

ANADOLU KLİNİĞİ

ÜÇ AYDA BİR ÇIKAR

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

MECMUAYI DAIMİ YARDIM VE HİMAYE ALTINDA BULUNDURAN NEŞİR HEYETİ

Rasim Adasal, Vefik Akan, İhsan Hilmi Alantar, Emir Atakam, Nüzhet Atav, Kemal Atay, Ömer Vasfi Aybar, Hasan Başkam, Mehmet Kâmil Berk, Kemal Cenap Berksoy (1876-1949), K. Bingold, Vefik Bulat, Hulki Cura, Yakup Çelebi, Arif İsmet Çetingil, Salâh Durusoy (-1954), A. Eckstein (1891-1950), Ekrem Şerif Egeli, Ahmet Şükrü Emet, Zühtü Ergin, Niyazi Erzin, Feridun Ş. Evrensel, E. Frank, Fahrettin Kerim Gökay, Niyazi İsmet Gözcü, Muzaffer Esat Güçhan, Kâzım İsmail Gürkan, Kâzım İggören, Neşet Ömer İrdelp (1882-1948), Necmettin Hakkı İzmirli, Nusret Karasu, Halit Ziya Konuralp, Müfide Küley, Alfred Marchionini, Eduard Melchior, Kâmile Mutlu, Abdülkadir Noyan, Mim. Kemal Öke, Zeki Pamir, Kemal Plevnelioğlu (-1954), Tevfik Sağlam, Hüseyin Salor, Şükrü Sarıbaş, Victor Schilling, Kâmil Sokullu, Sedat Tavat, Feyzi Taner (1900-1951), Nimet Taşkıran, İrfan Titiz, Burhanettin Tugan, Sezai Tümay, R. Von den Velden (-1941), F. Volhard (1973-1950), Muzaffer Şevki Yener, H. Ziemann (-).

İmtiyaz Sahibi ve Yazı İşleri Müdürü

Dr. ASİL M. ATAKAM

201 Anadolu Hanı, 1/1 Beyoğlu - İstanbul

İÇİNDEKİLER

	Sahife		Sahife
Dr. Hayat Ohan: Bir buçuk asırlık yıldönümünde dijital tedavisi üzerine bir bakış ...	129	bulguları ve retina arteri tazyikinin ehemmiyeti	144
Dr. Muin Memduh Tayanç: Auer çubuklu Miyeloblastomatoz	133	Dr. Celâl İren - Dr. Fikret Pamir: Paroksizmal ventriküler taşikardi ile müterafik bir vak'ada intikal bozuklukları münasebetile ...	150
Dr. Adnan Öztürel: Adaptasyon General Sendromunun adli tıpta tatbikatı	136	Dr. Nuri Soylu: Tiroitte kist hydatik	151
Doç. Dr. İ. Lutfi Vural - Dr. Fahrettin Alptekin: Bir günde yanlışlıkla 36 Chloromycetine kapsülünü birden alan bir vak'a münasebetile	139	Dr. Asil M. Atakam: Pratik Şirürji hulâsası - Arter hastalıkları	153
Dr. Muzaffer Aksoy: Aşikâr kemik değişiklikleri gösteren beyaz ırkta iki orak hücre anemisi vak'ası	142	Dr. Saliha Yalçın: Pratik için kısa tedavi notları	156
Dr. Salâhattin Koloğlu: Gebelik toksemilerinin erken teşhis ve prognozunda gözdebi		Referatlar: (Dahiliye, kadın-doğum, Şirürji)	158
		Yeni kitaplar:	167
		Kongreler - Cemiyelter - Toplantılar:	168
		Fihrist:	I, II, III, IV.

Sayısı 100 Kuruş, Senelik abonesi 300 kuruştur.

CUMHURİYET MATBAASI

İSTANBUL



Vitamin eksiklikleri:

büyüme ve gelişme bozukluklarında,
enfeksiyon hastalıklarına karşı mukavemetin artırılması için,
bünyevî ve ruhî yorgunluklarda

Multibionta

En mühim 11 vitamini havi
mültivitamin müstahzarı

20 kapsüllük şişeler



DARMSTADT • ALMANYA

Türkiye Mümesallığı: ALFRED PALUKA VE ŞERİKLERİ P. K. 532
İstanbul - Galata

ANADOLU KLİNİĞİ

ÜÇ AYDA BİR ÇIKAR

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

MECMUAYI DAIMİ YARDIM VE HİMAYE ALTINDA BULUNDURAN NEŞİR HEYETİ

Rasim Adasal, Vefik Akan, İhsan Hilmi Alantar, Emir Atakam, Nüzhet Atav, Kemal Atay, Ömer Vasfi Aybar, Hasan Başkam, Mehmet Kâmil Berk, Kemal Cenap Berksoy (1876-1949), K. Bingold, Vefik Bulat, Hulki Cura, Yakup Çelebi, Arif İsmet Çetingil, Salâh Durusoy (-1954), A. Eckstein (1891-1950), Ekrem Şerif Egeli, Ahmet Şükrü Emet, Zühtü Ergin, Niyazi Erzin, Feridun Ş. Evrensel, E. Frank, Fahrettin Kerim Gökay, Niyazi İsmet Gözcü, Muzaffer Esat Güçhan, Kâzım İsmail Gürkan, Kâzım İğören, Neşet Ömer İrdelp (1882-1948), Necmettin Hakkı İzmirli, Nusret Karasu, Halit Ziya Konuralp, Müfide Küley, Alfred Marchionini, Eduard Melchior, Kâmile Mutlu, Abdülkadir Noyan, Mim. Kemal Öke, Zeki Pamir, Kemal Plevnelioğlu (-1954), Tevfik Sağlam, Hüseyin Salor, Şükrü Sarıbaş, Victor Schilling, Kâmil Sokullu, Sedat Tavat, Feyzi Taner (1900-1951), Nimet Taşkıran, İrfan Titiz, Burhanettin Tugan, Sezai Tümay, R. Von den Velden (-1941), F. Voihard (1973-1950), Muzaffer Şevki Yener, H. Ziemann (-).

İmtiyaz Sahibi ve Yazı İşleri Müdürü

Dr. ASİL M. ATAKAM

201 Anadolu Hanı, 1/1 Beyoğlu - İstanbul

Ankara Nümune Hastanesi Erkek Dahiliye Servisi

Şef: Dr. İhsan Aksan

Birbuçuk Asırlık Yıl Dönümünde Dijital Tedavisi Üzerine bir Bakış

Dr. Hayat Okan

Dahiliye Mütchassısı

1. Materyelimizin analizi.

Withering'in dijital tedavisi üzerindeki dahi-yane tavsiflerinden beri 150 seneye yakın bir zaman geçmiştir. O zamandanberi Dijital'in bilhas-sa parlak tesiri, gayri kabili inkâr fizyolojik ve farmakodinamik vasıfları üzerinde yapılan araştırmaların hâlâ sonu gelmemiştir. Bu yoldaki münakaşalar bugün için de yüz elli sene evvelkinden taze görünmektedir.

Kademe kademe hastaya hayatını, çalışma gücünü kazandıran Dijital tedavisinin, bunca araştırmalara rağmen, neticelenmemesi bu ilâcm kalb adalesi üzerine yaptığı biyoşimik tesirinin tam vuzuhla bilinmemesinde aramalıdır. Hakikaten bütün araştırmaların zayıf tarafı dijital tesiri ile kalbin iş metabolizması arasındaki münasebetin ihmal edilmiş olmasıdır. Bu bakımdan bu ilâcı kullanan her kliniğin zaman zaman kendi materyeli üzerinde bir araştırma yapması ve aldığı neticeleri tahlil etmesi doğrudur.

Biz de bir buçuk asırlık yıl dönümünde bu bahisde, gerek kendi hastalarımızda gerekse dünya literatürünü incelemek suretiyle, bir hatırlama yapmayı faydalı bulduk. Araştırmalarımızı üç bölüme ayırdık: Birinci bölümde yirmi senedenberi arızasız faydalandığımız bu ilâçdan misâl olarak son beş senelik materyelimizden aldığımız neticeleri hülâsa ettik. İkinci kısımda ilâcın farmakolojik tesirlerini ve üçüncü yazımızda da yerli ve ecnebi literatürün aydınlığında belli başlı klâsik problemlerini incelemeğe çalıştık,

Çalışmamıza esas teşkil eden materyelimizde, her vakada yaş, giriş durumu, fonksiyonel teşhis, anatomik lezyonun karakteri, enfeksiyon, böbrek hissesi araştırılmıştır. Kullanılan dijital miktarı, tesiri ve elde edilen netice nabız, tansiyon, günlük idrar miktarı ve hastanın kilosu ile kontrol edilmiştir. Bu araştırmalarda elde edilen neticeler cedvel halinde toplanmıştır (Cedvel: 1).

	Yetmezliğin vasfı (Sağ sol)	Yaş: Kırttan az (-) Kırttan fazla (+)	Vak'a adedi	Ortalama digitalin dalması Nativelle	Ortalama tedavi süresi (gün)	Ortalama nabız	
						Tedaviden evvel	Tedaviden sonra
Romatizmal Mitral yetmezliği	Sol	(-)	9	85	4	97	78
		(+)	5	95	4,5	113	82
	Sağ	(-)	31	105	5,5	99	80
		(+)	21	120	6	101	80
Fonksiyonel Mitral yetmezliği	Sol	(-)	3	150	8	86	74
		(+)	10	110	6	96	74
	Sağ	(-)	5	120	6	92	75
		(+)	26	100	5	87	70
Aort yetmezliği Romatizmal	Sol	(-)	5	80	4	110	92
		(+)	3	75	3,5	117	87
	Sağ	(-)	9	130	6,5	110	80
		(+)	10	100	5	92	80
Mitral hastalığı		29	120	8	99	70	
Kor pulmonal		32	143	5	100	76,5	
Mitral stenozu		9	97,5	6,9	100	76	
Miyodegenerasyo kordis		63	110	5,9	89	79	
Miyokardo		31	100	5,3	90	80	
Müzmin miyokardit		17	94	4,6	88	69	
Galo ritimli had miyokardit		14	106	6	94	75	
Koroner sklerozu		3	90	7	97	74	
Miyokard infarktusu		2	80	7	100	80	

Cetvel No: 1

Çeşitli hastalıklarda: Etyoloji sağ ve sol yetmezlik, yaş ve nabza olan tesiri bakımından digitoxin miktarı.

Servisimizde Dijital preparatları içinde Di-gitoxini (digitaline Nativelle) tercih etmekteyiz.

	Mitral Yetmez liği	Mitral Darlığı	Miyokardit, miyokardo, miyodege- nerasyo kordis		Arteriyos- kleroz, Koroner sklerozu		Tireotoksi- koz	Etyolo- jisi bi- linmi- yen				
			Dekom- panse	Kompanse	Dekom- panse	Kompanse		Dekom- panse	Kompanse	Dekom- panse	Kompanse	
Hasta adedi		12	3	3	5				2			
Sağ yetmezlik	23		3	5	9				3			
Sol yetmezlik	4		1	1	1		1		1			
Ortalama digitalin dalması	90	83	100	90	122	111	118	88	100	128	93	
Kaç günde verildiği	4	6	6	6	6	6	5	4	5	6	4,5	
Nabız	Girişte	105	100	115	109	90	110	108	08	100	116	100
	Digitoksin- den sonra	68	67	67	68	73	56	70	76	80	77	77
Yaşı	40 dan kü- çük	19	10	3	3	2		1				
	40 dan bü- yük	8	2	1		4	3	9	5	1	4	2
Tetkik edilen 49 vakada tansiyon amplitütü	Büyüme	12	4	2	1	2	1	1	1	1	1	1
	Değişmezlik	2	4	1	1	1	1	3	1		1	1
	Küçülme	4		1		1						
Vaka adedi	Salâh	26	12	3	2	6	3	10	5	1	4	2
	Vefat	1		1	1							
	Yekân	27	12	4	3	6	3	10	5	1	4	2

Cetvel No: 2

Ortiküler Fibrilasyonda: anatomik, etiyolojik ve fonksiyonel teşhis, ortalama verilen digitoxin miktarı ve bunun kaç günde verildiği, yaş tansiyon ve akibet.

Digitoxin yüksek tesir kudreti, mide barsak yo-lu ile daha kolay tehammül edilmesi, latant safhanın daha azın olması ve tesir müddetinin uzun sürmesi bakımından diğer dijital mürekkeplerinden daha müreccaktır. Bununla beraber hastaya verirken daha fazla dikkat ve mahareti icab ettiğini de unutmamak lâzımdır.

Hasta materyelimiz gözden geçirilecek olursa ekseriyetinin ilerlemiş dolaşım yetmezlikleri olduğu görülür. Bunlardan romatizmal menşeli kapak âfetleri çoğunluğu teşkil eder. (cedvel: 2). Keza sağ yetmezlik sola nazaran daha fazladır, Mitral hastalığı da %15,4 gibi büyük bir nisbet teşkil etmektedir. Mitral hastalığı tablosunda esas yükü üzerine almış bulunan sağ kalbin dijitalle kalkınması sol vantriküle nazaran daha süratle olduğu takdirde akciğer dolaşımında bir rükûdet teessüsüne sebep olabileceği düşüncesiyle ilâcın ihtiyatla kullanılması tavsiye edilmiştir. Keza Kor pulmonale gibi dolaşım faaliyetinin vena basıncına dayandığı şartlarda dijital tesirile bu basıncın düşmesinden çekinildiği de olmuştur. Biz yirmi seneden beri dijital verdiğimiz hastalarda bu mahzurlardan hiç birine rastlamadık. Ve yetmezlik mevzuu bahs olan her hastada dijital verdik. Bundan tatminkâr ve maksada uygun netice elde ettik. Bunu, tek taraflı hidrodinamik tasavvurların (dijitalin aktif kan miktarını azalttığı, vena basıncını düşürdüğü gibi) ikinci plânda rol aldığına ve hakikatte her şeyden evvel kalbin iş metabolizmasının düzenlenmesine atfediyoruz. Dijitalle kalb liflerinin kontraksiyon kabiliyeti yükseldikçe miyokard daha az bir oksijen miktarı ile çalışabilecek ekonomik nizamla girdikçe dolaşım yetmezliklerinde görülen semptomlar da kaybolmağa başlar (polisitemi, hipervolemi, vena basıncı artması, taşikardi gibi). Nitekim müzmin bronşit amfizem ve ileri derecede sağ kalb kifayetsizliği olan bir hastamızda (Pro: 15328/1951) on günde 300 damla dijitalin vererek çok iyi netice elde ettik. Bu da vena basıncını düşürdüğü ileri sürülen dijitalin bazen böyle vakalarda iyi netice verebileceğini ve bir kere denenmesi lâzım geldiğini isbat eder. Burada toparlanan kalbin verimli çalışarak dakika hacmini yükselttiği ve bu yönden iyi tesir ettiği düşünülebilir.

Dijitalin tesirini kolaylaştıracak ve arttıracak tedbirlerden kimse varestesiz kalamaz: İstirahat (kalbin işini hafifletmesi bakımından) ve dijital (çalışma kabiliyetini arttırarak) yanında yetmezliklerde birden artan ekstra sellüler mayiini azaltılması lâzımdır. Bu maksadla sodyum emlâhını kısmak ve diyüretikler tatbik etmek gerekir. Buna mukabil sadece diyüretik ilâçlarla kalb tedavisi yapmak da mümkün değildir (kalbin iş metabolizması üzerine diyüretik ilâçların tesiri yoktur), Diğer taraftan ileri derecede su kaybı (15-

20 kilo) dijital tedavisine rağmen hastalarda yorgunluk ve tansiyonda ileri derece bir düşme tevhit etmektedir. Bu meyanda hastanın beslenme durumuna da dikkat etmek lâzım gelir. Besisi düşük bilhassa kan proteinleri kifayetsiz kalb hastasında dijitalin bedende dolaşması ve kalbe bağlanması daha güçleştiği düşünülerek bu hastaların protein ihtiyacını da göz önünde tutuyoruz.

Dijitalin eskidenberi mahzurlu sayıldığı sahalardan biri de hipertandü hastalardır. Biz hipertandü hastalarda yolu ile yapılmış bir dijital küründen zarar görmedik, bilâkis dekompanse yüksek tansiyonlu hastalarda dijitoksinde sonra tansiyon amplitüdünde bir azalma gördük.

Oriküler fibrillasyonda umumiyetle diğer kalb yetmezliklerine nazaran daha geniş ölçüde dijital kullanılması lâzım gelmektedir. Hemen bütün vakalarımızda ilâcın 4-6'ncı günü zirve darbesi ile nabız adedi arasındaki fark asgariye inmiştir. Oriküler fibrillasyonun etiyolojisi ile kullanılan doz arasında bir münasebet göremedik. Hattâ tiroidektomi ameliyatından sonra ileri derecede sol kalb kifayetsizliği teessüs eden eski fibrillasyonlu bir hastada (59 yaşında) oibain tedavisini müteakip aldığı dijitalinden çok istifade etmiş ve kalb zirve atımı ile nabız adedi birleşmiştir (Pro: 17719/1952).

Yukarda söylediğimiz gibi servisimizde, dijital için bir zaman kontrendike gösterilen vakalarda da bu ilâcı kullandık. Mahzur diye ileri sürülen mütalâalara iştirâk etmedik. Bilfarz hastaların tansiyonunda dijital tedavisi neticesi bir yükselme görmedik. Hattâ dijitalin verilen 26 yüksek tansiyonlu hastadan 22 sinde tansiyonun düşüğünü ve ancak 4 ünde biraz yükseldiğini tesbit ettik. Düşme vasatı maksima tansiyonda 3-7 mm. arasındadır. Yetmezlikle müterafık tansiyon yüksekliklerinde tansiyonun yükselmesinde beyin merkezleri rükûdetinin de rolünü düşünerek böyle hastaların dikkatli ve uyanık bir dijital tedavisinden faydalanabileceği kanaatine vardık (Cetvel: 5).

Dijitalinle tedavi ettiğimiz mitral darlığı ve oriküler fibrillasyon vakalarının hiç birinde ambo li ihtilâtı görmedik. Hattâ bir vaka bir sene evvel amboli geçirmesine rağmen altı günde verilen 180 damla dijitalinden çok istifade etmiş ve ileri derecede bir salâh ile hasteneden çıkmıştır. (Pro: 5980/1951).

Koroner hastalıkları da haksız olarak dijitalle kontrendikasyon olarak gösterilmiştir. Koroner hastalarında dijital korkusu hayvan tecrübelerine dayanmaktadır. Ve bu tecrübeler tercihen bedenden dışarı çıkarılmış kalb üzerinde yapılır. İnsanlarda bilhassa yetmezliğe uğramış kalbde şartlar aynı şartlar değildir. Dolaşımı kısılmış bir kalbde iş verimini arttırmak suretiyle oksijen

ütilizasyonunu kolaylaştıran dijital koroner yetmezliğinin üzerine de bilvasita müsait tesir yapmaktadır. O bakımdan endikasyon husule geldiği takdirde bilhassa koroner hastalarını bu ilâcdan mahrum etmemek lâzım gelir. Nitekim dijital verdiğimiz üç koroner sklerozu hastasından biri anjin ağrıları ve etrafda ödemlerle müterafıktı. Diğer ikisinin sol kalb kifayetsizliği mahiyetindeki şikâyetleri vardı. Her üçü de verilen dijitalinden istifade ettiler.

	Tetik edilen vak'a adedi	Normal tansiyonda yükselme	Hipertansiyon da yükselme	Tansiyonun normale inmesi	Tansiyon diferansında artma	Tansiyon diferansında düşme	Tansiyon diferansında azalma
Korülmonele	24				13	2	9
Mitral yetmezliği	61	1	1	4	31	15	9
Mitral hastalığı	18				10	7	1
Aort yetmezliği	26				12	3	11
Mitral stenozu	9				3	4	2
Sair deveran yetmezliği	24				15	5	4
Miyodegenerasyo kordis	19			2	6	5	6
Miyokardo	9				1	4	4
Galo ritimli had miyokardid	11			2	5	1	3
Miyokardid	14			2	7	3	2
Hipertansiyon	14			2	11	1	
Koroner sklerozu	3				2	1	
Miyokard enfarktüsü	2				1		1
Oriküler fibrilasyon	49		1		26	16	6
Anemiler	1					1	
Yekün	234	1	2	12	143	68	58

Cetvel: 5

Umumiyetle kliniğimizde miyokart enfarktüsü vakalarında icab ettiği zaman oibain kullandığımız için dijitalle fazla tecrübemiz yoktur. Ancak biri hipertansiyonla müterafık iki miyokart enfarktüsünde ufak dozda (55-80 damla) kullanılan dijitalinden hastalar istifade etmişlerdir.

Yukarda işaret ettiğimiz gibi biz mitral darlığı vakalarında da dijital tatbikinde cimri davranmadık. Yalnız bunlarda dijitali ihtiyatla daha uzun zamanda ve daha az miktarda verdik. Ateşli andokarditle müterafık bir vaka haric, diğerleri istifade ederek salâhla çıkarılmışlardır.

Aort yetmezliğinde dijitalle gösterilen çekingenlik de haksızdır. Bu çeşit valvül lezyonlarında diyastolu uzatacak bir müdavatın mahzuru inkâr edilmez. Bu hastaların devam eden taşikardi halinin bir yetmezlikden ziyade beyin merkezlerinin

kanlanmasile alâkadar olduğu muhakkaktır. Ancak burada da klinik lüzum gösterdiği zaman, bunun lüzumu nisbetinde dijital verilmemesi tıbbî bir hatâ teşkil eder.

Dijital tedavisinde doz meselesi de ayrıca mühim bir yer işgal eder. Withering yüz elli sene evvel «Böbrek, mide, nabız ve barsak üzerinde (Cetvel: 3-4) tesir elde edilinceye kadar ilâca devam

	50 den az damla alanlar	50-80 damla alanlar	80-100 damla alanlar	100-150 damla alanlar	150-200 damla alanlar	200-300 ve daha yukarı alanlar	Toksik manifestasyonlar	Vaka Yekûnu
Korpulmonale	2	4	--	8	5	200 300		32
Mitral yetmezliği	5	12	37	35	17	200 200 240 360	1- kusma 150 damla 1- bigemini 115 damla	110
Mitral darlığı	1	4	9	9	3	210 240 360	1- kusma 180 damla	29
Aort yetmezliği	5	9	1	7	5			27
Mitral stenozu	1		2	6				9
Sair devran yetmezliği	2	6	7	14	11	3		43
Miyodegenerasyo kordis	4	12	11	19	12	210 225 275 300 375	1- bulantı 120 damla	63
Miyokardos	2	5	5	9	8	1 160		30
Müz. Miyokardit	2	6	2	6	1			17
Galo ritimli had miyokardid	1	6		2	3	2 215 280		14
Hipertansiyon	1	3	4	6	1	2 210 240		7
Kroner sklerozu			2		1			3
Miyokard enfarktüsü		1	1					2
Oriküler fibrilasyon	6	26	16	13	8	3	3- bigemini 60-110 ve 230 damla ile	77
Anemiler	1	1	4					6
İhtilath perikardit		1						1
Yekûn	33	96	112	139	75	25		480

Cedvel: 3 — Doz.

edilmeli ve buralarda bir tesir görülünce bırakılmalı» diye tavsiye eder. O günden bu güne dijitalin dozajı hakkında yeni yeni bir takım faktörler ortaya atılmıştır: Vücut ağırlığı, miyokardın durumu, hastanın yaşı, enfeksiyonun iştirak derecesi, hipertiroidizm, daha evvelki tedavi müddeti ve sairenin hesaba katılması tavsiye edilmiştir. Hattâ Amerikada hastanın sikletine göre hesablanan total dozu bir defada vermek klâsik ol-

muştur. Biz dijital tesirinin kalb adalesinin bulunduğu hale göre ve hattâ bir hastadan diğerine değiştiğini müşahede ediyoruz. Buna göre de her kifayetsiz kalbin kendine göre ihtiyacı olduğu bir dijital dozunu hasta başında araştırmıyoruz. Ve servisimizde «dijitalin solüsyonunu 50 damlasını beş günde vermek ve neticeye bakmadan kesmek»den ziyade hastanın ihtiyacı nisbetinde, her hastaya göre değişen miktarda vermekdeyiz. 3

Günler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	Yekün
50 den az damla alanlar	7	16	5	4	1														33
50 - 80 damla alanlar		6	28	24	13	9	12	1	1	1	1								96
80 - 100 damla alanlar			27	19	16	10	5	18	13	4									112
100 - 150 damla alanlar				2	21	34	25	19	18	1	9	3	6						138
150 - 200 damla alanlar					16	10	5	19	8	4		3	2		4	2	1	1	75
200 - 300 ve daha yukarı alanlar								6	5	5	2	1	3	1	2				25

Cetvel No. 4

Dijitalizasyonda doz unsurları: Digitoxin miktarına ve günlere göre hasta adedi

ve 4 no. lu cedvelin tetkikinden anlaşılacağı üzere 50 damla ile 375 damla arasında değişmektedir. (vasatı 200 damla). Bu miktara optimal terapötik tesiri almaya kadar devam ediyoruz. (günde

Auer Çubuklu Miyeloblastomatoz

Dr. Muin Memduh Tayanç

Akut lökoz —bilhassa miyeloblastik olanlarında— hücrelerinin sitoplazmalarında, nadir olarak da nüveleri üzerine yatmış, bir veya birçok, uzun, kısa, ince veya kalın, azürofil bir takım çubuklara tesadüf edilmektedir. 1906 da Auer'in bulunduğu bu çubukların tabiatı hakkında, bugüne kadar edinilen bilgilere göre bunlar:

- 1) Mitokondrik bir takım hasılattır;
- 2) Per-oksidad reaksiyonu bunlarda müsbettir.
- 3) Yağlarla nükleik asidlerden zengin ve
- 4) Alkalen fosfat, glikojen ve dezoksi-ribonükleikten mahrum oldukları gösterilmiştir.

Bu çubukların, azılı tümör hücrelerinde görüldüklerini bildiğimize göre azılı tümörlerle azılı hemopatiler arasında, yakınlık var demektir.

1934 yılından bugüne kadar akut lökozların görmüş olduğum çeşitleri elliye yakındır. Bunların pek büyük bir kısmında, Auer çubuklu hücre nisbeti: 1-2 % yi aşmıyor, geride kalanlarda da bulunmuyordu. Bu yılın beşinci ayında gördüğüm ve observasyonunu kısaca arzedeceğim bir miyeloblastomatozda Auer çubuklarıyla derivelelerinin nisbeti 54 % de yükselmiş bulunuyordu. Bu vak'ayı çok dikkate değer buldum ve Auer çubuklarının morfolojileri üzerinde uzun müddet durarak şahsî bir takım kanaatlere ulaştım. Öyle umuyorum ki hematoloji ile uğraşanlar da bu araştırmalara devam ederek bizleri aydınlatırlar.

2×10, nadiren 3×10 damla). Bu suretle hem hastalar aşırı ölçüde dijitalin birden alınmasıyla zuhuru muhtemel komplikasyonlara maruz kalmıyorlar, hem de her şahsın kendine göre optima miktarı tayin etmek kabiliyetini alıyor. Hastalarda vermede olduğumuz dijital miktarını tayin ederken ortada mevcut dekompanasyon halinin tekerrürünü de hesaba katıyoruz. İlk defa dekompanasyona maruz kalmış bir kalbde dijitali mümkün mertebe yüksek miktarlarda, tesemmüm hududuna kadar vermekde ısrar ediyoruz. Çünkü ikinci, üçüncü defa yetmezliğe düşen hastalarda dijitalinden faydalanma şansının azaldığını müşahade ediyoruz.

Dijital tedavisinin toksik ihtilâtları ismi verilen teşevvüşlerini biz nisbeten az görüyoruz. En ufak toksik bir tezahürde dijitali hemen kesiyoruz. Nadiren aminofillin ve kafein himayesinde dijitali asgari miktara indirerek tedaviye devam ettiğimiz vakalarda vardır. Bu ilaçlar esasen koronerlere tesir ederek miyokardın beslenişini kolaylaştıracağından bu yönden de dijital tedavisini takviye etmektedirler.

Vak'amın kısa observasyonu şudur:

44 yaşında erkek olan hasta, 6-7 aydan beri, günden güne artan bir halsizlik, 37,7°-39° arasında oynayan ateş, damakta ve diş köklerinde, her türlü tedavilere karşı koyan, mercimek, fasulya büyüklüğünde, kanayan ülserlerden şikâyet ediyor. Dikkate değer bu gösterilerin, bir travmadan sonra ortaya çıkıp alevlenmiş olmalarıdır. 24 yaşında bir erkek hastamda da, miyeloblastomatoz, bir diş çıkarılmasından sonra ortaya çıkmıştır. Belki travma, uyuklar halde bulunan lökozu, uyarıyor.

Hasta, yapılan tedavilerin netice vermediğini görünce, bir hastaneye yatarak bir ay kadar göz altında bulunduruluyor ve iki defa 500 cc kan veriliyor. Lökositlerin, bu arada 15-29 bin arasında oynadığını, eritrositlerin de 1-2 milyona indiğini hasta ifade ediyor.

Bir ay sonunda hastaneyi terkeden ve orada iken A.C.T.H. tedavisine de tabi tutulan hasta, hiç bir iyilik duymuyor; ateşi yüksektir, astenisi günden güne artmakta, ağzındaki yaralar da çoğalıp derinleşmektedir. 1 Haziran 1954 de birden bire bacaklarında, birçok pürpürük lekeleri gören hasta, telâşa düşerek üçüncü defa bana geliyor. Bu tarihe kadar ben 20-23-28 Nisan 1954 de olmak üzere üç defa hemogramını yapmış, hastalığın mahiyetini anlamış bulunuyordum ve purpura benim için bir beklenmedik değildi. Has-

tanın her müracaatında 5-6 lama kanını yayıyor ve kültür halinde gibi görülen Auer çubuklarının morfolojilerini inceliyordum.

Hastaya sürrenal preparatlarını vermeğe devam ettik, fakat hasta, Haziranın 20 sinde bir beyin kanamasının ardından öldü.

Yapılan hematolojik muayeneler şunlardır:

Gün	Eritrosit	Hg %	Retikülosit %	Normoblast	Miyeloblast	Seg	Lökosit
20.5.954	2.000.000	45	8	13	84	3	66.000
23.5.954	1.600.000	36	12	25	73	2	75.000
26.5.954	1.350.000	30	3	17	83	—	98.500
1.6.954	1.000.000	22	1	11	88	—	125.000

Kanama müddeti: 20 dakika.

Pıhtılaşma müddeti: 12-30 dakika.

Lacet: (++)

Kan grubu: A.

Rh: (+).

Trombosit: 31.000.

Trombositler dağınık, irili, ufaklı, kümelenme kabiliyetleri çok azalmış.

Muhit kanının kat'i verimleri karşısında kemik iliği ponsiyonunu yapmayı gerekli bulmadım. Vak'ada dikkati çeken: kuvvetli bir retikülositoz ve normoblastoz vardır. Bunu, kemik iliğindeki eritropoiezin, kışkırtılmış olmasıyla izah edebiliriz. Çünkü hastada eritroliz delilleri müsbettir ve bu da kışkırtmaya yetecek faktörlerden birisidir.

Hastanın ilk muayenelerinde dalağı büyük bulunmamıştı. Karaciğer de iki parmak kadar büyük ve ağrılıydı. Son günlerde, hastalık, lösemik safhaya girdi ve lökositlerin 125.000 e yükseldiği son günde dalakla karaciğer, birdenbire büyüdüler.

Hastada aşikâr bir kanama diatezi vardı ki bunun: iliğin musabiyeti, kapillerlerin frajilitesi, yetişen trombositlerin fonksiyonel yetmezliğinden ileri gelen bir kompleks olduğuna şüphe edilemez.

Damakta görülen ve gün geçtikçe derinleşip kanayan ülserlerin, sekonder bir agranülositozla ilgisi olsa gerektir.

Bütün karşılaştığım azılı hemopatilere vak'amda da olduğu gibi— bir euphorie görüyorum. Bu acaba, lökozik procesten sinir sisteminin hususî bir surette müteessir olmasıyla mı ilgilidir?

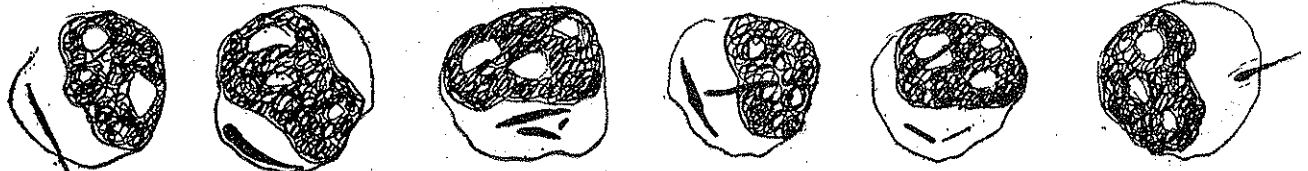
Hastalığın klinik gösterileriyle ilerleyişi ne kadar klasikse, hematolojik muayenelerin verimleri de o kadar ehemmiyetlidir. Gözden geçirdiğim ayrı (32) lamda, Auer çubuklarının nisbeti: 50-54 % arasındaydı. Kendi kendime düşündüm: bu bollukla neden öbür lökozlarda karşılaşmadım? Bu kristaloid görünüşte olan teşekküllerle virüsler arasında acaba bir münasebet var mıydı? Her zaman böyle bir vak'a ile karşılaşılacağı için arkadaşım Dr. Doçent virolog Necdet Sezer'in yardımını rica ettim; hastanın kanı tavuk embriyonu yumurtasına ekildi. Değerli arkadaşım, bir müddet sonra, neticeden ümitli olduğunu, birşeylerin ürediyini bildirdi. Fakat ne yazık ki sonra enfekte olan kültürden bir netice alınamadı. Öyle sanıyorum ki bu hastalıklarda spesifik bir virüs rol oynuyor. Bana bu kanaatin nereden geldiğini az sonra arzedeceğim.

Vak'anın muhit kanında ve miyeloblastların içinde gördüğüm Auer çubuklarını iki gruba ayırıyorum. Yaptığım ortalama hesapla miyeloblastların:

- 1) 46 % da çubukların bulunmadığını,
- 2) 32 % de tipik Auer çubuklarının;
- 3) 22 % de de irili ufaklı granüloid kitcilerin bulunduğunu anladım.

Auer çubuklarının hiç biri, hücre dışında değildir. Bir kaç hücrede çubuk dışından içeriye yarı yarıya girmiş halde görülmektedir. Bence, bu çubuklar, hücre dışında bulunuyor ve miyeloblastofil oldukları, yahut bu hücreler tarafından fagosite edilerek entra-sellüler oluyorlar. Bu neticeye ulaşmak için Auer çubuklarının sitoplazma içinde nelere uğradığını yakından izlememiz gerektir.

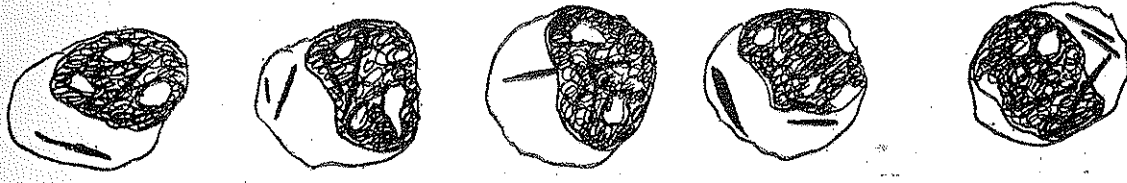
Çubuk biçimindeki Auer korpüskülleri, genel olarak iki ucu sivri, ortaları kabarıkçadır; mütecandır; bazılarının uzun saplı armut veya virgül biçiminde, bazılarının çok ince, bazılarının da kaba ve enli olduklarını görüyoruz.



(Şekil: 1)

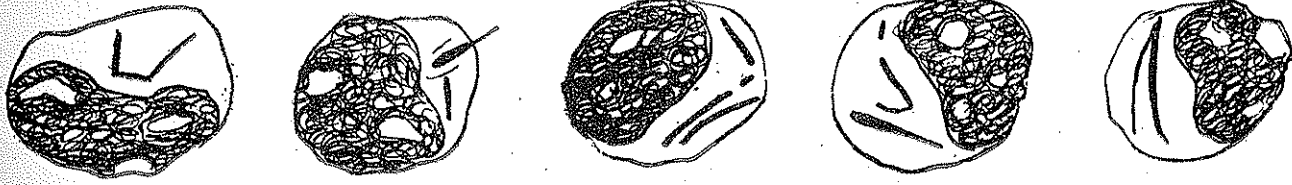
Auer çubuklarının hücre içinde 1-4 kadar buldukları görülüyor. Vak'amda ben, daha çok sayıda olan çubuğu bulamadım. Müelliflere ve mikrofotografilere bakılırsa, bu sayı bazan 8-10 a kadar yükseliyor.

Auer çubuklarının çoğu sitoplazma içinde ve muhitte, sitoplazma çevresine muvazi veya dik durumdadır; bazıları da nüve üzerine yatmıştır veya bunu, delmiş te geçmiş gibi görünmektedir.



