

ONİKİNCİ MİLLÎ TÜRK TIP
KONGRESİ

(Tutanak ve Serbest Tebliğler)

İstanbul : 25 — 29 Eylül 1952

KADER BASIMEVİ

1 9 5 2

İ S T A N B U L

ONİKİNCİ MİLLÎ TÜRK TIP KONGRESİ

(Tutanak ve Serbest Tebliğler)

İstanbul : 25 — 29 Eylül 1952

KADER BASIMFI
I S T A N B U L
1 9 5 2

XII. Millî Türk Tıp Kongresi Yönetimi

İSTANBUL

25 - 29 - Eylül - 1952

Kongre Başkanı : Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı
Dr. Ekrem Hayri Üstündağ

Kongre Yönetim Kurulu :

Başkan : *Ord. Prof. Dr. Naci Bengisu*
İkinci Başkan : *Prof. Dr. Reşat Garan*
Genel Sekreter : *Prof. Dr. Ömer Özek*
Arşivist : *Doç. Dr. Suphi Artunkal*
Celse Sekreteri : *Doç. Dr. Cevat Alpsoy*
Veznedar : *Doç. Dr. Kemalettin Rüştü Akgüder*

KONGRE ÜYELERİ

A

- Abademir, Dr. Cemal
Abaoğlu, Doç. Dr. Cihat
Adasal, Prof. Dr. Rasim
Ağaoğlu, Dr. Vahdet
Agopyan, Dr. Şake
Ağuşoğlu, Dr. Nurettin
Akan, Dr. Doğan
Akay, Dr. Sevil
Akça, Dr. Hamdi
Akçasu, Dr. Alâattin
Akdeniz, Dr. Orhan
Akgüder, Doç. Dr. Kemal Rüştü
Akgündüz, Dr. İsmail
Akel, Dr. Selâhattin
Aker, Dr. Kenan
Akin, Dr. Adnan
Akin, Dr. F'eriha
Akıncı, Dr. Ertuğrul
Akkan, Dr. Ahmet
Akkan, Prof. Dr. V. Vassaf
Akkaplan, Dr. Jâle
Akkaynak, Doç. Dr. Selâhattin
Akmen, Dr. Gilman
Akoğuz, Dr. Hâle
Akol, Doç. Dr. Kâmil
Aksel, Dr. Avni
Aksel, Ord. Prof. Dr. İhsan Şükrü
Aksu, Prof. Dr. Lütfi
Aksüyür, Dr. Haydar
Akün, Dr. Cahit
Akyer, Dr. Mehmet
Akyüz, Dr. Fasih
Akyüz, Dr. Halit Şevki
Alath, Dr. Abdürrahim
Alacakaptan, Dr. Ercüment
Aladağ, Dr. Hikmet
Albay, Prof. Dr. Necdet
Alçe, Dr. Jak
Alicikoğlu, Dr. Enver
Alpsoy, Doç. Dr. Cevat
Deniz Hast. Fizik Tedavi Müt. — İstanbul
Tıp Fak. III. İç Hastalıkları Kl. Doç. — İstanbul
Tıp Fak. Psikiyatri Kl. Profesörü — Ankara
Şişli Halaskârgazi cad. Kutlu Ap. 318/5 — İst.
Kurtuluş, Tepeüstü cad. 125/4 — İstanbul
Tıp Fak. K. B. E. Kliniği Çapa — İstanbul
Fizik Tedavi Ens. Asistanı Çapa — İstanbul
Nişantaş Valikonacağı cad. 131 — İstanbul
Sümerbank Bakırköy Bez Fab. Opr. — İstanbul
Tedavi Kl. Haseki İstanbul
Beylebeyi Yahılar cad. 86/1 — İstanbul
Patolojik Anatomi Enst. Doç. — İstanbul
Memleket Hast. Göz Müt. — Eskişehir
Haydarpaşa Nümune Hast. Opr. — İstanbul
Şişli Halaskârgazi cd. 265/5 — İstanbul
Osmanbey Samanyolu Sok. 5 — İstanbul
Yenimahalle 8022/14 ada No. 111
Sıtma Savaş Bölge Şefi — Ankara
Beyoğlu Faikpaşa cd. 25 — İstanbul
Tıp Fak. Mikrobiyoloji Prof. — Ankara
Haydarpaşa Nümune Hast. Çocuk Asis—İstanbul
Tıp Fak. Fitizyoloji Doçenti — Ankara
Denizcilik Bankası T. A. D. Hast. — İstanbul
Memleket Hast. Dah. Müt. — İnegöl
Tıp Fak. I. Kadın-Doğum Kl. Haseki—İstanbul
Taksim Cumhuriyet myd. Denizpalas Apt.—İst.
Tıp Fak. Psikiyatri Kl. Direktörü — İstanbul
Yerebatan cd. Orhanbey Apt. — İstanbul
Heybeliada Sanatoryomu Dah. Müt. — İstanbul
Anadolukavak Dah. Müt. — İstanbul
Gelibolu Ask. Hast. — Gelibolu
Yenişehir Hanımelî Sk. Ümit Ap. 4/2 — Ankara
Kadıköy, Moda cd. Sarraf Ali Sk. No. 9 — İst.
Lâleli Ordu Cd. 243 — İstanbul
Nuruosmaniye cd. No. 63/3 — İstanbul
Birinci kordon Gündoğdu köşesi No. 2 — İzmir
Yenişehir Menekşe Sk. 4 — Ankara
Galata, Veli Alemdar Han — İstanbul
Levazım Okulu — İstanbul
Tıp Fak. Ortopedi Kl. Doç. Haseki — İstanbul

Alpan, Dr. Mustafa Sıtkı
Alpata, Dr. Neriman
Alper, Dr. Abdullah
Altıok, Dr. Haydar
Altan, Dr. Gnl. Fikri
Altoğan, Dr. Ali Rıza
Arar, Dr. Asım
Aras, Dr. Ahmet
Arda, Dr. İsmail Hakkı
Arel, Ord. Prof. Dr. Fahri
Arıcan, Dr. Adnan
Arıksoy, Dr. Kemal
Arın, Dr. Suphi
Arkan, Dr. Baha
Arkan, Dr. Ekrem
Arkun, Dr. Hikmet
Artunkal, Doç. Dr. Suphi
Artunkal, Doç. Dr. Tahsin
Aruntan, Dr. Nuri
Arzan, Dr. Zeki
Asal, Dr. Abdi
Aşar, Prof. Dr. Efdal
Ataç, Dr. Kemal
Atala, Dr. Şükrü
Atakam, Dr. Asil Mukbil
Atamal, Dr. Süreyya
Atasev, Dr. Cihat
Atay, Ord. Prof. Dr. A. Kemal
Avunduk, Dr. Fikret
Ayanoğlu, Dr. Necmi
Aybar, Dr. Ömer Vasfi
Aygün, Prof. Dr. Süreyya
Aykan, Dr. Osman
Aykan, Dr. Fahri
Ayrıl, Doç. Dr. Naci

Hükümet Cd. 70 — Kütahya
Memleket Hast. Çocuk Müt. — Bursa
Süleymaniye Doğumevi — İstanbul
Geyve Verem Dispanseri — Kocaeli
Kurtuluş Sinemköy Savaş Sk. 256/1 — İstanbul
Divanyolu Eski şark mahfeli — İstanbul
Ebussuut Cd. 75 — İstanbul
Kadıköy Yeldeğirmeni Uzun Hafız Sk. 147—İst.
Şişli Çocuk Hast. Dah. Müt. — İstanbul
Tıp Fak. III. Cerrahî Kl. Direktörü — İstanbul
Pazarören Köy Enst. — Kayseri
Eşrefpaşa Hast. Bakteriyoloğu — İzmir
Osmanbey Kiraat Sk. 23 — İstanbul
Posta Cd. 104/9 — Ankara
Üsküdar İcadiye 81 — İstanbul
Parmakkapı Hasanbey Ap. 133 — İstanbul
Tedavi Kl. Doç. Haseki — İstanbul
I. Kadın-Doğum Kl. Doç. Haseki — İstanbul
Haydarpaşa İntaniye Hst. Dah. Müt.—İstanbul
Sümerbank Alım ve Satım Mües. — İstanbul
Memleket Hast. Dah. Müt. — Denizli
Tıp Fak. Radyoloji Profesörü — Ankara
Ask. Hast. Göz Müt. Bursa
Memleket Hast. Başhekimisi Eskişehir
İstiklâl Cd. Anadolu Han 201 — İstanbul
Gümüşsuyu Ask. Hst. Üroloji Şefi — İstanbul
Bakırköy Akliye Hast. Asabiye Müt. — İstanbul
II. Cerrahî Kl. Direktörü — İstanbul
Kurtuluş Sinemköy Sungur Ap. 193/3—İstanbul
Gülhane Hst. I. Cerrahî Kl. Şefi — Ankara
Kızılay Cd. Keçiören Apt. — İstanbul
Veteriner Fakültesi — Ankara
Yedikule Verem Hst. Bakteriyoloğu — İstanbul
Cumhuriyet Cd. Uğurlu Palas 21 Taksim — İst.
Gülhane Hast. II. Hariciye Doç. — Ankara

B

Bahtoğlu, Dr. Sadiye
Bakım, Doç. Dr. Hıfzı
Baktır, Dr. Ercüment
Baran, Dr. Rıfat
Balaban, Diğtabibi Vartan
Baraz, Dr. Bedii
Barlas, Doç. Dr. Osman
Baruh, Dr. Marko
Basa, Dr. Seyfi Nâzım
Basa, Dr. Cevdet

Beyoğlu Yazıcı Sk. Doğan Apt. — İstanbul
Tıp Fak. II. Dah. Kl. Doç. Guraba — İstanbul
Nuruosmaniye Cd. 63/3 — İstanbul
Haydarpaşa Nümune Hast. — İstanbul
Şişli Silahşör Sk. 37/3 — İstanbul
Seferağa Nispiye Sk. 18. Moda — İstanbul
Tıp Fak. I. İç Hst. Kl. Doç. Cerrahpaşa—İst.
Beyoğlu Kazancı Sk. 20/1 — İstanbul
İstasyon Cd. 64 — Eskişehir
Arnavutköy Eğlenti Sk. 11 — İstanbul

Başar, Doç. Dr. İrfan
Bayer, Ecz. Muammer
Baykal, Dr. Esat
Bayram, Dr. Talât
Bayramoğlu, Dr. Muhlis
Baysan, Dr. Ekrem Nafiz
Baytuz, Dr. Ahmet
Bayülkem, Dr. Faruk
Bazirgan, Dr. Onnik
Beğer, Dr. Nuri
Belər, Dr. Bedii
Beker, Dr. Edip
Berk, Dr. Mehmet Kâmil
Berkan, Doç. Dr. İbrahim Sadık
Berkan, Dr. Dündar
Berke, Prof. Dr. Zühtü
Berke, Dr. Ertem
Berker, Dr. Niyazi Müştak
Berker, Dr. İsak
Berker, Dr. Moiz
Berker, Doç. Dr. A. Ferhan
Berkman, Dr. Suat Esat
Berkman, Prof. Dr. A. Tevfik
Berkmen, Dr. Hakkı
Berkol, Dr. Hâluk
Bengisu, Ord. Prof. Dr. Naci
Betgen, Dr. Cebire
Bicioğlu, Dr. Necati
Bilge, Dr. Rüştü
Bilgen, Ecz. Hayri
Bilger, Doç. Dr. Metine
Bilginer, Dr. Selim
Bilgil, Dr. Bali
Bilir, Dr. Hikmet
Bilhan, Prof. Dr. Nebil
Birok, Prof. Dr. Ali Esat
Biyal, Dr. Fikret
Bleda, Dr. Safa
Bodur, Doç. Dr. Hatice
Bora, Doç. Dr. Ercüment
Bozkurt, Dr. Hasan
Bozkurt, Dr. Kemal Osman
Bozkurt, Dr. Osman
Bozoğlu, Dr. Salih
Bugay, Dr. Mehmet
Bulak, Dr. Hüseyin
Buldanloğlu, Dr. Saim
Burcu, Dr. Ragıp
Büyükaksoy, Prof. Dr. Z. Cemal

Tıp Fak. Göz Kl. Doç. Cerrahpaşa — İstanbul
P. K. 17. Bayazıt — İstanbul
Yıldırım Cd. 2. Edremit
II. Cerrahi Kl. Asis. Çapa — İstanbul
Ankara Milletvekili, Posta Cd. 79 — Ankara
Süleymaniye Sağlık Merkezi — İstanbul
Adapazarı
Bakırköy Akıl Hast. — İstanbul
Harbiye Halaskârgazi Cd. 101 — İstanbul
Fatih Dülgeroğlu Cami karşısı 1 — İstanbul
Taksim Beler Palas No. 4 — İstanbul
Beyoğlu İlk Yardım Hast. İstanbul
Fatih Tramvay Durağı Akşehir Apt. — İstanbul
I. Kadın-Doğum Kl. Doç. Haseki — İstanbul
Refik Saydam Hıfz. Enst. Ankara
Refik Saydam Hıfz. Enst. — Ankara
Yenişehir Yeşilirmak Sk. 14/5 Ankara
Haydarpaşa Nümune Hast. — İstanbul
Yedikule Verem Hast. İstanbul
Taksim Verem Dispanseri — İstanbul
Tıp Fak. II. Dah. Kl. Doç. Guraba İstanbul
Bahkazarı Cd. No. 150 - Trabzon
Tıp Fak. Radyoloji Enst. - İstanbul
İşçi Sigortaları Hast. Opr. İzmir
Haydarpaşa Nümune Hast. İstanbul
Tıp Fak. Göz Kl. Direktörü Cerrahpaşa—İst.
Valdebağ Sanatoryomu İstanbul
Ask. Deniz Hast. Nisaiye Müt. — İstanbul
Taksim Cumhuriyet Cd. Gezi Apt. 19/3 İstanbul
Şifa Eczanesi -- Niğde
Tıp Fak. Çocuk Kl. Doç. Hasegi — İstanbul
Sağlık ve Sosyal Yardım Md. Bursa
Tepebağ 20. Sk. No. 27 — Adana
D.D.Y. Hast. Fizik Tedavi Müt. - Ankara
Tıp Fak. II. Dah. Kl. Prof. Guraba — İstanbul
Belediye Karşısı Ayberk Apt. — İstanbul
Tedavi Kl. Asis. Haseki İstanbul
Nişantaş, Güzelbahçe Hacıemin Sk. 30/2 — İst.
Tıp Fak. Biokimya Enst. Doç. — İstanbul
II. Kadın-Doğum Kl. Doç. Çapa — İstanbul
Altıparmak Cd. 40 — Bursa
Memleket Hast. Akı ve Sinir Müt. — İzmir
Cerrahpaşa Hast. Dah. Müt. — İstanbul
Beyoğlu Belediye Hast. Dah. Müt. — İstanbul
Hayriye Tüccarı Sk. Uçak Palas 59. Lâleli—İst.
Merkez Hükümet Tbb. — Tokat
Heybeliada Sanatoryomu Opr. — İstanbul
Fatih Çamaşırıcı Sk. 19 — İstanbul
Tıp Fak. Dişçilik Okulu — İstanbul

C

- Canbakan, Dr. Nuri Süleyman Fatih Binaemini Sk. 8 — İstanbul
Canfesci, Dr. Belkıs Şişli Çocuk Hast. Hariciye Müt. — İstanbul
Cankat, Prof. Dr. Murat Etibba Odası Başkanı — İstanbul
Cankat, Dr. Fuat Harbiye, Pangaltı Eşref Ef. Sk. 85/5 — İstanbul
Cetegen, Dr. Fahri Fatih Fevzipaşa Cd. 85/1 — İstanbul
Civili, Dr. İbrahim Dumlu Hastanesi — Erzurum

Ç

- Çadırcıoğlu, Dr. Akdemir Haydarpaşa Nümune Hast. Asis. — İstanbul
Çapcı, Dr. Rüştü Nümune Hast. Başhekimi — Ankara
Çataklı, Dr. Kemal Yeni Han Cd. 52. Tarsus
Çavaç, Dr. Safi Süleymaniye Doğum Evi — İstanbul
Çelebi, Dr. Yakup Haydarpaşa Nümune Hast. — İstanbul
Çeltikçi, Dr. Fehmi Fatih Kızıtaşı No. 12 — İstanbul
Çengelöglü, Dr. Müşerref İst. Ü. Tıp Fak. Ortopedi Kl. Haseki — İstanbul
Çetingil, Prof. Dr. Arif İsmet İst. Ü. Tıp Fak. II. Dah. Kl. Prof. Guraba—İst.
Çevik, Dr. Nüzhet Verem Savaş Derneği İdare Amiri — İstanbul
Çilesiz, Dr. Abdülkadir Refik Saydam Hıfz. Enst. Kuduz Ser. Şefi.-Ank.
Çubukçu, Prof. Dr. Osman Cevdet İst. Ü. Tıp Fak. Fizik Tedavi Ens. Dir.—İstanbul
Çulhacı, Dr. Naci Haydarpaşa Ask. Hast. Patoloğu — İstanbul

D

- Dağlar, Dr. Mustafa Haydarpaşa Nümune Hast. İstanbul
Dağlı, Diştabibi Cevat II. Beyler No. 69 — İzmir
Dağyolu, Doç. Dr. Kâzım İst. Ü. Psikiyatri Kl. Doç. Bakırköy — İstanbul
Dakos, Dr. Fotis Şişli Çocuk Hast. — İstanbul
Dargay, Dr. Turgut Heybeliada Sanatoryomu Dah. Müt. — İstanbul
Darmar, Dr. Hasan Beyoğlu İstiklâl Cd. Zambak Sk. 23 — İstanbul
Davas, Dr. Gnl. Muhtar Valdebağ Sanatoryomu İstanbul
Dedeoğlu, Dr. Mehmet İst. Ü. Tıp Fak. I. İç Hst. Kl. Doç. — İstanbul
Demirel, Doç. Dr. Afife Cenani Beyoğlu Sakızağacı Eski Çeşme 13 — İstanbul
Denker, Dr. İbrahim Mersin
Dereli, Dr. Mehmet Nümune Hast. Röntgen Müt. — Sivas
Derman, Dr. İsmail Hakkı İst. Ü. Tıp Fak. Fizyoloji Enst. — İstanbul
Derman, Doç. Dr. Halil Haydarpaşa Nümune Hast. Opr. — İstanbul
Dilek, Dr. Hâmi Valdebağ Sanatoryomu — İstanbul
Dilemre, Dr. Muzaffer S. S. Y. Bak. Danışma Kurulu Üyesi — Ankara
Dilevurgun, Dr. Hamdi Heybeliada Sanatoryomu Fitizyoloğu — İstanbul
Dinçel, Dr. İhsan Sadıraka Cd. — Ordu
Dinçer, Dr. Bahaettin Maçka Teşvikiye Çınar Cd. Dinçer Ap. 4 — İst.
Dinçer, Dr. Celâl Bakırköy Yenimah. Tayyareci Sadi Sk 1 — İst.
Dirik, Dr. Kemal

Dirisu, Prof. Dr. Nüzhet Şakir
Dorken, Doç. Dr. Nihat
Dulder, Dr. Osman
Duman, Dr. Cemal
Dürüşken, Dr. Ömer Şevki

Tıp Fakültesi — Ankara
İst. Ü. Tıp Fak. III. Cerrahi Kl. Doç. — İstanbul
Divanyolu Sağlık Müzesi Müdürü — İstanbul
Sivrihisar Cd. 44 Eskişehir
Haseki Hast. Sınır Müt. — İstanbul

E

Edim, Dr. Mehmet
Ege, Dr. Rıdvan
Ege, Dr. Binnaz
Egeli, Prof. Dr. Ekrem Şerif
Eğilmez, Dr. Esat
Ekin, Dr. İhsan
Ekinci, Dr. Habib
Eldem, Dr. Mediha
Elli, Dr. Safiye
Emet, Dr. Ahmet Şükrü
Emlegen, Dr. Hakkı
Emre, Dr. Cahit
Enacar, Dr. Nezihe
Eranıl, Prof. Dr. Necati
Erbelğcr, Dr. Ahmet
Erciyaş, Dr. Fazıl
Erden, Dr. Fethi
Erden, Dr. Mustafa Şaban
Erdeniz, Dr. Kemal
Erel, Dr. Hulüsi
Erel, Ord. Prof. Dr. Muhittin
Eren, Dr. Burhan
Erenler, Dr. Şeref
Ergene, Dr. Cihadi
Ergin, Dr. Zühtü
Ergun, Dr. Arslan
Ergüder, Prof. Dr. Recai
Erhat, Dr. Fazıl
Erimer, Dr. Celâl
Erkin, Dr. Talât
Erkinsoy, Dr. Fahrettin
Erkmen, Dr. Fikret
Erksan, Dr. Falih
Erman, Dr. Zühtü
Eroğlu, Dr. Merih
Ersek, Dr. Siyami
Erus, Dr. Rıfki
Erzurumlu, Dr. Kurken
Esencan, Dr. Kudsi
Eser, Doç. Dr. Sati

Hava Hast. Bakteriyoğu — Eskişehir
Gülhane Ask. Tıp Ak. II. Cer. Kl. Asis.—Ankara
Tıp Fak. Çocuk Kl. Asis. — Ankara
İst. Ü. Tıp Fak. Dekanı İstanbul
Gülhane Hast. II. Dah. Kl. Şefi — Ankara
Memleket Hast. Baştabibi — Balıkesir
Ask. Hava Hast. Fizik Tedavi Müt. Eskişehir
Çıkırıçılar Yokuşu Kinacı Apt. Ankara
Bostancı İstanbul
Adli Tıp Umum Müdürü İstanbul
Kızıltoprak Kalamış Cd. 27 İstanbul
Memleket Hast. Asabiye Müt. - Bursa
Ank. Verem Savaş Derneği 3 No.lu Disp.—Ank.
Tıp Fak. Patoloji Prof. Ankara
Heybeliada Sanatoryomu Oprt. - İstanbul
Heybeliada Sanatoryomu Röntgen Müt. — İst.
Beyoğlu Hastanesi Baştabibi — İstanbul
Cerrahpaşa Hastanesi - - İstanbul
Chering ve Knoll ilmi müşaviri — İstanbul
Nuruosmaniye Cd. No. 5 Atay Ap. — İstanbul
İst. Ü. Tıp Fak. Hijyen Enst. Direktörü — İst.
Dahiliye Müt. — Polatlı
Tıp Fak. Ortopedi Kl. Müt. — Ankara
Askeri Hast. K.B.B. Müt. Konya
Haseki Hast. Kimya Lab. Şefi — İstanbul
Büyükkada Çankaya Cd. Venezia Ap. 15—İstanbul
Ask. Tıp Ak. Cerrahi Kl. Prof. — Ankara
Taksim Verem Dispanseri — İstanbul
Atatürk Cd. 17 — Bursa
Sultan Ahmet Sağlık Yurdu — İstanbul
Beykoz Onçeşme Beykoz Hamam Sk. 4 — İst.
İst. Ü. Tıp Fak. III. Dah. Kl. Asis. Çapa — İst.
Galata Ahen Münih Han - Alfred Paluka Ort. İst.
Yedikule Verem Hast. Baştabibi — İstanbul
Tıp Fak. Ortopedi Kl. Uzman Asis. Haseki—İst.
Heybeliada Sanatoryomu Opr. İstanbul
P. K. 760 İstanbul
Osman Efe Sk. 20
Verem Savaş Derneği İdare Kurulu Üyesi—İst.
İst. Ü. Tıp Fak. Kanseroği Enst. Doç. — İst.

Evrensel, Dr. Feridun Şevket
Evyapan, Dr. Hilmi
Eymezoğlu, Dr. Güzin

Haydarpaşa Nümune Hast. — İstanbul
Beyoğlu İstiklâl Cd. 50 — İstanbul
Yeniyol No. 7 - Erenköy — İstanbul

F

Fakaçelli, Prof. Dr. Nikola
Faydagör, Dr. İlhami
Feyyaz, Dr. Bedriye

Topçekenler No. 22 - Beyoğlu İstanbul
Lâleli Ordu Cd. Yeşil Tulumba Sk. No. 1 — İst.
P. K. 760 İstanbul

G

Galatalı, Dr. Osman Kâmil
Garan, Prof. Dr. Reşat
Gebeloğlu, Dr. Cevdet
Gediz, Dr. Hadi
Gelişken, Dr. Fahamettin
Genç, Dr. Kemal
Goridis, Dr. D.
Gök, Dr. Şemsi
Gökahmetoğlu, Dr. Sadi
Gökbalp, Dr. Fehmi
Gökçe, Dr. Tevfik İsmail
Göker, Dr. Galip
Gökhan, Dr. Nuran
Gökmen, Prof. Dr. Muhterem
Göksel, Dr. Fahir
Göncer, Dr. Cavit
Gören, Dr. Saadet
Gözcü, Prof. Dr. Niyazi İsmet
Gözmen, Dr. Kemal
Güçer, Dr. İbrahim
Güçhan, Ord. Prof. Dr. M. Esat
Güçhan, Doç. Dr. Şinasi
Güler, Dr. Osman
Gültekin, Dr. Sungur
Gümüsoğlu, Dr. Lambo
Günç, Dr. Bedrettin
Günhan, Dr. Baki
Günver, Dr. Muammer Nuri
Gür, Dr. Hamid
Güran, Dr. Nihat
Gürbüz, Dr. Bedri
Güres, Dr. Bedia
Güremen, Dr. Kemal Hakkı
Gürkan, Prof. Dr. Suat İsmail

Erenköy P.T.T. Sanatoryomu Baştabibi - İst.
İst. Ü. Tıp Fak. Tedavi Kl. Prof. Haseki İst.
Hükümet Tabibi — Bitlis
Alman Hast. Baştabibi İstanbul
Nümune Hast. Asabiye Müt. — Ankara
P. K. 760 İstanbul
J. R. Geigy S. A. - Bâle (Suisse)
İst. Ü. Tıp Fak. Patolojik Anatomi Enst. — İst.
Verem Hast. Baştabibi Bayındır
Verem Hast. Baştabibi Eskişehir
Heybeliada Sanatoryomu Baştabibi — İstanbul
Gümüşsuyu Ask. Hast. — İstanbul
İst. Ü. Tıp Fak. Fizyoloji Enst. Asist. İstanbul
Tıp Fak. Radyoloji Ens. Prof. Çapa — İstanbul
Tıp Fak. Tedavi Kl. Asis. Haseki — İstanbul
Cankurtaran Merkezi Oprt. İstanbul
Haydarpaşa İntaniye Hast. Röntgen Müt. - İst.
Ayaspaşa No. 43. Gözcü Ap. Taksim İstanbul
Hava Sıhhi Muayene Kom. Başk. Eskişehir
Teşvikiye Sağlık Evi — İstanbul
Tıp Fak. I. İç Hast. Kl. Direktörü — İstanbul
Tıp Fak. II. Cerrahi Kl. Doç. Çapa — İstanbul
Şişli Samanyolu Sk. Uğurlu Apt. 1 — İstanbul
Tıp Fak. Ortopedi Kl. Haseki — İstanbul
Gedikpaşa Mutrip Sk. 2 — İstanbul
Tozkoparan Akarca Sk. 37 — İstanbul
Gülhane Hast. Hariciye Asist. — Ankara
Haydarpaşa Nümune Hast. İstanbul
Erenköy Ask. Fab. Sanat. Baştabibi İstanbul
Sağlık ve Sosyal Yardım Bak. Müt. — Ankara
Zeynepkâmil Hast. — İstanbul
Belediye Hast. Opr. - Edremit
Taksim Cumhuriyet Cd. 137 — İstanbul
Tıp Fak. Dişçilik Okulu İstanbul

Gürsel, Dr. Ali Eşref
Gürtan, Dr. Hikmet
Gürün, Doç. Dr. İhsan Sami
Gürvit, Dr. Ziya

Guraba Hast. Üroloji Şefi — İstanbul
Tıp Fak. Anatomi Enst. — İstanbul
Tıp Fak. Nöroloji Kl. — Ankara
D. Ç. Fab. Hast. Dah. Müt. — Karabük

H

Hayrabetyan, Dr. Hayro
Hepgören, Dr. Mustafa
Heybeli, Dr. Necip
Hız, Dr. Vedia
Hurr, Dr. Emil

Taksim Abdülhakhamit Cd. Pamuk Palas—İst.
Aksaray Cd. No. 21/1 — İstanbul
Lâleli Gençtürk Sk. 4 — İstanbul
Çemberlitaş Peykhane Sk. Yılmazipek Ap.—İst.
Galata Ahen-Münih Han A. Paluka ve Şer.—İst.

I

Işık, Dr. Yusuf Ziya

Denizcilik Bankası T.A.O. Hast İstanbul

İ

İdil, Dr. Haydar
İkiz, Dr. Abdülkadir
İlker, Dr. Faruk
İlter, Dr. Bahri
İnsel, Dr. Rifat
İpekçi, Dr. Ömer Nevzat

Kadıköy Ruhtım Cd. 78 İstanbul
Trabzon
Manisa Millet Vekili — Ankara
Şişli Koca Mansur Sk. 45/4 İstanbul
Nişantaş Rumeli Cd. 13/4 İstanbul
Denizcilik Bank. Hast. Fizik Ted. Müt. İst.

K

Kaçaroğlu, Dr. Raşit
Kalabay, Dr. Orhan
Kam, Dr. Şerafettin
Kamçioğlu, Dr. Demir Ali
Kankat, Dr. Cafer Tayyar
Kantemir Doç. Dr. İzzet
Karadeniz, Dr. Enver
Karaduman, Dr. Yaşar
Karan, Dr. A. Lebib
Karakaşoğlu, Dr. Eleni
Karasu, Prof. Dr. Nusret
Karakaşyan, Dr. Lusin
Karatay, Dr. Safa
Karlıklı, Dr. İhsan
Kasparyan, Dr. Aram

Bakırköy Akıl Hast. Cildiye Müt. — İstanbul
Arnavutköy Tramvay Cd. No. 111 — İstanbul
Kadıköy Moda Cd. Rızapaşa Sk. 7 — İstanbul
1. Beyler - No. 55 — İzmir
Şişli Meydanı No. 201 — İstanbul
Refik Saydam Enst. Farmakoloji Doç. — Ankara
Haydarpaşa Nümune Hast. — İstanbul
Harbiye Tay Sk. No. 3 — İstanbul
Kurtuluş Bartuhane Cd. 115 İstanbul
Tıp Fak. Çocuk Kl. Haseki — İstanbul
Tıp Fak. Fizyoloji Kl. Prof. — Ankara
Şişli Halaskârgazi Cd. 79 — İstanbul
Taksim Sıraserviler No. 91 — İstanbul
Kadıköy Bahariye Cd. Nevzemin Sk. 20 — İst.
Tıp Fak. Tedavi Kl. Haseki — İstanbul

Kayır, Dr. Kenan
Kaynak, Dr. Behiç
Kazancıgil, Ord. Prof. T. Remzi
Kazancıgil, Dr. Orhan Remzi
Keçeciöğlu, Dr. Yusuf
Keskinel, Dr. Muammer
Keşişoğlu, Dr. Norayır
Keten, Dr. Fehmi
Kıcımın, Dr. Galip
Kılıçhan, Dr. Esat
Kılınçarslan, Dr. Ertuğrul
Kınacıgil, Dr. Reşat
Kırath, Dr. Tarık
Kırçak, Doç. Dr. Vefik
Kırdar, Dr. Ümit
Kızıl, Dr. Hidayet
Kileci, Dr. Nemika
Kipmen, Dr. Mazhar
Kocagil, Dr. Remzi
Koçaş, Doç. Dr. Hâmi
Konti, Dr. Pedro
Koryak, Dr. Asaf
Köksal, Dr. Seyfettin
Köseoğlu, Dr. Zeki
Krüll, Dr. Helgo
Kulakçı, Dr. Nejat
Kumbasar, Dr. Sadettin
Kuran, Dr. Orhan
Kurtaran, Dr. H. Nahmias
Kut, Dr. Ferhan
Kutbay, Dr. şinasi
Kutlu, Dr. Dündar
Küley, Doç. Dr. Müfide

Gülhane Hast. II. Hariciye Kl. Baş Asist. — Ank.
Vezneciler Vidinli Tevfikpaşa Cd. No. 8 — İst.
Tıp Fak. I. Kadın-Doğum Kl. Direktörü — İst.
Haydarpaşa Nümune Hast. — İst.
Tıp Fak. I. Kadın-Doğum Kl. Baş Asist. — İst.
Amele Birliği Hast. — Zonguldak
Kurtuluş Cad. No. 74 — İstanbul
As. Hast. Nisaiye Müt. — Çorlu
Haseki Hast. Kl. şefi — İstanbul
Tıp Fak. Ortopedi Kl. Haseki — İstanbul
Çifteler Köy Enst. Tabibi — Eskişehir
Eşrefpaşa Hast. Cildiye Müt. — İzmir
şişli Samanyolu Sk. Nur Ap. — İstanbul
Yenişehir Demirtepe Gazi M.Kemal Bul.24/6Ank.
Haseki Hast. Nisaiye Kl. — İstanbul
İstasyon Cd. No. 47 — Eskişehir
Yedikule Verem Hast. Dah. Müt. — İstanbul
Sarayburnu As. Hast. K.B.B. Müt. — İstanbul
Cağaloğlu Nuruosmaniye Cd. No. 34 — İstanbul
Tıp Fak. Fizik Tedavi Doç. — Ankara
Sen Jorj Hast. Dah. Müt. — İstanbul
Eski Belediye Cd. 2/2 -- Aydın
Erenköy Sanatoryomu Baştabibi — İstanbul
Çemberlitaş Güzel Apt. No. 3 İstanbul
Chering A.G. Abt.Klinische Forshung N.65 Berlin
Cerrahpaşa Hast. K.B.B. Müt. — İstanbul
Mecidözü Cd. No. 4 Çorum
Tıp Fak. Anatomi Enst. İstanbul
Taksim A. Hamid Cd. Elmas Apt. 15/4 — İst.
şişli-Levent Zeren Sk. No. 12 İstanbul
şeker Fab. Hast. Nisaiye Müt. — Alpulu
Milli Eğitim Bak. Sağlık Müfettişi — İstanbul
Tıp Fak. III. Dah. Kl. Doç. Çapa — İstanbul

L

Lâkay, Dr. Kâzım

Haydarpaşa İntaniye Hast. Bakteriyoloji ř. — İst.

M

Maktav, Dr. Ziyaettin
Maktav, Dr. Tarık
Malaker, Dr. Mustafa
Manavoğlu, Dr. Asım
Manizade, Doç. Dr. Derviş
Maskar, Ord. Prof. Vet. Dr. Üveys

Cağaloğlu, Kızılay Cd. Kardeşler Apt. — İst.
Doğumevi Baştabibi — Adana
Tıp Fak. Fizyoloji Enst. — İstanbul
Çemberlitaş Kocababa Tekke Sk. 11 — İstanbul
Tıp Fak. III. Cerrahi Kl. Doç. Cerrahpaşa — İst.
Tıp Fak. Histoloji Enst. Direktörü — İstanbul

Mavromatis, Dr. Y.
Memik, Dr. Fatma
Menemenli, Dr. Necdet
Menteş, Dr. Namık Kemal
Mesen, Dr. Nuri Kâmil
Mestçi, Dr. Ziver
Minkâri, Dr. A. E.
Minkâri, Dr. Tarık
Müftüler, Dr. Lütfü

Balıklı Rum Hast. Dah. Şefi — İstanbul
Şişli Çocuk Hastanesi — İstanbul
Tıp Fak. Fizyoloji Kl. Baş Asistanı — Ankara
Gülhane As. Tıp Ak. II. Dah. Kl. — Ankara
Denizcilik Bankası T.A.O. Hast. Baştabibi—İst.
Memleket Hast. Opr. — Antalya
Haydarpaşa Nümune Hast. — İstanbul
Tıp Fak. III. Cerrahî Kl. Baş As. Cerrahpaşa—İst.
Divanyolu Türbe civarı 103/1 — İstanbul

N

Nalbantoğlu, Dr. Hanri
Nişantaş, Dr. Hayri
Noyan, Ord. Prof. Dr. Abdülkadir
Noyan, Prof. Dr. Fazıl
Noyan, Dr. Erdoğan
Noyan, Dr. Burhan
Noyan, Dr. Muallâ

Tıp Fak. İç Hastalıkları Kl. Asis. — Ankara
Nişantaşı Yenikardeşler Sk. Refet Ap. 4 — İst.
Erenköy İstanbul
Tıp Fak. Anatomi Enst. Prof. — İstanbul
Kadıköy Bahariye Cd. 46/1 — İstanbul
Tıp Fak. Psikiyatri Kl. Bakırköy — İstanbul
Maltepe Uludağ Sk. 7/2 Ankara

O

Odman, Dr. Merih
Okan, Dr. Mesut
Okay, Dr. Selâhattin
Okman, Dr. Mehmet İbrahim
Okten, Dr. Şekûr
Okyar, Dr. Mehmet
Okyay, Prof. Dr. Orhan
Olgaç, Dr. Abdülkadir
Olgaç, Dr. Galip
Onar, Dr. Mustafa Emin
Onat, Dr. Ahmet Rasim
Onat, Dr. Behiç
Onur, Dr. Nurettin
Onur, Dr. Asım
Onur, Dr. İffet Naim
Onur, Dr. Muammer
Onur, Dr. İsa Nâzım
Opan, Dr. Edip

Tıp Fak. Fizik Tedavi Ens. Baş Asis. Çapa—İst.
Tıp Fak. Göz Kl. Cerrahpaşa — İstanbul
Memleket Hast. — Adana
Uzun Sk. 290 Trabzon
Gülhane Hast. Baş Asis. — Ankara
Şişli Abidei-Hürriyet Cd.Arslanoğlu Ap80/12 İst.
Tıp Fak. Diş H. Ok. Ortodonti Ens. İstanbul
Beyoğlu, Parmakkapı Hayat Apt. 8/1 — İst.
Atatürk Cd. Belkıs Ap. — Bursa
Cumhuriyet alanı Derman Apt. — Bursa
Şişli Halaskârgazi Cd. 266 Çankaya Apt. — İst.
Tıp Fak. İntaniye Asistanı — Ankara
Şehir Hıfzıssıhha Mües. Müd. — İstanbul
Ortaköy Şifa Yurdu — İstanbul
Beyoğlu Ağacami İmam Sk. 2/3 — İstanbul
İstiklâl Cd. İstiklâl Apt. 111/2 — İstanbul
Nümune Hast. Röntgen Müt. — Trabzon
Çankırı Caddesi No. 104 — Ankara

Ö

Öge, Dr. Kâmil
Öge, Dr. Fevzi
Öker, Dr. Celâl

Denizciler Cd. Küçük Çarşı Han 27/17
Nişantaş Rumeli Cd. Melek Ap. 5 — İstanbul
Tıp Fak. Tedavi Kl. Haseki — İstanbul

Öktem, Dr. Nihat
Önal, Dr. Cemal Zeki
Öncel, Dr. İsmet
Önen, Dr. Süha
Öner, Dr. Vedat
Öner, Dr. Hayrettin
Örgügören, Dr. Nizamettin
Örs, Dr. Dündar
Örstan, Dr. Baha
Öz, Dr. Talât Vasfi
Özargun, Dr. Galip
Özaydın, Dr. Şevket
Özberk, Dr. Bedii
Özçiçek, Dr. Mukaddes
Özek, Prof. Dr. Ömer
Özel, Dr. Celâl
Özer, Dr. Mithat
Özferendeci, Dr. Sıtkı
Özge, Dr. Ayşe
Özgen, Dr. Nimet
Özgen, Dr. Naci
Özgen, Dr. İhsan
Özgen, Dr. Zülfü
Özkal, Dr. Fahri
Özkaya, Dr. İhsan
Özkut, Dr. Halit
Özkültür, Dr. İsak
Özmat, Dr. İsmet
Özpeker, Dr. Ahmet
Özsarı, Dr. Kemal
Öztürk, Dr. Hüsnü

Heybeliada Sanatoryumu K.B.B. Müt. — İstanbul
Bayazıt Üniversite Cd. Külhan Sk. — İstanbul
Şehir Hıfzıssıhha Müessesesi — İstanbul
Dah. Müt. — Trabzon
Tıp Fak. Tedavi Kl. Haseki — İstanbul
Memleket Hast. Baştabibi Aksaray — Konya
Adli Tıp Patoloğu — İstanbul
Eyüp Belediye Dispanseri Baştabibi — İstanbul
Memleket Hast. — Aydın
Ankara Millet Vekili — Ankara
Sıhhiye Teknisyen Okulu öğretmeni — İstanbul
D. Ç. Fab. Hast. — Karabük
Tıp Fak. K.B.B. Kl. Çapa — İstanbul
Üsküdar Nuh Kuyusu Cad. Pazarbaşı Durak 82
Tıp Fak. Mikrobiyoloji ve Salgınlar Bil. Ens.-İst.
Kadıköy Osmanağa Mh. Kırtasiyeci S. 12/3—İst.
Çemberlitaş Talebe Yurdu — İstanbul
Üsküdar Doğançılar 188 — İstanbul
Tıp Fak. Çocuk Kl. Haseki — İstanbul
Heybeliada Sanatoryumu Dah. Müt. — İstanbul
Merkez Belediye Tabibi — Erzurum
60. Sokak No. 2 — İzmir
Heybeliada Sanatoryumu Dah. Müt. — İstanbul
D. D. Y. Hast. Çocuk Müt. — İstanbul
Yeşilköy Serbesti Sk. 38 — İstanbul
İstasyon Cd. 36 — Eskişehir
Tozkoparan Akarca Sk. 41/1 — İstanbul
İç Hast. Müt. — Lüleburgaz
Balıkpazarı Cd. 161 — Trabzon
Beyoğlu İstiklâl Cd. 380/2 — İstanbul
Cağaloğlu Şeref Sk. 17 — İstanbul

P

Panteryadis, Ecz. Eftim
Paykoç, Doç. Dr. Zafer
Pirim, Dr. Fransua
Polvan, Prof. Dr. Necmettin

I.C.I. mümessilliği Müşaviri — İstanbul
Tıp Fak. II. Dah. Doç. — Ankara
J.R. Geigy Mümessilliği, P.K. 1176 — İstanbul
Tıp Fak. Nöroloji Kl. Cerrahpaşa — İstanbul

R

Radün, Dr. Suha
Reman, Dr. Rıza
Resuloğlu, Dr. Edip
Rona, Dr. M. Hüdayi

Süleymaniye Doğumevi — İstanbul
Beyoğlu, Tünel Sofyalı Sk. 26 — İstanbul
Kadıköy Altıyol Nal Sk. 9 — İstanbul
Haydarpaşa Nümune Hast. — İstanbul

S

Sabar, Doç. Dr. İrfan Rifat
Sağlam, Ord. Prof. Dr. Tevfik
Sağlık, Dr. Saim
Sağun, Dr. Nejat
Sağun, Dr. Seniha
Sahakyan, Dr. Mardik
Sahakyan, Dr. Badrik
Saka, Doç. Dr. Osman
Salor, Dr. Hüseyin
Sanbel, Dr. Perihan
Saracoğlu, Dr. Kemal
Sargın, Dr. Cevat
Sarıkadioğlu, Dr. Halis
Sarpıyener, Prof. Dr. Münir Ahmet
Saygın, Dr. Rauf
Sayhan, Dr. Recep
Sayın, Dr. Sabiha
Sayın, Dr. Mansur
Sayın, Dr. Vasfiye
Sayman, Dr. İsmet
Selvi, Dr. Necati
Senler, Dr. Seracettin
Sengir, Dr. Mukadder
Serav, Prof. Dr. Kemal
Serdengeçti, Dr. Raşit
Settarzade, Dr. Hüseyin
Sezer, Dr. Halil
Sezer, Doç. Dr. Necdet
Sezer, Dr. Nazmi
Sığındım, Prof. Dr. Hasan Reşat
Sirman, Dr. Ali Asaf
Sirmen, Dr. Necdet
Sion, Dr. Mişel
Skuros, Dr. Fedon
Songar, Dr. Ayhan
Soruşbay, Dr. Bülent
Soylu, Dr. Ali Galip
Sözen, Doç. Dr. Hayri
Süngü, Dr. Faik

Tıp Fak. III. Dah. Kl. Çapa — İstanbul
Cağaloğlu Süreyya Bey Apt. İstanbul
Gülhane Hast. Kadın-Doğum Kl. — Ankara
Memleket Hast. Hariciye Şefi — İzmir
Birinci Kordon No. 348 — İzmir
Kadıköy Hacı Hasan Sk. 4/3 — İstanbul
Kadıköy Hacı Hasan Sk. 4/3 — İstanbul
Tıp Fak. Fizyopatoloji Enst. — İstanbul
Beyoğlu Hast. Dah. Müt. — İstanbul
Bakırköy Hast. Dah. Müt. — İstanbul
Cağaloğlu Kızılay Cd. Kardeşler Apt. — İstanbul
Cerrahpaşa Hast. Baştabibi İstanbul
Haseki Hast. Patoloğu — İstanbul
Tıp Fak. Ortopedi Kl. Prof. Haseki — İstanbul
Çamlıca Ask. Sanatoryumu Dah. Müt. — İst.
Nişantaşı Kodaman Cd. 62 — İstanbul
Üsküdar Sağlık Merkezi Baştabibi — İstanbul
Haydarpaşa Ask. Hast. Kadın-Doğum Müt.—İst.
Edirnekapı Sıhhat Mües. Çocuk Müt. İstanbul
Bâbüali cad. No. 14 İstanbul
Haydarpaşa Nümune Hast. İstanbul
Sağlık Merkezi Baştabibi Ödemiş
Sağ. ve Sos. Yar. Bak. Müt. Ankara
Tıp Fak. Üroloji Kliniği Profesörü — Ankara
Haseki Has. Dah. Müt. İstanbul
Valdebağ Sanatoryumu İstanbul
Valikoncağı Cd. No. 11 — İstanbul
Tıp Fak. Trahom Enst. Cerrahpaşa — İstanbul
Şişli Samanyolu Sk. Esen Apt. 122/4 — İstanbul
Cumhuriyet Cd. İnkilâp Ap. 33 Taksim —İstanbul
Tıp Fak. Fizyoloji Kl. — Ankara
Lâleli Cd. No. 1 Çelikpalas Apt. İstanbul
Haydarpaşa Nümune Hast. — İstanbul
Beyoğlu Suterazi Sk. 14 — İstanbul
Tıp Fak. Psikiyatri Kl. Bakırköy — İstanbul
D. Ç. Fab. Nisaiye Müt. — Karabük
Çemberlitaş Uğur Apt. 35/1 — İstanbul
Tıp Fak. Eczacı Ok. Analitik Kimya Ens. — İst.
Gülhane Hast. İntaniye Kl. — Ankara

Ş

Şakar, Ord. Prof. Dr. Akif Şakir
Şarmet, Dr. Asım
Şavlı, Dr. Ali Şükrü
Şenocak, Dr. Fikri
Şenol, Dr. Pedro

Tıp Fak. Ortopedi Kl. Direktörü Haseki — İst.
Hava Muhaberat Tbb. Etimesğüt — Ankara
Sinop Millet Vekili — Ankara
Gülhane As. Tıp Ak. K.B.B. As. — Ankara
Beyoğlu B. Parmakkapı Sk. Hayat Ap. 8/2—İst.

T

Tağar, Dr. Şevket
Tan, Dr. Orhan
Tanan, Dr. Ziya
Tanay, Prof. Dr. Süreyya
Tancıl, Dr. Aliye Rıza
Tanju, Dr. Mukdim
Tanyeli, Dr. Daniş
Tekinalp, Dr. Mesut
Temel, Dr. Halis
Ternar, Stj. Dr. Orhan
Terzioğlu, Prof. Dr. Meliha
Tezel, Ord. Prof. Dr. E. Behçet
Timur, Dr. İsmail
Tiner, Dr. Şükrü Hâzım
Titiz, Prof. Dr. İrfan
Tiryaki, Dr. Mustafa
Tokyay, Prof. Dr. Bedii Şakir
Topaloğlu, Dr. Lâmi
Torin, Dr. Süleyman
Tosun, Dr. Sadettin
Toyğar, Doç. Dr. Orhan
Tör, Dr. Fikri Servet
Tuğcu, Dr. Zihni
Tuna, Dr. Sabri
Tunaeri, Dr. Afet
Tunağil, Dr. Şinasi
Tunca, Dr. İlhan
Tuncer, Dr. Alâattin
Tunçman, Dr. Zekâi Muammer
Turan, Dr. Necminnisa
Turan, Dr. Rıza
Turan, Dr. Kemal
Turan, Dr. Ahmet Nurettin
Turğut, Dr. Kemal
Tuygan, Dr. Rıfki
Tuzlacı, Dr. Muhlis
Tükel, Dr. Kenan
Tümay, Prof. Dr. Sezai Bedrettin
Tümgören, Dr. Ziya
Türe, Dr. Nizamettin
Türe, Dr. Seyfullah
Türkent, Doç. Dr. Münir
Türker, Dr. Burhan
Türker, Dr. Zeki
Tüzemen, Dr. Leman
Tüzüntürk, Dr. Fikret

Gen. Kur. Sağ. D. Ş. II. Md. Alb. — Ankara
P.T.T. Dahiliye Müt. — İstanbul
Memleket Hast. Dah. Müt. — Bursa
Tıp Fak. Pat. Anatomi Enst. Prof. — Ankara
C.H.P. İst. Merkezi Karşısı — İstanbul
Hükümet Tabibi — Geyve
Pangaltı Ergenekon Cd. 75 — İstanbul
Kadıköy Bahariye Cd. 128 — İstanbul
Röntgen Müt. — İzmir
Naile Sağlam Tüb. Araşt. Enst. - Çapa — İst.
Tıp Fak. Fizyoloji Enst. Prof. İstanbul
Tıp Fak. K.B.B. Kl. Direktörü - Çapa — İstanbul
Cerrahpaşa Hast. Nisaiye Müt. İstanbul
Bâbüâli Caddesi No. 18 — İstanbul
Tıp Fak. I. Dah. Prof. — Ankara
Yedikule Verem Hast. — İstanbul
Tıp Fak. Prof. — Ankara
Türbe — İstanbul
Şişli Halaskârgazi Cad. 393/2 İstanbul
Bâbüâli Caddesi 38 — İstanbul
Tıp Fak. Cerrahi Kl. Doç. — Ankara
Kireçburnu Direkli Sk. 1 — İstanbul
Pangaltı Bilezikçi Sk. 127 — İstanbul
Göztepe 1014 İzmir
Beşiktaş Şair Nedim Cd. Afacan Sk. 18 — İst.
Erenköy Sanatoryumu Dah. Müt. — İstanbul
Milli Kuvvetler Cd. 89 Balıkesir
Nizip — Gaziantep
Divanyolu No. 103 — İstanbul
Edirnekapı Verem Dispanseri — İstanbul
Galata Ahen-Münih Han — İstanbul
Belediye Sağ. Md. Sağlık Muay. Kom. Müt.—İst.
Şuhut Hükümet Tabibi — Afyon
Zührevi Teşkilât İst. Dispanseri — İstanbul
Hükümet Karşısı — Konya
Tıp Fak. Tedavi Kl. Röntgen Müt. - Haseki—İst.
Bakırköy, İncili Cd. 23 — İstanbul
Tıp Fak. Çocuk Kl. Prof. Haseki — İstanbul
Abidin Paşa Cad. 125 — Adana
Tıp Fak. I. İç Hast. Kl. As. İstanbul
Tıp Fak. I. İç Hst. Kl. As. Cerrahpaşa—İstanbul
Tıp Fak. I. Kadın-Doğum Kl. Doç. Haseki—İst.
Gülhane Hast. Asabiye Kl. As. — Ankara
Kurtuluş Sinemköy Şehir S. Menekşe Ap 1—İst.
Bakırköy Akliye Hast. Müt. — İstanbul
Aksaray M.Kemalpaşa Mh. Şirvani Sk. 23—İst.

U

Uçar, Dr. Sami	Bomonti İzzetpaşa Cd. 31 — İstanbul
Uğan, Dr. Şakir	Yedikule Verem Hast. Dah. Müt. İstanbul
Uğur, Dr. A. Cevdet	Nişantaşı Emlâk Cad. 34 İstanbul
Uğur, Dr. F. Ferit	Serbest Hekim — Konya
Uğurlu, Dr. A. Sait	Belediye Hast. Opr. — Akşehir
Uğurlu, Dr. M. Osman	Askerî Hast. Opr. — Kayseri
Ulaş, Dr. Halit	Gümüşsuyu Ask. Hast. — İstanbul
Uluğ, Dr. İsmet	Belediye Sağ. Md. Sağ. Muay. Kom. Müt.—İst.
Uluyazman, Dr. Aydın	Beykoz, Ahmet Mithat Ef. Yalı — İstanbul
Umar, Dr. Feridun	Nişantaş Valikonağı Cd. 62/4 — İstanbul
Unat, Doç. Dr. Ekrem Kadri	Tıp Fak. Mik. ve Salg. Bilg. Ens. Doç.—İstanbul
Unğur, Dr. Neriman	Kadıköy Bahariye Hacı Şükrü Sk. 2 — İstanbul
Urak, Doç. Dr. Galip	Tıp Fak. Cerrahî Kl. Doç. — Ankara
Uran, Dr. Hayri	Türk Farma Müessesesi - P. K. 651 İstanbul
Urfalı, Dr. Bekir	Beyoğlu P. K. 2119 - İstanbul
User, Dr. Ali Naim	Baltalımanı Hast. Nisaiye Müt. İstanbul
Usman, Dr. N. Osman	Lâleli Ordu Cad. 202/3 İstanbul
Usov, Dr. Alla	İmperial Kemikal İnd. Tbb. Ecz. Şubesi — İst.
Uyğur, Dr. Celâl	Şişli Samanyolu Sk. Merih Apt. 5 — İstanbul

Ü

Ülgen, Dr. Übeyt	Kadıköy Bahariye No. 16 İstanbul
Ülgür, Dr. Lâtif	Şişli Fransız Hast. Müt. — İstanbul
Ülseren, Dr. Sabahat	Haydarpaşa İntaniye Hast. Dah. Müt. — İst.
Ünman, Dr. Sadık	Belediye Sağ. İş. Md. Sağlık Muay. Kom.Müt.İst.
Üner, Dr. Rağıp	Tıp Fak. Fizyoloji Kl. — Ankara
Üneren, Dr. Şemsi	Kadıköy Nüzhetefendi Sk. No. 2 — İstanbul
Üsnomal, Dr. İlya Mefano	Balat Müsevi Hast. Çocuk Müt. — İstanbul
Üster, Dr. Neşati	Atatürk Cd. Saliha Apt. 2 — Bursa
Üstün, Doç. Dr. Ziya	Tıp Fak. I. Kadın - Doç. Kl. Doç. Haseki—İst.

V

Vassaf, Dr. Etem	Tepebaşı Paşa Apt. — İstanbul
------------------	-------------------------------

Y

Yalçın, Dr. Süleyman	Tıp Fak. Pat. Anatomi Ens. Asis. — İstanbul
Yalçın, Dr. Fahrettin	Kınalıada Çarşı Meydanı No. 4 — İstanbul
Yaman, Dr. Arif	Liman Bakteriyoloji Müessesesi Md. — İstanbul

Yardımcı, Dr. Mehmet	Gülhane Hast. Üroloji Kl. Şefi	Ankara
Yars, Dr. Fethi	Lâleli Ordu Cd. 243	İstanbul
Yaşın, Dr. Zahide	İstiklâl Caddesi	İzmit
Yazgan, Dr. Nurettin Rıza	Utku Mh. Ülkü Sk. No. 7	Manisa
Yazıcıoğlu, Dr. Hamparsum	Gedikpaşa Honen Cd. 52	İstanbul
Yengin, Dr. Bahaettin	Çakmak Cd. No. 126	Adana
Yetkin, Dr. Kadri	Kadıköy Moda Cd. 23	İstanbul
Yetkin, Dr. Rauf	Atatürk Cd. No. 101	Bursa
Yıldıran, Dr. Cafer	Guraba Hast. Üroloji Kl. Şehremini	İstanbul
Yön, Dr. Melike	Tıp Fak. K.B.B. Kl. Asis - Çapa	İstanbul
Yücel, Dr. Fatih	Şişli Çocuk Hast. Patoloğu	İstanbul

Z

Zahawi, Prof. Dr. Şevket	Pathology Institute - Bağdat	Irak
Zarfçı, Dr. Arsen	Tıp Fak. Anatomi Ens.	İstanbul
Zeren, Ord. Prof. Dr. Zeki	Tıp Fak. Anatomi Ens. Direktörü	İstanbul
Zeybeker, Dr. Reha	Nişantaşı Hacı Mansur Sk. 73/2	İstanbul
Zeytinoğlu, Dr. İbrahim	İçsi Sigortaları Hast. Dah. Müt.	İstanbul

Prof. Dr. Hasan Şükri	Tıp Fak. Parazitoloji Profesörü	— Ankara
Dr. Selâhattin	Tıp Fak. Çocuk Kl. As. Haseki	— İstanbul
Dr. Seremetal	Ağahamam No. 43	— İstanbul
Dr. Liegrengel	P. K. 7760	— İstanbul
Dr. Oktay	Lâleli Ordu Cd. 327	— İstanbul

PROGRAM

BİRİNCİ GÜN

25.Eylül.1952 Perşembe

Saat : 10.30

İstanbul Üniversitesi Hukuk ve İktisat Fakülteleri
I. No. lu Dershanesinde

- I) Kongre Başkanı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanının açılış söylevi
- II) İstanbul Vali ve Belediye Başkanının söylevi
- III) İstanbul Üniversitesi Rektörünün söylevi
- IV) Önergelerin okunması
- V) Tıbbî yayın, müstahzar ve âlet sergilerinin açılışı.

Saat : 14.30

İstanbul Üniversitesi Hukuk ve İktisat Fakülteleri
I. No. lu Dershanesinde

Başkanlar : *Ord. Prof. Dr. Naci Bengisu*
Ord. Prof. Dr. Fahrettin Kerim Gökay

I — ROMATİZMA.

a) Romatizma etyolojisi

Prof. Dr. Arif İsmet Çetingil

b) Romatizma tedavisinde yenilikler

Prof. Dr. Ekrem Şerif Egeli

Raporların münakaşası

İKİNCİ GÜN

26.Eylül.1952 Cuma

Saat : 9.00

İstanbul Üniversitesi Hukuk ve İktisat Fakülteleri
I. No. lu Dershanesinde

Başkanlar : *Ord. Prof. Dr. Tevfik Sağlam*
Prof. Dr. Ekrem Şerif Ege

II — ÇOCUK SAĞLIĞI.

A) Okuldan önce

Prof. Dr. Şevket Salih Soysal

B) Okul çağında :

I — Okul hijyeni

Dr. Baha Arkan

II — Fizikal okul sağlığı

Doç. Dr. Cevat Alpsoy

III — Mantal çocuk hijyeni

Prof. Dr. Rasim Adasal

IV — Mantal çocuk hijyeni

Dr. Mukadder Sençir (Okan)

Saat : 14,30

İstanbul Üniversitesi Hukuk ve İktisat Fakülteleri
I. No. lu Dershanesinde

Başkanlar : *Ord. Prof. Dr. İhsan Şükrü Akşel*
Prof. Dr. Ömer Özek

Raporların münakaşası

ÜÇÜNCÜ GÜN

Serbest tebliğler :

27.Eylül.1952 Cumartesi

Saat : 9.00

SEKSIYON A :

İstanbul Üniversitesi Hukuk ve İktisat Fakülteleri
I. No. lu Dershanesinde

Başkanlar : *Prof. Dr. Arif İsmet Çetingil*
Dr. Nurettin Onur

1 — Sydenham ve gebelik koresinde ACTH tedavisi :

Prof. Dr. Necmettin Polvan

2 — İşçilerde romatizmal hastalıklar :

Dr. Kemal Dirik

3 — Sacro İlitis (Rheumotoid «Ankylosing» Spondylitis) :

Dr. Tayyar Kuşçu

4 — Romatizma tedavisinde yeni vasıtalarımız :

Dr. Kemal Saraçoğlu

Serbest tebliğlerin münakaşası.

5 — Romatoid artritlerde ağız yoluyla Cortisone tedavisi ve iki senedir Cortisone tedavisi gören bir vak'a :

Dr. Fahri Aykan

6 — Romatoid artrit ve spondilit ankilopoetik'te tedavi :

Prof. Dr. Nüzhet Şakir Dirisu

7 — Kalça oynanının deformant artritisi (Coxartrosis) :

Ord. Prof. Dr. Akif Şakir Şakar

8 — ACTH ile tedavi edilmekte olan bir Spondilitis deformans vak'ası :

Prof. Dr. Necmettin Polvan

Serbest tebliğlerin münakaşası.

SEKSİYON B :

Saat : 9.00

İstanbul Üniversitesi Hukuk ve İktisat Fakülteleri

II. No. lu Dershanesinde

Başkanlar : Prof. Dr. Nusret Karasu

Dr. Tevfik İsmail Gökçe

9 — Üst ve alt ekstremitelerde 18 ampütasyona sebep olan nâdir bir andarterit vak'ası :

Dr. Feridun Timur

10 — Bovin tip basilli pülmoner tüberküloz şekli «Psödötümöral tüberküloz şekli» :

Dr. İsmet Sayman

11 — Uterus kanserinin teşhis ve tedavisi :

Dr. M. A. Hadi Gediz

12 — Bir Huntington koresi münasebetiyle memleketimizde şimdiye kadar tesadüf edilen bu gibi vak'aların tetkik ve tahlilleri :

Dr. Şükrü Hâzım Tiner

Dr. Ömer Şevki Dürüşken

Serbest tebliğlerin münakaşası.

13 — Güreşçilerde kardiovasküler rezerv :

Doç. Dr. Cihat Abaoğlu

Dr. Lütfi Atay

14 — Periferik vasküler cerrahide yenilikler :

Dr. Selâhattin Akel

15 — Kalp ameliyatları esnasında görülen EKG değişiklikleri :

Dr. Hasan Darmar

16 — Verit içine damla damla (P.A.S) şırıngasile tedavi denemeleri :

Dr. Zeki Köseoğlu

Dr. Muzaffer Dilemre

Dr. Cebire Betgen

Dr. Hüseyin Settarzade

Serbest tebliğlerin münakaşası.

SEKSİYON C :

Saat : 9.00

İstanbul Üniversitesi Hukuk ve İktisat Fakülteleri
VII. No. lu Dershaneinde

Başkanlar : *Ord. Prof. Dr. Abdülkadir Noyan*
Prof. Dr. Murat Cankat

17 Sıcak muhitte lokal anestetiklerin toksisitesinin artması hakkında hayvan tecrübeleri :

Prof. Dr. Paul Pulewka

Dr. Dündar Berkan

Dr. Ş. Kaymakçalan

18 Pnömotoraks tedavisinin geç akibetleri :

Doç. Dr. Selâhattin Akkaynak

19 Tüberkülozda Pleuro - Pneumonectomy :

Doç. Dr. Galip Uruk

20 Tüberküloz tedavisinde Isonicotinik aside hidrazide (INAH) :

Prof. Dr. Nusret Karasu

Dr. Necdet Menemenli

Serbest tebliğlerin münakaşası.

21 — Streptokinase - Streptodornase :

Dr. Nezihe Enacar

22 — Trahomun yeni antibiotiklerle tedavisi üzerinde yapılan tecrübelerin hülâsası :

Ord. Prof. Dr. Naci Bengisu
Doç. Dr. Necdet Sezer

23 — Ankarada histoplasmin antijeni ile yapılan araştırmalar :

Dr. Ali Asaf Sirman

24 — Teratoid kaynaklı 3 ayrı enteressan habis genital organ tümörü :

Doç. Dr. Kemal Rüstü Akgüder
Dr. Şemsi Gök

Serbest tebliğlerin münakaşası.

SEKSİYON D :

Saat : 9.00

İstanbul Üniversitesi Hukuk ve İktisat Fakülteleri
VIII No. lu Dershanesinde

Başkanlar : Ord. Prof. Dr. Akif Şakir Şakar
Dr. Cevat Sargın

25 — Özel bir teknikle omuzdan aldığım tek bir lambodan yaptığım total üst dudak ve total burun plastiği :

Dr. Cafer Tayyar Kankat

26 — Fistül ürünlerinde özel teknik (Plastikler ve Derivasyon) ameliyatları :

Dr. Cafer Yıldırım

27 — Ovülasyon zamanının kat'i tayininde «Acido-Plicaturique» nisbetinin önemi :

Dr. Hakkı M. Berkmen

28 — Cervicitis Chronica'nın kadın sağlığındaki rolü ve seçme tedavisi :

Doç. Dr. Münir Türkent

Serbest tebliğlerin münakaşası.

29 — Küçük traumalar ve bunların tetanoz husulünde önemi :

Dr. Feridun Timur

30 — Doğumda B₁ vitamini :

Doç. Dr. Ziya Üstün
Dr. Bülent Sevgen

31 — Özofagus alt kısmında niche ve darlık husulüne sebep olan ulcus :

Dr. İsa Nâzım Onur

32 — Amygdalectomie à chaud (Sıcak bademcik müdahaleleri) :

Dr. Nejat Kulakçı

Serbest tebliğlerin münakaşası.

SEKSIYON A :

Saat : 14,30

İstanbul Üniversitesi Hukuk ve İktisat Fakülteleri
I. No. lu Dershanesinde

Başkanlar : *Ord. Prof. Dr. Sedat Tavat*

Ord. Prof. Dr. Muzaffer Esad Güçhan

33 — Akut ve kronik romatizmalarda desoxycorticosterone acetate ve ascorbik asid kombine tedavisi :

Dr. Feridun Timur

34 — Elektrik tedavisinin yeni şekilleri ve aldığımız neticeler :

Prof. Dr. Osman Cevdet Çubukçu

35 — Ağrılı sendromlarda İrgapyrin ile alınan neticeler :

Doç. Dr. Kâzım Dağyolu

Dr. Beyza Yener

Dr. Burhan Noyan

36 — Okul hekimliği :

Dr. Kudsi Esencan

Serbest tebliğlerin münakaşası.

37 — Çocuk dişleri bakımı :

Prof. Dr. Suat İsmail Gürkan

38 — Kız okullarında çocuk bakımı dersleri :

Dr. Kudsi Esencan

39 -- Unlu müstahzarları yanlış bir surette kullanmanın doğurduğu vahim neticeler :

Dr. İlya Mefano Üsnomal

40 Bursa ilk okullarında tüberküloz :

Dr. Neşati Üster
Dr. Reha Zeybeker
Dr. Celil Uygun

Serbest tebliğlerin münakaşası.

SEKSİYON B :

Saat : 14.30

İstanbul Üniversitesi Hukuk ve İktisat Fakülteleri
II. No. lu Dershaneinde

Başkanlar : Ord. Prof. Dr. Muhittin Erel
Dr. Şükrü Hâzım Tiner

41 Behçet hastalığının âmili üzerinde çalışmalar :

Doç. Dr. Necdet Sezer

42 İki «Wandering Pacemaker» vak'ası :

Doç. Dr. Cihat Abaoğlu
Dr. Vahe Aleksanyan

43 Mide kanserlerinde total gastrektomi :

Dr. Selâhattin Akel

44 Pnömotoraksta paradoksal manzara «Anfizem süblöral» :

Dr. İsmet Sayman

Serbest tebliğlerin münakaşası.

45 Tüberküloz tedavisinde İsonicotinic acide hydraside :

Dr. Zeki Köseoğlu
Dr. İhsan Karlıklı
Dr. Hüseyin Settarzade
Dr. Türkân Atayalvaç

46 Tüberküloz Ampiyemi tedavisi :

Prof. Dr. Nusret Karasu
Dr. Nezihe Enacar

47 — Türkiyede her bir milyon nüfus için bir verem savaşı ünitesi :

Prof. Dr. Nusret Karasu

48 — Bir Miyelosklerotik Anemi vak'ası :

Doç. Dr. Cihat Abaoğlu

Dr. Zişan Saraçbaşı

Dr. Nüvit Tekül

Serbest tebliğlerin münakaşası.

SEKSIYON C :

Saat : 14.30

İstanbul Üniversitesi Hukuk ve İktisat Fakülteleri

VII. No. lu Dershanesinde

Başkanlar : *Ord. Prof. Dr. Ekrem Behçet Tezel*

Dr. Ali Eşref Gürsel

49 — Akciğer tüberkülozması :

Doç. Dr. Selâhattin Akkaynak

Doç. Dr. Galip Uruk

50 — İyi netice alınan 40 Torakoplasti vak'ası :

Doç. Dr. Galip Uruk

51 — Tüberkülozda P.P. tedavisinden aldığımız sonuçlar :

Dr. Rağıp Üner

52 — Tüberküloz hastanelerinde çalışan personelin ağız yıkama suyunda Tb. basili araştırmaları :

Dr. Rağıp Üner

Serbest tebliğlerin münakaşası.

53 — Tavşanlarda experimental göz Tb.sunun Streptomycin ile tedavisinden alınan neticeler :

Doç. Dr. Necdet Sezer

Dr. Mesud Okan

54 — Fibriler tipte atipik gelişme gösteren nâdir bir meningom vak'ası :

Doç. Dr. Kemal Rüştü Akgüder

Dr. Şemsi Gök

55 — Arterio arteriel ve inter ventriküler defektle birleşmiş nâdir bir kongenital isthmus darlığı vak'ası :

Doç. Dr. Müfide Küley
Doç. Dr. Kemal Rüştü Akgüder
Dr. Şemsi Gök

56 — Nâdir bir paratiroid adenomatö gelişmesiyle müterafık Recklinghausen kemik sistemi hastalığı :

Doç. Dr. Kemal Rüştü Akgüder
Dr. Şemsi Gök

Serbest tebliğlerin münakaşası.

SEKSİYON D :

Saat : 14.30

İstanbul Üniversitesi Hukuk ve İktisat Fakülteleri
VII. No. lu Dershanesinde

Başkanlar : Ord. Prof. Dr. Fahri Arel
Ord. Prof. Dr. Zeki Zeren

57 — Barsak delinmesi ve peritonite sebep olmuş bir askaridoz vak'ası münasebetiyle :

Dr. Feridun Timur

58 — Enuresis nocturna'da vegetation adenoides'in alınması :

Dr. Nejat Kulakcı

59 — Bir konjenital diyafragma fıtığı vak'ası ve çok geniş olan fıtık deliğinin adele plâstiği ile kapatılması :

Ord. Prof. Dr. Fahri Arel
Dr. Tarık Minkâri

60 — Ultrasonun Nöro-Vejetatif sistem üzerine tesiri :

Doç. Dr. Hami Koçaş

Serbest tebliğlerin münakaşası.

61 Gebelik kusmalarının yeni tedavisi hakkında :

Dr. Hikmet Aladağ

62 — Tahriş yalnız başına kanser yapar mı ?

Doç. Dr. Alâettin Orhon

63 — İntraplöral açık pnömoliz :

Doç. Dr. Şinasi Güçhan

64 — Perikarditis konstruktiva'nın cerrahi tedavisinden elde ettiğimiz neticeler:

Ord. Prof. Dr. Fahri Arel

Doç. Dr. Nihat Dorken

65 — «Middle lob» sendromu vak'ası :

Doç. Dr. Nihat Dorken

Serbest tebliğlerin münakaşası.

D Ö R D Ü N C Ü G Ü N

28.Eylül.1952 Pazar

Saat : 9.00

SEKŞİYON A :

İstanbul Üniversitesi Hukuk ve İktisat Fakülteleri

I. No. lu Dershanesinde

Başkanlar : Prof. Dr. Niyazi İsmet Gözcü

Dr. Zühtü Tevfik Erman

66 — Mediko sosyal bakımdan işçi çocukları :

Dr. Kemal Dirik

67 — Orta tahsil kız okullarında jimnastik dersleri :

Dr. A. Lebib Karan

68 — Anne ve çocuk sağlığında propagandanın ehemmiyeti :

Dr. Necdet Erenus

69 — Çocuklarda menenjit tüberkülozun bakteriyostatiklerle sistematik tedavisi
ve alınan neticeler :

Dr. Muazzez Barış

Serbest tebliğlerin münakaşası.

70 — Yeni doğan ve prematüre çocuk sağlığı :

Prof. Dr. Naşit Erez
Doç. Dr. Ercüment Bora
Dr. Sami Uç'ar

71 - Ankara'da Necati Bey İlk Okulunda B.C.G. aşısı tatbikatının bir senelik neticeleri :

Dr. İhan Vidinel
Dr. Hanri Nalbantoğlu

72 Boyunda vagus siniri üzerinde lokalize neurom ile birlikte seyreden bir neurofibromatoz vak'ası münasebetile :

Dr. Feridun Timur

Serbest tebliğlerin münakaşası.

SEKSIYON B :

Saat : 9.00

İstanbul Üniversitesi Hukuk ve İktisat Fakülteleri
II. No. lu Dershanesinde

Başkanlar : Prof. Dr. Ziya Cemal Büyükkaksoy
Dr. Fethi Erden

73 --- Bir Lateral İnfarktüs vak'ası :

Doç. Dr. Cihat Abaoğlu
Dr. Vehbi Göksel
Dr. Kâmuran İzmirli

74 --- Epidemik Kerato konjonktivitis Virüsü üzerinde tecrübeler :

Doç. Dr. Necdet Sezer

75 --- Tedavide Digitaline ve Ouabaine associationu :

Doç. Dr. Cihat Abaoğlu
Dr. Sıdika Güngörtire

76 -- Nâdir Guatr'lar :

Dr. Selâhattin Akel

Serbest tebliğlerin münakaşası :

77 Tüberküloz hastalıklarında pnömo perituvan tatbikatı:

Dr. Zeki Köseoğlu Dr. Mehmet Dedeoğlu
Dr. Cebire Betgen — Dr. Orhan Üçsel

78 — Dorsal lob kaviteleri hakkında :

Prof. Dr. Nusret Karasu

79 — Patogenetik özelliği bulunan üç enteressan bronş kanseri vak'ası :

Doç. Dr. Kemal Rüstü Akgüder
Dr. Şemsi Gök

80 Menenjit komplikasyonu yapmış akciğer şarbonu vak'ası :

Doç. Dr. Kemal Rüstü Akgüder
Dr. Şemsi Gök

81 — Entrakaviter Ultraviolet ve Diathermi (Ultracavernothermie) nin alınan neticeleri ve kullanma şekli :

Ord. Prof. Dr. Tevfik Sağlam
Dr. Stj. Orhan Ternar

Serbest tebliğlerin münakaşası.

SEKSIYON C :

Saat : 9.00

İstanbul Üniversitesi Hukuk ve İktisat Fakülteleri
VII. No. lu Dershanesinde

Başkanlar : Dr. Ahmed Şükri Emed
Dr. Refik Kuntol

82 — Bir vak'a münasebetile portal hipertensiyon'da spleno-renal anastomoz :

Ord. Prof. Dr. Fahri Arel
Doç. Dr. Nihat Dorken

83 — Bir kalp kifayetsizliğinde vena cava inferiyor ligatürü :

Ord. Prof. Dr. Fahri Arel
Doç. Dr. Nihat Dorken

84 — Ayrı metodlarla tedavi edilen iki anevrizma vak'ası :

Dr. Zeki Türker

85 — Kaburgada lokalize izole xanthogranuloma :

Doç. Dr. Nihat Dorken

86 — Mesenterde lokalize süpüre bir kistik lemfanjiom :

Doç. Dr. Nihat Dorken

87 — Ameliyatla tedavi edilmiş (10) ösofagus alt nihayeti kanseri :

Ord. Prof. Dr. Fahri Arel

Doç. Dr. Nihat Dorken

Serbest tebliğlerin münakaşası.

SEKSIYON D :

Saat : 9.00

İstanbul Üniversitesi Hukuk ve İktisat Fakülteleri
VIII. No. lu Dershanesinde

Başkanlar : *Ord. Prof. Dr. Tevfik Remzi Kazancıgil*
Dr. Feridun Şevket Evrensel

88 — Miada varan dış gebelikler :

Doç. Dr. Kâmil Akol

89 — Damar cerrahisine ait eksperimental çalışmalar :

Doç. Dr. Fikri Özer

Dr. Zeki Türker

90 — İki venöz greft vak'ası :

Dr. Zeki Türker

Serbest tebliğlerin münakaşası.

91 — Ankaranın muhtelif semtlerinde verem ölümlerinin nispeti :

Prof. Dr. Nusret Karasu

Dr. Cevat Davutoğlu

Dr. H. Nalbantoğlu

92 — Stenoz yapmış nâdir bir arteria-pulmonalis sifilizi vak'ası :

Doç. Dr. Kemal Rüştü Akgüder

Dr. Şemsi Gök

93 — Lokalizasyon ve seyir bakımından nâdir telâkki ettiğimiz üç habis hematopoetik sistem tümörü :

Doç. Dr. Kemal Rüştü Akgüder
Dr. Şemsi Gök

94 — Kâhil bir insanda kısa zamanda ölümle neticelenen ve radyoterapiye cevap vermeyen bazofil lösemi vak'ası :

Doçent Dr. Osman Barlas

95 — İnoperabl kanserin tedavisi ve iç salgı bezi greflerile denemeler :

Doç. Dr. Şinasi Güçhan

Serbest tebliğlerin münakaşası.

Saat : 15.00

Boğaziçi vapur iskelesinden hareket edecek vapurla deniz gezisi.

29.Eylül.1952 Pazartesi

Saat : 10.00

İstanbul Üniversitesi Hukuk ve İktisat Fakülteleri
I. No. lu Dershanesinde

Başkan : Ord. Prof. Dr. Naci Bengisu

(Bu oturuma yalnız rey hakkı olan kayıtlı kongre üyeleri iştirak edebilir. Lütfen üyelerin üye kartlarını ibraz etmeleri rica olunur)

I — Dilekler

II — XIII. Millî Türk Tıp Kongresi toplantı yeri ve konuları

III — Kapanış

XII. Millî Türk Tıp Kongresi

Genel toplantı

BİRİNCİ GÜN

Birinci oturum

25.IX.1952 Pazartesi

Açılma saati : 10.30

Başkan	:	Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı <i>Dr. Ekrem Hayri Üstündağ</i>
İkinci Başkan	:	<i>Ord. Prof. Dr. Naci Bengisu</i>
Genel Sekreter	:	<i>Prof. Dr. Ömer Özek</i>
Oturum Sekreteri	:	<i>Doçent Dr. Cevat Alpsoy</i>

- 1 — Başkan, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanının açış söylevi.
- 2 — İstanbul Vali ve Belediye Başkanı Ord. Prof. Dr. Fahrettin K. Gökay'ın söylevi.
- 3 — İstanbul Tıp Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Ekrem Şerif Egeli'nin söylevi.
- 4 — Gelen telgraf ve mektuplar : numara sırasıyla.

SAĞLIK VE SOSYAL YARDIM BAKANI E. HAYRİ ÜSTÜNDAĞ'ın AÇIŞ SÖYLEVİ

Sayın Misafirlerimiz ve Aziz Meslekdaşlarım,

Cumhuriyetimizin ve Türk tababetinin güzel ve faydalı bir geleneği haline gelen Millî Türk Tıp Kongresinin 12 incisini ve aynı zamanda Cerrahî Tıp Kongresini huzurunuzda açıyorum.

Halen Ankara'da cereyan etmekte bulunan bazı siyasî müzakereler dolayısıyla Sayın Cumhurbaşkanımızla Sayın Başbakanımız bu mühim toplantımızda bizzarur bulunamayacaklardır. Bundan mütevellit üzüntülerini Kongrenize bildirmeyi ve sizlere başarı temennisile sevgi ve selâmlarını iblâğa beni memur ettiklerini arz ederim.

Kongrenin hazırlanmasında büyük emeği olan Türkiye Tıp Encümeninin, Başkan ve üyeleriyle, kongrenin mevzularını tetkik ederek rapor halinde huzuruza sunan raportör arkadaşlarıma teşekkürümü bir vazife sayarım.

Türk Tıp kongreleri 27 senelik mazisi içinde daima milletimizin ve memleketimizin en mühim sağlık ve sosyal davalarını tetkik ve müzakere mevzuu yapmıştır. Geçen seferki kongrenin bu sene konuşulmak üzere Çocuk Sağlığı ve Romatizmayı seçmesi de çok isabetli olmuştur. Bu vesile ile memlekete karşı sorumluluğunu taşıdığımız sağlık meselelerinin hallinde Sağlık Bakanlığımızın bu değerli çalışmalarından faydalanacağını ve onları daima göz önünde tutacağını bildirmek isterim. Kongre, bu

suretle, tabibi, memleket müdafaası ve ekonomisi için faydalı olmak çareleri üzerinde durmak gibi, tıbbî içtimai işler ve derterle meşgul olmağa sevkemiş oluyoruz. Şimdiye kadar toplanmış olan kongrelerde bu usulün tatbikinde tıp unsurları pek çok istifade ettiler. Her tabibin günü gününe dünya tıp literatürünü takip etmesine imkân olmadığına göre, tebliğ edilen raporların Türk Tıp edebiyatı için ve burada yapılan tebliğlerin de her koldan tabipler için ne kadar kıymetli olduğu noktasına da işaret etmeden geçemeyeceğim. İkinci Dünya harbinin başlangıcındanberi, ferdin ve sağlığın kıymetleri daha çok taktir edilmiş, hayatın ve sağlığın muhafazası için sarfedilen gayretler daha çok arttırılarak daha belli bir istikamet almıştır demekle hakikatin tam kendisini ifade ettiğime kaniyim.

Birinci Dünya Harbinde, Orduya alınanların tetanos anatoksinile aşılınmalarından başlayan bu yeni istikamet bu son harpte D.D.T.'nin, antibiyotiklerin keşfi ve kullanılması, ordularda kan naklinin gayet geniş bir surette tatbiki gibi çok büyük sahalara yayılmıştır. Bundan fazla olarak evvelâ muayyen bir maksatla kullanılan bir ilâcın, gün geçtikçe daha başka tatbik sahaları da bulduğu her gün görülmektedir.

İlk defa Amerika ordularının İtalya'ya çıkarma yaptıkları sırada tifüse karşı bit mücadelesinde muvaffakiyetle kullandıkları DDT, bugün artık bütün dünyada sıtma mücadelesinin esas hükümlerinden birini teşkil etmiştir.

Sülfamidler, penicilin ve sair antibiyotikleri, yeni verem ilâçlarından paraminosalisilik asidi, isonikotinic asid hidrazidini, bu arada ehemmiyetle kaydetmek isterim.

Muhterem kongreci arkadaşlar, taktir edersiniz ki tababette tedavi meselesi birkaç meçhullü bir muadeleye benzer. Meçhullerden birinin halli öteki meçhullerin halline de geniş imkânlar hazırlar. Dünya tababeti, bir taraftan tedavi sahasından bir sürü yeni terakkiler elde etmekle beraber bir taraftan da hastalıkları ferdî ve içtimai diye iki kısma ayırmağa doğru büyük bir temayül göstermektedir. İçtimai âfetler adında anılan hastalıklar şimdiye kadar verem, kanser, cüzzam, frengi, trahom gibi hastalıklarından ibaret ve farzedilirken bunların arasına bilhassa Amerikan tabipleri tarafından romatizmanın, betahsis kronik romatizmanın da ithaline doğru geniş bir temayül vardır. Filhakika içtimai hastalıkları, birçok fertleri cemiyetin sırtından geçinmeye mecbur parazitler haline getiren âfetler diye tarif edersek, kronik romatizmayı bunlardan addetmemek mümkün değildir. Elleri çarpılmış, yahut bacakları tutulmuş, çalışmak, hayatını kazanmak şöyle dursun, en basit hayat vazifelerini bile yapamıyarak daimî surette başkasının yardımına muhtaç kalan ferdin cemiyetteki mevki, bir parazit olmaktan başka bir şey değildir. Bir hesaba göre sade Birleşik Amerika'da kronik romatizmanın kahrına uğrayıp çalışamaz hale gelmiş ve cemiyete mal olmuş 7 milyon kişi vardır. Had veyahut enfeksiyöz romatizma ise fert için bir tehlike teşkil etmektedir. Husule getirdiği kalb ihtilâtları yüzünden ölümlere sebep olmakla beraber içtimai bir âfet telâkki edilemez. Bu iki hastalığın tedavisi için son zamanlarda yeni ümit ufukları açılmış, kronik romatizmalarda hipofiz ve sürrenal hormonlarından, had veyahut enfeksiyöz romatizmasında ise antibiyotiklerden güzel neticeler elde edilmiştir.

Kongremizin bu birinci mevzuunda gerek raportörlerin, gerek müzakereye iştirak edecek meslekdaşlarımızın tetkik ve müşahedelerinden geniş istifadeler temin edileceğine eminim.

İkinci mevzuumuz çocuk davasıdır. Bu dava hiç şüphesiz tıbbî olduğu kadar belki ondan daha ziyade sosyal bir davadır. Çocuk, insan cemiyetinde ferdin, ailenin, nihayet içtimai uzviyetin meşalesini ebediyete kadar uzaklaştırmakla, mükellef unsur olduğuna göre, gerek tabiplerin, gerek hijyenistlerin, gerek sosyoloğların bütün dikkatlerini ve itinalarını onun üzerinde toplamaları beşerî ve içtimai bir vesiledir. Bu

davanın muhtelif cephelerinin mütalâası lâzımdır. Evvelâ çocuğun bedence ve ruhça sağlam bir erkek ve bir kadının birleşmesinden dünyaya gelmesi; bu henüz dünyanın hiçbir tarafında vasıl olunmamış bir idealdir. Memleketimizin tek tabip bulunan yerlerinde yapılan evlenme muayeneleri bu muayeneden istihdaf edilen gayeye göre tatmin edici olmaktan çok uzaktır. İkincisi, annenin gebeliğin üçüncü ayından itibaren, frengi, verem ve daha sair hastalıklar bakımından periyodik olarak muayenesi; üçüncüsü ziyaretçi hemşire veya ebeler vasıtasile gebeye halinin icap ettirdiği hijyen kaidelerinin öğretilmesi. Dördüncüsü de annenin ve çocuğunun sıhhatını ve hayatını koruyacak bir doğum temini. Bu birinci safha: Bundan sonra başlayan ikinci safha da doğumdan sonra annenin ve çocuğun korunması gelir. Ondan sonra da mesele tamamen çocuk üzerinde temerküz eder. Merhale merhale süt çocuğunun, oyun çocuğunun, mektep çocuğunun hayat ve sıhhati gelir. Bunların hemen yanında da çocuğun ilk yaşayacağı topluluk hayatı yani mektep gelir. Mektebe sağlam olarak giren çocuğun içinde bulunduğu cemiyetten bilhassa bir hastalık almaması, kendisini herhangi bir sağlık tehlikesine maruz bırakabilecek şartlardan uzak yani hijyen kaidelerine uygun olarak yaşaması, bedence olduğu kadar ruhça da sağlığının muhafazası için lâzım olan şartların mevcut bulunması icap eder.

Mektep, zekâ melekelerini körletecek değil geliştirecek bir muhittir. İşin bu safhasında tababetin pedagoji ile el ele yürümesi lâzım gelmektedir. Bu sahada memleketimizin pek çok doktorları olduğunu itiraf etmeliyim. Esasen taktir buyurursunuz ki, noksan görülüp itiraf edilmedikçe onun izalesi için tedbir almak imkânı yoktur. Hemen şunu ilâve edeyim ki eksiklerimizi tespit ettikten sonra bunları tamamlamak için hummalı bir şekilde çalışmaktan da geri kalmıyoruz. Hükûmet bu meselelerin hepsini tetkik etmektedir. Daha şimdiden Sağlık Bakanlığı bünyesinde bir ana ve çocuk bürosu kurulacağını, Ankara'da bir ana ve çocuk sağlık merkezi açılacağını söyleyebilirim. Yine bu çocuk davası ile alâkalı olarak yeniden hazırlanan ihtisas nizamnamesinde okul hekimliğinin de bir ihtisas kolu olarak kabul edildiğini memnuniyetle zikredebilirim. Çocuk sağlığında alınan neticeler milletlerin sağlık sahasındaki ilerlemeleri için iyi bir miyardır. Bugün birçok ileri ve geri devletlerde 5 yaşından yukarı çocukların ölüm nisbeti pek büyük bir değişiklik göstermeyebilir. Fakat bir yaşından küçük süt çocuğunun ölüm nispeti medeniyet seviyesi ile beraber değişir. Geri devletlerde binde 500 e bile çıkmaktadır. Bizde bu nispet gittikçe düşmekle beraber, halâ oldukça yüksektir. Geçen sene Beypazarı İlçesinde hassasiyetle yaptığımız istatistik araştırmalarında, süt çocuğu ölüm nispetinin kasaba dahilinde bin diri doğumda 78,1; köylerde 132,8 bulduk. Çocuk ölümlerinin en mühim kısmını, yeni doğmuş çocuklar teşkil ettiğinden bunun önüne geçilmesi doğumdan evvel ve doğum esnasında anneye yapılacak yardımlarla bilhassa ilk gündeki ve ilk haftalardaki çocuk ölümlerinin birçoğunun önlenilebileceği bugün bilinen bir hakikattir. Doğum evleri ve doğum sağlık merkezleri bu maksada yardım etmek için kurulmuşlardır ve kurulacaklardır. Çocuk ölümlerinde kâfi olmayan annenin bilgisizliği de mühim bir rol oynadığı için propaganda vasıtalarının hepsini kullanmak, annenin bilgisini arttırmak zaruridir.

Hepinizi hürmetle, muhabbetle selâmlar, Kongremize başarılar diler, raportörlerin kıymetli tetkik ve müşahedelerinin bizim için yeni ilham kaynakları olacağından aslâ şüphe etmiyorum.

Ord. Prof. F. K. GÖKAY'IN SÖYLEVİ

Muhterem Vekil Beyefendi,

Değerli Hocalarım,

Aziz Meslekdaşlarım!

12 inci Millî Türk Tıp Kongresinin İstanbul'da akdine karar vermek suretile Muhterem Heyetin göstermiş olduğu asil duyguya şehir adına bilhassa teşekkür ederim. Şu dakikada 499 yıl evvel, İstanbul'u Türk camiasına ilhak eden, yeni bir devr açan ve 499 yıl evvel medeniyete ve ilme en büyük hizmetler yaparak Birleşmiş Milletler ruh ve zihniyetini tarihe mal etmiş olan Büyük Fatih'in ruhunun şad olduğuna inanıyorum. O, İstanbul'da ilim müesseseleri kurarken Tıp camiasını Tıp külliyesini vücuda getirmiş, kütüphanelerile, medreselerile dünya ilmine hizmet etmiştir. Bu suretle 499 yıl sonra memleketimizin dört bucağından gelmiş olan seçkin bilginlerimizin İstanbul'da toplanarak, memleketin en hayati mevzularını incelemeleri şehrimiz için bir bahtiyarlıktır. Şahsım adına ayrıca müstesna bir bahtiyarlık duyuyorum. Millî Türk Tıp Kongrelerinin ilk günden itibaren bir işçisi olarak daima çalışmış olmak ve onun tarihinde hizmet etmiş olmanın gururile bugün arkadaşlarımı İstanbul şehrinin Vali ve Belediye Başkanı olarak selâmladığım için de müstesna bir zevk duyuyorum.

Muhterem Vekilimizin izah ettikleri üzere, kongrenin seçtiği mevzular, İstanbul gibi sinesinde iki Üniversiteyi ve çok değerli mütehassıs arkadaşlarımızın çalıştığı hastaneleri toplamış olan bir şehrin en esaslı mevzuları teşkil eder ve bunlardan bilhassa ikinci mevzu olan çocuk sağlığı bizi yalnız meslek bakımından değil, aynı zamanda şehrin sosyal davaları mevzuundan da yakından ilgilendirmektedir. Ailede, mektepte ve hayatta çocuğun terbiyesi ve aynı zamanda sağlığını ele almış olan güzide mütehassıs raportörlerin hazırladıkları raporlardan bir hekim olarak değil, aynı zamanda sosyal davalarda çalışan bir arkadaşınız olarak da faydalanacağımızı arz ederim. Diğer taraftan yine kongre mevzuları içerisinde çok değerli ve zengin bir serbest tebliğler programına rastlıyoruz. Bu, memleketimizde bilhassa bunun içerisinde genç neslin büyük yer aldığını görüyoruz. Hiçbir şeye dayanmayan, ilmî yalnız ilim olduğu için gururla ve başitlik olarak takip eden Türk ilim neslinin Türk genç tıp neslinin tıp kongresine böyle zengin bir materyel getirmiş olmasile ayrıca memleketin bir hekimi ve daima iftihar ettiğim üniversite ailesine mensubiyetle bunu da sizin huzurunuzda şükranla ve taktirle zikretmek istiyorum.

Muhterem Arkadaşlarım, İstanbul'da geçireceğiniz günlerin saadete, sıhhatle, neşe ile geçmesini temenni ederim. Şehir ve Belediyedeki bütün arkadaşlarımız mrinizdeyiz. Günlerinizin mes'ut ve kongrelerimizin milletimizin tarihi ile birlikte mütekâmil ve ebedmüddet olmasını diler, cümlelerinizi hürmetle selâmlarım.

TIP FAKÜLTESİ DEKANI Prof. E. Ş. EGELİ'NİN SÖYLEVİ

Sayın Bakan,

XII inci Millî Türk Tıp Kongresinin Aziz üyeleri,

1925 denberi pek mecburî ve ortadan kaldırılması imkânsız engeller dolayısıyla husele gelen bir iki aksama istisna edilecek olursa, düzgün ve dolgun bir programla iki

senede bir toplantılarını daima Ankara'da yapan Millî Tıp Kongremiz, bu sene ilk defa İstanbul'da ve İstanbul Tıp Fakültesinin patronajı altında çalışmalarına başlayacaktır. 27 yıl önce pek genç bir hekim olarak bir buçuk ay Ankara'da Vekâlet arşivlerinde çalışmak suretile, Birinci Millî Türk Tıp Kongresinin hazırlıklarına katılmak talih ve zevkine eren bendeniz, bugün de İstanbul'da ilk toplantısını yapan XII'inci kongreyi, siz Aziz Meslekdaşlarımı İstanbul Tıp Fakültesinin Dekanı olarak selâmlamak tesadüf ve imkânına mazhar olmakla cidden bahtiyarım.

Aziz Arkadaşlarım; Bizim Millî Tıp kongrelerimizin daha ilk kuruluş gününden beri taşıdığı fevkalâde önemli bir özelliği vardır. Bu kongrelerde konuşulan konular, ilmi değerleri kadar memleketin büyük sağlık davalarını bilhassa göz önünde tutmakla karakterlenir. Şurasını hemen açıklamak gerekir ki, bu toplantılar vesilesile bir meslek teşekkülü, yani hekimlikle bir devlet müessesesi yani Sağlık Bakanlığı arasında husule gelen iş birliği ve anlaşma eşine pek az rastlanır, dünya çapında örnek teşkil edecek bir mükemmelliktedir. İlk kongrenin ele aldığı sıtma davası Türkiyemizi feraha kavuşturan parlak bir savaşın hareket noktası olmuştur. İkinci kongremizde konuşulan frengi ve trahom meselesi, bu ağır hastalıklarla ciddi ve başarılı bir mücadelenin istikametini tayin etmiştir. Bir başka kongrede konuşulan kemik tüberkülozu bize yatak sayısı ve teşkilâtı daha büyük yardım ve himmetlere muhtaç olmasına rağmen bu dava ile ilgilenen bir hastane kazandırmıştır. Köy sağlık teşkilâtı yine bu kongrelerimizin konuşma konusu olmuş ve meselenin halli için büyük adımlar atılmıştır. Daha ilk kongrelerimizde ele alınan verem meselesi kısa bir zaman sonra ilk meyvesi olmak üzere İstanbul Verem Savaş Derneğinin kurulmasını sağlamış, gün geçtikçe dünya ölçüsünde bir mükemmeliyete varan bu teşkilâtın yardım ve fayda sahası tabiatile İstanbul sınırlarını aşmamıştır. Bundan üç sene önce bütün vatana şamil bir savaş yapmak arzusu ile harekete gelen Sağlık Bakanlığı son kongre konusu olarak tekrar veremin ele alınması arzusunu göstermiş ve gerçekte bundan sonra devlet geniş ölçüde ve büyük para ayırarak büyük şükran ve minnetle karşıladığımız memleket çapında bir verem savaşına girişmiştir.

1935 de VI. inci kongrede ilk defa konuşulan romatizma davası, 17 sene sonra XII. inci kongrede tekrar münakaşanıza arzedilmiştir. Gönül, bundan sonraki senelelerin memleket için pek hayırlı ve pek faydalı neticeler doğuracak bir romatizma savaşını teşkilâtile süslenmiş olmasını derin bir iştihakla temenni eder.

Romatizmanın, akut şeklinin kalpte yaptığı yerleşmelerle, sebebiyet verdiği kötürümlük ve ölüm nispetinin yüksekliği kronik şekle binlerce vatandaşı çalışma gücünden mahrum bırakarak iş hayatından uzaklaştırması, gerek memleket gerek etrafı için bir yük haline getirmesi, bu ağır fakat ölüm yapmadığı için sinsi ve sessiz bir şekilde tahribat yapan hastalıkla bizi ciddi bir savaşa sevkeden amillerdir. Medenî dünyadaki istatistikler, meselâ Amerika'da yalnız romatizmanın ekonomi-politik ve mediko-sosyal bakımdan tüberküloz, kalp hastalıkları, diyabet ve kanserin topunun yaptığı zarardan fazla mazarrat ika ettiğini, iç istatistikleri de diyabet ve tüberkülozun topunun romatizma kadar cemiyet için zararlı olmadığını göstermektedir. Bizde bu mukayeseleri yapılacak dikkatli bir istatistik maalesef mevcut olmadığı için tam bir rakkam vermeğe bugün için imkân yoktur. İşte gerek bu imkânı hazırlamak, yani iyi tertiplenmiş mukayeseli bir romatizma istatistiğine sahip olmak, gerek şuurlu ve bilgili bir programla hem tedavi hem de koruyucu hekimlik bakımından başarılı bir savaşı tertiplemek için ciddi ve geniş bir organizasyon ihtiyacındayız. İngiltere'de tekrarlamalara mani olacak şekilde bir romatizma tedavisinin nekahat ve çalışmaya alıştırma devreleriyle beraber 9 ilâ 12 ay sürdüğünü söylemek yalnız medenî ve kültür memleketlerinde bu hastalığa verilen önemin derecesini göstermekle kalmaz, yapılmı-

sı gereken teşkilâtın şümül ve manasını da ifade etmek gibi bir ciddiyet taşır. Yalnız romatizma davası, tüberküloz meselesinde olduğu gibi, tedavi ve savaş yönünden, bir sıtma veya frengi tedavi ve savaşı kadar kolay ve hemen şematize edilecek kadar basit değildir. Bu iki hastalık mücadelesinde büyük bir programla beraber teşkilâtçı bir idarenin muhakkak ilmî bir merkezle pek pek yakından ve çok uzun seneler devam edecek bir işbirliğine ihtiyacı vardır. Hastalığın çeşitli formlar göstermesi koruyucu hekimliğin çok geniş ve türlü türlü konuları ele alması, tedavinin her hastaya göre değişen geniş oynaklıklar göstermesi, tedavi vasıtalarının ilâçlar, istirahatden başlayarak çeşitli elektro fizikoterapi âletleriyle, kaplıca, su, çamur ve saire gibi büyük ve bütün memlekete şamil bir takım vasıtalarından faydalanma şeklinde bir mecburiyet göstermesi, bir yandan bu tedbirlerin alınması için, enerjik ve teşkilâtlanmış bir idarenin faaliyetini beklerken, öteki yandan da bilhassa bu işle uğraşacak ilim merkezlerinin her gün değişen ihtiyaçlara cevap verecek bilgi ve direktifine ihtiyaç gösterir. Bu merkezler, kurulması gereken dispanserleri besleyecek, savaş mekanizmasını idare edecek mütehassıslar yetiştirecek, tedavi vasıtalarının teknik şeklini tertipleyecek, mevcut tabii tedavi kaynaklarını organize edecek yolları gösterecek, bunlara yenilerinin ilâvesi için emek harcayacak velhasıl savaşın düşünen başı rolünü oynayacaktır. Bu itibarla bugün esasları mevcut iki müessesemiz, İstanbul ve Ankara Tıp Fakülterinin Fizikoterapi Klinik ve Enstitülerinin yeni ihtiyaçları karşılayacak şekilde gerekli yatak sayılarını arttırmak, gerek laboratuvarlarını kuvvetlendirmek, gerekse âlet ve araştırma bakımlarından noksanlarını tamamlamak kaplıca ve su tedavi merkezlerimizi bu iki Enstitünün devamlı ve kontrolüne tabi tutmak, ilmî kadrolarını kuvvetlendirmek ve bunları bir romatizma hastalıkları enstitüsü haline getirmek çarelerini aramalıyız. Bu çeşit mücadele de koruyucu ve tedavi edici hekimlik bakımından birinci plânda rol oynayacak romatizma dispanserlerinin hemen faaliyete geçmesi imkânlarını bulmalıyız. Devletle ilmin el ele vermesi bu işi pek kolaylaştıracaktır, ve ekonomi politik ve mediko-sosyal mecburiyetleri bakımından buna şiddetle ihtiyacımız da vardır. Milli Sağlık davalarında, tıpkı askerî harplerde olduğu gibi bütün teşekküllerin üzerlerine düşen vazifeyi almaları ve başarı için faydalı olacak bütün çarelerin toptan harekete getirilmesi, neticeyi kazanmak için en tesirli bir metottur. Verem savaşında bu mesele ile uğraşan bütün sıhhi müesseselerin şerefli ve kudretli başarıları yanında, İstanbul Tıp Fakültesi kendinden beklenen yardımı bütün arzusuna ve bütün talebine rağmen tam manasile ve kudreti nispetinde yapamamakla üzgündür. İki senedir bir Verem hastalıkları kürsüsü mevcut olan Fakültemizin halâ anlayamadığımız bir sebeple, bir tüberküloz kliniği mütehassısı yetiştirecek ve verem savaşında birinci safta rol oynayacak elemanları bol miktarda hazırlayacak bir verem hastanesi yoktur. Bu kadar ağır bir savaşta bu kadar tesirli bir kuvvetten mahrumiyet muhakkak ki bu mücadelede diğer unsurların bütün gayretine rağmen bir noksanlık yaratmakta ve başarının istenen hızda ve istenen mükemmellikte olmasını aksatmaktadır. Tıp Fakültemiz en geniş bir anlayış havası içinde ve en derin bir gönül arzusu ile memleket sağlığı ve dolayısıyla mediko-sosyal ve politik ekonomi konularında payına düşen ödevi yapmağa amadedir. Romatizmanın memleket sağlık ve ekonomisine ağır darbe vuran bu hastalığın savaşında da yeni hamle ve engin bir cesaretle Türk hekimi başta ilim ve idare teşkilâtı olmak üzere elbette muvaffak olacaktır.

Kongremizin ikinci konu olarak ele aldığı çocuk sağlığı meselesi memleketin kötü davalarından biridir. Nüfus politikası bakımından fazla doğum olmayan memleketlerde doğanları yaşatma ve sağlam yetiştirmenin en önemli bir konu teşkil ettiği artık bir mütaarefedir. Çok doğuran türkün genç yavrularını hem beden hem ruh bakımından gürbüz ve dayanıklı birer eleman haline getirmek, yarının ümidi olan bugün-

kü çocuklarımızı vücutları kadar ruhları ve karakterleri itibarile de kuvvetli yetiştirmek ebedî türkiyemizin bekasını ve refahını sağlayacak tek çaredir. Memleketin en yetkili ağızlarından bu gayelere erişmenin tedbirlerini dinleyeceğimiz bu meselede de mutlaka yukarıda arzettiğimiz metotların bütün kültür memleketlerinde ve medenî âlemde tatbik olunan modern çalışma sisteminin yani ilim merkezleriyle idare teşkilâtının en sıkı ve en ayrılıksız bir işbirliği halinde çalışması usulünün tatbiki kat'i bir zarurettir. Hepinize İstanbul Tıp Fakültesi adına hoş geldiniz der, kongrenin memleket ve ilim dünyası için hayırlı ve başarılı olmasını candan temenni ederim.

Gelen Telgraf ve mektuplar : .

*Sayın Dr. Ekrem Hayri Üstündağ XII. ci Millî Türk Tıp Kongresi
Başkanı, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı*

İSTANBUL

12 nci Millî Türk Tıp Kongresi ilmî çalışmalarının yurt sağlığına kıymetli hizmetleri dokunacağına eminim. Başarılar diler ve kongre üyelerini muhabbetle selamlarım.

Cumhurbaşkanı

CELÂL BAYAR

XII inci Millî Türk Tıp Kongresi Başkanlığına

Kongrenize davet etmek suretile göstermiş olduğunuz nazik alâkanıza teşekkür eder, memleket hizmetinde büyük semereleri görülecek olan Millî Tıp Kongresinin çalışmalarında başarılar diler hepinize sevgi ve saygılarımı sunarım.

Başbakan

ADNAN MENDERES

XII inci Millî Türk Tıp Kongresi Başkanlığına

İstanbulda ve Üniversitemiz içinde ilk olarak toplanacak olan Millî Kongremizde vazife icabı anî olarak Avrupaya hareket etmek mecburiyetinden dolayı bulunamıyorum. Kongreyi bu gün temsil vazifesini üzerimde taşıdığım ve hepimizin anakucağımız olan İstanbul Üniversitesi adına şahsan selâmlamak imkânından mahrum olmak, bana acı geliyor.

Değerli ve çok aziz meslekdaşlarımın bu kongrede ortaya koyacakları büyük eserlerle Millî tababetimize ve dünya irfanına yapacaklarına emin olduğum büyük hizmet beni şimdiden mes'ut etmektedir.

Kongrenin uğurlu ve hayırlı olmasını dilediğim aziz meslekdaşlarıma bağlılık ve saygı hislerimle birlikte arzetmenizi saygılarımla rica ederim.

Istanbul Üniversitesi Rektörü

Ord. Prof. Dr. KÂZİM İSMAİL GÜRKAN

XII inci Millî Türk Tıp Kongresi Başkanlığına

İşlerimin fazlalığı hasebile muhterem kongrenizde bulunamadığımdan cidden çok müteessirim. Kongrenizin Türk milletine çok hayırlı ve uğurlu olmasını candan diler muvaffakiyetler temenni eder hürmetlerimi sunarım.

Belediye Başkanı

ATIF BENDERLİOĞLU

XII inci Millî Türk Tıp Kongresi Başkanlığına

Türk milletinin sosyal davalarında en büyük yardımları dokunan münevver Tıp Kongresine hayırlı başarılar temenni ederim.

İl Genel Meclis Üyesi

HASAN BASRİ BİRCAN

Bundan sonra yurd içi ve yurd dışı meslektaşlarımızdan gelen ve kongremize başarılar dileyen diğer telgraf ve mektuplar okundu, alkışlandı.

Başkan — Öğleden evvelki oturumumuz bitmiştir. Şimdi XII ci Millî Türk Tıp Kongresi Sergisini açmak üzere Sayın Sağlık Bakanımızın ve meslektaşlarımızın sergi yerine teşriflerini rica ediyorum ; hep beraber sergi gezilecektir.

BİRİNCİ GÜN

İkinci Oturum

Saat 14.30

Başkanlar : *Ord. Prof. Naci Bengisu*
Ord. Prof. F. K. Gökay

Başkan : Birinci günün ikinci oturumunu açıyorum. Prof. Arif İsmet Çetingil (Romatizmanın etiyolojisi) hakkındaki raporunu okuyacaktır. Kürsüye buyurmalarını rica ederim.

Prof. Arif İsmet Çetingil raporunu okudu.

Başkan : Raporların okunmasına devam ediyoruz. Tartışma raporların okunması bittikten sonra olacaktır. Söz Prof. Ekrem Şerif Egeli'nindir. Kürsüye buyurmalarını rica ederim.

Prof. Ekrem Şerif Egeli (Romatizma tedavisindeki yenilikler) hakkındaki raporunu okudu.

Raporların münakaşası

I. ROMATİZMANIN ETİOLOJİSİ :

Dr. Talât Vasfi Öz :

Romatizmanın etyolojisinde bilhassa Streptokokculardan olan bu arkadaşımızın bu tezin aleyhtarı bir arkadaşımızdan sonra söz almasındaki zorluğa bilhassa işaret etmek mecburiyetindeyim.

Streptokoklara ait tezler zaman zaman ortaya atılmış kuvvetlenmiş, zayıflamıştır. Hadise medhaldar streptokok gurup tip ve cinslerinin tayinindedir. Hayvan tecrübeleri raportör arkadaşımızın ekarte etmiş olmalarına rağmen viridans Streptokokların tamamen lehindedir. Ancak bu Streptokoklar kobay, tavşan ve diğer laboratuvar hayvanlarına nazaran çok hassas olan kedi, yavru ve intandan âri kedilerin boğaz frotilerile bir mafsal romatizması kuyruk ve bel kemiği mafsalları dahil) tevlit edilebilmektedir. Yalnız bizi teessüre sevkeden cihet hayvan hayatının anatomik lezyonun teessüsüne imkân vermeyişidir. İkinci mühim nokta Viridans Streptokoklarının somatik antijen dilüsyonlarile cilt teamüllerinin müsbet oluşudur. Amerikalılar bu nisbeti % 70 - 80 göstermektedirler. İyi antijen dilüsyonlarile % 90 - 95 netice alınmaktadır

münakaşalara cevap:

Raporumun münakaşasına iştirak etmekle, konunun daha ziyade aydınlatılması-
nı temin eden arkadaşlarımla hepsine teşekkür ederim.

Prof. Çubukcu, physiothérapie enstitüsüne müracaat eden hastaların bir istatis-
tiğini söylediler.

Bir sene zarfında müracaat eden hastaların mecmuu 187 olup bunlardan 115 i
kadın ve 72 si erkek hastadan ibarettir. Bu hastaların 88 i (79 erkek, 9 kadın) spon-
dylarthritis ankylopoetica'dan muztarip bulunmaktadır.

Bu yekûn hiç şüphesiz yalnız İstanbul halkında değildir. Kronik bir mahiyet ta-
şıyan ve az çok malûliyet temin eden bu hastalığın, memleketin her köşesinden ensti-
tüye müracaat etmiş olduğu muhakkaktır.

Bu istatistikde yegâne ehemmiyetli vak'a, spondylarthritis incidence nda erkek
cinsinin kadınlara nisbetle daha fazla olduğunu göstermiş olmasıdır.

Prof. Dirisu'nun mütalâalarına gelince, ben heyecanlı bir rhétonique in ilmi me-
seleleri halledemiyeceğine kaniim.

Kendileri önce romatizmanın klâsik taksiminden bahsederek, rapordaki etioloji-
nin bunların hangisine ait olduğunu sordular, ve yine kendileri, raporda tasrih edildiği
vechile, bunun asıl romatizmaya ait olduğunu ifade ettiler. Klinge ; romatizma hasta-
lıklarını pek cazip bir surette birleştirmiş, ve bunu tek bir hastalık olarak kabul et-
miştir. Klinikteki farkları ancak yaş meselesi ile izah eden bu müellifin görüşlerinde,
hakikatın payı olmak gerektir. Bu suretle akut ve spesifik romatizma etiolojisi izah
edildiği takdirde, kronik şekillerinin izah edilmesi de kolaylaşmış olacaktır.

Streptococcuslerden gayri diğer mikropların, ve bunlar arasında staphylococcus
ve pneumococcuslerin etiolojideki rolleri ve iştirakleri varit değildir. Serologique delil-
ler tamamen bu kanaatin aleyhindedir. Olsa olsa bir pathergie meselesi düşünülebilir.

Bu gün için hâkim olan kanaat, romatizmanın A gurubu streptococcus lere karşı
periarticulaire dokunun gösterdiği aşırı sensibilité den ibarettir.

Streptococcus ler önceleri yalnız morphologie ve culture karakterlerine göre mü-
talâa edilmişlerdir. Nasıl ki pneumococcus ler de bu suretle tek bir mikrop olarak te-
lâkki edilmiştir. Fakat sonraları bu morphologique ve zahiri karakterlerin hastalıkları
izah hususunda yetersizliği anlaşılmış ve Lancefield streptococcus leri, C maddesine
(hususî hydrate de carbone) göre biologique olarak ayırmıştır.

Bu suretle romatizmada yalnız A gurubu streptococcus lerin rol oynadıkları an-
laşılmıştır.

Prof. Talât Vasfi Öz'ün mütalâaları, kanaatlerime tamamen uymakta ve müta-
lâalarımı teyit ve takviye etmektedir. Kendilerine bu hususta teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Kemal Turgut hyalusionidase ve antihistaminique lerin tedavide kullanılma-
sından bahsettiler.

Romatizma etiolojisinde hyalusionidase in rolü hakkında raporda kâfi sarahat
vardır. Streptococcus ler tarafından ifraz edilen bu madde, collagen dokunun mukave-
metini kırarak onu Vulverable hâle getirmekte, bu suretle muziranilin noble paranki-
mayı müteessir etmesine yol açmaktadır. ACTH ve Cortisone un müsait tesirinin bir
sebebi de anti-hyalusionidase kudretlerinden ileri gelmektedir.

Binaenaleyh, romatizmada hyalusionidase kullanılması, bu noktadan tamamen
contre-indiqué olmak icabeder.

Antihistaminique lerin tesiri düşünülecek bir meseledir ve tecrübeye sayandır.

Dr. Alâattin, Incidence in azhğından bahsettiler. Bunu memleketimiz için bir bahtiyarlık saymak icabeder.

Streptococcus lerin étiologique rollerinden yukarda bahsedilmiştir.

Penicilline in tesiri meselesine gelince :

Penicilline doğrudan doğruya romatizma âfeti üzerine müessir değildir. Çünkü romatizma, bu cins streptococcus'un yaptığı infection'un bir şeklidir.

Ancak başlangıç intana, yani angine ve üst nefes yolları infectionlarını önlemek suretile indirect olarak romatizmaya müessir olabilir.

Prof. Karasu, asker ve sivil hastaneler statistikleri arasındaki farka işaret ettiler. Bunun sebebi raporda izah edilmiştir. Askerlerin toplu hayatları, romatizma yağ incidence i içinde bulunulan, daima hava şartlarına maruz kalmaları ve ağır physique exercise ler, bu vaziyeti kâfi derecede izah edebilir.

Prof. Dirisu bu arada Virus etiolojisini de ifade ettiler. Âmilleri kat'i olarak bilinmeyen hastalıkların Virus den ileri gelmeleri daima düşünölmüştür. Romatizmada da bundan şüphe eden müellifler mevcuttur. Fakat Virus etiolojisi bu gün için henüz isbat edilememiştir.

Dr. Yıldırın Reiter sendromundan bahsettiler. Conjunctivitis, urethritis ve arthritis ile karakterize olan bu sendromun; önceleri Dysenterie ye atfedilmiştir. Gonococcus lerle hiç alâkası yoktur. Bir kısım müellifler pleuropneumonie yapan âmile benzeyen mikrop tecrit ettiklerini iddia ederler. Bu günkü telâkki, bunun da allergique bir hâdise olması merkezindedir.

Bir arkadaşımız da istatistiklerin kâfi rakkam ihtiva etmediğini ileri sürmektedir.

Bu hususta İngiliz ve Amerikan istatistiklerine de ancak bu kadar rastladım. Memleketimiz hakkındaki rakkamların da kâfi olduğu kanaatindeyim.

ve nihayet bütün allerjik hastalıklarda olduğu gibi mikrobun bulunduğu yerde ve allerjik teamülleri lokalize olduğu yerlerde cilt teamülleri hususu ve bütün allergenlerle sepisifik desansibilizasyonlarda görülen reaksiyonlar görülür. Nihayet bu antijenlerle yapılan tedavi lokalizasyonları bakımından birbirine asla benzemiyen seriri ârâzı düzeltici tesiri görülmektedir. Meselâ erithem polimorf ile erithem nouveaux da klinik tablo birbirine benzemediği halde tegayyür aynı fakat kapiller sistemin bu tipik değişikliğinin birinde yeri deri altının derin diğerinde sathî kısımlarında oluşudur. New-York da 1949 da 7 inci Milletlerarası romatizma kongresinde gösterildi. Yaşayan hastalarda göz kapiller eviyesinin normal ve romatizmalarda mikroskopik ve ağırandize edilecek mütalâasında ilk değişikliğin iç zarda kaypaklığın bozulması, ve binnetice anemi, sonradan cidar kalınlaşmasile artar, permeabilite bozulur, kan suyu boşluklara çıkar. Bu anemi tıkanmaya kadar gider, antijenlerle bunlar düzelir, insibaplar reşf olur. Şu halde enfekt allerji tezinin antijen tedavisindeki büyük başarısı bir müeyyidedir.

Doçent Dr. İzzet Kantemir :

Romatizma etiyolojisi hakkında dünya literatürü Streptokokların tam âmil olduğunu iddia edenlere karşı Penicillinin tesir etmemesi, hastalığın tezahür ettiği yerlerde bu âmilin bulunmaması gibi iki esaslı kriterium bu âmilin yalnız başına bir âmil olarak kabulünü reddetmektedir. Romatizma ensidansının bizim memleketimiz için daha büyük materyele ve istatistiğe dayanması arzu edilirdi.

Tedavi tedbirleri literatüre dayanarak etraflı bilgi verilmekle beraber Irgapyrin preparatına daha büyük kıymet vermek için yeter derecede tecrübe yoktur. Ancak bu preparatın zerke yarayan bir preparat olarak tatbikinden fayda elde olunabilir, ancak Salisilat veya Pyramidon'a üstünlük izafe etmek cesaretli bir karardır. Esas tesir mekanizmasının da Pyramidon'dan daha başka türlü bir hususiyeti taayyün etmiştir demez.

Prof. Dr. Nusret Karasu :

Yapılan münakaşalardan meslekdaşlarımdan Streptokokların rolü olmadığı ve Pyramidon'un çok iyi bir ilâç olduğu kanaatini taşıyanların çokluğu nazarı dikkatimi çekti.

Asker hastanelerinde koğuşlar dolusu yatan romatizmalılar ekseri (angine) lerden sonra husule gelen kâzip epidemi şeklinde zuhur eden vak'alardır.

Sulfamid, Penicillin, Vaccin Profilaksileri ve sair tetkiklere istinad ederek ve şahsî görüşlerimizi de buna katarak Streptokokların etyolojide baş rolü oynadığını kabul etmek zaruridir.

Küratiften ziyade Palyatif tesir ettiği anlaşılan ilâçlardan Cortison ve ACTH da katılmak suretiyle bu gün yine diyebiliriz ki had romatizmanın tedavisinde esas madde Salisilat dır.

Sair tedavileri gereklice yardımcı olarak kullanılmalıdır. Profilakside Streptokoklar üzerine teveccüh etmek ve nüküslerin menind fuayelerden organizmayı kurtararak toksinlere karşı uzviyetin titizliğini gidermek lâzımdır.

II. ROMATİZMANIN TEDAVİSİNDE YENİLİKLER :

Dr. Cafer Yıldırım :

Romatizmanın etiolojisi kesin değil, tedavisi kat'i değil, kliniği değişik olduğuna göre hastalık mıdır, sendrom mudur ?

Buna binaen sendrom veren ve memleketimizde Almanyadan alınma, bir ecnebidе rastladığım (Reiter's sendrom) var ki: Uretrit + Konjonktivit + Artrit poliartiküler' den ibarettir ve aslında Urolojik bir hastalık olduğu halde (Waelsch) tipi uretrit ve konjonktivit aranması, romatizmadan tefrik edilemez.

Ajan patojen ise (P. P. L = Pleuro-pneumonia Like organizm) denen (including Body) gösteren bir virus olup; tedavisi : Uretritten başlar ve orda biter, diğer sistematik tedavi ile beraber. Böyle vak'a görülmüşmüdür bunu rica edeceğim.

ACTH ve Cortisone tedavisi antik (Salisilat, Pyramidon v.s.) ye nazaran çok farklı netice vermediği halde, haftalarca kullanılması mecburiyeti hitamında da residiv fairesizliğine ilâveten, hasta için mühim olan fiat farkı ne kadardır? Tahmin ederim epeycedir.

Cortisone ile benzerlerinin C vitamini ile kombinasyonu tedavilerde ne derece fark veya eşitlik olduğunu rica ederim.

Doçent Dr. Cihad Abaoğlu :

Bir Bechterev hastalığında Peteosthor kullanılmış çok iyi netice alınmıştır. 2 - 3 ay müddetle haftada iki damara Peteosthor (Thorium X, Platine ve Eosin karışığı) şırıngası ile iyi netice alınmıştır.

Doç. Dr. Cevat Alpsyoy :

Arkadaşımız Doç. Dr. Cihat Abaoğlunun bahsettiği benim daha evvelce Türk Tıp Cemiyetindeki takdim etmiş olduğum vakadır. Mesele hakkında daha çok tenevvür edilebilmesi için bu tebliğimi kısaca tekrarlamayı uygun buluyorum.

Bel kemiğini sertleştiren ve şeklini bozan spondylitis ankylopoetica da şimdiye kadar tatbik edilen çeşitli tedavi şekillerinin yüz güldürücü bir netice vermediği hepimizce malûmdur. (Sıcak banyolar, çamur banyoları, lokal ve genel tatbik edilen malûm romatizma ilâçları, röntgen tedavisi, hatta son yıllarda pek methedilen ultra şal bile)

Hastalık geçtikten yani florid devreyi atlattıktan sonra ileri derecede kifoz bırakın şekillerinde osteotomi vertebrale baş vurmak bile gerekebilir.

Hastalığı malûliyet bırakacak şekillere doğru gitmeden önleme, durdurma veya şifaya ulaştırma imkânlarını bize veren ideal bir ilâca bugüne kadar malik değildik.

Şimdi söyleyeceğim radyoaktif tesir yapan peteosthor bu eksikliği kaldıracak gibi görünüyor.

Hastamızdan bahsetmeden önce Peteosthor un Bechtrew (spondylitis ankylopoetica) ve tatbik edildiği diğer hastalıklardaki umumî tesiri, neticeler ve terkibine temas edeceğim.

Troch tarafından keşfedilen bu ilâç hakkındaki yazılara alman literatüründe sık sık rastlanmaktadır.

Evvelki sene iştirak etmiş olduğum Hannover deki Alman Ortopedi Kongresinde kemik ve oynak tüberkülozunun tedavisi konusu görüşülürken Streptomycin, Conteben ve Pas yanında bu hastalığa çok müessir olan Peteosthor üzerinde de durulmuştu ve bu arada konu dışı olmasına rağmen bu ilâcın Bechtrew (spondylitis ankylopoetica) da tesiri bilhassa belirtilmişti.

Almanyada «Chininfabrik Braunschweig Buchler CO.» de yapılmakta olan Peteosthor'u Troch ve diğerleri bir müddettenberi kemik ve mafsalsal tüberkülozunda kullanılmaktadır. Troch 1949 senesinde Peteosthor adında çok değerli bir kitap ta neşretmiştir.

İlâcın tüberküloz basiline in vitro tesirini Popp ve Egelhaaf bildirmişlerdir. Troch bu ilâcı 1946 yılındanberi spondylitis ankylopoetica ya karşı da kullanmaya başlamıştır.

1949 senesinde Göttingen Tıp Cemiyeti Peteosthor'un spondylitis ankylopoetica da kullanılmasının çok faydalı olacağını ittifakla kabul etmiş ve ilâcın bu hastalıkta en müntehab ilâç olduğunu ileri sürmüştür. Bu tedavi ile hastalıkta yalnız salâh değil bir çok defalar şifa bile temin edilebilmektedir.

1950 nisanına kadar Troch ve Pitzen ve diğerleri 50 ye yakın klinikte yüzlerce spondylitis ankylopoetica lı hasta Peteosthor tedavisine tabi tutulmuş ve bir çoklarında şimdiye kadar görülmemiş süratli ve aşikâr salâh ve hatta şifa tesbit edilmiştir.

Bu ilâcın kemik ve oynak tüberkülozunda tesiri bakımından bazı fikir ayrılıkları da yok değil. Meselâ Troch florid proseslerde sansasiyonel neticelerden bahsediyor ve miş enfeksiyon mevcut olmayan vak'alarda Peteosthor la şifa müddetinin göze çarpıcı derecede kısaldığını belirtiyor. Brandt, Hoffmann, Wulfling de aynı kanaati ileri sürmektedirler. Negatif kritiği yalnız Fürmaires yapmaktadır.

Geçen seneki Alman Ortopedi kongresinde Troch kemik ve mafsalsal tüberkülozunda Peteosthor ile iyi netice aldığı bir çok vak'aları bizzat göstermiş ve Schramm Koch da hayvan ve hastalar üzerindeki tecrübelerinden bahsetmişler, ekseriyet lehte olmak üzere bir çok kimseler de münakaşaya katılmışlardır. (Lauenstein, Bugers, Spiess, Popp, Loeffler, Beinstorff).

Peteosthor un tecrübe hayvanlarının vücudunda dağılmasını Scheer izah etmekte ve şuan kemikte bilhassa oturduğunu ileri sürmekte ve bu arada da testislere de çok defa zararı dokunmadığını belirtmektedir.

Troch'a nazaran hasta olan hücreler menfi elektrikiyeti haiz bulunmaktadır. Peteosthor vücuda şırınga edildiği zaman ilâcın menfi elektrikiyeti haiz olan hücrelerde toplanmakta ve hücre dahilinde bombardıman yapmak suretile menfi hücreyi ifna etmekte ve onun yerine taze müsbet elektrikiyetli hücrenin gelmesini sağlamaktadır. Bundan dolayı kanser, kemik ve mafsalsal tüberkülozu spondilit ilh. gibi hastalıklarda ilâcın hasta hücrelere hücum suretile tesir ettiğini iddia etmektedir. Bunu isbat maksadile fareler üzerinde tecrübeler yaparak mikroskopik tetkiklerde bulunmuştur. Karaciğer kanserli bir farenin kuyruğundan zerkesilen ilâçtan biraz sonra karaciğerin mikroskopik incelemesinde ilâcın burada toplanmış olduğunu ve sağlam hücrelerde Peteosthor mevcut bulunmadığını meydana koymuştur.

Peteosthor un terki b ve vasıfları :

Peteosthor kolloidal platinin (Platinsol) yüksek dispersitesi olan eozinle karışmasından teşekkül eden Peteos la, Thorium X i havi bulunan İxthor in birleşmesinden hasil olmuştur.

Peteos steril ampuller içerisinde aylarca dayanabilir. Durma tesirile platin kısımlarının çökerek dipte görünmesinden endişe etmemelidir.

İxthor ise Thorium X in intravenöz enjeksiyon yapmak üzere hazırlanmış radiatordan mahrum sudaki mahlûlüdür.

Bu ilâcın müessir maddesi olan Thorium X i diğer Thorium mürekkepleri ezcümle Thorotrast ile karıştırmamalıdır. Tedavide tesiri mühim olan ve alfa şuları neşreden Thorium X nisbeten sür'atle parçalanır.

Taze hazırlanmış Thorium X preparasyonundan çıkan alfa şuları ilk gün zarfında 10 % artar. Bu artışa sebep müteakip şua mahsullerinin teşekkülüdür. Bundan dolayı Thorium X in radioaktif muvazenesi yoktur. İlâcın tesiri neşrettiği radioaktif şua sayesinde. Yoksa ilâçta direkt şimik tesir yoktur. Hayatının kısa olması sebebiyle Thorium X depo yaparak muahhar neticeler meydana getirmez.

Alfa şularının seyri şöyle oluyor : Yukarıda söylediğimiz gibi birinci günde aktivite 10 % artar. İlâcın ihzarından 38 saat sonra bidayetteki kıymetini tekrar alır. 5,5 günde aktivitenin 50 % sini ve 8 günde de 75 % ini kaybetmiş olur. Şu halde ilâcın kısa bir müddette kudreti çok azalmış bulunuyor. Fabrikadan bu ilâç istenen yere en seri vasıtalarla gönderilmektedir. İlk tecrübe için getirttiğimiz Peteosthor hava yolu ile gelmesine rağmen bir çok formaliteler dolayısıyla maalesef 15 günde ele geçebilmiştir.

Peteosthor un kullanılışı :

Tedavi çok dikkatli kontrole ihtiyaç gösterdiğinden hastanın behemehal bir kliniğe yatırılarak tatbiki lâzımdır. Mutad olarak haftada iki defa ve damar içine enjeksiyon suretile yapılır. Peteosthor yukarıda da belirttiğimiz gibi 1 cm Peteos mahlûlünün içinde 200 elektrostatik Thorium X vahdeti bulunan İxthor la karıştırılmasından teşekkül eder. İxthor un içinde mevcut Thorium X elektrostatik vahdetle ölçülür. Preparasyonun kuvveti elektrisite miktarile ifade edilmektedir.

Mutad olarak bir hastaya 20-25 enjeksiyon kifayet eder. İnad eden ve eski vak'alarda ilk tesir ancak 15-20 inci enjeksiyonda başladığından miktarı bazan 50 ye kadar çıkartmak mecburiyeti hasil olmaktadır. Seyre göre bazen enjeksiyon haftada bire de indirilebilir.

Hastaya enjeksiyon yapılacağı zaman şırıngaya ilk önce İxthor ve sonra da Peteos mahlûlü çekilir. Biraz sallamakla ilâç kolaylıkla birbirine karışır. Bu suretle elde edilen Peteosthor mahlûlü, yatar vaziyetteki hastanın damarına yavaş yavaş şırınga edilir. Normal hallerde ağrı ve reaksiyon husule getirmez.

Labil olan hastalara bir akşam evvel ve enjeksiyondan bir saat önce olmak üzere antistin, asabî olanlara luminal ve veriazol enjeksiyonları yapmak uygundur.

Önemli kontroller : Şua kana tesir ederek nisbet sabit kalmak üzere lökosit sayısını geçici olarak azaltabilir. Bundan dolayı kan tablosunun devamlı olarak kontrolü lüzumludur. Lökosit adedine göre tedavinin tempo ve dozu tanzim olunur. Lökositi üç bine düşenlerde enjeksiyonlara fasıla verilir. Gıdasında hayvani albumin miktarı da arttırılır.

Sedimantasyonun da kontrolü icabeder. Parankimatöz organlardan karaciğer ve

böbrek vaziyetlerinin tetkikinde idrarda ürobilinojen aranmasına ehemmiyet verilmedir. Lökositi azalan ve karaciğeri rahatsızlanan hastalara Methionin, serum glycosé, Granozytan enjeksiyonları yapılmalıdır. İdrarda ürobilinojen kayboluncaya kadar bu tedaviye devam edilmelidir.

Testislere tesiri ihtimaline karşı oligo ve nekro spermi bakımından kontrol doğru olur.

Berberce tatbik edilecek fizik tedavi : Peteosthor tesirile ağrıları hafifleyen hastalara teneffüs jimnastiği, sıcak banyolar, su altında masajlar ilh. yapılmalıdır.

Kontrendikasyonlar : Parankimatöz kan yapan organların ağır hastalıkları ve yetersizlikleri, testis yetersizliği, gebelik, diyabet gibi hastalıklar.

Peteosthor hakkında kısaca umumi bir fikir verdikten sonra hastamızın müshahedesine geçelim :

Hasta O. N., erkek, 40 yaşında. 1949 yılı Şubat ayında bel ve sırtındaki ağrılar dolayısıyla doktora müracaat etmiş, lumbago teşhisile tedavi görmüş. Ağrılar geçmeyince baş vurduğu diğer bir doktor romatizma tedavisi, masaj yaptırmış. Ağrıların kaybolmaması hastayı diğer başka bir doktora müracaata sevk etmiş. Klinik ve radyolojik tedkik neticesinde sponylarthritisi teşhisi konmuş ve hastaya yapılan B, C vitaminleri, hormon tedavisi ağrıları biraz hafifletmişse de tamamen geçirmemiştir. Fizik tedavi kliniğinde hastaya ultra şal tatbikine başlamışlar. Evvelâ 20 ve sonra da 22 seans yapmışlar. Aynı zamanda paravertebral novokain enjeksiyonları da tatbik edilmiş. Ağrılar oldukça hafiflemiş. Hastamız asıl istifadeyi Sandıklı kaplıcalarındaki çamur banyolarında görmüş. 13 banyo almış. Sandıklıya giderken merdiven çıkamayacak kadar şiddetli olan kalça ağrıları burada kaybolmuş.

1950 sonlarında fosforlu ilâçlar (Neofosfar), Kasein yatren tecrübe edilmiş ve masaj tedavisine devam olunmuş. Ağrılar biraz hafiflemişse de bel hareketleri azalmakta ve sertleşme artmakta imiş. Öksürük, aksırık ve ayak sürçmesi şiddetli ağrılara sebep oluyormuş.

Hastaya Peteosthor tatbik etmek istedik. Fakat muntazam ve zamanında getirmek imkânsızlığı karşısında Dr. Troch'la yaptığımız muhabere neticesinde kendisini oraya göndermeye karar verdik. Hastamız 3 mayıs 1951 de Almanyada Troch'un kliniğine yattı. 10 ağustos 1951 de de çıktı. Hastaya her enjeksiyondan evvel lökosit sayımı ve idrar tahlili mutlaka yapılmış. Enjeksiyonlar haftada iki defa intravenöz ve ağır ağır tatbik edilmiş. Şırınga sırasında hastamızda hiç bir reaksiyon görülmemiş. Bazı diğer hastalarda hafif ağırlık husule geldiğini söylüyor. Vaktinin darlığı sebebiyle hastamıza lökosit vaziyeti müsait oldukça haftada üç defa olmak üzere enjeksiyon yapılmış hastamızın bidayette lökositleri yedi bin imiş sonraları 21 bine çıktığı da görülmüş. Bir defa üç bine düştüğünden enjeksiyonu bir hafta kadar kesmişler. Lökositlerin çoğalmasını kolaylaştırmak için Methionin, Granozytan yapılmış ve gıdasında da yumurta, peynir, tereyağı, et gibi maddeleri arttırmışlar. Hastaya ağrılar biraz hafifledikten sonra bu tedavi ile birlikte su altı masajları, kısa dalga elektrik de tatbik edilmiş. Sabahları iki saat kadar teneffüs jimnastiği ve hareketler de ihmal olunmamıştır.

Hastamızda dokuzuncu enjeksiyondan itibaren ağrılar azalmaya ve hareketler de serbestleşmeye başlamış. Mamafih bu hal bazı hastalarda altıncı iğne de oluyor. Daha sonra olanlar da yok değil. 15-20 dakikalık yürüyüşte yorulma hissi duyan hastamız bundan sonra 1-2 saat yürüyebilmeye başlamış. Aksırma ve ayağı sürçtüğü zaman olan şiddetli ağrılar kaybolmuş. 15 inci enjeksiyondan sonra ağrılar yalnız bele inhisar etmiş. 25 inci enjeksiyondan sonra ise ruhî olarak da ferahlık duymuş. Beldeki hafif ağrı 32 inci yani son enjeksiyona kadar devam etmiş.

Hastada 20 inci iğneden sonra iştihâ azalmış, yemeklerde tikslenme hissi meydana çıkmış ve son enjeksiyonlardan bir müddet sonraya kadar devam etmiş. Mamafih bu nahoş hale nâdir rastlanıyormuş.

Hasta kliniği terkederken söylenen son tavsiyeler :

Hastalığın bugüne kadar yaptığı tahribatı ortadan kaldırmaya maddeten imkân yoktur. Hareket ve masaj faaliyetinizi kolaylaştırdığı gibi Peteosthor da ağrılarınızı geçirdi, ve hastalık ta durdu. Belinizdeki hafif ağrıların tecrübelerimize nazaran bir sene zarfında kendiliğinden kaybolmak ihtimali çok ziyadedir. Şayet sebat ederse gelecek sene yirmi kadar enjeksiyon daha yaparak tamamen geçeceğine kuvvetle kaniiz. Tedavi bittikten sonra ayrıca tıbbî tedaviye ihtiyaç yoktur. Yalnız siz tam sağlam bir insan sayılmazsınız. Ağır ve yorucu çalışmalardan sakınmalısınız. Siz halen çalışma kabiliyetinizin 40 % ını kaybetmiş bulunuyorsunuz. Ona göre kendinizi kullanmanız lâzımdır.

Peteosthor hakkındaki düşüncelerimizi hülâsa edersek :

Gerek literatür ve gerekse hastamız göz önünde tutulursa spondylitis ankylopoetica tedavisinde yukarıda belirttiğimiz gibi acimizi ortadan kaldıracak bir ilâca kavuşmuş gibi görünüyoruz. Mamafih Peteosthor'un kısa bir zamanda kuvvetini kaybetmesi büyük bir mahzur teşkil etmektedir. Uzun süren formaliteler ortadan kaldırıldığı takdirde bu ilâcı hastaya tatbik imkânına kavuşabileceğiz. Bu suretle memleketimizde mikdarı pek az olmayan spondylitis ankylopoetica lı hastalar ıztıraplarından ve binnetice malûliyetlerinden kurtulma imkânını bulacaklardır. Bununla beraber ilâç daha ziyade ağrıları geçirmek ve hastalığı durdurma bakımından erken devrelerinde müessir görünüyor. Tabiidir ki ilâç kemikte meydana gelmiş tahribatı ortadan kaldıramaz. Böyle bir hasta kendini koruma ve kullanma tedbirlerini hiç bir zaman ihmal etmemelidir.

Hastamız vesilesile Troch la mektuplaşma sırasında Hansen basiline de çok müessir olacağını umduğu Peteosthor un lepralılarda tatbiki için memleketimize gelmek arzusunu da izhar etmiştir.

Bu günlerde İtalyada bulunan Troch un bir teşebbüsle memleketimizde çalışmalarda bulunması, ilâcın tarafımızdan kolayca tedarikini ve bolca kullanarak neticeleri bizzat görmek imkânlarınının hasıl olacağını söyleyebiliriz.

Dr. Kemal Turgut :

Romatizma tedavisinde Enfeksiyon allergisini de nazarı itibara almak mecburiyeti olduğundan bu bakımdan kullanılan Antihistaminiklerin tedavi kıymetinin ne olduğunu ve memleketimizde tatbikinden ne netice alındığının açıklanmasını rica ediyorum. Bir de mezaşimal nesic hastalıklarının teşekkülünde rol oynayan (Hyalmonidase) in rolünü ve bunun nehyedecek bazı ilâçların tedaviye teşrikinin nasıl netice verebileceğinin incelenmesini istirham edeceğim.

Dr. Hasan Bozkurt :

Bendeniz, Hocamız Ekrem Şerif beyin tedavi bahsinde hiç bahsetmediği ve raporunda da göremediğim bir noktaya temas edeceğim.

Ben Had romatizmada en çok salicylate dan, Kronik romatizmada ise salicylate ve altın tedavisinden istifade ettim. Son iki senedir Oxybenzamide terkibi altında R₁₂ diye bir ilaç ortaya çıktı. Bu ilaç hekimlerden evvel halk arasında romatizma ilacı diye şüyu buldu. Biz de bundan sonra ilacı tetkik ettik ve 15 - 20 hastamızda kullandık. Hastalarımın yarısından fazlasında iyi neticeler aldım. Bir senedenberi mezkûr ilaç hakkında amerikan ve ingiliz mecmualarında malûmat aradımsa da bulamadım. Muhterem hocamızın bu ilacın kıymeti ve tesir tarzı hakkında malûmat vermesini rica ederim.

Şimdi de benden evvel konuşan Nüzhet Şakir Dirisu hocamızın salicylate'ların fazla dozda verilmeleri hususuna temas edeceğim :

Evvelâ bizler salicylate'ı bicarbonate de soude ile karıştırarak verirdik. Fakat 5 - 6 senedenberi keratinize haplar şeklinde bağırsaklara gönderilmesi kandaki konsantrasyon nisbetini en aşağı iki misli ziyadeleştirmiştir. Bu gün artık salicylat'ları bicarbonatla vermek modası geçmiştir.

Doçent Dr. Hami Koçaş :

Irgapyrin Prof. Ekrem Şerif Egelinin söylediği gibi romatizmada bir tedavi vasıtası değildir. Sadece kuvvetli bir analjeziktir fakat devamlı tatbikatta tesiri azalmaktadır.

Buna ilâveten Irgapyrin'in (Pereneus felci, böbrek bozukluğu, ödem ve ürtiker yapmak gibi) mühim mahzurları olduğunu da düşünerek bu ilacı tatbik ederken dikkatli ve imsâkli hareket etmek lâzımdır.

Dr. Osman Cevdet Çubukçu :

Romatizmalar gibi tıpta halen bir kesin bilgi edinilmemiş sahada raporlar hazırlamanın güçlüğü düşünülürse sayın raportörlerimize derin teşekkürler etmeliyiz.

Bu grup hastalıkların birçok şekillerinde fizik tedavi, başta gelen bir indikasyon sahasına malik olduğundan, biz de Fizikoterapi servisimizde, bilhassa müzmin ve hatta malûliyet şekline kadar gitmiş olanlarla meşgul olmak zorundayız. Bunun için kendi görüşümüzü kısaca arz etmek istedim.

Bizce, şimik ve fizik tedavinin muvaffakiyetli olması için şu noktaların vazih şekilde tesbit edilmesi lâzımdır.

I — Evvelâ etioloji ve patojeni, her hastalıkta olduğu gibi burada da tedavinin ilk merhalesi hastalık sebepleri üzerine tevcih edilecektir. Fakat bu sebepler romatizmalar grubunda çok çeşitlidir. Fokal enfeksiyonlar, ve bunların hormonal rabitaları, Endocrine bozuklukları, Humoral muvazenesizlikler, statik ve mekanik âmiller ve hatta disk enileri gibi mekanizmalar başta gelenleridir.

II — İkinci nokta, romatizmaların anatomo-patolojik etüdleridir. Bu günkü araştırmalarda en çok açık veren saha da budur. Bizzat eksitüsü mucip olmadıkları için muhtelif devrelerdeki doku bozuklukları şekillerini tesbit edebilmek güçtür.

III — Son nokta tedavinin, mümkün olduğu kadar erken tesis edilebilmesidir. Erken başlamak, elbette ağırlı bir hastalık olan romatizmalarda, ağrıların daha ilk tezahürü zamanlarında tedaviye başlanmış olacağına şüphe yoktur. Fakat hangi şeklin hangi usullerle ve vasıtalarla tedavisi? İşte meselenin düğüm noktası da budur. Yani romatizma grubu hastalıklarının sebeplerine, patojeni ve hatta patolojik anatomilerine göre iyi bir tasnife tabi tutmak ve tedaviyi de bu sınıflara göre bir nizama sokmak lâzımdır.

Elbette salisilatlarla tedavisi lâzım olanlar, Cortison veya A.C.T.H. tedavisinin tek çare olduğu, altın tedavisinin başta geldiği. Fizik ve hydro-climatique vasıtaların endikasyon kazandığı, nihayet ortopedik ve cerrahî müdahaleleri icabeden şekiller vardır. O halde hastalığın tedaviden azamî istifade edeceği ilk devrenin rastgele vasıtalar kullanmakla kaybedilmemesi lâzımdır. Tedavide muvaffakiyet zamanında ve rasyonel bir şekilde müdahaleyi icabettirir.

(Vaktında müdahale ne demektir ?)

Mensup olduğum branşın hususiyeti, bizi malûliyete gitmiş hastaya bu son hükümü tebliğ etmek zorunda bıraktığı için bunu açıklamak isterim.

I — Romatizmalar grubunun hangi şekli olursa olsun hastada şifa veya buna yakın bir salâh temin edilebilmesi için, doku bozukluklarının (-İrreversible) derecelere gitmemiş olması lâzımdır.

II — Hangi şekil, hangi vasıta ve ilâçlarla tedavi edilirse edilsin buna fizik ve hydrolojik vasıtaların vaktinde teşrik edilmesi zaruridir.

Uzun süren bir mafsâl bozukluğu dokularda bir yapışma (Ankylose) yapmışsa hareketlerin yapılamaması adelerde atrofilere sebep olmuşsa, kemiklerde osteoporoz ve atrofiler belirmişse elbette (mucize) ilâçlardan da hasta için kesin bir netice elde edilmeyecektir. O halde daha ilk zamanlarda yalnız mafsalı değil, bunu ileride işletecek olan sinirlerin ve adelerin, sirkülasyonun, kuvvetli ve sağlam bir halde tutulmuş olması lâzımdır. O halde fizik tedavi her hangi spesifik gibi telâkki edilen bir ilâç tedavisinin bile ihmal edilemeyecek bir yardımcısı olacaktır.

Biz gerek memleketimizde, gerek ecnebi memleketlerde son sistem ilâçlarla tedavi neticelerini gördük, hatta bizzat tatbik ve takip etmek imkânını da bulduk. Netice, bir zaman için ıztırapların geçmesi veya azalmasından ibaret kalıyordu.

*
**

Bu umumî mülâhazalardan sonra, günün mevzuu olan hastalık grubu hakkında İstanbul Üniversitesi Fizikoterapi Enstitü ve Kliniğinin (10) senelik bir istatistiğini sunmak isterim. Rakkamları okumakla vaktinizi almak istemeyeceğim. Bunları zabıtlarda neşredilmek üzere idareye vereceğim, Kısaca ve yalnızca (Polyarthrite chronique évolutive) şekli için şunları söyleyelim :

(941- 951 arası) seneleri içinde bu hastalıktan (77) si erkek ve (115) i kadın olmak üzere (192) vak'a tedaviye alınmıştır. Poliklinikte muayene edilip tedaviye devam etmeyenler buraya dahil değildir. (192) rakkamı romatizma istatistiğimizin umumî rakkamı olan (3458) vak'a arasındadır. Umumî nisbet ortalama % 6 demektir.

Bunların hemen hepsi azçok malûliyet şekline gitmiş, bir vasıtalara müracaat edilmiş, fakat netice alınmamış vak'alardı.

Biz bunlarda (umumî Ultra-violet) banyoları yapmakla hem umumî sıhhatlerinin düzelmesi hem de ağrılarının ve buna bağlı olan hareket kusurlarının azalması şeklinde iyi neticeler aldık. Massaj ve hareket tedaviler de birlikte yapılıyordu. Yine, günün konusu ile ilgili olan bir sınıf ta, Enfeksiyöz tabiatte olan (Spondylarthritis ankylopoietica) lardı. 10 sene içinde (79) erkek ve (9) kadın olmak üzere (88) vak'a tedavi edildi. Bunlarda şimik ve fizik tedavi umumiyetle müşterek olarak tatbik edildi. Fizyolo-patoloji bakımından kolon vertebral sinir ve damarlarının hususiyetlerine dayanan ve daima aynı manzaraları göstermekle şöhret kazanan bu vak'alarda ilk senelerin nankör neticelerine mukabil son üç senenin ferah verici neticelerine şahit olduk. Bunu da fizik vasıtaların en kudretlileri arasında yer almış bulunan (Ultra-Sons) lara borçluyuz.

Son şu iki kelime ile sözlerime son vereceğim.

	41 E K	42 E K	43 E K	44 E K	45 E K	46 E K	47 E K	48 E K	49 E K	50 E K	51 E K	Yekûn E K
Polyarthrite	—	—	—	—	9(6-3)	19(7-12)	14(10-4)	28(7-21)	27(12-15)	38(15-23)	57(20-37)	192(77-115)
Spondylarthrite	5(5-0)	5(4-1)	6(5-1)	5(5-0)	5(5-0)	5(5-0)	5(5-0)	11(10-1)	6(5-1)	14(11-3)	21(19-2)	88(79-9)
Arthrose	8(4-4)	2(0-2)	5(2-3)	8(1-7)	29(5-24)	28(3-25)	33(7-26)	49(15-34)	68(9-59)	86(23-63)	116(30-86)	432(99-333)
Cellulite	3(1-2)	1(0-1)	1(0-1)	1(0-1)	—	—	1(0-1)	1(0-1)	3(0-3)	12(1-11)	9(0-9)	32(2-30)
Lombarthrose	10(8-2)	7(4-3)	8(1-7)	6(3-3)	18(9-9)	17(14-3)	26(17-9)	28(15-13)	22(15-7)	39(23-16)	62(45-17)	243(154-89)
Traum. Arthrose	7(6-1)	8(6-2)	2(2-0)	12(10-2)	23(21-2)	25(14-11)	24(19-5)	21(12-9)	26(19-7)	57(41-16)	35(26-9)	240(175-65)
Epine Calcanien	—	—	—	—	2(2-0)	—	—	1(1-0)	—	2(2-0)	3(2-1)	8(7-1)
Periarthrite	10(7-3)	27(14-13)	35(23-12)	27(19-9)	25(13-12)	49(23-26)	50(23-27)	67(40-27)	56(30-26)	77(40-37)	82(38-44)	506(270-236)
Ouerven	—	—	—	—	1(0-1)	4(0-4)	3(1-2)	4(4-0)	2(0-2)	5(0-5)	8(1-7)	27(2-25)
Dupytren	2(2-0)	6(6-0)	4(4-0)	2(2-0)	1(0-1)	2(2-0)	1(1-0)	—	1(1-0)	3(3-0)	2(2-0)	24(23-1)
Adele Romatizması	—	—	4(2-2)	4(4-0)	4(4-0)	4(4-0)	3(1-2)	4(4-0)	4(3-1)	4(3-1)	6(4-2)	33(25-8)
Kalça Çıkığı	—	—	—	—	—	—	1(0-1)	2(1-1)	9(2-7)	3(0-3)	5(0-5)	29(3-17)
Cote Cervicale	—	—	1(0-1)	—	—	1(1-0)	—	—	—	—	—	2(1-1)
Düz Taban	—	—	—	—	—	—	1(0-1)	—	—	—	2(1-1)	3(1-2)
Goute	—	—	—	—	—	5(4-1)	1(1-0)	1(1-0)	2(2-0)	5(4-1)	7(7-0)	21(19-2)
Monoarthrite	4(2-2)	4(0-4)	6(5-1)	6(5-1)	6(6-0)	3(3-0)	4(3-1)	6(2-4)	6(4-2)	4(4-0)	6(4-2)	55(38-17)
Gonorearthrite	—	1(1-0)	—	2(2-0)	—	3(2-1)	2(1-1)	—	1(0-1)	1(1-0)	1(1-0)	11(8-3)
Siyatik	39(24-15)	43(25-18)	48(29-19)	49(30-19)	51(31-20)	78(47-31)	83(48-35)	119(76-43)	114(75-39)	144(90-54)	157(103-54)	925(578-347)
Nevralgie Brachial	6(5-1)	8(6-2)	12(8-4)	18(10-8)	18(11-7)	30(17-13)	31(23-8)	38(23-15)	35(16-19)	46(30-16)	41(25-16)	283(174-109)
Nevralgie Trigeminitis	6(4-2)	6(5-1)	4(2-2)	5(5-0)	5(4-1)	3(1-2)	7(6-1)	3(2-1)	3(2-1)	4(2-2)	13(7-6)	59(40-19)
Meralgie	—	—	—	—	2(1-1)	3(1-2)	2(1-1)	1(1-0)	2(1-1)	1(1-0)	1(0-1)	12(6-6)
Periviccerite	2(0-2)	9(1-8)	9(2-7)	9(2-7)	12(2-10)	18(7-11)	9(2-7)	13(1-12)	10(1-9)	16(3-13)	11(2-9)	118(23-95)
Torticolis	—	—	4(2-2)	—	—	1(0-1)	2(1-1)	4(1-3)	—	4(3-1)	1(0-1)	16(7-9)
Genç kifoza	—	—	—	—	—	—	—	—	1(0-1)	5(2-3)	—	1(0-1)
Omuz-el sendromu	—	—	—	1(0-1)	1(0-1)	—	1(0-1)	—	3(1-2)	—	15(6-9)	26(9-17)
Polynevrite	—	2(1-1)	4(2-2)	8(2-6)	9(5-4)	2(2-0)	6(5-1)	12(11-1)	2(2-0)	5(4-1)	5(4-1)	55(38-17)
Katip krampı	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4(4-0)	2(2-0)	6(6-0)
Zona	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3(2-1)	2(1-1)	5(3-2)
Neurinom	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1(0-1)	—	1(0-1)
Sklerodermie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1(0-1)	2(0-2)	3(0-3)
Osteoporose	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2(1-1)	—	2(1-1)

Kliniğinde (10) sene içinde tedavi edilen Romatizmalar grubu

Fizik Tatbikatın Kür Tasnifi														Yaşa göre tasnif				
KD	İR	UV	HF	US	Mas	Çam	GF	CC	Sin	İon'lar	Par	Cot	EXP	Yekûn E K	1/20 E K	21/40 E K	41/60 E K	60'dan sonrası E K
65	55	55	15	25	50	5	—	—	—	His İon 5	20	—	—	192(77-115)	(9-7)	(29-54)	(30-45)	(9-9)
20	30	41	7	23	5	—	15	—	—	Cu İon 3	—	—	—	88(79-9)	(7-0)	(47-3)	(23-6)	(2-0)
191	54	—	10	—	51	11	9	—	—	—	23	—	—	432(99-333)	(0-0)	(16-87)	(69-201)	(14-45)
5	15	—	5	—	12	—	—	—	—	—	—	—	—	32(2-30)	—	(1-19)	(0-10)	(1-1)
80	110	18	27	5	—	—	—	1	—	Dor2/İ4	—	10	1	243(154-89)	(3-2)	(83-42)	(61-40)	(7-5)
66	95	—	—	7	55	5	14	5	—	İ6	3	—	—	240(175-65)	(16-5)	(80-17)	(65-33)	(14-10)
3	—	—	—	5	—	—	—	1	—	—	—	—	—	8(7-1)	—	—	(7-1)	—
217	280	15	123	34	257	—	10	5	—	Dor5/İ21/His8	—	—	—	506(270-236)	(2-5)	(88-76)	(145-139)	(35-16)
5	—	—	—	5	—	—	—	—	—	İ12/His10	—	—	—	27(2-25)	(0-0)	(1-8)	(1-17)	—
10	8	—	—	14	—	—	—	—	—	İ13	—	—	—	24(23-1)	—	(7-1)	(8-0)	(8-0)
5	10	—	16	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	33(25-8)	(1-0)	(18-6)	(6-2)	—
15	12	—	5	—	5	—	2	—	—	—	—	—	—	20(3-17)	(0-5)	(2-5)	(1-7)	—
1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2(1-1)	—	(0-1)	(1-0)	—
1	1	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	3(1-2)	(0-1)	(0-1)	(1-0)	—
15	5	—	—	2	—	—	—	—	—	12	—	—	—	21(19-2)	(1-1)	(14-1)	(4-0)	—
25	16	2	—	5	3	—	5	5	—	His3	—	—	—	55(38-17)	(8-2)	(21-9)	(9-6)	—
9	2	—	—	1	—	—	—	—	—	Cu1	—	—	—	11(8-3)	—	(7-1)	(1-2)	—
365	310	43	93	33	27	—	25	50	28	His28/Dor7 Cu3/İ5/B ₁ 21	—	11	5	925(578-347)	(15-20)	(246-147)	(297-165)	(31-14)
107	97	2	47	16	—	—	11	13	—	His5/Dor1	—	—	—	283(174-109)	(1-1)	(40-47)	(117-55)	(16-6)
11	13	—	1	5	—	—	—	5	—	Aco12/B ₁ 7/İ5	—	—	—	59(40-19)	—	(3-4)	(26-12)	(11-3)
4	5	—	2	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	12(6-6)	—	(2-3)	(4-3)	—
108	15	1	—	3	—	—	1	—	—	İ 2	—	—	—	118(23-95)	(2-25)	(14-55)	(7-14)	(0-1)
5	4	—	6	—	—	—	2	—	—	Dor 1	—	—	—	16(7-9)	—	(4-4)	(1-4)	(2-1)
1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1(0-1)	—	(0-1)	—	—
5	10	—	—	15	17	—	—	5	—	—	15	—	—	26(9-17)	—	(2-0)	(4-14)	(3-3)
10	11	—	—	—	—	—	36	10	—	—	—	—	—	55(38-17)	(6-4)	(24-11)	(8-2)	—
2	—	—	—	2	—	—	5	—	—	—	—	—	—	6(-0)	—	(3-0)	(3-0)	—
2	1	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5(3-2)	—	—	(2-0)	(1-2)
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	İ 1	—	—	—	1(0-1)	—	(0-1)	—	—
1	1	—	—	3	—	—	—	—	—	—	2	—	—	3(0-3)	—	(0-2)	(0-1)	—
—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2(1-1)	—	—	(1-1)	—
1354	1161	180	360	204	482	21	135	103	28	193	63	21	6					

Millî Tıp Kongrelerin gayesi, hekimlikte aktualite teşkil eden bir ilmi mevzuun akademik araştırmaları yanında, memleketin uzak köşelerinde hekimlik yapan, halk sağlığını koruyan, fedakâr meslektaşına, bugünkü pratik usulleri tebliğ edebilmektir. Ben branşım itibarile bu bahiste şu noktaları arz etmek istedim.

I — 6 romatizmalar grubu, birbirinden ayrı sebeplere bağlı, ayrı şekillerde tahribat yapan, arasına bir mütareke yapsa bile sulha hiç yanaşmayan bir hastalıklar zümresidir.

II — Her şekil için tesirli bir tedavi usulü aranmalıdır. Pratikte klasik olan şu üç grubu kabul etmek faydalıdır. 1 — Enfeksiyona bağlı Arthrite ve Polyarthrite)ler, 2 — Endokrin, sirkülasyon, sinir bozuklukları ile statik ve mekanik sebeplerden ileri gelen (Arthrosis) ler ve nihayet 3 — Mafsal dışı romatizmalar yani Miyalji, nevralji, sellülit, teriartrit, tandinit...gibi şekiller.

III — Nihayet son bir nokta tedavinin müessir telâkki edilen her hangi bir şekli tatbik edilirse edilsin, mafsalı yalnız ve izole bir uzuv gibi telâkki etmemelidir. Hareket sistemi bir kül teşkil eder. Bu noktada bilhassa adele gruplarının muhafazasını düşünmek, geri dönmiyecek atrofilerin zuhurundan evvel adele tedavisini ihmal etmemek lâzımdır. Bunun da en basiti ve her yerde tatbiki mümkün olanı adele masajlarıdır.

İKİNCİ GÜN

Birinci oturum

26 Eylül Cuma

Saat : 9

Başkanlar : *Ord. Prof. Dr. Tevfik Sağıam.*
Prof. Dr. Ekrem Şerif Ege

Başkan celseyi açtı raporlar okundu.

1 — Okuldan önce çocuk sağlığı

Prof. Dr. Ş. Salih Soysal

2 — Okul çağında :

a — Okul hijyeni

Dr. Baha Arkan

b — Fizikal okul sağlığı

Doç. Dr. Cevat Alpsoy

c — Mantal çocuk hijyeni

Prof. Dr. Rasim Adasal

d — Mantal çocuk hijyeni

Dr. Mukadder Okan

Raporlar okunduktan sonra oturuma son verildi.

İkinci oturum

Saat : 14.30

Başkanlar : *Ord. Prof. İhsan Şükrü Aksel*
Prof. Dr. Ömer Özek

Raporların münakaşası.

OKULDAN ÖNCE ÇOCUK SAĞLIĞI :

Dr. Ali Şükrü Şavlı :

Okuldan evvelki çocukların sağlığına dair raportör arkadaşımın kıymetli eserine şöyle bir göz gezdirdim çok kıymetli buldum, bilhassa eski bir çocuk hekimi sıfatile kendilerine teşekkürler ederim. Yalnız bir noktaya dikkat nazarını çekmek isterim. O da süt çocukları jimnastiğine pek iyi bildiğine kani olduğum bir bahse üç satır yer vermiştir. Çok mühim olan bu kısmın tamamlanmasını rica ederim. Bir de yeni doğmuş çocukların yatakta yatırılma vaziyetidir. Amerikada büyük kliniklerde yeni doğan çocuğu doğduğundan itibaren yüzüstü yatırıyorlar. Bu vaziyet çocuğun bütün organlarının sıhhi inkişafına yardım ediyor aynı zamanda da çocukların kulakları düzgün duruyor. Halbuki sırt üstü yatan çocukların kulakları kanad gibi açık duruyor. Bilhassa kız çocuklarında bu hal büyük bir kusur teşkil eder. Bu sebepten arzettiğim hususların rapora dercini rica ederim.

Prof. Dr. Orhan Okyay :

Prof. Soysalın hazırladığı rapor cidden etraflıdır. Diş konusuna da temas etmiş, fakat okuldan önceki devir için çok ehemmiyetli olan diş-yüz anomalileri hakkında bir şey söylememiştir.

Süt dişlerinde anomaliler bulunabileceği hususundaki bilgimiz pek eski değildir. Daha yirminci asrın bidayetinde, Amerikada, dişlerin kapanışı esası üzerine ilk ilmi sistemi kuran Angle bile, diş dizilerinin daima normal münasebetler arzettikleri ve bunların arkasında çıkan birinci azıların da (6 yaş dişleri) yerlerinde sabit kaldıkları kanaatindeydi. Muvakkat dişlerde anomaliler bulunmadığı inancı yakın senelere kadar devam etmiştir. İlk defa olarak Bonn da, anomalilerin patojenisi hakkında yapılan araştırmalar ve bilhassa seri modeller üzerindeki incelemeler, büyüklerde görülen anomalilerin en az % 80 inin - oldukça bâriz bir şekilde - süt dişlerinde de görüldüğü ve ilk tegayyür izlerini bulmak için, diş sisteminin inkişafı konusunda, çok gerilere gitmek lâzımgeldiği hakikatini meydana çıkarmıştır.

Anomali ismini verdiğimiz bir bütünün hakiki mahiyetini anlamak, muhakkak ki sadece özel inhırafları mütalâa etmekle kabil olmayacaktır. Bu mazhariyete erişmek için tipik semptomların komplekslerini, başka bir deyişle «çene-yüz ortopedisi hastalık tablolarını» yakından incelemek icab edecektir.

Mektep öncesi yaşlarda görülen anomalileri, kısaltmak suretiyle şöyle bir tasnife tabi tutabiliriz :

A. İRSİ HASTALIKLAR

- 1.— Alt çene prognatisi (ileri çenelilik).
- 2.— Örtülü kapanış.
- 3.— Uzak kapanış (geri çenelilik).

B. KAZANILMIŞ HASTALIKLAR

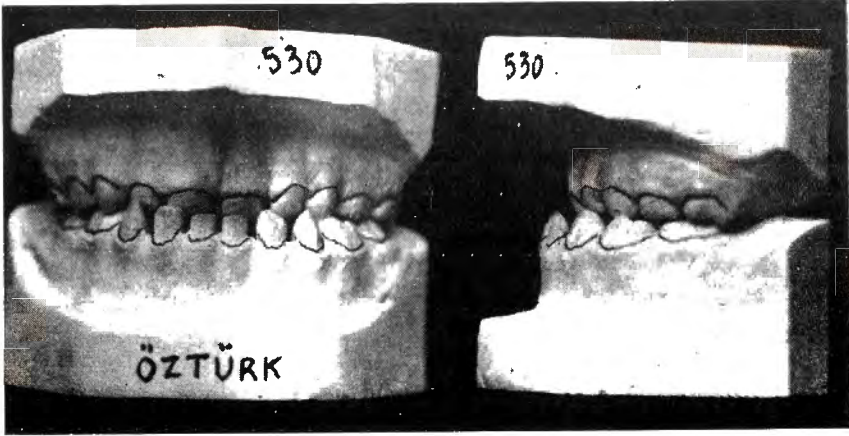
...

- 1.— Çene darlıkları :
 - a) Protrüzyonlu çene darlığı,
 - b) Protrüzyonlu ve diastemalı çene darlığı,
 - c) Çapraşık dişli çene darlığı.
- 2.— Beans (dişlerin dikey yönde kapanamayışı) :
 - a) Fena itiyatlardan ileri gelen beans,
 - b) Raşitizmadan ileri gelen hakiki beans.
- 3.— Erken diş kaybı sonuçları.
- 4.— Diş çürüğü sonuçları.

A. İRSİ HASTALIKLAR

1. - Alt çene prognatisi.

Bu anomalide alt çene, dolayısıyla alt diş kavsi, yahut sadece alt keserler ileriye doğru inkişaf etmiştir (Şekil 1). İkizler üzerinde yapılan araştırmalardan sonra, bu



Şekil 1.— Alt çene prognatisi. Hastalığın önden ve yandan görünüşü.

hastalığın tamamıyla irsî olduğu anlaşılmıştır. Vak'aların ekserisinde dominant bir vasıf vardır, fakat tabiati kesin olarak henüz taayyün etmiş değildir. Ailelerin bir çoğunda, alt çenenin esas olan aşırı inkişafının makroglosi arazlarıyla el ele gittiği görülür. Bazı ailelerde ise, alt keserlerin -öne doğru biraz meyilli olacakları yerde- dik vaziyetlerinin alt çenenin öne doğru gelişmesinde müessir rolü oynadığı ihtimali kuv-

vetlidir. Okadar ki, henüz dişsiz olan çocukta, üst damağın ön kısmının dik durumundan ilham almak suretiyle, bir prognati ihtimalini önceden düşünmek bile kabildir. Erken doğumlarda tesadüf edilen bazı prognatik artikülelerin (diş kapanışı), aradan bir sene geçtikten sonra, kendiliklerinden normal duruma geçtikleri görülmüştür (Schwarz). Pek nâdir görülen bu şekle «ambrioner prognati» ismini vermek helki yerinde olur (Korkhaus). Çünkü unutmamak icabeder ki, hemen bütün ambrionlarda damak proselerinin iştirakinden sonra alt çene prognatik durumdadır. (Pozl). Sonradan geriye gider ve çocuk bu vaziyette doğar. Bazı vak'alarda doğuma kadar prognatik durumun devam ettiği de görülmektedir.

Doğuştan itibaren muntazaman tetkik edilen çocuklardan anlaşıldığı üzere prognati, ancak bir yaşında başlar. Bu kanaati tevsik etmesi bakımından Korkhaus ın şu müşahedesini kayda şayan görüyoruz : «İlk ölçü çocuk doğduktan 8 saat sonra alınmıştır. Üst çeneye nazaran altta 6 mm.lik fiziolojik bir geri durum mevcuttur. Anne sütü emme tesiri altında bu fark bir hafta sonra 4.5 mm. ye inmiştir. Çocuk 4.5 aylık olunca, alt ve üst alveol kavimleri aynı hizaya gelmişlerdir. Bir yaşına gelen çocukta indifa eden keserler (bu vak'ada diş sürmesi gecikmiştir) prognatik bir durum almışlardır; fakat, anomali hafiftir. Çocuk ancak 3.5 yaşına geldiği zaman alt çene 2 mm. ilerlemiş bulunmaktadır. Dokuz yaşına gelen çocukta ise, prognatinin bütün ahenksizlikleri görülmektedir».

Çocuklarda süt dişlerinin iş gördükleri yaşlarda üç türlü prognati görülür. Tabiatıyla bunların herbirinin kendisine mahsus bir tedavi tarzı vardır.

- a) Prognatik şekilde bloke edilmiş artiküle (takriben % 15 - 20),
- b) Alt ve üst çene diş kavimlerindeki deviasionlarla ve bilhassa üst çene darlığı ile el ele giden prognatik şekilde bloke edilmiş artiküle (takriben % 65-70),
- c) Alt çenenin aşırı inkişafı ile müterafık prognati (takriben % 10-15).

2.— Örtülü kapanış.

Örtülü kapanış ekseriyetle üst orta keserlerin, bazan üst dört keserin, nâdiren de köpek dişleri de dahil olmak üzere üst ön altı dişin geriye doğru eğilmek suretiyle adeta bir kutu kapağı gibi alt dişleri örtmesi şeklinde tezahür eden bir anomalidir. Bu hastalığa Fransızlar «supraclusie», Anglosaksonlar «over bite», Almanlar da «deckbiss» derler. Dilimizde ise daha ziyade Almanların kullandıkları terime yakın olan «örtülü kapanış» tabirini kullanıyoruz (Şekil 2).

