

Diyaterminin idrar üzerine tesiri ;

(F. B u a - Turin; Minerva med. 1934) Müellif
yaptığı tecrübeler neticesi, müdrir olarak kullanılan
civa mustahzaarlarına, kilyeye yapılan diyatermi
teşrik edilecek olursa idrarın daha ziyade arttığı
görülüyor.

Ç O C U K H A S T A L I K L A R I :

Çocuk yılançığının ultra violet ile tedavisi:

(L. N i g t i n g a l e ve S. Starr The Journ. of, the
amer med. assoc, No, 10, 1924).

Çocuk yılançıklarını evvelce serumla tedavi
eden bu zevat, son zamanlarda ultra violet şualar-
rile tedavi etmişler -ve bilhassa nevezatta büyük
tehlikesi ve vahim neticeleri malûm olan yılançık-
ta, ultra ile daha eyi neticeler aldıklarını bildiri-
yorlar.

Tedaviye çok erken başlanmasını tavsiye edi-
yor. İlk 24 saatte tedaviye alınan ve 2 yaşından
büyük olan çocuklarda vefiyatın sifra yakın
olduğunu ve 2 yaşından küçük olanlarda ise %20
vefiyat gördüklerini bildiriyorlar. Halbuki evvelce
serum ile tedavi ettikleri çocuklardaki vefiyatın
% 40 - 60 nispetinde olduğunu bildirmişlerdir.

Doğumdan 5 gün sonra husule gelen bir Parrot hastalığı.

(P. Blond, Société d'obst.et de Gyn. de Bordeaux; 22
mayıs 1928).26 yaşında bir kadın, 3 çocuk doğurmuş,
ilk ikisinin birisi bronko pnömoniden, diğeri kızamık-
tan ölmüş, üçüncü hamli esnasında beşinci aya
doğru sol şefei kebirde bir itikâl olmuş, iki
ay sonra nahiyeyi unkiyede ve zahrın kısmı ülvisin-
de geniş (placard cuivré) husule gelmiş ve büyü-
müş, sifiliz tahakkuk etikten sonra hiç bir tedavi
görmemiş. 9 nisanda tevlit normal husule gelmiş.
Heman mjadında 2540 gram sikletinde bir çocuk
dogurmuş, meşime 600 gram.

14 nisanda çocuğun sol sakının kısmı süflisinde
bir şişlik hasıl olmuş, ces ile krepatasyon his edil-
mekte, teşhis Parrot hastalığı.

Anaya ve çocuğa derhal hususi tedavi tatbik
edilmiş, 4 gün sonra hastalık zail olmuştur. Vak'a-
nın kıymeti bu kadar erken zuhur etmesindedir.

Süt çocuğu T.B sinde dahhamei tahhalin teşhis ve inzar kıymeti.

(L e o n B e r n a r d , Revue de la tuberculose,

1932 octobre). 1928 den 1932 ye kadar kreşteki sít çocuklarında yapılan dahamei tahal taharrisi neticesi muayene edilen 557 sít çocuğunun 295 si tuberculos'a müptelâ olmayıp bunların 18 zinde yani yüzde 6,1 rinde dahamei tahal mevcuttu. Mütebaki 252 sít çocuğun Cuti - reaksiyonu müsbet olup bunların 79 tanesine (yüzde 31,3) dahamei tahal mevcuttu.

T. B ye müptelâ sít çocuklarında dahamei tahal nisbeti fazladır. Bu arazla sít çocuğundaki hafif kalan tuberculosun ve meçhul kalan bir hummayı tuberculoze lehine teşhise yardım ve inzarin da ciddiyetine delâlet eder.

Süt çocuklarında tüberküloz ve rie apsesi ;

(Arch. Argent de Pedia oct. 1933 ; Drs. Pedro de Elizalde ve Francisco E. White) Kâhillerde rie tüberkülozu ile rie apsesinin, iştiraki bir çok müellifler tarafından kayd edilmiş isede, çocuklarda bu iştirak daha nadir olup daha az mütalaa edilmiştir.

Müşahede : 1 — Erkek çocuk 16 nisan 932 de doğuyor, 9 teşrini sanide kiliniğine yatıyor, ebeveyn salim, üçü hayatta ve ikisi ufak yaşta vefat eden çocukları olmuş, miadında doğmuş gıdası fena tanzim edilmiş iki aydır iltihabı munzamma ile nezle ve ateşi var, üç aydır her iki kulakta akıntı mevcut olup her nezleden sonra takayyühat daha fazlaşmakta, 11 gündür ateşi fazla, öksürük, yorgunluk, iştihatsızlık, kay mevcuttur.

Kliniğe girdiği zaman sıkleti : 4100 gram, boyu 60 santim, renk hasif, sol hufrei iptiyede eritem, ufak ganglyonlar, refleksler zayıf, ipotonisite, dişleri yok, ağızla pamukçuk, hafif ense sertliği mevcut, öksürük arka arkaya, sadırda chapelet costal var. Teneffüsü dakikada 60, sadırın arkasında sağda hufreyi taht ve fevkeşevkiyede tabeliyet mütenakis, sol kaidede bir kaç sibilan, sağda ortada teneffüs sert, nefha ve ince raller, nabız 140.

Radyoloji : Sol nısıf sadır vazih olup sürede bir kaç ufak kesafet, sağda şezene yakın müdevver bir zil.

Boğmacadan korkularak çocuk başka kliniğe gönderilir.

Taşikardi, öksürük fazla, mebzul takaşsuat, basil dö Koch menfi, pnömokoka müşabih mebzul diplokoklar.

Kaşeksi, ve 18 teşrini sanide vefat (hastalığın bidayetinden 20 gün sonra).

Müteaddit yapılan Reaction de Mantoux menfidir.

Otopsi : Münteşir bronko-alveoler tüberküloz, sağ kaidede büyük müteakayyih bir cevfi, umumî granülü ve mütecebbin ukadat, kihte pnömokok ve basil dö Koch yok.