(Şekil: 2)

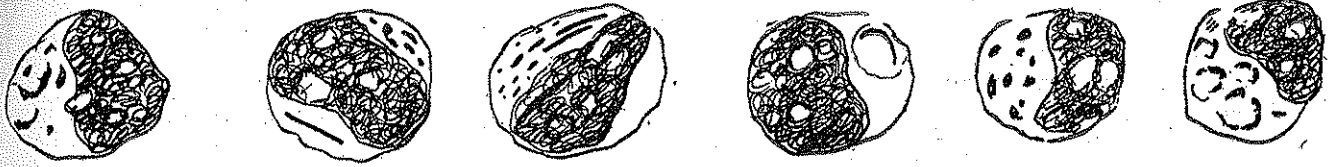
Sitoplazma içinde birden çok sayıda olan çubukların eni boyu, istikametleri birbirine benzer:



(Şekil: 3)

Vak'amın kaplılar kanındaki miyeloblastların 22 % de Auer çubukları değil, irili ufaklı,

granüloid azürofil teşekküller vardı.



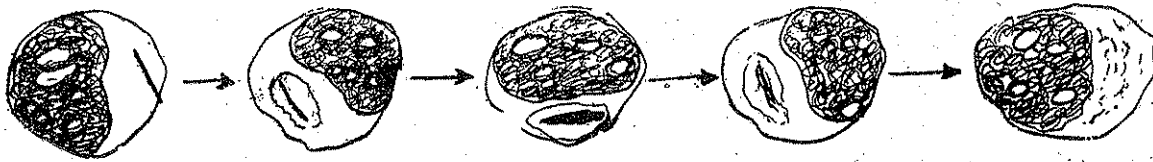
(Şekil: 4)

Bunların başka bir takım teşekküller, yoksa Auer çubuklarının parçalanma mahsulleri mi olduğu ilk bakışta anlaşılabilir. Ancak hücrelerin morfolojileri incelenince şu neticeye varılıyor: bu granüloid teşekküller, Auer çubuklarının hücre içinde hazımlarıyla ilgilidir, başka bir teşekkül değildir.

Şimdi, Auer çubuklarının, hücre sitoplazması içinde başından neler geçtiğini inceliyelim: Sitoplazma içine giren Auer çubuğu, bulunduğu yerde, yavaş yavaş genişleyen bir vakeol'le sarılıyor ve —hiç şüphe yok— burada husule gelen

hususî bir sitazın tesiriyle önce ödeme uğrayıp şişiyor; sonra yavaş yavaş azürofilisini kaybederek rengi soluyor ve en sonunda sitoplazmaya, rejional bir polikrotofili kazandırmak suretiyle yok oluyor:

Bu litik faaliyet, bazı hücrelerde başka şekilde kendini gösteriyor: Auer çubuğu, yine bir vakuol'le sarılıyorsa da yer yer boğuntulara uğruyarak sonunda irili ufaklı, çoğu yuvarlak veya yumurtamsı bir takım kitlelere ayrılıyor ve sonunda yine rengini kaybederek yok oluyor:



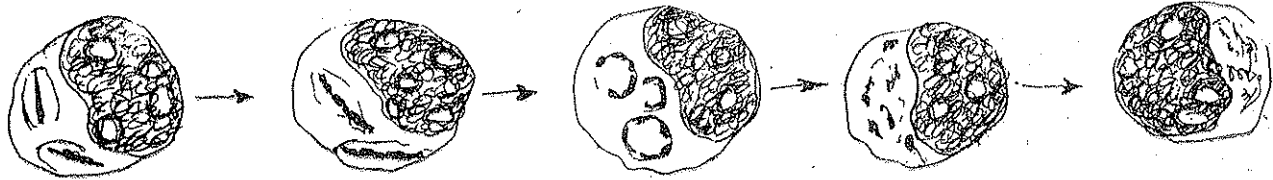
(Şekil: 5)

Bu şekli, sitoplazmasında iki veya daha çok Auer çubuğu bulunan hücrelerde görüyoruz.

Demek ki, hematolojik observasyona dayanarak: hücre içinde görülen değişik şekilleri Auer

çubuklarının hücre içindeki sayıları ve hazım şekilleriyle izah —bence— kabildir.

May-Grünwald-Giemsa metodu ile boyanan preparatlarda, bütün bu safhaları, renkli nüans-



(Şekil: 6)

lariyle gözden geçirmek gerçekten çekici ve düşündürücüdür. Böyle bir vak'a ile karşılaşmanın verdiği sevinci, Anadolu Kliniği ile paylaşmak imkânını bana vermiş olanlara teşekkür ederken, yalnız lökozlar için değil, bütün hematoloji konuları için bitmek tükenmek nedir bilmiyen pek zengin ve düşündürücü kaynaklara sahip olduğu-

muzu hatırlatmayı doğru buldum. Bilhassa akut hemopatilerin, virozlarla, ilgisini belirtmesi bakımından ben, vak'amdan çok istifade ettim. Ebediyete intikal ederken benden bu hizmeti esirgememiş olan hastamın, hâtırası önünde saygı ile eğilirim.

Adaptasyon General Sendromunun Adli Tıptaki Tatbikatı

Dr. Adnan Öztürel

Ankara Nümune Hastahanesi Baştabip Muavini
Adli Tıp ve Ruh Hastalıkları Mütchassısı

Son senelerde Adaptation general syndromunun adli Tıptaki tatbikatı mühim bir münakaşa mevzuu olmuştur. Bu konuda henüz memleketimide hiç bir neşriyat ve çalışma yapılmamıştır. Biz hülâsaten Adaptasyon general sendrom'unu anlattıktan sonra Adli Tıptaki tatbikatından ve enteresan bazı müşahedeler vermek istiyoruz.

Bugüne kadar yapılan çalışmalar sonunda Adapasyon general Sendromu, Stress ismi verilen vücuda zarar verici harici tesirlere karşı organizmanın Aspesifik bir reactionu olarak kabul ediliyor. Bazı müellifler bu syndromun sentetik olduğunu söyleyecek kadar ileri gidiyorlar.

Sendromun Adli Tıptaki tatbikatı hakikaten müşkül bir durum arz etmektedir. Bu müşkülâta rağmen bugün Adli Tıp bakımından henüz meçhul bulunan aşağıda izah edeceğimiz hususlarda ümitli neticeler alınması sendrom'un ehemmiyetini pekçok artırıyor.

Selye ismindeki müellif tarafından ilk defa ortaya konan bu teori üzerinde birçok çalışmalar yapılmış ve teorik düşünceleri pratik neticelerle teyit etmişlerdir.

Selye'ye göre Stress denince organizmanın mukavemetini artıran ve şiddetli bir reaksiyon tevlit eden tenbih anlaşılmalıdır. Bu tenbih seri halinde bir takım reaksiyonlar meydana getirir. Bu cümleden olmak üzere Hypothalamus tenbihi, Hyperadrénalinemi neticesi Neuro-hormonal reaksiyon, Antéhypophysaire adrénocorticotrope hormonun serbest hale geçmesi, (A. C. T. H), Surrenal corticostéroides hormon ifrazının artması (bilhassa glycostéroides) müşahede edilir.

Bütün bu reaksiyonlar birçok fizyopatolojik değişiklikler timo lenfoid dokularda ve karaciğerde hücre lesionlarına, gastroentestinal birçok Neurohumoral muvazenesizliklere sebep olur ki bun-

ların düzenlenmesi için organizma tarafından Adaptasyon reaksiyonu husule getirilir.

Hastalıkların kısmı azamı birer agresyon faktörleri olduklarına göre aspesifik tenbih veya stress tesirleri anlamı daha geniş bir çerçeveye ithal edilebilir. Zaten bu şekil bir düşünüş neticesi Hipofizo sürrenaliyen müdafaa sisteminin teşevvüşüne bağlı olan «hastalıklara adaptation» fikri de meydana çıkıyor.

Başlangıçtanberi Selye agresan agent tâbirini spesifik tesiri olmyan, çok şiddetli tesir eden, bazen de spesifik tesiri yapan maddeler için kullanıyor. Meselâ, Morphine intoxication'u specifieke şekilde bir analgésique tesir yapıyor. Aynı zamanda adaptation syndromunda meydana geldiği görülüyor.

X şuaları bir stress gibi tesir ederek lenfoid dokuda tahribat husule getiriyor.

Bu mevzu üzerinde bilhassa Biokimya sahasında Green ve Stoner'in (1945), triphosphate Adénosine üzerinde, Seligman, Frank ve Fine'in tecrübeleri zikredilebilir. Bu son müellifler şok halindeki hayvanlara arter yoluyla karaciğere kan vermenin pek iyi neticelere müncer olduğunu görmüşlerdir. Hench, Kendall, Stocump, Poley (1950) in Cortison'un Farmako Dinamik hususiyetleri üzerindeki pek mühim keşfi de bu çalışmalarını takip etmiştir. Bu gün bu mevzu teropötik tetkikatı icabettiren bir mesele olmuştur.

Cortison'un veya 11 Déhydro - 17 Hydroxycorticostéron'un bağlı buldukları Steroide'lerin idrarla ifraz miktarının tâyini usullerinde yeni ilerlemeler olmuştur. Bu glyco-corticoide'ler protide glucide, Lipide metabolizmasıyla alâkalıdır. Aynı zamanda Desoxycortico sterone'un Mineralo - Kortikoide nevinin, su, sodium potassium metabolizmasında faal rol oynadığının, G. W.

Thorn ve arkadaşları tarafından klinik olarak tesbiti şimdiye kadar yapılan ilerlemelerin en mühimi olduğu muhakkaktır. A.C.T.H. zerki neticesi kanda eozinofili lökopeni kanda redüktör kortikoid'lerin artması ve bunların idrarla ifrazı araştırılarak surrenal korteksinin normal çalıştığı anlaşılıyor. Aynı eozinofili adrenalin zerkinin müteakip de görülüyor. Az çok gluko-kortikoid artması da oluyor. Gliko-kortikoid artması hipotalamohipofizer kompleksini iyi çalışıp çalışmadığını tetkik etmeğe yarar. Aynı şekilde kanda eozinofillerin artması esnasında asid ürik creatin nisbetinin artması bazı müellifler taraflarından itiraz edilmesine rağmen klinik bakımından faydalı malumat verebilir.

Adaptasyon genel Sendromu 3 tarzda cereyan ediyor.

1 — Birinci tarzda; organizmanın durumu spesifik olmayan bütün umumi Fenomenlerin muhassalasını gösterir. Bu münebbihlere organizma ne kemmi ne de keyfi bir mutabakat göstermez.

Selye'ye göre bu fenomenler arasında bilhassa pasif gibi görünen sol ventrikül atım hacminin azalması ve deveranı bozulan dokuların oksijen kifayetsizliğine maruz kalması mevzuu bahistir. Diğer taraftan müdafaa maksadile «mücadele kuvvetlerinin harekete geçmesi» gibi bir durum mevcuttur. Kapsül sürrenallerin hiper aktivitesi dominant gösterilerdir. Bu grup fenomenlerde şok ve kontrşok mobilisationu işaret eden çok sürmiyen bir hâdisedir.

Selye bu ilk safhaya «phase d'Alarme» ismini veriyor.

2 — İkinci faz, organizmanın kendisini tenbih eden zararlı münebbihlere karşı gelerek mukavemet kazanması, bu duruma intibak etmesidir.

3 — Şayet münebbihler tesirlerine devam edecek olurlarsa, mukavemet imkânı kalmaz, adaptasyon bozulur ve bitkinlik fazı başlar. Bu halde mukavemet kuvvetleri boş yere sarfedilir.

Bu teorinin dayandığı başlıca tecrübi araştırmalar şunlardır. Stress'e maruz kalınca yalnız surrenallerin neşvüneması diğer organların atrofi görülüyor. Sürrenalleri alınmış hayvanlar Stress'e maruz bırakılırsa yine mide-barsak ülser'leri görülür. Fakat diğer hâdiseler, idrarda gliko-steroid artması, eozinofili, lemfoid dokuların değişikliği, kanda lemfosit azalması görülmez. Halbuki bütün bu Fenomenler normal veya sürrenalleri çıkarılmış hayvanlara surrenal hülâsaları zerk etmekle husule getirilebiliyor. Sürrenalleri çıkarılmış hayvanlarda ülserler müşahade edilemez. Bu da ülserleri meydana getiren sebebin sürrenaller olmadığını gösteriyor.

Tecrübi Stress'lerle lemfoid organların teşevvüşatı, ne sürrenallerin tenbih edilmesiyle ne Hipotalamus'un yerinde bırakılması ve ne de diğer organların çıkarılması ile elde ediliyor. Yalnız Hipo fizektomi yapılması lemfoid organların teşevvüşatını ve Stress'le ilgili diğer bütün fenomenleri ulser dijestif'ler hariç olmak üzere önüyor.

Hülâsaten söylemek lâzım gelirse adaptasyon syndromunda klinik olarak aşağıdaki ârazlar müşahade ediliyor. Hipotansiyon, taşikardi, polipne, eozinofili bazen de ülserler dolayısıyla ağır kanamalar (hematemese, melaena) şok sıkıntı hali.

Anatomopatolojik ârazlar ise; timo-lemfoid dokuda piknoz artması, karaciğerde; yağlanma, surrenalde; kortikal tabakada lipid azalması veya kaybolması, hücrelerde dejeneressans vaküoler ve dejeneressans alveoler, nekroz, kanama, hazım borusunda bilhassa mide, doudeno-jepunumda, özofagusda ulserasyon dijestifler görülüyor.

Chimique olarak ise idrarda stretoid artması, asid ürik kreati nisbetinde artma, surrenalde vitamin C ve Collesterol azalması tesbit ediliyor.

Adaptation genel syndromu'nun adli tıpta tatbikatı

Ölmüş veya hayatta bulunan Stress'e maruz kalmış şahıslardaki syndromu muhtelif kısımlarda mütalâa etmek istiyoruz.

1) Klinik olarak: — Klinikte Stress ile husule gelen spesifik reaksiyon gösterileri diğer bir takım tesirlerle husule gelen reaksiyon gösterilerinden farklı değildir.

Tefriki teşhis pek müşkildir. Yanıklar, ezilmeler, dokuların parçalanması ile olan travmalar, mühim kanamalar şiddetli heyecan, şua hastalığı, şok anafilaktik, birden olan şiddetli infeksiyonlar, hyperergique iltihaplar v.s. adaptation syndromu husule getiriyorlar. Yanıklar ve dokuların ezilmesi neticesi husule gelen birbirine benzeyen 2 klinik tabloyu mukayese edelim. Bunların lokal reaksiyonları hemen hemen aynıdır ve alarme fazında mevzii harabiyete bağlı olmak üzere oldukça erkenden choc görülür. Yanık vakalarında, derinin ezilme vakalarında adale tabakasında bu fenomenler gittikçe artan ekseriya fazla miktarda birplasmatik kayba sebep olması dolayısıyla taşikardi, polipne, dokuların anoksemisini, hypotention, hipoproteinemi, hipokleremiye sebep olan bir hemo-konsentrasyon müşahade ediliyor.

Bu halde hararet tesiriyle yanıklarda dokuların direkt doku harabiyeti neticesi katabolizma proteik artması husule gelir. Acidose, ödeme bağlı olan hücre zarlarının değişikliği hücre arasında potasyumu serbest hale geçirir, hiperkalyemi meydana gelir.

Stress'in tali arazlarına yukarda izah ettiğimiz iptidai mevzii değişiklikler de ilâve olunur. Ağrı şokun derecesini artırıyor, şahıs çok sıkıntı hissediyor ve büyük kanamalar husule geliyor. Bütün bu sebepler tesiriyle husule gelen arazlar tabloya hâkim olan mevzii arazlardır. Ekseriya hematemez ve melenâ görülebilir. Bunlar hipofizo sürenaliyen tenbihin tesiri olmaksızın husule gelen selye syndromunu teşkil eden had ülsasyon dijestif'i müteakip görülürler.

Eosinofilinin teşhis bakımından büyük kıymeti olduğu sanılıyor. Bir çok stress'lerde eosinofil artmıştır. Buna misal havayla yapılan anecefalografi'den dört saat sonra eosinofil artması görülmüştür (J. le Reboullet, P. H. Benda)

Diğer bir misal oldukça yüksek dozda aspirin veya salicylate verilmesinden sonra idrarda glikokortikoid artmasının görülmesidir.

Yukarıda verdiğimiz izahatta klinik ârazilere dayanarak adli expertise'lerde karar vermenin ne kadar güç olduğu görülüyor.

Bilhassa şok vakalarında ve organik ârazi pek hafif olan travma vakalarında adaptasyon genéral sendromunun klinik arazları üzerinde adli tıp bakımından bir çalışma yapılmamıştır. Travmadan sonra organizmada şok hallerinde bir neuro-sirkulator hâdiseyi müteakip metabolizma değişiklikleri olacağı ileri sürülmüş ve adaptasyon genéral sendrom'u üzerindeki çalışmalar bu fikirleri teyid etmiştir.

Anatomo - Patologique bulgular:

Bu bulgular Adli tıpta faydalı olabilir, fakat ihtiyatlı hareket etmek lâzımdır. Bu bulguların en iyi bilineni timolemfoid dokularda mikroskopla tesbit edilen h ücre nüveleri piknoze'larının pek çok olmasıdır. Bu piknozlar stress tesirinden iki saat sonra görülürler, beş veya altıncı saatte azami hadde vasil olurlar. Fagositoz'un görülmesi ikinci günde mümkündür. Lemfoid dokular toksik maddelere karşı fevkalâde hassastırlar. Toksik maddelerden başka, X şuları adaptasyon sendromunu inkişaf ettirip lenfoid dokular üzerinde doğrudan doğruya tahrip edici direkt veyahutta endirekt olarak lemfoid dokular üzerine tesir edip etmediğinin tesbitini mümkün kılar.

Karaciğerin yağlanmasına gelince; bu yağlanma anatomo patolojik bakımından pek faydalı olmakla beraber adli tıp bakımından dikkat edilmesi lâzım gelen bir husustur. Yağlanma neticesi surrenal korteksinin hipersekresyonu husule gelir. Aynı şey kortizon ve A. C. T. H. ile de meydana getirilebilir.

Muayyen bir doz şua ile beşinci günde yağlanma görülür. Travmaya maruz kalan hayvanlarda yağlanma oniki saat sonra görülür. Yağlanma hayvanın hatalı bir gıda rejimine tâbi tutulduğu nisbette daha erken müşahede edilir (Moysson).

Pratikte karaciğer yağlanmaları sihatli şahıslarda fazla yağlı bir beslenme neticesi ve bazı gıdalarla alınan asid amineleri, karaciğer yağının Fosforilasyonunda, bir mâni mevcudiyeti neticesi de oluyor. Bunun için stress'e bağlı yağlanma kararı verirken çok ihtiyatlı olmalıdır. Surrenal Korteksinin mikroskopik bulguları belki çok faydalı olabilir. Şuaya maruz bırakılmış hayvanlarda surrenalde korteksi X şuaı dozunun yüksekliği nisbetinde kuvvetli olan bir tenbih safhası görülüyor. Eğer vaka ölümle neticelenmişse surrenale tenbihi neticesi bilhassa Zon fasikülede ölünciyeye kadar devam eden mitoz müşahede ediliyor. St-

ress'in kuvvetli olduğu nisbette kortikal lipid azalması Sudan boyası ile tesbit edilir.

Bu azalma bilhassa kolesterol esterlerinde ve daha az olarak serbest kolesterol ve nötr yağlarda veya fosfolipitlerde oluyor.

Muhtelif tip adaptasyon sendromlarında korteksin üç tabakasında tedrici şekilde âfetler müşahede edilmiştir. Bazılarında lipid azalması bazılarında da lipidin tamamile kaybolması, hücrelerin vaküoler dejenerasyonu ve alveoler dejenerasyonu, nekrozlar ve kanama mihrakları da görülür.

Sürrenalit hemorejiklerin karıştırılmamasına dikkat etmelidir. Bilhassa küçük çocuklarda görülen gözle teşhis edilemeyen, guddenin şeklini bozmıyan kanamalar teşhisinde hata yapılabilir. Bu tipte kanamalar asla sürrenal dokusunda bir nekroz yapmaz. Bunlar infection, intoksikasyon, yanıklar gibi muhtelif menşelere bağlı birçok sebepler tesirile husule gelen şok vakalarında müşahede edilmişlerdir. Buna nazaran muhtelif tip stress'lere karşı sürrenalin aspesifik reaksiyon gösterdiği kanaatine da varılıyor.

Had ulserasyon dijestifler, hematemez veya melanaya ebep olur ve kanayan kronik ülserlerle karıştırılırlar. Midede dodenojeonum ve hatta ozafagusta intramüköz süffüzyon şeklinde kanamalar veya erozyon hemarajik veya cidara kadar derinliğine ve genişliğine giderek delinmelere sebep olan hakiki ülserlerde müşahede edilir. Bunlarda tipik histolojik yapıli kronik ülserlerin dokusunda olduğu gibi mukoza adelesinin ve adele tabakasını isgal eden fibrö granülasyon dokusu görülmez.

Biz patolojik arazların adli vakalarda diğer bulgularında tetkikini müteakip pek faydalı olacağı kanaatindeyiz.

3 — Chimique bulgular: Hastaların ve kadavraların idrarında şimik usullerle surrenale faaliyetini tâyin mümkündür. Bu metodlarla yapılan araştırmalar ancak nisbi bir katıyet taşırlar. Şimik olarak da surrenal dokusunda ölümü müteakip araştırma henüz tatbik edilmemiştir.

İdrarda yapılan şimik tâyinler şunlardır:

İdrarda Streoitler kolorimetrik usulle tâyin edilirler. Bu Streoitler surrenale korteksi tarafından ifraz edilirler, muhtemelen idrardaki bu streotoidler surrenale streoit'lerinin 21-C Atomlu deriveleridir. Bunlar testis steroid'lerinin parçalanmasından da meydana gelirler.

Redüktör Steroid'ler, moleküllerindeki C. 21 atomu dolayısıyla redüktör hassaya maliktirler. Surrenal korteksi tarafından ifraz edilirler. Redüksiyon hassaları sayesinde idrarda tesbit etmek mümkün olur.

Sürrenal'in hipersekresyonu katabolizm proteik artmasına sebep olur ki bu idrarda asid ürik kreatin tenasübünün artması şeklinde meydana çıkar.

Sürrenal dokusunda yapılan tâyinler:

Sürrrenal Korteksinin tenbihi âni olarak bir C vitamini ve kolesterol azalmasına sebep olur. C vitamini redüktris hassasından istifade ile oxydo-réduction yapan bir endikatör vasıtasıyla, kolesterol ve esterleri ile chloroformo-acéto-sulfurique muvacehesinde Lieberman'ın klâsik renk verme usulü ile aranır ve miktar tâyinleri yapılır.

İstikbalde Adaptasyon general sendromunun Adli Tıptaki tatbikat sahasının pek geniş olacağı muhakkaktır. Bu sayede birçok karanlık noktalar aydınlanacaktır.

Son olarak Adli Tıpta faydalı olacağını umduğumuz beş vak'ının müşahedesini zikretmeyi uygun buluyoruz.

Müşahede: I — Fransada Combrai şehri civarında bir çiftçinin çiftliği 12 haziran 1940 tarihinde bir seri şiddetli bombardımana uğrar. Bütün gün sığınakta kalmaya mecbur olur. Evin etrafına otuz üç bomba düşer bittabi bu çiftçi pek çok korkar. Bombardımandan 24 saat sonra gece yarısına doğru 12 köyü bir tayyarenin köye yaklaştığını ve düşmek üzere olduğunu görerek aynı sığınığa gelirler. Bu uçak kısa bir zaman sonra yere çarparak sığınığın altmış metre kadar ötesinde yüklü olduğu bütün bombalar ile beraber patlar. Hadisenin dehşeti karşısında çiftçi şuurunu kaybedip paralize bir halde yere yuvarlanır. Ön dakika sonra doktor tarafından hastada afazi, paralizisi, fasial, hemipleji tesbit edilir. Şahıs kısa bir zaman sonra ölür.

Bu vak'ada hadise şartlarının ve yerlerinin tetkiki neticesi mevcut arazları izah edecek evvelden mevcut hiç bir şey görülmemiştir. Yegâne sebep korku neticesi heyecandır (Müller).

Müşahede: II — 32 yaşında mitrale sténose'lu bir şahısta infarcissement pulmonaire olur. Bunu da sağ kalp kollapsüsü, dispne, trikuspid yetmezliği iktar takip eder. Bütün hadise 3-4 gün sürer. Retention uriner başlangıçta görülür daha sonra da 3-4 gün bütün reduktör streoid'lerin idrarda miktarı artmadan diurez görülür. Son olarak hafif bir stretoide artması müşahede edilir. (C. L. Cope ve M. Bain).

Müşahede: III — 30 yaşında bir kadında hématémese görülür. Bu hematemez nüksetmez. Hémoglobine'in reduksiyonu % 40 dir. İdrarda total stretoide ilk 8 günde normal kalır. Ancak 9-10 uncu günlerde yükselen ve 4 gün süren hafif bir strétoide artması görülür.

Gülhane As. Tıp Akademisi II. Dahiliye Kliniği:

Şef: Prof. v. Dr. İ. Lütü Vural

Bir Günde Yanlışlıkla 36 Chloromycetine Kapsülünü Birden Alan Bir Vak'a Münasebetiyle

Doçent Dr. İ. Lütü Vural

Asistan: Dr. Fahrettin Alptekin

Son yıllarda enfeksiyon hastalıkları ile mücadele sahasında çok büyük ilerlemeler olmuştur. Bu hususta halen hekimin elinde fevkalâde kıymetli ilâçlar vardır. Bunlardan biri de *Chloramphenicol* dir. Bu kahraman ilâcın birçok avantajlarına mukamil, bazı yan tesirleri görüldüğü bildirilmekte ise de, ancak uzun zaman ve çok miktarda alındığı takdirde ağır toksik ârizalara sebep olabildiği anlaşılmaktadır (1, 8).

Kliniğimizde enflüenza teşhisi ile yatmakta olan bir hasta yanlışlıkla 36 adet (9 gram) Chloramphenicol kapsülünü bir günde yutmuş ve has-

Müşahede: IV — 31 yaşında bir adam bisikletten düşer. Böbrek yırılması olur kısa bir zaman sonra nefrektomi yapılır. Mosinger traumatik nefrit teşhisi kor. Hasta görünüşte tamamilen iyileşmiştir. 3 sene madenci olarak çalışır. Daha sonra Acétylene teneffüsü neticesi çok yüksek Hypertention görülür. Nihayet anemi ve uremiden olur.

Autopside: Nephrite evolutif, pericardite Hemorrajik ve Sürrrenal korteksinde hipertrofi adenomatöz, medullasında hiperplasi müşahede edilir (Mosinger).

Müşahede: V — Askeri hastanede ölen bir askerin babası, oğlunun hastanede gıdaî bir zehirlenme ile öldüğünü iddia ederek hastahaneyi dâva eder. Adli makamlar tarafından tahkikat yapılır. 19 yaşında olan bu genç adama şubatta vazifesi başında iken oldukça şiddetli karın sancuları ve birkaç gün devam eden ateş olur. Apendisit şüphesi ile hastaneye gönderilir ve ertesi gün ameliyat olur. Ameliyat neticesi çok iyi seyredir. Genç askere 1 ay istirahat verilir. Vazifesi başına döndükten birkaç gün sonra 20, 21, 22 martta yine birinci defa olduğu gibi karın sypptomları ile hastalanır. Syncope hali de görülür. Aynı hastaneye gönderilir. Bir karaciğer kolığı zannedilir. Hiç bir müdahale yapılmaz. Hastanede istirahat ettirilir. Şahıs iyileşir. 5 nisanda hastane büfesinden oldukça yağlı bir pasta yer. 6 nisanda şahıs sabahleyin, neşeli kalkar, öğle yemeği yemez ve yatağına yatmaya gider. Saat 6 ya doğru glaireux ve bilieux kusmalar olur, hazımsızlık sanılır. Akşam şahsın durumu ağırlaşır şiddetli karın sancuları ve defans musculaire görülür. Gece saat bire doğru hasta ölür.

Otopside: Mide gevşemiş ve mayi ile dolu bulunur. Bir kısım ince barsak kavisleri mezo-kolondaki bir delikten içeri girmiş, dilate, konjesyones halde bulunur. Barsakların diğer kısımları şişkin, sürrrenal kapsülü makroskopik olarak normal imiş.

Bu vak'ada bir meso-kolan fitiği mevzuubahistir. Arazlar da bunu izah ediyor.

Histolojik muayene: Lemfoide dokularda mebzul şekilde ölümden birkaç saat önce husule gelen hücre piknozu tesbit edilir.

Bu piknozu izah edecek hiç bir hususiyet bulunamaz.

Burada genç şahsın çabuk seyreden hastalığı esnasında erken meydana gelen epuisement safhasında teşekkül eden bir adaptasyon sendromunun lemfoide dokuda husule getirdiği arazlardan başka bir şey görülmez (Firket ve Scoville).

tada mühim bir ârıza husule gelmemiştir.

Vak'ının takdimi:

H. A. 1933 doğumlu, er, Tokatlı. Karantina No: 6164.

Kırgınlık, halsizlik şikâyetleri ve 38,5 C. ateşle 28/5/1954 günü kliniğimize yatırılmıştır.

Ifadesine göre üç gündenberi hasta imiş. Bulantı, kusma olmamış; ağrısı yokmuş.

Öz ve soy geçmişinde kayda değer bir hal yoktur.

Genel durumu, vücut fonksiyonları normal.

Hastanın yapılan fizik muayenesinde boğaz

mukozasındaki hiperemi ve akciğer tabanlarında duyulan sibilan ve ronflan rallerden başka patolojik bulgu tesbit edilemedi. Arter kan basıncı 100/80 mm. Hg. Tycos.

Hastaya üç gün müddetle yüksek doz penicillin ve Streptomycine tatbikine rağmen hararet derecesine düşme olmamıştır. Bunun üzerine kendisine günde 1,5 gram Chloramphenicol verilmişe başlandı. Chloramphenicol tatbikinin ikinci günü bayram arefesine tesadüf ettiğinden altı günlük vizita birden yapılmıştır. Böylece 1-6-1954 günü hastanın baş ucuna 36 adet kapsül konmuş ve hasta da bu kapsüllerin otuzaltısını birden 5 saat zarfında yutmuştur. Dört gündenberi devam eden ateşi ertesi günü normale düştü. Hasta kendinde hiç bir fenalık hissetmedi. Nabız muntazam, dolgun, dakikada atım sayısı 82; kan basıncı 100/80 mm. Hg. Sistem muayenesinde patolojik bulgu yok.

2/6/1954 günü: Eritrosit: 4.800.000; Lökosit: 3.000; Hemoglobin % 75; Trombosit: 300.000.

Lökosit formülü: Mono: % 8; Lenfo: % 18, Segment: % 62, Stab: % 10, Eo.: % 2.

5/6/1954: Hasta korkulu rüyalar görüp uyanıldığını ifade ediyor. Bu hal on gün devam etti, sonra geçti.

6/6/1954: Lökosit: 3,700; Trombosit: 240,000.

11/6/1954: Eritrosit: 5,200,000; Lökosit: 7,000.

15/6/1954: Hasta yalnız karın ağrısından şikâyet etti. Bu karın ağrısı on beş gün devam etti.

28/6/1954: Eritrosit: 4,960,000; Lökosit: 6,200; Hb. % 85; Trombosit: 320,000.

Lökosit formülü: Mono: % 3, Lenfo: % 28, Segment: % 61, Stab: % 4, Eo.: % 4. İdrar tahlilleri normal. 2/6/1954 ve 28/6/1954 tarihlerinde yapılan Sternal kemik iliği muayeneleri normal bulundu. Karaciğer fonksiyon testleri: Bilirubinemi: % 0,170 mlgr.; Takata-Ara: Hiç bir tüpte flokülasyon yok; Thymol B.: 4 Mc. Legan ünitesi; Weltmann: 1-5 tüplerde koagülasyon. Kliniğimizde yatmış olduğu bir ay zarfında kan basıncı 100/80 - 110/80 mm. Hg. arasında değişti. Hasta 28/6/1954 tarihinde şifa ile taburcu edildi.

Münakaşa:

1947 yılında Illinois'lu biyolojist *Gottlieb*, yeni bir antibiotik üzerinde neşriyat yaptı. Aynı sıralarda Yale Üniversitesi nebatatçılarından *Paul Burkholde*, *Streptomyces* *Venezuela* adlı mantarlardan yeni bir antibiotik elde etti. *Erllich* bu cisim kristal hale getirip *Rickettsia* *Provatzeki* üzerinde tecrübeler yaptı. Fazla miktarda (*Chlore*) ihtiva etmesinden dolayı adına *Chloromycetine* dendi. 1948 yılında (*Parke ve Davis Co.*) laboratuvarı bu maddenin sentezini yapmaya muvaffak oldu. Sentetik şekline *Chloramphenicol* dendi.

Kimya bakımından H₂O, N, ve Cl ihtiva eden nötr bir maddedir. Nitro-Benzen halkasına maliktir. Fena lezzetli bir tozdur. Suda az erir. Ağızdan alınınca çabuk imtisas eder, 30 dakika sonra kanda ve idrarda bulunur. Kandaki azami kesafet 2 saat sonra görülür ve 10 saat sonra kaybolur. *Liquor Cerebrospinalis*'teki kesafeti, kandakinin yarısı kadardır (3). İlâç bilhassa böbreklerden itrah edilir (% 90). *Woodward* (1950) ve arkadaşlarının çalışmalarından sonra *Chloromycetine* tifo tedavisinde spesifik bir ilâç olmuştur. Vasati olarak günde 3 gr. ile tedaviye başlanır. Ateş normale düştükten sonra 1,5 gr. ile devam edilir. Rüşütlere mani olmak için ilâcı 15-20 gün daha vermek lâzımdır. Günde 2 gr. ile de iyi neticeler alınmaktadır (5). Kâhillerde kilo başına 25-50 mlgr. kâfi bir dozdur. Çocuklar bu ilâcı daha çabuk itrah ettiklerinden, kilo başına ağızdan 50-100 mlgr. veya rektal yolla kiloya 125 mlgr. vermek lâzımdır (4). *Chloromycetine*'in günlük dozu müsavi kısımlara bölünerek altışar saat ara ile verilir.

Chloromycetine yalnız tifoda değil, *Rickettsia* hastalıklarında, atipik pnömoni, *Psittacosis*, *Nicola-Favre* gibi virütik hastalıklarda ve *Brucellosis*te de iyi tesir eder. Paratifo geç cevap verir. *İn vitro* daha birçok da bakterilere müessirdir.

Chloromycetine'in yan tesirleri: *chloromycetine* tedavisi esnasında aşağıdaki kötü tezahürler zuhur edebilir:

- 1 — Deri ve mukoza lezyonları,
- 2 — Mide barsak bozuklukları,
- 3 — Kardio-vasküler ârizalar,
- 4 — Sinir sistemi ârizaları,
- 5 — Hematopoetik nesîç üzerine kötü tesir.

1 — *Chloromycetine* ile tedavi esnasında eritematö ve ülseröz bir stomatit görülebilir. Disfaji ile müterafik farenjit olabilir. Acneiforme cilt lezyonları görülmüştür (3). Bazan kaşıntılı döküntüler, bilhassa idrar ve gaita ile temas eden kısımlarda olur. Bu bölgedeki cildi pomatlarla korumalıdır.

2 — Bulantı, kusma ve çocuklarda mide yanmaları olabilir. Bazan ishaller çok ciddi olur ve ileri derecede tuz kaybı neticesi (*Low Salt Syndrome*) tevlit edebilir. Bilhassa hasta az yemek yiyor ve tuzsuz bir rejime konmuş ise bu hal kolaylıkla husule gelir. Bu zaman hemen ilâcı kesip intravenöz hipertonic tuzlu su solüsyonu vermedir (2). *Chloromycetine*'le tedavi esnasında *daima B* grubu vitaminleri ve *C* vitaminlerini vermeyi ihmal etmemelidir.

3 — Bazan tedavinin başlangıcından itibaren bir hipotansiyon müşahede edilir. Bilhassa yüksek dozlar kullanıldığı zaman erkenden kollapsus zuhur edebilir. Bu gibi hallerde açığa çıkan bakteri endotoksinleri kanda konsantre olur ve vazomo-

tor merkezlere ve sürrenal korteksine zararlı tesirler icra eder. Onun için ilâca başlarken arter kan basıncı kontrol edilir. Maksima 100 mm. Hg. dan az ise adrenalin ve sürrenal korteks preparatları vermeli ve bu gibi hallerde Chloromycetine ufak dozlarla başlanmalıdır. Bu tedbirlere riayet edilirse kollaps görülüyor (5). Brucellose ve Rickettsia hastalıkları tedavisinde kollaps olmuyor.

