



# ANADOLU KLİNİĞİ

ÜÇ AYDA BİR ÇIKAR

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

MECMUAYI DAIMİ YARDIM VE HİMAYE ALTINDA BULUNDURAN NEŞİR HEYETİ

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

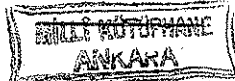
İmtiyaz Sahibi ve Yazı İşleri Müdürü

Dr. ASİL M. ATAKAM

201 Anadolu Hanı, 1/1 Beyoğlu - İstanbul

## İÇİNDEKİLER :

<u>Sahife</u>	<u>Sahife</u>
Dr. Mübeccel Tölegen : Türlü hastalıkların kliniğinde vegetatif sistem merkezî teşevvüşlerinin payını araştırma yolu ..... 1	Dr. Leman Seçkin : Karaciğer fonksiyonel durumunun yoklanmasında biolojik testlerin mukayeseli kontrolü ..... 13
Dr. Sabih Oktay - Dr. Faruk Balaban : Akut asıl eklem rumatizmasına bağlı bir meningismus vak'ası ..... 4	Dr. Necati P. Bilger : Bir tifo perforasyonu vak'ası ..... 16
Dr. Necmettin Hakkı İzmirli : Bikarbonat dö sud'suz salisilat tedavisi ..... 6	Dr. Sedat Yörükoğlu : Glykoregulasyon ve su ..... 19
Dr. Scherf - M. F. Göklen ve L. J. Morgenbesser : Had koroner in-farktus'unda Piramidon ..... 7	Dr. Celâl İren - Dr. Fikret Pamir : Bir morbus Kaposi vak'ası münasebetiyle ..... 21
Dr. Sezai Bedrettin Tümay - Dr. Cihat Gürson : İkiz iki kardeşte rastlanan idiopatik kalb hipertrofisi ..... 10	Dr. Hayat Okan : Pratik için kısa tedavî notları ..... 24
	Referatlar : (Dahili, Kadın - Doğum, Şi-rurji) ..... 26
	Yeni Kitaplar : ..... 33



Sayı 100 Kuruş, Senelik abonesi 300 kuruştur.

CUMHURİYET MATBAASI

İSTANBUL

# PRATİKDE ŞEKER HASTALIĞI ve TEDAVİSİ

Dr. İhsan Aksan

Ankara Nümune Hastahanesi  
Dahiliye Mütchassısı

Dr. Saliha Yalçın

Ankara Nümune Hastahanesi  
Dahiliye Mütchassısı Muavini

Geniş ilâve ve tashihlerle yenilenmiş ikinci bası, 114 sayfa 4 şekil ve 5 şema, karton ciltli, fiatı 250 kuruş.

**Ö N S Ö Z :** Bu ufak kitap, Ankara Nümune Hastanesi Dahiliye Servisi vizitelerinde, şekerli hastaların başında yapılan görüşmelerin bir araya toplanması ile meydana gelmişti. Bu bakımdan da «klâsik» kalem tecrübelerinin bütünlük iddiasından uzak kaldı. Bu sayfalarda, okuyucunun gündelik işlerini pratik bir düzene sokmak zorunda bulunan bir hastane koğuşunda «yaşanan hava» yı kolayca benimseyip alışmasına özenilmişti. Kitap, onun için, ağıdalı ihtisas problemlerinin kuru münâkaşasıyla uğraşmaya pek vakti olmayan, fakat hastasının tetkik ve tedavisinde tutacağı yolu sür'atle seçmek durumunda bulunan pratisyen arkadaşlara sunulmuştu... Üç sene içinde ilk bası mevcudunun tükenmesi ve yeni isteklerin belirmesi, «Pratikde Şeker Hastalığı ve Tedavisi» nin yazılışında tutulan bu yolun isâbetini teyid etti...

Birçok sahalarda olduğu gibi, diyabet bahsinde de son birkaç sene içinde esaslı gelişmeler oldu. Yeniden yeniye ortaya atılan birçok zihin alıcı araştırmalar, eski bilgilerimizin mühimce bir kısmını kökünden değiştirdi; bundan beş sene evvel patoloji tasavvurlarında ehemmiyetli prensip ayrılıklarına ve tartışmalara sebep olan birtakım vuzuhsuz noktalar da birden aydınlanıverdi. Ne kadar eksik tarafları olursa olsun, bu yeni görüşlerle modern tedavi esasları kısmen kuvvet bulmuş, kısmen de yeni istikametler almıştır. Onun içindir ki, ikinci basıyı hazırlarken dünya literatüründeki belli başlı yayınları samimi bir itina ile gözden geçirmek ve ayıklamak lâzım geldi. Bu arada kitabın «hasta başında beliren ihtiyaçlara sür'atli cevap vermek» den ibaret olan esas gâye ve yapısından ayrılmamaya bilhassa dikkat edildi ve böylece, birçok yerlerde ehemmiyetli değişiklikler ve ilâveler yapıldığı ve bazı kısımlar tamamen yeniden yazıldığı hâlde kitabın hacminde büyük bir değişiklik olmadı.

## İçindekiler:

I. — ŞEKER HASTASI : Görüşü; Artışı, Bizdeki görünüşü, Sebepleri. II. — ŞEKER HASTALIĞI : Fiziopatoloji, Beden hücrelerinin şekerden faydalanamayışı, Karbonhidratları glikojen hâlinde depo etme işinin aksaması, Glikoregülyasyonda bozukluk. III. — KLİNİK TABLO VE KOMPLİKASYONLARI : Glikozüri, Kanşekerinin durumu, Cild ârazları, Sinir sistemi, Göz tegayyürleri, Deveran sistemi, Böbreklerin durumu, Hazım cihazı ve ekleri, İç ifrazlar, İntâni hastalıklar, Diyabet koması. IV. — ŞEKER HASTALIĞINDA TEDAVİ : Geçmişe bir bakış, Diyabet tedavisine başlarken hekim neler düşünmelidir, Diyabet şekilleri, Şeker hastalarının diyetle tedavisi, Şeker hastalarının insulitle tedavisi, Tedaviye inat eden vakalar, Diyabet komasında tedavi, Cerrahi servisinde diyabetii. V. — ARAŞTIRILAN LİTERATÜR. VI. — ALFABETİK FİHRİST.

## SATIŞ YERİ:

İstanbulda Mazlum, Ankarada Akba Kitabevleri

Yıl: 1

KURAT

Rasim  
Hasan  
Arif İsmail  
Niyazi  
İsmail  
Konura  
Pamir,  
Sedat T

Ankara

Türki

Uz  
kilde çe  
normal  
tatif sist  
hipofiz-a  
mik hus  
sıkı alâk  
talâa etr  
Diansefa  
arasında  
miş ve b  
tında to  
Me  
tör regü  
merkezle  
temin uz  
çıklar. Be  
gitmesinc  
lerin hus  
büyük ro  
bazı tans  
tablosunu  
başka baş

# 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 Çetingil, Salâhi Durusoy, A. Eckstein ((1891-1950), Ekrem Şerif Egeli, Ahmet Şükrü Emet, Zühtü Kâmil Ergin, Niyazi Erzin, Feridun Ş. Evrensel, E. Frank, Fahrettin Kerim Gökay, Niyazi İsmet Gözcü, Muzaffer Esat Güçhan, Kâzım İsmail Gürkan, Kâzım Nuri İggören, Neşet Ömer İrdelp (1882-1948), Necmettin Hakkı İzmirli, Nusret Karasu, Halit Ziya Konuralp, Müfide Küley, Alfred Marchionini, Eduard Melchior, Kâmile Mutlu, Abdülkadir Noyan, Mim. Kemal Öke, Zeki Pamir, Kemal Hüseyin Plevnelioğlu, Tevfik Sağlam, Hüseyin Salor, Şükrü Yusuf Sarıbaş, Victor Schilling, Kâmil Sokullu, Sedat Tavat, Feyzi Taner, Nimet Taşkıran, İrfan Titiz, Burhanettin Tugan Sezai Tümay, Fr. Volhard, Muzaffer Şevki Yener.

İmtiyaz Sahibi ve Yazı İşleri Müdürü

Dr. ASİL M. ATAKAM

201 Anadolu Hanı, 1/1 Beyoğlu - İstanbul

Ankara Nümune Hastahanesi Erkek Dahiliye Şervisi

Şef: Dr. İhsan Aksan

## Türlü Hastalıkların Kliniğinde Vejetatif Sistem Merkezi Teşevvüşlerinin Payını Araştırma Yolu

Dr. Mübeccel Töleğen

Dahiliye Müttehassısı

Uzviyette gerek iç organların ahenktar bir şekilde çalışması, gerekse dış âlemlerle münasebetlerin normal bir düzende temadisi nörohormonal vejetatif sistem sayesinde temin edildiği ve baş rolü de hipofiz-arabeyin sisteminin aldığı malumdur. Anatomik hususiyeti ve fonksiyonel bakımdan gösterdiği sıkı alâka arabeyin ve hipofizi birbirinden ayrı mütalâa etmenin imkânsız olacağını düşündürmüştür. Diansesfal kaidesindeki hücrelerle hipofiz arka lobu arasında asabî bir bağlılığın mevcudiyeti de farkedilmiş ve bu iki organ «hipofiz-arabeyin sistemi» ismi altında toplanmıştır.

Metabolizma hâdiseleri, hematopoez, vazomotor regülasyon gibi hayatî fonksiyonları idare eden merkezlerin hep burada yer aldığı düşünülürse bu sistemin uzviyetteki azametli rolü kendiliğinden ortaya çıkar. Beden fonksiyonlarının normal düzende akıp gitmesinde olduğu gibi, muhtelif patolojik fenomenlerin husul ve seyrinde de hipofiz-arabeyin sisteminin büyük rol aldığı muhakkaktır. Ülser hastalığı, astma, bazı tansiyon yükseklikleri gibi hastalıkların klinik tablosunun da husule gelmesinde ve bunların klinikte başka başka seyir almalarında vejetatif disharmoniye

ön plânda yer vermeyi öğrenmiş bulunuyoruz. Bu hastalıklarda zuhuru mutad olan (hattâ bazan ülserde olduğu gibi hastalığa kendi ismini verdiren) lokal anatomik tegayyürlerin meydan alışında da adı geçen fonksiyonel teşevvüşlerin uzunca ve şiddetli tesiri âmil olmaktadır. Bu hastalıklarda bir kere teessüs etmiş anatomik tegayyürler bir yanda, ara beyine bağlı fonksiyonel teşevvüşler diğer cihette karşılıklı, biri diğerine tesir etmek üzere çeşitli tablolar husule getirir. Aynı hastada dahi zaman zaman bu faktörlerden birinin diğerine galebe çalmasıyla hastalığın seyrinde türlü şekiller zuhur ettiği görülür. Onun içindir ki, klinikte muhtelif hastalıkların husulünde ve seyrinde vejetatif sistem teşevvüşlerinin ne nisbette rol almış bulunduğunu yoklamak lâzımgelir. Hastalığın pronostiği ve takip edilecek müdavatın tertiplenmesinde bu yönden elde edilecek fikirlerin yol gösterici bir önemi vardır.

Vejetatif sistem fonksiyonlarını yoklamak maksadile biz hastalarımızda hipofiz - arabeyin sisteminin hariçten alınan en masum bir faktöre, suya karşı verdiği reaksiyonları ölçmeği düşündük ve su yüklemesinden sonra bedende teessüs eden fonksiyonel

değişikliklerin arabeyin - hipofiz ile doğrudan doğruya ne nisbette alâkadar olduğunu tesbit için de bu nahiyeye kısa dalga tatbikine bir tecrübe müdahalesi olarak ele aldık. Bu müdahale ile hipofiz-arabeyin sisteminin ilgi gösterdiği fonksiyonlar meyanda birinci ile ilgili olarak su çevrimini, bizzat arabeyin nüvelerle ilgili olmak üzere de kan şekeri, kapiler kanda eozinofil seviyesinin durumunu inceledik.

Tecrübemizi yaparken hastalara sabah aç karnına 1500 cc. su içirdik, ilk dört saatlik ve müteakip 20 saatlik idrarları iki ayrı porsiyon halinde topladık. Ayrıca su içirmeden hemen evvel, içirdikten sonra da yarımşar saat ara ile dört saat kan şekerini ve lökosit tablosunu kontrol ettik. İki gün fasılada sonra aynı tecrübeyi su içirdikten sonra arabeyin nahiyesine 20 dakika kısa dalga tatbik ederek tekrarladık. Alınan neticelerin mukayesesinden hastalarımızda hipofiz-arabeyin sisteminin hissesini sezinlemeye çalıştık.

Normal şahıslarda arabeyin nahiyesine yapılan kısa dalgadan sonra ilk dört saatlik idrar miktarının evvelkine nisbetle azaldığı, buna mukabil vejetatif distonili hastalarda bu miktarın azalmadığı, hattâ ikinci pozisyon aleyhine olarak çoğaldığı görülmüştür.

Hipotalamusta su çevrimini idare eden bir merkezin bulunduğu ve buradan kalkan tenbihlerin hipofiz ön lobunun diüretin, arka lobun adiüretin ifrazlarını ihtiyaca göre ayarladığı malumdur. Tatbik edilen kısa dalganın normal şartlarda idrar miktarını azaltıcı tesiri, bu merkezlerde husule getirdiği hiperemi ile izah edilmiştir (E. Drobec).

Nörohormonal vejetatif distoni gösteren hastalarda aksi netice almamızda, burada merkezlerin diğer fonksiyonlarında olduğu gibi su metabolizmasında da bir aksaklık olmasındandır.

Türlü hastalıklarda nörohormonal vejetatif distoninin hissesini araştırmak bakımından kan şekerinin gösterdiği hususiyete daima önem verilmiş, vejetatif sistemin ve muhtelif hormonların biri veya diğerinin üstün payı almak suretile glisemi grafiğinde belirttiği hususî şekilleri tanımak klinik ve tedavi yönünden esaslı bir muayene vasıtası olarak tutulmuştur. Ancak bir uzviyete bir defada yüksekce doz glikoz yüklemine fizyolojik bir müdahale olamayacağı ve glikoregülasyonun böyle bir yük karşısında vereceği cevabın da glikoregülatör tertibatın mutad bir reaksiyonunu ifade edemeyeceğini kabul etmek gerekir. Buna mukabil su yüklemekle elde edilen provoke hiperglisemi grafikleri tecrübe şartları bakımından daha bitaraf bir müdahale sayılır (Arkaşamız Dr. Sedat Yörükoğlu'nun bu yoldaki araştırmaları bize faydalı neticeler vermiştir).

Biz kendi tecrübemizle su yüklemekle elde edilen bu glisemi grafiklerinde arabeyin merkezlerinin ne nisbette hisse aldığı cihetini de kontrole çalıştık.

Arabeyin nahiyesine kısa dalga tatbikile teşrik edilmiş su yükleme tecrübesinde kolladığımız üçüncü bir fonksiyon da hastalarımızın lökositler kan tablosunda husule gelen değişikliğin tesbiti olmuştur. Bu arada bilhassa eozinofiller nisbetinin durumu bize

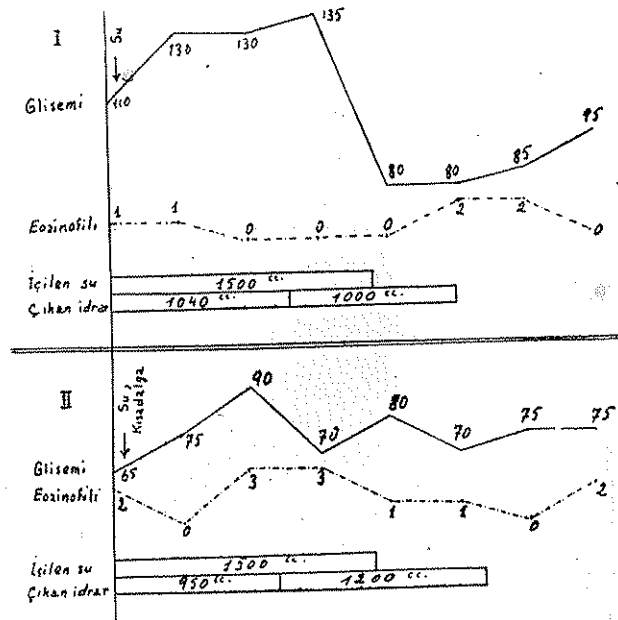
dikkati çeken hususiyetler göstermiştir. Allerji ve vejetatif distoni hallerinin sıkı alâkası farkedildikten sonra klinikte türlü hastalık tablolarında nörohormonal vejetatif sistemin hissesini yoklamak için kan eozinofillerinin durumundan faydalanmak da bir muayene vasıtası sayılmıştır.

Servisimizde daha evvel yapılan araştırmalar kan şekerine yapılan müdahaleler esnasında hematolojik tabloda ehemmiyetli değişiklikler husule geldiğini ve bu arada eozinofil hücrelerin vejetatif sistemdeki tahavvüllerle yakından ilgisi olduğunu göstermiştir.

Biz yaptığımız su yükleme tecrübesinin de vejetatif sistemde uyandırdığı derin akislere muvazi olarak lökosit tablosunun da değişiklikler gösterdiğini farkettilik. Burada da eozinofillerin seyri ile kan şekerinin mukayesesinde alınan neticeler bu tecrübelerin vejetatif sistemdeki tahavvüllerle yakından ilgisi olduğunu teyit etti.

Materyalimizi teşkil eden 20 vak'ada bu üç grup fonksiyondan aydınlatıcı neticeler alınmıştır.

Vak'a 1 — (H. K. Prot. 5362). 40 yaşında normal bir şahısta alınan neticelere mukayese ve tefsirlere esas teşkil etmek üzere grafik halinde gösteriyoruz.



Grafikte görüldüğü gibi ilk su yüklemeye 1040 cc. olan dört saatlik idrar miktarı arabeyine kısa dalga tatbikinden sonra 950 cc. ye inmiştir. Glisemi 100 mlgr. dan su içirildikten sonra 130 mlgr. a yükselmiş, bir saat kadar aynı seviyeyi muhafazadan sonra 80 mlgr. a düşmüştü ve bu şekilde seyretmiştir. Arabeyin - hipofiz nahiyesine kısa dalga tatbikini müteakip glisemi daha düşük ve oynak bir seyir göstermiş, eozinofiller üçe kadar kabarmıştır.

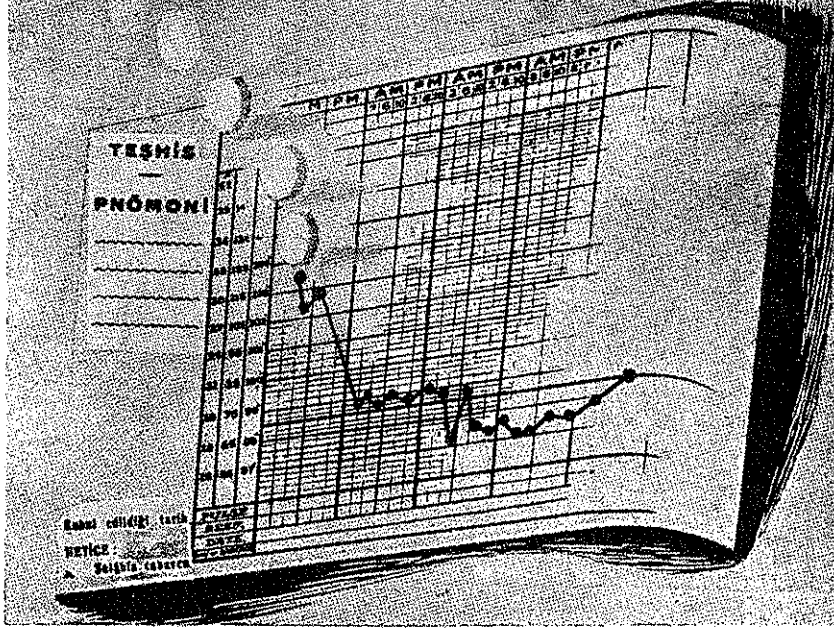
Kendilerinde hiç bir organ hastalığı tesbit edilemeyen ve türlü şikâyetleri başlı başına bir vejetatif distoniye bağlanan iki hastamızda tecrübelerimizle alınan neticelere misal olarak aşağıda gösteriyoruz.

Vak'a 2 — (S. K. Prot. 15475) 42 yaşında. Birinci su yüklemeye 1250 cc. olan dört saatlik idrar miktarı kısa dalgadan sonra 1400 cc. ye yükselmiş, açlık glisemisi 55 mlgr. iken sudan sonra ilk saat zarfında 45 mlgr. a kadar düşmüş, tekrar hafif bir yükselme yaptıktan sonra 40 mlgr. a inmiş,



# SULPHAMEZATHINE

## SULPHADIMETHYLPYRIMIDINE



## PNÖMONİ

ve diğer bütün bakteriyel enfeksiyonlarda kullanılır

İlimi ma'lumat arzı üzerine gönderilmektedir

IMPERIAL CHEMICAL (PHARMACEUTICALS) LTD.

Imperial Chemical Industries Ltd.'nin bir kolu'dur.

MANCHESTER - ENGLAND



IMPERIAL CHEMICAL INDUSTRIES (TURKEY) LTD.

İs Bankası Han, Mertebani Sokak

GALATA - İSTANBUL

Tel. 44839 - P.K. 1451

# Nicotilamide

*Merck*

**Vitamin B<sub>2</sub> kompleksinin insan pellagrasını önleyen ve iyi eden müessir maddesi.**

Endikasyonları:

**Pellagra ve pellagraya benzer haller,  
stomatitler, muannid ishaller,  
karaciğer parenkiması zararları,  
gebelik kusması,  
röntgen yanıkları, ekzemalar v.s.**

**200 mgr.lık Nicotilamide *Merck*-tabletleri  
10 komprimelik tüplerde**

*E. Merck*

KİMYA MADDELERİ FABRİKALARI  
**DARMSTADT**  
ALMANYA

Türkiye Mümessilliği:

**ALFRED PALUKA VE ŞERİKLERİ**  
P. K. 1532 - İSTANBUL



müteak  
yüklem  
gayı ta  
saat 80  
sonra i  
dalgayı

Val  
lemeden  
arabcyi  
etmiştir  
yavaş 9  
olan ka  
fif bir y  
nofilleri

K  
bir has  
lâlet e

Vak  
dört sa  
pılan ki  
tür. Açl  
sonra 70  
seviycyi  
gayı mü  
daha so

B  
talığı o  
rübemi  
Bu has  
rübede  
bir lab  
hipofiz  
edilen  
yin - h  
kısa da  
kâr şek

Vak'  
yesinin  
kısa dak  
pek fazl  
1850 cc.  
misi bir  
kadar d  
tatbikind  
sonra da  
faza etm  
miş bir  
Kısa dal

Vak'a  
vak'asınd  
miştir.

Mü  
vak'asın  
fiz siste  
mak üze  
şekeri v  
delâlet e

Vak'a  
de 920 cc  
nahiyesin  
azalmış, e  
termıştır.

Son

müteakiben ilk seviyenin üstünde seyretmiştir. İkinci su yüklemeye ve arabeyin - hipofiz nahiyesine yapılan kısa dalgayı takiben glisemi 65 mlgr. dan 75 mlgr. a yükselmiş, bir saat sonra da 55 mlgr. a düşmüş tekrar az bir yükselmeden sonra iptidai kıymetin altında seyretmiştir. Eozinofiller kısa dalgayı takiben dörde kadar kabarmıştır.

Vak'a 3 — (N. U. Prot. 2016) 22 yaşında. İlk su yüklemeyen sonra 1200 cc idrara mukabil ikinci su yüklemeye ve arabeyine kısa dalga tatbikini müteakip 1400 cc. idrar itrah etmiştir. Açlık glisemisi 140 mlgr. iken sudan sonra yavaş yavaş 90 mlgr. a kadar inmiş. Kısa dalgayı takiben 128 mlgr. olan kan şekeri bir saat sonra 60 mlgr. a kadar düşmüş hafif bir yükselmeden sonra 55 mlgr. a kadar düşmüştür. Eozinofiller 2 de 4 e yükselmiştir.

Klinikte tipik akromegali sendromu gösteren bir hastamızda da arabeyin - hipofiz teşevvüsüne delâlet eden bulgularımız daha aşikâr olmuştur.

Vak'a 4 — (M. L. Prot. 2769) 42 yaşında. 1250 cc. olan dört saatlik idrar miktarı arabeyin - hipofiz nahiyesine yapılan kısa dalgayı takiben 1300 cc. ye yükseldiği görülmüştür. Açlık glisemisi 85 mlgr. iken su içirildikten yarım saat sonra 70 mlgr. a düşmüş, dört saat zarfında aşağı yukarı bu seviyeyi muhafaza etmiştir. İkinci su yüklemeye ve kısa dalgayı müteakip 120 mlgr. olan glisemi bir saat sonra 79 mlgr. a daha sonra 40 mlgr. a kadar düşmüştür.

Belli başlı organotrop bir vejetatif sistem hastalığı olan mide ve duodenum ülser hastalığında tecrübemizde karakteristik değişmelere rastlanmıştır. Bu hastalıklarda maruf olan hipoglisemi meyli tecrübeden sonra daha aşikâr bir hâl aldığı gibi az çok bir labilite göstermiştir ve aynı labiliteye arabeyin - hipofiz nahiyesine yapılan kısa dalgadan sonra takip edilen eozinofili grafiğinde de göstermiştir. Arabeyin - hipofiz sisteminin teşevvüsünü belirtmek üzere kısa dalgadan sonra ilk dört saatte su itrahının aşikâr şekilde arttığı görülmüştür.

Vak'a 5 — (H. G. Prot. 13985) 47 yaşında. Ülser bünyesinin bütün işaretlerini gösteren hastamızda arabeyine kısa dalga tatbikinden sonra dört saatlik idrar miktarında pek fazla bir artış tesbit edilmiş, bu miktar 1400 cc. den 1850 cc. ye yükselme göstermiştir. 45 mlgr. olan açlık glisemisi bir saat sonra 35 mlgr. a, 3,5 saat sonra da 30 mlgr. a kadar düşmüştür. Arabeyin - hipofiz nahiyesine kısa dalga tatbikinden sonra 55 mlgr. olan glisemi 60 mlgr. a iki saat sonra da 70 mlgr. kadar yükselmiş ve bu seviyeyi muhafaza etmiştir. Evvelâ üç olan eozinofil nisbeti dörde kabarmış bir saat sonra yavaş yavaş düşmüş ve kaybolmuştur. Kısa dalgadan sonra ise daha oynak bir seyir göstermiştir.

Vak'a 6 — (H. C. Prot. 10162) 39 yaşında. Bu ülser vak'asında da aşağı yukarı evvelkine müşabih netice alınmıştır.

Müzmin Kolesistite bağlı bir gastro - duodenit vak'asında yaptığımız tecrübelerde arabeyin - hipofiz sistemine ait su testi, hastalığın mahiyetine uyum üzere menfi netice vermiş, buna mukabil kan şekeri ve eozinofili grafiklerinde fokal enfeksiyona delâlet eden hususiyet sebat etmiştir.

Vak'a 7 — (H. C. Prot. 4645) 52 yaşında. İlk tecrübeye 920 cc. olan 4 saatlik idrar miktarı arabeyin - hipofiz nahiyesine yapılan kısa dalgayı müteakip 800 cc. ye kadar azalmış, esasen düşük olan kan şekeri labil bir seyir göstermiştir.

Son zamanlarda allerjik hâdiselerin husul ve

seyrinde arabeyin merkezlerinin sıkı bir alâka gösterdiğine dair bir çok araştırmalar yapılmıştır. Bu yayınlar, allerjik hastalıkların kliniğinde arabeyin fonksiyonlarına uyanık olmayı bilhassa gerektirir mahiyettedir. Gerçekten nöbet üzerinde elde ettiğimiz iki astma vak'asında arabeyin nahiyesine yapılan kısa dalgadan sonra su itrahının aşikâr şekilde çoğalması glisemi grafiğinin daha basık seyrettiği, buna mukabil eozinofillerin değişmediği görülmüştür.

Vak'a 8 — (F. G. Prot. 12779) 26 yaşında. Bir astma vak'asında su yüklemeye testi tatbikle müsbet netice aldık. Yani arabeyine kısa dalga tatbikinden sonra dört saatlik idrar miktarı evvelkine nisbetle artış göstermiş 600 cc. den 850 cc. ye yükselmiştir. Açlık glisemisi 70 mlgr. iken sudan sonra 50 mlgr. a düşmüş, bir saat sonra tekrar 70 mlgr. a yükselmiş ve bu seviyeyi muhafaza etmiştir. Kısa dalgadan sonra 60 mlgr. a düşen kan şekeri yarım saat sonra 85 mlgr. a yükselmiş, bir saat sonunda 60 ve daha sonra da 55 mlgr. a kadar düşmüştür. Kısa dalgadan sonra eozinofiller evvelkine göre daha basık seyir göstermiştir.

Vak'a 9 — (A. S. Prot. 16202) 45 yaşında. İlk dört saatte 1600 cc. olan idrar itrahi kısa dalgayı takiben 1800 cc. ye yükselmiştir. Kan şekeri 70 mlgr. dan su içimini müteakip 85 mlgr. a yükselmiş, tekrar 70 mlgr. a düşmüşse de bir buçuk saat sonra 95 mlgr. a kadar yükselmiş, sonunda iptidai seviyeyi bulmuştur. Kısa dalgadan sonra kan şekeri bir saat sonunda 50 mlgr. a düşmüş tekrar 65 mlgr. a kadar bir yükselişten sonra 45 mlgr. a inmiştir.

#### Netice :

I — Arabeyin - hipofiz nahiyesine yapılan kısa dalga tatbiki, Volhard'ın su yüklemeye tecrübeleriyle vejetatif fonksiyonlarda elde edilen neticeler üzerinde muayyen bazı değişiklikler husule getirmektedir ve vejetatif distoni hallerinde, husul ve seyirinde vejetatif disharmoni durumunun önemli pay aldığı hastalık guruplarında dikkati çeker özellikler göstermektedir.

II — Çalışmalarımızda adı geçen muayene usulü su metabolizması, glikoregülasyon ve eozinofiler reaksiyon üzerine olan tesirleri bakımından kontrol edilmiştir.

III — Normal şahıslarda su yükledikten sonra arabeyin-hipofiz üzerine yapılan kısa dalgayı müteakip ilk dört saatte su itrahi mutad miktardan ehemmiyetli surette azalmış (adiüretin ifrazı), buna mukabil müteakip 20 saat zarfında verilen suyun bütün bir kısmı çıkmıştır. Bu arada kan şekeri ve eozinofil grafikleri de kısa dalga tatbikile yapılan tecrübelerde biraz daha basık ve oynak seyir etmiş, fakat basit su yüklemeye ile alınan neticelerden ehemmiyetli ayrılıklar göstermiştir.

IV — Vejetatif distoni vak'alarında, klinik seyirinde vagotonik bir çeşni alması karakteristik olan bazı hastalıklarda (ülser hastalığı, astma) su tecrübelerine teşrik edilen arabeyine kısa dalga tatbiki, arabeyin - hipofiz sistemi merkezlerinin vejetatif fonksiyonlar üzerine olan müdahalesini aşikâr olarak meydana çıkarmıştır. İlk dört saatte itrah edilen su miktarı normalin aksine mütezayit bulunmuş. Ekseriya kan şekerindeki labilite mübalâğah şekilde gö-

ze çarpmıştır. Eozinofiler grafiği de büyük zikzaklar yapmak suretile bu hücrelere ait reaksiyonların da vejetatif sinir sistemile az çok ilgili olduğunu teyit etmiştir.

V — Bu itibarla klinikte türlü hastalıkların takip, tahlil ve tedavisinde nörohormonal vejetatif sinir sistemi merkezlerinin ne dereceye kadar ehemmiyeti olduğunu anlamak için bu tecrübeden faydalanmak doğru olur.

### L i t e r a t ü r :

- E. Drobec: Wiener klinische Wochenschrift, 1949/2,  
 W. Falta: Hypophysaere Krankheitsbilder, 1941.  
 R. Hess: Schweizerische medizinische Wochenschrift 1949/51  
 Hoff: Précis de physiologie pathologique «Le système neuro-végétatif et les sécrétions internes» 1946.  
 Siebeck: Medizin in Bewegung, 1949.  
 Yalçın Saliha: Vejetatif disharmoni hallerinin klinik bir gösterisi olarak eozinofili, 1949 (Tez).  
 Yörükoğlu Sedat: Glikoregülasyon ve su, 1950 (Tez).

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

## Akut Asıl Eklem Romatizmasına Bağlı Bir Meningismus Vak'ası

Dr. Sabih Oktay — Dr. Faruk Balaban

Kliniğimizde akut asıl eklem romatizması vak'alarını ve bu hastalığın mutad komplikasyonlarını sık sık görmekteyiz. Fakat bu komplikasyonlar içinde meningismusu görmediğimizden, akut asıl eklem romatizmasına bağlı meningismus ender rastlanan komplikasyonlardan olduğundan, tesbitine imkân bulunduğumuz böyle bir vak'ayı yazmayı uygun bulduk.