2 - Erkek çocuk, 26 mayıs 1932 de doğuyor, ve 5 ağustosta, hastahaneye alınıyor, sıkleti azalıyor (sít ana ile besleniyor).

Boyu 51 santim sıkleti 3300 gram. 10 ağustosta yapılan Mantoux taamülü müspet, Wassermann ve Schick, menfi her iki rie de radyoskopi ile şeffaflıyet mütenakis, sağda süredeki kesafetlerle karışan ve yukarı doğru cenbi ve şezeni müdevver bir leke, basil dö Koch menfi 18 kânunusani 1933 de vefat.

Otopsi : plevrada iltisak, sağda fussy ülvide, güvercin yumurtası cesametinde apse, kühde pnömokok mevcut, umumî granülü, mesarika ve munassıfta mütecebbin ukadat.

Şifayap olmuş menenjit tüberküloz vak'aları :

(G. Paiseau ve Mme Laquerrière ; Soc. des hop. 9 şubat 1934) Mayii dimağii şevkilerinde muhtelif virülanslı ve asido rezistan tipinde basil mevcut ve şifayap olmuş üç menenjit tüberküloz vakası.

1 - Altı buçuk yaşında kız çocuğu, sekiz gündür hasta : Baş ağrısı, ateş, ishal, Trousseau hastanesine 15 teşrinievvel 932 de giriyor, dermansız, ateş 37,5 derece, dil pashı tahal büyük, sarı mevadi gaita su çiçeği nedbeleri. Cuti-reaction kuvvetli müspet, hemokültür ve serodiyagnostik menfi. sürreler de zil mevcut, sağda şezeni adenopati. 17 teşrinievvelde ense sertliği, mayii dimağiyi şevki berrak, hücrevi bir tagayyür yok albümin fazla değil.

Ayın 21 inde 10 lenfosit. mayiden kobaya şırınga ve kültür yapılıyor, 23 de menenjit teessüs ediyor. hararet 38 - 39 arasında 4 gün devam ediyor 27 den itibaren ateş düşmeye başlıyor, Wassermann menfi.

9 teşrini sanide, ilyelerde, telemi beynel usbuilerde, papulo-pustuleuse indüaat, bilahara bu indüfaat birden ahmasulkadem ve yanaklara da sirayet ediyor, papulo-necrotique tüberkülid manzarası müteakiben subagi nedbeler.

Ayın 15 şinde keratite phlyctenulaire. Allochryesine zerkiyatıle tedavi yapılıyor ve hasta 8 kânunievvelde zahiri şifa ile çıkıyor.

1933 Şubat 12 de tekrar ateş, iltihabı üzün baş ağrısı ve kusmalarla geliyor. Cuti-reaction aima şiddetli müspet şifa çabuk teessüs ediyor ve çocuk hastalığın bidayetinden 6 ay o sonra hiç bir menenjit arazi göstermeden çıkıyor.

22 teşrinievvel 1932 de mayii dimağiyi şevki Löwenstein vasatına ekilmiş ve kobaya zerk edilmişti. Üç hafta sonra kültürde asido rezistan basillerin ufak kolonileri pusse ediyor. Tavuk ve tavşana zerkleri menfi zuhur ediyor. Beşer santimetre mikâbı mayii zerk edilen iki kobaydan biri 10 ay sonra tüberküloz olmadan ölüyor, diğeri üç ay sonra öldürülüyor, kebd büyük tahal biraz hubeybi, katanî ve munassıf ukadatında nadir basiller.

Tekrar zerkiyatında iki kobayda menfi ve altı

hafta sonra öldürülen üçüncü kobayda ise tahalde bir nevi asido-rezistan basil ile, şezeniyi, kasabi ukadatta kısa ve nadir asido rezistan basiller müşahade ediliyor.

18 kânunusaniide takaşuattan yapılan zerkiyatta tipik tüberküloz görülüyor ve 28 nisanda plevra mayiinden yapılan zerkiyatta müsbet netice veriyor. Avarız sahaiye göstererek şifa teessüsünü müteakip 8 ay sonra rie tüberkülozu tekâmüle başlıyor.

2 — on iki yaşında erkek çocuk, 2 şubat 1933 de bir kamyonda devriliyor ve hariciye servisinde üç hafta tedavi ediliyor, bilahare ihtilâcî nöbetler, baş ağrısı, ense sertliği ve Kernig arazi, kay, başlıyor. 15 martta hasta açılıyor, ahvali umumiye eyi, akşamları ateş 37.5 - 38 sağda sufli felci veçhî nabız 64, muharrik eviyenin teşevvüşü, Cuti-reaksiyon menfi.

16 martta bezli kataknî; mayi berrak, 692 anasır (bilhassa lenfositler), asido rezistan basiller. Müteakip günler, salah, ve ârazi sahaiye azalmakta. 18 marta tekrar yapılan bezli katanide, basil de Koch ile ancak 12 lenfosit mevcut. Ertesi sabah çocuk tamamen şifayap olarak hastaneden çıkıyor.

23 mayısta çocuk sıhhattedir. Löwenstein vasatına yapılan zeride asido rezistan basiller kolonileri mevcut. Mayii dimağiyi şevkiden iki kobaya şırınga edilmiş ise de netice menfi çıkmıştır.

3 - Altı yaşında erkek çocuk 28 temmuz 1933 de 38.5 ateş, kay, şiddetli baş ağrısı ile hastalanıyor. 2 ağustosta ârazi sahaiye ile hastahaneye giriyor, ense sertliği, Kering ârazi, batın çökük, kabız, teneffüste ademi intizam, cildi fartı hassasiyet ertesi gün 39,5 sonra 33 ve 38 derece, cuti - reaction menfi Mantoux müsbet.

3 ağustosta bezli katani : mayii kanlı 7 ağustosta mayi halâ kanlı, 124 anasır (Bilhassa lenfosit), ayın 15 şinde ârazi sahaiye zail olmak üzere, bezli katani de 182 anasır (hemen hepsi lenfosit 0,48 albümin; 18 zinde ancak 38 anasır ve 0,40 albümin, Wassermann menfi. 9 eylülde, ahvali umumiye normal anasırı hücreviye 8 ; 0,39 albümin.