4 — Sinir sistemi üzerine olan kötü tesiri yukarıda bahsedilenlerden daha mühimdir. Hem ilâç hem de açığa çıkan endotoksin sinir ve merkezlere tesir eder. Bazı predispoze şahıslarda ilâç, hissi ve fikrî bulanıklığı artırır, veya konfüzyonel bir hal yaratır. Hasta korkulu rüyalar görebilir. Umumiyetle bu haller geçicidir. Fakat tedaviden bir kaç gün sonra da devam edebilir. İlâç yüksek dozda ve uzun müddet verilirse, devamlı neuritis'ler yapabilir. Bacteriel Endocarditis'li bir hastaya altı hafta, günde 6 gr. Chloramphenicol verilmiş; sonunda a — ciddi anemi, b — acneiforme deri tezahüratı, c — Bilateral Optic Neuritis husule gelmiştir. İlâç kesildikten sonra diğer tezahürler normale avdet ettiği halde N. Opticus ve görme sahası afetzede kalmıştır (3).

5 — Nadiren hemopoetik nesîç üzerine kötü tesir etmektedir. Aplastik anem i ve agranülositozis husule gelebilir. *Smadel* chloromycetine'in terkinde mevcut Nitro-Benzen kökünün kan yapıcı organ üzerine toksik tesiri olabileceği hususunda dikkat nazarını çekti. Zaten *Kracke* ve *Parker*, amine ve nitro kökünü havi benzen halkalarının müstait şahıslarda kemik iliği üzerine depressiv tesir yaptığını söylemişlerdi. Bununla beraber ne *Smadel* ne de diğer pek çok araştırmacılar Chloromycetine'in geniş mikyasta kullanılmasına rağmen ciddi yan tesirlerine raslamadılar. Bu ilâcın kemik iliği üzerine depressiv tesir ettiği vakalar azdır.

Gill, akut *Sallmonella*'dan Chloromycetine ile tedavi edilen iki çocukta kısa zamanda granülositlerin azaldığını; fakat ilâç kesildikten sonra kan tablosunun normale döndüğünü bildirdi. Burada kullanılan doz kiloya nazaran fazla idi (1).

Volini ve arkadaşları 7-19 gün tedaviden sonra lökopeni, anemi gösteren iki vaka nesrettiler. Trombositler değişmemişti. İlâç kesildikten sonra kan tablosu düzeldi.

Rich, *Ritterhoff* ve *Hoffman* üç ay devam eden Chloromycetine tedavisini müteakip aplastik anemi ile fatal sonlanan bir vaka yazdılar (1).

L. E. Wilson ve arkadaşları, haftada 2-3 gram Chloramphenicol ile yedi ve altı buçuk ay tedavi edilen iki bronşektazili hastada aplastik anemi husule geldiğini ve birinin fatal olduğunu bildirdiler (1). Bütün bu ağır tezahürler uzun zaman ve çok miktarda ilâç alanlarda görülmüş-

tür. Uzun müddet ilâç almak predispozan bir faktör olarak rol oynar. Ağır vakaların hepsi uzun zaman ilâç alan vakalardır: Aplastik anemili iki vaka 28 ve 26 haftada mecmu olarak 56 ve 52 gram; *Rich*'in vakası 15 haftada vasati olarak 57 gr. (1); *LASKY* ve arkadaşlarının vakası günde 6 gr. dan 6 hafta ilâç almışlardır (3). Hiç şüphesiz şahsın hassasiyeti çok mühimdir. Diğer, kemik iliğine tesir eden ilâçlar gibi, Chloromycetine'in az miktarları ile de kötü tesirler doğabilir.

Chloromycetine'in kemik iliğine kötü tesir etmiye başladığını gösteren erken arazlar, bu husustaki tecrübeler pek mahdut olduğundan, iyi bilinmiyor; fakat depression işaretleri olarak:

1 — Ertrositlerin veya Lökositlerin izah edilemeyen çoğalması.

2 — Eozinofillerin artması

3 — Granülositlerin azalması

4 — Trombositlerin azalması.

5 — Eritrositlerin azalması nazarı dikkate alınmalıdır. Her şahıs bir cins hücrede (lökosit, eritrosit, trombosit) predominans gösterebilir.

Nadiren tesadüf edilen bu kötü yan tesirlerine rağmen müellifler *Chloromycetine*'in kıymetli bir ilâç olduğunda müttefiktiler. Tedavi dozlarında toksik olmaması, bakterilerin rezistans kazanmaması ve ağızdan alınabilmesi gibi mühim üstünlükleri vardır. Yalnız kullanırken ihtiyatlı olmalı, haftada iki defa kan muayenesi yapmalı ve kat'i endikasyon olmadan kullanmamalı (1, 5, 8).

Literatürün tetkikinden anlaşılacağı veçhile chloromycetin'in yaptığı hizmete mukabil son derece az toksik bir ilâçtır. Ancak uzun zaman yüksek dozda verildiği takdirde zararlı tesirler gösterebilir. Amerikalılar her şeyde olduğu gibi bu ilâcın tatbikinde de başlangıçta çok ifrata varmışlar ve gayet yüksek dozları uzun zaman tatbik etmişlerdir. Halbuki sonraları hiçte bu kadar yüksek dozlara lüzum olmadığı anlaşılmuştur. Meselâ ortalama tifo vakalarında günde 2 gram kâfi gelmektedir. Diğer taraftan, görülen toksik tesirlerin ilâca mı yoksa bizzat hastalığa mı bağlı olduğu veya vücut hassasiyetinin de toksik tezahürlerin görülmesinde rol oynayıp oynamadığı düşünülmiye sayandır. Vakamızın beş saat zarfında 36 kapsül birden almasına rağmen ciddi bir yan tesir göstermemesi bu ilâcın zararsız olduğuna delildir sanırız.

Özet

5 saat zarfında 36 kloromisetin kapsülünü birden yutan bir vakanın müşahedesi bildirilmiş ve münasebetle kloromisetinin toksik tesirleri gözden geçirilmiştir.

Literatür:

- 1 — Wilson, L. E.; Harris, M. S.; Henstell; H. H.; Witherbee, O. O. and Kahn, J.: Aplastic Anemia Following Pro-

- longed Administration of Chloramphenicol; J. A. M. A. 231, 1952.
- 2 — Cantanzaro, F. J.; Ostfeld, A. M. and Berger, G. E.: Occurrence of Low Salt Syndrome, during Treatment with Chloramphenicol; J. A. M. A. 149: 571, 1952.
- 3 — Lasky, M. A.; Pincus, M. H. and Katlan, N. D.: Bilateral Optic Neuritis Following Chloramphenicol Therapy; J. A. M. A. 151: 1403, 1953.
- 4 — Chatton, M. J.: Handbook of Medical Treatment; Lange Medical Publications - 1953 Los Altos California.
- 5 — Onul, Behiç: İnfeksiyon Hastalıkları, Yeni Matbaa - 1953 Ankara.
- 6 — Murphy, F. D.: Medical Emergencies, F. A. Davis Co. 1952, Philadelphia.
- 7 — Banks, H. S.: Modern Practice in Infectious Fevers; Hoeber, 1951, New York.
- 8 — Frank, E.: İç Hastalıkları Klinik Dersleri; Sermet Matbaası, 1953 - İstanbul.
- 9 — Söylemezoğlu, Burhanettin: Kan Hastalıkları ve Kan atlası; Mazlûm kitapevi 1948 - İst.
- 10 — Tavat, Sedat: Fizyopatoloji; Mazlûm Kitap Evi, 1945 - İstanbul.

Mersin Devlet Hastahanesi Dahiliye Servisi

Şef: Dr. Muzaffer Aksoy

Aşikâr Kemik Değişiklikleri Gösteren Beyaz Irkta İki Orak Hücre Anemisi Vak'ası

Dr. Muzaffer Aksoy

Mersin Devlet Hastahanesi Dahiliye Mütahassısı

Kongenital hemolitik anemi terimi altında toplanan ve müşterek hemolys semptomları gösteren ve eritrositlerin değişik anomalileri ile husule gelen, Mediterranean anemi, orak hücre anemisi ve kongenital hemolitik aneminin bazı farklara rağmen birbirine müşabih kemik değişiklikleri gösterdiği kati olarak tespit edilmiş bir keyfiyettir. Bu anemilerde gözüken kemik değişiklikleri primer olmayıp daha ziyade anemiye bağlı ve sekonder vasıfda olduğu, müelliflerin ekseriyeti tarafından kabul olunmaktadır. Aşağıda anlatacağımız kemik değişiklikleri Cooley anemisinde daha bariz ve daha erken yaşlarda başladığı halde, orak hücre anemisi vakalarında, umumiyetle bunların çocukluk yaşlarından ziyade ergin yaşlarında müşahede edilir ve umumiyetle kemik tahavvülâtına Cooley anemisinden daha az tesadüf edilir. Nitekim biz şimdiye kadar dokuz orak hücre anemisi vakasından ancak 3 ünde kemik değişiklikleri tespit edebildik. Bu noktaya ileride temas edilecektir. Orak hücre anemisindeki kemik değişikliklerine hastanın yaşı arttıkça daha çok tesadüf edilir ve kâhillerde çocuklardan daha sıktır. Kafa tasında ilk husule gelen değişiklik «buzlu cam» manzarasıdır. Daha ilerlemiş safhada radial striation gözüktür. İç tabuladan amudi çıkan ve dış tabelaya şua şeklinde yayılan trabecular striation husule gelirken bu «hair on end» manzarasını meydana getirir. İleri safhalarda diploe kalınlaşır ve dış tabuladan ancak güçlkle tefrik olunabilir. veya yer yer osteoporosis müşahede olunabilir. Diploe'nin kalınlaşması evvelâ frontal kemiklerde başlar, sonra parietal ve occipital kemiklerde ileri derecede kalınlaşma ve yukarda anlatılan değişiklikler müşahede olunur. Bazen osteoporosis vertebralarda da husule gelebilir. Bu yüzden vertebralarda yassılaşma ve hattâ bunun neticesi çökme gözükebilir. Uzun kemiklerde cortex'in kalınlaş-

ması ve osteosklerosis ve meduller boşlukta yeni kemik teşekkülü ve kemik strukturunda yer yer kesafet ve desende intizamsızlıklar müşahede olunabilir. Uzun kemiklerdeki osteosklerosis, bazı müelliflere göre (S. Moore) Cooley anemisi ile orak hücre anemisi arasındaki teşhisi tefriki noktasıdır.

Vak'a: I. — İ. A. Mersinin Kazanlı köyünden 10 yaşında erkek çocuğu. İki yaşına kadar normal inkişaf etmiş. İki yaşından sonra çocukta gayri muntazam ateş, halsizlik, solukluk başlamış. Hasta o zamandanberi doktor tedavisi altında. Malarya anemi tedavisi (demir ve karaciğer hulasası) yapılmış. Tedaviden pek istifade etmemiş. Hastanın son zamanlarda solukluğu iştahsızlığı ve halsizliği artmış. Hasta müşahede esnasında ikter kataral geçirdi.

Muayene neticeleri: yaşına göre normal inkişaf etmiş, soluk bir erkek çocuğu. Konjonktivalarda subikter. Ateş 38,4. Dalak ancak perkütabl. Kar: ciğer kaburgalar kenarını iki parmak geçiyor. Hastanın başında frontal nahiyelerde aşikâr derecede çıkıntılar mevcut. Kalp sesleri temiz. Adenopati yok.

Laboratuvar muayenelesi neticeleri: İdrarda urobilinojen ++. Kan muayenesi neticeleri I inci Sickling hadisesi ve eritrositlerin NaCl mahlûlüne olan mukavemetleri II inci tabloda. War ve Kahn teamülleri menfi. Myelogram: hiperaktif kemik iliği. Promyelosit 0,5, myelosit 10, myelosit (eo.) 0,5; metamyelosit 10; çomak 9,5, parçalı 16, parçalı (Eo.) 0,5, lenfosit 2,5, plasma hücresi 1, proeritroblast 2,5, basofil eritroblast 10; genç normoblast 18,5, olgun normoblast 18,5. Mitoz 15%. Kırmızı serinin yüzdeki miktarı 49,5. Röntgen muayenesi neticeleri: Kafa tasının yandan ve bilhassa önden yapılan grafilinde (Resim: I, II), diploe de çok fazla kalınlaşma ve frontal, parietal ve occipital kemiklerde hafif trabecular striation ve yer yer osteoporosis. Aşikâr «hair on end» manzara yok. Dış tabula mevcut. Humerus, ulna ve radius kemiklerinin dirsek mafsalsına yakın kısımlarda reticulatonda artma.

Vak'a: II. — Z. A. Birinci vak'anın 12 yaşında kız kardeşi. Mersinin Kazanlı köyünden. 4-5 yaşına kadar normal inkişaf etmiş. O zamandan beri yavaş yavaş halsizlik, kansızlık ve gayri muntazam ateş husule gelmiş. Kardeşi gibi buna da malarya ve anemi tedavisi tatbik edilmiş. Kemik ve adale ağrıları bildirmiyor. Muayene neticeleri: hasta, konjonktivalarda subikter. Hasta yaşına göre normal inkişaf

MAZLUM - KİTABEVİ • İSTANBUL

BEYNELMİLEL TIBBİ VE FENNİ NEŞRİYAT İŞLERİ

SICILLİ TİCARET : 22536 • TELGRAF : MAZLUM KİTABEVİ • İSTANBUL • TELEFON : 22967

16 • POSTANE CADDESİ • POSTA KUTUSU • 58

Son yıllar zarfında dünya tıp âleminde gördüğü fevkalâde rağbetten dolayı Avrupa tıp dergileri arasında şeref mevkiini işgal eden

ARS MEDICI

memleketimizde de büyük bir alâka uyandırmış ve kısa bir zamanda yüzlerce abone kazanmıştır.

Dünyaca tanınmış profesör, doçent ve hastane şeflerinden seçilmiş otoriter bir heyetin başkanlığı altında, Avrupa ve Amerikanın değerli uzmanlarının işbirliğiyle çıkarılan ARS MEDICI,

a) Hekimliğin en modern konularına dair orijina yazılar,

b) Bütün dünya tıp dergilerinde çıkan en değerli ve en yeni travayların (İç Hastalıkları, Cerrahî, Anestezi, Ortopedi, Deri ve Tenasül Hastalıkları, Uroloji, Doğum ve Kadın Hastalıkları, Nöroloji ve Psikiyatri, Çocuk Hastalıkları, Göz Hastalıkları, Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları, Propedötik, Fizyoterapi, Radyoloji ve Laboratuar konuları altında özetler halinde) analiz ve sentezlerini,

c) Tedavi notları,

d) Semiyoloji, Tefriki Teşhis ve Tedavi Tabloları,

e) Farmakoloji alanındaki en modern bilgileri,

f) Cenevre Üniversitesi İç Hastalıkları Profesörü Dr. M. Roch'un («Dialogues Cliniques» leri) dersleri,

g) Portreler,

h) Tıbbî neşriyat alanındaki yenilikleri

her ay muntazaman yayınlanır.

Beynelmilel hekimliğin ilerlemelerini günü gününe tâkip eden, tıp ilminin ve pratiğinin son yeniliklerini bir araya toplayan ARS MEDICI, Fransızca ve Almanca olarak yayınlanmaktadır.

Her ay 88-112 sahife olarak çıkarılan ARS MEDICI, Avrupanın en yüksek tirajlı ve aynı zamanda en ucuz tıp dergisidir. Senelik abone ücreti 17.50 Liradır ve abone olduğu esnada peşin ödenir. Aboneler daima 1 Ocaktan başlar ve bir sene devam eder. Altı aylık aboneliği yoktur.

Bitkinlik halleri
zafiyet ve nekahet için

TONİK

»Bayer«

Organismayı kuvvetlendirir, kan tablosunu
düzeltilir, sınırları kuvvetlendirir ve iştah verir

Tonik »Bayer« i yetişkinler ve
çocuklar severek içer

Original şekli
Şişe: 180 cc



»Bayer« Leverkusen / Almanya
Türkiye Vekili
Dr. Feridun Frik, Sirkeci Mithat Paşa Han, İstanbul

Organizmanın resistansını arttırmada

Vicelat

Vitamin C »Bayer«

Original şekilleri

Tüb: 20 tablet x 0,05 gr.

Kutu: 5 ampul x 100 mg.

Kutu: 3 ampul x 500 mg.

(Vicelat forte)



»Bayer« Leverkusen / Almanya

Türkiye Vekili Dr. Feridun Frik, Sirkeci Mithat Paşa Han, İstanbul

etmiş. Adenopati yok. Dalak üç parmak kaburgalar kenarını geçiyor. Karaciğer iki parmak kaburgalar kenarını te-
cavüz ediyor. Laboratuvar muayenesi neticeleri: idrarda
urobilinojen +. Kan bulguları I inci, Sickling hadisesi ve
eritrositlerin hipotonik NaCl mahlülüne olan mukavemet-
leri II inci tabelada. Myelogram yapılmadı. Splenogram: Par-
çalı, 7, çomak 2, retikulum hücresi 5, lenfosit 86%. Röntgen
muayenesi neticeleri: kafatasının yandan yapılan grafisinde
frontal ve parietal ve occipital kemiklerde orta derecede de-
hame ve osteoporosis. Ulna, radius ve humerus kemiklerin-
de dirsek mafsali yakınlarında trabeculationda artma. Diğer
kemikler normal.



Hastaların resimleri.

İki kardeşin irsî ailevi tetkikleri: Anne. N. A. Mersinin
Kazanlı köyünden. 38 yaşında sıhhatli kadın. Sickling fenome-
ni 24 saat içerisinde 50-60%+. Baba. S. A. Mersinin Ka-
zanlı köyünden. 38 yaşında. 1,5 senedenberi sol akciğerine
Tbc. dolayısıyla pnömotoraks tedavisi. Sickling 24 saat içe-
risinde 30-40%+. Kardeş. N. A. 3,5 yaşında sıhhatli. Sick-
ling fenomeni 6 saat sonra başlıyor. 24 saat sonunda 70-80
%+. Eritrosit 4.200.000, Hb. 80, Lökosit 7,200, retikülosit
1%. Formülde bir hususiyet yok. Muhiti kanda Target hü-
resi yok, sickl cell yok.

TABELA I.

	2,500,000	2,900,000	2,900,000
Eritrosit	2,500,000	2,900,000	2,900,000
Hb. %	46	56	50
B. İ.	0,92	1	0,86
Lökosit.	16,600	15,800	12,700
Retikülosit %	35	—	20
Trombosit	135,000	—	160,000
Hematokrit %	23	—	28
M. C. V. (*)	90 c.µ	—	96 c.µ
M. C. H. (**)	27 γγ	—	25 γγ
M. C. H. C. (***)	28,7 %	—	26 %
Parçalı %	54	—	57
Çomak %	7	—	1
Metamyelosit %	2	—	—
Eo. %	1	—	8
Mono. %	7	—	1
Plasma hücresi %	2	—	—

(*) M. C. V.: Mean corpuscular volume.

(**) M. C. H.: Mean corpuscular hemoglobin.

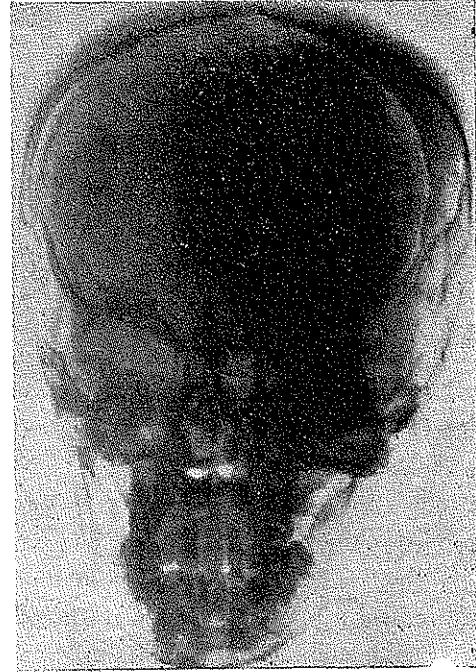
(***) M. C. H. C.: Mean corpuscular hemoglobin concentration.

	27	33
Lenfosit %	27	33
Olgun Normoblast %	4	3
Anisositoz	+++	++
Polychromasie	+	±
Poikylositoz	—	—
Basofil noktalı eritrosit	+	±
Target hücresi %	18,2	9,6
Sickl cell	2,2	—
Diazo reaktion u direkt	—	—
Diazo reaktion u endirekt	+++	++

Tabela II. Eritrositlerin hipotonik tuzlu su
mahlülüne mukavemetleri ve Sickling hadisesi.

	0,40 % NaCl	0,40 % NaCl
Eritrositlerin osmotik mukave- metlerinin başlangıcı	0,40 % NaCl mahlülü	0,40 % NaCl mahlülü
Eritrositlerin osmotik mukave- metlerinin nihayeti	0,15 % NaCl mahlülü	0,20 % NaCl mahlülü
Sickling hâdisesinin başlangıcı	iki dakika	2 - 3 dakika
Sickling hâdisesinin en son aldığı yüzde nisbeti	100 %	90 - 95 %

Vakaların münakaşası. Orta şiddette orak
hücre anemisi semptomları gösteren, beyaz ırka
(*) ait iki orak hücre anemisi vakasının hususiyeti,
bariz kemik değişiklikleri göstermesidir. Nite-
kim birinci vakada, daha bariz olmak üzere, kafa
tasında, frontalis, parietalis ve occipitalis kemik-
lerinde diploe'nin çok fazla kalınlaşması (resim I.
ve II) hafif trabecular striation ve yer yer oste-



Birinci vak'anın kafatasının önden grafisi.

oporosis müşahede edilmiştir. Aynı zamanda uzun
kemiklerden humerus, ulna ve radius da artan
trabeculation. Bütün bu bulguların Cooley ane-
misinde müşahede edilen kemik değişikliklerinin
aynı olduğunu burada tebarüz ettirmek isteriz.

(*) Bundan evvel neşrettiğimiz 7 vak'ada olduğu gibi
bu iki kardeşin ebeveynleri de «Eti Türk» lerindedir.

Orak hücre anemisindeki kemik değişikliklerinin Mediterranean anemiye nazaran daha geç ve daha hafif olduğunu yazımın başında kayd etmiştik. Nitekim Cooley ve arkadaşları otuz orak hücre anemisi vakasının iskeletlerini tetkik etmişler ve bunların 29 unda hiç bir bulgu tesbit edememelerine rağmen I inde hafif fakat şüpheli kemik değişiklikleri müşahede etmişlerdir.



Birinci vak'anın kafatasının yandan grafisi.

Bizde şimdiye kadar müşahede ettiğimiz beyaz ırkta dokuz orak hücre anemisi vakasının ancak üç tanesinde, kemik değişiklikleri tespit edebildik. Bunlardan ikisi yukarıda anlatılan vakalar-

dır ki, bundaki kemik değişikliklerini bariz olarak vasıflandırabiliriz. Üçüncü vakanın kemik değişiklikleri çok hafif olup yalnız uzun kemiklerde idi (**).

İkinci vakada yapılan splenogram normal neticeler göstermiştir. Bundan evvel diğer bir orak hücre anemisi vakasında yaptığımız diğer bir dalak punktionu da aynı neticeleri vermişti. Ayrıca vakalardan birinde splenomegali olmasına mukabil diğerinde yoktu. Şimdiye kadar tespit ettiğimiz beyaz ırkta 9 orak hücre anemisi vakasının beşinde splenomegali müşahede ettik (vakaların 55% inde). Bunlardan aneak bir tanesinde splenomegali çok barizdi (dalak hafeyi 5. parmak kadar geçiyordu). Buna mukabil, Cooley anemisinde, dalakta bariz extrameduller eritropoetik faaliyet ve bariz splenomegali bulunduğunu kayd etmek isteriz. Bu nokta, Cooley anemisi ile orak hücre anemisi arasındaki farklardan birisi olsa gerek.

Literatür:

- 1 — Dr. Muzaffer Aksoy: Beyaz ırkta dört orak hücre anemisi (Sickle Cell Anemia) vakası ile irsi ailevi tetkikleri. Anadolu Kliniği, Mart, 1954.
- 2 — Dr. Muzaffer Aksoy - Dr. Mitat Kemal İnanç: Yüksek ateş ve kalp semptomları gösteren beyaz ırka ait üç orak hücre anemisi. Anadolu Kliniği, Eylül, 1954.
- 3 — J. Coffey: The skeletal changes in chronic hemolytic anemia (Erythroblastic anemia, sickle cell anemia and chronic hemolytic anemias). Am. J. Roentgenology and radium therapy. 37, 293, 1937.
- 4 — M. M. Wintrobe: Clinical hematology. 1951.

(**) Dr. Muzaffer Aksoy - Dr. M. Kemal İnanç. Yüksek ateş ve kalp semptomları gösteren beyaz ırka ait üç orak hücre anemisi, Anadolu Kliniği yıl: 20, sayı: 3, sayfa: 100.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi II. İç Hastalıkları Kliniği:
Şef: Prof. Dr. Zeki Hakkı Pamir

Gebelik Toksemilerinin Erken Teşhis ve Prognozunda Gözdibi Bulguları ve Retina Arteri Tazyikinin Ehemmiyeti (*)

Dr. Selâhattin Koloğlu

İkinci İç Hast. Kl. Başasistanı

Umumiyetle hipertansiyon ile müterafık hastalıklara (Esasî hipertansiyon, müzmin glomerulonefrit) duçar olan gebelerde ve eklampsi, pre-eklampsi ve bunların nükseden tiplerinde (Koloğlu, 14 a, 1948), göz dibi muayenesi yapılagelmektedir. Ancak, bu muayene, sadece hastalığın bu organı ne derece afettede ettiğini tayin etmek maksadı ile yapılmaktadır. Bittabi, göz dibi damarları beyin damarları ile sıkı münasebette olduklarından ve kolayca tetkik edilebildiklerinden, beyin ve vücudun diğer kısımlarındaki damarlar hakkında da faydalı bilgi vermektedir. Retina ar-

teri tazyikinin tayini ise —herhalde arzettiği mühim endikasyonlar takdir edilmediğinden— birçok kliniklerde hâlâ rutin muayeneler sistemi içerisinde girememiştir. Halbuki göz dibinin ve retina arter tazyikinin tetkiki gebelikten evvel mevcut esasî hipertansiyon ve müzmin glomerulonefrit

(*) Bu çalışmaya Sayın Prof. Dr. Pasteur Valery-Radot'nun servisinde (Hopital Broussais - Paris) başlayıp Sayın Prof. Dr. Z. H. Pamir'in kliniğinde tamamladık. Etüdümüzün tahakkukunda kliniklerinde çalışmama müsaade ederek benden hiç bir yardımı esirgemiyen Sayın hocalarımıza ve Prof. Agr. P. Milliez'e şükranlarımı arz ederim.

gibi hastalıkların gebelik esnasında ne gibi bir seyir takip edeceği hususunda ehemmiyetli malûmat temin edebileceği gibi, aynı zamanda gebeliğe has toksemilerin seyri ve erken teşhisi hakkında da bazı fikirler verebilir.

İşte bu makalemizde, müzmin vasculo-renal hastalıkların gebeliğin seyri esnasındaki ağırlaşmasının erken teşhisinde, ve eklampsi ile preeklampsiilerin ilerdeki inkişaflarında göz dibi muayenesi ve retina arteri diastolik tazyiki (RADT) tazyikinin ne gibi faydalar temin edebileceğini tetkik edeceğiz.

Malzeme ve Metod:

Göz dibi ve retina arteri tazyikini, 64 esasî hipertansiyonlu, 36 müzmin glomerulonefritli ve 57 eklampsi, preeklampsi ve bunların nükseden tipine duçar gebe kadında tetkik ettik.

Göz dibi muayenelerini elektrikli ophtalmoscope ve RADT tayinini ise *Bailliant*'ın ophtalmodynamometre'i ile yaptık.

Retina arteri tazyikinin ölçülmesi: Ölçme prensipleri, umumî kan basıncı tayinindekilerin aynıdır. Oftalmoskoplara göz dibi arterlerine bakılırken, oftalmodynamometre ile sklera üzerine basılarak göz küresi içi tazyiki arttırılır. Bu tazyik, RADT ne eşit olunca retina arterinde nabazan görülür ve âlet üzerinde bu anda okunan rakam cinsinden retina arteri diastolik tazyiki olarak kaydolunur. Sistolik tazyiki ölçmek için oftalmodynamometre ile tazyike devam olunur; retina arterinde nabazanın kaybolduğu andaki rakkam retina arteri sistolik tazyikini gösterir. Fakat ekseriya hastalar sistolik tazyik ölçüsüne tahammül edemediklerinden RADT tayini ile iktifa etmek icap ediyor. Zaten bu da kâfi malûmat temin etmektedir.

Neticeler

Burada yalnız esasî hipertansiyona ait neticeleri arzedeceğiz. Zira en mühim ve faydalı bilgiyi ancak bu sınıf hastalarda tesbit ettik. Müzmin glomerulonefrit, eklampsi ve preeklampsilere ait neticeler münakaşa kısmında kısaca ele alınacaktır.

1947 denberi 82 hipertansiyonlu kadının 223 gebeliğini takip ettik. Fakat bunlardan ancak 64 hastada göz dibi ve RADT muntazaman tetkik edildi. 10 hastada gebelikten evvel göz dibi âfetleri mevcuttu. Şu halde, istatistiklerimizi 54 vak'a üzerine istinat ettireceğiz. (Tablo: I).

Münakaşa

I — Gebelik ve esasî hipertansiyon:

Esasî hipertansiyonda müşahede olunan göz dibi değişiklikleri retina damarlarının tahammüle mecbur olduğu anormal tansiyonun direkt netice-

leri olabilir. Normal olarak retina arterinde tesbit edilen diastolik tazyik 35 gr. civarındadır. (Yani koldan alınan minima kan tazyikinin (HADT) yarısından biraz daha aşağı) (HADT: Humeral arteri diastolik tazyiki).

RADT, hipertansiyonlu kimselerde koldan tesbit olunan diastolik tansiyondan daima daha süratli yükselir. Kan basıncı yükselmesi bütün arter sisteminde mütecanis olarak yayılmasına rağmen arteria carotis externa ve arteria carotis interna sahalarında, vücudun diğer kısımlarına nispeten daha fazla yüksektir. Meselâ kan basıncı kol ve bacaklarda iki misline çıktığı halde, göz dibi arterlerinde ve arteria temporaliste üç misli civarına yükselir. (Riser, 22, 1936; Dauban, 6, 1939) Meselâ bu müelliflerin hipertansiyonlu hastalarının % 75 inde RADT koldan ölçülen diastolik tazyikin yarısından çok üstündü. Bunu nisbî retina arteri hipertansiyonu (NRAH) olarak isimlendiriyoruz. Nadiren RADT nin umumî kan basıncına nisbetle düşük kaldığı da vaki olabilir. Bu hal, muhtemel olarak carotis interna damar sistemine ait arterlerin ileri derecede afettede olması şeklinde izah olunabilir. Diğer taraftan, Papilloretinitis'e musap hipertansiyonlularda muayyen bir humeral arter tazyiki için RADT ve dolayısıyla NRAH, göz dibi normal kalmış hipertansiyonlulardan daha yüksektir. Zaten hipertansiyona bağlı bir retinitis'e minima tansiyonu 120 mm Hg. den daha düşük olanlarda nadir rastlanır. Buna mukabil 140 mm Hg. üstündeki diastolik tansiyonlarda bu âfet çok sık müşahede edilir. Bu demektir ki, arterial hipertansiyonda, beyin kapiller şebekesi etraf kapillerlerden daha yüksek daimi bir hipertansiyonun tesiri altındadır. Böyle göz dibi âfeti olan hipertansiyonlularda, serebro-spinal mayinin tazyiki daima yüksek bulunmadığına göre NRAH daki artışın, lokal bir damar âfeti neticesinde husule geldiği ileri sürülebilir. Buda göz dibi kapiller şebekesindeki devranın fonksiyonel olarak bozulması, yani azalmasıdır. Bu mütalâaya istinat ederek, göz dibi âfetlerinde ne gibi bir tedavi takip edilebileceğini aşağıda zikredeceğiz.

Esasî hipertansiyonlu gebe kadınlarda bu NRAH'nun tetkikinin tedavi veya gebeliğin sona erdirilmesi endikasyonlarının konmasında büyük bir kıymet taşıyabileceği düşünülerek 1947 denberi hipertansiyonlu hastaların gebelikten evvel, gebelik esnasında ve gebelikten sonra göz dibini tetkik ve RADT ni tayin ettik. Burada dikkatimizi çeken nokta, humeral tansiyonda bariz bir değişiklik olmadığı halde NRAH nun, Dolayısıyla RADT/HADT (Humeral arteri diastolik tazyiki) nisbetinin tedrici olarak yükselmesi ve göz dibi âfetlerinin bu yükselmeden bir müddet sonra ortaya çıkmasıdır. Bunu, hipertansiyonlu hastalar-

Tablo: I).

Max. kan basıncı — Min. kan basıncı — RADT.					Diğer komplikasyonlar			
Gebeliğin başında	Bihare tesbit olunan yükselişine	Göz dibi afetin bu yükselmeden k. gün. ceessüs etti	Göz dib bulguları	Afetin teessüsünden sonraki tazyik	Göz dibi afetin den ne kadar zaman sonra teessüs etti	Bulgular ve bu andaki Max. kan basıncı — Min. kan basıncı — RADT.	Çocuk Hastalığın gebelikten sonra ağırlaşması	
1	170_110_65	170_110_75	21 g	Ödem	200_130_80	15 g Alb: 2 gr. Yaygın ödem	220_120_75	C +
2	180_100_60	190_100_80	5 g	Kanamalar, eksuda	220_130_80	0 g » 7 » » » , Konvülsiyon	260_140_80	Ö +
3	175_ 90_50	180_ 90_65	8 g	Kanamalar	210_125_70	3 g » 3 » » » , İnterrüpsiyon	220_130_70	Ö +
4	180_110_60	180_110_65	3 g	Gunn arazi, ödem	200_125_70	30 g Abortus		Ö -
5	165_100_70	170_100_70		Normal		Normal		C -
6	190_110_60	190_115_80	15 g	Ödem, kanamalar	240_140_100	2 g İn utero, çocuk ölümü		Ö -
7	160_100_60	180_100_75		Arterler ince parlak, pap. ödemi	200_130_80	Doğumu müteakip çocuk ölümü		Ö -
8	180_110_90	180_110_90		Normal		Normal		C -
9	200_120_70	220_120_85	3 g	Yaygın kanama	260_140_80	0 g Alb: 10 gr. Yaygın ödemire, konvülsiyon		Ö +
10	175_105_65	170_100_65		Normal		Normal		C -
11	170_ 90_45	180_ 90_60	14 g	Papilla ödemi	200_120_80	21 g Alb: 1,5 gr. Yaygın ödemler		C +
12	175_100_60	180_100_75		Normal		Normal		C -
13	180_100_70	190_110_80	15 g	Eksudalar	230_140_80	1 g Alb: 3 gr. Ödemler, torpör, interrüpsiyon	250_140_90	Ö +
14	155_ 90_45	155_ 90_45		Normal		Normal		C -
15	175_100_70	170_100_80		Arterier ince		Normal		C -
16	170_100_60	170_ 95_80		Normal		Normal		C -
17	180_ 95_55	200_100_75	14 g	Kanamalar	225_135_75	14 g İn utero çocuk ölümü, Alb: +		Ö +
18	180_110_65	190_110_65		Ödem, kanamalar		Normal		C -
19	150_ 90_55	160_ 90_55		Normal		Normal		C -
20	175_100_55	170_ 95_70	28 g	Arterler ince, Papilla ödemi	210_115_70	30 g Alb: Eser, ayaklarda ödemler		C -
21	195_110_70	200_110_80	7 g	Kanamalar	240_135_90	10 g Yaygın ödemler, görme bozukluğu, abortus		Ö +
22	180_100_75	180_100_75		Normal		Alb: 6 gr. Yaygın ödemler, in utero çocuk ölümü		Ö +
23	150_100_50	150_100_50		Normal		Normal		C -
24	200_120_75	220_120_95	4 g	Kanamalar	230_130_100	3 g Plasenta dekolmanı		Ö +
25	160_ 90_50	170_ 90_75		A. ince, parlak?		Normal		C -
26	175_100_65	180_100_65		Ödem, kanamalar, Eksudalar		Normal		C -
27	175_ 95_50	185_100_70	7 g	Papilla ödemi	200_110_70	30 g Alb: + , Ödemler	220_120_70	C -
28	190_120_80	190_120_80		Normal		Abortus		Ö -
29	170_105_65	170_105_65		Normal		Normal		C -
30	180_100_65	180_100_80	15 g	A. İnce, Gunn arazi	200_130_85	36. cı hafta prematüre doğum, Alb: +		C -
31	180_110_90	190_110_	4 g	Ödem, kanamalar	210_135_	0 g Yaygın ödemler, anurle, konvülsiyonlar		Ö +
32	170_ 80_65	175_ 85_85	21 g	Papilla ödemi	200_130_95	Normal		C -
33	160_ 90_60	160_ 90_60		Normal		Normal		C -
34	185_110_70	180_115_90	10 g	Kanamalar	210_135_100	5 g Alb: 4 gr. yaygın ödemler, abortus	240_140_100	Ö +
35	150_ 90_40	170_ 90_55	21 g	A. İnce, V. dolgun Papilla flu	180_110_55	34 üncü hafta prematüre doğum		C -
36	170_100_60	180_100_75	9 g	Gunn arazi, ödem	180_115_80	30 g Alb: Eser, ödemler, şiddetli başağrısı	200_125_80	C +
37	190_100_60	170_100_80	14 g	Ödem	200_125_80	7 g Alb: 2 gr. Ödemler	210_130_85	C -
38	175_ 80_45	175_ 80_45		Normal		Normal		C -
39	170_ 95_55	170_100_60	15 g	Papilla ödemi	190_110_55	15 g Prematüre doğum		C -
40	165_ 90_60	170_ 95_80	21 g	V. dolgun, ödem		40 g Alb: + , Ödemler, görme bozukluğu		C +
41	175_100_50	180_100_70	8 g	Kanamalar	220_125_80	2 g Abortus		Ö +
42	200_130_70	210_130_95	3 g	Ödem, kanamalar	220_140_100	7 g Eklampsii, çocuk in utero		Ö +
43	195_120_70	200_120_80	7 g	Pap. ödemi, kanama		7 g Normal		C -
44	150_ 90_60	160_100_75	20 g	Papilla ödemi	190_120_80	10 g Alb: +		C +
45	180_100_65	180_100_80		Normal		Normal		C +
46	150_ 80_70	150_ 80_80	7 g	Papilla ödemi	240_120_90	Normal		C -
47	175_100_60	180_100_75	14 g	Kanamalar	320_130_80	7 g Alb: + + + , yaygın ödemler, interrüpsiyon	240_130_100	Ö +
48	160_100_55	160_100_55		Normal		Normal		C -
49	170_ 90_65	170_ 90_65		Normal		Normal		C -
50	180_105_60	180_110_90	3 g	Ödem	210_120_90	0 g Alb: 5 gr. yaygın ödemler, hasta dalgın, interrüpsiyon		Ö +
51	170_100_75	170_100_75		Normal		Normal		C -
52	165_ 90_50	180_100_75	10 g	Ödem	210_130_75	2 g Abortus, Alb: +		Ö -
53	170_ 90_60	170_ 90_80	14 g	Ödem	200_120_80	30 g Abortus		Ö -
54	175_100_65	180_100_80	21 g	Gunn arazi, ödem	200_130_80	7 g Alb: + , alt tarafta ödemler		C -

NOT: Tansiyonları gösteren rakamlardan birincisi Max. kan basıncı, ikincisi Min. kan basıncı, üçüncüsü RADT'dir.
Kısaltmalarda: A = Arter, V = Venalar, Alb = Albüminüri, Pap = Papilla, C = Canlı çocuk, Ö = Ölü çocuk, g = Gün.

da gebeliğin inzarını tayin bakımından ehemmiyeti haiz bir işaret telâkki etmekteyiz. Zira bu sayede, gebeliğin anatçı ve tekrar şifa bulmasına imkân olmiyan uzvi âfetlerin teessüsünden evvel durdurulması ve bu suretle hastalığın istikbalde daha iyi bir seyir takip etmesi sağlanabilir kanaatindeyiz.