Vak'a — Lütfullah oğlu Mehmet Çoban, Samsunlu, 1929 doğumlu, Kl. Prot. No. 3435. Hasta 22/Nisan/950 de ateşinin fazlalığından, baş ağrısından, öksürükten şikâyetçi olduğundan yatırılmıştır.

Bundan takriben bir ay kadar önce halsizlik, baş ağrısı, ateşinin yükselmesiyle, iştahsızlıkla hastalanmış; bu hâl 15 - 20 gün devam etmiş, hasta bu zamanı, bazan hafif hizmet yaparak, bazan da istirahat ederek geçirmiş, fakat bundan 10 gün evvel ateşi birdenbire yükselmiş, öksürmeğe, balgam çıkarmağa başlamış, bulantı, kusma ve şiddetli baş ağrısı da bu şikâyetlerine eklendiğinden hasta tetkik ve tedavi edilmek üzere hastahanemize gönderilmiş ve yatırılmıştır.

Muayenesinde: Sindirim sisteminde; dudaklar kuru, dil paslı, iki çürük dişi var, mevcut dişleri bakımsız, boğaz mukozası şiş ve kırmızı, bademcikler de kırmızı ve büyük. Da-

lak derin solunumla kostalar kenarını 2 - 3 parmak kadar geçiyor, sert ve ağrısız. Solunum sisteminde; her iki akciğer alanında mebzul sibilan, ronflan ve kaidelerde tek tük sukrepitan raller duyuluyor. Diğer sistemler tabii. Kan basıncı 11/7 V.

Hastanın ateşi 38,6, nabız sayısı 108 olarak tesbit edildi.

Laboratuvar bulguları: Eritrositler 3.890.000, lökositler 11.000, hemoglobin %65, indeks 0,9 bulundu, lökosit formülünde Eo. 1, Stab. 1, Segm. 75 Lenfo. 21, Mono. 2 idi,

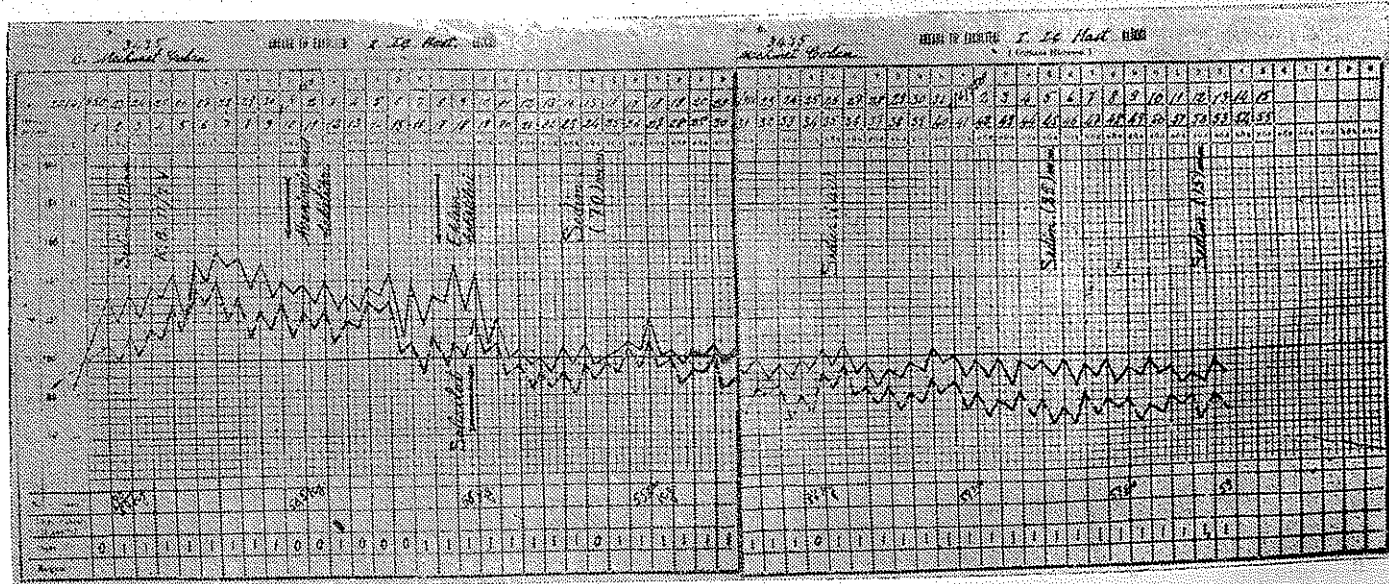
İdrar muayenesinde: Protit eser miktarda, ürobilinojen kuvvetli müsbet, ürobilin müsbet bulunmuştur, idrar sedimentinde tek tük lökosit ve eritrosit görülmüştür

Kanda: Grup aglütinasyonu, Plasmodi, soğuk aglütinasyon, Wassermann, balgamda Koch basili menfi bulunmuştur.

Sedimentasyon: 1 saatte 117 mm. idi.

Akciğerlerin radyolojik tetkikinde: Sağda 2 - 3. kosta arasındaki sahada rezorbe olmuş infiltrasyona ait bakiyeler görülmüştür (Prof. Eftal Aşar).

Hastada 10 gün, ateş 38 - 39,8 ve nabız 100 - 140 arasında seyretmiştir.



Şekil: 1. — Hastanın ısı ve nabız çizelgesi.



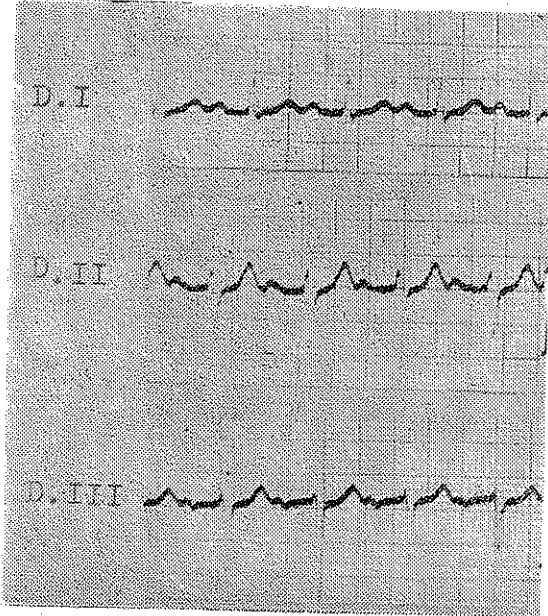
1/Mayıs/1950 de hastada ense sertliği başlamış, Kernig, Brudzinski delilleri de müspet bulunmuştur. Ponksiyonla berrak bir liquor alınmış, liquor'da albümin reaksiyonları menfi, glikoz 1000 de 0.77 gr., hücre sayısı  $\text{mm}^3$  de 1 - 2 olarak tesbit edilmiştir.

Hastada, meningismus belirtilerinin devamı üzerine 6/Mayıs/1950 de lomber ponksiyon tekrarlanmıştır. Liquor sık damlalar halinde ve yine berrak gelmiştir. Queckenstedt açık, albümin reaksiyonları yine menfi, albümin 1000 de 0.25 gr., glikoz 1000 de 0.58 gr., klorür 1000 de 717 mgr. hücre sayısı da  $\text{mm}^3$  de 10 (lenfosit) olarak tesbit edilmiştir. Liquor'da Wassermann menfi bulunmuş, durmakla da liquor'da örümcek ağı teşekkül etmemiştir.

Bu günlerde hastanın devamlı olarak ve bol miktarda terlediği dikkati çekmiştir.

8/Mayıs/1950 sabahı hastanın her iki el bileği oynanında, solda daha fazla olmak üzere şişlik, ağrı, kızamık ve diğer bölgelere nazaran ısı fazlalığı başlamıştır.

Bu aşikâr akut asıl eklem romatizması belirtisi üzerine yapılan Ekg. de P—Q aralığı 0,24 bulunmuş, teleradiografi-de, patolojik bir değişiklik tesbit edilememiştir.



Şekil: 2.

Hastaya günde 10 gr. salisilat dö sud verilmiyen başlan-mış, iki gün sonra bilek oynaklarındaki romatizma belirtileri geçmiş, fakat meningismus sebat etmiştir. Salisilat tedavisine devam edilmiş, 14 mayıstan itibaren ense sertliği azalmış ve 18 mayısta da meningismusun tamamen kaybolduğu görülmüştür. Yapılan muhtelif Ekg. kontrollerinde de P—Q mesafesinin normale döndüğü tesbit edilmiştir. Ateşi 37 nin altına düşmüş, ateşin yüksek olduğu sıralarda akciğerlerde duyulan yaygın sibilan, ronflan raller de ateşin düşmesinden sonra tedricen kaybolmuş, hasta son 15 gün içinde 2 kilo şişmanlanmış ve tam şifaya kavuştuğundan 13 haziranda taburcu edilmiştir.

**Vak'ının yorumlanması** — Görülyorki vak'amız bir aylık ateşli bir devreden sonra kliniğimize yatırılmıştır, bu ateşli devrin ilk 20 gününde ateş fazla yükselmemiş olmalığı, hastamız hattâ bazı ufak tefek işleri yapmağa muvaffak olmuştur, yani hastalık başlangıçta az ateşli bir enfeksiyon gibi görünmektedir. Fakat bir aylık devrin son 10 günü içinde ateş birdenbire artmış, hasta öksürmeğe, balgam çı-

karmağa başlamış. Böylece pulmoner bir enfeksiyonu hatırlatan bir tablo husule gelmiştir. Nitekim hastahanemize geldikten sonra yapılan radyografik incelemede akciğerlerde, sağda 2-3 kostalar arasındaki alanda rezorbe olmuş enfiltrasyona ait bakiyeler görülmüştür. O halde bu esnada hastamızın, - natürü hakkında sarıh bir fikrimiz bulunmayan - bronkopnömonik bir enfiltrasyon geçirmiş olması muhtemeldir. Hasta kliniğe yattığı zaman akciğerlerde duyulan raller bronkopulmoner enfeksiyonun hâlâ devam etmekte olduğunu gösterdiğinden biz de hastayı bu bakımdan tedaviye başlamıştık. O sıralarda Penicillin bulamadığımızdan hastaya günde 3 gr. sülfamit ve öksürük kesici ilâçlar verdik.

On gün kadar başka belirti vermeden ve 38 - 39.8 arasında bir ateşle seyreden hastalıkta birdenbire değişiklik olmuş, meningismus meydana çıkmıştır. Fakat tabloya meninx iritasyonu belirtilerinin eklenmesi, hastanın umumî halinde bozulma, ağırlaşma husule getirmemiştir. Yani hiperpiretik bir enfeksiyonun seyri esnasında görülmesi mutad bir meningismustan ziyade tüberküloz meninjitini düşündürecek bir tablo hasıl olmuştur. Fakat liquor bulguları, başlangıç halindeki bir tüberküloz meninjitini için mevcut şüpheleri tamamen giderememişse de; bir meninjitenden ziyade meningismusun bulunduğunu göstermiş, liquorun tekrar incelenmesi, hastalığın meninjit tüberküloz, lenfositler korio-meninjit veya diğer virütik bir meninjit olmadığı neticesini vermiş, fakat mevcut meningismusun sebebi hakkında sarıh bir fikir edinilememiştir.

8 Mayısta her iki el bileğinde başlıyan eklem belirtileri karşısında herhangi septik bir tablo içinde teşekkül edebilen rumatoit bir artrit de hatırlanması mümkün görülmüşse de Ekg. de P-Q mesafesinin 0.24 gibi bariz bir artış göstermesi ve bu eklem belirtilerinin salisilattan sür'atle müteessir olmaları akut eklem romatizması diyagnozunun daha doğru olacağını göstermiştir.

Akut eklem romatizması başlı başına bir antite morbit olduğuna göre eklem belirtilerinin neden pek geç ve âdetâ bir komplikasyon veya bir yan tezahür gibi, siliik bir semptom şeklinde meydana çıktığını izah güç olmakla beraber en doğru diyagnozun bu olduğunu zannediyoruz. Akut asıl eklem romatizmasının sepsis şeklinde, lokalizasyonsuz gidişli, abartiküler şekilleri bulunduğu esasen bilinmektedir. Bilhassa çocuklarda ve gençlerde hiç bir eklem belirtisi olmadan kırıklık, yorgunluk, hafif ateş, epistaksis, çarpıntı, solukluk gibi müphem belirtilerle seyreden ve kendini carditis veya corea ile gösteren vak'alar pek çoktur. Aylarca sebebi bilinmeyen bir ateş ve kalbte radyolojik büyüklükle seyredip salisilat tedavisine iyi olan vak'alar yazılmıştır. Vak'amızın da başlangıçta eklem belirtileri yapmadan, sepsis şeklinde seyreden lokalizasyonsuz bir romatizma olması en kuvvetli ihtimaldir. Akciğer enfiltrasyonu akut asıl eklem romatizmasının pulmoner bir tezahürü olabilir. Akut romatizma esnasında gelip geçici, migratris, pulmoner enfiltrasyonlar tarif edilmiştir. Yahut bu pulmoner enfeksiyon romatizmadan müstakil

- belki streptokoksik - fakat rumatizma allerjisi husule getiren bir sebep olabilir. Hastamızın da kliniğe girdiği ilk günlerde boğaz mukozası şiş, kırmızı, bademcikleri büyük ve kırmızı bulunmuştur. Bu da rumatizma allerjisini hazırlayıcı bir rol oynamış ve başlangıçtaki ateş yükselmelerini husule getirmiş olabilir.

Akut asıl eklem rumatizmasının gidişi sırasında meningeal semptomların husulüne gelince: Şimdiye kadar pek çok rumatizma vak'asını takip fırsatını bulmuş olmamıza rağmen böyle bir belirti yaptığını görmedik. Kitaplarda da buna dair kısa bazı bilgilere rastladık (1).

Salisilat tedavisinden evvelki devirlerde rumatizmanın hiperpiretik serebral şekillerinden A. Eimer ve Sikwenkenbecher bahsetmişlerdir. Bu vak'alar da günün birinde, rumatizmanın gidişi sırasında, ateşin birdenbire yüksek seviyelere çıktığı, hattâ 43-44 dereceyi bulduğu, hastaların şuurlarını kaybettikleri, bazan delirler, konvülsiyonlar, trismus ve meningeal semptomlar görüldüğü, hastaların böyle ağır bir tablo içinde öldükleri, fakat otopsielerde bunları izah edecek beyin bulgularına rastlanmadığı kaydedilmektedir (2).

M. L. de Gennes, D. Mahoudeau, Bezançon, Gastinel akut rumatizmanın gidişi sırasında spinal meninxlerin iritasyonuna ait belirtilerin görülebildiğini, meningeal sendrom gösteren bütün bu vak'alarda liquor bulgularının normal olduğunu veya hafif basınç ve hücre artışından başka patolojik bulgu tesbit edilemediğini bildirmektedirler (3, 4).

Rimbaud, L. meningeal reaksiyon husule getiren enfeksiyon hastalıkları içinde akut asıl eklem rumatizmasını da saymaktadır (5).

Akut asıl eklem rumatizmasının gidişi sırasında sero-fibrinöz meningitisin de husule gelebileceği ve bunun - tıpkı eklem belirtileri ve rumatizmal plöritis gibi - esas hastalığın tedavisiyle kısa zamanda iyileştiği açık olarak zikredilmektedir (6).

Trousseau, Grenet, Vallin eklem belirtileriyle birlikte olan meningo-miyelitik vak'alar kaydetmişlerdir. 1916 da Nobecourt ve Payne akut asıl eklem rumatizmasında serebrospinal meningitis tablolarının da hastalığa eklenebildiğini, bu vak'alarda liquor basıncının arttığını, albümin miktarının 0.30 - 0.80

kadar olabildiğini, liquor'da bir kaç (lenfosit) bulunacağını, hastalarda lomber ponksiyon yapılmasının ağrıları teskin ettiğini söylemişlerdir. Bu çeşit meningeal sendromun salisilatla çabucak iyileştiğini belirtiyorlar (7).

Bütün mezanşim, daha doğrusu apotelial (mezanşim+adale+sinir) dokuda lokalizasyonlar husule getirebilen akut asıl eklem rumatizmasının meninxlerde de rumatizmal bir enfiltrasyon veya iritasyon husule getirebilmesi esasen akla uygun gelmektedir.

Biz de vak'amızı atipik gidişli akut asıl eklem rumatizması olarak kabul ediyoruz. Ekg. de P-Q mesafesinin uzaması, gerek eklem belirtilerinin ve gerekse bu Ekg. değişikliğinin salisilattan sür'atle müteessir oluşları bu diyagnozun lehine kuvvetli delillerdir.

Özet olarak diyebiliriz ki: Vak'amızı abartıklar başlangıçlı, sepsis tarzında, lokalizasyonsuz bir akut asıl eklem rumatizması diye kabul etmek doğrudur. Bu esnada husule gelen meningismus ve eklem belirtileri rumatizmanın geç meydana çıkmış lokalizasyonlarıdır.

Literatürde nadir görülen ve salisilat tedavisi devrinde belki de daha nadirleşmiş olan meningeal rumatizma belirtilerinin pek ağır gidişli olmaları böyle bir vak'ada tesbitinin - birtakım virüditik meningitiserin gittikçe arttığı bu devirde - meningismus hallerinde akut asıl eklem rumatizmasının da hatırlanması gerektiğini ortaya koyması bakımından ehemmiyetli olduğunu zannediyoruz.

#### Bibliyografya:

- 1) Grenet, H. ve Pellissier, L., Les rhumatismes Paris 1933 S. 56, 63.
- 2) Sikwenkenbecher, A., Eimer, K., Neue Deutsche Klinik 4. Band.
- 3) M. L. de Gennes ve D. Mahoudeau, Traité de médecine Tome I. Paris 1948, S. 851, 852.
- 4) Bezançon ve Gastinel, Précis de pathologie médicale Tome II Paris 1947 S. 700, 701.
- 5) Rimbaud, Çeviren Diker, H., Sinir hastalıkları İstanbul 1940, S. 649.
- 6) Encyclopedie medico-chirurgicale. Maladies infectieuses, S. 8055/14.
- 7) R. Lutembacher, Rhumatisme articulaire aigu (Maladie de Bouillaud) Paris, 1947, S. 297.

## Bikarbont dö Sud'suz Salisilat Tedavisi

Beyoğlu Hastahanesi Dahili Hastalıklar Mütahassısı  
Dr. Necmettin Hakkı İzmirli

Hekimliği meşgul eden hastalıklardan bir tanesi de hiç şüphesiz rumatizmadır. Kroniğini böbrek üstü hülâsalarıyla tedaviye çalışıyorlar. Şimdilik parlak neticeler alındığı yazılıyorsa da asıl hükmü istikbale bırakmak lâzımdır.

Akut poliartiküler romatizmanın tedavisinde bugün için yine kahraman ilaç salisilattır. Yerine kullanılmak istenilen piramidon, antipirin gibi terkipler

bu ilaçı akut romatizma tedavisinde kullanmaktan menedememişlerdir.

Salisilatın ne mekanizma ile romatizmaya iyi geldiği hakkında muhtelif nazariyeler söylenmiştir. Son zamanlarda yeni ve enteresan bir izah tarzı daha yazıldı :

Hastalık ajanlarının vücudu istilâ ile patolojik bir değişim yapması için organizmanın müdafaa va-





**Tüberküloz Tedavisinin İdeal Şimyoterapisi**

# Passiline

Her drajede

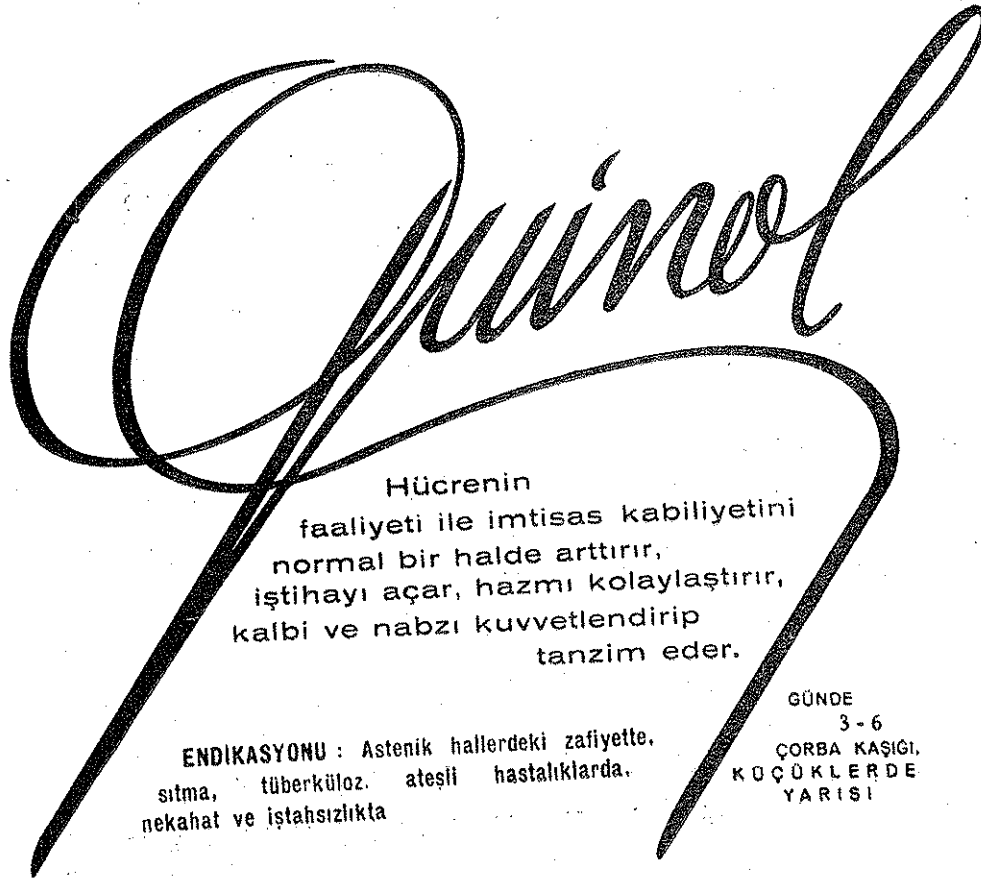
**Net 0.50 Gr.**

**"Para - Amino - Salicylique Acide Sodium" vardır.**

**PASSİLİNE'LE TEDAVİNİN NETİCELERİ :**

Terlemeksizin ateş düşer, Sedimantasyon ve balgam azalır, Hemoglobin ve iştah artar. Zamanla umumî ahval düzelir. Doz için takip edilecek yol mustahzarın içindeki prospektüste gösterilmiştir. Tetkiki rica olunur.  
TİCARİ ŞEKİL: (250 ve 500 lük ambalaj.)

**DIRİM Lâboratuvarı: ÇEMBERLİTAŞ.**



Hücrenin faaliyeti ile imtisas kabiliyetini normal bir halde arttırır, iştihayı açar, hazmı kolaylaştırır, kalbi ve nabzı kuvvetlendirip tanzim eder.

**ENDİKASYONU :** Astenik hallerdeki zafiyette, sıtma, tüberküloz, ateşli hastalıklarda, nekahat ve iştahsızlıkta

GÜNDE  
3-6  
ÇORBA KAŞIĞI,  
KÜÇÜKLERDE  
YARISI

**DIRİM Laboratuvarı. — Çemberlitaş - İstanbul**

Uzvi fosfor, Kalsiyum ve D<sub>2</sub> Vitamini'nin  
Ayarlı, Sinerjik Kopmleksi

## Calcidine (Granulé)

Formül :	Bir tatlı kaşığında
Inosito-hexa-phosphate de chaux et de magnésium	0,125
Gluconate de calcium	0,375
Vitamin D <sub>2</sub>	3000 Ü.i.

Raşitizm, büyüme teşevvüşlerinde, kemikleşme ve diş çıkarma çağlarında,  
tüberkülozun her şeklinde, nekahat devrelerinde, gebelik ve  
emzıklilik hallerinde.

— o —

## Biofortin (Elixir)

Formül :	Bir çorba kaşığında
Nucléinate de sodium	0,030
Méthylarsinate »	0,040
Glycerophosphate »	0,300

ve müştehi, mukavvi tentürler, Elixir de Garus ile seçme şarap  
Anemi, lenfatizm, müzmin bronşit, nörasteni, asteni ve tüberküloza  
karşı

**BIOFARMA**

Laboratuari, Fincancılar, Rizapaşa Yokuşu,  
Amerikan Han, No. 50/3, İSTANBUL — P. K. 384

sıtarını önlemesi lâzımgeldiği malûmdur. Bildiğimiz müdafaa vasıtaları yanında bir de «Acide Hyaluronique» isminde ve konjonktiv nescin hakikî çimentosu tesmiye edilen bir madde bulunmuştur (Karl-Meyer). Bu madde mikropların vücudü istilâsına mâni oluyormuş. Bu asit, vücudün muhtelif yerlerinde dağılmış bir halde ve bilhassa mafsal sinoviyallerinde fazlaca bulunmakta ve ağılebi ihtimal viskoziteyi temin etmektedir. Buna mukabil (Chain - Duthi) (Hyaluronidase) isminde bir ferment bulunmuşlardır. Bu ferment (acide Hyaluronique) i dekompoze ediyor. İşte organizmaya giren patogen âmilleri ve had romatizmada ağılebi ihtimal bir nevi (İstreptokok) un ifraz ettiği bu ferment acide Hyaluronique'i dekompoze ediyor ve bu dekompozisyon neticesi sinoviyalin viskositesi azalıyor ve bu suretle had mafsal romatizmasının semptonları meydana geliyor. Humörde kâfi miktar kesafette salisilat bulunursa bu fermenti tadil ederek hastalığı tedavi ediyor. Bundan dolayı fermentin menbaı olan streptokok'u yok etmek için bazı müellifler Penicillin de kullanmışlardır.

Ne suretle tesir ederse etsin, hastalığı tedavi için salisilatı humörde mukannen bir miktarda tutmak gayesiyle fazlaca vermek lâzımdır. Böyle fazla verilen salisilatın hazım cihazı üzerine muzur tesiri (Hazmi ademi tahammül, karaciğer üzerine toksik ve bilhassa K vitamin muvacehesinde Protrombin yapması üzerine menfi tesiri ve bu suretle emorrajilere sebebiyet vermesi.) Sansoryel muzir tesiri (baş dönmesi, kulak çınlaması) acidoza meyil (Ketojen cisimlerin çoğalması) gibi toksik araz yaptığı malûmdur. Bunları önleyebilmek için müsavi miktarda veya iki misli bikarbonat ilâvesiyle ilâcı kullanmak eskidenberi teamül halinde devam etmektedir. Yukarıda saydığımız toksik araz bazan tedaviyi gayri mümkün kılacak kadar ciddi olabilir. Bu mahzur için birçok müellifler birçok muhtelif ilâçlar kullanmışlardır. Yine son senelerde (Sodium

Gentisate = Di-Hydroxy-2-5 Benzoic-acid'in bir sodyum milhi) ni kullanmaya başladılar. Salisilat gibi hazım, damar, rektum yolundan kullanılan bu ilâç miktar bakımından hemen salisilat gibi olmakla beraber toksik bir tesiri yokmuş. Biz kullanmadık. Ve nasıl tesir ettiğini de bilmiyoruz. Zamanla vaziyet tebellür eder..

Salisilatın bikarbonatla verildiği takdirde midede daha fazla kaldığı ve binaenaleyh hazım cihazı üzerine daha fazla muharriş tesir icra ettiği ve kanda müessir kesafetin daha fazla salisilat vermekle temin edildiğine dair neşriyatı görmemiz üzerine biz de kliniğimizde hastalarımıza bikarbonatsız vermeye başladık. Ondört vak'a üzerinde kullandığımız bu usulde hastaların şayanı hayret derecede tahammül gösterdiklerine şahit olduk. Tedaviden evvel ve sonra yaptığımız kanda şeker, üre, bilirubin, kanama müddeti, tahassür müddeti, tekemmüş müddeti, kapillerogram, Takata-Ara ve idrarda acide diacitik, bilirubin, ürobilin, aceton gibi analizlerde hiç bir gayri tabiiyet bulamadık. Protrombin zamanını maatteessüf tayin edemedik. Tedaviden evvel ve sonra yaptığımız elektro-kardiyogram ve röntgen tetkiklerinde en ufak bir gayri tabiiğe tesadüf edemedik.

Biz salisilatı birer gramlık kaşeler halinde ve bol su ile yevmiye sekiz gram olarak veriyoruz. Ve kandaki seviyenin idamesini temin için gece dahil mukannen saatlerde ilâcın verilmesine dikkat ediyoruz. Bir hafta sekiz gram verdikten sonra, ikinci hafta altı gram, üçüncü hafta beş gram, dördüncü hafta dört gram veriyor ve hastaya iki hafta daha günde üç gram almasını tavsiye ederek klinikten çıkarıyoruz. Bir, iki, üç ay sonra gördüğümüz hastalarda nüküs ve komplikasyon bakımından hiç bir şey göremedik. Bu ondört vak'adan sonra gerek klinikte, gerek haricte daha bir miktar hastalara aynı usulü muvaffakiyetle kullandık ve kullanıyoruz.

## Had Koroner İn-Farktüs'unda Piramidon (\*)

D. Scherf, M. F. Göklen, ve L. J. Morgenbesser

Koroner tıkanması ve had miyokard infarktüs'ü hastalarında, had epizodun başlamasından kısa bir müddet sonra, külliyyetli bir ateş yükselmesi inkişaf eder. Hararetin yükselmesiyle beraber kalb durumunun fenalaşması, gallop nazım ve akciğer konjesyonu müşahede edilebilir. Hararetin düşmesini müteakip sübjektif bir salâh ile hemzaman olarak bu arazların kaybolmaya yüz tuttıkları görülür. Bundan dolayı bize öyle geldi ki, koroner oklüzyonu tedavisinde hararetin terapötik kontrolü çok arzu edilebilir. Had miyokard infarktüsünü müteakip hararet inkişafı görülen 15 vak'ayı, analjezik ve antipiretik evsafı terkinde birleştiren piramidon ile tedavi ettik. Piramidon'un ufak dozda kullanılması ile dahi bu

tesirler müşahede edildi.

**Metod:** En aşağı 2 tanesinin gece verilmesine dikkat edilerek, 30 santigramlık piramidon tabletinden günde 6 tane verildi. Ateşin düşüp düşmediğine göre tedavi müddeti iki günden beş güne kadar uzatıldı. Ateşli devre nüksesince tedaviye tekrar başlandı. Lökosit adedi hergün sayıldı.

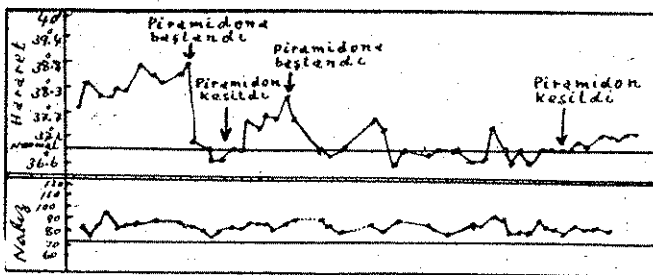
**Neticeler:** Yaşları 43 ile 67 arasında tehalüf eden 15 hasta piramidon ile tedavi edildi (Tablo : 1). Bütün hastalar had miyokard infarktüsü teşhi-

(\*) Bulletin New York Medical College'in cilt 12, 1949 sayfa 102 - 109 da intişar eden yazının müelliflerinden M. F. Göklen tarafından yapıp gönderilen türkçe tercümesidir.