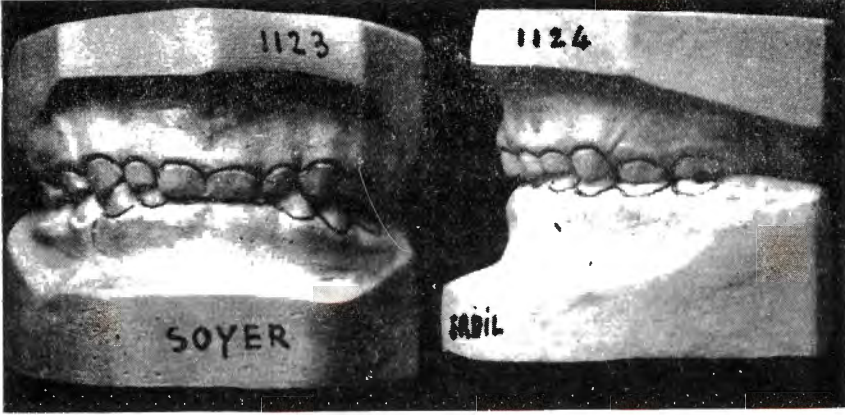
Tamamiyle irsi olan bu anomalie, bariz bir şekilde, çocuklarda da tesadüf edilir. Görünüş itibariyle çok farklı olmalarına rağmen, prognati ile örtülü kapanış arasında biolojik sıkı münasebet vardır. Çünkü bu iki irsi hastalığı aynı aileler arasında aynı zamanda bulmak kabildir.

Bu iki anomaliyi birleştiren biolojik karakteristiği, üst keserlerin mihverlerinin çok dik olan istikametinde aramak lâzım gelir. Bu anormal istikamet zaten bu dişlerin çekirdeklerinin vaziyetine bağlı bir hadisedir. Şakuli vaziyette süren üst keserler, ya örtülü kapanış hastalığının tekevvününe (alt keserleri örterlerse) yahut, prognatinin meydana gelmesine (alt keserlerin arkasında kalırlarsa) sebep olacaklardır.

Örtülü kapanış hastalığında, alt ön dişler, geriye doğru eğilmiş olan alt keserlere dayanılıkları için, alt çene adeta frenlenmiş bir durumdadır; normal olan ileri inkişafını yapamaz, bu yüzden «distal artiküle» ismini verdiğimiz anormal bir diş kapanışı şekli meydana gelir. Bunu örtülü kapanışın talfi bir arazi olarak kabul etmek icab eder. Yüzün alt kısmı, bu yüzden, geri bir durum arzederken, orta bölgesi, bilhassa üst çenenin apikal kaidesi, ileriye doğru inkişaf etmiş bulunur. Bunun içindir ki, örtülü kapanışlılarda burun kaidesi ve üst dudak bölgesi karakteristik bir şekilde mütebariz-

dir. Buna mukabil alt dudak aşağıya devrilmiş ve dudak altı çukuru derinleşmiştir. Mamafi, hafif vak'alarda alt diş kavsinin normal durumu muhafaza ettiği ve hastalığın yüz üzerindeki belirtilerinin daha az bariz olduğu görülmektedir.

Süt dişleri çıkarken, üst keserlerin geriye doğru meylettikleri ve üst alveol prosesinin ön kısmının dik ve geniş bir şekilde inkişaf ettiği görülürse, bu irsi inkişaf temayülünün daimi çeneye intikal edeceğine katiyetle hüküm edebiliriz. Çocuk büyüdükçe, esas semptomların daha da ağırlaşacağı her zaman düşünölmelidir. Böyle bir



Şekil 2.— Örtülü kapanış. Anomalinin önden ve yandan görünüşü.

hükme varabilmek için 6 - 12 yaş arasındaki örtülü kapanışlı çocuklardan alınan seri modellerin verdikleri hakikatlerden ilham alıyoruz. Vakaların ekserisinde görölen kötüye gitme sırrını, hastalığın dominant karakterinde aramak doğru olur kanaatindeyiz.

3.— İrsi uzak kapanış.

İrsi ortodonti hastalıkları arasında, milletlerarası terimle «distoclusion genuine» adı verilen ve dilimize «irsi uzak kapanış» olarak kabul ettiğimiz anomaliden de bir nebze bahsetmek istiyoruz. Bu hastalık, ekseriyetle, çene darlığı, örtülü kapanış v.s. gibi birçok anomalinin tali arazi mahiyetinde olan bir distal artiküle değil, primer ve esansiel bir hastalığın karakteristiğidir. İki şekil arasında büyük bir kontrast vardır.

İrsi uzak kapanışta, başka hiçbir deformasyon bulunmaz. Bilâkis, diş kavisleri normal olarak gelişmişlerdir. Muntazam birer dizi halindedirler. Yalnız alt ve üst çene münasebetleri arasında, altın aleyhine, bir geri durum görülür. Dişlerin tesanünü de bu duruma intibak etmiştir.

İrsi uzak kapanışa, süt çenelerinde rast geliyoruz. Doğuşta, aşırı bir distal durum gösteren bir çocukta (10 mm. den fazla), alt çenenin kâfi derecede gelişmemesi ve bidayetteki distal vaziyeti aynen muhafaza etmesi tehlikesi her zaman vardır. İndifa eden süt dişleri de, tabiatıyla normal tesanünü gösteremeyecek ve bu yüzden distal artiküle meydana gelecektir. Bazı vakalarda, üst ön dişlere dudağın, alt keserlere de dilin tazyikiyle, ön dişler gurubunda tatminkâr bir intibak görülür. Böyle olmakla beraber, azı dişlerinde, uzak artiküle olduğu gibi kalmaktadır.

İrsi uzak kapanış sonradan, biböronla süt emme, raşitizma, veya parmak emme tesiriyle meydana gelen bir çene darlığıyla karışabilir. Bu takdirde, ilk tablo o kadar değişir ki, hakiki hastalığı artık seçmeğe imkân kalmaz.

B. KAZANILMIŞ HASTALIKLAR

1.— Çene darlığı.

Genel olarak «endognathie» denilen, fakat, bilhassa Almanlar tarafından «kompression» veya «kontraksion» adı verilen bu hastalıkta esas araz, Türkçe terimin pek iyi ifade ettiği vechile, çenelerin, dolayısıyla diş kavislerinin darlaşmasıdır. Normalde, bir elips şekli arzemesi gereken diş kavisleri, bu hastalıkta, umumiyetle bir hiperbol şekline girmişlerdir. Damak derinleşmiş ve ojival bir hal almıştır. Darlaşmış olan diş kavislerindeki dişler, ya kâfi derecede yer bulamadıkları için üst üste çıkmışlar, yahut ileri doğru atılmışlardır. Hastalığı meydana getiren amiller, yüz kemikleri üzerine de tesir etmişlerdir. Bu suretle yüz darlaşmış ve uzamıştır. Dişler eğer ileriye doğru atılmışlarsa, dudaklar artık bunları örtemez bir hale gelmişlerdir. Profilden bakıldığı zaman, ekseriyetle üst çene ileriye fırlamış, alt çene de geride kalmıştır. Bu suretle yüz, karakteristik çirkin bir şekil alır.

Birkaç satırta tablosunu çizmeğe çalıştığımız bu hastalık, çocuk doğduktan hemen sonra başlar. Dünyaya geldikleri zaman çocukların alt çeneleri geridedir. Fiziolojik olan bu durum anne sütü alabilmeleri için lüzumludur. Fakat ilk dişler sürmeğe başladıkları zaman bu vaziyet artık lüzumsuz, hatta zararlıdır. Alt çene, normal olan inkişafını yapamıyacak olursa, alt keserler de çene ile beraber geride kalacaklar ve üst dişlerle lüzumlu olan teması temin edemeyeceklerdir. Fazla olarak bu ilk devirde, çocukların alveol kavislerinde, bariz deformasyonlar, tenazursuzluklar ve gelişme gecikmeleri de görmek kabildir.

Bu dismorfozların sebeplerini şu hadiselerde aramak icab eder. Bunlar tek başlarına veya birleşmiş olarak tesir icra ederler.

a) Çocuğa biböronla süt verme: Bu mecburiyet, inkişaf halinde bulunan ve ekseriyetle raşitizma ile zayıflamış bulunan üst çeneyi büyük bir yük altında bulundurur. Çene gelişme hamleleri yapamaz.

b) Raşitizma: Raşitizma yalnız normal inkişafı geciktirmekle kalmaz, dış tesirlere müsait bir zemin de hazırlamış olur.

c) Lâstik meme veya parmak emme: Bu itiyat, emmenin şekline ve emilen cisme göre, inkişaf gecikmesi, hatta bariz deformasyonlar yapar. Alt çene, ileriye doğru gelişme imkânlarında müşkülâta uğrar.

d) Burunla teneffüs kifayetsizliği: Çocuğun normal olarak teneffüs etmesine mani olan bütün sebepler burada mesuldürler. Ağızda menfi tazyik yapmak suretiyle, atmosfer basıncının fena tesirine zemin hazırlamış olurlar.

e) Fena yatırılma: Yatarken çocuğun, başa doğru hafifce yükseltilmiş şilte seviyesinde olması icab eder. Bu tedbire riayet edilmiyerek yatırılmış olan çocuklarda, ağızla teneffüs alışkanlığı başlar. Bu itiyat çene darlığı anomalilerinde müessir bir rol oynar.

f) Çene sisteminin gayrimüsait morfolojik durumu: İrsi hastalıklar bahsinde işaret ettiğimiz gibi «distocclusion genuine» anomalisinde, alt çene aşırı derecede geridedir. Anne sütü emmesine rağmen, çocuğun alt çenesi gene kâfi derecede öne gelemez. Çene sisteminin bu müsait olmiyan durumu, kendi vazife imkân ve şartlarını güçleş-

tirmiş, dolayısıyla hastalığın inkişafı üzerinde mühim bir rol oynamış olur. Süt azalması çıktıktan sonra, bu anormal durum tamamiyle tesbit edilmiş ve daimi uzak kapanış teessüs etmiş bulunur.

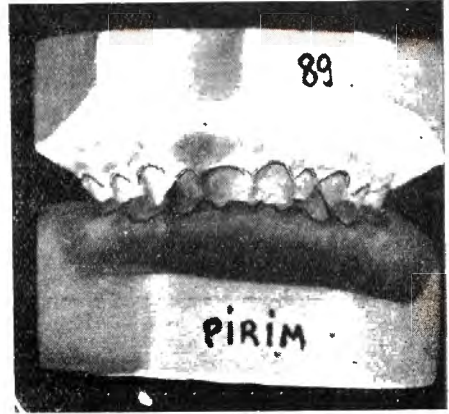
Şu halde daha süt çocuklarında, dişler çıkmadan, çene darlığının tipik vasıflarını bulmuş oluyoruz demektir. Üst çene deformationlara daha fazla müsaittir. Alt çene bünyesi bakımından, yan basınçlara daha fazla mukavemet eder. Çenelerin bu özellikleri de, ayrıca, ön dişlerde kapanış imkânlarını zorlaştırır. Çünkü, üst ön dişler çene darlığı tesiriyle öne fırlamışlar, alt keserler ise, kısmen normal inkişaf eden çene üzerinde tabii yerlerini muhafaza etmişlerdir.

Çene darlığı etiolojisinde mühim bir rol alan parmak emme, evvelâ parmağın yaptığı tazyik, sonra da emme mekanizması bakımından üst çenenin ön kısmı üzerine tesir icra eder. Bu kısım öne fırlar. Protrüzyonlu çene darlığı dediğimiz klinik tip, işte bu fena itiyadın sonucudur (Şekil 3). Lâstik memelerin tesiri daha ziyade damak üzerinedir. Çocuğu oyalamak gayesiyle, süt saatleri dışında ağıza verilen bir süsetin, asgari 100 gr. tazyik yaptığını kabul etsek bile, her gün saatlerce devam eden bu basıncın çeneler üzerine yapacağı fena tesiri kolaylıkla anlamak kabildir (1). Kaldı ki bu itiyat, bazı çocuklarda senelerce devam eder.

Çocukların memeden erken kesilmeleri de alt çene inkişafı bakımından zararlıdır. Bu konuda birçok müşahede yayınlanmıştır. «Bir çocukta, doğumdan üç saat sonra alınan ölçüde alt çene 5 mm. geridedir. Bir hafta sonra bu fark 4 mm. ye, 3 ay son-



Şekil 3.— Protrüzyonlu çene darlığı. Üst çene alveol kavsi dişlerle beraber ileri gitmiştir.



Şekil 4.— Çapraşık dişli çene darlığı. Süt dişlerinde nâdir görülen bir anomalidir.

ra da 2.5 mm. ye inmiştir. 4.5 aylık oluncaya kadar anne sütü ile beslenen çocukta, alt çene inkişafı tabii seyrini takip ederken, annenin rahatsızlığı yüzünden, çocuğa emzikle süt verilmeğe başlanıyor. Bunun neticesi olarak alt çene geriye kaçıyor. İndifa eden süt dişleri normal olarak tesennün edemiyorlar; sonunda, alt çene distal durumunda istikrar buluyor» (Korkhaus).

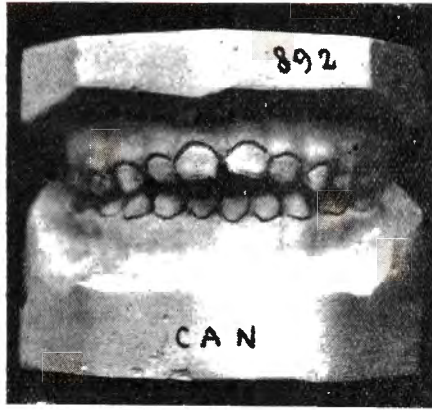
(1) Hakikatte bu tazyik çok daha fazladır. Biz ortodontide mekanik yollarla dişleri düzeltirken her diş üzerine ancak 20 gr. kuvvet tatbik ediyoruz. Fazlası, alveol kemiğinde nekroz yapabilir.

Medenî milletlerin süt çocuklarında bu nevi gelişme durmalarına ve çene deformasyonlarına çok rastlanır. Birçok vakada, lenfoid dokuların şişmesi, adenoid vejetasyonların büyümesi, ağızla teneffüs, genel büyümede gecikme, soluk beniz, beden ve fikir çelimsizliği gibi bütün belirtileriyle «status lymphaticus» da bu deformasyonlara iştirak eder.

Süt dişlerinde protrüzyonlu çene darlığına çok sık rastlandığı halde, çapraşık dişli çene darlığına nadiren tesadüf edilir. Rastlansa bile, pek bariz durumda değildir. Bu klinik tip, daha ziyade, daimî dişlerde görülür. Diş kavsinin darlığı yüzünden, süt dişlerine nazaran daha büyük ve geniş olan daimî dişler çıkacak yer bulamamış ve üst üste çıkmışlardır (Şekil 4).

2.— Beans.

Ön dişlerin kapanamamaları şeklinde görülen anomalilere, beans (açıklık) ismini veriyoruz. Genetik bakımdan bu anomalilerle çene darlığı anomalileri arasında yakın bir benzerlik vardır (Şekil 5).



Şekil 5.— Beans.

Süt çocuklarında rastlanan beanslar umumiyetle hafifdirler. Ekseriyetle dişler arasına dil veya parmak koyma gibi fena itiyatlarla meydana gelirler. Tazyika maruz kalan üst çenenin ön kısmı, simetrik veya asimetrik olarak yukarıya itilmiştir. Bu şekildeki anomalilerde, her vakada, üst çenenin gelişmesinde büyük bir tevakkuf aramak doğru olmaz. Diş değişimi esnasında spontane bir iyileşme görülebilir (Şekil 5).

Hakikî beans ismi verilen ikinci tipe, yalnız daimî dişlerde rast geliyoruz. Burada alt çenenin deformasyonu bahis konusudur. Çeneyi indirici adalelerin tesiri altında corpus, angulus nahiyesi önünden (temporalis ve masseter adalelerinin irtikâz bölgesi) itibaren aşağıya doğru kıvrılmıştır. Bu inhina yüzünden ancak azılar teması muhafaza ederler. Bu şekildeki beans vakalarında, azılarla keserlerde, «displasie» izlerine tesadüf edilir. Bu da, erken yaşda başlamış bir raşitizma tezahüründen başka bir şey değildir. Zaten, adale tazyikiyle corpusun eğilebilmesi de ancak kemik mukavemetinin azalmasıyla kabildir.

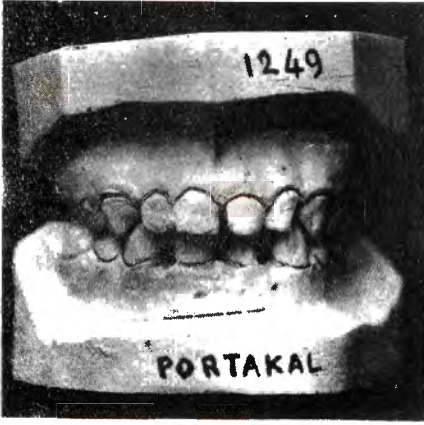
Hakikî beans az görüldüğü için, bu hastalığın süt çenesindeki başlangıç safhası

lâykiyle tetkik edilememiştir. Mamafi, raşitizmaya karşı konstitüsyonel bir istidat gösteren ailelerde yapılan araştırmalar, hakiki beansın süt çocuğunda veya ilk çocukluk devrinde başladığı kanaatini vermektedir.

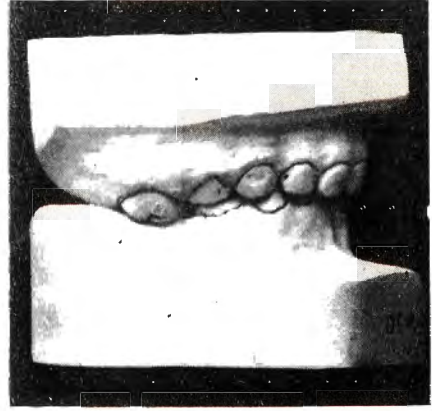
3.— Erken diş kaybı.

Erken diş kaybı, 6 - 12 yaş arasındaki çocuklarda büyük deformasyonlara sebep olurken, süt dişlerinde de mühim arızalar meydana getirir. Bilhassa, kaybolan dişin yerine gelecek olan diş, açık kalan yeri, olduğu gibi muhafaza etmiyorsa. Bu takdirde bu bölgedeki alveol gelişmesi tamamiyle durur, komşu dişler de boş yeri doldurur, bu suretle daimi diş için artık çıkacak yer kalmaz.

Bunu bir misâlle izah edelim: Dört yaşındaki bir çocukta, bir üst orta kesici travma veya enfeksiyon neticesi kaybedilmiş bulunsun. Daimi diş ancak 7 yaşında çı-



Şekil 6.— Erken diş kaybı sonucu. Alt süt keserler erken çekilmiş, bunların yerine, iki daimi kesici vakitsiz olarak erken çıkıyor. Çıplak ve aralıkdırlar. Diğer kesiciler yer bulamayacak ve anormal olarak çıkacaklardır.



Şekil 7.— Alt molar erken çekilmiş ve üst molar sarkmıştır. Daimi dişlerde aynı durum görülecektir. Üst alveol kavsinin dişleri takip edişi alâka çekicidir.

kacağı için, burada alveol gelişmesi tamamiyle durmuş, boş yer de, komşu dişler tarafından kapatılmıştır. Daimi diş sürerken tabiatıyla yer bulamayacak ve yanındaki dişlerin önünde veya arkasında çıkacaktır. Halbuki, aynı hadise 6 yaşında vuku bulsaydı, hiç bir tehlike melhuz olmazdı. Çünkü, daimi kesici, yerin kapanmasına mani olacak tazyiki yapabilecek duruma gelmiş bulunacaktı (Şekil 6 ve 7).

Süt köpek dişleriyle azıları için mesele daha önemlidir. Bu dişler, 10 - 12 yaşları arasında değişirler. Erken yaşlarda kaybedilirlerse, arkadaki dişlerin boş yeri dolduracağı tabiidir. Bunun neticesi olarak daimi köpek dişi, veya küçük azı diş dizisinin dışında kalmağa mahkûmdur.

Erken diş kaybı, ekseriyetle, antagonist dişin mübalâğalı bir şekilde uzamasına ve çekilen dişin yerine gelecek olan daimi dişin normal seviyeye ulaşmamasına sebep olur.

Daimi diş dizilerinde görülen kapanış anomalilerinin birçoğunda, erken diş kaybının esas rolü oynadığı da muhakkaktır.

4.— Süt dişlerinin çürümesi.

Süt dişleri, estetik, fonetik ve fonksiyonel hizmetlerinden başka, süt çenelerinin inkişafını sağlama ve bilhassa daimi dişlerin muntazam çıkmalarına imkân hazırlama bakımından mühim vazifeler sağlarlar. Bunun için bütün süt dişlerinin sağlam olarak ağızda kalması son derecede lüzumludur. Erken diş kaybının deformasyonlar meydana getirme bakımından ne kadar ehemmiyetli olduğunu biraz evvel görmüştük. Bir dişin kaybı, bilhassa mezial-distal yöndeki mesafenin kapanması bakımından ehemmiyet kesbediyordu.

Çürük ekseriyetle iki diş arasını tahrip ettiği için, çürüyen dişin mezial-distal çapı ufalır. Dişin, kavis üzerinde işgal ettiği yer bu suretle kısalmış olur. Mektep çağına gelmiş olan çocuklarda, dişlerin % 75 inin çürük olduğu düşünülürse, bu çürükler yüzünden normal diş kavsi uzunluğunun ne derecede kılacağı kolaylıkla anlaşılır. Bu suretle diş çürükleri, adeta erken diş kaybına uğramış çocuklarda görülen akibetleri hazırlamış olacaklardır. Bunun içindir ki, bilhassa süt dişleri çürüklerine son derece ehemmiyet vermek ve bunları, dolgularla, normal şekillerini muhafaza edebilecek bir duruma getirmek lâzımdır.

*

**

Diş-yüz ortopedisi hastalıklarından korunma konusunda hekimlerimizin rolü, bilhassa çocuk 3-4 yaşına gelinceye kadar ön safta gelir. Çünkü süt dişlerinin sürmesi ancak 2,5 yaşında nihayet bulur. İstisnaî haller hariç tutulursa, üç yaşından evvel de çocuk, dişlerinden pek şikâyet etmez. Buna mukabil bu yaşlardaki çocukların hekimle teması hemen muhakkak gibidir. Ekseriyetle doğumla başlayan bu karşılaşma, bütün çocukluk boyunca sık sık temadi edecektir. Her muayenede de boğaz tetkik edildiğine göre, hekim, dişhekiminden çok evvel çocuğun diş-çene sistemiyle karşılaşma imkânlarına sahip olacaktır. İşte bu bakımdandır ki, biz, hekimlerimizin biraz ortodonti ile alakadar olmalarını ve bilhassa anomalileri meydana getiren sebeplerle mücadele hususunda, çocuğun muhitini tenvir etmek suretiyle bize yardım etmelerini temenni ediyoruz.

Ortodonti hastalıkları endişe verecek kadar çoktur. Mekteplerimizde yaptığımız incelemelerde, çocuklarımızın % 84 ünde diş-çene anomalisi bulunduğu ve bunların % 50 sinin, alışkan olmıyan gözlerin bile kolaylıkla ayırd edebileceği anomaliler olduklarını tesbit etmiş bulunuyoruz. Bunların ancak % 10 - 15 i irsidir. Kazanılmış hastalıklar, ekseriyeti teşkil ettikleri için, mücadelemizin daha müsbet sonuç vermesi ihtimali kuvvetlidir.

Ortodonti bakımından hekimlerimizden beklediğimiz iki mühim hizmet vardır: 1) Hastalığı tevlid eden amillerle mücadele için çocuğun muhitini tenvir etmek. 2) Başlama istidadı gösteren veya başlamış olan anomali vakalarını hemen dişhekimine göndermek.

(1) Çürük nisbetinin bu fazlalığı yalnız memleketimize has değildir. Şu birkaç istatistik örneği, diğer memleketlerde de durumun aynı olduğunu göstermektedir. Jansen (Lahey); 3 yaşında dişlerin 1/3 ü, 4 yaşında % 46 sı, 5 de % 60 ı, 6 da % 65 - 75 i. Mme Greiner (Viyana): 3 yaşında % 37,6, 4 de % 46,5, 5 de % 60, 6 yaşında ise % 73,5, 6 yaşını geçen çocuklarda % 75, çürük diş bulmuştur.

1.— Çocuğun muhitini tenvir.

Hekimlerimizden bu hususda beklediğimiz yardım, bilhassa kazanılmış hastalıkları doğuran sebepleri ortadan kaldıracak tedbirleri alma hususunda, çocuğun çevresine lâzım gelen öğütleri vermektir. Anomalileri tevlit eden sebepleri, hastalıkları inceleyen görmüştük. Bunları bir bütün halinde şöyle hülâsa edebiliriz:

a) Burunla teneffüse mani olan sebepleri ortadan kaldırma:

En fazla çapraşık dişli çene darlığıyla protrüzyonlu endognatiye sebep olan âmil-ler arasında, bilhassa adenoid vejetasyonlar üzerinde durmak isterim. Ortodonti bakımından bunların, çocuk üç yaşına gelmeden evvel bertaraf edilmeleri lüzumuna kani bulunuyoruz. Bu yaşdan sonra yapılan müdahaleler, ekseriyetle geç kalmış telâkki edilirler. Çünkü, anomali artık başlamış, yapılan müdahale de ancak hastalığın şiddetlenmesine mani olmuştur. Bundan başka, burun yolları kifayetsizliği, erken yaşlarda önlenmezse, çocukta, ağızla teneffüs alışkanlığı yaratır ki, bu da başlı başına bir anomali sebebidir.

b) Lâstik meme meselesi.

Burada, emziklerle, ekseriyetle gıda alma zamanları dışında kullanılan süsetleri ayrı ayrı hatırlatmak istiyoruz. Çocuk anne sütü emebilmek için, dudak ve yanak ağalelerini çalıştırırken geride olan alt çenesini de ileri sürer. Kemikle adale arasındaki muvazaneyi tesis bakımından adale çalışmalarına ne kadar lüzum varsa, normal artiküleyi temin hususunda da alt çenenin ileri sürülmesi okadar ehemmiyetlidir. İşte emziğin bu iki şartı sağlayacak bir mükemmeliyette olması lâzımdır. Bunun için de emziğin şekil itibariyle tabii meme başına benzemesi, sert olması ve sütü kolaylıkla akıtmayacak durumda bulunması icab eder. Ancak bu şartlar altında sunî olarak beslenen bir çocuğa, çene - diş sistemini geliştirme imkânları verilmiş olur. Uzun ve gevşek emzikler, daha ziyade dil tazyikiyle damak üzerinde ezilmek suretiyle emilir ki, bunlar adaleleri çalıştıracakları yerde damağı derinleştirirler.

Tehlikeli bir ağız oyuncuğı telâkki edilmesi gereken süsetler ise -bilhassa uzun olanlar- damak üzerine yapacakları devamlı basınçla, muhakkak surette damak dismorfozları ve protrüzyonlar yaparlar. Bunların kullanılmasına, kat'î olarak mani olmak lâzımdır. Ne yazık ki, süsetsiz çocuğa rast gelmek bir mazhariyettir.

c) Parmak emme itiyadı.

Çocukların ekserisinde bu itiyat vardır. Emiş tarzı da çocuğun fantezisine göre değişir. Çeşitli emiş şekilleri de değişik anomalilerin meydana gelmesine sebep olur. Diastemali ve protrüzyonlu çene darlığı, distal artiküle, beans, değişik şekillerle bu alışkanlığın mahsulüdürler. Bu ortodontik hastalıklara mani olmak için parmak emme alışkanlığıyla mücadele lâzımdır. Bu hususda tavsiye edilecek tedbirler şunlardır: Parmaksız kalın eldiven, dirseklerin kıvrılmasına mani olan dirseklikler, emilen parmağa takılan özel dispozitifler.

d) Erken diş kaybı.

Erken diş çekiminin zararlarını evvelce izah etmiştik. Çekimi önlemek için en mühim tedbir, diş çürüklerine mani olmaktır. İhmal edilmiş diş çürüklerinin de erken diş kaybı kadar zararlı olduğuna zaten işaret etmiş bulunuyoruz. Halkımız, hatta münevverlerimiz arasında kökleşmiş fena kanaatlerden biri de şudur: «Süt dişi değil mi,

nasıl olsa değişecek». Fakat unutmamak lâzım gelir ki, değişecek olan o süt dişleri, 6 yaşına kadar yalnız başlarına, 12 yaşına kadar da daimi dişlerle müşterek olarak hizmet göreceklidir. Daha mühimmi de bunların daimi dişlerin normal olarak çıkma-larına kılavuzluk etmeleridir. Bu bakımdan bilhassa mektep çağından evvel, maalesef korkunç derecede çok olan çürüklere karşı, çocuğun muhitini tenvir etmek ve bunların doldurulmaları için aileler üzerine tesir icra etmek, hekimlerden beklediğimiz en büyük yardımdır.

2.— Başlama istidadı gösteren veya başlamış olan hastalıklar.

Ortodontide, tıpta olduğu gibi, çok mühim bir koruyucu tedavi vardır. Fakat maalesef henüz bu tedavinin müsbet sonuçlarını idrak etmekten pek uzak bulunuyoruz. Binaenaleyh ortodontik hastalıklar daima görülecektir. Hiç olmazsa bunlarla, bi-dayette mücadele etmek imkânını elde etsek, bizim için gene büyük bir kazançdır. «Anomaliler ancak 16 yaşından sonra tedavi edilmelidirler» kanaati, tamamiyle yanlıştır. Bugünkü ortodontide, tedaviye başlamak için yaş haddi yoktur. Bu daha ziyade bir nevi meselesidir. Bu bakımdandır ki, modern ortodontide, erken tedavi diye bir metod vardır. Bu usule uyarak hastalık görülür görülmez tedaviye başvuruyoruz. Bu suretle de ekseriyetle kısa bir zamanda, sonradan senelerce sürebilecek olan bir tedavi başarılmış oluyor.

Ortodontiyle yakından ilgili olmayan meslekdaşlarıma, bu vesileyle ortodontik hastalıkların en mühimlerini tanıtmaya çalıştım. Hiç şüph yoktur ki, burada zikre-dilmesi mümkün olmayan birçok anomali daha vardır. Böyle olmakla beraber, gerek profilaksi, gerekse erken tedavi bakımından, hekimlerin ne derecede önemli bir rol oynadıkları izah edilmeğe çalışılmıştır. Bu sözlerimizle tıp âleminin ortodontiye yardımını sağlamış olursak cidden memleketimizin gençliğine, büyük bir hizmette bulunmanın huzurunu tatmış olacağız.

Dr. Kenan Aker :

Değerli arkadaşım Prof. Dr. şevket Salih Soysalın Okuldan Önce Çocuk Sağlığı hakkında etraflıca hazırladığı raporu okudum. Çocukların sağlam yetişmesi, çocuk mortalitesinin azaltılması, sağlık davalarımızın en mühim konularından birisini teşkil etmektedir. Hükümet ve Cemiyetin mühim vazife ve rolları olduğu şüphesiz bulunan bu konu üzerinde Süt Çocuğu ve Okul Çağından önceki devrenin tıbbi ve sosyal bütün zorlukları göz önünde tutabilmeleridir. Çocuk sağlığının korunmasında en başta gelen davalarımızdan bir diğer de ana ve babaların bilgili ve aydın insanlar olarak yetişmesi ve çocuklarının sağlığı ve korunması bahsinde gerekli malûmata sahip olmalarıdır. Bu işe okuldan başlanmalıdır.

Bu önemli noktalar üzerinde kısaca durduktan sonra iki bahis hakkında müta-lâamı arzedeceğim :

1 — Bugünkü teşkilâtımız içinde doğumdan evvel ve doğumdan sonra çocuk sağ-lığını koruyacak Doğum ve Çocuk bakımevleri gibi müesseselerimizin, sınai ve zirai fabrikalarımızın yanındaki Kreş ve Çocuk bakımı teşkilâtının ve diğer çocuk dispan-serlerinin azlığı, ve bir de hasta çocukların tedavisi gibi çok mühim işlerle uğraşan çocuk hastaneleri ve hastanelerdeki çocuk kliniklerinin gerek işlerinin çokluğu ve gerekse personel azlığı ve Poliklinik yerlerinin müsaadesizliği dolayısıyla sağlam çocuğun kontrolü ve ana, babaların çocuk bakımı hakkında aydınlatılması işinde istenildiği

derecede faydalı olamadığı ve sağlam çocuğun kontroluna yarayacak meseleler (Consultation des nourissons) ye benzer tesislere ihtiyacımız vardır.

2 — İkincisi de, korunma yani prevention ve immunization mes'alesidir. Bu çağdaki çocukları infection lardan koruma bahsi çok mühimdir. Bunları sırası ile sayabiliriz. Fakat ben verem ve diğerleri üzerinde duracağım. B.C.G için, çocukların tüberkülozdan korunması işinde son senelerde devlet ve verem savaş teşkilâtımız tarafından atılan adımları teşekkürle zikretmek isterim. Bu husustaki çalışmalara devam etmelidir.

Bundan sonra da, çocukların bu çağda diphtérie den koruma bahsini hatırlamak kâbil değildir. Raportörün raporunda da kısaca belirttiği gibi kültür seviyeleri ileriye gitmiş memleketlerde yapılan diphtérie immunization u parlak neticeler vermiştir. Misal olarak 1950 senesinde Londra şehrinde diphtérie den 4 ölüm vak'ası görüldüğü zikredilmiştir. Memleketimizde, diphtérie küçümsenecek bir durumda değildir. Büyük şehirlerimizde vakit vakit diphtérie'ye şahit olmaktayız ve maalesef, bazı ana ve babalar vak'aları hekime ve hastaneye geç getiriyorlar. Şişli Çocuk Hastanesinde benim kliniğime yatan ve geç getirilmiş ve ilerlemiş vak'alar olan hastalarından geçen sene yatanlardan (17 %) si ölmüştür. Geniş bir surette diphtérie immunization u yapan memleketlerde diphtérie vak'aları ya azalmış veya hafif seyretmiş ve bu suretle bu hastalıktan mortalite de azalmıştır. Bilhassa bu çağdaki çocuklar arasında diphtérie immunization unun luzumu ve bunun ana ve babalara duyurulması ve bu hususta onların aydınlatılması ve tatbikinin temini çok önemlidir.

Sözlerim bundan ibarettir, hepinizi saygı ile selamlarım.

OKUL HİJYENİ :

Dr. Sevil Akay :

Koruyucu hekimlik, okul sağlığı ve mantal çocuk hijyeni gibi sosyal mevzuları alâkadar eden raporlarile sayın arkadaşların tezlerinde bir kaç noktaya temas edilmediğini görüyorum. Sayın arkadaşların bu hususta neler düşündüklerini öğrenmek isterim. Bu meskût geçen noktalar şunlardır :

I — Philosophie médicale

II — Medico-sociale

Bu iki mühim şube, bugün bir çok medenî memleketlerin Üniversitelerinde tedris edildiği halde bizim üniversitemizde de bu cihetten bir hareket görülmediği için, Raportör arkadaşlarım bu konulara ait hiç bir teklifte bulunmayışları dikkat nazarımızı çekmektedir. Gönül isterdi ki içtimai derterimize temas eden arkadaşlar bu cihetlere de temas etsinler ve üniversitemizin bu cihetten de ileri bir adım atmasına vesile olsunlar.

Prof. Dr. Ziya Cemal B.Aksoy :

Yazdığı rapordan dolayı Sayın Dr. Baha Arkan'ı tebrik ederim. Kendisi bu konuyu etraflıca tetkik ederek esaslı tekliflerde bulunmaktadır.

Bu arada öğrencilerin ağız ve diş bakımı konusuna da gereken ehemmiyeti belirtmiş bulunmaktadır. Yalnız ben, aşağıda arzedeceğim bazı tekliflerin de Raportörün dileklerine ilâvesi ricasında bulunuyorum :

1 — Öğretmen Okullarında sağlık eğitimi yapılırken diş ve ağız bakımı hakkın-

da da, Raportörün teklif ettiği veçhile, misal ve resimleri ihtiva eden aktif bir eğitim bahsinin ilâve edilmesi.

2 — İyi inkişaf edemiyen öğrencilere tahsis edilecek tatil kamplarında çürük ve apseli dişlerin oynıyacağı rol gözönünde tutularak bunların ağız ve diş bakımından behemahal bir tetkike tabi tutulmaları.

3 — Raporda belirtildiği gibi yeni yapılacak sağlık fişlerinde ağız ve dişe ait muayenelerin belirtilmesi ve bunun öğretmenlere ait fişlere de ilâvesi.

4 — Millî Eğitim Bakanlığında (Okul Sağlık İşleri Müdürlüğü) kurulduktan sonra buraya davet edilecek temsilciler arasında ağız ve diş hijyeni ile ilgili bir Diş-tabibi mümessilinin de bulundurulması.

5 — Okul Hijyeni servisleri ve okul sağlık merkezleri personelinin yetiştirilmesi meselesinde Raportör bunun bir ihtisas işi olduğunu pek haklı olarak ileri sürmektedir. Bu personeli yetiştirmek için Tıp Fakültelerimizin bu konuyu ele almalarını teklif eden Sayın Raportöre ilâveten ben de buralarda çalışacak Diştabiplerinin yetiştirilmesi işi ile Dişhekimliği Okulunun da ayrıca ilgilenmesi gerekeceğini belirtmek isterim.

6 İlk öğretim devresinde ağız ve diş bakımını sağlamak için Sayın Raportörün teklif ettiği okul sağlık merkezleri teşkilâtından başka (seyyar) bir bakım konusunun da mümkün olduğunu bilhassa belirtmek istiyorum. Senelerdenberi üzerinde çürüdüğü bu mesele, medenî memleketlerden bir çoğunda uzun zamandanberi tatbik edilmektedir. Bu seyyar teşkilât hem ucuza malolmakta ve hem de birbirinden uzak yerlere dağılmış bulunan ilk okullarımızın öğrencilerini sağlık merkezlerine kadar göndermek külfetinden kurtarmaktadır. Lüzumlu her türlü vasıtayı ihtiva eden ağız ve diş bakımı otomobillerinin beheri bugün on ilâ onbeş bin lira arasında tedarik edilebilmektedir. Bunlardan bütün Türkiyenin ağız ve diş bakımı için istifade edilmesi mümkün olacağı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca kurulan (sağlık merkezlerine) birer tane tedarik edilmesi gerekeceği Türk Diştabipleri Cemiyeti tarafından çeşitli müracaatlarla belirtilmişti. Bunların Marşal yardım plânından istifade edilerek memleketimize getirtilmeleri mümkün olacağı da ayrıca ait olan makamlara tarafımızdan bildirilmişti. Tahsisat bulunmadığı cevabile karşılana bu teklifimizin rapor münasebetile Kongremiz tarafından yenilenmesi uygun olacağı kanaatindeyim.

7 — Okul Hijyeni servisleri ile okul sağlık merkezleri kadrolarında çalıştırılacak ve şayet temin edilebilirse seyyar teşkilâtta vazife alacak personelin yetiştirilmeleri meselesine gelince 1.4.1948 de Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına Dişhekimliği Okulundan gönderilen bir dilekçe ile ağız ve diş sağlığına ait eğitimin plânlaştırılması istenmiş ve on senelik bir program yapılarak İstanbul, Ankara, İzmir, Adana, Trabzon, Mersin, Antalya gibi şehirlerde ilk okul öğrencilerininin ağız bakımını temin edecek teşkilâtın nasıl kurulabileceği belirtilmişti. Bu konu ile ilgilenen Sağlık Bakanlığı Millî Eğitim Bakanlığına (Okul diş bakımı teşkilâtı) hakkındaki düşüncelerimizi bildirmiş ve her iki Bakanlık bize bu meseleyi tahakkuk ettirmek için ne yapmaları gerekeceğini sormuşlardı. 22.6.948 de verdiğimiz cevapta bu eğitim için personel yetiştirilmesi meselesini Dişhekimliği Okulunun üzerine alacağı ve bunun için senelik on dört bin beş yüz liraya ihtiyacı bulunduğunu tarafımızdan bildirilmiş ve ilk senede iki Dişhekimisi ile iki hastabakıcınının yetiştirileceği ve bundan sonra beş sene zarfında İstanbul için biri Dişhekimisi ve biri hastabakıcı olmak üzere beşer ekipin, Ankara için üçer, İzmir için ikişer ve diğer şehirler için birer ekipin yetiştirileceği bildirilmiş ve bu mesele hakkında lüzumlu ödeneklerin her sene yavaş yavaş arttırılmak suretile bütçeye konulması, on sene zarfında bu teşkilâtın tamamlanabileceği bütün teferruatile bildirilmişti. Bugüne kadar yaptığımız müracaatlara rağmen bu konu hakkında bütçelere ne bir ödenek konulmuş ve ne de bizden bir daha sorulmuştur.

Buna rağmen Dişhastahları Tedavisi kürsüsüne bağlı çocuk dişleri servisi Prof. Suat İsmail Gürkan tarafından kurularak okulumuzda her gün ilk okul öğrencilerinin ağız ve diş sağlığı ile meşgul olunmakta ve bilhassa koruyucu tedbirler tatbik edilmiş bulunmaktadır. Bu servisin çalışmalarını kolaylaştırmak ve bir nümune teşkilâtı meydana getirmek için yine Prof. Suat İsmail Gürkan tarafından bir diş bakımı otomobili tahsis istenmiş ve fakat bu tahsis yapılmayıp istenilen seyyar otomobilin Türk Diştabipleri Cemiyeti tarafından tedarik edilmesi tavsiye edilerek Cemiyetimize böyle bir yazı gönderilmiştir.

Yukarda safahatını belirttiğim eğitim işinin sağlanması için gerek Dişhekimliği Okuluna ve gerekse Milli Eğitim Bakanlığı bütçesine eski plânda belirttiğimiz ödeneklerin konulması için kongremizin bir karar almasını ve rapordaki tekliflerle beraber bu tekliflerimin de ait olan makamlara ulaştırılmasını rica ederim.

Dr. Zeki Köseoğlu :

Bu sabah kıymetli dostum Dr. Baha Arkan'ın pek etraflı bir tetkik mahsulü olan Okul Hijyeni raporunu dinledik ve çok müstefid olduk, ve teessürle öğrendik ki; bu mevzuda memlekette hemen hemen hiç bir teşkilât mevcut değildir. Yıllardanberi Okul Hijyeni ve okuyucu sağlığı ihmâle uğramıştır, mevcut teşkilâtımız okuyucu sağlığına ait günlük ufak tefek şikâyetleri önlemek için bile kâfi denecek durumda bulunmamaktadır.

Senelerdenberi kısmen de koruyucu hekimlikle uğraşan ve bir müddet de okul hekimliği yapan bir meslekdaşımız sıfatı ile bu sahadaki yokluğun ezasını çok derinden duymuşumdur. Arkadaşım bu eksikleri nasıl gidermek gerektiğini belîğ ve sarîh bir tarzda anlattılar, kongremiz vakit kaybetmeden Hükümetimize okul ve okuyucu hijyeni hakkında bu raporun ihtiva eylediği fikirlerin tatbiki temennisinde bulunmalıdır.

Esasen sayın Sağlık Bakanımız da açış nutuklarında Okul Hijyeninin hekimliğin yeni bir ihtisas şubesi olmasına karar verildiğini tebşir buyurdular. Bir taraftan da Milli Eğitim Bakanlığınca bu hususta gerekli teşkilâtın kurulmak üzere olduğu haberlerini memnuniyetle öğrenmekteyiz.

Evvelâ büyük şehirleri bölgelere ayırmak ve bu bölgelerde merkezî bir teşkilât kurmak ve bir kaç okula bir okul hijyeni mütehassısı bir hekim vazifelendirmek üzere işe başlanırsa, ilkokuldan yüksek tahsil sonuna kadar her üç ayda bir klinik, radyolojik muayenelerle neticelerini sağlık fişlerine kaydeylemek, tedavisi gerekenleri derhal ayırabilmek, her okuyucunun sağlık durumunu daha kolay ve ciddi takip etmek imkânı hasıl olabilecektir. Bu sahadaki çalışmalar içinde bulunduğumuz koruyucu hekimlik devrinin icaplarına göre inkişaf yolunu bulacaktır. Hülâsa olarak bu teşkilâtın kurulmasından memleketimiz için kısa zamanda büyük faydalar sağlanacağı ümidindeyiz.

Okul Hijyeni ve okuyucu sağlığının korunması hakkında pratik görünen ve tatbik kabiliyeti bulunduğu nisbette semereli olacağına emin bulunduğm kıymetli bir mesai mahsulü raporları ile bizi tenvir eden arkadaşım Dr. Baha Arkan'ı tebrik ederim.

Dr. Kenan Aker :

Sayın meslekdaşlarım ;

Okul hijyeni hakkında kıymetli bir rapor hazırlayan Dr. Baha Arkan arkadaşına teşekkür ederim. Bu hususta aşağıda belirteceğim noktalar üzerinde durmak ve değerli raportörün mütalâasını öğrenmek istiyorum.

1 — Çocuk sağlığının dayandığı esaslı noktalardan birisi de anne ve babaların, bu hususta bilgili ve aydın olmasıdır. Bu iş daha okul sıralarında başlamalıdır. Pediatri'de bilhassa korunma işinde bunun büyük önemi vardır. Orta okullarda, okutulan (Çocuk sağlığı bilgisi) dersi, genç kızlarımıza gerekli iptidai malûmatı vermektedir. Sayın Raportör arkadaşımın bu dersin programını tedkik etti ise, bu hususta mütalâasını ve bu dersin çocuklara kâfi malûmatı verip vermediğinin bildirilmesini rica ederim.

2 — İkinci bir konu da okullarda göz korunması hususudur. Amerikada bulunduğum 1932 senesinde bu işde çok mühim adımlar atıldığını gördüm. Dershanelerin aydınlatılması, dershanelerin yani sınıfların boyaları, ve nihayet gözleri normal şartlarla çalışmaya müsait olmayan çocuklara mahsus sınıf ve büyük harfli kitaplar gibi.

Bu hususta da raportör arkadaşımın malûmat rica eder, hepimizi hürmetle selamlarım.

Raportör Dr. Baha Arkan : (Son söz)

1 — **Dr. Orhan Okyay'a :**

Muhterem Dr. Orhan Okyay arkadaşım, (Okullarda diş sağlığı konusunda, ortodonti'nin de nazarı itibara alınmasına lüzum ve ihtiyaç bulunduğunu işaret etmişlerdir).

Yüksek Kongrenin tetkikine sunulan Okul Hijyeni raporumuzda bu cihete de temas edilmiştir. Ancak Millî Eğitim Bakanlığının daha ziyade (Koruyucu) mahiyette olan sağlık murakabe hizmetlerinde diş sağlığının prevantif hizmetlerinin emniyet altına alınmasından sonra ortodonti ve diğer diş tedavilerinin de (küratif) hizmetler arasında dikkat gözüne alınması lâzım geleceği raporumuzda izah edilmiştir.

Muhterem Prof. Dr. Ziya Cemal Beyin raporumuzun (diş sağlığı) ile alâkalı temenni ve tekliflerimizle alâkalanmasına bilhassa teşekkür ederim. Yedi madde içinde telhis edilmiş olan tavsiyelerine aynı sırayı takip ederek kendilerini tatmin etmeye çalışacağım:

1 — Raporumuzda öğretmen okullarında okutulması temenni ve teklif edilmiş olan (Okul Hijyeni) ve (Sağlık eğitimi) ders müfredat programında (Diş sağlığına) da hususi bir yer ayrılması izah edilmiştir.

2 — Kamplarla alâkalı teklifleri çok yerindedir.

3 — Sağlık fişlerinde ağız ve diş muayenelerinin önemle kaydedilmesi esasen teklif edilmiş bulunmaktadır.

4 — Bu madde ile ileri sürdükleri samimi ve çok yerinde olan tekliflerine tamamen iştirak ederim.

5 — Bu madde ile yaptıkları teklif raporumuzda da belirtilmiştir.

6 — Okul sağlık merkezlerine bağlı (diş bakım ve tedavi arabalarının) da tahsis edilmesi teklif edilmiştir. Değerli meslektaşımın bu fikirlerini samimiyetle paylaştım.

7 — Bu madde ile bildirmiş oldukları hâdiseyi şimdi öğrenmiş bulunuyorum. Kendileri bu mevzuda çok haklıdır.

Kıymetli arkadaşım Dr. Kenan Aker'in iki madde içinde telhis etmiş oldukları sorularını cevaplandırmayı vazife bilirim:

1 — Raporumuzda tafsilen bildirmiş olduğumuz gibi her derecede ve vazifedeki okullarda (Sağlık bilgisi) derslerinin takviyesi ve bilhassa (antitüberküloz) eğitimin önemle tatbik edilmesi teklif edilmiştir. Bu arada (pucrikültür) derslerinin kız orta okullarında da okutulmasına ihtiyaç bulunduğu izah edilmiştir.

2 — Göz - kulak ve tüberküloz depistaj muayenelerinin ehemmiyetine de işaret edilmiş ve bu konuda raporda geniş bilgiler verilmiştir.

Dr. Sevil Akay arkadaşımızın temas ettikleri mevzu raporumuzun 1 ve 3 cü bölümlerinde çok geniş malûmat verilmiştir.

Raporda okul hekim ve hemşirelerinin mediko-sosyal ve mediko-pedagojik bilgi ve tecrübe sahibi olmalarına ihtiyaç bulunduğu izah edilmiş olduğu gibi Okul Hekimliğinin Tıpta ayrı bir ihtisas dalı halinde geliştiği de ayrıca bildirilmiştir.

Çok değerli meslektaşım ve arkadaşım Dr. Zeki Köseoğlu'nun raporumuz hakkında izhar etmiş oldukları temiz ve takdirkâr duygularına yüksek huzurunuzda teşekkür etmeyi vazife bilirim.

Dr. Zeki Beyin Okul Hijyeni sahasındaki bilgi ve tecrübesine sonsuz bir hörmetim vardır. Bu sahadaki hizmetleri ve verdikleri emekler bizden daha çoktur. Bugün başında buldukları muazzam sağlık müessesesi ise M. Eğ. Bakanlığımızın öğrenci ve öğretim sağlığı mevzuunda haklı olarak övüneceğimiz bir eserdir. Bu sebeple değerli arkadaşımızın naçiz raporumuz hakkındaki tarafsız ve samimi görüşleri bizi teşvik eden en kıymetli bir mükâfat sayılır.

Raporumuzda (prevantif) ve (küratif) okul sağlık hizmetlerinin idari ve ilmi mekanizması Millî Eğitim Bakanlığımızın teşkilâtı içinde kurulmasından sonra zaruri olarak hazırlanacak olan plân ve programlarda yardımlarını esirgemeyeceklerine eminim.

Raporumuzda teşkil ve tesisini temenni ve teklif etmiş olduğumuz (okul sağlık merkezleriyle) (okullararası hastalık, tüberküloz ve kaza sigorta kurumunun) memleketimiz için faydalı ve hayırlı olacağını kuvvetle ümit etmek cesaretini verdikleri için Sayın Dr. Zeki Köseoğlu'na tekrar teşekkür ederim.

FİZİKAL OKUL HİJYENİ :

Prof. Dr. Münir Ahmed Sarpyener :

Türk ırkı güzeldir, kuvvetlidir onu himaye ve muhafaza etmeliyiz. Birleşmiş milletlere mensup ne kadar millet varsa hemen hepsinde spor ve beden terbiyesi hekimliği mevcuttur. Beden terbiyesi ve spor teşekkülleri bunların elindedir ve bunlar tarafından idare edilir. B. milletler bir statüya tabidirler, hatta tıp fakültelerine bağlı kürsüleri olan memleketler de vardır. Spor hekimliği ve beden terbiyesi hakkında iki yılda bir kongre yapılır, bu kongrelere iki defa iştirâk etmiş bulunuyorum. Aldığım intiba bu hususta çok geri kalmış olmamızdır, bu hali bir an önce ıslah etmek mecburiyetindeyiz, zira bizde halen beden terbiyesi ve spor, anatomi ve fizyoloji bilmiyen daha doğrusu hareket organlarını bilmiyen idarecilerin elindedir. Kazanmak gayesile infiltration u olan atletleri bile milletlerarası müsabakalara sokarlar ve bizi mahcup ederler. Beden terbiyesi ve sporu bu empirik durumdan kurtarmak gerektir. Ülkümüz müsabaka kazanmaktan ziyade Türk milletinin kuvvet ve kudretini, vücudunu ıslah etmektir. Bu gayeden uzaklaşmamak gerektir. Hükümetten dileğimiz Beden terbiyesi ve sporun idaresini diğer ileri memleketlerde olduğu gibi ehli olan Hekimlere verdirmeektir. Verilmediği takdirde akıbet hüsrandan ve ileri hamlelerde gecikmekten başka bir şey olmayacaktır.

Prof. Dr. Rasim Adasal :

Spor hekimliği hakkında

Bundan önceki bir Tıp Kongresinde spor hekimliği hakkında çok güzel kararlar alınmıştı ; maatteessüf tatbikatta geri kalıyoruz. Bir çok Avrupa - Amerika spor kabileleri aralarında hekim bulundururlar. 948 Olimpiyadında Amerikalılar bir kaç müteahhis hekimle iştirak etmişlerdir. Bir çok etütler yapıyorlardı. Biran önce bir kaç genç hekimi bunun tahsiline göndermeliyiz. Çünkü spor terbiyesinin bir şubesidir ; ve tababet konusudur.

Dr. İsmet Uluğ :

Dr. Rasim Adasal arkadaşımızın işaretleri üzerine bu hususta birkaç söz söylemek lüzumunu hissettim. Hakikaten, spor işlerimizin her memlekette olduğu gibi, bizde de sıhhi bir kontrol altında yapılması zamanı artık çoktan gelmiştir. Biz, uzun sporculuk hayatımızda, bilgisizlik ve sıhhi murakabesizlik yüzünden bir çok fedailer vererek devam ettik. Bugün de aşağı yukarı böyledir. Ben, bir çok münferit vak'alar dışında, lise arkadaşlarımdan olup hariçte bazı kulüplerin namdar elemanlarından üç kardeşim, sahada kan kusduklarını, ve yine hastalıklarından son günlere kadar haberdar olmadıklarını, nihayet üçünün de ölüp gittiklerini, daima, içim sızlayarak hatırlarım. Bu facialar yanında sakat ve arızalı kalan ise ayrıca yüksek bir yekûn tutmaktadır.

Arkadaşımız Dr. Cevat Alpsoy'un oyun, jimnastik ve spor devrelerinin yaşa göre tertiplerinde ise büyük bir önemle durmak lâzımdır. Bizde 10 - 12 yaşındaki küçük çocuklar, koca bir top peşinde saatlerce ve saatlerce koşup kendilerini harap ederler. Bunun neticesi olarak söylediğim faciaların vukuundan sarfınazar, en azı, vücütlerinin tam bir sıhhat ve developmana vasıl olmasına mani olurlar. Ecnebi sporcular yanında ufacık kalmamızın sebebi budur.

Spor hayatımızda arzu edilen sıhhi ve teknik merhalenin alınması için bu teşkilâtın sporla alâkadar doktorlarımız tarafından kontrolü ilk şarttır. Bir sporcunun, gıdası çalışma şartları, antrenman şekli ve bunların, adale, kalp ve ciğerlerin aldıkları duruma göre tanzimi, ancak, bu içten anlayan bir doktor tarafından tanzim olunabilir. Yoksa bir sporcunun ne sıhhatinden ve ne de adale ve iç azalar kabiliyetinden tam bir surette istifade etmek ve netice olarak teknik bakımdan ileri bir muvaffakiyet kazanmağa imkân yoktur.

Dr. Cevat Alpsoy : (Son söz)

Prof. Dr. Münir Sarpyener, Prof. Rasim Adasal ve Dr. İsmet Uluğ'un raporunu destekleyici sözlerine çok teşekkür ederim. Sporun doktor kontrolü altında yapılmasını spor doktoruna olan ihtiyaç ve sporun yaşa göre ayarlanması pek lüzumlu şeylerdir.

MANTAL OKUL HİJYENİ :

Dr. Baha Arkan :

Aziz meslektaşım Prof. Dr. Rasim Adasal'ın (Mental Okul Hijyeni) raporunu zevkle dinledim. Büyük bir vukufla hazırlamış oldukları raporları için kendilerine teşekkür ederim.

Raporunda geri kalmış çocuklar hakkında esaslı bilgiler verilmiş olmakla beraber bu kategori çocuklar için memleketimizde bir müessesenin mevcut olup olmadığını ; yok ise nasıl bir teşkilâtın kurulmasını tavsiye ediyorlar ? Bu hususta raportör Sn. Bn. Dr. Mukadder'in de bizi lütfen tenvir etmelerini rica ederim.

Ord. Prof. Dr. İhsan Şükrü Aksel :

Son Amerika seyahatim esnasında hijyen mantal'a çok ehemmiyet verildiğini ve bazı kliniklerde hijyen mantal kursları verildiğini ve bu sahadaki mesainin hekim olacak gençlere geniş mikyasta öğretildiğini gördüm. Bu noktayı kıymetli arkadaşlarıma bildirmek istedim.

Dr. Cihad Atasev :

Muhterem Prof. Dr. Rasim Adasal vukufu ve ehliyetle çocuk mantal hijyeni üzerinde bizi tenvir ettiler. Siklet merkezini mantal hijyene tevcih etmesi itibariyle, Türkiye Akıl Sağlığı Cemiyetinin bir mensubu olarak, bir teşekkür, bir temenni ve bir haber arzına yüksek hey'etinizin müsaadesini rica edeceğim.

Sayın Sağlık Bakanlığımızın açış nutkunda okul hijyenist hekimliğinin ihtisas şubesi olarak kabulüne ve Ankarada bir Ana-çocuk merkeziyle Bakanlıkta bir büro kurulacağına dair tebşirlerini şükranla karşıladık.

Türkiye Akıl Hıfzıssıhhası Cemiyeti 930 danberi bilhassa sayın Prof. Dr. F. Kerim Gökay'ın gayretleriyle akıl sağlığı davasına hizmete çalışmaktadır.

Okul hekimliği emellerimizden birisi olarak tahakkuk etme yolundadır.

Mantal hijyenin baş ve ilk konusu çocuk problemini muhtelif zaviyelerden etüdü eden Prof. Dr. Rasim Adasal ve raportör meslekdaşlarımıza değerli çalışmalarından dolayı teşekkür ederiz.

Müşterek nokta, akıl sağlığı davasının genişliği, problemlerinin çeşitliliği karşısında yapılabilenin az olduğudur.

Bu sebeple Sağlık Bakanlığında bir Akıl Sağlığı seksiyonu kurulması temenniye şayandır. Bu kongre vesilesiyle de Sitma, Tüberküloz davalarında olduğu gibi mantal hijyenin bütün şümüliyle, ön plânda, bir (Halk sağlığı - Amme sıhhatı) mes'elesi olarak tedvir ve ayarlanmasını ümit etmek isteriz.

Bu arada Cemiyetimizin 948 denberi Dünya Akıl Sağlığı Federasyonunun bir aza cemiyeti olduğunu duyurmak ve son zamanlarda cemiyetimizin faaliyeti çerçevesinde ufak çapta bir (Child-Guidance) çocuk kılavuzluğu servisi kurulmak üzere teşebbüse geçildiğini haber vermekle sözlerimi bitiriyorum.

Prof. Dr. Rasim Adasal : (Son söz)

Raporda akıl hijyeninin memleketteki verimli mesaisi ve bilhassa antialkolizm davası takdirle zikredilmiştir.

Geri ruhlu çocuklar enstitüsünün islah evi yanında kurulması uygundur. Üniversitelerde (okul hijyeni) nin konferanslar şeklinde öğretimi uygundur. Ankara Tıp Fakültesinde (Psikoloji medicale) dersi verilmektedir. Gönül dilerdi ki bu önemli problem ile öğretmen arkadaşlar da yakından ilgilensinler. Kongre tertip heyeti, İstanbul Millî Eğitim Müd. ne yazmıştır : Bu işte karşılıklı kollaborasyona ihtiyacımız vardır.

ÜÇÜNCÜ GÜN

Serbest tebliğler :

27.Eylül.1952 Cumartesi

Saat : 9.00

SEKSİYON A :

İstanbul Üniversitesi Hukuk ve İktisat Fakülteleri
I. No. lu Dershanesinde

Başkanlar : *Prof. Dr. Arif İsmet Çetingil*
Dr. Nurettin Onur

SYDENHAM VE GEBELİK KORESİNDE ACTH TEDAVİSİ

Prof. Dr. Necmettin Polvan

Hastanın hüviyeti : Bâki Şerifoğlu, 8 yaşında, talebe.

Şikâyeti : Kollarında, bacaklarında ve yüzündeki iradesiz hareketlerden.

Hikâyesi : Bu defaki üçüncü hastalanması. Her defasında evvelâ anjin oluyor ve ateşi yükseliyormuş. İlk iki hastalanışı bir ay kadar sürüp geçmiş. Bu defakinde gene bir anjin vardı, bunu müteakip mektepte tifo aşısı yapılmış; ateşi 38,5'a kadar yükselmiş. Aynı gün gayrı iradi hareketler başlamış. Halen subfebril ateşi var. 15.2.1952'de kliniğimize dahil olmuştur.

Soy geçmişi : Annesi, babası ve 3 kız kardeşi sağ ve sıhhatte. Babasının dayısında erken bunama, anne annesinde sar'a mevcutmuş.

Öz geçmişi : Su çiçeği, boğmaca, kabakulak ve kızamık, pnömoni geçirmiş.

Muayenesi : Genel durum : iştihası az, uykusu iyi değil, 37,5 civarında ateşi oluyor. Hiç yerinde duramıyor, irritabl.

Serebrospinal sistem muayenesi : Yüzde, dilde, gövdede, bacaklarda koreik hareketler mevcut. Umumi hipotoni var. Koreik hareketlerden dolayı yürüyemiyor. Gordon aksesi alınıyor. Konuşmada zaman zaman duraklamalar oluyor.

Laboratuvar muayeneleri :

Formül :

Seg.	64
Mono.	2
Lenfo.	30
Eo.	4

Kan :

Eritrosit :	3.480.000
Hb : %	76
Lökosit	9.600
Sedimentasyon	8 32 55
İdrar :	Kayda değer bir şey yok.

Likor serebro spinal : Manzara : Berrak, Renk : hafif kanlı (Aksidantel) Lenfosit : 6,4 Albumin : 0,22, Glikoz : 0,65, B.Kolloidal : 222, 022, 021, 100,000 T

Mayide, Kanda Wassermann ve Kahn : (—)

Tedavi : Kliniğimizde evvelâ endolumbal sulfata de magnesie yapıldı fakat hareketlerde değişiklik olmadı. Cyotropine, Penicilline, B₁ vitamini, Cacodylate de soude şeklindeki tedaviye 10 gün devam edildi gene bir değişiklik olmadı. Cortadren (günde üç tablette) dokuz gün verildi, bir değişiklik olmadı. 8-3-952 de günde iki defa 10 mg. Cortrophine ve günde 1,5 gr. Aureomycine tedavisine geçildi. İkinci gün gayri iradi hareketlerde azalma müşahede edildi. 6 hafta müddetle bu şekildeki tedaviye devam edildi. Elde edilen iyilik devam etti ve bu şekilde ileri derecede salâh ile taburcu edildi. Bu esnada 1 aydan beri ateşi 37 nin altında seyrediyordu. Sedimantasyonu 1/2 saatte 1, 1 saatte 3, 2 saatte 7 idi.

Hastanın hüviyeti : Mine Küskü, 10 yaşında İstanbullu.

Şikâyeti : Gayri iradi hareketlerden.

Hikâyesi : Beş gündenbergi başında, kollarında ve bacaklarında gayri iradi hareketler oluyormuş; uyuduğu esnada bu hareketler geçiyormuş ; ateşi olmamış ; 1-4-952 de kliniğimize dahil olmuştur.

Soy geçmişi : Babasında Neurastheni mevcut, annesi ve bir kardeşi sağ ve sağlam.

Öz geçmişi : Birinci çocuk doğumu, yürütmesi, konuşması normal olmuş. Kızamık, boğmaca, su çiçeği geçirmiş, sık sık anjin olmuştur. Bundan 10 gün evvel gene anjin olmuş.

Muayenesi : Genel durum : Uykusu, iştihası iyi değil; ateşi yok, irritabl.

Serebrospinal sistem muayenesi : Bütün hareketleri yapabiliyor; ancak gayri iradi hareketlerden dolayı intizamsız bir şekilde. Başında, ellerinde, bacaklarında koreik vasıfta hareketler mevcut.

Laboratuvar muayeneleri :				Formül :	
Sediman.	5	24	35	Seg.	: 62
Kan :				Lenfo	: 30
Eritrosit	:	4,640,000		Mono	: 4
Lökosit	:	5,200		Eo.	: 4
Hb.	:	% 79		İdrar :	Kayda değer bir şey yok.

Likor serebro spinalis : Tazyik 42 (oturarak)

Manzara: berrak. Renk: Tabii, Kıvam: Tabii. Hücre 0,4.

Albumin: 0,30. Glikoz: % 26 mg Pandy, Nonne Weichbrodt menfi.

B. Kolloidal: 000,000,001,000,000, T

Tedavi: 3.4.952 de ağız yolu ile günde 1,5 gr. Aureomycin ve parenteral olarak 100 mg B₁ vitamini, Becozyme tedavisine başladık. 15 gün bu şekilde devam ettik. Hiç bir iyilik görülmedikten başka gayri iradi hareketler biraz daha arttı.

18.4.952 de 25 mg A.C.T.H. (Cortrophine) ile Thorne testi yapıldı. Eozinofiller mm. küpte 390 idiler, 4 saat 207 ye düştüler (yani % 47 azalma tesbit edildi).

19.4.952 de yukarıdaki tedaviye ilâve günde 3 defa 10 mg A.C.T.H. tedavisine başladık. İkinci gün gayri iradi hareketlerde bariz bir azalma ve iştihasında artma husule geldi. Bu şekildeki tedaviye 15 gün devam edilerek ileri derecede salâh ile taburcu edildi. Bu esnada sedimantasyon 1/2 saatte: 2, 1 saatte 4, 2 saatte: 10 idi.

Zehra İşlek, 27 yaşında, Antalyalı, ev kadını.

Şikâyeti: Bütün vücudundaki gayri iradi hareketlerden, yattığı zaman gelen nefes darlığından, uykusuzluktan.

Hikâyesi: Bir ay önce sol el parmakları gayri iradi olarak hareket etmeğe başlamış, bu hal sol kol ve ayağına geçmiş, iki üç gündür de bu hareketler sağ el ve ayağında da başlamış. Bir haftadır sıkıntı, sinirlilik ve ağlamak geliyormuş, hâlen beş aylık gebe. Hastalığının başlangıcında ateşli bir hastalık tarif etmiyor. İlk defa bu şekilde hastalanıyormuş. Dışarda yapılan bütün tedavilere rağmen iyi olamamış. 1.4. 1952 de yatırılmıştır.

Soy ve Öz geçmişi: İkinci çocuk, sıtma, kızamık geçirmiş, ailede Sy. ve Go. yok.

Genel durum: Etrafile alâkadar, sorularlara cevap veriyor. Ateşi yok. İştihâ ve uykusu iyi değil. Bütün vücutta gayri iradi hareketler mevcut.

Sistem muayeneleri: Teneffüs sesleri normal, fakat ritmi bozuk, Apekte birinci ses kuvvetli, ritmi tabii. Nabız dakikada 92. T.A. 11.5/7.R.O.C. 92/88.

Serebrospinalis sistem: Bütün vücuttaki koreik vasıfta gayri iradi hareketlerden, ince hareketlerde beceriksizlikten, taraflardaki hipotoniden ve sallanarak, sol ayağını fırlatarak yürümesinden başka bir hususiyet yok.

Laboratuvar muayeneleri:

Kan:

Eritrosit 3,920,000

Lökosit 5,900

Hb. % 75

İnd. 0.9

Sedi. 16 34 79

Lökosit Formülü : Tabii

B.K.: 000.001;100,000,000 T.

İdrar: Tabii

Likor: Tabii

Lenfosit 2

Lökosit 2.6

Albümin 0.22

Glikoz % 71 Mg.

Epikriz: Kliniğe yatmadan bir ay evvel, ateşli bir hastalık geçirmeden ve ilk defa olarak hastalığı başlamış. Bu zaman 4 aylık gebeymiş. Dışarda yapılan tedaviden bir iyilik görmemiş. Kliniğe geldiği zaman gayri iradi olarak bütün vücutta hareketler mevcuttu ve ancak yardımla yürüyebiliyordu. Uykusu bozuktu, sık sık ağlıyordu. Hastada enteresan olan taraf bu yaşta kore çıkması (ilk defa) ve gebe olmasıydı. ACTH ın gebelerde kullanılması tavsiye edilmemekle beraber klinikte ilk olarak tatbik etmeğe başladık. İkinci günü hareketler ileri derecede azaldı. İlk üç gün 100 mg. tatbik edildi. Sonraki üç günde 50 mg. verildi. 25 mg. la yapılan Thorn testi %31 azalma gösterdi. Halbuki 48 saatlik test %99 düşme gösterdi. Bu vaziyete göre Thorn'un kendisinin de dediği gibi 4 saatlik test her zaman doğru netice vermemektedir. 350 mg. lık ACTH tan sonra ilk gün 200 sonraki günler 100 mg. Cortison ağızdan verilmeğe başlandı. Bütün bu tedavi esnasında her gün eozinofiller sayıldı. Sedimentasyonuna bakıldı, hemogram ve glisemisi kontrol edildi. ACTH tatbikinin beşinci günü idrarda 6.3 gr. glikoz çıkardı. Kan şekeri % 162 mg. idi. Glikoz yükleme testi yapıldı. Bu testten anlaşıldığına göre kan şekeri seviyesi pek fazla yükselmiyor, fakat böbrek eşığının düşük olması sebebiyle idrarda glikoz çıkıyordu. Yani ACTH böbrek eşığını düşürüyor diye kabul etmek icab ediyor. Tabii aynı zamanda proteinlerde glikoz yapılmasında arttırarak glisemiyi yükseltiyordu. İlâcın tesirini bilhassa sedimentasyonunu ortalama kıymetinin 35 den 16 ya düşmesiyle kontrol edebiliyorduk.

Son günlerde hastaya tekrar ACTH (günde 25 mg.) tatbik edilmeye başlandı. Bu sırada eolar gittikçe arttı ve sedimentasyon da yükselmeğe başladı. Fakat hasta daha fazla durmak istemedi. Eoların artmasına ve sedimentasyonun yükselmesine rağmen klinik iyilik devam etti. Hasta klinikten tam şifa ile taburcu edildi.

Galip Boylu, 10 yaşında, Talebe, İst.

Şikâyeti: Bütün vücudundaki gayri iradi ve maksatsız hareketler.

Hikâyesi: İki ay evvel gripe yakalanmış ve anjin olmuş, o zamandanberi geceleri bağırarak uyanır, gündüzleri çok huysuzluk yaparmış. 10 gün evvel yine bir gece bağırarak uyanmış, ertesi sabah ellerinde gayri iradi hareketler başlamış ve gittikçe ilerleyerek yüz, kol ve bacaklar da bunlara ilâve olmuş, yerinde duramıyormuş. Üç gün evvel konuşması bozulmuş, hastalığı gittikçe ilerlediğinden 14.5.1952 de kliniğimize yatırılmıştır.

Soy ve Öz geçmişinde: Kayda değer bir hususiyet yok.

Sistem muayeneleri: Akciğerlerde oskültasyonla kuru raller alınıyor.

Deveran cihazı: T.A.: 10.5/6.5, mitral odağında soufle sistolik. Amigdaller şiş ve konjesyone.

Serebrospinalis sistem: Yüz, kollar ve ayaklarda devamlı, geniş mevceli yürütme ve konuşmasına mani olacak derecede koreik hareketler. Üst ve alt tarafta ileri derecede hipotoni.

Refleksler: Kemik-Veter refleksleri üst tarafta çok azalmış, alt tarafta azalmış vaziyette, ağız ve dildeki gayri iradi hareketlerden dolayı güçlkle konuşabiliyor. Yürüyemiyor. Affektivite artmış, mütemadiyen huysuzluk ediyor, ağlıyor.

Lâboratuvar bulguları:

Kan:	Eritrosit	3.800.000
	Lökosit	7900
	Hb.	% 72

Lökosit formülü: Parçalı % 69, Çomak 1, Lenfosit 27, Monosit 2, Eozinofil 1. Sedimentasyon: 10, 25, 55: 27.5.

İdrarda kayda değer bir hususiyet yok.

Epikriz: Hastaya bütün klinik tetkikleri bittikten sonra 20 Mayıs 1952 de doğrudan doğruya ACTH tatbikine başlandı. Yapılan Thorn testinde eolarda % 72 bir azalma tesbit edildi. Günde 100 mgr. üzerinden bir hafta devam edildi. ACTH a başlandığı'nın üçüncü günü hareketler aşikâr olarak azaldı. 100 mgr. lık doz 27 Mayısta 50 mgr. indirildi. Bu şekilde devam edilerek 4 Haziran 1952 de 1000 mgr. ACTH yapıldı. Hastada hiç koreik hareket kalmadı, yürüyüp konuşabiliyordu. Bundan sonra 25 mgr. üzerinden cem'an 300 mgr. la idame dozu tatbik edildi ve hasta 14 Haziran 1952 de tam bir şifa ile taburcu edildi.

İlâca başlandığı tarihte 17 ketosteroidler 24 saatte 5 mgr. iken yapılan ikinci kontrolde 3,54 mgr. bulunmuştur. Kanda potasyum ve sodyum miktarları da kontrole tabi tutulmuş, patolojik bir değişiklik husule gelmemiştir. Sedimentasyon hızı 7.6.952 de 8, 14, 21 idi.

Hastane Prot. No. 1952/5158. Giriş tarihi: 23.6.952. Klinik Prot. No. 1952/258. Çıkış tarihi 22.7.952.

Hastanın hüviyeti: İsmail Adaş. 18 yaşında, Bekâr, Bursalı. Dokumacı.

Şikâyeti: Yüz, kol ve bacaklarındaki gayri iradi hareketlerden.

Hikâyesi: 13 yaşında iken bir arkadaşı ile kavga ederken arkadaşının ablaları tarafından dövülmüş, 1 ay sonra kendisinde gayri iradi hareketler başlamış, Kore teşhisiyle Şişli Etfal hastanesinde yatmış, 2 aylık bir tedaviden sonra tamamen iyileşerek taburcu edilmiştir. Ertesi sene Koresi tekrarlamış, 1 aylık tedaviden sonra tamamen iyileşmiştir. 1 sene sonra üçüncü nüksü olmuş ve 15 günlük bir tedaviden sonra tama-

men iyileşmiştir. Dördüncü nüks 2 ay evvel başlamış ve evvelki nükslerden daha şiddetliymiş. 2 ay evvel başlayan bu şikâyetleri zail olmadığından 23.6.952 de kliniğimize yatırılmıştır.

Soy geçmişi: Babası 63 yaşında felçten vefat etmiş, annesi sağ ve sağlam. İki kardeşi sağ ve sağlam, diğer iki kardeşi bir hafta ara ile Kızamıktan ölmüşler. Ailede başka bir hususiyet yok.

Öz geçmişi: Ailenin beşinci çocuğu. Doğumu, yürümesi, konuşması normal zamanda olmuş. Çocukluk hastalıklarından Çiçek, Kızamık geçirmiş, 7 yaşında mektebe gitmiş ve sınıfta kalmadan ilk mektebi bitirmiştir. 12 yaşında sıtma geçirmiş, 17 yaşında akciğer zaafiyeti geçirmiş ve 60 gr. Streptomycine yapılmıştır.

Hastanın sistem muayeneleri tabii, klinikte kaldığı müddetçe ateşi 37°C den aşağı seyretti. T.A. 11/6 V. ve nabızı 80 etrafında idi.

Hastada nörolojik olarak yüz, kol ve bacaklarda koreik hareketler ve extremitelerde hafif hipotoni tespit edildi.

Klinikte hastaya 23.6.952 de günde 100 mgr. Vit. B₁ 2 adet Plexonal komprimesi verildi. Plexonalle hastanın hareketlerinde hafif salâh görüldü. Bu tedaviye 1.7.952 de son verilerek 2.7.952 de A.C.T.H. (Cortrophine) tedavisine başlandı. İlk günü 25 mgr. Cortrophine'den 4 saat sonra Thorn testi yapıldı. Eosinophiller mm. küpte 371,8 idiler 4 saat sonra 179.2 ye düştüler (% 52 azalma). Hastaya 9 gün müddetle günde 4×25 mgr. Cortrophine 6 saat ara ile yapıldı. Hastada beşinci günü bâriz salâh görüldü. Hastaya ceman günde 850 mgr. A.C.T.H. yapıldı. Tedavinin onuncu gününde 4×25 mgr. ve 6 saat ara ile Cortrone a başlandı. 10 gün devam eden ve 1000 mgr. Cortrone yapılan bu tedavinin sonunda hasta ileri derecede salâhla taburcu edilmiştir. A.C.T.H. ve Cortisone tedavisi esnasında hasta günde 4 gr. Chl. de Potassium almıştır.

Lâboratuar muayeneleri:

İdrarda kayda değer bir şey yok.

Kan:

Eritrosit 4.500.000.
Lökosit 7900.
HB. % 82.

Formül:

Parçalı. 68
Çomak. 1.
Lenfosit. 26.
Mono. 2.
Eo. 2.

Sedimentation. 1/2 saatte 3. 1 saatte 11, 2 saatte 24. Ort. 11.

HÜLÂSA

Hans Selye'nin vazettiği Adaptasyon Hastalıkları grubuna giren ve ekstrapiramidal sistemi tutan kore, romatizmanın vücutta husule getirdiği hipererjik bir zemine dayanmaktadır. Bu hal nazarı itibare alınarak ve adrenocorticotrop hormonun allerjik hastalıklarda hipererjik reaksiyonları azalttığı düşünülerek kliniğimize beş vak'a üzerinde ACTH denedik.

Vak'aların dördü Sydenham, biri gebelik koresi idi. Sydenham koresi ve muhtelif fasılalarla üç defa nüksetmiş olan 8 yaşındaki bir çocukla, 10 yaşındaki bir kıza günde 3×10 mg. ACTH tatbik edilmiştir. Bunlardan birinciye günde 1,5 gr. Aureomycin teşrik edilmiş, ikinci gün salâh hali görülerek tam bir şifa ile taburcu edilmiştir. İkinci vak'a Aureomycin'den hiç fayda görmemişti. Fakat bu da ACTH tan sonra ikinci gün şifa haline girdi. Kalan üç vak'ada sadece ACTH tatbik edildi. 10 yaşındaki bir

ilk mektep talebesi ile 27 yaşındaki bir gebelik koresi şifa ile, 18 yaşındaki bir Sydenham koresi ise ileri derecede salâhla taburcu edildiler.

Enteresan olan cihet, en yenisi üç ay evvel tedavi edilmiş bulunan bu vak'aların hiç birinin nüksetmemiş olması ve tedaviyi idame maksadiyle hiç birinde bir antibiotik kullanmaya hacet kalmamış olmasıdır.

Prof. A. İ. Çetingil:

Prof. Polvan'ın chorea'da ACTH tedavisi hakkındaki tebliği çok interessanttir. ACTH bugün adeta bir panacea kıymet ve mahiyetini taşımaktadır.

Ben daha ziyade chorea ile romatizma arasındaki münasebete temas edeceğim.

Basal ganglionlarda localise olan chorea ile mesenchymal örgüde, ve bilhassa kalp ve articulatio'da localise romatizma arasında ne gibi bir étiologique müşarefet vardır? buna da iştirak noktası her ikisinin de kalpde endocarditis yapabilmeleridir.

Şu halde choreanın da mahiyet itibarile romatizmaya çok yakın veya onunla aynı etiologie'de olduğu akla gelebilir. Choreanın ekseriyetle küçük kızlarda olması da şayanı dikkattir.

Romatizmada müessir bir tedavinin, onunla sıkı bir alâkası olan chorea'da da iyi netice vermesi théorique olarak da düşünülebilirdi. Burada bunun actuel olarak da tahakkuk olduğunu görmekteyiz. Bu sebeple tebliğ sahibini samimî olarak tebrik etmek isterim.

İŞÇİLERDE ROMATİZMAL HASTALIKLAR

Dr. Kemal Dirik

Romatizmal hastalıklar çerçevesi dahilinde mütalâa ettiğimiz akut veya kronik poliartiküler romatizma çeşitleri ile, myalji, lumbago, syatik, nevrit, nevralfiler ilâh... iş hekimliğini tüberküloz hastalığından sonra en çok ilgilendiren bir mevzudur.

Yünlü, Pamuklu Dokuma ve İplik Sanayiinde çalışan işçilerin çalışma yerlerinin kısmi rutubeti % 55 - 70 ve sıcaklığı 22 - 35 derece arasındadır. Maden kömürü ve sair madenlerde metrolarca toprak altında karanlık, rutubet hatta çok zaman su içerisinde denizlerde, makine ve kazan dairelerinde, cereyana maruz gayri sıhhi iş yerlerinde uzun seneler çalışan işçilerin bir kısmında romatizmanın muhtelif şekillerini görmekteyiz.

Gece uykusuzlukları, gayri kâfi ve vitamini az gıdalar ile beslenme, bozuk hayat şartları, rutubet, sık sık sıcaktan soğuğa, soğuktan sığağa girip çıkma, terli terli cereyana maruz kalmanın tesirile umumî mukavemetleri kırılıyor ve bunun neticesinde vücutlarında allerjik bir hassasiyet teessüs ediyor.

Bir kısım işçilerde de yine aynı sebepler dolayısıyla husule gelen anjin kronik, diş çürükleri ve piyore gibi fokal enfeksiyonların sebep olduğu romatizmal hastalıklarla karşılaşılıyor. Aynı iş yerinde ve aynı şerait altında muayyen seneler çalışan işçilerden ekseriyetinin hastalığa tutulmaması da gösteriyor ki romatizma biraz da bünye mukavemetile alâkalıdır.

Eritema nodozum vak'aları istisna edilirse verem veya pretüberkülö işçilerde romatizma nisbetini fazla bulmadık.

Üçbuçuk sene zarfında 2500 işçisi olan Sümerbank Bakırköy Pamuklu Sanayii müessesesi Hastanesinde yatarak tedavi ettiğimiz 1925 işçiden vasati % 5,1 i romatizmal hastalardır. Bunlardan % 2, 49 had ve kronik poliartiküler romatizma, % 1,24 ü lumbago, % 0,46 siyatik, % 0,36 miyalji, % 0,25 nevalji, % 0,20 romatizmal İdrops, artiküler, % 0,10 romatizmal andokardit'dir. Üçbuçuk sene zarfında ayaktan dahiliye polikliniğine müracaat eden 21000 küsur hastadan % 4,8 romatizmal şikâyetlerle müracaat etmiştir.

Romatizmanın İş Hekimliğini ilgilendiren ikinci en mühim sebebi de hastalığın çok zaman objektif şikâyetlerden ziyade subjektif şikâyetlere sebep olmasıdır. Had bir şekilde tek veya müteaddit mafsallarında ağrı, ateş, kızartı ve şişle müracaat eden bir işçiye romatizma teşhisi koymak ne kadar kolaysa; seriri, laboratuvar ve radyolojik olarak hiç bir araz tesbit edilemediği halde yalnız ağrı ile gelen ve çalışmadığını beyan eden romatizmalıların teşhislerini koymak o nisbette güçtür. Bu gibi hasta şikâyetlerinin doğru olup olmadığını ve ağrılarının derecesini, similasyon yapıp yapmadığını tesbit etmek pek kolay olamıyor.

İşçiler en ziyade mafsal ağrıları, adale ağrıları, karın ağrıları ve nevaljileri taklit etmek suretile similasyon yaparlar. İş Hekimlerinin bu husustaki tecrübeleri, işçiyi yakinen tanımaları, ailevi vaziyetini ve nöro psikik durumunu iyi bilmeleri sayesinde teşhis hatalarını azaltmamız kabildir. Bazı psikopatlar işçi hastanelerini ve polikliniklerini günlerce hatta aylarca işgal ederler. İş hekimlerini en çok izaç ve işgal eden bu tip hastalardır.

İşçi romatizmasile mücadele etmek için evvelâ Fokal enfeksiyonları kaldırmalı ve bilâhara hastalık sebeplerini imkân nisbetinde ıslâh etmeliyiz.

Biz sistemli bir çalışma ve fokal enfeksiyonları kaldırmak suretile romatizmal hastalıkların nisbetini azaltmağa muvaffak olduk. Bu meyanda iki vak'amı kısaca arzedeceğim.

1 — Genç bir erkek işçi dört ay kadar sık sık tekrarlayan, el ayak bilek ve parmak mafsalları ile omuz, dirsek, dizlerindeki şiş kırmızılık, ağrılar ve 37 - 38,5 derece ateşle müteaddit defalar yatarak tedavi gördü. Klasik romatizma ilâçları verildikten sonra iyi oluyor, bir müddet çalıştıktan sonra hastalık yine nüksediyordu. Bademcik, diş ilâh... gibi fokal enfeksiyon mihrakları tesbit edilemedi. Nüklere mani olabilmek için antibiyotikler kullanıldı. Bir defasında çekum nahiyesinde defans, çok şiddetli ağrı ve ateşle had bir apandisit taklit etti. Diğer bir sefer de ateş, sağ akciğer kaidesinde Poine de coté, frotman vasfında raller, submatite ile bir plörit gibi seyretti. Yine antiromatizmal ilâçlarla iyi oldu. Dört aylık tedavi sonunda B.B.K. mütehasısının bademciklerini normal bulmasına rağmen Tonsillektomi yaptırıldı; aradan bir sene geçtiği halde nüks görmedik.

İkinci vak'am asistanlığım zamanına aittir.

Muhterem hocamla birlikte tebliğ ve neşrettiğimiz için burada kısaca nakledeceğim.

18 yaşlarında bir işçi ailesi, yeni evli, 25 gün kadar kasıklarındaki ağrıdan büyük bir hastahane Nisaiye servisinde yatarak tedavi görmüş. Bu müddet sonunda her iki diz mafsalında çok şiddetli ağrı, şiş ve kızartılar başladığından, romatizma teşhisi ile Dahiliye servisine nakil ediliyor. Orada da bir ay kadar yüksek doz salicylate ve B vitamini tedavisi görüyor. Hastalığı daha ziyade ilerlediğinden ısrarile taburcu olarak bize müracaat ediyor. Dikkatli bir anamnezden sonra kocasının gonoreli olduğunu tesbit ettik. Klinikte 10 günlük bir gonore tedavisi ile dizlerindeki poliartiküler gonokoksik artriti şifa buldu.

HÜLÂSA

Romatizma iş ve meslek hastalıkları bakımından Tüberküloz'dan sonra gelen en mühim hastalıktır. İşçi romatizmasında hazırlayıcı sebepler arasında en ehemmiyetlisi fokal enfeksiyonlardır. Bakırköy Pamuklu Sanayii Müessesesi işçilerinden üçbuçuk sene zarfında hastahanemize yatarak tedavi gören 1925 hastadan % 5,1 romatizmalıdır. Yine bu müddet zarfında dahiliye polikliniğine müracaat eden 21000 küsür işçinin % 4,8 romtizmalıdır.

SACRO İLİTİS

Rheumatoid (Ankylosing) Spondylitis

Dr. Tayyar Kuşçu

Yunancada spondulos vertebra manasına gelir. Spondilitisin manası da belkemiği enflamasyonudur. Etyolojisi malûm olmıyan bu bel kemiği hastalığına halen beynelmil kabul edilmiş bir isim bulunamamıştır. Amerikalılar Rheumatoid spondylitis, İngilizlerin bir kısmı aynı ismi, keza avrupalıların bir kısmı Spondylo-arthritis ankilopoitika, İngilizlerin bir kısmı da Ankylos pondilitis ve Marie Strumpell hastalığı da denilmektedir.

Genç yaşlara ve bilhassa erkeklere musallat olan, neticede sakatlık yapıncaya kadar tahribat yapan bu hastalığın erken teşhis ve tedavisi için dünyanın en büyük romatizma kliniklerinde hummalı bir şekilde çalışılmaktadır. Bu mevzuda uzun seneler çalışmış olanlar Scatt, Johnson, Forestier, Laow, Robenson, Bukley gibi kıymetler bu hastalarda teşhisin Pre spondilit safhasında iken çok kıymetli olduğunu belirtmekte ve bu safhada yapılacak tedavi ile hastaların sakatlıktan kurtulabileceklerini kayd etmektedirler.

Spondilitliler şu safhalara ayrılmaktadır:

Birinci safha : Prespondylitis - Sacro ilitis

İkinci safha : Vertebralarda semptomların başlaması

Üçüncü safha : İlerleyici sakatlık.

1 — Pre spondilit safhayı iyice anlatabilmek için evvelâ Sacro ilyak mafsalin Anatomik ve Radyolojik şekillerini takdim edeceğim.

Anatomik mafsâl (Şekil - 1) de görüldüğü veçhile teşekkül eder. Sacrum ve İlyakta (A) harfi ile gösterilen kartilaj kısmı keza Sacrum ve ilyaktaki (B) ile gösterilen fibröz kısımlarının birleşmesiyle ancak ufak hareketler yapabilen sacro ilyak mafsâl husule gelir.

Normal Sacro İlyakın röntgen görünüşü:

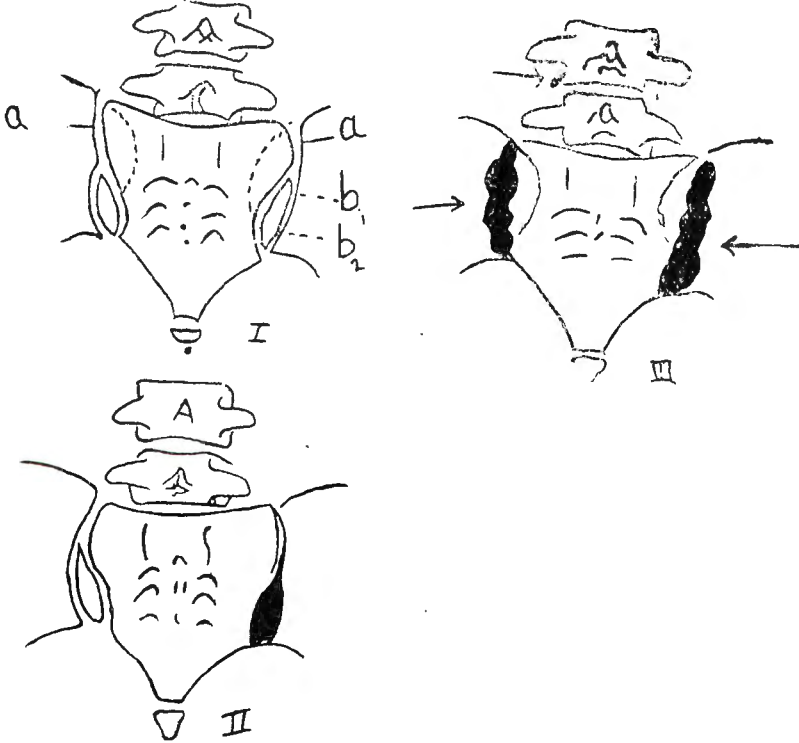
(Şekil - 2) de (A) ile gösterilen fisür kartilaj kısmıdır. B₁ ile gösterilen ön fibröz fisür. (B₂) arka fibröz fisürden teşekkül etmiştir.

Bu görünüş yukardan aşağı asılmış bir çift eriğe benzer. Fakat her zaman bu şekilde görülmeyebilir. Bilhassa Konjenital anomalilerde Sacralizasyon veyahut Spina

bifida'larda bazı değişiklikler olur. Keza 18 yaşına kadar olan gençlerde bu mafsalağızları Sömikartilaj halindedir. Röntgende tek fisür olarak görülür. Buna rağmen alışık bir göz Sacro ilitis olup olmadığını tefrik edebilir.

Birinci safhada Radiografide şunlar tesbit edilebilir:

Ön veya arka fisürlerde Definasyon görülür. Bu safhadaki görüntüye Jonson, Forestier daha ziyade şahsi tecrübe ve kanaatten ibarettir, başkalarına kat'i bir ifade ile gösterilemez derler. Altı ilâ sekiz ay sonraki röntgenlerde fibröz fisürlerde bir kabarma göze çarpar ve aşıkâr Osteoporos görülür. Bu kabarma aşağı doğru hafif bir gölge verir. Vertebralar arası semptomların başlaması çok yakın veyahut başlamıştır.



Şekil I.— b_1 arka Fibröz fisür b_2 ön Fibröz fisür.
a. kartilaj kısım.

Şekil II.—Sacro ilitis Birinci Safha

Şekil III.— Sacro ilitis İkinci Safha

Müteakip aylarda bu mafsala tamamen kapanır. Ve kapandıktan sonra Sacrum ve il-yaktaki ağrılar da kendiliğinden kaybolur. Ağrılar daha yukarlarda duyulmağa baş-lar. Gerek Johnson gerekse Forestier bu nokta üzerinde ısrarla durmakta sacro ilitis-lerin röntgen görünüşlerini çok dikkatli tetkik etmek hastalığın vertebralar arası li-gamenlere atlamadan evvel teşhis konulmasına son derece kıymet vermektedirler. Şa-yet teşhis erken konulursa Thorium X ve derin şua ile yapılacak tedavi hastalığı dur-durabilmekte ve ilerde husule gelecek spondilitisin korkunç sakatlıkları önlenmiş, has-

ta da normal hayata avdet etmiş olur. Şayet bir kaç akseyi müteakip vertebral arası ligamenler kireçleştikten sonra teşhis konulursa teşhiste geç kalınmış demektir. Hastalık ilerleyici ve tesirli safhaya girmiştir. Yapılacak tedavilerden ancak % 30 - % 50 iyi netice alınabilir.

Tb. tabiatlı Sacro iltisler:

Röntgen ile Tb. tabiatlı sacro iltisleri romatizmal olanlardan ayırmak oldukça müşkül olur. Bilhassa tek taraflı ve Kartilâj kısmında olursa aynı taraftaki kalça mafsalı çok hassas ve ağırlı ise Romatoit tipteki sacro iltis değildir. İki taraflı bütün sacro ilyak mafsalları bilhassa fibröz kısım da dahil olmak üzere hastalığa musab ise kat'iyen Tb. değildir.

Senil Sacro iltisler:

Osteo spondilitisler Romatoit spondilitisler gibi muntazam bir ilerleme takip etmez. Yani evvelâ sacro iltis olduktan sonra yavaş yavaş yukarı doğru vertebralardan hastalığa düşer olması şart değildir. Aksi dahi olabilir. Yukarı vertebralarda Osteofitler teşekkül ettikten sonra Sacro ilyak mafsalları kapanır. Yalnız Pre klimakteryum da 30 - 45 yaş arasındaki kadınlarda bazan da erkeklerde bel ağrıları sık görülür. Bunlarda hormonal kifayetsizlik ile ağrılar başlamıştır. Sacro ilyak mafsalları da çok yavaş ilerleyen definisyon göze çarpar. Fibröz ve kartilâj kısımlarında kapanma beraber olur. Regl zamanlarında ağrılar şiddetlenir, ellerde, ayaklarda uyuşma, karıncalanma soğukluk hissi vardır.

Pre spondilitis - Sacro iltisin klinik görünüşü:

Bu safhada hastanın şikâyeti zaman zaman omuzlara, kollara, bilhassa kalçadan itibaren ön ve dış taraftan dize doğru inen derinden gelen ağrılar tarif ederler. Sabahları kalkınca rahat olmadıklarını ancak biraz dolaştıktan sonra rahat edebildiklerini söylerler. Bu hastalara Analjezik'ler verilirse bu ağrılar çabuk kaybolur. Fakat 6 - 8 ay sonra tekrarlar ve eskiye nispeten şiddeti daha fazladır. Geçiş te o nispete uzun olur. İlk zaman almış olduğu analjeziklerden aynı iyi neticeyi alamazlar. Klinik muayenede kalça mafsalları serbesttir. Hasta yüzü koyun yattığı vakit lomber beşinci vertebra ile Sacral kısma tazyik edildiği vakit hasta fazla ağrı duyar, keza arka üstü yatıp sacrumu muayene masasının tam ucuna getirerek iki elile bacağın birisini karınına doğru çekip diğerini aşağı doğru gerdiği vakit sacrumda ve kalçada dize doğru müthiş ağrı duyar.

İkinci safha: Spinal semptomların başlangıcı:

Şayet hastalık Pre spondilit safhasında iken teşhis edilmemiş spinal semptomlar başlamış ise kalçadan dize doğru giden ağrılar ilk 10 - 18 aydan sonra azaldığı gibi bu sefer de beldeki ağrılarla bel hareketlerinde mahdudiyet hissetmeğe başlar. Yere eğilme azalmıştır. Kalçada External-Enternal rotasyon ağrılıdır. Hastada derin nefes almak azalmıştır. Göğsünü ancak iki ilâ dört santim şişirebilir. Röntgen de sacro ilyakın her iki tarafında Dekalsifikasyon ileri derecede olup mafsalda skleroz başlamıştır. 4. cü ve 5. ci lomber fıkralar arası ligamenler kireçlenmiştir.

Üçüncü safha. İlerleyen sakatlık:

Hasta bu safhaya girince artık alev bacayı adamakıllı sarmış demektir. Hastanın göğsü basılmış, kilo kayb etmiş, nefes almakta müşkülâtı vardır, bastonsuz muva-

zene temin edemez, yüzü koyun düşecek gibi olur, yere eğilemez, kendilerine mahsus olan ter kokusu daha aşıkârdır. Ağrılar tahammül edilmez bir hal almıştır. Sacro il-yaktaki ağrılar ise tamamen kaybolmuş yerini yukardaki vertebralara terk etmiştir. Röntgende amudu fikarî bambo kamışı manzarası arzeder, Maria Strumpell hastalığı.

Gözde iritis vardır. Hastanın dönmesi bütün vücutla mümkün olabilir. Buckley'nin dediği gibi bu safhaya girdikten sonra ölüme kendiliğinden hoş geldin demelidir.

Tedavi:

Pre spondilit sacro ilitis teşhisi konulan hastalarda Thorum X ve Röntgen tedavisi yapılması yerinde olur. Takdim edeceğim vak'alardan üçü Röntgen ile birisi de Cortison ile tedavi edilmiştir. Spondilitlere bundan başka altın, Bismut, Arsenik, bazen vaksen ve son senelerde de A.C.T.H. ve Cortison kullanılmaktadır. Bunların tesirleri malûmunuz olduğu veçhile birçok vak'alarda muvakkattır.

Şimdi hastaları safhalarına göre tedaviden evvel ve sonra filimlerde Röntgenlerle beraber takdim ediyorum.

HÜLÂSA

Pre spondilit safhada Sacro İlitis'in erken teşhis ve derin şua ile tedavisi. Alınan neticeler.

15 dakikalık, 16 milimetrelık film ile 4 vak'a takdim edilecektir.

ROMATİZMA TEDAVİSİNDE YENİ VASITALARIMIZ

Dr. Kemal Saraçoğlu

Romatizmanın çok eskidenberi bilinen ilâcı Salicyl mürekkepleridir. Bunlar gerek aneljezik ve gerekse antiphlogistique bir tesirleri olduğu için uzun yıllar kullanılmış ve halâ da kullanılmaktadırlar. Fakat her vak'ada daima muvaffak olamayışımız ve ilâcın vücutta birikmesi tehlikesi, hele bazı vak'alarda tahammülsüzlük görülmesi yüzünden başka ilâçlar aranmıştır. Nihayet Schottmüller Dimethylamino antipyrin yani piramidon'un mükemmel antiromatizmal tesiri olduğunu göstermiştir. Günde birbuçuk iki gram almak zorunda kalınması ve bunun da mide bozması sebebiyle enjektabl bir şekil aranmış ve bulunmuştur. Bunlardan da istifade edilmiş ise de ideal bir müstahzar elde edilememiştir.

Müzmin romatizma için kullanılan altın ve kükürt mürekkebatı da istifadeli bir şekilde kullanılmış ve halâ da kullanılmaktadır.

Son beş altı yıl içinde kapsüla sürrenalis steroid hormonlarından olan cortisone ile hipofiz ön lobunda bulunan (ACTH) nın romatizmada yaptıkları parlak tesir gözleri kamaştırmıştır. Fakat bir müddet sonra bu ilâçların iki mahzurları olduğu meydana çıktı: 1 — İlâç bırakılınca hastalık nüksediyor ve hatta bazen eskisinden de fena oluyordu. 2 — Bu ilâçların bazı talî tesirleri oluyor ki zararlıdır. Bilhassa bir tanesi dikkate şayandır: Bouillaud hastalığı vak'alarında ateşin düşmesi, şişliğin inmesi, ağruların kaybolması gibi fevkalâde neticeler alındıktan bir müddet sonra ateşin tekrar yükseldiği ve bir streptokoksik septisemi başladığı görülmüyor. Bu suretle bu ilâçların, Bouillaud hastalığı allerjisine sebep olan Stretococcus hamoliticus'ü faaliyete geçirdiği anlaşılıyor.

1949 danberi iki Pyrazole birleştirilerek Irgapyrin adı altında yeni bir ilâç hazırlanmıştır. Bunların imtiazı çok iyi olmuştur. Bu ilâcın şu hassaları olduğunu klinik ve poliklinik hastaları üzerinde tespiti muvaffak olduk:

- 1 — Alelâde Pyramidon'dan fazla analgeziktir.
- 2 — Fakat antipyretik hassası Pyramidon kadar yüksek değildir.
- 3 — Kapiller mukavemetini arttırmaktadır.
- 4 — Vejetatif sinir sistemine spasmolitik olarak tesir eder.
- 5 — Toksik tesiri Pyramidon'dan azdır.
- 6 — Sedimentasyon sür'atle normale döner.
- 7 — Tabletleri olduğu gibi injektabl şekilleri vardır. Akut vak'alarda bütün araz 1 - 2 injeksiyonla kaybolmaktadır. Sonradan tabletlerle devam edilir.
- 8 — Subkronik vak'alarda haftada 3 defa olmak üzere 1 - 2 ay tedaviye devam edilirse iyi netice alınır.
- 9 — Müzmin vak'alara gelince : Bunlarda hastalık pusse yaptığı sıralarda ilâç daha müessirdir. Kronik ve deformant şekillere az müessir oluyor.
- 10 — Siyatikte gerek enjeksiyon ve gerekse süpozitüvarlarla iyi netice alınır.
- 11 — Bechterew tipi spondilartritlerde tesiri pek kuvvetli değildir.
- 12 — Nevralji ve Nevritlerde netice çok güzeldir.
- 13 — Fena tesirleri, hele mevzii tahrişini biz hiç görmedik.

HÜLÂSA

Eskidenberi salicyl mürekkepleri ve Pyramidon kullanılmıştır. ACTH ve Cortisone harikavi te'sir eder, fakat muvakkattir, bazan da zararlıdır. İki Pyrazole'un birleşmesinden yapılmış olan Irgapyrin akut romatizmada bat'i, kronik olanda ise çok defa parlak netice vermektedir.

Prof. Dr. Necmettin Polvan :

Romatizma ilâçları adı altında tatbik edilen salicylat'lar, Gentsale de sodium, Pyramidon ve bu grup ilâçlar uzviyete bir stressor olarak tesir ederler, diğer stressorlardan farkı spesifik tesirlerdir. Yapılan bir çok biolojik ve histolojik tetkikler romatizma tedavisinde kullandığımız ve yukarıda zikrettiğim ilâçların uzviyette ACTH ifrazını artırdığı ve bu yolla Cortisone'un arttığı, dolayısıyla elde edilen neticenin ACTH, Cortisone üzerinden alındığını göstermektedir.

Prof. Dr. Rasim Adasal :

Türkiyede denebilir ki ilk Irgapyrine tatbiki yapılmış olan bir romatizmalıyım. (*Periarthrite scapulaire*) ıztırabıma 12 inj. yapılmıştır. Lokal bir arıza görmedim. Yavaş yavaş, ve derinden yapılmalıdır. Sonra da bazı akut vak'alarda (siatik) çabuk ve süreli bir müsekkin olduğunu müşahade ettim. Bazı vak'alarda netice alınmıyorsa romatizmaların çeşidi sebeptir. Çünkü her ağrıyı romatizma olarak ifade ediyoruz. Her halde diğer tedavileri yaparken bunun teskin edici tesirle hastanın ruhi huzuru da sağlanır.

Dr. Kemal Saraçoğlu : (Son söz)

1 — Prof. Rasim Adasal ile mutabıkız.

2 — Prof. Nüzhet Şakir beye biraz etraflı cevap vereceğim. Bir defa salicylat-tan itibaren bütün ilâçları icabettikçe kullanıyoruz ve kullandık dedim.

Novalgin'den bahsettim, duymamışlar, hatta Melubrinden de bahsettim. Irgapy-rin üzerinde fazla durmam ondan çok memnun oluşumdandır.

Bir iki vak'aya dayanarak konuştuğumda aldanıyorlar. Üç yıldanberi yüzlerce vak'aya tatbik ettik. İki vak'ayı zikredeşim örneklik oluşumdandır.

Hat romatizmaya te'siri yoktur, dediler. Hat vak'alar fiziyoterapi enstitüsünden ziyade dahiliye kliniğine gelir. Bizim gördüğümüz vak'alar kendilerinininkinden çok fazla olsa gerektir.

(Mademki pyramidon'dur, Spondylose rhizemeliğe üzerine de te'siri olması lâ-zımdır) dediler. Bendeniz te'sirin sadece sübjektif olduğunu, yoksa ankylozu izale ede-miyeceğini söyledim. Sözümün başında söylediğim gibi : salicylate, kükürt, altın, fizik tedavi, ACTH, Pyramidon, Cortisone velhasıl hiç bir vasıttan feragat edemeyiz. Ye-rinde ve ölçülü kullandıkça faydalanırız dedim ve bunu tekrarlıyorum.

Prof. Polvan'ın bahsettiği indirekt te'sir yolu üzerine neşriyat vardır. Fakat he-men hemen ipotezden ibaret kalıyor.

ROMATOİD ARTRİTLERDE AĞIZ YOLUYLA CORTISONE TEDAVİSİ VE İKİ SENEDİR CORTISONE TEDAVİSİ GÖREN BİR VAK'A

Dr. Fahri Aykan

Romatoid artritlerde ağız yoluyla Cortisone tedavisi tecrübelerine 1949 senesi Mayıs ayında başlanmıştır. Bu araştırmalarda dört ağır romatoid artrit vak'ası seçi-lerek ağızdan Cortisone verilmiştir; hastalarda büyük bir salâh görüldüğünden araş-tırmalara devam edilmiştir (1). Bu husustaki esaslı klinik malûmatı 1950 de San Fran-cisco da toplanan senelik tıp kongresindeki tebliğlerden elde etmiş bulunuyoruz. Be-nim de dinlemek fırsatını bulduğum bu tebliğlerde Mayo kliniğinden Hench ve arka-daşları ve diğer araştırmacılar Cortisone ve ACTH ile yaptıkları tecrübelerin neticeleri-ni bildirmişlerdi. Gerek bu raporlar (2) ve gerekse sonradan yapılan tamamlayıcı neş-riyat (3,4,5) esas tutulursa Cortisone'un ağız yolundan ve intramüsküler yoldan tesir-lerini hülâsaten şöyle mukayese edebiliriz :

1 — Ağız yoluyla müessir doz intramüsküler yolla müessir dozun hemen aynı-dır; ancak bazı vak'alarda ağız yolu ile biraz daha fazla Cortisone'a ihtiyaç görülmüş-tür.

2 — Ağız yolu ile Cortisone intramüsküler yoldan daha çabuk tesir eder ; fakat tesir müddeti daha kısadır; meselâ ağızdan Cortisone'un tesiri 6 ilâ 12 saat devam et-tiği halde intramüsküler Cortisone'un devam müddeti 24 saatten 48 saate kadar ve hatta daha uzun olabilir.

3 — Ağız yoluyla Cortisone irritan değildir. 100 vak'a içinde yalnız iki vak'ada hafif gastrointestinal bozukluklar görülmüştür. Diğer taraftan intramüsküler Corti-

sone enjeksionu oldukça ağırlıdır; bundan başka enjeksion yerinde granulom ve abse teşekkülü sık görülür.

4 — Kötü tesirler gerek ağız yolu ve gerekse intramüsküler yolla verilen Cortisone'da aynı nisbette olarak zuhur eder.

Bu mukayeseli tetkik gösteriyor ki uzun müddet Cortisone tedavisine muhtaç vak'alarda teknik komplikasyonlar ve kolaylık bakımından ağız yolu tercih edilmelidir.

Aşağıda tafsilâtıyla tetkik edeceğimiz aktif bir romatoid artrit vak'ası bu hakikati teyid eder mahiyette olduğu için enteresandır.

V a k ' a m ı z

Hastamız M. G. 44 yaşında tüccardır. Beyrutta doğmuş, Türkiyeye geledi 23 sene olmuştur. 10 senedenberi de İstanbulda oturmaktadır. 17 senedenberi had hecmelerle seyreden poliartiküler romatizmadan mustarıptır. İlk hecme 1935 senesinde her iki ayak bileği mafsallarının ağrması ve şişmesi ile başlamış, ateş yükselmiş, hastalık bir ay zarfında tedricen dizlerine, her iki el parmağı mafsallarına ve omuzlarına sirayet etmiştir. Bir sene yatakta kalmıştır. Aynı hecme 1938, 1943 ve 1949 da tekrarlamıştır. Bu son hecme çok şiddetli olduğundan hasta o zamandanberi yürüyemez ve ekseri zamanını yatakta geçirir olmuştur.

1949 danberi muntazaman yapılan muayenesinde diz mafsallarında, kırmızılık ve ateş olmaksızın, şişlik ve sertlik mevcuttur. Hasta aktif ve pasif hareketleri zor yapmaktadır. El parmakları hafif şiştir, hareketleri normaldir. İlaç almadığı zamanlar ateş sabahları 37 akşamları 38 olmuştur. Vücudun diğer sistemlerinde patolojik bir hal mevcut değildir. Lâboratuar muayenelerinde sedimantasyonun hızlanmasından -birinci saatte 56, ikinci saatte 83 mm.- ve hafif normokrom bir anemiden başka patolojik bir bulgu tespit edilememiştir.

Röntgen muayenesinde diz ve el parmakları mafsallarında mafsal aralığının daraldığı, mafsal satırlarının pürüklü, dalgah bir seyir gösterdiği ve sol patellanın yatağına yapıştığı tesbit edilmiştir. Aynı tagayyürler, daha az olmak üzere, kalça mafsallarında da mevcuttur.

Tansion normal olmasına rağmen elektrokardiogram sol kalb hakimiyeti göstermektedir.

T e d a v i

Vakamız 17 senedir memleketimizde ve Avrupada müteaddit defalar müşahede ve tedavi altında kalmıştır. Kaplıca, salisilat, altın ve çeşitli elektrik tedavileri yapılmış ve hatta son zamanlarda elektroşok tedavisi bile tecrübe edilmiştir. Bu tedavilerden esash bir netice alınmamıştır. Nihayet 1950 senesi ekim ayında Cortisone tedavisine başlanmıştır. Bir haftadan üç haftaya kadar varan fasılalarla intramüsküler enjeksion serileri tatbik edilmiştir. Her serinin birinci günü 300, ikinci günü 200, ve ondan sonra günde 100 mgr. olmak üzere devam edilmiştir. Cortison'a devam edildiği müddetçe şişlikler indigi, ateş düştüğü, ve hasta evde dolaşabilecek hale geldiği için bu tedaviye iki senedenberi devam edilmektedir.

Hasta 1952 senesinin başındanberi tedavim altındadır. İlk gördüğüm zaman Cortisone tedavisi altında idi ve evde dolaşabiliyordu. Sistematik muayenede yukarıda zikredilen muayenelerin neticelerini teyid ettim. Bundan başka ilyelerde ağırlı nodüller ve bir abse nedbesi müşahede ettim. İlk olarak tecrübe için Cortisone'u tamamiyle kestim. İki gün içinde mafsal tezahüratı şiddetlendi, ateş yükseldi, sedimantasyon hız-

landı. Bundan sonra eski tedaviyi aynen tatbik ettim. Hasta düzeldi. Cortisone dozunu günde 50 mgr. a kadar indirerek beraberinde 40 ünite İnsulin ile takviye etmeği denedim. Hasta iyi kaldı. Buna bir hafta devam ettikten sonra aynı dozu gün aşırı verdim. Hastalık ârazı avdet etti. Bundan sonra gün aşırı 40 ünite İnsulin ile takviye edilmiş olarak 100 mgr. Cortisone'u tecrübe ettim ve aradaki günlerde de Irgapyrin ampullerinden bir tane enjekte ettim. Âraz geriledi. Aynı dozu üç günde bir vermeği denedim; fakat hastalık ârazı nüksetti. Irgapyrin enjeksiyonları çok ağrılı olduğundan bir kutudan sonra bu ilâcı terketmek zorunda kaldım. Başladıktan bir ay sonra hastaya baygınlık nöbetleri geldiği için İnsulini de terkettim. Bundan iki hafta sonra ise ilye nahiyesinde artan sertlik ve ağrıdan dolayı intramüsküler yoldan vazgeçmeğe mecbur oldum. Böylece 3 nisandan itibaren ağız yoluyla tedaviye başlamış bulunuyorum. İlk zamanlar iki defada olmak üzere ilk gün 300, ikinci gün 200, müteakıp günler 100 mgr. olmak üzere Cortisone verdim. Ârazın avdet etmediğini gördüğüm için bir hafta sonra dozu, bir defada verilmek üzere, günde 50 mgr. a indirdim. Hasta sabahları kalktığı zaman kendini iyi hissetmediğinden şikâyet etti. Bundan dolayı sabah ve akşam 25 er mgr. lık tablet vermek suretiyle aynı dozu ikiye taksim ettim. Tablet bulunmadığı zamanlarda enjeksiyon için kullanılan, tuzlu su ile hazırlanmış olan ve her cc. de 25 mgr. Cortisone ihtiva eden mahlûllerden birer cc. verdim ve aynı neticeyi aldım. 5 aydan beri bu tedavi ile hastalığı kontrol edebilmekteyim. Cortisone tedavisi kesildikten sonra bir iki gün içinde bütün âraz avdet etmektedir.

Bu vak'a gösteriyor ki uzun müddet Cortisone tedavisi icabeden hastalarda ağız yolu tercih edilecek yegâne yoldur.

HÜLÂSA

1 — İki senedir Cortisone tedavisi gören, 17 senelik bir Romatoid Artrit vak'ası takdim edilmiştir. Hastaya 17 ay Cortisone enjeksiyonları yapılmıştır; ve beş aydan beri de ağızdan günde 50 miligram Cortisone verilerek hastalık kontrol edilebilmektedir.

2 — Vak'amız uzun müddet Cortisone tedavisini icabettiren hastalarda ağız yolunun tercih edilecek yegâne yol olduğuna bir misal olarak gösterilmiştir.

L i t e r a t ü r

- 1 — Dr. Hench in Londra konferansları : International Medical Digest. vol. 58, 55, January, 1951.
- 2 — Symposium on ACTH and Cortisone notları : Am. Med. Ass. Ninety ninth annual session, San Francisco, June 26-30, 1950.
- 3 — Freiberg, R.H. , Traeger, C.T. , Adams, C.H. , Tayyar Kuşçu, Wainerdi, H., Bonomo, I. : Science vol. 112, 429, Oct. 13, 1950. «Effectiveness of Cortisone Administered orally»
- 4 — Boland, Edward N. : Brit. Med. Journal vol. 2, 191, (July 28), 1951.
«Prolonged uninterrupted cortisone therapy in Rheumatoid Arthritis»
- 5 — Ward, L, Rmerson, Slocumb, Charles H. , Polly, Howard F. , Lawman, Edward W. , Hen Hench, Phillip S. : Proceedings of the Mayo Clinic, 1951, vol. 26, 361 (September 26)
«Clinical Effects of Cortisone Administered Orally to Patients with Rheumatoid Arthritis»

Prof. Dr. Arif İsmet Çetingil :

Dr. Fahri Aykanın tebliği vesilesile, doğrudan doğruya mevzua girmeden önce bir introduction yapmak istiyorum. İlk defa meşhur Amerikan beyin cerrahı Harwey Cushing bir sendrom târif etti. Burada hastalık, hypophysis cerebri ön lobusu basophile adenoması neticesinde husule geldiğini ileri sürdü. Müteakip tetkikler, bu hastaların çoğunda adenome olmamakla beraber, basophile hücrelerin çoğaldığı tesbit edilmiştir. Bir kısım vak'alarda ise sürrenallerin fazla hypertrophie olduğu görülerek, ikinci bir sebep olarak sürrenaller de itham edilmiştir. Yani etiologie meselesi burada münakaşalı kalmıştır.

Bundan sonra Selyenin adaptation nazariyesi, hypophyse surrenal sisteminin organizmanın müdafaasında büyük rolü olduğunu tebarüz ettirmiştir.

Hench ile Kendall'in büyük keşifleri ise meseleyi daha ziyade aydınlatmış ve hypophyse in surrenalleri tenbih eden hormonunu elde etmeğe muvaffak olmuşlardır.

Bu ilâç, bugün tesir sahası çok geniş bir panaceadır. Zahiren birbirile alâ-kadar görülmeyen hastalık processuslerinde şifakâr tesir göstermektedir.

ACTH doğrudan doğruya değil, ancak surrenali tenbih etmek suretile, buradan çıkan Glycocorticoide (Cortisone) vasıtasile tesir etmektedir.

ACTH tedavisinin uzun zaman devam etmesi hastada artificiel bir Cushing tevlit etmekte ve surrenalleri büyütmektedir. Bu suretle spontan Cushing hastalığının etiologie si gayet kat'î bir surette anlaşılmış olmaktadır.

Cortisone ise, uzun zaman kullanılmakla surrenallerde involution ve atrofi yapar, adeta bir hypoadrenalismus tevlit eder. Daha ileri giderek denilebilir ki artificiel bir Addison hastalığı husule gelebilir.

Bu ilâçların müsait tesirinden istifade edilebilmesi için, entretien dozuna devam edilmesi icabeder, aksi takdirde ilâcın kesilmesi hastada eski vaziyetin daha şiddetle avdetini intaç eder.

ACTH ve Cortisone'un bu arızalarını bertaraf etmek üzere bir tedavi tarzı tavsiye etmek isterim. ACTH ve Cortisone tedavisinde indicationu olan hastalara önce ACTH ile başlanması ve bu tedavi neticesi, surrenallerde hypertrophie olduğu zaman Cortisone ile devam etmek, bu suretle hypertrophique olan surrenalleri involution a düşürmek mümkündür. Binaenaleyh ACTH ve Cortisone un alternatif olarak kullanılmaları lâzımgeldiğine kanaat beslemekteyim.

ROMATOİD ARTRİTİS VE SPONDİLİT ANKİLOPOETİKTE TEDAVİ

Prof. Dr. Nüzhet Şakir Dirisu

120 Romatoid arthritis ve Spondilit ankilopoetik vak'ası üzerinde Cortisone, C vitamini, Vitaljin ve altın şırıngaları ile birlikte yapılan Fizik tedaviden aldığımız neticeleri arzedeceğiz. Bunlardan yalnız Cortisone yapılan hastaların % 30 unda bu ilâcın şırıngası arasında ağrılar kısmen dinmiş ve hareketlerde serbestlik görülmüş, fakat ilâç kesilince ağrılar, bazan eskisinden fazla olmak üzere, tekrar gelmiştir. Diğer hastalarda büyük bir tesiri görülmemiştir. Cortisone, C vitamini ile birlikte yapılıncı bu

nisbet % 50 ye kadar çıkmıştır. Eskidenberi bilinen, ve uzun devam eden yalnız, altın tedavilerinde de % 40-50 nisbetinde salâh görülebilmıştır. Tarafımızdan ve başka yerlerde yalnız altın, Cortisone, C vitamini ve diğer ilâçlarla yapılan tedavilerle salâh görülen, yukarda bildiren nisbette veya hiç istifade etmeyen hastaları kliniğimizde bu tedavilerle birlikte Fizik tedaviye tabi tuttuk. Fizik tedavi bu hastalara haftada iki gün elektropreksi, iki gün elektrikli kükürtlü umumî banyo ve diğer iki gün de kendi tarafımızdan tertib edilen Ultrason banyosu ile su içinde tazyikli duş şeklinde tatbik edilmiştir. Bu tedaviler öğleden evvel yapılmış, öğleden sonra da hastalığın en çok yerleşmiş bulunduğu yerlere ayrıca mevzii olarak çamur, kısa dalga, parafin banyoları tatbik olunmuştur. Fizik tedavi yapılmayan hastalarda salâh % 30 iken bu tedaviler müşterek yapıldığı zaman salâh nisbeti % 70 i bulmuştur. Hastaların Fizik tedavisinde en mühim nokta, ağrı ve hareketsizlik dolayısıyla bu tedavilerin mükemmel olarak yapılamamasıdır. Hastanın her hangi bir vasıta ile ağrılarını dindirilince daha serbest ve kolayca bu tedavileri yaptırabilmekte ve tedaviden azamî faydalanmaktadır. Gerek Cortisone ve gerekse diğer ilâçlar kesilince ağrılarının tekrar meydana gelmesi bir buçuk iki aylık bir fizik tedaviden sonra görülmemekte ve salâh devam etmektedir.

Cortisone'un ağrılarını teskin edici tesiri bakımından diğer ilâçlardan mühim bir farkı tesbit edilememiştir. Bilhassa günde 4-6 gramlık C vitamini sıringası bazı hastalarda Cortisone'un gösterdiği tesirden daha iyi bulunmuştur. Fizik tedavi esnasında hastaların ağrılarını İrgapyrin ve -terkibinde 500 mgr. B₁ vitamini ile 2,5 gr. Novalgine bulunan- Vitaljin adındaki müstahzar ile de teskin etmek mümkün ise de, burada C vitamininin ayrıca küratif bir rolü olduğunu kabul etmek lâzımdır. Bu sebeple yukarıdaki ilâçlardan yüksek dozda B₁ vitamini ve Novalgine, yine yüksek dozda C vitamini ile hastalığın tedavisine başlamak ve bu müddet zarfında hastaya mümkün olduğu kadar erken yukarıda söylediğimiz şekilde Fizik tedavi tatbik etmek bizce en uygun ve faydalı bir tedavi şekli olarak kabul edilmiş bulunmaktadır. Cortisone'un pahalı olması ve bu ilâçlardan farklı tesir göstermemesi, tüberkülo ve diyabetik vak'alarda hastalığı kötüleştirilmesi ve son senelerde bildirilen bazı muzır tesirleri dolayısıyla, romatizma tedavisinde pek kullanışlı ve tercihe değer bir ilâç olmadığı neticesine varmış bulunuyoruz. Bir buçuk, iki aylık bir tedaviden sonra hastaları kaplıca tedavisine ve tercihen çamur banyolarına göndermek tedaviyi tamamlar.

Yapılan fizik tedavilerin tesiri; romatoid artritlerde ve spondilit ankilopoetiklerde hakikaten pek mühimdir. Haftada iki gün yapılan elektropreksi, hastada umumî bir vazodilatasyon yaptığı gibi kısa dalganın nöro-vegetatif sistem üzerindeki düzenleyici tesiri, parasempatikler üzerindeki tonik tesiri ve uzviyetin kolloidal sistemi üzerinde yaptığı değişiklik ile esasen büyük tegayyürata sahne olan retiküloandotelial nescin beslenmesine ve bilhassa kıl damarlardaki tegayyürlerin düzelmesine yardımcı bakımından çok önemlidir. Hastanın derecesi 39 ilâ 40 a kadar yükseltilerek 30-45 dakika cihaz altında bırakılır.

Elektrikli ve kükürtlü banyoya gelince, elektrikli banyonun içindeki kükürtün uzviyete deri ve teneffüs yolu ile geçmesi temin edilerek kükürtün uzviyette ve bilhassa küçük kan damarları civarında oksidoredüksiyonu arttırarak hücrelere hayatîyet kazandırması ve galvanî ceryanının banyonun sıcaklığı ile birlikte sinir sistemi üzerindeki teskin edici ve besleyici tesiri ile hastalığın şifasını temine yardım eder. Tarafımızdan uygulanarak geçen seneki Barselonda toplanan Milletlerarası Romatizma Kongresinde tebliğ ettiğim Ultrason banyosu ise, yepyeni bir tedavi metodudur. Bu tedaviden bilhassa Spondilit rizomeliktiller büyük faydalar görmektedir.

Ultrasonun tesirini müellifler henüz kat'i olarak bildirememişlerse de, kliniğimizde Doçentimiz Hamî Koçaş'ın tebliğinde görüleceği üzere Ultrason doğrudan doğruya

nöro-vegetatif sistem üzerine tesir etmekle ve az dozda tatbik olunursa parasempatigi tenbih, yüksek dozda yapılırsa felç etmektedir. Bu sebeple ağırlı hastalarla astmatik ve diğcr spazm vak'alarında tatbik şekli, başka olması lâzım gelmektedir.

Romatoid arthritis ve spondilit rizomelikte, hastalıkta tegayyüratin en çok mafsalligaman ve sinovyalinde olduğu görülmekle beraber bu hastalığın mütenazır oluşu, etraf uçlarından ve küçük mafsallardan başlayışı, hastalıkta sinir sisteminin büyük çapta âfetzede olduğunu anlatır. Anatomo patolojik tetkikler bu hastalığın ligamanlar kadar sinirlerde, adelerde ve ganglionlarda da aynı derecede harabiyet husule getirdiğini meydana koymuştur. Bu sebeble Ultrasonun nöro-vegetatif sistem üzerindeki tesiri ile de, faydalandığı muhakkaktır. Bununla beraber yine Ultrasonun, uzviyetteki kolloid sistem üzerinde aşıkâr tesir yaparak büyük değişiklikler meydana getirdiği de tecrübelerle tesbit edilmiştir. Yeni teşekkül eden rüseymi nesiçlerin çabuk bozulabileceği ve bu suretle nedbelerin Ultrasonla yumuşadığı ve küçüldüğü anlaşılmıştır. Binaenaleyh Ultrasonun umumî banyosunun ligamanlarda teşekkül etmekte olan sertliğin ve kireçleşmenin önüne geçtiğini ve hastalığın ilerlemesine mani olduğunu kabul etmek icabeder. Ayrıca hasta nahiyelerde Ultrasonun hususî bir sıcaklık husule getirdiği de kabul edilmektedir.

Bundan başka banyoda 5 - 10 dakika tatbik olunan Ultrasondan sonra banyo içinde yüksek tazyikli duş, sıcak banyoda rahatlamış ve hareket serbestliğini kazanmış olan mafsallar, ligamanlar üzerinde tatlı bir masaj ve deri üzerindeki sinir uçlarında uyandıracak reflex tesiri ile mafsalların sertleşmesine mani olmakta, ligamanların ve adelerin kontraksiyonlarının kaybolmasını intaç etmektedir.

Şu yukarıda arzettiğim şemanın bu gün tedavisi hususunda tababeti müşkül ve aciz durumda bırakıp romatoid arthritis ve spondilit rizomelik tedavisinde en mükemmel bir tedavi usulü olduğuna kaniiz.

Yukardanberi arzettiğimiz şekilde tertiplediğimiz ilâç tedavisile birlikte yapılan fizik tedavilerle tedavi ettiğimiz hastalardan altı aydan evvel ele geçen hastaların % 95 inin şifa derecesinde iyileştikleri, altı aydan bir seneye yakın bir zaman zarfında tedaviye alınan hastalarda ise salâhın % 70 - 80 olduğunu, bir seneyi geçtikten sonra iyileşme şansının ancak % 50 - 60 arasında bulunduğunu 120 hasta üzerinde yaptığımız istatistik ile tesbit etmiş bulunuyoruz.

HÜLÂSA

120 Romatoid arthritis ve Spondilit ankilopoetik vak'ası üzerinde Cortisone, C vitamini, Vitaljin ve Altın sıringalarile beraber yapılan Fizik tedaviden alınan neticelelerin mukayesesinde, Cortisone veya C vitamini, Vitaljin ve Altın tedavilerinin yalnız başına yapılmasından ziyade, umumî Ultrason banyosu ile su içinde tazyikli duş, elektropreksi ve kükürtlü elektrikli umumî banyo şeklindeki fizik tedavi ile müştereken yapıldıkları zaman çok daha iyi netice alınmıştır.

KALÇA OYNAĞININ AĞRILI DEFORMANT ARTRİTİSİ (COXARTHROSİS DOLOROSA)

Ord. Prof. Dr. Akif Şakir Şakar

Vücudün en mühim eklemi olan kalçanın artrit deformantı, tek mafsalsal arthrose'unun mühim tezahürlerinden biridir.

Klinik ve radyolojik bakımdan, bermutad bu hastalık yekdiğerinden farklı iki şekil gösterir. Biri daha ziyade 50 ve 50 yaşından sonraki şahıslarda, bilhassa amele ve orman işçilerinde ve ekseriyetle kadınlarda görülen ve Morbus Coxa Senilis adı verilen bir arthrose olup, mafsalsal satırlarındaki kırıkdağın dejeneresansı ve ihtiyarlığı (séneçance'ı) ile muttasıftır. Aynı zamanda gerek caput'un ve gerekse fossa acetabuli'nin mafsala yakın olan yerlerinde kırıkdağın hemen altında nécrose boşluklarına, bal peteği gibi yuvalara rastlanır. Nécrose et géode souchondrale adı verilen bu tegayyürlerden başka mafsalsal kenarında her kırıkdağın bozukluğu ve harabiyetinin neticesi olmak üzere, ecchondrose, exostose, ostéophyte ve gaga şeklinde çıkıntılar meydana gelir. Yani bir taraftan kırıkdağın ve kemiklerdeki «lésion destructive'i» eklem çevresinde constriptive tegayyürler takip eder. Fakat bu tegayyürlere rağmen caput'un ve yuvasının hududu düzgün kalmış bulunabilir. Bu primitif şeklin deveren bozukluğu ile alakalı olduğu zannedilir.

Arteria circumflexa posterior'un bir şubesi Ligamentum rotundum'un içine girerek kemik başını besler. Bu küçük artère'in sclérose'u ağılebi ihtimal caput'un arthrite'ine sebep olur. Sonra uzun zaman gizli kalan hafif bir mafsalsal şekil bozukluğunun kan dolaşımı sisteminde yaptığı bir reaksiyonla synovia'da doku değişimleri husule geliyor ve müteakiben o vakte kadar sakin bulunan arthrose kendisini göstermeğe başlıyor. Synovia'da zamanla teşekkül eden yuvacığa calcium maddeleri teressüp ederek yeni ostéophyte ler meydana geliyor.

Az çok şekil bozukluğu gösteren bir mafsalsal sinirleri çok defa kan devereninde değişikliklere sebebiyet verirler. Bu deveren bozukluğu conjonctif dokuda ödemlere sebep olarak fibrin teressübatına yol açılır. Bu esnada civar kemik bölgelerinde husule gelen résorption ile serbest kalan calcium maddeleri civar insiceye tevazzu ederek ecchondrose, ostéophyte'ler meydana gelir. Bu suretle nécrotique yuvaların yanı başında kemik çıkıntıları ve condensation processus'u belirir.

Halbuki tali Coxarthrose ise daha genç yaşlarda, 30 - 45 arasında meydana çıkıp mafsalsal teşkil eden organların şekil bozukluğu üzerinde teessüs eder. Dystrophie subluxante'da, acetabula dysplasie'sinde, coxa plana'larda, trauma'larda, arızı ve doğuştaki çıkıklarda yapılan ırcalardan sonra ve fena kaynamış kırıkları müteakip zuhur edebilir.

Bu iki şeklin yekdiğerinden ayırt edilmesinin tedavi hususunda çok ehemmiyeti vardır. Meselâ, tali olanlarda mühim müdahalelere müracaat edildiği halde, iptidai coxarthrose'larda tıbbi ve muhafazakâr tedavi ve olsa olsa, küçük ameliyatlara iktifa edilir.

Tali coxarthrose'larda mafsalsal kemik kısmının şekil bozukluğundan maada iptidai şekilde görülen tegayyürler de göze çarpar. Zaten tali coxarthrose fena şeraitte ve bozuk muvazenede vazife gören bir mafsalsal reaksiyonundan başka bir şey değildir denebilir.

Mafsalın kusurlu bir teşekkülü, normal dayanağın bozulması, eklem çevresinde ostéophyte'lere sebebiyet verir. Caput'un şekli ve acetabula gittikçe bozulur. Elverir ki cerrah, müdahalesiyle şekil bozukluğunu ortadan kaldırarak muvazaneyi temine muvaffak olsun.

Muvazenesizlik, mafsali teşkil eden dokuların mukavemetinin anormal tarzda azalması veya mukavemeti normal olan mafsalin bedenin fazla yükü altında kalması da bu ağrılara sebep olabilir. Mamafih bu iki faktörün de bir arada bulunduğu vak'alar vardır.

Şimdi hastalığın belirtilerine dair de bir iki söz söyleyelim:

Hareket mahdudiyeti, sonra ağrı ve çok defa bacak kısılalığı dikkati çeken arızalardandır. Mafsalin bozuk olan satırları hareket mahdudiyetine sebebiyet verir. Evvelâ abduction, sonra ise dönme ve müteakiben dışa dönme hareketleri azalır. Hasta ba-



Şekil 1.— Tek taraflı coxarthrose'un radiografik görünüşü

caklarını üst üste koyamaz. Quadriceps'in atrofisi ve yetersizliği oldukça erken görülen bir arazdır.

Dokusu bozulmuş, mukavemeti azalmış ve tabiatıyla muvazenesi muhtel mafsalin (gluteus, pyramidalis, lumbalis) sürmenajı neticesi ağrılar ve contracture'ler baş gösterir. Adale tendonlarının yapıştığı yerlerdeki irritation hali hastayı çok rahatsız eder. Ağrı evvelâ hareket esnasında, fakat sonraları mütemadi olarak devam eder. Bir kaç hastada hastayı geceleri uyutmayacak kadar ağrının şiddetli olduğuna şahit oldum.

Contracture'ler ilerledikçe mafsalin sertliği artar. Bu ağrılar kalçanın hissi si-

nirlerinin tenebbühü ile refleks ağrıları (referend pain) olarak kabul edilmektedir. Bazan siyatik arazi ile baş gösteren coxarthros'u röntgene hacet kalmadan Hoffa arazi ile kalça oynasının arthritis'ini anlamak imkân dahilindedir: Dizden ve kalçadan 90 derece bükük olan bacak içe ve dışa çevrilir. Bu hareketlerdeki zorluk ve ağrı, sağlam tarafın da mukayesesıyla, kalça arthritis'ine delâlet eder.

Bu hastalıkta radyografinin kıymetli ve lüzumlu bir muayene usulü olduğu unutulmamalıdır. Mukayese maksadiyle iki kalça oynasının radyografisi şarttır. Ondan maada hiç olmazsa hasta tarafın profil radyografisini ihmal etmemelidir.

Başlangıçta bazan filmde dikkati çekecek değişiklik görülmiyebilir. Mamafih bir zaman sonra yuvanın derinleşmesi, caput'un ön ve alt kısmı karşısındaki fossa acetabuli kıkırdağının ön boynunun ay şeklinde kireçlenmesi, mafsâl çizgisinin (lieu d'élection) üst kısımda daralması, fossa ve caput'un üst tarafında ostéophyte şeklinde



Şekil 2.— İki taraflı ankylose'da bir tarafa yapılan ossacryl ameliyesi

çıkıntılarının görülmesi daima şüpheyi uyandıramlıdır. Mühim belirtiler görülmezse dört veya altı ayda bir grafi çekilerek kontrol edilmelidir.

Lesion'un yavaş seyreden şekilleri olduğu gibi sür'atle ilerleyenleri de vardır.

Caput'un acetabula çukuruna tamamiyle gömüldüğü (protrusio acetabuli) ve bu çatinin kemik başını çevrelediği bir şekil vardır ki buna (forme encercclante) derler. Daha sonra aşikâr ve tipik subluxant manzaralar görülebilir. Caput'un yassılaştığı, fossa acetabuli'nin şeklinin bozulduğu, ostéophyte'lerin arttığı, mafsâl çizgisinin çok daraldığı, kıkırdak altı nécrose yuvalarına mukabil caput ve acetabula kenarlarındaki «processus de condensation» un arttığı göze çarpar.

Kalça oynasının deformant artritinde tedavi usullerinin pek çok ve mütenevvi olması, daha en müessir bir vasıtaya vasıl olunamadığını gösterir.

Bundan 12 - 15 yıl evvel kliniğimize müracaat eden coxarthrose vak'alarını, hasta subluxation hali gösteriyorsa, narkos altında extension ve réduction forcée ile caput'u yuvasına yerleştiriyor ve birkaç hafta için alçıya alıyorduk. Ondan sonra, banyo, massage ve hareketlerle elden geldiği kadar mafsalı oynatmağa çalışıyorduk. Bu şekildeki muhafazakâr ve ortopedik tedavi ile hastanın ağrılarının azaldığı ve durduğuna şahit olduk. Ağlebi ihtimal, mafsal arthrite'indeki iltisakların kopması neticesi adeta neurotomie oluyor demektir.

Bu suretle tedavi edilen hastaları ayağa kaldırdıktan sonra Hohmann protezi ile yürüterek hastaların istifade ettiklerine şahit olduk.

Coxarthrose, deveran bozukluğu ile alâkadar olduğundan, müteaddid vak'alara



Şekil 3.— Tek taraflı coxarthrose'un radyografik görünüşü

Forage ameliyesi tatbik ettik. Bu ameliye, trochanterin altından collum femoris istikametinde caput'a kadar tünel açmaktır. Biz bu tünellerden aynı şahısta 5 - 6 adet yapıyoruz, ona kadar yapıldığını zikreden müellifler de vardır. Tünellerin içine küçük kemik greffon'u veya adele uçları da sokulabilir. Belki pek başlangıçta bulunan hastalarda bu basit müdahalelerden bir miktar istifade edebiliyorsa da biz yaptığımız vak'alardan mühim bir netice alamadık.

Hastalık neticesi bacak çarpık bir vaziyette bulunuyorsa (ki çok defa adduction ve dışa dönme vaziyetinde bulunur), ostéotomie de correction, düzeltici ostéotomi'den çok istifade etmekteyiz. Bu sayede bacağın vaziyeti düzeleceğinden kalça oynası, az

çok muvazenede bir tazyik altında bulunur. Bu tarzda ameliyatı yapılan hastaların, istifade ederek rahat ettiklerini gördük.

Subluxation'un başlangıcında olup, daha mühim bir araz göstermeden hasta ele geçmiş bulunursa, Butée ameliyesine yani fossa acetabuli'ye çatı yapma ameliyesine tevessül olunabilir. Eskiden çok yapılan bu ameliye, şimdi hemen hemen, terkedilmiştir, biz de yapmıyoruz.

Oslo'lu Dr. Gade, coxarthrie'lerde Capsulectomie yani capsul'u çıkartma ameliyesine müracaat etmiştir. Kendisi ameliyesinden çok memnun, ilk neşriyatında yazdığı gibi, yaptığı dokuz ameliyenin yedisinde ağrı tamamiyle zail olmuş, yürüme düzelmiş. Biz yaptığımız 17 vak'ın yarısında iyilik ve salâh gördük, diğer yarısında meydana gelen salâhın bir müddet sonra zail olduğunu ve ağrının nüksettiğini müşahade ettik.



Şekil 4.— Aynı hastada ossacryl tatbikinden sonra

Belçika, Fransa ve Almanya'daki Ortopedik cerrahların fikirlerinde de bir birlik yoktur. Bu capsulectomie, evvelce bizim de yaptığımız ve istediğimiz neticeyi alamadığımız énérvation yerine kaim olmuş bir ameliye sayılır. Mafsalın ön ve arkasından capsule'e giden sinirleri ayrı ayrı keseceğimize, capsule'u tamamiyle ortadan kaldırmak suretiyle toptan énérvation yapmış oluyoruz demektir.

Biz yaptığımız capsulectomie ameliyesinde acetabula plastiğini de ihmal etmedik. Capsulectomie ameliyesinden evvel, Amerika'da Smith Petersen ve Fransa'da Sorrel, acetabuli'nin kenarından taşmış olan azmi çıkıntıyı (Bavurie osseuse) ü düzeltmek demek olan acetabula plastiğini yalnız yapıyorlardı. Biz bu müdahaleyi capsulectomie ameliyesi ile birleştirerek yapıyoruz.

Deformé olmuş caput femoris'in başını düzeltmek maksadiyle yapılan ameliyeye émondage diyorlar. Bu ameliyeyi de 2 vak'amızda tecrübe ettik. Neticeden pek gayri memnun sayılmıyacağız.

Coxarthrose'da mafsala yapılan büyük ameliyeler, arthrodèse ve arthro-plastie gibi müdahalelerdir. Mafsaldaki ağrıyı önlemek bakımından arthrodèse ameliyesi tek taraflılar için caiz ise de, iki taraflıların yapılması kat'iyen doğru değildir. Sonra, tek taraflı başlayan coxarthrose'un bir müddet sonra iki taraflı olmayacağını kim temin edebilir. Bu itibarla, biz, coxarthrose'larda arthrodèse ameliyesine pek taraftar gözük-müyoruz. Athro-plastie'nin akibeti az çok gayri muayyen olduğundan iki vak'a ile ik-tifa ettik.

2 - 3 senedenberi ossacryl protezleri ile hasta mafsalsın yeniden teşkili bize daha munis gelmektedir. Yaptığımız 18 - 20 ameliyeden biri müstesna diğerlerinde hastaları memnun edici neticeler elde edilmiştir. Amerika'luların yaptığı operation de vitallum cup hakkında tecrübelerimiz yoktur.

Umumî bir tâbir olmak üzere, her gün ağzımızda dolaşmasına rağmen, daha künhunu iyi anlayamadığımız romatizmanın, gerek iptidai ve gerek tali şekildeki te-zahürü olan, coxarthrie denilen bu hastalığın tam manası ile ideal bir tedavisine varıl-mamış denilebilirse de, ossacryl protezleri ile yapılan ameliyatların en doğrusu ve en iyisi olduğunu kabul etmek mecburiyetindeyiz.

Fakat ameliyatla sun'î surette mafsalsın yeniden teşkil etmek kâfi değildir. Fossa acetabuli içindeki acrylique kemik başı ve etrafındaki adaleler muahhar tedavi ile oynatılarak ve kuvvetleştirilerek mafsalsın fonction'unu temine çalışmalı. Réducation, réhabilitation, gymnastique corrective dediğimiz ameliyat sonu müdavat sayesinde ki mafsalsın oynaması ve kuvvetlenmesi sağlanır.

Bundan dolayı Ortopedi Klinikleri réeducation ve teferruatına ait Enstitü kısımlariyle ikmal edilmişlerdir.

HÜLÂSA

Kalça oynasının deformant arthriti olan coxarthrose hastalığı sistematik bir suretle tedavi edilmediği takdirde, hastayı canından bezdiren ıztıraplara sebebiyet verebilir. İptidai şeklinde tıbbî tedavi, çamurlu banyolar ve basit küçük ameliyatlara iktifa edilebilir. Kalçanın şekil bozukluğu üzerinde teessüs eden tali coxarthrose'larda muhtelif müdahalelere müracaat etmek mecburiyeti vardır.

ACTH İLE TEDAVİ EDİLMEKTE OLAN BİR SPONDİLİTİS DEFORMANS VAK'ASI

Prof. Dr. Necmettin Polvan

Muhterem heyetinize takdim edeceğim bu vak'anın hususiyeti hastayı tamamen hareketsiz bir hale sokan bir spondilitis deformans vak'asında ACTH ile fevkalâde iyi neticeler alınmış olmasıdır.

Mevzuubahis hasta Trabzonlu 29 yaşında bir tüccardır (H. G.) Kliniğimize 23.7. 1951 tarihinde bütün bel kemiğini ve etrafını hareket ettirememek ve yine boyun, bel ve etrafında eforla artan ağrılardan şikâyet ederek yatırılmıştır. Müracaatından üç sene evvel belinde hafif bir ağrı başlamış. Bu, tedricen artmış. Öksürük, ıknma ve hareketle artar, yayılmış. Bir müddet sonra boyun ağrısı da buna ilâve olmuş. Hastata tedricen boynunu ve belini bükemez olmuş. Başlangıçtan bir sene sonra Gülhane hastanesinde kronik romatizma teşhisile bir müddet yatmış, klasik romatizma tedavileri yapılmış. Bize müracaatından bir sene evvel diz ve omuzlarında da ağrılar başlamış. Bu vaziyette ancak bastonla yürüyebiliyormuş. İki ay önce bir sabah kalktığında sigara içmek istemiş, fakat kol ve bacaklarını oynatamamış. O zamandanberi yatağa düşmüş. Müracaatında tabir caizse kılıni dahi oynatamıyordu. Bundan başka şiddetli ağrı ve çektiği ızdırıp yüzünden bağırıyor, yapılan sedatifler kâr etmiyordu.

Soy ve öz geçmişinde sene evvel geçirdiği gonoreden başka hiç bir hususiyet yoktu. Astenik tipte olup, boyun ve bel sabit, kol ve bacaklar hareketsiz, bel nahiyesi rijit (poker-spine) manzarasında idi. Sistem muayeneleri tabii, TA. 12,5/8, nabız: 120 idi. Thyroide bezi biraz büyümüş, gözler hafif ekzoftalmikti.

Yapılan nörolojik muayenesinde aktif hareketler ve adele kuvveti bütün vücutta sifir, passif hareket dirsek ve dizlerdeki ankiloz sebebile gayri mümkün. Bacaklar fleksion halinde, ayakta duramıyor yürüyemiyordu. Yukarda tarif ettiğimiz subjektif şikâyetlerinden başka objektif olarak D₂ den itibaren sathi hipoestezi, alt ve üst tarafta derin his bozukluğu bulundu. Refleksler: Cilt ve mukoza refleksleri tabii, kemik veter refleksleri canlı idi. Bunlara ilâveten etrafta bariz bir atrofi göze çarpıyordu.

Lâboratuar bulguları: 24.7.1951 de yapılan ilk laboratuar muayeneleri aşağıdadır: Kan sayımı: Eritrosit 3,700,000, Lökosit: 12,100, Hb. 69 %, İndeks 0,9. Lökosit formülü: Parçalı 66 %, Lenfo 28 ‰, Mono 3 ‰, Eo 3 ‰. Sedimantasyon: Yarım saatte: 8, bir saatte: 24, ikinci saatte: 44, Ortalama: 23 İdrar bulguları: tabii, Glikoz ve albümin negatif. Kanda Wassermann ve Kahn: Negatif.

Radyolojik tetkik: Columna vertebralis bambu kamışı manzarası arz ediyor, longitudinal ligamanlarda kireçlenme mevcut, (syndesmophytose hali).

*

**

Hastamızın bir sene evvel arzettiği bu klinik tablo ve radyolojik bulgulara göre, hastada columna vertebralis'in bütün hareket kabiliyetini, elâstikiyetini tamamen yok eden bir spondilitis deformans hali ve bunun sebebiyet verdiği radikslerin kompresyonuna bağlı şiddetli ağrılar, artropati ve tam bir hareketsizlik mevcuttu. Bu itibarla çok ilerlemiş olan bu spondilitis deformans vak'amızda hastalık için spesifik diyebileceğimiz bir tedavi vasıtası olarak ACTH tatbik etmeye karar verdik.

Burada tatbik ettiğimiz tedavi şekli ve neticelere geçmeden evvel kısaca hastalığın etyoloji ve patojenisinden bahsetmek isterim.

Spondylitis deformans veya sinonimleri ile spondylose rhizomelique, Marie-Strümpell hastalığı 1892 de Bechterew tarafından târif edilmiştir. Bechterew sadece columna vertebralisin musap olduğunu söylemiştir. Pierre-Marie ise burada columna vertebralis arasındaki mafsalların hastalığı ile beraber bel kemiğinden ayrılan diğer mafsallarda da (meselâ costo-vertebral mafsallar) hastalık olduğunu tebarüz ettirmiştir. En ziyade genç erkeklerde tercihan 25 - 40 yaş arasında görülür. Etyolojide bugüne kadar infeksiyon, travma, heredite, parathyroide yetmezliği mes'ul tutulmuştur.

Sy, tüberküloz ve bilhassa gonorenin rolüne işaret edilmiştir. Bizim hastamızda da bir gonore hikâyesi vardır. Son harpte dizanteriyi müteakip de spondilit vak'alarına rastlanmıştır. Fakat bütün bu görüşler, 1936 danberi Hans Selye'nin üzerinde çalıştığı hayvan tecrübeleri ve bunun neticesi olarak iki sene evvel ortaya attığı adaptasyon hastalıkları teorisi (Stress) ile artık yeni bir mecraya girmiştir. Bugün Hans Selye'ye ve onun geniş bir taraftar zümresine göre hastalık, stress yapıcı ajanlara karşı vücut müdafaa reaksiyonlarının (adaptif mekanizmanın) bozulması ile husule gelen bir adaptasyon sendromudur. Burada stress esnasında bir taraftan ACTH, ve gliko-kortikoidler, diğer taraftan STH ve minerale-kortikoidlerin sekresyon nisbetinin bozulması mevzuubahistir ve bugün hepimizce kabul edildiği gibi bütün romatoid değişiklikler mineralo-kortikoid'ler vasıtası ile husule gelmekte ve bunun tam zıddı olan gliko-kortikoid'ler (Cortisone) la buna mani olunabilmektedir. Hepimizin malûmu olan bu teorinin burada kısaca ana hatlarına temas etmekle iktifa ediyorum.

Klinik Seyri: Hastamıza kabul tarihi olan 24.7.1952 den itibaren o zaman revaçta olan ve bugün için romatizmal hastalıkların tedavisinde tamamen yanlış bir tedavi metodunu, yani Desoksi-kortikosteron asetat ve C-Vitamini kombinasyonunu iki ay tatbik ettik. Filhakika bu müddet içinde hastada en ufak bir iyilik müşahede edilmedi. Nihayet Ekim 1951 de memlekete getirilen 10 gr. ACTH tan ilk defa 1 gr. ını alarak hastamıza tatbik etmeye başladık. 17.10.1951 de 25 mg. ACTH ile yapılan Thorn testi, vak'amızda eosinofilleri % 59 azaltmıştı. Ertesi gün 6 şar saat ara ile 15 mg. ACTH (günde total 60 mg.) yapıldı. O güne kadar başlangıçta arzettiğimiz gibi kılını dahi kıpırdatamıyan hastanın ikinci gün sol el parmaklarında çok hafif bir hareket başladı. 3. gün hasta ağrılarının azaldığını söyledi. 60 mg. ile bir hafta devam edildi. 24.10.1951 den itibaren 100 mg. verildi. 28.10.1951 de hasta artık ağrılarına 1 ampul sedatifle tahammül edebiliyordu. Ayak parmaklarında da hareket avdet etmişti. 3.11. 1951 de 500 mg. ACTH bittiğinde ACTH'a başlanmadan evvelki sedimantasyon hızı ortalama 46 iken 17 ye düşmüştü. 4.12.1951 de kol hareketleri başladı. Hastaya tekrar 19.12.1951 de ACTH tatbikine başlandı ve 4.1.1952 ye kadar 500 mg. daha yapıldı. Bu devrede ellerde ince hareketler kısmen yapılabilir, hasta hiç sedatif almadan rahatça dayanabiliyordu. Bu güne kadar total 3,250 mg. ACTH yapılmıştır. Ayrıca 27 Haziran ile 2 Temmuz arasında 500 mg. cortisone intramüsküler tatbik edilmiştir. Bütün bu tedavi esnasında kan bulguları, sedimantasyon, Thorn testi, kanda sodyum ve potassium, klorürler, idrarda 11-oxy steroid ve 17-keto steroidler muntazaman aranmış ve neticeler Tablo: 1 ve 2 de gösterilmiştir. Ketosteroidlerin tayininde bize büyük yardımları olan Üniversite Tedavi Kliniği Laboratuvarına burada teşekkürü borç bilirim.

ACTH'm tali reaksiyonları ve vak'amızda görülen bir tek tali tesir:

ACTH potassium itrahını arttırır, bundan mütevellit hipokaliemi neticesi adale zaafı, kalp dekompanasyonu, taşikardi olabilir. Sodyum ihtibasası ile de tansiyon yükselir ve ödem teşekkülüne temayül ile akciğer ödemi olabilir. Biz hastamıza ACTH yapıldığı müddetçe günde 6 - 8 gr. Potasyum chlorure vermek ve tuzdan fakir bir diyet tatbik etmek suretile bu gibi nahoş hadiselerle karşılaşmadık. Bu husus kanda sodyum ve potasyum tayinleri ile de tahkik edilmiştir.

ACTH bilindiği gibi, karbonhidratlara karşı toleransı azaltır, gliko-neojenesis suretile hiperglisemi ve glikozüri yapabilir. Biz bu hususta da müteyakkıs davranıyor sıkı sıkı glisemi kontrolleri yapıyor, idrarda şeker arıyorduk. Başlangıçtaki 1 gr. esnasında hastada açlık hissi olmuşsa da bu diyabete bağlanamazdı, filhakika ACTH'ın öfori ve açlık hissi yaptığı malûmdur. Ayrıca bu 1 gr. esnasında idrarda ve kanda şe-

Tarih	Eritrosit	Lökosit	Hb	Sedimentasyon
24.7.1951	3.700.000	12.100	69 %	8-24-44:23
5.10.1951	4.480.000	6.700	75 %	22-52-80:46
17.10.1951	de ACTH a başlandı, 500 U. 2.11.1951 de bitti.			
3.11.1951	4.500.000	5.400	76 %	5-15-36:17
19.12.1951	den 4.1.1952 ye kadar: 500 U. ACTH			
21.12.51 de				
25.12.1951	4.800.000	4.600	76 %	25-50-95:48 18-28-79:34
4.1.1952	den 30.1.1952 ye kadar 405 mgr. ACTH			
4.1.1952				
13.2.1952	den 6.3.1952 ye kadar idame doz			
16.1.1952				
31.3.1952	4.400.000	4.800	79 %	13-36-58:32,5 12-36-66:35
13.5.1952	den 26.5.1952 ye kadar 750 U.			
14.4.1952	4.220.000	5.400	77 %	15-29-64:30,5

Tablo : 1

Tarih	Ca	K	Na	NaCl	11-oxy s.	17-keto s.
17.10.51	9,2mg.	18mg.		% 460 mg.	İndosable	9,54 mgr.
25.10.51	11,8mg.	16 mg.	210 mg.			
8.1.52					1,04 mg.	9,04 mgr.
14.5.59		% 17 mg	437 mg.	602 mg.		
Normal			330-350 mgr. %		24 saatte 0,10-0,40	14-26 mgr. 24 st.

Tablo : 2

ker patolojik bir tezahürat göstermemiştir. Fakat idame dozile tedaviye devam ettiğimiz bir sırada ani olarak hastada poliüri ve susuzluk hissi başgösterdi. Derhal idrara baktık, 7 gr. yakın şeker çıktı. Yapılan aç karnına glisemi muayenesinde glikoz 3,70 idi. Bu hal insulinsiz fakat karbonidratlardan fakir sıkı bir rejimle 15 gün kadar kısa bir müddette düzeldi. Halen hastaya kontrol altında kortizon yapılmaya devam edilmektedir.

ACTH ın diğer tali tesirleri olan Cushing sendromuna ait arazlar hastamızda hüsule gelememiştir.

Netice:

3 senelik ağır bir spondilite deformans vak'asına cem'an 3,250 mgr. ACTH, 500 mgr. Cortisone yaptık. Hasta hâlen eskiden hiç hareket ettiremediği kollarını serbestçe kullanabilmekte parmak ve bilek hareketleri normal olarak yapılabilmekte hatta yazı yazabilmektedir. Alt tarafta ise ayak ve bilek hareketleri tamamen normale dönmüş olup yalnız diz mafsalındaki ankiloz hali hareket vüs'atını şimdilik tahdit etmekte ve hasta bu yüzden henüz yürüyememektedir. Böylece adeta ümitsiz görülen bu spondilite deformans vak'asında beklenmedik iyi bir netice almamız bizi bu vak'ayı sayın hey'etinize takdime sevketmiştir.

HÜLÂSA

29 yaşında Trabzonlu bir tüccar olan H. G. 3 senedenberi columna vertebralis rijiditesi, ekstremitelerde hareketsizlik ve şiddetli radiküller ağrılardan şikâyetle kliniğimize yatırılmış ve ACTH ile tedaviye tabi tutulmuştur. İlâcın tatbikinden evvel yapılan Thorn testi ile eosinofillerde % 59 azalma tesbit edilmiştir. Altışar saat ara ile yapılan günde total 60 mg. ACTH ile üçüncü gün ağrılar ileri derecede azalmış ve ekstremitelerde hareketler avdet etmiye başlamıştır. Bilâhare günlük doz 100 mg. a çıkılarak cem'an 3250 mg. ACTH ve 500 mg. Cortisone tatbik edilmiştir. Halen hasta, müracaatında kendisini çok muhtarip eden ağrılardan kurtulmuş, üst ve alt tarafta sıfır olan aktif hareketler kollarda tamamen, bacaklarda ise diz ankilozunun müsaadesi nisbetinde normale dönmüştür. Böylece adeta ümitsiz görülen bu spondilitis deformans vak'asında ACTH ile beslenmedik iyi bir netice almamız, bizi bu vak'ayı sayın hey'etinize takdime sevketmiştir.

Prof. Dr. Osman Cevdet Çubukçu :

Bu güne kadar yapılan tebliğ ve münakaşalardan anlaşılıyor ki, romatizmalar komasında tam şifa veren hiç bir vasıta yoktur. İlâçlardan hangisi olursa olsun, fizikî vasıtalarla teşrik edilmelidir. Bu da hem vaktinde yapılması ve hem de devamlı olması icab ediyor. Bunu da santral servislerde yapmak lâzımdır. Geniş vasıta ve iyi personel ihtiyacı olacak. Kongrenin umumî heyeti yüksek makamlardan bunu rica etmelidir.

Prof. Necmettin Polvan'ın vak'ası spondylitis arthritis ile birlikte giden bir (Poly-arthritis chronique évolutive) gibi görünmemektedir.

SEKSİYON B :

27 Eylül 1952 Cumartesi

Saat : 9.00

İstanbul Üniversitesi Hukuk ve İktisat Fakülteleri
II. No. lu Dershanesinde

Başkanlar : *Prof. Dr. Nusret Karasu*
Dr. Tevfik İsmail Gökçe

Tekirdağ Memleket Hastanesi
Dahiliye Servisi çalışmalarından :

ÜST VE ALT EKSTREMİTELERDE 18 AMPÜTASYONA
SEBEP OLAN NADİR BİR ANDARTERİT VAK'ASI

Dr. Feridun Timur
Dahiliye Mütihazsıs

Trombo-angiitis obliterans oldukça yaygın bir hastalıktır ve perifer damar âfetlerinin takriben yarısını teşkil eder. Daha ziyade genç ve orta yaşlardaki erkeklerde görüldüğü için, Anglo-Amerikan yazarları tarafından **preenil gangren** diye de adlandırılır.

Trombo-angiitis ekseriya alt ekstremitelerden başlar ve çok defa buralara inhi sar eder. Üst ekstremitelerden başlaması az görülür. El ve kolun gangrene olması çok nâdirdir. Aşağıda kısa observasyonunu sunduğumuz vak'a bu bakımdan enteresandır.

Kâ. E., 46 yaşında, rençber. Soy geçmişinde kayda değer bir şey yok. Otuz senedir günde 5-10 tane sigara içiyor. Evli. Halen hayatta olan üç çocuğundan birisi sağır dilsiz imiş.

Hastalık, yol yürürken, sağ ayağında ağrı ve morarma ile bundan 16 sene evvel başlıyor. Ağrı bu sıralarda daha ziyade kesik topallama şeklinde gelip geçiyormuş. İlk şikâyetlerden 5 - 6 ay sonra sağ ayağının baş ve ikinci parmaklarında bir yara

peyda oluyor. Yapılan tedavi ile bu hal düzeliyor, fakat bir sene sonra sağ ayak başparmağında gangren baş gösteriyor ve bu parmak ampüte ediliyor. Daha sonra 8 ay kadar bir hastane tedavisi görüyorsa da büyük bir fayda elde edemiyor. Gangrenin ilerlemesi üzerine birkaç ay ara ile yapılan üç ameliyat neticesinde sağ bacağı dizden kesilmiş olarak hastaneden çıkıyor. Aradan iki ay geçmeden görülen lüzum üzerine sağ bacağı uyluk üstünden ampüte ediliyor.



Şekil : 1

Buraya kadar sol ayağından pek müşteki değildir. Şimdi şiddetli ağrılar olmağa başlıyor ve ayak parmaklarında yaralar meydana geliyor. Nihayet bundan dört sene kadar evvel sol bacak da uyluğun ortasından ampüte ediliyor.

İşte bu sıralarda sağ elinin yüzük parmağında şiddetli ağrılar, çok geçmeden de gangren baş gösteriyor ve bu parmak alınıyor. Bir sene içerisinde ağrı ve gangren sağ elin diğer parmaklarına ve daha sonra da sağ elin bizzat kendisine geçtiğinden, sağ kolun orta yerinden ampütasyonuna lüzum hasıl oluyor.

İki sene kadar evvel sol el parmaklarında da hastalık ârazları beliriyor. Ve çok geçmeden işaret parmağı ile yüzük parmağı gangrene oluyor ve ampüte ediliyor. Nihayet bir ay evvel serçe parmağı da alınıyor.

Hasta halen 16 sene içinde 18. ameliyat, dolayısıyla 18. ampütasyon yapılmak üzere Servise yatırılmış bulunuyor.

Muayenede: Genel durumu ve besisi normal bulunuyor. 36°5 - 39°5 arasında seyreden bir ateşi vardır. Solunum, sindirim ve dolaşım sistemlerinde kayda değer bir bozukluk tesbit edilmiyor. Tekrarlanan E.K.G. lerde patolojik bir bulgu göze çarpmıyor. Sağ bacak moignon'u 20, sol bacak moignon'u 24 sm. uzunluğundadır. Sağ kol orta yerinden ampüte edilmiştir. Damar atımı tesbit edilemiyor. Sol elin geriye kalan baş ve 3. parmaklarında tırnak ve deri tagayyürleri ve başlangıç halinde gangren belirtileri mevcuttur. El soğuktur. Radialis nabızı alınmıyor. Aşağıya sarkıtılınca, aynı manevra ile ayaklarda görülen çorap delilinin karşılığı olan eldiven delili diye vasıflandırabileceğimiz hal zuhur ediyor: Yani el, bileğin biraz yukarısından itibaren morarıyor. Paşonla arter osillasyonu sol kolda 1,5, sol önkolda azami 0.25 derecedir (Şekil - 1).

Yapılan müteaddit Wassermann reaksiyonları hep menfi çıkmıştır. Keza birçok defalar tekrarlanan açlık ve yüklenme glisemileri de normal sınırlarda bulunmuştur.

Son defa yaptırdığımız total kolesterolemi % 165 mgr. olarak tesbit edilmiştir. İdrar ilk günlerde normal iken, parmak ampüte edildikten beş gün sonra makro ve mikroskopik olarak hematüri oldu ve dört gün içinde tamamen kayboldu. İdrarda eritrositten başka patolojik bir element tesbit edilmedi. Hasta bu esnada ağızdan 1,5 gram ürotropinle 6 cgr. lüminal ve gene injeksiyonla 1 cgr. lüminal almakta idi. Hematüriye idrar ederken hafif bir yanmadan başka bir şikâyet eklenmedi.

Piyeslerde yaptırılan histolojik muayeneler, andarteritte rastlanan patolojik tagayyürlerden başka bir şey göstermedi.

Yukarda kısa observasyonunu verdiğimiz hasta, literatürde ender rastlanan ve 16 sene içinde küçükü büyüklü 18 amputasyonla iki bacağı ile sağ kolunu ve sol eli'nin de üç parmağını kaybetmiş bir trombo-angiitis obliterans vak'asıdır. Etraf damarlarının bu derece yaygın lezyonuna mukabil iç organlarda kayda değer bir değişiklik tesbit edilememiştir. Birkaç günde silinen hematürinin, idrar yollarının tahrişinden (ürotropin) ileri gelmiş olması muhtemeldir. Hastada böbrek radyografisi yapılmamış olmakla beraber, o zamana kadar bir kolik hikâyesi bulunmaması, ilâcı kesmekle hematürinin de süratle kaybolması ve nihayet bir senedir tekrarladığımız idrar muayenelerinde böbrek lezyonuna delâlet edecek hiçbir bulgunun bulunmayışı, bu fikri destekliyor.

Yerli ve yabancı literatürde bu derece mütilan bir andarterit vak'ası —hiç değilse bu son yıllarda— gözümüze ilişmediğinden, vak'amızı yayınlamayı uygun bulduk.

BOVIN TIP BASILLİ PÜLMONER TÜBERKÜLOZ ŞEKLİ «PSÖDOTÜMÖRAL TÜBERKÜLOZ ŞEKLİ»

Dr. İsmet Sayman
Yedikule Verem Hastanesi
Röntgen Müt.

Tüberküloz basilinin hümanüs ve bovinus tiplerinden her ikisi de insan akciğerleri için patojendirler. Ancak mutad olan enfeksiyon, humanus tipi ile vaki olmaktadır. Bovinus tipi ile enfeksiyon pek nadirdir. Humanus tipinin akciğerlerde meydana getirdiği lezyonun radyolojik karakteri basilin virülans derecesine, miktarına, uzviyetin reaktör veya envantör olup olmayışına, uzviyet ve rienin lokal allerjik durumuna göre enfiltrasyon, lobar veya lobüler opasite ve ekskavasyon ve nihayet adet itibarile fazlalık göstermeyen nodüler kesafetlerdir. Halbuki mültipl yuvarlak gölgeler halinde tezahür eden bir tüberküloz şekli daha vardır ki, o da Bovin tip basilli tüberküloz şeklidir. Bu tüberküloz şekli radyolojik bakımdan bir başkalık gösterdiği gibi uzviyete girişi ve akciğerlere gidışı bakımından da bir başkalık gösterir. Zira Bovin tipi tüberküloz basilli hümanus tipde olduğu gibi hava yolu enfeksiyonu olarak değil, amigdal, rinofarenks, maksillar sinüs mükozasından ve jansivden girerek ematojen yolla akciğerlere vasil olur ve orada müteaddid tüberkülomlar tarzında kendisini gösterir.

Tüberkülozun bu şekli ecnebi literatürde pek az adette neşredilmiştir. İlk defa olarak 1931 senesinde LACHMAN tarafından tesbit edilmiş ve neşredilmiştir, ve bu tip tüberkülozun metastatik tümörlere çok benzediğini söylemiştir. Aynı senede ALBERT her iki akciğerde sekiz adet yuvarlak gölge gösteren bir vak'a tesbit etmiştir. Bunlardan sonra 1933 de STRAUB, MAYER, HOLTHUSEN, 1950 de BENDA, 1951 de FUQUET taraflarından birkaç vak'a daha neşredilmiştir. Geçen defaki Milli Tıp Kongresinde sayın Dr. Sıtkı tarafından yapılan bir kominikasyonda, Heybeliada Sanatoryomunda tetkik edilmiş bulunan 890 vak'a üzerinde yaptıkları tüberküloz basilli idantifikasyonu araştırmalarında, hiç birinde Bovin basiline rastlanmamış olduğu bildirilmektedir.

Radyolojik karakter:

Bovin tipi tüberküloz basilli ile enfekte olan akciğerlerde münferid veya ekseriyetle mültipl, yuvarlak, emojen ve konturları kesin nodüler kesafetler görülür. Radyolojik olarak hudutlarının kesin görülmesi, anatomopatolojik bulguya tamamilen tevafuk etmektedir, zira, yapılan otopsielerde bu fuvayyelerin ankapsüle oldukları tesbit edilmiştir. Tüberkülotik nodüllerin adet ve büyüklükleri çok tehalüf edebilir. Mercimek, nohud, fındık, kestane büyüklüğünde ve hatta daha büyük de olabilirler. Adı radyogramlarda bazı küçük nodüller kosta ve hilus gölgeleriyle maske olabilirler, bunlar da tomogramlarda ayrıca görülürler. Bu tip tüberküloz şeklinde tomogramları daha sık plânda, her yarım santimde bir ve daha fazla adette yapmalıdır. Zira küçük nodüllerin geniş aralıklı planlarda yakalanmamış olmaları mümkündür.