I ve II numaralı tablolarda görüldüğü gibi, 54 hastanın 38 inde (% 73,3), umumiyetle gebeliğin ikinci yarısından itibaren, NRAH'nun humeral kan basıncından evvel yükselmeye başladığı müşahede edildi. NRAH ve RADT / HADT nisbeti yükselmesi bu hastaların 30 unda (% 78) göz dibi âfetlerinin (ödem, kanama mihrakları, ve eksuda plakları ile müterafik retinitis hipertansiva) teessüsünden asgarî 3 gün azamî 4 hafta evvel teşhîs olunmuştur.

Kanaatimizce böyle bir göz dibi âfetinin teessüsü gebeliğin durdurulması için bizzat kâfi bir sebep teşkil etmekle beraber, bu 38 hastada müşahede edilen komplikasyonların teşhîr ve münakaşası bu bulgunun kıymetlendirilmesinde faydalı olacaktır.

Filhakika II numaralı tabloda görüldüğü gibi: 30 hastanın 12 sinde (% 40) kan basıncının ileri derecede yükselmesi, ödemler ve albüminüri, çocuğun prematüre doğumu gibi nisbeten selim sayılabilecek komplikasyonlar görülmüş, diğer 15

hastada (% 50) ağır toksemi, abortus, placenta dekolmanı, çocuğun in utero veya doğumu müteakip ölümü gibi daha ağır ihtilâtlar müşahede edilmiştir. Daha mühimi, bu hastaların yarısında, doğumdan sonra, ihtilâtlı gebelikten dolayı bizzat hastalığın da ağırlaştığının tesbit edilmiş bulunmasıdır.

NRAH nun yükseldiğini tesbit ettiğimiz diğer 8 hastanın göz dibi bulguları yalnız arterlere münhasır kalmakla beraber bunların da üçünde ağır ihtilâtlar görüldü.

Bunlara mukabil, NRAH yükselmesi tesbit olunmayan 16 hastadan yalnız ikisinde retinitis hipertensiva görüldü, diğer ikisinde de toxemia hipertensiva müşahede olundu. Geriye kalanlarda dikkate değer bir araz kaydedilmedi.

Bundan çıkaracağımız neticeyi şöyle hülâsa edebiliriz: Esasî hipertansiyonlu gebe bir kadında, humeral kan basıncı, böbrek, kalp ve üreme organlarının yakından kontrolü yanında, göz dibinin tetkiki de büyük bir ehemmiyet arz etmektedir. Böyle bir hastada göz dibi yakından takip olup arterlerde tesbit olunan değişikliklerin (arterin incilmesi, büklümler arzemesi, Gunn ârazı) dikkatle araştırılması icabettiği gibi, RADT ni gebeliğin başından itibaren takip etmek ve bunun ve bilhassa RADT / HADT nisbetinin yükselmeye başlamasının bir alarm işareti olduğunu ha-

TABLO: II — 54 esansyel hipertansiyonlu gebe kadına ait hususiyetler:

NRAH	GÖZ DİBİ	MARAZÎ	KLİNİK TABLO	ÇOCUK		Hastalığın gebelikten sonra ağırlaşması				
				Canlı	Ölü	-	+			
I - 38 hasta NRAH yük- selmesi (% 73,3)	A: 30 hasta göz dibi âfetzede (% 78)	a — 12 hasta (% 40)	1 — 9 hasta: Hafif tox. hyp.	9	0	4	5			
			2 — 3 » : Prematüre doğum	3	0	3	0			
			1 — 8 » : Ağır tox. hyp.	0	8	0	8			
			2 — 3 » : Abortus	0	3	1	2			
			3 — 2 » : İn utero çocuk ölümü	0	2	1	1			
		b — 15 hasta (% 50)		4 — 1 » : Placenta dekolmanı	0	1	0	1		
				5 — 1 » : Doğumu müteakip çocuk ölümü	0	1	1	0		
				c — 3 hasta (% 10)	Normal gebelik	3	0	3	0	
				a — 3 hasta		1 — 2 hasta: Ağır tox. hyp.	0	2	0	2
				b — 5 hasta			2 — 1 » : Abortus	0	1	0
II - 16 hasta NRAH de- ğişmedi (% 26,7)	A: 2 hasta göz dibi afetzede	a — 2 hasta	Normal gebelik	5	0	5	0			
				B: 14 hasta göz dibi normal	b — 12 hasta	Normal gebelik	2	0	2	0
				1 — 1 hasta: Ağır tox. hyp.			0	1	0	1
				0	1	1	0			
				12	0	12	0			

tırda tutmak lâzımdır. Tablo III. de görüldüğü gibi bu yükselmenin 15 gr.a varması ilk tehlike işaretinin çalması demektir. Filhakika, görülüyor ki, NRAH u 15-20 gr.a yükseldiğinde göz dibi âfetleri ve diğer komplikasyonlar da daha sıklaşmaktadır.

TABLO: III — NRAH nun yükselmesi:

NRAH yükselmesi (gr. olarak)	5	10	15	20	25	30	30 dan yukarı	Total
Vak'a adedi	2	6	14	12	2	1	1	38
Retina âfeti	2	5	12	11	1	1	1	33
Diğer ihtilâtlar	2	3	12	10	1	1	1	30

Ayrıca, bu yükselme 75 e varınca veya bunu geçince (Tablo: IV) retinitis çok büyük bir ihtimalle teessüs etmiştir, veya kısa zamanda teessüs edecektir.

TABLO: IV — NRAH seviyesi:

RADT seviyesi (gr. olarak)	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
Vak'a adedi:				1	2	2	3	9	14	2	3	2	
Retina âfeti				1	2	2	3	7	11	2	3	2	
Diğer ihtilâtlar				1	2	2	3	7	9	1	3	2	

Bu yükselmenin devamlı olduğu tesbit edilince alınacak tedbirler şunlardır: Hasta yakından takip edilerek, mutlak istirahat ve tuzsuz bir rejime tabi tutulmalı, bunların müessir olmadığı görüldüğünde, cerebral ve böbrek deveranını tanzim eden ganglioplégique veya diğer hipotansörler (Hexamethonium, veratrum viride alkaloidleri ve bilhassa hydrasino-phtalasine) ilâve olunmalıdır. (Assali, I, 1952; Baird, 3, 1951; Finnerty, II a, b, 1953; Friedberg, 12, 1952; McCall, 15, 1953; Penny, 19, 1951; Rhoads, 21, 1951). RADT nin yükselmekte devam ettiği vak'alarda anne muhakkak canlı bir çocuk sahibi olmak istiyorsa sympathectomie dorso-lombaire düşünülmelidir. (Austin, 2, 1948; Koloğlu, 14 b, 1951; Newell, 16, 1947; Peet, 18 a, 1948, 18 b, 1949). Bütün bu tedbirlere rağmen, bir retinitis hipertensiyasının teessüsüne mani olunamazsa gebeliğe son verilmesi için kat'i endikasyon var demektir. Eğer, maksima kan basıncı 180 mm Hg. nin üstünde ise, bir böbrek âfeti mevcutsa ve kandaki üre seviyesi de % 40 mgr.ı aşmışsa, bu endikasyon âcildir. Zira, eğer bu âraz eklampside olduğu gibi kısa bir müddet sürerse, tekrar şifası kabildir; aksi halde, retinanın inatçı uzvi âfetleri teessüs eder; bunu da, umumiyetle diğer hipertansiyon komplikasyonları takipte gecikmiyecektir. Browne, 4 a, 1939, 4 b, 1942; Chesley, 5, 1947; Dexter, 7, 1943; Dill, 9, 1941; Kellog, 13, 1945; Koloğlu, 14, 1951; Peckham, 17, 1941).

II — Gebelik ve müzmin glomerulonefrit:

Glomerulonefritin seyri esnasında müşahade-

de edilen retinitis, ekseriya bir görme bozukluğu tevlid edecek kadar ilerledikten sonra hastaların gebeliği esnasında, hastalığın seyri, tedavisi ve gebeliğe son verilmesi hususunda bir endikasyon elemanı olarak büyük bir fayda temin etmedi. Çünkü nefritlerde göz dibi âfetleri çok geç teessüs eder. Hattâ azotemi'nin çok yüksek rakkamlara ulaştığı vak'alarda bile göz dibini normal bulmak istisnai bir hal değildir.

Biz, 36 müzmin glomerulonefrite musap hastayı gebelikleri esnasında takip edebildik. Bunların ancak % 20 sinde göz dibi âfetleri tesbit olunduğu halde, hastalık gebeliğe bağlı olarak % 66 vak'ada ağırlaşmıştı. Binaenaleyh, müzmin glomerulonefritlilerde gebeliğe son verilmesi için asla göz dibi âfetlerinin teessüsünü beklememelidir. Zira bunların teessüsü zaten çok geç kalındığının bir işareti olacaktır.

RADT ne gelince, bu da müzmin glomerulonefritte kayda değer bir fayda temin etmemektedir.

Şu halde, gebeliğin sona erdirilmesine, diğer bir makalemize mevzu teşkil eden kriteriyumlar (Koloğlu, 14 b, 1951) nazarı itibara alınarak ve göz dibi âfetlerinin teessüsü beklenmeden karar verilmelidir.

III — Eklampsi ve preeklampsi:

Etüdümüzün tam olmasını temin için gebeliğe has toksemilerden preeklampsi, eklampsi ve bunların nükseden tiplerinin tetkikini de lüzumlu gördük. Burada daha ziyade, takip ettiğimiz bir gebelik toksemisi vak'asının, bir preeklampsi mi, bir müzmin glomerulonefrit mi, yoksa bir esasî hipertansiyon mu olduğunun tefriki üzerinde durmak istiyoruz.

Bu mevzuda çalışmış olan müelliflerden Drell (10, 1948) gebelik toksemisi vak'alarının % 98 inde göz dibi âfetleri tesbit ettiğini ve bunların basit anjiospastik tegayyürattan ödem, kanama, ek-süda, bazan da retina dekolmanına kadar giden âfetler olabileceğini ifade ediyor. Bu müellif RADT üzerinde hususî bir çalışma yapmadığı gibi, göz dibi âfetlerinin bahsettiğimiz hastalıkların tefrikinde faydalı olup olamayacağı hakkında da bir mütalâada bulunmamaktadır.

Dieckmann (8, 1939), gebelik toksemilerinin teşhis ve tefriklerinde göz dibi muayenesine büyük bir ehemmiyet atfetmiyor.

Reid ve Teel (20, 1939) e gelince, bu iki müellif, bu muayenenin yalnız tedavi şeklini tayinde değil, preeklampsi ve eklampsielerde esasî hipertansiyonun tefrikinde de büyük faydalar temin edeceği fikrindedirler.

Takip edeceğimiz 57 eklampsi ve preeklampsi vak'asında sistemantik olarak göz dibini ve RADT ni tetkik ettik:

Göz dibi: Preeklampsi vak'alarımızın ancak % 20 sinde arterlerin daralması, papilla ödemi gibi hafif tegayyürat mevcut idi. Diğerlerinin göz dibinde herhangi marazî âfet yoktu.

Eklampsi vak'alarına gelince, bunların göz dibi muayenelerinde daima daha ağır tegayyürler müşahede ettik (arter tegayyüratı, ödem, kanama mihrakları, ekstüda plakaları).

RADT: Retina âfetleri müşahede olunan eklampsi ve preeklampsi vak'alarında, RADT humeral diastolik tazyike nisbetle daima daha yüksekti. Ancak eklampsinin ne kadar süratle teessüs edebildiği nazarı dikkate alınırca, bu nisbî retina arteri hipertansiyonunun hastalığın erken teşhisinde büyük bir fayda temin edemeyeceği aşikârdır. Halbuki bazı uzun süren preeklampsi ve bunun nükseden tipinde hastalığın ağırlaşma temayülünü NRAH nun tedrici fakat inatçı yükselmesi ile, daha evvelden sezme kabildir.

Bizim takip ettiğimiz vak'alarda, gerek göz dibinin tetkiki ve gerekse RADT preeklampsi, müzmin glomerulonefrit ve esasî hipertansiyonun tefrikinde ehemmiyeti haiz bir eleman olmalıdır, çünkü, göz dibi âfetlerinin manzarası bu âfetlerin ne zaman teessüs ettiğini ve hangi vasküler renal âfete ait olduğu hakkında sarîh bir malûmat verememektedir.

Hulâsa:

Esasî hipertansiyon ve müzmin glomerulonefrite müsâp hastaların gebelikleri esnasında ve gebeliğe has toksemilerde (eklampsi ve preeklampsiler) göz dibi muayenesini ve bilhassa retina arteri diastolik tazyiki tayininin, hastalığın ağırlaşıp ağırlaşmayacağına daha evvelden tesbit edilmesi bakımından ne gibi bir kıymet teşdiği tetkik edildi:

I. — Takip olunan 54 esasî hipertansiyonlu hastanın 38 inde humeral arter tazyiki sabit kaldığı halde, retina arteri diastolik tazyiki, dolayısıyla RADT / HADT nisbeti gebeliğin ikinci yarısından itibaren yükselmeğe başladı. Bunların 30 unda bu nisbî retina arteri hipertansiyonu yükselmesi göz dibi âfetleri teessüsünden asgarî üç gün, azamî dört hafta evvel müşahede olunmuştur. Şu halde, tedricî ve daimî olarak yükselen bir NRAH u tesbit olunan hastaların 3/4 ünde muayyen bir müddet sonra göz dibi âfetleri teessüs ediyor ve bunları da diğer komplikasyonlar takipte gecikmiyor. Binaenaleyh, RADT nin takibi gebe hipertansiyonlularda, tedavi veya gebeliği durdurma endikasyonu koymada mühim bir unsur olabilir.

II. — 36 müzmin glomerulonefritli hastada göz dibi âfetleri hastalığın ileri bir safhasında meydana çıktığına göre bu âfetler ancak gebeliği sona erdirmekte çok geç kalındığına işaret eder. RADT nin tayini de büyük bir fayda temin etmez.

III. — Gebeliğe has toksemilerde NRAH nun

yükselmesi yalnız bazı uzun süren preeklampsi vak'alarında hastalığın ağırlaşacağına erken âlâmeti olarak bir kıymet arzettiği halde göz dibi âfetleri gebelik toksemisinin bir esasî hipertansiyon, bir müzmin glomerulonefrit veyahut da bir preeklampsi olup olmadığını tefrikte bir fayda temin etmemektedir.

Résumé:

Nous avons étudié l'intérêt de l'ophtalmoscopie et la mesure de la pression artérielle rétinienne diastolique chez 54 hypertendues essentielles, 36 néphritiques chroniques et 37 toxémiques pures gravidiques, en vue de la prévision des accidents toxémiques pendant la grossesse.

I — Nous avons constaté l'élévation de l'hypertension artérielle rétinienne relative chez 70 % de nos hypertendues essentielles, dont chez 78 %, cette élévation avait précédé de trois jours à quatre semaines l'installation des signes de la rétinite hypertensive qui était suivie elle-même par d'autres complications encore plus graves. L'étude du fond de l'oeil est donc indispensable pour suivre l'évolution de la grossesse chez les hypertendues et pour préciser les indications d'une interruption éventuelle.

II — Dans les néphrites chroniques et dans les toxémies pures et récidivantes de la grossesse (Eclampsie, prééclampsie et hypertention gravidique récidivante) l'ophtalmoscopie et la mesure de la pression artérielle rétinienne nous paraissent sans aucune valeur dans la prévision des accidents toxémiques et dans le diagnostic différentiel entre la prééclampsie et les cas de néphrites chroniques ou les cas d'hypertensions artérielles essentielles.

Literatür:

- 1 — Assali, N. S., Suyemoto, R.: Apresoline in the toxemia of pregnancy Amer. J. Obstetr. 1952, 64, 1021.
- 2 — Austin, Frymire: Pregnancy following the Smithwick operation for hypertension. (A. J. of O. and G. 1948, 56, 805).
- 3 — Baird, W. W., Assali, N. S.: Use of new veratrum preparations (Verental and Veraflex) in toxemia of pregnancy. A. J. of Obs. and Gyn. 1951, 62, 1093-1099.
- 4a — Browne, F. J., Dodds, G. H.: The remote prognosis of the toxemia of pregnancy. (J. of Obs. and Gyn. Brit. Emp. 1939, p - 443).
- b — Browne, F. J., Dodds, G. H.: Pregnancy in the patients with chronic hypertension. J. Obs. and Gyn. Brit. Emp. 1942, 49, 1, 17.
- 5 — Chesley, L. C.: Pregnancy in the patient with hypertensive disease A. J. of Obs. and Gyn. 1947, 53, 372, 38.
- 6 — Dauban, F.: Quelques particularités de la circulation cephalique chez l'homme. Thèse de Toulouse, 1939.
- 7 — Dexter, L. Weiss, S.: Hypertension toxemia of pregnancy, preeclampsia and eclampsia J. of A. M. A. 1943, 122, 145.
- 8 — Dieckmen, W. J., Browne, J.: Eclampsia and preeclampsia cause permanent vascular pathology. A. J. of Obs. and Gyn. 1939, 37, 762-776.
- 9 — Dill, L. D., Isenhour, C. E.: L'action des gestation répétées chez les lapines avec hypertension rénale. Surg. Gyn. Obs. 1941, 72, 38.
- 10 — Drell: Fond d'oeil des toxémiques. Western J. Surg. Obs. and Gyn. 1948, 56, 455.
- 11a — Finnerty: Simplified management of hypertensive toxemias. A. J. of Obs. and Gyn. 1953, 65, 4, 692.
- b — Finnerty and Fu Chs.: Veratrum treatment of toxemia pregnancy. A. J. of Obs. and Gyn. 1953, 66, 4, 830.
- 12 — Friedberg, V.: A presoline in the treatment of toxemia

- mia of pregnancy Geburtsh. U. Frauen Hk. (all) 1952, 12, 474.
- 13 — Kellog, F. S.: Toxemia of pregnancy. Clinics 1945, 4, 3, 586.
- 14a — Koloğlu, S.: Hypertension gravidique récidivante. La Gazette Médicale de France 1948, 55, 13, 517.
- b — Koloğlu, S.: Traitement préventif de la toxemia gravidique 1 — J. des praticiens 1951, 18, 209. 2 — J. des praticiens 1951, 19, 228.
- c — Koloğlu, S.: L'étude des maladies vasculo-rénales chroniques au cours la grossesse. La Gazette Médicale de France. 1951, 58, 6, 375.
- 15 — McCall: Effect of Veratrum viride and apresoline on cerebral circulation and metabolism in toxemia of pregnancy. A. J. of Obs. and Gyn. 1953, 66, 5, 1015.
- 16 — Newell, Smithwick: Pregnancy following lombo - dorsal splanchnicectomy for essential and malignant hypertension associated with chronic pyelonephritis. New England J. M. 1947, 236, 851-858.
- 17 — Peckham, C. H: Time of onset and duration of the toxemias of late pregnancy in relation to the development of permanent vascular damage. A. J. of Obs. Gyn. 1941. 42. 633-645.
- 18 — a — Peet, M. M.: Toxemie surajoutée a l'hypertension existante avant la grossesse traitée par la splanchnicectomie. Surg. Gyn. and Obs. 1948, 86, 6, 673-679.
b — Peet, M. M, Isberg, E. N.: Quelques aspects de la maladie hypertensive de la grossesse traitée par la splanchnicectomie. The A. J. of Med. Sci. 1949, 217, 5, 530-538.
- 19 — Penny, C. R., Shackleton, R. P. W.: Case of eclampsia treated with hexamethonium bromid (quatrenary amoniumcompound) Lancet 1951, 2, 617-618
- 20 — Reid, D. E., Teel, H.: Nonconvulsive pregnancy toxemias, their relationship to chronic renal disease. A. J. of Obs. and Gyn. 1939, 37, 1, 886-896.
- 21 — Rhoads, E. E., Schmidt, R. D. F.: Veratrum viride. A. J. of Obs. and Gyn. 1951, 61, 914-918.
- 22 — Riser: Sur la signification de l'hypertension arterielle rétinienne relative chez les hypertendus arteriels. Extrait Bull. Soc. Ophthalmologique de Paris. 25 Avril 1936 (Clermont).

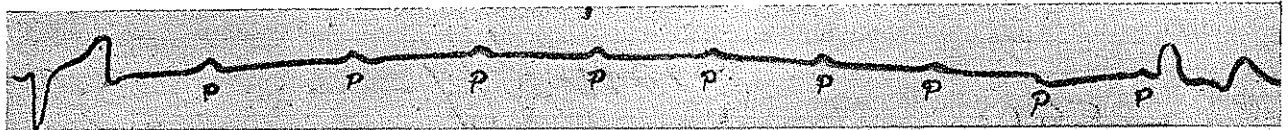
Paroksizmal Ventriküler Taşikardi ile müterafik bir vak'ada intikal Bozuklukları münasebetile (*)

Dr. C. İren - Dr. F. Pamir

30/6/954 günü tekrar müracaatında servise alınan hastada: birkaç günden beri devam etmekte olan gripal enfeksiyon hali ile birlikte, bilinmeyen bir sebeple günde bir grama yükseltilen (esasen uzun zamandır 0,40 gr. olarak alınmakta idi) Quinidine'e ait entoksikasyon belirtileri tesbit ve E.K.G. ile de teyid edilmiştir. QRS kompleksleri Wilson bloku tipini kaybetmiş, mutad dışı genişlemiş, tam bir atipi göstermekte; bazan basit bazan da parsiyel bloklar, yer yer poliform ektopik menşeli ventriküler ekstrasistollerle karışmakta idi.

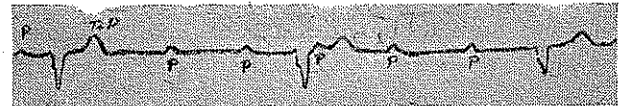
bir tesadüf olarak kısa süreli bir Adam-Stockes devresi ve bunu takiben de tam blok teessüsü tesbit edildi (Trase: VI a-b). Atriumların dakikada 100 atımlı kontraksiyonu yanında ventrikül 36 atımla otomatizmasını kazanmıştı .Bu tam blok hali maalesef devamlı olmamış, zaman zaman basit blok, 1/2 - 1/3 lü parsiyel blok, hattâ sinüsüs bradikardi ile müterafik ventriküler ekstrasistoller halinde intikal bozuklukları devam ede gelmiştir.

(*) Anadolu Kliniği yıl: 20, sayı: 3, sayfa 103 deki makaleye ektir.



VI a.

Hasta antifibrilatuvar tesiri dolayısıyla H. Camphrée ve vagal tonusun hissesini bertaraf etmek düşüncesiyle Atropine (1/2 - 1 mg.) verilerek müşahedeye alındı. Birkaç gün zarfında tedricen düzelme yoluna girdiyse de 4/7/954 günü tekrarlayan defeyyans ve kısa devamlı absans hali zuhur etti. Bu esnada yapılan E.K.G. de fevkalâde



VI b.

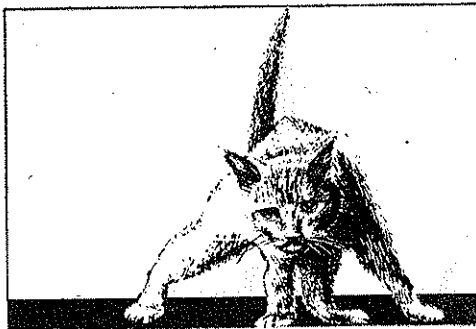
DAHA YÜKSEK EMNİYET İÇİN YENİ FORMÜL

DICRYSTICIN YENİ FORMÜL

Squibb Prokain Penicillin G ve
Potasyum Penicillin G ile
Streptomycin Sulfat ve
Dihydrostreptomycin Sulfat

Terkibe katılan müsavi miktardaki streptomycin ve dihydrostreptomycin sayesinde ototoksik tesir geniş ölçüde bertaraf edilmiştir. Streptomycinin toksik tesiri başlıca sekizinci kranial sinirin vestibül şubesine müteveccih olduğu halde dihydrostreptomycin koklea şubesine tesir etmeye mütemayildir. Hasta her iki drogun ancak yarısını aldığı takdirde toksisite önemli derecede azalmış olmakta, terapötik tesir ise eksilmemektedir

Streptomycin
verilen kedide
ataksi görülür



Aynı miktar streptomycin
dihydrostreptomycin karışımı
verilen kedi normal muvazeneye
sahiptir.



Bu resimler hakiki
fotoğraflardan alınmıştır.

Muhtelif doz ihtiyaçlarını karşılamak üzere şu şekillerde hazırlanmaktadır.

	DICRYSTICIN YENİ FORMÜL	DICRYSTICIN FORTIS	DICRYSTICIN 800 FORTIS *
Takviye edilmiş prokain penicillin G (ünite)	400,000	400,000	800,000
Streptomycin - dihydrostrep- tomycin (gram)	0.5.	1	1

1 dozluk şişeler

* Yakında çıkacaktır.

"DICRYSTICIN"
E. R. Squibb & Sons Firmasına ait
ticari bir isimdir.

SQUIBB

Penicillin ve streptomycin araştırmaları
ve istihsalinde önder.

JENİTAL HESİÇLERİN TEBDİL VE UYANMASINI TEMİN EDEN FAKTÖR

HORMONE GONADOTROPE ROUSSEL



KIZLARDA

Bülûğ gecikmesi
Enfantilizm
Hipojenitalizm



KADINDA

Primer Amenore
Metro'raji
Ovülasyon yoklu-
ğuna merbut
kısırlılık



ERKEKTE

Azoospermie
Oligo-Asthe-
nospermie

400 u.i. lik 6 ampul ihtiva eden kutular.

800 u.i. lik 3 ampul ihtiva eden kutular



LES LABORATOIRES ROUSSEL

Institut de Sérothérapie Hémopoïétique
97 rue de Vaugirard - PARIS 6^e

Ankara Nümune Hastanesi Hərıcıye Servisi:
Şef: Dr. Op. Suat Orbay

Tiroit'de Kist Hidatik

Op. Dr. Nuri Soylu

Vak'a:

Fatma Büke, 50 yaşında, Beypazarlı, ev kadını, prot. 12818/3666, giriş 31/8/954 çıkış 8/9/954. Boynundaki şişlikten şikâyetle müracaat ediyor. 3 sene önce boynunun ön-sol tarafında fındık cesametinde yumuşakça, ağrısız, yutkunma ile hareketli bir şişlik farketmiş, hiç bir rahatsızlık vermiyormuş, zamanla büyümüş, ancak nefes alıp vermede bariz güçlük hissetmeye başladığından tedavisi için müracaat ediyor. Soy ve öz geçmişinde kayda değer bir hususiyet yok. Ahvali u-mumiye iyi, hiper ve hipo tiroidiye ait bir bulgu yok. Muayenesinde boyun ön-solda, orta kısımda, küçük portakal cesametinde, cilde mültesik olmayan, üzerindeki cilt kısmı tabii görünüşte, yutkunma ile yukarı aşağı hareketli, palpasyonla kistik evsafda, kısmen mobil, ağrısız, pulzasyon alınmayan tümoral bir kitle tesbit edildi. Fizik

muayene ile diğer organlar normal bulundu. Basit, solda kistik bir guatr teşhisle ameliyata sevk olundu. Klasik müdahale ile sol lob total olarak çıkarıldı. Piyes şak yapıldığı zaman içerisinde kaya suyu manzarasında berrak mayi ve pek çok inci danesi şeklinde veziküllerin mevcut olduğu, tipik kist membranlarının bulunduğu, hülâsa kistik guatr zannettiğimiz bu tümöral kitlenin bütün hususiyetlerle mültiveziküler bir kist hidatik olduğu anlaşıldı. Bilâhare hastaya yapılan soruşturmalarda ürtiker gibi anaflaktik hallerin bulunmadığı da öğrenildi. Mütemmim muayenelerde sadır ve batında kisti hidatiğe delâlet eder bir bulguya da rastlanmadı.

Kist hidatikler hakkında şimdiye kadar müteaddit neşriyat yapılmıştır. Vak'amızın hususiyeti Tiroide kist hidatiğe çok nadir rastlanılmasıdır. Wegelin'in literatürde 30 vak'a tesbit etmiş olması da bu kanaatimizi desteklemektedir.

Bon Üniversitesi Dahiliye Kliniği çalışmalarından:

Direktör: Prof. Dr. P. Martini

Bağırsak ve Bronchial asthma tedavilerinde ACTH ve Cortison

Dr. İbrahim Ustaömeroğlu

Bağırsak ve Bronchial asthma tedavilerinde ACTH ve Cortison.

ACTH (Adrenocorticotrop hormon) Hypophysönop, Cortison ise böbreküstü cortex hormonudur.

Weissbecker Cortison'u yüksek miktarda böbreküstü kabuğunda ve peripherik kan içinde göstermeğe muvaffak oldu. Yine Weissbecker'e göre ACTH böbreküstü Cortexi için mühim bir tesiri haiz olup, Cortex hormonunun sekretionunu regüle eder.

Ebert ve Wissler, A.C.T.H. ve Cortisonun allerjik hastalıklardaki tesir mekanizmasını hayvan tecrübeleri ile tespit ettikten sonradır ki; her iki hormon kliniklerde bilhassa Asthma bronchiale tedavisinde büyük bir ehemmiyet kazandı. Esasen bu hormonların Antigen - Antikörper reaktionları önlediği ve aynı zamanda serum sensibilisationunu da azalttığı malûmdur. Bugüne kadar, bilindiği gibi, ACTH ve Cortison modern kliniklerde muhtelif hastalıkların tedavisinde muvaffakiyetle kullanılmaktadır.

Aşağıda bu hormonlarla kliniğimizde tedavi ettiğimiz iki vak'aya ait müşahedeleri kısaca arz etmek istiyorum:

Vak'a: I. — S. M. 54 yaşında, lokantacı.

Hikâyesi: 1943 de hafif akciğer emphysemi, 1948 de Pneumonie. Bu zamandanberi hava ile münasebeti olmayan asthma nöbetleri. Son iki sene zarfında nöbetlerde sıklıkla. Bu sebepten hastahane tedavisine lüzum görülmüş.

İlk klinik muayenesi: Dudaklar ve parmak uçları cyanotik, boğulurcasına nefesdarlığı.

Perkütüonla: Hypersonorite, akciğer alt hudutlarında derin nefes almada pek az değişme.

Auskultationla: Sibilan ve ronflan raller.

Kalp hudutları: normal. Nabız: 96, RR 145/90 mm. Hg. Ekg normal. Karaciğer iki parmak büyük.

Röntgen muayenelerinde: Emphysem ve hafif akciğer rüküdeti. Sağ Frontal sinusde kronik iltihap.

Teşhis: Asthma bronchiale ve sekonder kalp yetmezliği.

Hastalığın seyri: Hasta kliniğe geldiği zaman tehlikeli bir klinik tablo gösteriyordu. Bu sebepten derhal 400 cm.³ kan alınarak 1/4 mg. Strophantin ve 0,12 gr. Euphyllin şırınga edildi. Aynı zamanda ilk üç gün. 100 mgr. Cortison i. M. ve müteakip 8 gün, günlük 30 İ.E. ACTH i.M. zerkedildi. Bu tedavi esnasında Asthma nöbetleri ve nefes darlığı tamamen kayboldu. Hasta kendini iyi hissettiği için Weihnacht tatilinde izinli olarak evine gönderildi. Fakat ertesi gün yeniden başlayan kuvvetli Astma nöbetleri yüzünden tekrar kliniğe dönmek mecburiyetinde kaldı.

Klinik tablo bu defa da tehlikeli bir durum arz ediyordu. 200 cm.³ kan alınıp, kalp takviyesi yapıldı. Tehlikeli durumun geçmiş olmasına rağmen, Astma nöbetleri her gün biraz daha şiddetlenmeğe başladı. Bir haftalık müşahededen sonra, tekrar günlük 100 mgr. Cortison i.M. şırınga

etmeye mecbur kaldık. Cortison tatbiki ile birlikte nöbetler derhal kayboldu.

Mevcut Frontal sinüsiti'nin Astma nöbetlerinin husulünde rol oynuyacağını düşünerek K.B.B. kliniğinde lüzumlu tedavisi yaptırıldı. Hasta tekrar kendini sıhhatli hissettiğinden, uygun bir bölgede tepdilhava yapması tavsiye edilerek hastaneden çıkarıldı.

Hasta çıktıktan kısa bir müddet sonra hafif Astma nöbetleri tekrar gelmeğe başladı. Böylece 6 ay kadar kendisini evinde takip etmek fırsatını buldum. Her Cortison şiringasından sonra nöbetler kısa bir zaman için geçiyordu. Birçok sebeplerden dolayı, hasta lüzumlu kür tedavisine ancak — ay gecikmeden sonra gidebildi.

Vak'a: II. — L. P. 24 yaşında, telefon memuresi.

Hikâyesi. Çocukluk hastalıklarından başka hiç bir hastalık geçirmemiş. Temmuz 1953 den beri mucosa ve kanla karışık ve daima artan ishallerden şikâyetçi. Ateş ve ağrı yokmuş. Diyet hiç bir faide göstermemiş. Papatya çiçeği çay iyi geliyormuş. Hasta günlük çalışma hayatında sınırlendiği zaman barsak şikâyetleri artıyormuş. Arasına allerjik cilt tezahürleri husule geliyormuş.

Ekim 1953 de memleket hastahanelerinin birinde 6 haftalık bir tedaviye tabi tutulmuş. Orada Hgb. 48 % e indiği için iki defa kan Transfüzünü ve tedavi maksadı ile de her gün bir Amp. Clauden i.M. şırınga edilmiş. Anemi geçtiği halde barsak şikâyetlerinde hiç bir değişiklik olmamış. Bundan dolayı Laparatomie yapılmış. Ameliyat ile de bağırsaklarda hiç bir patolojik değişiklik görülmediğinden, üç aylık tepdilhava ile hastaneden çıkarılmıştır. Fakat 6 ay sonra hasta, başka bir hastahane de 7 hafta müddetle tekrar Amp. Clauden ve günde üç defa olmak üzere Topostasin ile lavman yapılarak tedavi edilmiş. Bütün bu tedavi müddetince abdest yalnız bir gün normalleşmiş. Hasta buna rağmen kendini iyi hissetmeyip kansız düştüğünden, bu memleket hastahanesinden kliniğimize gönderildi.

