

ANADOLU KLİNİĞİ

ÜÇ AYDA BİR ÇIKAR

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

MECMUAYI DAIMİ YARDIM VE HİMAYE ALTINDA BULUNDURAN NEŞİR HEYETİ

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

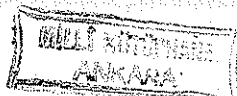
İmtiyaz Sahibi ve Yazı İşleri Müdürü

Dr. ASİL M. ATAKAM

201 Anadolu Hanı, 1/1 Beyoğlu - İstanbul

İÇİNDEKİLER

Sahife	Sahife
Dr. Saliha Yağın - Dr. Ethem Yücedürk: Tirotoksikoz probleminin bugünkü durumu 65	Dr. Orhan Bumın : Yaşlılarda anestezi 98
Prof Dr. İrfan Titiz - Dr. Heskiya Erkip: Parenteral demir metabolizması ve bu yolla demir tedavisinden aldığımız sonuçlar 70	Dr. Faruk Çağlar: Çınar dalından sapı bulunan bir mesane taşı vak'ası 99
Dr. Atif Taykurt: Kanser ve Hormon Tedavisi 74	Dr. Fikret Kırmızı, Dr. Cavit Başar: Nörolojik âraz gösteren bir mononükleoz enfeksiöz vak'ası 100
Dr. Tefvik User : Memleketimizde yüksek iklim incelemeleri 82	Dr. İsmail Tuğsal : Safra fistülünden kollanjiografi 101
Dr. Muzaffer Aksoy : Dört Nütrisiyonel makrositik anemias vak'asında B ₁₂ vitamini ile alınan neticeler 89	Dr. Nefi Saatçioğlu : Ağır tetanos vak'asında yüksek doz Penisilin ve serum tedavisinden alınan iyi sonuca ait bir müşahade 104
Dr. Saffet Aksoycan : Mafsalsomatizmasında tuz retansiyonu 93	Pratik için kısa tedavi notları 105
Dr. Nejat Türkoğlu : Gebeliğin ikinci yarısında görülen ağır bir diyabet vak'ası 95	Referatlar 107
	Yeni kitaplar 114



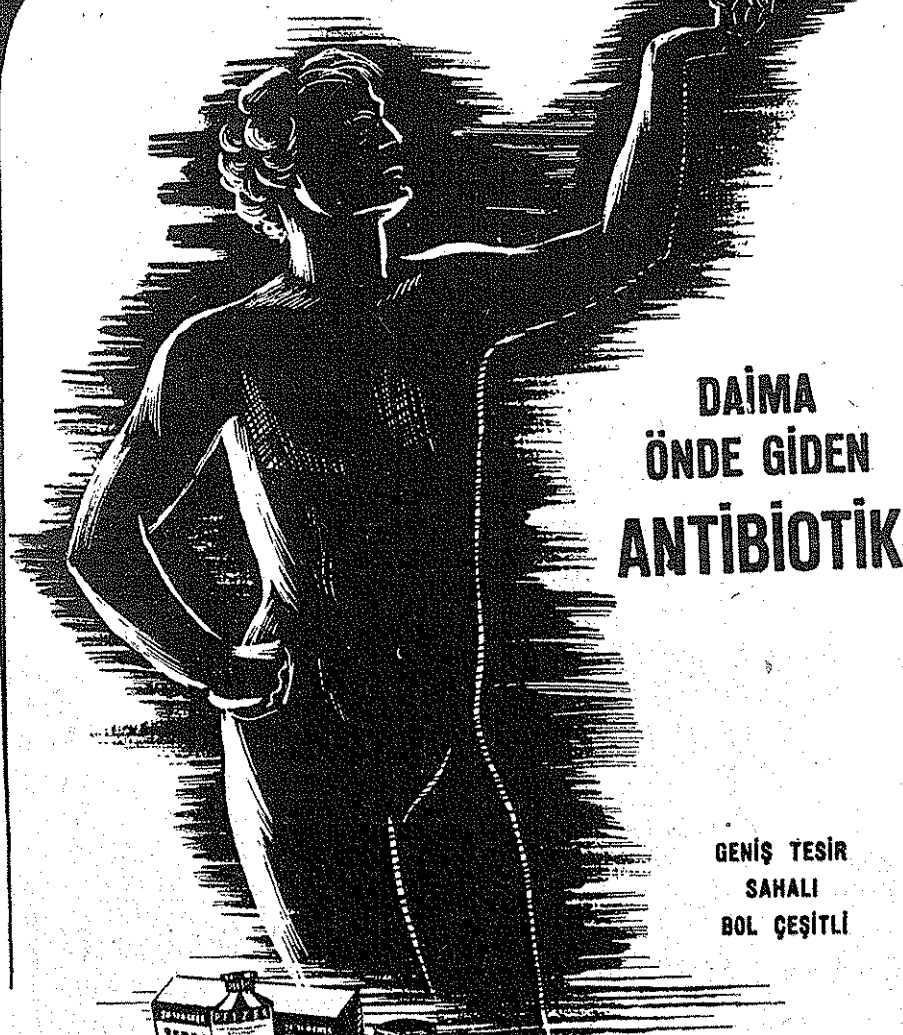
Sayısı 100 Kuruş, Senelik abonesi 300 kuruştur.

CUMHURİYET MATBAASI

İSTANBUL

85

Terramycin



DAİMA
ÖNDE GİDEN
ANTİBİYOTİK

GENİŞ TESİR
SAHALI
BOL ÇEŞİTLİ



Pfizer

CHAS. PFIZER & CO.

ORTA ŞARK TİCARET T. A. Ş.
Meşrutiyet caddesi No. 40
BEYOĞLU - İSTANBUL Tel. : 41296

Terramycin

ANADOLU KLİNİĞİ

ÜÇ AYDA BİR ÇIKAR

Dev'et Nüshası

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

MİCMUAYI DAIMİ YARDIM VE HİMAVE ALTINDA BULUNDURAN NEŞİR HEYETİ

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

İmtiyaz Sahibi ve Yazı İşleri Müdürü

Dr. ASİL M. ATAĞAM

201 Anadolu Hanı, 1/1 Beyoğlu - İstanbul

Ankara Nümune Hastanesi Erkek Dahiliye Servisi
Şef: Dr. İhsan Aksan

Tireotoksikoz Probleminin Bugünkü Durumu

Dr. Saliha Yalçın — Dr. Ethem Yüçetürk

Hipertiroidili hastaların bulunduğu bir servise giren kimse derhal bu hastalardan hiç birinin diğerine benzemediğini farkeder, bazan bir bazan diğer semptomun değişik ölçüde zuhuru ile meydana çıkan sayısız şekillerle karşılaşır ve bu pek muhtelif tablolar karşısında âdeta irkilir. Bu bakımdan hipertiroidi daima hekimliğin alâkasını üzerine toplayan hastalıklardan biri olmuştur.

Hastalığın tanınması geçen asrın ilk yarısında Graves ve Basedow ile başlamıştır. Bu bir asır zarfında gittikçe artan çalışmalarla tiroid fizyopatolojisinin bir sıra problemleri aydınlatılmış olmakla beraber hipertiroidi bahsi bugün de entere-san hususiyetini muhafaza etmektedir.

Basedow, ismi ile anılan hastalığı tavsif ettiği vakit bunu «Dyskrasie» ye atfetmişti. Başta Charcot olmak üzere Fransız klinisyenleri bir «Neurose» dan bahsederek sempatikusa üstün bir kıymet verdiler. Asrın ikinci yarısında Mochius ve Kocher «Tiroid» in ehemmiyetini farketti. Tiroid hülâsaları veya hormonu ile hastalık arazlarının aynen tevlidi buna hak verirdi. Tirosinin terkibi anlaşılınca problemin «İod» metabolizması

ile ilgisi de ortaya çıktı. Tireotrop hormonun keşfinden ve bunun parenteral tatbiki ile Basedow tablosu tevlidine muvaffak olduğundan beri hastalık sebepleri arasında «hipofiz ön lobu» da aranmaya başlandı. Daha sonra arabeyinin de bu işle ilgisi düşünüldü. Hayvan tecrübelerinde ve insanlarda hipertiroidi hallerinde arabeyinde normaldekine nazaran çok daha fazla iod bulunduğu tesbit edilerek «arabeyin-hipofiz-tiroid aksı» ndan bahsedilmeye başlandı.

Bütün bu asabi ve hormonal faktörler arasındaki karşılıklı irtibat Sunder-Plassmann'ın araştırmalarından sonra daha esaslı bir şekilde aydınlanmıştır. Bu müellifin araştırmaları bedende «Nöro-hormonal üniversal syncitium» hücrelerinin hususiyetine dikkati çekmiştir. Bu hücreler gruplar halinde hipofizde, pankreas adacıklarında, böbrekte yer alır ve hususî sekresyon ve nöral fonksiyonlar göstermek suretile hem bu organların vazifesini idare, hem de türlü organların bir-biri ile münasebetini temin eder. Tiroidin yapısında da Thyreozyte denilen follikül hücreleri yanında bu çeşit nöro-hormonal hücrelerin mevcudiyeti

gösterilmiş ve faaliyet halinde tiroide bu hücrelerin hâkim olduğu anlaşılmıştır. Tiroid fonksiyonu için büyük ehemmiyeti olan bu hücreler bu uzvun organizma bütünü ile bilhassa hipofiz - arabeğin sistemiyle irtibatını temin eder. Tireotrip hormonun da bu hücreler vasıtasıyla tesir etmesi mümkün görülmektedir. Sayısız araştırmaların aydınlığına rağmen münakaşalar bitmiş değildir.

Bizde hipertiroidi zannedildiği kadar çok değildir. 5 sene içinde hastanemiz dahiliye servisine yatan 19326 hasta içinde ancak 56 vaka görülmüştür (%0,28). Bilfarz, diğer bir endokrin organ hastalığı olan diyabete nazaran bu nisbet hakikaten küçüktür. Bu müddet zarfında servise yatan diyabetli sayısı 396'dır (Bütün hastaların % 2'si). Bu rakamlara göre bizde hipertiroidi, diyabetin ancak 1/7'si kadardır.

Tireotoksikozların daha çok kadınlarda görüldüğü söylenmiştir. Bizim vakalarımızın da 38'i (% 69) kadındır. Umumiyetle hastalığa en fazla 20-40 yaşlarında rastlanıldığı bildirilir. Hastalarımızın büyük bir kısmında (% 43) hipertiroidi hali 20-30 yaş arasında meydana çıkmıştır. Vakalarımızda hastalığın zuhur ettiği yaşlar bir cetvel halinde gösterilmiştir (Cetvel 1).

Vak'a sayısı	Hastalığın meydana çıktığı yaş				
	10—20	20—30	30—40	40—50	50—60
Kadın 38	5 (%13)	17 (%44,5)	7 (%18,5)	7 (%18,5)	2 (%5)
Erkek 18	1 (%5,5)	7 (%39)	4 (%22)	5 (%27)	1 (%5,5)
Yekûn 56	6 (%10,5)	24 (%43)	11 (%19,5)	12 (%21,5)	3 (%5)

Cetvel: 1.

İleri yaşlarda tireotoksikoz çok defa bir neoplazm veya septik intan maskesi taşır. Dikkatli bir müşahede, sür'atli zayıflama, yorgunluk, iştihatsızlık, romatizmal ıstıraplar ve sübfebril ateş gibi şikâyetlerin arkasında gizlenen tireotoksikozu çıkarır.

Hastalığın meydana çıkmasında ve münferit semptomların husulünde konstitüsyonun rolü olduğu muhakkaktır. Bir ailede müteaddit Basedow'lunun bulunması nadir değildir. Nöropat ailelerden çok hasta çıktığı daima dikkati çekmiştir. Hipertireozdan medeniyet hastalığı olarak bahsedildiği pek de haksız değildir. Umumiyetle fazla fikrî yorgunlukları, ruhî teheyüçleri gerektiren mesleklerde daha sık görüldüğü kanaati vardır. Vakalarımızın meslekî bakımdan gösterdiği hususiyet kat'i bir mütalâa serdine müsaade etmemiştir (Cetvel 2).

Memur	15	Serbest meslek erbabı	3
Öğretmen	7	Hademe	2
Talebe	4	Rençber	2
Polis	3	Ev kadını	19
Mühendis	1		

Cetvel: 2.

Ancak, 8 hastamız ruhî bir sarsıntıdan sonra hastalığın meydana çıktığını ifade etmişlerdir. Vakalarımızda hastalığın zuhurunda suçlandırılan sebepler bir cetvel halinde toplanmıştır (Cetvel: 3). Burada over fonksiyonlarının da ehemmiyetlice bir yer aldığı görülmektedir. Hastalarımızın 10 unda klimakterium ve âdet teşevvüpleri sağlandırılmış, birinde puberte ile, bir diğerinde de doğumla ilgili görülmüştür.

Vaka	Ruhî travma	Klimakterium	Puberte	Gebelik	Gripal enfeksiyon	Romatizma	Hazim teşevvüğü	Kolik renal	Zahiren sebep-siz
56	8 (%14)	10 (%18)	1 (%2)	1 (%2)	11 (%19,5)	1 (%2)	2 (%3,5)	1 (%2)	21 (%37)

Cetvel: 3.

Tiroid bahsinde ileri sürülen teorik ve eksperimental araştırmalar ne kadar dağınık olursa olsun klinik tablonun bel kemiğini bir enfeksiyon teşkil etmektedir. Veil, anamnezinde tonsilit veya romatizma bulunmayan bir tek Basedow vakasına rastlanamayacağına kanidir. Bizim 11 hastamızda (% 19,5) hipertroidinin zuhuruna tekaddüm eden bir gripal enfeksiyon veya soğuk algınlığı bulunmuştur. Yalnız bir vakada romatizmaya rastlanmıştır.

Hastalığın mevsimlerle ilgisine, ilkbahar aylarında ekzaserbasyon gösterdiğine işaret edenler vardır. Gün aydınlığının devam müddeti, gıda muhtevasının tesiri bu inhirafa sebep olarak gösterilmek istenmiştir. Biz hastalığın mevsimlerle aşikâr bir ilgisini farketmedik.

Hastalığın meydana çıkmasında iodonun da rol oynadığı gösterilmiştir. Bilhassa yaşlıların Basedow'unda çok defa hipertansiyon, arteriyoskleroz gibi hastalıkların tedavisi için kullanılan iod şırıngalarını suçlandırmak mümkündür.

Klinik tablo pek muhtelifdir. Münferit semptomlar arasında hiç bir nisbet yoktur. Metabolizmanın az yükseldiği bir vakada çok yüksek bir nabız sayısı veya aksini bulmak mümkündür.

En sık görülen âraz taşikardidir. Birçoklarıncı hastalığın ağırlığı ile nabız sayısı arasında bir münasebet düşünülür. Taşikardi toksik tesire bağlanmak istenmiştir. Vücut haricine çıkarılan kalbin tiroksinle perfüze edildiği takdirde yüksek tempoda attığı gösterilmiştir. Nabızdaki yüksek labilite de karakteristiktir. Beden hareketlerinden ve ruhî teheyüçten sonra normale nazaran daha

şiddetli ve uzun devam eden bir yükselme görülür. 52 hastamızda (%90) nabız sayısı yüksek bulunmuştur. Bradikardi ile seyreden vakalar da vardır. Hattâ vakaların 1/3 ünde taşikardi bulunmadığını bildirenler olmuştur (Means). 1'u bradikardiyi vagal bir tenebbühiyete bağlamak isteyenler vardır. Şahsın beslenme durumu ile ilgili olması da mümkündür.

Oriküler ve vantriküler ekstrasistoller nadir değildir, aritmi komplete de sık rastlanır. Uzun devam eden vakalarda kalpte dilatasyon meydana gelebilir. Oskültasyonda zirvede birinci seste şiddetlenme bulunur.

Ekseriya sistolik tansiyonun yüksek olmasına mukabil minima tansiyon düşük bulunur. Periferide tiroksin tesiriyle hücrelerin biyosimik faaliyetinin artması ve çoğalan metabolizma mahsullerinin arteryelleri genişletmesi bu diastolik tansiyon düşüklüğünün sebebidir. Amplitüd 80-100 mm.ye kadar yükselir.

Vakalarımızın yarısından fazlasında (%53,5) maksima tansiyon 12-15 arasında, % 27 sinde 15 den yukarı bulunmuştur. Ekserisinde amplitüd 7-10 arasındadır.

Tireotoksikozda nabız sayısı ve amplitüd o kadar vasfî bir mahiyet alır ki bununla bazal metabolizma arasında sıkı bir münasebetin mevcudiyetinden bile bahsedilmiştir. Hattâ bundan faydalanarak Basedow'lu hastaların bazal metabolizması hakkında az çok bilgi veren muayyen formüller bulunmuştur. Maruf **Read formülünün** de esası bundan ibarettir. $G U = 0.75 (p + 0.75 a) - 72$. Burada G U normale nazaran metabolizma yüksekliğinin yüzde kıymetini, p nabız sayısını, a da tansiyon amplitüdünü ifade etmektedir.

Hastalarımızdan 12 sinde Read formülü ile ve Krogh âletiyle bulunan bazal metabolizma kıymetlerini mukayese ettik. 10 vakada bu formülün gösterdiği kıymetler Krogh âletininkilere nazaran daha düşük bulunmuştur. İki vakada Read formülü ile alınan rakamlar daha yüksektir. Vakaların % 30 unda bu iki kıymet arasındaki fark % 20 altında kalmış, yarısında % 20-40 arasında bulunmuştur. Daha fazla fark gösteren yalnız iki vaka vardır. Bu rakamlar Read formülünün bazal metabolizma hakkında takribi bir bilgi verebilecek mahiyette olduğunu göstermektedir.

Sık görülen ârazilardan biri de **guatr**'dir. Bazı istatistiklere nazaran vakaların % 95 inde mevcuttur. Büyüklüğü değişiktir. Damar zenginliğinden dolayı ekseriya yumuşaktır ve pulsasyon gösterir. Arteria tiroidea üzerinde sufl duyulur. Anatomik bakımdan epitel genişlemiş ve kolloid azalmıştır. Bu durum fonksiyon artmasının işareti olarak telâkki edilir. Nöro hormonal hücreler hâkimdir. Vakalarımızın % 78,5 unda guatr tesbit edilmiştir.

Guatr husulünde tireotrop hormonun dahli vardır. Tireostatiklerin tiroitte bir büyüme tevlit ettiği malumdur. Hipofizektomi yapılmış hayvanlarda bu büyüme husule gelmiyor.

Basedow için karakteristik olan **ekzoftalmi**, hastalığın seyrinde nisbeten geç zuhur eden bir ârazdır. Retrobuller yumuşak kısımlarda ödem, rüküdet yumuşama vardır. Bazıları orbita kaidesi düz adalelerinin kontraksiyonunu suçlandırırlar. Yeni araştırmalara göre nöro-hormonal tesirlerle orbita nescinin kolloidal ve vital durumu bozulmuştur (Siebeck).

Bu âraz tiroidden ziyade hipofiz ön lobu ile ilgilidir. Tiroidi çıkartılmış hayvanlara hipofiz ön lobu vermek suretiyle ekzoftalmi yapılabilmektedir. Klinik müşahedeler de bunu teyit etmektedir. Tireidektomi yapılan hastaların bir kısmında ahvali umumiye ve bazal metabolizma düzeldiği halde ekzoftalminin devam ettiği hattâ daha da çoğaldığı görülür. Hipertroidlilerin % 50 sinde ameliyattan sonra gözlerin fırladığı tesbit edilmiştir. (Tiroid hormon eksikliğine karşı hipofiz ön lobunun fazla çalışması!). Bu gibi hastalarda hipofiz nahiyesine röntgen tatbikinden iyi neticeler alındığı bildirilmektedir. Bizzat tiroid ekstreleri ile de ekzoftalminin hafiflediğine dair müşahedeler zikredilmiştir.

Tireostatik maddelerle tedavide de ekzoftalminin arttığı müşahede olunmuş ve aynı mekanizma ile izah edilmiştir. Misal olmak üzere hastalarımızdan birinin kısa observasyonunu yapıyoruz:

Vak'a: 55 yaşında Komiser olan L. Ü. 8 ay evvel başlayan ekzoftalmi, çarpıntı, zayıflama ve ellerindeki titremelerden şikâyetle müracaatında yatırıldı (Prot. 12288/1951). Bazal metabolizma yüksek bulundu. Günde 0,30 gr. Thiouracil verilmeye başlandı. 15 gün sonra ekzoftalmi arttı. Sol göz kapağına sütür koymak mecburiyetinde kaldı. Thiouracil kesildi. Tedricen arttırılmak üzere Lugol mahlülü verildi. Bir hafta sonra ekzoftalmi farkedilecek derecede azaldı.

Hastalarımızın 35 inde (% 62,5) ekzoftalmi tesbit edilmiş, Graefe, Stelwag gibi göz ârazilarına vakaların hemen yarısında rastlanmıştır.

Hastalığın calibi dikkat ârazilarından biri de trambmandır. Vakalarımızın % 90 unda başlıca şikâyetlerden birini teşkil eden bu âraz toksik tesire bağlanmaktadır.

Hipertiroidinun takibinde bazal metabolizma fazla ehemmiyet verilir. Fakat geniş ölçüde hasta materyelinde yapılan araştırmalar bazal metabolizma kıymetlerinin mevcut tiroid tegayyürlerini tayine kâfi gelmediğini göstermiştir. Çünkü bu hastalarda «**bazal metabolizma**» ile «**iş tabolizması**» birbirinden ayrılmıştır. Göz, sinir, deveran teşevvüşleri gösteren fazla zayıflamış bazı basedowlu hastalarda çok defa bazal metabolizma normal veya pek az artmış bulunur. Buna mukabil iş tabolizmasında enerji sarfı (hareket-

lerden sonra) bu insanlarda pek yüksek kıymet alabilir. Diğer cihetten bazı klasik basedow vak'alarında tireostatiklerle tedaviden sonra diğer ârazilar zail olduğu halde bazal metabolizmanın yüksek kaldığı da çok görülür. Tedavideki salâh da çok defa iş metabolizması üzerinde kendini gösterir. Bu bakımdan her iki kıymetin ayrı ayrı mutalâası uygundur.

Vakalarımızda bazal metabolizma kıymetlerinde umumiyetle mutedil bir artış tesbit edilmiştir. 50 hastanın 22 sinde %20-40 nisbetinde, 8 inde %40-60 arasında bir artış bulunmuştur. Daha fazla artış gösteren 10 hasta vardır (Cetvel: 4).

Vak'a sayısı	Bazal metabolizma			
	% 10-20	% 20-40	% 40-60	% 60 dan yüksek
50	10	22	8	10
	%20	%44	%16	%20

Cetvel : 4.

Tiroid faaliyeti ile **glükoregülasyon** arasında az çok bir münasebet vardır. Fakat hipertiroidin diyabet yaptığımıza dair neşriyat mubatağalı olsa gerektir. Bizim tireotoksikoz vakalarımızın bir kısmında basit glükoregülasyon teşevvüpleri işareti tesbit edilmişse de hakikî bir diyabete rastlanamamıştır. Diğer taraftan diyabet materyelimizde de âşikâr bir tiroid hissesi bulunamamıştır.

Hipertiroidi hallerinde **kan kolesterini** seviyesine de fazla kıymet verilir. Hattâ tedavinin neticesini kontrolde kolesterin seviyesindeki yükselmenin bazal metabolizmaya nazaran daha mânalı olduğu fikrinde olanlar vardır. (Schettler). Bizim materyelimiz bu hususu da teyit etmemektedir. 27 vakanın ancak % 22 sinde kolesterin 150 mgr. in altında, % 29,5 unda 150-200 mgr. arasında bulunmuş 8 vakada (% 29,5) 200-300 mgr. gibi yüksekçe kıymetler göstermiş 5 vakada 300 mgr. in da üstüne çıkmıştır.

Barsak teşevvüplerine ekseriya lâıyk olduğu kıymet verilmez. Halbuki yalnız ishalle seyreden vakalar vardır. İshal ve beslenme bozukluğu hastalığın birden ilerlemesine sebep olabileceğinden dikkatle üzerinde durulması icabeden bir mesele teşkil eder.

Kan tablosunda lökopeni ve nisbî bir lenfositoz bulunur. Umumiyetle lenfatik dokular bilhassa timus guddesi ve dalak hipertroftiktir. Hipertiroidi hallerindeki timus hipertroftisini nörohormonal hücre çoğalması ile ilgili görenler vardır.

Hipertiroidi tedavisinin iki esas gayesi olsa gerektir: 1) Tiroksin ifrazını azaltmak, 2) Nöro-vejetatif distoniye bertaraf etmek.

Her halde hastaya mutlak bir istirahat ve ruhi sükûn temin edilmedikçe hiç bir tedavi vasıtasından kat'î netice beklemek doğru değildir. Hipertiroidi tedavisi hastaya sakin bir yaşayış tarzı

temin ile başlar. Tavsiye olunan müsekkinler pek çeşitlidir. En fazla kullanılan bromdur. Sırf bu tedavilerle iyilik gösteren vakalar nadir değildir. Beyin kaidesi narkotiklerinin Basedow semptomlarına mani olduğu, tiroksinin tesirini azalttığı farkedilmiştir.

Spesifik tedavi maddeleri arasında en ehemmiyetli yeri **iod** alır. Bir zaman iodun folliküllerde kolloidin toplanması neticesi ifrazın sür'atli imtisasına mani olmak suretiyle tesir ettiği düşünülmüştü. Daha sonra az miktarlarda verilen iodun diiodotirozin husulünü çoğaltarak fazla miktarda bulunan tiroksine karşı geldiği fikri ortaya atıldı. Plummer'e göre iod tiroid ifrazını normal nizama avdet ettirmektedir. İod tedavisi bilhassa uzun devam eden fazla zayıflamış hastalarda tavsiye edilmektedir. İodun tesiri sür'atle görülür. Asabî âraziler, kilo artar, taşikardi, kusma, ishaller kaybolur, bazal metabolizma düşer. Çok defa kanda total iod miktarı değişmezse de alkolik fraksiyon düşer. Fakat vakaların çoğunda bu tesir geçicidir. Bu iyiliği artık ioda cevap vermiyen akut ve tehditkâr ağır bir tablo takip edebilir. Hangi vakada müsait hangi vakada gayrı müsait netice alınacağı önceden ayırt edilemez. Amerikan müellifleri iod tedavisine karşı ekzoftalmik guatrın iyi, toksik guatrın fena cevap verdiğini bildirmektedir. İod tedavisi bugün birçok müellifler tarafından hemen tamamen terk edilmiş gibidir. Halen daha fazla ameliyata hazırlık için kullanılmaktadır. Evvelce ameliyattan sonra görülen ve ölüme müncer olan ağırlaşmalar iod tedavisinden sonra hemen tamamen kaybolmuştur. İod tedavisinde doza dikkat etmek lâzımdır. Her an iod Basedow'unun husule gelebilmesi mümkündür.

Radioaktif ioda yapılan tecrübeler hipertirozlerde radioiod tedavisini tatbika sevk etmiştir. Başlangıçta kanda albumine bağlı iod seviyesinin ve hipertiroidi ârazilarının geçici olarak yükseldiği görülmektedir. Bu durum evvelce guddede yapılmış olan hormonun birden kana serpilmesiyle ilgili görülmüştür. Daha sonra guddede tedricen küçülüyor, bazal metabolizma normale yaklaşıyor ve hastaların % 80 inde alınan neticenin 2-4 sene devam ettiği bildiriliyor. Yalnız ekzoftalmiye tesiri pek az oluyor.

Üstün hususiyetleri tebarüz ettirmekle beraber radioaktif iod izotopları ile tedavi, henüz tecrübeye devresinde olduğu için ancak klinik tatbika-ta inhisar etmiştir. Kaldı ki tireotoksikozun alevlenmesi, tiroidin yumuşadıktan sonra sertleşmesi, boyunda ağrı gibi komplikasyon ve tali tesirlerinden de şimdiden bahsedilmektedir.

Hipertiroidi tedavisinde kullanılan yeni ilaçların tesiri de iod metabolizması ile ilgilidir. Normal ve hipertirozlu hayvanlarda radyoiod ile yapılan tecrübelerle, **thiouracil**'in ion halinde iodun tiro-

ADALIN

Fevkâlade
teskin edici
evsafı haiz emin
uyku ilâcı

ORIGINAL ŞEKİL
Tüp : 10 tablet × 0,6 gr.



»Bayer«
Leverkusen (Almanya)



Eupaco

çizgisiz adalelerin hakikî spazm
gidericisi.

Şu hallerde endikedir:

mide ve barsak kolikleri,
ameliyatlari müteakip zuhur eden
ağrı ve şişkinlik halleri,
safra kesesi ve böbrek taşı kolikleri,
spastik menşeli migren,
dismenore v.s.

Eupaco tabletleri

10 adet ihtiva eden tüpler

Eupaco ampulleri

1 cmç.lık 10 ampul ihtiva eden kutular

Eupaco şafları

5 şaf ihtiva eden kutular



KIMYA MADDELERİ FABRİKALARI
DARMSTADT
ALMANYA

Türkiye Mümessilliği:
ALFRED PALUKA VE ŞERİKLERİ
P. K. 1532 - İSTANBUL



idde tireoglobulin haline yükselmesini frenliyerek tesir ettiği neticesine varılmıştır. Mamafih mevzu-da sayısız çalışma bulunmasına rağmen thiourea devirlerinin tesirini aydınlatacak tek bir izah tarzı bulunmuş değildir. Bazıları tiroxin sentezini bozduğu düşüncesiyle bir «klinik tiroidektomi» den bahsetmektedir (Horeau). Jacob, Methyl-thiouracil ile tedavi edildikten sonra otopsi yapılan bir Basedow'lunun tiroidinde nörohormonal hücrelerin azaldığını görmüş ve tireostatiklerin tesirini bu yolda izah etmek istemiştir. Hagen'e göre bu maddeler hücre metabolizmasını frenleyerek mitozu bozmak suretiyle tesir ediyor. Tiroide olduğu gibi periferide de hücre metabolizmasını azalttığı ileri sürülmektedir. Bu maddelerle hipofiz ön lobunda da değişiklikler husule geldiği gösterilmiştir. Ön lob büyümekte ve tiroksin seviyesinin azalmış olması suçlandırılabilirdiği gibi hipofiz üzerine direkt bir tesiri düşünenler de vardır. Önceden hipofizi çıkarılmış hayvanlarda tireostatik maddeler tiroide hiperplazi yapmıyor (tireotrop hormon tesiri!).

Thiouracil tedavisile 3-4 hafta içinde vazomotor teşevvüşler, taşikardi kaybolur, bazal metabolizma düşer ve kilo artar. Fakat bu tesir devamlı değildir. İngiliz istatistiklerine göre 1000 vakanın ancak % 10 unda alınan neticenin devamlı olduğu gösterilmiştir. Bundan dolayı bazal metabolizma takriben % 20 civarına geünce idame dozu ile tedaviye devam ve bir residiv husulüne imkân vermemek için aylarca bu tedavinin tatbiki tavsiye edilmektedir. Yüksek dozlar tiroide bir büyüme tevlit edeceği cihetle ihtiyatlı olmak lâzımdır. Bu gibi vakalara sık şahit olunmaktadır:

Vak'a: 40 yaşında bir öğretmen olan R. K. da iki sene evvel adet teşevvüşlerini müteakip çarpıntı, ellerde titreme, zayıflama başlamış, 4 ayda 14 kilo kaybetmiş, gözlerinin ileri doğru fırladığını farketmiş. Bir hastaneye yatırılarak thiomidil tedavisine tâbi tutulmuş ve ufak dozlarda devamlı olarak alması tavsiye edilmiş. Hasta bu arada boynunun ön tarafında bir kitlenin meydana geldiğini farketmiş, bu kitle gittikçe büyümüş ve sertleşmiş. Bu şikâyetlerle müracaat eden hastada guatr büyük ve sert bulunarak thiomidil kesildi. Müsekkin ilaçlarla şikâyeti azaldı. Guatr küçüldü ve yumuşadı (14884/1950).

Bu bakımdan mekanik tazyik ârazi gösteren guatrlar tireostatikler için mutlak bir kontrendikasyon teşkil eder. Diğer taraftan bu ilaçlarla vakaların hemen % 50 sinde bir lökopeni ve agranülositoza kadar varılabilen hipersansibilite ârazi husule geldiği bildirilmektedir. Bundan dolayı tedavi neticesinin takibinde kan kontrolleri ihmal edilmemelidir. Biz böyle bir komplikasyona rastlamadık.

Bu ilaçlar plasenta yolu ile geçip fötusde bir tiroid sertleşmesi tevlit edebileceğinden gebelerde kullanılmaması doğrudur.

Her hipertroidi sahasında gizli veya âşikâr bir enfeksiyon rol almıştır. Bunları meydana çıkarmak tedavinin esaslı bir vazifesidir. Bizim bu bakımdan 36 yaşında bir vakamız burada hatırlanmaya değer: 6 aydanberi devam eden çarpıntı, sıkıntı ellerinde titreme ve guatr'dan şikâyetle müracaat etmiş. T. C de hipertroidi tesbit edildi. Kronik tonsillit bulunarak bademcikleri çıkartıldı. Tonsillektomiden sonra subjektif ve objektif bir salâh elde edildi (5322/1951).

Tireotoksikoz tedavisinde hastanın tâbi olacağı diyetin tayini de mühimdir. Yüksek kalori sarfını karşılamak üzere yüksek bir kalori tatbiki lâzımdır. Gıdanın esasını karbonhidrat teşkil eder. Eskiden spesifik dinamik tesiri artırmak suretiyle hastalığı şiddetlendireceği düşüncesiyle tireotoksikozda albuminli maddeler bilhassa et hemen tamamen kesilir ve bu suretle tiroksinin yapı taşını teşkil eden tirozin gibi aminoasitleri vermekle hastalığın seyrine müsait bir tesir yapılacağı düşünülürdü. Fakat gudde parankiminin fonksiyonunu normal düzende idame ettirebilmek için de optima bir albumine muhtaç bulunduğunu, ayrıca tireotoksikozun ekseriya bir karaciğer parankim bozukluğu ile müterafik olduğunu hesaba katan bugünkü telâkkilere göre albuminli maddelerin aşırı mikyasta tahdidi doğru değildir. Verilen protein kalori miktarının % 15 inden düşük olmamalıdır. Bilhassa sütlü maddelerle temin edilmelidir.

Kalori temini ve direkt antitireotoksik tesiri bakımından yağ da mühim bir yer alır. Tereyağ ayrıca vitamin muhtevası bakımından da kıymetlidir.

Tireotoksikozda A vitamini eksikliğinin mühim rol aldığı farkedilmiştir. Gıdaî menşeli harp guatr'larında müşahede edilen hemerolopi ârazi da bu düşünüşe hak verdirmektedir. Bu bakımdan yüksek doz A vitamini vermek çok faydalıdır ve bazan başlı başına A vitamini ile iyi olan vakalar vardır.

Diğer taraftan hipertroidi hallerinde ileri derecede C avitaminozu olduğu, karaciğer ve sürrenalde C vitamininin azaldığı düşüncesi ile bu vitaminin de verilmesi tavsiye edilir.

E vitamini hipofiz ön lobu üzerinden tiroide frenleyici tesiri ve muhitte adale metabolizmasını islah etmesi sebebiyle tireotoksikoz tedavisinde tecrübe edilmiş ve bazal metabolizmanın geçici bir yükselişten sonra düştüğü görülmüştür (Heinsen).

Tireotoksikozda karaciğer parankim bozukluğuna sık rastlandığı cihetle icabında karaciğer preparatları yapılır. Bazan Sürrenal korteksi preparatlarından, klimakteriumda görülen vakalarla östrojen sübstanslardan fayda beklenebilir.

Orta derecede ve hafif tireotoksikoz vakala-

rında radyoterapiden müsait netice alınır. Doğrudan doğruya tiroid üzerine yapılan radyoterapi fibröz dokuyu ve yapışıklıkları artırdığı için ameliyatı güçleştirmek bakımından mahzurludur. Hipofiz-arabeyin nahiyesine yapılan röntgen tatbikinin faydalı olduğu bildirilmektedir.

Hipertiroidi tedavisinde cerrahi müdahalenin de yeri vardır. Bilhassa ağır vakalarda dahili tedaviye nazaran daha kat'i ve sür'atli bir netice almak mümkündür. Burada mühim olan cihet endikasyonun tayinidir. Ekseri müellifler yeni vakaların 3 ay kadar dahili tedaviye tabi tutulmasında müşterektir. Bu müddet zarfında ehemmiyetli bir salâh temin edilmediği takdirde ameliyata lüzum görmektedirler. Eski vakalarda endikasyon koymak için umumî bir şema verilmemiştir. İod veya iodo tirozin ile hazırlandıktan sonra yapılan subtotal tiroidektomiden çok defa iyi netice alınmaktadır. İodla hazırlama sayesinde ameliyat mortalitesinin % 3,27 den % 0,82 ye düştüğü bildirilmektedir. Postoperatif tetani ve miksödem gibi komplikasyonlar bugün için nadirdir. Yalnız Tiroidektomi yapılan hastaların mühim bir kısmında (% 50) ahvali umumiye ve bazal metabolizma düzeldiği halde ekzoftalminin arttığı ve bazan gözün kaybına sebebiyet verecek ölçüde maliny bir

ekzoftalminin teessüs ettiği bildirilmiştir. Hipofiz nahiyesine röntgen tatbiki veya tiroksin preparatları ile bu gibi hastalarda iyi netice alınmaktadır.

Literatür :

- Albeaux-Fernet** : Traité de medecine, XIII, 1948.
İhsan Aksan - Saliha Yalçın : Pratikte şeker hastalığı ve tedavisi, 1950.
Bansi : Iodstoffwechsel, Schilddrüse und Hypophysenvorderlappen: Kl. Wschr. No: 3/4, 1951.
Boenheim : Kngrszblt. f. in. Med. Bd. 126, 1950.
Fellinger : Wien. Kl. Wschr. No. 13, 1950.
Fellinger : Münch. med. Wschr. No. 47, 1951.
Franke : Münch./med. Wschr. Nr. 47, 1951
Heinsen : Med. Kl. Nr. 21/22, 1947.
Holler : Wien. Kl. Wschr. 578, 1949.
Jores : Klinische Endokrinologie, 1949.
Lauda : Lehrbuch der inneren Medizin, 1950.
Means : Lancet 543, 1949.
Morgens - Trotter : Lancet; 6583 — 1083, 1949.
Palumbo : Ref. Kngrszblt. f. in. Med. 126, 5/6, 1950.
Richard : Basedow und Hyperthyreose. Schw. Med. Wschr. Nr. 48, 1951.
Sautter : Dtsch. med. Wschr. Nr. 48, 1950.
Schettler : Ref. Kngrszblt. f. in. Med. 125, 7, 1950.
Schittenhelm : Schilddrüsenkrankheiten und ihre Behandlung, Münch. med. Wschr. No. 13, 16, 1951.
Siebeck : Medizin in Bewegung, 1949.
Veil : Med. Kl. Nr. 37/38, 1943.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi I. İç Hastalıkları Kliniği
 Prof. Dr. İrfan Titiz

Parantral Demir Metabolizması ve Bu Yolla Demir Tedavisinden Aldığımız Sonuçlar

Prof. Dr. İrfan Titiz — Dr. Heskiya Erkip

Son senelerde ağız yoluyla yapılan demir tedavisinden arzu edilen neticelerin alınmadığı ve yahut da muhtelif gastro-intestinal bozukluklar sebebiyle böyle bir tedavinin tatbik edilemediği vakalarda, demirin parenteral olarak yani damar yoluyla verilmesi düşünülmüş ve birkaç sene içinde bu hususta oldukça geniş çalışmalar yapılmıştır. Demir tedavisinin parenteral yoldan tatbiki fikri pek o kadar yeni sayılamaz. Filhakika 15-20 seneden beri birçok müellifler böyle bir tedavi tarzını düşünmüşlerse de, damardan tatbik edilen preparatlarda mevcut çok cüz'i miktardaki demirin dahi nâhoş tesirler icra etmesi ve her zaman tahammülsüzlük belirtilerine sebebiyet vermesi bu şekildeki bir tedaviden müessir neticeler alınabilmesini son senelere kadar geciktirmiştir. Bugün elimizde kolay tahammül edilebilen ve oldukça fazla miktarda demiri ihtiva eden preparatların bulunması dolayısıyla parenteral demir tedavisi, müessir neticeler veren diğer anemi tedavi metodları arasında hakiki yerini bulmak üzeredir.

Demirin damar yoluyla tatbiki, fizyolojik ola-

rak yeni bir problemin ortaya atılmasına sebep olmuştur. Bu da damar yoluyla verilen demirin metabolizması hâdisesidir.

Hakikaten ağızdan verilen demirle parenteral olarak verilen demirin metabolizmalarının bazı farklar arzemesi, tatbiki ve dolayısıyla tetkiki son senelere inhisar eden parenteral demir metabolizmasının bilinmesindeki önemi bir kat daha arttırmıştır.

Bu sebeplerden dolayı, son zamanlarda kliniğimizde muhtelif etyolojileri bulunan anemi vakalarında tatbik ettiğimiz parenteral demir tedavisinden aldığımız neticeleri zikretmeden evvel, gerek ağızdan ve gerekse damardan verilen demirin metabolizmalarının en son durumlarından kısaca bahsetmek istiyoruz:

Ağızdan gıda ile alınan demir miktarı günde 10-30 mgr. civarındadır. Normal bir şahsın günlük demir ihtiyacı ise 5-10 mgr. arasındadır. Gıda ile alınan demir duodenumda ve ince barsağın üst kısımlarında mevcut siderosit hücreler vasıtasıyla ve 2 kıymetli (ferro) demir halinde rezorbe olur.

Rezorpsiyona uğrayan demir, barsak mukozasında, 3 kıymetli (ferrik) hale geçerek ferritine kombinasyonu şeklinde toplanır. İşte demirin barsaklardan rezorpsiyonunu tanzim eden, barsak mukozasında mevcut olan bu ferritine miktarıdır. Ferritine bildiği üzere, gıda ile alınan demirden ibaret olan hydroxyde de fer, barsak mukozasında daimi surette mevcut bulunan apoferritine ve proteinli bir maddeden müteşekkildir. Barsak mukozasında devamlı surette sabit bir ferritine miktarı mevcuttur. Uzviyette ve dolayısıyla kan serumunda demir miktarının azaldığı vakalarda, barsak mukozasında mevcut ferritine'den demir ayrılarak kana verilir, bu suretle barsak mukozasında ferritine miktarı azalır ve neticede barsaktan demir rezorpsiyonu artarak ferritine'in tekrar normal ve sabit miktarlarda tutulmasına çalışılır. Buna mukabil uzviyet ve kan serumu normal miktarlarda demir ihtiva ettikleri takdirde, barsaktaki ferritine'de de çok az bir kantite değişikliği olur. Bu suretle demir rezorpsiyonu aşarî hadde iner ve demir gıda ile alındığı şekilde, rezorbe olmadan yani metabolizmaya dahil olmadan kalın barsak yoluyla vücudu terkeder. İmtisâs eden ve organizmaya dahil olan demirin itrahi çok cüz'î ve sabit olduğundan (günde 1 mgr. kadar idrar, ter, tükürük yoluyla) uzviyette demir terakümüne ancak barsaklarda imtisâsın regülasyona tabi tutulmasıyla mâni olunur. Halbuki potasyum, sodyum, kalsiyum, ve fosfor gibi diğer minerallerin metabolizmaları farklı olup, bu maddeler çok fazla miktarlarda alındıkları takdirde dahi evvelâ rezorbe olup vaziyete dahil olurlar, uzviyette bir müddet kalırlar, hattâ depo edilirler ve sonra itrah edilen miktarlarının artmasıyla vücudu terkederler.

O halde ağızdan alınan demirin rezorpsiyonunu ayarlayan ve bu ayarlama barsak mukozasının ve kan serumundaki demir miktarının âşikâr olarak rol oynadıkları bir tanzim mekanizması mevcuttur ki bu sayede normal şahıslarda ağızdan ne kadar demir alınır alınsın, uzviyetteki total demir miktarı yani hemoglobinin ihtiva ettiği demir, kan serumundaki demir, retikülo endotelyal sistemdeki depo demiri ve nihayet fonksiyon demiri olarak bulunan doku demirinin toplamı hiç bir zaman normal hududun üstüne çıkamaz.

Demir metabolizmasını bu şekilde kan serumu aracılığı ve barsaktaki rezorpsiyon yoluyla tanzim eden mekanizmanın merkezi muhtemelen mezo-diensefalik bölgede olup nöro-vegetatif ve hormonal yollardan tesirini ıera edebilmektedir (4).