Bu tip tüberküloz şekline, gösterdiği radyolojik manzaraya istinaden (psödötümöral tüberküloz şekli, mültipl yuvarlak gölgeli tüberküloz enfiltrasyonu, makronodüler tüberküloz enfiltrasyonu) gibi muhtelif isimler verilmiş ve filmdeki manzaranın

bıraktığı empresyonla, dama tahtasına benzetilerek (Aspect en damier) veya uğurlmuş balonlara benzetilerek (Lâcher de ballon) şeklinde tavsif edilmiştir.

Hastalık, uzun zaman hiç bir değişiklik göstermeden stasyonier kalabilir. Literatürde bir vak'anın beş sene değişmeden devam ettiği tesbit edilmiştir. Gerek yapılan tedavi ile gerekse spontan olarak zail olabilirler. FRANK KELNER'in bir vak'asında kısa bir zamanda ve spontan olarak tamamen kaybolduğu görülmüştür. Şifayab olduğu zaman yerlerinde ya küçük bir sekel (fibrozite) bırakırlar veya hiç bir iz bırakmadan silinirler. Bazan bil'akis progressif hal alırlar, gittikçe büyürler, fuvayyelerin civarında bronşiyal yayımlar ve sekonder fuvayyeler teşekkül eder, kazeifiye veya likefiye olarak kaviteler teşekkül edebilirler. Fuvayyeler içerisinde kavitasyonun meydana gelmesi, mutlaka hümanus basili ile sür enfeksiyonun husule geldiğine delâlet etmez, zira eksojen enfeksiyon menbaı olmadan kendi kendine de teşekkül edebilir.

Klinik karakter:

Bovin tip tüberküloz basili insana enfekte süttten ve bu sütle yapılmış tereyağı, peynirden geçer. CALMETT'e nazaran sirayet yolu, rinofarenks, burun mükozası ve göz konjonktivasıdır. Primer burun tüberkülozundan sonra servikal adenopati ve daha sonra adenopati mediastinal husule gelebilir. Molerler hizasında bükofarenjiyen ülserasyonlar teşekkül eder. Bu ülserasyonlar ağrısızdır, temizdir ve kenarları dekoledir. Basil yalnız bu ülserasyonun sekresyonu içerisinde değil, gangliyonların ponksiyon materyeli içerisinde de bulunur. En ziyade sumaksiller gangliyonlar attake olurlar. Basiller ematojen yolla pumonlara giderek yukarda zikredilen nodülleri meydana getirirler.

Hastalar da öksürük, sübfebril ateş ve halsizlikten şikâyet ederler. Bazılarında emoptizi görülür. Başlangıçta yüksek ateşden bahsederler. Öksürükleri kurudur ve sedimantasyonları daima yüksektir. Lökosit adedi normaldir, fakat formül lökositlerde hemen daima sola inhiraf görülür, bu bulgu teşhisde kıymetlidir. Basil, bazılarında müsbet olabilir. Pirket ve Mantoux teamülleri şiddetli müsbettir. Oskültasyonda karakteristik bir bulgu tesbit edilemez. Vak'alarda pumon leziyonundan bir sene evvelisine kadar uzun süren torpid adenopati ve anjin görülebilir.

Anatomopatolojik karakter :

Ölmüş olan bazı vak'alar tetkik edilmiştir. Lachman'ın bir vak'asında yapılan anatomopatolojik tetkikte, ankapsüle kazeöz bir fuvayye, ve bu fuvayye içerisinde Bovin tipde basil tesbit edilmiştir. Leize Martz bu leziyonların kesif ve antraketik fibröz bir kapsüle malik olduklarını ve bronş sistemile münasebet halinde bulduklarını kaydeder. Holthusen'un bir vak'asında, fuvayyelerin ankapsüle kazeöz pnömoni vasfında olduğu tesbit edilmiş, fakat içerisinde basil bulunamamıştır. Bu vak'ada aynı zamanda maksiller süperiyörün tüberkülotik iltihabı mevcutmuş ve iltihabi materyel içerisinde Bovin tip basil tesbit edilmiş.

Leize Martz bu tip tüberkülozun akciğer tezahürlerinin husulünde uzviyetin muafiyet ve allerjik vasfının mühim rolü olduğunu, ve ematojen yayımlara hassas olan şahıslarda görülebileceğini kaydeder. Otopsi materyellerinde tesbit edildiği veğhile, akciğer haricindeki fuvayyelerde pek az miktarda basil mevcudiyetine rağmen akciğerlerde büyük bir reaksiyonun meydana gelebileceği calibi dikkattir.

Tesadüf ettiğimiz vak'alar :

46 yaşında İbrahim Aytekin. Öksürük, pek az balgam çıkarmak ve emoptizi den şikâyet etmektedir. Yedi ay evvel çalışırken dört metre yükseklikten düşmüş, hiç bir yerine bir şey olmamış, fakat istirahat için hastaneye yatırılmış, bir hafta sonra ta-

burcu olarak işine başlamış. On beş gün sonra çalışırken öksürükle biraz kan gelmiş, buna rağmen ehemmiyet vermiyerek işine devam etmiş. İki üç gün öksürürken balgamında kan gelmiş, bu müddet zarfında başka bir şikâyet olmadığından dolayı yine işine devam etmiş. Bir ay sonra soğuk bir havada çalışırken üşüdüğünü hissetmiş, o akşam ateşle hastalanmış, öksürük, halsizlik, iştihatsızlık başlamış, ateş bir hafta kadar devam etmiş, bu esnada balgamı yine bir kaç defa kanlı gelmiş. Ateşi düştükten sonra öksürük, halsizlik, iştihatsızlık devam etmiş. Oskültasyonda, sibilan ve ronflan raller duyulmaktadır. Sedimentasyon: 35 mm. Lökosit: 5,700 dür. Formülde; Yugent : 7, Ştab: 4, Segment: 55, Lenfo: 20, Mono: 14 dür. Wassermann teamülü menfidir. Mantoux teamülü 1/500 müsbettir. Basil menfidir. Radyogramında, her iki tarafta müteaddit kesin hudutlu yuvarlak gölgeler görülmektedir.

22 yaşında Fatma Çin. Yedi ay evvel üşüme ve titreme ile ateşi çıkararak hastalanmış. Antalyada yapılan ilk muayenesinde sol akciğerinde hastalık bulunmuş, yirmi gram Streptomisin yapılmış, bilâhara tedavisine devam edilmek üzere İstanbula gelmiş. Muayenesinde her iki tarafta öksürükle artan ince ve orta yaş raller duyulmaktadır. Sedimentasyon : 105 mm. Basil: müsbet, nâdir. Hastaneye yattığı zaman mevcut olan fiyevr yapılmış olan 20 gram Streptomisinle düşmüştür. Hastaneye yattığı zaman kilosu 40 iken bir buçuk ay sonra taburcu olduğu zaman 40 kiloya yükselmiştir. Radyogramında, her iki tarafta bir kaç yuvarlak nodüler opasite, sol hilüs alt kısmı hizasında enfiltrasyon ve kavern görülmektedir.

Teşhis :

Teşhiste esaslı istinad noktalarından birisi, radyolojik bulgu, diğeri de kışada basil mevcudiyetidir. Fakat radyolojik manzara aşağıda zikredileceği veçhile başka hastalıklarda da görülebilir. Vak'aların bazılarında öksürük kışaman mevcut olmasına rağmen kışada basil bulunmayabilir. O zaman kan sayımı, sedimentasyon, formül lökositler, intradermo reaksiyonlar gibi yardımcı tetkiklere müracaat edilir. Radyolojik manzaranın çok gürültülü olmasına mukabil ahvali umumiyenin şayanı memnuniyet bir durumda oluşu, tüberkülotik bir lezyon olmasını düşündürür.

Tefriki teşhis :

Akciğerlerde mütipl yuvarlak gölge, başka hastalıkların bir tezahürü olarak da görülebilir. Bu sebeple teşhisi tefrikinin büyük bir ehemmiyeti vardır.

Mütipl ekinokok kisti : Kazoni ve Weinberg teamülleri müsbettir, eozinofili mevcuttur, fiyevr yoktur. Ancak muhitinde iltihabi hâdise teşekkül etmiş bulunursa lökositoz ve fiyevr bulunabilir. Ağzdan mayı veya mambran gelebilir, kistik gölgelerde dekolman görülebilir.

Rie absesi : (atipik, metastatik abse) : Bilhassa ameliyatlardan sonra görülür. Bu çeşit abseler, metastatik abselerdir, abse perirenal, abse apandiküler, abse sufreniklerde, apandisit ve amigdal çıkarılmalarından sonra görülür, ematojen olarak teşekkül ettikleri kabul edilir.

Lenfgranülomatoz (Tümöral şekli) : Klinik tablo, gangliyon şişmeleri, kan bulguları, leziyonun az olmasına mukabil ahvali umumiyenin çok bozuk olması ve nihayet gangliyonlardan yapılan biyopsi teşhisi koymaya kifayet eder. Tümöral şeklinde kavitasyon nâdiren teşekkül eder.

Rie sifilizi (gom sifilitik) : Wassermann teamülü müsbettir. Antisifilitik tedaviden sür'atle istifade eder, nâdiren görülür fakat Naegeli ve Taeschendorf taraflarından tesbit edilmiştir.

Mütipl rie infarktı : Kardiyopatilerde yuvarlak gölge veren infarktlar görülebi-

lir. Yeni fuvayyeler husule gelmez, kısa bir zaman sonra zail olurlar veya organize olarak opasite halinde sebat ederler. Ameliyatlardan sonra da görülebilirler.

Rie ödemi : Kardiyopatilerde, üremiklerde görülür.

Mütipl bronkopnömonik fuvayyeler : Gürültülü radyolojik manzara ile müterafık olmak üzere ahvali umumiyede fenalık, lökositoz, formülde sağ inhiraf, kısa bir zamanda iyileşme.

Karsinom, sarkom metastazları : Primer fuvayyenin başka organda mevcut olması.

Mütipl yuvarlak gölge nâdir olarak streptotrikoz, sistiserkoz ve fosgen gazı ile tesemmümde de görülür.

Mütipl şartkompleks : her primer fuvayyeye ait hiler gangliyonun mevcut olması.

Tedavi :

Bovin tipi tüberkülozun tedavisi nazik bir mesele teşkil eder. Zira bazı vak'alarda antibiyotiklerin gayri müessir oldukları tesbit edilmiştir. Bazı vak'alarda spontan şifa da görülebilir. Bir müellifin 33 vak'a üzerinde edindiği kanaat şöyledir: bu vak'aların bazılarında antibiyotik tatbik edilmiş, bazılarında da kür tedavisi tatbik edilmiştir. Vak'aların bir kısmında şayanı memnuniyet netice alınmış, fakat bir çoğunda kronik seyir aldığı müşahede edilmiş ve stabilize olmuş bir vaziyet gösterirken günün birinde evolutif bir seyir aldıkları görülmüştür. Salâh veya duraklama hali gösteren vak'aya Streptomisin yapılmıştı. Bazı müellifler bakteriyolojik muayenenin neticesini beklemeden mümkün olduğu kadar erken antibiyotiklerden bazılarını abortif bir tedavi olarak tatbik etmeyi tavsiye eder. Zira fuvayyelerin içerisinde henüz radyolojikman görülmeyebilen ramolismanın husule gelmiş olduğu düşünülür.

Dufort Streptomisin tedavisinden sonra nodüllerin sür'atle zail olduğunu, fakat 6-10 ay sonra enfiltratif prosessüsün teessüs ettiği ve bu enfiltrasyonların streptomisinorezistan oldukları ve ekskavasyona doğru ilerlediklerini kaydeder. Studer, Lardoncher tedaviye sür'atle başlamayı ve 25 gramlık bir veya iki seri yapmayı ve kavite teşekkül ettiği zaman da pnömotoraks tatbik etmeyi tavsiye eder.

Bu güne kadar intişar etmiş bulunan neşriyata nazaran tedavi tarzları şu şekilde hülâsa edilebilir :

1 — Basil mevcut ve kavite teşekkül etmiş ise derhal pnömoya başlamalıdır.

2 — Basil menfi ise 3-6 ay antibiyotik tedavisi tatbik ederek beklemeli, ilerileme olursa pnömo tatbik etmeli.

3 — Yapılan antibiyotik tedavisile altı ay zarfında gerileme olursa intizarı daha uzatmalıdır.

Şahsi vak'alarımızda antibiyotiklerden ancak birisine sübjektif iyilikle beraber hafif bir salâh diğesinde de keza sübjektif iyilikle beraber duraklama müşahede ettik, tam şifaya henüz şahid olmadık.

HÜLÂSA

Bovin tip tüberküloz basili ile husule gelmiş akciğer tüberkülozu nâdirdir. Her iki akciğerde müteaddit yuvarlak gölgeler halinde görülür, adeta metastatik tümörlere benzerler. Kırşada basilin mevcudiyeti ve tipinin de Bovin tip oluşu teşhisi koydurur. Basil mevcut olmayan vak'alarda, radyolojik manzara ile beraber sedimantasyonda sür'at, formülde sola kayma, Tüberkülin ve Mantoux teamüllerinin müsbet oluşu kıymetli bulgulardır.

Prof. Dr. Abdülkadir Noyan :

Gerek humenus tipi olsun, gerekse bovinus tipi olsun klinik zorluk pek o kadar çok değildir.

Dr. Haydar Aksüğüş :

Tebliğin ismi ve muhtevası Sayın İsmet Sayman'ın tüberkülozları Bovin tipinin yaptığı hususî bir ree tüberkülozu şekli gibi göstermektedir. Hakikatte Bovin tipinin hususî bir ree tüberkülozu şekli yoktur bu tip basil, ree ye yerleştiği zaman insan tipi basillerle olan tüberkülozdan hiç bir fark göstermez, tıpkı onun gibi tüberkülozun her türlü klinik ve anatomik ve röntgenolojik şekillerini gösterir. Prognoz ve virülans bakımından da aralarında bir fark yoktur. (Lange) nin ve bilhassa son zamanlarda (Hedvall) in ve diğer bir çok müelliflerin araştırmaları bunu teyit etmiştir.

Bovin tipi tüberkülozun akciğer leziyonlarında az görülmesinde İsmet beyin dedikleri gibi hayvanlara iyi bakım mevzuubahs olmakla beraber (Lange) ve diğer bazı müelliflere nazaran hazım yolile alınan basillerin ve leziyonu yapabilmeleri için daha fazla basil alınması icabetmesindedir. Keza Bovin tipile az ree leziyonu görülmesi (B. Walker) e nazaran bu tip basilin uzviyete nüfuz kabiliyetinin az olmasından ileri gelir fakat bu fikir herkes tarafından kabul edilmemiştir. Memleketimizde Bovin tipi ile husule gelen ree leziyonlarından bahsedilmemesinin sebebi verem tedavisi yapan müesseselerin, tip tayini yapmamaları ile izah olunabilir, yoksa umumî kanaata göre tüberkülozdan ölümlerin büyüklerde % 2 % 4 dü çocuklarda % 10 kadarı Bovin tipi basil ile olmaktadır.

Tüberkülomlar ekseriyetle bir ree de ve bir tane fakat her iki ree de ve müteaddit de olabilir. Eb'atları bazan bir fussy işgal edecek kadar büyük de olabilir. Röntgenolojik manzarası yalnız dairevî homogen bir gölge halinde veya ortası açık kalın cidarlı dairevî bir gölge halinde değil fakat bazan konsantrik lameller halinde ve dairevî homogen gölgeyi, bazan müteaddit çatlakları nefsinde toplamış gölgeler halinde görülür.

Tüberkülomlar ekseriyetle klinik ve fonksiyonel âraz göstermezler. Ekseriyetle hastalarda röntgenle tesbit edilmiş dairevî bir gölgeden başka hiçbir âraz yoktur. Vak'aların ekserisinde basil de tesbit edilemez, bu zaman teşhis daha da güçleşir, mafe basil tesbit edilse de yine iş hallolmuş değildir. Çünkü bu zaman, asman infiltrasyonları, dolu kavernler ve rezorbsiyonu geç kalmış büyük şankr inokülasyonlarla ve Pnömotoraksı terkedilmiş hastalarda ise ree arkasında gizlenmiş kor fibrinölerle teşhisi tefriki yapmak lâzımdır. Bunun için ise hastanın daha evvelki zamanlara ait fibrinlerinde bu gölgeleri aramak, eğer mevcut ise bunların tekâmül seyrini araştırmak tomografilerle mediasten ukdelerini tetkik etmek ve nihayet bu yuvarlak gölgenin bir drenaj bronşu olup olmadığını araştırmak lâzımdır. Teşhisi tefrikide bahsedilen mütipl kistler, apseler, lenfogradüloz, syphilis, infarktüsler ve ree tümörleriyle tüberkülozmu ayırmak kolaydır, çünkü bahsedilen hastahkların teşhisi kolaylaştıran bâriz bir sürü âraz ve muayene usulleri vardır fakat ekseriya röntgende dairevî bir gölgeden başka hiç bir âraz vermeyen bir tüberkülozmun teşhisi, ancak ekzerezden sonra yapılacak bakteriolojik ve anatomopatolojik araştırma ile konur. Ameliyattan evvel nâdiren şüphe ile konan teşhis de ancak bu yol ile verifiye edilir.

Dr. İsmet Sayman : (Son söz)

Sayın arkadaşlarımızın münakaşaya iştirak etmeleri bana büyük bir zevk verdi. Haydar bey Bovin tip tüberküloz basılından ileri gelen akciğer tüberkülozunda ayrı bir klinik tablo olmadığını söylediler. Ben klinik tablo çizmedim, gösterdiği hususî radyolojik manzaradan bahsettim. Fakat tasavvur buyurunuz ki, radyogramlarda görüldüğü ve otopsielerde tesbit edildiği veçhile henüz hiç bir bronşla ilgisi olamayan ankap-süle nodüller oskültasyonla bir bulgu verebilir mi? Ancak bu fuvayyeler kazeifikasyon ve likefaksiyondan sonra bronşa açıldıkları zaman veya arzettiğim gibi yakınında veya uzaklarda bronkojen yayımlarla enfiltrasyonlar husule getirdikleri zaman oksültatif bulgu verebilirler, içlerinde kavern teşekkül ettiği zaman kavern ârazı verirler, bittabi bu arazların, hümanüs tipi ile husule gelmiş tüberkülozlardaki ârazilardan hiç bir farkı yoktur ve olamaz da. Hatırlamalısınız ki, her iki akciğerde bazan etraflarında enfiltrasyon görülmeyen, müteaddit küçük veya büyük kavitelere rastlamaktayız, bunların bir bovin tip akciğer tüberkülozu vak'aları olması, nodüllerin kavite haline inkilâb etmiş olmaları çok muhtemeldir, bu gibi hallerde tip tayini düşünülecek bir meseledir. Binaenaleyh bu tip tüberkülozda sahneye hakim olan klinik tablo değil tamamile radyolojik tablodur. Bilhassa hastalığın başlangıç manzarası çok mühimdir. Arkadaşımız tüberkülozdan bahsettiler. Tüberküloz, hemen daima tekdir ve hümanüs basili ile meydana gelmektedir ve yeni telâkkilere göre de bunu, ayrı bir tezahür olarak değil, starteffekt'in büyük bir şekli olarak kabul etmek lâzımdır. Heybeliada sanatoryomunda yapılan 890 vak'anın mühim bir kısmının, akciğer harici tüberküloz vak'alarında tip tayini yapıldığını söylediler. Ben böyle olduğunu zannetmiyorum, belki yanlıyorum amma hepsinin akciğer tüberkülozu vak'ası olduğunu biliyorum.

Sayın hocam Abdülkadir paşa, her iki tipin farklı bir tezahür göstermediklerini söylediler. Farklı bir tezahür göstermesi mümkündür ve tabiidir, zira bovin tipi, ümanüs tipi gibi hava yolu ile değil, arzettiğim gibi ağız ve boğazda, o civar gangliyonlarda yerleştikten sonra ematojen olarak akciğerlere gider ve tavsif ettiğim veçhile orada ankap-süle, nodüller halinde kendisini gösterir. Böyle ayrı bir radyolojik karaktere malik olmadığını tahmin ettiklerini söylediler. Sayın arkadaşlarımız, biz röntgençiler nasıl kliniğe yaklaşıyor, klinik bilgileri takip ediyorsak klinisiyen arkadaşlarımızın da radyoloğlara yaklaşmaları, radyoloji kitap ve mecmualarını takip etmeleri lâzımdır. Bu hususî radyolojik şekil radyoloji mecmualarında neşredilmiş olmaktan başka Amerikan ve Fransız revülerinde de intişar etmiştir. Evet pek nâdirdir, zira ecebi memleketlerde sütlere fazla ihtimam edilmektedir. Halbuki memleketimizde bu ihtimam lâyikile olmadığı için, süt ve süttten yapılan maddelere enfeksiyon daha kolay olmaktadır, belki de daha çoğalacaktır. Bir müddet sonra yine başka bir vak'a ile huzurunuzda çikabileceğimi de tahmin ederim.

UTERUS KANSERİNİN TEŞHİS VE TEDAVİSİ

Dr. M. A. Hadi Gediz

Kanser tedavisinde muvaffakiyet, hastanın tedaviye geldiği zamana bağlıdır :

Erken teşhis edilmiş vak'aların iyi olmaları, ilerlemişlerinkine göre çok daha müsaittir. Bunun için kanserin mümkün olduğu kadar erken yakalanarak tedaviye zevki icabeder. Kanserle mücadelede bu hedefe varmak için aşağıdaki faktörlerin göz önünde tutulması gerekmektedir.

I — Teşhis : Kanserlin erken teşhisi ve tedavisi usullerinde terakkiler :

V. Mikulicz'in sistematik yaptırdığı speklüm sıra muayenelerinde, her 1180 muayene edilen kişide bir kanserli bulunmuştur.

1924 de Hinselman'ın başladığı Kolposkopi ile her 780 kadında bir kanserli.

Papanicolau'nun Cytolojik testi ile her 298 kişide bir kanser.

Ayre'nin porto da sirküler yüzey biopsisi yardımı ile her 73 vak'ada bir kanser, erkenden teşhis olunmuştur (bu son usul, dünya literatüründe tek başına olarak ortada durmaktadır).

Limburg, her kadında derhal kolposkopi tatbik edip görülen anormal portio yerlerinden, hedefli biopsi, aynı zamanda histolojik testi, kombine kullanarak 100 vak'anın 22 sinde kanser meydana çıkarabilmiştir.

Bütün bu sayılar, birbirlerini tamamlayan üç usulün (kolposkopi, histoloji, cytoloji) portio kanserinin erken teşhisi hususunda 1950 senesine kadar ne kadar büyük ilerlemeler kaydettiğini göstermeğe kâfidir.

Cervix ve corpus kanserleri için kolposkopik bir şüphe veya en ufak bir akıntı veya kanama halinde Papanicolau testi ile veya daha iyisi bir kürtaj materyelinin histolojik muayenesile erken teşhis sağlayabiliriz.

Kolposkopların islahı, Antoin'in Auflichtmikrokopi'si veya Wesp'inin Kolpofotographie'sinin bizi erken teşhiste ne dereceye kadar daha ileri götüreceğini, zaman gösterecektir.

Tedavi : Yüzey kanserlerinin tedavisi, sâdece total ekstirpasyondan ibarettir. Şahsın yaşına göre aneksler beraber alınır veya bırakılır.

Hinselman, genç şahıslarda ve diğer hallerde portioya yüzey bir amputasyon yapıyor ve bu operation materyelini seri kesilerde kontrol ederek kanserin henüz invaziv büyümediğini tesbit ediyor. Böylece anormal değişik epitelin sağlam doku ile beraberce çıkarıldığı anlaşılacaktır.

Stoeckel, kolposkopik muayene ile bulunan yüzey portio kanserlerinde tümörün cervix içersine nufuz edip etmediğini kestiremediği için Hinselman gibi portio amputasyonu yapmıyor.

Treite, böyle bir müdahaleye ancak kanserin yüzeyde büyümüş olduğuna, ampute cervixin histolojik muayenesinden elde edilen neticeye göre kanaat getirdikten sonra cesaret edebilmektedir.

Stoeckel, tedavi endikasyonu bahsinde; en iyilerile fena ve en fenalarına Radio-terapi ile, arada kalan gruplara operationla müdahale etmektedir.

Radikal operationlar; abdominal veya vaginaldır. Birincide aneksler, büyümüş ve sertleşmiş lenf bezlerinin çıkarılmasına mukabil, ikincide bunların dışarıya alınma-

sından sarfınazar edilir. Fakat buna mukabil uterus ve vaginanın para dokuları, abdominalle mukayese edilemeyecek miktarda ekstripe edilebilir. Operation mortalitesi, abdominalde vaginaldekinden en aşağı iki misli kadar fazladır.

v.Mikulicz, 11 klinik (1919-1926) materyeli 5455 kanserlide, Elektiv tedavi başarısını, 24,5 % mutlak şifa olarak toplamıştır: Operabilité, % 34,8, Primer mortalité, % 10,2 idi. Aynı Otör daha yeni bir istatistikde 10026 vak'ada % 26,5 mutlak şifadan bahsediyor: bunlardan, Elektiv tedavi ile % 27,5 mutlak şifa vardır, yalnız Radiotherapie ile % 25,3 iyi olmuştur (mutlak şifa).

Stoeckel, 3597 (1910 - 1937) vak'adan Wertheim operationu yaptıklarından (1910-1922) % 31,9 mutlak şifa sağlamıştır. Vaginal radikal (Schauta-Stoeckel) operation+ radiotherapie yaptığı (Elektiv tedavi) 2863 (1923-1937) vak'adan % 33 ünü mutlak şifa ile kurtarmıştır.

Stoeckel, 1937 senesinde şifa nisbetini her zamankinin üstünde bulmuştur: % 35,17 operabilité gösteren 253 vak'ada, % 41,5 beş senelik mutlak şifa ve Schauta operationu ile % 71,91 relativ şifa kaydetmiştir.

Müellif, materyelin ışıklanmış ve operation yapılmış olanları arasında mukayese yapmış ve operationu % 10 - 12 daha üstün bulmuştur.

Işık tedavisi : Radium - Röntgen tedavisidir.

Radium tedavisi, intravaginal ve intracervical olmak üzere tanınmış bir kaç mektep usulüne uygun yapılmaktadır. Hatta lateral vaginal fornikslerden, Radiumla parametriumlar bile ışıklanabilir.

Röntgen tedavisi şimdiye kadar bir çok tekâmüller geçirmiştir. Bumm'un kliniğinden Dessauer-Warnekers büyük pelvis sahaları ile homojen ışıklamalar tecrübe etmişler, fakat bu usul derhal bırakılmıştır. Sonradan Seitz - Wintz'in (kreuzfeuer) usulü kullanılmış ve uzun müddet bu tedavi tekniği takip edildikten sonra Regaud-coutard franksiyone usulü ile değiştirilmiştir.

En son olarak Göttingen okulundan çıkan küçük volum ışıklamaları (Schaul - Schafer - Witte) metodu ile Radiumun başaramayacağı tarzda sağlam dokuları korumak ve derinde büyük dozlar teksif etmek mümkün olmuştur: Operabl vak'aların (bütün vak'aların % 20 si) % 38 i beş senelik mutlak şifa.

Birinci gruptan operabl olanlar (bütün vak'aların % 20 si) da % 67. II - IV cü gruplarda (bütün vak'aların % 80 i) % 32 şifa, kaydedilmiştir. Göttingen usulünün esas yardımı, pelvis duvarına ve parametriumun yakınlarına kadar yayılmış kanserin muvaffakiyetle tedavisidir. Aşağıdaki tabelalar, residiv ve metastazlar tedavisi hakkında bir fikir vermektedir.

Tab. I

	Gruplar (international)					Tutarı
	I	II	III	IV	Yalnız Radio	
	Opera- tion + Kısmen Radio					
Bütün materyel	37	35	76	175	6	329
Gaipler	3	2	7	12	0	24
Residivler	1	0	4	1	0	6
5 sene sonra residivsiz	18	22	37	64	0	141
Şifa nisbeti	48,6 %	62,8 %	48,7 %	36,5 %	0 %	42,9 %

Tab. II

	Primer tümör grupları				Tutarı
	I	II		III	
	Operation sonu	Radiotherapie sonu			
Residivler	21	19	53	90	183
İyi olmuş residivler	6	4	11	13	34
Şifa nisbeti	28,5 %	21 %	20,7 %	14,4 %	18,5 %
Residivlerde şifa nisbeti (Radiodan sonra)		17,2 %			

Corpus uteri kanseri, yaşlılarda görülen ve kat'i, erken teşhisi küretajla konulan bu tümör, ya operation veya radioterapi ile tedavi edilir. Şifa imkânları ;

a — Kanserin lokal ve operabl bir halde hekime gelmesinden b — Yalnız total ekstirpasyonla (annekslerle beraber) radikal bir müdahaleye muhtaç kalmadığımızdan dolayı çok daha müsaittir. İnoperabliler bir seansda veyahut franksiyone olarak (700 miligram saat) intrauterin Radium (hususî peserlerle cavum uteri'yi doldurmak suretine) parametriumların röntgenle perkütan ışıklanması.

Bütün tedaviye gelen % 80 Operabiliteli vak'alardan % 58 inde, beş senelik mutlak şifa Operabl vak'alardan, Operation ve Radiotherapie ile beş senelik şifa % 68, bu sonunculardan Operation ve arkadan ışıklama ile % 83, yalnız ışıklama ile % 60, inoperabl'lerden beş sene sonra % 22 şifa görülmüştür.

II. Hekimlerin erken teşhis koymak hususunda gerekli bilgi ve tekâmülleri olması.

III. Halkın erken Kanser Semptomları hakkında aydınlatılması.

IV. Gönüllü ve koruyucu muayenelerin (ortada henüz hiç bir şey yokken dahi muayyen bir yaştan sonra) kanseri meydana çıkarabileceği hususunda halkın tenviri.

V. Tıpkı akciğer tüberkülozunda olduğu gibi muntazam meccani muayyen zamanlarda sıra muayeneleri yapılması.

Erken teşhisin sağlanması için en uygun yol, **Pratisien Hekime** büyük bir rol vermektedir. Pratisien Teşhisde zorluk çektiği zaman, **Tümör Danışma yerlerine** baş vuracaktır. Bu yerlerde yeter derecede bilgili uzmanlar bulunacaktır.

Yalnız erken teşhis koymak ile iş bitmez, aynı zamanda tedâviye arkadan başlanmalıdır. Deri kanserlerinden başka kanserlerin tedavisi Stasion'erdir; teşhisi konulmuş şahıs oradan oraya gönderilmemeli, yatak yoktur diye baştan savulmamalıdır.

Bilhassa uzun zaman tedavisini yapabilmek için kâfi derecede yatak, gerekli sayıda cihaz'a ihtiyaç vardır. Tedavinin Operation veya Radiotherapie indication'u vak'asına göre konacaktır.

Maligne tümörlerin tedavisi, yalnız ve yalnız bu hususta lüzumlu kabiliyette uzmanlar tarafından yapılacaktır. Bazı Klinik ve Enstitüler'in parlak başarıları, muazzam kanser materyelinin şifa başarı nisbetini değiştiremez.

Kanser organisationu, her kanserliyi en iyi şartlar ile tedavi eder ise ancak o zaman genel şifa sayısında bir iyileşme sağlanabilir. Bu organisationun ana yardımcısı, **Tümör klinikleri** dir. Bu kliniklerde bir çok branşlar ve onların icabettirdiği operatif ve radiotherapeutique imkânlar vardır. Bir misâl olarak İsvaç Organisationunu ele alabiliriz.

Tümör kliniklerinde tümör danışma merkezleri de beraber kurulmalıdır. Bir kan-

serlinin tedavisi, organizmaya büyük bir müdahale olduğundan, tedaviden sonra bir kaç hafta-aylık istirahat şarttır. Tedaviden çıkmış hasta, derhal işine başlayamayacağından **Dinleme yerlerinin** kurulması elzemdir. **Residiv ve Metastase tedavilerinde** başarı ilk tedavinin erken başlamış olmasına bağlıdır. Tedaviden sonraki kontrol muayeneleri ile hastaları göz önünde tutmak en mühim vazifelerimizdendir. Bu kontroller, başlangıçta 6 - 8 hafta veya 3 aylık fasılalar ile olur. Sonradan 4 - 6 ay, hatta bir sene gibi aralıklar verilebilir. Kanserler, genel olarak on seneye kadar arkadan kontrol edilmelidir.

En nihayet tedavi edilemeyecek kadar hasta olan zavallılara, gerekli **Bakım yerleri** kurmak insanlık ödevlerimizdendir.

HÜLÂSA

Uterus kanserinin erken teşhis ve tedavisinde bu güne kadar elde edilen ilerlemeler : Kolposkopie, Cytologie, hedefli biopsie nin kombine çalıştığı halde ideal başarılar sağlayacağı.

Tedavide operationun ne kadar mükemmel ellerden çıksa bile muayyen başarı sayısında durakladığı, buna mukabil Radiotherapinin devamlı bir evolution içinde bulunduğu, bilhassa Röntgenle küçük Volüm tedavisinin kazandığı muvaffakiyetler, habis urlar ile mücadelede esas prensipler.

Dr. Ömer Şevki Dürüşken :

Yapılan tebliğ çok enteresandır. Ancak memleketimizde bu hususta çalışmaların ne derecede mevcut olduğunu belirtmek gerekir.

BİR HUNTINGTON KORESİ MÜNASEBETİLE MEMLEKETİMİZDE ŞİMDİYE KADAR TESADÜF EDİLEN BU GİBİ VAK'ALARIN TETKİK VE TAHLİLLERİ

Dr. Şükrü Hâzım Tiner — Dr. Ömer Şevki Dürüşken

Nöroloji domeninde pek ender olarak rastlanan koreik hastalıklardan biri şüphesiz HUNTINGTON KORESİDİR. E n t r e s 1921 senesine kadar HUNTINGTON KORESİ mevzulu monografisinde vak'a adedini 115 olarak göstermiştir. Zamanımıza gelinceye kadar böyle toplu bir şekilde yayın bulunmamasına mukabil bütün vak'aların 200 ü bulmadığı kaçınılmaz bir hakikattir.

Memleketimizde şimdiye kadar literatürümüz içinde müşahede edilen bir vak'a vardır. Bu vak'ayı da muhterem hocam F. K. Gökay 1948 yılında neşretmişlerdir. Her nekad bazı nörolog arkadaşlarımız bu çeşit 3-5 vak'adan bahsettillerse de karıştırılabildiğim literatürümüzde böyle müşahedelere tesadüf edemedim bu gibi vak'aların yayınlanmadığı fikrini ortaya atmıştır.

Muhterem Hocam F. K. Gökayın neşretmiş oldukları vak'a 34 yaşlarında erkek bir hastaya aitti. Bu hasta kendisinde gayri iradi hareketlerin mevcut olduğunu farketmiş bu sebepten klinikte müşahede altına alınmıştı.

Bu hastanın soy geçmişini tetkik ederken annesinin daha evvel klinikte kronik kore teşhisi ile tedavi gördüğü, klinik dahilinde 2 - 3 defa intihara teşebbüs ettiği annesinin dosyasından tesbit edilmişti. Hasta kadın klinikten taburcu olduktan 1 yıl sonra bilinmedik bir hastalıktan vefat ettiği çocuğundan öğrenilmişti. Bu vak'anın aile unsurlarında başka hasta şahısları teşhis ve tesbit etmek mümkün olmadığı gibi teşrihi marazinin ölen kadında yapılmaması bu gibi vak'aların eksik taraflarından birini teşkil eder.

Entres tetkik ve tahlillerini yaptığı vak'aların rahatsızlıklarını ve ölümlerini kilise kayıtlarına bakarak tesbit etmişti. Bizde bu çeşit kayıtların mevcut olmaması bir çok ailevi irsi hastalıkların tam tetkik edilmesine mani olmaktadır.

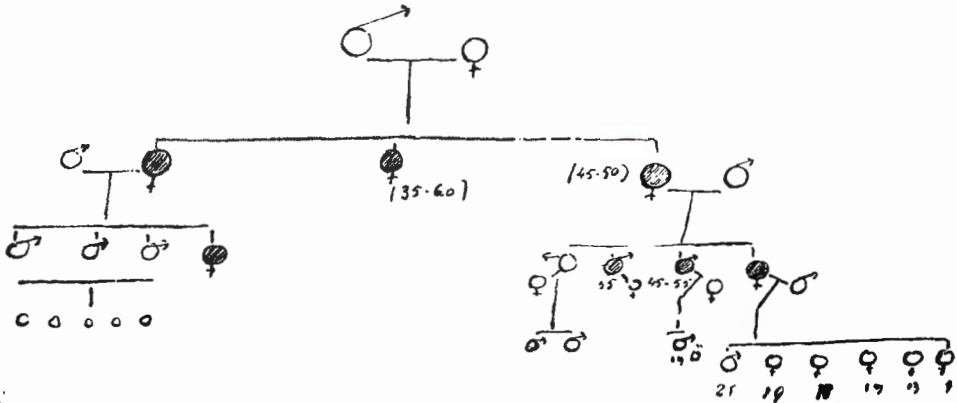
Aşağıda müşahedesini yazdığımız hasta bu şekilde memleketimizde neşredilen vak'aların 2 cisi bulunmaktadır. Ailevi geçeresini elde edebildiğimiz bu hastanın irsi bakımdan klasik HUNTINGTON KORESİ çerçevesi içine girmesi kaçınılmaz bir hakikattir.

Vak'amız 45 yaşında hatice adında Antepli bir kadındır. Protokol 3522-952. Kli-niğe ellerinde gayri iradi hareketlerin mevcut bulunması sebebiyle dahil oluyor.

Hikâyesinde : 3 sene evvel sebepsiz kızmaları ve hırçınlıkları ortaya çıkmış bu arada evvelâ işine mani olmayacak derece yavaş, gayri iradi hareketler belirmiş. Ailesinin fertlerinde aynı hastalığın gitgide artarak ölüme sebebiyet verebileceğini düşünen hasta bir çok doktorlara gitmiş, tedavi görmüş, şikâyetleri gitgide arttığından kliniğimize yukardaki ârazla dahil olmuştur.

Öz geçmişinde : hayatında mühim bir hastalık tarif etmemekte, evli 7 çocuk sahibi hepsi sıhhatli.

Soygeçmiş : ailesinin bir çok fertlerinde bu çeşit hastalık var (Jeneolojik tabloda gösterilmiştir.) başka irsi bir hastalık târif edilmemekte.



Ulu ailesi

Dahili sistem muayeneleri tabii neticeyi verdi.

Sinir sistemi muayenesi : Dil, dudak, göz kapakları, el parmakları ve ayaklarda heyecanla artan had koreye benzemeyen yavaş mahiyette gayri iradi hareketler.

Tonus : hipotoniye meyil mevcut. Yürüme, bâriz bir kusur göstermemekte.

His : sübjektif olarak omuzlarında gelip geçen ağrılar. Reflekslerde ve konuşmasında bâriz bir tegayyür yok.

Ruhi muayene : zaman zaman hiddetlenme ve bazan depresion hali.

Klinik dahilinde yaptırılan laboratuvar, radyolojik ve iç ifraz tetkikleri normal bulundu.

Yukarda tetkikini yaptığımız vak'anın annesinde ve annesinin 2 kardeşinde bu hastalık ortaya çıkmış ve hepsi de bu hastalıktan vefat etmişlerdir. Ayrıca vak'amızın 2 kardeşinde de aynı çeşit rahatsızlık vefatlarına sebep olmuştur. Halihazırda bir teyze kızında bu hastalık başlamıştır.

Vakamızın annesinde hastalık 40 yaşında başlamış, 5 sene sürdükten sonra anne vefat etmiştir. Diğer 2 kızkardeşe gelince bunlar 35-37 yaşları arasında hastalıkları baş göstermiş bunlar da 5-6 sene zarfında vefat etmişlerdir. Vakamızın 2 erkek kardeşi keza orta yaşlarında (38-40 yaşlar) hastalanmışlar birisinde asabiyet ve teessüriyet çok artmış ve nihayet her iki vaka ölümle neticelenmiştir.

ENTRES müşahede ettiği vakaları sıralarken en çok bu hastalığın 36-40 yaş arasında başladığını göstermiştir. Biz yaşa göre tabloyu tetkikte :

1 ilâ 5 yaş arasında	2	36 ilâ 40 yaş arasında	82
6 ilâ 10 » »	2	41 ilâ 45 » »	53
11 ilâ 15 » »	10	46 ilâ 50 » »	62
16 ilâ 20 » »	3	51 ilâ 55 » »	14
21 ilâ 25 » »	23	56 ilâ 60 » »	12
26 ilâ 30 » »	34	61 ilâ 65 » »	0
31 ilâ 35 » »	54	66 ilâ 70 » »	2

Yukardaki tabloda Huntington koresinin en çok 36-40 yaş arasında meydana çıktığı tesbit ediliyor ki vakalarımız buna tamamen uymaktadır.

ENTRES'in tetkik edilen vakalarda cinsiyet meselesi de tetkik edilmiştir. 115 ailenin 516 ferdinde hastanın 284 erkek 232 kadını ki bu bir şey ifade etmez.

Hastalığın dominant vasfı acaba hangi cinste fazladır suali akla gelebilir. Tetkiklerde GREPPII 1892 de bir ailenin 4, CLARKE 1897 de 5, FRIEDENTHAL ve RAAB müşahede ettikleri ailelerin yalnız erkeklerinin hasta olduklarını görmüşlerdir. Bu gibi aileler yanında, KAST, SKOSYNYKY, TUMPOVSKY, WESTPHAL, PRATT, BRUSK, BEYER, ULMER ve BAHR'ın tetkik ettikleri ailelerde yalnız kadınlar hasta idi. Vakamızda böyle bir hakimiyet yoktur. Hastaların bir kısmı kadın, bir kısmı erkektir.

HUNTINGTON koresi 1872 senesinde Huntington tarafından irsi, müterakki ve akıl bozukluğu ile müterakki bir hastalık olarak tarif edilmiştir. Tetkik ve araştırmalarda bu irsi hastalığın 3 ana arazi ortaya konmuştur. 1 — Hereditör vasıf, 2 — Progressif seyir takip etmesi, 3 — Dejeneratif olması. Literatürde akıl bozukluğu göstermemiş bir çok vak'alar vardır. Keza bir çok Huntington koresi gösteren aile fertlerinde ayrıca sinir sisteminin dejeneratif hastalıkları meyanında Skleroz Lateral Amiotropi, FRIEDREICH ataksisi aynı zamanda epilepsi ve bir çok nevrozlarda müşahede edilebilir. Huntington koresinin ortaya çıkmasına sebep olarak traumayı itham edenler de vardır (5 JOSEPHY).

Klinik: Bu hastalık, yukarda bahsedildiği gibi daha ziyade orta yaşta ve familyal bir seyir gösteren dominant vasıfta kadın ve erkeklerde bir nisbet göstermeyen ekstra piramidal bir sendromdur. Korenin hereditör vasfı ilk defa BRENST tarafından gösterilmiştir. Bu kore diğer had korelerin aksine olarak gayet yavaş gayri iradi hareketlerle başlar. Hastalığın başında hareket kusurları o kadar az olur ki tecrübeli hekimler dahi yanılabilir. Hasta hali istirahatte meselâ yalnız 2 parmağını veya ancak konuşurken dudaklarında belli belirsiz koreik hareketlerde bulunur. Uykuda bu hare-

ketler azalır, narkoz esnasında bhusus uyuma zamanına yakın artar sonra kaybolur, Heyecan aksi tesir icra eder. Psişik tegayyürat daha sonradır. Bazan koreik sendrom çok daha kuvvetli olur, ruhi tegayyürat hemen hemen yoktur. Bazan da bu durumun tamamen aksi olur. Ruhi kusurlar kadınların menopoz devirlerinde pek şiddetlenir. Karakter değişimi bu hastalıkta sık rastlanan bir tegayyürdür. Hastalar kaba, hiddetli kavgacı vesveseli ve sebatsız olurlar. Kuruntu bazan erotizm başta gelebilir. Bu haller gitgide artar. Hafıza bozuklukları, delirler mütalea edilir. Bu arada intihar vaki olmazsa tam bir ateh hali gösterirler. Klasik kitaplara göre vefat 3-5 sene içinde olur. Bazı müellifler bu kabil vakalardan 12-15 sene yaşayanlarına tesadüf etmişlerdir. Ölüm ekseriya araya giren bir intanla vukua gelir. Fransız kitapları bu kabil vak'aların çeşitlerinden bahsederlerse de bu tiplerin afetin yaygınlık derecesine bağlı bir keyfiyet olacağı tabiidir.

Teşrihi marazi: beyinde: Makroskopik beyin neşçinde atrofi, pakimenenjit hemorajik Pia kalınlaşması ve yan ventriküllerde genişleme olabilir. Vakamızda radyolojik olarak ventriküllere hava verilmiş burada herhangi bir genişlemeye tesadüf edilmemiştir.

Mikroskopik olarak: Dimağın miyelinli liflerinde atrofi, Frontal giruslerin 4 cü tabakalarında azalma, korteksin sathi kısımlarında amiloit istihale, strier sistemi ufak hücrelerinde azalma çok nadir olarak serebellumda atrofi tesbit edilmiştir.

NETİCE

Memleketimizde HUNTINGTON koresi vakalarını tetkikte, müşahedesini arzettiğimiz vakamız neşriyat itibariyle 2 ci vaka olarak görülmektedir. Yalnız jeneolojik tablo bakımından vakamız ilk vakaya nazaran zengin bir şekilde müşahede edilmiştir. Vaka kontrolümüz altında bulunmaktadır. Bu hastalık, ailevi, irsi, dominant bir vasıfta orta yaşta pek çok müşahede olunan koreik bir sendromdur. Başlaması, ailevi, irsi vasfı ve ruhi araz hastalığın 3 ana semptomudur. Beyinde gerek makroskopik gerek mikroskopik değişmelere sebep olur.

Dr. Şükrü Hazım Tiner:

Vak'a Cenup vilâyetlerinde tesbit edilmiştir. İtiraz edilemeyecek gibi ilk vak'adır.

F. K. Gökay'ın ilk derste getirdiğı vak'a pek klasik değildir. Zannedersem biz vak'ayı aile çevresini iyice tetkik ederek vak'amızı tesbit etmiş oluyoruz ve kongre mevzuu olarak telâkki ediyoruz.

Çocuk hijyeni bakımından da önemlidir. Bu gibi irsi hastalıkları da ele almak lâzımdır. Bunu hatırlatmak üzere huzurunuzda getiriyoruz.

GÜREŞÇİLERDE KARDİOVASKÜLER REZERV

Doç. Dr. Cihat Abaoğlu — Dr. Lütfi Atay

Memleketimizde spor hekimliğinin araştırma sahası son zamanlarda bazı ilerlemeler göstermektedir. Biz sporun ağır bir şekli olan güreşte, milletlerarası ölçüsünde kıymet kazanmış ve aralarında dünya şampiyonları da bulunan 12 güreşçide ve sporla meşgul olmayan 12 kontrol şahsında kardiyovasküler rezervi araştırdık.

Normal bir insanın, istirahatte iken vasatı olarak dakikada 300 cc. oksijene yani 7,5 litre havaya ihtiyacı vardır. Ağır eforlarda bu ihtiyaç 25 litre oksijene (60 litre hava) kadar yükselebilir. Artan bu faaliyet organizma tarafından iki yoldan karşılanır:

- 1 — Kardiyak kompanzasyon
- 2 — Ekstrakardiyak kompanzasyon

1 — Kardiyak kompanzasyonun temini:

a — Taşikardi: Antrene olmıyan kimselerde efor esnasında dakika hacminin artması bilhassa taşikardi ile temin edilir. Fakat yalnız başına taşikardi kalb atım hacmini çok fazla arttırmadığı gibi, diastol zamanının da kısalması kalbin istirahatini ve beslenmesini azaltır. Şu halde taşikardi ekonomik bir kompanzasyon vasıtası değildir.

b — Dilatasyon: Starling kanununa göre diastolde miyokard lifleri ne kadar çok uzarsa, sistol de o kadar kuvvetli olur ve ventriküller tamamen boşalır. Eforda venöz returun artması Bainbridge refleksi yoluyla taşikardiye temin ettiği gibi diastoldeki doluşu da artırır, adele liflerini uzatır. Buna tonojen dilatasyon denir. Artan hacim sayesinde dakika hacmi de çoğalacaktır. Bu şekilde artan debit, taşikardi ile elde edilen daha ekonomiktir, çünkü diastol kısalmamıştır.

c — Hipertrofi: Tonojen dilatasyon 3-4 haftadan daha fazla sürecek olursa (uzun süren antremanlar) miyokarda hipertrofi başlar. Hipertrofi neticesi sistol kuvvetlenir ve atım hacmi artar ise de kapillerlerin adedi hipertrofi ile muvazi artmadığı için nisbi miyokard anoksisi bir mahzur teşkil eder. Koronerleri sağlam olanlarda bu anoksi aşikâr belirti göstermezse de koronerleri skleroze olanlarda hipertrofi kalb yetmezliğini tacil eder.

Sporcularımızda koroner sklerozu bulunmadığı gibi, intravitam olarak da bir hipertrofi esasen tesbit edilememiştir.

2 — Ekstra kardiyak kompanzasyon temini:

a — Vasküler kompanzasyon vasıtaları:

1 — Efor esnasında fazla oksijene ihtiyacı olan organlarda vazodilatasyon, vücudun diğer kısımlarında vazokonstriksiyon husulü. Bu, adrenalın drenajı ile sağlanır.

2 — Efor esnasında metabolizması artmış olan organlarda husule gelen asid metabolizma mahsulleri lokal Ph'yı düşürür. Bu asidlik de dokulardaki oksijen ütilizasyonunu artırır, yani kapiller kanından alınan oksijen miktarı artar.

3 — Arteryollerle venüller arasında mevcut direkt irtibatlar, yani kısa devreler (court circuit) kapanarak bütün kanın kapiller sisteminden geçmesi temin edilir.

b — Hemopoetik sistemin kompanzasyona yardımı:

1 — Depo kanın dolaşıma katılması: Ani ihtiyaçlarda dalak, karaciğer ve subpiller kan depoları boşalır. Bu, süratle husule gelen bir kompanzasyondur.

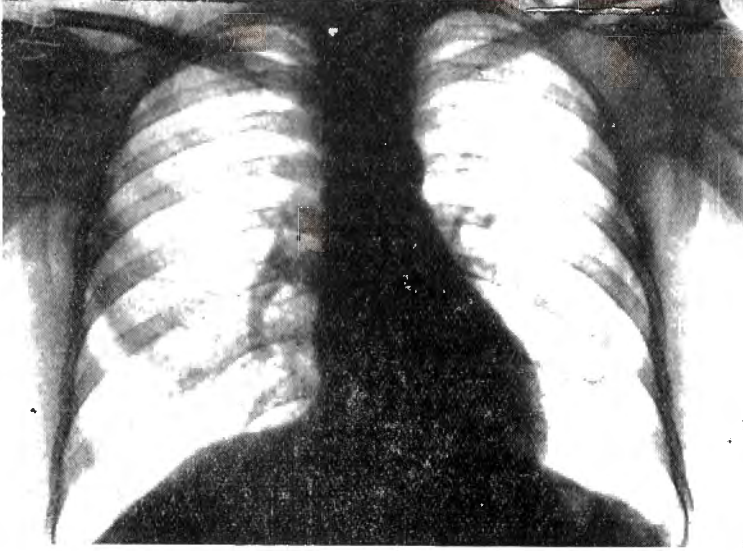
2 — Poliglobüli: Oksijen ihtiyacı uzun zaman tam karşılanamazsa, anoksi neticesi kemik iliği tenbih edilerek poliglobüli husule gelir.

c — Akciğer kompanzasyonu:

1 — Hiperventilasyon: Artan CO₂ konsantrasyonu bulbustaki teneffüs merkezini tenbih ettiği gibi, yüksek dimağ merkezlerinin yardımı ile hem volonter, hem de gayri iradi taşıpne temin edilmiş olur ve dakika teneffüs hacmi artar .

2 — Akciğerlerde bir kısım gayri faal kapiller ve alveollerin de faal hale geçmeleri neticesi hematoz sahasının artması.

Bu klasik malûmat tahtında 12 güreşçide kompanzasyon hadisesinde hangi faktörlerin rol oynadığı araştırıldı. Güreşçilere efor olarak Master cetveline göre efor yaptırılmıştır. Efordan hemen evvel ve hareketten 1,5 ve 5 dakika sonra tayin edilen muhtelif kardiyovasküler, pülmoner, klinik ve laboratuvar fonksiyon muayenelerinde şu neticeleri bulduk:



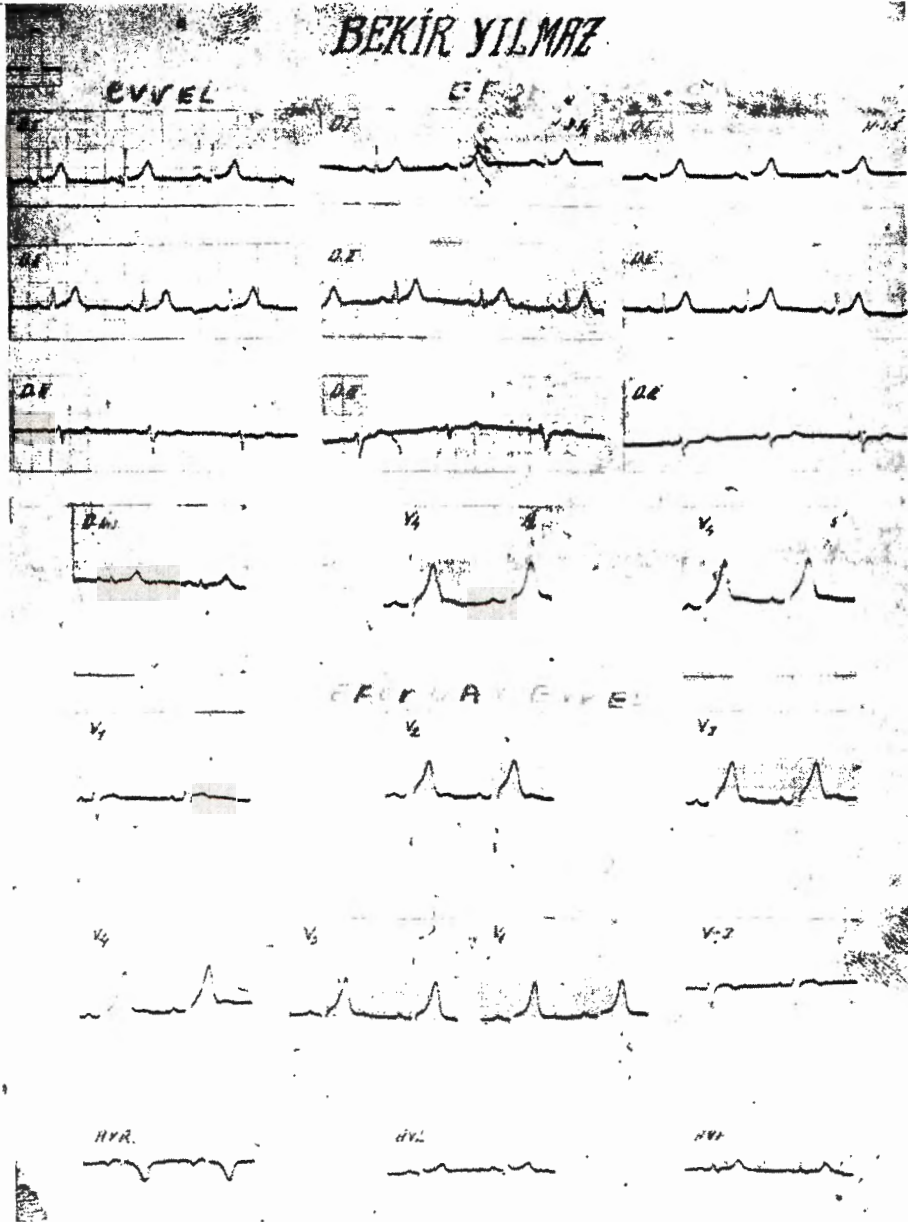
Şekil : 1

Nabız adedi : Hareketten sonra güreşçilerde nabız hızlanması kontrol vak'alara nazaran daha az olmuş (vasatı 10 kadar) ve hareketten sonra 7 dakikada daha büyük nisbette normal kıymetlerine avdet tesbit edilmiştir.

Dolaşım zamanı: Gerek küçük ve gerek büyük deveran zamanlarında bariz bir fark tesbit edilememiştir.

Venöz tazyik: Her iki grupta normal hudutlar arasında bulunmakla beraber, ortalama güreşçilerdeki venöz tazyik 7,9 cm/su, kontrollarda ise 8,9 cm/su, yani daha düşük bulunmuştur.

Kan basıncı: Güreşçilerde hareketten sonra sistolik tansiyon ortalama kontrol şahıslara nazaran 2,9 cm. ve diferansiyel tansiyon da 2 cm yüksek bulunmuştur.



Şekil : 2

Kalb kuturları: Güreşçilerde kontrollara nazaran kuturlarda birkaç milimetre bir fazlalık tesbit edilmişse de, bu nisbet vücut ağırlığı ile orantılıdır (Şekil - 1). Şu halde vak'alarımızın hiç birinde bâriz bir miyokard hipertrofisi tesbit edilememiştir. Tonojen dilatasyonun mevcut olup olmadığı ise intravitam tesbit edilememektedir.

E. K. G.: Kontrollarla güreşçiler arasında mühim bir fark görülememiştir. Şu halde elektrokardiyografik olarak da hipertrofi tespit edilmemiştir (Şekil - 2).

Bu bulgulara nazaran güreşçi kalbinin efora adaptasyonu takikardiden ziyade atım hacmini ve diferansiyel tansiyonu arttırmak suretile husule gelmiştir. Fakat röntgen ve elektrokardiyografik bulgulara istinat ederek hiç değilse bizim vak'alarda bir spor kalbinin mevcut olmadığı ileri sürülebilir.

HÜLÂSA

Bu bulgulara nazaran güreşçi kalbinin efora adaptasyonları taşikardiden ziyade atım hacmini ve diferansiyel tansiyonu arttırmak suretile husule geldiği, binaenaleyh güreşçilerde kardiovasküler rezervin artmış olduğu neticesine varılmıştır. Fakat röntgen ve E.K.G. bulgularına istinaden hususî bir spor kalbinin mevcut olmadığını ileri sürebiliriz.

Ord. Prof. Dr. A. Noyan :

Bende de bazı hatıraları canlandırıyor.

Antreman şeklinde başlayan eforların büyük zarar yapamayacakları kanaatindeyim. Futbolcularımızda, çok yorulan gençlerimizde kalp dilatationları çeşidine rastladım. Bu gibi aile çocuklarını itidale davet etmek lâzımdır.

PERİFERİK VASKÜLER CERRAHİDE YENİLİKLER

Dr. Oper. Selâhattin Akel
Haydarpaşa Nümune Hastanesi
II. Cerrahî Kliniği Şefi

Periferik vasküler cerrahinin en ehemmiyetli kısımlarından birini teşkil eden arteritler ve bilhassa etraf arteritlerinin tedavileridir.

Bunların arasında trombo-angeit obliterant'ın cerrahi tedavisi şimdiki kadar müteaddit istihaleler geçirmiş ve henüz kat'i olarak halledilmiş bir problem haline gelmemiştir.

Trombo-angiozda tecrübe edilen müdahale tarzları, sırasıyla: enfiltrasyon ganglioner, lomber gangliktomi, periarteriel sempatektomi, arteriektomi ve bunlardan başka, bunun bir sistem hastalığı olduğu nazarı itibara alınarak tatbik edilen sürrenalektomi, medullectomie sürrenale, paratiroidektomi vardır.

Bu hastalar ilk devrelerde romatizmal olduğu kanaatle ekseriya uzun müddet tıbbi tedaviye tabi tutulmakta ve cerrahın eline ilerlemiş bir safhasında gelmektedirler.

Trombo-angiozda, afetin, vücudun muhtelif arterlerinde ya beraberce veya birbi-

ri arkasından tezahür etmesi, bunun bir sistem hastalığı olduğunu düşündürmüş ve ilk defa olarak, bütün sisteme müessir olabilecek bir müdahaleyi, yani sürrenalektomiye tatbik eden Rus cerrahı Opel'dir. Bu müellif trombo-angiozda bir hyperadrenalinemi olduğunu düşünmüştü.

Bu düşünce üzerine Leriche ve arkadaşları 1934 te giriştikleri hayvan tecrübelerinde müteaddit sürrenal aşuları yapmışlar ve neticede arterlerde tromboza kadar giden media ve endarter tegayyüratı tesbit etmişlerdir.

1937 de Maggi, bu hastalığın kadınlarda nadir olduğunu nazarı itibare alarak idiş edilmiş erkeklerde sürrenal aşuları ile arterioz proliferant elde etmişler, halbuki idiş edildikten sonra over aşısı yapılan hayvanlarda sürrenal aşuları tesirsiz kalmıştır.

Bu ve diğer birçok müellifin yapmış oldukları tecrübeler, Jüvenil endarteritin iç ifraz ile alakalı olduğunu göstermektedir. Sürrenal guddesi bu iç ifraz zincirinin bir halkasını teşkil etmektedir.

Leriche ilk sürrenalektomiye 1934 te bir doktor üzerinde tatbik etmiş ve o zamandanberi bu müdahalenin lehinde ve aleyhinde bir çok münakaşalar olmuştur. Bunların neticesinde, Leriche 1937 denberi sürrenalektomi ile birlikte lomber gangliktomi ve splanknisektomi tatbik etmiş ve elde ettiği neticeleri daha iyi bulmuştur.

Bu şekilde etiolojik tedavi ile birlikte kollateral deveranın inkişafına da yardım edilmektedir.

Sürrenalektomi yapmak suretile, tıkanmış bir arteri açmak imkânsızdır, fakat bu müdahale ile hastalığın seyri durdurulmuş olur. Fonksiyonel safhada iken yapılan bu müdahaleler ile çok mükemmel neticeler elde etmek mümkündür, fakat az veya çok uzun bir zaman sonra maalesef nüksler vaki olmaktadır. Fonksiyonel safhada sürrenalektomi tatbik ettiğimiz hastaların ancak yakın neticelerine malikiz. Bunların bir çoğunda pek kısa bir zamanda ağrılar bıçakla kesilmiş gibi sür'atle kaybolmuştur. Kliniğimize müracaat eden bir hastaya 15 sene evvel Ankarada merhum operatör Şevket bey tarafından sol tarafa sürrenalektomi yapılmış ve 15 senelik bir salâh hasil olmuştur.

Hastalarımıza yalnız sürrenalektomi tatbik ettiğimiz gibi, Leriche metodu ile sürrenalektomiye kombine lomber gangliktomi de tatbik ettik. Klinikte müşahede ettiğimiz iyilik yanında radiolojik salâh da tesbit edebildik. Bütün vak'alarımıza ameliyattan evvel ve bir çoğlarına da ameliyattan sonra arteriografi yaptığımız gibi, bazılarında da, bütün teknik güçlüklerle ve âlet eksikliğine rağmen aortografi yapmağa muvaffak olduk.

Sürrenalektomi ve lomber gangliktomiden başka tatbik ettiği az müdahalelerden biri de arteriektomidir.

Bu ameliyat ile tıkalı olan arter kısmı imkân nisbetinde tamamen çıkarılmaktadır. Bu şekilde trombozun ilerlemesi durdurulmaktadır. Bunun yanında bu ameliyatın çok mühim diğer bir tesiri de vardır. Leriche'in dediği gibi «Tıkanmış bir arter artık bir arter değildir, anormal şeraitte bulunan sempatik bir sinirdir». Adventitisteki pleksiform sinir, hiç olmazsa kan nakleden boru kadar mühimdir. Tıkanmış olan arterin içindeki trombus'un tevlit ettiği tahriş, muhitte bir vazo-konstriksiyon ile tezahür eder. Şu halde arteriektomi yapmakla trombus ortadan kaldırıldığı gibi, hem bu tahriş membai ortadan kaldırılmış olur, hem de sempatik bir rezeksiyon yapılır ki bu sonuncunun tesiri her hangi bir sempatik müdahale kadardır.

Nihayet bu son aylarda Luigi Durante'ye ait, istatistiklere müstenit neşriyatına rastladık. Bu müellif sürrenalin tamamen çıkartılmasının lüzumsuz bir uzuv tahribi olduğunu söylemekte ve bunun yerine sadece sürrenal medullasının çıkartılması ile hem istenilen neticenin elde edildiğini, hem de korteksin çıkartılması ile hasil olan bo-

zuklukların tezahür etmediğini, ve dolayısıyla sürrenalektomiden daha iyi netice alınabildiğini söylemektedir.

Bizim tatbik ettiğimiz medüllektomi adedi çok az ve aradan geçen zaman pek az olduğu için tesiri hakkında tecrübemiz azdır.

Durante'ye göre, her iki taraf medullasının tam olarak çıkartılmasında, iki taraflı total sürrenalektomi gibi bir hayati tehlike yoktur, çünkü mevcut olan kromafin unsurlar ve sempatiğin nöro-ganglionet ağı içindeki aberran paraganglionlarda lüzumu kadar hormonu temin edecek kromafin madde mevcuttur.

Disfonksiyonu yapan maddenin membaı olan medullanın çıkartılması guddenin 9/10 unu muhafaza eder ve bu şekilde bırakılmış olan korteks fiziolojik vazifelerini görmeğe devam eder. Bundan başka Durante'nin tarif ettiği teknik ile bu ameliye bir apandisektomi kadar basit ve tehlikesizdir.

Gerek fonksiyonel, gerekse pre-gangrenöz ve gangrenöz safhalarda tatbik etmiş olduğu medüllektomi ile müellif çok mükemmel neticeler almış ve nüks vuku bulan vakalarında da mukabil tarafa tekrar medüllektomi yapmakla salâh elde etmiş, öyle ki, daha bidayetindenberi bütün vak'alarına iki taraflı medüllektomi yapmadığına nâdim olduğunu söylemektedir.

Servisimizde tetkik ve tedavi ettiğimiz hastalarımızda yaptığımız muhtelif klinik ve serolojik muayeneler yanında mühim bir mevki işgal eden radiolojik tetkiklerdir. Trombo-angioz tezahürlerinin en evvel etraf arterlerinde (ve ekseriya alt etrafta) görüldüğü için hiç bir hastanın femoral arteriografisinin yapılmasını ihmal etmedik (bir vak'ada araz ellerdedir ve iki tarafa brakial arteriografi yapıldı). Bazı vak'aları, post operatoire olarak arteriografilerle kontrol edebildik. Gene müteaddit güçlükler içinde aortografiler ile yüksekteki tıkanmaları tesbit ettik. Bundan başka retro-pnömoperituan ürografi intravenöz, pyelografilerle böbrek ve sürrenalleri tetkik ettik.

Şimdi bu original klişeleri projeksiyon ile göstereceğiz.

HÜLÂSA

Muhiti eviye hastalıklarının tıbbi ve cerrahi tedavisi hususunda klinik ve arteriografik çeşitli araştırma ve tedavilerini ihtiva eden bu mevzu, trombo-anjeit juvenile, senile ve diabetik şekilleri üzerinde, beyanatta bulunulacak ve bilhassa projection suretile arteriografi ve aortografiler gösterilecektir.

Dr. Ömer Şevki Dürüşken:

Selye'nin Adaptation teorisine uyarak ACTH ve Cortisone tedavisinden ne kadar istifade eder bunlar hususunda malûmat verilmesi ricasiyle.

Prof. Dr. Murat Cankat:

Sempl şirürji memlekette de çok eskidir. Amerikada Bostonda hastaneleri dolaşırken Polonyadan gelmiş muhacirlerde, anatomo patolojik tetkikleri yapılan Yahudi irka mahsus bir hastalık olarak kabul edilmiştir.

Halbuki memleketimizde her irka mahsus bir hastalık olarak kabul ederek bazı vak'alar tesbit etmiş bulunuyoruz.

Periarteriel sempatektomi ile tedavisi başlamıştır ve benim sempl müdahalelerle 42 vak'ada tedavi imkânları buldum. İlk safhasının bazı kifayeti, ademi kifayeti gör-

rülmüştür. Semp. elyaf segmanlaşmıştır. Yoksa up uzun durur. bakımından önemi nedir. Bu da meseledir. Gangren safhası uzun devam ediyor. (Ganglionun halinde) bunlarda da peri. semp. iyi neticeler vermiştir.

Son müdahalelerde dahi peri. semp. ten daha iyi neticeler elde edilmesine dair istatistik malûmat kâfi değildir. Arter reseksiyonu esnasında bariz bir fark görmedik.

Lomber gangl. extirpationunu geçdik. Safhalarını takip ederek şu neticeye vardık:

Vak'alarımıza göre, peri. semp. ve arter reseksiyonu neticeleri aşağı yukarı aynı olmuştur. Tedavi usulleri ilk safhada bugüne kadar yüksek bir dereceye vasıl olunmuştur.

KALP AMELİYATLARI ESNASINDA GÖRÜLEN EKG. DEĞİŞİKLİKLERİ

Dr. Hasan Darmar

Son senelerin tedavi bakımından en parlak bir devir olarak anılacağı muhakkaktır. Medikal tedavinin yanı başında cerrahi müdahalelerin mahir ellerde mühim işler başardığı muhakkaktır. Kalp cerrahisi tıbbın kolektif çalışmasının parlak bir misalini teşkil etmektedir. Cerrah, kardiyolog, anesteziist ve yardımcıları müşterek ve ahenkli bir şekilde çalışmaları sayesinde ki iyi neticeler alınabilir. Tek taraflı çalışmalar kalp cerrahisinde daima kısır kalmaya ve açık bir tabirle daima kötü neticelenmeye mahkumdur. Oldukça kısa bir zamanda 9 kalp ameliyatı esnasında kardiyoskopik ve elektrokardiyografik olarak hastaları takip etmek imkânını bulduk. Elde edilen neticeleri hiç bir iddiaya kapılmadan arz etmeyi muvafık gördük. Müdahale esnasında görülen Ekg. değişiklikleri ameliyat başlangıcında yani narkozdan müdahalenin sonuna ve hatta bir müddet sonraya kadar götürmeyi daha faydalı gördük. Narkoz esnasında görülen en bariz değişiklik tachycardie'dir. Hasta iyi oksijene edilmiş ise tachycardie daha az ve kısa sürmektedir. Bu hal 15 - 20 dakika devam ettikten sonra yavaş yavaş azalmaktadır. Oksijen miktarını artırarak tachycardiye kısa sürdürmek mümkündür.

Mevzuumuz haricinde olmakla beraber ehemmiyeti bakımından bir noktaya kısaca temas edeceğiz:

Kalp cerrahisinde herkesce kabul edilen narkoz şekli barbitürik, ether, kürar narkozudur. Kullanılan barbitürik miktarı kalp hastası olmıyan diğer vak'alarda kullanılan dozun yarısı ve hatta 1/4 kâfidir. Yüksek doz barbitürik henüz izah edemediğimiz bazı sebeplerden dolayı kanaatimizce tehlikelidir.

Mevzuumuz harici olan bu noktayı daha kompetan arkadaşlara terk ederek mevzuumuza dönüyoruz.

Deri adale tabakalarının açıldığı kotların kesildiği ve hatta plevranın açıldığı zaman mühim bir Ekg. değişikliği görülüyor. Perikard da novokain zerkinde oldukça bariz bir ST sukutu ile müterafık T dalgasında yassılaşma ve hatta negatifleşme dahi görülmektedir. Bu değişiklikler 15 - 20 dakika sonra zail olmaktadır. Oreillette'in

anestezisi, orikülün kesilmesi ve commisurotomi esnasında oldukça mühim değişikliklere rastlıyoruz. Görülenler mütenevvi olup şahıstan şahısa değişmektedir. Bu keyfiyet evvelki safhalar için mevzuubahis değildir. Yani narkoz esnasında ve perikardın gerek anestezisi ve gerekse açılması esnasında görülenler hemen hemen aynıdır.

İlk vak'amızda görülenler:

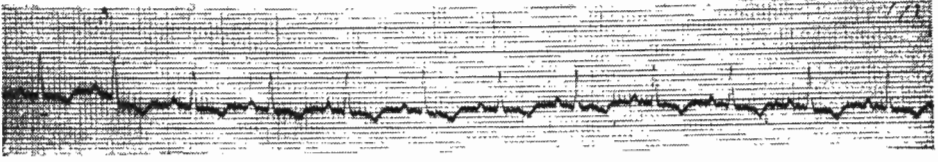
Oreillette'in anestezisi esnasında âni olarak bir sol şube bloku ve onu hemen takip eden bir tachycardie ventriculer, bir müddet sonra tachycardiye bir fibrilasyon takip etti, ve hastaya intraveineuse kinidin zerk edildi ve kalbe 15 dakika masaj yapıldıktan sonra sinüzal rythme avdet etti, ve ancak ondan sonradirki ameliyata devam edildi. Ameliyatın üçüncü günü hastada bir fibrilo-Flutter teessüs etti. Bir hafta sonra verilen bir gram kinidinle yine normal rythme görüldü ve bir müddet sonra hasta kliniği bâriz objektif ve subjektif bir salâhla terk etti. (Şekil 1).

Bu ilk hastada görülen çok değişik ve tehlikeli rythme bozukluklarını diğer vakalarımızda görmedik. Kanaatımızca bunu oreillette anestezisinde aramak lâzımdır.

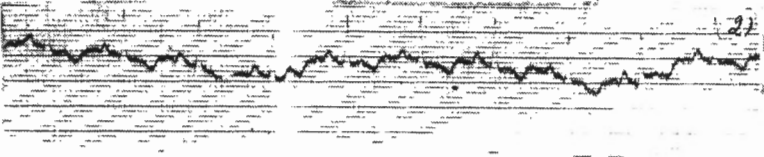
Çünkü bu vakayı takip eden diğer vakalarda bu hususta yani orikül anestezisi tekniğinde yapılan değişiklikler sayesinde daha az tehlikeli değişikliklere rastladık. Bunlar da salve ve birkaç extra-systol'den ibaretti. Hatta vak'aların büyük bir ekseriyetinde hemen hemen hiç bir rythme değişikliği müşahede etmedik. Vak'aların bazılarında ameliyatın başlamasından bir müddet sonra veya sonuna doğru P. dalgalarının sivrileştiği ve büyüdüğü görüldü, yani P pülmonal hali bariz olarak müşahede edildi. Bunu da ameliyat müddeti esnasında (45 ilâ 60 dakika) hastanın sırt üstü yatması dolayısıyla akciğer stazının sebep olduğunu düşünüyoruz (Şekil 2). Ameliyattan bir müddet sonra P ler eski haline avdet etmektedir. İki vak'amızda enteresan bir buluma rastladık. Ameliyattan evvel sağ yüklenme gösteren iki stenoz mitral vak'asında ameliyatı müteakip bir sol yüklenme müşahede edildi. Ekg. ile vak'aları yakından takip ettik, bir müddet sonra da bu halin kaybolduğunu ve D₁, V₁, V₅ ve avl de menfi olan T yavaş yavaş izo elektrik ve bir müddet sonra müspet olduğu görüldü (Şekil 3). Biz bunu şöyle izah ettik: senelerdir az kanla dolan ventricule mitral valvın genişletilmesiyle âni olarak büyük bir kan kitlesi ile domakta ve bu yüklenmenin neticesi olarak yukarda arz ettiğimiz değişiklikler olmaktadır. Bir müddet sonra sol ventricule bu yeni hale adapte olarak sol yüklenme ortadan kalkmaktadır.

Daha bir çok vakadar müşahede etmek, ondan sonra karar vermenin daha muvafık olacağı kanaatindeyiz.

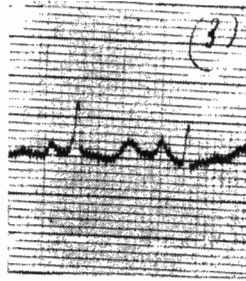
(Şekil - 1)



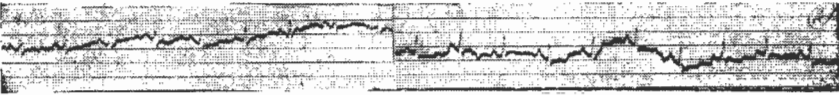
1 - Narkoz



2 Ameliyat başlangıcı

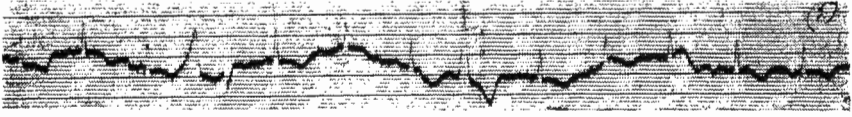


3 — Plevra açılması

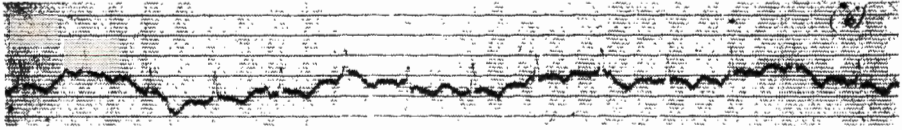


4 — Perikard novokainizasyonu

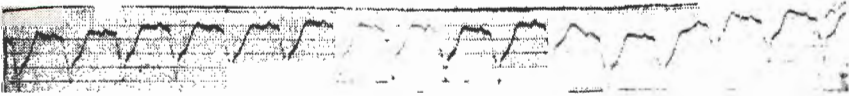
(Şekil - 1) Devam



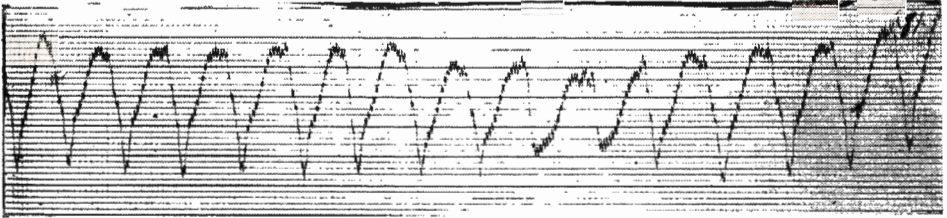
5 Perikard açılması



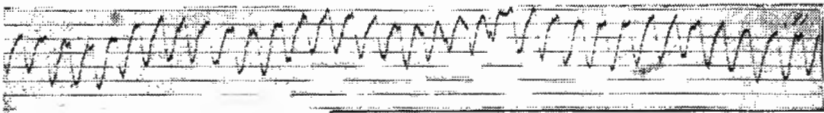
6 — Injection ile sillon auriculo-ventriculaire novokainizasyonu



7 Hemen sonra

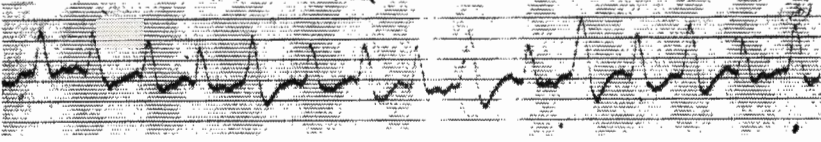


8 5 dakika sonra - kalp masajı -

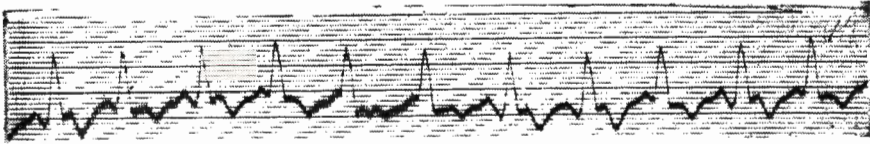


9 — Kalp masajı ve damardan novokain - 10 dakika sonra

(Şekil - 1) Devam



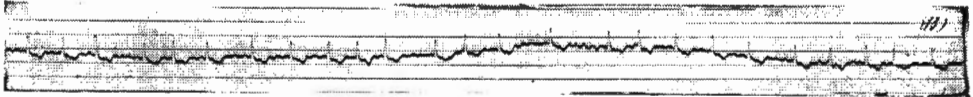
10 — Auricule'ün klampe olması



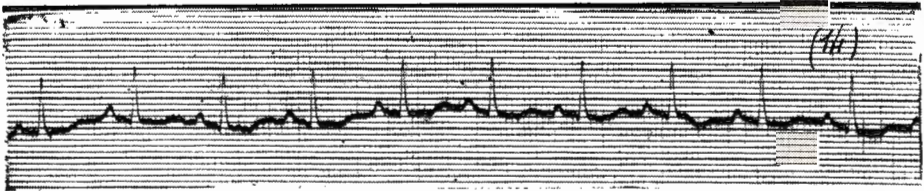
11 Commissurotomie



12 Ameliyat sonu

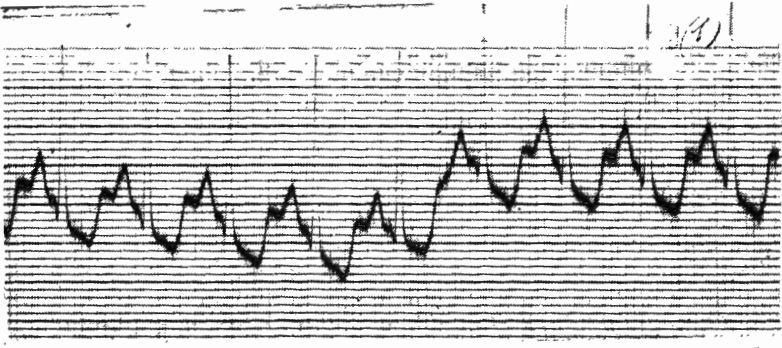


13 — Ameliyattan 3 gün sonra

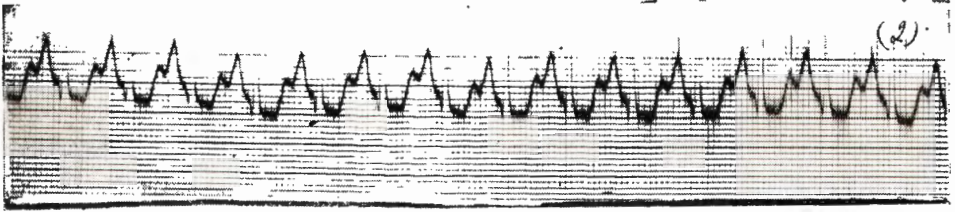


14 — Quinidine verildikten sonra

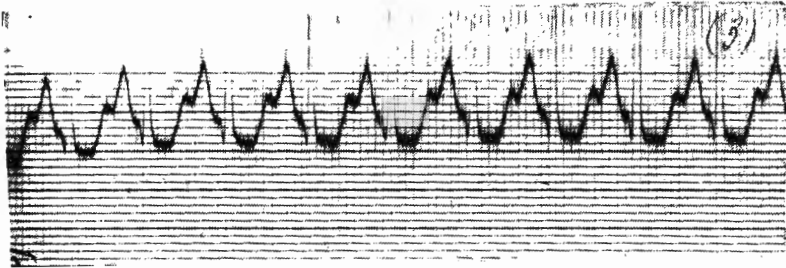
(Şekil - 2)



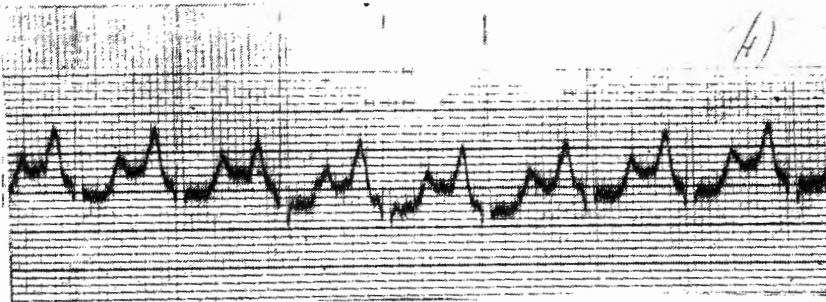
1 — Narkoz



2 — Narkoz devamı

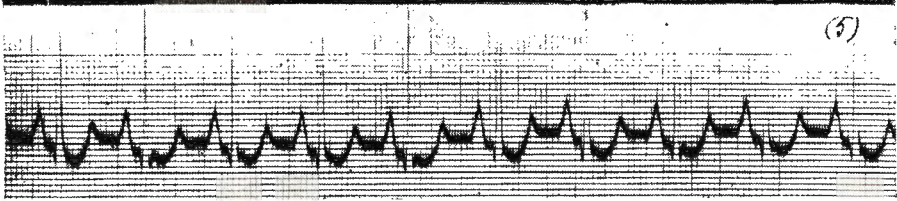


3 — Plevra açılması

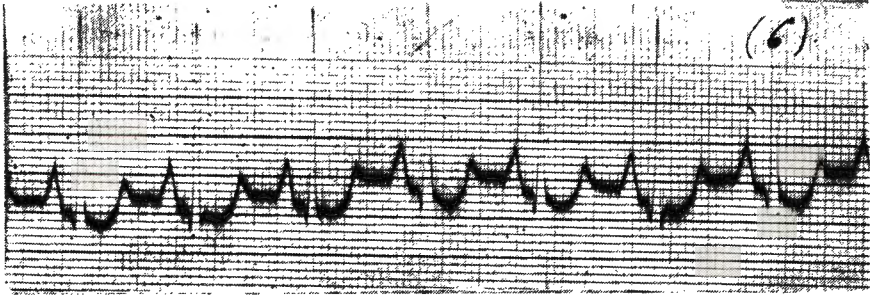


4 — Pericarde içine novokain

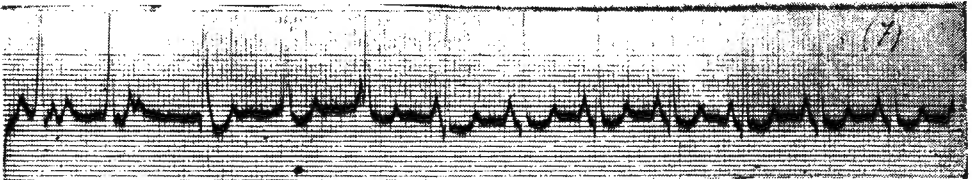
(Şekil - 2) Devam



5 — Pericarde açılması

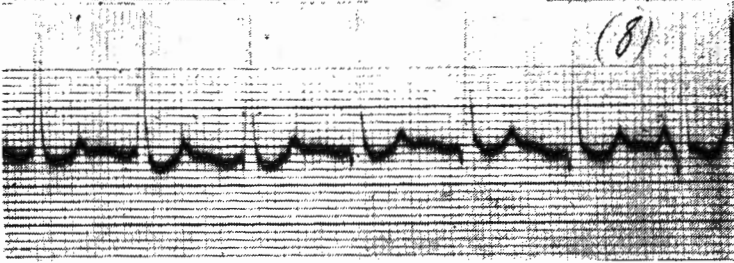


6 — Auriculo-Ventriculaire sillon'un novokainizasyonu

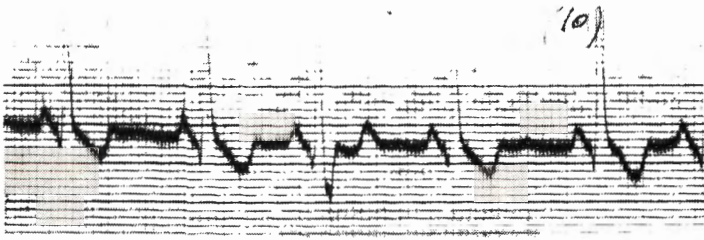


7 — Auricule klampajı

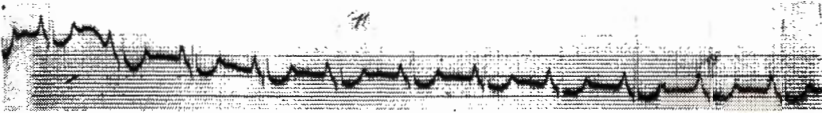
(Şekil - 2) Devam



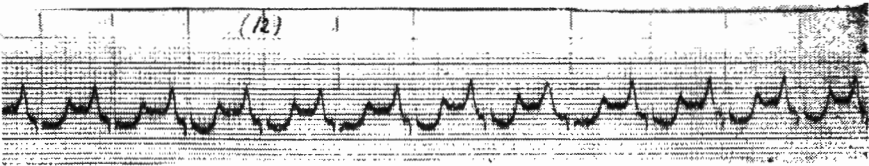
8 Auricule açılması



10 Komisürotomi

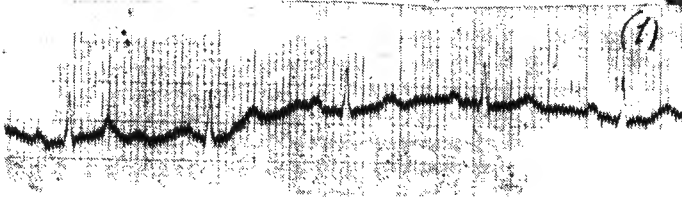


11 — Auricule deklampajı

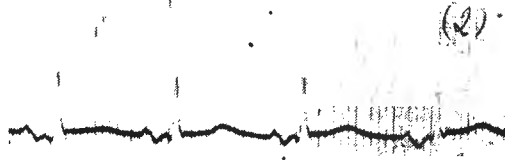


12 — Ameliyattan 1 saat sonra

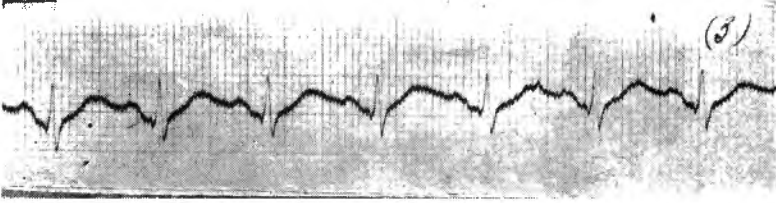
(Şekil - 3)



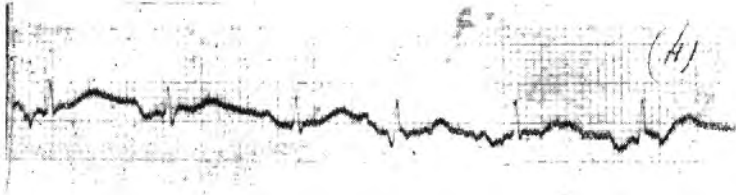
1 — Plevra açılması



2 — Pericarde açılması

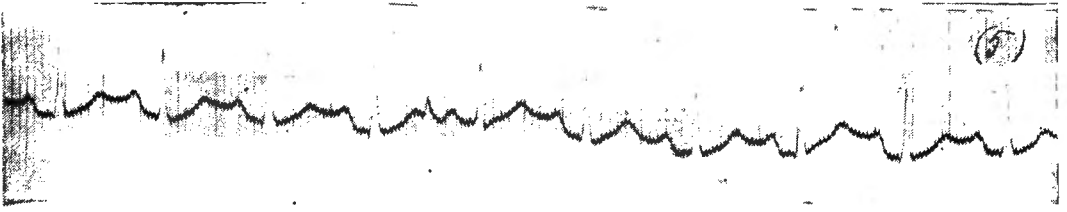


3 — Auricule'ün klampajı

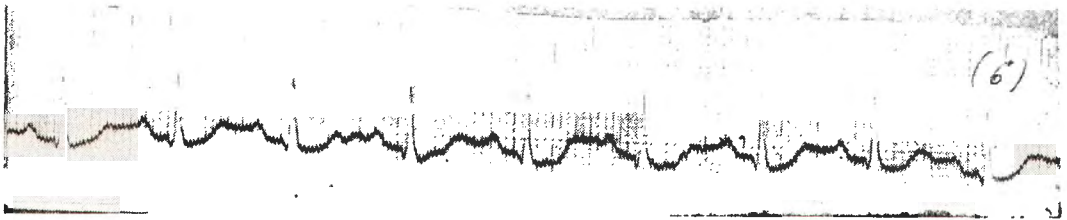


4 — Komisürotomi den sonra auricule'ün dikilişi

(Şekil - 3) Devam

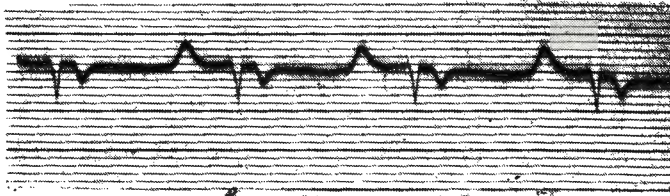


5 — Deklampa j

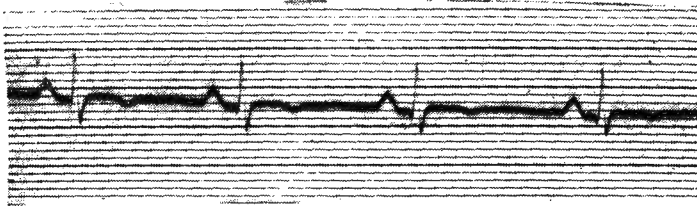


6 — Ameliyattan sonra

Ameliyattan 10 gün sonra

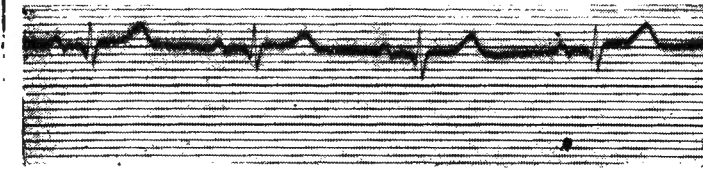


DI

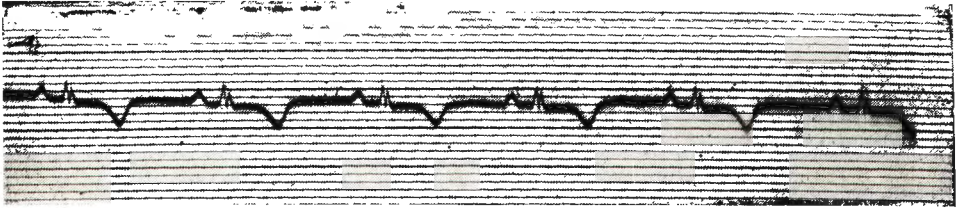


DII

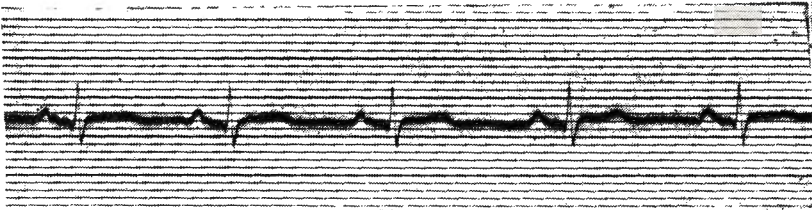
(Şekil - 3) Devam



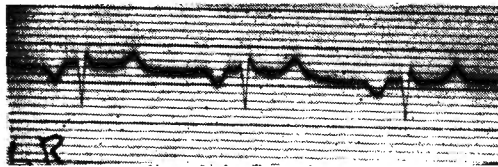
DIII



AVL



AUF



AVR

VERİT İÇİNE DAMLA DAMLA (PAS) ŞİRINGASİLE TEDAVİ DENEMELERİ

Dr. Zeki Köseoğlu
Dr. Cebire Betgen

Dr. Muzaffer Dilemre
Dr. Hüseyin Settazade

Ağız yolu ile verilen Pas'ın süratle itrah edilmesi sebebiyle kanda uzun müddet kâfi kesafette bulunamaması ve bazı hastalarda hazım cihazının büyük miktarda alınan Pas'a tahammül etmemesi, bir de Ménengite gibi ağızdan ilaç alamıyan hastalara bu ilâcın verilmesinin mümkün olmayışı ilâcın başka yollarla verilmesini düşündürmüştür. Daha 1948 den itibaren Paraf ve arkadaşları Pas'ı verit içine vermediği tecrübe etmişe başlayarak elde ettikleri neticeleri neşrettiler. Bu neşriyattan sonra Löffler ve Moeschl'in İsviçre'de aynı tedaviyi tatbik ettiler. Daha sonra da 1951 de Altevin sanatoriumu doktoru F. Amberg aynı yolla tedavi edilmiş 40 vaka bildirdi. Yine 1952 de Bordeaux'dan Pietchaud ve arkadaşları keza 40 vaka neşrettikleri gibi, 1952 de de Paraf ve arkadaşları Pas'ı deri altından vermediği denediler. Deri altı zerklerinde diffüzyonun kolaylıkla olabilmesi için daha evvel hastaya 1 % procaine mahlûlü içinde 5 ünite Hyaluronidase verdiler (*).

Biz de Müessesemizde 1951 yılı içinde ve 1952 başında 33 vakada Pas perfüzyonu yaptık. Vakalarımızdan 30 tanesi kaviteli, tek ve çift taraflı ciğer Tb. si ve 3 tanesi Ménengite Tb. idi.

Vakaların hülâsası ayrı bir cetvel halinde tanzim edilmiştir. Zerklerin yapılışı hakkında hülâsa halinde bilgi verelim:

Kullandığımız Pas mahlûlü steril 500 cc. odistiye içinde (4 %) her gün taze olarak hazırlanmakta ve anticoagülant olarak içine 1 cc. Liquemine katılmaktadır. Ziya muvacehesinde Pas'ın oxydation tehlikesini önlemek için mahlûl şişesi siyah bir kâğıda sarılarak hasta karyolasının ayak ucunda ve 1 metre kadar yükseğe asılmaktadır. Bütün lâstik borular dikkatle sterilize edilir. Raya bir cam boru ve damla adetlerinin sayılabilmesi için de hususi bir cam tertip ilâve edilmiştir. (Zira damla sayısı dakikada 30 u geçerse Pas'ın kandaki kesafeti 40 % mgr. ı geçiyor ve arızalar ekseriya o zaman başlıyor. Halbuki Paraf ve arkadaşları bu hususta daha cesur hareket ediyorlar İlk zamanlar 60 damla ile başlayıp daha sonra dakikada damla sayısını 100 - 120 ye kadar artırmış ve 500 cc. solüsyonu 1,5 - 2,5 satta dahi bitirdikleri olmuştur.)

Biz denemelerimizde damla sayısını 30 dan fazlaya geçmedik ve solüsyonu mümkün olduğu kadar yavaş vermediği gayret ederek 4 - 5 saatta bitirdik ve arızaların husulünü çok yakından gözönünde tutmak için hasta yanında daima bir tabib bulundurduk.

Arızalar:

Ayrıca hülâsa edilen 30 adet Tb. Pulmonaire vak'ası yakından tetkik edilecek olursa denemelerimizde arıza nisbeti 30 % kadardır. Bu arızalar umumiyetle titreme, ateş yükselmesi, nadiren kollaps ve bayılma temayülü olarak görülmüştür. Bu gibi vak'alar diğer müelliflerde (Paraf v.s. de görülmüş olup mahlûlün hazırlanması ve boruların sterilizasyonundaki noksana atfedilmiştir. Bunların önüne bazı kere Neoanter-

(*) Bu madde uzviyette bir çok nesiclerde bulunan ve hücrelerin diffüzyon kabiliyetini temin eden bir enzimdir. Bugün bir çok ilâçların uzviyete kolay ithali için kullanılıyor. En çok testicule nescinde mevcuttur.

gan gibi antihistaminiklerle geçilebileceği de zikredilmektedir. Mevzii arızalar (damar iltihapları ve filebite) görülmedi. Ancak 4 vak'ada perfüzyon sırasında hémoptisiler görüldü, bu arıza diğer müellifler tarafından bildirilmemiş, yalnız «hémoptysie'li vak'alarda bu usulü bir müddet kullanmamak muvafaktır» gibi bir kayıt konularak iktifa edilmiştir. Biz diğer müelliflerin gördüğü ikter hemolitik ve hematüri vak'alarına da şahit olmadık.

Muvaffakiyet nisbeti:

Vak'alarımızın tetkikinde: neticeleri umumi salâh, radyolojik temizlenme ve gayri müessir kalma diye üç guruba ayırdık. Yalnız bir tek vak'ada perfüzyon denemesi sırasında hastalıkta bir ilerleme hecmesi tesbit edilmiştir ki bu da 3 % gibi bir nisbet teşkil eder. Diğer üç guruba gelince: (1) vak'aların 36 % sinda tedavi denemesinin hastalık seyri üzerinde müsbet veya menfi hiç bir tesiri görülmemiş olup gerek röntgen filminde ve gerek sedimantasyon, ateş, kraşa vaziyeti ve diğer arazda bir değişiklik görülmemiştir (2) Buna mukabil hastalarımızın 26 % sinda umumi arazda bir salâh görülmüştür. Ve bu iyileşme ateş, iştah, siklet, balgam miktarındaki azalma veya kaybolma veyahut menfiliğe temayül gibi hususlardır. Buna mukabil bu gurub vak'aların radyolojik tetkikinde bir değişiklik görülmemiştir (3). Vak'alarımızın 33 % ünde ise umumi iyilik ile birlikte az veya çok radyolojik bir temizlenme tesbit edilmiştir. Bu, Paraf ve arkadaşlarının rakamlarına da uygundur. Ancak bu temizlenmenin evsafi hastadan hastaya değişmektedir. Bazı kere az ve bazı kere ileri derecede ve nâdiren hemen tamamen silinme derecesinde görülmektedir.

Burada 3 méningite vak'amızdan ayrıca bahse lüzum görmüyoruz. Zira tecrübelerimize henüz yeni başladığımız bir zamanda ve diğer tedavi usullerinin de muvaffak olmadıkları bu üç hastada hemen de ümitsizce kullandığımız bu tecrübelerimizden tedavinin lehinde veya aleyhinde herhangi bir netice çıkarılabileceğine kani değiliz.

BIBLIOGRAPHIE

- I — Schweizesche med. Wochenschrift (F. Amberg) 17 Mars 81/255 (1951)
- II — Presse Medicale (Paraf ve arkadaşları) 1952 - 60 - No: 1
- III — Revue de la tuberculose (A. Duroux et P. Colestos) 1951 No: 9
- IV — Presse Medicale (Piedchaud) 1952 No: 35
- V — Presse Medicale (J. Paraf) 1952 No: 22

HÜLÂSA

Netice olarak şunu söyleyebiliriz ki tecrübelerimizde arıza nisbeti yüksek görülmüş olup bu arızaların, tekniğin daha itina ile tekâmül ettirilmesi halinde azaltılabileceği umulabilir. Elde edilen müsbet neticelerin tahliline gelince: Esasen bu neticeler muhtelif müelliflere göre ayrı ayrı mütalâa edilmiştir. Bir kısmı caverne'lerin kapanmasını mümkün görece kadar nikbinlikte ileri gitmişlerdir ve hatta, PAS'ın tesir tarzı hakkında «lesion'un etrafındaki enterstisyel sclerosé barajı ve vascularite obliterante ve kazeum dan nufuz edebildiği ve böylelikle caverne içine ve bronşlara girebildiği» gibi bir nazariye de kurmuşlardır. Buna mukabil F. Amberg bu derece ileri gitmeyerek büyük ciğer cerrahisinde ameliyattan evvel ve sonra, had eksudatif pleuresie'lerde ve taze bronchogene ve hématogene yayılmalarda tavsiye etmektedirler.

Filhakika ağızdan verilen PAS'ın imtisas nisbeti hastadan hastaya değiştiği gibi aynı hastada bile muhtelif zamanlar bu imtisas miktarı ayrı ayrı görülmüştür. Bundan başka midenin serbest kalarak hazım arızalarından sakınılması ve kanda PAS keşafetinin daha yüksek ve daha uzun müddet sabit kalması, ilâca mukavemet teşekkül etmemesi imkânı göz önünde tutulursa bu tedavi usulünün denenmeye değer bir metod olduğu neticesine varılabilir.

SEKSİYON C :

27 Eylül 1952 Cumartesi

Saat : 9.00

İstanbul Üniversitesi Hukuk ve İktisat Fakülteleri
VII. No. lu Dershanesinde

Başkanlar : *Ord. Prof. Dr. Abdülkadir Noyan*
Prof. Dr. Murat Cankat

SICAK MUHİTTE LOKAL ANESTETİKLERİN TOKSİSİTESİNİN
ARTMASI HAKKINDA HAYVAN TECRÜBELERİ

Prof. Paul Pulewka - Dr. Dündar Berkan — Dr. Ş. Kaymakçalan

İklimin ilâçların müessiriyeti üzerine olan rolü hakkındaki bilgilerimiz bugüne kadar az ve gayri kâfi olmuştur. Bu kısa tebliğde bu mevzu üzerindeki tecrübelerimizin ancak küçük bir kısmı hakkında bilgi verilecektir.

SIEVERS ve Mc UTYRE Amerikada muhit suhuneti 25 derece üzerine çıktığı takdirde fareler için Novocaine'in ölüm dozu miktarının azaldığını buldular. Biz bu temperatur effectinin mekanizmasını tecrübi olarak izah etmeğe çalıştık:

PROJECTION: 1

Amerikan müelliflerinin buluşlarına tetabuk edecek şekilde, küçük Novocain dozlarının (meselâ 3 Mgr./20 Grm. ve 4 Mgr./20 Grm.) Farelerde 21 derececi sühunette subcutan veya intracutan kullanılmasının öldürücü olarak tesir etmediği fakat 37 derecede bu dozların farelerin büyük bir kısmını öldürdüğünü bulduk. Biz tecrübelerimizde yeni bir noktayı tesbit ettik:

Novocain'in zehirliliği sadece Nonspesifik öldürücü tesir bakımından artmaz, aynı zamanda novocain'in daha spesifik toksik tesirlerinin sayısı da artar, yani kramp-

lar ve merkezi felçler şeklinde gözükken reaksiyonlar sıcak muhitte, mutad oda hararetine nazaran daha fazla olur.

Novokainsiz kontrol farelerinde 37 derece üzerindeki muhit hararetinde bittabi hiç bir tesir görülmedi. Zikredilen bulgulardan şu netice çıkmaktadır: Hararet, Novocainin zehir tesirini artırıcı başka hiç bir ilâvevi bozukluk yapmamakta bilâkis hayvanları Novocainin toksik tesirlerine karşı daha hassas kılmaktadır. Bu, derinin sıcaklık hiperemisi dolayısıyla zehirin resorbsiyonunun artması ile izah edilebilirse de tecrübelerimiz zehir tesirinin artmasının, resorbsiyon artmasına istinat etmediğini göstermiştir. Çünkü bu vaziyet hakikat olsaydı toksik tesirleri yanında Novocainin midriatik tesirinin de sıcak muhitte artması icabederdi.

Tecrübe, sıcakta subcutan veya intracutan enjekte edilen Novocainin midriatik tesirinin mutad oda hararetindekinden daha fazla olmadığını göstermiştir. Şu halde sıcakta Novocainin daha kuvvetli toksik tesir göstermesinin başka bir sebepten ileri gelmesi icabeder.

Teknik sebepler dolayısıyla tecrübeleri sıçanlarda da yaptık ve bu hayvanların da aynen farelerde olduğu gibi reaksiyon verdiğini tesbit ettik.

Projection : 2

Sıçanlarda vücut hararetinin ölçülmesi, 22 derecede 30 Mgr/100 Grm. Novocainin enjectionundan sonra vücut hararetinin düştüğünü gösterdi. Novocainin antipiretik olarak tesir ettiği evvelce de biliniyordu. Ancak tecrübelerimizde 37 derecede Novocain enjectionundan sonra vücut hararetinin Novocain enjecte edilmeyen sıçanlara nisbetle daha fazla artmış olması yeni bir bulgudur. Bundan, Novocainin hararet regulasyonunu her iki taraftan zayıflattığı neticesi çıkar, başka bir kelime ile Novocain hayvanları «Poikilotherm» yapar. Tecrübelerden daha başka neticeler de alındı :

22 derecede, düşük vücut sühneti olan hayvanlarda, 30 Mgr./100 Grm. subcutan Novocain hiç bir zaman öldürücü olarak tesir etmedi, sadece hayvanların yarısında toksik belirtiler tevlit etti. Fakat 37 derecede yani vücut harareti yüksek olan hayvanlarda aynı Novocain miktarı daima kramplar ve santral felçler tevlit etti, ve tecrübe hayvanlarının yarısına yakın bir kısmını öldürdü.

Kaideten hararet derecesi ekseriya yükselmiş olan hayvanlar telef oluyor. Buna rağmen vücut sühnetinin yükselmesi, ölümü sadece fazla hararetle izah edecek kadar büyük miktarlarda değildir. Tecrübelerin daha yakından analizi bizi aşağıdaki izah tarzına götürdü :

Kullanılan Novocain miktarı gelip geçici olarak teneffüs merkezinin cüz'i miktarda depresyonuna sebep olur. Bu, Novocainin antipiretik tesiri dolayısıyla vücut harareti düşmüş ve bu sebepten (O_2) kullanılması azalmış hayvanlar için tehlikesizdir. Bu gibi hayvanlar hayatta kalırlar. 37 derecede Santral hararet regulasyonunun kalkması neticesi vücut harareti yükselmiş olan hayvanlarda vaziyet başka türdür. Bunlarda hararetle birlikte (O_2) kullanılması da artmıştır. Artmış olan (O_2) ihtiyacı örtülemez, çünkü teneffüs merkezinin cüz'i derecedeki depresyonu, teneffüs faaliyetinin fazla (adekuat) artmasını imkânsız kılar. Bu suretle (O_2) noksanı husule gelir. O_2 noksanı ile Novocainin kramp yapıcı tesirini artırır, ve Oksijen kullanma kramplarla daha da artar. Bu sebepten bu hayvanlar (O_2) noksanlığından ölürler.

Bu tebliğde zikredilen mekanizmalar mevzu bahis olduğu takdirde, Tutocain ve Pantocain gibi diğer lokal anestetiklerle yapmış olduğumuz tecrübeler de prensip olarak aynı neticeyi verdiler. Muhtelif Lokal anestetiklerde gördüğümüz ve başka mekanizmalar olduğunu bulduğumuz farkları ayrı bir yerde açıklayacağız.

HÜLÂSA

Muhit suhnetinin ilâçların müessiriyeti üzerindeki rolü hakkında Novocain ve sair lokal anestetiklerle yapılan hayvan tecrübeleri neticesinde, yükselen muhit suhneti ile birlikte Novocainin nonspesifik öldürücü tesiriyle beraber daha spesifik toksik tesirlerinin de arttığı, bu toksisite artmasının ciltteki sıcaklık hiperemisi neticesi zehir rezorbsiyonunun artmasına bağlı olmadığı, ve Novocainin hayvanları Poikilotherm yaptığı bulundu.

Vet. Op. Selâhattin Özer :

Novocain'in kediler üzerinde subcutane olarak 2,5 % mahlûlü zerki ile evvelâ ufak ihtilâçlar ve Mydriasis'in çok güzel kontrolü mümkün oluyor. Ufak tetaniler 0,75 cc. lük enjeksiyonlarda (canlı 1 - 2 kiloya kadar) çabuk zail olmakta ve gayet güzel bir rélâchement ve peşinden rahat bir uyku hali teşekkül ediyor. Teneffüs merkezi depresyonları yapılacak entübasyonla kolayca önlenebilecektir. Ben bu suretle teneffüs depresyonlarına mani ve hayvana bol hava temin ediyorum. 0,75 cc. lük Novocaini dozu 1,5 - 2 saata yakın iyi bir Narkoz temin etmekte ve hayvanlar rahat bir şekilde uyanmaktadırlar.

Dr. Dünder Berkan :

Sorulan sualler :

(Dr. Abdi bey)

- 1) Novocain acaba insanlar üzerinde de müşabih tesirler yapıyor mu ?
- 2) Sun'i olarak sıcaklığı yükseltilmiş hayvanlar üzerinde de tecrübeler yapılmış mıdır ?

(Prof. Nusret Karasu)

- 1) Novocain intravenöz olarak ta tecrübe edilmiş midir ?

(Dr. Salâhattin Özer)

- 1) Tecrübe hayvanı olarak kedilerin de kullanılmasını tavsiye etmiştir.

Cevaplar :

- 1) İnsanlar üzerindeki tesirlere ancak klinik tetkiklerle karar verilebilecektir. Bu maksatla cerrahi klinikleri ile işbirliği yapmağı arzu ediyoruz.
- 2) 37° - 38° de bir saat tutulmak suretiyle normal harareti yükselmiş olan sıçanlara Novocain enjeksiyonu yapılmış ve sıcaklığın daha çok yükseldiği bulunmuştur.

1) Novocain intravenöz olarak tecrübe edilmiştir, ve aynı tezahürler çok daha kısa bir zaman içerisinde husule gelmiştir. Ancak sıcakta da yapılabilmesi için hususî bir iklim dolabına ihtiyaç vardır. Böylece tecrübeyi yapan daha serbest hareket imkânını bulacaktır.

1) Tecrübe hayvanı olarak yalnız fare ve sıçanlar kullanılmıştır. Böylece bol miktarda tecrübe hayvanı kullanılmış ve üzerlerinde rahatça çalışılabilmiştir. Kedi kullanmak imkânını düşüneneceğiz.

PNÖMOTORAKS TEDAVİSİNİN GEÇ ÂKİBETLERİ

Doçent Dr. Selâhattin Akkaynak

Son senelerde geniş materyel üzerinde yapılan istatistikler, akciğer tüberkülozunda pnömotoraks (Pnx.) tedavisinin âkibetinin, konservatif tedaviye ve diğer kollaps tedavi metodlarına nazaran pek parlak olmadığını, bir çok vahim ihtilâtlar husule geldiğini göstermektedir. Bu istatistik bulguları ve müşahedeye istinat eden geniş yayımlar, 50 yıldanberidir kullanılan Pnx. tedavisine karşı umumi bir çekingenlik doğmasına sebep olmuş, onun yerine daha selektif kollaps metodları veya rezeksiyonlar tatbik edilmeğe başlanmıştır.

Biz de, iki yıldanberidir Ankara Veremle Savaş Derneği (1) numaralı dispanserinde takip etmekte olduğumuz, 137 Pnx. vak'asına ait müşahede ve bulgularımızdan bahsetmek istiyoruz : Evvelâ arz edeyim ki, bu Pnx.lar dispanserimizde tesis edilmiştir. Dispanserimiz, muhtelif hastane veya sanatoryumlarda tesis edilen Pnx.lıların ya müteakip takiplerini, tedavilerini yapmış, yahutta vak'alar, doğrudan doğruya ihtilât neticesi bize müracaat etmişlerdir.

137 vak'anın 23 ünde ampiyem veya persiste eden, veya sık sık nükseden likit tesbit ettik. Böylece saf ampiyem ve ampiyem namzeti telâkki ettiğimiz vak'aların nisbeti 16,9 % dur.

Hastaların anamnezine nazaran, 2 vak'ada ampiyem, bridektomi yi müteakip teşekkül etmiştir ; diğerlerinde evvelâ likit husule gelmiş ve zamanla ampiyemleşmiştir. Şöyle ki (1) numaralı cetvelde görüldüğü gibi, 10 vak'ada Pnx. tesisinden itibaren 1. 6 ayda, 8 de 2. 6 ayda, 1 de 3; 6 ayda ve 2 sinde de 3; sene içinde likit yapmıştır.

(Cetvel 1) Pnx. tedavisinde likit teşekkülü

Genel vak'a sayısı	1. 6 ayda	2. 6 ayda	3. 6 ayda	3. sene içinde
21	10	8	1	2

Bu 21 vak'anın 14 de bize müracaatlarında ampiyem mevcuttu. Bir tanesinde tedavi esnasında ampiyem teşekkül etti. Mütebaki 6 vak'ada ise likidin inat ettiği görülerek bunların ampiyemleşmesine meydan verilmeden Pnx. tedavisinden sarfınazar edildi, ve akciğerin reekspansiyonu sağlandı.

(2) numaralı cetvelde görüldüğü gibi ampiyem, bu vak'alardan 1 de 1; 6 ay içinde, 5 de 2. 6 ayda, 4 de 3. 6 ayda, 1 de 4. 6 ayda, 3 de de 3. sene içinde ve nihayet 1 de tesisinden 8 sene sonra, teşekkül etmiştir.

(Cetvel 2) Pnx. tedavisinde ampiyem teşekkülü

Genel vak'a sayısı	1. 6 ayda	2. 6 ayda	3. 6 ayda	4. 6 ayda	3. sene içinde ve daha sonra
15	1	5	4	1	3+1

Bu iki cetveli karşılaştıracak olursak, görürüz ki, Pnx. tesisinden sonra bilhassa 1. ilk sene içinde ve daha çok ilk aylarda likit toplanmakta ve müteakip 6 ay içinde ampiyeme inkılap etmektedir. Pnx. tedavisinde ampiyem ihtilâtının daha küçük olan ikinci zirvesi de tedavinin 3. senesinde yani kesilme devrindedir.

Tetkikine imkân bulduğumuz bu vak'alarda likit ve ampiyem ihtilâtlarının sebebini iki grupta toplamak mümkündür: 1. sebep, tedavi endikasyonlarının geniş tutulması, 2. sebep, likit topladıktan sonra, likit tahliyesi yaparak yerine hava verilmesi ve bunda aylarca ısrar edilmesidir.

Pnx. endikasyonları üzerinde durmak mevzuumuzun dışındadır. Ancak, bir noktaya işaret etmek isteriz ki, bu gün, tıbbi Pnx. artık iptidai bir tedavi şekli olmaktan çıkmış, konservatif tedavi, antibiyotik tedavisi ve P.P. tatbikinden sonra sekonder bir müdahale şekli olarak kabul edilmektedir. Tıpkı, diğer kollaps veya müdahale metodlarında olduğu gibi ince ince düşündükten ve bütün ihtimalleri mülâhaza ettikten sonra Pnx.a karar vermek ve hastayı hazırladıktan sonra tatbik etmek lâzımdır.

15 ampiyem vak'asının 9 unda daha evvel teşekkül eden likit tahliye edilerek yerine hava verilmiştir. Kanaatımızca, bu tedavi şekli artık terk edilmeli ve bu vak'alar ampiyem namzedi telâkki edilerek ampiyem gibi tedaviye tabi tutulmalıdırlar. Yeter ki, neticede, ampiyem teşekkül etmese bile devamlı veya nükslü likit teşekkülü, ileride şiddetli pakiplörite veya plevra visseralisin elâstikiyetini kaybetmesine ve binnetice akciğerin reekspansiyonuna mani olacaklardır. Literatür bilgilerine nazaran bu nisbet 10 - 80 % i bulmaktadır.

Pnx. tedavisinin seyri esnasında daha geç, yani kesilme devrinde görülen likit ve ampiyem teşekkülü de Pnx.in usulsüz terk edilmesinden veya gene plevra yapraklarının sertleşmesi neticesi tam reekspansiyon olamamasından ileri gelmektedir. Biz, bu gibi vak'alarda Pnx. ı ya tedricen terk ediyoruz, yahutta geçici bir frenik felci ve gerekirse buna bir de P.P. ekliyoruz. Böylece daha bir müddet kollaps devam ettirmek sağlandığı gibi, ayrıca plevra taziyikini azaltmak ve reekspansiyonu kolaylaştırmak mümkün olmaktadır.

Pnx. tedavisinde görülen bir diğer mühim ihtilât ta atelektazidir. Vakıa, selektif kollaps, hasta sahanın lokal atelektazisinden mütevellittir ve hastalık süreci üzerine müsait tesir eder. Fakat, bir lob veya bütün bir akciğerin atelektazisi çok defa spesifik bronşite bağlıdır. Bu vak'alarda, Pnx. müessir olmadığı gibi atelektazik akciğerin plevra boşluğunda kolaylıkla likit ve ampiyem teşekkül eder. Literatürde ampiyem vak'alarının 80-90 % nında atelektazi tesbit edilmiştir. Biz de, ampiyemli vak'aların 5 inde aşikâr lob veya segment atelektazisi bulduk.

Devamlı atelektazi, ileride bronşiektazi ve akciğer fibrozisi yapar. Bu sebeplerdendir ki, atelektazi de mücadele edilmesi gereken bir ihtilâttır. Muhtelif manevralarla açılmasını sağlamak, mümkün olmazsa Pnx. ı terketmek icabeder.

Netice olarak arzetmek isterim ki, Pnx. tedavisi vahim akibetler doğurabilen bir

kollaps şeklindedir. Müsait endikasyonla başlanan ve iyi seyreden Pnx. a gereği kadar devam ne kadar doğru ise, her ne pahasına olursa olsun Pnx. i devam ettirmek te o kadar hatalıdır. Zararın başladığı yerde önden vazgeçmeli, yerini başka tedavi şekillerine terketmelidir.

HÜLÂSA

I — Tıbbi Pnx.ın seyri esnasında likit ve ampiyem en fazla birinci sene içinde daha az olarak ta üçüncü ve müteakip senelerde teşekkül etmektedir.

II — Çok fena akibetlere münce olabilen bu ihtilâtları önlemek için endikasyonu genişletmemek ve likit yapıp da devam ettiği vak'alarda Pnx. tedavisinden sarfınazar ederek diğer tedavi metodlarına geçmek lâzımdır.

Dr. Nimet Özgen :

Pnömotoraks tedavisinde Pnömonun müessir veya gayrı müessir olduğunu başlangıçta tetkik etmeli ve ona göre tedaviye devam veya terkedilmelidir.

Gayrı müessir pnömolarda esasen bir ihtilât olmadan da devam lüzumsuzdur ve tehlikelidir. Fakat müessir pnömolarda ihtilât azdır ve mayı toplamaları da tedavinin terkinin derhal icabettirmez ve bir çok defalar ihtilâtlardan içtinap mümkündür.

Biz Heybeli sanatoryomunda geniş bir materyel üzerinde yaptığımız tetkiklerde ihtilâtların pek büyük ölçüde gayrı müessir pnömolarda olduğunu gördük. Müessir olanlarda ihtilâtlar pek azdır ve alınan neticeler memnuniyeti muciptir.

Dr. Tevfik İsmail Gökçe :

İki sene evvel Kopenhag'da toplanan Beynelmillel Verem Kongresine mevzu olarak Pnömotoraksın tüberküloz tedavisindeki mevki alınmıştı. Bunun sebebi ikinci dünya harbi esnasında Amerikada Pnömotoraks tedavisi aleyhine yapılan bazı neşriyat yayılmış olması idi. Benim de Raportör olarak iştirak ettiğim bu kongrede arkadaşım tarafından bahsedilen ihtilâtlar, Fonksiyon bozuklukları meselesi bütün teferrüat ile münakaşa edildikten sonra Pnömotoraksın eskiden olduğu gibi akciğer tüberkülozunda ilk müdahale vasıtası olarak muhafaza edildiği kararına varmışlardır.

Dr. Zülfü Özgen :

Pnömotoraksın akciğer tüberkülozunda pek mahdut vak'alarda tatbik edilmesi mevzuundaki Dr. Selâhattin Akkaynağın mütaleasına maalesef tamamıyla iştirak edemeyeceğim, zira gerek çalıştığım müessesede gerekse Türkiyede mevcut diğer dispanser ve tüberküloz hastanelerinde Stasyonere hale gelmiş akciğer tüberkülozu vak'alarına gayet geniş miktarda Px tatbik edilmektedir ki bu metod pek yerindedir, zira bu usulün iki faidesi var.

A Hastada kraşa azalır, Basil kaybolur ve salâh sonunda da şifa teessüs eder.

B — Sosyal faidesi infeksiyonun yayılmasına mani olunur.

Dr. Akkaynağın Px li hastalarda fazla ihtilât görmesinin bir sebebi de Px teşiş edilen hastalardan epanşman, ampiyem gibi ihtilât husule gelen vak'aların müessesese-

lere müracaat etmesinden ve ihtilâtsiz vak'aların hususi ellerde tedavide kalmış olmasındır. Px ihtilâtlarının teşekkülünde Px in tek elden idare edilmemesi kuru sterilizasyonla takim edilmemiş iğnelerle insüflasyon yapılması, Britli vak'aların zamanında müdahaleye sevkedilmemesi, tazyiklerin iyi ayarlanmaması...v.s. gibi usul bozukluğundan ileri gelmektedir, akciğer tüberkülozunda Px geniş miktarda tatbik edilmelidir.

Dr. Selâhattin Akkaynak (Son söz) :

I — Pnx. tedavisi, ideal endikasyonlar dahilinde tatbik edilecek olursa hiç şüphesiz ki en ideal kollaps tedavi metodudur. Fakat bu gün, bir dispanser hekimi olarak müzahede etmekte olduğumuz vaziyet oldukça değişiktir : tek veya iki taraflı akut eksüdatif vak'alarda, yaygın leziyonlarda, hatta kazeöz pnömoni vak'alarında, hatta alt lob proçeslerinde ve kavitelerinde Pnx. tesis edildiğini görmekteyiz.

II — Efektif Pnx. hallerinde tedaviden beklenen netice temin edilmiş demektir. Fakat asıl davamız inefektif vak'alardır. Bunlar, inkomplet iseler komplet hale getirmek ve bu halde dahi nihayet 6 ay içinde basıl menfileşmezse tedaviden vazgeçmek lâzımdır.

III — Geniş adeziyonlarda, mediyasten iltisaklarında geniş cerrahî müdahale ile pnömöliz yapılmasına taraftar değiliz, bu vak'alarda eğer Pnx. in devamında zaruret varsa, iltisakın tevlit ettiği travmatik tesiri bertaraf etmek için frenik felci ve P.P. teşrihini uygun buluyor ve bundan iyi netice alıyoruz. Pnx.in devamı zarurî değilse terkedilmeli ve diğer kollaps metodları tatbik edilmelidir.

IV — Aşağı yukarı bu Pnx. vak'asında likit olur, fakat bahsettiğimiz likit bunlar olmayıp devam eden tedaviye inat eden, yahut sık sık nükseden likitlerdir ki, işte bunların ampiyem namzedi telâkki edilerek ampiyem gibi tedavi edilmeleri lâzımdır.

V — Pnx. tedavisine başlamadan evvel vak'aların hazırlanması ile iyi neticeler almaktayız. Bu hazırlama yalnız istirahat ve antibiyotikle olmayıp buna P.P. de ekliyoruz ve bir müddet sonra hastalık regresiyon safhasına girdikten sonra gerekirse Pnx. tesis ediyoruz.

Ankara Tıp Fakültesi
Fizyoloji Kliniği
(Direktör : Prof. Nusret Karasu)
Ankara Tıp Fakültesi
I inci Cerrahî Kliniği
(Direktör : Prof. Kâmil Sokullu)

TÜBERKÜLOZDA PLEURO-PNEUMONECTOMY

Doç. Dr. Galip Uruk

İlk nazarda umumî bir hastalık olan tüberkülozda excision tedavisi şüphe ile karşılanabilir. Çünkü bu umumî enfeksiyonun lokal bir tavazzuuna yapılacak bir müdahalenin bir çok komplikasyonlara yol açacağı tabii olarak akla gelebilir. Ancak hastalığa karşı iyi bir rezistansa sahip uzviyetlerde hastalığı lokal olarak kabul etmemiz pekâlâ

kabildir. Esasen eksizyon tedavisinin gayesi de hastalığı kökünden söküp atmak değil, lokal olan mihrakı ortadan kaldırarak uzviyetin geri kalan enfeksiyonla daha iyi mücadele edebilmesini temindir. Sellors'un şu cümlesi bunu gayet iyi tebarüz ettirmektedir. «Eksizyon tedavisi tüberkülozu tamamen bertaraf eden bir ameliyat olarak nazarı itibara alınmamalıdır. Bu lokal ameliye (procedure) umumi hastalığın seyri esnasında diğer tedavi metodlarıyla kontrol altına alınmasına imkân olmıyan hastalıklı sahanın çıkarılmasıdır.» Rezeksiyonda muvaffakiyeti sağlayacak âmil hastanın rezistansının mükemmel olmasıdır. Vak'a seçilirken bunun üzerinde dikkatle durulması muvaffakiyetin başlıca âmilidir. Bu faktör lâıyk olduğu ehemmiyetle ele alındığı takdirde rezeksiyonunda tüberkülozun diğer tedavi metodları kadar iyi netice verdiği görülür. Bu Bu keyfiyet elde edilen tecrübe ve neşredilen istatistikler ile isbat edilmiş durumdadır. Chamberlain¹ son neşriyatında mortaliteyi % 2,5 a kadar düşürdüğünü bildirmiştir. Sellors'un² verdiği rakkamlara nazaran % 8,5 ve tam şifa % 72 dir. Arch Beatty³ ve arkadaşlarına göre mortalite % 20,4 dir. Bunların verdiği ölüm sebeplerini tetkik edecek olursak ölümlün büyük nisbette tüberküloza ait bir komplikasyondan değil göğüs cerrahisinde umumiyetle görülen kardiyak ensüffizans ve amboliden ileri geldiği görülür. Overholt⁴ ve arkadaşları 1947 de lobektomilerde % 11, pnömetomilerde % 17 ölüm kaydettiler. Sive⁵ ve arkadaşları % 2.4 ameliyat mortalitesi ve % 10,7 umumi mortalite göstermişlerdir. J. Claud Day⁶ ve arkadaşlarının mortalite nisbeti % 12,5 dur.

Bütün yukarıki rakkamlar bize aşıkâr olarak gösteriyor ki bu tedavi usulile de % 80-90 ana yakın bir şifa elde etmek kabildir.

Bugün klasikleşmeğe başlayan rezeksiyon endikasyonlarını gözden geçirecek olursak şöyle bir sıra yapmak kabildir :

1 — Torakoplasti ademi muvaffakiyeti (failure). 2 — Dorsal lob kavitesi. 3 — Üst lobun dev kaviteleri. 4 — Tansiyon kaviteleri. 5 — Bronchostenosis. 6 — Tüberküloz. 7 — Harab olmuş akciğer (destroyed lung). Bazıları bunlara alt lob leziyonlarını da ilâve etmektedirler.

Biz yalnız 9 harab olmuş akciğer vak'asına pleuro-pneumectomy yapmağa imkân bulabildik. Bu seriye tüberküloz harici sebebler ile (bronş kanseri, kronik ampiyem) yapılan 10 pleuro-pneumectomy vak'ası dahil edilmemiştir. Seriyeye dahil vak'aların hepsi başka tedavi usullerile tedavilerine imkân olmıyan vak'alardan seçilmişti. Bazılarında mukabil akciğerde de aktif olmamakla beraber leziyon mevcuttu. Daha açık bir tabirle pleuro-pneumectomy için intihab etmiş olduğumuz vak'alar her cihetten kaybolmuş vak'alardı. Bunların 6 sı Ankara Tıp Fakültesi I inci Cerrahî Kliniğinde, 3 ü de Ankara Tıp Fakültesi Fizyoloji Kliniğinin çalışmakta olduğu V.S. D. hastanesinde ameliyat edilmişlerdir.

9 vak'adan 3 ü kaybedilmiştir. Geri kalan 6 dan 5 i çok iyi durumda hastahaneyi terketmiş, biri de bronko-plöral fistül dolayısıyla drenaj tübü ile ahvali umumiyesi çok düzgün olduğu halde çıkarılmıştır. 3 vak'a arzu edilen şekilde takib edilmiş ve eski işlerine dönmüşlerdir. Bir tanesinden son zamanda iyi olduğuna dair haber alınmıştır. Bir vak'a ise ancak iki buçuk ay takip edilebilmiş, diğer son vak'adan hastahaneyi tamamen iyi durumda terketmiş olmasına rağmen hiç bir haber alınmamıştır.

Üç ölüm vak'asından biri bronko-plöral fistül ve mukabil akciğerde yayım ile ameliyattan bir ay sonra ölmüştür. Diğer ikisine gelince ; bunlar tamamen tüberküloz harici ameliyat komplikasyonu ile kaybedilmişlerdir. Bu vak'alardan birinde ameliyat hemen hemen ikmal edilmiş bir vaziyete inferiyör vena bağlanırken, daha evvel mediastinal plevraya Novocaine yapılmış olmasına rağmen, kalb birdenbire durmuş (Stand still heart), derhal perikardiyum açılarak kardiyak masaj yapılmış ise de bir netice alınamamış, yalnız elektrik şoku verecek tertibatımız olmadığından bu yapıla-

mamıştır. İkinci vak'ada ameliyat kısa bir müddette, mümkün olduğu kadar kansız olarak bitirilmiş, ameliyattan evvel eğer pnömektomiye müteakib hastanın durumu müsaade ederse bir seansa 2-7 torakoplasti ile tamamlanması kararlaştırıldığından, anestetistden hastanın vaziyeti sorulmuş fevkalâde olduğu öğrenilince torakoplastiye başlanmış ve evvelâ 7 inci kosta çıkarılmıştır. Fakat bu sırada hastanın tansiyonunun düştüğü haber verilince ameliyat durdurulmuş, bir müddet beklenmiş fakat tansiyonda hiç bir salâh görülmeyince torakoplastiden vazgeçilerek sür'atle göğüs kapatılmış ve yapılan bütün gayretlere rağmen tansiyon yükseltilememiş biraz sonra da kalb bozulduğundan hasta ameliyatı müteakib kısa bir zaman zarfında vefat etmiştir. Zannımıza göre ya bir transfüzyon veya anestezi hatası bu neticeyi doğurmuştur.

İki ölüm vak'ası çıkarılacak olursa 7 vak'adan ikisinde bronko-plöral fistül teşekkül etmiştir. Bunlardan birinde pnömektomiye müteakib bir hafta diğerinde 15 gün sonra yapılan torakoplastilerin fistülleri kapamak noktasından büyük bir faideleri dokunmamıştır. Tüberküloz harici vak'alardan da edindiğimiz kanaate göre torakoplasti bronko-plöral fistüle ancak pnömektomi ve torakoplasti bir oturumda yapılacak olursa mani olmaktadır. Vak'alarımızdan yalnız ikisine pnömektomiye müteakip torakoplasti yapabildik. Halbuki fikrimizce mediya sten kaymasını ve diğer akciğerin normal üstü açılmasını önlemek için muhakkak yapılması icabederdi. Hastalar pnömektomiden bir kaç gün sonra kendilerinde okadar büyük bir iyilik hissediyorlardı ki tamamen iyi olduklarına kani olarak ikinci bir ameliyatı derhal reddediyorlardı. Ancak bir komplikasyon zuhuru onları torakoplastiyi kabule icbar ediyordu. Mamafî bizim takib edebildiğimiz vak'alarda şimdilik bundan dolayı büyük bir komplikasyon zuhur etmedi. Yalnız M.K. da mediya sten hernisi meydana geldi. Bunu da 20-30 günde bir yapılan hava ensüflasyonlarla bir seneyi müteceviz zamandanberi bilâ arıza önlemekteyiz. Diğer vak'alarda ise boşlukda biriken mayinin fibrinleşmesi ve mediya stenin hafif kayması, kostaların yekdiğerine yaklaşması ile ölü mesafe arıza vermiyecek şekilde küçülmüştür.

Vak'alarımızın hepsine ekstra-plöral olarak müdahale edilmiştir. Teknik itibarile intra-plöral pnömektomiden büyük bir fark göstermemektedir. Ekseriyetle altıncı kosta yatağından yapılan ensizyonla endotorasik fasya ile paryetal plevra arasına girilmekte ve buradan künt olarak paryetal plevra tamamen göğüs duvarından ayrılmaktadır. Nâdiren keskin diseksiyona ihtiyaç görülmektedir. Hilüsdeki manüplasyon tamamen intraplöral pnömektominin aynıdır.

Biz tüberküloz için yapılacak pnömektomilerin ekstra plöral yapılmasını terviç etmekteyiz.

1 — İntraplöral gidildiği takdirde bilhassa kavitenin veya sathî mihrakların bulunduğu kısımlarda, bu gibi çok ilerlemiş vak'alarda paryetal plevraya bir çok yapışıklıklar bulunmaktadır. Bunların ayrılması sırasında bu mihraklardan birinin açılması veya istenilmeden kavitenin içine düşülmesi hemen hemen gayrı kabili içtinaptır.

2 — Akciğer çıktıktan sonra plevranın vazifesi kalmamaktadır.

3 — Umumiyetle seröz membranlar, hususile plevra tüberküloz enfeksiyonuna karşı fazla hassastır. Halbuki endo-torasik fasya konnektif doku ve az miktarda elâstik fibrlerden müteşekkildir. Bunlar ise tüberküloza hassas değildir. Bu suretle tüberküloz ampiyemin mümkün olduğu kadar önüne geçilmiş olur. Dolayısıyla bronkoplöral fistülün teşekkülü de intraplöral yapılan vak'alara nisbetle daha azdır. Vak'alarımızın bazılarında bronkoplöral fistül teşekkül ettikten günlerce sonra ampiyem husule geldiğini müşahede ettik.

Bizce bu ameliyatın tek mahzuru fazla kan kaybıdır. Burada muhakkaktır ki hasta intraplöralden fazla miktarda kan kaybetmektedir. Bu kan temin edildikten

sonra bu mahzur da ortadan kalkar. Biz son zamanlarda bu kan kaybını ameliyat esnasında yaptığımız oto-transfüzyon ile önlemekteyiz.

7 vak'adan hepsinde ameliyatı müteakib 2-3 gün içinde basil menfi olmuştur. Bunlardan M.G. de bir hafta sonra müsbet olmuş ve aynı zamanda mukabil tarafta yayım tesbit edilmiştir.

Hastaların hepsinde ameliyatın ertesi günü toksik hal zail olmuş gerek umumî halleri gerekse iştihaları bâriz bir şekilde düzelmiştir.

Netice olarak :

Belki mortalitemiz yüksektir fakat 9 ümitsiz vak'adan 5 i muhakkak, biri de ağlebi ihtimal kurtulmuş ve normal işlerine dönmüşlerdir.

Kaybettiğimiz iki vak'a göğüs cerrahisinde daima karşılaşılması melhuz ihtilâtlardan ölmüşlerdir. Binaenaleyh daha iyi bir tim ve kan bankalarımızdaki terakki ile bu önlenebilir.

Vak'alar seçilirken leziyonun tek tarafa inhisar etmiş olmasına dikkat edilecek olursa şifa nisbetinin artacağı bedihidir. Bununla beraber mukabil akciğerde leziyonun olması bir kontr endikasyon teşkil etmez ancak bu leziyonun destrüktif, aktif olmaması ve stabil olması şarttır. Kanaatımızca bu gibi vak'alara kaybolmuş nazarile bakmaktansa bu şans da denemek lâzımdır.

HÜLÂSA

Ankara Tıp Fakültesi I inci Cerrahi ve Fitizyoloji kliniklerinde 9 harab olmuş akciğer vak'asında yapılan plöro-pnömektomi vak'ası incelenmiş, alınan neticeler tahlil edilerek belirtilmiştir. Tüberkülozda yapılacak pnömektomilerde ekstraplöröl yapılması tezi müdafaa edilmiştir. Mukabil akciğerdeki leziyonun pnömektomide mutlak kontrendikasyon teşkil etmediği belirtilmiştir.

Op. Dr. Ahmet Erbelger :

Meslektaşım Dr. Galip Urak'ın çalışmalarını memnuniyetle karşılar ve teşekkürlerimi bildiririm.

9 ameliye vak'alarını % 33,3 erken mortalite göstermesini tabii karşılamamız icabeder çünkü daima ortaya koyduğumuz yabancı istatistiklerin doğduğu kliniklerin randımanı ile bizde daha yeni doğan bu sahanın neticeleri arasında böyle farklar olacaktır. Heybeliadada yapılan pnömonektomilerden birinde bronş fistülü gördük.

Mütebaki 6 hastalarının kaçır senelik olduklarını bildirmediler. Tüberkülo akciğerin bu şekil müdahalelerinde 1,5 sene sonra (bronche souche) fistülü gördüğünden bu ciheti öğrenmek ve erken kanaatların doğru hüküm vermeyeceğini bildirmek istiyorum.

Bronş fistüllerini torakoplasti ile kapatmak yegâne çaredir fakat (bronche souche) da daima muvaffak olamamaktadır. Buna mukabil lober bronş fistüllerinde beş vak'ada cauterisation, sütür ve torakoplasti ile tam netice almış bulunuyorum.

Entraplöröl ve ekstraplöröl akciğer liberasyonu bakımından ekstraplöröl plöro-pnömektomiyi eski ampiyemlilerde ve entraplöröl imkânsızlık hallerinde yapmayı tercih ederim. Çünkü tüberküloz iltisakları akciğerin diğer iltihaplarından en gevşek olanlarıdır. Çok mültesik plevra bölgelerini hatta az parankimalı dahi olduğu yerde bırakmak akciğeri çıkardıktan sonra bu kısımları görerek temizlemek çok kolaydır.

Tüberküloz anatomik olarak deri altına kadar iltihabi reaksiyon tevlid eder ve reeye yaklaşıldıkça iltihabi reaksiyon şiddetlenir ve yine her göğüs cerrahî ekstrasfasyal kaburgalar bölgesinin, apikal kısmın jugulo mediastinal kısmın plevra dışında operatöre neler hazırlayacağını takdir eder.

Kanaatımızca entraplöröl çalışmaya imkân varken bu yolu bırakmamalıdır. Esasen ekstraplöröl yolun daha şokan ve kanlı olduğunu arkadaşım da kabul ediyorlar.

Veremli akciğerin pnömonektomisinde göğüs boşluğunda toplanan kan, bir mezanter kesiginde karında toplanan kandan pek farklıdır.

Mikroskopik kazeum parçaları ve mikroorganizmaları yeniden uzviyete sokmaya-çağımıza dair hiç bir garantimiz yoktur.

Böyle büyük müdahaleyi göze alan klinik ve hekim nihayet transfüzyon için bir iki litre kanı temin edebilir ve daha emin adım atar.

Endikasyon bakımından mukabil akciğerin tamamen sâlim olması taraftarıyım. «Birşey» yapabilmek için mukabil tarafı leze hastada pnömonektomi yapmak şart değil ve her hastaya da «birşey» yapmak da doğru değildir.

Dr. Siyami Ersek :

Sayın Dr. Galip Urak'ın bu fevkalâde muvaffak olmuş vak'alarından dolayı kendilerini tebrik ve takdir etmemek kabil değildir. Memleketimizde bu yeni cerrahî şubesine hız vermesi bakımından ayrı bir değer taşır.

Hastaların seçilmesinde Sayın Dr. Galip Urak ile tamamen hemfikirim. Biz aynı zamanda lesion'un da seçilmesini önemle şart görüyoruz. Pnömektomi yapılacak vak'alarda diğer akciğerlerin bugün elimizde mevcut teşhis vasıtaları ile tamamen sağlam olmalıdır.

Heybeliada sanatoryomunda 4 tüberküloz vak'asında 3 pnömektomi ve 1 lobektomi yaptık. Bu vak'alarından hiç birinde mortalite ve ihtilât tesbit etmedik. Lobektomi yapılan vak'ada boşluk geriye kalan akciğerin ekspansiyonu ile dolmuştur. Pnömektomi yapılan vak'alarından iki tanesinde boşluk organize hematome ile dolmuş, üçüncü vak'ada thoracoplastie yapmak mecburiyeti hasıl olmuştur. Haddi zatında pleuro-pnömektomi yapılan tüberküloz vak'alarında boşluğun thoracoplastie ile kapatılması zarurî ve makûl ise de memleketimizde hastalara bu ikinci müdahaleyi kabul ettirmek her zaman kabil olmamaktadır. Ancak komplikasyon olan vak'alarda thoracoplastie yapılabilmektedir.

Bütün tedbirlerin alınmasına rağmen bazı vak'alarda bronş fistülü teşekkül edebilirse de bronş fistüllerinin teşekkül ihtimalini azaltmak için ameliyattan evvel bronkoskopi ile endobronchial tüberkülozun mevcut olup olmadığının tesbiti ve bronş stumpunun da casına'ya çok yakın kesilerek ifrazatın terakümüne imkân bırakılmaması fevkalâde önemlidir. Sayın Dr. Galip Urak'ı bu muvaffakiyetli tebliğlerinden dolayı tekrar candan tebrik ederim.

Doçent Dr. Nihad Dorken :

Tüberkülozda plöro-pnömonektomi hakkındaki düşüncelerimiz şudur :

Malûm olduğu üzere plevranın fonksiyonu yalnız menfi taziyki idame ettirmesi değildir, bunun yanında göğüs içinde husule gelen enfeksiyonları tahdit etmesi gibi bütün sujelere has olan çok önemli bir vazifesi daha vardır. Plevra olmazsa ufak bir enfeksiyon göğüs cidarında geniş flegmonlara sebep olabilir. Tüberkülozlu akciğer ekseriya cidara yapışiktır ve enfeksiyon neoforme lenf damarlarını takip ederek eks-

tra plöral mesafeyi de istilâ eder. Bundan dolayı ameliyat esnasında açılan lenf yolları enfeksiyon bakımından ciddi bir mahzur teşkil eder kanaatindeyim.

Biz 6 pnömonektomie yaptık. Bunlardan iki tanesi tüberküloz içindir. İlk vak'amızda intraplöral mesafe tamamiyle oblitere olduğundan büyük bir kısım yerde ekstraplöral olarak gidilmiş yani kısmen bir plöro-pnömonektomi yapılmıştır. Bu vak'ada her şey yolunda giderken ameliyattan 1,5 ay sonra cidarda büyük bir enfeksiyon husule gelmiş ve hastayı kaybetmemize sebep olmuştur. İkinci vak'a şifa bulmuştur.

Şurada kısaca şuna işaret etmek istiyorum ki. Pnömonektomi teknik bakımından kolay fakat ameliyat sonu ve bilhassa husule getirdiği malûliyet bakımından çok ciddi bir ameliyattır. Ameliyattan çok uzun bir zaman sonra dahi her türlü tehlikeler mevzu bahis olabildiği unutulmamalıdır.

Doç. Dr. Galip Urak (Son söz):

Arkadaşlarıma gerek tebliğimle alâkalarından gerekse hakkımdaki sözlerinden dolayı teşekkür ederim.

Arkadaşım Siyami bey lezyonun tek taraflı olması üzerinde durdular. Muhakkak ki bu şekilde muvaffakiyet şansı çok artar ve bu vak'alar müreccaktır. Ancak mukabil tarafta tebliğimizde tavsif ettiğimiz şekilde küçük bir lezyon var ise bu bir kontr endikasyon olarak alınmamalı. Vak'alarımız arasında böyleleri vardır ve halen tam sıhhattedirler. Yanında çalıştığım Dr. C r u i c k S h a n k son yazdığı bir makalesinde daha ileri giderek bir tarafa hafif bir pnömotoraks tesis ettikten sonra mukabil tarafa pnömektomi yapmıştır. Ben henüz bunu tecrübe etmedim.

Bronşu ben de tam bifürkasyon hizasından keserek kapatıyorum. Ancak tüberkülozda husule gelen fistül kanaatimce kullanılan teknikden değil endobronkiyal lezyondandır.

Kalan akciğerin genişlemesine mani olmak bence esastır. Bu ister torakoplasti ile ister göğüs boşluğunun pastik materiyel ile doldurulması şeklinde olsun. Ancak bu suretledir ki mukabil taraftaki gizli kalmış mihrakın alevlenmesini önleyebiliriz.

Hakikaten, Sayın Dr. Ahmed beyin üzerinde durdukları gibi, vak'aların ameliyat tarihleri hakkında bir şey söylemedim. İlk plöro-pnömektomi vak'ası 7.1.1951 de yapılmıştır, diğerleri bundan sonradır. Aradan geçen zaman henüz kat'i bir karara varılabilecek kadar uzun değildir. Esasen biz vak'alarımızı buraya memleketimizde pek yeni bir tarihte başlayan göğüs cerrahisini teşvik ve bu çığırın da açılmış olduğunu göstermek için getirdik. Yoksa yaptıklarımızdan bir tefahür hissesi çıkarmak için değil. Mortalitemiz yüksek bulunabilir. Yalnız karşılaştığımız mahrumiyetler ve başlangıcın çok yakın olması nazarı itibare alınacak olursa netice hiç de yeis verici değildir. Bu meydana memleketimizde kan nakli mes'elesi de üzerinde ehemmiyetle durulacak bir memleket davasıdır.

Ekstra plöral çalışma hakkında düşündüklerimi biraz evvel zikretmiştim. Bence lenf yollarının açılması en az varid olan yol budur. Eğer enfeksiyon buralara kadar yayılmış ise intraplöral çalışılırken karşılaşılabilecek yayım tehlikesi daha büyüktür. Eğer kün ve dikkatli bir şekilde çalışılırsa bu sıyrıma esnasında hiç bir tehlike ile karşılaşılmaz.

Sayın Doçent Nihad Dorken bir vak'alarında fistül teşekkül ettikten sonra alınan tedbir ve torakoplasti ile kapandığını söylediler. Bu herhalde küçük bir fistül olsa gerek zira tam açık bir fistülün torakoplasti ile kapatılması çok müşküldür.

Ankara Üniversitesi
Tıp Fak. Fizyoloji Kl.
Prof. Dr. Nusret Karasu

TÜBERKÜLOZ TEDAVİSİNDE İSONİCOTİNİC ACİDE HİDRAZİDE (INAH)

Dr. Necdet Menemenli
Uzman Asistan

Pas ve Streptomycin de dahil olmak üzere yapılan tedavilerden istifade etmemiş, kaviteli kronik akciğer tüberkülozu olan, 50 hastada 1 Nisan 1952 tarihinde başlayarak 3 ay müddetle INAH tedavisi tatbik edilmiş ve takip edilebilen 10 hastada ilişik cedvelde görülen neticeler elde edilmiştir.

Doz olarak önce günde kilo başına 4 mgr. ile başlanmış ve 15 gün sonra 6 mgr. çıkmıştır.

Tedavi esnasında ilâca karşı görülen reaksiyonlar, tedavinin ilk 15-30 günü içinde devam eden ve tedaviye devam olundukça tedrici olarak kaybolan taşikardi, takipne ve kabızlıktan ibarettir. Benson ve arkadaşları (1) yapmış oldukları farmakolojik tetkikler sonunda maddenin zayıf de olsa atropine benzer 1/200 tesiri olduğunu bulmuşlardır. Tedavi esnasında görülen taşikardi, takipne ve kabızlık gibi klinik tezahüratın bununla ilgili olması muhtemeldir.

Tedavi esnasında 2 inci hafta içinde bir hastada (R.K.) pürpürük cild reaksiyonu husule geldi ve tedaviye bir kaç gün ara verilip tekrar küçük dozlarla başlamak suretiyle tamamen kayboldu. Bu hastada 35 inci gün ilâca karşı rezistans husule geldi Streptomycine de rezistans olan diğer bir hastada da (S.Ü.) 25 inci gün rezistans tesbit edildi.

Steenker Jr. ve arkadaşları (2) kronik kaviteli tüberkülozlu 6 hastadan 4 ünde 8 hafta içinde rezistans teşekkül ettiğini ve bunların birinde rezistansın 26 ıncı günde görüldüğünü bildirmektedirler.

Hoffmann La Roche araştırma laboratuvarlarında çalışan M. Buck ve R. Schnitzer (3) in-vitro olarak H_{37} suşunda muhtelif dilüsyonlarda INAH pasajlarından sonra rezistans tevlit etmeğe muvaffak olmuşlardır.

Bu ilâca karşı beslenen büyük ümitler tahakkuk etmemiş olmakla beraber, hastalarda balgam, ter, zayıflama, halsizlik, iştahsızlık ve ateş azalmakta veya kaybolmaktadır. Tedavinin 2 inci haftasından sonra hastaların sür'atle kilo aldıkları görülmektedir. Bu hususta elde ettiğimiz neticeler umumî neşriyata uymaktadır. Yalnız ilk sırada kavitelelerin kapandığına dair yapılan neşriyata tevafuk etmemektedir. Cedvelin tetkikinden de anlaşılacağı üzere en az netice hastaların radyolojik manzaralarında alınmıştır. Bir iki hastada kavitelelerde hafif bir küçülme tesbit edilmiş buna mukabil diğer bir hastada 3 aylık tedavi sonunda umumî durumun fevkalâde düzelmesine karşılık kavitesinin balonlaştığı tesbit edilmiştir. Hastaların sedimantasyonlarında alınan neticelerde pek parlak ve spesifik değildir. En iyi netice hastaların kilo almaları, genel durumlarının düzelmesi, balgam miktarının azalması bazı hastalarda basilin kaybolması öksürük ve terin kesilmesidir.

T. İ. Gökçe'nin neşretmiş olduğu broşürde (4) de aynı neticeler görülmektedir.

Muhtelif akciğer tüberkülozlu hastalarda 3 ay yapılan Isonicotinic acide Hydrazide tedavisi ile elde edilen neticeler

Soyadı	Yaşı	Röntgen bulgusu			Kilo		İştah		Balgam				Rezistans	Sedim.		Nabız		Ateş		Netice	
		Giriş	Çıkış	Dozaj	G.	Ç.	G.	Ç.	Basıl		Miktar			G.	Ç.	G.	Ç.	G.	Ç.		
									Direkt	Kültür	G.	Ç.									G.
S. Ç.	22	İki taraflı yaygın kaviteli Tb.	Aynı	4-6 mg.	43	43.5	yok	iyi	Müs	Men	Müs	25cc	yok	80	71	110	80	38.5	36	Salâh	
Y. B.	7	İki taraflı bronkopnömoni kaz. Paratrakeal ganglionlarda büyüme	Aynı	»	14.5	16.5	yok	çok	Men	Men	Men	4cc	yok	73	44	110	70	38	36	Servikal adenitlerde küçülme	
R. A.	11	Solda yaygın homojen kesafet	% 50 salâh	»	26.3	29	yok	çok	Müs	Men	Müs	5cc	—	60	6	110	76	37.5	36	Salâh	
S. Ü.	13	Her iki taraflı yaygın kaviteli Tb.	Aynı	»	25.3	33.8	yok	iyi	Müs	Müs	Müs	10cc	—	25 ci gün	115	30	110	110	37.8	37	Dolaşım yetmezliği
H. C.	16	Sol kaidede atelektazi zirvede kavite	Kavitede az küçülme	»	43	17.5	yok	çok	Müs	Men	Men	30cc	—	110	30	90	70	37	36	Salâh	
S. A.	13	Milyer Tb.	Tam şifa	»	33.6	34.7	yok	çok	Men	Men	Men	—	—	80	44	120	80	38	36	Şifa	
R. K.	26	Solda yaygın kaviteli Tb.	Aynı	»	61.7	70.5	yok	iyi	Men	Men	Müs	40cc	—	35 ci gün	130	118	120	80	36	36	Hali ile
H. Ü.	17	İki taraflı yaygın bronkopnömoni kaz.	Aynı iki tarafta spontan Pnx.	»	45.3	43.1	yok	iyi	Müs.	Müs	Müs	20cc	—	60	87	110	80	38.5	36	Hali ile	
S. D.	25	İki taraflı yaygın kaviteli Tb.	Aynı	»	46.4	44.2	yok	iyi	Müs	Müs	Müs	15cc	—	120	138	120	110	37.5	36	Hiposerinemiye bağlı yaygın ödem	
Ş. D.	16	Sağ zirvede iç içe iki adet jean kavite	Kavitelere küçülme	»	30.7	34.4	yok	çok	Müs	Men	Men	—	—	70	36	120	88	37	36	Salâh	
K. Ö.	17	İki taraflı yaygın kaviteli Tb.	Sağ zirvedeki kavitede kalınlaşma	»	39	41.1	yok	çok	Müs	Men	Men	25cc	—	90	8	90	80	36	36	Salâh	

INAH nın toksikliği üzerinde yaptığımız kobay deneyleri

Vasatı ağırlıkları 500 gram olan normal, kâhil 12 kobay üzerinde ikisi şahit olarak ayrıldıktan sonra diğerlerine ikişer ikişer kobay başına sıra ile bir ay müddetle her gün 10, 25, 50, 75, 100 mgram INAH zerkleri yapıldı. Tecrübenin ikinci haftasından sonra 50, 75, 100 mgr. zerkedilen kobaylarda tüyler dökülmeğe ve hayvanlar iştahsız, hareketsiz, miskin bir hal almağa başladılar. Zerki müteakip hayvanlarda bazan klonik ve tonik takallüsler tesbit edildi. Tecrübenin son günlerinde bu hayvanları diğerlerinden uzaktan tefrik etmek kabil bir hal aldı. Bir ay sonunda bütün hayvanlar dekapite edilerek öldürüldü. Yapılan otopsilerinde makroskopik olarak son 3 grup hayvanlarda bilâstisna karaciğer hipertrofik olarak görüldü. Bundan başka bir değişiklik tesbit edilmedi. Yapılan mikroskopik tetkikte şahitlerde ve 10 ve 25 mgr. alanlarda hiçbir gayri tabiiilik tesbit edilmedi. Diğer 3 grupta sırası ile şunlar görüldü.

Karaciğer : şiddetli konjesyon, perikapiller enfiltrasyon, parankimada ödem ve vena santralislerde genişleme.

Böbrek : Kapiller endotel hücreleri dejenere, yer yer harabiyet görülmekte ve umumî olarak kapiller felci ârazı görülmektedir.

Dalak : Folliküler sistem hipertrofik olarak görülmüştür.

Netice : Bütün R.E.S. müdafaa reaksiyonu halindedir. Kat'i hükme varmak için henüz zaman erkendir.

HÜLÂSA

Kanaatimizce INAH bir mucize ilaç olmamakla beraber, tüberküloz tedavisinde, bilhassa memleketimiz şartları, ucuzluğu ve alınmasının kolaylığı bakımından kıymetli bir yardımcıdır. Cedvelin tetkikinden de anlaşılacağı üzere bir milyer tüberküloz vak'asında tam şifa temin edilmiştir. Tek bir vak'a ile kat'i bir hükme varmak her ne kadar doğru değilse de akut vak'alarda iyi kanlanan lezyonlar üzerinde INAH nın daha müessir olacağını zannediyoruz. Yalnız rezistans teşekkülünü geciktirmek maksadile bu maddenin diğer antitüberküloz ajanlarla müşterek olarak verilerek tetkik edilmesi lâzımdır.

Referans

- 1) W.M. Benson ve arkadaşları : The American Review of Tuberculosis Vol. 65, No. 4 April 1952
- 2) W. Steenken Jr. ve arkadaşları : The American R. of Tuberculosis Vol. 65, No. 6 June 1952
- 3) M. Buck ve R.J. Schinitzer : The American R. of Tuberculosis Vol. 65, No. 6 June 1952
- 4) T. İ. Gökçe : Heybeliada Sanatoryomu Neşriyatı 1952

Dr. Neşati Üster :

Günün meselesi olan tüberküloz tedavisinde isonicotinic asid hidrazide hakkında güzel bir tebliğ getirerek bu mevzu üzerinde münakaşa açılmasına imkân hazırladıkları için arkadaşlarıma teşekkür ederim. Biz de Bursa Verem Hastanesinde elli kadar

hastada isonicotinic asid hidrazide tatbik ettik ve bunları 4-5 ay kadar takip ettik. Tebliğlerin 1 ağustos 1952 ye kadar Tıp Encümenine verilmesi mecburiyeti ve bu tarihe kadar vak'alarımızın müşahede altında kaldıkları müddeti kâfi görmediğimiz için müşahedelerimizi bir serbest tebliğ halinde huzuruza getiremedik.

İsonicotinic asid hidrazid tatbik ettiğimiz vak'aların dörtte üçünde hararetin düşüğünü gördük. Bunların çoğu ağır iki taraflı, kavernali ülsero-kazeöz vak'alar idi. Bunların dışında radyolojik tegâyürleri nisbeten hafif olan vak'alar evvelce uzun müddet diğer antibiyotik ilaçların yalnız başına ve birlikte kullanıldığı halde ateşleri düşmemiş hastalardı. Bilhassa bunlarda ateşin şayanı hayret bir surette düştüğünü gördük.

Hararet derecesi umumiyetle bir hafta on gün içerisinde düşmekte ve bu düşüklük devam etmektedir. Fakat vak'aların bir kısmında mukavemet husulü dolayısıyla bir müddet sonra ateşin yeniden yükseldiğini gördük. Fakat bu müddet -bizim müşahedelerimize nazaran- o kadar kısa değildir. Biz 2,5 - 3 ay sonra bu ateş yükselmesini gördük.

Yabancı neşriyatta umumiyetle görülen isonicotinic asid'in sedimentasyon üzerine tesir etmediği kanaatına arkadaşlarımız da iştirak etmişlerdir. Fakat biz vak'alarımızda bu ilâcın kanda sedimentasyon sür'atını da azalttığını gördük. Başlangıçta yüksek olan sedimentasyon sür'atları vak'aların çoğunda azalmakta ve 1,5 - 2 ay sonra dörtte bire inmekte; hatta bazı vak'alarda normale yaklaşmaktadır. Sedimentasyonu değişmeyen vak'alarda tekrar ateş yükselmeleri daha çok görülmektedir.

Balgamda basilin ekseriya kayb olduğu fakat bir müddet sonra vak'aların bir kısmında tekrar meydana çıktığı görülmektedir. Bu da ilk zamanlarda ileri sürülen bu ilâcın bakterisid tesirinin kat'iyen mevzuubahs olmadığı, bakteryostatik tesirinin de diğer antibiyotiklerde olduğu gibi, -mukavemet husulü ile- geçici olduğu görülmektedir.

Ben de bir vak'amda zona gördüm. O vakit bunu ilâca bağlamadım; alelâde bir tesadüf telâkki ettim. Fakat şimdi bir vak'adan daha bahsedildiğine göre bunun üstünde durmak icabediyor.

Netice olarak tebliğ sahibi arkadaşlarımla beraber bu ilâcın ucuzluğu, alınmadığı kolaylığı ve zararsızlığı bakımından tüberküloz antibiyotikleri arasına girmiş kıymetli bir unsur olduğuna kaniim.

Dr. Abdi Asal:

Sual: 25 günde rezistans teşekkül eden vak'a hakkında izahat ve tahsis olarak şahsî bir vak'asında zona gördüğü,

Cevap: Bu vak'a streptomycine de rezistan olan gayet yaygın kaveteli tüberkülozu olan bir vak'adır. Evvelâ tedaviden istifade eder görünmüş, bilâhare rezistans teşekkül ettikten sonra tedrici olarak fenalaşmakta devam etmiştir. Rezistansa rağmen tedaviye devam edilmiş, 3 ay sonra diğer hastalarla birlikte tedaviye son verilmiş ve 15 gün sonra ölmüştür.

Dr. Neşati Üstel:

S.: Şahsî vak'alarında sedimentasyonun da tedaviden istifade ettiğini bildirmiştir.

C.: Biz de tetkik konusu vak'alarımızın bu kısmında sedim. çok düştüğünü fakat elde edilen diğer iyi neticelere nazaran bunun az olduğunu gördük.

Prof. Dr. Nusret Karasu:

İ.N.A.H. de rezistans husulünün çok ehemmiyetli olmadığını, çünkü şahsi kanıtına göre bu maddenin genel durumu düzeltici tesirinin mümkün olduğunu bildirmişir.

Dr. Tefvik İsmail Gökçe:

Heybeli Sanatoryomunda yaptıkları rezistans tecrübelerinde in-vitro olarak ısı-gari müessir İNAH concentration'unun 0,01 γ olarak tesbit edildiğini ve birçok vak'oda kısa zamanda rezistans husule geldiğini bu tetkiki bilâhare neşredebileceğini bildirmiştir.

C.: Biz de tecrübelerimize başlamadan önce bunu tetkik ettik ve in-vitro 0,01 γ konsantrasyonun basillerinin üremesine mani olduğunu gördük.

Dr. Tefvik İsmail Gökçe, Dr. Harika Özerengin, Dr. Turan Çıragöz :

Streptomycin ile tedavi esnasında basilleri Streptomycine karşı mukavemet kazanmış hastalarda İzoniyazid vermek suretile Streptomycine mukavemet üzerine bir tesir yapıp yapılamıyacağı bir araştırma mevzuu olarak ele alındı.

Bu mes'ele Basilleri Streptomycine mukavim olup İzoniyazid tedavisine tâbitutulmuş olan 24 hasta üzerinde tetkik edildi. Bu hastalardan 4 ünde Basiller santimetre mikâbında 4 gama Streptomycin bulunan vasatta üremişlerdir. Mukavemet hududusayılan bu 4 dü çıkararak 16 ile 32 gama arasında üreyen 20 vak'ayı ele alacağız.

Bu 20 hastanın hastalıkları bir veya iki taraflı müteaddit kaviteli ekserisi exudatif tipte ve evölütif seyirlidir. 25 gramla 140 gram arasında Streptomycin almışlardır.

Bu hastalardan üçü 17 - 30 gün, 6 sı 1 - 2 ay, 11 ri 3 ay ile 4 ay arasında Rimfon tedavisine tâbi tutulmuşlardır. Bu müddetler sonunda balgamlarında Streptomycine karşı mukavemet tetkik edilmiş, 9 unda basil ürememiş, 11 inde üremiştir. Üreyerlerden 6 sında basiller yine İzoniyazid tedavisinin başlangıcında olduğu gibi Streptomycine mukavim olarak bulunmuş, geri kalan 5 inde basillerin hassas olduğu görülmüştür.

Bu tecrübe henüz tamamlanmış ve bütün kontrollarla teyit edilmiş vaziyette değildir. Buna rağmen teyyüt ettiği takdirde, çok büyük bir ehemmiyete haiz olıcak olan bu hâdiseyi muhterem hey'etinize arz etmeyi, bilhassa ilgililer tarafından takibi ve tetkik edilmesine meydan vermek itibarile faideli bulduk.

Filhakika Streptomycine mukavim suşların mukavemetini İzoniyazid ile kısmen de olsa bertaraf etmek mümkün olduğu takdirde antibakteriyel tedavide çok mühim bir kazanç elde edilmiş olacak ve tedavi şekli de bu bulguya müvazi olarak değişecektir.

Hatta bu mes'elenin teyit veya reddedilmesine intizaren şimdiden Streptomycine ile İzoniyazidi bir arada kullanmamak eskiden olduğu gibi Streptomycini Pas ile lombine vererek İzoniyazidi Streptomycine mukavim vak'alara hasretmek şekli hatıra gelmektedir.

Dr. Tefvik İsmail Gökçe, Dr. Harika Özerengin, Dr. Abdurrahman Öztürk :

Müessesemizde İzoniazid ile tüberküloza müptelâ hastalar üzerinde tedavi tecrübelerine başlayarak hiç te küçümsenmeyecek müsbet neticeler aldığımız zaman zihnimizi mühim bir endişe işgal etmekte idi. O da diğer antibakteriyel ilaçlarda olduğu gibi bunda da basillerin ilâca karşı mukavemet husulü mes'elesi idi. Filhakika ilk reşriyatta invitro B.C.G. suşuna karşı kat'i mukavemet elde edildiği ve klinikte henüz mu-

kavemete delâlet edecek bir delil görülmediği bildirildi ise de biz bu ilâcın da biyolojik kaideler haricinde kalacağına ihtimâl vermiyorduk. Ve bu nokta nazarımızı ilk deneme neticelerini neşrettiğimiz broşürlerde de işaret etmiştik.

Bu mes'eleyi tetkik etmek üzere de müessesede araştırmalar yapmayı kararlaştırdık. Bu çalışmanın gayesi İzoniyazid ile tedavi edilmiş hastalardan Basil çıkarmakta devam edenlerde ilâca karşı mukavemet husule gelip gelmediğini ve ne nisbette husule geldiğini tayin etmektir. Bakteriyoloji Laboratuvarımız bu araştırmayı büyük bir titizlikle yaptı. Mukavemetin başladığı kademeyi tayin edebilmek için ilâca hassas olan Tüberküloz basillerinin üremesini meneden İzoniyazid kesafetini tayin ile başlamak icabediyordu. (İlk müşkülâtla burada karşılaştık) Elimizde saf halde İzoniyazid bulunmadığından vasatlara ilâve edilecek ilâç için İzoniyazid komprimelerini kullanıyorduk. Bununla netice almadık değil, fakat komprimede diğer maddeler de bulunduğundan bu usul bizi tatmin etmiyordu. Muhtelif firmalardan saf halde İzoniyazid istedik. Hoffman la Roche Fabrikası bu dileğimizi yerine getirdi. Saf Rimifon mahlülünü ihtiva eden ampullerden gönderdi. Bu çalışmalarımıza yardım ettiğinden dolayı bilhassa teşekkür ederim. Bundan sonra tecrübelerimizi bununla tekrar ettik, tecrübenin kısaca hülâsası şudur :

Likit ve solit muhtelif milyölerde santimetre mikâbına 0,001-0,01-0,05-0,1-0,5 ve 1 Gama isabet edecek şekilde Rimifon ilâve edildikten sonra bunlara ve kontrollarına Streptomycine hassas ve mukavim suşlar ekildi. Ve böylece bu basillerin Streptomycine hassas veya mukavim olsun en son 0,05 kesafetinde üredikleri ve ondan sonrakilerde üremediği tesbit edildiğinden 0,1 kesafet mukavemetin başladığı hudut olarak kabul edildi.