İlk klinik muayenesi: Yüz solgun, karın yumuşak, ve sol alt taraf palpationla hafif ağrılı. Göbeğin alt kısmında orta hat üzerinde, 10 cm. uzunluğunda bir ameliyat nedbesi. Günlük 5-8 defa kanlı ve mükosali abdest.

Ery.: 3,22 milyon, Hgb. 9,3 gr. %, Index: 0,92, Leuko: 5200, RR 130/70 mm Hg. Sedimentation: 22/37 mm.

Abdest muayenelerinde parazit, yumurtaları ve amib görülmedi. Fakat eosinophyl ve Charcot - Leyden birlirleri görüldü. Kontrast madde ile yapılan barsak muayenesinde Colitis ulcerosa'ya ait hiç bir değişiklik görülmedi. Mide ve duodenumun röntgen muayenesinde hafif bir Hypersekretion müşahede edildi.

Teshis: Colitis mucosa (Barsak asthması).

Hastalığın seyri: Hasta kliniğe gelir gelmez ilk olarak günlük 10 cm.³ Calcium, 500 mg Cebion ve Amp. Synkavit şırınga edilerek, ilâveten günlük 4 gr. Fer reduit verildi. Müteakip günlerde hasta günlük 1,5 gr. Chloromycetin almağa başladı (yekûnen 36 gr.). Bu tedaviler esnasında hasta daima kanlı ve mükosa ile karışık ishallerden şikâyetçi idi. Yapılan Rectoskopie muayenesinde Rektumda iltihabi, eritematöz mucosa görüldü. Herhangi bir ülseration müşahede edilmedi. Üç hafta kadar süren bu tedavilerden hiç bir iyilik görülemediğinden tedaviye son verilerek, ilk defa günlük 20 İ.E. deha sonra 2×10 İ.E., yekûnen 560 İ.E. ACTH i.M. şırınga edildi. Aynı zamanda tuzu az bir diyet tatbik edildi. Tedavinin ikinci haftasında barsak şikâyetleri tamamen kayboldu. Hasta günlük bir defa normal abdest yapmağa başladı. Fakat ACTH tedavisi altında 14 gün içinde 59 kgr.dan 63,5 Kgr.a çıktı. Cushing sendromundaki gibi bir yüz şekli husule geldi. Tansiyon 130/75 den 170/70 mm. Hg. ye yükseldi. Leukosit sayısı 5200 den 18500 e çıktı. Bu sebepten günde 2×1 Amp. Supracyllin şırınga etmek mecbu-

riyetinde kaldık. Tedavi esnasında âdet müddeti de kısaldı. İştahı arttı. ACTH tedavisinin üçüncü haftasında göğüs, alın ve sırtta bir takım sivilceler husule geldi. Günlük iki Amp. Supracyllin'e rağmen bu topluğne başı büyüklüğünde olan cilt tezahürleri hemen iltihaplandılar. Artan leukosit adedi ve hastanın şikâyetlerinin tamamen kaybolması sebebiyle ACTH kesildi. Hasta iki hafta sonra şifa ile hastaneden çıktı.

Hülâsa:

Her iki vakaya ait klinik müşahedelerimizi kısaca izah ettikten sonra, hülâsa olarak diyebiliriz ki; ACTH ve Cortison ile allerjik hastalıklarda çok iyi tedavi neticeleri alınabilmekte ise de, çok defa bu muvaffakiyetli neticeler, vakamızda da olduğu gibi devamlı değildir.

Yukarıda zikredildiği gibi asthmalı hastamızda ön plânda bulunan asthma bronchiale yanında, müzmin Bronchial asthmanın sebep olduğu kalp yetmezliğini de hesaba katmak lâzımdır. Müşahede etmek fırsatını bulduğumuz başka Asthma bronchiale'li vakaları da göz önüne alarak diyebiliriz ki; eğer ikinci plânda bulunan kalp yetmezliği mevcut olmasa idi, Cortison ile elde edeceğimiz netice çok daha müsait olabilirdi.

Cortison, Asthma bronchiale'li hastayı boğulmak tehlikesinden kurtarmakta, fakat tam bir şifa temin edememektedir. İlâcın kesilmesinden kısa bir müddet sonra yeni nöbetler gelmektedir.

İkinci vak'amızda ise; ACTH'nın şifa temin edici tesiri gayet aşikâr olarak görülmektedir. Üç hafta gibi kısa bir zaman içinde hastanın barsak şikâyetleri tamamen kayboldu. Fakat aynı zamanda Tansiyon yükseldi. Su retantionundan dolayı kiloda bir artış görüldü. Leukocytoz husule geldi. Aynı zamanda yüz ödemleri sebebiyle ay şeklinde bir yüz husule geldi. Yüzdeki bu şekil değişikliği ve tention yüksekliği her ne kadar Cushing sindromunu hatırlatıyorsa da, bu hastalıkla hiç bir alakası yoktur. İlâç kesilir kesilmez bütün bu belirtiler kaybolmaktadır.

Malûm olduğu gibi; ACTH ve Cortison menençimal reaksiyonu önlemekte, fakat aynı zamanda vücudün müdafaa mukavemetini azaltmaktadır. Bu sebeptendir ki herhangi bir infeksiyonun husule gelmesine mâni olmak için Penicillin tatbikini doğru bulduk. Esasen artan leukocytoz da böyle bir tehlikenin mevcudiyetini gösteriyordu. Hattâ bu tehlikeden dolayı üçüncü hafta sonunda ACTH'yı kesmek zorunda kaldık. İlâç kesildikten kısa bir müddet sonra komplikation sayabileceğimiz bütün bu tezahürler ortadan kayboldu. Şöyleki; Tansion normalleşti, Leukosit sayısı tedricen normale indi. Hastanın çehresi normalleşti, iştihâ normalleşti. Kiloda çok az bir azalma oldu. Hasta kadın kendini tamamen sıhhatli hissettiğinden, ilâç kesilmesinden iki hafta sonra hastaneyi terketti.

209

Colitis mucosa daha ziyade asabi, Labil, genç şahıslarda, nevrastenik ve psychopat kimselerde görülür. Kadınlar erkeklere nazaran bu hastalığa daha fazla yakalanırlar.

Strümpell bu hastalığı Asthma bronchiale ile mukayese ederek (Barsak asthması) ismi ile allerjik hastalıklar kategorisine sokmaktadır.

Pratik Şirurji hülâsası: Arter hastalıkları

Etrafı arter hastalıkları osilasyon, Moschowitz tecrübesi raşianestezi, dorsal sempatik blokajı, Acetylcholine şiringaları, sıcak banyo, termometri kütane, arteriografi ile tesbit olunur. Damar hastalıkları. A) Organik; B) Fonksiyonel-vazomotor hastalıklar-diye ikiye ayrılır.

Organik hastalıkları ve fonksiyonel bozukluklar ya lokal veya jeneral olur. Organik hastalıkların lokal olanları şunlardır. Arterit, endarterit, tromboz, emboli ve anevrizma; umumiler ise arterioskleroz, primer ve sükonder hipertansiyonlardan ibarettir.

Fonksiyonel - vazomotor - hastalıklardan lokal olanlar vazokonstriksiyondan ileri geliyorsa Raynaud, akrosiyanoz, lokal asfiksi halleri meydana çıkar.

Lokal vasodilatasyondan ileri geliyorsa eritromelalji görülür.

Bu fonksiyonel damar bozukluklarından jeneral olanlarda vazokonstriksiyon mevcutsa primer veya essansiyel hipertansiyon; vazodilatasyondan ileri geliyorsa primer ve essansiyel hipotansiyon meydana gelir.

Sık ratlanan damar hastalıklarının bazıları hakkında tafsilât veriyoruz.

Aort anevrizması: Muhtelif kısımlarında görülür. Travmatik, sfilitik, ve daha birçok sebeplere bağlı olarak husul bulur. Blackmore elektrokoagülasyonla bearber polietylenden yapılmış bir filmle tıkanma suretile anormal olarak teşekkül etmiş olan boşluğu tissüler reaksiyonla doldurtur.

Aortun dissekan anevrizmasının patojenisi meçhul olup hususî ehemmiyeti haizdir. Bu cins anevrizma aort içerisinde yalnızca tazyikin artmasından ileri gelmez. Çok kere vazo-vazorum hizasında intimanın yırtılması ile entramüral bir kanamadan sonra da husule gelir.

Diğer akut karın hastalıkları ile karışır. Bütün medikal ve şirürjikal müdahaleler fayda vermez.

Aort tromboz ve embolisi: Aort trombozunun arâz ve tedavisini Leriche bulmuştur. İki taraflı femoral arterde âni veya tedricî olarak nabız ve osilasyonun bulunmayışı hastalığın patognomonik alâmetidir. Şirürjikal tedavisi mümkündür.

Literatür:

- 1 — Grosse-Brockhoff: D. M. Wschr. 1, 15 (1954).
- 2 — Heilmeyer: Acta Haemat., 7, 206 (1952).
- 3 — Kaufmann: Arzneimittel - Synthese (1953).
- 3 — Siedek: Wien, Klin. Wschr. 10, 195 (1953).
- 5 — Ustaömeroğlu İ.: ACTH und Cortison in der Behandlung innerer Erkrankungen (Doktor Arbeit 1954).
- 6 — Weissbecker: Klinik der Nebenniereninsuffizienz und ihre Grundlagen (1954).

Genç kimselerde ve diğer skleroz vasküler bulunmayan vekayide bifürkasyon hizasında aort rezeksiyonu yapılabilir. Ekseriyeti teşkil eden yaşlılarda iki taraflı lumbal sempatektomi daha az travma tevhit eden bir müdahale olmak ve süratle kolleteral teessüsüne imkân vermekle iyi neticeler verir.

Amboli ile tıkanma kardiopatilerin, enfeksiyöz hastalıkların, püerperal enfeksiyonun bir komplikasyonudur. Bununla beraber şiddetli effor yapan ve yapmayan, görünüşte sağlam kimselerde de rastlanır. Ambolüs ister aort bifurkasyosunda isterse büyük arterlerde yerleşsin hemen altı saat zarfında mevzii ve umumî heparinizasyon altında ambolektomi ve sempatektomi yapılmalıdır.

Akrosiyanoz: Akrosiyanozun idiyopatik şekli kadında görülür. 15-30 yaş arasında başladığı zaman seyri en vahim şekildedir. Parmaklarda traofik teşevvüşat, ulserasyon ve nekroz görülür. Bu yaşharicinde vak'aların 3/4 ünde tekâmül beniğndir.

Raynaud sendromu: Erkek ve kadında görülür. Arterioskleroz, sklerodermi, romatizmal arterit, dermatomyozit, donma, yanma, mekanik travmalar ve servikal kosta gibi anomaliler neticesi meydana çıkar. Kollarda ve ekseriya bacaklarda görülür.

1913 de ilk defa R. Leriche tarafından sympatik ameliyatlara bu hastalığın tedavisi ortaya atılmış; 1945 de aynı müellif vazomotrisite hastalıkları hakkında bildirdiği kanaatlerin son zamanlarda bazı noktalarda değiştirmiş bulunuyor.

Raynaud hastalığında yeni tetkiklere göre soğuk su kadar sıcak suyun da krizi meydana getirdiği görülüyor. Spazm kapillrelerde ve arteriyollerde lokalize değildir. Arteriografi ve ossilometri, etraf ana damarlarında bazan konstriksiyon halinde bulunduğunu gösterir. Spazmı takiben evvelâ aktif sonra passif vazodilatasyon oluyor. Aktif vazodilatasyon olunca cilt pigmente bir hal alabilir.

Leriche'in son tetkiklerinde; hastalığın tabiatını: cildin hususî nihayetlenme şekilleri ile termik varisyonlarında göstermekte olup spazm ise refleks neticesi husul bulmaktadır. Netice olarak R. Leriche hastalığı vazomotor başlangıcı kabul etmediği

gibi, Refleks mahalli de münakaşa mevzuu olmaktadır.

Vasküler spazm tedavisinde muhtelif şekilde dorzal sempatektomi yapılmıştır. İdeal olarak mezkûr tarafın sempatik innervasyonunu tamamen ortadan kaldıran kesilmiş sinirleri rejenere olmayacak şekilde tahrip eden müdahale şekli seçilmelidir. Sempatik ganglion arkasında rezeksiyon iyi netice verir. Pregangliyoner seksiyonlar ise o kadar iyi netice vermezler.

Semptomatik Akrosiyanoz: Mükerrer travmatizmalara bağlı deveran bozuklukları ve meslek icabı donmalardan sonra görülür.

Meslek değiştirilmesi ve donmalarda antikoagülanların kullanılması akut safhalarda madde ziyasına mani olur.

Akrosiyanozun akibeti bunu tevlit eden hastalığın prognozuna tabidir. **Skalenus antikus** sendromunda ise adelenin kesilmesi, kot servikal'in rezeksiyonu hastalığı ortadan kaldırır.

Buerger Hastalığı: Obliteran trombo anjeitin etiyojisi henüz malûm değildir. Kadınlarda az % 1, daha ziyade genç erkeklerde görülür. Yalnız Semit arka mahsus değildir. Bu hastalıklı kimselerde hususî psikolojik bir hal vardır. Sigara burada da rol oynar. İçmeyenlerde amputasyonu icab ettirir derecede vehamet görülmemiş, içenlerin ekserisi ise ampute edilmiştir. Klodikasyon, ayak parmaklarının üşümesi, ülserasyon ve bu parmaklarda iptimaî gangren husule gelir.

Evvelâ dorsal veya lumbal blokaj yapılarak altındaki tarafta hararet ve renk farkı tetkik edilir. Renk açılır, hararet yükselirse lumbal veya dorsal sempatektomi erken yapılmak şartı ile iyi netice verir. Hastalar ağırlardan çok defa kurtulurlar, gangrensiz hastalar daha uzun yolu rahatça yürüyebilirler, etraf ısınır, soğuğa karşı mukavemet artar; ülserasyon, enfeksiyon da süratle iyileşir. Bu hastaları ameliyattan sonra da yakından takip etmek gerekir.

Etrafın Arteriosklerozu: Bunlar ya mekanik (organik - arterioskleroz), veya spazm (Fonksiyonel - Raynaud), veya her iki sebep bir arada Trombo anjeitis obliterans - Buerger) olarak husule gelir. Hayat uzadıkça arterioskleroza bağlı muhitî teşevvüşlerde görülür. Bundan dolayı da sklerozu ihtiyarlığa bağlı normal bir hadise veya hususî bir hastalık olarak kabul etmek mi icab ettiği hâlâ münakaşa edilmektedir.

Diabet, kalb hastalıkları da müessirdir.

Etraf damarları cerrahî hastalıklarının şirürjikal tedavisinden evvel bazı umumî sihhî tedbirlerle damar genişletici ilâçlarını tecrübe etmelidir. Bu hastalıkta spazmdan ziyade mekanik tesirin rol oynadığı belirtilmektedir. Bu yüzden de tatbik edilecek tedavi kollateralleri genişletmeye yarayacak bir şekilde olmalıdır.

Hastalığın iyileşmesinde sıcaklığın çok fayda verdiği tecrübe ile sabittir. Sıcak mevsimde bu hastalar kendilerini daha iyi hissederler. Sonbaharda ve kışa doğru hekıme tekrar müracaata başlarlar. Hal ve vakti müsait olanlar kışın sıcak iklimlere gitmelidirler. Kendilerini sıcak tutan elbiseler, şapka, atkı, kalın eldiven ve yün çoraplar tavsiye etmelidir.

Her zaman temin ve istimali kolay vazodilatör olarak alkol tavsiye olunabilir. Prisco, Lascarnol, Padutin, Angioxyl, Acetylcholine, Tetraethylammonium, Dilvasène, Niacyl gibi ilâçlar kullanılır. Bunlara ilâveten barbitürik, hormon tatbikatı iyi netice verir. Psikoterapiye de ehemmiyet vermelidir.

Nikotin şiddetli bir vasokonstriktör olduğundan sigara kat'î surette menedilir.

Ameliyat endikasyonları: Klodikasyon, sathi ve amik nekrozlar kapiller deveran bozukluğu, renk ve hararet değişikliği, gangrendir. Ameliyattan sonra vasküler statü mühim surette değişmekle beraber renk ve hararet, cilt, ciltaltı dokusu adale atrofileri zamanla düzelir.

Periarteriyel sempatektomi bir veya iki taraflı lumbal sempatektomiler ve nihayet amputasyondan ibarettir.

Böbrek ve dimağın vahim âfetlerinde irreduktibl, dekompanse kalp hastalıklarında, lumbal sempatektomi yapılamaz. Bunların haricinde ameliyat sonu neticeler memnuniyet vericidir. Daimî ağrı gösteren hastalarda sempatik enfiltrasyondan fayda görülür. Afet çok genişse ancak amputasyonla önlenir, hastayı faal hayata kolaylıkla geçirir.

Essansiyel hipertansiyon: Her vak'ada cerrahî müdahale yapılmaz. Vak'aları iyice tetkik etmek ve seçmek lâzımdır. Dahili ve haricî tedavi birbirini tamamlar. Bütün bu hastalar aynı zamanda hipertansiyonun diyetetik tedavisine de konurlar. (Thyosyanate, tuzsuz rejim, az mayı..)

Splanknisektomi ve D.5 - D.12 olmak üzere diyafragma üstü sempatektomi ve bunu takiben bir müddet sonra lumbal sempatektomi yapılır.

Periferik tromboz ve ambolilerde alınan iyi neticelerden mülhem olarak hipertansiyonun serebral sendromlarında da aynı tedavi usulleri tatbik edilmeye başlanmıştır. Serebal apoplekside stellatum ve servikal blokajlar iyi netice verir; komanın zail olarak hareketlerin başladığı, ekser vekayide görülmektedir. Claude Bernard Horner sendromunun teessüsü blokajın tam yapıldığını gösterir.

Sempatektomi (Peet): Onbirinci kostanın paravertebral kısmından dört santim uzunluğunda bir parça keserek extraplöral 9-12 nci dorsal segmentlere ait olan sempatik tronkus'unun diafrag-

ma üstünde kalan splanknikusu çıkarmaktan ibarettir.

(Smithwick): Diafrağma üst ve altında müdahale: 9-12 nci torakal ganglion ile 1-2 ve 3 üncü ganglionu, splanknikus ile beraber çıkartmaktan ibarettir. Söliak gangliona dokunulmaz. Smithwick nadiren sekizinci torakal ganglionun yukarısına da çıkmıştır.

(Grimson): Bütün Tronkus sempatikusunu hemen hemen kaldırır, yalnız bir tarafta 1 ilâ 2 nci lumbal ganglionları bırakır.

İki taraflı lumbal ganglionektomide erkekte ejekülasyon olmaz, bir taraflı da olur.

İki taraflı sürrenalektomi: Esansiyel hipertansiyonda pek tehlikeli bir ameliyat olup ancak ümitsiz durumdaki hastalara mecburen yapılan bir operasyondur.

Hipertansiyondan ileri gelme dayanılmaz baş ağrıları, eklampsi veya muadil krizler, diastoliği yüksek vakalar, normal veya normale yakın böbrek fonksiyonuna mukabil ilerleyen göz dibi değişiklikleri; sıkı tuz rejimine; blokajlar ve sempatektomiye cevap vermiyen vakalarda sürrenalektomi yapılır. Ancak bu hastaların hazırlanması şarttır. Transfüzyon, A.C.T.H., Cortison v.s. yapılır.

Hipertansiyonda bir taraflı ekstirpasyon her zaman müsbet netice vermez. İki taraflı dahi yapılsa tesirleri geçici olabilir. Buna mukabil bir çok kötü tesirleri de hastalarda kalır. Bunlar da: vücudun üst tarafında fazla terleme, ayaklarda fazla sıcaklık, ellerin soğukluğu ayakta iken taşikardi ve birden tansiyon düşmesi halleri olup altı ay sonra bu arazlar kendiliğinden kaybolabilir. Sürrenalektomizelerde kanın büyük bir kısmını merkezde ve dimağda tutabilmek üzere bacakları sarmak, karına tazyikli sargılar koymak faydasız değildir.

Sempatik Enfiltrasyonlar: (Teknik).

Stellatum infiltrasyonu:

Bu sempatik ganglion'un infiltrasyonu anterior, yan ve posterior olmak üzere üç yoldan yapılır.

a) Anterior yol: Hasta sırt üstü başı mukabil tarafa gelmek üzere, ensesi altına da yastık konularak bir masaya yatırılır. Klavikulanın ortası bulunur. Buradan kemiğin üstünü yalar şekilde sevkedilmek üzere yumuşak, ince 8-10 santimlik bir iğne, VII. C.V. nin transvers apofizi istikametine sevkolunur. İğne kemiğe değince dışarıda kalan kısım bir taraftan bir vertebra yüksekliği kadar yukarı kaldırılır, diğer taraftan da 40 derece eksterne doğru uzaklaştırılır. Bu zaman iğnenin ucu stellatum ile temastadır. Adrenalinsiz % 1 novocain solüsyonundan 10 cc. yavaş yavaş enjekte edilmeden evvel damara girilip girilmediği kontrol edilir. (A. Subclavia ve A. Vertebra-

lis) Kan geliyorsa büyük bir mahzur teşkil etmez; iğne biraz geri çekilir, istikamet değiştirilir yine aynı enfiltrasyon yapılır.

b) Yan yol: Daha kolay ve daha tehlikesizdir. Ganglion I. ci kostanın üst yüzü ve collum'u hizasında bulunduğu göre iğne bu kotun arka arkı istikametince sevkolunur. VII inci C.V. transvers apofizi ile mafsallanan birinci kosta tüberozitesinin kaidesine doğru skalenler arka kısmına çapraz olarak girilir. İğne sonradan kostanın col'lü imtidadınca horizontal olarak sevk edilir. 1 - 1,5 santim ileriye kadar vertebral arterin arkasında stellatum'un bulunduğu nahiyeye varılır. İğne yerini bulmuşsa aynı mahlûlden 5-10 cc. enjekte edilir. Enfiltrasyon, lâzım olan nahiyeye yapılacakına katıyetle emniyet hasil olmuşsa novocain'in %2 solüsyonundan da 2-3 cc. kâfi gelir.

c) Arka yol: Hasta oturur veya yan deku-bitus vaziyetine konur. VII nci C. V. nin proses-süs spinosus'u tebit edilir. Bu noktanın iki parmak dışından olmak üzere öne ve biraz içeriye doğru iğne batırılır. Ciltten sonra trapezeus fasia-sının mukavemeti aşılarak vertebraya gelinir. VII. nci vertebranın transvers apofizi alt kenarından ve birinci kot'un üzerinden geçmeye gayret olunur. Bunu müteakıp iğne bir iki santim daha sevk edilir. Kan gelmezse % 1 novocaine solüsyonundan 10-15 cc. zerkolunur.

Sempatik lomber infiltrasyonu:

En iyi yer II. nci lumbal vertebra hizasıdır. 10-12 cm. uzunluğunda ince bir iğne seçilir, processus spinosusun 2-3 parmak dış tarafından korpus vertebrayı bulacak istikamette ve transvers apofizi üst veya alt taraftan geçmek üzere içeriye doğru sevkolunur. 6-8 cm. girince vertebranın kenarını bulur. İğne kemiğe temas edince biraz geriye çekilir, içeriye doğru olan istikameti biraz düzeltilir, yani iğnenin dış ucu biraz içeriye getirilerek iç ucu korpus vertebriden uzaklaştırılır. İğne 1-2 santim daha öne sevk edilir, kan gelirse biraz geriye çekilir, gelmezse tazyiksiz olarak % 1 novocain solüsyonundan 10-20 cc. zerkedilir.

Sempatik infiltrasyonları ile bir kaç saniye zarfında kol ve bacağın objektif ve subjektif olarak ısındığı görülür. Osilasyon genişliği artar, enfiltrasyon bir taraflı ise de diğer tarafta da tesiri görülebilir. Sempatik infiltrasyonu ile elde edilen tesir muvakkattır. Bu netice bazan günler haftalar ve daha ziyade sürebilir.

Bu infiltrasyonlardan alınacak neticeye göre hastalarda yapılması düşünülen sempatektomilerden fayda görülüp görülmiyeceği de evlenden kestirilebilir.

Raşi anestezi'den sonra hasta bacakta 0,5 - 1 santigrat hararet yükselirse sempatektomiden fayda melhuzdur.

Dr. Asil M. Atakam

Pratik için kısa tedavi notları

Tophyan: Dr. Saliha Yalçın

Pichler ve Zollner deveren yetmezliği ile mümid ile tedavisini tavsiye ediyorlar. Cedilanid daha terafik taşikardik fibrilasyonun intravenöz Cedilakuvvetli tesiri, serum albuminlerine kuvvetli bağlanmamasından dolayı latans zamanının çok kısa olması, kalp adalesine nisbeten az bağlanması ve böylece süratli reverzibilitesi ile Digitalis ve Laata grubunun diğer glikozidlerinden ayrılır. Strofantüs glikozitinin bütün üstünlüklerini haizdir. Ayrıca kalp adalesinden strofantine nazaran daha yavaş ayrıldığı için daha müsait, plato tarzında bir tesir kurbu verir. Bundan başka hazım yolu ile rezorbe olması, intravenöz tedaviyle elde edilen süratli neticeyi ağız yolu ile idame imkânı vermesi ile de strofantine faiktir. Bradikardi yapıcı tesiri vardır. 2-3 mg. 1 bulan işba dozu 2-3 günde verilir, sonra ağız yolu ile idame dozuna geçilebilir. Tâli tesirleri azdır (Wien. med. Wschr. S. 663, 1953).

Belsky, konjestif kalp yetmezliğinde ağız yolu ile kullanılan Diamox isimli yeni bir diüretigin tesirlerini bildiriyor. Carboanhydrase inhibitörü olan bu madde böbrek tubulilerinde elektrolit ve su reabsorbsionunu nehyedici tesir gösterir. İlâç 8 hastada cıvalı diüretik yerine ikame edilebilmiş, 2 vakada cıvalı zerklere azaltmıştır. Anazarka ve renal dekompanasyon hallerinde diamox tesiri cüzidir. Günlük doz 0,25-1 g dir. 1 gramdan yüksek dozlarla toksik tesirler müşahede edilmiştir. Hemopoez ve böbrek fronsiyonları üzerine zararlı tesiri görülmemiştir. (Kongressntblt. f. in. Med. 150, 3/4, 1954).

Deterling muhtelif menşeli 127 periferik damar hastalığı vakasında dioxylphosphate (paverilphosphat) kullanmıştır. Vakaların çoğunda ağızdan günde 4 defa 200 mg. verilmiş ve günlük miktar 1,8 g. a kadar yükseltilmiştir. Tedavinin aylarca devamına rağmen toksik araz görülmemiştir. Tedavi neticesi hakkında sübjektif sâlah ve derinin rengi, sıcaklığı, tansiyon, nabız, ossilometrik ölçülerle hüküm verilmiştir. Paveril spazmolitik tesir ettiğinden fonksiyonel damar âfetlerinde iyilik görülmüş, organik olanlarda görülmemiştir. Amboli ve trombozda, arteriografiden sonraki damar spazmuna bağlı arteriel dolaşım bozukluklarında iyi netice alınmış, obliterant arterioskleroz ve tromboanjitide hafif ve geçici bir sâlah olmuştur. Raynaud hastalığında iyi netice müşahede edilmiştir. Venöz hastalıklardan akut ve kronik flebitler en iyi netice vermiştir (Kongressntblt. f. in. Med. 151, 1/2, 1954).

Müellifler tuzsuz diyet ve haftada 2 salyrgan zerki ile dezidratasyon tedavisine tâbi tutulan deveren hastalarında tuz noksanı sendromunu tet-

kik etmişler ve 16 hastada klinik kontrol altında serumda natrium, kalium, klorid ve karbonat seviyesini, üre klirens, hematokrit kıymeti, serum protein konsantrasyonunu ve idrarla günlük klor itrahını tâkip etmişlerdir. Bütün vakalarda tuz noksanı rizikosu, yorgunluk, apati, iştahsızlık, adale zaafı ve spazmı, baş dönmesi baygınlık meylin-den ibarettir. Objektif olarak tansion düşmesi ve taşikardi bulunur. Ekseriya hipokloridemi, hiponatremi ve hipokaliemi vardır. Daha bir tek salyrgan zerkinden sonra serum elektrolit konsantrasyonunda ehemmiyetli değişiklikler ve bunun neticesinde üremi işaretleri husule gelebilir. Kalp yetmezliğinde de bir taraftan vücuttan suyu bertaraf etmek lüzumu, diğer taraftan tuz noksanı sendromu tehlikesi kan kimyası kontroluna mecbur eder. Tuz noksanı arâzi zuhur edince ağızdan tuz vermekle bunlar kaybolur (Harvald — Ast-rup: Kongressntblt. f. in. Med. 150, 5/6, 1954).

Cisinger ve Kaindl téophyllinglycinat ve manitolhexanitrat ile klinik tecrübeler yapmışlardır. Anginapektorisli 98 hastada teophyllinglycinat tecrübe edilmiş ve teophyllinglycinat, manitolhexanitrat, phenylethylbarbuturic ac. den müteşekkil bir preparat olan antisclerol fort kullanılmıştır. Téophyllinglycinat paranteral, peroral ve rektal, antisclerol yalnız peroral verilmiştir. Esansiel ve renal hipertansiyonda intravenöz teophyllinglycinat tedavisi vakaların %50 den fazlasında aşikâr tansion düşürücü tesir göstermiştir. Kalp yetmezliği olan vakalarda tedaviye kalp glikozidleri teşrik edilmiştir. Ağızdan verilen teophyllinglycinatin hipertansiyonda bir tesiri olmamıştır. Kalp rüküdetinde rektal tatbikle diürez üzerine müsait bir tesir göstermiştir. Mannitolhexanitrat ve antisclerol fort angina pektoris ağrılarını hemen daima bertaraf etmiştir. Tâli tesirleri nadirdir (Wien. med. Wschr. S. 673, 1953).

Müellifler, procainle paroksizmal taşikardi tedavisine intravenöz aterenol teşrikini tavsiye etmektedir. Çünkü procain tedavisiyle kan tazyiki düşmekte ve taşikardiyi önlemek için gereken yüksek procain miktarının kullanılmasına mâni olmaktadır. Procain ve aterenol teşriki ile procain miktarı yalnız kullanıldığına nazaran %50 ye yükseltilebilmektedir (Schoolman, Pascale, Bernstein, Littman: Amer. Heart J. 46, S. 146, 1953).

Mitral darlıklı hastalarda Priscolden serebral irigasyona tesiri: 22-38 yaşlar arasında 6 mitral darlığı vakasında vena jugularis kateterizmi ile 20-30 mg. pricol zerkinden evvel ve sonra serebral irigasyon ölçülmüştür. Priscolden sonra serebral damar mukavemetinin 25% düştüğü ve ortalama tansiyonun 83 mm Hg. dan 78,e düştüğü

GENİŞ TESİR SAHA
YENİ BİR
ANTİBİYOTİK

ACHRO

2/1

Muhammed tuzsuz diyet ve naltada 4 sayırgan
zerki ile dezidratasyon tedavisine tâbi tutulan de-
veran hastalarında tuz noksanı sendromunu tet-

rebral irrigasyon ölçülmüştür. Friscorden sonra se-
rebral damar mukavemetinin 25% düştüğü ve
ortalama tansiyonun 83 mm Hg. dan 78,e düştüğü

209

Tâli Tesirleri Daha Az

İmtisası Daha Sür'atli

ACHROMYCIN, Lederle araştırıcıları tarafından tekemmül ettirilmiş geniş tesir sahalı yeni bir antibiyotiktir.

ACHROMYCIN'in avantajları arasında daha sür'atli imtisası, nesiçlerde ve vücut mayilerinde daha çabuk yayılması ve yüksek stabilitesi zikredilebilir.

Klinik denemelerde ACHROMYCIN'in beta hemalitik streptokok infeksiyonları, E coli infeksiyonları (idrar yolları infeksiyonları, peritonit abseler dahil) menengokok, stafilokok ve gonokok infeksiyonları, otitis media, mastoiditis, had bronşit ve bronchiolit, actinomycosis, karışık infeksiyonlar ve birçok virütik ve rickettsial hastalıklara karşı müessir olduğu görülmüştür.

Ticari şekli :

Kapsüller : 8 x 250 mgr.
16 x 250 mgr.
şişelerde

LEDERLE LABORATORIES DIVISION

AMERICAN Cyanamid COMPANY

30 Rockefeller Plaza, New York 20, N.Y

Türkiye Müessesilliği

İSTANBUL İHRACAT, İTHALÂT ve SANAYİ T. A. Ş.

Rızapaşa Yokuşu 50, Amerikan Hanı 10-11

P. K. : 230 - İSTANBUL

Lederle

ACHROMYCIN

TETRACYCLINE KAPSÜLLERİ LEDERLE

212
dür. Polymyxin B daha az tesirlidir. 4 gr. lık günlük dozun üç defada verilmesi en kullanışlı ol-

214
banthine ile muvaffakiyetle tedavi edilmiştir. Klinik ve radyolojikman teşhisi teyit edilmiş bu

halde irigasyonun 22% yükseldiği tespit edilmiştir (Dewar - Owen - Jenkins: Lancet S. 867, 1953, D).

Bresnick ve Abramson ağız yolu ile tatbik edilen yeni bir cıvalı diüretik ile klinik tecrübeler yapmışlardır. Ödeme istidatlı ve kalp yetmezliği olan 15 hastada ağız yolu ile Neohydrine (3-chlormercure - 2 - methoxy - propylurea) tatbik edilmiş, yalnız iki vakada parantal diüretik tatbiki icab etmiştir. En iyi netice günlük dozu ortalama üç tablet - sabahleyn kahvaltudan sonra bir defada vermekle alınmaktadır. Haftada bir gün tedaviye ara verilmektedir. Oral Salyrgan - Theophylline preparatı tecrübe edilen dokuz kalp hastasında alınan netice daha az müessirdir (Kongresszntribl. f. in. Med. 150, 5/6, 1954).

Apopleksi hallerinde hemen tatbik edilen **entrevenöz euphylline** zerklerinden iyi netice alınmaktadır. %10 luk 10 cc. glukoz mahlulü içinde 0,24 g euphylline üç dakika zarfında yavaşça zerkedilir, günde iki üç defa tekrarlanır, iki üç gün sonra günde bir defa yapılır ve ikinci haftadan itibaren daha azaltılır (Asbeck: Münch. med. Wschr. 13, 1953).

Skleroz an plâk ve diğer asap hastalıklarında görülen **üriner teşevvüşler Banthine'e** gayet müsait cevap vermektedir. Ağız yolu ile günde dört defa 25-100 mg verilmektedir (Lapides - Dodson: Ars Med. 5, 1954).

Müellif 2831 kızıl vak'asında EKG. değişikliklerini tetkik etmiş ve **penicillin** tatbik edilen çocuklarda değişikliğin penicillin yapılmıyan kontrol gurubuna nazaran daha seyrek olduğunu tesbit etmiştir. Bu bulgu ancak erken penicillin tatbikinde kıymet almaktadır. Kâhillerde bir fark gösterilememiştir. Müşahadelerden erken tatbik edilen penicillin'in çocuklarda kızıl miyokarditini azalttığı neticesi çıkarılmıştır (Levander - Lindgren: Kongresszntribl. f. in. Med. 150, 3/4, 1954).

P. Duran ve G. Renoux **Brucelloz tedavisinde Cortison ve antibiotik teşrikinden** iyi neticeler almışlardır. 5 aylık ile 50 yaş arasında 13 hasta Corton tatbiki ile tedavi edilmiştir. Aynı zamanda Chloramphenicol veya sureomycin verilmiştir. Hastalarda derhal iyilik elde edilmiş oniki aylık müşahadeden sonra hiçbir vak'ada nüks görülmemiştir. (La Sem. des Hop. p. 2560, 1953).

Müellifler Korede harp esirleri arasında 1048 hastadan müteşekkil büyük bir hasta materyeli üzerinde **Akut basiller dizanteride antibiotiklerin tesirini** incelemişlerdir. Klinik ve bakteriyolojik olarak takip edilmiş bu vak'alar Sulfonaide rezistandır. Flexner grubu diğer bütün cinslerden fazladır. Tecrübe edilen maddelerden en müessiri Terramycine, Aureomycine ve chloramphenicol'dür. Polymyxin B daha az tesirlidir. 4 gr. lık günlük dozun üç defada verilmesi en kullanışlı ol-

muştur. Tedavinin yedinci gününde gaitada basil bulunamamıştır (Garfinkel, Martin, Watt, Payne, Mason Hardy: J. Amer. Med. Assos. 151, S. 1157, 1953).

Antibiotiklerle amibiaz tedavisini tetkik eden müelliflere göre entestinal amibiaz tedavisinde Terramycine münthap ilaç kabul edilebilir. Aureomycin daha az tesirlidir. Fumagilline (fumadine) müessir bir amibisiddir. Birkaç ilacın kombine kullanılması, her antibiotiğin tesiri farklı olduğu için yalnız birinin kullanılmasından daha tesirlidir (J. Amer. Med. Assos. 8, 1954).