Bu suretle uzviyet bir taraftan eritrosit tahribi sonucu açığa çıkan demiri kullanarak fazla miktarda demirin retikülo-endotelyal sistemde toplanmasına mâni olur, diğer taraftan da barsaktaki rezorpsiyon tanzim edilerek, metabolizmaya

İştirak edecek olan demir miktarı vücudun o andaki ihtiyacına göre sabit tutulur. Netice olarak ağızdan alınan demirin metabolizmasının tanziminde barsak mukozasındaki ferritine kombinasyonu en belli başlı rolü oynamaktadır. Halbuki demir parenteral olarak, yani damara verildiği takdirde, doğrudan doğruya uzviyete dahil olmaktadır. Burada yukarıda bahsettiğimiz barsaktaki tanzim faaliyeti ve bu tanzim faaliyetini ayarlayan ferritine miktarındaki değişiklikler bahis mevzuu değildir. Bu tanzim mekanizmasının bulunmaması dolayısıyla, damardan yüksek dozlarda demir vererek uzviyette normal miktarlardan daha yüksek nisbetlerde bir demir deposu temin etmek mümkündür. Parenteral radyo aktif demir vererek yapılan tecrübelerde bu demirin mühim bir kısmının retikülo endotelyal sisteme ve bilhassa karaciğer, dalak ve kemik iliğinde mevcut retikülo endotelyal elemanlara yerleştiği tesbit edilmiştir (2,3). O halde normal şahıslarda tecrübî olarak damardan demir vermek suretiyle veyahut da anemik şahıslarda tedavi gayesiyle lüzumlu miktarlardan çok daha fazla ve devamlı surette parenteral demir vererek retikülo endotelyal sistemde, ve dolayısıyla uzviyette demir miktarını normalin üstünde bulundurmamak mümkündür. Ağızdan demir kullanmak suretile elde edilemeyen bu vaziyet yani retikülo-endotelyal sistemin demir sürşajı bilhassa mübalâğalı bir şekilde olduğu takdirde acaba vücut için mahzurlu olabilir mi? Son zamanlarda bazı müellifler bu fazla demirin lüzumlu şekilde kullanılmadığını ve teraküm ettiği organlar için (karaciğer, dalak, kemik iliği) zararlı olabileceğini zikretmektedirler (5). O halde damardan demir tedavisi yapılan kan tablosunun tamamen normaleştiği vakalarda bu tedaviye devam etmenin artık faydalı olamayacağını düşünmek icap eder.

Parenteral verilen demirin mühim bir kısmının retikülo endotelyal sistemde toplandığını söylemiştik. Demirin geriye kalan kısmı da ferritine şeklinde karaciğer parankima hücrelerinde toplanır ve buradan ayrılan demir hemopoetik organlara giderek eritropoeze yardım eder. Yani ağızdan demir verildiği takdirde barsak mukozasındaki ferritine'nin gördüğü vazifeyi, parenteral demir tatbikinde karaciğerde husule gelen ferritine görür.

Diğer taraftan damardan verilen demirin ilk merhale olarak retikülo endotelyal sistemde toplanması bazı anemilerde bilhassa faydalı olabilir. Bilindiği üzere, enfeksiyonlarda, tümörlerde, entoksikasyonlarda ve retikülo-endotelyal sistemin de alâkadar olduğu bazı hastalıklarda demir, vücudun müdafaası için koruyucu ve depo demir olarak retikülo endotelyal sistemde birikir. İştahsızlık ve diğer gastro-intestinal bozukluklar se-

bebile gıda ve dolayısıyla demir alınmasının ve rezorpsiyonunun bozulmuş olduğu bu gibi vakalarda, demirin retikülo endotelial sistemde toplanması kandaki serum ve Hb. demiri zararına olur ve bu suretle tali bir aneminin teessüsüne sebebiyet verebilir. İşte bu şekildeki anemilerde, kısa zamanda parenteral olarak fazla miktarda demir verilirse, retikülo-endotelial sistem de kendisine lüzumlu miktarda demiri temin edeceğinden, bu şekilde meydana gelebilecek anemilerin teessüsü kısmen önlenmiş olur.

Son zamanlarda kan tablosunun yani eritrosit ve Hb. miktarlarının normal olmalarına rağmen, turnaklarda çukurluk, çizgiler, Plummer-Winson sendromu, dudak kenarlarında ragatlar gibi anemi semptomları arzeden bazı vakalar neşredilmiştir (1). Bu gibi vakalarda uzviyette demir miktarının artırılması ile bu tezahüratın da ortadan kaldırılabileceği de zikredilmektedir. İşte bu gibi vakalarda ancak damar yolu ile demir vererek ar-

zu edilen neticelerin daha kolay alınabileceğini de parenteral demir metabolizmasının tetkiki dolayısıyla zikretmek lâzımdır.

Kliniğimizde yaptığımız tecrübelerde, parenteral demir tedavisi için Roche firmasının «Ferronascine» ini kullandık. Ferronascine 20 mgr. miktarında 3 kıymetli demiri ihtiva eden bir preparattır.

Parenteral demir tedavisini tatbik ettiğimiz hastalarımızı muhtelif gruplara ayırdık. Bunların içinde bilhassa istifade tesbit ettiğimiz vakalar, organik ve fonksiyonel muhtelif gastro-entestinal bozukluklar neticesinde ağızdan verilen demirin rezorpsiyonunun azalmış olduğu haller veya ağızdan demir tatbikinin, bulantı, kusma, iştahsızlık gibi semptomlar sebebiyle mümkün olamadığı vakalardır. Ferronascine'i tatbik ettiğimiz bu gurup hastalarımızın, klinik teşhis ve özelliklerini, tedaviden evvel ve sonraki kan bulgularını aşağıdaki tabloda kısaca gösteriyoruz:

Vak'a	Klinik teşhis	Düşünceler	Tedaviden evvelki kan bulguları	Tedaviden sonraki kan bulguları
1) Bn. A. T. Kl. Prtk. No: 4000	Mide rezeksiyonu sonucu agastrik Hipokrom anemi	Ağızdan verilen demirden ve diğer anemi tedavilerinden istifade etmemiştir.	Eritrosit 4200.000 Hemoglobin %35 İndex 0.40 Kanda demir %18 mgr.	4.800.000 %56 0.60 %28 mgr.
2) B. K. Y. Kl. Prtk. No: 3994	B avitaminozu ve Hipokrom anemi	Devamlı ishâller hipoproteinemi, hiposerinemi.	Eritrosit 2.510.000 Hemoglobin %26 İndex 0.50 Kanda demir %16 mgr.	3.560.000 %48 0.68 %26.5 mgr.
3) Bn. G. M. Kl. Prtk. No: 4222	Dispepsi, beslenme bozukluğu ve anemi	Melana ve hematemezden şikâyetçi	Eritrosit 1.950.000 Hemoglobin %40 İndex 1 Kanda demir %20 mgr.	2.900.000 %50 0.85 %25 mgr.
4) B. H. Ç. Hst. Karantina No: 9137	Hipo asidite ve rezorpsiyon bozukluğuna bağlı Hipokrom anemi	Hasta küçük yaşlardan beri toprak yediğini ifade ediyor.	Eritrosit 3.800.000 Hemoglobin %51 İndex 0.67 Kanda demir %25 mgr.	4.300.000 %70 0.81 %34 mgr.
5) Bn. D. A. Kl. Prtk. No: 4427	Dispepsi ve anemi	3,5 seneden beri ara sıra ishâlden şikâyetçi.	Eritrosit 3.200.000 Hemoglobin %60 İndex 0.95 Kanda demir %32 mgr.	4.240.000 %78 0.93 %40 mgr.
6) B. D. H. Kl. Prtk. No: 4301	Hipokrom anemi	Hipoasidite splenomegalisi.	Eritrosit 2.970.000 Hemoglobin %20 İndex 0.34 Kanda demir %12 mgr.	3.700.000 %48 0.68 %26 mgr.
7) B. Y. İ. Kl. Prtk. No: 3622	Pernisiyöz anemi	B ₁₂ tedavisi sonucu teessüs eden demir eksikliği anemisi.	Eritrosit 3.400.000 Hemoglobin %46 İndex 0.55 Kanda demir %23 mgr.	4.780.000 %82 0.85 %44 mgr.

Yukarıda tabloda görüldüğü üzere bu vakalarımız bilhassa muhtelif sebepler sonucu demir rezorpsiyonu bozukluğuna bağlı hipokrom anemi vakalarıdır. Ferronascine'i, hastanın ilâca tahammülünü tesbit edebilmek gayesiyle ilk günler 1

amp. ve müteakiben günde 2 ampul gibi dozlarda kullandık. Tatbik ettiğimiz total ferronascine miktarı vakasına göre 18 ilâ 38 ampul arasında değişmiş bulunmaktadır (hastaların klinikte takip edilmiş oldukları zamana bağlı olarak). Tablonun



Cortone

Parenteral tedavide kullanılmak üzere
tuzlu mahlul içinde bulunduğu gibi ...



CORTONE Acetate Tabletleri, herbiri 25 mg. lık 40 tabletlik şişelerde cem'an 1 gram olarak satılır. Bu miktar 2 günlük tuzlu mahluldeki Cortone miktarına müsavirdir.



CORTONE Acetate - a-
dale içine zerkedilmek üzere 20 cc. lük şişelerde sterilize tuzlu mahlul halinde bulunur.
1 cc. = 25 mg.

.... Şimdi de ağızdan istimal için
tablet halinde mevcuttur.

Klinik incelemeler göstermiştir ki Cortone'nun terapötik faaliyeti parenteral veya ağız yolu ile alındığı takdirde aynı tesiri yapmaktadır. Dozaj nisbeti hemen hemen aynıdır ve tedavi sırasında her iki istimal yolu münavebe ile veya bir arada kullanılabilir.

Tablet olsun ve tuzlu mahlulde olsun her iki çeşid artık ilaçlarınızın mutad temin tarzile elde edilebilir. Her ikisinin de beher gram için fiyatı hemen hemen aynıdır.

Cortone'nun bariz bir şekilde klinik gelişmeler kaydettiği ahval arasında: Romatit Arterit ve diğer romatizmal hastalıklar; had âteşli romatizma; bronşiyal astma dahil allerjik haller iltihaplı göz hastalıkları ve muhtelif cild rahatsızlıkları)

«Cortone tabletlerinin sureti istimali hakkında talimat» adlı küçük broşür talep üzerine mümessilimizden veyahut Merck (North America) Inc. den temin olunabilir.

Cortone

ACETATE

(CORTISONE Acetate MERCK & CO., INC.)
(11-Dehydro-17-hydroxycorticosterone-21-Acetate)

*CORTONE, Merck & Co. Inc.'in cortisone için koyduğu kendi alâmeti farikasıdır.

Tababet Âleminde Yeni Bir Devrin Anahtarı

MERCK (NORTH AMERICA) INC.
161 Avenue of the Americas, New York 13, N. Y., U. S. A.

EXPORT
SUBSIDIARY OF
MERCK & CO. INC.
Manufacturing
Chemists
Rahway, N. J., U. S. A.

Türkiye Mümessili :

S. A. ve H. TULUKYAN Sirkeci, Kayseri Han No. 18, 19, 22 - İSTANBUL

Kala-Azar'a karşı
Spesifik
ANTİMONLU YENİ TEDAVİ

GLUCANTIME
(2168 R.P.)

ANTIMONIATE DE N-MÉTHYLGLUCAMINE

Yersel ve genel mükemmel tahammül

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

ADALE İÇİNE DERİN ZERKLER

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

Türkiye Müessili :
NECİP AKAR ve TÜRKÂN AKAR
KOLLEKTİF ŞİRKETİ

P. K. : 840
İSTANBUL

RHÔNE



POULENC

98

tetkikinden ve tedaviden evvel ve sonraki kan bulgularından, bu gibi vakalarda, parenteral demir tedavisinden tatmin edici neticeler elde etmenin mümkün olduğu sonucunu çıkarabiliriz.

İkinci grup anemi vakalarımızda, aneminin sebebi olarak demir eksikliği yanında, hemolitik faktörler de rol oynamakta idi. Bu vakalarımızı gösteren tablonun tetkikinden anlaşılacağı üzere,

hastalarımızın anamnezinde, senelerdenberi müzmin sıtma nöbetlerinden şikâyetçi olduklarını ve muayenelerinde de ileri derecede bir splenomegalinin mevcudiyetini tesbit etmek mümkündür. Bu gibi ileri derecede splenomegali arzeden vakalarımızın diğer kan tetkiklerinden ve bilhassa eritrosit mukavemetinin azalmış olmasından dalağın fazla faaliyetinin bahis mevzuu olduğunu ayrıca zikretmek icap eder.

Vak'a	Klinik teşhis	Düşünceler	Tedaviden evvelki kan bulguları	Tedaviden sonraki kan bulguları
8) Bn. M. A. Kl. Prtk. No: 4390	Spleno-hepatomegali ve hipokrom anemi	Eskiden sık sık sıtma geçirirmiş.	Eritrosit 3.870.000 Hemoglobin %43 İndex 0.56 Kanda demir %25 mgr.	4.200.000 %65 0.70 %32 mgr.
9) B. K. İ. Kl. Prtk. No: 3950	Eski malaryaya bağlı dalak büyüklüğü ve anemi	Sık sık sıtma nöbetleri.	Eritrosit 1.950.000 Hemoglobin %36 İndex 0.96 Kanda demir %22 mgr.	2.200.000 %41 0.96 %26 mgr.
10) B. T. D. Kl. Prtk. No: 4078	Banti sendromu ve hipokrom anemi	Splenomegali, eskiden sık sık sıtma nöbetleri gelirmiş.	Eritrosit 3.000.000 Hemoglobin %38 İndex 0.60 Kanda demir %16,5 mgr.	3.500.000 %47 0.68 %24 mgr.

İşte hemolitik bir sebebin de inzimam etmiş olduğu bu gibi vakalarımızda oldukça devamlı surette parenteral demir tatbik edilmiş olmasına mukabil nisbeten daha cüz'î bir istifade sağlamak mümkün olmuştur. Mamafih bu hastalarımızda ağızdan verilen demirle ve diğer anemi tedavi metodlarıyla de büyük bir istifadenin elde edilememiş olduğunu ayrıca belirtmemiz lâzımdır.

Nihayet üçüncü grup hastalarımızı teşkil eden, kronik infeksiyonlara bağlı hipokrom anemi vakalarında da ferronascine'i kullandık. Akciğer tüberkülozu, periton tüberkülozu ve endokarditis lenta gibi enfeksiyonlara bağlı anemi vakalarında, maalesef hastalarımızın tedavimiz altında çok kısa bir müddet bulunmaları, parenteral demir tedavisinin bu gibi anemi vakalarındaki hakikî rolü hakkında esaslı bir fikir edinmemize engel teşkil etmiştir. İnfeksiyona bağlı vakalarda anemi sebebi olarak, demirin retikülo-endotelyal sistemde depo edilmesi yanında, infeksiyon âmilinin direkt olarak kemik iliğine ve eritropoetik sisteme inhibisyon tesiri icra ederek kırmızı serinin rejenerasyonuna mâni olmasını da kabul etmek icap eder.

Bahsettiğimiz infeksiyona bağlı anemi vakalarımızda yüksek miktarlarda ve uzun müddet demir vermek imkânına malik bulunsaydık, parenteral demir metabolizmasında zikredilen sebepler neticesi olmak üzere, diğer müelliflerin tesbit etmiş oldukları müessir neticeleri (8), belki bizim de elde etmemiz mümkün olurdu.

Kliniğimizde takip etmek fırsatını bulduğumuz ve kısaca yukarıda sıraladığımız anemi vakalarına ve nihayet parenteral demirin metabolizmasına ve ütilizasyonuna bakarak parenteral demir tedavisi endikasyonlarını kısaca şu şekilde toplamak mümkündür:

Ağızdan verilen demirin vücut tarafından tolere edilemediği, veyahut ta mevcut diğer bir hastalığın yan semptomu olarak, iştahsızlık, kusma, diyare gibi belirtilerle komplike olmuş hipokrom anemi vakalarında.

Gastro-intestinal traktüsün organik veya fonksiyonel tegayyürleri sonucu demir rezorpsiyonunun çok azalmış olduğu hipokrom anemi vakalarında. Bilhassa ağız yoluyla verilen demirden istifade etmiyen mide rezeksiyonları, tam aşili, kronik anterit ve diyare vakalarında.

Fazla demirin uzviyetten kaybolduğu ve demir depolarının âcil olarak tamamlanmaları icap eden kanama, gebelik gibi vakalarda.

Ve nihayet parenteral demir metabolizmasında bahsettiğimiz gibi kronik infeksiyon, entoksikasyon ve tümör vakalarında tesbit edilen hipokrom anemilerde demir tedavisi tatbik edilebilir.

Kliniğimizde ferronascine'i ekseriya sabah akşam olmak üzere günde 2 ampul dozunda tatbik ettik. Hiç bir hastamızda, tedaviyi kesmeğe sebep olacak tahammülsüzlük belirtileri görülmedi. Yalnız 2 hastamızda iştahsızlık ve bulantılar tesbit edildi. Mamafih hastalarımızın mühim bir kısmı

enjeksiyonlardan hemen sonra meydana çıkan ve 1/2 - 1 saat kadar devam eden ağızda nâhoş madeni bir tadın mevcudiyetini bilhassa tebarüz ettirdiler. Bu sebepten enjeksiyonların yemekten sonra tatbikinin hastalar için daha elverişli olacağını zannediyoruz. Diğer tahammülsüzlük belirtilerine ve bu arada bazı müellifler (9) tarafından bildirilen, enjeksiyonların tatbik edildiği venlerde trombozlara tesadüf etmedik.

Özet

1. Yukarıdaki yazıda, ağızdan tatbik edilen ve parenteral yoldan verilen demirin metabolizmalarından ve bu arada bilhassa son senelerde bahis konusu olan parenteral demir tedavisinin öneminden ve bugünkü diğer anemi tedavi metodları arasındaki hakikî değerinden bahsedildi.

2. Kliniğimizde tatbik edilen ferronascine ile, muhtelif etyolojileri bulunan anemi vakalarında elde edilen neticeler ve bu arada gastro-intestinal traktüsün muhtelif organik ve fonksiyonel bozuklukları ile müterafik anemi vakalarında bu tedaviden istifade nisbeti tablolar halinde tebarüz ettirildi.

3. Parenteral demir tedavisinin endikasyonları ve hastaların bu tedaviye karşı gösterdikleri tahammülsüzlük belirtileri de kısaca gözden geçirildi.

Literatür :

1. **Bulguç, Nihat**: Anadolu Kliniği: Parenteral yolla demir tedavisi ve ferronascine, Yıl: 16, No: 4, Aralık 1950.
2. **Bugnard, Louis**: Les isotopes radioactifs en biologie et en médecine: Les acquisitions médicales récentes P. 183.
3. **Finch, C. A.; Gibson II, J. B.; Peacock, W. C.; Fluaharty, R. B.**: Iron metabolism utilisation of intravenous radioactive iron; Blood IV: 905 (August, 1949).
4. **Hemmeler, G.**: La Presse médicale, 7 Décembre, 1946.
5. **Hemmeler, G.**: Schéma thérapeutique en cas d'anémie, Médecine et Hygiène No: 201, 1er Septembre 1951.
6. **Oktay, Sabih**: Demir eksikliği anemileri üzerine, Anadolu Kliniği; Yıl 12, 1945.
7. **Studer, A.**: A. Helvetica Medica 15, Fasc. 3, 252 - 61 (1948).
8. **Tahya, Hasan; Fahmy**; intravenous iron therapie, Egyptian Public Health Association Vol. XXV, No: 4, 1950.
10. **Tavat, Sedat**: Fizyopatoloji 1948, Sahife 19.
11. **Titiz, İrfan; Oktay Sabih**: Klinik Semptomatoloji 1950, Sahife 15.

Kanser ve Hormon Tedavisi

Dr. Atif Taykurt

Beyoğlu Belediye Hastanesi Üroloji Servisi Şefi

Hormon meselesinin çok aktif bir devre geçirdiği bugünlerde yeni yeni araştırmalar, iç ifraz bezleri ve bunların sekresyonlarıyla kanser arasında bazı yakınlıkları meydana çıkarmaktadır. Meselâ karsinojen bir ajan olarak tanıdığımız ve eksperimental olarak da ispata muvaffak olduğumuz follikül hormonunu, inhibitör tesirinden istifade ederek, aynı prosesin tedavisinde de büyük muvaffakiyetlerle kullanıyoruz.

Ben de bilhassa jenital sisteme ait bazı organ neoplazmlarının tedavisinde ihmal edilmez bir kıymet olan follikül hormonunu üriner sistem sahasına da teşmil etmeğe ve böylece şümül sahasını genişletmeğe çalıştım.

Geniş bir literatür araştırması yapmama rağmen bu konuyu ilgilendiren tatmin edici bir bilgiye rastlayamadım. Bu sebeple mesane tümörlerinin hormonla tedavisi ile ilgilenecek ve imkân nisbetinde elime geçirebildiğim vak'alarla küçük bir çalışma yapmaya gayret ettim. Bu mütevazı çalışmamla az dahi olsa tatmin edici bir fikir verebildimse mesleğim namına duyacağım sevinç büyük olacaktır.

Kanserin etyopatogenisi ve kanserojen maddeler:

Kanserin menşе faktörlerinin çokluğu, modern kansero-

lojinin meydana koyduğu en önemli bulgulardan biridir. En çok mütalâa edilen faktörler şimik, fizik, enfeksiyöz ve parazitler olanlardır.

Cook ve Kennaway'in çalışmalarındanberi şimik faktörler sahasında fevkalâde ilerlemeler kaydedilmiştir. Bu güne kadar elde edilmiş karsinojen müstaklar sayesinde daha şimdiden tetkik edilen maddelerin şimik terkipleri ile kanserojen faaliyetleri arasındaki yakınlığı ayarlayan dakik kanunlar meydana konmuştur. Bununla beraber hususî bir önem taşıyan kanserojen azoikler gibi tamamen ayrı bir bünyeye sahip şimik kanserojen gruplar da vardır. Bundan başka izole edilen veya sentezle elde edilen müteaddit karsinojenik hidrojenik hidrokarbonların şimik bünyelerinin esasları kollesterininkine ve gonad hormonlarına benzemektedir. Netice olarak bu hormonların ve bunlara benzeyen mürekkep maddelerin atipik metabolizması kanser yapan maddelerin meydana gelmesini temin eder fikri, bu husustaki çalışmaları hızlandırmıştır. Aynı zamanda östrojen maddelerin şimik terkiplerinin açıklanması, karsinojen tesirleri tecrübe sahasında kat'i olarak gösterilen ve yukarda da bahsedilen hidrokarbon maddeleri ile olan yakınlıklarının meydana çıkmasına yardım etmiştir. Bu hakikatin meydana çıkması follikül hormonun karsinojenik bir kudrete malik olma ihtimalini akla getirmiş ve neticede bu hormon hayvan tecrübelerine arz edilerek ilerde bahsedilecek olan sonuçların çıkarılmasında bu araştırmalar değişik bir safha göstermeye başlamıştır. Şu halde bu gün için bazı karsinojen hidrokarbonlar gibi bazı hormonların da kanserlerin etyopatolojisinde büyük bir payı olduğunu kabul etmek zaruridir.

Tabii olarak meydana gelen östrojenlerle karsinojenik hidrokarbonların yakınlığı:

Son zamanlarda yapılan çalışmalar, tabii olarak meydana gelen östrojenle karsinojenik ismi verilen organik mükrekplerin arasında biolojik ve şimik yakınlıklar bulunduğunu göstermesi bakımından bir hayli alâka kazanmıştır. Bu maddeler cilde tatbik edildiği ve cilt altına şırınga edildiği vakit kanseröz lezyonlar meydana gelir. Aynı zamanda değişik derecede östrojenik aktiviteye maliktirler. Tabii olarak meydana gelen östrojenlerin moleküler bünyeleri ve dibenzanthracene 1:2:5:6, benzopyrene 1:2, cyclopentens 5:6, benzanthracene 1:2 gibi karsinojenik hidrokarbonlar poler gruplarının karakteri de, yan zincirlerinde ve aromatisasyon derecelerinde yalnız ufak değişiklikler gösterirler. Bunların hepsi phenanthrene nüvesine sahip olan satüre hidrokarbonlardır. Sentetik östrojenik mükrekpler karsinojenlerden temin edilir; ve östrojenlerle karsinojenlerin her ikisi de «sterols»lerden hazırlanır. Keza tümör dokusu içinde bir hayli miktar östrojen ve sterol'un bulunması da kayda şayandır. Karsinojenlerin organizm içinde cins hormonlarının veya safra milhlerinin metabolizmindeki bozukluk neticesinde meydana gelebileceği düşünülebilir.

Tabii östrojenlerle karsinojenik hidrokarbonlar arasında direkt bir ilişik olduğu evvelce yapılan müşahadelere istinat ederse de münasebetin indirekt olduğuna inanmak için sebepler vardır. Her ne kadar bunların arasında muayyen sahalarda benzerlik varsa da bir çok mühim ayrılıklar da vardır. Benzerlikler ve ayrılıklar aşağıdaki şekilde hülâsa edilebilir:

1 — Tabii östrojenler ve karsinojenik hidrokarbonların hepsi büyümeye stimulan olarak tesir ederler.

2 — Karsinojenik hidrokarbonlar direkt olarak tatbik edildikleri epitelial dokuya ve keza uzak organ ve dokulara tesir ederler. Diğer taraftan östrojenler lokal olarak tatbik edildikleri vakit kanser yapmazlar; yalnız bunlara normal olarak fizyolojik hassasiyeti olan meme ve prostat gibi organlarda kanseröz değişiklikler yapabilirler. Bu vaziyet de östrojenin seksüel dokular üzerine olan stimulan tesirindedir.

3 — Karsinojenler kâfi miktar olmak ve uzun müddet devam edilmek şartile muntazam olarak maligne lezyonlar yaparlar. Östrojenin kanser yapmak iktidarı yalnız miktar ve zamanın uzunluğuna tâbi değildir, aynı zamanda nescin kansere olan istidadına da fazlasile tâbidir.

4 — Her ne kadar östrojenler ve karsinojenik hidrokarbonlar şimik olarak yakınlıklar gösteriyorlarsa da bu şekil aktiviteye uygun olan şimik gruplar aynı değildir. Loeb'e göre östrojenik maddeler vardır, fakat karsinojen hassaları yoktur. Diğerleri karsinojeniktir fakat östrojenik faaliyeti yoktur ve bazıları her iki şekil faaliyete maliktirler.

Kanserle hormonlar arasındaki münasebet:

Son yirmi sene zarfında reproduktif organların fonksiyonlarının tanzimiyle ilgili faktörlerin iyi anlaşılmasıyle tümörlerin sebepleri hakkındaki düşünce ve bilgiler birhayli değişmiş ve oldukça enteresan bir safhaya girmiştir. Bugün umumiyetle tümörlerin oturduğu yer olan meme, uterus ve prostat gibi organların iç ifrazın kontrolü altında oldukları kat'iyetle bilinen bir hakikattir. Bu sebeple hormonlarla bu organlardaki tümörlerin gelişmesi arasındaki bir yakınlığın mevcudiyeti makul olarak düşünülebilir. Nitekim hormonların tesirlerinin tanınması ve izolasyonu bu mesele üzerinde verimli ve geniş tetkiklere yol açmıştır.

Kanserin etyolojisinin araştırılmasında bazı sentetik karsinojen maddelerin mühim bir yer işgal etmesi ve bazı iç ifraz maddelerinin de bu karsinojen maddelere çok büyük bir yakınlığı olması dolayısıyla bu gibi hormonlarla kanser arasında bir yakınlık aranması birçok araştırmacıları faaliyete geçirmiştir. Nitekim bu östrojenik maddelerin tetkiki yüksek ehemmiyeti olan neticeler vermiştir.

a) Steroid hormonlar gibi tabii östrojen maddeler de normal vaziyette tesir ettikleri organlarda kanser meydana getirmeğe muktedirler.

b) Bilhassa Dodds ve arkadaşlarının çalışmaları neticesi olarak meydana gelen sentetik östrojenik maddeler dahi kanser yapma kabiliyetine maliktirler.

c) Östrojenik maddeler lenfosarkom, osteosarkom vesaire gibi kanserin diğer şekillerini de meydana getirmeğe muktedirler.

d) Benzopirene, benzanthracene ve penanthrene gibi sentetik karsinojen maddeler de östrojenik hassalara maliktirler.

Bu müşahedeler cins fonksiyonları ile kanser arasında kat'i bir yakınlığın bulunuşunu belirtirler. Halbuki cins faaliyetinin düzenlenmesi gayet karışık olup gonadlar, iç ifraz bezleri ve bilhassa hipofizin ön lobu ile sıkı bir vazife birliği halindedirler. Bir taraftan hipofizin ön lobu A ve B gonadotropinleri ile gonadlara tesir ederken diğer taraftan gonadlar da progesteron, östrojen ve androjen hormonlarla ön loba tesir ederler. Bu tesirler kastrasyonu takip eden devrede veya östrojen maddelerinin tatbikinden sonra histolojik olarak gösterilebildiği gibi daha ileri giderek organın adenomatöz bir reaksiyonuna varabilir.

Fizyolojik olarak östrojen hipofizde gonadotropin A in sekresyonunda bir azalma meydana getirir. Bu meyanda hipofizin diğer hormonlarının sekresyonu da östrojenden müteessir olurlar. Böylece kuvvetli bir dozda östrojenik maddeler almış hayvanlardaki hormonal gelişmenin yavaşlaması her halde Somatotrip hormonun bir azalmasına bağlıdır. Aynı şekilde tiroksin'in tatbiki, hipofize tesir ederek yalnız tireotrop unsurlarda değil, aynı zamanda somatotrop ve gonadotropda da bir azalma husule getirir. Binaenaleyh bir hormona bağlı normal veya patolojik tesirleri mütalâa edebilmek için aynı hormonun bütün iç ifraz bezleri üzerine yaptığı değişikliklerin mütalâası icabeder.

Hipofizin somatotrop hormonu ile tiroksin, umumî gelişimi düzenlerken, yine hipofizin matotrop prensipi gibi diğer hormonların da hususî dokuların gelişimine tesir ettikleri dikkati nazara alınırsa bu hakikatin kanser bahsinde ne kadar önemli olduğu meydana çıkar.

Hipofizektominin östrojen maddelere bağlı proliferasyona büyük bir mikyasta tesir ettiği tecrübe ile sabittir. Nitekim Lacassagne fareler üzerinde yaptığı tecrübelerde hipofizektominin östral menşeli meme kanserine mani olduğunu göstererek teyit etmiştir. Lacassagne'e göre östron, kanser proliferasyonunu hipofizin aracılığı sayesinde yapar. Bu sebeple hipofizektomiye maruz hayvanlarda bu proliferasyon görülemez. Bu noktai nazarı haklı görebilmek için şu şekilde bir izah tarzı ortaya atabiriz:

«Dokuların herhangi bir besleyici sitimülasyona ancak hipofizin gelişim hormonları muvacehesinde cevap verdiklerini düşünürsek ilk bakışta hipofizin umumî ve hususî gelişim hormonlarının bu dokuların hem tabii beslenmeleri ve hem de patolojik ve kanserö gelişimleri için elzem oldukları kanaatine varırız. Bu suretle östron, reaksiyon gösteren hücreler üzerine ancak hipofiz ön lobunun stimüle edici tesiri yardımı ile müessir olacağından bu hususta mutlak bir aktiviteye sahip değildir. Buna nazaran kanserizasyon için östrojen prensiple hipofizin besleyici prensipinin aynı zamanda ve beraberce tesir etmeleri lâzımdır. Şu halde tabii gelişim için hipofiz hormonu ile optimum östron arasında bir nisbet ve hücrevi kanserleşme için de vazih bir optimum nisbet mevcuttur. Bu vaziyete göre bahis konusu olan bu nisbetlerin, hücrelerin hayatîyet ve gelişimi üzerine tesir imkânları normal gelişen doku ile hususî bir kudrete sahip kanserli doku için tamamen ayırdırlar.

Bu sebeple hipofizektomi, bazı tecrübi şartlarda kanserleşmeye mani oluyorsa da gelişmiş bir kanserin gerilemesini mutlak surette temin edemez.

Yukarıda oldukça öz olarak bahsedilen görüş ve tecrübeye bağlı buluşlar sayesinde, bazı mutavassıtların da yardımı ile östrojenik maddelerin jenital organlarda gelişen kanserlerin etyolojisinde büyük bir mes'uliyet payı teşidiği bugün için kabul edilmiş bir hakikattir. Bu konudaki umumî görüşler toplandıği vakit şu neticeye varılır:

Meme, uterus ve prostat guddesinin gelişmesi için endokrin sistemin lüzum ve mevcudiyeti şarttır. Gonad ve hipofiz bilhassa bu bakımdan önemlidir. Çünkü bunlardan biri veya diğeri olmayacak olursa gelişme husule gelmez. Buna mukabil bu organların çıkarılması, bu endokrin organlarla stimüle edilen iyi gelişmiş dokularda gerilemeler görülür. Böylece tümörler için ifraz yapan muayyen guddelerin faaliyetlerindeki değişikliklerle yakinen alâkalıdır. Yalnız iç ifrazla olan bu yakın alâkasına tesir eden bazı sekonder faktörler vardır.

Jenital organlardaki patolojik değişiklikler için bahsedilen muhtemel münebbihlerin başında

endokrin sistem gelir. Bunların içinde de en önemlileri östrojen ve androjendir. Mamafih birçok arayıcıların çalışmalarından aldıkları sonuçlar, diğcr hormonların da bunlar kadardüşünülebileceğini göstermektedir. Hormonların tümör mevzuundaki rolünü belirttikten sonra bu atipik vaziyetleri hangi mekanizma ile yaptığını da araştırılm. Burada muhtelif tesir tarzları muhtemel olarak görülmektedir.

1 — Normale nazaran daha hassas olan dokular üzerine hormonun fizyolojik miktarları tesir edebilir. Bu istidat bünyenin metabolik statüsüyle, hücrelerin hususî karakterile veya maddelerin faaliyeti sonucu olarak organda meydana gelen değişiklik ile münasebetli olabilir.

2 — Östrojenin karaciğer tarafından tahrip edildiği gösterilmiştir. Normal bir miktar hormon ifraz edildiği halde karaciğerin kusurlu fonksiyonu sebebiyle anormal miktarlar dokulara kaçabilir.

3 — Fazla miktar hormon bahis konusu olabilir, fakat yalnız hormon tümör teşekkülünde mühim bir rol oynıyamıyacağından istidadın mevcudiyeti de lâzımdır.

4 — Karsinojenik aktivitesi olan atipik hormonlar meydana gelebilir. Steroid hormonların sentetik karsinojenlerin bir çoğu ile yakın bir benzerlik halinde oldukları malûmdur. Organizmanın fizyolojik vaziyetindeki değişiklik dolayısıyla meydana gelen kusurlu metabolizma neticesi bu hormonlardan karsinojen maddelerin teşekkülü kabul edilebilir.

5 — Bir organı normal olarak stimüle eden bir hormonun eksikliği o organda dejeneratif veya gerileyici değişikliklere sebep olur ki bu da bu sahada müessir olabilecek diğcr faktörlerin faaliyetine sebebiyet verir.

Östrojenik hormon ve kanserle münasebeti:

Overin tesirli maddelerinin tıpta muhtelif maksatlar için kullanılması eski olmayıp hormon araştırmalarının başlangıcını teşkil eder. Bu guddenin kastrasyon sebebiyle meydana gelen eksikliğini tamamlamak için hayvanlara emplante eden Knauer, insanlara emplante eden de Morris'tir. Daha sonraları yapılan tecrübeler bu guddenin kendisinden ziyade ekstralarından istifade edilerek yapılmıştır. Marshall ve Jolly, bir müddet sonra da Adler over ekstraları kullanarak östros belirtilerinin kaybolduğunu bildirmişlerdir. Ük defa Allen ve Doisy kastre edilmiş veya enfanti! diğci farelerin vajenlerinde kesilmiş olan östros sekresyonlarını follikül hormonu kullanarak tekrar faaliyete geçirmeye müstenit araştırmalar yapmışlardır. Bu sayede de muhtelif organ ve vücut malyerindeki follikül hormon miktarını tayin ede-

4

BİR FRANSIZ KEŞFİNİN

MERHALESİ

SENTETİK ANTİHİSTAMİNİKLER

ANTI-ALLERJİK TEDAVİ

1937 İLK TECRÜBİ TETKİKLER
(929 F - 1571 F)

1942 İLK KLİNİK TATBİKLER
ANTERGAN 2339 R.P.

1944 NÉO-ANTERGAN
(2786 R.P.)

*Ogr. 04 ve Ogr. 08 lik drajeler (50'lik tüpler)
Ogr. 04 - 2 cc lik ampuller (10' luk kutu)*

**EN
SON
KEŞFEDİLEN**

PHENERGAN
(3277. R.P.)

*Ogr. 025' lik drajeler (20' lik tüpler)
Ogr. 05-2 cc lik ampuller (5 lik kutu)*

SURUBU : 1cm 3' i 1 mgr. dozunda 125cc' lik şişelerde

MARQUES.

Société Parisienne

RHÔNE



d'Expansion Chimique

POULENC

21 RUE JEAN GOUJON PARIS 8^e

103

ANTİSEPSİ

Hakkında salâhiyetli beyanat

'Çıplak ellerdeki streptokokların
'tamamile izalesi için en emin usul
'şudur: Tırnak araları için bir tırnak
'firçası ve bol sabun kullanarak
'yarım litre ılık suda bir ilâ iki dakika
'yıkayınız. Sonra, bir elin avucu içine
'bir çay kaşığı saf 'Dettol' dökünüz
've kuruyuncaya kadar ellerin cildine
'sürünüz (bir ilâ iki dakika).'*

Yüksek Rideal-Walker emsalini haiz, bakterisid faaliyeti, kan, cerahat ve diğer uzvi maddeler karşısında iyice idame edilen, büyük bir kısım bakterilere karşı-hemolitik streptokoki dahil—mühlik olan, tam kuvvette bile zehirli olmayan, taze yara ve sâtihlara ağrı veya tahrişe sebebiyet vermeden tatbik edilebilen, tabii tamir vetiresini men etmeyen, bütün nisbetlerdeki mahlûllerde ve klinikte arzu edilen hararet derecelerinde sabit

DETTOL

ALAMETİ FARIKA

MODERN ANTİSEPTİK

bulunan, leke yapmayan, kullanılması hoş ve kokusu lâtif bir antiseptik. Bu evsaf listesi nazarı olarak ideal bir antiseptiği iyice tarif edebilir. Hakikatte, Büyük Britanya ve diğer memleketleri. birçoğundaki hastanelerin kısmı azamında hastaların ve aynı şekilde hastane personelinin korunması için seçilmiş bir antiseptik olan 'Dettol' ü tarif eder.

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



Eürkiyede Umurî Depo: J. V. VITOLL VE KO. LTD. P.K.62 İSTANBUL

mi(7)

bildiler. Bundan sonra Ascheim ve Zondek gebe kadın ve hayvanların, hususile kısırakların idrarında büyük miktarlarda hormon tesbit ettiler. İki sene sonra Doisy ve Butenandt aynı zamanda birbirinden ayrı olarak gebe idrarından follikül hormonu kristalize şekilde tesbite ve bunun şimik bünyesini aydınlatmağa muvaffak oldular. 1933 te Schwenk ve Hildebrandt, östron tesmiye edilen bu maddenin katalitik redüksiyonu vasıtasile kuvvetle tesir eden dihydrofollikel hormon veya Oestradiol'u elde ettiler. Elde edilen bu maddeler vasıtasile devamlı, kuvvetli ve uzun tesirler elde edilebildiği anlaşıldı. Bu suretle oestradiol benzoate (Schwank, Hildebrandt, Kaufmann, Schöler, Dohrn) ve oestradiol propionate (Miescher, Scholz ve Tschopp) kuvvetli tesirleriyle tanındı. Bu maddeleri bugün kendi sahalarından hariç olarak da kullanılmaktayız. Meselâ perifer tansiyon bozukluklarında (Cobet ve çalışma arkadaşları, Maggi, Fröhlich), donmadan doğan ârizalarda (Larriza ve Wobker), otosklerozda (Bernstein ve Gillis), dermatozlarda (Blondet), mide ve duodenum ülserlerinde (Focken, Larizza ve diğerleri) anjina pektoris'te (Westphal ve Kirchner), hipertansiyonda (Nojdl, Chfodonti ve Schwarzkogler), lökopeni veya anemilerde (Feuchtinger) tavsiye etmişlerdir. Bunlardan da anlaşıldığına göre bugün artık hormon, yalnız seksüel fonksiyon bozukluklarında ve onların hastalıkları gibi küçük bir grup rahatsızlıkta değil, hemen hemen bütün sahalarında kullanılmaktadır.

Tatbik sahası bu kadar geniş olan ve tümör gibi tedavi imkânları son derece mahdud bulunan hastalıkları da tesir sahası içine alan bu cevherin kullanılmasında bazı kötü sonuçlar doğabileceği tabiidir. Aynı zamanda değişik ellerde tam bir standardizasyona tâbi olmadan kullanıldığı için de tabiatile alınan neticeler değişik olacaktır.

Follikül hormonunun ihtimali olarak karsinomatöz bir ajan olabilmesi düşüncesi şimik bünyesinin keşfi sebebiyle ortaya sürülmüştür. Bunlar karsinojen hidrokarbonlarla, meselâ metilkolan-tren'le konstitüsyonel bir yakınlık gösterirler.

Östrojen'le kanser arasındaki yakınlıklar bahsinde birçok zıt fikirler ve bunları teyit eden müteaddit hayvan tecrübeleri olmasına rağmen bazı memelilerde devamlı östrojen tedavisi ekseri jenital, atipik veya prekanseröz ismi verdiğimiz lezyonlar, hattâ kanser meydana getirir. Maligne bir huy ima eden bu lezyonlar, östrojen tedavisi görmüş hayvanlarda histolojik olarak gösterilebilir.

Mc. Euen 698 gün östron'un vajinal tatbikinden sonra dişi bir farede histolojik olarak adenokarsinoma kabul ettiği bir lezyon meydana gelmiştir. Allen ve Overhalser 51 günden fazla bir

zamanda 2000 İ.U. östrojen verilen kastre maymundanda, karsinoma olarak teşhis edilen servikal bir lezyon görmüşlerdir. Gartner ve arkadaşlarının neşriyatı bilhassa mânidardır. Çok yüksek doz östrojenle uzun zaman stimülasyondan sonra 20 farede histolojik olarak karsinoma kabul edilen servikal neoplazımlar meydana gelmiştir. Tümör dokusunun parçaları dişi veya erkek farelere emplante edildiği vakit hayvana östrojen verilmediği halde bunların büyüme devam ettiği görülmüştür. Allaben ve Owen östrojen tedavisinden sonra meme kanseri görmüşlerdir. Bu müsbet bulguların aksine olarak birçok tetkiklerde devamlı ve fazla doz östrojen vermelerine rağmen tecrübe hayvanlarında kötü huya ait tam bir değişiklik bulmamışlardır. Smith ve Engle 60 la 170 gün arasında 33 ilâ 95 bin ünitelik östrojen tedavisinden sonra yedi maymundanda metaplazik değişiklikler görmüşler, fakat kanser tesbit edememişlerdir. Zondek de 600,000 İ.U. gibi yüksek bir miktar östradiol benzoate'ı bir sene zarfında üç kadına vererek ancak servikal lezyonlar bulabilmişlerdir ki bu lezyonların karsinoma ile alakaları yoktur. Bu zıt buluş ve inanışlara rağmen kabul etmek lâzımdır ki jenital organlarda meydana gelen karsinomatöz değişikliklerle hormonlar, bilhassa follikül hormon arasında sıkı bir münasebet vardır. Yalnız uzun bir zaman ve fizyolojik miktarın üstünde verilen östrojenik maddelerle her şahısta tümör meydana getirmek imkânı yoktur. Burada şahsın istidadının, dokunun reaktivitesinin ve hattâ östrojenle habasete istidat hazırlayan ve bugün için bilinmeyen bazı andojenöz faktörlerin de neticede mühim roller oynayacağını kabul etmek lâzımdır. Yoksa vücutta hormon depo edilecek bir yer yoktur, çok miktarda kullanılsa da hormonun çoğu inaktive edilir veya vücuda girdikten kısa bir zaman sonra dışarı atılır, gibi düşüncelere saptanarak bu maddelere tamamen zararsız diye bakmak doğru değildir.

Hormonla kanser arasındaki münasebetleri belirttikten sonra follikül hormonun müessir olduğu organlardan da biraz bahsetmek muvafaktır.

Follikül hormon ve meme kanseri :

Östrojenin izole edilmesinden sonra fareler üzerinde yapılan tecrübelerde bu maddelerle meme kanseri meydana getirmek teşebbüsleri 1932 senesine kadar muvaffakiyetsizlikle neticelenmiştir. Halbuki bu zamandan sonra meme kanserine istidadı fazla olan neviden hasıl olan erkeklerde bu maddelerle meme kanseri husule getirilebilmiştir. Nitekim ilk defa 1932 de Lacassagne dişilerinde vukuu nisbeti fazla olan nev'in erkeklerinde östrojen enjeksiyonundan sonra meme kanseri yapmağa muvaffak olmuştur. Esasen farelerde spontan olarak meme kanseri olmaktadır. Bu tü-

mörler, az meme tümörü görülen nev'in erkeklerinde meydana getirilemiyordu. Meselenin esası anlaşıldıktan sonra bu sahadaki çalışmalar mebzulen ve geniş bir nisbette yapılmıştır. Diethylstilbestrol ve triphenylethylene gibi diğer mürekkepler östrojenik faaliyet veriyordu, fakat tabii olarak meydana gelen östrojenle (estrial, estrone, estradiol) münasebeti olmayan maddeler de aynı fizyolojik tesire malik olmak şartile uygun suslarda meme kanseri yapıyordu. Overlerin çıkarılması kansere büyük bir istidat gösteren dişi farelerde spontane meme kanseri vukuu son derece az olduğu gibi tümörün meydana çıkması için lâzım olan zamanı da uzatmakta olduğunu tecrübeler göstermiştir. Buna mukabil de hayvanlara yapılan over transplantasyonu ile vuku arttırılabilmektedir. Farelerin müstait nevilerinde meme kanseri vukuu hipofizin ön lobunun transplantasyonu ile de arttırılabilir. Fakat overlerin olmadığı hallerde tümör meydana getirilemez. Bu sebeple sağlam insanlarda fazla hipofiz stimülasyonu ile östrojenin arttırılması sayesinde kanser vukuu ihtimal ki arttırılabilir. Lathrop, Loeb ve daha sonra Sutzef, Burns ve diğerleri tecrübeleri sonunda virjin hayvanlarda tümör nisbetinin bir veya müteaddit doğum yapan hayvanlardan daha az olduğunu tesbit etmişlerdir. Kastrasyondan sonra meydana gelen tümör miktarındaki azalma kastre edilen hayvanların yaşları ile direkt bir yakınlık gösterir. Yani ovariektomide yaş gençleştikçe tümör vukuu da azalır. Mamafih yeni doğmuş farelerdeki meme kanseri vukuu, gelişmiş olarak kastre edilen farelerdekinden daha yüksektir. Bu olay şu faraziye ile izah edilebilir:

Yeni doğmuş farelerde kastrasyondan sonra steroid hormon ifraz eden sürrenaller overin yerini tutar, çünkü hayvanlarda sonradan meme ve uterus'un stimüle edildiği ve sürrenal korteksinde hiperplazi husule geldiği tesbit edilmiştir. Suslarında fazla kanser görülen veyahut başka tabirle kansere karşı fazla istidatlı nev'in erkek farelerine dişi kardeşlerinin overlerinin transplantasyonu ile meme kanseri meydana getirilmiştir. Halbuki dişilerine testis emplantasyonu bil'akis kanseri azaltmaktadır.