TABLO : 1

Hasta	Yaşı	İnfarktüs mahalli	Hararet	Nabız	Tedavi müddeti (gün)	Mülâhazat
1. D. K.	43	ön-yan	38° 8—36° 7	120—84	3	Ateş normal seyretti.
2. R. K.	66	arka-yan	38° 3—36° 9	105—75	3	İlaç kesildikten sonra ateş 37° 5 e ve nabız 106 ya yükseldi.
3. N. R.	59	ön-yan	38° 7—36° 3	90—65	5	Gallop nazım kayboldu.
4. B. F.	64	arka-yan	39° 9—37° 2	60—72	5	Ateş normal seyretti.
5. A. G.	52	arka-yan	38° —37° 1	104—92	4	İlaç kesildikten sonra ateş 38° 2 ye yükseldi, gallop devam etti, hasta hastaneye yattuktan 11 gün sonra ansızın öldü.
6. J. S.	57	arka-yan	38° 4—36° 5	74—60	3	Ateş 38° 6 ya, nabız 74 e çıktı, perikardit mevcut.
7. L. C.	60	ön-yan	38° —37° 6	110—80	5	İlaç kesildikten sonra ateş 38° 3 e, nabız 100 e çıktı. Hasta hastaneye alındıktan 10 gün sonra öldü.
8. I. G.	52	arka-yan	38° 3—37°	65—65	5	Ateş normal seyretti.
9. J. S.	66	ön-yan	38° 3—36° 8	116—94	3	İlaç kesildikten sonra ateş 39° 2 ye, nabız 104 e çıktı. Perikardit, pulmoner konjesiyon tedavi esnasında kayboldu.
10. F. U.	58	ön-yan	38° 4—36° 6	85—58	2	İlaç kesildikten sonra ateş 37° 7 ye, nabız 88 e yükseldi.
11. L. B.	64	arka-yan	38° 1—36° 8	80—68	3	Ateş normal seyretti.
12. F. D.	57	arka-yan	38° —37° 2	86—74	4	Ateş normal seyretti.
13. G. C.	67	ön-yan	38° 3—37° 2	90—74	3	İlaç kesildikten sonra ateş 38° 8 e, nabız 90 a yükseldi.
14. deW.	57	ön-yan	38° 8—36° 6	88—76	3	Ateş normal seyretti.
15. A. S.	67	arka-yan	39° 1—37°	90—74	2	İlaç kesildikten sonra ateş 38° 3 e, nabız 90 a yükseldi.

sile alındı; yedi vak'ada infarktüs sahası sol ventrikülün antero-lateral ve sekizinci postero-lateral cidarındaydı. Hararet, vak'aların hepsinde mutedil bir derecede yükselmiş ve bir vak'ada 39.2 dereceyi bulmuştu. Vak'aların çoğunda sinüs nazımı mevcuddu ve bir vak'a müstesna olmak üzere (Vak'a: 4), hepsinde kalb daraban adedi azaldı. Bir arka cidar infarktüsü olan vak'a 4 de başlangıçta 60 raddesinde bir bradikardi mevcuttu, bu piramidon tedavisiyle tedricen zail oldu ve öyle ki, tedavi sonunda kalb vuruşu adedi 75'e yükseldi. Arka cidar infarktüsü mevcut olan diğer üç vak'a (Vak'a: 5, 6 ve 8) da mutedil bir kalb vuruşu adedinin düşüşü vardı. Vakaların bir kısmında piramidon tedavisine kasden vaktinden evvel nihayet verildi, bazılarında iki gün sonra ilaç kesildi. Sekiz vak'ada tekrar bir hararet yükselmesi görüldü. Bir vak'ada (Vak'a: 9) hararet tedaviye başlandığı zamankinden daha yüksek bir seviyeye çıktı. Bu hastaların çoğunda perikardit ve plörezi gibi ihtilâtlar teşekkül etmişti ve amidopirin ile ikinci bir kür esnasında tekrar hararet sükutu kaydedildi.



Pyramidon tedavisinde nabız ve hararet

Şekil: 1, vak'a 15 in ateş ve nabız değişikliklerini göstermektedir. Ateş (39°) dan (37°) ve nabız da 90 dan 74 e düştü. İki gün tedaviden sonra ilaç kesildi ve ateş (38° 3) ve nabız da 90 a çıktı. Nabız adedinin ufak değişiklikleri, şüphesiz, hastada postero-lateral bir infarktüs mevcudiyetine atfedilebilir.

İlaç verilmesinden sonra hastaların hepsi kendilerinde bir salâh hissetti. Bu sübjektif iyilik hissi kaydı ihtiyatla karşılanmalıdır, çünkü infarktüsden sonra bu gibi iyilik kendiliğinden hasil olabilir. İlaç kesilmesinden sonra ateşin tekrar çıkması dolayısıyla piramidon tedavisine tekrar başlanan yedi hastanın iyilik hissettiklerini kendiliklerinden beyan etmeleri şayanı dikkattir. Gallop nazım (Vak'a: 3) ve pulmoner konjesiyon (Vak'a: 9), tedavi ile ateş düşüncü, zail oldu. Hastaların ikisi vefat etti.

#### Münakaşa

Hastalarda had bir infarktüsü müteakip ateşin yükselmesi, ilk semptomların zuhurundan bir kaç saat sonra başlar. Mamafî, bu yükselme her zaman vaki olmaz, ve bir araştırma vak'aların ancak yüzde 66 sında 37.2 derecenin üstünde bir hararet yükselmesi olduğunu gösterdi. Hararet 40.5 derecesi seviyesine erişebilir ve ihtilâl etmemiş bir vak'ada 5 ilâ 7 gün zarfında kaybolabilir. Münteşir bir perikardit, plörezi veya akciğer infarktüsü mevcudiyetinde, ateşin ikinci bir yükselişi ve müddetinin uzaması mutattır. İnfarktüse duçar olmuş sahanın etrafındaki reaksiyon iltihabı ve protein parçalanmasından husule gelen maddelerin imtisası bu ateşli reaksiyonun âmil-leri olduğu zannedilmektedir. Daha yüksek ve devamlı ateşli hastalarda prognoz daha fenadır (9).

Mortalite ateşin yüksekliğiyle artar. Ateşi 37.7 ile 38.2° arasında olan hastalarda mortalite yüzde 64 e yükseldi (14).

Nabız sayısı hararet yükselmesiyle tedricen artar. Mackenzie her bir hararet derecesi yükselişine mukabil nabzın 15-18 artışı kaydettiği (8). Neyman insanlarda sun'i hararet husûle getirmiş ve her bir hararet derecesi artışına mukabil, 10.8 nabız artışı bulmuştur (10). Bazett sıcak banyo ile her bir hararet derecesi yükselişine mukabil nabzın 18 arttığını tesbit etmiştir (3). Tifo aşısı ile husule getirilen hararet ile buna müşabih neticeler elde edilmiştir (5). İnsanda sun'i olarak husûle getirilen bir tecrübede hararet derecesi 37.2, nabız 100 bulundu ve ateşin 39 a çıkmasıyla nabız 148 e çıktı (19). Kalb vurum adedinin bu artışı teçrid edilmiş perfusé kalbda da görüldü. Bu şerait altında ateşin 10 derece yükselmesine mukabil nabız adedi 2-3.5 defa artabilir (3, 18). Kalb vurumunun bu artışında ilk âmil sıcak kanın kalb merkezlerine doğrudan doğruya tesiridir. Refleks ve toksinler gibi diğer âmillere de bunda yardımcı rol oynarlar. Buna, ekseri tüberkülozlu hastalarda nabzın külliyetli bir miktarda artmasına mukabil, tifolu hastalarda mütedil derecede artışı misâl olarak gösterilebilir. Nabız adedinin artma derecesi ateş husûle getiren âmile ve kalbin durumuna bağlıdır.

Sağ koroner arteri oklüzyonu ile müterafik olarak arka cidar veya arka-yan cidar infarktusunun elektro-kardiyografik tipini gösteren hastalarda, hararetin yüksek derecede olmasına rağmen, ekseriya sinus aritmisi ile birlikte nisbeten düşük bir kalb daraban adedi mevcuttur. Sinüs düğümünde tenbih teşekkülünün yavaşlaması ve nâdir olmayarak sinüs tenbihinin anormal A-V (Atriyoventriküler) intikali, başlıca sağ koroner arterinin bir şubesile beslenen, spesifik eilyafların kanla beslenmesinin hasara uğramasından tevellüt eder. Tablo: 1 in gösterdiği üzere arka cidar infarktüslerinde nisbî veya mutlak bradikardi nadir değildir ve ateş yüksekliğiyle nabız adedi arasında bir muvazilik yoktur. Daraban adedinin artmasıyla kalbin oksijen sarfiyatı da artar ve bu sebepten koroner arteri hastalığına müptelâ olanlarda ciddi akibetler inkişaf edebilir. Koroner ağzının sifilitik stenozu olan hastalarda bu aşikâr olarak gösterilebilir. İntravenöz atropin şırıngasını müteakip nabız adedinin sür'atlenmesi ile aşikâr elektro-kardiyogram bozuklukları, T dalgalarının derince menfileşmesi ve anjinöz ağrılar müşahade edildi (16). Buna müşabih bir tarzda taze arka cidar infarktüsü olan hastalarda A-V (Atriyoventriküler) blok zail olur olmaz kalb vurumunun artması ile durum fenalaşır. Başlangıç safha (Titreme) müstesna (1, 4), ateşle muntazaman zuhur eden kalb atım hacminin artması da kalbe büyük vazifeler yükler ve sol kalb cidarının kısmî nekrozu ve geriye kalan arterlerin arteriyosklerozu mevcut olan hastalarda bu vaziyet zarar verici olabilir.

Had miyokard infarktüsü olan hastalarda ateşin çıkması tansiyonun düşmesine ve hattâ bunun tehlikeli seviyelere inmesine sebebiyet verebilir.

Piramidondan devamlı istifade edebilmek için en aşağı geceleri iki doz verilmelidir. İlâcın analjezik tesirini de haiz olması şüphesiz memnuniyet verici ikinci bir istifade noktasıdır.

Piramidonun iki muzır tâli tesiri vardır. Bunlardan biri agranülositoz, diğeri de vücutta su retansiyonudur.

Piramidon muhakkak ki, agranülositoz yapar, fakat bunun ve müşabih maddelerin gelişi güzel istimaline nihayet verilmesiyle bu halin vukuu külliyetli derecede azalır. Bu seride ve elliden fazla kardiyak hastayı ihtiva eden diğer bir travayda ve başka muhtelif hastalıklara müptelâ vak'alarda günde 2 gram olmak üzere 2-8 gün piramidon verildi ve hiç birinde granülositopenya vak'ası görülmedi (15). Bu yazıda münakaşa edilen miyokard infarktüsüne müptelâ vak'alarda bu hastalıkta tipik olan ilk lökositoz zail oldu ve lökosit adedi normale rücu etti. Evvelce piramidon veya kömür katranı müştekatından birisini almamış bir hastada piramidon verilmesini müteakip agranülositoz zuhuru hakikaten çok enderdir. Vak'aların çoğunda büyük dozlarda uzun müddet bu ilâç verildikten sonradır ki, agranülositoz zuhur etti. Öyle ki, Kracke ve Parker tarafından neşredilen 11 vak'ada bu ilâca uzun müddet ve büyük dozlarda devam edilmesidir ki, lökositin kanda tehlikeli bir derecede sukutuna sebep oldu (7). Mamafi, biliyoruz ki, bir gramdan daha az bir tek doz ile agranülositoz görülebilir. Uzun müddet piramidon almış olan, gelişi güzel seçilmiş 130 hastayı ihtiva eden bir seride hiçbir hastada ehemmiyetli derecede granülosit adedinin azalması görülmedi (17) ve 400 kişilik diğer bir gurupta ise 1% nisbetinde agranülositoz vukua geldi (12). Piramidonun nadiren kullanıldığı şimdiki zamanda ilâcın bir kaç günlük istimalini müteakip agranülositoz vukuu azaltacaktır. Kanaatimize göre piramidonun 2-3 günlük verilmesi tehlikesizdir ve agranülositoz zuhuru çok uzak bir ihtimaldir.

Bu yazıda tavsiye edilen dozda piramidon kullanıldığı zaman araştırma yapılan şahısların 84% ünde su ve sodium retansiyonu gösterilmiştir (15). Bu tedaviye nihayet verilmesiyle vücutta tutulan su sodium ve su 24 saat zarfında ifraz edilir. Binaenaleyh, bariz akciğer konjessiyonu olan hastalarda bu ilâç kaydı ihtiyatla kullanılmalıdır. Mamafi, bizim seride bazal râl ve akciğer konjessiyonu mevcut hastalarda bu arazların bir artışı görülmemiştir.

Bu delillere istinaden ateş yükselmesiyle müterafik olan her had miyokard infarktüsü vak'asında piramidonu kaideden olarak kullanmayı telkin etmek fikrinde değiliz. Bradikardi gösteren arka cidar infarktüslerinde veyahut ateş ve taşikardiye rağmen iyi bir durumda olan diğer hastalarda buna nadiren ihtiyaç hâsıl olur. Mamafi, ateş ve kalb vurumu artan ve gallop nazım, akciğer konjessiyonu ve anormal derecede düşük tansiyon ve saire gösteren hastalarda piramidon istimali ciddi olarak nazarı itibare alınmalıdır.

**Netice :**

Had miyokard infarktusu ve yüksek ateşli 15 hastada amidopirin tedavisiyle (her 4 saatte 30 santigram piramidon) elde edilen netice araştırıldı. Hastaların hepsinde yüksek ateş normale düştü.

Bu tedavinin iyi tesiri, iyi intihap edilen vak'alarda, evvelce münakaşa edildi.

**Bibliyografiya:**

1. Altschule, M. D., and Freedberg, A. S.: Medicine, 24:403, 1945.
2. Baer, S. and Frankel, H.: Ann. Int. Med., 20:108, 1944.
3. Bazett, H. C.: Physiol. Rev., 7:531, 1927.
4. Bjerlow, H. and Liljestrang, G.: Acta med. Scandinav. 67:5, 1927.
5. Freedberg, A. S., McManus, M. J., and Altschule, M. D.: Am. Heart J., 34:249, 1947.
6. Israels, M. C. G. and Wilkinson, J. F.: Quart. J. Med., 6:35, 1937.
7. Kracke, R. R. and Parker, F. P.: J. Lab. & Clin. Med.,

- 19:799, 1934.
8. Mackenzie, J.: Diseases of the heart, 3d ed., Oxford, New York, 1914.
9. Middleton, W. S.: Minnesota Med., 18:710, 1935.
10. Neymann, C. A.: Artificial fever produced by physical means, Thomas, Springfield, Ill., 1938.
11. Plum, P.: Clinical and experimental investigations on agranulocytosis, Lewis, London, 1937.
12. Rawls, W. B.: Am. J. M. Sc., 192:175, 1936.
13. Bohr, K.: Helvet. Med. Acta. 6: 611, 1939.
14. Rosenbaum, F. F. and Levine, S. A.: Arch. Int. Med., 68:913, 1941.
15. Scherf, D.: Klin. Wchnschr., 10:1110, 1931.
16. Scherf, D. and Schnamel, P.: Klin. Wchnschr., 13:1397, 1934.
17. Simon, S. D. and Metz, M. H.: J. Lab. & Clin. Med., 21:1154, 1936.
18. Snyder, C. D.: Ztschr. f. Allg. Physiol., 15:72, 1913.
19. Vernon, H. M.: M. Research Council, Special Rep. Ser., 73:116, 1923.
20. Wiggers, C. J. and Orias, O.: Am. J. Physiol., 100:614, 1932.

**İkiz İki Kardeşde Rastlanan İdiopatik Kalb Hipertrofisi**

Dr. Sezai Bedreddin Tümay — Dr. Cihad Tahsin Gürson

İdiopatik kalb hipertrofisi (İ.K.H.) süt ve oyun çağındaki çocuklarda rastlanan ve nadir teşhis olunan bir hastalıktır. Etioloji ve patojenisi hususunda henüz fazla bir bilgiye sahip olunmayan bu hastalığın inzarı çok karanlıktır. Şimdiye kadar takriben 90 vak'a yazılmıştır (1).

Henoch 1860 da konjenital olarak tahmin ettiği iki kalb hipertrofisi vak'ası neşretmiş, bundan sonra Bouchut ve Simmont da kendi vak'aları ile hastalığı tavsif etmişlerdir. Son 30 yıl içinde teşhise bu hastalığın düşünülmesi ile yeni vak'alar yayımlanmış ve (İ.K.H.) nin incelenmesi mümkün olmuştur.

Biz de son zamanlarda ikiz iki kardeşde (İ.K.H.) tesbit ettik; biri ölümle sonlanan ve diğeri hayatta bulunan bu iki vak'anın takdimini ve bu münasebetle hastalığın teşhis kriteriumları ile etiolojisi ve patojenisine ait bilgileri gözden geçirmeyi faydalı bulduk.

Gebeliğin 9 ncü ayında bulunan anne 18/III/1950 de gözde sinek uçmaları, baş ağrısı, bacaklarında şişlik şikâyetiyle (Doç. Ercüment Bora'ya) müracaat ediyor. Muayenede ağırlık 75 kgr. karın ve bacaklarda ödemler, T. A.: 16,5/10, idrar miktarı 24 saatte 500 cc., alb.: 8 gr., kanda üre: 0,15 gr., total protein: 4,20 gr., serum albümin: 2,85 gr., serum globülin: 1,35 gr. Laktovejetariyen diyet, mayilerin tahdidli, serum glikoze, diüretin, lüminal ile bu bozukluklar düzeliyor.

26/III/1950 de ağırlık 70,800 gr. dir. T. A.: 18,5/10. Ödemler tamamen kaybolmuş idrarda alb.: 0.

Doğum sırasında bu şikâyetler asgarî hadde inmiş bulunmakta idi.

9/IV/1950 de iki amnion zarı ve iki plasenta ile ikiz iki oğlan çocuk, baş itilamı ile normal olarak doğum.

İkizlerden G. A. nın doğum kilosu: 3.200,

D. A. nın doğum kilosu: 3.000 gr. dir.

İlk muayenede kayda değer bir şey yok.

I.VI.1950 de G. A. 5,550, D. A. 4,850 gr. dir. Her iki çocukta da genel durum iyi, renk soluk, eksüdatif diyatez belirtileri, başta terleme var, Fontanel 3 parmak açık.

17/VII/1950 de G. A. 7,000, D. A. 6,100 gr. Her ikisinde genel durum iyi, organ muayeneleri tabii. Bademcikler şişkin.

19/VIII/1950 de G. A. 7,700, D. A. 6,700 gr., D. A. nın nezleli, burun tıkalı, sağ bademcik kırmızı, karın yaygın ve yumuşak, karaciğer kosta kenarını 2 parmak geçiyor. Nefes alış sıkca, kalb ve akciğerlerde kayda değer bir şey yok. G. A. da bulgular normal kollarda diyatezik belirtiler var.

4/IX/1950 de D. A., sıkıntı var, fenalık geliyor, şikâyeti ile getirildi. Renk soluk, vücut ağırlığı artmamış. Muayene sırasında dispne nöbeti geçirdi. Her iki hilüs bölgesinde teneffüs haşın, solda teneffüs suflan, zefir uzunca, karın şişkin, bademcikler hipertrofik ve kırmızı. Gastrointestinal bozukluk yok. Bu durum karşısında adenopati ile ilgili astmatiform bir hâl düşünüldü ve lüzumlu ilaçlar verilerek röntgen yapılması tavsiye edildi.

5/IX/1950 de yapılan röntgende kalbin büyük olduğu tesbit edildi (Şek. 1 - \*). Nöbet halinde gelen dispne devamlı bir şekil aldığından ve buna siyanoz da eklendiğinden hasta aynı gün İstanbul Çocuk Hastahanesi'ne yatırıldı. İlerleyen dispne ve siyanoz ile 6/IX/1950 de eksitüs.

8/IX/1950 de G. A. da genel durum iyi, solda hilüsde teneffüs suflan, pırquet (—).

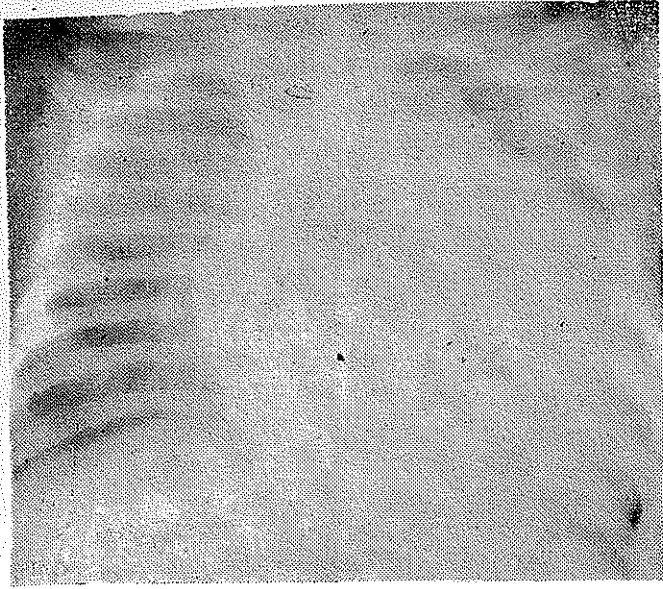
11/IX/1950 de G. A. nın muayenesinde renk soluk, takipne ve hafif ateş var, boğaz kırmızı, kalb ve akciğerlerde (teneffüsün suflantı olmasından başka) kayda değer bir bulgu yok.

12/IX/1950 de alınan grafide (Şek. 2) kalb büyük, sol göğüs yarısını doldurmuş vaziyette. Groedel nisbeti 1,38. E.K.G. da (Şek. 3) sol tip, DI da T (—), Q3 çocuklar için patolojik değil. Sol kalb iç tabaka myokard bozukluğu.

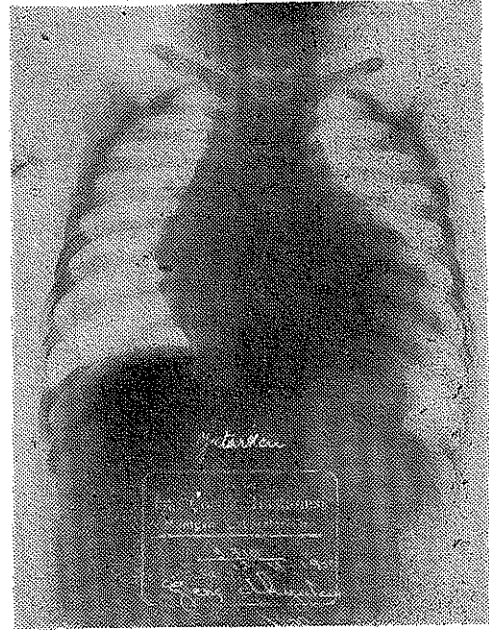
2/IX/1950 de G. A.: Ağırlık 7,800 gr., boy 68 cm., baş

(\*) Bize bu filmi hazırlayan Röntgen Mütchassısı Esad Minkavi'ye derin teşekkürlerimizi sunarız.

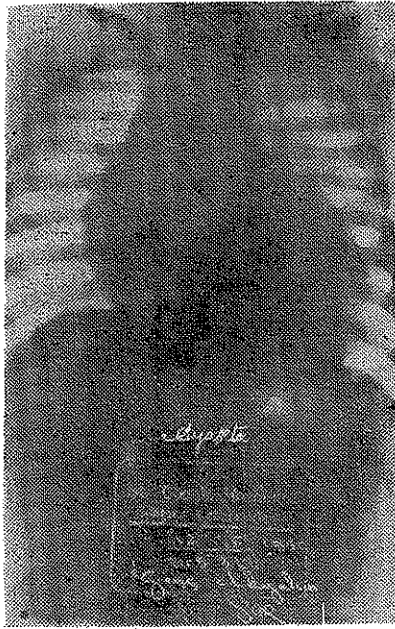




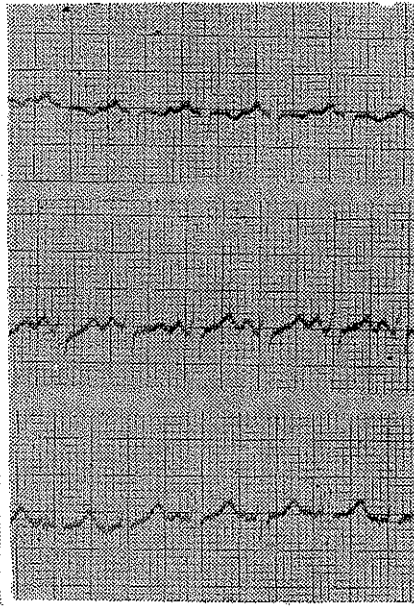
Şekil: 1.



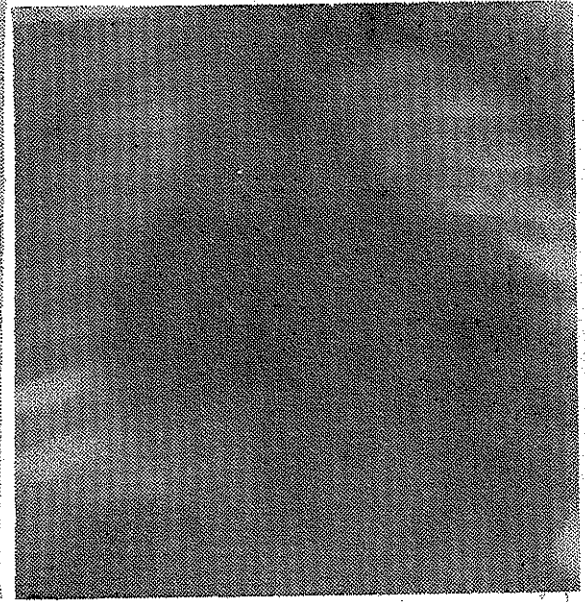
Şekil: 2 a.



Şekil: 2. b.



Şekil: 3.



Şekil: 4.

43. göğüs 45, T. A.: 7,5/5,5, renk soluk, teneffüs dakikada 40-50, kalb matitesi meme çizgisi dışında, seslerde bir değişiklik yok. Karaciğer kosta kenarını 2 parmak geçiyor. Fontanel 2x2 cm. açık. İki dişi var dalak perkütabl.

10/X/1950 de yapılan grafide; (Şekil. 4) Kalb büyüklüğü devam etmekte fakat çocuk filim çekilirken iyi durmadığından büyümede bir artma olup olmadığı hususunda karar verilememektedir.

6/XI/1950 de ileri derecede eksikoz ile birlikte 4-5 gün süren bir ishâl geçirdi.

18/XII/1950 de bir nezle ile birlikte genel durum da bozuldu, yeni bir takipne nöbeti, yüz çok soluk ve ifadesi korkulu. Sağda fazla olmak üzere her iki hilusta teneffüs surlan. Sternum ileri doğru çıkık. Boğaz arka duvarında müküs var.

İlk aylarda, olması lazım gelen ağırlığın üstünde bulu-

nan çocuk halen büyümede bir gerileme göstermekle beraber iyidir. Hastada küir halinde digaléne, cardiazol, B kompleksi kullanılmakta, lüminal ve bromür ile teskin edilerek ani cehitlerden kaçınılmaktadır.

Vak'alarımızın hususiyetine geçmeden önce hastalığın en göze çarpan ve teşhise yardım eden daha doğrusu, hastalığı şüphe ettirerek teşhise götüren klinik arazi sıralamak faydalı olur düşüncesindeyiz.

Umumiyetle, normal olarak doğan çocuklar ya hayatın ilk günlerinde bu hastalıktan ölümler veya göze çarpan bir belirti göstermeden müddeti değişik bir arazsız - sessiz devre geçirirler. Birinci gruptan şimdiye kadar 64 vak'a neşredilmiştir (2), kalbin glikojenik bir tümörü halinde olan bu vak'alarda teşhis, hemen hemen daima post mortem otopsi ile

konulabilmıştır. Geç çıkan vak'alarda esas muhbir belirti dispne ve siyanozdur; bunlardan sonra ikinci derecede yüz solukluğu ve öksürük gelir.

Dispne ya ekspiratuvar veya enspiratuvar olabilir. Hastalığın bütün seyri müddetince mevcut olması şart değildir. Netekim vak'alarımızdan ölüme sonlanan da ancak ölümden kısa bir zaman önce, başlangıçta nöbet halinde olmak üzere görülmüş ve daha sonra devamlı bir şekil almıştır. Hayatta bulunan diğer kardeşde ise teneffüs ritmindeki bozukluk rakipne vasfındadır; teneffüs zaman zaman dakikada 60-70 i buluyordu. Bu hal digaléne vermek için müş'ir hizmetini görmüştür.

Takipne ile beraber çocuğun sesi de kısılmakta ve iniltili, isiklı bir hal almakta idi. Bilhassa bu ses ana babanın dikkatini çekmiştir.

Siyanoz, ölen çocukda, ölümden kısa zaman önce göze çarpacak dereceyi bulmuşdu; diğer kardeşde belli belirsiz bir semptom olarak kaldı. Renk solukluğu vak'alarımızın karakteristik bir bulgusudur; daha ilk günlerden itibaren her iki kardeşde, anemik bir durum görülüyordu; kan muayenesi maalesef yapılamamıştır.

Öksürük, kaydedilen vak'ada ölümden önce manifest bir hal almış ve bu arada ateş de bir yükselme görülmüştür. Bu hal bize öksürüğün İ.K.H. ya ait bir belirti olmaktan ziyade araya giren bir hastalık işareti olduğu intibahını verdi. Netekim bu hastamızda ölümden bir gün önceki muayenedeki gripal enfeksiyon tesbit edilmekle beraber yaşayan çocukta da zaman zaman ateş yükselmesi ile beraber öksürük görülmektedir. Bu hallerde penicillin tedavisi ile birlikde ekspektoranlar ateş ve öksürük üzerinde müsait tesir yapmaktadır. Bunun dışında dikkati çekecek bir (öksürük hali) ne rastlamadık.

Hastamızda rahitis, daha ilk günlerden itibaren aşikâr belirtileri ile mevcuttu. Buradaki rahitisin D vitaminine karşı bilhassa mukavim olduğunu tebarüz ettirmek isteriz.

İ.K.H. nin büyüme ve gelişme üzerinde de tepkisi olmalıdır sanırız. İkiz vak'alarımızdan ölen (D. A.) nın büyüme ve gelişmesi hayatta bulunan eşi (G.A.) den daha ilk aylardan itibaren geri kalmıştı. İkinci kardeş (G.A.) de de kalb yetmezliği belirtileri başlamasından sonra gelişmede durgunluk başladı. Böyle bir durum bize doğuştan kalb yetmezliklerinde rastladığımız büyüme ve gelişme geriliğini hatırlattı ve geriliğin erken başlaması hallerinde yetmezlik belirtilerinin erken başlayacağı ve böylece gelişimin daha ağır olabileceğini düşündürdü.

İkinci kardeş kısa zamanda ileri derecede eksikoz yapan bir ishal geçirmiştir. Bu ishahin İ.K.H. ile alâka derecesini kat'iyetle söyleyemeyiz. Zira aynı günlerde sun'î beslenen normal süt çocuklarında da ishale rastlanılmakta idi. Yalnız basit bir ishal yanında eksikozun ileri derecede bulunması vücut muvazenesinin düzgün olmadığını belirtmesi bakımından dikkati çeker.

Fizik muayenede kalbde büyüme delâlet edecek hiç bir işaret bulunamadı. Yalnız sol paravertebral bölgede teneffüsün suflan oluşu dikkati çeken

bir bulgu idi. Bu suflan teneffüsün, bazı müelliflerce, büyümüş olan kalbin sol bronkusu tazyik etmesinden ileri geldiği kabul edilir ve bu teneffüse önem verilir. Her iki hastamızda rastladığımız ve hattâ ölen hastadaki son muayenemizde artmış olarak gördüğümüz bu bulgunun kıymetli olacağını biz de düşünmekteyiz.

Bundan başka nadir olarak sol kaidede de teneffüs seslerinde azalma (Carrington) krepatasyonu mihrakları (Stoloff), hidrotoraks (Cathala) da tesbit olunmuştur (3). Bu ilk iki belirtinin kalbin terminal kifayetsizlik safhasında meydana gelmiş olacağını düşünmekteyiz. Sağ kalan ikizde daha sonraları sağ hilus bölgesinde de teneffüs suflan oldu. Fakat bu günlerde röntgen kontrolü yapılmadığı için bunun kalbin daha fazla büyümesi ile mi ilgili olduğunu söyleyecek durumda değiliz. Kalbin oskültatuvar bulguları tamamen normaldi.

Sağ kalan kardeşde hastalığın teşhisinden iki ay sonra toraksın ön kısmını tutan bir kabarıklık meydana çıktı; bu kabarıklık rahitise mi, yoksa kalb hipertrofisine mi ait olduğu şüphelidir. Çünkü buradaki çıkıntı literatürde bildirildiği gibi sol hemitoraksı değil bütün ön plastronu alâkadar etmektedir.

Teşhisde en emin dayanak yukarıda belirtilen klinik araz yanında röntgen bulgusudur. E.K.G. da da miyokardın iyi beslenmediğini gösteren bulgular tesbit olunur.

Kısaca söylemek lâzımgelirse: hastada fizik muayene ile üst teneffüs yolları ve akciğere ait patolojik bir değişiklik bulunmayan vak'alarda takipne ve dispne, hafif siyanoz, yüz solukluğu gibi belirtiler kalbin idiyopatik hipertrofisini düşündürmeli ve hekim bu noktadan araştırmaya sevk etmelidir.

Ölen çocukda otopsi yapılmadığı için şimdiye kadar otopside rastlanılan anatomo-patolojik bozuklukları zikretmekten sarfınazar ettik.

Hastalığın patojenesi hakkında değişik düşünceler ileri sürülmüştür. İlk vak'ayı tasvir eden Henoch, sebebini izah etmeden, hastalığın konjenital olduğunu belirtmiştir. Howard B. Sprague ve mesai arkadaşları hastanın geçmişinde ailevi, konjenital suişekillerin bulunduğunu tebarüz ettirerek aynı düşüncüyü desteklerler. Bu müellifler aynı hastalığın ailenin muhtelif çocuklarında görülmesini jerm plasmasının yapı bozukluğuna atfederler. Manson da aynı ailenin iki çocuğunda İ.K.H. den ölüm tesbit etmiştir.

Çok defa status timolenfatikus hastalığın sebebi olarak ileri sürülmüştür. Bu düşünce kaynağını miyokartta bulunan yuvarlak hücreli infiltrasyondan alır (Ceclen, Riesenfeld Feer). Mamafih, bir çok müellifler anatomo-patolojik bulgulara dayanarak bu düşünüş tarzını çürüten vak'alar yazmışlardır (4).

Ana veya babadan birinde esasî hipertoni bulunması ile hastalığın husulü arasında münasebet bulunduğuna dair neşriyata son zamanlarda rastlanmaktadır.

