

ANADOLU KLİNİĞİ

ÜÇ AYDA BİR ÇIKAR

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

MEVUAYI DAIMİ YARDIM VE HİMAYE ALTINDA BULUNDURAN NEŞİR HEYETİ

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

İmtiyaz Sahibi ve Yazı İşleri Müdürü

Dr. ASİL M. ATAKAM

201 Anadolu Hanı, 1/1 Beyoğlu - İstanbul

İÇİNDEKİLER

	<u>Sahife</u>		<u>Sahife</u>
Doç. D. H. Cramer, Dr. H. W. Pabst, Dr. Suat Efe: Radioaktif fosforla tümör diyagnostiği	1	Dr. Muzaffer Aksoy: Talasemia minor'lu bir Türk ailesinin ikinci Cooley anemili çocukları	34
Dr. Emir N. Atakam: Beş buçuk aylık gebelikte uterus perforasyonu konservatif ameliyat, şifa	3	Dr. Hüsnü Aydın: Had Anurialar ve tedavileri	36
Dr. İ Ethem Yücer: Bizde aortillerin hususiyetine dair	8	Dr. Cavit Başar: Yalnız ateşle seyreden kızamık vak'ası	41
Dr. Erhan Bumin: Ameliyatla tedavi edilmiş akciğer kanseri vak'ası	12	Dr. Asil M. Atakam: Mide Sifilizi	42
Dr. Sedat Yörüköğlu: Klinik ve tedavi bakımından romatizma	16	Dr. Suat Efe: Sepsis problemi	48
Dr. Naci Ayral: Diafragma fıtıkları, neveleri, ve cerrahi tedavileri	19	Dr. Şevki Sonsuz: Röntgen şuaına şeffaf eksüdatif plöreziler ve eksploratris ponksiyonların kıymeti	51
Dr. Nusret Mutlu - Dr. Yavuz Aksu: Pre-frontal bölge klinik ârazı veren bir sağ parietal lob gliomasi	27	Dr. Mişel Sion: Vitamin B ₁₂ 'nin Antiemetik tesirleri	53
Doç. D. Selâhattin Doğulu: Endokrinolojide frontal Sella Tursica tomografisi	31	Pratik için kısa tedavi notları: (Dr. Saliha Yalçın)	55
		Referatlar: (Dahili, Kadın-doğum, Şirurji)	57
		Yeni kitaplar:	63

Sayısı 100 Kurus, Şehitlik abonesi 300 kurustur.

CUMHURİYET MATBAASI

İSTANBUL

Hastane servislerinde....

Birçok enfeksiyonların tedavisinde, Terramycin gayet geniş tesir sahasına malik olduğundan, son zamanlarda en fazla tavsiye edilen antibiyotik olmuştur. Bakteri, rickettsia, protozoa enfeksiyonlarında; lobar pnömoni, bakteriyemi, erisipel, septik boğaz iltihabı, tonsilit, akut stafilokoksik enfeksiyon, idrar yolu enfeksiyonları, peritonit, otitis media, deri hastalıkları dahil olmak üzere birçok enfeksiyonlarda endikedir.

CRYSTALLINE Terramycin HYDROCHLORIDE

Değişik ve muhtelif dozajlarda hazırlanmış preparatlar bütün hastane servislerinde kullanılabilir şekilde piyasaya arz edilmiştir. Bütün preparatları tamam olan bir hastane umumiyetle her çeşit vak'aya cevap verebilir.

Kapsüller : 250 mg.lık şişeler 16 adetlik ve 100 adetlik
100 mg.lık şişeler 25 adetlik
50 mg.lık şişeler 25 adetlik

Entavenöz : 250 mg.lık 10 cc.lük şişe

Terramycin Şurubu : 1,5 gr. Terramycin ve 30cc. eritici şurubü
havidir.

Damlalıklı Şurup : 2 gr. Terramycin ile 10 cc. eritici şurup ve
50 mg 100 mg taksimatlı bir damlalık.

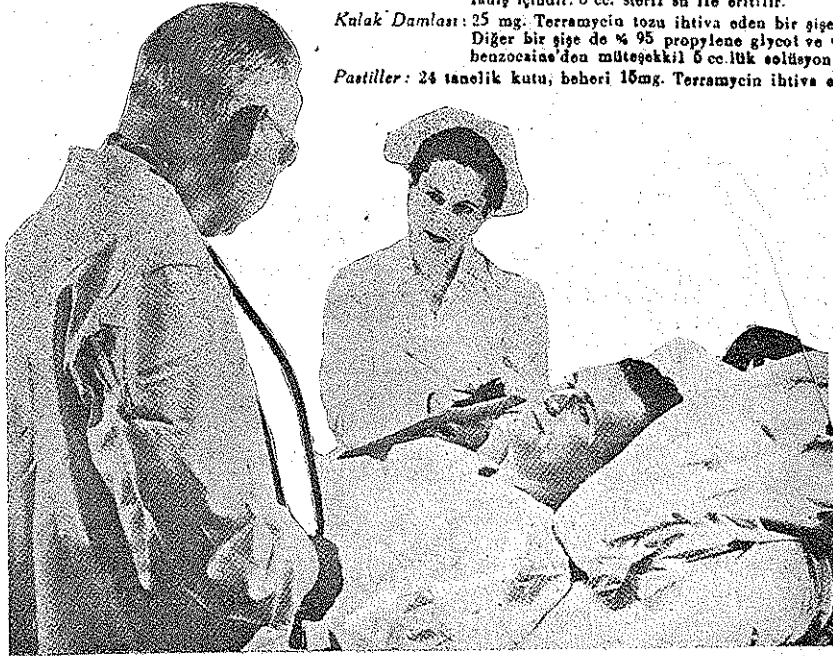
Deri Merhemi : Beher gramı 30 mg. Terramycin ihtiva eden 15
ve 30 gr.lık tüpler.

Göz Merhemi : Beher gram 5 mg. Terramycin ihtiva eder.

Göz Damlası : 5 cc.lük şişelerde 25 mg. Terramycin Lokal kul-
lanış içindir. 5 cc. steril su ile eritilir.

Kulak Damlası : 25 mg. Terramycin tozu ihtiva eden bir şişe.
Diğer bir şişe de % 95 propylene glycol ve % 5
benzocaine' den müteşekkil 5 cc.lük solüsyon

Pastiller : 24 tanelik kutu, beheri 10mg. Terramycin ihtiva eder



CHAS. PFIZER and CO., Inc.

Pfizer

ORTA ŞARK TİCARET T.A.Ş.

Meşrutiyet Cad. No. 40 Beyoğlu - İstanbul - Tel. 41296

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 Gözcu, Muzaffer Esat Güçhan, Kâzım İsmail Gürkan, Kâzım Nuri İggören, Neşet Ömer İrdelp (1882-1948), Necmettin Hakkı İzmirli, Nusret Karasu, Halit Ziya Konuralp, Müfide Küley, Alfred Marchionini, Eduard Melchior, Kâmile Mutlu, Abdülkadir Noyan, Mim. Kemal Öke, Zeki Plevnelioğlu, Tefvik Sağlam, Hüseyin Salor, Şükrü Yusuf Sarıbaş, Victor Schilling, Kâmil Sokullu, Necmettin Tugan Sezai Tümay, Fr. Volhard, Muzaffer Şevki Yener.

- 1 — Kâğıt fiyatlarının yükselmesi yüzünden 1952 yılı içinde Anadolu Kliniği Mecmuası ayrı baskı yaptıramayacağını sayın yazarlarına teessürle bildirmek zorunda kalmıştır.
- 2 — Elli ayrı baskı yazarlar hesabına 30 lira mukabilinde yaptırılacaktır.

Anadolu Kliniği

radioaktivitenin mahiyetinden bahsetmiştik. Bu defa da, vücut sathında bulunan tümörlerin radioaktif fosfor vasıtasile diagnozuna ait olan metodumuzu daha geniş bir şekilde açıklıyoruz.

Kanser dokularının, Nüklein asidi ve diğer fosfor ihtiva eden birleşiklerin yapımında kullanılmak üzere, fosfor ihtiyaçları artmıştır. Bir hücre bölünmeğe başlamadan önce, Nüklein asidinin miktarı iki misline çıkmış olmalıdır. Bundan anlaşılıyor ki, bir tümörün çoğalma meylinin fazlalığı, yani habâseti derecesi nisbetinde fosfor cezbedecektir. İşte buna dayanarak neoplastik nesiçlerin tâyini için radioaktif fosfor elverişli görünüyor. Radioaktif izotoplarla yapılan çalışmalarda, mezkûr maddelerin tümör nescinde kalışı esasına istinaden, intişar eden şuaların Geiger-Müller sayacı ile tayin edilişi bahis konusudur.

Biz, hastaya 0,25 mC. radiofosforu, sekonder Natrium-fosfat halinde i.v. zerkediyoruz. Dokuda sür'atle bir P³² cereyanı, bilhassa çabuk büyüme gösteren dokularda selektif bir P³² tutulması vukua geliyor. Sonra tümör şüpheli vücut kısmı ile mukabil sağlam vücut kısmında, mukayeseli olarak, impulsları Geiger-Müller sayacı ile

daki farktır. Sağlam vücut kısmı ile mukabil sağlam vücut kısmı arasında 7 gün sonra en az 25% bir fark bekleriz. Bir beta ışınlayıcısı olan radiofosfor, bütün dokularda ancak 7-11 mm. den ibaret bir nüfuz kudretini haizdir; bu sebepten esas itibariyle ancak sathî tümörlerin teşhisini mümkün kılabilir. Fakat bununla beraber, daha derinde bulunan tümörler de, şâyet endoskopik olarak imkân mevcutsa, bu metodun hududu içine girerler. Radioaktif izotoplarla tümör diagnozu, bilhassa metastaz yapma tehlikesinden dolayı (meselâ sarkomlarda) cerrahın biopsi yapmaktan çekindiği vak'alarda fevkalâde önemi haizdir. Bundan maada muhtemel metastazları (meselâ lenf guddeleri metastazları) meydana çıkarma imkânı da mevcuttur. Akıntılı dermatozlarda P³² kan serumu ile aynen deri sathına getirildiği ve orada yapışıp kaldığından, ölçmeler doğruluğunu kaybeder ve diferansiyel diagnoz mümkün olamaz. Hormon preparatlarıyla, Röntgen ve Radium şualamalarıyla başarılı surette tedavi görmüş olan meme ve prostat kanserleri de keza, artık fazla bir radiofosfor tutulması göstermezler.

Biraz evvel söylendiği gibi, beta ışınlayıcısı olan

ANADOLU KLİNİĞİ

ÜÇ AYDA BİR ÇIKAR

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

MECMUAYI DAİMİ 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 Çetinçil, Salâhi Durusoy, A. Eckstein ((1891 - 1950), Ekrem Şerif Egeci, 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 İggören, Neşet Ömer İrdelp (1882 - 1948), Necmettin Hakkı İzmirli, Nusret Karasu, Halit Ziya Konuralp, Müfide Küley, Alfred Marchionini, Eduard Melchior, Kâmile Mutlu, Abdülkadir Noyan, Mim. Kemal Öke, Zeki Pamir, Kemal Hüseyin Plevnelioğlu, Tevfik Sağlam, Hüseyin Salor, Şükrü Yusuf Sarıbaş, Victor Schilling, Kâmil Sokullu, Sedat Tavat, Feyzi Taner, Nimet Taşkıran, İrfan Titez, 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

Mühür Üniversitesi I. Dahiliye Kliniği çalışmalarından:

Direktör: Prof. Dr. K. Bingold.

Radioaktif Fosforla Tümör Diagnostiği

Doç Dr. H. Cramer, Dr. H. W. Pabst, Dr. Suat Efe

«Anadolu Kliniği»ndeki birinci yazımızda sun'î radioaktivitenin mahiyetinden bahsetmiş ve tıptaki kullanılma imkânlarını belirtmiştik. Bu defa da, vücut sathında bulunan tümörlerin radioaktif fosfor vasıtasile diagnozuna ait olan metodumuzu daha geniş bir şekilde açıklıyoruz.

Kanser dokularının, Nüklein asidi ve diğer fosfor ihtiva eden birleşiklerin yapımında kullanılmak üzere, fosfor ihtiyaçları artmıştır. Bir hücre bölünmeğe başlamadan önce, Nüklein asidinin miktarı iki misline çıkmış olmalıdır. Bundan anlaşılıyor ki, bir tümörün çoğalma meylinin fazlalığı, yani habâseti derecesi nisbetinde fosfor cezbedecektir. İşte buna dayanarak neoplastik nesiçlerin tâyini için radioaktif fosfor elverişli görünüyor. Radioaktif izotoplarla yapılan çalışmalarda, mezkûr maddelerin tümör nescinde kalışı esasına istinaden, intişar eden şuaların Geiger-Müller sayacı ile tayin edilışı bahis konusudur.

Biz, hastaya 0,25 mC. radiofosforu, sekonder Natrium-fosfat halinde i.v. zerkediyoruz. Dokuda sür'atle bir P³² cereyanı, bilhassa çabuk büyüme gösteren dokularda selektif bir P³² tutulması vukua geliyor. Sonra tümör şüpheli vücut kısmı ile mukabil sağlam vücut kısmında, mukayeseli olarak, impulsları Geiger-Müller sayacı ile

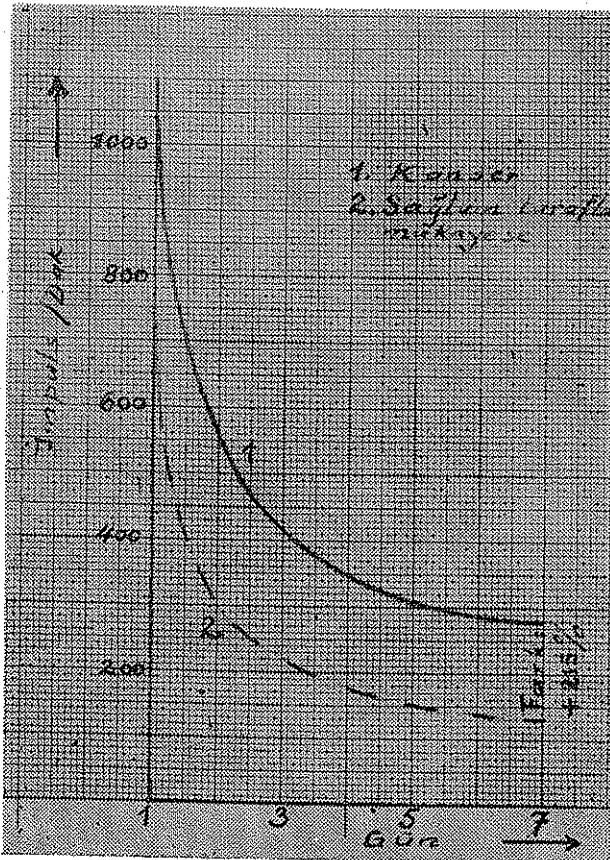
ölçüyoruz. Bütün bu ölçmelerde mühim olan, tümörlü tarafla, mukayese edilen mukabil sağlam taraf arasındaki farktır. Karsinom vak'alarında, neoplazmalı vücut kısmı ile mukabil sağlam vücut kısmı arasında 7 gün sonra en az 25% bir fark bekleriz. Bir beta ışınlayıcısı olan radiofosfor, bütün dokularda ancak 7-11 mm. den ibaret bir nüfuz kudretini haizdir; bu sebepten esas itibariyle ancak sathî tümörlerin teşhisini mümkün kılabilir. Fakat bununla beraber, daha derinde bulunan tümörler de, şâyet endoskopik olarak imkân mevcutsa, bu metodun hududu içine girerler. Radioaktif izotoplarla tümör diagnozu, bilhassa metastaz yapma tehlikesinden dolayı (meselâ sarkomlarda) cerrahın biopsi yapmaktan çekindiği vak'alarda fevkalâde önemi haizdir. Bundan maada muhtemel metastazları (meselâ lenf guddeleri metastazları) meydana çıkarma imkânı da mevcuttur. Akıntılı dermatozlarda P³² kan serumu ile aynen deri sathına getirildiği ve orada yapışıp kaldığından, ölçmeler doğruluğunu kaybeder ve diferansiyel diagnoz mümkün olamaz. Hormon preparatlarıyla, Röntgen ve Radium şualamalarıyla başarılı surette tedavi görmüş olan meme ve prostat kanserleri de keza, artık fazla bir radiofosfor tutulması göstermezler.

Biraz evvel söylendiği gibi, beta ışınlayıcısı olan

radiofosfor dokuya ancak 7-11 mm. nüfuz ettiğinden bütün dahili organlar derin durumları dolayısıyla dışarıdan ölçmelerde sahil rakamlar vermezler. Bu sebepten sonraki araştırmamızda, metodun içi boş organlar için kabili tatbik olup olmadığı meselesini ele aldık. Miniyatür bir sayaç borusu (= Zählrohr) imâl ettirdik, bunu mide boşluğuna yerleştirebiliyoruz. Bükülebilir «miniyatür sayıcı boru» ile özofagus, mide, rektum gibi vücut boşluklarının muayenelerine teşebbüs ettik ve muvaffakiyet vaadeden ilk neticelere ulaştık. Fakat bu araştırmaların henüz başlangıç safhasında bulunuyoruz.

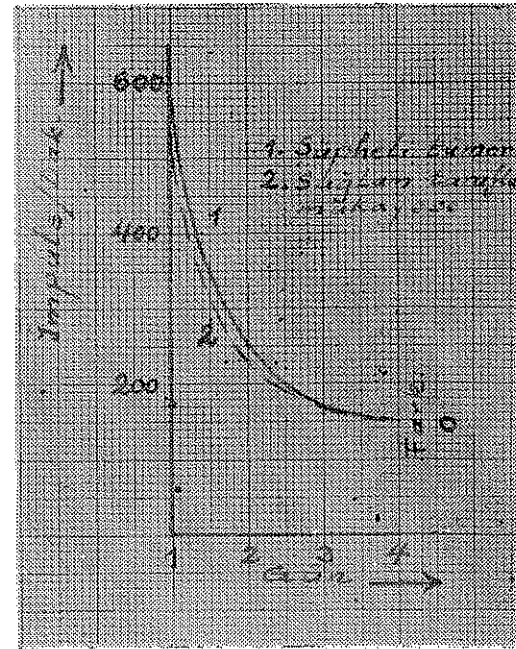
Bugüne kadar kliniğimizde kanser şüphesi gelen 300 den fazla hastayı P^{32} ile muayene ettik. Sathî yani palpabl olan tümörlerde memnuniyet verici sonuçlar elde etmiş bulunuyoruz. Aşağıdaki resimler, muhtelif kanserli hastalardaki ve sağılam şahıslardaki ölçmeleri gösteriyor:

(Resim: 1) de, meme kanserli bir hastanın tümörlü göğsü ile sağılam göğsü arasındaki impulsların 7. günkü farkının 215% tümörlü tarafın lehine olduğu görülüyor.



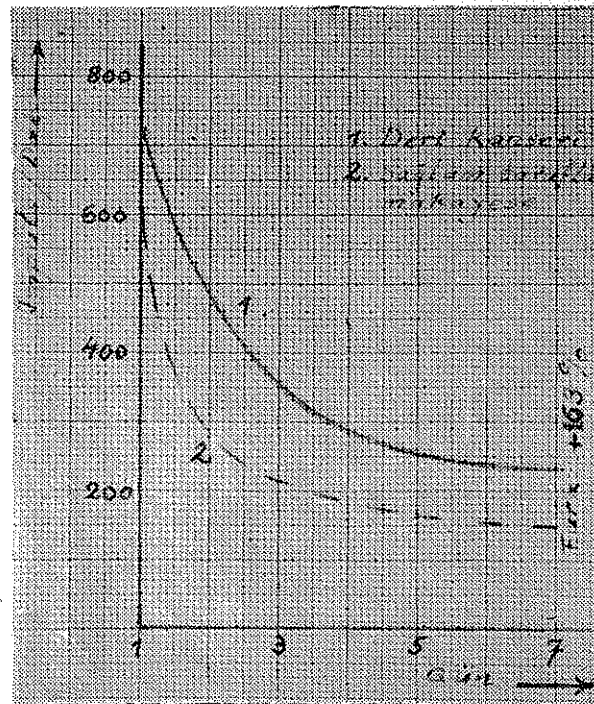
Resim: 1. — Meme kanseri

(Resim: 2): Sol memesinin üst dış dörte birinde fındık kadar tümörü olan bir hastada, son haftalarda memede çekilmeler ve kilo kaybı olmuştu. Proçesin, tarafımızdan neoplazma şüphesi bertaraf edildi. Zira kurvede görüldüğü gibi, 4 gün sonra tümörlü tarafla mukabil sağılam taraf arasında hiç fark bulunamamıştı. Müteakiben yapılan biopsinin neticesi: Mastopathia cystica fibrosa'dır.



Resim: 2. — Mastopatia sistika

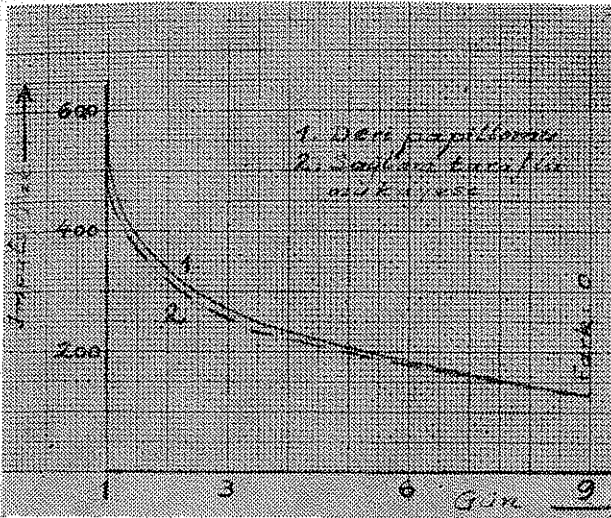
(Resim: 3) P^{32} ile teşhis için en uygun vak'lerden birini gösteriyor. Kurvede, 62 yaşındaki bir kadında P^{32} nin 163% hasta tarafta tutulmuş olduğu görülüyor.



Resim: 3. — Spinosellüler deri kanseri

(Resim: 4) te deri selim tümöründe farkın 9 uncu gün sıfıra düşmüş olduğu görülüyor.

(Resim: 5), 42 yaşındaki bir kadın hastanın sarkomlu sağ bacağı ile sağılam olan sol bacağı arasındaki impuls farkı 7. gün 263% sarkomlu tarafın lehinedir. Teşhiste: Melanosarkom, Sarkomlar, karsinomlara nazaran, daha yüksek aktivite gösterirler.



Resim: 4. — Deri papillomu

Bu yazının çerçevesi, travayımız hakkında uzun boylu tafsilde bulunmağa maalesef müsait değildir. Fakat izotoplarla araştırmaların bu enteresan sahası hakkında bir parça fikir vermiş olduğumuzu ümid ediyoruz.

Düzeltilme: Birinci yazımızda (Anadolu Kliniği, Yıl: 17, No: 3, 1951) birkaç tertip hatası olmuştur. düzeltiriz.

1 — Sahife 92 de ikinci sütunun başındaki denklem şöyle dizilecekti:

$$\text{Denklem I : } P \frac{31}{15} + n \frac{1}{0} \longrightarrow P \frac{32}{15}$$

n = Neutron

İstanbul Çocuk Hastahanesi Doğum - Kadın Servisi;

Şef: Dr. Emir Necib Atakam

Beş buçuk aylık gebelikte Uterus Perforasyonu Konservatif ameliyat-şifa

Dr. Emir Necib Atakam

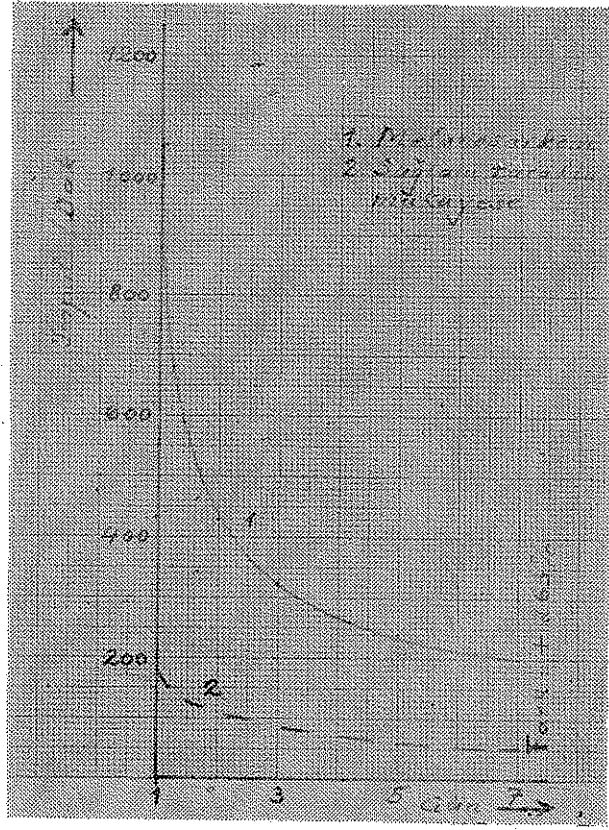
Şikâyeti: Boyabıdı 17 yaşında Ş. Ç. olan hastamız evliliğinin 2. ci senesinde ve gebeliğinin beş buçuk ayında iken bize vaki müracaatındaki durumu şöyle hülâsa edilebilir : Bir gün önce teneke ile su taşıdığı esnada ayağı kayıp teçüstü düşmüş, akşam üzeri belile kasıkları ağrımağa başlamış, gece geç vakit üreme yolile birdenbire epeyce su boşalmış, bir az da kan gelmiş. Bunu müteakib ağrıları hafiflemiş, sabahleyin de bize getirilmiştir. 29/4/1951 günü 579/2663 sayılı protokol ile servisimize alındı.

Soygeçmiş: Annesi, babası, 3 kardeşi hayatta ve sıh-hatta imişler, onlara ait kayda değer bir şey bildirmiyor.

Özgeçmiş: Vaktinde yürüyüp konuştuğunu, çocukluk hastalığı geçirmediğini, yalnız sıtmaya yakalanmış olduğunu hatırlıyor. İlk âdetini 14 yaşında görmüş, o zamandanberi muntazam kirlenir, kanama 2 gün sürer, bu müddet zarfında 3 bez kirlenir, ağrı, sancı, akıntı, koku olmazmış.

Genel durumu : Orta boylu, çekingen tavırlı, anamnezini insanı yorarak veriyor. Solukça benizli, deri altı yağ dokusu vasat, teşekkülâtı tam, aktif durumda olup, geldiğinde beden ısı 36,6, nabızı 80 idi. Enspeksiyon ve palpasyonda fundus uteri göbük alt hududundadır. Uterusun her tarafı yumuşak olup seyrek ve zayıf kontraksiyonların gelip geçtiği hissediliyor. Fötiis partileri ve çocuğa ait kalb sesleri

2 — Aynı sütunun alttan 20 nci satırında mevzuubahis $1mC P^{32}$ nin ağırlığı $3,44 \times 10^{-9}$ g. olacaktır. Geçen yazıda negatif işareti dizilmemiş bulunuyordu.



ReResim: 5. — Melanosarkom

alınmıyor. Tuşede vulva ve vagina normal siada, kolum mihverin üzerinde olup konik-silendroiddir. Dış fevhesinden yumuşak bir şey sarkmaktadır. Serviks kanalı, yarı yola kadar ince, bir serçe parmağının girmesine müsaade edecek kadar açılmıştır. Spekulum muayenesinde, vaginaya bir az sarkmış olan şeyin, nabazan göstermeyen, yassı, ince kordon onbilikal olduğu antaşıldı. Fevhe etrafında yara, zede ve erozyon görülmedi.

Hararet ve nabzun normal olması dolayısıyla veladî müdahaheleyle başvurmadan evvel hastada mevcut olan hafif ve seyrek kontraksiyonları tenbih ve takviye ederek spontan abortusu temin düşüncesile $\frac{1}{2}$ şar saat ara ile 4 defa 0,25 gr. kinin verildi ise de ağrılar kuvvetlendirilemedi. Ertesi gün (30/4/1951) genel durumun normal oluşu ve kadının çok genç bulunması gözönünde bulundurularak vaginal sezaryen tercih edilmedi. Nöbetçi doktor tarafından, kanal servikal 12 No. Hegar dilatatörü girinceye kadar dilate edildikten sonra entra servikal ve vaginal sıkı tanponman yapılıyor. 14 saat sonra kuvvetli kontraksiyonlar başlayıp devam ediyor. Kâfi derecede dilatasyonun olabilmesi için doktor 2 saat bekledikten sonra tanponu çekiyor. Müteakiben yaptığı tuşede, çocuğun masere kolunun mihbele sarkmış bulunduğunu duyuyor. Daha derin tuşe etmek isterken bu kolun

kopup elinde kaldığını hissediyor. Bunun üzerine, tahliyeyle tamamen elverişli olan açıklıktan Winter pensile çocuk ile plasentayı parça parça çıkarıyor. İçeride kalmış olan meşime ve ağşiye parçacıklarını temizlemek üzere büyük Bumm küretile müteakiben de 6 No. lu Récamier küretile küretaj yapılıyor. Son kontrolü sırasında, elindeki küretin itildikçe git-tiğinin farkına varıyor. Yavaşça aletini çekerken bunun, iç fevhenin hemen üstünden, önden istmus hizasından çıktığını anlıyor ve derhal bana, saat 23,30 da keyfiyeti bildiriyor. Hemen hastahaneye gidip, durum kontrol ve tesbit edildikten sonra hastaya 1 milyon ünite penisilin adeleye şırınga edilerek laparotomi yapıldı.

Eter narkozu Pfannenstiel şakile laparotomize edilen hastanın karnı açıldıktan abdomende bir miktar sulu ve küçük pıhtılı kan bulunduğu görülerek temizlendi. Müteakiben Trendelenburg vaziyetine konan hastanın barsakları iyice tecriid ve muhafaza altına alındı. Çok yumuşak ve çok vasküler olan uterusun ön yüzünde 6 santimetre kadar uzunlukta ve 1/4 - 1/2 cm. arasında değişen genişlikte, peritoneum ve kısmen miomentriumu ilgilendiren kürete edilmiş bir bölge; önde aşağıda, plica vesica-uterina'nın hemen üstünde, 2 cm. eninde rahmin perforasyonu görüldü.

Poşu epeyce zaman evvel yırtılmış, kordonu vaginaya sarkmış, çocuğu masere, uterusu kürete edilmiş ve delinmiş, üstelik ön yüzü rakle edilen böyle bir vak'ada klasikmani (sub-totale hystérectomie) ile drenaj yapılması lâzım geldiğinde şüphe yoktur. Fakat henüz 17 yaşında olan bu çok genç kadının rahmini çıkarmakla artık âdet göremeyeceğini, gebe kalıp çocuk doğurmak ihtimalinin ortadan kalkmış olduğunu anlaması kendisi için müthiş maddî ve manevî bir darbe, kocası için de kısa zaman sonra, ileri sürülerek evliliği bozup bu genç kadını başından atmak için mühim bir sebep olacağını düşünerek ve bize bakteriostatiklerle antibiotikleri kazandıranlara hayır dua ederek (Radikal müdahaleden) sarfınazar ettim. Evvelâ kürete edilmiş olan saha kısmen eksizye edildi ve 1 — yalnız müsküler, 2 — müsküler-serö, 3 — seroserö dikişler kondu. Ondandı sonra perfore olan yer dikildi, peritonize edildi ve üzeri yeni bir perituan tabakasıyla ranfore edildi. Mesane arka cidarındaki 1/2 cm. kare eb'ündeki sathî lezyonlu yere; 1 — kese ağzı, 2 — seroserö dikişler kondu. Uterusun büyüklüğü, perfore yerin çok aşağıda olması dolayısıyla delinen yerin dikilmesi bir hayli güç ve yorucu oldu. Perituan boşluğuna 1 milyon ünite penisilin döküldü, gaz iodoforme meşi konduktan sonra masa ufki vaziyete getirildi ve parua tabaka tabak adıkildi, cilde agraf kondu.

Post operatuar tedavi : 1 — İlk 3 gün sabah ile akşam birer milyon ünite penisilin adeleye, onu takib eden 4 gün, günde yalnız bir defa 1 milyon ünite, ondan sonraki 3 günde gine günde bir defa 500.000 ünite penisilin adeleye şırınga edildi. 2 — Konan meş, ikişer gün ara ile 3 defada tamamen çekilip çıkarıldı. 3 — Meş'in çıkarıldığının ertesi gününe kadar küratif ve prevantif olarak buz kesesi kondu. 4—3 gün sıraya 500 c.c. serom fiziolojik deri altına şırınga edildi.

Agraflar 10. gün alındı. Her şey yolunda gitmekle beraber muahhar bir tronboflebit ve başka herhangi bir ihtilâl ihtimalini gözönünde bulundurduğumuz için Ş. yi 20/5/1951 gününe kadar serviste alakoyduk.

Rahim delinmeleri; hakikî veya mevhum gebeliğini yoketmek isteyen hastanın bizzat kendisi, hekimlik ve ebellekle hiç ilgisi olmayan kadınlar, diplomalı ebeler, mütehassis olmayan ve olan hekimler, çok nadir olmakla beraber pek değerli ihtisas sahiplerinin elinde bile vukua gelmektedir. Uterus perforasyonları yalnız cinaî maksadlarla değil, vuku bulmak üzere olan sıkıtlarda rahmin tahliyesi, yahut gayrı tam sıkıtlarda uterus içerisinde kalmış olan artıkların temizlenmesi

sırasında da olabilirler. Ekstra uterin gebelerdeki kanamalarda desiduanın dışarıya atılmasının gayrı tam sıkıt zannedilerek yapılan temizleyici kürtajlar esnasında da rahim delinebilmektedir. Dikkatten kaçmış olan uterus deviasiyonlarında, normal istikamette olan rahimdeki gibi âletlerin sokulmasıyla de bu arıza ortaya çıkabilir.

Dünya literatürüne gözgezdirince; rahim delinmelerinin baş müsebbibi hekimleri buluruz. Yine literatür bize, en ağır, en komplike perforasyonların hekimler tarafından yapılmış olduğunu göstermektedir. Bizde, bu gibi vak'alara az rastlıyoruz. Buna dayanarak bizde enderen avortman veya kürtaj yapılmakta olduğunu iddia etmek yersiz olur. Fakat uterus perforasyonlarının bizde az oluşunu; kürtaj yapan hekim ve mütehas-sıslarımızın bu işi dikkat, itina ve bilgi ile yapmakta olduğunu gösterir kanaatindeyim. Hekimlerin yaptığı perforasyonlara ait en çok dikkate değer görülen şu 4 yabancı istatistiği aşağıya çıkarıyorum:

1 — Heyn, perforasyon dolayısıyla ameliyatlarını yaptığı 17 hastanın 9 unda avortmanla perforasyonu yapanın hekim olduğunu bildiriyor.

2 — Heynemann, elinden geçen 134 rahim delinmesi vak'asının 93 ünün hekimler tarafından yapılmış olduğunu tesbit etmiştir.

3 — Peham ile Katz, 100 vak'alık istatistiklerinde, 71 tanesini hekimlerin delmiş olduğunu açıklıyorlar.

4 — Koblanck, ameliyatlarını yapmış olduğu muhtelif karın ahşası lezyonlarıyla müterafık 30 ağır uterus perforasyonu vak'asından 27 tanesinin hekimlerin elinden çıktığını zikrediyor.

Perforasyonu yapan malzeme: — Bunlar, gebeliği izaleye uğraşanlara veya kürtajı yapanlara göre pek mütenevvidir. Hastalar veya alelade düşürücüler, avortmanı sağlamak maksadile; firkete, çorap şişi, tuğ, çivi, ebeğümeci ve maydanoz kökü, tavuk ve benzeri hayvan tüyleri, ucu sivriltilmiş çıra, kurşun kalemi, kalem sapı, lavman kanülü, madenî sondalar ve akla gelmeyecek daha neler kullandıkları esnada rahimlerini delebiliyorlar. Hekimler ise isterometr, dilatatörler, rahim pansman penslerinin çeşitleri ve küretlerle bu organı deliyorlar. Laminaria, Winterin avortman pensi ile entra uterin lavaj için kullanılan sondalarla da perforasyonların vukua geldiğine dair vak'alar mevcut ise de pek mahduddur. Petzold'un istatistiğinde, delinmelerin ekserisinin pansman pensleri ve küretlerle vuku bulduğunu bildiriliyor. Kiel klinikleri istatistiğinde ise bu arzayı yapanların başında Hegar bujilerinin geldiği açıklanmaktadır.

Delinmelerin mevkii: — Peham ve Katz'a göre %57 fundus, %34 korpusun muhtelif bölgeleri, %9 da istmus hizasıdır. Başka müelliflerin istatistikleri de bunu teyid eder mahiyettedir.

Perforasyon lezyonları: — A - Basit olurlar, B - Komplikedirler.

A — Basit rahim delinmeleri: — Bu gibi vak'alarda yalnız rahim delinmiştir; başka uzuv âfeti yoktur. Delici âlet uterusun her üç tabakasını delip geçmiştir. Her türlü asepsi ve antisepsi şartlarına riayet edilerek yapı-

lan kürtaçlar esnasında isterometre, ince buçiler ve küçük küretlerin yaptığı basit delikler (arter uterinleri zedelememek şartile) en az tehlikeli olanlardır. Büyük numaralı dilatatörler, geniş küretler ve Winter penslerle vukua gelenlerde delik ve yara büyük olacağından tehlike de büyüktür. Bu gibi deliklerin etrafındaki dokular da zedelenmiş ve hayatiyetini az çok kaybetmiştir. Bu itibarla lokal enfeksiyon, sfasel, nekroz, gangren, perimetrit, parametrit ve peritonit ihtimalleri artmıştır.

Peham ile Katz'ın yayınladıkları 86 ölümlü basit perforasyonlu vak'anın 29 u süpüre peritonit, 10 tanesi şok ve geri kalanlar da mebzul iç kanamadan ölmüşlerdir. Peritonitler fudruayant, süregü, egü ve sübegü olabilirler. Gangrenler; perforasyonu çevreleyen dokularda başlar ve Mondor'a göre oldukça sık görülürler. Rahim delinmelerindeki enfeksiyonların başlıca âmili (bacillus perfringens) tir. Diğer patogen ajanlar veya mikrob assosiasiyonlarının yaptığı intanlar da az değildir.

Basit olan delinmelerde; pelviperitonit, parametrit, tronboflebit, septisemi, sepsis ve peritonit, septikopiemi, peritonit ve oklüzion entestinal gibi ihtilâtlar da vukua gelmektedir.

B — Komplike rahim delinmeleri: — Bunlar; omentum, ince barsak, kalın barsak, mesane ve ureter leziyonlarından biri veya bir kaçile birlikte olanlardır.

Omentum âfetlerinde; kürtaçı yapmış olan hekimin rahmi deldikten sonra âletile büyük epiplonu da zedelemiş, yırtmış yahut koparmıştır. Husule getirilen hasara göre hafif, vahim, hattâ sür'atle öldürücü dahili nezifler vukua gelir. Yabancı istatistiklerde; âletle tutulup çekilen serbin vulvadan dışarıya sarkmış bir halde hastanın hastaneye getirildiğine, pensle çekilerek parça parça koparılıp yok edildiğine ve tutulup çekilen omentumun delinen yeri tıkadığına dair vak'alar vardır. (Stöckel, Heynemann, Laubenburg, Küstner, Sergeef v.s.)

İnce barsak tahribatı: — Çeşitli pensler ve sair âletlerle ince barsaklar tutulup sıkılmakla ezilebilecekleri gibi onları kuvvetle çekmek suretile kendilerinin ve mesarikanın yırtıldıkları, koparıldıkları vakidir. Karın boşluğuna girmiş olan âletlerle delindikleri de nadir değildir. Bütün bu arızalar, vahim iç kanamalara, muhteviyatının perituan boşluğuna dökülmesine sebep olur. Tib edebiyatında, tutulan ince barsağın delinen yerden uterus boşluğuna çekilmesile barsak boğulmaları ve gangrenlerine sebebiyet verilmiş olduğunu bildiren müşahedeler bulunduğu gibi çekilen barsağın ferçten dışarıya sarkarak hastaneye gönderilmiş vak'lara dair neşriyat vardır. Büyük gebeliği yok edilmek istenilen kadında, rahmi deldikten sonra pensle ince barsağın tutulup çekildiği, vulvadan dışarıya çıkarılarak ve çocuğun kordonu zannederek iki pens arasında sıkıştırılıp kesilmiş olduğunu açıklayan 1-2 vak'a vardır. (şimdi bildirilen muhtelif ve mütenevvi barsak leziyonlarına ait Alberti, Craig, Engelmann, Friedler, Heleman, Huet, Jelnik, Katz, Levin, Matthaes, Müller, Peham, Phillip, Picot, Rébréquend, Schokaert, Schugt ve Sellheim'in yayınladıkları vak'alar mevcuttur).

Kalın barsak leziyonları: — Perforasyon deliğinden girmiş olan âlet kalın barsağı sigmoidi ve rektumu muhtelif şekil ve derecelerde yaralayıp âfetzede edebilir. Ahemada, Braude, Chevalier, Evers, Goldschmidt, Jahier, Laffond, Mackenrodt, Schweitzer, Soupault ve Süsmann'ın bu gibi leziyonlara dair neşriyatı vardır.

Mesane ve halip zedelenmeleri: — Avortman ve kürtaç esnasında bu uzuvların zedelendikleri nispeten azdır. Bergouignan, Hornung, Katz, Klauber, Ottow, Peham, Rosenberg, Salomon, Tseberloch, Wertheim'in bunlara ait vak'a ve yayınları mevcuttur. Çok nadir olmakla beraber, perfore edilmiş olan rahimdeki delikten Fallop borusunun, tüber gebeliğin, overin, yumurtalığa ait solid veya kistik tümörün çekilip koparıldığına yahut kürete edildiğine, vena iliaca'nın zedelenildiğine dair Blaha, Eberhardt, Engelhorn, Hofstaetter, Katz, Peham, Richard ve Stöckel'in vak'aları (neşriyatı) vardır.

Düşürmek için kurcalayan veya kurcalatanlar, hastanelere getirildiklerinde hemen istisnasız, yaptıkları veya yaptırdıkları her şeyi inkâr etmek itiyadındadırlar. Onlara arkadaşça hitab ederek itimadlarını kazandıktan ve hayatlarının kurtarılmasının, doğruyu söylemelerile mümkün olabileceği telkininde bulunmak suretile söyletmek nadiren mümkün olabilmektedir. İşin en kötü tarafı, her ne sebep ve suretile olursa olsun avortman veya kürtaç yapmış veya yapmak zorunda kalmış olan bir hekimin, bu ameliyeyi yaparken rahmini deldiği veya başka uzvunu da âfetzede ettiği hastasını hastaneye gönderirken yahut getirip teslim ederken vukuu halden hiç bahsetmemesidir. Bu takdirde hastane hekimi - bâriz âraz gösteren vak'alar hariç - gelen hastaları, enfeksiyon bakımından şüpheli telâkki ederek yalnız tıbbi tedavilerle iktifa ederek müdahale ve hastayı kurtarma bakımından bir çok kıymetli zamanlar kaybetmiş olur.

Hekimlerin hastanelere sevkettikleri basit veya komplike uterus delinmelerini hastane hekimlerine açıklamak istemeyişlerini şu noktalarda hülasa etmek mümkündür kanaatindeyim: 1 - Yaptığı hata ve husule getirdiği ârıza dolayisile adli takibata maruz kalmak. 2 - Bazı hastane mütehassıslarının, böyle bir bedbahtlığa maruz kalmış meslekdaşlarını korumaması hattâ bazen bütün kuvvet ve kudretile ona hasmane cephe alması, 3 - Yaptığı fenalık ve zararların her türlü mesuliyetini; haddi zatında kendisine iltica ettiği müdahale ve müdavatile hem kendisini hem de hayatı tehlikeye girmiş bulunan hastasını kurtaracak olan yardımcısına yüklemek küçüklüğünü irtikâb etmek isteği.

Hekimlik; daima hasta hayatı ile sıhhatini her türlü şahsî his, endişe ve menfaatlerin üstünde tutulmasını gerektirmektedir. Hatayı işleyen de, bu hatanın tamiri ve hayatın kurtarılması için kendisine müracaat ve iltica edilen de el ve işbirliği yaparak hastayı sağlığa kavuşturmağa çabalamalıdır.

Yukarıda arzedilen hususlar, daima hastanelerde çalışan meslekdaşlarımızda yeretmiş olmalıdır. Servise getirilen veya gönderilen her sıkıt vak'asını, gayrı tam düşüklüklerle kürtaç olmuş hastaları (şüpheli) telâkki ederek büyük bir dikkat ve uyanıklıkla giriş mu-

ayenelerini eksiksiz yapmalıdırlar. Aksi takdirde durup dururken başkalarının hata ile mesuliyetlerini, bigünah oldukları halde, yüklenmek mevkiine düşebilirler.

Mondor; kürtaj ve perforasyondan bahsedilmeden (had jenital enfeksiyon) teşhisile hekim tarafından hastaneye gönderilmiş olan bir kadının girdiğinin 3. gününde, intanı ikinci plânda bırakan (had hemoraji enteri) arazile ölmüş olduğunu; yine hekimin hastaneye sevkettiği ve yapılmış olanlara dair hiç bir bilgi vermediği - yüksek ateşli - bir diğer hastanın (enfeksiyon ve had iç kanamadan) ölmüş olduğunu aynı müellif bildirmektedir. Her ikisinin otopsisinde; gerek enfeksiyona ve gerekse dahili nezfe sebebiyet veren âfetin, hekim tarafından yapılmış olan (perforasyonlar) olduğu anlaşılmıştır.

Gueulette bir hekimin (iç kanama) teşhisile ve acele kaydile servisine göndermiş olduğu kadını, hemen laparotomize ettiğini, uterusun ön yüzünde, (iç kanamaya sebep olan leziyonun) geniş bir perforasyon görünce subtotal isterektomi yaparak hastayı kurtarmış olduğunu bildiriyor.

Bergouignan; yaptığını tamamen meskût geçerek bir hekimin (egü jeneralize) peritonit) teşhisile hastaneye gönderdiği çok genç bir kadının bir kaç saat içerisinde öldüğünü; Maucloire, hekimin hastaneye gönderdiği kadının II. saatta kollaps ile vefat ettiğini zikrediyor. Bunlarda da otopsi, rahmin delinmiş olduğunu göstermiştir.

Boldt, Dalcas, Dupinet, Janov, Outerbridge, Sappay, Schreiber ve daha bazıları, yaptıklarını gizleyen hekimlerin hastaneye gönderdikleri hastalara yapılan müdahaleler veya otopsiyle rahimdeki perforasyonların ve dolayısıyla intan, iç kanama, peritonit ve ölüm sebeplerinin ortaya çıkarılmış olduğuna dair yazılar neşretmişlerdir.

III. Perforasyon ârazı :

A - Kürtaj yapılırken, B - Hastaneye gönderilmiş olan hastalarda olmak üzere iki bölümde gözden geçirelim.

A — Kürtaj yapılırken: a - Ağrı: Abortus ve kürtajlar ekseriya narkozsuz yapıldığından rahim delinirken hasta anı ve hususî bir ağrı duyar. Bu ağrı bazan çok şiddetli olur ve hastada senkop görülür. Devamlı olabileceği gibi hafifleyip şiddetlenebilir. Mevki itibarile; hipogastriumda ortada, yanlardan birinde yani fossa iliaca'ların alt kısımlarında (kasıklarda) belde, hattâ bazen epigastriumda veya kostalar altında duyulabilir.

b - Metroraji: Gelen kan çok defa sızıntı halinde dir. Nadiren bol ve çok bol olur. Kanamaların bu karakteri perforasyon deliğinin hacmine ve her şeyden evve lde büyücek eviyenin zedelenip zedelenmemesine bağlıdır.

c - Kullanılan âletin, gebelik yaşı ve uterus hacmi ile mütenasip olmayacak kadar içeriye girmesi, rahim delinmesine delâlet edebilen ârazdır. Bunlar kürtajı yapanın dikkatini çekerler.

B — Hastaneye gönderilen kürtaj yapılmış has-

talarla rahim delinmesi veya bu şüphe ile servise getirilen bütün hastaların büyük bir tayyakuz ile genel durumları; renkleri, facies, nabız, hararet ve dilleri muayeneden geçirilmeli, karın çok yumuşak olarak palpe edilerek hassas ağrılı, şüpheli bir noktanın bulunup bulunmadığı itina ile aranmalı, iç kanama, peritoneal taharrüş ârazı olup olmadığı araştırıldıktan sonra bimanüel ve spekulum muayenelerine geçilmelidir. Bimanüel olan muayene de çok yumuşak yapılacak ve hekimin aldatacak, yanlış teşhise götürecektir, tazyikten ileri gelme ağrı ile defans uyandırmamalıdır. Rahmin muayyen bir yerine tevafuk eden sabit ağrı, perforasyon şüphesini uyandırır. Ağrı şiddetli olduğu takdirde delinme ihtimali kuvvetlenir. Hipogastr bölgesinin ağrılı, defansli hattâ kotraktürlü ve mat oluşu tuşe eden parmakların da Duglasta büyük bir hassasiyet uyandırması perforasyon ihtimalini daha çok kuvvetlendiren alâmetlerdir. Bazan tuşe eden parmak, cervix kanalında veya iç fevhedeki deliği yahut delikleri duyabildiği gibi kürtaj dijital esnasında korpustaki delikten parmak ucup geçip karın boşluğuna dahil olabilir. Spekulum ile yapılan muayenede bazı kerre fornixlerden birinde veya kollum yahutta cervix kanalındaki delik görülebilir. İster tuşe eden parmak hissetsin isterse spekulum veya valvler ile yapılan muayenede göz görmüş olsun perfore yeri parmak veya âletle karıştırmak katıyen caiz değildir.

Rahim perforasyonu bulunduğu kanaat getirilmeyen fakat şüphenin de tamamen bertaraf edilemediği ve umumî ahvali normal olan hastalar en dikkatli nezaret altında ve en ciddi prevantif tedavide bulundurulacaklardır. Ufak bir alarm işareti sezer sezmez exploratrice laparotomie yapılacaktır. Gueulette; genel durumu iyi olarak hastaneye gönderilen ve 6 gün ahvali hemen hemen normal seyreden bir kadının yedinci günü umumî durumunun birdenbire fenalaştığını ve ertesi günü de süregü generalize peritonitten öldüğünü ve bu ölüm sebebinin rahim delinmesi olduğunu bildiriyor. Didier ile Picot da böyle gecikmiş ve ölümlü sona ermiş birer perforation peritoniti vak'ası neşretmişlerdir.

Prönotik: — Kutru küçük, ince ve az zedeleyici âletlerle, aseptik şartlar dahilinde vuku bulan basit perforasyonların inzarı, hastanede yatmak, modern sıkı bir tedaviye tâbi tutulmak ve dikkatli, uyanık kontrol altında bulunmak şartile oldukça selimdir. Büyük delinmeler ve başka uzuv lezyonlarıyla müşterek olanlarda prönotik, yeni kuvvetli ilâçların keşfinden önceki kadar vahim ve karanlık olmamakla beraber yine ağır ve ciddidir.

Tedavi: — Değerli şahsiyetlerin bu husustaki düşüncelerini aşağıda sıralıyoruz.

I — Basset; Uterusta husule gelmiş olan perforasyonun durumu ile vaşflarını gözle görmeden yani laparotomi yapmadan tıbbî tedavi ile iyileşebileceğine nasıl hükmedilebilir?

II—Brocq; Rahmin nazif bir yarası, karın penetrant yarası demektir. Laparotomie ile tedavi edilmelidir.

III — Maucloire; Uterus enfekte olsun olmasın rahim delinmelerinde laparotomie exploratrice'den çekinmek en tehlikeli yolu seçmek demektir.

VI-MAGNA KAPSÜLLERİ

Lederle

Beslenme sahasında mühim bir mevki sahibi olan *Lederle* müstahzardır. Hastalıktan korunma maksadile vitamin ihtiyacı olan vak'alara mahsus:

VI-MAGNA MÜLTİVİTAMİNİ

Beher Kapsülde :

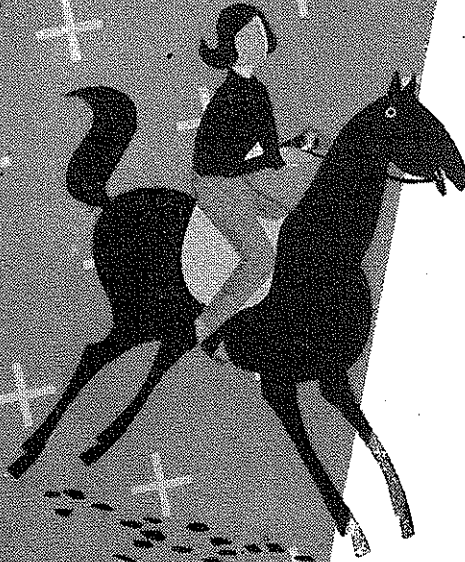
Vitamin A 5.000 U.S.P. ünite
Vitamin D 500 U.S.P. ünite
Thiamine HCl (B₁)—3.0 mgr.
Riboflavine (B₂)—2.0 mgr.
Pyridoxine HCl (B₆)—0.2 mgr.
Niacinamide 20.0 mgr.
Ascorbic Acid (C)—75.0 mgr.
FOLVITE Folic Acid—1.0 mgr.
Calcium Pantothenate 1.0 mgr.

Diyetleri vitamince noksan olan hastalarda endikedir... Nekahat devresinde... Yaşlılarda... Doğumdan evvelki günlerde... İmtisat bozuklukları gösteren hastalıklarda... Nisbeten yüksek vitamin ihtiyacı gösteren olağanüstü hallerde... İlk çocukluk ve ikinci çocukluk devrelerinde metabolizma ihtiyaçları yüksek ve vitamin yetersizliğinin sinsi olabileceği hallerde.

TİCARİ ŞEKİL : 30 kapsüllük şişelerde.

LEDERLE LABORATORIES DIVISION

Türkiye Müessesliği
İstanbul İhracat, İthalat ve Sanayi T. A. Ş.
Galata, Abet Han No. 50-54
İstanbul





TABII

A ve D VİTAMİNLERİNİ HAVI
TİBBÎ MORİNA BALIKYAĞI

HUILE
DE FOIE de MORUE
MÉDICINALE

RHÔNE POULENC

Specia

1cm³ = 2000 Unite A Vitamini
500 Unite D Vitamini

125 sm³ lik şişeler

RHÔNE



POULENC

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

IV — Finsterer; Rahim delinmesinde Probe laparotomie, beklemekten daima daha az tehlikelidir.

V — Mondor; Uterus perfore edildi mi? Eksploratris laparotomi yapılmalıdır. Bu kıymetli ilim adamlarının mütalesi tamamen yerinde olup esas itibarile takip edilmesi gereken yolu göstermektedir. Bununla beraber en mükemmel asepsi şartları dahilinde ve kutru küçük bir âletle yalnızca rahim delinir ve perforationun vuku bulduğunun hemen farkına varıldığı takdirde hiç kurcalanmadan bir hastanede son derece dikkatli ve uyanık bir takibe tâbi tutulmak şartile hasta tam istirahata, en ciddi ve en modern tedavilere tâbi tutularak akıp edilebilir. Bu gibi vak'alarda bu cesareti bize veren, son senelerde bize ilim adamlarının bahsettiği yeni ilaçlardır. Tıbbî tedavide bulunan böyle bir hastada iç kanamaya, enfeksiyona veya peritoneal taharrüşe delâlet edebilecek en hafif alâmetler belirir belirmez hemen müdahale elzemdir.

Prevantif tedavi: Tam yatak istirahati, buz kesesi konması, halen elde mevcut çeşitli antibiotikler, (bakteriostatikler) verilmesi veya tatbik edilmesinden ibarettir. Küratif tedavinin ise, ameliyattan başka şimdi bildirilen aynı tedavilerle birlikte vak'asına göre transfüzyonlar, plasma, tuzlu ve glükozlu perfüzyonlar, tonikardiaklar, dializ peritonealler, drenaj v.s. den ibaret olduğu ma'lûmdur.

Pek küçük olmayan basit uterus perforasyonlarında ve diğer uzuv lezyonlarile müterafik bulunanlarda artık exploratrice laparotomie değil, vuku bulmuş olan âfetleri gidermek için kürativ laparotomie elzemdir. Craig, Friedler, Holden, Huet, Jelinek, Matthaei, Mocquet, Müller, Pariisky, Schugt, Sellheim ve daha başkaları, yalnız uterusta husule gelmiş olan deliği dikmekle; yahut hem rahimde hem de barsaklardaki âfetleri tamir ve izale etmekle; bir kaç santimetreden 540 cm ye kadar ince barsak rezeke edip rahimdeki perforasyonu dikip kapatmakla (Schokaert 35 ve 180 cm., Philipp 40 cm., Peham ile Katz 50, 70, 110, 250 ve 270 cm., Friedler 530 cm., Müller, Schugt, Sellheim 5 metreyi müteceviz ve Meatthaei 540 cm.) şifa elde ettikleri veya edemedikleri vak'alar neşretmişlerdir.