Meme kanseri miktarı bakır dişilere nazaran emzikli dişilerde daha fazladır. Doğurma arttırılırsa kanser miktarı normal olarak doğuran farelerin üstüne çıkar. Bütün bu tecrübeler meme kanserinde yumurtalıkların önemini gösterir. Bittner mühim bir tecrübe yaparak meme kanserinde istidatın anne sütü ile geçebileceğini gösterdi. Soylarında fazla tümör istidadı bulunan nevilerin yeni doğan yavruları eğer tümöre fazla istidadı olan nev'in annelerinden emdirilirse meme kanseri vukuu aşikâr olarak artmaktadır. Bu vaziyetin aksi yapıldığı vakit, yani istidadı fazla olan soy-

dan gelen yavru tümöre istidadı olmıyan anneden emdirilirse meme kanseri olmuyordu. Bu emzirme tekniği kullanılmakla östrojen tatbik edilerek alçak tümöre istidatlı nev'in erkek farelerinde meme kanseri başlaması mümkün kılınmıştır. Bu sebeple birçok müdekkikler farelerde meme kanserinin gelişebilmesi için en aşağı üç faktöre ihtiyaç olduğunda müttefiktirler. Bunlar da:

- 1 — Herediter faktör
- 2 — Overlerin veya sekresyonlarının bulunuşu.
- 3 — Sütün tesiri.

Bu faktörlerin üçünün de bulunması şarttır. Aksi halde tecrübe hayvanlarında kanser gelişmez. Mamafih zahiren istidatsız gibi görünen hayvanlarda uzun zaman östrojen vermekle meme kanseri vukuunda yükselme olabileceği söylenmektedir. Bununla beraber müstait olmıyan hayvanlarda meme dokusunun; verilen maddenin miktar ve devamına tâbi olmaksızın östrojene vereceği reaksiyon mahduttur. Çünkü hücre büyümesini idare eden faktörler kötü huy alma derecesine kadar hücrelerin gelişmesine mani olurlar. Bu mekanizmanın bozulması tümöre yol açar.

Folikül hormon ile meme kanseri yapılması tecrübeleri yalnız farelerde değil, kobay, tavşan ve fındık sıçanlarında da yapılmıştır. Bunlarda hastalığın spontan olarak çok nadir görülmesi sebebiyle yapılan tecrübe neticeleri müsbet olmamıştır. Fazla tesirli ve uzun müddet devam eden folikül hormonu dozları ile sıçanlarda araştırmalar yapan bazı müdekkikler meme kanseri elde edememişlerdir. Emge ve Murphy fare ve sıçanlarda adenofibrom transplantasyonları ile ve bir iki sene devamlı folikül hormonu gıdası vererek kötü huylu bir dejeneresans elde etmeğe hiç bir vak'ada muvaffak olamadılar. Yalnız Mc. Euen neticeleri pek emin olmıyan, histolojikman adenokarsinom kabul ettiği tümörler elde etmiştir. Bu tümörler metastaz yapmıyorlar, transplante edilemiyorlar ve aynı zamanda folikül hormon tedavisine devam edilmesine rağmen aynı tempoda devamlı olarak büyüyemiyorlardı. Nitekim Geschickter 81 hayvandan 26 sında histolojikman kanser tabiatında olan, akciğer ve lenf bezlerinde metastaz yapan tümör nevileri ayırmağa muvaffak oldu. Hattâ daha sonra Geschickter ve Byrns 655 sıçandan 202 sında, uzun müddet östrojen maddelerle tedavi suretile emin olarak meme kanseri gösterdiler. 5000 tedavi edilmeyen hayvanda ise hiç bir spontan meme kanserine tesadüf edilemedi. Kanser yapabilmek için lüzumlu folikül hormonu dozu fizyolojik reaksiyon dozundan on misli daha fazladır. Kobaylarda (Turner-Lewis), ada tavşanlarında (Mc. Donald), maymunlarda (Gutkelch,

Folly ve Zuckermann) ve köpeklerde follikül hormonu tedavisinden sonra kuvvetli meme bezleri gelişmesine rağmen karsinomatöz dejeneresans husule getirilemedi. Bu tecrübeler de yine bize dispozisyon olmadan follikül hormonla meme kanseri meydana getirilemeyeceğini bir kere daha göstermektedir. Bununla beraber böyle bir dispozisyon mevcudiyetinde eğer meme bezleri follikül hormon sebebiyle proliferasyona duçar olursa, hormon kolaylıkla karsinomu manifest hale getiriyor.

Kadınlarda meme kanseri: Kadınlarda meme kanserinin büyük bir kısmı over fonksiyonunun matür devresinde, diğer bir kısmı da menopoza beş sene evvel ve beş sene sonra olur. Bir mesaiye göre normal kadınların 72 si 40 ile 50 yaş arasında menopoza geçerler. Halbuki kanserli kadınların 55 i 50 yaşında el'an âdet görmektedirler. Geç menopoze olan kadınlar normal kadınlara nazaran beş misli fazla meme kanserine maruzdurlar. Bundan başka meme kanserine hazırlayan faktörler arasında âdet bozukluklarının da olduğu meselesi kesin bir karara varmışsa da bir mesaide hastalık meydana çıkmadan kısa bir zaman evvel âdet şeklinde bozukluklar olduğu bir kısım hastalarda görülmüştür. Nitekim gebelik esnasında primer tümörün büyümesinde sür'atlenme ve primer tümörün tedavisini takip eden diğer bir gebelikte ikinci memede de tümör vukuu bilinen hakikatlerdendir.

Laktasyon esnasında kanserde değişiklik umumiyetle dikkati çekmektedir. Bu tesirlerin süt verme esnasında meydana gelen hormonlardan mı, yoksa umumî metabolik değişiklikten mi olduğu kat'i olarak anlaşılamamıştır. Mamafih, umumiyetle meme hastalıkları uterus ve over hastalık ve anomalilerle bir münasebet halindedir. Bir kadında meme ve andometriuma ait kanserin aynı zamanda geliştiğini gösteren vak'alar vardır ki bu da bize jenital sistemin aynı normal stimülasyona maruz kaldığını gösterir. Bazıları, çocuğun erken süttten kesilmesinin sitaz, ve parçalanmış maddelerin kronik iritasyon yapacağından meme kanserini mucip olacağına inanırlar. Laktasyon üzerinde fazla çalışma tabiatile bütün bu şüpheli noktaları aydınlatacaktır. Aynı zamanda Wattenberg ve Rose de diethylstilbestrol ile bu mevzuda çalışmışlar ve bilhassa erkek hastalarda tedavi maksadile yapılan ilâcın sekonder tesirlerini belirtmişlerdir. Bu tesirler arasında üretra ve verumontanumda hakikî metaplazi mihrakları meme dokusundaki kanalları döşeyen hücrelerde kalınlaşma ve kanallarda uzama ile tomurcuk teşekkülü gibi değişiklikler görmüşlerdir. Vasküler vaziyette ve konnektif dokuda artma ve ödem de olmaktadır. Bu değişiklikler ekseriyetle kanal boşluğunu tıkayacak derecede artmakta idi. Bazı vakalarda testiküler atrofi ve bütün vak'alarda da

spermatojenezde tam tevakkuf olmakta idi. Kaiser daha ileri giderek stilbestrol'un kullanılmasında muayyen zararlar da olduğunu söyledi ki bulantı, ayaklarda ödem, eritematöz cilt kırmızılıkları, libidonun kaybı ve oligospermi gibi haller bu zararlı tesirler arasındadır. İlâcın devamlı ve yüksek doz verilmesiyle memelerde ağrılı şişmeler de görülür ki uzun zaman bu ilâcı alanlarda devamlı bir belirtidir. Wattenberg, Moore ve Rose prostat karsinomalı erkeklerde östrojenik tedavi esnasında ve tedaviden evvel müteaddit meme biopsileri yapmışlar ve memedeki değişikliklerin ciddi olmadığını görmüşlerdir. Bunlar diethylstilbestrol'le yaptıkları müteaddit tecrübelerine rağmen her hangi bir kötü huylu lezyona rastladıklarını, eğer bu şekil bir değişiklik bulsalar bile şüphe ile karşılayacaklarını ilâve etmişlerdir. Diğer taraftan Auchincloss ve Haagenson vak'alarındaki meme kanserlerinin östrojenik tedaviden ileri glediğine itikat ettikleri için bu gibi preparatların aşağıdaki şartlarda verilmemesinin lüzumuna inanmaktadırlar.

- 1 — Fazla miktarda ve uzun zaman
- 2 — Ailelerinde meme kanseri olan vak'alarda
- 3 — Memelerinin klinik muayeneleri yapılmayan vak'alarda
- 4 — Kronik mastitis veya herhangi bir meme neoplazmı olan vak'alarda,

Bütün izahlardan sonra bir neticeye varmak lâzımdır ki bunu da birkaç kelime ile belirtebiliriz. Meme kanseri husulünde endokrin faktörlerin ve bilhassa östrojenin mesuliyeti vardır. Fakat bunların mihanikiyet şekli el'an güzel bir şekilde açıklanmamıştır.

Follikül hormon ve uterus kanseri: Bu lezyon farelerde spontan olarak nadiren görülür. Buna rağmen uzun zaman östrojen vermekle vuku miktarının artırıldığı zannedilmektedir. Mamafih muhtelif hayvan cinslerinde yapılan tecrübelerde kuvvetli follikül hormonu tedavisinin uterus'e direkt tesirine rağmen kat'i jenital karsinom olarak yalnız bir tebli mevcuttur. Gardner ve çalışma arkadaşları östradiol ile tedavi edilmiş farelerde meme kanserinden başka servikte transplante edilebilir ve metastaz yapan düz epitel kanseri tesbit edebildiler. Buna mukabil diğer araştırmacılar tarafından ne hücre karakterlerinde ne de doku yapısında mühim bir değişiklik görülmemiştir. Migliavacca, Lipschütz, Lacassagne, Suntozoff ve çalışma arkadaşları, Gardner ve çalışma arkadaşları prekanseröz epitelyal bir metaplazi ve epitelyal bir tomurcuklanma buldularsa da Zuckermann, Garufi, Allen ve Grainicianu gibi diğer otoriteler bunları iyi huylu olarak kabul ediyorlar.

Kobayların servikslerinde bazal epitel metaplazisine tesadüf ediliyor ki Dessau'ya göre böyle bir hal tedavi edilmeyen hayvanların östrus zamanlarında mevcuttur. Kadınların glandüler kistik andometriyumlarında muhtelif suretle tesbit edilen düz epitel metaplazileri R. Rayer'e göre kat'iyen kötü huylu dejeneresans göstermezler ve şimdiye kadarki klinik araştırmalarda da gösterildiği gibi basit bir küretaj şifayı sağlayabilir. Guffrida'nın tecrübelerine göre aynı zamanda follikül hormonu gıdası verilmesile kanserojen iritasyon tesirinin takviyesi husule gelir. Klenitzky'ye göre aynı zamanda follikül hormonu şırınga edilmek şartile dibenzpyren'in vajinaya yerleştirilmesile kanser meydana getirilebilmiştir. Aynı şekilde Geschickter kendi fare tecrübelerinde follikül hormonunu cilt altına emplante etmek şartile kanserin tekemmülüne muvaffak olmuştur. Von Wattenwyl kobaylarda birçok delillerle iyi tabiatta olduklarını bildiği epitelyal değişiklikler gördü. Bu zat sıçan, fare ve ada tavşanlarında mikroskopik olarak ne jenital sistemde ne de memide mahdut tümör şeklinde bir büyüme tesbit edemediğini bildirmiş ve öz olarak demiştir ki: tecrübelerimizde ağır patolojik değişiklik hasıl eden çok yüksek doz hormonu uzun bir zaman tatbik etmimize rağmen hiç bir tecrübe hayvanımızda kanser tekâmülü görmedik.

Bir çok tecrübelerden çıkarılan manaya göre follikül hormon, methylcholanthrene, dibenzpryn veya diazotoluol boyalı maddeleri gibi kanserojen bir ajan değildir; fakat hususî bir dispozisyon mevcudiyetinde veya diğer bir kanserojen tahrişin tesirinde hücre proliferasyonunu teşvik ederek tümör teşekkülüne yardım edebilir. Bu tesir hormonun şimik bünyesile münasebette değildir. Çünkü hormonla şimik yakınlığı olmıyan sentetik östron maddeleri farelerde keza meme kanserlerine sebebiyet verebiliyor. Geschickter, Bamer ve Harning hipofiz ve sürrenal faaliyetlerinin bozukluğu suretile organizmanın endokrin muvazenesi değişikliklerinin de rol oynayabileceğini dik-kati nazara almışlardır.

İnsan organizmasındaki durum: Bu müteaddit hayvan tecrübeleri neticelerini insan patolojisi üzerine nakledecek olursak mesele daha müşkül bir durum gösterir. Çünkü farelerde kanserin gelişebilmesi için yüksek miktar ve uzun bir zaman hormon tatbikine ihtiyaç vardır. Kadınlarda ise bu miktar bir ay için farelerden aşağı yukarı elli defa daha fazla miktar hormona ihtiyaç vardır. Meselâ beş miligramdan 300 adet şırıngaya ihtiyaç vardır ki 1500 mlg. eder. Bu miktar terapötik dozun üstünde olup yalnız olaganüstü hallerde kullanılabilir. Esasen hayvan tecrübeleri arasındaki mevcut hususiyet farklarından dolayı klinik tat-

bikat için kat'î bir mahiyet taşımaz, ancak yol gösterici bir durum alır. Esasen Deist ve Salmon 206 kadını biopsi suretile vajina ve uterus epitelinin periodik kontrolü altında altı aydan beş buçuk seneye kadar follikül hormonu ile tedavi ettiler. Bir defalık doz 10.000 ile 150.000 İ.E. arasında değişmiş ve bütün kullanılan hormon miktarı 500.000 ilâ 23.000.000 İ.E. kadar yükselmiştir. Bu vak'alarda vajina epitelinde kuvvetli bir reaksiyon görülmediği halde andometriyumda kistik glandüler hiperplazi ile müterafık dejenerasyon oldu, fakat kötü huya delalet eden bir belirti görülmedi. Aynı şekilde Zondek'te büyük follikül hormonu dozu ile tedavi ettiği bir kaç kadında hiperproliferasyon gördü, fakat kat'iyen bir kanser gelişmesi bulamadı.

Tecrübelerine inanılır bu araştırmacıların menfi buluşlarına rağmen klinikte hormon stimülasyonuna bağlı olması muhtemel vak'alar da vardır.

Serviks kanseri hiç doğurmuş kadınlarda (farelerin aksine) görülür. Bu husustaki ileri teori, bu gruptaki fazla miktar kanserin sebebi doğum yaralanmalarından ziyade gebelik esnasındaki fazla hormon stimülasyonudur. Serviks kanseri bazan meme kanseri ve uterus miyomu ile müşterek olarak bulunur. Nathanson, servisindeki üç kamında östrojen tatbikinden sonra servikal epitelyumda metaplazi meydana geldiğini görmüştür. Bunlardan ikisinde tedavi kesilince hastalık geçmiş, fakat üçüncü vak'ada ise başlayan kanser ancak isterektomi ile önlenebilmiştir. Diğer bazı araştırmacılar da ihtiyarlık vajiniti dolayısıyla östrojen tedavisi gören 43 hastanın üçünde serviks kanseri başladığını yazarlar.

Bir çok hastalarda postmenopozal östrojen verdikten sonra servikal polipler meydana gelir. Servikal poliplerin hemen ekserisinde skvamöz metaplazi görülür ki burada enfeksiyon ve travma gibi faktörlerin rolü de kabul edilir. Servikal polipte kanser olması nadirdir. Bu sebeple servikal kanserle hormon arasındaki münasebet kat'î bir safhaya girmiş değildir.

Follikül hormon ve fibromiyom: Kadında uterus miyomu cinsî olgunluğa girdikten sonra yavaş inkişaf eder, ve over fonksiyonunun sönmesinden sonra tekemmüş eder. Miyomlarla follikül hormon arasındaki münasebetlerin aydınlanması için de çalışılmaktadır. Courier, miyom dokusunda fazla miktarda follikül hormonu bulmuş ve Dietel, miyomlu kadınlarda yüksek prolan ve follikül hormonu sekresyonu tesbit etmiştir. Bu buluşlar sonraları yapılan hayvan deneyleri vasıtasile teyit edilmiştir.

Nelson 1937 de 32 dişi kobay üzerinde östradiol benzoate ile yaptığı tecrübelerde hayvanların

6 sında uterus fibromiyomu teşekkül ettiği görülmüştür. Bunu takip eden senelerde Moricard ve Cauchois da kobaylarda uterus miyomu husule getirdiler. Bu tümör bir miligram dihydrofolliculin benzoate'ın 18 hafta kadar muntazam enjeksiyonundan sonra meydana gelmiştir. Buna mukabil Giuffrida 18 kobaya aylarca aynı ilâci şırınga yaptığı halde hiç bir vak'ada ne makroskopik, ne de mikroskopik uterus miyomunu isbat edememiştir. Fakat bağ dokusunda hiperplazi görüldü. Diğer taraftan Custo kastre hayvanlarda da uzun devamlı follikül hormonu enjeksiyonları ile uterus'te olduğu gibi diğer organlarda da (mide, karaciğer, dalak, mezanter) fibröz tümör meydana getirmeğe muvaffak olmuştur.

Lipschutz ve talebeleri 1938-1941 seneleri arasındaki çalışmalarında östrojen maddelerle tümör teşekkülü hakkında çok mufassal malûmat verdiler. Kullandıkları hayvan cinsleri maymun, fare, sıçan ve kobaydır. Tümöral tesirin en çok kobayda görüldüğü gösterilmiştir. Eşit miktar (0.04 c.c) susam veya zeytin yağında eritilmiş bir östrus madde sinin muhtelif dozları haftada iki defa subkütan şırınga edildi. Bir çok haftalar devamlı verilen östron maddesinin bu çok küçük dozları kobayların karın boşluğunda tümörler husule getiriyordu. Bu tümörlerde bağ örgüsü ve düz adale lifleri mebzul olarak teşekkül etmişti. Fakat Lipschutz ve asistanlarının tecrübelerinde tümör yalnız uterus'te tahdit edilmiyor, fakat mesane, mide, dalak ve civarında, ender olarak da karaciğer, böbrek ve karın duvarında da bulunuyordu. Bununla beraber eşit şartlar altında büyüklük ve adetleri hayvandan hayvana çok fazla bir değişiklik gösteriyordu. Erkeklerde östrojen hormonların tümöral tesirleri yok değildir. Burada çok büyük

dozlara lüzum vardır. Erkeklerdeki bu cinsiyet farkı muhtemel olarak androjenik maddelerin tesirindedir. Hormonal tümör teşekkülü üzerine tesir eden faktörlerin mütalâasında Lipschutz ve Vargas muhtelif lokalizasyonlarda tümör büyüklüğünün tesbitini bir adet skalası sistemile temine muvaffak oldular. Bu şemanın yardımı ile hayvanlarda bütün tümör teşekkülü ufak bir hesap vasıtasile hassas olarak tesbit edilebiliyordu. Müsavi miktar ve devamlı hormon rezorpsiyonu imkânını elde edebilmek için Lipschutz, Vargas, daha sonra da Szabo östradiol tabletlerinin ense cildi altına emplantasyonunu tecrübe ettiler. Bu şekilde hormon vermekle daha şiddetli ve daha sür'atli tümör inkişafını elde ettiler. Bir müddet sonra Vargas ve Chaume hormonu vena porta dolanımı ile vücuda dağıtmalarına rağmen entraperitoneal emplantasyonun tesirini tesbit ettiler. Perloff ve Kuslock da keza östradiol benzoate tabletleri emplantasyonu ile uterus fibromiyomu, tevlit edebildiler. Bu müellifler tableti uterus'un bir boynuzuna supperitoneal olarak koydular ve diğer boynuzda kontrol için parafin mantar parçaları yerleştirdiler. 32 ilâ 150 gün sonra hayvanlar öldürüldü ve muayene edildi. 12 vak'adan 4 ünde follikül hormonu civarında tümörler tesbit edildi. Buna mukabil diğer tarafta bir değişiklik görülmeydi. Subkütan östradiol benzoate enjekte edilen 3 hayvan, ki ikisine aynı zamanda bir de östradiol tablet emplante edilmişti, bunlarda da tümör teşekkül etmedi. Meydana gelen tümörler ekseriyetle uterus'un üst kısmında, bilhassa uterus boynuzunu ucunda görüldüğünden bunlara apikal tümörler ismi verildi. Görülüyor ki follikül hormonu ile jenital tümörler arasında da oldukça sıkı bir yakınlık ve etyolojik bir bağlılık vardır.

(Sonu gelecek sayıdadır)

ERKSAN KİTABEVİ

Almanca — Fransızca — İngilizce

Bilûmum tıbbî kitap ve mecmua

Beyoğlu — İstiklâl Cad.

Gönül Sok. No. 15

Tel : 49602

ANADOLU KLİNİĞİ'nin eski sayıları bulunur.

Ankara Mevki Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

Memleketimizde Yüksek İklim İncelemeleri

Dr. Tefvik User
İç hastalıkları uzmanı

Sayın okuyucularım;

Hepinizin malûmudur ki, yüksek iklim, bil-hassa atmosferdeki O_2 parsiyel basıncının düşüklüğü noktasından organizmaya tesir etmesi ile tababet ve patolojiyi alâkadar eder. Ve sebep olduğu hastalık belirtileri havadaki anoksi dolayısıyla meydana gelir. Yani bu baro-anoksik sendromdaki patolojik faktör, fizik hastalık âmilleri sınıfına giren oksijen azlığıdır. Yalnız bu konu, ancak yakın zamanlarda ilmi metodlarla incelenmeğe başlanmış, 1935 senesinde Almanlar Himalaya-hindî kuşlara, Amerikalılar da And dağlarına çıkarak ilmin gözü ile buraları tetkik etmişlerdir. İkinci dünya savaşından sonra da İsviçreliler Alp dağlarına araştırma istasyonları kurarak bu konuyu tekrar ele almışlardır.

Memleketimizde yüksek iklim konusu ile, bugüne kadar esaslı bir surette meşgul olunulmamıştır. Hele yaşanılan şartlar içerisinde Yaşayış hiç tetkik edilmemiş, ve buralarda görev icabı yaşamağa mecbur olan kimselerin sağlığı bakımından da hiç bir tedbir alınmamıştır.

1947 senesinde yüksek şark bölgesine tayin edildim. Ve temas ettiğim birçok kimselerden çeşitli hikâyeler dinledim:

Yüksek tabyelerde kıtasını komutanına takdim etmek için koşmak isteyen bir subay, yarı yolda düşüp kalmış. Belli saatte belli yerde bulunmak hususunda geciken bir kıta cebri yürüyüşe kalkınca 30 kişi bayılmış. Bu haberler üzerine ilk iş olarak yüksek iklim hakkındaki elime geçen dünya neşriyatını derledim. Bu neşriyatta kritik bölge, 400 metrenin ilerisi gösteriliyordu. Şu hale göre, irtifa mukavemeti bakımından, memleketimize, ırkımıza, işimize göre bir özellik mevcuttu. Keyfiyeti komutanlarıma ve arkadaşlarıma açtım. Sayın Orgeneral İzzet Aksalur'un yüksek müsaadeleri, sayın Korgeneral Abdülkadir Seven'le sayın Korgeneral Kemal Yaşinkılıç'ın yüksek yardımları ile incelemelere başladım. Bu çalışmalarda: Sayın başhekimim Raif Gürün'ün dinlendirici teşviklerine, Top yüzbaşısı Alp Ölmez, Doktor Hüseyin Yenisey, Doktor Hulûsi Gürkürk, Doktor Mansur Sayın'ın da yakın yardımlarına ve bütün Üçüncü Ordunun yakın alâkalarına mazhar oldum. Yapılan incelemelere geçmeden önce kendilerine minnet ve şükranlarımı sunarım.

Birinci tertip tecrübeleri bitirdiğim sırada Bingöl zelzelesine yardıma gönderildim. Oradan avdette de Afganistana tayin edildim. İlk zaman-

lar, bu işe çok memnun olmuştum. Çünkü Afganistan Alman ekibi Hartmann grupunun tecrübelerini yaptığı hindi kuş dağlarının bulunduğu yerlerdi. Fakat ne yazık ki Afganistanda tecrübeleri genişletmek hülyalarım tahakkuk edemedi. Bu 7000 metrelik yüksek dağlara karşıdan uzun uzun bakmaktan başka bir şey yapamadım. Ve 1951 senesi sonunda Türkiyeye avdet ettim. İstanbul Üniversitesinin Uludağda kozmik şualar araştırma enstitüsü kurmak teşebbüsünü işitince, şimdilik, bugüne kadar yapabildiklerimi neşretmeği düşündüm.

Her ne kadar bugüne kadar, bu konu hakkında Askerî sıhhiye mecmuasında çeşitli yayınlar yaptı isemde, incelemelere geçmeden önce bu konuyu hatırlatmak faydalı olacaktır.

Malûm olduğu üzere yüksek iklim:

- a — Atmosferdeki oksijen azlığı,
- b — Hararet ve mutlak rutubet düşüklüğü,
- c — Güneş ziyasının ve kozmik şuaların şiddetli oluşu,
- d — Elektrikiyetinin değişik oluşu,
- e — Hava bulanıklığının az oluşu

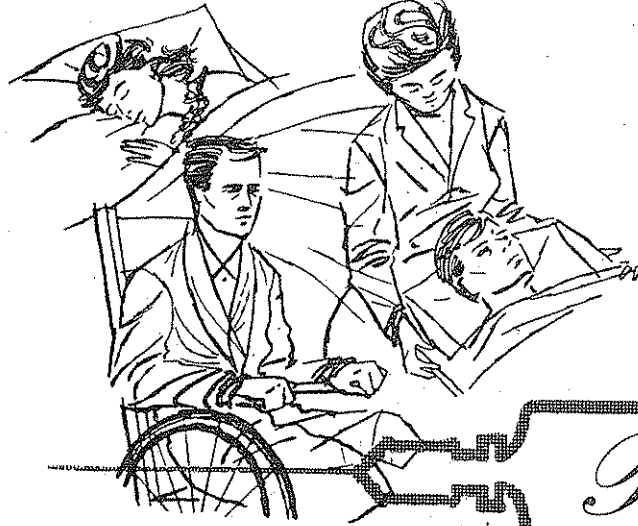
gibi özellikleri haizdir. Bunlardan hiç değişmeye ni havadaki oksijen azlığıdır. Yükseklerle çıktıkça oksijen nisbi tazyiki ve kandaki hemoglobinin oksijen satürasyonu da azalır. 1280-1800 metreye kadar Hb.nin oksijen satürasyonu deniz seviyesinden pek fark etmez. Ondan sonra satürasyon azlığı barizleşir. 2500 metreden sonra oksijen azlığı belirtileri başlar. Ve yüksekliğe aklimatize olmaları 3500-4000 metrelerden sonra subjektif şikâyetler başlar. 6000 metreden sonra tehlikelidir. En son dayanılan yükseklik te (alışıla alışıla) 8000 metredir.

Vücut oksijen azlığı dolayısıyla evvelâ yorgunluk hisseder. Sebebi, oksijen azlığı dolayısıyla asit mahsullerin husulüdür. Bu hâdise bir taraftan hareketleri tahdit ederek oksijen ihtiyacını azaltır. Diğer taraftan da dokuların oksijenden daha çok istifadesini sağlar. Ve vücudun yüksek irtifa aklimatize olmasını temin eder.

Şahıs bir de göğsünde darlık hisseder. Sebebi, 1650 metreden itibaren, kan depolarının, dalağın tekallüsü ve bu suretle Oksijen transportörlerinin ziyadeleşmesi ve fazla kanın akciğerlere hücum etmesidir. Ayrıca kompansatris amfizem husule gelir. Sebebi 1600-1800 metreden itibaren akciğer sathının ve hacminin 1/3 nisbetinde artmasıdır. 3000 metreden sonra da teneffüs sıklaşır. 5000-7000

Gram-Pozitif ve Gonokok Enfeksiyonlarında

EN ÜSTÜN ANTİBİYOTİK :



Penicillin

- en az toksik
- en ekonomik
- tesiri eşsiz

Mayı enjeksiyon için Crystalline Procaine Penicillin G
Kan muvazenesi için devamlı Penicillin tedavisi.

Penicillin Produral*

Mayı enjeksiyonlar için Crystalline Procaine Penicilline
G ve Buffered Crystalline Penicillin G Potassium.

Penicillin ile anı yüksek ve devamlı kan muvazenesi
temini için.

Yağlı Crystalline Procaine Penicillin G

% 2 (W/V) Aluminium Monostearate ihtiva eder Te-
davi yoluyla kanda Penicillin muvazenesinin azami de-
vamını temin eder

Crystalline Penicillin G Sodium U.S.P.

Penicillin muvazenesinin azami noktaya varmasını te-
min için-Kısa müddet

* Merck & Co. Inc.'in alımeti farikası

Merck & Co., Inc.'in Penicillin Müstahzarları

MERCK & Co. Inc.
Kimyevi Müstahzarlar
Rahway, N. J., U. S. A.
Kumpanyasının
İhracat Şubesi

MERCK (NORTH AMERICA) INC.
161 AVENUE OF THE AMERICAS, NEW YORK 13, N. Y., U. S. A.

Türkiye Müessili : S. A. ve H. TULUKYAN Sirkoci, Kayseri Han No. 18, 19, 22 - İSTANBUL

THROMBASE

THROMBINE PLAZMATİK TOZU

VE

MUHALLİL AMPULÜ

+

SPONGEL

STERİL, KATGÜT GİBİ REZORBABL JELÂTİN SÜNGER

SÜRATLI-HEMOSTAZ

GENEL CERRAHİ - DİMAĞ CERRAHİ'Sİ
PLASTİK CERRAHİ

DIŞ TABABETİ - KULAK-BOĞAZ-BURUN TABABETİ

ACİL KANAMA VAK'ALARI



LES LABORATOIRES ROUSSEL - PARIS

Türkiye Mümessillği

TÜRKFARMA MÜESSESESİ

P. K. 651 — İSTANBUL

metreden sonra ise hem sıklaşır, hem de derinleşir.

Gözükün başka bir hadise de **taşikardi ve çarpıntı** ve bununla beraber sistolik tansiyon yüksekliğidir. Fakat bu arada, o zamana kadar kapalı duran birçok kapalı periferik kapillerler de açılırlar. Bu hadise ise, bir taraftan diastolik basıncın düşmesine, diğer taraftan da sistolik tazyikin bazan düşmesine, bazan normal kalmasına, bazan da yükselmesine sebep olurlar. Taşikardi, anoksi dolayısıyla vagus tonisitesinin azalmasından ileri gelir. 3000 metrede 150-200 zü bulur. Bidayette bu hızlanma atmosferdeki oksijen azalması ters orantılıdır. Fakat daha yukarılara çıkıldıkça bu sefer inhibitör merkezlerin tesiri ile bradikardi, blokaj, ekstrasistoller husule gelir. Himalaya ekspedisyonunda nabız 4000-6000 metreler arasında ancak 56-60 a düşmüştür.

Sağlam bir insan ortalama olarak 1-3 hafta zarfında yüksek iklime alışır. 2000-3000 metrelerde 8 gün zarfında intibak husule gelir. Bunun mekanizması şöyledir:

Zamanla vücuttaki alyuvarlar, oksijen azlığına az mukavim olduklarından, hemolize düşer olurlar. Bu initial hemolizi, şiddetli bir mielojen rejenerasyon takip eder. Husule gelen retikülositler daha büyük ve hemoglobinden daha zengindirler kolay kolay da hemoliz olmazlar. Bu halleriyle irtifa adaptasyonuna daha kabiliyetlidirler. Vücudun yüksek iklime hakikî intibakını sağlarlar. Bu suretle de, taşikardinin bradikardiye dönmesine sebep olurlar. (Oksijen transportörleri artmıştır). İnisiyal hemolizden açığa çıkan demir de, hücre adaptasyonlarını yapacak fermanları, yani kandan hücre içersine oksijen taşıyacak ve oksido-reduksiyonu yapan fermentleri (Haem sınıfı, miogloblin, sitokrom C, oksidaz, kodehidrazları) artırır. Sellüler Haem'in artması da yüksek irtifaa adaptasyon faaliyetidir. Yalnız bu hal 3000 metrelerde pek zaif, 6000-7000 metrelerde ise daha şiddetlidir. Ve asıl intibak, hakikî intibak, bizzat hücrenin intibakıdır. Bu hal teessüs ettikten sonra Takipne, alkaloz, hipertansiyon, taşikardi, metabolizma değişiklikleri eski kıymetlerine avdet ederler. Yalnız hematolojik ve hematopoetik değişiklikler yüksek iklimde kalındığı müddetçe devam ederler; ancak alçak bölgelere avdet edildiği zaman gerilerler.

Bütün bu aklimatizasyon tedbirlerine rağmen bazı kimseler yüksek iklime alışamazlar. Bunun başlıca delili, üç hafta ikamete rağmen taşikardinin devamıdır.

Şayet, yukarıda bahsedilen adaptasyon tedbirleri, vücudun o andaki hali için gereken oksijen ihtiyacını kapamağa kâfi gelemese, bu takdirde bu durumun hasıl olduğu her irtifada anok-

si sendromu meydana çıkar. Dağ tutması denilen bu baro-anoksik sendromun meydana geldiği ortalama yükseklik, 4000 metre olarak kabul edilmektedir. Bunun da erken ve geç şekilleri vardır:

a — **Erken şekil:** de asteni, arteriyel siyanoz, görme hatâları, işitme bozuklukları, öğultu, taşikardi, bulantı, kusma, kalp ağrıları, şuur ziyası, sağ kalp genişlemesi, akut dolaşım yetmezliği ile ölüm meydana gelir.

b — **Geç şekil:** Yavaş yavaş teessüs eder. Evvelâ bir şey hissedilmez. Biraz sonra gözlerin önünde bir şeyler uçar (Bende 3017 de etrafında pembe pembe kelebekvari skotomlar meydana geldi). Baş dönmesi, göz kararması, sersemlik, huzursuzluk, iştahsızlık, yorgunluk, isteksizlik, düşkünlük, uykudan sonra şiddetli baş ağrısı, bulantı, kusmalar olur. Gözler sulu, dil paslı, nabız 100 den yukarıdır. Akciğerlerde, burun, dudak ve gözlerde kanamalar olur. Sistolik arter basıncı artar.

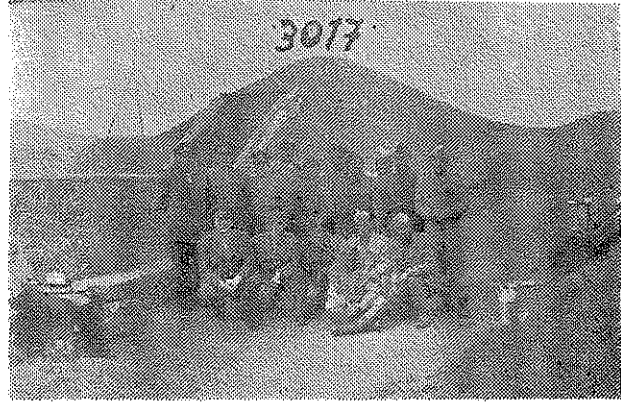
Dağ tutması belirtileri istirahatle zail olur. Oksijen koklamakla geçer. Fakat ufak bir efor müteakıp yeniden baş gösterir. Her şahsın anoksi belirtilerine, dağ tutmasına giriftar olduğu irtifa derecesi, şahsın bünyesine, sağlık durumuna, yaşına, eksersizine, çıkış tarzına göre değişir. Yerli, idmanlı, genç, sağlam, yükü hafif olanlar, usulü ile çıkanlar, yüksek irtifaa daha mukavimdirler. Yabancı, hasta, idmansız, usulsüz çıkanlar, daha az mukavimdirler. Uykusuzluk, güneş ışığı, rüzgâr, yorgunluk, alkol, vitaminsizlik, korku mukavemeti düşürür. Fasılalı istirahatler mukavemeti artırır. Tecrübe çıkışı, en garanti mukavemet testidir. Çıkış sırasında ilk saat zarfında kalpte batma ve tazyik hissi başlar. Sebebi nisbî koroner kifayetsizliğidir. Bu haldé hareket zayıflar. Bol bir ter boşanır. Bu noktaya **ölü nokta** denir. Terle birlikte şahıs rahatlar. Sebebi, terle birlikte asit mahsüllerin itrahidır.

Yüksek iklim bir de Kronik dağ hastalığı yapar: Yani, polygloboli, siyanoz, dolaşım bozukluğu, asabi ve ruhî tegayyürler, Amfizem... 4000-6000 metrelerde uzun müddet kalanlarda da kalp ve karaciğerde yağlı istehale husule gelir.

Bu hatırlatmadan sonra tecrübelerle geçelim:

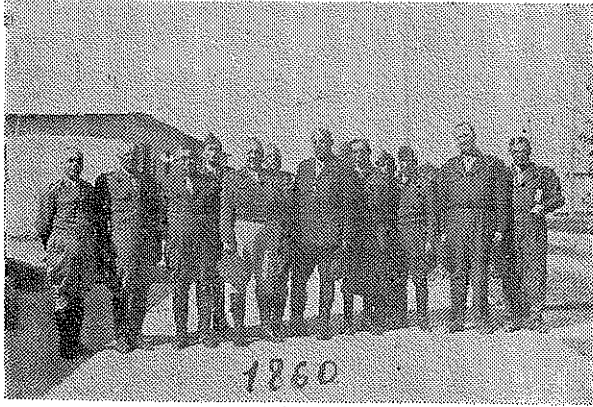
Bu tecrübelerde, her hastane, klinik, heyet muayenesinde ilk evvelâ baş vuruian pratik usullere, nabız ve tansiyon kontroluna baş vurduk. Tecrübelerle 11/6/1949 da başladık ve şunları yaptık:

A — İşe kendimizden başladık. İlkönce 1900 metrede dakikalık nabız adedini ve arteriyel tansiyonu tesbit ettik. Bilâhara motörlü vasıtalarla bir saat zarfında 3017 metreye çıktık. Tekrar nabız ve arteriyel tansiyonu tesbit ettik. Ve şu neticeleri aldık:



Tecrübe şahsı	Yaşı	Nabız		Arter tansiyonu		Arıza
		1900. m.	3017. m.	1900. m.	3017. m.	
A. Y.	54	80	88	12 /8	12 /8	Baygınlık
N. S.	35	76	64	10.5/7	13 /8.5	
T. U.	35	92	90	12 /9	13.5/10	Göz kararması
M. A.	35	96	76	11.5/7	10 /8	
H. Y.	34	80	76	11 /7	11 /7	
A. S.	34	84	70	11 /7	12.5/8	
N. A.	36	80	64	11.5/7.5	10 /6	
H. G.	36	88	80	11 /6.5	13 /8	
M. S.	36	80	80	11 /8	13.5/8.5	
R. G.	54	72	72	12.5/8	13 /7	
N. B.	46	84	76	14 /9.5	17 /10	
F. B.	35	72	64	10.5/7.5	11 /7.5	
K. K.	48	96	84	14.5/9	15.5/10	
G. K.	7	96	108	8.5/5	9.5/6	

Aynı tecrübeleri 1860 ve 3145 rakımlarda yaptık ve şu neticeleri aldık:



Tecrübe şahsı	Yaşı	Nabız		Arter tansiyonu		Arıza
		1860. m.	3145. m.	1860. m.	3145. m.	
S. T.	45	112	100	14 /8.5	14 /10	
K. Y.	57	88	84	14 /9	16.5/10	
R. Y.	47	76	76	13 /8	13 /9.5	
T. Ç.	50	88	84	11.5/8.5	13 /8.5	
C. Ç.	55	88	88	14.5/10	18 /12	
H. A.	51	80	88	13.5/9	13.5/9	Ekstrasistol
F. E.	36	120	100	14.5/7.5	13.5/8	Zayıf
S. G.	34	88	80	10.5/6	10.5/7.5	

114

Bu tecrübeler incelenirse görülür ki, bir saat zarfında motörlü vasıta ile (efor yapmaksızın 1860-1900 metreden itibaren 1100-1300 metre irtifa kazanmakla vakaların 2/3 ünde nabız yavaşlamakta, buna mukabil arteriyel tansiyon ise ziyadeleşmektedir. Ve arteriyel tansiyondaki bu artış, tansiyonu yüksek olanlarda daha nevesanlıdır.

Bundan sonra başka bir fırsattan faydalandık. Yani:

B — Tâ Palandökenlerden Trabzona kadar devam eden askerî tatbikattan istifade ettik. Çalışma arkadaşım doktor Hüseyin Yenisey bu tatbikatta karargâh doktorluğuna tayin edildi. Ve tecrübelerine devam etti. Ve şu neticeleri aldı:

Tecrübe şahsı	Yaşı	Nabız				Arter basıncı			
		3050	1900	1550	000	3050	1900	1550	000
K. Y.	58	92	88	88	84	14.5/10	14.5/8.5	14 /9	14 /9
K. E.	53	92	84	84	80	14.5/8	13.5/8	13.5/8	14 /8
T. Ç.	53	96	80	84	80	13.5/8.5	14.5/8	14 /9	13.5/7.5
N. Y.	46	92	80	80	76	13.5/9	13 /8	12 /9	12 /8
Z. O.	56	100	80	80	80	18.5/10	17 /10	16 /10	15 /10
H.	52	92	80	80	76	14 /9	14 /9	14 /9	13 /9
H. G.	54	92	80	80	76	13 /8	13 /8	13 /8	13 /8
F. T.	55	92	80	80	80	16 /9	15 /9	15 /9	14 /8
S. T.	55	88	80	80	76	16 /9	16 /9	16 /9	14 /7
M.	53	92	88	80	76	12 /8	12 /8	11 /7	12 /8
N. G.	40	92	80	74	76	11 /8	11.5/8	12 /8	12 /8
N.	50	96	80	84	76	12 /8	12 /8	12 /8	12 /8
E.	40	92	90	88	74	11.5/8	12 /7	12 /7	12 /7

Bu tecrübeler incelenirse görülür ki, yükseklerden aşağılara indikçe genel olarak nabız ve arteriyel tansiyon gerilemektedir. Yalnız yukarılarda tansiyonu yüksek olanların gerilemesi derin nevesanlarla olmaktadır.

Bu başlangıç tecrübeleri muhitin ilgisini topladık. Bunun üzerine büyüklerimiz her türlü yardım ve müsaadeye hazır olduklarını bildirdiler. Biz de daha geniş ve mukayeseli tecrübelerin programını kendilerine takdim ederek aşağıdaki tecrübeleri yaptık:

C — Palandökenlerin 3017 rakımlı tepelerinden tâ sıfır rakıma Trabzona kadar 362 kilometrelik bir sathı mail boyunca:

3017 metre Palandöhen

2450 » Çoban dede ve toparlak

1900 » Erzurum

1600 » Bayburt sırtları

880 » Torul (Zigana başlangıcı)

000 » Trabzon değirmen dere

mekhilerinde; en aşağı bir aydan beri buralarda ikamet eden, yani buldukları yerlere aklimatize olan, aşağı yukarı aynı yaştaki genç askerlerde evvelâ istirahat, bilâhara efordan sonra (yani 70 metre imtidatlı, 7. metre irtifalı, bir sathı mailde 15 kiloyu aşmayan bir teçizatla âdi yürüyüş yaparaktan), hemen sonra, dört dakika sonra nabız ve arteriyel tansiyonları kontrol ettik. Ve şu neticeleri aldık:

0 sıfır rakımlı Trabzon mevkiinde:

57 kişiyi muayene ettik. Bunlardan üç kişide nabız istirahat halinde 60 dan aşağı, 2 kişide 100 den yukarı ve diğerlerinde nabız 60-100 arasında idi. Yürüyüşten sonra 57. sinde nabız hızlandı.

Tansiyona gelince: İstirahatte herkesin arteriyel tansiyonu 16 dan aşağı idi. Efordan sonra ise 50 kişide tansiyon yükselmiş, 6 kişide fark etmedi. 2 kişide ise geriledi.

880 rakımlı Torul mevkiinde:

30 kişiyi muayene ettik. Bunların hepsinin nabızları 60-100 arasında idi. Yürüyüşten sonra hemen hepsi de hızlandı. Tansiyona gelince: 2 kişide tansiyon istirahat halinde 16 dan yukarı idi. Diğerleri tabii idi. Yürüyüşten sonra da hemen hepsi hızlandı.