Bronte ve Stewart **Kâhil skorbutünde anemiye** sık raslandığını ve bu aneminin bazen çok ağır olabileceğini hatırlatmaktadır. Morfolojik olarak umumiyetle normokrom ve normositerdir. Bazen ağır vak'alarda makrositer tablo da zuhur edebilir. Kemik iliğinde mitoz azalmıştır. Bazen megaloblast görülür. Ekseriya lökopeni ve histamine refrakter aşili de bulunduğundan megaloblastik anemiden ayırmak güçleşebilir. Urobilinojen itrahının artması başlangıçta hemolitik bir vetire düşündürebilirse de müteaddit hematomlardaki damar dışı kan harabiyetine atfedilmiştir. Serum demirinin düşüklüğünde de bunun tesiri vardır. Hastanın eski gıdasına saf askorbın asidi ilâve etmekten ibaret olan tedavi ile sür'atle hematolojik şifa husule gelmiştir. Buna mukabil folik asit, B₁₂ vitamini ve entravenöz demir tatbikinin kemik iliği ve kan tablosu üzerine hiçbir tesiri olmamıştır. (Kongresszntribl. f. in. Med. 150, 5/6 1954). Wolf ve Levy **orak hücreli anemilerin kobalt klorür ile tedavisinden** semptomatik ve hematolojik olarak müsait netice temin etmişlerdir. Günde 300 mg. olmak üzere altı hafta vermekle eritrosit sayısında ve hemoglobin seviyesinde artış tesbit edilmiştir. Hemoglobin nisbeti yüksek olan vak'alarda kemik iliğinin cevabı daha müsait olmuştur. Bulantı, kusma, iştahsızlık, ishal gibi toksik işaretler yüksek dozlara bağlıdır. (Arch. int. Med. 2, 1954).

Yeni bir antitiroidiyen olan Neo-Mercazole 120 hastada tatbik edilmiştir. Günde 15-45 mg. ile tedavi edilen 120 hastadan 93 ü 2-8 haftada euthyroidien hale gelmiştir. 9 hasta ameliyat olmuş, diğerleri tedaviye 3-6 ayda cevap vermiştir. Toksik araz görülmemiştir. (Ars. Med. 6, 1954).

Çocuklarda pilor spazmına karşı bromure de banthine kullanılmıştır. Bu antispasmodik ve antikolinergik madde çocukların pilor darlığına, bağlı olmıyan kusmalarına karşı çok müessirdir. Günde dört defa 5-10 mg. dozla 24 saatte kusmaları bertaraf ettiği müşahede edilmiştir. Tedavi müddeti bir aydır. Pilor spazmından müstarip 8 ve kardiospazmdan müstarip 1 çocuk bromure de banthine ile muvaffakiyetle tedavi edilmiştir. Klinik ve radyolojikman teşhisi teyit edilmiş bu

vakalarda tedaviden sonra mükerrer kontroller gastro-duodenal transitin radyolojik olarak aşikâr surette düzeldiğini göstermiştir. Hiçbir toksik tesir müşahede edilmemiştir (H. Levy, B. Zweifel: Ars Med. 5, 1954).

E. L. Prien **Uriner taşların önlenmesi için Hyaluronidaz kullanılması**nda ihtiyatlı olmayı tavsiye etmektedir. Müellife göre mükerrer enjeksiyonların kullanılması tehlikesiz değildir. Zira hyaluronidaz'a karşı hassasiyet reaksiyonu olarak taş teşekkülünün kolaylaşabileceğini düşündüren müşahedeler vardır. Bu bakımdan hyaluronidazın taş teşekkülünü kolaylaştırmadığından emin ol-

mak için bir test yapılmadan hiçbir hasta taş teşekkülünü önlemek maksadıyla Hyaluronidaz almamalıdır. Hyaluronidaz zerkinden sonra bulanık idrar berraklaşır ve bütün sediment dağılırsa bu ilâca karşı sansibilizasyon elimine edilmiş olur. (J. Amer. Med. Assos. 9, 1954)

Allerjik göz hastalıkları entavenöz hyposulfite de soude zerkleriyle iyileşmiştir. %20 lik solüsyondan 0,5 mg. ile başlanıyor ve iki günde bir 0,5 mg. artırılıyor. 70 vak'ada vasatî on zerkten sonra şifa temin edilmiş, nüks olmamıştır (Vinogradov: Ars. Med. 6, 1954).

Dr. Saliha Yalçın

REFERATLAR

Ekstrapülmoner tüberkülozda kanın tüberkülostatikler tesirile uzamış olan protrombin zamanının yeni bir hemostiptikle kısaltılmasına dair: (R. Haizmann ve B. Blicke; Heuberg Sanatoryumu, Stetten a. k. M., der Landesversicherungsanstalt Württemberg; Başhekim: Dr. med. J. Kastert; Aertzliche Wochenschrift 1951, Sene 6, No: 34, S. 798). Ekstrapülmoner tüberküloz sahasında son zamanlarda gittikçe artan bir ölçüde PAS streptomycin gibi tüberkülostatik ve antibiyotik maddeler kullanılmaktadır. Bunların tâli tesirlerinden biri, protrombin zamanını uzatmalarından dolayı kanama istidadının artmasıdır. Bu suretle müellifler iskelet sisteminde, lenfatik cihazda ve ürojenital yollarda ekstrapülmoner tüberküloz tezahürleri dolayısıyla uzun bir müddet Streptomycin, PAS ve Conteben'le tedavi edilmiş olan kadın ve erkeklerden müteşekkil 100 kişilik bir grupta, tüberkülostatik tedavinin bir neticesi olarak protrombin zamanında ehemmiyetli bir uzama mevcut olduğunu tespit etmişlerdir. Quick usulüne göre, sağlam kontrol şahıslarında protrombin zamanı vasatî olarak 13-15 saniyeden ibaret bulunduğu halde, tüberkülozlu hastalarda 19 ile 24 saniye arasında tahavvül eden kıymetler bulunmuştur. Protrombin zamanının uzaması dolayısıyla artmış bulunan kanama istidadi cerrahî müdahalelerde ve spondylitis tuberculosa ile diğer ekstrapülmoner tüberküloz şekillerinin postoperatif mevziî mihrak tedavisinde bazan zararlı bir şekilde meydana çıkar. Müellifler bu yüzden, kan pıhtılaşması mekanizmasındaki bu bozukluğa karşı koyabilecek olan yeni vitamin-hemostipik kombinasyonu **Stiptobion** Merck'i denemişlerdir.

Daha önce yapılan tecrübeye bir defada 3 tablet **Styptomion** verildikten sonra protrombin zamanının kısaltıldığı, optimal kıymete sekiz, başlangıç kıymetine ise ancak 20 saat sonra vasil olunduğu görülünce, bütün hastalara 3 gün arka arka-

ya günde 3 defa 1 tablet **Styptobion** verilmiştir. Bununla mecmuu 9 tablet alındıktan sonra protrombin zamanının vasatî olarak 2,95 saniye kısaltıldığı meydana çıkmıştır. Protrombin zamanındaki bu kısalma, cerrahî müdahalelerde aşikâr bir surette kendisini göstermiş ve kanama istidadi ehemmiyetli bir şekilde azalmıştır. Nazarı dikkati celbeden bir nokta da, dar hudutlar dahilinde tahavvül etmekle beraber, protrombin zamanının, tüberküloz hastalığının lokalizasyonuna göre farklı kıymetler göstermiş olmasıdır. Bu vaziyet henüz lâyikile izah edilememiştir.

Tedavi esnasında hiçbir vak'ada arzu edilmeyen tâli tezahürler meydana çıkmamıştır; **Styptobion** tabletlerine istisnasız iyi tahammül edilmektedir.

Müellifler, ekstrapülmoner tüberküloz sahasındaki cerrahî müdahalelerde, antibiyotik ve şimiyo-terapötik tedavi esnasında meydana çıkabilen kan pıhtılaşması bozukluklarile müessir bir şekilde mücadele edecek ve gerek ameliyat esnasında, gerekse postoperatif mevziî mihrak tedavisi esnasında kanama istidadını azaltacak bir ilâç olarak **Styptobion** Merck'i zikrediyorlar.

Vejetatif distoninin tedavisi: (Dr. med. W. Czech, Münhen; Aertzliche Praxis 1953, Sene 5, No: 5, S. 5). Müellif, bir kombinasyon müstahzarı olan **Emédiane** Merck de bulunan dihidroergol-kristin, benzilpsödotopein ve prominal'den bahsettikten sonra vejetatif regülasyon bozukluklarında bu ilâçla elde ettiği neticeleri bildirmektedir. Distirooz (bazal metabolizması normal olan vak'alar), periklimakterik bozukluklar, periferik deveran bozuklukları, stenokardi, labil hipertansiyon, migren, postapoplektik parkinsonizm veya allerjik haller gibi ârazlar gösteren 30 hastaya bu ilâci vermiştir.

Emédiane, uygun miktarları devamlı bir şekilde kullanıldığı zaman hafif, fakat muvaffakiyetli bir tebeddül yaratmaktadır. Sıcak basması gibi nö-

ta taş te-
midaz al-
a bulanık
ılırsa bu
miş olur.

hyposul-
20 lik so-
günde bir
n zerkten
ir (Vinog-

a Yalçın

verilmiştir.
onra prot-
niye kısa-
manındaki
târ bir su-
dadı ehem-
kati celbe-
de tahav-
nın, tüber-
farklı kıy-
henüz lâyi-

zu edilme-
tir; **Stypto-**
il edilmek-

loz sahasın-
ve şimiyo-
çıkabilen
r bir şekil-
esnasında,
davisi esna-
ilâç olarak

. med. W.
953, Sene 5,
müstahzarı
ihidroergol-
'den bahset-
kluklarında
ctedir. Disti-
n vak'alar),
deveran bo-
yon, migren,
erjik haller
cı vermiştir.
nlı bir şekil-
vaffakiyetli
nası gibi nö-

Original



Müstahzarları

Yeryüzünde her tarafa emirlerinize ümadedir

CARDIAZOL	BROMURAL
CARDIAZOL-CHININ	ISOPHEN
CARDIAZOL-DICODID	NEOSAL
CARDIAZOL-EPHEDRIN	OCTINUM
CARDIAZOL-COFFEIN	OKTYRON
VERIAZOL	KLIMAKTON
VERITOL	PARACODIN
CALCIUM-DIURETIN	TONIAZOL
JOD CALCIUM DIURETIN	SOVENTOL

KNOLL A.-G.

Kimya Fabrikaları, Ludwigshafen am Rhein

A L M A N Y A

Türkiye Umumi Satış Yeri

KİMYA VE ECZA MADDELERİ T. Ltd. Şti.

Aşirefendi caddesi - Tel. 24960 - P.K. 760 - İSTANBUL

Yüksek bakteriyostatik tesir.
Gastro-entestinal tractus'da
yüksek kesafet.
Ancak % 5 kadar kana
karışma.
Böbreklerden çabuk itrah.

Vasıfları

Endikasyon

- ▶ Peritonitis'den korumak üzere barsak ameliyatlardan evvel ve sonra.
- ▶ Basilli dizanteri ve üserativ Colitis'de
- ▶ Çocukların antral ve parenteral ishal-lerinde ve Toxicose da
- ▶ E. Coli'den husule gelen üriner ve genital yolların enfeksiyonlarında.

Günde 8-16 Komprime,
Çocuklara kilo başına 0,25 gr.
Günlük doz 6 kısma
bölünerek verilmelidir.
0,50 gr. 20 tableti havi tüpler.
0,50 gr. 500 tableti havi
hastane ambalajı.

Miktarı

Sulfasuxinyle

Succinylsulfathiazole



ro hormonal bozukluklar da bu ilâca cevap vermektedir. Emédiane'in terapötik sahası geniştir, miktarı tam bir şekilde tayin edildiği takdirde tâlî tesirleri önlenebilir. Sempatikotoni hakim olduğu takdirde, tesirin tersine dönmesini önlemek üzere ilk günlerde Emédiane yalnız sabahları ve öğleyin verilmelidir. Regülasyon bir kere temin edildikten sonra bu hususta endişeye mahal yoktur. Miktar, başlangıçtaki vejetatif duruma ve arazların derecesine göre tayin edilir. Günde 2 defa 1 veya 3 defa 2 draje haftalarca, küçük aralıklar bırakıldığı takdirde 5 aydan daha fazla bir zaman verilebilir. Tesirin azaldığı görülmemiştir.

2 vak'a tafsilâtile bildirilmektedir: 1. 13 seneberi stenokardi ile müterafik hipertansiyon ve ulcus cruris. Akşamları verilen 1 draje Emédiane uykusuzluk, hafif bulantı, huzursuzluk tevhit etmiş, fakat ikinci günden sonra ilâç yalnız sabahları ve öğleyin alınınca bunlar kaybolmuştur. Kan tazyiki düşmüş, stenokardik arazlar hafiflemiş ve sonra kaybolmuş, ulcus cruris ağrısı zail olmuş, kan deveranı düzelmiş, hasta sakinleşmiş ve rahatça uyumaya başlamıştır. 5 aylık tedavi esnasında 3 defa 14 günlük fasıla verilmiş, bu esnada şikâyetler yeniden meydana çıkmıştır. Fakat yeniden Emédiane verildiğinde ilâcın tesirinin azalmadığı görülmüştür. Bunun üzerine ilâç haftalarca akşamları da verilmiştir. Periferik deveran bozukluğu ve hafif stenokardisi olan 2 inci vak'ada akşamları Emédiane (Merck) verildikten sonra önce gene tâlî tezahürler görülmüştür. Fakat muvakkat bir zaman için akşamları ilâç kesildikten sonra, yeniden arzu edilmeyen reaksiyonlar tekrarlamadan akşam dozlarına devam edilebilmiştir.

Jinekolojide tiroidin rolü: (Lederer-G. et Obst. Bull. No: 3; 954): A — Hypothyroidic: 247 hipotiroidili kadının 17 sinde amenore 32 sinde oligomenore, 6 sinda menoraji, 40 unda hiperfollikülü tespit etmiş olan müellif, hipotiroidiye bağlı amenorelerin, tiroid hulâsaları ile 1-6 ay zarfında giderilebildiğini bildiriyor. Bu amenoreyi: 1 — Yumurtalıkların, gonadotrofinlere karşı reseptivitesini kaybetmiş olmalarına bağlamaktadır. Zira otopside yumurtalıklarda bariz atrofi bulunduğu gibi yüksek doz östrogen şiringalarına rağmen uterus ve vagina mukozalarında hiçbir değişiklik husule getirilemiyor. Miksödemli kimselerde görülen menoraji, korpus luteumun etşekkül etmemesinden ileri gelmektedir. Nitekim bu gibi kadınlarda a) mukoza uteri çok fazla proliferedir, b) vaginal frotide asidofilik ve kariopiknotik endeks çok yüksektir, c) bazal vücut ısısı kurbu monofaziktir, d) premenstruel safhada pregnandiol itrahi yoktur. Thyroide hulâsaları ile yapılan tedavi sayesinde yukarıda sayılan anormal durumların kâffesi normalleşir. B - Hyperthyroidie: — İncelediği vak'alar arasında Lederer

23 amenore, 16 oligomenore ve 243 hiperfollikülünü tespit etmiştir (bunların 43 ünde menoraji vardır.) Amenore umumiyetle oldukça ağır vak'alarda rastlanır. Overler hem atrofiktir hem de tekâmül gösteren follikül ihtiva etmezler. Diğer üreme organlarında da atrofi vardır Gonadotrofinler yüksek nispette itrah edilirler. Hyperthyroidinin ilâç veya ameliyatla tedavisi durumu islah ve genital fonksionu iade eder. Hiperfollikülinili hyperthyroidilerin hepsinde uterus mukozası hiperprolifere, vagina frotileri indeksinde hiperasidofilik ve hiperkaryopiknoz bulunmuştur. Şimdiye kadar bildirilenler, thyroide fonksionlarında hipo veya hiper cihetine vaki inhirafların mutlak ve sabit genital fonksion bozuklukları meydana getirdiğini gösteriyor. (Gerek hipo, gerekse hiper thyroidililerde amenoreli ve oligomenoreli, menorajili ve hiperfollikülinli hastalara rastlanması dolayısıyla). Kadınlardaki genital fonksion bozukluklarında thyroidin de dikkatle incelenmesi (bazal metabolizma) ve tedavinin ona göre tatbik edilmesi icap ettiğini yukardaki durum iyice anlatmaktadır.

Hipotiroidi, hipofollikülini ve dismenore: (G. Lambert-Obst. et Gyn. Bull. No: 3-1954). Muayene ettiği hastalar arasında müellif 47 hipotiroidili hastanın bazal metabolizmasının %10-%31 arasında bulmuştur. Yarisına yakın kadında dismenore, dörtte birinden az fazlasında adet intizamı ve 1/4 ünde de hipomenore tespit etmiştir. 36 hastada yapmış olduğu endometrial biopsi ve vaginal frottilerde 11 hipofollikülini, 8 mutlak hiperfollikülini, 4 anovülatuar sikl, 4 hipolüteini ile 6 normal sikle delâlet eden durum müşahede etmiştir.

Kongenital Malformasyonlu uteruslardaki gebelikler: (Commender ve Baker - Amer. Jour. of Obst. and Gyn. Semptember 1953). Kendi şahsı 9 vak'aları ile birlikte 127 ye balığ olan anomalili uteruslardaki gebeliklerin 59 u bikornis uniolis, 49 u didelfis, 6 sı septus, 6 sı subseptus, 4 ü uniolis 2 si dupleks bikornis bikollis, 1 i arkuatus uterusu vukua gelmiştir. Prematüre doğum, normal dışı prezantasyonlar, su kesesinin erken yırtılması gibi arızalara, normal uterusdaki gebeliklere nazaran çok daha fazla rastlanmakta ve anne ölümü %2,4 gibi yüksek bir nispet arz etmektedir. Fötal anomaliler %2,8 olup cenin mortalitesi normaldekinin iki mislidir.

Gebelik esnasında verilen dietilstilbestrol'un tedavî edici tesiri var mıdır: (Dickmann, Davis, Lynkiewicz ve Pottinger - Amer. Jour. of Obst. and Gyn. November 1953). Bu işi son derece titizlikle incelemeyi hedef tutan müellifler, dietilstilbestrol alan 840 ve şahit vazifesini gören 860 kadından mürekkep iki grupe ele almışlardır. Her iki grupta aynı nispette primipar ve mültipar bulunmasına ehemmiyet vermişler, hattâ gebelerin aynı boy ve

ağırlıkta olmalarını, antesedan bakımından birbirlerine en çok uyanlarını seçmişlerdir. Bu suretle ilâcı alacak ve almıyacak olanların azamî derecede müsavi şartlardaki gebeler olmasına çok dikkat etmişlerdir. Dış görünüş ile birbirinden hiç ayırt edilemeyen iki türlü hap yaptırmışlar. Bir kısmı dietilstilbestrol bir kısmı da herhangi bir zararsız maddeyi ihtiva eden bu hapların hangilerinin östrojen ihtiva ettiğini yalnız adları yukarıda bildirilen müellifler biliyor, hapları gebelere verenler ile onları alan gebeler hiçbir şeyden haberdar değillermiş. 2 aylık gebelere günde 5 mgr. dan başlayarak 35. haftada yevmiye 150 mgr. stilbestrol verilmiştir. Bu tedavinin neticesi şöyle hulâsa edilebilir: a) Erken doğumlara sebep olabiliyor, b) toksemi sayısı şahidlerdekinden daha çoktur. c) Prematüre doğanlar, şahidlerdekinden fazla olduğundan doğan çocukların ortalama ağırlığı daha düşüktür. Buna bağlı olan prenatal çocuk ölümü de prematürite nispetile mütenasip olmak üzere yüksektir. Bu neticeler; müellifleri, gebelikte dietilstilbestrol tedavisinin iyileştirici kıymeti bulunmadığını kabule sevk etmiştir.

Gebelikte B. vitamini metabolizmasında bozukluklar: (M. Wachstein ve A. Gudaitis - Amer. Jour. of bst. and Gyn. December 1953). Normal insanda asid piridoksik itrahi 0,85 milligramdır. 25 mgr. piridoksin hidroklorür verildikten sonra itrah edilen miktar 11,55 mgr. a yükselir. Normal gebelikte, B. vitamini 0,40-1,08 mgr. arasında değişen miktarlarda elimine olunur. Gebeliği normal seyreden bir kadına 25 mgr. B. vitamini verildiğinde çıkarılan miktar 3,70-12,40 mgr. (ortalama 8,84 mgr.) olur. Buna nazaran, B. vitamini eliminasyonunda bariz azalma vardır. Bu azalış, gebelik toksemilerinde daha bariz bir hal almaktadır. Yukarıdaki bulgular, gebelerin, gebe olmayanlardan daha çok B. vitaminine muhtaç bulunduğunu göstermektedir.

Pelvis tüberkülozu ile gebelik: (Borrow, Blinik ve Soichet - Amer. Jour. of Obst. and Gyn. December 1953). Müellifler, 19 yaşında olup ilk çocuğuna hamile bulunan hastalarını, gebeliğin 3. ayında spontan bir sıkıt yaptıktan sonra ateşlendiği için post abortum enfeksiyonlarda tatbik edilen penicillin ve müteakiben aureomycine ile tedavi ediyorlar. Bu tedaviden sonra tatbik ettikleri küretajı müteakip hastada iki taraflı salpenjit ile birlikte bir pelviperitonitin teessüs ettiğine şahit oluyorlar. Aynı antibiotiklerle yapılan enerjik tedavinin tesirsiz kalması üzerine hastaya streptomycine tatbik edince ateş birkaç günlük tedaviden sonra tedricen inmeye başlıyor ve bir müddet sonra normali buluyor. 40 gün sonra laparotomize edilen hastanın tüberküloz lezyon gösteren tüpleri almıyor. Post operatuar devre iyi geçiyor ve hasta iyileşerek servisten çıkıyor. Bilindiği gibi genital tüberküloz u-

mumiyet itibarile sterilite yapar. Bununla beraber bu gibi âfetlere musab kimselerin, gebe kaldıklarına dair literatürde vak'alara rastlanmaktadır. Bu, ancak tüplerden birinin az leze ve permeabilitesini muhafaza ettiği vak'alarda mümkün olabilir. Endometrit tüberkülozde de lezyonun yeni ve çok mahdut bulunması şarttır. Müellifler; anneksiel lezyonlarla müterafik bulunan ve septik telâkki edilen avortmanlar, mutad antibiotiklerle enerjik olarak tedavi edilmelerine rağmen esaslı bir salâh ve şifaya götürülemediği takdirde çok dikkatli bir küretaj yapılarak tüberküloz bakımından histolojik muayene ve tetkike tâbi tutulmasını ve ona göre tedavi tatbikini tavsiye ediyorlar.

Kanamadan ileri gelen obstetrik şokta hiperglisemi, (R. Murdoch - Obst. et Gyn. Bullt. No: 2 - 1954). Müellif; 22 si doğumdan sonra, 7 si dekolman plasanter dolayısıyla, 8 i düşükten ileri gelme kanama, 3 ü de uterus rüptüründen sonra hasıl olan 40 obstetrik şoklu hastanın glisemisini tetkik etmiştir. Vak'aların kâffesinde hiperglisemi tespit etmiş ve bazı hastalarda glisemi %364 milligramı bulmuştur. Şokun başlangıcından itibaren ilk 10 dakikaya kadar geçen zaman zarfında glisemide hemen hiç değişiklik yoktur. Fakat 20-30 dakika geçince kanda şeker artmağa başlar. Hiperglisemi, şokun ağırlığı ve imtidadı ile mütenasip olarak arttığı gibi, hastanın kaybettiği kan miktarı arttıkça gliseminin de yükseldiği görülüyor. Bununla beraber hemoraji retroplasanterden ileri gelme şoklardaki hiperglisemi, daima diğer şoklardakinden daha hafif bulunmuştur. Şok hafifleyip zail olurken kanda artmış olan şeker de tedricen azalır. Transfüzion yapılan vak'alarda, kan naklini müteakip glisemi hemen azalmağa başlar.

Endometrium kanserinde over stromasında görülen değişiklikler: (E. R. Novak ve D. I. Mohler - Amer. Jour. of Obst. Daud Gyn. May 1953). 1 — Glandüler hiperplazi ile adeno-karsinom arasında intikal mevcuttur. 2 — Östrojen husule getiren granüloza tümörleri çok defa corpus kanserile müşterek bulunur. 3 — Hiperplazi glandülo-kistik dolayısıyla menorrajiler geçirmiş olan kadınlarla menopozu gecikenlerin, normal adet görmüş olanlara nazaran daha çok korpus karsinomuna musab oldukları görülüyor 4. — Uzun zaman östrojen tedavisine tâbi tutulmuş kadınların endometrial kansere musab olduklarına dair birçok vak'alara şahid olunmuştur. 5 — Az çok genç sayılabilecek yaşlarda kastre edilen kadınlarda pek nadir olarak cismi rahim kanseri zuhur ediyor. Bütün bunlar, over faaliyetile corpus uteri kanserinin teşekkülü arasında bir münasebet bulunduğunu kabul ettirecek mahiyettedir. Adenokarsinomlu kadınların yumurtalıklarında stroma hipertrofisi, bir kaç veya yaygın tekomların mevcut olduğunu Woll, Hertig ile

mesai arkadaşları göstermişlerdir. Bu hücrelerin, follikülün dış ve iç teka hücrelerini teşkil ettiği kabul edildiğine göre follikülün ifraz etmeleri de kuvvetle muhtemeldir. Menopoza girmiş ve endometriyum kanseri bulunan 63 kadının ameliyatından çıkan overleri tetkik eden müellifler hemen daima stroma hücrelerinde hiperplazi ve büyüme, kümeleşme ve tekal hücreler karakterini (Follikülün ifraz eden hücreler vasfı ve tipi) görmüşlerdir ki, bu da yukarıda bildirilen over faaliyeti ile korpus karsinomunun ilgisini teyid eder mahiyettedir.

Menopoz teşevvüşlerinin erkek hormonu ile tedavisi: (R. İ. Walter; Amer. Jour. of Obst. and Gyn. August 1953) Umumiyetle klimakteryumdaki teşevvüşlerin gonadotropik hormonun, aksak bir hal alan follikülün ifrazı ile inhibe edilememesinden ileri geldiği kabul edilmekte ve hem hasıl olan huzursuzlukları gidermek ve hem de gonadotrop ifrazını tadil etmek için erkek hormonu kullanılmaktadır. Müellif; menopozda çeşidli teşevvüşlerin, gonadotrop hormonların normalden çok ifraz edilmesinden ileri geldiğini kabul etmemektedir. Zira kadınlara yüksekçe doz gonadotrop hormon şırınga edildikte, klimakteryumdaki huzursuzluk ve rahatsızlıklar husule getirilemediği gibi gonadotropik hormonların uzviyette çok ve pek çok bulunduğu normal ve molar gebelik ile koryonepileyomada da menopozda rastlanan teşevvüşler görülmez.

Bazı araştırmacılar, şırınga edilen veya verilen erkek hormonlarının, menopozda follikülün gibi tesir ettiğini ve hattâ uzviyette öströjene inkilâp eylediğini iddia etmektedirler. Fakat yapılan vaginal froti tetkikleri bunu teyid eder mahiyette değildir. Diğer taraftan, normal klimakteryumda androgen karansı bulunduğu için erkek hormonu vererek teşevvüşatın bertaraf edilmesi düşüncesi de yerinde değildir. Zira yapılan hormon dozajları, o çağda erkek hormonu ifrazında eksiklik tespit edilememiştir. Müellif, androgenlerle tedavi ettiği 62 menopoz hastadan 27 sinde salâh, bazılarında virilizasyon görmüştür. Bu bulgularına istinaden, androjenlerin, klimakteryumun şifa verici, spesifik bir tedavisi olmadığına inanıyor.

Dr. Emir N. Atakam

Konjonktivit tedavisinde Gantrisin ile alınan klinik neticeler: Qinn, L. H. Burnside, R. M. Medical and Surgical Clinic, Dallas, Texas, A. B. D. Eye, Ear, Nose and Throat Monthly dergisi 30, 81-82; 1951). Quinn ve Burnside 13 ay zarfında, beher sm³’ünde 43,3 mgr. müessir madde ihtiva eden (*) Gantrisin merhemi ile 180 konjonktivit vak’ası tedavi etmişlerdir. Araz zail olduktan sonra

nüskleri önlemek için tedaviye iki gün daha devam edilmiştir. Oküler frotis’ler gram-müspet ve gram-menfi patojen jerm’lerin mevcudiyetini ortaya koymuştur. Aşağıdaki tablo tedavi şartları ve alınan neticeler hakkında sarıh bir fikir vermektedir.

Froti	Kültür	Tedavi neticeleri			Akut Konjonktivit	Çok şiddetli Konjonktivit	Vak’a adedi
		İyileşme	Salâh	Tesirsiz			
Gram	Staf. aures	30	—	—	24	6	30
Müsbet	Staf. albus	10	7	6	5	18	23
Köküsler	γ-streptoko	3	4	1	4	4	8
	β-streptokok	23	—	—	22	1	23
Gram-müspet	Pnömokok	31	4	1	34	2	36
Basiller	Difteri basilleri	4	—	—	4	—	4
Gram-Menfi	Koch-Weeks	10	—	2	12	—	12
Basiller	Morax-Axenfld	—	—	1	—	1	1
Menfi	Menfi	16	4	23	31	12	43
Vak’a adedi		127	19	34	136	44	180

Yukardaki cetvelden anlaşılacağı veçhile tedaviye tâbi tutulan 180 hastadan 127 sinin iyileştiği, 19 unun salâh bulduğu ve netice alınmayan vak’a adedinin de yalnız 34 olduğu görülmektedir. Bu sonuçlarda âraz virüs’lü bir hastalık veya patojen ajanların konjonktivit’in etyolojisinde müessir olmadığı ihtimalini gösteriyordu.

Müellifler Gantrisin merhemini bilcümle müşabih müstahzarlara tercih etmektedirler. Çünkü ilâcın sürülmesi ağrı yapmaz ve tahriş husule getirmez. Gantrisin sair sülfamit ve antibiyotik’lere kıyasen daha az sansibilizasyon tevhit eder. Kemosis veya prurit şeklinde, allerjik tabiatlı tâli tesirler, ancak evvelce büyük miktarlarda sülfamit verilmiş olan yalnız iki hastada müşahade edilmiştir.

Trahomun tedavisinde, Siniscal (*), Gantrisin merhemini tatbiki suretile iyi neticeler almış olduğunu burada tebarüz ettirmek yerindedir. Bu kombine tedavi keza vahim konjonktivitlerde de endikedir. Diğer hastalıkların tedavisi sırasında, Gantrisin’in büyük inhilâl kabiliyeti ve iyi tahammül hassaları dolayısıyla, böbrek ihtilâtı olan hastalarda, kalevi veya başka ilâçların birlikte tatbik edilmesi gibi, ihtiyatî tedbirlere başvurmak lüzumu yoktur. Gantrisin merheminin pH’ı, lakrimal ifrazata uygun olduğundan ve terkibi birkaç ay sonra dahi değişmediğinden, tatbiki ağrı tevhit etmez. Sair sülfamitler ve streptomycine’in aksine olarak, patojen ajanların Gantrisin’e karşı in vitro ve in vivo hassasiyeti şimdiye kadar değişmez şekilde sâbit kalmıştır.

(*) Siniscal, A.A.; areh. Ofhtalm, 42,422 (1949) Amor. J. Ofhtalm. 33,715 (1950)

(*) Ticarettteki preparatte % 4 Gantrisin, vardır.

Homo-Hetero ve Alloplastı (E. Gohrhandt, Berlin): Her hangi homotransplantat muayyen, latnet bir zaman sonra kaybolur. Transplantasyonun akıbeti için kan gruplarının rolü yoktur. Muvaffakiyetsizlik sebebi her hücrenin farklı protein ihtiva etmesindedir. Her hücrenin protein moleküllerinin teşekkülü ve amino asitlerin sıraları her insan için spesifiktir. Karşı gelen transplante hücrelerinin albumin molekülleri çok peptid zincirine maliktir ve bunlar birbiri ile imtizaç edemez. Transplante edilen vücutta antikorlar teşekkül edip, hücreler çoğalmağa başlarsa imha ederler. Burada sistematik bir muafiyetten bahsedilebilir ve lokal tezahüratı yalnız muafiyetin reaksiyonlarından birisi olarak tezahür eder. Homoplastinin muvaffak olmadığı hallerde heteroplasti de muvaffakiyetsizlik mutlakdır. Cerrahi buna rağmen transplantasyondan feragat edemez (meselâ Hipofiz transplantasyonu). Zira en az muvakkat veya fonksiyon kamçılayıcı bir madde olarak yer tutar. Alloplastı (parafin, madenler) hususî dikkat ister.

Kemik Konservesi (H. Bürkle de la Camp, Bochum): Bir muvafık konservasyon metodu da kemik esas maddesinin tahrib olmaması, mineral anasının değişmemesi ve kemiğin kalın mekanik hassasının haleldar olmaması mecburiyeti vardır. Bu şartı yerine getiren Bochum daki hastahanelerde alışılmış metod çok soğutma usulüdür (kemik bankaları).

Amputasyon ve diğer ameliyatlarda çıkarılan periostu ve yumuşak kısımdan ayrılmış insan kemikleri -27° buz dolabında kuru olarak saklanır, başkaca yağ, parafin veya serum ilâvesi yapılmamaktadır. Bu kemikler tahminen 6 ay, bazan daha uzun zaman muhafaza olunur. Kemik boşlukları spongioza veya kemik parçaları ile kapatılır. Her şeyden önce pseudarthroslarda homoplastik soğuk kemik konserveleri ile köprü tarzında bağlama yapılır. 300 den fazla transplantasyonda yalnız kemik konservesi kullanarak geniş kafa deliklerinin kapanmasında, yanlış indimal etmiş kırıkların şifasında, mafsallı ve vertebral ankilozlarında, mafsallı öyuk kenarlarında, burun plastiginde v. s. de memnun edici netice alınmıştır. Bu neticeler otoplastik transplantasyonla aynı kıymettedir. Hastadan ameliyat esnasında kemik alınmak mecburiyetinde kalınmaması tercih sebebi teşkil eder.

Meme Karsinomu tedavisi (R. Wanke, Kiel): Göğüs kanserlerinde sırf cerrahi tedavi ile % 30-40 (5 senelik) şifa temin edilir. Operasyondan sonra sistematik röntgen tedavisi şifa nisbeti % 45-50, ameliyattan evvel şua tedavisi % 50-60 a yükseltir. Yeni tatbik edilen geniş ameliyatı usulü (yalnız axiller lenf guddelerini değil, meme lenf guddelerini de tahliye) ile yapılan 1000 ameliyatta muvaffakiyet 10-20 misli fazlaşmıştır. Muvaffakiyet

nisbetini Röntgen kastrasyonu yahut overlerin operasyonla çıkarılmasından sonra yapılan mukabil cinsi hormon tedavisi arttırır. Bu usulün esası östrojen hormonun proliferatif kamçılanmasına mani olmaktır. Hormon tedavisi kimyevi kastrasyon olarak kabul edilir. Bu tedavi usulü en nihayet böbrek üstü ve hipofiz fonksiyonunu total olarak ekarte eder. Eğer Operatif ve Radiolojik usullerle muvaffakiyet elde edilmezse bu usulle hayatı biraz sükûnet içinde ve ağrısız uzatmak imkanı elde edilir.

Göğüs kanserlerinde şua tedavisi (A. Kohler, Münih): İkimetod tefrik etmek mecburiyeti vardır. Radikal operasyondan sonra yapılan profilaktik şualandırmada ameliyattan önceki musab sahalardan daha geniş sahaları şualandırmamak mecburiyeti vardır. 5 senelik şifa yalnız operasyondan % 10-17 daha iyidir. Lokal rezidiv sayısı azalmıştır. Aynı saha tekrar radioterapiye tabi tutulursa akciğer fibrozu, yumuşak ensicenin harabiyeti ve deveran bozulması neticesi mukavim kanser hücreleri husule gelir, diğer kısımlar ise radiosansibilite gösterir. Ameliyat esnasında da tedavi düşünülmüştür. Buna göre o halde ikinci metod tavsiye edilir, şöyleki: Önce yarım doz şua, sonra ameliyat, sonra yarım doz tekrar şua. Ve yahut 3700-4200 r/Herd lik tedavi dozunu tamamen birden tatbik etmek. Metod kanser hücrelerinin hayatiyetini ifna eder ve ameliyat sahasını müdahale esnasında husule gelecek yayılmalardan muhafaza eder. Ameliyatı şuan yaptığı reaksiyon geçer geçmez yepilmalıdır, yani radioterapiden 1-2 ay sonra müdahale gerekir. 5 senelik şifa, önce şualandırmada, tahminen % 63, buna mukabil profilaktik sonra şualandırmada % 49 dur.