Alberti, Hildebrandt, Rosenzweig ile daha başkaları, uterus ile mesane lezyonlarını dikmekle; Hildebrandt, Hüet, Placintianu ile Süssmann, ince, kalın barsak ve rektum rezeksyonu ile birlikte isterektomi yaparak kurtarabildikleri vak'alardan bahsediyorlar.

Tabiidir ki bu gibi ağır ameliyatlardan sonra kaybettikleri vak'alardan da bahsetmeyi unutmuyorlar. Kurtarılan ve kurtarılamayan vak'alarla ilgili bir kaç istatistiği gözden geçirelim:

1 — Bumm: 8 barsak rezeksiyonlu 34 perforasyonda (11 hysterect, 22 dikiş) 5 ölüm.

2 — Berlin Charité: 16 basit uterus perforasyonunda (10 hysterect, 5 dikiş) 3 ölüm.

3 — Ernst: 28 basit uterus perforasyonunda 3 ölüm.

4 — Kiel de: 12 basit uterus perforasyonunda (9 hysterect., 2 dikiş, 1 drenaj) 0 ölüm.

5 — Schweitzer: 25 basit uterus perforasyonunda (24 hysterect., 1 sütür) 1 ölüm.

6 — Stöckel: 18 basit uterus perforasyonunda (18 hysterect., 3 ölüm.

7 — Müsterek fransız: 79 basit uterus perforasyonunda 13 ölüm).

8 — Wildegans: 6 ihtilâtlı perforasyon (4 hysterect., 4 ema rezeksiyonu, 1 dikiş, 1 tıbbî tedavi) 2 ölüm.

1945-49 senelerinde Ankara doğum ve çocuk bakım evi mütehassısı ve baştabibi bulunduğum sırada, 20, 28 ve 40 yaşlarında olduklarını hatırlayabildiğim biri primipar ve diğer ikisi mültipar olan üç basit uterus perforasyonlu kadının müdahalelerini yapmışım. Perforasyonların vukuu ile müdahaleler arasında geçen zaman 1-4 saat arasında değişiktir. Genç olan iki hastanın uterusundaki delinmiş yerler dikilip üzerleri sero-serö bir dikişle takviye edildi. 40 yaşlarındaki hastaya ise sübtotall isterektomi yapıldı. Hepsini müteakiben buz kesesi, penisillin, sülfamid, tuzlu ve glükozlu serum tatbikatile post-operatuar tedaviye tâbi tutuldular. Üçü de ihtilâtsiz olarak iyileşip şifa ile çıkarıldılar. Hastaların en genç, henüz 4 ay önce evlenmiş ve 1½ aylık gebe iken, avortman yapıldığı sırada ve uterus muhteviyatı tamamen temizlenmeden 4 No. lu küretle perforasyon vukua gelmiştir. İç kanama, enfeksiyon ve sair mühim belirtiler bulunmadığı gibi harice de pek ehemmiyetsiz bir kan sızıntısından başka hiç bir şey bulunmadığından tamamlayıcı kürtajdan sarfınazar edilerek laparotomie ve muhafazakâr müdahale yapıldı (Perfore yerin dikilmesi ve sero-serö takviye dikişi). Bu genç hastamızı onbeş gün tam istirahatte bıraktık. 20 gün sonra dikkatli bir muayeneden geçirildikten sonra klorür detil ile uyutularak tarafımdan çok dikkatli tamamlayıcı küretajı yapıldı ve bir kaç gün kontrol altında bulundurulduktan sonra hiç bir ihtilâtlı görülmediğinden çıkarıldı. Bu yazımı okuyan o zamanki mesai arkadaşlarım hastayı iyice hatırlayacaklardır.

Rahim delinmeleri hakkındaki bu yazıma son verirken, yurdumuzda gerek basit ve gerekse ihtilâtlı uterüs perforasyonlarına çok az ve pek seyrek rastlamakta olduğumuzu bir kere daha bildirir ve buna sebep evvelce de arzettiğim gibi her ne sebep ve suretle olursa olsun, tahliye, küraj veya küretaj yapmış yahut yapmak mecburiyetinde kalmış olan meslektaşlarımızın bu işi dikkat, itina ve bilgi ile yapmakta olduklarına delâlet ettiğini memnuniyet ve sevinçle hatırlatmak isterim.

Literatür :

- 1 — Heyn: Über die Perf. des Uterus u. ihre Behandlung 1924.
- 2 — Mahon R. : Perfor. utér. p. laminaire. 1936.
- 3 — Mauclair : 3 cas de perf. de l'ut. avec la curette et la sonde intra-utérine, 1903.
- 4 — Mondor : Les avortements mortels, 1936.
- 5 — Mondor : Diagnostics urgents (abdomen), 1949.
- 6 — Outerbridge : 3 cases of accidental perf. of the uter. (Amer. Journ. of Obst. and Gyn. September 1922), 1922.

- 7 — **Peham - Katz:** Die instrum. Perf. des grav. Uterus u. ihre Verhütung, 1926
 8 — **Petridis P.:** Perf. traum. de l'ut. compl. de lesions graves de l'intest. éviscéré hors de la vulve, 1936.
 9 — **Piton R. V.:** Etude clin. d'un cas de perf. ut. au cours

- de manoeuvres abortives. 1951.
 10 — **Schokaert:** Le ruban intest. confordu avec le cordon (Bruxelles méd. mars 1933), 1933.
 11 — **Sellheim:** Missgeschick eines Arztes (Zentralb. F. Gyn. 1927), 1927.

Ankara Nümunç Hastahanesi Erkek Dahiliye Servisi;

Şef: Dr. İhsan Aksan

Bizde Aortitlerin hususiyetine dair (12 senelik hasta materyelinin klinik analizi)

Dr. İ. Ethem Yüçetürk

Klinik ve anatomik hususiyetleri bakımından pek muhtelif tablolar gösteren aortitler, eskidenberi hekimliğin alâkasını üzerine toplayan bir mevzu olmuştur. Geniş araştırmaların bu husustaki bilgi ve müşahedeleri artırmış olmasına rağmen vak'aların mühim bir kısmının gözden kaçabileceğine de daima işaret edilmiştir. Bununla beraber hekimin sezış, görüş kabiliyeti ve laboratuvar muayenelerinin yardımı ile meydana çıkarılan vak'a sayısı da küçümsenmeyecek derecededir ve devran cihazı hastalıkları arasında mühimce bir yer işgal etmektedir.

Biz de servismizde takip edilen aortit vak'aları üzerinde bir araştırma yapmayı düşündük. Materyelimiz son 12 sene zarfında servisimize yatan 156 hastadan ibarettir.

12 sene içinde hastanemize yatan umum hasta sayısı ile takip edilen devran hastalıklarının ve aortit vak'alarının sayısı cedvel halinde gösterilmiştir.

Cedvel: 1.

Sene	Umum hasta adedi	Devran hastası		aortitler	
		Umum hasta sayısının %	Sayı	Umum hasta sayısının %	Sayı
1940	1590	100	6,3	6	0,37
1941	1736	107	5,1	5	0,28
1942	1775	130	7,3	5	0,28
1943	1987	165	8,3	7	0,35
1944	2191	206	9,4	9	0,46
1945	2030	195	9,6	8	0,39
1946	1945	128	9,5	12	0,61
1947	2022	221	10,9	18	0,89
1948	2027	116	5,7	19	0,93
1949	1889	186	9,8	27	1,4
1950	2139	247	11,5	21	0,98
1951(10 aylık)	1850	180	9,7	19	1,02
Yekûn	22791	1981	8,69	156	0,69

Bu rakamlar hastalığın zannedildiği kadar nadir olmadığını belirtmektedir. Vak'alarımızın 70 inde başlı başına aortit, 76 sında aort yetmezliği, 8 inde anevrizma, 2 sında anevrizma ve aort yetmezliği mevcudiyeti tesbit edilmiştir.

Literatürde bu yolda yayınlanan istatistiklerle bizim materyelimizin gösterdiği nisbet 2 No. lu cedvelde karşılaştırılarak mukayese edilmiştir.

Cedvel: 2.

Müellit	Teshis	Basit				
		Vak'a adedi	aortitler	Anevrizma	Anevrizma ve aort yetmezliği	Aort yetmezliği
Cole ve Usilton Klinik		619	49,7	12	—	41,6
Dressler	»	390	78	—	5	9
Turner	»	3438	33	9	—	22
Buch	»	166	53,6	11,4	—	34,9
Bizim vak'alarımız	»	156	70	8	2	76

Hastalığın cinsiyetle de münasebet gösterdiği ve erkeklerde kadınlara nazaran 4-5 defa daha sık görüldüğü umumiyetle kabul edilmiştir. Servisimiz erkek hastalara ait olduğu için bu hususta kat'i bir nisbet söyleyecek durumda değiliz.

Hastalığın görüldüğü yaşlarda, etioloji arasında sıklık bir münasebetin mevcudiyeti daima dikkatimizi çekmektedir. Bu hususu tebarüz ettirmek üzere vak'alarımızın yaşlara taksimi, etioloji de nazarı itibare alınarak cedvel halinde toplanmıştır.

Cedvelin tetkikinden sifilitik menşeli aortitlerin çoğunun (%80) ileri yaşlarda (40-50) fazla görülmesine mukabil, romatizmal olanların daha genç yaşlarda (10-30) sıklaştığı (%87,3) anlaşılmaktadır.

Cedvel: 3.

Yaş	Sifilitik menşeli aortitler	Endokardit		
		Romatizmal aortitler	bakteriyel aortitler	Sebebi bilinmeyen aortitler
10-20	—	15	—	—
20-30	4	12	2	3
30-40	9	6	—	6
40-50	23	4	—	18
50-60	23	1	—	15
60-70	9	—	—	5
70-80	—	—	—	1

Aortit husulünde rol oynayan faktörlerin başında sifiliz ve romatizma gelir. Bununla beraber her vak'ada diğer etiyojik ajanların da araya girebileceğini düşünmek icap eder. Her ne kadar muhtelif âmillerin meydana getirdiği lezyonlar, histolojik ve anatomo patolojik olarak ayrılık gösterirse de, fonksiyonel bakımından benzerlikleri daima teşhis hatalarına sürükleyebilir. Vak'alarımızın 68 inde anamnez, Wassermann reaksiyonu, şankır, anevrizma gibi işaretlerle etiyojide sifilizin rolü gösterilmiştir. 38 vak'anın antesedanında veya hasta-

neye müracaatı sırasında romatizma mevcudiyeti tesbit edilmiştir, 2 vak'ada da hemokültürle bakteriyel endokardit teşhisi konulmuştur. 48 vak'ada etiyojik bir ajan tesbiti mümkün olamamıştır.

Cedvel: 4.

Hastalık	Vak'a adedi
Sifiliz	68 (%43,5)
Romatizma kat'i ve muhtemel	38 (%24,5)
Endokardit	2 (% 1,5)
Sebebi tesbit edilemeyen	48 (%30,5)
Yekûn	156

Bu rakamlar da aortit husulünde rol oynayan faktörler arasında sifilizin bizim materyelimizde büyük bir yer (%43,5) işgal ettiğini göstermektedir. Umumiyetle romatizma ve bakteriel endokardite nazaran kolaylıkla gözden kaçabileceği düşüncesiyle sebebi aydınlatılmayan vak'aları da sifilize bağlamaya temayül vardır.

Sifilizde primer enfeksiyonun zuhuru ile kardiyovasküler semptomların meydana çıkması arasında geçen zaman uzundur, ve bir çok müellifler bu müddetin 15 - 20 sene olduğunda müttetikdir. Nadir vak'alarda 5-48 seneye kadar değişebileceği görülmüştür. Klein'in 10 aylık bir rekor vak'ası vardır. Biz servisimiz de takip ettiğimizi vak'alardan ancak 5 inde primer enfeksiyon zamanını tesbit edebildik. Bunlarda kardiyovasküler âraz 20-32 senelik bir gizli devreden sonra görülmüştür. Romatizmal aort yetmezliklerinde ise bu müddet çok daha kısadır.

Aortitli hastalar bazan hiç bir rahatsızlık hissetmeden hattâ hasta olduklarını bilmeden senelerce yaşarlar. Hastalık başka sebeplerle yapılan muayenelerde tesadüfen meydana çıkarılır. Çok defa da hasta çarpıntı, dispne, prekordiyal ağrı gibi şikâyetlerle hekime müracaat eder. Lezyonun lokalizasyonuna ve komplikasyonların bulunup bulunmadığına göre sübjektif semptomlar değişiktir. Taşikardi ekseriya aort yetmezliğinin ilk belirtisidir. Bazılarınca aortadaki kanın geriye döndüğü dyastol zamanını kısaltan bir kompensasyon olarak telâkki edilir (Corrigan). Frekansın ortalama arter tazyikinin düşüklüğü ile ilgili olarak sinüs karotiküs refleksi ile artmış olması düşünülmektedir. Vak'alarımızın büyük bir kısmı (basit aortitler %60, aort yetmezliği %65,7) çarpıntıdan şikâyet etmişlerdir.

Cedvel: 5.

	D i s p n e			Prekor		Ödem
	Vak'a eforla sayı	istira hatta	Çarpıntı	diyaly ağrı		
Basit aortitler	70	47	16	42	50	15
		(%67,1)	(%22,4)	(%60)	(%71)	(%21,5)
Anevrizma	8	2	1	1	3	2
		(%25)	(%12,5)	(%12,5)	(%37,5)	(%25)
Anevrizma ve aort yetersizliği	2	2	—	2	2	—
		(%100)		(%100)	(%100)	
Aort yeter-sizliği	76	63	25	50	20	30
		(%83)	(%33)	(%66)	(%26,3)	(%39,4)
Yekûn	156	114	42	95	75	47
		(%73,5)	(%26,5)	(%60,2)	(%49,5)	(%35,7)

Hastaların başlıca şikâyetlerinden biri de nefes darlığıdır. 156 hastamızın 114 ü eforla, 42 si istirahatla gelen nefes darlığından şikâyet etmişlerdir. Dispnenin tenef-

füs merkezlerinin anoksemisi ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Çok defa merkezleri uyuşturma tedbirleriyle bertaraf edilebilmeleri bu düşünüşe hak vermektedir.

Prekordiyal ağrı hissi sifilitik aortitte rastlanan ve hastalığın teşhisi tefrikisinde kıymeti olan bir ârazdır. Koroner ağzlarının daralmasından ileri gelen bu ağrılar çok defa sol omuza kola ve çene kemiğine doğru intişar eder. Bazan çok şiddetlenebilir ve hastaya nefes almamaya derecede sıkıntı hissi vreir (angor-para-dispneique de Gallaverdin). Koroner ağrılarını aortaljiden ayırmak lâzımdır. Bu da sifilitik aortit için karakteristiktir. İltihaplanmış olan adventisiyadaki sinir uçlarının taharrüşünden ileri gelir ve çok defa retrosternal bölgede lokalize olan yanma hissi şeklinde duyulur. Hastalarımızın hemen yarısında (%49,5) prekordiyal ağrı şikâyetleri vardır.

Aort hastalıkları objektif bulguları bakımından zengindir. Bılhassa oskültasyonla kat'i teşhis konulabilir. Ekseri müelliflere göre aort mihrakında duyulan ve sağ klavikula üstü çukuruna doğru yayılan sistolik nefha kronik aortitler için vasfidir ve vak'aların %75 inde mevcuttur. İkinci sesin madeni sertliği daha ehemmiyetlidir ve daha sık rastlanmaktadır. Bizim basit aortitli hastalarımızın 24 ünde sistolik sufl duyulduğu halde 36 sında ikinci ses sert bulunmuştur.

Aort yetmezliğinde, aort mihrakında duyulan ve sternum boyunca intişar eden diyastolik sufl gayet karakteristiktir. Aort yetmezliği olan 76 hastamızın 72 sinde (%94,5) diyastolik nefha bulunmuştur. Bu hastaların ekserisinde nisbî bir darlık ifadesi sayılan sistolik sufl vardır. Sifilize bağlı vak'alarda daha fazla sternumun sağ tarafında ikinci interkostal mesafede, romatizmal olanlarda ise solda 3-4 üncü aralıklarda duyulduğu söylenmektedir.

Vak'alarımıza ait oskültasyon bulguları cedvel 6 da toplu olarak gösterilmiştir.

Cedvel: 6.

	Vak'a sayı	Sufl sis-tolik	Sufl di-yastolik	İkinci sesin sertliği
Basit aortit	70	24	17	36
		(%34,5)	(%24,5)	(%51,4)
Anevrizma	8	1	—	—
		(%12,5)		
Anevrizma ve yetersizlik	2	1	2	—
		(%50)	(%100)	
Yetersizlik	76	46	72	5
		(%60,2)	(%94,8)	(% 6,5)
Yekûn	156	72	91	41
		(%46,1)	(%58,3)	(%26,2)

Mitralize olan veya mitral âfeti ile kombine vak'alarda ayrıca bu valvül lezyonuna ait bulgular da tesbit edilebilmektedir.

Bu hastalıkta tansiyonda da hususiyet vardır. Vak'aların büyük bir kısmında sistolik tansiyon yüksektir. Bunu bir kompensasyon fenomeni gibi telâkki edenler vardır. Sol kalp her sistolde sağ kalpten gelen kanla, aortadan geriye dönen kanın mecmuunu muhite gönderdiğinden büyük damarlarda sistolde büyük bir gerilme ve sistolik tansiyonda yükselme husule geldiği düşünülmektedir. Diğer taraftan da vazomotör merkezlerin

kâfi miktar kan alamamasına bağlanmaktadır. Vak'alarımızın maksima tansiyonları cedvel halinde gösterilmiştir.

Cedvel: 7.

Teşhis	Vak'a sayısı	Maksima tansiyon		
		15 den yukarı	15 - 12	12 den düşüğe
Aort yetersizliği	76	20 (%26,3)	40 (%52,6)	16 (%21)
Basit aortit	70	38 (%54,5)	20 (%28,4)	12 (%17,1)
Anevrizma	8	2 (%25)	6 (%75)	—
Anevrizma ve yetmezlik	2	—	2 (%100)	—
Yekûn	156	60 (%38,4)	68 (%43,5)	28 (%17,9)

Vak'alarımızın %25,5 unda tansiyon 15 in üstünde bulunmuştur. Aort yetmezliği halinde aortaya geçen kanın mühim bir kısmının geriye dönmesiyle minima tansiyon düşer. Burada mevcut vazodilatasyonun da rolü olabileceğine işaret edilmiştir. Sistolik tansiyon yüksekliğine mukabil minimumun bu kadar düşük bulunması yüzünden amplitüd çok genişlemiştir. Vak'alarımızın %50 sinde 10-20 arasında bulunmuştur.

Aynı hususiyet nabızda da aşikâr surette kendini göstermektedir. Nabız birden yükselir ve kaybolur. Sıçrayıcı vasıftadır (Pulsus celer et altus). Nabızın bu hususiyeti valvülün kifayetsizlik derecesi hakkında nefhanın şiddetinden çok daha mühim bir işarettir (Volhard). Vak'alarımızın hemen hepsinde sıçrayıcı nabız tesbit edilmiştir.

Aort hastalıklarının tanılmasında röntgen bulgularından da faydalanılmaktadır. Ancak her vak'ada da lezyonun derecesine muvazi olarak röntgen değişikliği bulunmak icap etmez. En fazla görülen aort gölgesindeki genişlemedir. Bazı müelliflere göre aort gölgesinin 7 santimetreyi geçmesi aortit için kat'i bir işarettir. Bizim kalp konfigurasyonunu kontrol ettiğimiz 112 hastanın 70 inde (%62,5) genişleme tesbit edilmiştir. Bazan da bu genişlemeye çizgi veya plâk tarzında kalsifikasyon inzimam eder. Ancak iki vak'amızda bu gibi plâklara rastlanmıştır.

Kalp gölgesinde görülen mühim bir değişiklik de sol ventrikül hipertrofisine bağlı olarak zirvenin yuvarlaklaşmasıdır. Daha ileri devrelerde kalp büyük bulunur. Sol ventrikülün ileri derecede hipertrofisi ile müterafık büyük aort kalbi daha ziyade romatizmal aort yetmezliklerinde görülmektedir, sifilitik olanlarda ekseriya kalp o kadar büyümemiştir. Bunun sebebi lüetik aort lezyonlarında koroner ağzlarının daralmasından dolayı kalp adalesinin hipertrofiye vakit bırakmayacak kadar kısa seyir etmesidir. Romatizmal olanlarda ise böyle kompansatuvar hipertrofi için müsait irigasyon ve kâfi zaman vardır.

Elektrokardiyografi bazı müelliflere göre ehemmiyetli bir teşhis vasıtası olarak sayılmaktadır. Steinger ve Edeikman vak'aların %41,7 sinde (ST) segmentinde ve (T) dalgasında değişiklik bulmuşlardır. Halbuki Clotz ve diğer bazı otörler bu değişikliklerin ehemmiyetsiz olduğu

kanaatındadırlar. Biz bazı hastalarımızın elektrokardiyogramında sol ventrikül üstünlüğü işaretleri, diğer bazılarında (ST) ve (T) dalgalarında küçük değişiklikler tesbit ettik. Büyük bir kısmında trasenin normal olduğunu gördük.

Aort hastalıklarında ekseriya sedimantasyon sür'atlidir. Bu sür'atlenme hastalığa sebep olan veya araya giren enfeksiyonla ilgili görülmektedir. Vak'alarımıza ait sedimantasyon neticeleri cedvel halinde gösterilmiştir.

Cedvel: 8.

Sedimentasyon	Vak'a sayısı
15 mm. altında	53 (%34)
15-50 mm. arasında	47 (%30,1)
50-100 mm. arasında	37 (%24,6)
100 mm. nin üstünde	13 (%8,3)

Büyük bir kısmında hızlanmış olduğu görülmektedir.

Kan tablosunda görülen değişiklikler de küçümsenmeyecek durumdadır. Bu hastalarda ekseriya göze çaracak bir solukluk tevlit edecek derecede anemi vardır. Bu aneminin enfeksiyonla ilgili olduğu düşünülmektedir. Aort valvülünün piyojen enfeksiyonun yerleşmesine en müsait bir yer olduğunda kimsenin şüphesi yoktur. Vak'alarımızın büyük bir kısmında orta derecede anemi bulunmuştur.

Lökosit tablosunda enfeksiyon aktivitesi derecesinde bir inhiraf görülmektedir. Vak'alarımızın ekserisi araya giren bir enfeksiyonla dekompanse olarak geldiklerinden lökositöz, nötrofili ve ileri derecede sola inhiraf mevcudiyeti tesbit edilmiş ve tedaviden alınan neticenin takibinde de bu muayene vasıtasından faydalanılmıştır.

Bütün bu belirtilerle nisbeten kolay tanılabilen aort lezyonunun romatizmal veya sifilitik menşeli olduğunun aydınlatılması pratik bakımından ehemmiyetlidir. Bu hususta anamnezin büyük bir kıymeti olduğu muhakkaktır. Fakat çok defa anamnez işi halletmez. Sifilize ait işaretler veya sifilize bağlı diğer hastalıkların ârazları etyolojiyi aydınlatıcı fakat oldukça nadir rastlanan bulgulardır. Biz vak'alarımızdan ancak birinde gözde mesafeye karşı teamül bozukluğu, bir diğerinde patellada madümiyet gördük.

Teşhisi tefrikide Wassermann reaksiyonunun kıymeti inkâr edilemez. Ancak lüeze bağlı vak'alarda serolojik reaksiyonların muhakkak surette müsbet olması icabetmez. Wassermann reaksiyonu menfi olduğu halde patolojik anatomik muayenelerle sifilitik aortit tesbit edilen vak'aların nisbeti oldukça yüksektir. Muhtelif istatistiklere göre vak'aların ancak %60-90 ında bu teamül müsbet bulunmaktadır. Vak'alarımızda alınan neticeler de bu rakamlara yakındır. Sifilitik aortit tesbit edilen 68 hastanın 59 unda (%86) Wassermann reaksiyonu müsbet bulunmuştur. Şüpheli vak'alar da nazarı itibare alınınca bu nisbetin ancak %50 olduğu görülmektedir. Hastanın yaşı bir dereceye kadar fikir verebilir; 40-60 yaşında ortaya çıkan aort lezyonlarında her şeyden ev-

vel sifilizin rolü düşünülmemelidir. Romatizmal olanlar ekseriya genç yaşlarda görülmektedir.

Şikâyetlerin erken ve geç zuhuru da bu hususta bir fikir verebilir. Lüetik aort yetmezliği koroner ağızlarını daraltmakla miyokardın beslenmesini bozduğu için kalp adalesi erkenden zaafa uğrar ve vasatî yaşama müddeti ilk âraz görüldükten sonra 2-3 sene kadardır. Buna mukabil romatizmal olanlar senelerce kompanse kalabilir. Koroner irigasyon bozukluğuna bağlı ağrılar ve aortalji, etyolojide sifilizin rol oynadığına hüküm verdirecek işaretlere sahiptir.

Nefhaların vasfının da bu hususta az çok fikir verebileceğine işaret edilmiştir. Umumiyetle romatizmal aort yetmezliğinde nefhaların sternumun solunda (Erb noktası) vuzuhla duyulduğu kanaati vardır. Hastalığın diğer bir valvül lezyonu ile birlikte bulunması da romatizma lehindedir. Ancak sifilitik bir aort yetmezliğinde de fonksiyonel bir mitral kifayetsizliğinin teessüs edebileceği malumdur.

Bir aort hastası karşısında ilk düşündüğümüz fonksiyonel bakımdan deveranın ne durumda olduğu meselesidir. Aort hastalığında âfetin gerisinde kalan sol ventrikül kalbin en kalın parçasını teşkil ettiği cihetle bilhassa romatizmal olan vak'alarda bu adalenin tonojen hipertrofisi yettikçe senelerce hastanın şikâyetini mucip olmadan kalabilir. Fakat bir kere dekompanse olunca da ekseriya gerilemesi güç olur. Aort yetmezliğinin seyrinde üç devre ayrılabilir.

1 inci devrede sol ventrikülün tonojen hipertrofisi sayesinde tam kompensasyon devam eder. Kalp şekli tabiidir. Nihayet hipertrofiye bağlı olarak zirvenin yuvarlaklaştığı görülür.

2 inci devrede sol ventrikül hipertrofisine dilatasyon inzımam etmiştir. Aort konfügurasyonu teessüs eder. Bu devrede artık sol buteyn zafına has teşevvüşler (Astma kardiyale, gece nefes darlıkları, akciğer ödemi) görülür.

3 üncü devrede sol âtriyum ve sağ ventrikül de dilatasyona uğrar, mitral şekli teessüs eder. Büyük deveran sahasında rükûdet ârazi görülür.

Dekompanseasyon derecesine göre dijitalin veya ouabain tedavisi yapılır. Bir çokları türlü mülâhazalarla aort yetmezliğinde dijital cisimleri kullanmaktan çekinirler. Halbuki bu glikozidlerin kalb adalesinde oksidativ metabolizmayı (iş metabolizması) düzenleyici bir tesir yaptığı muhakkaktır. Yetersizlik halindeki kalp adalesi, metabolizma bakımından ekonomik çalışmıyor, yani sarfettiği kudret menbalarını (Glikojen, fosfogen, adenil pirofosfor) kâfi ölçüde resenteze edemiyor demektir. İşte dijitalin miyokarda metabolizma tasarrufunu düzelttiği gösterilmiştir (Cremels). Buna muvazi olarak da miyokardın kontraksiyon kuvveti ve kalbin iş verimi artmaktadır. Bu mülâhazalarla bizde deveran bakımından dekompanse olan aortitli hastalarımızda ouabain ve dijitalin kullandık ve hiç bir vak'ada da herhangi bir komplikasyonla karşılaşmadık. Herhalde dekompanse olan her vak'ada muvafık bir dijital tedavisine baş vurmamak hatahdır. Aort

vak'alarının bu bakımdan sair valvül lezyonlarından farklı bir hususiyeti yoktur. Ancak aort hastalarında taşikardi, dispne ve tansiyon labilitesi gibi âraziların her zaman bir dekompanseasyon hali olmadığını da düşünmek lâzımdır. Yani mevcut olan ve devam eden taşikardinin arabeyin merkezlerine, aortun ortalama tansiyonunun düşüklüğüne ve arabeyin taharrüşüne bağlı olabileceğini de hesaba katmalı ve dijital uçuorta başlamamalıdır. Tedaviye başladıktan sonra da bütün diğer dekompanseasyon ârazi düzeldiği takdirde sadece taşikardi bertaraf olmadı diye bu ilâca devam etmemelidir. Teneffüs merkezinin anoksemisinden mütevellit dispne nöbetlerinde dionin, luminal gibi ilâçlardan iyi neticeler alıyoruz. İcabında morfinden de faydalanıyoruz.

Hasta başında dikkatle üzerinde durulacak bir mesele de aktif bir enfeksiyonun mevcut olup olmadığını meydana çıkarmak ve bulunduğu takdirde kuvvetli bir intan mücadelesine başlamaktır. Deveran hastalarının takip ve tedavisinde enfeksiyon hissesini ön plâna almak affedilmez bir hatadır. Esasen hastaların çoğunda ateş, sedimantasyon, lökositoz, nötrofili, sola inhiraf gibi enfeksiyon işaretlerine rastlanmaktadır. Bu gün elimizde mevcut penicillin, streptomycin gibi antibiyotikler sayesinde enfeksiyon hissesini bertaraf ettikçe hastanın durumunda büyük bir salâh husule gelmektedir. Hattâ sırf enfeksiyon savaşı ile iyileşen vak'alar vardır. Bu maksatla yüksek doz (günde 1600.000) penicillin kullanıyoruz. İcabında tedaviye streptomycin teşrik ediyoruz.

Ehemmiyetle belirtilecek bir husus da romatizmal endokardit vak'alarında salisilat tedavisinin ihmal edilmesinin gerektiğidir. Bu bakımdan salisilat daima kıymetini muhafaza etmektedir.

Sifilitik aort hastalıklarında ayrıca spesifik tedavi tatbiki lâzımdır. Ancak kardiyovasküler lüez tedavisi klâsik sifiliz tedavisinden ayrılmaktadır. Biz servisimizde Schlesinger tedavi şemasını tatbik ediyoruz.

Bir ay günde 2 gram iyodür dö potas, ikinci haftadan sonra haftada 2 defa bizmut 1 cc. × 16), 4 üncü bizmuttan sonra neo teşrik edilir. 0.075 gram gibi küçük dozlarla başlanır, daha sonraları 0,15, 0,30, 0,45, 0,60, 0,75 yapılır. Bunların mecmuu 3 gramı geçmiyecektir. Bu küre iki üç aylık fasıllarla devam olunur.

Son zamanlarda antilüetik tedavide penicillinden de istifade edilmektedir.

Literatür :

- D. Beyd : The Patology of internal Diseases, 1948.
 E. Berthoud : Helvetica Medica Acta 1950, 3.
 Cremels : Arch. Exper, Pathologie, 1940.
 Ed. Doumer et Jean Merlen : Traité de Medicine Tome XI, 1938.
 E. Şerif Egeci : Kalb ve damar hastalıkları, 1948.
 E. Lauda : Lehrbuch der innern Medizin Bd. I. 1949.
 A. Scherf : Kalb ve damar hastalıklarının klinik ve tedavisi, 1942.
 Herbert Schwiegk : Lehrbuch der innern Medizin, 1949.
 Sedat Tavat : Fiziopatoloji, 1949.
 Wolheim : Dtsch. med. Wschr. 15, 1950.



Gülhane As. Tıp Ak. II. Hariciye Servisi çalışmalarından:
Şef: Prof. Dr. Recai Ergüder

Ameliyatla tedavi edilmiş Akciğer Kanseri vak'ası (*)

Baş Asistan Dr. Op. Orhan Bumin

Bundan yirmi sene evveline kadar bütün hekimler tarafından kabul edilen iki inanış bugün tamamen değişmiş bulunmaktadır. Bunlardan birisi Akciğer kanserinin nadir bir hastalık olması idi. Halbuki zamanımızda mide kanserinden sonra en çok rastlanan kanserdir.

Diğer inanış ta Akciğer kanseri teşhisi konan hastanın ölüme mahkûm olarak kabul edilmesi idi. 1933 Amerikada *Evarts E. Graham* Akciğer kanserine müptelâ bir doktorun bütün bir akciğerini çıkardı. Bu hasta halen Amerikada Pittsburgh şehrinde tababet icra etmektedir. Bu suretle Akciğer kanserinin de, diğer uzuv kanserleri gibi, ameliyatla tedavisi imkân dahiline girmiş bulunuyordu.

Son zamanlardaki literatür tetkik edilirse akciğer kanserinin artmakta olduğu müşahede edilir. Bazılarına göre bu artış zahirdir. Bugünkü teşhis imkânlarının mükemmelliği neticesidir. Fakat Amerikan müelliflerinin çoğu bunu hakikî bir artış olarak kabul etmektedirler. *A. Ochsner* ve arkadaşlarına göre beyaz ırktan olan Amerikalılar arasında son on sene zarfında bu artış çok bariz olduğu halde, siyah ırktan olanlarda aynı nisbeti muhafaza etmiştir. Akciğer kanseri ekseriyetle erkeklerde görülür. Vak'aların takriben %85 erkektir. En ziyade 40-60 yaşlar arasında zuhur eder.

Etioloji: Malûm olmamakla beraber, son zamanlarda bu hastalığın bariz şekilde artması, medenî insanların maruz kaldıkları bazı faktörlerin rolü üzerine dikkat nazarını tekrar çekmiştir. *Rienhoff* ve diğer bazı müelliflerin iddialarına göre bu âfete musap olanların büyük ekseriyeti şehirlerde yaşayan insanlardır. Bunların tenefüs yolları, doğumdan ölüme kadar, toz, duman, muhtelif sanayi gazleri, atmosferi kirleten değişik muharriş maddelerin tesirine maruzdur. *E. Graham* 1950 de 684 vak'aya istinat ederek, uzun müddet çok sigara içmenin Akciğer kanserinin meydana çıkmasında rolü olduğunu göstermiştir.

Klinik tezahürler: Umumiyetle akciğer kanserine ait patognomonik bir âraz yoktur. Bu da ekseriya teşhisin gecikmesine sebep olur. En çok görülen âraz öksürüktür. Bu da ahali tarafından çok defa «Sigara Öksürüğü» şeklinde izah olunur. Kırkını aşmış bir hastada, mutad öksürme tarzında, bir değişiklik olursa veya hut «bir öksürüğe yakalandım, bir türlü atlatamıyorum» diye şikâyet ederse bunlar doktoru ikaz etmelidir.

Hava yollarında herhangi bir hât intan, bronşların tıkanmasına ait ilk şikâyet ve ârazi meydana çıkmasına sebep olabilir. *Churchill*'e göre bu %10 vak'ada görülür.

Yine orta yaşlı bir hastanın, sık sık tekerrür eden ve mevsimle alâkadar olmıyan pnömoniler geçirmesi şüpheli davet etmelidir.

Hemoptizi %5 vak'ada ilk ârazdır. Geç âraz olarak vak'aların %50 sinde zuhur eder. İlk zamanlardaki hemoptizi mebzul değildir. Balgam üzerinde kanlı çizgi şek-

lindedir. Fakat bunun muntazaman devam etmesi teşhis bakımından kıymetlidir.

Zayıflama çok sık görülür. Bu tümörün cesameti ile mütenasip değildir. Fakat hastalığın ileri devirlerinde daha çok barizdir. Ağrı vak'aların %50-60 ında mevcuttur. Mediastinal, parietal plevranın veya interkostal asapların âfetzede olduğuna delâlet eder.

Bronkial Cırlıtı (Wheeze), bazan ilk zamanlarda yeğâne ârazdır. Astmadakinden farklı olarak münteşir değil, lokalizedir. Akciğer Osteoartropatisi ancak ileri devirlerde ve tedricen ilerleyen kanserlerde görülebilir. Muhitî akciğer kanserlerinin viseral plevraya yayılması ile Plevra boşluğunda mayi husule gelebilir. Dispne ve bazan da plöral ağrı başlar. Plevra boşluğundaki bu mayi bazan hastalığın ilk ârazıdır. Fakat bu devir ameliyat için çok geç demektir. Bu mayi karakteristik olarak kanlıdır, tümör hücrelerini ihtiva eder.

N. recurrens, *N. phrenicus* paralizi, yutma müşkülâtı, kalpte aritmi, perikartta mayi toplanması, v. cava superior'un tıkanması tümörün mediastinumda iyice yayıldığını gösterir, bu halde ameliyat kontrendikedir.

Teşhis: Akciğer kanserinin teşhisi için en mühim faktör, böyle bir halin mevcut olabileceğini daima hatırlama bulundurmaktır. 40 yaşını aşan bir hastada, devamlı bir öksürük, hemoptizi, akciğerlere ait kolayca izah edilemeyen ve mutad tedavi ile geçmiyen bir rahatsızlık, akciğer kanseri şüphelendirmelidir.

Radiografi, bronkografi, bronkoskopi, balgam ve bronş ifrazının sitolojik muayenesi kıymetli teşhis vasıtalarıdır.

Radiografinin teşhiste kıymeti pek mühimdir. Fakat erken devirlerde, henüz bronşlar tıkanmadan evvel, radiografide bir değişiklik görülmiyebilir. Kısa fasılalarla filim alarak, şüpheli bir gölgenin büyümesini tespit etmek daha mânalıdır. Ufak bir tümör büyük bir bronküsü tıkayarak, geniş bir akciğer sahasında ateletazi husule getirebilir. Bu halde radiografide gölge tümörün cesametine nazaran pek büyüktür. Tümör tarafından tıkanan bronküsün gerisinde başlayan rükûdet, merkezde sür'atle büyüyen tümörün bu kısmı besleyen eviyeyi sıkıştırması sebebiyle akciğer nescinde enfeksiyon ve nekroz başlar. Bu da bronşektazi veya akciğer absesine sebep olur. 40 yaşını aşmış bir hastada akciğer absesinin sebebini izah etmek kabil olmuyorsa, aksi isbat edilinceye kadar kanserden şüphelenilmelidir.

Bronkografi; her akciğer kanseri vak'asında lüzumlu değildir. Fakat bronkoskopi ile görülemiyen muhitî tümörlerde, bir bronşun tıkanmış olduğunu bronkografi ile tesbit etmek, bir neoplazmı kuvvetle düşündürür.

(*) Gülhane Askerî Tıp Akademisinin 14 Mayıs 1951 tıbbî müsameresinde takdim edilmiştir.

Bronkoskopi, çok defa tümörün gözle görülmesini, %60 vak'ada da biopsi alınmasını sağlar, bu suretle kat'i teşhisi mümkün kılar. Fakat bronkoskopi ile bundan başka, Chorda Vocalislerin sağlam veya paralize olduğu, kanserin bronküsün içinde rezeksiyona mâni olacak kadar ilerleyip ilerlemediği de belli olur. Carina (trakeanın bifürkasyonu) nın genişlemesi, hareket kabiliyetinin azalması, bunun altındaki lenf uktelerinin metastatik istilâya uğradığını gösterir.

(Cytologic) muayene: 1935 de *Dudgeon* ve *Wrigley* balgam içersine karışarak gelen hücreleri tanımanın, teşhis için itimada şayan bir usul olduğunu meydana koydular. O zamandanberi bu husustaki teknik daha ilerlemiştir. Bronkoskopi esnasında hasta taraf bronşundan yapılan aspirasyonla elde edilen materielde tümör hücreleri daha kolaylıkla bulunurlar. *Herbut* ve *Clerf* 30 akciğer kanseri vak'asından 22 sinde *Papanicolaou* tekniği ile boyanan bronş ifrazında kanser hücresi tesbit etmişlerdir. Aynı vak'alarda biopsiden ancak 11 i müsbet netice vermiştir. Bronkoskopi ile gayri tabii birşey görülemeyen 7 vak'ada, bronş ifrazatının tetkikinde kanser hücreleri bulunmuştur. Plevra boşluğunda mayi bulunan hastalarda ponksiyon ile burada alınan mayide tümör hücreleri bulunabilir.

Nihayet bütün bu yollardan kat'i teşhise varılamayan şüpheli vak'alarda *Eksplostris torakotomi* bugün muhakkak yapılması icabeden selim bir müdahaledir.

Tedavi: Kanserli akciğer çıkarılmadıkça devamlı bir tedavi beklenemez. *Nitrogen Mustard* tatbik edildiği vak'aların ancak yarısında bir selâh husule getirirse de bu tesir muvakkattir. *Röntgen* şuaı iyi tatbik edilmek şartile bazı hastaları biraz rahatlaştırabilir, fakat hastalığı tedavi etmez.

Cerrahi tedavi: Akciğer hilus'ündeki teşekküllerin ayrı ayrı bağlanması, esas bronküsün mümkün olduğu kadar yukardan yapılan ampütasyonu, ve mediastinal lenf uktelerinin temizlenmesi ile müterafik bir total *pnömektomi* bugün en münasip tedavi tarzıdır. Yalnız şu hallerde *Lobektomi* yapmayı *Churchill* ve arkadaşları tavsiye etmektedirler: 1, hastanın akciğer ve kalbinin vazifevî durumunun bir pnömektomiden sonraki hale intibak edemeyecek derecede bozuk olması. 2, eğer teşhis kat'i değilse ve lezion lobekomi ile tamamen çıkarılabiliyorsa. 3, eğer âfet muhitte olup küçükse ve lenf uktelerine yayılmamışsa. 4, eğer kanser çok ilerlemiş ve bir lobektomi arazları hafifleteceği ümit ediliyorsa.

Şu hallerde ameliyat kontrendikedir: 1, çok ilerlemiş kanser sebebiyle kaşeksi hali. 2, Asapların tümör tarafından istilâ edilmesi, meselâ *corda vocalislerin* paralizisi, şiddetli nevralkjik ağrılar, tümörlü taraf *diafragmasının* paralize olması (n. *phrenicus*). 3, diğer uzuvlarda metastazlar meselâ; karaciğer, dimağ, kemik metastazlarının mevcudiyeti. 4, Afetin plevraya atladığını gösteren plevra epanşimanın teşekkülü, mayide kanser hücrelerinin tesbiti. 5, Tümörün trakea cidarını istilâ etmiş olması.

Bugün mümkün olan vak'alarda palyatif rezeksiyon hararetle taraftar bulmaktadır. Bu, hastanın intandan,

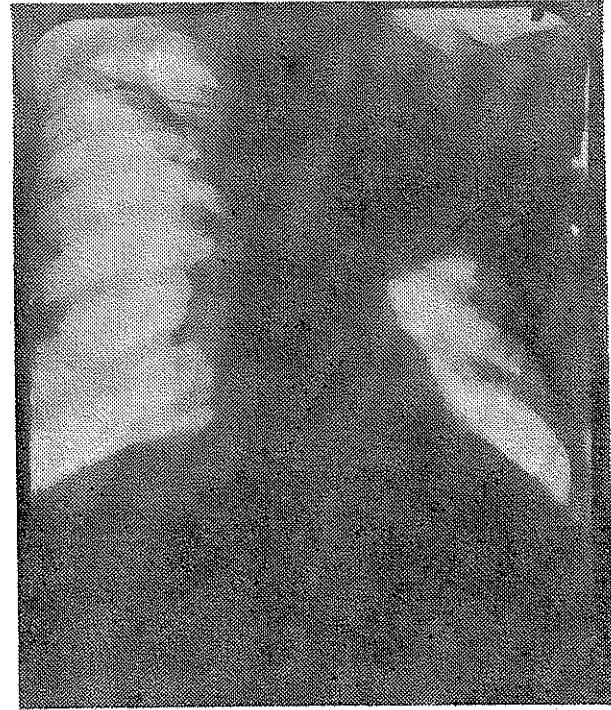
kanamadan ölmesine mani olur. Hastalar son günlerini daha rahat geçirmiş olurlar.

Pnömektominin tekniğinden hastamızın ameliyatından bahsederken anlatacağız.

Şimdi hastamızın kısaca müşahedesini kaydedelim:

Albay F. O., 50 yaşında olup 20 Şubat 1951 tarihinde ateş ve öksürük şikâyeti ile *Gülhane Askerî Tıp Akademisinin Dahiliye Subaylar Servisine* yatırılmıştır (Karantina No. 1618).

Hikâyesi: Hastahanemize gelmeden 15 gün evvel geçirdiği grip ile başlıyor. O zaman kendisini muayene eden kıta doktoru bazı ilâçlar ve altı gün istirahat vermiş. Hasta bu müddet zarfında iyileşerek tekrar vazifesine başlamış. Fakat üç gün sonra öksürmeğe ve arkasında ağrı hissetmeğe başlamış ve ateşi 39 kadar çıkmış. Bunun üzerinde biraz tedaviden sonra hastahanemize gönderilmiştir. Öz geçmişinde kayda değer bir hastalık yoktur. Yalnız ara sıra bronşit olmuş. «Sığırcadan mütevellit öksürüğü» de varmış. Sabahları biraz balgam çıkarırmış. Hastahanemize gelmeden 20 gün kadar evvel «göğsünün öttüğünü - wheezing?» karısı dahi hissedermiş. Günde bir paket sigara kullanıyor, alkol almazmış. Soy geçmişinde, babasının dil kanserinden ölmesi vardır. Hastahanemize yattıktan sonra 39,8 e kadar çıkan ateşler 20 gün kadar devam etmiştir. İdrar ve kan sayımı normal hudutlar içindedir. Yalnız yüksek bir lökositoz vardır (22.000 - 17.400). Sedimentasyon ilk geldiği gün saatte 45 mm. iken bilâhare ilk saatte 123 mm. yi bulmuştur. Hastamızda soğuk aglutininler, histoplazmin testleri, balgamda Koch basilli menfidir. Hastamıza yapılan klinik ve radiolojik muayenelerle (Şekil: 1.) servis şefi Doç. Dr. Sabih Oktay



Şekil: 1.

tarafından Akciğer Kanseri düşünülüyor. Op. Dr. Galip Urak tarafından yapılan bronkoskopide sol üst loba giden bronşun ağzında vejetan ve kolaylıkla kanayan bir tümöral teşekkül görülüyor. Prof. Dr. Recai Engüder'in de iştiraki ile yapılan konsültasyondan sonra hastaya ameliyat teklif edilerek, 21 Mart 1951 de servismize naklediliyor. Biz bronkoskopiye tekrar ettik. Bronkia aspirasyon ile elde edilen ifrazat sitolojik muayeneye gönderilmiştir.

Hastamıza intramüsküler zerkler, ve aerosol şeklinde Penicilline vererek, B. ve C. vitaminleri tatbik edilerek ameliyata hazırlandı.

Sayın Hocamın müsaadeleri ile 24 Mart 1951 de hastaya tarafımdan ameliyat yapılmıştır.

Hastamızda anestetik ajan olarak Azot protoksit, Eter ve Oksijen kullanılmış. Endotrakeal tüp tarafımdan konulduktan sonra, anestezi kıymetli arkadaşım A. Ulvi Kaya tarafından idame ettirilmiştir. Entratorasik ameliyatlarda Endotrakeal anestezinin teknik ve hususiyetlerini başka bir yazımızda tebarüz ettireceğiz.

Ameliyat tekniği : Bu hastalar göğüse giriş yoluna göre muhtelif vaziyetlerde masa üzerine yatırılırlar. Rienhoff ve Ochsner'in tavsiye ettiği gibi anterior yol kullanılacaksa hasta masa üzerine sırt üstü yatırılır (supine vaziyet). Eğer postero-lateral ve periscapular bir şak ile göğüse girilecekse ya Crafoord'un yaptığı gibi hasta ameliyat olacak taraf yukarıya gelmek üzere yan yatırılır, veyahut Overholt'un tavsiye ettiği gibi başı aşağıya gelmek üzere yüzü koyun yatırılır (prone vaziyet). Bu vaziyetlerinin herbirinin fayda ve mahzurları vardır. Onları burada münakaşa edecek değiliz.

Biz hastamızı hasta taraf (sol yanı) yukarıya gelmek üzere masaya tam lateral vaziyette yatırdık. Hafif Trendelenburg vaziyeti de verdik. 3 üncü Proc. spinosus hizasından başıyarak arka koltuk altı çizgisine kadar bir periscapular şak ile cilt ve ciltaltı nesci kesildikten sonra m. trapezius, m. rhomboideus superior, m. latissimus dorsi ve m. serratus anterior kesildi. Kanayan noktalar tutulup adi siyah pamuk tirelerle bağlandılar. 6. cı kaburga subperiostal olarak çıkarıldı 5 ve 7 nci kaburgaların da arka uçları kesildi. Bundan sonra plevra boşluğu açıldı. Akciğerin zirvesi etrafında müteaddit kuvvetli iltisaklar vardı. Onlar ayrıldı. Hilus palpe edilerek sol bronkus üzerinde ufak ceviz cesametinde, sert ve gayrı muntazam bir tümör tesbit edildi. Medistinal plevra üzerine tulanı bir şak yapıldı. Evvelâ A. pulmonalis etrafındaki teşekküllerden ayrıldı, serbestleştirildi. No. 10 pamuk iplik ile bağlandı. Bu bağa distal olarak ipek iplik ile bir transfixiyon dikişi kondu. Bu sonuncu dikişe distal bir pens konduktan sonra arter kesildi. Bundan sonra Lig. pulmonale kesildi. V. pulmonalis inferior disseke edildi. Arterdeki gibi bağlandı ve kesildi. V. pulmonalis superior tümör kitlesi ile sıkı münasebette idi. Ayrılmasında oldukça müşkülâta rastlandı. Sol bronkus etrafından iyice ayrıldıktan sonra bifürkasyona mümkün olduğu kadar yakın olmak üzere bir böbrek pensu kondu. Kesilirken müteakatt ipek dikişlerle dikildi. Bundan sonra V. pulmonalis superior kolaylıkla bağlandı ve kesildi. Akciğer dışarıya alındı (Şekil: 2 ve 3). Bronküsün ağız parietal plevradan alınan bir zenepli lambo ile örtüldü. Perikard üzerindeki kısmında n. phrenicus kesildikten sonra göğüs boşluğu serum fizyolojik ile yıkandı. Penicilline ve streptomycine konduktan sonra göğüs cidarı tabaka tabaka kapatıldı. Ameliyat esnasında hastaya 2000 cc. kan verilmişti. Hasta bu ameliyata gayet iyi tahammül etmiştir.

Hasta odasına götürüldükten sonra yapılan muayenede tipik (Wet lung) vaziyetinde olması, burun ve ağız yolu ile aspirasyondaki müşkülât sebebiyle, Amerikadaki hocam Dr. Charles P. Bailey'nin ısrarla talep ettiği şekilde, bir trakeotomi yapıldı. Buradan bronşlar aspire edildiği gibi devamlı olarak ta oksijen verildi. Üçüncü gün kanül çıkarılarak delik kendiliğinden kısa bir zamanda kapandı. Hastada ameliyatın ikinci günü transfüzyondan mütevellit bir sarılık tahaddüs etti. Alınan tedbirlerle bir zarar vermeden zail oldu. Şekil: 4 de ameliyatın üçüncü günü çekilen radiografiyi göstermektedir. Mediastinum orta hat üzerinde olup, sol plevra boşluğunda - mutat olduğu üzere - bir mayı toplanmıştır. Diafragma yükselmiştir. Şekil: 5 de ise ameliyattan iki ay

sonra alınmış röntgen filmi görülmektedir. Diafragma daha ziyade yükselmiş, göğüs içindeki seröfibrinö mayı organize olarak göğüs boşluğunu doldurmuştur. Akciğer tüberkülozu için yapılan pnömektomilerden sonra göğüs boşluğunu bir



Şekil: 2.



Şekil: 3.

Tüberkülostatik yeni "BAYER,"
preparatları

Tüberkülos şimioterapisi için

C O N T E B E N

(4 - Acetylaminobenzaldehyd - thio - semicarbazon)

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

Original ambalaj :

100 Tablet x 0.05 gr.



PASALON - PAS "BAYER,"

Sodium - p - aminosalicylat çok saftır.

Original ambalajlar :

Drage : 250 - 1500 ve 5000 lik tüpler

"Bayer,, Leverkusen - Almanya

TÜRKİYE VEKİLİ

Dr. Feridun Frik

Sirkeci, Mithat Paşa Han İSTANBUL

P. K. 35





BUCCOCILLINE R.I.T.

2.000 Ünitelik (Dürabl) Penicilline Alüminyum pastilleri
Her pastilde Essence de menthe mevcut olduğundan
lezzeti hoştur.

20 pastillik şişeler içerisinde

**Ağız boşluğu ve Fareks'in lokal enfeksiyonlarına
karşı kullanılır.**

NEOSULFORİT

Sulfadiazine - Sulfamethazine - Sulfamerazine

Her komprime üç sültamid derivesinden 167 mg. ihtiva
etmektedir. Polivalent tesirin bütün avantajlarına sahiptir

Böbrekte billurlaşma tehlikesi asgariye indirilmiştir.

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

RECHERCHE ET INDUSTRIE THERAPEUTIQUES

GENVAL (Belçika)

Türkiye Umum Müzessili ve yegâne ithalâtçısı

EDGAR CONSOLI

Galata, Adalet Han 33/36

İSTANBUL

Tel. No. 42773

torakoplasti ile küçültmek - ampiyem tehlikesini önlemek için - lâzım olduğu halde, kanser için yapılan pnömektomilerden sonra buna ihtiyaç yoktur.



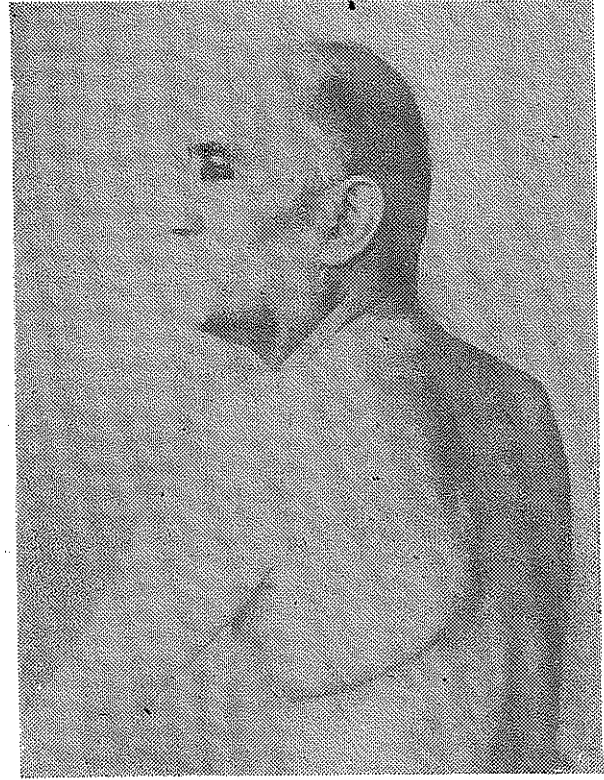
Şekil: 4.



Şekil: 5.

Çıkarılan akciğerin mikroskopik incelenmesine ait Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Patolojik Anatomi Enstitüsü tarafından verilen rapor şöyledir: Bronşun örtücü epiteli yer yer dökülmüş, normal silindirik epiteli karakterini tamamen kaybetmiş, yerine bir kaç sıra halinde küçük hücreler geçmiştir. Bu hücrelerden bir kısmının nüveleri yuvarlak, bir kısmının uzunca, hemen hepsi kromatik nüveli, pek dar

protoplazmalı stipik indiferansiye hücrelerdir (Oat Cell). Daha derinlere doğru yer yer toplu ve dağınık olarak bu hücreler bütün bronş eidarını istilâ etmişlerdir. Bundan başka mukoza altında bir kısmının epitelleri dökülmüş, harap olmuş, bazıları yassılaştırmış guddeler, bronş kırırdağı, arada iltihabi yuvarlak hücre enfiltrasyonu, yer yer küçük nekrozlar görülmektedir. Netice: Oat Cell Carcinoma, Patolojik Anatomi Pof. Dr. N. Eranil.



Şekil: 6.

Şekil: 6, hastanın ameliyattan bir ay sonra alınmış resmidir. Halen hasta normal kilosunu iktisap etmiş, günlük işini hiç bir sıkıntı hissetmeden yapmaktadır.

Ameliyat mortalitesi ve ameliyattan sonra yaşama müddeti: Bugün bir taraftan doktorlarda bu hastalığa karşı mevcut uyanıklık ve kitle halinde insanlara yapılan radiolojik tetkiklerle, kanserin erkenden yakalanması diğer taraftan kan nakli, anestezinin tekâmülü, antibiyotiklerin mevcudiyeti gibi sebeplerle hem ameliyat mortalitesi azalmakta, hem de ameliyattan sonra 5 sene yaşama şansı artmaktadır. A. Ochsner ve M. E. DeBakey'e göre kanser teşhisi konan 548 vak'adan, uzak metastazlar sebebiyle 194 ü (%35,4) inoperable idi. Operable olan 354 vak'adan 47 si (%13,3) ü ameliyatı kabul etmemişlerdir. 307 (%86,7) hastaya ameliyat yapılmıştır. Bunlardan 112 sinde (%36,5) aorta, vena cava gibi uzuvların tümörle istilâ edilmesi sebebiyle rezeksiyon gayrikabil idi. 195 vak'aya pnömektomi yapılmıştır. Bunlardan da 43 ü (%23) hastahanedeki ölmüştür. 152 si (%77) hastahanedeki iyileşmiş olarak çıkmışlardır.