Çocuk bir seri Sulfarsenol zerkiyatından sonra şifa ile hastaneyi terk ediyor. Löwenstein vasatına yapılan zeride tipik asidorezistan basil kolonileri mevcut. Telkih edilen bir kobay 28 gün sonra ölüyor. Netice menfi diğer bir kobay iki ay sonra öldürülüyor. netice müsbettir, ve tahal, ukadat, kebet de basil dö Koch mevcuttur.

Çocugun 4 ay sonraki muayenesinde : Hiç bir ârazi sahaiye mevcut değildir, yalnız tüberküloz ukadatinin zılları mevcut.

C E R R A H İ H A S T A L I K A R :

Gonokoksik mafsal iltihabı ve teşhisi tefrikişi :

(İ. K o w a r s c h i k ; M. m. W. No. 12 1934)

Müellif 100 vaka üzerindeki tetkiklerinde hali hazırda iyice malûm olan vekayii tahkik etmiştir. Erkek ve kadınlarda aşağı yukarı aynı nisbette görülen hastalığın mafsaldaki ihtilâti; üretrit veya ferç iltihabı gibi iptidai ve şiddetli bir âfeti kolaylıkla takip etmez. Mütemmim şeraitin rolü ve bilhassa tromatizmanın dahli münakaşaya değer.

Müellifin istatistiğinde bu mafsal iltihabı % 48 nispetinde olup daha ziyade rikbede tezahur eder. Ya flegmoni bir seyir alan bir iltihabı mafsal, veya insibaplı bir mafsal iltihabı husule gelir. % 52 nisbetinde görülen poliartiküler şekli mutad seyri gösterir. Miyozit ve sinovitlerin menşeiini tespit etmek için müellif sıkı tetkikatın lüzumunda ısrar ve gonokoku menşeiinde aramak, mafsal radiografileri yapmayı tavsiye eder.

Akciğer apsesi ;

(E. S e i t z ; Zbt. f. in. med. No. 7, 1934) Müellif rie apsesinin seriri ve radyolojik teşhisi ile tedavisini mütalaa ediyor. Tıbbi tedavinin ehemmiyeti gayri kabili münakaşadır. Hastanın duruş vaziyetinin ehemmiyeti fazladır.

Apsenin kasabat vasıtasile boşalması, drenajın aynı iyiliklerini haizdir. Kendi kendine olan bu drenaj O v i n c k e nin yüksek vaziyetile bilhassa kolaylaştırılmıştır.

Kasaba ile irtibatı olup radyolojik muayyen hududu görülen rie apseleri ahvali umumiye iyi oldukça tıbbi tedavi ile şifayap olabilirler. Fena tahdit edilmiş apseler pnömotrakstan istifade görürler.

Saf tıbbi tedavi süratle şifayı temin etmezse cerrahi müdahaleden çekinmemelidir.

Radioloji noktai nazarından akciğer apseleri ya hiç eser bırakmadan veya pek gizli nedbeler bırakmak suretile şifayap olurlar.

Rie tüberkülozunun cerrahi tedavisinde yeni istibaplar;

(J. H e r m s : M. m. W. No: 17, 1934) Müellif Cevfli bir taraflı tüberculose da B r a u e r rin cenbi thorakoplastisini tavsiye eder. Zirve kehefleri kısmi ulvi torakoplastiyi istilzam ettirir. İki taraflı vekayide bir tarafta aşikâr nümüvvi bir mihrak yoksa, müdahaleye muzadı istibap değildir. Kaide afetlerinde ya alt dililar rezeke olunur ve yahutta frenisektomi (kehifli ve ya kehifsiz olduğuna göre) yapılır. Hat zirve iltihabî vetiresinde Apicolypse, sürre kehiflerinde Plonbage iyi netice verebilir.

Pankreasta iptidai bir lymfosarkom vakası;

(Dr. H a l i t Z i y a S a l i h , Diyarbekir operatör ve radioloğu; Zbt. f. Chir, No: 17, 1934) Ender olarak tesaduf olunan bu vakayı müellif servisinde teşhis etmiş çok güzel radiolojik ve klinik etüdünü; öldükten sonra otopisisiyle, marazî teşrih muayenesini yapmıştır. Bu meyanda röntken muayenelerinin pankreas re'si tümürü vakalarında ih-

mağ edilmemesi icap eden bir vasıtayı teşhis olduğunu kaydediyor.

Süt çocuklarının pylor tesennüçlerinde cerrahi müdahale neticeleri ve mülahazaları;

(Oehler; Zbt. f. Chir. No: 11, 1934) Müellife nazaran dahili doktoru ile cerrah müştereken çalışmalıdır. Müellif bu suretle on beş sene zarfında süt çocuğunda pylor darlığı sebebiyle 42 vakaya müdahale etmiştir. Afet erkek çocuklarda fazla görülmüş (dörtte bir nisbetinde); bütün bu vakalarda F r e d e t (Ramstedt, Weber) usuliyle harici muhatı pylorotomi yapılmıştır. Müdahale sabit ve heman iyi netice vermiştir. Kızlarda vefiyat erkek çocuklarına nazaran fazladır. Kaşeksi ve çocuğun çok ufak bulunması epeyi yüksek vefiyat (müellifin vekiğinde % 14) veriyor. Muahhar neticeler iyidir.

Kâhilde pylor tesennüçlerinde pyloroplastie;

(Palmén; Zbt. f. Chir. No: 6, 1934). Pylor tesennücü daha doğrusu pylorun viladî ipertrofi-sinden ileri gelme tesennüç çocukta çok görülür ve eyi mütalea edilmiş olup ameliyatı da malumdur.

Kâhilde pylorun tesennücü halleri vahim vazifevi teşevvüşler husule getirir ki tıbbî tedaviye mukavemet eder.

Bu sebepten cerrahi bir müdahaleyi istilzam ederler ve daha nadir görülürler Müellif 19 yaşında bir kız çocuğunda bu hastalığı teşhis ve F r e d e t ameliyatı ile tedavi etmiş hastanın altı haftada 6 kilo arttığını yazıyor.