Rektum Karsinomu (A. W. Ficher, Kiel): Sfinkteri çıkarıp çıkarmamak meselesi halâ münakaşa mevzuudur. Abdominal anus yapıp bütün alt kısmı ve rektumu çıkarıp residivi önlemeyi ve mutlak surette sfinkterinde enfilitre olduğudüşüncesi ile bunu çıkarma yı uygun görürler. Sfinkterin muhafazası düşünüldüğü zaman bu tip müdahale güç olduğundan 3 zamanlı müdahale icab eder. Rezeksiyondan mütevellit residiv tehlikesi pirirektal lenf sistemi ve ensicenin bulaşmasından daha az tehlikeli değildir. Malignite derecesi anatomik manzaraya bağlı olmayıp umumi klinik gösterişe bağlıdır. Hastanın arzusuna uyulmuyarak sfinkter de istilâya uğramış ise oda çıkarılır. Anus preternatüralis'in yapılmasında bir çok faktörler yer alır. 1 incisi hastanın arzusu, 2 ncisi bu metodun tatbik edilebilme imkânı, hastanın sosyal muhiti, karakteri ve zekâ derecesidir.

Commotio Cerebri tedavi ve tetkiki (L. Böhler, Viyana): 3000 vak'anın tecrübesi şu sonucu vermiştir. Commotio ağır semptomlarla (derhal şuur

kaybı, retrograd amnezi vs.) başlayan ağır bir yaranlanmadır. 4-6 hafta zarfında tam şifa husule gelir. Patolojik anatomide hiçbir şey bulunmaz. Sigortalı olmayanlar kısa zamanda iyileşirler. Tedavi ilk olarak şimdide kadar alışılmış olan 3 haftalık değil yalnız 4 günlük yatak istirahatidir. Hastanın erken kalkmasına müsaade edilir. Vasatî tedavi müddeti 19 gündür. Tıbbî tedavi: basit baş ağrısı ilâcudur. İntraveneuse injektion yapılmaz. En iyisi psikoterapidir. İyi bir muayene sonunda teşhis kendisine anlatılır, kısa zamanda iyileşeceği ve çalışabileceği bildirilir. Saf bir Commotio kaideten 2-6 haftada iyileşir.

Prostatlılarda Sperm husulü (H. Wildegans, Berlin): Sağlam yaşlı bir şahıs ileri yaşta bile bozulmamış bir spermogenese sahiptir. Prostatlılarda buna mukabil spermogenese erken bozulduğundan neticede testisler fibroza duçar olurlar. Bu hal prostat kansinomunda da görülür. Prostatın bu hastalığında testis atrofi karakteristiktir. Bunun sebebi henüz tayin edilememiştir.

Kalp cerrahisi (E. Derra, Düsseldorf): Düsseldorf Tıp Akademisinin cerrahî kliniğinde 1948 den itibaren yuvarlak hesap 700 kalb ameliyatı yapılmıştır. Mitral stenoz ameliyatında (şimdide kadar bütün dünyada 3000 ameliyat) müdahale sol atriumdan yapılmaktadır. Bir kısım vak'alarda valvüller parmakla künt olarak yırtılmak suretile yapılmıştır. 140 ameliyatın tahminen yarsında stenozu kesmek mecburiyetinde kalmıştır (Commissurotomie) Ventrikülde parmak girecek delik bulunmazsa o zaman sol A. Pulmonalisten methal aranır. Ameliyattan ölüm % 8-10 dur.

Perikart trasplantasyonu ve mitral insüffüsans tashih plastiginde şimdilik çok ihtiyatlı hüküm vermek icab eder. Triküspital stenoz sağ taraftan ve mitral stenozun aynı teknik kullanılarak yapılır. Tabii ki, diğer mevcut arızaya dahi müdahale mecburiyeti vardır. Aort stenozu ameliyatında sol ventrikülden istifade edilir. Hüsusi bir âletle kapalı kısım genişletilir. Doğmalık Botal deliği açıklığında Baily usulü atrioseptopexie mecburiyeti vardır. İşaret parmağı ile sağ ventrikülden girilip foramen ovaleye derinden alınmak üzere atrium duvarına 4-6 dikişle dikilir, defekt keanrları dikişle karşı karşıya getirilir ve kapanmış kısım atrium duvarı örtüsü ile kuvvetlendirilir.

Apandisit tedavisinde yenilikler (F. Stelzner, Erlangen): Akut apandisit ilk anlarında ve apandisit sonu husule gelen diffüz cerahatlı peritonite tedavi operasyondur. Flegmonöz apandisit ilk 48 saat zarfında görülürse, uzviyet serbest batında apandiksi bir kapsül ile çevriri. Antibiyotik ilâçlar bu intermedier devrede tamamen

hakim olmazlar. En ufak şüphede antibiyotikler teşrik edilerek operasyon yapmak icab eder. Gebelikte, 8 inci aya kadar, korpus luteum hormonu tatbiki altında gebeliği muhafaza ederek, ameliyat yapılması gerekir. Perfore apandisitde daima antibiyotikle birlikte drenaj lüzumludur.

Akut pankreatit (P. Kyrle, Viyana): Bilhassa 1953 senesinde nazarı dikkati çekecek derecede çok görülen akut pankreatit tedavisi kat'i teşhisi beklemektedir. Operasyon yalnız şüpheli vak'alardadır. Bekleme tedavisi: sıcak tatbikat, Belladon-Papaverin suppozituar veya Atropin 0,0005 0,001. Ağzdan zir şey vermeme, mide ve duodenum sondajı, antibiyotik ve deveren münebbihleri ve imkân nisbetinde i. v. gut o gut lokal anestetik. Lokal anestetik olarak procainden 4-5 defa daha tesirli ve yarı, yarıya az toksik olan Panthesin'in 0,5/500 lük Ringer solüsyonundaki mahlül kullanılır. Günde 1-2 defa dakikada 40 damla hesabı ile verilir.

Cerrahî Akut Abdomen arazi ile karışan dahili hastalıklar (H. Henning, Erlanger): Akut arka duvar infarktusu şiddetli karın ağrısı yapar (E. K. G. yapmak, anamnez). Ulkus perforasyonu ile Myokard infarktusu arasında tefrik teşhisi yapmak çok zordur. Karaciğer stazı ile bulunan sağ kalb insuffisansında fazla kusma vardır. Anevrizma dissekant (teşhisi zordur) % 25 hastada batın endromu verir. Oksidasyon ve iç ifraz hastalıklarında batın sendromunun tefriki: Diabet, Addison, Tetani, Porphyrinurie, Hematurie, (diabet pseudoapandisit olarak tanınır). Kan hastalıklarında batın sendromu tefriki: Hematolojik ikter, Leusemie, orak hücre anemisi. İnfektionlarda batın sendromu, Kızamık, pneumonie. Sinir sistemi hastalıklarından: Herpes zoster, Tabes dorsalis. Allerjik hastalıklardan: Periatritis nodosa, Purpura Hennoch, Serum şoku, Akut romatizmal poliartrit Hazım cihazı hastalıklarından: Mide ülseri, Kolelittiasis, Duktus sistikus dizkinezisi, İlietis terminalis, parazitler gibi hastalıklar vardır.

Potansialize narkoz ve kontrollu hipotermi (E. Rehn, Freiburg): Hipotermi ile beraber potansialize narkoz vejetatif hafifletici tesir bakımından itimada şayandır. Bu sebebden de travmayı bertaraf edici iyi bir tesire maliktir (ameliyat travması). Hibernation'un vejetatif müsekkin tesiri hormonal stres üzerine dahi müsait tesir eder. Geç kollaps ve emboli görülen ikinci ameliyat sonu safhası (labilite safhası) bu narkoz tesir sahası dışındadır. Bu bildirimler ameliyata uygun uzviyetler için elverişlidir. Konstitüsyon ve hastalık sebebi ile ameliyata tahammül derecesi az olan organizmada başka türlü hüküm vermek lâzımdır. Thyroid ve Surrenal fonksiyonlarına geniş durdurucu tesir eden hipo-

termi zaten zayıf olan organismada çok fena neticeler tevhit edebilir. Antitraumatik tesiri ile yeni çığır açan bu narkoz, ameliyata tahammül derecesi meşhûk hastalar da ameliyat endişemi zi bertaraf edemez.

Potansialize narkoz (H. Laborit, Paris. tebliğ eden F. H. Koss, Düsseldorf): Laborit tarafından aşağıdaki şekilde tarif edilir: «Hiç veya gayet az narkotik tesiri olan bazı maddeler sayesinde vücut az narkotik ilaç ile müessir bir narkoza sokulur». Fenothiazinlerle beyinin karbon hidrat metabolizması her halde ferment yardımı ile bloke edilir. Megaphen'in sentral fizyolojik tesiri bir taraftan sensitif sensoriel sinir lifleri ve kışır arasında, diğer taraftan sentrifugal yollarla bir bağ teşkil eden retiküler maddenin bir blokajından ibarettir. Periferik tesirleri arasında fenotiazin psişik veya fizik bir yüklemeye karşı, bir metabolizma yükselmesine mâni olarak narkozu kolaylaştırır. Enfeksiyonlarda Megaphen vücudun münebbihe karşı lokal ve umumi reaksiyonunu azaltır. Bu sebebden dolayı bu ilaçla beraber mikroplara tesir eden ilaçlar da vermek lâzımdır. Aksi takdirde bir umumî enfeksiyonla karşılaşılır.

Anesthist aşağıdaki 3 şekil vak'aya göre birini seçmelidir (L. Zürn, Münih): 1 — Müsekin anestezi: Bir akşam evvel ve ameliyat sabahı malûm ilaçları tamamlayıcı olarak sedatif ile antihistaminik verilir. Bu suretle lokal anestezi ve narkoz tesiri fazlaşmış olur. 2 — Potansialize anestezi: Bir akşam evvel Luminal + Atosil, ameliyattan 3 saat evvel i. m. 50 mgr. Megaphen + 50 mgr. Atosil, 2 saat önce 50-100 mgr. Dolantin i. m. yapılır. Bunun üzerine bazal metabolizma ve hararetden ehemmiyetli bir azalma olur. Hastaya uyku ve apatik hale girer. Bu tarz potansialize narkoz küçük hastahanelerde dahi büyük müdahalelerde muvaffakiyetle kullanılır. 3 — Sun'i kış uykusu: Organizmanın fizyolojik regulasyon mekanizmasına kat'î müdahaledir. Her vak'a için bütün tedaviyi icap ettirecek vasıtaların evvelden hazırlanması lâzımdır. Ölmeden koruma için bu ilaçlar ancak bir anesthist veya cerrah tarafından bilgi ile kullanılmalıdır.

Dr. Vecihi Uzgören

Meme kanseri metastazlarının hormonal tedavisi: (Marcel Zara; La Presse Medicale 1954-62-N-57, s. 1178-1180). Meme kanseri metastazlarının hormonal tedavisi modern endokrinolojinin en güzel tatbiklerinden biridir. Elde edilen neticeler devamlı olmamakla beraber bazan okadar iyilikler husule getiriyor ki bunu her vak'ada tatbik etmek uygun olur kanaatine varılıyor. Birleşik Amerikada biyopsi ve radyolojik muayeneler, tetkik, müşahade ve tahliller ile muayyen bazı tedavi şemaları çizilmiş bulunuyor. Müellif bu hususta muhtelif şekil me-

me kanserleri ve bunların metastazlarını gözden geçirdikten sonra androjen, östrojen hormonları, bunların seçilmesi ile klinik neticelerini, histolojik değişimleri, tedavi tarzı, süresi, iyileşme ve yaşama müddetleri ile tedavi sırasında görülen arıza ve husuları gözden geçirerek yazısını şu şekilde hûlâsa ediyor:

1 — Hastanın yaşından başka, genital aktivite ve menopoz devresinde sureti kat'iyede androjen hormon; menopoz devresinden sonra tahammülsüzlük göz önünde tutularak androjen veya östrojen hormonlar değiştirilerek yapılabilir.

2 — Lezyonların yerine göre: Metastazlar kemikte ise hastanın subjektif arızını en çok giderecek olan androjen hormonlar yapılmalıdır. Cilt ve Plöropulmoner metastazlarda bilâkis östrojenler iyi ve devamlı neticeler vermişlerdir.

Vena Trombozlarının modern tedavisi: (Raymond Tournay; Le Monde Medical, sene 64, Mart Nisan 1954, No: 985, sayfa 39-51). Flebit sebeplerini kısaca beş'e ayırmak mümkündür; 1 - Enfeksiyon, 2 - Damar paruvasının bozuklukları, 3 - Damar muhtevisi (kan) seğişiklikleri, 4 - Kan cereyanının hafiflemesi, 5 - Sempatik, Psişik, Hereditte gibi umumi sebepler.

1 — Enfeksiyon; Başta Tifo, Tüberküloz, Havsala septik enfeksiyonları gelmektedir. Burada ne ateşin yüksekliği ve nede iltihab hadiselerinin şiddeti, antibiotik verilmesini gerektirmez, zira bunlar hiperkoagulasyonu mucib olabilirler.

2 — Damarın pariyetal lezyonlarından ileri gelme travmatik flebitler mevcuttur ve inkârı kabül olmamakla beraber normal cereyan eden bir kan dolaşımı esnasında damara yapılan bir iğne pikürü flebit tevhit edemez.

3 — Kan terkibi değişikliği; Kanın hiperkoagulabilitesi mutlaka trombozu davet etmez, buna mukabil de hipokoagulabilite veya normal bir pıhtılaşma gösteren hastalarda, tromboz görülmüştür. Flebit kan terkibi bozukluğundan ileri gelme bir hadise değildir, bilâkis aşağıda bildirilen son iki sebep bunu tevhit etmektedir.

4 — Virchow tarafından keşfedilen kan cereyanının yavaşlaması: Vena iç zarının bozulması ile birlikte kan cereyanının yavaşlaması bir flebit meydana getirebilir. Buna mukabil sempatik tesir neticesi sür'atli bir kan cereyanı lezyonlu venalar içerisinde plakette beyaz trombus teşekkülüne mâni olur. İşte bu suretle vena'nın iç kısmı tamir olur. Yatakta istirahat deveranı durdurur, hareket ise süratlendirir.

5 — Merkezi sinir sistemi ve Sempatik sistemin rolü: Arteriovenüler spazm husule getirerek kan cereyanını ağırlaştırır. Sempatik enfiltrasyonları bunun başlıca delilidir.

Bundan başka heyecan neticesi Hiperadrenalinemi tesiri ile kan pıhtılaşması artar. Hava değişimine bağlı iklim flebitleri görüldüğü de vakidir.

Flebit neticesinin arızaalı olmaması için erken teşhisi şarttır. Baldırı aşmış her flebit sonradan mutlaka sekel bırakır.

Erken teşhise varmak için hasta da ağırlık, hassasiyet, karıncalanma, taban ve baldırlarda, bacaklarda hafif kramp ve havsala kadar da sirayet etmişse bazan Dysürie görülebilir. O zamana kadar sakin olan hastalarda geçici huzursuzluk, senkop'a meyil, sebebsiz anguaz hissi bulunur.

Klinikman nabzın tedrici yükselmesi, buna muvazi olarak hararet yükselmesi ve teneffüsün sür'atlenmesi dikkat nazarı çekmelidir. Muayenede bacağın orta hattı üzerinde, baldırda tazyikle ağrı, ayak dorsal hiperfleksiyonunda ağrı, diğer venalarda tromboz mevcutsa jambiye ve adduktor bölgelerinde ağrılar, vajinal ve rektal tuşelerde ağrı, kollarda ağrılar duyulur.

Flebitlerin küratif tedavisi:

1 — Elastik kontansiyon; Flebit meydana çıkar çıkmaz bacak traş edilir, topuk açıkta kalmak üzere flasterle aşağıdan yukarıya doğru çok fazla sıkılmamak şartı ile uyluğun üst kısmına kadar sarılır. Sağlam olan tarafın bacak kısmını da aynı şekilde sarmak uygundur. Flaster bulunmadığı zaman hasta taraf uyluk üst kısmına, sağlam taraf dize kadar varis sargıları ile sarılır. Bu suretle sathi vena deveranı ortadan kalkar. Siyah kan derin venalardan geçmek suretiyle durgunluk önlenir.

2 — Arter içine %1 procaine'den 10. cc. ve arter etrafına da 2-3 cc. şırınga edilerek spazm gevşetilir. Procaine'e vazo dilatatör bir ilâcın ilâvesi de muvafiktir.

3 — Hareket: Enjeksiyon yapılır yapılmaz mezkûr taraf hareket ettirilir. Hareket emboliyi önler. Günde üç defa, ancak birkaç dakika olmak şartıyla yürüme yaptırılır. Hasta yatakta iken bisiklet pedalı çevirir gibi hareketleri yapması sağlanır. Derin torako-abdominal teneffüs yaptırılır. Hastanın ayakta hareketsiz durması veya koltukta hareketsiz oturması doğru olmaz.

4 — Dikkale takib edilen bu tedavi iyi neticeler verir. Ateş, ağrı ödem yavaş yavaş azalır ve emboli tehlikesi de ortadan kalkabilir.

Ambulatuvar tedavi esnasında görülen hadiseler: Kemik çıkıntılarında sargıdan mütevellit yaralar, poplitea boşluğunun tazyiki, flaster'e ademi tahammül gibi arızalar olup bunlar da kolaylıkla kabili izaledir. Arter içi enjeksiyonları sırasında zuhur edebilen hadiseler başta damara girememek meselesi gelir ki, peri arteriel yapılacak enjeksiyon, da-

mar spazmını gidererek, iğnenin kolaylıkla girmesine yardım eder. Nervus kruralis anestezisi bir müdedt devam ile hastanın yürümesine mani olur. Nihayet Procaine'e ademi tahammül görülürse ilâcı değiştirmek lâzımdır.

Yataktan kalkma güçlüğü: Ateş, kalkmağa mâni değildir. Ağrı ise bir kaç saat veya bir iki gün kalkmayı tehir eder. Bu vak'alarda Salicyl cezirli ilâçları vermekten kaçınmamalı, ameliyatlı ve müdahaleli vak'alarda flatserle tesbit ve intraarteriel enjeksiyon, teneffüs hareketleri, pasif hareketler ve mümkün olan jimnastiği yaptırmalıdır.

Antikoagulanların kullanılması: Şehirde, bir klinikteki ciddi veya geç görülen vak'alarda yahut bilahare üzüntü olması mevzubahis olan hallerde; (karaciğer, kan hastalıkları, gebelik ve pek yeni ameliyat) gibi kontrendikasyonlar (bilhassa Tromexan) haricinde antikoagulanlar kullanılır.

Heparin-Dicoumarine mixt tedavi şeması: Heparin hemen, oxycoumarinyl ise daha geç tesir ettiği için ikisini bir arada kullanmak uygun olur.

1 — 200, 100, 200 miligram ki, cem'an 500 miligram heparin üç enjeksiyon intravenöz halinde ve her bir mahlûle cc. %1 procaine ilâve edilerek ilk günü 8-14-20 ci saatlerde tatbik edilir.

2 — Oxydicoumarinyl (Tromexan) ile üç defada 1,5-1-0,5 komprime cem'an 9 miligram verilir.

3 — Rutin hemorajilere karşı tavsiye edilmektedir.

İkinci günü: Heparin; 150 + 100 + 200, Tromexan dört defa yarım komprime (600) mgr.

Üçüncü gün: Protrombin miktarının tayini için (Quick) kan alınır ve hasta artık Heparin almaz. Tromexan'a gelince protrombin miktarının cevabı gelinceye kadar 12-18 saat verilmeyebilir. Bu miktar %10 dan aşağı ise ilâc yirmi dört saat verilmez. Daha yüksek ise bu miktarı %25-10 a indirmek için optima doz'un tayinine uğraşılır. Şahsî hassasiyetler çok değişiktir. Tedavi yirmi otuz gün nekahat müddetince takip edilir. Haftada üç gün yerine iki ve sonra bir gün olarak hasta uzviyetine göre devam olunur. Tedavi yarım ve çeyrek tablet verilerek suretiyle tedricen azaltılır. Bu tedaviye tâbi tutulacak olan hasta, hekim ve laboratuvar arasında yakın bir temas bulunması lâzımdır.

Heparin tedavisinde görülebilen haller: Şok, ateş, kollapsus procaine ilâvesiyle önlenir. Kanama (en çok Heparin-Retard) birikmeden ileri gelir. Kanama kesilinceye kadar derhal heparin'i kesmeli, ancak pıhtılaşma müddeti iki misline çıktığı zaman (25-30 dakika) heparin tedricen ve dikkatle tekrar verilir. Heparin kanaması 5-10 cc. protamin sülfat yavaş yavaş zerkedilerek durdurulur.

Tromexan'dan ileri gelme kanamalar bilhassa hematuriler; ilâcın kesilmesi, K₁ vitamini, ve trans-fzyonla durur. Kanama devam ediyorsa ve Quick

zamanı %10 dan aşağı ise ilaç yirmi dört saat kesilir ve sonra yavaş yavaş, az dozda olmak üzere verilir.

Görülüyor ki, antikoagulan tedavi tamamiyle biyolojik tecrübelerle dayanmaktadır. (Pıhtılaşma ve Quick zamanları ve tolerans testi).

Üst extremitte flebitlerinde; Stellatum ganglion enfiltrasyonu veya subklaviya arteri içersine procaine enjeksiyonu, alçılı etrafta flebit, tekrerrür eden ve emboli yapan flebitlerde venaları bağlamak lâzımdır. Gebelik flebitlerinde Dicoumarine verilmmez. Kardiakların latent flebitlerinde uzun zaman tromexan verilir.

Postflebitik hastalık tedavisi: Uzun zaman ayakta durmak, güneş banyosu ve çok sıcak banyolar memnudur. Yürüyüş, ılık, soğuk banyolar ve cilt temizliği tavsiye edilir. Bacak en az altı ay bağlanır. Fizyoterapi umumiyeye kontrendikedir.

İhtilât olarak dermit, endurasyon ve ülser'lerin tedavisi basit varikö ülser tedavileri gibidir.

Flebitlerde prevantif tedavi: Kan deveranını yavaşlatan sempatik ve psişik huzursuzluğu yaratan sebepleri, ortadan kaldırmalı. Bilhassa damarları çok ve flebite irsî istidadı bulunan fibromlu, gebe, kalb yetersizliği vak'alarında ameliyat veya doğumdan evvel son güne kadar hareket ettirmek, kuvvetli müşhillerle deshidratasyonu tevlit etmemek, hastaya emniyet ve sükûnet telkinetmek, aşıkâr varisleri varsa flaster veya bandlarla sarmak ve ameliyatı takiben üç gün bu şekilde tutmak lâzımdır. Prevantif olarak bazı hususî vak'alarda ancak antikoagulan tedavi veya verit bağlaması tavsiye edilir. Ameliyat esnasında çok sert tabaklarda sık sütürler ve damar travmatizmasından sakınmalı. Ameliyattan sonra sür'atli rehidratasyon, ameliyat sonu hastalığını önlemek üzere üşütme ve fazla sıcaktan sakınmalı, damar içine Procaine zerketmelidir. Hastayı mümkün mertebe sür'atle ayağa kaldırmalı, hareket ettirmeli, ihtiyaçlarını kendi temin etmelidir. Bu şekilde flebit önlenmiş olur.

Dr. Sedat Sözmen

Çocuklarda Barsaktan taze kanama: (Maurice Levy; La Presse Médicale, 28. 8. 1954 No. 57, S. 1180) Çocuklarda barsak yolu ile taze kan gelmesi sebebinin teşhisinde güçlük görülmesi bakımından mühimdir. Bazı kan hastalıkları, diyatezik hastalıklar, ecnebi cisimler, karaciğer hastalıkları, amibiaz, parazitler, tifo gibi hastalıklar, kolonların doğuş anomalileri, polipoz, ulseröz kolit, egü envajinasyon, süregü apandisit gibi hastalıklar hatıra geldiği gibi süt çocuğunda K vitamini noksanlığı, daha büyüklerde bütün kanama ihtimalleri gözden geçirilmek suretile bazı vakalarda hakikî teşhise varmak kabîl olur. Nadir olarak bu yaştaki çocuklarda barsak divertikülleri kanama yapar. Bu daha ziyade ergin ve yaşlılarda görülür ve yapılan iyi kolon radyografileri ile teşhis olunurlar. Sigmoid ve rektum po-

lipleri ise çocuklarda sık rastlanır. Ekseriya alt kısımlarda buldukları için rekto-sigmoidoskopi ile teşhis olunurlar. Barsak anjiomatozu konjenital vahim bir hastalık olup pek nadirdir, ve teşhisi güçtür. Bunlar çok kere cilt ve mukozalarda küçük anjiomlarla birlikte buldukları zaman teşhisleri biraz hatıra gelebilir.

Cain ve Olivier'nin tarif ettiği genç eşhastâ görülen münferit barsak kırmızı kanaması vazomotor bozukluğuna bağlanmışsada ispatı güçtür. Bu bahis içerisine; bütün klinik araştırmalar ve hatta cerrahî müdahale ile sebebi bulmada hekimî aydınlatamayan kriptojenik kırmızı hemorajilerin %50 sini sökmek lâzım gelecektir.

Unutulmaması gereken bir de Meckel divertikülü vardır ki, bu da dramatik hadiseler yaratma istidadında olduğu için hatırlanmalıdır. Çok kere apandisiti taklit eden ağrılar yapar. Bu sebeple yapılan müdahale esnasındaki araştırmada Meckel divertikülü bulunur ve çıkarılır. Bazan ise mühim kanama ve divertikül ülserinin ânî delinmesi ile vahimleşir. Daha ziyade erkek çocuklarda sık olmak üzere rastlanır. Müellifin vakası 4,5 yaşında bir kız çocuğuna ait olması dolayısıyla eksploratris laparotomi yapmada tereddüt göstermişlerdir. Müellif soliter kırmızı barsak kanaması karşısında Meckel divertikülünü hatıra getirip eksploratris laparotomi yapmak suretile de vahim ihtilâtların önüne geçilmesini tavsiye etmektedir.

Bronkus'un psödokanseri; bazı teşhis yanlışlıkları: (R. Sauvage ve Garbay; La Presse Médicale No: 14, 24 Şubat 1954 S. 285-288) vaka'ların %25-30 unda kanserin histolojik bünyesi, klinik ve radiolojik muayene ile şüphe edilmesine rağmen, ne biopsi ne balgam ve ne de lüzumlu yerden alınan ifrazatın muayensi ile temin edilemez. Kanser böylelikle bir süpürasyon, bir abse veya Tb. zannedilir. 1948 den 1952 ye kadar ameliyat edilen 100 vak'adan 13 ünde teşhis hatası (8 süpürasyon, 4 Tbc., 1 akciğer aktinomykozu) olmuştur. Bu hatalı teşhis vak'aları münasebeti ile müellifler radioklinik zaviyeden tetkik ederek üst ve orta bloklarda Pyoscleröz görmüşlerdir. Bu vak'alar destrüktif ve evolutif seyirleri dolayısıyla aldatici kanser manzarası gösteriyorlardı. Diğer vak'alarda bronkoskopi bile menfi çıkıyor. Bronş kanseri olmıyan bazı vak'alarda bile lipiodollü bronkografi bir durak gösterirken şüpheli mintikada akciğer sirkülasyonunu angiopnömgrafi ve sinedansigrafi yolu ile lezionun tabiatını tesbit etmek lüzumlu olur.

Eksploratris torakotomi ve hemen yapılan biopsi ekseriya hatayı mucip olur. Çıkarılan lobun veya segmentin makroskopik tetkikinde mutlak surette andobronşik bir burjon gösterir ki bunun histolojik muayenesi hakikî tabiatını meydana koyar.

Bazı teşhis noktaları Tb. ve aktinomikoz'u ayırmaya yardım eder.

Dr. Nurettin Çelikaksoy

YENİ KİTAPLAR

Poliomyelitis: (Prof. Dr. Sezai Bedrettin Tümay; Kader basımevi İstanbul 1954). Bu sene İstanbul Üniversitesi Çocuk Kliniği Profesörlerinden Dr. Sezai B. Tümay'ın 134 sahifelik Poliomyelitis isimli kıymetli bir eseri neşredilmiştir.

1 — Bu kitabın poliomyelitis hakkında memleketimizde geniş malûmat ihtiva eden ilk eser olması.

2 — İstanbul ve memleketimizin muhtelif yerlerinden gelen sekelli vak'aların muntazam bir istatistik halinde ve muhtelif senelere taksim edilmiş olarak gösterilmesi.

3 — Hastalığın akut ve kronik sekelli vak'alarında tedavi şekil ve yollarının geniş bir şekilde tarif ve izah edilmiş olması.

4 — Sonunda İngilizce ve Fransızca hulâsaları bulunması.

5 — Geniş bir dünya literatürü ihtiva etmesi bakımından çok enteressandır.

Bu kitabı dilimizde neşredilen, pratisyen ve mütehassıs hekimler için, çok faydalı malûmatı ihtiva eden bir eser olarak tavsiye eder ve müellifini tebrik ederiz.

Dr. M. Umur

Appendicisime pré-tuberculeux: Dr. S. A. Karaman, Dahiliye tezi, İstanbul 1954.

Pratik Tıbbî Tedavi Rehberi: Dr. S. J. Becerano; 1042 sayfa, ayrıca alfabetik fihristi var. Cumhuriyet Matbaası, İstanbul 1954; gayet nefis bir cilt içerisinde olarak fiatı: 35 liradır. 531 sayfalık I inci kısmı cihaz üzerine taksim ve mütalâa edilmiş hastalıklardan enfeksöz hastalıklar, parazitler, zehirlenmeler, allerji, fizik sebeplerden ileri gelen hastalıklar, çocuk hastalıkları, Kulak B. B., göz, cilt hastalıkları ile bunların haricinde kalan birçok mühim araz ve tezahurattan bahsetmektedir. II nci kısmı: Sinir, dolaşım, solunum, sindirim, idrar ve tenasül cihazları, metabolizma ve enfeksiöz hastalıklara tesir eden ilâçlardan bahsetmektedir. III üncü ve son kısımda Biolojik sabite, rakkam ve testler ile, tedavi şekilleri, tıbbî müdahaleler, biolojik reaksiyonlar vardır. Bunlardan başka tekst içerisinde bir çok resim, trase, klişe ve şekil ile tabloları vardır. Dilimizde yazılmış güzel toplu bir eserdir. Meslekdaşlara tavsiye ederiz. «**Mazlum Tıbbî ve Fennî Kitapevi**»nde bulunur.

Anadolu Kliniği

Dahilî hastalıklarda tedavi: (Behandlung der inneren Krankheiten). Yazan: Prof. Dr. Ferdinand Hoff. (Frankfurt/M). 1954. 5. Baskı. 608 sayfa. Ciltli 55. - DM. Tâbi: Georg Thieme Verlag — Stuttgart.

Bu kitap hakkında fazla söze hacet yok, bir kere gözden geçirmek eserin mükemmeliyetini derhal takdire kifayet eder. Kitap, etraflı bir giriş bahsinden sonra dahilî hastalıkları sistem sistem ele alarak tedavilerini gayet etraflı bir surette vermektedir. Frankfurt I. Dahiliye Kliniği mütehassıs elemanlarının yardımlarile aktüalite ve

hacim bakımından bir kat daha önem kazanmış olan 5. baskısile eser, bütün antibiyotikleri, tüberküloz ilâçlarını, ACTH - Cortison gibi hormonları ve antihistaminikleri mufassal surette tatbik arzettiği gibi ayrıca modern tümör tedavilerini, neuralterapiyi, segmenterterapiyi, şiropratiği ve yeni anestezi tedavilerini de mevzuubahis etmiştir. Hocam F. Hoff'un 30 yıllık klinik mesaisinin olgun mahsulü olan ve bir filozof edasıyla yazılmış olan bu cidden fevkalâde eserini ilgililere hararetle tavsiye ederim.

Dr. S. Efe

Endokrinolojik psikiatri: (Endokrinologische Psychiatrie). Yazan: Prof. Dr. M. Bluler (Zürich). 1954. 498 sayfa. 30 resim. Fıatı: Ciltli 46.50 DM. Tâbi: Georg Thieme Verlag — Stuttgart.

İsminden de anlaşılacağı üzere fevkalâde enteresan olan bu kitap, son senelerde tıpta önem ve değer kazanmağa başlayan bir branşın hudutlarını çizilen bir eserdir. Endokrinolojik psikiatri tâbirinden endokrinolojik hastalıkların emosyonel sebepleri ve psişik sonuçları, hormon tedavilerinde görülen psişik tâli tesirler ve nihayet psikozların patojenezinde endokrinolojinin rolü v.s. anlaşılır.

Şimdiye kadar bu sahada derli toplu bir kitap mevcut değildi. Eserde 2700 travay gözden geçirilmiş ve müellifin de senelerdenberi topladığı müşahedeler ve yaptığı araştırmalar bir araya getirilmiştir. Birinci bölümde umumî prensipler veriliyor, ikinci bölümde ise muhtelif endokrinolojik hastalıklar ve çeşitli psişik hastalıkların endokrinolojisi teker teker ele alınıyor. Baskı fevkalâdedir. Eserde az sayıda fakat son derece enteresan resimler yer almıştır. İlgili duyanlara tavsiye ederim.

Dr. S. Efe

***Antibiyotikler (Antibiotika - Fibel):** Yazanlar: Dr. A. M. Walter ve Prof. Dr. L. Heilmeyer. (Freiburg i. Br.). 1954. 813 sayfa. Sayısız tabelâ, şema ve resim. Fıatı: 79.— DM

Prof. Heilmeyer'in teşviki ile Dr. Walter tarafından yazılmış olan bu kitapta antibiyotiklerin ve kemoterapötiklerin endikasyonları, tatbik tarzları vukufıyla incelenmiş bulunmaktadır. Birinci bölümde mezkûr ilâçların esas prensipleri verilmiş, bunların ayrı ayrı vasıfları ve birbirlerine karşı olan durumları şemalar halinde ve kritikçi bir gözle izah edilmiştir. İkinci kısımda ise en yeni kanaatlere göre antibiyotik ve kemoterapötiklerin klinik bakımdan rolleri incelenmiş ve pratik tedavi maksadı gözönünde tutulmuştur, öyle ki her tıp branşındaki kullanımları ayrı kısımlar halinde mükemmel bir surette verilmiş ve böylece kitaptan istifade âzamî bir hadde çıkarılmıştır. Baskı fevkalâdedir. Seneler süren hummalı bir çalışmadan sonra meydana gelen bu eserinden dolayı bu sahadaki derin vukufuna yakından şahit olduğum Dr. Walter'i tebrik ile bu cidden değerli ve faydalı eserini ilgi duyan meslekdaşlara tavsiye ederim.

Dr. S. Efe

KONGRELER - CEMİYETLER - TOPLANTILAR

VI. ncı Türk Mikrobiyoloji Kongresi 20 - 22 Eylül 1954 İstanbulda toplanmıştır. Konular:

- I. — Bakteri Orijinli gıda zehirlenmeleri
 a) Prof. Dr. Nuri Ömer Ergene (Gülhane Bakterioloji ve intani hastalıklar profesörü)
 b) Doç. Dr. Sabahattin Payzın (Ankara Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Enstitüsü Doçenti)
 c) Dr. Faruk Yalım (İstanbul - Şehir Hıfzıssıhha Müessesesi mütehassıslarından)

II. — Türkiyede Leptospirosis (Beşeri - Veteriner)

- a) Beşeri kısım - Doç. Dr. Ekrem Kadri Unat (İstanbul - Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji ve salgımlar bilgisi enstitüsü doçenti)
 b) Veteriner kısım - Doç. Dr. Vt. Salâhattin Gürtürk - Şeref Bekir İyigören (İstanbul - Pendik Veteriner Bakterioloji enstitüsünde mütehassıs)

III. — Yurdumuzda Mycologie (Beşeri - veteriner)

- a) Prof. Dr. Behiç Onul (Ankara - Tıp fakültesi intan hastalıkları kliniği profesörü)
 b) Doç. Dr. Ekrem Kadri Unat (İstanbul Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji ve Salgımlar bilgisi enstitüsü doçenti)
 c) Veteriner kısım - Dr. Vt. Melâhat Pusat (İzmir: Bornova Veteriner aşı kontrol ve araştırma laboratuvarı şefi).

XIII. MİLLÎ TÜRK TIP KONGRESİ

1925 deki ilk kongredenberi Türkiye Tıp Encümeninin tertiplelediği Millî Türk Tıp Kongrelerinin on üçüncüsü bu sene; bundan evvelki XII. Millî Türk Tıp Kongresinin verdiği karar üzerine, İzmirde 27 Eylül - 1 Ekim 1954 de toplanmıştır.

Kongre Sıhhat Vekili Dr. Behçet Uz tarafından bir nutukla açılmıştır.

Medical konu. Allerji'dir. Ve sekiz raportörü bulunmaktadır.

- 1 — Prof. Dr. Müfide Küley: Genel mâna-sıyla allerji.
- 2 — Prof. Dr. İrfan Tütiz: Kardiyo-vasküler sistem allerjisi.
- 3 — Prof. Dr. Arif İsmet Çetingil: Hemalojide allerji.
- 4 — Dr. Kemâl Saraçoğlu: Solunum sistemi allerjisi.
- 5 — Dr. İhsan Aksan: Gastro-entestinal sistem allerjisi.
- 6 — Prof. Dr. Burhan Urus: Deride allerji.
- 7 — Prof. Dr. Sezâi Bedreddin Tümay: Çocuklarda allerji.
- 8 — Prof. Dr. Reşat Garan: Sentetik anti-allerjikler.