Bu istatistik müelliflerin ilk vak'alarından itibaren bütün hastalarını ihtiva etmektedir. Bu bakımdan mortalite oldukça yüksektir. Aynı müelliflerin vak'alarını senelere göre ayırırsak mortalitenin gittikçe düştüğünü görürüz. Mortalite 1936-40 arasında %54,4 iken 1941-42 de

%30,8; 1943-44 %17,7; 1945-46 %20, 1947 de %17,3; 1948 de ise %11,1 e düşmüştür

Ralph Adams 1949 daki vak'alarında ameliyat mortalitesi %5 dir. E. Churchill'in vak'alarında 1948-1949 senelerine ait olanlarda ameliyat mortalitesi %3,8 e düşmüştür.

Ochsner'e göre ameliyat rezeksiyon yapılan vak'alarda 5 sene veya daha fazla yaşayanlar %27,5 dir. R. Adams'a göre bu rakkam %23, Churchill'e göre ise %20 dir. Diğer uzuv kanserlerinde elde edilen şifa nisbeti ile pek alâ boy ölçüşecek durumdadırlar. Bu beş senelik yaşama müddetinde, mediatinumdaki lenf bezlerine olan metastazların ve bunların tamamen temizlenmesinin — P. R. Allison'un tâbiriyle — Radikal pnömektomi'nin rolü olduğu kadar, kanserin mikroskopik nev'inin de tesiri vardır. Hücreler ambriyoner olduğu nisbette bu yaşama müddeti düşmektedir.

Elimize geçen neşriyata nazaran vak'amız Türkiyede muvaffakiyetle yapılmış ilk pnömektomidir.

Summary

Autor describes clinical pictures and diagnostic procedures of carcinoma of lung. After a brief history of a case, which has been successfully operated on by Dr. Orhan Bumin, for the first time in Turkey, the technic of pneumectomy is pointed out. The rate of operative mortality and five years recovery are discussed.

Ankara Nümune Hastahanesi Erkek Dahiliye Servisi :

Sef: Dr. İhsan Akan

Klinik ve tedavi bakımından Romatizma

(Beş senelik servis materyeli üzerinde bir inceleme)

Dr. Sedat Yörükoğlu

Modern hekimlik romatizmayı hipererjik-allerjik bir reaksiyon olarak ele almaktadır. Bu, telâkkinin çekirdeğini teşkil eder. Selye'nin adaptasyon sendromları tanıdıktan sonra bu reaksiyonlarda hormon muvazenesinin payı daha iyi kavranmıştır. Bu yolda son senelerde ortaya atılan neşriyat ne kadar cazibeli olursa olsun hakikatte zannedildiği kadar yeni değildir. Bu telâkkinin esaslarını ilk çağ tababetinin humoral telâkkisine kadar götürmek kabildir.

Milâttan 4,5 asır evvel Hippocrates'in tavsif ettiği Rheuma tâbirinde beyinden organlara akan humoral maddenin beden bütününde husule getirdiği bir Dyscrasia kasedilmiş, hattâ bu humoral teşevvüste hastalıkla boğaz boşluğu arasındaki münasebet daha o zaman sezilmiştir.

Romatizma etiopatogenisi hekimliğin terakkilerine ayak uydurarak değişik kılıklara girmiş ve zamanına göre kendisine kuvvetli taraftarlar bulmuştur. Türlü nazariyelere ve tecrübî hekimliğe konu teşkil etmesi bakımından olduğu kadar gerek bizzat hastalığın ve gerekse komplikasyonlarının meydana getirdiği durum itibariyle bugünün en önemli mevzularından birini teşkil eder.

Mevzuun en can alıcı hususiyeti de zamanında ve enerjik bir surette tedavinin tatbikidir. Zira ancak bu

Literatür :

- Ochsner, A., De Bakey, M., Dixon, J. L.: Primary Cancer of the Lung. J.A.M.A. 135: 321-327. Oct. 11, 1947.
- Churchill, E.D., Sweet, R.H., Souttar, L., Scanell, G.: The Surgical Management of Carcinoma of the Lung. J. Thoracic Surg. vol. 20: 349-365. Sept. 1950.
- Churchill, E.D. : Primary Carcinoma of the Lung. J.A.M.A., 136: 455-461, March, 1948.
- Rienhoff, Jr. W. F. : A Clinical Analysis and Follow-Up Study of Five Hundred and Two Cases of Carcinoma of the Lung. Diseases of the Chest, XII: 1-33. Jan. 1950.
- Wynder, L. W., Graham, E. A.: Tobacco Smoking As a Possible Etiologic Factor in Bronchiogenic Carcinoma. J.A.M.A. 143: 329-333, May 27, 1950.
- Ochsner, A., DeBakey, M., Richman, I. M. : Bronchiogenic Carcinoma, The Southern Surgeon, XIV: 595-604, Aug. 1948.
- Adams, R.: Carcinoma of the Lung. J. Thoracic Surg. 17: 306-315, June, 1948.
- Forsee, J.H., Salyer, J.M., Gants, R.T.: Primary Bronchiogenic Carcinoma. U.S. Armed Forces Med. Journal. 1 : 738-749, July. 1949.
- Brock, R. C. : The Early Diagnosis of Bronchial Carcinoma. Brit. Med. J.; i p. 116, Jan. 14, 1950.
- Overholt, R.H., Schmidt, I.C.: Silent Phase of Cancer of the Lung. J.A.M.A. 141: 817-820. Nov. 19, 1949.
- Graham, E. A., Singer, J. J.: Successful Removal of an Entire Lung for Carcinoma of the Bronchus, J.A.M.A. 101: 1371-1374, 1933.

sayede hayat boyunca sürüp giden ve devamlı malûliyete sebep olan komplikasyonları önlemek veya hiç değilse husule gelmiş olanların ilerlemesine sebep olan âmilleri bertaraf etmek imkânı vardır.

Bu bakımdan servisimizin 5 senelik materyeli üzerinde yaptığımız incelemede romatizma probleminde görüldüğü ve düşüncülerimizin bir muhasebesini yapmak istedik.

Cedvel: I.

Hastalık	Adet	Şifa	Selâh	Halile
Hâd mafsâl romatizması	131	72	58	1
Hâd hecme	64	12	50	2
Kronik mafsâl romatizması	43	—	41	2

Son beş sene içinde servisimize hâd, hâd hecme ve kronik olmak üzere muhtelif safhalarda (238) hasta yatmıştır.

Cetvelin tetkikinden anlaşılacağı şekilde hastaların daha ziyade akut safhalarda müracaat edenlerinde klinik şifa elde etmek kabil olmuştur. Zaten anatomik tegayyürlerin husule geldiği kronik şekillerde dahilî tedaviden büyük ve devamlı faydalar temini kabil değildir.

Mafsâl romatizmasının türlü klinik belirtileri içinde

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, Şpru 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, Alk. loza bağlı tetanide, Sistitlerde, İdrar
enfeksiyonlarında, Hydrarnniosta.

GLUTOSALYL - SOPROLAC.

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

Had ve müzmin mafsals 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

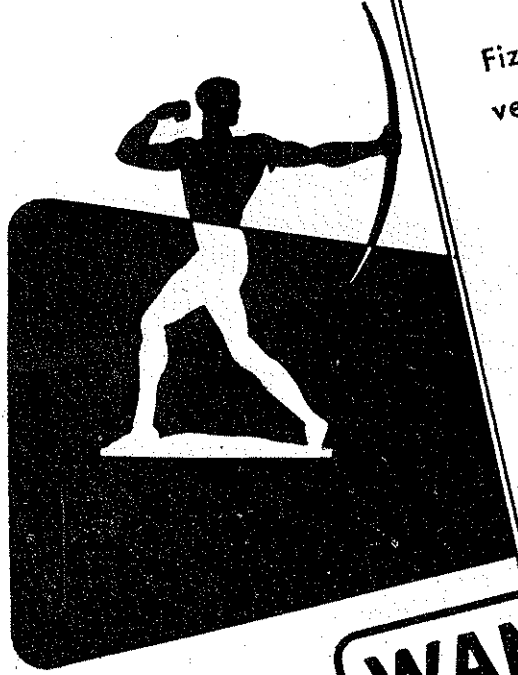
Galata, Adalet Han 33/36

İSTANBUL



Vitona-B

WANDER



Fiziki ve dimađi yorgunluk
ve bitkinlik halleri, nekahat
ve ruhi depresyonların
tedavisi.

WANDER

İSVİÇRE MÜSTAHZARI

Hekimlikte muvaffakiyet,
ilâçların kalitesine bağlıdır.

hastayı doktora sevk eden en mühim hattâ yegâne âmil ağrı unsurudur denilebilir. Öyle ki birkaç günlük tedavî ile ağrularından kısmen de diğer şikâyetlerinden kurtulan hasta için tedaviye devam bir külfet hattâ bir işkence gibi gelir. Hastalığın asıl ağırlığını kalpte teessüs edecek lezyonda (Myocardite, endocardite) aramak lâzımdır. Bu bakımdan pratik tababette olduğu kadar serviste yatan hastalara bu hususu aydınlatmak ve tedaviye devamın lüzum ve ehemmiyetini tebarüz ettirmek hekimin başlıca vazifesi olmalıdır.

Cedvel: 2.

Giriş	1946	1947	1948	1949	1950	Yekûn
Titreme	11	22	3	18	5	59
Ter	1	5	3	8	5	22
Yüksek ateş	41	54	27	41	38	201
Önce	22	20	9	25	22	98
Tonsillitis						
Seyrinde	3	2	4	7	4	20
Mafsalsızlığı, ağrı	39	58	20	40	39	196
Endokardit	24	40	22	32	32	160
Myokardit	3	1	3	5	—	12
Perikardit	—	—	—	1	—	1
Plörit	1	—	2	1	1	5
Dalak	—	13	—	—	2	15

Romatizmada bağ dokularında, ve bilhassa adele tendonlarında, periartiküler dokularda, endokard'ta ve büyük küçük damarlarda tıpkı myokard'da görülen Aschoff nodülleri gibi degeneratif anatomik tegayyürlerin mevcudiyeti hastalığın karakteristik vasfını teşkil eder. Bu sebebledir ki bu hastalık muayyen bir antite morbide olarak ele alınmış ve bunun için bir çok müellifler zaman zaman muhtelif âmilleri suçlandırmışlardır.

Hastalığın etiyolojisi hakkındaki akademik münakaşalar bugün de sona ermiş ve tamamen aydınlatılmış değildir. Bununla beraber hastalığın bir streptokok enfeksiyonundan 2-3 hafta gibi bir müddet sonra ikinci bir soğukalgınlığı esnasında gürlütlü bir mezansimal reaksiyonla meydana geldiği muhakkaktır.

Streptokokları romatizma husulünde doğrudan doğruya âmil olarak kabul edenlerin iddiasına karşılık da bir çok streptokok enfeksiyonlarından sonra romatizma görülmeşi ileri sürülmektedir.

Hâlen câri kanaate göre zaten streptokokların hastalığın husulündeki rolü doğrudan doğruya değildir. Streptokoklar organizmada cinse has nesîç maddelerini (Kalb adalesi, bağ dokusu, iskelet adalesi v.s.) antijen haline getirmekte ve bu nesîç antijenleri de spesifik antikorların meydana gelmesine sebep olmaktadır. Nitekim sağlam hayvanlara ait nesîç hülsaları ile (Kalb adalesi, iskelet adalesi v.s.) birlikte öldürülmüş streptokokların zerklerinden sonra hayvanlarda cinse has antikorların husulü in vitro tesbit edildiği gibi bunların tesiriyle kalb lezyonları, bilhassa endokarditler meydana getirilebilmiştir (Cavelli).

Yukarıda bahsettiğimiz şekilde hastalığa tekaddüm eden devrede vak'alarımızın %41,1 inde tesbit ettiğimiz boğaz enfeksiyonu bu kanaati yetid eder mahiyettedir. Etiyolojik sebebler arasında bazen dizanteri basilleri de suçlandırılmıştır. Dizanteri aglütinasyonu kontrolü yaptığımız (69) hastadan (35) inde müsbet bulduk. Romatiz-

madan gayri hastalarda da aglütinasyonun müsbet netice vereceği vak'alar bulunduğu kadar ayrıca bunun bir infekt arthritis olarak ayrılması gerektiği göz önünde tutulmalıdır.

Allerjik hâdiselerden başka romatizmanın husulünde bir çok endogen ve ekzogen faktörlerin rol oynadığı muhakkaktır. Vak'aların çoğunda bünyevî ve irsî kabiliyet dikkati çeker. Her ne kadar müellifler kadın ve erkek arasında büyük bir fark görmemekte iseler de servisimize nadiren kadın hasta yattığından bu hususta bir kanaat serd edecek durumda değildir. Hastalığa bilhassa organizmada hipererjik reaksiyon kabiliyetinin hâkim bulunduğu çocukluk ve gençlik çağında daha sık rastlanmaktadır. Bu yoldaki kanaatimizi (Cetvel: 3) de azami seviyenin (10-20, 20-30, 30-40) yaşlar arasında görülmesi teyid etmektedir.

Cedvel: 3.

Yaş	1946	1947	1948	1949	1950	Yekûn
10-20	19	15	8	20	26	88
20-30	8	10	9	14	13	54
30-40	12	21	8	12	5	58
40-50	6	11	6	3	—	26
50-60	1	5	1	—	—	7
60- yukarı	2	2	1	—	—	5

Dış sebebler arasında soğuk, üsütme, ıslanmanın büyük rol oynadığı inkâr kabul etmez. Bu gibi tesirlere maruz kalmaları bakımından hastalarımızın mesleklerini gösteren cetvelde işçi ve rençperlerin yekûnu daha kabarı görülmektedir.

Cedvel: 4.

Meslek	1946	1947	1948	1949	1950	Yekûn
Rençper	24	22	8	15	19	88
İşçi	11	17	12	18	12	70
Memur	7	14	6	10	2	39
Öğrenci	3	6	4	—	9	22
Şoför	—	3	2	—	—	5
Polis	2	1	—	—	1	4
Doktor	1	—	1	2	1	5
Ev kadını	—	1	—	4	—	5
Yekûn	48	64	33	49	44	238

Romatizmanın ilk patırdılı semtomları mafsallarda görünmesine rağmen asıl hastalık myokard'da ve dolayısıyla endokard'da oturur. Abartiküler denilen ve mafsalsız tezahürü göstermeyen vak'alarda mevcuttur. Böyle olmakla beraber bugün de lâyıki ile tedavi görmeyen veya tedavisiz kalan vak'alarda bazen hastalıkla birlikte bazen yıllarca sonra meydana çıkan kalb lezyonları başlıca komplikasyonlar sayılmaktadır.

Servisimizde son beş sene içinde müracaat eden (1032) deveran hastasından (myokard, endokard lezyonu) gösteren (836) vak'anın (%21,6) sının anamnezinde romatizma mevcudiyeti tesbit edilmiştir. Bunlardan bazılarında deveran şikâyetleri romatizma ile birlikte başladığı halde bazılarında (30-40) yıl sonra meydana çıkmıştır.

Romatizma hastalığında devamlı malûliyete sebebiyet veren komplikasyonların yanında hastaların serviste kaldığı müddet (vasatı 15,5 gün) ve bunu takiben gereken istirahat müddetleri (vasatı 35 gün), problemin

sosyal önemini canlandırması bakımından sayanı dikkattir.

Tedavi: Denilebilir ki salisilat tedavisi bu gün de akut mafsalsomatizması tedavisi sahasının rakipsiz kahrmanıdır. Hiç bir ilaç enerjik bir tarzda ve vak'ının hususiyetine göre tatbik edilen salisilat tedavisinin yerini tutmamıştır. Biz servisimizde 10-12 gramdan aşağı olmamak üzere salisilat dö su'u iki misli bikarbonat dö sutla karıştırarak 500 cc. su içinde vermekteyiz. Ancak burada üzerinde ısrarla durduğumuz basit fakat yüz güldürücü tedbir hastanın bunu muntazam fasıllarla sık sık almasını temin etmektir. Diyebiliriz ki hiçbir hastalıkta tedavi kasdıyla de olsa hastanın uyandırılmamasını şart koşan klinik prensibimizin yegâne istisnasını salisilat dö sut vermek teşkil eder. Bu şekilde kanda daimi surette ilaç seviyesini sabit tutmak kabil olduğu kadar tâli tesirler de önlenmiş olur. Nitekim icabında 16 gram veya daha yukarı miktarlarda verdiğimiz halde hastalarda kulak çınlaması, hafif iştihâ, bulantıdan başka şikâyete rastlamadık. Bunların da birkaç gün içinde zail olduğunu gördük. Halen salisilatların tesir mekanizması tamamiyle aydınlatılmış değildir. Ötedenberi hafif bakterisid tesiri yanında kuvvetli bir antialerjik tesirle mezanşim kaşesini noksanların geçmesine karşı koruduğu kabul edilmektedir. Sansibilize edilmiş hayvanlarda salisilatın anafilaktik şoku önlemesi de buna bir delil sayılmaktadır. Modern görüşlere nazaran salisilatın, bağ dokusu ve synovial metabolizmasında önemli rolü olan hyaluronidase fermentinin tesirini önlediği düşünülmektedir. Buna karşılık salisilat verilen hastaların ciltlerinde hyaluronidase faaliyeti üzerine müessir olunamadığına dair tecrübeler vardır (Jones, E. S.).

Akademik münakaşalar devam ededursun biz yukarıda bahsettiğimiz tarzda tedavi tatbik etmekte ve hastalığın seyrini klinik semtomlarla birlikte, kan tablosu, sedimantasyon kontrolleri ile takib etmekteyiz. Türlü sebeplerle henüz iyileşmeden servisi terkedenlerin dahil bulunmasına rağmen (Cetvel: 5) de hastalarımızın giriş ve çıkış durumlarına ait vasatî rakamlar hematolojik düzelmeyi göstermektedir. Sedimantasyon ve nüve endeksi gerilemiş, lenfosit ve eozinofiller de kabarmıştır.

Cetvel: 5.

	Sedimantasyon	Nüve indeksi	Lenfosit	Eozinofil
Giriş	79	%20,5	%19,7	%0,7
Çıkış	63,1	%16,4	%24,9	%2,4

Salisilatlardan başka romatizma tedavisinde günde (2-3 gr.) Pyramidon vermek suretiyle de çok müsait neticeler elde edilir. Fakat (Agranülositoz v.s.) gibi tâli tesirlerin zuburu tedaviye uzun zaman devam edilmesine mâni olduğu gibi salisilat tedavisine de bir üstünlüğü yoktur. Ancak salisilat tatbiki mümkün olmayan hallerde tercihen kullanılır.

Tedavinin tatbikinde en önem verdiğimiz hususiyetlerden birini de her vak'ada allerjik tablo yanında streptokok enfeksiyonu payının, nötrofiler tablodaki akislerinin dikkatle takibi teşkil eder. Bu sayededir ki hangi vak'ada enfeksiyon payının ön plâna geçtiği ve enerjik bir antibiyotik tedavinin gerektiğini tayin etmek kabil olur.

Prensip itibariyle müracaatında streptokok enfeksiyonunun sahneye hâkim olmadığı vak'alarda üç gün salisilat verir ve ancak nötrofili ve sola inhirafın ısrarı halinde antibiyotik tedaviye geçeriz. Bu arada bazen immun-biyolojik düzen teessüsünü beklemeden tonsillektomi yaptırmak mecburiyetinde kaldığımız vak'alar vardır. Aşağıda anlatacağımız vak'a buna güzel bir örnek teşkil eder.

Vak'a: 1 — M.B., 18 yaşında (Prot. 10176 - 8/8/1949 - 8/9/1949).

On gün evvel üşütmüş, beli ağrımış, sağ diz mafsalı şişmiş kızarmış, şiddetli ağrı olmuş, ateşi yükselmiş. Diğer mafsallarına da sırayet etmiş. Boğazında ağrı ve yutmada güçlük duyuyormuş. Evvelce sitma ve pnömoni geçirmiş.

Muayenesinde: Sol akciğer kaidesinde matite var, teneffüs sesleri kısık. Nabız seri, muntazam, yumuşak, kalbde zirvede diyastolik rulman ve presistolik sufl alınıyor. Perikard frotmanı duyuluyor. Karaciğer dolgun.

Mütad salisilat tedavisine rağmen sedimantasyon (132 - 140), formülde (Eoz. 5, Stab. 31, Seg. 48, Lym. 16, Mon. 1) ileri derecede inhiraf var. Penicilline teşrik edildi. Sedimantasyon (68-110) ve formülde (Eo. 9, Stab. 19, Seg. 58, Lym. 13, Mono. 1) inhiraf devam ediyor. Tonsillerdeki streptokok enfeksiyonunun sahneye hakim olduğu tesbit edilerek tonsillektomi yapıldı. Umumi hal ve bu arada perikard ve plevra durumu düzeldi. Salah ile çıkarıldı.

Bazı vak'aların mütad miktarlarda salisilat tedavisine cevap vermediği için ilacın tesirsizliğine hükmedecek yerde bu gibi hastaların mükerrer salisilat tedavisine tâbi tutulduklarını hesaba katarak miktarı artırmak gerektiğini de takdir etmek lâzımdır. Gerek bu bakımdan gerekse hastalığın seyrinde yerine göre icab eden antibiyotik ve diğer tedavi vasıtalarının teşriki ile alınan neticeyi göstermesi bakımından aşağıdaki vak'a bir hususiyet göstermektedir.

Vak'a: 2 — R.S., 32 yaşında. (Prot. 3826 - 24/3/1949 - 5/5/1949).

On sene evvel boğaz anjiniinden on gün sonra mafsallarında şiş, kızartı ve ağrı olmuş. Yapılan tedaviden sonra yedi sene rahat etmiş. İki sene evvel, yine bir anjinden sonra hastalık nüksetmiş. Bir sene evvel bu şikâyetleri yüzünden tonsillektomi yapılmış, salisilat tedavisi görmüş ve rahat etmiş. İki ay evvel yine boğaz ağrısı ile müterafık ateşli bir hastalık geçirmiş. İki günde iyileşmiş. Bir hafta sonra romatizmal şikâyetler tekrarlamış. Mütad salisilat tedavisinden fayda görmemiş. Şikâyetleri devam ettiğinden servise yatırılmış.

On beş sene evvel kızıl geçirmiş, başka bir hastalık tarif etmiyor.

Muayenesinde; teneffüs cihazında kayda değer bir şey yok, nabız yumuşak, seri, kalbde zirvede presistolik başlayan ve bütün sistolü dolduran sufl duyuluyor. Diğer organlarda kayda değer bir hal yok.

Sedimantasyon (67-100), formülde (Eoz. 4, Stab. 20, Seg. 55, Lym. 18, Mon.3) sola inhiraf var. Mükerrer salisilat tedavisine tâbi tutulduğu gözönünde tutularak 16 gr. dan başlayan salisilat tedavisine miktarı azaltarak devam edildi. Streptokok enfeksiyonu ön plâna geçtiği için yüksek doz Penicilline tatbik edildi ve buna Streptomycine ve Héparine teşrik olundu. Deveran durumu bakımından da muntazaman Digitaline verildi. Ateş düştü, sedimantasyon ve nötrofili geriledi. Bu sükûn devresinde diyatermi tatbik edildi. Hasta tamamen rahatlayarak servisi terk etti. Aradan iki buçuk sene geçtiği halde bu rahatlık devam etmektedir.

Bidayettenberi hastalığın husulünde ve devamında fokal enfeksiyonun ve bunların başında tonsillerin oynadığı role

işaret ettik. Bu maksatla endikasyon konulan (129) hastadan (63) ünde tonsillektomi yaptırıldı. Bazı sebepler yüzünden tonsillektomi yapılamayan hastalarımıza da bunun lüzum ve ehemmiyetini izah ettik. Zira mütat tedavi ile elde edilen parlak neticelerin çok defa heder olduğunu ve sökonder kronik tabloların meydana geldiğini sık sık gördük. Nitekim fokal enfeksiyon bakımından mükerrer muayenelerine rağmen tonsilleri normal görülen aşağıdaki hastamızda ısrarımızla yapılan tonsillektomide tonsillerin içinden oldukça iri granülasyon parçası çıkarıldığını tesbit ettik. Tedavi sonunda hastamızda aşikâr salâh elde ettik.

Vak'a: 3 — M. U., 26 yaşında, doktor. (Prot. 4398 - 19/4/1949 - 26/5/1949).

Beş sene evvel bir deniz banyosunda üşütmeyi müteakip beş gün yüksek ateşle yatmış. Sonunda iyileşerek mektebe devam etmiş. Bir müddet sonra sol omuzunda şiş ve ağrı olmuş. 3 ay ateşi 37-37,2 arasında seyretmiş. Kış mevsimlerinde elleri morarır, el mafsallarında şiş ve ağrı olurmuş. Bunlar overlerin disfonksiyonuna atfedilmiş. Şikâyetleri diğer mafsallarına da sirayet etmiş. Ratıp havalarda şikâyetleri artarmış. 6 yaşında tifo, 8 yaşında chorea, 10 yaşında boğmaca geçirmiş.

Muayenesinde; teneffüs cihazında kayda değer bir şey yok. Nabız yumuşak, muntazam, dolgun. kalbde zirvede birinci ses boğuk. Başka kayda değer bir hal yok. Sedimantasyon (36-65), formül (Eoz. 6, Stab. 16, Seg. 61, Lym. 17, Mon. 1).

28/4/1949 da tonsillektomi yapıldı. 7/5/1949 da sol dizde şişti. Sağ kalça mafsalında ağrı arttı. 9/5/1949 da sol dizdeki ağrı hafifledi. 26/5/1949 da iyileşerek servisi terk etti.

Son zamanlarda mineral corticoide'lerin anormal şekilde ifrazı yüzünden *Selye'nin Stress* tesirinde gö-

rülen corticosteroide ifrazı değişikliği romatizmada da düşünülmüştür. Bununla beraber mineral corticoide'lerin fazla ifrazında beklenen Na ve klorür ihtibas ve K ihtarının artması görülmemiştir.

Bu düşünüşe ve *Hench* ve *Kendall'in* tetkiklerine dayanarak ortaya atılan *Cortisone* ve *ACTH* tedavileri hakkındaki kanaatler bugün tamamen durulmuş olmadığı gibi bunların halen tedariki de kolay olmadığından bu hususta bir kanaat serd edecek durumda değiliz. Bazı vak'alarda tatbik ettiğimiz *Désoxycorticosterone acétate* ve *C* vitamininden de kayda değer neticeler almadık.

Tedavi usulleri meyanında bazen çok müsait neticeler verdiğinden bahsedilen (*Liquor pompalama - Spe-ransky*) usulü basit bir iş olmadığı gibi tehlikesiz de değildir.

Yardımcı tedavi tedbirleri arasında ateşli safhası geçtikten sonra fizik tedaviden faydalanılmaktadır.

Literatür :

G. v. Bergmann: Lehrbuch der innern Medizin, 1942.

Cavelti, Ph., A. : Schw. med. Wschr. 1948/4.

Fisher, W.S.: Int. Med. VI, Excerpta Med. Vol. V. No: 5-1951:

Försham, P. H. : The Clinics of North America, Boston, November, 1951/1229.

Jones, E. S. : Ann. rheum. Disease 1950, 9-2.

E. Lauda: Lehrbuch der innern Medizin, 1951.

Marian, G. F. : Int. Med. VI, Excerpta Med. Vol. V. No: 7 - 1951.

H. Shewieck - A. Jores: Lehrbuch der innern Medizin, 1950.

Gülhane As. Tıp Akademisi II. Hariciye Kliniği :

Prof. Dr. R. Ergüder

Diafragma Fitıkları, nevileri ve cerrahî tedavileri

Dr. Op. M. Naci Ayrıl

Diafragma fitıkları zannedildiği kadar nadir bir hastalık değildir. Yalnız mevcut vak'alar her zaman teşhis edilemediğinden hastalık sık görülmez gibi bir intiba vermektedir. Bilhassa ihtilâl etmemiş birçok diafragma fitıkları değişik hazım cihazı hastalıkları ârazları verecek uzun zaman yanlış teşhis ile tedavi edilirler.

Teşhis edilen vak'aların çoğu da, tesadüfen hastalara göğüs grafisi veya hazım cihazı grafisi yapılırken yakalanır. Göğüs grafisinde diafragma gölgesinin üzerinde anormal, içi gazlarla dolu kistik gölgelerin görülmesi ve bunların diafragmaı geçen kolanlara ait gölgeler olması şüphesi ile muayene derinleştirilerek diafragma fitkı teşhisi konabilir. Keza bunun gibi hazım cihazının radiolojik tetkiki yapılırken midenin anormal olarak diafragmanın üzerinde görülmesi ve şeklinin çok garip vaziyetler arzemesi diafragma fitkı şüphesini uyandırır.

Aşağıda kısaca müşahedesini bildireceğimiz hastamızda göğsünün radiolojik muayenesi esnasında sağ diafragma üzerinde kistik gölgelerin bize şüphe vermesi üzerine tesadüfen yakalanmıştır.

Vak'a : Hüseyin oğlu Yaşar Zemheri, 929, Tercan.

Şikâyeti: Yokuş çıkar ve koşarken nefes darlığı, ve ye-

meklerden sonra şişkinlik hissi ve hazımsızlıktan.

Hikâyesi : Eylül 1950 de mevki hastahanesinde Kore'ye gidecek birliklerin muayenesini yaparken hastamız da bunlar arasında bulunuyordu. Hastaya röntgenci arkadaşım Mehmet Aker göğüs radiografisi yapmış ve filmi, fikrimi almak üzere bana göstermişti. Radiografide sağ diafragma üstünde, göğüs kaidesinde, kistik birtakım gölgeler görülüyordu. Bunun bir diafragma fitkı olabileceğini ve radiolojik tetkikin genişletilmesinin lâzım geldiğini söylemiş ve rica etmişim. Röntgenci Mehmet Aker hastaya radiopak madde vererek ve tarafımdan da pnömoperituvan yapılarak muhtelif filimler çekildi ve bu suretle, sağ taraf diafragma fitkı teşhisimiz kat'ileşti. Hastada pek fazla şikâyetler yoktu. Ancak çok ağır bir iş yaptığı zaman nefes darlığı ve sıkıntı olurmuş. Geçmişinde herhangi mühim bir hastalık ve travma geçirmemiş.

Hazım cihazı: İki günde bir defekasyon oluyor, diğer hususlar normal.

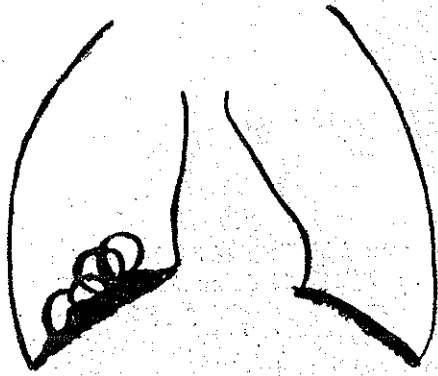
Teneffüs cihazı: Sağ kaidede teneffüs sesleri azalmış, başka anormal bir hal yok.

Diğer sistemler normal.

Kan, idrar vesair laboratuvar muayenelerinde kayda değer patolojik bir hal yok.

Röntgen tetkiki: Basit göğüs grafisinde sağ kaidede dairevi ince şeritler halinde kesif kolon gölgelerine benzer gölge-

ler görülmektedir (Şekil: 1). Sağ kaidede diafragmanın muntazam olan gölgesi de kaybolmuştur. Bu manzara karşısında diafragma fitkından şüphelenerek tetkikimizi genişlettik. Hastaya pnömoperituvan yaparak göğüs boşluğu ile karın arasındaki iştiraki tesbit etmek istedik. Nitekim pnömoperituvardan sonra hastada bir pnömotoraks teşekkül etti, ve kolon gölgeleri daha vazih olarak gözüktü. Bundan sonra hastaya ağızdan kesif yemek verilerek midenin ve kolonların tatikiki yapıldı (Şekil 2, 3, 4, 5).



Şekil : 1.

Şekil: 2. de midenin büyük hava boşluğunu çevreleyen kesif yemek gölgesi görülüyor. Aynı filmde, içinde kesif yemek bulunan kolonlar da görülmektedir. Şekil: 3 te diafragma kısmen içeri giren midenin opak madde ile dolmuş anormal biçimini görülmüyor. Bu filmde mide normal şeklini tamamen kaybetmiştir. Midenin radiolojik tetkikinde bu şekilde şekli bozuk mide'ler görüldüğü zaman diafragma fitkından şüphelenmek çok yerinde olur. Nitekim bir vakamızda bu şekilde bir diafragma fitki teşhisi konmuştur. Şekil: 4 - 5 te kısmen plevra boşluğuna giren kolonların anormal olan şekilleri opak madde ile doldurularak gayet iyi gösterilmiştir.

Ameliyat: Sağ tarafta diafragma fitki teşhisi ile hastanın ameliyatına karar verildi. İlk olarak frenisektomi yapıldı. Bu ameliyeyi ameliyatta sütür gerginliğine mâni olmak ve aynı zamanda diafragma defektinin kenarlarını birbirine daha kolay yaklaştırmak için yaptık. Ameliyat Eylül 1950

de lokal anestezi ile klasik şekilde yapıldı. Ameliyattan sonra yapılan radioskopik muayenede sağ taraf diafragmanın felce uğruyarak iyice yükselmiş olduğunu tesbit ettik.



Şekil : 2.

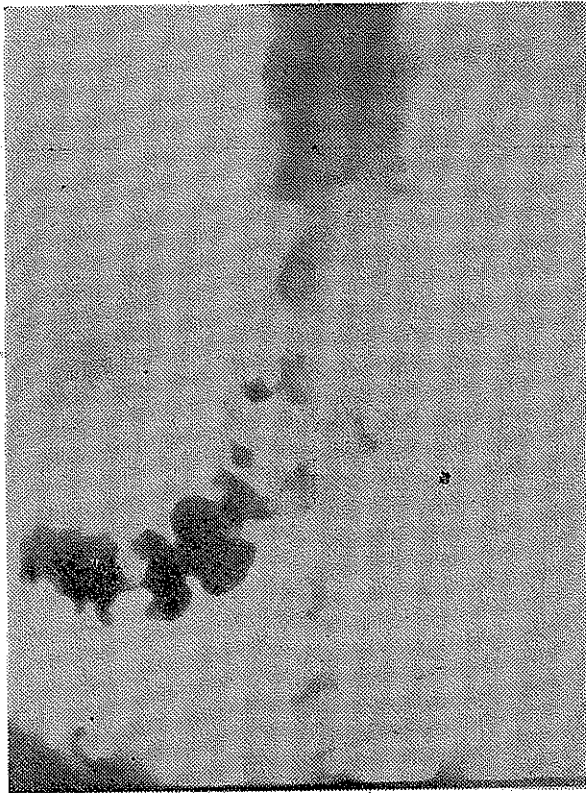


Şekil : 3.

Diafragma fitki ameliyatı : 14/11/1950 de eter narkozu ile umumî anesteziden sonra sağ taraf 9-10 uncu mesafede, önden arkaya doğru sağ taraf göğsü tamamen kavrayan

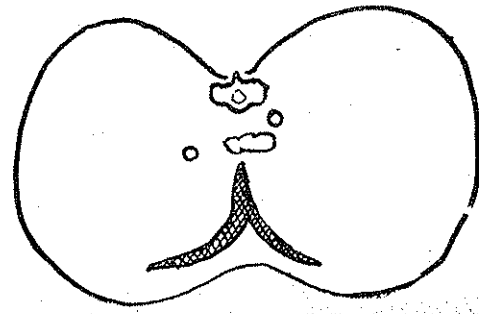


Şekil : 4.



Şekil : 5.

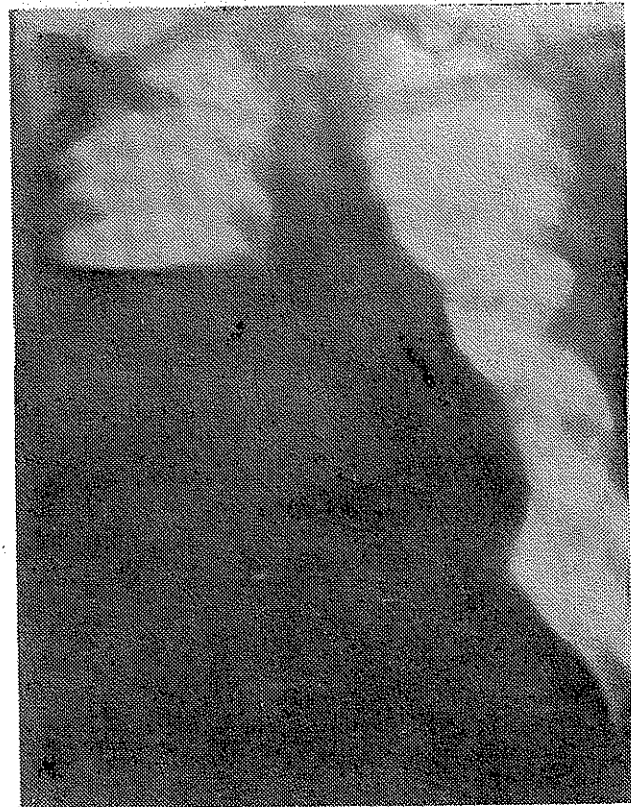
bir ensizyon yapıldı. Sağ taraf plevra boşluğuna girildiği zaman göğüs içinde kolonlar ve mide görüldü. Ameliyat ensizyonu karna doğru uzatıldı. Bu suretle diafragmadaki yarığı daha iyi görmek mümkün oldu. Diafragmadaki yırtık özofagustan öne ve yanlara doğru gidiyordu. (Şekil: 6).



Şekil : 6.

Diafragma birinci seansta evvelce frenisektomi yapılarak felç edilmiş olduğundan yırtık uçları birbirine yaklaştırmak nisbeten kolay oldu. Göğüs boşluğundaki kolonlar ve mide iltisaklarından ayrılarak karın içerisine reddedildi. Ve bilahere diafragmadaki yırtık kenarlar avive edilerek ipek ipliklerle dikildi. Tabaka tabaka göğüs dikilerek kapatıldı. Ameliyattan 3-4 gün sonraya kadar mide aspire edildi (diafragma üzerindeki midenin tazyikine mâni olmak için). Ameliyat sonu iyi seyretti.

Ameliyattan sonra yapılan grafilerde sağ plevra boşluğunda pnömotoraks ve mayi toplandığı tesbit edildi. (Şekil: 7). Mayi ponksiyone edildi, kanlı bir vasıfda idi. Bilahere yapılan ponksiyonlarda mayi alınmadı. Fakat buna rağmen radiografide o taraf göğsü seviye ve akciğerin kapalı olduğu görülmüyordu. Bu halin plevra boşluğunda toplanan kanlı mayinin organize olmasından ileri geldiği kabul edildi. Ve sağ pumonun tazyikten kurtarmak için de kortikasyon ameliyatı yapılmağa karar verildi.

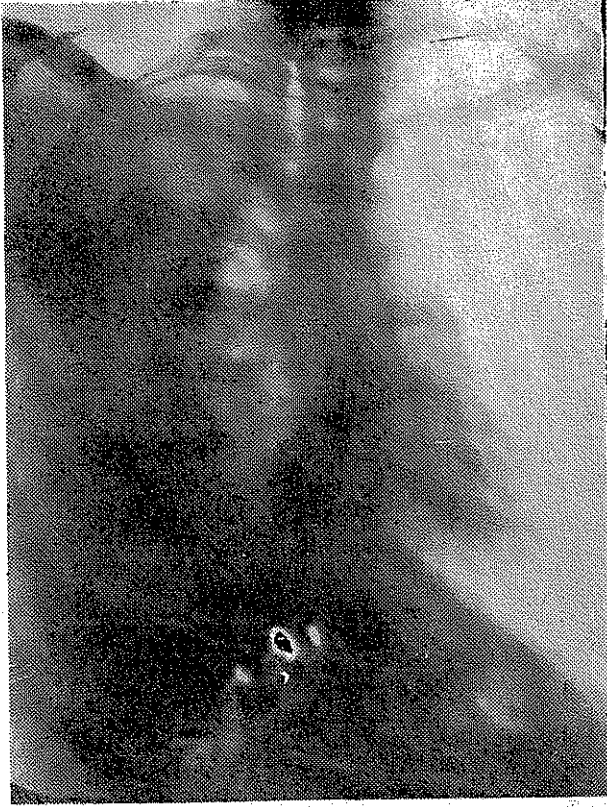


Şekil : 7.

11/3/1951 de entratrakeal eter oksijen narkozu ile (anesteti: Dr. Ali Ulvi Kaya) arkadaşım Op: Dr. Orhan Bumin tarafından ameliyatı yapıldı. Sağ taraf altıncı kaburgalar arası mesafeden göğse girildi. Bilhassa diafragma üzerindeki

pihtılar disseksiyon ve küretaj ile kaldırıldı. Parietal ve visceral plevranın üzerleri temizlendi.

Ameliyeyi takiben sağ akciğer trakea içinden verilen tazyikli oksijen ile iyice reekspansiyone oldu. Göğüs boşluğuna dren konarak ameliyat yarası kapatıldı. Ameliyat sonu



Şekil : 8.



Şekil: 9.

çok iyi seyretti. Üçüncü günü göğüs boşluğundaki dren alındı. Yapılan radiografide mayi seviyesi görüldüğünden önden ikinci aralıktan kalın bir trokar ile göğse girilerek göğüs boşluğuna dren kondu. (Şekil: 9), ve göğüs boşluğu aspire edildi. Müteakip radiografide mayi seviyesi görülmedi ve dren çıkarıldı. Yapılan radiografide akciğerin tamamen genişlemiş ve göğüs boşluğunu doldurmuş olduğu tesbit edildi. Hasta şifa ile taburcu edildi. (Şekil: 10).



Şekil: 10.

Diafragma fitki karın içindeki uzuvlardan birinin veya birçoğunun diaframadaki anormal delik veya açıklıklardan göğüs içine girmesine denir.

Diaframadaki anormal delikler, vilâdi strüktür bozukluğundan, veya normal diaframadaki travmadan olma rüptürlerden veyahut ta diaframanın iltihabî nekrozları neticesi olur.

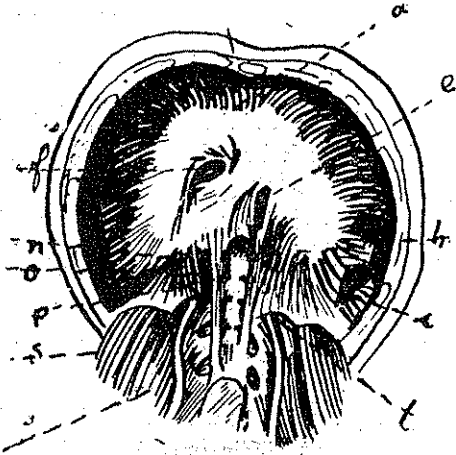
Diafragma fitiklerinin peritondan ibaret keseleri varsa bunlara hakikî fitik eğer peritondan ibaret bir keseleri yoksa yalancı fitik veya eviscération ismi verilir.

Karın uzuvlarının göğüs içine girdiği vak'alarda ister bir kese olsun isterse olmasın buna umumiyetle diafragma fitki ismi verilmektedir.

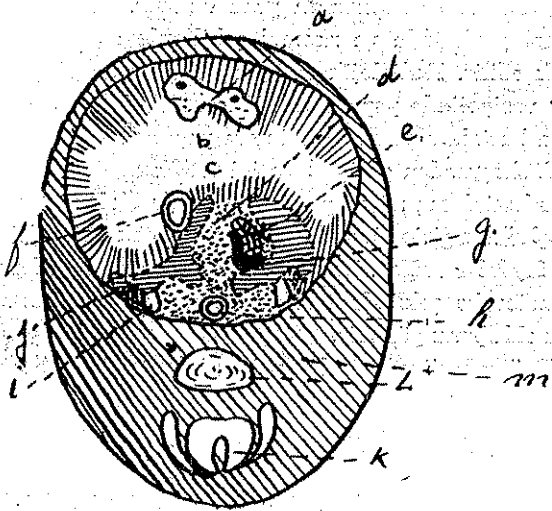
Diaframadaki fitikler muhtelif tipte olup bunlar ekseriya diaframanın ambriolojik teşekkülündeki bozukluklardan olur. Diaframanın ambriolojik nesiclerden teşekkülü oldukça karışık bir hâdisedir, zira diaframanın adalî kısımları muhtelif membalardan gelir.

Kâhil diaframasının büyük bir kısmını teşkil eden diaframanın ön, yan ve merkezi kısımları septum transversum ve yapışık olan ventral mezanterden teşekkül eder. Diaframanın geri kalan posterolateral kısmı dor-

sal mezanter ve Wolff cismi bakiyesinden çıkan mezoderm ile (Pulmonary Ridge) denen ve ambriondaki esas damarlar boyunca uzanan bir kenardan menşei alını plöroperitoneal membranın yapışmasında teşekkül eder. (Şekil 11-12).



Şekil 11. — (Surg. Gyn. and Obst'den)



Şekil 12. — (Surg. Gyn. and Obst'den)

a) Morgagni deliği, b) septum transversum, c) centrum tendineum, d) Dorsal mezanter, e) hiyatus oesofageus, f) vena cava deliği, g) infracardial burs, h) aorta deliği, i) hiyatus pleuroperitonealis (Bochdalek). j) membrana pleuroperitonealis, k) medulla spinalis, l) vertebra, m) Wolff cismi, n) erus lateralis, o) orta erus, p) erus medialis, r) M. Psoas, s) M. quadratus lumborum, t) arkus lombokostalis internus et externus.

Diaphragmanın orta kısmı embriolojik olarak birbirleri ile birleşen tabakalardan yapılmamıştır. Bundan dolayı diaphragma kubbesinin fitikleri birleşmedeki zafiyetler ile izah edilemez, bu kısmın fitikleri burayı teşkil eden adalenin dejenerasyonu ile izah edilir. Diaphragmadaki birleşme bozukluğu yanlarda olursa hiatus plöroperitonealis (Foramen Bochdaleki) açık kalır ve buradan fitiklar çıkabilir.

Hiyatus özofageus açık kalırsa hiyatus fitikleri veya Akerlund fitikleri husule gelir.

Birleşme bozukluğu ön taraftaki subkostosternal na-

hiyede olacak olursa foramen Morgagni (Larrey aralığı) fitikleri husule gelir.

Diaphragma fitiklarının taksimi: Birçok müellifler diaphragma fitiklarını muhtelif faktörlere göre taksim etmişlerdir. Ezcümle:

Ambriolojik

Etiolojik

Patolojik anatomik

Diaphragmadaki fitik yerlerinin mevkilerine göre

Fitik kesesinin bulunup bulunmadığına göre

Fitik kesesinin muhtevisine göre bir takım taksimler yapılmıştır.

Klinik olarak doğru bir taksim yapmak çok güçtür, hattâ mümkün değildir. Çünkü fitikın mahiyeti çok defa ancak ameliyat esnasında belli olur. Mamafih bütün bu mülâhazalara rağmen diaphragma fitikleri belli başlı şu şekilde tasnif edilebilir:

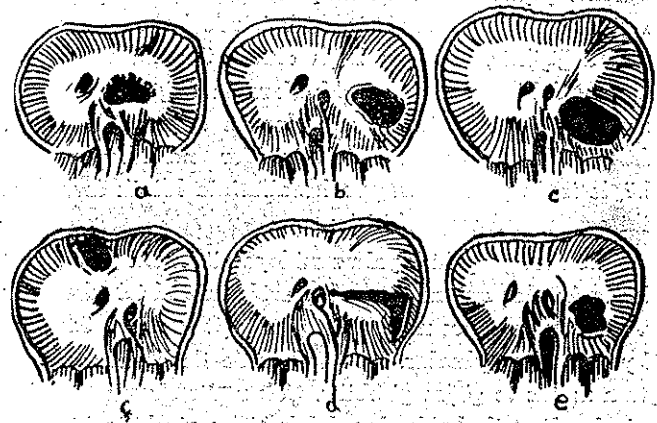
I — Travmatik diaphragma fitikleri.

II — Non travmatik diaphragma fitikleri.

I — Travmatik herni: Diaphragmanın travmatik hernileri direkt yahut endirekt yaralanmalardan, veyahut ta diaphragmanın her hangi bir iltihap neticesi nekroza uğramasından ileri gelir. En çok diaphragmanın tepesinde ve sol tarafının arka yarısında görülür. Mamafih sağ tarafta da travmatik diaphragma hernisi görülebilir. Travmatik herniler ekseriya crush şeklindeki şiddetli travmalardan sonra olur. Eğer fitik hyatustan olacak olursa bunun bir kesesi bulunur. Fakat diaphragmanın sol tarafındaki travmatik fitiklarda kese yoktur.

Direkt travmalar süngü, kasatura gibi kesici âletlerin veya kurşun, bomba, tahrip tanesi parçası gibi ateşli silâhların yaralaması şeklinde olur. Bu suretle diaphragmada husule gelen nafiz yaralardan fitik meydana çıkar.

Diaphragmadaki yırtılma iltihabi nekroz neticesi de olabilir. Bu ise diaphragma altı abselerinden meydana gelebildiği gibi ampiyemlerden ve ampiyem kavitelerine konan drenlerin tahrişinden de olabilir. Bu gibi vakalarda fitik umumiyetle diaphragmanın arka kısmında olur. Ve bunlarda fitik kesesi bulunmaz (Şekil 13 - e).



Şekil 13.

Şekil 13. — a) hiyatus oesofageus defekti, b) Hiyatus pleuroperitonealis, c) konjenital kısmı diaphragma yokluğu, ç) Foramen Morgagni, d) Travmatik yırtık, e) iltihabi nekroz.

II — Nontravmatik olan herniler de

1 — Konjenital

2 — Sonradan olma olarak ikiye ayrılabilir.

1 — Eğer konjenital non travmatik bir herni varsa bu ambriolojik olarak diafragmanın kısmî yokluğundan ileri gelir ve umumiyetle bunlarda fitik kesesi yoktur.

Konjenital fitikların sıklık sırasına göre diafragma-daki yerleri aşağıdaki gibidir:

a — Hyatus pleuroperitonealis'den çıkan fitiklar (şekil 13/b).

b — Diafragmanın kısmî yokluğundan ileri gelen yarıklardan çıkan fitiklar. Burası diafragmanın arka kısmında bulunur (Şekil 13/c).

c — Hyatus oesophageus etrafındaki sirküler adalelerin noksanlığı dolayısıyla özofagus hyatusundan çıkan fitiklar (şekil 13/a).

ç — Özofagusun kısa olmasından dolayı bir kısım midenin özofagus hyatusundan yukarı çekilmesinden mütevellit fitiklar (şekil 14/c).

d — Ön subkostosternal açıklıktan (Foramen Morgagni, Larrey aralığı) çıkan fitiklar (şekil 13/ç).

2 — Sonradan olma fitiklar şuralarda görülür:

a — Özofagus hyatusundan çıkan fitiklar, bunların ekseriya birer kesesi vardır (şekil: 14).

b — Diaframadaki birleşme noktaları arasından çıkan fitiklar.

c — Umumiyetle konjenital tipteki fitikların görüldüğü yerlerden husule gelen fitiklar.

Diafragma fitiklarının sıklığı. — Cerrahî tedaviye ihtiyaç gösteren diafragma fitikları sıklıklarına göre şöyle sıralanır:

En çok hyatus özofageus fitikleri, bundan sonra direkt veya indirekt travma neticesi olmuş veya iltihabî nekrozdan ileri gelmiş fitiklar, daha sonra sıra ile diafragmanın vilâdi kısmî yokluklarından olan fitiklar, hyatus pleuroperitonealis (Bochdalek) fitikleri ve subkostosternal (Larrey, Morgagni) aralıktan olan fitiklar görülür (Şekil: 13).

Klinik ârazlar: Sübjektif ârazlarla diafragma fitiklarını tanımak çok güçtür. Ancak sübjektif şikâyetler üzerine şüphe edilir. Ve araştırmalar bu yönden derinleştirilirse teşhis konabilir, fitik içinde bulunan uzuvlar çok değişiktir. Bunlara bağlı olmak üzere bu muhtelif uzuvlardaki fonksiyon bozuklukları da değişik bir manzara arzeder. Bütün bu sebeplerden dolayı diafragma fitikının ârazları çok muhtelifdir. Her ne kadar vaziyet böyle isede yine diafragma hernilerinin klinik ârazlarını iki esaslı gruba ayırabiliriz:

Birinci grup fitik yalnız mideye aittir. Bu gibi vak'alarda ârazlar entermittan olup midenin tedricî tıkanması ve enkasrasyon neticesidir. Bu çeşit herniler özofagus hyatusundan çıkarlar. Bunlarda mide ile beraber omentum majus te göğse girebilir. Çok nadir olarak ta midenin kardiası ile bağlı olan dalak göğse girebilir. Mide ile beraber bazan kolonlar da göğse girecek olursa bu gibi vak'alarda kısmî veya tam kolon tıkanması ârazları görülür.

İkinci gruptaki vak'alarda birçok karın uzuvları fitik içine girmiştir. Bazan karaciğer, pankreas, kolon be-

raberce fitik içine girebilir. Geulee'nin bir vak'asında sidik torbası, rektum ve tenasül organları müstesna bütün karın uzuvları göğse girmiştir. Bu gruptaki herniler umumiyetle travmatik menşelidir. Mamafih bunlar konjenital de olabilir. Bu gruptaki vak'alarda ârazlar birinci gruptakilerden daha fazladır. İlk âraz olarak bazan hâd bir mide veya barsak tıkanması yahut şiddetli bir hemoraji görülebilir. (Servisimize bu şekilde hâd barsak tıkanması ârazı ile bir hasta müracaat etmiş ve ancak laparatomide barsak urvelerinin diaframadaki yarıktan göğüs boşluğuna girerek barsak tıkanması ârazı verdiği tesbit edilmiştir.)

Diafragma fitiklarında radiolojik tetkik: Diafragma fitiklarının kat'i teşhisi radiolojik tetkikle mümkündür. Gerek göğüs grafisi esnasında ve gerekse hazım cihazının radiolojik tetkiki yapılırken şüphe hasil olduğu takdirde radiolojik muayeneyi derinleştirmeli ve teşhise bu suretle varmalıdır. Klinik şikâyetler bakımından diafragma fitik şüphesi uyandırdığı zaman da yine röntgen tetkiki yapılmalıdır. Basit göğüs grafisinde diafragma üzerinde kistik gölgelerin görülmesi şüphe ile karşılanmalıdır. Bu gibi hastalara ağızdan radio opak madde vererek midenin ve kolonların grafisi alınır. Ve bunların normal yerlerinde ve normal şekillerde olup olmadığı tetkik edilir. Radiolojik muayeneyi bilhassa Trendelenburg vaziyetinde yapmalıdır. Bu suretle kolon ve mide-başka hastalara pneumopertuvan yaparak havanın plevnin diafragmadan geçişi daha iyi tetkik edilir. Bunlardan başka hastalara pnömo-perituvan yapılarak havanın plevra boşluğuna girip girmediğini tetkik etmek te teşhiste büyük faydalar sağlar. Radiografide karna verilen havanın pnömotoraks şeklinde tezahür etmesi diafragmada bir delik olduğunu gösterir.

Pnömo-perituvan relaksasio diafragmatika ile diafragma fitikını da birbirinden ayırmağa yardım eder.

Tedavi: Diafragmanın sol tarafındaki fitikların cerrahî tedavisinde karın yolu tercih edilir. Sağ taraf fitiklarında ise göğüs yolunu tercih etmelidir. Çünkü karaciğer sağ tarafta karından çalışmağa mâni olur.

Ameliyattan evvel daimî yahut muvakkat frenikus felci yapmak muvafıktır. Bazı vak'alarda fitik ameliyatı yapmak için kontrendikasyonlar bulunabilir. İşte bu gibi vaziyetlerde paliatif olarak yalnız diafragma felcetmek muvafıktır.

Teşhis edilmiş ve çok hafif ârazları olan diafragma fitiklarında konservatif tedavi düşünülebilirse de, her hangi bir anda kötü bir akıbet doğabileceğinden, ameliyata mani bir hâl olmıyan bütün diafragma fitiklarında ameliyat yapılmalıdır.