Mide gışayi muhatı ziyalarında histaminin tarzı tesirinin tecrübi mütateası. sun'î mide karhası;

(Ch. A. Flood ve Edv. L. Hooves; Surg. Gyn. and Obst. N: 2, 1934) Bu müellifler bazı müceriplerin kanaatine göre cilt altına şırınga olan histamin, mide gışai muhatı ziyalarının şifalarında geciktirici tesirinin kontrolunu yapmak istemişlerdir.

Bu sebeple kedi ve köpek gışayi muhatilerinde bir santimetre murabbai ebadında ve pylor ile furat civarındaki nahiyelerden parçalar rezeke etmişlerdir. Bu hayvanlara muhtelif dozda histamin şırınga etmişlerdir. Bu maddenin tesiri fuat hizasında az ve pylora yakın mahaldeki gışai muhatide fazla görülmüştür. Harabiyet artıyor ve epiteliumun ilerlemesi gecikiyor. Teneddüp başlayınca nesci munzam karhanın gavırında ve hafelerde fazla artıyor. Afet sertleşiyor. Bu hadiseler ile zerk olunarı histamin miktarı arasında bir nisbet vardır. Hafif dozların tesiri yoktur. Çok kuvvetli dozlar toksiktir. Kabili tehammül doz kilo başına günde iki defa 0.50—1 miligramdır. İnhinayi kebir üzerinde ve yukarıda mevzu olanlar, pylor mücavirindekiler gibi tahavvülât geçirirler, lâkin bu tahavvül derecesi

nisbeten daha azdır.

Histaminin geciktirici tesirine rağmen mide gışai muhatisinin ziyai maddeleri nihayet iyileşirler. Lâkin katiyetle sabit değildir bazılarında mide tesekküp eder.

Vefatsız on sekiz mide karhası tesekkübü ameliyatı ;

(Philipowicz; Zbt. f. Chir. N: 12, 1934) 2-72 saat zarfında müdahale edilmiş bu vakalardan sekizi eter, onu raşianestezi altında ameliyat olmuştur. Müellif batın acele ameliyatlarında raşianesteziyi tercih ediyor. Müdahale: On iki vakada perforasyonun basit sütürü: beş vakada tesekkübün sütürü ve gastroanterostomi (fazla darlık sebebiyle); bir vakada inhinayi sagir-karhasının istisalinden ibarettir. Bu tarzı müdahale ile hiç bir vefat kaydetmeyen müellif buna rağmen muvafık şeraitte mide rezeksiyonunu tavsiye ediyor. Zira yalnız sütüre olunan vekayide darlıklar ve hastalığın ve ârazın yeniden tezahürü görülmektedir.

Vasi mide rezeksiyonlarından uzun zaman sonra kanın hali ;

(W. Rieder; Zbt. f. Chir. N: 13, 1934) Son senelerde vasi gastrektomi geçirmiş hastalarda kesretle vahim ve bazan pernisyöz tipinde anemiler kaydedilmiştir. Muahhar ihtilat, muhtelif tefsirlere uğramıştır. W i t b y ye nazaran ameliyatlarının % 49 una savlet eder, M o r l e y ye göre % 50 H e u s c h e n ise tekrar görebildiği 77 ameliyattan üçünde anemi bulmuştur, ve bu üç vakadaki fakrüdemi belki başka bir sebebe raptetmek imkânı olduğunu soylıyor. R i e d e r in istatistiği ise bu iki uzak rakkam arasında mutavassıt olarak görülüyor.

Gastrektomiden 3 - 10 sene sonra görülmüş 162 vak'a üzerinde, ve bunun %40 ında kan normaldir, hemoglobin nisbeti %80 den yukarıdır. %21 vakada hemoglobin miktarı %75 - 80 olup normal olarak kabul olunabilir. %15 vakada hemoglobin miktarı %70-75 dir; kan formülü normal evsiftadır, %24 vaka ise vasıfdar ipokromik bir anemi görülür. Bu 26 vakanın hiç birinde pernisyöz anemi görülüyor. 162 vakanın 86 sında ameliyattan evvel kan muayeneleri yapılmış olduğundan, %35 -inde ameliyattan evvel mevcut olan ipokromik anemi bir kaç sene sonra bertaraf olmuştur. Ameliyattan sonra görülen aneminin gastrektomi vüs'at ile mütenasip görülmektedir.

Tegallüfü ema ve bilhassa dekkakiyi avert tegallüf ;

(R. Woelfle; Zbt. f. Chir. N: 19, 1934). Süt çocuğunda çok görülen tagallüfü; büyük çocukta ve kâhilde de bilâkis az görülür. Müellif takriben 9.000 laparatomide ancak 6 vakaya ras-

gelmiştir.

Dupytren tekallüsünün irsiyetine dair :

(S c h r o e d e r ; Zbt. f. Chir, N : 18, 1934). Münster kliniğinde tedavi görmüş 30 hastanın ailevi ve sabık ahvalini araştırmıştır. % 40 nisbetinde sıfakı rahinin tekemmüşünün irsiyetini meydana koymuştur. İki ailede ve iki batında beş vaka bulunmuştur. Başka bir ailede üç nesilde 6 vaka altı kardeşten dördünde bu hastalığı görmüştür. Kadınlar ender olarak (30 da 1) hastalıkla malul olurlar. Lâkin marazî irsiyeti erkek nesline intikal ettirebilirler.

Gastro-antrostomilerde mide tefemmümün ebadının ehemmiyeti :

(E. L. G e n k i n s o n ; The Jour. of the American Med. Assoc. No. 5, 1934). Gastroenterotomi; müellife göre ancak tazayuk husule getiren karhalarda ve geniş yapılmak suretile iyi neticeler verebilir. Gerilmiş, atonik bir midede yapılan kâfi vüsattaki bir fetha, ameliyattan sonra uzuv iyi tahliye sebeble normal tonisite ve ebadını iktisap ettikçe daralmaya başlar. Bu fevhanın daralması, mütezayyık pilordanı gıdaların geçmesine ve karhanın yeniden faaliyet kesbetmesine müncer olur.