H. Keller otopsi ile kontrol edilen 6 vak'aya dayanarak İ.K.H. adı altında toplanmış olan bu kli-

nik tablodan idiopatik interstisiyel miyokardit ile kalbin familiyer diffuz rabdomyomatozunu tefrik etmektedir. Yazara göre bütün sebepler meydana çıkarılınca belki İ.K.H. diye anılacak bir hastalık tablosu kalmayacaktır. H. Keller (8), gerek Manson'un (6) aynı ailenin iki ferdinde görülen İ.K.H. vak'alarını ve gerekse Ulrich'in (7) ikisi tek yumurta ikizi olan üçüzlerde rastladığı İ.K.H. yi bir tesadüfden ibaret telekki etmektedir (5).

Appfel 1947 de müşahade ettiği ve B<sub>1</sub> vitamini ile tedavi ettiği bir vak'ayı bildirmektedir. Müellif bu vak'aya dayanarak hastalığın Beriberi kadrosuna sokulabileceğini belirtmektedir (9).

Vak'alarımız iki yönden hususiyet göstermektedir: Bunlardan birincisi annenin gebeliğinin son ayında preeklampsi'ye yakın bir durum geçirmesi ve arter tansiyonunun 18/12 gibi yüksek bir dereceyi bulmuş olmasıdır. Bu patolojik hal çocuklarda kalb hipertrofisine yol açmış olabilir.

Anne veya babanın esasî hipertansiyonu İ.K.H. yaptığına dair olan telâkki vak'amızda kuvvetli bir mesnet bulmuş sayılabilir. Yalnız şurası da işaret olunmalıdır ki preeklampsi veya gebelikte tansiyon yükselmesi seyrek görülen bir hâdise değildir. Veya başka bir sözle İ.K.H. kadar seyrek görülmez.

Bizce üzerinde durulması gereken ikinci nokta İ.K.H. da ailevî bir istidadın bulunması düşüncesi'dir. Zira büyük bir ihtimalle bir yumurta ikizi her iki kardeşde de klinik tablonun birbirinden az farklı ve aynı belirtilerle meydana gelişi hücrelerin buna hazırlanmış olduğunu gösterir gibidir. İ.K.H. eskiden beri tedavisi kabil olmayan bir hastalık gibi kabul edilmiştir. Bugün henüz bu sonucu değiştirecek bir durumda değiliz. Mamafih, Keller'in digaléne tedavisi sayesinde 4 yaşını geçtiği halde normal şekilde gelişmiş bir durumda bulunan vak'ası ile Gautier ve Schuemann'ın iki aylık bir çocukda İ.K.H. ini hatırlatan digaléne tedavisi ile iyi edilen vak'aları bu hastalıkta iyi bakımla ömrün uzatılabileceğini düşünmektedir.

Ankara Nümune Hastanesi Dahiliye Servisi

Şef: Dr. Ahmet İhsan Aksan

### Karaciğer Fonksiyonel Durumunun Yoklanmasında Biyolojik Testlerin Mukayeseli Kontrolü

Dr. Leman Seçkin  
Dahiliye Mütahassısı

Hiçbir uzvun fonksiyonel durumunun yoklanması, karaciğerinki kadar güçlük göstermemiştir. Bu güne kadar, bu yolda ortaya atılan muayene usulleri o kadar çoktur ki, isimlerini bile bir arada toplamak hemen hemen imkânsızdır. Hiç biri de pratik tababeti tek başına tatmin edecek durumda değildir.

Bu güçlüğü, karaciğerin fizyolojik vazifelerini gözönünde tutarak iki esaslı noktada toplamak kabildir.

Karaciğer, uzviyette pek çeşitli fonksiyonları olan bir uzvudur. Gerek metabolizmada gerekse nö-

Literatürde ölümlerle nihayetlenen vak'alarda, ölüm, belirtilerin başlamasından kısa bir zaman sonra husule gelmektedir. Şu halde teşhisin erken konulabilmesi ve böylece tedaviye zamanında başlanabilmesi karanlık sonucu geciktirecek gibi görünmektedir. Netekim hastalarımızdan biri teşhisin konulmasından 4 ay geçtiği halde arasıra takipne nöbetleri geçirmesine rağmen sıhhatte, hattâ ufak enfeksiyonlara karşı koyacak bir durumdadır. Hasta harici tesirden korunabilirse hayatın daha uzatılabileceği şüphesizdir. Şu halde teşhisin vaktinde konulabilmesi kadar hastanın dış tesirlerinden korunması da prognozda önemli bir yer almaktadır.

**Tedavi:** de digaléne'den faydalandık. Takipne hali görülünce hastaya digaléne ve cardiazol verilmekte, teneffüs seyri normale ininceye kadar bu ilâçlara devam olunmaktadır.

İ.K.H. ancak düşünüldükden sonra teşhis edilebilecek hastalıklar grubunda bulunmaktadır. Yukarıda tebarüz ettirdiğimiz araz ile İ.K.H. nın erken tanınması inzarı çok karanlık olan bu hastalığın gidişi üzerinde belki uygun neticeler sağlanması bakımından değerli olacaktır.

#### Literatür:

- 1 — Lesné E., Marquezy R. A. Pathologie Infantile Tome II, S. 142.
- 2 — Susman W., Stasney J. American Heart Journal 1950, V. 40, No: 2, S. 312.
- 3 — Debré et Busson., Arch. de Méd. Des Enfants. T. 35 No: 2, S. 65, 1932.
- 4 — Mouriquand, Bertoyer et G. Charbeux Arch. de Méd. des Enfants Bd. 29, No: 2, S. 83-91, 1926.
- 5 — Galnzmann., Einführung in die Kinderheilkunde cilt: I, S. 172.
- 6 — Manson Nederl., Tijdschr Geneesk 1937. S. 3215.
- 7 — Ulrich, O Z. Menschl Vererligs. Konstitutionslehre 21. 585. 1938. Rep. ZZhl. Kinderheilkunde 1938, 54
- 8 — Keller H. Helvetica Acta, 1945, V. I, Tox I, S. 57.
- 9 — Appfel C. A. Arch. Française de Pédiatrie, T. VII, No: 7, 1950, S. 692.

rohormonal düzende karaciğerin, direkt veya indirekt rolü olmayan hemen hiç bir fonksiyon yoktur. Bu suretle, karaciğerin çeşitli fonksiyonlarının hiç birinin yalnız başına olmayıp, kompleks birtakım tezahürlerin karşılıklı tesiri altında olduğu anlaşılacaktır. İşte böyle bir uzvun vazifelerini teker teker yoklamaya çalışan muayene usullerinin netice şansı da, bizzarure kısalmış bulunmaktadır.

Fonksiyonel karaciğer muayenelerindeki karışıklığın, ikinci ve mühim bir sebebi de, karaciğer hücrelerinin rejenerasyon kabiliyetinin fevkalâde fazla olmasıdır. Yani karaciğer parankiminin ehem-



miyetli surette tegayyürünü intaç eden marazî hallerde bile, parankimada mevcut dejenerasyon ve nekroz mihrakların yanı başında, geniş mikyasta, hiperrejenerasyon mihraklarına rastlanmaktadır. Bu da bize marazî bir vetirenin bidayetinde tesbit edilen fonksiyonel bozuklukların, bir müddet sonra nasıl düzeldiğini kolayca izah etmektedir. Ayrıca karaciğerin ihtiyat kudretinin çok fazla oluşu da, hatırlanmağa değer bir sebeptir. İşte bundan dolayı karaciğer testlerinden en hassası olan ürobilinojenüri, bazen Laennec sirozunda bile yoktur.

Bunlar gözönünde bulundurularak elde mevcut belli başlı testler arasında bir kıymet denemesi yapmak ve hasta başında, alınan neticeleri kontrol etmek faydalı olsa gerektir.

Biz de bu maksatla bir buçuk senelik materyal üzerinde araştırılan, karaciğer fonksiyon testlerinin neticelerini aşağıda görüleceği üzere bir arada canlandırmağa çalıştık.

#### Thymol bulanıklık testi :

Karaciğer kifayetsizliği bulunan hastaların kan serumları, bu kifayetsizliğin derecesile mütenasip olarak thymolise barbiton tamponu ile bulanıklık verirler «Mac Lagan». Bu hâdisede rol alan unsurun eugloblin veya yüksek moleküllü fraksiyonlardan, globlin tipindeki serum proteinin olması galip ihtimaldir. Lipoidler de teamülün müsbetleşmesinde ehemmiyetli rol oynamaktadır «F. Wuhrmann, Ch., Wunoterly ve W. Bubb».

Klinik teşhis	Vak'a sayısı	Thymol flokülasyon test			
		1-3	3-5	5-10	10-20
Laennec Sirozu	13	0	3	6	4
			% 23,7	% 47,4	% 30,7
Splenomegal Siroz	17	3	5	6	3
m. m. Hepatit		% 17,6	% 29,3	% 35,2	% 17,6
Hepatocellüler	37	2	6	26	3
sarılıklar		% 5,4	% 16,2	% 70,2	% 8,1
Müzmin Kolesistit	14	5	4	5	0
		% 35,7	% 28,6	% 35,7	
Tümör «Pankreas, karaciğer»	8	3	0	5	0
		% 37,5		% 62,5	

Seksen dokuz muhtelif karaciğer hastasında elde ettiğimiz timol testi neticelerini bir cetvel halinde yukarıda gösteriyoruz.

Cedvel tetkik edilirse görülür ki, timol flokülasyon test Laennec tipi sirozlarda (13 vak'a) % 100, splenomegal siroz ve m.m. hepatitlerde (17 vak'a) %82,6 ve hepatopatilerin klinik ünitesini teşkil eden hepatosellüler sarılıklarda ise %94,6 müsbet gelmiştir. Bu husustaki araştırmalar gözden geçirilirse Mac Lagan bu teamülü, sirozlarda %100, infeksiöz hepatitlerde ise %92,5 nisbetinde müsbet bulmuştur. B. Maizels, toksik hepatitlerde daima müsbet netice, kataral ikterlerde ise değişik neticeler elde etmiştir. D. Vincent ve Segonzac bu teamülü sirozlarda infeksiöz ve toksik sarılıklardakinden daha az kat'i bulmuştur. Bu müellifler sarılıkların teşhisi tefrikisinde bilhassa kıymetli olduklarını tebarüz ettirmişler, başlangıçtaki mekanik ikterlerde teamülün %90-91 nisbetinde menfi geldiğini söylemişlerdir. Bizde 25 gündür sarılık teessüs etmiş bir pan-

kreas başı tümörü vak'asında (H. A. Prot 3514) teamülü menfi bulduk.

Sherlock 29 hepatit vak'asının 22 sinde %75,8 teamülü sekiz üniteden fazla, yani kuvvetle müsbet bulmuştur. Tıkanma sarılıklarında ise %90 nisbetinde menfi netice elde etmiştir. Ancak bir kaç tıkanma sarılığı vak'asında hafif müsbet gelmiştir ki, bunlarda ya çok şiddetli infeksiyon, pek münteşir habis metastaz veya çok uzun müddet devam eden tıkanma sarılığı vak'alarına aittir. Bizde bir buçuk seneberi mevcut ve tam tıkanma yapmayan bir kolesdok taşı vak'asında teamülü kuvvetle müsbet bulduk (M. K. Prot. 4647).

Timol bulanıklık testi, müzmin kolesistitlerde (vak'a adedi 14) %64,3 ve ikter teessüs etmiş karaciğer ve pankreas başı tümörlerinde (vak'a adedi 8) %62,5 nisbetinde müsbet bulunmuştur. Mac Lagan iktersiz karaciğer tümörlerinde teamülün ekseriya menfi olduğunu myelomatoz ve lenfosarkom tabiatındaki tümörlerde ise kuvvetle müsbet olduğunu ifade etmektedir. Biz karaciğerde metastazlar yapmış retroperitoneal bir lenfosarkom vak'asında teamülü kuvvetle müsbet bulduk (Y. E. Prot. 3290).

#### Takata-Ara reaksiyonu :

Bu teamülde kolloidlerin folikülasyon teamülüdür. Müsbet oluşu serum proteinlerindeki muvazenenin bozulmasından ileri gelmektedir. Fissinger ve talebesi Marsel Neville bu teamülün, serin-globulin nisbetinin azalmasıyla ilgili olduğunu bu bakımdan da teamülün, karaciğer fonksiyonlarının sadık bir testi olamayacağı kanaatine varmaktadır. Fakat bilhassa başlangıçtaki hepatit vak'alarını bildirmesi bakımından ve tefriki teşhise ehemmiyeti olacağını ileri sürmektedir.

Biz 114 karaciğer vak'asında şu neticeleri elde ettik :

Klinik teşhis	Vak'a sayısı	Takata-Ara reaksiyonu				
		0	+	++	+++	++++
Laennec Sirozu	16	1	9	3	3	0
		% 6,2	%56,9	%18,7	%18,7	
Splenomegal siroz	28	7	5	6	8	2
m. m. Hepatit		% 25	%17,8	%21,4	%28,5	% 7,1
Hepato-cellüler	44	26	11	3	2	2
sarılıklar		% 59,1	%25	% 6,8	% 4,5	% 4,5
Müzmin Kolesistit	16	9	2	3	2	0
		% 56,9	%12,5	%18,7	%12,5	
Tümör «Pankreas ve karaciğer»	8	2	3	1	1	1
		% 25	%37,5	%12,5	%12,5	% 12,5

Yukarıda cedvelde görülüyorki Takata-Ara reaksiyonu Laennec sirozunda %93,7, splenomegal siroz ve m.m. hepatitlerde %75, Hepatosellüler sarılıklarda %41,1 müzmin kolesistitlerde %53,8, tümörlerde ise %75 nisbetinde müsbet gelmiştir.

Hugonat, R. Sohler, A. Marchal muhtelif karaciğer hastalıklarında bu testin neticelerini sirozlarda %93, Hepatosellüler ikterlerde %40 nisbetinde müsbet bulmuşlar, karaciğer kanserlerinde ise menfi netice elde etmişlerdir. Biz ancak serin-globulin nisbetinde büyük bir fark olmayan karaciğer kanserlerinde testi menfi bulduk. Ch. Wunoterly, F. Wuhrmann ve W. Bubb gibi müellifler ise muhtelif kara-

ciğer hastalıklarında ancak 1/3 nisbetinde müsbet bulduklarını söylüyorlar ki, bu rakam diğer müelliflerin ve bizim bulduklarımıza göre çok aşağıdır. Görülüyorki test umumiyetle münteşir hepatopatilerde müsbet netice vermektedir. Bu bakımdan da kıymeti azalmaktadır.

#### Hippürik asid testi :

Bu test karaciğerin dezantoksikasyon fonksiyonuna istinat eder. Ağızdan veya damar yolu ile verilen benzoik asid, karaciğerde glikokol ile birleşerek hippurik asid şeklinde idrarla itrah olunur. Benzoik asid muayyen bir miktarda verildiğinde, karaciğeri sağlam şahıslarda bir saatte itrah edilen hippürik asid miktarı da aşağı yukarı sabittir (0,7 - 0,95). Yalnız böbrek fonksiyonlarının normal olması şarttır.

Biz 79 muhtelif karaciğer vak'asında şu neticeleri elde ettik :

Klinik teşhis	Vak'a sayısı	Hippürik asid test	
		0,1—0,7	0,7—0,95
Laennec sirozu	9	9	1
		% 88,8	% 11,2
Splenomegal siroz	14	11	3
m. m. Hepatit		% 78,5	% 21,5
Hepatosellüler sarılıklar	36	30	6
		% 83,5	% 16,5
Müzmin kolesistit	12	9	3
		% 75	% 25
Tümör «Pankreas ve karaciğer»	8	5	3
		% 62,5	% 37,5

Laennec sirozu vak'alarında %88,8, Splenomegal siroz ve m.m. hepatitlerde %78,5, Hepatosellüler sarılıklarda %83,5, müzmin kolesistitlerde %75, ikter teessüs etmiş karaciğer ve pankreas başı tümörlerinde %62,5 nisbetinde müsbet netice elde edilmiştir.

Bu husustaki araştırmalar gözden geçirilirse Hymen, J. Zimmerman, Charles, F. Lowry 295 hepatosellüler vak'asının, diğer karaciğer fonksiyon testleriyle, aşikâr karaciğer hasarı tesbit edilen büyük bir kısmında hippürik asid testini, ekseriyetle menfi bulmuşlardır. Bu müellifler aynı zamanda sağlam kimselerde veya tamamen şifayap olmuş karaciğer hastalarında da müsbet neticeler elde etmişlerdir. Bu sebeple hippürik asid testine pek kıymet vermişlerdir.

Scherlock'de hippürik asid sentezi testinin, bir çok sarılıklarda bir noksanlık gösterdiğini ve fakat neticelerin histolojik değişikliklerle muvazi gitmediğini ifade etmektedir. Edwing, E. Osgood ise hippürik asid testinin orta derecede bozulmuş karaciğer fonksiyonları hakkında belki de en kıymetli malûmatı verdiğini söylemektedir. Karl, James, Hurst'un bu husustaki araştırmalarında ihtiyarlarda, yaşlılarda hippürik asid itrahında umumiyetle bir azalma olduğunu farketmişlerdir. Tetkiklerinde bunun, karaciğerin hippürik asid sentezindeki bozukluğundan ziyade, bu sentezi yapabilmek için lâzım olan glykoku temin edemediğinden olduğunu anlamışlardır. Glikokol vererek aynı şahıslarda hippürik asid itrahının ziyadeleştiğini tesbit etmişlerdir. Biz araştırma-

larımızda karaciğerin münteşir parankimal afetlerinde kuvvetle ekseriyetle müsbet, kısmî âfetlerinde ise hafif müsbet veya menfi neticeler elde ettik.

#### Kadmiyum sulfat testi :

Bu teamülde, timol bulanıklık testi gibi kan serumunun kolloid labilitesi üzerine istinat eder. Wubderlyne ve Whrman tarafından bulunmuştur. Kan serumu, ihtiva ettiği globulin bilhassa euglobulin nisbetinde kadmiyum sulfat mahlülüyle bulanıklık vermektedir. Bulanıklık kolloid muvazenenin bozulmasından ileri gelmektedir.

Aşağıda görülen cedvel 103 muhtelif karaciğer hastasında elde edilen neticeleri toplamaktadır.

Klinik teşhis	Vak'a sayısı	Kadmiyum sulfat testi				
		0	+	++	+++	++++
Laennec sirozu	14	3	7	4	0	0
		%21,43	%50	%28,57		
Splenomegal siroz	22	6	10	4	1	1
m. m. Hepatit		%27,2	%45,5	%18,1	% 4,5	% 4,5
Hepatosellüler sarılıklar	43	16	18	7	1	1
		%37,1	%41,8	%16,2	% 2,38	% 2,38
Müzmin kolesistit	16	9	7	0	0	0
		%56,26	%43,74			
Tümör «Pankreas ve karaciğer»	8	0	4	2	1	1
			%50	%25,5	%12,5	%12,5

Laennec sirozunda %78,57, Splenomegal siroz ve müzmin münteşir hepatitlerde %78,8, Hepatosellüler sarılıklarda %62,9, Müzmin kolesistitlerde %43,7, Karaciğer ve pankreas tümörlerinde %100 nisbetinde müsbet netice gelmiştir.

W. Bübb. Ch. Wunoterly, F. Wuhrmann kadmiyum sulfat ve timol testlerinin muhtelif karaciğer hastalıklarında aynı nisbette hassasiyet gösterdiklerini ileri sürmüşlerdir. Biz böyle bir netice elde edemedik. Timol testinin en az müsbet geldiği tümör vak'alarında, kadmiyum sulfat testi bilâkis tamamen müsbet bulundu.

#### Kan proteinlerinin durumu :

Plazma proteinleri serin, globulin, fibrinojen ve protrombin yapımında karaciğer methaldardır. Karaciğer nesicelerdeki protein nizamını kan proteinlerini tanzim etmek suretile mümkün kılar. Karaciğer hastalıklarında serin albümini seviyesi düşer, serum fibrinojen konsantrasyonu azalır ve protrombin teşekkülü gecikir. Bu değişikliklerin, karaciğerin protein teşkil etme kabiliyetinin bozulmasından ileri geldiği kabul edilmektedir. (James, F. Weir Rochester)

94 muhtelif karaciğer vak'asında elde ettiğimiz neticeler şu şekildedir :

Klinik teşhis	Vak'a sayısı	Serin-Globülin nisbeti			
		0,1—0,5	0,5—1	1—1,5	1,5—2
Laennec sirozu	16	8	5	3	0
		% 50	% 31,25	% 18,75	
Splenomegal siroz	23	7	10	3	3
m. m. Hepatit		% 30,5	% 43,42	% 13,04	% 13,04
Hepatosellüler sarılıklar	35	3	18	9	5
		% 8,5	% 51,4	% 25,7	% 14,2
Müzmin kolesistit	13	0	2	5	6
			% 15,37	% 38,2	% 46,1
Tümör «Pankreas ve karaciğer»	7	1	6	0	0
		% 14,2	% 84,8		

Laennec sirozunda %81,25, Splenomegal siroz m.m. hepatitlerde %73,92, hepatosellüler sarılıklarda %58,9, müzmin kolesistitlerde %15,37, Karaciğer ve pankreas başı tümörlerinde ise %100, Serin - globulin nisbeti birden küçük gelmiştir.

Joseph, Hoffman ve James R. Lisa 21 karaciğer hastası vak'asında %66 (14 vak'ada) nisbetinde serin-globulin nisbetini, normalin en alt hududundan daha aşağı bulmuşlardır. Sherlock, hepatitlerde normal veya hafif yükselmiş globuline rağmen, serin - albumin azaldığından, serin - globulin nisbetini umumiyetle düşük bulmuştur. Bazı tıkanma ikteri vak'alarında tesadüf ettiği serin-globulin nisbeti düşüklüğünü, birlikte bulunan hücreyi hasar neticesi serin-albumin yapımının bozulmasına atfeder.

Mac Lagan bilhassa inzar tayininde, serin-globulin nisbetine ehemmiyet verir. Hyman, J. Zimmerman, Charles, F. Lowry 100 infeksiyöz hepatit vakasında serin-globulin nisbetini tayin etmişler, normale nazaran büyük bir fark tesbit edememişlerdir. Edwin, E. Osgood total kan proteinleri ve serin-globulin nisbetinin ancak, ağır karaciğer âfetleri ve inzar hakkında bizi aydınlattığını, fakat karaciğer ve safra yollarının iştirak etmediği diğer bazı hastalık hallerinde de bazan küçük kıymetler göstererek ehemmiyetinin azaldığını tebarüz ettirmektedir.

Hastalarımız üzerindeki araştırmalarda Laennec sirozu vak'alarının %50 sinde serin-globulin nisbeti 0,5 den küçüktür ki, bu da karaciğer parankim âfetlerinin, kan kolloid sistem muvazenesi bozukluklarıyla beraber olduğunu açıkça göstermektedir. Karaciğer ve pankreas başı tümörü vak'alarında 0,5-1 arasında netice veren serin-globulin nisbeti %84 tür. Burada, uzviyette tümör toksik maddeleyle, albumin ara metabolizmasının bozulmasını,

toksik ara metabolizma mahsullerinin birikmesini, aşırı hücre tharibini, dolayısıyla albumin ziyamı ve nihayet iştihatsızlık ve imtisas bozukluğu gibi sebeplerle uzviyete proteinli maddelerin girmemesini de nazarı itibare almak lâzımdır.

Netice olarak materyeli iki esas guruba ayırarak bu testler tercihan epitelial parankimin zarar gördüğü hastalıklarda en kuvvetli müsbet cevabı vermişlerdir. Hepatopatilerin klinik ünitesini teşkil eden hepatosellüler sarılıklarda en mütevazi ve anatomikman en ileri safhayı teşkil eden Laennec sirozunda ise en yüksek neticeler elde edilmiştir. En hassas reaksiyon olarak da Timol test ve sonra Hippürük asid sentez testi bulunmuştur. Serin-globulin nisbeti, Kadmiyum sulfat ve Takat-Ara testleri ise az, çok birbirine yakın daha az müsbet netice vermiştir.

İkinci gurubu teşkil eden ve münteşir hepatopatiler kadrosu dışında kalan hastalıklar (müzmin kolesistit, tümör, kısa bir zamandanberi mevcut mekanik ikter) ise bu testler daha mütevazi veya birbirinden pek farklı neticeler vermiştir. Meselâ birinci gurup hastalıklar için en hassas olan timol bulanıklık testi, ikinci gurup hastalıklar için %62,5, %64,5 ve hippürük asid sentez testi %62,5, %75 nisbetinde müsbet bulunmuşken Kadmiyum sulfat testi bu gurup hastalıklarda %100 müsbet gelmiştir.

Bu şekildeki araştırmadan çıkabilecek faydalı neticenin şu olabileceği kanaatindeyiz :

İyi alınmış bir anemnez ve bütün bir fizik muayene ile gizli veya aşikâr bir hepatopati şüphesi veya bu hepatopatinin derecesini tayin etme gücünün halinde bu konuşulan testleri, hassasiyet derecelerine göre tatbik ederek bir an evvel kat'i bir teşhise varmak ve böylece hastaya, geniş tedavi imkânlarını zamanında sağlamak mümkündür.

İstanbul Beyoğlu Belediye Hastahanesi Hariciye Servisi

Şef: Dr. Asil M. Atakam

### Bir Tifo Perforasyonu Vak'ası

Dr. Op. Necati P. Bilger

Vak'a: A. A., 45 yaşında, işçi. 8/9/1950 de ağırlı batın sendromu ile servisimize yatırıldı. İfadesine göre 15 gündür halsizlik, meteorizm, peklik, akşamları hafif ateş yükselmesi (derece koymamış), iştahsızlık gibi istirahat ve tedaviye lüzum görmediği, ehemmiyetsiz rahatsızlıkları bulunan hasta 8/9/1950 de sağ fossa iliyakada birdenbire şiddetli ağrı, bulantı ile müessese hekimine müracaat ediyor ve peritonit teşhisi ile hastanemize sevk olunuyor.

Muayenesinde: nabız 108, muntazam, tansiyon arteriyel 10/8 Vakez, şuur açık, yüz ifadesi ıstıraplı, dil paslı ve kurudur. Sağ ilyak bölge teneffüse iştirak etmiyor, cesle fazla hassas, adele defansı var. Tuşede vezikorektal retiş serbesttir. Cihazların muayenesinde yaygın bronşitten başka patolojik bir şey bulunamadı.

Lökosit sayısı: 6200. İdrar muayenesi: eser albümin, 4-5 lökosit, nadir eritrosit.

Yukarıdaki bulgulara istinaden akut apandisit teşhisi ile ağırlı sendromun başlangıcından takriben 6 saat sonra lokal anestezi ile müdahale edildi. Karın içinde bir miktar bulanık eksüda var, apandis normal, eksüdayı izah edemiyor. İleon yukarıya doğru kontrol edilince Bauhin'den 40

cm. yukarıda, ptoze olan transvers kolon ve epiplonun örtmeye çalıştığı, yarım santim kutrunda perforasyon deliği bulundu. Deliğin etrafı 4 cm. kutrunda bir sahada enfilte, üzerinde fibrin örtüleri var. Bu noktadan 5 cm. aşağıda yalnız seroza kalmış, perforasyona hazır ikinci bir yer daha görüldü. Burasının da etrafı enfilte idi. Böylece ameliyat esnasında ambülatuvar bir tifoluda, tifo ülseri perforasyonu teşhisi konarak 15 cm. uzunlukta ilon parçası rezeke olundu. Sirkülasyonu iyi, sağlam yerde iki uç terminoterminal birleştirildi. Peritona 500.000 ünite penicillin, 1 gr. streptomycin ve dren kondu, cidar kapatıldı. Çıkarılan bağırsak parçası açılmıca tulanî mihveri istikametinde birisi perfore, diğeri delinmeye hazır mercimekten iri, yuvarlak, etrafı mütebariz iki ülser bulundu.

Patolojik anatomi enstitüsü 1661/21.9.1950, raporunda tifo perforasyonu ve peritonit olduğu bildirilmiştir.

Widal reaksiyonu 1/100, 1/200, 1/400 de (+), 1/800 de hafif (+).

Ameliyat sonu: Karına buz kondu. Deri altına fizyolojik serum, günde 1.000.000 ünite penicillin, 2 gr. streptomycin, camphre zerkleri yapıldı. Ağzdan opium verildi. Akşam



derecesi 37,5, nabız 88, genel durum çok iyi. İkinci gün ağzından ultraganidin ilâve olundu ve streptomycin 1 gr. olmak üzere aynı zerkler devam edildi. Sabah: derece 37,8, nabız 80, akşam derece 37, nabız 86 dır. Batın serbest, teneffüs hareketlerine iştirak ediyor. 10/9/1950 de aynı tedaviye devam, sabah ve akşam dereceleri 37 altında, nabız 82 - 86 dır. 12/9/1950 de opium, 13/9/1950 de penicillin kesildi, yalnız 1 gr. streptomycin ve camphre yapılıyor. Dren 15/9/1950 de çıkarıldı. 17/9/1950 de ilk defekasyon vuku buldu. Cem'an 11 gr. streptomycin ve 5,000,000 ünite penicillin yapılan hastanın ameliyat yarası temizlenerek kapandı, bir müddet kontrol altında tutulduktan sonra hastahaneye girdikten yirmi gün sonra, 29/9/1950 de şifa ile çıkarıldı.

Yukarıda müşahede, ameliyat, ameliyat sonunu yazdığımız hasta tifo ülseri delinmesi vak'asıdır. Ambülatuar oluşu, hastayı ilk gören müessese hekimini ve sonra da bizi apandisit bağı bir batın sendromu teşhisine götürmüştü. Bir taraftan bu hususiyeti, diğer taraftan bilindiği gibi, tifo perforasyonunda mortalite yüksek olduğu halde böyle bir intanda rezeksiyon gibi nisbeten ağır müdahaleye rağmen antibiyotiklerle ameliyat sonunun pek hâdisesiz geçmiş olması bizi vak'ayı neşre sevketti.

Tifoda leziyon bağırsağın lenfatik sisteminde dir. Lenfatikler daha ziyade ilon'un aşağı kısımlarında olmak üzere Peyer plâkları ve soliter foliküller halinde bulunur. Bu sebepten delinme de buralarda sık görülürse de yukarı ilon, apandiks, kolon ve hattâ jejunumda da olabilir (ileonun alt kısmında 80%, kalın bağırsakta 12%, apandiksde 5%, jejunumda nadirdir). Tifoda perforasyon 2-3% nisbetindedir. Tifo mortalitesinin 15% ini teşkil eder. Bugün medenî memleketlerde tifo ve perforasyonu seyrek görülür, eskiden büyük cerrahi problemlerden birisi idi. Erkeklerde kadınlardan daha fazla (1/3), çocuklarda nadirdir. İleri yaşlarda foliküller, fibrose'a uğradıklarından delinme daha ziyade orta yaşlarda (20-30) oluyor. Perforasyon ile hastalığın şiddeti arasında belli bir nisbet yoktur. Bazı müellifler en ağır tifolarda, bazıları da hafiflerde deliniyor iddiasındadırlar. Nekrotik ülser, üzerindeki koagüle eksüdanın atılması ile yani ikinci hafta sonunda veya üçüncü hafta içinde delinir. Bununla beraber 4 üncü haftada da olabilir. Delinme ne kadar geç devrede olursa müdahale sonu da o nisbette müsâit kabul olunur. Perforasyon kaide olarak tektir, müteaddit de olabilir. Delinmenin sonu umumî peritonittir. Hâdisenin yavaş vukua geldiği hallerde, iltisaklarla peritonit lokalize kalır. Fakat buna güvenilemez.

Tifonun başka cerrahi ihtilâtları da vardır. 1 — Apandiste tifo ülseri, buna inzimam eden iltihapla apandisit. 2 — Aynı hâdisi Meckel divertikülünde de olabilir. 3 — Nekahat başlangıcında ileoçekal invajinasyon. 4 — Mezanteriyel amboli ve tromboz. 5 — Mikst enfeksiyon ile derinleşen ülserin tenezzübü ve darlık pek seyrek.

Hepsi de cerrahî olan yukarıdaki ihtilâtlardan perforasyonu ayırmak çok zordur, tutulacak yol için şart da değildir. Delinme tifoluda en sık ve en tehlikeli ihtilât olduğundan, bu ihtilât üzerinde uyanık olmalıdır. Ancak erken teşhis ve ameliyat ile hasta kurtulabilir.