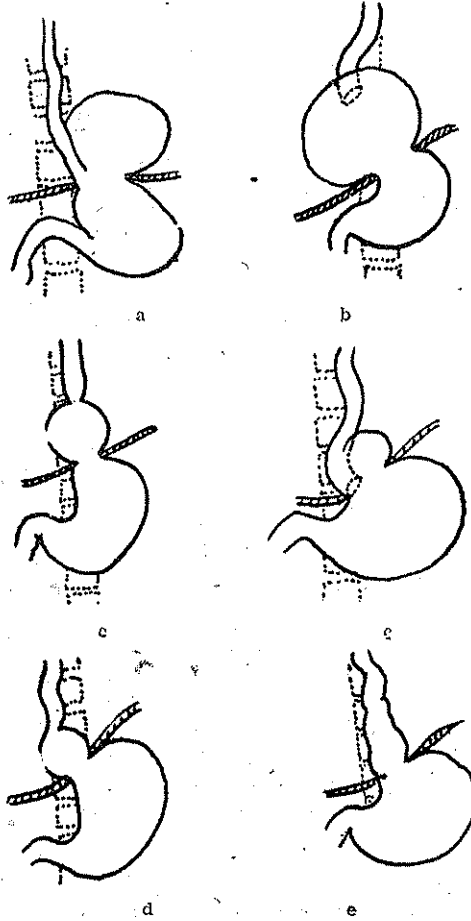
Hyatus özofagus hernileri: Bu hernilerin birçok şekilleri vardır (Şekil 14). Çok defa bu fitik taşıyan şahıslara yanlış olarak kolesistit, kolelitiaz, mide ülseri, duodenal ülser, hiperasidite, sekonder anemi, kardiyak, kardiyak kanseri, özofagus striktürü, apandisit ve barsak tıkanması gibi teşhisler konabilir:

Özofagus hyatusu hernilerinde en çok görülen ârazlar: ağrı, sıkıntı, gaz geçirmek, kusma, dispepsi, hemoraji, zafiyet, anemi palpitasiondur.

Ağrılar ve diğer ârazlar hecme tarzında gelebilir. Ve ekseriya ağır bir yemekten sonra meydana çıkar. Ba-

zan da boş mideye bir fincan kahve veya çay gittikten sonra ağrılar ve diğer ârazlar husule gelir.

Bazan diafragma ve midenin beraberce tekallüsü ile midede kum saati şekli meydana çıkar. Ve zu zaman midenin üst kısmı alt kısmına boşalamaz, bu suretle mide içi tazyiki artar.



Şekil: 14. — a) paraoesophageal hiatus hernisi, b) Oesophagus yükselmiş ve mide genişleyen hiatusdan göğse girmiştir, c) Kısa oesophagus ve bunu takiben midenin göğse girmesi, ç) Pulsion tipinde paraoesophageal herni, d) yükselmiş oesophagus ile beraber pulsion tipinde herni, e) Oesophagus'un alt kısmı genişlemiş (Surg. Gyn. And Obst. den).

Diafragma spasmi umumiyetle nervus frenikus ağrısı ile müterafiktir. Ve bundan dolayı ağrı sol omuza ve aşağı kola doğru intişar eder.

Göğüs içi tazyikinın artması palpasyon, taşikardiyi mucip olur. Fitkin akciğer üzerine tazyik etmesi ve diafragma hareketlerinin bozulması ise dispneyi mucip olur.

Hecmeler br kaç dakikadan bir kaç saata kadar devam edebilir ve ekseriya koroner skleroz veya myokardit teşhisi konur. Hecmeler umumiyetle bir kusma hareketinden sonra geçer ve ekseriya gıda alındıktan sonra tekrar meydana çıkar.

Hecmeler arasında haftalar ve bazan aylar geçer. Bu serbest devrede mide muhtemelen fitik halkasına sıkışmış değildir, diafragma altında normal mevkiindedir.

Eğer ârazlar az çok sebat ederse midenin göğüs içine adezyonlarla tesebbüt ettiğine hükmedilir. Hastalarda beslenme iyi olmadığından kilo gaip ederler. Zaman

geçtikçe kusmalar artar ve kusma içinde kanda bulunabilir.

Diafragma fitıklı hastalardan bir çoğu tipik mide ülseri ârazi verirler ve yapılan tedaviden istifade de ederler. Çünkü hastalar sık sık ve azar azar yemek yerler.

Diafragma fitiklarında nadir olmayarak hemoraji de görülür, hemorajinin menşei travmatik ülserlerdir. Bu ülserler oesophagus'un en alt kısımlarında, cardia'ya yakın olarak bulunurlar. Bu nevi ülserlerin husulünde regürjite olan mide usaresinin de rolü vardır.

Travmatik erozyanlardan ileri gelen kanamalar bazan çok şiddetli olur ve bu zaman melana ile hematemez esas ârazi teşkil ederler.

Bazı vak'alarda herni ameliyatından sonra kanamalar durur ve ülser şifa bulur. Fakat bazı vak'alarda da ülser derindir, bunlarda ameliyattan sonra dahi şifa husule gelmez.

Vak'aların bazılarında aşikâr kanama yoktur, ancak gaitada gizli kanama müspet bulunur. Bunun neticesi hastalarda sekonder anemi teşekkül eder.

Hiatus oesophageus hernilerini tedavi bakımından üç gruba ayırabiliriz:

1 — Çok küçük herniler, ancak tesadüfen radyolojik muayene esnasında bulunur. Arazları hemen yok gibidir. Bu gibi hernilerde muhafazakâr tedavi yapılır ve hattâ tedaviye bile lüzum yoktur.

2 — Nisbeten orta büyüklükte herniler, bunlarda orta derecede âraz vardır. Bu gibi vak'alarda diyet tanzim edilir, konservatif tedavi takip edilir.

3 — Büyük fitiklar, bu nevi fitiklarda ârazlar oldukça fazladır. Bunlarda ameliyata lüzum vardır. Eğer mide ile beraber kolon da fitik içine girmişse ameliyat için muhakkak lüzum vardır. Çünkü günün birinde enkarserasion olma ihtimali her zaman mevcuttur.

Hyatus hernilerinde nervus frenikusun kesilmesi: Özofagus hyatusu fitiklarında abdominal yoldan ameliyat yapılacak ise daha evvelden diafragmanın felci tavsiye edilir. Ve bilhassa bu ameliyeyi kâhillerle yapmalıdır. Çocuklarda ise umumiyetle buna lüzum yoktur.

Diafragma felcini muvakkat yapmalıdır, bu suretle 3-6 ay sonra diafragmanın vazifesi tekrar iade edilir. Bu tip hernilerde daimî diafragma felcine nadiren lüzum hasıl olur.

Bazı vak'alarda dafragmadaki yarık büyüktür, ve diafragmanın tekrar vazifeye başlaması ile fitki nüksetmesi ihtimali mevcuttur. İşte bu gibi vak'alarda diafragma felcini daimî yapmalıdır.

Bilhassa enkarsera ve strangüle hernilerde N. phrenicus'un felci çok faydalıdır, bu suretle diafragma ta-kallüsü önlendiğinden fitik halkası gevşer ve strangülayona mani olunulur.

Oesophagusun konjenital olarak kısa olmasından dolayı midenin göğüs içinde bulunduğu vak'alarda da frenikus felci lüzumludur.

Radikal cerrahi tedavi: Ekseriya karından yapılır. Kese varsa çıkarılır veya ayrılır, karın uzuvları yerli yerine konduktan sonra ipek iplik veya fasiya sütürleri ile diafragmadaki yarık dikilir.

Diaphragmadaki malformasyon veya noksanlıktan ileri gelen konjenital fitiklar:

1 — Hiatus pleuroperitonealis fitikleri,

2 — Diaframanın arka kısmının yokluğundan ileri gelen fitiklar, umumiyetle bu iki nevi fitikda da kese yoktur. Karın uzuvları direkt olarak göğüs uzuvları ile temastadır.

3 — Morgagni, Larrey aralığı fitiği, subcostosternal nahiyedeki bu fitikların ekseriya bir kesesi vardır.

Hiatus pleuroperitonealis hernilerinde yarık üç köşelidir, zirvesi orta hatta doğrudur, defekt umumiyetle göğüs duvarına doğru uzanır ve göğüs duvarında iyi teşekkül etmemiş bir adale bandı göğüs duvarını baştan başa kateder. Bu fitikte fitik kesesi bulunmaz. Karın uzuvları göğüs uzuvları ile direkt temas halindedir. Bu nevi fitik içinde mide, dalak, kolon, ileum'un son kısmı, bütün ileum ve jejunum bulunabilir

Diaframanın posterior kısmının defekti: Bu defekt posterolateral olarak bulunur, ve umumiyetle yarık arkada 8 inci kaburgadan öne oesophagus hiatus'una uzanır. Bu hernilerde de kese yoktur. Karın uzuvlarından bir çoğu göğüsde bulunabilir. Bazan defekt çok geniş olur, bu zaman diaframadaki yarığı kapatmak için extra pleural kaburga rezeksiyonu yapmak lâzım gelir.

Subcostosternal herni (Morgagni, Larrey) aralığı: Bunlarda umumiyetle fitik kesesi vardır. Bu fitiklar konjenital olmalarına rağmen sonradan da teşekkül edebilirler. Doğuşta mevcut olan zayıf noktadan, karın içi tazyikin yavaş yavaş artması ile, karın uzuvları göğse girmeğe başlar ve ileri yaşlarda fitik tam teşekkül etmiş olabilir. Gerek bu nevi büyük fitiklarda ve gerekse travmatik hernilerde ameliyat lüzumludur. Bilhassa travmatik hernilerde derhal ameliyat yapılmalıdır.

Literatür:

- 1 — Carlos M. Casco et Jorge A. Pilhen: Hernie diaphragmatique. Jour. De Chirur. 1948, 64: 579.
- 2 — J. Senèque, C. L. Chatelin: Hernies diaphragmatiques par l'orifice oesophagien du diaphragme Jour. de Chir. 1948, 64: 609.
- 3 — G. d'Errico : Les hernies diaphragmatiques (contribution anatomo-clinique) Jour. de Chir. 1948, 64: 475.
- 4 — Stuart W. Harrington: Various types of diaphragmatic hernia treated surgically Surg. Gyn. And. Obst. 1948, 86: 735.
- 5 — Morris Rubin: Diseases of the chest with emphasis on X ray diagnosis 1948: 530-538.

- 6 — Henry Swan: Hernie diaphragmatique par l'orifice diaphragmatique de Bochdalek Jour. de Chir. 1949, 65: 459.
- 7 — David State: The surgical correction of congenital eventration of the diahpragm in infancy Surgery 1949, 25: 461.
- 8 — John M. Beal: Diaphragmatic hernia following subdiaphragmatic vagotomy Surgery 1948, 24: 625.
- 9 — Forni: Hernie diaphragmatique droite congénitale. Thoraco-phréno-laparatomie. Guérison Jour. de Chir. 1949, 65: 806.
- 10 — H. E. Stocker: A propos des hernies diaphragmatiques d'origine traumatiques Jour. de Chir. 1949, 65: 806.
- 11 — J. M. Beal: Hernie diaphragmatique secondaire a une vagotomie sous diaphragmatique Jour. de Chir. 1949, 65: 807.
- 12 — B. N. Carter, J. Giusffi: Hernie diaphragmatique étranglée Jour. de Chir. 1949, 65: 807.
- 13 — Mario, Brea, Pangaro, Sanras: Hernie de l'hiatus oesophagien Jour. de Chir. 1949, 65: 807.
- 14 — Nouvelle méthode de mise en évidence des hernies diaphragmatiques par l'orifice oesophagien Jour. de Chir. 1949, 65: 160.
- 15 — Stapleton: Hernie de l'hiatus oesophagien Jour. de Chir. 1949, 65: 160.
- 16 — Frederick Vogel: Hernie diaphragmatique développée en dehors de l'hiatus oesophagien Jour. de Chir. 1950, 66: 794.
- 17 — Stuart W. Harrington: Traumatic diaphragmatic hernia The Surg. Clinic of North America 1950, 961-970.
- 18 — Rollins Hanlon, Paul Higgins: Diaphragmatic hernia following subdiaphragmatic vagotomy and partial gastrectomy. Surgery 1950, 27: 460-464.
- 19 — Richard H. Sweet: Thoracic surgery 1950: 317.
- 20 — S. O. Schwartz, S. A. Blumenthal: Hernies de l'hiatus diaphragmatiques Jour. de Chir 1950, 66: 591.
- 21 — Carlo Bignami: Hernie diaphragmatique et ectopie splénique Jour. de Chir. 1950, 66: 591.
- 22 — E. Curtillet, R. Aubaniac: Les hernies diaphragmatiques droites à forme pseudo tumorale. contribution a l'étude des opacités de la base droite d'origine abdominale Jour. de Chir. 1950, 66: 257.
- 23 — Sidney B. Radley, H. P. Goldamith: Un cas de hernie diaphragmatique congenitale avec perforation de l'estomac Jour. de Chir. 1950, 66: 794.
- 24 — Teophilé Biancheri, Nicolo Paro: Hernie diaphragmatique du foie Jour de Chir. 1950, 66: 70.
- 25 — Mallarmé, Tilquin: L'anémie des hernies diaphragmatiques Jour. de Chir. 1950, 66: 70.
- 26 — Joseph E. Hamilton, Thomas W. Phillips: étranglement d'une hernie traumatique du diaphragme avec gangrène de l'estomac A propos de deux observations Jour. de Chir. 1950, 66: 540.



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 CONSOLİ

Galata, Adalet Han 33/36

İSTANBUL

Tel. No. 42773

ABBOCILLIN R/R

400,000 ünite

Sulu zerke mahsus

Crystalline Penicillin G Procaine 300.000 U.

ve Tampone edilmiş

Crystalline Penicillin G Potassium,

100.000 U.

(ABBOTT)

ABBOTT LABORATORİZ NİR İST LTD

TÜRKİYE ŞUBESİ

P. K. 1655

Galata, İstanbul — Tel: 40296

Ankara Tıp Fakültesi Nöropsikiyatri ve Anatomopatoloji
Enstitüsü :

Prof. Dr. Rasim Adasal - Prof. Dr. Süreyya Tanay

Prefrontal bölge klinik arazi veren bir Sağ-Parietal Lob Glioması

Nusret Mutlu - Yavuz Aksu

Takdim ettiğimiz vak'a, taşıdığı urun anatomopatolojik dejeneresansı ve endirek patogenetik tesirleriyle, lokalizasyonunda yanıtıcı āraz vermesi bakımından dikkati çekicidir. Klinikten «sağ prefrontal bölge tümörü» teşhisi alarak operasyona sevk edilen hastanın otopsisinde, sağ parietal ve kısmen de oksipital lobu ilgilendiren büyük bir gliom görülmüştür. Her ne kadar frontal, parietal ve oksipital lobların kendilerine has, klâsikleşmiş gösteri toplulukları varsa da, neoplasmanın genel tarifine tamamen uyan bir - nizam tanımayı - yayılışına da hâkim olduğu için bunları her zaman tespitte imkân yoktur.

Klinik hataları asgariye indirmek emelini güden angiografi, iodovantrikülografi, tomografi, floressans madde tatbiki, biopsi, elektroensefalografi; ve nörosürürji gibi modern teşhis ve tedavi metodlarının memleketimizde henüz yayılmamış olması klinisyenleri güç durumda bırakmaktadır. Sadece anamnēz, müşahede ve vantrikülografik bulgularla teşhis koyup tedavisine çalıştığımız bu vak'ayı enteresan olan atipik gösterilerinden başka, modern vasıtalarla mahrumiyetimizin de acıklı bir delili olması bakımından neşre değer buluyoruz.



Şekil: 1.

I. M. D. : Ankaralı, 34 yaşında, çiftçi (Prot. 10890).

Dört aydanberi devam eden şiddetli başağrısı ve görmesinin gittikçe azalarak körlüğe varmasından müstekidir. Bulantı ve kusma olmamış. Öz ve soy geçmişinde müspet bir-

şey yok. Hastalık hikâyesine ait sözleri, şikâyetlerinin lākaydi ile tekrarından ibarettir.

Muayenesi: Astenik bünyede, iskelet adale yapısı tam, yarı torpör halinde, dejeneresas stigmatları yok. Uykusu nizamsız, iştahı marazi şekilde artmış. Büyük - küçük abdestini altına kaçırıyor. Beden derecesi 37 altında; nabız dolgun, muntazam 80. Arteriel basınç 14/8 Vaquez. Dolaşım, solunum, sindirim ve urogenital sistemler muayenesinde patolojik bulgu yok.

Sinir sistemi : Aktif ve pasif hareketler tabii; eumetri ve diydokokinezi iki tarafta da orta derecede bozuk, yanlara bakışta birkaç vuruşlu nistagmus alınıyor. Derin ve yüzlek hisler normal. Her iki pupilla midriazis halinde, ışık ve mesafeye reaksiyon vermiyor. Karın derisi refleksleri alınıyor. Tandon, mukoza ve diğer deri akseleri normal, patolojik refleks yok. Ayakta duruşu sallantılı, yürüyüş hafif sarhoşvari. Konuşması yavaş ve monoton. Atrofi mevcut değil. Nörovejetatif sistemde kızarma, solma, terleme ve dermografizm görülüyor. İdrar ve büyük abdestini haber vermiyor, gece altına gündüzleri de odasının rastgele yerine (defekasyon için vaziyet aldığı halde soyunmadan) yapıyor. Beş duyu: Her iki gözde staz papiller mevcut, görme sıfır. Sağ burun koku almıyor. Tad alma ve işitme (kulak - vestibul normal.

Ruhi muayene: Ekseriya yarı uyku hali içinde, hareketsiz olarak yatağında yatmakta ve sorularla ağır bir konuşma ile kısa cevaplar vermektedir. Ana zekâ melekelerinde genel bir yavaşlama ve zayıflama mevcuttur. İllüsiyon ve hallüsinasyonları yoktur, muhakemede kalitatif ve kantitatif bozukluklar vardır. Affektivitede küntlük, beheviorada apathi göze çarpmaktadır. Arasra, bunların aksine, aklına gelen şeyleri söyleyip konuşmakta, hastalığı ile telif edilemeyen yersiz ve çocukca hareket veya ifadelerde bulunmaktır: Yemekten 10-15 dakika sonra çok acıktığını söyleyip mevsime uymayan yiyecek ve meyva istemeler, tekrar verilen yemeği aç bir insan iştihası ile yemeler v.s. Diğer taraftan doğru dürüst yürümeye dahi muktedir olmadığı halde «Ben iyiyim yahu, köye gidecem, tarlada iş var» deyip gülmeler; mecalsiz kollarıyla kuvvet gösterisi yapar gibi jestler.. Yatağında ayağa kalkıp idrarını bıraktıktan sonra, asker gibi sert adımla yürümeye özenmeler sık sık müşahede edilmiştir.

Laboratuvar : İdrar ve kan muayeneleri normal.

Vantriküler ponksion: Solda hafif ksantokromik; Pandy, Nonne-Appelt Weichbrodt (++) müspet; albümin 0,80; Hücre 5-6. Sağ vantrikül likoru koyu ksantokromik; Pandy, Nonne-Appelt, Weichrodt (+++++) müspet, albümin 1 g. üstünde, hücre 15-20.

Pnömovantrikülografi: Soldan 15 cc. likor alıp 10 cc. steril hava, sağdan da 10 c.c. likor alıp 5 c.c. steril hava verilerek yapılmıştır. Alın plakta : Oksipital boynuzlar çok iri, sağdaki dışa ve yukarı itilmiş hudutları intizamı kaybetmiştir. Kafa plakta: Her iki taraf genişlemiş, sağdaki aşağı ve dışa itilmiş, hudutları net değildir. Yan plaklar : Sol vantrikül hudutları muntazam olarak genişlemiş, frontal boynuz sucuk şeklinde kabarak yukarı ve arkaya çekilmiştir. Oturarak yapılan grafisinde ise ön kısım da normal olarak dolmuştur. Ayrıca carrefour bölgesinde hudutları kes-

kin ve nizamsız daha kesif bir gölgenin süperpozisyonu vardır. Sol plakta alınan grafide yine iki karıncığın süperpozisyonundan ibaret şekil mevcuttur, sağ vantrikülün oksipital boynuzu silik, temporal kol dolmamış, frontal boynuzun 2/3 ön kısmı üstte çentik gösteren bir hudutla ampute vaziyet almıştır. Oturarak yapılan grafide de aynı hal tespit edilmiştir.



Şekil: 2.

Bu radyolojik bulgular, hastada observe edilen Moria synd., Bruns tip ataksi, idrar ve gaita enkontinansı, sağ burunda koku hissini kayboluşu, nörovejetatif sistem distonisi gibi klinik gösterilere ve vantriküler ponksiyonun müspet belirtilerine inzimam edince - hareki ve hissi bozuklukların yokluğu da dikkate alınarak - teşhisimiz bir sağ prefrontal lob uru üzerinde toplandı. Hasta, Gülhane 2. ci Hariciye Servisine operasyon için sevk edildi. Ameliyatta sağ frontal kemiğin üst-dış yanından geniş bir plak kaldırılmış olmasına rağmen patolojik bir manzaraya rastlanmadı. Palpasyon ve ponksiyonla beyin dokusunda kesafet farkı hissedilmedi. Ponksiyonla frontal boynuz girilemedi, ancak gerilere doğru yapılan bir tanesinden hava ile karışık ksantokromik mayı alındı. Kaldırılan plak yerine kondu, ameliyata son verildi. Takviye tedavisine tâbi tutulan hasta 14. gün bronkopnömoni ve kalb zaafından öldü.

Anatomopatoloji: Genel olarak, Bronkopnömoni ve kalb zaafı gösterileri vardır. Beyin: Daha büyük ve konjestione olan sağ hemisferin dış yüzünde, sulkus saniralisin 1,5 cm. kadar arkasından başlayarak Sylvius yarığı nihayetinin 1 cm. üstünde ve arkada, sulkus oksipitalis superiorun başlangıcına kadar temadi eden oval şekilde bir tümör tespit edilmiştir. Tümörün 6,5 cm. genişlik ve 4,5 cm. yükseklikte bir saha içinde korteksi ilgilendirdiği görülmektedir. Parietal lobda sulkus interparietalis ortadan kalkmış. lobulus parietalis sup. un orta kısmında küçük bir alan, buna mukabil 1. Parietalis inf. un hemen tamamı tümörle istilâ edilmiştir. Kesitlerde: Kiazma ortasından yapılan kesitte tümör (1-2 yüzde) Sylvius yarığının 2 cm. yukarısında korteksten 1 cm. içerde 1,3 cm. çapında yuvarlak ve kortekse dokunmaksızın başlamaktadır. Mezansfalomdan yapılan ke-

sitte (1-2 yüzde) korteksten başlayıp orta çizgiye 1,5 cm. yaklaşan ve sağ taraf korpus kallosum dokusunun bir kısmını da içine alan 4,5×4,5 cm. alanlı urun alt kısmında önden arkaya 6 cm. uzunluk, 4,5 cm. genişlik ve 1,5 cm. derinliğinde büyük bir kist vardır. Kistle sağ karıncık arasındaki doku 2 ilâ 4 mm. kalınlığındadır. Üçüncü vantrikülün sağ tarafı tamamen basılmıştır. Sağ yan karıncık iyice kapanmış, soldaki ise ileri derecede genişlemiştir. İnsulanın arka kısmı da tümörle infiltradır. Dördüncü vent. ortası kesitinde tümör, oksipital kutuptan 1 cm., dış korteksten de 1,5 cm. mesafede kiraz cesametinde bir ucla sonlanmaktadır. Her üç kesitte bütün beyin birleşiklerinin sola itildiği görülmektedir. Kistin üst kısmında yer yer küçüklü-büyükü kanama ve nekroz sahaları görülmektedir. Eski kanamalardan olma koyu kahverengi kısımlar yanında geniş ve dolgun damarlar vardır.

Histopatoloji: Tümörden yapılan müteaddit preparatlar da genel bir polimorfizm göze çarpmaktadır. İnce bir glia şebekesi arasında yer almış bol miktarda, sferik nüveli küçük hücreler yanında gerek şekil ve gerekse cesamet bakımından aşırı farklar gösteren çeşit hücreler görülmektedir. Boya almaları da hiperkromatik, hipokromatik ve akromatik elemanlar göstermesiyle çok değişiktir. Bazı sahalarda fazla olmak üzere müteaddit ve hiperkromatik nüveli dev hücrelerine ve daha az adette foam cells'lere rastlanmaktadır. Tümör dokusu kapiller tipte ve daha büyük damarlardan fevkalâde zengindir. Bir kısım damarların endotelileri prolifer olmuş ve lumenleri daralmıştır. Çoğunda da nekroz sebebi olarak kabul edilen basit ve hiyalin trombüsler görülmektedir. Bazı alanlarda damar çevresinde yerleşmiş ve nekroza az temayül gösteren, ilk bakışta peritelyomatöz manzara intibamı veren hücre grupları vardır. Atipik tümör hücreleri normal doku arasına da serpilmiştir.



Şekil: 3.

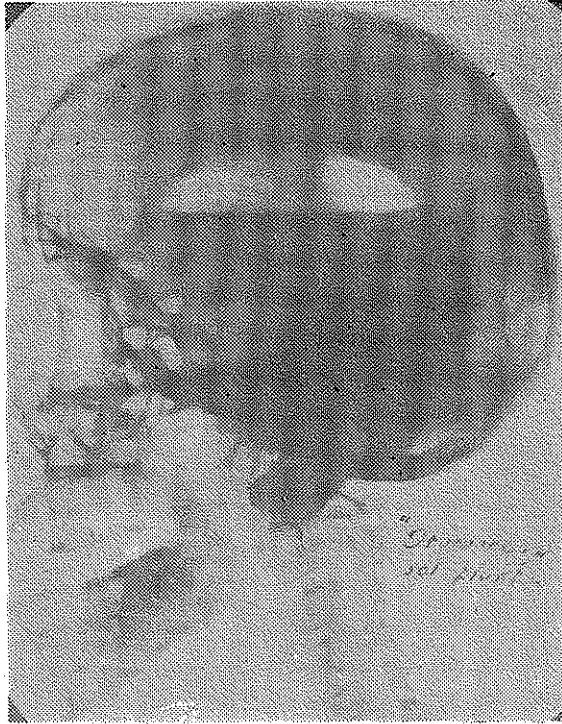
Her iki taraf frontal lobundan yapılan müteaddit preparatlarda hiperemi, esas maddede gevşeme ve boşalmadan başka kayde değer bir bulgu yoktur. Yukarıda geniş lokalizasyonu yapılan urun histopatolojik teşhisi **Glioblastoma Mültiformis**'tir (Sinonimleri: Gliosarkoma, gliosarkomatodes, glioblastik sarkoma, spongioblastoma mültiformis). Natürü

bakımından, yetkinlerde (40-45 yaş) hemisferleri seçip sür'atle büyüyerek normal dokuya da enfilte olan ve vasatı 17 ayda ölüme götüren' inaligne bir gliomadır.

Netice :

Yukarıdaki anatomopatolojik izahattan anlaşıldığı gibi hastadaki glioblastoma sağ parietal lob korteks ve derinliklerini, oksipital lobun korteksten 1 cm. içeriden başlayarak beyaz cevherinin büyük bir kısmını âfetlendirmiş ve frontal lobun da Sylvius yarığı başlangıcı hizalarına rastlayan bir plânda ak cevheri ile mesansefalon yollarını işgal etmiş ve korpus kallozumun sağ yan kanadını içine almıştır.

Sol hemisferde birçok fonksiyonlar için predominans kabul edildiğine göre bu işgal bölgesi sağır ve künt olan cihettir. Gyrus postcentralis birçok basit ve spesyalize duyguların, G. angularis ve supramarginalis te göz, yüz ve konuşmayı ilgilendiren psiko-sansorio-motor işlemlerin idrak ve idare merkezleridir. Sağ taraf lezionlarındaki dyscrimination cortical ve diğer sansitif kusurlar, solda da bunlardan başka (sağ elini kullananlarda) aphasia, apraxie, alexie görülmesi olagandır. Parietal ataksi ve hemianopsi (korteks altı) iki hemisfer için de müstektir, nadiren trofik ve harekî gösterilerle derine inen âfetlerde hyperpathie eklenebilir.



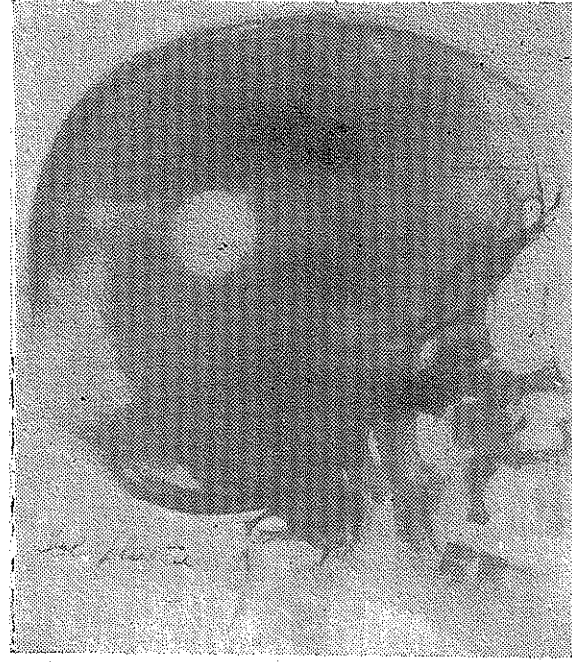
Şekil: 4.

Korpus kallosum urlarında paresiler, atrofi, ataksi ve bilhassa sol elde apraksi gibi organik belirtilerden gayri ileri derecede unutkanlık, apati, stupor, spontaneite noksanlığı, somnolans ve Moria sendromunu andıran ruhî belirtiler çıkar. Oksipital lob derinliklerinde çeşitli çapraz hemianopsiler, ruhî görme hataları, korteks

(1) Netsky, M. C.; August, B. and Fowler, W. : The Longevity of Patients with Glioblastoma multiformis. The Jour. Neurosurg. 7:3 (261), 1950.

tahrişi ile ışık hallüsinasyonları; baş ve göz deviasyonlarıyla birlikte epilepsi krizleri müşahede edilebilir.

Bu üç bölgeye has karakterlerden yalnız parietal lob ve korpus kallosumu alâkadar eden ruhî bozukluk ve ataksi, hastamızda mevcuttur. Fakat bunlara yardımcı olacak diğer fokal âraz bulunamamıştır. Her ne kadar tü-



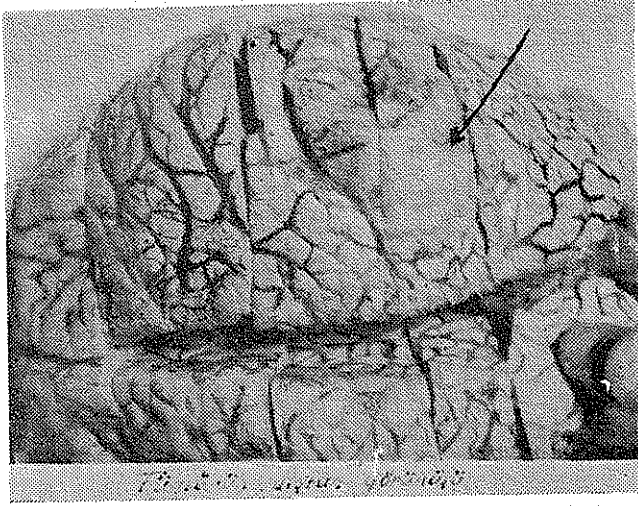
Şekil: 5.

mör sağır cihette oturmuşsa da iki taraf için müsterek ve müsavi potansielli his bozukluğu, gyrus presantralis sağlam kaldığı için, olmamıştır. Fakat korpus genikula-tundan kortekse giden liflerdeki aşıkâr lezionun hemianopsi yapmaması imkânsızdır. Ne yazık ki hastanın görmesi sifıra düştükten sonra müracaatı, bozulan ruhî durumu ve kültür seviyesi bunu tespit şansını ve kıymetli bir ipucunu kaybettirmiştir. Otopsi bulgularından öğrendiğimize göre ruhî bozukluklar klinikte tahmin ettiğimiz gibi doğrudan doğruya frontal loba ait olmayıp korpus kallosumla parietal lob birleşiminin ve ön taraftaki frontal lob iştiraklerinin harabiyetinden ileri gelmektedir. Genel kafa içi basınç artımının da frontal bölge üzerindeki tesiri bunlara eklenmiştir. Her ne kadar hipertansiyon sonucu olan psişik gösteriler daha sathî ve zaman zaman geçici olmalarıyla, bir miktar aktivitenin apathie içinde dahi kendini göstermesi ile korpus kallosumunkilerden ayrılırsa da², vak'amızda bunların devamlı ve esash surette derin olduğu müşahededen anlaşılmaktadır.

Frontal sendrom son zamanlarda sıkı etüdlere sahne olmuş ve üç partisi için de hemen klâsikleşmiş belirti grupları tefrik edilmiştir. Filhakika prefrontal lob urlarında ruhî ve muvazene kusurlarından gayri narkolepsi, vestibüler irritasyon, optokinetik nistagmusun azalması, Mayer-Reisch ve Pötzl fenomenleri; postfrontal urlarda Jackson epilepsisi, Todd felçleri, tonüs ve pupilla reaksiyon bozuklukları, grasping-grooping refleksleri, emme-ısıрма gösterileriyle astasi-abasi halleri; frontal

(2) Riese, W. : Lipome du Corps Calleux Chez une Femme agée de 82 Ans. Rev. Neurol. 81:3 (227), 1949.

kutuptakilerde de bazen aynı gösteri benzerleri yanında Foester-Kennedy synd., eksoftalmi, trigeminus anestezi (1. dal), anosmie, hyposmie veya koku almanın dereceli bozuklukları (Minimal İdentifiable odor) karakteristik sayılmaktadır. Şu var ki bu gösterilen her zaman bizim plânlarımıza sadakat göstermez ve bir arada bulunmaz. Bilhassa frontal lobun ruhi karakterleri kafa içi basıncını arttıran birçok urlarda, en sık olarakta arka çukurunkilerde taklid edilmektedir. *Concours Medical*³ ve



Şekil: 6.

Tıp Fakültesi Mecmualarında⁴ neşredilen vak'alarımızda olduğu gibi Puech ve arkadaşları da⁵ aynı hallerle karşılaşmışlar ve arka çukur urlarında psikoz manyak depressif, frontal lob tipi, karakter-affektivite tegayyürleri şeklinde üç grup ruhi belirti ayırmışlardır. İleri yaşlıların oksipital lob urlarında dahi psişik gösterilerden bahsedilmiştir⁶. Diğer taraftan frontal lobda oturduğu halde hiçbir lokal araz vermeyen, sadece staz papillerle belli belirsiz psişik gösterisi olan urlar da vardır ki⁷, tek başına klinik görüş lokalizasyona asla kifayet etmez.

Frontal lob urlarında önemli bir belirtinin de ataksi olduğunu söylemiştik. Bilhassa Brodmann'ın 10 uncu bölgesinden menşe alan bu gösterinin ikinci bir yanılma sebebi olduğu muhakkaktır. Bazen muvazenesizlik o kadar galip olur ve ruhi âraz da o kadar zayıf olur ki, arka çukurda ur ameliyatına tâbi tutulan şahsın otopsisinde ko-

(3) Adasal, R. ve Mutlu, N.: Deux cas de tumeurs de l'angle ponto-cerebelleux aux symptomes trompeurs, *Concours Med.* 73:4 (24 Jan.), 1951.

(4) Mutlu, N.: Ponto-serebellar köşe urları ve Servisimizde görülen vak'aların bazı hususiyetleri, *Ankara Ü. Tıp F. Mec.* IV : 1-2, 1950.

(5) Peuch, P., Morice, J. et Bandou, J.: Troubles mentaux dans les tumeurs cérébrales de la fosse postérieure, *Ann. Medico-Psychol.* 1:3 (351-354), 2 1950.

(6) Naumann, H. N.: Glioblastoma of Occipital lobe simulating psychosis with cerebral arteriosclerosis in an octogenarian. *Arch. Neurol-Psychiat.* 60:6, 1948.

(7) Vander, Z. A.: Diagnostik van gezwollen der voorhoofdsqwab, *Nederlandsch Tijdschrift voor geneskunde* 1 : 12 (790-796), 1950.

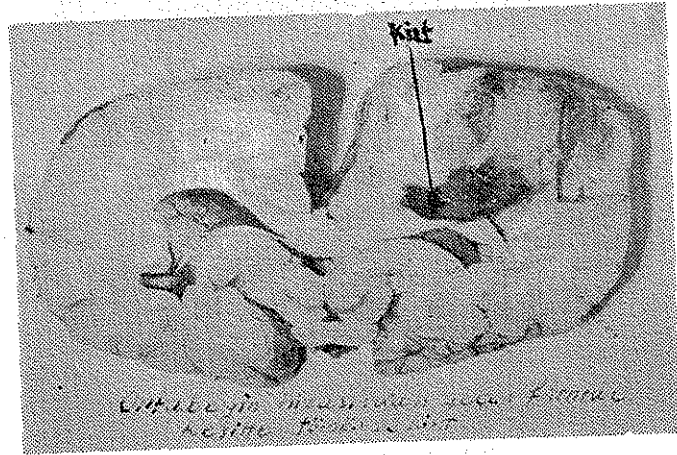
cama bir frontal tümörle karşılaşılabilir. Herner⁸ ve Ferrero⁹ frontal menşeli olan bu serebellar gösteriler üzerinde dikkati çekmektedirler. Takdim ettiğimiz vak'a ise prefrontal sendromun, parietal ur tarafından da taklid edilebileceğine ayrı bir misaldir.

Klinikte, Moria Synd. ve Bruns tip ataksi yanında marazi açlık hissi, nörovejetatif sistem, sfenktör ve seküel bozuklukların; karın cildi reflekslerinin ve sağ taraf burunda koku hissi yokluğunun tespiti radyolojik bulgularla birlik olunca otopsideki lokalizasyonu tabiiyle düşünemedik. Bunlardan anosmie kıymetli bir fokal işaret gibi görünmektedir, ancak ruhi ve entellektüel durumu yerinde olmayan hastalarda çok dikkatle aranması gerekir.

Önemli olan bir nokta da vak'amızdaki gliomun, tam vantrikül yerinde ve şeklinde kistik dejeneresansa uğramış olması ve grafide yan karıncık intibai vermesidir. Halbuki sağ vantrikül tamamen kollabe vaziyette bulunmuştur. Diğer taraftan kist ile vantrikül arasındaki 1-2 mm. kalınlığındaki hudut iyice harab olmuş ve mukabil karıncık muhtevasını dahi kist mayii haline getirmişti.

Neticede, yerlek belirtiler, mevcut olan ve olmayanlarıyla birlikte (ki başka kısma ait müspet âraz yoktu ve olanların da tespiti imkânsızlaşmıştı) mücaveret ve indirekt tesirlerin uzak gösterilerine nazaran zayıf kalmış ve zaten sağır olan bölgenin teşhisinde yanılmaya sebep olmuştur.

Burada gözümüze çarpan iki noktayı da işaret etmek isteriz: Vak'amızdaki ataksi ile birlikte iki gözdeki staz papiller avanse, angajman bulberi düşündürerek tedbirli hareket etmemizi icab ettirdi. Onun içindir ki pneumo-encephalographie yerine pneumoventriculogra-



Şekil: 7.

phie'ye baş vurduk. Bu yüzden de vantrikül yerine kiste girdik, hava lomber yolla verilmiş olsa idi alınacak resimler karıncığın arka tarafta kollabe olduğunu göstermekle belki daha çok işe yarayacaktı. Keza oturarak yapılan grafilerinde, şüpheli bazı noktaları tenvir etmesi bakımından gerekirse dört cihetten yapılması faydadan

(8) Herner, K.: Pseudo-cerebellar syndrome in lesion of the frontal lobe, *Lekaru Ceskych*, 878:9, 1948.

(9) Ferrero, C.: A cerebellar syndrome of frontal origine, *L'encéphale*, 37:4, 1948, EN.

hali değildir. Ancak, modern kliniklerin istatistiklerinde de belirtildiği şekilde¹⁰, sadece klinik müşahedelere müstenit teşhislerin yüzde 51 nispetindeki doğruluğunu yüzde 93 gibi yüz güldürücü bir yüksekliğe ulaştıran elektroansefalografi apareylerinin her nöroloji servisinde bulundurulması mesleki, insanî ve medenî bir zarurettir. Aksi halde, müterakki memleketlerinkine nazaran çok primitif sayılan elimizdeki vasıtalarla, vatandaş sıhhatini koruma ve düzeltme yolundaki yanılgılarımızdan doğan feci sonuçların suçu ve vicdan azabı pek ağır, pek şümüllü olacaktır. Şurası da muhakkaktır ki, sadece kat'i bir teşhis müspet netice için kâfi değildir. Operasyonları başlıbaşına bir hususiyet gösteren bu gibi hastaların tedavisi için, her medenî memlekette her nöroloji kliniği yanında kurulan, nöroşirürji servislerinin yurdumuzda

(10) Pajlias, J. E., Gastand, H. and Tamalet, J.: Valor comparativo de los datos clinicos, ventriculograficos y E. E.G. para el diagnostico de los tumores cerebrales. Revista Espanola Oto-Neuro-Oftal. y Neurocirugia, 8/41, 1949.

Gülhane As. Tıp A. Asab. ve Akl. Kl.
Prof. V. Selâhattin Doğulu

Endokrinolojide Frontal "Sella Tursica,, Tomografisi

Doçent Dr. Selâhattin Doğulu

Çağdaş hekimliğin önemli konularından biri hormonlar olduğunda şüphe yoktur. Canlı varlıkların (cinsiyet teşekkülü, büyüme v.s.) gibi hayrete şayan gösterilerinde mucizevi rolleri olan ve yekdiğerinin fonksiyonunu takviye veya tadil eden çeşit hormonların hü-mörlerde devamlı surette muayyen bir muvazenenin gerektirdiği miktarlarda bulunmaları sağlığımız için en zarurî bir keyfiyettir.

Bütün ağırlığı yarım gramı geçmeyen küçük bir iç salgı bezinin «Hipofiz» bir kısım hücrelerine ait ifraz fazlalığı bir çocuğu dev gibi büyütmede, kemik neşvünemasından kan şekerine kadar bir çok hayatî fonksiyonları önemli şekilde bozmakta; azlığı ise çocuğu buruşuk ciltli bir cüce halinde bırakmaktadır.

Endokrinolojinin kısa zamanda büyük bir sür'atle gelişmesine ve bir çok memleketlerde müstakil bir ihtisas branşı halini almış olmasına rağmen henüz bu işin başında bulunduğu muhakkaktır. Bu alanda bu güne kadar ortaya çıkarılan marazî entité'ler umumiyet itibarile mahdud ve Grosso-modo klinik tablolardan müteşekkildir. Şüphesiz iç salgı bozukluklarının da diğer bir çok hastalıklar gibi bilinmesi gereken früst şekilleri, gelip geçen, transitoire şekilleri, pluriglandüler ve entermediyer şekilleri mevcuttur. Hü-mörlerde hormon dozajı kuran bir şekilde yapılabildiği zaman bu çeşit klinik varyasyonların objektif mesnetlerini göstermek ve bunları kolayca tanımak imkânı olacaktır.

Bugünkü hâlile iç ifraz patolojisinde çeşitli klinik belirtilerin orijinlerini tefrik etmeye yarayan yardımcı muayene metodları çok mahdud olup bunların bir kısmı noksan ve hatalı sonuçlar vermektedirler. Bu cümleden olmak üzere en önemli bir iç salgı bezi olan hipofiz'in

da ihyası ilme ve medeniyete doğru atılmış enerjik bir adım olacaktır.

Hülâsa :

1 — Sağ parietal lobda yerleşen ve klinikte pür prefrontal lob sendromu ile seyreden bir glioma vak'ası takdim edilmiştir.

2 — Glioma içinde teşekkül eden yan ventriküle benzer bir kist, pnömovantrikülografide klinik bulgulara uyar şekilde gölge verdiği için tefsir ve teşhiste yanılmaya ikinci bir sebep olmuştur.

3 — Bulunduğu yere ait âraz vermeyen urun kısmen âfetlendirdiği korpus kallosum ve frontal birleşikler sebebiyle, aynı zamanda kafa içi tansiyon artması yolu ile bu klinik tabloyu yaratabileceği üzerinde durulmuş ve literatürdeki benzerleriyle karşılaştırılmıştır.

4 — Beyin uru lokalizasyonundaki katiyeti %51 den %93 e çıkaran elektroansefalografinin nöroloji klinikleri için lüzumu belirtilmiş ve memleketimizde de nöroşirürji servisleri kurulması temennisinde bulunulmuştur.

disfonksiyonlarında ve organik âfetlerinde ötedenberi kuran bir şekilde bütün kliniklerde tatbik olunan yan sella grafisi gibi önemli bir yardımcı teşhis vasıtası dahi biraz sonra izah edeceğimiz sebeplerden dolayı hatalı bir methoddur.

Bilindiği üzere hipofiz lojunun (Sella Tursica) radyolojik tetkiki münhasıran profil yapılmaktadır. Cepheden çekilen grafilerde Sella Tursica (S. T.) nin net bir hayalini çıkarmak imkânsızdır.

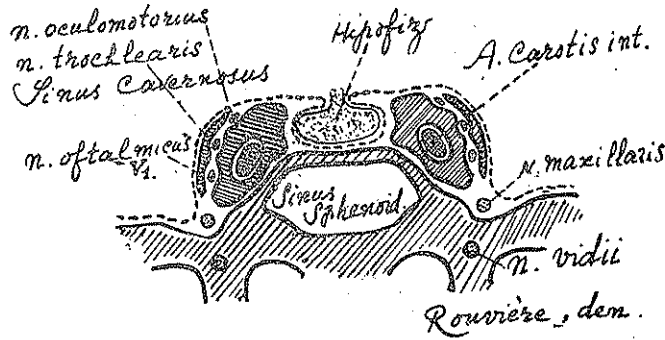
Bir de fronto-sous-occipital incidance mevcut ise de bu nadiren (lamina basilaris) in tetkikinde kullanılmaktadır. Bunda esas lâm bazileri (foramen occ. magnum) içine düşürecek şekilde radiografiye etmektir. Yan Sella grafisi hipofzi ve civarının önemli âfetlerinde (adenom asidofil, kranio-farengeum, süpra seller tümörler v.s.) sella'nın büyüklük, küçüklük ve büyüme şekli hakkında bir fikir verir. Fakat başlangıç hallerinde ve früst vak'alarda her vakit aldanmak ihtimali vardır. Bunun sebepleri şöyle hülâsa edilebilir:

1 — Hipofiz loju veya (S. T.) üç buutlu bir boşluktur. Profil radiogramlar ancak iki buutlu bir satıh ifade ederler. Burada (S. T.) nin önden arkaya kutru ve derinliği görülmektedir. Halbuki frontal kutur yani genişlik gözden kaçmaktadır. Bir hacmin sadece bir sathını ölçmek suretiyle büyüklüğü hakkında doğru bir fikir edinilemez.

2 — Normal insanlarda yapılan incelemelerde profil radiogramlarda sella görünümünün çok değişik olduğu yani (Variabilité) sinin genişliği nazarı dikkati çekmiştir.

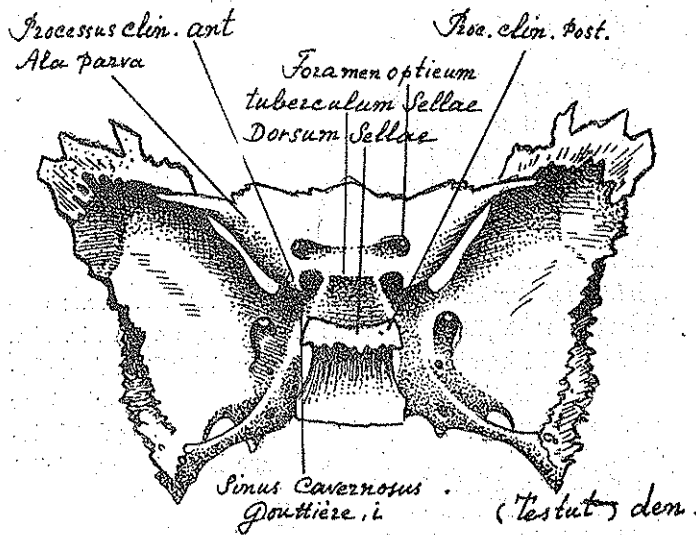
3 — Radiolojik muayenelerde klinooid çıkıntılara (processus clinoideus ant. ve post.) büyük bir dikkatsizlik eseri olmak üzere yersiz bir önem verilmektedir. Çünkü

bunlar hipofiz loju ile doğrudan doğruya ilgili değildir. Hele ön çıkıntılarının bu lojla hiç bir münasebeti yoktur. Bilindiği üzere hipofiz loju'nun altı duvarı vardır. Önde (Tuberculum Sellae) ye kadar çıkan kısım, arkada (Dorsum sellae) ve alt duvar sinus sfenoidalis tavanından müteşekkil olup kemik yapısındadır. Diğer üç duvarı Dura mater kıvrımlarından müteşekkildir. (Şekil: 1) de görüldüğü gibi bu kıvrımlar yanlarda sinus cavernosus'u yaparlar, üstte ise hipofiz çadırı veya Diaphragme sellae'yi teşkil ederler. Mambanöz duvarların kemik duvarlara nazaran hipofiz'in büyümesinden mütevellit taz-yiklere daha fazla mukavim olduğu anlaşılmıştır.



Şekil: 1.

Ön yatak çıkıntılarının (Proc. cl. ant.) lojun ön veya yan duvarlarıyla münasebeti olmayıp bunlar şekil 2 de görüldüğü gibi küçük kanatların (ala parva) arkaya doğ-



Şekil: 2.

ru uzayan kısımlarından ibarettir. Sella içi bir processus ile bu çıkıntılarının bir değişikliğe uğrayabilmesi için âfetin çok ilerlemiş olması gerekir. Diğer taraftan gerek ön ve gerekse arka processus'lerdeki değişikliklerin juxta-sellaire ve hattâ sella'dan uzak çeşitli vetirelerden ileri gelebileceği anlaşılmıştır. Şiddetli veya uzunca süreli kafa içi tazyik fazlalığı sendromu; sebebi her ne olursa olsun mukavemetleri az olan bu çıkıntıları aşındırabilir. Müzmin hidrosefali vak'alarında, bilhassa fos posterior tümörlerinde bu hali sıkça görürüz.

Proc. Clinoideus'lere bakarak (S. T.) nin kapalı, küçük, dar veya yassı olduğuna hükmetmek ise büsbü-

tün hatalı bir iştir. İncelemeler göstermiştir ki interclinoïdien ligaman'ların tek taraflı veya iki taraflı basit bir kireçleşmesi ile profil imajda (S. T.) küçük ve kapalı görülür. Hakikatte hipofiz loju hiç değişmemiştir. Hafif oblique çekilen filimlerde bu durum kolayca meydana çıkarılabilir. Hattâ ön ve arka çıkıntılarının birbirleriyle birleştiği vak'alarda bile (S. T.) muhtevası değişmez.

Bu mülâhazalara istinaden hipofiz'in radiolojik tetkikinde klinoid çıkıntılardaki değişikliklere umumiyetle yapıldığı gibi hususî bir önem vermemek bunları tetkik ve münakaşa ettikten sonra vak'aya göre değerlendirmek icab eder. Hele iç ifraz patolojisinde önem verilecek cihet sella'nın kuturlarıdır.

Profil imajda hipofiz lojunun ancak önden arkaya ve derinlik kuturlarının tesbit edildiği; frontal kutrun yani lojun genişliğinin meçhul kaldığı biraz önce söylenmişti. Bir kavitenin veya bir hacmin tetkikinde üç dijametre'in de bilinmesine zaruret vardır. Bu üçüncü dijametre cephe tomografisi ile tesbit olunmaktadır.

1949 da Paris St. Anne hastanesinde electroencephalographie laboratuvarında çalıştığım sırada laboratuvar şefi Elektro-Radiolojist Dr. H. Fischgold'un bir kaç mesai arkadaşı ile bu konuyu etüd ettiğini görmüştüm. Müellifler, çalışmalarını sonuçlarını bir sene sonra 1950 haziranında neşrettiler.

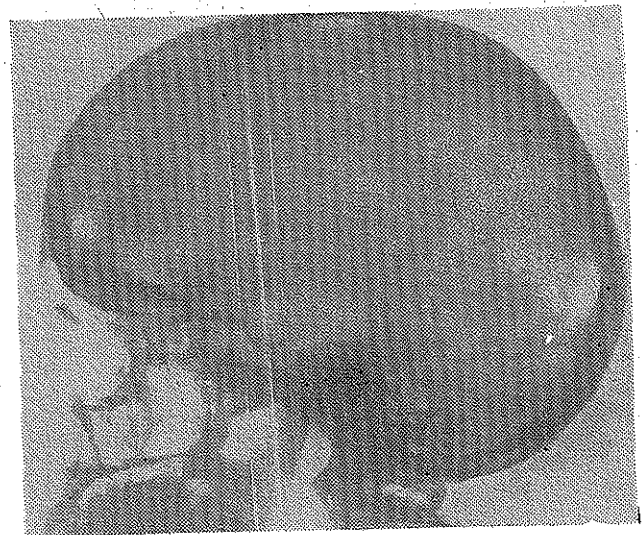
H. Fischgold, Gilbert-Dreyfus, M. Zara ve A. Fissore isimli müelliflerin bildirdiklerine göre frontal hipofiz tomografisinin teknik ile ilgili olmayan teorik esasları şunlardır:

Filimler alın-burun sathına muvazi yani sajital plânda çekilir. Mezkûr müellifler üç tomografik kesit yapılmasını tavsiye ediyorlar (Şekil 3).

I — Önde Tuberculum Sellae'den geçen kesit daha ziyade enterklinoidien mesafenin tetkikine yarar.

II — (S.T.) nin en derin yerinden ve takriben ortasından geçen kesit. Bu doğrudan doğruya orta etajdan geçen bir kesit olup maksadı en uygun şekilde sağlar.

III — Arkada Dorsum Sellae'den geçen bir kesit. Normallerde bu kesitle arasında 4-5 mm. lik bir mesafe mevcuttur. Patolojik hallerde bu mesafe çok değişik olabilir. Bu kesitlerden doğrudan doğruya (S. T.) nin



Şekil: 3. — (H. Fischgold)den.

genişlik kutrunu göstermesi bakımından en önemli olanı ikincisidir. Ayrıca bunda yüz kemikleri ve Os petrosum'un kesif imâjları da silinmiş olduğundan film çok net olur. Temporal çukurlar ortasında görülen (plate-forme) doğrudan doğruya hipofizin oturduğu kemik kısım (lame basilaire) den ibarettir (Şekil: 5).

Yanlarda sinüs cavernosus ve karotislerin çöküntüleri belli olmaktadır.

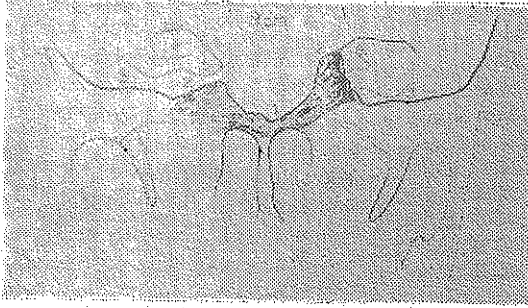
Yapılan etüdler normal şahıslarda hipofiz plate-forme'unun başlıca üç şekli olduğunu göstermiştir:

1 — Düz (réctiligne) şekil (Şekil: 5, A).

2 — Kubbe şekli (en dôme) Sinus sphenoidalis'in büyük, pneumatisé olduğu vak'alar, (Şekil: 5, B).

3 — Hafif çöküntü gösteren şekiller de normal kabul olunur, (Şekil: 5, C).

Bu normogramlara göre patolojik haller tefrik olunur (Şekil: 4). Bu suretle çekilmiş bir tomografik radyogramın Décalque'ini göstermektedir. Bu bir asidofil adenom vak'asına aittir, profil imâjda balon şeklinde genişlemeye mukabil burada kaide lâminın sinus sphenoidalis içine doğru çöktüğü; Plate-forme'un Fossa temporalis'lerin seviyesinden daha aşağı düştüğü bariz şekilde görülmektedir.



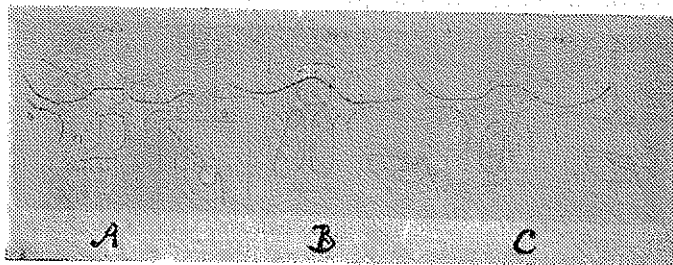
Şekil 4. — Bir adenom asidofil vak'asında frontal sella tomogramından istinsah edilen şematik resim. Hipofiz loju kuyu şeklinde oyulmuştur. (G. Dreyfus, H. Fischgold'den).



A

B

C



A

B

C

Netice olarak diyebiliriz ki bu metod sayesinde (S. T.) profil radyogramlarındaki hata ihtimallerini münakaşa kabul etmeyen bir şekilde bertaraf etmek ve kesin bir sonuca varmak imkânı vardır. Früst ve atipik endokrinoloji vak'alarında, karışık enfantil ansefalopati sendromlarında, nanisme, progérie, früst Cushing sendromları ve plüri glandüler sendromların etyolojilerinin tayininde intra, juxtasellaire âfetlerin ayrılmasında v.s., frontal tomografi metodu emin bir yol teşkil etmektedir.