Mediko-sosyal konu. Hekim - Devlet; Hekim-Cemiyet'dir.

Raportör: Ord. Prof. Dr. Muhiddin Erel.

Her rapor için mutad vechile 30 dakikalık zaman verilmiştir. Raporların okunmasından sonra münakaşalarına geçilmiştir. Münakaşalar için 5 er dakikalık bir zaman ayrılmıştır. Münakaşalara Kongrede kıyılı bir çok üyeler iştirak etmiştir.

İkinci gün olan Eylül 1954 sabah ve öğleden sonraki çalışmalar kâmilan raporların okunma ve münakaşalarına bırakılmıştır.

Üçüncü ve dördüncü gün (29 ve 30 Eylül 1954) Kongre serbest tebliğlerin okunması ve münakaşalarına tahsis edilmiştir. Burada komunikasyonunu kongre ve Yönetim kuruluna vermiş ve üye kayd olmuş olan bütün arkadaşlar komunikasyonlarını yaparak ve münakaşalarında bulunmuşlardır. Yüze yakın serbest komunikasyon yapılmıştır. Bu komunikasyonların bir kısmı rapor konularıyla ilgilidir. Bu serbest komunikasyonlar seksiyonlara ayrılmış vaziyette Halk Eğitim Merkezi toplantı salonunda ve Elhamra Kütüphanesi salonlarında yapılmıştır. Projeksiyon (makro ve mikro projeksiyon, diyaskopi ve epidiyaskopi) ile sinema temin edilmiştir.

Beşinci gün 1 Ekim 1954 kapanış merasimine tahsis edilmiştir ve öğleden evvel Elhamra Sinemasında toplanılarak burada Kongrenin tenkidleri yapılmış, dilekler dinlenmiş, gelecek kongrenin toplantı yeri gene İzmir olarak tesbit edilmiştir.

Gelecek kongre mevzuu olarak 1 — Arterioskleroz, 2 — Hekimin mediko sosyal durumu mevzuları seçilmiştir.

Kongreyi Sıhhat Vekili Dr. Behçet Uz kapamıştır.

İkinci Türk Tüberküloz Kongresi:

İkinci Türk Tüberküloz Kongresi 1955 yılı şubat ayınının 13 ünden 17 sine kadar devam etmek üzere Ankarada Dil, Tarih ve Coğrafya Fakültesinde toplanacaktır.

Mevzu:

- 1 — Tüberkülozda Depistaj ve Rehabilitasyon,
- 2 — Primo İnfeksiyon tüberkülozu ve tüberkülozda Mediko Şirürjikal kollaps tedavisi.

Memleketimizdeki bütün tıp mensupları ile verem mevzuu ile ilgili meslek sahipleri bu kongreye davetlidirler. Kongreye üye kayıt olmak, Ankara otellerinde yer temini ve gidip gelme tren, vapur ücretleri tenzilâtından istifade etmek için Ankara Veremle Savaş Derneğinde İkinci Türk Tüberküloz Kongresi Hazırlık Komitesine müracaat edilmesi rica edilir.

Hekim-

rel.

alık za-
n sonra
çin 5 er
kaçalara
ıştır.
öğleden
nma ve

0 Eylül
ması ve
a komü-
vermiş
r komu-
nda bu-
mikasyon
kısmı
nunikas-
alk Eği-
nra Kü-
jeksiyon
ve epi-

rasimine
ra Sine-
tenkid-
ek kon-
sbit edil-

Arterio-
mu mev-

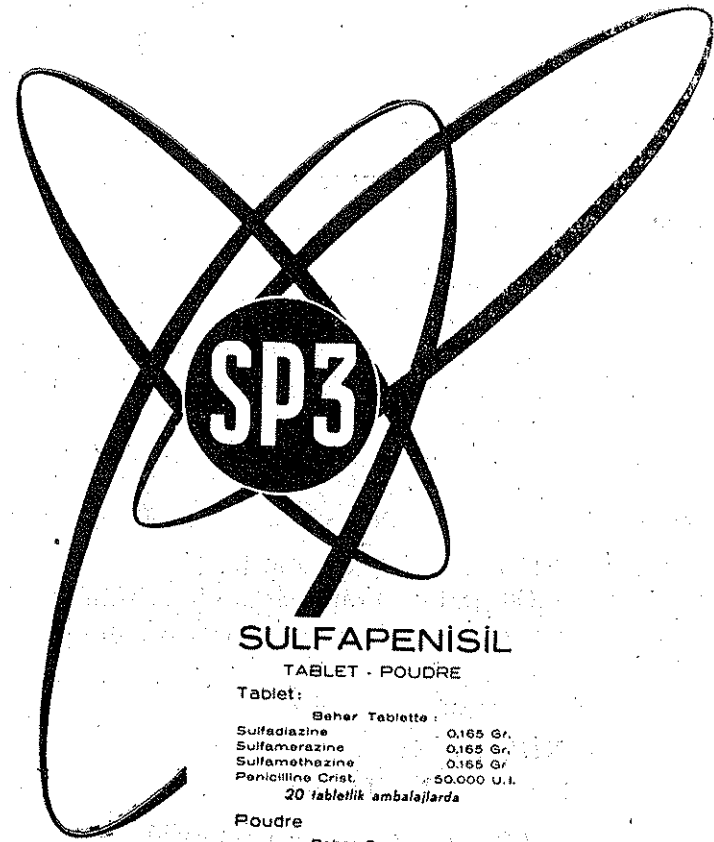
Uz kapa-

1955 yılı
evam et-
afya Fa-

shabilita-

ve tüber-
visi.

apları ile
bu kon-
nt olmak,
lip gelme
de etmek
e İkinci
omitesine



SULFAPENİSİL

TABLET - POUFRE

Tablet:

Behar Tablette :	
Sulfadiazine	0,165 Gr.
Sulfamerazine	0,165 Gr.
Sulfamethazine	0,165 Gr.
Penicilline Crist.	50.000 U.I.

20 tabletik ambalajlarda

Poudre

Behar Gramda :	
Sulfanilamide	0,66 Gr.
Sulfathiazol	0,33 Gr.
Penicilline Crist.	10.000 U.I.

15 ve 30 Gramlık ambalajlarda



İLAÇ FABRİKASI - LEVENT

Tababetin her sahasında

Hekimin en kıymetli yardımcısı

SYNTHOMYCETİNE

Lepetit

Bütün Antibiyotiklerin:

- * En mütakâmil;
- * En safi (Zira sentezle elde edilir);
- * En geniş antibakteryel tesir sahasına malik olanı (gram (+) ve gram (-) bakteriler, virus ve rickettsialar)

- | | | |
|---------------------------|--------------|------------------------|
| — Enfeksiyöz hastalıklar. | — Bevliye. | — Cildiye. |
| — Çocuk tababeti. | — Göz. | — Zührevî hastalıklar. |
| — Kadın - Doğum. | — Neuroloji. | — Umumî cerrahî'de. |

AMBALÂJ : 0.250 gr. lık 12 kapsülü havi şişeler.
0.250 gr. lık 10 supposituarı havi kutular.
0.125 gr. lık 10 supposituarı havi kutular.

NİCOTİBİNE

Lepetit

(Saf izonikotinkasid Hidrazidi)

Tüberküloz enfeksiyonunun bütün şekil ve lokalizasyonlarında yüksek tesirli şimiyoterapötik

TİCARİ ŞEKLİ:

- TABLET :** 100 mg. lık 40 tablet ihtiva eden şişeler.
100 mg. lık 1000 tablet ihtiva eden kutular.
- ENJEKTABL :** Her yolla zerke elverişli,
500 mg. lık steril toz maddeyi ihtiva eden şişeler.
- İMAL EDEN:**

LEPETİT S. p. A. Milâno (İTALYA)

TÜRKİYE GENEL ACENTESİ:

ŞARK TİCARET KOLLEKTİF ŞİRKETİ

Galata, Merkez han 10 - 14 İstanbul

Tel: 49066 - 42995

İlmî büro : 46414

Umumî Fihrist

İÇİNDEKİLER

Dr. Doç. Bolt - Dr. W. Frossmann - Dr. H. Rink (Dr. İsmail Saim Özsoy): Kalb ve akciğer hastalıklarının funksiyonel teşhis ve tedavisi için kalb kateterizmi'nin teknik ve pratik mânası	1
Dr. Ata Topaloğlu: Lateral aberran tiroid kanseri	8
Dr. Cavit Başar: Doğu Anadolu'da doğum ve çocuk ölümüne bir bakış	10
Dr. Memduh Edip Tarım: Bir gref vasküler vak'ası	14
Dr. Recai Ergüder: Kafatası içinde kalmış kurşunlarda cerrahî tedavi ve ameliyat endikasyonları	20
Dr. Muzaffer Aksoy: Beyaz ırkta dört orak hücre anemisi vak'ası ile irsî ailevi tetkikler	25
Prof. Dr. Nüzhet Atav - Dr. Abbas Ural: Memleketimizde Rhino sporidiosis	29
Dr. Opr. Nezihe Yener: Kalb yaraları	45
Dr. Doç. Turan Göksan: Memleketimizde ilk defa histopatolojik olarak teşhis edilen bir Rinosporidium Seeberi vak'ası.	48
Dr. A. Necati Vural: ACTH ve Cortisone tedavisinin bugünkü durumu	50
Dr. Asil Mukbil Atakam: Özofagus Nörinomu	58
Prof. Dr. Cavit Sökmen: Kronik lösemilerde ve Hodgkin hastalığında Triethylene Melamine, Tem.	65
Dr. Nurettin Çelikaksoy: Kostikle yanık midede gastroenterostomi	67
Dr. A. Refik Köymen: Yeni bir karaciğer fonksiyon testi	70
Dr. Vecihi Özgören: Ergin bir kadında boğulmuş büyük anginal interstisyel fitik	70
Ord. Prof. Dr. Ekrem Şerif Egeli - Dr. Rasim Berkmen - Dr. Mustafa Avcı: Bazal metabolizma tavininde Read formülünün kıymeti hakkında	87
Dr. Razi Maner: Tifo Epidemiyolojisinde bir tetkik	90
Dr. W. Owerbeck - Dr. İ. Ustaoglu: Doğmalık ve sonradan kazanılmış kalb hastalıklarının teşhisinde kalb kateterinin gösterdiği imkânlar	94
Dr. Naci Arun: Antalya bölgesinde tesbit edilen Tularemi vak'aları üzerinde klinik bir araştırma	97
Dr. Muzaffer Aksoy - Dr. M. İnanç: Yüksek ateş ve kalb semptomları gösteren beyaz ırkta üç orak hücre anemisi.	100
Dr. Celâl İren - Dr. Fikret Pamir: Paroksizmal ventriküler taşikardi gösteren bir vak'ada intikal bozuklukları	103
Dr. Saim Arıcan: Geçirilmiş dizanteriye bağlı klinik tablolar hakkında	105
Dr. A. Sözen: Bursa doğum evinde yapılan periton dışı sezaryen vak'aları ve neticeleri	107
Dr. Selâhattin Koloğlu: Esansiyel hipertansiyon ve müzmin böbrek hastalıklarında gebeliğe müsaade ve son verme indikasyonlarının klinik ve tecrübi olarak tetkiki	113
Dr. Muzaffer Sertaboğlu: Sıtma teşhisinde Bass-Johns teksif usulü	116
Dr. Asil Mukbil Atakam: Pratik Şirürji hulâsası (Mide kanseri)	117
Dr. Hayat Okan: Bir buçuk asırlık yıldönümünde Dijital tedavisi üzerine bir bakış	129
Dr. Muin Memduh Tayanç: Auer çubuklu Miyeloblastomatoz	133
Dr. Adnan Öztürel: Adaptasyon general sendromunun Adli tıbdaki tatbikati	136
Dr. Fahrettin Alptekin: Bir günde yanlışlıkla 36 Chloromycetine kapsülünü birden alan bir vak'a münasebetile	139
Dr. Muzaffer Aksoy: Aşikâr kemik değişiklikleri gösteren beyaz ırkta iki orak hücre anemisi vak'ası	142
Dr. Selâhattin Koloğlu: Gebelik toksemilerinin erken teşhis ve prognozunda göz dibi bulguları ve Retina arteri tazyikinin ehemmiyeti	144
Dr. C. İren - Dr. F. Pamir: Paroksizmal ventriküler taşikardi ile müterafık bir vak'ada intikal bozuklukları münasebetiyle	150
Dr. Opr. Nuri Soylu: Tiroid'te kist Hidatik	151
Dr. İbrahim Ustaömeroğlu: Bağırsak ve Bronşiyal asthma tedavilerinde ACTH ve Cortison	151
Dr. Asil Mukbil Atakam: Pratik şirürji hulâsası - Arter hastalıkları	153
Pratik için kısa tedavi notları: (Dr. Saliha Yalçın)	34, 71, 118, 156
Referatlar: (Dahiliye, Kadın-doğum, Şirürji)	35, 73, 120, 158
Yeni Kitaplar:	43, 84, 126, 167
Kongreler, Cemiyetler, Toplantılar	85, 127, 168

MÜELLİF FİHRİSTİ

A		G, Ğ		S, Ş	
Aksoy Muzaffer	25, 100, 142	Göksan Turan	48	Sertabiboğlu Muzaffer	116
Alptekin Fahrettin	139	İnanç Mitat	100	Soylu Nuri	151
Arican Saime	105	İren Celâl	103, 150	Sökmen Cavit	65
Arun Naci	97	Köymen A. Refik	70	Sözen Arif	107
Atakam Asil Mukbil	58, 117, 155	Koloğlu Salâhattin	113, 144	Tarım Memduh Edip	14
Atav Nüzhet	29	Köymen A. Refik	70	Tayanç Muin Memduh	133
Avcı Mustafa	87	Maner Razi	90	Topaloğlu Ata	8
Başar Cavit	10	Okan Hayat	129	Ural Abbas	29
Berkmen Rasim	87	Owerbeck W.	94	Ustaoğlu İ.	94
Bolt	1	Özsoy İsmail Saim	1	Ustaömeroğlu İbrahim	151
Çelikaksoy Nurettin	67	Öztürel Adnan	136	Uzgören Vecihi	70
Egeli Ekrem Şerif	87	Pamir Fikret	103, 150	Vural A. Necati	50
Ergüder Recai	20	Rink H.	1	Yalçın Saliha	34, 71, 118, 156
Frossmann W.	1			Yener Nezihe	45

ALFABETİK FİHRİST

A		B		C, Ç	
Aberran Tiroid Ca.	8	Bacak Ülser	120	C ve K. boğmacada	36
A. C. T. H, Cortison	50	» Elefantiazis	39	Cardiospazm-Hydergine	35
A. C. T. H, barsak, astım ted.	151	Bakiye tesir, D.D.T.	39	Cerrahî akut araz	163
Adaptasyon adli tıp.	136	» » İnstehtisit	74	Cerrahî kalb	163
Adrenokortikotrop, Elefanti	39	Bantin - ürün testi	157	Chloromycetine tesem.	138
Afibrinojeni, fotus	125	Barbitürük, amfetamin	118	Cıvalı diür. ağız	150
Ağır Miy. Gravis pirostig.	34, 35	Barsak A. C. T. H	151	Collum Ca. gebelik	4
Ağrısız doğum B1	119	Bazal beden ısı	77	Commotio cereb. ted.	16
Ağız. Cıva, diüret.	156	Bazal metabo.	87	Corpus lut. Safra yol.	3
Akci. asfiksi. O.	35	Benemid Kron. Gut	118	Cortison barsak hast.	4
Akciğer kalb sun'ı	82	Beyaz ırk sıkl-cell	25	Cortison Bruselloz	15
Akci-kalb katater.	1	Boğmaca K ve C	36	Cörtison, ACTH ted.	5
Akrosiyanoz	153	Bromür, Bantin, plorospazm	157	Cortison gebelik	4
» semptomato.	154	Bruseloz, Cortison	157	Cushing send.	12
Akut. Miy. nf. Antikoag.	34			Çocuk düşürme	7
Akut pankreatit	163			» ishalleri	7
Allerjik - trombosit	35			» » keçi boy unu	7
Alloplasti homo-hetero	161			» Oxyure, piperazin	7
Ambulatuvar ted. Flebit	165			» Ölümlü, doğum	7
Ameliyat, parali-ileus	42				
Amenore teda.	42				
Amfetamin, barbitür	118				
Amcebiaz-Fumagillin	39				
Anemi orak hüç.	144				
Anemi Sıkl-cell	25				
Anevrizm aort	157				
Angina pektoris	35				
Anormal Ute. Kanama.	41				
Antalya, tularemi	97				
Antibiyotik, koproloji	82				
» Bruselloz	157				
» ted. amib	157				
Antihistamin, ürtiker	118				
Antikoagulan, arıza	41				
» Miy. inf.	34				

116	Digital ted.	129	H	Klodikas. İntermit.	35	
151	Dihidro ergota.	35	Hastal. arter	153	Koma hepa. Glutam. as.	36
65	Dioxynil phos. Dam. Hst.	156	Hemostip. C, K, P vit.	123	Komp. Pnömo. Per.	83
107	Dış gebe. Douglas ponk.	41	» Protromb.	158	Konjest. yetme.	156
14	Doğmalık kalb hst.	94	Hepatik siroz	80	Kontrollu hipotermi	163
133	Doğum ölüm çocuk.	10	Hiperazote. Ext. renal	118	Koproloji-antibiotik	82
8	Doğum ölüm çocuk.	120	Hiperglise. Obst. şok	160	Koroner yet. tokoferol	38
29	Dolaşım boz. Ekstremit.	158	Hipersekr. Östrin.	124	Kostik yanık mide	67
94	Dysmenore		Hipertansi. esasi	154	Kronik gut-benemid	118
151	E		» Hidergin	118	Kronik lös. Tem	65
70	Ekstiremi. Dolaşım	120	» şişman	123	Kusma gastrek. sonra	122
50	Elefantiazis	121	» vit. Eretinit	35	Kuvvetli asab boz.	123
1, 118, 156	» , hormon		Hipofollikulini	158	Küçük doz şua	78
45	Emediyen	158	Hipohormonal amenore		Küratif ted. flebit	165
	Emboli aort	153	Hipsulfit, göğ. hast.	158	L	
	Endomet. Ca	160	Hipotermi kontrol	163	Late. Tiroid Ca.	8
	Enfeksiyon arterit	81	Hipotiroidi	158	Lepa As-rezis	74
	Enfiltrasyon sempa.	155	Histopatolojik teşh.	48	Lipot, hiperazo.	118
	Enstektisitler	74	Hodgkin, lösemi	65	Lösemi kron. Tem	65
	Epidemiyoloji, tifo	87	Homc-hetero alloplasti	161	» Merkap-pürin	118
	Ergin kad. Boğ. fitik	70	Hormon, meme Ca.	164	» Yeni ted	42
	Erkek, kad. Turner s.	36	Hyalüronidaz-ürin taş	158	M	
	Esas fak. malaria	39	» plevrit	118	Malarya es. Fak	39
	Esasî Hiperta. gebelik	113	I, I		» pigman	73
	» »	154	İlerlemiş mem Ca.	70	Mal perforan	121
	Etraf. süfli arterit	81	İleus paralitık	42	Megaloblast-penisillin	76
	Etraf akrosiyanoz	154	İnfark. Miyo. Antikoag.	34	Meme Ca. ovarekto.	79
	Euphyillin, apoplexi	156	İnguın. Boğ. Fitik kad.	70	» » met. Hor.	164
	E, vit. artroz	35	İnsan superfatasyon	78	» karsino.	162
	» » Klodikasyo	118	İntikal Ment. Taşıkak.	103, 150	Meml. Rhinosporid.	29
	» » Retinit	35	İntra Arte. O ²	81	Menstruelsikl-göz	124
	Extra re. azotemi	118	İshaller-antibiotik	82	Mercap-löse	118
	F		İskelet, yorgun. E. vit.	35	Metabo. Read form	87
	Fagositoz malarya	73	J		Miadını, aşan gebe	78
	Fare, hipertans.	43	Jinekoloji-Tiroid	159	Mide Atonesi	121, 122
	Flebit. Ambulatuvar ted.	165	K		Mide kanse.	117
	» Küratif ted.	165	Kadın, erkek, turner s.	36	Mide kostik yanık	67
	» Prevantif ted.	166	Kadın ısı teşh.	77	Mitral dar. Kostik	156
	Fumagillin amobiaz	39	Kafatası kuşun	20	Miyelobalstomat.	133
	G		Kalaazar avitam.	74	Miyokard İnf. Antikoag.	34
	Gaita, protozoer	75	Kalb-akc. doğma. Boz.	123	Modern vent. Tromb. ted.	164
	Gantrisin asid	35	» » Katater	1	Muhitli damar semp.	81
	» konjonkti.	161	» » » imk.	94	Müzmin böb. Hst. gebe	113
	Gastrek. Kusma	122	» » Sun'î		Myasteni gravis	34, 35
	» Mide atoni	121	Kalb semptom, anemi	100	N	
	Gastr-Enteros. Mide	67	Kalb şirür.	163	Narkoz-potansialize	163, 164
	Gebelik collum Ca.	41	Kalb yetmez.	118	Neo-Mercazol	157
	» Cortisone	40	Kalsiyum, ürtiker	119	Necmycine cilt hst.	119
	» Diabet	41	Kanama	160	Nikotin as. Ozena	36
	» Hipertans.	42	Kan pıhtı. Plasenta	78	Noble amel.	42
	» Malform. Uterus	158	Kan. serü. B ₁₂	81	Nonspesifik troidit	79
	» Miad. asma	78	Kanser mide	117	Nörinom ösefagus	58
	» Diastilbiba.	159	» Tiroid	3	Nörogen diabet	36
	» Pelvis Tbc.	113	Karaci. Fonksi.	70	Nörolojik âfet B ₁₂	36
	» Müsade	113	Kardiospazm-Hidergin	35	Nörotik teşv. ilaç	83
	» A, Retina tazy.	144	Karsinom koll-gebe	41	O, Ö	
	Geçirilmiş dizanteri	105	Karsinom meme	162	Obst. Şok. Hiperglis.	160
	Genetik tehli. Şua	78	» Rektum	162	Oksijen - asfiksi	35
	Genuin nefroz	118	Keçi boynu. ishal	36	Okulo kardiak R.	43
	Glisemi travay	78	Kemik konserve	10	Orak hüç. anemi.	25, 100, 142
	Glutamik as. Hepat. Koma	36	Keto-Steroid. İtrah	77	Otogref-yumurtalık	124
	Göğüs Ca, şua	162	Kist Hid - Tiroid	151	Over Endomet Ca	160
	Göz hast. allerji	158	Klasik bas. seza	125	Ovariekto. Meme Ca	79
	Göz konj. menstur.	124	Klinik Dizante.	105	Oxytir ted. Piperazin	39
	Gref vasküler	14, 79	Klinik Surre. Yetme.	37		

Ozena aureomycine	36
Ölü Fot. Afibrinojeni	125
Östrin hiper sekre.	124
Östrojen	41
Özefagus nörinom.	58

P

Pankreatit akut	163
Paralitik ileus	42
Parox taşikar.	103
Pelvis Tbc. gebe.	160
Perif. dam. hast.	156
Periton dışı sezar.	107
Penisilin-anemi	76
Pigman-malaria	73
Phenylblutazon Romat.	119
Piperazin-Oxiür	39
Piramidon-antispazm.	35
Piridostigmin-miyaste.	34, 35
Plantar Malperfo.	120
Plasenta ayrıl.	78
Plasmodi-paludrin	40
Pnömo-perituan	83
Polia. Rom-Gentrisin as.	35
Ponk. Douglas. Dış gebe	41
Post kolüstek. send.	36
Postope. Mide ato.	122
Potansia. Narkoz	163, 164
Post flebit. ted.	165
Pre-Postoper. bakım	79
Prev. Fleb. Ted.	166
Prog. Ted. Seminom	37
Priscol. Mid. Steno.	156
Prog. Sıkıt	40
Prog. beden ısı	40
Prokain amid - aritmi	35
Prostat-sperm	163
Protamin. Ute. kana.	41
Protozoer-gaita	75
Psikoter. Nör. teş.	83
Pür. O. Asfiksi	35
Pylor spazm	157
Pyrimethamin	73

R

Raynaud	153
Read formülü	87
Reflex. Ok-kardi.	43
Rektum karsi.	162
Retina taz. Gebe	144

Retinit E. vit	35
Rhinosporidiosis	29
Rhinosporidium	48
Roma. Gantrisin as.	35
Rom. Phenylblutazon	118

S, Ş

Safra yol-Corp lute	36
Seminom-terapi	37
Sempatektomi	81
Sempatik infil.	155
Semptomat. Akrosiyano.	154
Servikte sterilite	77
Sezariyen, basse	125
Sikle-cell anemi	25
Siroz ted.	84
Sıkıt-Progeste.	40
Sitna-Bass jons us.	119
Sonra. Kalb hst. Katater	94
Sperm-prostatik	163
Spru sebep	75
Subegü Troidit	79
Sun'f Kalb-Akc.	82
Süprüre cilt hst.	119
Sürrenal Cerra.	79
Sürrenalektom-Cushing	124
» Meme Ca	79
Sürrenal yetm.	37

T

Tedavi Ambulatu. Fleb.	165
» Antibio. Amib.	157
» Barbitür. tese.	118
» Cerrahî kalb	123
» Commotio Cere	162
» Digital	129
» Disto. Vej	158
» Hipert. Hidergin	118
» Hormonal Ca.	164
» İlâç siroz	84
» Kalsi. Ürtiker	119
» Küratif Fleb.	165
» Meme Ca.	79
» Vena trom.	164
» Neomycine cilt	119
» Nörojen teşh.	83
» Ostrojen	122
» Poostflebitik	166
» Prev. Flebit	166
» Renal olma. Alb.	119

» Seminom	37
» Şua göğüs Ca.	162
» Testis-over	78
» Thiocyanat	118
» Thiosemikarbaz.	119
» Tokoferol	60
» Vege. Boz.	122
» Ultrazon	123
» Yeni apandisit	163

Testosteron	41
Tifo epidem.	90
Tireojen fak. yetmez.	118
Tiroid kanser	8
Tiroidit subegü	79
» hidatik	151
Tiroid jineko. de	159
Toluidin	41
Trombosit allerji	35
Tromboz aort	153
Tropikal Spru	75
Tularemi klinik	97
Turner send.	36
Tuz kay. Nefrit	119

U, Ü

Ultrazon-herpeste	118
Umumi Vej. Dist	123
Ülser bacak	120
Üriner taş	158
Üriner teşv. Bantihine	157
Üterus malf. Gebe.	159

V

Vasküler Gref	14, 79
Vej. Dystoni	123
Vej. Regu. Ted.	122
Vena. Tomb. Ted.	164
Ventrikül aritmi	35
Vit. B ₁₂	81
Vit. E.	35

Y

Yaşlı Kad. Östrin	124
Yeni K. C. testi	74
Yetmezlik-Sürrenal	37
Yumurtalık-oto gref	124
» Şua ted.	78
Yüksek ateş anemi	100
Yüksek tuz-fare Hiperten.	70

EXCERPTA MEDICA

Bütün dünya üniversiteleri tanınmış profesörlerinin işbirliğiyle, Amsterdamda otoriter bir komite tarafından «EXCERPTA MEDICA» ismi altında İngilizce olarak çıkarılmakta olan 16 dergi, dünya tıp literatürünün teorik ve klinik bütün yenilik ve ilerlemelerini seçkin ve zengin özetler halinde yayınlamaktadır.

«EXCERPTA MEDICA» nın ayrı dergiler olarak yayınlanan 16 seksiyonu:

I. ANATOMY, ANTHROPOLOGY, EMBRYOLOGY AND HISTOLOGY.

Ayda bir çıkar. 12 sayısı 600 sahifelik bir cilt tutar. Senelik abonesi 48.— Liradır.

II. PHYSIOLOGY, BIOCHEMISTRY AND PHARMACOLOGY.

Ayda bir çıkar. 12 sayısı 1680 sahifelik iki cilt tutar. Senelik abonesi 96.— Liradır.

III. ENDOCRINOLOGY.

Ayda bir çıkar. 12 sayısı 600 sahifelik bir cilt tutar. Senelik abonesi 32.— Liradır.

IV. MEDICAL MICROBIOLOGY AND HYGIENE.

Ayda bir çıkar. 12 sayısı 1690 sahifelik bir cilt tutar. Senelik abonesi 48.— Liradır.

V. GENERAL PATHOLOGY AND PATHOLOGICAL ANATOMY

Ayda bir çıkar. 12 sayısı 960 sahifelik iki cilt tutar. Senelik abonesi 80.— Liradır.

VI. INTERNAL MEDICINE.

Ayda bir çıkar. 12 sayısı 1840 sahifelik iki cilt tutar. Senelik abonesi 80.— Liradır.

VII. PEDIATRICS.

Ayda bir çıkar. 12 sayısı 600 sahifelik bir cilt tutar. Senelik abonesi 32.— Liradır.

VIII. NEUROLOGY AND PSYCHIATRY.

Ayda bir çıkar. 12 sayısı 1000 sahifelik bir cilt tutar. Senelik abonesi 48.— Liradır.

IX. SURGERY.

Ayda bir çıkar. 12 sayısı 1920 sahifelik bir cilt tutar. Senelik abonesi 54.— Liradır.

X. OBSTETRICS AND GYNECOLOGY.

Ayda bir çıkar. 12 sayısı 600 sahifelik bir cilt tutar. Senelik abonesi 32.— Liradır.

XI. OTO-, RHINO-, LARYNGOLOGY.

Ayda bir çıkar. 12 sayısı 600 sahifelik bir cilt tutar. Senelik abonesi 32.— Liradır.

XII. OPHTHALMOLOGY.

Ayda bir çıkar. 12 sayısı 750 sahifelik bir cilt tutar. Senelik abonesi 32.— Liradır.

XIII. DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY.

Ayda bir çıkar. 12 sayısı 720 sahifelik bir cilt tutar. Senelik abonesi 54.— Liradır.

XIV. RADIOLOGY.

Ayda bir çıkar. 12 sayısı 600 sahifelik bir cilt tutar. Senelik abonesi 32.— Liradır.

XV. TUBERCULOSIS.

Ayda bir çıkar. 12 sayısı 770 sahifelik bir cilt tutar. Senelik abonesi 32.— Liradır.

XVI. CANCER.

Ayda bir çıkar. 12 sayısı 750 sahifelik bir cilt tutar. Senelik abonesi 32.— Liradır.

Üniversite Enstitü ve Klinikleri, Hastaneler ve ilmi müesseseler, ve mütehassıs doktorlara mutlak surette elzem olan bu dergilerin her birine ayrı ayrı abone kaydedilmektedir.

Türkiye Genel Acentesi

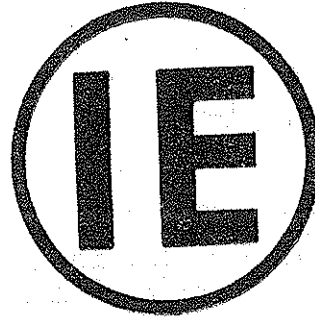
MAZLUM - KİTABEVİ . İSTANBUL

VİTAMİNLER

	Kr.
Vitabiol A (Damla)	340
Vitabiol A (Kapsül)	300
Vitabiol B ₁ (Ampul) 5 mgr ..	65
Vitabiol B ₁ (Ampul) 25 mgr ..	105
Vitabiol B ₁ (Ampul) 50 mgr ..	180
Vitabiol B ₁ (Ampul) 100 mgr ..	200
Vitabiol B ₁ (Ampul) 200 mgr ..	235
Vitabiol B ₁ (Tablet) 3 mgr ...	90
Vitabiol B ₁ (Tablet) 50 mgr ...	240
Vitabiol B ₁ (Tablet) 100 mgr ...	410
Vitaflavin (Ampul) 10 mgr ...	100
Vitaflavin (Tablet) 10 mgr	180
Vitabiol N (Ampul) 100 mgr ...	125
Vitabiol N (Tablet) 100 mgr ...	140
Vipanten (Ampul) 50 mgr	120
Vipanten (Mahlûl) % 5	270
Vitabiol C (Ampul) 100 mgr ...	120
Vitabiol C (Ampul) 500 mgr ...	150
Vitabiol C (Ampul) 1000 mgr ..	220
Vitabiol C (Tablet) 50 mgr ...	90
Vitabiol C (Tablet) 200 mgr ...	175
Rutabiol (Tablet)	110
Vitabiol D ₂ (Amp.) 600.000 Ü.I.	100
Vitabiol D ₂ (Damla)	115
Vitabiol D ₂ (Alkolik mahlûl) ...	235
Vitabiol E (Ampul) 20 mgr ...	165
Vitabiol E (Ampul) 100 mgr ...	220
Vitabiol E (Tablet) 5 mgr ...	160
Vitabiol E (Kapsül) 100 mgr ...	430
Vitabiol K (Ampul) 10 mgr ...	110
Vitabiol K (Tablet) 10 mgr ...	140
Vitabiol B ₆ (Ampul) 50 mgr ...	180
Vitabiol B ₆ (Tablet) 20 mgr ...	265
Adebiol (Damla)	200
Adebiol (Kapsül)	248
Vitabiol Bekompleks (Ampul) 270	
Vitabiol Bekompleks (Draje) ..	125
Heksavit (Draje)	160
Vi-D-Calcium (Tablet)	110
A + D Calcium (Tablet)	160

KAN YAPICILAR

Ekstrepat (Ampul) 4 mkgr B ₁₂	260
Ekstrepat (Ampul) 10 mkgr B ₁₂	355
Ekstrepat (Şurup)	288
Ekstrepat (Kompoze)	235
Calcefedal (Tablet)	157
Ferro-C (Draje)	250



KİMYAGER
Dr. İbrahim Etem Kimya Evi
İSTANBUL

İlaç Sanayimizin Güven Sembolü

Ferro-C (Kompoze)	250
Vitabiol B ₁₂ (Ampul) 15 mkgr	320
Vitabiol B ₁₂ (Ampul) 30 mkgr	450
Vitabiol B ₁₂ (Ampul) 50 mkgr	415
Folbiol (Tablet) 5 mgr	395

HORMONLAR

Östrogenin (Ampul) 1 mgr ...	85
Östrogenin (Ampul) 2,5 mgr ..	110
Östrogenin (Ampul) 5 mgr ...	300
Östrogenin (Tablet) 0,5 mgr ...	90
Östrin (Ampul) 1 mgr	245
Östrin (Ampul) 5 mgr	495
Corluton (Ampul) 5 mgr	350
Corluton (Ampul) 10 mgr	600
Östroluton (Ampul)	450
Postuitrine (Ampul) Faible ...	135
Postuitrine (Ampul) Forte ...	215
Testisan (Ampul) 5 mgr	150
Testisan (Ampul) 5 mgr	200
Testisan (Ampul) 10 mgr	200
Testisan (Ampul) 10 mgr	250
Testisan (Ampul) 25 mgr	375
Testisan (Ampul) 25 mgr	500

ŞİMİOTERAPÖTİKLER

İezol (Tablet) 0,5 gr	155
İezol (Ampul) 1 mgr	176
Triezol (Tablet) 0,5 gr	270
Sülfoguanidin İE 0,5 gr	160

Parasil (Draje) 0,30 gr	—
Tübrazıt (Tablet) 100 mgr	210

TONİKLER

Tonoferrin (Şurup)	270
Fitofor (Tablet)	165
B-Tona (Draje)	195
Bifosfan (Tablet)	150
Bifosfan (Ampul) forte	135

KALSİYUM PREPARATLARI

Calcium İE (Ampul) % 10	327
Calcium İE (Ampul) % 10	288
Calcium (Şurup)	222
Calcium (Şurup)	165
Calbromin (Ampul)	300
Tiokal (Ampul)	245

ANALEPTİK

ve

KARDİOTONİKLER

Pentazol (Ampul) % 10	150
Pentazol (Damla) % 10	155
Pentazol - Ephedrine (Ampul)	168
Pentazol - Ephedrine (Damla)	195
Lanadin (Ampul)	108
Lanadin (Damla)	166
Kalbofillin (Tablet)	150
Coronal (Draje)	130

MUHTELİF PREPARATLAR

Bellaginal (Draje)	300
Kina-C (Draje)	150
Lipoteks (Şurup)	350
Papatropin (Ampul)	205
Papatropin (Tablet)	255
Stomal (Tablet)	180
Stomal Kompoze (Tablet)	245
Otalon (Damla)	140
Otalon (Damla)	140
Sedeks (Şurup) küçükler için	140
Sedeks (Şurup) büyükler için	215
Optamid (Damla)	115
Asa (Tablet)	97
Ankilostin (Kapsül) 0.60 gr ...	60
Ankilostin (Kapsül) 1.20 gr ...	75
Histidin İE (Ampul) % 4	400