Son defa American Rewue de (952 senesinin 65 inci cildinin 6 nci bölümünde) William Streenken ve arkadaşlarının İzoniyazit'de mukavemet araştırmaları hakkında neşrettiği yazıda da mukavemet hududunu 0,125 olarak kabul etmesi bizi teyit etti.

Bundan sonra muhtelif müddetler İzoniyazid almış olan 24 hastanın balgamı mukavemet tecrübesine tâbi tutuldu. Balgamları usulü mahsusla ile hazırlanarak her balgam müstahlebi vasat içinde 0,1-1-10 gama ihtiva eden üçünün de üzerine aynı kesafette mahlüller etale edilmiş Lowenstein (Jensen tarafından tâdil edilmiş) vasatı bulunan 6 tüpe ve ayrıca Rimifonsuz vasattan 2 kontrol tüpüne ekildiler.

Bu araştırma neticesinde 30-127 gün Rimifon almış olan 24 hastanın 21rinde 0,1-10 gama arasında Rimifona karşı mukavemet husule geldiği tesbit edildi. Bu netice İzoniyazitte, Streptomycin ve Pas'da olduğu gibi ilâca karşı da mukavemet husule geldiğini göstermiş oldu.

Tecrübelerimizde mukavemet 30 gün alanlarda görüldüğü ve 30 - 40 gün Rimifon almış olan 7 hastada mukavemet husule geldiğine göre İzoniyazid de mukavemetin Streptomycine nisbetle daha erken ve geniş mikyasta husule geldiği intibasını vermektedir. Yukarıda işaret etmiştik. William Streenke'nin çalışmalarında 72 saat ara ile mukavemeti araştırılan 6 hastadan birinin mukavemetinin 26 ıncı günü başlamış bulunması bu düşüncelerimizi teyit eder mahiyettedir.

Bizim sadece mukavemetin husule gelip gelmediği ve neticesi hakkında yürütmüş olduğumuz muayyen araştırmaları şimdi bu tedaviye tabi tutulan hastalarda bidadetten itibaren sık sık mukavemet denemeleri arıyarak mukavemetin husule geldiği en aşağı hududu tayin etmeyi tavsiye edeceğiz.

Son zamanlarda yapılan mühim bazı neşriyatta bizim bu bulgularımızı teyit etmekte olduğuna göre İzoniyazid ile Tüberküloz tedavisinde, tedavinin Streptomycinde olduğu gibi, mukavemet nazarı itibara alınarak sevk ve idare edilmesi lüzumu üzerinde ısrar etmek isterim.

Ankara Üniversitesi
Tıp Fakültesi Fiziyoloji Kliniği
Prof. Dr. Nusret Karasu

STREPTOKINASE - STREPTODORNASE

Dr. Nezihe Enacar

Klinikte gerek ampiyelerde gerek postoperatif hematomların husulünde fibrin tavazzuatının husule getirdiği bir takım müşküllerle karşılaşmaktayız. Fibrin çökmesi mekanik bakımdan olduğu kadar lokal antibiotik ve kemoterapi içinde güçlükler tevhit etmektedir. Şimdiye kadar bunu bertaraf etmek mümkün olmadığından bütün gayretlerimiz sadece husulüne elden geldiği kadar mani olmağa çalışmaktan ibaretti. Bu ise tatbikatta kolay olmamakta, ne olursa olsun fibrinin çökmesine mani olunamamakta idi. Faraza ampiyelerde her ne kadar konservatif tedavi ile erken vak'alarda netice alınır da gecikmiş vekayide biriken fibrin kütlesi işlerimizi bir hayli güçleştirmektedir. Bu zamanla artıp ilerledikçe visseral ve paryetal plevra ileri derecede kalınlaşarak kosta arası mesafeleri daralıp deformiteye sebebiyet verir ve bu suretle kolumna vertebralisin de igrildiği görülür.

Gerek ampiyelerde, gerek yara tedavilerinde ve gerekse menenjitelde çöken fibrin, tatbik edilen ilâçların müessir olmalarına mani idi. Bütün bunların önüne geçmek bakımından uzun seneler uzun araştırmalardan sonra ilk defa Tillet ve Garners streptokoküs hemolitikusların fibrinolitik temayülleri olduğunu müşahede ettiler, araştırmaları sonu olarak katalitik ajan streptokinase ve desoxyribonuclease anzimini yahut streptodornase'ı elde etmeğe muvaffak olmuşlardır. Bugün klinikte fibrinolitik tesir eden bir ilâcın mevcut olması geniş imkânlar sağlamıştır. Tillet ve Garners beta hemolitik streptokok kültürlerinde insan fibrin kütlelerini süratle eriten bir faktör mevcut olduğunu göstermişlerdir. Bu maddelerin tesir tarzları kısaca gözden geçirilecek olursa in-vivo ve in-vitro aktivitesinin bir çok faktörlerin beraber tesiri ile temin ettiği görülür. Bu sebeble streptokinase ile fibrinoliz meydana gelmesi için bir serum faktörü lâzımdır. Bu Christensen ve Mc Lood tarafından plasminogen, Loormis tarafından « serum pro-fibrinolysin », Milston tarafından « lysing factor » diye isimlendirilir. Bu serum normal olarak insan kanında aktif olmayan stabil şekilde mevcuttur. Streptokinase ile temas halinde aktif ve labil şekle tahvil olunur. Serum faktörü ile streptokinase arasındaki bu münasebet basit bir tecrübe ile gösterilebilir: bir tecrübe tübünde kan veya eksudat muvacehesinde streptokinase'ın serum fizyolojikteki optimal mahlülü ile fibrin bir araya getirilirse fibrinoliz meydana gelir. Kan ve dolayısıyla kanda mevcut serumun bulunmaması halinde ise fibrinoliz meydana gelmez. Bundan başka maddenin aktivitesi ve tesirinde streptokinase için tipik olan bir frenleyici faktörün tripsin fren maddesinin veya antifibrinolizinin nazarı itibare alınması lâzımdır. Streptokinase'ın antijen tesiri de vardır. Hemo-

litik streptokok enfeksiyonundan sonra antikinase teşekkül edebilir. Hemotoraks tedavisinde koagülüm çözümü için streptokinase yalnız başına maksada kâfi geldiği halde ampiyem tedavisi için ikinci komponentin yani streptodornase mevcudiyeti lâzımdır; çünkü Sherry, Tillet ve Christensen'in gösterdikleri gibi cerahatin sedimentinde %70 e balığ olan mühim bir kısmı desoxyribonucleoprotittir. Şu halde streptodornase yani desoxyribonuclease bir enzimdir ve desoxyribonucleic asidi hidroliz eder. Streptodornase +4 —4 arasında bir hararette muhafaza edilir. Hararetle tesirini kaybeder. Aktivitesi için optimum ph 6,8 - 8,2 arasındadır. Tatbikinden 24 - 48 saat zarfında zerke-dilen streptokinase ve streptodornase'ın geri alınması lâzımdır. Streptokinase ve streptodornase'ın hayattar hücreler üzerine bir tesiri yoktur. Bu bakımdan klinikte zamanında tatbik edilmeğe çalışılmalıdır. Fibrin kütleleri organize olmadan, hayati nesîç haline inkilâp etmeden tatbik etmelidir. Ampiyemlerde bilhassa fazla fibrinin çök-tüğü pleural mayiın koyulaşarak tahliyeyi güçleştirdiği zaman fibrini eriterek alınması kolaylıkla kabil olmakta, lokal olarak verilen ilâç müessir olmaktadır. Fibrini kolaylıkla eriten bu maddenin hayati nesîç üzerine müessir olmaması bu cihetten kor-kusuzca geniş olarak tatbikini mümkün kılmaktadır.

Hemotoraks tedavisinde, pnömonektomi ve ekstraplöröl pnömoliz sonu hematomlarda muvaffakiyetle kullanılmıştır. Cathie ve Mc Farlane menenjit tüberkülozda streptomycinle tatbik etmişler, aksi iddiaların hilâfına iyi neticeler almışlardır. Gaensler ve Strieder ekstraplöröl pnömoliz sonu hematomlarda kullanmışlar, çok müsait neticeler almışlardır. Ankara Veremle Savaş Dernek hastanesinde 7 ampiyem, bir ekstraplöröl pnömoliz sonu hematomda tatbik edildi. Üç vak'ada da tension kavitele-rinde yarı kapalı drenaj bronşunun tamamen açılmasını temin ederek tansion vasfını azaltmak gayesi ile kullanıldı. Kullanılan preparat Lederle'nin şişesinde 137 000 ü. streptokinase ve 41 000 ü. streptodornase ihtiva eden preparatı idi. Ekstraplöröl pnömo-liz sonu hematom vak'ası ve ampiyem vak'alarından biri müstesna hepsinden müsait neticeler alındı. Ampiyemlerde aspirasyon lavajla kalevi ile lokal antibiotik tatbikiyle olan tedaviye mukavemet eden ve akciğerin re-expansionunu temin edilemiyen nispeten eski vak'alar üzerine tatbik edildi.

Üç senelik bir tıbbi pnömotoraks sonu ampiyem tbc. vak'asında (G. A.) 1,5 ay aspirasyon, lavaj lokal antibiotik tatbikinden sonra plöröl poşta ehemmiyetli surette küçülme tespit edildi ise de bundan fazlası mümkün olmadı. Bunun üzerine iki gün ara ile her defasında bir şişe olmak üzere 4 defa streptokinase ve streptodornase tatbik edildi, tahliyede mayi miktarı arttı; plöröl kavite çok küçüldü, aynı tarafa phrenie crush ve P.P. teşriki ile tedavi tamamlandı. İki senelik bir diğeri tıbbi pnömotoraks sonu ampiyem vak'asında (S.K.) aspirasyonla çok açılan fakat daha fazla açılması mümkün olmayan akciğer bir defa bir şişe streptokinase ve streptodornase tatbikiyle tamamen açıldı ve plöröl kavite kayboldu. Bundan sonra yine iki senelik bir tıbbi pnömotoraks sonu ampiyem tbc. vak'asında (M.T.) klasik aspirasyonla akciğerde muayyen bir miktar açılma tespit edildi. Tam açılmasını temin için iki gün ara ile her defasında bir şişe olmak üzere üç defa streptokinase streptodornase tatbik edildi. Müteakip aspirasyonlarla plöröl poş kayboldu. Üç senelik bir tıbbi pnömotoraks sonu ampiyem tbc vak'asında (H.T.) aspirasyonla akciğerde ehemmiyetli bir açılma kaydedildi, bir defa streptokinase ve streptodornase tatbikinden sonra akciğer tamamen açıldı. Spontan husule gelmiş bir senelik ampiyem tbc vak'asında (N. K.) önce aspirasyonla plöröl kavitenin bertaraf edilmesi için çalışıldı, bu bir dereceye kadar mümkün oldu; tam açılmasını temin için üç defa her seferinde bir şişe olmak üzere streptokinase ve streptodornase tatbik edildi, plöröl poş çok küçüldü, aynı tarafa phrenie crush ve P.P. teşriki ile de iki plevra yaprağının yapışması temin edildi. Birbuçuk senelik spontan

ampiyem vak'asında (A.K.) uzun müddet klasik aspirasyon, lavaj kalevi ile lokal antibiotik tedavisiyle akciğerde hiçbir açılma tespit edilmedi. Bundan sonra her defasında yarım şişe olmak üzere 10 defa streptokinase ve streptodorme tatbik edildi, akciğerde bariz bir açılma kaydedildi ise de bundan fazlası mümkün olmadı. Hastaya açık drenaj yapıldı ve ampiyem plastik yapılmasına karar verildi. 8 senelik bir tıbbi pnömotoraks sonu ampiyem tbc. da (H.E.) aspirasyon lavaj kalevi ile lokal antibiotik tedavisi ile akciğerin tam re-expansionu temin edilemiyordu. Bunun üzerine her defasında bir şişe olmak üzere 5 defa streptokinase ve streptodornase tatbik edildi. Pleural kavitede eskisine nazaran bir küçülme hali tespit edilmedi. Bir ekstrapleural pnömoliz sonu hematoma vak'asında (A.Ö.) bir defa streptokinase ve streptodornase tatbikiyle hematomun kolaylıkla tahliyesi mümkün oldu. Tansiyon kavitelerinde streptokinase ve streptodornase tatbikinden önce iki pleura yaprağının yapışması temin edildi. Kavite içine pas ve streptomycinle birlikte zerkedildi. Bu üç vak'ada müsait bir netice alınamadı. Streptokinase streptodornase tatbik edilen her vak'ada plöral mayinin koyulaşması, artması lökositlerde artma formülde sola inhiraf ve temperaturda 38,5 - 39 arasında yükselme tespit edildi. Hülâsa edilecek olursa lokal antibiotik ve kemoterapinin fibrin tavazzuatını önlemek için fibrinolitik tesir eden bir madde ile kombine olarak tatbikine lüzum vardır. Bu suretle fibrin tavazzuatına mani olduğundan yalnız tesirli bir antibiotik ve kemoterapi için yol açılmakla kalınmamış, aynı zamanda akciğerin çabuk genişlemesi temin edilerek herhangi bir operatif tedbire de (dekortikasyon, torakoplasti) lüzum hasıl olmamıştır.

Referans

- Edward A. Gaensler and John W. Strieder: Streptokinase - Streptodornase in treatment of extrapleural hematoma complicating extrapleural pneumothorax, The American Review of Tuberculosis May 1951.
- Streptokinase - Streptodornase: Sitoloji, Farmakoloji ve klinik kullanılışı. Prof. Dr. Nusret Karasu, Dr. Necdet Menemenli. Ankara Tıp Fak. Mec. Cilt V. S: 3 - 4, 1951
- T. Holmes Sellors: Modern Practice in Tuberculosis volume II
- Janz, H.: Die Behandlung von Eiteringen des Brustraumes mit antibiotica unter Verwendung von Streptokinase - Streptodornase. Der Tuberkulosearzt Januar 1952.

HÜLÂSA

Streptokinase-streptodornase tatbikiyle fibrin tavazzuatına mani olunarak tesirli bir antibiotik ve kemoterapi elde edilmektedir. Bilhassa ampiyemlerde aynı zamanda akciğerin reexpansionu temin edilerek herhangi bir operatif tedbire de (dekortikasyon torakoplasti) lüzum hasıl olmamaktadır.

Dr. Siyami Ersek:

Sayın Dr. Nezihe Enacar'ın bu tebliğleri fevkalâde enteresandır. Hakikaten gerek koyu empyeme liquide'lerinin ve gerekse ekstrapleural pneumolyse'den sonra husu-

le gelen hematome'ların eritilmesinde Streptokinase-Streptodornase tatbikatından fevkalâde iyi netice alınmaktadır. Biz Heybeliada sanatoryomunda husule gelen intrapleural ve extrapleural empyeme vak'alarında halen ponction iğnesinden tahliye edilemeyen cerahatleri streptokinase-streptodornase tatbikatından sonra kolaylıkla tahliye etmek ve böylece gerekli empyeme tedavisini tatbik imkânlarını kazandık. Bilhassa extrapleural pneumolyse'lerden sonra husule gelen hematome'larda streptokinase-streptodornase tatbikatından sağladığımız neticeler fevkalâdedir. Extrapleural peneumolyse ameliyesinden sonra extrapleural pošta husule gelen 12 hematome vak'asında bu ilâcı tatbik suretile hematome'u tamamen eritmeğe muvaffak olduk. Yalnız bu ilâcın mükerrer tatbikatı sırasında rastladığımız ufak tefek ihtilâtlar mevcuttur. Bunların en önemlisi ateştir. İlâcın tatbikini takip eden gece hastanın ateşi 39 - 40° ye yükselmektedir. Fakat bir gün evvel 25 - 50 cc. serohemorajik mayi tahliye edilirken ertesi gün 500 - 1000 cc. kadar mayi kolaylıkla boşaltılmaktadır.

Bizim tesbit ettiğimiz diğeri önemli bir ihtilât da poştaki basıncın artmasıdır. Streptokinase - Streptodornase tatbik edilirken sıfır olan basınç; ertesi gün 50 - 600 mm. civa tazyikine kadar yükselmekte ve hastalarda bazı sıkıntıları mucip olmaktadır. Hatta bazı vak'alarda spontan pneumolyse ameliyesine sebebiyet vererek poşu büyültmektedir. Streptokinase ve Streptodornase tatbikatından sonra görülen gerek ateş ve gerekse pošta basıncın artmasının protein maddelerinin parçalanması ile resorption ve bazı gazların intişarından husule geldiğini zannetmekteyiz.

TRAHOM TEDAVİSİNDE CHLOROMYCETIN, AUREOMYCIN VE TERRAMYCIN

Ord. Prof. Dr. Naci Bengisu

Doç. Dr. Necdet Sezer

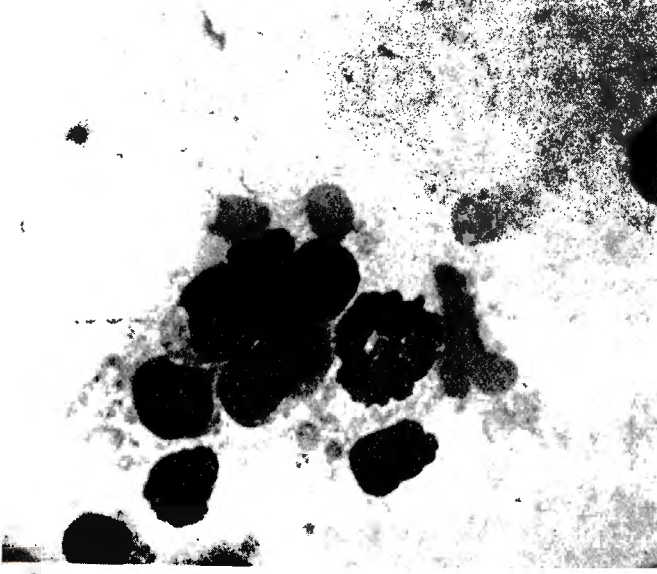
Heinemann'ın Trahomun Sulfonamidlerle tedavisi hakkındaki ilk yazısını 1939-1944 seneleri arasında yüzlerce müellifin büyük bir iştihakla ortaya attıkları tamamlayıcı çalışmaları takip etti, ve chemotherapy bu seneler zarfında trahom tedavisinde baş köşeyi işgal etti. Antibiotiklerin sahneye çıkmasıyla trahom tedavisinde sulfonamidler işgal ettikleri muhteşem mevkii birdenbire bu yeni ilâçlar lehine terk etmeğe başlamış görünmektedir.

Bugün büyük miktarlar halinde istihsal edilen başlıca yedi antibiotik mevcuttur: Penicillin, Streptomycin, Chloromycetin, Aureomycin, Terramycin, Tyrothricin, Bacetracin... Bunlardan başka henüz araştırma safhasında bulunan bir çok yeni antibiotikler vardır.

Bu antibiotiklerden: Tyrothricinin bir parçası olan Gramicidin Rusyada trahom tedavisinde kullanılmış ve iyi neticeler vermiştir. Mamafî Rus müellifleri bu ilâcın, trahom tedavisinde spesifik bir tesir icra etmekten ziyade tali infeksiyonlara müessir olduğu kanaatındadırlar. Bu antibiotikle diğeri memleketlerde yapılan tecrübeler çok mahduttur. Sardenia'da (Pasca) Tyrothricin suspansiyonu ile 15 florid trahom vak'ası tedavi etmiş, ne klinik ne de inclusionlu cisimler bakımından hiç bir salâh elde edememiştir. Fransada Sedan ve Sedan Banby de mutlâk surette menfi bir neticeye varmış-

lardır. İtalyada Nizeti, Şimali Afrikada Reilly ve Broch ve Nataf'ın observasyonları da bu antibiotiğin daha çok sekonder intanlar üzerine müessir bir yardımcı antiseptik olduğunu göstermektedir.

Penicillin ve Streptomycin hakkında başta Beitti olmak üzere bir kısım İtalyan müellifleri, Penicillin injeksiyonlarının hastalığın klinik belirtilerinde inkârı kabil olmayan bir salâh hatta şifa (% 25) husule getirdiğini iddia etmektedirler. Bu müellifler merhem halinde tatbik edildiği takdirde şifa nispetinin en az % 50 ye çıktığını ilâve ediyorlar. Mamafi gerek Penicillin gerekse Streptomycin'in virüsler hatta riketsia'lar üzerine müessir olmadığı katıyetle bilindiğine göre Bietti ve arkadaşlarının iddiasını sadece tali infeksiyonların iyileşmesini inhisar ettirmeye zaruret vardır.



Şekil 1 — Folliküler expresionda Ziya Gün hücresi
Birinci safha (Sezer)

Bacetracin'le trahom tedavisi hakkında hiç bir neşriyat yoktur.

Diğer üç antibiotiğe gelince, her üçünün de büyük virüsler zinciri ile (Psittacosis-lymphogranuloma grubu gibi) bazı riketsia'lar üzerine müessir oldukları gösterilince bu ilâçların trahom tedavisinde kullanılması tecrübe edilmiştir. İlk defa Aureomycin tecrübeleriyle ortaya atılan bu mevzu Chloromycetin ve Terramycinin de ilâvesiyle genişlemiş ve bu meyanda Japon müelliflerinin astronomik rakamlarla dolu travayları bilhassa nazarı dikkati celp etmiştir.

Trahomun yeni antibiotiklerle tedavisi üzerinde yapılan tecrübeler

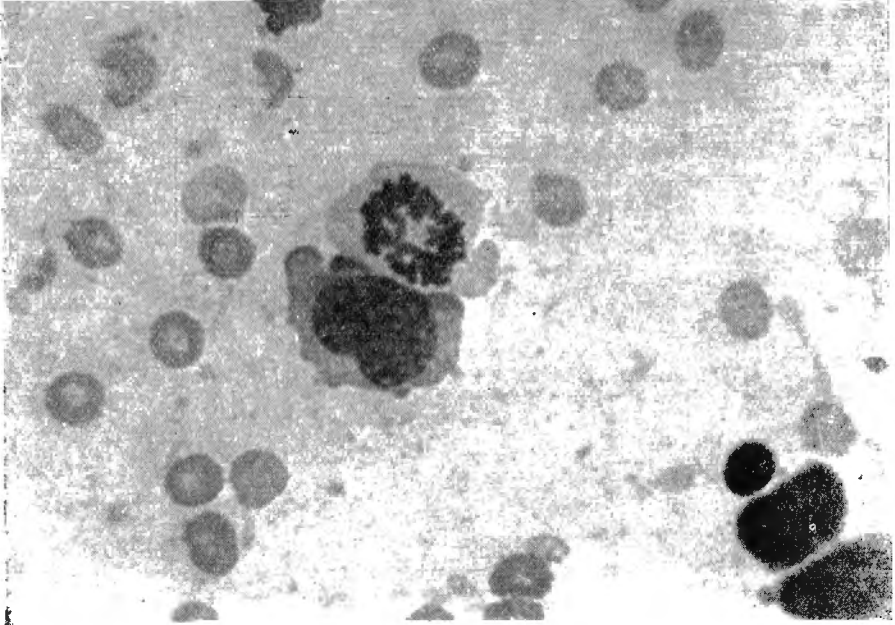
Trahomun andemik bir hastalık olarak yaygın bulunduğu hudud vilâyetlerimizde bilhassa trahomlu okul talebeleri üzerinde yeni antibiotiklerle yaptığımız tecrübelerin hülâsası aşağıda gösterilmiştir:

Trahomlu okul öğrencileri arasında 550 vak'a seçilmiş ve bu hastalık üç gruba taksim edilmiştir. 250 şer kişiden ibaret olan ilk iki grub terramycin ve chloromycetin ve 50 kişiden ibaret olan üçüncü grup da aureomycin ile tedavi edilmiştir. Hastaların bazılarını tedavi damla ve ağızdan kapsül vermek suretiyle tatbik edilmiş olmakla beraber umumiyetle merhemle tedavi tercih edilmiştir. Kullanılan merhemlerin nispeti aureomycin ve terramycin % 0.5 ve chloromycin için % 1 di.

Merhem günde beş defa ve kapaklar elevatörle tamamen çevrilerak ucuna pamuk sarılmış bir cam çubukla ve sıkı bir friksiyon tatbik edilmiştir.

Laboratuvar muayeneleri:

Akut belirtiler gösteren vak'alarda epitelyal scraping'de inklüzyonlu cisimlerin ve polinükleer lökositlerin kaybolması ilk kriteriyum olarak kabul edilmiştir.



Şekil 2 — Ziye Gün hücresi mitosise başlamış bir halde
İkinci safha (Sezer)

Akut belirtiler göstermeyen vak'alarda ise epitelyal scraping'de inklüzyon cisimlerin görülmesi nadir ve hemen hemen imkânsız olduğundan laboratuvar muayenesi foliküllerin ekspresyonu ile elde edilen preparatlarla Ziye Gün ve Leber hücrelerinin mevcudiyeti tesbit edilmiş ve bu hücrelerin kaybolması laboratuvar bakımından şifa diye kabul edilmiştir.

Klinik muayeneler:

Pannüs, süperfisyel keratitis, konjonktivanın foliküler ve papiller hipertrofisi ve tarsın hali klinik selâh veya şifanın tespiti için birer birer tetkik edilmiştir.

550 vak'anın bu görüş zaviyesinden tetkikile alınan neticeler şöylece hülâsa edilebilir.

Chloromycetin, Aureomycin ve Terramycin ile tedavi

Laboratuvar tetkikleri:

Akut vak'alarda: Epitelyal scraping ile yapılan frotilerde ilk üç dört gün içinde inklüzyonlu cisimler süratle azalarak tamamen kaybolmuş ve bir hafta içinde epitel hücreleri normal manzarasını almıştır. Polinükleer lökositler de aynı seyri takip ederek kaybolmuşlardır.

Kronik vak'alarda: Chloromycetin ve aureomycin ile yapılan tedaviden sonra foliküler ekspresyonlarda ilk haftanın sonunda Ziya Gün hücreleri ikinci hafta nihayetinde Leber hücreleri kaybolmuştur. Terramycetin ile bu hücreler ancak 2 - 3 ay sonra kaybolmuştur.

Chloromycetin ile tedavi

Tr.Devresi	Hasta adedi	Folikül	Pannüs	Tarsitis	Şifa	Selâh	Halile
I	50	50	50	—	35	—	15
II	100	100			55	20	25
			36		34		2
				20	7		13
III	100	100			32	40	28
			100		56	8	36
				40			40

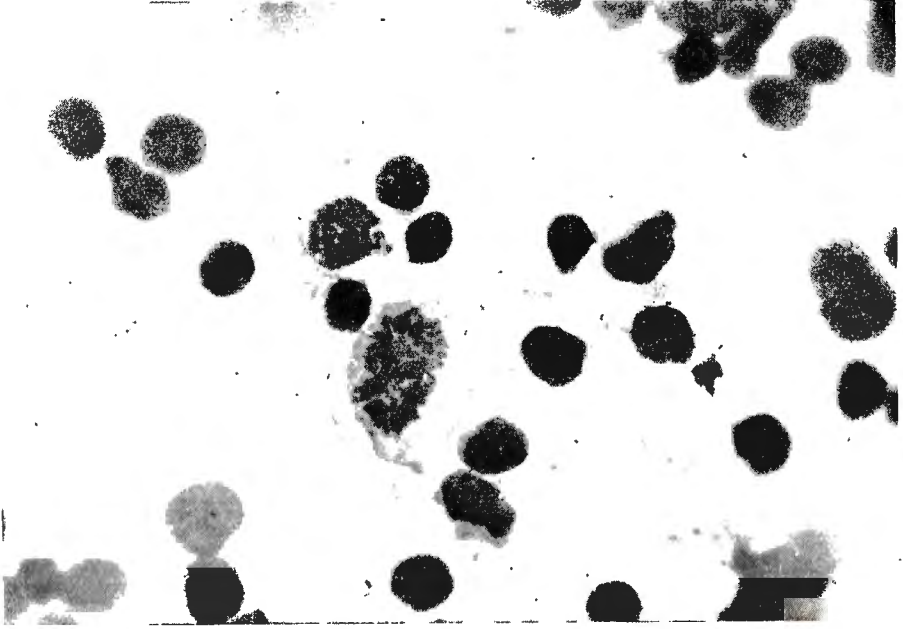
Terramycin ile tedavi

Tr.Devresi	Hasta adedi	Folikül	Pannüs	Tarsitis	Şifa	Selâh	Halile
I	50	50	50	—	30	—	20
II	100	100			15	45	40
			50		21		29
				4	4		4
III	100	100			20	40	40
			100		40		60
				30			30

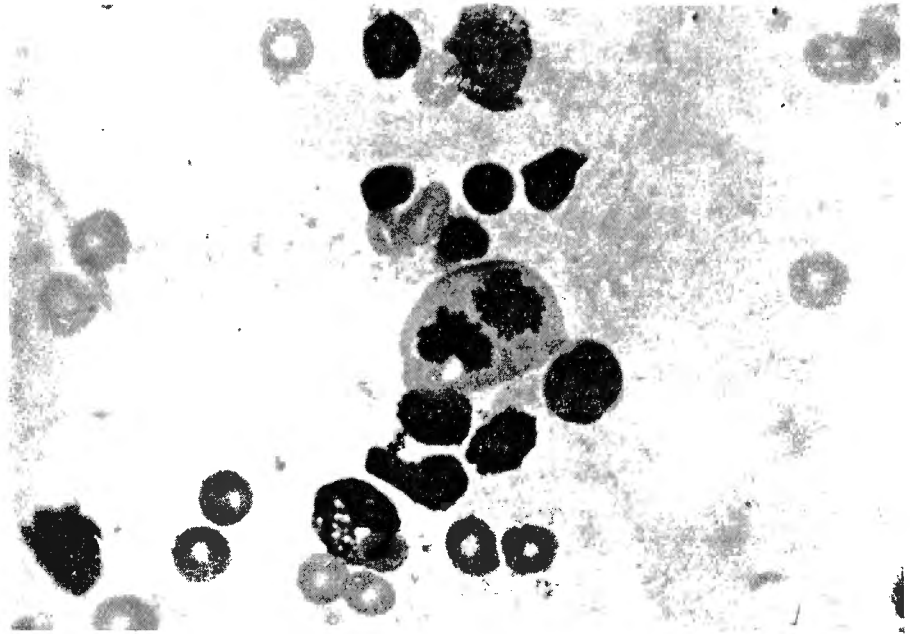
... Aureomycin ile tedavi

Tr.Devresi	Hasta adedi	Folikül	Pannüs	Tarsitis	Şifa	Selâh	Halile
I	10	10	10	—	6	—	4
II	20	20			10	6	4
					7		1
				2			2
III	20	20			15	1	4
			10		8	2	
				5			5

.Bütün hastalar üç ay takip edilmiştir.



Şekil 3 — Ziya Gün hücresi üçüncü safhada (Sezer)



Şekil 4 — Ziya Gün hücresi dördüncü safhada (Sezer)

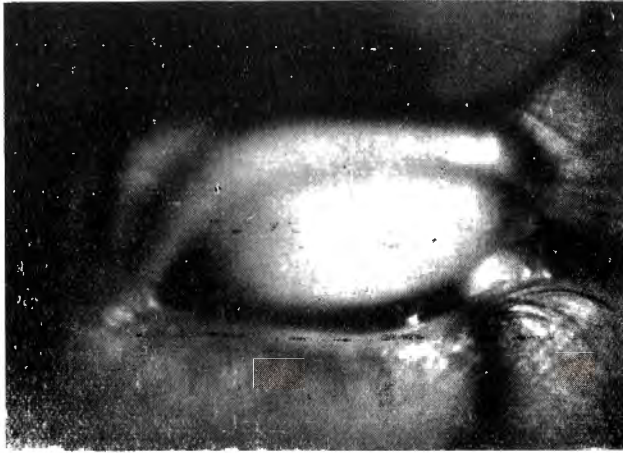
Klinik belirtiler:

Pannüs, süperfisyel keratit, akut vak'aların hemen hepsinde ilk on gün içinde tamamen iyileşmektedir. Kronik vak'alarda kornea içindeki damarlar boşalmakta, fakat kaybolmamaktadır.



Şekil 5 Tarsin attığı olduğu bir Trahom vak'ası

Foliküller akut vak'alarda 2 - 3 hafta içinde ve yerlerinde hiç bir nedbe bırakmadan tamamen silinirler. Tedavinin sonunda kapak konjonktivaları (Forniks ve tarsus da) düz emles ve kırmızı bir zar halini almakta ve normal damar şebekesinin yeniden



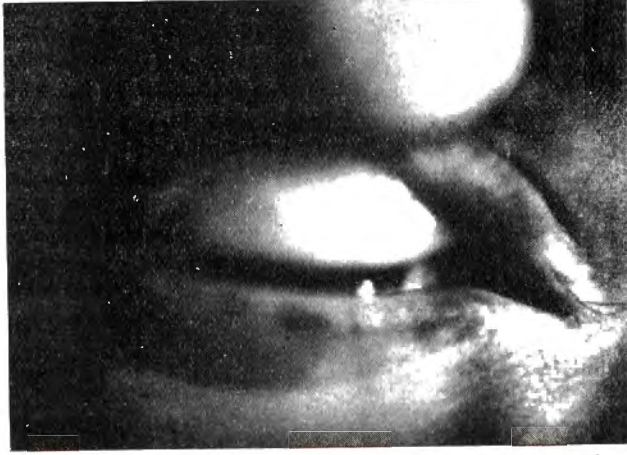
Şekil 6 — Chloromycetin ile tedaviden on beş gün sonra

görülebilmesi için tedavinin kesilmesinden sonra en az 15 ilâ 20 gün geçmesi icab etmektedir.

Kronik vak'alarda, aureomycetin ve chloromycetin ile alınan neticeler daha sü-

ratlidir. Böyle vak'alarda terramycin tedavisinden sonra folliküllerin neorbsiyonu için 2 - 3 ay beklemek ve çok defa tedaviyi tekrarlamak icab eder.

Papiller hipertrofi: Chloromycetin ve aureomycin papiller hipertrofi üzerinde tesiri çok süratlidir. İlk iki hafta içinde bu papiller sanki kostik bir madde ile silinmiş gibi tamamen kaybolur. Terramycine'nin bu papiller üzerine hemen hiç tesiri yoktur.



Şekil 7 — Chloromycetin ile tedaviden on beş gün sonra

Tarsal değişikliklere gelince: bütün bu tedavi esnasında en çok dikkatimizi tarsal değişikliklerin gösterdiği tahavvüller celb etmektedir. Tarsın kalınlaştığı ve göz kapaklarının ağırlaşarak düştüğü vak'alarda lokal aplikasyonla alınan neticeler diğer



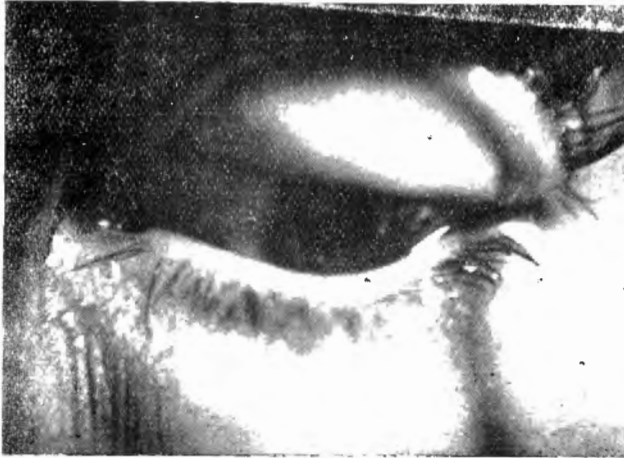
Şekil 8 — Tedaviden onbeş gün sonra

vak'alar gibi parlak olmamıştır. Filvaki vak'aların mühim bir kısmında tars kalınlığı azalmış, kapaklar daha iyi açılmaya başlamış, konjonktivalarda ve kornealardaki semptomlarda ehemmiyetli salâh görülmesine rağmen hemen her vak'ada sık sık



Şekil 9 — Tedaviden on beş gün sonra

nüksler kaydedilmiştir. Böyle vak'alarda ağızdan verilen chloromycetin şifayı çabuklaştırıcı ve nüksleri önleyici gibi görülmektedir. Terramycine ve aureomycin ile aynı neticeye varılamamıştır. Mamafih tecrübelerin devam ve tekrarını lüzumlu bulmaktayız.



Şekil 10 — Tedaviden onbeş gün sonra

HÜLASA

Aureomycine, Chloromycetine, Terramycine ile ve göze günde en az beş defa ve irriksiyon tarzında tatbik edilen merhem tedavisi ile yeni başlamış had trahom vak'ularında ilişik grafiklerde görüleceği veçhile Chloromycetine ile % 70 Terramycine ve Aureomycine % 60 nisbetinde tam bir şifa husule gelmektedir.

Kronik vak'alarda Chloromycetine ile % 55 - 32 Terramycine ile % 15 ilâ 20 Aureomycine ile % 30 ilâ 50 nisbetinde bir şifa husule gelmektedir.

Klinik ârazların kaybolmadığı vak'alarda dahi her üç ilâçla laboratuvar muayenesi daima hastalık âmili işaretlerinin kaybolduğu görülmektedir.

Tarsın attake olduğu vak'alarda lokal tedaviyi ağızdan Chloromycetine vermek suretiyle daha kuvvetlendirmek, nükslere mani olmak ve tam şifayı husule getirebilmek için lüzumlu gibi görülmektedir.

Chloromycetine diğer ilâçlara nazaran suda daha az münhal olduğundan konjonktiva kesesinde daha uzun bir zaman kalmakta ve tesiri bu bakımdan daha fazla bulunmaktadır.

İlâçların damla şeklinde tatbiki hiç bir vak'ada kâfi bir netice vermemiştir.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Fitizyoloji Kliniği
(Prof. Dr. Nusret Karasu)

ANKARADA HISTOPLASMIN ANTİJENİ İLE YAPILAN ARAŞTIRMALAR

Dr. Ali Asaf Sirman

1906 senesinde Panamada Darling H. Capsulatum'u bulduktan sonra bu yeni mevzu etrafındaki çalışmalar artmış ve 1912 de Da Rocha-Lima bu organizmayı iyice tetkik ederek bünyesini ve kültür hususiyetlerini araştırarak bunun bir «Fungus» küf mantarı olduğunu ortaya koymuştur. 1934 te Dodd, Topkins ve De Monbreun, Hasman ve Schenken'de aynı zamanda yapmış oldukları çalışmalar ile bu bulguları teyit etmişlerdir.

Böylece organizmanın husule getirdiği hastalık tanınmış ve klinik tabloları tayin edilmiştir. Histoplasmosisin histolojik ve kültürel teşhis vasıtaları yanında bulunan ve bilhassa son 7 - 8 senedenberi Amerikada halka kütleli olarak tatbik edilen Histoplasmin isimli antijenden bahsetmek istemekteyiz.

Histoplasmin Tüberkülin gibi hastalığın tanınmasına yarıyan bir maddedir. Bu antijen, muhtelif Histoplasma Capsulatum suşlarının; kültürde üretilmesinden sonra «Berckfeld N.» süzgecinden süzölmüş olan steril bir filtratıdır.

Histoplasmin Amerikada ilk defa olarak 1945 senesinde Dr. C.W. Emmons tarafından «National Institute of Health» Millî Sağlık Enstitüsünde ihtimamla hazırlanmış ve tatbik edilmişe başlanmıştır.

Amerikan Halk Sağlığı raporlarından edindiğimiz malûmata göre Dr. Carroll E. Palmer ve arkadaşları muhtelif hemşire okullarındaki talebelere massif röntgen taramaları yapmışlardır. Tüberkülin negatif bulunan bir çok şahıslarda akciğer kalsifikasyonlarının ve Nodüler enfiltrasyonların çoklukça görüldüğü bu araştırmacılar tarafından müşahede edilmiştir. Bu talebelere aynı zamanda yapılan Histoplasmin tatbi-

katı aşağıdaki enteresan bulguları ortaya koymuştur. Test 10629 kişi üzerinden yapılmış ve elde edilen neticelere göre 4 grupta sınıflandırılmıştır:

Guruplar:

1 — Histoplasmin	(+)	Tüberkülin	(+)
2 — Histoplasmin	()	Tüberkülin	(+)
3 — Histoplasmin	(+)	Tüberkülin	(—)
4 — Histoplasmin	(—)	Tüberkülin	(—)

AKCİĞERLERDEKİ % GRAFİ NETİCELERİ

Guruplar	Kalsifikasyon	Nodüler	Yumuşak Fibrotik enfiltrasyonlar	
1 — H.+ .T.+	35	2,24	1,63	1,43
2 — H.— .T.+	10,7	0,41	1,88	1,22
3 — H.+ .T.—	33,2	3,44	0,44	0,95
4 — H.— .T.—	0,7	0,05	0,03	0,07

Bu testten elde edilen neticelerin çok enteresan oldukları görülmektedir. Tüberküloz haricî enfeksiyonların akciğerlerde yapmış oldukları kalsifikasyon ve nodüler enfiltrasyonlar gibi lezyonlarda etyoloji karanlıktır. Bazı Fungus enfeksiyonlarını bu gibi lezyonlara sebebiyet vereceği düşünülüyordu. Bu arada Coccidioides İmmittis isimli Fungusun akciğer hastalıklarına sebebiyet verdiği de bilinmekteydi. Fakat Dr. C.E. Smith'in ihtimamla hazırlanmış olduğu Coccidioidin deri testi bu gibi vak'alara intradermal olarak 0,1 cc. 1/100 solüsyonundan zerk edilmiştir. Netice esas olarak negatif sayılmakla beraber ancak bir kaç vak'ada positif reaksiyon görülmüştür. Bütün bunlardan dolayı çok büyük bir sayıda positif reaksiyon veren Histoplasmin testi ile etyolojileri karanlık olan bu gibi vak'alarda amilin H. Capsulatum olduğu zannedilmektedir.

16320 kişide yapılan diğer bir etütte % 23,2 nispetinde Histoplasmin testi positif olarak bulunmuştur. Bunun % 19,5 kuvvetle positif ve % 3,7 şüpheli positif olan vak'alardır. Amerikalılar bu şekilde 300.000 kişi üzerinde bu testi tatbik etmişler ve aşağı yukarı buna benzer neticeler elde etmişlerdir.

Biz Amerikan Halk Sağlığı dairesinden Dr. F. W. Cross vasıtasıyla Histoplasmin temin ederek Ankarada tatbik ettik.

Kullanılan Teknik ve Materyel:

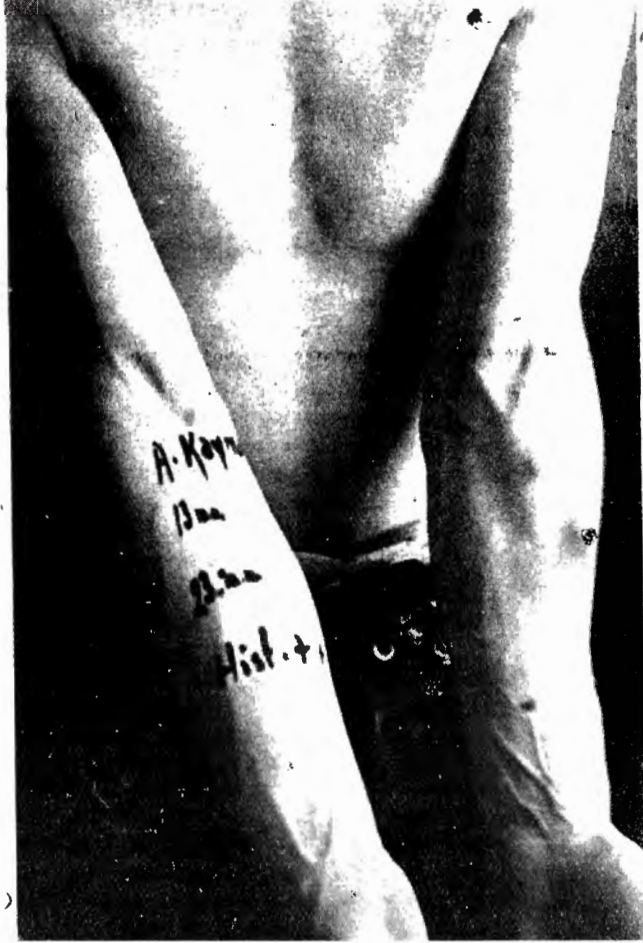
Histoplasmin positif reaksiyon veren vak'aların okunuşunu iki gurup üzerinden sınıflandırdık.

1 — Kuvvetle positif reaksiyon: Deri testinin tatbikinden 48 saat sonra zeri yerinde 5 mm. büyük endürasyon ve eritem.

2 — Şüpheli positif reaksiyon: Zerk yerinde 48 saat sonra 5 mm. küçük endürasyon veya 5 mm. den büyük eritem ihtiva eden vak'alardır.

Tecrübelerimizi dört sınıf halk üzerinde tatbik ettik: Bunlardan birinci grubu; Fizyoloji kliniğinde, Ankara Verem Hastanesinde ve Ankara Veremle Savaş Derneği hastanesinde tedavi gören aktif akciğer tüberkülozlu 237 hasta teşkil ediyordu ve bunların hepsinde 1/1000 Mantoux testi positif bulunmakta idi. 3 - 60 yaşları arasında bulunan hastalar, akciğer tüberkülozunun muhtelif klinik ve radyolojik gösterilerini haizdiler. Histoplasmin tatbik ettiğimiz bu hastalardan birisi müstesna diğerleri Histoplasmin negatif bulundular.

Histoplasmin pozitif bulunan hasta ise deri içine tatbik edilen Lot. H. 42 antijenini ile 48 saat sonra zerk yerinde 15 mm. transvers çapında bir endürasyon ve eritem göstererek kuvvetle pozitif cevap vermişti. Aynı şekilde iki gün sonra tekrarlanan kontrol testi de yine biraz daha şiddetli olmak üzere aynı reaksiyonu vermiş bulunuyordu. Bu reaksiyonlar pozitif Mantoux testinde olduğu gibi bir hafta aynı şiddette devam etmişlerdir. Hastanın balgamında Bk. pozitifi idi, ve radyolojik olarak ta sağ akciğerde Far advanced ulcerative caseos form lezyon ve sol akciğerde ise yayım görülmemekte idi. Yapılan diğer tamamlayıcı muayenede hastada her hangi başka bir mantar hastalığına rastgelmemiştir.



Şekil : 1

İkinci grup araştırmalar Ankara Merkez Ceza evinde bulunan 481 tutuk ve mahkûm üzerinde yapılmıştır. Bunlara da aynı nispette Histoplasmin ve 1/1000 Mantoux deri testleri sinerjik olarak tatbik edilmiştir. Bu 481 mahkûmdan 22 tanesi pozitifi Histoplasmin reaksiyonu vermişlerdir. Bu 22 kişinin 15 kişisi kuvvetle pozitifi reaksiyon vermişlerdir ki zerk yerlerinde husule gelen endürasyonların ufki çapları 7 - 23

mm. bulunmuştur. Şüpheli reaksiyon veren diğer 7 kişi ise 3-4 mm. çaplarında endürasyon ihtiva etmekte idiler, bunlarda bulunan eritemlerin çapları 5 mm.den büyüktü.

Bu şahısların dahi bir hafta sonra yapılan kontrollerinde reaksiyonları aynen muhafaza ettikleri görülmüştür. Biz bu 22 kişiye tekrardan bir kontrol deneyi yaptık ve biraz daha şiddetli olmak üzere aynı şekilde tekrardan reaksiyon verdiklerini tespit ettik. Bu şahıslarda yapılan eritrosit, lökosit sayıları ve kan formülleri ile Westergeen sedimentasyon tayinleri normal olarak bulunmuştur. Tamamlayıcı olarak yapılan radyolojik ve klinik muayenelerde de şahıslar normal olarak bulunmuşlardır. Bu şahıslara sinerjik yapılan 1/1000 Mantoux testi de hepsinde positif olarak bulunmuştur.

Araştırmalarımızın üçüncü gurubunu Çocuk İslâh Evinde hükümlü olarak bulunan ve 12-16 yaşları arasındaki 132 şahıs teşkil etmekte idi. Bunlardan 17 kişide Histoplasmin deri testi positif bulundu, endürasyonlar 5-10 mm. arasında transvers çapları ihtiva ediyorlardı. Bunlara sinerjik olarak yapılan Mantoux testi hepsinde positif bulunmuştur. Bu şahıslardaki radyolojik ve klinik araştırmalarımıza devam etmekteyiz.

Dördüncü gurup araştırmalarımız cildiye kliniklerinde bulunan hastalar üzerinde yapılmıştır. Bu şahıslarda: Psöriasis generalizata, Rosace, Sifilis, Ekzemanın muhtelif şekilleri, Eritema Nodosum, Trikofisi gibi muhtelif cilt hastalıkları bulunmaktaydı. Yapılan Histoplasmin testi bu 30 hastada negatif netice vermiştir.

Şimdiye kadar Histoplasmin tatbik ettiğimiz 930 kişiden 40 kişide positif reaksiyon gördük, bu ise % 4,3 demektir. Spesifik olduğu iddia edilen böyle bir antijenin memleketimizde % 4,3 positif reaksiyon vermesi kanaatimce çok şayanı dikkat bir hâdisedir. Bizim bulgularımızdaki bu nispet; nispeten düşüktür. A.A. Moll Brezilyada Porto Allegrede 870 mahkûm üzerinde bir araştırma yapmış ve % 14,6 nispetinde positif Histoplasmin reaksiyonu bulmuştur. Bahia'da Pedrosa Cunha Brezilyalı işçiler üzerinde bir araştırma yapmış ve % 9,4 positif reaksiyon bulmuştur. Nihayet Amerikada bulunan vasatî reaksiyon nispeti ise % 24 kadardır.

İzahat: Bazı müellifler bu testin spesifitesine inanmakla beraber reaksiyonun yakkın mantar hastalıkları ile karışabileceğini ileri sürmektedirler. Bundan dolayı Blastomycin, Coccidioidin, Candidin (Oidiomycin) ve paracoccidioidin gibi antijenlerle de karşılıklı reaksiyonların yapılmasını tavsiye etmektedirler. Fakat Howell isimli müellif Histoplasmin'in aynen Tüberkülinde olduğu gibi çok yüksek bir spesifiteye malik olduğunu yapmış olduğu tecrübelerle istinaden iddia etmektedir.

Histoplasmin Lot. H. 42 antijeni ile positif reaksiyon veren bütün vak'alar umumiyetle şahsın H.Capsulatum mantarına karşı hassas olduğunu göstermekle beraber evvelce bu hastalığın geçirilmiş olduğuna veya halen bu hastalıktan musap olduğuna delâlet ederler. Tüberkülin deri testinde olduğu gibi Histoplasmin testi üzerindeki hassasiyet te behemahal aktif bir hastalığın mevcudiyetini derpış etmiyebilir (F.W.Cross). Fakat biz bu hususta henüz kat'i bir şey söyleyecek durumda değiliz ve araştırmalarımıza devam etmekteyiz.

Enfeksiyonun bulunduğu şehirlerimiz.

Positif reaksiyon gösteren eşhasın doğmuş ve uzun zaman yaşamış oldukları şehirler aşağıda gösterilmiştir :

Ankara 8 kişi, Kırşehir 4 kişi, Sivas 2 kişi, Adana 2 kişi, Elazığ 2 kişi, Tokat 2 kişi, Muğla 2 kişi, Manisa 2 kişi, Afyon 2 kişi, Kayseri, Samsun, D.Bakır, Yozgat, Boyabat, Eskişehir, Mersin, Adapazarı, Aksaray, Erzurum, Uşak, Antalya, Bursa, Van. Bu şehirlerdeki şahısların diğer memleketlere yapmış oldukları seyyahatler çok mahdut ve kısa süreli idiler.

HÜLÂSA

Ankarada Histoplasmin deri testi ile sinerjik olarak yapılan Tüberkülin deri testi araştırmaları sonucu 930 şahıstan 40 tanesinde (% 4,3) positif Histoplasmin testi bulunduğuna dair olan mülâhazat bu raporda izah edilmiştir.

Dr. Ekrem Kadri Unat :

Bizde bir veteriner arkadaş kedide kùltürle Histoplasmosis tesbit etmiştir.

T. C.

İstanbul Üniversitesi

Patolojik Anatomi Enstitüsü

yayınlardan

Direktör: Ord. Prof. Dr. Ph. Schwartz

TERATOİD KAYNAKLI ÜÇ ENTERESAN HABİS GENİTAL ORGAN TÜMÖRÜ

Dr. Kemal Rüştü Akgüder - Dr. Şemsi Gök

Sayın hey'etinize, son günlerde arka arkaya rastladığımız ve kaynakları ile sevirleri bakımından özel olarak ilgilendiğimiz habis tabiat gösteren 3 genital organ tümörü vak'ası takdim etmek istiyoruz.

Sayın profesörümüz Dr. Besim Turhan'ın müsadeleri ile huzurunuzda getirdiğimiz vak'alarımız şunlardır :

Vak'a I

Bu vak'a bize Fakültemiz İkinci Şırürji Kliniğinden biopsi materyeli olarak gönderilmiştir. 40 yaşında bir erkeğe aıttır. Hasta Düzceli bir rençberdir. Klinik hikâyesinde bizi ilgilendiren kısımlar şunlardır : Hastanın doğuşundanberi küçük kalan (hipoplazik) sağ testisi 7 ay evvel büyümeğe başlamıştır. 1,5 ay evvel şişlik ağrı yapmaya başlamış ve bu ağrı gitgide bütün karnına yayılmıştır. Nihayet sağ hypochondrium bölgesinde elle hissedilen katı şişlikler peyda olmuş (metastaz) ve kastrasyona karar verilmiştir. Ameliyattan bir hafta sonra karnındaki metastazların tedavisi için Radyoloji Enstitüsüne gönderilmiş ve radyoterapi sonunda karnındaki şişlikler kaybolmuş, bu durum da iyi olarak taburcu edilmiştir. (*)

(*) Bu vesile ile vak'ayı bize veren ve kıymetli etüdüleri ile bizi aydınlatmış bulunan klinik direktörü sayın hocamıza ve değerli mesai arkadaşlarına huzurunuzda teşekkürlerimizi bildiririz.

Ameliyattan sonra Enstitümüze gönderilmiş olan sağ testisin makro-mikroskopik etüdünde şu değişiklikleri tesbit etmiş bulunuyoruz. (Biopsi Prt. No. 1008/52).

Takriben bir erkek yumruğu kadar büyümüş olan sağ testisin; dıştan yer yer ittisaklarından koparılmış durumda oldukça geniş pürtükler gösteren kalınlaşmış boz-beyazımtrak bir kapsül ile sarılmış, bazı yerleri sıkı, bazı yerleri nisbetle gevşek, bazı yerlerde ise yumuşamış kıvamda; kesit yüzeyinde kırmızı (hemorajik), sincabi (tümörlü), sarı-sincabi (nekrozlaşmış) ve beyaz-boz renklerle (lifi örgü) alacalanmış, bazı kısımlarda içerisi düz ve cilalı bir membranla örtülü, içleri yapışkan ve şeffaf bir sıvı (muhat) ile dolu boşluklar (kistler) ile döşenmiş polimorf görünüşte habis tümöral bir gelişme ile değişmesi (kesitte bazı sert kısımlar bıçakla kıtırdayarak kesilmektedir: kıkırdak).

Sağ testiste gelişen habis tümöral infiltrasyonun çevredeki kapsülü yer yer çatlatması ve kapsül içerisine girmesi. Resim 1.

Mikroskopik preparatlarda bir çok yerlerde testis teratomuna âit (solid tabiatta) polimorf doku toplulukları görülmektedir: Bir preparatta köselede kalmış bir kıkırdak strüktürü yanında oldukça geniş sahalar gösteren bazı yerleri lifden zenginleşmiş, bazı yerde hücreleri bol, bazı yerde embriyonal karakterde gevşek bir yapı gösteren bağ dokusu arasında irili ufaklı kübik epitelle çevrilmiş halkalar görülmektedir.

İkinci bir preparatta halkalar yapmış epitel dokusunun geniş bir bölgeyi kaplayan çeşitli tipleri ayırılmakta ve bu halkalarda kübik epitelli olanlar, silendrik epitelli olanlar, tüylü epitelli olanlar ve muhat ihtiva edenler bir arada bulunmaktadırlar. Bunlar arasında lumenleri muhat ve dökülmüş epitelle döşenmiş geniş kistik boşlukların teşekkülü de dikkat çekmektedir. Preparatın bir yerinde bu halkaların yanındaki ve arasındaki geniş bir saha daha ziyade embriyonal karakterdeki gevşek bağ dokusuyla kaplanmış görülmektedir.

Üçüncü bir preparatta epitel dokusu çok katlı yassı epitel karakterini almış ve geniş bir sahaya kaplıyarak araya girmiştir. Bu örtücü epitel strüktürü içerisinde orta yerde karnileşme gösteren yuvarlak teşekküller de görülmektedir. Diğer taraflarda büyücek kistik bir teşekkül, kitle halinde gудde epiteli adacıkları ve düz adaleye âit bir yapı da ayırılmaktadır.

Bu preparatların her üçünde mevcut hücreler paratipik nümunedirler ve halkaların membrana propriaları tamdır. Hücreler arasında koordinasyon mevcuttur.

Fakat dördüncü bir preparatta sahaya hâkim manzara irili ufaklı, daha ziyade kromatinden zengin koyu, ara yerde açık boyalı nüvelere malik ekseriya dar sitoplazmalı indiferansiye tipte atipik hücrelerin geliştiği görülmektedir. (Testiste teşekkül etmiş solid tabiatte bir teratomda indiferansiye habis tümör gelişmesi). Resim 2.

Burada tesbit ettiğimiz bulgulardan açık olarak anlaşılmalıdır ki, hastanın testisinde evvelâ solid tabiatte bir teratom teşekkül etmiş ve bu teratom zamanla daha ziyade ekdodermal istikamette bir gelişmeyi taklid eden fakat embriyonal devreye âit atipik hücreler gösteren tam diferansiye olmamış bir habis tümör şekline geçmiştir.

Bilindiği gibi ekto-mezo-endoderm yapılarını bir arada ihtiva eden tridermik gelişmeli fôtüs taklidi tümörler olan teratomların erkeklerde en sık görülen yeri testisler bulunmaktadır. Testis teratomları arasında kistik ve solid morfoloji gösterenler ayırılır. Bunlardan ekto, mezo ve endoderm yapılarının her hangi birinin diferansiye veya indiferansiye tiplerinde atipik gelişmesiyle meydana gelen habis tümöral teşekküller daha çok solid olanlarda meydana gelmektedir. Bu habis gelişmelerin karın ve göğüsde metastazları da olabilir.

Vak'amız bunlar arasında ektodermal ve indiferansiye habis gelişme gösteren bir solid teratom vak'asıdır. Karında metastazlar yapmıştır. Kastrasyondan sonra yapılan radioterapi ile bu metastazlar kaybolmuştur.

Vak'a II

Bu vak'a Haydarpaşa Nümune Hastanesi Üroloji Kliniğinde yatmış olan 49 yaşında bir erkeğe aittir (*). Biopsi materyeli olarak bize gönderilen sol testis tümöral gelişme dolayısıyla kastre edilmiştir.

Klinik hikâyesinde bu vak'ada da hastalık 7 sene evvel başlamış, ağrılı olarak git-tikçe büyüyen bir şişme göstermiştir. Ameliyata karar verildiği günlerde tümör lokal deveran bozukluklarına da sebep olmuştur.

Kastrasyonla çıkarılmış olan sol testisteki makro-mikroskopik değişiklikler şun-lardır : (Biopsi Prt. No. 1380/52).

İki erkek yumruğu iriliğinde büyümüş olan sol testisin; dış yüzünden civariyle iltisaklarından koparılmış pürtüklü bir görünüşü olan boz-beyazımtrak renkli kalınca bir kapsül ile çevrili, sert kıvamlı habis tümörle değişmesi.

Habis tümör gelişmesi gösteren sol testisin kesit yüzeyinde daha ziyade boz-sin-cabi renk gösteren tümöral gelişmesinin; bazı yerlerde sincabi-sarıımtrak (nekrozlaş-mış) bir yerde ise kırmızılaşmış (hemorajik) sahalarla değişik renkler veren alacalı hali (tümörün kesit yüzeyinde mercimekten fındık iriliğine kadar değişen çıkıntılar yapmış nodüller bir yapı da görülmektedir). Resim 3

Tümörden yapılan mikroskopik preparatların muayenesinde, geniş nekroz saha-ları içerisinde hücreden zengin bir tümöral infiltrasyon bulunmuştur: bu hücreler bü-yükçe, köpüklü sitoplazmalara malik daha ziyade koyu renkte irili ufaklı nüveleri bu-lunan atipik seminifer hücrelere tekabül etmektedir. Bu hücre infiltrasyonu arasında lenfositler topluluklar da mevcuttur (gonioma tipinde seminoma). Resim 4.

Burada da tümörün 7 sene evvel bir testis teratomu şeklinde başladığını düşün-mekteyiz. Bu teratom son zamanlarda embriyonal tipteki seminifer hücrelerin atipik gelişmeleriyle diffuz yayımlı, içerisinde lenfositler infiltrasyon bulunan Fransızların gonioma dedikleri bir seminom tipi göstermiştir. Bilindiği gibi böyle tümörler mevcut teratomların seminifer hücreler hesabına tek istikameteki habis gelişmeleriyle mey-dana gelmektedir. Bunlara M a s s o n yalancı seminomlar ismini de vermektedir. Bu tümörler intersislerindeki lenfositler toplulukları ile karakteristiktirler. Bundan dolayı bunlara lenfoid hücre infiltrasyonu gösteren embriyonal karsinom ismi de verilmekte-dir. Spermatoblastlar ve spermatisitlerin gelişmesiyle meydana gelen ve çok nâdir rastlanan hakiki seminomlarda (Masson'un spermatisitler seminom'ları) bu lenfositler topluluklar bulunmamaktadır.

Vak'ada kastrasyon metastazlar teşekkül etmeden yapılmış ve hasta kurtarıl-mıştır.

Vak'a III

Bu vak'a Haydarpaşa Nümune Hastanesinde sinir hastalıkları kliniğinde tedavi edilmekte iken ölen 20 yaşlarında evli bir kadına aittir. (*)

Klinikte spastik parapleji, idrar retansiyonu ve suvari yaması şeklinde anestezi bulgularıyla cauda equina'da tümöral bir vetire düşünülmüştür. Gebeliği yoktur. Has-ta kısa zamanda kaşeksiye girmiş ve ölmüştür. Yapılan otopsisinde komünikasyon-muzla ilgili olarak aşağıdaki makro-mikroskopik değişiklikler bulunmuştur (Nekropsi No. 251/52).

(*) Bu vesile ile vak'ayı bize veren ve kıymetli etüdleriyle bizi aydınlatan Üro-loji Kliniği şefi sayın Dr. Muammer Günver'e huzurunuzda teşekkür etmekteyiz.

(*) Bu münasebetle de vak'ayı bize veren ve kıymetli klinik etüdleriyle bizi ay-dınlatmış olan klinik şefi Sayın Dr. Rasim Hatipoğluna huzurunuzda teşekkürlerimizi bildirmemiz vazifemizdir.

16 × 11 × 8 cm. cesametini bulacak kadar büyümüş olan sol overde bazı kısımları sert bazı kısımları yumuşak kıvam gösteren ve bilhassa arka kısımlarda sacrum'un üst kısmı ön yüzü ile üçüncü ve bilhassa dördüncü lumbal vertebraların ön kısmına yapışıklık yapmış geniş habis tümöral gelişme (habis tümör gelişmesi ön ve yan çevrelerde beyazımtırak bir kapsül göstermekte, arka tarafta bu kapsül yırtılmış bulunmaktadır). Resim 5.

Sol overdeki habis tümör gelişmesinin kesitinde; geniş geniş yerler işgal eden kırmızı (hemorajik), boz-sarımtırak (nekrotik), kısmen sincabi (saf tümöral) kısmen sarı-sincabi (yağlanmış tümöral) renk alacalığı ve bir kenarda etrafı ince bir membranla çevrilmiş, içi berrak bir sıvı ile dolu küçük bir kist. Resim 5.

Sol overdeki habis tümör gelişmesinin, yapışıklık gösterdiği sacrum'un üst kısmı ile dördüncü ve üçüncü lumbal vertebralar içerisine girmesi ve bu hizalarda adigeçen kemik kısımlarının geniş harabiyeti. Resim 6.

Sol overden başlayan ve sacrum'un üst kısmı ile alt lumbal vertebralarda gelişen habis tümör vetresi arasında sıkışmış olan cauda equina alt kısmı bölgesinin tümör tazyikinden mütevellit harabiyeti ve habis tümörle infiltrasyonu. Resim 6.

Sağ overin 12 × 5 × 5 cm. çapına uyacak şekilde büyümesi ve gerek dıştan, gerek içten iyice ayırılabilir, çevreleri düz bir membranla örtülü, ekserisinin içleri berrak, bir kısmının ise kanlı bir sıvı ile dolu, müteaddit gözeli kistik teşekküllerle değişmesi. (Kistleri ayıran beyaz lifi yapıdaki bölmelerde ve iç membranlarda yağlı sarımtırak refle veren bazı küçük noktacıklar da farkedilmektedir). Resim 5.

Uterus corpusunda birbirleriyle birleşerek uzunca, kalın ve kıvrımlı bir hat şeklini almış, küçük, sapsız, bir araya toplanmış polipöz teşekküller (uterus normale nazaran biraz büyümüş görülmektedir). Resim 5.

Duglas serozasında bilhassa sağ tarafta 8 cm. çapında bir sahada habis tümör infiltrasyonundan mütevellit kalınlaşma (metastaz).

Duvarları nisbeten hipertrofik bir hal almış olan mesanede bariz genişleme.

Böbreklerde parenkim içinde yer almış 4 mm. den 1,5 cm. çapına kadar değişen irilikte müteaddit habis tümör metastazları.

Büyümüş olan karaciğerde sayısız, mercimekten ceviz iriliğine kadar değişen büyüklükte yuvarlak habis tümör metastazları.

Karaciğerin üst yüzünde yer almış bir metastazın periton boşluğuna açılması ve bu hizada karaciğer parenkiminde yüzey kısımları ilgilendiren kanama.

Periton boşluğunda 1/2 kiloya yakın pıhtılaşmış kan.

Her iki akciğerde bütün loblarda müteaddit, çapları ortalama 3 cm. i bulacak irilikte habis tümör metastazları. Resim 7.

Akeiğer hilusları ile her iki taraf intrapulmonal bir çok lenf düğümlerinde fındık iriliğine yakın şişme ve metastatik habis tümör infiltrasyonları (metastatik habis tümör infiltrasyonuna uğramış intrapulmonal ve parabronkial bazı lenf düğümlerinin sağ ve solda komşuluğundaki bronşlar içerisine açıldıkları farkedilmektedir.) Resim 7.

(Cenazede sahiplerinin müdahalesi yüzünden maalesef kafa-dimağ seksiyonu yapılamamış, hipofiz tetkik edilememiştir).

(Dış muayenede memelerde, boyunda, yüz derisinde özel bir değişiklik yoktur).

Sol overdeki habis tümörden yapılan mikroskop muayenesinde habis tümörün tabiatı geniş kanama ve nekroz sahaları arasında yer alan klâsik atipik Langhans ve sinsitial hücre infiltrasyonundan yapılmış bir korion epitelioma olarak tesbit edilmiştir.

Sağ overden yapılan mikroskop muayenesinde bazıları seröz bazıları kanla dolmuş etrafları lutein hücreleriyle çevrili lutein kistleri görülmüştür.

Cauda equina'dan ve muhtelif organlardaki metastazlardan yapılan mikroskop

muayenesi aynı karakterde bir korion epitelioma strüktürü göstermiştir. Resim 8 ve 9.

Uterus corpus'undan yapılan preparatta desidual gelişme (overdeki tümörün hormonal tesiri) gösteren bir mukoza üzerinde polipöz gelişme bulunmuştur. Korion zü-gabelerine âit bir teşekkül yoktur.

Burada korion epiteliomaya âit habis tümör gelişmesini ilk olarak sol overden başlamış kabul etmekteyiz. Bu sol overdeki primer tümör sacrum ve lumbal vertebra-lar sahasında kemiğe yayılmış ve bu yolla kliniğin de tesbit ettiği gibi cauda equina'yı infiltrasyonu içine almıştır. Diğer taraftan habis tümör gerek karın gerek göğüs böl-gesindeki organlarda metastaz yapmış ve karaciğerdeki bir metastazın peritona açıl-masıyla intraperitoneal kanamaya da sebep olmuştur.

Bilindiği gibi overlerde gelişen korion epiteliomalar için üç kaynak mevcuttur:

1) Uterus korion epiteliomalarından metastaz olarak gelme. (Bu takdirde ute-rusdaki primer odak büyümesini durdurmuş ve hattâ gerilemiş olmalıdır ki, sekonder olarak overde teşekkül eden metastatik tümör gelişmesi büyük bir tümör ve hattâ primer kanaatı verebilecek bir tümör durumuna girmiş bulunsun).

2) Ovarial yerleşmeli extra uterin gebelikten sonra olma,

3) Ovarial yerleşmeli teratomdan çıkma.

Bu üç ihtimalden birincisi uterusda korial elemanların bulunmaması ile vak'a-mızda bahis konusu değildir. İkinci ve üçüncü ihtimalleri ayırd etmek pek güçtür; yalnız ovarial extra uterin gebelik fevkalâde nadirdir, buna mukabil over teratomları nisbetle daha fazla görülen değişiklikler bulunmaktadır. Vak'amızda gebeliğe ait bir anemnez yoktur. Patolojik bulgular arasında, sol overdeki korion epitelioma gelişmesi içinde, kistik teşekküller görülmüştür. Bu deliller, müsbet ve menfi taraflardan tera-tom lehinde delillerdir. Bu bakımdan biz bu vak'amızın da kaynağını, sol overde ev-velden mevcut bir teratom olarak düşünmekteyiz. Bilindiği gibi bu teratomlarda tas-lak halinde placenta tohumları da bulunmaktadır ve habis gelişme bazan bu tohum istikametinde olmakta, bu suretle korion epiteliomalar meydana gelmektedir.

Bu vak'ada teratoma bağladığımız bu kaynak özelliğinden başka hastalığın seyri esnasında cauda equina'da teşekkülünü gördüğümüz habis tümöral infiltrasyon klinik-te olduğu gibi patolojik-anatomik olarak da dikkatimizi üzerine çeken nadir ve özel bir gösteri olmuştur: teşekkül mekanizması klâsik bilgilere tamamen uygun olan bu nevi over korion epiteliomasından doğma cauda equina'ya ait habis tümöral infiltras-yona, Enstitümüzde ilk defa rastlamış bulunmaktayız.

Ö Z E T

Bu komünikasyonda ikisi erkekte ve testisde, biri kadında ve overde meydana gelmiş teratom kaynaklı üç genital habis tümör vak'ası ele alınmıştır. Bu vak'alardan testislere ait ilk ikisi biopsi materyeli olarak, kastrasyon ameliyelerinden sonra Ens-titüye gönderilmiş vak'alardır ve ameliyattan sonra hastaların hayatı kurtarılmış gö-rünmektedir. Overdeki vak'a ise otopsi bulgusudur. Burada tümör karın ve göğüs or-ganlarında geniş metastazlar yapmıştır.

Bu vak'aların her üçünde testis ve over teratomlarının kaynak olarak alınması; birinci vak'ada bilhassa mikroskopta teratom strüktürünün aşikâr olarak görülmesi-yile şüphesiz ortaya konmuştur. Burada indiferansiye tipte bir habis gelişme vardır.

İkinci vak'anın mikroskopisi, seminifer hücrelerin embriyonal şekillerini taklid eden gonioma tipinde bir seminoma manzarası göstermiştir. Burada kaynak, bu tip tü-mörlerin teratomların seminifer hücre gurubundaki tek tarafli habis gelişmeleriyle meydana gelmeleri mevcut fikirler arasında en çok kabul olunan şekil bulunması dü-şünümlere, teratom olarak alınmıştır.

Üçüncü vak'anın histolojik muayenesinde korion epitelioma strüktürü bulunmuştur. Bu vak'ada teratom kaynağı, tümörün uterus korion epiteliomasından metastaz olma şekli ile overde yerleşmiş extra uterin bir gebelikte meydana gelme şekli münakaşa edilerek kabul edilmiştir. Burada teratom korial elemanlar lehine ve tek taraflı bir gelişme göstererek atipikleşmiş ve korion epiteliomayı meydana getirmiştir. Vak'ada bir özellik de overdeki habis tümörün sacrum ve lumbal vertebralara geçtikten sonra cauda equina'yı da infiltrasyonu içine almış bulunmuştur. Böyle cauda equina infiltrasyonu gösteren over korion epitelioması vak'ası Enstitüde rastlanmış ilk vak'a bulunmaktadır.

RÉSUMÉ

Dans cette communication nous avons l'intention de vous montrer 3 tumeurs malignes dont deux à point de départ testiculaire et l'autre à point de départ ovarien, tous les 3 sont des tumeurs malignes d'origine tératomateuse. Les deux premiers nous ont été envoyés comme pièce biopsique à la suite d'une excrèse chirurgicale (castration). Nous avons constatés des guérisons apparentes chez ces malades qui ont été opérés. Celui de l'ovaire est d'une constatation necropsique. Dans ce cas nous avons observés des métastases dans les viscères toraco-abdominaux.

Dans ces trois cas nous avons constatés d'origine tératomateuse; dans le premier cas surtout des données microscopiques d'une structure tératomateuse nette, ont été incontestablement mise en évidence; il s'agit ici d'une évolution maligne d'une type indifferenciée.

La microscopie du 2ème cas nous a montrée un séminome du type goniomateux qui avait imité les formes embryonnaires des cellules séminifères. Nous avons adopté à l'unanimité «l'origine tératomateuse» parmi les nombreuses opinions des auteurs différents, seulement pour la simple raison, la plus fréquente qui est dûe a une évolution unilatérale maligne d'un groupe des cellules séminifères.

Dans l'examen microscopique du 3eme cas, on a trouvé une structure du type «chorion-épithélioma». Dans ce cas nous avons acceptés comme chorion - épithelioma d'origine tératomateuse, à la suite d'une discussion faite parmi les 2 cirsonstances d'apparition éventuelle; la première éventualité est une forme métastatique d'une chorion-épithélioma utérin; la deusième est la suivante: il s'agit ici d'une gravidité extra-utérine ovarienne. Dans ce cas les éléments choriaux ont faits une évolution unilatérale de nature atypique, et de cette façon ils ont formés une masse chorio-épithéliomateuse.

Une autre particularité de ce tumeur est la suivante: l'infiltration tumeurale a d'abord attaquée les vertèbres lombo-sacraux et ensuite cauda équina. C'est pour la première fois que nous avons observées ce cas particuliers d'un chorion-épithélioma ovarien avec ses infiltrations du cauda équina dans notre institut.

SUMMARY

In this communication are presented three cases of genital malignant tumours of teratomical origin, one of which was revealed the uterus of a woman while the others in the testes of two men. The last two cases concerning the testes, have been sent to the Institute as biopsy maerials and have been taken after castration operations, as a result of which the lives of the patients have been saved. The case concerning the ovary is a necroscopical finding. In this case, the tumour hase caused large metastasis on the organs of the thorax and abdomen.

That the teratomas of the testis and ovary were the origin of all of these cases is undoubtedly stated, since on microscopical examination of the first case the teratomatous structure was observed. There was a malignant development of an indifferent type.

The microscopical examination of the second case has revealed a seminoma of gonionomical type, imitating the embryonal forms of the seminiferous cells of the malignant development. Here, the origin has been considered as a teratoma, since in tumours of this type, the one sided malignant development in the seminiferous cellgroups is the generally accepted opinion.

On the histological examination of the third case, the structure of chorion epithelioma has been found. In this case the teratomical origin of the tumour has been accepted, after a discussion of the formation of metastasis, as being either formed by the chorion epithelioma in the uterus or by an extra-uterine pregnancy in the ovary. Here, the teratoma, by showing a one-sided development in favour of chorial elements has become atypical and formed the chorion epithelioma.

A note worthy finding is that the malignant tumour within the ovary has extended till the sacral and lumbar vertebrae while including the cauda equina into its infiltration.

This case which shows the infiltration of cauda equina is the first of its type to be encountered in our Institute.

BIBLIOGRAFI

Anderson: Pathology, 1948.

Bell: Text-Book Pathology.

Beattie Dickson: Textbook Pathology.

Dible, Davie: Pathology, 1945.

Ferdinand Roth : Über die bösartigen Hodengewächse, insbesondere das Chorion-epitheliom und die Möglichkeit der Spontanheilung des primären Hodenteratoids, mit einem Beitrag zur Frage des Diabetes insipidus. Z.Krebsforsch. 57, 21-69 (1950)

F. Gazarek : Teratoblastoma ovarii und teratome sacrale. Gynecologia (Basel) 130, 137-145 (1950)

Gediz, Hâdi - Üstün, Ziya: Pratik doğum bilgisi; (Mikulicz, F. Radeki'den çevirme).

Giraud, Relière, Hanet et Levent : Tératome hautement structurés. Bull. Assoc. frane. Etude Cans. 37, 198-206 (1950)

Henke-Lubarsch: Hdbd. Path. Anat. VII. I. II.

P.F.I. Hickenbotham : Malignant tumours of the testicle. Brit. J. Urol. 22, 87-102 (1950)

Karsner: Human Pathology, 1945.

Ludwig Aschoff: Pathologische Anatomie. 2. Band.

Martin Peschel : Über die Malignität von Dermoidcysten und Teratomen. Zbt. Path. 86, 285-294 (1950)

Novak: Gynecological and Obsterical Pathology 1947.

Oberndorfer: Die inneren männliche Geschlechtorgane. (Henke - Lubarsch. VI. Teil: III.)

Oberndorfer: Die spezifische maligne Hodengeschwochst «Seminom».

Schw. med. Wochsch, 65, 1935, No. 9.

Ruossy, Leroux, Oberling: Préis Anatomie Pathologique.

Prof. Dr. Ph. Schwartz: Ur bilgisine giriş, 1948.

Prof. Dr. Ph. Schwartz: Tümörlerin muhtelif neveleri 1950.

Prof. Dr. Ph. Schwartz: Histopatologia. Genel-Özel, 1951.

Prof. Dr. Turhan Besim: Özel Patolojik Anatomi. Fasikül IV 1949.

Üstün, Ziya: Kadın hastalıkları; (Weibel, Wilhelm'den çevirme).

Werner Hueck: Morphologische Pathologie.

Willis: Pathology of Tumours, 1948.

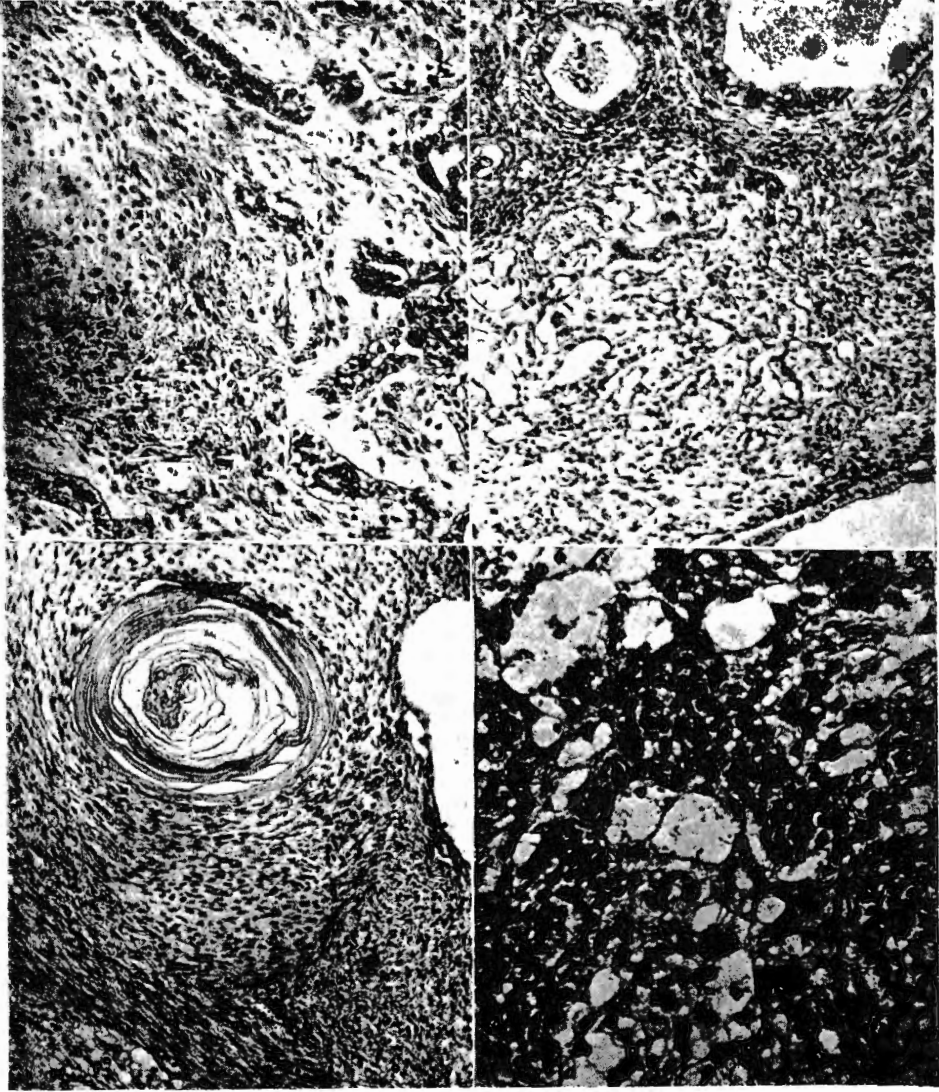
Winfried A. Jauch : Ein neugeborenenkopfgrosses Chorionepithelioma des linken Ovariums. Gynecologia 129, 391-395 (1950)



Resim - 1. Vak'a 1: 1003/52 (Normal büyüklükte).

Sağ testis.

İleri derecede büyümüş testis kesitinde nekroz ve hemoraji sahaları gösteren, bazı yerlerde kistik manzarada, kısmen solid, kısmen yumuşak kıvamda polimorf görünümlü geniş habis tümör infiltrasyonu (testis teratomunda habis gelişme)

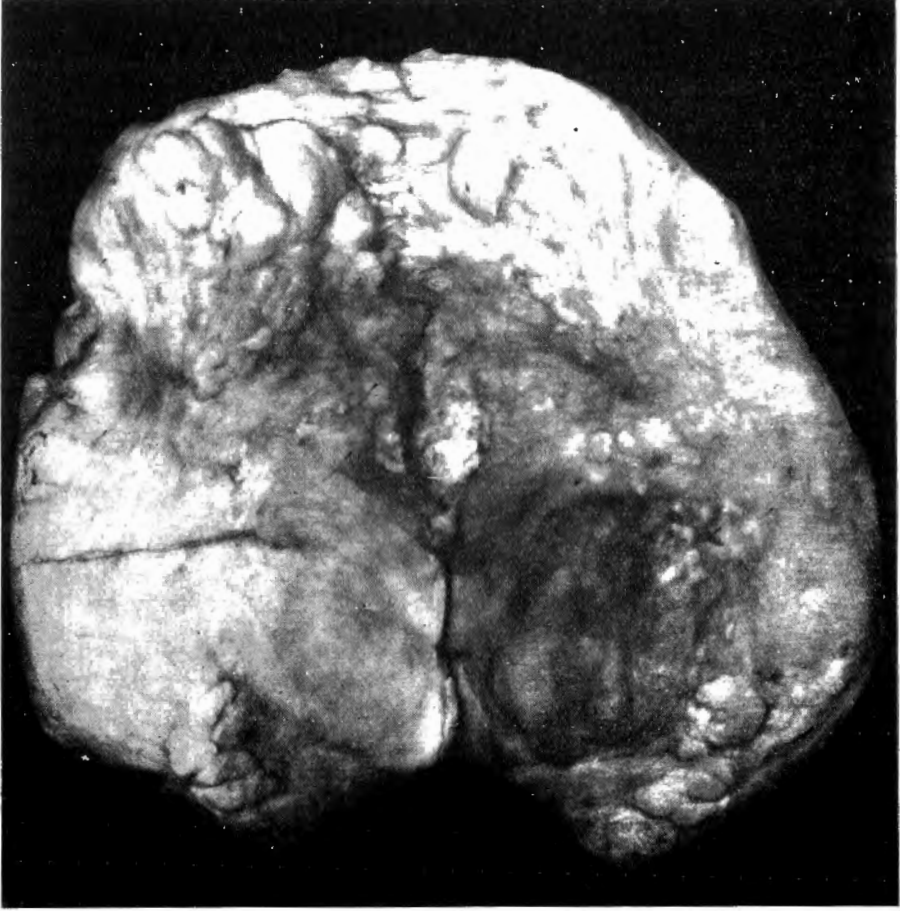


Resim 2. Vak'a 1: 1003/52.

Habis tümör gelişmesine uğramış testis teratomundan mikrofotolar.

Birinci sıra (soldan). I — Testiste teratoma aid kıkırdak, halka yapmış gudde epiteli sahaları. 136 X. II — Gudde epitelinden çeşitli sahalar: Titrek tüylü yüksek silindirik ve kübik epitle çevrili halkalar. 96 X.

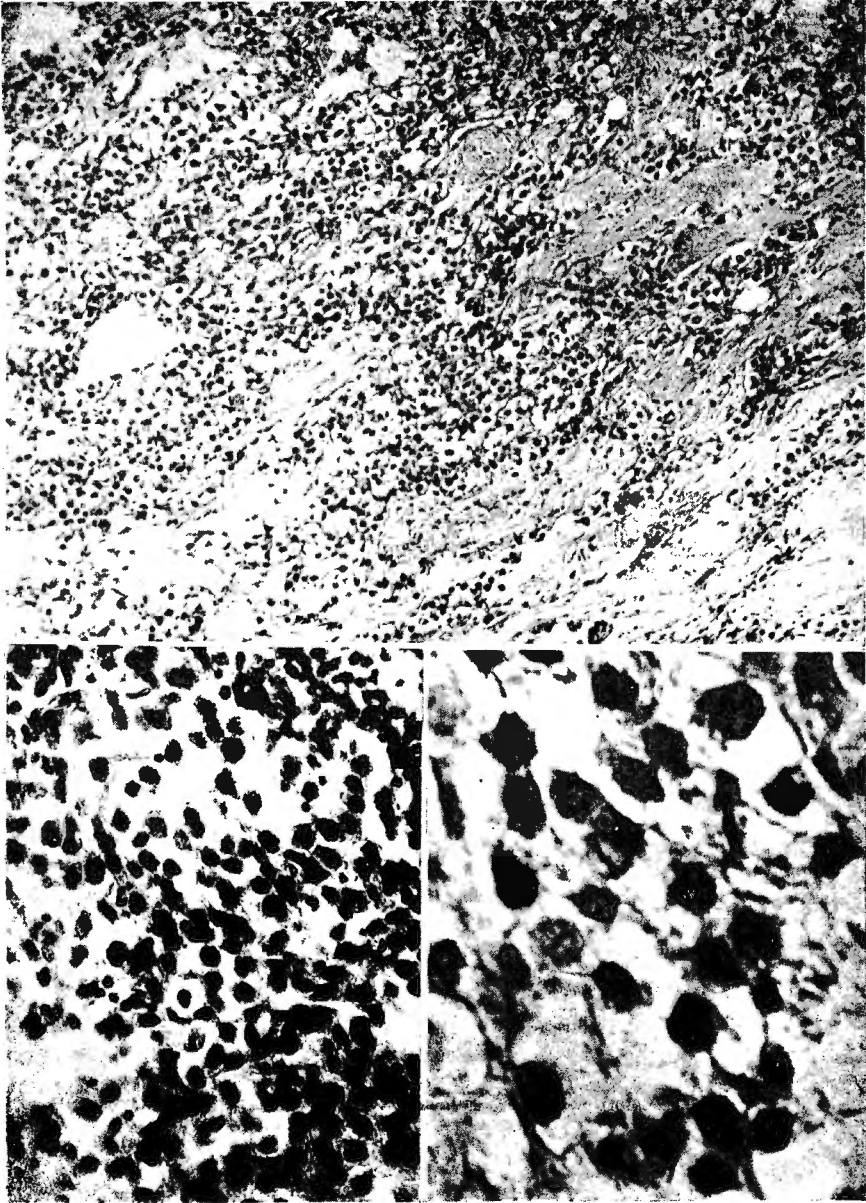
İkinci sıra (soldan). I — Karnileşme gösteren çok katlı yassı epitel sahası. 96 X. II — Atipik indiferansiye gelişmeğe uğramış habes tümör sahası. 160 X.



Resim 3. Vak'a II. 1380/52. (Normal büyüklükte).

Sağ testis.

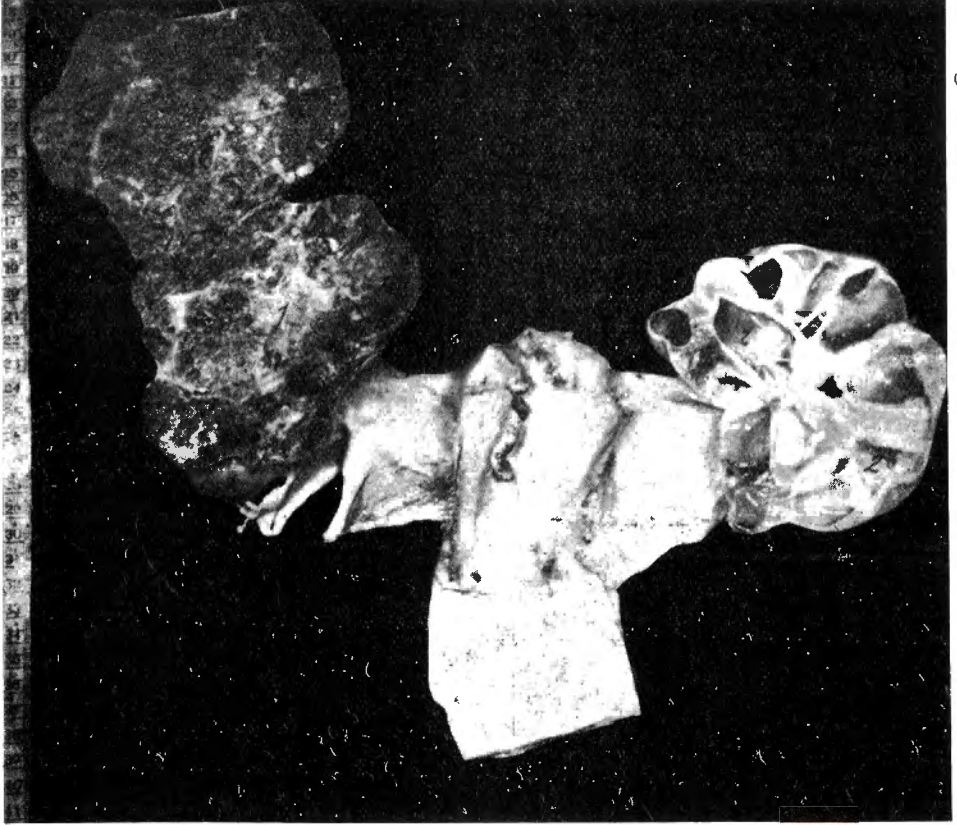
İleri derecede büyümüş testis kesitinde yer yer sarımtırak nekroz sahaları gösteren beyaz-sincabi renkte yaygın habis tümör infiltrasyonu (Gonioma tipinde seminom)



Resim 4. Vak'a II. 1380/52.

Testis seminom'undan mikrofotolar

Birinci sıra (tek resim) 96 X. İkinci sıra (soldan) I — 288 X. II - 720 X.



Resim 5. Vak'a III: 251/52. (1 defa küçültülmüştür).

Her iki over, uterus ve vagina

Sol overde kırmızı (hemorajik) ve sarı-sincabi (nekrotik) sahalar gösteren alacalı manzarada geniş habis tümör infiltrasyonu (korion-epitelyoma). Sağ overde kistik gelişme. Uterusda polipler.



Resim 6. Vak'a III: 251/52. (Normal büyüklükte)

Lumbal vertebralar, sacrum ve cauda equina.

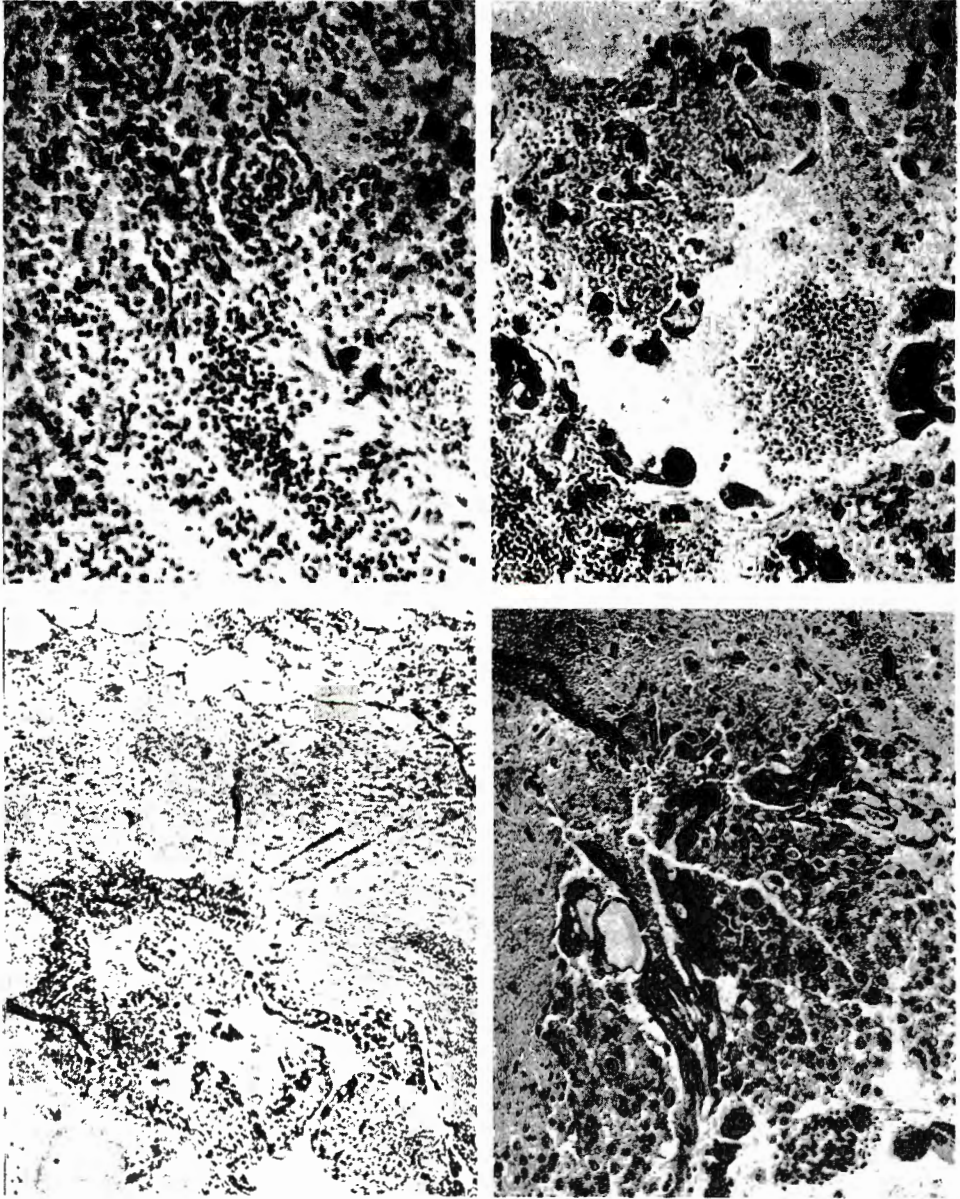
Sacrum'un üst kısmı ile 4 üncü lumbal vertebralarda kemiği harabeden hemorajik, nekrotik sahalar gösteren geniş habis tümör infiltrasyonu (over korion-epitelyomasından yayılma).

Kemikteki habis tümör infiltrasyonunun, komşuluğunda bulunan cauda equina'ya girmesi ve cauda equina'nın bilhassa alt kısımlarda bu infiltrasyon ile geniş parçalanması



Resim 7. Vak'a III: 251/52. (1 defa küçültülmüştür).

Her iki akciğerde kısmen hemorajik kısmen nekrotik sahalara gösteren metastatik habis tümör infiltrasyonları (over korion-epitelyomasından metastaz).

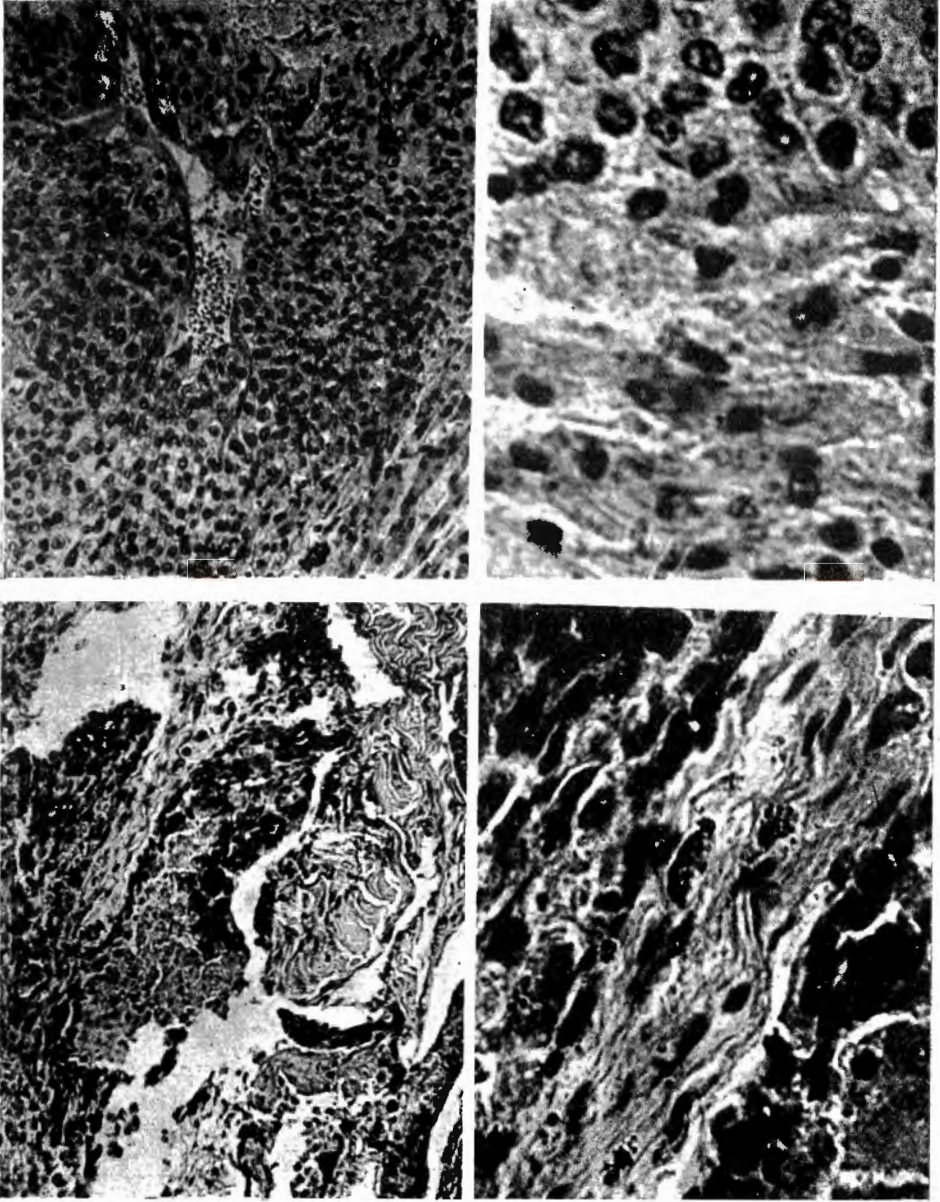


Resim 8. Vak'a III. 251/52.

Over korion-epitelyomasından mikrofotolar.

Birinci sıra (soldan), overdeki primer tümörden: I — 96 X. II — 160 X.

İkinci sıra (soldan), akciğerdeki metastazlardan: I — Lubla, II — 160 X.



Resim 9. Vak'a III: 251/52.

Over korion-epitelyomasından metastazlar.

Birinci sıra (soldan), Karaciğer metastazları: I 96 X. II 720 X.

İkinci sıra (soldan). Habis tümör infiltrasyonuna uğramış Cauda equina: I—96 X.
II—420 X.

SEKSIYON D :

27 Eylül 1952 Cumartesi

Saat : 9.00

İstanbul Üniversitesi Hukuk ve İktisat Fakülteleri
VIII. No. lu Dershanesinde

Başkanlar : *Ord. Prof. Dr. Akif Şakir Şakar*
Dr. Cevat Sargın

ÖZEL BİR TEKNİKLE OMUZDAN ALDIĞIM TEK BİR
LAMBODAN YAPTIĞIM TOTAL BİR ÜST DUDAK
VE TOTAL BURUN PLASTİĞİ

Oper. Dr. Cafer Tayyar Kankat

Protokol No. (10030). İsmi Cemile Pak.

Bu hastada üst dudak ve burun noksanlığı vardı. Bize üst dudak ve burun yaptırmak üzere müracaat etti.

Bu hastada üst dudak yapmak için yanaklardan lâmbo almak kabil değildi. Bu nahiyeler retrakte olmuştu. Evvel üst dudak ondan sonra da burun yapmağa karar verildi. Üst dudak yapmak için yumuşak bir cilt arandı.

Omuz üzerinde yumuşak ve dudak yapacak cilt bulundu. Burada adaleden de bir kısım elyaf almak suretile dudakta kısmi bir hareket husule getirmek kabil olabilecekti. Sağ omuz üzerinde ölçü ile üst dudak modeline göre şaklarla bir dudak taslağı yapıldı. Bu dudak taslağı tübüler bir cilt ile sağ yanağa yakın bir kaideye bağlandı. Tübüler lâmbo organize olduktan sonra omuz üzerinde yapılan dudak taslağı omuzdan ayrıldı. (Şekil 1, 2, 3) üst dudak nahiyesinde hazırlanan yere transplante edildi.

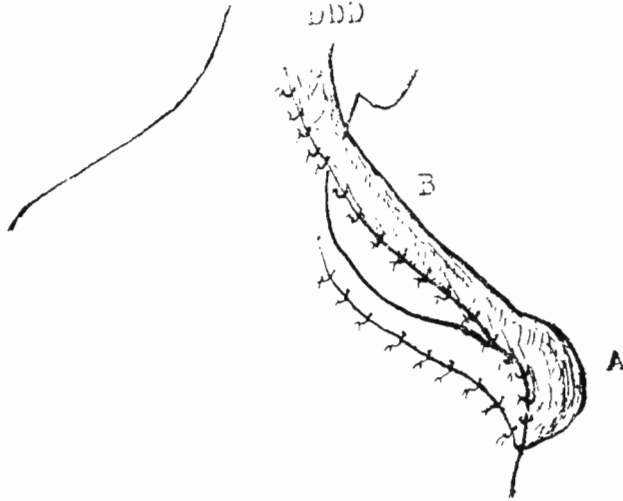
Yeni dudak tuttuktan sonra, tübüler lâmbo kesilerek yeni dudağa form verileceği zaman bu tübüler lâmbodan faydalanarak aynı zamanda burun plâstiği yapmağı düşünürdüm. Tübüler lâmbo mukabil ucundan kesilerek (Şekil 4 ve fotoğraf 7) de görüldüğü üzere burun nahiyesine çevrildi. Bu sayede bir lâmbodan hem üst dudak ve hem de burun yapılmış oldu. Bu defa burun kısmı üst dudaktan beslenerek burun yerinde tuttu

Bir lâmbodan hem üst dudak ve hem de burun yapmak çok enteresan ve orijinal bir ameliyattır. Reparatrix ve plâstik ameliyatlarda böylelikle ve benim bu usulümle bir lâmbodan bir kaç iş görmek kabil olabilecektir. Eğer hastamızda yanakta da bir defekt olsaydı, yeni burun tuttuktan sonra mukabil ucdan bu yanak defektini kapatmak kabil olabilecekti. Biz de bu lâmba ile burada iki iş gördük, mamafih bu lâmba sarfedilinceye kadar daha bir çok yama yamanabilirdi.

Bu enteresan ameliyatın tekniği

Birinci zaman.

(Şekil 1) de görüldüğü üzere sağ omuzdan ölçü üzerine üst dudak şeklinde bir dudak taslağı yapılır. (Şekil 1 A.). Bu dudak cilde mültasık bırakılır. Bu dudaktan kulak arkasına kadar, Tübüler B cilt lâmbosu bırakılır.



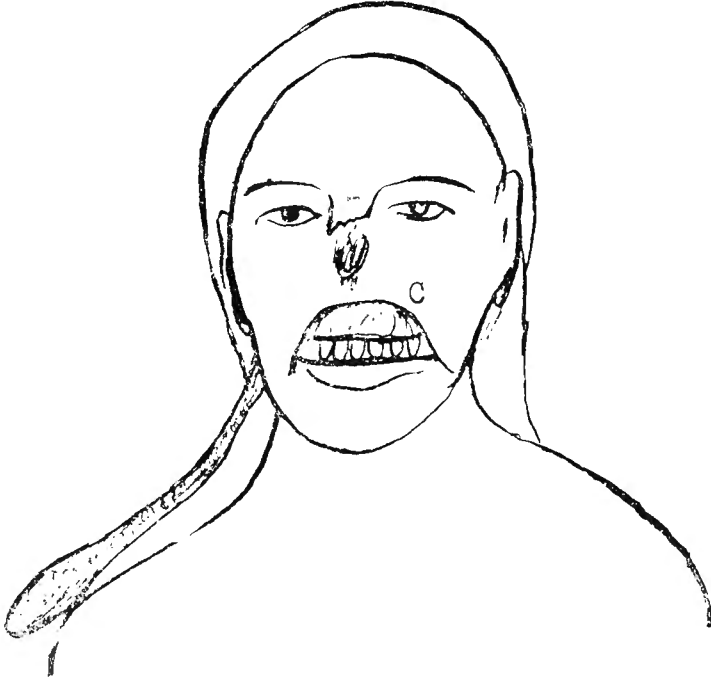
Şekil 1 — Bu şekilde A dudak taslağı, B ise besleyici tübüler lâmba görülmektedir

İkinci zaman.

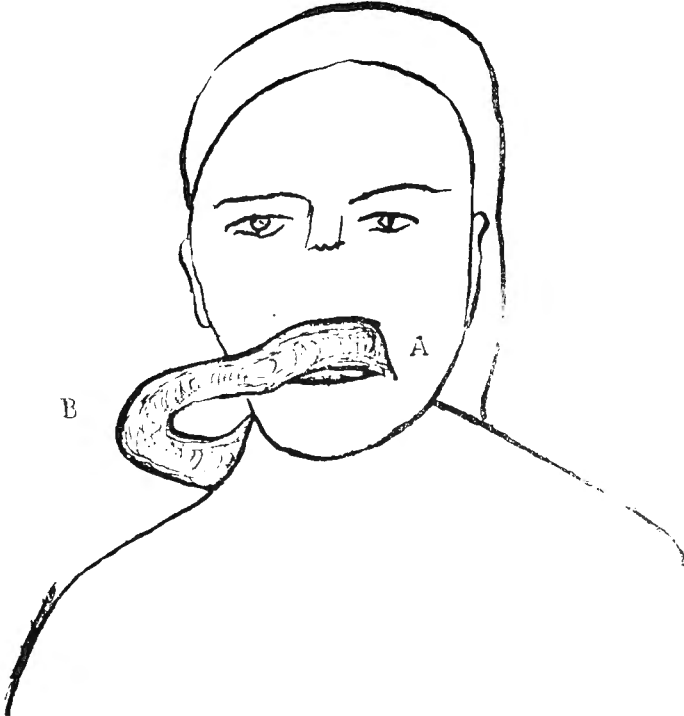
Bir ay sonra (Şekil 2) de görüldüğü üzere üst dudak nedbesi rezeke edilir. Yeni dudak yatağı hazırlanır. (Şekil 3) de görüldüğü üzere sağ omuzda hazırlanan yeni dudak kesilir. A yeni dudak B tübüler lâmba üzerinde çevrilerek hazırlanan üst dudak yatağına yerleştirilir ve estetik suturele dikilir. Bu şekilde hasta bir ay bırakılır.

Üçüncü zaman.

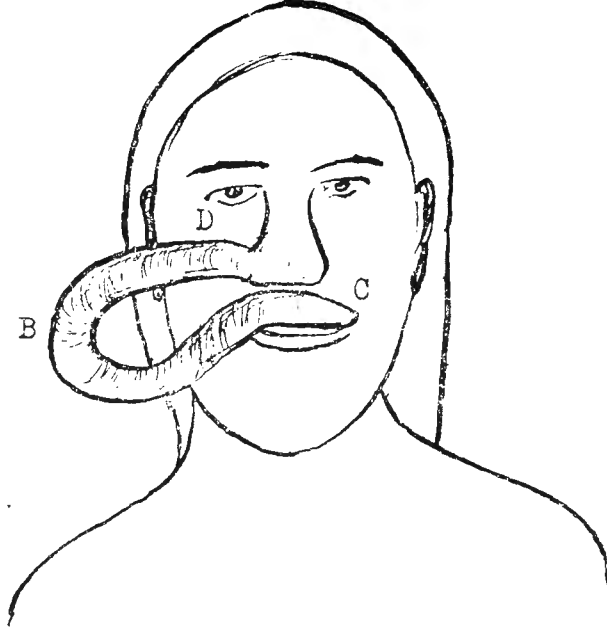
Burun plastığı. (Şekil 3) te görüldüğü üzere B tübüler lâmbonun D omuza bağlı kısmı kesilir. E burun kısımda hazırlanan yatak üzerine çevrilir. Bir hasta bu şekilde bırakılır. Burada yeni burun dudak kısmından aldığı kanla beslenir. Bir ay sonra (Şekil 4) te görüldüğü üzere B tübüler lâmba E burun kısmından ve C dudak kısmından da kesilerek dudak ve burna form verilir. (Fotoğraf 1) de hastanın ameliyattan evvelki hali (Fotoğraf 2) de lambonun dudak kısma kıvrılması, (Fotoğraf 3) de dudaktan buruna kıvrılmasını, (Şekil 5 ve Fotoğraf 4) de ise hastanın ameliyattan sonraki halini göstermektedir.



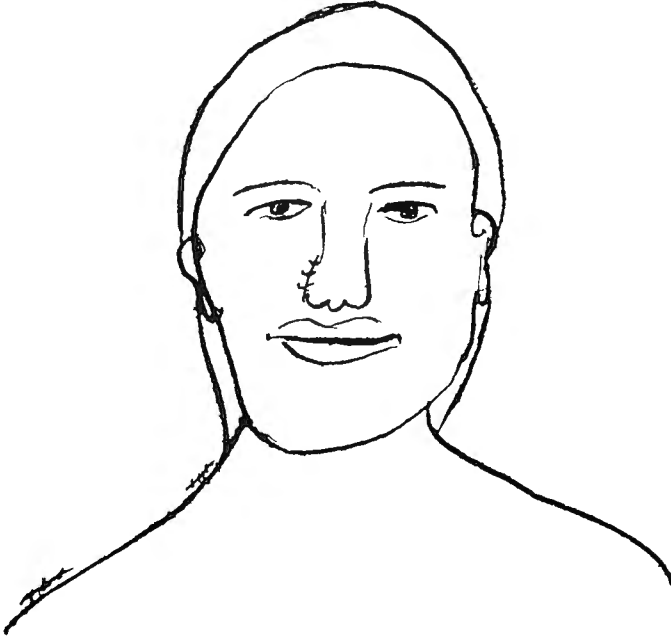
Şekil 2 — Üst dudak nedbesi kesilerek dudak yatağı hazırlanmıştır



Şekil 3 — Omuzdan ayrılan A kısmile üst dudak yapıldı



Şekil 4 Dudak tuttuktan sonra B tubuler lambonun D kısmı ile yeni burun yapıldı



Şekil5 — Ameliyatın son safhası



Fotoğraf 1 — Hastanın ameliyattan evvel alınan fotoğrafı



Fotoğraf 2. Omuzdan alınan lambo ile üst dudak yapılmıştır.



Fotoğraf 3 — Kulak arkasından kesilen lambo gevrilerek burun yapılmıştır.



Fotoğraf 4 — Ameliyattan sonra : bir tubuler lambodan yapılan üst dudak ve burun

Konklüzyon

Total üst dudak plâstiği çok işlenmiş bir ameliyat değildir. Alt dudakta sık kanser görülmekte ve rezeke edilmekte olduğundan bir çok prosedeler ele alınmıştır. Alt dudak total plâstiği daha kolay yapılmaktadır.

Yanak kısımları yumuşak olursa ve üst dudak yapabilmek için lâmba alınabilirse üst dudak total plâstiği yapılabilir. Ben böyle bir vak'a yapmış ve Tıp Cemiyetine takdim etmişim. Üst dudakta dikkat edilecek mesele müköz plâstiği ile beraber adale plâstiğidir bu sayede yeni dudak rekraktibilitesi mümkün olur. Bu bakımdan yanaklardan lâmba almakla fizyolojik bir dudak yapılabilir. Fakat benim hastamda yanaklardan lâmba almak kabil değildi. Üst dudak plâstikleri yanaklardan yapılamazsa o zaman Fransız usulile yanlardan ve yahut İtalyan usulile koldan veyahut Hint usulile alın veya çene altından lâmbolar almak suretile üst dudak yapılır. Fakat bu surette adelesiz ve müközsüz bu yeni dudaklar retrakte olurlar ve fizyolojik bir dudak yapılamaz. Ben bunları düşünerek yumuşak sağ omuz üzerinden yaptığım üst dudakta hem müköze hem de adale plâstiği yapabilmek için fizyolojik bir dudak yapabildim. Bu usulümde orijinal nokta omuz üzerinde yeni dudağı hazırladıktan sonra bir dudak şeklinde yeni yerine koymak usulü, yani adeta hazır bir uzuv aşılama usulüdür.

Bu ameliyatımda aynı bir lâmbodan iki iş yapmak yani bir de burun yapmak ise çok verimli ve enteresan bir usuldür. Bu usul ile iki üç yer hatta daha fazla tamir edilebilecektir. Tromatizma şirürjisinde çok geniş defekler bu usulüm sayesinde tamir edilebilecektir.

Hastamda Fotoğraf 4 de görüldüğü üzere mükemmel bir burun ve üst dudak yapmağa muvaffak oldum. Bu dudak içindeki adale lifleri sayesinde hareket ve bütünlüme fizyolojik vazifede husule gelebildi.

HÜLÂSA

Omuz üzerinde üst dudak taslağı hazırlanır. Tübüler bir zeneple üst dudak nahiyesine çevrilir. Yeni dudak yerinde tutuktan sonra, bu defa tübüler zenebin unklarındaki kısım çevrilerek yeni burun, yapmak üzere burun nahiyesine dikilir. Bir ay sonra lâmba kesilerek dudak ve burna form verilir.

FİSTÜL ÜRİNERLERDE ÖZEL TEKNİK (PLASTİKLER VE DERİVASİYON) AMELİYATLARI

Üroloğ Operat. Dr. Cafer Yıldırım
Guraba Hastanesi Üroloji Kliniği
Şef Muavini

Sayın Kongre üyeleri : heyeti aliyenize fistül ürinerlerin, malûmunuz olan (inferiorite, morbidite ve mortalite) sine karşı en ideal çare olan Plastiklerde bilinen tekniklerin kifayetsizliği ihtiyacile ihdas ettiğimiz, bir vezikal ve bir vaginal özel teknik ile, tāmiri imkânsız olanların tâbi olacağı ANASTAMÖZ ÜRETRO İNTESTİNALDE yaptığımız modifiye bir tekniği takdim ediyorum.

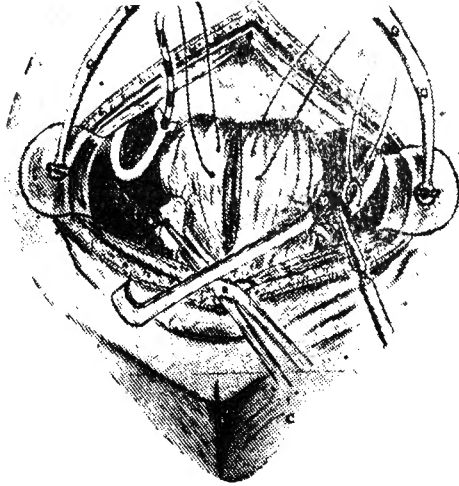
Kongre esas konusu dışında olması sebebiyle tahdid edilen kısıklıkta arzitmeye mecbur olduğumuzdan, izahı gereken bütün teferruat ve tatbik edilen vak'aların safahatından sarfınazar ederek sâdece şemalar üzerinde izahatla iktifa edeceğiz.

1 — FİSTÜL VEZİKO VAGİNAL kadrosundaki âfetlerin tâmiri için en faik yolun VEZİKAL PLASTİK tarık olduğuna inandık. Malûm tekniklerin hemen kâffesi BÜZÜCÜ prensib de oluşunun sakatlığına karşılık, defekti YAMAYICI prensib güdere, mesane alt arka cidarında istenen genişlikte alınabilecek (PENTAGONAL BİR LAMBO) ve altındaki sâlim paruvadan istifade ederek (VEZİKO TRİGONO LAMBO PLASTİK) yapıp, buna çok defa afetzede olan üreter sebebiyle, bir veya iki tarafa (ÜRETRO SİSTO NEOSTOMI) yi kombine ederek tamamlanan bir tekniktir.

Her türlü komplikasyonuna, burada saymama imkân olmayan çareler ile karşıladığımız fistülde aradığımız tek şart, prokzimal veziko üretral kolluma (1-2 s.m.) lik bir basamak mevcudiyetidir.

Tekniğin (6) safahatı vardır :

1 — (Şekil 1) : Önceden komplet bir ürolojik tetkik ve hazırlığı yapılan vak'a-



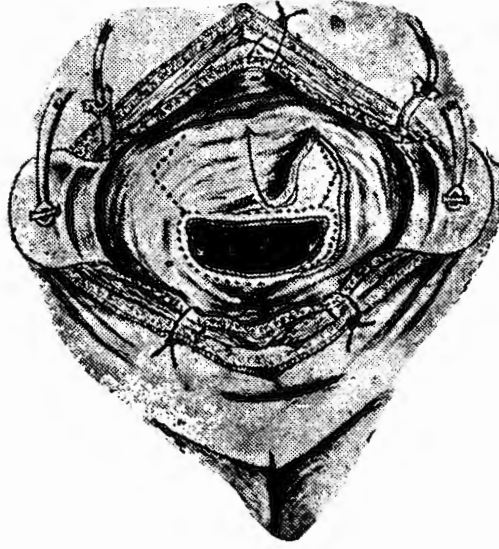
Şekil 1. Sistostomi elarji ile kontrol edilip, üreterler ext. peritoneal, premural kısımdan ayrılıp kateterize ediliyor.

nın mesanesi evvelâ (SİSTOSTOMİ ELARJİ ile tekrar kontrol edilerek, ön basamak teyit ediliyor, ve üreterlerin istilâ edilmesine karşılık, (kateterize edilebilmiş veya edilememiş) üreterler (ekstra peritoneal veya mümkün olmazsa evvelâ trans peritoneal bulup ekstra peritonealize edilip) prevezikal olarak, mesaneden ayrılıp, mesane ucu bağlanıp, serbest uca (PAYNE) kanadı yarılıp içine, kateter konur.

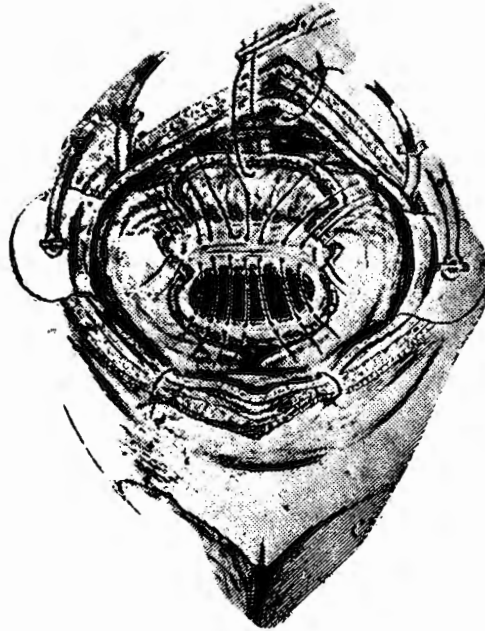
2 — (Şekil 2) : (3 parmağın dahi serbestce geçebileceği) fistül kenarı 1-2 m.m. dışdan ensize edilip (sikatrisiyel kenar atılıp), arka paruvada (fistülde büyük alınan) PENTAGONAL LAMBO (M. Longitudinalis interna altından) disseke edilerek kaldırılır.

3 — (Şekil 3) : Geniş ve sâlim lambo altı nesici, geniş ve etli alınan (ince ipek) sütürlerle karşı basamakda disseke ve deduble edilen mukabiline dikilir (separe olarak).

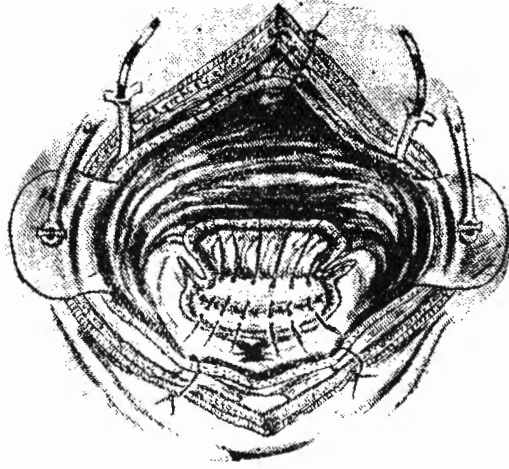
4 — (Şekil 4) : Hâlâ serbest yer çok bulunan lambo altından alınan (2 nci, ica-



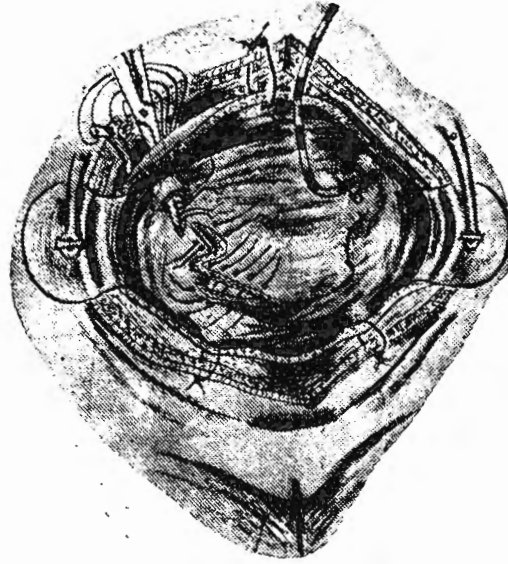
Şekil 2. Fistül kenarından 1-2 m.m. dıştan yapılan dedubliman ensiziyonu yapılıp; Pentagonal, vezika alt arka cidarından alınan Lambo nun musculus transversalis media verikalis ile, musculus Langitudinalis interna arasından disseksiyonu alttan yukarı yapılmaktadır.



Şekil 3. Disseke edilen Lambo vezikal altı sâlim paruva karşılık basamağına separe ince ipekle dikiliyor. Pentagon ensiziyonu yan açılarını kapatıcı sütürler hazırlamıştır.



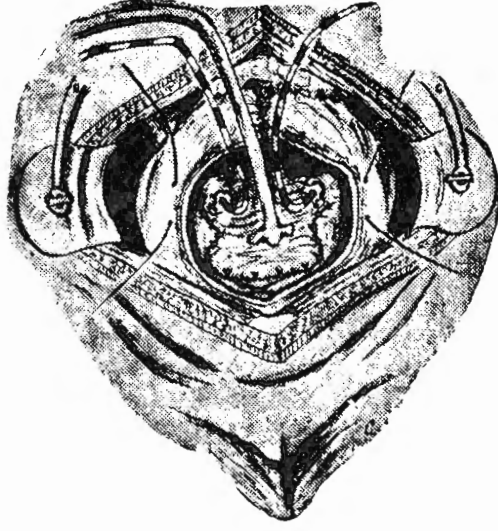
Şekil 4. Lambo yan açıları kapatılarak, Fantom fistül üzerine kaydırılıyor.
Lambo altından 2 inci (3 üncü) kat sütürler ön öne dalgavari bağlanacak.



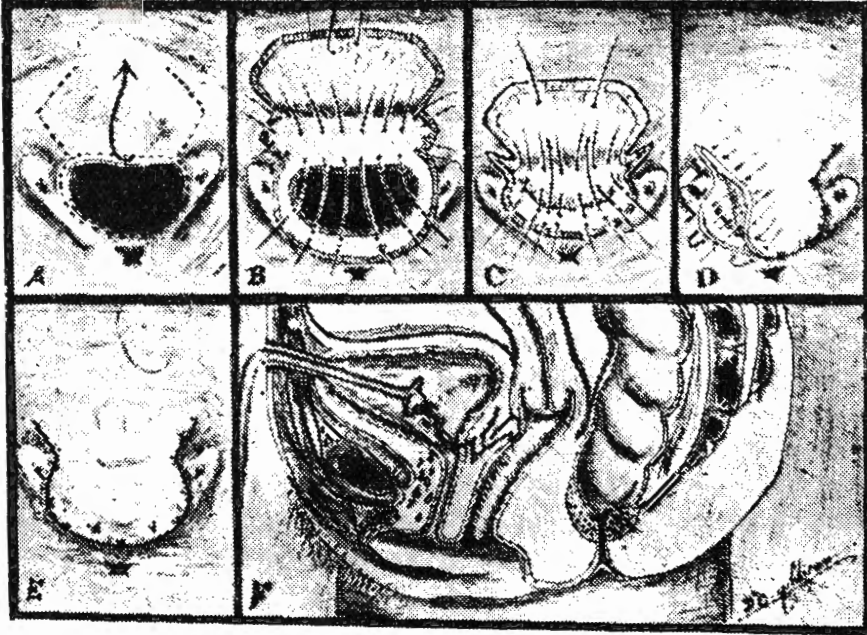
Şekil 5. Kaydırılan Lambo mukozaya mukozaya separe (veya U) sütürlerle,
mesane kavitesine ektropione olacak tarzda ince katgütlerle dikiliyor.
Sola üretro-sisto-neostomi yapılmış, sağa yapılıyor.

ında 3 ncü) kat sütürler dalgavari konularak, dikişleri (üst üste değil) ön öne dikilir. Son bir kaç sütür bizzat lambonun kendi alt yüzünden geçirilerek arada ölü mesafe bırakılmaz. Lambonun yanlarındaki açığı, kapatıcı sütürlerle birleştirilerek, Lambonun pedikülü, fantom olmuş fistül kenarına kaydırılır.

5 — (Şekil 5): Lambonun mukozası karşısında, (epitel vezika kavitesine ektropione olacak tarzda ince katgütlerle, separe veya kontinü) dikilir.



Şekil 6. Veziko-Trigono-Lambo-plastik ve Üretero-Sisto-Neostomi-bilateral tamamlanmış kateterler ve peser yerlerine yerleştirip Sistorrafi-Lembert tamamlanmaktadır.



Şekil 7. Üreter ağızlarını istilâ etmemiş veya orifisler kaydırılabilen vak'aların geniş fistül veziko vaginalleri sade (Veziko-Trigono-Lambo-Plastik) ile tâmir edilmiş safahatı. Ş : 7/F. Plastik yan maktâ görünüşüdür.

6 — (Şekil 6) : ÜRETRO SİSTO NEOSTOMİ (Marion-Payne) metodu ile tatbik edilir şu farkla ki : (Payne) kanadları için, mesane mukozasında yatak hazırlamaya hacet yoktur. Üreterlere kateter, mesaneyeye Peser konarak, mesane ve cidar kapatılır. Diğer teknikler içinde müsait olacak ufaklıkdaki fistüllerde, daha büyük bir emniyetle bu teknik tatbik edilerek, mesane par primum kapatılarak en erken bir şifaya kavuşturmak mümkündür (bir vak'amızda yaptığımız gibi). Kateterler (4 ncü - 8 nci gün). (Peser: 8-18 nci gün) alınır.

Post operatuvar sıkı bir ihtimam gösterilir. Gayet geniş ve tahripkâr, ureterleri de istilâ eden fistüller için bundan gayrı tatbiki mümkün bir teknik bilememekdeyim.

(Şekil 7) Üreterleri salım veya yukarı kaydırılabilen fistüllerde tatbik edilen sâde (TRİGONO VEZİKO LAMBO PLASTİK) tekniği ile ameliyat sahasının yandan görünüşü ve takviye yerinin selabetini göstermektedir. (Bir tane Marion tekniğiyle şifalandırdığımız ilk vak'a hariç) (6) vak'ada şifa ile neticelenen muvaffakiyet temin edilmiştir.

Vak'aların kısa listesi :

Sayı	Prot.	Adı	Yaşı	Primipar Mültipar	Fistül Veziko Vaginal	Primer Sekonder Ebadi	Veziko Trigono Lambo plast.	Uretero Sisto Neostomi	Tarih	Netice
1	148	E.Y	25	M	S	3 parmak	:: ::	Bilat.	13/6/50	Şifa
2	347	E.C	23	M	P	3 parmak	:: ::	:: ::	17/10/50	:: :
3	444	H.Ö	30	P	P	3 parmak	:: ::	:: ::	26/12/50	Residiv
4	:: :	:: :	19	:	:: ::	1 parmak	:: ::	:: ::	27/2/51	Şifa
5	69	A.Ç	30	M	:: ::	1 parmak	:: ::	:: ::	11/3/51	:: :
6	13568	N.H	22	M	S	1 parmak	:: ::	:: ::	27/12/51	:: :
7	15505	A.D	44	M	:: ::	3 parmak	:: ::	Monolat.	24/1/52	:: :

*
**

II — İkinci PLASTİK TEKNİK : İNVERS LAMBO PLASTİK VAGİNAL dir.

Fistül veziko vaginaller için hiç bir zaman tavsiye edeceğimiz veya tatbik edeceğimiz bir yol olmamakla beraber şu ahvallerde zaruridir :

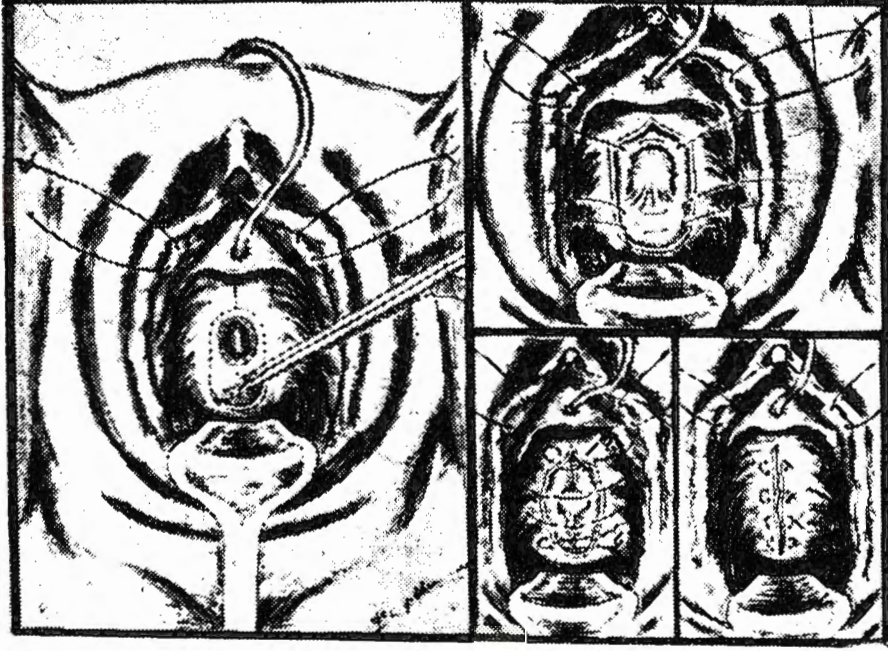
1 — FİSTÜL ÜRETRO VAGİNAL, 2 — FİSTÜL VEZİKO ÜTERO VAGİNAL
3—Vezikal sair plastiklerden sonra muvaffakiyetsizlik olduğu takdirde çok defa eskisinden beter olmasına rağmen, bizim VEZİKO TRİGONO LAMBO PLASTİK tekniğinden sonra da residiv görülebilir, fakat 3 parmağın serbest girdiği asıl fistül yerinde, stilenin, kateterin dahi giremediği ivicacılı mesirli bir residivdir ki, işte buna da vaginal yoldan tâmir en muvafığı ve muvaffığıdır.

Tekniğimizin esasını yine, (Marion vs. gibi) büzerek, veya diğer bir organı zorla getirip onunla tıkamaya çalışarak değil (zira uretra kalibresi daralması, büzmeyi ergeç iflâsa veya tuttuğu takdirde işe yaramaz halde olmasına sebep olur), fakat mesane tarikinde yaptığımız gibi YAMAYARAK KAPATMAK ESASINA İSTİNAD EDER.

TEKNİK : İNVERS LAMBO PLASTİK VAGİNAL :

Evvelce yapılmış sistostomi drenajı varsa muhafaza edilir, yoksa hacet yoktur. Üretraya sabit sonda konur. Narkoz, veya daha iyisi Raşi veya Perdural anestezi yapılır. Hastayı yüzü koyun yatırıp ayağını kalçasına kıvırtmış vaziyette tesbit etmek (jinokolojik pozisiyondan daha iyidir), inspeksiyon ve eksplorasyon ve disseksiyon,

sütür vs. için vaginal tavanda çalışmaktan, göz ve el altındaki, vaginal tabanda çalışmak her bakımdan müreccahdır. Fistülün ön tarafından da olabileceği gibi, ekseriya arka tarafından (serviksi uteri üzerinden) fistülden daha geniş bir lambo fistül kenarlarından geçip ön tarafından birleşen ensiziyonla alınır, ensiziyon önde orta hatta uzatılır (Şekil 8).



Şekil 8. Invers-Lambo-plastik-Vaginal

a - Fistül arka tarafında, Vagina veya Uterus serviksi üzerinden alınan, fistülden geniş bir Lambo ensiziyonu, fistül kenarlarını dolanıp önde birleşip, müşterek bir hat halinde kısmen devam ediyor.

b - Dedubliman disseksiyonu ayrılmış, ve Lambo tersine çevrilerek (mukoza vaginalis, mukoza üretralis tarafına) döndürülüyor ve submukoza, submukoza dikiliyor (ince ipekle).

c - Lambo kenarı gevşek nesic karşılıklı takviye sütürleriyle (ince ipekle) dikiliyor.

d - Mukoza-mukozaya separe veya (U) sütürleriyle (ipek veya gümüş telle) dikiliyor. (Hasta jinekolojik vaziyette kabul edilmiştir, yoksa yüzükoyun daha uygun olup sonra ters çevrilir).

Disseke ve deduble edilen kenara mukabil, lambo fistül kenarı pedikülüne kadar disseke edilip TERS ÇEVİRİLEREK (Vagina mukoza, üretral mukoza tarafına getirilir). Lambo mukozası sütür arasına girmeyecek şekilde fistül kenarına dikilir. 2— Disseke edilen kenarların serbestisi nisbetinde lambo alt ve üst tarafında birleştirilir, mümkünse üzerinde de. Vaginal mukoza ipekle dikilir. Sütürler (8-9) ncü gün alınır. Sıkı ihtimam tatbik edilir. Üretra sondası (8-10) gün sonra alınır, daha erken daha geç alınabilir vak'aya göre (her halde uzun tutmak faydeli değildir).

Diğer malûm teknikler çok ufak olan fistüllerde dahi iyi bir muvaffakiyet göstermişken, bu teknikle tatbik ettiğimiz (7) vak'a ŞIFALANMIŞLARDIR.

Sayı	Prot.	Adı	Yaşı	Primipar Mültipar	Fistül Veziko Vajinal	Fistül Üretro Vajinal	Primer Sekonder	İnvers Lambo plastik Vajinal	Tarih	Netic
1	50	S.B.	40	M	:: ::		P	:: ::	7/3/50	Şifa
2	342	N.K.	30	P	:: ::		P	:: ::	10/10/50	:: :
3	347	E.Ç.	19	M	:: ::		P	:: ::	23/1/51	:: :
4	444	R.C.	:: :	P	—	:: ::	P	:: ::	3/4/51	:: :
5	137	Z.H.	45	P	:: ::		P	:: ::	24/4/51	:: :
6	357	F.S.	25	P	—	:: ::	P	:: ::	2/10/51	:: :
7	4673	A.T.	44	M	F.Veziko Vajinal	-	S	:: :	1/7/52	

*
**

III — ÜÇÜNCÜ TEKNİK : ANASTAMOZ ÜRETRO İNTESTİNAL. TUNELİ-ZASİYON METODU :

Bir çok hastalıklarda olduğu gibi, bilhassa fistüllerde de, plastik tâmir imkânı bulunamadığı zaman, hastanın inforiyerite ve morbiditesine yegâne çare derivasyon düründür ki, bunlardan da en münasibi, anüs sfinkterinden istifade ederek kontinan kılmaktır. (Sigmoidden gayrı yer meselâ çekuma implantasyon mutlak üremi ve ek-sitüsle neticelenir denebilir).

(A.Ü.I): Anastamoz üretero intestinal için, (26) kadar çeşit teknikden Tuneli-zasiyon (Beck: 1913 - Marion: 1928 - Mayo: 1930 - Taylor, Walke : 1931 - Geza Sshina-gel-Herbert D. Wolff: 1948) gibi müellifler tarafından, hayvan veya insanda denen-mişse de hiç biri bizim takdim ettiğimiz tekniğin aynini yapmamıştır. Derivasyonun yüksek mortalitesine karşılık (TEK SEANSDA. TRANS PERİTONEAL. BİLATE-RAL) SÜR'ATLİ ve EMİN bir anastamoz tekniği temin etmek ihtiyacile (yukarıdaki müelliflerin neşriyatından da istifade etmeksizin) ihdas ettik, ye fevkalâde muvaffak neticeler kaydettik. Rûçhaniyet sebepleri ile diğerlerinden farkını burda tâdâda imkân yoktur, tafsilâta da keza.

Sâdece şemalardan tekniği târif edip vak'aların kısa listesini takdim edeceğim. **TEKNİK 3 SAFAHAT ARZEDER:** (Şekil 9)

1 — (Şekil 9:A): Bağırsakları boşaltılmış, sterilize edilmiş, konstipe edilmiş has-ta, laparotomi ile açılır. Periton paryetal pelvik açılarak ureter prevezikal bağlanıp üstünden kesilip, (Payne) kanadları yarılp birer ipek dikiş geçirilip içine kateter ko-nur (kaval ağız gibi de oblik kesilebilir).

RETRO PERİTONEAL ve SUB SERÖZ geçirilen (deşan). (Taenia vera) yanın-dan çıkarılarak hasıl olan tünelden ureter geçirilir.

2 — (Şekil 9:A): (Taenia vera) veya yan tarafından, bistüri ile seroza ve müs-külarisi kat edip mukozada duran (1 s.m) lik transversal bir ensiziyondan ince bir (moskito) pensile ucu sokulup açılarak, tekrar kapatıp itip, tekrar açarak), müsküla-ris mukozadan disseke edile edile ilerlenip istenen mesafede (5-6 s.m) ucu kabartılıp tekrar küçük transversal bir ensiziyonla seroza ve müskülaris kesilmekle hasıl olan tünelden ÜRETER geçirilir.

3 — (Şekil 9:B): Alt ensiziyonda mukoza açılarak deliğinden geçirilen ureter ucundan ipeklerle sigmoid veya rektuma tesbit edilir.

Şimdi sahada sadece iki ufak transversal ensiziyon vardır ki bunlar da (Lem-bert) sütürlere ile (ureterden de zarar vermez şekilde geçen bir iki sütür de olarak) ka-

patılır. Aynı şey büyük sür'at temin eden teknikle karşı tarafa yapılır, ameliyatın son şekli (Şekil 9:C) de olduğu gibi gayet emin ve estetikdir.

Periton yarıkları kapatılır. Üreteri tazyik eden dikiş yoktur, hiç bir yerde periton içi seyir yoktur, üreteri saran halka yoktur, hematom ve fibrö dejeneresans yapan uzunlamasına sütürler yoktur. Bu sayede iki tarafı birden anastamoze edecek vak'aların kâffesine (TEK SEANS DA. TRANSPERİTONEAL BİLATERAL ANASTAMOZ ÜRETRO İNTESTİNAL. TUNELİZASİYON TEKNİK) tatbik ettik (en son tüberküloz vezikal ve renalli bir hastadan gayri mortalitemiz yoktur).

19 hastanın (37) üreterine yaptığımız anastamoz üretero intestinalinde kullanılan teknik ve neticeleri kısa bir liste halinde aşağıda arz edildi.

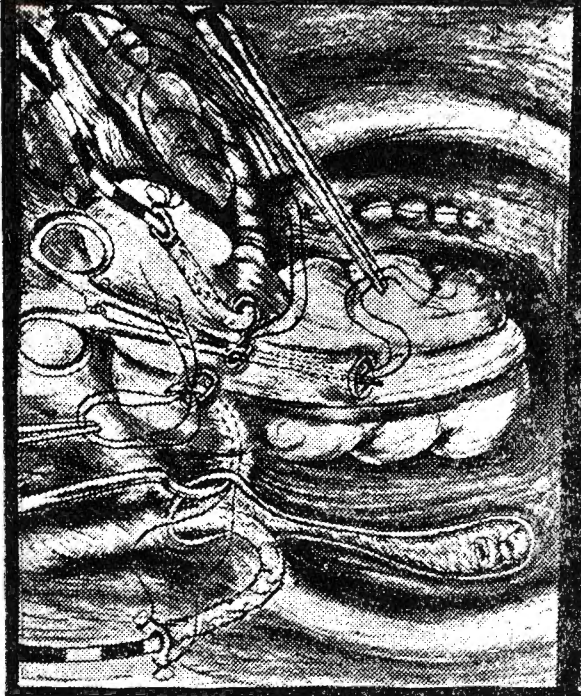
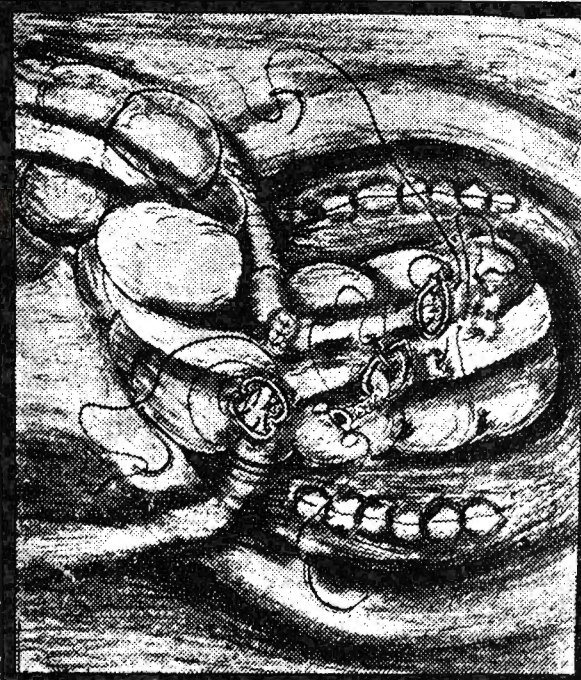
Böylece takdim ettiğim 3 OPERATUVAR TEKNİK DEN,

VEZİKO TRİGONO LAMBO PLASTİK : (13/6/950) denberi tatbik edilmektedir.

İNVERS LAMBO PLASTİK VAGİNAL : (7/3/950) » » »

TUNELİZASİYON TEKNİK A.Ü.İ. : (1948) yılındanberi tarafımdan tatbik edilmektedir. Hepsi muvaffak neticeler halindedir.

Aldığımız neticelerden cesaret alarak yüksek kongre üyeleri meslektaşlarımıza deneme tatbikatı yapmalarını rica ederek arz ediyoruz.



Şekil 9. Bilateral-Anastomoz-Üretro-İntestinal-Tunelizasyon Teknik

A - Üreter dextra hazırlanıyor, Üreter sinistra retroperitoneal ve retro seröz-sigmoidal olarak, Taenia vera yanına alınmıştır. Solda Taenia vera üzerine yapılan (1 s.m) Transversal insiziyon ile seroza ve m. muskularis altından, mukoza üstünden, tunnel, ince (moskito) pensile hazırlanıp, ucu dışarı alınarak, üreter ve ipekleri çekilmektedir. B - Üreter dextra: retro-peritoneal ve sub musküler seyredip alt uca sigmoid içine geçeceği mukoza şakkından, uc ipekleri iğne ile içten dışa geçirilecek. Üreter sinistra aynı safhaları geçirmiş sigmoide ucu, mukoza adventisiasına tesbit ediliyor. C - Periton ve sigmoid üzerindeki Transversal seromusküler ufak şaklar Lembert sutureleriyle kapatıldıktan sonra, tamamlanmış görünüşüdür.

ANASTOMOZ ÜRETRO İNTESTİNAL de (TUNELİZASİYON TEKNİK)
AMELİYATI VAK'ALARI

(A.Ü.İ) = Anastamoz üretero intestinal

(F.V.V) = Fİstül Veziko Vaginal

(Bilat) = Bilateral

(Monot) = Mono lateral

(Tr.Per.) = Trans, Peritoneal

(Tun.) = Tunelizasyon

(Cof.) = Coffey

(Me. Ca) = Mesane (Cancer) i

(Pros. Vez. Sistek. Tot.) = Prostato Vezikülo Sistektomi Total

Sayı	Adı	Prot.	Yaş	Yıl	Hastalık	Ameliyat	Şifa müddeti
1	Bayan H.Ş.	206	22	1948	F.V.V.	A.Ü.İ.-Bilat.Tr.Per.Tun	16 Gün
2	» M.Ş.	105	30	1949	» » »	» » » »	9 »
3	» K.İ.	309	33	1949	» » »	» » » »	10 »
4	» N.Ş.	161	35	1950	» » »	» » » »	12 »
5	» A.A.	300	23	1949	» » »	» » » Sol.Tun	19 »
6	» A.K.	253	45	»	» » »	» » » Sağ.Cof	12 »
7	» A.Ç.	53	»	»	» » »	» » » »	18 »
8	» A.K.	22	25	»	» » »	» » » »	4 Ay
9	» G.S.	51	35	1950	» » »	» » » »	15 Gün
10	Bay L.M.	4633	20	1952	Ekstrofi	» » » »	29 »
11	» S.T.	183	60	1950	Me.Ca.	A.Ü.İ.-Bilat.Tr.Per.Tun+	
						Pros. Vez. Sist. Tot.	16 »
12	» A.Ş.	90	68	»	» »	» » » »	2 Ay
13	» Ş.A.	390	60	1951	» »	» » » »	44 Gün
14	» Ş.T.	416	60	1952	» »	» » » »	21 »
15	» H.T.	4476	50	»	» »	» » » »	31 »
16	» D.M.	4678	50	»	» Tumöro	A.Ü.İ.-Bilat.Tr.Per.Tun+	
					Ren. Tbc.	Pros. Vez. Sist. Tot.	(Vefat)
17	Bayan M.A.	25	17	1950	Anomali	» » » »	
					Veziko		
					Üretral	A.Ü.İ.-Bilat.Tr.Per.Cof	14 Gün
18	» A.A.	69	40	1949	Fistül		
					Üretro		
					vaginal	A.Ü.İ.-Monot.Ex.Per.Cof.	15 »
19	» M.K.	229	17	1950	Operatu var		
					Rüptür		
					Üretral		
					solda çift	A.Ü.İ.-Monat.Tr.Per.Cof.	12 »

NETİCE :

19 hastada 37 üretere A.Ü.İ. = Anastamoz üretero intestinal

17 » 34 » » = (Bir seansda)

5 » 10 » » = (Prostato vezikülo sistektomi total

(1: Mortalite)

19 » 36 » » = (Trans peritoneal)

1 » » » = (Ekstra peritoneal)

19 » 37 » » de= 27 Üretere TUNELİZASİYON tenik

10 » Coffey I »

Tunelizasyon tekniği (1948 yılındanberi kullanılmaktadır.)

HÜLÂSA

Fistül ürinerlerin ideal tedavisi olan Plastik Operatuvar metodlardan malûm olanların muvaffakiyetsizlik sebepleri tahlil edilerek, bilhassa geniş ve tahripkâr olanlara tamamen çaresiz kalması sebebiyle, ihtiyaç zorile 2 plâstik teknik ihdas ettik. Mümkün olan her vak'ada vezikal yol tercih edilerek (**Veziko Trigono Lamboplastik**) tâbir ettiğim tekniği (6) vak'ada muvaffakiyetle tatbik ettik. Diğer tarik olan vaginal yol içinde, aynı yamayıcı prensibe istinaden (**İnvers Lambo Plastik Vaginal**) tâbir ettiğim tekniğini (7) vak'ada muvaffakiyetle tatbik ettik.

Plastik yapılması mümkün olmayan vak'alara yapılacak en münasip Anastomoz Üretro İntestinali (Bir seansda bilateral olarak sür'atli ve emin) şekilde tatbik etmek ihtiyacile (Coffeyi) modifiye ederek (**Tunelizasyon**) tekniğimizi (19) hastanın, 37 üretininin (27) sinde muvaffakiyetle tatbik ettik (10 üretere Coffey I. yapıldı). Teknikler târif ve takdim edildi.

Doç. Dr. Ziya Üstün :

Muhterem üroloğ arkadaşımıza, takdim ettikleri muvaffak vak'alarından dolayı teşekkür ederim, kendileriyle muarız olacağımız bir nokta yoktur. Ancak fistülle çok uğraşan kadın hekimleri pek iyi bilecekleri gibi vesika içerisinde fistüle müdahale vaginal yola nazaran daha muvaffak zannedilmelidir. Netekim fistül ameliyatlarıyla çok uğraşmış olan Pr. Stöckel de daima vaginal yolun tercih edilmesi fikrindedir, sahayı genişletmek üzere Schuchard şaklarından istifade edilir. Bununla beraber ben vesica yoluyla müdahale edilmek mecburiyeti olan vak'aların mevcut olduğunu da elbette ki kabul etmekteyim.

Dr. Cafer Yıldırım :

1— Sayın arkadaşım Doç. Dr. Ziya Üstün bey ile anlaşılmadık bir cihet yok zannediyorum. Sadece Vaginal yol muraccahdır buyurdular. Alman literatüründe bu merkezde olduğunu beyan ettiler. Ben de Amerikan literatürünün bizim gibi Vezikal yolu tercih ettiğini söyleyebilirim.

2 — Diğer bir cihet te her spesialist kendi kompetanı bulunduğu sahayı tercih edişindedir. Kendileri Vaginal yolu tercih eder çünkü jinekoloğdur. Biz Vezikal yolu tercih ederiz, çünkü üroloğuz.

3 — Fakat mühim diğer bir cihet var, o da bahsettiğim «3 hayâti delik» dediğim, Lieutaud üçgenini köşeleyen 2 ureter, bir uretra ağzıdır. Bir ureter orifisi tıkanması, böbreğinin birinin, hayatında yarısının gitmesi gibidir. İki ureter ağzı tıkanması exitüs muadilidir. Zaten fistüllerin mutad komplikasını, pyelonefrit, pyonefroz, uronefroz gibi renal komplikasyonlardır. O halde ureter ağzızların iyi explore edilmesi fistül veya plastik icabı bir şey yapmak icabedip etmediği ve lüzumunda gereğinin icrası ancak Vezikal yoldandır.

4 — Bir de arzettiğim gibi «3 parmağın serbest girdiği» ve ureter osifislerini ve intramüral kısmı istilâ ve tahrip eden fistüllerde, ureterleri kurtarmak şartile Vaginal yoldan ne yapabileceklerini sorarım ?

Zannedirim bir şey yapılamaz, bu ancak bizim teknikteki gibi Vezikal yoldan gitmek, Lambo plastiğimizi yapmak ve zarurî bir kombinasyon olarak «Üretro-Sistoneostomi» yapmak üzere, Transvezikal yol hem mecburî hem de ideal bir yol olduğunu, kendileri de kabul eder sanırım.

Böylece herkes alışık olduğu ve ehil olduğu yolu tercih serbestisi yanında Transvezikal yol ve özel tekniğimizin bizim için tercihe şayan olduğunu söylerken geniş ve tahripkâr fistüllerde herkesi teslim alan yol olduğunu tebarüz ettiririm.

Tekniğimizin nazarı dikkata alınarak denenmesini bilvesile bir daha rica ederim.

OVÜLASYON ZAMANININ KAT'İ TAYİNİNDE «ACIDO-PLICATURIQUE» NİSPETİNİN ÖNEMİ

Dr. Hakkı M. Berkmen

İşçi Sigortaları Kurumu İzmir Hastanesi
Nisaiye Mütchassısı

Sayın büyüklüklerim, muhterem meslekdaşlarım, Bayanlar, baylar,

Serbest tebliğlerin şartlarına uymak mecburiyeti karşısında esas travayıma onda bir nispetinde bir kısaltma yaparak lüzumlu bir çok detaylardan maalesef bahsedemiyerek, mevzuun hiç olmazsa ana hatları ve tümü hakkında izahlarda bulunmaya çahşacağım.

Son senelerde, sitolojinin kespettiği ehemmiyet ve şumul artık hepimizin malû-mudur. Bizi bilhassa alâkadar eden sitoloji vaginalden maada, teneffüs ve hazım yolları, seroz boşlukları, uro-genital ve satih sitolojileri de klinikte kendilerine özel bir mevkii temin etmişlerdir. Vaginal frottisler, genital fractus kanserinin erken teşhisinde, sıklık ve andokrinyen değişmelerin takibinde, X şua tedavisinin kontrolünde, gestose larda muvaffakiyetle kullanılmaktadır. Vaginal frottis usulünün teferruatına ne yazık ki burada giremeyeceğim, yalnız pek kısaca bahsetmek mecburiyetindeyim. Vagina muhtevası tahta bir paletle cama ince bir tabaka halinde yayılır ve cam derhal alkol-eter mahlûlüne tespit olmak üzere konur. Boyama usulleri muhtelifdir. Papanicolaou boyaması çok kompleks ve pahalıdır ve renk nüansları o kadar fazladır ki andokrinyen araştırmalara uygun değildir. Biz, Pundel e uyararak nüve strukturunu meydana koymak için evvelâ Hématoxyline ile ve sonra differansye etmek için Shorr la boyuyoruz. Bu suretle bazofil hücreler mavi ve asidofil ler ise pembeye boyanırlar. Alkol ve xylolden geçirdikten sonra Kanada balzamile lamelle monte edilir. Siklusun muhtelif zamanlarında vaginal frottis ile görülen manzaraları grosso modo şöyle hüllâsa edebiliriz. Adet sonunda hücreler küme halindedir, yani placard var. Bazofiller, entermediyer hücreler, lökositler ve mucus fazladır, cam kirli bir manzara arzeder. Gün geçtikçe asidofiller artar, hücresel ayrılır, süperfisiyeller çoğalır, lökositler azalır, devre ortasında camda yalnız geniş asidofil hücreler görülür, lökosit ve mucus kaybolmuştur. Boya berrak ve temizdir. Anı olarak bu hücreler plikatüre olur, katlanırlar, asidofiller birden epey azalır, bazofiller artar, lökositler görünmeğe başlar ve sonra plakalar teessüs eder. Asidofil hücrelerin kesafetini tayin eden rakkama indice acidophile (yani İ.A.) denir. Demek ki genel olarak folikülinik devrenin nihayetlenmesile, lüteinik devrenin başlamasile vaginal frottis lerde aşikâr olarak göze çarpan değişiklikler oluyor, yani 1— süperfisiyel hücreler katlanır (plicaturation). 2— hücreler plaklar halinde toplanır. 3— İ.A. azalır. 4— lökositler görünür. Vaginal frottis usulü ile otorlere göre ovülasyon zamanını ancak retrospektif olarak tayin etmek mümkündür. İ.A nın azalması, projesteron faaliyetin çoğalması yani plikaturasyon ve plakar teşekkülü ile ovülasyonun vukubulmuş olduğu anlaşılır, ve retrospektif olarak bunu tahmin etmek mümkündür denmektedir. Fakat ovülasyonun tam ve kat'î anının tayini hususunda henüz elde bir kriterin mevcut olmadığını bildirmektedirler. Modern jinekolojide ovülasyon zamanının tayinine çok önem verilmektedir. Bu mevzu etrafında 1946 senesinde, Lyon da X uncu Fransız Jinekoloji kongresinde çok enteresan tebliğ ve münakaşade,

lar yapılmıştı. Filhakika sterilitenin tedavisi, ve bir çok andokrinolojik terapilerin yerinde tatbik edilebilmesi için ovülasyonun husule gelip gelmediğini, ve vukubulduğu takdirde kat'î zamanının tayini çok önemlidir. Bilhassa sunî ensemınasyon da bu anı bilmek elzemdir. 1948 senesinde Acta Medica da neşrettiğim, «Papanicolaou usulü ile bir unk kanserinin erken teşhisi» yazımdan bu güne kadar yüzlerce siklik frottislerde yaptığım araştırmalar neticesinde bir kaç anovülatuar siklus hariç, daima İ.A kurbun yükselmesi ve sonra anı inişini ve anı inişine müvazi olarak plikatürasyonun arttığını ve 1-2 gün zarfında bu plicaturation un plakar halinde olduğunu her frottis de eksiksiz olarak tespit ettik. Bu arada ovülasyon esnasında husule gelen iki fenomen bize calibi dikkat göründü: yüksek bir nispette olan İ.A rakkamı sür'atli bir iniş kaydediyor, gayet dun olan plikaturasyon ani olarak yüksek bir seviyeye ulaşıyor. Bu inversion hareketini bir formüle zaptedebilmek için evvelemerde plicaturation nispetini tayin etmek icabediyordu. Bu sebeple biz her frottide yüz höcre sayarak aralarında plikatüre olmuş olanları tespit ederek plikatürasyon yüzde nisbetini elde ettik ve buna indice de plicaturation (İ.Pl.) dedik ve enversyonun iki elemanı İ.A. ve İ.Pl. olduğuna göre bunları birbirine nispet ettik ve elde ettiğimiz rapport un tahavvüllerini tetkik ettik. Bu rapora «indice acido-plicaturique» dedik ve A/Pl olarak rumuzlandırdık. İ.A yükseldikçe raporun 1 rakkamının üstünde ve ovülasyonda 1 rakkamının altına ve tam anında en dun seviyeye ulaştığını gördük. Bunu tetkik maksadile, bir seri tecrübe ve araştırmalara giriştik. Bu araştırmaların tafsilâtını maalesef burada veremeyeceğim; kısaca bir fikir vermeğe gayret edeceğim. Araştırmaları kolaylaştırmak için projeksiyonla gösterilen hasta fişlerini ve grafikleri tertitledik. İşe başlamadan evvel şu noktalara ehemmiyet verdik: 1 — siklüsün mümkün olduğu kadar fazla günlerinin frottislerini elde edip tetkik etmek. 2 Palmer testini de birlikte yapmak ve kıyas etmek. 3— menopoza yakın vak'aları seçmemek. 4--- seksüel heyecanlarla günü haricinde bir ovülasyona sebep vermemeğin için tedbir almak. Bu sebeplerle hastalarımızı iyice seçmek mecburiyetinde kaldık. Hastalarımızın şehir dahilinde ve kliniğimize yakın olmalarına, yapılacak işin mahiyetini kavrayıp bir aylık zahmetine katlanacak derecede sıhhatlerine düşkün ve az çok kültürlü olmalarına, Palmer testini evlerinde usule riayetkâr şekilde yapmalarına ve neticelerini kaydedebilmelerine, yaşları menopoza pek yakın olmamasına ve muayene yapılacak ay zarfında lavaj ve yıkanmaların yapılmamasına ve seksüel stimülislerden uzak kalmalarının teminine çalıştık. Bittabi bu kadar çok şart bir araya gelince, bir sene içinde, seçip üzerinde çalışabildiğimiz vak'a adedi pek büyük bir yekûn tutmadı. Fakat şunu da tebarüz ettirmek isterim ki üzerinde çalışmış olduğumuz vak'alar tamamen aradığımız şeraite uygundur. Bu suretile toplayabildiğimiz ilk 50 vak'adan elde ettiğimiz données lere göre A/Pl nisbetinin ovülasyon zamanının kat'î tayininde hakikaten kıymetli ve önemli bir rolü vardır. Bunlardan maada 3 vak'a da frottis ile tespit edilen ovülasyon anını, o anda yapılan laparotomi ile kontrol etmek mümkün olmuştur. Bu son 3 vak'a iddialarımızı maddî bir şekilde teyit ettiğinden bunları tafsilâtile arzedeceğim: İlk 50 vak'alık grubumuzdan, parametritis sekeli gösteren bir hastaya ameliyat olmak üzere bir kaç ay sonra gelmesini tavsiye etmiştik. Frottis ile tespit etmiş olduğumuz ovülasyon zamanına 14 ilâve etmek suretile ihtimali olarak adetın 9/12/950 tarihinde geleceğini kendisine bildirmiş ve adeti geldikten sonra bize müracaat etmesini tenbihlemiştik. Filvaki adetini 9/12/950 de görmüş ve hep frottis araştırmalarına dayanarak 7/1/951 ve 5/2/951 de gördüğü adetlerin tarihlerini kontrollere geldiği vakit kendisine evvelden bildiriyordum. Hakikaten hasta evvelden tespit edilen tarihte hiç şaşmadan günü gününe adetlerini görmekte idi. Frottis ile hemahenk giden müvazeleni ve muntazam siklik değişimler gösteren bu hastamızda esasen yapılması mukarrer olan laparatomiyi frottis ile tespit edeceğimiz ovülasyon zamanına tesadüf ettirmeğe karar verdim. Hastamız son

adetini 5/2/951 de gördüğüne göre evvelki sıklıslere istinaden ovülasyonun 20/2/951 tarihine isabet etmesi ihtimali dahilinde olduğundan kendisini 16/2/951 tarihinde 15/128 protokol numarası ile İzmir İşçi Sigortası hastanesindeki servisimize yatırdık. Her gün yapılan frottislerin 19/2/951 tarihinde, provülatuar fazı göstermeğe başladıkları görüldü. Bundan dolayı 19/2/951 de sabah saat 8 den itibaren, 6 saatte bir frottis almaya başladım. Bu frotillerin neticelerini grafikten takip etmek mümkündür. Saat 8. (19/2/951) de frotide A/Pl henüz yüksektir. Aynı gün saat 14 te İ.A hâlâ daha yükselmekte ise de ani olarak plikatürasyon başlamıştır. A/Pl 0,77 ye düşmüştür. Saat 20 de alınan frottis de A/Pl 0,75 e düşmüştür. 20/2/951 de saat 2 de A/Pl 0,55 e düşmüştür. Saat 8 de ise plikatürasyon pek fazla artmış ve A/Pl 0,40 olmuştur. Bu seviye asido-plikatürique nispetinin bu vak'ada en düşük rakkamıdır. Saat 14 te A/Pl az bir şey yükselmiştir. (0,42). Bu son neticeyi alınca ovülasyonun saat 8 ilâ 14 arasında vukubulduğuna hükmederek, saat 15 te laparatomiyeye başladım. Bu ameliyede düşüncelerimizi kuvvetlendiren ve iddialarımızın doğruluğunu ispat eden durumu memnuniyetle gördük. Pelviste iki kahve kaşığı kadar sanguinolent sarımsı serbest mayı vardı, sol overde yeni patlamış, henüz daha kanlı bir tıkaçla dolmamış «béant» bir folikül kesesi bulunmakta idi.

Cotte un târifine göre «ovülasyon olduktan sonra folikülün sathında 1/3 milim. uzunluğunda kenarı ekseriya dantele veya plise bir fevha görülür. Bu fevhadan liquor folliculi, ovum ve granuloza tabakasının mühim bir kısmı çıkmıştır. Folikülün içi tamamen boştur, ve içinde ancak liquor folliculi bakiyesi ve rüptür dolayısıyla hafif sanguinolent bir mayı bulunabilir. Bir kaç saat sonra granuloza proliferer eder, içine vaskuler istitaleler uzanır, ve artık folikülün içi çailot manzarasında bir tıkaçla kapanır, ve üstü ince bir konjonktivovasküler membranile örtülür».

Biz folikülü tamamen boş, fevhayı 4 mm kadar bir açıklıkta ve pelviste pek az sanguinolent bir mayı bulduğumuza göre, ovülasyonun nihayet 1-2 saat içinde vukubulmuş olduğuna kuvvetle kanaat getirdik. Bundan sonra muhtelif zamanlarda aradığımız bütün şeraiti kendisinde toplayan ve ovülasyon gününü tespit ettikten sonra yeni bir sıklüste 6 saat ara ile frottis muayenesi yaparak ovülasyonun kati anını tespit ettiğimiz daha iki hastanın laparatomisini yapabildik ve yine aynı netice ile karşılaştık.

Münakaşa

Frotis alma tarzına göre araştırmalarımızı 3 gruba ayırmak mümkündür : gün aşırı, her gün, her 6 saatte bir alınan vaginal frottislerin teşkil ettikleri gruplar. Grafiklerin incelenmesinden anlaşıldığı veçhile bu 3 grubun neticeleri birbirini tutmaktadır. Palmer testinde dekalaj had olarak, ovülasyonla birlikte en yüksek seviyeye ulaşmasını 53 vak'anın ancak 13 ünde rastladık, ve bu 13 vak'anın 8 inde placard aynı günde husule gelmekte idi. Diğer 40 vak'ada dekalaj 1, 2, 3 gün zarfında en yüksek seviyeye ulaşmaktadır, ve bu sebeple, Palmer testine göre ovülasyon teşhisini ancak retrospektif olarak koymak mümkündür. Ve, hiç bir vakit, tam anını tespit etmek kabil değildir. Esasen evvelce de tebarüz ettirdiğimiz gibi her hangi başka fizik, veya moral amilde bir kaç diziyemlik dekalaja sebep olabilir. Bundan dolayı, ve akme bir kaç gün sonra husule gelebildiğinden, ilk dekalajın ovülasyona bağlı olduğunu katiyetle iddia etmek aldatıcı olabilir. Knaus ve Hartmann ın ayrı ayrı yaptıkları çok dakik ve objektif, müteaddit araştırmalardan sonra, sıklüsün müddeti ne olursa olsun, ovülasyon, vukubulacak adetden daima 14 gün evvel husule geldiğini iddia ve ispat etmişlerdir. Araştırmalarımızdan aldığımız neticeler, bu iddiayı daima teyid etmiş olduğu gibi, bilmukabil, asidoplikatürük raporun ovülasyon zamanının kat'i tayinindeki

kıymeti yine, bu iddia sayesinde belirtilebilmektedir. Acido-plicaturique nispetinin azami bir yükselişten sonra en düşük seviyede olduğu gün, ovülasyon günü olarak kabul ederek, bu tarihe 14 ilâve etmek suretile muhtemelen adet geliş tarihini, hastalarımıza bildirmiştik. Hakikaten, adet, bir kaç istisnadan maada, hep bildirmiş olduğumuz tarihlerde gelmiştir. Yalnız 12 ilâ 18 saat kadar oynamalar olmuştur. (meselâ 23 aralıkta gelmesi icabeden adet, 24 aralık sabahı gelmiştir). Ovülasyon «günü» dediğimiz vakit, bu müddet bittabi 24 saatlik bir müddettir, ovülasyon bu müddetin başında, ortasında veya nihayetinde husule gelebilir. Ve, bundan dolayı da, adet zamanında 12-18 saatlik bir değişme vukua gelebilir. 53 vak'amız arasında, adet geliş tarihlerini 3 - 4 ay devamla takip edebildiğimiz, 9 hastamız vardı. Her birinin müteaddit adet gelme zamanının acido plicaturique nispetinin tayini sayesinde ve 14 gün ilâve etmek suretile evvelden tespit ettik. Fakat hiç şüphesiz ki bütün bu iddialarımıza bir kuvvet daha katan ve diğer müspet faktörlere en objektif bir delil daha ilâve eden laparatomisi ile ovülasyon anını kontrol edebildiğimiz, son 3 vak'amızdır.