Kliniğimizde itina ile seçilen vak'alar üzerinde radyoloji şubesinin yardımı ile çalışmalara başlamış bulunuyoruz, elde edeceğimiz sonuçlar tatminkâr bir seviyeye eriştiği vakit bunlar diğer bir yazının konusunu teşkil edecektir.

Dr. Doçent S. Doğulu

Clinique Neuro-Psychiatrique de l'académie de Médecine Militaire (Gülhane) Ankara

Après une brève revue des rôles très importants des hormones dans l'organisme; l'auteur tache de prouver l'insuffisance des méthodes d'explorations endocrinologiques actuelles.

Il est évident qu'il existe des formes frustes, intermédiaires et transitoires des troubles hormonales comme dans d'autres maladies de l'organisme. Mais nous n'en connaissons que ses lignes grossières. Cela dit nous sommes alors obligés de chercher d'autres méthodes d'investigations absolues et minutieuses, à cet effet.

Certaines méthodes courantes utilisées depuis des années sont pleines d'erreurs; tel que la radiographie de profil de la sella Turcique.

Un radiogramme de profil ne peut seul déceler que 2 diamètres de la selle Turcique; le diamètre vertical et l'antéro-postérieur. Pourtant la loge hypophysaire doit avoir bien entendu un 3e diamètre (la largeur) diamètre frontal. Par une étude anatomique courte de ses parois, des apophyses clinoides et du voisinage de la loge hypophysaire on revient sur la nécessité de fixer la largeur

Şekil: 5. — Hipofiz loju frontal tomogramlarının normal görünüşleri

A — Düz şekil, B — Kubbe şekil, C — Basık şekil.

1 — Hipofiz loju plate-forme'u. 2, 2' — Yan kısımlar ve carotis'in yaptığı oluk (sulcus caroticus). 3 — Temporal çukurlar. 4 — Sinus sphenoidalis. 5 — Petrosum'un tomografi kesiti dışında kalmak suretiyle silinmiş gölgeleri.

(H. Fischgold'den).

de la selle. L'auteur passe en revue les travaux positives à ce sujet commencés en 1948-1949, par M. H. Fischgold dans les laboratoires de St. Anne à Paris et dont les résultats avait été publié par l'auteur l'année dernière (14 juin 1950).

L'auteur de l'article qui a collaboré dans ce laboratoire, durant environ six mois, à l'E.S.G.; s'intéressa de double point de vus, neurologique endocrinologique et

dont un extrait est reflété dans ce travail.

La tomographie frontale de la loge hypophysaire constitue une méthode sûre et précise. Elle supprime les erreurs probables de la seule radiographie de profil dans les cas frustes endocrinologiques, et dans les syndromes compliqués d'encéphalopathies infantiles comme dans la différenciation des syndromes intra et juxta-sellaires.

Résumé de l'auteur.

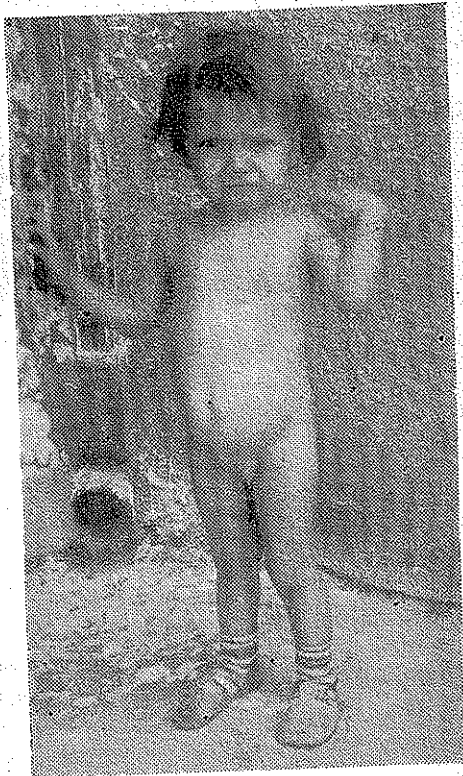
Mersin Memleket Hastahanesi Dahiliye Servisi :

Şef: Dr. Muzaffer Aksoy

Thalassemia minor semptomları gösteren bir Türk ailesinin ikinci Cooley anemili (Thalassemia major) Çocukları

Dr. Muzaffer Aksoy

Anadolu Kliniğinin 1950 Aralık nüshasında «Bir Türk ailesinde bir Thalassemia major ve üç Thalassemia minor ve geçici Eritroblastosis» isimli bir yazı neşretmiş ve tam inkişaf etmiş Cooley anemisi semptomlarını göstererek 23 aylık iken vefat eden bir vak'a bildirmiştik. Bu vak'anın anne ve babasında hafif Thalassemia minor semptomları (muhtemelen kanda Target hücreleri) tespit etmiştik. Cooley anemili hastanın 15 ay sonra doğan kız kardeşini, klinik ve kan bakımından 40 günlükten 9 uncu aya kadar takip etmiş ve zail olma meylini gösteren bir Eritroblastose gösterdiğini bildirmiş ve bu vak'ayı Thalassemia minor olarak kabul etmiştik. Halen 22 aylık olan hastamızda ozamandanberi gerek klinik gerekse kan bakımından esaslı değişiklikler husule geldiğinden son inkişaflarla beraber vak'ayı yeniden bildirerek münakaşasını yapmağı uygun bulduk.



Şekil: 1.

Vak'a : Kız. Halen 22 aylık. Doğumundan itibaren inkişafı: 40 günlük, boy, kilo, görünüş normal. Segment: 30,5, Stab. 2,5, Metamyelosit: 4, Eo. 7, Mono. 2, Lenfo. 54, normoblast 1%, Target hücresi 3,8%. İkibuçuk aylık iken: Eritrosit 4 milyon, Hb. 80%, B.İ. 1, Lökosit 9600, Retikülosit 8%. Segment 30, stab. 2,5, Metamyelosit 1, mono. 8, lenfo. 58,5, normoblast 12%, makroblast 0,5%, Target hücreleri 14%. Üçbuçuk aylık iken: Eritrosit 3.500.000, Hb. 60%, B.İ. 0,85, lökosit 9.000, retikülosit 11%, segment 30, stab. 1,5, mono. 3, eo. 1, lenfo. 64,5, normoblast 12,5%, makroblast 1%, mitoz 0,5%. Target hücreleri 14%. Aşikâr anisocytose ve polychromasie. Dört buçuk aylık iken: Segment 50, stab. 1,5, eo. 0,5, mono. 1,5, lenfo. 46,5, normoblast 7,5%, makroblast 1,5%, polikromatik makroblast 0,5, mitoz 0,5%. Beş aylık iken: Eritrosit 3.700.000, Hb. 70%, B.İ. 0,94, lökosit 8.500, retikülosit 4,8%, Target hücresi 10%. Segment 44,5, stab. 3, eo. 1, mono. 6, baso. 0,5, lenfo. 45, normoblast 4,5%.

Hastada hafif raşitizm semptomları. Bunun için iki 600.000 ünitelik Vi-De zerk olundu. Hastanın diğer bulguları tamamen normal. Beşbuçuk aylık iken: Eritrosit 3.900.000, Hb. 75%, B.İ. 0,96, lökosit 8.000, retikülosit 5%. Formül ayrıntı. Normoblast 5%. Dokuz aylık iken: Segment 45, stab. 2, lenfo. 45, baso. 1, eo. 3, mono. 4, normoblast 2%. Target hücresi 4,5%. Onbeş aylık iken: Çocuk biraz soldu, dişleri 8, kilo ve boy normal. Dalak ve karaciğer kaburgalar kenarını iki parmak geçiyorlar. Yumuşak vasıfta. Kafatası, önkol ve humerus radyografileri normal. Eritrosit 4.000.000, Hb. 65%, B.İ. 0,8, lökosit 12.000, retikülosit 10%, trombosit 134.000, hemicliz 0,45% de başlıyor, 0,2% de nihayet buluyor. Formül: segment 43, metamyelosit 2, Eo. 2, mono. 5, baso. 0,5, lenfo. 41,5, normoblast 25%, makroblast 1%, karyoreksis 0,5%, Target hücreleri 13,5%. Aşikâr aniso-poikylositoz, polychromasi, mikrositoz ve az miktarda spherocyt'ler. On altı aylık iken: Solukluk arttı. Biraz zayıfladı. İştaha azaldı. Arada sırada ishal ve gayrı muntazam ateş yükselmeleri. Dalak ve karaciğer kaburgalar, kenarlarını 2 parmak geçiyor. Yeniden yapılan kafatası, önkol, humerus ve femurun radyografilerinde hiç bir değişiklik yok. Eritrosit 3.850.000, Hb. 63, B.İ. 0,8, lökosit 20.000, retikülosit 10%. Formül: myelosit 1,5, metamyelosit 8,5, stab. 20, segment 36,5, segment (eo.) 1, lenfo. 28,5, mono. 4, proeritroblast 1%, basofil eritroblast 2,5%, ortokromatik makroblast 0,5%, Normoblast 35,5%, Karyoreksis 1,5%, mitos 0,5%. aşikâr anisocytose, poikylositos, polychromasi. Splenogram: myelosit 0,8, metamyelosit 0,8, stab. 0,4, segment 1,2, segment (eo.) 0,4, lenfo. 4, retikülüm hücresi 2, proeritroblast 0,8, basofil eritroblast 0,8, polikromatik makroblast 1,6, ortokromatik makroblast 1,2, normoblast 18, nüve gölgesi 68. Karyoreksis 0,8%.

STREPTOMYCINE TEDAVİSİ



1 gr.

"Dihydrostreptomycine base"
ihtiva eden şişeler



Yüksek derecede safiyet
iyi tahammül

AZAMÎ TESİR

DIDROMYCINE

DIHYDROSTREPTOMYCINE RHÔNE-POULENC
(sulfat halinde)

FRANSADA İMÂL EDİLEN İLK
Dihydrostreptomycine

VEREMİN:

Akciğer miller - faringo-larinje menenje ve renal şekilleri,
Pfeifer, Friedlander, piosianik ve Proteus Vulgaris basilli
Septisemiler, menenjitler ve pnömopatiler.

KOLİBASİLLOZ - BOĞMACA - BRUSSELLOZ - TULAREMİ
ve PENİSİLLİNOTERAPİYE MUKAVİM İNTANLAR



TÜRKİYE MÜMESSİLLİĞİ
NECİP AKAR ve TÜRKÂN AKAR Koll. Şir.
Sirkeci Ebussut Caddesi No.: 75
P. K. 840 İSTANBUL

45

Modern tedavide
BUNLAR
ÖNDERDİR

AVLOPROCIL

Prokain-Penicillin'in yağlı enjeksiyonu

AVLOSULFON

Cuzzamin müessir ve emin tedavisine mahsustur

CETAVLON

Temizleyici hassasiyle, bilhassa yuksek antiseptik tesirini haizdir.

KEMITHAL SODIUM

Entravenöz anestezik

LOREXANE

Baş bitini mahveder

METHYL-THIOURACIL

Tirotoksikozisin müessir tedavisini sağlar.

PALUDRINE

Yeni ve toksik olmıyan antimelaryaldır.

PETHIDINE

Analjezik ve antispazmodik.

SULPHAMEZATHINE

Sülfamidler arasında toksisitesi en düşük olanıdır

TETMOSOL

Uyuzun profilaksi ve tedavisine mahsustur.

TRILENE

Anestezik ve analjezik

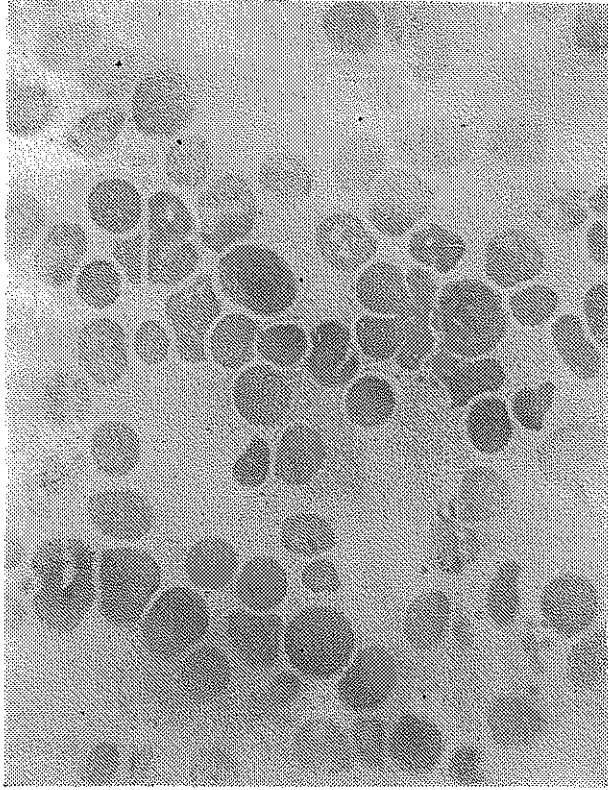
IMPERIAL CHEMICAL (PHARMACEUTICALS) LIMITED
WILMSLOW-ENGLAND

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

Tel: 44839



Onsekiz aylık iken: hâlâ soluk. İshal ve gayrı muntazam ateş yükselmeleri geçti. Dalak göbeğe kadar, karaciğer kabungalar kenarının iki parmak kadar altında. Kilo 9,5, boy 78 cm. Eritrosit 3.500.000, Hb. 62%, B.İ. 0,88, lökosit 20.000, retikülosit 13%, Target hücreleri 15%. Formül: myelosit 1,5, stab. 11, segment 40, segment (eo.) 0,5, lenfo. 41, baso. 1, mono. 2, basofil eritroblast 1%, ortokromatik makroblast 0,5%, polikromatik normoblast 4,5%, ortokromatik normo-



Şekil: 2.

blast 32,5%. Aşikâr anisocytose poikilyositoz ve polikromasi. Yirmi aylık: hastayı bu arada vitamin B12, Ferroredoxon, Oldevit ve Penicillin ile tedavi ettik. Hasta biraz düzeldi. İştahasızlığı azaldı. Eritrosit 3,650,000, Hb. 65%, B. İ. 0,88, lökosit 18.000, retikülosit 12%. Formül: metamyelosit 1,5, stab. 6, stab. (eo.) 0,5, segment 45, segment (eo.) 2,5, lenfo. 41,5, mono. 3, polikromatik makroblast 1%, ortokromatik makroblast 1,5%, normoblast 17%, karyoreksis 1%. Yirmi bir buçuk aylık iken: soluk. Boyu 81, kilo 10 (normalden biraz az). Diş 14. İştahı biraz açıldı, arada sırada ateş. Eritro. 3.400.000, Hb. 60%, B.İ. 0,88, lökosit 16.000, retikülosit 10%. Formül: Segment 47, stab. 3,5, metamyelosit 2,5, eo. 4, mono. 3,5, basofil 0,5, lenfo. 39, basofil eritroblast 0,5%, polikromatik makroblast 0,5%, ortokromatik makroblast 1%, normoblast 18%. Yirmiikinci ayda: Eritrosit 3.400.000, Hb. 58%, B.İ. 0,85, lökosit 15.000, retikülosit 12%. Metamyelosit 3,5, stab. 6,5, segment 40, eo. 4,5, mono. 5, lenfo. 40,5, proeritroblast 0,5%, basofil eritroblast 2,5%, ortokromatik makroblast 1%, polikromatik makroblast 1%, normoblast 22,5%, mitoz 1%, karyoreksis 0,5%. Aşikâr polikromazi, anisocytose.

Münakaşa :

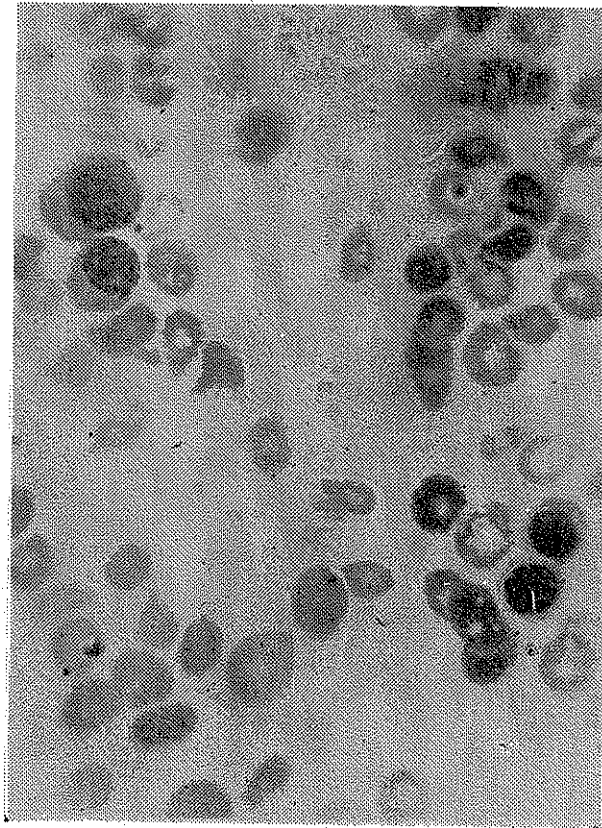
Halen 22 aylık olan hastamızın gerek klinik ve gerekse kan bakımından inkişafını 2 safhaya ayırabiliriz. Birinci safha: Doğumdan 9 uncu aya kadar. 40 günlük iken çocukta muhiti kandaki eritroblast ile az miktardaki (3,8%) Target hücrelerinden maada anormal hiç bir bulgu yoktur. 3,5 uncu ayda hafif bir anemi husule geliyor ve muhiti kandaki eritroblastlar 13,5% a, retikülositler 10% a kadar yükseliyor.

Dalak ve karaciğer normal hududlarda. Çocuğun inkişafı tamamen normal. Eritroblastlar derece derece 9 uncu aya kadar azalıyor (2%). Anemi zail oluyor. Bu Thalassemia'lı aileyi neşrettiğimiz zaman hastamızı, yukarıda anlatılan seyirini nazarı itibare alarak Thalassemia minor olarak telâkki etmiş ve zail olma meylini gösteren eritroblastosis'i de, «Geçici eritroblastosis diye vasıflandırmıştık.

İkinci safha: 9 uncu aydan sonraki safha: 15 inci ayda hastanın vaziyeti gerek klinik semptom'lar ve gerekse kan bulguları bakımından esaslı bir şekilde değişiyor. Klinik bakımdan: a) Solukluk, b) Hepatosplenomegali, c) Anoreksi, arada sırada ateş. Hematolojik bakımdan: a) Hafif hipokrom anemi, b) Lökositoz ve sola inhiraf (lökosit 16-21,000). c) Retikülosit (10% civarında), ç) Muhiti kanda anisocytose, poikilyositoz, polychromasi. d) İleri derecede eritroblastose (41,5-20% arasında), muhiti kanda karyoreksis ve mitoz şekilleri, e) Dalakda çok bariz ekstramedüller eritropoetik mihrak (Nüveli kırmızı küreyveler splenogram'ın 24,4%). Bu arada bu semptomlar diarrhoe'nin bulunduğu 18 nci ayda azamisini bulmuş ise de, ishalin tedavisi ve diğer kan yapıcı ilâçlarla, 22 nci ayda eritroblastos 28,5% e ve lökositoz 15.000 e düşmüş ise de anemi düzelmemiştir.

23 aylık iken: Tekrar edilen baş grafisinde anormal bir bulgu yok. El parmakları kemiklerinde metakarp ve phalangs'larda yer yer osteoporosis (Mosaik levhası - Mosaic patteç). Eritrosit 3.000.000, Hb. 53%, B.İ. 0,89, Lökosit: 54.000. Myelosit 2, Metamyelosit 14, Stab. 17, Segment 25, Eo. 4, Mono. 1, Plasma hücresi 1, Lenfo. 35, Proeritroblast : 4%, basofil eritroblast 5, polikromatik mikroblast 3, ortokromatik makroblast 10, normoblast 131%. Mitoz 3%, karyoreksis 3%. Jolly-Howell küseymatı, Basofil punktiye Eritrosit ve Normoblastlar. Aşikâr Aniso-Poikilyositoz, Polychromasi. Dalak hafeyi 4 parmak kadar geçiyor. Çocuk çok soluk. İştahasızlık, ve kilo kaybı.

Yukarıda anlatılan progressiv semptomlar vak'amızın



Şekil: 3.

halen inkişaf safhasında bulunan Cooley anemisi (Thalassaemia major) olduğunu göstermektedir.

Klâsik kan kitaplarında Cooley anemisinin sinsî bir şekilde 1 inci veyahut ikinci yaştan itibaren başladığı yazılır. Kırk günlükten itibaren muntazam bir şekilde takip ettiğimiz bu vak'a bize, muhitî kanda eritroblast ve Target hücrelerinin doğumdan itibaren mevcut olduğunu ve bir yaşından itibaren diğer klinik ârazlarla beraber progressiv bir şekilde artarak Cooley anemisinin klâsik tablosunu meydana getirdiğini aşikâr bir şekilde göstermektedir.

Literatür:

- 1 — Chini and C. M. Valeri.: Blood 1949, 9, 2.
- 2 — Colarzi and Biddau.: Haematologica. 22, 351-431, 1940 (Year Book of General Medicine 1947).
- 3 — W. H. Crosby and H. J. Sacks.: Blood 1949, 11, 4.
- 4 — Custer.: An Atlas of the Blood and bone marrow, 1949.
- 5 — W. Dameshek.: A.J.M.Sc. 205, 643, 1945.
- 6 — W. Dameshek.: Advances in internal Medicine. V. III. 1949, 68.
- 7 — W. Dameshek.: Spleen and Hypersplenism. 1947.
- 8 — W. Dameshek.: Hemolytic Syndroms. 1942.
- 9 — W. Dameshek.: Blood 1949, 11, 1271.
- 10 — Q. B. De March.: Blood 1950, 9, 798.
- 11 — Doland and Strauss.: Blood 1948, 4, 438.
- 12 — Discombe and Watkinson.: A.J.M.Sc. 213, 839, 1947.
- 13 — J. E. Esters and E. Faber, J. M. Stickney.: Blood. 1948, 3, 302.

- 14 — Fakaçelli: Türk Tıp Cemiyeti Mec. No. 6, 1947.
- 15 — E. Frank: Tıp Fakültesi Mecmuası, 17, 1941.
- 16 — L. Heilmeyer: Blut und Blutkrankheiten (Handbuch der inneren Medizin) 1951, 370.
- 17 — L. Heilmeyer, W. Müller, H. Schubothe: Klinische Wochenschrift. 29, 333, 1951.
- 18 — R. W. Heinle and M. R. Read.: Blood 1948, 4, 449.
- 19 — İ. Gatto.: Haematologica. 31, 623-671, 1948. (Year Book of General Medicine 1948).
- 20 — C. D. Govan.: J. Pediat. 29, 504-511, 1946 (Year Book of General Medicine 1947).
- 21 — Kenan F. Aker.: Hastane. 5, 1951.
- 22 — C. Maier.: Hamolyse und Hamolytische Krankheiten. Bern. 1950.
- 23 — Muzaffer Aksoy: Anadolu Kliniği 4, 1950.
- 24 — K. Rohr: Das menschlich Knochenmark. 1949. 210.
- 25 — K. Saraçoğlu: Wiener medizinische Wochenschrift. 1943, 4, 61.
- 26 — S. Schwarz and J. Mason: Blood. 1949, 6, 706.
- 27 — Sedat Tavat: Tıp Fakültesi Mecmuası. 18 1941.
- 28 — C. H. Smith.: Aj. Dis. Child. 75, 505-507, 1948 (Year Book of Pediatrics 1949).
- 29 — Valentine and Neel: A.J.M.Sc. 1946, 209, 741.
- 30 — Valentine and Neel: Arch. Int. Med. 1944, 74, 185.
- 31 — Valentine and Neel: A.J.M.Sc. 1948, 215, 456.
- 32 — Voorhies and F. R. Sloan: J.A.M.A. 1944, 125, 352.
- 33 — M. Wintrobe: Clinical Hamatology. 1944, 450.
- 34 — M. Wintrobe: J.A.M.A. 1944, 450.
- 35 — Whiteby and Britton: Disorder of Blood. 1942, 333.
- 36 — I. J. Wolman: A.J.M.Sc. 1946, 212, 722.

Had Anuria'lar ve Tedavileri (*)

Dr. Hüsnü Aydın

Dahiliye Müttehassısı - İzmir

Cemiyetimizin mütat aylık ilmi toplantılarında, konferanslara ayrılan 30 dakikalık zamanda; bugün de; geçitli ihtisas şubelerini ilgilendirmesi; böbrek patolojisi hakkında yeni görüşleri ve onların tedavi sahasındaki tatbikatını göstermesi bakımından; had anuria'lardan bahsetmeyi genel sekreterimiz sınıf arkadaşım Dr. Üncü ile kararlaştırdık.

Lûgat mânasında idrarsızlık diye tercüme edilen anuria; pratikte tam olmamakla beraber; bir kaç saattenberi küçük abdestini yapmayan bir hastaya tatbik edilen sonda ile de idrar alınmaması haline diyoruz.

Yalnız böbrek değil, insan patolojisinin çeşitli tezahürü olarak sıkça görülen akut anuria'lar; kıymetli dinliyenlerimce çok iyi bilindiği gibi bir entité morbide olmayıp, büyük bir sendromdur.

Anuria sendromunun clinique ve biochimique belirtilerine girmeden, mevzuumuza vuzuh verecek hududu çizmek, aynı zamanda etiologie'leri için pratik ehemmiyeti haiz bulunan kısa bir tasnif vermeği faydalı telâkki ediyoruz.

Her zaman extrarenal ve renal faktörleri kesin olarak ayırmaktaki zorluğa rağmen; hasta başında hatırlanmasındaki kolaylık bakımından; I) prerenal; II) renal; III) post veya subrenal olmak üzere akut anuria'ları 3 gruba ayıracağız :

I) Prerenal anurialar; kelimenin ifade ettiği gibi; bi-dayeten böbreklerin iştiraki olmadan onların önündeki

değişmelerden meydana gelir ve şayet devam ederse; böbrekleri tâli olarak âfettede ettirir ki; bunlar da a) shock; b) dehydratation halleri (şiddetli ishaller cholera, devamlı kusmalar, çok bol terleme, gayri kâfi su alma) c) akut cardial décompensation; d) vasculaire spasme, batın ameliyatları ve batın distension'ları sebeplerile meydana çıkan anuria'lar gibi.

Bu grubun hâkim vasfı; hydrostatique tazyikin düşmesi neticesi glomerulaire ultra filtration'un çok azalması veya tamamen durmasıdır. Devamlı olursa renal cortical ichémie ve tubulaire dégénerescence olabilir.

II) Renal grup; böbreği lésé eden çeşitli hallerde meydana gelir ki bunları: a) akut nefritteki extrem böbrek ödemi; b) akut ve toxique nephrosis (post-opératoire bilaterale infarction, yine ameliyat sonu nephrite fonctionnelle'lerin meydana getirdiği cortical necrose'lar, aynı vasıfta post-partial necrose'lar, traumalar, electrocution, ağır madenlerle zehirlenme, tetrachlorure de carbon, fosfor zehirlenmeleri, hepato-renal sendromlar, crush sendromu, gebelik toxicose'ları, reflex, difteri, sulfamidlerin toxique anuriaları, yüksek irtifa, geniş yanık, gastro intestinal kanamalar, diğer low salt syndrom'ların yaptığı anurialar.

c) Tubulaire blocage'dan ileri gelenler; sulfamide

(*) İzmir Tıp Cemiyetinin 1/10/1951 günlü aylık toplantısında tebliğ edilmiştir.

billûrları, transfusion ve hemolytique sendromlar, myeloma multiplex'deki dysprotéinémie anuriaları.

d) Böbreklerin diğer âfetlerinden ileri gelen anurialar, hydronephrose, pyelonephrose v.s.

III) Post-renal anurialar; uretherlerin taş ve néoformation'larla tıkanması; bunların sulfamidler ile tıkanmaları gibi cerrahî anurialar

Symptomatologie :

Akut anurilerin; I) cardinal II) sebebe göre değişen duğuna kısaca göz attıktan sonra; klinik ârazları şu şekilde hülâsa edebiliriz:

Akut anurilerin; I) cardinal II) sebebe göre değişen tâli delillerini ayrı ayrı görmek daha münasip olur.

Cardinal âraz; 3 safhada toplanabilir. A) Shock ve hypotension devresi ki umumiyetle kısa sürer; 5-6 saat-tan bir kaç güne kadar uzayabilir. Hastanın kurtulması evvelâ bu safhanın atlatılmasına bağlıdır. Zira circula-toire yetersizlik çxitus'ü mucip olmasa bile; shock'un devamile böbreklerde irréversible değişmeler teessüs eder. Shock'un ve hypotension'un bilinen gösterilerini burada tekrar etmiyeceğiz.

B) İkinci devre şiddetli oligurie ve anuria safhasıdır. 1-2 hafta devam eder. Uykusuzluk, bulantı, teneffüs ritminde bozulmalar, gastro-intestinal değişiklikler, evvelâ délirum, sonradan meydana gelen torpeur hali; hypocalcémie'nin yaptığı fibrillation musculaire, aynı sebebe bağlı hyperreflexie toxique durumun verdiği hypothermie, myosis ve nihayet müsait gitmeyen vak'alarda teessüs eden hypertension ve en son safhada had akciğer ödemile ölüm olabilir.

C) Polyuria devresi; hastalığın 6-12 gün gibi en şiddetli anuria devrinden sonra, bol bir diuresis teessüs eder. Bu safha; hafta ve hattâ aylarca devam edebilir. Anuria'da retention'a uğriyan bütün maddelerin ittirah edildiği devreye tekabül eder. Polyuria'nın teessüsünün şifa delili sayılmasına rağmen hastaların bazan kaybedilebileceğine işaret etmekle iktifa edeceğiz.

Tali ârazilara gelince; bunlar bazan cardinal deliller arasında kaybolurlar ve bazı defalar da esas ârazları maskeliyen ve sebebe göre geniş ölçüde değişen symptome'lardır ki ayrı ayrı tafsil etmeğe vakit olmadıgından mühim olanlara birer cümle ile işaret edeceğiz.

İsogroup olmyan transfusion'dan ileri gelmiş ise; şiddetli baş ve bel ağrıları, kusmalar ve titremeyi müteakip yüksek ates.

Ağır madenler ile zheirlenme olmuş ise; çok kuvvetli mide ve bağırsak kolikleri, bulantı, kusma, ishâl ve melena;

Sulfamide intoxication'unidan mütevellit ise; cyanosis, böbrek sancıları ve biraz önce işaret olunan hemolyse delilleri.

Ağır infection varsa, intanın cinsine göre değişen ve burada tafsile lüzum olmyan infection ârazları.

Şiddetli gastro intestinal kanamadan olmuş ise; fazla hemoglobülin imtisasının verdiği yüksek azotémie'nin bütün ârazları, melena ve post-hemorragique anemia.

Crush sendromu ise, her türlü tavsife sığmyan lokal ezik yaralar.

Yanıklardan mütevellit ise toksik ve lokal bulumlar.

Myeloma multiplex sebep ise; bu hastalığa ait klinik ve para-klinik deliller.

Hydro ve pyonephrose ise hastalığın diğer ârazları.

Postrenal sebeplerin yaptığı taş tıkanmalarında kolikler; tümörlere ait diğer belirtiler.

Anatomo-pathologie :

Anatomik değişmelerin teferruatına girmiyeceğiz. Yalnız hâd renal yetersizliklerden ileri gelen uremia'nın anatomik manzarasının ichémie corticale'i mucip olan bir circulation yetersizliği ve tubulus'lerin distal kısımlarile Henle borularında, büyük régénérescence kabiliyeti gösteren dégenérescence'ları yeni bir isim altında tophyan ve dégenératif, obstructif ve interitium ödemi gibi değişikliklerden ibaret low nephron nephrosis vasfında olduğunu söylemekle iktifa edeceğiz.

Akut anuria'ların physio-pathologie'si:

İnsan pothologie'sinin büyük bir faslını teşkil eden akut anuria konumuzda; derin pathogenesis bahislerine girmiyeceğiz.

Bilindiği gibi, 1) glomerulaire ultrafiltrasyon, 2) tubulaire réarbsorption, 3) tubulaire syntèse ve 4) tubulaire excretion olarak toplanabilen 4 türlü böbrek vazifesi anuria'larda tam iflâs halindedir.

Çeşitli sebeplerin yaptığı anuria'lar; a) bilhassa hemolyse neticesi acide olan idrarda hemoglobülin ve deri-ve'lerinin, sulfamidlerde billûrların teressübünden ileri gelen mekanik mania ile b) circulation juxta-médullaire dolayisile böbrek kırımının daha açık bir ifade ile cortical nephron'ların deveran dışı kalması, 3) ve nihayet %99 su réarbsorption'u yapan tubulus'lerin; su ve electrolyte-lerin mühim bir kısmının kaybı, tubulus etrafında kan proteinlerle erythrocyte'lerin kesifleşmesi neticesi, réarbsorption'un %100 ze çıkmasile anuria teessüs edebileceğini söylemekle iktifa edeceğiz.

Anuria'ların bio-chimie'si :

Akut anuria'ların kimyası; tedavide açtığı ufuktan dolayı çok mühimdir. Bunları kısaca hülâsa edelim:

İdrar, eğer tahlile yetecek kadar alınabilirse, hypo veya isosthérmurique vasıftadır. Urea kesafeti 1/10 ve hattâ 1/20 nisbetinde azalmış, tuz itrahi sifira inmiştir. İdrar teamülü şiddetle acide'dir. Albumin; anuria' sebebine göre değişen erythrocyte, leucocyte, her türlü sylindre'ler ve épitel hücreleri görülür. Crush sendromunda traumatisé adaleden doğan oxy-myoglobilin ve meta myoglobiline'in idrarda bulunması kabildir.

Kanda şiddetli azotémie, créatine ihtibası, indican ve xanthoprotéine teamüllerinde müsbetleşme; reserve alcaline'de düşme ve electrolyte müvazenesinde ağır değişiklikler olur. Bu meyanda NaCl azalması ve bilhassa normal da %18 mgr. olan potassium'un ezilmiş adalelerden, hemolyse'lerde harap olan erythrocyte'lerden kana geçmek suretile K'un %45 milgr. kadar yükseldiği ve bunun kalb durmasile ölüme sebep olabileceğini söylemekle iktifa edeceğiz. Hémolyse'lerde hemoglobilinin globulinden ayrılmadan çxydé olmasından ileri gelen Innenkörperchen; hyperbilirubinémie, şiddetli anemia ve reticulosis görülür.

Bioşimik değişmelerin tafsilâtına, teorik bir mahiyet vermemek için daha fazla girmeyeceğiz ve ancak tedaviden bahsederken pratik kısımlara tekrar avdet edeceğiz.

Prophylaxie :

Bir kaç kelime ile anuria'ların korunmalarına işaret edelim.

Biraz önce verdiğimiz tasnif aynı zamanda etiolojik görüşü de ihtiva ettiğinden; sebebe göre değişecek korunmaları tavsif etmeyeceğiz. Yalnız yarı yarıya ölümle neticelenen akut anuria'lardan ne kadar dikkatle sakınmamız gerektiğini tebarüz ettirmek isteriz. Bu meyanda ameliyat sırasında dokuları fazla hırpalamamak, anesthesie maddesini ve şeklini iyi seçmek çok mühimdir.

Dehydraté hastalar; ameliyata gayet iyi hazırlanmalıdır. Akut infectionlarda modern antibiotikler tubulaire dégénérescence'a mani olurlar. Ağır madenlerle zehirlenmelerde British anti lewisit, sulfamid tedavilerinde alcalinisation ve fazla mayı ithalinin alınacak tedbirler meyanında olacağını zikretmeği kâfi sayacağız.

Akut anuria'larda diète :

Anuria'larda azotlu maddelerin ihtibasının sür'atle arttığı malûmdur. Sırası gelmiş iken burada şu cihetin tebarüzü yerinde olur. Azotémie derecesile prognosis arasında tam bir muvazilik yoktur. Bir kısım hastalarda diüresis başlaması urea arttığı gibi; diğer bazı vak'alarda hocam Prof. E. Frank'ın ifade ettiği gibi; chimique uremie'ye rağmen clinique uremie teessüs etmemiş veya büyük rémission göstermiş olabilir.

Azotémie extrarenal faktörlerle ve bu meyanda dokulardaki albümin harabiyeti ile sıkı surette alâkalı olduğu ve düşük kalorili beslenmenin albümin yıkılmasını arttırdığı bilindiğinden; anurique safhada proteinleri kesip kalorisi yüksek gıdalar verilmelidir. Maahaza son senelerde anémique ve hyposérinémiq kimselerin anuria'larında; albüminin tamamen kesilmemesi tavsiye edilmektedir. Bu gibi hallerde kan ve plasma transfusion'larının daha elverişli olduğuna işaret olunacak ve bu transfusion'larının daha doğru olduğu hususuna avdet edilecektir.

Hastalar Kempner'in pirinç - meyve ve şeker rejiminden istifade ettiği gibi; 200 gr karbonhidrat (K.H.) ve 200 gr. yağdan ibaret Borst rejimi; azotémie'yi azaltabilir. Buradaki yağı fazla bulan diğer İngiliz müellifleri, 400 gr. K.H. ve 100 gr. yağ tavsiye etmektedirler.

Bu diette bir taraftan albümin verilmediğinden urea teşekkülünü azaltır diğer taraftan yüksek kalorili beslenme; albümin yıkımına mani olduğundan endojen urea teşekkülü frenlenmiş olur. 400 gr K.H. in bir kısmının hypertonique serum glucosé şeklinde verilmesi, kan hacmini telâfi etmesi bakımından ayrıca mühimdir.

Azotémie, diuresis ile azaldıkça; proteini, böbrekleri yormamak şartile tedrici surette arttırmalıdır.

Tedavi bahsinde işaret olunacağı gibi; kanda ihtibasa uğrıyan maddelerin hayatî merkezlere olan tahribkâr tesirinden kurtarmak için; hele hypochlorémique vak'alarda, 2-3 litre tuz mahlûlü ve alelûmum vak'alarda 1 litre lactate de sodium'u akciğer ödemine sebebiyet vermeyecek tarzda dikkatle vermelidir.

Akut anuria'ların tedavisi :

Cerrahî hastalıklardan ileri gelen akut anuriaların uretostomie, nephrostomie ve benzeri tedavilerine temas etmeyeceğiz. Yalnız sebebi bilinmeyen anurialarda cystoscopie ve retrograde pyelographie yapılmasını hatırlatmakla iktifa edeceğiz.

Akut böbrek yetersizliklerinin yaptığı anuriaların tedavisi; modern kliniklerde physiopathologique esaslara vakıf bir mütehassısın elinde yapılmalıdır.

Tedavinin plânlaştırılması sebebe ve kısaca bahsettiğimiz hastalık safhalarına göre değişir.

Birinci safhada esas sebebe müteveccih bir tedavi yanında müşterek âraz diye zikrettiğimiz shock ve hypotension ile energique bir şekilde mücadele etmek tedavinin esasını teşkil eder. Zira uzun süren bir hypotension böbreklerin beslenmesini bozar ve onda prerenal anurialarda zikri geçen définitif anatomique değişmeler yapar. Bu sebepten tedavinin müessir olabilmesi teşhisin erken yapılmasına bağlıdır.

Damara mayı zerkleri, ilk saatlardan itibaren tatbik edilerek renal ichémie ile mücadele edilmelidir. Fakat bu basit olmayacaktır.

Kan verme ile vücuttaki kan hacmi sür'atle telâfi edilirse de; bu ameliyenin verebileceği shock, anuriayı uzatabilir. Eğer serum salé ile bu maksada varılmak istenirse had akciğer ödemini göz önünde tutmalıdır.

Umumî olarak denebilir ki; hemorrhagie ve hemo-lyse'in sebep olduğu hallerde kan verme başta gelmelidir. Dehydratation ve hemo-concentration durumlarında plasma tercih olunmalıdır. Meselâ yanıklarda ve crush sendromundan mütevellit anuria'larda; kan plasmasının şiddetli extravasation'undan dolayı hemoglobine %160'a kadar çıkabilir. Bunlarda hematocrite derecesini takip etmek şartile 3-4 litre plasma verilebilir.

Prophylaxie bahsinde temas edildiği gibi, ağır maden zehirlenmelerinde bu madenlerin hücre fermentlerini bloke etmelerine karşı British anti lewisit fayda verebilir.

Sulfamid intoxication'larla bunların ve diğer sebeplerin yaptığı her türlü hemo-lyse ârzalarında; idrarı kalevileştirmek için Na₂.H.Po₄ ve bilhassa Na.H.CO₃ ün %5 mahlûllerinin damara verilmesi çok yerinde bir tedavi sayılmalıdır.

Bu tedbirler yanında etrafa soğuk tatbikler yaparak kanı dahile çekmek, bandage'lar ile auto-transfusion yapmak, zehirlenmelerde lavage gastrique ve intoxication'un cinsine göre antidote'ları kullanmak icabeder.

Mühim saydığımız bir noktaya temas etmeden geçmeyeceğiz. Akut anuria yapan shock ve collapsus hallerinde analeptique'lerin yeri kalmamıştır. Zira bunlar cortex rénal'da ichémie yapabilirler.

Akut anuria'larda su metabolizması:

Pathogenesis bahsinde nazari malûmata yer vermeden, tedavi sırasında biochimique hususlara pratikte yararlanacak şekilde avdet edeceğimizi söylemiştik.

Hastalar dehydraté değillerse olygurie ve anurie safhasında, vücut âdeta su ile zehirlenmiş bir vaziyette olduğundan, su ihtiyacı asgarî hadde inmiştir. Bu durumda vücuda su ithali gerçi toxique maddeler concentration'unu azaltırsa; işaret olunan su intoxication'u ve bil-

hassa hâd akciğer ödemi ile hastanın hayatı çok ciddi bir safhaya girebildiğinden, verilecek mayi; poumon'larla 300-600, deri ile yine 300-600 ve barsaklarla 100 gr. olan su zayıyatını telâfi edecek miktarda enteral veya parantal yollarla azamî 1500 cc. geçmemelidir. Kolayca hatırlanacağı gibi, hastanın kilosunu takip etmek; su metabolizmasının durumu iyi iyi bir criterium olur.

Malûm olduğu üzere; dehydration'dan ileri gelen anurialarda vaziyet tamamen aksinedir. Bu hallerde hy-potension ve hemoconcentration; anti-diuretique hormon ifrazını arttırmak suretile anuria'yı uzattığından; hastalara diète bahsinde adı geçen Brost rejimi ile birlikte ilk saatlardan itibaren günde bir kaç litre su verilmelidir.

Eğer hasta kusma ve ishâl ile fazla miktarda tuz kaybetmişse; hypochlorurémie teessüs edeceğinden azotémie'nin önüne geçmek ve böbrekleri işler bir hale getirmek için tuz verilmelidir.

Polyuri safhası açılınca; vücudün ion ve liquide kaybının süratle telâfi edilmesi gerekir.

Electrolyte muvazenesi :

Tedaviye istikamet veren electrolyte muvazenesi bahsine gelince, bunların insan physiologie ve physiopathologie'sindeki ehemmiyeti malûm olduğundan tafsil etmeyeceğiz. Çok iyi bilindiği gibi; inatçı kusma; ishâl, profuse, terleme, bazı had pneumopathielerde tuzun bilhassa poumon nescinde terakümü, uzun zamandanberi tuzsuz perhiz takip eden veya cachectique olan kimselelere diuretique kudretinin 7 misli tuz itrah ettiren civalı müdrirler verilmesi hariç; vücut tuzunu tutmağa çalışır.

Cilt ile günde 0,20-0,40; feçes ile 0,02-0,07 gr. tuz çıktığından; anuria safhasında günde 0,30 gr tuz kâfidir. Bunun üstünde tuz ithali oedème viscéral tehlikesi doğurur.

Biraz önce bahsettiğimiz chloropmie'den ileri gelen bir anuria bahis mevzuu ise; tuz bilâkis lüzumu kadar verilmelidir. Yine hastanın kilosunun takibi su metabolizması ile yakın alâkasından dolayı tuz için de hekime istikamet verir.

Polyuria safhasında hastayı muntazam surette réchloruré etmeyi unutmamalıdır.

Son senelerde intra cellulaire mayide fazla bulunan Kalium kationunun ehemmiyeti hakkında geniş neşriyat yapılmıştır. Kalium metabolizmasının ancak mevzuumuzla ilgili olan kısmı kısaca şudur:

Anurique'lerde çok defa hyperkaliémie ve nadiren hypokaliémie meydana gelir.

Albumine katabolizmasının artmasıyla meydana gelen hücre harabiyeti dolayısıyla K. kana dökülür. Crush sendromundaki hyperkaliémie'nin harap olan adale hücrelerinden ileri geldiğini görmüştük. Aynı suretle bütün hemolyse hâdiselerinde erythrocyte'lerdeki K. kana geçtiğinden; hemolyse arızalarında hyperkaliémie'nin çok hissesi vardır. Zira hyperkaliémie yalnız böbrek vazifelerini bozmaz; electro ile pek iyi takip edilebildiği gibi; kalbi süratle iflâsa götürür.

Hypokaliémie ise yeni tedaviler meyanında zikredilecek olan dialyse péritonéale ile mevzuumuz dışında kalan insulin ve desoxycorticosteron şırıngalarından sonra meydana geldiğine işaretle iktifa edeceğiz.

Acide-base muvazenesi:

Böbreklerin amonyak imâl ederek, NaH_2PO_4 dü, Na_2HPO_4 de tahvil etmek üzere acide-base muvazenesinde oynadığı fevkalâde rol malûmdur.

Akut renal yetersizliklerde plasmanın tampon kudretinin çok düştüğünü ve renal ichémie'nin acidosis'i arttırdığını sadece işaret etmekle iktifa edeceğiz.

Akut ve kronik renal yetersizliklerindeki acidos'un böbreklerin amonyak vazifesinin bozulmasıyla çok sıkı alâkası vardır.

Bir çok müellifler alcalithérapie ile (bicarbonate ve lactade de soude) réserve alcaline'i normalleştirmeyi tercih ederler. Uremia'da acidos'un yaptığı Kussmaul te-neffüsüyle de réserve alcaline değişir. Bu yüzden deri altına 500-1000 cc. CO_2 yi goutte à goutte karşılığı olarak bulle à bulle vermeyi tavsiye edenler vardır.

Akut anuria'ların ikinci safhasının tedavileri:

Had insuffisance rénale'da diuretique'lerin yeri kalmamıştır.

Renal sahaya dyathermie tatbiki routine bir tedavi şekli olmuş ise de faydası mahduttur. Soğuk tatbikler ise cutano-viscéral reflex ile diuresis'i arttırabilir.

Nephropathie teessüsünde sinir sisteminin tesiri nazara alınarak splanchnicus anasthésie's yapılması düşünülmüş ve bilhassa reflex anuria'larında iyi tesiri görülmüştür. Fakat hemen işaret edelim ki bu müdahale; ilk saatlerde yapılmalıdır. Maalesef teşhis ekseriya 24 saat sonra konulabilmektedir.

Yüksek ve caudal anasthésie spinale; faydalı olabirdesede hypotensif tesirlerinden dolayı glomerulaire filtration'u azaltırlar.

Intra renal tazyikin artması böbrek ödemi yapmak suretile anuria'lara sebep oldukları malûmdur. Bu maksat için décapsulation; anuria'nın ilk 3 gününde yapılmalı ve röntgen ile böbreklerin ödem yüzünden büyüdüğü tespit olunan vak'alara münhasır kalmalıdır. 3 günden fazla süren anurialarda, böbrek harabiyeti teessüs ettiğinden; paranchyme rénal'i ayrıca bozan décapsulation'dan vaz geçmelidir.

Intraveineuse novocainisation; novocaine, bilindiği gibi böbrek paranchymine değil vaso-moteur'lerine daima sabit olmayan bir tesire maliktir. Bu maddenin ayrıca anti-histaminique ve fibrinolytique tesirleri vardır. Ayrıca A.C.T.H. hakkında geçen sene verdiğimiz konferansta hypophyse yolula cortison tevlit ettiğine işaret etmiştik.

Novocainisation, mevzuumuzla ilgili sahalarda böbrek vaso-spasme'lerinde transfusion shock'larında istifade edilebilir.

Son zamanlarda anurialarda priscol tatbiki hakkında neşriyat vardır.

Non pretéique albüminlerin azaltılması ve tubulusleri rejenerere etmek için testoviron acetat'ı haftada 3 defa 25 mgr gibi yüksek dozda vermek suretile mortalité'nin azaltıldığına dair ayrıca yayınlar da vardır.

Anuria'ların ikinci safhasında tatbik edilen yeni tedaviler:

Had anuriaların I ve II nci safhasının daha çok klâsik diyeceğimiz tedavileri hülâsa ettikten sonra; bilhassa ikinci phase'in yeni tedavilerini de gözden geçirelim.

Bunları dialyse ve déviation diye ikiye ayırmak mümkündür.

51

Dialyse haricî (sun'î böbrekte olduğu gibi), dahilî (peritoéneale ve intestinale) olmak üzere ikidir. Dialyse usulünde isminden de anlaşılacağı gibi tabii veya sun'î; semi-perméable gişalar kullanılır. Bunlardan:

Sun'î böbrek: Bir tambour etrafında spiral surette sarılmış 40 metre kadar uzunlukta cellophan bir tüptür. Serum terkebine yakın bir mayi içine daldırılmıştır. Arteria'dan alınan kan; rotatoire hareketteki tübe verilir ve dialysé kan hususî bir tulumba ile çekilir ve tekrar hastanın damarına gönderilir. Bu liquide yerine; son zamanlarda hyavan serumu kullanılmağa başlanmıştır. Bu usul ile urea ve non protéique azote dialyse'e uğrar.

Sun'î böbrek dialyse'inde su ve electrolyte ziyai süratli ve fazla olduğundan; kan kimyası dikkatle takip edilmek şartile yapılabilir. Dialyse'e terk edilen kanın tehassürüne mani olunmak üzere verilen anti-coagulantların tekrar vücuda kanla ithali kanamalara sebep olabilir. İstikbalde sun'î böbrek usulünün daha verimli bir şekilde sokulacağı ümit edilmektedir. Bir cümle ile hülâsa etmek icap ederse; shock safhası atlatılmış alt nephron nephrose'u ile kronik nefritlerin hâd safhalarında ve hepato-nephrite'lerde istifade olunabilir.

Dahilî dialyse; dialyse péritonéale kâhillerde 22000 cm² satha malik olan periton; glomerulaire satıhtan biraz fazladır. Ameliye sun'î böbreğe nazaran daha kolaydır ve abdominal boşluğa iki trocar batırıp birisinden mayi verip diğerinden çekmekten ibarettir. Hususî bir terkipte hazırlanan mayiin, bulantı ve ağrı tevhit etmemesi için, dakikada 28 cm³ olmalıdır.

Antibiotique'lerle hâkim olunabilmekle beraber péritonit tehlikesi, trocar'ların shoquant tesiri, vnea renalis'lerin artan intra abdominal baskı ile tazayyuka uğraması, dyaphragma'n yükselmesi atelectasie pulmonaire ve barsak anse'leri arasında yapışmalar gibi arızalar meydana gelebilir.

Dialyse mayiin burada da sık sık muayenesi lâzımdır, zira ion muvazenesi ve yedek alcali süratle azalır. Bu usulün 36 ncı saat ârızası denilebilen asthénie, derin dyspné, cyanose, hypertension gibi klinik ârızaların refakat ettiği ion bozukluğu da had akciğer ödemi gibi, péritonéale dialyse'de de ölüm sebebi olabildiğini hatırdan çıkarmamalıyız.

Dialyse péritonéale'in indication'u, sun'î böbrekte söylediklerimizin aynıdır. Yalnız ondan farklı olarak gynecologique infection'larda verilmemelidir.

Dialyse intestinale; barsak mucosa'sı absorbé eden bir yer olduğundan dialyse tâbiri biraz paradox gibi görünürse de; uremique'lerde urea'nın mide ile itrah olunması nazara alınmak suretile, mide lavage'ları; jéjunum'un üst kısmını sonda ile yıkanması, colon lavage'ları, caecostomie ve apandicostomie metotlarının yalnız isimlerini zikretmekle iktifa edeceğiz.

Bu usulde bilhassa K ionu vücuttan daha kolay atılabildiğinden, hyperpotassémie'nin yaptığı ağır kalb yetersizliklerinde faydalı olabilir.

Dérivation usulü :

Dérivation usulü bir taraftan kan verip diğer taraftan toxique maddeleri ihtiva eden kanı çekmek mânâsına gelen exsanguino-transfusion'dur. Tehasüre anti-coagulant maddelerle mani olunur.

Bir koldan verip diğerinden almak suretile aynı zamanda yapılabilir. Çocuklarda vena saphena'dan yapılır. Kanın Rh. bakımından tamamen iso-group olması lâzımdır. Hastaalr umumiyetle iyi tahammül ederler. Hafif ateş yükselmesi ve tachycardie, ameliyenin temposu sür'atli olursa, şiddetli baş ağrıları, yüz ve conjonktiva'da kızarma olur.

Exsanguino-transfusion hakikaten vücudün bir yıkanmasıdır. Günde 3-4 litre kan verilebildiği taktirde, o zamana kadar teşekkül etmiş bütün urea atılmış olur.

Hémolityque menşeli anurialar, crush sendromu ve anémie ile müterafik infection hallerinde exsanguino-transfusion indiqué'dir. Liquide ve electrolyte kaybı olmaz. En büyük mahzuru fazla miktarda kan bulmanın zorluk ve pahalılığı ise de; transfusion merkezleri bunu başka memleketlerde kolayca temin ediyorlar.

Bugünkü günde akut anuria'ların tedavisinde exsanguino-transfusion'la kombine edilen péritonéale lavage'lar en ümit verici usul sayılmaktadır.

Akut anuria'ların tedavisini yapacak hekimin muvaffakiyeti, milieu interne physiopathologe'sine vukufu ve kuvvetli bir biochimiste'in işaret olunan hususları gayet ince bir surette tahlil etmesine bağlıdır.

Literatür:

- 1 — Erich Frank; Klinikte verdiği dersler.
- 2 — Ferhan Berker; Doçentlik tecrübe dersi. Klinik İsmi I ve II. ci sayılar, 1951.
- 3 — Addis T.; Glomerulonephritis and treatment Mc Millian Co. New-York, 1948.
- 4 — Fine J.H.A. Frank; The treatment of acut renal failure by peritoneal irrigation Ann. Surg. 124, 857, 1946.
- 5 — Frits. N. P.; Sulfathiazol anuria cured by means intaveinose procain in treat. J. Uro. 41, 186, 1949
- 6 — Kasten, H. E.; The etiologie of anuria with emphasis on prevention and tret. J. Uro, 29, 93, 1943.
- 7 — Koff; W.; The artificial kidney, Hampen Holland 1946.
- 8 — Kutschera; Dehydration. Win Kl W. 55, 795, 1942.
- 9 — Aynı müellif ve mecmua. 57, 93, 1944.
- 10 — Lattimer J. K.; A plan for the menagment of anuria. J. Uro. 54, 312, 1945.
- 11 — Leiter; H F. ve arkadaşları: Non obstructif renal J. Uro. 61, 163, 1949.
- 12 — Mc Gowan J. M. : Reflex anuria its treat. by procain sympathetic block J. Sur. 76, 205, 1949.
- 13 — Murphy ve arkadaşları: Clinico-pato. studies of renal damage due to sulfamide compound. Ann Int. Med. 73, 533, 1944.
- 14 — Oppenheimer; Intestinal irriga. in treat. of certain types of uremia Mount Sinai Hos. 14, 908, 1948.
- 15 — Thorn G. W.; Treat. of renal insuf. J. Uro. 59, 119, 1948.
- 16 — Trueta ve arkadaşları: Studies of renal circulation. Chale C. Thomas Springfil III. 1947.
- 17 — Vermooten V.; Gastric lavage in the treat. of uremia.
- 18 — Aboze ve arkadaşları; Bul. et mem. soc. Med. hop. Paris 65, 297, 1949.
- 19 — Abbot; W.E.; A.J.M.Sc. 211, 312, 1946.
- 20 — Alwall; N. ve Norviit; AC. med. Svan. 131, 234, 1948.
- 21 — Aynı müellif ve aynı mecmua, 132 nci sayısı.
- 22 — Bach E.; München Med. Wch. 89, 442, 1942.
- 23 — Beall, D. ve arkadaşları; Br. Med. J. 1, 432, 1941.
- 24 — Becher, E.; Nierenkrakheiten Gustav Jena, 1947.
- 25 — Bing R.; Johns Hopkins Hosp. 74, 161, 1944.
- 26 — Borst; J.; Lancet 1, 824, 1948.
- 27 — Burn; J. H. ve arkadaşları; Br. Med. J. 1, 403, 1945.