**Klinik tablo:** Hastanın yüzü ızırablıdır, ter bulunabilir. Umumî peritonit teessüs edince bunun karakteristik yüz ifadesi vardır. Vak'aların çoğunda perforasyondan sonra hafif hararet yükselmesi görülürse de birdenbire fazla ateş yükselmesi veya düşmesi ile de olabilir. Peritonit teessüs edince ateş daima yüksektir. Görülüyor ki, hararet değişikliği muayyen değildir, fazla kıymet vermemelidir. Başlangıçta nabız büyük değişiklik göstermeyebilir, fakat zamanla hem nabız hem de teneffüs sayısı artar. Sür'atle kollaps, toksemi tablosu yerleşir. Bulantı, kusma, hıçkırık da bulunabilir, hattâ hıçkırığın birdenbire zuhuru perforasyon şüphesini uyandırmalıdır. Batın arazları daha önemlidir. Şiddetli karın ağrısı kaidedir. Sathî cesle bile sağ hufre ağrıdır, adale defansı vardır. Sol hufreyi de ces ederek kontrol etmelidir. Periton enfeksiyonunun vüs'atine göre karın göbekten aşağı kısmı veya sağ hufre teneffüs hareketlerine iştirak etmez, teneffüs torasik olur. Karaciğer matitesi kaybolabilir, peristaltik sesleri duyulmaz. Rektal muayene de unutulmamalıdır, Douglas hassas olabilir. Röntgen muayenesinde vaziyet değiştirdikçe yer değiştiren gaz tespit olunur. Lökopeni yerini lokositoza terkeder. Fakat lökopeni bulunuşu perforasyon olmadığını söyleyemez. Bütün bunlara rağmen ilk saatlerde tefrikî teşhis pek kolay değildir. Periton sür'atle tehlikede olduğundan müdahale eddikasyonunda gecikmeğe hakkımız yoktur. Bu klinik tablonun esasen tifo intanı altında bulunan bir hastada görülmesi teşhisi kat'iyete yakın köydürmeye ve müstacel laparotomiye tevessüle kâfi gelmelidir.

Tifo ülseri delinmesinde teşhisi tefrikiye giren bağırsaklardaki diğer ülserasyon ve perforasyon vektirelerine de işaret etmek lâzımgelir. A — Apandisit: bilhassa ambulatuvar tifo ülseri perforasyonunda klinik muayene ile tefrik zordur. Tipik bir tifo seyrinde ayrıca apandisit inzimam edebilirse de daha çok tifo perforasyonunu düşünmek yerinde olur. Meckel divertikülünde de vaziyet aynıdır. B — Anteritler: diffüz, had anteritler, kolitler, daha ziyade kronik seyirlerinde müdahaleyi icabettirebilirler. Halbuki lokal, yani kısa bir bağırsak kısmına münhasır anterit ve kolitler sür'atli seyirleri, serozaya kısa zamanda yayılmaları, perforasyon ve gangren dolayısıyla operatörü âcil müdahaleye zorlarlar. Bunlar da enfeksiyon bağırsak mükozasındaki harabiyetten girer. Mükozada leziyon görülmiyen vak'alarda emniyetle kabul edebiliriz ki, enfeksiyon mükozanın şimik, mekanik, bakteriyel-toksik tesirlerle sathî ve görülemeyen leziyonlarından girmiştir. Koprostatın da rolü olduğu flegmonöz, ülseröz proseslerin gaita tarzı bulunan divertiküllerde daha sık görülmesinden anlaşılmıştır. Enfeksiyon, kiyhî mükoza enfiltrasyonlarına, bunlardan da kısmî nekroz ve ülserasyonlara sebep olur. Bununla beraber ülserasyon yapmadan derin tabakalarda ilerleyen şekilleri de vardır (bağırsak flegmonu). Bunlar gerileyerek veya bağırsak lümenine açılarak spontan şifa buldukları gibi, serozaya atlayıp gangren ve perforasyon da yapabilirler. Bu hal daha ziyade ince bağırsakta,

bilhassa yukarı kısımlarında olur. Müdahale edilsin veya edilmesin, mortalite yüksektir. Kalın barsaklar daha az gürültülü ve pronostikleri daha müsaıttir. C — Bilhassa ince bağırsak ve çekumda oturan şarbon flegmonu da yukarıdaki patolojik-anatomik ve klinik karakterde seyrederek. Ancak bakteriyolojik muayene vaziyeti aydınlatılabilir. D — Çok nadir, etiyojisi tamamiyle aydınlanmamış bir vetire de ulcus simplex veya rotundum'dur. İnce ve kalın bağırsakta olabilir, makroskopik ve histolojik olarak mide ve duodenum ülserine benzer. En çok 40-50 yaşlarında rastlanır. Delinmeye temayülü fazladır. İlk def'a Quenu ve Duval hastalığı yazmışlar ve sebep olarak da andarteritis obliterans ve gaita rükedetini kabul etmişlerdir. E — İleitis terminalis: 1932 de Crohn ileumun aşağı kısmında oturan karakteristik bir hastalığa işaret etmiştir. Nonspesifik iltihabi bir vetiredir. Müközada münteşir ülserasyonlar bulunur. Çekuma da atlayabilir, bağırsak cidarı kalınlaşır, mezanter gangliyonları şişer. Hastalık perforasyon ve fistül yaparsa da daha çok stenoz yapmağa mütemayildir. Hât devrede apandisit klinik tablosunu andırır. Ayırt edilemez, radiolojik imaj karakteristikdir. Kronik ileitis terminalisde bağırsak kolikleri, nesiç, muhat ve kanla karışık ishaller, hararet yükselmesi, zayıflama, anemi, daha sonra da stenoz görülür. F — Spesifik iltihaplar: 1 - Tüberküloz; ülserleri müstârazdır, münharif, hattâ tulânî de olabilir. Foliküllerin çokluğu ve koprostaz dolaşısıyla ileumun aşağı kısımları, çekum, apandis ve asandanda oturmayı sever. Tüberküloz ülserine sık rastlandığı halde pek delinmez, daha çok stenoz yapar. Perfore olunca da serbest peritona değil, iltisaklar arasına veya yapışık olduğu diğer bir uzva açılır. 2 - Aktinomüköz: boyundan sonra en sık rastlandığı yer ileoçekal bölgedir. Fazla nedbe nesci ve iltisaklar umumî peritonit teşekkülüne mâni olur. Fistül yapar ve sporları ile tanılır. 3 - Sifilis: Gom ülserasyonundan delinme ve peritonit nadirdir, darlık yapar. Seyri müzmindir. Serolojik reaksiyonlarla meydana çıkar.

**Tedavi:** Esasen egü batın sendromu tablosu ile kendini gösteren tifo ülseri delinmesinde gecikmeden müdahale lâzımdır. Sağ pararektal şak en iyisidir. Sür'atle yapılır ve uzatılabilir. Organizmi yorulmuş bulunan tifoluda müdahalenin sür'atle yapılması ve toksisitesi en az anestezi seçilmesi başlıca iki şarttır. Fakat en mühimi de nazik bir tekniktir. Deliğin dikilip gömülmesi kolay ve basit usuldür. Yalnız delik etrafının fazla enfilte olduğu hallerde sağlam nesiçlerde ve gerginlik yapmadan dikiş koymak imkânı bulunmaz. Aksi takdirde dikişler bırakır. Darlık tehlikesi de vardır. Dikmek ve gömmek mümkün olmayınca mahrutî eksiziyon yapılır, sağlam nesiçler dikilir. Bizim vak'amızda olduğu gibi ülserler birbirine yakın, birisi perfore, diğeri delinmeğe hazır ve bağırsak cidarı fazla enfilte ise veyahut da mültipl perforasyon varsa tifolu için daha ağır olmakla beraber en emin hareket tarzı rezeksiyondur. Son za-

manlara kadar tifo perforasyonundan kurtulma pek zordu. Buna sebep de organizmin tifo intanı ile yorgunluğu, periton enfeksiyonunun ağır seyretmesi, konulan dikişlerin enfeksiyonla tekrar açılmasıdır. Tifoya ve ihtilâtlarına antibiyotik ve sülfamitlerin müessir oluşu bugün pronostiği değiştirmiştir. Chloromycetin, aureomycin, penicillin, rezorbsiyonu güç sülfamitler (sulfoguanil, sulfasuxydine) le bir taraftan tifoya diğer taraftan peritonite ve dikişlerin iltihaplanarak bırakmaması için de bağırsak florasına te'sir edebilecek durumdayız. Gram (—) organizmlere te'sirli ve bağırsaktan rezorpsiyonu az olduğundan streptomycin, büyük bir kısmını gram (—) lerin teşkil ettiği bağırsak florasını (kalın bağırsakta 75%) azaltmakta kullanılmıştır. Yapılan tecrübelerde 4 saatte bir ağızdan 0.25-0.50 gr. streptomycin vermek suretiyle (1-3 gr.) 48 saat sonra gaitada kolli kültürleri steril bulunmuştur. Mamafih bir müddet sonra bakterilerde streptomycin'e rezistans husule gelmiş ve bazı vak'alarda da ilk te'sir tam olmamıştır. Bunlarda ya verilen miktar az veyahut da kabız veya ishal vardır. Kabızda streptomycin, te'sir etmesi istenilen yere pek yavaş ve az miktarda varıyor, ishale de te'sir yapmadan çıkıp gidiyor. Biz hastamızda dikişleri enfeksiyondan korumak için ağızdan streptomycin vermeyi düşündük ise de; laparotomili hastada mutad olarak 24-48 saat bağırsak paralizisi vardır. Tifolu kabızdır, teinture d'opium da verdiğimizden ayrıca pekliği teşvik ve devam ettirdik. Bu şartlar altında paranteral yolu tercih ettik. Chloromycetin ve aureomycin tedarik edemedik, ameliyat sonunun da hâdisesiz geçtiği görülünce de lüzum hissetmedik.

**Hülâsa:** Ambülatuar bir tifoluda tifo ülseri perforasyonuna apandisit teşhisi ile müdahale edilmiştir: deliği dikmek ve gömmek mümkün olmamış, bağırsak rezeksiyonu yapılmıştır. Tifo intanı ile yorgun bir organizmada perforasyon ağır bir ihtilât, rezeksiyon da nisbeten büyük bir müdahale olduğu halde antibiyotiklerle, ameliyat sonunun tamamen hâdisesiz geçmesi te'min edilmiştir.

#### L i t e r a t ü r :

- Albert G. Martin: Surgery of small intestines in typhoid fever (The cyclopedia of Medecine, V. 15.)  
 Atakam, Asil M.: Bir ince bağırsak delinmesi vak'ası, Anadolu Kliniği, yıl 15, sayı 4, Aralık 1948 s. 157.  
 G. Miller, S. Morton: Zur Frage der einzeitigen Sigma und Rectumresektionen bei Anwendung von Streptomycin (Helvetica Chirurgica Acta, Dezember 1948, Vol. 15),  
 J. Shelton Horsley: Repair of intestinal perforations and wounds (Practice of Surgery, V. VII)  
 John S. Lockwood: et Al. Appraisal of oral Streptomycin as an intestinal antiseptic, with observations on rapid development of resistance of E. Coli to Streptomycin (Annals of Surgery, January 1949, V. 129, No. 1)  
 Robert A. Herfort et Al: Oral Streptomycin in surgery of the large Bowel. (Annals of Surgery, vol. 128, No. 5),  
 M. Kirschner - O. Nordmann: Die Chirurgie des Bauches 1941.

BAKTERİ VE MİKOZLARDAN İLERİ GELEN

Enfeksiyonların

Profilaksi ve tedavisi için

**DÉSOGENE**

Yüksek bakterisid  
kuvveti haiz  
dezenfektan madde



J. R. GEIGY A. Ş. BÂLE (İsviçre)

Türkiye Müessesliği:  
BURKHARD GANTENBEIN ve Şisi  
Posta Kutusu 1176-İstanbul

# NORDMARK – WERKE G. M. B. H. / HAMBURG (Almanya)

Fabrikasının piyasamıza bol miktarda gelen ve eczanelere tevzi edilen  
TIBBİ MÜSTAHZARLARI

## AKTIVANAD

200 cc. Şurup

Terkibinde **KARACİĞER HULÂSASI, C VİTAMİNİ, GLYCOCOLL, KALSYUM UNSURLARI, HEMATOPORPHYRİN NENCKİ** bulunan **NÂZİM, MÜNEBBİH VE MUKAVVİ İLÂÇ**

Bütün uzviyeti tahrik eder ve onu hastalıklardan husule gelen ârizaları karşılamağa, dimağ ve vücut yorgunluklarına kolaylıkla tahammül etmeğe kabiliyetli kılar. Anoreksi'de, besleniş yavaşlamasında, nekahat hallerinde, neşvünemada, fazla kan ziyanından mütevellit bilfarz sıkı ve doğumlarda, tüberküloz'da, emoroidlerde vukua gelen anemilerde, ruhî ve cismanî inhitat hallerinde çabuk yorulmalarda, dimağî çalışmalardaki fikir tesbiti imkânsızlıklarında ve bilûmum zafiyetlerde **AKTIVANAD** muvaffakiyetle kullanılır.

*Kâhillere günde 3 defa birer çorba kaşığı, çocuklara yarım doz.*

## DUODENTRAT

3 × 3 cc. ampul

**HİSTİDİN + C VİTAMİNİ + DUODENUM** ve mide gışayı muhatisi hulâsası

Mide ve duodenum ülserlerinde ve bilhassa devamlı ağrı veren vakalarda, tractus intestinal'in habis ülserasyonlarında, hemorajik diatezlerde kullanılır.

*Üç hafta, her gün adale içine derin olarak 1 ampul zerk edilir.*

## NEO – HEPATRAT

3 × 3 cc. ampul

**B<sub>1</sub> ve C VİTAMİN'leri** ile takviye edilmiş **SÜPERKONSANTRE KARACİĞER HULÂSASI**

Pernisiyöz anemi ve füniküler miyeloz, ayrıca: hemofililerdeki anemi, C vitamini fıkdanından mütevellit anemiler, spru, müzmin kolit, ülser kanamaları, Werlhof hastalığı denilen esasî trombositopeni, karaciğer ve safra kesesi âfetleri. Vahim enfeksiyöz hastalıklar esnasında ve müteakiben kanı takviye ve termim maksadı ile kullanılır.

*Her gün adaleye 3 cc. lik bir ampul zerk edilir.*

## PHOTODYN

10 × 1 cc. ampul

ve

20 cc. mayi

**HEMATOPORPHYRİN KLORHİDRAT**

**PHOTODYN** bozulmuş olan nörovejetatif sistemin nâzımıdır. Uzviyetin maddî salâhi ile birlikte hastanın ruhi bozukluklarında ve bilhassa inhitatî şekillerde (melankoli) düzelmeler husule gelir.

**PHOTODYN** uzviyeti tahrik, kan teşkilini teşvik eder ve vejetativ ve endokrin bir «Eutonie» meydana getirir. Hafif bir «Sympathikomimetikum» telâkki edilmekle beraber, sağlam insanlarda kan tazyikini arttırmaz;

Hypotonus'u normal seviyesine sevk eder.

**PHOTODYN** kabız hali, iştahsızlık, zayıflıklarda ve âdet kesilmesinden mütevellit teşevvüşlerde, uykusuzluklarda iyi neticeler verir. Bundan maada, nekahat devrelerinde, klimakterium'da bülûğ esnasında genital inkişafın geri kalması hallerinde, enfeksiyonlarda ve ruhî âhenksizliklerde tavsiye edilir.

*İlk 10 gün zarfında her gün adaleye 1 ampul; iyi tahammül edildiği takdirde 4 hafta iki günde bir 2 cc. zerk edilir. Bu tedavi serisinden sonra evvelâ günde 3 defa 10 ar damla, yavaş yavaş miktar arttırılarak günde 3 defa 30 ar damlaya kadar çıkarılır. 2 - 4 hftalık bir istirahatden sonra yeni küre başlanmalıdır.*

**Türkiye Mümessilliği: ZAMAN ECZA DEPOSU**

Ananyadi Han No. 11 — İSTANBUL



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

## Glikoregülasyon ve Su

Dr. Sedat Yörükoğlu  
Dahiliye mütehassısı

Türlü hastalıkların tetkik ve takibinde kan şekerinin gösterdiği hususiyete gittikçe daha geniş bir önem verilmektedir. Bilhassa glikoregülasyon üzerinde vejetatif sinir sisteminin ve başka başka hormonların oynadığı roller daha iyi tanıldıkça her bir vak'ada bu faktörlerden biri veya diğerinin üstün payı almak suretiyle glisemi grafiğinde belirttiği hususî şekilleri tanımak klinik ve tedavi yönünden esaslı bir muayene usulü teşkil etmiştir.

Bu arada bir şahsa bir defada yüksekçe doz glikoz veya tutarında başka bir karbonhidratlı madde yedirmek suretiyle kan şekerinde görülen tehavvülleri bir grafik halinde tesbit etmek ve böylece insülin ve kontrainsülin faktörlerin karşılıklı tesirlerinin seyrini tahlil etmek ötedenberi tutunmuştur.

Ancak böyle şeker yüklemelerinin hiç te fizyolojik olmayan bir tesir uyandırdığı muhakkaktır. Ve bundan alınacak neticenin de hastanın kendi başına tâbi olduğu şartlara ayrıca müdahale edeceği bi-dayettenberi dikkati çekmiştir.

Su yükleme tecrübelerinde kan şekerinin aşikâr bir düşüklük göstermesi çeyrek asırdanberi dikkati çekmiş ve bu ilk zamanlarda melhuz bir hidremiye atfedilmişti «Hellmut».

Fakat içirilen sudan sonra tesadüf edilen böyle hipoglisemi hallerinde hiçbir zaman kan şekerini izaha yarayacak ölçüde hidremi tesbit edilememiştir «Adlercreutz».

Mide ve jejunumdan sür'atle imtisas eden su kitlesinin portal vena akımını sür'atlendirmesi ve bu suretle pankreastan mutad ölçüden aşırı insülinin karaciğere gelmesini kabul edenler vardır «Abderhalden».

Servisimizde başka maksatlarla yaptığımız su yükleme tecrübelerinden alınan kan şekeri grafikleri bize bu bakımdan dikkati çeker hususiyetler göstermiştir.

Su yüklemekle glikoregülasyonda husule gelen değişikliklerin ale'âde bir hidremi ile kabili izah olup olmadığını kollamak için bütün bu hastalarda kan şekerinde olan tehavvüllerle birlikte lökosit tablounun durumunu da inceledik.

Servisimizde daha evvel yapılan araştırmalar kan şekerinde yapılan müdahaleler esnasında hematolojik tabloda ehemmiyetli değişiklikler husule geldiğini ve bu arada eozinofil hücrelerin vejetatif sistemdeki tehavvüllerle yakından ilgisi olduğunu göstermiştir. (Yalçın Salıha: Eozinofili ve Vagotoni; Anadolu Kliniği 1947).

Yaptığımız su yükleme tecrübelerinin vejetatif sistemde uyandırdığı derin akislere muvazi olarak lökosit tablosunun da değişiklikler gösterdiğini fark

ettik. Burada eozinofillerin seyri ile kan şekerinin mukayesesinden alınan neticeler glisemi münhanisinde görülen değişikliklerin ale'lâde bir hidremi ile kabili izah olmayıp vejetatif sistemdeki tehavvüllerle sıkı münasebette olduğunu teyid etti.

Uzviyette cereyan eden vejetatif sistem fonksiyonlarının gösterdiği tehavvüllerde hipofiz - arabeyin sisteminin baş rolü oynadığı malumdur.

Vejetatif sistem fonksiyonlarını yoklamak maksadiyle hipofiz - arabeyin sisteminin hariçten alınan en masum bir faktöre, suya karşı verdiği reaksiyonları ölçmek düşünülmüş ve su yüklemelerinden sonra bedende teessüs eden fonksiyonel değişikliklerin hipofiz - arabeyin ile doğrudan doğruya ne nisbette alâkadar olduğunu tesbit için de bu nahiyeye kısa dalga tatbiki bir tecrübe müdahalesi olarak ele alınmıştır. (Arkadaşımız Dr. Mübeccel Töleğen'in bu yoldaki çalışmaları bize aydınlatıcı neticeler sağlamıştır.)

Biz materyelimizi teşkil eden yirmibeş hasta üzerinde yaptığımız araştırmada su yüklemelerden elde edilen kan şekeri grafikleri ile lökosit formülünde, hususiyetle eozinofillerde görülen tehavvüllerden bu tecrübenin nöro-hormonal vejetatif sistem üzerinde uyandırdığı akisleri incelemeğe çalıştık. Tecrübeye tâbi tuttuğumuz hastalara sabah aç karnına 1500 cc. su içirdik. Su içmeden önce ve içirdikten sonra yarımşar saat ara ile kan şekeri, tansiyon ve lökosit tablosunu kontrol ettik. Bu suretle elde ettiğimiz neticelerin mukayesesinden hastalarımızda glisemi grafiğinde husule gelen tehavvülleri ezinlemeğe çalıştık. Bahsettiğimiz fonksiyon kontrolları dikkate değer neticeler verdi.

**Vak'a: 1.** — (H.K.Prot. 5362). 40 yaşında. Normal bir şahısta aç karnına 110 mg. olan glisemi yarım saat sonra 130 mg. a yükselmiş ve 130 mg., 135 mg. civarında seyretmiş, iki saat sonra iptidai seviyenin altına, 80 mg. a düşmüş, üçbuçuk saat sonra 95 mg. bulunmuştur. Eozinofiller 1 ile 2 arasında hafif bir oynaklık göstermiştir.

Diyabetli hastalarda organ insülinin çalışma durumunu yoklamak bakımından su tecrübesi glikoz tecrübesine nazaran daha vazih neticeler vermiştir. Netekim glikozla yapılan muayenesinde saf insülin gibi görünen aşağıdaki vak'amız buna örnek teşkil etmektedir.

**Vak'a: 2.** — (A. Y. Prot. 4911) 50 yaşında. Glikoz yükleme tecrübesinde; aç karnına 125 mg. olan glisemi glikozdan yarım saat sonra 165 mg. a yükselmiş. Bu yükseliş iki saat sonra 235 mg. ı bulunmuş, bu seviyede yarım saat kaldıktan sonra 205

mg. a ve nihayet 195 mg. a inmiş ise de hiçbir zaman iptidai seviyesine yaklaşmamıştır. Bu arada eozinofiller 1 ile 5 arasında küçük dalgalar halinde seyretmiştir. Tansiyonda ve nötrofillerde büyük bir değişiklik olmamıştır.

Bu tecrübeye dayanarak saf insüler diyabet olarak almamız mümkün olan bu hastamızda aç karnına 1500 cc. su içirildikten sonra 125 mg. olan açlık glisemi yarım saat sonra 120 mg. a inmiş, bir saat sonra 130 mg. a yükselmiş ise de iki saat sonra iptidai seviyenin altına 110 mg. a, nihayet üçbuçuk saat sonra 98 mg. a kadar düşmüştür. Tansiyonda ve nötrofillerde büyük bir tehavvül olmamıştır.

En ağır diyabetlilerin bile pankreasında bir başka sağlam uzviyetin karbonhidrat metabolizmasını idareye elverişli miktar insülinin mevcut olduğunu ve bunun kontrainsüler baskı yüzünden metabolizmaya karışmadığı malumdur. Bu itibarla her diyabet vak'asında baskı altında olan bu insüler reaksiyonun mevcudiyet ve derecesini açıklamak hususî bir kıymeti haizdir. Bunun için glikoz yüklemek gibi tamamen non fizyolojik olan bir müdahelenin neticesi esaslı bir hüküm çıkarmağa elverişli sayılmaz.

Netekim klinikte saf insüler diabet çeşni gösteren diğer bir vak'ada su ile aşikâr insülin çöküntüsüne rastlanmıştır.

**Vak'a: 3.** — (S.O. Prot. 529) 40 yaşında. Aç karnına 1500 cc. su içirildikten sonra yarım saatte aç karnına 240 mg. olan glisemi 195 mg. a düşmüştür. Bu hal aynı şekilde devam ederek iki saat sonra iptidai seviyeden çok aşağı 185 mg., üçbuçuk saat sonra 155 mg. bulunmuştur. Tansiyon ve nötrofillerde bir tehavvül olmamış, eozinofiller bidayette görülmemişken üç saat sonra 1 e, üçbuçuk saat sonra 3 e yükselmiştir.

Buna mukabil hakikî insüler çeşni ön plânda olan vak'alarda sudan sonra oynayan glisemi daima iptidai seviyenin çevresini muhafaza etmiştir.

**Vak'a: 4.** — (A. Y. Prot. 5478) 38 yaşında. 1500 cc. su içirildikten yarım saat sonra aç karnına 280 mg. olan glisemi her ne kadar 265 mg. a düşmüşse de bir saat sonra 270 mg. a, bir buçuk saat sonra 320 mg. a yükselmiş, tekrar 270 mg. a düşmüş, arada yeniden yükselerek üçbuçuk saat sonra 275 mg. olmuştur. Bu vak'amızda gliseminin iptidai seviye etrafında döndüğü görülmektedir. Tansiyon ve nötrofiller değişiklik göstermemiş, eozinofiller 1 - 2 arasında seyretmiştir.

Vejetatif sistemde vagus payının üstünlüğü ile seyreden ve bugün lokal bir hastalık olmaktan ziyade bir bünye hastalığı olarak kabul edilen ülserli hastalarda da aynı tecrübe glisemi grafiğinde aşikâr bir çöküntü hali göstermiştir.

**Vak'a: 5, 6.** — (H.G. Prot. 10162, M.C. Prot. 4645). Birbirine yakın hususiyetler gösteren ülserli hastaların glisemi, lökositler tablo ve eozinofil reaksiyonu vasatileri alınmıştır. Aç karnına 75 mg. olan glisemi 1500 cc. su içirildikten yarım saat sonra 67,5 mg., iki saat sonra iptidai seviyenin altında 70 mg., üçbuçuk saat sonra da 62,5 mg. bulunmuştur. Eozinofiller 0,5 - 3 arasında oynamıştır.

«Disregülasyon hastalığı olan astmada akciğer sahası allerji hâdiselerinin netice uzvudur.

Küçük deveranda husule gelen dolgunluğa karşı büyük deveranda teessüs eden kısılmayı önlemek üzere teneffüs merkezlerinde bir reaksiyon başladığı ve klinik tabloya eklenen gösterilerin vejetatif merkezlerin arazlarından ibaret olduğu ileri sürülmektedir» (Yalçın Saliha).

Vejetatif sistemin bir fırtınası olarak kabul edebileceğimiz bronkial astma vak'alarında da kan tablosundaki değişikliklerle birlikte glisemi grafiğinin çöküntü görülmektedir.

**Vak'a: 7.** — (F.G. Prot. 12778) 28 yaşında. Su yüklemeye tecrübesine tâbi tuttuğumuz bu vak'ada aç karnına 70 mg. olan glisemi yarım saat sonra 50 mg. a düşmüş, iki saat iptidai seviyede 70 mg. bulunmuş, aynı seviyeyi aşağı yukarı muhafaza ederek seyretmiştir. Hastamızda tecrübe hemen nöbeti takip eden günlerde yapılmıştır. Eozinofiller 7 ye kadar yükselmiştir.

Karaciğer hastalarında bilhassa seröz hepatitlerde allerji hâdisesinin hissesine işaret edilmiştir (Dittmar).

Materyelimiz arasındaki seröz hepatit vak'alarının faal enfeksiyon hali gösterenleriyle ateşsiz seyreden, klinik ve laboratuvar durumlarıyla iyileşmeğe başlamış olanları arasında aşikâr farklar göze çarpmaktadır.

Netekim I. inci gurubu teşkil eden altı vak'ada glisemi, lökosit tablosu ve eozinofili vasatileri alınmıştır. Grafikte görüldüğü gibi ortalama olarak aç karnına 111,3 mg. olan glisemi sudan yarım saat sonra 100,5 mg. olmuş, iki saat sonra yine 100,5 mg. bulunmuş, üç buçuk saat sonra iptidai seviyenin çevresini muhafaza edecek şekilde 103,3 mg. da sebat etmiştir. Nötrofillerde büyük bir değişiklik tesbit edilmemiş, eozinofiller 2,6 - 6,3 arasında hafif bir oynaklık göstermiştir.

Buna mukabil II. nci gurubu teşkil eden üç vakada aç karnına vasatî 120 mg. olan glisemi sudan yarım saat sonra 146,6 mg. a yükselmiş ise de iki saat sonra iptidai seviyenin 91,6 mg. a, üç buçuk saat sonra 90 mg. düşmüştür. Nötrofillerde bariz bir oynaklık olmamış, eozinofiller 2,6 - 6,3 arasında (I. inci guruba nazaran daha geniş) bir tehavvül göstermiştir.

Seröz hepatitlerde olduğu gibi plörezi vak'alarımızda da eksudasyon safhasında olanlarla rezorpsiyon safhasındakiler arasında aynı hususiyetleri fark ettik.

I. inci gurubu teşkil eden beş vak'ada vasatî olarak aç karnına 89,2 mg. olan glisemi 1500 cc. su içirildikten yarım saat sonra 101,4 mg. a çıkmış, iki saat 90,4 mg., üç buçuk saat sonra 96 mg. olmak üzere iptidai seviyeye nazaran bariz bir çöküntü göstermeden seyretmiştir. Nötrofillerde kayda değer bir değişiklik fark edilmemiştir. Eozinofiller 0,2 - 1 arasında oynamıştır.

II. nci gurubu teşkil eden rezorpsiyon devrindeki dört vak'ada aç karnına vasatî 95 mg. olan glisemi sudan yarım saat sonra 90,5 mg. a inmiş, iki



saat sonra 75,7 mg., üç buçuk saat sonra 74,5 mg. olmak üzere iptidai seviyeye nazaran aşikâr çöküntü göstermiştir. Nötrofiller aynı çevreyi muhafaza etmiş, eozinofiller 2,7-6 arasında (1. inci guruba nazaran daha geniş) bir tehavvül göstermiştir.

#### Netice :

1 — Su yükleme tecrübesiyle; su metabolizması, glikoregülasyon ve eozinofiler reaksiyon arasında sıkı münasebetlerin mevcudiyeti kontrol edilmiştir.

2 — Adı geçen tecrübe ile glisemi grafiğinde görülen tehavvüllerin melhuz bir hidremi ile kabili izah olmadığı, vejetatif sistem değişikliklerine ait diğer muayene usulleri ile meydana çıkarılmıştır.

3. — Glikoz yükleme tecrübeleriyle zahiren insüler gibi görünen diyabet vak'alarının bazılarında su yükleme tecrübeleriyle glisemi seviyesinde aşikâr bir çöküntü tesbit edilmiştir. Buna mukabil insüler hissenin üstünlüğünü gösteren bazı vak'alarda bu çöküntüye rastlanmamıştır.

4 — Diyabetli hastalarda glikoz yüklemenin hastalığın seyrinde gayri müsait neticeler doğurabilecek nonfizyolojik bir usul olmasına mukabil suyun

daha masum ve sadık bir vasita olarak üstünlüğü görülmüştür.

#### L i t e r a t ü r :

- Duncan : Disease of metabolism, 1949.  
 Geza de Takats, Edsen F. Fowler: Amer. Heart. J. 1949 - 2.  
 Greene, Carl H. and Leonard G., Rowntree: Kongresszentralblatt für innere Medizin, 816 - 1927.  
 Hess, R.: Schweizerische medizinische Wochenschrift 51 - 1949.  
 Lauda : Lehrbuch der inneren Medizin 1950.  
 Marx, Hellmut und L. Friedmann: Kongresszentralblatt für innere Medizin 289 - 1928.  
 Marx, Hellmut: Kongresszentralblatt für innere Medizin 208 - 1928.  
 Poli, Enrico : Kongresszentralblatt für innere Medizin 90-2, 1927.  
 Savy, Paul : Traité de thérapeutique clinique 1948.  
 Tölcgen, Mübcecel : Türlü hastalıkların kliniginde vejetatif sinir merkezi teşevvüçlerinin payını araştırma yolu (Tez), 1950.  
 Turiaf, J.: Traité de Médecine, 1949.  
 Yalçın, Salih: Vejetatif distoni hallerinin klinik bir gösterisi olarak eozinofili (Tez), 1949.  
 Yalçın, Salih: Eozinofili ve vagotoni, 1947.

Ankara Belediye Hastanesi Dahiliye Servisi :

Şef: Dr. Celâl İren

## Bir Morbus Kaposi Vak'ası Münasebeti ile

(Sarcoma Idiopathicum Multiplex Haemorrhagicum)

Dr. Celâl İren - Dr. Fikret Pamir

İlk defa memleketimize Dr. Hasan Reşat Sığındım tarafından tanıtılan ve gene Hasan Reşadın Dr. Hamdi Suat'la birlikte neşrettikleriyle beşi bulan bu hastalığa ait neşriyata X. cu Milli Türk Tıp Kongresinde kemik tegayyürleri dolayısıyla hususiyet arzeden bir vak'a ile Dr. Reşat T. Kınacıgil katılmıştı. Bizde servisimizde bir tesadüf ve tecessüs neticesi yedinci vak'ayı müşahede etmiş ve tedaviye çalışmış bulunuyoruz.

1872 de Kaposi tarafından tarif edileliberi hemen her isimlendirişte Sarcome (Sarcome idiopathique, Sarcome Pigmentaire, Sarcome Idiopathicum Multiplex Haemorrhagicum) olarak bildirilen bu hastalık bilhassa patolojik anatomi noktayı nazarından haklı tenkidlere açıktır. Bu bakımdan ilk defa tarif eden müellifin ismine izafeten Morbus Kaposi diye isimlendirilmesi ve hiç olmazsa yukarıda sayılan nomenklatlara «Kaposi» eklenmesi âdet olmuştur.