1600 rakımlı Bayburt sırtlarında:

50 kişi muayene ettik. Bir kişide nabız istirahat halinde 60 dan aşağı idi. Diğerleri 60-100 arasında idi. Yürüyüşten sonra 47 kişide nabız hızlandı. 1 kişide fark etmedi. 1 kişide yavaşladı. 1 kişide de ekstrasistol zuhur etti. Tansiyona gelince: 2 kişide istirahat tansiyonu 16 nın yukarısında idi. Yürüyüşten sonra da 45 kişide tansiyon yükseldi. 4 kişide tansiyon fark etmedi. 1 kişide geriledi.

1900 metre rakımlı Erzurum mevkiinde:

50 kişiyi muayene ettik. 1 kişide nabız istirahat halinde 60 dan aşağı idi. Diğerleri 60-100 arasında idi. 2 kişide 100 den yukarı idi. Yürüyüşten sonra 47 kişide nabız hızlandı. 3 kişide fark etmedi. Kimsede yavaşlamadı. Tansiyona gelince: Tansiyon istirahat halinde hepsinde de 16 dan aşağı idi. Yürüyüşten sonra 45 kişide hızlandı. 5 kişide aynı kaldı. Kimsede gerilemedi.

Bu dört gurup tecrübe serisini, aşağı yukarı normal kıymetler verdiği için, teker teker zikretmiyoruz.

2450 metre rakımlı Çoban dede ve toparlak mevkiinde:

66 kişiyi muayene ettik ve şu neticeleri aldık:

115

Tecrübe şahsı	Yaşı	Nabız				Arter basıncı			
		Efordan	Efordan	Fark	4. dakika	Efordan	Efordan	Fark	4. dakika
		evvel	sonra			evvel	sonra		
İ. Y.	21	68	64	—	60	13 / 8	11 / 7.5	2	10 / 6.5
K. A.	21	80	68	—	88	13.5/8	15 / 9	1.5	12.5/8
Ş. A.	21	68	60	—	64	13.5/8	13.5/8	0	11 / 6
M. U.	21	88	88	0	88	12 / 8	11 / 7	—	10 / 7
M. V.	22	104	104	0	82	12 / 8	17 / 7	5	9 / 6
H. Y.	21	52	52	0	60	13 / 8	12 / 8	—	10 / 7
M. A.	21	96	76	—	76	10 / 6	11 / 6	1	10 / 6
R. A.	22	80	88	8	80	13.5/8	13 / 8	0	11 / 7
M. K.	22	84	80	—	80	11 / 7	17 / 8	6	12 / 8
M. A.	22	88	60	—	60	12 / 7	14 / 7	2	10 / 7
İ. İ.	22	100	80	—	80	12 / 8	15 / 8	3	13.5/8
M. Ö.	21	88	88	0	100	12 / 8	15 / 8	3	13 / 8
A. T.	25	84	72	—	76	7.5/4	14 / 9	6.5	11 / 7
E. S.	21	84	88	4	80	12 / 7	16 / 7	4	11.5/6
C. P.	23	84	76	—	84	11 / 8	13 / 8	2	10.5/7
M. D.	21	120	96	—	96	12 / 7	14 / 8	2	12 / 8
A. A.	26	84	84 Ekst.	0	96	11 / 8	13.5/8	2.5	11 / 8
A. B.	41	84	68	—	80	11 / 7	13 / 7	2	10 / 7
Ş. K.	21	60	52	—	56	9.5/7	9.5/7	0	8 / 5
C. Ç.	22	96	84	—	68	12 / 7	15.5/8	3.5	13 / 8
İ. Ç.	33	68	56	—	60	10.5/7	11.5/8	1	9.5/6.5
H. E.	21	68	68	0	68	10 / 7	15 / 8	5	13 / 8
Y. K.	22	100	88	—	84	11 / 8	13 / 8	2	11 / 7
M. A.	22	68	72	4	64	14 / 7	16 / 11	2	11 / 7
Ş. D.	28	68	64	—	52	10 / 8	13 / 8	3	11 / 7
M. A.	21	112	112	0	108	13 / 8	16 / 8	3	12 / 8
H. Y.	22	80	96	16	88	14 / 8	16 / 8	2	11 / 7
A. S.	21	96	76	—	88	15 / 7	16 / 7	1	11 / 6
İ. A.	21	88	72	—	76	13 / 7	16 / 9	3	11 / 7
A. İ.	21	80	76	—	64	13 / 7	13 / 8	0	10.5/7
M. C.	21	88	88	0	80	13 / 8	16 / 8	3	12 / 7
A. K.	23	60	52	—	64	14.5/9	14.5/8	0	11 / 7
E. S.	21	120	80	—	76	14 / 10	19 / 10	5	10 / 7
A. K.	21	112	68	—	88	15 / 11	15 / 11	0	12 / 7
M. A.	42	76	92	16	76	13 / 8	14 / 8	1	11 / 7
Ş. Ş.	21	100	76	—	88	14 / 10	13 / 8	—	11 / 7
M. İ.	21	80	56	—	76	16 / 10	18 / 10	2	11 / 7
M. T.	22	88	80	—	72	11 / 7	13 / 7	2	11 / 7
H. T.	23	80	90	10	72	14 / 9	16 / 9	2	13 / 8
M. Ü.	22	80	76	—	64	12 / 7	14.5/8	2.5	11 / 7
A. T.	22	76	76	0	64	13.5/8	13.5/8	0	11 / 7
M. A.	21	104	108	4	88	13 / 8	13 / 8	0	12 / 8
N. B.	24	80	76	—	72	14 / 8	14 / 8	0	12 / 6
A. Ş.	21	76	68	—	68	14 / 8	14 / 8	0	10.5/7
O. V.	21	72	64	—	64	12 / 8	11 / 8	—	10 / 7
İ. O.	26	60	56	—	76	12 / 8	14 / 8	2	10 / 7
O. C.	21	108	76	—	88	10 / 7	13 / 7	3	10 / 7
M. Ç.	21	64	56	—	68	13 / 9	13 / 8	0	11 / 7
A. Y.	21	80	76	—	76	16 / 11	18 / 8	2	12 / 8
İ. T.	21	64	68	4	76	16 / 9	17 / 9	1	12 / 9
M. C.	21	80	68	—	72	12 / 8	12 / 8	0	10 / 7
Y. B.	21	88	84	—	84	11 / 7	16 / 10	5	12 / 8
A. D.	21	76	84	8	68	12 / 8	13 / 8	1	10 / 6
H. K.	22	92	76	—	72	12 / 8	14.5/8	2.5	9 / 6
G. C.	22	72	60	—	64	13.5/8	16 / 7	2.5	10.5/7
İ. E.	21	84	84	0	100	14 / 8	21 / 8	7	11 / 5
H. T.	22	88	88	0	72	13 / 8	12 / 6	0	12.5/8
H. Ç.	22	60	52	—	72	17.5/9	14 / 8	—	12 / 7.5
A. U.	25	72	60	—	72	12 / 6	14 / 7	2	12 / 8
N. K.	22	72	64	—	84	15.5/8	10 / 4	—	11 / 7
H. D.	21	72	60	—	68	18 / 10	18 / 10	0	15 / 8
H. A.	21	72	60	—	64	13 / 8	14 / 7.5	1	12 / 8
H. D.	21	72	60	—	64	12 / 7	11 / 5	—	9 / 5
Ş. Y.	22	96	64	—	68	15 / 8.5	15 / 9	0	12.5/8
S. B.	25	76	64	—	60	13 / 8	13 / 8	0	11 / 7
İ. K.	22	76	72	—	84	17 / 9	15 / 8	—	11.5/6

PROPYL - THIORIT

25 mg. lık Propyl - thiouracil komprimeleri.
40 komprimelik şişelerde.

Hipertiroidi'de ve Tiroidektomiye hazırlamak için.

RİTAMİNE B. 12.

Beheri 15 mikrogram kristalize B. 12 Vitamini ihtiva eden
1,1 cc. lik 3 ampul.

Pernilisyöz anemi vakalarında, Spru megalositer anemisinde,
Beslenme bozukluğu anemilerinde.

GLUTAMON - SOPROLAC.

50 ctg. amonium klorür ihtiva eden hususi surette çevrelenmiş
glütinize drajeler. 60 drajelik şişelerde.

Ödemleri sökmek için tek başına veya civalı diüretikten evvel
kullanılır, Alkaliya bağlı tetanide, Sistitlerde, İdrar
enfeksiyonlarında, Hydramniosta.

GLUTOSALYL - SOPROLAC.

Beheri 50 ctg. salisilat dö sut ihtiva eden hususi surette
çevrelenmiş glütinize drajeler.

Hād ve müzmin mafsal rümatizmasında ve Gutta.

S.A. - R.I.T. - N.V. ve S.A. - SOPROLAC. - N.V.

GENVAL (Belçika)

Türkiye Umum Mümessili

ve yegâne ithalâtçısı

EDGAR KONSOLİ

Galata, Adalet Han 33/36

İSTANBUL





ACTICILLINE - FORTE

300.000 Ü. Pen. Proc. G. crist.

200.000 Ü. Pen. Potas. G. crist.

Aynı kutu içerisinde, 5cc. lik şişe ve 1,5 cc. lik fizyolojik steril su ampulu mevcuttur.

Bir defada zerkedilir,
Rapid tesiri kuvvetlidir.

ACTICILLINE 400.000 ÜNİTE.

300.000. Ü. Pen. Proc. G. Crist.

100.000. Ü. Pen. Potas. G. crist.

Aynı kutu içerisinde, 5 cc. lik şişe ve 1,5 cc. lik fizyolojik steril su ampulu mevcuttur.

CHLORAMPHENICOL R.I.T.

Sentetik surette imâl edilmiştir.

Endikasyonları : Tifo, İdrar enfeksiyonları, Akciğer enfeksiyonları, Barsak enfeksiyonları, Boğmaca öksürüğü, Rickettsiose'ler, Kolibasil veya aerobacter aerogenes septisemileri.

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

RECHERCHE ET INDUSTRIE THERAPEUTIQUES
GENVAL (Belçika)

Türkiye Umum Müessili ve yegâne ithalâtçısı

EDGAR CONSOLI

Galata, Adalet Han 33/36

İSTANBUL

Tel. No. 42773

1 kişide istirahatte nabız 60 dan aşağı idi. 10 kişide nabız 100 den yukarıda idi. Yürüyüşten sonra 9 kişide nabız hızlandı, 9 kişide nabız fark etmedi. 45 kişide nabız bilâkis yavaşladı. Tansiyona gelince: 5 kişide istirahatte 16 ve yukarısın-

da idi. Yürüyüşten hemen sonra 43 kişide hemen yükseldi. 15 kişide fark etmedi. 9 kişide geriledi.

3017 rakımlı mevkide: 86 kişiyi muayene ettik ve şu neticeleri aldık:

Tecrübe şahsı	Yaşı	Nabız				Arter basıncı			
		Efordan evvel	Efordan sonra	Fark	4. dakika sonra	Efordan evvel	Efordan sonra	Fark	4. dakika sonra
M. V.	21	104	76	—	84	16 /10	15 /10	1	14.5/9
B.	21	100	100	0	82	15 /8	11 /8	—	10.5/7.5
H. D.	21	96	108	12	96	15 /8	20.5/8	5.5	14.5/8
D. K.	22	78	80	2	70	14 /9	12.5/7.5	—	11.5/7
M. A.	22	88	76	—	96	17 /9	21 /12	4	15 /8
M. K.	22	98	90	—	84	13.5/8.5	12 /7	—	11.5/7
B. K.	22	88	76	—	96	17 /9	20 /9	3	15 /8
D. D.	22	96	84	—	76	14 /9	14 /9	0	12.5/9
Ö. T.	22	72	60	—	64	11 /7	11 /7	0	11 /8
P. Ö.	22	92	120	28	110	16 /9	18 /10	2	15 /9.5
A. D.	22	88	70	—	68	15.5/8	14 /8	—	12 /8
H. D.	22	110	96	—	80	15.5/10	12.5/8	—	10.5/7
S. G.	21	84	72	—	88	17 /10	19 /10	2	14 /8
A. Y.	22	76	76	0	70	14.5/9.5	12 /6.5	—	11.5/8.5
A. S.	22	96	72	—	68	14.5/8	17 /8	2.5	11 /8
H. A.	22	90	90	0	86	15 /10	14 /9.5	—	12.5/8.5
D. D.	22	76	64	—	88	12 /9	15 /7	3	11 /7
M. S.	22	86	80	—	70	13 /8	13 /8	0	11.5/8
B. C.	21	104	76	—	108	18 /10	20 /10	2	15.5/10
M. A.	22	80	70	—	60	11 /7.5	10 /5	—	10.5/6.5
Ç. T.	22	76	58	—	64	14 /9	12 /9	—	12 /8
A. Y.	22	108	90	—	80	16.5/10.5	13.5/8.5	—	12.5/8
H. E.	22	72	68	—	84	14 /9	12 /8	—	11 /7
M. D.	22	98	70	—	66	13 /7.5	12 /7.5	—	11 /6.5
M. Y.	22	84	84	0	68	13 /8	12 /7	—	11 /7
A. T.	22	110	80	—	108	17.5/10.5	14.5/9	—	13.5/9
S. Y.	22	96	76	—	66	13 /8	16 /9	3	12 /8
D. K.	22	106	84	—	84	14 /9.5	13 /8	—	12.5/8.5
İ. Ş.	21	80	70	—	60	14 /9	10.5/7	—	12 /9
G. E.	21	72	50	—	62	13 /8	16 /7	3	12 /8
A. K.	22	112	70	—	70	15 /10	13.5/9	—	12.5/8
S. S.	22	100	100	0	115	12 /9	13.5/9	1.5	11.5/8
A. G.	21	104	76	—	72	12.5/9	13.5/8	1	11 /7
A. Ş.	21	96	96	0	76	15 /9	16.5/7	1.5	12 /7
Ş. A.	21	90	80	—	80	15 /10	11.5/8.5	—	10 /7
D. Ö.	21	72	48	—	60	15 /9	14 /6	—	11 /7
İ. G.	21	110	100	—	104	12.5/7.5	17 /11	4.5	12.5/9
B. K.	21	80	60	—	64	10 /7	12 /7	2	10 /7
Y. K.	22	90	84	—	70	12 /8	12 /8.5	0	11 /7
H. A.	27	76	68	—	80	12.5/10	15 /9	2.5	11 /7
A. B.	21	106	110	4	90	11 /10	18.5/9.5	3.5	14 /9
Y. Y.	25	60	64	4	60	16 /10	19.5/9	3.5	14.5/9
Y. K.	22	104	74	—	60	14 /8	13 /8	—	11.5/8
A. D.	21	60	72	12	72	12 /8	17 /8	5	11 /8
A. D.	22	84	70	—	70	12.5/8	14 /9	1.5	12 /8
H. Y.	22	76	64	—	68	15 /8	14.5/6	—	13.5/9
İ. K.	21	66	90	24	84	15 /8	20 /10.5	5	17 /11
K. K.	22	78	60	—	80	11.5/9	13 /9	1.5	12 /8
M. K.	22	78	92	14	80	13 /8	13 /9	0	13 /9
A. T.	22	80	64	—	80	16 /8	18 /10	2	14 /8
B. K.	21	88	72	—	82	15 /10	15 /8	0	15 /9
C. E.	22	80	64	—	80	14 /8	16 /8	2	12 /8
M. B.	22	100	96	—	88	16.5/10	19 /10	2.5	14.5/8
A. G.	21	88	60	—	72	15 /9.5	16 /9	1	11 /7
F. A.	21	110	72	—	80	16 /10	20 /10	4	14 /8
M. A.	21	90	80	—	88	13 /8	18 /9	5	13 /8

Tecrübe şahsı	Yaşı	Nabız				Arter basıncı			
		Efordan evvel	Efordan sonra	Fark	4. dakika sonra	Efordan evvel	Efordan sonra	Fark	4. dakika sonra
İ. D.	22	92	60	—	80	16 /10	16 /9	0	13 /8
S. T.	21	80	72	—	88	13 /8	14 /8	1	12 /7
Ş. Ç.	21	112	96	—	108	15 /10	15 /9	0	12 /8
A. Ö.	21	92	88	—	100	13 /9	13 /8	0	12 /8
İ. S.	21	82	80	—	88	16 /10	20 /10	4	13 /8
M. K.	21	76	70	—	84	13 /6	17.5/9	4.5	10 /7
A. A.	22	96	76	—	88	13 /8	20 /7	7	13 /8
R. B.	22	92	88	—	76	15 /7	19 /8	4	10 /7
A. M.	22	100	92	—	88	17 /10	17 /8	0	12 /6
A. K.	22	120	88	—	96	15 /7	15 /8	0	12 /8
S. Ö.	21	104	84	—	80	16.5/6	20 /8	3.5	11 /8
İ. Ş.	21	76	52	—	64	14 /7	14 /8	0	12 /7
M. A.	21	72	80	8	60	14 /7	17 /7	3	11 /8
Ş. K.	21	84	72	—	84	14 /9	15.5/6	1.5	12 /8
K. Y.	21	96	68	—	92	15 /8	15 /8	0	10 /6
A. S.	21	84	80	—	72	13 /8	14 /8	1	12.5/8
H. A.	22	60	56	—	72	15.5/7	17 /7	1.5	12 /8
E. A.	22	72	72	—	80	12.5/8	15 /6	2.5	9 /6
S. Y.	22	96	80	—	76	15 /7	17 /7	2	12 /7
H. D.	22	76	72	—	84	12.5/8	14 /8.5	1.5	11 /8
T. Ç.	22	80	68	—	84	14.5/8	17 /6	2.5	11 /6.5
H. K.	21	96	72	—	76	10 /6	15.5/7	5.5	13 /8
S. T.	21	80	64	—	84	14 /8.5	14 /9	1	13 /9
H. B.	21	84	84	0	84	15 /9.5	15 /8	0	13 /8
A. A.	22	84	76	0	84	12 /8	14 /8	2	10 /6
A. D.	21	80	60	—	72	11 /7.5	13 /8	2	11.5/7
M. D.	21	72	60	—	60	15 /8.5	16 /9	1	12.5/8
M. Ç.	21	88	72	—	76	13.5/8	15 /9	1.5	11 /8
A. Ö.	21	84	72	—	80	13 /8	15 /8	2	12.5/8

Yani; 19 kişinin nabızı istirahatte 100 den fazla idi. Yürüyüşten sonra 9 kişide nabız hızlandı. 6 kişide fark etmedi. 71 kişide yavaşladı. 4 kişide ayrıca ekstrasistol zuhur etti. Tansiyona gelince; 16 kişide tansiyon 16 ve yukarısında idi. Yürüyüş-

ten sonra 50 kişide tansiyon yükseldi. 14 kişide farketmedi. 22 kişide geriledi.

Bu tecrübeleri bir cetvel halinde birleştirirsek:

Tecrübe yerinin rakımı	Tecrübe şahsının adedi	İstirahatte nabız 60 in altında olanların yüzdesi	İstirahatte nabız 100 ün üstünde olanların yüzdesi	Efordan sonra nabız kışanların yüzdesi	Efordan sonra bazı fark etmeyenlerin yüzdesi	Efordan sonra nabız yavaşlayanların yüzdesi	Efordan sonra ekstrasistol zuhur edenlerin yüzdesi	İstirahatte arteriyel tansiyonları 16 ve yukarısında olanların yüzdesi	Efordan sonra tansiyonları yükselenlerin yüzdesi	Efordan sonra tansiyonları fark etmeyenlerin yüzdesi	Efordan sonra tansiyonları gerileyenlerin yüzdesi
3017	86	0	25	10	6.9	83	4.5	18.5	58	16	26
2450	67	1.5	15	13	13	74	4.3	7.4	64	23	13
1900	50	4	4	94	6	0	0	0	90	10	0
1600	50	2	0	96	2	2	2	4	90	8	2
880	30	0	0	100	0	0	0	6.3	100	0	0
000	57	5.4	3.5	100	0	0	0	0	100	0	0

Demek oluyor ki:

A — İstirahat halinde: 0 sıfır rakımından 1900 rakıma kadar alçak bölgelerle yüksek bölgelerin

nabız ve tansiyon üzerine tesirinde bir fark yoktur.

B — Adi yürüyüş halinde: 0 sıfır rakımdan

1900 rakımına kadar alçak bölgelerle yüksek bölgelerin âdi yürüyüşün nabız ve tansiyon üzerine tesirinde bir fark yoktur.

2450 metreden itibaren ise: Yürüyüş nabızda, istirahat kıymetine nazaran bradikardi yapmakta, tansiyonda artma temayülü azalmakta, istirahat kıymetine nazaran gerileme başlamakta, ve bu hâller rakımla ziyadeleşmektedir. Yalnız nabızın gerilemesi, tansiyonun gerilemesinden daha çabuk

meydana gelmekte ve bazı kimselerde ekstrasistololler zuhur etmeğe başlamaktadır.

C — Yürüyüşten sonra nabızın gerilemesi spor reaksiyonu olmayıp rakım, anoksi reaksiyonudur. Çünkü 0 dan 1900 rakımına kadar olan yerlerdeki erlerde, aynı evsftaki yürüyüşten sonra nabızda böyle bir gerileme gözükmemiştir.

Biz, 3017 rakımda, subaylarda da bu tecrübeleri tekrarladık ve şu neticeleri aldık:

Tecrübe şahsı	Yaşı	Nabız				Arter basıncı			
		Efordan	Efordan	Fark	4. dakika sonra	Efordan	Efordan	Fark	4. dakika sonra
		evvel	sonra			evvel	sonra		
F. T.	51	90	114	24	104	15.5/10.5	19 /9.5	4.5	15 /10
A. Ö.	34	80	84	4	80	13 /8	15.5/6	2.5	12 /8
Ş. O.	32	86	110	24	74	12 /8	14.5/7.5	2.5	12 /9.5
E. Ö.	35	90	108	18	108	12.5/8.5	15.5/7.5	2.5	14.5/7.5
H. B.	25	112	98	—	92	14 /9	17 /7	4	12.5/8.5
N. Ö.	27	74	86	12	68	10.5/6.5	14 /7	3.5	12 /8
N. Ç.	36	74	80	6	76	13 /8.5	17 /8.5	4	10.5/7
M. E.	27	100	100	0	104	16.5/9.5	17.5/9.5	1	15.5/9
İ. A.	27	80	78	—	68	10.5/6.5	15 /10	4	13 /8
A. Ö.	26	84	60	—	66	12 /7.5	16 /7	4	13 /8
M. E.	26	84	60	—	72	12 /8	12 /8	0	10.5/7
F. G.	23	70	84	14	68	10.5/7	10.5/7	0	10.5/7
F. D.	21	60	80	20	64	12 /8	14.5/8	2.5	10.5/7
N. A.	37	84	76	—	76	10.5/7	14.5/5.5	4	9.5/9
O. A.	24	76	70	—	76	14 /8	14 /8	0	11 /7
R. T.	23	72	80	8	76	13.5/9.5	14 /8	0.5	11.5/7
A. T.	38	80	100	20	72	15 /9	13 /9	—	14 /9
K. M.	43	76	86	10	72	14 /8	17 /8	3	14 /8

Yani: yürüyüşten sonra gençlerde daha ziyade nabızda yavaşlama, yaşlılarda ise daha ziyade hızlanma görüldü. Tansiyonda da efordan sonra daha ziyade artma görüldü. Ve bu artışlar derin nevesanlarla vukua geldi.

Bu neticelerden çıkaracağımız başka bir neticeye gelince:

Bizim memleketimizde, bizim ırkımızda, bi-

zim giyiniş ve teçhizat usulümüzde, 2450 metreden sonra nabız ve tansiyonda gerileme başlıyor, bazı kimselerde ekstrasistol oluyor, 3017 de bayılma, göz kararması, sıkıntı olabiliyor. Bu sebepten: 2450 metreden itibaren (4000 metreden sonra değil) buralarda vazife gören kimseler için profilaktik ve küratif tedbirler almak (oksijen bombaları ve şişeleri) zarureti vardır.

Mersin Memleket Hastahanesi Dahiliye Servisi

Şef: Dr. Muzaffer Aksoy

Dört Nutritional Macrocytic Anemia Vakasında B₁₂ Vitamini ile Alınan Neticeler

Dr. Muzaffer Aksoy

B₁₂ Vitamini son zamanlarda keşfolunan, anemi pernisiöz'da kan regenerationunu temin eden kimyevî maddelerden bir tanesidir. Diğerleri Folik Asid (Pteroylglutamik Asid) ve Thymine (5-Methyl-Uracil) dir. 1947 senesinde Shorp karaciğerden Antipernisioza Principle'ini Vitamin B₁₂ olarak isole etmeğe muvaffak oldu. 1948 de de, Amerikada Rickes ve arkadaşları İngilterede L. Smith tarafından ilk defa kristallize bir şekilde karaciğerden elde olunan B₁₂ vitamini sonradan

Streptomyces Griseus'den da fermentation suretiyle istihsal olunarak piyasaya çok ucuz bir fiyatla arz olunmak imkânını elde etmiştir. Vitamin B₁₂ Lactobacillus Lactis Dorner (LLD-Factor) ün büyüme maddesine müşabih ve «Animal Protein Factor» e yakın olup terkinde bir atom Kobalt vardır. Vitamin B₁₂ a. pernisiöz ve benzeri anemilerdeki tesiri karaciğer ekstrelerine fevkalâde müşabihtir. Ekseri müellifler B₁₂ vitamini Antianemik faktör veyahut Antipernisiosa-Principle

olarak mütalâa etmekte iseler de bunun aleyhinde olanlar da vardır (*).

B₁₂ vitamininin zerkinden 2-4 gün sonra retikülosit krizi başlar. 4-6 ncı günü retikülosit zirvesi husule gelir ki, bu umumiyetle karaciğerle elde olunandan daha yüksektir ve B₁₂ vitamininin miktarına tabi değil gibi gözükmetedir. Retikülosit krizi umumiyetle 11-12 inci günde zail olur. B₁₂ vitamini kâfi miktarda kullanılırsa normal kan kıymetleri 4-6-8 inci haftada elde olunur. B₁₂ vitamininin zerkinden 24-72 saat sonra kemik iliğinde normoblastik eritropoez, megaloblastik eritropoez yerine kaim olur. Retikülosit krizi ile beraberce hastanın genel hali düzelmeye başlar. İshaller azalır (tedavinin 3-5 inci günü). Dilin papillalarının regenerationu 4-6 ncı haftada tamamlanır. B₁₂ vitamininin sinir sistemi semptomlarına tesiri kat'iidir (Folik Asid'in aksine). B₁₂ vitamini ağızdan da kullanılmıştır. Umumiyetle parenteral yoldan verilenin 25-60-450-600 misli verildiği zaman nadir de olsa a. pernisiyoz'da suboptimal tesir gösterdiği tesbit edilmiştir. Peroral B₁₂ vitamini ile beraberce normal insan mide usaresi veya intirensic faktörü ihtiva eden domuz mide veya duodenum ekstreleri verildiği zaman müessir olduğu tesbit edilmiştir (Goldsmith). Spru ve Nutritional Macrocytic Anemia (N.M.A.) da peroral B₁₂ vitaminin ekseriya hemopoetik tesir gösterdiği ve fakat bazan da netice alınmadığı müşahede edilmiştir. Son zamanlarda çok ufak dozda (yalnız başına herhangi bir tesir göstermeyecek derecede) Folik Asidle beraber peroral B₁₂ vitamini verilmeğe başlanmış ve çok iyi neticeler alınmıştır. Aynı şekilde A. Pernisiyoz da ağızdan müessir olmayan dozlarda B₁₂ vitamini ile beraberce 3 gr Aureomycin verilirse, şayanı dikkat hemopoetik neticeler müşahede edilmiştir (A. Pernisiyozun etyolojisinde tekrar önem kazanan, artan ve ilerleyen bağırsak florasına tesir dolayısıyla). Umumiyetle B₁₂ vitaminin γ 1 nin karaciğerin U.S.P.e tekabül ettiği kabul edilmektedir. Günlük 1 γ da müessir olmakta ise de umumiyetle âzamî tesir elde edebilmek için A. Pernisiyozda 2 γ dan fazla B₁₂ kullanmak lâzımdır (Parenteral yoldan). Umumiyetle günlük 2 γ dan fazla B₁₂ vitamini ile A. Pernisiyozda karaciğer ekstreleri ile elde olunan günlük eritrosit regenerationa müsavi bir netice elde olunur. Bugün kabul edilen doz evvelâ 50 γ zerk etmek sonra günlük dozu 2 γ hattâ 3-5 γ dan hesap etmektir (En iyi usul: İntial doz 50 γ , sonra her iki günde 15 γ

(*) Owren a. pernisiyoz'da hypoprothrombinemia olduğu-
nu ve bunun purifiye edilmemiş karaciğer ekstreleri ile zail olduğunu, gerek Folik asid ve gerekse B₁₂ vitamininin hypoprothrombinemia'ya tesir etmediğini bildiriyor. Aynı zamanda M. Beard ve Mc. Hvanie B₁₂ vitamini tedavisinden bir müddet sonra bunun zail olmayan makrositoz husule geldiğini bildiriyorlar.

B₁₂ vitamini zerketmektir). Bu suretle normal kan kıymetleri elde olununcaya kadar (4-6 hafta), haftada bir defa zerk suretiyle devam olunur. Sonra A. Pernisiyozda idame dozu, günlük miktar 0,3 - 1,5 γ dan hesap edilerek ayda bir defa da tatbik edilir. Ağızdan günlük doz 5-25 γ B₁₂ vitamini A. Pernisiyozda nadiren tesir gösterdiği halde ekseriya Spru ve N.M.A. lerde iyi neticeler alınır.

N. M. A. Bethell'in de dediği gibi, bir hastalık ünitesi olmaktan ziyade muhtelif sebeplerle husule gelen bir klinik sendromdur. Karaciğer ekstrelerinde olduğu (*) gibi B₁₂ vitaminin gerek parenteral ve gerekse peroral yoldan müessir olmadığı vakalar mevcuttur. Böyle vakalarda ancak Folik Asit müessirdir. Ayrıca Spies'in de kaydettiği gibi Karaciğer Ekstreleri, B₁₂ vitamini, Folik Asitle netice alınamayan, kemik iliğinde megaloblastların mevcut olduğu makrositer anemiler olduğunu unutmamak lâzımdır.

Vak'a: 1 — M. B. 27 yaşında erkek, rençber. 15 aydanberi halsizlik, gayrı muntazam ateş, eforla dyspnoe, çarpıntı, baş ağrısı, anoreksi. Dil yanması ishal yok. Öz geçmişinde malarya. Fakir. En çok yediği yemekler sebze, bulgur, bal, yoğurt, süt, fasulya. Et ve yumurtayı çok nadiren yiyorlar (ayda iki defa 1,5 kilo 6 kişi için). Çok soluk. Buffisur çok bariz. Kalbde 4 mihrakta inorganik sufl sistolik. T. A. 10-8. Dil soluk papillalar mevcut. Dalak perkutabl. Refleksler mevcut, derin hissiyet mevcut. Eritrosit 700,000, Hb. 25 %, B.İ. 1,7, lökosit 4,400, segment 65, stab 6, lenfo. 24, eo. 2; mono. 3. Anisositoz, polychromasi, mebzul makrositler. İdrar normal. Mide usaresinde Cafein ile serbest asid klorhidrik. Kanda diazo indirekt menfi. Myelogram: Beyaz seri 64 %, promegaloblast 2, genç megaloblast 12, olgun megaloblast 14, normoblast 8. Mebzul dev stab ve metamyelositler ve Jolly-Howell cüseymatı.

Tedavi: İlk gün 60 γ Vitabiol B₁₂, sonra her gün 30 γ , 15 gün. Sonra gün aşırı 33 gün.

	Retikülosit	Eritrosit	Hb.	B.İ.	Lökosit
Tedavinin 4 üncü günü	14%	700,000	25%	1,7	4,400
" 6 ncı günü	35				
" 7 ncı günü	26	1,000,000	30	1,5	5,800
" 11 inci günü	16	1,450,000	34	1,1	5,600
" 13 üncü günü		1,750,000	45	1,2	
" 15 inci günü		1,950,000	48	1,2	7,100
" 18 inci günü		2,300,000	48	1	8,000
" 22 inci günü		2,500,000	51	1	6,400
" 26 ncı günü		2,750,000	55	1	
" 34 üncü günü		3,400,000	62	1	
" 48 inci günü		4,200,000	80	1	6,800

(*) Bizde 1951 senesi İstanbul Tıp Fakültesi mecmuasında «Onbir Nutritional Macrocytic Anemia ve bunların Folik Asit ve Karaciğer Ekstreleriyle tedavisinden neticeler» isimle yazımızla, yine 1950 senesi Anadolu Kliniği mecmua-

PANKREASTAN ELDE EDİLEN
DAMAR BESLEYİCİ HORMON

ANGIOXYL

1 cc. de Tansiyon düşürücü 10 Gley ünitesi

ANGIOXYL SIROP

1 cc. de 1 Gley ünitesi

ANGIOXYL FORT

1 cc. de 30 Gley ünitesi

Devamlı arteriel hipertansiyon
arteriel, tronküler kapiler spazm
koroner hastalıkları - dismenore
atonik yaralar ve varis ülserleri
nöro - vejetatif sistem bozukluğu

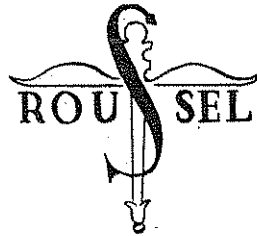
2 cc.lik 10 Ampulü
havi kutu

Adaleye zerk için
1 cc. de: 10 U. Gley

22 cc. lik şişeler
Adaleye zerk için
1 cc. de: 30 U. Gley

150 cc. Şurubu
havi şişe

Ağızdan almak için
1 cc. de: 1 U. Gley

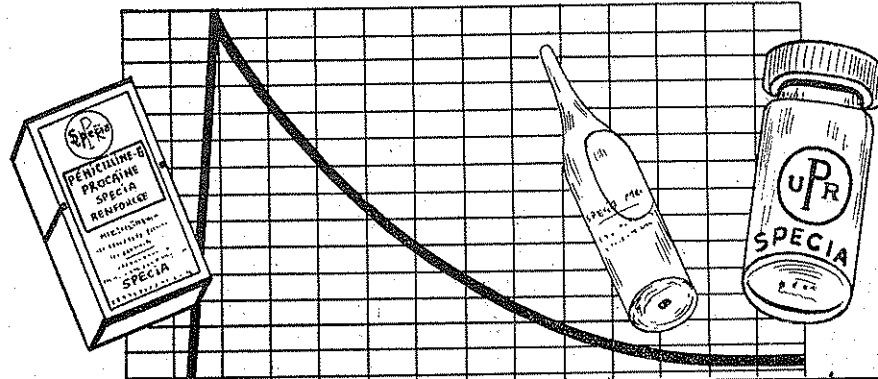


LES LABORATOIRES ROUSSEL
laboratoires Français de chimiothérapie
89 rue du Cherche-Midi PARIS VI^e

4 0 0 . 0 0 0

I. Ü. PENICILLINE G ve 2cc FİZYOLOJİK SERUM

**PENICILLINE G—PROCAINE
SPECIA
RENFORCÉE**



**M A S İ F
HÜCUM DOZU**

Kanda Derhal En Yüksek Penisilin Seviyesi

**PENISILLIN
TEDAVİSİNİN**

**PEK YAVAŞ
ITRAH**

48 Saatlik Geciktirilmiş Tesir

BÜTÜN ENDİKASYONLARI

AŞAĞIDAKİ ÜSTÜNLÜKLER

HACMI AZ. GAYET AKICI. MÜTECANİS SÜSPANSYON
DERİN ADELE İÇİ. KOLAY ZERKLER
LOKAL VE GENEL İYİ TAHAMMÜL

400.000 İ.Ü. DOZUNDA VE AŞAĞIDAKİ UNSURLARI HAVİ TAKİMİ

- 1° Delinebilen kauçuk tıpalı sise. içinde şu karışım vardır.
Specilline G (penicilline G sodique) 100.000 İ.Ü.
Pencilline G - Procaine 300.000 İ.Ü.
- 2° Bir serum fizyolojik ampülü 2 cc.

Société Parisienne d'Expansion Chimique

"S P E C I A"

28, Cours Albert 1 er. 28

124

Tedavinin 8 inci günü yapılan ikinci myelogramda: megaloblastlar tamamen kaybolmuş. Normoblastik seri (48%) hakim. Tedavinin 4 üncü günü halsizlik azaldı. İştahı açıldı. Bu fissue kayboldu. Hasta tedavi sonunda 5 kilo kazandı. Tedavinin 20 inci günü ayaklarında oedemler çıktı. Bunlar da tedavi sonuna kadar devam ettiler.

Mülâhaza: Retikülosit azamisi (35%) ümit edilenden (50%) biraz düşüktür. Kan regenerationu fevkalâde iyidir. Takriben 7 haftada normal kan kıymetleri elde olundu.

Vak'a: 2. — S. Ç. 65 yaşında. Amele. 20 gündanberi halsizlik, baş dönmesi, eforla nefes darlığı, anoreksi. En çok yediği gıdalar sebze, fasulya, bulgur, nohut. Et nadiren yiyor. Limon sarısı renginde. Arada sırada kabızlık. Turgor düşük. Oedem yok. Kalb zirvesi 6 ıncı mesafede meme hattının bir parmak dışında. 4 mihrakda sufl sistolik. T. A. 10,5-7. Dil kaideleri paslı, ön taraf soluk, papillalar mevcut. Refleksler mevcut, derin hissiyet mevcut. Eritrosit 750,000, Hb. 25%, B. İ. 1,6, Lokosit 2,100; Retikülosit 1%. Segment 67, Stab 3, eo. 3, Mono. 3, Lenfo. 24. Anisositoz, polikromasi, mebzul makrositler. İdrarda urobilinojen artmış. Kanda Diazo çabuk reaktion. Mide usaresinde Histamin ile serbest asid klorhidrik. WAR ve Kahn menfi. Myelogram bol hücreli. Beyaz seri 42,5%, Proeritroblast 0,5; Basofil eritroblast 2, Normoblast 7,5; Promegaloblast 10, genç megaloblast 25,5; olgun megaloblast 12. Mebzul Dev Stab ve Metamyelositler. Hastaya gün aşırı 30 γ Vitabiol B₁₂ vitamini zerkettik, 10 gün. sonra 4 günde 30 γ, 17 gün.

	Retikülosit	Eritrosit	Hb.	B.İ.	Lökosit
Tedavinin 5 inci günü	9,5%	750,000	25%	1,6	2,200
" 7 nci günü	28,5	1,000,000	33	1,6	4,800
" 9 uncu günü	3	1,250,000	40	1,6	
" 16 ncı günü		1,500,000	46	1,6	
" 24 üncü günü		1,900,000	50	1,3	
" 37 nci günü		3,000,000	65	1	4,200

Tedavinin 8 inci günü yapılan ikinci Myelogramda Megaloblastlar kayboldu (Normoblastlar 65%). Tedavinin 4 üncü günü hastanın iştahı açıldı. Baş ağrısı halsizliği azaldı. Hasta bu vaziyette ısrarı üzerine çıkarıldı. Mülâhaza: B₁₂ vitamini ile elde olunan azamî retikülosit (28,5%) beklenenden (47%) daha azdır. Kan regenerationunun inkişafı, normal denebilir.

Vak'a: 3. — F. Ç. 30 yaşında. Bulgaristan göçmenlerinden. Şikâyetleri halsizlik, anoreksi, baş dönmesi. 2 ay evvel bir çocuğu olmuş. O zaman-

sının No. 1 inde «Üç gıda Hyperkrom Megalositer Anemi vak'ası ve bunların hususiyetleri» isimli yazımızda, karaciğer ekstrelerine hiç cevap vermiyen bir vak'a ile pek az tesir görülen ve Folik asitle muvaffakiyetle tedavi olunan iki vak'a bildirmiştik.

danberi halsiz, iştahsız. 2 aydanberi dilinin ucu ekşi şeyler yiyince yanıyor. İshal tarif etmiyor. Kirli sarı renkte. Kalbde 4 mihrakta inorganik sufl sistolik, T. A. 12-8. Dil depapıyye ve çok soluk (Hunter dili vafında). Karaciğer hafeyi 1 parmak kadar geçiyor. Refleksler normal derin hissiyet mevcut. Eritrosit 1,000,000, Hb. 36%, B.İ. 1,8; Lokosit 2,400; retikülosit 0,5%. Segment 53, Stab 3, Lenfo. 41, Mono. 3. Hiperkrom Megalositer, lokositler hafifçe hipersegmente. İdrarda urobilinojen artmış. Gaitada yağ asidleri yok. Yalnız Askarit ve Trikocefal yumurtaları. Mide usaresi, histaminorefrakter aşili. Kanda Diazo indirekt müspet. Myelogram çok bol hücreli. Beyaz seri 42%, Makroblast 2, Normoblast 10, Promegaloblast 5, genç megaloblast 31, olgun megaloblast 10, Mitoz 2%, Karyoreksis 2%, mebzul Dev Stab ve Metamyelositler, Jolly-Howell cüeymatı. Hastaya evvelâ 45γ Vitabiol B₁₂ zerkettik. Sonra gün aşırı 30 γ 14 gün. Hastanın iştahı açıldı, dilindeki yanma geçti.

	Retikülosit	Eritrosit	Hb.	B.İ.	Lökosit
Tedavinin 5 inci günü	8%	1,000,000	36%	1,8	2,400
" 10 uncu günü	5	1,000,000	36	1,8	2,400
" 14 üncü günü	4	1,000,000	36	1,8	4,000

Bunun üzerine yerli pürifiye olmamış karaciğer ekstresi olan Hepandocrin tedavisine geçtik. 5 gün, günde 10 cc. Sonra 6 gün günde 8 cc.

	Retikülosit	Eritrosit	Hb.	B.İ.	Lökosit
Tedavinin 5 inci günü	12%	900,000	30%	1,6	4,100
" 7 nci günü		1,150,000	33	1,4	5,300
" 11 inci günü		1,250,000	35	1,4	4,800

Tekrar günde iki ampul Pernaemon ile 30 γ B₁₂ vitamini (Rubramin) zerketmeğe başladık.

	Retikülosit	Eritrosit	Hb.	B.İ.	Lökosit
Tedavinin 2 inci günü		1,450,000	44%	1,4	5,200
" 8 inci günü		1,880,000	44	1,2	4,800
" 11 inci günü		2,000,000	50	1,2	4,800

Hasta bu vaziyette ısrarı üzerine çıkarıldı. Tedavi sonunda ikinci defa alınan mide usaresinde histaminden sonra serbest asid klorhidrik mevcut. B₁₂ vitamini tedavisinin 8 inci günü tekrar edilen ikinci myelogramda Megaloblastlar tamamen kaybolmuş (Normoblastik seri 65%). Hastanın iştahsızlığı, halsizliği geçti, ahvali umumiyesi düzeldi. Dilindeki yanma zail oldu. Tedavinin sonunda dilinde papilla regenerationu başlamıştı.

Mülâhaza: İlk 14 günlük B₁₂ vitamini tedavisi hastanın genel halini düzelttiği halde çok hafif bir retikülositozu (8%) mucip olmuşsa da, kan regenerationunu tahrik edememiştir. Hepandocrin tedavisi de 12% gibi hafif bir retikülositozla çok hafif bir kan regenerationunu mucip olmuştur. Üçüncü müsterek pürifiye edilmiş karaciğer eks-

tresi (Pernaemon fort) ile B₁₂ vitamini tedavisi ile, bati bir şekilde eritrositler 2 milyona kadar çıkabilmişlerdir. Bu vaka bize karaciğer ekstreleri ile B₁₂ vitamininin her N.M.A. vakasında müessir olmadıklarını güzel bir şekilde göstermektedir.

Vak'a: 4. — M. D. Erkek. İşçi. Halsizlik, anoreksi, baş dönmesinden muztarip. 5-6 aydanberi halsiz. Göz kararması ve baş dönmesi mevcut. Dil yanması ve ishal tarif etmiyor. El parmaklarında hafif parestezi. Hasta çok fakir (30 senedenberi) haftada ancak bir defa et yiyebiliyor. Sebze, bulgur, fasulya, en çok yediği yemekler. Soluk. Kalbde 4 mihrakta inorganik sufl sistolik. T. A. 10-8. Dil soluk yarısı depapiyye. Karaciğer bir parmak hafeyi geçiyor. Dalak perkutabl. Derin hissiyet ve refleksler mevcut. Eritrosit 780,000, Hb. 30 %, B. İ. 1,8, Lokosit 1,400, Retikulosit 1 %. Segmnet 63, Stab 4, Eo. 3, Lenfo. 28, Mono. 2, Anisositoz, polikromazi, hiperkrom makrositler. Lokositler bazan hipersegmente. İdrar normal. Mide usaresinde histaminden sonra birleşik asid klorhidrik. Kanda WAR ve Kahn menfi. Radyoskopide, kalp hafifçe dehome etmiş. Kanda indirekt Diazo çabuk reaktion. Myelogram çok bol hücreli. Beyaz seri 47 %, Proeritroblast 1,5; Basofil Eritroblast 1,5; Polychromatik Makroblast 4, Normablast, 5, Promegaloblast 6, genç Megaloblast 20,5, olgun Megaloblast 14,5. Mitoz 3 %, Karyoreksis 1,5 %. Dev Stab ve Metamyelositler, Jolly-Howell cüseymatı, basofil noktüye eritrositler. Hasta rafine bir karaciğer ekstresi olan Pernaemon Fort (bir ampülde 20 γ B₁₂ vitamini var) ile tedavi olundu. 13 gün her gün 2 ampul, sonra gün aşırı 2 ampul, 13 gün.