FARBWERKE HOECHST

vormals Meister Lucius & Brüning

Frankfurt (M) - Höchst/Almanya



MÜSTAHZARLARINDAN TAKDİM EDER:

OMNADIN

3 × 2 cc. ampul

Nonspesifik imunité tedavisinde son yıllarda iyi tesiri ile tanınmaktadır. Vücudün müdafaa kuvvetlerini seri bir şekilde tembih eder ve yükseltir; bundan dolayı hastalık seyrini kısaltır ve hafifletir. İmunitenin yükselmesi ile antibiyotik ve şimik tedavi desteklenmiş olur. Ateşli soğuk algınlıklar ve enfeksiyonlarda, Grip'te, Pnömoni, lekeli humma, kızamık, erisipel, angina, furunkl, Otitis ve Pertusis'te, safra kesesi iltihabı, nevralsi v.s. de

1-2 cc. adaleye veya deri altına enjekte edilir;
(İcab ettiği takdirde, vak'aya göre tekrar edilebilir).

PYRAMIDON

20 × 0,1 gr. ve 10 × 0,3 gr. tablet

Schottmüller'e göre senelerdenberi milyonlarca vak'alarda Pyramidon ile tedavide iyi neticeler elde edilmiştir. Kat'i olarak tesirli ve fiati uygundur.

İltihap giderici ve ağrı dindiricidir.

Adale romatizmasında: 3-6 × 0,3 gr. günde alınır.

Mafsal romatizması ve Poliartrit'te: 8-10 × 0,3 gr.

NOVALGIN

10 × 2 cc. ampul — 10 × 0,5 gr. tablet
10 gr. toz

Her türlü ağrı ile mücadelede, en ağır safra ve böbrek taşı koliklerinde, mafsal ve adale romatizmasında, lumbago ve siyatik'te oral ve parenteral tatbik edilir.

TONOPHOSPHAN

30 × 0,1 gr. tablet — 10 × 1 cc. ampul «forte»

Yüksek tesirli fosfor müstahzarı. Zafiyet hallerinde, fikri ve bedeni yorgunluklarda, nevrasteni ve depresyon hallerinde kullanılır.

Türkiyede yegâne satıcısı:

ALİ NURİ ve ŞERİKİ

Voyvoda Cad. Çınar Han No. 44/3 — İstanbul

53

**SAKİN BİR UYKU
TATLI BİR UYANIŞ**

ÇOK İYİ TAHAMMÜL EDİLİR.

**UYKUSUZLUK VE
İÇ SIKINTISINDAN ŞİKAYETİ
OLANLARA YARAR**

Sonéryl

Butyl - ethyl - malonylurée

**AĞRIDAN MÜTEVELLİT
UYKUSUZLUK, İHTİYARLIK
UYKUSUZLUĞU**

Her bir komprime

0,10 gr. i Havidir - 20 komprimelik tüpler

RHÔNE



POULENG

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

**TÜRKİYE MÜMESSİLLİĞİ
NECİP AKAR ve TÜRKÂN AKAR Koll. Şir.
Sirkeci Ebussut Caddesi No.: 75
P. K. 840 İSTANBUL**

- 28 — Bywaters' ve arkadaşları: J. Patho. 161. 1942.
 29 — Chabanier H.: G. Doin et Co. Paris, 1943.
 30 — Corcoran ve arkadaşları: An. Int. Med. 28, 560, 1948.
 31 — Cowan: A propos des réaction post - transfusionnelles Thèse Med. Gèneve, 1949.
 32 — Darmady, E.: Br. J. Sur. 34, 362, 1947.
 33 — Derobert: Bul et mem. Soc. med. Hop. Paris 63, 305, 1947.
 34 — Derot ve arkadaşları: Bull. et mem. Soc. med. Hop 64, 639, 1948.
 35 — Duff, G. H.: A.J.M.Sc. 20, 428, 1941.
 36 — Fanconi G.: Bull. Aca. Suisse Med. 4, 187, 1948.
 37 — Field ve arkadaşları: An. Surj. 129, 455, 1949.
 38 — Gamble: Chemical Ana. Phy. of extra cellular fluide. Boston Mass 1942.
 39 — Hoffman, W. S.: Archi. In. Med. 83, 249, 1948.
 40 — Kempner. W. A.: J. Med. 4, 545, 1948.
 41 — Kopf, P. S. M.: Peritoneal dialysis J.H.Kok 1948.
 42 — Leiter: An. In. Med. 229, 1948.
 43 — Trairé de Medecine, Cilt: 14. Maladie des reins, 1949.
 43 — Trairé de Medecine, Cilt: 14. Maladie des reins, 1949
 44 — Francis G. Harrison: Presen teh. of anuria A. Prac, 6, 584, 1951.
 45 — Loper J. Auquier ve arkadaşları: Sem. d. Hôp. Paris. 25, 1417, 1949.
 46 — Mach R. S.: Les troubles du métabolise du sel et de l'eau Masson 1947.
 47 — Marqis, H. H. ve arkadaşları: A.J.M.Sc. 215686, 1945.
 48 — Tzank A. ve arkadaşları: Compt. ren. Aca. de Sc. 22, 822, 1949.
 49 — R. Della Santa: Quatrième journée de la thérapetuqui clinique Georg C, Gèneve, 1949.

Kars Doğum ve Çocuk Bakımevi :

Yalnız Ateşle Seyreden Kızamuk Vak'ası

Dr. Cavid Başar
Çocuk hekimi

Kızamığın klâsik, suffocante, ecchymotique, ataxo - adynamique, boutonneuse ilâh. gibi formları yanında, selim seyreden abortif, fruste şekillerinin de mevcut olduğu malûmdur. Bunlardan abortif formlarda, kızamığı karakterize eden bulguların (nezle, koplik, ateş ekzantem ...) hepsi mevcut olmakla beraber devam müddetleri çok kısalmıştır. Bu bulgular görünür ve çabucak da kaybolurlar. Ancak metodik ve dikkatli bir muayene ile bu bulguları tesbit etmek mümkündür. Fruste şekillerde ise kızamığa has ârazın bir kısmı vardır, bir veya bir kaç da yoktur. Meselâ hasta çocukta oculo-nasal nezle, öksürük, ateş koplik görülmesine rağmen döküntü, dolayısıyla pullanma, pigmentasyon bulunmayabilir. Kızamuk epidemilerinde bu şekil veya buna benzer vak'alara oldukça sık rastlanır. Bu vak'aların yanında tanınması oldukça güç olan ve yalnız ateşle seyredip mukoza belirtileri göstermeyen, döküntüsü de çok hafif ve uçucu olan veya döküntü de göstermeyen kızamuk vak'aları da mevcuttur. Yalnız ateşle seyreden, kızamığa has diğer bulguların hiç birine rastlanmayan, bu formlar ekseriya teşhis edilemez veya başka bir isimle vasıflandırılır. Bu bakımdan 1951 yılının ilk aylarında bulunduğumuz il merkezinde ve bazı köylerinde görülen kızamuk salgınında rastladığımız, ateşten başka hiç bir klinik âraz göstermeyen bir hastanın müşahedesini nakletmeyi uygun gördük:

Hastamız (Y. B.) doğumundan beri sıhhi durumu tarafımızdan ve yakinen kontrol altında bulundurulmuş 6 yaşında, 19 kg. ağırlığında, 109 cm. boyunda bir kız çocuğudur. 4 yaşında boğmaca, 5 yaşında kızıl geçirmiştir. Her iki hastalığa da boğmaca ve kızılın salgın halinde olduğu zamanlarda yakalanmıştır. Bunlardan başka, ufak bir iki ishâl hali müstesna, kayda şayan bir hastalığa tutulmamıştır.

Uzak bir köyden muayeneye getirilen, ihtilâtlı bir kızamuk hastası ile temas eden, bizce evvelce kızamuk geçirip geçirmediği malum olmayan, 14 yaşlarındaki F.

Y. temasının onuncu günü ateş, nezle öksürük ile hastalandı; hastalığının 3 cü günü Koplik (+) di. 4. cü günü akşamı yüzden başlayarak vücuda yayılan tipik kızamuk ekzantemleri görülmeğe başladı. Nezle devrinde yapılan kan muayenesinde lökopeni, lenfopeni ve Eo. ların kaybolduğu tesbit edildi. Koplik'in görülmesi üzerine tecrit edilen F. Y. ile Y. B., tecritten evvelki üç günde, temas halinde idiler. Bu vaziyet karşısında Y. B. nda kızamuk çıkaracağı düşünülerek kuluçka devrinin sonu bekleniyordu. Fakat F. Y. ile ilk temasının 7 ci günü 37,6 ateşle Y. B. hastalandı. Yapılan muayenesinde genel durumu çok iyi di; ateşten başka en ufak bir nezle vücudunun her hangi bir yerinde, klinik muayene ile tesbit edilebilen, patolojik bir bulgu yoktu. Sulfamid tedavisine tâbi tutulan hastamızın ateşi ertesi gün 38, üçüncü gün 37,4 oldu ve 4 cü günü sabahı normale düştü.

Ateşli geçen bu üç gün ile müteakib günlerde, günde iki defa yapılan umumî muayenesinde hastamızın ağız, boğaz mukozasında enantem ve Koplik'e, oculo-nasal mukozada nezleye, vücudunda en ufak bir ekzanteme rastlanmadı.

Klâsik kitablarda kızamuk kuluçka devrinin değişmez rakam olarak 9-10 gün kabul edilmesi (bununla beraber normal kızamuk haricinde kuluçka devri, araya giren diğer bir hastalık dolayısıyla, uzayabilir), bizim hastamızda bu devrenin 7 gün olması «geçirilen bu hastalık adı bir soğuk algınlığı mı, yoksa yalnız ateşle seyreden bir kızamuk mu? idi» diye düşünmemize sebep oldu.

Aradan 3 ay kadar bir zaman geçtikten sonra kızamuk vak'aları Y. B. in bulunduğu semtte de bol miktarda görülmeğe başladı. Bu arada hastamızın beraber oynadığı arkadaşları arasında kızamuk geçirmeyenlerin de hastalandıkları görüldü. Buna rağmen Y. B. da hiç bir değişiklik olmadı. Bu durum karşısında hastamızın evvelce geçirdiği 3 günlük ateşli hastalığın kızamığa ait olduğu kanaati daha kuvvetlendi.

Bu fikrimizi takviye etmek için Y. B. 1 evvelâ, saf kızamuk vak'alarının muhtelif devirlerindeki hastaalrıyla, sonra da ihtilâtlı kızamuk vak'alarıyla bizzat temasa getirdik. Her temasdan sonra kuluçka devrinin sonuna kadar bekledik ve hastamızı dikkatle kontrole tâbi tuttuk; çocukta hiç bir değişme olmadığını gördük. Bu suretle hastamızın nezlesiz, Koplük ve döküntüsüz, yalnız ateş-

le seyreden ve kuluçka devri kısalmış bir kızamuk vak'ası olduğu kanaatine vardık. Fruste formalar içinde yalnız ateşle seyreden kızamuk vak'alarının da olabileceği, yakından takip edilmeyen hastalarda bu şekillerin gözden kaçabileceği, kuluçka devrinin de kısalabileceği bakımından vak'amızın alâka çekici olacağı kanaati bizde uyandı.

Beyoğlu Belediye Hastahanesi Cerrahi Servisi :

Şef: Dr. Asil M. Atakam

Mide Sifilizi

Dr. Asil M. Atakam

Bn A.A., 42 yaşında, Silivri; Ev kadını. Prot. 2341/7. giriş: 28/12/950, ameliyat: 6/3/951, çıkış: 19/3/951.

Babası Balkan Harbinde şehit olmuş, annesi sağ ve hiç bir hastalıktan şikâyeti yok. Kendileri üç kardeş imişler, bir erkek kardeşi yedi yaşında hastalanarak ölmüş. Hastamız anasının ilk çocuğu olup miadında, müdahalesiz doğmuş, vaktinde dişlerini çıkarmış, vaktinde yürümüştür. İlk aybâsını 14 yaşında görmüş, muntazam ve sancısız devam etmiş. 15 yaşında iken 22 yaşındaki kocasıyla evlenmiş. Zevcinin ilk eşinden çocuğu olmamış, geçimsizlikten ayrılmışlar. Hastamız çocukluğunda; kızamık, zatürrie ve dokuz gün devam eden sıtma geçirmiştir. Sıkıldığında veya güneşte fazla kahırsa burnu arasına kanarmış. Sekiz doğum yapmış; 20 yaşında iken ilk doğumunu yapmış, çocuk normal iken üç ay sonra pnömöniden ölmüş, ikincisi halen 22 yaşında bir erkek çocuktur, sağlam doğmuştur, bir hastalığı da yoktur. Üçüncü çocuk sekiz aylık olarak ölü doğmuş. Bir sene sonra yedi aylık, güçlükle ve ölü olarak dördüncü bir çocuk doğurmuş. Beşinci çocuğu dokuz aylık, avuç ve tabanında pemfigus'lu olarak doğmuş ve 29 gün sonra ölmüş, altıncı çocuğunu normal olarak gününde doğurmuş, bugün 14 yaşında ve sıhhattedir. Bundan sonra ağır bir iş görme neticesi üç aylık bir erkek çocuğu düşürmüş, yedinci çocuk yine gününde, normal doğmuş ve 2,5 yaşında hastalanarak ölmüş. Sekiz yaşında olan sekizinci çocuğunu da vaktinde, müdahalesiz, normal olarak doğurmuştur. Her doğumdan sonra fazla kanama olurmuş, 22, 14, 8 yaşlarında olan üç sağ çocuğunda viladi hiçbir malûliyet ve gerilik yoktur.

Son doğumdan sonra; yani sekiz sene evvel zafiyet ve kansızlık sebebiyle bir meslektaşına muayene olunuyor, meslektaş Wassermann teamülü yapıyor ve (++++) buluyor. Şüphe üzerine diğer bir meslektaşına yaptırılan teamül ifadelerine göre menfi netice vermiş, o zaman Sy. tedavisinden sarfinazar etmişlerdir.

Son hastalığı hastanemize müracaatından birbuçuk sene evvel başlamıştır. Aç karna ve bilhassa göbük yukarısı bölgeye ağrılar gelir, biraz yemek yedikten sonra geçer, bilahare tekrar başlamış. Ağrılar gece-gündüz gelmekle beraber gece yarısından sonra saat 2-3 arasında uyandırır, ağrıları dindirmek maksadıyla hasta bir şey yemek mecburiyetinde kalıyor. bu suretle de bir az uyumak imkânını buluyormuş. Zamanla artık aç ve tok karna ağrılar aynı şekilde devam etmeğe başlamış, ilk zamanlar ağrılarda perodisite varmış, 20-30 gün sürdükten sonra fasıla verirmiş, ağrılar fasıla ile 7-8 ay devam etmiş, son dokuz aydanberi ise hiç ara vermeden devamla başlamıştır. Sancıdan korkarak yemekten kesilmiş, pehrize başlamış, sonraları öğürtü, bulantı ve kusma da başlamış, kusmukla hiç kan gelmemiş, yalnız yediklerini ve mide suyu çıkarırmış. Hasta rahat edebilmek için parmak sokarak da kusarmış, su ve süt bile içerde kal-

maz olmuş. Alkalen, vitaminli ilâçlar verilmiş, bunları da çıkarmış. Perhize devam etmiş, kalsiyumlar yapılmış, hastalık günden güne seyrini takip ederek azalmamış, artmış. Ağzına ekşi sular gelir, geçirtti, yanma, kaynama, ağırlık, şişkinlik, iştihatsızlık hissedermiş. Melena tarif etmiyor.

Bu halde 40 kilo olarak çok kansız bir durumda hastahaneimiz dahiliye servisine yatırılmış, bir hafta alkali tedavisi ve rejimden sonra servisimize devredilmiştir. Son altı ay evveline kadar aybaşları muntazam ve normal miktarda imiş. Bu arada iki ay kesilmiş, tekrar muntazam görmüş, son dört aydanberi ise tamamen kesilmiştir. Hasta tedavimizde iken zevci âni olarak kalb sektesinden vefat etmiştir. Kocası sigara ve her akşam 150 gram rakı içermiş.

Muayenesi: Hasta ileri derecede zayıf, renk soluk, sarı, kansız, nesçi hücreviyi şahmi erimmiş, kilosu 40, cilt kuru, turgor, tonüs azalmış, burun hafif çöktük, görme, işitme normal; kemik sisteminde bir bozukluk, viladi suişekil yok, dişler normal ve herediter Sy.'e ait stigmatlar yoktur, ciltte pigmentasyon veya depigmente sahalar yoktur. İçki ve sigara kullanmaz.

Hararet derecesi 36,5. Nabız 84, T.A.: 13/8 Vaquez'dir. Kalb hudutları normal, patolojik ses alınmıyor. Aort radyogramda büyük ve geniş görünüyor. Teneffüs cihazında kayda değer bir hususiyet yoktur.

Dişler muntazam ve tamdır, dil paslı, beyaz, kuru. Yutma normal, iştihâ yok, inkibaz var. Karnı gevşek, çöktük, teneffüsle müteharrik, cidar altında em'a teressümatı ve hareketi yok. defans yoktur. Karaciğer normal hudutlarda, dalak ele gelmiyor. Travbe açıktır. Midede aç karna klapotaj yoktur. Tazyikle, xyphoide ile göbük arasında orta yerde ağrı var, ele tümör gelmiyor.

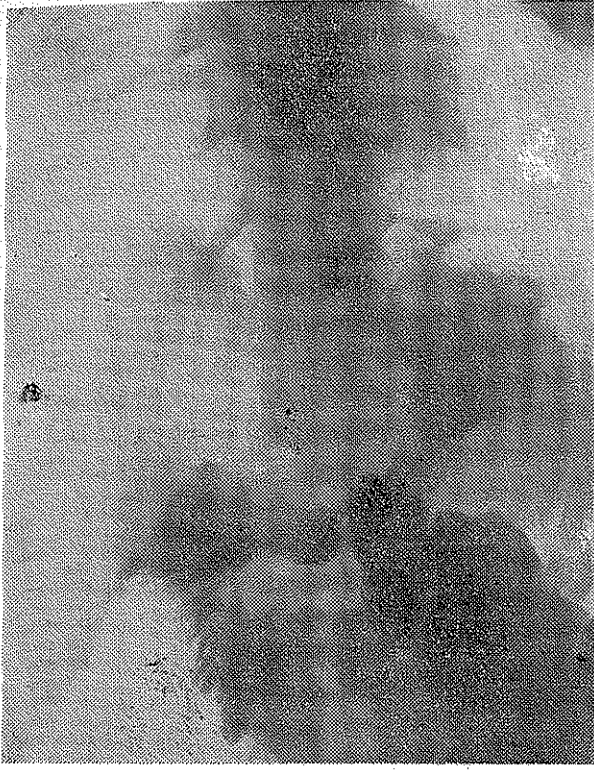
Laboratuvar muayeneleri : İdrar: kayda değer bir şey yok.

Kan muayeneleri: K.K. 2.950.000 B.K.: 7.800, formül: segment %65, stab. %5, lenfo. %28, mono. %2. Rh. bakılmadı. Kanda Wassermann (++++), Kahn (+++), dört gün sonra tekrar kontrol, aynı şekilde her iki reaksiyon (++++), bir ay sonra (penisilin, bizmogenol, iodure tedavisinden sonra) her iki teamül (++++), aynı antisifilitik tedaviye devamla bir ay sonra her iki teamül kontrolü (++++), ameliyattan sonra aynı tedaviye devamla 16/3/951 de her iki reaksiyon yine (++++) idi. Ameliyattan evvel mide usaresi total asidite en çok 44 tür. Serbest HCl, birleşik HCl ve asid lactique yoktur. Kan +).

Sedimentasyon: 1 saatte 20 mm.; 2 nci saatte 40 mm.

Mevaddı gaitada parazit yumurtaları menfidir, kan yoktur.

Röntgen muayeneleri (Dr. Kemal Seydik): Meri kardiya serbest, mide hipertonic, ufki kat'ası noksan görülüyor, peristaltizm bu kısımda takip edilemiyor. Kontrast madde bu



Şekil: 1.



Şekil: 3.



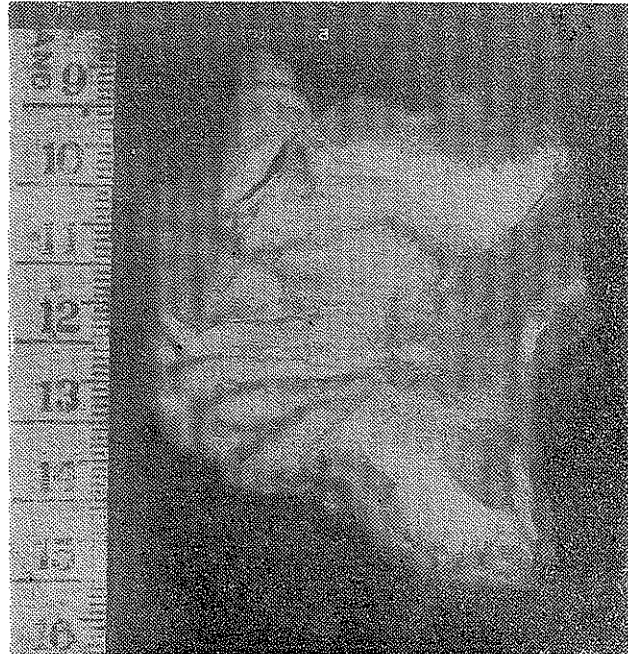
Şekil: 2.

kısmında durmadan açık pilordan duodenuma geçiyor, bir kısım kontrast madde uzvî tegayyür gösteren ufki kısım içerisinde erik cesametinde, sabit şekilde kalıyor. Duodenum halkasında da staz var. Midede uzvî tegayyür etrafında iltisak.

Antisifilitik tedavi esnasında radyolojik kontrolde: Midede ufki kıt'ası ortasında etrafına iltisaklı, uzvî tegayyür var,

tahliye sür'atli oluyor, (Ülser Sy. ?). 28/2/1951 de ameliyattan evvel ve antisifilitik tedavi esnasında radyolojik kontrolde mide ufki kısmı ve antrumda büzülmüş ve daralmış olarak görülüyor.

Hasta servise geldiği zaman her şeyi çıkardığı cihetle, gıda lavmanları hipertonic serumlar, cilt altına da izotonik glikoze serumlar yapılırken, bir taraftan da her gün 200.000. ünite penisilin, ağızdan günde bidayette dört, bilahare iki, daha sonra tahammülsüzlük sebebiyle kesilen iodure, ve altı günde bir bizmogenol olmak üzere ameliyattan evvel ve sonra antisifilitik tedavi yapılmıştır. Bu tedaviden fevkalâde



Şekil: 4.

5A

istirdede eden hasta gıda almaya ve kusmamağa başlamış, radiyolojik salâh ta görülmüş ve 8.5 kilo almıştır. Bu arada zevci ölen hastaya dört gün izin verilmiştir. Akciğer radyografisinde bir hususiyet yoktur.

Avdetinde hazırlanarak 6/3/1951 de ameliyatı yapılmıştır.

Ameliyat : 6/3/1951 de %0,5 novokain ile mevzii his iptali, göbek üstü median laparotomi, mide küçülmüş, antrum ve korpusun bir kısmı kalınlaşmış, lümeni daralmış, antrumda, pilora yakın bir kısımda genişçe bir sikatris sahası var, serozada beyaz renkte ve mütekemmiş olarak görülüyor, burada stenoz teessüs etmiş. Mide arka yüzde pankreasla iltisaklı, mide cidarı tabakaları ödemesiye, pilor, antrum ve enfiltre midenin 2/3 kısmı istisal retrokolik G.A.A. oralis inferior (Finsterer) yapıldı. Cidar üç tabaka üzerine kapatıldı. Karında asit, gangliyon dahhameleri veya karaciğerde hususiyet yoktu.

Ameliyat sonrası normal seyretti ve hasta 13. cü gün çıkarılmıştır. Çıkarılmadan evvel yapılan radiyolojik kontrolde; rezeke edilmiş mide, anastomoz yeri serbest, tahliye iyi bulundu. Kan muayeneleri: K.K.: 3.240.000, B.K. 5,750, Hb: %54, formül: (segment %57, Stab. %5, lenfo. %35, eosino. %2, mono. %1).

Hastanın bugünkü kilosu 50 dir; on kilo almıştır.

Anatomo patolojik muayene : İstanbul Üniversitesi Patolojik Anatomi Enstitüsü, Prof. Dr. Besim Turhan, 436/51-12/3/1951 ve 9/5/1951.

Eğ ayası kadar mide parçası. Pilor nahiyesinde mukoza kabarık ve maktai kalın görülmektedir.

Mikroskopla muayenede gısayı muhatide ileri derecede atrofi ve atrofik gutde boşlukları arasında bol miktarda lenfosit ve plazmositlerden zengin iltihabi bir irtişah görülmektedir. Mukoza her yerde bilhassa üst kısımlarda eritrositlerle tıkabasa dolmuş histiyositlerin lenfa aralıklarında toplandıkları görülmektedir. Submukoza ileri derecede ödemli geniş sahalarda halinde iltihabi irtişah göstermektedir. Bu irtişah bazı yerlerde damarlar etrafında bilhassa kesif olarak mevcuttur. Buralarda bir granülasyon dokusu meydana getirmektedir. Bazı granülasyon mihrakları içerisinde nekrozlar mevcuttur. Arterler cidarında kalınlaşma ve intimada ileri derecede hücrevi hiperplazi ile kalınlaşma vardır. Bazı arteriollerin cidarında nedbeleşme mevcuttur. Bazı arteriollerde intima neşvüneması damar lümenini ufak boşluklara ayırmıştır. Fakat tegayyürlerin en büyük kısmı küçük venalardadır. Buralarda bütün tabakayı alâkadar eden iltihabi irtişah ve hafif intima neşvüneması görülmektedir. Adale tabakasında çok az iltihabi infiltrasyon mevcuttur.

Epikris: Tegayyürün menşei ve iltihabi tegayyüratin daha fazla panflebit şeklinde oluşu, serolojik teamüllerin bu tegayyüratı vak'ayı sifilize bağlatmaktadır.

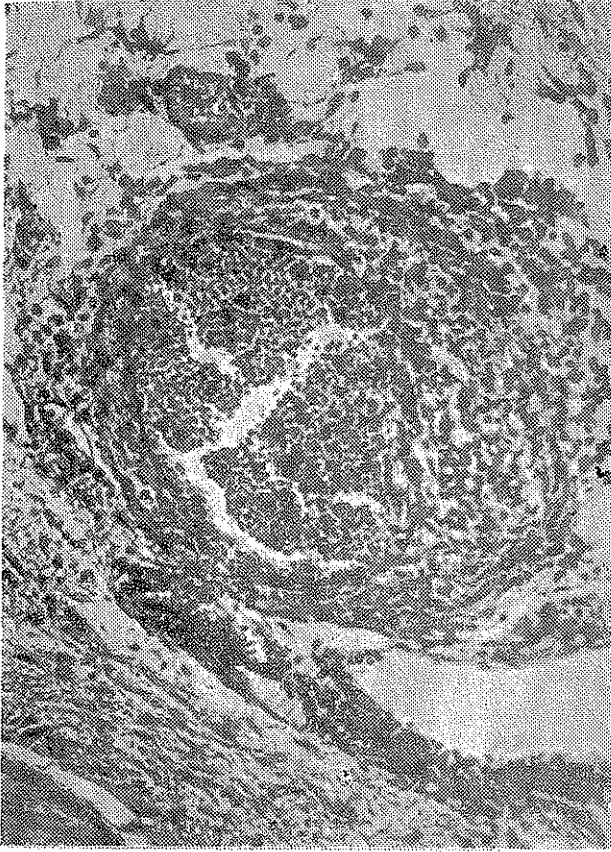
Vak'amızın klinik ve radyolojik durumu mediogastrik stenozlu kallö bir ülser, mide kanseri, mide sifilizi ve mide tüberkülozunu düşündürüyor. Hastanın akciğer grafisinde tüberküloz bulunmayışı, aortun başlangıç ve mezoaortik kısmının geniş ve büyük oluşu, anemnezinde ölü doğumlar, sekiz sene evvel ve son hastalığında yapılan kontrollü Wassermann, Kahn teamüllerinin kuvvetle müspet oluşu, antisifilitik tedaviye çok iyi cevap vermiş olması ameliyattan evvel bile düzelmeye yüzütarak kilo alması bizi kanserden uzaklaştırıyor. Ve ilk anatomo-patolojik teşhise rağmen vak'ayı mide sifilizi olarak kabul etmek zorunda bırakıyor. Histolojik olarak sifiliz ve tüberkülozu midede ayırmak epeyce güçtür. Klinikte mide sifilizini, kanserden, tüberkülozdan, mide sarkomu ile lenfogrammatozundan da ayırmak güçtür. Kanserde seyir daha sür'atli, hastalar daha yaşlı, kanamalar ve



Şekil 5 — Submukoza tabakasının küçük büyültme ile alınmış mikrofotografisi. İleri derecede ödemli ve geniş sahalarda iltihabi* irtişah göstermektedir. Bu irtişah bilhassa damarlar etrafında kesiftir.



Şekil 6. -- Submukozadaki küçük bir venanın büyük büyültme ile mikrofotografisi. Bütün tabakayı alâkadar eden iltihabi irtişah ve hafif intima neşvüneması.



Şekil: 7. — Submukozadaki orta büyüklükte bir venanın büyük büyültme ile mikrofotografisi.

Cidarda kalınlaşma ve bütün tabakayı alâkadar eden iltihabi irtişah. Damar etrafında pek çok lenfosit ve plazmositlerden ibaret iltihabi topluluklar (Panflebit).

metazozlar fazladır, iştahsızlık vardır. Mide tüberkülozu da nadirdir, ve burada lezyonlar daha ziyade ülseratifdir. Mide sifilitik ülserleri diğer adı ülserlerden, sancı ve kusmaların çok şiddetli, hemorajinin nadir oluşu ve muttat tedaviye taannüt ve nükse istidadı ile ayrılır. Basit mide ülserinde yemek yemekten korku yoktur. Mide sifilizi üçüncü devir tezahüründen olup anatomik olarak mide cidarında ülserasyon ve fibröz tagayyurat gösteren ve karın ağrısı, yemeden korku ve zayıflama ile müterafaktır. Ekseriya kışkı, nadiren de irsî sifiliz tezahürü olarak görülür.

Yirmi sene evvele kadar mide sifilizi nadir tanılırdı. Son senelerde dikkatli klinik, serolojik ve radyolojik muayeneler ve daha çok yapılan eksploratris laparatomiler bunları meydana çıkarmıştır. Erkeklerde kadınlara nazaran iki defa daha fazla görülür. Az görülen bir hastalık olmakla beraber müelliflerin bu nispet üzerindeki fikirleri muhtelifdir. Fraenkel kırk sene zarfında Almanya'da büyük bir hastanede ancak dört vak'aya tesadüf etmiş, Hamburg Ependorf hastanesinin 10000 otopsisinde hiç rastlanmamıştır. Turnbull, London Hospital'in 13000 otopsisinde hiç bir vak'aya tesadüf etmemiştir. Buna mukabil Synmers New-York'ın Bellevue hastanesinin 4880 otopsi vak'asında 314 sifilitik ve bunlar arasında yalnız bir mide sifilisi bulmuştur. Eusterman 93 mide sifilisi vak'ası toplamıştır ki literatürde en fazla vak'a bu müellife aittir. Stokes ve Brown 200 sifilitik hastanın %87

sinde başlıca şikâyet; mide teşevvüşü imiş. Otopsi bulgusu olarak mide sifilizi azdır. Chiari 242 sifilitiğin otopsisinde yalnız üç vak'a, Symmers ise 314 sifilitikten otopside bir mide sifilizi, kaydeder. %10 u sifilitik olan 5000 vak'anın otopsisinde Singer ve Meyer mide sifilisi kaydetmezler. Mayo Klinik'in sifilitik hasta vak'alarından O Leary %0.3 nispetinde mide sifilizi vermektedir. Hartwell'in iyice tetkik ettiği literatürde görülmüş 200 mide sifiliz vak'asının ancak 27 si hakikaten bu teşhise lâyık olduklarını kaydeder. En büyük istatistik Eusterman'ın topladığı 93 vak'adır.

Mide sifilisinin sendromlara göre; hemorajik, dispeptik ve ağırlı şekilleri mevcuttur

Mide sifilizinde bazan el ile muayenede gayri muayyen şekilde tümöral laküner bir kitle hissolunabilir. Radyolojik muayenede de kanseri andıran bir imaj görülür. Kanamalar (okkült, melena, hematemez) de olur. Mide sifilizi başlı başına yalnız kanama ile de kendini gösterebilir. Bazı mide sifilizi hematemezleri vardır ki; bunlarda tesadüf olunan ağrı, ülser gastro duodenallerin klâsik ağrularına benzerler. Mide sifilizinde hipokloridri, akloridri görülür. Sifilitiklerde mide tedricî olarak retrakte olur. Antisifilitik tedaviye ne kadar geç başlanırsa; tessüs eden sklerö prosesüsün gerilemesi o kadar imkânsızlaşır. Sklerozun yerleşme yerine göre, ağrılar, hemorajiler, stenoz ve bilokülasyon meydana gelmeğe başlar. Mediyogastrik stenoz vak'alarında sifiliz teşhisi daha güçtür. (Şimik, fizik kostikler, ülserler, tümörler v.s.)

Tecrübe tedavisi yardımcı teşhis vasıtası olmakla beraber her zaman doğru netice vermez. Stenoz teşekkül etmiş vak'alarda gom ve sklerozun midedeki nisbetine göre yapılacak tedavi ya müessir olur veya olmaz. Bu tedavi gommö vasıftaki tagayyürlere tesir eder, aynı zamanda bulunan skleroz elementlerine tesiri olmaz, stenoz geçmez.

Mide sifilizi paryetal enfiltrasyon şeklinde ise, akloridri, okkült hemoraji olur. Umumî hali bozulmayabilir ve antisifilitik tedaviden fayda görür. Doğrudan doğruya gastrik ülkus şeklinde de mide sifilizi olur.

Sifiliz taamülleri menfi olmakla beraber, antisifilitik tedaviden istifade ettiklerini nazarı itibara alarak, bazı müellifler, gastro duodenal ülserlerin büyük bir kısmının sifilitik olduğunu söylerler. Diğer bir kısım müellifler ise bunu sureti kat'iyede reddederler.

Mide sifilizinde klinik âraz bu hastalığa mahsus ve tipik değildir. İştahsızlık yemeklerden sonra mide ağrıları, bütün şekilleriyle kusmalar, kusma korkusuyla yemekten sakınma, kanamalar, zayıflama görülür, geniş ülserasyonlar enfekte olmadıkça ateş olmaz. Mide asiditesi azalır veya hattâ akloridri ve serbest HCl madum olur (mide duodenum ülserlerinden uzaklaşır, tümöre yaklaşır). Bazan da asidite normal miktarlar etrafında kalır. Sifilitiklerde antisifilitik tedavi asidite gastrigi normale getirebilir. Kansere benzeyen mide sifilizinde ahvali umumiyeye bozulur, renk solar, iştahsızlık, gayri muayyen mide teşevvüşlerinin bir müddettenberi devamı, hafif veya fazla kanamalar, kusma, arasıra diyare preñdial kaşeksi, mide bölgesinde bir tümör kitlesinin ele gelişi, kanser veya kanserize bir ülseri düşündürür.

Patolojik anatomi :

Sifilizin üçüncü devir tezahürü emadan ziyade mide-de görülür. En çok pilor, sonra orta kısmında bulunarak kum saati şeklini andırır. Son safhada skleroz olup linit şeklinde görülür. Mide cidarları kalınlaşmış, submukoza mütegayyir ve prolifer, mukoza yer yer nekroz ve ülserasyona müsteit olur. Maktada mide tabakaları birbirinden aşikâr olarak ayrı evsafıta görülür. Ve en kalın kısım submukozadır. Mikroskopik muayenede, bir mide cidarının sifilitik olup olmadığını tayin güçtür. En karakteristik vasıf perivasküler enfiltrasyondur. Bu midenin her tabakasında görülürse de en çok submukozada karakteristiktir. Lenfosit, plazma hücreleri, mononükleerler bilhassa küçük eviye etrafında görülür. Küçük şiryanların cidarları kalın, lümenleri de prolifer entima ile tıkanmıştır, esasen bu sebeptendir ki (tıkanma) mide sifilinde kanamalar azdır. Elâstik gısa adventisya ve mediadaki hücre enfiltrasyonundan harap olur. Küçük ve orta damarlar ve venalar umumiyetle kalınlaşırlar. Perivasküler enfiltrasyona ilâve olarak plazma hücreleri, lenfosit, mononükleer hücreler, ve içerlerinde demir bulunmayan histiositlerden teşekkül etmiş mahdut nüveliler de bulunur.

Mide sifilisinin dört tipi vardır: I) Diffüz mide sifilisi (Flexner tarafından tebliğ edilmiş bir tek vak'a olarak). II) Sifilitik ülser. III) Mide gomu. IV) Kronik fibröz, veya mide sirozu.

Mide gomu; midede sifilitik lezyonun başlangıcıdır. Hayatta teşhisi kabil değil otopsi bulgusudur. Gastrik gom kaide olarak gom el ile hissedilecek cesamet almaz.

Enihorn ise kaz yumurtası cesametinde bir mide gomu tarif eder. Mide gomunun hususî ârazı yoktur. Tümöre benzer, midede serbest klor asidi ikisinde de bulunmaz, ekseriya asit laktik bulunur. Pilor civarında kalınlaşma yaparak muhtelif derecede pilor stenozu meydana getirir. Gommöz tagayyürat fibröz endürasyona da yol açar, pilor civarında veya münteşir olarak görülür, ve mide cidarlarının kalınlaşmasını mucip olur, böylece de sert mütekemmiş bir hal alır. Zamanla mide sirozu meydana çıkar. Şimdiye kadar bildirilen vak'aların ekserisi ülser şeklindedir. Tek veya müteaddit olur. Midenin her tarafında olabilir, ekseriyetle pilor civarındadır. Eb'ad ve derinlikleri muhteliftir. Hakikî bir ülser, mide-deki damarların tıkanması gomun parçalanması ve üsarenin husule getirdiği erozyondan ileri gelir. Damarlarda obliteratif proses hâkim olduğundan kanamalar nadirdir. Mide sifilinde perigastritik iltisaklar nadirdir. Mücavir gangliyonlar salimdir veya hafif şişkin olabilir.

Sifilizde, damarlar daha ziyade tıkanma yolunda olduğundan melena veya hematemez nadirdir. Ancak karaciğerde sifiliz teessüs etmişse hipertansiyon portal tezahüratı ve kanamalar şiddetle görülebilir. Sifilitik ülserin hâd perforasyonu çok nadirdir.

Klinik tezahürat karakteristik değildir. Yemeklerden kısa zaman sonra epigastrik ağrıların husulü, hastalığın inkişafı bu ağrıların daha erken başlaması her türlü gıda ile ve nihayet yemek esnasında da gelmesi mide sifilizini düşündürür. Kusma yemek esnasında veya yemekten kısa zaman sonra görülür, bulantısızdır, iştah iyidir, ağrı korkusundan hasta yemek yemez. Bilhassa kati

yemeklerden korlar, zayıflar, tedavi edilmemişse bütün âraz gitgide artar ve hasta çok fena duruma düşmüş bir halde hekime müracaat eder. Dolgunluk şişkinlik ve yemekle alâkası olmayan mide tezahüratı, erken veya geç görülen bulantı ve kusma, pilorun daralma derecesine alâkadardır.

Mide cidarlarındaki atrofiden hipo veya anasidite olur. Tibbî tedaviden sonra normal mide asiditesi meydana çıkar. Fena tegaddi ve anemi, gastrik aşili, peptik ülser veya mide kanseri ârazı gösterir.

Teşhis: Klinik, Wasserman - Kahn teamüllerinin müsbet oluşu, hipoklorhidri, serbest HCl noksanı veya madumiyeti, röntgen bulguları, hasta şikâyetile umumî halindeki nispetsizlik, kaşeksi, az antisifilitik tedavi ile salâh, nispeten genç kimsede yemek yeme korkusu, zayıflama, buna rağmen ele bir kitlenin gelmeyişi ve X suai ile bir deformasyon görülmesi, teşhise yardım eder.

Gastroskopi: Mide sifilizin en iyi gastroskopik tarifini Moutier yapmıştır. Tümör veya gom şeklinde tarif eder.

Şişkinlik, geçirti, regurjitasyon, bulantı, kusma, her şeklinde hazım yolu kanamaları gibi semptomlar bir çok hazım cihazı hastalıklarında müsterek oldukları için hususî teşhis kıymetleri yoktur. Zayıflama, anemi, denüt-risyon, epigastriâ bir tümörün palpasyonu ve teneffüs ile hareketi yine bu hastalık için hususî âraz değildir. Hastalar nispeten genç (20-30 yaşında) tir. Anamnez, antesedan, sifiliz reaksiyonları, gastroskopi ve nihayet radyolojik, histolojik ve bakteriyolojik bulgular teşhise yardım eder. Sifiliz midenin orizantal, ve daha ziyade pilorik kısmını işgal eder, tümörden ziyade plâk şeklinde enfiltrasyon görülür. Kanserdekenden daha yumuşaktır, seroza kalın ve mattır. Dokular opak, kesilince ödemlidir. Piyes tetkik edilirse mide tabakaları ödemle birbirinden ayrılmış bulunur, mukoza ekseriya müteaddit sathî ülserasyonlar gösterir. Ameliyat esnasında karaciğerde yıldız şeklinde sikatrislerin görünüşü sifilizin iyi bir alâmetidir. Mide kanseri vak'alarında, ameliyatta, ekseriya ümit olunan tagayyürlerden fazlası bulunur. Mide sifilinde ise çok daha az anatomik lezyonlar görülür. Bazı kerede mideyi iyice tetkik edip normal olup olmadığı hakkında bir kanaat hasıl etmek icap eder.

Radyolojik teşhis: Üç tip mide sifilizi görülür. Prepi-lorik %70, median (kum saati) %22, diffüz şekil %8. Radyolojik bulgular sekiz, maddede hülâsa edilebilir: 1) Umumiyetle elle muayenede kitle his olunmadan mide konturunda defekt bulunur. 2) Mide kapasitesinin azalması. 3) Mide cidarının sertleşme ve mobilitesinin azalması. 4) Mütegayyir kısımda peristaltığın olmtayışi. 5) Pilor daralması. 6) Retansiyonun nispeten az devamı. 7) Kum saati mide şekli. 8) Kanser yaşında hastalarda radyolojik bulguda görüldüğü kadar sifilitik hastada hastalık tezahürünün görülmeyişidir.

Tedavi: Vaktinde teşhise imkân olan vak'alarda stenozları önlemek üzere erken antisifilitik tedavi yapılmalıdır. Bilokülasyon veya pilor stenozu teessüs etmişse spesifik tedavi ve rezeksiyonlar gerekir. Gastrik ülserin uygun rejimi ve umumî tedaviye de bir taraftan devam olunur.

Bu meyanda nadir görülüp vak'amızın patolojik ana-

tomi muayenesinde ilk muayenede şüphe olunan mide tüberkülozu hakkında da bazı toplu malûmatı da gözden geçireceğiz:

Mide harici tüberküloz şekillerinde ekseriya görülen dispepsiye karşılık mide tüberkülozuna nadiren tesadüf olunur. Histolojik olarak tüberküloza bağlı pilor stenozlarına nadir, mide ülserlerine ise ender tesadüf olunur, 1400 tüberkülo hasta otopsisinde L. Choffin mide tüberkülozuna rastlamamıştır. 1917 yılına kadar tıp literatüründe kaydedilmiş 307 mide tüberkülozundan ancak 50 sinin kat'i olarak tüberküloz olduğu tespit edilmiştir (Broders). 1946 yılına kadar İstanbul Tıp Fakültesi II ci cerrahi servisinde 1313 mide ameliyatı vak'asından 2 mide tüberkülozu tesbit edilmiştir. K. İ. Gürkan ve I ci cerrahide Fahri Arel'in periveziküler adenit Tbc. pilor ve duodenum serozasına, karaciğere yayılmış tüberküllerden ibaret iki vak'aları vardır. H. Z. Konuralp'ın hem pilor darlığı, hem de münteşir mukoza ülserasyonları gösteren mide tüberkülozu vak'ası vardır. R. C. Sullivan ve arkadaşları bir hastanede yapılan 11480 otopside 554 ü tüberküloz lezyonları göstermiş, bunlardan yalnız iki vak'a mide tüberkülozu bulunmuştur. 75.000 mide cerrahisinden çıkan parçaların muayenesinde yalnız bir mide tüberkülozu vak'ası kaydedilmiştir. Bu vak'a da sifilitik bir zenciye ait olup altı aydanberi midesinden şikâyet etmekte imiş, radyolojik muayenede pilorda halka biçiminde laküner bir imâj görülmüş, kanser teşhisi ile ameliyat edilmiş, ameliyatta orta sertlikte bir kitle bulunmuş, her iki kurvâturda gangliyonlar bulunmuş. Gastrectomie ile hasta iyileşmiş. Mikroskopik muayene gerek mide gerekse gangliyonlarda epiteloïd hücreli tüberküloz bulunmuştur.

Pop ve Hanganutia 1930 da iki, 1932 de 5 vak'a kaydediler. Demel, 1568 vak'ada 3 mide tüberkülozu, Leriche ve Moriquand 17, Melchior, Kuettner 6 vak'a kaydeder ve mide tüberkülozunu sekonder kabul etmeği daha doğru bulur.

Tüberkülozun jeneralizasyon devrinde hastalık midede de yerleşebilir. Leriche ve Moriquand kolumna vertebralise, karaciğere yapışarak, istisal olunamayan ve neoplazma vasfı alan hipertrofik mide tüberkülozu şekli tarif ederler. Hipertrofik tip daha ziyade gençlerde görülür. Mide tüberkülozunun enflamatuvar şeklini Poncet tarif etmiştir, Linit plastiği taklit eder. Genç tüberkülozlularda pylor daralması veya lokalize bir tümör şeklinde görülen bu tümörlere Patella hastalığı ismi de verilir. Mide tüberkülozu iki senede kaşeksiye götürür. Antecedanda akciğer tüberkülozu, adenopatiler, plörezi, eritem nuö, kemik, mafsâl epididim tüberkülozu da mutlak hazırlayıcı bir sebep değildir. Tüberkülozdaki kloro anemik renk tümörde de aynen buluruz. Bu gibi vak'alar maalesef başlangıç devrede ülser teşhisiyle sıkı rejimler takip ederek günden güne vücuttan düşerler.

Klinikte ülser kallö, kanser, sifilis, tüberküloz birbiriyle karışır. Bütün mide karhalarını sifilize bağlayanlar olduğu gibi yine bunları nazarı olarak tüberküloz tabiatte kabul edenler de vardır. Mide tüberkülozu orta yaşta ve ileri yaşlarda da olur. Pylor stenozu yapan tüberkülozun muhtelif şekilleri vardır. Hipertrofik şekilde bütün antrumu işgal eder. Kanserin aksine olarak hastalık pi-

loru geçerek duodenuma sirayet eder ki ameliyat esnasında makroskopik olarak bu iki hastalığı birbirinden az çok ayırmaya imkân verir. Enfiltre şekil midenin az çok büyük bir kısmını hattâ hemen tamamını işgal eder. Sifiliz veya liniti andıran antrum veya midenin büyük bir kısmını işgal eden sert, muntazam bir vasıf da gösterebilir. Balgamlarını yutan akciğer tüberkülozlu hastalarda ülseröz mide tüberkülozunu münteşir olarak ta görebiliriz.

Hipertrofik veya enfiltratif şekiller arasında mutavassıt veya karışık şekiller de olur.

Klasik olarak hemorajiler nadirdir, Bununla beraber çok kanama yapan vak'alar da görülmüştür. Umumiyetle oculte kanamalar mevcuttur. Tübajda hiperklorhidri, ishâl, kabız, nadiren el altında mide nahiyesinde tümör hiss olunur

Hastalık daha ziyade radyolojik, bilhassa ameliyat esnasında ve nihayet piyesin veya gangliyonların histolojik muayenesiyle tespit olunur. Tüberküloz ülserlerde Langhans hüceyratı epiteloitler görülür. Radyolojik olarak tüberkülozda ileri sekresyon var, kanserde yok. Tüberküloz ve kanser stenozlarını birbirinden ayırmak güçtür. Mide harici sebeplerden (brit, tümör, kist, adenit v.s.) den husule gelen laküner imajlara dikkat lâzımdır. Radyolojik mide tüberkülozunun teşhisi güçtür. Buna rağmen müellifler, duodenuma sirayet edişini tüberküloza bir delâlet olarak kabul ederler.

Akciğer, kemik, mafsâl, epididim tüberkülozlu hastalarda, bilhassa mebzul balgam çıkarıp yutanlarda görülür. Tüberkülozde ülser anatomik olarak ya tüberküloz bir ülserdir veya değildir. Bu zaman ulkusa civar mide aksamında Tbc. tagayyürleri koröfur ve pilor, duodenum darlıkları görülür. Hipertrofik pilor tüberkülozu primitif olabilir. Ancak bu tip mide tüberkülozu orta yerde olmaz pilor civarında olur. Bu kallö, hipertrofik şekillerde kanama, perforasyon, lokal veya umumî peritonitler; visceral fistüller haricî fistüllef, perigastrik ve hepatic adenopatiler de görülür.

Tedavi: Bol kraşa çıkarıp yutan akciğer tüberkülozlu hastalarda müdahale doğru olmaz. Ancak pilorda stenoz teessüs etmiş ise ameliyat endikasyonu vardır. Akciğerdeki lezyonların ileri bulunması bir kontrendikasyon teşkil etmemelidir. Bu hastalarda gastroenterostomiden ziyade rezeksiyonu birçok cerrahlar tavsiye ederler. Hastalık mevzii olmadığından tedavi muvakkat sayılır. Bu vak'alarda desunion meselesi göz önüne alınarak ağız yoluyla duodenuma sokulan sondalarla beslenme temin edilebilir.

Literatür:

- Prof. Dr. Gen. Abdülkadir Noyan: Livre d'or pour Castex. Mide sifilizi vak'ası.
 Fourmestraux de J. ve B. Fredet: Mide tüberkülozu (Mem. d. l'acad. de Chirurgie, No: 32, 1943).
 Konuralp, Halit Ziya: Mide tüberkülozu vak'ası (Türk Tıp Cemiyeti Mecmuası, Yıl: 12, No: 7, 1946).
 Sullivan R. C., N. T. Francona ve J. D. Kirchbaum: Mide tüberkülozu (An. of Surg. 112, No: 2 1940).
 Wattson G. W., E. R. Flint ve J. Stewart: Kumsaati deforasyonu yapan mide hipertrofik tüberkülozu (J. of Surg. 24, No. 94).

- Alessandri :** İki mide tüberkülozu vak'ası (Annali dell Inst C. Forlanini -938 T. 53, 115/693).
- L. Choffin:** Mide tüberkülozu (Surgery 1939, cilt: 5, No. 2).
- Caizavara:** Mide şirürjikal tüberkülozunun etiüdü (Archiva italiano delle mal dell appa digerente V, 11 1933).
- Gutmann, R.:** Les syndromes douloureux de la région épi-gastrique.

- Marc H. ve Sirc:** Neoplazm şeklinde mide sifilizi (arch. d. med. de l'ap. dig. et de la nutrit. 1938).
- Meyer K. A. ve Singer H. A.:** Mide sifilizi (arch. of Surgery XXVI No. 3).
- Lewis:** Practice of Surgery Vol. VI, 1944.
- The Cyclopedia of Medecine Surgery and Specialities.** 1946, Vol. 14.

Münih Üniversite I. Dahiliye Kliniği:
Direktör: Prof. Dr. K. Bingod

Sepsis Problemi

Derleyen: Dr. Suat Efe.

1. — Sepsis kavramı :

Septik hastalıkları kesin bir formüle irca etmeğe matuf gayretlerde karşılaşılan güçlük, bu nevi hastalıkların etiolojisinde, patojenezinde ve klinik tablosunda vahdet bulunmayışıdır. Çıkış noktası da daima muhtelifdir: Puerperal, tonsillojen, otojen, kolanjitik, nefrojen, ürojenital, endokarditik, yaralardan v.s.. Bu sebeptendir ki, aynı suretle cerrahı, dahiliyeciyi, jinekoloğu, kulak hekimini ve patoloğu aynı zamanda ilgilendirir. Bundan da anlaşılacağı veçhile her müellif bu hastalık grubunu ayrı ayrı görüş zaviyelerinden ele alarak tarife çalışmıştır. Sepsisi genel mânâda tarif için birçok terimler ortaya atılmış bulunuyor: Septisemi, piyemi, piyohemi, septikopyemi (metastatik sepsis), piyemik - piyojen - ve pütürid sepsis genel enfeksiyonu, sapremi, kan enfeksiyonu, esasî sepsis yahut sepsis sui generis ve preseptik haller.

Biliniş ki «sepsis» kelimesi, menşee itibariyle (ilerleyici cerahatli itlihap yüzünden vücudün çürümesi) mânâsına gelir. Ancak tam çürüme mânâsında bazı anaerob enfeksiyonların biraz dahil bulunduğu doğrudur.

Löffler'in ve daha sonra Hamburglu büyük klinisyen Lenhartz'ın çalışma arkadaşı olan Schottmüller, sepsise dair olan bilginin hep hayvan deneylerine dayandığını, halbuki sepsis probleminin ancak insan tıbbında, bizzat hasta yatağı başında yapılacak sistemantik araştırmalarla halledilebileceğini düşünerek kendi kliniğinde apayrı bir araştırma istasyonu vücuda getirdi. Septik çocuk düşürmelerde bakteriel etioloji, bakterieminin zamanı ve semptomları ve diğer reaksiyonları, diğer septik hastalıklara nazaran daha mânidar bir şekilde meydana çıkarılmağa çalışıldı. Bu çeşitten 15000 vak'a, Schottmüller kliniğinde çeyrek asırlık bir zaman zarfında klinik ve bakteriolojik olarak etiüdü edildi. Schottmüller nihayet aşağıdaki formülde bu çalışmalarını hülâsa ve telif etti:

«Sepsis, önceden vücutta bulunan bir odakta devamlı veya periodik olarak patojen bakterilerin dolaşım sistemine geçip kanı istilâ etmeleri sonucunda subjektif ve objektif hastalık belirtilerinin ortaya çıkmasıdır.»

Bu tarif dahildeki ve hariçteki ekseri müellifler tarafından aynen kabul edildi. Fransızların 1927 deki «Congrès de Médecine» inde, sepsis için umumî ve herkesin tasvibine mazhar olacak bir formül bulmağa çalışıldı. Kongrede Reilly ve Gastinel taraflarından aşağıdaki 4 esas, bir vak'ada sepsisin kabulü için şart koşuldu:

- Kan veya lenf yoluna bağlı bir septik odağın mevcudiyeti,
- Kanda devamlı veya hecmeler tarzında bulunan canlı bakterilerin ispat edilebilmesi,
- Enfeksiyöz yayılmayı veya metastatik lezyonlar teşekkülünü gösteren ağır genel ârazların husulü,
- Entoksikasyon belirtilerinin ortaya çıkması.

Bu kriteriyumlara istinaden bu iki müellif kongreye kabulü için aşağıdaki tarifi teklif ettiler:

«Patojen mikrobların ve toksinlerinin mükerrer olarak kana geçmelerine sebep olan her genel enfeksiyona sepsis denir. İspatı mümkün veya latent olan bir septik odakta çok veya az devamlı mikrop hicreti, mültipl bakteriel emboliler yapmağa, bakteriel toksin etkisine, en nihayet hücre harabiyeti mahsullerinin zararlı tesirine olan temayülü ile birlikte ağır genel semptomlara sebep olur.»

Sepsis odağı tabiatıyla bir enfeksiyon odağının aynıdır, fakat her enfeksiyon odağı sepsis odağı değildir. Bu ikisi birbirinden, birincisinin arasına veya devamlı olarak kanı mikroblarla nüfuzu altında tutmasıyla tefrik edilir. O halde lokal bir enfeksiyon odağı, bulunduğu yerin damar yoluna olan münasebeti vasıtasıyla tesadüfen veya doku hususiyetlerine bağlı olarak «Sepsis odağı» mahiyetini alır. Tarifte «bakteri istilâsına tâbi olarak, subjektif ve objektif hastalık belirtileri ortaya çıkar» denmektedir. Bu nokta mühimdir ve sepsis teşhisi için ilk şartı teşkil eder, zira meselâ bir tifo basili portörü esas itibarile hasta değildir; bu sebepten tifo portörü vak'asında henüz bir tifodan bahsedilemez. Bunun gibi, bir defalık bakteriemiyi tek başına sepsis mânâsına gelmez, zira arka plânda hastalık belirtilerinin kantitesi de bahis konusudur.

2. — Sepsiste teşhis :

Endikasyonsuz tatbik edilmiş Sülfonamid ve Peniciline tedavisinin ağır reaksiyonlar tevhit etmesi kesin bir sepsis diagnozu zaruretini ortaya koymaktadır. Bu Schottmüller tarifinin üç kriteriyumuna dikkat edilmesiyle mühim surette kolaylaşır. Şöyle ki:

Dik yükselen bacaklı ateş ve şiddetli titreme nöbetleri, bakterilerin kana kısım kısım boşalmalarını ifade eden **septik temperatür** için karakteristiktir. Devamlı bakteriemiyi ile seyreden sepsis vak'alarında (meselâ en-

dokarditis ve lymphangitis septica) cüz'i düşmelerle seyreden continua tipinde temperatür görülebilir.