Hastalık Batı Avrupa'da nadir ve Amerika'da daha ziyade hariçten gelenlerde, ecnebilerde görüldüğü halde Merkezî Avrupa'da ve Kuzey İtalya'da oldukça sıktır. Bunların ekserisini Yahudiler teşkil eder. Kadından ziyade erkeği seçer. Ümumiyetle 40 yaşından sonra görülmekte ise de çocuklar da yaka-

lanabilir. El san'atları ile uğraşanların daha sıklıkla musab oldukları sanılmaktadır.

Bazan bir travmayı takiben ve hemen daima ekstremitelerden başlar. Hafif enflitre veya makülö, livid veya arduaze renkli anjiyomatöz plâklar veyahut ta bazan sert bazan elâstik kıvamda küçük nodüller halinde belirir. Sıklıkla ağrılıdır ve prüri-jinöz olabilirler. Bu plâk veya nodüller gerileyebilirler, fakat yerlerine daha çok sayıda leziyonlar belirir. Bu batıp çıkmalar zamanla ekstremitelere pakidermik bir görünüş verir ve hattâ Elephantiasis Kaposien denilen şekil meydana gelir. Ülserasyon nadirdir. Bununla beraber gangren bile görülebilir. Hastalık eskidikçe ekstremitelerden gövdeye doğru yayılır, marbre lekeler ve hemorajik-livid tümörlerle hastalığa «Sarcome Haemorrhagique» isminin verilmesine de sebep olur. Bilâhère yalnız ciltle de iktifa etmiyerek viserleri, bu arada bilhassa hazım cihazını yakalar ve yerine göre hematemez, melana, diarelere sebep olur. Nadir olmakla beraber iskelette musab olur ve bazan Reşat T. Kınacıgil'in vak'asında olduğu gibi osteolitik osteosarkom karakteri alır.

Kan tablosu bakımından mühim bir hususiyet göstermezse de anemi, hafif eozinofili ve bazan 20% yi bulabilen monositöz bulunabilir.

İnzar vahim olmakla beraber vasatî 20 yıl (Kren'in bir vak'asında 48 yıl.) devam eder, kaşeksi ile sonlanır. Kanama gibi ihtilâtlar ve araya giren intanlar neticeyi çabuklaştırabilir.

Hastalık bilhassa anatomo-histo-patolojik hususiyet gösterir. Yukarıda da temas ettiğimiz veçhile Sarkom olarak tesmiyesi münakaşalara sebep olmaktadır. Zira bir sarkomun mevcudiyetini bildiren ne hücre atipisi, ne monstüozite ve ne de anarsik proliferasyon mevcut değildir. Buna mukabil lezyonların eski veya yeni oluşuna göre az çok değişik bir karakter gösteren (Hasan Reşat) lemfositer tipte yuvarlak hücre enflitasyonu, adî fibroblastlar görünüşünde füziform hücreler ve bu sellüler proliferasyonla hem ayar vaskülarizasyon mevcuttur. Kapillerler bazan çok dilate olup (ki, âdeta bir angiomu düşündürür) birbirinden paralel bir sıralanış gösteren ve lemfositer tipte yuvarlak hücrelerle çaprazlaşan füziform hücre kitleleri ile ayrılırlar. Hücre enflitratları kapillerlerden sızmış eritrositlerle ve hemosiderinle yüklüdür. Bu suretle interstisiyel bir kanamayı düşündürür.

Hastalık etiyoloji ve fiziopatoloji yönünden hiç bir aydınlığa kavuşmamıştır. Sarkom olarak adlandırılmasındaki temayülden de anlaşılacağı gibi sarkomatö bir tümör olduğu yolundaki inanışlara karşı, İtalyada Endoteliom, Fransada Angiomatöz terimlerine hususî bir sempati gösterilmektedir. Nihayet Retikülo-Endotelial sistemin hiperplazisi diyenlerle birlikte, Granülom olarak kabul edenler de vardır. Hattâ ve hattâ Greco, hastalığın bir Mycoemie olduğunu ve âmilinin de Cryptococcus Hematicon bulunduğunu bildirmiştir.

Tedavisi de hemen hemen patojenez kadar talihsizdir. Şimdiye kadar tavsiye ve tatbik edilenlerden büyük bir netice alınmamıştır. Yüksek doz arsenik, vitamin (askorbik asid, anevrin), eritem dozunda radyoterapi, röntgen tedavisi, mahdut mihraklarda radyum denenmiştir. Son yıllarda Betatron tedavisi yeni ümitlere vesile olmuştur. Bütün bunlardan elde edilen kısmî salâha karşı cerrahî tedavi tamamen faydasız bulunmuştur.

Müşahedesini kısaca bildireceğimiz bizim vak'amız 10/5/1950 günü polikliniğimize müracaatında 407/701 protokol numarası ile servise yatırılmıştır: Adile Tekeci, Çorum Osmançık köyünden, 50 yaşında, ev kadını ve tarla sulama işlerinde çalışan bir işçi. Hastalık üç sene önce ayaklarında büyüklü küçüklü sert nodüller halinde başlamış. Başlangıçta kırmızimsı olan bu nodoziteler tedricen morarıyor, bazan hafif sızıntılar yaparak geriliyor, ve yerini diğerleri alıyormuş. Zamanla kollarında ve el sırtında da çıkmağa başlamış, buradan da göğsüne ve yüzüne atlamış. Temasla oldukça ağrılı olan bu nodüller bilhassa el sırtında yaygın lekeler halinde imiş. Beş aydanberi ayaklarında sert bir şişlik belirmiş ve gitgide artmış.

Dul, beş defa evlenmiş, çocuğu olmamış. Ana ve babası bilmediği hastalıklardan ölmüşler. Kendisi 15-20 sene önce hematemez olarak tarif ettiği bir kanama geçirmiş (Servisde kaldığı 3,5 ay zarfında

bu kanamayı izah edecek bir bulgu tesbit edilemedi) Familial ve konstitüsyonel herhangi bir yükü ve fena itiyadı yok.



Tedaviden önce.



Tedaviden önce.



Tedaviden sonra.



Tedaviden sonra.



Tedaviden sonra.

Teşekkülâtı tam oldukça kuvvetli bünyeli, cilt altı nesci ve turgor normal. Dil temiz, dişler bakımsız kısmen çürük, kısmen noksan. Nabız dolgun,

muntazam. Hazım, dolaşım ve teneffüs cihazlarında kayda değer bir bulgu yok. Asabî ve harekî sistem keza normal.

Cildi leziyonlara gelince: Her iki bacak ve her iki önkol, keza göğüs, sağ meme ve burun kökünde müteaddit, bazan sağ bacak üst tarafında, sol kol dış kenarında olduğu gibi yuvarlak, pürüzsüz ve elâstiki kıvamda menekşevî-kırmızı renkte nodüller; bazan da bilhassa sağ el sırtında olduğu gibi morumtrak enflitre plâklar görülmektedir. Bu leziyonlar üzerinde hemorajik ve telenjiyektazik kısımlar bulunuyor. Her iki bacak ve ayak derisi pakidermi, hey'eti umumisile elefantiasis gösteriyor. Ayrıca ayak tırnaklarında daha bariz olmak üzere trofik tegayyürler mevcut.

Klinikte bulunduğu sırada yapılan hematolojik, serolojik, radyografik ve histolojik bulgular şunlardır :

Hasta servise alındığı 10/5/1950 günü kan tablosu: Eritr.: 4,020,000, Lök.: 5600, Hb.: 66%, İndeks: 0,8, Eo.: 4, St.: 2, Sg.: 59, Lf.: 31, Mo.: 4, Miyelogram: normal. Lacet: menfi. Sedimentasyon: 11-20-35.

Wassermann: menfi, Tuberkülin reaksiyonu : menfi.

İdrar muayenesinde şayanı kayıt bir şey yok. 17/5/1950, 1/6/1950 günlerinde alınarak Nümune Hastahanesi Patoloji Laboratuvarına gönderilen biopsi materyeline 620 No.lu rapor ve Prof. K. Mutlu imzasile verilen cevapta: «Sarcoma İdiopathicum Multiplex Haemorrhagicum. Sarcomatosis Kaposi de denir. Hamartom (anomalie) lar üzerinde inkışaf eden neoplazik bir deri hastalığıdır. Uzun seneler sürer. Sonunda iç organları da istilâ edebilir.» denilmekte idi.

Tekrar edilen el ve ayaklara ait radyografilerde az aşikâr rarefaksiyondan gayri bir değişiklik tesbit edilemedi.

Tedavi gayretlerimizin sonunda tekrarlanan kan muayenesi ise şöyle idi: Eritr.: 4,890,000, Lök.: 5300, Hb.: 90%, İndeks: 0,95, Eo.: 5, St.: 0, Sg.: 56, Lf.: 30, Mo.: 9. Sedimentasyon: 5-10-25.

Hastaya 6/6/1950 gününden itibaren 2,75 gr. bulan Neo., Cacodylate, Stabiazol şeklinde arsenik, yüksek doz B ve C vitaminleri tatbik edildi. Röntgenoterapinin başladığı 12/7/1950 günü yeni leziyonların görülmemesi istisna edilirse hemen hiç bir netice elde edilmemiş bulunuyordu. Buna mukabil hastamız röntgen tedavisinden aşikâr bir iyilik elde etmiş ve servisimizi nodoziteler küçülmüş, enflitratif makülöz plâklar solmuş ve gerilemiş, ayakların pakidermik görünüşü hemen hemen kaybolmuş, elefantiasisin sebep olduğu şişlik azalmış ve sert ödem yumuşamış bir halde 29/8/1950 günü hastahaneyi terketmiştir.

#### Literatür:

1. Encyclopædie Medico-chirurgicale. Cilt: 6, 10/1936, 12106/8
2. Hasan R. Sığındım: Türk Tıp Cemiyeti Mecmuası. XIII. yıl, 1947.
3. Reşat T. Kınacıgil. Acta Medica. Vol I - No: 7, Ekim 1948.



## Pratik için kısa tedavi notları

Toplayan : Dr. Hayat Okan

**Duodenum ve mide ülserleri** tedavisinde yeni muhafazakâr tedavi metodları araştırılırken **Bal**'ın müsait tesiri ortaya çıkmıştır. Hastalara günde üç defa olarak 400-600 gr. hafifce ısıtılarak mayi haline getirilmiş bal aç karnına verilmiştir. Balla beraber diğer hiç bir gıda maddesi verilmemiştir. Klinikte tedavi altına alınan hastalara balla beraber bir kısmına ufak dozda insülin, bir kısmına da atropin zerkedilmiştir. Ayaktan müracaat eden hastalar hususî bir kayda tâbi tutulmamışlardır. Bu tedaviye tâbi tutulan 18 mide ülserli ve 28 duodenum ülserli hastadan alınan neticeler iyi olmuş ve hastaların kiloları artmış, Hb. miktarı ve eritrosit sayısı yükselmiş, periviserite bağlı olan ağrı şikâyetleri de zail olmuştur. Balın bu iyi tesirini şu faktörlere bağlamak kabildir: İhtiva ettiği glikojen nesic rejenerasyonunu tenbih eder, vitaminlerden zengindir, bilhassa hafif lakzatif gibi tesir eden A, B vitamini fazlaca bulunur. Ayrıca mide sekresyonunu azaltır ve spazmolitik tesiri vardır. Bu bakımdan hiperasitli gastritler üzerine tesir eden (Ars Medici 10 - 1950).

**Ağır tifo ve paratifo** vak'alarında **ufak kan transfüzyonlarının** faydalı olduğu görülmüştür. Kan naklinden sonra vak'aların ekserisinde ateş krizis şeklinde (bazen lizikle) düşmektedir. Bu tedavi çok az tehlikeli olup Perifer tedavisine nazaran daha çok tercih edilen bir yoldur (Ex. Med. vol/4-8).

**Kronik Dizanteride** ağızdan her iki saatte bir verilen **Aureomycin** (0,250 mg. dan günde 6 gr.) ile parlak neticeler alınmıştır. Yalnız ilâcın alınmasına bağlı bulantılara karşı Cocaïne hyd. chl. 0,50, Eau Chloroformée 150, Sirop Simple 30,0 mahlûlü tavsiye edilmektedir. İlâcın başka toksik tesiri görülmemiştir (Ars. Medici. 70 - 1950).

**Alkolikler** sık olarak bilhassa sürrenalde dikkati çeken plüri glandüler bir kifayetsizlik hali gösterirler (Hipoglisemi, 17-Ketosteroide'lerin ve androgene'lerin azalması; kadınlaşmaya meyil, memelerde hipertrofi, lenfositoz..). Hipoglisemi hali de alkol alma arzusunu çoğaltır. Bu suretle absorbe edilen alkol miktarı artar, bu da glisemi miktarının azalmasına sebep olur. Karaciğer glikojen depolarını kaybeder lipoitlerle enfilte olur ve feminizm halini husule getiren oestrogene'ler nötralize edilemez. Karaciğerin alkolik sirozunda sürrenalde lipoit miktarı azalmıştır. Bir **alkol tesemmümünün nekahatinde sürrenal ekstrelerinin** alınması ile bu hallerin önüne geçilmesi kabildir. Bu suretle glisemi seviyesi yükselir, psişik ve mide barsak teşevvüşleri kaybolur. Bu maksatla tedavinin birinci günü, günde üç defa 10 cc. ekstre, ikinci günü günde iki defa, 3-4-5 inci günleri bir defa 5-10 cc. ekstre entavenöz zerkedilir. Ve müteakip haftalarda entamüsküler olarak 2-5 cc. (evvelâ haftada iki defa ve sonra bir defa olarak) tedaviye devam edilir. Ayrıca umumî sedatif ilâçlar teşrik edilmelidir. Takip edilecek rejim lipoit-

lerden zengin ve glüsidlerden fakirce olmalıdır (glisemi kurbu tehavvüllerine karşı koymak maksadile) iştihatsızlığa karşı günde 10-15 ünite insülin zerkleri faydalıdır. Feminizm arazlarına karşı da testosteron verilmesi muvafıktır (Ars. Medicis 10 - 1950).

**Endarterit tedavisinde Mantol**'ün vazodilatör tesirinden istifade edilmiştir. Menthol'ün %3-5 yağdaki mahlûlü ile ısıtılmış gaz bezleri lokal olarak tatbik edilir ve bir iki saat sonra değiştirilir aynı zamanda hastaya ağızdan %3 alkolik mantol solüsyonundan günde üç dört defa 15-20 damla verilir (veyahut 0,01-0,05 gr. menthol 0,30 gr. salicylate de soude ile karıştırılarak paketler halinde yemek arasında 4 tane verilir. Bu tedaviye 2-3 hafta devam edilir. 3-5 gün fasıladan sonra tekrarlanır (Ars. Medici 10 - 1950).

Diencefalo-pitüiter sistemin **rümatoid arteritlerin** klinik vechesindeki rolü düşünülerek bir pyramidone ascorbique acide preparatı olan **Vatidon** analjezik olarak kullanılmaktadır. Bu ilâç günde bir kaç defa 3-10 mgr. intramüsküler veya entavenöz olarak enjektte edilmektedir (Ex. Med. IV-8).

**Brucellosis tedavisinde streptomycin ve sulfonamide**'lerin müşterek olarak kullanılması şayanı tavsiyedir. Ştreptomycinden günde 1-2 gr. ve sulfonamide'den 5-10 gr. verilmelidir (Eg. Med. IV-8).

**Rhumatoide artritelerin tedavisinde bakır tuzlarından** istifade edilmektedir. Bu maksadla Forestier iki değişik bahır milhi (Cupralene ve Dicuprene) kullanmıştır. Yeni vak'alarla alınan neticeler (başlangıçtan itibaren ilk sene içinde olanlar) alınan cevap daha müsait olmuştur. Keza altına mukavim olan vak'alarda bakır milhlerine verdikleri cevap daha iyi olmuşsa da zamanla bunlarda da bakıra karşı bir resistans husule geldiği görülmektedir. İlâca karşı tahammülsüzlük işaretleri olarak sadece hafif bulantı ve albuminüri görülmüş kemik iliği depresyonuna delâlet eden işaretler tesbit edilememiştir (59 vak'ada) (Ex. Med. IV-9).

**Claudicatio entermittens ve angora pectoris** tedavisinde vazo dilatatör olarak **Glycocolle** tavsiye edilmektedir. Glycocolle %10 solüsyonundan günde 10 cc. entavenöz olarak zerkedilmekte ve 5-10 günlük fasıllarla on gün bu tedaviye devam edilmektedir. İcabında tekrarlanabilir. Glycocolle ayrıca metabolizmayı kalkındırması bakımından da uzun sürmüş miyokard kifayetsizliklerinde tireotoksikoz deveran teşevvüşlerinde ve ağır igtida bozukluklarında şayanı tavsiyedir. Bu maksatla adale içine yapılması kâfidir (Th. Card. Intenationales - 1950).

**Taşikardi paroksistik tedavisinde** damardan asetilkolinin %2-5 mahlûlü şayanı tavsiyedir. Enjeksiyondan hemen bir kaç dakika sonra nöbet geçmektedir. Aynı şahısta lüzum olduğu takdirde bir

# ECZACIBAŞI

- |                                 |                        |
|---------------------------------|------------------------|
| A - Vital «Goutte»              | K - Vital «Tablet»     |
| B - Vital «Tablet 3 mg»         | K - Vital «Ampul»      |
| B - Vital «Tablet 10 mg»        | Panthenol «Tablet»     |
| B - Vital «Tablet 50 mg»        | Kina-Vital «Draje»     |
| B Vital «Tab. 100 mg»           | Ferro-Vital «Draje»    |
| B <sub>12</sub> - Vital «Ampul» | Poli-Vital «Draje»     |
| B - Vital «Amp. 25 mg»          | Poli-Vital «Goutte»    |
| B - Vital «Amp. 50 mg»          | Poli-B «Tablet»        |
| B - Vital «Amp. 100 mg»         | Calci-Vital «Tablet»   |
| C - Vital «Amp. 100 mg»         | Calci-Vital A «Tab.»   |
| C - Vital «Amp. 500 mg»         | Calci-Vital C «Tab.»   |
| C Vital «Tablet»                | Calci-Vital Enjektable |
| D Vital «Goutte Faible»         | Korizan «Tablet»       |
| D - Vital «Goutte Forte»        | Metonin «Tablet»       |
| D - Vital «S. Alcolique»        | Metilkolin «Draje»     |
| D - Vital «Ampul»               | Hepa-Vital «Tonik»     |
| D - Vital «Goutte»              | Hepa-Vital «Ampul»     |
| E - Vital «Tablet»              | Helikardol «Tablet»    |
| E - Vital «Ampul»               | Septonon-C «Tablet»    |
| N - Vital «Tablet»              | Duozol «Tablet»        |
| N - Vital «Ampul»               | Paramin «Draje»        |
|                                 | Vitonal «Merhem»       |

ECZACIBAŞI LABORATUARI  
İSTANBUL, GALATA - TEL 40400/40803  
İZMİR - TELEFON 3232/2422  
ECZACIBAŞI KİMYA FABRİKASI  
İSTANBUL, YUNUS İSTASYONU, KARTAL





# DİLER

## TIBBİ MÜSTAHZARLAR LÂBORATUARI

ECZACI ŞEREF DİLER

Çenberlitaş, Alipaşa sok. No. 10

Sicilli Ticaret: 28719

Telefon: 42993

Telegraf: DİLABOR

### ASTMİN

Endikasyon: Astma, kronik göğüs nezlesi, kalbin genişlemesi, kataral bronşit.

Alımı: Büyüklere günde 2-4 kahve kaşığı biraz su içinde. Çocuklara yarısı.

### BİLAKS

Endikasyon: Bilcümle kabızlık. — Barsaklardaki fena tahammürler. — Adipositas.

Alımı: Günde 1 yahut 2 draje.

### BRONKO

Endikasyon: Akut bronşit, öksürük, trakeit, larenjit, boğmaca, amfizem, ağrılı haller.

Alımı: Büyüklere günde 3-4 komprime yemekten sonra. Çocuklara günde 2-4 yarım komprime.

### CASTORAL

Endikasyon: Nevrasteni, çarpıntı ve sıkıntı halleri, merak, kuruntu ve uykusuzluk, sallantı hastalıkları.

Alımı: Günde 20-100 damla, biraz şekerli su içinde.

### COROSDAL

Endikasyon: Kalp kifayetsizlikleri, koronerlerin daralması, Angina Pectoris, Miyokard enfarktüsü.

Alımı: Günde 2-4 komprime.

### DOLORİN

Endikasyon: Baş, diş, romatizma ağrıları. - Dismenorrhoe. - Ameliyat sonu. - Siyatik.

Alımı: Günde ikişerden 6-8 draje.

### HEMATOL

Endikasyon: Kansızlık, dermansızlık, kloros, umumî zafiyet, kan yapıcı.

Alımı: Büyüklere: günde 2-3 kosposto kaşığı. Çocuklara: günde 2-3 kahve kaşığı.

### HİPOTANSİN

Endikasyon: Arterioscleros, baş dönmeleri, kalb sıkıntısı ve darlıkları.

Alımı: Günde 3 defa 20 damla biraz su içinde.

### NÖROKALMİN

Endikasyon: Nevrasteni, uykusuzluk, ruh bezgindikleri.

Alımı: Günde 2-6 kahve kaşığı.

### POLİSÜLFAZİL

Endikasyon: Coccus intanları, Pnömoni, Plörezi, İdrar yolu hastalıkları, yüksek ateş.

Hiçbir kontr endikasyon.

Alımı: Tedaviye 4 komprime ile başlanır ve her saatte ikişer adetle devam edilir.

### PULMOL

Endikasyon: Akciğer ve hançere veremi. Grip, Kronik bronşit, boğmaca.

Alımı: Büyüklere: günde 3 çorba kaşığı. Çocuklara: günde 3 kahve kaşığı.

### PÜRJOL

Endikasyon: Mide ve barsakların dezenfeksiyonu için mükemmel bir müleyyin.

Alımı: Sabah ve akşam bir çorba kaşığı.

### RUMATİZAL

Endikasyon: Romatizmanın her şeklinde, Siyatik, Lumbago, Sırt ve adale ağrılarında.

Kullanışı: Harici friksiyon olarak.

### SEDİLAN

Endikasyon: Asabi uykusuzluklar, sinus ve enterkostal ağrılar, asâbi kalb ağrıları, nevrasteni.

Alımı: Günde 2-6 draje.

### SİNİROL

Endikasyon: Histeri-Nevrasteni, Nevralji, asabi dermatozlar.

Alımı: Günde 2-6 kahve kaşığı, biraz su içinde.

### TUSİL

Endikasyon: Göğüs hastalıkları, plörezi, akciğer tedavisi.

Alımı: Büyüklere: günde 3 tatlı kaşığı. Çocuklara: günde 3 kahve kaşığı.

kaç defa ilacı tekrarlamakta mahzur yoktur ve dozu da arttırmak icab etmez. Zira asetilkolin kanda mevcut kolinesterazlar sayesinde sür'atle harab olmaktadırlar (Ch. Car. Internationales - 1950).

**Kalb rumatizması bilhassa had puse hallerinde tedaviye kükürt** mürekkepleri eklemek faydalı neticeler verir. Bu maksadla kükürt koloidal halde kullanıldığı gibi hiposülfid dö magnezyum ve hiposülfid dö sud halinde (%10 mahlülünden 10 cc. izotonik su içinde) intravenöz zerkedilir. İyi tesirini şöylece hülâsa etmek kabildir: Kükürt salisilat dö sud'un tesirini arttırır, mevcut asidoz haline mâni olur, keza salisilatların miyokard tesbitini kolaylaştırır ve tesirini iki misli kılar (Th. Car. Internationale - 1950).

**Zona zoster ağrılarına karşı** autonom gangliyonları **tetrachlorure d'ammonium** ile (günde 10 mgr.) blokaj yapılması tavsiye edilmektedir (R. I. Fisher).

**Çocukların bronşektazilerinde aureomycin** ile iyi neticeler alınmıştır. İlâç günde kilo başına 50 mgr. dan (ağız yolu ile 4-6 doz halinde) başlanarak 100 mgr. a kadar arttırılmaktadır. İlâcın hiç bir toksik tesiri görülmemiştir (J. of. Ped. 1949).

**Kadınlarda migren nöbetlerine karşı Methylesteron** (dört hafta günde iki defa 20 mgr., dört hafta 10 mgr.) dan iyi neticeler alınmıştır. Eğer bir iki hafta içinde hirutisme, acnée, âdet teşevvüşleri, ses değişikliği olduğu takdirde ilâcın dozunu azaltmak veya kesmek lâzımdır. Guvatr vak'alarında tireotoksikoz işaretlerini dikkatle takip etmelidir. Diyabet ilâcın verilmesine kontrendikasyon teşkil eder. Zira testosteron glisemiye arttırır (Ex. Med. IV-8).

**Nezleye karşı benadryl** ve buna benzer müstahzarların toksik tesirleri görülmemiştir. Bu maksadla tedavi için günde 50 mgr. lık komprimelerden birkaç tane alınması ile nezle hali 24 saatte düzelmektedir. Nezle mevsiminde profilaktik olarak günde iki komprimenin muntazaman alınması tavsiye edilmektedir.

**Bromisme günde 750 mgr. Niacinamide** ile azalmakta veya tamamen geçmektedir. Mutad klorür dö sodyum tedavisi Niacinamide'in tesirini arttırmaktadır (günde 2-3 gr., eğer klorür dö sodyum kullanılması kontrendike ise klorür dammoniyum kullanılabilir). Pellegraya benzer arazlar koenzimatik teşevvüşlerinden ileri gelmektedir (Ars. Medici. 10-1950).

**Brucellosis'de Chloromycetin** kilo başına 50 mgr. dan başlanarak 250 mgr. a kadar çıkarılarak her üç saatte bir olmak üzere altı gün devam edilir. Ateş tedaviye başlandıktan iki gün sonra ekseri düşmektedir. Nüksler nadirdir (Ars. Medici. 10-1950).

**Bleu de methylen'in aktinomikoz** üzerine spesifik tesiri vardır. Gerek ağızdan günde üç defa 0,12 gr. gerek %1 mahlülünden iki üç günde bir 1 cc. entravenöz olarak zerkedilir (Ars. Medici. 10-1950).

**Stomatite aphteuse** de mutad lokal tedavinin dışında ağızdan **klorate de potasse**'in alınışı faydalıdır. Tedavinin birinci günü meşbu mahlülünden yarım kahve kaşığı yarım bardak su içinde sulandırıldıktan sonra her saat kaşık kaşık verilmektedir. İkinci günü aynı mahlülden iki saatte bir verilir. İlâve olarak fort doz halinde C vitamini eklenmesi şifayı sür'atlendirmektedir.

**Çocuklarda Boğmaca öksürüğü tedavisinde De Vit C vitaminini** tavsiye etmektedir. C vitamini ağızdan veya enjeksiyon halinde verilmektedir. Çocuklara ilk yedi günde 500 mgr. C vitamini verilmiştir. Bundan sonra iki günde bir 100 mgr. indirilerek 100 mgr. üzerinde tedaviye devam edilmektedir. Vitamin enjeksiyonları ile hastalığın devamı kısaltmakta ve spamodik safha görülmemektedir. Tedavi idrarda asit askorbik miktarının tayini ile takip edilmektedir.

**Sentetik antimalaria ilâçlardan plasmoquine** bilhassa kininle teşrik edildiği zaman faydalıdır. Malaria vivax'ın nüksünü vikaye eder. Atebrinin tesiri kinine büyük bir benzerlik gösterir, fakat toksik tesirleri ve cildi sarıya boyaması bakımından biraz geride kalmış bir ilâçtır. Chloroquine veya Nivaquine tesir bakımından atebrine benzerse de daha az toksiktir ve cildi sarıya boyamaz, Paludrine hakkında henüz kat'i bir fikir yoktur. Pentaquine kininle teşrik edildiği vakit tersiyana malarya nüküslerine karşı müessirdir. Şahsı profilaksi için kinin tercih edilmelidir. Bu maksadla kullanılan kinin dozu 300 - 400 mgr. olmalı, ve icab ederse bir sene kadar devam etmelidir. Malarya nöbetinin tedavisinde kinin yerine diğer sentetik ilâçlar ikame edilebilir. Bununla beraber ekonomik olarak bazı memleketlerde bilhassa Fransada kinin tercih edilmektedir (Revue de Paludisme).

**Prematüre ekstrasistollerin tedavisinde kininle** beraber KCl (günde 1-2 gr.) tavsiye edilmektedir. Eğer bu ekstrasistoller konjestif kalb kifayetsizliği ile Dijitalis preparatları ile beraber sodyumun tahdidi elzemdir. Paroxismal auriküler taşikardi Lanatoside C ile düzelmekte ve eğer lâzım olursa mutad doz tekrarlanabilir. Buna neosynephrine eklenir. Neostigmine ve mecholyl dahi münakaşa edilebilir. Vantriküler taşikardi hallerinde kinidin tavsiye edilir, aynı zamanda %20 magnezyum sulfat solüsyonundan intravenöz 10 cc. verilmelidir. Oriküler fibrillasyonda dijitalisle beraber eğer, regüler sinüs ritmi restore edilmek isteniyorsa kinidin teşrik edilmelidir. Oriküler flutterde sür'atli dijitalinizasyon tavsiye edilir. Adams-Stöks sendromu ile beraber olan atriyo-ventriküler bloklarda efedrin epinefrin kullanılmalıdır (Ex. Med. IV-8).

Bütün diğer tedavi vasıtalarına karşı teannüt eden **müzmin baş ağrılarının damardan Novokain** şırıngaları ile derhal kaybolduğu müşahede edilmiştir (32 hastanın 15 inde). Tedavi tekniği: %1 adrenalinsiz novokain mahlülünden 5-10 cc. iki dakikada olmak üzere gün aşırı damardan şırınga edilir.

15 enjeksiyon kâfidir. Karaciğer hastalıkları, gıda idiyosenkrazi halleri, hazım bozuklukları ve hipertoni ilâcın tatbikine kontrendikasyon teşkil eder. Şiringa esnasında hastaya sıcaklık hissi, bulantı, baş dönmesi anguas ile birlikde daima kan tazyığı biraz düşer. Novokainin tesiri, hastadaki vejetatif muvazaneyi aniyen değiştiren bir çok hâdisesine bağlanmıştır (Ars. Medici 6 - 1950).

**Göz içi kanamalarında Rutin** (Vitaplex P Chinoin) 2-12 hafta müddetle her gün 60 mgr. olarak tatbik edilmiş ve iyi neticeler alınmıştır. Hemorrajik retinit mükerrer retina ve lens kristallen kanamalarında bu tedaviyi hatırlamak lâzımdır (Ars. Medici 10 - 1950).

**Herpes Zoster de aureomycin** adeta spesifik bir tesir göstermektedir (günde dört defa yemeklerden sonra birer gram). Hasta buna tahammül etmezse dozu indirmelidir. Ve tedaviye veziküller kuruyuncaya kadar devam edilir. Sonrada daha 3-5 gün dozu kısarak devam etmek muvafıktır (Ars. Medici: 7 - 1950).

**Akut Gut nöbetlerinde adrenokortikotrop hormonla beraber cholchicin** tedavisi nüksleri önlemektedir.

**İskelet adalesinin kramplarında kinin sülfat** tesirinden faydalanmayı düşünmelidir. Geceleri gelen bacak krampları günde iki defa 0,20 gr. kinin sülfatla bertaraf edilir.

**İnatçı psöriyasis vak'aları** bazan küçük insülin dozları ile birden kaybolmaktadır.

**Lekeli humma tedavisinde Chloromycetin** aynı tifoda olduğu gibi spesifik mahiyette bir tesir göstermektedir. Ateş 3-5 günde lizis ile düşer. İlâca her iki saatte bir 250 mgr. olmak üzere ateş düşüncüye kadar devam edilir ve sonra üç saatte bir olmak üzere mecmu 30-40 gr. a iblâğ edilir (Ars. Medici 10 - 1950).

**Likör drenajı ile tetanozun tedavisi** 35 ağır tetanos enfeksiyonu vak'asında diğer lokal tedavi ve entravenöz serum tatbikinden başka günde bir defa lomber ponksiyon yapılmış ve ponksiyonların krampların kaybolması veya zamanca gecikmesi üzerine direkt bir tesir icra ettiği müşahede olunmuştur. Semptomatik olarak %30 magnezyum sülfat solüsyonu krampların önlenmesine iyi tesir yapar (Sch. m. W. 1950 - 5).

**Bakla zehirlenmesi tedavisi:** Bazı bakla cinsleri nisbeten fazla miktarda siyanidik asit ihtiva eder. Bunun için kâfi derecede pişirilmemiş olan yemekler ağır zehirlenme tablosu meydana getirir. Bilhassa küçük çocuklarda hemoliz, ateş, hemoglobinüri ve iktelerle müterafık öldürücü zehirlenmeler meydana çıkabilir. Favizm denen bu hastalığın tedavisinde kan nakli, demir, C vitamini, magnezyum sülfür, kardi-yotonikler ve analeptik'ler faydalıdır.

Dr. Hayat Okan

## REFERATLAR

**Jinekoloji ve gebelikte vitaminler:** J. Papadopoulos (Belçika Krallığı Jinekoloji ve Obstetrik Cemiyetinde 10.6.1950 de tebliğ edilmiştir.)