	Retikülosit	Eritrosit	Hb.	B.İ.	Lökosit
Tedavinin 4 üncü günü	14%	800,000	30%	1,8	1,500
" 8 inci günü	4	1,100,000	40	1,8	
" 11 inci günü	1,5	1,700,000	50	1,4	4,600
" 26 ncı günü	1	3,300,000	70	1	6,400

Tedavinin 5 inci günü hastanın iştahı açıldı, halsizliği azaldı. Yalnız tedavinin sonunda hastanın ayaklarında oedemler gözüktü. Tedavinin sonuna doğru yapılan ikinci mide usaresi tahlilinde Histaminden sonra serbest asid klorhidrik. Tedavinin 8 inci günü yapılan myelogramda: Megaloblast yok (Normoblastik serinin miktarı 48 %). Mülâhaza: Bir ampülünde 20 γ B₁₂ vitamini bulunan pürifiye karaciğer hulâsası Pernaemon ile elde olunan azamî retikülosit (14%) beklenen düşük olmasına rağmen kan regenerationundaki inkişaf tamamen normaldir.

Vak'aların münakaşası :

Dört N. M. A. vak'asından 3 tanesi saf B₁₂ vitamini ile bir tanesi de ampülünde 20 γ B₁₂ vi-

tamini bulunan pürifiye edilmiş karaciğer ekstresi ile tedavi olunmuştur. 1 inci ve 2 inci vakada elde olunan retikulosit azamisi beklenenden biraz düşük olmakla beraber umumiyetle karaciğer ekstreleri ve Folik Asid'le elde olunan daha aşağı değildir. 3 üncü vak'ada retikulosit krizi çok hafif olmuştur. 4 üncü vakada da retikulosit azamisi oldukça düşüktür. Tedavinin 3-4 üncü günü retikulosit krizi başlamış, 5-6 ncı günü azamisine yükselerek ikinci hafta nihayetinde zail olmuştur. Kan regenerationun 1, 2, 4 üncü vakalarda fevkalâde iyidir. 1 inci vakada 7 inci hafta nihayetinde normal kan kıymetleri elde olunmuştur. 3 üncü vakada yüksek miktarda B₁₂ vitamini kan regenerationunu tahrik edenemiş, yerli karaciğer ekstresi ile de, ancak ikinci hafif retikulositoz ile pek hafif bir kan regenerationu müşahade edilmiştir. Pürifiye karaciğer ekstresi ile B₁₂ vitamini beraberce ancak pek bati bir kan regenerationu temin edebilmişlerdir. Bu vak'ada en uygun ilâcın Folik Asid olduğuna şüphe yoksa da, elimizde o zaman Folik Asid bulunmadığından tatbik edemedik. Aynı hali bizde daha evvel neşrettiğimiz bazı N. M. A. vak'alarındamüşahadeetmiştik. 4 üncü vak'ada ampülünde 20 γ B₁₂ vitamini bulunan Pernaemon Fort ile elde olunan kan regenerationu tamamen normaldir. B₁₂ vitaminin diğer klinik semptomlara tesiri: Retikulosit krizi ile beraberce başlamış (3-4 üncü gün) dir.

2 inci vak'adaki çok düşük kan regenerationuna rağmen dildeki yanma tedavinin 3-4 üncü gününü geçmeğe başlamış ve tedavinin sonunda depapiyye dilde regenerationun başladığı tespit edilmiştir.

Literatür :

- 1 — Alexandrides: N.M.A. in Greece. Third International Congress. 1950, 40.
- 2 — E. H. Bethel; B. E. Hall; A. Crivera; S. Miler; D. C. Campbell: Oral Administration of Vitamin B₁₂ in the treatment of P. A. Mayo Clinic 1949, 328.
- 3 — L. Berk and W. Castle; A. Welch; R. W. Heinle; R. Anker; M. Ebstain: Observations on Etiologic Relationship of Achylia Gastrica to Pernicious Anemia: Activity Vitamin B₁₂ As Food Factor. New England J. Med. 911, 1948 (Year Book O. M. 1947).
- 4 — M. F. Beard and S. K. Mc Ilvinie: Vitamin B₁₂ as a Hemotherapeutic Agent in Pernicious Anemia, Third International Congress. 1950; 34.
- 5 — D. C. Campell, B. E. Hall, E. H. Morgan: The Treatment of P. A. and other Macrocytic Anemias with Vitamin B₁₂. The Medical Clinics of North America, 1950, 4.
- 6 — G. E. Cartwright, B. Tating, J. Robinson, N. M. Fellows; F. D. Gunn; M. M. Wintrobe: Hematologic Manifestations of Vitamin B₁₂ Deficiency in Swine. Blood. 10, 1951.
- 7 — Celâl İren, Fikret Pamir: Nutritional makrositik Anemia vak'asının karaciğer ve B₁₂ vitamini ile tedavisinden alınan neticeler üzerinde mukayese. Anadolu Kliniği. 105, 1951.

- 8 — L. A. Day; B. E. Hall; G. L. Pease: Macrocytic Anemia of Pregnancy Refractory to Vitamin B₁₂ Therapy. Proc. Staff Meet, Mayo Clin. 149, 1949.
- 9 — L. A. Erf; B. Wimer: Comparison of Vitamin B₁₂ from Liver and Streptomyces Griseus in the treatment of P. A. Blood, 845; 1949.
- 10 — C. A. Goldsmith: Effects of Vitamin B₁₂ given orally and parenterally and of a Concentrate of Intrinsic Factor in Macrocytic Anemia. Third International Congress. 1950; 7.
- 11 — C. R. D. Gupta: N. M. A.; with particular reference to its Etiology. Third International Congress. 1950; 39.
- 12 — B. E. Hall; C. D. Campbell: Vitamin B₁₂ Therapy in P. A. Proc. Staff Meet. Mayo Clin. 591, 8, 1948 (Year Book of Medicine 1949).
- 13 — B. E. Hall; D. C. Campbell: Vitamin B₁₂ Therapy in P. A. Proc. Staff Meet. Mayo Clin, 584, 1948.
- 14 — B. E. Hall; F. H. Krusen; H. W. Woltman: Vitamin B₁₂ and Co-operation Exercises for Combined Degeneration of the Spinal Cord in P. A. Mayo Clinic. 1949, 280.
- 15 — L. Hellmeyer; H. Begemann: Blut und Blutkrankheiten, 1951; 280.
- 16 — K. Hausmann; K. Mulli: Studies on Vitamin B₁₂ Metabolism and their Clinical Significance. Third International Congress. 1950; 41.
- 17 — E. H. Morgan; B. E. Hall; D. C. Campbell: Oral Administration of Vitamin B₁₂ in P. A. Third International Congress. 1950, 7.
- 18 — Muzaffer Aksoy: Onbir N. M. A. vak'asının hususiyetleri ve bunların asid Folik ve Karaciğer Ekstreleri ile tedavisinden alınan neticeler. İstanbul Tıp Fakültesi mecmuası; 1951; 1.
- 19 — Muzaffer Aksoy: Üç gıda Hiperkrom Megalositer Anemi vak'ası ve bunların hususiyetleri. Anadolu Kliniği, 1950, 1.
- 20 — Muzaffer Aksoy: Hiperkrom Megalositer anemi neveleri ve tedavisinde Asid Folik. X uncu, Türk Tıp Kongresi, 1948.
- 21 — B. Noren: Allergic Reaction with parenteral Liver Therapy and Vitamin B₁₂. Acta. Med. Scandinav. 137, 48 (Year Book of Medicine 1950).
- 22 — P. A. Owren: Is B₁₂ the complete therapeutic answer in P. A. Third International Congress. 1950, 22
- 23 — P. A. Owren: The deficiency of a Factor necessary for Normal Protein Synthesis in the Liver in P. A. Third International Congress. 1950, 34.
- 24 — H. Kwerch: Nachkriegpernisioza. Third International Congress. 1950, 36.
- 25 — J. C. Patel: Vitamin B₁₂ in the Treatment of Tropical Macrocytic Anemia. Third International Congress. 1950, 22.
- 26 — J. C. Patel: Crystalline Anti-Pernicious Anemia Factor in Treatment of two cases of Tropical Macrocytic Anemia. Brit. M. J. 934, 1948 (Year Book o. M. 1949).
- 27 — E. Jones; W. J. Darby; J. R. Trotter: P. A. and related Anemias treated with Vitamin B₁₂. Blood, 1949, 7.
- 28 — E. Reimer: Klinische Erfahrungen mit B₁₂ Therapie. Wiener Klinische Wochschr. 1951, 50.
- 29 — E. L. Rickes; N. Brink; F. R. Koniusszy; T. R. Wood; K. Folkers: Crystalline B₁₂. Science 396, 1948 (Year Book o. Medicine 1948).
- 30 — S. D. Spies: Vitamin B₁₂ by mouth in P. A. and N.M.A. and Spru. Lancet, 451, 1949.
- 31 — T. D. Spies; R. M. Suares; G. G. Lopez; F. Milnez; R. E. Stone; R. Lopez; T. Arambaru; S. Kartus: Vitamin B₁₂ as therapeutic Agent. J.A.M.A. 1949; 521.
- 32 — P. Sturgeon; G. Carpenter: Megaloblastic Anemia of Childhood. Response to Vitamine B₁₂. 458.
- 33 — E. Stransky: N.M.A. in the Orient. Third International Congress, 1950, 39.
- 34 — M. B. Strauss: Modern Treatment of the Anemias. The Medical Clinic of N. A. 1950, 5.
- 35 — J. F. Schieve, R. W. Rundles: Response of Lingual Manifestations of P. A. to Folic Acid and Vitamin B₁₂. J. Lab. Clin. Med. 439, 1949 (Year Book o. M. 1949).
- 36 — R. W. Vilter; D. Horrigan; J. F. Muller; T. T. Studies on the Relationship of Vitamin B₁₂, Folic Acid, Thymine, Uracil and Methyl Group Donors in Persons with P. A. and related Megaloblastic Anemias. Blood, 8, 1950.
- 37 — W. C. Young, C. W. Ulrich, P. J. Fausts: Sensivity to the Vitamin B₁₂ Concentrate. J.A.M.A. 1950, 894.
- 38 — H. Goldeck, D. Remy: Moder Anemi Tedavisi. Anadolu Kliniği Eylül 1951.

Ankara Nümune Hastahanesi Erkek Dahiliye Servisi

Şef: Dr. İhsan Aksan

Mafsal Romatizmasında Tuz Retansiyonu

Dr. Saffet Aksoycan

Mahiyeti hakkında ileri sürülen araştırmalar ne kadar çeşitli ve cazibeli olursa olsun bedenin türlü noksanlara karşı verdiği reaksiyonun durumunun romatizmada bütün kliniğe hâkim olduğu muhakkaktır. İster allerjik-hipererjik ister nöro-hormonal tabiatla olsun bu reaksiyonun kendine göre ince bir nizamı vardır. Kaldı ki Selye'nin adaptasyon sendromu diye adlandırdığı bu regülasyonda sürrenal korteksinin türlü steroidleriyle oynadığı rol günün en alâka çekici problemi de olmuştur. Romatizma intanı seyrinde mineral kortikoidlerin ön plâna geçtiğine dair çeşitli yayınlar mevcuttur.

Mineral kortikoidlerin üstünleştiği zamanlar bedende su ve tuz retansiyonu husule gelir. Bu itibarla romatizma seyri esnasında hakikaten böyle bir tuz ve su retansiyonunun mevcut olup olmadığını araştırmak bir klinik muayene vasıtası olarak ele alınmaya değer. Bunu düşünerek biz de romatizmalı hastalarımızda tuz ve su metabolizmasının durumunu inceledik ve elde edilen neticeleri diğer klinik bulgularla kıyasladık: Hastalarımızı iki gün az tuzlu (günde 2 gr.) bir diyetle tâbi tuttuk, üçüncü gün aynı diyetle saat yedide bir defada 10 gr. tuz verdik, saat yediden onüç ve on üçten ondokuza kadar olmak üzere iki porsi-

yon halinde toplanan idrar miktarını ve ihtiva ettiği tuzu ayrı ayrı ölçtük. Aynı tarzda Fellinger, Kaindl ve Schmidt'in yaptığı tecrübeler hafif vak'alarda birinci porsiyonda çıkan tuz miktarının fazla olduğunu göstermiştir. Biz hastalarımızda itrah edilen tuzun her iki porsiyondaki miktarında böyle bir hususiyet tesbit etmedik. Bu bakımdan yaptığımız tecrübelerde 7 den 19 a kadar çıkan tuz miktarının tutarını nazarı itibara aldık. Tuz itrahının en ziyade had ve had hecme halindeki vak'alarda âşikâr surette azaldığını gördük (Cetvel 1):

Vak'a sayısı	Verilen 10 gr. tuzun itrah olunan miktarı				
	0-3	3-5	5-7	7-10	
Had	21	9	5	4	3
Kronik	2		2		
Had hecme	11	4	2	2	3
Yekûn	34	13	9	6	6

Cetvelin incelenmesinden anlaşılacağı üzere altı vak'ada tuz itrahi verilen miktara yaklaşmıştır, bunlardan biri de verilen tuzu tamamen çıkarmıştır.

Romatizma enfeksiyonunda mineral kortikoidlerin ifrazının arttığı düşünüldüğü gibi, kalitatif değişmelere de büyük bir önem verilmektedir. Bazan bu ifraz normal seviye çevresini muhafaza ettiği halde mukabil steroidlerin eksik ifrazı hastalığa sebebiyet vermektedir. Nitekim aşağıdaki üç vak'amızda diğer klinik belirtilerin mevcudiyetine rağmen tuz retansiyonunun olmayışı buna hak kazandırır mahiyettedir. Hastalığın başlangıcında verilen 10 gr tuzu tamamen çıkardığı gibi klinik şifadan sonra verilen 10 gr. tuza karşılık 12 gr. tuz çıkaran üçüncü vak'amız daha enteresandır.

Vak'a: 1. — H. Ç. Yaş 15 (Protokol 2190. 15/2/951 — 9/3/951). Yapılan tuz tecrübesinde birinci 6 saatlik idrar porsiyonunda 6 gr., ikinci porsiyonda 3,5 gr. tuz çıkardı ancak 1/2 gr. tuz retansiyona uğradı.

Vak'a: 2. — S. E. Yaş 47 (Protokol 1542, 2/2/951 — 13/2/951). Tecrübede birinci porsiyonda 5 gr. ikincide 3 gr. tuz çıkardı 2 gr. tuz tuttu.

Vak'a: 3. — B. B. Yaş 27 (Protokol 4299. 28/3/951 — 7/4/951). Tuz tecrübesinde birinci porsiyonda 7 gr. ikincide 3 gr. tuz çıkardı hiç retansiyon olmadı. Klinik şifadan sonra yapılan ikinci tuz tecrübesinde verilen 10 gr. tuza mukabil 12 gr. tuz çıkardı. Bu vak'aların klinik seyri diğerlerinden farklı değildi.

Hastalık düzeliş immün biyolojik düzen teesüs ettikten sonra aynı tecrübeyi yapmak imkânını bulduğumuz 9 vak'adan 7 sinde tuz itrahının

âşikâr bir şekilde arttığını gördük. (Cetvel 2).

Vak'a	10 gr. tuz verildikten sonra çıkarılan miktar		Ateş	Ağrı	Sed.
	Birinci Tec.	İkinci Tec.			
Prot. 4047	3,3 gr.	9,5 gr.	+	+	86
			—	—	110
Prot. 4943	6,5		+	+	73
A. P.	7,5		—	—	49
Prot. 11074	0,8		—	+	91
M. Ü.	0,7		—	—	38
Prot. 568	1		—	+	107
H. D.	0,8		—	—	72
Prot. 460	5,2		—	+	84
M. A.	8		—	—	73
Prot. 878	8		+	+	90
N. P.	8,5		—	—	38
Prot. 1298	2,3		+	+	83
S. H.	4,1		—	—	28
Prot. 3525	4,1		—	+	30
H. A.	5,5		—	—	11
Prot. 4299	10		+	+	118
B. B.	12		—	—	39

Geri kalan iki vak'ada büyük bir fark tesbit etmedik. Tek tük bazı vak'alarda (%19) retansiyonun değişmemesi mineral kortikoidlerin ifrazının klinik şifadan sonra da devam ettiğine delâlet etmektedir.

Burada klinik şifanın meydana gelmesine, mukabil gurup steroidlerin artmasıyla izah etmek kabildir.

Vak'a I. M.Ü. Yaş 25 Prot. 11074 6/8/951-14/8/951.

Hastalığın faal olduğu sırada yapılan tuz tecrübesinde birinci porsiyonda 0,1 Gr. r ikincide 0,7 Gr. tuz çıkardı. Klinik şifadan sonra yapılan tecrübede birinci porsiyonda 0,2 Gr. ikincide 0,50 Gr. olmak üzere farklı bir netice alınmadı.

Vak'a II. H.D. Yaş 30 (Prot. 568 14/1/952-3/2/952).

Bu hastada da birinci tecrübede ilk porsiyonda 0,50 Gr. ikincide 0,30 Gr. tuz bulunmuş klinik şifadan sonraki tecrübede ilk porsiyonda 0,50 Gr. ikincide 0,50 Gr. tuz itrah edilmiş, 9 Gr. retansiyona uğramıştır.

34 vak'ada yaptığımız tecrübelerle romatizma husulünde surrenal korteksi mineral steroidlerinin arttığı ve bununda hastalarımızda % 89 nisbetinde tuz retansiyonu ile kendini gösterdiğini tesbit ettik.

Literatür:

Abelin: Therapeutische Muschau. 9, 1950.

Coste F.; Delbarre F.: Int. Med. Excerpta Medica Vol. V. 1951 293.

Fellinger, Kaindl, Schmidt: Med. Klin No. 37, 1950.

Heilmeyer, Weissbecker, Buchegger, Kelehring ve Bergmann: Deutsch. Med. Wschr. 35 - 1950.

Pasqualini R. Q.: Int. Med. Excerpta Medica Vol. I. 1951-138.

128

Schering

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

TESTOVIRON TABLETLERİ

ağızda eritilerek kullanılır

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

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

SCHERING A.G. BERLİN

Türkiye Genel Satış Yeri:

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

129

Tromexan

Ester éthylique de l'acide di-3,3'-(4-oxycoumarinyl)-acétique

Her nevi tromboz hallerinin profilaksi ve tedavisinde kullanılmaya mahsus antitrombik müstahzar. Dicoumarol'a nazaran üstünlüğü: Protrombin miktarının kabili irca bir tarzda düşürülüşü. Sürdozaj tehlikelerinin azalmış olması.

Ticari şekli: Tüp x 10 komprime x 0,3 gr.



J. R. Geigy A.Ş. Bâle (İsviçre)
Türkiye Müessesliği:
Burkhard Gantenbein ve Şisi
Posta Kutusu 1176 - İstanbul



Şişli Çocuk Hastahanesi Nisaiye Servisi
Şef: Dr. Emir Necib Atakam

Gebeliğin İkinci Yarısında Görülen, Ağır Bir Diyabet Vakası

Dr. Nejat Türkoğlu

Hasta 35 yaşında Bayan A. İ. 14 Kasım 1951 de altıncı çocuğuna 6 aylık hâmile olup, fazla yemek yeme, çok su içme, fazla idrara çıkma, nefes darlığı, kusma ve uyuklamaya meyil şikâyetleri ile müracaat ederek 1484/7025 Prot. No. sı ile servisimize yatırılmıştır.

Gebeliğin beşinci ayına doğru, umumî bir halsizlik, zaman zaman gözde pırıltılar, uçuşma, fazla su içme ve idrara çıkma ile, bol yemek yemeye meyil gibi şikâyetlerle kendini rahatsız hissetmeye başlamış. Bu arada karnında, tedaviye gayet geç cevap veren iki de fironkl çıkarmış, bunlara rağmen işine gücüne devam etmiş, ne bir doktora muayene olmuş ve ne de idrar tahlili yaptırmış. Dil kuruluğunun da inzimam ettiği, bu rahatsızlığı sırasında, müracaatından bir sabah evvel, banyoyu müteakip, titreme, fenalık hissi nefes darlığı; baygınlık ve kusmalar ile yatağa düşmüş. Sık aralıklarla devam eden, köpüklü, safravî kusmalar arasında da gene bol bol su içiyormuş. İşte bu şikâyetler ve yarı koma hali ile servisimize getirilerek yatırılmıştır.

Yirmi sene evvel sitma olmuş ve tedavi görmüş, 16 sene evvel tifo geçirmiş, başkaca hastalık tarif etmiyor.

Annesi ve babası hatırlayamadığı hastalıklardan ölmüşler, bir kardeşi sağ ve sıhhatte.

Kısa boylu, teşekkülât tam, deri altı yağ dokusu normale nispetle ileri derecede fazla, dalgınlık ve uyuklamaya meyil var, fakat sual sorulduğunda şuurlu cevap veriyor. Dil ortası paslı, etrafı kırmızı ve kuru, Kusmaul teneffüs mevcut. Nabız muntazam dolgun, dakikada 120, ateş 37 derece.

İlk âdetini 8,5 yaşında görmüş, ekseri gayri muntazam olur, bir buçuk iki ayda bir kirlenir, 3-4 gün devam eder, günde ancak 1-2 bez kirletir, ekseriya sancılı olur, fakat akıntı olmazmış. 26 yaşında evlenmiş, 8 sene evvel 7 aylık bir doğum yapmış ki, halen sağ ve sıhhatte, 6 sene evvel miadında, gayet iri, asfiktik doğup ihya edilemeyen doğum, 3 sene evvel gene miadında fakat ölü bir doğum, 1,5 sene evvel de 4650 gr. ağırlığında 53 cm. boyunda Forceps ile canlı bir doğum yapmış (servisimizde). İfadesine göre, bütün bu erken ve normal doğumlar da şimdiki benzer şikâyet halleri teessüs etmemiş.

Kusmaul tipi teneffüs dikkati çekmekte olup, ağızda acetone kokusu mevcut. Akciğerlerin perküsyon ve oskültasyonun da kayda değer bir şey bulunamadı.

Nabız muntazam dolgun süratli olup, kalp odaklarında patolojik veya ilâve bir ses alınmadı.

Ağız kuru, dil paslı, mukozalar normalden fazla parlak bir kırmızılık göstermekte. Hasta hazımsızlıktan ve bulantı ile birlikte gelen sık safravî kusmalardan şikâyetçi. Defekasyon tabii.

İleri derecede sarkık ve yağlı bir karın, derin palpasyon ile fundus göbeğin iki parmak kadar üstünde hissediliyor. Fakat çocuk partileri hakkında, kat'i bir bulgu sahibi olunamadı ve çocuk kalp sesleride alınamadı. Bununla beraber hasta çocuk hareketlerini hissetmekte olduğunu söylüyor. Pelvis kurturları: 26 cm. - 34 cm. - 40 cm. - 23 cm. gibi normalden fazla bir genişlik göstermektedir.

Hastanın mumî vaziyetindeki ağırlık, pre-komatö durum, Kusmaul teneffüsü ve ağızda acetone kokusu, tabiatile aklımıza ilk olarak diyabeti getirdi. Hemen yapılan laboratuvar muayeneleri neticesinde:

İdrar muayenesinde Dansite 1033, Albümin +, Glikoz + (%42 gr.), Aceton + + + +.

Mikroskopik muayene: Her sahada tek tük lökosit ve granulo silendir.

Kanda şeker %o 360 gr. bulundu.

Bu durum karşısında Dahiliye servisi ile istişare edilerek, aşağıdaki tedavi ve rejim tatbik edildi; 6 saatte bir 20 ünite olmak üzere, 24 saatte 80 ünite insülin, 4 defada alınmak üzere 20 gr. Bic. de soude, ayrıca gutagağ layman şeklinde %o17 nispetinde Bic. de soude solüsyonu. Gıda olarak ta, 300 gr. patates püresi, haşlama sebze ve 500 cm³ şekersiz süt verildi. İlk 4 gün bu tedavi ve gıda rejimine devam edildi. 24 saatlik toplanan idrar miktarı sırası ile 240 gr., 785 gr., 1050 gr., 1950 gr. gibi gittikçe artan bir vasıf gösterdi. Aceton müspet olmakta devam ediyordu. 5. günden itibaren, 250 gr. saf karbonhidrattan ibaret bir gıda rejimi ile, insülin 24 saatte 100 üniteye çıkarıldı. Sabah akşam 100 mgr. dan 2 amp. B vitamini yapıldı. Her gün muntazaman kan ve idrar muayeneleri yapılıyor ve idrar miktarı ölçülüyordu. Kanda şeker 2.20 ile 2.93 arasında, idrar miktarı 2250 gr. ile 4250 gr. arasında, idrardaki şeker de 35 gr. ile 60 gr. arasında değişimler gösteriyordu. Aceton daha az olmakla beraber mevcuttu. Fakat hastanın umumî ahvali düzelmmişti. Kusmaul teneffüsü kaybolmuş, sıkıntı halleri ve baygınlık tamamen geçmiş, dil gayet az paslı olup, kuruluk kaybolmuştu. Bunlara rağmen laboratuvar muayeneleri, bizi tatmin edici bir neticeden uzak bulduruyordu. 9. günden itibaren, günde 8 tane de Pankrepatin hapları ilâve edildi.



Ayrıca sella tursika'yı radiolojik bir tetkike tâbi tuttuk (şekil 1) ve gördük ki, her ne kadar kâhillerde ön-arka kutur 12-15 mm., derinlikte 9-12 mm. arasında görülebilirse de, burada hastamızın boyu ve kafanın diğer kısımları göz önüne alınacak olursa, sella tursika'nın geniş ve derin olduğu dikkati çekiyordu. Keza arka duvarda rarefaksiyon mevcut ve Proce. clinoideslarda normale nispetle birbirlerinden uzaklaşmıştı. Ölçtüğümüzde, ön-arka kutur 12 mm., derinlik de 16 mm. idi.

131

Yani her ikisi de azamî hududu birer mm. aşmıştı. Bu durum karşısında hipofiz hiperfonksiyonunu göz önüne alıp, gonadotrop hormonları tadil etmek maksadı ile, 3 gün müddetle follükülün enjeksiyonunu (20 mgr. suspansiyon halinde Östromenin) da tedavimize ilâve ettik.

Hastahaneye kabulünün 12. günü, idrarda şeker 22 gr. kanda 2,75 idi. Aceton hafif mevcuttu. Gıda rejimini 300 gr. karbonhidrat üzerinde genişlettik. İnsülin de 60 üniteye indirildi. Bu durumda iken, aynı tedavi ve rejime evinde devam etmek üzere, kendi arzu ve ısrarı ile servisten çıktı (1/12/1951). Yalnız çıkmadan bir gün evvel, çocuğun oynadığına dikkatimizi çekti. Çocuk kalp seslerini, geldiğinde olduğu gibi, bu seferki dinlememizde de alamadık. 10/12/1951 de kontrole gelen hastamızın yapılan laboratuvar muayenesinde, glisemi 1,63, idrarda şeker 8 gr. idi. Aceton ise yoktu. Rejim daha genişletilerek, 300 gr. karbonhidrata ilâveten iki yumurta ile, 200 gr. et verildi. Yağ gene verilmedi. İnsülin de 60 dan 40 üniteye indirildi. İfadesine göre hastamız bu tedavi ve rejime, evinde aynen devam etmiştir. 23/12/1951 sabahı hafif başlayan doğum ağrıları, gittikçe arttığından aynı günü akşamı servisimize tekrar müracaat ederek, yatırılmış ve spontan olarak 1370 gr. ağırlığında 37 cm. uzunluğunda ölü ve massere bir erkek çocuk doğurmuştur. Ertesi sabah yapılan laboratuvar muayenelerinde glisemi 1,56, idrarda şeker 4 gr. aceton da menfi idi. Kendisine hiç bir ilâç tatbik etmeksizin, boyu ve kilosu dikkate alınarak, kilo başına 25 kalori olmak üzere, 2000 kalorilik bir gıda rejimi tatbik ettik. Doğumun 5. günü hastamız glisemisi 1,05 gr., idrarda şeker ve aceton olmadığı halde şifa ile servisimizden çıktı.



Evvelce diyabeti olmıyan kadınlarda, gebelik esnasında idrarla şeker itrah edildiği, bazı hamilelerde görülmektedir. Gebeliğin ilk ve ikinci yarısında görülen bu çeşit glikozüriyi, —ki bazan yüksek miktarları 30 ilâ 75 gr.ı bulmaktadır— basit bir glikozüri olarak kabul etmek hatalı olur. Bu gebelik devrine münhasır, geçici vasıfta hakikî bir «Diyabet gravidik» tir. Filhakika bunu, bir dereceye kadar, gebelik esnasında meydana çıkıp bilâhara çabucak kaybolan «Albüminüri gravidik» e de benzetebiliriz. Selim vakalarda, basit bir gebelik glikozürisi, mevzuubahis olabilirse de, multi-

parlarda rastlanan ve gebelik esnasında meydana çıkan, hakikî gebelik diyabetlerinin de mevcut olduğuna inanmak lâzımdır. Meselâ burada olduğu gibi, idrarla yüksek miktarda (42 gr.) şeker itrahi, 3 gr.ı aşan glisemi, Polidipsi, Poliüri, Asetonüri, Asteni ve komaya meyil gibi...

Hastalığın patojenisini kısaca gözden geçirecek olursak: Blot 1856 da, ilk olarak, gebelerde ve emziklielerin % 50 sinde, glikozüriye tesadüf edildiğini ve bu glikozürinin geçici olup, hakikî diyabet ârazlarının görülmediğini söylemiştir. Mammafi bu yüksek nisbet, hastaların aç veya tokluğuna, şeker arama usullerine de bağlıdır. Keza glikoz yanında, laktozun mevcudiyetini de hatırlamalıdır. Bütün bu ihtimaller göz önünde bulundurulmakla beraber, bu glikozürinin sebebi acaba karaciğer midir? Uzun zamandanberi, karaciğerin gebe kadınlarda, büyük bir yük altında bulunduğunu, ve bunun neticesi olarak da, otoen-toksikasyon-gravidik'in teessüs ettiği bilinmektedir. Nitekim Marcel Labbé de pankreasın hiç bir rolü olmaksızın, karaciğerin glikojenik fonksiyonunun, bu işte methaldar olduğunu, söyliyener arasındadır. Müellif hakikî diyabetten, tamamen ayrı olan bu şekle **Paradiyabet** adını vermektedir. Bu; geçici ve pek fazla olmıyan, aç karnına hyperglisemi göstermeyen bir glikozüri ve 50 gr. glikoz yedirildikten sonra, az çok kısa ve orta derecede bir hyperglisemi göstermeleri ile, karakterize olan tiptir.

Böyle basit glikozüri gravidik vakalarının, gebelik esnasında karaciğerin fonksiyonel teşevvüşlerinden, süralimentasyon neticesi fazla yük altında bulunmasından, lityaz bilier'den meydana gelebileceği, düşünülmele beraber, Alman ekolüne bağlı bazı müellifler de, bu glikozürilerin menşei-ni, glikoz itrahına bağlı renal eşğin alçalmasından mütevellit olduğunu, yani bir **diyabet renalin** mevzu bahis olacağını kabul etmektedirler. Filhakika eliminasyon eşğini düşüren Phlorydzine şırınga etmekle, gebeler de glikozüri husule getirilebilmesi de bu düşünceyi kuvvetlendirir mahiyettedir.

Claude-Bernard'a ait olan Renal eşik mefhumunun büyük ehemmiyeti vardır. Bu, bazı maddelerin kanda muayyen bir seviyeyi aşmalarından sonra, Böbrek tarafından itrah edildiklerini ifade etmektedir. Normal kimselerde, 1,7 etrafında olan bu eşğin, gebelik esnasında alçalmış olduğunda şüphe yoktur. Filhakika Bar normal bir kadında, kilo başına 12 gr. glikoza bir tahammül olduğu halde, gebe bir kadında kilo başına 7-9 gr. glikozun, glikozüri tevlit ettiğini göstermiştir. Bu Renal teori, bir dereceye kadar ve az çok yüksek bir glikozüri ile müterafık, basit gebelik glikozürilerini izah edebilirse de, komplike olan şekilleri izahattan âcizdir. Bir kısım müelliflerin yapmış ol-

dukları tetkiklere göre, gebelerde görülen bu çeşit glikozüri, en çok gebelikten ileri gelen, bir karaciğer yorgunluğuna ve bazı vakalarda da, tamamen hepato-pankreatik vazife bozukluğuna bağlanmalıdır.

Yapılan etüdlerden, ilk gebelikte geçici olan, fakat az çok anormal hyperglisemi kurları veren bazı vakalarda, ikinci gebelikte glikozürinin daha erken başlayıp biraz daha uzun sürdüğü ve bu arada ürobilinüri, kolemi ve diğer karaciğer yetmezliği işaretlerinin arttığı ve bunların doğumdan sonra, daha geç kayboldukları müşahede edilmiştir. Hattâ 3. ve 4. gebeliklerden sonra, tam bir diyabet dahi teessüs edebilmektedir.

Diğer bir kısım müelliflere göre ise, hakikî diyabet ile, diyabet gravidik'in, menşeinin aynı olduğunu düşünmek, daha makuldür. Yani menşe itibarile, pankreasın bir bocalaması, hakikî bir pankreas yetmezliği mevzuubahistir. Pankreas adacıklarının perituana yakın olan bazılarında, gebelikte bir autolyse husule geldiğine dair Aron'un, hayvan tecrübelerine istinaden, ileri sürdüğü bir iddia da vardır. Anne karbonhidrat miktarını arttırınca glikozüri husule gelmekle beraber, çocuğa geçen şeker, orada yağ haline inkılâb eder ve bu yüzden diyabetlilerin çocukları, yağlı ve şişman olur deniyor. (Bar-Piccoli). Filhakika diyabetlilerde, vasati canlı çocuk ağırlığı 3900 gr. olarak gösterilmektedir. Bazı müelliflere göre, diyabetli gebelerde konan sezarien endikasyonlarının ekserisini iri çocuk, ancak diğer bir kısmını da asidoza meyil ve yaşlı primiparlar teşkil etmektedir. Diyabetlilerin çocukları, umumiyetle iri, yağlı ödemli ve ağır hareketli olup tembeldirler. Cyanoz ve teneffüs güçlüğü de nadir değildir.

Allen ve mektebi tarafından ortaya konulmuş olan bir hakikat de nesiclerin meydana gelmesinde ve bilhassa, foetus'un hystojenezinde, gayet yüksek bir şeker istihlâkine ihtiyaç bulunduğudur. Şu halde bir taraftan gebelik hali, diğer taraftan meydana gelen Laktasyon, karbonhidratların ehemmiyetli derecede sarfını intaç etmektedir. Bunların büyük bir kısmı, nihaî safhada glikoza tahavvül ederek, pankreasın Langerhans adacıkları tarafından, organizmanın ihtiyacına göre, kullandırılacağına binaen, glikozun pek fazla husule gelmesi, pankreasın fazla çalışmasına sebebiyet verecektir. Bu itibarla, diyabetik olmıyan, gebe bir kadın, her şeye rağmen, pankreas yetmezliğine doğru bir meyil göstermektedir. Binaenaleyh, henüz yetmezlik safhasına girmemiş olan, böyle bir pankreas thyro-hypofyso-surrenal antagonist hyperaktivitesi, over çalışması yetmezliği (Vogt) v.s. gibi hallerde, organizmada şeker bi-

rikir. Hyperglisemi meydana çıkar ve akabinde de, ehemmiyetli glikozüri ile, ağır bir şekil arzdebilen teşevvüşler zuhur eder. Bir aralık, gebelikte böbrek üstü bezlerinin büyümesi göz önünde tutularak gebelik diyabeti bu guddelerin hyperfonksiyonmanına bağlanmak istenmiş ise de, hiç bir klinik ve laboratuvar tecrübesi, bu düşünceyi teyit etmemiştir. Bütün bunların yanında, Hipofizi de ihmal etmemek lâzımdır. Filhakika Hipofiz ön fusunda keşfedilen diyabetojen hormon, bu mesele üzerinde, aydınlatıcı yeni bir çığır açmıştır. Houssey'in travayından beri, (Hipofizin, insülinin antagonisti olan bir diyabetojen hormon ifraz ettiği, pankreatektomililerde, bu guddenin çıkarılması ile, diyabetin oldukça azaldığı, keza hypofiz ön fusu extrelerinin enjeksiyonu ile, diyabetin teessüs ettiği) malûmumuzdur. Normalde glisemi üzerinde antagonist tesirleri olan, bu iki gudde arasında, bir muvazene mevcuttur. Emole-Aubertin'e göre, pankreasın endokrin vazifelerinin zayıflaması ile, Hipofiz ön lobunun hyperglisemi yapan tesiri, ön plâna geçer. Uzun zamandanberi, gebeliğin hypofiz üzerinde, meydana getirdiği mühim değişiklikleri biliyoruz. Bu değişiklikler o kadar âşikârdır ki, histolojik bir muayene ile, guddenin gebe bir kadına ait olup olmadığını kestirmek mümkündür.

Nitekim klinik olarak da, bazı gebe kadınların, Hyperhypofiziye bağlı olarak Akromegalik bir hal göstermelerine şahit olmaktadır.

Bütün bunlar haklı olarak bize, gebelikte görülen glikoregülasyon sistem bozukluklarının hipofizer değişikliklerle izah edilmesinin, patojenide önemli bir mevki olduğunu göstermektedir.

Gebelikte birlikte görülen diyabetlerin patojenisini, kısaca gözden geçirdikten sonra, kendi vakamızı göz önüne alacak olursak, insüler tipteki bir diyabet tedavisi ve sıkı rejime rağmen, âşikâr bir salah elde edilememesi, bilâhara yapılan grafide, sella tursika'nın normale nispetle daha derin ve genişçe görülmesi ve nihayet doğumu takip eden, kısa bir müddet zarfında hyperglisemi ve glikozürinin kaybolması, bizi daha ziyade, gebelikte ilgili hipofizer tipte bir diyabetle karşı karşıya olduğumuz kanaatini vermiştir.

Literatür :

- 1) Encyclopédie Medico-Chirurgicale (J. Anderodias).
- 2) Fizyopatoloji. (Prof. Sedat Tavat).
- 3) Diyabet ve gebelik. (Travay - Prof. Muzaffer Şevki Yener)
- 4) Diyabet ve Gebelik (B. Anderson: Acta Med. Scandinavica 1950).
- 5) Diyabet ve Gebelik (Y. C. Peace, V. Smallpeice ve G. Lennon).
- 6) La pratique de l'art. des accouchement. Tome 1-2 (1929).

132

The Montefiore Hospital Pittsburgh, Pa., U.S.A.

Anestezioloji Servisi:

Şef: Dr. Irving Greenfield

Geriatrik Anestezi (*) (Yaşlılarda Anestezi)

Servis Asistanı

Dr. Orhan Bumin (**)

Birleşik Amerika Devletlerinde vasatî insan ömrü her sene biraz daha uzamakta ve cerrahi müdahaleye maruz kalan ihtiyar hastaların adedi de gün geçtikçe artmaktadır.

Bugün sizlere servisimizde 1 Ocak 1950 den, 1 Mayıs 1950 tarihine kadar cerrahi müdahaleye maruz kalan yaşlı hastalardan bahsedeceğim.

Bu beş aylık müddet zarfında 1321 hastaya ameliyat yapılmış ve bunlardan 147 si yani takriben % 11 i 60-90 yaşları arasında idi. Bunlardan 62 hasta 60-65 yaş arasında, 44 ü 65-70 yaş arasında, 41 i de 70 yaşından yukarı yaşlarda idi. En ihtiyar hastamız 86 yaşında idi.

Bu yaşlı hastalar yalnız dahiliyecî ve cerrah için değil, aynı zamanda anesteziolojist için de bir çok problemler arzederler.

Anesteziolojist aşağıdaki şu üç hususu göz önünde tutmalıdır:

1. Hasta durumunun kıymetlendirilmesi:

Umumiyetle, hastanın durumunun takdiri bugün dahiliyeciler tarafından yapılmaktadır. Hastanın kardio-vasküler ve respiratuvar durumu, böbreklerinin hali tamamiyle gözden geçirilir. Her hangi bir gayri tabiiyet varsa, anesteziolojist bundan haberdar edilir. Fakat hastanın tam ameliyata hazır olduğu zamanı tayin için daha başka şeyler de yapılmalıdır. Elektif cerrahi müdahaleye maruz kalacak şahıslarda iyon ve su muvazenesi, plazma proteinlerinin tanzimi, anemisi bertaraf olunmalı, icabediyorsa hasta dijitalize edilmelidir.

Şunu hatırdan çıkarmamalıdır ki bugün cerrahide en zayıf nokta anestezidir. Kullandığımız her anestezi ajan ve teknik, hastanın bütün (Homeostatic) ni deprese eder. Bu ihtiyarlarda bilhassa barizdir.

2. Hastaya verilecek premedikasyon,

Anesteziolojistin hastaya müdahalesi bu andan itibaren başlamış demektir. Şimdiye kadar cerrahi servis asistanları 1/6 grain (takriben 1 santigram) Morphine ve 1/150 grain Atropine verirlerdi. Malûmdur ki ihtiyarlar yüksek doz opium müştaklarına —derin bir ağrı olmadıkça— pek iyi tahammül etmezler. Biz mutat olarak 1/8, 1/10, 1/12 grain gibi küçük dozlarda morphine'i ameliyattan 1-1,5 saat evvel veriyoruz. Anestezîye başlarken, herhangi bir sebeple, bu miktarın az geldiği anlaşılırsa, ufak doz bir morphine'i in-

travenöz olarak veriyoruz. Halen ameliyattan bir buçuk saat evvel 50 mgr. Demoral vermekle alınan neticelerden çok memnunuz.

60 yaşını aşmış hastalarda 1/6 grain morphine'nin, şahısta ileri bir depresyon husule getirdiğini çok defa müşahade ettik.

Hastaya bir barbitürük vermek icabediyorsa ameliyattan 2 saat evvel 3/4 grain (takriben 0,045 gram) Seconal veya Nembutal'i ağızdan veriyoruz.

Scopolamine'in ihtiyarlarda kullanılıp, kullanılmaması meselesine gelince: Bu ilâcın 60 yaşını aşmış olanlarda kullanılmaması icabettiğini düşünüyoruz. Çünkü scopolamine ihtiyarlarda bazan dimağî reaksiyonlara sebep olabilir.

3. Anestetik ajanın seçilmesi,

Bizim 147 ihtiyar hastamızda kullandığımız anestetik ajanların dağılışı şöyledir:

Anestetik ajan	60—65	65—70	70 ten	Mecmu
	yaş	yaş	yukarı	
Lomber anestezi	15	11	17	43
Devamlı lomber	11	9	2	22
N ₂ O+O ₂ +Ether	20	9	11	40
Cyclopropane	4	4	2	10
Pentothal	12	8	6	26
Diğer ajanlar	—	3	3	6
Mecmu	62	44	41	147

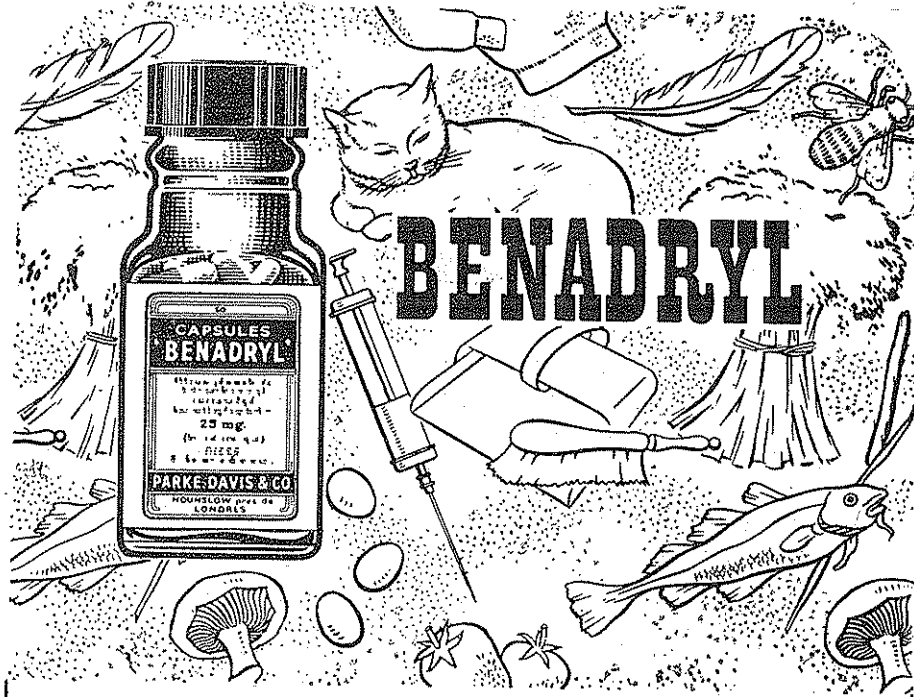
Görülüyor ki muhtelif anestetik ajan ve teknik kullanılmıştır. Anestetik ajan ve tekniğin seçilmesinde mühim olan nokta yapılacak ameliyatın nevi ve hastanın maruz kalacağı travmanın derecesidir.

Yapılacak ameliyatın neviden, vücudün hangi kısmında kâfi bir reaksiyon husule getirmemiz icabettiğini kastediyoruz. Karnın üst kısımlarında yapılacak ameliyat için kullanılacak anestezi, karnın alt kısmı ve etraf ameliyatlarındaki anestezîye nazaran daha şokandır.

Karnın üst tarafında yapılan ameliyatlar grubunda, kolesistektomi, koledok eksplorasyonu, mide ve kolon rezeksiyonları, v.s. gibi müdahaleler vardır. Bu grup hastalarımızda inhalasyon anestezisi daha iyi netice vermiştir.

(*) Montefiore Hastahanesinin 6 Haziran 1950 tarihindeki ilmi müsameresinde taktim edilmiştir.