Bütün bu données lere göre, travay ve etüdlerimizden edindiğimiz kanaate göre, teşkil ettiğimiz acido-plicaturique nispetini ve bilhassa azami yükselişten sonra bu nispetin en düşük seviyesi ovülasyon zamanının kati tayininde çok önemli rolü aşıkârdır. Anovülatur siklüslerin, mevcut olabilmesi bu kıymetli rolü hiç bir zaman eksiltmez, çünkü bizzat tespit ettiğimiz gibi, ve literatürde de bir çok otörlerin belirttiği gibi bu siklüsler enderi nadirattandır, ve bir kadında bir defa vukubulmuş olması tekerrürünü icabettirmez. Yani bu çeşit bir siklusla karşılaşmak ihtimali bilhassa püberte ile premenopoz arasında tam maturite seksüel yaşlarında pek azdır ve nihayet raporumuz sayesinde tespit edilen ovülasyon anından faydalanarak yapılmış olan her hangi bir terapiden sonra, kontrol maksadile, a posteriori, 2-3 gün sonra alınan bir frottis de görünen placard teşekkülü durumu aydınlatmış olur.

HÜLÂSA

Vaginal sitolojiden genel olarak kısaca bahsedildikten sonra, ovülasyon zamanının kati tayinin öneminden ve bu hususta vaginal frottis usulünün durumu izah ediliyor. Frottis araştırmaları esnasında karşılaştığı bazı hususiyetleri bir nispetle tespit ve tayin eden otör, iddiasını mikrofotografilerle ve grafiklerle teyid ederek, mezkûr nispetin önemini öne sürüyor.

Dr. Yusuf Keçecioglu :

Son senelerde Vagen muhteviyatının Histolojik muayenesi geniş ufuklar açmakta ise de, morfolojik ve fiziki değişmelere istinat ederek insanda ovülasyonun kati teşhisi metodu olarak iddia edilemez.

Vagena epitelinin iki fonksionu vardır.

A. Glikogen ifrazı,

B. Sathi kornifikasyon.

Bu iki başlıca fonksionu kadın cins hayatının devamı müddetince görürüz. Ortogen faaliyetinin ileri safhalarında, glikogende ve kornifikasyonda artma görülür. Şöyle ki follikül hormonu vagina epitelinde, hiperpilon ve bu hipertrofi bunu takip eden epitelyal kornifikasyon husule getirir, bu nesîç tahavvülâtı glikojen artması ile paralel gider. Bu biyolojik hâdise aşağı memelilerde bariz bir surette gösterilebilir. Bu hayvanlarda kornifikasyon preostirus ve ostrus devirlerinde aşıkârdır. Bütün epitelyal te-

baka, bazal tabaka müstesna, deskuame olur. Deskuamasyonu sathı tabakadan bazal tabakaya kadar takip ederek, karakteristik hücreleri vaginal simirde görmek mümkündür. Bu suretle vaginal simierin müteaddid defalar yapılacak seri muayenelerinde siklusun hangi safhasında olduğuna dair bir fikir edinebiliriz. Fakat bu hal daha ziyade nisbidir. Zira insanda vagen epitelindeki Hipertrofi, Hiperplazi ve Kornifikasyon deskuamasyon hâdiseleri hayvanlara nisbetle daha aşikâr olarak seyretmez. Binaenaleyh insan vagen epitelindeki siklik değişmeler ve paralel olarak vagina ifrazındaki hücre değişmeleri ileri derece bâriz değildir. Sonra vagen hücreleri, koit, duş, banyo, muhtelif ilâçlar, parazit, enfeksion hatta psişik sebeblerle değişmeler gösterir. Bu halde vagen ifrazatının histolojik muayenelerini güçleştirecektir.

Sonra teknik hata, preparatların hazırlanırken hafif sürtünme, kazeifikasyon histolojik tabloyu daima değiştirir, sonra entraepitelyal sahada gayet geniş bir değişikliğin mevcut oluşu ; bu hal bir preparatın dışında kalabildiği gibi bazen de tamamen içinde olabilir. Vagen epitelindeki bu değişmeler tamamen ortogenik hormon aksionuna bağlıdır:Progesteronun direkt ve endirekt olsun vagina semiti mukosasına tesiri yoktur. İnsanda vagen epitelindeki siklik değişmeler kalitatif olmaktan ziyade kantitatifdir. Proliferasyon, büyüme, hücrelerin satha doğru hicreti, glikojen meydana getirmesi, kornifikasyon, deskuamasyon durmadan devam eder. Bu hal siklusun ikinci safhasında daima bir ostrogenin tenbihi altında kaldığı fikrini vermiştir. Bu tenbih Corpus Luteum hücrelerinden geldiği zannedilmektedir. İnsanda vaginal ifrazının devri histolojik değişikliklerin hayvanlardaki kadar bariz olmadığını söylemiştik. Zira, follüküler safha Superfisiel skuvamasa, mıntakasının kornifikasyonu, ve ovülasyondan sonraki deskuamasyonu tam değildir.

Kemiricilerde olduğu gibi, ovülasyondan sonra, kornifiye hücrelerde bir azalma, müşahede edememektedir. Bu sebeble kemiricilerde olduğu gibi insanda ovülasyon zamanı kat'î surette tayininin imkânı yoktur. Kemiricilerde görülen bu hal yani follüküler devrede kornifiye hücrelerinin artması ovülasyondan sonra azalmaları nâdir olarak, ve tedricen vukubulur. Bununla beraber büyük bir güçlkle vagen epitelindeki bu hücre değişikliklerinin tasnifidir.

Büyük morfolojik değişiklikler, deforme oluşları, kaybolmaları bu metodun aleyhine kaydolmalıdır.

Dr. Hakkı Berkmen :

Sitoloji vaginal hakkında çok muhtelif nazariyeler, leh ve aleyhte nesredilmiştir. Bizim mütevazi vak'a adedimiz gibi değil de 8 - 10.000 vak'alar nesreden kliniklerde dahi bu hususta, yani sitolojinin faydası, veya doğruluğu hakkında dahi tam mutabakat ve hemfikirlik yoktur. Bu şekil nazari iddialara ancak nazariyat ile cevap verilebilir, halbuki burası bu mevzu için müsait değil ve zamanımız tahdit edilmiştir. Yalnız arkadaşımın şunu rica edebilirim : kendileri de aynı rapport la ovülasyon zamanını tespit ederek bir kaç vak'ada laparotomi ile kontrol yaparak, iddiamın doğru olup olmadığını nazari olarak değil de pratik olarak tespit edebilirler. Diğer cihetten kendisinin de mensup olduğu klinik, sitolojinin bu hizmetlerinden faydalanmaktadır, nitekim ki ceninin utero yaşayıp yaşamaması sitoloji ile tespit edilmesini müdafaa eden bir noktainazar kabul olmuştur.

Tıp Fakültesi
I. inci Kadın-Doğum Kliniği
Ord. Prof. Dr. Tevfik Remzi Kazancıgil

CERVICITIS CHRONICA'NIN KADIN SAĞLIĞINDAKİ ROLÜ VE SEÇME TEDAVİSİ

Doç. Dr. M. Türkent

Anatomi ve fonksiyon bakımından uterus korpusundan farklı olan cervix küçük bir organ olmasına rağmen patolojide büyük bir rol oynar.

Bu yazımızda collum un çok görülen, belki de jinekolojik hastalıkların başında gelen, müzmin iltihabından, bu hastalığın kadın sağlığındaki büyük önemiyetinden, memleketimizde henüz geniş bir tatbik sahası bulunmadığını sandığımız çok müessir bir tedavi şeklinden ve bu tedaviyi tatbik ettiğimiz 100 hastadan aldığımız neticeden bahsedeceğiz.

Collum Uteri'nin akut iltihabına fazla rastlanmaz, çünkü kısa bir zamanda kronik iltihap haline döner. Kronik cervicitis'e ise hemen hergün defalarca rastlanır. Fulkerson 1928 de doğurmuş kadınların % 93 ünde azçok kronik cervicitis bulunduğunu açıklamış, ondan sonraki etüdlerde bu fikri teyit etmiştir.

Hastalığın ehemmiyeti.

Ehemmiyet ve çok görülme derecesine göre aşağıdaki ârazları meydana getirir :
a— Akıntı. b— Belağrısı. c— Hipogastriumda ve kasıklarda ağrı. d— Dyspareunia. e— Sterilite. f— Vücutta romatizmal ağrı. g— Pruritus vulvae. h— Sık idrar etme.

Bunlardan başka metroraji ve dysurie yaptığı da iddia edilmiştir.

Bu ârazları sırasile gözden geçirelim :

Akıntı :

Kadınlarda en mühim akıntı sebebi cervicitis chronica dır denebilir. Normalde cervix ifrazı vaginaya akar, fakat oradan dışarı çıkacak kadar bol değildir. Halbuki doğum ve düşükten sonra husule gelen cervix yaralanmalarında adi koküslerin, böyle bir yaralanmaya ihtiyaç kalmadan gonokokların cervix guddeleri içerisine girmesile husule gelen cervicitis chronica da guddelerin yapıları bozulur, genişlerler, bol ifraz yaparlar. Husule gelen yumurta akı gibi bol ifraz vaginadan dışarı akmaya başlar. Bu anormal derecedeki ifraz, mukus bir glükoprotoit olduğundan vulvadaki adi bakterilerin tesirile ve aynı zamanda kendiliğinden tahallül ederek koku hasıl eder. Bu süreçte sıcak yardım ettiğinden kokudan daha çok yazın şikâyet edilir.

Belağrısı :

Collum un lenf damarları korpus, uretere ve vesica urinaria nın lenf damarları ile iştirak eder. Cervix in müzmin iltihabında uretere etrafındaki lenf damarlarında fibrosis husule geldiğinden belağrısı meydana gelir. Bunda arka parametriumdaki giz

ii, hafif bir enfeksiyonda rol oynar. Mesanede irite olduğundan sık idrar etmeğe de rastlanır.

Hipogastrium ve kasık ağrıları :

Bu hastaların çoğunda, parametriumlarda harareti yükseltmeyecek, sedimantasyonu arttırmayacak ve klinik muayenede ele gelmeyecek kadar hafif iltihabi değişme görülür. Kasıklarda ve hipogastriumda zaman zaman duyulan hafif ağrılar bundan ileri gelir. Bel ağrısına nazaran daha hafiftir ve daha az görülür.

Dyspareunia :

Bu kelimeyi coitus esnasında kadının ağrı duyması mânâsında kullanıyoruz. Sık görülen bir ârâzdır. Belki de yukarıda bahsettiğimiz parametriumların hafif iltihabından ileri gelir. Parametriumların spasmi da düşünülebilir.

Sterilité :

Mukusun bol lökositli oluşu, viskozitesinin değişmesi spermatozoitlerin geçmesine mani olur. Birçok kadınların tedaviden sonra gebe kaldıkları görülmüştür.

Vücutta romatizmal ağrı :

Cervix deki müzmin iltihabın fokal enfeksiyon rolü oynayarak vücudun uzak yerlerinde hastalık yaptığı ileri sürülmüştür. Hatta bu hastalığın diş ve bademcik iltihaplarından sonra üçüncü derecede fokal enfeksiyon yeri olduğunu nazarı itibare alanlar vardır. Bununla beraber herhangi romatizmal bir ağrının giderilmesinde kronik servisit tedavisinin kat'i rol oynayacağını iddia etmek doğru olmaz.

Cervicitis chronica nın kadın sağlığındaki en mühim rolü kansere istidat hazırlamasıdır. Bu cihet istatistiklerle isbat edilmiştir. Smith, Smithwick, Rogers cervix kanseri bulunan 550 hastanın hiç birisinin anamnezinde cauterization ile ameliyat yapıldığına rastlamamışlardır. Halbuki aynı kimseler 1914 den 1917 ye kadar cauterization ile tedavi edilen 1550 vak'ının hiç birisinde kansere tesadüf etmemişlerdir. Keza cauterization yapılan ve sonra da 17 sene takip edilen 4000 başka vak'ının hiç birisinde de kanser husule gelmediği tesbit edilmiştir.

Klinik görünüş :

Cervix de hipertrofi, erozyon, Naboth ovülleri, livid renk ve ödem görülür. Fakat bunların hepsini bir arada bulma nâdirdir.

Tedavi :

Kronik servisit, korpus uteri den ayrı olarak, bir akıntı kaynağı 1893 de ileri sürüldükten sonra çeşitli lokal tedaviler ortaya dökülmüştür. Basit topik tatbikattan en aşırı ameliyat (histerektomi) usullerine varıncaya kadar hemen hemen 100 e yakın usul tavsiye edilmiş ve tatbik edilmiştir. Memleketimizde de ötedenberi Almanya, Fransa, İsviçre de kullanılan usuller kullanılmıştır. Bu usuller topikler, çeşitli lavajlar, sulfonamidli ovuller, soğuk tatbikat, parenteral penicillin enjeksiyonları ameliyatlardır. Bu son tedavi vasıtası müstesna diğer bütün usullerle esası bir netice alınmadığından gerek bu memleketlerin hastaları ve gerekse memleketimizdeki hastalar bir hastahaneden diğer bir hastahaneye, bir doktordan öbür bir doktora başvurmak mecburiyetinde kalmışlardır. Halbuki Amerika ve İngilterede aşırı derecede tatbik edilen cauterization, conization ve electrocoagulation usulleri ile okadar güzel ve kat'i netice alınmaktadır ki bunları bir defa kullanan şimdiye kadar bu usullerin ne için memleketimizde geniş bir şekilde tatbik edilmediğine hayret eder. Bu usullerin basit olmalarının

dan başka anesteziyi icabettirmemeleri, hastaneye yatmaya lüzum göstermemeleri gibi rüçhaniyetleri vardır. Bu usullerin ehemmiyeti son senelerde Almanya ve Fransada da kavranmış olduğundan oralarda da tatbik edilmiye başlanmıştır.

En çok tatbik edilen cauterization âdetten hemen sonra cervix in portio sunu electrocautere ile radyer istikamette, cauterisé etmekten ibarettir.

Şimdi 1948 yılındanberi bu usulle tedavi ettiğimiz 96 hastadan bahsetmek istiyoruz :

Hastaların yaşları

20 <	20—30	31—40	41—50
4	33	49	10

Hastalar ortalama bir hesapla 3 çocuk doğurmuş ve % 80 i bir düşük yapmıştır. Ortalama olarak her hasta 4 sene 7 aydır akıntıdan şikâyetçidir. 96 hastanın 78 i bel-ağrısından, 62 si kasık ağrısından, 50 si kokudan şikâyet etmiştir. 26 hasta kaşıntı târif etmiş, bunların 8 inde cervicitis chronica dan başka Trichomonas vaginalis vaginitis, bir tanesinde Vaginitis mycotica bulunmuştur. 43 hasta aynı zamanda dyspareunia dan şikâyet etmişlerdir.

75 hastada ufak veya geniş erosion tesbit edilmiş, bunların 20 sine biopsi yapılmış, 5 inde Erosio vera, 9 unda Erosio simplex, 6 sında Erosio glandularis meydana çıkmıştır.

96 hastanın 65 ine bir ay fasıla ile iki defada, 31 ine bir defada, collum a radyer istikamette, kısa dalga diyatermi makinesile electrocoagulation yapılmıştır. 3 hasta bu tedaviye rağmen akıntının düzelmediğini söylemiştir. 15 hastayı takip etme imkân olmamıştır, bunların 4 üne mektup yazılmış ise de cevap alınmamıştır. Geri kalan hastaların hemen hemen yarısından fazlası akıntının tamamı yakın kesildiğini, geri kalanların ise akıntılarının 1/2 - 1/3 nin kaldığını bildirmişlerdir.

HÜLÂSA

Cervicitis chronica'nın meydana getirdiği akıntı, bel ağrısı, hipogastriumda ve kasıklarda ağrı, dyspareunia, sterilite, vücutta romatizmal ağrı, pruritus vulvae, sık idrar etme üzerinde durulmuş, bu hastalığın memleketimizde umumiyetle yapılan tedavilerle iyi olmadığı belirtilmiş, seçme tedavinin cauterisation olduğu bildirilmiş, bu usulle tedavi edilen 96 hastadan alınan netice kaydedilmiştir.

Dr. Yusuf Keçecioglu :

İki senedenberi unk iltihaplarının tedavisi için tez hazırladığımdan, tebliği dik-katle dinledim.

Doç. Türkent'in şimdiye kadar memleketimizde «Cervicitis cronicanın» iyi tedavi edilmediğini ve iyi tedavinin kendi gösterdiği bir usulle kabil olduğunu söylemesi bir taraftan bu konudaki literatürü iyi gözden geçirmediğine delâlet eder. Çünkü galvano-koterle yakmak usulü yeni değildir. Unk yaralarını dağlamak tarihi bir usuldür. Sınradan demir yerine galvanokoter kullanılmıştır. Hatta memleketimizde haricte datermi ile koagüle ve katerize etmek usulü çoktanberi tatbik edilegelmektedir.

Diğer taraftan erozyonlu bir kollumda, tam teşhisten evvel galvanî ile yaknak tehlikelidir.

Bilindiği gibi Collum kanserleri evvelâ ancak colposkope ile görülebilen küçük değişmelerle başlar, bunu göz bile görmez. Çok defa erozyonu olan kollum metritlerinin asıl tehlikesi bir kanser başladığının farkına varılmamasıdır. Basit bir Biopsi bile yanıtlanabilir. Biopsie parçası erozyonun kanserli yerine isabet etmezse yanlışlıkla erozyon teşhisi konur. Kanser gözden kaçar. Böyle vak'alar gördük bunlar neşredilmiştir. O halde denildiği gibi yalnız papiller erozyonlar değil, her erozyon şüphelidir ve tehlikelidir.

Böyle olmakla beraber iyi bir biopsiden sonra kronik collum iltihablarında, diatermi ile ve derinliğine girerek yakmak, metriti iyileştirebilir. Bir Emet veya Schröder ameliyatını önleyebilir. Kronik Collum metritinin tedavisinde lokal tedbirler düşünürken Ostrin hormonu ile lokal tedavi ihmal edilemez; böyle bir tedavinin erozyonları yani kollumda enfeksiyonun alıcı kapısı olan yaraları çok sür'atle tedavi ettiği histolojik muayenelerle isbat edilmiş bir mevzudur.

İyi bir tedavi tehlikesiz ve sür'atli olmalıdır. Tebliğ sahibinin de bu noktaları ehemmiyet vermekte benim ile aynı fikirde olduğuna eminim.

Dr. Münir Türkent :

1 — Vak'alar 4 senedenberi cauterization ile tedavi edilmektedir, 2 sene değil.

2 — Biopsie yapılmadan da, son senelerde, Almanyada cauterization ile tedavi yapılmaktadır. Fakat biopsie yapılması taraftarıyım.

3 — Penicillin ile tedavinin cauterization ile yapılan tedaviden daha iyi olduğu söylenemez.

4 — Cervicitis chronica ve erosion ların östrojenik hormonlarla tedavisinden netice alınmaz. Çünkü östrojenler iltihabı gidermez, esasen kansere müsait olan bu yerin kansere istidadını arttırdığı düşünülmelidir.

Tekirdağ Memleket Hastanesi
Dahiliye Servisi Çalışmalarından :

KÜÇÜK TRAUMALAR VE BUNLARIN TETANOS HUSULÜNDE ÖNEMİ

Dr. Feridun Timur
Dahiliye Müttehassısı

Küçük, sathî ve önemsiz yara ve berelerden sonra tetanos zuhur edebileceği klâsik bilgilerdendir. Bu traumaların bazan diken veya kıymık batması, sinek veya böcek sokması olabileceği de malûmdur. Hattâ bazan trauma o kadar ehemmiyetsizdir ki şahsın dikkat nazarını bile çekmez ve o zaman tetanos «idyopatik» adını alır.

Her günkü tecrübelerimiz, bu klâsik bilgi ve görgüleri teyid eder mahiyettedir,

Böyle olmakla beraber, zannımızca gerektiği kadar dikkati çekmeyen ve meselenin arzettiği ehemmiyet ve şümül nisbetinde durulmayan bir nokta varsa o da bu küçük, aslında zararsız traumaların son yıllarda geniş ve derin yaralardan ziyade tetanosa müncer olan traumaları teşkil ettiğidir. Nitekim, birçok memleketlerde ve bilhassa sivil halk arasında, bu küçük ve sathî yaralardan sonra tetanos görülmesi birkaç senedir artmışa benziyor.

Son yıllar içinde hastanemizde tedavi edilen tetanos vak'alarını incelerken, hastalığa sebep olan çeşitli traumaları tasnif ettiğimiz zaman, vak'aların büyük bir çoğunluğunda bu traumaların basit ve zararsız yara ve berelerden ibaret olduğu bizim de dikkatimizi çekti (Tablo 1).

TABLO 1.

Yaralayan Cisim	Yaralanan Nahiye	Vak'a sayısı
Çivi	Ayak tabanı	9
Kıymık	Ayak tabanı veya ayak parmağı	3
Diken veya çalı	Ayak veya bacak	8
Bıçak	Ayak	1
Cam	Ayak	2
Meçhûl	Ayak	2
Hafif sıyrık (?)	El ve ayak	2
Müşahadede kayıt yok	El ve ayak	3
Yara, bere yok (İdyop. tetanos)	El ve ayak	12
		<u>42</u>

Son 11 yıl içinde hastanemizde tedavi edilen 56 tetanos vak'asının 42 sinde (yani % 75 inde veya toparlak hesap 3/4 ünde) tetanos ufak, ehemmiyetsiz ve hattâ tamamen zararsız addedilebilecek traumalardan sonra zuhur etmiştir. Bu 42 vak'anın 12 sinde hiçbir trauma yoktu veya o kadar önemsizdi ki, hastalar bunu bir türlü hatırlıyamamışdır. 56 tetanostan geriye kalan 14 ünde traumalar belki tetanos yapan klâsik traumalara biraz daha yaklaşıyorlar. Mamafih birkaçı hariç, bunlar da nihayet önemli yara olmaktan bir hayli uzaktırlar (Tablo II).

TABLO II.

Yaralayan Cisim	Yaralanan Nahiye	Vak'a sayısı
Belli değil	Bacakta ufak yara	1
At basmış	Ayakta ezik	1
Taş	Kaş üzerinde ufak yara	2
Taş	Bağta ufak yara	1
Taş	Ayak veya A. parmağında ezik	2
Belli değil	Belde ufak yara	1
Artrit Tb. Fistüllü	Dirsekte	1
Diken (?)	Tabanda ufak çiban	1
Bomba . (X)	El ve kolda haraplık	1
Doğum	El ve kolda haraplık	1
Yeni doğan	El ve kolda haraplık	1
Orak	Ayak parmağında kesik	1
		<u>14</u>

Bu 14 vakanın (x) ile işaretlisine hastaneye girdiği zaman 3.000 Ü. lik tetanos serumu yapılmış, geriye kalan 13 vak'aya antitoksin yapılmamış ve hattâ en basit bir pansuman bile ihmal edilmiştir.

Öte yandan hastanemizin son 3.5 yıllık istatistiklerine bakılırsa görülür ki, türlü sebep ve şartlar altında yaralanmış ve bir kısmının yarası harp cerihalarına çok benzeyen 1576 yaralının yalnız birinde, (x) işaretlisinde, tetanos görülmüştür. Bunların 1072 sine (yani % 68.03 üne) 3.000 ünitelik serum tatbik edilmiş, gerisine (yani % 31.97 sine) yara vaziyetinin icap ettirdiği tarzda pansuman yapılmakla iktifa edilmiştir.

Yukardaki iki tablo açıkça gösteriyor ki, hiç değilse Trakya muntakasında, yaralılar tarafından gerekli sıhhi tedbirlerin alınmasında kusur edilmeyen büyük, geniş ve derin yaralardan ziyade, ekseriya tentür diyod sürmeyi bile ihmal ettirecek kadar ehemmiyet verilmeyen ve çoğu gözden kaçan ufak, cüzi, önemsiz yara ve bereler tetanos teşekkülünde başta gelen traumaları teşkil etmektedir. Mümkündür ki, diğer muntakalarda da yapılacak incelemeler bizimkine benzer neticelere varsın.

Bilindiği gibi, tetanosun meydana gelmesi için tetanos sporları veya basilleri ile bulaşmış bir yara ile beraber spor veya basillerin üremesini kolaylaştıran nekroze olmuş doku parçaları, yabancı bir cisim ve piyojen bakteriler gibi bazı faktörlerin iştirakine de lüzum vardır. Yaranın mutlaka büyük ve derin olması icap etmez. Kaldı ki bir diken, kıymık veya paslı bir çivinin yaptığı yaranın içinde yabancı cisim ve küçük te olsa süpürasyon hemen daima mevcuttur. Öte yandan, yaranın ağzı, bu küçük cerihalarda çarçabuk kapandığından, tetanos basilinin gelişmesi için lüzumlu olan anaerobi şartları bunlarda belki de derin ve yaygın olanlarından daha kolayca teessüs edebilmektedir. Bu küçük yaralar, ehemmiyet atfedilmiyerek yüzde doksan dokuz tedavi görmedikleri gibi, tetanosun klinik belirtileri meydana çıktıktan sonra bile, bu cüzi toksin mihraklarının, hele avuçları ve tabanları nasırlı olan kimselerde, kolayca bulunup açılmıyacağı ve hatta mevcudiyetleri bile meydana konulamıyarak «idyopatik tetanos» denilmekle yetinileceği muhakkak gibidir. Tetanos ekzotoksini bilinen toksinlerin en kuvvetlilerinden biri olduğuna göre, bir diken veya kıymık yerinde hasıl olan pek cüzi mikdarlarda da hastalığın en ağır şekilde tezahür etmesine kâfi gelebilir.

Şüphe yok ki, kıymık, diken, paslı çivi v.s. gibi cisimlerin batmasıyla hasıl olan yara ve bereler pek çok, buna mukabil bu kabil yaraların tetanos yapmaları o nisbette azdır. Çünkü şurası muhakkaktır ki, dokularında tetanos mikrobu barındıran her yaralının mutlaka tetanosa yakalanması icap etmez. Bu da, bazılarının iddia ettiği gibi bazal bir bağışıklıktan ileri gelebilir. Fakat bazal bağışıklığın yeterlik derecesini evvelinden kestirmek mümkün olamadığından, tetanosa karşı aktif immünite yaratmak bugün için en kestirme ve en doğru bir hareket hattı sayılıyor. Bilhassa 2. Dünya Savaşında müttefik birlikleri arasında aktif immünite sayesinde tetanos yok denecek kadar az olmuştur. Bu parlak sonuçlara rağmen bu usul her nedense bizde halâ gerektiği kadar ilgi toplıyamamıştır. Halbuki askerler, rençberler, çocuklar gibi sık sık ve ciddi surette yaralanmaları her an mümkün olan insanlarda tetanos toksoidi ile sağlanan aktif immunluk sayesinde, memleketimizde elan hayli kabarık bir yekûn tutan tetanos vakalarının azalacağına hiç şüphe etmemelidir.

HÜLÂSA

Bu yazımızda küçük ve basit traumaların tetanos husulünde oynadığı önemli rol belirtildi. Geniş ve yaygın yaralarda antitoksin yapmak âdet olduğundan, şimdi tetanos daha ziyade ufak yara ve berelerden sonra görülüyor.

(Direktör: Ord. Prof. Dr. Tevfik Remzi Kazancıgil)
İstanbul Tıp Fakültesi I inci Kadın-Doğum Kliniği

DOĞUMDA B₁ VİTAMİNİ

Doç. Dr. Ziya Üstün — Dr. Bülent Sevgen

B₁ vitamini, doğumda ağrı teskini ve doğum müddetini kısaltmak üzere son zamanlarda bir çok kliniklerde kullanılmaktadır. Bu tatbikata ait neşriyat gözden geçirilirse elde edilen neticelerin aynı olmadığı görülür. Bir kısım müellifler çok iyi analjezik tesir gördüklerini, bazıları ise böyle bir tesiri hemen hemen hiç elde etmediklerini kaydediyorlar.

Takriben 14 sene kadar süren mesaisiyle, muhtelif vitaminlerin gebelerin ve doğurmanın organizmasına tesirini tetkik eden R. L. Schub 1946 da B₁ vitamininin takallüsleri tenbih ettiğini, doğum müddetini kısalttığını ve doğum ağrılarını teskin edebildiğini bildirmiştir. Schub 900 vak'ada doğum başlangıcında 60 mg. daha sonra 40 mg. yani mecmuu 100 mg. B₁ kullanmakla analjezinin 40 % iyi, 52 % orta, 9 % çok hafif olduğunu, ocytocique tesirin bulunduğunu kaydetmiştir. Minet ise 25 vak'asında 75-125 mg. B₁ ile (iki defada şırınga edilerek) analjezinin 50% iyi, 30 % orta, 20 % hiç olmadığını, takallüslerin kuvvetlendiğini görmüştür. Buna mukabil de Faugère 60 - 100 mg. B₁ kullandığı 59 kadından ancak 1 inde iyi, diğer 1 inde orta derecede analjezi olmuş, ocytocique tesir aşikâr olarak görülmüştür. Yekdiğerine pek uygun düşmeyen bu neticeleri belirttikten sonra şimdi kendi vak'alarımızın izahına geçelim.

Bizim B₁ tatbik ettiğimiz 23 vak'adan 9 vak'a Primipar (P.), 14 vak'a Mültipar (M.) olup bu vak'aların 6 sına (3 P., 3 M.) 100 mg. B₁ (Betabion - Merck) (1), 17 sine (6 P., 11 M.) 200 mg. B₁ adale arasına (i.m.) yapılmıştır. B₁ açılma devresinin (A.D.) muhtelif zamanlarında şırınga edilmiştir. Bu vak'alarla mukayese için B₁ tatbik edilmiş 23 doğumun neticeleri de sırasıyla söyleyecektir.

4 P. vak'ada kollum 2 parmak (K. 2 pa.) açık iken 100 mg., bir saat sonra tekrar 100 mg. B₁ i.m. yapılmıştır. Bunlardan 3 ünde doğum B₁ tatbikinden (2 s. 50', 4 s. 20' 2 s. 40') sonra olmuştur (ortalama 3 s. 16'). Takallüsler B₁ den sonra 2 vak'ada daha kuvvetli olmuştur. İtilme devresi (İ.D.) 20'-50' devam etmiştir. Bu 4 vaka'nın birinde primer bir ağrı zail olduğundan ağrı kürü tatbik edilmiş, buna rağmen ağrılar kâfi şiddette olmamıştır. 4700 gr. ağırlığında büyük bir çocuk doğurmuş olan bu kadında primer ağrı zafı ve iri çocuk dolayısıyla doğum müddeti uzun olmuştur (24 s.). Halbuki B₁ tatbik edilmeyen ve K. 2 pa. açıldığından itibaren doğumu takip edilmiş 4 P. da doğum müddeti (15 s. 35', 12 s. 30', 12 s. 20', 7 s. 45') sürmüştür. (Ortalama 12 s.). B₁ tatbik edilmiş vak'alarda buna nazaran müddetin kısa olduğu pek aşikârdır. Ayrıca 15 s. 35' olan vak'ada tali ağrı zafı dolayısıyla ağrı kürü de yapılmıştır.

(1) Bu mesaide kullandığımız B₁ vitaminini bize vermek lütfunda bulunan Alman E. Merck fabrikasına ve Türkiye ilmi mümessili Bay Dr. E. Hurr'a candan teşekkür ederiz,

Kollum cep saati (K. cep.) kadar açıkken 5 P. dan 2 sine 100 mg., 3 üne bir saat fasıla ile iki defada 200 mg. B₁ yapılmıştır. Doğum müddeti (5 s. 15', 1 s. 5', 1 s. 10', 3 s. 35') olup ortalama 2 s. 28' dir. 2 vak'ada takallüsler ilk B₁ yapıldığından bir müddet sonra daha şiddetli devam etmiştir. İ. D. si 20'-95' sürmüştür. B₁ yapılmamış K. cep kadar açık 6 P. da doğum müddeti (2 s. 10', 2 s. 20', 3 s. 30', 4 s., 9 s. 20', 14 s. 5'), ortalama 6 s. dir..

M. da da doğum müddetinin yine daha kısa olduğunu görüyoruz. 3 M. da K. 2 pa. açık iken 1 vak'ada yalnız 100 mg., 2 vak'ada bir saat fasıla ile iki defada 200 mg. B₁ yapılmıştır. Doğum müddeti (45', 2 s., 7 s. 45'), ortalama (3 s. 30') sürmüştür. 1 vak'ada takallüsler daha şiddetli olmuştur. İ.D. si 20' - 30' dir. Burada 7 s. 45' da doğan çocuk nisbeten büyük olup 4100 dir.

B₁ yapılmamış K. 2 pa. açılmış 4 M. da bu zamandan itibaren doğum müddeti (3 s., 3 s. 15', 3 s. 45', 4 s. 40'), ortalama 3 s. 40' dir. Bu vak'aların 2 sine doğum başlangıcında görülen ağrı zafı dolayısıyla ağrı kürü tatbik edilmiştir.

K. cep. kadar açıkken 8 M. kadına 2 sinde 100 mg., 6 sında bir saat fasıla ile iki defada 200 mg. B₁ yapılmıştır. Doğum müddeti (25', 1 s., 1 s. 28', 1 s. 30', 1 s. 40', 2 s., 2 s. 20', 7 s. 40'), ortalama 2 s. 15' dir. Dikkat edilirse 8 vak'anın 7 sinde doğum B₁ tatbikinden kısa bir müddet sonra olmuştur. 7 s. 40' süren vak'ada su kesesi vaktinden evvel yırtılmıştı, başlangıçtan itibaren pek kuvvetli olmayan takallüsler B₁ yapıldıktan sonra da bir artma göstermemiştir. 1 vak'ada da B₁ den sonra takallüsler biraz daha seyrek fakat eskisinden kuvvetli olmuştur. B₁ yapılmamış 5 M. da K. cep. kadar açıldığından itibaren doğum (45', 1 s. 50', 3 s. 10', 3 s. 55'), ortalama 2 s. 16' dir. Bu vak'alarda müddet B₁ lehine yine bir fark göstermektedir.

Kollum küçük el ayası (K. K. el.) kadar açıkken yalnız 3 M. da bir saat fasıla ile 2 defada 200 mg. B₁ yapılmış olup doğum müddeti (1 s. 10', 3 s. 5', 1 s. 30'), ortalama 1 s. 55' dir. 1 vak'ada B₁ den sonra takallüsler daha şiddetli olmuştur. Bunlardan 1 vak'ada şayanı dikkat olarak B₁ den sonra tam bir analjezik tesir görülmüştür. B₁ yapılmamış 4 M. da ise K. k. el kadar açıldığından itibaren doğum müddeti (20', 2 s. 30', 3 s. 55', 7 s. 45') ortalama 3 s. 32' dir.

B₁ vitamini doğum müddetini kısaltmakta, bir kısmında takallüsleri arttırmakta seyrek olarak analjezik tesir husule getirmektedir. Anne ve çocuk üzerinde hiç bir zararlı tesir olmamaktadır. Halâs devresine menfi bir tesir görülmemektedir.

LİTERATÜR

K. Brenner: Zbl. Gyn. 23 (1951): 1807) i G. Faugère et D. Boursier: Bul Gyn. et obst. 1 (1951): 91. A. Hebrana, G. Gaer et Y. Riou: Bul. Gyn. et obst. 1 (1951): 63, P. Kostic: Bul. Gyn. et obst. 3 (1951): 489, P. Poulin: Bul: Gyn. et obst. 4 (1951) 630. M Schirr - Bormans: Bul. Gyn. et obst. 1 (1951) 92. M. Surean, J. Hébert et P. Camous : Bul. Gyn. et obst. 2 (1951): 209

HÜLÂSA

Doğumda B₁ vitamini (bir defa 100 mg.i.m.) yapılmakla doğum müddeti kısaltılmakta, ocytocique tesir görülmekte ve seyrek olarak da analjezi husule gelmekte olduğu kanaatini elde ettik.

ÖZÖFAGUS ALT KISMINDA NİCHE VE DARLIK HUSULÜNE SEBEB OLAN ULCUS

Dr. İsa Nazım Onur

Trabzon Numune Hastanesi Röntgen Müt.

Dünya literatüründe şimdiye kadar ancak 201 vak'a tesbit ve tamim edilmiş, memleketimizde ise henüz hiç bir vak'anın yayınlandığı görülmemiştir. Bu itibara taktim ettiğim hasta enteresan ve orijinal addedilmeye değer. Bu hastaya rastlayışımın hikâyesi şöyledir:



(Şekil - 1)

16.5.952 günü Trabzon Nümune hastanesine müracaat eden V. Kebirli 20 yaşlarında Avni Aydın ismindeki delikanlı doğruca Röntgen laboratuvarına sevk edilmişdi. Ayak üzeri yaptığım soruşturmada aşikâr bir disfajisi olduğu ve bu halin 5-6 eñedenberi devam ettiği anlaşılıyordu. Başlangıçta yediklerini su ile indirmeye uğraşmış

yer yemez hemen kusma ihtiyacı duyar göğüs orta kısımlarında ağrı ve ağırlık hisse-
dermiş. Zamanla katı yiyecekler boğazından geçmez olmuş, sık sık kusmaya başlamış.
Son zamanlarda sulu yiyecekler de yemek borusundan geçmemeye başlamış, içilen
maddelerin kısmı azamının süratle boşaltılması mecburiyeti hasıl oluyor, çok sıkılırsa
baş aşağı eğilmekle sulu maddelerden bir kısmı geriye akıyor...Su, süt bile önce yemek
borusunda birikiyor, azar azar midesine geçiyor. Hasta halen 1,72 boyunda 68 kilo
ağırlığındadır. Çok yidir. Bekârdır, bu yaşa kadar önemli bir hastalık ge-
çirdiğini hatırlamıyor, Soy geçmişinde de karakteristik bir hastalıktan bahsetmiyor.



(Şekil - 2)

Yaptığım ilk radyolojik muayene hastalığın enteressan olduğunu gösterdi. Has-
tayı dahiliye müt. arkadaşım Dr. Necip Danişoğluna taktim ederek hospitalize ettir-
dim. Klinik muayenelerini rica ettim: Bir hafta kadar derecesi 37° altında devam etti.
Lökosit 7-8000 arasında idi. Büyük abdestte 2-3 günde bir çıktı. İdrar muayenelerinde
karakteristik bir değişiklik görülmedi. Palyatif addedilebilecek (B₁ karbonat Extre
belladon, karbonat de bizmut, Manyezi calsiné gibi ilâçlar) verildi. Bunlardan aşikâr
ve müessir bir netice elde edilemedi.

Cardiada spazm düşünülerek önce katı bir baryum bulamacı içirdim. Ekran ar-
kasında tetkike başladım. Opak madde özöfagus alt yarısını doldurdu, mahrut şeklini
aldı. Yemek borusu hali tabiiyen oldukça geniş idi. Cardiadan geçiş hasıl olmadı. Özö-
fagus mucosası kaba ve intizamsızdı, bir saat kadar sonunda ince bir filaman halinde

kesif madde mideye indi. Özofagus alt kısmındaki darlık ortasında ve iç kısımda nohut büyüklüğünde bir kesafet hasıl oldu (Niche). Hastayı kendi haline bırakarak bu katı bulamacın ağız yolu ile boşaltılmasını temin ettim, yeniden sulu bir baryum bulamacı içirdim. Bu defa contrast madde yukarı kısımlarda mucozayı düzgün olarak gösterdiği halde aşağıda, darlık hizasında ve bilhassa ulcus seviyesinde bozuluyor, şuaat manzarada dağılıyordu. Fazla mayi verilince özofagusun genişlediği fakat aşağıda 10



(Şekil - 3)

santim kadar kısımda opak maddenin ip halinde mideye dahil olduğu görülüyordu. Ve bu darlığın ortasında özofagusun iç kısmında nişe ait kesif madde birikmesi mevcut idi. Muhtelif pozisyonlarda bu sahanın ve niş'in grafilerini yaptım. (Resimler eklidir).. Özofagus alt kısmında darlık husulüne sebep olan rigidite ve ulcusa ait olduğu muhakkak olan niché imajı daima teressüm etti.

Bu imajın ve tegayyüratın ulcusa veya tümöre ait olup olmayacağı kritik edilebilir. Hastanın genç oluşu antesedan'ın 5 - 6 sene evveline kadar uzaması ve genel halinin normal görünüşü ur aleyhinedir. Bundan başka afetin bulunduğu yerde muntazam bir darlık ve küçük, müdevver opasite bulunması ve keza mucosanın ulcus mihra-kından muhite doğru şuaayı vaziyette yayılması ulcus lehine aşikâr delillerdir. Bu va-

kada niş mukabilinde spazmodik mahiyette ancoş ve rigidité radyolojik diagnostik için karakteristik alâmetlerdir.

Keza ulcus nahiyesinde uzun bir stenoz bölgesi husule gelmiş bu bölgede kontraksyonlar tamamen zail olmuştur. Opak maddenin bu nahiyeye vasıl oluşu ile hasta sıkıntı ve aşıkâr bir ağrı duymaktadır. Arzettiğim bu radyolojik buluşlar ulcusu kanserden veya diğer bir urdan teşhise yarayan karakteristik vasıflardır.

Bu vak'anın cardio-spazm olacağı da düşünülemez. Zira spazmda özöfagus muntazam bir huni manzarasında görülür. Darlık tam cardia hizasında bulunur ve anti spazmotik maddeler verilince spazm ekseriya zail olur. Halbuki vak'amızda antispazmodik enjeksiyonlar dahi tesir yapmamıştır. Bütün bunlardan başka daha mühim olarak özöfagustaki darlığın ulcus noktası altında ve üstünde olmak üzere geniş bir bölgeyi işgal etmiş bulunması çok değerli bir arazdır. Bu mevzuda çalısan muharrirlerin tebarüz ettirdikleri gibi özöfagus ulcusu daha ziyade genç erkeklerde ve özöfagusun 1/3 alt kısmında bulunuşu da ehemmiyetlidir. Bizim vak'ada da yaş, cins ve lokalizasyon tamamen hadiseye uygun bulunmaktadır.

Bütün araz ve akibetlerle beş senelik mazisi olan bu özöfagus ulcusu vak'ası Türk literatüründe ilk defa tesbit ve neşredilmiş olması ve keza Dünya literatüründe de şimdiye kadar pek az denecek sayıda yazılmış bulunması hastalığın nâdir oluşunu göstermektedir.

Bununla beraber kanaatımca özöfagus ulcusu zannolunduğu kadar nadir olmasa gerektir. Fakat gerek klinik, gerek radyolojik muayenelerde bu hastalık hatıra pek gelmez ve binnetice özöfagus ulcusu teşhisi de nadiren konulmuş olur.

HÜLÂSA

Dünya literatüründe şimdiye kadar 201 vak'a yayınlanmıştır. Memleketimizde henüz tesbit ve neşredilmiş bir vak'aya rastlayamadım. Bu itibarla enteresan ad edilmeğe değer bir teşhistir. Hasta 5 - 6 senedenberi yutkunma güçlüğü çekmektedir. Verilen baryum bulamacı geniş olan özöfagusta toplanmakta, alt nihayette darlık içinde ulkus nişi yaptıktan sonra mideye boşalmaktadır.

SICAK BADEMCİK MÜDAHALELERİ

Dr. Nejat Kulakçı

Sayın kongreye arz etmek istediğim sıcak bademcik müdahaleleri, 931 senesindenberi üzerinde durduğum ve adedi beşyüzü bulan vak'alara istinad etmektedir. Kıymetli arkadaşlarımın malûmudur ki eskidenberi hekimlikde bir kanaat vardır: İltihaba uğrıyan bir nesic hırpalanmaz ve içine de cerahat toplanan bir organ uzviyetten çıkarılmaz. Ancak cerahat boşaltılarak oradaki akut iltihap soğutulur ve sonra radikal tedavi veya müdahale yapılır. Fakat bu son yüzyılın hekimlik tetkik ve tecrübeleri göstermiştir ki bazı organlardaki apselerin, özel olarak derin tabakalarda ve müteaddit boşluklara şamil olduğu zaman yalnız açılmalarıyla tedavileri bazı def'alar çok önemli nüks ve ihtilâtları önliyememektedir.

İşte bazı periappendiculaire, pulmonaire apselerle periamygdalien flegmonlar bu meydadır. Anatomik bilgileri şöyle bir hatırlarsak amigdal flegmon-

ların üst yukarı pol ile amigdal yuvası arasında kalan ve üst çukur dediğimiz üçgen bir mesafede başlayarak bu yuvanın her tarafına doğru yürüttüğü görülür. Burada amigdalin geçirdiği periamygdalite'ler dolayısıyla bu yuvanın bir takım bridlerle bir kaç loja ayrılması da hesaba katılmalıdır. Bu takdirde yapacağımız ensizyon çok deâ bir veya ikisini boşaltabilecektir. Halbuki amigdali kaldırdığımız takdirde bütün bu bir anda açılmış ve boşaltılmış olacaktır. Eğer bu amigdali kaldırırken gayet basit ve seri bir metod kullanırsak bu takdirde tıpkı bir apse ensizyonu gibi bu işi zedelemeyen organizmayı hırpalamadan yapmış olacağız. Hekimlikteki son ilaç terakkileri, antibiotique'lerin çok çeşitli kullanılışları bu radikal müdahaleleri azaltmamış, bilâlis bunlara daha büyük cesaretli hamleler vermiştir. Sebebi de bugün cerahatli enfeksiyonlarda antibiotique'ler değişik vesilelerle de arzettiğimiz gibi hiç bir zaman spesifik bir tedavi değil, gayet kuvvetli bir yardımcıdır. Onun içindir ki cerrahın bıçağı cerahatli mihraklara bunlar çıkdıktan sonra daha kuvvetle girmektedir. Meselâ: nekaar antibiotique yaparsanız yapınız, sinüs'lerdeki bir cerahat fokalini yalnız onunla sindüremezsiniz. Ne yaparsanız yapınız bir periappendiculaire apseyi bıçaksız tedavi elemezsiniz. Fakat bunlar elimizde iken evvelce korkarak yaptığımız akut vak'alardaki çıkarmaları bugün pek kolaylıkla yapmaktayız. Yirmi bir sene zarfında bulunduğum müteaddit kliniklerde ve kliyantel hayatımda tesadüf ettiğim beşyüze yakın periamygdalien flegmonda derhal à chaud (amygdalectomie) yaptım. Bunların çoğunda bakteriyolojik ve anatomopatolojik tetkikler yapılmıştır. Mikropların çoğu stafilokok, bir kısmı da adi ve emolitik streptokok çıkmıştır. Anatomopatolojik olarak kayda değer nokta şudur ki vak'aların % 15 inde tonsilla'ların damarlarında trombus'ler kaydedilmiştir. İşte bu sonuncu hadise çok önemlidir. Eğer apse yalnız açılmakla kalsaydı bir çok umumî vahametle karşılaşılabilirdi. Bunu da sizleri daha iyi ikna etmek için nüsaadenizle 950 - 951 senesinde halen Çanakkalede kulak, burun ve boğaz mütehasısı bulunan asistanım Dr. Naşid Tanal'ın tez şeklinde yaptığı bir etüdden bahsetmek istiyorum.

O da Cerrahpaşadaki kliniğimizde on iki vak'ada amygdalectomie ve on üç vak'ada da ensizyon ile tedavi ettiğimiz yirmi beş periamygdalien flegmonun klinik olarak incelenmesidir. Amygdalectomie yaptığımız vak'aların hiç birine antibiotique yapmadık. Ensizyon yaptıklarımıza her üç saatte bir 50,000 ünite penisillin üç gün müddetle yapılmıştır. Penisillin tatbik edilmiş olmamasına rağmen radikal müdahale yapılan hastaların hepsinin ateşleri ertesi gün normale düşmüştür. Ensizyon yapılanların lördünde bu ani düşüş görülebilmştir. Lökosit adedine ve formülüne gelince bunların lökositozu da ameliyat olanlarda kriz tarzında ve iki gün zarfında normale düşdüğü halde ensizyon yapılanlardan ancak dört tanesinde bir hafta zarfında normal olmuş, üç tanesinde ateş ve lökositöz aylarca yüksekliğini devam ettirmiştir. Altı tanesinde ise bilâkis hem ateş ve hem de lökositöz onbeş gün daha yüksek olarak devam etmiştir.

Bademcik etrafı flegmonlarda en muvafık tedavinin radikal olarak bademciği çıkarmak olduğu bize te'essüs etmiştir.

HÜLÂSA

Yirmi senedenberi yaptığımız beşyüz kadar sıcak bademcik çıkarma vak'sının hiçbirinde herhangi bir ihtilâta tesadüf etmediğimiz gibi bilâkis son senelerde kliniğimizde yaptığımız hem radikal ve hem de ensizyon müdahalelerinin mukayesesiz radikal operasyonun göze çaracak avantajına kani olduk. Ve netice olarak sıcak bademcik müdahalesini daima kabul etmişizdir.

SEKSİYON A :

27 Eylül 1952 Cumartesi

Saat : 14,30

İstanbul Üniversitesi Hukuk ve İktisat Fakülteleri
I. No. lu Dershanesinde

Başkanlar : *Ord. Prof. Dr. Sedat Tavat*
Ord. Prof. Dr. Muzaffer Esad Güçhan

Kütahya Memleket Hastanesi
Dahiliye Servisi Çalışmalarından

AKUT VE KRONİK ROMATİZMALARDA DESOXYCORTICOS-
TERONE ACETATE VE ASKORBİK ASİD KOMBİNE
TEDAVİSİ

Dr. Feridun Timur
Dahiliye Mütchassısı

Akut ve kronik romatizmalarda Cortisone ile alınan parlak neticelerden mülhem olarak bünye itibariyle Cortisone'a yakın olan desoxycorticosterone acetate (DOCA) da denenmiş ve meselâ askorbik asitle okside edildiği takdirde Cortisone'un tesirine eşit sonuçlar alındığı görülmüştür. Organizmada DOCA'nın oksidasyonu çok kısa zamanda (5- 15 dakika içinde) vukua gelir.

İlk defa Lewin ve Wassen tarafından kullanılan bu tedavi usulünü 11 romatizmalıya tatbik ettik.

Metod ve Netice. Bu 11 vak'anın 5 i romatoid artrit, 6 sı akut asıl eklem romatizması idi. Kronik romatizmaların devam süresi en çok 10 yıl, en az 2,5 ay arasında değişiyordu. Akut vak'aların en uzun devam müddeti 3 sene, en kısa devam müddeti de 10 gündü. Bunların 4 ü ilk defa romatizmaya tutuluyordu. Bir tanesinde uzun bir salisilat kürü neticesiz kalmıştı. İkisinde kısa veya uzun fasılalarla müteaddit nüküslere olmuş, birinde dekompanse bir mitral hastalığı meydana gelmişti.

Kullandığımız hormon miktarı günde 5 mgr. DOCA yağlı mahlülü ve 500 mgr. askorbik asid solüsyonu idi. Her iki mahlülü aynı şırıngada karıştırarak intramüsküler zerk ediyorduk.

İlk zerklerden sonraki günlerde takip ettiğimiz tarzı şöylece özetleyebiliriz: Ağrılar tamamen veya buna yakın bir nisbette kesilinceye kadar 5 mgr DOCA + 500 mgr Askorbik A. karışığını hergün tekrarladık. Bundan sonra vaziyete göre gün aşırı veya 48 ve hatta 72 saatte bir zerklere devam ettik. Daha sonra da nüks olup olmayacağını kontrol maksadiyle hastalarımızı tedavisiz bıraktık. Nüks halinde 1 veya birkaç günlük zerkler halinde şırıngaları tekrarladık. Tedaviden evvel veya tedavi esnasında bilhassa boğaz cihetinden bir infeksiyon belirtisi tesbit edilen hastalarda sülfamid veya penisillin teker teker veya birlikte tatbik edildi.

DOCA + Askorbik A. kombine tedavisinin tesirini, kronik ve akut vak'alar arasında bir fark gözetilmeden, şöylece ayırmak ve tarif etmek mümkündür:

a. Ağrılara olan tesiri.— Bu tesir, ani denecek kadar süratlidir. Zerklerden daha beş dakika sonra ağrılar hafiflemeğe başlıyordu. 15 - 20 dakika sonra bir kısım hastalar ağırlı ve şiş eklemelerini nisbeten serbestçe oynatarak, hattâ bazıları bir bastonun yardımına bile lüzum kalmadan rahatça dolaşabiliyordu. Ağrıların azalması sonraki saatlerde devam etti ve tedaviden evvelkine nazaran 24 saat sonra yüzde itibariyle ortalama 50 - 75 i buldu. Ağrıların tamamen dinmesi bazan bir zerkten sonra husula geldi, bazan bu neticeyi alabilmek için 8 - 10 zerk yapmak icap etti. Kanaatımızca musap olan eklemlerin sayısı ne kadar çoksa, ağrılarının dinmesi için gereken zerklerin miktarı da o kadar fazla oluyor. Esasen romatizmal artritlerin monoartiküler şekillerinin poliartiküler şekillerinden daha iyi tedaviye cevap verdikleri evvelce de dikkat nazarını çekmişti.

b. Şişlik ve Kırmızılık.— Kanaatımızca bunlar ağrılara kıyasla tedaviden daha yavaş müteessir oluyorlar. Meselâ Akut E. romatizması geçiren bir hastamızda diz eklemi 1 - 2 gün içerisinde tamamen ağrısız hale geldiği halde, şişlik bir hafta kadar devam etti. Gene bir başka hastamızda kırmızılık ve ağrı 24 saat içinde geçtiği halde şişliğin tamamen kaybolması için 3 - 4 gün beklemek icap etti.

c. Ateş.— Vak'alarımızın hemen hepsi de az çok ateşli idiler. Bir kısım vak'alarda ateş, ağrılar ve eklemlerdeki şişlik ve kızarıtlarla beraber veya bunların zail olmasından 1 - 2 gün sonra tedricen düşmüş ve nüksler haricinde bir daha da yükselmemiştir. Daha uzun devam eden ateşlerde ise fokal bir infeksiyonun mevcudiyeti düşünülerek antibiyotiklerle veya sülfamidlerle bunları gidermek mümkün olmuştur. Tedavi esnasında ağrılarının ve şişlerin tazelenmesi veya nüksmesi halinde ateş normalin üstünde bir kroşe yaptı ve eklem tezahürlerinin düzelmesiyle yeniden 37° nin altına düştü. Bu da ilâcın ateşe değil, eklemlerdeki patolojik duruma tesir ettiğini gösterir.

d. Lâboratuvar bulguları.— İncelediğimiz akut ve kronik romatizma vak'alarının hepsinde de **sedimentasyon** saatte 30 - 40 mm. nin çok üstünde idi. Sedimentasyon, tedavi neticesinde subjektif ve objektif belirtilerin iyiliğe yüz tutmasıyla ve çok defa lu iyiliği paralel olarak, fakat ekseriya çok daha yavaş bir seyirle iyileşmeyi âdeta uzaktan ve geriden takip ederek normalleşiyor. Bazı vak'alarda tedavinin ilk günleriyle sedimentasyonun süratinde bir artış kaydettik. Lewin ve Wassen de bizimkine benzer artışlar kaydetmişlerdir. Normalleşmekte olan sedimentasyonun birden duraklaması veya yükselmesi bir nüksün vukua geldiğine işarettir. Hastalarımızın çoğunu sedimentasyon normalleşmeden veya normale yaklaşmadan taburcu etmemiği uygun bulduk. Her halde sedimentasyon süratının muntazam bir surette azalması, hastalığın şifaya doğru gittiğinin en bariz delilidir. İlâç doğrudan doğruya sedimentasyona tesir etmediğine göre, sedimentasyon hızının azalmasının hastalığın hafifleyip şifaya demesiyle sıkı sıkıya alakalı olması icap eder. Böyle olunca da, ağrılarının dinip şişliğin inmesiyle asemptomatik bir safhaya giren hastalığın şifa derecesini gösteren bir ni-

yar olması bakımından sedimantasyon değışiklikleri büyük önem taşırlar. Sedimantasyon tamamen normalleşinceye kadar hastaların faal hayatlarına dönmelerini geciktirmek, nüküsleri önlemek veya hiç değilse azaltmak bakımından yerinde bir tedbir sayılmak gerekir.

Lökositlere gelince: Bazı vak'alarda başlangıçta mevcut olan lökositoz tedavi ile kısa zamanda normalleşti ve hattâ bazan lökopeni teessüs etti. Tedavinin bitiminde bazan nisbi bir lenfositoz tesbit edildi. Eo'larda bir azalmaya raslamadık. Bazan tersine tedavi sonunda Eo'ların evvelki kıymetlere nazaran yükseldiklerini tesbit ettik.

Hastalarımızda herhangi bir tansiyon oynaklığı tesbit edilmedi. İnjesiyonlardan bir müddet sonra hastalarda bir öfori belirdi. Bu öforinin, mafsalların yumuşaması ve ağrıların hafiflemesi veya dinmesi yanında, ilâcın psiko-emoitif saha üzerindeki hususi tesirinden ileri gelmesi de mümkündür.

Münakaşa. Gerek Akut E. romatizması, gerekse romatoid artritler esasen nüküslü bir seyir takip etmekle vasıflıdır. Lewin ve Wassen metodu ile tedavi ettiğimiz vak'alarda eklem tezahürleri tedricen azalıyor ve yeni yeni eklemler hastalanmıyordu. Fakat bu kaide değildir. Altı A. E. romatizmasından ikisinde yeni puselere şahid olduk. Fakat bu yeni puselerin hafif seyrettiklerini ve kısa sürdüklerini sanıyoruz. Diğer taraftan iyileşmiş olan eklemlerin tedavi esnasında yeniden şişip kızarmaları da mümkündür. Tedavi esnasında vukua gelen nüküslerde, yukarda belirttiğimiz gibi, ateş te yükseldi, sedimantasyon da süratlendi. İlâç romatizma tezahürlerini savdığına fakat zemini değıştirmedigine göre, tedavi kesildikten sonra, bilhassa romatoid art-ritte nüküslerin husule gelmesi heran için mümkündür. Yani Lewin ve Wassen metodu da, Cortisone'da olduğu gibi, semptomatik bir tedavi olmaktan ileri geçemiyor. DOCA + Askorbik A. kombine tedavisi nüküsler üzerinde de aynı derecede müessirdir, yani bir alışkanlık meydana gelmemektedir.

Sorulmağa değer önemli bir nokta da, bu tedavinin akut eklem romatizmasında meydana gelen kalb lezyonlarına ne şekilde veya ne dereceye kadar müessir olduğu ci- hetidir. Vak'alarımızda bu hususta kesin bir kanaata varmak mümkün olmadı.

Akut eklem romatizmasında Lewin ve Wassen usulünün yüz güldürücü neticeler vermesine rağmen kanaatımızca salisilat ve deriveleri Bouillaud hastalığındaki önemli mevkilerini halâ muhafaza ediyorlar. Hatta ACTH ve Cortisone gibi yeni ilâçlar ro- matizmada kullanılmağa başlandıktan sonra yeni araştırmaların ışığı altında salisilat ve aspirinin hipofiz veya sürrenaller vasıtasıyla tesir etmekte olduğu anlaşılmiş bulu- nuyor.

DOCA + Askorbik A. tedavisinin akut eklem romatizmasında salisilat kadar te- sirli olduğu anlaşılmağa, salisilat alamıyan veya salisilata dirençli vak'aların bu me- todla muvaffakiyetle tedavi edilmeleri de bir kazanç sayılmalıdır. Tesirin bazı vak'alar- da çok daha süratli olması, salisilata bir üstünlük teşkil eder. Diğer taraftan, salisila- tın müziç yan tesirleri de burada mevcut değildir. Kullandığımız miktarlarda toksik hiçbir belirtiye rastlamadık. Hipertonili hastalarda ihtiyatla hareket edilmesi tavsiye- sine iştirak ederiz.

HÜLÂSA

Bu yazıda 5 romatoid artrit vak'ası ile 6 akut eklem romatizması vak'asında 5 mgr DOCA + 500 mgr. Askorbik A. kombine tedavisi ile elde edilen sonuçlar gözden geçirildi.

ELEKTRİK TEDAVİSİNİN YENİ ŞEKİLLERİ VE ALDIĞIMIZ NETİCELER

Prof. Dr. Osman Cevdet Çubukçu

Son yılların elektrik sahasındaki araştırmaları ve bilhassa elektronların geniş bir şekilde etüdüleri endüstride olduğu kadar biyolojik ve terapötik sahada da faydalı ve kudretli şekiller sağlamış bulunmaktadır.

İlk kademe olarak (galvani ve faradi akımları gibi) nisbeten eski şekillerin daha kolay ve pratik tarzda elde edilmelerini temin eden (elektron lambaları) meydana konulmuştur.

İkinci kademe olarak, evvelce (D'Arsonval) tarafından ileri sürülmüş olan (Yüksek frekanslı) akımların frekanslarını milyarlara kadar arttırmak suretile kısa dalgalı ve (Microtherme) isimle yüzlerce daha kısa dalgalı şekiller temin edilmiştir. Nihayet tedavide kullanılacak akım şekillerinin böyle kolay ve çok pratik şekillere girmesi her hekim tarafından geniş bir sahada tatbikat yapılabilmesini sağlamıştır.

Bütün bu iyi gidişin neticelerine gelince, hemen söylemek lâzımdır ki beklenildiği kadar memnuluk verici olamamıştır. Bunu da şu sebeblere bağlamak doğru olur:

1 — Elektrik tedavisi endikasyonunu taşıyan hastalıkların umumiyetle müzmin ve inatçılıkları ve çok defa da bu tedavi şeklinin en sona bırakılması suretile kıymetli tesir zamanlarının kaybedilmesi,

2 — Bilhassa prive kliyantelde çalışıldığı zaman tatbikatın lüzumu kadar devamlı ve sebatlı olarak yapılamaması,

3 — Hepsinden mühimmi, kullanılan elektrik şekillerinin terapötik tesirlerinin tam ve tecrübi bir etüdden geçirilmiş olmaması,

Bu son nokta üzerinde durmak lâzımdır. (D'Arsonval) yüksek frekanslı akımları etüd ettiği zaman, vücut derinliklerinde hararet husule getiren bu yeni şekle çok önem verildi. Teknik ilerlemelerde bu akımların dalgalarını kısaltmakla daha derin ve mütecanis hararet elde edilmesi üzerinde yürütüldü. Bu cins akımlarla senelerce devam eden tatbikatın pratikte ve bilhassa ağırlı vak'alar üzerinde beklenen neticeleri vermemesi bazı şüphelere yol açtı, daha (15) sene evvel Fransız hekimlerinden bazıları, eski tip etenselli (D'Arsonval) makinelerile alınan neticelerin yeni tip kısa dalgalı makineler ile alınmadığını ileri sürdüler. Bilhassa analjezik tesir bakımından eskiye uönüş fikirleri uyandı.

Daha evveleri yine D'Arsonval, (sinusoide) leri etüd etmiş ve atinin mühim bir tedavi unsuru olabileceğini söylemişti. Bu son harpten sonra sinusoidlerin bir çok şekillerinin elde edilmesindeki kolaylık, tedavi sahasına (yeni elektrik şekilleri) diyebileceğimiz elementler verdi.

(Bernstein ve Lapique) taraflarından yapılan araştırmalar, dokular için alışılmamış zorlayıcı ve tromatik olabilen elektrik şekilleri yerine, fizyolojik olayların husul şartlarına uygun şekillerin bulunması lüzumunu göstermişti. Bu da ancak alçak frekanslı sinusoidler sahasında bulunuyordu.

Elektrik tedavisinde en çok iki gayenin temini aranır :

I — Analjezik tesir, II — Trofik tesir, adelerin tedavisinde bu trofik tesirler sahasında aramalıdır. Bu maksatların temini için söylediğimiz gibi (alçak frekanslı

sinusoid) lere dönülmek icabetti. Nihayet sinusoidlerin modülasyonu ile dokulardaki bozuklukların şekillerine uygun analjezik ve adele fonksiyonlarını daha iyi bir şekilde temin edecek yeni akım şekilleri bulundu.

Bunlardan en ziyade kullanılanları kısaca görelim :

I — Adı sinusoidler, saniyede (42-50) periyotlu şekil, yani (+ ve —) istikametlerde saniyede (100) alterans yapan sinusoidler (R.I.A).

II — Modüle edilmiş sinusoidler, sinusoidlerin tesir zamanlariyle, sükûn zamanlari arasındaki nisbetin arzuya göre tenzil edilmesine (Modulation) denilmektedir. Bu şekilde her vak'anın hususiyetine göre ayrı bir akım şekli elde etmek mümkün olmuştur. Bunlar arasında en çok kullanılanları :

A — Alternatif sinusoidleri, ayrı istikametlerde sarılmış iki transformatörle iki makûs alternans verecek şekilde meydana getirmek (R.I.B).

B — Bir filtrajla aynı istikametteki fazlardan birisini kaldırmak suretile (R.I.C) deki gibi (iki fazlı diphasé) şekil elde edilir ki, saniyede aynı istikamette (100) alternanslı bir (ondulatoire) şekildir.

C — Ayrı transformatörlerden geldiği için fazlardan birisinin şiddetini azaltıp çoğaltmak veya büsbütün yok etmek mümkün olarak, icabına göre (mono veya bifaze) olarak kullanmak (R.I. D - E).

D — Mono ve bifaze devrelerin müsavi fasılalarla birbirini takip etmesi suretile kısa devreli ve uzun devreli modüle şekiller (C. modulé en courtes périodes, C. mod. en longues périodes) şekiller. Bunları ilk tatbik eden Fransız (Pierre Bernard) bunlara (Diadynamique) akımlar ismini vermiştir.

E — Daha sonraları (F. A. Seidel) : İki alternans arasında bir fasıla devresi tesis edilmek ve aynı zamanda (+ —) alternansların şiddetini azaltıp çoğaltmak suretile, uzun periyotlu galvani dalgalarına benzeyen bir şekil elde etmiştir. (R. II. A)

F — Nihayet saniyede (50) olan bu sil frekansı bir başka ve dereceli bir (ondulateur) ilâvesile istenildiği kadar uzun ve kısa dalgalı şekilde tatbik imkânı bulunmuştur. (R. II. B)

G — Yine bu şekil tedrici olarak (+ —) istikametlerde salıntılı hale sokarak (Pendulaire) denilen akım şekli verilmiştir. (R. II. C.)

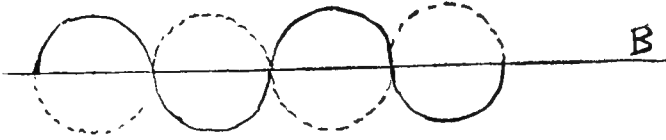
Şimdi bir başka prensip üzerinde yapılan yeniliklere geçmezden evvel bu söylenen şekillerin tesirlerini hülâsa edelim :

Anı olarak yükselmek ve kesilmek suretile yapılan eski (Galvani ve Faradi) onduklarında, vücut dokularında, her hangi bir trofik ve metabolik tesir verecek elektrik miktarına vasıl olmadan ağrı ve ağrının son hudutlarına ermek mahzuru vardı, bir de bu dalgalara cevap vermesi için bilhassa adele ve sinirlerin normal yapıda olmaları icabediyordu, aksi halde bu dalgalar bozukluk derecelerine göre hasta adeleri tenbih ve takallüs ettiremiyordu.

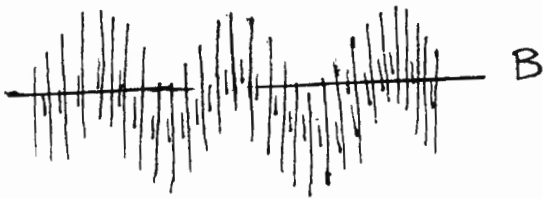
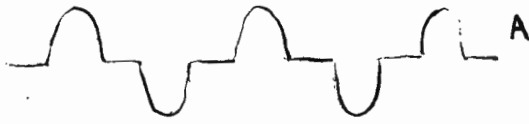
Buna mukabil, tedrici olarak tesis edilen sinusoid dalgalar, şiddetlerine göre adelerde cevaplar ve dokularda trofik neticeler verecek şekilde elektrik enerjisi nakledeleler. Bununla ağırlı bir sinirin bünyesinde bir değişme ve atrofik bir adenin kontraksiyonunu temin etmek suretile beslenmesinde bir faaliyet uyandırılır. Faradi ve galvani ile tenbih edilmeleri mümkün olmıyan düz iplikli iç uzuv adelerinde kontraksiyonlar elde edilir.

Elektrik tedavisinde dâğer bir yenilik te (Alçak frekanslı exponentiel) denilen şeklidir. Bu akım şekli, yaşayan organizmada mevcut elektrik dalgaları veya başka bir tabirle (Influx nerveux = sinir seyyalesi) nin şekline uygun elektrik dalgalı ile tedi imkânına dayanır.

(Bernstein ve Lapique) in araştırmaları (Courants d'action) denilen bu akımla-



Resim : 1



Resim : 2

rın, bir teessüs veya çıkış münhanisi ile, bunun iki misli kadar uzun bir exponentiel şekilde inış münhanisi şeklinde olduğunu göstermiştir. R.II.D)

O halde gift kondansatör tahliyesile (ascendant ve descendant) iki münhani teşkil edecek olan elektrik dalgaları organizma için yabancı olmıyan ve fiziyojik olaylara uygun olan bir şekildir. Bunların frekansları ve imtadatları ayarlanarak tatbik edilince analjezik, trofik ve refleks tesirler verecekleri muhakkaktır. İlk defa olarak (Aubourg) tarafından (Négatisation) ismi ile kullanılmış ve bu son zamanlarda (LeGo) nun tecrübelerile kıymetlenmiştir.

Ağrılı vak'alarda, tatbikatı hemen takibeden bir (analgésie) meydana geldiği bunun (5-6) saat devam ettiği görülmektedir. Seansların teakubile bu hal tam müsekin tesir şeklini alır.

Aldığımız neticeler

Biz sinusoidal akımları, bilhassa çok rastlamakta olduğumuz siyatik vak'alarında kullandık (50-51) senelerine ait olan vak'aların (64) ünde bu tatbikatı yaptık. 511 hasta muntazam tedaviyi takip edemedi, (5) vak'a, tesirlerine itimat edemediğimiz insanlardı. Artan (48) hastanın (6) sı menopoz yaşlarında şişman ve sellülitli kadınlardı ve hepsi lomrtrozisli idiler (48) hastanın (33) ü Füniküler siyatikler olup vasatı olarak (3-5) senelik eski ve sık sık nöksler yapanlardı. Bunlarda, lomber ve bacak üzerine tesbit edilen elektrotlarla yapılan (15-20) seanslık adı sinusoidlerle ağrıların (% 80) nisbetinde azaldığını ve uzunca bir zaman takibine imkân bulduğumuz (5) hastada nöks görmedik.

Tronküler vasıfta olan (15) siyatik vak'asının (5) i diyabet ve (3) ü kinin şırın-gasından ileri gelen trofik nevitlerdi, bunlarda netice çok parlak olmamış ve ancak ağrılarda (% 20) nisbetinde bir azalma görüldü. Diğer (7) tronküler siyatik vak'asında netice (% 100) şifa idi.

Bütün bunların hülâsası şudur :

1 — Fizikoterapi Enstitüsüne müracaat eden hastaların hepsi, her türlü ilaç tedavisine inatçılık gösteren eski vak'alardı.

2 — Tedaviden en çok istifade edenleri (Tronculaire) siyatikler olmuştur.

3 — Füniküler siyatiklerde elde edilen devamlı salâh hallerini, sinirdeki analjezik tesirle beraber lomber nahiyedeki doku bozukluğu üzerindeki değişmelere atfetmek icabeder.

4 — Hakiki nevrit şeklinde olanlarda neticeler daha azdı.

5 — Dia-dynamique ve exponentiel) akım şekillerinin verdiği neticeler, nisbeten sür'atle husule gelen ve fakat çok devam etmiyen bir analjezi idi ki bu da hastanın tedaviye itimadını artırıyor ve müteakip seansların tatbikine imkân veriyordu.

6 — Bu son şekilde yapılan tedavi neticelerini bir ayrı broşür halinde yayınlamak daha münasip olacaktır.

HÜLÂSA

Elektrik tedavisinin ümit edilen neticeleri her zaman verememesi, organizmaya yabancı ve ihtimal ki tromatik olabilen şekiller kullanılmakta olmasına atfedilmektedir. Kısa dalgalı elektrik şekillerinin tekemmül etmelerine rağmen neticelerinin her zaman memnunluk vermemesi, alçak frekanslı akımlara rücat fikrini uyandırdı. Son teknik ilerlemeler bu akımların daha vasi bir sahada tatbikini sağladı. Bu nevi akımlarla dokulardan önemli iyon değişmeleri temin edecek elektrik miktarları geçirmek mümkün olacağı görüldü. Bu suretle, yenilik (yüksek frekanslı) sahadan (Alçak frekanslı) sahaya intikal etmiş bulunmaktadır.

AĞRILI SENDROMLARDA İRGAPYRİN İLE ALINAN NETİCELER

Doç. Dr. Kâzım Dağyolu, Mth. As. Dr. Beyza Yener, As. Dr. Burhan Noyan

Antiromatik ilâçlardan bu güne kadar muhtelif nev'iler kullanılmış ve hepsinden klinikman farklı neticeler elde edilmiştir. Bugün kullanılan bütün preparatlar vücuttaki su ve tuz metabolizması üzerine tesir edenlerdir. Bu arada: Dimetil-Amino Anti-pyirin, İrgapyrin, ACTH, Comtound F, Phenilcinkonin asidi deriveleri sayılabilir. Kantitatif olarak farklı neticeler veren bu devaların kalitatif neticeleri birbirine benzerdir. Romatizmada görülen su ve tuz bozukluğunun diesevalo-hipofizer menşeli olduğu Hiller tarafından kaydedilmiştir. Diğer bir kısım müellifler ise bunu doğrudan doğruya orta beyne bağlamaktadırlar.

Su ve tuz metabolizmasına tesir eden ilâçları şu şekilde toplayabiliriz :

- A Böbrek üstü bezinin steroid hormonu (Cortison, Compound F, Desoksi-Corticosteron)
 - B Hipofiz hormonu (Adrenocorticotrop hormon, ACTH ve diğerleri)
 - C Gayri uzvi maddeler
- 1— Pyrazol : Dimetilaminoantipirin (Butazolidin) İrgapyrin
 - 2— Phenilcinconin asidi deriveleri
 - 3— Salicylate
 - 4— Thiocemicarbason

Bu ilâçlardan mevzuumuzu teşkil eden İrgapyrin den bahsetmek istiyoruz : Terkibi : 3,5 dioxo- 1,2 diphenyl -4- N-Butyl-Pyrazolidin dir. Butazolidin sodyum tuzu halindedir ve prazolon gibi tesir eder. İrgapyrin dimetil amino-phenil dimetil prazolon ile kombine bir preparat halindedir. % 15 butazolidin-Na ve % 15 dimetil amino phenil dimetil prazolon ihtiva eden renksiz, ışıktan müteessir olan, Ph'ı 8,2 olan çok acı lezzetli, suda eriyen ve aynen pyramidon tesiri yapan bir maddedir. İrgapyrin'i teşkil eden maddelerden biri olan Dimetilamino Phenil dimetil prazolon alkalen olup asid vasatta eriyen bir maddedir. Toksik tesiri fazladır invivo halde sür'atle parçalanır. Diğerisi ise asid dir toksik tesiri azdır invivo çok yavaş parçalanır. Bu iki maddenin absorbsion sür'ati ve kandaki maksimal konsantrasyonları birbirinden farklıdır. Şöyle ki : Dimetil amino phenil dimetil prazolon enjeksiyondan hemen sonra apsorbe olur ve yarım saat sonra kandaki maksimal konsantrasyonuna erişir (% 3 mgr.). Diğerisi ise ancak bir saat sonra maksimal konsantrasyonuna erişir bu da % 10 mgr.dır. İtrah edilişleri de farklıdır : Birinci madde enjeksiyonda 24 saat sonra kanda hiç bulunmadığı halde ikincisi 72 saat dahi nazarı itibare alınacak miktarda bulunur.

İrgapyrinin klinikteki tesirleri analjezik, antipiretik ve antifilojistikdir. Bundan başka yapılan tecrübeler göstermiştir ki İrgapyrin antihistaminik ve kapiller permeabilitesini azaltan bir tesire maliktir. Zira İrgapyrin zerkine tâbi tutulan tecrübe hayvanlarında histamin zerkine rağmen barsak peristaltizmi azalmış ve periferdeki damarlarda vazokonstrüksiyon husulü tesbit olunmuştur.

Aynıyle tedaviye tâbi tutulan hastalarda da 0,9-7,7 kgr. arasında ağırlık artması ve etrafta bâriz ödemler gibi değişiklikler görülmüştür. İrgapyrin zerkleri esnasında su ve tuz itrahında geçici bozukluklar olmaktadır. İdrar azalması birinci-ikinci günde başlar maksimum 3-5 inci günlerdedir. 5. - 6. gün klorür diürezisi tekrar başlar. Ağırlık artması geçici aqueuse bir retansiona bağlı olduğu gibi hidroklorurée diürezin azalmasına da bağlıdır. Eğer tedaviye ara verilir veya iğnelerin arası uzatılırsa meselâ 3 günde bir) diürez ve ağırlık normal hale avdet eder. O halde bu retansiyon geçicidir. İrgapyrin zerki sıvı diüretiklerin tesirini azaltır veya onu ortadan kaldırır. Kandaki klor, sodium, potasium, protein, serin ve globulin miktarları İrgapyrin ile değişmez. İdrar da albüminuri ve tortusunda bir bozukluk tesbit edilememiştir.

İrgapyrin parenteral yol, ağız yolu veya suppositoire şeklinde kullanılır. Parenteral olarak kâhillerde 5 cc, çocuklarda 2-3 cc, akut vak'alarda hergün, geri kalan ağırlık ve kronik vak'alarda 48-72 saatte bir olmak üzere adeleye zerki suretile kullanılır. Akut ve subakut vak'alarda tedaviye 1-2 hafta devam edilmelidir. Kronik vak'alarda ise tedaviye karşı bir mukavemet nazarı dikkati celbeder her 2-3 günde bir yapılan bir ampulle iyi netice 1-4 ayda elde edilir.

İrgapyrin'e karşı mafsal hastalıklarından akut ve subakut romatoid poliartritiser çok iyi cevap verir. Ağrı o mafsallarda mevcut olan ödemli hal ve kızartı sür'atle kaybolarak hasta normal hale avdet eder. Ağızdan salisilat ve dimetil amino antipirine tahammülsüzlük gösteren hastalar İrgapyrin'e çok iyi cevap verirler. Gesell ve Müller umumî sebsis hali gösteren, kalp lokalizasyonu ile müterafık olan akut romatizma vak'alarında müsait neticeler aldıklarını kaydetmektedirler. Fischer de perikard ve endokard lokalizasyonu yapan dört vak'ada iyi netice aldığını zikretmektedir. Yine aynı müellif plevra boşluğunda serozite toplanması ile birlikte seyreden bir poliartiküler romatizmada İrgapyrin kullanmakla gerileme müşahade etmiştir.

İrgapyrinin kronik romatizmadaki tesiri akut ve subakut olanlara nazaran daha yavaşır. Mamafih ağrı ve mafsallara has belirtiler kısmen olsun dahil olmaktadır. Müller ve Gesell bu gibi kronik vak'alarda tedavinin uzatılmasını ve fizik tedavi ile teşrik edilmesini tavsiye etmektedirler. Lumbago ve musküler romatizmada tesiri sür'atlidir. Hemen ilk zerki müteakip iyilik husule gelen vak'alar çoktur.

Nevrit ve nevralljilerde alınan cevap umumiyetle çok değişiktir. Bazı vak'alarda çok müsait neticeler alınmasına rağmen diğerlerindeki neticeler iyi olmamaktadır. Umumiyetle had nevritislere hemen hiç tesiri yoktur, diyabetik nevrit ve radikülitlerde İrgapyrin tedavisi bir netice vermemektedir. Diskushernilerinde İrgapyrin ancak ağrılar arasındaki mesafeyi uzatmakla, şahsı nisbeten hareket edebilir bir hale getirmektedir. Herpes nevralljilerine yani Zonaya karşı İrgapyrin çok tesirlidir.

Kontrendikasyonlarına gelince : hemen hiç bir kontrendikasyonu yoktur ; yalnız kardiopatlerde, böbrek kifayetsizliği olanlarda ve hepatitisi şahıslarda, yaşlı kimselelerde yüksek dozlardan sarfınazar etmek lâzımdır.

Kliniğimizde ve Fizikoterapi Enstitüsünde İrgapyrin tatbik edilen birkaç vak'adan aldığımız neticeleri yüksek heyetinize arz etmek istiyoruz :

Vak'a 1 : N. T 19 yaşında genç kız. Kliniğe girişi 19.XI.1951.

Hasta kol, baldır ve sırtındaki ağrılardan şikâyet ederek kliniğe girmiştir. 40 gündenberi bu ağrılar künt bir tarzda devam etmekteymiş hastalığın başlangıcından itibaren bir hafta müddetle ateşi yüksek olarak seyretmiş, ağrı evvelâ sol dizden başlamış daha sonra omuz ve kollarına doğru yükselmiş. Hasta kliniğe yattıktan sonra 21.XI.1951 den 4.XII.1951 e kadar 5 ampul İrgapyrin yapılmıştır. İlk ampul yapıldıktan sonra ağrılarda % 50 bir azalma müşahade edilmiş zerkler bittikten sonra ağrılar tamamen kaybolmuştur.

Vak'a 2 : S.E 43 yaşında ev kadını, 16.4.951 de Fizikoterapi Enstitüsünde tedavi tâbi tutulmuştur.

Hasta sol bacağının yukarı kısmından ayağına kadar temadi eden ağrılardan şikâyet ederek Enstitüye gelmiştir. İlk def'a aynı hal kendisinde altı sene evvel olmuş, ve medikal tedavi ile geçmiştir. Sonraları aynı ağrılar her sene hemen aynı zamanlarda ortaya çıkmakta imiş. Bu def'a dört ay evvel başlamış, eskisinden daha şiddetli imiş, taban ve parmaklarda uyuşmalar oluyormuş. Hastaya 15 adet kısa dalga yapılmış % 30 bir hafifleme müşahede edilmiştir. Müteakiben günde bir ampul olmak üzere beş ampul İrgapyrin yapılmıştır. Hastanın vaziyetinde başka bir değişiklik olmamıştır.

Vak'a 3 : E.D 54 yaşında kadın, 30.7.951 tarihinde Fizikoterapi Enstitüsünde tedavi altına alınmıştır. Hasta sol kalçasından sol ayağının parmak uçlarına kadar temadi eden ağrılardan şikâyet ederek Enstitüye yatırılmıştır. Yedi ay evvel sol kalçasında şiddetli bir ağrı hissediyor kendisine B₁ vitamini ve atofanil tedavisi yapılmış, ağrılarında biraz hafifleme olmuş, iki ay önce yeniden aynı şekilde ağrıları olmuş yapılan kısa dalga tedavisinden istifade etmemiş, günde bir ampulden beş gün müddetle beş ampul İrgapyrin yapılmış ve hastada % 40 iyilik görülmüş.

Vak'a 4 : N.G 29 yaşında kadın, 18.5.951 de Fizikoterapi Enstitüsünde tedavi altına alınmıştır. Hasta belindeki ve sol bacağındaki şiddetli ağrılardan şikâyet ederek Enstitüye yatmıştır. Eskidenberi ağrıları varmış, iki sene evvel şiddetli bir üşümeyi müteakip bu ağrılar belinde ve sol kalçasında lokalize olmuş, ateşi 37-38 arasında devam etmekte imiş. Diyatermi, C vitamini ve Kalsium tedavisi yapılmış, yirmi günde ağrıları hafifliyerek ayağa kalkabilecek hale gelmiş, fakat yürüyünce ağrılar meydana çıkıyormuş. Onbeş gün evvel ağrılar tekrar şiddetlenmiş kendisine birer ampulden her gün olmak üzere 7 ampul İrgapyrin yapılmış vaziyetinde herhangi bir değişiklik olmamış.

Vak'a 5 : L. K. 55 yaşında ev kadını. 24.8.951 tarihinde ensesinde başlıyan artkafa ve kollara yayılan ağrılarla Fizikoterapi Enstitüsüne yatırılmıştır. Ağrıları geceleri daha fazla olurmuş ve eforla artarmış. Ağrılara karşı analjezik ilâçlar kullanmış, kaphca tedavisine tâbi tutulmuş fakat vaziyetinde herhangi bir değişiklik olmamış. 31.8.951 den 4.9.951 e kadar hastaya beş ampul İrgapyrin yapılmış ileri derecede bir salâh husule gelmemiştir.

Vak'a 6 : L.Ş. 25 yaşında ev kadını. 22.10.951 tarihinde vücudunun her tarafındaki ağrılardan şikâyetle Fizikoterapi Enstitüsüne yatırılmış. Ağrılar en çok el, dirsek ve omuz mafsallarında imiş, kendisine salisilat, C vitamini, ultraviole tedavileri yapılmış fakat istifade etmemiş, müteakiben hergün bir ampulden beş ampul İrgapyrin yapılmış, ağrılarda % 30 bir azalma görülmüş.

Vak'a 7 : F.K. 60 yaşında ev kadını. 17.9.951 tarihinde belinin sağ tarafındaki ve sağ bacağındaki ağrılardan şikâyetle Fizikoterapi Enstitüsüne yatırılmıştır. 20 sene evveline kadar bu ağrılar zaman zaman kendisine gelirmiş, yirmi seneden beri hiç görülmeyen bu ağrılar iki ay evvel üşütmekle tekrar ortaya çıkmış, beline ve bacağına salisilat dömetil sürmüş, ağrıları kısmen zail olmuş, fakat yol yürüyünce şiddetle ortaya çıkarmış, eforla ağrılarda artma husule gelirmiş. Kendisine tatbik edilen beş ampul İrgapyrin ile % 50 bir iyilik husule gelmiş.

Vak'a 8 : N.T. 56 yaşında, ev kadını, 16.9.951 tarihinde ayaklarındaki ağrı ve tutluktan şikâyetle enstitüye yatırılmıştır. On aydan beri bu ağrılar kendisinde de-

vam etmekte imiş, bir yere oturup kalkarken ve merdiven inip çıkarken ağrılar şiddetlenmiş. Kendisine tatbik edilen 5 ampul İrgapyrinle ağrılar tamamen zail olmuş.

Vak'a 9 : S.Y. 48 yaşında ev kadını. Sağ kalçasından topuğuna kadar intişar eden ağrılardan şikâyetle 24.9.951 de Enstitüye yatırılmıştır. 20 sene önce beli, on sene önce de kalçası ağrımaya başlamış. İki aydan beri ağrılar şiddetlenmiş, yapılan tıbbi ve fizik tedavilerden istifade etmemiş. 28.9.951 den itibaren kendisine 5 amp. İrgapyrin tatbik edilmiş, % 25 iyilik husule gelmiştir.

Vak'a 10 : B.Y. 32 yaşında doktor. 12 senedenberi arada bir gelen ağrılardan şikâyet etmekteymiş. Kendisine tatbik edilen tıbbi ve fizik tedavilerden istifade etmemiş. Bir aydan beri lombosakral nahiyede şiddetli ağrı dolayısıyla hareketsizlikten şikâyet etmektedir. 4.8.952 tarihinden itibaren kendisine beş ampul İrgapyrin yapılmış, ilk zerki müteakip ağrılarda % 50 bir azalma olmuş. Beşinci zerkten sonra ağrılar tamamen geçmiş, hareket güçlüğü ortadan kalkmıştır.

Vak'a 11 : İ.Ş. doktor, 52 yaşında. Lumbago teşhisile tedaviye başlanmış, yapılan antiromatizmal tedavilere cevap vermemiş. İrgapyrin tedavisi ile ağrı ve hareket zafı tamamen ortadan kalkmış.

Vak'a 12 : S.N. 55 yaşında ev kadını. Dört aydan beri her iki diz mafsaldaki romatizmal ağrılardan şikâyet etmektedir. Kendisine tatbik edilen fizik ve tıbbi tedaviye cevap vermemiştir. İrgapyrin tedavisiyle ağrılarda % 50 bir azalma husule gelmiştir.

Vak'a 13 : N.K. 35 yaşında ev kadını. 5 senedenberi her iki omuzda ve skapüler bölgedeki ağrılardan şikâyet etmektedir. Kendisine yapılan tıbbi tedaviye cevap vermemiştir. İrgapyrin tedavisi ile ağrılarda % 40 bir azalma müşahade edilmiştir.

Literatür

- 1 — J. Zaiontz : Geneva Revue du Rhumatisme No: 5 Mayıs 1951
- 2 — F. Loewenhardt : Deutsche medizinische Wochenschrift 79:14,450 (Nisan 7, 1950)
- 3 — G. Wilhelmi, R. Domnjoz : Arch. Exp. Path. Pharmakol No: 212, 125 1950
Arch. Int. Pharmacodyn No: 85, 129 (1951)
- 4 — E. Fenz : Wien. Med. Wschr. 100,754 (1950)
- 5 — H.K.V. Rechenberg : Klinische Wochenschrift 29 43-44 Heft 15 Ekim 1951 S. 726-730
- 6 — Von R. Pulver, G. Wilhelmi : Schweizerische Zeitschrift für tuberkuloze separatum vol. 9, fasc. 2 (1952)
- 7 — Prof. Dr. H. Dennig, Dr. H.D. Noeske : Diemedizinische Welt 1 Eylül 1951 No. 33 - 36
- 8 — Dr. W. Burghrdt, Dr. P. Matis, Dr. K. Bauer : Neue medizinische Welt Ağustos 1950 31/32
- 9 — Von H.R. Mühlmann : Zahnarztlichevelt 10 Ağustos 1951 No: 6
- 10 -- A. Staerkle : Therap Umesch au 6, 111 (1949)
- 11 — Prof. G. Bickel : Schweizerische Medizinische Wochenschrift No: 20 XI, 473 (1951)

HÜLÂSA

Üniversite psikiatri kliniğinde ve Fizikoterapi Enstitüsünde 12 romatizma vak'asına 3,5 dioxo - 1,2 diphényl - 4 - N - Butyl - pyrazolidin tatbik edilmiştir. Bu vak'alarından 4 tanesinde tam şifa, 6 tanesinde şifaya yakın derecede salâh görülmüş; 2 tanesinde hiç bir değişikliğe rastlanmamıştır.

Dr. Mustafa Sıtkı Alpan :

Saygı değer Başkan ve Hocalarım, aziz meslekdaşlarım:

Üç gündemberi romatizma konusu konuşmalarında ve ağrı giderici olarak tedavi halinde haklı olarak İrgapyrin ilâcı hakkında gerek lehde, gerekse aleyhde epice lâf söylendi. Bendeniz de bitarafane bir şekilde muayenehaneye gelerek takip ettiğim ve kendi kendisine beş ampul İrgapyrine zerki yaptıran bir hastada husule gelen İrgapyrine nefriti arızasını kısaca yüksek heyetinize arzedeceğim:

60-61 yaşlarında maden işleri ile uğraşan arterio-scleroslu bir zat Klodikasyon intermitten şikâyetleriyle bize müracaat etti. Evvelce gezici vasıfta eklem ağrıları rahatsızlığından ötürü müracaat ettiği hekim arkadaşlar malûmumuz olan romatizma ilâçları ve B₁ vitamini müstahzarları vermişler, bunlara ilâveten hasta kendisi par ensiositée bir yerden işitmiş ve duymuş-olacak-ki, bir kutu da ampul İrgapyrin almış ve her gün zerk şeklinde kullanmış. Klodikasyon şikâyetleri tedavisi altında bir kaç aydır bulunuyordu, bu arada da 2 - 3 defa idrar muayenesi yaptık, normal bulgu alındı, albumin yoktu. Kan basıncı normaldi. Beş ampul İrgapyrinin yapılmasını müteakip ertesi günü yüzü, göz kapakları, bacakları şişti. İdrarda albumin litrede 5 - 6 gr.a kadar yükseldi. Kan basıncı 17 bulundu. Hasta şiddetli bir rejimle tedaviye tâbi tutularak bütün ödemleri 10 - 15 gün içinde zail oldu. Sadece albumin miktarı 5 gr. dan 1,20 ye kadar düşürüldü, daha 4 - 5 ay albuminuri sekel halinde, sekel nefrit tablosu halinde devam etti, netice olarak kanaatimize göre :

1 İrgapyrin gelişi güzel hiç tehlikesizce kullanılabilir gerek antiromatizmal, gerekse antianaljezik, antinevraljik bir ilâç olmadığını, daima hatırdâ tutulmasının lâzımgeldiği, bilhassa akut romatizma ve romatizma tabiatında sinir ağrıları hecmesi gösteren genç hastalarda kullanılmasının, yaşlılarda kullanılmamasının doğru olacağı.

2 - Ampullerinin romatizmada veya nevralji vak'alarında, meselâ siyatiklerde fasılalı olarak 2 - 3 günde bir adale zerki şeklinde hastanın umumî halini göz önünde bulundurarak kontrollu kullanılmasının hayırlı olacağı

3 Her ilâcın kullanmadan önce bir fikir, bilgi edinmek kabilinden prospektüsünün tarifnamesinin mutlaka o ilâcı kullanan hekim tarafından gözden geçirilmesinin çok lüzumlu olacağı, faideden hali bulunamayacağı — zira ticarete arz edileli 8 - 10 ay gibi kısa bir müddet olan İrgapyrin'in prospektüsünde yaşlılarda, arterio-sklerozlu, karaciğeri, böbreği, kalbi arızalı hastalarda kullanılmasının doğru olmayacağı kayıtlıdır . Bu fikir ve kanaatimizi Hocamız Prof. Ekrem Şerif Egeli'nin İrgapyrin'den mütevellit Hepatit ve Hami Koçaş arkadaşımızın İrgapyrin nefriti vak'alarından ma'dâ biz de İrgapyrin glomerülo - nefrite vak'amızı ilâve ederek faydalı olur ümidi ile muhterem heyetinize arz ediyorum.

OKUL HEKİMLİĞİ

Dr. Kudsi Esencan

Medeni memleketlerde çoktanberi teessüs etmiş olup memleketimiz hudutlarından henüz içeri girmemiş olan Okul Hekimliği gibi çok önemli bir konuyu Onikinci Millî Türk Tıp Kongresine arz etmenin memleket hesabına hayırlı olacağına kani bulunuyorum.

Yıllardanberi okullarımıza hekim tayin edilmekte, Millî Eğitim Sağlık Müfettişliği Teşkilâtı elemanları tarafından okullar teftiş edilmekte ise de bütün bu çalışmalar yurdumuzda okul hekimliğinin mevcut olduğunu ifadeden çok uzaktır. Okul hekimliğinin ayrı bir ihtisas olduğunu kabul eden memleketlerin teşkilâtı bizdekinden bambaşka bir durumdadır.

Bu günkü modern ilme göre okullarda (medikal iş) yoktur, (mediko-sosyal işler) vardır çünkü zamanımızda hekimlik tamamen sosyal işlerle hemahenk olarak ilerlemektedir. Medikal işler sosyal işlerle beraber olmadıkça okul hekimliği muvaffak olmaz, nitekim olamamıştır.

Bizde okul hekimliği nasıldır ? bunu elem duymadan izah edemeyeceğim. Orta okullarımızla, liselerimizin hekimleri vardır fakat bunların çoğu ek görev olarak verilmiş olup ek görevli olmayanlar da ödeneklerinin azlığından fabrikalarda, şurada burada iş bulmuşlardır. Bundan ötürü müstemirren okullarda öğrencilerle meşgul değildirler. Günün ancak birkaç saatini okul işlerine hasredebiliyorlar.

Esasen şul polikliniklerimiz olmadığından, 115 yıllık mazisi olup 78 yıl önce de modernize edilen okul hemşireliği teşkilâtı da henüz ele alınmamış olduğundan ve Millî Eğitim Bakanlığınca medeni ülkelerde tatbik edilen usuller henüz kabul edilip tatbik mevkiine konmamış olduğundan okul hekimi sabahtan akşama kadar okulda otursa bile hiç bir ameli kıymeti haiz olmayan sağlık karnesi doldurmaktan başka yapacak iş bulamaz.

Çok geç kalınmış olmakla beraber Millî Eğitim İdareimiz medeni ülkelerdeki okul hekimliğini derhâl benimseyip teşkilâta sür'atle geçmesi, okul hekimliğini ve okul hemşireliğini bir ihtisas olarak kabul etmesi kat'i bir zarurettir ve öğrencilerin sıhhatlerinin tam olarak korunması için acele edilmesi lâzımdır.

Sosyal işleri bir tarafa bırakalım, medikal işler bile bu gün ihtiyacı karşılamaktan uzak bir durumdadır. Bu durumda ne hekimlerin ne de Millî Eğitim İdaresinin suçu vardır. Hekimler ve diğer ilgililer vazifelerini tamamen ifa ettikleri halde muvaffak olamamaları teşkilât bozukluğunda ve aynı zamanda hekimlerle hemşirelerin stajyerleri olan şul poliklinik sisteminin henüz kabul edilmemiş olmasındadır.

Hekim vazifesini tamamen ifa eder, yorulur, buna mukabil sistemsizlik yüzünden netice alamaz ve üzüdür, öğrenci de hekimin mesaisinden tam mânâsıyla faydalanamaz. Meselâ Kâğıthane köyünden Fındıklı da dahil olmak üzere Taksime kadar 25 okul bir hekime verilmiştir, ortalama bir okulda 300 öğrenci bulunduğunu kabul edersek çok geniş bir bölgedeki 7500 öğrencinin sıhhatini bir hekim yalnız başına nasıl kontrol edebilir ? etse bile bu kontrolden ne fayda hasıl olur ve ne kadar randıman alınabilir ?

Edirnekapı Sıhhat Merkezi Başhekimliği bulunduğum zaman üç yıl uğraştığım hal-

de açık veremli bir öğretmenin öğrencilerle temasını kesememiştim, bunun başlıca sebebi Millî Eğitim İdaresinin sağlık teşkilâtındaki aksaklığıdır.

Sözü uzatmamak için hülâsa olarak arz ediyorum: Okul hekimliğini ek görevlikden kurtarmanın, bir ihtisas işi olarak kabul etmenin, şul poliklinik sistemini tesis etmenin, mütehassıs okul hemşiresi yetiştirmenin ve kaybedilen yılları sür'atle telâff için acele etmenin en doğru bir yol olduğu kanaatindeyim.

Şurasını da belirtmeliyim ki okul hijyeninin tatbiki ve tatbikattan iyi sonuç alınması için önce okul hekimliğinin sınırlarımızdan içeri girmesi lâzımdır, aksi taktirde okul hijyeninin muvaffak olamayacağı aşikâr bir hakikattir.

Beni dinlemek lütfunda bulunan kongre üyelerine şükranlarımı arz ederim.

HÜLÂSA

Yurdumuzda ilmi mânâsiyle henüz okul hekimliği teessüs etmemiş olduğundan bu alanda faaliyete geçilmesi ve diğer medenî yurdlarda olduğu gibi şul poliklinikler açılması ve bunlar yapılmayınca okul hijyeni sağlanamayacağı aşikârdır.

Dr. Sami Uç'ar :

Memleketimizde, okul hekimliği Dr. Kudsi Esencan'ın gayet açık olarak izah ettikleri gibi, henüz mevcut değildir.

Bugün dünyanın her medenî milletinde bu şube başbaşına bir ihtisas subesidir. Okula giren her öğrenci fizik ve psişik muayenelerden geçerek kabul edilir. Eğer bir zekâ geriliği karşısında iseler bu geriliğin Okulun Psikoloji Laboratuvarlarında derecesi tayin edilir. Çocuk bu muayeneden sonra yaşının değil, zekâ kapasitesinin sınıfına veyahutta bu gibi arrieré çocuklar için mevcut olan okullara gönderilir.

Arzu ediyoruz ki, memleketimizde de modern mânâda bir «Okul Hekimliği» notion'u hasıl olsun.

Bu mevzu bütün çıplaklığı ile temas eden Dr. Kudsi Esencan'a tekrar teşekkür ederim.

ÇOCUK DIŞLERİ BAKIMI

Prof. Suat İsmail Gürkan:

Çocuk dişleri - bilhassa son zamanlarda - bütün medenî dünyanın önemle ele aldığı bir konudur. Bunun da sebebi, mevzuun Mediko-sosyal bir ehemmiyet taşımasıdır.

Ağzında süt dişleri ve arkalarda altı yaş dişleri mevcut bulunan bir çocuğun, bu dişinin önünden, bir dişinin vakitsiz çekildiğini farzedelim. Bu yüzden o boşluğun önündeki ve arkasındaki dişler oraya doğru eğilerek orasını kapatabilir. Bundan da altı yaş ve üst dişlerinin birbirleriyle olan karşılıklı ve düzenli temas ve kapanışları bozularak c tarafla yemek çiğnemek imkânları muhtel olur ve hatta bazan tamamile ortadan.

kalkar. Bir müddet sonra alttan gelecek olan sürekli diş de kendisine yer bulamayarak yanak veya dil tarafından eğri olarak çıkmak zorunda kalır. Bu durumda bir diş ise hamiline sıkıntı verdikten başka komşu dişlerle aralarında yemek kalıntılarına mükemmel bir tutunak teşkil ederek çürüklere yol açar. Bunları çekmek zorunda kalırız. O çekim de her zaman kolay olmaz.

Bundan başka, bir çok irsi ve kisbi hastalıkların, çenelerde ve dişlerde bir takım bozukluklara yol açtığı her zaman görülmektedir. Anomali dolayısıyla dişlerin, çiğneme vazifelerini lâyıkile ifa edememelerinden mide, bağırsak ve ağzın kısmen açık kalmasına sebep olan diş ve çene anomalilerinden de akciğer ve nefes yolları bozuklukları meydana gelir. Bunlar, estetik bozukluklara da yol açarlar. Çünkü, hem plastik, hem de ekspresyon bakımından yüzün alt üçte birini diş sistemi teşkil eder. Bu itibarla, bunların durum, istikamet, yer ve nisbetlerindeki değişiklikler estetik bakımından da büyük kusurlar doğurabilir.

Ağız boşluğunun ve dişlerin (Konuşma) daki önemli rolünü de biliyoruz : Lâkırdı ederken sesli ve sessiz harfleri çıkarmakta dilin ve dudakların rollerine kusurlu bir diş ve çene sisteminin çok fena bir tesir yapacağı muhakkaktır. Bilhassa ön dişlerin çok aralı olması bazı sesli harflerin çok kötü çıkmasına sebep olur. Sessiz harflerden ise dil ve dudakla ilgili olanlar diş ve çene bozukluklarından çok müteessir olur.

Diş ve çene sistemi anomalileri, bilhassa ileri yaşlarda bir takım menfi ruhi tesirler de yapar.

Bunlar, dişler ve alveoller üzerinde yerel arızalara da yol açarlar : Üst üste binmiş veya sıkışmış dişler - Retansiyon dolayısıyla de - diş çürüklerine çok imkân verir. Bu gibi dişlerin aralarındaki dişetleri sürekli surette şişer ve kanar. Bunlardan başka çocuk, bilhassa rahim içi yaşayışında (Frengi) ve doğduktan sonra da (Raşitizm) in tesirleri altında kalarak dişleri veya çeneleri bozulur.

Dişleri ve çeneleri bu kötü durumlardan kurtarmanın çaresi, çocukları bunlardan koruyacak olan (Ferdî) ve (Kolektif) teşkilât kurmak ve korunma tedbirlerini almaktır. Bu tedbirleri şöylece üç esasta toplamak kabildir :

1 — Prenatal devrede: Çocuk rahim içi yaşayışının 4-5 inci ayında iken dişleri gelişmeye başlayacağından annesinin o devredeki besisi ve hastalıkları, çocuğun dişleri bakımından da son derecede önemlidir.

2 — Postnatal devreyi bu bakımdan (Okul öncesi) ve (Okul devresi) olarak ikiye ayırmak lâzımdır. Birincisinde, mücadelemiz ailede ve ferdi olacağından nisbeten az faydalı olur. Bununla beraber, fermante olabilen şekerlerin, diş çürüğünün teşekkülünde önemli bir faktör olduğu ve bunların asidojen bakteriler için tahrik edici bulunduğları, ağza alınmalarından 1,5 dakika sonra dişler üzerindeki reaksiyonun asit bir hal aldığı ve (Ph) ın 7 den 5 e düştüğü, mühim olan noktanın, alınan şekerin miktarının değil de yenmesinin teaddüdü olduğu ve karbon hidratların, dişler arasında birikmesinin çürüklere yol açtığı tarzındaki ilmi esaslar dikkate alınarak bu gibi maddelerin fazlasının yasak edilmesini ve çocuklara dişlerinin temizlettilmesi bu devrede de kabildir (Yayınlar, Konferanslar, Gezgin hemşireler).

Çocuğun, dişlerini ikibuçuk yaşına kadar bir bakıcısı antiseptiklere batırılmış bir tülbentle temizler. O yaştan sonra dişlerini fırçalamaya alıştırmalıdır. Yine bu yaşlarda çocuk sık sık Dişhekimine götürülerek dişleri kontrol ettirilmelidir.

Okul devresindeki çocukların dişleri gerek Üniversite şubelerinde ve gerekse şehir dispanserlerinde (Profilaktik) tedavilere tâbi tutulur. Ve ayrıca diş ve çene anomalileri de tercihan bu yaşlarda tedavi edilir. Çünkü bunların çoğu bu yaşlardan sonra tedavi kabul etmez. Minenin 8-9 yaşından sonra artık kireçlenmemesi ve dişleri ve çenelerin olgun hale gelmeleri bunun en büyük sebepleridir.

Birkaç sene önce Amerikada çocuklara (Fluor) lu suları içirmek ve onunla ya-

pılmış gıda maddeleri yedirmekle başlayan çürük mücadelesi son zamanlarda çok ilerlemiştir.

Biz, iki sene önce İstanbul Dişhekimliği Müessesesinde kurmuş olduğumuz (Çocuk dişleri servisi)nde bir yandan (Gottlieb) metodu ile, öteyandan da (Amalgamla doldurma) usulü ile ilk okul çocuklarının dişlerine Profilaktik diş tedavisi tatbik etmekte ve başarı almaktayız.

İstanbul'un bütün ilk okul çocuklarını Bayazıt'ta toplamak kabil olmadığından bir otobüsü (gezgin çocuk dişleri servisi) haline koyarak bu maksatla okulların kapısına gitmek istiyoruz. Buna da inşallah muvaffak oluruz.

Bu korunmayı Orta Okul çocuklarına teşmil eden memleketler de vardır. Yaptığımız şu kısa aydınlatmadan bu mücadelede Okul - Aile işbirliği kadar Hekim - Dişhekimî işbirliğinin kesin lüzumu da ortaya çıkmaktadır. Sayın Sağlık Bakanımızın bu kongrenin açılış söylevinde (Okul Hekimliği) uzmanlığının kurulacağından bahsetmesini bu konuda büyük teminat sayarız.

HÜLÂSA

Çocukların süt ve sürekli dişlerini iyi durumda bulundurmak için onları, daha ana rahminde buldukları zamandan itibaren kontrol altında bulundurmaya lâzımdır.

Çocuk doğduktan sonra, okul öncesi ve okul devresine mahsus teşkilât ile bu kontrolü devam ettirmek şarttır. Hem çocukluk devresinin dişlerini, hem de sonrakileri ancak böylelikle iyi halde bulundurmaya kabil olur.

KIZ OKULLARINDA ÇOCUK BAKIMI DERSLERİ

Dr. Kudsi Esencan

Millî Eğitim İdarelerimizce orta okullarda teorik olarak okutulan çocuk bakımı derslerinin ihtiyaca hiç de kâfi olmadığı ve önemce en sonda gelen bir ders olduğu kanaatindeyim. Beni bu kanaate sevkeden olaylar dersin haftada bir saat olması, nazari olarak okutulması ve diğer derslerden sınıfta kalanlar olduğu halde yanılmıyorsam bu dersten hiç bir öğrencinin sınıfta kalmadığıdır, halbuki yine kanaatime göre kız okullarında en önemli ders puerikültür dersidir çünkü puerikültür sıhhatli ve gürbüz çocuk yetiştirme esaslarını tatbik eden, doğurma yoluyla neslin çoğalmasıyla ilgili olayları tanımağa yarayan, insan neslini koruyan bir ilimdir. Çocuk ölümü fazla olan yurtda nüfus azalmasının önüne geçmek, normal yurtda nüfusu çoğaltmak için en iyi çare anne olacaklara puerikültür bilgisi aşılamaktır, anne olacakların bilgisizliğine karşı en iyi savaş vasıtası ise puerikültürdür.

Eski Yunan ve Roma medeniyetleri zamanında anne bilgisizliğiyle savaş için kanunlar vardı, bu gün ise medenî yurtda hekimlerin ve hayır severlerin yardımıyla puerikültür öğretimi önem kazanmış ve bir çok enstitüler, kurlar, gündüz ve geceye mahsus halk okulları açılmıştır.

Evlenme bir maksad için iki iradenin, iki arzunun, iki faaliyetin birleşmesidir, birleşen bu iki arzu, iki irade ve iki faaliyetten doğacak çocuğun ölmemesi ve vücut, zekâ, ahlâk bakımından tam bir gelişmeye kavuşması lâzımdır. İşte bunu sağlayacak olan bilgili annedir, bu bilgiyi de anneye püerikültür verir.

Çocuk anne rahminde teşekküle başladığı zamandan itibaren çocuğu muhafaza etmesi annenin vazifesidir. Anne çocuğunun hayatına hürmet ve onu dünyaya getirmek için lüzumlu bütün tedbirleri almak vazifesiyle mükelleftir, bu tedbirler ancak püerikültür yoluyla alınır.

Yarının işçisi, genel refah kaynağı, sosyal fayda olacak olan bu günün çocuğunu yapacak yarının annesini bu günden püerikültürle terbiye etmek zarureti vardır.

Sihhat, dinçlik ve ahlâk inkilâbının anahtarı annenin elindedir. Anne terbiyesi insanı medenî veya barbar yapabilir. Çocukları ölümden kurtarmak kelimenin en geniş mânâsiyle püerikültür işidir, bu hakikatler böylece malûm olduktan sonra kız okullarımızda püerikültür derslerine lâayık olduğu önemi vermek Millî Eğitim İdaresimizin esas vazifesi olmalıdır.

Millî Eğitim İdaresimizin bu vazifesini iyi yapmadığı kanaatini bana arzedeceğim şu anket vermiştir :

Orta, Lise ve Üniversite mezunu beşyüz kız üzerinde yaptığım anket (ki bu anket yazı ile değil, kızlarla bizzat konuşmak suretiyle yapılmıştır) bana Orta okullarda okumuş oldukları püerikültür derslerinden hiç bir şey öğrenmediklerini öğretti, en basit suallerime dahi muvafık cevap alamamakla müteessir oldum, beşyüz rakkamı bu derse önem verilmediğini göstermeğe kâfi bir rakkamdır zannedirim.

Kız Sanat Enstitülerinde kızlarımızın vücutte getirdikleri eserler iftiharla göğsümüzü kabartmaktadır. Defileler tertiplenmek, sergiler açılmak suretiyle bu işe büyük önem atfedildiği halde kızlarımızın en esash vazifeleri olan çocuk bakımında çok sathî bilgi ile bırakılmaları doğru değildir.

Çocuk ölümünü azaltmak, kızlarımızı bilgili bir anne olarak yetiştirmek başta Millî Eğitim İdaresi olduğu halde hepimizin vazifesidir.

Yıllardan beri yaptığım tedkikler bana maarif sistemimizin çocuk bakımı işine lâayık olduğu önemi vermediğini ve kız okullarında çocuk bakımı derslerine üçüncü, beşinci derecede yer ayrıldığını anlatmıştır.

Yurdun hayat ve istikbali bakımından kızlarımıza iyon nazariyesinden önce çocuk bakımı kanunları lâzımdır. Şimdi huzurunuzda bahis konusu yaptığım tezimi vaktiyle Maarif Şurasına da bildirmiştim.

Bence bu işe önem vermek için yapılacak işler beş gurupta toplanmaktadır :

1 — Kız orta okullarında çocuk bakımı dersleri baş köşeye geçirilmelidir.

2 — Ders saatleri arttırılmalıdır.

3 — Fizik, kimya dersleri için nasıl lâboratuvar lâzımsa çocuk bakımı dersleri için de pratik derslere lüzum ve ihtiyaç vardır. Bu ders teoriklikten çıkarılmalıdır.

4 — Çocuk bakımı ders kitabı için Millî Eğitim İdaresi bir müsabaka açmalı ve maksada en uygun şekilde yazılmış kitabı seçerek öğrencilere vermelidir, seçilecek kitabın resimlerinin mükemmelliğine dikkat olunmalıdır.

5 — Bu dersin imtihanlarında hocaların ve mümeyyizlerin çok titiz davranmaları sağlanmalıdır.

Bundan başka Millî Eğitim İdaresi Sağlık Bakanlığı ve Çocuk Esirgeme Kurumu ile işbirliği yaparak medenî memleketlerde olduğu gibi yer yer bayanlara mahsus çocuk bakımı dershaneleri açmalıdır, yurdun nüfus siyaseti bakımından istikbali bu hususta verilecek kararlara ve kararların tatbikine bağlıdır.

Hepinize saygılarımı arz ederim.

HÜLÂSA

Kız orta okullarında çocuk bakımı derslerine önem verilmediği, nüfus siyaseti bakımından çok önemli olan bu dersin ciddi bir şekilde okutulması tezi müdafaa edilmiştir.

Dr. İlya Mefano Üsnomal :

Galatasaray Lisesinde 6 sene doktorluk yapmış bulunmam, o mektepte yapılan orta okul bitirme imtihanlarında başka okullardan gelen kız öğrencilerinin çocuk bakımı dersinde mümeyyiz olarak bulundum. Maalesef bu öğrencilerin çocuk bakımı bahsinde fazla birşey bilmediklerini müşahede ettik. Zira bu dersler çocuk bakım dersile alâkadar olmayan kimseler tarafından (meselâ dikiş öğretmeni) vesair kimseler tarafından verilmektedir. Bu dersin bilgili öğretmenler veya doktorlar tarafından verilmesi muvafıktır.

Avrupanın bazı memleketlerinde bir kızın evlenebilmesi için evvelâ 6 ay muayyen evli ve çocuklu annelerin yanında staj gördürülür ve «evlenebilir» diye bir diploma verilir.

UNLU MÜSTAHZARLARI YANLIŞ BİR SURETTE KULLANMANIN DOĞURDUĞU VAHİM NETİCELER

Dr. İlya Mefano Üsnomal

Musevî Hastanesi

Çocuk Hastalıkları Mütchassısı

Sayın meslektaşlarım,

Burada sizlere uzun zamandanberi devam eden ve bilhassa şu son seneler zarfında büsbütün artan ve süt çocuklarında vahim neticeler doğuran bir yanlış beslenme faciasından bahsedeceğim.

Şüphesiz bu konuya hiçbiriniz yabancı değilsiniz ve aşağı yukarı hergün böyle vak'alarla karşılaşmaktasınız. Maksadım son derece mühim olan ve sosyal bir yara teşkil eden bu problem hakkında alâkalıların nazarı dikkatini çekmek ve her sene binlerce yavrunun ölümüne sebep olan bu felâkete karşı bir an evvel lâzım gelen tedbirleri almak ve hatta Bakanlığın dahi nazarı dikkatini celbedip bize bu komplike vazife yardım etmesini istemektir.

Vak'alar klasiktir: Karşınıza bilhassa poliklinikte ya ileri derecede şişmiş «bouffi» süt çocukları daha doğrusu «un çocukları» veya hypotrophique, çok defa da athrepsique çocuklar getirirler.

Sorarsınız : — Bayan bu çocuğu ne ile besliyorsun ?

Meme sütü kâfi olmadığını veya hiç olmadığını, (x) veya (y) markalı unlu ve vitaminli mama ile beslediğini ve günde 4 - 5 hatta 7 defa verdiğini söyler.

Sebeb malûm : Komşusu aynı mama ile besliyor, kuzu gibi olmuş, her yerde bulunan reklâmı yapıyor, radyo bile söylüyor, biz de verdik der; ilk zamanlar görseniz doktor bey ne güzel yarıyordu, tombul tombuldu, fakat şimdi hiç yemek istemiyor ve çocuk günden güne eriyor diye ilâve eder.

Vaziyeti biliyoruz : Gerek yanındakilerin, gerek reklâmların tesiri ile anne bu unlu mamayı kullanmağa başlar, -çok defa sütsüz olarak- ve çocuğun seve seve yediğini görünce bundan başka bir şey vermez olur. Başlangıçta çocuğun görünüşü gayet iyi, yanakları pembe, kuvvetli, canlı, turgor iyi ve vezin mükemmel bir surette artar. Ebeveyn gayet memnun ve mamayı şuna buna tavsiye eder.

Fakat tablo ergeç değişir : Süt çocuğu iştahını kaybeder ve zayıflamağa başlar. Un distrofinin pastöz tipi teşekkül eder: Evvelâ bir préoedème hali arzeder, sonra hakiki oedème'ler; bunlar daha ziyade el ve ayak sırtlarında ve göz kapaklarında görürlür, alimentaire, açlık oedémeleridir. Bu su retansyonundan dolayı vezin mübalâğalı bir şekilde artar, fakat az zaman sonra vezin artık artmaz, hydrique bir çözülme vukua gelir ve o zamana kadar latent bir şekilde olan athrepsie husule gelir. Yüz uzun ve çocuğa karakteristik bir manzara verir. Karın ekseriya balloné'dir, karbonhidratların bağırsaktaki fermentasyonu fazla gaz husule getirir ve metéorisme artar. Süt çocuğu daima neşsesiz durur, bakışı sönük, göz kapakları nâdiren oynar ve hareketleri kuvvetsizdir, dil ve ağız mükozası ekseriya eritematöz vizközdür, salya ifrazatı azdır, dolayısıyla çok defa muguet görürlür.

Bu gibi çocuklarda umumiyetle tam bir iştahsızlık husule gelir. Enfeksiyonlara karşı predispozisyonları vardır, müdafaa kuvvetleri yoktur ve en küçük hastalık onları götürebilir; basit bir nezle, hafif bir faringit süt çocuğu için fatal olabilir. Uzun zaman tek taraflı beslenen bu çocuklarda dispepsiler ve anémie eksik değildir, bunun da tehlikeleri de malumdur. Keza raşitizm de nâdir değildir.

Bütün bu haller verilen unlu gıdada bazı esaslı unsurların eksik olmasından ileri gelir : Yağ noksanlığı kalorik bakımdan bir sous-alimentation husule getirir; protein, maden emlâhi ve vitamin eksikliği yeni nesicilerin normal gelişmelerine mani olur. Protein yerine nesicler su depo ederler, eğer tuz da verilirse bu su depoları hakiki oedème'lere münkalib olur, en hafif bir rahatsızlıkta organizma bu fena bir şekilde tesbit edilmiş suyu itrah eder ve büyük bir vezin kaybına sebep olur.

Kısaca tablosunu çizdiğim bu un distrofinin vak'alarına ve nahoş neticelere maalesef pek çok tesadüf etmekteyiz. Şüphe yok ki bunun sebebi annelerin tenvir edilmemeleri ve körüne, hattâ çocuk daha birkaç günlükken bu gibi unlu müstahzarları vermeleridir. Mama çok defa su ile hazırlanıyor, zira sütün parası bu mamaya veriliyor; bir taraftan da haklı, zira bu müstahzarlara o kadar reklâm yapılıyor o kadar övülüyor ki münevver anneler dahi kapılmaktadır.

Şüphesiz sizlerin de hergün müşahede ettiğiniz bu hale karşı harekete geçmek lâzımdır. Çocuk sağlığı ile sıkı surette ilgili olan bu problemin halli için fikrimizce şu tedbirlere başvurmak doğru olur :

1) Gezici hemşire, konferanslar, radyoda hergün ve uzun bir zaman ısrar etmek ve fazla unlu mamalarla beslenen çocukları bekliyen akibetleri belirtmek suretiyle,

2) Bilümum polikliniklere herhangi bir hastalık için getirilen süt çocuklarının ne suretle beslendiklerini araştırmak ve unlu mamaların ifrat derecede kullanılmaması hususunu annelere anlatmak,

3) Müstahzarat halinde satışa çıkarılan unlu maddelerin prospektüslerinde bu gibi mamaların üç aylıktan küçük çocuklarda kullanılmaması, günde 1-2 defadan fazla ve sütsüz olarak verilmemesi sarih olarak kaydedilmelidir, keza radyoda veya başka vasıtalarla patırdılı reklâm yaparken bu hususu da belirtmek ve filân mama «anne sütüne en yakın gıdadır» gibi sözlere yer vermemek.

4) Bu gibi mamaların mümkünse yalnız eczahaneler tarafından ve azamî bir aylık reğete âbraz etmek suretiyle satılmasının temini muvafık olur.

HÜLÂSA

Müellif, süt çocuklarında gelişme güzel ve ifrat derecede un müstahzarları kullanmanın doğurduğu fena neticeleri, sebep olduğu bir çok hastalıklardan dolayı binlerce süt çocuğunun kurban olduğu ve bu hale karşı ne gibi tedbirler almak lâzım geldiğini izah etmektedir.

BURSA İLKOKULLARINDA TÜBERKÜLOZ

Dr. Neşati Üster, Dr. Reha Zeybeker, Dr. Celil Uygun

Tüberkülozun yayılışı bakımından önde gelen büyük şehirlerimizden biri olan Bursa'da verem savaşı çalışmaları bilhassa ilkokullar üzerinde teksif edilmiş bulunmaktadır. Üç yıldanberi Bursa çocuklarını B.C.G verem aşısı ile tüberkülozdan korumak gayesiyle ilkokulların hepsinde Tüberkülin denemeleri yapmış bulunuyoruz. Bu denemelerden alınan neticelerin incelenmesi Bursada ilkokullara devam eden çocuklar arasında Tüberküloz enfeksiyonunun yayılışı hakkında oldukça vazih bir fikir vermektedir.

Bursada Tüberkülin denemesi yapılan 8800 ilkokul öğrencisinin 3401 inde müsbet netice alınmıştır. Müsbet reaksiyon nisbeti okulların buldukları muhit ve öğrencilerinin sosyal durumlarına göre % 27 ile % 46,6 arasında değişmek üzere ortalama % 38,42 dir. (Cetvel I) % 73 ünde Tüberkülin reaksiyonu menfi olan Yeni Özel okul öğrencileri, şehrin en münevver ve varlıklı ailelerinin çocuklarıdır. Buna karşılık en yüksek müsbet netice alınan okullar ise Bursanın en fakir ve bilhassa işçi kesafeti fazla olan mahallelerinde bulunanlardır.

Okulların ilk sınıflarında öğrencilerde müsbet tüberkülin reaksiyonu nisbeten düşüktür (% 31,83). Fakat bu nisbet sınıflarla birlikte artarak ikinci sınıfta vasatiye yaklaşmakta (% 37,11), üçüncü sınıfta vasatiyi aşarak (% 41,12) son sınıflarda oldukça yükselmekte (% 47,99) dir. (Cetvel II). Bu rakamlar Bursada ilkokul çocuklarının okul içi ve dışı hayatlarında tüberküloz enfeksiyonuna maruz kalma nisbetinin ortalama % 16,16 olduğunu göstermektedir.

Fakat bu nisbetin daha yüksek olduğu muhakkaktır. Çünkü ilk sınıflarda alınan müsbet tüberkülin reaksiyonu neticeleri yalnız okula yeni girmiş çocuklara münhasır değildir. Bunların arasında geçen yıldan sınıfta kalmış olanlar da vardır ki bunlar müsbet reaksiyon nisbetini yükseltmektedir.

İlkokul öğrencilerinde Tüberkülin reaksiyonu neticelerinin yaşlara göre tasnifi, bize sınıflarda oldukça karışık yaş guruplarının mevcut olduğunu ve çocukların okullara daha düşük nisbette Tüberküloz intanı almış olarak girdiklerini gösteriyor. (Cetvel III). İlkokullara yeni girenlerin büyük bir kısmı yedi yaşında olduğuna göre (Bunlarda müsbet reaksiyon nisbeti % 27,25 tir). Çocukların okul çağında primo enfeksiyona yakalanma nisbetinin % 20 etrafında olduğu anlaşılır.

İlkokul öğrencilerinde müsbet tüberküloz reaksiyonu nisbetleri çocuğun yaşı ile birlikte yükselmektedir. (Grafik : I) Altı yaşındaki çocuklarda % 21,61 olan bu nisbet 10 yaşına kadar % 20 artmakta ve 11 ile 14 yaş arasında bu artış daha sür'atlenmektedir.

Cinse göre yapılan tasnif kızlarda müsbet tüberkülin reaksiyonu nisbetinin erkek çocuklara nazaran biraz daha düşük olduğunu göstermektedir (Cetvel : IV).

Bursa İlkokul çocuklarındaki müsbet tüberkülin reaksiyonu nisbetlerinin yüksek olduğu görülüyor. Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü Direktörü Dr. Ni-yazi Erzin'in (Türkiyede Tüberkülin Denemeleri) hakkında neşrettiği eserde (20,000) den yukarı nüfusu olan 9 vilâyet merkezinin ilkokullarında yapılan Pirquet kontrolunun ortalama % 33,4 müsbet netice verdiği kaydedilmektedir ki bu nisbet Bursadaki-

den % 5,24 eksiktir. Bunun gibi yine bu eserde sınıflara ve yaşlara göre yapılan tasniflerde bulunan nisbetler de Bursadaki nisbetlerden daha düşüktür. Ancak kesif sanayii bölgelerinde ve Samsun ilkokullarında alınan Pirquet neticeleri Bursadakinden yüksektir. Ankara ve İstanbulla mukayese edilecek olursa umumiyetle Bursada alınan nisbetlerin daha yüksek olduğu görülmektedir.

Okulun adı	Sosyal durum	Muayene Sayısı	Ortalama Yaşlar	Tüberkülin Teamülü Neticesi % +
Yeni Özel	Pekiyi	122	6-13	27
Reyhan	Pekiyi	116	6-13	35,34
23 Temmuz	İyi	191	7-14	38,8
Atatürk	İyi	339	6-14	35,4
Süleyman Çelebi	İyi	387	6-14	33,85
Mithat Paşa	İyi	167	6-14	29,34
Setbaşı	İyi-Orta	271	6-15	35,4
Nilüfer	İyi-Orta	90	6-12	34,4
Çekirge	İyi-Orta	221	6-15	32,1
Selçukhatun	Orta	95	6-12	41
Namik Kemâl	Orta	255	7-14	42,35
Orhangazi	Orta	246	7-14	27,64
Osmangazi	Orta	301	6-13	32,89
Reşit Paşa	Orta-Zayıf	365	6-15	35,34
Hoca İlyas	Orta-Zayıf	410	7-15	43,17
11 Eylül	Orta-Zayıf	216	7-14	41,66
Altıparmak	Orta-Zayıf	1102	6-14	45,28
İstiklâl	Orta-Zayıf	710	6-15	32,26
Şerif Artış	Orta-Zayıf	310	7-15	45,8
Muradiye	Zayıf	553	6-14	45,2
Gazi Akdemir	Zayıf	221	7-15	46,6
Doğanbey	Zayıf	138	7-13	37,68
Emir Buharî	Zayıf	366	7-15	39,7
Yıldırım	Zayıf	497	7-15	39
Vefik Paşa	Zayıf	85	7-12	41
Demirtaş	Zayıf	489	6-15	39
İvaz Paşa	Zayıf	220	7-14	36,8
Balabanbey	Zayıf	317	6-15	38,8
Y e k û n		8800		38,42

Cetvel : 1

Bursa Verem Savaş Derneğinin Muradiye Dispanserinde 882 İlkokul öğrencisi röntgen muayenesinden geçirilmiştir. Bu rakkam her ne kadar Bursadaki ilkokul öğrencilerinin onda biri kadar ise de, tarama sistematik olarak yapıldığı için alınan neticelerle bazı hükümlere varılabilir. Yalnız bu öğrencilerin devam ettikleri okulları: (Muradiye, 11 Eylül, Altıparmak ilkokulları) Bursanın fakir mahallelerinde bulunduğu ve müsbet tüberkülin reaksiyonu nispetlerinin (Cedvel - 1) vasatinin üstünde olduğunu hesaba katmak lâzımdır.

Sınıflar	I	II	III	IV	V
Muayene sayısı	2717	2106	1707	1325	945
Netice % +	31,83	37,11	41,12	46,64	47,99

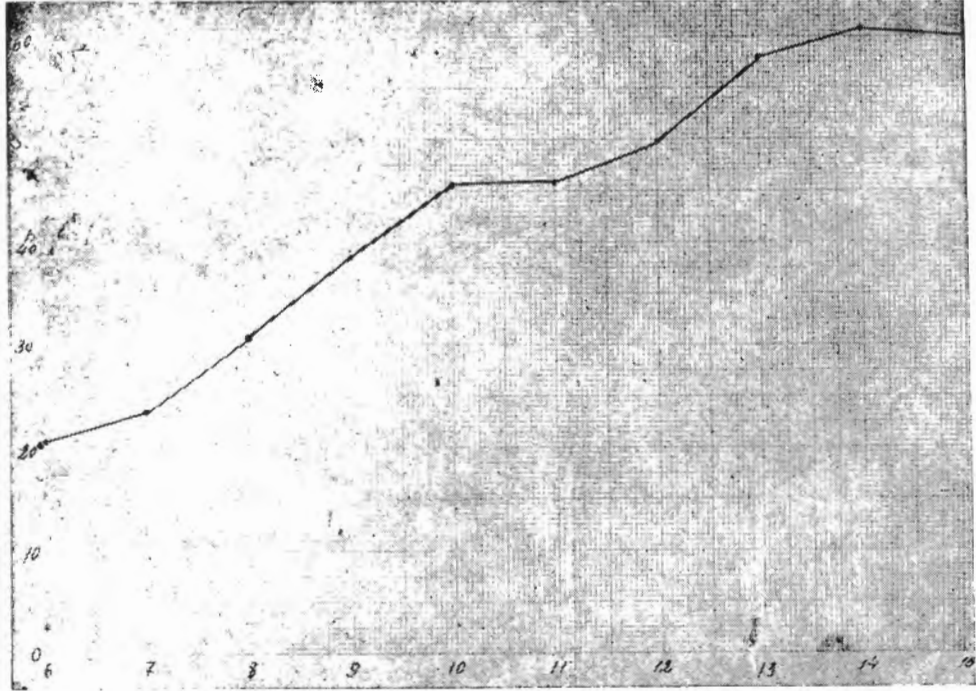
Cetvel : II

Yaşlar	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Muayene sayısı	260	1063	1537	1582	1544	1333	973	392	96	20
Netice % +	21,61	27,25	31,40	37,09	41,12	41,21	49,85	55,35	61,46	60

Cetvel : III

Cinsi	Muayene sayısı	Netice % +
Erkek	5139	39,5
Kız	3661	37,45
Yekûn	8800	38,42

Cetvel : IV



YAŞLAR

Grafik 1 — Bursa İlkokullarında muhtelif yaşlardaki 8800 öğrencide yapılan Tüberkülin denemelerinde alınan + Reaksiyon nispetleri

Radyolojik muayeneleri yapılan öğrencilerin 30 unda muhtelif şekillerde aktif tüberküloz tegayyürleri, 15 inde de evvelce geçirilmiş verem intanına ait sekeller bulunmuştur (Cetvel V). Hasta öğrencilerin 16 sında hiler ve trakeal adenopatiler, 9 unda primo-enfeksiyon, 5 inde de hilit tesbit edilmiştir. Primo enfeksiyon musaplarından birinde (sağ zirvede) erken bir kavern, sağ tarafında hiliti olan bir hastada da sağ üst fusta atelektazi teşekkül etmiş bulunuyordu. Adenopatilerin 8 tanesi iki taraflı, geri kalanları tek taraflı olup 7 si sağda ve yalnız 1 i solda idi. Primo-enfeksiyonların da 6 sı sağda, 3 cü solda; hilitlerin ise 3 ü sağda 2 si solda idi. Sekellerin 11 i primer afekt bakiyesi, 4 ü kısmen kireçleşmiş büyük gangliyonlardı. Primer afekt sekellerinin 7 si sağda, 4 dü solda idi. Bu izahat, iki taraflı adenopatiler istisna edilirse bu vak'alarda tüberküloz intanının daha ziyade sağ akciğeri seçmiş olduğunu gösteriyor.

Cinsi	Muayene edilen öğrenci sayısı	Aktif Tb.		Sekeller		Veremli yekûnu	
		Sayısı	%	Sayısı	%	Sayısı	%
Kız	395	14	3,54	9	2,28	23	5,83
Erkek	487	16	3,29	6	1,25	22	4,52
Yekûn	882	30	3,4	15	1,7	45	5,1

Cetvel : V

Bursanın 3 İlkokul öğrencilerinde yapılan radyolojik muayeneler neticesinde çıkan veremli nispeti (Sekeller hesaba katılmıyacak olursa % 3,4, sekellerle birlikte % 5,1) diğer büyük şehirlerimizde yapılan taramalarda elde edilen nispetlerle mukayese edilirse onların vasatısından yüksek olduğu müşahede edilir. Prof. Nüsret Karasu nun 11 ci Millî Türk Tıp Kongresindeki raporunda, memleketimizde radyofotografi ve radyografi usulü ile muayenelerde umumî verem nispeti ilkokul öğrencileri için % 1,25 4,85 olarak kaydedilmiştir. Yurdumuzun her tarafında henüz bu şekilde taramalar tamamlanmamış olduğundan bu nispetleri kat'i olarak kabul etmeğe imkân yoktur. Bunun gibi bizim de bulduğumuz nispetleri daha evvel zikrettiğimiz mülâhazalar dolayısıyla Bursa şehrinin bütün ilkokul öğrencilerine teşmil etmek doğru değildir.

NETİCE

Bursa ilkokullarında tatbik edilen tüberkülin denemelerinde alınan neticelerle, bir kısım öğrenciler arasında yapılan radyolojik muayeneler, bu okullarda tüberküloz enfeksiyonunun, bazı sanayi şehirlerimizle veremin fazla bulunduğu bazı bölgeler istisna edilecek olursa, diğer büyük şehirlerimiz ilkokullarındakinden daha ziyade yayılmış olduğunu göstermektedir.

HÜLÂSA

Bursa İlkokullarında yapılan tüberkülin denemelerinde alınan müsbet reaksiyon nisbeti ortalama % 38,42 dir. Bu nisbet okullardaki öğrencilerin sosyal durumlarına, yaşlarına ve sınıflarına göre değişmektedir. Bu okullardan üçünde yapılan radyolojik muayenelerde de umumî verem nispeti % 5,1 bulunmuştur. Bu netice Bursa İlkokullarında tüberküloz enfeksiyonunun diğer büyük şehirlerimizden fazla yayılmış olduğunu gösterir.

Prof. Dr. Nusret Karasu:

Arkadaşımın XI. inci M. T. Tıp kongresindeki raporundan bahsetmesine çok müteşekkirim. O zaman yaptığım anketler Marmara bölgesinin en çok verem ölümlü veren bölgesi olduğunu göstermiştim:

Yalnız tüberkülin reaksiyonları + lik nisbetinin B.C.G. nin kütleli yapıldığı yerlerde ehemmiyetini azaltacağı ve bir hadisenin TB. veya non TB. olduğunu tefrikte bize güçlükle vereceği muhakkaktır. Bu cihetin daima göz önünde tutulması zaruridir.

Dr. Moiz Berker :

Dr. Neşati Üster'in enteresan tebliği ve İstanbul Verem Savaş Derneğinin bu yıldaki faaliyeti hakkında konuşma fırsatı verdiğinden dolayı teşekkür ederim.

İstanbul'da 1951 senesinde 77367 ilk mektep talebesi teste edilmiş bunlardan 37155 i yani % 48.1 i müspet bulunmuştur. Bu nispet kendilerinin buldukları 38,42 nispetten yüksektir. Bu 77367 ilk mektep talebesi bütün İstanbul ilk mekteplerindeki talebeler arasından seçilmiştir.

Aynı zamanda ilk defa olarak Şile muntakasında bir tarama yaptık. 1925 ilk mektep talebesi arasında 780 menfi bulunmuştur, yani % 40,5 bu rakkam dahi Neşati beyin bulduğu rakkamdan yüksektir.

İstanbul Verem Savaş Derneğinin halk arasında yaptığı taramada işçilerde müspet nispeti % 82,1 mahkûmlar arasında ise % 73,5 bulunmuştur.

952 senesinin 8 ayında Taksim Verem Dispanserinde 2677 ilk mektep talebesi teste edildi, bunlarda müspet adedi % 70,30 bulundu ki bunu bir sene evvel yapılan B.C.G aşısına atfediyoruz.

Dr. Neşati Üster : (Son söz)

Dr. Berker arkadaşım, İstanbuldaki tüberkülin neticeleri hakkında beni tenvir etti; kendilerine teşekkür ederim. Benim vardığım netice mevcut negriyata göredir. Dr. Berker arkadaşımın şimdi söylediği rakkamların bir yerde negredildiğini göremedim. Bu araştırmayı yaparken elimde mevcut vesikalar XI inci Milli Türk Tıp Kongresinde arkadaşım Prof. Nusret Karasu'nun Tüberküloz epidemiyolojisi hakkındaki ettüdü ile Hocam Prof. Tevfik Sağlam'la Yakup Çelebi'nin Verem savaşı hakkındaki raporlarıdır. Bundan başka bir de Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü Direktörü arkadaşım Dr. Niyazi Erzin'in travayındaki rakkamlardan istifade ettim, burada Samsun ve Zonguldak müstesna, Bursada bizim aldığımız neticelerin en yüksek olduğu görülmektedir. Berker arkadaşım İstanbul ilkokullarında nisbetin daha yüksek olduğunu söylediler. Yalnız bu 77,367 çocuk acaba İstanbuldaki ilkokul öğrencilerinin hepsi midir ? Eğer değilse o vakit bu nisbeti mutlak olarak kabul etmek doğru olmaz. Çünkü bu rakkamın içinde sosyal durumları iyi olan muhitlerin ve hususi okul öğrencileri yoksa, bunlardan alınacak neticelerin düşük olması icap edeceğine göre İstanbul için ileri sürdükleri % 48,1 nisbeti de düşecektir. Bu noktanın da göz önünde tutulması icabeder.

Bizim yaptığımız araştırmada aldığımız neticelerin hepsi B. C.G. aşısı tatbikinden evvel yapılan denemelerde alınan neticelerdir. Bunun için doğrudan doğruya uzviyete giren Koch basiline ait reaksiyonu göstermektedir. Arkadaşım Prof. Nusret Karasu'ya da tebliğimle alâkalandığı için teşekkür ederim.

SEKSİYON B :

27 Eylül 1952 Cumartesi

Saat : 14.30

İstanbul Üniversitesi Hukuk ve İktisat Fakülteleri
II. No. lu Dershanesinde

Başkanlar : *Ord. Prof. Dr. Muhittin Erel*
Dr. Şükrü Hâzım Tiner

İstanbul Üniversitesi
Ziya Gün Trahom Araştırma Enstitüsü
(Direktör: Dr. N. Sezer)

BEHÇET HASTALIĞININ AMİLİ ÜZERİNDE ÇALIŞMALAR

Dr. Necdet Sezer

1937 senesinde Prof. Behçet¹⁻², bir Türk dermatoloğu, ilk defa olarak gözde hypopyonlu iridocyclite ağızda aft ve scrotumda ülserasyon gösteren üç semptomlu yeni bir hastalıktan bahsetti. Türk müellifinin daha sonraki çalışmasına Weckers³ (1938), Francessetti⁴ (1938), Wise Sulzberger⁵ (1940), Jansentage⁶ (1940), Babel⁷, Naville ve Mach⁷ (1940), G. Meyer⁸ (1943) ve Babel⁹ (1943) in etüdüleri ve yeni vak'aları da ilâve edilerek bu hastalığın tıp literatürüne Behçet Trisemptom'u ve nihayet Behçet hastalığı adıyla geçmesine sebep olmuştur.

Hakikatte bu hastalık yeni görülmüş değildi. Behçetten evvel de hastalık tespit edilmiş ve meselâ: 1894 de Jacobi¹⁰, 1895 de Sutton¹¹, 1898 de Neuschuler¹², 1906 da Reis¹³, 1908 de Bluthe¹⁴, 1917 de Koppe¹⁵, 1921 de Gilbert¹⁶, 1923 de Weve¹⁷, 1926 da A. Fuchs¹⁸, 1928 de Carol¹⁹ ve 1931 de Adamantiadis²⁰, gibi bazı müellifler tarafından vaka ve observasyonlar neşredilmişti. Fakat bütün bu müellifler ağız, göz ve scrotum da gördükleri semptomların bir antite morbide bağlı olmaktan ziyade, Tüberküloz, sifiliz, romatisma, stafilokok allerjisi gibi belli başlı bazı hastalıkların bir komplikasyonunu olduğunu zan etmişlerdir. Bu semptomların nevi şahsına mahsus yeni bir hastalığın belli başlı belirtileri olduğunu ve hastalığın da bir virüs hastalığı bulunduğunu anlayıp söylemek ilk defa Behçete nasip olmuştur.

HASTALIĞIN KLİNİK BELİRTİLERİ

Hastalığın, basic, değişmez ve bütün vak'alarda müşterek olan üç mühim belirtisi vardır:

- 1 — Gözlerde iridocyclitis a hypopyon
- 2 — Ağız mukosasında aftlar
- 3 — Tenasül uzuvlarında eksülserasyonlar.

1 — Göz belirtileri hastalığın ön plânını işgal eder, ve bu belirtiler bir veya bir kaç aylık aralıklarla senelerce tekrarlayan nöbetler halinde görülür. Daima iki gözde ya ayrı ayrı veya birlikte afete iştirak eder. Nöbet esnasında ilk dikkati çeken, Iridocyclitis a hypopyon manzarasıdır. Aynı zamanda kör vitre bulanıktır. Hakikatte hastalık gözde, evvelâ retinada bir exudation ile meydana gelir. O kadar ki, İstanbul Üniversitesi Göz Kliniğinde şimdiye kadar takip ettiğimiz otuz iki vak'a üzerindeki obserbasyonlarımız bize göz lesionlarının evvelâ retina ve nerf optikte başladığını ve uvea hastalığının sonradan çıktığı kanaatini vermektedir. Retina damarları incelmıştır ve damarlarda çok defa peri ve endoartrit belirtileri mevcuttur. Hastalığın fazla şiddetle had devrelerinde retina kanamaları görülmesi nadir değildir. Biz bir vak'ada ön kamarada hyphema mevcudiyetini de gördük. Bu had hecmeler 5-10 gün içinde yerlerinde pek az iz bırakarak kaybolur, fakat senelerce tekrarlayan nöbetler neticede ya görme sinirinin atrofisi veya göz kürresinin fitiziye uğramasıyla körlükle neticelenir. Bu netice bazı hastalarda ancak senelerce sonra, bazı vak'alarda ise pek kısa zamanda meydana gelmektedir.

2 — Ağızdaki belirtiler, klasik ve tipik aft belirtisidir, ve ağız mukozasında her tarafında ve dilde görülür. Bu sebeble hastalar, nöbetler esnasında, yemek ve içmekte çok ıztırap çekerler (Fig: 1).



Fig. 1 (Sezer) Hastanın dilindeki oftalar.

3 — Tenasül bölgesinde görülen belirtiler ise bir takım süperfisiyel eksulserasyonlardır. Kadın ve erkeklerde başka başka yerlerde görülürler. Erkeklerde bu yer daha çok scrotum derisidir. Kadınlarda büyük ve küçük labialarda ve bazen Clitoris de bulunur. Çok ağrılıdır ve çok defa Lipschutz ülserlerini andırır.

Bunlardan başka çeşitli bazı belirtiler de hastalığa iştirak eder. Bu belirtilerin her hastada bulunması şart değildir. Bu tali belirtilerin en başlıcası Ery. Nodosum dur. Esas üç semptomla birlikte görülen Ery. Nodosum'lar ateş yükselmesiyle meydana çıkar. Adedleri az ve hududları dardır. Ekseriya siyanotik renktedirler. Tazyikle ağrılıdır, ve hiç iz bırakmadan 20 - 30 günde kaybolurlar. Bundan başka fronces, pyodermies, abces, papillo-pustulose deri tezahürleri, romatizmal ağrılar ve bilhassa bacak mafsallarının şişmesi, orchitis, hydroceles, phlebitis görülebilir. Umumiyetle hastalar anemiktir, şiddetli baş ağrılarından şikâyet ederler ve şayanı dikkat derecede asabiyet ve hypersansibilité gösterirler. Hastalardan bazılarının meningo-encephalitis arazaları gösterdiği tespit edilmiştir.

Hastalığın en mühim hususiyeti sık sık nüks etmesidir. Her nüküste üç semptomda ya müştereken veya birbiri arkasından yeniden meydana çıkar. Nüküsler arasındaki fasıla her vak'a'ya göre değişiklikler göstermesine rağmen ekseriya bir ay sürmektedir. Hastalık ilerledikçe bu fasıla daha uzar, nöbetler tamamen kalkar. Gözün tamamen fitizik hale geldiği vak'alarda bile, ağız ve scrotum belirtileri teessüslerine devam eder ve eğer hastalar meningo-encephalitis'den ölmemiş ise 15 - 30 sene sonra gözde husule gelen körlük müstesna, tamamen ve kendi kendine iyileşirler. Hastalık ekseriya 15 - 40 yaşları arasında başlar. Vak'aların cinsiyet bakımından ekseriyetini erkekler teşkil eder. Aile, çoluk çocuk arasında hatta senelerce karı koca hayatı yaşayanlarda bile sirayet görülmemiştir.

HASTALIĞIN ETİOLOJİSİ

Behçete kadar müellifler, etiology bakımından başlıca tüberküloz, sifilis fokal enfeksiyon ve allerjiyi itham etmişlerdir.

Cavara²¹, Withwell²² ve Adamantiadis²⁰ in vak'alarında Wassermann müspet bulunmuş, fakat bu hastalardan hiç birisi spesifik tedaviden fayda görmemişlerdir. Başta Urbanck²³ olmak üzere, bir kısım oftalmologistler tüberkülozu düşünmüşlerse de histopatolojik muayenelerde hiç bir spesifik lesion görülmemesiyle bu ihtimal de cerh edilmiştir. Weve deri mucosa ve gözde görülen belirtileri bir stafilokok allerjisine bağlamaktadır. Filvaki literatüre nazaran bir kısım vak'alarda hemokültürlerde stafilokoka rastlanmış olması bir kısım müellifleri bu fikre sevk etmiş fakat bu allerjiyi ortadan kaldırmaya matuf tedavilere rağmen hastalık nüks etmekte devam etmiştir. Focal infeksiyon bahsinde ne çürük dişlerin çıkarılmasında (Withwell) ne de apandektomi ile (Franceschetti) hiç bir müspet netice alınamamıştır.

Nihayet Behçet bu hastalığın hususî bir virüse ait olduğu fikrini ortaya atmış, fakat böyle bir virüsü göstermeğe muvaffak olamamıştır. Behçet hastaların aftoz belirtilerinden yaptığı histopatolojik ve bakteriolojik araştırmalar ve hayvan tecrübelelerinden daima menfi netice almış, yalnız on kamara hypopyonundan ve aftlardan yaptığı frotilerde inclusion cisimlerine benzer bazı şekillere rast geldiğini iddia etmiştir. En dikkate değer etüd Leslie Alm, Lars Oberg'in²⁴ (1945) hayvanlar üzerinde yaptıkları tecrübeler teşkil etmektedir. Bu iki müellif tavşanlarda dört generation boyunca retinitis, hypopyonlu uveitis ve meningo-encephalitis husule getirmişlerdir.

VİRÜSÜN TECRİDİ ÜZERİNDEKİ ÇALIŞMALARIMIZ

Behçetin neşriyatından sonra İstanbul Üniversitesi Göz Kliniğinde otuzu mütecaviz hasta üzerinde tetkikler yapılmıştır. Gerek ön kamara mayiinden gerekse aftlardan alınan tavşan gözlerinde experimental hastalık husule getirmek mümkün olamamıştır. Gerek ön kamara muhteviyatının gerekse aftların bu şekilde daima menfi netice vermesi bize yeni araştırmalarımızı daha derin dokulara doğru götürmek lüzumunu hatırlattı. Göz belirtilerinin daima retina ve görme sinirinden başlamış olduğunu görmek bizi bu tarafa doğru sevk ediyordu. Bu yeni usulle tetkik ettiğimiz üç hastanın observasyonunu veriyoruz:

1.— C.U.

Hasta dokuz ay evvel ağzında aftlar çıkmağa başladığını, yemek yemesini ve çiğnemesini güçleştiren bu belirtileri bir ay sonra testisleri derisinde bir takım yaralar takip ettiğini söylüyor. Bu sırada sol gözü de ağrımaya ve bulanık görmeğe başlamış. Bunu dört ay sonra sağ göz takip etmiş.

Muayenesinde, sol göz Blepharospasme, bulbaire conjonctive'de congestion ciliaire var, pupilla gayri muntazam, occlusion pupillaire mevcut, iris üzerinde kan damarları ön kamarada bir çizgi halinde hypopyon var. Vision sıfırdır. Tansion oculaire 30 mm (Schiotz).

Sağ göz mühtekan, pupilla gayri muntazam ve miosis halinde. Kor vitre çok bulanık, göz dibi görülemiyor. Görme ancak yarım metreden parmak sayacak haldedir.

Hastanın dilinde ve scrotumda müteaddid küçük ve aftöz karakterde lesionlar var. Bacak ve kollarda müteaddit küçük papillo-pustulose belirtiler ve iki ayak bileklerinde şişlikler var.

Hasta kliniğe yattıktan on beş gün sonra ağız ve scrotumdaki aftlar yeniden alevlenerek çoğaldı. Sağ gözde hypopyon teşekkül etti. Sol gözde tahammül edilmez ağrılar, hasta fazla agitation gösteriyor.

Sol göze enucleation yapıldı.

2.— F.S.

Hasta 1940 senesinde sıtmaya benzer ateşli bir hastalık geçirmiş. Bu esnada fi-evrisi 39,5° - 40° dereceye kadar çıkar ve iki saat sonra bol bir terle düşmüş. Bu ateşli devir bir hafta sürüyor ve bunu 2-3 hafta süren sakin bir devir takip ediyor. Bu hal böylece iki sene devam etmiş, sonra sol göz bulanık görmeğe ve kızarmaya başlamış. İntra-dermo Tuberculine reactionu müspet olduğu için 1.5 ay tüberkülin tedavisine tabi tutulmuş ve bu tedavi esnasında sağ gözü de ağrımaya başlamış ve scrotum ve dilinde aftlar meydana çıkmış. İlk zamanlar 3 haftada bir tekerrür eden nöbetler şimdi iki ayda bir geliyor. Hasta şimdiye kadar 60 nöbet geçirdiğini söylüyor.

Muayenesinde: sağ gözde iritis sekelleri, görme sinirinde atrofi, retina arterleri çok incelmış, yer yer peri arteritis ve tıkanmalar gösteriyor. Retinada büyüklü küçükü chorio-retinitis mihrakları var. Vision sıfırdır. Sol göz bulbaire conjonctivinde congestion ciliaire, ön kamarada çizgi halinde hypopyon, pupil gayri muntazam. Corp vitre bulanık, görme siniri koyu kırmızı renkte görülüyor. Hududları silik ve ödemli. Retina görme siniri etrafında bulbus conjonctivasında görülen chemosiste olduğu gibi kabarıklık ve dekole. Umumiyetle kirli sarı bir renk veriyor. Görme ışık hissi derecesindedir.

Hastanın bu gözüne ponction yapılarak alınan su retinal serous exudat laboratuvar araştırmalarında material olarak kullanıldı.

3.— K. S.:

30 yaşında kadın. Altı ay evvel sol gözü ağrımağa ve bulanık görmeye başlamış. Bu hal bir müddet sonra iyileşiyor ve tekrar nüks ediyormuş. Bu sırada dil ve tenasül nahiyesinde de aftlar çıkmaya başlamış. Hastanın muayenesinde sağ göz normal sol gözde congestion cilliaire, ön kamara dar ve hafif hypopyonu, pupilla gayri muntazam ve synechie posteriorlar mevcut. Corps vitre çok bulanık. Göz dibi aydınlatılmıyor. Görme ışık hissi halinde. Göz tansionu Schiötz ile 40 mm. Hastada tali glaucom şikâyetleri var. Dilde müteaddit aftlar, küçük labiada geniş bir ulcer var. Bu gözden ponctionla subretinal seröz bir mayi alındı ve Virus araştırmaları için kullanıldı.

VİRÜSÜN CULTIVATION VE PASSAGE'LARI

Virüsün cultivation'u için birinci vak'anın enuclué edilmiş gözünden alınan bulanık eksudalı ve kanlı kor vitre mayi ile ikinci ve üçüncü vak'aların hasta gözlerinde toplanan sub-retinal serous mayii fertil yumurta chorio-allantoic membrana inoküle edilmiştir.

TEKNİK

Fertil yumurtalar ordiner kuluçka makinasında on gün inkubasyona bırakıldı ve karanlık oda illuminationla embryonların mevkii işaret edildi. İşaret edilen yerden elektrikli drili ile yumurta kabuğu kaldırıldı. Kabuğun altındaki kabuk zarı altındaki chorio-allantoic membrana dokunulmadan dikkatlice delindi ve ikinci bir delik de yumurtanın hava boşluğuna açıldı ve bu ikinci delikten damlalık lastiği ile hava çekilerek chorio-allantoic membran üzerindeki kabuk zarından ayrıldı ve kabuk zarı da bu şekilde chorio-allantoic membran zedelenmeden kaldırıldı. Bu şekilde meydana çıkan chorio-allantoic membrana, hasta gözlerden alınan materialden 0,3 cc. inoküle edilerek açık yumurta kabuğu (scotch-tape) le kapatıldı ve bu şekilde inoküle edilen yumurtaların 37° derecede bakteriolojik bir etüv içinde incubationuna devam edildi.

Şimdi misal olmak üzere birinci vak'adaki araştırmalarımız protokolundan notlar alıyoruz:

22.12.1951: Hastanın enuclué edilen sol gözü kor vitresinden ameliyathanede ponctionla alınan kanlı ve eksudalı mayi derhal sekiz chorio-allantoic membrana ekildi.

24.12.1951: Embryolardan dördü ölmüş, dördü canlı. Chorio-allantoic membranlarda vazih bir lesion yok, fakat hepsi de ödemli. Bu dört chorio-allantoic membran çıkarıldı ve havanda ezilerek her birine 0.3 cc olmak üzere yeniden sekiz chorio-allantoic membrana passage yapıldı.

26.12.1951: Embryonların dördü öldü. Dördü sağ. Canlılardan üçünün Ch. All. membranlarında geniş bir ödem var. Birincisinde yaygın tül gibi ince ve yer yer büyükçe müteaddid kesif beyaz noktalar mevcut. Bütün membran ufak ufak hemorrajik noktalarla örtülü.

27.12.1951: Evvelce yalnız ödemli olarak görülen üç membranın üzerinde müteaddit hemorrajik noktalar ve birinin merkezinde necrotik ve büyükçe bir lesion teşekkül etti. Lesionlu dört membran havanda ezilerek, a) sekiz yumurta Ch. All. membran üzerine b) dört yumurta allantoic cavite'sine inoküle edildi.

29.12.1952: Ch. All. membranlarına inoculation yapılan sekiz yumurtadan dördü öldü, dördü canlı ve lezionlu (Fig : 2). Bu membranlar ezildi ve üç haftalık on beyaz fareye intra-cerebral olarak 0.02 cc. inokülasyon yapıldı.

3.1.1952: Yedinci günde iki farede evvelâ tüylerinin kabarması, fazla ajitasyon, tremorlar ve nihayet arka ayaklarında felç görüldü. Bu iki farenin beyinleri alınarak steril şartlarla havanda ezildi ve 1/10, 1/50 ve 1/100 nispetinde beyin suspansiyonları yapıldı ve her birinden sekizer fare beynine 0.03 cc injekte edildi.

12.1.1952 tarihinde 1/10 nispetinde injeksiyon yapılan fareler grubunda encephalitis arazları başladı ve

16.1.1952 tarihinde yedisi öldü. Ölmek üzere olan son farenin de beyni açılarak alındı. 1/50 nispetinde enjeksiyon yapılan fare grubunda beşinci gün farede felçler başladı. 7 inci günde altısında felçler teessüs etti. Onuncu güne kadar altısı öldü ve ölmek üzere olan diğer ikisinin beyni alındı. Bu farelerden bir tanesinin arka bacağı morarmış ve adeta gangrenli bir hal almıştır. 1/100 nispetinde injeksiyon yapılan fare grubunun, yedinci günde dördünde ağır ve diğer dördünde hafif encephalitis arazları görüldü. Ağır arazlar gösteren dört tanesinin beyni alındı. Geriye kalan dört farenin on gün içinde bir tanesi öldü. Ölmek üzere olan iki tanesinin beyni alındı. Bir tanesi hastalıktan kurtuldu.

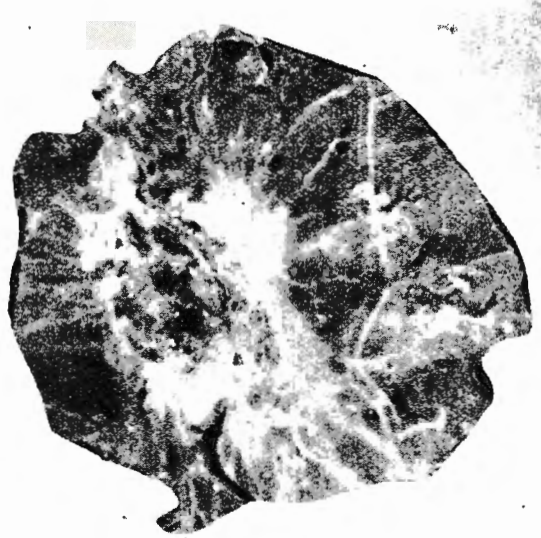


Fig. 2 (Sezer) C.A.M. da lesionlar.

1/100 nispetinde enjeksiyon yapılan fare grubundan elde edilen 6 beyin ezilerek 1/100 nispetinde suspansiyon yapıldı. A) İki tavşanın vitresi içersine 0.1 cc. B) beş fareye intra-cerebrally 0.02 cc ve C) on yumurta chorio-allantoic membranına inoculation yapıldı. Beş yumurta ch. all. membranında husule gelen tipik lesionlar 1/10 nispetinde yeniden on yumurtaya ekildi ve bu şekilde yapılan üç passajda on yumurtanın beşi ölmekte ve diğer canlı beşinde lesionlar husule gelmekte iken 4 üncü passage da embryo ölümü onda sekize geçti. Bu sebeble suspansiyon 1/100 e çıkarıldı. Bu nispette de ölüm onda yedi bulunduğundan suspansiyon nispeti 1/1000 yapıldı ve yirminci passaja kadar bu nispette devam edildi. Yirminci passajda lesionlarda gerileme görüldüğü için tekrar 1/100 e dönüldü. Halen bu nispetle otuzuncu passaja gelmiş bulunuyoruz (Diagram).

İkinci ve üçüncü vak'alarımızda da membran passajları aşağı yukarı birinci protokolün seyrini takip etmektedir. Yalnız bu passajlarda birinci vak'ada olduğu gibi orijinal material ara yerde fare beyninden geçirilmemiş sadece chorioallantoic membran üzerinde takip edilmiştir.

ALLANTOIC LİKİTTE PASSAGE'LAR

Üç vak'ının da gözlerinden alınan orijinal material chorio-allantoid'de birinci passage'dan sonra bu membranlardan yumurta allantoic cavitesine enjekte edildi ve bu şekilde virüsün bu mayi içinde üretilerek passajlar temin edildi. (Diagrama bakınız).

Passajlar esnasında allantoic likit fare beyinlerine enjekte edilmiş ve bütün farelerde tipik encephalitis ve ölüm husule gelmiştir. Bu hal virüsün bu mayide üreyip gittiğine delâlet etmekle beraber, complement fixation testlerinde antigen olarak mükemmel surette işleme de ayrıca bu üremeyi teyid etmiştir.

YOLK SAC (YUMURTA SARISI)

İnfekte allantoic likid materialı yumurta sarısı kesesine ekilmiş ve bu yolla da passajlar yapılmıştır. (Yolk sac) membranı suspansiyonları, farelerde encephalitis ve chorio-allantoic membranlar üzerinde tipik lesionlar husule getirerek virüsün passajına müsait olduğunu göstermiştir.

VİRÜSÜN DİĞER LABORATUAR HAYVANLARINDA PASSAJI

Farelerde: üç vak'ının da gözlerinden aldığımız material mahdud olduğu için, orijinal, materialı doğrudan doğruya fare beynine inoküle etmek mümkün olmamıştır. Fakat virüsün, chorio-allantoic membran üzerinde husule getirdiği lesionlardan virüslü allantoic likidden, yolk sac membranı suspansiyonundan veya tavan gözlerindeki eksudalardan beynine ekilen farelerde çok tipik bir encephalitis husule getirmek mümkün olmuştur. Farelerde husule gelen hastalık, tüylerin kabarması, hareketin azalması yahut çoğalması, tremorlar, dönme, kamburlaşma, kuyruğun sertleşmesi ve paralizdir (Fig. 3). Kuyruğundan asılı olarak, fareyi ilk önce bir istikamette, sonra diğer istikamette döndürecek, serbest bırakıldığı vakit reaksiyonunu tespit etmekten ibaret olan «Döndürme testi» bir çok zamanlar kıymetli bir observasyon olmuştur. Bu, yuvarlanma, ya clonic veyahut tonic ihtilâçlar meydana getirmiştir (Fig. 4-7). Bu belirtiler meydana çıktıktan sonra fareler 2 - 3 gün zarfında ölmektedirler.

Azalmış dozlarla inoküle edilen farelerde ise bütün bu arazaların gelip geçici olduğu ve ölümden kurtulanların arka taraf tüylerinin düştüğü görülmüştür (Fig. 8).

Bir kısım farelerde ise arka veya ön bacaklarda Thrombophlebitis arazaları kaydedilmiştir. Bu halde bütün bacak şişmekte ve koyu mavimtrak bir renk almaktadır. Bu belirti bazan bacağın muayyen bir yerinde bir bilezik gibi mahdud bir nahiyeye münhasır kalıyor.

Kobaylarda: Fare beyni materialinden 1/50 nispetinde yapılan suspansiyon:

10 kobaya 1 cc intra peritoneal

10 kobaya 1 cc deri altı

10 kobaya 0.5 cc. intra-cerebral enjekte edildi.

Periton içine enjekte edilen kobaylarda 24 saat sonra hararet yükselmeye başlamış, ikisi kırk sekiz saat sonra, üçü dördüncü gün sonunda olmak üzere tamamen ölmüşlerdir.

Deri altına injeksiyon yapılanlarda ise hararet yükselmesi 48 saat sonra başlamış ve hepsi de 4 - 10 gün arasında ölmüşlerdir.

İntra-cerebral inokülasyon yapılanlarda pek hafif bir ateş yükselmesi olmuş ve yalnız iki tanesi 12 gün sonra ölmüşlerdir.

Yapılan nekropside bütün kobayların hemorajik lobar pnömoniden öldükleri tespit edilmiştir (Fig. 9) hiç birisinde cerebral ârâz görülmemiştir.

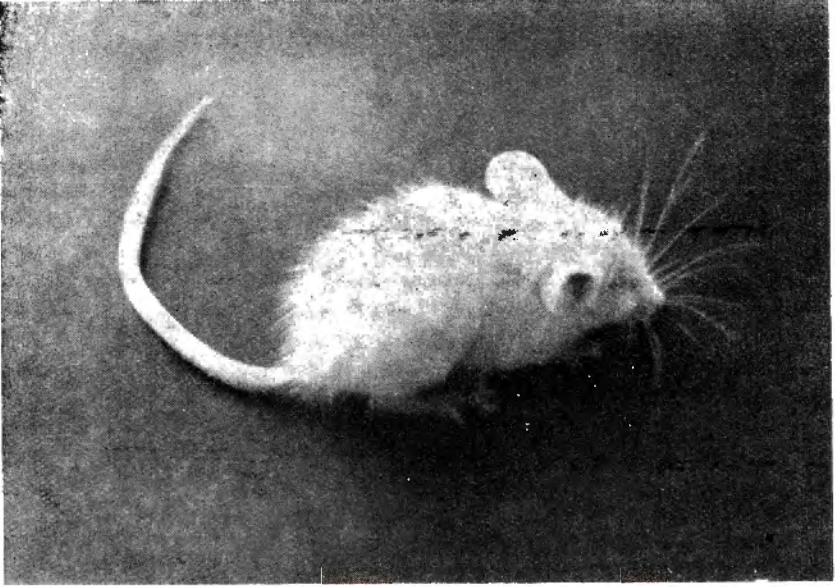


Fig. 3 a (Sezer)



Fig. 3 (Sezer) — (a) ve (b) intracerebral inoculationdan sonra fare



Fig. 4 (Sezer) — Farelerde encephalitis belirtileri.



Fig. 5 (Sezer) — Farelerde encephalitis belirtileri.



Fig. 6 (Sezer) — Farelerde encephalitis belirtileri.

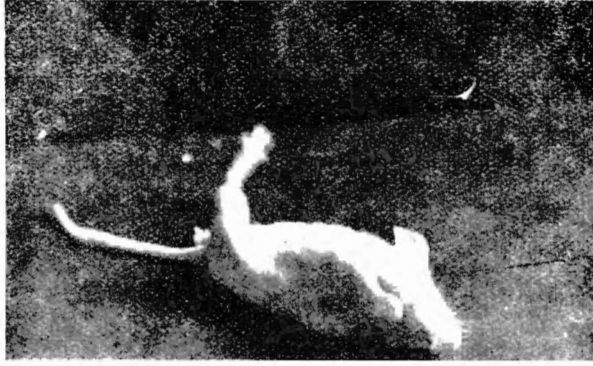


Fig. 7 (Sezer) Farelerde encephalitis belirtileri.



Fig. 8 (Sezer) Farede tüylerin dökülmesi

Tavşanlarda: 1) Allantoic likidde üretilmiş virüs materialinden 0.1 cc. beş tavşanın corpus vitresi içersine inoculation yapıldı. İkisinde hiç bir değişiklik husule gelmedi. Diğer üçünde corpus vitre çok bulanık, retinanın muhtelif yerlerinde büyüklü küçüklü chorio-retinitis plakları teşekkül etti. Birisinde corpus vitre exudat ile doldu ve ön kamarada zaman zaman meydana çıkan bir hypopyon husule geldi.

2) Beş tavşana fare beyinde üretilen virüs materialinin 1/100 süspansiyonundan corpus vitre içine 0.1 cc zerk edildi. Hepsinde de corpus vitre bulandı ve retinada büyüklü küçüklü müteaddit chorio-retinite mihrakları teşekkül etti. Birisinde 15 gün sonra göz içi exudat ile doldu ve ince bir hypopyon teşekkül etti. Hypopyon nöbetleri üç defa tekrarladı ve hayvan üç ay sonra encephalitis arazları ile öldü. Diğer dördünde corpus vitre zaman zaman bulanıp açılmaktadır. Göz dibi lesionlarının etrafları pigmentlerle çevrilidir.