1 — A vitamini: Bir kadının gündelik ihtiyacı 2000 - 3000, gebelerin ise 5000 ünite enternasyonalıdır.

2 — B<sub>1</sub> vitamini veya anörine: Normal kadının bir günlük ihtiyacı 1, gebe kadının ise 4-5 mgr. dir. Vitamin B<sub>1</sub> böbrek üstü korteksi hormonunun fosforilizan etkisi altında vazife görebilir. Korteks yetmezliği halinde B<sub>1</sub> vitamini fosforilizasyona tâbi tutulamıyacağından B<sub>1</sub> eksikliği ve hiperfollikülünemi husule gelir. Böbrek üstü yetmezliği karşısında tiroid de normalden çok çalışarak (Hyperthyroidie) gene B<sub>1</sub> noksanı alâmetleri husule gelir.

3 — B<sub>2</sub> vitamini: (Lactoflavin) Normal kadının gündelik ihtiyacı 2-3, gebenin ise 5-10 mgr. dir.

4 — B<sub>6</sub> vitamininin (Pyridoxine) antihistaminik tesiri vardır. Bu yüzden gebelik kusmalarında kullanılmaktadır.

5 — C vitamini (Askorbik asit): Gündelik ihtiyaç 50, gebelerde 100 mgr. dir. Cenin kanında, anne kanından daha çok C vitamini bulunur. Giroud'a göre organizma C vitaminini Progesteron ve kortikosterrenal hormonların imalinde kullanılır. C vitamini eksikliği, bu hormonların da eksilmesini mücib olur. Gebeliğin ilk aylarında C vitamini karansı dü-

şüklere sebebiyet verebilir. Aynı vitaminin karansı Giroud, Decloux gibi müelliflere göre gonadotrop hormonu azaltır, Fischbach ve Terbraggen'e göre tireotrop hormonu artırır.

6 — D vitaminine (bütün D vitaminleri D, D<sub>2</sub> D<sub>3</sub> ve ergosterine irradiée de Holz) ait gündelik ihtiyaç tesbit edilememiştir. En doğru hareket D vitamini ile birlikte kalsiyum ve fosfor vermektir. D vitamini karansı gebelerde diş çürümesi ve püerperal tetani yapar, osteomalasinin husulüne yardım eder.

7 — E vitamini ( $\alpha$  tokoferol) eksikliği embriyonun anormal inkişafına sebep olur. Bazı araştırmacılar, E vitamininin uterus ve ovarium üzerinde direkt tesiri olduğunu iddia ediyorlar. Vücuttaki demir metabolizmasıyla E vitamini arasında ilgi bulunduğu muhakkaktır.

8 — K vitamini: Kanın pıhtılaşmasını sağladığı malûmdur. Eksikliği bazı metrorajilere sebep olur. Yeni doğanlarda da malûm olan yerlerdeki kanamalara sebep olmaktadır. Gebelere, son ayda, bir miktar K vitamini verilmesinin sistematize edilmesi tavsiye edilmektedir.

9 — P vitamininin (Citrin) kapiller endoteliumun permeabilitesi üzerine müessir olduğu malûmdur. Karansı bilhassa vakitsiz doğanlarda ödem ve kanamalar yapar. Bunu önlemek için 10 gün sıraya 10-20 mgr. verilmelidir.

Şimdiye kadar arzedilenlerden, vitaminlerle hormonlar arasında sinerjik veya antagonist çok sıkı bir münasebet bulunduğu anlaşılıyor. Gebelikte ve gebelik dışında, jinekoloğun yaptığı tedaviler sırasında bu hususları ve vitaminlerin tesirlerini gözönünde bulundurmasının ne kadar lüzumlu olduğu kolaylıkla anlaşılır.

**Yüksek doz testosteron propionat ile tedavi edilen yaygın, inoperabl genito-peritoneal karsinomatöz:** R. L. Rochat - Lausanne 1.6.1950 - Genel durumu fena olan hastanın 12.12.949 da yapılan muayenesinde karnında çok bol asit ve müteaddit tümörlerin mevcudiyeti tespit ediliyor. Tuşede, forniksler neoplazik kitlelerle dolu olduğundan kollum sabit hissediliyor. Uterus ile anneksleri his ve tahdit etmek mümkün olamıyor. Karın yolu ile 8 litre asit boşaltılıyor. Santrifüje edilen asit'in sediment muayenesinde (Epitelioma) teşhisi konuyor. Eksploratris laparatomide münteşir peritoneal, epiploik ve havsalayı tamamen dolduran muazzam karsinomatöz kitlesi görülüyor. Biopsi için muhtelif yerlerden parça alınıp karın kapatılıyor. Histolojik muayene, glandüliiform epitelyoma olduğunu gösteriyor. Öyle olunca, yumurtalıktan menşeyini almış olması çok muhtemeldir. Radyoterapiye hasta tahammül edemiyor. İyi netice de vermediğinden bırakılıyor. Hastaya haftada 300 mgr. miktarında testosteron propionat şırıngaları yapılıyor. Fakat 15 gün sonra hasta kendini çok fena hissettiğinden ölümünü evinde beklemek üzere hastahaneden çıkıyor. Her şeye rağmen R. L. Rochat, aile doktoruna, 3 gramı buluncaya kadar, yapılmış olan hormon tedavisine aynı tertipte devam edilmesini ısrarla rica ediyor. 22.1.1950 de bu hastanın çok bariz bir salâhla polikliniğe müracaatı büyük hayreti mucib oluyor. 1.6.1950 de, hastanın genel durumu fevkalâde iyi olup, hastalanmadan önceki bütün işleriyle meşgul olabildiğini söylüyor. Asit yok denecek kadar az, palpasyonda ele tümoral bir şey gelmiyor. Tuşede kollum, forniksler, uterus ve anneksler tamamiyle serbest ve normal duyuluyor. Elde edilmiş olan bu parlak neticenin devamlı olacağını temin etmek, şüphe yok ki mümkün değildir. Vak'anın vahameti ve yüksek doz hormonla elde edilen - muvakkat da olsa - şifa, enteresan görüldüğünden tebliğ edilmiştir.

**Hypophyse arka fussy hülâsası perfüzyonuyla travayın uyandırılması.** N. C. Pirson. Müellif, 500 cc. %5 serum glukozeye 10 ünite Post hipofiz hülâsası karıştırıp dakikada 20 damla hesabıyla veride verilmek suretiyle miadında olan ve olmayan, poşu yırtılmış ve yırtılmamış 30 gebede, bütün diğer metodlardan daha emniyetle travayın uyandırılabilmesine kanidir. Dakikada 20 damladan daha ziyade sür'atle verildiğinde travay müddetini kısaltmadığını, tansion üzerine zararlı hiçbir etkisi olmadığını ve uterusda hypertonie husule getirmedeğini bildiriyor. Pirson, bu usulden, travay, esnasında ve post partum atoni uterin ve hattâ post abortum plasanta re-tansionlarında istifade edilebileceğini bildiriyor.

**Nörofibromatozlu bir kadında doğum esnasında şok hali.** N. Rivière, G. Faugère, P. Soumireu ve Seigban. Bu hastada nörofifromatoz 14 yaşında başlamıştır. 1942 - 1948 arasında; bir tanesi forsepsle alınıp müteakiben hiçbir sekel bırakmadan zail olan hemorrajik menenje yapmış olan (3 ü normal) 4 doğum yapmıştır. Her gebelik cildî arâzî aşikâr olarak arttırmıştır. Hasta 5 inci çocuğuna gebe kaldığı zaman, klinik olarak kemik ve sinir tümörü göstermeyen tipik deri tezahüratlı Recklinghausen hastalığına musab bulunuyor. Bu son gebeliğinin bitiminde, yavaş ve tedricî olarak dilatasyon vukua geldikten sonra çocuk kalb seslerinde intizamsızlık husulü dolayısıyla anesthesie altında forseps tatbikine başlandığı sırada hasta birden ağır şoke oluyor (renk kurşunleşiyor, soğuk ter basıyor, nabız hissedilmiyor, tansiyon ölçülemeyecek kadar düşüyor.) Acil şok tedavisi tatbik edilmekle şok hali çabucak gideriliyor. Ve forsepsle 3500 gr. ağırlığında canlı bir çocuk çıkarılıyor. Çocukta hafif hemorrajik menenje görülüyor. Sinaî halâstan sonra yeniden şok oluyor ve yeniden tatbik edilen antişok tedavi ile durum çabuk düzeliyor. Müellif aşağıdaki noktalara dikkati çekiyor: 1 - Genel olarak böyle hastaların fekondabilitesi azdır, bu hasta ise 5 defa gebe kalmış ve doğurmuştur. 2 - Doğanların ikisinde menenj kanaması olmuştur. 3 - Gebelik ciltteki lezyonları arttırmıştır. 4 - Mondor ile Léger bu gibi hastaların kolaylıkla şoke olabildiklerine işaret etmişlerdir. 5 - Schulze, bunların inhalation narkozuna az dayanıklı olduklarını bildirmiştir.

**Menstruel sikl esnasında endoserviks histolojik görünüşü.** Topkins Paul (Am. J. Obst. Gyn. 1949 No. 58): Kanal servikal mukozasının, endometrium gibi, menstruel sikl esnasında değişikliklere uğradığını 1936 da Wollner ve 1938 de de Sjövall göstermeğe çalışmışlardır. Müellif ise 210 u endometrium ve 210 u endoserviks mukayeseli biopsisine istinad ederek endoservikslerde histolojik hiçbir fark husule gelmediğini bildiriyor. Bu mesaisine dayanan müellif, endoservikal mukozada menstruel sikl esnasında transformasyon vuku bulmadığına kanaat getirmiş bulunuyor.

**Kanseri andıran serviks ve vagina desiduozis'i.** Lapart Bernard. (Am. J. Obst. Gyn. 1949 No. 58): Collum ve vagina desiduozisinin, gebe kadınlarda görülebilen ve doğumdan sonra regressiona uğrayan nadir tümörlerden olduğu malûmdur. Müellif, oldukça mütebariz vegetasyonlar teşkil eden ve klinikman habis bir tümör intibamı veren 3 gebenin kollum ve vaginasında rastladığı tümörlerin histolojik muayenelerinde, yığınlar teşkil eden desidual hücreler gördüğünü, binaenaleyh malinyitenin mevzuubahis olmadığını ve kanseri andıran bu tümörlerin (Deciduoosis) olduğunu bildiriyor. Lapart, bunların, gebelikteki hormon değişimiyle desidual reaksiyon verecek kudret ve kabiliyette aberrant ve gelip takılmış endometrial hücrelerden teşekkül ettiklerine kanidir.

**Aşılı yumurtanın patolojik inkişafı ile ektopik**



**gebelik arasında münasebet var mı?** G. Hormann. (Geb.u. Frauenk. 1949, No. 112): Müellifin incelediği 218 tüber gebelikteki gebelik mahsulünü 145 vak'ada normal bulmuş, 73 vak'ada ise fütal dokunun harabiyeti dolayısıyla, normal veya patolojik bir halin mevcut olup olmadığı hakkında bir fikir edinmemiştir. Hormann, araştırmalarına dayanarak, tüber gebeliklerin aşılı yumurtanın tütben geçişindeki güçlüklerden ileri geldiğine kani bulunuyor.

**Fütal eritroblastozis'de eksanjinotransfüzyondan sonra mortalite.** A. S. Wiener ve I. B. Wexler (Am. J. Obst. Gyn. 1950, No. 1). Doğumdan önce tespit edilen hastalıktá ölüm nispeti %21,9, doğumdan sonra teşhis edilenlerde ise %16,2 dir. Müellife göre vak'aların en ağırlarına birinci grupta daha çok rastlanıyor. Rh imtizaşsızlığı dolayısıyla yapılan sezaryenlerde çocuk ölümünün izah edilemeyen ve aşılaşılamayan sebeblerle %46,6 olduğunu ve bu mortalitenin, spontan olan ve ilâç ile provoke edilen doğumlarla mukayese edilemeyecek kadar yüksek bulunduğunu bildiriyor.

**Velâdi malformasyonlarda rubeol'ün önemli rolü.** J. de Groot (Gyn. et Obst. suppl. 1950, No. 3) Meseleyi iyice inceleyen müellif, rubeola bağlı 130 malformasyona ait Greggs'in statistiğini gözden geçiriyor. 101 sağırlık - dilsizlik, 38 yürek ve akciğer malformasyonu ve 23 münferid veya müsterek göz malformasyonunu gözönünde tutan J. de Groot, gebeliğin ilk üç ayında rubeol görüldüğü takdirde, yukarda bildirilen suiteşekküllü çocukların doğmasını önlemek üzere (Avortman) yapılması lâzımgeldiğine kani bulunuyor. Müellif ayrıca, Avustralyalıların tavsiyesini yenileyerek, ileride bu gibi malformasyonlara mâni olmak için genç kızları rubeola yakalatıp onlarda muafiyet sağlanmasını tekid etmektedir.

**Miadında, Normal ve Patolojik gebeliklerde sedimentasyon.** R. Candido (Gyn. Obst. suppl. 1950, No. 3) 22 si normal ve 25 i (sifilis, hipertansiyon, nefrit plasenta previa, ve kardiyopati) patolojik olan miadındaki 47 gebede sedimastasyonu müellif normalin iki misli (22), çocukta ise hem annesinininkine hem de normal kâhillerdekine nazaran çok düşük (yavaşlamış 3,5) bulmuştur.

**Vibriofetus ve gebeliğin son aylarında vukua gelen septisemik vasıfta erken doğumlar** (Lancet 1950, No. 1). Bovide ve koyunlarda abort sebebi olan ve vibrio cholerae'ye çok benzeyen bu mikro-bun insanlara nasıl bulaştığı henüz anlaşılamamıştır. Zira bugüne kadar mikroba sütte rastlanmamıştır. Hastalık kendini gebeliğin son aylarında septisemik vasıfta gösterir. 24 saat süren envazion devresinden sonra çok şiddetli baş ağrıları, yüksek ateş ve zatürrie arazı ile tezahur eder, Polinükleoz'lu (segment-kernigeler) orta şiddette lökositoz görüldür. Enfeksiyon 4 hafta kadar sürdükten sonra araz kaybolur. Ekseriya da çocuk ölü olarak atılır. Bazan canlı ve yaşayabilir durumda olur. Kotiledon arterlerinde

septik trombozlar ve placentada da yer yer nekrozlar görüldür. Ekseriya placentanın dışarıya atılmasından sonra enfeksiyon zail olur. Bu enfeksiyondan sonra sükonder bir anemi husule gelir.

Hastalık serolojik muayene ile meydana çıkarılabilir. şifadan bir sene sonraya kadar serolojik reaksiyon müsbet kalır.

Penicilline, streptomycine ve bunlara sulfamidler teşrik edilerek hastalık tedavi edilir. ?

**İdrarda histidin aramakla elde edilen klinik neticeler.** Max Cheval (Gyn. Obst. Sup. 1950, No. 4) 1 — İdrarı muayene edilen kadının idrarında histidin bulunduğu takdirde, üç gün zarfında kirlenmezse gebedir. 2 — İdrarda histidin bulunmaması, kadının gebe olmadığını (hiç değilse normal evolusyonda gebe olmadığını) gösterir. 3 — Normal bir gebede histidin miktarı (idrarda) bebeğik müddetince sabittir. 4 — İdrarda histidin azalmasđ, ya bir gebelik toksikozunun zuhur etmeye olduğuna veya traktüs ürinerde bir enfeksiyona (koli basile) delâlet eder.

**Rana esculenta testiyle, doğumdan sonraki saatlarda gonadotrop hormon azalışının tespiti :** Pigeand, Vincent, Edelstein ve Cottin - (Société d'Obst. Gyn. de Lyon - 6.3.1950). Aynı ayrı rastgele alınan onar lohusalık gruplarda yapılmış olan bu deneyler doğumdan itibaren ilk 4 saatte bütün neticelerin +, 4-8 saat arasında %60 +, 8-12 saat sonra %40 +, 12-16 saat geçiince %40 +, 16-20 saat sonra %20 ve 20-24 saat geçtikten sonra ise bütün hastalarda reaksiyonların menfi netice verdiğini görmüşlerdir. Müellifler doğumdan sonraki gonadotrope hormonun bu kadar seri azalmasının, bu hormonun ancak placentadan ifraz olunduğunu kabul etmekle mümkün olabileği fikrini teyid ve takviye ediyorlar. Gonadotrope hormonların menşei başka bir yer olduğu takdirde, kan ve idrardaki hormon sukutunun bu derece çabuk olamayacağı kanaatinde olduklarını bildiriyorlar.

**Sol rektus abdominalisin, gebeliğin 5 inci ayında spontan rüptürü:** H. Vermelin, J. Louyot, J. Face (Obst. Gyn. Supl. 1950, No. 3). Müellifler, son âdetini 17-21.9.1949 arasında görmüş olan bir ziraatçi kadını, 15.3.1949 günü saat 21 de, sol kasığında âni olarak ve orta şiddette his ettiği ağrı dolayısıyla ertesi günü sabahın (2) sinde gördüklerinde: solda göbeğin bir parmak altına kadar yükselen silendrik, palpasyonla ağrılı, oldukça katı bir tümör tespit ediyorlar. Ayrıca 5,5 aylık gebe bir uterusu ballotman alıyor, fakat fütal kalb sesleri duyamıyorlar. Tuře 5,5 aylık gebe hacmindeki uterusu teyid ediyor. Akşam, bildirilen tümoral mas, süreyi iki parmak aştığından içeriye kanayan (kyste de l'ovaire) teşhisiyle laparotomi yapılırken deri altı yađ tabakasında serozite ve esmer renkte, sol rektus abdominalis'in kılıfı kan ve pıhtılarla çok gerilmis bir halde görüldüğü. Açıldıktá ve pıhtılar temizlendikten adale elyafının koptuğu ve 10 cm. kadar birbirinden uzaklaşmış olduğu görülmüştür. An nap kanama var. Mümkün olan dikis yapılıyor, sıfaka kan dindirici

ASERO 

CYDOZOL

DEFETONİN  
MERHEMİ

GERİTANSİN

JÖNESTİN

NEOBROMİN

OZONOFEL

RADYOPİRİN

SEPTAZOL

TONOCALCIUM

VİN-QUINAL



*Müstahzarları*

TESİSİ  
1938

LABORATUAR

ŞİŞLİ-İSTANBUL

*Ticari Servis:*

*Sirkeci, Adahan*

*Telefon: 22049  
P.K. 65 İst.*

BARIX

DEFETONİN  
ŞURUBU

DYSPEPTOL

HEPADYNE

KARDOL

OKTA

PIYEDOL

SEPTAL

TONIQUE 

VITADEX

VITA-CALCIUM

# Hormon müstahzarları



## PROGYNON PROLUTON TESTOVİRON CORTİRON

Bu müstahzarlarda tabii hormon kimyaca saf ve mg hesabı ile miktarlandırılmış olarak bulunmaktadır. Bu müstahzarların meydana getirilmesi Schering laboratuvarlarında 1923 senesinden beri takip edilmekte olan derin araştırmalar neticesinde temin edilmiştir. Uzviyete uygun bu müessir maddelerle tedavide elde edilen parlak neticeler uzviyete yabancı olan maddelerle alınan neticelerle aslâ kıyas edilemeyecek kadar yüksektir.

SCHERING A.G. BERLIN

Türkiye mümessili: KİMYA VE ECZA MADDELERİ, İstanbul

sünger konup (facia) ve cilt dikiliyor. Avakib normal seyrediyor.

David Rose (New-England J. med. 1946) 1946 ya kadar gebelikte rectus rüptürüne ait literatürde 31 vak'a toplayabilmiştir (Rectus abdominalis kopmaları) Nadiren şiddetli efor, trauma ve benzeri sebebler, ekseriya ise esaslı bariz sebep olmadan husule geliyorlar. Kasıkta kamçı darbesini andıran, bazen bulantı ve kusma, hattâ baygınlık ile birlikte ağrı görülür. Palpasyonda paramedian, bazen yumuşak, bazen sert, bazen flüktüasyon veren bir tümör hissedilir. Ekimoz, ateş yükselmesi (38 e kadar) nabız hızlanması araza eklenir. Teşhis hemen hiç konamaz. Kist torsionu veya kanaması zannedilir, ve laparotomi yapılır. Teşhis edilip kendi haline bırakılacak olursa: 1 — Ekseriya kendi kendine rezorbe olur. 2 — Bazen hematoma süpüre eder. 3 — A. Epigastica'nın kendisi veya kalınca bir şubesi zedelesenirse iç kanama arazi baş gösterir. 4 — Enderen de kısa veya uzun bir zaman sonra hematoma peritoneuma açılır. Mültiparite hazırlayıcı sebep olarak kabul ediliyor. Doğru teşhis konulduğu takdirde müellifler müdahalede acele etmemek taraftarındırlar. Ancak had anemi alâmetleri görülünce acele müdahaleler icab eder. Miadındaki gebede müdahale ile beraber sezariyen yapılmalıdır.

Dr. Emir N. Atakam

**Gebelik kusmalarının tedavisinde Stilboestrol:** (Am. J. Obst. and Gyn. Şubat 1950, Gen. Pract. Clinics, Temmuz 1950.) Stilboestrol (diethylstilboestrol) hypophyse yoluyla, cortico-surrenali tenbih eden östrojenler arasında yer alır. Gerek erkek, gerekse kadınlarda, cinsi guddeler üzerinde, tabii östrojenlerin yaptığı tesirin aynını yapar. Bunun içindir ki, kadında, menopozun over yetersizliği ve erkekte, bilhassa prostat kanserinin tedavisinde kullanılmaktadır. 1948 senesindenberi, Amerikalı M. H. Bertling ve John C. Burnwell, bu ilâcı yalnız başına, gebelik kusmalarına karşı kullanmaktadırlar. Psikoterapi veya başka mutad tedavilere baş vurmadan, ağız tarikile, günde beş mgr. diethylstilboestrol verilmektedir. Gebe olmyan kadınlarda, bu miktarlar, kusmalara sebep olur. 18 i primipar ve 13 ü mültipar olmak üzere, gebelik kusmalarından mustarip, 31 kadın bu şekilde tedavi edilmiştir. Gebeliğin 8 inci ile 15 inci haftaları arasında, kadında görülen ilk şikâyet üzerine, tedaviye başlanmıştır. Umumiyetle tedavinin daha ilk haftalarında, elde edilen neticeler pek müsait olmuştur. 22 hastada, yani hastaların %70 inde, kusma tamamile zail olmuştur. 8 hastada da (%26) ileri derecede salâh kaydedilmiştir. Gebeliğin bu pek müziç rahatsızlığında, stilboestrol tavsiyeye şayan gibi görünüyör.

Dr. S. Brudo

**Kan telâfisinde Dextran:** (H. Willenegger. Helvetica Chirurgica Acta, Nov. 1950). Kan, plasma kaybı, damar kollapsı hallerinde boş devran sistemini doldurmak tedavinin özüdür. Verilecek mayiin kolloidosmotik tazyikinin normal kanınkine yakın olması ve deveran sisteminde kâfi müddet kal-

ması şarttır. Bu bakımdan kan plasma veya serumu en emniyetli kan telâfi maddeleridir. Kan kesafetinin arttığı yanıklarda plasma ile sistemi doldurmak tam kana tercih olunur. Yaralanma ve ameliyatlarda, pnömonektomi gibi teneffüs sathını daraltan ameliyatlarda oksijen taşıyan eritrositlerin de telâfisi pek mühimdir. Bunlarda ve hele hipokseminin sekonder şok husulünde esas faktör olduğu kat'i olarak anlaşıldıktan sonra tam kan diğer hiç bir madde ile mukayese edilemez. Basit vasıtalarla, sür'atle sirkülasyon sisteminin doldurulması lâzımgelen harb hallerinde, uzun zaman muhafaza edilebilir, taşınabilir, grup tayinine lüzum kalmadan her zaman için elde hazır plasmanın değeri büyüktür. Fakat donör meselesi ve iyi teknik şartlarla hazırlanmasına rağmen arasıra rastlanan, yabancı albuminlerin sebep olduğu arızalar plasmanın yerini tutacak maddeler (Plasmaersatz) aranmasına yol açmıştır. Bu maddeler: A — Hayvanî: asit, sığır serumu, jelâtin, jelâtin +hematin. B — Nebatî: gummi arabicum, pectin, cellulosemethyläther. C — Sentetik maddeler: polivinylalkohol, periston, subtosan. Bu maddelerin hepsinin kusurları vardır. Sığır serumunun antijen evsafı kâfi derecede elimine edilememiş, ısıtılarak denatürasyonunda da yeni antijenler (koktoantigene) husule gelmiştir. Asit ve jelâtinin kâfi kolloidosmotik tazyikleri yoktur. Nebatî ve sentetik maddeler akümüle olmak, depo hastalığı, amiloidoza benzeyen organ tegayyürlerine sebep olmak kusurları vardır. Biosimik madde dediğimiz Dextran, şeker istihsalinde pancar usaresi Leuconostoc mesenteroides ile enfekte olursa zararlı madde olarak teşekkül eder. Bu yüksek moleküllu polisakkaridin (molekül vezni 40 milyon kadar) antijen evsafı yoktur. Bu sebepten İsveçli Ingelmann dextransı plasma yerine kullanmayı düşünmüştür. İsveçte 50,000 den fazla dextran transfüzyonu yapılmış, tesir devamlı olmuş, klinik arızaya rastlanmamıştır. Fakat klinik kriteriumlar dextransın değerini nihâi olarak taktire kâfi değildir. Meselâ 100,000 den fazla Periston tranfüzyonunda klinik bir arıza görülmediği halde eliminasyonun kâfi olmadığı ve parankimatö uzuvlarda depo tegayyüratı gösterdiği anlaşıldığından vaz geçilmiştir. Deverana sokulan dextransın 20-30% u (küçük moleküller: 36000 e kadar) böbreklerden, 20% i de mide usaresi ve safra ile çıkarılıyor. Geri kalanın ne olduğu henüz bilinmemekle beraber teorik olarak, polisakkarid olan dextransın şekere parçalanması ve organizmde bakiye bırakmaması imkânı düşünülmektedir. Hakikaten İsveç müellifleri organlarda dextran bulunmadığını, hayvan tecrübelerinde histolojik tegayyürler tesbit edilemediğini bildirmektedirler. Amerikan müellifleri ise karaciğerde küçük, santral nekrozlar, böbreklerde nekrotik tegayyürler, dalakta yabancı cisim reaksiyonu bulduklarını iddia etmektedirler. Bunun sebebi belki de tecrübelerde aynı dextran kullanılmamış olmasıdır. Bizim gibi İsveç dextransı kullananlar dextransın şimik olarak isbatı için elimizdeki yegâne metod olan bakır sülfat ile ve organ ekstreleri ile yapılan tecrübelerde bilhassa karaciğerde dextran bulamamışlardır. Bu metod dextran mevcudiyetini indirekt gösterdi-



ğinden emin değildir. Serolojik metod da tekâmül etmemiş olduğundan dextranın eliminasyonu ve pankimatö organlarda zarar yapıp yapmadığı sualinin cevabı henüz açık kalacaktır. Elimizde mevcut ve zararları bilinen plasma ersatz maddelerine nazaran şimdilik hiç bir kötü tesiri isbat edilememiş olan dextran tenkide en çok dayanan maddedir.

**Hirschsprung hastalığının yeni cerrahî tedavisi:** (Orvar Swenson, Surgery, 1950) Umumî kanaatin hilâfına olarak son zamanlarda Hirschsprung hastalığında dilatasyonun sekonder, rektosigmoitteki fonksiyonel bir obstrüksiyonun primer olduğu iddiası ortaya atılmıştır. Hakikaten kolostomi ile semptomların geçmesi, hipertrofinin gerilemesi, dilate kolonda motilitenin normal oluşu, rektosigmoitte peristaltığın bulunmaması, bu parsiyel obstrüksiyonun mevcudiyeti lehinedir. Az miktarda baryum lavmanı ile münharif vaziyette alınan grafilerde dilate kolonun distal kısmında huni şeklinde bir daralma görülüyor. Bu daralmış gibi görünen kısmın rezeksiyonu ile elde olunan parçaların histolojik muayenesinde bağırsak peristaltığını idare eden parasempatik ganglionların bulunduğu Auerbach pleksüsünün teşekkül etmediği tesbit olunmuştur. Bundan anlaşılıyor ki, primer lezyon vilâdî olarak Auerbach pleksüsünün rektosigmoitte bulunmamasıdır. Bu sebep tedavi de asabî sistemi normal, dilate kısma değil, fonksiyonel obstrüksiyonun bulunduğu rektosigmoide tevcih olunmalıdır.

Ameliyat metodu: Göbek altı sol paramedian şak, sigmoidal arter branşları menşeleri hizasında bağlanarak rektosigmoit, internal sfenktere kadar serbest hale getirilir. Rektosigmoit hududunda bağırsak kesilir, iki uç kapatılır. Burada ameliyat ekibi ikiye ayrılır. Yarısi perineum'a geçer, anüs dilate edilir. Anüsden sokulan pens, rektumu mukozası dışa gelmek suretiyle dışarıya çeker. Cilt kenarından iki buçuk santim uzakta rektum'un yarı muhiti müstarazan kesilir. Buradan sokulan pens ile içerideki kapalı sigmoit ucu da rektumun içinden dışarı çekilir. Böylece, karşı karşıya gelen serozalara seromüsküler, separe ipek dikişler konur. Her iki bağırsağın fazla kısımları kesilir, mukozalar da dikilerek rezeksiyon ve anastomoz anüs dışında ikmal edilmiş olur. Perineumda bu iş yapılırken batında çalışan ekip de Douglas'ı ve batın cidarını kapatır. Anastomozun anüs dışında yapılması infeksiyon ihtimalini azaltır. Esasen çocuğun küçük havsalasında anastomoz yapmak pek zordur. Yeni doğmuşlarda patolojik hâdisat tamamıyla tekâmül etmediğinden bunlarda ameliyattan mümkün mertebe çekinmelidir. 9-10 aylık çocukta müdahale zamanı gelmiştir. Bu, yeni metodla tedavi edilen 52 hastada semptomlar tamamen kaybolmuştur. Aralarında 3 sene takip edilenler vardır. Tegaddi ve tagavutları iyi, sıhhatları mükemmeldir, sfenkteer faaliyeti normaldir.

**Dumping sendromu ve demir karansı hâli** (A. M. Fehr, W. Ott, Helvetica Chirurgica Acta, Nov. 1950). Ülser hastalığının mide rezeksiyonu ile tedavisine başlandıktan ve teknik meseleler de prensip

olarak hal olunduktan sonra rezeksiyonlu hastalarda görülen şikâyetler problemi ortaya çıkmıştır. Bu şikâyetler anglo-amerikan literatüründe dumping sendromu tâbiri ile ifadelendirilmiştir. Adlersberg hipotansiyon, hipoglisemiye temayülü bu şikâyetlere predispozisyon kabul etmiş ise de bazı müellifler dumping sendromu hastalarda yemekten sonra baş dönmesi, takatsızlık, terleme gibi şikâyetler ve hipoglisemi, diğer müellifler ise hiperglisemi ve buna bağlı titreme, takatsızlık, susuzluk gibi haller bulmuşlardır. Konjetzny gıdanın mideden sür'atle bağırsağa geçmesi, jejunumun genişleyerek gerilmesi ile husule gelen splanknikus refleksini medhaldar buluyor. Meyer HCl azlığı ile hazım guddeleri fonksiyonunun bozulması, yağlara tehammülün, rezorbsiyonun azalması ile siklet kaybı, yorgunluk, çalışma isteksizliği gibi belirtiler olacağını düşünmektedir. Diğer bazıları da bu belirtileri sekonder anemi şeklinde kan tehavvülâtı ile izah etmişlerdir. Waldenström ve Vannotti daha ileri giderek anemi olmadan da bir demir karansı ve bir nesiç anemisi halini tasavvur etmektedirler. Demir karansı halini meydana çıkarmak için hemoglobin tayıni kâfi değildir. Ancak bir demir yüklemesi yapmak ve bu esnada serum demirini kontrol etmek lâzımdır. Mide rezeksiyonlularında rezorbsiyon bozuk olabilir ve ağızdan demir yükleme her zaman netice vermez. En iyisi tecrübe damara zerk şeklinde yapılmalıdır. Nesiçler demirden zengin ise damardan yüklemenin 1/4, 1, 3, 9 uncu saatlerinde serum demiri 500% mg. a kadar yükselebilir. Karans halinde ise bol miktarda demir serumdan nesiçlere geçer, maksima demir seviyesi ancak 200% mg. olur. Nesiçlerde demir karansı hali klinik olarak: Ortostatik hipotansiyon, yorgunluk, çalışma isteksizliği, baş ağrısı, siklet kaybı, meri, trakeada spastik haller, mukoza rejenerasyonu azlığından ishal, ağız kenarında ragatlardır. Bu belirtilerle dumping sendromu arasındaki büyük benzerlik, bizi şikâyetleri bulunan rezeksiyonlu hastalarda demir yükleme tecrübesi yapmaya sevketti. Böyle 8 hastada demir karansı tesbit etmeye muvaffak olduk. Demir tedavisi iyi netice verdi. Hastalar subjektif olarak tamamen şikâyetsizdirler. Tecrübe materyelimiz henüz azdır. Buna rağmen dumping sendromu tedavisinde dikkatimizi demir metabolizmasına çekmektedir. Hattâ demir kürü tatbik edilmiş, 10 senedir rezeksiyonlu bir hastamız, on seneberi ilk defa kendisini tam sıhhatta hissettiğini, tekrar spor yapmaya başladığını bildirmektedir. Neticeler dumping sendromunda demir karansı halinin bir rol oynaması ihtimali bakımından enteresandır.