Dalak büyüklüğü mutâddır, nadiren sert ve ağrıdır. Esasında splenomegali sabit bir semptom değildir; malaria, tifo, tifüs, Bang hastalığı, Morbus Hodgkin, Morbus Weil gibi diğer ateşli hastalıklarda da görülür.

Differansiel diağnoz bakımından **septik deri metastazları** (en ziyade stafilokoklar tarafından meydana getirilir) kıymetli olabilirler; şekilleri daima muhtelifdir: ekzantem, püstül, vezikül gibi. Muhteviyatları bakteriolojik bakımdan teşhise yardımcı olabilirler, ekseriya hastalık tablosuna hâkim olurlar ve sepsisin başlangıç odağını geriletirler. Bu hâl, bilhassa septik endokarditiste, akciğer apsesinde ve septik poliartritiste gözüktür.

Septik ikterus görülüşü de (sık olarak gazlı ödem basili sepsisinde) zikre değer.

Sepsisin genel belirtileri arasında **tifoz, dalgınlık, şuur kaybı ve kramp halleri** sayılmalıdır.

Kan tablosu sabit bir vasıf göstermez. Lökositöz (miyelositoz ve lenfopeni ile birlikte) en sık rastlananıdır; hastalığın ileri devresinde **hipokrom anemi** bulunur. Sedimantasyon daima çok sür'atlenmiş olarak bulunur. Bazan Wassermann reaksiyonunu, evvelce hiç bir sifiliz bahis konusu olmadığı halde bilhassa endokarditiste positif buluruz.

Kat'i sepsis teşhisi, kanda sepsis âmilinin mevcudiyetini ispat eden **pozitif kan kültürü** ile konur. Negatif kan kültürleri hiçbir suretle, klinik olarak aşıkâr olan sepsis teşhisini reddettirecek kat'iyette değildir. En sık rastlanan sepsis âmili hemolitik streptokoklardır ve bilhassa lenfanjitik sepsiste bulunurlar. Stafilokoklar pratik olarak lenfanjitik sepsis yapmazlar fakat en ziyade metastaz yapmağa meyillidirler. Sepsis âmili olarak patojen aeroblardan pnömokok, meningokok, gonokok, ve enterokoklardan başka Coli, Friedlaender ve Pfeifer basilleri de zikredilmelidir. Anaerob sepsis âmilleri de önemli bir yer tutarlar (gazbrand basili nâdir olmayarak lenfanjitik sepsiste). Onun yanında streptococcus putrificus, Bacillus funduliformis v.s. yi de saymalıyız.

3. — Sepsis odağı :

Sepsis odağının teşhisi tedaviye yönelme bakımından ciddi esas mihveri teşkil eder. Sepsis üzerinde ısrarla çalışmış ve konuyu inkişaf ettirmiş olan Bingold, sepsis odağını herşeyden önce ve mümkün mertebe erken teşhis edebilmek için, septik hastalıkları tasnif ederken sepsis odağının lokalizasyonunu esas tutmuş ve bu suretle bize pratik bakımdan pek değerli esaslar vermiş oldu:

A. — «Cavitaire» organların sepsisi:

Çıkış yerleri :

1) Uterus boşluğu: infecté endometrium:

Amiller: Stafilokok, streptokok, Anaeroblar ve bütün diğerleri.

2) Safra yolları :

a) Safra kesesi dahil, akut cholangitis septica:

Amiller: Bact. Coli, Tifo ve paratifo basilleri, pnömokoklar, Friedlaender basilleri, nadiren diğerleri; meselâ gaz basilleri.

b) Kronik nüksedici cholangitis septica:

Amiller: a) dakinin aynı. Daha nadir olarak streptokok ve stafilokoklar, enterokoklar.

c) Kronik cholangitis lenta (Schottmüller-Umber): gizli başlayıp gizli seyredebilir, daha sonra karaciğer sirozuna sebep teşkil edebilir.

Amilleri: Strep. viridans, enterokoklar.

a) Pyelonephritis septica:

Amiller: Aerob bakteriler, bilhassa Coli, Proteus.

4) Osteomyelitis: (Kemik iliği bazı ahvalde sepsis odağı halini alabilir, fakat her osteomyelitis bir sepsis odağı demek değildir.)

Amil: En başta Stafilokoklar, nadiren hemolitik streptokoklar.

5) Mafsal boşlukları: (Nadir).

Amil: En ziyade aeroblar.

6) Burun sinusları :

Amil: Burun-boğaz enfeksiyonları. Meningokoklar.

B. — Tromboflebitik sepsis:

Çıkış yerleri:

1) Puerperal uterus ve komşu vena plexusları: V. uterina, ovarica, hypogastrica, spermatica v.s.

2) Otojen enfeksiyon: (Orta kulak iltihabının sinusu enfekte etmesi).

3) Anjinler: Boğaz venalarının V. Tonsillaristen itibaren V. Pharyngea ascendens'ten V. Facialis ve V. Jugularise kadar olan enfeksiyonu.

4) Vena portae bölgesi enfeksiyonu (pylephlebitis); meselâ Appendicitis; Rectum ve mide kanseri v.s.

5) Yumuşak kısımların, bilhassa yüzün fironkülleri: Vena Facialis.

6) Etrafın ven iltihapları (Varis düğümleri, Ulcus cruris v.s.).

Amiller: 1) den 6) ya kadar stafilo ve streptokoklardan başka, sık olarak anaeroblar. 4) üncüde tercihan patojen barsak bakterileri. 5) te en fazla aerob stafilo. ve streptokoklar. 2) de Strep. Mucosus ve Pyocyanus hiç te nadir değildir

7) Akciğer venlerinin flebitisi: Bir akciğer infarktından veya absesinden âmiller kana geçebilirler.

8) Plexus prostaticus:

Amil: Stafilokoklar.

C. — Lenfanjitik sepsis:

1) a) Parametral enfeksiyonlar: Hemolitik streptokoklar ve nadir olmakla beraber pnömokoklar.

b) Uterusun ve parametral lenf dokusunun gaz basilleri enfeksiyonu.

2) Anjinler: Meselâ kızıldan sonra. Lenf yollarıyla mediastinum'a kadar yayılması muhtemeldir.

Amiller: Streptokoklar, nadiren pnömokoklar ve Veba basili.

3) Yumuşak kısımlar:

a) Akut septik bağ dokusu flegmonu:

Amil: Hemolitik streptokoklar ve diğerleri.

b) Gazlı ödem: lenf yolu vasıtasile âmillerin enfekte adale dokusundan kana geçmesi.

Amiller: Fraenkel gaz basili. Bac. Novy, Bac. histolyticus ve kaemolyticus (Zeissler), Bac. Lichenoides, Bac. sporogenes Mentschnikoff.

4) Mezanterial lenf bezleri: Tiföz ve paratiföz hastalıklar. (Miliar tüberküloz belki de lenfanjitik sepsisin hususî bir formudur. Krupöz pnömonide de başlangıç lenf bezleri sepsis odağıdır).

D. — Endokarditis septica :

1) Akut ve sübakut formlar:

Amiller: Hemolitik streptokoklar, Stafilokoklar, pnö-mokoklar, gonokoklar, meningokoklar. Daha nadir olmak üzere diğer aeroblar ve anaeroblar.

2) Kronik form: Endocarditis lenta.

Amiller: Strep. viridans'ın tipleri, enterokoklar, nadiren diğer aeroblar, Micrococcus catarrhalis.

Sepsis odağı, âmilin giriş kapısı ile daima aynı değildir. Sekonder metastatik odaktan bile zaman zaman kan sisteminin mikropla istilâsı vukua gelebilir. Sepsis odağı immunité safhasına intikal etmeyen bir enfeksiyondur, odak faaliyetine devam eder ve daha çok kendi kendine söner. Buna daha ziyade başlangıç halindeki sepsiste ve uterus muhtevasının pek sık olarak septik süreçle sonuçlandığı septik çocuk düşürme vak'alarında şahit olunur.

4. — Sepsis ve toksik odak:

Schottbüller'in tarifindeki anlamda sepsis kavramı, ile, «oral sepsis» veya «septik fokal enfeksiyon» gibi tâbirlerle anlatılmak istenen hakikî fokal olayları birbirinden ayırmak lüzumu aşikârdır. Schottmüller'in şartlarının tahakkuk etmediği yerde, haklı olarak «Fokal toksikoz» dan veya «toksik odak» tan bahsetmelidir. «Toksik genel enfeksiyon» tâbiri ise terkedilmelidir. Zira hakikatî halde bir «genel enfeksiyon» yok, aksine sadece pek mahdut bir «toksik uzak semptomlu lokal enfeksiyon» mevzuubahistir. Bingold'ün öğrettiği gibi, «menşe itibarıyla her septik hastalanma bir lokal enfeksiyondur. Ancak lokal enfeksiyon odağı, içinde bulunan damar veya doku özsuyu vasıtasıyla zaman zaman veya daimî olarak kana bakteriler sevk etmekle lokal odaklıktan çıkar, sepsis ocağı olur.» Bu suretledir ki bademcikler, burun sinusleri, apendiks, prostat, ve nadir de olsa dişler sepsis odağı haline geçerler. Kapsüllenmiş diş granülomları cerahat âmillerini barındırdıkları halde, bu âmillerin kana geçmeleri pek nadirdir ve çok cüz'î miktarda vukua gelir. Kanda, septik metastaz yapma kabiliyetini elde etmeğe vakit bulamadan sür'atle zararsız hale getirilirler. Fakat şunu da unutmamalı ki, diş granülomlarındaki mikroplar doku özsuyna toksinlerini verirler. Bu hususlar Anglo-Amerikan müellifleri tarafından esaslı araştırmalarla ispat edilmiştir. Diş ameliyatlarından, hattâ granüloz dişlerin lüksasyonundan sonra patojen mikropların kana geçtikleri, pozitif kan kültürleriyle ispat edilmiş bulunuyor, fakat minimal miktarda dolayısıyla bu bakteriyemi kısa sürelidir, bir kaç dakika sonra artık kanda hiç mikrop kalmamıştır. Üstelik bir titreme nöbeti de müşahade edilmiyor. Bu anlatılanlara göre, granüloz dişlerin çıkarılmasından sonra yapılmakta olan Penicilline tatbikinin fuzuliliği ve ileride aynı hastada muhtemel bir antibiyotik endikasyonu için, şimdiden yaratılacak «tedaviye mukavemet» mahzurundan dolayı da hatalı bir tedbir olduğu aşikârdır (Trummert).

Ancak uzun süreli ve klinik olarak komplike odakların tedavisinde ve daha büyük müdahalelerde antibiyotiklerin profilaktik olarak kullanılması haklı görülür.

5. — Sepsis tedavisi :

Sepsis tedavisinde ideal metod, bugün dahi, Bingold'ün daima belirtmiş olduğu gibi, sepsis odağının şirürjikal yoldan söndürülmesidir. Günümüzün yeni antibiyotik ilaçları bu kaideyi değiştiremediler, ancak cerrahî müdahalenin prognozunu daha ziyade müsaitleştirmiş oldular.» Sepsis odağının merkezi ekseriyetle deveran tarafından maalesef tedaviye kapanmış olarak bulunur.» (Bingold). Kendisinin bir vak'asında, septik kemik metastazlarının 5-6 ay gibi bir müddet içinde 28 defa cerrahî olarak bertaraf edilmesi zarureti hasıl olmuş ve ancak bu suretle hasta iyileşmiş.

Damarların bağlanması suretiyle de sepsis odaklarının zararsız hale getirildiği (meselâ V. Jugularis, V. Portae) ispat edilmiştir.

Prognoz bakımından, spontan şifaya terkedilmemiş-se septik çocuk düşürme vak'aları bilhassa müsaittir; uterus boşluğunun tahliyesi daima şifa getiricidir. Ateşle seyreden abortus vak'alarında, iyi prognozu dolayısıyla medikamentöz sepsis tedavisi kifayet eder.

Bazı sepsis ocaqları ise cerrahî müdahaleye elverişli değildirler; işte burada antibiyotika sahası başlar. Kesin bakteriolojik teşhisten sonra, dozu ne düşük, ne de yüksek tutmamak şartıyla tedaviye geçilir. Stafilokoklara karşı sülfonamidler az müessir, Penicilline çok müessirdir. Buna mukabil Penicilline, Coli basiline karşı tesirsizdir. Streptokok ve gonokoklara karşı da Penicilline, sülfonamidlere faik görünüyor. Meningokok ve pnö-mokoklara karşı ise ikisi de müsavi tesirdedirler. Anaerobardan mütevellit sepsislerde her ikisi de tavsiye edilir. Streptomycin ise, sülfonamidlere ve Penicilline mukavemet kazanmış âmillere, ayrıca bilhassa Coli ve enterokok enfeksiyonlarına karşı denenmelidir. Daha yeni antibiyotiklerden Chloromycetin, Terramycin ve Aureomycin, hemen hemen birbirlerinin aynı endikasyona sahiptirler. Sülfamid ve Penicillin tedavilerinin maksada ulaştırıldığı görülen bütün vak'alarda ve ayrıca karışık enfeksiyonlarda, meselâ Plevra ampiyemlerinde ve idrar yolları enfeksiyonlarında kullanılmaları gerekir.

Genel tedavi olarak, hasta organizmanın savunma gücünü artırabilmek için ne mümkünse yapılmalıdır. Yatak istirahati ve iyi besleme; kalp ve deveranın korunması; yeter miktarda mayi verilmesi (i. v. ve devamlı surette). Kan transfüzyonları yalnız septik anemiyi düzeltmekle kalmaz, ayrıca genel durumu da takviye eder.

Serumterapi, bugün artık tipki «spesifik olmayan tahriş tedavisi» ve «tespit apseleri» gibi itibardan düşmüş bulunuyor.

Hülâsa :

Sepsis konusunda Schottmüller'denberi devam edegelen bilgi ile son görüşler kıyaslanmış, teşhisi kolaylaştırma bakımından önemi olan Bingold tasnifi üzerinde durulmuş ve tedavi cihetinden de antibiyotik ilaçların radikal cerrahî karşısındaki durumları belirtilmeğe çalışılmıştır.

ILOBANE

Yüksek tesirli bir karaciğer hulâsası olup vitamin B kompleksinin anörin, nikotin amidi, laktoflavin gibi faktörleri de buna ilâve edilmiştir. Karaciğerin diğer kıymetli unsurları yanında, umumiyetle B₁₂ vitamini adı verilen antipernisiyoza prensibini ihtiva eder.

Hiperkrom (makrositer) aneminin,
bilhassa **pernisyöz anemi** ve bunun
nörolojik ihtilâtlarının, **hipovitaminoz** ve
avitaminozların, föniküler miyelozun

tedavisinde kullanılır.

Her biri 2 cc. lük 5 ampul ihtiva eden kutular.



KİMYA MADDELERİ FABRİKALARI
DARMSTADT
ALMANYA

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

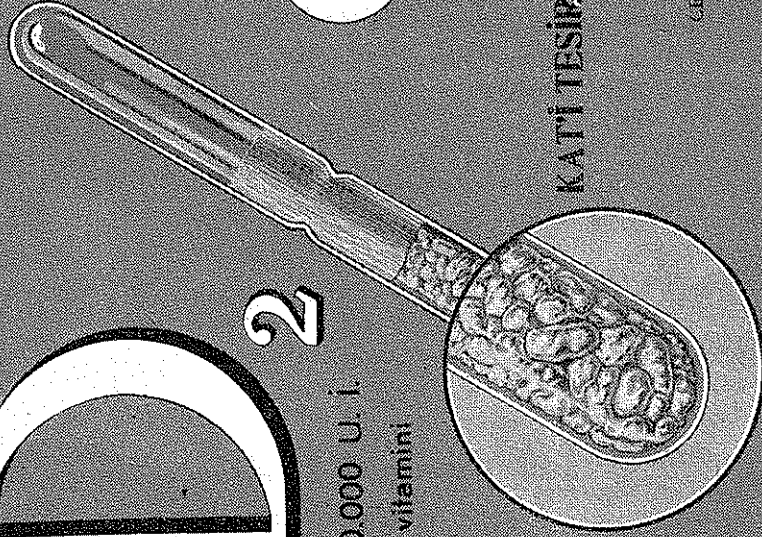


VİTAMİN

D₂

600.000 U. I.

D₂ vitamini



YENİ

AÇIZ YOLU İLE

GeneVis

KATI TESİR • TAHAMMÜLÜ MÜKEMMEL • HOŞ LEZZETLİ

GENİVİNE *Laboratoires Om* İSVİÇRE

Tuz ve Mımsızlığı
Prof. Kocaman ve Kemal Kılınçerem ve Şenlik, Koll. Şti.
Tel: 20075 SİRKEÇİ NARLIHAN 2 İSTANBUL P. K. 47

Literatür:

- 1 — H. Shottmüller - K. Bingold: In Handb. d. inn. Med. Bd. II. (1925).
- 2 — K. Bingold: «Septische Erkrankungen» (Monografi) (1936).

- 3 — K. Bingold: Med. Klinik (1933, No. 16).
- 4 — K. Bingold: D. Med. Wschr. (1947, No. 5-8).
- 5 — P. Gartinel, - J. Reilly: Traité de Médecine, Tome I. (Paris 1948).
- 6 — W. Trummert: «Die septischen Erkrankungen». Ärztliche praxis (1950, No: 40-45).

Röntgen Şuana Şeffaf Eksüdatif Plöreziler ve Eksploratris Ponksiyonun Kıymeti

Çanakkale Asker Hastahanesi, Dahili hastalıklar uzmanı :
Dr. Şevki Sonsuz

Memleketimizde bu mevzu üzerinde neşriyata rastlayamadık. Bazı konsültasyonlarda veya sıhhi kurullarda X şuana karşı envizibl plöreziler üzerinde münakaşalar yapıldığını görerek bu mevzuun seririyatımızda incelenmesine lüzum hasıl oldu.

Çanakkale Asker Hastahanesi dahiliyet servisine 14 - 10 - 950 den 17 - 5 - 951 e kadar yatan 562 eksüdatif plörezi vak'asından 58 i radiografi ve radioskopi ile tetkik edildi. Alunan neticeye göre 22 vak'amızda grafi ve radioskopi incelenmesinde patolojik bir hâl tesbit edilemedi. 9 hastamızda ise radiogram temiz görüldüğü halde radioskopide diafragn hareketinin azaldığı müşahade edilmiştir. Diğer 6 vak'ada plevra kesafeti, 11 inde hilüslerde dolgunluk ve, 10 unda da karakteristik radiolojik mayi kesafeti tesbit edilmiştir.

Bütün epanşman vak'alarının röntgen şuaı ile tesbit edilemeyeceği halihazırda malûm olan bir keyfiyettir. Bu gibi plöreziler üzerinde bir çok memleketlerde araştırmalar yapılmıştır. Bu meyanda hususile Almanya'da Chultz, Bauche ve arkadaşları, Fransa'da Dubourdieu, Capurru ve Pescarlo zikre şayanlardır.

Kalp kifayetsizliklerinde, böbrek hastalıklarında ve diğer kanın serin ve globülin muvazenesini bozan patolojik hallerde görülen epanşmanlarda radyoopak maddeler bulunmadığından Röntgen şuana karşı envizibldirler. Başta tüberküloz olduğu halde diğer ajan patojenlerle husule gelen eksüdatif plöreziler de transüda evsafına yakın bir karakter arzederlerse bunlarda da radyolojik tetkikler menfi netice verebilir. Bu meyanda lameller plöreziler, sinüslerde-bilhassa sağ sinüsdeki plöreziler de ekseriyetle X şuaı ile kontrol edilemezler.

Büyük plevra cevfinde teşekkül eden bir mayi ayakta iken mobildir. Toraksın durumunu değiştirmek suretile bunu verifiye etmek kabildir. Dubourdieu ve Capurru gibi araştırmacılar hastayı tamamen ranverse hale soktukları zaman kaidenin aydınlandığını buna karşılık zirvenin bir bulanıklık arzettiğini göstermişlerdir. Büyük epanşmanlarda ayakta alınan filimlerde klaviküla altında kuvvetli bir tenevvüriyet tesbit edildiği halde aynı hasta oturturularak filim alınacak olursa bu tenevvüriyetin yerini bir bulanıklığa terkettiği görülür. Böyle bir hastanın yatar durumda amacak filiminde ise göğüs boşluğundaki mayi akciğerin ön ve arka satırları üzerine aşağıdan yukarıya yayılacağından bütün bir akciğer sahalarında vazahat noksanlığı müşahade olunacaktır. Öyle vakayi vardır ki bunlarda yalnız yatar vaziyette alınan filimlerle mayi tesbit olunabilir. Çünkü bu vaziyette

mayi akciğer zirvesinde toplanarak onu âdeta bir takke gibi sarar, X şuaı ile de akciğer zirvelerini ihata eden bir kesafet tesbit olunur.

Plevra cevfindeki mayi orta derecede 1-1,5 kilo kadar olduğunda Röntgen filiminde kaidede irtifai 5-10 cm. olan bir kesafet görülür. Bu opasite koltuk altına ve apeksin dışına doğru temadi eder. Epanşmanın üst hududunu tayin eden bu hatta Damoiseau hattı tâbir olunur, fakat bu hat her zaman realiteye uymaz zira çizmiş olduğu hudut dışında da akciğerlerin ön ve arkasında mayi bulunur, hattâ su o kadar artar ki zirveyi de ihata edebilir. Görülüyor ki Damoiseau hattının çizdiği sınır hakkı mayi seviyesini ifadeden uzaktır.

Bazan mayi seviyesi çok yüksekte olduğu halde filimlerde his edilir derecede bir vezahat noksanlığından başka bir şey tesbit edilemez.

Gigliani invizibl olan plörezileri meydana çıkarmak üzere 10% lipiodol şıngalarmından istifade etmiştir. Şıringayı müteakip lipiodol dört saat sonra mayiin üst seviyesinde toplanır, işte bu suretle şuaa karşı invizibl olan plörezileri mütalâa etmek mümkündür. Yine bu gibi hastalar ekran arkasında tetkik edildikleri esnada tabii pozisyonları inhiraf ettirilecek olursa likit üzerindeki lipiodol sayesinde radyoopak olmayan bu mayilerin müteharrik oldukları da verifiye edilmiş olacaktır.

Radyoskopik araştırmalara gelince: Plörezi olan tarafta diafragn hareketinde azalma veyahut da tam bir hareketsizlik hali görülür. Bazan, diyafragn hareketleri normal olarak tesbit olunurlar. Diyafragnın fonksiyonu P. E Veil ve Loischleu tarafından araştırılmıştır. Bunlar tetkiklerinde plevra cevfinden mayi almak ve yerine hava vermek suretile yani Pneumo-sereuse yaparak muvaffak olmuşlardır.

Bazı az miktarda mayili plörezilerde ponksiyonu müteakip bir daha mayi teşekkül etmediği gibi noksanlaşan diyafragma hareketleri de kısa bir zamanda normale avdet eder.

Orta derceede nükslü olan plörezi vak'alarında ise diyafragma hareketleri tamamile durmuştur. Bundan dolayı da Kienbock ârazi husule gelir yani enspirasyonda hasta taraf hicabı hacizi yukarı kalkar, sağlam taraftaki ise aşağı iner ve bu suretile diyafragma hareketlerinde gyri tabii bir hâl teessüs eder.

Röntgen ile yapılan araştırmalarda zirvenin bazan örtülü olduğu görülür. Bu hal respiratuvar refleksin inhibisyonu dışarı olması, pumonun atelektaziye maruz kalması veyahut da pumon zirvesinin ince bir mayi ta-

bakası ile örtülü olmasından ileri gelir. Bundan başka plörezilerde normal hiltüs gölgelerinin arttığı da müşahade olunur ki bu da konjonktivo-vasküler tramların ranforse olmalarından ileri gelir.

Nadiren de olsa zikre şayan bir cihet de plörezi tarafındaki pumonda bir atelektazinin zuhur etmesidir. Bunun epanşmanın fazlalığı ile bir münasebeti yoktur. Bu plözünün gayri tabii bir şekilde opasite peyda etmesi ve mediasteni musab tarafa doğru çekmesiyle karakterizedir. Plörezi seyrinde pumondaki bu atelektaziye işaret edenler Fleischeur ve Besançon'dur. Bunlar atelektaziye bronşun bir kudür yapması veya bir buşon-mükö ile tıkanması, akciğerlerin düz adalesinde husule gelen bir refleks ile tefsir etmektedirler. Bu müellifler üzerinde yaptıkları araştırmalarda bu atelektazi halinin mayi kompresyonu ile alakası şöyle dursun daha ziyade bunların rezorpsiyona düşer olmuş vak'alarda tesbit etmişlerdir. Prensip itibarile iptidai plörezilerde pümonlarda bir lokalizasyonun görülmemesi lâzımdır. Fakat hakikatte se bu plöreziler epitüberküloz, ganglio-pulmoner reaksiyon, primo-enfeksiyonlarla birlikte bulunurlar. Eğer plöreziler enfeksiyondan uzun bir müddet, meselâ bir sene sonra teessüs etmiş ise bunlarda filim üzerinde kalsifiye sikatrize olmuş primer kompleks veyahut da zirvelerde hudutları iyice tefrik ve tahdit edilmeyen yeni mihrakları tesbit etmek mümkündür. Burada bir noktayı hatırlatmak lâzımdır. 15-16 ve daha yaşlı gençlerde plörezilerin enfiltrat prekos'u takiben husule gelebilecekleri düşünilerek çok dikkatli tetkik ve araştırmalar yapılmalıdır. Grau'nun plörezilerde pumon'un apeksinde tesbit ettiği küçük lekeleri Toury ve Cardis zirvenin post plöretik mikronodüler tüberkülozu termi altında mütalâa etmişlerdir. Bu iki müellif araştırmalarında klaviküla altında bidayeten âdedleri az, küçük dağımik mihraklar tesbit etmişlerdir. Bu mihrakların inkişaf ederek hacmen büyüdüklerini, birbirleriyle birleşerek toplu bir hale geldiklerini ve bu suretle klaviküla boşluğuna doğru yayıldıklarını da takip etmişlerdir. Bu lekeler ya pörezi ile birlikte veyahut da plörezilerden aylar ve hattâ senele sonra teşekkül ederler. Bu müellifler bu sahadaki görüşlerini plörezi esnasında ve plörezileri müteakip tomograf ile de tesbit etmişlerdir. Yapılan bu tetkikler ile plörezi esnayı seyrinde zirvelerde küçük flu lekeler meydana çıkarılmıştır. Fakat tomograf araştırmalarına göre bu lekeler daha ziyade plörezileri takip eden aylarda görülürler. Bunlar klaviküla altına yerleşirler. Hacimleri 1 mm. den bezelye ve daha büyük çapta olmak üzere değişiklik arzederler. Bunlar bidayette az vazih ve hudutları da tamamiyle tahdit edilemez. Mevkileri ise daha ziyade plözünün bulunduğu cihettedir. %70 vakayide bilateral olarak görülürler. Vakayiin 2/3 ünde pülmoner musabiyetler olur. Bunlar plörezi seyrinde veyahut da plöreziyi müteakip zuhur ederler.

Bir çok memleketlerde yapılan araştırmalarda X şüana karşı invizibl olan plörezilerde muhtelif pozisyonlarla yapılan radyolojik tetkiklere dikkat edilecek olunursa filimlerde mayi kesafetini ifade eden bir kondansasyonun mevzuubahis olmadığı görülür. Meselâ bu gibi plörezilerde ayakta hiç bir şey görülmediği halde zirvede hafif vazahat noksanlığı, yatar vaziyette ise o taraf

pumon'un heyeti umumiyesinde his edilir bir bulanıklık müşahade edilmesi gibi. Bu keyfiyet mayiin oturur ve yatar vaziyette muayyen bir hacim ve sahayı işgal etmesi akciğerlerin tabii görünüşlerine göre küçük tahavvüllerin husulünü intaç etmektedir. Fakat bunlar hiç bir zaman radyo-opak plöreziler demek değildirler. Yukarıda bahsettiğimiz gibi lipiodol sıringalarından istifade edilerek bu gibi invizibl olan plörezilerin bazılarının mevcudiyetleri meydana çıkarılmıştır. Her mahalde bu gibi ince tetkiklere imkân olmadığına göre klinik diyagnozun radyolojiğe nazaran pratikte ehemmiyetini kabul etmek lâzımdır.

Elimizde mevcut literatürde invizibl plörezilerin yüzde kaç nisbetinde oldukları hakkında bir malûmata rastlayamadık, seririyatımızda radyolojik ve radyoskopik olarak takip ettiğimiz 58 vak'anın yüzde miktarı şöyledir: Radiografik ve radyoskopik olarak birşey tesbit edilemeyen %37, röntgen plâkında mayi kesafetini izah edecek bir bulgu olmamasına rağmen radyoskopik olarak diyafrağın hareketlerinde azlık bulunanlar %15, filimde plevraya ait kondansasyon görülen %10,3, röntgen plâklarında hiltüsde dolgunluk olanlar %18,9; filim ile karakteristik mayi kesafeti tesbit olunanlar %17,2 dir.

Muayenehanelerimize gelen, seririyat ve kliniklerde yatan hastalarımızda bilhassa perküsyon ve oskültasyona büyük ehemmiyet vererek yapılan muayenelerde toraksın kaidelerinde hafif bir sübmatite, seste azalma tesbit ederek yapılacak eksploratris ponksiyonlarla ekseriya eksüdatif plörezi diyagnozuna vasil olmak mümkündür. Bu cihet dikkat nazara alınmazsa bu hastalar gözden kaçarak hastalıklarını başka teşhis altında yattıkları servislerde veyahut da ayakta geçirirler. İşte birçok otopsi vak'alarında müşahade ettiğimiz gibi radiogramlarında bir şey tesbit edilemeyen vakayiin çoğunda akciğerlerin geniş sahada yapışık oldukları görülür ki bunların tabiidir ki mânaları vardır.

Plörezi teşhisine vasil olmanın şahsın hayatî noktai nazarından kıymeti büyüktür. Bu gibi plöreziler bilhassa askerlik çağında Ranke'nin hipererjik safhasına tekabül ederler ki bunlar büyük bir ekseriyetle tüberküloz tabiatlıdır. Yukarıda arzettiğim gibi plörezilerden sonra rie tüberkülozu teessüs edebilir. Halbuki böyle bir şahıs kontrol ve iyi hijiyen şartları altında bulunursa tüberkülozun husül imkânları o nisbette azaltılmış olacaktır. Sol taraf plörezilerinde bir ciheti daima hatırda tutmak lâzımdır. Midenin fundusunun bu sahaya tekabül etmesi hava ile dolu vak'alarda perküsyonda bir tempanizm hiç olmazsa her iki taraf toraks kaidesinde sonoritinin eşit olması gibi bir neticeye varılabilir. Burada iki tarafın mukayeseli oskültasyonlarıyla sol tarafta seslerde azalma ile bir plöreziyi meydana koymak kolayca kabil olabilir. Klinisyen muayenede şüphe ettiği tarafta eksploratris bir ponksiyon tatbik etmek zaruretindedir; hattâ vazifesidir. Nitekim biz seririyatta bu ciheti ehemmiyetle ele aldık; bazan akciğerin non-spesifik bir enfiltrasyonu, konjestiyon pülmoner veyahut da lober, batart pnömoniler neticesi aseptik empyemlerin teessüs ettiği malûm bir keyfiyettir. O halde ancak eksploratris ponksiyonlarla plörezilerin tabiatları hakkında esaslı bir fikir elde edilmiş olacaktır. Bu yolda tanzim olunacak bir tedavi ile hastayı

kısa bir zamanda kurtarmak imkân dahiline girmiş bulunacaktır.

Plöretilerde ateş meselesi ise etiyojik diyagnozda mühim bir rol oynyamaz. Uzun fiyevrili seyreden vak'alar daha ziyade akciğer tüberkülozu menşeli veyahutta granüli gibi vahim gidişli tüberküloz vetirelerinin bir ihtilâtu olarak görünürler. Halbuki ekseriya plöretiler sekonder bir enfiltrat esnasında kronik veya sekel halinde bulunupta muhtelif sebeplerle yeniden faaliyet gösteren hilüs ukdeleri tüberkülozunun tekâmülü esnasında Tendelo'nun muakis ceryanı yani hipertrofiye olan ukdelere açılan lenf yollarının büyüyen ukdelerle manialanması ve hilüse doğru akan lenf ceryanının geri tepmesi neticesi yavaş yavaş B. K. ve toksilerinin plevrayı hipererjize etmeleriyle iyi gidişli eksüdatif plöretiler hasıl olur. Bu şekil plöretiler tüberküloz tabiatlı epanşmanların ekserisini teşkil etmektedirler. Primer odak akciğer üzerinde ve perifokal irtişahi plevra zarında olan vak'alarla, primer odak ve perifokal irtişahu aynı zamanda plevra üzerinde bulunan vak'alar ise selim seyredip kısa bir zamanda büyük bir kesretle hipererjik devirden allerjik devre girerler. Bu suretle de fievri de seri ve sezorpsiyona düşer olan mayi ile paralel olarak tabiiye avdet eder, muhakkak başka sebepleri göstermezler. Ancak bu gibi vakayide Löwenstein ve kobay tecrübeleri ile menfi netice almırsa bu takdirde plöretilerin etyolojilerinde başlıca sifilis, romatizma virütik ilâh... âmilleri düşünmekte hak kazanılmış olunur. Fakat bunların da kendilerine has peyik ârazları vardır ki ancak onları tesbit ederek şüphe etmek mümkündür. Şu halde askerlik çağında görülen plöretilerin ekserisinin tüberküloz tabiatlı olduklarına hüküm vermenin mantıkî olduğuna kani bulunuyoruz.

Eksüdatif plöretilerin asker hastahanelerinde çok tesbit edilmeleri askerlik çağının Rankenin hipererjik devrine tekabül etmesi erlerin vazife icabı gece ve gündüz suhnet farklarına maruz bulunmaları, mesken, besi şartları, bol vitamin sarfiyatı karşısında telâfi edecek derecede vitamin alıp almamak meseleleri şahısların köy hayatından ayrılarak askerliğin meşakkatlerine katılması, şehir halkı ile sıkı teması, iklim değışmelerinin rollerini unutmamak lâzımdır. Asker hastahanelerine giren plöretiler vak'alarında radyolojik bulguların seriri kanaat ve görüşlere nazaran pek uzak oluşu, plöretiler vakayinin erken olarak hastahaneye gelmeleri, plöretiler mayiinde radyo-opak maddelerin kâfi dereceyi bulmamaları, bunların daha ziyade transüdaya yakın bir karakter göstermeleri amildirler. Eğer bu vak'alar asker hastahanelerine geç gönderilecek olsalardı bu takdirde radyo-opak maddeler plöretiler mayiinde kâfi bir kesafet peyda edeceklerdi. Yani suyun mühim bir kısmının rezorpsiyona düşer olması ve binnetice kolloitlerinde o nisbette mütekâsif bir hâle gelmeleri, uzun zaman plevra ceyfinden kalan mayilerin plevra zarlarını kalınlaştırması, röntgen plâkları üzerinde plöretilerin mevcudiyetini tesbite yarayacaklardır. İşte asker hastahanelerinde radyolojik olarak plöretiler kesafetlerinin ekseriya görülmemesi bu sebeplerle olabilirler. Bundan dolayı röntgen ile seriri diağnoz arasında kıymet noktai nazarından seririyat lehine çok bariz bir fark mevcuttur.

Hülâsa: Mütekkik bir klinisyen plöretileri tesbit ederek yerinde yapacağı eksplöratris ponksiyonlarla radyolojinin vereceği malûmattan daha çok kıymetli bir neticeye varılabilecektir. Bu ise fertlerin dolayısıyla memleketin nefine olacaktır.

Haydarpaşa Nümune Hastahanesi Nisaiye servisi :

Şef: Dr. Niyazi Müştak Berker

Vitamin B₆ nin Antiemetik Tesirleri

Dr. Mişel Sion

Klinik asistanı

Bu yazıda Pyridoxine hydrochloride (Vitamin B₆) ile gebelik kusmalarında (emesis ve hyperemesis gravidarum) ve post-operatif kusmalarda elde ettiğimiz neticeler ile bu tedavi ile ilgili bazı meseleler gözden geçirilecektir (*).

Kısa tarihçe: Vitaminlerin esas vazifesi bazı beslenme ve metabolizma bozukluklarında görülen ârazların spesifik olarak izalesinden ibaret olduğu uzun zaman zannedildi. Gittikçe derinleşen biyosimik incelemeler neticesinde her vitaminin ayrıca çok mühim bir veya birkaç metabolik vazifesi olduğu enzim veya co-enzim olarak çok defa mühim bir mevki işgal ettiği meydana çıkarılmıştır. Bundan sonra da vitaminlerin kullanılış yerleri haklı olarak genişletilmiştir. Muhtelif metabolizmaların

ara safhaları henüz meçhul olduğu için vitaminlerin bu processus'larda rol oynıyabileceği zan ve ümidile, birçok hastalık ve semptomlarda vitaminler surf empirik olarak tatbik edilmeğe başlandı. Tabiiidirki elde edilen müspet neticelerin izahı için bazan tatminkâr olmıyan hipotezler ileri sürüldü. Belki biyosimik ve fizyolojik bilgilerimiz arttikça, bu nevi izahlar gayet kolay bulunacaktır.

Umumî olarak vitaminlerin kusmalara olan tesirleri 1932 senesinden itibaren tecrübe edilmeğe başlandı. Bu meyanda A, B₁, B₂, B₆, C, D, E, K, PP, gibi 9 vitaminin birtakım hastalık ve sendromlarda husule gelen kusmalara karşı müeessir oldukları müşahede edilmiştir: gebelik kusmaları, post-operatoire, post-anestezik, post-radioterapik, post-sulfamidoterapik, gastraljik, hepatic kusmalar, boğmaca ve pnömoni gibi enfeksiyöz hastalıklar esnasında görülen kusmalar v.s.

Gebelik kusmalarında evvelâ C ve B₁ vitaminleri

(*) Bu çalışmada kullanılan Pyridoxine, «Roche» fabrikasının tecrübe maksadile bize verdiği «Benadon» isimli müstahzardır.

muvaffakiyetle tatbik edilmiş (C vitamini ile %98 müspet netice). Müteakiben B₁ vitamini görülen %18 muvaffakiyetsizlik nisbetinin B₆ vitamini (Pyridoxine Hydrochloride) ile %5-9 a indiği görüldü ve emesis ve hypere-mesis gravidarum'da daha ziyade bu son vitamin kullanılmaya başlandı.

Elde edilen bazı neticeleri gözden geçirelim: İlk müspet neticeler Willis ve mesai arkadaşları tarafından elde edilmiş (1). Bundan sonra Weinstein ve arkadaşları (2, 3) pyridoxine'le beraber yatakta istirahat, umumî diyet ve sedatifler üzerinde ısrar ederek hepsinde kusmaların durduğunu görmüşler. Prydoxine enjeksiyonları bırakıldığında kusmaların yeniden başladığı müşahede edilmiştir. Silbernagel (4) günde yalnız 25-50 miligram vermekle 40 hastasının 38 inde tam şifa elde etmiştir. Maa-mafih Hesseltine (5) 11 vak'ada günde ağızdan 100 miligram ve haftada 2 defa entramüsküler 100 miligram tatbik ederek 3 vak'ada şifa, 3 vak'ada salâh, 5 vak'ada menfi neticeler elde edilmiştir. Kontrol olarak 5 hastaya steril su enjeksiyonu yapmış ve 3 ünde şifa elde etmiştir. Şifa bulmayan vak'alar sedatifler ve diyetle tedavi edilmişlerdir. Son zamanlarda Dorsey pyridoxine'i suprarenal cortex ekstreleriyle birlikte vererek 62 vak'anın 56 sında şifa ve 2-3 salâh müşahede etmiştir (6) (%93,5 - 95,1 muvaffakiyet). Dumont ve arkadaşları (7) 34 vak'adan 14 ünde şifa, 14 ünde salâh, 6 sında menfi netice elde etmişlerdir (%78 muvaffakiyet).

Şahsî neticelerimiz: Pyridoxine'i günde 50 miligram entramüsküler kullanmak suretile 8 vak'ada tatbik ettik. Ayrıca ambulatoire tedavi gören birçok hasta bu ilaçtan istifade ettiğini söylemiş ise de ciddi bir kontrol imkânsızlığı yüzünden bunları çalışmamıza ithal edemedik. Bu 8 vak'anın hepsinde müspet netice elde ettik. Bütün hastalar 2-3 gün sonra salâh alâmetleri gösterip diyet ve istirahata riayet etmek şartile kusmalardan artık şikâyet etmedikleri görülmüştür. Tabiidir ki bu kadar ufak bir materyelle hiç bir ciddi istatistik netice çıkarılamaz. Ancak hususiyet gösteren 2 vak'amızı tafsilâtli bir şekilde anlatmayı doğru buluyoruz.

Vak'a: 1. — 17 yaşında nullipare, 10 haftalık hamile. Pek erken teessüs eden bulantı ve kusmalar için birkaç hekime müracaat etmiş, insülin suprarenal cortex ekstresi ve pyridoxine hydrochloride (6 ampul) tedavilerinden fayda görmemiş. Hastanın umumî hali düşük olmakla beraber ileri bir toxicose hali henüz teessüs etmemiştir. Her gün bir ampul Benadon'la klâsik insülin kürünü tatbik etmeğe başlıyoruz. Bu ikinci tedavide hasta ikinci günden itibaren salâh gösteriyor, 3 üncü günde artık şifadan bahsedilebilir. Hasta bir hafta sonra tam sıhhatte olarak kliniği terk ediyor.

Vak'a: 2. — 23 yaşında nullipare. Şimdiye kadar iki defa gebe kalmış, ilk defada yapılan insülin ve suprarenal korteks ekstresi hiç bir netice vermemiş, hasta şiddetli bir toxicose alâmetleri gösterdiğinden uterusun tahliyesine karar verilmişti. 2 ncı gebeliğinde aynı tedaviler tatbik edilmiş ve hasta zâhiri bir salâhla gebeliğin 11 inci haftasında evine gönderilmişti. Ancak 2 gün sonra gayet ağır bir toxicose tablosu (subicterik renk, sayılamayan nabız, umumî hipotoni) ile bize dönmüş ve âcil bir küraj yapmaya mecbur olmuştuk. Şunu da ilâve edelim ki, her iki seferde de hastalığın psîşik komponenti oldukça kuvvetli görünmüştü. 3. cü gebeliğinde hasta 6 ncı haftadan itibaren servisimize yatırılıp her gün 50 miligram entramüsküler Benadon ve gün aşırı suprarenal cortex hormonu tatbik edildi. Bulantı ve kus-

malar kısa bir zamanda zail olmuştu, fakat hasta yine servisimizde kontrol altında tutuluyordu. Arasına bir münferit kusması oluyordu ise de umumî hali çok iyi idi. 10-uncu haftadan itibaren hastanın haberi olmadan Benadon yerine şerom fizyolojik tatbik edildi. Ahvali umumiyesinde bir değişiklik görülmedi ve gebeliğin üçüncü ayını ikmal ettikten sonra çıkarıldı. Müteakiben gebeliği normal seyretmiştir.

Görüldüğü ki, gebelik kusmalarında etyoloji itibarile psîşizma fevkalâde mühimdir ve toxicose'ların esas sebepleri arasında yer almaktadır.

Münakaşa: Vitamin B₆'nin tesirini izah etmek için emesisin etyolojisini tetkik etmek lâzımdır. Wagner'e göre (8) bunun sebepleri:

- 1) Gebelik esnasındaki anatomik ve biolojik değişiklikler.
- 2) Gonadotrop, ovarial, luteinik ve adrenal cortex hormonları.
- 3) Psîşik sebepler ve kusma merkezinin taharrüsiyeti (hipofiz - diensefal yolu, hypothalamus).
- 4) Desidual parçalanma maddelerinin allerjenik tesirleri.

Vitamin B₆ ile yapılan tecrübelerde elde edilen neticeleri nazarı, itibare alırsak, esas etyoloji iki kısma ayrılır.

a) Psîşik, b) allerjen tesiri yapan desidual parçalanma ürünleri.

Bu ikinci nazariyeye göre, histamin veya buna benzer maddeler (biojenik aminler) açığa çıkıp hypothalamustaki kusma merkezini tembîh ederler. Bu maddeler trofoblastların etrafındaki hücre desintegrationundan husule gelip gebeliğin 3-4 üncü ayına kadar artarlar (kusmalar da bu devrede artar). Bu zaman zarfında kan plazmasının antihistaminik kudreti eskisine nazaran 1000 misli daha kuvvetlidir. 4 üncü aydan itibaren trofoblastik faaliyet azalır ve aynı zamanda kusmalar zail olur.

Bütün mesele fazlaşmış histamin teşekkülünü tâdil etmekten ibaret ise pyridoxine'in bütün allergozlarda muvaffakiyetle kullanılması icab ederdi. Bu gibi deneylerin yapıp yapılmadığını bilmiyoruz. Diğer taraftan bazı müelliflerin antihistaminiklerle gebelik kusmalarında şayanı dikkat neticeler elde ettiklerini biliyoruz.

Netice: Son zamanlarda pyridoxine'in amino-asidlerin ara metabolizmasında birçok vazifesi olduğu tesbit edilmiştir (bilhassa decarboxylation ve transamination). Fakat bunlarla antihistaminik tesir izah edilemiyor. Pyridoxine'in çok mühim transmetabolik vazifeleri gittikçe meydana çıkması üzerine American Medical Association Eczacı ve Gıda Servisi, bütün tıp âleminin merakla beklediği mühim bir tebliğ yakında neşredilecektir. Elimizdeki bilgiler artıncaya kadar pyridoxine'in gebelik kusmalarındaki tesirini sadece teyit eder; hakikî izahını sonraya bırakırız.

Kliniğimizde Vitamin B₆'yi post-operatoire kusmalarda kullandık. Şimdiye kadar bu hususta yapılan tecrübelerle dair yalnız bir yazıya rastladık (9). Belçikalı müellif Goldblatt ether ve cyclopropane ile yapılan 184 genel anesteziyen sonra pyridoxine tatbik etmiş ve ekseriyetle müşahede edilen post-operatoire kusmalar tamamen kaybolmamakla beraber ehemmiyetli derecede azalmıştır.

Son zamanlarda Fransız klinisyenleri post-oper-

toire kusmalara karşı antihistaminikleri kullanmakta ve bunlarla iyi neticeler elde ettiklerini yazmaktadırlar (10). Amerikalı müellifler keza antihistaminiklerin bu müspet tesiri teyid etmektedirler (10). Bunu izah etmek için antihistaminiklerin parasenpatolitik bir tesir icra ederek kusma merkezinin taharrüşiyetini azalttıklarını farzediyorlar.

Vitamin B₆'nin post-operatoire kusmalardaki tesiri biraz evvel bahsettiğimiz antihistaminik hassası ile izah edilebilir. Maamafih bu izah gene bir farazyeden ibaret kalmaktadır.

Başka bir izaha göre bulantı ve kusmalar bilhassa anestetik verildikten sonra midenin atonik vaziyetinden ileri gelmektedir (11). Hareketsiz olmakla beraber mide mukozası muhtekandır. Kusma merkezi refleks tenbihlere karşı farti fassasiyet halindedir ve bulantılar kesildikten sonra bile bu vaziyetini bir müddet muhafaza etmektedir. Bundan dolayıdır ki ameliyattan sonra verilen mayiler yeniden kusmalara sebebiyet verebilir.

Kliniğimizde Benadon'u 20 vak'aya tatbik ettik. Ameliyatlar: Hysterektomi, kolpoperinorafi intraligament kist. Esasen ameliyattan evvel ve sonra birer ampul tavsiye ediliyorsa da biz yalnız ameliyattan sonra 50 miligramlık bir ampulu entramüsküler yaptık. Eldettiğimiz neticeler umumiyetle iyidir. Benadon kullanılmamış eski vak'alara kıyasen bulantı ve kusmalar aşikâr derecede azalmıştır. Ancak kontrol maksadile Benadon vermediğimiz 5 vak'anın yalnız birinde (etherle genel anestezi) kusmalar zuhur etmiştir. Bu itibarla pyridoxine'in post-operatoire bulantı ve kusmalardaki tesirini kat'i olarak tesbit etmek vaziyetinde değiliz. Ancak bu gibi hallerde çok müsait tesir icra ettiğini kaydetmeliyiz.

Bibliografi :

- 1 — Willis R. S., Winn W. W. v.s. : Clinical Observation in Treatment of Nausea and Vomiting in Pregnancy with Vitamins B₁ and B₆. Amer. Jour. Obstetr. Gynec. 44: 265-271, 1942.
- 2 — Weinstein B. B. v.s.: Clinical Experiences with pyridoxine Hydrochloride in Treatment of Nausea and Vomiting of Pregnancy. Amer. Jour. Obstetr. Gynecol. 46: 283-285, 1943.
- 3 — id. Oral Administration of Pyridoxine Hydrochloride in the Treatment of Nausea and Vomiting of Pregnancy. Amer. Jour. Obst. Gynec. 47: 389-394, 1944.
- 4 — Silberganel W. M., Burt O. P.: Effects of Pyridoxine on Nausea and Vomiting of Pregnancy. Ohio State Med. Jour. 39: 1113, 1943.
- 5 — Hesselting H. C.: Pyridoxine failure in Nausea and Vomiting of Pregnancy. Amer. Jour. Obstetr. Gynec. 51: 82-886, 1946.
- 6 — Dorsey C. W.: The Use of Pyridoxine and Suprarenal Cortex Combined in the Treatment of Nausea and Vomiting of Pregnancy. Amer. Jour. Obstetr. Gynec. 58: 1073-1078, 1949.
- 7 — Dumont M., Bourbon P. : Traitement des vomissements de la grossesse par la vitamine B₆. Gynec. et Obstetr. 49: 199-203, 1950.
- 8 — Wagner H.: Problem of Hyperemesis: Evaluation of Etiologic Connections and Therapeutic Possibilities. Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynak. 132 (2): 153-172, 1950.
- 9 — Goldblatt A.: L'action de la pyridoxine sur les vomissements post-opératoires. C. R. Soc. Belge Anesth., in Presse Med. 588 (51): 893, 1950.
- 10 — Rubin A., Metz-Kubin H.: Surg., Gynec. Obstetr., 92 (4): 415-418, 1951.
- 11 — Anon: Oral Administration of Water Postoperatively. J.A.M.A. 130 (16): 1194, 1946.

PRATİK İÇİN KISA TEDAVİ NOTLARI

Toplayan: Dr. Saliha Yalçın

Pernisyoza ve benzeri megaloblastik anemiler için karakteristik olan megaloblastların teşekkülü nüklein asid ve nükleoprotein metabolizmasındaki bir teşevvüşle ilgili görülmektedir. Bu anemilerin tedavisinde kullanılan folik asid ve B₁₂ vitamini gibi maddelerin tesiri de bu metabolizmanın muhtelif kademelerinde oynadıkları role bağlanmaktadır. Nükleoprotein metabolizmasının birinci kademesinde purin ve pirimidin husulü geliyor, ikinci kademe bu maddelerden nüklein asidi yapıyor. Müshadeler folik asid, timin, urasil gibi maddelerin tesirinin birinci safhada kaldığını, ikinci merhalede rol oynayan maddenin B₁₂ vitamini olduğunu göstermiştir. B₁₂ vitamininin eksikliğinde reaksiyon zincirinin ilerlemesi mümkün olamaz. Folik asidle salâh gösteren vakalarda şifanın mahdut oluşu ve nüklere istidat da bundan ileri gelmektedir (Wilter, Horrigan, Mueller, Jarold, Hawkins: Kngsrztrblt. f. inn. Med. 131, 3/4, 1951).

Baum Görtel karaciğer parankimi tedavisinde **glukojen ve insulin tatbikinün zayıf noktasını** tebarüz ettirmektedir. Patolojik şartlarda karaciğer hücrelerinin glikojenden fakir bulunması bu has-

taların glikozla tedavi edilmesini (Parankim koruma tedavisi) makul göstermiş, böylece karaciğer hücresinde glukojeni faaliyeti arttırılmak istenmişse de pratikte alınan netice her zaman arzu edildiği gibi olmamıştır. İkterli vakalarda tedavi maksadı ile verilen glikoz, hastalıklı karaciğerde esasen müsted bulunan glikojeniyi artırarak daha fazla glikoz mobilizasyonuna sebep olmaktadır. İşin aslına bakılırsa glükobenin gerek teşekkülü gerekse çözülmesi fermentatif hadisedir ve iki zıd hadise aynı karaciğer hücresinde cereyan etmektedir. Normal karaciğer hücresinde glükoben, kendisini parçalıyacak olan diyastazla temas halinde olduğu halde bundan müteessir olmaz. Buna mukabil toksik tegayyürlere uğradıkça diyastazın tesirine daha çok maruz kalır ve glikoz halinde çözülür. Bunun sebebi hücre kimyasının teamülü ile alâkalıdır: Diyastaz asid muhitlerde tesir gösterir. Karaciğer hücresinin teamülü normalde nötrdür. Toksik tegayyürlere uğrayıp pH sı asidleştikçe diyastaz da faaliyete geçtiği içindir ki karaciğer hastalarının hücrelerinde glükoben azalmaktadır. Glukoz yükseldikçe hücrelerin glükobenini çoğalacağı yerde azalır. Bu-

na çare olarak karaciğer parankimini koruma tedavisine glukozla birlikte insulin teşrik edilmişse de, bu tedavi şeklinin de pratikte verdiği netice pek başka başka olmuş, bazıları büsbütün aleyhe sapsmışlardır. Burada insulinin tesiri yapılan miktarlara bağlıdır. Kaldı ki, umumiyetle insulinin tesir etmesi için de karaciğer höcresini normal bir pH göstermesi lâzımdır. Ufak doz insulinle glukojenoliz frenlenip glukojeni artar. Buna mukabil yüksek doz insulin müskülatürün glukoz sarfiyat ve ihtiyacını arttırmak mukabilinde karaciğerde glukojen miktarını azaltır, yani glukojenolitik tesir eder (Med. Kl. Nr. 37, 1951).

Arteriosklerotik deveran bozukluklarında yüksek doz E vitamini ile iyi neticeler alınmıştır. Bir çok klinik sahalarda olduğu gibi burada da E vitaminiyle alınan tesirler, hipofiz ön lobunda gonadotrop hormonlarla birlikte ACTH in de ifraz edilmesi neticesinde sürrenal korteksinde Cortison husule gelmesiyle izah edilmiştir. Şu hale göre vitamin E bilvasıta sürrenal korteksinin faaliyetine de tesir etmektedir (Heinsen und Scheffer: Med. Kl. Nr. 34/35, 1951).

Hétenyi peptik ülser teşekkülünde nöro-humoral faktörlerin rolüne işaret etmektedir. Hayvan tecrübelerinde atofanla insanlardakine benzer mide ve duodenum ülserleri yapılabilmektedir. Aynı zamanda asetilkolin vermek, atofan ülseri teşekkülünü artırmaktadır. Önceden histaminle tedavi vakaların çoğunda ülser husulüne mani olmaktadır. Uyumasına mani olunan köpeklerde kısa zamanda ağır ülserler husule gelmesine mukabil, yüksek doz barbiturik asidler atofan ülseri teşekkülüne mani olmaktadır. Vagotomiden sonra bilhassa ağır mide ülserleri teşekkül etmekte, buna mukabil duodenum ülseri hiç görülmemektedir. Yüksek doz atropin aynı tesiri göstermektedir. Şu hale göre mide ve duodenum ülserlerinin genezinde ayrılık vardır. Ülser teşekkülünde ülser sathında ehemmiyetli miktarda histamin serbest hale geliyor, aktif fazlarda mide usaresinden histamin tamamen kaybolur, idrarda 17-ketosteroid itrahi azalıyor. Bu son bulgular da ülser aktivitesinin santral sinir sistemi tarafından tayin edildiğini göstermektedir. (Schw. med. Wschr. S. 1032, 1951).

Arabeyin nahiyesine asgari dozlarla (5 r) yapılan röntgen tatbiki ile vejetatif muvazenede değişiklikler yapılabilmektedir. Bu teşevvüşler bilhassa lökositler hemogram grafiklerinde hususî bazı değişikliklerle kendini göstermektedir. Hayvan tecrübelerine bakılırsa burada tesir yapan madde kan ile intikal etmektedir. Arabeyinlerine röntgen tatbik edilen hayvanların kanını şahitlere nakletmekle bunlarda da aynı değişiklikler husule getirilebilmiştir. Tesir hipofiz yolundan ACTH vasıtasıyla ve sürrenal korteksi üzerinden (Pape: Wien med. Wschr. N. 15, 1951).

Mytonik miyopati ve atrofi müsküler progresif vakalarında sistein ve metioninden iyi neticeler alındığı bildirilmektedir. Kreatinüri, fosfatüri, adalenin glikojen ve fosfokreatinik asidden fakirleş-

mesi ile karakterize olan ağır adale metabolizması bozukluklarının bulunduğu bu hastalıklarda sistein ve metioninin adale metabolizması üzerine müsait bir tesir icra ettiğini gösteren müşahedeler çoktur. Miyotoni konjenitalin klinikle tedavisinde idrarda fosfat ve kreatin seviyesinde ani bir yükselme olduğu halde 5 gün sistein vermekle fosfatürünün kaybolduğu görülmüştür. Bu maddelerin ihtiva ettikleri sülfidik gruplarının organik fosfor mükrekplerinin elaborasyonunu kolaylaştırmak suretiyle tesir ettiği düşünülmektedir (Ars medici, N. 6, 1951).