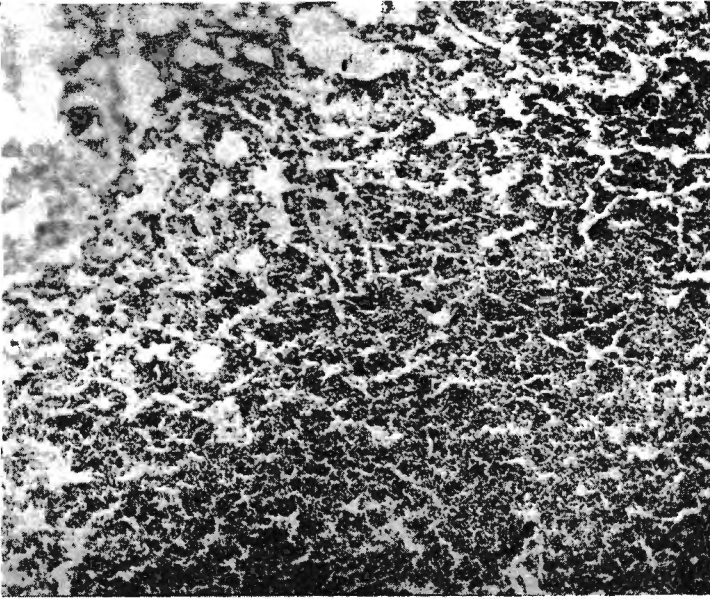


Fig. 9 (Sezer) — Kobayda lobar pnemonie

3) Beş tavşanın corpus vitresi içine Chorio-allantoic membranın 1/100 suspansiyonundan 0.1 cc zerk edildi. Hayvanların birisinde iki gün sonra fundusta nasal inferior- da büyük kitle halinde bir lesion teşekkül etti. Lesionun etrafı gayet ince beyaz noktalar halinde küçük lesionlarla çevrilmişti. Altıncı gün iki arka ayağı felç oldu ve sekizinci gün öldü. Beynin histopatolojik muayenesinde glial proliferation, tipik nodüler, focüsler görülmektedir (Fig. 10). Diğer dört tanesinde kor vitre bulandı, retinada büyüklü küçüklü chorio-retinitis mihrakları var. Üçünün de arka taraf tüyleri dökül- mekte ve yeniden çıkmaktadır (Fig. 11). İçlerinden bir tanesi 5 gün sonunda felç ola- rak öldü. (Fig. 12).

4) Üçüncü paragrafta erkenden öldüğü işaret edilen tavşan moelinden yapılan suspansiyon 5 tavşan kor vitresi içine 0,1 cc zerk edildi. Hepsinde de aynı chorio-reti- nite mihrakları görüldü.

5) Chorio-allantoic üzerinde üretilen virus materialini beş tavşanın kazılan kor- neaları üzerine sürülerek inoküle edildi, ne lokal ne de genel hiç bir belirti görülmedi.

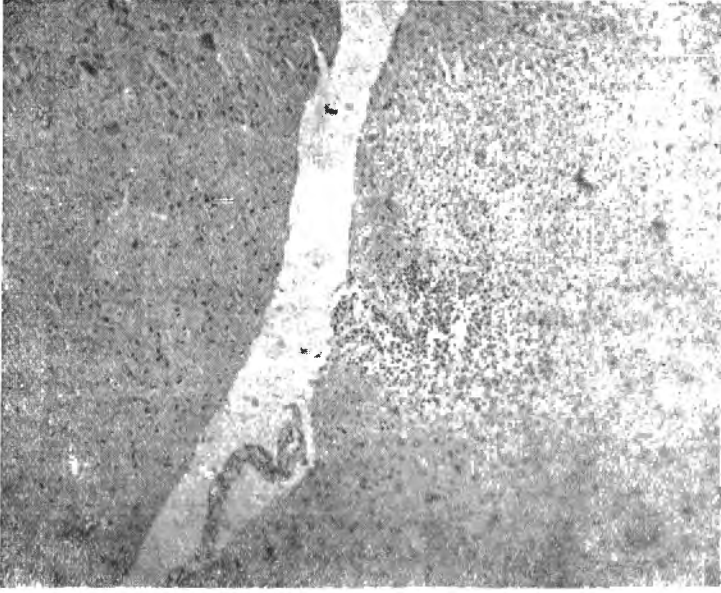


Fig. 10 (A) (Sezer)

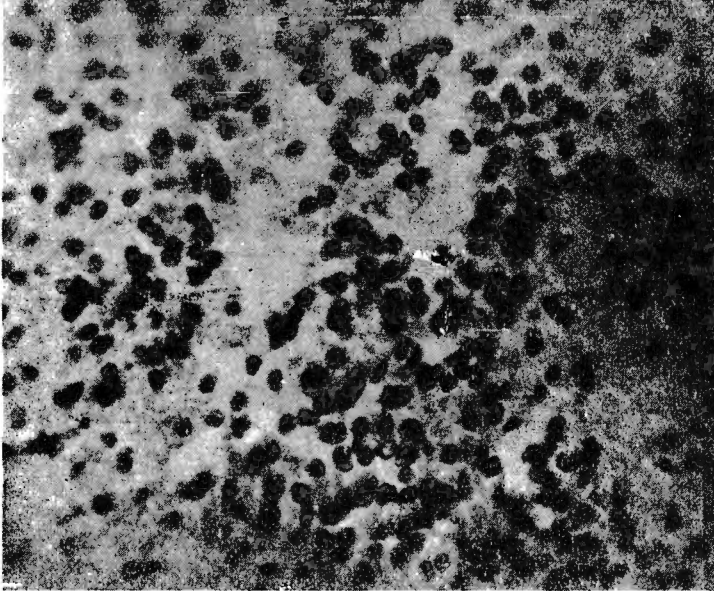


Fig. 10 (Sezer) — Tavşan beyninde (A) Küçük büyültme
(B) Büyük büyültme ile glial nodul.



Fig. 11 (Sezer) Tavşanda tüylerin dökülmesi.

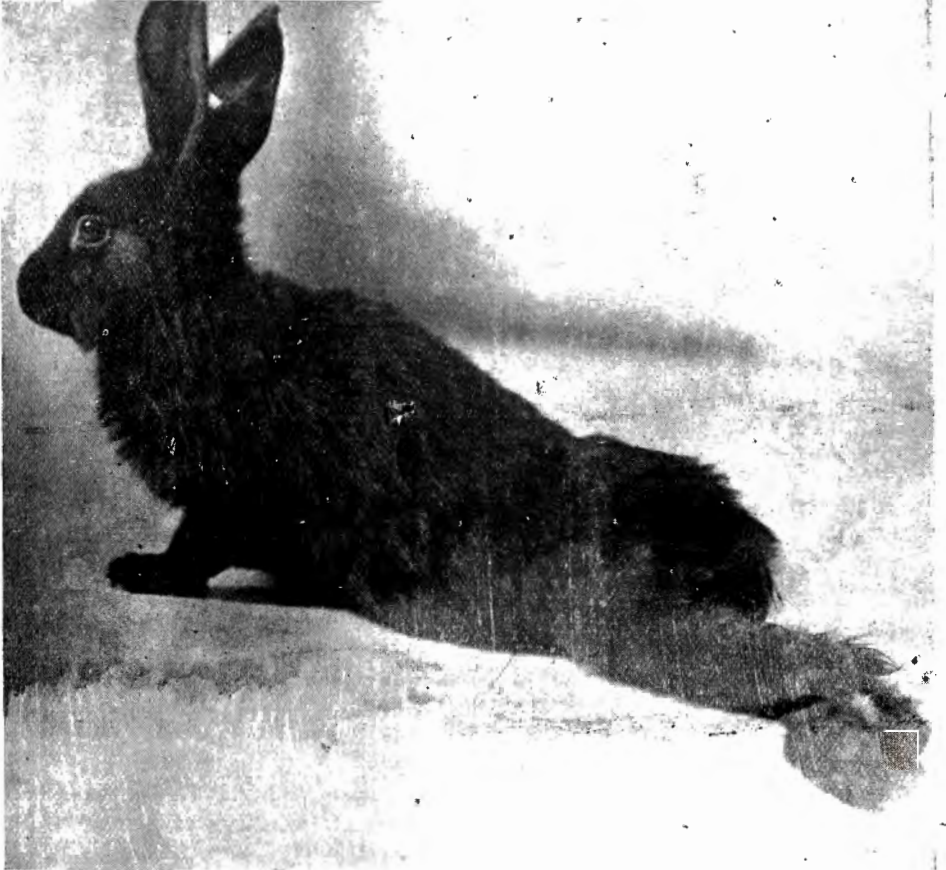


Fig. 12 (Sezer) Tavşan arka iki ayağında felç.

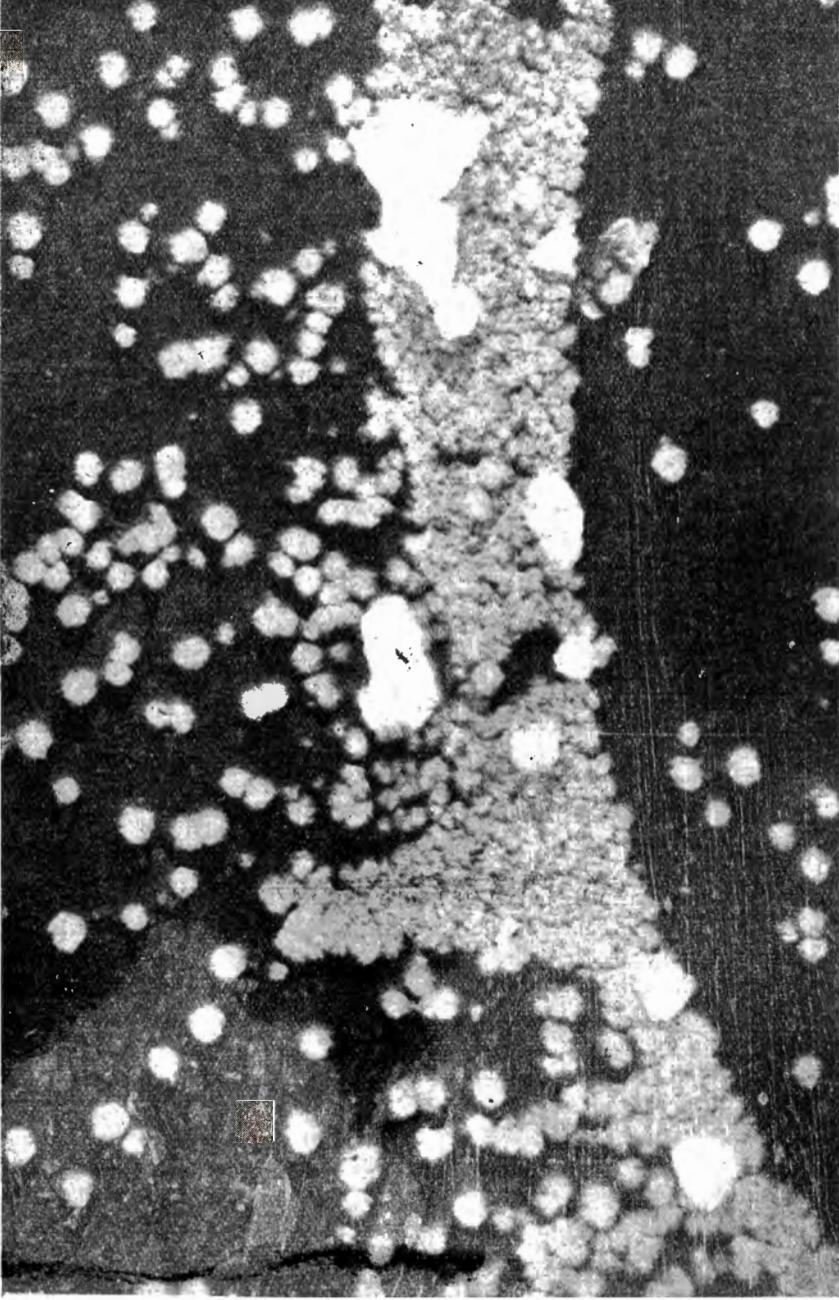


Fig. 13 (Sezer) Virüsün electron microscope la fotografi. Büyültme 40.000

VİRÜSÜN CHARACTERİZASİYONU

Complement fixation testleri:

Gözlerinden virüs izole edilmiş üç vak'a da dahil olmak üzere, on iki hastanın serumlarıyla complement fixation testi yapıldı. Vak'alar, bir kısmı İstanbul Üniversitesi Göz Kliniği tarafından senelerce takip edilmiş eski hastalardı ve bir kısmı da Kliniğimize yeni müracaat etmişlerdi. Hepsi de bütün klinik arazlarıyla Behçet hastalığına musaptilar. Bunlardan bir tanesinde hastalık (E. Kıvılcım) 1925 senesinde başlamıştır. Halen her iki gözünde görme siniri atrofişi vardır. İki göz de görmesini on sene evvel kaybetmiş. Beş sene evveline kadar ağız ve scrotumdaki aftlar devam etmiş. Beş senedenberi de bütün arazlar bir daha nüksetmemek üzere tamamen kaybolmuştur. Bir diğeri (E. Karadeniz) 1928 senesindenberi hastadır, iki gözde de görme siniri atrofişi ve tam körlük teessüs etmiştir. Uveitis artık nüksetmiyor, yalnız ağız mukosasıyla scrotumda aft nöbetleri halâ devam ediyor.

Complement Fixation taamülü için:

Her üç vak'adan tecrit edilen virüslerin a) Allantoic Liq. b) Fare beyni suspan-siyonları antijen olarak kullanılmış, ayrıca normal allantoic liquid ve normal fare beyni de şahit makamında antijen olarak kullanılmıştır. Bu şekilde her hastanın serumu ile altısı spesifik ikisi kontrol olmak üzere sekiz antijenle complement fixation taamülü yapılmış ve bu taamül onar gün ara ile tekrar edilmiştir.

Kullanılan serumlar:

A) 12 Behçet hastasının serumu,

B) Experimental olarak hastalığı yakalayan üç tavşanın serumu

C) Oftalmoloji Kliniğinde yatan başka etiolojiye bağlı iridocyclitisi beş ve congestive glaucom'lu beş hastanın serumu,

D) Gözleri sağlam fakat Wassermann ++++ müspet üç, gözleri sağlam Wassermann menfi üç şahsın serumları,

E) Normal üç tavşanın serumu,

olmak üzere 34 tanedir.

Neticeler:

a) Behçetli hastaların beşinde 1/128, dördünde 1/64, ikisinde 1/16 nispetinde müspet çıkmış. Beş senedenberi bütün hastalık arazları tamamen kaybolmuş olan hastada (E. Kıvılcım) menfi netice vermiştir.

b) Tecrübi olarak hastalanan üç tavşanın serumuyla 1/64 nispetinde müspet netice alınmıştır.

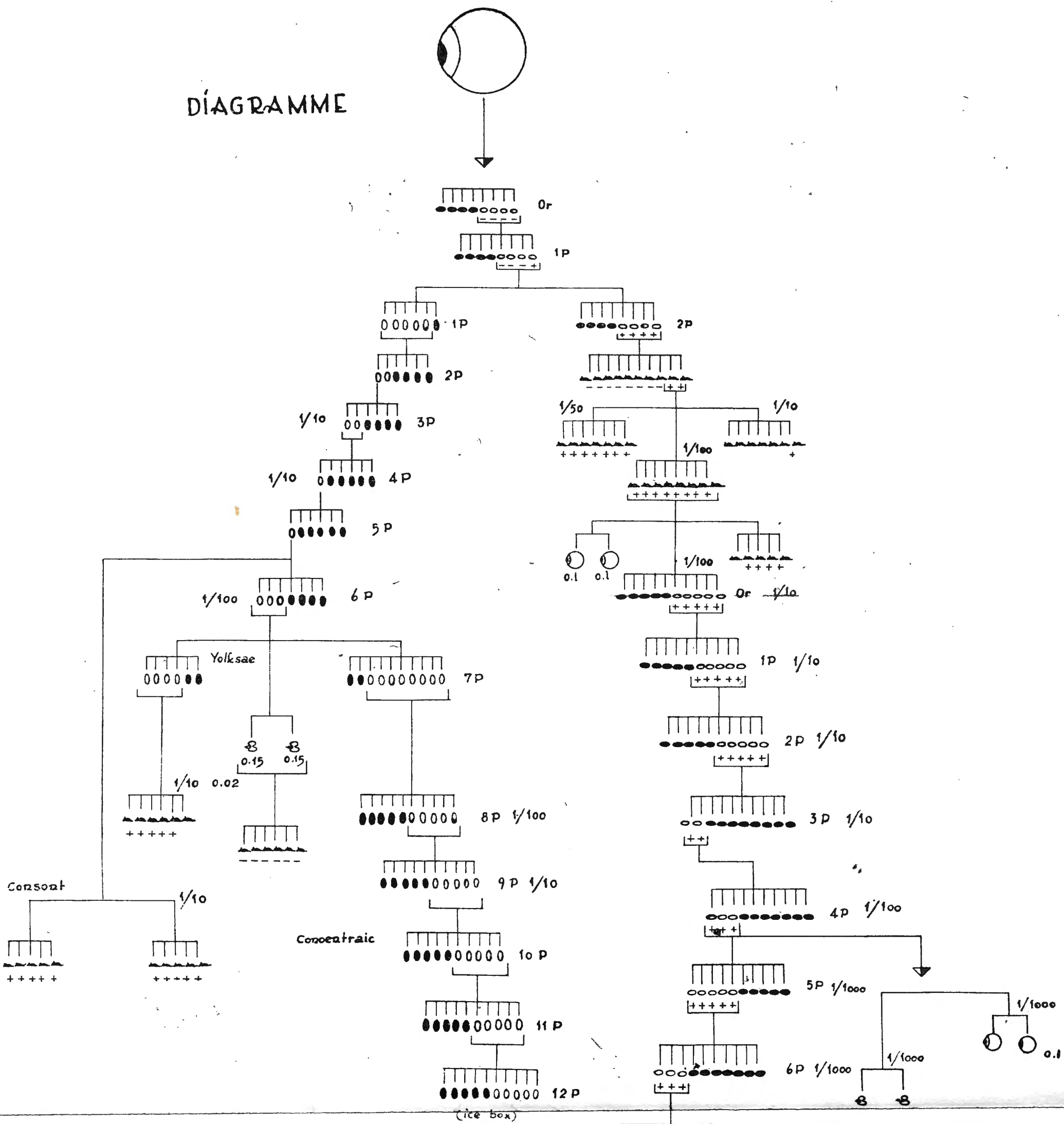
(C.D.E.) hepsi de menfi netice vermiştir.

Normal allantoic liquid ve normal fare beyni antijeniyle yapılan kontrol testleri de dajma menfidir.

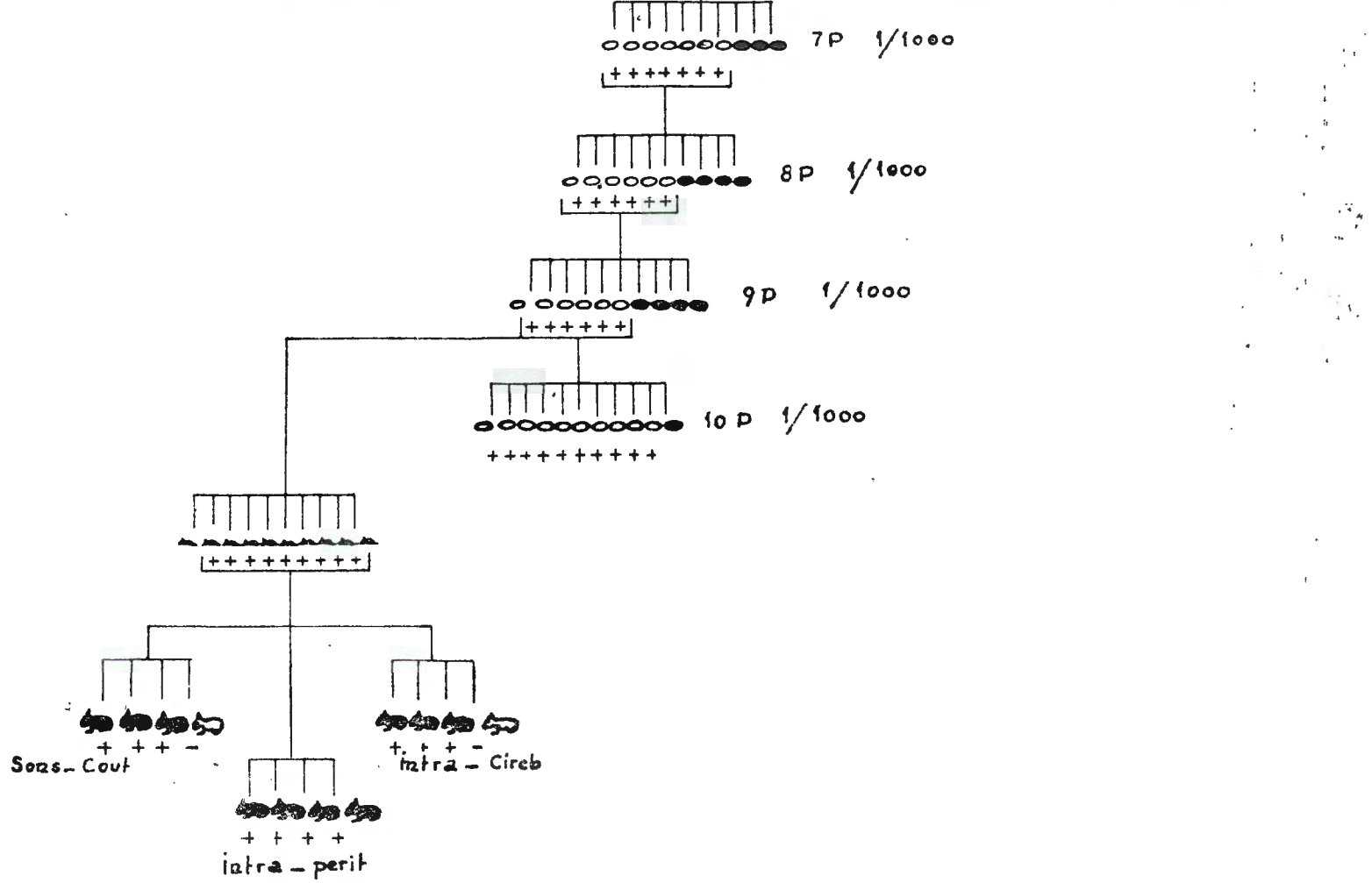
NEUTRALİZATION TESTİ

Chorio-allantoid membran materialı 1/10 Tyrode solutionu ile 1/10, 1/100, 1/1000 1/10.000, 1/100.000 nispetinde sulandırıldı ve tecrübe tüplerinin içinde müsavi miktarda 56° derecede yarım saat inactive edilmiş hasta serumlarıyla karıştırılıp bir saat 37° derecelik etüvde ve 4 derecede buz dolabında bırakıldı. Her dilutiondan altışar chorio-allantoic membrana 0.1 cc ekildi. Ayrıbir kontrol serisinde hasta insan serumu yerine normal insan serumu kullanılmıştır.

DIAGRAMME



- | | |
|----|-------------------------|
| ○ | Chorio - Allantoide |
| ○ | Allantoie - Liquide |
| ⌒ | Souria |
| ⊖ | Cobay |
| ⊖ | Testiculis du Cobay |
| ⊖ | Inzielimz intra oculais |
| Or | Original |
| P | Passage |
| + | Lisiozs |
| ⊖ | Morts |



C.A.M. VIRÜSÜNÜN HASTA VE NORMAL İNSAN SERUMLARIYLA YAPILAN NEUTRALİZATION TESTİ

Virüsün diluotionları:

Normal	1/10	1/100	1/1000	1/10.000	1/100.000
Hasta	+++++	+++++	+++++	+++++	++++
Serum	+++++	++++±	++++±±	±±	-----

Not : + : C.A.M. üzerinde vazıh lesion
± : C.A.M. üzerinde şüpheli ve hafif lesion
-- : C.A.M. normal kalmıştır

VİRÜSÜN FİLTRATIONU

Birinci vak'anın chorio-allantoic membranın 19 uncu pasaj materialı kumla ezilerek tyrod solutionu ile 1/10 nispetinde sulandırılarak ve 2000 R.P.M. ile centrifuge yapılarak suprenan mayı alındı. Bu mayının yarısı çift padlı Siétz filterinden süzüldü. Süzülen ve süzülmeyen materialler on ikişer C.A.M. na 0.25 cc ekildi, 48 saat sonra gerek süzölmüş gerek süzölmemiş material ekilmiş embryonların yarısının öldüğü ve diğér altısında da tipik lesionların husule geldiği görüldü. Yalnız süzölmemiş materialle husule gelen geniş lesionları mukabil süzölmüş materialle daha ufak dağınık mihraklar teşekkül etti.

Ultrafiltrationla virüsün exact hacmini tayin tecrübelerimiz henüz yapılmamıştır.

DİĞER VIRÜSLERLE MÜNASEBETİ

Bulunan patolojik ajanın, herpes, lymphocytic chriomeengitis ve Thieller virtüsleriyle bir münasebeti olmadığı hayvan tecrübeleri ve serolojik testlerle tespit edilmiştir.

DISCUSSION

1937 de Behçet, kardinal üç semptomla meydana çıkan syndromun, hususî bir etiolojiye bağlı müstakil bir entite morbid olduğunu iddia etmiş ve bu hastalığın çok kuvvetli bir ihtimalle bir virüs hastalığı olduğunu ileri sürmüştü. Ondan sonra bir kısım müellifler Behçeti tekid etmişler fakat bir kısmı da bu fikre karşı septisismleri muhafaza etmişlerdir. Behçet de dahil olmak üzere virolojik bir etiolojiye inananlar, patolojik ajanı izole etmeğe muvaffak olamamışlar ve iddialarını suggestion hududundan çıkaramamışlardır. Bütün araştırmaların ön kamara mayiine ağız ve tenasül organlarındaki aftöz belirtileri exudatlarına hasredilmesi bu muvaffakiyetsizliğin sebebi olmuştur. Hakikaten bizim çalışmalarımız da bu alan içinde daima neticesiz kalmıştır. Araştırmalarımızı corps vitre içine ve retina altına toplanan exudat'ya uzattığımız zaman virüsü bulmağa ve tecrid etmeğe muvaffak olduk. Bu hale göre bu hastalığın ajan patolojik gözün arka segmentinde oturmaktadır ve başta hypopyon olmak üzere ağız ve scrotum afetleri virus bakımından sterile bulunmaktadır.

Üç hastadan tecrid ettiğimiz patolojik ajanın, üç hastadan da aynı teknikle ayrı ayrı izole edilebilmesi ve aynı kültür ve serolojik vasıflar göstermesi her üçünün de aynı virüs olduğunu göstermektedir. Bu virüsün on iki hastanın kan serumuyla çok kuvvetli müspet complement fixation ve neutralization reactionu vermesi, buna mukabil başka göz hastalarında, normal insan ve hayvan serumlarıyla daima menfi kalması bulduğumuz antijenin bu hastalığa has bir ajan olduğunu açıkça gösteriyor. Bulunan virüs tavşanlarda insaninkine çok benzer göz tezahürleri vermekte ve bazı hallerde encephalitis ve cilt belirtileri de göstermektedir. Farelerde daima görülen encephalitis yanında, cilt tezahürleri ve bacaklarda meydana gelen Thrombophlebitis belirtilerinin insan hastalarında görülen değişiklikler karakterinde olması da dikkate şayandır.

Şu halde çalışmalarımız bütün tahminlere rağmen henüz kat'i şekilde bir antitef morbid olduğu ispat edilemeyen, üç semptomlu syndromun müstakil bir hastalık olduğunu göstermektedir. Bu hastalık, ilk defa tarafımızdan izole edilen vasıfları belli nörotrop ve filtrable bir ajan «Sezer Virüs'ü» tarafından husule getirilmektedir.

CONCLUSION

- 1 — Üç Behçet hastasından ayrı ayrı fakat aynı culture ve serolojik vasıflar gösteren bir virus (Sezer Virüsü) keşf edilmiştir.
- 2 — Virüs, farelerde tipik bir encephalitis husule getirmekte ve aynı virüsler tavşanlarda insandakine çok benzer experimental göz hastalığı yapmaktadır.
- 3 — Virüse karşı hastaların kanında complement fixation ve neutralization yapan hususî antikorlar husule gelmektedir.
- 4 — Virüs fertil yumurta chorio-allantoic membranda, allantoic likidde ve yolk sac'ta üremekte ve embryoyu öldürmektedir.
- 5 — Virüs, kobayları hemorrhagic lobar pneumonia ile öldürmektedir.
- 6 — Sezer Virüsü çift padlı Sietz filterinden geçmektedir.

Literatür

- 1 — Behçet, H.: Dermat - Wochenschrift No: 36, 1937.
- 2 — Behçet, H.: Bull de la Société Française derm. et Syph. No: 3, 1938.
- 3 — Weckers: Archives d'Ophtalmologie v. 2, No: 8, 1938.
- 4 — Franceschetti:
- 5 — Wise Sulzberger: Book of Derm. and syph. 1940, Page 35.
- 6 — Jonsen Tage: Acta - Dermato venerologia 1941, 1024 - 1029.
- 7 — Babil, Noville and Mach: Syndr. muco-cutané avec complication oculaires 1940, Suisse.
- 8 — G. Meyer: Behçetten naklen
- 9 — Babel: Ophtalmologica Vol. 105, No. 6, 1943.
- 10 — Jacobini: Pr. of the Assoc. of Amer. Phys. P. 279, 1894.
- 11 —
- 12 —
- 13 — Reis: Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde Vol 44, 11 S. 203, 1906.
- 14 — Bluthe : Behçetten naklen
- 15 — Koppe Graefe archiv. 94, 1913.
- 16 — Gilbert: Arch. f. Augenheilkunde Bd. 87, S. 27, 1921.
- 17 — Weve Arch. f. Augenheilkunde Bd. 93, S. 14 1923.

- 18 — Fuchs A.: Deutsche med. 96, 1926.
- 19 Carol: Med. Tijdschrift 1. P. 369, 1928. ...
- 20 Adamantiadis: Annales d'oculistique P. 271, 1931.
- 21 — Cavara : Behçetten naklen
- 22 Withwill: Brit. Jour. of Dermatology No: 9, 1934.
- 23 — Urbanek : Behçetten naklen
- 24 Leslie Alm, Lars Obery: Sartryok vur Nordisk medecin V. 25, P. 603, 1945.

Dr. Ekrem Kadri Unat:

Mikrobiyoloji Enstitüsünde 1938 den sonra, Hulûsi Behçet tarafından tarif edilen hastalığın klinik tablosunu veren ve ekserisi Ord. Prof. Dr. Hulûsi Behçet'in hastaları olan vak'alarda ağızdaki aft lezyonlarından mikroskopik olarak virus aradık. Vak'aların mühim bir kısmında elementar cisimcikleri hatırlatan teşekkülleri gördük; fakat biz bunların virus olduklarını kat'i olarak yazmadık.

1945 de Alm ve Öberg Behçet sendromu gösteren vak'ada tavşanlarda göz lezyonları ve meningo-encephalitis belirtileri veren bir tablo elde etmişler ve bu tabloyu 4 nesil temadi ettirmişlerdir.

Behçet sendromunda herpes'i taklit eden tablolar vardır. Ayrıca Herpes'de Behçet sendromuna benzeyen levhalar vardır. Binaenaleyh Behçet sendromu bir kısım vak'alarında Herpes virusunun âmîl olması muhtemeldir. Bu bakımdan bilhassa deri kliniklerinde dikkatli bulunmak gerekir.

Necdet Sezer'in ayırdığı virusla Alm ve Öberg'in tavşan pasajları ile 4 nesil muhafaza ettikleri virus'un münasebeti nedir ?

Necdet Sezer, Hulûsi Behçet'in büyük bir arzusunun yerine getirmişti ve virusu tecrit etmeğe muvaffak olmuştur.

Dr. Raşid Kaçaroğlu :

1943 - 45 senelerinde tam üç sene Guraba hastanesinde merhum Prof. Hulûsi Behçet'in asistanı iken, bu tri-symptomen complex üzerinde çalışırken polikliniğe gelen hastalar ağız mucosa'sındaki aphte'lardan, extra-genital organlarındaki ulcération'lardan şikâyetçi olarak geliyorlardı. Bunların serolojik reactionlarını yaptırıyor, ve penis - testis serotum'undaki ulcére'lerden materiel olarak evvelâ spirochaeta, sonra da ducrey - unna basili arıyor, hepsi de menfi zuhur ediyordu. 1945 de Sinoplu Ali Oğlalıcılar adındaki 45 yaşlarında gözleri tamamen görmeyen ağız içinde aft, haricî tenasül uzuvlarında ulcération görülen hastada - hastayı Mikrobiyoloji Enstitüsüne götürerek - virus arattık. Prof. Hügo Braun ve Doç. Ekrem Kadri Unat hastanın haricî tenasül uzuvlarındaki exulceration'dan beraberce aldığımız materyelde Nenberg boyamasile Virus corpuscul'leri görüldüğünü raporla bildirdiler. Bu vak'aya evvelâ dermatolog'lar, sonra göz hekimlerin kongrelerinde communiqué ettikten sonra Deri ve Frengi Kliniği arşivinde (1945, sayı 66) neşrettik.

1943 denberi ne asistanlığım esnasında, ne de 1946 nın başındanberi bu üç ârazi üçünü birden ve aynı zamanda görmedim.

I) 1943 - 45 seneleri içinde Dermatoloji Kliniği ile Bakterioloji Enstitüsünün virus araştırmalarını ve yalnız ajan patolojisini boyamadan ibaret olan araştırmalarından bahsetmenin, neticemizin tekâmül merhalesini teşkil etmesi yüzünden yerinde bir şey olmaz mı ?

II) Bulduğunuz virus yalnız neurotrope mudur. Yoksa Dermo-neurotrop mudur. Yani Dermatrop - nerotrop ayrı ayrı virus'lar tarafından bu symptomu tezahür etmektedir.

Doç. Dr. Necdet Sezer : (Son söz)

Mikrobioloji Enstitüsünde H. Behçet hastalığının etiolojisi üzerinde, Behçet beyin ısrarıyla bazı mikroskopik muayeneler yapıldığını biliyorum. Sadece boyamaya inhi-sar eden bu muayeneler için bittabi bir ilmi araştırma yapıldı denilemez. Kaldı ki normal hücre içinde daima böyle inclusion cisimlerine benzer pek değişik şeylere de tesadüf edilmesi mutattır. Ekrem beyin de söylediği gibi bunlara Virus denilemez. Bizim gördüğümüz Behçet hastalarında Herpesle bir münasebet tesbit edilememiştir. Hastaların kanında Herpes Virüsüne karşı antikor bulunmadığı gibi bizim antigenle de herpesli hastaların serumu arasında hiç bir reaction görülmemiştir. Alm ve Öberg Virus tecrid etmemişler, hastalığı tavşanlara nakletmişlerdir. Takdir buyurursunuz ki bir Tüberkülozlu hastanın balgamı ile hastalığı başka bir insana nakletmek başka balgamdan Koch basilini bulup çıkarmak yine başkadır.

Raşit beye cevap verebilmek için şunları söylemeliyim. Şimdiye kadar biz Behçet hastalığı teşhisi koyabilmek için mutlaka esas üç ârâzın mevcut olması lâzım geldiğine kaniiz. Klinikte başka türlü Behçet teşhisi konulamaz. Mamafi Virüsü bulunduktan sonra artık üç semptomun da çıkmasını beklemeden serolojik muayenelerle teşhis koymak mümkün olacak ve belki de bir tek semptomla başlangıçta hastalığı teşhis etmek kabil olacaktır.

Behçet beyin kliniğinde üç sene zarfında nasıl oldu da Raşit bey üç ârâzı bir arada göremedi. Doğrusu hayret ederim. Virüsün vasıfları metinde sarahatle gösterilmiştir. Alâka ve discusionlar için çok teşekkür ederim.

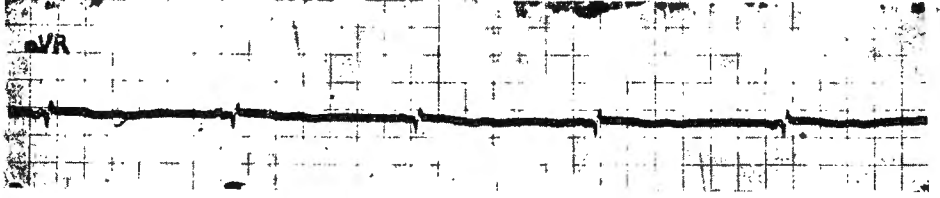
III üncü İç Hastalıkları Kliniği çalışmalarından :

İKİ «WANDERING PACEMAKER» VAK'ASI

Doç. Dr. Cihad Abaoğlu - Dr. Vahe Aleksanyan

Sinüzal aritmiler meyanında bahsedilen Wandering Pacemaker'de esas bozukluk stimulusun çıkış yerinin her adımda değişik olmasıdır. Stimulusun sadece sinüs düğümü içinde yer değiştirdiği şekilde, münavebe ile stimulusun bir sinüsten, bir Aschoff-Tawara'dan çıkan tipleri nisbeten nâdir görülür. Daha sık görülen tip, stimulusun Keith-Flack sinüsü ile Aschoff-Tawara düğümü arasında mütemediyen dolaşanıdır. Taktim ettiğimiz iki vak'a da bu tipe aittirler. Bu tipin vasfı, hem P amplitüdlerinin, hem de P—R mesafelerinin her atımda değişik kıymetlerde olmasıdır. QRS kompleks-

leri arasındaki mesafe bazı vak'alarda çok cüz'î farklar gösterir ve bir aritmi mevzuu-
bahs olmayabilir. (1.ci vak'amız) (şekil 1). Diğer bazı vak'alarda ise R—R mesafesi
her atımda farklıdır (2.ci vak'amızda olduğu gibi) (şekil 2).



(Şekil - 1)

1.ci vak'a 48 yaşında şişman bir poliklinik kadın hastamızdır. 4-5 seneden beri
atipik anjinö ağrıları ve 18-20 arasında arteriyel tansiyonu olan hastada eforla gelen
dispneler de mevcuttur. Fakat, gece gelen öksürük ve nefes darlığı nöbetleri, niktüri,
ödem yoktur. Muayenede de kalpte dilatasyon, galop tespit edilememiştir. Yalnız aorta
mihrakında 2.ci ses serttir. Nabız zaman zaman bigeminus vasfındadır. Çekilen EKG
de, kısa fasilalarla tekrarlayan mültifokal ventriküler bigeminuslardan maada P ve
P—R mesafelerine ait tegayyüratın bulunduğu nazarı dikkati çekmiştir. Hemen her
derivasyonda (bilhassa D₁ ve aVR' de) P'lerin amplitüd ve istikametleri ve P—R me-
safeleri her atımda muhtelif kıymetler arz etmekteydi. Vak'amızda olduğu gibi, Wan-
dering-Pacemaker ile beraber zaman zaman bigemine ekstrasistollerin mevcudiyetine
bazan rastlanabilir.



(Şekil - 2)

2.ci vak'amız ise, romatizmal mitral hastalığına müptelâ 19 yaşında bir genç er-
kektir. Halen sedimantasyon normal ve kalp kompansedir. Kliniğimizde yatmıştır. Çe-
kilen EKG de sağ aks deviasyonu, sağ hipertrofi ve strain'den maada Wandering Pa-
cemaker'in ve QRS kompleksleri arasında değişik mesafelerin de mevcut olduğu gö-
rölmüştür. P'lerin ekserisi yüksek ve sivri olmakla beraber hiç birinin amplitüdü di-
ğerine uymamaktadır. Keza, P—R mesafesi de 0,14 - 0,08 arasında değişmektedir. Ba-
zı atımlarda P—R segmenti tamamen ortadan kalkmış ve R, P'nin inen bacağından
çıkmıştır. R—R mesafeleri arasındaki fark da gayrimuntazamdır; bir non-fizik aritmi
mevcuttur.

Birinci vak'amızda -dijitale bağlı olmayı- mültifokal ventriküler bigeminusun
ve atipik anjinö ağrıların bulunuşu burada hipertansiyonla birlikte bir koroner skle-
rozu ve miyokard lezyonlarının da bulunduğuna delildir. İkinci vak'amızda ise roma-
tizmal kardit mevcuttur. Evvelce takdim ettiğimiz diğer bir Wandering Pacemaker

vak'asında da (*) romatizmal miyokardit mevcuttu. Şu halde klâsiklerin Wanderig Pacemaker sendromunu fonksiyonel bir bozukluk telâkki etmelerine rağmen, bizim taktim ettiğimiz her üç vak'ada da organik miyokard lezyonları mevcuttur. Bu bakımdan vak'alarımızın tebliğini uygun bulduk.

MİDE KANSERLERİNDE TOTAL GASTREKTOMİ

Dr. Oper. Selâhattin Ak El
Haydarpaşa Nümune Hastanesi
İkinci Cerrahî Kliniği Şefi

Bugüne kadar mide kanserlerine yapabildiğimiz tedaviler klasik bazı metodlara tâbi idi. Cerrahın bir mide kanserli hastaya faideli olabilmesi de müsait vak'alarda dahi yaptığımız radikal müdahalelerde ümitsiz ve sönük kalmıştır. Bir mide kanserli hastada; hastalığın erken teşhisi ve en son düşüncelere göre total gastrektomi tatbiki ile hastanın hayatını uzatmak günün mevzuu haline gelmiştir. Şimdiye kadar hastalığı erken teşhis etmek ve cerraha vaktinde hastayı teslim ederek parlak neticeleri temin ekseriya bir hayalden ibaret kalmıştır.

Hastanın cerrahın eline gelinceye kadar yapılan dahili tedavilerle oyalamak diğer taraftan hastanın subjektif şikâyetlerle hekime müracaatını geciktirmek gibi muhtelif faktörler son demlerinde ameliyat edilmiş hastalara yapılan ameliyatın bazan yalnız açıp kapamak veya basit bir anastomoza tâbi tutmak her zaman karşılaşılan birer acı hakikattir. Prensipte, hastayı mümkün olduğu kadar erken hekime müracaatını ve hastalığın teşhisini temin ve cerraha da büyük bir şans payı ayırarak total gastrektomiye tâbi tutmak gerekir.

Ekseriya hastalar, mide şikâyetlerini basit hazımsızlıklara ve mide kaynamalarına atfederek müracaatı geciktirmekte ve bu suretle kendilerini de aldatmış olmaktadır. Fransada Gosset kliniğinde 40 yaşından yukarı kimselerde basit mide ağrıları, iştahsızlıklar, hazmî bozukluklar ekseriya bir mide kanserini düşündürücü birer şikâyet telâkki edilmektedir. Hatta Amerikada kısmî arama ve taramalarla radiolojik muayenelerin inzimamile hiç bir şikâyeti olmayan kimselerde mide kanseri teşhis edilmiş ve bu suretle çok erken yakalanmış vak'aların ameliyatlarında hastaya ve cerraha büyük bir şans payı ayrılmıştır. Esasen total gastrektomide bazı endikasyonlar mevzuubahs olacağına göre bu yeni prosede de cerrahî ufku genişletmek yine hastalığı erken teşhis ve diğer taraftan da hastaların kendi ihmallerinden tevekkil ederek şikâyetlerine ehemmiyet vermek suretile hekime müracaatlarını sür'atle yapmakla mümkün olacaktır. Temenni edilir ki her çeşit hekim arkadaşın mide kanserini düşünerek hastaları oyalamaktan korkmaları ve onların âcil bir mütalea ile radikal müdahalelerin tatbikine ve ekserizlere tâbi olacak imkânları hazırlamaları ile bahtiyarlık duymuş olacağız.

Şimdiye kadar yapılan araştırmalarla öyle bir neticeye varılmıştır ki bir mide kanserinin en makul ve muvafık tedavisinin total gastrektomi ile kabil olacağı kanaatine varıldıktan sonra buna ait hazırlıkları gözden geçirmek lâzım gelir.

(*) Türk Tıp Cemiyeti Mecmuası. Yıl : XVII, No. 3

Elbette ki total gastrektomi bir çok tekâmül safhaları geçirmiştir. Eldeki istatistikler bunu gösteriyor. Bilhassa son senelerin anestezi usulleri; teknikte ilerlemeler, antibiotikler, kan nakilleri, vitaminlerin standart bir hale gelmiş bulunması ve preoperatif hazırlayıcı âmiller, süpportif tedaviler hiç şüphe yok ki total gastrektominin mortalitesini azaltmak ve cerraha bu geniş ve mühim ameliyatı yapmağa cesareti ve ümidi fazlasile vermiş bulunmaktadır.

Total gastrektomide şartlar lezyonun ihtiva ettiği mevkie göre ve civar uzuvların münasebetine göre regioner lenf bezleri ile olan münasebetlerine göre değişir.

Yaygın metastazlar halinde total gastrektomi tatbik etmek ve hastayı kötü duruma sokmak ideal bir hareket değildir. Bu işte ileri görüş sahibi olan Lahey mide kanserlerinde ideal cerrahinin midenin total olarak, dalak, büyük omentum, icabında pankreas kuyruğunun ampütasyonu, yine icabında transvers kolonun kısmi rezeksiyonu iştirak ettirmekle gayeye vasil olunacağını söylemektedir. Hastanın devamlı kusmaları, ağrıları ve kilo kaybı déshydratationa, elektrolit düşüklüğüne, anemiye ve hypoproteinemiye, avitaminsizliğe karşı esash ve modern bir hazırlama metoduna tâbi tutulması şarttır. Bu suretle ameliyata hazırlama esnasında mide içindeki bakterilerin itilazı gayesi ile midenin asit kloridrikli lavajlarla yıkanması lâzımdır. Ameliyat yolu trans-abdominal olarak tercih edilir. Eksplorasyonda visceral uzak veya yakın mücavir metazozların olup olmadığı aranır. Midedeki lezyonun vüs'at ve lokalizasyonu, midenin mobilitesi ile yapılan eksplorasyonda anlaşılır. Özofagus ve kardiyanın palpe edilerek tümörle münasebeti tetkik edilir, lezyonun hacmi ne olursa olsun mide ve regional lenf bezleri lokalize olduğu taktirde rezeksiyon endikedir.

Transvers kolon, pankreas, veya dalağın doğrudan doğruya istilâ edildiği hallerde dahi en bloc olarak rezeksiyona bu uzuvların ithali faidelidir. Binnettece yapılacak iş özofago-jejunostomiden ibarettir. Buna dair çeşitli metod ve prosedeler yayımlanmıştır. Ameliyat sonu bakım, erkeğin ve uzak olarak ikiye bölünür. Bu mevzuun ayrı bir bahiste mütalâa edilmesi lâzımdır.

PNÖMOTORAKSDA PARADOKSAL MANZARA

«Anfizem süblöral»

Dr. İsmet Sayman

Yedikule Verem Hastanesi Röntgen Müt.

Gerek terapötik, gerekse spontan olarak teşekkül etmiş bulunan pnömonun mevcudiyetini anlamak ve kollabe olmuş olan rienin konturunu tayin etmek çok defa kolaydır, pnömo kitlesi transparan, kollabe olan rie ise ona nazaran opak görülür. Rie, normal strüktüründen başka, içerisindeki lezyon ve sathında belirli bir plevra çizgisile pnömoya nazaran bariz bir kontrast arzeder. Skopi veya grafide bu kontrast vazih olarak görülebilir. Şu halde pnömotoraks vak'alarında toraks içerisinde iki saha görülür. Biri transparan olan pnömo sahası, diğeri de opak olan rie sahasıdır. Müstesna hallerde kollabe olmuş olan rienin skopi ve hatta grafide konturunun kesin olarak tahdid edilebilmesi mümkün olamaz. Filhakika rie o kadar anemiye olur ve dolayısıyla strüktürü o kadar kaybolur ki muhitindeki pnömo kadar transparan olur ve iki saha-

nın yekdiğerinden ayırd edilmesi güçleşir, adeta pnömonun mevcut olmadığı zannedilir. Bittabi bu hadisede viseral plevranın iltihaplanmamış olmasının da ayrıca tesiri vardır. Bu gibi vak'alarda enspirasyonda alınan mutad grafiden başka forse ekspirasyonda ikinci bir grafi daha yapılır, bunda rie iyice kollabe olur, içindeki hava kitlesinin dışarı çıkması ile pnömoya nazaran daha kesif bir durum alır ve bu suretle konturu vazıh olarak görülür. Pek nadir olmak üzere bazı pnömotoraks vak'alarında dışdan içe doğru üç saha nazarı dikkati çeker. Dışda, adeta plevra bulanıklığı mevcut imiş gibi duran hafif kesif bir saha, ortada transparan bir saha, içde de opak bir saha görülür. Dışdaki saha, pnömo sahasıdır. Ortadaki saha sübplöral anfizem sahası, içdeki de bizzat rieye aid olan sahadır. Adi pnömotoraksın aksine olarak iki saha yerine üç saha teşekkül ettiği ve bilhassa pnömo sahası transparan olacağı yerde opak görüldüğü içindir ki bu manzarayı ilk defa tesbit etmiş bulunan Saul pnömotoraksda paradoksal manzara tabirini ortaya koymuştur. Bu zat hadisenin esasının, enterstisiyel anfizem olduğunu söylemiştir. İltihabi hadise dolayısıyla nekroze olan bronş cidarı rüptüre olur ve öksürükle hava, enterstisiyel nesce girerek enterstisiyel anfizem husule getirir. Enterstisiyel nesicde hava, septumlar boyunca ilerliyerek plevra altına yayılır ve onu dekole eder. Bu suretle lokalize bir bül veya daha büyük bir sahada anfizem sübplöral teşekkül eder. Dekolman, küçük bir sahada lokalize olduğu gibi rienin büyük bir sahını işgal etmek üzere diffüz de olabilir. Skopi ve grafide dış tabaka ile orta tabaka arasında çizgi halinde bir kontur görülür. Bu kontur, viseral plevradır. Skopide kuvvetli enspirasyonda açılan rie ile beraber bu konturun dışa, ekspirasyonda ise kollabe olan rie ile beraber içe doğru deplase olduğu yani rie hareketini takip ettiği vazıh olarak görülür. Bu iki teneffüs safhası esnasında yapılan grafiler hadiseyi objektif olarak gösterirler. Dış tarafa kesif olarak görülen tabaka hakikaten pnömo sahasıdır, bulanmış plevra değildir, zira enspirasyonda, yukarıda zikredildiği veçhile plevra kenarı dışa doğru yayılırken bu sahanın genişliği daralır, ekspirasyonda ise içe doğru büzülürken bu sahanın genişliği fazlalaşır, yani teneffüs safhalarile değişen, sabit olmayan bir genişlik gösterir. Orta tabaka, viseral plevra altında teşekkül etmiş bir pnömo tabakasıdır. Zira riedeki leziyon ve bizzat kendi strüktürünün iç tabaka hududunu kat'iyen tecavüz etmediği nazarı dikkati çeker. Bu manzara heyeti umumiyesi ile bir anfizem sübplöral halinden başka bir şey değildir, zira, yukarda izah ettiğimiz veçhile üç ayrı tabaka halinde kendini gösterir.

HÜLASA

Bazı pnömo vak'alarında tüberkülotik lezyon dolayısıyla bronşiyollerden birisi rüptüre olur, buradan hava enterstisiyel nesce ve oradan da semptomlar boyunca plevra altına doğru ilerliyerek viseral plevrayı dekole eder, altına toplanır. Bu suretle rie sahında, fakat plevranın altında bül veya anfizem sübplöral teşekkül eder. Böyle vak'aların radyogramlarında, üç saha görülür: Dışda kesif pnömo sahası, ortada transparan anfizem sübplöral sahası, içde de bizzat rie sahasıdır.

Dr. Tefik İsmail Gökçe:

Bu mesele hakkında arkadaşım izahat verdiğinden tafsilâta girmiyorum. Yalnız gukadarını ilâve edeceğim. Hakikaten arkadaşımız bu tebliği tüberküloz cemiyetinde tebliğ ettiği zaman noktai nazarımızı söylemiş, bunun tazyik edilmiş bir ree hüzeymesi olduğunu tebarüz ettirmiştim.

Esasen her zaman tesadüf ettiğimiz bu vak'aları yeniden inceledik ve aynı neticeye vardık. Bu kısım basılmış reeler, in muhitte çok ince bir nesîç olduğundan Röntgende bir nesîç göstermeyebilir. Fakat çoğunda bu nesîç de vardır, nitekim gösterdikleri vak'alardan birinde aşıkâr surette ree nesîç görünmektedir. Bir kaç gün evvel rast geldiğim bir vak'ada bunun muhtelif safhalarını tesbit etmek imkânını bulduk, diğer bir meslektaş tarafından tedavi edilmekte olan bu vak'ada müsbet tazyik verildiği zaman bu manzara görülmekte, tazyik olmadığı zaman o kısım açılarak vazıh olarak ree olduğu görülmektedir. Biz bu hadiseyi yapışıklıklı vak'alarda kesretle görmekteyiz. Böyle istisnai değil, her zaman görülen hadiseyi hususî tarzda izaha imkân görmüyoruz. Sayın meslektaşımız teşrif ettikleri takdirde bunları göstermeye amadeyim.

Dr. Haydar Aksüğüir:

Anfizem sübplöral hakkında İsmet beyin geçen seneki tüberküloz cemiyeti toplantılarından birinde yaptığı aynı tebliğ, bizi bu hususta araştırmalara sevk etmiştir. Bu araştırmalarımızda vardığımız neticeler bizi bu mevzuda tekrar konuşmağa sevk etmiştir. Plevranın, bilhassa Viseral plevranın histolojisi tetkik edilirse en üstte bir andotel tabakası, bunun altında kollagen fibrlerden müteşekkil hücresiz bir tabaka, daha alta elâstik fibrlerden müteşekkil 3 üncü bir tabaka olduğu ve bu tabakanın alt yüzünün alveol tavanını teşkil ettiği keza bu tabakanın ortasında kan ve lenf damarlarını ihtiva eden zayıf ve dekolle olabilecek bir kısmı bulunduğu görülür, yani bugün müellifler arasında başlıca münakaşalardan biri ree ile plevrayı birbirinden ayıracak bu elâstik fibr tabakası bazı müelliflere nazaran güçlükle disseke edilebilir, diğerlerine göre ise buna imkân yoktur. Böyle bir teşebbüste alveoller yırtılır, yalnız (Miller) bir tabakanın mevcut olup olmayışı meselesidir. Keza alveolların tavanını teşkil eden anfizematö alveollardan intersis ve scrotumlar yoluyla hava habbelerinin ree nescinden plevranın elâstik fibrlerden müteşekkil tabakasının ortasında, eviyenin bulunduğu kısma gelip orayı dekolle edebileceğini ve orada bir hava bülü teşkil edeceğini söylemiştir ki biz de plöroskopilerde bunu görmekteyiz. Keza İsmet beyin geçen sene tüberküloz cemiyetinde yaptığı aynı tebliğden sonra, bahsettiği röntgen imajını gösteren ve britli olan hastalarda, bu plevra altı anfizemini aradık, bulamadık. Buna mukabil gördüğümüz manzara kendilerinin bahsettikleri 3 hududu izah edecek iltisaklardan ibarettir. Bu gibi vak'alarda gördüğümüz manzara şöyle idi: Pnömothorax boşluğunun ön cidarında reevi bir iltisak, arka cidarda, öne nazaran daha dışda ikinci bir rievî iltisak ve buradaki iltisaka doğru reede gittikçe incelmış bir durumda görülmektedir. Ayrıca bir çok fibrin teşekkülleri ve bazen iltisakların gerilmesi hasıl olmuş perdeler gördük. Bu manzaraya nazaran ön cidardaki iltisak röntgen filminde içi ree ile dolu mediasten kısmındaki sahanın hudududur ve İsmet bey tarafından ree hududu olarak kabul edilmiştir. Ön cidardaki iltisak ile arka reevi iltisak arasındaki kısım reenin en ince bulunduğu kısımdır ve İsmet bey tarafından hava dekolmanın hududu olarak gösterilmiştir, bundan sonraki kısım ise plevra boşluğu kısmıdır. Görülüyor ki gerek histolojik bakımdan gerekse bizim plöroskopi gördüğümüz manzaraya nazaran anfizem sübplöral iddiası pek varid değildir.

Şu veya bu mecmuada çıkan enteresan fikirleri benimseyerek ona benzer vak'aları; iddiayı objektif olarak verifiye etmeden ortaya çıkmak doğru değildir, buna nazaran İsmet beyden şunları sormak isterim: bu kabullendikleri iddiayı böyle Röntgen manzarası gösteren hastalarda plöroskopi yaparak tesbit etmişler midir, keza tüberkülozdan ölen hastalarda aynı röntgen manzarası gösterenlerin otopsilerinde böyle geniş bir anfizem hali görmüşler midir.

Dr. İsmet Sayman:

Haydar bey viseral plevranın rieden ayrılamayacağını söylediler. Bunun anatomikman mümkün olup olamayacağını bilmiyorum ama ortada objektif olarak görülen bir vakıa vardır. Pnömo sahasında, iç tarafında transparan saha bulunan çizgi halinde bir kenar vazih olarak görülmekte ve enspirasyon, ekspirasyon esnasında bu çizginin rie ile senkron olarak hareket etmekte olduğu vazih olarak görülmektedir. Bu senkronizmayı gösteren bir parçanın, rie ile ilgili bir parça olduğunda asla şüphe yoktur. Takip ettikleri pnömo vak'alarında böyle bir şekle tesadüf etmediklerini ve bunların, iltisaklar arasında kalmış ve incelmış, bükülmüş rie sahaları olduğunu ileri sürdüler. Evet kendi vak'aları arasında benzerine tesadüf etmemiş olmaları gayet tabiidir, zira kendileri Röntgenci değillerdir. Acaba Röntgencilerden de hiç böyle vak'a şimdiye kadar geçmemiştir, belki geçmiştir de, onlar da farkına varmamışlardır. Bu mümkündür ve esasen hadise de nadir bir tezahürdür. Ben de böyle bir hadiseyi ilk defa mecmualarda okumuştum, neşredilmiş olan resimler hatıramda idi. Mesailerim arasında şahsen tesadüf edince, derhal geriye rücu ederek neşriyatı tekrar ele aldım ve hakikaten benzerliğini teyid ve takviye ettim. Bu sebeple neşriyatı takip etmek ve o zaman için lüzumlu olmayanları bile bir hatıra kabilinden hafızada tutmak lâzımdır. Ben çok eminim ki, yapılmış olan ecnebi neşriyatı kendilerine göstersem, anlatmak istediğim hadiseyi derhal kabul edecekler ve benim söylediğime inanmadıklarına müteessir olacaklardır. Bu vak'alarda plöroskopi veya otopsi yapıp yapılmadığını sordular. Yalnız bir vak'ada plöroskopi yapıldığını ve kavitenin verdiği manzaraya hiç benzemediklerini, plevra manzarası gösterdiğini arzetmiştim. Radyolojik olarak bu kadar müsbet olan diğer vak'alarda ise, lüzumsuz yere plöroskopi yapmayı düşünmedik. Maalesef hastalarımızı, otopsi yapmak için öldürmek kudretinde de değiliz.

Tevfik İsmail bey böyle vak'aların hastanelerinde pek çok olduğunu ve bunların arzedtiği şekilde değil de, iltisaklar arasında kalmış veya incelmış, bükülmüş rie sahası olarak kabul ettiklerini söylediler. Sayın arkadaşlarım, ben anfizem sübplöralde üç tabaka teşekkül ettiğini söylediğim halde kendileri tavsif ettikleri şekille halâ iki taba üzerinde durmaktadırlar. Kendilerinin söyledikleri şekilde, bir pnömo tabakası, bir de rie tabakası olmak üzere iki saha, anfizem sübplöralde ise tarif ettiğim veçhile üç saha görülür. Hastanelerinde bu manzaranın çok olduğunu söylediler ve gelip görünler dediler. Bendeniz bunun aksini teklif ediyorum: tavsif etmeye çalıştığım şekle benzer vak'alara tesadüf ettiklerini zannettikleri zaman lütfen beni davet etsinler, bendeniz oraya kadar gelerek vak'alarını tetkik etmek zahmetine katlanırım.

T. C.

Milli Eğitim Bakanlığı
Prevantoryom - Sanatoryom
Müdür ve Baş Tabibi
Dr. Zeki Köseoğlu

TÜBERKÜLOZ TEDAVİSİNDE İSONICOTINIC ACIDE HYDRAZIDE

Dr. Zeki Köseoğlu
Dr. Hüseyin Settazade

Dr. İhsan Karlıklı
Dr. Türkân Atayalvaç

Akciğer tüberkülozunda şimiyo terapik çalışmalara Koch basilinin keşfinden asırlarca evvel başlanmıştır. 7 sene evveline gelinceye kadar bu tedavi araştırma ve denemelerinde hiç bir esash netice alınmamıştır. Ancak 1946 da Stréptomycine'in akci-

ğer tüberkülozu tedavisinde muvaffakiyetle kullanılmağa başlanması bu hususta esaslı bir inkılâp husule getirmiştir. Ve halen de ehemmiyetli mevkiini muhafazaya devam etmektedir. Kısa bir müddet sonra PAS'ın tüberküloz tedavisinde faydalı ve müessir olacağı anlaşılması ve şimiyo terapik tedavi bu iki esaslı ilâç üzerinde takarrür etmiştir. Halen gerek tek gerekse müşterek kullanılmalarını mütevellit neticeler cidden yüz güldürücü bir durumdadır.

Bununla beraber klinik ve laboratuvar çalışmalarında basil dö Koh'un iki ilâca karşı da mukavemet kazanması üzerine esasen devam eden araştırmalar nihayet nicotinic amide'lerin B.K. üzerindeki yüksek tesirinden istifade yollarını açmıştır. 1945 senesinde Chaurine ve arkadaşları Fransız mikrobiyoloji cemiyetine ve tıp akademisine nicotinic amide'in laboratuvar hayvanlarında miko bakterium ile husule gelen hastalıklar tedavisinde muvaffakiyetli neticeler verdiğini bildirmişlerdir. Nicotinic amide'in yüksek dozlarda kullanıldığı takdirde lepra ve kobay tüberkülozu üzerinde bariz ve şifa verici bir tesire malik olduğunu ve o zamana kadar kullanılan diğer bütün ilâçlara faik bulunduğunu göstermişlerdir.

Bu tesirin vitaminik hassadan mütevellit olmayıp spesifik mahiyette bulunduğuna bilhassa belirtilmektedir. Daha o zaman bu seriden yakın bir istikbalde yeni terapötik maddelerin elde edilmesi ve bunların tesirinin Nicotinic amide'den çok daha fazla olması kuvvetle muhtemeldir kaydını ilâve etmiştir.

Bu mevzudaki neşriyat mahdut olmakla beraber cesaret vericidir. Ve haklı olarak bütün insaniyete ıstirap veren tüberkülozla meşgul hekimlerin dikkatlerini çekmiştir. Beş altı ay önce Amerikan Tıp mecmualarından günlük Türk matbuatına intikal eden, umumî efkârda olduğu gibi hekimler arasında da derin ve yerinde bir alâka husule getiren İsonicotinic acide hydrazide in akciğer tüberkülozunda elde edilen muvaffakiyetli neticelerine dair yazıların başlamasını müteakip ilâcın memlekete ithali mümkün olmuş ve 1952 Nisanındanberi Sanatoriumumuzda çeşitli akciğer tüberkülozu üzerine tedavi denemeleri yapılmaya başlanmıştır.

Bu hususta aldığımız neticeleri bildirmeden evvel esasen mahdut olan yabancı literatürden kısa bir hülâsa yapalım: İsonicotinic acide hydrazide (Rimifon, Nicetal v.s.). İsopropyl hydrazine (Marsilide) Tüberküloz tedavisinde ilk defa Sea view hastanesinde kullanılmıştır. Bu ilâçtan sekiz on hafta müddetle 44 had, evlütif, pnömoni, kazeöz tüberkülozu olan hastaya verilmiş, alınan neticeler şu şekilde bildirilmektedir: Akciğer tüberkülozuna musap hastalarda tedavi sonuçları umumiyetle genel toksik araza (ateş, iştiha, kilo alma, enerji ve iyilik hissi) ve lokal arazi (öksürük, balgam B.K., radyolojik değişiklik) dayanmakta olduğu gözönünde tutularak bu hastahanedeki tedavi gören 44 hastanın hepsinin iki üç hafta zarfında derecelerinin normale düştüğü, (2 - 2,5) ayda (8 - 10) kilo aldıkları, iştihalarının artmış olduğu ve sübjektif olarak da hastalardaki halsizlik ve yorgunluğun kalmadığı görülmüştür. Bu hastaların yarısının (54,54 %) öksürük ve balgamları kesilmiş (34,10 %) azalmış, bir kısmında da (11,36 %) hiç bir değişiklik olmamıştır. Balgamda B.K. hastaların (56,8 %) müsbet kalmış, (25 %) bazan müsbet bazen menfi bulunmuş (18 %) mide üsaresi muayenesinde bile tamamıyla kaybolmuştur.

Tedaviden sonra radyolojik durumun tetkiki hayli alâka çekicidir. Beş hastada irtişah azalmış (11,36 %), onyedide hastada kavern küçülmüş (38,64 %), yirmiiki hastada hiç bir değişiklik görülmemiş (50 %).

Tedavi devresinde ilâcı kullanmağa mani olacak ciddi bir ihtilâtle karşılaşılma- mıştır, şunu da kaydetmek lâzımdır ki; bu 44 hasta daha evvelce tıbbî ve cerrahî tedaviye tâbi tutulmuş, bunlardan muvafık neticeler alınmamıştı. Adı geçen hastahanedeki bu ilâcın kullanıldığı devre esnasında hastalarda bazan tebevülde gecikme, eksitasyon, uykusuzluk, sersemlik gibi hafif toksik tezahürler görülmüştür. Merkezi sinir sis-

teminin farkı tenebbühiyeti ve daha ileri gidilirse teneffüs merkezinin felci ile ölüm bile vukua gelebileceği bildirilmekte ve bu itibarla toksik tesirleri gözönünde bulundurarak günlük dozu kilo başına (3-5) mg. tavsiye edilmektedir.

Esefle kaydetmek mecburiyetindeyiz ki bu yeni ve ümit verici ilâcın da Koch basili üzerine invivo, invitro kat'i bir tesiri olmasına rağmen Streptomycine ve PAS'da olduğu gibi bunun da klinik mukavemet husule getirebileceği beklenebilir; bilhassa N. Rist'in Pasteur enstitüsünde yaptığı etüt bu endişede haklı olduğumuzu göstermektedir.

İlâç alındıktan (1-1,5) saat zarfında bütün vücuda yayılır. (kan serumu, serebro spinal ve plevra mayii) vücuttan itrahı (11-12) saat zarfında tamam olur. Bu ilâcın farelerde Streptomycine'e nazaran (10-12) defa daha müessir fakat (5) defa daha toksik olduğu (N. Rist) PAS'a nisbeten de asgarî müessir dozunun (700) defa daha yüksek bulunduğu anlaşılmıştır.

Sanatoriumumuz'da (100) basilifer akciğer tüberkülozunun çeşitli seriri şekillerine bu ilâcı kullandık. Hastalarımızın (92 %) sinde tıbbi ve cerrahi tedavi imkânları tecrübe edilmiş ve bir netice alınamamıştı, yalnız sekiz hasta bidayetden itibaren sadece bu ilâç ile tedaviye tâbi tutulmuştur. Günlük doz umumiyetle kilogram başına (3-5) mg. dır. Elde edilen neticeleri umumî ve lokal tesir bakımından şöyle sıralayabiliriz :

1— Ateş : Tedaviden önce hastalarımızın (49 %) onun ateşi (38,5) üstünde (51 %) inin de (38) altında idi. Tedaviden (2-3) hafta sonra bunların (86 %) sında hararet derecesi normale inmiş, (14 %) ünde süpfebril kalmıştır.

2— İştihâ : Hastaların (40 %) ında bâriz bir şekilde artmış.

3— Kilo alma : Hastaların tartılarında (8-10) haftada (74 %) ünde asgarî (3) azamî (9) kilo artma, (12 %) sinde aynı halde kalma ve (14 %) ünde kaybetme görülmüştür.

4— Bütün hastalarımızda bâriz bir şekilde halsizlik, yorgunluk, takatsizlik zail olmuş, kendilerini iyi hissetmeğe başlamışlardır. Bilhassa bir kaçında bu hususta alınan netice pek parlak olmuştur. Nitekim müteaddit kavernlerle müterafık bilateral lezyonlu yüksek ateşli kazeöz şekildeki (12) yaşında ölüme yaklaşan bir kız hastamızın (3-4) hafta içinde hayata yeni gelmiş gibi bir hal alış her gün nazarı dikkatimizi celbeden bir hâdise olmuştur.

Lokal tesirlere gelince :

1— Öksürük : Hastaların (56 %) sında hiç kalmamış, (27 %) sinde azalmış (17 %) sinde devam etmiştir.

2— Balgam : (18 %) inde tamamiyle kesilmiş, (48 %) inde nâdirleşmiş, (22 %) sinde azalmış, % 12 sinde haliyle kalmıştır.

3— Radyolojik durum neticeleri: Memnuniyet vericidir. (26 %) sında bâriz temizlenme ve kavern küçülmesi ve bazılarında kaybolması. (33 %) ünde kısmen temizlenme, (41 %) inde de hiç bir değişikliğin vukua gelmediği görülmüştür.

Toksik ârâzlar : Terapötik dozlar dahilinde (kilogram başına 3-5 mg.) tedavi gören hastalarımızın (7) sinde baş ağrısı (2) sinde ürtiker, (2) sinde ikter, (1) inde kapiller toksikoz ile müterafık münteşir glomerülonefrit, (1) inde de mihraki nefrit olmak üzere ceman (13) hastada toksik tezahürler tesbit edildi (13 %).

Bibliographie

- 1 — Chemotherapy of Experimental Tuberculosis. V. Isonicotinic acide hydraside, and Related compounds. Jack Bernstein. (The American Review of Tuberculosis No. 4, 1952)

- 2 — Anti Tuberculous Properties of Hydrasines of Isonicotinic acide. William Steenken. The American Review of Tuberculosis No. 4, 1952
- 3 — The absorbtion, Distribution, Ex...Du Mont F. Elmendorf. The American Review of Tuberculosis No. 4, 1952
- 4 — Pharmacology of Isonicotinic acide in the treatment of active progressive Caseous - Pneumonic tuberculosis Ed. H. Robitzek and I.J. Selikoff. The American Review of Tuberculosis No. 4, 1952
- 5 — The Effect of pyrazinamide on Experimental of Tuberculosis in Mice Luke Malone. The American Review of Tuberculosis No. 5, 1952
- 6 — L'Hydrazine de l'acide isonicotinique dans la traitement de la tuberculose Par. Ed.Sivriere. La Presse Médicale No. 25, 1952
- 7 — La resistance du Bacille tuberculeux a l'hydrazide iso-nicotinique. Par Noel Pist. La Presse Médicale No. 37, 1952
- 8 — Les dérivés Hydraziné de l'acide isonicotinique dans le traitement des tuberculoses experimentale et humaine. Par A. Ravina. La Presse Médicale No. 35, 1952
- 9 — L'hydrazide isonicotinique, activité anti tuberculeuse chez la souris. Par N. Rist. La Presse Médicale No. 35, 1952.

HÜLÂSA

İlacın terapötik tesirleri hastalarımızda aldığımız neticelere göre hülâsa edilirse toksik âraz (ateş, iştihâ, asteni v.s.) tam manâsiyle bu ilâçtan müteessir oluyor.

Lokal semptomlar : (öksürük, balgam, B.K.) da hemen hemen aynı nisbette azalmış görülüyor, ancak radyolojik durumdaki değişmeler bu iyi neticelerle muvazi gitmemektedir. Sözlerimize nihayet verirken şu mühim sosyal noktayı tebarüz ettirmek isteriz ki: bu yeni ilâç tedavi bakımından faydalı olduğu kadar hastahanelerden aileler arasına dönen akciğer tüberkülozuna müptelâ kimselerin enfeksiyon kaynağı olma tehlikesini —velev muvakkat bir zaman için de olsa— azaltılabileceği intibanı vermektir.

Tüberküloz tedavisinde bu ilâcın şimdiden ciddi bir mevki almış olduğu söylenebilir, bilhassa tüberkülozun ekonomik şartlarla olan alâkası karşısında ucuzluğu, kullanılmasının kolaylığı ayrıca mühim bir vasıfıdır.

Dr. Tefik İsmail Gökçe — Dr. Kenan Yıldız — Dr. Hamdi Yılmaz :

Yeni verem ilacı Iso-nicotinic acid-hidrazid ile tüberküloza müptelâ hastaların tedavisi hususundaki klinik denemelere memleketimizde ilk defa Heybeliada Sanatoryomunda 15 Mart 1952 de başlanmıştır. Bu tarihten itibaren tarafımızdan iki tebliğ yapılmıştır. Bunlardan 30 hastada bir aylık tedavinin neticelerini gösteren ilk tebliğ Tüberküloz Cemiyetinde yapılmış ve bu bulgular ilâç hakkında elde edilmiş olan malûmatı da ihtiva etmek üzere bir broşür şeklinde neşredilmiştir.

Aynı hastalar üzerinde iki aylık iso-nicotinic acid-hidrazid tedavisinin sonuçlarını bildiren ikinci rapor 23 Haziranda Lübnanda toplanan Beynelmilel Tüberküloz Hafatasında tebliğ edilmiştir.

Şimdi de Iso-nicotinic-acid hidrazid ile tüberküloz tedavisi hakkında Millî Kongreye yapılan tebliğler münasebetile 5 ay zarfında bu tedaviye tâbi tutulmuş olan hastalarda alınan neticelerin bir hülâsası arz edilecektir.

Bu müddet zarfında 149 hasta iso-nicotinic-acid hidrazid ile tedavi edilmiştir.

Bu hastaların 48 i erkek, 101 i kadın olup 99 zu 18 ile 30 ve 49 zu 30 ile 60 yaşları arasında ve bir tanesi de 12 yaşındadır. Bu hastaların ekseriyeti azimesinin hastalıkları müterakki seyirli ve eksüdatif tabiatte olup 101 inin hastalığı iki taraflı ve 48 inin bir taraflıdır. 61 hastada iki tarafta, 60 hastada da bir tarafta ve ekserisinde müteaddit olmak üzere, kavernler mevcuttur.

42 hastada, bazılarında müteaddit olarak, kollaps tedavileri yapılmış, bunların 8 inde bir veya iki taraflı pnömotoraks tecrübesi menfi kalmış, 10 unda pnömotoraks, ekstraplöral-pnömotoraks ve kavernostomi gayrı müessir kaldığından terkedilmiştir. Tedaviye başlandığı zaman 8 i bir taraflı pnömotorakslı, 6 sı pyo-pnömotorakslı, biri ekstra-plöral pnömotorakslı, 6 sı pnömo-perituanlı, ikisi pnömonektomili, biri pyo-pnömotorakslı olmak üzere 23 hasta muhtelif kollaps tedavilerine tâbi tutulmakta idi. Ve bütün bu müdahalelere rağmen 42 hastanın 37 sinin balgamında basil vardı ve hastalıkları müterakki bir seyir takip ediyordu.

Aynı zamanda Iso-nicotinic acide hydr. tedavisine tâbi tutulan 149 hastadan 143 ünde bu tedaviden evvel muhtelif miktarlı da diğer antibakteriel ilaçlar kullanılmıştı. Bunların 91 inde Streptomycin, PAS ile, 7 sinde PAS ve Conteben ile, 2 sinde Conteben ile kombine bir halde, 42 sinde Streptomycin ve bir tanesinde de PAS yalnız olarak tatbik edilmişti.

Bu hastaların aldıkları Streptomycin miktarları aşağıda gösterilmiştir :

24 hasta	1—30 gr.
49 »	31—60 »
35 »	61—90 »
21 »	91—120 »
7 »	121—150 »
5 »	151—200 »
1 »	250 »
<hr/> 142 »	Streptomycin almışlardır.

Hastalarda kullanılan muhtelif ilaçlar ve sayıları da şunlardır :

10 hastada	Nydravid
44 »	Nicotilbin
91 »	Rimifon
4 »	Antimicina
149 »	almışlardır.

Tedavi müddetleri :

1—2 ay tedaviye tâbi tutulanlar	58 hasta
2—3 ay tedaviye tâbi tutulanlar	51 hasta
3—4 ay tedaviye tâbi tutulanlar	40 hasta
	<hr/> 149

Miktar olarak ortalama kilo başına 3 mgr. hesap edilmiştir.

Bütün hastalar klinik, laboratuvar ve radiolojik bakımdan muntazam ve esaslı bir takibe tâbi tutulmuşlardır.

*
**

149 hastanın muhtelif müddetler iso-nicotinic acid hydrazid ile tedavisinden elde edilen neticeler kısaca şunlardır :

a) Ateşli olan 115 hastadan 87 sinde ateş düşmüş (% 75)

b) Öksürüklü olan 145 hastadan 107 sinde öksürük azalmış ve bertaraf olmuş (% 79)

c) Balgam çıkaran 132 hastanın 110 unda balgam miktar ve sayısı azalmış (% 83) dir.

d) Tedaviye başlandığı zaman 149 hastanın 109 unda basit muayene ve 7 sinde de teksif ile basil müsbet idi ve direkt muayenede müsbet olanların 65 inde Gaffky'nin III.cü derecesi ve ondan yukarı idi. Tedavi sonunda müsbet sayısı 98 olmuş yani 18 hastada (% 15,5) basil menfiye çevrilmiştir. Müsbet olan bu 101 in 62 si direkt'te, 33 ü teksifte ve 3 ü kültürde müsbettir. Görüldüğü gibi tedaviden evvel direkt muayenede müsbet olanların sayısı tedaviyi müteakip ehemmiyetli surette azalmış (109 yerine 62 olmuştur) ve tedavi sonunda direkt'te müsbet olanlar da Gaffky'nin III.cü derecesi ve ondan yukarı olanların sayısı da çok azalmış (65 den 16 ya düşmüş) dür. Bu neticelere göre menfiye çevrilen sayısı az olmakla beraber, basillerin, miktarında aşikâr bir azalma göze çarpmaktadır.

e) 149 hastanın 115 inde iştaha artmış (% 78)

f) 149 hastanın 119 unda umumî hal düzelmiş (% 81)

g) 149 hastanın 113 ünde kilo artmış (% 75) olup hasta başına artma vasatî 3 kilo 519 gr. dir.

Bu artış :

1-2 ay tedavi gören 58 hastanın 39 u kilo almış (% 67), artma vasatîsi 2 kilo 136 gr. dir.

2-3 ay tedavi gören 51 hastanın 58 i kilo almış (% 94) artma vasatîsi 4 kilo 166 gr.

3-4 ay tedavi gören 40 hastanın 32 si kilo almış (% 80) artma vasatîsi 4 kilo 356 gr.

En fazla olarak 53 gün tedavi gören bir hasta 17 kilo 200 gram artmıştır.

h) 149 hastanın 36 sında (% 24) az, çok radiolojik bir iyileşme tesbit edilmiştir.

*
**

Toksik ve tali tezahürler :

Amiloidi bulunan bir hasta müstesna olmak üzere diğerlerinin hiç birinde tedavinin kesilmesini icabettirecek ehemmiyetli toksik bir tezahür görülmemiştir. 19 hastada gelip geçici mahiyette tali tezahürler görülmüştür. Bunlar 5 kişide baş dönmesi 3 ünde reflekslerde artma, 1 inde döküntülü olmak üzere 3 ünde kaşıntı, 1 inde baş ağrısı, 1 inde hafif eosinofili, 1 inde idrarla albüminin artması (Amiloidli vak'a), 1 inde tansiyon azalması, 1 inde artması ve 3 vak'ada da ishal şekilleri müşahede edilmişlerdir. Karaciğer ve böbrek fonksiyonlarında bir tegayyür tesbit edilmemiştir.

(Bu tetkikat müessesemiz mütehassıslarından Dr. Haydar Aksüğürl tarafından yapılmıştır.)

Neticelerin münakaşası :

Beş aylık bir müddet zarfında 149 hastaya tatbik edilen iso-nicotinic acid hydrazid tedavisinden elde edilmiş olan bu neticeler bu mesele hakkındaki ilk tebliğimizi ihtiva eden broşürde vardığımız kanaatleri teyid ettiğinden onları kaydediyoruz :

1) Iso-nicotinic acid hydrazid ateş, öksürük, balgam, mikrop sayısı, iştaha, umumî hal ve tartı üzerine müessir görülmüştür. Bilhassa bu tedaviye tâbi tutulan vak'aların vahameti nazarı itibara alınacak olursa elde edilen neticeler küçümsenmeyecek mahiyettedir.

2) Taze ve yeni vak'alarda, diğer antibakteriel maddelerde de olduğu gibi, daha müsait neticeler alınacağı tahmin edilir.

3) İlâcın Streptomycin'e mukavemet kespetmiş mikroplar üzerine de müessir olması ehemmiyetle nazarı itibara alınacak bir hassa gibi görünmektedir.

4) Mevcut antibakteriellerle kıyas edildiği takdirde elde edilen neticelere göre tesirinin Streptomycin'den daha aşağı ve aşağı yukarı PAS ile aynı ayarda bulunduğu kanaatine varılmıştır (Bu madde yeni bulgulara göre tadil edilmiştir.)

Şimdi de 5 aylık tatbikata göre bunlara ilâve edilmesi icabeden hususları münakaşa edeceğiz.

5) Bir, iki ve üç aylık tedavi görmüş hastalarda alınan neticelerin vasatileri kıyas edildiği zaman tedaviye başlandıktan itibaren ikinci ay nihayetine kadar iyi neticelerin müterakki seyir takip ettiği ve ondan sonra bir duraklamaya ve bazı vak'alarda da gerilemeye başladığı görülmektedir. Bunda müessir olduğunu zannettiğimiz ilâca mukavemet meselesi hakkında yapacağımız tebliğ az çok bunu teyid eder mahiyettedir. Tedaviye başlanıldığı zaman ilk bir ay tedavi edilmiş olanlarla sonradan bir ay tedaviye tâbi olanlar arasında bilhassa iştaha, umumî hal, öksürük ve balgamın azalması gibi ârazda birinciler lehine oldukça bâriz bir fark vardır. Bunu ilk anda harika ilâç adı ile ve büyük bir reklâmlarla ortaya atılan ilâcın hastalar üzerinde yaptığı psikolojik tesire atfedebiliriz. Sonraki bir aylıklarda da alınan neticeler ilâcın normal tesirini göstermektedir.

6) Hülâsa endikasyon olan vak'alarda ve lüzumu kadar kullanılmak şartıyla isonicotinic acid hydrazid Tüberkülozun antibakteriyel tedavileri arasına katılmaya değer müessir ve kıymetli bir ilâçtır.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizyoloji Kl.

Prof. Dr. Nusret Karasu

TÜBERKÜLOZ AMPIYEMİ TEDAVİSİ

Prof. Dr. Nusret Karasu — Dr. Nezihe Enacar

Tüberküloz ampiyemi çok sık görülmesi ve fena akibetleri yüzünden uzun zaman üzerinde çok uğraşmış bir mevzuudur. Çok defa bir tıbbî pnömotoraks komplikasyonu olarak husule gelir. Akciğer tüberkülozunun seyrinde kendiliğinden husule gelmesi çok nadirdir. Spontan pnömotoraks ve plevra insibabının teşkil ettiği zeminde de husule gelebilir. Hatalı yapılan intraplöral veya ekstraplöral pnömoliz de başlıca sebepleri arasındadır. Bunun teşekkül mekanizması ve ampiyem profilaksisi üzerinde durmıyacağız. Kliniğimizde tatbik ettiğimiz ampiyem tedavi usulünden ve aldığımız neticelerden bahsedeceğiz.

Bu güne kadar ampiyem hakkında esaslı bir tedavi mevcut değildi. Ampiyem husulünden sonra az çok kısa bir müddet içinde hastanın fistül, mikst enfeksiyon, amyloidose ve kaşeksi neticesi fena akibeti muhakkaktır. Eski tedaviler ampiyemin tahliye ve plevranın lavajını müteakip boşluğa hava veya gomenollü yağ konulmasına

müstenit usullerdi. Ekseriya nihai safhada açık drenaj ve torakoplasti gibi cerrahi usullere de baş vurulmakta idi. Son senelere kadar bu husustaki neşriyat ve alınan neticeler pek yüz güldürücü mahiyette değildir.

Tüberküloz ampiyemi tedavisinde prognoz, ampiyemin devam müddetine, akciğerde hastalık olup olmadığına, bronkoplöral fistül, göğüs fistülü ve mikst enfeksiyon mevcudiyetine göre tayin edilmektedir.

Kliniğimizde kullanılan tedavi metodu: Bu gün kliniğimizde aşağıdaki metodlarla iyi neticeler alınmaktadır. Tıbbi pnömotoraks esnasında husule gelen ve uzun zaman persiste eden insibaplar ampiyem gibi telâkki edilmekte ve pnömotoraks tahliyesi ile plevra kavitesi önce serotoraks haline getirilerek yavaş yavaş likit tahliye edilmektedir. Halbuki eskiden tüberkülozun cerrahi metodlarla tedavisi muvaffakiyetli olmadığından bu vak'alarda akciğerin kollaps vaziyetine daha çok ehemmiyet veriliyor ve pnömotoraksın mümkün olduğu kadar muhafazasında ısrar ediliyordu.

Plöral likitin bakteriyolojik tetkiki ile mikst enfeksiyon mevcudiyeti tesbit edilirse müessir antibiyotik ve şimik ilaçlarla bertaraf edilir. Bronkoplöral fistül olup olmadığı bleu de metilen % 1 solüsyonundan 5 cc. intraplöral şırıngasından sonra balgamda boya kontrol edilmek suretiyle anlaşılmaktadır.

Saf tüberküloz ampiyemlerde her gün veya gün aşırı lavaajlarla tedaviye başlanır. Tahliye göğüs fistülüne mani olmak için tercihan koltuk altından üç yollu şırınga ile kapalı sistemle hava kaçırmadan yapılır. Lavaaj klinikte serum fizyolojik ile yarı yarıya % 4 bic. de soude solüsyonu ile berraklaşıncaya kadar yapılmakta, arkadan 20 cc. % 4 bic. de soude ile 1 gram streptomycin intraplöral tatbik edilmektedir. Streptomycin asid vasatta müessir olmadığından asid olan plevrayı bu sebepten kalevileştirmeye lüzum vardır. Akciğerin re-expansionunun temini için nakıs 30 dan fazla menfi su tazyiki husule getirilmektedir. Bu da hastada subjektif olarak çekinti hissi yapması ile pratik olarak anlaşılmaktadır. Streptomycin'e ileri derecede rezistan ve kayide pas kullanılabilir. Akciğerin tam açılmadığı yahut açıldığı halde iki plevra yaprağının yapışmadığı vaziyetlerde açılan akciğerde kavite tesbit edilmiyorsa P.P. ve phrenic crush ile teşrik edilmektedir.

Fazla fibrin tavazzuatı sebebi ile akciğerin re-expansionu temin edilemeyen vak'alarda varidase tatbik edilmektedir. Varidase tatbik edilen vak'aları ehemmiyeti sebebi ile başka bir tebliğde arz edeceğiz.

Kliniğimizde 29 tüberküloz ampiyem vak'ası yukarda bahsedilen usullerle tedavi edildi. 15 vak'a tıbbi pnömotoraks komplikasyonu olarak husule gelmiş 2 vak'a bridektomiden sonra 6 vak'a spontan olarak meydana gelmiş 6 vak'ada likit uzun zaman persiste etmişti. Bunlardan 3 vak'a tedaviye devam etmemiştir.

3 tüberküloz ampiyemi vak'ası yalnız tahliye, lavaaj, menfi tazyik ve lokal streptomycin tatbiki suretiyle iyi olmuşlardır.

6 vak'ada ayni tedaviye P.P.

8 vak'ada ayni tedaviye phrenic crush ve P.P. teşriki ile tam şifa bulmuşlardır.

3 vak'ada klasik tedaviye varidase,

3 vak'ada da varidase P.P. phrenic crush teşriki ile tam şifa bulmuşlardır.

3 vak'adan birinde ampiyem kavitesini kapatmak için torakoplasti yapılmış diğer ikisinde klasik tahliye lavaaj menfi tazyik ve lokal streptomycin tatbikile akciğerin re-expansionu temin edilince kavite meydana çıkmış ve 3 seans torakoplasti ile tedavi tamamlanmıştır.

Ampiyemin devam müddeti ile alınan tedavi neticeleri ilişik cetvelde gösterilmiştir.

Hülâsa edilecek olursa: Eskiden yalnız tahliye, lavaaj plöral boşluğu hava veya gomenollü yağ konulmasına müstenit usullerle bir neticeye varmak mümkün olmuyor-

du. Yapılan bu tedavilere rağmen hemen her vak'ada bir resthöhle'nin kalması şifaya mani idi. Bu sebepten tüberküloz ampiyem çok korkulan ve şifası mümkün olmayan bir ihtilâl olarak kabul ediliyordu. Bugün tatbik ettiğimiz tedavi usulleri ile ampiyemi bertaraf etmek mümkün olmaktadır. Kliniğimizde müsait vak'alarda ortalama olarak 3 ay zarfında kati netice alınmaktadır. Bu suretle hem uzviyetin toksik maddelerden kurtarılması mümkün olmakta, hem de plöral kavitenin bertaraf edilmesi ile akciğerin re-expansionu temin edilmektedir. Yalnız bir nokta üzerinde dikkati çekmek istiyoruz; kliniğimizde yukarıda bahsedildiği gibi tahliye lavaj menfi tazyik kalevi ile lokal streptomycin icap ederse varidase tatbikile akciğerin re-expansionunu temin ettikten sonra tedavinin sonunda açılan akciğerde bir kavite olmadığına kanaat getirilince phrenic crush ve P.P. muhakkak teşrik edilmelidir. Bu suretle plevra boşluğu süratle kapanmaktadır. Tedavi edilen 29 tüberküloz ampiyemi vak'asında bu suretle (% 72 nisbetinde) 21 vak'ada tam şifa elde ettik.

Eğer bu konservatif usullerle akciğerin açılması mümkün olmazsa kısmi veya tam dekortikasyon, bronkoplöral fistül varsa veya aspirasyonla açılan akciğerde lezyon meydana çıkarsa duruma göre drenaj, torakoplasti veya plöropnömonektomi gibi cerrahi metodlara karar verilmesi lâzım olduğu kanaatindeyiz.

Tedavi Şekli	Bir senelik spontan ampiyem		Bir seneden fazla süren spontan ampiyem		Bir senelik tıbbi Pnx. sonu ampiyem		Bir sene fazla tıbbi Pnx. sonu ampiyem	
	İyi olan	İyi olmayan	İyi olan	İyi olmayan	İyi olan	İyi olmayan	İyi olan	İyi olmayan
Aspir. lavaj — taz. kalevi ile Streptomycin					2		1	
» + P.P.	1				5			
» + phrenic crush			1		7			
» + P.P.								
» + Varidase	1		1				1	
» + Varidase + phrenic crush + P.P.	1						2	
» + torakoplasti	1							

Not: 3 vak'a tedaviye devam etmemiştir.

REFERANS

Von A. Frisch. Die Klinik der Tüberkülose Erwachsener 1951.

James Cuthberg. Tuberculous empyema. Clinical course and management with a review of 146 cases, The Amer. Rev. of Tub. April 1950.

- T. Holmes Sellors. Modernpractice in tuberculosis V. II.
Morris Rubin - Eli H. Rubin' Disease of the chest with emphasis on x ray diagnose.
Roger S. Mitchell. Artificial pneumothorax. The Amer. Rev. of Tub. August 1951.
Dr. Galip Urak: Doçentlik tezi.
Cuthbert Amer. Rev. Tub. 1950 - 61/5. Ampiyemde erken cerrahî müdahalenin tesiri.
Mathey Rev. Tubare 1950 14/5 - 6. Akciğer rezeksiyonu ihtilâtı ampiyemler.
Staines J. Thoracic Surg. 1950 19/6. Ampiyem tedavisinde alkalinizasyon.
Moulis Rev. Tubare 1950, 14/1 - 2. Ampiyem tüberkülozunda antiğin matilik streptomycin.
Lang Wie. Med. Woch. 1950/100/23 - 24. Pas ile ampiyem tüberküloz tedavisi.
Connally J. Thoracic Surg 1950/16/9. Ampiyemde streptomycin plastik.
Winkelmann Exc. med. 1951/393. Çocukta ampiyem.
Thorklidsen Exc. med. 1951/866. Likit parafin ve % 10 nitrat ile ampiyem tedavisi.
Vaccarezza Exc. med. 1951/878. Ampiyemin pas ve plevra lavajı ile tedavisi.
Brunner Senw. med. Woch. 1950/80/34. Ampiyemin dekortikasyon ile tedavisi.
Piller Tuberkulosearzt 1950/4/10. Bronş fistüllü spesifik piyotoraksın tedavisi.
Lightenstein Die Chest 1948/1812. Tüberküloz ampiyeminde pas.
Vagina Stsen. mad. wschr. 1950/75/31 - 32. Ampiyemin thiosemicarbasonla tedavisi.
Levi Valensi Algeri med. 1950/54/3.
Hahn Beite Klin. Tuber. 1950/103/1. Thiosemi carbosonla çocukta ampiyem ve fitizi tedavisi.
Veconomopoulos. Die Vest 1950 17/4. Direkt pas ile ampiyem tedavisi.
Caccarezza. Pas ile ampiyem tedavisi.
Christensen Acta Tub. Seand. 1950. Streptomycin ile tedavi.
Berard Rev. Tub. 1950/14/9 - 10. Akciğerde rezeksion ihtilâtı olarak ampiyem.

HÜLÂSA

Kliniğimizde tedavi edilen 29 ampiyem Tbc. vak'alarından aldığımız sonuçlara nazaran, tüberküloz ampiyem tedavisinde her gün veya gün aşırı tahliye, lavaj, menfi tazyik, kalevi ile lokal streptomycin, icap ederse uridase tatbikiyle hem uzviyetin toksik maddelerden kurtarılması temin edilmekte, hem de akciğerin reexpansionu temin edilerek ampiyem bertaraf edilmektedir. Açılan akciğerde kavite tespit edilmezse P.P. ve phrenic crush teşriki şifayı mümkün kılmaktadır.

Dr. Ali Galip Soylu:

Tüberküloz ampiyemi bilhassa kontrelektif pneumothorax'ların seyrinde rastlanır.

I. Kontr elektif'in kaviteleri kontrol edemiyen Px. lerin terki.

II. İltisakların dikkatle ayrılması.

III. Px.e tamamen menfi tazyiklerle devam etmek.

Bu komplikasyon asgariye iner.

Ampiyemlerin konservatif tedavisinde bizce (gün aşırı, tahliye, lāvaj, Antibiotikler ve menfi tazyik) aynı teknikle çalıştığımız halde neticelerimiz pek o kadar parlak olmamıştır.

Son iki senede Heybeli sanatoryomunda 122 ampiyem vak'ası tedavi edilmiştir.

Vak'a	Kullanılan ilaç	Şifa nispeti
43	Streptomycine	% 21
46	PAS	% 32
20	PAS+ Strep.+Penicilline	% 40
13	Solvotoben	% 69

Yalnız Prof. Nusret Karasu'nun fikrine iştirak etmediğimiz taraf Serofibrinö epanşmanların bir ampiyem gibi tedavisidir.

Kanaatımıza göre bunları imulioazonar olarak tedavi etmek lâzımdır.

Dr. Hüseyin Settarzade:

Sayın Prof. Dr. Karasu'nun empyeme vak'aları hakkında yaptığı kıymetli tebliğ son zamanlarda Valdebağı Prevanorium-Sanatoriumunda rastladığım interessant bir vak'ayı huzurunuzda zikretmek cesaretini verdi.

Hastamız 20 yaşında bir erkek öğretmendir. İki ay evvel ateşle hastalanmış, servisimize girdiği zaman 39,5° ateşi vardı. Yevmiye (500 cc.) kadar Fötid balgam çıkarıyordu. Yapılan rie grafisinde (No: 3383) sağda 10 uncu kotlar aralığına yükselen seviye ve üzerinde bir hava poşu görüldü. Lökosit sayısı 13,500 bulundu.

Yapılan ponksiyon ile 200 cc. çok koyu, yeşilimtrak fena kokulu pü tahliye edilerek plevra boşluğuna 500 000 ünite Penicillin verildi. Ertesi günü ateş 37,5 a düştü. Tekrar 300 cc. mayi tahliye edilerek bir litre serum fizyolojik ile yıkandı ve plevra cevfine gene 500,000 ünite Penicillin ve 10 cc. Aminacyl verildi ve 400 cc. kadar pneumo yapıldı.

4 üncü gün yapılan ponksiyon ile mayi alınmadı. Yalnız poşa 500,000 cc. Penicillin verildi. Bu mikdar ertesi gün de tekrarlandı. Lökosit sayısı 8,500 e indi. Ertesi gün yapılan radyolojik muayenede pyopneumothorax imajı tamamen silinmiş, yalnız sağ kaidede plevra kesafeti görülmekte idi.

Hastanın umumî hali sür'atle düzelerek hararet üç gün zarfında normale indi, Balgam ikinci gün (250 cc.) iken müteakip günlerde (30) adede ve akabinde iki üç kereye indi ve kayboldu.

Bu aralık hastaya intramüsküler olarak yevmiye 1,000,000 ünite Penicillin ve 1 er gram Streptomycin tatbik edildi.

Hasta elyem servisinde olup, harareti tabii, öksürük, balgam yok, etat generale'ı çok iyi, sikleti onbeş kilo artmıştır.

Précachectique bir halde servisimize giren spontan pyopneumothorax ve broncho-pleurale fistülü olan bu hastanın 5 gün gibi kısa bir zamanda iyi olması beni bu vak'ayı huzurunuzda takdim etmeğe sevketti.

TÜRKİYE'DE HER BİR MİLYON NÜFUS İÇİN BİR VEREM SAVAŞI ÜNİTESİ

Prof. Dr. Nusret Karasu

Verem Savaşı hız aldıkça her ilden dispanser, hastane ve sanatoryom talepleri de artmaktadır. Hastane yapmağa taraftar olanlar dispanserlerin teşhis ettikleri hastaları yatıracak yer bulmanın ilk plânda geleceğini, dispanser taraftarları da iyi bir dispanser fonksiyonu olmadan yalnız halinden şikâyet eden ağır hastalardan bir kısmının bir yatağa yatırılmasının faydasızlığını belirtmektedirler. Hekimlerimiz de verem hastanelerinde bir cerrahi servisin lüzumuna kail oldukları için sadır cerrahisiz ve ameliyathanesiz bir verem hastanesi olmayacağı fikrini ileri sürüyorlar.

Son zamanlarda bazı iyi olmuş veremlilerin dışarda iş yapamamak ve aç kalmak korkusu ile verem hastanelerini terk etmek istememeleri işçi sigortalarının yakında iyi olmuş veremlileri ne yapacağı ve ne işte çalıştıracağını düşünmek mecburiyetinde kalacakları endişesi rehabilitasyon müesseseleri fikrinin olgunlaşmasına yardım etmektedir.

Görülüyor ki meselenin bir tarafı mülâhazası daima eksik kalmaktadır. Ne yalnız dispanser, ne de yalnız hastane veya sanatoryom verem savaşının kâfi bir ilacı olamaz. O halde bütün bu fikirlerin hakkını vermek üzere teşekkülleri tam bir verem savaş ünitesinin tasavvuru zaruridir.

20 milyonun hepsine hitap edecek tam bir ünite idealini daha ileri bırakarak ben bu nüfusun bölümlere ayrılması sureti ile tam bir ünite teşekkülüne yetecek asgari nüfusu bulmağa ve buna yetecek en ekonomik verem savaş ünitesinin bölümlerini, personelini, binalarını, malzemesini ve maliyetini gözden geçirmeye çalışacağım.

Bugün verem savaş ünitesinin ilk kademesi dispanserlerdir. Bir dispanser senede 300 iş gününde günde 150 den ancak 50 bin kişinin taramasını, aşı ve saire kontrolunu yapabileceği gibi memleketimizde ortalama % 1 veremli bulunduğuna göre 500 veremli ile de meşgul olması icabedecektir. Buna göre ortalama ayda 25 iş gününde her gün müracaat edecek hasta adedi 40 kişi olacaktır.

Kadrosu ufak ve yalnız bölgesi için çalışacak bir dispanserin bizde biraz da ayak tedavilerine katılacağı nazarı dikkate alınacak olursa faaliyeti kat'iyen bunun üstüne çıkamaz. O halde her 50 bin nüfus için bir bölge dispanserine ihtiyacımız vardır.

Bu günkü verem ölümlerimiz 100 binde 200 etrafında bulunduğuna göre bu dispanserin 500 hastanın dörtte ve en az beşte birinin daima bir verem hastanesinde tedavide olacağını hesap etmek lâzımdır. Şu hale göre asgari her dispanser için 100 verem yatağına zaruret vardır.

Bu 100 verem yatağına yatacak verem hastaları içinde şu guruplar vardır.

1 — İhtilâtlı primo-enfeksiyonlar 2 — Kan yayımları ve menenjitler. 3 — Ayakta takibine imkân olmayan enfiltrasyonlar, 4 — Müdahalelere hazırlanması lâzım gelenler. 5 — Ayakta tedavilerine devam edilenlerden veya şifa bulduğu zannedilenlerden muhtelif sebeplerle komplikasyon veya reaktivasyona uğrayanlar.

Görülüyor ki bu ilk gurubun yatacağı hastanelerin bir cerrahi servisine ihtiyacı yoktur. Filvaki bunlardan bir kısmı için müteakiben cerrahi müdahalelere ihtiyaç hasıl olacaktır. Fakat aylar sürecek olan hazırlama devresi bir fizyoloji tedavi merke-

zinde yapılacaktır. Tek bir dispanserlik bölgelerde şayet bir bölge hastanesi varsa bu yataklar onlara mülhak bir pavyonda veya bir kısmında fakat daha iyisi müteaddit dispanser için merkezi bir yerde yapılmalıdır. Bu tedavi merkezinin gayet ucuza mal edilmesi zaruridir ve bu yataklar dispanserlere hasredilmiş tedavi merkezleri olmalıdır.

Pavyon ve baraka halinde ve en ucuz inşaat sistemi ile yapılmaları mümkündür.

Beş on dispansere ait bölge yataklarının bir yere toplanması mümkün olduğu yerlerde vak'aların guruplandırılması ve her gurup hekiminin aynı hastaların tedavisinde meleke kazanması esaslı laboratuvarlar tesisi, röntgen aletlerinden de tasarruf imkânı hasıl olduğu gibi bu gurupların yanına daha muntazam binalarda santral, cerrahî, servisleri de yapılabilir.

Şimdi ekseriya yaptığımız binalar bu pahalı santral binalarıdır. Şimdilik buraların cerrahî servisi haline getirilmesi ve bölge dispanserlerinin hastalarına ait pavyon ve barakaların da bunların etrafına dizilmesi mümkündür. Bu ilk hastanelerde tedavi ve hazırlama müddeti ortalama 4 aydır.

Dispanserlerin eline geçecek veremli hastalardan ancak bir kısmı için bilâhara bir veya müteaddit müdahaleye lüzum hasıl olacaktır.

Ankara Veremle Savaş Derneği hastanesindeki tecrübemiz bir cerrahî ekibin yılda ortalama 500 büyük müdahale yapabileceği merkezindedir.

Bölge verem hastanesindeki hastalarda yapılacak frenik, bridektomi gibi müdahalelerin bundan hariç tutulması lâzımdır. Bunlar pek alâ bir kaç günlük yatırma ile yapılabilmektedir. İki cerrahî ekibin devamlı bir faaliyet göstermesi için senede bin vak'anın cerrahî müdahaleye hazır hale getirilmesi ve ortalama iki ay tedavi müddeti kabul edilirse 250 yataklı bir cerrahî servisin bu iki ekip için kâfi geleceği anlaşılmaktadır.

Bu kadar vak'anın hastaların ortalama 4 ay yattığı hastanelerin iki bin yatağından temin edilmesi mümkündür.

Hülâsa olarak bir milyon nüfus için 20 dispanser, 2,000 bin umumî veremli hasta yatağı, 250 cerrahî yatağı zarureti vardır.

Cerrahî ameliyatları ikmal edilmiş hastalarla hastane tedavileri ikmal edilmiş ve tedavileri yoluna girmiş hastalardan ev şartları istirahatı imkân vermeyenlerin, yine pek ucuza mal edilmiş olan istirahat yerlerinde veya sanatoryumlarda 3 aylık bir devreye geçirmeleri zarurî olduğu gibi bu şekildeki müesseselere dispanserlerin primö enfeksiyon vak'alarının ayakta şifa bulması mümkün olan hastaların gönderilecekleri prevantoryomları da katmak lâzımdır.

Bu müesseselerin veremli hasta yatağının beşte biri kadar kabul edilmesi kâfidir. (200 yatak prevantoryom 200 yatakta sanatoryom) buralardaki tedavi müddeti ortalama iki ay hesap edilmelidir.

Bu kademelerden sonra rehabilitasyon müesseseleri gelmektedir. Hastalarımızın büyük bir kısmı ziraatçı ve köylüdür. Köy işlerine dönmesine imkân olmayanlardan bu işe yatkın olanlar uzun müddet hastanede kalarak bir çok işlere göz alışkanlığı hasıl ettikleri nazarı dikkate alınırsa hastane personellerinden ayrılanların yerini işgal edebilecekleri kabul edilebilir. Meslek sahiplerine kendi mesleklerinde memurlara kendi bürolarında hafif bir iş verilmesi, yalnız ağır işçilerin rehabilitasyona tabi tutulması suretile rehabilitasyon nisbeti çok tahdid edilebilir. Yani bir bölge için 100 kişilik bir rehabilitasyon atelyesi kâfidir. Bu atelyelerin fabrikalara ve iş yerlerine mülhak kalması ve bir dispanserin devamlı kontrolunda bulunması rehabilitasyonun muvaffakiyeti için zaruridir.

Gece sanatoryomu halinde olmaları da uygundur

Bu müesseselerin tesis ve işletme masrafları aşağıdaki esaslar dahilinde kalmalıdır.

Tesis maliyeti olarak her dispanser 100 bin Lr. Senelik işletme masrafı	20 bin Lr.
Bir veremli yatağı	2.500 bin Lr. Senelik işletme masrafı 2000dbin Lr.
Bir cerrahî servisi yatağı	6.000 bin Lr. Senelik işletme masrafı 3000 bin Lr.
Bir prevantoryom veya sanatoryom yatağı	2.500 bin Lr. Senelik işletme masrafı 2000 bin Lr.
Rehabilitasyon tesisi için şahıs başına	2.500 bin Lr. Senelik işletme masrafı 1000 bin Lr.

hesap edilmelidir.

Bu fiyatlara personel yetiştirme ve personel maaşları dahil edilmemiştir.

HÜLÂSA

Her bir milyon nüfusa 20 verem dispanseri (50 bin nüfusa bir) iki bin verem yatağı (yüz binde 200 hesabıyla her verem ölümüne bir) 250 yataklı cerrahî servisi (8' verem yatağına bir ve iki cerrahî ekibi bir senelik randımanı hesab edilerek) 200 yataklı bir sanatoryom, 200 yataklı bir prevantoryom ve 100 kişilik rehabilitasyon müessesesi lâzımdır. Bu şekildeki bir verem savaş ünitesinin tesis maliyeti on milyon, işletme masrafı altı milyon liradır. Bu günkü nüfusa göre, Türkiye için tesis müddeti 20 sene ise de verem ölümlerinin en az yarı yarıya azalacağı muhakkak olduğundan 10 ünitenin kifayet edeceği hesap edilerek harekete geçmek mümkündür.

Şu hale göre 10 senede 100 milyon lira tesis masrafı ve 10 sene sonra her yıl 60 milyon lira işletme masrafı göze alınmalıdır.

Bu masraflar 10 sene için şahıs başına tesis masrafı olarak 50 kuruş, işletme masrafı olarak 1953 yılında 30 kuruştan başlamak üzere her sene 30 kuruş artmak suretile 3 liradır. Personel maaş ve masrafları ile yılda şahıs başına 3 Gr. Streptomycine fiyatına muadil olmak üzere 5 liradır. Bir şahsın tedavi maliyeti ise rehabilitasyon hariç 2 bin liradır.

Türkiye'de verimli bir verem savaşı yapmak için bu masrafları göze almağa mecburuz.

Dr. Moiz Berker:

Prof. Nusret Karasu'nun çok enteresan mediko sosyal tebliği için teşekkür ederim.

Hakikaten tebarüz ettirdikleri gibi verem savaş problemi ünite halinde organize edilirse memleket sağlığı bakımından çok hayırlı bir adım atılmış olacaktır.

Halen verem savaşı desorganizedir. Herkes birşeyler yapmak istiyor. Kimisi sanatoryom kimisi dispanser hatta bazıları da prevantoryom yapmak taraftarı, halbuki verem savaşı bir küldür ve muvaffakiyeti, bu savaşa iştirak edenlerin bütün gayretlerinin koordinasyonuna tabidir. Aynı zamanda programı hazırlayacak bilgili ve yeniliklere kolaylıkla intibak eden bir genel idareye ihtiyaç vardır.

Prof. Karasu readaptasyon meselesine çok az temas ettiler. Halbuki fikrimce bu problem çok mühimdir. Artık bütün dünyaca anlaşılmıştır ki bir veremliyi yalnız medikal bakımından tedavi etmek kâfi değil, sosyal bakımdan da tedavi etmek şarttır. Aksi takdirde hasta kısa bir müddet sonra tekrar bir rüşütle karşımıza çıkacaktır, ve bu suretle üç veya dört sene zarfında tedavisi için sarfedilen para, ki 10 bin lira etrafındadır, heba olmuş olur.

Readaptasyon ve reedükasyon mevzuunda halen memleketimizde bir şey yapılmış değildir. İstanbul Verem Savaş Derneği bu meseleyi ele alarak bir program hazırlamaktadır ve ümit ediyoruz ki gelecek kongreye karşınıza müspet neticelerle çıkabileceğiz.

III. İç Hastahkları Kliniği çalışmalarından :

BİR MİYELOSKLEROTİK ANEMİ VAK'ASI

Doç. Dr. Cihad Abaoğlu — Dr. Zişan Saraçbaşı — Dr. Nüvit Tekül

Bugün huzurunuzda takdim edilen vak'a 63 yaşında bir erkektir. Kliniğimize sol hipokondrda şişlik ve ağrı, ileri derecede dermansızlık şikâyetleri ile başvuruyor. Anamnezinde ilk defa 5 sene evvel, bir iki gün süren ateşli bir hastalık esnasında, çağrılan hekim dalağını büyük bulmuş. O zamandanberi dalağının büyük olduğunu bilen hasta birbuçuk ay evvel oradaki kitlenin gittikçe daha büyük bir cesamet kazandığını farketmiş. Nadiren o bölgede künt bir ağrı olurmuş. Ateşi olmamış, fakat son zamanlarda halsizlik ve dermansızlık çok artmış. Öz geçmişinde mühim olarak 15 sene evveline gelinceye kadar senede 3 - 4 defa nüks eden bir sıtması var. Başka bir hastalık tarif etmiyor. Fena itiyatları olarak beş sene evveline kadar arasına alkol almış, sigarayı gençliğindenberi günde, bazen bir, bazen iki paket içermiş. Beden görevleri içinde uykusu muntazam, iştihası yerinde, idrarını, bazı gecede üç dört kerre çıkmak suretiyle, fakat ağrısız ve kolaylıkla yapıyor, defekasyon günde iki defa ve normal. Genel duruma gelince, hasta astenik tipte, adale ve deri altı yağ dokusunda aşikâr erime var, konjonktiva ve müközalar soluk.

Sistem muayenelerinde bizim mevzuumuzla ilgili bulgular şunlardır :

Karaciğer izafi matitesi 5, mutlâk 6 ncı aralıktan başlıyor, kosta kenarını meme hattı üzerinde 4 parmak kadar geçiyor. Sert, düz ve ağrısız. Orta çizgiye doğru göbek üzerine gelmek üzere yukarı dönerek epigastrium yarısını dolduruyor, dalak perkütabl, derin teneffüsle aşağıda fossa iliakada palpe ediliyor. Sert ağrısız ve düz; tam göbek etrafında çentiği ele geliyor. Diğer sistem muayeneleri normal. Şu halde hastanın muayenesinde en mühim bulgu, aşikâr bir spleno-hepato-megalidir.

Laboratuvar muayenelerinde mühim olarak kanda 4400 lökosit, 2.100.000 eritrosit, hemoglobin % 48, index 1,1. Sternal ponksiyona zorlukla muvaffak olundu, iğne sert bir kemik kitlesi ile karşılaştı. Periferik kan, miyelogram ve splenogramın tetkikinde şu neticeler alınmıştır :

Miyelopatik anemilerden olan miyelosklerotik anemide bilinen veya bilinmeyen sebepler tesiri ile kemik iliğinde skleroz ve vazife noksanlığı husule gelmekte, fakat ekstramedüller hematopoez, kemik iliğinin noksan faaliyetini az çok telâfi edebilmektedir. Ekstramedüller hematopoetik faaliyetten dolayı dalak ve çok kerre karaciğer büyümüşlerdir. İçlerinde hematopoetik sisteme ait metaplazi odakları vardır, bu odaklardaki hematopoez kemik iliğindeki kadar mükemmel değildir. Bunlarda, alelacele yapılan kan hücreleri, regülasyon bozukluğundan dolayı, tam olgunlaşmadan muhitte atılmaktadır. Bundan dolayı genç lökositler ve eritrositler seri hücrelerini muhitte görmek kabildir. (Psödölösemik eritroblastoz). Yalnız bu odakların manzarası hemen hemen normal bir kemik iliği görünüşündedir. Lösemilerde olduğu gibi herhangi bir seriyeye ait bir hâkimiyet görülmez. Her cins hücre kemik iliğindeki nisbeti muhafaza eder.

Miyelosklerotik aneminin sebebi bazan multiple miyelom (% 5 nisbetinde) bazan

kemikte karsinom metastazları, fosfor zehirlenmesi, radyoaktif maddeler vs. dir. Bunlara sekonder miyelosklerotik anemi tabir edilmektedir. Fakat çok kerre de patojen âmil tespit edilmemektedir. Bunlara da primer veya essansiyel miyelosklerotik anemi denmektedir.

Vak'amızda da belli bir etyolojik faktör tesbit edilememekle beraber anamnezindeki uzun seneler nüks yapmış malaryayı şayanı dikkat buluyoruz. Nitekim bizden evvel neşredilmiş olan Prof. M. Ş. Yener'in ve Doçent Sermet Ergun'un vak'alarında da, anamnezde, sıtma mevcuttur. Sıtmanın bu tip kan hastalığında etyolojik bir rol oynaması meselesinin her halde daha üzerinde durulması gereken bir problem olduğu fikrindeyiz.

	Muhit formülü	Miyelogram	Splenogram
Retikulum	6	5	8
Mieloblast	4	3	5
Promielosit		2	3
Mielosit	14	3	6
Metamiyelosit	18	21	15
Çomak	28	32	6
Parçalı	8	19	1
Eosinofil	2		
Lenfo.	14	12	37
Plasma hücresi	2	3	2
Ferrata hücresi			1
Megakaryosit			3
Proeritroblast			1
Polik. Erytroblast			5
Orto. »			6
Seroza hücresi			1

Diğer laboratuvar bulguları şunlardır:

Sedimentasyon 1 saatte 30, karaciğerin serolojik testleri (Takata, Kadmiyum, Formol-gel) menfi. Kan proteinleri total 5,8, serin 2,5, globulin 3,30. Protrombin zamanı 15 - 16. Kemiklerin radyografisinde bilhassa uzun kemiklerin spongiozasında aşikâr kesafet artmasıyle birlikte kortekslerinde kesafet azalması yanında fibroblastik tagayyürat tesbit edildi. Böylece hastamızda:

1) Kemik iliğinin hipoplazisine bağlı daha çok kırmızı serinin musabiyeti ile ortaya çıkan anemi yanında muhit kanında genç lökosit ve eritrositlerin görünmesi,

2) Kemik iliği dışında (extramedüller) hematopoetik odakların faaliyeti (metaplazi odakları ihtiva eden hipersplenizm)

3) Osteosklerotik ve osteofibrotik tagayyürat gösteren kemik bulgusu tesbit etmiş oluyoruz.

Bu bulgulara istinaden vak'amızı miyelosklerotik bir anemi olarak kabul ediyoruz. Vak'amızın bir hususiyeti de splenogramda nisbi olarak megakaryositlerin fazla bulunuşudur. (Miyeloz alösemik megakaryositler) miyelopatik anemilerin en ağır tipini teşkil eden miyeloftizik anemide ise panhemositopeni mutlakdır. Ve muhitte hiç oluşmuş genç hücre bulunmadığı gibi dalak ve karaciğer de büyümemiştir. Şu halde ekstramedüller hematopoez vuku bulmamaktadır. Kemik iliğini inhibe eden ve skleroza sebep olan bilinen veya bilinmeyen patojen amil aynı zamanda ekstramedüller hematopoetik organları da inhibe etmekte veya o organlara tenbihin gitmesine mani olmaktadır.

Şüphesiz ki miyelosklerotik anemi ile miyelofizik anemi arasında ara şekiller de mevcuttur. Tam, panhemositopeni tablosu göstermesine rağmen muhitte tek tük eritroblast veya miyelosit bulunan vak'aları bu ara şekillerden saymak gerektir.

Dr. Remzi Kocagil :

İlgilendiğim bir vak'a getirmelerinden dolayı Abaoğlu ve arkadaşlarına teşekkür ederim. Hatırında kaldığına göre vak'alarında:

- 1.— Spleno-Hepatomegali.
- 2.— Anemi ve miyelemi ile müterafık lökopeni.
- 3.— Extra-medullaire hyperplasie.

4.— Splenogramda Eritroblast ve megakaryositlerin mevcudiyeti tesbit edilmektedir. Yukarda telhis edilmiş klinik ve hematolojik tabloya göre vak'aları kronik bir eritroblastozdur. Hafif lökopeni olmasına rağmen «Aubertin-Vaquez» tipinde bir eritroblast olduğu kanaatindeyim. Biz bu sene içinde aynı klinik ve hematolojik tabloda servisimizde iki vak'aya tesadüf ettik ve bunlardan birini mütehassıslar derneğinde takdim ettik.

Dr. Cihat Abaoğlu; Dr. Zişan Saraçbaşı; Dr. Nüvit Tekül (Çevap) :

Vak'amıza gösterdikleri alâkadan dolayı, muhterem meslekdaşımıza çok teşekkür ederiz. Vaktimizin dar olması dolayısıyla miyelogram ve splenogram hakkında mufassal bilgi veremediğimiz için vak'amızın bir eritroblastos olması ihtimali üzerinde durdukları anlaşılıyorsa da; konuşmamızda kısa da olsa gerek kemik iliği gerekse metaplazi odakları hakkında açık malûmat vermiş ve demiştik ki, her ikisinde de herhangi bir lösemiye andıracak hiç bir seri hakimiyeti yoktur, normal hatta hipoplazik bir ilik manzarasındadır. Ayrıca kemik filimlerindeki bulguların da çok karakteristik olduğunu da tebarüz ettirmiştik. Gerek filimler, gerekse diğer laboratuvar muayenelelerine ait diğer hususat daima klinikteki dosyada kendi alâkalarına amadedir.

SEKSIYON C :

27 Eylül 1952 Cumartesi

Saat : 14.30

İstanbul Üniversitesi Hukuk ve İktisat Fakülteleri
VII. No. lu Dershanesinde

Başkanlar : *Ord. Prof. Dr. Ekrem Behçet Tezel*
Dr. Ali Eşref Gürsel

Ankara Tıp Fakültesi Fizyoloji Kliniği
(Şef: Prof. Dr. Nusret Karasu)
Ankara Tıp Fakültesi I. Cerrahi Kliniği
(Şef: Prof. Dr. Kâmil Sokullu)

AKCİĞER TÜBERKÜLOMASI

Doç. Dr. Selâhattin Akkaynak
Dahiliye mütehasısı

Doç. Dr. Galip Urak
Operatör

«Tüberküloza» adı verilen lezyonlar, etrafı bağ dokusundan yapılmış bir kapsülle çevrili, mahdut, çok defa yuvarlak, tümöre benzer, tüberküloz tabiatlı mihraklardır. Akciğerlerden başka mediasten, karaciğer, dimağ, dalak ve diğer organlarda da tüberküloza bulunur.

Tüberküloza anatomo-patolojik olarak, kazeifiye materyelden yapılmıştır, etrafında bağ dokusundan bir kapsülü vardır ; böylece, komşu akciğer dokusundan kesin olarak ayrılır. Ancak aktivasyon zamanında etrafında perifokal infiltrasyon husule gelmesi ile veya kazeifiye materyelin yumuşaması, erimesi ve kapsülü parçalayarak akciğer dokusuna açılması ile komşu nesicte de lezyonlar husule gelir.

Tüberkülozamanın patojenisinde 3 yol vardır :

1 — Post-primer bir infiltrasyonun kazeifikasyonu müteakip kapsüllemesi,
2 — Bir kavernin kapalı kavern haline geçmesi, 3 — bir primer infiltrasyonun kapsüllemesi.

Sükûnet safhasında bulunan tüberkülozalar, hiç bir şikâyet ve ârâzı mucip ol-

mazlar ; ancak radyolojik muayene ile tesbit edilirler. Eskiden nisbeten nâdir görülen bu lezyonlar, son senelerde mass radyografinin geniş bir nisbette tatbik edilmesiledir ki oldukça fazla nisbette görümeğe başlamıştır.

Biz de, Ankara'da, Veremle Savaş Derneği 1 No. lu dispanserinde Temmuz 1952 bidayetine kadar tetkik ettiğimiz 15177 dispanser ve 5817 kutle muayenesinde cem'an 13 akciğer tuberkuoması ve 1 mediyasten tuberkuoması kaydettik.

Akciğer tuberkuomalarından 9 u kadın, 4 ü erkektir. 9 tanesi 10-30 yaş arasında, 4 u de 30-46 yaş arasında bulunmaktadır. Yalnız 2 vak'ada ikişer, diğerlerinde yani 11 tanesinde birer tuberkuoma bulunmaktadır. Ancak burada bir noktaya işaret etmek gerekir ki, kutru 1,5 cm. ve daha yukarı olan tuberkuoz tabiatlı, yuvarlak mihrakları tuberkuoma diye aldık. Kutru daha aşağı olan mihrakların spontan indürasyon veya rezorpsiyonla şitaları mümkün olduğundan bunları tuberkuoma diye adlandırmıyoruz.

7 vak'ada ya bizzat tuberkuomada aktivasyon mevcut veyahutta aynı veya mukabil akciğerde tuberkuoz lezyonu bulunmaktadır.

Tuberkuomalar, ham veya kireçsiz, olgun veya kireçli tuberkuoma diye iki gruba ayrılmaktadır. Vak'alarımızdan da ikisinde kireç radyolojik olarak mevcut. Diğer 11 tanesi ise ham yani kireçsiz bulunmaktadır.

6 vak'ada tuberkuoma, sağ, 7 sinde sol akciğerde. 11 de yukarı loblarda, 2 sinde alt loblarda bulunuyor. Yukarı lobda bulunan vak'alardan birinde segment lokalizasyonu yapılamadı. Diğer 10 vak'anın 5 de posteriyör, 4 de anteriyör, 1 de apikal segmentte, alt lobda bulunanlardan biri sağ dorsal, diğeri sol posteriyör segmentte, bulunuyorlar.

Patoloji bakımından vak'alardan 9 u post-primer vasıftadır. Bunlardan yalnız 1 tanesinin kapalı kaverna vasfında olduğunu sarahaten tayin etmek mümkün olmakta diğerlerinin ise post-primer infiltrasyonlardan menşе almış olmaları muhtemeldir. Geri kalan 4 vak'anın 2 sinde rejyoner lenfa bezlerinin de şiş olması dolayısıyla primer enfeksiyona bağlı olması, ikisinin de primer enfeksiyon gangliyonunun perforasyonu ile yani birer otomatik, andojen, lenf-adeno bronkojen mihrak olmaları muhtemeldir.

Bir vak'amızda bu lezyonu seri radyogramlarla 1949 yılındanberi takip edebilmekteyiz. Bidayette bir fındık büyüklüğünde bulunan mihrak, bu güne kadar iki hecme ile 25 kuruşluk ve nihayet bir gümüş lira büyüklüğünü almıştır.

Bir diğeri vak'a da 1951 senesi 10 uncu ayında soliter bir mihrak halinde görülen tuberkuoma, halen boşalmış ve yerinde badem büyüklüğünde bir kaverna teşekkül etmiştir. Bu iki vak'a, tuberkuomaların muhtemel akibetini göstermektedir ki bu da, mihrak aktivasyonu ile olduğu yerde büyümesi, veya mihrakın eriyerek komşu veya uzak akciğer sahalarına yayım yapmasıdır. Bronkojen yayılma ve kaverna teşekkülü ile soliter mihrak kronik akciğer tuberkuozuna inkilâp eder.

Tuberkuomaların teşhisi tefriki de, bazan oldukça müşkülâtı muciptir. Ve bilhassa periferik tipin akciğer tümörleri, tümör metastazları veya akciğer adenomlarından tefriki zordur. Netekim, bir vak'amızda bütün muayene metodları tatbik edilmiş olmasına rağmen kesin bir teşhise vasıl olunamadı ve adenom şüphesi ile hastaya ameliyat yapıldı. Toraks açıldıktan bütün mediyasten gangliyonlarının zincirleme atake oldukları görülerek ameliyat yapılamadı. Periferik tip akciğer kanserlerinden tefrikte başlıca kriteriyum, tuberkuomalarda kireç tavazzuatı olabilmesi, buna mukabil tümörde olmamasıdır. Ayrıca, tümörlerde hemen daima perifokal bir infiltrasyon bulunur, buna mukabil sükûnet halinde bulunan tuberkuomalar, komşu akciğer dokusundan iyice kabili tefriktiler.

Malign tümörlerin akciğer metastazları ise bidayette tek soliter olsalar bile adetleri sür'atle artarak kabili tefrik bir duruma girerler.

Sıra No.	Adı ve Soyadı	Cinsiyeti	Yaşı	Tüberkülozün adedi	Aktif olup olmadığı	Kireçlenip kireçlenmediği	Lokalizasyonu		Menşei			Düşünceler
							Lob	Segment	Pri-mer infl.	Postprimer infl.	Ka-vern	
1	L. E.	Kadın	25	1	*	Menfi	Sol yu.	Post.			*	
2	T. F.	»	27	1	*	»	Sol yu.	Post.		*		
3	Ş. A.	»	27	1	*	»	Sağ alt	Post.		*		
4	H. M.	»	38	1	Menfi	»	Sol yu.	Ant.		*		Pnx. tedavisi altında teşekkül etmiştir.
5	P. T.	»	44	2	*	»	Sol yu.	Post.		*		
6	S. T.	»	35	1	*	»	Sol yu.	Ant.		*		
7	S. Ç.	Erkek	46	2	Menfi	*	Sol yu.	Ant.		*		Pnx. tedavisi altında teşekkül etmiştir.
8	O. İ.	»	15	1	*	Menfi	Sol yu.	?	*			Servikal lenfadenopati
9	S. E.	Kadın	11	1	Menfi	»	Sağ yu.	Apikal	*			
10	S. E.	Erkek	20	1	»	»	Sağ yu.	Ant.		*		
11	A. D.	Kadın	12	1	»	»	Sağ yu.	Post.	*			
12	İ. P.	Erkek	22	1	»	»	Sol alt	Apikal		*		
13	F. C.	Kadın	11	1	*	»	Sağ yu.	Post.	*			

Tüberkülozların tedavisi bahsinde, noktayı nazarlar değişiktir. Bunlarda anti-biyotik tedavisi ve kollaps tedavi metodlarının hiç bir değeri bulunmadığı kat'iyetle sabit bir keyfiyettir. Kireçli tüberkülozlarında tamamen konservatif hareket etmek, hastayı kontrol ve müşahede altında bulundurmak en makbul hareket tarzıdır. Buna mukabil kireçsiz, ham tüberkülozların akibeti daha ciddidir. Umumiyetle post-primer infiltrasyonlardan iştikak eden bu mihraklar, kararsız bünyeye sahiptirler; gerek lokal aktivasyona ve gerekse ekskave olarak yayım yapmağa müstaittirler. Ayrıca bunların periferik tip kanserlerden tefrikleri de gücdür. Bu sebeplerdendir ki, bu gün umumiyetle bu tip tüberkülozlarında rezeksiyon yapılması kanaati hakimdir.

Literatür

- 1 — Chadourne, P. - Renault, P. - Duchet-Luchaux, R. - Ionannou, J. - Pinelli, A.: Tuberculomes et noyeaux Caséeux persistants. Rev. Tbc. 1952, 4-5.
- 2 — Clifford, F. - Storey and Harold, A. : Tuberculoma of the mediastinum, The A ; Rev. Tbc. 1951, 64.
- 3 — Culver, G.J. - Concannon, I.P. - MacManus, I. : Pulmonary tuberculomas. The J. Th. Surgery. 1950, 5, 798.
- 4 - - Moyes, E.N. : Tuberculoma of the Lung. Thorax, 1951, 6, 239.
- 5 — Krauss, H. : Die Tuberkulose. Deist-Krauss ; 1951.
- 6 — Pugh, O.L. - Jones, E.R. - Martin, W.J.: Tuberculoma of the Lung Tubercle, 1952, 6.
- 7 — Radenbach, K.L. : Grosse solitaere tuberkülöse Rundherde (Tuberculome) der Lunge. B.Kl.Tbc. 1952, 106/6.
- 8 — Wurm, H. : Kollapstherapie der Lungentuberkulose. Hein-Kremer-Schmid 1938.

HÜLASA

I — Ceman 21004 hastane ve dispanser vakayii ile kütle taramalarında 13 akciğer ve 1 mediasten tüberkülozması tesbit edilmiştir.

II — Tüberküloz, en fazla postprimer infiltrasyonlardan meydana gelmektedir.

III — Tüberküloz, gerek teşhis ve gerekse tedavi bakımından kendilerine has özellikler göstermektedir ki bunlara kısaca temas edilmiştir.

Dr. Siyami Ersek :

Topladıkları enteresan tüberküloz vak'alarından dolayı Doç. Dr. S. Akkaynak ile Doç. Dr. G. Uruk'ı tebrik ederim. Bilhassa akciğerde diğer tüberküloz lezyonu belirtileri mevcut olmadığı zaman akciğer tüberkülozlarının teşhisi ve ayırtıcı teşhisi hakikaten fevkalâde güctür. Ekseriya yuvarlak, massif bir kesafet halinde görülen ve başka hiç bir klinik ârâz vermeyen bu lezyonlar bir çok akciğer lezyonları ile kolaylıkla karışabilir ve çok zaman da kesin teşhis ya devamlı kontrol veya exploration ile kabildir. Sosyal durum nazarı itibare alınrsa; esasen tüberkülozmanın karışabileceği hastalıklarda da cerrahî müdahale endikasyonu mevcut olduğundan; bu şüphe mevcut olan hallerde en doğru tarzı hareket vakit kaybetmeden ameliyattır. Tüberkülozların akibeti nazarı itibare alınrsa şüphesiz en makûl hareket tarzının rezeksiyon ile

hastalıklı bölgenin çıkartılması olduğu anlaşılır. Biz sol akciğer alt fussy dorsal segmenti ile üst fus postero-lateral segmentini işgal eden bir tüberküloma vak'asında pnömektomi ameliyesi yapmağa muvaffak olduk. Pnömektomi'den geriye kalan boşluk ; organize hematome ile dolmuştur. Hasta bir senedenberi devamlı kontrolümüz altındadır ve her bakımdan tam şifaya ulaşmıştır. Bu vak'alar gösteriyor ki akciğer tüberkülomalarında cidden en doğru hareket hastalıklı akciğer bölgesinin rezeksiyonudur.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziyoloji Kliniği
(Direktör: Prof. Dr. Nusret Karasu)

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İnci Cerrahi Kliniği
(Direktör: Prof. Dr. Kâmil Sokullu)

İYİ NETİCE ALINAN 40 TORAKOPLASTİ VAK'ASI

Doç. Dr. Galip Ural

İki sene zarfında Ankara Tıp Fakültesi Fiziyoloji ve aynı zamanda Cerrahi Kliniğinde yapılan torakoplasti vak'aları az olmakla beraber çok iyi neticeler vermiştir. Bu küçük seride 40 vak'a vardır. Bunlardan 8'ine I. inci Cerrahi, 32'sine Fiziyoloji Kliniğinde müdahale edilmiştir. Yapılan müdahale adedi cem'an 104 stejçidir. Bunlardan bir vak'aya iki taraflı torakoplasti, diğer bir vak'ada da bir tarafa ekstra-plöral mukabil tarafa torakoplasti yapılmıştır.

Postoperatif olarak bir vak'a kayb edilmiştir.

Failure olarak kabul ettiğimiz vak'a da ameliyatın ikmalinden sonra kavitenin açık kalması değil, yayım dolayısıyla müteakib stejçilerin durdurulması husule gelmiştir.

Kliniğin teşekkülü esnasındaki imkânsızlıklar dolayısıyla, bidayette bazen uyulması icab eden klasik endikasyon ve şartlar haricine çıkmak mecburiyetinde kaldık. Buna rağmen netice, bir tanesi müstesna, fevkalâde memnuniyet verici oldu.

Bu seriye kronik ampiyem, genişlemiyen akciğer vak'alarında yapılan pnömektomiye tefrik edilen torakoplastiler dahil edilmemiştir. Bu vak'aların bir kısmı iki seneye yakın bir zamandanberi takip edilmesine rağmen diğer bir kısmı henüz yeni vak'alar olduğu için geç neticeler hakkında henüz bir şey söylenemez. Biz daha ziyade burada erken neticeleri tetkik edeceğiz.

İyi netice olarak kavitenin ameliyatı müteakip kapanmasını ve basilin menfi olmasını kabul ettik.

Yalnız iki vak'amızda postoperatif yayım görülmüştür. Bunlardan bir tanesinde aynı tarafta, diğerinde mukabil tarafta idi. Birincisinde yayım birinci stejçi müteakip husule geldi ve diğer stejçiler ikmal edilemedi. Bu vak'ada antibiyotik ve pnömoperituvan ile yayımı kontrol altına alarak bir müddet sonra ön torakoplasti ve Maurer drenajile halen basil menfi bir hale getirilmiş ise de el'an kavite kapanmamıştır. İkinci vak'amızda yayım kısa zamanda kontrol altına alınarak stejçilere devam edilmiş, kavite kapanmış, basil menfi olmuştur.

Serimizin tek postoperatuvar vak'asını 35 yaşında M.Y. teşkil etmektedir. Esa-

sen (Poor risk) olan bu vak'ada apikal leziyon için iki steycde 6 kosta rezeksiyonu ile bitirilmek istenmiş, fakat alınan tedbirlere rağmen paradoksal teneffüse mani olunamamış ve hasta kaybedilmiştir.

40 vak'adan 10 u kadın, 30 u erkektir. Bu netice deformite husulü korkusile bil-hassa genç kadınların bu tedavi şeklini red etmelerinden husule gelmektedir.

En yaşlı vak'amız 53, en genç vak'a da 19 yaşındadır.

Vital kapasitesi en düşük vak'a 1300 olarak tesbit edilmiştir. Biz vital kapasiteye büyük bir ehemmiyet atfetmekteyiz. Vak'alarımız arasında vital kapasitesi düşük görünen vak'alarda ameliyatı müteakip en ufak bir dispne alâmeti dahi görülmediği halde vital kapasitesi normale yakın vak'aların bir kısmında hastalarda ehemmiyetli derecede dispne müşahede ettik ve bazılarına uzun zaman oksijen inhalasyonu mecburiyeti hasıl oldu. Bundan dolayı vital kapasite hakkında şüphelendiğimiz takdirde hafif bir ekzersiz yaptırıyoruz. Dispne alâmetleri gözükürse bu gibi vak'aları ameliyat için uygun addetmiyoruz.

Bizce sedimantasyonda mühim olan nokta oldukça uzun zaman stabil, yani aynı seviyede kalmasıdır. İnen bu sedimantasyonda da çıkan gibi beklemek icab eder. Buna mukabil yüksek bir sedimantasyon aynı seviyede kaldığı ve hastanın derecei harareti, kilo kaybı olmadığı takdirde torakoplastiye bir kontr endikasyon teşkil etmez. 100 sedimantasyonlu bir vak'ada sol apeksde bir dev kavite olduğu halde müdahale ettik ve postoperatif devre fevkalâde geçti ve birinci steycden 10 gün sonra basil menfi oldu.

Tablo I de gösterildiği gibi; Vak'alarımızın dördünde daha evvel Maurer kavernostomisi yapıldığı için esasen basil menfi iken müdahale edilmiştir. 14 ünde birinci steyci, 13 ünde ikinci steyci, 7 sinde üçüncü steycden sonra onbeş gün zarfında menfi olmuştur. Basilin balgamdan geç kaybolduğu vak'ada bu müddet üç aya çıkmıştır. Müsbet kalan diğer vak'a yayım dolayisile ameliyatı ikmal edilmemiş olan vak'adır. Bütün vak'alarda homojenizasyon yapıldıktan sonra karara verilmiştir.

TABLO: I.

Basilin menfi olma müddetini gösterir cetvel.

Müddet	Torakoplastiden evvel	I.inci Steycden sonra	II.inci St.den sonra	III.üncü St.den sonra
Vak'a adedi	4	14	13	7

Cetvelin devamı

Müddet	Geç menfi olan	Müsbet kalan
Vak'a adedi	1 (üç ay)	1

Vak'alarımızın hepsinde aynı teknik tatbik edilmiştir. Bu vak'a kullandığımız tekniğin teferruatından bahs etmeyeceğiz. Ancak ana hatlarla mühim olduğu kanaatinde olduğumuz bazı hususlar üzerinde duracağız.

Az steycli ameliyatlardan mümkün olduğu kadar içtinab etmekteyiz. Bu şekil ameliyatlar hastalar tarafından zor tolere edilmektedirler. Serimizin tek kaybı olan vak'ada iki steycde ameliyatı ikmal etmek istediğimiz için ikinci steycde 3,5 kosta re-

zeke ettik ve paradoksal teneffüse, aldığımız bütün tedbirlere rağmen, mani olamadığımızdan hastayı kaybettik. Apikoliz yapılmadığı takdirde bu vaziyet kısmen daha az olursa da bu takdirde de muvaffakiyet şansı çok azdır.

Vak'alarımızın hepsinde apikoliz yapılmıştır. Biz bütün vak'alar apikoliz yapılması taraftarıyız ve şimdiye kadar yapmış olduğumuzda muvaffakiyetsizliğe uğramamızı da buna atfetmekteyiz. Bu seride yapılan apikolizlerin büyük kısmı ekstra fasiyal apikolizi tercih etmekte ise de burada kanama evvelkine nisbetle fazla olduğundan ve muhtelif sebeplerden dolayı arzu edildiği şekilde kan nakli kabil olmadığından, çok kere ekstra-plöral bir sıyırma ameliyesiyle iktifa edilmektedir. Ancak ekstra plöral sıyırma priplöritis dolayısıyla müşkül olduğu vak'alarda keskin diseksiyon ile ekstra-fasiyal sıyırma yapılmaktadır. Fibrotik doku dolayısıyla, apikoliz yapıldığı takdirde dahi apeksin çökmiyeceğini kabul ettiğimiz vak'alarda belki arzu edilen kollaps olmayacaktır. Fakat hiç olmazsa akciğeri teneffüs esnasında, yukarıdan skalenlerin, aşağıdan diyafragmanın çekici tesirinden, dolayısıyla travmadan kurtarmış olacağız. Apikoliz yapılmadan konsantrik bir kollaps yani drenaj bronşunun kapanmasını temin edecek bir tesir yapılmaz. Yalnız kostaların çıkarılması ancak yandan bir tesir icra eder. Bu ise kavitenin drenaj bronşunun kapanmasını temin edecek tesiri her zaman sağlayamaz. Apikolizin müessir olabilmesi için mediyaften üzerinden, sağda vena azygos'a, solda aortik arküse kadar indirilmesi lâzımdır. Bu ameliye sırasında interkostal bantların arka nihayetlerini kestiğimiz gibi ilk iki bandın ön kısımlarından da keserek kollapsın daha müessir olmasını temin ediyoruz. Her vak'ada ikinci steçde bu sıyırma ameliyesini yapmakla beraber kavite üst lobun posteriyör segmentinde olduğu takdirde ikinci steçde de Semb mesafesini açarak sıyırmayı daha aşağı indirmekteyiz.

Apikolizden sonra husule gelen semb mesafesini serum fizyolojik ile doldurarak hem apeksin daha ziyade basılması temin edilmekte, hem de paradoksal teneffüsün husulüne kısmen mani olunmaktadır.

Dikkat ettiğimiz noktalardan biride dördüncü kostanın bütün imtidadında rezeksiyondur. Anatomik vaziyet göz önüne alınırsa göğüs adeta dördüncü kostaya asılmış bir durum göstermektedir. Binaenaleyh iyi bir kollaps ancak bu kostanın tam rezeksiyonu ile kabil olur.

Hiç bir vak'amızda transvers prosesüstü rezeke etmedik. Apikoliz yapıldığı takdirde bunun lüzumlu olduğunu zannetmiyoruz. Bu suretle deformite daha az olmaktadır.

Kostaların arak uçlarını dezartiküle ederek yalnız başı kalacak şekilde rezeke ediyoruz. Esasen apikoliz yapılmış olduğundan göğüs duvarı tamamen paravertebral gutiyere kadar itilmiş olduğundan burada bir mesafenin kalması mevzu bahis olamaz. Periosttan bir rejeneressans başlasa bile bu kostanın bazı hizasından olacaktır.

Tansiyon kavitelerinde torakoplastiye hazırlık olmak üzere kavernostomi yapmaktayız. Biz Kavernostomiye ancak yardımcı bir usul olarak kabul ettiğimiz için bilâhare yapacağımız torakoplastiyi düşünerek evvelâ anteriyör bir steç yaparak I inci ve II inci kostaların önden yarılarını sternuma irtikâz noktalarından itibaren rezeke etmekteyiz. Erken rejeneressansa mani olmak üzere kosta yataklarına % 10 formalin sürüyoruz. Yara tamamen kapandıktan sonra buradan kavernostomi yapmaktayız. Basil menfi olup drenaj bir müddet devam ettikten sonra kaviteye lipiodol zerk ederek drenaj bronşunun açılıp açılmadığını tetkik ediyoruz. Eğer bronş açık ise torakoplastiye başlıyoruz.

Şayanı dikkat bir netice de yukarda tarif ettiğimiz teknik ile yapılacak bir torakoplastinin dev kavitelerde müessir olabileceğidir. Evvelce tebarüz ettirmiş olduğumuz gibi kliniğin ilk kuruluşu sıralarında teknik imkânsızlık dolayısıyla, bu kavitelerde her

nekadar lobektomi daha müreccah bir usulü ameliye ise de, torakoplasti yapmak mecburiyetinde kaldık. Dört vak'amızın dördünde de kaviteler kapandı ve basil menfi oldu.

Henüz karar vermek erken olmakla beraber bir seneyi tecavüz eden vak'alarımızda, bir kaçı müstesna, büyük bir deformite husule gelmedi. Bilhassa kadınlar ameliyatı müteakip derhal gösterilen hareketleri harfiyen yaptıklarından giyindikleri zaman en ufak bir şekil bozukluğu dahi göstermemektedirler. İyi bir fizik tedavi ile bunun daha da azaltılması kabildir.

HÜLÂSA

Takriben iki sene zarfında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziyoloji kliniğine bağlı V.S.D. hastahanesinde ve İnci cerrahi kliniğinde yapılan iyi netice alınmış 40 torakoplasti vak'ası incelenmiş, hususiyetleri tebarüz ettirilmiş, teknik münakaşa edilmiştir.

Op. Dr. Ahmet Erbelger:

Arkadaşımız Galip Beyin çalışmalarına teşekkür ederiz. Torakoplastilerin tekniği hakkında tamamen hemfikiriz. Zaten teknik torakoplastide 70 senedenberi hep iyiyi aramış ve artık bugün kemâle ermiştir. Yalnız ekstrasfasyal poşa fizyolojik serum yerine cidarlardan kan ve serum sızmasını tercih ederiz. Bu hematik plombaj 2 inci seansta zaten kaldırılacak ve reeye tedricen artan elâstik bir kompresyon yapacaktır. Kadın, erkek hastalar arasında ameliyat miktarlarında fazla fark görmüyoruz. Deformiteye gelince: iyi teknikle, paravertebral adalelerin kesilmemesi ve processus transversusların bırakılması ve ameliyattan sonra iyi bakım ve jimnastik deformasyon yapmıyor. Hastalarımız arasında gönüllü topçu erliği yapan vardır. Apikolizle zirveyi indirmek ve drenaj bronşunun kapanmasına yardımcı olarak 1 senedenberi kavernin mevkiini göz önünde tutarak apeksi ipek sütürlerle gömmekteyiz. Burada hedef drenaj istikametinin aksi istikamette ree zirvenin tespitidir. Neticeleri ileride neşredeceğiz. Vital kapasite ve respiratuvar fonksiyon için spirometrik muayene O₂ konsomasyonu, merdiven tecrübesi ve (apne volonter) ile hastayı tetkik ederiz. Eskiden 1100 cc. ün altında kalan kapasite vitalde kontrendikasyon bulurken bugün diğer tecrübeler müsait netice verirse 900 c.c. ile dahi ameliyat yapıyoruz. Torakoplasti seanslarına inanıyor ve iki ameliyat arasında 3 haftalık bir müddet bekliyoruz. 1947 yılının 3 üncü ayından 1952 yılı başına kadar Heybeliada Sanatoryomunda 400 torakoplasti yapılmıştır. Yirmi kadar koltuk altı ve ön plâstik ile bu sene yapılan 44 vak'a istatistiğin sıhhati bakımından bu rakkamın dışında bırakılmıştır.

Aldığımız neticeler şöyledir:

Vak'alar % 78, klinik, radyolojik ve bakteriyolojik olarak şifa bulmuştur. Her hastaya homojenizasyon, ekserisine kültür muayenesi ve tomografi yapılmıştır.

Operatuar ölüm % 1,75 dir, bunun % 1 i operatuar şok ve % 0,75 mediastino respiratuar ihtilâtlâ kaybedilmiştir. Hastaların ailelerinden yapılan ankette evlerinde 12 hastanın % 3,3 vefat ettiğini öğrendik.

- 1 hasta Ameliyattan 1,5 sonra alt lobda spontan pnömotoraksla,
- 2 hasta Menenjit tüberkülozdan,
- 2 hasta Anî ve sebebi izah edilemeyen şekilde,
- 1 hasta Arterit diabetikle,

- 1 hasta Ameliyattan 6 ay sonra iki taraflı spesifik yayınlı,
 - 1 hasta Ameliyattan 3 ay sonra kalp hastalığı ile,
 - 4 hasta Rezidüel kavernlerinin yeniden tedavisini müteakip kaybedilmiştir.
- Alınan neticelerden memnunuz ve daha bugün için memleketimizde bu ameliyenin verem cerrahisinde mühim mevkiine inanıyoruz.

Dr. Siyami Ersek:

Başarılı vak'alarından dolayı sayın Doç. Dr. Galip Urak'a tebriklerimi takdim etmek isterim. Bugün akciğer tüberkülozunda en iyi kollaps metodu şüphesiz ki torakoplastidir. Seçilmiş vak'alarda iyi bir teknikle yapılan vak'alarda torakoplastinin sağladığı iyi sonuçları hiç bir kollaps usulü sağlayamamaktadır. Heybeliada Sanatoryomu'nun torakoplastilerden sağladığı sonuçları arkadaşım Dr. Ahmet Erbelger takdim ettiler. Biz yalnız bir iki noktaya temas etmek istiyoruz.

Dr. Galip Urak gibi biz de vak'aların seçilmesinde vital kapasiteye fazla önem vermemekteyiz. Bizce bundan daha önemli olan apnée volontaire'dir. Apnée volontaire'i 15 saniyeden fazla olan buna mukabil vital kapasitesi 900 - 1000 cc. olan vak'lara 2 seans thoracoplastie yaptığımız çöktür.

Teknik hususunda Dr. Galip Urak ile tamamiyle hemfikir bulunuyoruz; biz de aynı tekniği kullanmaktayız. Her vak'ada kabilse sağda azygos vena, solda arcus aortae'ye kadar apikoliz yapıyoruz ve apikoliz yapılan bu vak'alarda da deformation ihtimalini azaltmak için processus transversus'ları çıkartmayı lüzumlu görmüyoruz.

Bizce alt lob dorsal segment kaviteleri torakoplasti endikasyonları dışında kalmaktadır. Bu gibi vak'alarda ekstraplöral pnömotorakslardan daha iyi netice temin etmekteyiz.

Torakoplastilerden sonra rest kavite teşekkülü ihtimalini azaltmak için seanslar arasındaki fasılanın 15 - 20 günden fazla uzatılmamasına büyük önem verilmelidir.

Gaint kavitelerle tension kavitelerinde ön torakoplastiye lüzum görmeden Monaldi drenajı ve bilâhare torakoplasti yapıyoruz. Yalnız bu vak'alarda pnömotoraks denemelerinin defaatla menfi olması şarttır. Gaint kavitelerle tension kavitelerinde evvelâ cavernostomie, müteakiben torakoplastiden sağladığımız sonuçlar fevkalâdedir. Cavernostominin torakoplastisiz yalnız başına müessir bir tedavi usulü olduğuna inanmıyoruz.

Doç. Dr. Galip Urak (Cevab):

Arkadaşlarımın tebliğim hakkında göstermiş oldukları alâkaya çok teşekkür ederim.

Biz her vak'ada ikinci seansta «Semb» mesafesini açmıyoruz. Bundan dolayı orada biriken kanı boşaltmamız kabil olmuyor. Bundan başka serum fizyolojisi orada birikecek kandan daha büyük bir kitle halinde koymak kabildir. Bu suretle bu sıklet altında daha iyi bir baskı sağlanabilir. İlk serum fizyolojik kanamayı da kısmen azaltacağından paradoksal teneffüse mani olmak üzere tercihen serum fizyolojik kullanıyoruz. Bilhassa ikinci seansda apikoliz yaptığımız vak'alarda paradoksal teneffüse daha fazla rast geldik. Bu vak'alarda bilhassa serum fizyolojik kullanmakta ısrar ediyoruz, zira bunun çok faydasını gördük.

Siyami bey arkadaşım her halde beni yanlış anlamış olsalar gerek. Ben dorsal loblarda torakoplastiden bahsetmedim. Üst lobun posteriör segmenti dedim. Dorsal lob kaviteleri torakoplasti için bir kontr endikasyon teşkil eder. Ancak dorsal lob kavitesi

ile birlikte üst lobda da kavite olursa bu takdirde pnömomektomiden evvel ekstensiv bir torakoplasti denenebilir. Bunda muvaffak olunursa hasta pnömektomiden kurtulmuş olur. Ademi muvaffakiyet halinde pnömektomiye müteakib yapılması icab eden torakoplasti daha evvel yapılmış olur. Halen böyle bir vak'aya müdahale etmiş bulunmaktayız, 10 kostalık geniş bir torakoplasti yaptık. Basil menfi oldu, fakat kaviteler henüz kapanmadı. İcab ederse bu hastaya pnömektomiye bil'ahara yapacağız.

Seanslar arasındaki fasılayı onbeş gün olarak bırakıyoruz. Eğer I inci seansdan sonra hastaya kan nakli kabil olur da anemisi tashih edilirse bu fasıla on güne de inebilir.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziyoloji Kliniği
(Direktör: Prof. Dr. Nusret Karasu)

TB. DA P. P. TEDAVİSİNDEN ALDIĞIMIZ SONUÇLAR

Dr. Ragıp Üner

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziyoloji kliniğinde bir gün umumî bir viziteden sonra profesör bize şöyle bir sual sormuştu :

— Tb. tedavisinde elinizde ancak iki vasıta kalmış olup bunlardan birisi Streptomisin diğeri P. P. olsa bunlardan yalnız birisi ile hastaları tedavi etmeğe mecbur kaldıysanız hangisini tercih ederiniz? bütün arkadaşlar müttefikan cevap verdik.

— P. P. yi tercih ederiz.

Hakikaten Ankara Tıp Fakültesi Fiziyoloji kliniğinde ve Ankara veremle savaş derneği hastane ve dispanserlerinde P. P. dan aldığımız tedavi neticelerine bakılırsa P. P. in akciğer tbc. tedavisindeki değeri çok üstündür. Diğer tedavi usulleri ve cerrahi müdahaleye yardımcı olarak kliniğe giren P. P. in tek başına dahi bir şifa metodu olduğu söylenebilir. Hastanemizin ilk açılışında Px. lı hastalar % 75 - 80 P.P. lı hastalar % 20 - 25 nisbetinde iken bugün bu durum tamamen aksine olmuş ve P. P. lıların nisbeti % 80- 90 kadar çıkmıştır.

P. P. akciğer veremi tedavisinde ilk defa 1931 senesinde Banayi tarafından tatbik edilmiş, Fremel 1936 da P.P. ye frenik felci ilâvesini tavsiye etmiş ve o tarihten itibaren P. P. bütün dünyada ve bilhassa Amerikada kitle halinde tatbik edilmeğe başlanmıştır.

Fiziyolojik olarak P. P. ihtiyat ve residüel havayı azaltır. Fakat komplimanter hava üzerine tesir etmez. Bu sebepten vital kapasiteyi fazla nisbette düşürmez. Bir çok nefes darlığı çeken hastaların 3 - 4 haftalık tedaviden sonra nefes durumlarının düzelmesini beyan ettiklerini çok defa gördük.

P. P. çok kolay ve külfetsiz olarak yapılması, komplikasyonlarının nadir olması, tatbik esnasında şok ve kollaps gibi hadiselerin vukua gelmemesi ve fena tesirlerinin hemen yok denecek kadar az olması, akciğerde husule getirdiği kollaps ile birlikte, muhtemelen vejetatif sinir sistemi üzerine olan tesiri ile kısa zamanda gerek tb. lezyo-

nu ve gerekse kavern üzerine müessir olması dolayısıyla kliniğimizde çok tatbik edilen bir metod olmuştur.

Tıp Fakültesi Fiziyoloji Kliniği ile Ankara Veremle Savaş Derneği hastane ve dispanserlerinde bugüne kadar P. P. yapılan hasta adedi 579 dir.

İlk zamanlar P. P. bilhassa kaide lezyon ve kavernlerinde tatbik edilmekte idi. Hatta bazı memleketlerde kimografik tetkik ile diyafragmanın çekici tesirinin zirveye kadar intikal ettiği tesbit edildikten sonradır ki yukarı lob süreçlerine de tatbik edilmektedir. Fakat Anglo-Amerikan literatüründe de kaydedildiği veçhile biz bu yola sapsmadan P. P. nı bütün yukarı ve alt lob süreçlerinde tatbik ettik. Aldığımız bu neticeleri kısaca arzedeceğim:

1 — Yüksek ateş ve ahvali umumiye bozukluğu ile müterafık olarak seyreden tek taraflı pnömonik kazeöz vak'alar.

Bunlardan 51 kişiye P. P. tatbik edilmiştir. Antibiyotiklerle teşrik edilmek suretile tedavi edilen bu hastalarımızda başka bir tedavi usulüne lüzum hasıl olmadan aşikâr iyilik temin edilmiştir.

2 — Px tedavisi yapılması mümkün olmayan ve kutru 4 cc. den büyük kavernli hastalardan 131 kişiye P.P. yapılmıştır. Bunlardan 80 hastada (% 61) 6 ay içinde kavern kaybolmuştur. 13 hastada (% 9) kavern halini muhafaza etmiş, 5 hastada (% 3.8) akciğerde atepektazi teşekkül ettiği için tedavi bırakılmış, 1 hastada diyafragma fitki husule gelmiş, 31 vak'ada kavern küçülmüş ve bunlar diğer kollaps metodlarına hazırlanmıştır. Bu vak'aların neticelerini takip etmekteyiz.

3 — Cerrahi müdahaleye hazırlayıcı olarak 62 kişiye P. P. tatbik edilmiştir. Kavern etrafında veya akciğerin diğer muntıklarındaki yayımların silinmesinde P. P. çok faydalı olmuş, antibiyotiklerle P. P. nin müşterek tesirleri sonucu bu hastaların % 82 si ameliyata gönderilmiştir.

4 — Yüksek ateş ve ahvali umumiye bozukluğu ile müterafık olarak seyreden iki taraflı pnömonik kazeöz form vak'alar... 47 kişiye P.P. yapılmıştır. Bu vak'alarımızdan % 75 inde P. P. dan sonra bariz bir iyilik elde edilmiştir.

5 — P. P. dan en iyi sonuç aldığımız vak'aların başında tb. hemoptizileri gelmektedir. Biz 26 hemoptizili hastayı P. P. ile takip ettik. Bunlardan ikisi fudruyan bir şekilde idi ve ikisi de kayboldu, diğer 24 hastamızın P.P. dan sonra hemoptizi sür'atle durdu.

6 — Akciğer enfiltrasyonlarında P. P.

62 vak'ada yapılmıştır. Hastalarımızın hepsinde lezyonun gerilediği ve rezorpsiyona düçar olduğu müşahede edilmiştir.

7 — Dorsal lob enfiltrasyon ve kavernlerinde P.P. dan % 40 nisbetinde iyilik temin edilmiştir. Bilindiği gibi dorsal lob kaviteleri Px dan az tesir görmekte ve diğer tedavi metodlarını da bu loba tatbik etmek müşkül olmaktadır. Bu bakımdan P. P. dorsal lob kavite ve enfiltrasyonlarında başlıca endikasyon teşkil eder.

8 — Px yardımcı olarak, Px in kontr selektif olduğu, zirvenin geniş bir sahada yapışık olup intraplöral pnömoliz yapılamayan vak'alarda Px a yardımcı olarak P. P. yapılmakta ve kaverne bu suretle daha müessir olunmaktadır. Bizim bu şekilde 27 vak'amız vardır. 19 unda kavite kapanmıştır.

9 — Doğumdan sonra P. P.:

Gebelik umumiyet itibarile Tb. lezyonları üzerine iyi tesir etmektedir. Ancak doğumu müteakip kalkmış olan diyafragmanın yeniden aşağıya inmesi ve buna ilâveten bu devredeki fizyolojik değişiklikler mevcut Tb. in aktivasyonunu ve yeni yayım mihraklarının teşekkülünü mucip olmaktadır. Bunu önlemek için en iyi çare gebelikte mevcut diyafragma yüksekliğini gebelikten sonra devam ettirmektir. Kliniğimizde 10

hamileyi takip ettik ve bunlara doğumdan hemen sonra P.P. tatbik ettik. Yalnız bir kadın vefat etti. Diğerlerinin umumî durumları iyidir.

10 — Granüli'de P. P.

Bir kısım granüli vak'alarının intra alveoler ve intrakanaliküler evolüe oldukları ve böylece hematojen akciğer tüberkülozuna inkilâp ettikleri malûmdur. Hangi vak'anın bu seyri göstereceğini daha evvelden kestirmek mümkün olmadığından biz umumiyetle granüli vak'alarında antibiyotik tedavisine P.P. tedavisinin de iştirak ettirilmesi muvafık olacağı kanaatindeyiz. Ancak bunlarda diyafragma fazla kaldırılmamalı, nisbî bir yükseklik temin edilmelidir. Peritonite Tb. olmamalıdır. 17 granüli vak'amızın ikisi kaybolmuştur. Diğerlerine klasik tedavi ile beraber P.P. yapılmaktadır. Hastaların umumî durumları iyidir.

11 — Ampiyemde P. P.

Ampiyemde P. P. dan aldığımız neticeler kliniğimize mensup bir arkadaşım tarafından arz edilecektir. Bu sebepten ben üzerinde durmıyacağım. Ancak ampiyem vak'alarında akciğerin reekspansiyonu temin edildikten ve ampiyem kavitesi kaybolduktan sonra eğer akciğer içersinde kavern meydana çıkmıyacak olursa bu takdirde ampiyem tedavisine yalnız başına P.P. veya frenik ile birlikte P.P. teşrik ediyoruz; 12 ampiyemli hastada aldığımız neticeler yüz güldürücüdür.

12 — Çocuk Tb. ında P. P.

Çocuk Tb. ında P. P. in iyi bir metod ve fitiziyoloğa kıymetli bir yardımcı olduğu hususunu bilhassa arz etmek isterim. Primer enfeksiyon Tb. ı ve onun geniş akibetleri nazarı itibare alınacak olursa burada kollaps tedavi metodları ve diğer tedavi usullerinden elde edilen neticeler pek mütevazî olduğu ve bir kısım vak'alarda yapılan müdahalelerle adeta ağır Tb. şekillerinin meydana gelişine bir nevi basamak teşkil ettiği görülür. Buna mukabil P. P. bu devrede bilhassa hassas ve attake bulunan plevra ile hiç bir alâkası olmadığından onunla ilgili ihtilâtlara yol açmadan akciğer lezyonları üzerine müessir olmakta ve kısa zamanda iyi neticeler alınmasını temin etmektedir. 8 aydanberi kontrolümüz altında bulunan 30 yataklı çocuk servisimizde 6 - 12 yaşları arasında bulunan 26 çocuğa P.P. tedavisi tatbik ettik. Bunlardaki lezyonlar umumiyetle ağır enfiltrasyonlar. Pnömoni kazeöz ve primer mihrak fitizisi şekilleridir. Tedaviye halen devam etmekteyiz. Bu sebeple kat'i bir kanaat veremeyeceğim. Ancak çocukların hastalıkları iyiye gitmektedir. Bir çoğunda mevcut kavite kapanmış ve enfiltrasyonlar iyiye gitmiştir.

Komplikasyon:

Klasik kitaplarda P. P. in komplikasyonları % 8 olarak gösterilmektedir. Kliniğimizde bugüne kadar P. P. tatbik ettiğimiz hasta yekûnu yukarıda da arz edildiği veçhile 579 dır. Her hastaya ortalama 25 ensüflasyon yapıldı. Bu halde vak'alarımıza 15.475 ensüflasyon yapılmış demektir. Bu kadar vak'a içinde bir tek vak'ada karın içine kanama olmuş, bu da müdahale ile durdurulmuş, 4 vak'ada likid husule gelmiş, bir vak'ada diyafragma fitki sebebi ile P.P. terk edilmiştir.

HÜLÂSA

Ankara Veremle Savaş Derneği hastane ve dispanserleri ile Ankara Tıp Fakültesi Fitizyoloji Kliniğinde P.P. tedavisi gören 579 veremli hastada bu tedavinin iyi neticeleri gösterilmektedir.

Dr. Tefrik İsmail Gökçe:

Ankaralı Fizyoloğ arkadaşlarımızın hakikaten çok kıymetli tebliğlerini görmekle büyük bir memnuniyet hissediyoruz. Üzerine konuşmak istediğim Pnömo-perituvan mevzuudur. Bizde Pnömo-perituvan kollaps tedavisinde arasında yardımcı bir vasıta olarak geniş ölçüde yapılması icap eden bir usuldür. İndikasyon bakımından kendilerine iştirak ediyorum. Yalnız bir noktada bizim hareket tarzımız kendilerinkinden ayrılıyor, o da Milyar tüberkülozda Pnömo-perituvan'dır. Biz bunlarda kanda basil bulunması ihtimalile bunlarda Pnömo-perituvan yapmıyoruz. Antibakteriyellerle tam bir temizlenme olduktan sonra yine pek çekingen olmak şartile tatbikine taraftarız.

Doç. Dr. Müfide Küley:

Ragıp beyefendi granüli vak'alarında pnömo-perituvandan bahsettiler. Halbuki granülie malûm olduğu üzere Tüberküloz bakteriyemisinin akciğer alveollerindeki parsiyel bir tezahürüdür. Aynı belirtiler peritonun gerek parietal ve gerek viseral cidarlarında da vardır. Acaba hangi mekanizma ile bu tedaviyi tercih ediyorlar ve bu mükerer ponksiyonlar peritonda irritation yapmaz mı?

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizyoloji Kliniği
(Direktör: Prof. Dr. Nusret Karasu)

TÜBERKÜLOZ HASTANELERİNDE ÇALIŞAN PERSONELİN AĞIZ YIKAMA SUYUNDA TB. BASİLİ ARAŞTIRMALARI

Dr. Ragıp Üner

Tüberkülozlu bakılan müesseselerde Doktor, hemşire, hastabakıcı ve diğer personelin tüberküloz enfeksiyonu alması ve tüberküloza yakalanma şansı aynı yaşta ve aynı meslekte olanlara nisbetle daha yüksektir. Biz hastanemizdeki personeli mütemadi olarak Tüberküloz bakımından bir kontrole tâbi tutmakta ve onların hastalığa yakalanma nisbeti üzerinde durmaktayız.

Bu gibi personel hastaneye alınırken Pirquet ve Mantoux teamülleri yapılmakta ayrıca radyolojik kontrolden geçmekte ve bu kontrol her 3 ayda bir tekrarlanmaktadır.

Hastanın personelinin tüberküloz bakımından gösterdikleri durumu halen söylemek için vakit erkendir. Ancak dünya literatürü ve Amer. Rew. Tub. son nüshasında tüberkülozlu bakılan müesseselerde çalışan bu gibi şahısların vereme yakalanma şansının aynı meslek ve aynı yaştaki şahıslara nisbetle % 9 fazla olduğu yazılmıştır.

Biz de hastanemizde çalışanların Tb. mikrobu alma şansının ne olduğunu anlamak için onların saçları ve ağız suları üzerinde bazı denemeler yaptık.

Ankara Veremle Savaş Derneği hastanesi ile 1, 2, 3 No. lu dispanserlerinde ve Ankara Nümune Hastanesi verem pavyonunda çalışan personelin ağızlarını serum fizyolojik ile yıkayıp bunları steril balonlara koyarak bakteriyoloji laboratuvarına gönderdik.

Aynı zamanda kuru sterilizasyona tâbi tutulmuş taraklara steril pamuk takarak bunu da serum fizyolojik ile ıslatıp saçları taratıp bu pamukları da basil aramak üzere bakteriyoloji laboratuvarına gönderdik. Bakteriyoloji laboratuvarının bize verdiği malûmata göre 117 şahısta doktorların ağız suyunda % 8, hemşirelerde % 20, laborantlarda % 33, hademelerde % 11, aşçı ve yemekhanede çalışanlarda % 14 nisbetinde basil bulunmuştur.

İdare memurları ile arşivde çalışanlarda telefoncu, çamaşırıcı, kapıcı, bahçıvan, teknisyen, telefon memuru, daktilolarda bu nisbet 0 olarak bulunmuştur.

Saçlarından basil aranan 9 doktorun ikisinin saç suyunda basil bulunmuştur. Halen bu basillerin tipleri ve streptomisine karşı mukavim olup olmadıkları ayrıca araştırılmaktadır.