(**) Halen Sarayburnu Askerî Hastahanesi Cerrahlarından.



antiallerjik - antispazmodik

BENADRYL (Diphenhydramine hydrochloride, Parke-Davis) antispazmodik vasıfları haiz olan kuvvetli antiiallerjik bir müstahzardır.

1945 senesinde Parke-Davis tarafından piyasaya arz edildiğinden beri dünyada muvaffakiyetle kullanılmıştır. En sayanı hayret neticeleri bilhassa saman nezlesi, vazomotor rinit, ürtiker, anjionörotik ödem, ilâ fartı hassasiyeti, serum ve penisilin reaksiyonları ile beraber, bilhassa ödem, eritem ve prüritle müterafik olan allerjik dermatozların geniş bir kısmının tedavisinde elde edilmiştir.

BENADRYL «Paralysis agitans» (Parkinsonizm) tedavisinde antispazmodik olarak dikkate değer neticeler vermiştir.

PARKE, DAVIS

& Company Limited
Inc. U.S.A.



HOUNSLOW, near LONDON

Türkiye Umumî Vekili:

İLVER LİMİTED ŞİRKETİ

Bahçekapı, Kutlu han P.K. 713 - İSTANBUL

135

Aureomycin

Hydrochloride
Kristalize



Aureomycin'le elde edilen müessir tedavi tesirinin vüs'atını, klinikte emniyetle kullanılabilen başka hiçbir antibakteryel âmil şimdîye kadar geçmemiştir.

Nesîçlerde tesirli konsantrasyonların husulü için kullanılan ufak *Aureomycin* dozları sayesinde bu ilâcın kullanılışı diğer ve buna benzer antibiyotiklere nazaran daha iktisadidir.

Dozaj Ağız yolu ile - Günde kilo başına 25 mgr

Endikasyonlar

Hâd barsak amebiasis - Bakteri septisemileri - Virüs influenza ile birlikte bakteryel enfeksiyonlar - Bakteri septisemileri - Gözün bakteryel ve virütik enfeksiyonları - Brucellosis - Chancroid - Friedlaender pneumonia (Klebsiella pneumonia) - Trahom - Gram-menfi, Gram-müsbet enfeksiyonlar - Granuloma inguinale - Gonore - H. influenza enfeksiyonlar - Peritonitis - Lymphogranuloma venereum - Pertussis enfeksiyonları (hâd ve tahtelhâd) - Primer atipik pnömoni - Rickettsialpox - Sinüzit - Tularemia - Tifüs - Endocarditis - Cerrahî enfeksiyonlar - v. s.

Ticari şekiller

CAPSULES (kapsüller) - 250 mgr'lık 16 kapsülü havi şişeler
TROCHES (pastiller) - 15 mgr'lık 25 pastili havi şişeler
SPERSOIDS (çikolatalı toz) - 12 dozluk (36 gr) kavanozlar
OINTMENT (merhem) - 1/2 oz'luk tübler
OPHTHALMIC OINTMENT (göz merhemi) - 1/8 oz'luk tübler

Türkiye Müessesliği

İSTANBUL İHRACAT, İTHALÂT ve SANAYİ T. A. Ş
Galata, Akademi Han 3 Üncü kat 39 - 54 - İSTANBUL
P. K. : 1579

LEDERLE LABORATORIES DIVISION

AMERICAN Cyanamid COMPANY

Karnın alt kısmındaki ameliyatlar grubunda, etrangle hernilerin mühim bir kısmı, vajinal histerektomi v.s. gibi ameliyatlar vardır. Bu grup hastalarımız spinal (lomber) anesteziye, seviyesi 10 uncu dorsal segmenti geçmemek şartıyla, iyi tahammül etmişlerdir. İhtiyar hastalar yüksek spinal anesteziye iyi tahammül edemezler. Kan tazyikini yükseltmek için kullandığımız (Neo-synep-rine, Vasoxyl) gibi ilâçlar bu ihtiyar şahıslarda bazan çok fena talî tesirler husule getirebilirler.

Etraf ameliyatlarında anestezi mühim bir mesele teşkil etmez. Hastayı ekseriya sathî plânda bir anestezi altında tutmak ve ameliyatı yapmak kabildir.

Şüphesizdir ki lokal ve jenional anestezi bü-

yük cerrahî vak'alar için de faydalı olabilir. Fakat Birleşik Amerika Devletlerinde lokal anestezi sür'atle kaybolan bir san'at halindedir.

Pentothal'i hastalarımızda ancak ufak cerrahi vak'alar için kullandık. Bu takdirde muhakkak azot protoksik, oksijen veya siklopropan ile teşrik edilmelidir.

Birkaç vak'ada Refrigeration anestezisi kullandık. Fakat bunun, iyi idare edilmiş bir spinal anesteziye nazaran, alt taraf cerrahisinde büyük üstünlüğü yoktur.

Hülâsa edecek olursak, ihtiyar hastaların anesteziisinde, hastanın durumunu iyice takdir ederek, anestetik ajan ve tekniğin iyi seçilmesi lâzımdır. Fakat netice üzerine, anestetistin mahareti, bizzat anestetik ajandan daha çok müessirdir.

Burdur Devlet Hastanesi Cerrahi Servisi :

Şef : Dr. Opr. Faruk Çağlar

Çınar Dalından Sapı Bulunan Bir Mesane Taşı Vakası

Dr. Faruk Çağlar

Burdurun Tepe mahallesinden 30 yaşında Bayan A. Y. (Protokol No: 44; Hastaneye giriş: 14/1/1952).

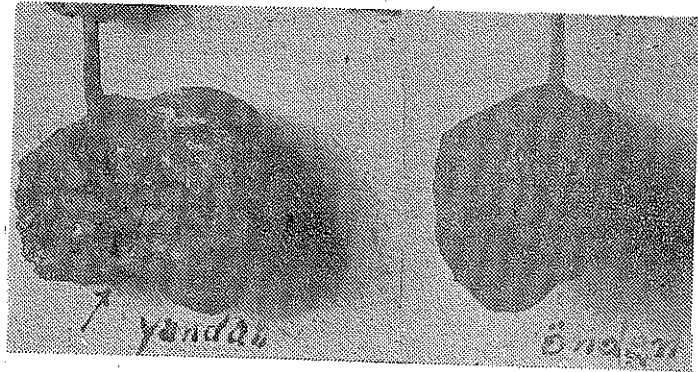
Hikâyesi: Bir senedenberi idrar ederken zaman zaman yanmalar ve ara sıra kan işediği olmuş son günlerde idrar tutukluğuna yakın vaziyetler olmaya başlamış, aldığı birçok ilâçlar ve sıcak banyolar bu şikâyetlerini geçirmediğinden ve son günlerde fazlaştığından hastanemize müracaat ederek kliniğimize yatırıldı.

Çocukluk hastalıkları ve sıtma geçirmiş. 15 yaşında evlenmiş 6 çocuk sahibi hiç düşük yapmamış. Annesi babası bilmediği hastalıklardan ölmüşler. Sy., Go., Tbc. tarif etmiyor. sigara ve içki kullanmamıştır.

Genel muayene: Hasta tam teşekküllü aktif ve pasif hareketleri normal turgor tonus normal, sansoryom açık, kalp ve deveren, teneffüs ve hazım cihazları sağlam nabız muntazam dakikada 75 yumuşak T.A. 12/7 Vaquez; dereci hararet 37-37,5 idi. İdrar muayenesi: Albümin +, Glüköz yok, her sahada silme lökosit 3 ilâ 4 eritrosit, Kan muayenesi: Lökosit 15000, Eritrosit 3.400.000, Hemoglobin % 80, Sedimantasyon 9-22, Formil: Eo 4, stab 4, segm. 46, Lemfo 40, mono: 6.

Bir sistit hali gösteren ve oldukça fazla lökositozu bulunan hastamıza A. P. vaziyetinde bir direkt mesane grafisi yapıldı. Mesanede ceviz büyüklüğünde taş tesbit edildi. Hastanın 37,5 etrafında ateşi bulunduğundan 10 günlük penisilin ve diğer ilâçlarla tedaviden sonra ateşi tamamiyle düştü idrarda albümin kalmadı ve lökosit mikta-

rı da azaldı, bu şekilde hastaya müdahale 24/1/1952 tarihinde yapıldı.



Ameliyat: Eter narkozu ve supra pübiyen transvers şakla ekstra peritoneal olarak mesane açıldı parmakla taş aranırken mesane içinde sert ve uzunca bir cisme rastlandı. Taş bir tavuk yumurtası cesametinde olduğundan sistostomi ağız genişletilerek dışarıya alındı. Biraz yukarıda sert ve ucu sivri diye vasıflandırdığımız ve sonradan bir ağaç dalı olduğunu anladığımız cisim taşın tam ortasında aşağıdan yukarıya doğru çıkarak üste 3 cm. uzunluğunda âdeta bir armut sapı gibi bir manzara arz ediyordu. Dalın bütün uzunluğu 8 sm., ve taşa çok sıkı bir vaziyette ve tam ortasından olmak üzere yapışık idi. Resimlerde de görüldüğü üzere taşın tam ortasında duran bu dal tamamen kurumuş bir halde idi. Ameliyat yarısı tabaka tabaka kapatıldı, hasta kısa zamanda iyileşerek kliniği terketti.

Notice: Bu vak'ada enteresan olan ve bizi ameliyata hayretler içinde bırakan taşın tam orta-

139

sında bulunan dal parçası idi. Hasta evvelce hiç böyle bir şeyden bahsetmemişti. Hastanın uyanmasını ve sorularımıza cevap verecek bir hale gelmesini merakla bekledik. Ameliyatın ertesi günü sabahı hastaya taşı gösterdiğimiz zaman kendisi de bizden daha az olmıyan hayretini saklıyamadı. Çünkü o da bu dal hadisesini tamamen unutmuş bulunuyordu. Bütün ısrarlarımıza rağmen hastadan bunu ne zaman koyduğunu ve ne maksatla yaptığını hemen öğrenmeye muvaffak olamadık. Düşünürse bunu hatırlıyacağını söyledik. Nihayet ameliyatın beşinci günü iki sene evvel 5. çocuğu olduğundan ve aybaşı görmiyerek gebe kalmış olduğunu anlıyarak civarında birçok kadınların yaptığı gibi kendisinin de böyle bir çınar dalını sokmuş bulunduğunu, aradan uzunca bir zaman geçmiş olduğundan ve esasen dalın hiç fayda etmiyerek vaktinde çocuğunu doğurmuş bulunduğundan koyduğu dalın düştüğünü zannettiğini ve ara-

dan da uzun bir müddet geçtiğinden tamamen unuttuğunu anlattı.

Teşekkül bakımından çok enteresan bulunduğumuz bu mesane taşı vak'asını neşretmeği uygun bulduk. Bu da taşın teşekkülüne nüve olarak dal parçasını göstereceğiz. Köy ve kasabalarımızda çocuk düşürmek için kadınların bir çok vasıtalara baş vurduğu ve bunların kötü neticelerini her hekim arkadaş görmektedir. Çömlek çekmek, ebegümece, maydanız kökü koymak, firkete veya şiş sokmak bunlar arasındadır. Fakat zavallı hastamız dalı yanlışlıkla idrar yoluna sokmuş ve bir sene müddetle de hiç bir âraz görmeden yukarıya kaçan bu 8 cm. uzunluğundaki ağaç parçasını mesanesinde taşıdıktan sonra kendisinde idrar ederken yanmalar başlamış bir senede bu şekilde dolaştıktan sonra servisimize gelerek ameliyat yapılmak suretile kurtulmuştur.

Nörolojik Âraz Gösteren Bir Mononükleoz Enfeksiyöz Vakası

Dr. Fikret Kırmızı

İç Hastalıkları Mütchassısı

Dr. Cavit Başar

Çocuk Hastalıkları Mütchassısı

Nörolojik ârazla seyreden Mononükleoz enfeksiyöz vak'alarını literatürden çıkarıp şahsî bir vak'ası münasebetiyle bildiren J. S. Crowther 1951 yılına kadar 24 vak'a tesbit edildiğini söylemektedir (1). Biz de müşahade ettiğimiz ve ilk bakışta menenjitli tamamen taklit eden bir vak'amızı, nadir oluştan dolayı yayınlamayı muvafık bulduk.

E. K. 3/1/1952 günü bize getirildi, Prot. 8/1. Bir buçuk yaşında, 78 cm. boyunda, 9,8 kg. ağırlığında olan hastamız zamanında, kolay doğmuş, şimdiye kadar belli başlı bir hastalık geçirmemiş. 16 ayına kadar yalnız anne sütüyle beslenmiş, son iki aydan beri de buna günde takriben 100 gr. kadar yoğurt ve 100 gr. inek sütü ilâve edilmiş. 6 kardeşiyle anne ve babası sağ ve sağlamış.

Hastanın bize gelmeden 6 gün evvel birdenbire ateşi yükselmiş. Evvelâ başını geriye doğru atmağa, iki gün sonra da öksürmeğe, günde 1-2 defa kusmağa başlamış. İştihası azalmış, uykuları bozulmuş.

Muayenesinde genel durumu bozuk, etrafiyle alâkası azdı. Ateşi 40, nabzı 104 idi. Ense çok sert, Kernig, Brudzinski, contre latéral âşikâr müsbetti. Boğaz çok kırmızı ve burun arkasından gelen kıyahî ifrazatla örtülü idi. Kulak arkasında, mastoid üzerinde ve sterno-kleido-mastoideüs adalesi boyunca mercimekten nohut büyüklüğüne kadar müteaddit, sert, ağrısız ve müteharrik lenf bezeleri ele geliyordu. Aynı vasıftaki lenf bezelerinin, sol tarafta fazla olmak üzere, kasıklarda da mevcut olduğu görüldü. Dalak kosta kenarını 6 cm. kadar

geçiyor, sert ve ağrısız; karaciğer göbeğe kadar büyülmüştü. Fontanel kapanmıştı.

Hastalık tablosuna hâkim olan menenji reaksiyonlarını ön plâna alarak çocuğa ponksiyon lomber yapıldı:

Serebro-spinal mayi berrak ve tazyikli olarak geldi; Pandý (—) idi. Albümin litrede 0.10 gr., hücre adedi 4 idi.

Ertesi gün hastada yapılan kan muayenesinde eritrosit 3.280.000, Hb. % 65, B.İ.: 1, tronbosit 410.000, lökosit ise 60.000 idi. Formülde Jug. 0, St. 6, Seg. 28, Tipik lenfosit: 39, tipik monosit: 4, atipik monositoid hücre 22, plazmazellen: 1 olarak bulundu. Kanama müddeti 3 dakika, pıhtılaşma lam usulü 1,5 dakikada başladı; pıhtı büzüşmesi normaldi. Lacet (—) idi.

Yapılan müteaddit ve 1/10 e kadar tüberkülin teamülleri menfi netice verdi. Dışkı normal ve idrarda yalnız urobilinojen müsbetti. Sternal ponksiyonda kemik iliği hücreleri ve bir birine olan nisbetleri normal hudutlar içinde bulundu.

Ateş, anjin hali, adenopati, hepatosplenomegali, kanda monositoid hücrelerin çok miktarda bulunuşu ve nihayet sternal ponksiyonun normal netice vermesi ile vak'aya mononükleoz enfeksiyöz teşhisi konuldu.

Hastalığın müteakıp seyrinde lökosit sayısı 37.000, daha sonra ve hastalığın 23 üncü günü 12.000 e düştü. Bu zamanki formülde: Jug. 0, St. 1, Seg. 16, Lenfo: 58, Mono. 5, monositoid hücre: 20 idi.

Lenf ponksiyonları üzerinde etüdü olan bizden biri (*) hastamızın bezelerine ponksiyon yapıp tetkik etmek istemişse de bezelerin ufak olması bize bu imkânı sağlamadı.

Lâboratuvar imkânsızlıkları yüzünden hastamızda Paul - Bunnel reaksiyonunu yapamadık. Bununla beraber, vak'amızda olduğu gibi, böyle çok küçük çocuklarda bu reaksiyonun ayırıcı teşhis bakımından fazla bir kıymeti olmadığı da nazarı itibara alınmalıdır (2).

Hastamıza müracaatından itibaren beş gün, günde 200.000 Oxf. U. Penicillin yapıldı ve buna günde 1,5 gr. sulfamid ilâve edildi. Buna rağmen ateş gayri muntazam olarak devam etti, iki defa da 41 dereceye kadar çıktı. Bu zamanda menenjit iritasyonuna ait ârazın tedricen silinmesine rağmen genel durumda âşikâr bir değişme olmadı; bunun üzerine ve hastalığın 13 üncü gününden itibaren günde adaleye 0.25 gr. Dihidrostreptomycin zerklerine başlandı, 9 gün devam edildi. Bu son ilâca başladığımızın ertesi günü ateş 41 den 39 a, iki gün sonra da normale düştü. Genel durumda âşikâr bir salâh görüldü. Tedricen dalgınlık kayboldu, uyku düzeldi, iştihâ açıldı, nihayet çocuk neşelenmeğe ve yatağında dolaşmağa başladı; bu arada lenf bezelerinde bir değişme olmakla beraber dalak 3 cm. kadar küçüldü, karaciğer hemen hemen normale döndü.

Yukarıda müşahede ve hastalığının müteakıp seyri ile tedavisini kısaca yazdığımız vak'amızda aşağıdaki hususiyetler mevcuttur:

(*) Lenf ponksiyonlarının teşhiste değeri (Dr. Fikret Kırmızı)

Beyoğlu Belediye Hastahanesi Hariciye Servisi

Şef: Dr. Asil M. Atakam

Safra Fistülünden Kolanjiografi

Dr. İsmail Tuğsal

Bayan S. Ö. 55 yaşında ev kadını, 19/1/1951 de hastaneye girerek 9/8/1951 de çıkmıştır. Protokol: 99.

Ateş, halsizlik, pek ileri zayıflama, sarılık ve karın ağrısından.

Hasta Dahiliye kliniğine müracaatından 15 gün evvel rahatsızlanmış, bu müddet zarfında epigastrik bölgesine tok ve aç karnına ağrılar geliyormuş. Bu ağrılar birkaç saat devam ettikten sonra ve hiçbir intişar göstermeden kendiliğinden geçiyormuş. Ara sıra bulantı olmuş, fakat hiç kusmamış, ishâl olmamış, bu şikâyetler üzerine hasta dahiliye mütehassısları tarafından muayene edilmiş ve safra kesesi iltihabı düşünülerek gerekli ilâçları verilmişse de bunlardan istifade etmemiş, bunun üzerine kolesistografi yapılmış ve kese normal bulunmuş. Bu muayeneden 4 gün evvel ikter başlamış, ve günden güne artarak koyulaşmıştır. Kaşıntı olmamış, gün aşırı defekasyon oluyormuş. Feçes 4 gündenberi beyazlaşmış, fena kokuyormuş. Üşüme, titreme ile birlikte ateş 37-38 arasında seyrediyormuş. Ve bu arada bazı ateşsiz günler de ol-

1 — Vak'amızda hastalık tablosuna menenjit bulguları hâkimdi, lenf bezeleri dikkatli bir muayene ile ancak meydana çıkabilecek ve ponksiyona bile müsait olmayacak kadar küçüktü. Bu itibarla kan formülü yapılmadan mononükleoz enfeksiyonu teşhis etmek mümkün olmamıştır.

2 — Hastamız Streptomycin tedavisinden istifade etmiş görünüyor. Fakat bir vak'a ile bir iddiada bulunmak niyetinde değiliz.

3 — Nörolojik âraz gösteren mononükleoz enfeksiyöz vak'alarının sayısı, elde edebildiğimiz neşriyata göre, mahduttur. Bu bakımdan literatüre bir yenisini ilâve etmiş olduğumuz kanaatindeyiz.

Literatür:

- 1 — J. S. Crowther: M.D., M.R.C.P., British Medical Journal sayı: 4734 Glandular fever with Neurological complications.
- 2 — E. Glanzmann: Précis de médecine des enfants Tome: II. 1946, Angine monocytaire.
- 3 — İ. Hilmi Alantar: Çocuk Hastalıkları Bilgisi, 1947.
- 4 — E. Frank: İç Hastalıkları Klinik Dersleri: 1951. Lympho - monocytaire anjin.
- 5 — M. Bessis: Cytologie sanguine, 1948.
- 6 — D. Kane; M.D. British Medical Journal sayı: 4718 Glandular fever and chloramphenical.
- 7 — M. Lust: Encéphalite et mononucléose infectieuse Arch. Franc. de Pédi. 1950. sahife 292.
- 8 — P. Giraud: Essai de traitement de la mononucléose infectieuse par les dérivés salicylé. Arch. Fran. de Pédi. 1950, sahife 757.
- 9 — R. Debré; E. Lensé; P. Rohmer: Pathologie infantile, Tome: I, 1945.
- 10 — K. Özsan Mononükleoz enfeksiyözün Aureomycine ile tedavisi. Türk İjyeni ve Tecrübi Bioloji Dergisi, 1951. Cilt: XI, sayı: 2.
- 11 — B. Söylemezoğlu: Kan hastalıkları, 1948.

muş, bu sebebler dolayısıyla evinde tedaviye imkân görülmediğinden umumî hali de günden güne bozulduğundan hastane dahiliye servisine nakledilmiştir.

Kemik ve adale teşekkülü tam, yürüyüş ve yatakta yatış normal, cilt sarı, mukoza ve konjonktivalar ikterik. Deri altı yağ nesci azalmış, beslenme az, iştihâ yok, sansoryum açık.

Bundan evvel geçirdiği hastalıkları hatırlamıyor. Evli, iki çocuğu sağ ve sıhhatte, düşük ve ölü doğum yapmamış. Alkol, sigara kullanmıyor.

Anası, babası bilmediği sebeblerden ölmüş. 4 kardeşi sağ ve sıhhatte.

Sadır teşekkülü tabii, her iki taraf teneffüse iştirak ediyor. Palpasyonda vibrasyon torasik tabii, perküsyonda normal sonorite, oskültasyonda tabii veziküler teneffüs.

Nabız muntazam, 112, yumuşak dolgun. Tansiyon arteriyel: 11/6, kalp zirvesi 5. enterkostal mesafede, meme hattı içinde, kalp matitesi normal hududlarında, oskültasyon ile mihraklarda patolojik bir bulgu tespit edilmiyor.

Dil paslı, yaş, dudaklar ve mokuşalar soluk, dişler protez, amigdaller tabii, yutma normal; batin yumuşak; perküsyon ile normal tenpanizm, palpasyon ile dalak ele gelmiyor, fakat perkütabl, Travbe açık; karaciğer bord kostali bir parmak geçiyor. Tazyikle hassas, ağrılı, kıvamı normal, kenarı düz; keskin, sağ hipokondr, epigastri nahiyeleri tazyikle hassas; Murphy müspet.

Kolesistografi: Safra kesesi dolu, zıl mütecanis hafif kesafette tabii şekil ve mevkide. Taş zıllı görülüyor.

Mide radyolojik muayenesi: mide hipotonik; çengel şeklinde; fundus kanzaa hizasında dört parmak aşağıda; hafeler muntazam; muhati gısa silik, pylor açık, basala büyük, sağa çekilmiş vaziyette, duodenum alt zaviyesinde staz, tahlîye batı.

İdrarda; Ürobilin artmış. Gaitada: Sterkobilin menfi.

Hazım: Nişazı normal, yağ hazmı noksan.

Kanda üre (%026) - Kolesterin (%260 mgr.) - Glisemi (%01) - Aseton, asit diasetik, menfi.

Hasta dahiliye servisinde 33 gün müşahede ve tedavide kalıp antibiotik tedavileri yapılmış, buna rağmen günden güne umumî hâli bozulmuş, ara sıra gelen üşüme ve titreme ile müterafık ateşler günlük vasıf almış ve yapılan tedaviden de bir netice elde edilemediğinden hariciye servisine naklolunmuştur. Müdahaleden evvel hastaya iki defa kan verilmiş, Lökosit 14.500, Eritrosit 2.590.000, Hb. %45. Formülde mühim bir değişiklik yok. Plazmodi menfi.

Safra yollarının tıkanması ve enfeksiyon teşhisi ile hastaya acele ameliyat kararı verildi. Kan nakli ve diğer hazırlıklar yapıldı.

Birinci müdahale : 20/2/951 de Novokain ile mevzî his iptali yapılarak sağda trans rektal şakla periton açılınca safravî asit boşaldı, Karaciğer büyük kül renginde her iki fus ve vezikül flüktüan bir hal almış, vezikülün cidarı incelmış, üstünü epiplon sarmış bir halde idi. Etrafta ödem ve enfiltrasyon vardı. Umumî halin bozukluğu dolayısıyla bir seansta radikal müdahale yapılamıyacağı kanaatle vezikül marsüpyalize edilerek cidar tabaka tabaka dikildi. Ertesi günü vezikül açılarak kültür halinde koli basilli bulunan kıyhî ifrazat boşaldı ve drenaj yapıldı.

Hastanın durumu fevkalâde düzeldi, gezmeye başladı, iştihası açıldı. Matiyerin renksiz olarak gelmekte olduğu görüldü ve yapılan tûbağ'da safraya ait bir şey alınmadı. Hasta şişmanladı. Radikal ameliyattan evvel safra yollarının fistülden kontrolünü düşündük ve neticede, tekniğini bilâhare tarif edeceğimiz usul ile alınan ve raporu hastanemiz röntgen mütehassısı Dr. Kemal Seydik tarafından tanzim olunan radyogramlarda şunları gördük: Kontrast madde fistül etrafında bir poş'da toplanarak karaciğer içerisinde safra yollarına dağılmıştır. Poşun alt iç kenarından ema istikametine doğru kontrast zıllı hafif görülüyor. Ema içerisinde görülüyor. Bunun üzerine tekrar hazırlanan hastaya; (İkinci müdahale) 22/5/951 de Novokain ile sağ pararektaldeki safra fistülü avive edildi, bağlandı, cilt dikildi. Hemostaz yapıldı, yara kapatıldı. Göbek üstü lokal anestezi ve median laparotomi, Mide, duodenum, karaciğer; vezikül ve büyük omentum birbirine yapıştı; ayrıldı. Koledok açıldı; içinden supra duodenal kıt'adan enkrüste ve ufak ceviz cesametinde bir taş çıkarıldı. Koyu safra tahlîye edildi. Koledok ve duodenum cihetlerine sokulan sonda serbest gitti, koledok dikildi, drenaj ve batna streptomisin zerk olundu, cidar üç tabaka üzerinden kapatıldı.

Hastaya hastaneye ilk yatığı günden itibaren muhtelif zamanlarda verilen penisilinli ve penisilinsiz kan 890 cc. dir. Yine bu arada 21.700.000 ünite penisilin, 33 gr. streptomisin; aureomycine ve chloromycetine verilmiş, bu sırada ishâl; perianal apse husule gelmiş; açılmış zayıf olan hastada üzücü bir enfeksiyon menbar teşekkül etmişti. Bu apse açılmış

ve bilâhare de tedavisi yapılmıştır. Günden güne iyileşerek hasta 29/8/951 de çıkarılmıştır.

Yukarıda müşahede ve ameliyatını bildirdiğimiz vak'a münasebetile safra yolları Anjinografisi, radyomanometrisi hakkında birkaç kelime söylemek isteriz.

Safra kesesi ve ana safra yolları üzerinde yapılan ameliyatlarda itina ve dikkate rağmen bazı kere bu yollarda bir kısım taş ve konkresyonlar kalarak ikter, sancı veya ameliyattan evvelki huzursuzlukların devam ettiği maalesef görülmektedir. Yaşlılar, yorgun ve uzviyetleri yıpranmış veya yahut ta haftalardanberi ateş, sarılık çekmekte bulunan hastalarda yapılan müdahalede ana yollarda unutulmuş bu tıkaçların uzviyet ve karaciğer üzerine yapacakları fena tesir malumdur. Bu sebeptendir ki mümkün olan hallerde, böyle ağır hastalarda bir defada yani bir müdahale ile safranın normal yoldan barsağa akmasını temin etmek gerekir. Ameliyat esnasında ötedenberi safra kesesi ve yollarının kontrolü göz ile, parmak ile koledok açılarak madeni sonda veya künt küret ile, Nelson sondası ithali ve serum ile yıkama suretile veya icabında duodenum açılarak göz ve parmak ile veya retrograt olarak madeni sonda ile safra yolları kontrol edilmekte idi. Son zamanlarda ise ana safra yollarının muayenesi daha kolay, ve daha emin ve kat'î bir şekilde olmak üzere laparotomi esnasında bu yollara opak madde zerketmek suretile safra yolları seçerisini (kolanjiografi) tespit ve yine bu yollara muhtelif manometrik tazyikler altında opak madde sevk edilirken müteaddit klişeler olmak (radyomanometri), ile yapılmaktadır. Bu şekilde de safra yollarının ameliyat esnasında kontrolü neticesi daha esaslı bir müdahale yapmak, safranın barsağa akmasına mani olacak bir mania bırakmamak mümkün olmaktadır. Biz de safra fistülü teessüs etmiş vak'amızda fistülden opak madde zerk suretile bütün safra yollarının radyolojik kontrolünü temin etmiş bulunuyoruz. Bu basit ve kolay usul çok kere ihmal edilmektedir.

Bildirdiğimiz vak'ada olduğu gibi, çok ağır, eskimiş vak'alarda umumî ahval uzun ve radikal müdahale ile zaman kaybına müsait olmadığı vak'alarda ilk yapılan müdahale safrayı derive etmek, karaciğeri dejeneresans ve uzviyeti entoksikasyondan kurtarmak lâzımdır. Hususî klinik tezahüratı nadir görülen ve çok kere psödo-okklüzyon veya peritonit zannolunan ana safra yolları taşlarının egü tezahüratlı şekilleri farkına varılmadan da geçebilir. Sarılık ta tezahür etmemiş ise, safra yollarını kontrol etmek bile hatıra gelmiyebilir. Akut kolesistit vak'alarında olduğu gibi kroniklerde de ana safra yollarında da % 20 nispetinde taşlar bulunabilir. Ateşli, sancılı, ve nü-küslü ikterler ise % 50 nispetinde ana safra yolları taşlarına delâlet ederler. Ekseri kolesistit mü-

COFRON ELIXİR

DEMİR, BAKIR, KONSANTRE KARACİĞER VE VİTAMİN B₁₂

Çocuklar için ortalama doz, 2 çay kaşığı (10cc) veya daha fazladır.
Kâhiller için günlük terapötik doz, iki çorba kaşığıdır. (30cc).

İki çorba kaşığı (30cc) Cofron Elixir.

Ferric Ammonium Citrate

(takriben 200 mg. elemental demir

temsil eder.) 1,15 gr.

Bakır Sulfate,

(2.66 mg. elemental kair temsil

eder) 10,8 mgr.

B₁₂ vitamini,

(konsnatre B₁₂ vitamini şeklinde) 6 mgr.

Karaciğer fraksiyonu I,

alkolde münhal 2 gr.

ihtiva eder.

COFRON ELIXİR 120 cc. lük şişelerde takdim edilmiştir.

ABBOTT LABORATORİZ NİR. İST. LTD.

TÜRKİYE ŞUBESİ

P. K. 1655 — Tel. 40296

Galata — İstanbul

Modern tedavide
BUNLAR
ÖNDERDİR

AVLOPROCIL

Prokain-Penicillin'in yağlı enjeksiyonu

AVLOSULFON

Cuuzamin müessir ve emin tedavisine mahsustur

CETAVLON

Temizleyici hassasiyle, bilhassa yüksek antiseptik tesirini haizdir.

KEMITHAL SODIUM

Entravenoz anesteziik

LOREXANE

Baş bitini mahveder

METHYL-THIOURACIL

Tirotoksikozisin müessir tedavisini sağlar.

PALUDRINE

Yeni ve toksik olmıyan antimelaryaldir

PETHIDINE

Analjezik ve antispazmodik.

SULPHAMEZATHINE

Sülfamidler arasında toksisitesi en düşük olanıdır.

TETMOSOL

Uyuzun profilaksi ve tedavisine mahsustur.

TRILENE

Anesteziik ve analjezik

IMPERIAL CHEMICAL (PHARMACEUTICALS) LIMITED
WILMSLOW-ENGLAND

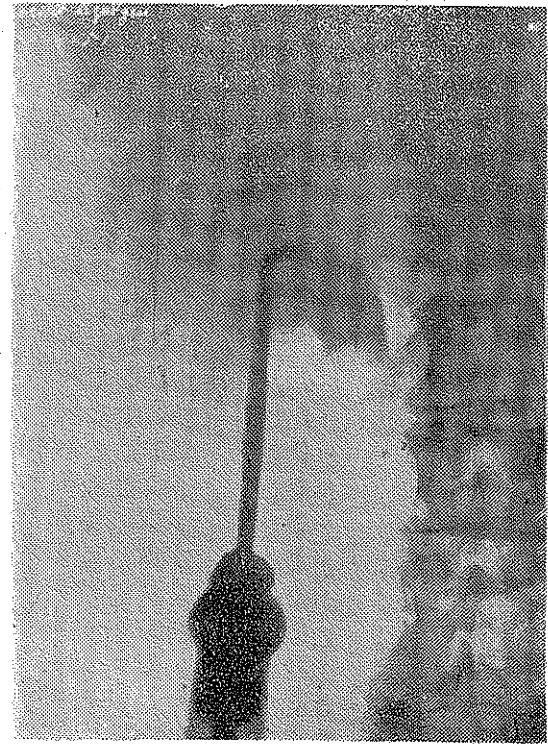
(Imperial Chemical Industries Ltd'in bir filialıdır.)
IMPERIAL KEMIKAL INDUSTRIES (TURKEY) LTD.
P.K. 1451

Tel: 44839



dahalelerinde yapıldığı gibi, esas safra yollarının el veya sonda ile muayenesi kâfi gelmez. Bu gibi noksan muayene neticesi ameliyattan sonra devam edecek veya yeniden zuhur edebilecek sarılık da müdahaleden mütevellit karaciğer konjestiyonuna, veya hepatite, hilus hizasında iltihaplı adenopatiye, collet veya sistikus taşı mevcudiyetine atfolunur, ki bu taş ana yolları tazyik ile sarılığı tevhit eder denir. Urjan yapılmış olan böyle bir müdahalede ise ameliyat sahasında ödem, ve iltihap ve pankreasın da bu tegayyürden hisse alması neticesi sertleşme, ödemi, taşın pankreas başı arkasında bulunması ana yollardaki lezyonların tespitine mani olur. Ateşsiz, ağrısız olarak hastalık sırf sarılıkla tezahür ediyorsa esas yollarda taş diye ısrar etmek doğru olmaz. Hatıra birçok başka teşhisler de gelebilir. Yalnız sancı, safra kesesi taşını düşündürürse de, bu vak'aların çoğunda kesesi boş bulunur, ağrılar ise diskineziye atfolunur. Halbuki yolların radyomanometrik kontrolü ufak bir taşı meydana çıkarmaktadır. Ana yolları tıkayan taşlarda bu cihetler düşünülmiyerek veya farkına varılmıyarak sadece kolesistektomi yapılan vak'alarda bilâhare sistikus bağlamak üzere konulan ipliğin açıldığı, koleperituvan veya fistüllerin teşekkülü görülmektedir. Kolesistektomiden sonra ana safra yollarında kalmış ufak bir taşın verdiği huzursuzluklar ve sancılar, ameliyat iltisaklarına atfolunur. Kronik kolesistitlerde koledok geniş ve içerisi taşsız olabilir. Koledok normal olarak da taşsız geniş görülebilir. Veya koledok ve içersinde taş, kalibresi normal, içersinde taş veya taşsız da olabilir. Safra yolları el ile muayene olunurken duodenumun üstünde, pankreasın arkasında veya karaciğerin altında yukarıda olmak üzere üç yerde kontrol edilmektedir. Ortada, koledok içersindekiler kolaylıkla hissolunurlar, retro-pankreatik olanlar ve hele hepatikus içersindekiler karaciğer hilusu hizasında, kanalın çok yukarıda ve arkada bulunması dolayısıyla ve bilhassa staz dolayısıyla büyümüş karaciğerlerde güçlekle ele gelirlir. Pankreas arkasındaki taşlar çok sert olmaz, adenopatiler ve pankreatit kronik adacık'arıle de karışırlar. Muayene esnasında genişlemiş veya normal olarak geniş teşekkül etmiş koledok içersindeki taşlar bilhassa küçük ve yumuşak iseler kolaylıkla yer değiştirir köşe bucaklara ve hattâ Vater ampulüne bile kaçarlara. Bütün bu yanlışlıklara karşı koyabilmek ancak kolanjiografi ile kabil olmaktadır. Hattâ birçok safra fistülleri vak'aları bu usul ile meydana konularak radikal tedavilerine gidilebilmektedir. Madeni sonda veya küret ile taş arama tabiidir ki bu âletlerle safra yollarının her tarafına varılamıyacağı için kâfi sayılamaz. Sondanın yukarıya veya aşağıya zevkinde serbest seyir edemeyişi yalnızca yoldaki taş maniasına delâlet etmez. Müzmin pankreatit, Oddi

sinkterinin müzmin iltihabi spazmı ve yollarının haricen tazyik veya iltisakları, itilmeleri neticesinde olabilir. Radyomanometri kolanjiografiden daha kıymetli olabilir. Ameliyat esnasında manometrik konturolde tazyik değişiklikleri maniyayı gösterir. Opak mahlül vücut hararetine yakın bir derecede ısıtılarak zerkolunur. Zerkler çok mütedil ve yavaş yavaş yapılacaktır. Bilhassa muhteviyat tamamen geri çekilmek suretile de safra yollarının resmini ayrıca çekmek lâzımdır. Koledok taşlarında yapılan radyomanometrik kontrolde taşlar görüldüğü gibi, esas yollardaki tazyik değişikliklerini de gösterir. Ya doğrudan doğruya duodenumun yukarisından ponksiyonla koledok içersine gidilerek veya kolesistektomi yapıyorsa sistik kanaldan girilmek suretile opak madde zerkolunur. Büyük taşlar ile opak maddenin hududu güzelce çizilmektedir, ve bunlar daha güzel görülmektedirler. Hilâl şeklinde imajlar verir, veya düz birdenbire kesilmiş gibi görünen (sathlı taşlardaki gibi) intrakoledosyen yapılan manometrik tazyikler manianın organik veya non organik olduğuna göre alınan klişelerde değişiklik görülür. Organik olmayan vak'alarda tazyik artması ile her defa alınacak klişelerdeki imajlar değişir, barsakların dolu oluşu veya safra yollarına kaçırılan hava yanlış tesirlere yol açar.



Vak'amızda fistülden opak madde zerkile kolanjiografi yaptık. Fistüllü her vak'ada kolaylıkla tatbik edilebilir. Hazırlama; ekran üzerinde yapılmaktadır. Braun şırıngası ve kanülü % 10 iodür dö sodyum steril mahlülü bu işe kâfi gelir. Fistül kanülün geçişine müsait değilse laminarya

ile evvelâ genişletilir. Fistülün muhitinden ve batna tazyik edilerek yollardaki safra iyice boşaltıldı, Braun kanülü fistüle sokuldu, gayet yavaş 20 cc. steril iodür dö sodyum solüsyonu zerkedildi. Batın cildine olan sızıntılar iyice temizlendi ve radyografi yapıldı. Klişede görüldüğü gibi intra ve ekstra hepatic bütün yollar çok güzel görülmekte ve genişlemiş bir koledokun alt kısmı hilâl şeklinde birdenbire kesilmiş (koledok taşıle)

bulunuyor. Yapılması kolay radikal ameliyattan evvel manianın yerini ve az çok nev'ini göstermesi sebebiyle bu vak'ayı bildirdik.

Hülâsa: Ötedenberi müracaat edilmekte olan bir muayene usulüne tekrar baş vurduk ağır enfeksiyon ve ikterle seyreden bir hastamızda koledokostomi, drenaj, salâh, fistülden kolanjiografi, oğrafi, koledok taşı tespiti, ikinci radikal ameliyat ve şifa.

Balıkesir Hastanesi İntaniye Servisi
Şef: Bakteriolog Dr. Nefi Saatçioğlu

Ağır Tetanoz Vak'asında Yüksek Doz Penisilin ve Serum Tedavisinden Alınan İyi Sonuca Ait Bir Müşahede

Bakteriolog ve Dahili Hastalıklar Mütchassısı
Dr. Nefi Saatçioğlu

Hasan kızı 8 yaşında Gülsüm Başaran, Balıkesir Çakmakçı köyü. (Protokol 2911. 29/12/951 de hastaneye girdi).

Hastanın şikâyeti: Bir hafta evvel sol ayak tabanına diken batmış üç gündenberi de çenesinin açılmamasından ense ve bütün vücudünün sertlenmesi ve çok ağrılı gerilmeleri görülerek babası tarafından hastaneye getirilmiştir.

Soy geçmişinde mühim bir hastalık yok, baba ve annesi sağ ve sıhhatli, bir küçük bir de büyük iki erkek kardeşi varmış.

Öz geçmişi: Üç yaşında kızamık geçirmiş, iki sene evvel de ateşli bir hastalık çektiğini babası söylüyor.

Genel durum: hasta zayıf yağ ve adale nesci fazlaca erimiş, çiğneme adelatı (masseterler) tekallüs neticesi çene hareketleri hemen imkânsız bir halde ağız kilitlenmiş gibi (trismüs) fareuks ve dil adalelerinde tekallüs var hasta suyu bile yutamaz bir halde, tekallüs yüz ense; karın, el ve bacaklarda var, ağrılı tekallüsler bilhassa tarafı süfliyeden başlayarak sık sık gelmekte ve hasta çok muztarip bir durum almaktadır. Yüz rizüs sardoniküs halindedir. Hasta her nevi sarıntı, ses ve ziya gibi tenbihlerden çok müteessir olmakta ağrılı tekallüsler artmaktadır. Sırt ve bacaklardaki tekallüslerden hasta açıklığı arkaya müteveccih bir kavis tersim etmiş (Opisthotonus) hissi sinirlerde değişiklik yok, cildin hassasiyeti normal sansorium açık hasta vaziyetini tamamen müdrük, derecesi 38,5, nabız 128, muntazam dolgun, sadır mütenazır her iki taraf solunuma iştirak ediyor. Elleme ve vurma ile bulgular normal, dinleme ile iki tarafta ral sibilanlar var.

Apex 5 inci mesafede meme hattı üzerinde kalıp bölgesinde şişlik, nabazan, ödem ve sairer yok, zirve ve diğer odaklarda hafif sistolik nefhalar alınıyor. Dudaklar siyanoze hasta dilini çı-

karamıyor. Ağız içi ve organları hakkında iyi fikir alınamadı. Batın çökük hafif mütekallis karaciğer dalak cessedilemedi.

Üreojenital sistem haricen tabii yalnız muasıralsalarda tekallüs var, büyük apdest yok, idrar da sonda ile alındı.

Laboratuvar bulumları: idrarda dansite 1015, taamülü asit, albümin glikoz eser, bilirobin ürobilinojen menfi, Sediment de asit ürik, urat billûrları ile bir kaç lökosit var.

Kan formülü: Segment % 43, stab % 9, Jugend. % 13, Lenfo % 28, Mono % 3, Eo % 4, (Hafif sola inhiraf ile lenfositöz ve eozinofil) trombositler 1.1000000 sayıldı. (Dalak tekallüsüne ait olması düşünöldü).

Bu ağır olan vak'a derhal loş sessiz bir intani boksuna tecrit edildi. Damara bir somnifen ampulünden tatbik edilmiş hasta kısmen rölaşe bir hale sokulduktan sonra 42000 ünite tetanos serumundan 12.000 U si kanatı şevkiye gerektiği kadar tazyikli gelen mayi alındıktan sonra tatbik edilmiş diğerleri de akşama kadar batın ve kabalardan hastaya yapılmıştır. Bu 42000 ünite serum ile aynı zamanda bir milyon ünite penisilin de on cc. serum fizyolojikde halledilerek 4 saatte 2 cc. (200.000 U). tatbik edilmek üzere yapılmıştır. Bir taraftan da kloral lavmanı; aynı zamanda kısa tesirleri olan bu müsekkinler yapılırken, medüller yolu fizyolojik bir surette kesmek ve adeleli gevşekliği temin etmek için % 25 sulfat dö mağneziden de 20 cc. damara tatbik edilmiştir. 20 saat kadar tam sükûna kavuşan hastaya iğneleri kolayca yapılabilmıştır. 30/12/951 aynı tatbikata devam edilmiş ve hastaya sık sık gelen tekallüsat kısmen hafiflemiş ve pek az açılabilen dişleri arasından 200 gr. kadar da portakal suyu verilmiştir. 1/12/951 de aynı tedaviye devam ederken durum biraz daha iyileşmiş tekal-



Antistine-Privine

CIBA Société Anonyme, Bâle, İsviçre
Ticari Markası
Çiğdem Sağlık ve Sigortaları A.Ş.
Apt. No: 10, Çiğdem İşmerkezi, Kat: 6, İstanbul
T. 1954 S. M. 457



FARBWERKE HOECHST

vormals Meister Lucius & Brüning

Frankfurt (M) - Höchst/Almanya



Müstahzarlarından takdim eder :

DEVEGAN Kutu : 30 tablet.

Vajenal antiseptik. Tatbiki kolay, zararsız, beyaz akıntı ve Trichomonas'ların müessir ilâcıdır.

DOLANTİN 100 mgr. lik ampul — 25 mgr. lik tablet
5×2 cc. 10 ve 20 tablet
25×2 cc.

Rahimin açılmasında, rahim ağzı sertliği ve spazmlarında 100 mgr. lik 1 ampul Scopolamin ile birlikte yapılması uygundur. İcap ederse ikişer saat ara ile 50 mgr. lik zerkler - fakat Scopolamin'siz - yapılabilir.