Kloromisetin tedavisinden mütevellit tâli stomatit ve farejitler görülmektedir. Sebep olarak ilâcın normal bakteri florasını bertaraf etmek suretiyle, Monilia albicans'ın ileri ölçüde proliferasyonuna imkân vermesi düşünülmektedir. Chloramphenicol alan 200 hastanın 12 sinde dil üzerinde esmer - siyah bir örtü ile karakterize stomatit, farejit ve bazı vakalarda özofajit husule gelmiştir. Aynı zamanda diğer antibiyotikler (penisilin, streptomisin) tatbik edilen hastalarda semptomlar daha ağır olmuştur. Bu ârazlar tedavinin kesilmesinden bir hafta sonra kaybolmaktadır. Nikotina- mid gibi vitaminler vermekle ağız - burun komplikasyonlarının husulüne mani olunamamıştır (Amer. Practitioner N. 9, 1950).

Riesel epidemik hepatitte aureomycinle şifa teessüsünün çabuklaştırıldığına işaret ediyor. Bu ilâcı almıyan hastaların 6 hafta hastanede kalmasına mukabil, 5-6 gün (günde 2 g ağızdan, 1 g damardan) aureomisin alanlarda klinik ikamet 15 güne iniyor. Streptomisin ve sülfamidler tesirsiz kalıyor (Ars medici, N. 4, 1951).

Bronkial astmada morfinin tehlikesi sadece teneffüs merkezi üzerine olan nehyedici tesirinden ibaret değildir. Epitelyal hücrelerde histamini serbest hale getirmek suretiyle bronş spazmını arttırdığı, ödem pülmonere ve kollapsa sebep olabileceği için de kontrendikedir. Aynı şekilde allerjik hallerde de morfin ve histamini serbest hale getiren diğer ilâclardan kaçınmak lâzımdır (Feldberg: Brit. m. J. 4463, 1950).

Deutsch ve Frischauf kardiya spazmı vakalarını dihydroergotamin ve hydergin ile tedaviyi tecrübe etmişlerdir. Hyderginden alınan netice daha müessirdir. Hastalarda sübjektif ve objektif âşikâr bir salâh müşahede edilmiştir. Vakaların yalnız ikisinde ilâç kesildikten sonra da bu müsait tesir devam etmiş, diğerlerinde devamlı tedaviye mecbur kalınmıştır (Schw. med. Wschr. N. 10, 1951).

Saf B₁ avitaminozunun klinik ârazları vejetatif distoni hallerini hatırlatmaktadır. Saf B₁ avitaminozu kendiliğinden pek husule gelmez, suni olarak tertip edilen gıdalarla meydana getirilebilir. Böyle sunî gıdalarla yapılan araştırmalar neticesinde elde edilen ârazlar yorgunluk, işe karşı isteksizlik, ruhi durgunluk ve taharrüşiyet, iştihatsızlık, deveran cihetinden teşevvüşler, uyku bozuklukları gibi nevrasteni tezahürleri diye tanıdığımız ârazlardır.

ŞEKERLİ GRANÜLE

(Kahve rayihalı)

P. A. S.

SPECIA

BİR KAHVE KAŞIĞINDA:
2.50 g. FAAL UNSUR VARDIR



GRANÜLE, KULLANILACAĞI ZAMAN,
YARIM BARDAK SOĞUK SUDA ERİTİLİR

Derhal zerkedilmeğe mahsus mahlûllerin ihzarı için

1 g. P. A. S. SODIQUE İHTİVA EDEN AMPULLER (5 lik kutular)

5 g. P. A. S. SODIQUE İHTİVA EDEN AMPULLER (10 luk kutular)

mevcuttur.

Türkiye Mümessili :

NECİP AKAR ve TÜRKÂN AKAR
KOLLEKTİF ŞİRKETİ

P. K. : 840
İSTANBUL

RHÔNE



POULENC

73

Phentonine

LIBA

12 Tablet

Beher Tablette :

Santonium 0.04 gr.
Phenolphtaleinum 0.04 gr.

mevcuttur.

HELMINTHİASE, ASCARİDİASE, OXYURASE, ANKYLOS-TOMİASE gibi bütün yuvarlak kurtlardan mütevellit rahatsızlıklarda doktorun tavsiyesine göre kullanılır.

12 Tabletlik kutularda, İstanbul'da perakende satış fiyatı 210 kuruştur.

20 Komprime

Ephedrini Hydrochloridum 0.025 gr.
Atropini Sulfas 0.0005 gr.
Natrii Nitris 0.03 gr.
Papaveri Hydrochloridum 0.01 gr.

Bronşiyal astma, Saman nezlesi, Serum hastalığı ve bilimum anafilaksi hallerinde kullanılır.

20 Komprimelik kutularda İstanbul'da perakende satış fiyatı 110 kuruştur.

LIBA LABORATUARI

Perşembe pazarı cad. No. 6 - Galata - İstanbul

Tel : 40800 - 42772

Astmonitrit
LIBA

74

Filhakika B₁ avitaminozunda gerek vejetatif merkezlerde gerekse muhiti vejetatif sinirlerde ehemmiyetli anatomik bozukluklara rastlanmaktadır (Stepp: Med. Kl, N. 36, 1951).

Stepp C vitamininin iki yoldan mezaşimin faaliyeti ve mukavemetini arttırdığına işaret etmektedir. C vitamini bir taraftan mezaşimin fonksiyonları üzerine hakim olan glükoproteidlerin (ve hyalüron asidinin) teşekkülüne imkân verir, diğer taraftan da sürrenal korteksinde mevcut olan yüksek miktarları ile bu organın hale göre en uygun steroidleri yapma faaliyetini kolaylaştırır. Onun içindir ki mezaşim faaliyetinin artmış olduğu her yerde C vitamini ihtiyacı da artmıştır (Med. Kl. N. 36, 1951).

Klinik seyirlerinde «serebraltoksik» veya «psikotik» hastalık tabloları ön plâni alan bazı pyelonefrit vakalarının psikiyatri veya nöroloji servislerine girdikleri görülmüştür. Hakikatte bu hastaların yorgunluk, halsizlik, uyusukluk, başağrısı ve uyku bozuklukları gibi şikâyetleri üremiyle ilgilidir. Fakat bunlarda çok defa idrar yollarına ait subjektif şikâyetler bulunmadığından ve kanda azot seviyesini kontrol etmek de akla gelmediğinden

den ne pyelonefrit ne de üremi farkedilir. Böyle gizli kalmış üremi vakalarının otopsi ile meydana çıkarıldığı vardır. Bu ârazlar tek taraflı pyelonefritte de görülebilir.

Bazı akut pyelonefritli hastalara da tifo veya paratifo teşhisiyle intaniye servisinde rastlanır. Ateş, uyusukluk, kusma ve ishallerle müterafık üremik mide-barsak semptomları hatâli teşhise sebep olur. Ateşin yüksek olduğu safhada henüz idrar bulgularının normal oluşu da teşhisi güçleştirir (Berning: Dtsch. med. Wschr. N. 48, 1951).

Hodgkin hastalığında aureomycin'in tesiri araştırılmış ve 4-8 gün, günde 2-4 g vermekle bir salâh temin edilememiştir. Oreomisine mukavemet gösteren vakalardan 4 ünde hardal esansı tatbik edilmiş ve üç vakada ateşin tamamen kaybolduğu müşahade edilmiştir. Birçok müellifler tarafından da buna benzer neticeler bildirilmiştir. Virus hastalıklarında muayyen bir tesir gösteren aureomisin hastalığın tekâmülüne hiç bir surette tesir etmemesi, Hodgkin hastalığının enfeksiyöz menşei üzerindeki münakaşaların tazelenmesine sebep olmuştur (Goldman: Amer. J. Med. Sci. 221, 191, 1951).

REFERATLAR

Heparinin fibröz nesic ve serözler üzerine tesiri: (W. Beigelböck, K. Sichel, Klin. Wschr. 1915, 11-12) Heparin intravenöz olarak tatbik edildiği zaman intramüsküler ve subkutan olarak tatbikine nazaran koagülasyonu daha kuvvetli inhibe eder. Bağ dokusunun esasını teşkil eden Mucoitin ve Chondroitin sülfat gibi cisimlere şimik yakınlığı yüzünden heparinin nedbe nescini şişirip gevşetebileceği kabul edilmiştir. Nitekim etrafına heparin zerkekilen mafsal insibablariyle, içine heparin zerkekilen hidrosel ve veter gangliyonlarında hayret verici neticeler alınmıştır.

Nedbelerden mütevellit büzülmelerde ve hususiyile Dupuytren kırıklarında parlak neticeler elde edilmiştir. Enjeksiyonun ağrısını azaltmak maksadiyle içine bir miktar Novocaine ilâvesi tavsiye edilir.

Hiperparatiroidizm: (H. Milton Rogers, Amer. Pract. 1951, April) En mühim sebep adenom, nadiren malin neoplazidir. Dört bezin birlikte yaygın bir şekilde büyümesinde (primer hipertrofi ve hiperplazi) klinik semptomlar o kadar göze çarpmaz. Bunları üç gruba bölmek kabildir: Renal, osseal, gastroentstinal belirtiler. Böbrek taşlarının takriben 5 % hiperparatiroidiye bağlıdır. Röntgenle tesbit edilebilen nefrokalsinozlarda böbrek tubulilerinde kireç oturması ve tıkanma neticesi olarak nisbâten süratli bir üremi meydana gelebilir. İskelette dekalsifikasyon ve kist teşekkülü tarzında tegayyürler (Ostitis fibrosa cystica Recklinghausen, Albright sendromu) meydana gelir. Kırmızı kemik iliginin fibröz bir nesce inkılâbı anemiye sebep olur. Bu bazen başlıca semptomu teşkil eder. Hiper-

paratiroidi bazan böbrek ve iskelet tegayyürleri olmadan gastroentstinal tezahürlerle kendini gösterir: Bulantı, iştahsızlık, yorgunluk, konstipasyon gibi hiperkalsemiye bağlı âraz. Akut şekillerinde kusma, iştahsızlık, delirium ve koma görülür.

Parathormon verildiği zaman evvelâ idrarla fosfor itrahi artar, sonra anorganik serum fosforu azalır, bunu serum kalsiyumunun artması ve hiperkalsemi (Sulkwitch deneyi) takip eder, hiperkalsemi (%10 mg. den yukarı), hiperfosfatemi (%3,5 mg. den aşağı). Evvelce böbrek bozukluğu olanlarda bu tipik bulgular değişebilir. Tefrik teşhisi bakımından, piyelonefrit, diyabetes insipidus, osteoporose, kemik metaztazi, myelom, Boek sarkoidi, Paget ve D-hipervitaminose'u ayırmalıdır. Yegâne çare adenom veya adenomların çıkarılmasıdır. Primer hipertrofi ve hiperplazilerde subtötotal paratiroidektomi yapılır.

Sedat Yörükoğlu, (Ankara).

Migren'in tedavisi: (Revue Internationale pour le Medecin praticien no: 8, 1951) Migren'in fizyopatolojik olan kriz tedavisinde fazları nazarı itibara almak lâzımdır:

Baş ağrısı olmıyan başlangıç fazında iki gözde subjektif bozukluklar, pırıldayan skotomlar mevcuttur. Burada serebral arterlerin vazospazmı kabul edilir. Daha ileri devrede bir taraflı, sathî zonklayıcı başağrısı mevcuttur. Fotofobi ve en ufak bir hareketle artan hiperakuzi ile müterafık olan bu ikinci fazın serebral damarların vazodilatasyonu ile ilgili olduğu düşünülür. 12 saat sonra fenomenler yavaş yavaş kaybolur. Buna göre kriz tedavisinde:

a) Ağrılı santripet refleks yolunu kesmek lâzımdır. Bunun için yüzde 1 novokain solüsyonundan 5 cc. prosesus zigomatikus altında yavaşça enjekte edilerek temporal dal uyuşturulur.

b) 1 mgr. dihydro-ergotamin verilerek kraniyen damarlar daraltılır.

c) Paradoksal olarak bütün faz boyunca vazodilasyon yapan asit nikotinic verilir.

Kriz geçtikten sonra: tiroid ekstresi, progesteron, testosteron hipofizi inhibe etmeleri ve hormonal muvazaneyi temin etmeleri yönünden verilir. Karaciğer cihetinden az dozda kolagog ve koloretikler kullanmak düşünülebilir. Psikişik teşhislere karşı müsekinlerle iktifa edilir. Muannit ve tahammül edilemeyen vakalarda arteria meningea media ve trigeminusun menenje giden dallarını kecmek gibi cerrahi müdahalelere baş vurulabilir.

Penisilinin Hipoglisemik tesiri: (R. M. Valdes G. A. Juanes ve L. J. Del Alamo, Revue Internationale pour le Medecin Praticien no: 5 1951) Gangrenli bir diyabet vak'asında insülin kesildikten sonra penisilinle glikozürinin kaybolduğu müşahede edilmiştir. Diğer taraftan dört normal ve üç diyabetli vak'ada penisilin enjeksiyonundan sonra glisemi seviyesinde geçici bir düşme görülmüş bu da penisilinin karbonhidrat metabolizması üzerine olan tesirine bağlanmak istenmiştir. Kontrol olarak enfeksiyon hali göstermeyen 5 vak'a müşahede edilmiş, bunlardan ikisi rejime ve insülin enjeksiyonuna tabi tutulmuş üçüne hiç bir tedavi tatbik edilmemiştir. Günde 200.000 ünite penisilin yapıldığı halde bu vak'alarda glisemi ve glikozüride bir değişme olmamıştır.

Bu neticelere dayanılarak karbonhidrat metabolizmasında ve kan şekeri seviyesinde penisilinin bir tesiri olamayacağı düşünüldü. Bütün enfeksiyonların diyabeti ağırlaştırdığı bilindiğinden komplikasyonlu vak'alarda penisilinin kan şekeri seviyesine olan tesiri enfeksiyon âmillerine tesirle izah edilebilir. Burada toksin ve enfeksiyonların anti-insülinik tesirlerinin yok edildiği düşünülür.

Dr. Saffet Özaydın, (Ankara).

Thiuracil birleşmelerinden sonra görülen ârizalar: (Schürmeyer Med. Klinik 1951, 25/26) Thiouracil mürekkeplerinden sonra görülen ârizaların tedavi müddeti ile alakası yoktur, Şahsa göre değişiklikler gösteren bu reaksiyonlar önceden kestirilemez. Literatürde 1947 senesine kadar 30 ölüm vakası gösterilmiştir, bunlardan yalnız toksik zararlı tesir olarak kabul edilen ağıranülositoz tehlikelidir. Ateş, ateşli ekzantem, bulantı, mide barsak bozuklukları, mafsalsal ve bez şişmeleri nevritis ve adale ağrıları allerjik ârizalardır.

Thiouracil ve aminothiazil daha ziyade toksik, methyl-thiouracil ve Propycil ise daha fazla allerjik tesirler gösterirler. Propycil fazla allerjik tesirler gösterirler. Propycil methyl thiouracil'e nazaran 3 defa kuvvetli tesir gösterdiği halde allerjik tesiri daha azdır. Bunların husule getirdiği ekzantemler oldukça çabuk geçicidir. Methyl-thiouracil tedavisinden sonra bir defa hemorajik sistite tesadüf edilmiştir.

Kurşunla zehirlenme: (E. Hesse ve W. Flöter, F. Mainz ve R. Hauf ars. med No. 10. 1951). Uzun müddet hayvanlara her gün kurşunla beraber folik asid verildiği halde hayvanların ölmemesinden faydalanarak folik asidi insanlara da tatbik etmişlerdir. İki kurşunla zehirlenme vakasında asit folik verildiği zaman ilk defa periferik kanda bazofil noktalı eritrositlerin meydana çıkmasıyla birlikte kurşun gingivitisinin kaybolması kurşun itrafının artması olarak kabul edilmiştir. Daha sonraları bazofil noktalı eritrositler de kaybolmuştur. Bundan dolayı bu tedavi metodu üzerinde daha fazla durmağa değer görülmüştür.

Profilaktik olarak kurşun işlerinde çalışan işçilere karaciğer koruyucusu olarak laeverol çok müsait tesir göstermiştir. (Kronik kurşun zehirlenmelerinde karaciğerde yağlı degenerasyon ve atrofik siroz meydana gelir).

22 işçi 3 ay müddetle günde 100 gr. Laeoral (Limonata şeklinde) almışlar, bunlarda karaciğer testlerinin düzeldiği, bazofil noktalı eritrositlerin kaybolduğu porfirurinin azaldığı ve 5 kiloya kadar arttıkları yani bir şifa tesiri elde edildiği görülmüştür.

Dr. Feyyaz Kasımoğlu, (Ankara).

Antihistaminiklerin mahzurları: (Cherry: Ars Medici, No. 3, 1951) Nezlenin antihistaminiklerle tedavisinden beri bu madde halk arasında kullanılmaya başlanmıştır. Bu şartlarda müteaddit entoksikasyon halleri görülmüştür. Müellif, antihistaminiklerin suiistimalile meydana gelmiş 3 labirintit vakası neşretmiştir. Şekerli bonbon halindeki antihistaminikleri fazla miktarda alan çocuklarda entoksikasyondan mütevellit ölüm vakaları müşahede edilmiştir. Bu akut entoksikasyon hallerinde antitod olarak cild altından kilo başına 0,1 mgr. fosfat asid histamin şırıngalarından faydalanılmıştır.

Plevranın rezorbsiyon kabiliyeti ve klinik ehemmiyeti: (M. Goldina: Ars Medici, No. 7, 1951) Plevra boşluğuna blö dö metilenin % 10 solüsyonundan 2 cc. şırınga edilerek muhtelif hastalık hallerinde permeabilite kabiliyeti tetkik olunmuştur. İdrarda boyalı maddenin görülme zamanı araştırılmış ve aşağıdaki neticeler alınmıştır: Normalde yani eksudasız ve pnömotoraksız vakalarda 2 - 3,5 saatte boyalı madde idrarda görülüyor. Plörezi fibrinöz hallerinde rezorbsiyon kabiliyeti azalıyor (4-5 saat). Pürülan plörezilerde daha çok gecikiyor (6 - 23 saat). Diğer bir çok müşahedelerde bu tecrübenin pronostikteki kıymetini meydana koymuştur. Plevranın permeabilite kabiliyeti nisbeten muhafaza edilen pürülan plörezilerin rezorbsiyon kabiliyeti ileri derecede azalmış olanlara nazaran daha müsait bir seyir gösterdiği tesbit edilmiştir.

Dr. Nihad Bulguç, (Ankara).

Aort darlığının teşhisi: (David Lewes, British Medical Journal No: 4700 3 şubat 951) Ehemmiyetli bir entité morbide olan aort stenozu hayatta çok defa gözden kaçır. Londarada post-graduate Medical School da yapılan 2245 otopside 25 aort steno-

zu tesbit edilmiştir. Bunlardan 3 ünde ölüm bir sebebe bağlanamamış, diğer vakalarda ise endocardite infectieuse ile ilgili görülmüştür.

Aort darlığı hayatla kabili teliftir. Vakaların yarısında, hasta hayatta iken, hastalık teşhis edilmiştir. Bunlarda nabız küçük ve batı, tansiyon arteriyel ortalama 13-18 bulunmuştu. Vakaların 4/5 ünde aort ortalama 13-18 bulunmuştu. Vakaların 4/5 ünde aort mihrakında soffle systolique ve thrill ve bunlardan 6 sında aynı zamanda mitral mihrakında souffle mevcuttu. 2 vakada 2 nci ses kaybolmuş. 3 vakada normal bulunmuştu.

E. K. G. değişik traseler vermiş 6 vakada dal bloku görülmüştü. 18 i sol ventriküle ait olmak üzere 21 vakada, cardiographie ile, kalpte büyüme tesbit edilmiş, bazı vakalarda tomographie ile aort valvüllerinde calcification görülmüştür.

İkterlerin pronostiği hakkında: (L. R. Presse Medicale No: 57 1951) karaciğer kifayetsizliği tecrübelerinin her biri, karaciğer fonksiyonlarından ancak birine teveccüh eder. ve ekseriya karaciğer yetersizliğinin ileri safhasında müsbet olur; zira uzun müddet fonksiyonel bir kompensasyon mevcuttur. Bundan dolayı ikterlerde önceden pronostik koymak güçtür.

A. Jossierand ve F. Potton tetkik ettikleri 25 vakada (11 i selim enfeksiyöz ikter ve 14 ü evolutif veya mortel «lithiase, néoplasme, cirrhose, infection») sedimantasyon neticelerine istinaden, düşük sedimantasyonun (1 inci saatte 30 dan yukarı) mutlaka fena bir pronostiğe delalet etmediğini ve fakat müsait bir sedimantasyonun iyi bir pronostiği gösterdiğini bildirmektedirler.

Dr. Cemal Erkmen, (Ankara).

Duodenumun hemorrajik ülserleri patojenezinde sürrenal glandın hissesi: (Ph. Massé: Ref. Presse, Médicale 1951, 44) M. Duodenal ve gastrik ülserlere müptelâ olan şahısların idrarlarını hayvanlara zerkederek bundan çıkan neticeleri tetkik etmiştir. Bir kısım hayvanlara ülersiz sağlam şahısların idrarlarını zerk, diğer bir kısım hayvanlara bir şey enjekte etmeksizin şahit olarak bulundurmuş ve bu tecrübelerden şu neticelere vasil olmuştur. Ülserli hastaların idrarlarıyla yapılan enjeksiyonlarda hayvanların testiküllerinde bir hiperplazi, hipofizin ön lobunun bazofil hücrelerinde tegayyür ve kortikosürrenallerde atrofi tesbit etmiştir. Bu hadise bilhassa hemorrajik ülserden muztarip olan hastaların idrarlarıyla yapılan denemelerde daha aşikâr olmuştur. Ülserlilerde görülen testosteronemi de hipofizin ön lobunda bir hipofonksiyon görülür ve bu da kortikosürrenal üzerinde tesirini gösterir. Bu kortikosürrenallerin gayri kâfi sekresyonu kapillerlerin tonüslerini azaltır, permeabilitesini artırır ve bunun neticesinde mide ve duodenumun ödemli mukozasında kanamalar meydana gelir. Bu olayların basit fizyolojik bir ehemmiyeti olmayacaktır. M. Bundan teşhis için biyolojik bir reaksiyon elde etmiştir. Ülserli hastaların idrarı, püberteye ermemiş hayvanların damarı içine zerki bunların sürrenallerinde atrofi, testiküllerinde hipertrofi meydana getirir. Muaye-

ne esnasında radyolojik bir ülser işareti göstermeyen hastalarda da bu reaksiyon müsbettir. Bütün vakalarda bilâhara yapılan denemeler hadiseyi teyid etmiştir. Bu tecrübeler ayrıca kortikosürrenal ve C vitamininin faydalarını da göstermektedir.

Travmatik Cushing: (H. Robbers: D. M. Wsch. 1951, P. 175 - 177) 46 yaşında bir kimsenin müşahedesi. 1937 senesinde bir travmadan sonra kendini kaybetmiş, yarım saat sonra amnezi retrograd teessüs etmiştir. Yanak kemiği bölgesinde sathî yara ile müterafık bir şişlik ve kot kırığı olmuştur. Hastanın ajitasyonu sebebiyle kafa kemiklerinin grafisi yapılamamıştır. Yatakta kaldığı müddetçe 37 kilo şişmanlamış, daha sonra bunu fazla terleme, seksüel gerileme, işitme bozukluğu, tansiyonda hafif yükselme (14/8 V.), verjitür ve her iki bacakta staz takip etmiştir. 1940 daki muayenesinde fazla bir değişiklik tesbit edilememiştir. 1941 de ağırlığı 87 kiloya yükselmiştir. Kulak muayenesinde işitme sinirinde bir tegayyüre maruz kaldığı (hemorraji) görülmüştür. Hastalığın seyri esnasında koroner yetersizlik meydana gelmiş, sonradan kendiliğinden iyileşmiştir. Burada ağır baş travmasından sonra Cushing hastalığının meydana geldiği ve bunun travmatik menşeli oluşunun söz götürmediği muhakkaktır.

İkincisi 26 yaşında bir vakadır. Bunda da yine travmayı müteakip obeseite, verjitür, tansiyon yüksekliği, poliyüri, hipogenitalizm gibi Cushing teşhisi koyduracak fenomenler meydana gelmiştir. Diğer bazı ötürlerin müşahedelerinden elde ettiğimiz ve travmatik Cushing hastalığı teşhisine imkân veren ancak 4 vaka daha vardır. Hastalık umumiyetle travmadan beş sene sonra meydana çıkar, fakat hastalığın orijini travmatik ise pronostik selimdir. Nitekim H. R. nin observe ettiği iki vakada semptomlar altı sene sonra kaybolmuştur.

Dr. Etem Yüçetürk, (Ankara).

33 Uterus sarkomu vakası dolayısıyla: (W. F. Finn-Amer. Journ. of Obst. and Gyn. December 1950). New-York Hospital adlı hastahanenin Kadın kliniğine 1933-1949 arasında kabul edilmiş olan hastaları tetkik etmiş olan müellif; uterus sarkomları, kliniğe kabul edilen bütün hastaların %0,15 ini, myomlu hastaların %0,3 ünü ve üreme organlarının her cins tümörlerinin %3,3 ünü teşkil ettiğini bildiriyor.

Bu vakaların 13 ü endometrial, 18 i myomlardan menşei almış ve iki tanesi de herhangi bir sarkom grupuna ithal edilememiştir. Bunlardan 31 hastanın yaşı 40 in üstünde bulunuyordu. Başlıca ârazilari: âdet kesimini takip eden devrede kanama, karın ağrıları ve karın aşağı kısımlarında bir kitlenin mevcudiyetinden ibaretti. 9 hastadan sitodiagnostik için vaginal ifraz alınmış, 7 sinde teşhis doğru çıkmıştır. Mümkün olan vakalarda radikal ameliyat esas hattı hareketi teşkil etmiştir. Ameliyatı takip eden, ilk günlerdeki mortalite % 10 dur. Şok, hemorajik, peritonit ile kalp yetmezliği ölüm sebeplerini teşkil etmiştir. Uterus hudutlarını aşmış olan sarkomlulardan, yalnız biri hayatta kalmıştır. Rahim sınırlarını

aşmamış olan 13 hastanın kâffesi yaşamaktadır. 7 hasta 5 yıldan az, 7 hasta da 5-17 sene arasında hayat sürebilmiştir.

Hormonların, kadın genital kanserleriyle münasebeti: E. Novak-Amer. Jour. of Surg. - July 1951. Birkaç yıldır, bilhassa östrojenlerin, kanserogen oldukları şüphesi ortaya çıkmıştır. Yalnız dişilerinde meme kanseri husule gelmekte olan bir cins farede, östrojen verilerek erkeklerin memelerinde de kanser husule getirilebilmiştir. Yine tecrübeler göstermiştir ki kısa müddet verilen yüksek doz östrojenden ziyade, çok yüksek olmayıp da uzun müddet verilenler (kanseri) i ortaya çıkarmaktadır. Böyle hareket ederek Gardner Li ve daha başkaları farelerde (collum ca) meydana getirmişlerdir. Maalesef östrojenlerin klinik kullanılması geniş mikyasta suiistimal edilmektedir. Bu yersiz kullanım, bilhassa menopoz teşevvüşlerine karşı çoktur. Tesadüfen elimizden geçen bazı vakaları incelemekle, uzun zaman yüksek doz östrojen tedavisine tabi tutulmuş kadınlarda (kanseri) meydana çıkardık. Demek oluyor ki kadınlarda östrojen hormon uzun müddet kullanılmıyacak, hele menopozda bulunan kadınların ekserisinde, hiç verilmiyecektir. Bu devrede olup ağır vazomotor bozuklukları gösterenlere, fasıllı olmak üzere, küçük dozlar vermek yerinde olur. Bununla beraber kanser bakımından ailevi (tare) 1 bulunanlarda, ameliyat veya radioterapi ile kanserini tedavi ettirmiş olanlarla, prekanserö durumda ve şüpheli şahıslarda östrojenlerden tevekkil etmek, emin yolu seçmek demektir. Bu gibi kadınlardaki teşevvüşler tercihen (erkek hormonu) ile bertaraf edilecektir.

Ektopik gebelikte teşhis ve tedavi: (140 vak'a üzerinde inceleme) Buford Word: (Surg. Gyn. and Obst. March 1951) 85 vak'ada gebeliğe sağ tubada, 45 defa sol nefirde ve bir tane de ovarial gebeliğe rastlanılmıştır. Patolojik anatomi bakımından tetkik edilen tüblerde % 33,5 salpingitis bulunmuştur. Araz bakımından: 13 hastada karında ağrı, 127 sinde vaginal kanama, 88 inde âdet gecikmesi mevcut imiş. 130 hastanın palpasyonla karını, 84 ünde de tuşede collum uteri yumuşak hissedilmiş ve 80 bimanüel muayenede pelviste bir kitleye ve 69 vak'ada fornikte kabarıklık hissedilmiştir. 140 hastada ısı 36 ile 38,4 arasında değişmiştir. 53 vak'ada Douglas ponksiyonu yapılmış 51 defa kan çekilmiştir. Bu 51 müsbet vak'anın 3 ünde dış gebelik çıkmamıştır. Menfi çıkan vak'aların 2 sinde ise ektrauterin gebelik mevcut idi ve ameliyat yapıldı. Bu neticelere göre Douglas ponksiyonu % 90 doğru netice veriyor demektir. 140 hastadan ancak 122 sinde preoperatuar teşhis doğru konmuştur. Tedavi olarak Salpenjektomi tercih edilmiştir. 3 enterstsiyel gebelikte histerektomi yapılmak mecburiyeti hasıl olmuştur.

Östrojen produksiyonlu yumurtalık urlarile müterafik rahim maliny lezionları: M. B. Deckerly ve Elizabeth Mussey (Am. Y. Obst. and Gyn. January 1951) Granuloza ve teka hücreli (87) tümörlü hastayı tetkik eden müellifler, bunlarla bir-

likte (15) uterus, 3 tane de meme kanseri tesbit etmişlerdir. Bu tümör iştiraki östrojen hormonun (karsinogen) hassaya malik olduğu ihtimalini mümkün kılmaktadır. Östrojenlerle yapılan fare ve tavşan tecrübeleri ile (cervix ve fundus uteri) de kanser tip ve evsafında teşekküller husule getirilmiştir. İki taraflı overektomiden sonra meme ve uterus kanserlerine nadiren rastlanması da bu noktai nazarı kuvvetlendirmektedir. Rahim kanserine müptelâ kadınların yapılan vagina ifrazi muayenelerinde rastlanan hücreler, yumurtalıklardaki östrojen hormon faaliyetinin devam etmekte olduğunu gösteriyor. 1949 da Girardini de 2 (thecoma) lı hastasında endometriumun (adenocarcinome) tespit ettiğini bildirmiştir.

İngram ile Novak'ın mesaisine göre (thecoma) lar granuloza tümörlerinden daha yüksek nispette, endometrium kanserleri ile müştereken bulunuyorlar. Vakayı ile müşahedeler, bol östrojen yapan feminizant tümörler ile endometriumun hiperplazisi ve endometrial kanserler arasında bir münasebet bulunduğunu izah eder mahiyettedir.

Endometrial kanserin feminizant tümörlerle bütünlükte bulunuşu: Y. M. Ingram, E. Novak: Am. Jour. of Obst. and Gyn. April 1951. Müellifler böyle müşterek urlara (kombine tümör) adını veriyorlar. 1920-1949 arasındaki literatürü gözden geçirmekle, 28 i tekoma ve 22 si granuloza tümörü ile iştirak etmiş 50 kombine tümör ortaya çıkarmışlardır. Granuloza tümörlerinin kanserijen hassaları az miktarda östrojen husule getirmek kabiliyetleri dolayısıyla olacak diğerinden oldukça aşağıdır. Hattâ bunların östroniktesirlerinin, kendilerine karışan tekal hücrelerden ileri geldiği ileri sürülüyor. Bu kombine tümörlerdeki kanserlerin kısmı azamını (Adeno-karsinom) teşkil etmektedir. Böyle kombine tümörlü kadınlardaki ilk araz % 85 post-menopozal kanama olmuştur. Bu kanama yalnız başına olan uterus kanserindeki kanamadan daha uzun sürmektedir. Dec-kerty, adet kesiminden sonra feminizant tümöre müptelâ olan kadınların % 27 sinde (Endometrial kanser) bulunduğunu iddia ediyor. Müelliflere göre uzun zaman hattâ birkaç yıl östrojen hormon endometrium üzerine tesir ederek hiperplazisini husule getirdikten sonra endometrial karsinoma ya tahavvülünü mucip olduğu içindir ki bu kombine tümörlere ilerlemiş yaşta menopozdan sonra rastlanabiliyor. Hiperöstrojenizmin kansere müstait kadınlarda, esas karsinogenetik faktör olduğuna kani bulunuyorlar.

Gebeliğin tesbiti için yeni Biochimikal test: G. E. Richardson (Chicago) Amer. Jour. of Obst. and Gyn. Yune 1950. Müellif testini, idrarda (tecrübe serumla da yapılabilir) serbest östronun mevcudiyeti esasına dayanmaktadır. 1640 kadında bunu tecrübe eden Richardson, kendi usulü ile gebelik teşhisinin % 99 u mümkün olduğunu bildiriyor. 500 gebe ölmüyan kadında hiç bir müsbet netice elde etmemiştir. Placentası hayatini kaybetmemiş gayri tam sıkıtlarda, ektrauterin

ve moler gebeliklerde de reaksiyon müsbettir.

Müellif diyor ki, her ne kadar normal olarak östron, kadınların idrarında mevcut ise de, kullanıldığı miyarla reaksiyon verebilecek miktar ve seviyede değildir. Gebelerde ise reaksiyon verebilecek dereceye yükselmektedir, ve metodun da esası, kullandığı reaktifin 2-4 dinitrophenyl-hydrozin'in ethanoldeki mahlûlü olduğunu bildiriyor. Malzeme olarak, üzerinde iki ve beş (2-5 cc) işaretlerini taşıyan bir tecrübe tüpü ile, onun içersine girebilecek çapta başka bir hususî tüpten ayrı birşey kullanmıyor.

Netice olarak, serbest östronun kırmızı - mekşe bir renk vermek suretile, idrarda yüksek seviyede bulunduğunu ve gebeliğin mevcut olduğunu göstermektedir. Müellif metodunun, basit ucuz ve seri (1/2 saate netice alınıyor) ve emin olduğunu bildiriyor.

Ektopik gebelikte endometriumun hali: (S. L. Romney, A. T. Hertig ve D. E. Reid: Surg. Gyn. and Obst. November 1950) 115 dış gebelik vakasında endometriumu tetkik eden müellifler: 45 ini ifraz, 35 ini prolifération, 7 sini de menstrüel tipte bulmuşlar ve yalnız 22 vakada desidüal değişim görmüşlerdir. Bundan dolayı, küretaj mahsulü endometriumda desidual tahavvül görülmediği takdirde ekstra uterin gebelik yoktur denemez. Böyle hastalarda amenore, sağ ve sol alt karında ağrı, şok, entrapertoneal kanama bulunması mutlak değildir. Bugün elimizde dış gebeliği kat'i olarak tayine yarıyacak ve onu başka abdominal dram vakalarından kesin surette ayırdettirecek klinik ve laboratuvar vasıtası yoktur.

Gebelikte - Travayda ve loğusalıkta pelvis mafsalları ârizaları: O. Ingmann 1928 den 48 e kadar, müellif Helsinki Tıp fakültesinde 40 vakaya rastlamıştır. Bunların 22 si primipardır. 37 vakada pelvis senfisinde ayrılma 2 vakada hem pubis senfisinde hem de sakro iliak senfizde ekartmanın mevcudiyeti tespit edilmiştir. 40 hastanın 7 sinde ârıza gebelik esnasında vukua gelmiş ve teşhis edilmiştir. Travay esnasında vukua gelenlerin sayısı 19 (18 senfis, 1 senfis ve ileosakral ayrılma) olup post-partum devrede görülenlerin sayısı 14 dür. (14 senfis ayrılma, bir tanesi ileosakral mafsal ekartmanı ile birlikte). Sebep olarak: Büyük kayıtsızlık, fena beslenme, ilk çocuğunu geç doğurmak, forseps tatbikinin suiistimali dikkati çekmektedir.

Kardiyopati ve gebelik: (L. H. Douglas ve L. L. Hoopes: Amer. Jour. Obst. and Gyn. February 1950) 88 kardiyak kadının 98 gebelik ve doğumunu 5 yıl takip etmiş olan müellifler, yalnız 1 defa gebeliğe inkıtaa uğratmak mecburiyetinde kalmış olduklarını bildiriyorlar. İyi konpanse ve iyi takip edilen kalp hastası gebelerin, medikal avortmanın, nadiren endike olduğunu bildiriyorlar. Bununla beraber gebe kalmış ve doğurmuş, bir kalp hastasının yeniden gebe kalması lâzım geldiğine kani bulunuyorlar. 88 hastadan 4 ü ölmüştür. Gebe kalb hastaları, hijyen kaidelerine

riayet edecekler, sıkı kontrol ve takibe, tabi tutulacaklar, antianemik tedavi göreceklere, teneffüs cihazı hastalıklarına yakalanmamaya dikkat edeceklerdir.

En hafif kalb kifayetsizliği, alâmetleri belirir belirmez, hasta yataktan çıkmayacak ve orada tedavi edilecek, tercihan bir kardiyolog ile bir nisaiye mütehassısınun nezaretinde bulundurulacaktır. Hastahanedeki tedavi tercih edilmelidir. Kardiyopatinin cinsi, muavaza bozukluğunun derecesi, yüreğin ihtiyat kuvveti; kan damarları, böbrekler karaciğer ile akciğerlerin durumları gebeliğin devamı veya inkıtaa uğratılması için verilecek kararda en önemli faktörlerdir. Gebeliğin ilk 3 ayında, lokal anestezi ile tahliye, 2. üç ayında skopolamin ve morfin şiringalarından sonra lokal enfiltration anestezi ile vaginal histerektomi yaparak, gebeliğe son verilecektir. Son üç ayda aşağıdan çalışılmasını, sezariyen ve morfin şiringalarından sonra lokal enfiltration anestezi ile vaginal histerotomi yaparak, gebeliğe son verilecektir. Son üç ayda aşağıdan çalışılmasını, sezariyen abdominale tercih ediyorlar zira bilhassa dekonpanse kardiyakların laprotomiye iyi tahammül edemediklerine kani bulunuyorlar. Bununla beraber, travayın uzun ve yorucu olacağı (bilhassa sert ve sıkı yumuşak aksamı primiparlarda olduğu gibi) başın yüksekte mobil bulunduğu, pelvis darlığı, gebelik toksikozu, placenta previa ve anomal prezantasyonlu vakalarda (abdominal sezariyen) endikedir. Bu da lokal veya %100 oksijen ile karışık verilen eter inhalationu narkozu ile yapılacaktır. Daima kardiyakların travaya girmeden ve dolayısıyla müdahaleden önce tedavi edilerek, dekompanseasyonu giderilmelidir. Kalb hastaları travay esnasında ve onu takip eden saatlerde büyük dikkat ve uyanıklıkla takip edilecekler ve kendilerine uygun görülecek kalp mukavimleri şiringa edilecek ayrıca oksijen en hale ettirilecektir. Aksi takdirde birden dekompanseasyona girebilecekleri gibi âni kalb iflasi ve ölümle karşılaşılabilir. Dilatation tamamlanınca poşu yırtmalı ve baş alt darlığa veya perineye inince forseps tatbik etmelidir, hastayı ikındırmak çok tehlikeli olabilir. Dilatation tamamlanmadan başı geçmiş itilanlı kalb hastasında, yorgunluk alâmetleri, öksürük, takikardi ve siyanoz hali baş gösterecek olursa oksijen enhalasyonları, tonikardiaklar tatbik edilmekle beraber, gayet mülâyemetle manüel dilatasyon veya Dührseen şakları yapıp forsepsle çocuk yavaş yavaş çıkarılacaktır. Doğumdan sonra hastaların kan kaybetmelerine çok dikkat etmeli ve sıkı takibe tabi tutulmalıdırlar.

Dr. Emir N. Atakam

Bir mide Lenfogramulomatoz vak'ası: (Dr. Ziya Konuralp, The Medical Press, No. 5843, 2 Mayıs 1951). Müellif şimdiye kadar 40 defa tesadüf edilmiş olan ve nadir görülen mide Lenfogramulomatozuna bir vak'a ilâve etmektedir. Karadenizli otuz yaşlarında bir kadın hasta 1949 Eylül ayında ikinci cerrahi kliniğine yatırılmıştır. Devamlı kusma, anemi ve zayıflamadan şikâyet eden hasta altı ay evvel Erythema Nodosum geçirmiş.

Kalp, akciğerleri normalmiş. Opak madde ile mide radyoiojisinde pylorik stenoz husule getiren mide kanseri tesbit edilmiş, palpasyon ile epigastriyumda portakal cesametinde, sert, muntazam, müteharrik, ağrısız bir tümör ele geliyor-muş. Kan muayenesinde tali anemi tablosu görülmüştür. Ameliyatla pylorik regiyo'yu istila etmiş tümör dışarıya çıkarılabilmiş ve lenfatiklerde ve ahsada metastaz görülmemiştir. Dalak, karaciğer normal bulunmuştur. Gastropyloriktomi yapılmış ve hasta iyileşmişse de bilâhara ölmüştür. Otopsi yapılamamıştır. Çıkarılan parçanın muayenesinde pylorda beyaz, elastik, müntesir tümör görülmüştür. Mikroskopik muayenede tipik lenfogramulomatoz (Sternberg hücreleri) görülmüştür. Bu vak'ada hasta pek genç sayılır. Literatürde tesadüf edilenler ise vâsati 50 yaş etrafındadır. Bu vak'a münasebetiyle müellif hastalığın umumî ârazi, laboratuvar bulgularile ameliyat ve röntgen tedavisini gözden geçirmektedir.

Dr. Asil M. Atakam.

Bir kalın barsak Hemanjiyomu vak'ası: (Dr. Muzaffer Aksoy, Wiener Klinische Wochenschrift, No: 19, 1951). Barsak Hemanjiyomları klinik olarak nâdiren müşahede edilebilirler. 1941 yılına kadar nesredilenlerin mecmuu 48 i geçmiyor. Cesametleri bir Nevüs'ten kavernoöz Hemanjiom'a kadar değişir. Menşelerini sübmukozadan, nâdiren de serozadan alırlar. Klinik semptomlar: Barsak kanamasıdır. Bazı vak'alarda çocukluk yaşında başlar. İnce barsaktakiler ileus ve Envanjinasyona sebep olabilirler. Grafide barsakta dolma defekti görülür. Müellifin vak'ası: 20 yaşında, iki aydanberi ishalden müşteki, gaitada kan ve cerahat yok. Sulfaguanil ile 3 günde ishal düzeliş hastaneden çıkarılmış. 13 gün sonra, 12 gün devamlı şiddetli karın ağrısı ve kusmadan dolayı tekrar yatırılmış. Dalak nahiyesinde göbeğe kadar uzanan, büyümüş dalak intibamı veren bir tümör tesbit olunmuş. Üç gün sonra ağrı şiddetlenmiş. Hasta ağrı ile birlikte tümörün aşağıya doğru gittiğini bildirmiş. Bir saat sonra anüsten yumruk cesametinde, kahve renginde, üzerinde kıllar bulunan bir kitle çıkmış. İstanbul Patolojik Anatomi Enstitüsü raporunda kalsifikasyon gösteren Hemanjiom olduğu bildiriliyor. Bu hadiseden sonra dalak nahiyesindeki tümör kaybolarak, ağrılar da geçmiş. 4 gün sonra yapılan kolon grafisinde fleksura Lienalisde hafif darlıktan başka bir şey bulunamıyor. 104 gün sonra bir aydanberi devam eden ağrı ve ishalden dolayı üçüncü defa hastaneye yatırılmış. Gaitada kan ancak Benzidin ile ++++. Grafide fleksura Lienalis'de darlık, kolon desandanın yarısı kontrastla tam dolmamış ve burada noktadan mercimeğe kadar kontrast gölgeleri vardı. Hasta teklif edilen ameliyatı kabul etmediğinden arzusu ile çıkıyor. Barsak polipleri bazan parça, parça anüsten çıkarılabilir ve teşhis kolayca konur. Bu imkân Hemanjiomlar için şimdiye kadar bildirilmemiştir. Bu bakımdan vak'a enteresandır. Diğer bir hususiyeti de neşvünemadaki süratidir. Hastanın ilk kabulünde sol hipokondrda tümör yokken 13

gün sonra ikinci girişinde göbeğe kadar uzanan bir tümör bulunuyor. Tümörün anüsten çıkışından 104 gün sonra üçüncü girişinde ise hemanjiom kolon desandan da mânia teşkil edecek kadar büyümüş.

Dr. Necati Bilger.

Intramédullaire enclouage: (Prof. Dr. Med. Gerhard Kütscher. Journal international de chirurgie 1951 tome XI Numero 2). Kırıkların tedavisinde iki nokta üzerinde durmak lâzımdır:

I. Kırılmış kemiklerin uzun müddet tam bir inuobilisation'u. Bu sağlam bir kalüs teşekkülü için lüzumludur. Aksi halde gayrikâfi bir hareketsizlik, flexion ve torsion hareketi gibi muhtelif hareketler psödartrozu meydana getirecektir. Fazla olarak immobilisation iyi bir anatomik netice de sağlayacaktır. Buna karşılık atrophie musculaire, raideur articulaire, devran teşevvüşleri ve lokal ödem gibi mahzurları vardır.

II. Erken hareket. Tedavinin birbirine zıd bu iki şekli intramedullaire enclouage usulü ile muvaffakiyetli bir şekilde birleşmiş bulunmaktadır. Tam hareketsizlik çivi yardımı ile sağlanır. Aktif hareketler erkenden mümkündür, bu suretle hareketsizlik tehlikesi bertaraf dilmış olur. Hospitalisation müddetinin kısaltılması neticesi economique avantajları çok fazladır.

Fena netice operatöre bağlıdır. Uygun materiyelin intihabı (çivinin kutru ve uzunluğu) ve kat'i endikasyon solid bir kalın tabii bir şekilde teşekkülü için zarurî şartlardır. Şok operatuvar umumî usullerle tedavi edilir. Yağ embolisi tehlikesi, femur kemik iliginde tazyik fazlalaşması dolayısıyla mevzuubahs olabilir. Fakat bu çivinin çok yavaş konması ile bertaraf edilir. Bundan başka traumatizmadan 5-6 gün geçmeyince kırık femurun çivilenmesine başlanılmamalıdır, kan devranında yağ naklinin bittiği an bellidir. Enfeksiyon tehlikesi diğer usullerden daha fazla değildir ve total müterakki osteomyelitde teknik bir istisna arzeder. Burada ekseriya mahdut bir osteite müşahede edilir. Enfeksiyon halinde ameliyat mihrakını genişçe açmak lâzımdır. Bilhassa çivinin girdiği yer iyice açılmalıdır. Sağlam bir kal teşekkül etmeden evvel çivinin alınması fena bir iştir. Zira bu hareket cerrahî neticeyi tamamen bozar. Reduction güçlükleri ve modern cerrahî neticeyi tamamen bozar. Reduction güçlükleri ve modern şimioterapinin tatbiki ile, açık mihrakın çivilenmesi için yapılan itirazlar bertaraf edildi. 5-6 gün energique ve devamlı bir ekstasyon ile bu metoddan istifade edilir. Psödartroz tedavisinde enclouage mühim ilerleme kaydetti. Alt taraf için enclouage kâfidir, fakat üst tarafta iyi bir netice alabilmek için elâstik ve vida ve çivinin kurburunun değiştirilmesi gibi yardımcı vasıtalar kullanmak lâzımdır. Zira devamlı bir netice için bu bölgedeki adale mukavemeti kâfi değildir.

Osteotomide enclouage tamamen yeni bir prensip arzeder, zira periosta dokunulmamıştır. Periost kemik metabolizmasının mesulüdür, ilk hat-ta kali meydana getirir, fazla olarak enfeksiyona

karşı mücadele lüzumludur. Bu metod uzun kemiklerin malformationlarının tedavisinde, selim ve habis kemik tümörlerinin rezeksiyonunda, osteotomi sous trochanterienne ve implantation trochanterienne de çok mühim bir yer işgal eder. Son halde Schanz vidası kullanılmak suretile yahut alçılı tesbit ile dislocation tehlikesinden korkmamak lâzımdır.

Enclouage kemiklerin uzatma ve kısaltmalarında en emin ve en basit usuldür. Uzatma femurun rejeneration kudretinin oldukça bilindiği vakalarda kullanılır. Buna rağmen mihraka ezilmiş kemik kitlesi parçaları koymak lâzımdır.

Etrafın kısaltılması, eski harp yaralarında ve poliomyelit tedavisinde şayanı tercihtir. Bu kısaltma 12 cm. kadar olabilir. Kısaltma ön kolun işemik kontraktüründe tercihen tatbik edilir. Ensizyon kal üzerinde rotasyon hareketlerinin tesirine mani olmak için oblik olarak yapılmalıdır. Diğer taraftan psödoartrozda olduğu gibi dislokasyona mani olmak için iki tarafa doğru bükülmüş çiviler kullanmak lâzımdır. Fracture spontanelerde profilaktik olarak kullanıldığı gibi gayritam osteogenese vakalarında indiquédır. Metastaz neticesi olan fraktür spontaneler bu metod sayesinde bugün daha iyi tedavi edilmektedir. Ağrılar azalıyor, alçı lüzumsuzdur, radioterapi daha kolaylıkla yapılıyor. İntramedullaire çivi ile acrylique-

reçineden bir protez taşımak çok iyidir. Ve nihayet erken artrodez için ideal bir vasıta teşkil eder. Dizin immonilisationu 65 cm. uzunluğunda bir çiviye sustrochanterien bölgeden ufak bir ensizyondan sokmak suretile yapılır. Bu usul çok kolay ve tehlikesizdir. İhtiyarlarda tibia başı ve femur condyler üstü frakturlerinde tatbiki şifayı sağlar, bunlarda hiç bir tedaviden müteessir olmayan bir reideure articulaire vardır. Bununla beraber yalnız enclouage ile komplet bir ankiloz elde edileceğini zannetmek hatâdır. Mafsal nescinin proliferasyonunu aktive etmek için ikinci bir ameliyat lâzımdır; bir makas yardımı ile mafsal destructionu yapılır.

Artrodes «kapalı, artroz ve kontraktürlerde müsavi derecede faidelidir. Yürümek için lüzumlu olan hafif fleksiyon vaziyeti bükülmüş bir çivi ve mafsal rezeksiyonunda düz çivi kullanılır. Diz mafsalı tüberkülozu vakalarında medullaire bir enfeksiyondan kaçınmak için granulation nescini mümkün olduğu kadar iyi kürete etmek lâzımdır.

Enclouage'ın tek güçlüğü tekniğin oldukça komplike olmasıdır fakat bu bütün detaylarının takibi ile kusursuz olabilir. Bu şartlara riayet zahiridir. Uzun tecrübe muhtelif teknik teferruatın ustalığını ancak garanti eder. Nihayet âlet ve edevat tesisatı tam olmalıdır. **Dr. Faruk Çağlar.**

YENİ KİTAPLAR

Anatomi Ders Kitabı ve Atlası. (Yazan: Doç. Dr. İbrahim Veli Odar. Cilt 1 ve 2, Hareket, Hazım, Solunum ve Urogenital sistemler. Yeni matbaa, Ankara). Zaman ve emek israfı bakımından tıp tahsilimizin en çetin ve gâileli bir kısmını Anatomi derslerine harcadığımız muhakkaktır. Bu kadar uzun ve zahmetli yorgunluklara mukabil edindiğimiz bilgilerden de hekimlik hayatında pek az faydalanırız. Bunun sebebini, bize okutulan anatominin, prensiplerini hâlâ ilk «Anatomi» zihniyetinden alan lokal teferruata boğulmuş olmasında aramalıdır. Halbuki organların yaşayan insan bütünündeki canlı durumunu kavrayan yeni anatomi ekolü, biyolojide «şekil» ve «fonksiyon» faktörlerinin sebep ve netice olarak birbirinden ayrılmaz nizamını benimsemiş ve organların morfolojik mütalâasını bu esas noktadan ele almıştır. Filhakika röntgen gibi, türlü endoskopik vasıtalar gibi birçok yeni muayene usulleri sayesinde organları canlı insan üzerinde ve yüklendikleri faaliyetleri esnasında mütalâa etmenin bu kadar kolaylaştığı bir devirde anatominin bir ka-

davra seksiyonu tekniğinde kalmasına imkân yoktur. İşte Ankara Tıp Fakültesi Anatomi Doçenti Dr. İbrahim Veli Odar'ın iki zarif cilt içerisinde, birçok renkli resim ve tablolarla bezenmiş yeni «Anatomi Ders Kitabı ve Atlası» memleketimizde mevzuu bu modern davası ile ele alan ilk ve muvaffakiyetli bir eserdir. Birçok kısımlarını zevkle okuyarak faydalandığımız bu kitabın hemen her sayfasında itinalı ve ciddi bir çalışmanın heyecanını sezmek kabildir. Renkli resimleri ve şemaları kitabın yazılışındaki tezi canlı bir şekilde tebarüz ettirmektedir. Anatomi müessesesinin çalışmalarındaki modern ve asil hususiyetin parlak timsalini veren bu kitap Ankara Tıp Fakültesinin ilerisi hakkında da iyi ve göğüs kabartıcı bir müjde teşkil etmektedir.

Dr. İhsan Aksan, Ankara.

Mal de Pott da lokalizasyon meselesi ile tedavisinde son cerrahî telâkkiler: Dr. Mustafa Akşar; cerrahi tezi 1951, İstanbul.

MAZLUM - KİTABEVİ • İSTANBUL

BEYNELMİLEL TIBBİ VE FENNİ NEŞRİYAT İŞLERİ

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

16 • POSTANE CADDESİ • POSTA KUTUSU • 58

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

ARS MEDICI

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

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

a) Hekimliğin en modern konularına dair orijinal yazılar,

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

c) Tedavi notları,

d) Semiyoloji, Tefrikî Teşhis ve Tedavi Tabloları,

e) Farmakoloji alanındaki en modern bilgileri,

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

g) Portreler,

h) Tıbbî neşriyat alanındaki yenilikleri

her ay muntazaman yayınlar.

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

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

50

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 yayınlanan 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.

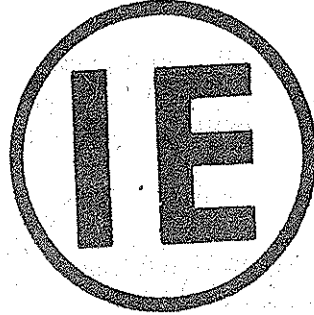
XV. TUBERCULOSIS.

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

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

Türkiye Genel Acentesi

MAZLUM - KİTABEVİ • İSTANBUL



KİMYAGER
Dr. İbrahim Etem Kimya Evi
İSTANBUL

VİTAMİNLER

	Kr.
Vitabiol A (Damla)	340
Vitabiol B ₁ (Ampul) 25 mgr	105
Vitabiol B ₁ (Ampul) 50 mgr	180
Vitabiol B ₁ (Ampul) 100 mgr	200
Vitabiol B ₁ (Tablet)	90
Vitabiol B ₁ (Tablet) 50 mgr	240
Vitaflavin (Tablet)	180
Vitabiol N (Ampul)	200
Vipanten (Ampul)	120
Vipanten (Tablet)	120
Vipanten (Mahlûl)	270
Vitabiol C (Ampul) 100 mgr	120
Vitabiol C (Ampul) 500 mgr	190
Vitabiol C (Tablet)	90
Vitabiol D ₂ (Damla)	115
Vitabiol D ₂ (Ampul) Forte ...	155
Vitabiol D ₂ (Alkolic mahlûl)	235
Vitabiol E (Ampul)	165
Vitabiol E (Tablet)	160
Vitabiol K (Ampul)	92
Vitabiol K (Tablet)	140
Adebiol (Damla)	200
Adebiol (Kapsül)	248
Vitabiol Bekompleks	125
A+D Calcium (Tablet)	160
Vi-D-Calcium (Tablet)	110

KANYAPICILAR

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

KALSİYUM PREPARATLARI

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

İlaç Sanayimizin Güven Sembölü

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

HORMONLAR 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 ...	350
Postitritine (Ampul) Faible	200
Postitritine (Ampul) Forte ...	350
Testisan (Ampul) 5 mgr	280
Testisan (Ampul) 10 mgr	350
Testisan (Ampul) 25 mgr	650

SİMİOTERAPÖTİKLER

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
Digilanat (Ampul)	108
Digilanat (Damla)	166
Kalbofilin (Tablet)	150

MUHTELİF PREPARATLAR

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

86