Binaenaleyh müellife göre müdahalede evvel tıbbî bir tedavi ile mideye tonisitesini iade etmeli (az miktarda ve mükerrer yemek yeme, tıbbî ile her gün terekküt mayiatının tahliyesi maayi müstekim tarikiyle yüksek dozda serum) takriben üç haftada kâfi derecede salah husule geliyor. Bu suretile normale yakın şeraiti teşrihiye de ameliyat yapılabilir.

Ametiyat alet masalarında mikroplar :

(R. L o m b a r d i , Rif. Med. 1934). Müellifin yaptığı teerübelerde ameliyatanelerdeki alet masalarının üstüne yayılan steril çarşafın üzerine kaynatılarak tâkim edilen aletler konulunca çarşafın ıslanmış ve aletlerin de % 15 nispetinde staphylococcus aureus ve albus ile televvüs ettiğini görmüştür.

Açık kırıklarda antiseptik tedavinin indimal tevhürü sebebi oluşu :

(I. B o e r e m a ; Arch. f. klinisch. Chir. 1933, sahife 666). Müellif tavuk ve güvercinlerde açık kırıklar husule getirmiş ve yaraların dezenfeksiyonunda % 5 tentürdiyot ve % 3 asittenik kullanmıştır. İndimal fevkalâde gecikmiş ve yapılan nesci muayenede bu tevhürün simhak ve azım mihinin nekrozundan ileri geldiği anlaşılmıştır.

Bilâkis % 3 Eau Ocygénée ile tedavi ; yaraların iodoformlu gaz ile tamponmanlarında fazla olmamak üzere indimalin tevhürüne sebep olmaz.

Ameliyat sonu flebitleri :

(A n s e l m e S c h w a r t z ; Bull. et mem. de

la soc. Nati.de Chir no 2, 1933) Her zaman mü-nazi bir mesele halinde olan ameliyattan sonraki flebit esbabı meyanında müellif birinci derecede ema mikroplarının ve bilhassa koli basilin kana karışmasını ileriye sürer.

Veritte bir afetin bulunuşu, ve Sicard rın tabirince veridin nehafeti, kan terekküdü, fartı tahassüriyet plakelerin artması fibrinojenin artması gibi hadiseler yardımcı anasırdır. Ağız tarikile ve tahtelcilt aş (koli, anterekok, stafilokok) istimali nazarı dikkate alınacak derecede ameliyat sonu flebitlerini azaltmıştır.

Kafa kırıklarında süratle görülen müterekki ve vahamet mecmuayı ârazı ve tedavisi :

(R. D u m a s , B u l l . et. Men. de la, Soc. de Chir. de Paris, No ; 1 - 2, 1934). Müellif bu vahamet ârazını hatırlattıktan sonra muhtelif tedavi tarzlarının münakaşasını yapıyor.

1 - Ponksiyon Lomber : hemen ekseriya gayri kâfi olup aynı zamanda tehlikeli olabilir.

2 - Cushing' in trepanasyon dekompresivi daha semeredardır. Yalnız seylanın cinsini tayin değil aynı zamanda dimağın manzarası hakkında da malûmat verdiği cihetle şayanı tercihtir.

3. — Bu gibi vahim mecmuayı arâzin bulunduğu zamanlar buteyn ponksiyonunu istilzam ettirir.

4 — Cismi sefeni trepanasyonu çok iyi görünmektedir.

5 — Yukarıdaki usullerle salah kesbetmeyen vekayide trepanasyon Atloido-occipitale yapılmalıdır.

Kanayan meme :

(A. H e n d r i o k , Der Chirurg 3 Yahresgang Heft 1) Müellif bizatihi kanayan meme başlığı altında ameliyat neticesi elde edilmiş bir kanayan meme preparatını esas ittihaz ederek bu preparatın patolojikman gayet derin muayene neticesinde hiç bir tagayyürü maraziye göstermediğini zikr ile bazı hususiyetlerden bahsetmek istiyor. Müellifin noktaî nazarına göre şimdiye kadar tebliğ edilmiş kanayan memeler hakkındaki yazılarda daima histolojik muayeneler yapılmış ; bilâ isna karsinom veya sistik teşekkülattan dolayı bu kanamalardan bahsedilmiş olduğundan hiç bir sebebe bağlanmayan ve derin histolojik ve patolojik muayenat neticesi patolojik bir tagayyür göstermeyen vakasında hususiyet görmektedir.

Yalnız şimdiye kadar vaki olan kanayan meme hakkındaki tebliğatta ancak teşrihi tagayyür göstermeyen hakiki kanamalar süt çocuklarında ve muavazavi olarak timis teşevvüşatı olan kadınlarda tavsif edilmiştir. Memede olan hastalıklarda huylemeden akan kanlı veya mışli müdemmem ifrazat en zor kıymet verilen araz olduğunu zikretmektedir.

Müellif yazısında uzun uzadıya (Maladie kistique

de la mamele) yani Reklus hastalığından bahsetmekte ve memenin selim ve habis emrazında huleymeden kan gelmesi arazi mevcut olmakla beraber bu arazda bu gibi emrazi sedyede diğer arazın dahi tekemmül etmiş olduğunu mevzuubahs etmektedir. Müellif yazısında huleymeden kan gelmesini icap ettiren bütün vetirei maraziyeleri hulâsalandırarak bizatihi kanayan memeyi belli başlı bir vetirei maraziye olarak kabul etmekte ve nedretle tesadüf edilen bu vetirei maraziyenin mevcut olduğunu isbat için kendi vakasını tebliğ etmektedir. Mevzunbahs vakası 41 yaşında sıhhatta ve kuvvetli iyi beslenmiş bir kadındır. 34 yaşında adetten kesilmiştir. Bundan mada hiç bir hastalık geçirmemiş adet her vakit normal imiş. 1929 senesi sonunda sol memesinden her gün damla şeklinde kan geldiğini görüyor Tazyik ile de kan geliyor.