Istanbul Üniversitesi

Dr. Ziya Gün Trahom Araştırma Enstitüsünden

TAVŞANLARDA EXPERIMENTAL GÖZ TB. SUNUN STREPTOMYCİN İLE TEDAVİSİNDE ALINAN NETİCELER

Dr. Necdet Sezer — Dr. Mesut Okan

Uvea hastalıkları gerek teşhis ve gerekse tedavi bakımından göz hekimlerini en çok tereddüt ve güçlüklerle sevkeden hastalıkların başında gelir. Hastalığın şifa bulduktan sonra dahi arkada bıraktığı sekeller çok defa gözü fonksiyonlarını yapamıyacak şekilde muattal bırakır. Uvea iltihabı dendiği zaman en başta sifilis ve tüberküloz hatıra gelmektedir. Yine enteresan olan bir nokta da uvea iltihaplarının muhtelif memleketlerde muhtelif şekiller altında tedavi edilmiş olmasıdır. Fransızlar Wassermann teamülü menfi olsa bile hastalara uzun müddet «cyanure de mercure» şırıngaları yapmakta ısrar ederler. İngilizler daha çok fokal enfeksiyonlara inanmaktadırlar. Bu sebeple uveitis tedavisine evvelâ hastanın çürük dişlerini, tonsillerini çıkarmak, appendektomi yapmakla başlarlar. Başta Viyana olmak üzere Almanlar da aylarca süren tüberkülin tedavisine müracaat ederler. Aynı hastayı Amerikaya götürürseniz hem diş, bademcik ve prostatlarının söküldüğünü hem de bir tüberkülin tedavisine tabi tutulduğunu görürsünüz. Hakikatte uvea hastalıklarının büyük bir ekseriyetinde tüberküloz mühim bir rol oynamaktadır. Tüberküloz tedavisinin dev adımlarla inkişaf gösterdiği şu son seneler içinde oftalmolojinin de bu ilerlemelerden faydalanması gayet tabii idi. Nitekim dünyanın her tarafındaki oftalmoloji kliniklerinde uvea tüberkülozunun tedavisinde yeni ilâçlar (Streptomycin, P.A.S. v.s. gibi) kullanılmaya başlanmıştır. Bu mevzuda Bietti ve Woods'un şayanı dikkat travayları vardır. Biz de

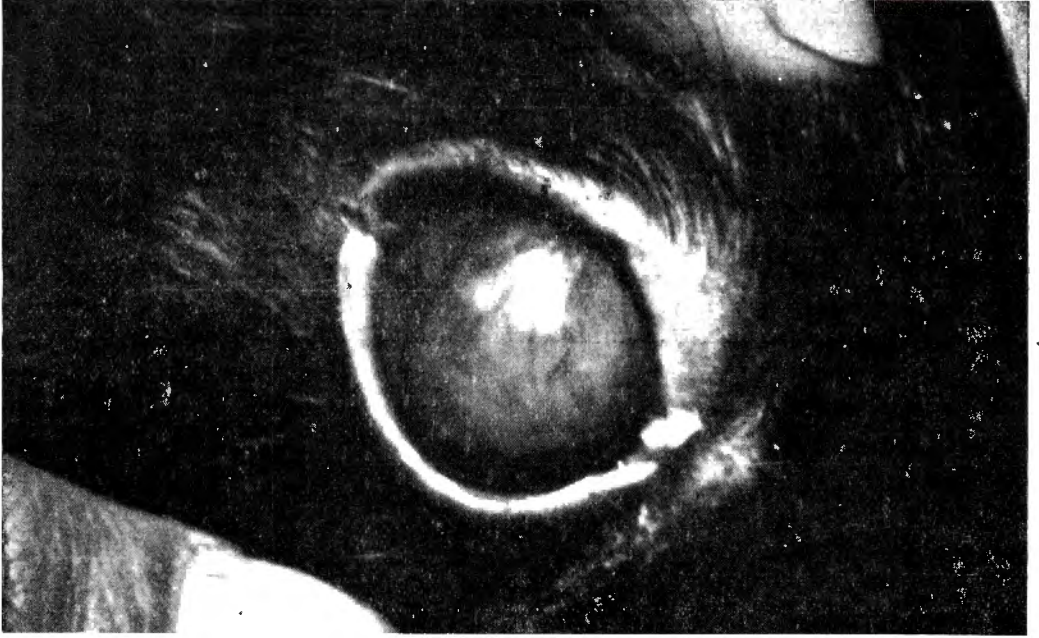
Enstitümüze normeal ve ümmin-allerjik zeminde meydana getirilen uvea tüberkülozlarının Streptomycin ile tedavileri mevzulu iki seri çalışma yaptık.

BİRİNCİ KISIM

Normal tavşanlarda husule getirilen Uvea tüberkülozunda tedavi tecrübeleri

TECRÜBE PLANI

Tecrübe için umumiyetle 2 kilo ağırlığında 20 genç tavşan seçildi. Tecrübeye başlanmadan evvel hepsine eski Tüberkülin ile Mantoux testi yapılarak hayvanların tüberkülozdan salim oldukları tespit edildi ve tecrübeye tavşanların sağ göz ön kamalarına 6 haftalık virulan insan tipi Mycobacterium Tuberculosis kültüründen 0.1 cc. şırınga edilerek başlandı. Kullandığımız kültür emülsiyonu Löwenstein vasatında üre-



Şekil: 1 — Tavşan korneasında keratit ve pannüs

yen kolonilerin serum fizyolojik içinde her immersiyonu sahasında vasatı 10 basil olacak şekilde sulandırılmasıyla elde edilmiştir. Bu emülsiyonun virulansı da kobayın cildi altına 1 cc. zerk edilmek suretiyle tespit edildi. Tecrübe hayvanları onar tanelik iki gruba ayrıldı. Birinci grupun tedavisine basil inokülasyonunun ertesi günü, ikinci grupun tedavisine ise hayvan gözlerinde klinik belirtilerin başladığı zerkın 15 inci günü başlandı. Her iki grup da aşağıda görüldüğü şekilde üçe bölünerek tedaviye tâbi tutuldu :

1 — 2 tane tedavisiz şahit

2 — 4 tane sous-conjonctivale

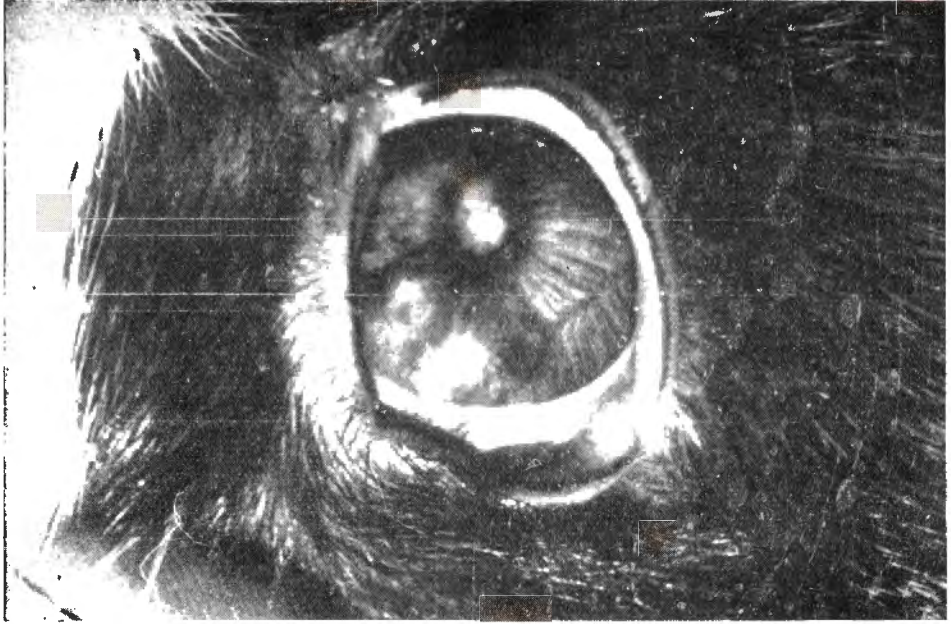
3 — 4 tane intra-musculaire Streptomycin zerki ile tedavi görenler.

Tedavi gerek cilt ve gerekse conjonctiva altına günde 0.1 cc de (50 mgr) Streptomycin zerki ile yapılmıştır.

TEDAVİ SONUÇLARI

1. İnokülasyonun ertesi günü tedaviye başlananlar :

Bu gruptan sous conjonctivale tedavi gören 4 tavşanda 11-12 inci günlerde iriste ve konjonktivada konjestiyon husule geldi, ve 14 üncü günde bu konjestiyonlar fazla-
laştı. 15 inci günü ön kamarada bulanıklık husule geldi. Bu bulanıklık 8 gün zarfında
kayboldu. 38 inci gün sonunda konjonktiva ve 49 uncu gün de iristeki konjestiyonlar
kayboldu. Tavşanların 76 gün sonuna kadar tedavilerine devam edildi. Tedavi kesildik-
ten sonra 35 gün daha kontrol altında tutulan hayvanlarda klinikman herhangi bir
faaliyet ve nüks tespit edilmedi. Hayvanların gözü alınarak histopatolojik muayeneye
yollandı.



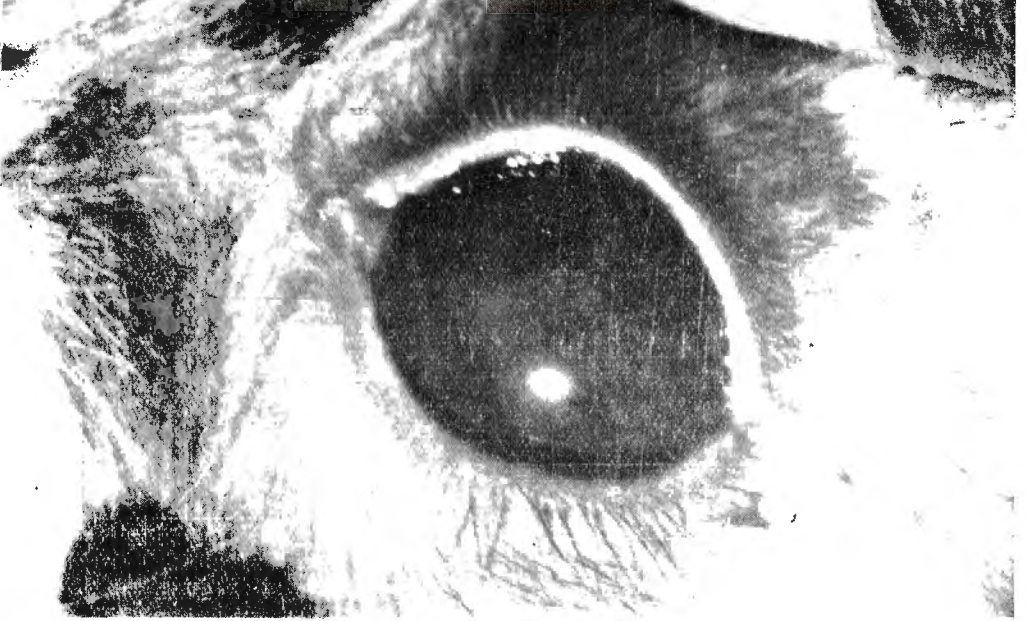
Şekil: 2 — Kornea şeffaf, papilla alanı exuda ile tıkalı irisle 2 tüberkülom görülüyor.

Yine bu gruptan intra-musculaire Streptomycin tedavisi gören 4 tavşanda da ilk
iltihap alâmetleri 12 inci günde konjonktiva ve iriste ihtikan, eksuda ve iriste tüber-
kül teşekkülü ile meydana çıkmış ve içlerinden bir tanesinde de iltihabi alâmetler ar-
tarak ellinci günde kazeifikasyon teşekkül etmeğe başlamıştır. Bu tavşan tedavinin
71 inci gününde ölmüş ve göz histolojik muayeneye yollanmıştır. Bu muayene iris ve
corpus ciliarede kesif, kronik iltihabi irtişah, dev ve reticulum hücre proliferasyonuna
doğru gidiş ile Tb. mihraklarının teşekkülünü göstermiştir. Diğer üçünde ise göz ilti-
habı iriste konjestiyon şeklinde devam etmiş ve tedavinin 42 inci gününde bütün klinik

ârazların kaybolmasına rağmen tedaviye bir ay daha devam edilmiş ve tedaviden sonra da hayvanlar bir ay daha kontrol altında tutulmuş, bu müddetin sonunda uvealari ezilerek kobayların derileri altına sırınga edilmiştir. Kobayların bir tanesi tüberkülozdan ölmüş, diğer ikisinde 6 ay müşahede esnasında hiç bir patolojik belirti görülmemiştir.

2. İnokülasyondan 12 gün sonra tedaviye başlananlar :

Bu gruptan da sous conjonctivale tedavi gören 4 tavşanda 11 inci gün iriste iltihabi alâmetler ve tüberkülomlar teşekkül etmiş ve bu günlerden itibaren tavşanlar tedaviye başlanmıştır. Hayvanlar tedavi altında olmalarına rağmen 16-17 inci günlerde

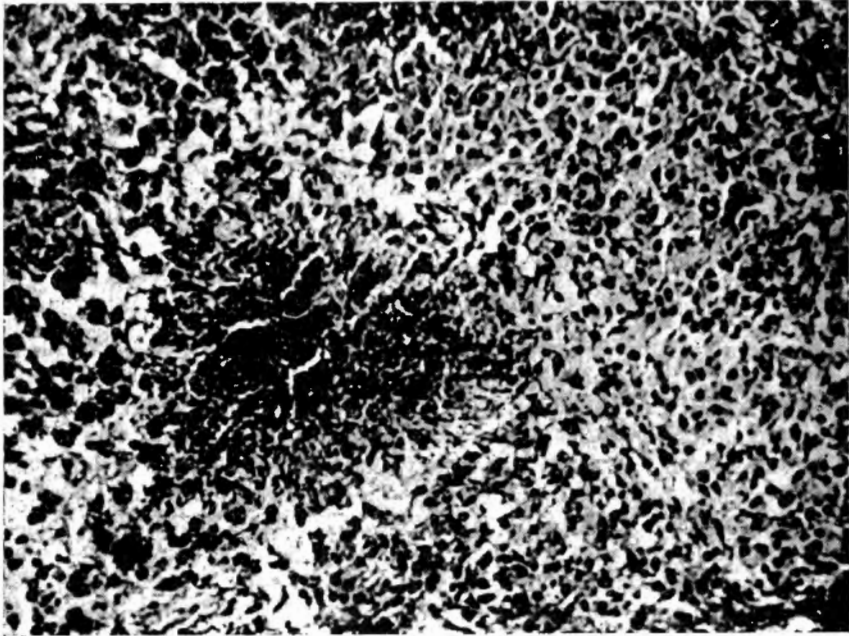


Şekil: 3 Tedaviden sonra tüberkülomlar kaybolmuş, fakat sineşi post. var.
Pupilla miyozis halinde

korneada derin keratitis ve pannüs husule gelmeğe başladı. 19-20 inci günlerde ise irisdeki tüberkülomlar ve iltihabi alâmetler çoğalarak pupilla alanları eksuda ile örtüdü. Korneadaki keratitis ve pannüsler 27-32 inci günlerde hafifliyerek kayboldular. İristeki iltihabi alâmetler 40-45 inci günler arasında salâha doğru gitmekte ve tüberkülomların bir kısmı kaybolmaktadır. Yalnız tavşanların bir tanesinde kalan iki tüberkülomlar gittikçe büyüyerek birleşmiş ve yavaş yavaş ön kamarayı tamamen doldurmuş, göz fitiziye gitmek üzere olduğundan 120 inci günde çıkarılarak histopatolojik muayeneye yollanmıştır. İkinci tavşanda tedavinin 103 üncü gününde klinikman hiç bir hastalık belirtisi kalmamıştır. Hayvan bir ay daha müşahede altında tutulmuş, nüks görülmemiş, uvéası çıkarılarak kobaya zerk edilmiştir. Üçüncü ve dördüncü tavşanlarda ise tedavinin 50 - 54 üncü günlerinde tüberkülomların kaybolduğu ve klinikman gözleri tamamen iyileştiği ve tedaviye devam edildiği halde 20 gün sonra iriste yeniden iltihabi alâmetler başladığı görülmüş, ve bu hal 24-25 gün devam etmiştir. Bu iki tavşan 106 gün tedavi edilmiş ve tedaviden sonra bir ay müşahede altında bulunmuştur. Her ikisinin uvealarından kobaylara yapılan inokülasyon menfi netice vermiştir.



A



B

Şekil: 4 Tavşan No. 512.

- A.— Küçük büyültme ile: Corpus ciliare'nin iltihabi hücre irtişahı ile ileri derecede genişlemesi ve orta kısımda tüberkül başlangıcı mihrakı
B.— Büyük büyültme ile: Tüberkül başlangıcı mihrakı ve ortasında nekrobiyotik koyu renkte saha, muhitte epitelioid histiyositer granülasyon mıntıkası

Yine bu gruptan intra-musculaire enjeksiyonla tedavi gören 4 tavşanda ilk iltihabi alâmetler yukarda söylenen 4 tavşandaki gibi seyretti, yalnız tedavi esnasında görülen pannüs, keratitis ve pupilla alanındaki eksüdasyon daha şiddetli ve daha sürekli oldu. Tüberkülomların bir kısmının kaybolmamasına rağmen tedaviye üç ay müddetle devam edildi ve iriste görülen tüberkülomlar kireçlenerek göz klinikman iyileşti. Bu gözlerden iki tanesini patolojik muayeneye yolladık. İki tanesinin uveası da kobaya zerk olundu.

Tedavi görmeyen 4 şahit tavşanın gözlerinde bir hafta kadar süren hafif traumatic belirtiler geçtikten sonra göz bir hafta kadar sakin kaldı ve 15 inci gün sonunda oldukça kuvvetli iltihap alâmetleri ile korneada enfiltratlar ve iriste küçük tüberkülomlar teşekkül etmeğe başladı. Gözdeki tüberkülomlar yavaş yavaş çoğalıp büyüyerek göz küresi buphthalmic bir hal aldı. Kornea da ağır bir şekilde damarlanarak irisin görülmesini güçleştirdi, göz etrafındaki tüyler döküldü ve üçüncü ay sonunda globlar perfore oldu. Gözlerden iki tanesi 104 üncü gün delinmek üzere iken enükle edilerek patolojik muayeneye yollandı.

Netice :

İki grup halinde tedavi edilen normal tavşanlardaki experimental uvea tüberkülozunda Streptomycin ile alınan neticeler şu şekilde hülâsa edilebilir :

1. İnokülasyonla beraber tedaviye başlananlardan sous-conjonctivale tedavi görenlerde klinikman tüberküloz husulüne mani olunmuştur. Intra-musculaire tedavi görenlerde ise uvea tüberkülozu meydana gelmiş fakat tedavi ile bir tanesi müstesna 3 tanesi klinikman şifa bulmuştur.

2. Klinikman tüberküloz ârazları meydana çıktıktan sonra tedaviye başlananlarda netice tedavi görmeyen şahitlere nazaran klinikman kontrol altına alınmış ise de dört taneden bir tanesinde gözün fitiziye gitmesi önlenememiş, ikisinde de tedaviye rağmen yeni hecmeler meydana gelmiştir.

3. Klinikman şifa bulmuş vak'aların histopatolojik muayenelerinde hiç olmazsa hafif bir hücre enfiltrasyonu şeklinde patolojik lezyonlar husule gelmesine mani olunamamıştır.

4. Uvea emülsiyonu zerkedilmiş kobayların bir kısmında hiç bir tüberküloz belirtisi husule gelmemesi uveanın basilden steril olması bile basillerin virülansının azaldığını göstermektedir.

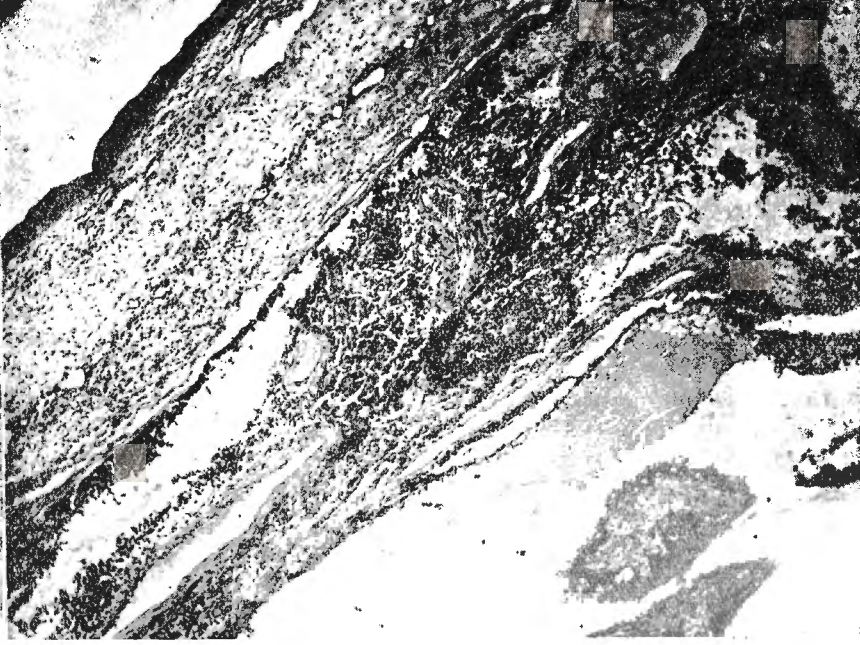
İKİNCİ KISIM

İmmün-Allerjik tavşanda husule getirilen uvea tüberkülozunda tedavi tecrübeleri

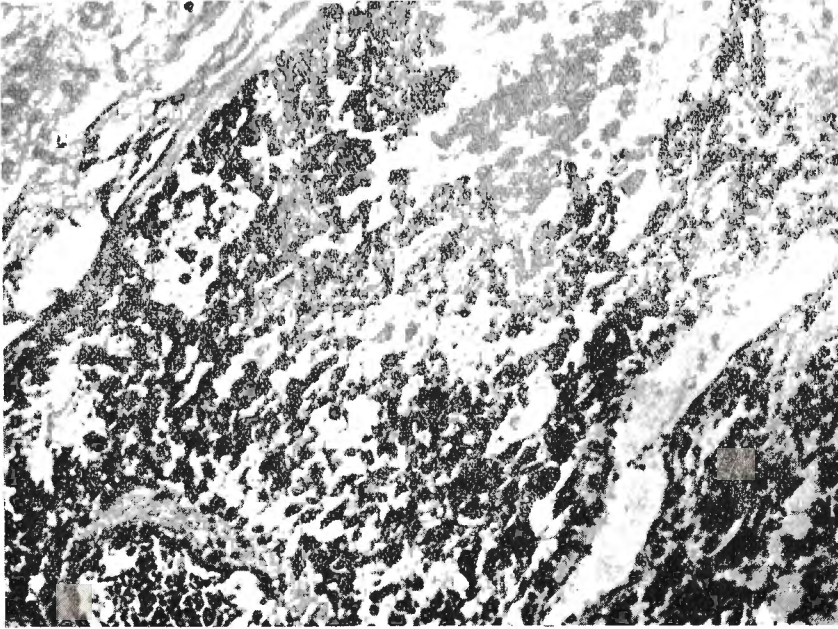
Normal tavşanlarda husule getirilen experimental tüberkülozun Streptomycin ile tedavisinden sonra aynı metodlarla tecrübeyi immün-allerjik hale getirilmiş hayvanlar üzerinde tekrarlamayı faydalı bulduk. Esasen insanda uvea tüberkülozunun primer olmaktan ziyade immün-allerjik zemin üzerinde husule gelen tali bir intan olduğu düşünülürse tecrübenin bu safhasının kliniği daha çok ilgilendireceği kabul edilebilir.

TECRÜBE METODLARI

İkişer kilo ağırlığında aynı şartlar altında yetişmiş 22 genç tavşana deri altına virulan insan tipi Mycobacterium tuberculosis kültürünün NaCl deki kesif emülsiyono-



A



B

Şekil: 5 — Tavşan No. 516.

- A.— Küçük büyültme ile: Üst ve sol tarafta vaskülarize kornea, altında iltihabi irtişahlı iris ve corpus ciliaire muntıkası görölüyor. Bu irtişah bazı yerlerde koyu renkte mihraklar halinde görölüyor.
- B.— Büyük büyültme ile: Corpus ciliaire'deki mihraklardan biri yer yer nispeten açık renkte histiyositer elemanlardan zengin muntıklar.

nundan 0.50 cc zerk edildi. Hayvanlar üç ay bekletilmiş, üç ay sonunda hepsinin 0.005 mgr. intra-dermal olt tüberkülin ile hassasiyetleri ölçülmüş ve 22 tavşanda da reaksiyonun müspet olduğu tespit edilmiştir.

Hayvanların immün-allerjik hale geldiği tahakkuk ettikten sonra yine virulan insan tipi (6 haftalık) tüberküloz basillerinin NaCl deki her immersion sahasında 10 basil kesafetindeki emülsiyonundan (sağ göz) ön kamaralarına 0.1 cc zerk edildi. Bütün tavşanlarda bu inokülasyondan 48 saat sonra 4-9 gün devam eden iltihabi bir reaksiyon meydana geldi. Bu iltihabi alâmetler 9 gün içinde kaybolmuş ise de göz 6 gün nisbeten sakin kaldıktan sonra tekrar peri korneal konjestiyon, kornea bulanıklığı ve iris üzerinde müteaddit tüberküller gibi kat'i tüberküloz belirtileri meydana çıkmıştır.

Bu sebeple tavşanlar iki gruba ayrıldı. İlk gruba dahil 10 tavşanda tedaviye ilk iltihabi alâmetlerin kaybolmasından sonra, yani inokülasyon tarihinin onuncu günü, ikinci gruba dahil 10 tavşana da hakiki tüberküloz alâmetlerinin başladığı inokülasyondan 16 gün sonra başladı. Tedavi her gruba dahil 10 tavşanın beşine konjonktiva altı, beşine de adale içine günde ikişer defada kilo başına 50 mgr. Streptomycin zerki ile yapıldı.

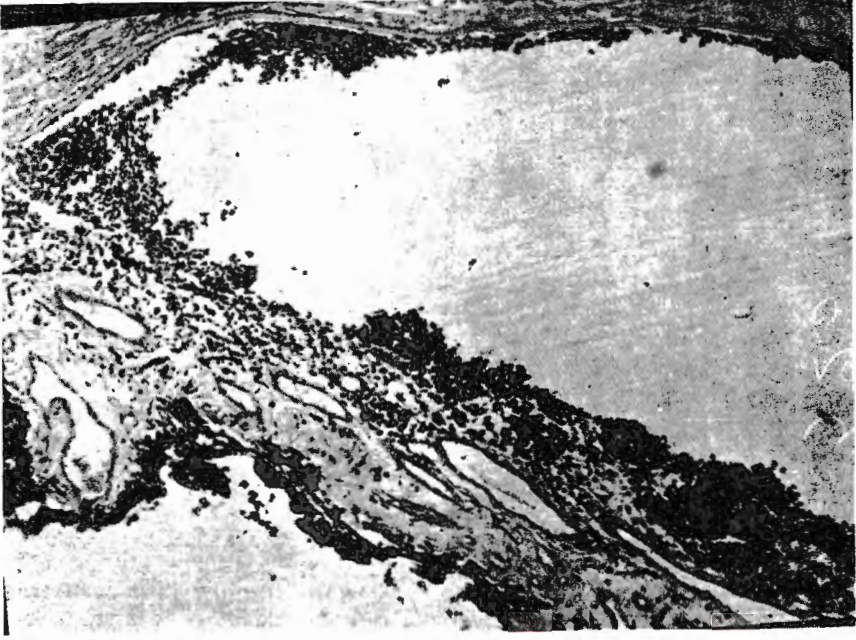
Grup 1 — İnokülasyondan 10 gün sonra tedaviye başlananlar :

Adale içine günde 100 mgr. Streptomycin zerki ile tedavi edilen 5 tavşanda da tedaviye rağmen inokülasyonun 24 üncü gününde korneada bulanıklık pannüs, iris damarlarında konjestiyon ve iris üzerinde müteaddit küçük tüberkülomlar teşekkül etti. Tedaviye dört ay devam edildi. Neticede tavşanların ikisinde kornea vaskülarizasyonu ve bulanıklığının devam ettiği ön kamaranın büyük tüberküloz kitlesi ile dolduğu ve gözün stafilom şekli alarak delinmeğe doğru gittiği görüldü. 75 gün sonra enükleasyon yapıldı ve gözler histolojik muayeneye tabi tutuldu. Diğer ikisinde ise gerek kornea bulanıklığı gerekse pannüs salâh göstererek tüberkülomların stasyoner vaziyette kaldığı görülmüş ve tedaviye 4 ay sonunda nihayet verilerek gözler aynı şekilde histopatolojik muayene için enükle edilmiştir. Bu gruptan geri kalan bir tavşanda ise bidadayetten beri iltihabi alâmetler iriste hafif bir konjestiyon ve mahdut miktarda tüberkülomlar meydana çıkması şeklinde kalmıştır. Bu ârâzlar da iki ay içinde tamamen kaybolmuş, üç aylık müşahedeye rağmen yeniden hiç bir belirti meydana çıkmamıştır.

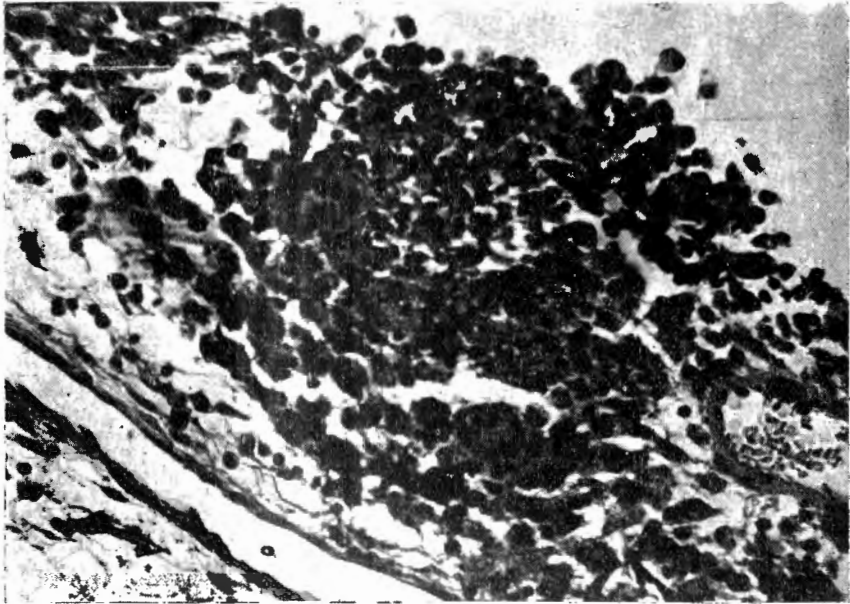
Birinci gruptan konjonktiva altına Streptomycin zerki ile tedavi gören 5 tavşana gelince : Bunlarda da tedaviye rağmen inokülasyonun 24 üncü gününde kornea bulanıklığı, pannüs, ön kamarada eksüdasyon ve iriste konjestiyon, tüberküloz teşekkülü gibi hakiki tüberküloz belirtileri başladı. Tavşanların üç tanesinde pupillalar eksuda ile tıkanmış olduğu halde yalnız pannüs azaldı, fakat iltihabi alâmetler aynı şekilde devam etti. Dördüncü ay sonunda gözleri çıkarılarak ikisinin uvea masserasyonları kobaylara zerk edildi. Bir tanesi histopatolojik muayeneye yollandı. Geriye kalan iki tavşanın birisinde tedavinin üçüncü ayı sonunda gözdeki bütün faal iltihap alâmetleri, eksüdasyon, konjestiyon tamamen kaybolmuş ve çıplak gözle iris üzerinde görülen pupilla kenarındaki 3 tüberküloz beyaz kireç manzarası göstermeye başlamıştır. Tedaviye dört ay sonuna kadar devam edilmiş ve gözler histopatolojik muayene için çıkarılmıştır. Bu grubun son tavşanında hastalık bidadayette ağır ve gürültülü seyretmesine rağmen üçüncü ay sonunda bütün ârâzlar tamamen kaybolmuş ve tavşan klinikman sifa bulmuştur. Tedavi dördüncü ay sonunda kesildi. Hâlâ bir nüks alâmeti yoktu.

Grup II — Hakiki tüberküloz alâmetlerinin başladığı inokülasyondan 16 gün sonra tedaviye başlananlar :

Bunlardan adale içine kilo başına 50 mgr. Streptomycin zerki ile tedavi gören 5



A

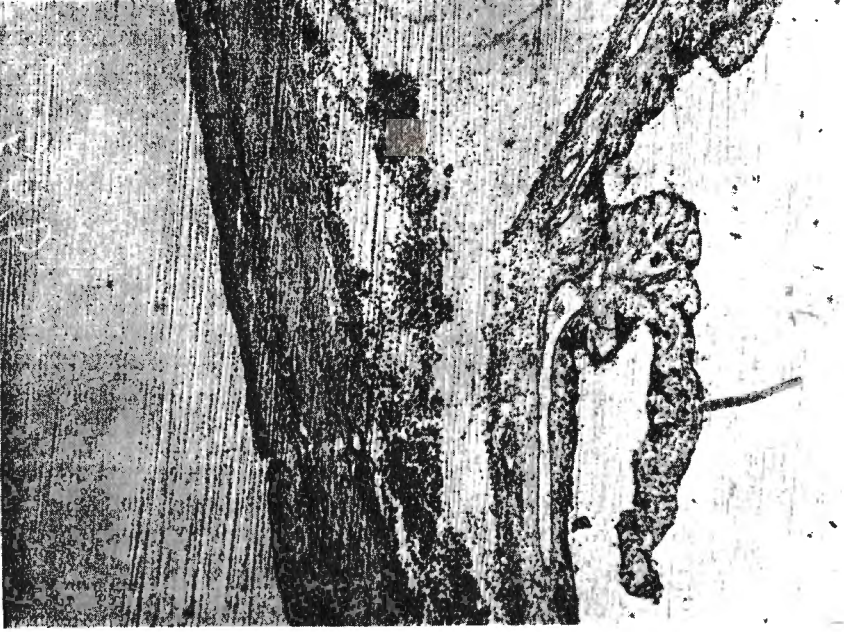


B

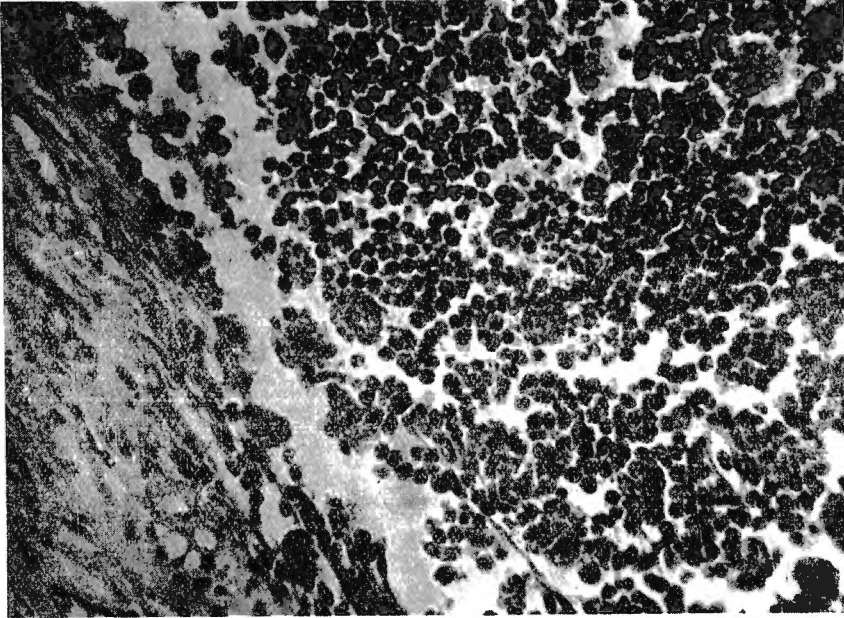
Şekil: 6 — Tavşan No. 520.

A.— Küçük büyültme ile: İrisin ön yüzünde limbus hizasında ve hatta korneanın arka yüzünde yer yer oldukça büyük iltihabi hücre irtişahı mihrakları.

B.— Büyük büyültme ile: İristeki irtişah mihraklarının birisinde histiyositer elemanların sahaya oldukça hakim olduğu görülüyor.



A



Şekil: 7 — Tavşan No. 558

- A.— Küçük büyültme ile: Kornea arkasında corpus ciliaire'ye yakın sahada koyu renkte iltihabi irtişah mihrakları
B.— Büyük büyültme ile: Bu irtişah mihraklarında lenfosit ve plazma hücreleri histiyositer unsurlara nazaran daha hakim görülüyor.

tavşandan bir tanesinde tedavinin 17 inci gününde meydana çıkan tüberkülomlar tedavinin ikinci ayı sonunda tamamen kaybolmuş ve tedaviye iki ay daha devam edilmiştir. Bu müddet esnasında klinikman tamamen iyileşmiş olan tavşanın uveası çıkılarak kobaya zerk edilmiştir. İkinci tavşanda ise tüberkülomlar dört aylık tedavi sonunda kazeifikasyona doğru gitmiş fakat kaybolmamıştır. Tavşanın gözü dört ay sonra enükle edilerek uvea emülsiyonu kobaya şırınga edilmiştir. Diğer üç tavşanda 4 aylık tedaviye rağmen klinikman hiç bir salâh görülmemiş, tüberkülomlar kazeifikasyona doğru gitmişler, gözler buftalmik hal almış ve delinmek tehlikesi gösterdiğinden enükle edilerek iki tanesi patolojik muayeneye yollanmış, bir tanesinin uvea emülsiyonu kobaya zerk olunmuştur.

İkinci gruptan konjonktiva altına kilo başına 50 mgr. Streptomycin zerki ile tedavi gören 5 tavşandan 3 tanesinde iriste tüberküloz milier şekilde (sayılamıyacak kadar çok müteaddit tüberküller şeklinde) başlamış ve bu tüberkülomlar tedavinin birinci ayı sonunda 2-3 taneye inmek suretile salâh hali göstermiştir. Hafif kazeifikasyon gösteren bu üç hayvanın gözü 4 üncü ay sonunda enükle edilerek ikisi patolojik muayeneye gönderilmiş, bir tanesi de uvea emülsiyonu şeklinde kobaya zerk edilmiştir.

Dördüncü tavşanda ise hastalık daha ziyade kornea iltihabı şeklinde seyretmiş ve sadece pupilla alanının eksuda ile tıkanması ve iriste tek tük tüberküloz teşekkülü meydana gelmiştir. Bu tavşanın korneası tedavinin üçüncü ayında iyileşmeye başlamış ve dördüncü ayı nihayetinde tamamen şeffaf hal almıştır. Göz enükle edilerek uvea emülsiyonu kobaya zerk edilmiştir. Beşinci tavşanda hastalık daha hafif geçmiş, iristeki tüberküllerde dört aylık tedavi sonunda ne azalma ne de fazlaşma görülmemiş yalnız kornea stafilomatöz bir şekil almıştır. Göz enükle edilerek patolojik muayeneye yollanmıştır.

Netice :

1. İmmun-allerjik hale getirilmiş tavşanlarda gerek sous-conjonctivale gerek intra-musculaire Streptomycin zerkları uvea tüberkülozunun klinik seyrini değiştirmemiştir.

2. Histopatolojik muayenelerde de tüberküloz lezyonlarının görülmesi aktif tüberkülozun devam ettiğine delâlet etmektedir.

3. Kobaylara zerk edilen uvea emülsiyonunun hayvanlarda tüberküloz husule getirmesi de ilâcın uvea tüberkülozunda basilin virulansı üzerine müessir olmadığını göstermektedir.

Tecrübenin her iki safhası birden mütalea edilip bir karara varmak istenirse diyebiliriz ki normal hayvanlarda ve tedaviye inokülasyonla beraber başladığı takdirde Streptomycin basilin virulansını azaltmakta, hastalığın klinik belirtilerini ortadan kaldırmakta ve histopatolojikman da tipik tüberkülomların teşekkülüne mani olmaktadır. Buna mukabil immün-allerjik hale sokulmuş tavşanlarda ve hastalık bir defa teessüs ettikten sonra ilâc ne klinik ne de histopatolojik belirtilerin düzelmesini sağlıyamamaktadır ve basiller de virulanslarını muhafaza etmektedirler.

T. C.

İstanbul Üniversitesi

Patolojik Anatomi Enstitüsü

yayınlardan

Direktör: Ord. Prof. Dr. Ph. Schwartz

FİBRİLER TİPTE ATİPİK GELİŞME GÖSTEREN NÂDİR BİR HABİS MENİNGOM VAK'ASI MÜNASEBETİYLE

Dr. Kemal Rüşti Akgüder - Dr. Şemsi Gök

Bilindiği gibi, meninkslerde meydana gelen tümörler arasında en çok görüleni, meninkslerin örtücü hücreleri ile (meningothel) ilgili meningeom veya meningiome (Prof. Schwartz öğretimine göre daha da sadeleştirilmiş bir terim ile meningom) denen tümörlerdir (*). Bu tümörler; patolojik anatomi bakımından gerek başka organ tümörleri ile, gerekse kendilerinin çeşitli tipleri arasında yapılan mukayeselerinde bir takım özel karakterler göstermektedirler. **Başka organ tümörleri ile yapılan mukayesede** şu 2 özellik en başta göze çarpar: a) klinik seyirlerine göre diğer organlardaki gibi selim ve habis tabiatlı olabilen bu tümörlerin, habis karakter kazandıkları zaman, vak'aların büyük bir çoğunluğunda, beyinde teşekkül eden gliom'lardakine benzer bir şekilde, başka organlarda metastaz meydana getirmemeleri hali. b) İnfiltratif tabiatları ile klinik bakımdan habis karakter kazanmış bazı nâdir meningom vak'alarında, mikroskopik yapının, selim olan çeşitlerdeki gibi sadece paratipik hücrelerden yapılmış bulunması keyfiyeti.

Meningom çeşitlerinin kendi aralarındaki mukayeselerinde ise, evvelâ bunların lokalizasyon farkları üzerinde durulur. Buna göre basis meningom'ları, falx civarı meningom'ları ve konveksite meningom'ları ayırt edilir.

Basis meningomları daha fazla rastlanan tiptir; bunlar ön, orta ve arka bütün kafa çukurlarında ayrı ayrı yerleşebilirler. Ön kafa çukurundakiler, crista galli'nin hemen arkasından başlarlar, yassı şekilde yayırlar. Median oldukları için gelişmelerinde karşı tarafa da geçerek her iki frontal lob'da ilerlerler. Tavuk veya kaz yumurtası kadar iri olabilirler. Bunlara sulcus olfactorius meningomu da derler. Orta kafa çukurunda yerleşenlerde, orta çukurun hemen başlangıcında yerleşenler ile tam orta çukurda yerleşenleri ve sfenoid kanadları sırtında yer alanları birbirinden ayırmak lâzımdır. Birinci orta çukurun hemen başlangıcında yerleşenler, chiasma'nın hemen önünde tuberculum sellae üstünde bulunurlar. Bundan dolayı bunlara tuberculum sellae meningom'ları veya suprasellar meningomlar yahut chiasma'nın ön köşesi meningomları da der-

(*) Beyin zarlarında, bu meningotial tümörlerden gayri, meninkslerin otokton elemanları ile ilgili olarak, fibromlar, fibrosarkomlar; angiomlar, angiosarkomlar; melanoblastomlar; normalde zarlarda bulunmayan hücrelere ait olarak da, lipomlar; kolesteatomlar teşekkül etmektedir. Bundan başka çok nâdir olarak, beyin zarlarının indiferansiye habis tümörleri (diffuz sarkomatozlar) da görülür.

ler. İkinci orta çukurdakiler gelişmelerinde parietal lobu sıkıştıran meningom'lardır. Üçüncü sfenoid kanadları sırtında yer alanlar, bir taraftan orbita'ya diğer taraftan basis kemiklerine (bilhassa temporal kemiğe) infiltrate olurlar. Bazan aşağıya yüz kemiklerine doğru bazan ve daha fazla olarak yukarıya beyne doğru gelişirler ve temporal lobu sıkıştırırlar. Arka çukurda yer alanlara gelince, bunlar arasında da arka çukur önünde pons ile cerebellum köşesinde yer alanlar ile tam arka çukurda yerleşenleri ayırmışlardır. Bunlardan birincilere arka köşe meningom'ları da derler. Büyümeleri esnasında pons'u, cerebellum'u hattâ nâdir olarak medulla oblongata'yı tazyikleri altında bulundururlar. Tam arka çukurda olanlar ise bazan tentorium altında (infratentorial), bazan tentorium üstünde (supratentorial), bazan hem alt hem üstte (hem supra hem infratentorial) heriki istikamette gelişirler ve büyümelerinde daha ziyade cerebellum'u tazyik ederler.

Falx civarı meningom'ları Sinus longitudinalis superior ile sinus longitudinalis inferior civarında yer alan meningom'lardır. Birinciler daha sık görülenidir ve parasagittal meningom ismini alır. Bunlar sinusun bazan yalnız ön, bazan yalnız orta, bazan ise yalnız arka kısmında yerleşmiş bulunabilirler ve beyin hemisferleri arasındaki mesafeden başlayarak, median yüzden konveksite yüzüne geçiş sahası ile bunun komşuluğundaki beyin yüzeyinde gelişirler. Sinus longitudinalis inferior civarındaki meningomlar ise büyümeleri esnasında corpus callosum'u sıkıştırırlar.

Konveksite meningom'ları ise buldukları loba göre isimlendirilir; frontal lobda yerleşenler nisbetle fazlaca görülenleridir. Burada, gelişmeleri sırasında konveksite yüzüne çıktıkları için, yukarki parasagittal meningomlar da konveksite meningom'larından sayılırlar.

Meningom'larda, birbirleri ile mukayesede, ikinci üzerinde durulacak fark bunlardan bir çoğunun median yerleşmeli, bir kısmının ise lateral yerleşmeli olmalarıdır. Median yerleşmelilerin büyümeleri bazı vak'alarda yalnız bir hemisferde tek taraflı, bazı vak'alarda ise her iki hemisferde birden çift taraflı (simetrik) olmaktadır. Bunlarda çok defa falx araya girer ve tümör falx'ın her iki tarafına birden yapışıklık gösterir. Bu simetrik gelişmeler lateral yerleşmelilerde de olur; meselâ bu yerleşme tentorium etrafında olabilir; bu zaman araları tentoriumla bölünmüş ve ortadan boğulmuş şekilde bir tarafı supratentorial, diğer tarafı infratentorial bölgelerde kalmış simetrik gelişmeler teşekkül eder (kum saati manzarasında simetrik meningom).

Meningom'ların makroskopik teşhisleri için şu morfolojik karakterlere dikkat edilir; bunlar ekseriya düz, bazan ise ufak veya iri çıkıntılar ile pürtüklenmiş yüzeyle, yuvarlak, yerlerinden kolayca ayrılabilmesi mümkün kapsüllü gibi, kirazdan ergin insan yumruğu büyüklüğüne kadar değişen irilik gösterebilen, boz sincabi renkli, sertçe kıvamlı tümörlerdir; kesitleri ekseriya homogen yapıda boz sincabi renk gösterir; ancak bazılarında beyazımtırak lifi yapıda kalınca şebekeli bir örgü ile ağlanmış görünür; bazı tümörlerde kıtırdayarak kesilmeleriyle kireç de ihtiva edebilir; nihayet bazı vak'alarda geniş kanamaların tümör içerisinde yer alabildikleri de olur. Ayrıca, buldukları yerde dura'nın iç yüzüne geniş bir kaide yapacak şekilde yapışmış bulunurlar (Bunlara eskiden dura endotelyomaları ismi verilmesinin sebebi). Bazan ve oldukça sık olarak çok adette görünürler; bu zaman toplu iğne başından nohut iriliğine kadar değişen büyüklükte veya daha da irice bir çok tümöral çıkıntılar meninx'lerde ayrı ay-ı yer almış bulunur (multipl meningom'lar). Bazan da, fakat pek nadir olarak, dura'nın iç yüzünde sınırları aşikâr olarak ayırt edilemeyen yassılaştırmış diffüz yayımlı bir manzara gösterirler.

Meningomlar için mühim bir karakter de bu tümörlerin pek çoğunun (bilhassa basis meningom'larının) kafanın venöz sinüsleri duvarları ile de yapışık olmaları hat-

tâ bir çoklarının bu venöz sinüslerin içine girmeleri halleridir. Bu şekilde basis meningom'larından supracellar meningom'lar sinus intercavernosus anterior duvarına; Sfenoidal kanat sırtındaki meningom'lar sinus sfeno-parietalis duvarına; Cerebellum-pons köşesi meningom'ları sinus transversus veya sinus petrosus superior duvarına; arka kafa çukuru meningom'ları ekseriya sinus rectus duvarına, bir kısmı ise confluens sinus duvarına yapışık bulunurlar. Tabiatıyla falx civarındaki meningom'lardan parasagittal olanlar da yukarıda söylediğimiz gibi sinus longitudinalis'lerin duvarlarına yapışmış olurlar.

Meningom'ların komşuluğundaki kafa kemiklerinin içine girme halleri de esaslî karakterlerindedir; hatta Olivercrona'ya göre vak'aların yarısı böyle kemiğe girmiş bulunur. Böyle vak'alarda kafa kemiklerinin, intraosseal damar kanallarının genişleme ve çoğalmalarından doğma kalınlıklaşma hali (état criblé) ile bu yerlerin tümör kitleleriyle dolmasından doğma kalınlaşmaları görülür. Bu hal, bazı çok nadir vak'alarda, kemik dışında aşikâr bir tümör bulunmaksızın yalnız kafa kemiği içinde büyüyen ve kemiği ileri derecede kalınlaştıran bir tümör manzarası bile gösterir; böyle vak'alarda meningeal bir endotelyomatoz veya meningomatoz'dan bahsedilir (Askanazy ve Will'in vak'ası).

Meningom'ların sonraki gelişmelerinde komşuluğunda buldukları anatomik teşekkülleri (beyin lobları, anatomik merkezler, santral sinirler) sıkıştırarak afete uğratmaları da görülür. (Körlük, sağırılık, koku almamalık, ruhi bozukluklar, muvazene bozuklukları, his ve hareket bozuklukları... gibi semptomların teşekkülleri sebebi). Bunun gibi meningom'ların kafa kemikleri sinüslerine girmeleri bilhassa orbitaları doldurmaları (eksoftalmi) ve hattâ kemik dışına çıkan extraosseöz bölgelerde gelişmeler yapmaları da (ekseriya temporal bölgede deformasyonlar) olur.

Mikroskopik teşhis bahsinde, vak'aların çoğunda, büyük, poligonal, kaldırım taşı gibi yanyana dizilmiş duran sık hücrelerden yapılmış bir strüktür göstermelerine dikkat edilir. Bol sitoplazmaları olan bu hücrelerin büyük, oval, gevşek kromatinli nüveleri vardır. Fakat bu strüktür tümörün yaşı ilerlediği zaman değişir. Bu zaman hücrelerin sitoplazma ve nüveleri büzülür, incilirler, nüveler koyu boyanır. Bu strüktür saf meningotelyal karakterde olanlar için karakteristiktir (Resim: 1). Bu yapı bazan ara yerde yer almış adı bir bağ dokusu ile lobüllere bölünmüş manzara gösterir. En mühim nokta bu tümör lobüllerinin içinde, ortada veya kenardaki hücrelerin bir kısmının adeta konsantrik sıralar yapmış topaç gibi bir tabakalaşması halinin de beraber görülmesidir. Hattâ bazan bu tabakalaşmanın ortasında bir küçük damar da bulunur. Bazan tabakalaşmış topaçlar bir lobülde bir kaç tane rastlayabilir. Bu topaçların bir özelliği daha vardır: Bunlar tam tekâmül etmiş olanlarında ortalarında kireç de ihtiva ederler (psammöz kitleler). Fakat bu kireç toplanması yalnız bu topaçlarda değil, bunların dışındaki tümör kitlesinde de meydana gelebilir.

Bazan bu poligonal meningotelyal hücreler yerine fibriler karakterdeki hücrelerden yapılmış bir strüktür görülür (Şekil - 2). Bu zaman hatlar halinde sitoplazmadan fakir, uzunca şekilli koyu nüveli hücrelerden yapılmış bir strüktür gösterir. Bunlar da lobüllere ayrılabilir. Bunlarda da kireçli veya kireçsiz cinsten tabakalaşmış topaçlar (psammöz teşekküller) bulunur. Bunlar fuziform hücreli meningom'lardır.

Bazı preparatlarda aynı tümörde hem meningotelyal hem fibriler strüktür bir arada bulunabilir.

Bazı preparatlarda ise kireçli topaçların bilhassa fazla olduğu bir strüktür görülür. Bunlara psammöz meningom denmektedir.

Bunun dışında meningomlarda mikroskopik yapıları bakımından şu değişik morfolojiler de tesbit olunabilir: Bazan kemikleşme reaksiyonu ön plânda bulunur (osteo-

plastik meningom); bazan fazla yağ toplanmasından dolayı sarı renk gösterir ve yağlı bir intiba verir (xanthomateuse meningom); bazan ödemli bir strüktür (pseudomyxomateuse meningom); bazan damar zenginliği gösterir (fakat damarların etrafı tümör parenkimi ile çevrilidir); nihayet ritmik çiziler (palisadlar) yapacakmış gibi bir hiza-ya sıralanmış nüveler de görünür (nörinomlar gibi).

Patogenez bahsinde; bugün bir çok münakaşalardan sonra umumiyetle kabul edilen fikirlere dayanarak, vak'aların büyük bir çoğunluğunda intradural yerleşmeli olan pacchioni cisimcikleri ile arachnoidal çıkıntılardan çıktıkları bellenir; yani arachnoidea örtüsündeki hücrelerin intradural üremesi esastır. Bilindiği gibi bu cisimcikler ve çıkıntılar dura dublikatürleri hizasında, venöz sinüslerin etrafında sıralanmış bulunnurlar (*).

Etiyoloji bahsinde ele alınan faktörler arasında evvelâ yaş üzerinde durulur. Biliyoruz; meningom'lar daha ziyade yaşlıların tümörleridir. Hakikat Pacchioni cisimcikleri ile arachnoidal çıkıntılarının yani arachnoidea hücrelerinin intradural gelişmelerinin biolojik ve fizyolojik bir hâdise gibi yaşlandıkça arttıkları görülmektedir.

İkinci olarak kafa travmalarının tesirinden bahsedilmiştir. Burada travma tesiriyle, intradural uzantıların kopması ve tek başına bir tohum haline gelme keyfiyeti bahis konusudur.

Üçüncü olarak total veya lokal beyin ödemlerinin tesiri ele alınır. Travma beyin ödemi de yapmaktadır. Fakat travmadan başka beyin ödemi yapan diğer sebeplerden (infeksiyon, intoksikasyon, güneş çarpması, lokal beyin apseleri, kanamalar, gliom'lar, neuro-şirurjikal müdahaleler) sonra da meningom'ların teşekkülü görülmektedir. Buradaki münasebet, Pachioni cisimleriyle arachnoidal toplantıların bulunduğu yerlerde dura arasına giren beyin hernilerinin teşekkül etmesi; bu hernilerin teşekkülü sırasında leptomenenjin de beraber sürüklenmesi ve bu zaman bu leptomenenjin arachnoidal hücrelerinin dura'da, sonradan gelişmeye müsaid bir tohum gibi sıkışıp kalması ile ifade edilir.

*

**

Enstitümüzde sayın Profesörümüz Schwartz'ın direktifleriyle dimağ tümörleri ve meningom'lar üzerine de özel olarak çalışılmaktadır. Bu münasebetle gerek Üniversitemiz gerek Üniversite dışı kliniklerimizden biopsi veya atopsi materyeli olarak bize verilmiş bir çok meningom vak'alarımız bulunmaktadır. Bunların büyük bir kısmı patolojik-anatomik etüdüleri ile, daha çok görülmeye alışılmış klâsik ve selim tabiatlı meningom vak'alarıdır. Esasında nadir olan habis meningom'lar arasında ise biz, Enstitümüzde rastladığımız 2 enteresan vak'ayı bir araya getirmiş bulunuyoruz. Bunlardan ilki, buundan 6 sene evvelki Tıp Kongremizde Enstitümüz tarafından kommünike edilmiş bir vak'adır (**). Bu vak'ada sfenoidal kanat sırtından çıkarak intrasinuzal, intraossöz ve extraossöz gelişmeler yapmış infiltran tabiatlı bir meningom tesbit etmiştik. Burada mühim olarak mikroskopik strüktür meningotelyal gelişmeli bir tümörü gösteriyordu; hücreler paratipik morfolojideki selim karakterlerini muhafaza etmişlerdi; fakat hastalığın klinik seyri, tümörün ileri derecede infiltratif gelişme göster-

(*) Arachnoidal kaynaklı meningom'lar yanında dura'nın iç yüzünü örten hücreler (dura örtücü hücreleri) ile bağ örgüsünden çıkan meningom'lar da bulunmaktadır; fakat nadirdirler.

(**) Meningoma'lar ve infiltran tipleri: Doçent Dr. Kemal Rüştü Akgüder. IX uncu Milli Türk Tıp Kongresi tebliği. 1946. Ankara.

mesi yüzünden vak'ayı ölüme götüren habis bir hal almıştı. Şimdi göstereceğimiz resimler sırf bu komünikasyon için ayrı olarak hazırladığımız bu ilk vak'amıza ait resimlerdir ve buraya, bundan sonraki ikinci vak'amızla bir mukayese yapabilmek için, getirilmiştir (Resim 3 ve 4).

İkinci vak'amız; klinik önemi dolayısıyla geçen sene toplanan Türk Oto-rino-laringoloji Cemiyetinin Birinci Milli Kongresinde sayın hocamız Ord. Prof. Dr. Ekrem Behçet Tezel ve asistanı Dr. Şükrü Esen taraflarından klinik ve otopsi bulgularıyla, frontal bölgede meningeom başlığı altında bütün tafsilâtiyle komünike edilmiş bir vak'adır. 45 yaşında Rizeli anadan doğma sağır ve dilsiz bir erkekte teşekkül etmiştir. Hikâyeye göre hasta 6 ay evvel attan düşmüş ve bir kafa travması geçirmiştir. Hastalık bundan sonra başlamış ve gittikçe şiddetlenerek ölümünden 10 gün evvel kliniğe yatmasına sebep olmuştur. (Evvelâ II. İç Hastalıkları kliniğimize yatmış, oradan Oto-Rino-laringoloji kliniğimize nakledilmiştir). Hastaya meningeom teşhisi konmuş, ameliyatı yapılmış ve ameliyattan 24 saat sonra ölmüştür.

Bu vak'ayı burada tekrar ele alımızın ve bir defa da bu kongremize getirmiş bulunmamızın sebebi; vak'anın patolojik-anatomik ve mikroskopik etüdünde karşılaştığımız ve çok enteresan bulduğumuz özelliğini ayrıca tebarüz ettirmek ve birinci vak'amız ile bu vak'anın mukayesesini yaparak nadir rastlanmakta olan habis meningeom tiplerine hususi olarak dikkati çekmek içindir.

Bu ikinci vak'ada fibriler tipte tamamen atipikleşmiş hücrelerden yapılmış habis bir meningeom strüktürü bulunmuştur (Resim: 5). Lokalizasyon bakımından tümör sol frontal kutubda yerleşmiş, büyük bir meningeom bulunmaktadır (frontal pol meningeomu). (Resim: 6, 7, 8). Vak'ada ne lenf düğümlerinde, ne de diğer organlarda hiç bir metastaz bulunmamıştır.

Ö Z E T

Bu kominikasyonda patolojik-anatomik etüdüleri bakımından meningeom'ların habis tabiatlı olanları üzerine dikkat çekilmiş ve nadir olan bu vak'alardan Enstitümüzde rastlanmış enteresan gösterili ikisinin özellikleri açıklanmıştır. İlk vak'a 6 sene evvelki IX. uncu Milli Türk Tıp Kongresinde Enstitümüz tarafından komünike edilen infiltran tipte bir habis meningeom idi. Burada paratipik selim karakterli mikroskopik yapıya rağmen intra-sinusal, intra-osseöz ve extra-osseöz gelişmelerle ileri derecede infiltratif tabiat klinik seyri habisleştirmiş bulunuyordu. İkinci vak'a frontal bölge meningeomu başlığı altında klinik ve patolojik-anatomik önemi bakımından geçen seneki birinci Oto-Rino-Laringoloji kongresinde Ord. Prof. Dr. Ekrem Behçet Tezel ve asistanı Dr. Şükrü Esen taraflarından komünike edilmişti.

Bu komünikasyonda bu vak'amın, makro ve mikrofotoları ile, fibriller tipte atipik karakter gösteren habis bir meningeom olmasına işaret edilmekte ve bu münasebetle habis meningeomların bilhassa meningotelyal olanlarının lenf düğümlerinde ve diğer organlarda metastaz yapmadıkları özelliği üzerinde durulmaktadır.

Résumé

Les auteurs attirent l'attention sur les méningiomes de nature maligne est présentent les particularités de deux cas interessants qu'ils ont rencontré à l'Institut d'Anatomie pathologique d'Istanbul. Le premier est un cas de méningiome malin du type infiltrant présenté au IX. Congrès national de médecine turc en 1946. Dans ce

cas, malgré la structure microscopique bénigne, le développement et la nature infiltrative intrasinusal, intra-osseuse et extra-osseuse, a donné à la maladie une allure maligne.

Le second cas a été communiqué l'année dernière par le Prof. Ekrem Behçet Tezel et son assistant le Dr. Şükrü Esen au Congrès d'Oto-Rhino-Laryngologie sous le titre de «Méningiome de la région frontale.»

Dans leur communication les auteurs démontrent à l'aide des macro et microphotographies que ce dernier cas est un méningiome malin à type fibrillaire et de caractère atypique. Ils insistent sur la particularité que les méningiomes malins, surtout le groupe méningothélial, ne donnent pas des métastases dans les ganglions lymphatiques ni les autres organes.

Summary

In this communication the attention has been called to the malignant meningiomas in view of pathologic-anatomical studies and the specialties of two rare cases observed by us in this institute have been explained.

The first case was a malignant meningioma of infiltrated type and was communicated by our institute in the IX. Nat. Turk. Med. Congress six years ago.

In this case, the tumor has caused intra-sinusoid, intra osseic and extra osseic developments, the infiltrative nature is of such a high grade that the clinical progress of the tumor has become malignant in spite of the paratypic cells, good-natured microscopical structure.

The second case has been communicated by Ord. Prof. Dr. Ekrem Behçet Tezel and his assistant Dr. Şükrü Esen in the first Congress of the Oto-Rhino-Laryngology under the title of «Meningiomas of the frontal areas».

In this communication it is especially remarked that the tumor is malignant and as its microphotos and macrophotos show, has a fibrillare nature and it is insisted that the malignant meningiomas, especially those with a meningotheial character do not cause metastasis in lymphnodes and in others organs.

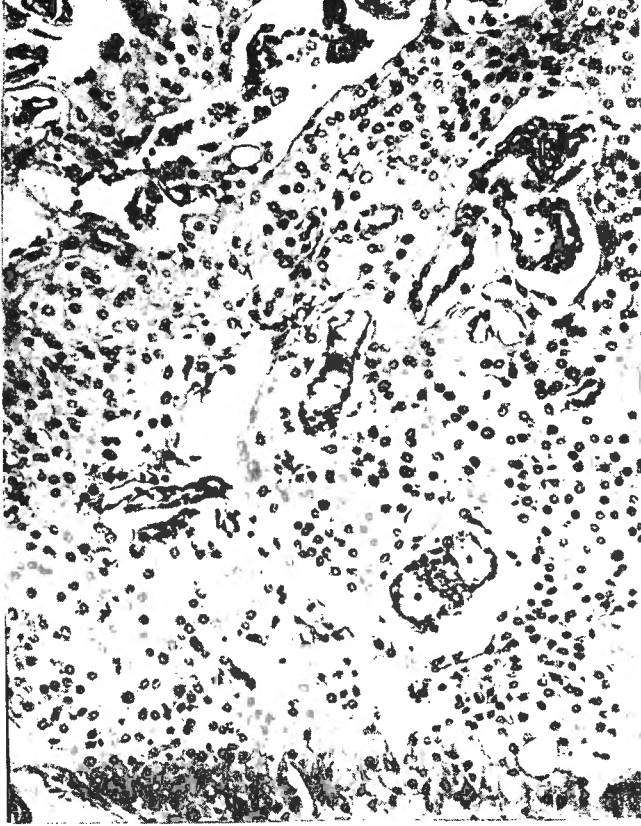
Zusammenfassung

In dieser Kommunikation sind die bösartigen Meningeomen wegen der path.-anatomischen Studien der Aufmerksamkeit herauszugebreitet und die Eigenschaften zweier dieser seltenen Fällen, den man in unserem Institut begegnet hat, sind veröffentlicht worden. Der erste Fall war ein infiltriertes bösartiges Meningeom, das in dem IX. Türkischen National Medizinischen Versammlung bei unserem Institut kommuniziert wurde. Hier hatten die intra-sinusal, intra-osseal und extra-osseal Entwicklungen und die bösartige infiltrative Natur trotz der paratypischen und gutartigen mikroskopischen Struktur, dem klinischen Gang eine bösartige Richtung gegeben. Der zweite Fall ist wegen der Wichtigkeit der klinischen und path.-anatomischen Seite in der ersten Oto-Rhino-Laryngologie Versammlung bei Ord. Prof. Dr. Ekrem Behçet Tezel und seinem Assistenten Dr. Şükrü Esen unter dem Namen «ein Frontalgebiets meningeom» vorgestellt.

In dieser Kommunikation Wird es besonders bemerkt, dass der Fall mit seinen Makro- und Mikrophotos ein atypisch bösartiges Meningeom von der fibrilläre Natur ist und daher steht man darauf, dass die bösartigen Meningeomen und unter denen besonders die, die meningotheial sind, in Lymphknoten und in den anderen Organen keine Metastasis veranlassen.

BİBLİOGRAFİ

- Adasal, R. ; Şenol, K. :** Kafa içi basıncı belirtileri vermeyen bir dimağ kaidesi menin-gomu. Klinik, İstanbul. 1947. 5/2.
- Arel, F. , Polvan, N. :** Solda parasagittal meningioma bağlı. Sağ hemiparezi ve Jackson epilepsisi. Türk Tıp Cemiyeti mecmuası. Yıl : XVII. No. 5, 1951.
- Arel, F. :** Parasagittal meningioma vak'ası. İst. Tıp Fakültesi mecmuası. 1944. Sayı : 2.
- Aschoff: Handbuch II. (1936)**
- Akgüder, K. R.:** Meningoma'lar ve infiltran tipleri. IX. Milli Türk Tıp kongresi tebliği (1946).
- Anderson: Pathology (1948)**
- Askanazy, Will :** Über Endotheliomatose in den Blutgefässen des stark verdickten Schädels ohne Hirngeschwulst. Virch. Arch. Bd. 299, (1937)
- E. Christensen, W. Klaer and S. Winblad:** Meningeal tumours with extracerebral me-tastases. Brit. J. Canc. 3, 485 - 493 (1949). 8 Heft 3/4 - 239.
- W. Forbes and A. F. J. Maloney:** Primary melanomatories of the leptomeninx J. of Path. 62, 403 - 409 (1950). 9.H. 5/7 - 324
- Heinrich Kalm:** Ein malignes Tentoriummeningeom mit Metastasierung in die Medul-la oblongata und in die subarachnoidalen Liquorräume. Dtsch. Z. Nervenheilkunde 163, 131 - 140 (1950) 8. Heft 3/4 - 239.
- W. Herzof:** Über primäres Melanosarkom der Leptomeninx mit Ausbreitung auf dem Liquorwege. Zbt. Path. 86,5 - 16 (1950) 8.H. 3/4 - 239
- Hueck : Morphologische Patologie (1937)**
- Johs. Volkmann:** Über primäre diffuse und flachenhafte sarkomatose der Pia des Ge-hirns. Zbt. Neuro-chir. 9, 141 - 150 (1949). 8.H. 3/4 - 239.
- A. Orthmayr:** Sklerose des intracranialen Abschnittes der Arteria carotis int. durch Druck eines Meningeoms. Zbt. Path. 86, 328 - 329 (1950). 9.H. 5/7 - 324
- Roussy et Oberling:** Atlas du Cancer; Fas. IX et X. (les tumeurs des centres nerveux et des nerfs périphériques (1931).
- Saltuk, E. :** Ameliyatla tedavi edilmiş iki meningioma vak'ası. Türk Tıp Cemiyeti mec. Yıl : XVII. No. 3. 1951.
- Schwartz Ph.:** Özel Histopathologia (1951)
- » » : Ur bilgisine giriş (1948)
- » » : Tümörlerin muhtelif nevileri (1950)
- Tezel, E. B., Esen, Ş.:** Frontal bölgede meningeom. Türk Oto-Rino-Laringoloji I. kong-resi tebliği (1951).
- Turhan Besim:** Patolojik anatomi (Roussy'den çevirme (1943).
- Uzman, M. ; Aksel, İ. Ş. ; Erim, B. :** Organik beyin hastalıklarında görülen çeşitli Psi-koz levhaları. İst. Seririyatı : No. 12, 1950.
- Uzman, M. ; Aksel, İ. Ş. ; Erim, B. :** Un cas de méningiome frontal simulant le tableau de la maladie d'Alzheimer. İst. Seririyatı. 1952. No. 9.
- Yücel, F. A.:** Meningioma ve vena porta trombozu. Hastane No. 6; (1952).
- Willis: Pathology of Tumours (1948).**



Resim : 1

Meningotelyal tipte paratipik hücre infiltrasyonu ile meydana gelmiş

Klasik selim meningom'a aid mikro-foto.

Sahada konsantrik tabakalaşmalar da beraber görülmektedir. Hücreler yanyana birleşmiş, açık sitoplazmalı, gevşek kromatinli nüveli, iri, poligonal tiptedirler ve infiltrasyonun nisbetle yeni bir devrini hatırlatıyorlar.

(İstanbul Patolojik Anatomi Enstitüsü materyeli)



Resim : 2

Fibriler tipte paratipik hücre infiltrasyonu ile meydana gelmiş klâsik selim meningiom'dan mikro-foto.

Sahada kısmen lobüller yapmış bir manzara ve konsantrik tabakalaşmış topaclar görülmektedir. Hücreler ince sitoplazmalı, uzun ve koyu nüveli tipdedirler.

(İstanbul Patolojik Anatomi Enstitüsü materyeli)

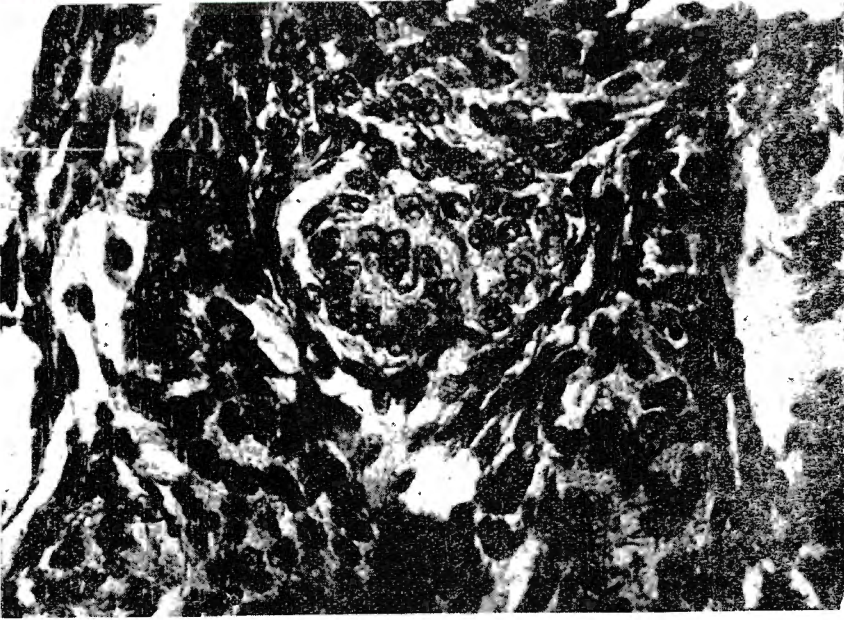


Resim : 3

Birinci infiltran tipteki habis meningom vak'asına aid makro-fotolar.

Sağ temporal kemikte iç ve dıştan görünen meningom infiltrasyonuna uğramış geniş tümöral gelişmeler. İçten görüntüde sağ sfenoid kanadı infiltrasyon arasında tamamen kaybolmuş görülmektedir. Dıştan alınmış resimde ameliyatla çıkarılan, tümörleşmiş temporal kemik lambosu yerine konmuş durumdadır. Bu kemikte de dışarıya doğru taşan tümör infiltrasyonu açıkça fark edilmektedir.

(İstanbul Patolojik Anatomi Enstitüsü materyeli)

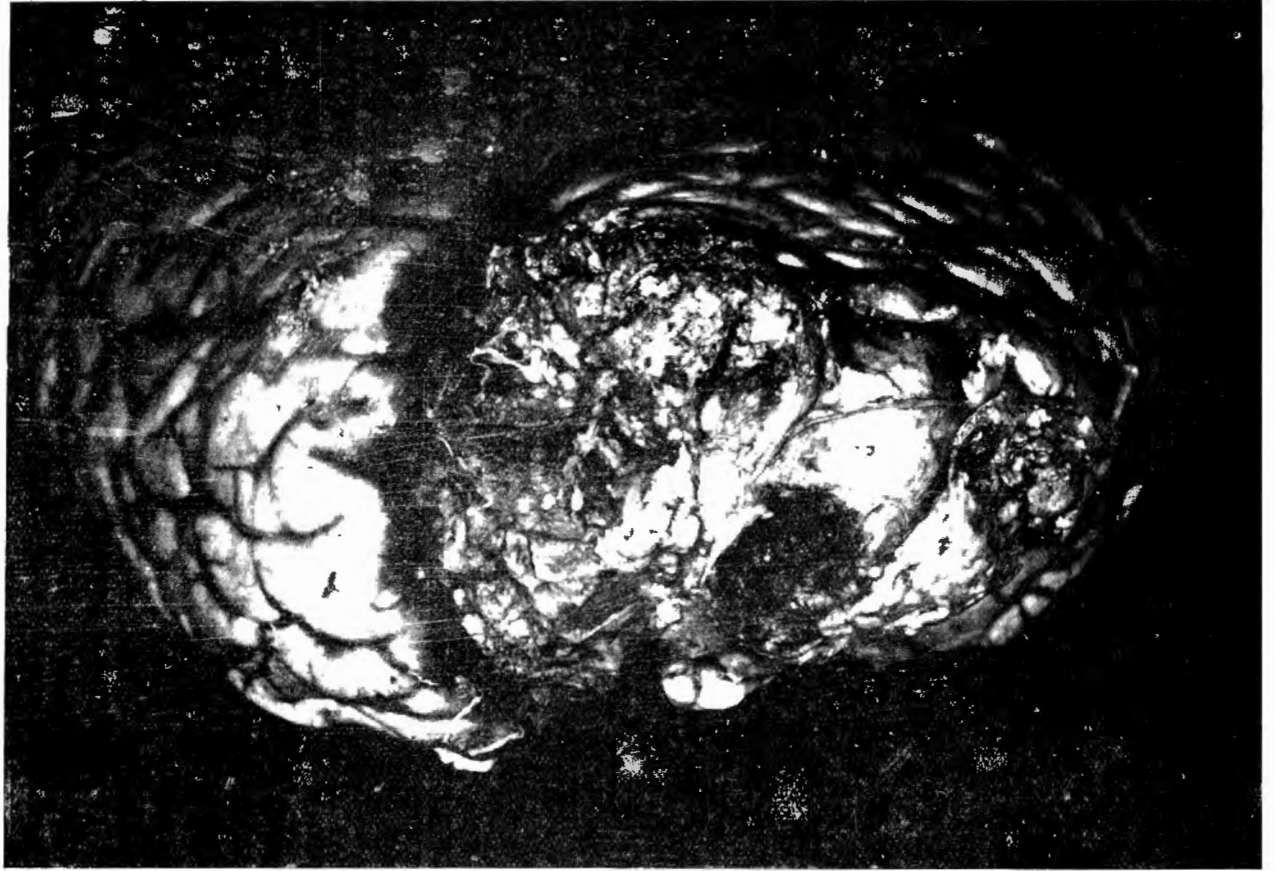


Resim : 4

Birinci infiltran tipteki habis meningom vak'amıza aid mikro-fotolar.

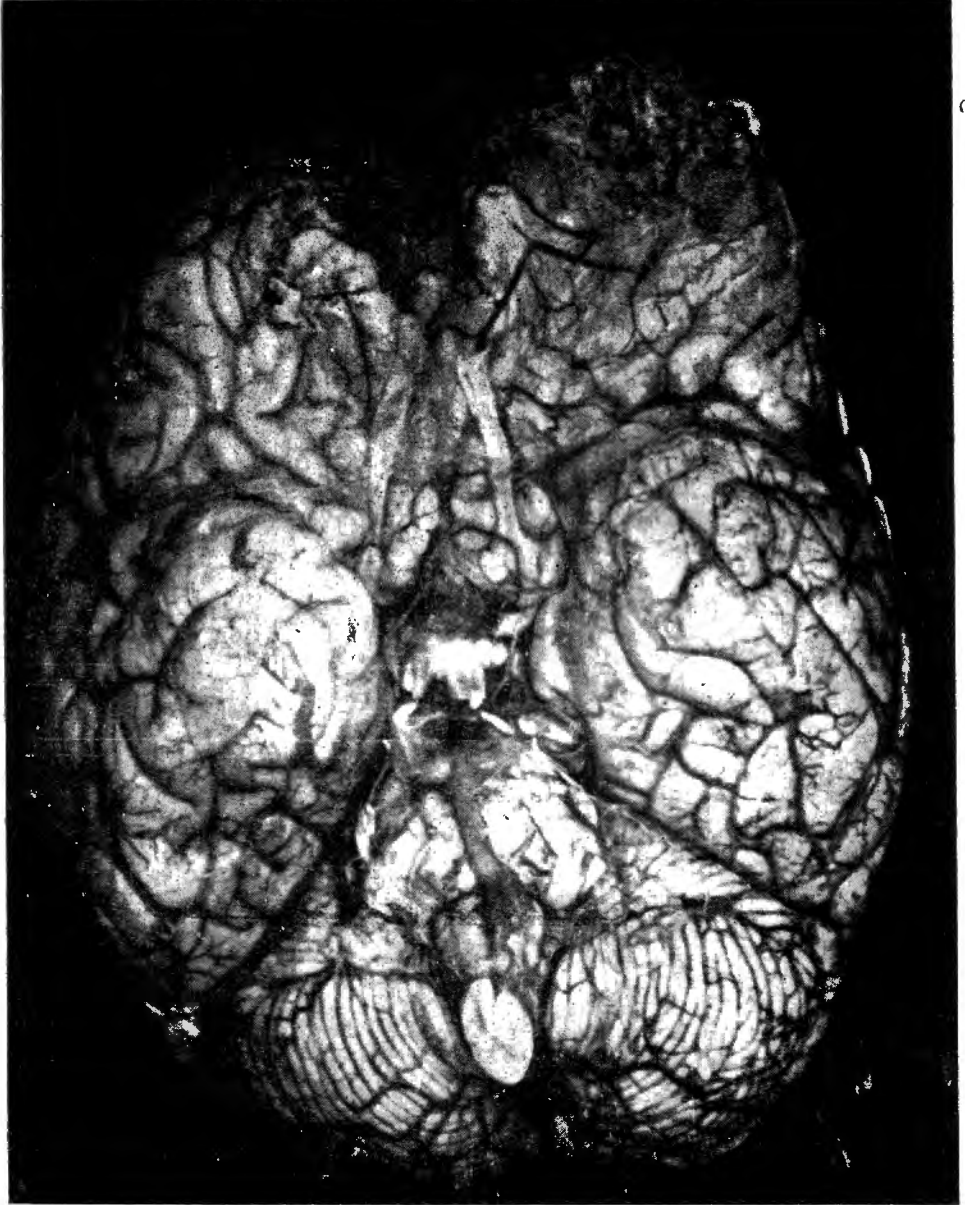
Yukardaki küçük, aşağıdaki büyük büyültmelerle alınmış resimlerdir. Küçük büyültmede lobullere taksim olunmuş durum ile konsantrik tabakalaşmış topaçları ihtiva eden meningotelyal tipteki tümör strüktürü açıktır. Büyük büyültmede bir lobuldeki tümör strüktürünün paratipik karakterini muhafaza etmiş poligonal hücrelerden yapılmış hali ile ortada konsantrik tabakalaşmış bir topaç bulunmaktadır.

(İstanbul Patolojik Anatomi Enstitüsü materyeli)



Resim : 5

İkinci fibriler tipteki atipik gelişmeli habis meningom vak'amıza aid makro-fotolar.
Tümör infiltrasyonuna uğramış sol frontal lobun, beyninin önden alınmış resmi içindeki durumu.
(İstanbul Patolojik Anatomi Enstitüsü materyeli) (Prot. No. 385/51).



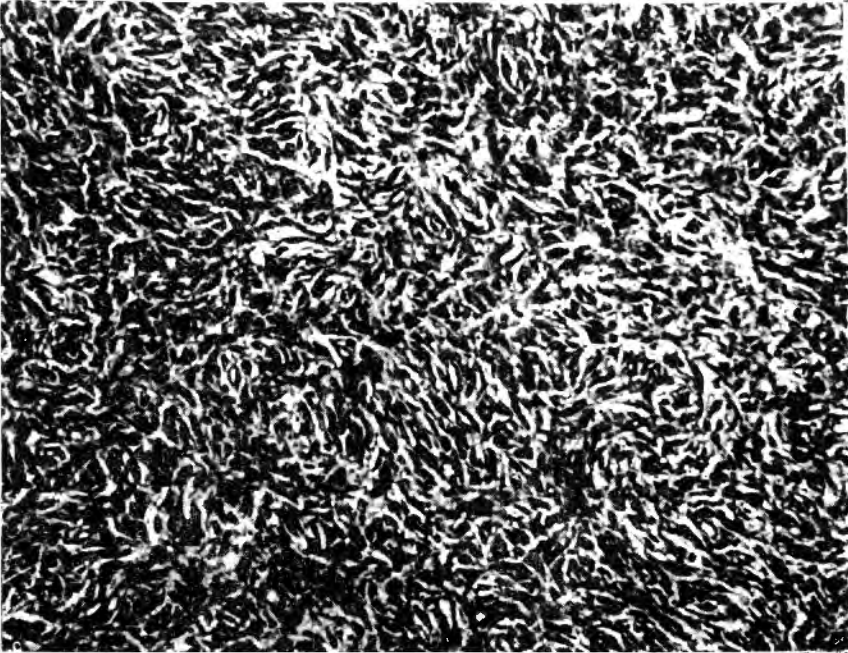
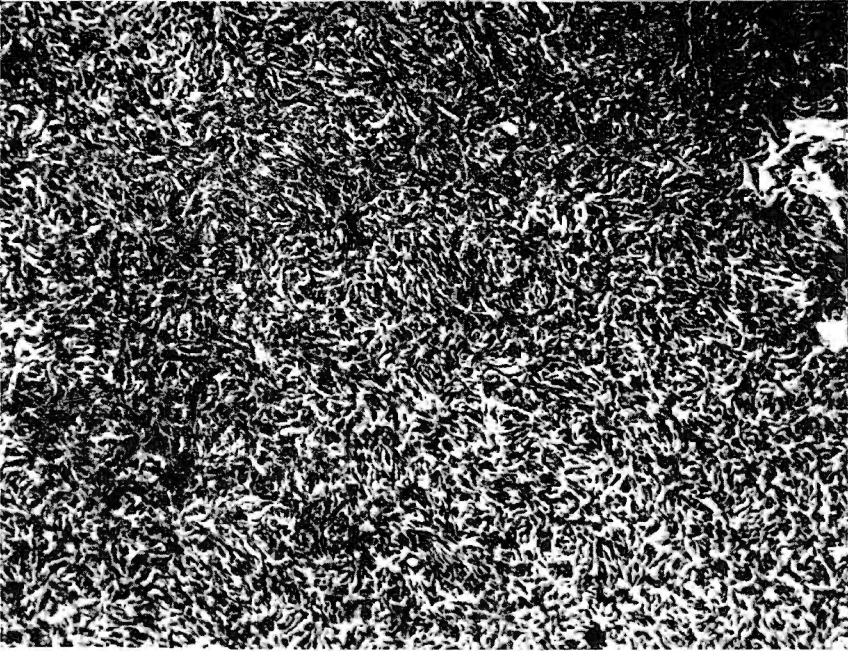
Resim : 6

İkinci fibriler tipteki atipik gelişmeli habis meningom vak'amıza aid makro-fotolar.
Tümör infiltrasyonuna uğramış sol frontal lobun basisten görünüşü.
(İstanbul Patolojik Anatomi Enstitüsü materyeli) (Prot. No. 385/51).



Resim : 7

İkinci fibriler tipteki atipik gelişmeli habis meningom vak'amıza aid makro-fotolar.
Tümör infiltrasyonuna uğramış sol frontal lobun beyin vertikal kesitinden görünüşü.
(İstanbul Patolojik Anatomi Enstitüsü materyeli) (Prot. No. 385/51).



Resim : 8

İkinci fibriler tipteki atipik gelişmeli habis meningom vak'amıza aid mikro-fotolar.

Yukardaki resim küçük büyültmedir (160 X). Tümör infiltrasyonu atipik karakter kazanmış fibriler yapı göstermektedir. Burada ince ağlarla ayrılmış iri lobuller mevcuttur. Kenarlarda küçük konsantrik tabakalaşma benzeri topluluklar ayırt edilmektedir.

Altındaki resim büyük büyültmedir (288 X). Burada fibriler tipteki hücrelerin atipik karakteri bariz olarak görülmektedir. Ara yerde mitoz halinde nüveler mevcuttur.

(İstanbul Patolojik Anatomi Enstitüsü materyeli) (Prot. No. 385/51).

T. C.

İstanbul Üniversitesi

III. üncü İç Hastalıkları Kliniği ve

Patolojik Anatomi Enstitüsü

yayınlarından

Enstitü direktörü: Ord. Prof. Dr. Ph. Schwartz

Klinik direktörü: Prof. Dr. Ekrem-Şerif Egeli

ARTERİO ARTERİEL VE İNTER VENTRİKÜLER DEFECTLE BİRLEŞMİŞ NADİR BİR KONGENİTAL İSTMUS DARLIĞI VAK'ASI

Dr. Müfide Küley — Dr. Kemal Rüştü Akgüder — Dr. Şemsi Gök

Sayın Hey'etinize klinik ve patolojik anatomik özellikleri olan, Enstitümüzde ilk defa rastlamış bulunduğumuz çok nadir bir kongenital kombine kalp hatası vak'ası takdim etmek istiyoruz.

Vak'a, Üçüncü İç Hastalıkları kliniğimizde tedavi edilmekte iken asistoli tablosu altında kaybettığımız bir hastaya ait bulunmaktadır.

Klinikte hastada tesbit edilmiş olan özellikler şunlardır:

Hasta Malike Tancarık adında 16 yaşında bir ev kızıdır. Kliniğe 7.4.952 tarihinde çarpıntı ve sol hipokondriumdaki ağrı şikâyetleriyle müracaat etmiş ve yatırılmıştır. Vermiş olduğu ifadeye göre hasta küçüklüğündenberi yol yürür, merdiven çıkarken nefes darlığı hisseder, bu sebebden sık sık dinlenmek mecburiyetinde kalmış. 7 yaşına kadar bu hal kendisini oldukça fazla rahatsız etmiş; daha sonraları ancak zorlu hareketleri müteakip çarpıntı hissetmeye başlamış. 1,5 sene evvel de bir hafta süren kusma şikâyetlerinden dolayı kliniğe müracaat ederek yatırılmış. Yapılan tedavi ile kusması kesilmiş, fakat klinikte kaldığı müddet zarfında klinik ve radyolojik tetkikler ile laboratuvar muayeneleri sonunda kendisinde kongenital bir kalp hastalığından şüphelenilmiş. Hasta aynı zamanda kalp yetmezliği arazları da gösterdiğinden dolayı ilk defa olarak dijitalin kullanılmağa başlanmış; bundan çok istifade etmiş. Umumi halindeki iyilik üzerine çıkarılmış.

6 ay evveline gelinceye kadar kendisini oldukça iyi hissediyormuş. 6 ay evvel her zaman hissetmiş olduğu çarpıntısı biraz daha artmış. Her iki ayağında şişlikler husule gelmiş. En küçük eforla, kendisini ileri derecede halsiz hissetmeye başlamış. Öksürüyor ve az miktarda balgam çıkarıyormuş. Buna kısa bir müddet sonra derin nefes ve öksürükle artan sol hipokondriumdaki ağrı şikâyeti eklendiği için kliniğe müracaat etmiştir.

Hastanın öz ve soy geçmişinde şimdiki hastalığı ile ilgili bir hususiyet tesbit edilememiştir.

Genel durumda: Hasta aktif halde olup etrafıyla alâkadar idi. Sorularına uygun cevaplara veriyordu. 16 yaşında olmasına rağmen, vücut yapılışı itibariyle, daha küçük yaşta bir insanmış gibi görünüyordu. Dudaklarda, parmak uçlarında, kulak sayvanlarında aşikâr siyanoz mevcuttu. El ve ayak parmaklarının tırnakları saat camı, parmak

uçları tambur çomağı şeklini almıştı. Hasta ortopne durumunda idi. Ayaklarında, bastırmakla gode bırakan ödem mevcuttu.

Organ muayeneleri:

Solunum sisteminde: Oskültasyonla her iki akciğer sahasında yaygın ve mebzul yaş raller işitiliyordu.

Dolaşım sisteminde: İncelemlerle kalp bölgesinde hafif kabarıklık vardı, kalp tepe vuruşu görülüyordu. Palpasyonla kalp tepe vuruşunu tek bir nokta halinde tesbit etmek imkânı yoktu; Kalp vuruşu büyük bir sahada muntazam darbeler halinde hissediliyordu. Aynı zamanda bütün prekordiumda, sistolde daha artan, devamlı bir trıl mevcuttu. Perküsyonla kalbin sağ hududunda sternumun sağ kenarını iki parmak tecavüz edecek derecede bir büyüklük tesbit edildi. Oskültasyonla bütün odaklarda kalp sesleri muntazam olarak işitiliyordu. Mitral odağında kalp seslerinde bir hususiyet tesbit edilmedi. Aort odağında kısa bir sistolik suflı vardı, ikinci ses kuvvetli idi. Pulmonalis odağında ise, aort odağından daha kuvvetli olmak üzere, sistolik bir suflı mevcuttu. İkinci ses aorttakinden hafifti. Solda üçüncü aralıkta, sternuma yakın olan kısımda, aort ve pulmonalis odaklarındakinden daha kuvvetli bir sistolik suflı vardı, bu suflı kuvvetli olan birinci sesi örtmüyordu. Aynı zamanda diyastolde de hohlayıcı vasıfta yumuşak bir suflı işitiliyordu. Bu suflı kalbin kadesine doğru hafiflemek üzere intişar ediyordu. Triküspit odağında kalp seslerinde bir hususiyet tesbit edilemedi.

Arteriyel tansiyon 15/8. Nabız muntazam, taşikardik (dakikada 146), yumuşak ve bastırmakla kaybolan bir nabız idi.

Sindirim sisteminde: Sağ kosta kenarını iki parmak tecavüz eden bir hepatomegali'den başka bir hususiyet tesbit edilemedi.

Üriner sistemde eser albüminüri bulundu. Sinir sistemi bulguları normaldi.

Hastanın yapılan kan muayenesinde eritrosit: 7 040 000, Hb: 142, İndex: 1, Lökosit: 8 600 bulundu. Formül normal idi. Sedimentasyon yarım saatte 3, bir saatte 4, iki saatte 4 mm. bulundu. Klinikte kaldığı müddet zarfında eser albüminürisi devam etti.

Alınan teleradiografide total kalp büyüklüğü, E.K.G. de sağ ventrikül hipertrofisi tesbit edildi. Akciğer filminde her iki akciğerde yaygın, taze küçük infiltrasyonlar bulundu. Hasta kalp yetmezliği arazları gösterdiğinden dijitalinize edildi. Diürezi arttırmak üzere civalı diüretikler kullanıldı. Hastanın umumî hali gittikçe iyileşti. Nefes darlığı kayboldu. Siyanozu azaldı. Fakat taşikardisi devam etti. Küçük ateşleri 37,5 - 37,8 arasında seyretti. Kalp bulguları aynı şekilde devam etti.

Klinik ve laboratuvar tetkikleri neticesinde hastalığın teşhisi için varılan kanaat bir Eisenmenger kompleksi ile beraber subakut bakteriel bir endokarditin mevcudiyeti merkezinde idi. Bakteriyel bir endokarditin mevcudiyetini düşündürdü; hastanın, klinikte kaldığı müddet zarfında, küçük ateşlerinin olması ve kalp oskültasyonunda diyastolik suflun bulunması idi. Yapılan kardiyotoniklerle bariz bir salâh görülmesi üzerine, ailesinin ısrarı ile hasta, kontrole gelmesi tavsiye edilerek çıkarıldı. Bundan sonra hasta ancak bir kerre kontrole geldi. Umumî hali iyi idi. Çarpıntıdan başka subjektif bir şikâyeti yoktu. Kalp ve akciğer bulguları aynı şekilde idi. Fakat kliniğimize son geldiği 23.7.1952 tarihinde ileri derecede siyanoze idi, büyük bir nefes darlığı içerisinde bulunuyordu, bundan dolayı tekrar yatırıldı. Kalpte galop ritmi tesbit edildi. Her iki akciğer sahası apex'den kaideye kadar yaş rallerle kaplı idi. Damardan Ouabaine yapılmak istendi ise de hasta kollaps halinde olduğundan injekte edilemedi. Oksijen çadırının getirilmesi esnasında exitus oldu.

Bu vak'anın otopsisinde âilenin tam muvafakatini alamadığımızdan dolayı maalesef karından yaptığımız küçük bir şakla yalnız göğüs organlarını çıkarmış bulunmaktayız.

Klinik hikâyede kongenital kalp hatası gayet güzel tesbit edilmişti. Fakat hastada ayrıca bir infeksiyon mevcudiyeti üzerinde de durulmuştu. Bu bakımdan kongenital kalp hatası taşıyan bu hastada araya giren infeksiyonun mahiyeti de arandı: Hastada tüberkülotik ganglioner bir reaktivasyon, bronş penetrasyonu ve perforasyonu, reinfeksiyon ve hematogen yayılmadan doğma bir akciğer miliar tüberkülozu tesbit edildi.

Vak'anın tüberküloza ait olan bu gösterisi günlük hayatta her zaman rastladığımız bir değişikliğin ifadesi bulunmaktadır ve hiç bir özellik taşımamaktadır, sadece ölümü çabuklaştırmıştır.

Biz burada vak'ayı yalnız başına kongenital kalp anomalisi bakımından ele almaktayız. Bu vak'ada anomali kombine bir vaziyet göstermektedir. Otopsi protokolumuzda kaydettiğimiz özellikler şunlardır (Prot. No: 346/52).

Kalbde ileri derecede büyüme.

Her iki ventrikülden ileri derecede genişleme ve cidarlarında ileri derecede kalınlaşma.

Her iki atriumda genişleme. -

Ventriküller arasında, sol pulmonal valvülün altına isabet eden yerde, açıklığı yukarı bakan 2×3 cm. ebadında septum defekti ile bunun altında kalan interventriküler septumda kalınlaşma.

Sağ ventrikül papiller adalelerinde kalınlaşma.

Triküspit valvülünün defekt hizasına yakın olan vazifevi kenarlarında kalınlaşma ve corda tendinea'larda kısıalma.

Truncus pulmonalis'in geniş hali. (Arteria pulmonalis'ler normal çap göstermektedir).

Ductus Botalli'nin içinden kurşun kalem geçecek kadar açıklığı.

Aort isthmus'unun tam kutrunun 1 cm. ye kadar daralmış hali ile bu darlığın aortla temadi ettiği hizada ve ductus botalli'nin tam yanı başında, açıklığı aşağı bakan endotel kalınlaşması.

Arteria pulmonalis kapaklarında kalınlaşma (Resim 1 ve 2).

Her iki akciğerde, cesametleri toplu iğne başından mercimek iriliğine kadar değişen sarı sincabi renkte tüberküloz yayılma mihrakları.

Her iki akciğer hilus ve interpulmonal lenf ukdelerinde şişme, kesitlerinde ant-razoz ve taze tüberküloz infiltrasyon.

Sağ akciğer üst fus horizontal bronşunda antralotik penetrasyon.

Sağ paratrakeal bir lenf ukdesinde $4 \times 2 \times 2$ cm. ye kadar şişme, kesitlerinde ka-zeöz tüberküloz infiltrasyon.

Akciğer içi arter şubelerinde ufak lipoidli plaklar.

Görüldüğü gibi, burada bir tarafta arterio-arteriyel (ductus botalli'nin açıklığı), diğer tarafta inter-ventriküler geniş iki defekt mevcut bulunmaktadır. Bu defektler, bilindiği gibi, kalbin embriyolojik gelişmelerine ait hatalı durumlardan doğma halleridir. Böyle defektlere pratikte rastlanmaktadır. Ancak burada bu defektlerden başka bir de aort isthmus'unda bilhassa kapanmayan ductus botalli'nin çevresinde, aşikâr daralma mevcuttur. Aort intimasında bulduğumuz bütün değişiklikler (isthmus'daki intima kalınlaşması, her iki ventriküldeki hipertrofi ve genişleme halleri) bu hataların doğurduğu tali değişiklikler bulunmaktadır.

Kalp hataları arasında isthmus darlıkları bazı vak'alarda arterio-arteriyel defektle birleşir; bazı vak'alarda birleşmezler. Bizim vak'amızda yalnız arterio-arteriyel defektle değil, aynı zamanda inter ventriküler defektle de birleşmiş bulunmaktadır.

Aort isthmus'u stenozları, ekseriya çok geniş saha işgal ederek boru şeklinde bir daralma gösterirler. Bu vak'aların bir kısmında ductus botalli açıktır. Bu vak'alar do-

ğumdan sonra yaşama imkânı vermezler ve hemen daima yenidoğmuş çocuklarda görülürler. Bunlarda ductus'un açılmasının mekanik bir tesirle olduğu kanaatındayız; yani isthmus darlığı primerdir; arterio-arteriyel defekt bunun tesiriyle meydana gelmiş sekonder bir haldir; boru şeklindeki bu aşırı darlıktan ileriye gidemiyen kan, darlığın arkasında kalan ductus membranını aşındırır ve açar. Bunlarda doğumdan sonra yaşayamama keyfiyeti tabii bir neticedir: Kan darlık dolayısıyla büyük devrana geçemez.

Boru şeklindeki bu darlıklarda, bazı vak'alarda ductus botalli kapalı bulunur. Bunlar doğumdan sonra yaşama imkânı (hattâ 20 yaşına kadar) veren vak'alardır. Bu vak'alarda daralma boru şeklinde olmasına rağmen aşırı dereceyi bulmamakta ve kan sirkülasyonu az da olsa büyük devrana geçebilmektedir.

Bu boru şeklindeki darlıklardan başka şerit şeklinde daha küçük sahali darlıklarda da rastlanır. Bu daralmalar ductus botalli'nin hizasında ve hemen başlangıç kısmında teşekkül etmiş olabilir. Bu nevi daralmalarda ductus botalli'nin mekanik tesirle açılması düşünülmez. Bunlar da yaşama imkânı veren darlıklardır. Vak'amız bu nevi bir isthmus darlığı vak'asıdır. Fakat burada ductus botalli'nin açıklığından başka interventriküler bir defekt de beraber bulunmuştur ve bu defektin mevcudiyeti, hatalı kan sirkülasyonunu kısmen kompanse eden lehte bir hâdise olmuştur: Şemada görüldüğü gibi (Şema: 1), burada ventrikül kontraksiyonunda, kan kısmen büyük sirkülasyona atılmış ve geri kalan kısmı ise sağ kalbe geçerek, onun kontraksiyonu ile isthmus darlığının üstünden ve açık olan ductus botalli'den (tabii kısmen kirli kanla karışık bir dnrnmde) tekrar büyük devrana geçmiştir.

Özet

Klinikle beraber kommünike edilmiş olan bu vak'ada, ilk defa rastlanmış çok nadir kongenital kombine bir kalb hatası olayı nakledilmektedir.

16 yaşına kadar yaşadktan sonra kalb kifayetsizliği tablosu ile ölen bir ev kızına ait olan bu vak'ada, kalbde 3 hatalı teşekkül bir arada görülmüştür:

- a) Arterio-arteriel geniş defekt (Ductus Botalli açıklığı).
- b) İntra-ventriküler geniş defekt.
- c) Aort isthmus'unda aşikâr darlık.

Bu yazıda kongenital aort darlıkları şekillerinin (boru şeklindeki darlıklar, şerit şeklindeki darlıklar) mukayeseleri yapılmış ve ileri derecedeki darlıklarda, arterio-arteriel ductus'un açık olmasının mekanik kan taziyeki tesiri ile olduğuna ve böyle vak'alarda doğumdan sonra yaşama imkânı bulunmadığına (çünkü kırmızı kan, darlıktan dolayı, büyük deverana geçemez); ductus Botalli'nin açık olmasına rağmen yaşayabilenlerde ise, darlığın nisbetle hafif derecede görülmesine dikkat çekildikten sonra, vak'amızın ileri derecede aort darlığı ile ductus Botalli açıklığından başka inter-ventriküler bir defekti de beraber taşımasının; doğumdan sonra hastanın yaşamasına sebep olduğu (çünkü böyle bir defektin mevcudiyeti, hususî olarak bu vak'aya göre hazırlanmış şemada görüldüğü gibi, kırmızı kanın, kısmen olsun, büyük deverana geçmesini mümkün kılar) gösterilmiştir.

Résumé

Cette communication faite en collaboration avec la clinique représente un très rare cas de malformation du coeur congénitale et combinée qu'on a observé pour la première fois dans notre institut.

La malade qui à vaicu jusqu'à 16 ans est morte d'une insuffisance cardiaque. A l'autopsie nous avons trouvé ici trois malformations à la fois:

- a) large defecte artério-artériel
- b) large defecte intraventriculaire
- c) retrécissement bien nette de l'isthme de l'aort.

Les auteurs font une comparaison des différentes formes du retrécissement de l'aort (forme en tuyau, forme en bande). Dans les retrécissement très marqués, la cause de la permanence du trou de Botal est la pression mécanique intra arterielle. Les cas pareils sont incompatibles avec la vie. (Car le retrécissement empêche le sang rouge de passer dans la grande circulation). Dans les cas où le patient peut vivre malgrès d'ouverture du trou de Botal, il est admis que le retrécissement est léger.

Dans le cas présenté, si la malade a pu vivre, c'est parce qu'il existait en même temps qu'un retrécissement marqué de l'aort avec persistance du trou de Botal une anomalie interventriculaire. (Car la présence d'une anomalie apareille permet au sang rouge de passer dans la grande circulation; cela peut-être bien vu dans le schéma préparé spécialement pour ce cas).

Summary

This case has been communicated by clinical observations and the striches of our institute. This is a very rare care of congenital combined heart defect which we have comme en cross for the first time in this-institute.

This is the case of on house-girl who showed a picture of heart insufficiency and clied when she was sixteen. As indicating by the pictures, the heart shows three defects of formation at the same time:

- a) A wide arterio-arterial defect (Deficiency of Ductus Botalli).
- b) A wide interventricular defect
- c) Obvions marrownees of isthmus aorta.

In this communication the forms of congenital marrowneas of aorta (Tubular and tape forms) have been compared and it has been pointed out that in cases of progressive marrowneas the deficiency of arterio-arterial ductus is caused by the mechanical pressure of blood and in such cases there is not a possibility of living after birth (Because arterial blood cannot get into circulation); After indicating that those who can line in opite of the deficiency of Ductus Botalli must have a slight deficiency; We want to state that in our case there was an interventricular defect, which made living possible for the patient, in addition to the narrownees of aorta and deficiency of Ductus Botalli (the reason for that is that the existency of such a defect can cure rare passing of some arterial blood into circulation).

Zusammenfassung

In diesem Falle, der zusammen mit der Klinik kommuniziert worden ist, wird eine sehr seltene kongenitale kombinierte Herz missbildung vorgestellt, der man in unserem Institut zum ersten Male begegnet hat.

In dem Falle eines Hausmädchens, das in ihrem 16. Jahralter wegen einer Herzinsuffizienz starb, erkennt man drei Entstehungen zusammen, wie es auch in den Bildern offen zu sehen ist :

- 1) Ein breites Defekt der Arteria - Arteriolen (Die Veröffnung der Ductus Botalli),
- 2) Ein breites interventrikuläres Defekt,
- 3) Eine deutliche Verengung in isthmus aortae.

In dieser Kommunikation vergleicht man die verschiedenen Formen der Verengung des Aorts (röhrenförmige und bandförmige Verengungen) und macht man drauf aufsichtig, dass bei hochgradigen Verengungen die Veröffnung der Arterio-Arteriel Ductus durch mechanischen Blutdruck vorkommt und in solchen Fällen das postfaetale Leben unmöglich ist (weil das rote Blut durch die grosse Bahn gar nicht durchlaufen kann) und dass bei den Fällen, wo man trotz des Offenseins der Ductus Botalli weiterlebt, die Verengung relativ wenig ist und so setzt man da auseinander, dass in unserem Falle neben der hochgradigen Verengung des Aorts und dem Offensein der Ductus Botalli auch ein interventrikuläres Defekt sich vorstellt und gerade das das postfaetale Leben des Patienten ermöglicht hat (Denn, das Dasein eines solchen Defekts ergünstigt, dass das rote Blut, wenn auch teilweise, durch die grosse Bahn durchläuft, wie man es auch in dem speziell vorbereiteten Schema zeigt).

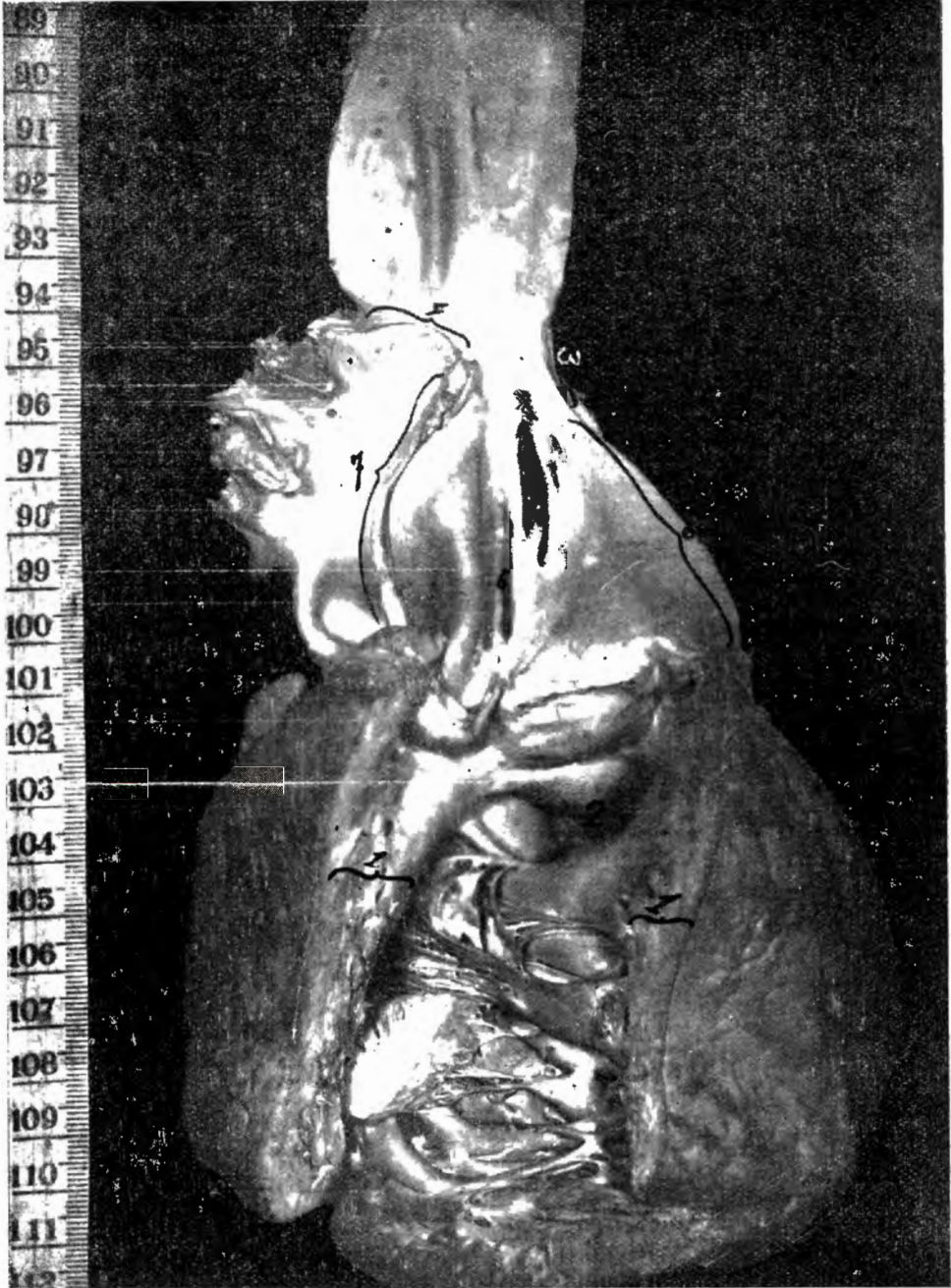
LITERATÜR

A — Embryoloji ve Patolojik - Anatomi klâsikleri:

Anderson: Pathology (1948).— Aschoff, L.: Pathologische Anatomie (1936).— Brachet, A.: Traité d'embryologie des vertebres (1935).— Clara, M.: Entwicklungsgeschichte des Menschen (1938).— Dietrich, A.: Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie (1939).— Fischel: Grundriss der Entwicklung des Menschen (1937).— Henke, Lubarsch: Handb. der spez. path. Anatomie und Histologic; Bd. II. (1924).— Hueck, W.: Morphologische Pathologie (1937).— Karsner: Human Pathology, (1942).— Kaufmann: Spezielle pathologische anatomie, Bd. I. (1931).— Kollmann, J.: Handatlas der Entwicklungsgeschichte des Menschen, zweiter Bd. (1707).— Maskar, Ü.: Embryoloji dersleri (1948).— Schwartz, Ph.: Patolojik anatomi ders notları (1948).— Turhan, B.: Özel patolojik anatomi ; Fasikül I (2 ci bası), (1952).— Vialleton, M.: Embryologie ; L. Testut : Traité d'anatomie Humaine ; Livre : XII. (1921).

B — Büyük kalb damarları, valvüller ve septumlar'da teşekkül etmiş bazı enteresan anomalilere ait periodik yazıları ; (vak'amızın benzerine rastlanamamıştır) :

A. Heraux : Malformations congénitales du cœur chez un nourrisson ; *Annales d'anat. path.* Tom : III. (1926). P: 745.— **A. Fiorand et J. Grenier** : un cas de communication interventriculaire ; *Bulletin de la société anatomique de Paris.* Tom : 18 ; (1921) ; P. 449.— **Benjamin Vinelli Baptiste** : Contribution à l'étude des anomalies du cœur. Un cas de vraie transposition des artères de la base du cœur. *Ann. d'anat. path.* Tom : X. No: 9: (1933). **Daniel F. Downing** : Congenital aortic septal defect; *Berichte ü. die allg. und Spez. Path.* ; Bd : 11 ; Heft : 1/2 ; (1952).— **E. Coelho, M. Da Fonseca, R. Pinto and M. Nunes** : Pulmonary stenosis With survival to the age of 78 years ; *Berich. ü. die allg. und Spez. Path.* ; Bd : 12 ; Heft: 2/3 ; (1952).— **Eugene H. Ebel and C. P. Lynx Wiler** : complete transposition of the great Vessels With patent ductus arteriosus and patent foramen ovale. Report of case ; *Berich. ü. die allg. und Spez. Path.* ; Bd: 12; Heft : 2/3 ; (1952).— **G. Van der Schueren et R. Haers** : Plusieurs cas d'anomalies congénitales du cœur ; *C. r. Assoc. Anat.* No : 63, P : 424 - 427. (1951).— **Hans Georg Fassbender** : Eine Komplizierte Herzmissbildung bei situs inversus ; *Znbl. Path.* 87, 228 - 232 (1951).— **Iwing G. Groop** : Congenital tricuspid atresia ; *Berich. ü. die allg. u. Spez. Path.* ; Bd : 12, Heft : 2/3 ; (1952).— **Janes A. Gum and John B. Meiale** : aortic atresia, mitral stenosis, hyperplasia of the left ventricle and other cardiac anomalies in newborn ; *Arch. of Path.* 50, 464-467. (1950).— **Otto Hueck** : Eine seltene Tricuspidalmissbildung ; *Virch. Arch.* 319, 247-264 (1950).— **Siekert R. G.** : An anomalous human heart. The left subclavian artery arising from a patent ductus arteriosus together with other defects; *Excerpta medica. Sect. I., Vol. IV. No: 1.* (1950).— **Vincent Moragues** : Persistent truncus arteriosus. M. Klinico pathologic study ; *Berich. ü. die allg. u. Spez. Path.* Bd. 11, Heft : 1/2 (1952).— **Zeren Z.** : un cas de Valvule Quinticuspide ; *Acta Anatomica.* Vol. XIII. Fasc. 4 (1951).

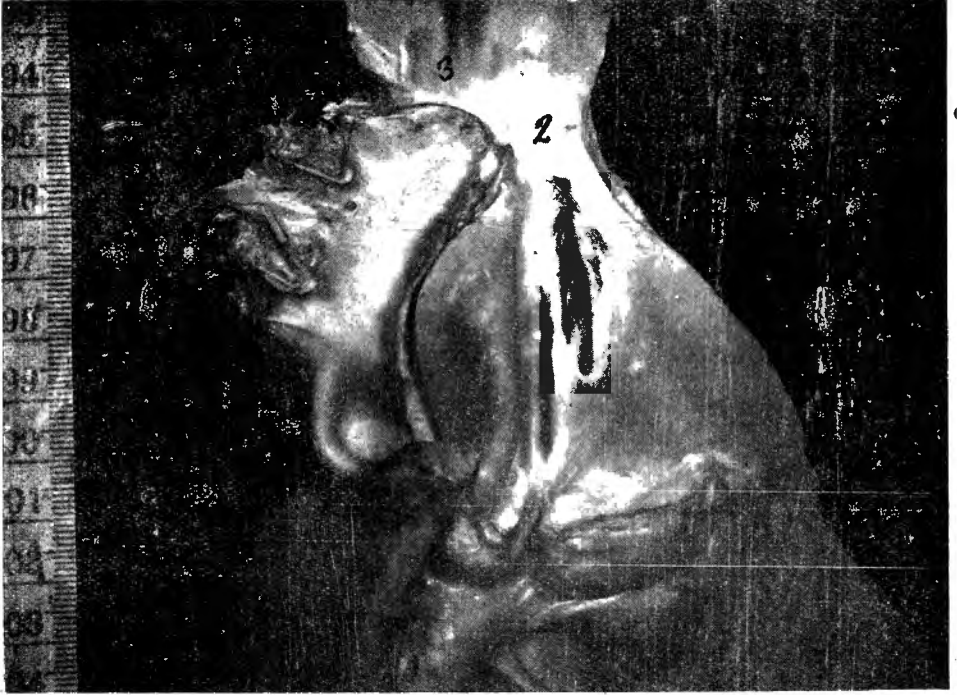


Resim: 1

(Kombine kalb ve damar anomali vak'ası (346/52).

(Normalden biraz küçük olan resim sağ ventrikül yüzünden alınmıştır.)

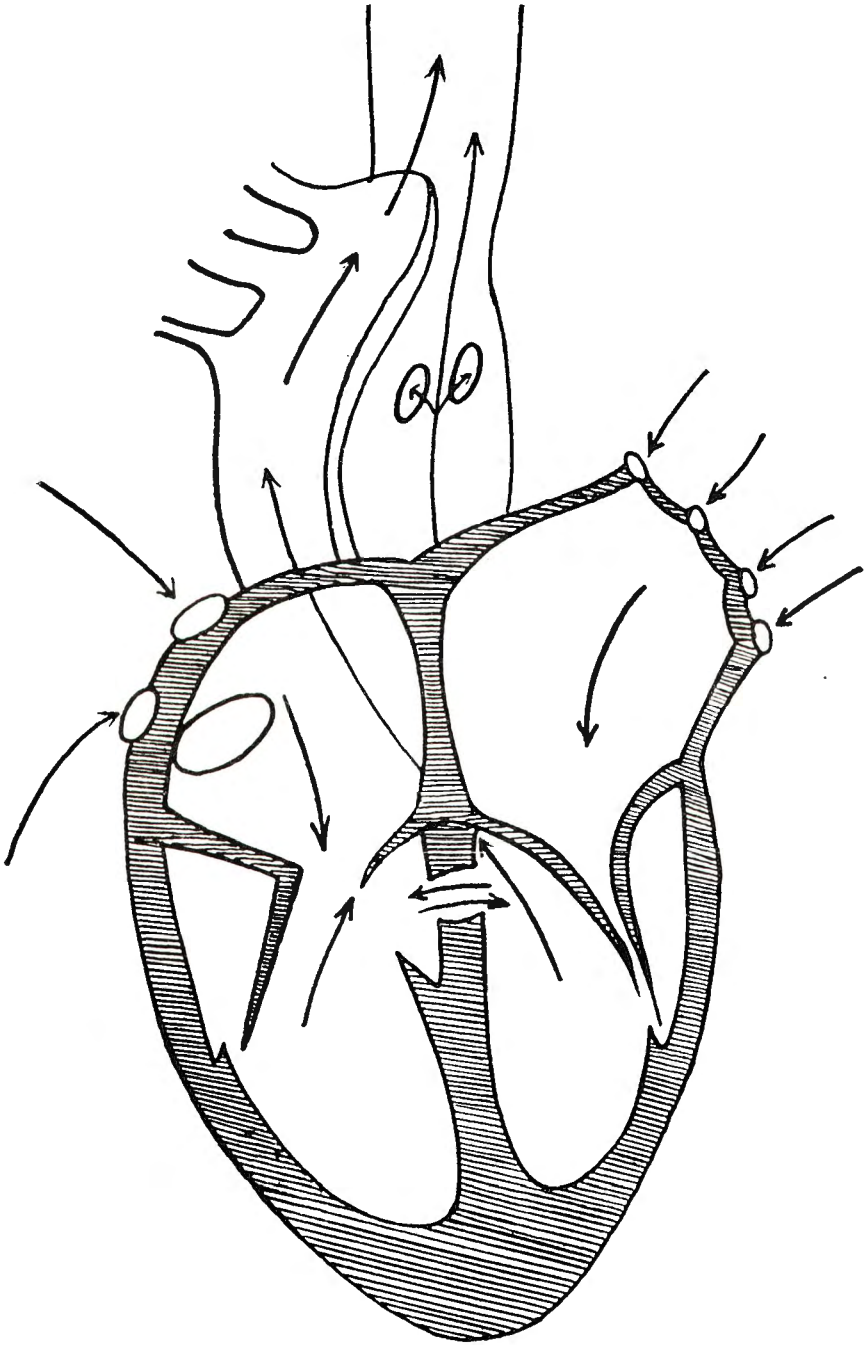
Sağ ventrikül cidarında ileri derecede kalınlaşma (1).— Septum membraneum'un geniş defekti (2).— Ductus Botalli'nin geniş açıklığı (3).— Aort isthmus'unun ileri derecede daralması ve bu hizada aort intimasının cep şeklinde kalınlaşması (4).— Truncus arteria pulmonalis'in genişlemesi (5).— Arteria pulmonalis'lerin ağızları (6). Aort kavsinin hafif genişlemesi (7).



Resim: 2

Kombine kalb ve damar anomalisi vak'ası (346/52).
(Normal büyüklükte)

.Septum defekti (1).— Ductus Botalli'nin açıklığı (2).— Isthmus darlığı (3).



Şema: 1

Kombine kalb ve damar anomalisi vak'ası (346/52)

(Sağ ve sol kalblere kanın giriş ve çıkış durumları ile vak'ada mevcut septum defekti, arterio-arteriel defekt ve aort isthmus'u darlığı karşısındaki soldan sağa, sağdan sola geçiş istikametleri oklar ile gösterilmektedir) .

İstanbul Üniversitesi
Patolojik Anatomi Enstitüsü
Yayımlarından:
Direktör: Ord. Prof. Ph. Schwartz

PARATIROID'İN ADENOMATÖZ GELİŞMESİ İLE MÜTERAFİK NADİR BİR RECKLINGHAUSEN KEMİK HASTALIĞI

Dr. Kemal Rüştü Akgüder — Dr. Şemsi Gök

Sayın heyetinize, klinik ve patolojik-anatomik etüdlere bakımından enteresan bulduğumuz nadir bir Recklinghausen kemik hastalığı vak'asını, Enstitümüze ait ilk vak'a olarak takdim etmek istiyoruz.

Sayın Profesörümüz Dr. Besim Turhan'ın müsaadeleriyle huzurunuzda getirdiğimiz bu vak'a fakültemiz 2. ci Şişürji Kliniğinde tedavi edilmekte iken ölen 30 yaşında Malatyalı evli bir ev kadınına aittir (*).

Klinik hikâyesinde; hastalık 3 sene evvel hiç bir sebep yok iken bacak ağrıları (bilhassa solda) şikâyetleriyle başlamış. Bu ağrılar mafsallarını oynattığı, bilhassa yürüdüğü zamanlar artarmış; gitgide kendisini yürümekten alakoyacak raddeyi bulmuş, bu zamanlar topallayarak hattâ değnek yardımı ile yürür olmuş. Bir müddet sonra bu ağrılar bacaklarından yukarıya yürümüş ve kalçalarında, belinde, sırtında, omuz ve kollarında, hülâsa vücudunun her tarafında hissedilir olmuş. Bu zaman bacaklarında edem ve hafif siyanoz baş göstermiş. İştihası azalmış, kuvvetten düşmüş, zayıflamış, regleri durmuş. Hastalık iki buçuk sene bu minval üzere devam etmiş ve gittikçe hastayı daha fena duruma getirmiş. Nihayet 6 ay kadar evvel üst çene kemiğinde bir şişlik peyda olmuş, bu şişlik nohut kadar iken zamanla elma kadar olmuş; bu şişlikten dolayı yemek yiyemez hale gelmiş ve bu şikâyeti ile kliniğe müracaat etmiştir.

Hastanın öz geçmişinde ne lokal ne genel bir infeksiyon, ne de travma gibi hazırlayıcı bir sebep yok. Sifiliz, gonore bulunmamış. Veraset durumunda tümör tarif etmiyor. Aile fertleri sağ ve sıhhatteler. Çocuğu olmamış.

Klinik muayenede; gündün güne artan zayıflama ile çene kemiğinde çabucak büyüyen tümöral vetire bir osteo-sarkom ihtimalini hatırlatmış ve hastalığın tetkikine üst çenedeki bu tümöral vetirenin biopsisi ile başlanmıştır.

Enstitümüze gönderilen biopsi materyelinin makroskopik muayenesi de hakikaten bir osteo-sarkomu düşündürecek durumda bulunmuştur. Fakat mikroskopta hücre atipisi görülmemiştir. Profesörümüz Dr. Besim Turhan tarafından tetkik edilen biopsi materyelinin makro-mikroskopik raporu aşağıdaki gibi tesbit edilmiştir: (Biopsi rapor No. 802/52).

«Bir kenarında dişler bulunan elma iriliğinde tümörleşmiş olan bir üst çene kemiği parçasının mikroskopla muayenesinde, iğ gibi uzunca nüveli bağ dokusu hücre-

(*) Burada vak'ayı bize veren ve kıymetli etüdlere bizi aydınlatan klinik hocalarımıza, bu arada Dr. Doçent Halid Ziya Konuralp ile asistanı Dr. Operatör Vasil Tiofonis'e teşekkürlerimizi açıklamaktayız.

lerinin teşkil ettikleri örgü içinde pek çok osteoklast tipinde dev hücreleri ve kemik lamelleri görülmektedir (Resim: 1). Teşhis: Epulis (Ostitis fibrosa lokalisata).»

Hastada, bundan sonra ve birdenbire hiç bir şeyle durdurulamayan kusmalar baş gösteriyor; midevi bir âfetin mevcudiyeti düşünülerek eksploratris bir laparatomiyeye karar veriliyor. Ameliyatta kusmaları izah edecek patolojik bir değişiklik bulunamıyor; hastanın çok zayıf hali daha derin tetkiklere müsaid olmadığı için Vitsel'in jejunostomie ameliyatı yapılıyor. Bu arada mesantere lenf düğümlerinden bir kısmının fındık iriliğine yakın şişmeleriyle, peritonun visceral yaprağında mercimekten nohut iriliğine yakın sincabî-sarı renkli nodüller göstermesi dikkati çekiyor; sebep olarak bir tümör metastazı veya bu nodüllerden bir kısmının ortalarındaki taze nekroz kazeifikasyona benzetilerek, bir tüberküloz düşünülüyor. Her iki ihtimalde de yapılacak başka bir şey olmadığı için karın kapatılıyor. Hasta yatağına götürüldüğünün ilk 24 saatinde exitus oluyor. Bundan evvel ve hattâ durdurulamayan kusmaları takip eden günlerde, hasta 2 mühim klinik bulgu daha gösteriyor: Bacaklarda flebit teşekkülü ve sol tibia'da radyolojik (radyografik) olarak tesbit edilen kistik teşekküller. Bu kistik değişmeler karşısında klinikte, bir aralık, biopsi'nin ostitis fibrosa bulgusu da ele alınarak, Recklinghausen'in kemik hastalığı da düşünülüyor ve buna lüzumlu laboratuvar muayeneleri yapılmak isteniyor. Fakat araya giren exitus bunların tahakkukuna imkân bırakmıyor.

Hastanın nekropsisinde tesbit ettiğimiz komünikasyonumuzla ilgili değişiklikleri şunlardır: (Nekropsi Protokol No. 230/52). «Uzunca boylu, kaşektik denebilecek kadar zayıf, bacaklarının bilhassa alt kısımlarında edemi olan genç kadın kadavrasında bacak ve kolların simetrik yapısının, kemik boylarını bazı yerde iç, bazı yerde dış tarafa doğru gelişi güzel igriltmiş hissini veren bazı kanburluklarla değişmesi; (bilhassa sol crutis bölgesinde).

Sağ yanak yüzeyi düzlüğünün sağ dudak kommissura'sını da içine almış nedbeli regenerasyon gösteren eskimış geniş bir ameliyat yarası ile bozulması ve bu taraf avurtundaki normal bombeliğin derin bir çukurluk yapmış şekilde içeriye doğru göçmesi.

Sağ üst çene kemiğinin içerisinde gelişmiş olduğu nakledilen tümöral vetire ile beraber ve ancak üst tarafındaki kısmı bırakılmış şekilde geniş rezeksiyonu; (4 ay evvelki çene tümörüne ait rezeksiyon).

(Sağ üst çene kemiğindeki bu tümöral vetirenin rezeksiyonundan sonra Enstitü-müze gönderilen piyesine ait 802/52 numaralı Biopsi raporu yukarda yazılmış, mikrofotoları (Resim: 1) de gösterilmiştir. Burada makrofoto, kati teşhis maksadı ile muhtelif yerlerden kup yapmak zarureti karşısında piyes parçalandığı için, maalesef yapılamamıştır.)

Sağ üst çene kemiğindeki rezeksiyondan sonra damağın sağ tarafının geniş defekti ile rezeksiyon sahasını çevreleyen yumuşak dokunun ve ağız mukozasının yer yer küçük, soluk kırmızı granülasyonlar ihtiva eden geniş nedbevi büzülmeleri.

(Sol üst çene ile alt çenedeki, tartırlar gösteren, bakımsız dişler yerinde; diş etleri mukozaları düz, parlak, nemli; diş köklerinin etrafı serbest görüldü).

Karında epigastrik bölgede sağlam sütürlü ve lâstik drenli, temiz, taze bir ameliyat şakki.

Kemik sisteminde; sağ üst çene kemiğinde gelişmiş tümöral vetirenin yukarda söylediğimiz ameliyatla çıkarılmasından sonra, kafa kemiklerinde büyükçe bir defekti bulunan kadavranın, üst ve alt tarafları uzun kemiklerinde, (alt taraflarda her iki tibia, her iki fibula, her iki femur; üst taraflarda her iki ulna, her iki radius ve her iki humerus'da) normal simetrik şeklin, yer yer iç ve dışa bakan gelişi güzel kanburluklar ve yer yer kemik çapına aid gelişi güzel kalınlaşmalar ile bozulmasından doğma

aşikâr deformasyonlar; (bilhassa sol tibia metafiz kısmında daha fazla bir kalınlaşma ve daha fazlaca bir çarpılma göstermektedir).

Yer yer çarpılma, yer yer kalınlaşmalar göstererek deformasyona uğramış alt ve üst taraf uzun kemiklerinde çarpılan ve kalınlaşan yerlerde daha aşikâr olmak üzere kireçli sert kemik dokusunun yumuşaması ve elâstik bir doku katılığı ile değişmesi; yine bu kemik dokusunun, hattâ bazı yerlerde (bilhassa metafizin diafize yakın üst kısımları ile üst epifiz kısımlarında) dıştan bir zarla örtülmüş ve içi adeta boşalmış gibi hissedilen, aynı zamanda fluktuan olan teşekküllere de yer vermesi.

Sol ve sağ femurun metafizi dış yüzlerinde, kemiğin takriben 2/3 alt kısımlarına uyan yerlerinde, solda daha büyük bir çap göstermek üzere, kemik substansia kompaktasının tam harabiyeti ile buralarda kemiğin içinden periost altına doğru dışarı taşan esmer-kırmızı renkte, yumuşak, kısmen fluktuan bombeleşmeler.

Sol ve sağ femur metafizlerinde, yumuşak, fluktuan bombeleşmeler gösteren sahalarda subperiostal kanamalar.

Üst ve alt taraf kemiklerinin periostlarında gelişi güzel kalınlaşmalar ve ince pütürlenmeler; (bazı yerde periost, içteki yeni nesicle adeta kaynamış gibi bir manzara da gösteriyor).

(Hiç bir yerde spontan fraktür görülmedi).

2 ci ve 3 cü lumbal vertebraların korpusları çaplarının gelişi güzel kalınlaşmaları ve buradaki kemik sertliğinin de yer yer oldukça geniş sahalı yumuşamaları; (bu vertebralar sağlam olanlar arasında iç ve dışa doğru deforme olmuş gibi görünmektedirler).

(Diğer kemiklerde, kostalarda ve üst çene rezeksiyonundan geri kalmış kafa kemiklerinde dış strüktür normal bulundu).

Kemiklerin kesit yüzeylerinden iç görünüşlerinde; hemen bütün büyük çaptaki uzun kemikleri, ayrıca lumbal 2 vertebra korpusunu ilgilendiren 2 esas değişiklik göze çarpıyordu:

a) Hastalanmış uzun kemiklerin (bilhassa metafiz kısımlarında daha kesif olmak üzere, iki uçlarda diafiz ve epifiz kısımlarını da içine alan) hemen her sahasındaki; hastalanmış vertebralarda ise spongiöz tabakadaki kemik iliğinin; septumları ile beraber geniş harabiyeti ve bütün buralarda, kenar endostundan içeri dağılmış, bazı yerlerde beyaz-sincabî, bazı yerlerde daha koyuca sincabî renkli, sert, elâstik fibröz bir dokunun, bu harab olan kemik iliği yerine geçmesi, aynı zamanda bu yeni dokunun, bazı sahalarda küçük çapta gözelenmiş boşlukları da ihtiva etmesinden dolayı, süngerleşmesi; (bu boşlukların bir kısmı genişlemiş damarlara ait, bir kısmı ise harab olan doku ile ilgili bir yapı göstermektedir).

b) Hastalanmış uzun kemiklerde ve hastalanmış vertebralar korpuslarındaki substansia kompakta'nın geniş sahalarda dekalsifikasyonu ve harabiyeti ile buralarda da fibröz tabiatlı yeni bir teşekkülün meydana gelmesi; (bütün bu kemiklerde yeni teşekkül etmiş olan ve uzun kemiklerin medullası ile vertebraların spongiöz tabakasını kaplamış bulunan bu fibrotik vetire, oldukça geniş sahalarda daha ziyade koyuca sincabî renkli, nisbetle mukavim solid bir dokuya da yer vermiş görülmektedir).

Bu esas iki değişikliğe, uzun kemiklerde bir de üçüncüsü eklenmiştir:

c) Uzun kemiklerin üst epifiz ve diafiz kısımları ile bunlara yakın metafiz sahalılarında tek veya çok gözeli, içleri bazılarında seröz, bazılarında kanlı bir sıvı ihtiva eden oldukça büyük kistik boşalmaların teşekkülü (bu kistlerin bazıları hizasında, substansia kompakta hemen tamamen harabolmuş ve kistler buralarda yalnız bir periost ile çevrilmiş duruma girmişlerdir).

Bu esas patolojik bulguların tesiri altında lezyonlardan biri veya diğerinin daha

hâkim oluşuna göre üst ve alt tarafların uzun kemikleri teker teker şu özel morfolojik duruma girmişlerdi:

Sol tibia:

2/3 üst kısmında 24 sm. lik sahada araları ince fibröz bridlerle bir çok iri gözelerle bölünmüş ve içlerinde bazılarında seröz, bazılarında kanlı sıvı bulunan kistik boşluklar gösteriyor ; bu hizalarda, (substansia kompakta hemen tamamen kaybolarak yerini ince bir periost çevresine bırakmış olduğu için) dışardan, aşikâr bir bombeleşme ile periost altında kırmızılaşmış bir renk de görülüyor (subperiostal kanama). Kistlerin dışındaki sahada kompakt tabaka en geniş yerinde 3 mm. yi geçmeyen bir inceleme göstermektedir. Bu yerlerde kemik iliği yukarki fibröz doku ile değişmiştir; bu doku bazı yerlerde süngerleşmiş gibi gevşek, beyaz sincabi renkte, bazı yerde ise daha ziyade solid yapıda ve koyuca sincabi renkte görülmektedir; bu suretle kemik sertliğinde elâstik bir yumuşama teşekkül etmiştir.

Sağ tibia:

Üst epifizini tamamen işgal eden, $3 \times 3 \times 4$ sm. çapında, çok güzeli, seröz, hemorajik sıvı ile dolu kistik değişimlidir; burada substansia kompakta tamamen kaybolmuştur. Bu kistleri de, altından kanamalara uğramış bir periost tabakası çevirmektedir. Diğer taraflarda substansia kompakta incelmış ve kemik iliği kısmen süngerleşmiş, kısmen solid karakterde fibröz bir doku ile örtülmüştür. Kemik sertliği burada da elâstik bir yumuşama göstermektedir.

Sol femur:

Burada substansia kompakta'nın, alt epifiz bölgesinde ileri derecede incilmesi ile kemiğin metafizinde, 2/3 alt bölgede, $1,5 \times 4$ sm. çapında bir sahada tam harabiyeti ve buralardaki ilik kısımlarında, kemik sertliğini yumuşatan, ayrıca geniş iç boşalmaları ile irice süngerleşme hali yapan bir yeni dokunun (kompakt tabakanın tam harabiyet gösterdiği tibia'lardaki kistlerde olduğu gibi) meydana gelişi ön plândadır. Bu saha üstten ince bir periostla çevrili olarak dışarıya taşmaktan doğma aşikâr bir bombeleşme de göstermektedir. Burada da subperiostal kanamalar vardır. Diğer taraflarda kompakt tabaka ile ilikte kısmen süngerleşme ve daha ziyade solid karakterde fibröz bir yumuşama göze çarpmaktadır.

Sağ femur:

Sol gibidir. Yalnız burada epifizdeki spongiöz manzara daha aşikârdır ve burada da metafizde yine 2/3 alt kısımda, fakat 1×1 sm. çapında (daha ufak) bir sahada aynı vasıfta bir bombeleşme teşekkül etmiştir. Subperiostal kanamalar burada da vardır ve diğer taraflarda kemik iliği ile kompakt tabaka yerinde meydana gelen fibröz doku, bazı yerde küçük gözelerle süngerleşmiştir, bazı yerde ise daha ziyade solid yapıda elâstik kıvamlı bir karakter taşımaktadır.

Sağ ve sol fibula'larda:

Kemik iliği hemen her tarafta süngerleşmiş gibi bir dokuya değişmiş ve yumuşamış manzaradadır.

Sol ulna ve sol radius'larda:

Epifiz'lerin kompakt tabakaları ve ilik aşikâr süngerleşmiştir. Metafiz'lerde kompakt tabaka ile ilik daha ziyade fibröz ve elâstik bir doku ile değişmiştir.

Sağ ulna ve sağ radius'larda:

Süngerleşme daha ziyade epifiz'lerdedir. Metafiz'lerde ise daha fazla fibröz-elâstik bir doku değişmesi vardır.

Sol humerus:

Üst epifizde substansia kompakta ve ilik aşikâr süngerleşme halindedir. Burada da 1×2 sm. çapında hemorajik bir yumuşama mihrakı teşekkül etmiştir.

Sağ humerus:

Burada harabiyet gösteren normal kemik yapısı her tarafta (daha fazlası metafiz'de) bazı yerde süngerleşmeli, bazı yerde solid karakterli fibröz yeni bir doku ile değişmiş görülmektedir (Şema: 1, Resim 2,3,4).

(Otopside, ne kesitlerinde kolloid ihtiva eden normal büyüklükteki tiroid lob'ları zemininde, ne de aberran paratiroid bölgelerinde gözle paratiroid dokusu ayırd edilememiştir).

(Kadavrada, bundan başka, sağ bifurkasyon lenf düğümlerinden başlamış tüberküloz bir reaktivasyon ile bu reaktivasyonun kısmen mediasten, kısmen boyun, kısmen de karın lenf düğümlerinde dağılık yerleşmeli tüberküloz adenitis'ler meydana getirmesi hali de mevcuttur. Ayrıca daha ziyade visceral yapraklarda subseröz yerleşmeli, mercimekten nohut iriliğine kadar değişen, soliter veya toplu, taze kazeifiye tüberküller ile döşenmiş bir peritoneal tüberkülozun başlangıç hali de bulunmuştur. Karında ascites yoktur. Sağ esas bronшта, eski antrakotik lenf düğümü açılma nedbeleri görülmüştür, yeni bir bronş açılması ile akciğerlerdeki eski tüberküloz mihrakı bulunamamıştır).

Her iki böbrek papillalarında kireç tavazzuatı vardır. Plexus utero-vaginalis'de, her iki vena iliaca ve vena femoralislerde, dura sinüslerinde cidara yapışık trombuslar bulunmuştur).

Mikroskopik etüdlerde:

Kemiklerden yapılan preparatlarda kistli yerlerde: İçleri eritrositler veya seröz bir sıvı ile dolu iri kistik boşlukların çevrelerinde osteoblast'ları ve damarları ihtiva eden bazı yerlerde hücrelerden zengin genç, bazı yerlerde ise hücresi azalmış, lifleri çoğalmış daha yaşlı bir bağ dokusu görülmektedir. Bu doku bazı yerlerde ödemlidir.

Büyük büyütmede hücreler tipik karakterde bulunmuşlardır.

Tiroid'in histolojik seri muayenelerinden sonuncularında (2 aylık ısrarlı bir araştırmadan sonra) adenomatöz gelişme gösteren aşikâr bir paratiroid dokusu bulunmuştur.

Yine bu seri kesitlerde, trakea kenarından alınan kuplarda, aynı şekilde adenomatöz gelişme halinde paratiroid dokularına (aberran paratiroid) rastlanmıştır.

Böbreklerde tubuliler içersinde kireç tavazzuatı gayet aşikârdır (Resim: 5,6,7).

Bir mezanter lenf düğümünde taze kazeifiye tüberküloz tesbit edilmiştir.

Görüldüğü gibi burada kemik deformasyonu yapan fibröz gelişmeli bir hastalık (ostitis fibrosa) karşındayız.

Ostitis fibrosa'larda bilindiği gibi 4 mühim hastalık ayırt edilmektedir:

- 1 — Ostitis fibrosa cystica localisata (Epulis).
- 2 — Recklinghausen'in neurofibromatosundaki ostitis fibrosa'lar,
- 3 — Ostitis fibrosa disseminata'lar (Albright sendromu).
- 4 — Recklinghausen'in ostitis fibrosa cystica generalisata'sı.

Her şeyden evvel ostitis fibrosa'ların teşhisinde ve birbirinden ayırt edilmelerinde paratiroid adenomu ile beraber bulunup bulunmamalarının önemi vardır. Bunların ilk üçünde hemen umumiyetle paratiroid adenomu yoktur ve adenom yalnız Recklinghausen kemik hastalığında bulunur.

Vak'amızda hastalık lokal değildir. Hastada bir neuro-fibromatoz da yoktur. Diğer taraftan paratiroidlerde adenomatöz gelişme bulunmuştur. Buna binaen bir dissemine ostitis fibrosa'da değildir. Fakat söylediğimiz gibi vak'amızda paratiroid'leri adenomatöz gelişme iki aylık devamlı bir araştırmadan sonra ve ancak bir hafta evvel tesbit edilebilmiştir; biz bu adenomatöz gelişmeyi bulmadığımız zamanlarda dahi teşhisimizi ostitis fibrosa generalisata cystica yani bir Recklinghausen kemik hastalığı

olarak koymuştuk. Bilindiği gibi Recklinghausen kemik hastalığının da, nâdir olmakla beraber, adenomsuz rastlanan vak'aları da bulunur. Fakat böyle vak'alarda ostitis fibrosa disseminata aleyhine deliller vrdır. Ostitis fibrosa disseminata (Albright sendromu) gösteren bu vak'alar daha ziyade ünilateral olurlar ve burada fibröz kemik değişiklikleri ekstremelerde ve parmak kemiklerinde daha hâkim olur. Diğer taraftan kemiklerdeki bu lezyonlar yaygın değil odaklar halinde görülürler. Bu sendromda ekseriya aynı taraf cildinde bir pigmentasyon ile kadınlarda erken püberte yapan endocrin disfonksiyonları da beraber görülür.

Vak'amız böyle bulgular veren bir vak'a bulunmamaktadır. Yani şüphe bırakmayan generalize bir Recklinghausen kemik hastalığı (ostitis fibrosa cystica generalisata)dır ve paratiroidlerde adenomatöz gelişmesi de tesbit edilmiş bir vak'adır.

Recklinghausen kemik hastalığında bazan bir yerde lokal olarak (ekseriya çene kemiğinde) tümöral bir gelişme de teşekkül edebilir. Bu tümöral gelişmede, yine kemik harabiyeti ve bunun yerine fibröz dokunun geçmesi, aynı zamanda kemik harabiyetinin bol miktarda osteoklast teşekkülünden doğması hali tesbit edilir (osteoklastik dev hücreleri gösteren ostitis fibrosa) .

Vak'amızda böyle bir teşekkül de beraberdir ve hastalığın seyri esnasında sağ çene kemiğinde meydana gelmiştir.

Recklinghausen kemik hastalıklarındaki bu harabiyet ve bunun yerine geçen bağ dokusu örgüsünün teşekkülü paratiroidlerin adenomları ile beraber görüldüğü müşahade edilince (Askanazy); bunların birbirine bağlı hâdiseler olduğunu isbat için experimental çalışmalar da yapılmıştır (Mandl). Bu tecrübeler kemiklerdeki bu özel değişikliğin teşekkülünde merkezi tesirin (paratiroid adenomu) hormonal rolünü meydana koymuştur. Bu hormonal tesirin osteoklastları arttırmak ve kemiği harabiyete götürmek olduğunu bu gün hepimiz bilmekteyiz. Harab olan kemikte sonradan fibröz bir vetire gelişmektedir.

Vak'amızda bir de tüberküloz hikâyesi vardır. Bu; eski bir akciğer tüberkülozunda yeni ganglion ve periton yayılmaları yapan bir tüberküloz reaktivasyonunun neticesidir.

Ö Z E T

Bu komünikasyonda Enstitümüzde ilk defa rastlanmış geniş yayılnalı ve klâsik lezyonlu bir Recklinghausen kemik hastalığı, makro ve mikrofotoları ile gösterilmektedir. Burada vak'a; ekstremeler dışında bütün uzun kemiklerde, ayrıca iki lumbal vertebra korpusunda, aşikâr kemik iliği ve substansia kompakta harabiyeti, bunun yerine geçmiş endostal fibröz bir vetirenin teşekkülü ve bilhassa tibia'larda tek ve çok gözele geniş kistlerin meydana gelmiş olması ile, hastalığın bütün klâsik morfolojik bulgularını bir araya toplamış bulunmaktadır.

Burada, hastalığın aynı zamanda sağ üst çenede tümöral gelişme gösteren lokal bir teşekkülü de araya girmiştir. Vak'ada prekoz püberte ile ciltte pigmentasyon değişikliklerinin bulunmaması ve paratiroidlerde tesbit edilmiş olan adenomatöz gelişme hali ; disküsyonda bu vak'anın saf bir Recklinghausen kemik hastalığı bulunup adenomsuz bir dissemine otitis fibrosa (poliostatik dissemine displazi veya bir Albright sendromu) olamayacağına katı delil olarak gösterilmiştir.

Résumé

Une communication a été faite sur un cas de «maladie de Recklinghausen osseuse» avec ses lésions diffuses classiques. Cette maladie observée pour la première fois dans notre institut, fut communiqué avec des photos macro et microscopiques.

Dans ce cas, les lésions siégeaient, dans tous les os longs et aussi dans deux

vertèbres lombaires. Nous avons constaté des destructions visibles de la couche compacte et de la moelle osseuse, lesquelles étaient remplacées par un processus fibreux endostal. Dans les coupes, surtout aux tibias, nous avons remarqué aussi des zones hystiques uni et multiloculaires, limitées par du tissu conjonctif à l'aspect classique du Recklinghausen osseuse.

Au cours de la maladie on avait observé encore un développement tumérial localisée à la maxillaire supérieure droite.

Ayant constaté l'existence d'une tumeur parathyroïdienne, l'absence de puberté précoce et de pigmentation cutanée, nous avons conclu qu'il s'agissait d'un cas pur de Recklinghausen et non pas d'une ostéitis fibrosa disséminata (Dysplasie polyostatique disséminé ou le syndrome d'Albright) sans adénome.

Summary

In this communication a Recklinghausen bone disease with large extentions and classical lesions, met for the first time in our Institute, has been presented together with its macro and microphotos. This case possesses all the classical morphological findings of the disease showing an evedent desolation of substantia compacta and medulla ossis in the bodies of lumbar vertebra and in all long bones except the extremities, the formation of an endostale fibrose process and the revealing of the mono-and polycellular cysts, especially in tibias.

According to the clinical story of the disease a local formation in the upper jaw showing a tumoural development is also revealed. Although the precocious pubertial disorders and the changes of pigmentation in the skin cannot be seen, the adenomatous development in the parathyroids has been counted as an absolute evidence, that the disease is a pure Recklinghausen bone disease and cannot be a disseminated ostitis fibrosa (a poliostatic disseminated displasia or a disseminated Albright syndrome).

Zusammenfassung

In dieser Kommunikation ist eine verbreitete und klassische Lesionen besitzende Recklinghausen'sche Knochenkrankheit, der man in unserem Institut zum ersten Male begegnet, mit ihren Makro- und Mikrophotos gezeigt worden. In allen Rohrknöcheln ausser der Extremitäten, und in den Körpern zweier Lumbal Wirbeln ein Zerfall der substantia compacta und medulla ossis, die Entstehung eines endostales fibrösen Prozesses und besonders in Tibias die Formation der ein- und mehrlöchrigen Kysten, zeigend hat der Fall alle morphologischen Befunde der Krankheit zusammengezählt.

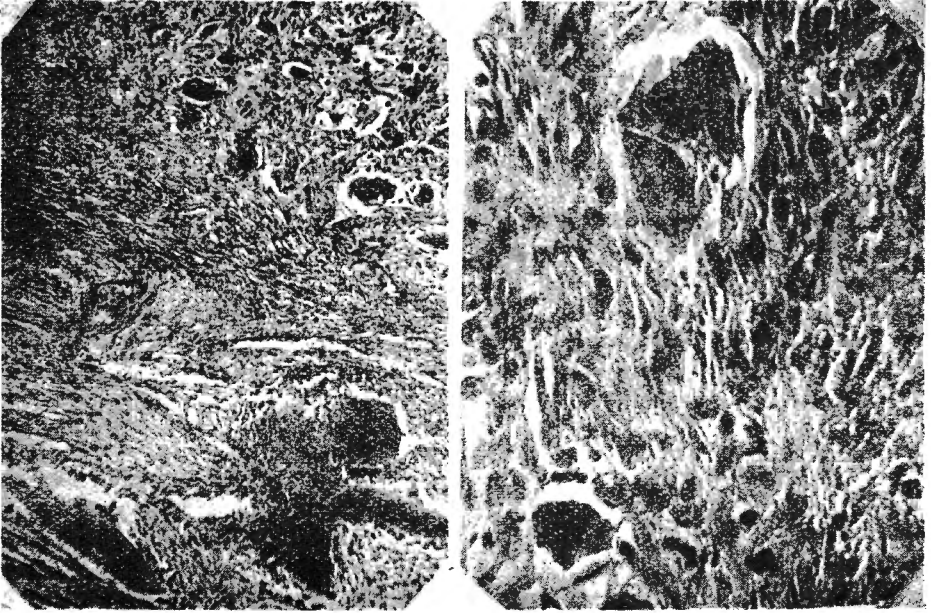
Der klinischen Geschichte nach, hat sich eine lokale und tumorale Entwicklung zeigende Formation in dem Oberkiefer auch hinzugefügt. Obwohl die pubertas precos Disfunktionen und die Veränderungen der Pigmentationen in der Haut nicht zu sehen sind, ist die adenomatöse Entwicklung in den Parathyroiden als ein absoluter Zeuge gezählt, dass die Krankheit keine disseminierte ostitis fibrosa (eine polyostatische disseminierte Displasia oder eine disseminierte Albright Syndrome) sein kann.

Bibliografi

- Adson (A.W.): Ostéite fibro-kystique du rachis (osteitis fibrocystica of the spine). Annales d'anat. path. VI. année. No. 35, 1929.
- Anderson : Pathology. 1948.
- Andreas Hobek : Polyostotic fibrous dysplasia of bone. Berich. ü. die allg. u. Spez. Path. Bd.: 12, H: 2/3, 1952.
- A. Rivana et Simone: Hyperparathyroidie et ostéite fibro-kystique généralisée. La Presse Med. No. 50. P. 1022, 1934.

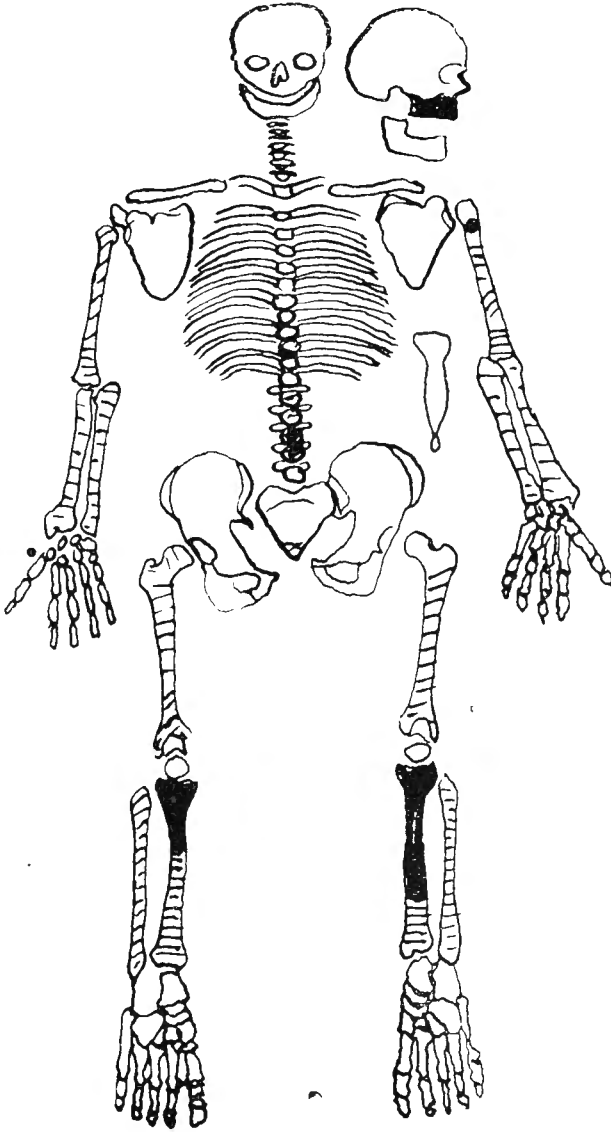
- Arel, F. : Transplantation bipolaire du peroné pour remplacer la diaphyse tibiale absente (soc. inter. chir. XI. cong. XI. 1938.
- Arel, F. : Bone transplantation in diseases of the osseous systems. J. intern. college of surg. 1939, No: 5.
- Aschoff, L. : Patologische Anatomie. Bd. II. 1936.
- A. Sezary et J. Lenègre: Précis de Pathologie médicale. Tome VIII, Maladies endocriniennes 1948.
- Bastil Larwik : Benign giant cell tumour or localised ostitis fibrosa cystica. Berich. ü. die allg. u. Spez. Pathologie. Bd: 9, H: 1/2, 1951.
- Berkay, F.: Kemik Tümörleri 1946.
- Colley: Neoplasm Bone 1949.
- Compère (E.L.): Altérations osseuses dans l'hyper-parathyroïdie (Bone changes in hyperparathyroidism). Annales d'anat. Path. T: IX. No. 2, 1932.
- E. Rutishauser R. Broccard et M. Bianchi: A quel moment après la première injection de parathormone de glucose ou de plomb voit-on apparaître les premiers signes d'ostéite fibreuse. La Presse Med. No. 39, 1935. (Travail de l'Institut pathologique de l'univ. de Génèvé. Direct. Prof. Askanazy).
- Ferrero et Cucco: Contribution a l'étude de la maladie de Recklinghausen. Annales d'an. et pato. T. VIII. No. 2, 1931.
- Fuller-Albright, Edward, C. Reifensstein: Parathyroid glands and metabolic, Bone. Disease, 1948.
- George A. Jervis and Herbert Schein : Polyostatic fibrous dysplasia (Albright Syndrome), Report of a case schwing central nervous system changes. Arch. of. Path. 51, 1951.
- Geschickter and Coperland: Tumors of Bone, 1936.
- Gürkan, Ord. Prof. Kâzım İsmail: Pratik Cerrahi, 1946.
- Henke, F.: Zur Frage des Riesenzellen Sarkoms. Verhandlungen der Deutschen Pathologischen gesellschaft, 1934.
- Henri Welti, René Huguenin et Alexandre Placa: Aspest radiologique d'osteite kystique du Bassin avec l'hypercalcémie et lésions d'hyperplasie parathyroïdienne, par métastase d'épithélioma.
- Bulletin du Cancer: T. XXIV, No. 3, 1935.
- H. Grenet, R. Ducroquet, P. Isaac-Georges, et M. Macé: Forme fruste pigmentaire et osseuse de la fibromatose. La Press Médicale, 1934, No. 102, P. 2060.
- Hueck, W. : Morphologische Pathologie. 1937.
- Lang (F.J.): Ostitis fibrosa in ihrem genetischen beziehungen zur osteomalazie und Rachitis). Beitr. Z. Path. Anat. (Ziegler) 87, No. 1 - 2 (1931).
- Lang (F.-J.) et Haupl (K): Entstehung der ostéitis fibrosa. Virchow's Archiv. vol. 262, F. 2.
- Lucien de Gennes : Maladie des glandes Endocriniens 1949.
- Mandl: Therapeutischen Versuch bei einem Fall von ostéitis-fibrosa generalisata mittels Extirpation eines epithelkörperchen Tumors. Zentralblatt. für. Chirurg. No. 53/P. 260, 1926.
- Mandl, F. (Wien): Established and presumed hyperparathyroidism in various diseases and its treatment. (Progressus Medicinæ: Tom. 1. 1948. Editor: Schwartz Ph., Istanbul).
- P. Desfosses - R. Ducroquet : A propos des lésions osseuses dans la neurofibromatose. La Presse Med. 1935, No' 25.
- Pergola: Etude synthétique de hyperparatyroidisme expérimental La Presse Med. No. 70/P. 1866, 1933.

- René Cohen et D. Dauady: Coexistence des deux maladies de Recklinghausen chez un sujet, leurs liens neurologique. *La Presse Med.* No. 102, 1936.
- Roussy, Leroux, Oberling : Précis d'anatomie pathologique. Tome: I. 1933.
- Schwartz, Ph. : Tümörlerin muhtelif nevileri 1950. S: 102.
- Simone Laborde, H., Welti et F. Lepennetier: A propos de l'observation d'une osteite fibrokystique généralisée. *Bulletin du Cancer: T. XXIII, No. 2, 1934.*
- Sokullu, K. : Dev hücreli kemik urları. *Ankara Tıp F. M. Cilt: I, No: 1/2. 1947.*
- Tanay, S. : Genel Patoloji : 1952.
- Tavat, S. : Fizyopatoloji (3 cü bası).
- Toker, B. : Kırık ve çıkıklar. 1943.
- Toker, B. : Büyük kemik defektlerinin izalesi için yapılan transplantasyonlarda generasyon ve konsolidasyon. *Türk Tıp mecmuası 1942, No: 9.*
- Turhan, B. : Patolojik Anatomi ders kitabı. Roussy, Roger Leroux, Ch. Oberling'den çevirme: 1941. Cilt: I.
- Weber (M.) et Becks (H.): Experimentelle Osteodystrophia fibrosa beim hund mit pseudotumor und Zystenbildung am kiefer. *Virch. Arch.* 283, No. 3, 1932.
- Yung: L.hyperparatyroidisme. Rapport au XLII congrès de l'association française de chirurgie. 9-14 Octobre 1933. *La Presse Med.* No. 82/P. 1590, 1933.



Resim : 1

Recklinghausen kemik hastalığında üst çenedeki tümöral vetirenin biopsisine ait mikrofotolar (Prot. No: 802/52).



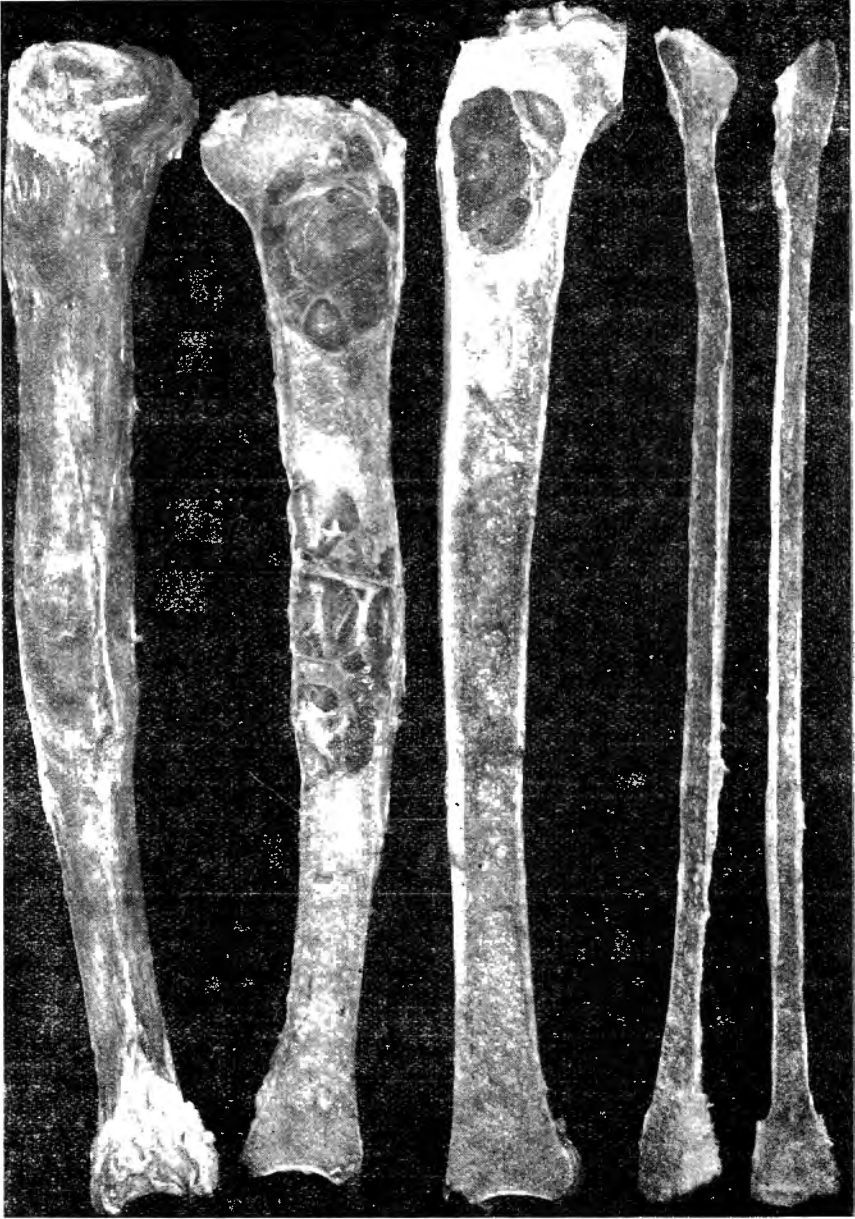
Şema: 1

Recklinghausen kemik hastalığında görülen kemik sistemindeki değişiklikler
(Otop. Prot. No. 230/52).

Siyah gölgeler: Kistik değişmeye uğrayan bölgeler.

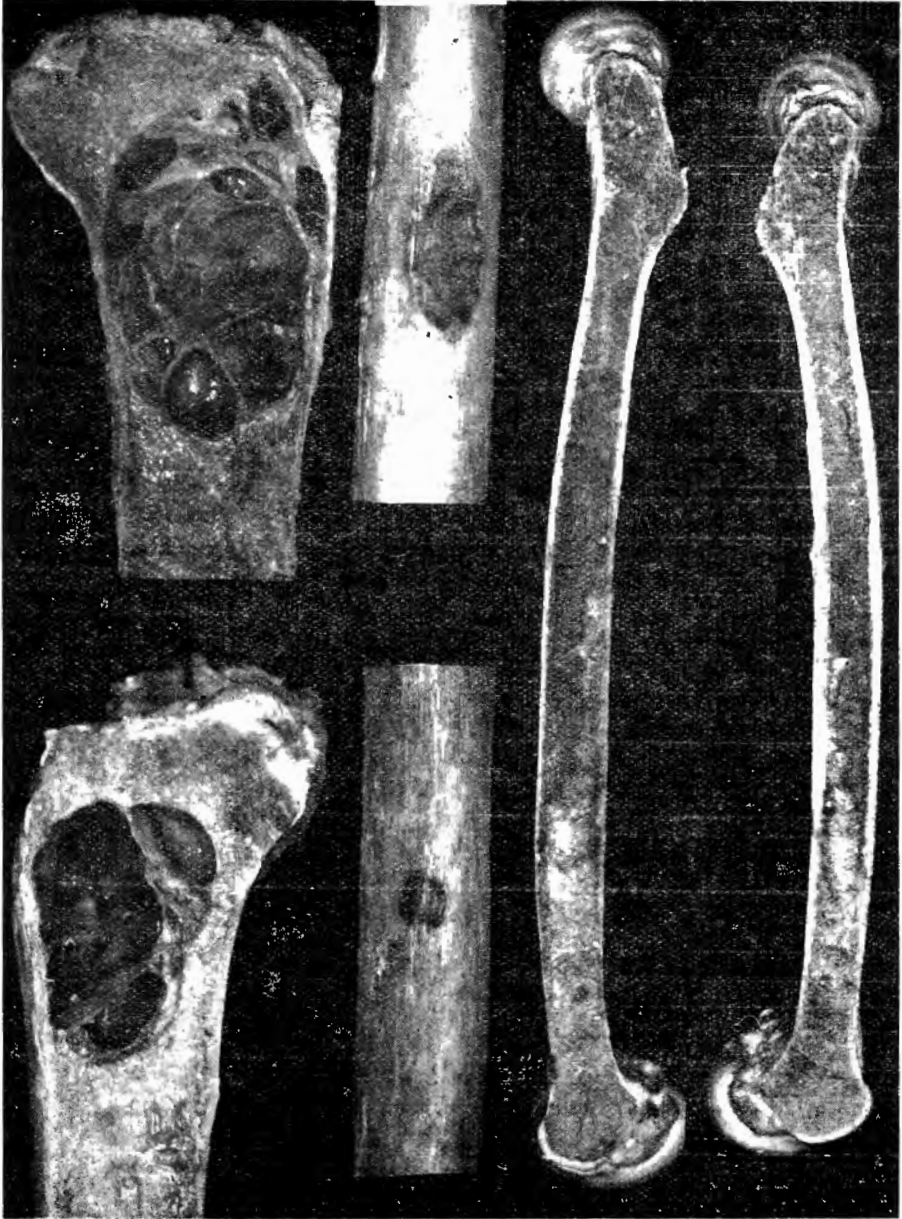
Eğri taramalar: Daha ziyade solid tabiatlı fibröz gelişme gösteren bölgeler.

Düz taramalar: Süngerleşmeler.



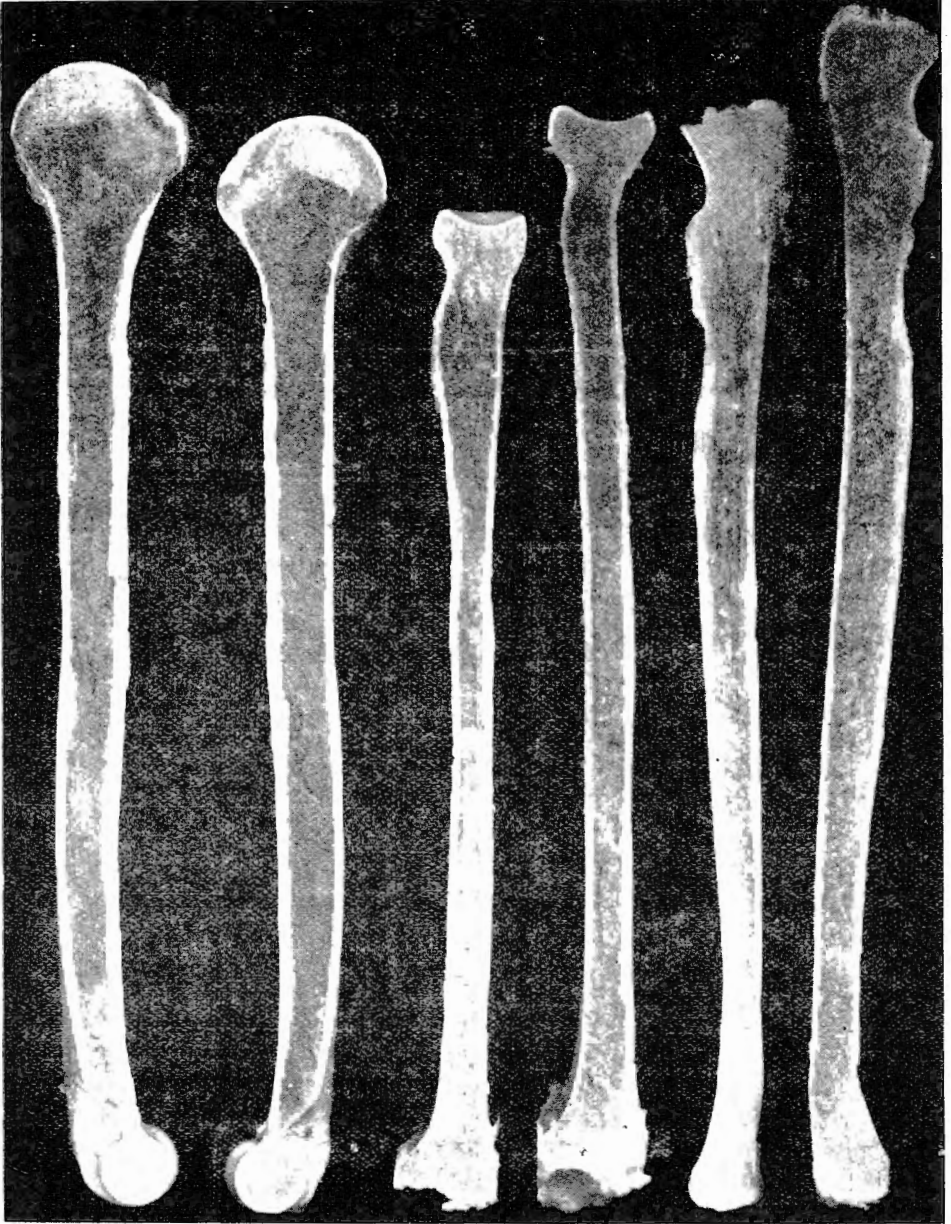
Resim : 2

Recklinghausen kemik hastalığında en fazla deformasyona uğramış görünen bacak kemiklerinden makrofotolar (Ot. Prot. No: 230/52).