FESTAL Şişe: 20 ve 5 Odraje

Yüksek tesirli sindirim -enzim'leri preparatı olan **Festal**, pankreas'ın protein, yağ ve karbonhidrat parçalayıcı enzim'lerini ve hemiselülaz'ı standardize şekilde ihtiva eder.

Endikasyonları: Meteorizm, gastrokardiyal semptom kompleksi (Römheld), dispeptik bozukluklar, enterit'ler, sindirim yetersizlikleri, ferment azlığı, cholecystopathie'ler.

LUBİSAN 20 perl — 40 gr. granülat

Oxyuris (Enterobius) vermicularis'e karşı spesifik ilâç. Geniş mikyas-taki klinik tecrübeler Lubisan preparatının iyi bir oksiür ilâcında aranan şartların hepsini ihtiva ettiğini açıklamıştır. Uzviyette hiç bir sekonder belirtiyeye sebebiyet vermez. Spesifik olarak bizzat oksiürler üzerine müessirdir. Bu suretle parazitler ya doğrudan doğruya öldürülür veya dışkı ile dışarı çıkacak derecede zarar görürler.

Türkiyede yegâne satıcısı:

TEBEKA — Edüsuut Cad. 75-81 — Sirkeci/İstanbul

İüsat hemen bir iki saat fasıla vermeğe ve devamsız gelmeğe başlamıştır. 16/12/951 e kadar salâh çok tedricî bir halde kendisini göstermiştir. Ağızdan mayiler kısmen pelte ve çorbaları da alabilecek bir hale gelerek hasta tam şifa ile 25/12/951 de çıkarılmıştır.

Tetanos vak'asının müşahedesinden sonra hastalık hakkındaki klâsik bilgileri kısaca hatırlatıyorum. Tetanos basili patojen tesirini toksinleri ile yapan ağır bir intan olduğu ve insanın da bu toksine çok hassas bulunduğu malûmdur. Bilhassa toksinin asabî sisteme fikse olması ağır hastalık tablosu ve saire umumî bilgilerdendir. Tetanoz öldürücü bir intandır. Pronostik bakımından ölüm yüzde 80 dir ve tefrih ne kadar kısa ise bu akıbet o kadar büyüktür. Bir haftadan az olursa ölüm % 95, onbeş gün olanlarda % 75 ve iki haftayı ge-

çenlerde % 50 kaydedilmektedir. Tetanozlu hastalarda kaideten ateş normaldir. Hastamızın ateşi bir kaç gün sürmüş ve ayak tabanındaki dikene ait şişlik ve küçük bir tekayyüh görülmüştür. 15 inci gününde tamamen ateşsiz kalmıştır. Nabız da 92 ye inmiştir. Her sene intanî servisimize 3-4 tetanoz vak'ası kabul edilmektedir. Bunlardan pek azı ölümle neticelenmektedir. Sefalık olan vak'alar daha müsaîf seyrettiği malûmdur. Vak'amızın hususiyeti splanik ve çok ağır olmasıdır. Bilindiği gibi bu tiplerde Trismus ilk âraz olup ense tekal-lüsü, nabızda teserrü ve siyanoz, asfiksiye tekad-düm eden bir durum göstermesi ve hemen ölüm tehlikesi ile karşı karşıya kalınan bir vak'a olmasıdır. Hastaya yapılan yerinde tecrit ve barbitür-rikler ile yüksek penisilin ve serum tedavisinden aldığımız kıymetli sonucu bir kere daha kaydet-meyi faydalı gördüm.

PRATİK İÇİN KISA TEDAVİ NOTLARI

Dr. Saliha Yalçın

Mitral darlığında görülen hemipleji halinde dijitali suçlandırmak doğru mudur? Huchard'dan-beri dijital tedavisiyle kalp kontraksiyonunun arttığı ve bu yüzden trombuslerin mobilize olarak amboliler husule getirdiği kabul edilmekte ve mi-tral darlığında görülen hemipleji hallerinde dijital suçlandırılmaktadır. Lenger'in topladığı 100 he-mipleji vakasından 95 inde kısmen dekompanse mitral stenozu tesbit edilmiştir. Bu hastaların % 76 sı hemiplejiden 4 hafta evveline kadar dija-tali kesmişler, kısmen de hiç dijitalize olmamış-lardır. — Diğer cihetten bu klinikte dijitalize edi-len 511 mitral darlığı vakasından hiç birinde he-mipleji zuhur etmemiştir. Onun için bir kalp ki-fayetsizliği vakasında eski veya yeni bir hemiple-ji veya muhitte andarterit obliterant mevcudiyeti dahi dijital endikasyonunu nakzetmez. Hattâ di-jital bir hemiplejiden korunmanın da en iyi va-sıtasıdır (Lenégre: Bull. et men. Soc. Méd. Hôp. Paris, 1951, 67).

Kalp ve deveran hastalıkları tedavisinde tes-toviron'dan iyi neticeler alınmaktadır. Tecrübî o-larak da kastre edilen hayvanlarda testovironun kalp adalesinde glikojen kreatin-fosfor asidi sevi-yesine müsait tesir ettiği gösterilmiştir (Schu-mann: Münch. med. Wschr. 44, 1951).

Methonium mürekkepleri ile hipertansiyon te-davisi hakkında müteaddit neşriyat vardır. Geniş bir hasta materyelinde alınan neticelere göre va-kaların çoğunda daha tedavinin başında tansiyon ehemmiyetli derecede düşmektedir. Fakat hasta yataktan kalkınca tansiyonun tekrar yükseldiği ve hastaneden çıktıktan sonra tedavinin devamına rağmen önceki seviyeye çıktığı görülmüştür. Di-

ğer taraftan hemipleji, ânî tansiyon düşmesinden mütevellit ölüm, vertij, anoreksi gibi komplikas-yonlar müşahede edilmiştir. Bundan dolayı bu i-lâçların tatbiki sıkı surette klinikte yatan hasta-lara inhisar etmelidir. Kaldı ki, bu vakaların bü-yük bir kısmında basit bir yatak istirahati ve tuz-suz rejimle salâh görüldüğü hesaba katılırsa bu maddelerin tesiri karanlık kalmaktadır (Brit. med. J. 1951, 1, 778).

Anemi tedavisinde kobalt. Yeni yeni araştı-rmalarla kobaltın insanlarda ve hayvanlarda bir poliglobüli husule getirdiği anlaşılmıştır: 1) Evve-lâ depo organlardaki kan mobilize olur, 2) Kemik iliğinde eritropoez artarak kanda muhtelif genç-likte eritrositler çoğalmaya başlar. Kobaltın bu te-siri Redox sistem fermentlerini bloke etmesiyle il-gilidir: Böylece bedenin oksijen sarfiyatında bir kısımla (Dahilî bir hypoxaemie) husule gelir ve alelûmum hipoksemi hallerinde (meselâ yüksek irtifalarda) olduğu gibi kemik iliği tenebbüh eder. Kobaltın bu tesirinden bilhassa Akdeniz anemisi denilen Thalassaemia Minor vakalarında faydala-nılmıştır. Bu hastalık irsî, hemolitik bir anemidir, kanda şiddetli bir anizo-makro veya mikrositoz, kokard hücreleri gösterir, âşikâr bir hemolize mu-kabil hipotonik tuzlu su mahlûllerine karşı rezis-tans artmıştır, ikter ve dalak büyümesi yoktur. Bu hastalara demir, karaciğer, folik asid preparatları pek fayda vermez. Dennir tedavisine teşrik edilen kobaltden âşikâr iyi netice alındığından bahsedil-mektedir (Ars Med. 12, 1951).

Mükerrer sık kan verenlerde husule gelen a-nemilerde demir tedavisinden iyi netice alınmak-tadır. Ağır anemi tessüs etmiş 11 kanvericinin kan

tablosunda aşıkâr hipokromi ve vak'aların çoğunda mikrositoz tesbit edilmiştir, retikülosit sayısı ve serum demiri seviyesi düşük bulunmuştur. Bunlarda organizmanın demir ihtiyatında bir tükenme hali mevzuu bahistir. Bundan dolayı hastalar ağızdan nisbeten küçük dozlarda demir tedavisine iyi cevap vermektedir. Bol albuminli gıda tatbik tek başına tesirsiz kaldığı halde demir tedavisine teşrik edilmekle hemoglobin yükselmesini süratlendirmektedir (Bateman: Ann. Int. Med. 2, 1951).

Hemofili tedavisinde organik Dijod mürekkepleri kullanılmış ve 49 hemofili vak'asında en-travenöz perabrodil tatbikinde niyi neticeler alınmıştır. Deri ve adale kanamaları, bilhassa mukoza kanamaları diğer mutad tedaviye (transfüzyon ve lokal tedbirlere) nazaran daha çabuktur. durulabilmiştir. Perabrodilin hemofilideki tahasür hatasına ne mekanizma ile tesir ettiği malûm değildir (Dunn, Lyons: Med. J. Austral. 1951, II, 5).

Bazı ateşli hastalıklarda nefroz sendromu için düzelir? Nefroz sendromu, araya giren bazı ateşli hastalıklarla (kızıl, kızamık, malarya, tekayühler) geçici bir salâh göstermektedir. Bu salâhın sebebini, retikülo endotelyal sistemin bu arada geçirdiği non-spesifik bir tenebbüh faaliyetinde aramalıdır. Gerçekte, nefrozlu hastaların kan proteinleri, Res'in fonksiyonel bir kifayetsizliğine has bir vasıf göstermektedir: (Serum albümin ve γ globülin miktarının azalması, α ve β globülinin çoğalması, kompleman seviyesinin düşkünlüğü ve hipertansinojen fıkdanı). Diğer cihetten, bedende muayyen antijenleri karşılayan antikorların globülin fraksiyonuna bağlı olduğu da burada hatırlanabilir. Nefrozlu hastaların türlü intanlara karşı maruf olan mukayemetsizliği de bundandır (Moeller: Klin. Wschr. 24, 1951).

Capreti ve Arduini 6 akut mafsalsomatizmasında gentisate de sodiune tatbik etmişlerdir. Gentisate dozu 10-16 gram arasındadır. İki vak'ada 3-4 günde patolojik semptomlar kaybolmuş, bir vak'ada remisyon temini için salisilat teşriki icab etmiş, diğer vak'alarda gentisate'dan netice alınmamıştır. İki vak'ada toksik eritemler husule gelmiş, diğer iki hasta tedavinin kesilmesiyle kaybolan alkaptonüri göstermişlerdir. Hazım cihazının toleransı zikre şayandır ve yüksek dozların verilmesine müsaade etmiştir. Müellifler gentisatinin tedavi tesirinin salisilatınkinden düşük olduğu neticesine varmışlardır. Bununla beraber salisilata mukavim bazı vak'alarda salisilata teşrik etmekten fayda beklenebilir. Alınan neticeler bugün akut mafsalsomatizması tedavisinde salisilatı gentisat ile değiştirmeye katiyen müsaade etmeyecek mahiyettedir (Ars. Med. 1, 1952).

Enfeksiöz mononükleoz'un auréomycinle te-

dvavisi hakkında birbirine zıt neşriyat yapılmıştır. Müellifler 8 vax'ayı auréomycine ile, 8 vax'ayı auréomycinsiz tedavi etmişlerdir. Aldıkları neticeye göre ilâcın hastalığın ağırlığı ve devamı üzerine hiçbir tesiri yoktur (Burnet, Milne: New Engl. J. Med. 13, 1951).

Auréomycin'in aktinomikozun neşvünemasını durdurucu tesiri invitro gösterilmiştir. 3 serviko-fasial, 1 abdominal aktinomikozlu hasta auréomycinle muvaffakiyetli bir şekilde tedavi edilmiştir. Antibiyotik gerek lokal gerekse ağız yolu ile verilmiştir. 60-150 grama kadar auréomycin verilmiştir. Tedavi tesiri çabuk görülmüş, hastalar şifa bulmuş ve residiv olmamıştır (New Engl. J. Med. 245, 3, 1951).

Akut ve kronik safra yolları enfeksiyonlarında protocid'in bakteriostatik tesiri gösterilmiştir. Klinik tatbikatla 28 hastada müsait netice alınmıştır. Safra yollarındaki enfeksiyonun kalkması ile ekseriya hastalığa refakat eden karaciğer bozukluğu da iyileşmiştir. İkterle müterafik ağır parankim bozukluklarında bile sülfonamid entoksikasyonu görülmemiştir. Karaciğer ve safra kesesi fonksiyonlarının ileri derecede bozulmuş olması, safra yollarını maniaları gibi sebeplerin tedaviden alınan müsait tesiri azalttığı fark edilmiştir. (Schulz, Voth.: Dtsch. med. Wschr. 6, 1952).

Ülserlilerde Banthine tatbik edilmektedir. Aşıkâr bir spazmolitik tesiri olan bu ilâcın terkibi beta-dietil amino etil ksanten-9-karboksilat klorhidratdır. Vak'aların çoğunda 6 saat arayla 100 mg olmak üzere Günde 400 mg optimal dozdur. Bazı vak'alarda her 4 saatte 100 mg vermek lâzım gelmiştir. Banthin 100 hastada (38 cerrahî bir müdahale endikasyonu olmayan duodenum ülseri, 55 cerrahî müdahale endikasyonu olan duodenum ülseri, 7 peptik ülserde) tecrübe edilmiştir. Tecrübe neticelerinin vuzuhlu olması için diğer bütün tedaviler ve hususî rejim kaldırılmıştır. Yatmak mecburiyetinde kalan hastalar kalkmaya ve yavaş yavaş şişlerine başlamaya teşvik edilmiştir. Tedavinin başlamasından 2-3 hafta, 6 hafta ve nihayet her 3 ayda bir muntazaman mide ve duodenumun radyolojik tetkiki yapılmıştır. Vak'aların çoğunda tedavinin 3-8 inci haftasında deformasyon ve ebad itibariyle ülserde ehemmiyetli bir düzelme görülmüştür. Bu vak'alarda ilâcın dozunu yarıya indirmek lâzımdır. 95 hastada banthin tedavisinden aşıkâr şekilde faydalanmış, yalnız 5 hastada ameliyata mecbur kalmıştır. Ülser tedavisinde müessir bir madde olduğu neticesine varılan banthin, bilhassa mide peristaltizmini, bir dereceye kadar da sekresyonun miktar ve asiditesini azaltarak tesir eder. Ağız kuruluğu, midriazis, konstipasyon gibi tâlî tesirleri ehemmiyetsizdir. İstirahat, kalevî müdavat ve icabında rejim teşrik etmek sure-

tiyle banthin tesirinin yükseltileceği aşıkârdır (J. A.M.A. 1950, 143, 873).

Maggi ve Meeroff tetra-etil - amonium klorür ile peptik ülser tedavisi tavsiye etmektedir. Entromüsküler olarak kilo başına 15 mg hesabı ile tetra-etil - ammonium klorür tatbik edilen 18 hastanın %80 inde memnuniyet verici netice alınmıştır, mide muhtevasının miktarı azalmış ve gece gelen ağrılar tamamen kaybolmuştur. Nöro-vegetatif ganglion sinaplarını bloke etmek suretiyle tesir ettiği düşünülmektedir. İlâcın mide tonüs ve hareketleri üzerine olan tesiri de mütalâa edilmiş, tonüsün vak'aların %50 sinde, kontraktilitenin %90 dan fazlasında nehyedildiği görülmüştür. Mide hipermotilitesine bağlı ağrıları azaltmak mevzuu bahis olan hallerde bu ilâcın tatbiki uygundur. Dumping sendromu gösteren hastalarda da tavsiye edilmektedir (Ars. Med. 9, 1951).

Gastrektomiden sonra görülen süratli tahliye sendromunun husulünde potasium noksanının

rol oynadığı düşünülmektedir. Dumping sendromu da denilen bu sendrom yemekten sonra adale zaafı, uyuklama gibi ârazilarla karakterizedir. Mide rezeksiyonu ve vagotomi yapılmış 6 hastada nöbet esnasında kanın potasyum seviyesinde anormal bir düşüş olduğu tesbit edilmiştir. Aynı zamanda K noksanı için karakteristik olan EKG değişiklikleri ve çizgili adalelerin fonksiyon bozukluğunu gösteren elektromyografik işaretler bulunmuştur. Bununla beraber entromüsküler kalium klorid zerklere adale zaafı ve EKG değişikliklerini önlediği halde Dumping sendromuna tesir etmemiştir. Bu vak'alarda münferit potasium eksikliği süratli tahliye neticesi karbonhidratların anormal bir süratle rezorbe edilip glikojen halinde depo edilmesiyle husule gelebilir. Burada kaliumun glikojen depo eden hücrelerde bağlanması düşünülebilir. Bundan başka potasium seviyesinin düşmesinde adrenaline benzer bir maddenin serpilmesi de rol oynamış olabilir. (Smith: Lancet, 6687, 745, 1951, II).

REFERATLAR

Yeni verem ilâcı: Ağız yolu ile kolaylıkla tatbik olunan verem hastalığının yeni ilâcı bu âfete müessir olduğu henüz bilinmeden 1912 senesinde elde olunmuştur. İtalyanlar 1945 senesinde bu ilâçla meşgul olmuşlar ve sülfamitleri keşfeden Prof. Domagk ise 1950 de ilâcın verem hastalığına müessir olduğunu tesbit ederek iki senedenberi de kliniklerde tecrübeler yapılagelmiştir. Bu yeni ilâç nisbeten kolaylıkla elde edilebilen Acide İsonicotinique'in suda eriyen kristalize bir derivativesidir. Klinikde kilo başına günde 2-3 mgr. olarak verilmektedir. 50-100 mgr. lık tabletler halinde hazırlanmakta olup günde 100-150 mgr. miktarı yemeklerde üç dört defada olmak üzere verilmektedir. Şimdiye kadar kliniklerde (Birleşik Amerikada) yapılmış tecrübeler göre verem hastalığında hararet derecesini düşürmekte çok müessir bulunmuştur. Kiloyu, iştihayı arttırarak umumî hali düzeltmektedir. Buna mukabil sedimantasyonda, radiolojik imaj (%50) ve kan formülünde değişme görülmez. Baş dönmesi ve kabız gibi ilâcın tâli (toksik) tesirleri ehemmiyetsizdir. Verem hastalığına karşı şimdiye kadar tatbik olunan ilâçların haiz olmadıkları çok mühim bir hassa, bu ilâçta mevcuttur. Oda Koch basiline karşı bakterisit hassasının bulunuşudur.

Bu sebeple heyeti umumiye itibarile ilâcın tesiri bilhassa profilaksi ve sirayet bakımından çok mühim görülmektedir.

Bu güne kadar yapılan tecrübeler göre bu yeni ilâç tüberküloza karşı bulunmuş iyi bir vasita olarak kabul edilmelidir. İlâca mukavim veya refrakter şekillerin mevcudiyeti veya tedavi neticesinde meydana gelmesi de göz önünde bulundurulmalıdır.

Umumî Asteninin sebebi olarak vejetatif nevroz: (Dr. Schulz, Oldenburg, Vertrauensarzt und Kranken-

kasse 1938, No: 5, s. 97). Müellif, asteni olduğu kabul edilen 24 vak'adan bahsediyor ki, bunlarda vejetatif sınırların karşılıklı münasebetlerinde bir bozukluk tespit edilmişti; bu bozukluk, deveran sisteminin ve hazım cihazının çeşitli tegayyürleri şeklinde kendisini göstermekte idi. Bu vejetatif fonksiyon bozukluğunun primer olduğunu ve organizmayı muhtelif eksojen ve andojen zararlılara karşı hassas bir hale getirdiğini müellif zannetmektedir. Vejetatif bir nevroz, erken bir zamanda meydana çıkarılır ve uygun bir tedavi tatbik edilirse, vejetatif bakımdan labil kimselerde bir nevrozun başlamasını önlemek ve bu suretle sınırları takviye edici ilâçlarla uzun süren bir nevroz tedavisinden kurtulup, hastanın masrafa boğulmamasını temin etmek kabil olur.

Müellif bundan sonra kendisi tarafından tatbi k edilmiş olan tedavi tarzının ana hatlarını bildirmektedir. Bu tedavide ilâçlardan tamamile sarfınazar edilmiştir. Fakat buna rağmen bazı vak'alarda vejetatif bozukluklar için tavsiye edilen deveran mukavvisi **Cardio-vasculaire Merck**'i vermek zorunda kalmıştır. Vakıa bu müstahzar, hastaların sanatoryumda kaldıkları müddet zarfında ancak 6 vak'ada kullanılmıştır; fakat hastalar sanatoryumdan çıktıktan sonra tedaviye devam için hepsine bu ilâç tavsiye edilmiştir. 4 vak'ada ilâcın tesiri dikkatli bir surette takip edilebilmiştir. Çünkü bu vak'alarda ancak bir zaman geçtikten sonra tedaviye ilâve olmak üzere **Cardiovasculaire** verilmişti. Bir defasında kan tazyiki ancak **Cardiovasculaire** verildikten sonra yükselmiştir. 3 vak'ada ancak bu müstahzarın tatbikinden sonra bütün şikâyetler ve bilhassa barsak bozuklukları geçmiştir. Deneme olarak muvakkat bir zaman için ilâcın kesilmiş olduğu bir vak'ada, 2 gün sonra çok müz'ic olan iştihazsızlık, tagavvut, uyku bozuklukları ve umumî yorgunluk

avdet etmiştir. Bu da, elde edilen iyiliğin **Cardiovasculaire** sayesinde olduğunu kuvvetle ispat etmektedir.

Ayakta dururken alınan elektrokaardiogramın pratikteki ehemmiyeti: (J. Schmidt - Voigt; Medizinische Klinik 1949, No: 37, s. 1190). Vücudün durumuna tâbi olan ve **ortostatik dolaşım bozukluğu** olması itibarile bilhassa beyin damarlarını ve kalbin koroner damarlarını alâkadar eden deveran bozukluklarını, hasta ayakta dururken alınan elektrokardiogram meydana çıkarır. Bu vaziyette alınan elektrokardiogram çok defa karakteristik bazı değişiklikler gösterir (tip değişiklikleri, ST parçasının düşüklüğü, T dalgasının basık bir hal alması), halbuki aynı hasta yatar durumda iken alınan elektrokardiogram, tamamiyle normla bir şekildedir. Müellif, çalışma kabiliyetinin azalmasından, ayağa kalkınca veya uzun müddet ayakta kalınca gelen başdönmesinden, baş ağrısı, bulantı, uykulu hal, kalb nahiyesinde tazyik ve ağrı hissinden şikâyet eden 2 hasta bildiriyor ki, bunlarda beyhude yere tatbik edilen dijital ve strofantin tedavisinden sonra ancak ayakta dururken alınan elektrokardiogram hastalığın sebebini meydana çıkarmıştır.

Ortostatik deveran bozukluğunun tedavisi için, bugün ekseriya düşünmeden tatbik edilen strofantin tedavisi mevzuu bahis olamaz. Çünkü kalbin fonksiyonunda primer hiçbir bozukluk mevcut değildir. Müellif bu gibi vak'alarda uzun müddet ayakta durulmamasını (hattâ mümkünse meslek değiştirilmesini) ve ilaç olarak **Cardiovasculaire Merck** gibi deverana tesir eden müstahzarların alınmasını tavsiye ediyor. Ayrıca hidroterapötik tedbirlerin (banyolar, duşlar), sonra cildin kuru olarak fırçalanmasının ve et ve tuzdan zengin bir rejim takib edilmesinin iyi netice verdiği görülmüştür. Müellif, muntazam bir şekilde yapılan vücut antrenmanlarına büyük bir kıymet vermektedir.

Dr. A. M. Atakam

Tabii ve sun'î klimakteryumdaki noksanlık belirtilerinin Dépôt-Oestroménine ile tedavisi: (K. Geipel, Medizinische Klinik 1950, sayı 30, sayfa 922). Adale arasına zerkedilmek üzere hazırlanmış bir diméthoxydiétylstilbène mahlûlü olan Dépôt-Oestroménine, östrojen depo tedavisi sahasında yeni bir prensibi ihtiva etmektedir. Müellif, miktar hususunda muayyen bir şema veremiyor. Bazı hastalarda 12 mgr. kâfi geldiği halde, diğerlerinde aynı tesir müddeti zarfında 24 mgr. veya daha fazlasına ihtiyaç hasıl oluyor. Arazların zuhurundan Dépôt-Oestroménine tedavinin başlangıcına kadar zamanın, bilhassa sun'î klimakteryumda, tesir sür'ati ve muvaffakiyet müddeti için ehemmiyeti büyüktür. Yumurtalık faaliyeti uzun zaman kesilecek olursa, yalnız iç ifraza ait regülasyon bozuklukları değil, vejetatif sinir fonksiyonlarında da bozukluklar meydana çıkar. Ovaryum faaliyetinin noksanlığı ne kadar uzun devam ederse, bu bozukluklar da o nispette fazla olur. Bunun için bazan vejetatif stigmatizasyonun da tedavi edilmesi lâzım gelir. Bu bilhassa aşikâr bir şekilde ise, ilâcın tatbiki esnasında tâlî belirtiler meydana çıkabilir. Müellif bunun için tedavie başlamadan önce vejetatif stigmatizasyona ait âlâmetlerin araştırılması ve başlangıç dozunun 12 mgr. olarak tahdid edilmesini tavsiye ediyor.

Her türlü hormon tedavisi fizyolojik nispetlere uygun olmalıdır, yani kan seviyesinin sabit bir halde tutulması için tatbik edilecek hormonu devamlı olarak alçak dozlarda ithal etmelidir. Yüksek miktarlar darbe tesiri yaparlar. Jinekolojide çok kullanılan müstahzarların ekserisi bu prensibe uygun olmadığı halde, Dépôt-Oestroménine umumiyetle bütün bunları karşılar. Dépôt-Oestroménine metil grubundan yavaş yavaş kurtularak uzviyete devamlı bir şekilde nüfuz eder. 12 mgr. in tesiri vasatı olarak 6-8, 24 mgr. in tesiri 10-12 hafta sürer, fakat şahsa göre daha kısa veya daha uzun da olabilir. Çok defa 24-36 saat zarfında bir salâh vukua gelir, hattâ tam bir rahatlık hissedilebilir. Birinci enjeksiyondan takriben 5 gün sonra 12 mgr. in kâfi gelip gelmeyeceği anlaşılabilir. Ancak salâh daha ziyade ilerlemezse tekrar 12 mgr. verilmelidir. Aynı şerait tahtında üçüncü bir enjeksiyona teşebbüs edilebilir. Tedavi edilen vak'alar arasında devamlı kanamaya hiç tesadüf edilmemiştir. Vakıa 35 vak'asının nispeten az olması dolayısıyla katî bir hüküm verilemezse de, Dépôt-Oestroménine'in şimdiye kadar kullanılmakta olan östrojen maddelere gerek tesir, gerekse ekonomi bakımından hiç olmazsa eş olduğu, hattâ kısmen de faik bulunduğu daha şimdiden tespit edilmiştir.

Müzmin servisitlerin elektrokoagülasyonla tedavilerinden çıkabilecek arzalar: (L. Pacaud. 1951 - Paris). Müellif, metrit dü kol kronikte elektrokoagülasyondan sonra enfeksiö, hemorrajik mekanik arzalar husule gelebileceği gibi, sterilite, gebelik halinde travay esnasında büyük dilatasyon güçlükleri zuhur edebilir. Bu itibarla elektrokoagülasyon, hiç değilse (üremi - prokreasyon) bakımından, pronostiği ağır bir tedavi tarzı olarak telâkki edilmeli ve tenasülî faaliyet çağında bulunan kadınlarda bunu tatbik etmeyerek onları sair tedavilerden faydalandırmalıdır.

Vaginaya endometrium parçası grefe edilmekle âdetin idamesi: (L. Ebin. 1951 - Paris). Annekslerin muhafazası suretile yapılan total veya sübtotale histerektomilerde âdetin devamını temin maksadile, müellif, 20 senedenberi tatbik edilmekte olan vajene bir endometrium lâmbosunun emplantasyonu üzerine dikkati çekmektedir. Dikkat ve itina ile alınan iyi bir mukoza lâmbosunun nekroze olması, tutmaması ve iltihaplanmasının nadiren vuku bulduğuna şahit olduğunu bildiriyor. Hayvanlarda tecrübe olarak yapılan histerotomilerden sonra yumurtalıkların skleroze olduğunu, halbuki bu hayvanlarda rahim çıkarıldıktan sonra vaginaya bir endometrium şerihasının enplantasyonu yapılmış yumurtalıkların fonksiyon ile hayatîyetlerini uzun müddet muhafaza ve idame ettirebildiklerini görmüştür. Bu hâl, endometrium ile yumurtalıklar arasında karşılıklı endokrin tesir ve tenbihin mevcudiyetini gösterir. Kadınlarda, vajene yapılan endometrial greft ile yıllarca (yalancı bir menstrüasyon) tesis ve idame ettirebileceğini, bu kadınların operatuvar menopoz teşevvüşlerine maruz kalmıyacıklarını ve bu halin, yalancı âdet görmüyenerde bile meydana gelmemekte olduğunu yazısında izah ediyor.

Doğum sonrası ağrıları: (P. Poulain; Gyn. et Obst. Suppl. No: 4 - 1951). Mültiparların, doğumu takip eden saatler ve bir kaç günde hissettikleri ağrıların bazen çok

iztirap verici oldukları malumdur. Bazen bu son ağrılarını primiparlarda da görülebiliyor ve hemen hemen de karın adaleleri zayıf olan kadınlara inhisar ediyor denebilir. Kramplar tarzında gelmekte olan bu ağrılar esnasında ya uterusu bir laterofleksiyon bulundurur yahut rahim ortada olup korpus uteri segmen inferior üzerine kıvrılmış, katlanmışdır. Müellife göre bu durumlar ve dolayısıyla tranşe uterinler, lohusanın vakitsiz sağa sola dönmesi ve doğrulmasıyla uyandırılır, yahut tekrürüne sebebiyet verilir. Rahim yanlara doğru inhiraf ettiği takdirde ağrı (ünilateral) ortada bulunup da segman inferior üzerine bütünlüce (bilateral) oluyor. Son ağrıların adı da verilen bu ağrıların, rahimdeki deviasyonun veya segman inferior üzerine katlanmasının el ile düzeltilmesi yahut lohusa yüzükoyun yatırılmak suretile giderilebilmektedir. Bu sükunet, yeni bir hareket yapılarak yeni ağrı uyandırılınca kadar devam eder. Üç yıldanberi bu usulü tatbik eden müellif, lohusaların da kendisinin de tedaviden memnun oldukları bildiriyor.

Primiparlarda B₁ vitamini ve antispazmodiklerle doğumun hızlandırılması: (P. Poulain: Obst. et Gyn. suppl. No: 4 - 1951). Müellif 17 vak'ada tatbik ettiği bu tedavi tarzını şöyle anlatıyor: Efasmanın tam olduğu ince kenarlı, ufacak dilatasyonlu vak'alarda evvelâ 50 mgr. B₁ vitamini şırınga edilir, bir saat sonra 25 mgr. B₁ vitamini ile birlikte bir antispazmodik (spasalgine gibi) zerk edilir. 11 vak'ada dilatasyon 2-3 saat zarfında, 4 vak'ada 4-7 saat arasında ve biri makadî itilanlı 2 vak'ada 10 ve 11 saatte tamamlanmıştır. Müellif bu son iki vak'ayı, muvaffak olunmamış addetmektedir. Travayın muntazam bir seyir takip etmekte olduğunu ve kontraksiyonların hem şiddetlendiğini hem de ritmik bir hâl aldığını zikretmektedir. Doğuran kadınların ağrıya karşı olan hassasiyet derecelerinin çok değişik olması dolayısı ile ilâcın analjezik tesiri hakkında kat'î bir şey söylemek mümkün değildir. Bununla beraber travay başlangıcından itibaren yüksek sesle bağurmakta olan kadınların bile oldukça sakinleştiklerine şahit olunmuştur. Bu tedavinin indifa üzerine hiç bir menfi tesiri bulunmadığı gibi doğan çocukta da zararı görülmemiştir.

Gebelikte ortaya çıkan iki taraflı katarakt andokrinien: (M. A. Spiringer Gyn. et Obst. No. 4 - 1951). 24 yaşında olan genç hastada, ilk gebeliğinin 5. ayında, bilateral bir katarakt andokrinien zuhur ederek normal doğumu müteakip şiddetlenerek vizyonu sağda 0,6 solda 0,4 e düşüyor. Hastahanedeyatıp 6 ay paratyron ve tiroid hülâsaları ile tedavi edilmiş olmasına rağmen, görmesinde hiç bir fark hissetmeyen hasta, bu yazının yazmasına baş vuruyor. Anamnezinde dikkati çeken şu nokta tesbit ediliyor: Hastanın görme derecesi, her adet esnasında azalıyor ve ay başı kanaması dindikten sonra eski seviyesine avdet ediyor. Kalsemi, kalsiüri, fosforemi, fosfatüri normal bulunuyor. Menstürasyonun 24. gününde yapılan muayenede, endometriyumun (istirahat) safhasında olduğu anlaşılıyor. Hastaya paratyron ile birlikte ve cyclus'u taklit eder şekilde ön hipofiz, follükülün ile progesteron şırıngaları yapıldıktan 2 ay sonra (aktüite vizüel) her iki gözde 0,8 e yükseliyor. Elde edilen salâh hastayı da onu tedavi edeni de çok memnun ediyor.

Genç gebelerde kolesistit ve kolelitiâz: (J. Walter, J. Jerwik ve J. R. Thistlethwaite: Surgery, December, 1950). Gebelik, emzikkilik, tifo nekahati, menopoz, obesité, hipertiroidizm ve arteriosklerozda kandaki kolesterol artar. Kolesterol metabolizmasının bozukluğu, enfeksiyon, ekstrahepatik safra yollarındaki staz yahut obstrüksiyonlar safra asidleri, tuzlarındaki tahavvüller taş teşekkülünde önemli roller oynarlar. Gebelerde taş husule geldiğini bildiren ilk alâmet ekseriya hamlin son üç ayı ile doğumu takip eden 3-8 hafta arasındaki zamanda zuhur eden sancılardır. Müellifler 6 ayda 30 yaşından dün 10 gebeye kolelitiâz dolayısıle ameliyat yapmışlar, hepsinde çok iyi sonuçlar elde etmişlerdir. Bu 10 hastanın yalnız bir tanesinde, gebelikten çok evvel, safra taşı antedanı varmış, diğerlerinde hastalık ilk defa gebeliklerinde tezahür etmiştir. Müelliflere göre, genç kadınlarda kolelitiâz teşhisi kondu mu — iltihabî haller hariç — ameliyat yapmak en iyi yolu seçmektir.

Gebelikte bakteriüri: (Y. B. Berstine ve G. H. Warren: Am. J. Obst. and Gyn. June 1951) Müellifler rastgele 18 primipar ve 30 multipardan sonda ile idrar alıp, kültür yapmışlardır. Vak'aların %45,8 inde bakteriüri tespit etmişlerdir. Bakteriüri olanların %54,5 unu, multiparlar teşkil etmekte idiler. Bakteri çıkararak hastaların yalnız 7 tanesinde, bilâhara iltihabî âraz zuhur eylemiştir (Pyelonephrite).

Gebeliğin üriner sistem üzerindeki tesirleri: (G. C. Prather; - 1951). Pelvis renalis ve ureterlerin en üst kısmında, gebeliğin 4 üncü ayında, genişleme başlar ve 7. ile 9. aylar arasında azamî dereceye vasil olur. Bu dilatasyon, sağda sola nazaran daha yüksek nispette vuku bulur Pelvis renalis genişlemesine müptelâ gebelerde, ateşsiz, lökositöz, bakteriüri olmayan üzere, böbrek nahiyesinde, şiddetli ağrı husule gelir. Huveyza dilatasyonundan şüphe edilen vak'alarda, piyelografi teşhis için en iyi vasıta'dır. Bu genişlemede, müellife göre, plasentanın çıkarmış olduğu muhtelif hormonlar ve gravid uterusun tazyiki rol oynamaktadır. Huveyza genişlemesi dolayısıle, şiddetli ağrı çeken hastalara, müsekkinler verilmekle beraber, idrarın mesaneye drenajını sağlayacak olan, uygun pozisyonu vermektedir. Gebelerde şiddetli üşütmelerden sonra ateşlenme, yan ağrıları, palpasyonla hassasiyet veya ağrı, bulantı kusma gibi âraz zuhur edecek olursa, pielonefrite delâlet eder. Bu gibi hastalara bol mayiat (24 saatte 3 litre), hem koküs hem de koli basillere müessir sulfamidler (4-7 gün ve her seferinde bir gram olmak üzere, günde 4 gr.) verilmelidir. Mikroskopik muayene veya kültürde, yalnız koküsler bulunduğu takdirde, yüksek doz penicillin veya diğer antibiyotiklerden istifade edilecektir. Avortman endikasyonu, yalnız, böbrek fonksiyonlarının aksaklığı ve bozukluğu vak'alarında endikedir.

Uterus kontraksiyonlarına sempatik ve parasempatik yolla tesir: (H. Fegerl ve G. Narik: Geb. u Frauenkr. Sept. 1951). Sempatik, uterusu tekallüsleri için inhibitör, parasempatik ise eksitatördür. Meselâ atropin, parasempatik'i felç ederek, kontraksiyon vüs'at ve sıklığını azaltır. Adrenalin ise, sempatik'i tenbih etmek suretile, aynı şekilde tesir eder. Sempatik müsekkini (dihydro-ergota-

min gibi) ve parasepatik münebbihi (acécholine, acétylcholin ve benzerleri) rahim tekallüslerinin vüs'atini de , sıklığını da artırır.

Mukoza poliplerinin klinik incelenmesi: (Prof. H. Huber: Geb. u. Frauenk. August 1951). Müelliflerin e-linden geçen 1125 müköpolipin, 800 ü kolluma, 325 i korpusa ait bulunuyormuş. Bunların yalnız birinde, kanser tesbit edilmiştir. Vak'aların %25 inde polip; korpus, nefir ve over kanseri ile birlikte bulunmuştur. Bu son ciheti göz önünde bulunduran profesör, polipli kadınların dik-katli muayeneden geçirilmesini ve polip istisalinden son-ra da tamamlayıcı kürtaj yaparak, matiyer dö kürettajın, histolojik muayeneye tâbi tutulmasının rutin haline ge-tirilmesini, ehemmiyetle tavsiye ediyor.

Flor laktik (Döderlein basilleri) ve vaginal sitoloji: (E. Polloson, P. Haour ve A. Ranchet, Obst. et Gyn. No: 4 - 1951). Döderlein basilleri ile mihibel sitolojisi arasın-daki münasebeti 311 vak'ada tetkik eden müellifler, şu neticelere varmışlar: Normal sitoloji gösteren, normal sikluslu kadınlarda, sitolojik endeksin en düşük bulun-duğu, âdetten evvel ve sonraki birkaç günde, koksi biç-i-minde yani, D₁ tipte, 5-11 ve 18-24 günler zarfında, kı-sa çubuklar D₂ tipte; asidofilik endeksin en yüksek se-viyede bulunduğu günlerde uzun batoneler D₃ tipte gö-rülürler. Bununla beraber bazen ikisi arasında uygun-suzluk olabiliyor.

Gebelik ve üriner sistemde ihtilâtlar: (H. L. Kret-schmer; Illinois Med. Jour. March 1951). Müellif 8564 doğumda yalnız 5 piyelonefrit kaydetmiştir. Böbreklerde staz üriner gebelikten önce mevcut yahut hamil esnasın-da veya loğusalıkta zuhur eden enfeksiyon foküsleri (çü-rük diş genjivit tonsillit farenjit teneffüs cihazı enfeksi-yonu veya kabızlık) piyelonefrit'in; başlıca sebepleridir. Üşüme titreme ateş ve ter böbrek nahiyesi veya nahie-lerinde ağrı; muayenede aynı bölgede hassasiyet, ağrı, idrarda cerahat ve bakteri bulunması, piyelonefritin senptomatolojisini teşkil eder.

Tedavi preventif ve küratiftir. Vaki olarak böb-reklerde hastalık zuhur etmeden, enfeksiyon mihrak-larını ortadan kaldırmaktır. Küratif tedavide, bu fuayele-rin yok edilmesi ile birlikte, bol mayiat, uygun rejim, sul-fonamitler ve antibiotikler verilecektir. Tedavi gebelik ile loğusalıkta aynıdır. Müellif; tetkik ettiği 8564 gebe-nin hepsinde, pelvis renalis ile, ureter üst bölgesinin, nis-bi genişlik gösterdiklerini, tesbit etmiştir. Bu dilatasyona, östrogen hormon, progesteron ve gebe rahmin yaptığı konpresyonu sebep adediyor. Bu genişlemelerin; doğum-dan iki hafta sonra %60'ın, 6 hafta sonra %34 ünün, ve 12 hafta sonra da %6 sının, kaybolarak normal hale evdetin, vuku bulduğunu, kontrol piyelografileri ile aç-ığa çıkarmıştır. Bu tevessü dolayısıyla husule gelen stazın; piyelonefritin zuhurunda yardımcı sebep bulunduğuna kani bulunuyor.

Böbrek taşına gebelikte nadiren rastgelinir. Bundan dolayı üzerinde ehemmiyetle durulmaya değmez. Nadiren tıbbî tedavi ile bertaraf edilemeyen çok şiddetli sancılı nefrolityaz vak'alarında, ameliyat endikedir.

Sıkıtt tehdi ile arızalı doğan çocuklar arasında mü-nasebet: (E. S. Burge. Am. Jour. Obst. and Gynec. March

1951). 12000 gebeyi takip eden müellif, sıkıtt tehdi ge-çirmiş olan kadınlardan doğan, 289 çocuktan 110 nunda ağır 179 unda hafif, konjenital defekt tespi tetmiştir. Sı-kıtt tehdi dolayısıyla tedavi görmüş, 800 hastadan ibaret başka bir grupta, miadında 25 arızalı, 79 u düşük tehdi geçirmiş 900 gebenin, teşkil ettiği başka bir grupta, iki çocuk malformasyonlu doğmuştur. Müellifin bu tet-kikatına göre, düşük tehdi dolayısıyla, tedavi edilen kadınların ancak %3 ü arızalı çocuk doğurmaktadır. Bunların yarısı (%1,5) ağır suiteşekküllü oluyor. Binae-naleyh en hafif düşük alâmetleri belirir belirmez kadının uzunca müddet (kanama dindikten bir hafta sonraya ka-dar) yatakta tam istirahatte kalması ve müsekkinler, kontraksiyona mani olacak ilâçlar ile hormonlar veril-mesi lâzımdır.

Dr. Emir Atakam

Amnios suyunun hemostatik tesiri: (M. Verstraete; Revue Belge de Pathologie et de medecine experimen-tale, T. XXI, No: 4). Müellif bu husustaki tecrübelerini aşağıdaki şekilde hülâsa etmektedir. 1 - Amnios mayii faal pıhtılaştırıcı bir tesir göstermektedir. 1/25 nisbetin-de kan ile karıştırılan bu mayi kanın normal pıhtılaştırma müddetini yarı yarıya kısaltır. 2 - Amnios suyu protrombin, trombin, fibrinojen yoktur. 3 - Amnios su-yunun pıhtılaştırma tesiri tromboplastin süspansiyonla-rının tesirlerinin aynıdır. 4 - Protrombin dozajında (Quick-Soulier testlerinde) tromboplastin süspansiyon-ları yerine amnios suyunu kullanmak kabildir. 5 - Mu-hemel olarak amnios suyu tromboplastinin ihtiva et-tiği (plasmatik ve sellüler faktörler) iki esas mevcuttur. 6 - Amnios suyunun heparine karşı hassasiyeti de trom-boplastik hassalarını gösterir. 7 - Placenta örgüsünden yapılan tromboplastin preparatları akciğer ve dimağ eks-trelerinden hazırlanan preparasyonlara nazaran daha mu-kavim ve termostabildir.

Ülserasyon menşeli spontan iç safra fistülleri: (Bas. Kourias; Journal de Chirurgie T. 68, No: 2, şubat 1952). Müellif patolojik olarak kolesistodüodenal, kolesistogas-trik, kolesistokolik, kolesistojejunal, kolesistoileal, kole-dokodüodenal, koledokokolik gibi iç safra fistülleri vak'a-larını esash bri surette tetkik ederek spontan husule gel-miş 36 vak'alık bir travay neşretmektedir. Bu hususta u-zun tetkikatın neticesini müellif aşağıdaki şekilde hülâ-sa etmektedir. 1 - Safra yolları taşlarından husule gel-miş iç fistüller uzun zamandanberi bilinip tetkik edildiği ve neşredildiği halde bir düodenum ulkusunun koledo-ka, safra kesesine açılmış bulunması daha az bilinmekte ve daha az mütalâa edilmiş bulunmaktadır. Taştan ileri gelen fistüllerin nisbeti %90, halbuki diğerlerinin nisbeti %6 yı geçmez. Müellifin iç safra fistüllü 36 vak'asından 19 u (%52,7) taş ve 14 ü (%38,8) düodenal ulkustan ile-ri gelmiş bulunmaktadır. 2 - Müellif son 20 senelik zen-gin bibliyografide yaptığı ince a'ştırmalara rağmen ül-ser hastalığı ve bunun cerrahî tedavisi mevzuunda bu gibi ülser menşeli fistüllerin adedi 33 ü geçmemektedir. 3 - Buna mukabil müellifin bu travayda bildirdiği vak'a adetleri ise bunların mecmuundan fazladır. 1944-1951 arasında müellifin gördüğü 14 vak'anın 9 u koledokodüo-denal, 5 i kolesistodüodenal tidedir. Ameliyattan evvel

EXCERPTA MEDICA

Bütün dünya üniversiteleri tanınmış profesörlerinin işbirliğiyle, Amsterdamda otoriter bir komite tarafından «EXCERPTA MEDICA» ismi altında İngilizce olarak çıkarılmakta olan 15 dergi, dünya tıp literatürünün teorik ve klinik bütün yenilik ve ilerlemelerini seçkin ve zengin özetler halinde yayınlamaktadır.