Kanama bir gün duruyor, ertesi gün tazyik olunca daha fazla oluyor. Bu sebepten dolayı sekiz hafta sonra kendini doktora arz ediyor, ve berayı ameliye sevk olunuyor. Meme muayenesinde hiç bir hususiyet göstermemiştir. Sol memenin teşekkülâtı guddeviyesi sağına nazaran belki biraz daha sertce; tazyik edildiği zaman sol memeden kahve rengi ve yeşilimtrak bir mayi damla halinde geliyor.

Memede bir tümör veya mukavemet his edilmiyor. Hufrei iptiyede dahame etmiş ukadat mevcut değil. Sol meme ve ukadatı iptiye tamamen istisal ediliyor. Neşredilen gudde kesilmeden patoloji müessesesine berayı muayene sevk ediliyor. Profesör R i c k e r tarafından yapılan anatomie patolojik muayenede cüseymatı guddeviyyeye kadar giden kahve rengimsi bir mayiin makroskopik mevcudiyeti gözüküyor. Mikroskopik guddei sedyenin evcafi dahilinde hiç bir yerde kan mevcut değil. Yalnız tecezzi etmiş kandan müteşekkil bir mayi var. Bütün meme makroskopik ve mikroskopik en dakik şekilde muayene edilerek bir tümörün mevcudiyeti ve bilhassa bir mecra papillomu görülemiyor. Ve en nihayet alveollerin içerisine sıran kanın diyapedese tarikile intikal ettiğine kanaat getiriliyor. Yalnız bu semerei gayri tabiiyenin turuku lebeniyeyi imlâsı ve bu tarikle itrahi dolayısıyla turuku lebeniyede bir tevessü ve epitel tabakasında bir hypertophie nazara çarpıyor. Vakada kanlı sekresyondan baska haizi ehemmiyet olan daha genç iken adetden kesilmiş olmasıdır.

Müellif hastanın itirafına istinaden geçirmiş olduğu batni süfli iltihabının erken adetden kesilme için bir rol oynadığına ihtimal verememekle beraber ret de edemiyor. Kanamanın her halde adetle alâkadar olmadığını söylüyor. Sol memenin normal vaziyete olan sağ memeye nazaran daha sert olması tecezzi etmiş kan toplantılarının turuku

lebeniyeyi doldurmasından ileri gelmekte, kanalların genişliği de bu sebebe matuf bulunmaktadır.

Müellif makroskopik muayenat ile elde edilen Profesör R i c k e r in netayicine nazaran sedyenin marazi bir tagayyürünü kafiyetle reddetmektedir.

Meme dahilinde mevcut olan bir diapadese cidarı eviyenin nufuz kabiliyetinden ileri gelmediğini hulâsaten söyleyen müellif cümlei viaiyenin fizyolojik halatta olan bu gibi tebeddülâtını diğer organlarda meselâ: deride, kalpte ve böbrektekiler gibi tabii bulmakta ve bu via meselesini bizatihi kanayan meme tablosunun vücuda gelmesinin sebebi olarak da göstermektedir.

Esasi olarak bizatihi kanayan meme ile vicarire veya sublimerter adet arasında hiç bir fark görmemekte ve her iki levhai maraziyeyi de organın hyperemisi ve bunun netayici telekki etmekte ve profesör R i c k e r ' e göre asabi tesirlere bağlı ve bu tesirler dolayısıyla eviyenin hususiyetine tahmil etmektedir.

DOĞUM - KADIN HASTALIKLARI :

Süt ifrazının Antitiroit mustahzarlarla arttırılması :

(Prof. Heinz Küstner; Münch. med. Woch. 17 - 8 - 1934). Lohosalıkta, kadınlardaki süt ifrazı miktarca büyük şahsi farklar gösteriyor. Sütü az kadınlar çocuklarını besleyememekte ve bir çok müşkülâtla karşılaşmaktadır. İşte bunun içindir ki çok eski zamanlardanberi neffasiyette memelere gelen sütün miktarı arttırılmağa uğraşılıyor. Sütü az olan kadınların memelerindeki guddevi nesic hemen daima azdır. Memenin büyüklüğü süt itrazının derecesi hakkında fikir veremez.

Halk, lohosalara bol süt, eyi ve kuvvetli gıda vererek sütü arttırmağa uğraşır. Bu tedbirin gayeyi temin ettiği vakalar az değildir. Fakat müessir olmadığı vakalarda epeycedir. Bundan başka göğüsleri sıkılamak, mässe etmek bazı aletlerle sütü tamamen çeküp boşaltmak gibi fizik tedbirler de sütü arttırmaktadır. Kezalik sütü çoğaltıcı hassası bulunduğu ilân idilen ve ticarete bulunan bir çok ilâc vardır ki bunların kullanılması süt ifrazı üzerine müessir oluyor ve sütü bollastırabiliyor. Fakat maalesef bu eyi tesirler mahdut vakalara inhisar ediyor ve her zaman istenilen neticeyi temin edemiyor.

F a u v e t ile daha bazı müellifler, gebe olmayan dişi hayvanlara yumurtalık ve guddei nuhamiye fussy kuddamisi hormonlarını şiringa ettikten sonra bu hayvanların memelerinin nümalandığını ve aynı hâlâsalarla infantil sedyelerin de neşvünma bularak vazife görebilecek hale geldiğini ilân ettikten sonra göğüslerin nümalanmasının tenasül hormonlarının tesiri altında olduğunu anlaşıldı. **Biz**

hormonların tesirile büyümüş olan memelerden süt gelmez, göğüsler kuvvetle sıkılacak olursa içinden sulu bir madde sızar. Bu halde bulunan hayyan memesine, guddei nhamiye arka fussy hulâsası şırınga edilmekle süt gelir. Bu şırıngadan 1-2 gün sonra süt akmağa başlar, meme sıkılınca süt fişkirir.

Havalarla alınan bu netice maalesef insanlarda elde edilemiyor. Fussy halfi hormonu şırıngası kadınların sütünü azaltıyor.