**Rezeksiyon ve vagotomi neticelerinin mukayesesi:** (C. Keith Lyons, K. S. Grimson, Durham, Surgery, Ağustos 1950). Ülser için 1944 Temmuzundanberi yapılan 132 vagotomi neticeleri mukayese edilmiştir. Wölflerin (1881) gastroenterostomisi 50 sene popüler ameliyat olarak devam etmiş ve 1920 de Haberer tarafından tavsiye edilen, başlangıçta şiddetli muhalefetle karşılaşan rezeksiyon yavaş yavaş, bugün ekseri cerrahların tercih ettiği metod haline gelmiştir. Dragstedt 1945 de yalnız vago-



»Bayer«

LEVERKUSEN — ALMANYA

*İod tedavisi için, ioda karşı hassas hastalarda dahi*

## ENDOİODİN

*ağrısız zerkedilebilen, ideal organik iod müstahzarı, çabuk başlayan ve uzun süren iod tesiri*

Kutu: 10 ampul × 2 cc.

*Arteriosklerosis, angina pectoris, vasomotör kramp hallerinde*

## JOCAPRAL

(Theobromin + Prominal + İod)

Tüp: 20 Tablet × 0,5 gr.

SİNİR TONİKİ VE ROBORENT

## OPTARSON

(Arsenik ve striknin kombinasyonu)

Kutu: 12 ampul × 1 cc.

*Mevzû tahriş yapmayan, fevkalâde iyi tahammül edilen, nefese fena koku vermiyen, deri altına zerk suretinde arsenik tedavisi*

## SOLARSON

Kutu: 12 ampul × 1 cc.

Türkiye Vekili:

Dr. FERİDUN FRİK

Sirkeci, Mithat Paşa H.

İSTANBUL



*Kan tazyikinin nazımı ve mevzii deveren  
teşevvüşlerinin tedavisi*

Deveran sistemine müessir sinerjik tesiri haiz maddelerin  
birleşmesinden ibaret komprimeler.

### **TERKİBİ**

1 komprimede:

Chl. de Choline 0,002 gr. Perparine 0,02 gr. Aljodan (Organik  
İod) 0,15 gr. Theobromine basique 0,25 gr. mevcuttur.

*Günde 3 defa yemeklerden sonra 1-2 komprime.*

### **İSTITBAB**

Bütün hipertansiyonlar. Esansiyel menopoza ve arterioskleroza  
merbut hipertansiyonlar. Endarteritler.

### **CHINOİN**

Fabrique de Produits Chimiques et Pharmaceutiques S. A.  
UJPEST (Budapest)

### **TÜRK FARMA**

İlmi büro: İstanbul P. K. 651.

tomi ile çok zaman ülserin şifa bulduğunu ve bu nörofizyolojik müdahale ile rezeksiyon kadar iyi neticeler alındığını bildirmiştir. Hakikaten vagotomi ile hastaların birçoğunda mükemmel neticeler alınmıştır. Fakat retansiyon sendromu ve ülser nüksü gibi mahzurlar görüldüğünden sık sık sekonder G.E. icabettirmiştir. Bu sebepten yalnız vagotomiden vazgeçilmiş ve bir seansta transabdominal vagotomi+gastroenterostomi yapılmaya başlanmıştır. Vagotominin rezeksiyon ile mukayesesi ve her iki metodun kıymetleri hakkında kat'î bir hüküm vermek için zamana ihtiyaç vardır. 132 rezeksiyondan 81 i duodenal ülser (60 erkek, 21 kadın), 39 u mide ülseri (30 E., 9 K.), 4 ü ihtilâtsiz ülser peptik jejunal, 3 ü ülser peptik ihtilâti gastrokolik fistül, 5 i mide duodenum birlikte ülseri içindir. Rezeksiyonluların vasatî yaşı 47,8, vagotomililerin 42,7 dir. Vagotomili ve rezeksiyonlu hastaların dosyaları, tekrar müracaatları, yazılan suallere alınan cevapları tetkik olunmuştur. Ülser hikâyesi: Duodenal ülser için rezeksiyonlu 81 hastadan 38 i melena, bunlardan 33 ü hematemez, 17 si mükerrer kanama geçirmiştir. Ameliyat için büyük endikasyon: 3 durdurulamayan kanama, 6 mükerrer kanama, 38 stenoz ve ağrı, 18 teskin edilmez ağrı, 11 mükerrer kanama ve stenoz, 5 habaset ihtimalidir. Rezeksiyondan evvel ülser ihtilâti ve semptomları için yapılan ameliyatlar: 14 perforasyon dikilmesi, 3 apandektomi, 1 kolesistektomi, 1 Finney pyloroplastisi' dir. 39 mide ülserinde 22 melena, 12 melena ve hematemez, 8 mükerrer kanama, 6 stenoz, 11 teskin edilmez ağrı tesbit olunmuştur. Ülser peptikli 4 hastada mükerrer ciddi kanama, gastrokolik fistüllü 3 hastada diyare ve siklet kaybı olmuştur. 132 rezeksiyonda operatif mortalite 3,9% dur. Nonfatal operatif ihtilâtlar: 1 umumî peritonit, 3 subhepatik abse, 1 subdiyafragmatik abse, 3 drenaj isteyen diğer intraabdominal abse, 1 pankreatik fistül, 1 postoperatif fazla kanama, 9 ameliyat fıtkı, 2 akciğer absesidir.

Bu 21 ciddi ihtilât için (15,9%) 20 sekonder ameliyat yapılmıştır. Hastahanedeki postoperatuvar vasatî ikâmet 17,4 gündür. Ülser nüküsü: Rezeksiyonlu 7 hastada (5,3%) ülser nüküsü, 12 hastada (9,2%) ülsere benzer şikâyetler tesbit olunmuştur. 135 vagotomilide tek ölüm vak'ası transtorasik vagotomi+transabdominal piloroplasti yapılan hastadır. Operatif mortalite 0,7% dir. Vagotomi+G.E. yapılmış 81 hastada ülser nüküsü için bugüne kadar hiç bir ameliyat yapılmamıştır. Yalnız bir hastada (1,2%) ülserin devamı veya nüküsü ihtimali düşünülmüştür. Fakat burada insulin testi müsbet bulunduğundan vagotominin tam yapılamadığı kabul olunmuştur. Yine bu hastalardan ikisi ülser nüküsü ihtimalini gösteren şikâyetler bildirmişlerdir (2,5%). Basit vagotomi yapılmış 56 hastada 4 ülser nüküsü (7,1%), 7 muhtemel nüküs (12,5%) görülmüştür. 15 hastada sekonder G.E. icap etmiştir (29,4%) (14 retansiyon için, 1 jejunum envajinasyonu için). Suallere alınan cevapların neticesi: a - hastaların hali hazır sikletleri sorulmuş, vagotomilerde siklet kaybının rezeksiyonlulardan az olduğu görülmüştür. b -

Çalışma kudreti: sualler tam, yarım, daha az çalışma üzerine sorulmuştur. Rezeksiyonda: tam 58,5%, yarım 30,7%, daha az 10,8% çalışma nisbetleri bulunmuştur. Ülser lokalizasyonuna göre: mide ülserlerinde: 48,5% tam, 37,2% yarım, 14,3% daha az. Duodenum ülserlerinde: tam 63,3%, yarım 26,4%, daha az 10,3% dir. Vagotomi+G.E. de: 77,5% tam, 15,5% yarım, 7% daha az. Sadece vagotomide: 77,4% tam, 17% yarım, 5,6% daha azdır. c - Satisfaksiyon derecesi: rezeksiyonda tam: 76,6%, orta: 16,2%, tatmin edilmemiş: 7,2%. Vagotomi+G.E. de 71,9%, 21,1%, 7%. Sadece vagotomide: 64,4%, 32,4%, 2,9%. d - Gastrointestinal fonksiyon: rezeksiyonda iştaha 61% iyi, 29% orta, 10% az. Vagotomi+G.E. de 58%, 38%, 4% dir. Sadece vagotomide 60%, 31%, 9% dir. Defekasyon umumî olarak rezeksiyonlularda normal veya peklığe mütemahil, vagotomilerde yumuşak ve suludur. Gaz ağrısına benzer şikâyetler vagotomide daha fazladır. Yemek tahdidi vagotomilerde daha az, fakat ilâç kullananlar daha çoktur. e - Rezeksiyonda 43,9%, vagotomide 32,2%, daha kuvvetsiz oldukları anlaşılmıştır. f - Asabî durumlarını tâyin için tembel, alâkasız, hareketli, iritabl, sıkıntılı, vicdanlı, korkak, cesur, müvesvis, memnun, huzursuz, mes'ut olup olmadıkları sorulmuştur. Rezeksiyonda 48,2% sinirlerin iyi olduğu, 23,2% orta, 28,6% fena, vagotomilerde 38,1% iyi, 37,2% orta, 24,7% fena nisbetleri bulunmuştur.

Münakaşa: her ne kadar bu ameliyat serilerinin tam bir mukayesesi mümkün değil ise de rezeksiyonda mortalite, nonfatal cerrahi ihtilâtlar, ülser nüküsü, vagotomilerden fazla bulunmuştur. Bundan da anlaşılıyor ki duodenal ve peptik jejunal ülserlerde vagotomi + G.E. rezeksiyondan daha iyi bir usuldür. Hele vâsi iltisaklar ve nedbeler varsa vagotomiyi tercih etmelidir. Sorulan suallerden siklet durumu, çalışma kabiliyeti bakımından vagotomilerde daha iyi neticeler alındığı anlaşılmıştır. Satisfaksiyon derecesi rezeksiyonlarda daha fazladır. Bunun sebebi de belki vagotomilerdeki defekasyon bozuklukları ve gaz şikâyetleridir. Rezeksiyon ve vagotomiden birinin tercihi mes'elesi, aynı zamanda yapılmış ameliyatların neticelerini uzun zaman müşahedeye ve rezeksiyon risklerini azaltacak, her iki metodda da görülen postoperatif ihtilâtların tedavisinde elde oluncak tekâmüllere bağlıdır.

**Dr. Necati Bilger'**

**Tütün ve akciğer kanseri:** (Wynder ve Graham; J.A.M.A. 143, 329 - 336, 1950.) Diğer mülahazaların dışında kalarak, akciğer kanseri etyolojisinde, tütünün oynadığı rolü tespit etmek maksadile, müellifler, bronkojen kansere müptelâ şahıslar arasında, geniş bir anket tertip etmişlerdir. Akciğer tümörü tespit edilen, 634 hastanın tütüne olan itiyatları araştırıldı. Elde edilen neticeler şunlardır :

1 — Uzun müddet ve fazla miktarda tütün içmek, akciğer kanseri etyolojisinde mühim bir yer işgal eder gibi görünüyor.

2 — Akciğer kanserine müptelâ şahısların %96



sından fazlası, pek çok tütün içen kimselerdir. Diğer hastalıklarda bu nispet %50 kadardır.

3 — Tütün içmeyen şahıslar arasında akciğer kanserine nadiren (%2) tesadüf edilir.

4 — Kadınlarda, tütün aynı rolü oynar gibi görünüyor.

5 — Tütünün içilmesine son verildiği gün ile kanserin zuhuru arasında, 12 sene gibi bir müddet geçebilir.

6 — Sigara, puro ve pipodan daha muzir görünüyor. Bunun sebebi, belki de sigara dumanının daha fazla yutulmasındadır.

Bu neticeler, ayrı ayrı, çalışmış üç grup araştırmacı tarafından tertip edilen anketlerden elde edilmiştir. Her üç ankette de elde edilen neticeler aynı olmuştur.

**Barsak tıkanmasının fizyopatoloji ve tedavisi :** (G. Thomeret, J. de Chirurgie. T. 66, No. 5, 1950) Müellife göre, tıkanmanın tedavisi bir bütün teşkil eder: gerek tıbbî gerekse cerrahî tedavileri muhakkak tatbik edilmelidir. Tıkanma âcil bir hastalıktır; tedavisinde gecikme mortaliteyi artırır. Müstaceliyeti, yüksek bir mortaliteye sebep olmadan, ameliyatın yapılmasını mümkün kılan, tıbbî tedavinin hemen tatbikindedir. Bu tedavi ancak bir cerrah tarafından ve bir cerrahî serviste yapılmalıdır. İşin zorluğu bu tıbbî tedavinin ne kadar süreceği ve ne raddeye kadar ilerleyebileceğinin tayinindedir. Mühim noktalar şunlardır :

1 — Lüzumlu miktarların tayininde, gerek laboratuvar, gerekse klinik tabloya istinat ederek, parenteral yolla, mayi, tuz ve protein kayıplarını telâfi etmek.

2 — Teşhis konur konmaz, burundan geçirilen bir tüb ile, daimî bir mide ve düodenum aspirasyonunu kurmak.

3 — Mide ve üst kısım bağırsakların, dekompresyonundan sonra dahi, ve bilhassa kolik tabiatte ağrı devâm ederse, ameliyatı tehir etmemek.

4 — Ağızdan münasip miktarlar alınabilinceye kadar, ameliyattan sonra dahi parenteral yolla, münasip miktarda, mayi, tuz, glikoz ve icâbında, protein ithaline devam etmek.

5 — Spontan ilk abdes husul bulunca ve distansyon zail oluncaya kadar aspirasyona devam etmek.

Böylece, münasip tıbbî tedavinin yanında, iyi bir ameliyat tekniği sayesinde, mortalitenin azaltılabileceği, ümit edilebilir.

**Hypertansiyonda, Sympathectominin, kan tazyikine olan tesiri :** (Kenneth A. Evelyn - Montreal, Kanada; Fred Alexander-Boston; Stewart R. Cooper - Montreal Kanada; J.A.M.A. Vol 140, No. 7, 18 Haziran 1949.) Müellifler, 1938 ile 1947 seneleri arasında, Massachussets General Hospital-da ağır bir hypertension için, sympathectomie yapılan bütün hastaların müşahedelerinin, mufassal tetkikini yapmakta, ve hayatta kalan 219 hastanın %98 inde şahsen tetkik ettikleri ameliyat sonrası neticelerini takdim etmektedirler. Bu travay, aslında,

sympathectominin, hypertension essentielle hastalığına karşı olan tesirini göstermek için ele alınmışsa da, ancak ameliyatın, kan tazyiki üzerine olan tesirinden bahsetmektedir. Dorso-lombaire sympathectominin, kan tazyikinde husule getirdiği değişiklikleri gösteren tablolar ihtiva etmektedir. Ameliyattan sonra beş sene müddetle takib edilmiş 100 hastanın vaziyeti hakkında tafsilât vermektedir. Beş senenin hitamında, hastaların ancak %8 inde tansiyon normale inmiş, 13 ünde ehemmiyetli tansiyon azalmaları tespit edilmiş, diğer 79 unda netice fena olmuştur. Bunların 52 sinin tansiyonu, ameliyattan öncekiye yakın bir raddeye çıkmıştır ve 27 si vefat etmiştir. Ancak iki sene takib edilmiş hastalara ait rakamlarla mukayese edilecek olursa, zaman geçtikçe, sympathectominin daha az müessir olduğu meydana çıktığı anlaşılır. Bununla beraber, sympathectomiden alınan neticeler, bu tarz tedaviye karşı gösterilen alanın yerinde olduğunu göstermektedir. Bu neticeler, cerrahi tekniğin gelişmesi ve vak'aların daha sıkı bir elemeye tâbi tutulması sayesinde daha da düzelecektir.

**Patoloji şirürjikal bahsinde, kan proteinleri :** (H.G.Robert, 1949 Paris tezi) H.G.Robert, tezini, 300 hastanın, P. Van Slyke usulü ile tespit edilmiş kan protein miktarlarının 800 dozajına vakfetmektedir. Van Slyke usulü ile elde edilen neticelerin, tartı usulü ile elde edilenlere pek yakın olduğunu (%10 kadar cüz'i farklar) tespit etmiştir. Kola lâstik bağın tatbiki, konsantrasyonları %15-20 kadar yükseltebileceğinden, kan, kol sıkılmadan alınmalıdır. Elde edilen protein kesafetlerine bir mâna verilebilmesi için, hemoglobin ve hematokrit miktarları ile klinik bulguların nazarı itibare alınması gerektiğini ve protidemi ile azot muvazenesi, ayrı iki mevzu olduğunu tebarüz ettirmektedir. Mühim kanamalardan sonra, hemoglobinin, kan proteinlerinden evvel çoğalmasına dair, Whipple'in ileri sürdüğü tezi teyit edememiştir. Ufak ve devamlı kanamalardan sonra protidlerde mühim bir azalma tespit edememiştir. Cerahatlenmelerde, hypoprotidemi mevcuttur ve bir «circulus viciosus» teşekkül eder: süpürasyon - hipoproteinemi - cansız aton yara - süpürasyon. Kanserlielerde mide, kanserleri hariç, kaşeksi devrinde dahi, bariz bir hipoproteinemi, tespit edilememiştir. Normal bir proteinemi ve ascorbemili iki hastada, evantrasyon husule gelebilmiştir. Gastrektomiden sonra vukubulan, hipoprotidemi nazarı itibare alarak, müellif, plasma protidlerinin regülasyonunda, midenin rol oynadığını ileri sürmektedir. Paraplejiklerde, hipoprotidemi, ancak, eskar ve süpürasyondan sonra zuhur ettiğinden, bunların etyolojisinde yer tutmamaktadır. Son olarak, azalmış protidlerin tamamlanması imkânının tetkik edilebilmesi için, kâfi materyele sahip olmadığını, kaydetmektedir.

Dr. S. Brudo

**Uzak Şarkta 1947-1948 senesinde ameliyat olmuş 97 dimağ yaralısının uzak neticeleri:** (Marcel Arnand Jour. intern. de chir. T. X No. 5, 1950). Ameliyat neticeleri hemen ve iki sene sonra mütalea

olunabilen bir istatistik yayınlamıştır. Müellif trans fasyo serebral penetran yaraların bilhassa vahametleri üzerinde ısrar etmektedir. 27 vak'asından yedisi ölmüştür %26; diğer 70 vak'adan 10 ölüm kaydeder ki, ölüm nisbeti %10,5 eder. Bidayette 51 yaralıyı klasik olan acil nöroşirürjik müdahaleye tâbi tutmuş, 12 vefat kaydetmiştir ki, ölüm nisbeti %23,5 iken bilâhare iki zamanda ameliyat yapmaya başlamıştır. Birinci zamanda dış kısmın esaslı ve dikkatli ürjan bir cerrahi ayıklanması ve ikinci zamanda ise muahhar nöroşirürjikal müdahale yapmaktadır. Böylece müdahale edilmiş 46 vak'anın 41 i iki seneden fazla bir zaman için iyileşmiş bulunuyor. 5 vak'a ölmüştür, %11 ölüm kaydedilmiş oluyor. Ameliyat esnasında yapılacak ihtimamlar üzerinde ısrar eden müellif bu tedavi yalnız şok ve vena trombozlarını iyi etmekle kalmaz, dimağ sikatris evsafını iyileştirmek suretiyle, gürültülü kötülükleri ve muahhar tesirâtı önlemeyi istihdaf etmektedir. İki sene geriye bakılınca müellif 8 inci ve 15 inci aylarda olmak ve geçici bulunmak üzere iki defa epilepsi arızaları görmüştür. Kendisince sakınılması kabil olmayan örtü tabakalar cerahatlenmesinin fazlalığı (%24) üzerinde ısrar etmektedir. Nörolojik sekellerin evolusyonunu, iyileşmiş yaralının sosyal şeraitinin düzeltilmesi ve uygun şartların temini ile yeniden işe koyulması mevzularını da gözden geçirmektedir.

**Kraniyo ansefalitik tromatizmalarda ilk esaslı endikasyonlar:** (P. L. Ybarz Anls P. de Montevideo 1949, No. 6-7) Müellif bu husustaki klâsik bilgilerden başka çok kere bilinmeyen primer lezyonlar üzerinde durmaktadır. Nöroşirürjikal muayeneler, otopsi tavsiiye etmektedir ve bunlarsız bu sahada ilerlemenin imkânsız olduğunu bildirmektedir. Kaza yaralarının nakli meselesinde ise uzak yere naklin de mümkün olduğunu belirtmekte, imkân varsa yaralının bu işle uğraşan bir hastahaneye naklini temenni etmektedir. Hasta ele alınır alınmaz, derhal şoka karşı tedaviye başlanır, bir taraftan da radyoloji, göz dibi muayenesi ve klinik muayene sayesinde lezyon yerinin tayinine uğraşılır. Bu devrede lomber ponksiyon ve vantrikülografinin mahdut endikasyonları vardır. Destruktif lezyonlardan başka anfon-

sman, hematom, ödem gibi kompresyonları aramalı ve dezidratasyonu takdir etmelidir. Bir taraftan bekleme tedavisi takip olunurken bir taraftan da pulmoner komplikasyonları önlemek üzere tedbirler; lüzuma göre, bronşik ve larenje aspirasyonlar yapılmalı, şuur ateş, ve ajitasyonu daima kontrol etmelidir. Müellif bilâhare kubbenin açık kırıklarını mütalâa etmekte ve cilt kaybını derhal ve lüzuma göre bir plastik ile kapama üzerinde ısrar etmektedir.

**Ameliyat olacakların mukavemetlerinin takdirinde yeni bir test:** (C. Menini, An. Int. de Chir. No. 10, 1949). Müellif Laroche ve Trimolière'in tekniğini biraz tadil etmek suretiyle kullanmıştır. %1 siyanür dö merkür mahlûlünün bir santimetre kübünün yirmide biri yerine daha az ağırlı olarak aynı nisbettteki oksisyanür dö merkürü kullanmaktadır. Bu mahlûl ile eskar teşekkül ederse daha sür'atle şifa bulur. Bu mahlûlden 1/20 cc. intradermik olarak zerk olunduğunda hastanın haline göre ya bir papül, ya bir flikten veya etrafı iltihablı bir hâle götüren eskar teşekkül eder ve bu hal 1 - 7 gün devam eder. Reaksiyonun şiddeti karaciğer ve böbreğin durumu ile ilgili görülmez. Hastanın mukavemeti, hiperemi reaksiyonuna da bağlı olan hâle zerk yerindeki reaksiyondan daha ehemmiyeti haiz görülmektedir. Erken zuhuru ve bidayetteki şiddeti; sür'atle zail oluşu harici bir müdahaleye iyi bir reaksiyon kudretine delâlet etmektedir. Az şiddetli oluşu ve devamı (normal olarak 3 gün yerine 7 gün devamı) zayıf bir mukavemeti gösterir. Müellif bu suretle 80 hastayı tetkik etmiş ve ameliyat sonrası bu testin doğru olduğunu meydana çıkarmıştır. Bu sebeple bu testin cerrahi pratikte yer almağa hak kazandığını bildirmektedir.

Dr. A. M. Atakam

### İTİZAR

Anadolu Kliniği'nin 16 ncı yıl, 4 üncü sayısının 137 nci sayfasında intişar eden «Kürarın Tıpta Kullanılışı» yazısı yalnız Dr. Şükrü Kaymakçalan'a ait olup Ord. Prof. Dr. P. Pulewka'nın da ismi yanlışlıkla konmuş olduğundan tashih eder ve özür dileriz.

## YENİ KİTAPLAR

**Aşılar - Serumlar :** (İkinci baskı, 1950, Ankara) Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü neşriyatından olan bu eser yeniden çok ilmi ve istifadeli bir şekilde tertip edilmiştir. Enstitü Direktörü Dr. Niyazi Erzin'in ön sözü ile başlayan kitapta müteaddit resimler, didaktik cetveller, immünite ve tatbikatı, aşı ve serumlar hakkında genel bilgiler, müessesede hazırlanan muhtelif bakteri aşıları, anatoksin ve toksin aşıları, virüs, riketsia aşıları ve bakteriofaj, ağız yolu ile B.C.G. deri içi B.C.G. antijen metilik ve tatbikatı ile; karma aşılar, muhtelif serumlar ile normal beygir ve sığır serumu, antijenler, alergenler ve serolojik taamüller; yaşlara göre aşıla-

rın miktarı ve tatbik mahal ve şekilleri hakkında geniş en lüzumlu ve esaslı bilgiler verilmiştir.

**Kranioserebral Travmalar:** (Dr. Marko Benbaste, 1950) Haydarpaşa Nümune Hastahanesi Hareciye Asistanlığı zamanında hazırlanmış, bilâhare genişleterek yazılmış olduğu bir eserdir. Bir çok şema, klişe, istatistik ve literatürü havidir.

**Le Paludisme (Malaria) :** (Dr. Robert Dupoux; Tunus Eski Sağlık Müdürü), 1950 yılında, Casablanca'da neşredilmiştir. Sıtmanın sebepleri, tesirleri ve korunma çarelerinden bahseden iki yüz sayfalık bir eserdir.

# TOT, ALGO

Natrium phényl-diméthyl-pyrazolone-  
méthyl-aminométhane-sulfonate . . . 0,20  
Phénacétine . . . . . 0,25  
Caféine . . . . . 0,05

Grip, zatürrie ve çeşitli intani ateşler, nev-  
ritler, yarım baş ağrısı, had mafsai romatiz-  
ması, siyatik, tabesin şimşek gibi ağrıları,  
yüzün ağrılı tikleri, böbrek kuluncu, aybaşı  
sancıları ilh.

Günde 2-4 defa 1-2 komprime bir az su ile  
alınır

Cocuklara, yasa göre günde 2-4 kompri-  
meden fazla verilmemelidir.

Türkiye Müessesiliği:  
JUL KREPEN ve KEMAL MÜDERRİSOĞLU Koll. Şti:  
Sirkeci, Nür Han Kof 2  
Tel. 29045 İSTANBUL P. K. 42

LABORATOIRES MEXYL S. A.  
İSVİÇRE GENEVRE



# REFİK SAYDAM MERKEZ HIFZISSİHHA MÜESSESESİ

## A N K A R A

### A. Bakteri Aşılı :

Kolera aşısı:	Profilaktik
Veba aşısı	»
Dizanteri aşısı	»
Tifo aşısı (T.A.B.):	»
Menengokok aşısı:	»
Boğmaca aşısı:	Profilaktik ve terapötik.
Stafilokok aşısı:	Terapötik
Brucella aşısı:	»

### B. Anatoksin ve Toksin Aşılı :

Difteri aşısı:	Profilaktik
Schick toksini:	Difteri diagnostik toksini.
Tetanoz aşısı:	Profilaktik
Kızıl aşısı:	»
Dick toksini:	Kızıl diagnostik toksini.

### C. Virüs, Rickettsia Aşılı ve Bakteriyofaj :

Çiçek aşısı:	Profilaktik (parasız).
Tifüs aşısı:	»
Bakteriyofaj:	Terapötik

### D. Antijen Metilik :

Saf:	Terapötik
Sulu	»

### E. Karma Aşılı :

Tifo+Tifüs aşısı	(T.L.) :	Profilaktik
Tifo+Tifüs+Kolera aşısı	(T.L.K.) :	»
Tifo+Kolera+Veba aşısı	(T.K.V.) :	»
Tifüs+Kolera+Veba aş.	(L.K.V.) :	»
Difteri+Tetanoz aşısı	(D.Te.) :	»
Tifo+Tetanoz aşısı	(T.Te.) :	»
Difteri+Tifo aşısı	(D.T.) :	»
Boğmaca+Difteri	(B.D.) :	»
Difteri+Tifo+Tetanoz	(D.T.Te.) :	»

### F. Serumlar :

Tetanoz serumu:	Profilaktik ve Terapötik.
Difteri serumu:	»
Gangren serumu:	»
Dizanteri serumu:	Terapötik.
Menengokok serumu:	»
Şarbon serumu:	»

### G. Antijen ve Allergenler :

Wassermann antijeni.
Kahn antijeni.
Meinicke antijeni.
Brucellagen.
Emolitik serum.
Tüberkülin (Eski ve Mantoux).

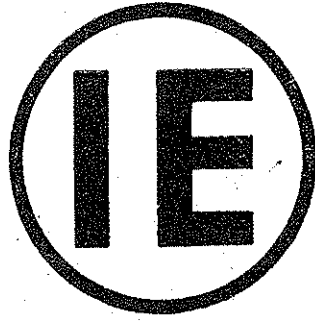
a. Ağız yolu B.C.G. verem aşısı yen doğan çocuklara ilk 10 gün içinde verilmek üzere her istiyene parasız olarak gönderilir.

Deri içi B.C.G. verem aşısı yalnız Sağlık Bakanlığının müsaadesi ile açılan aşı istasyonlarında parasız tatbik edilir.

b. Enstitü prodüksiyonlarının satış hakkı Kızılay Derneğine verilmiş olduğundan, bunları eczanelerden, İstanbul Kızılay satış deposundan, perakende olarak da Enstitümüzden temin edilebileceği gibi, isteklilere ödemeli olarak da gönderilir.

NOT : Meslektaşlarımıza bir hizmet olmak üzere Salmonella (Tifo ve Paratifolar) şüpheli hastalara ait serum ve dışkıları Enstitümüze gönderildiği takdirde, bunların tetkikleri parasız yapılır ve sonuçları kendilerine bildirilir.





KIMYAGER  
*Dr. İbrahim İstem Kimya Evi*  
İSTANBUL

### VİTAMİNLER

	Kr.
Vitabiol A (Damla) .....	340
Vitabiol B <sub>1</sub> (Ampul) 25 mgr	105
Vitabiol B <sub>1</sub> (Ampul) 50 mgr	180
Vitabiol B <sub>1</sub> (Ampul) 100 mgr	200
Vitabiol B <sub>1</sub> (Tablet) .....	90
Vitabiol B <sub>1</sub> (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 <sub>2</sub> (Damla) .....	115
Vitabiol D <sub>2</sub> (Ampul) Forte ...	155
Vitabiol D <sub>2</sub> (Alkolik 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
-----------------------------	-----

## İlâç Sanayimizin Güven Sembolü

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

### HORMONLAR Kr.

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

### ŞİMİOTERAPÖTİKLER

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

### TONİKLER

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

### ANALEPTİK ve KARDİOTONİKLER

Pentazol (Ampul) .....	150
Pentazol (Damla) .....	155
Pentazol-Ephedrine (Ampul)	168
Pentazol-Ephedrine (Damla)	195
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

# 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 Egeci, Ahmet Şükrü Emet, Zühtü Kâmil Ergin, Niyazi Erzin, Feridun Ş. Evrensel, E. Frank, Fahrettin Kerim Gökay, Niyazi İsmet Gözcü, Muzaffer Esat Güçhan, Kâzım İsmail Gürkan, Kâzım Nuri İğören, Neşet Ömer İrdelp (1882 - 1948), Necmettin Hakkı İzmirli, Nusret Karasu, Halit Ziya Konuralp, Müfide Küley, Alfred Marchionini, Eduard Melchior, Kâmile Mutlu, Abdülkadir Noyan, Mim. Kemal Öke, Zeki Pamir, Kemal Hüseyin Plevnelioğlu, Tevfik Sağlam, Hüseyin Salor, Şükrü Yusuf Sarıbaş, Victor Schilling, Kâmil Sokullu, Sedat Tavat, Feyzi Taner, Nimet Taşkıran, İrfan Titiz, Burhanettin Tugan Sezal 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>
Prof. Dr. Rasim Adasal - Dr. Nusret Mutlu: Mültipl skleroz şemptomatolojisi üzerinde bir etüt ..... 35	Dr. Necati Vural: Aureomycine ve Amibiaz ..... 57
Dr. Refik Kırçak: Anemi ve Glükoregulasyon ..... 41	Dr. Seniha İlhan: Kolesistopati ve koroner yetmezliği ..... 59
Dr. İ. Lâtifi Vural - Dr. Stanley L. Lee - Dr. Sidney R. Michael: Lupus Eritematosus hücreci klinik ve şimik etütler ..... 46	Dr. Asil M. Atakam: Sekestre olmuş kemiklerin gref olarak kullanılması ..... 61
Dr. Celâl İren - Dr. Fikret R. Pamir: Bir böbrek tümörü vak'ası münasebetile sürrenal hiperfonksiyonu ve Cushing Syndromu ..... 50	Dr. Muallâ Uraz: Koroner hastalıklarında kollesterin metabolizmasının durumu hakkında ..... 62
Dr. Necati P. Bilger: Duodenum ülserinde gastrektomi komplikasyonu, sufrenik apse, dorsal duodenal fistül ..... 54	Dr. Orhan Eroğlu: Tortikolis tedavisinde Acetylcholine ..... 64
Dr. Saliha Yalçın: İş ve Diyabet ..... 55	Referatlar: (Dahili, Kadın - Doğum, Şirurji) ..... 66
	Yeni Kitaplar: ..... 76



Sayısı 100 Kurus, Senelik abonesi 300 kurustur.

CUMHURİYET MATBAASI

İSTANBUL