«EXCERPTA MEDICA»nın ayrı dergiler olarak yayımlanan 15 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.

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

Türkiye Genel Acentesi

MAZLUM - KİTABEVİ • ISTANBUL



Caladryl

ANTI - PRÜRİTİK

ANTI ALLERJİK

YUMUŞATICI

Caladryl, antihistaminik ve anti-prüritik müstahzarı Benadryl, Calamine, Kâffuri ve Gliserin ihtiva eden teması hoş merhem vasfında bir losyondur.

Yumuşatıcı, serinleştirici ve yağsız olduğundan tatbiki bilhassa allerjik menşeli prüritik dermatozlarda şayanı tavsiyedir.

Tahriş ile müterafik olan deri hastalıkları arasında CALADRYL tatbikinden faydalanan şunlardır :

**GÜNEŞ YANMASI
BÖCEK ISIRMALARI VE SOKMALARI
KOZMETİKLERDEN MÜTEVELLİT ALLERJİ**

**ÜRTİKER
DERMATİT
SÜT ÇOCUKLARINDA SARGI TAHRİŞİ
KIZAMIK VE SU ÇİÇEĞİ ERÜPSİYONLARI**

PARKE, DAVIS

& Company Limited

Inc. U.S.A.

HOUNSLOW, MIDDLESEX, ENGLAND

Türkiye Umumî Vekili

ILVER LİMİTED ŞİRKETİ

Bahçekapı, Kutlu han, P.K. 713 - İSTANBUL

teşhis 12 vak'ada konulmuştur. 4 - Müellif materyelindeki (1943-1951 seneleri arasında 1730 gastrektomide 14 vak'a (%0,8) veya 1914-1951 senelerinde kliniğin 3000 gastrektomi vak'asında %0,46) bu fazlalığın izahını aşağıdaki şekilde yapmaktadır. a) Yunanistanda gastrodüodenal ulkus gerek Akdeniz ahalisinin cümlei asabiye labilitesi ve beslenme tarzı dolayısıyla sık görülen gastritlerle birlikte bulunması yüzünden daha vahim bir şekilde seyretmektedir. b) Görülen vekayin ekserisi 1944 de işgal esnasında ve müteakip sene 1945 de görülmüştür. Mezkûr 1945 yılında 2,5 ay zarfında 5 vak'aya müdahale etmişlerdir. Açlık, günlük mahrumiyet, heyecan gibi gayri müsait psişik faktörler ulkuslerin vahametini ve adedini artırmıştır. 5 - 2 vak'a hariç 12 vak'ada dikkatli ve sistematik radyolojik muayene sayesinde teşhis ameliyattan evvel tesbit edilmiştir. Opak maddenin verilmesiyle yalnız koledok ve safra kesesi görülmekle kalmamış, hepatik, sistik ve entrahapatik küçük kanallar da görülebilmıştır. 6 - Ameliyattan evvel teşhise müellif büyük ehemmiyet atfetmektedir. Zira böyle bir vaziyette cerrah ulkusun istisalini değil, eksklüzyon yaparak koledoku zedelemekten kaçınmak üzere bir gastrektomi ile iktifa edecektir. Koledokodüodenal fistüllerde ise ameliyattan evvel teşhisin fazla ehemmiyeti yoktur. 7 - Müellifin vak'alarında takip edilen cerrahî tedavi aşağıda yazıldığı gibi yapılmıştır. a) Kolesistodüodenal fistüllerde: 2 vak'ada geniş gastrektomi ve kolesistektomi. Bir vak'aya ameliyat yapılmamıştır. b) Koledokodüodenal fistüllerde: 7 hasta eksklüzyon için gastrektomi, 2 vak'ada ulkusun istisali ile geniş gastrektomi yapılmıştır. ki bunlardan bir tanesi şifa ile neticelenen ağır bir komplikasyon geçirmiştir.

Müellif son olarak aynı mecmuanın 1951 yılının 8-9 uncu sayısında Lapeyre, Joyeux, Carabalona'nın literatürde topladıkları ve ülser menşeli iç safra fistülüne ait 70 vak'ayı kaydetmektedir.

Post operatuvar pnömopatilerin patojeni mekanizması: (A. Bernard, Presse Medeciale 1952, No: 13). Her cerrahî müdahaleden sonra plöro-pülmoner bir enfeksiyonun husulü mümkündür. Ancak buna en çok sebebiyet veren perituvanda ve bilhassa karnın yarı yukarısında yapılan ve en çok gastrodüodenal müdahalelerdir.

Gastrodüodenal ameliyatlardan sonra görülen %15 betindeki akciğer komplikasyonları evvelâ refleks devran teşevvüşünden (akciğer kaidesi nescinde staz ve anoksi tevlit eden vazodilatasyon) sonra da oksijensiz kalmış olan mihraklarında teneffüs yolları mikroplarının tevlit edeceği enfeksiyondan ileri gelmektedir. Sistematik olarak erken tatbik edilen antibiyotik tedavi post operatuvar görülmesi mümkün olan bu akciğer komplikasyonlarını önlemektedir.

Vena Cava inferior flebitleri: (Ph. Détrie; klinik ve tecrübî etüd; Presse Medicale 1952, No: 13). Bu etüd 6 sî müellifin şahsî observasyonu olmak üzere 75 vak'aya dayanmaktadır. Yapılan tetkikat göstermiştir ki hastalığın seyri klâsik kitaplarda yazıldığı gibi değildir. Literatürde neşredilmiş observasyonlarda klinik ve anatomik malûmat pek azdır. Müellifler bu hastalığın stazlı egü flebit, baskül şeklinde flebit, latant flebit gibi şekillerini bildir-

mekte olup teessüs etmiş flebitlerde ödem, kolleteral sirkülasyon, hemoroid ve varikosel, şiddetli ağrılar, Martorell'in adale kontraksiyonu, idrar ve tagavvut güçlüğü, 38-39 ateş, 130-140 nabız, gibi klinik tezahürat gösteren tromboambolik lokalizasyonlu bu hastalığın tarifini yapmışlardır. Kardiyopatiler esnasında V. Cava Inferiorun ligatürü yapılan hastaların observasyonlarının ttekikinden de iyi tecrübî mukayeseler yapılması mümkün olmuştur. 1890 da Vimont tarafından lâyikiyle tarif edilmiş olan teessüs etmiş klâsik flebit tablosunun yanında distal tezahürü latant şekillere de geniş bir yer ayırmalıdır. Tromboz ârizalarının yerleşme şekli topografik diyagnoz için ehemmiyetlidir. İki taraflı aynı zamanda veya birbirini takiben görülen flebit, basküllü flebit veya kollateral egü stazlı flebitler trombozun V. Cava'ya yayılmasının tezahüründen başka bir şey değildir.

İptidaî Vena Cava flebiti var mıdır? Müelliflere göre mevcuttur ve literatürde tesbit edilmiş 10 vak'aya bir kaç müşahade de ilâve edilmiştir.

Vena Cava flebiti teşhisi ciddî bir teşhistir. Takip edilecek tedavi bunu önlemeye veya esashî şekilde tedaviye matuf olmalıdır. Distal venalar üzerine tatbik edilen usullerin hepsi Vena Cava üzerine de tatbik edilir. Ancak burada yapılacak hâtâ ve yanlış hareketlerin akıbeti çok ağır olabilir.

Etraf arteritlerinin yeni teşhis ve tedavisi: (Prof. Dr. A. Lemaire; Paris Medecine et Hygiène No: 210, 15 ocak 1952). Müellif 1947 de diğer mesai arkadaşlarıyla birlikte arter için gaz O² şırıngalarını hayvanlarda tecrübe ve insanlara tatbik ederek neşretmişti. Müellifler; arteritli etrafta kan debit'sini ölçmek üzere bu tecrübeye tevessül etmişlerdi. İstediklerini tamamen temin etmedikleri halde hastalarda büyük bir salâh müşahade etmişlerdir. Müellif 4 yıllık tecrübe sonunda O² nin damarlar üzerine tesirini, radyolojik müşahadeleri ve tedavi neticelerini kaydetmektedir. O² nin gaz halinde damara şırıngası teşhis ve tedavi gayeleri ile yapılır. Ancak Arterya Femoralis'e popliteada yapıldığı zaman tehlike arz etmez. Basit bir kontrast madde yerini tutarak çok güzel arteriyografiler yapılmasına yardım eder, böylece de arteritlilerde mühim ve devamlı salâh temin eder. O² burada biyoşimik bir tesirden ziyade endotelial sansibiliteye eksitan tesir yaparak vazomotrisiteyi temin eder.

Primitif kanseri meme olan Krükenberg tümörü: (R. Bourg ve L. de Brabandere; Acta Chirurgica Belgica, No: 1, 1952). Müellifler meme primitif kanserinin overlerdeki metastazına ait enteresan bir observasyon naklediyorlar. Kadında anî olarak görülen over kisti müdahalesi yapılırca, yumurtalıkta hususî patolojik bir manzaraya tesadüf edilmiş olup tipik Krükenberg tümörü olduğu anlaşılıyor. Radyolojik muayenede midede bir şey bulunmuyor. Buna mukabil hastanın ve hekiminin pek az dikkat nazarını çeken memedeki bir nodül hakikatte bir karsinom olup yumurtalık tümörünün başlangıç noktasını teşkil etmiştir. Meme veya mide gibi uzuvlardan ayrı, ayrı menşe almış bulunan iptidaî tümörün overlerdeki metastazları olan Krükenberg tümörleri müelliflere nazaran değişik karakteri göstermeyip muayyen evsafi taşımaktadır. Meme kanserinde ovarial metastazların kes-

retle görüldüğüne dikkati celbetmektedirler. Bu sebebledir ki menopozdan evvel meme kanseri evlasyonu esnasında yapılacak olan kastrasyonda overlerde histolojik tetkikatın yapılması gerekiyor. Bu metastazların görülmesi pronostiği vahim kılar. Bunları retrograt yolla husule gelen lenfatik intişar olarak kabul ederken bu meselenin bir çok safhaları husul mekanizmasında bir muamma olmaktan kurtulamamıştır.

Arteria Hepatica'nın eksperimental ligatürü: (A. Roberste - Jaspas; Acta Chirurgica Belgica, No: 1, 1952). Müellifler ölen veya öldürülen tecrübe köpeklerinin otopsisinde yaptıkları histolojik muayenede Arteria Hepatica'nın total bağlanması ile karaciğerin arteriyel sirkülasyonunu tamamen durdurdukları vak'aların histolojik tetkikatında ve kendileri tarafından 3 köpekte Truncus Communis'in kısmi ligatüründe elde ettikleri neticeleri; evvelce başka müellifler tarafından düşünülen ve tatbik olunan neticelerin aynı olmuştur. Müellifler bu husustaki literatürü oldukça tam bir şekilde gözden geçirdikten sonra, aşağıdaki hususları tesbit etmişlerdir. 1 - Köpekte ve insanda karaciğer arteriyel sirkülasyonunun anatomik değişiminin fonksiyonel bir mânası yoktur. 2 - Anomalik olarak o kadar çok büyük nisbette karaciğer aksesuar damarları mevcuttur ki Arteria Hepatica'nın postoperatuvar hiç bir hususi bakıma ihtiyaç göstermeden total ligatürü ölümü mucib olmamaktadır. 3 - Arteria Hepatica'nın total ligatürü neticesinde husule gelen karaciğer egü nekrozu ile vekayin %70 i ölmektedir. Bu ölüm arterioportal anastomoz; veya ameliyattan sonra yapılan penisilin ve perfiringes bariline karşı immünizasyon temini suretiyle önlenilebilir. Zira bu basil nekroz hepatic'e sebep olmaktadır. 4 - Arteria Hepatica Propria'nın menşelerinin sağ ve solunda Truncus Communis'in bağlanmasına mükemmelen tahammül edilmektedir. 5 - İnsanlarda Arteria Hepatica'nın ligatürü: Hipertansiyon Portale'de, Arteria Hepatica anevrizmasının rüptürü neticesi hemoperituvanda veya bu artrean ameliyat esnasında cerhinde tecrübe edilebilir. Ameliyat esnasındaki arterin cerhinde proksimal kesik nihayeti Vena Porta'ya emplante etmek de kabildir.

Eucodal ile elde edilen tecrübeler dair: (Dr. Otto Beck; Münch, Med. Wochenschrift 1923, No. 28, s. 908). Müellif dört senelik mümareselerini bildiriyor. Buna göre, morfinin yerini tutmak üzere çok methedilmiş ve kullanılmış olan sayısız ilâçlar arasında Eucodal'in bütün tenkitlere mukavemet ettiği anlaşılmaktadır. Eucodal: **Narkozdan önce**, her türlü tashih ameliyeleri, osteoklaziler ve cerrahi müdahalelerde, **ameliyatlardan sonra** ağrıyı kesmek için, bundan başka **agrı dindirici** bir ilâç olarak mafsallı hastalıklarında: kemik ve mafsalların tüberkülozunda, hâd ve müzmin mafsal romatizmasında, gonorreik mafsal iltihabında, ağrılı veter ve adale âfetlerinde, nevrallilerde ve arteriyosklerotik damar spazmlarında morfinin yerine geniş ölçüde kullanılmıştır.

Eucodal'in tesiri umumiyetle morfinin tesirine benzer, fakat nâhoş tâli belirtileri morfine nazaran daha azdır. Narkoza da Eucodal vasıtasıyla müsait bir şekilde tesir edilir. Görünüşe göre eksitasyon safhası kısaldı ve ekseri vak'alarda sakin seyreder. Teneffüs muntazam ve

derindir. Müstahzar ekseriya ameliyattan 30 dakika önce tatbik edilmiştir. Bu suretle eter sarfiyatı azaltılmaktadır. Sucodal kullanıldığı zaman narkozu müteakip kusma çok az görülmüştür. Hele bu kusmalar, morfin kullanıldığı zamana nazaran çok daha azdır. Kalb faaliyetini bozulmaz. Kalb ve damar hastalıklarında bile kullanılmasının hiç bir zararı yoktur.

Ağrıyı dindirici tesir bakımından Eucodal, hiç bir zaman morfenden geri kalmaz. Çok defa 0,005-0,01 gr. 1 kâfi gelir. Kuvvetli hastalarda ve bilhassa şiddetli ağrılarda 0,02 gr. tatbiki tavsiye edilir. Ağrı kesilmesini rahat bir uyku takip eder.

Nâhoş tâli belirtiler nadirdir. Bunla r hafif eksitasyon ve şaşkınlıktan ibarettir, bazan deride kaşıntı da zuhur edebilir. Arada sırada, fakat çok nadir olarak, kabız müşahede edilir; buna mukabil morfinde olduğu gibi dermansızlık, bulantı ve kusma hiç bir zaman görülmez.

Eucodal uzun müddet tatbik edilecekse, bir az daha tasarruf ve ihtiyatla hareket edilmesi ve günlük miktarın hiç bir zaman 0,06 gr. ın üzerine çıkarılmaması tavsiye edilmektedir. Ancak pek ağır vak'alarda 3 gün kadar günde 0,08 gr. verilmiştir. Müellifin kanaatine göre Eucodal'ın morfine tercih edilecek olan bazı hususiyetlerinin mevcudiyeti inkâr edilmemelidir. Bunlar, itiyadın daha geç vukua gelmesi ve toksisitenin az olmasıdır. Eucodal'in esas endikasyonu, ağrıları kesmektir. Uykusuzluk halinde, eğer buna sebep ağrılar ise, o zaman da kullanılabilir.

Çocuklarda, 6 yaşından aşağı olanlarda bile, ameliyatlardan sonra şiddetli ağrılarla mücadele etmek üzere, ilk 2 akşam bir miktar süt içinde yarımşar Eucodal tableti verilir. Bu suretle ağrılar kolayca kaybolur, bağırdıkları için zaten yorulmuş olan çocuklar derhal uyurlar. 5 yaşından büyük çocuklara ameliyatlardan sonra günde 2 tablete kadar verilebilir. Fakat müellif, bu miktarın kısımlara ayrılarak muayyen fasılalarla verilmesini tavsiye etmektedir.

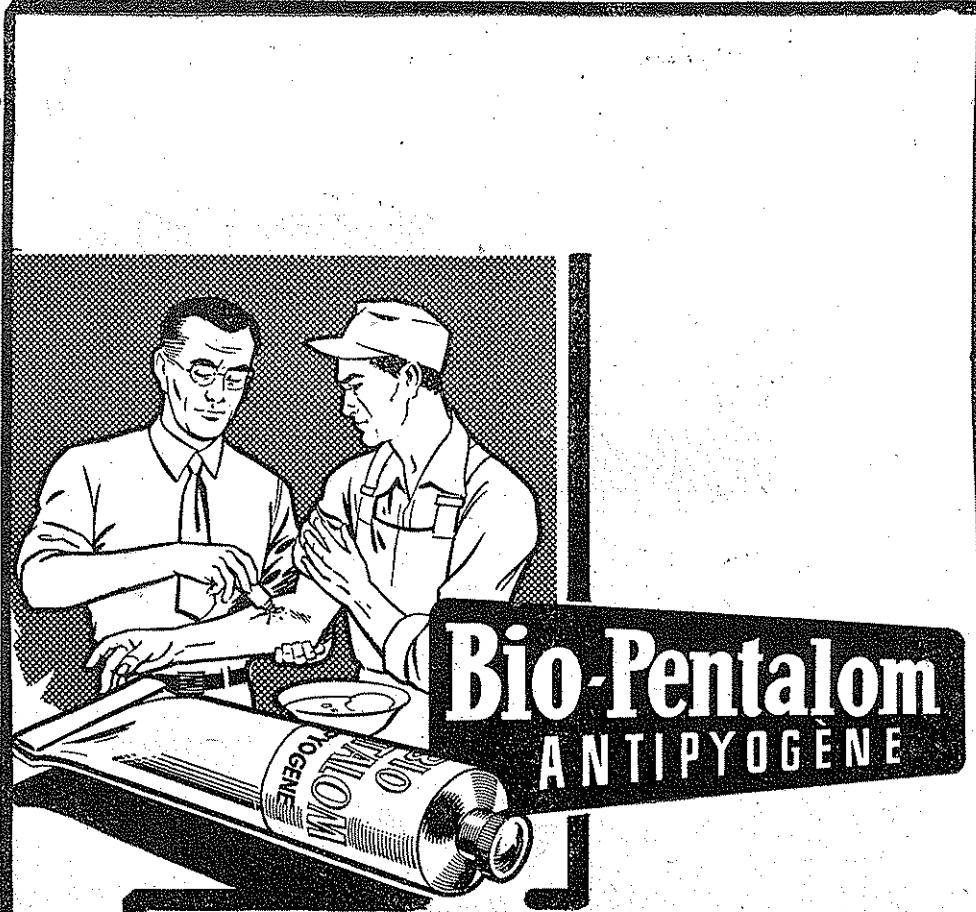
Büyükler için 0,01 ilâ 0,02 gr. dan ibaret olan bir defalık miktar kâfi gelmektedir.

Müellif, cerrahi müdahaleleri müteakip ve şiddetli ağrılarda Eucodal'i tablet halinde değil, enjeksiyonlar halinde tatbik etmektedir.

Dr. A. M. Atakam

Midede Hodgkin hastalığı ve serbest perforasyonu: (J. L. Atlee, P. J. Rawan, E. E. Ziegler; Annals of Surgery 1951, V. 134, No. 6). Midenin habis lenfoma vak'alarına literatürde nadiren rastlanır. Şimdiye kadar serbest perforasyonla neticelenmiş vak'a bildirilmemiştir. Tipik mide ülseri şikâyetleri ile dahili tedavi gören, sonunda perforasyon tablosu ile, delinmeden bir saat sonra müdahale edilen, 54 yaşında bir hastada prepylorik bölgedeki perforasyon için subtotal rezeksiyon yapılmıştır. Mikroskopik bulgu habis lenfomadır. Postoperatuvar şua tedavisi yapılmamış, hasta 8 senedir nükülsüz ve sağlamdır.

Subtotal gastrektomide stomannın çalışmaması: (I. Teicher, M. N. Friedman, S. Lipton, Annals of Surgery 1951, V. 134, No. 6). Rezeksiyonda stomannın çalışmaması artık sık görülmemektedir. Bunun sebebi operatörün tec-



Bio-Pentalom ANTIPIYOĞENE

Varis ve bacak ülserasyonları, abseler, panari, füronkl, antraks, osteomyelit, blefarit ve orjölenin kat'î tedavisi, her türlü ve bütün cerrahi yaralara, yanıklara ve meme çatlaklıklarına karşı koruyucu sülfamidli antipiojen merhem.

GENEVRE

Laboratoires Om

ISVİÇRE

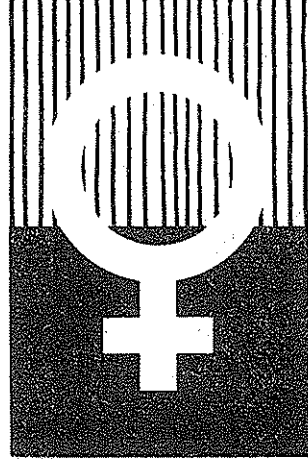
Türkiye Müessesilliği :

JUL KREPEN, KEMAL MÜDERRİSOĞLU ve ŞERİKİ

Kollektif Şirketi

P. K. 47

Sirkeci, Nur Han Kat 2 - İSTANBUL Tel.: 29045



LYNORAL

(Aethinyl oestradiol)

Ağızdan kullanmağa mahsus en
müessir östrojen madde
2 KONSANTRASYON halinde:
0,010 mg'lık komprimeler
0,050 mg'lık bölünebilen komprimeler

En mühim

ENDİKASYONLARI

Klimakterium şikâyetleri
(0,010 mg'lık tabletlerle başlanır)
Amenore ve dismenore
Prostat kanseri

TİCARİ ŞEKİL

Beheri 0,010 mg'lık 30 komprime
Beheri 0,050 mg'lık bölünebilen 30 komprime

N.V. ORGANON - OSS (Hollanda)

Türkiye Müessilliği:

YILBAK TİCARET A.O. - İSTANBUL, Sirkeci, Nurhan



158

rübe kazanmış olması, anastomoz etrafında iltisak husulüne mâni olmak için enfeksiyona karşı antibiotiklerin mevcudiyeti, pre ve postoperatif devrede hastanın nutrisyon durumunun tâyini ile stoma ödemeine sebep olan hipoproteineminin izalesidir. Bu tedbirlere rağmen seyrek de olsa, ihtilâl yine görülmekte, sebep olarak ne şimik ne de mekanik bir faktör tesbit edilebilmektedir. Duodenum ülseri için rezeksiyon (B. II), antekolik, antiperistaltik anastomoz yapılmış bir hastada stoma çalışmamıştır. İkinci ameliyatta organik bir darlık görülmüş ve anastomoz izoperistaltige çevrilmiştir. Buna rağmen kusma ve kilo kaybı devam ettiğinden radiolojik tetkik yapılmış, kesif maddenin 50% nisbetinde retansiyona uğradığı anlaşılmıştır. Üçüncü bir ameliyatla degastroanterostomi, duodenum mobilizasyonu yapılarak B. I tipine çevrilmiştir. Tahliye düzelmiş, hasta sür'atle kilo almıştır. Hiç bir sebebe bağlanamayan (iltisak, teknik, hata, stoma ödemi) bu vak'alarda rezeksiyonu B. I tipine çevirmek iyi netice veriyor. Gıdanın eskisi gibi duodenumdan geçişi, duodenum, pankreas, karaciğer fonksiyonlarında hormonal stimülansı temin etmektedir.

Büyük inhinada, en münhat yerde gastroenterostomi: (S. Mc. Cleery, J. E. Kesterson, Ü. N. Proffit, Annals of Surgery, 1951, No. 134, V. 5). Vagotomililerde motilite bozulduğundan anastomozun, hasta ayakta iken midenin en alt noktasında yapılması zaruridir. Yatarken en alt nokta büyük inhinadır. Ayağa kalkınca antrum en münhat yer olur. Fakat antrumda peristaltığın kuvvetli oluşu ve iritabilite fazlalığı buraya yapılan anastomozda spazm ve darlığa sebep olur. En iyisi anastomozu, yarısı antrumda yarısı korpusta olacak şekilde yapmaktır. Ve mide zaviyesinden geçen çizginin (Moynihan hattı) aşağıda büyük inhinayı kat ettiği nokta işaret noktasıdır. Anastomozun yarısı bu noktanın sağında yarısı solunda olmalıdır. Stenozlu, genişlemiş mideler ameliyattan sonra küçülecek, büyük inhina yukarı çekilecektir. Bunlarda anastomoz Moynihan hattının tamamen sağına yapılır. Mide küçülünce yarısı sağda, yarısı solda kalmış olur. Gastroepiploik ligament büyük inhina kenarında açılır. Küçük periton cevfine girilir. Mezokolonda müstaraz yapılan breşten jejunum alınır. Yukarıda târif edilen bölgede büyük inhinaya izoperistaltik anastomoz yapılır. Bu şekilde vagotomi ve gastroanterostomi yapılmış 16 ülserli, 6-24 ay tâkib edilmiştir. Ülserer şikâyetleri kaybolmuş, nüküs ve ülser peptik rastlanmamıştır. Stomanın fonksiyonu mükemmeldir. Mükerrer kusma, Damping sendromu görülmemiştir. Vagotomililerde sık görülen diyarenin sebebi midede staz mevcudiyeti ve fermentasyonun artmasıdır. Stoma iyi boşaltığından bizim hastalarda devamlı ishâl olmadı. Stomanın erkenden tahliyeye müsaade etmesi vagotomiden sonraki sıkıntılı ve günlerce süren devamlı aspirasyonu lüzumsuz kılar. Derhal, saat başına mâyi gıda verilmeye başlanır. ve sür'atle artırılır. Hastalar onuncu günde 6 öğünlük karışık diyete tahammül edebilirler. Bu teknik ile yapılan anastomozlarda mide tahliyesi 3 saat da tamamlanır.

Kolesistektomiden sonra amputasyon nöromu: (Vernie A. Stembridg, Annals of surgery, 1951 V. 134, No. 6). Bu nörektodermal tümörlerin mutata lokalizasyonları ampüte ekstremiteleridir. Mastektomi, mastoidektomi, tire-

oglossal kistektomiden sonra görülenler de neşredilmiştir. Kolesistektomi nöromunu ilk yazan Gieslak ve Stout (1946) dir. Kolesistektomi yapılmış bir hastada ikter husule geliyor ve ikinci müdahaleden sonra ölüyor. Otopside ampüte sistikusun koledokla birleştiği yerde koledoku tıkayan 1,5-1,8 kutrunda bir tümör bulunmuştur. Mikroskopik bulgu nöromdur. Sempatik ve parasempatik elemanlar sistikus ve koledok köşesinde bir pleksüs meydana getirirler. Burasının sinir bakımından zengin oluşu kolesistektomiden sonra amputasyon nöromu teşekkülüne imkân verir. Postkolesistektomi ârazları bulunan hastalarda diğer mutata sebepler ekarte edildikten sonra amputasyon nöromu ihtimalini de düşünmelidir.

Pankreas başı karsinomunda radikal pankreatikoduodenektomi: (E. M. Miller, O. T. Clagett; Annals of Surgery, V. 134, No. 6). Radikal pankreatikoduodenektomi yapılmış, 5 sene sonra nüküslü ve sıhate olan bir pankreas başı kanseri vak'ası (literatürde ilk vak'a) münasebetile Mayo kliniğinde 1945 den evvel pankreatikoduodenektomi yapılan 11 vak'adan 2 sinin postoperatif devrede, 6 sinin 12, birinin 22, bir diğerinin 44 ay sonra öldükleri, ancak bir vak'anın 5 senedenberi sıhate olduğu bildiriliyor. Şifa nisbeti 9% dir. Halbuki yine 1945 den evvel papilla kanseri için radikal rezeksiyon yapılmış 7 vak'anın 2 si postoperatif devrede, 1 i 19, diğeri 48 ay sonra ölmüştür. 3 hasta (42,9%) 5 sene sonra hayattadırlar. Bu rakamlar radikal pankreatikoduodenektominin, papilla kanserlerinde, ümit verici olduğunu, pankreas başı kanserleri için ise tatmin edici olmadığını göstermektedir. Papilla kanserlerinde ikter erkenden teessüs eder. Müdahale erken yapılır. Pankreas başı kanserinde ikter husule geldiği zaman, karaciğerde, rejijonal gangliyonlarda metastaz husule gelmiş büyük damarlar da da iltisaklar olmuştur.

Dr. Necati P. Bilger

Spondilolistezisler: (Pierre Marique, 9 haziran 1951 de Belçika Cerrahlar Birliğinin senelik toplantısında tebliğ edilen rapordan hülâsa). Spondylolishesis corpus vertebra'ların sıralanmasının bozulması demektir. Columna vertebralis'in bir kısmı, altındaki kısmın üzerinde herhangi bir tarafa kaymış olarak görülür.

Bu raporda ancak üst kısmın alt kısma nazaran öne kayması tetkik edilmiştir. Spondylolishesis, spondylolyse yahut processus articularis'lerin bozulması ile beraber seyredir. Klinik olarak spondylolishesis'in (lyse) li veya (lyse) siz olan bu iki şeklini tefrik etmek mümkün değildir. Tedavileri aynıdır. Bunları ayırmak ancak etraflı radiologique tetkiklerle mümkündür.

Hasta yorgunluk ve yük taşımakla artan lombo-sacral bölgedeki az veya çok şiddetli ağrılardan şikâyet eder. Klinik muayenede lombaire adale kitleleri arasında az veya çok derin bir oluk ile sacrum üstü bölgesinde bir niche bulunur. Bu niche'in palpation'u ile derinde bulunan bir epine ile bunu takip eden önden arkaya doğru bir çıkıntının mevcudiyeti his edilir. Spondylolishesis'lilerin %20-25 inde sciathalgie mevcuttur.

Radiografik muayene esastır. Önden yandan 3/4 vaziyetinde çekilen mühtelif resimlerle vertebraların hareketleri spondylolishesis'ler processus articularis'lerdeki

âfetler scoliose ve kemik sui şekilleri tesbit edilir. Bazı radiografik usullerle vertebraların en ufak yer değiştirmeleri bile tesbit edilir.

Spondylolisthesis'lerin de bazısında hastaya, ayakta yatarak flection ve extention vaziyetleri verilerek yapılan muhtelif değişikliklerden sonra vertebralarda hiçbir hareket olmadığı halde; diğer bazı hastalarda ise kaymış olan vertebranın flection ve extention'da baskül hareketi yaptığı hattâ çekmece gibi girip çıktığı görülür. Bu çekmece hareketleri mevcut ise bunların her zaman aynı istikamette olması icap etmez. Elde edilen malûmata göre L; 5 ile S. 1 deki spondylolise ile müterafık spondylolisthesis'lerde extention da öne doğru kaymanın arttığı halbuki L. 4 ile L. 5 ve daha yukardaki spondylolise'siz spondylolisthesis de ise bu öne kaymanın flexion'da çoğaldığı görülmektedir. L. 4 ile L. 5 ve daha yukardaki spondylolise'li spondylolisthesis vak'alarında bu yer değiştirme hareketinin muhtelif istikametlerde olması mümkündür. Bugün yukarda izah edilen noktaların kat'i olduğunu iddia edebiliriz.

Müteharrrik spondylolisthesis'lerle yeni tarditten mütevellit spondylolisthesis'ler tam olmasa bile kısmen red edilebilirler. Sabit spondylolisthesis'ler red edilemezler. Spondylolisthesis'lerin teşekkül tarzı henüz bilinmiyor. Bir zımanlar, vilâdi vertebra çıkığı mevzuubahis olduğu iddia edilmiş ise de kat'i değildir. Uzun zamanlar vertebradaki bu kaymanın ağır ve müterakki olduğunu isbat edilmeden kabul edilmiştir. Her ne kadar teessüs etmiş spondylolisthesis vak'alarının vahimleşen şekilleri neşredilmiş ise de bunlarda da vertebra'nın normale nazaran yer değiştirmesi adım adım takip edilememiştir. Madem ki bu yer değiştirme vaziyetinin tesbiti bugüne kadar mümkün olmamıştır, o halde bu kaymanın zannedildiğinden daha sür'atli olduğu anlaşılmaktadır. Bu yer değiştirmeler muhakkakki bazı tarditler esnasında sür'atle vukubulmaktadır. Cerrahî müşahadeler ve bazı yer değiştirmelerin rededilebilmesi bu görüşü teyid eder. Nihayet bu yer değiştirmelerin başlangıçta kabili irca ve sonraları gayri kabili irca olması da muhtemeldir. Spondylolisthesis'in inkişafı hakkındaki malûmatın gayri kâfi olması tıbbî adli meselelerini de güçleştirmektedir. Kemiklerdeki değişikliklerin âfetin eski olduğuna delâlet etmemesi sebebiyle hiçbir zaman spondylolisthesis'in kazayı müteakip husule geldiği veyahutta evvel-den mevcut olduğu iddia edilemez. Spondylolis ise hiçbir zaman vertebra kayması tevliit etmez. Muhafazakâr, ortopedik, ve fizik tedaviler ekseriya hastayı teskin etmeye yarar. Ortopedik tedavi gayet az vak'alarda tecrübe edilebilir. Cerrahî müdahaleler ekseriya arka yoldan yapılır ve muhtelif tipte kemik greflerine inhisar eder. Ön yoldan ancak sacrum ile beşinci lumbal vertebranın vidalanma, çivilenme veya gref ile gayet sıkı olarak tesbiti mümkündür. Cerrahî tedavi ancak işlerini göremeyecek derecede rahatsız olanlar için indikedir.

Indication konurken; zaman, yaş, meslek, sosyal vaziyetler göz önünde tutulur. Ön yolun tercih edilmesi operatöre ait şahsî bir meseledir. Arka yol ise köklerin exploration'u icap ettiği zaman müracaat edilmesi lâzım gelen bir yoldur. Ön yol sık olarak görülen L5, S1 deki spondylolisthesis vak'alarında kullanılır. Arka yoldan

yapılan müdahalelerin %75 i iyi netice verir. Fakat %25 de muvaffakiyetsizlik gösterir. Ön yoldan yapılan müdahaleler az olduğu için arka yoldan yapılanlarla mukayese edilemezler. Bu bakımdan bir cerrahî indikasyon tarzı söylenemez. Önden yapılan müdahale lehinde söylenecek şey ameliyatın daha basit ve daha makul olması ile hastanın hareketsizlik müddetinin daha kısa olmalıdır. Fakat şimdide kadar alınan neticelerden arka yoldan yapılanlardan üstün olduğu tesbit edilememiştir. Spondylolisthesis'den mütevellit ağrılar bağların çekilmesi adalelerin takallüsü disarthrose inter apophysaire, arthrose'a veya bütün bunların hepsine birden atfedilir. İdeal cerrahî tedavi hem hastalığı hem de ağrıları ortadan kaldırmalıdır. Bu hastalığın tesir tarzı ve mihanikiyeti iyi tahlil edildiği takdirde muvaffakiyetsizliklerin yüzde nisbetinin azaltılması mümkün olacaktır.

Dr. Tahir Payaşlıoğlu

I inci Internasyonal Dietetik Konferansı: 7 ilâ 11 Temmuz 1952 de Hollandada Amsterdam şehrinde ilk Internasyonal Dietetik Konferansı toplanacaktır. İştirak etmek isteyen arkadaşlarımızın gereken tafsilâtı almak için: **General Secretary of the «First International Congress of Dietetics», Educational Bureau of the Nutrition Council, 42 Koningennegracht, La Haye,** adresine müracaat etmelidirler.

— o —

Bugünlerde Almanyannın Darmstadt şehrinde, hemen hemen 300 senelik bir mazisi olan ve 1944 yılındaki hava hücumları ile tamamen yıkılan Merck'in «Engel Apotheke» adı ile maruf eczanesi yeniden açıldı.

Merck ailesine mensup olan sahipleri arasında Emanuel Merck (1794 - 1855), bu eczaneye, eczacılık tarihinde mühim bir mevki kazandırmıştır. Emanuel Merck 1827 de eczanesinin lâboratuvarında o zamana kadar malûm olan bütün alkaloidleri imal etmiş ve bu suretle 125 senelik bir mazisi olan «E. Merck Kimya Maddeleri Fabrikaları» nın kurulması için ilk adımı atmıştır.

— o —

YENİ KİTAPLAR :

Rhesus Faktörü hakkında : Dr. Vedat Yeginsu; Nisaiye - Vilâdiye tezi, 1951, İstanbul.

Mide ve Duodenum Ülserlerinde Primer Gastrektomi : Dr. İsmail Tuğsal; Cerrahî tezi, 1952, İstanbul.

— o —

Düzelme : Geçen sayımızda «Ameliyatla tedavi edilmiş akciğer kanseri vak'ası» makalesinde tertip hatası olarak Pnömonektomiler, Pnömektomi olarak yazılmıştır, düzeltiriz.

SITMA

Şafî
tedavi
Şahsî
ve
müşterek
korunma

SITMA NÖBETİNİ
RÖŞÜTSÜZ OLARAK
1 GÜNDE
YOKEDEN

BEYAZ RENKTE
EN YENİ VE EN
TESİRLİ İLÂÇ

NIVAQUINE

(3377 R.P.) SULFATE DE (DIETHYLAMINO-4'METHYL-1')
-BUTYL-AMINO-4- CHLORO-7-QUINOLÉINE

0.10 g. ve 0.30 g. DOZUNDA KOMPRİMELELER
25 mg., 100 mg., 300 mg. DOZUNDA AMPULLER

LAMBLIASIS' in
en kısa zamanda tedavisi

Türkiye Müessesil :
NECİP AKAR ve TÜRKÂN AKAR
KOLLEKTİF ŞİRKETİ

P. K. : 840
İSTANBUL



RHÔNE

POULENC

BUTTERWORTH & Co. (PUBLISHERS) Ltd.
LONDON

SUNAR

THE BRITISH ENCYCLOPAEDIA OF MEDICAL PRACTICE

Including Medicine, Surgery, Obstetrics, Gynaecology and other special subjects
Lord Horder başkanlığı altında yüzlerce İngiliz Tıp âliminin iştirakile çıkarılan
bu ansiklopedi Anglosakson Tıp Literatürünün şaheserlerinden biridir.
12 cilt. Yüzlerce resim ve renkli plâns. 1951 - 1952.

BRITISH SURGICAL PRACTICE

Sir E. R. Carling başkanlığı altında İngiltere cerrahları tarafından çıkarılan bu
ansiklopedik eser en mükemmel cerrahi tetesidir.
8 cilt ve İndeks. Yüzlerce resim ve renkli plâns. 1951.

GEOFFREY EVANS

MEDICAL TREATMENT

Principles and their Application
1398 sahife ve birçok resim. 1951.

F. AVERY JONES

MODERN TRENDS IN GASTRO - ENTEROLOGY

802 sahife. 275 resim. 1952.

H. STANLEY BANKS

MODERN PRACTICE IN INFECTIOUS FEVERS

2 cilt. 989 sahife. 211 resim. 6 renkli plâns. 1951.

T. HOLMES SELLORS

MODERN PRACTICE IN TUBERCULOSIS

2 cilt. 980 sahife. 263 resim. 3 renkli plâns. 1952.

ANTHONY FEILLING

MODERN TRENDS IN NEUROLOGY

662 sahife. 202 resim. 1951.

KENNETH BOWES

MODERN TRENDS IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

721 sahife. 139 resim. 1950.

Sir LEONARD PARSONS

MODERN TRENDS IN PAEDIATRICS

546 sahife. 114 resim. 1951.

Türkiye Genel Acentesi

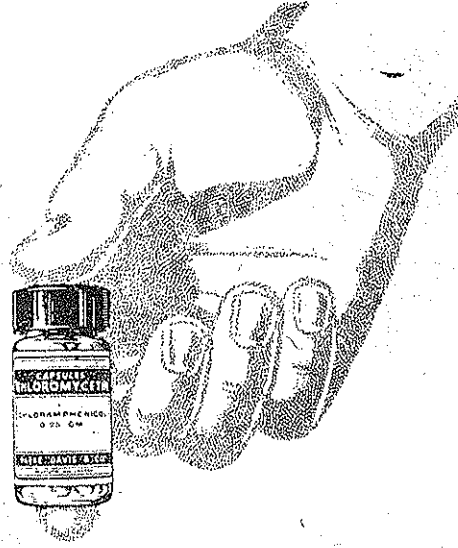
MAZLUM - KİTABEVİ • İSTANBUL

162

Geniş Tesir Sahalı

ANTİBİYOTİK

Sayırsız klinik denemeler neticesinde şayanı hayret miktarda enfeksiyonların CHLOROMYCETİN'le tedaviye cevap verdiği tespit edilmiştir. Ağızdan kolayca verilebilen, süratle tesir eden ve hemen hemen tali reaksiyonlara sebep vermeyen bu terapötik vasıta sayesinde eskiden tedavi edilemeyen birçok haller bugün tek başına tatbik edilen bu ilaçla şifa bulmaktadır.



Chloromycetin®

Chloramphenicol.
Parke-Davis.

HAZIM CİHAZI ENFEKSİYONLARI DERMATOLOJİ ve VENEREOLJİ

Basilli dizanteri
Enfantil Gastro-Enterit
Salmonellosis
Tifo ve Paratifo hummaları

Bel soğukluğu
Lenfograduloma venereum
Piyojen Deri Enfeksiyonları
Frengi

TENEFFÜS CİHAZI ENFEKSİYONLARI

Kronik pülmoner enfeksiyonlar
Bakteriyel ve virüs pnömonisi
Boğmaca

TROPİKAL HASTALIKLARI

Brüsellosis
Trahom
Tropikal Ülser
Tifo ve Tifüs ekzantematik
Framboezi

İDRAR YOLU ENFEKSİYONLARI

Non-spesifik Üretritis
İdrar Yolu Enfeksiyonları

CERRAHİ ENFEKSİYONLAR

Pelvis iltihapları
Peritonit
Yara Enfeksiyonları

PARKE, DAVIS

& Company Limited
Inc. U.S.A.



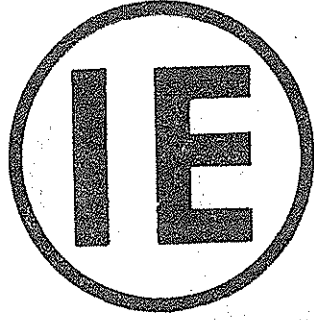
HOUNSLOW, near LONDON

Türkiye Umumi Vekili:

İLVER LİMİTED ŞİRKETİ

Bahçekapı, Kutlu han P.K. 713 - İSTANBUL

163



KİMYAGER
Dr. İbrahim Etim Kimya Evi
İSTANBUL

VİTAMİNLER

	Kr.
Vitabiol A (Damla)	340
Vitabiol B, (Ampul) 25 mgr	105
Vitabiol B, (Ampul) 50 mgr	180
Vitabiol B, (Ampul) 100 mgr	200
Vitabiol B, (Tablet)	90
Vitabiol B, (Tablet) 50 mgr	240
Vitaflavin (Tablet)	180
Vitabiol N (Ampul)	200
Vipanten (Ampul)	120
Vipanten (Tablet)	120
Vipanten (Mahlül)	270
Vitabiol C (Ampul) 100 mgr	120
Vitabiol C (Ampul) 500 mgr	190
Vitabiol C (Tablet)	90
Vitabiol D ₂ (Damla)	115
Vitabiol D ₂ (Ampul) Forte ...	155
Vitabiol D ₂ (Alkolik mahlül)	235
Vitabiol E (Ampul)	165
Vitabiol E (Tablet)	160
Vitabiol K (Ampul)	92
Vitabiol K (Tablet)	140
Adebiol (Damla)	200
Adebiol (Kapsül)	248
Vitabiol Bekompleks	125
A + D Calcium (Tablet)	160
Vi-D-Calcium (Tablet)	110

KANYAPICILAR

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

KALSİYUM PREPARATLARI

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

İlaç Sanayimizin Güven Sembolü

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

HORMONLAR Kr.

Östrogenin (Ampul) 1 mgr ...	85
Östrogenin (Ampul) 2,5 mgr	110
Östrogenin (Ampul) 5 mgr ...	300
Östrogenin (Tablet)	90
Corluton (Ampul) 5 mgr	500
Corluton (Ampul) 10 mgr ...	850
Postuitrine (Ampul) Faible	200
Postuitrine (Ampul) Forte ...	350
Testisan (Ampul) 5 mgr	280
Testisan (Ampul) 10 mgr	350
Testisan (Ampul) 25 mgr	650

ŞİMİOTERAPÖTİKLER

İezol (Tablet)	155
İezol (Ampul)	176
Sulfoguanidin (Tablet)	160

TONİKLER

Tonoferrin (Şurup)	267
Fitofor (Tablet)	165
B-Tona (Draje)	250

ANALEPTİK ve KARDİOTONİKLER

Pentazol (Ampul)	150
Pentazol (Damla)	155
Pentazol-Ephedrine (Ampul)	168
Pentazol-Ephedrine (Damla)	195
Dişilanat (Ampul)	108
Dişilanat (Damla)	166
Kalbofilin (Tablet)	150

MUHTELİF PREPARATLAR

Bellaginal (Draje)	350
Histidin İ.E. (Ampul)	400
Kiña-C (Draje)	150
Papatropin (Ampul)	205
Papatropin (Tablet)	225
Otalon (Damla)	140
Ankilostin (Kapsül)	

Çocuklar için	60
Büyükler için	75