Küstner, sütünün kaçırılması icap eden kadınlara 2-3 gün sıra ile 2-3 miligram Thyroxin vermiş ve sütünü çekildiğini görmüştür. Bu müşahedeler, tiroit hormonunda süt ifrazı üzerine menfi tesir yapan bir maddenin mevcudiyetini gösteriyor. Ohalde sütü arttırmak için guddei derekiye ifrazını azaltmak veya bunun üzerine menfi tesir yapmak icap eder.

Bunun antitiroit mustahzarlarla temin edilebileceğini düşünen Küstner, sütü az olan lohosalara Tyronorm ve Dijotthyroxin tabletleri vermiş ve 24 saat sonra sütünü arttığını görmüştür. Bittabi kadınlar çocuklarını daha kolaylıkla besleyebilmiş ve emzirebilmişlerdir. Bu ilaçtan günde 3 defa 2'er tablet verilmiştir. Sütü az lohosalara ekserisinin sütü artmıştır. Tedaviye iyi cevap vermeyen birkaç lohosa olmuştur.

Zararsız olduğu ve 2-3 gün içinde sütü arttırdığı için bilhassa evvelki doğumlarında sütü az gelmiş olanlarda doğumu müteakip yukarıda bildirilen miktarlarda verilmesini tavsiye ediyor.

Gravidik Albüminüriler :

(Prof. Dr. Jeannin; Journ. des Prat. Juillet 1933). Gebelik albüminürileri vasatî olarak % 5 nispetinde görülüyor. Sebepleri hulâsatan şunlardır:

- 1 — Müheyyi : Evveliyetüvelâdelik - ikiz gebelik - Mol gebeliği - Gebeliğin ilerlemiş olması.
- 2 — Arızî ; Üşütme ve soğuk algınlığı - gıdai ze uirlenmeler - Ruhî şoklar.
- 3 — Mucip ; Gebelikte tahassül eden toksemidir.

Evvélce gebelik toksemisinin, hamilenin muhtelif uvzularında husul bulan surmenage a atfedilirdi. Son senelerde ise semlerin beyzadan geldiği kabul ediliyor. Beyzanın laboratuvarı mesabesinde olan meşimenin syncytial kısmından anne vücuduna dağılması çok muhtemeldir.

İkiz ve moler gebelikte « Bilhassa molda » syncytium sahası çok büyümüştür. Albüminürinin Mol gebeliğinde daha fazla olmak üzere moler ve Jemeller hamillerde, tek gebeliklere nazaran daha kesretle görüldüğü mühim olan bir keyfiyettir. Bunlar gebelik nefritlerinin ceninölümüne olduğunu gösterdiği gibi nefritli bir kadının çocuğu karnında ölünce albüminürinin süratle zail olması da gravidik nefritlerinin cenin hayatıyatile alâkadar olduğunu göstermektedir.

Gebelik nefritleri nadir olarak ilk aylarda görülüyor. Bu takdirde ekseriya massiv ve inatçı oluyorlar. Neticede rahim ya kendi kendine çocuğu atar yahut ta medikal endikasyonlu bir avortman yapmak mecburiyeti hasıl olur.

Gravidik atbüminürinin mutat zamanı gebeliğin son aylarıdır. Bazen gebeliğin son günlerinde idrarda albümin bulunur, mihazın haber vericisi olarak kabul edilebilir.

Gebelik nefritleri bazan birdenbire ve şedit olarak başlar, idrarda yekten bir kaç gram albümin bulunur. Bazan da nefrit tedricî olarak teessüs eder.

Hamil albüminürisi ne kadar erken başlarsa inzarı o kadar ağırdır, istirahat ve rejime taannüt edenlerin de inzarı müspet değildir.

Gravidik nefritlerde çocuk anneden daha ziyade tehlikelidir. Zira meşime hali tabiiye nazaran küçülmüş, incalemiş ve vazifeten daha aşağıdır. Muhtelif yerlerinde beyaz beyaz enfarktüs lekeleri vardır, dah az olmak üzere de yeni kırmızı enfarktüs yerleri görülür. Maşime fazlaca neşci tagayyüre uğramış ise çocuk ölür, değilse çocuk canlı doğar. Fakat zaiftir; mamafih müteakiben eyice beslenir ve kolaylıkla büyür.

Y E N İ K İ T A P L A R :

Sıtma haberleri:

(Dr. R a f e t A h m e t ; Samsun. Şemis matbaası. 1934) Müellif son altı ay zarfında tıp literatürüne karışmış dikkate şayan bahisleri ondokuz sahifelik bir broşür halinde neşretmiştir. Sıtma gibi istimal bir hastalığın pek taze tetkik mahsulünü dilimize çeviren arkadaşımızı tebrik ve kendisine teşekkür ederiz.

Türk Jinekoloji Arşivi:

Türk Jinekoloji arşivi refikimiz ağustostan itibaren intişare başlamıştır. Üç ayda bir çıkacak olan bu kıymetli ihtisas mecmuası, değerli ve sevgili hocamız Prof. Dr. K e n a n T e v f i k b e y , doktor A h m e t A s ı m , muallim A l i E s a t ve Dr. H a d i beylerin idaresi altındadır. Ağustos nüshası bir çok kıymetli yazılar ile bunların Al-

manca hulâsaları, şube ile alakadar bir çok hulâsalar ve Türk Jinekoloji Cemiyetinin zabıtlarını havıdır.

Yalnız doğum ve kadın hastalıkları ile uğraşan meslektaşları değil aynı zamanda bütün şubeleri alâkadar eden umumî hastalıkları da mevzuubahs eden ve yeni intişar eden refikimize uzun omür diler, meslektaşlarımıza tavsiye ederiz.

Çocuk Kliniği :

Üç ayda bir intişar edecek olan (Çocuk Kliniği) refikimiz ilk nüshasını ağustos 934 de neşretti. İstanbul Çocuk Hekimleri Encümeninin fikirlerini neşrecek olan bu mecmua Dr. Opr. Sadettin Hüsnü ve Dr. Ali Şükrü beylerin idaresindedir.

Bir çok kıymetli orijinal yazılar, tedavi notları ; hulâsalarile cemiyetin zabıtlarını ihtiva eden bu değerli ihtisas mecmuasını, hararetle tavsiye eder ve refikimize uzun omür dileriz.

KONGRELER - CEMİYETLER - İÇTİMALAR.

Çocuk Hekimleri Encümeni :

Çocuk Hekimleri Encümeni 14 - 10 - 34 tarihinde içtima ederek Dr. Sevkett Salih bey tarafından astma şeklinde nöbetler tevliit eden ve tracheyi tıkayan ve öldüren bir mütecebbin ukde vakası ve müteakiben Dr. Niyazi Ali bey tarafından bir endocardite choronique neticesi natemamiyeti iklikiye ve dahamei kalp vakası tekdım kılınmış ve münakaşalara Dr. Niyazi Ali, Dr. Sevkett Salih, Dr. Ali Rifat, beyler istırak ederek 15 gün sonra toplanılmak üzere celseye nihayet verilmektedir.

11 - 11 - 34 tarihinde Prof. Dr. İhsan Hilmi beyin riyasetinde içtima ederek zabıtsabık okunduktan sonra Dr. Sevkett Salih bey tarafından bir staphylococcie vakası tekdım edilmiş ve celseye nihayet verilmiştir.

Türk Jinekoloji Cemiyeti :

Türk Jinekoloji cemiyeti, bu senenin ilk toplantısını 12 - 10 - 934 tarihinde yapmış ve cemiyetin bir senelik idarî ve fennî faaliyetini hakkında kâtabi umumî tarafından okunan rapor [*] dinlendikten sonra yeni idare heyetinin intihabına geçilmiştir. Birinci reisliğe Prof. Kenan Tefvik B. İkinci reisliklere Refik Münir paşa muallim Ali Esat bey ; umumî kâtabliğe Dr. Ahmet Asım bey seçilmiştir.

1935 senesi birinci teşrinde Ankarada Birinci Türk Kadın Hekimleri kongresi toplanacaktır. Mezkûr kongreye serbest mevzu olarak hazırlanacak mesainin şimdiden kongre kâtabi umumisi namına (Dr. Ahmet Asım bey, Ortaköy, Şifa Yurdu muallim Naci cad, 115) gönderilecektir.

Türk Cerrahi Cemiyeti ;

Türk Cerrahi Cemiyeti bu senenin birinci içti-

(*) Bu rapor « Türk Jinekoloji Arşivi » nde neşrolunacaktır.

Üçüncü muntaka Etibba Odası gazetesini :

Üçüncü muntaka Etibba Odası tarafından ayda bir neşrolunan tıbbî meslek mecmuasıdır. İlk sayı 1 ikinci teşrin 1934 de intişar eden refikimiz bir çok değerli meslekî bahisleri, Etibba Odası İçtima zabıtları, tıbbî havadisler, kanun nizam ve tamimleri havıdır. Meslekî ve içtimaî bilgimizi artıran yeni refikimizi tebrik eder tenevvürümüzün devamını dileriz.

Üçüncü muntaka Etibba Odası birinci Tıbbî ve Sıhhi kitaplar sergisi :

İstanbulda Cağaloğlundaki 3 ncü muntaka Etibba Odası binasında umuma açık olmak üzere 1 İkinci kânundan 15 ikinci kânun 1935 tarihine kadar devam edecektir. Eser ve mecmualarını teşhir etmek isteyen rufekamızın nihayet 15 birinci kânuna kadar masrafsız olarak sergiye makbuz mukabilinde teslim edebilirler.

mainı 4 - 11 - 934 pazar günü saat beşte Reis Ahmet Kemal beyin riyasetinde Haseki hastanesinde akdetmiştir.

İçtimada ; evvelâ Dr. Tarrık Temel Bey röntgen zillinde karhaya benzer gibi görünen iki mide kanseri radyografisini göstermiş ve bu husustaki münakaşaya Ömer Vesfi, Halit Ziya, Operatör Avni, Bührane dîn, Fahri ve Kâzım İsmail beyler istırak etmişlerdir. Prof. Ahmet Kemal B. seriri ve şual vasıfları karakteristik olmayan bir munassıf tümörü vakası tekdım etmiş ve bunun bir kondrom olması ihtimalini ileri sürmüş, Prof. Nissen vak'ayı münakaşa etmiştir.

Müteakiben Dr. Bediâ hanım, biri Ahmet Kemal diğeri Kâzım İsmail beyler tarafından ameliyesi yapılmış iki dimağ tümörü ventil ameliyesi hakkında izahat vererek hastaları göstermiş ve bu münasebetle söz alan Prof. Nissen vak'alarında dimağ tümörünün hususiyetini izah etmiştir.

Gelecek toplantının 2 - 12 - 934 pazar günü saat beşte Cerrahpaşa hastanesinde yapılmasına karar verilerek içtimaa nihayet verilmiştir.

Fransız Cerrahi kongresi :

44 düncü Fransız cerrahi kongresi 7 - 10 - 935 tarihinde Pariste inikat edecek ve aşağıdaki mevzular müzakere edilecektir.

- 1 — Mesarika enfarktüsü
- 2 — Azmi akap kırığı
- 3 — Hicabıhaciz üzerindeki ameliyat tekniği ve fizyolojik avakibi (frenisektomi hariç)

Profesör Doktor Tefvik Salim Paşa Hz. :

20 - 9 - 934 tarihinde muhterem hocamız Prof. Dr. Tefvik Salim Paşa Hz. Konyayı teşrif buyurdular, ve aynı günkü ekspresle hareket ettiler. Muntaka Etibba Odası taraflarından şereflerine bir çay ziyafeti vermiştir. Bu ziyafette bütün eski talebe ve arkadaşları bulunarak bir arada kıymetli samimî vakit geçirmiş, ve aynı gece bütün etiba tarafından teşyi edilmirlerdir.