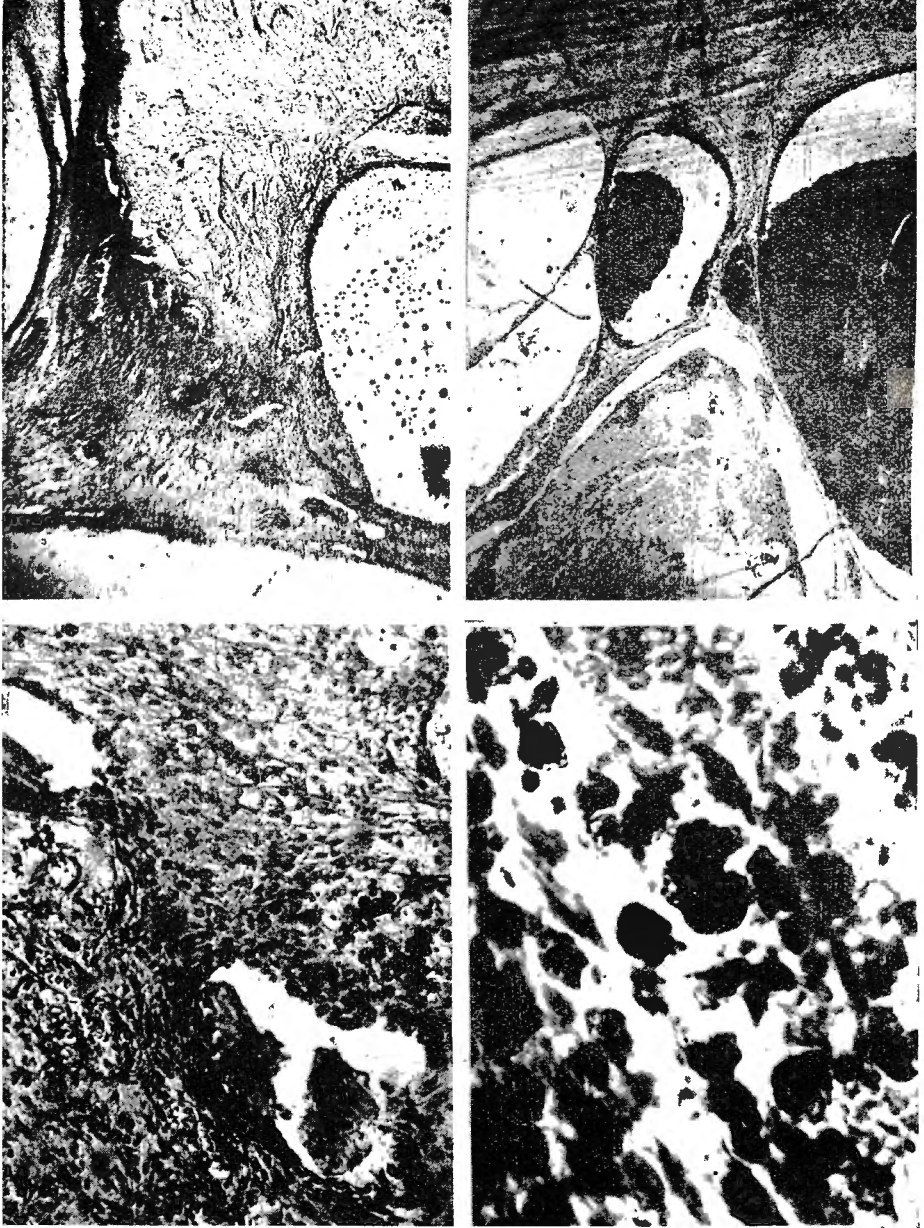


Resim : 3

Recklinghausen kemik hastalığında bacak kemiklerine ait makrofotolardan 2 cisi
(Ot. Prot. No : 230/52).

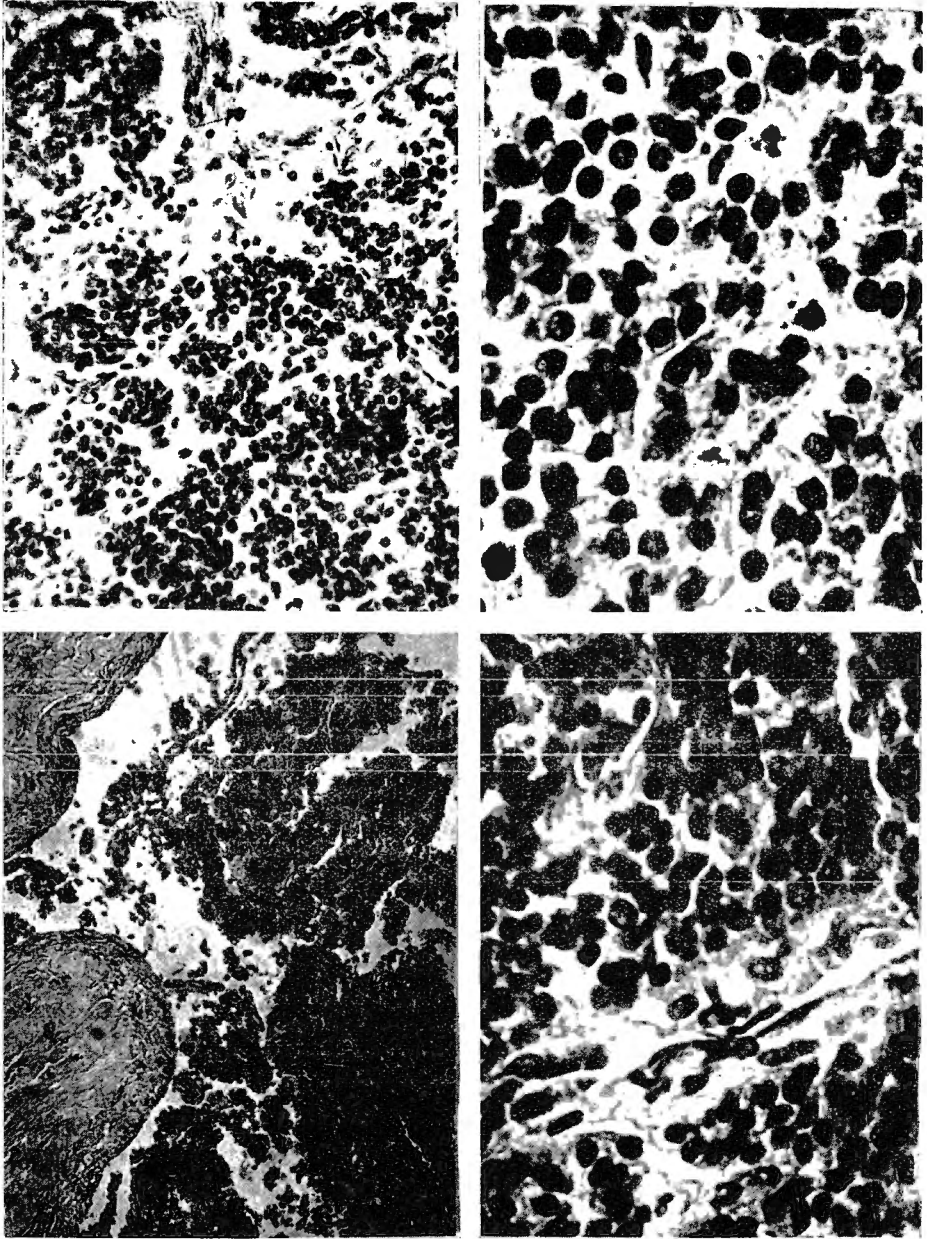


Resim : 4
Recklinghausen kemik hastalığında ön kol ve kol kemiklerine ait makrofotolar
(Ot. Prot. No: 230/52).



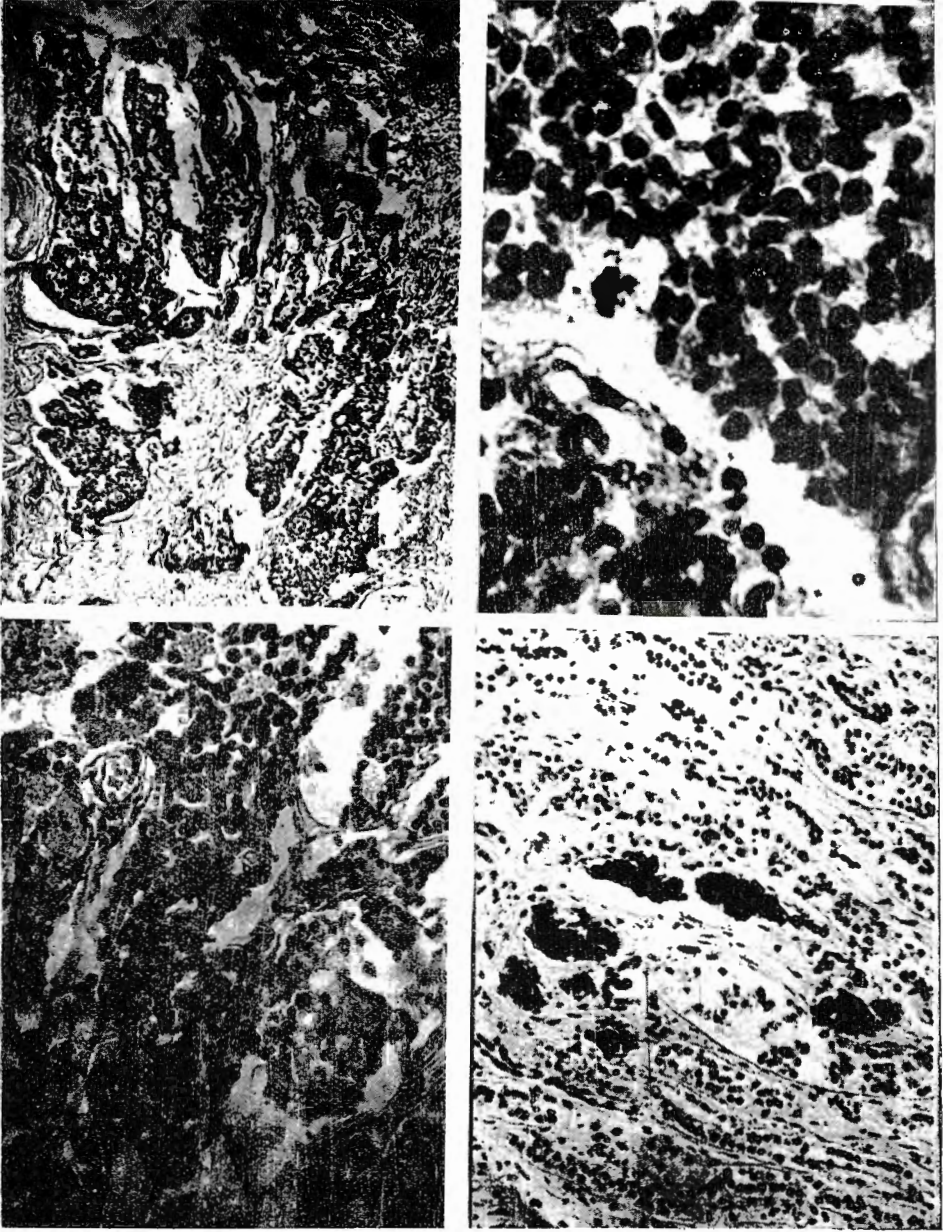
Resim : 5

Recklinghausen kemik hastalığında hasta kemiklerden alınmış mikrofotolar
(Ot. Prot. No: 230/52).



Resim : 6

Recklinghausen kemik hastalığında ; tiroid içinde ve dışında (trakea kenarı)
mevcut paratiroid dokusundaki adenotöz gelişmelere ait mikrofotolar
(Ot. Prot. No: 230/52).



Resim : 7

Recklinghausen kemik hastalığında aberrant (trakea civarı) paratiroidlere ve böbreğe ait mikrofotolar (Ot. Prot. No: 230/52).

RESİMLERİN İZAHI

Resim: 1

Recklinghausen kemik hastalığında üst çenedeki tümöral vetirenin biopsisine ait mikrofotolar (Prot. No: 802/52).

Soldaki resim, 80 × defa büyütülmüştür ; burada hücreden zengin bir bağ dokusu içerisinde kısmen nekrozlaşmış kemik lamelleri ile osteoklastik dev hücreleri aşıkâr olarak fark edilmektedir.

Sağdaki resimde, daha ziyade genç fibroblastlar ile örülmüş bir bağ dokusu arasında osteoklastik dev hücreleri 200 × büyütülmüş olarak görülmektedir.

Resim: 2

Recklinghausen kemik hastalığında en fazla deformasyona uğramış görünen bacak kemiklerinden makrofotolar (Ot. Prot. No: 230/52).

Resimlerde kemik iliği ile kompakt tabakalardaki aşıkâr harabiyet ve bütün bunlarda fibrotik bir vetirenin gelişmesi aşıkârdır ; bu fibrotik yeni nesicte solid kısımlar, küçük gözeli süngerleşmiş kısımlar ve multiloküler kistik genişlemeler çok iyi görülmektedirler.

Soldan sağa 1 ci resim, sol tibia'nın dıştan görünüşü.— 2 ci resim, sol tibia'nın içten görünüşü.— 3 cü resim, sağ tibia'nın içten görünüşü.— 4 cü resim, sol fibula'nın içten görünüşü.— 5 ci resim, sağ fibula'nın içten görünüşü.

Resim: 3

Recklinghausen kemik hastalığında bacak kemiklerine ait makrofotolardan 2 cisi (Ot. Prot. No : 230/52).

Burada kemik iliği, kompakt tabaka harabiyeti ile fibrotik bir yeni nescin bunların yerine geçmesi ve hastalığın seyrinde meydana gelen kistik genişlemeler daha büyük görülmektedirler.

I — Yukarıda ; soldan 1 ci resim, sol tibia'nın kistik boşluk gösteren yukarı meta-diafiz kısımlarının yakından alınmış fotoğrafı (içten görünüş).— 2 ci resim, sol femur metafizinin kistik bombeleşme gösteren sahası (dış görünüş).

II — Aşağıda ; soldan 1 ci resim, sağ tibia'nın kistik boşluk gösteren yukarı meta-diafiz kısımlarının yakından alınmış fotoğrafı (içten görünüş).— 2 ci resim, sağ femur'un metafizinde kistik bombeleşme gösteren saha (dış görünüş).

Uzun kemikler ; soldaki resim, sol femur'un içten görünüşü.— Sağdaki resim, sağ femur'un içten görünüşü.

Resim: 4

Recklinghausen kemik hastalığında ön kol ve kol kemiklerine ait makrofotolar (Ot. Prot. No: 230/52).

Kemik iliği ve kompakt tabaka harabiyeti ile bunların yerine geçen fibrotik vetirenin doğurduğu kemik deformasyonları burada da aşıkâr olarak görülmektedir. Bu kemiklerdeki fibrotik yeni nesic istilası daha ziyade solid ve süngerleşmiş kısımlar meydana getirmiş, henüz klasik kistler teşkil etmemiştir.

Soldan sağa 1 ci resim, sol humerus'un içten görünüşü.— 2 ci resim, sağ humerus'un içten görünüşü.— 3 cü resim, sol ulna'nın içten görünüşü.— 4 cü resim, sol radius'un içten görünüşü.— 5 ci resim, sağ ulna'nın içten görünüşü.— 6 cı resim, sağ radius'un içten görünüşü.

Resim : 5

Recklinghausen kemik hastalığında hasta kemiklerden alınmış mikrofotolar
(Ot. Prot. No: 230/52).

I — Yukarıda ; kistik değişikliğe uğramış, sağ tibia'nın iki ayrı yerine ait, lupla büyütülmüş 2 mikrofoto. Burada sağ ve sol her 2 resimde, bazı yerde daha kesif, bazı yerde nisbetle seyrek ve hiyalin bir bağ dokusu içerisinde kenarları tek sıralı, koyu boyanmış iri hücreler ile çevrilmiş, içleri seröz - kanlı sıvılarla dolu geniş boşluklar görülmektedir.

Aşağıda ; soldaki resim, sağ tibiadaki kistik boşluk gösteren bu sahayı $160 \times$ büyültmektedir. Burada kistik boşlukların etrafını çeviren yerde osteoblastlar, boşluklar arasındaki dokuda ise, fibroblast ve fibrositler'den başka hemosiderin yüklü histiositler bulunmaktadır.

II — Aşağıda ; sağdaki resim, aynı preparatın $720 \times$ büyütülmüşüdür ; her tarafta mevcut nisbetle seyrek yerleşmeli fibroblastlar arasında osteoblastlar ayırd edilmektedir.

Resim : 6

Recklinghausen kemik hastalığında ; tiroid içinde ve dışında (trakea kenarı)
mevcut paratiroid dokusundaki adenotöz gelişmelere ait mikrofotolar
(Ot. Prot. No: 230/52).

I Yukarıda ; tiroid içindeki paratiroid preparatına ait resimler : soldaki resim $288 \times$ büyütülmüştür ; burada küçük damarlar ihtiva eden ince bir bağ dokusu ile örülmüş şebekeli bir stroma içerisinde yerleşmiş oldukça kesif, geniş sitoplazmalı, hiperkromatik nüveli, köşeli hücrelerden yapılmış solid kümeler ve küçük halka benzeri teşekküller mevcuttur. Sağdaki resim, aynı preparatın $430 \times$ büyütülmüşüdür ; deminki geniş sitoplazmalı hiperkromatik hücrelerin solid kitleleri burada daha aşikâr görülmektedir.

II - Aşağıda ; trakea kenarındaki aberrant paratiroid preparatına ait resimler: soldaki resim, ince bir stroma şebekesi içindeki adenomatöz gelişmeyi $96 \times$ büyütülmüş göstermektedir.— Sağdaki resim, deminki preparatın $430 \times$ büyütülmüşüdür ; solid kitleler ile kısmen küçük halka benzeri teşekküller yapmış adenomatöz gelişme daha iyi farkedilmektedir.

Resim : 7

Recklinghausen kemik hastalığında aberrant (trakea civarı) paratiroidlere
ve böbreğe ait mikrofotolar (Ot. Prot. No: 230/52).

I — Yukarıda ; soldaki resim 2 ci bir aberrant paratiroide aittir ve $96 \times$ büyütülmüştür ; konjunktivo-vasküler geniş bir stroma içerisinde adacıklar halinde solid kitleler ile bu kitleler içinde bazı yerlerde küçük halkalar meydana getirmiş adenomatöz gelişmeyi göstermektedir.— Sağdaki 2 ci resimde aynı preparattaki adenomatöz solid hücre infiltrasyonu $430 \times$ büyütülmüş olarak görülmektedir.

II — Aşağıda ; soldaki resim, 3 cü aberrant paratiroide aittir ; burada damarlarda zengin bir stroma içerisinde nisbetle küçük adacıklar yapmış adenomatöz hücre infiltrasyonu $288 \times$ büyütülmüştür.— Sağdaki resim, hastanın $160 \times$ büyütülmüş böbreğidir ; patolojik olarak bir çok kanal epitellerinin kaba granüllü hali ile bir çok kanal boşluklarında, yer yer, koyu mavi renkte boyanmış madde (kireç) çökmesi dikkati çekmektedir. Bu kireçli kanalların büyük bir kısmının çevrelerindeki epitel nekrobioz, hattâ nekroz halindedir. İnterstitium damarları geniş ve hiperemiktir.

SEKSIYON D:

27 Eylül 1952 Cumartesi

Saat : 14.30

İstanbul Üniversitesi Hukuk ve İktisat Fakülteleri
VIII. No. lu Dershanesinde

Başkanlar : *Ord. Prof. Dr. Fahri Arel*
Ord. Prof. Dr. Zeki Zeren

(Kütahya Memleket Hastanesi Dahiliye Servisi Çalışmalarından)

BARSAK DELİNMESİ VE PERİTONİTE SEBEB OLMUŞ
BİR ASKARİDİOZ VAK'ASI MÜNASEBETİYLE

Dahiliye Mütchassisı
Dr. Feridun Timur

Mehmet K., 30 yaşında, rençber. Beş senedir midesi ekşiyip geceleri salyası akmakla beraber, şimdiye kadar solucan, gerit vesaire düşürdüğünü fark etmemiştir. 12 gün evvel birden bire göbeği etrafında bir ağrı beliriyor ve tedricen şiddetlenerek hastayı iki büklüm hale sokuyor. Bir hafta evvel bulantı, kusmalar ve kabızlık baş gösteriyor.

Hasta 27/6/1952 günü bize müracaat ettiği zaman, toksik ve hatları çekik bir yüz, 38°,5 etrafında bir ateş, sür'atli ve zayıf bir nabız, balone ve orta derecede defans gösteren bir karın tesbit edildi. Hasta iki büklüm vaziyette ve çok mustaripdi.

Kan sayımında : Aly. 3.400.000 ; Aky. 6.000 ; Hb. % 80 ; B.İ. 1,17 ; formülde : Çomak % 5, Parçalı % 70, Lenfo % 21, Mono % 4 bulundu. Sedimentasyon 1 saatte 32 mm. idi. İdrar normaldi.

Ameliyatı sayın arkadaşım Op. Dr. Osman Dirim yaptı. Hasta Pentotalle uyutularak mediyan bir şakla karın açıldığı zaman, karında sero-pürülan bir sıvı, ileumon son kısmında, ileo-çekal valvülün takriben yarım metre yukarısında ve barsağın serbest kenarında ortalama 5 mm. kutrunda bir delik bulundu. Barsaklarda, bunun dışında, umumî bir hiperhemiden başka bir tegayyür görülmedi. Delikten periton boşluğu-

na bir askarid sarkmakta idi ve periton boşluğunda da birkaç askarid mevcuttu. Barsaklarda müteaddit askaritler palpe edilmekle beraber barsak pasajı serbestti. Karın sıvısında askarid yumurtalarına rastlanmadı. Delik, ipek iplikle dikildi ve karın, geniş bir dren konularak, kapatıldı.

Hasta halen (20/7/1952) şifa bulmuş bir halde son pansumanlarını yaptırmakla meşguldür.

Yukarda kısa observasyonunu sunduğumuz vak'a, askaridlerin insan organizmasında yaptıkları çeşitli komplikasyonlardan bir tanesini ve hiç şüphesiz en az görülenlerinden birine misâl teşkil etmektedir. Askaridlerle bulaşma memleketimizde çok yaygın olmasına mukabil, askaridlerin yaptıkları barsak perforasyonları ve bunların tabii sonucu olan peritonitler pek sık rastlanan bir komplikasyondur denilemez. Askaridlerin, tifo veya diğer bir barsak hastalığı neticesinde barsak duvarında husule gelen deliklerden peritona geçmeleri mümkündür. Askaridlerin doğrudan doğruya kuvvetli üç dudakları ve bunların hamil oldukları keskin dişlerle barsak duvarını delip delemiyebilecekleri hâlâ münakaşa konusu olmakta devam etmekle beraber, mevcudiyetleri barsaklar için daimî bir trauma teşkil eder ve böylece direnci azalan barsak duvarında kolayca yerleşen mikropların yaptıkları apselerin açılması ile hasıl olan deliklerden askaridler periton boşluğuna geçerler.

Memleketimizde çocuklar ve yetişkinler arasında çok sık rastlanan bir parazitoz olan askaridiazın sayısız mide-barsak hastalıklarına sebep olabileceği veya bunları taklid edebileceği gibi, bazan mortel olabilen komplikasyonlara da yol açtığını unutmamalıdır. Barsak delinmesi ve peritonitle ihtilâl etmiş askaridoz vak'alarına güzel bir örnek teşkil ettiği için vak'amızı yayınlamayı uygun bulduk.

HÜLÂSA

Barsak delinmesine ve peritonite sebep olmuş bir askarid vak'asının kısa müşahedesi sunuldu.

ENURESİS NOCTURNA'DA VEGETATION ADENOİDES İN ALINMASI

Dr. Nejat Kulakçı

Çocuklarda görülen vegetation adenoides dediğimiz boğaz bademciği yüksek kongrenin bildiğidir ki kavum denilen burun arkasındaki üst boğazı işgal ederek bu hassas mintakada mekanik, refleks ve intanı bir çok arızaların ve in'ikâsların meydana gelmesine sebep olmaktadır. Bu küçücük fakat patolojik olarak çok önemli nescin etüdü bizleri yani kulak, burun ve boğaz hekimlerini yalnız değil, bütün çocuk ve aile hekimlerini de, sinir tababetini de uğraştıran ciddi bir konudur. Çocuğun kulağı iltihaplanır, vejetasyonunu alınca geçer. Çocuğun devamlı bronşiti vardır, mütemadi nezleden muzdariptir. Midesi bağırsakları bozuktur, zayıftır, skrofül dediğimiz bir şetif

bünyeye müptelâdır. Bütün bunlarda bir adenectomie her şeyi önlemektedir. Bu direkt tesirlerden başka çocuk mantal olarak bozuktur. Okulda derslerini öğrenemez, hafızası çok zayıftır, geceleri mütemadi olarak koşmazlar, zaman zaman ızdıraplı uyanmalar geçirir, sinirlidir, mütemadiyen ağlar, her şeye reaksiyon verir. Etrafındaki eşyayı kırar döker. Bu durumda yaptığımız bir adenectomie ameliyatı çocuğu birdenbire rahatlandırır ve sükûnete getirir. İşte bu meyanda hemen hemen son yirmi beş otuz seneberi Avrupa tıp âleminde çocukların gece işemeleri bu patolojik teşekküllere bağlanmaya başlandı. Avrupa literatüründe yer yer gece işemelerinde yapılan adenectomie'ye aid vak'a neşriyatı görüldü. Bundan on sekiz sene evvel Gülhane hastanesinde sayın hocam Prof. Sani Yaver'in kliniğinde çalışırken kıymetli üroloji hocam Fuat Kâmil'in gönderdiği altı gece işeme vak'asına adenectomie yaparak hemen hepsinin bu arızaları daha ameliyatın ertesi gününde kaybolmuştu. Ondan sonra bulunduğum Ankara kliniklerinde yaptığım adenectomie ile bu arızayı kaldırmıştır.

Nihayet Cerrahpaşadaki kliniğimde tedkik ve etüdünü yaptırdığım halen Erzurum hastanesi kulak, burun ve boğaz kliniği mütehassısı bulunan asistanım Dr. Mücib Sanan tarafından yirmibeş vak'a üzerinde çalışılarak bunlardan yirmisinde tam bir başarı elde edilmiştir. Yani bunlar ameliyattan sonra birkaç gün zarfında artık gece işemesini terk etmişlerdir. Yaptığımız bu tedkikata nazaran küçük çocukların gece işemelerinde bütün organik afetlerden daha önemli olarak vegetation adenoides rol oynamaktadır. Bu patolojik unsurların faaliyeti refleks yoluyladır. Şöyle ki gerek trijimo ve gerekse koku sinirlerinin parasempatik elyafı vasıtasıyla husule gelen tenebbüh hypotalamique nahiyedeki sempatik merkezlere intikal ederek uyku esnasında faaliyetini yalnızca muhafaza eden mesanenin iç sfenktlerinin açılmasını mucib olmaktadır. Bu suretle uyku esnasında dimaği te'sir ortadan kalktığı için dış sfenkler vasıtasıyla bu işemenin önlenmesi de yani dimaği tadil hassasının vuku'u mümkün olamamaktadır. Bundan başka vegetation adenoides bu gece işemelerinde yaptığı te'sirlerden bir tanesi de burun tıkanıklığında çocuk sık sık uykusu içinde koşmaz ve korkulu rüyalar görerek bütün organizmasındaki umumi tenebbühle de işemenin meydana gelmesidir.

Şu halde özet olarak diyebiliriz ki on beş yaşından küçük bir şahısta gece işemesi görülürse vegetation adenoides'i birinci plânda aramalı ve varsa derhal vakit geçirmeden almalıdır.

HÜLÂSA

Muhtelif devrelerde yaptığımız tetkik ve müşahedeler bize göstermiştir ki gece işemeleri vak'alarının pek çoğu vejetasyonlardan ileri gelmektedir. Bunların alınmasıyla vak'aların % 75 inde tam bir başarı elde edilmektedir.

BİR KONJENİTAL DİYAFRAGMA FITİĞİ VAK'ASI VE ÇOK GENİŞ OLAN FITİK DELİĞİNİN ADELE PLASTİĞİ İLE KAPATILMASI

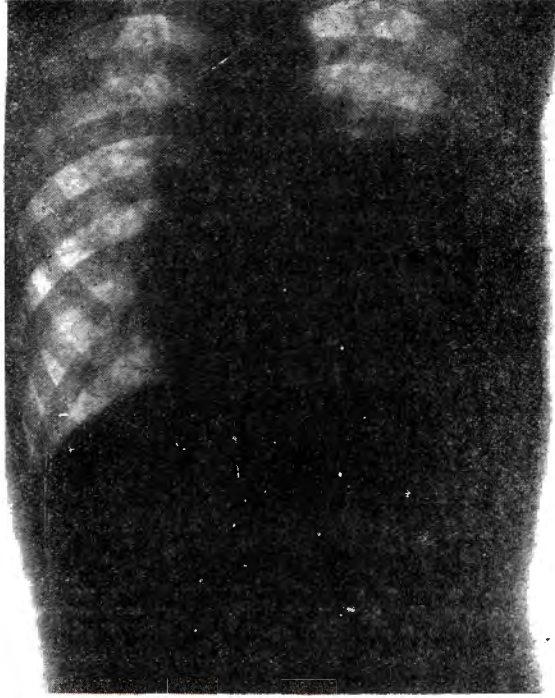
Prof. Dr. Fahri Arel — Dr. Tarık Minkari

31 yaşına kadar ciddi hiç bir şikâyeti olmayan ve günün birinde duodenum ülseri perforasyonu hasebile âcilen kliniğimize getirilen bir hastada aynı zamanda sol diyafragmanın aplazisi ile müterafık konjenital bir diyafragma fitiğinin de mevcudiyeti müşahede olundu. Diyafragmadaki geniş defekt basit dikişlerle kapatılamadığı gibi muskulüs transversus abdominüsten istifade edilerek yapılan adale plastiği ile diyafragma tamamıyeti pek mükemmel bir şekilde temin edildi.

Vak'a: Hasta (T. M.) 31 yaşında bir teknisyen. M. No. 578. Kliniğimize 6.6.952 tarihinde saat 18 de hâd bir batın sendromu tablosu ile getirildi. Şikâyeti; epigastri ve sağ hipokondrium nahiyesindeki devamlı ve çok şiddetli ağrıdan. 3 saat evvel epigastri nahiyesine birdenbire bıçak saplanır gibi bir ağrı gelmiş ve hiç hafiflemeyen devam etmekte imiş. Bulantısı var, fakat hiç kusmamış. Ateş 37,2. Nabız 80 dolgun, muntazam. T.A. 10, 5/7. Genel durum iyi. Hastanın bugüne kadar yalnız 8 sene evvel askerliğini yaparken göğsünün sol tarafına birkaç gün süren hafif bir ağrı girmiş ve bu münasebetle tabur doktoruna müracaat etmiş, kendisini muayene eden doktor solda plörece geçirmekte olduğunu söyleyerek askerî hastaneye sevk etmiş ve orada hasta hey'et raporu ile sakata ayrılmış, terhis olmuş. O günden sonra hiç bir şikâyeti olmamış. Ancak ara sıra fazla efor sarfederse nefesi daralmış ve bunu da hasta bünyesinin hamlığına atfetmektedir. Vak'anın duodenum ülseri perforasyonu ile kliniğimize gelmiş olmasına rağmen ülserle bağlı hiç bir anamnezi yoktur. Keza retrograd olarak araştırdığımız diyafragma hernisine bağlı arazlardan da yalnız eforla gelen dispne vardır.

Hastanın yapılan muayenesinde; batında bilhassa epigastrium ve sağ hipokondriumda lokalize şiddetli defans (tahta gibi karın) ve şiddetli ağrı mevcut idi. Bu nahiyelerden uzaklaşılıncaya defans ve ağrı hafifliyordu. Batın teneffüse iştirak etmiyor, karaciğer nahiyesinde submatite alınıyor. Göğüs muayenesinde sol hemitoraksda hemen skapulanın altından başlayan ve aşağıya kadar uzayan matite mevcut. Bu vaziyet karşısında mide perforasyonu ihtimalini takviye edebilmek için batın direkt grafisi çekildi (Şekil - 1) pnömoperitoneum yoktur. Sol hemitoraksdaki kesafet homojen bir şekilde batın kesafetile temadi ediyordu. Sol sinüs açıktı. O anda elimizde bulunan röntgen apareyi radyoskopu yapmaya gayri müsait olduğundan hastanın ekran altında tetkiki yapılamadı. Bu münasebetle mevcut fizik arazlara istinad ederek perforasyon teşhisinde ısrar edildi ve sol hemitoraksdaki kesafetin başka bir vetireye bağlı olduğu düşünülerek göbek üstü orta hâd şakkile müdahaleye karar verildi.

Ameliyat: Göbek üstü median şak ile batna girildi. Mide gayet geniş ve büyükdü. Batın içinde oldukça bol luş bir mayı vardı. Mide duodenum eksplorasyonunda perplorik bölgede önde kuş gözü büyüklüğünde ülserle bağlı perforasyon mihrakı bulundu, gastrorafi yapıldı (Şekil 2). Sonra batın eksplere edildi; Çekum, sağ kolon, transvers kolon, sol fleksura, bütün ince barsakların ve pankreas kuyruğunun, sol diyafragma-



Şekil 1. Ameliyattan evvel batın ve göğüs direkt grafisi.



Şekil 2. Büyük mide ve pilorda dikilmiş olan perforasyon mihrakı (Pensin ucu)

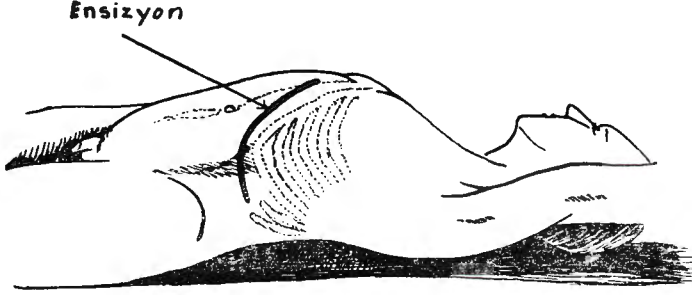
nın arka tarafındaki (pars kostalis ile pars lumbalis arasındaki) büyük bir delikten sol toraks boşluğuna geçtiği ve orada yerleşmiş buldukları görüldü. Diyafragmadaki bu aplazi «Bockdalek» deliğine uymakta idi. Gerek eksplorasyonun ve gerekse fitik redüksiyonunun daha kolay olabilmesi için ensizyon sol röbor kostal'e muvazi olarak ve onun 4 cm. kadar altından aşağıya ve dışa doğru uzatıldı. Fitik deliği biraz genişletilerek fitik muhteviyatı kolaylıkla batın içine alındı. Bu sırada bir şey nazarı dikkatimizi celbetti (Şekil 3). İnce barsak ve kalın barsak mezosundaki venaların fevka-



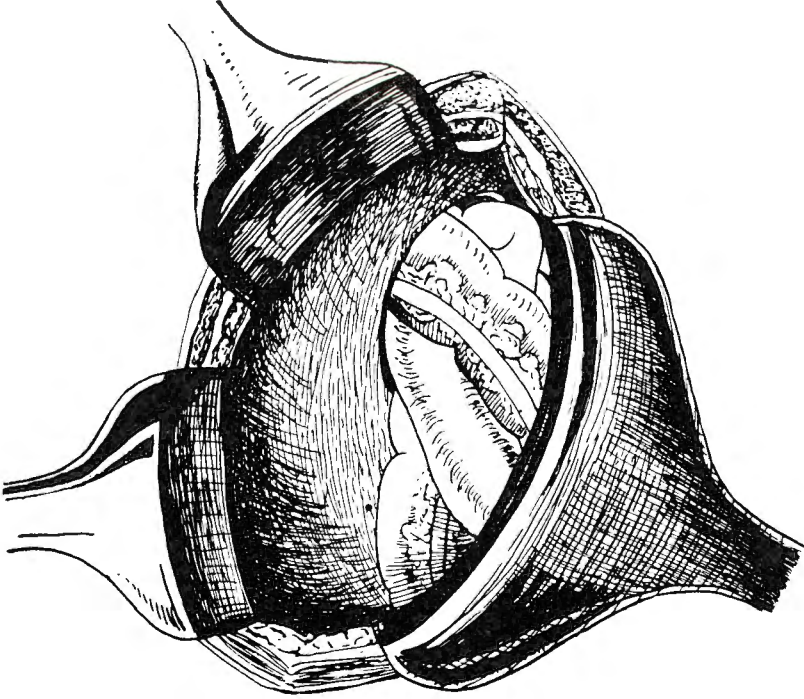
Şekil 3. Redüksiyonu yapılmış olan barsakların mezolarındaki hipertansiyon portalı hatırlatan çok geniş ve gergin mezo venleri.

lâde geniş ve dolgun oldukları görüldü (hipertansiyon portal vak'alarındaki venleri hatırlatıyorlardı) kalın barsak ve ince barsak mezosu batın içinde 5 - 10 dakika kaldıktan sonra venlerindeki bu gerginlik yarı yarıya kayboldu. Dalak sol diyafragmanın üzerinde göğüs içersinde arkada kendisine bir loj yapmışdı. Pedikülü kısa ve damardan çok zengindi. Dalağın mobilizasyonu ve batına reddi imkânsız görüldüğünden splenektomi yapıldı (dalak 320 gr.) fitik kesesi fitik deliği çevresince kesildi (kese rezeke edilmedi) ve fitik deliği avive edildi. Diyafragmadaki defekt büyük olduğundan fitik deliğinin iki kenarı basit dikişlerle karşı karşıya getirilemiyordu. Bunun üzerine bir adale plastiği yapılmasına karar verildi. Röbor kostalin 3 - 4 parmak altından ve ona muvazi olarak dışa ve aşağıya doğru uzatılmış bulunan ikinci ensizyonun üstünde kalan batın adalesinin en iç tabakası yani musculus transversus abdominisün kullanılmasına teşebbüs edildi. Adale parçası ensizyondan kaburgaların yapıştığı yere kadar prepare edildi. Adalenin önde serbestleştirilmiş olan parçası, diyafragmanın arka yan kısmında yerleşmiş bulunan defekti kapayabilecek kadar zengin değildir. Onun için cild ensizyonu uzatılmadan musculus transversus abdominis ve fasyası batın içinden

arka koltuk altı çizgisine kadar ve mümkün olduğu kadar kaburgalardan uzak olarak kesilerek serbestleştirildi. Böylece hazırlanmış bulunan lambo bilhassa koltukaltı çizgileri arasındaki parçasının büyük ve bu parçanın diyafragmadaki defekte çok yakın olması hasebile, yukarıya göğüs içine doğru kıvrıldığı zaman, rahatça diyafragmanın pars lumbalisine kadar varıyor ve deliği kapatabiliyordu. Lambonun serbest ucu ile fi-



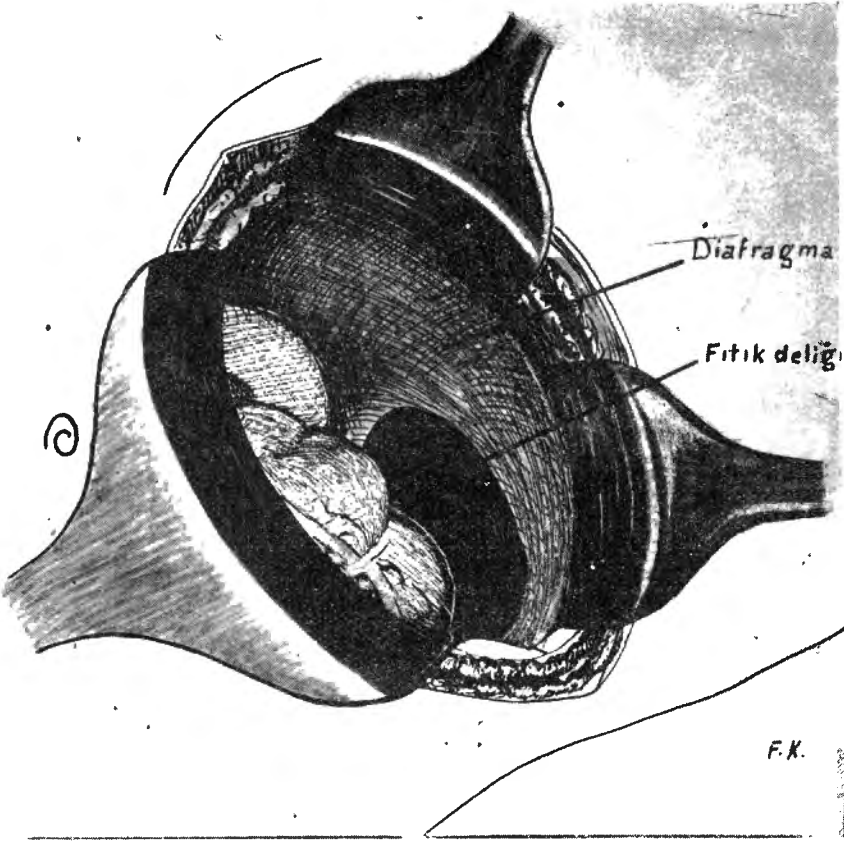
Şekil 4. M. Transversus abdominusun bir lambo tarzında hazırlanmasına çok elverişli olan ensizyon.



Şekil 5. Fıtığın görünüşü.

tık deliğinin avive edilmiş olan arka dudakları birbirlerine separe «U» dikişleriyle dikildi. Diyafragmanın önde ve yanda kalan küçük bir parçası bu lambonun üstünde yani göğüs içinde kalmış bulunuyordu. Böylece diyafragmadaki büyük bir defekt üst ucu kaburgalara yapışan büyük bir muskulüs transversus abdominus lambosu sayesinde rahat ve emin bir şekilde kapatılmış oldu. (Şekil - 4, 5, 6, 7). Batın perprimam kapatıldı ve 8 inci gün dikişler alındı.

Ameliyatın ertesi günü çekilen resim (Şekil 8) sol akciğer yumruk kadar, kalp sağa itilmiş bulunduğu eski yerini muhafaza ediyor. Solda biraz mayı var. Entraplöral tazyik + 4 idi. Aspiration yapıldı —10 a indirildi. Teneffüs jimnastikleri yaptırılıyor. 20.7.1952 tarihine kadar sık sık entraplöral tazyik kontrol edildi ve daima —8 —10 da bırakıldı. Buna rağmen 50 gün sonraki resminde görüldüğü (Şekil 9) gibi, akciğer çok az ekspanse olmuş ve bu parçası da dışta toraks cidarına yapışmış bulunmaktadır. Radioskopi ile yapılan kontrolda bütün zorlu teneffüs hareketlerine rağmen bundan fazla ekspanse olmamaktadır. Halen hastanın ahvali umumiyesi çok iyidir ve ateşi yoktur.



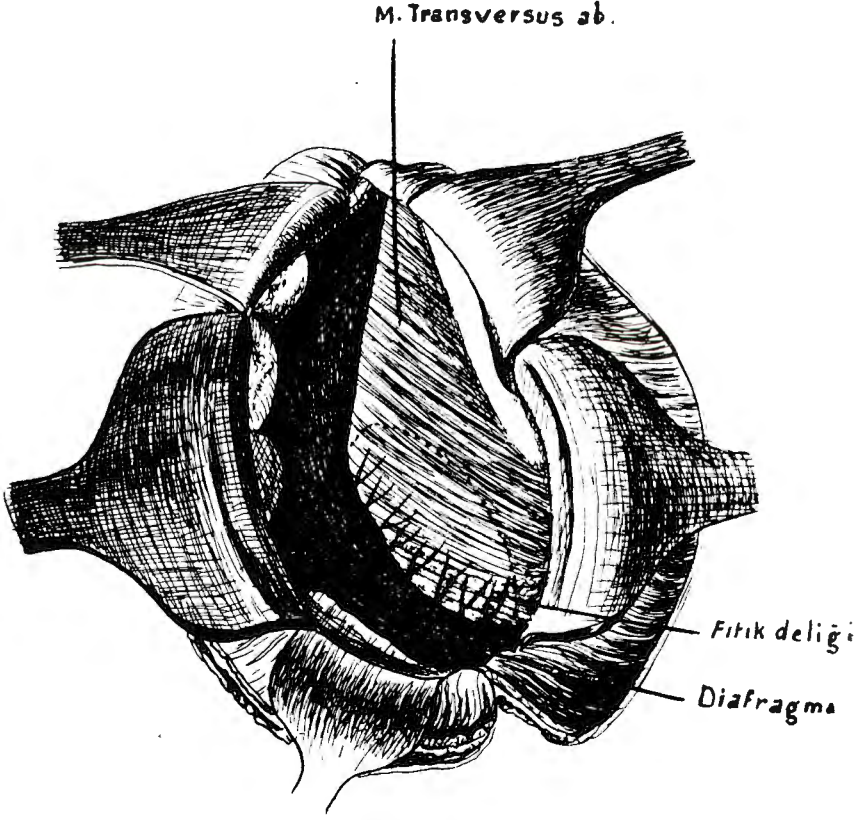
Şekil 6. Redüksion yapıldıktan sonra fitik deliği.

DİYAFRAGMA FITIKLARI

Diyafragma fitiğinden kasit batın uzuvlarının diyafragmanın zayıf bir noktasından göğüs içine muhaceretidir. İstisnai bir hal olan akciğerin diyafragma fitiği yani akciğerin diyafragmanın zayıf bir noktasından batna doğru prolabe olması ayrı bir vetire olarak kabul edilmektedir.

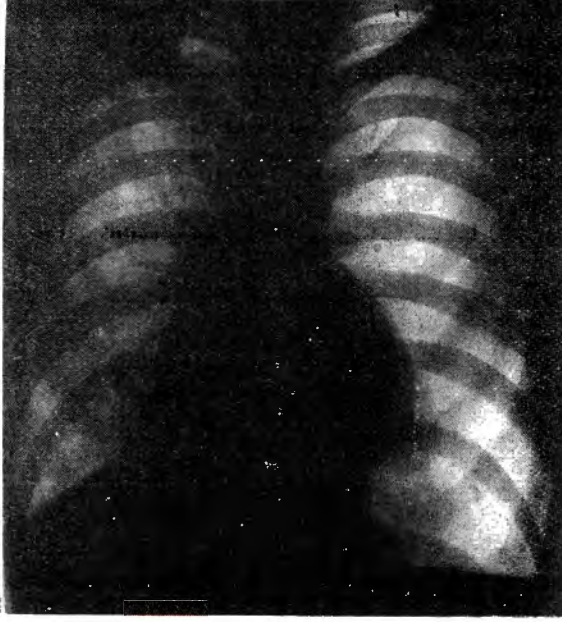
Diyafagma fıtığı çok eskidenberi bilinmektedir. İlk müşahede (Ambroise Paré) tarafından negredilmiştir. Ondan sonra uzun seneler bu mevzu sessiz kaldı. Son zamanlarda ise bir çok hastanelerde seri ve sistematik radyolojik muayenelerin yapılması günlük iş haline getirilmiş olduğundan vak'aların teşhisi kolaylaşmış ve adetleri artmıştır.

Etyoloji ve anatomo-patoloji: Diyafagma fıtıkları Cruveilhier'den beri konjenital ve traumatik diye tefrik edilmektedir. Bu iki sınıfa 1881 de Després konjenital bir predispozisyona bağlı olarak geç zuhur eden fıtıklara da «graduelle» fıtıklar, (yani tedricen husule gelmiş fıtıkları) ilâve etti.

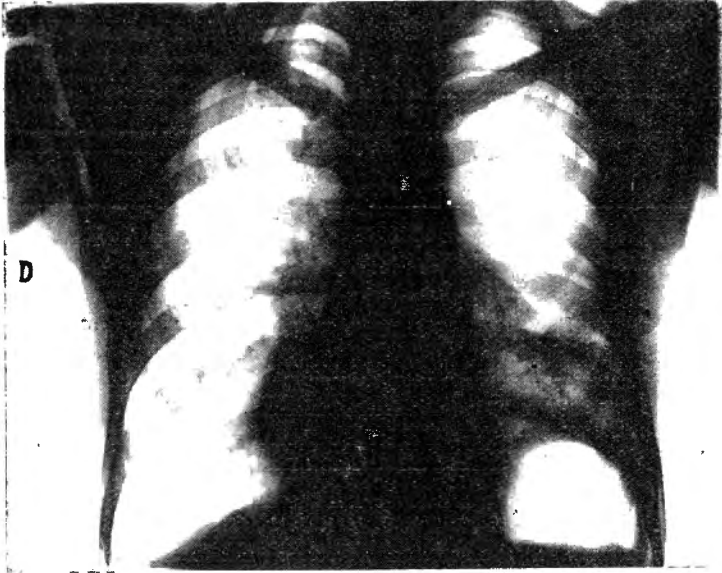


Şekil 7. Muskulus transversus abdominustan istifade edilerek yapılan adele plastığı. Adele lambosu büyük fıtık deliğini emin bir şekilde kapamaktadır.

Konjenital fıtıklar : Fötal ve ambriyoner diye tefrik edilir. Entrauterin hayatta diyafagma tekâmülünün herhangi bir safhasındaki duraklama konjenital tipde bir fıdoğan husulüne sebebiyet verir. Bu gelişme hatası entrauterin hayatın ilk aylarında olursa ambriyoner, tipde yani «kesesiz konjenital fıtıklar» daha ileri aylarda olursa fötal tipde yani «keseli konjenital fıtıklar» husule gelir. Konjenital fıtıklar çok hacimlidir. Ekseriya hayatla kabilitelif değildir. Funck-Balutamo ilk günlerde 57 vak'ada 51 ölüm bildiriyorlar. Fakat oldukça büyük konjenital tipde fıtık taşıyan şahıslarda vak'amızda olduğu gibi senelerce hiç bir ciddi rahatsızlık hissetmeden yaşayabilmektedir.



Şekil 8. Ameliyatın ertesi günü : Kalp eskiden itilmiş olduğu yerde bulunmaktadır. Sol akciğer yumruk büyüklüğünde.



Şekil 9. Ameliyattan 50 gün sonra.
Sol akciğer kısmen ekspanze olmuş ve göğüs cidarına yapışmış bulunmaktadır.

Fıtıkların yeri: Diyafragmanın 3 adalı parçası vardır (Pars lumbalis, pars postalis, pars sternalis) bu üç parçanın birbirleriyle birleştikleri yerlerde zayıf noktalar mevcuttur. Pars sternalis ile pars kostalis arasındaki zayıf nokta Larrey aralığıdır. Pars lumbalis ile pars kostalis arasındaki zayıf nokta Bochdalek'i aralığıdır. Bu iki mühim zayıf noktadan başka aort ve özofagus yarıkları da fıtık için mühim birer noktadır. Diyafragmadaki fıtık delikleri basit küçük bir delikten diyafragma aplazisine kadar her derecede olabilir. Fıtık deliği umumiyetle solda ve arkadadır. Sağda fıtık çok nadirdir. Karaciğer diyafragmayı kapar. Ancak diyafragma ile karaciğer arasında enterpozisyon varsa (kalın barsak) bu takdirde sağda da fıtık olabilir. Fıtık delikleri umumiyetle küçük ve dairevidir. İçinden aynı taraftaki göğüs boşluğuna doğru ilerleyen bir kese geçer. Kese nadiren karşı taraf göğüs boşluğu içine ilerlemiş olabilir (Hernie Croisé). Fıtık kesesi umumiyetle plevra ve mediastene yapışıktır, fakat fıtık muhteviyatı kese içinde serbesttir. Şayet fıtık kesesiz ise bu takdirde fıtığı teşkil eden uzuvlar göğüs içindeki uzuvlarla sıkı yapışıklıklar yaparlar. Fıtık kesesi ekseriya tamdır. İstisnai olarak ta gayri tam olabilir. (Midenin par glissement fıtıkları). Fıtık muhteviyatını mide, dalak, kalın barsak, ince barsak, omentum, pankreas kuyruğu teşkil eder. Bu uzuvlar göğüs içine ya iptidai olarak geçerler, yani çocuk doğarken uzuvlar göğüs içindedir. Buna hakiki konjenital diafragma fıtıkları denir; veya diafragmada doğuştan zayıf bir nokta mevcuttur, bilâhare batın uzuvları bu noktadan göğüs içine taşınırlar. Bu tip fıtıklara gradüel yani tedricen husule gelen fıtıklar denir. Bazı müellifler bu şekilde husule gelen fıtıkları akkiz fıtıklar grubuna sokmak isterler (Boursier).

Özofagus yolu ile husule gelen fıtıklar ayrı bir hususiyet arzederler.

Akerlund bunları üçe ayırır:

1 — Kısa özofagus ile müterafık olanlar. Kısa özofagus hasebiyle kardia ve midenin bir kısmı göğüs içinde asılı kalmıştır.

2 — Özofagus normal uzunluktadır. Hiatus çok geniştir, kardia diafragma seviyesindedir. Mide fundusu hiatüsten arka mediastene doğru yükselmiştir.

3 — Özofagus normal uzunluktadır. Diafragma tekâmülünü çabuk bitirdiğinden midenin bir kısmı ve kardia diafragmanın üstünde kalmıştır.

Travmatik fıtıklar: Travmatik fıtıklar bir diafragma rüptürünün veya yarasının hatalı teneddübü neticesi meydana gelir. Diafragmada rüptür nadiren olur. Büyük bir göğüs veya batın travması, diafragmada periferik (freno-kostal) veya santral (freno-frenik) tipte rüptüre sebebiyet verebilir. Nadiren kot kırıkları da diafragmayı zedeler. Diafragmanın ateşli silâhlarla ve bıçakla olan yaraları travmatik fıtıkların en sık rastlanan sebeplerini teşkil ederler. Böyle bir yaralanmayı müteakip batın adalelerinin takallüsü hasebiyle batın içi tazyiki artar. Batın uzuvları yara yerinden prolabe olur. Göğüs içi negatif tazyikinin sebebiyet verdiği aspirasionda bu uzuvların göğüs içine muhaceretini çok kolaylaştıran bir faktördür. Umumiyetle yara yerine evvelâ epiplon girer. Bu enterpozisyon hasebiyle diafragma yarasının sikatrizasyonu iyi olamaz. Bilâhare bu zayıf noktadan fıtık teşekkül eder. Bu tipteki fıtıkların kesesi yoktur. Bazen epiplon kendisini iten uzuvların tesiri altında genişleyerek bir kese şeklini alabilir (Pseudo-sac).

Şayet diafragma kısmen delinmiş veya tamamen delindiği halde, periton delinmemiş ise bu şekildeki zayıf noktalardan batın uzuvları önlerindeki peritonu iterek ilerleyecekleri için, keseli travmatik fıtıklar husule gelecektir.

Fıtık deliğinin büyüklüğü, yeri, yara yerine ve yaranın ebadına göre değişir. Fıtık muhteviyatı çok defa epiplon ve mideden bazen de kalın, ince barsaklar, pankreas, dalaktan müteşekkildir.

Arazlar: Her yaşda teşhis edilebilecek olan bu tip fıtıkların bilinen arazları maalesses patognomonik değildir. Arazlar iki noktada toplanabilir.

1) Hazım sistemi teşevvüshleri: Mide, barsak transitinde güçlükler, ağrı, kusma, kabızlık.

2) Toraks içi organlarının tazyiki: Dispne, siyanoz, anjinö tipde ağrılar, inter-kostal nevraljiler.

Pek çok hastalıklarda bulunabilen yukarıdaki arazlar ancak şu hallerde diyaf-
ragma fıtığını hatırlatabilir:

— Göğüs içi uzuvlarının tazyiki neticesi ortaya çıkan arazlar bilhassa yemekden sonraki saatlerde görülür ve bunlar kusma ile kaybolur.

— Hazım sistemi ve göğüs içi arazları müştereken bulunur ve birbirine muvazi giderler.

— Görülen arazlar pozisyon değiştirmekle hafifler veya şiddetlenir.

Bazı hastalarda mükerrer kanamalara bağlı kronik anemi ön plândadır. Bazan da hastalık yıllarca sinsi seyrettikten sonra hâd bir ihtilâtle teşhis olunur. Meselâ vol-
vulus, vak'amızda olduğu gibi perforasyon.

Klinik muayene: Çok çeşitli arazlar alınır. Pnömotoraks, hidropnömotoraks, dekstrokardi gibi. Konjenital bir fıtıkta bu arazlarla teşhise varmak akla bile gelmez. Ancak göğüs üstünde bir yara nedbesi varsa bu traumatik bir fıtık şüphesini davet edebilir. Kat'i teşhis radyolojik muayene iledir. Ekran altındaki muayene ile pulmoner sahada yer yer hava aydınlıkları veya hidroaerik lekeler görülür. Kalb sağa itilmiştir. Diyafragmada tahteravalli arazi vardır. (Fıtığın bulunduğu tarafda teneffüs hareketleri ile diyafragma mutat hareketlerin aksini yapar).

Baryum ile yapılan muayenede herni muhteviyatı tayin olunur. Mide fıtık kesesi içinde ise evvelâ midenin abdominal kısmı sonra da toraks içindeki heybesi dolar. Kum saati gibi, Biloküler bir imaj alınır. Fıtık içinde kalın barsak varsa bu da lavman va-
rite ile ortaya konur. Bu muayeneler esnasında hastaya çeşitli pozisyonlar verilerek filimler çekilir, böylece fıtık deliği büyüklüğü yeri ve muhtevası hakkında çok kıy-
metli bilgiler edinilir.

Evolüsyon: Her fıtıkta olduğu gibi fıtığın boğulması en vahim akıbetdir. Bu traumatik fıtıklarda sık görülür. Bundan başka barsak ve mide volvülüsü, bride bağlı ileus, kese içi hakiki oklüzyonları olabilir. Böyle bir ileus tablosu karşısında diyaf-
ragma fıtığı ancak göğüsdeki eski bir yara nedbesinin mevcudiyetile hatırlanabilir. Fıtığı teşkil eden uzuvlarda da patolojik lezyonlar olur: Mide ülseri, mide kanseri, tüberkü-
loz, apandisit (P. Duval'in vak'asında klavikula altında akut apandisit), kendi vak'a-
mızda duodenumdaki ülser perforasyonu).

Diyafragma fıtıklarının tedavileri :

Endikasyonlar: Teşhis edilen bütün diyafragma fıtıkları sebebiyet verdikleri teşevvüshler ve istikbalde tevlid edebilecekleri vahim komplikasyonlar hasebile ameliyat edilmelidir. Bazı müellifler ameliyatı ciddi bir iş olduğunu ileri sürerek hayatı tehdid eden bir hâl olmadı taktirde ameliyattan kaçınmayı tavsiye ederler. Kanaatimizce böyle bir tavsiyede bulunmak bugünkü müttekâmil teknik, anestezi ve reanimasyon metodları karşısında hastaya emin bir hayat temin etmekden uzaktır. İhtilât anında ise ameliyat mortalitesi çok yüksek nisbettedir.

Ahvali umumiyesi bozuk hastalarda, yaşı çok ilerlemiş hastalarda radikal ameliyatlardan sarfınazar edilebilir. Keza aktif akciğer tüberkülozu bulunan hastalarda ameliyat yapılmamalıdır. Bu gibi hallerde palyatif bir tedavi meselâ frenisektomi yapılabilir. Frenisektomi Folke, Nord ve Harrington tarafından vazedilmiştir. Bu metod paraözofajiyen fıtıklar için iyi bir palyatif metoddur. Fıtığı yalnız midenin teşkil ettiği hallerde genel durum radikal ameliyata müsait değilse gene frenisektomi yapılabilir. Böylece diyafragma spazmı azalır, dijestif arazlar hafifler.

Brakii özofagus ile müterafık olan vekayide ameliyat yapılmalı mıdır? Bu tip fitıklar en az teşevvüş yapan fitıklardır. Halen yapılan bir çok özofagus rezeksiyonlarında mide göğüs içerisine alınarak özofago-gastrostomi yapılmaktadır. Böylece meydana getirilen sun'î brakii özofagus ve hiyatus fitıkları vak'alarında fitıktan mütevellid hiç bir ciddi şikâyet kaydedilmemektedir. Halbuki uzunluğu normal olan özofagus ile müterafık diyafragma fitığı vak'alarında şikâyetler daha çoktur. Bu vak'alarda midenin göğüs boşluğunda serbestce bulunması mekanik tehlikeleri de arttırmaktadır. Onun içindir ki bir çok müellifler kısa özofagus ile müterafık hallerde ameliyattan sarfınazar etmektedirler.

Traumatik fitıklara gelince bunlarda ameliyat endikasyonu münakaşa edilemez. Boğulmaya meyilleri hasebile erkenden ameliyat edilmelidir. Yeni doğan çocuklarda çocuğun ameliyata dayanabilecek kadar büyümesini beklemek muvafıktır. Hiç şüphesiz her türlü ihtilât âcil müdahale endikasyonunu koydurur (perforasyon, volvülüs, apandisit gibi).

Radikal tedavi yolu:

Radikal ameliyattan gaye fitığın redüksiyonu ve fitık deliğinin kapatılmasıdır. Böyle bir ameliyata karar verilen her vak'ada evvelâ operatörün de hazır bulunduğu bir seansda vak'anın tam bir radyolojik tetkiki yapılmalıdır. Böylece fitık deliğinin yeri, büyüklüğü ve fitığın kabili red olup olmadığı (ayakda ve Trendelenburg durumunda uzuvların yer değiştirip değiştirmediği) kat'i surette öğrenilmelidir. Bu tetkikler sonunda elde edilecek kanaata göre giriş yolu tayin olunur. Şüphesiz hasta ameliyata sevk edilmeden evvel her laparotomi yapılacak vak'a gibi hazırlanır. Bazı cerrahlar ameliyattan evvel nervus frenikusun alkolicizasyonunu da tavsiye ederler.

Giriş yolları:

- 1) Batın yolu,
- 2) Göğüs yolu,
- 3) Müsterek yol (Torakoabdominal veya torako-freno-abdominal)

Abdominal yol: İlk müdahalelerdenberi kullanılmaktadır. Konjenital hernilerde ve bilhassa Larrey yarığının fitıklarında mükemmel bir yoldur. Ancak posttraumatik fitıklarda fitığı teşkil eden uzuvlarla komşu uzuvlar arasında sıkı adersanlar bulunduğu için batın yolu ile bu yapışıklıkların iyi bir şekilde ayrılması imkânsız ve tehlikelidir. Diyafragmanın arka kısmındaki fitıklar her ne kadar göbek üstü median, sol para ve trans rektal şaklarla iyi eksplore edilemezse de oblik şaklar pek alâ aydınlık bir saha vermektedir. Vak'amızda böyle bir şak kullanıldı ve bunun sayesinde büyük olan fitık deliği muskulüs transversus abdominüsten yapılan bir adale lambosu ile de kapatılabildi. Adersanların çok olduğu vak'alarda redüksiyonu tehlikesizce temin gayesiyle şakki toraksa doğru çekinmeden uzatmalıdır. Santy batın yolunu eksplorasyon için kullanmayı, kâfi gelmediği takdirde hemen göğüse yükselmeyi tavsiye eder. Harrington mükemmel istatistiği ile batın yolunun büyük bir müdafiidir. 97 vak'anın 95 inde batın yolu ile müdahale yapmış ve 87 şifa, 2 residiv, 5 ölüm kaydetmiştir.

Göğüs yolu: İlk defa 1889 da Perman, 1892 de Schwartz ve Rochard toraks yolunu batın yoluna tercih ettiler ve sür'atle çalışmayı şart koştular. Fakat hiç şüphesiz bugünkü anestezi ve reanimasyon tekniği sayesinde gecikmeden korkulmadığı için sür'at şartı kıymetini kaybetti. Bu yolun traumatik fitıklarda batın yoluna faikiyeti vardır. Zira bu yolla iltisaklar göz kontrolü altında ayrılır. Bu yolun da büyük müdafii Sauerbruck'dır. 83 vak'ada 5 ölüm.

Torako-abdominal yol: Bir yolun kıfayetsiz olduğu hallerde yapılır. Evvelâ iki

ayrı ensizyon şeklinde yapıldı (Borsuck 1899) sonra Röbor kostale dokunmadan torakoabdominal ensizyon yapıldı (Berard ve Dunet) daha sonra da bu kısımda kesildi (Schwartz ve Quénu). Son senelerde bir çok müellifler sol kubbe ve paraözofajiyen fitıklarda torakoabdominal yolu, Larrey fitiklerinde da laparatomiyi benimsemiş bulunmaktadırlar.

Fıtık muhteviyatının reddi: Konjenital fitıklarda redüksiyon kolaydır. Traumatik fitıklarda yapışıklıklar çok olduğu için uzuvlar dikkatle serbestleştirilir. Kese mevcut ise rezeksiyonu tavsiye edilir. Fakat çok defa fıtık halkası etrafında kesenin basitce ensizyonu kâfidir. Bundan sonra fıtık halkasının kenarları avive edilir. Larrey fitiklerinde kese muhitinden ayrılmamalıdır. Zira umumiyetle kese vena kavaya ve perikarda yapışıklıdır. Keseyi fıtık halkası çevresince kesip ayırmak kâfidir.

Fıtık deliğinin kapatılması: Şayed delik ufak ise iki kenarı dudak dudağa getirilerek (kenarları avive edildikten sonra) basit dikişlerle veya daha iyisi separe U dikişlerle dikilmelidir. Bu dikişler için rezorbe olmayan iplikler kullanılır. Paraözofajiyen fitıklarda hiyatus dikilir. Özofagus yaralamamak için Harrington ve Truesdale özofagus içine kauçuk bir sonda sokarlar hiyatus iki parmak geçecek kadar daraltılır. Son dikiş özofagus tabakalarını da kısmen içine alarak özofagusu hiyatusa tesbit eder.

Fıtık deliği büyük ise basit dikişlerle bu delik kapatılamaz. Bu taktirde meselâ akciğerin alt lobunun diyafragmatik yüzü veya karaciğerin sol lobunun üst yüzü, dalak, midenin büyük tüberozitası, buşon tarzında bir epiplon parçası diyafragmadaki deliğin kenarlarına dikilebilir. Fakat bu dikişler emin değildir. Büyük delikleri emin bir şekilde kapayabilmek için adale plastiği yapılmalıdır. Vak'amızda muskulüs transversus abdominüsden istifade edilerek hazırlanan büyük bir adale lambosu büyük fıtık deliğini pek emin bir şekilde kapadı. Aynı gaye ile psoas ve bel kare adalesi de kullanılmıştır. Keza fasya latadan istifade edilerek fasya plastiği de yapılmıştır. Bu tip ameliyatlara frenisektomi teşrik edilebilir.

Ameliyat sonu : Bugünkü anestezi, teknik, reanimasyon sayesinde ve antibiyotiklerle ameliyat sonu çok selim seyretmektedir. Ameliyattan sonra boğalmış olan göğüs boşluğu içindeki kollabe akciğerin ekspansiyonu en mühim noktayı teşkil etmektedir. Bunu temin gayesile entraplöröl tazyik sık sık kontrol edilmeli daima negatifde bırakılmalı ve hastaya zorlu teneffüs jimnastikleri yaptırılmalıdır.

Ameliyat neticeleri: Komplike olmayan vak'alarda mortalite % 10 un altındadır. 1924 de Quénu 40 vak'ada 10 mortalite bildiriyor. Harrington 105 vak'ada 97 vak'aya radikal ameliyat yapmış (7 ölüm). Sauerbruck 80 vak'ada 2 ölüm bildiriyor.

Uzak neticeler: Harrington 90 vak'ada 88 şifa, 2 residiv bildiriyor. Hastalar bazan periton yapışıklıklarına bağlı hazım sistemi ağrılarında bazan da plevra senfizi-ne ve diyafragma paralizine bağlı ağrıdan şikâyet etmektedirler. Komplike vak'alarda ameliyat mortalitesi çok yüksektir. Quénu 52 vak'ada 38 mortalite bildirmektedir.

HÜLÂSA

1 — Hastanın solda büyük bir konjenital diafragma fıtığı ve duodenumda ülseri bulunmasına rağmen 31 yaşına kadar hazım, kalp ve yorulunca meydana çıkan hafif bir dispne müstesna, teneffüs sistemlerine ait hiçbir ciddi şikâyeti olmamıştır.

2 — Ameliyat esnasında göğüs boşluğu içinden batın içine alınan kalın ve ince barsak mezolarındaki venlerin hipertansiyon portalı hatırlatacak kadar geniş, gergin

oldukları ve yıllık seyrettikleri görüldü. Batın içinde 5 - 10 dakikalık istirahati müteakip venler ilk gerginliklerini yarı yarıya kaybederek kollabe oldular. Venlerin bu kadar distandü olmalarının sebebi nedir? Yeknazarda fitik halkasının sebebiyet verdiği mekanik mania hasebiyle mezo venlerindeki deveranın güçleştiği ve bunun neticesi olarak distal kısımda meydana gelen stazın bu distansiyonu yaptığı düşünülebilir. Fakat klinikte ameliyat etmek fırsatını bulduğumuz pek çok büyük hacimli kasık fıtıklarının hiçbirinde bu ven dilatasyon ve distansiyonunu müşahade etmedik. Hiç şüphesiz kasık fıtıklarında da fitik halkası mezodonun venlerinde sirkülasyon güçlükleri tevlid etmektedir. Göğüs içinde yerleşmiş bulunan bu muazzam fıtıktaki mezo venlerinin bu kadar geniş ve gergin olmasında en müessir faktör entraplöröl negatif tazyikin ven cidarlarına intikal eden emici-çekici tesiridir.

3 — Konjenital bir diafragma fıtığı vak'ası olması hasebiyle abdominal yol reduksiyon ve radikal bir ameliyat için kâfi geldi.

4 Diafragmanın arka yan kısmında bulunan büyük bir fıtık deliği, musculus transversus abdominus'den istifade edilerek yapılan bir adele plastiği ile kapatıldı. M. transversus abdominus'un önde meme çizgisiyle arkada arka koltuk altı çizgisi arasında kalan parçası, diafragmanın pars lumbalisine kadar varabilecek büyük bir lambo tarzında hazırlanabilmektedir.

5 Vak'a ameliyat olalı 50 günü aştı. Entraplöröl tazyik daima negatifte tutulmuş ve hastaya devamlı teneffüs jimnastikleri yaptırılmış olmasına rağmen, sol akciğerin genişlemesi halâ çok mahdud, çok cüzidir. Sol plevra boşluğunun büyük bir kısmı boştur. O halde bu plevra boşluğunun akibeti ne olacaktır? Şayet bir müddet daha devam edeceğimiz teneffüs jimnastikleriyle tatminkâr bir ekspansiyon elde edemezsek, kaviteyi bertaraf etmek gayesiyle, (thoracoplastie) ye geçmek icab edecektir kanaatindeyiz.

Dr. İzak Özkültür:

Hastaya bir total thoracoplastie düşünülüyor?

Thoracoplastie gayet ağır bir ameliyattır. 2 - 3 seansta icap eder ve aynı zamanda katiyetle boşluğu kapatabileceği söylenemez, rest kavite kalabilir. Bu hastaya bence Decortikasyon ameliyatı muvafık bulurum. Bu ameliyatla ciğer reekspansiyon büyük bir ihtimalle olabilir. Ameliyat gayet basittir. 5 - 10 hatta 15 sene reekspansiyon olmayan akciğerler decortikasyon ameliyatı ile reekspansiyon olabildiği vak'alar vardır. Bu suretle vital kapasite çoğalır ve hastaya fayda temin edilir. 30 senelik vak'a olması bu ameliyatı tecrübe etmek kontrendike değil kanaatindeyim.

Doç. Dr. Nihad Dorken:

Arkadaşımızın vak'ası çok enteressandır. Evvelâ bu zamana kadar saklı kalmış bir konjenital diafragma hernisi Ulcus ile iştirak ediyor ve ondan sonra bu ülser perforasyonu münasebeti ile yapılan bir acil ameliyatta ortaya çıkıyor. Oesophagus cerrahisi hakkındaki bilgilerimiz ilerledikçe ve ameliyat tecrübelerimiz arttıkça diafragma hernie'lerine rast geliyoruz. Bu münasebetle bir kaç gün evvel yaptığım bir ameliyatı arz etmek istiyorum. Yaşlı bir hasta yutma zorluğu arz ediyor. Yapılan özofagus radiografisinde kardiya da tipik tümöröl defekt görülüyor, oesophagoscopie'de pek tümöre tesadüf edilmiyorsa da alınan parçanın histolojik cevap papillerine geliyor. Biopsi parçası belki tümör üzerinden alınmadı düşüncesile torakotomie yaptım ve Akerbend I tipinde bir brachyoesophage ile karşılaştık.

Dr. Tarık Minkâri:

53 günlük post operatuar tedavide intra plöral tazyik daima negatifte tutularak hastaya teneffüs jimnastikleri yaptırıldı. Fakat son filmde ancak küçük bir akciğer nescinin ekspansiyonu olduğu görüldü. Bu ekspansiyonun kabul ettiğimiz akciğer nescinde belki de ilk filmde gördüğümüz fonksiyon eden akciğer nescidir. Biz decortication düşünmüyoruz. Zira 32 senelik bir vak'adır. Belki de akciğer rüdimanter hale gelmiştir. Bâkiye kavitenin torakoplasti parsiel ile kapatılmasının uygun olacağı kanaatindeyiz.

ULTRASON'UN NÖRO - VEJETATİF SİSTEM ÜZERİNE TESİRİ

Doç. Dr. Hami Koçaş

İlk zamanlarda Ultrason'un tesirleri; doğrudan doğruya nesiçler üzerine olduğu ve bunların fonksiyonunda hasıl olan değişikliklerle, hastalıkların tedavisinde elde edilen neticelerin, sadece fiziki enerjilerin mevzii bir tahavvülünden ileri geldiği, şeklinde izah edilmişti. Bu tek taraflı mütalâalara istinat ederek, HİNTZELMANN, HORVATH ve diğer bazı müellifler: (Termik, mekanik, şimik) üç tesir mekanizması ileri sürmüşlerdir.

Yalnız, siyatik tedavi edilirken radiksler dalgalandığı halde bazı kesilmiş âdetlerin sökmesi, nervus ischiadicus dalgalanınca elektro-ansfalogramda değişiklik husule gelmesi (GERLOFF) gibi bazı indirekt tesirleri; DEMMEL direkt tesire, HİNTZELMANN, HANSEN, ZINN gibi bir çok müellifler de reflex yolu ile izah etmek istemişlerdir.

STUHLFAUTH ultrasonun nöro-vegetatif reflexlere müessir olduğunu, terminal retikulum üzerine yaptığı tesirlerle sinir elemanlarının birbirleri arasındaki fonksiyonel irtibatı tebdil ettiğini, böylelikle mevzii tesirlerden tamamile ayrı bir takım yeni reaksiyonların, vücudun çok daha uzak organlarında belirmesine sebep olduğunu bildirmiştir. Fakat Ultrason'un hem bronşiyal asthm hem de bir çok spazmodik damar hastalıkları üzerine müessir olduğunu nazarı itibara alarak, bu zıt tesiri izah edebilmek için ultrasonların vegetatif sistem üzerine müessir olduğunu ancak spesifik olarak doğrudan doğruya vagus veya sempatikus üzerine tesir etmeyip bu sistemlerden birinin aşırı tenebbüh halini baskı altına aldığını iddia etmektedir.

Biz kliniğimizde Ultrason'la bazı hastaları tedavi ederken tansiyonun düştüğünü ve damar genişletici tesiri olduğunu müşahade edince tesir mekanizmasını daha esaslı şekilde araştırmaya karar verdik. Bu düşünce ile aşağıda tipik bir kaç nümunesini vereceğim fizyolojik ve klinik araştırmalar sonunda «Ultrason'un hakikaten, nöro-vegetatif sisteme tesir ettiği ve tesirinin de doğrudan doğruya parasempatikler üzerine olduğu neticesine vardım.»

Fizyolojik tecrübeleri izole organlar ve hasta şahıslar üzerinde ayrı ayrı yaptım. Hepsinde de aynı neticeye ulaştım.

İzole kurbağa kalbi üzerinde yapılan tecrübeler: Sinüs ukdesi ile beraber çıkartı-

lan ve Ringer mahlülü ile yaşatılan bir kurbağa kalbinin çalışması kimografya tesbit edildi:

1 — Mutedil dozda (800 KH. 1,5 W/Cm²., 5 dakika) Ultrason tatbik edildiği zaman kalb atımında derhal bir amplitüd küçülmesi görüldü. Tatbikat devam ettiği müddetçe kalbde iletim bozukluğu, ekstrasistoller ve hafif bradikardi husule geldi, fakat kalb çalışmasına devam etti. Oriküllerde yer yer kabarmalar ve istihaleler husule geldi ki fizyoloğların potasyum tesiri dedikleri bu hal vagusun tenebbühiyetine delâlet ediyor. Tatbikat kesilince kalbin normal ritmi avdet, yalnız hafif bir bradikardi ve amplitüdde biraz küçüklük devam etti.

2 — Yüksek dozda çalışılınca: (800 KH. 4 - 5 W/Cm². 8 dakika). Normal çalışmada olan kalbde dalgalama başlar başlamaz iletim bozukluğu husule geldi. Kalb evvelâ daha hızlı çalıştı, sonra yavaşladı, amplitüd pek değişmedi, fakat çok fazla ekstra sistol husule geldi. Oriküllerdeki kabarma hem daha büyük, hem de daha sık görülmeğe başladı. Tatbikat devam ettiği müddetçe kalbin normal ritmi bozuldu ve amplitüd gittikçe küçüldü. Nihayet fibrilasyon husule gelerek kalb diastolde durdu. İşin asıl enteresan ciheti dalgalama kesildikten sonra durmuş olan kalbin yeniden faaliyete geçmesidir ki bu da bize Ultrason'un kalbde uzvi ve zararlı bir tesir yapmadığını göstermektedir. Tatbikat kesildikten 15 dakika sonra kalb eskisinden daha muntazam ve daha dolgun olarak çalışmasına devam etti.

3 — Kurbağanın gastriknemiyus adelesi üzerinde Ultrason aşıkâr, spazmolitik tesir gösterdi.

4 — İzole kobay akciğeri üzerinde yapılan tecrübe : Kobay akciğeri bronşunun üst kısmında ve kaidesinden tecrübe cihazına asılarak netice kimografya tesbit edilmiştir.

Hafif dozda Ultrason tatbik edilince bronşlarda yavaş yavaş artan bir kasılma görülmüş ve bu kasılma dalgalama kesildikten sonra biraz azalmışsa da yine uzun zaman normal haddin üstünde kalmıştır. Aynı şekilde hazırlanan preparata kuvvetli dozda Ultrason tatbik edilince başlangıçta bronşlarda yeni bir kasılma husule geliyor. Fakat tatbikat devam ettiği müddetçe ve tatbikatı müteakip kasılma yavaş yavaş gevşeyerek normal haddin çok altına kadar düşüyor, ve uzun zaman böyle kalıyor.

Aynı tecrübe asetil kolin ilâve edilerek yapıldı. Başlangıçta asetil kolin tesiri ile bronşda bir kasılma husule geldi. Bu adaleye yüksek doz Ultrason tatbik edilince yeni bir kasılma oldu ki bu da hemen hemen asetil kolinin yaptığı kasılmaya eşitti. Sonradan yavaş yavaş kasılma çözüldü ve hatta asetil kolinin tesirini bile bertaraf etti.

Hastalar üzerinde yapılan denemelerde Ultrason mutedil dozda nabız sayısını biraz azaltıyor, bu azalma tatbikten bir saat sonra azami haddini buluyor. Fakat iki saat sonra normale avdet ediyor.

Ultrasonun şırıyan tazyiki üzerindeki tesiri çok aşıkâr olarak tesbit edilmiştir. Bilhassa yüksek tansiyonlu hastalarda dalgalamayı müteakip düşüş o kadar aşıkâr ki bu bize hipertansiyonun Ultrason'la tedavi edilebileceği kanaatini verdi. Tatbikat boynun iki tarafına karotis ganglionları üzerine direkt olarak hafif dozda (800 KH. 1 - 1,5 W/Cm². 2 dakika) yapıldı.

Bu şekilde tedavi edilen yüzlerce hastada ilk günlerde tansiyonun derhal düştüğünü fakat iki-üç saat sonra tekrar eski haline döndüğünü müşahade ettik. Müteakip seanslarda yükselme daima eskisinden daha az oluyor ve beş on seans sonunda hastanın tansiyonu tamamen normal haline avdet ediyor.

Arz ettiğim bu tecrübeler bana Ultrason'un parasempatikler üzerine müessir olduğunu, hafif dozların parasempatikleri tenbih, yüksek dozların ise evvelâ tenbih bilâhere felç ettiğini gösterdi.

Ultrason'un bu tesirleri iyice anlaşıldıktan sonra yapılan tatbikatdan çok daha

tatminkâr neticeler almaktayız. Bilhassa, üzerinde vejetatif sistemin rolleri tesbit edilen hastalıklarda daha muvaffakiyetle tedavi yapılabilir. Meselâ asthme'da ancak kuvvetli dozla devamlı tatbikat yapıldığı; damar hastalıkları ve hipertansiyonlarda ise bilâkis mutedil dozlarla çalışıldığı zaman daha müsait netice alınabileceği sonucuna varılmıştır.

HÜLÂSA

Ültrason'un tesir mekanizmasını anlamak üzere yaptığım çeşitli tecrübeler sonunda; şu neticeye vardım: Ültrason Nöro-vejetatif sistem üzerine vasat dozlarla tenbih edici yüksek dozlarla evvelâ tenbih sonra felç edici bir tesir göstermektedir.

Bu münasebetle hipertansiyon ve damarları ilgilendiren hastalıkların, Ültrasonla tedavisinde hafif dozlarla, asthme bronşiyal gibi hastalıklarda da yüksek dozlarla tatbiki icab etmektedir.

GEBELİK KUSMALARININ YENİ BİR TEDAVİSİ HAKKINDA

Dr. Hikmet Aladağ

İzmir Dr. Behçet Uz Hastanesi
Nisaiye ve Doğum Kliniği Şefi

Gebelik kusmalarının bugün için ne bir profilaksisi ne de müessir bir tedavisi vardır. % 50 - 70 arasında görülen emesis ve hyperemesis vak'aları hasta ve doktoru bezdiren bir hadise olmaktan çıkmamıştır. Son aylarda İzmir Dr. Behçet Uz Hastanesi Doğum servisinde, gebelikleri 3 ayı geçmeyen emesis ve hyperemesisli 40 hastayı servise yatırarak bir kan plazma erzatı olan PERİSTON'la 4 günlük kısa bir tedaviye tabi tuttuk. Şayamı dikkat neticeler aldık. Kusmalar durdu, baş dönmeleri geçti, hastanelerin monoton yemeklerine karşı iştahları açıldı. Bitkinlik yerine normal hal avdet etti.

Tedavi şeklimiz; başkaca hiç bir ilâç ilâve etmeden her gün, damardan 250 cc. solusiyondan, yavaş yavaş vermek ve 4 gün arka arkaya devam etmektir. Az ilâç ve fasılalı tedavi netice vermemektedir. Umumiyetle bir kür kâfi gelmiştir. Yalnız bir vak'ada bir hafta sonra ikinci bir kür tatbik zarureti oldu ve yine iyi neticeyi devamlı olarak aldık. Bu hasta bir spina bifidalı vakitsiz çocuk doğurmuş ve arada, bir de dış gebelik ameliyatı geçirmişti. Diğer 39 hastanın kontrol muayenelerinde, şifalı neticenin devamını müşahede ettik.

Kan plazması solusiyonu olan PERİSTON akut kanamalar ve şok vak'alarında, dolaşımdaki kan hacmini arttırmak, suyu tutmak ve uzun zaman cidardan sızmadan kitlenin durabilmesi için hazırlanmıştır. Bu preparatta, malûm tuzlu su ve diğer milh'lerden başka öz madde olarak % 3,5 nisbetinde polyvinylprolidon, kısacası (kolidon) denilen, hayvanı olmayan bir kolloid vardır. Bu kolloid büyük moleküllü olduğundan damar cidarlarından kolayca sızmamaktadır. Aynı zamanda (René Schubert) hayvan tecrübelerinde kana verdiği, idrarla çıkmayan bazı boyalı maddelerin kolidon ilâvesi ile, boyaların böbrekten geçme kabiliyetini kazandıklarını isbat etmiştir. Bundan fay-

dalanarak, tetanoz, difteri, yanık ve gıdaî zehirlenme vak'alarında, kandaki toksinleri ve aynı zamanda bazı sulfamid ilaçları, idrarla kolayca çıkabilecek bir hale getirilmiştir. Emesis ve hyperemesis vak'alarındaki mihanikiyet tarzını da René Schubert'in tecrübelerine bağlamak mümkündür.

Paraziter fötüs organizmaları, ana metabolizmasında esasen mevcut bozuklukları bir kat daha arttırarak, bir takım metabolizma artıklarının, kanda terakümüne sebebiyet verdiği göre, idrarla çıkamayan bu maddeleri kolidon, çıkabilir bir hale getirdiği düşünülebilir. Kolidon, hayvani bir kolloid olmaması dolayısıyla, reaksiyonsuz, devamlı olarak verilebilir. Günlük öldürücü dozu % 25 dir. Biz takriben % 9 vermekteyiz. Kolidon organizma da uzun müddet kalmaktadır. Zerkten 14 gün sonra bâriz bir şekilde 3 hafta sonra da eser halinde tesbit edilmiştir. Allerji yapmayan bu preparat hiç bir ihtilât ve na hoş tezahür göstermemiştir. Yalnız, zerklerden sonra baş ağrıları, herhangi bir sedatifle, sür'atle geçmiştir.

Elde ettiğimiz emniyet verici bu neticeler hakkında literatürde, bir yazıya tesadüf edilmemiştir.

HÜLÂSA

40 emesis ve hyperemesis vak'asının polivinyilpyrolidon (kolidon) yani periston ile yapılan tedavilerden elde edilen iyi sonuçlar ve kolidonun tesir mihanikiyeti hakkında.

TAHRİŞ YALNIZ BAŞINA KANSER YAPAR MI ?

Doç. Dr. Alâettin Orhon

Ankara Tıp Fak. Jinekoloji Doçenti

Tümörlerin etyolojisini aydınlatmak için ilmi esaslara istinad eden ilk makûl morfolojik ve morfogenetik araştırmaları yapan Johannes Müller denberi 114 sene geçmiş bulunuyor. Bu yolda hiç şüphesiz muazzam ilerlemeler kaydedilmiş bulunmasına rağmen ilim ışığı bu konuyu henüz tam mânâsiyle aydınlatmış değildir.

Çok eskiden söylenilmiş Generatio Spontanea teorisi gibi olanlardan sarfınazar tümörlerin, bilhassa kanserin husule geliş tarzını izah için ortaya konmuş bulunan düşüncelerin bütününi başlıca üç gurup altına toplamak mümkündür :

1 — Dokular arasında kullanılmadan kalmış veya kusurlu yaratılmış Embrional hücrelerin (tümör tohumlarının) her hangi bir insult-tahrîş tesiriyle çoğalmağa başlamaları..

Bu Embrional hücrelere ilk defa dikkat nazarını Waldeyer çekmiş ve Cohnheim tarafından benimsenmiştir. Büyük bir üreme potansiyeli saklıyan bu müstakbel tümör tohumlarının günün birinde bir tahrîş tesiriyle çoğalmağa başlayarak tümör yapabile-

cekleri teorisini ortaya atan Virchow dır. Pek çok müellifler tarafından kabul edilmiş bulunan bu teori bir çok tümörlerin etiyolojisini aydınlatmak bakımından faydalı olmuş ve tecrübi kanser araştırmalarının başlamasına da yol açmıştır.

Kanserin en çok görüldüğü vücut kısımları, striktür itibariyle bu tahrişlere en müsait bulunan yerlerdir. Uterus collumu, mide, pylor, rectum gibi...

Pipo iğenlerde dudak kanseri, kemik kırıkları ve nedbe kanserleri, arsenik ve diğer profesyonel kanserler, tavşan derisine maden kömürü katranı, Dibenzanthracen, Methylcholantren gibi kanserojen maddelerin uzunca müddet sürülmesiyle kanser husule getirilebilmesi, ultraviole, infraruj, röntgen ve radium ışınlarına devamlı maruz kalanlarda görülen kanserler ve bunlara benzer sayısız olaylar bu teoriye aktüalitesini hiç kaybettirmemiştir.

2 — Virus teorisi : Başta Rous, Shope olmak üzere bir çok müellifler yaptıkları tecrübelerle dayanarak bir tümör virusunun mevcudiyetini kabul ederler.

Bu teoriye göre tümörler ve diğer enfeksiyon hastalıkları gibi bir mikrop veya parazit tesiriyle meydana gelmektedirler. Bu yolu takip eden araştırmacıların zaman zaman yeni bir kanser virusu veya paraziti bulduklarına dair yayınlarına son zamanlarda daha sık tesadüf edilmektedir.

3 — K.H. Bauer'in mütasyon teorisi : Bu teori diğer iki teoriyi de bünyesinde toplayan bu günün en hâkim görüşüdür. Bu nazariyeye göre her hangi bir maddenin selüllerin verasetle intikal eden vasıflarında (gen) lerinde bir değişiklik yaparak bu selülde bir kanser mütasyonunun ortaya çıkmasına sebep olabileceği kabul edilmektedir. Fakat aynı zamanda teşekkül etmesi lâzımgelen letal faktörler meydana gelmezlerse bu mütasyonlu hücreden doğacak bütün torunlar bir kanserin husulüne sebep olurlar.

Bu madde şimik (katran, benzanthracen, cholantren), fizik (infraruj, ultraviole, röntgen ve radium ışını) olabildiği gibi, hormonal (testis ve follikül hormonu), virus veya parazit de olabilir.

Obendorfer ve diğerlerinin katranla, Lacassagne, Zondek in follikül hormonu ile, Carrel ve arkadaşlarının doku kültürlerinde şualama veya diğer kanserojen maddelerle kanser meydana getirmeleri bu teoriye bir çok taraftar kazandırmıştır. Diğer iki teoride etyolojik faktör embrional tümör tohumu ve virus olduğu halde bu teoride olgun bir hücreyi kanserleştirebilen her hangi bir maddedir.

Fakat her şeyden evvel sayılamıyacak kadar çok müşahedeler organizmada bir kanserin husulü için yukarıda grupe ettiğimiz faktörlerin hiç birisinin yalnız başına kâfi gelemeyeceğini, irsen intikal eden veya sonradan kazanılan bir istidadın da mutlaka lâzım olduğunu göstermektedir.

Biz bu yazımızda daha ziyade mekanik tabiatta lokal tahriş ve travmaların nâdiren bir kanserin husulüne sebep olabileceğine işaret etmek istiyoruz. Aşağıda takdim edeceğimiz, benzerine ender rastlanabilen vak'a da bu görüşü teyid etmektedir.

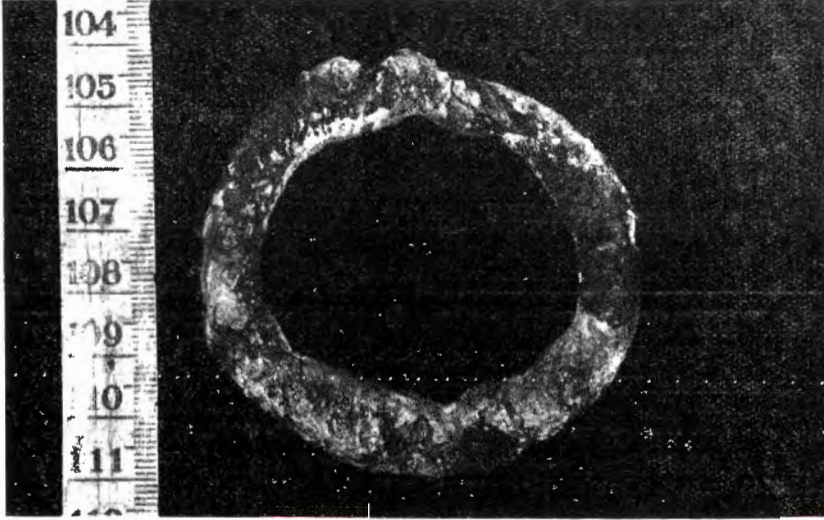
Erzincanlı 64 yaşında bayan Münire Özsancağ 23 senedenberi menopoze olduğu halde 4 aydan beri kanlı ve kokulu akıntidan şikâyetçi olarak müracaat etmiştir. Anamnezinde 43 sene evvel zor bir doğumu müteakip başlıyan sisto-rektoselin dördüncü doğumundan sonra tam bir prolapsus haline geldiği anlaşılmaktadır.

Tedavisi için 30 sene evvel bir köy ebesinin köy demircisine resmi görülen (Şekil 1) halkayı yaptırdığını ve dışarıya çıkan rahmi eliyle iterek vajenine yerleştirdiğini söylemektedir. Bu halka 30 sene müddetle devamlı olarak hastanın vajeninde kalmıştır. Husule getirdiği kasık ağrılarına ve ağırlık hissine rağmen hasta taassup sebebiyle en yakınlarına bile hiç bir şikâyette bulunmamış, eğilerek yürümek mecburiyetinde kalması zamanla sırtını ileri derecede kanbulaştırmıştır.

Öz geçmişinde sıtma ve çocukluk çağı hastalıkları geçirmiş soy geçmişinde ısrarlı sorguya rağmen malign tümörlere delâlet edecek bir iz bulunamamıştır.

Tenasülü anamnezinde 12 yaşında ilk âdetini gördüğü âdetlerinin 28-5-(5), S-K-A-olduğu, 4 doğum ve 6 düşük yaptığı anlaşılmıştır.

4 ay evvel başlayan kokulu ve kanlı akıntı sebebiyle Erzincanda müracaat ettiği, Jinekolog tarafından vajen kanseri teşhisi konduğundan tedavi edilmek üzere kliniğimize getirilmiş 7492 prot No.sı ile yatırılmıştır. Umumi muayenesinde orta boyda zayıf kifotik olduğu görüldü, iç organlar ve diğer muayenelerinde kayda değer bir tegayyür bulunamamıştır.



Şekil : 1

Genital muayenesinde : Perine 11° yırtık, ileri derecede sistorektoseli var. Vajen duvarları atrofik, kanlı bir ekulmanla bulaşık, vajen 1/3 yukarı kısmı temasla kolaylıkla kanayan granülasyon dokusuyla örtülü ve bu doku altında intizamsız yuvarlak anormal bir sertlik mevcut, collum tamamiyle atrofik bir halde keza üzeri granülasyon dokusuyla kaplı, uterus ve annexler senil atrofi halindedir.

Vajenin bu kısmındaki anormal sert kısmın tetkiki esnasında bunun yuvarlak, madeni bir halka olduğu anlaşılmış ve gömülü olduğu yerden kısmen künt, kısmen de keskin olarak müdahale ile çıkarılmış, halka kendisine gösterildikten sonra hasta bunun 30 sene evvel vajenine konmuş olduğunu itiraf etmiştir.

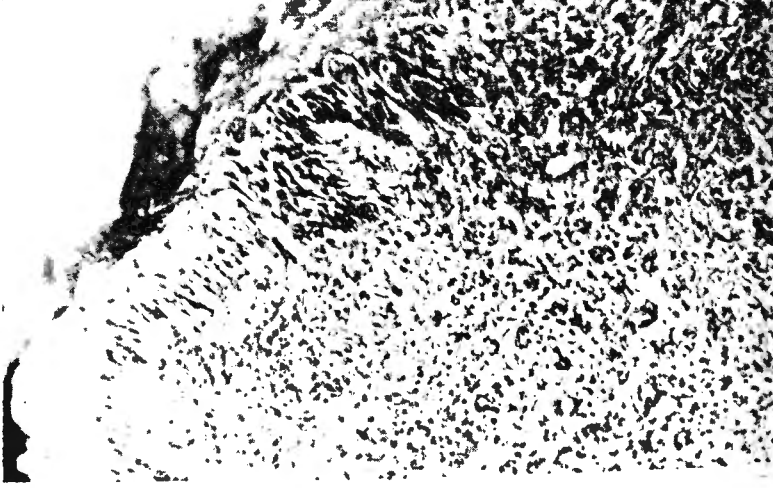
Mevcut granülasyon dokusundan yapılan biopsinin anatomo-patolojik tetkikinde iltihaplı adi granülasyon dokusu olduğu (anat.pat. No. 220/951) cevabı verilmiştir.

Halkanın çıkarılmasından sonra yapılan tedaviyi müteakip kısa bir zamanda granülasyon dokusu kaybolmuş, hastada kanlı ekulmandan eser kalmamıştır.

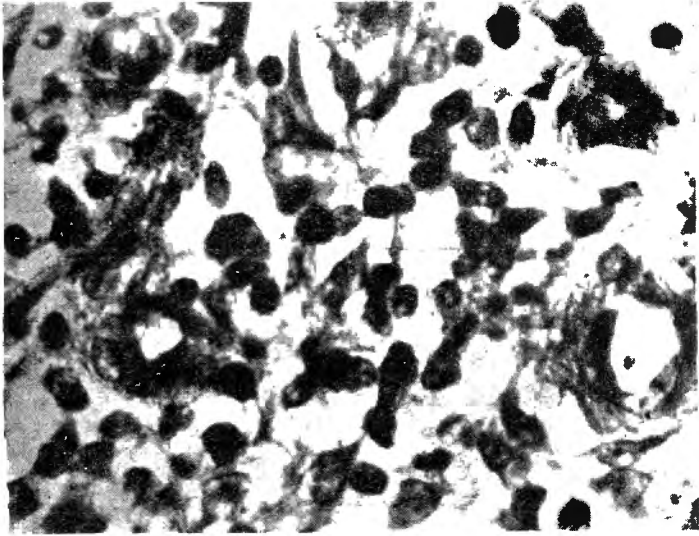
Anamnezini kısaca verdiğimiz bu vak'ayı iki bakımdan enteresan buluyoruz :

1— 30 sene evvel Erzincanın bir köyünde bulunan diplomasız köy ebesinin demirciye yaptırdığı halkanın bu gün operasyon yapılamayan vak'alarda kullanmak mecburiyetinde kaldığımız (Meyer) prolapsus peserine şekil itibariyle tamamiyle benzeri. Prolapsus tedavisi için bel ve genital nahiyeden geçen kemerlerin eskiden beri

kullanıldığı malûmsa da bu köy ebesinin hiç bir zaman bir prolapsusun tedavisi için siyantifik bir bilgi sahibi olabileceğini tahmin etmiyoruz. Kendiliğinden bu peseri icat edebileceğini de kabul edemeyeceğimize göre halka ile prolapsus tedavisi bilgisi bu ebe-ye nereden intikal etmiştir?.. Anadoluda jinekoloji folkloru ile ilgili olanların dikkat nazarlarını çekecek bir olay..



Şekil : 2



Şekil : 3

2— 30 sene evvel konularak vajen duvarlarına gömülü bir halde kalan ve sanki deniz dibinde senelerce kalmış demir parçası gibi paslanan, yer yer aşınarak şekilde görüldüğü gibi pürüklü ve dikenli bir hale gelmiş bulunan bu halkanın, çevresindeki

dokuları uzun müddet tahriş ettiği halde bir malignite husule getirmediğini gösteren bu vak'a tahrişi etyolojik faktör olarak en ön plânda tutanların aksine bir kanserin husulünde tahrişin yalnız başına kâfi gelmiyeceğini, istidadın mutlaka lâzım olduğunu gösteren delillerden biri olarak kabul edilebilir.

Literatür :

- Ph. Schwartz** : Patolojik-anatomi (Ur bilgisine giriş)
Halban-Seitz : Biologie und Pathologie des Weibes
V. Stoeckel : Handbuch der Gynecologie
Besim Turhan : Özel Patolojik Anatomi
Aschoff : Pathologische Anatomie.
Hueck : Morphologische Pathologie.
Karsner : Human Pathology.
Mac Callum : A Text-Book of Pathology.
Dible and Davie : Pathology.
Beattie and Dickson : Text-Book of Pathology.
Bell : Text-Book of Pathology.
Hauffmann : Spezielle Pathologischen Anatomie.
Ducuing J. : Précis de conserologie.
Roussy G. : Précis d'Anatomie Pathologie.

İNTRAPLÖRAL AÇIK PNÖMOLİZ

Doçent Dr. Şinasi Güçhan

İntraplöröl pnömotoraksın tatbiki sırasında tam kollapsı önleyen bridleri, toraksı açarak, görerek kesmekten ibaret olan bu müdahale 1882 de Carson'un ortaya atmasından sonra bir çokları tarafından sevilmiş ise de başka müdahalelerin gelişmeleriyle az kullanılmaya başlamıştır. Obrien, Davison, Alexander bu tekniğin hararetli müdafileri arasında bulunmaktadır. Fakat kapalı bridektominin taammüm etmesi, torakoplasti, ekstraplöröl pnömolizin kuran ameliyatlar arasına girmesi, akciğer eksizyonunun klasik tedaviler arasında yer alması ile açık pnömoliz ihmale uğramıştır. Mamafih antibiyotiklerin tüberküloz tedavisine de verdiği hızla bu alanda başarı şansı artmıştır. Ameliyatın en korkulan komplikasyonu olan ampiyem modern tedavi metodları ve bilhassa müdahalenin rasyonel şartlarda yapılması ile asgarî rakkamlara inmiştir.

Bizim açık pnömoliz serimizdeki vak'aların sayısı küçük olmakla beraber aralarında demonstratif olanları bulunduğu için konuyu incelemeyi faideli buldum. Esasen değişik yazarların tebliğlerindeki vak'a sayıları umumiyetle azdır. Meselâ müdahaleyi klasikleştirenlerden biri olan Obrien'in serisi 16 vak'a ihtiva eder ve bu rakkam bildirilen rakkamların büyüklerinden biridir.

Akciğer tüberkülozu tedavilerinde kollapso-terapi bugün de en başta gelmektedir. Kollapsoterapiye arzedilen vak'aların aşağı yukarı yüzde 25 inde pnömotoraksın

tesiri, yapışmalar sebebinden, kifayetsiz kalır. Bundan dolayı yardımcı müdahalelere lüzum görülür. Plevra boşluğunda teşekkül edecek basit bridleri torakoskopiyle kesmek umumiyetle muvaffakiyetli ve hatta bazan zevkli kolay bir müdahaledir. Mamafih uzunca bir zaman terleyip bunaldıktan sonra bile bridlerin kesilemediğine, hele daha kötüsü ağır komplikasyonlara şahit olunmaktadır. Bu komplikasyonlar acemiden en bilgine kadar her kesin başına gelebilir. Yorularak kızgın torakoskop koterini akciğerin içine, vena kavaya bile saplayabilen usta ellerde de kanama ve enfeksiyon hervakit korkulan birer komplikasyondur. İşte bu sebeple fitizyoloğun; geniş, vasküler veya içinde akciğer bulunan bir bridi kesmeğe uğraşıp gecesini kâbuslar içinde geçireceğine operatörle yardımlaşması yerinde olur. F. D. Stubbs, yorulmakla hata yapmak şansının artacağını göz önünde bulundurarak kapalı bridektomiye bir saattan uzun bir zaman devam edilmemesi tavsiyesinde bulunur.

Açık pnömöliz yapmak için toraksa değişik yollardan girilmiştir : (*)

1— Willy Felix, paraskapuler ensizyon ile üçüncü kaburgadan 6 santimlik bir parçayı sübperyostal rezeke eder. Alınan kosta parçası yatağında peryost ve paryetal plevra şak olunarak toraksa girilir, britler koterle veya iki ligatür arasında kesilir. Biz de müdahalelerimizde bu yolu kullanmaktayız. Plevra boşluğunun enfekte olmak şansını azaltmak için şakkın ve bilhassa kaburgadan yapılan rezeksiyonun büyük olmaması lâzımdır. Yaradan yumuşak örgülerin arasına gaz sızmasını (amfizem) asgariye indirmek için de şakkın ve bilhassa plevranın iyi dikilmesi gerekir.

2— Hosemann, koltuk çukurunda interkostal ensizyonu kullanır. Kaviteye soktuğu ufak bir lamba ile britleri görerek koterle keser.

3— Eloesser ile Fruchaud ikinci interkostal aralık hizasında önde, muhaddepliği yukarı bakan bir şak kullanırlar. Pektoralis major'un lifleri arasından gidilerek pektoralis minor ikinci kaburgadan ayrılır ve bu kaburganın beş santim kadar bir parçası rezeke edilir. İkinci kaburga peryostu birinci ve üçüncü kaburgalardan sıyrılarak ayrılır. Bu peryost sonradan yaranın kapatılmasında kullanılacaktır. İkinci kaburga aralığından toraks boşluğuna girilir, britler yakılır veya bağlanır. İkinci kaburga peryostu ile paryetal plevra dikilerek aynı dikişle pektoralis minor da repare edilir.

4— Noland Carter, röntgen stereoskopi ile bridin hemen yanındaki kaburgadan bir parça rezeke eder, ve sonra yapışıklığı göğüs duvarından sıyrarak (adeta yapışık bir viskus'u peritondan ayırır gibi) açılır. Yapışıklık çözüldükten sonra çıplak satıh paryetal plevraları birbirine dikerek örtülür. (Peritonsuz viskus'u peritonla örter gibi).

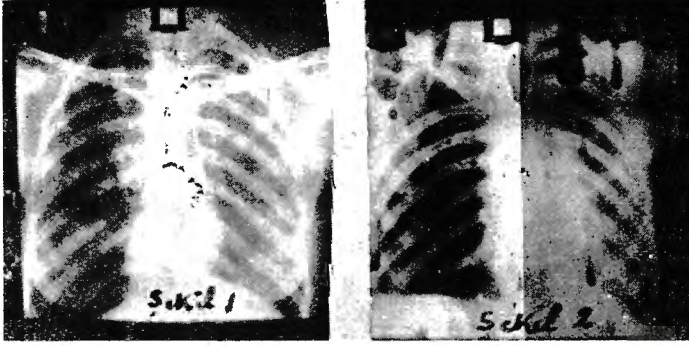
5— Ekstraplöröl olarak brid hizasından gidilmekle brid üzerinde plevra göğüs duvarından (veya mecbur kalırsa ekstraplöröl fasya hizasında) serbestleştirilir (Sebestien). Bridin paryetal plevra tarafında serbestleştirilen irtikâz yeri çepre çevre bir disk halinde kesilerek, toraks boşluğuna bırakılır, açık kalan yeri yandaki paryetal plevraları dikmek suretile kapatılır.

Açık pnömöliz komplikasyonları iyi teknik ve bakımla çok azaltılabilir. Şimdiye kadar müdahale ettiğimiz yedi vak'ada ampiyem ve ölüm olmadı. Pnömölizi yaptıktan sonra göğsü kapamadan evvel ortalığı iyice kontrol etmeli. Kaviteye 1-2 gram Streptomycin bırakmak ve ameliyattan sonra birkaç gün için antibiyotik tedavisine devam etmek iyidir. Dikişler sıkı konduğu ve yara küçük olduğu takdirde deri altı amfizem çok az olur. Müdahale şokan değildir. Vak'alarımızdan, değişik olaylara misal olarak, bir kaç müşahede vereceğim :

1— Yirmibeş yaşında evli bayan. Üç sene evvel öksürükle beraber hemoptizi olmuş. Muayenede sol akciğer üst lobunda kavite bulunmuş, balgamda basil müsbet imiş.

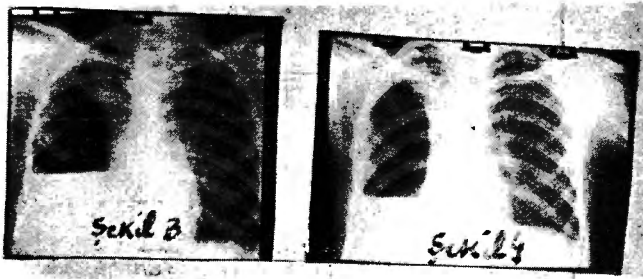
(*) Burası (Kollapstherapie der lungentuberkulose-Walter Schmidt, George Thieme Leipzig 1938) eserinden kısaltılarak alınmıştır.

Pnömotoraks tedavisi, biri apeksi diğer ikisi akciğer dış kenarını bağlayan üç kalın britten dolayı te'sirsiz kalmış. 23.6.952 de narkoz altında arkadan gidilerek bridler kesildi. Müdahaleden sonra kavern medyastene itildi, öksürük ve balgam tamamen yok oldu. (Şekil 1 ve 2 ters basıldı).



Şekil 1 ve 2

2— Yirmiyedi yaşında erkek. İki yıl evvel göğsünün sol tarafında ağrı ve öksürük başlamış. Birkaç gün içinde balgamla kan gelmiş. Aldığı ilaçlarla kanama kesilmiş. 9.1.951 de pnömotoraksa başlanmış. Fakat tedavisi devam ederken üşütmüş, hastalanmış. Esasen havayı tam alamamış. Kendisine yapılan açık bridektomi ile apeks tamamen ayrılmamış ise de kavern kaybolmuş, balgam kesilmiştir. Ancak müdahaleden sonra toraks içine biriken mayi bulanmış, hastanın ateşi bir hafta kadar normalin üzerinde seyretmiş ise de harareti normale inmiş, ve biriken mayi berraklaşmıştır (anti-biyotikler yardımı ile.) (Şekil 3 ve 4)



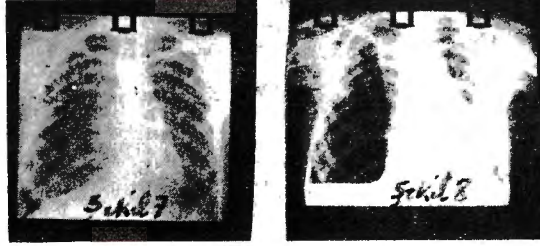
Şekil 3 ve 4

3— 46 yaşında erkek. İki sene evvel üşütmeyi müteakip hastalanmış, öksürmeğe ve balgam çıkarmaya başlamış. Bir sene evvel de balgamında kan gelmiş. Kendisine hava verilmiş ise de yapışıklıkları fazla olduğu için bir faide görmemiş, adeta kendi haline bırakılmış vaziyette kalmış. Günden güne zayıflıyormuş. Hastaya açık pnömoz yapıldıktan sonra üst lob atelektazik bir hal aldı, müteakip tedaviler ile bu durum gittikçe düzeldi. (Şekil 5 ve 6).



Şekil 5 ve 6

4— 20 yaşında evli bayan. Hasta İç Hastalıklar Kliniğinde pnömotoraks tedavisinden hiç faydalanmamış. Sağ akciğerde üst ve alt loblarda birer büyük kavern, iltisaklar sebebinden kollabe olmuştur. Yapılan açık pnömoliz neticesinde alt lobdaki kavern kollapstan sür'atle istifade etmiş, üst lobda bulunan, etrafındaki infiltrate doku sebebinden, kollabe olmamıştır. Mamafih tedaviye devam edilmektedir. Bunun da cevap vereceği kuvvetle muhtemeldir. (Şekil 7 ve 8)



Şekil 7 ve 8

HÜLÂSA

Akciğer tüberkülozunun tedavisinde pnömotoraksın muvaffak olamaması sebeplerinden başlıcası olan yapışıklıklar, toraks içine cerrahî yoldan girip açık pnömoliz yapmakla ayrılabilir. Kanamayı sıfıra düşüren iyi bir teknikle ve doğru lokalizasyon sayesinde ampiyem ihtimali asgariye düşürülebilir. Antibiyotik ve günden güne gelişen tüberküloz tıbbî tedavi çarelerinin yardımı başarı nisbetini artırır. Bugüne kadar ameliyat edilen yedi hastadan dördünü örnek aldık. Bunların hepsi muvaffak olmuş sayılabilir.

Doçent Dr. Nihad Dorken :

Doçent arkadaşımızın 4 vak'a münasebetiyle bu konuyu buraya getirmesine teşekkür ederim. Bizde evvelâ 1 inci cerrahî daha sonra 3 üncü cerrahî kliniklerinde 25 açık bridektomi yaptık. Yalnız şuna işaret etmek isterim ki açık bridektomi endikasyonları ile kapalı bridektomi endikasyonları birbirlerine muvazi bir seyir gösterir. Öyleki bugün bir çok kliniklerde açık bridektomi tercih edilmektedir. Fakat etrafları sklerotik lezyon gösteren kavernlerde açık bridektomie'den sonra kavernin yine açık kaldığı görülür bunlar da kaverni kapatmak için yapılan tazyikli pnömonun da mahzurları vardır. Nitekim arkadaşımızın gösterdiği 3 üncü vak'ada en son gösterdikleri filmde mediyaisten sağlam tarafa doğru iyice deviyeye olmuştu. Bu istenilen bir şey ol-

masa gerek. Ufak şak mes'elesinde kendisi ile beraber değilim. Çünkü şayet ameliyat yarası ile kapatılırsa post operatuvar amfizem olmaz. Biz 25 vak'amızdan ancak 3 - 4 tanesinde plevra boşluğunda mayi toplanmasına şahit olduk. Mortalitemiz yoktur.

Dr. Tarık Minkâri :

Bridektomi endikasyonları söylenirken brid içinde akciğer nesci veya kavern bulunduğunda, bunun bridektomi için kontrendikasyon teşkil ettiği söylendi. İçinde akciğer nesci veya kavern ihtiva eden bridlerde kliniğimizde - III. Cerrahi Kliniğinde - bridektomiden sarfınazar edilmez. Ancak bridin plevra parietale yapışmış bulunan ucu, göğüs duvarı içinden plevra parietal ile beraber kesilerek akciğer kollapsı temin edilebilir. Böylece bridin distol ucunda extra-pleural dekolman yapılmış olur.

Ord. Prof. Dr. Fahri Arel :

Arkadaşım Doç. Güçhan açık bridektomi üzerine yaptığı tebliğ enteresandır, kendisini tebrik ederim. Açık bridektomi kapalı olanın karşısında çok tenkide maruz kalmıştır. Torakotomiden korkulmuştur. O'Brien ilk olarak açık bridektomiye müdafaa hatta kapalıya tercih etmiştir. Açık ile yapılan göre göre yapılır. Bizde kapalıya tercih ettikten sonra açık tercih etmekteyim. Ancak çok ince bir yahut iki brid varsa kapalı tercih edilebilir. Halen elimizdeki antibiotikler sayesinde torakotomi tehlikesini kaybetmiştir. Şunu da hemen söylemek isterim ki lüzumsuz yere korkulan torakotomi hariç tutulursa, açık ve kapalı bridektomi komplikasyonları hemen aynıdır. Kaldı ki açık bridektomide hemorrajisi hemen önlemek imkânı vardır.

Dr. İzak Özkültür :

I inci gösterilen vak'ada açık bridektomiye rağmen ufak bir kavern görüyorum. 2 ve 3 üncü vak'alarda mayi seviyeleri vardır.

Acaba bu 3 vak'ada basil müspet midir ve hangi yolla basil aranmıştır. İndikasyon noktai nazardan eğer kavern cidarı kalın ve fibröz ve eski bir vak'a ise (ki ekseriya böyle olur) bridektomi yapmak faydasızdır. Pnömotoraks tedavisi halen Amerikada o kadar faydalı görmüyorlar, pnömotoraks yapılmış ve kollabe olmamış eski vak'alarda bence dekortikasyon+ rezeksiyon+ ve partiel thoracoplastie bir çok vak'alar gördüm ve gayet iyi neticeler alındığını müşahade ettim.

Doçent Dr. Şinasi Güçhan :

Tebliğimin bulduğu alâkadan dolayı sayın meslektaşlara teşekkür ederim. Sorulara toplu olarak ve sırasile cevap vereceğim:

1 — Pneumothorax'ın hipertensine olduğu ve bunun klinik arazlar vermesi muhtemel vak'anda, filim, ameliyattan kısa bir zaman sonra alınmıştır. Bilâhare plevra içi basınç kontrol edilmiştir. Hasta hiç arıza göstermeden Orduya gitmiştir. Çok yakında aldığım mektubunda hasta iyi olduğunu bildiriyor.

2 — Vak'aların seçilmesi lüzumuna ben de taraftarım. Maalesef bu gibi vak'alar, aylar ve hatta senelerce değişik tedaviler gördükten sonra elimize geçerler.

3 — İncision büyüklüğü deri altı amfizem husulünde rolü olabilir. Her halde geniş, lüzumsuz incision boşuna vakit geçmesine ve boşluğun bulaşma şansının artmasına sebep olabilir.

4 — Pneumothorax bugün de ekser müellifler tarafından esas tedavi kabul ediliyor. Zamanla yeni müdahalelerin complication'ları azaldıkça belki Pneumothorax şimdikinden daha dar indication bulur.

5 — Vak'alar iç hastalıkları klinikleri ve dispanserler tarafından takip edilmektedir. Küçülmüş kavernli vak'ada ne balgam vardır ve ne de mide lavajında basil bulunmuştur. Diğer vak'alardaki mayi direkt muayenelerle temiz bulunmuştur. «Culture» muayenesi de menfi bulunmuştur. Son vak'amız II. nci Cerrahi Kliniğinde takip edilmektedir. Bugün tamamen fièvre'siz ve iyi bir haldedir. Mayi berraktır.

İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi
Üçüncü Cerrahi Kliniği çalışmalarından:
(Şef: Ord. Prof. Dr. Fahri Arel)

PERİKARDİTİS KONSTRÜKTİVA'NIN CERRAHİ TEDAVİSİNDEN ELDE ETTİĞİMİZ NETİCELER

Ord. Prof. Dr. Fahri Arel — Doç. Dr. Nihad Dorken

Konstrüktiv perikarditin tedavisi uzun zamandanberi cerrahları meşgul etmiştir. Hastalık çok eskidenberi malûmdur. Fakat rasyonel bir şekilde tedavi edilmesi ancak Schmieden'in müteaddid neşriyatı sayesinde olmuştur. Bu müellif perikardiectomy problemini etraflı bir şekilde incelemiş ve klâsik olmuş ameliyat prensipleri vazetmiştir.

Perikarditis konstrüktiva memleketimizde çok sık tesadüf edilen bir hastalıktır. Birimizin bu konu üzerindeki tezinde belirttiği gibi etyoloji her şeyden evvel tüberkülozdur. Bunun dışında hastalığın tekevvününde daha az rol oynayan tâli diğer bir takım faktörler de vardır. Bu arada romatizma, sebebi belli olmayan perikard enfeksiyonları gösterilebilir. Bundan başka traumanın da konstrüktif tipde, kalsifikasyonlarla müterafık perikard hastalığı tevlid edebileceği bazı müşahedelerden anlaşılmaktadır. Fakat bunların tesirleri istisnaidir.

Perikard lezyonlarını Decker 3 gurup altında toplamayı tavsiye etmektedir: Birinci gurupda perikardın her iki yaprağı basit bir şekilde birbirleriyle yapışmıştır. Buna iç senfiz adı verilmekte ve vak'aların mühim bir kısmında romatizmadan husule gelmektedir. İç senfiz klinik hiç bir araz vermediğinden hasta hayatta iken teşhis edilemez. İkinci sekel perikardın mediastenine muhtelif elemanlarına, sternum ve kırkırdak kaburgaların arka yüzlerine yapışmasından ibaret olan mediastino perikarditidir. Burada kalb göğsün sert kısımlarına tesbit edildiğinden sistol hareketini lâyıkile veçhile yapamaz. Kalbin diyastolik duruşu yolundadır. Fakat sistol hareketi (lâyıkile yapılamadığından yeter derecede kan umumî deverana atılamamakta ve dolayisile sağ kalbde ve venöz sahalarda dölgunluk, venöz tazyikte yükselme, karaciğerde büyüme ve batında asid husule gelmektedir. Üçüncü şekil perikardın çok kalınlaşması ve kalb üzerine konstrüksiyon yapmasından ibaret olan şekildir ki burada perikard kalınlaşmış ve elâstik hassasını tamamilen kaybetmiştir. Böylece kalbin üzerine sert bir kitle halinde yığılmış bulunan perikard kalbin diyastolik hareketini yapmasına geniş ölçüde engel olmaktadır. Burada mevzu bahis olan bir adiyastolidir ki yukarıda bahsedilen mihanikiyet ile hastalığın bütün klinik belirtilerinin husule gelmesine sebep olur. Fakat bu ayırma nazaridir. Çünkü ameliyat bulguları ve anatomo-patolojik tetkikat göstermiştir ki birinci şekil müstesna, diğer iki tipde daima birbirlerine bir iştirak mevzu bahisdir.

Myokard üzerindeki bu sert kabuk vak'aların bir kısmında kireçlenebilir. Hatta bazı çok nâdir vak'alarda perikard içinde hakiki kemikleşmeler dahi tesbit edilmiştir. Bu suretle radyografide gayet güzel bir şekilde ortaya konulan bir imaj elde edilir. Bazı yabancı yazarlara göre, perikarddaki kireçlenmeye vak'aların 1/3 ünde tesadüf

edilir. Fakat memleketimizde perikard kalsifikasyonları nadir olsa gerekdir. Bugüne kadar kliniğimizde yatırılmış ve 10 tanesi ameliyat edilmiş olan 12 vak'anın yalnız bir tanesinde (henüz ameliyat edilmemiştir) perikard kalsifikasyonu tesbit edilmiştir.

Kalbi adeta etrangle eden bu sert kabuğun kalb fonksiyonmanında oynadığı rolü kısaca yukarıda izah ettik. Fakat bu mes'ele böyle basitce ekspoze edilemez. Miyokard faaliyetine engel olan bu vaziyete son verilmesi lâzımdır. Aksi halde kalb adalesinde atrofi ve dejeneresans husule gelir ki bu da ameliyattan sonra elde edilecek neticeleri çok şüpheli bir hale koyar. Bundan dolayı ameliyat endikasyonu koymak ve hastaları cerraha vermek hususunda bu konuyu gözden uzak bulundurmamak lâzımgeldiğine işaret etmek istiyorum.

Hastalığın teşhisi tipik vak'alarda ve bilhassa perikardda kireçlenme tesbit edildiği zaman kolaydır. Fakat bazı hallerde hakikaten büyük zorluklar karşısında kalınır. Kalb hareketlerinin radyokimografik olarak tetkiki değerli bir teşhis elemanıdır. Fakat bu muayenede tam manasile inert bir kalb tesbit edilmesi beklenmemelidir. Kalb hareketleri tahdid edilmiş vaziyette görülür. Fakat gerek oskültatif ve gerekse radyolojik olarak çok defa, kalb hareketlerinin oldukça faal olduğunu tesbit etmek nadir değildir. Bu hallerde yapılan müdahaleler, kalbi saran perikarddaki kalınlaşmanın zannedildiğinden nekadar fazla olduğu hayretle görülebilir. Kalb üzerindeki bu nedbe çıkarılınca ventrikül hareketlerinin vüs'atinin arttığı ve kalb adalesinin daha normal bir renk aldığı görülerek teşhis verifiye edilebilir. Vak'alarımızdan bazılarında kalb sesleri hiç de derinden gelmediği halde yapılan müdahalede kalb üzerinde hiç de küçümsenmeyecek kalınlıkta ve kıvamda perikard nedbeleri tesbit edilmiş ve bunlar eksize edildikten sonra hasta şifa bulmuştur. Bundan dolayı adiyastolinin derecesile bunun husule getirdiği klinik belirtiler arasında herhangi bir münasebet düşünmemelidir.

Teşhis elemanı olarak vena tazyikinin yükselmesinin büyük bir değeri vardır. Çünkü kalbdeki konstrüksiyon muhakkak surette vena tazyikinde bir yükselme ile müterafıktır ve intraperikardial obliterasyonun en emin takdir elemanı vena tazyikinin yükselmesidir. Tecrübelerimiz şunu göstermiştir ki şayed venöz tazyik herhangi bir sebebe bağlanamazsa, o zaman kalb belirtileri silik de olsa perikarditis konstrüktiva düşünmek icabeder. Nihayet elektrokardiyografide tesbit edilen belirtilerin başında Standart amplitüdlerde alınan elektroda amplitüdün çok düşük olması ve birinci, üçüncü derivasyonlarda T lerin menfililiğidir.

Biz bütün vak'alarımızda sol transplöral şakla ameliyat yaptık. Bu şak bilhassa sol kalb üzerinde çok iyi bir görüş vermektedir. Bazı cerrahlar plevra tehlikesini önlemek ve bilhassa perikarddaki iltihabi lezyonun plevraya geçmesine mani olmak için ekstraplöral şaklı tercih etmektedir. Bu müelliflerin ortaya sürdükleri sebeplerin büyük bir değeri olmadığını zannediyoruz. Çünkü ekstraplöral yolla yapılan ameliyatlara'nın hemen hemen hepsinde plevra açılmakta ve bazan iki tarafı bir yaralanma husule gelmektedir. Bu suretle ekstraplöral çalışma bütün avantajlarını kaybeder. Bundan başka ekstraplöral yol ile yapılan ameliyatlarda frenikusun ayrılması büyük bir mesele teşkil edebilir.

Ne kadar perikard kısmının çıkarılması lâzımgeldiği çok münakaşa edilmiştir. Bazıları hemen hemen total bir perikardiektomiye taraftardır. Diğer bazıları ise vena kava ağzlarının muhakkak surette serbestleştirilmesi lüzumu üzerinde ısrarla dururlar.

Pick hastalığı ilk yazdığı zamandanberi, karaciğerde teşekkül eden ve sür'atle portal bir siroza doğru ilerleyen lezyonlardan mes'ul olan hadiseyi vena cava inferior'un ağzında teşekkül eden darlık olarak göstermiş ve bu kabul edilmiştir. Fakat yapılan bir çok anatomik verifikasyonlar vena kava ağzlarındaki darlığın tali olduğunu

ortaya koymuştur. Bu hususta tarafımızdan yapılan bir çok tecrübi araştırmalar, sirozun teşekkülüne zemin hazırlayan karaciğer lezyonlarının husule gelmesinde asıl sebebin kalp aktivitesini tahdit eden hadiselerden ibaret olduğunu göstermiştir. Tecrübelerimizden çıkan neticelere göre, sol ventrikül, kalbin diyafragmatik yüzü ve kalb zirvesi serbestleştirildiği takdirde, kalb normal bir sistol hareketi yapma imkânı bulabilmekte ve böylece adiyastolinin ortaya çıkardığı ve yukarda incelenmiş olan belirtiler sür'atle kaybolmaktadır. Yoksa bir çoklarının ısrar ettiği gibi, vena cava ağzılarının muhakkak surette serbestleştirilmesine lüzum yoktur. Zaten gerek sol transplöral ve gerekse ekstra plöral medyan şakla vena cava ağzılarını emin bir surette serbestleştirmeye imkân yoktur. Çünkü bunlarda her ikisi de vena cava ağzıları için gayri kâfi bir görüş verir. Bundan dolayı şayet vena cava'ları serbestleştirmek istenirse o zaman ikinci bir seansa sağdan girmek icabeder.

Kalbenden ameliyat olacak olan bu hastalarda anestezi çok mühimdir. Biz vak'alarımızdan hepsinde kapalı devre intra trakeal entübasyon kullandık. Bundan başka anestezi madde olarak eterin en münasip madde olduğunu zannediyoruz. Çünkü Pro-tokside d'azode beraber verilen oksijen miktarının azlığı, Cyclopropane ise kalpte konduksiyon bozuklukları husule getirmesinden dolayı şayanı tavsiye değildir. Biz burada bu hastaların gerek ameliyat esnasında ve gerekse ameliyattan sonraki reanimasyonları üzerinde durmayacağız. Çünkü o zaman bize ayrılan zamanı çok tecavüz edebiliriz.

Bu kısa hatırlatmadan sonra vak'alarımızı inceleyelim:

Vak'a adedi	Kadın	Erkek	Ameliyat olan	Henüz ameliyat olmamış	Şifa	Ameliyatta ölüm	Geç ölüm
12	3	9	10	2	7	1	2

Yukarda görüldüğü gibi ameliyat edilmiş olan 10 vak'adan ameliyat masasında vefat eden bir vak'amızda nedbenin eksizyonu esnasında kalb durmuş ve bütün tedabire rağmen 1 saat 2 dakika bazen işleyerek devam etmiş ve bu müddet sonunda tamamiyle normal kontraksiyonlar teşekkül etmiş ve cidar kapatılırken tekrar kalb durması ile ölüm husule gelmiştir. Bu vak'ada çıkarılan perikardın histolojik muayenesinde faal tüberküloz tesbit edilmiştir. Zaten ameliyattan sonra vefat eden diğer iki vak'amızda ölüm birinde ameliyattan 54, diğerinde 15 gün sonra lezyonun evolüsyonu ile husule gelmiştir. Bu iki vak'ada da perikarddaki lezyon henüz stabilize olmamış ve aktif vaziyette olan tüberküloz prosessüsü idi. Görüldüğü gibi ameliyatta ve ameliyattan sonra kaybettiğimiz her 3 vak'ada henüz faal halde bulunan vak'alardı. Bu vak'alarda ameliyat endikasyonu hastaların durumu göz önünde bulundurularak konulmuş ve daha fazla beklemenin hastanın hayatını tehdit ettiği kanaati kesin olduğunda tamamiyle hudud bir endikasyonlar ameliyata karar verilmiştir. Bu faal vak'alarda bazı müellifler ölüm nisbetini % 90 üstünde olarak kabul etmektedirler. Bu faal perikard tüberkülozu bir tarafa bırakılırsa lezyonun stabilize olduğu 7 vak'amızdan hiç birinde ölüm husule gelmedi. Bu stabl halde ameliyat edilen perikardit konstriktiflerin ameliyat mortalitesinin % 20 - 25 arasında olduğu göz önünde bulundurulursa bizim elde ettiğimiz neticelerin vaziyeti ortaya çıkar. Cerrahinin bütün şubelerinde olduğu gibi burada da mortalite ve şifa yüzdeleri bir dereceye kadar etolojik sebebe ve hastaların içinde buldukları devreye tabidir. Biz mortalitemizi bu suretle aktif ve stabl lezyonlarda ameliyat neticeleri olarak ayırmadan mütalâa edersek umumî mortalitemiz % 30 dur.

Hayatta kalan vak'alarımızın hepsi ameliyatlarından bu güne kadar takip edilmişlerdir ve bunların hepsi tamamiyle şifa bulmuş durumdadırlar. Kendi işleri ve güçleri ile meşgul olmakta ve hiç bir tegayyür göstermeden yaşamaktadırlar. Müşahedelerimize nazaran en geç iyi olan batındaki asittir.

Ameliyatı müteakip vena tazyiki hemen inmekte, kara ciğer sür'atle küçülmekte ve kalbin faaliyeti normale dönmekte, şayet varsa paradoksal nabız kaybı olmakta ve hastalar kendilerini daha ameliyatın ertesi günü daha iyi hissetmektedirler. Bundan sonra batındaki asit evvelâ stasyoner kalmakta ve bunu müteakip te silinmektedir. Asitin tamamen ortadan kalkması 3 - 4 ay kadar sürmektedir.

Bu malûmattan sonra vak'alarımızın bir tablosunu verelim:

Adı	Yaş	Vena tazyiki	Debi kardiyak	Histolojik bulgu	Netice	Operatör
H. Çolak	18	28 cm		Kronik iltehabi nedbe	Şifa	Husfeldt
F. Şahin	26	25	3,4 L/M.	Kısmen kireçlenmiş hiyalini bağ dokusu	Şifa	»
M. Arslan	22	28		Had perikat Tbc.	Excitus	»
S. Kızılok	50	50	4,3 L/M.	Kısmen hiyalini nedbe nesci	Şifa	»
İ. Damcı	17	22	3,9 L/M.	Hiyalini bağ örgüsü	Şifa	F. Arel
H. Yılmaz	24	32		Perikatta faal Tbc.	Excitus	F. Arel
Ş. Arslantaş	12	34	5 L/M.	Kollojen liflerden zengin hiyalini bağ örgüsü	Şifa	F. Arel
K. Aktaş	12	35		Faaliyet halinde perikardit Tbc.	Excitus	F. Arel
S. Kısa	21	33		Nedbe nesci	Şifa	N.Dorken
S. Şengül	22	30		Nedbi nesic	Şifa	N.Dorken
V. Karata	24	30		Henüz ameliyat olmadı		
İ. Cebeci	30	19		Henüz ameliyat olmadı		

HÜLÂSA

On tanesi ameliyat edilmiş 2 tanesi henüz ameliyata sevkedilmemiş 12 perikardit konstriktiv vak'asının ameliyat neticeleri ve vefiyat tahlil edilmekte ve Pick sirozunun husulünde patojenik âmilin vena cava ağzlarındaki darlık olmayıp adiyastoli olduğu üzerindeki tecrübi araştırmalara temas edilmekte ve vak'aların bir tablosu verilmektedir.

Dr. Şinasi Güçhan:

Bu konu ile ilgili bir vak'andan bahsetmek istiyorum. Pericarditisli bir hastada perikardı eksize etmiştim. Fakat hastada mediastino-pericardite hali kaydettim ve fibrosis artması ihtimali ile Streptokinase kullandım. Hasta iki üç ay sonra şifa buldu. Bu şifa ancak bozulan kan albumini muvazenesinin düzeltilmesi sayesinde sağlandı ka-

rın epanşmanı tamamen kayboldu. Hasta İkinci İç Hastalıkları Kliniğinde bu bakımdan derse bile çıkarıldı.

«Pericardiectomie» de herhalde vena cava'ların serbestleştirilmesi şifanın sür'atle husulünün esasıdır. Kalb normal durumu sür'atle kazanır.

Doçent Dr. Galip Uruk:

Konstriktif perikarditte Vena kavalının ağzlarının temizlenmesi elbette ki müreccaktır. Ancak bu, teknik itibarile güç olduğundan bu ikinci bir seansa bırakılabilir. Çok defa yalnız sol kalbin serbestleşmesi hastadaki arazın geçmesini intaç eder. Eğer bu kifayet etmeyecek olursa ikinci bir müdahale ile kaide kısmı da temizlenir.

İkinci olarak şunu da arz etmek isterim ki Sayın Prof. Fahri Arel'in temennileri Ankarada tahakkuk etmektedir. Ankara Tıp Fakültesi I inci Cerrahi kliniğinde iki mitral stenozu ve bir da tetraloji vak'asına müdahale edilmiştir. Maalesef tetraloji vak'ası ameliyattan kısa bir zaman sonra vefat etmiş ve otopside teşhis hatası olduğu anlaşılmıştır. Mitral vak'aları henüz yeni olduğundan bu kongreye getirilmemiştir. Gelecek kongreye bu konuda da bol materyel ile huzurunuzda çıkacağımızı zan ediyorum.

Dr. Siyami Ersek:

Pericarditis constrictiva'da vena cava'ların açıldığı yerleri temizlemeğe muhakkak ihtiyaç yoktur. Bir çok vak'alarda sadece ventricule'leri serbestleştirmek kifayet edebilir. Schmidt tipi partiel pericardiectomie ile bir çok vak'alarda vena cava'ları temizlemeğe ihtiyaç kalmadan Pick sendromunu bertaraf edebilmek kabildir. Constriction'un vena cava'lar etrafında da bulunduğu hallerde vena cava'ların serbestleştirilmesi şarttır.

Doç. Dr. Nihad Dorken:

Pericarditis constrictiva'nın patojenisi üzerindeki fikirde pek birlik yoktur. Malûm olduğu üzere klasik olarak Pick sendromunun teşekkülünde Vena cava ağzlarındaki darlık mevzu bahis edilmiştir. Fakat müteaddit otopsilere gördüğümüz gibi hemen hemen her vak'ada vena cava ağzlarında yeter derecede bir kan akımına müsaade edecek bir açıklık vardır. Burada mühim olan vena cava ağzlarındaki darlıktan ziyade kalpteki adiyastolidir. Yaptığımız bir çok hayvan tecrübeleri bunu vazih surette göstermiştir. Bu bulgulardan cerrahi pratik bakımdan çok mühim bir netice çıkmaktadır. O da, total pericardiectomie'nin lüzumsuzluğudur. Zaten total pericardiectomi çok ciddi ve tehlikeli bir ameliyattır.

Ord. Prof. Dr. Fahri Arel:

Cerrahi kongresinde olmadığımız için teknik teferruata girmedim. Söz söyleyen arkadaşlar bu cihetleri tebarüz ettirdiler. Total perikardiektomi taraftarları şu düşünceleri sürüyorlar. Pericarditis'deki lezyon her tarafla aynı derecede değildir. Bir yerde ilerlemiş bulunurken diğer yerde daha henüz evölüsyon halindedir. Binaenaleyh kısmi perikardiektomiden sonra hastalığın nüksetmesi üzerine total tavsiye edilmektedir. Ön mediastinomi ile v. kava'ların da serbestleştirilmesi bazıları tarafından tavsiye ediliyor; büyük ve tehlikeli bir ameliyat olduğu ve vak'aların pek çoğunda kısmi perikardiektomi ile iyi netice alındığı için ekseriyet bu sonuncu usulü tercih ediyor.

İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi
Üçüncü Cerrahi Kliniği Çalışmalarından:
(Şef: Ord. Prof. Dr. Fahri Arel)

«MIDDLE LOB» SENDROMU VAK'ASI

Doç. Dr. Nihad Dörken

Akciğer cerrahisindeki tecrübeler ilerledikçe bazı yeni yeni sendrom'lar yazılmaya başlanmıştır. Orta lob sendromu yani Middle lob sendrom da bu aradadır.

Son zamanlarda bilhassa orta lobda ve solda lingulada görülen bir sendrom nazarı dikkati çekmiştir. Öyle ki, orta lobda atelektazi klinik ve radiolojik belirtileri ile ortaya çıkan bu hastalıkta yapılan lobektomilerden sonra bronşlarda bu atelektaziye izah edecek her hangi bir lezyon tesbit edilememiştir. Böylece bir çok müellifler ve bu arada bilhassa Amerikan müellifleri bu tabloyu başlı başına bir sendrom olarak tavsif etmişlerdir. Bu müelliflerin fikirlerine göre orta lobda husule gelen iltihabi hadise hemen akciğer hilusundaki lenf gangliyonlarına aksetmekte ve bu gangliyonlar şişerek orta lobun bronşunu tıkamakta ve bu suretle orta lobda veya lingulada tipik bir atelektazinin husulüne sebep olmaktadırlar. Hilusdaki lenf bezlerinin anatomik durumları göz önüne getirilirse bu izah şeklinin mantıki ve uygun olduğu kolayca anlaşılır. Tabiidir ki ameliyattan evvel bu sendromu teşhis etmek hemen hemen imkânsızdır. Çünkü hastada görülen atelektazinin böyle selim bir atelektazi olduğunu tesbit etmek çok kere yalnız klinik bulgularla imkân içinde değildir. Yapılan bronkoskopi ekseriya meseleyi halletmektedir.

Son zamanlarda böyle bir vak'ada orta lob lobektomisi yaptık. Bundan dolayı mes'elenin nedretine binaen arz ediyoruz:

H. K. 35 yaşında, Taşköprülü, Çiftçi (463)

Şikâyeti: Yüksek ateş, öksürük, balgam çıkartmak ve zayıflamaktan.

Hikâyesi: İki senedenberi arada sırada biraz fazlaca öksürmeye başlamış, bu devrelerde ateşi de fazla yükselirmiş fakat derece koymadığı için kaç olduğunu bilmiyor. Arada sırada da yarım fincan kadar kokulu balgam çıkartmış. Bu müddet içinde oldukça zayıflamış. 15 gün evvel titreme ile ateşi yükselmiş, öksürüğü artmış, öksürük ile beraber de ağzından kan gelmeye başlamış.

Öz geçmişi: Çocukluğunda bilmediği bir hastalık geçirmiş ve bundan sonra da sol kalçasını rahat hareket ettiremediği için topallarmış. Başka bir hastalık tarif etmiyor.

Soy geçmişi: Kayda değer bir hususiyet yok, fena itiyatları yok.

Genel durum: Teşekkülâtı tam, deri altı yağ nesçisi az turgor ve tonus normal. Yüz ve konjonktivalar soluk. Dil hafif pash, dişlerin ekserisi noksan.

Sistemlerin klinik muayenelerinde bir hususiyet yok.

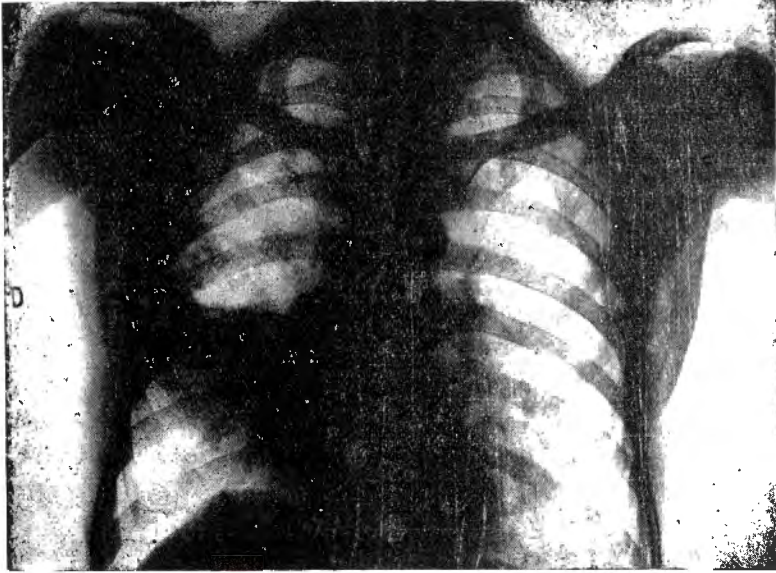
Lokal muayene: Enspeksiyonda göğüs mütenazır ve her iki taraf da teneffüse iştirak ediyor. Palpasyonda sağ göğüs yarısında 5 - 7 inci interkostal aralıkların koltuk altı çizgisine tekabül eden yerlerinde vibrasyon artmış oskültasyonda aynı nahiyelerde teneffüs sesleri iyi duyulmuyor perküsyonda ise sübmatite var.

Yapılan radiografide, (Şekil 1-2) sağ orta lob nahiyesinde müselles şekilde zirvesi hilusda kenarları muntazam bir gölge görülmektedir. Sağ taraf diyafragması ve trakea sağ tarafa çekilmiş gibidir.

Laboratuvar: idrar: albümin şeker (—), her sahada bir kaç lökosit. Arter taziyeki 11, 5-7 vakez. Eritrosit 3.750.000, lökosit 11250, Hb. % 73, Balgamda BK. (—), formül poli 75, lemfo 22, çomak 1, mono 2. Sedimantasyon 1 satte 90, 2 saatte 133,3 saatte 145, 24 saatte 158.

Hasta kliniğe yattığındanberi 39,5 - 37,5 arasında seyreden bacaklı bir ateş tesbit edilmiştir. Balgam miktarı 15 - 20 cc. kadardır. Müköpürülen vasıfta ve fad kokulu bir balgam çıkartıyor.

Bu durum karşısında interlober bir ampiyem düşünülerek 2.5.952 tarihinde ameliyata sevk edildi (Op. Doç. Dr. Nihad Dorken).



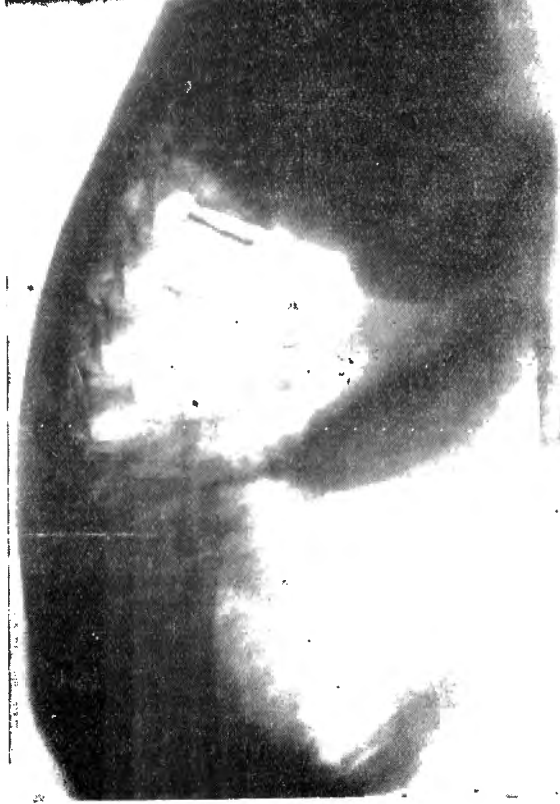
Şekil : 1

Gerekli ameliyat hazırlığından evvel radioskopi altında lokalizasyon yapıldığı zaman bu gölgenin interlober bir ampiyemden ziyade lobar bir atelektazi olduğu ve atelektaziye ait daha yukarda bahsedilen radiografilerde görülen diyafragmanın yükselmesi ve trakeanın hasta tarafa çekilmesi gibi belirtilerin daha vazıh bir surette mevcudiyeti tesbit edildi. Bunu müteakip gerekli ameliyat hazırlığından sonra sağ 5. inci kaburga posterolateral bir şakla çıkarılarak göğüs boşluğuna girildi. Plevra açılır açılmaz ameliyattan evvel radioskopide tesbit edilmiş olan atelektazinin bütün orta lobu istilâ etmiş olduğu ve bu lobun etrafına yapışık olmadığı tesbit edildi, eksplorasyonda hilus bölgesinde ve ne de akciğer nesci içinde her hangi tümöral bir teşekkül, yoktu. Fakat enteressan olan nokta hilus lenf bezlerinin oldukça büyük ve yumuşak olması idi. Orta lob mütecanis bir sertlik arz ediyor ve bu sertlik içinde yer yer tahminen fındık cesametine kadar değişik yumuşak cıdarlı abse nodülleri hissediliyordu. Bu durum karşısında orta lobu çıkartmaya karar verdik. Büyük sissür açıldıktan sonra orta loba giden damarlar prepare edildi ve izole olarak bağlandıktan sonra orta lob

bronşu ayrılma yerinde kesilerek proksimal uç separe dikişlerle dikildi ve göğüs boşluğu drene edilerek ameliyata son verildi.

3. üncü gün dren alındı ve hasta hiç bir komplikasyon göstermeden şifa bularak ameliyatın yirminci günü taburcu edildi.

Ameliyatta çıkarılan piyesin, ameliyattan sonra açılarak tetkikinde ne lobun ana bronşunda ve ne de diğer taraflarda her hangi bir manianın bulunmadığı tesbit edildi. Bronş mukozası hey'eti umumiyesiyle konjestione ve yer yer kırmızımtrak yerler göstermektedir.



Şekil : 2

Histolojik muayenede (Cerrahpaşa hastahanesi patolojik anatomi laboratuvarı, şef: Doç. Dr. Bedrettin Pars No: 343/52). Üç muhtelif kısımdan alınarak yapılan preparatlarda tümöre tesadüf edilememiştir. Yer yer geniş eritrosit yığınlı ve poli kümeleri ihtiva eden harabiyet sahaları ve bunların etrafındaki alveollerde bazen lipoitli hücrelerden çok zengin granülasyon kitleleri, daha nadiren fibrin yığınları, serum ve iltihabi hücre kümeleri. Bronşiyal epitelleri harap ve lümiyerleri polilerle doludur. Yer yer septumlar çok kalın, kömür zerrelili mihraklar. Bir kenarda kalın bir plevra altında atelektasik alveoller. Yer yer hemosiderinli alveol hücre yığınları tesbit edilmiştir.

Diyagnostik-Kronik pnömonik apse, kısmen sklerotik hale gelmiş akciğer sahası.

Buradan da görüldüğü gibi bütün lobtaki bu atelektaziyi izah edecek bronşiyal lezyonun olmamasına mukabil, orta lobta kronik pnömonik bir apsenin mevcudiyeti tespit edilmiştir.

HÜLÂSA

Orta loblarda atelektazi ile seyreden ve bronşda bu atelektaziyi izah edecek herhangi bir lezyon olmayan bir Middle lob sendrom vakası bildirilmektedir.

Dr. Siyami Ersek:

Sayın Doç. Dr. Nihad Dorken'in takdim ettikleri bu vak'a hakikaten bir Middle lobe sendromu ise ciddi fevkalâde enteresan bir vak'adır. Zira Graham'ın neşriyatından beri edebiyatı tıbbiyede bu hususta pek az vak'a neşredilmiştir. Yalnız Middle lob sendromu için kesin teşhis koyabilmek için; preoperatoire olarak kesin teşhise vasıl olmak şarttır. Ameliyattan önce yapılan bronkoskopik ve bronkografik muayenelerle orta lob bronşunun dahilen veya haricen baskı gibi sebeblerle tıkanarak orta fusta bir atelektazi meydana getirmedigine dair katı karara varmak şarttır. Biz bilhassa gençlerde hilus'da mevcut adenopati sebepile lob bronşlarının sıkışarak o bronşa ait lobda atelektazi hasıl olduğunu çok defa müşahede etmişizdir. Antibiotik tedavisinden sonra adenopatinin küçülmesi ile beraber lobdaki atelektazi de zail olmuştur. Bu sebeple kesin olarak Middle lob syndrome, teşhis konmadan önce bu hususun klinik, radiolojik ve bronkoskopik muayenelerle aydınlatılması şarttır.

DÖRDÜNCÜ GÜN

28 Eylül 1952 Pazar

Saat : 9.00

SEKSİYON A :

İstanbul Üniversitesi Hukuk ve İktisat Fakülteleri
I. No. lu Dershanesinde

Başkanlar : *Prof. Dr. Niyazi İsmet Gözcü*
Dr. Zühtü Tevfik Erman

MEDİKO SOSYAL BAKIMDAN İŞÇİ ÇOCUKLARI

Dr. Kemal Dirik

Bakırköy Sümerbank Pamuklu Sanayii Müessesesi Hastahanesi Polikliniği ile Bakırköy Sosyal Yardım Kolları Polikliniklerinde iki sene zarfında tarafımdan muayene ve tedavisi yapılan 0-14 yaşları arasındaki 1850 işçi çocuğunun sağlık durumlarını hülâsa olarak arz edeceğim.

Bakırköy çevresindeki işçilerin hayat seviyeleri orta ve ortadan aşağı bir durumdadır. Bir kısmı Yeniköy'de, kısmı azamı da Kazlıçeşme ve Zeytinburnu'nda kendileri tarafından inşa edilen bir iki odalı iptidai ve gayri sıhhi gece kondularında otururlar. Fabrikaların işçilere mahsus lojmanları yoktur. 3-6 hatta bazen 8 kişi küçük bir odada yaşamaktadır. Terkos ve kanalizasyon yoktur. Elektrik pek az eve gelmiştir. Arteriyen vesair kuyu sularını içerler. Kullanma ve içme suları ayıdır.

Gebe işçilerin ağır işlerde çalıştırılması, gece mesaisi yapmaları, vitamini az gıdalarla beslenmelerinden dolayı gebeliğin son aylarına doğru kısmı azamında perleş, keilitis, glossit, jenjivit, pyore, anemi, asteni, çeşitli B kompleks'i yetersizliği, PP. vitamini ve C. vitamini noksanlığından mütevellit kapiller permeabilitesi'nin bozulmasından dolayı cilt altı ekimozları görülmektedir.

Çocuklar vitamin, Calcium, fosfor, demir gibi esas maddelerden fakir bir halde ve çok zaman raşitik olarak doğuyorlar; boy ve kiloları normala nazaran daha eksik bulunuyor. Doğumdan sonra anneler azami 6 hafta çocuklarını emzirdikten sonra işlerine gitmeye mecbur oluyorlar. Bakırköy civarında 20.000 kadar işçi vardır. 100 kişiden fazla işçi çalıştıran birkaç iş yeri olduğu halde maatteessüf bir tek fabrika veya müessesenin çocuk kreşi ne de çocuk emzirme odası yoktur. İş yerleri ile gece kondu ve Yeniköy arasındaki mesafe öğle paydoslarında işçinin evine giderek çocuğunu emzirmesine müsait olmadığından, çocuklar gece veya gündüz asgari 8 - 10 saat annesiz, sütsüz, gıdasız ve bakımsız kendi hallerine terk edilmektedir. Bazıları muayyen bir ücret karşılığı olarak komşulara emanet edilir. Bazen evde birkaç çocuk ihtiyar bir nineye terk edilir, çok zaman da 7 - 10 yaşlarında olan evin en büyük kızı, kendisi bakılmağa ve ihtimama muhtaç iken küçük kardeşlerine dadılık yapmak mecburiyetinde kalarak okula dahi gidemez. Anne şefkat ve ihtimamından uzak kalan bu yavrucuklar tam manasile bakımsız ve alâkasız bir halde sokaklarda, bahçe veya topraklarda oynarlar. Yukarıda arz ettiğim sebebler dolayısıyla cereyan, soğuk ve yağmur altında satılınca kalan çocuklar sık sık hastalanıyorlar. Hekim arkadaşlar tarafından yazılan reçetelerin kısmı azami türlü imkânsızlıklar yüzünden yapılamıyor. Hükümetin meccanen verdiği Sulfoguanil ve Belediye tarafından yaptırılan ilâçlar da zamanla ve lâ-yikiyle tatbik edilemediğinden çocuk ölümlerinin artmasına sebep oluyor.

1850 işçi çocuğu arasında tesbit edilen başlıca hastalıkların % nisbetlerini arz ediyorum.

Grip % 11,40, Anterit % 11,25, çeşitli cilt hastalıkları % 11,13, Raşitik % 10,88 B. Kompleksi yetersizliği % 0,66, Genel zafiyet % 7,77, Kaşektik ve distrofik % 0,37 Bronşitler % 4, Boyun ve çene altı bezlerinde Adenit % 4,29, Rie Tb. % 3,62, Hilitis % 0,81, Peritonit Tb. % 0,07, Tümörblanş % 0,14, Sürrelerde adenopati % 0,88, Plörüt % 0,59, Plörezi % 0,51, Bağırsak parazitleri % 3,76, Boğmaca % 6,88, Kızamuk % 2,51, Kızıl % 0,88, Suçiçeği % 1,33, Difteri % 0,22, Yılcık % 0,14, Sıtma % 0,14, Romatizma % 0,14, Lumbago % 0,14, Apandisit % 0,14, Astm bronşik % 0,37, Pamukçuk % 0,44, Zona % 0,14, Anjin kronik % 2,66, Anjin % 0,22, Nezle % 0,88, Müşahede % 1,55, Normal % 1,4, Gece işemesi % 0,51, İkter % 0,59, Kulak hastalıkları % 1,33, Göz hastalıkları % 0,85. Sair hastalıkların nisbetleri ehemmiyetsiz görüldüğünden kaydedilmedi.

Civarımızda çocuk hastahaneleri olmadığından ağırlaşan hasta çocukların uzak hastahanelere sevk ve yatırılması hususunda ciddi müşkülâtla karşılaşyoruz. Mektep çağından evvel verem olmuş çocukları sanatoryoma yatırmak imkânı yoktur. Bir tek odada kardeşleri ile aynı yatakta yatan veremlilerin tedavi ve tecritleri hemen imkânsız olmaktadır.

İşçi çocuklarının hastalıkları ile ciddi mücadele edebilmek için, Kreş, çocuk emzirme odaları, çocuk Sanatoryomlarına, Kinder Haym'lara son derecede ihtiyaç vardır.

Son aylarda (Gebe ve emzikli kadınların çalışmaları men edilen işlerle, emzirme oğaları ve Kreşler hakkında) bir tüzük tasarısı gördük. Hükümetin bu tasarımı bir an evvel gerçekleştirmesini ve maddelerinin bilâkaydüşart tatbikini candan temenni ediyoruz.

Gebe işçilere hafif hizmetler verilmesini, gece işlerinde çalıştırılmamasını, fazla mesai ilh... gibi sebeblerle 8 saatten fazla çalıştırılmamalarını, sık sık banyo yapmalarını sağlamak lâzımdır. Gebelere iş yerlerinde munzam gıda, süt ve bol vitaminli ilâçlar verilmelidir.

Çocuğu hasta olan işçiye, hastalığının ciddiyetine göre ücretli veya ücretsiz izin vererek çocuğu ile bizzat alâkadar olabilmesini sağlamamız lâzımdır. Ancak bu suretle işçi çocuklarının hastalık ve ölümlerini önlemek kabil olabilecektir.

HÜLÂSA

İşçi çocuklarında en çok görülen hastalıklar, Grip, Raşitizm, Anterit, Akciğer vs. Verem çeşitleri, Sari hastalıklar, Cilt hastalıkları, Bağırsak parazitleri, Umumi zafiyet ve Anemi'dir. Çok zaman bu hastalıklardan bir kaç bir arada bulunmaktadır.

1.850 işçi çocuğunda tesbit edebildiğim en mühim hastalıkların % nisbetlerini arz ettim. Umumi adet her nekadar çok değilse de ilerde fakir ve işçi çocukları arasında yapılacak bir anket veya araştırma da faydalı olur ümidiyle tebliğ ve neşrediyoruz.

ORTA TAHSİL KIZ OKULLARINDA JİMNASTİK DERSLERİ

Dr. A. Lebib Karan

Birkaç tahsilli kız yetiştirmiş bir baba ve dört seneye yakın bir zaman zarfında Konya Kız Öğretmen Okulu tabipliğini yapmış bir tabip sıfatiyle, memleketimizdeki kız orta okullarında ve kız liselerinde tatbik edilen jimnastik derslerinin ve spor hareketlerinin bu yaştaki kız çocuklarımızın sağlık durumlarına uygun olmadığını yüksek huzurunuzda tebarüz ettirmeyi milli bir vazife bilirim.

Kız orta okullarında ve liselerinde tahsilde bulunan kızlarımız, zâten zayıf bulunan kadın cinsinin daha da nazik bir durumda olan yavrularıdır. Evlerinde vücutlarını katılaştıracak her hangi bir beden terbiyesine maruz kalmamış olan çocuklara, bu okullarda birdenbire ağırlaşan bir takım beden hareketleri öğretilmekte ve bu hareketler ancak haftada bir defa tatbik olunmaktadır. Zaif, nahif kızlarımızdan birçoğu bu hareketlere tahammül edemiyerek, rapor almak suretiyle jimnastik derslerinden çekilmekte ve beden terbiyesinden mahrum kalmaktadırlar. Bu derslere devam edenlerin de bundan bir istifadeleri olmadığı gibi bütün ders yılı müddetince jimnastik derslerinden hastalandıkları görülmektedir.

Kızlarımızın zaif vücutlarına göre ağır olan bu beden hareketleri her defasında onları o kadar hırpalamaktadır ki, evlerine gelir gelmez bir yatak hastası durumuna düşmektedirler. Bu yüzden ertesi günün derslerini hazırlayamayan çocuklar, derse kalkıp ta fena not almak korkusuyla ertesi günü derse gidememektedirler. Vücutlarındaki ağrı, sızıları tamamen dindiği bir sırada ikinci bir jimnastik dersi gelip çatmakta ve o dersi müteakip çocuklar yine evlerine gelip yatmaktadırlar. Her sonraki ders önceki derslerden daha ağır olduğuna göre, haftadan haftaya ve hamlıktan hamlığa tekrarlanan jimnastik dersleri bir beden terbiyesi olmak şöyle dursun, bir hastalık tabiyesi gibi devam edip gitmektedir.

Bu biçim beden terbiyesinden kızlarımız için zarardan başka bir fayda görülmemektedir. Haftanın muayyen günlerinde yapılan bu jimnastik dersleri yüzünden ertesi günün dersleri de muntazaman ihmale uğradığından, günün birinde vukubulan yazılı veya sözlü yoklamalarda, bu jimnastik kurbanı olan çocuklar, fena notlar alarak kendileri çok üzüldüğü gibi, ana, babalarını da üzmektedirler. Bütün bir ders yılı boyunca tekerrür eden bu fenalıklar çocuklarımızın çalışma heveslerini kırmakta ve çoğunu bir sinir hastası haline getirmektedir.

Hele kış mevsiminde jimnastik yapılan yerlerde ısıtma tertibatı olmadığı gibi bazı okullarda bir jimnastikhane dahi bulunmadığından, halbuki jimnastik dersine girenlerin hepsi de malûm derecede çıplanarak, şort ve sair hafif giyimlerle derse girmeğe mecbur tutulduklarından, bu kış jimnastik derslerini müteakip bir sürü mevsim hastalıklarına yakalanan talebeler, evlerinde bir hafta veya daha fazla günler hastalanıp kalmaktadırlar.

Konya kız öğretmen okulu tabibi iken, bunun daha feci akibetlerine uğrayan talebeler dahi görülmüştür. Deniz üstünden yüksekliği 1030, raddelerinde olan Konyanın kış mevsimi oldukça şiddetli geçmektedir. Tam Ocak aylarında veya yakınlarında (Atatürk koşusu), (İnönü koşusu) gibi bütün talebeyi ve bilhassa leyli talebeleri toptan koşmağa mecbur eden bir takım mecburi spor günleri vardı. Sıcak yataklarından kalkınan biçare talebeler bir şort ve bir yün faniladan ibaret elbiseleriyle o soğuk havalarda bir kilometrelük bir mesafede koşmağa zorlanıyorlardı. Yüzlerce talebenin içinde tabii hevesli olan ve koşabilenler de vardı. Onlar sağlığından hiçbir şey kaybetmeden neşe içinde koşuyor ve muvaffak da oluyorlardı. Fakat diğer yüzlerce talebe yarı yolda kalmış ve bazıları yorgun ve baygın bir halde yerlere düşmüş olarak o soğuk havada bir sürü boğaz, göğüs ve sair hastalıklara yakalanmakta idiler. Hatta bu yüzden hali tevekküfta bulunan akciğer veremleri faaliyete geçerek, o talebelerin tahsillerinin tamamlanmasına mani olduğu gibi bazılarının ölümüne de sebebiyet vermiştir.

Acaba bu spor hareketleri ve kız okullarındaki jimnastik dersleri bizim çocuklarımıza göre, memleketimizin sosyal ve sağlık durumu göz önünde tutularak daha faydalı bir şekle konamaz mıydı? Meselâ, kız okullarında her gün sabah erkenden, kendi elbiseleriyle okul avlusunda yarım saat kadar İsveç jimnastiği gibi hafif bir beden hareketi ve yürüyüş yaptırmak suretiyle bütün kızlarımız devamlı bir beden terbiyesine tabi tutulsalar, hatta bu çocuklar bedenî kabiliyet ve istidatlarına göre gruplandırılarak, bedeni inkişaflarına çalışılsa, o haftada bir kere yapılan jimnastik derslerini yapmağa talebede heves artar ve önemli bir hazırlık yapılmış olurdu. Bu suretle zayıf, nahif olanlar da jimnastik derslerinden kaçmaz ve aksine çok büyük istifadeler temin etmiş olurlardı. Bütün diğer talebeler de harekâtı bedeniyeye alışmış olup, haftadan haftaya vücut hamlığı ile derse girmediklerinden evlerine hasta olarak dönmezlerdi. Böylece bu jimnastik dersleri bütün talebe için faydalı bir ders haline geleceği gibi, ileride spor sahasında bir çok atlet ve şampiyonlarımızın filizlenmesine dahi vesile verirdi. Neş'e ile evlerine dönen talebeler de evlerinde hastalanmayıp, ertesi günün derslerini normal olarak hazırlayabilirlerdi. Bu en faydalı olan bir dersin bütün zararları yokedilmekle bu yüzden husule gelen çalışma iştahsızlığı ve not kırıklığı gibi mahzurları da ortadan kalkmış olurdu.

Son zamanlarda (Atatürk koşusu) gibi spor hareketleri için talebe on-onbeş gün önce bir seçime tabi tutularak, koşmasında mahzur bulunmayanlar seçildikten sonra, onların da bu müddet zarfında hergün koşturulmak suretiyle idmana tabi tutuldukları memnuniyetle öğrenilmiştir.

Ümit ederiz ki, bu kongrede konuşulan ve orta tahsil çağındaki kız talebelerimizin sağlık durumlarıyla ilgili bulunan bu konular Maarif Bakanlığı yüksek katlarının gözlerine çarpar ve kulaklarına ulaşır da bu jimnastik dersleri de memleketimiz ve çocuklarımız için daha faydalı bir şekle konulmuş olur.

HÜLÂSA

12. inci Millî Türk Tıp Kongresi zabıtlarına geçmek üzere hazırladığım tebliğimde, kız orta okullarında ve liselerinde tatbik edilen jimnastik derslerinin çocuklarımızı-

zın sağlığı için faydalı olmadığı, bilâkis her jimnastik dersinden sonra kız talebelerin evlerine hasta olarak döndükleri tebarüz ettirilmiş ve bu derslerin faydalı bir hale getirilmesi için de düşündüğüm çareler zikredilmiştir. Saygılarımı sunarım.

Doç. Dr. Cevat Alpsoy:

Dr. Lebib Karan'ın benim raporumu destekleyici tebliğine çok teşekkür ederim. Orta okuldaki kız çocukları bülûğ devresinde olduklarından gevşeme safhasına teka-bül ederler ki, çok tehlikeli olan bu devrede beden eğitiminde dikkatli bulunmak lâzımdır. Raporumda da belirttiğim gibi Orta kız okul beden eğitimi programı ikinci maddesinde (Kız enstitülerinin ilk üç sınıfında bulunan öğrenciler erginlik çağında bulduklarından bunlara fazla enerji isteyen oyunlar oynatılmaması ve müsabaka sporları yaptırılmaması lâzımdır). Kayıtları olmasına rağmen çok kerre bu hususlara riayet edilmemektedir. Jimnastikte tıbbi kontrol ve öğrencilerin gruplandırılması mutlaka lâzımdır. Maalesef bu da yapılmıyor. Diğer bir nokta da öğretmenin talebeye beden eğitimini sevdirmesi için lâzım gelen propagandayı da yapmalıdır. Bunlar yapılmadığından zorlu jimnastik karşısında aileler birçok çarelere baş vurarak bu dersten kaçmaktadır. Jimnastik dersi haftada bir saat değil, her gün veya hiç olmazsa dört saata çıkarılması lâzımdır. Netice beden eğitimi talimatında tadelât mutlaka icabeder.

ANNE VE ÇOCUK SAĞLIĞINDA PROPAGANDANIN EHEMMİYETİ

Dr. Necdet Erenus
Aydın Doğum ve Çocuk
Bakımevi Başhekimi

Memleketimizde Anne ve Çocuk sağlığı üzerinde ehemmiyetle çalışmak gerek umumî sağlığımız ve gerekse nüfus siyasetimiz bakımından ayrı bir hususiyet göstermektedir. Bilhassa gebelerin gerek gebelik devresinde ve gerekse doğum esnasında sağlık bilgisinin noksanlığı yüzünden uğradıkları zarar çok büyüktür.

Doğan çocukların ise çok basit olan sağlık kaidelerine riayet edilmemesi yüzünden hastalanmaları ve ölümleri çok görülmektedir. Memleketimizde çocuk ölümlerinin pek fazla oluşu, istatistiklerdeki ölüm nisbetinin ekseriyetini teşkil etmeleri yine bizim büyük ve mühim bir dava ile karşı karşıya olduğumuzu göstermektedir.

Anne ve çocuk sağlığına ağır darbeler vuran sebepleri araştıracak olursak; bunda sağlık müesseselerinin ve sağlık elemanlarının noksanlığını, hayat şartlarını ve bilhassa sağlık bilgisinin yetersizliğini görürüz.

Anne ve çocuk sağlığını korumak için şimdiye kadar alınmış tedbirlerin inkişafını istiyerek ölen çocukların nisbetini azaltma yolunda bir çalışma yapabiliriz. Fakat bu gaye uğrunda en verimli, en sür'atli çalışma yollarından biri de sağlık propagandası olduğuna inanmaktayım.

Bugün memleketimizde bir çok anneler hamile iken bir doktora hatta bir Ebeye kendilerini muayene ettirmek lüzumunu hissetmemektedirler.

Doğumların büyük bir kısmı evlerde olduğuna göre doğum hijyenine nasıl riayet

edileceği bilinmemektedir. Hatta pek çok doğumlarda kötü itiyat ve göreneklerin tesiri hâkim olmaktadır.

Doğan çocukların bakımı yine basit sağlık kaidelerine riayet edilmeden gelişi güzel ve bilgisiz olduğundan çocuğu kolayca ölüm tehlikesine atmaktadır. Söylediklerimizi isbat etmeğe ve misaller göstermeğe lüzum olmadığı kanaatindeyim.

Halk sağlığını korumak gayesiyle diğer memleketlerde sağlık propagandasına çok büyük ehemmiyet verildiği yine malûmunuzdur. Memleketimizde ise bilhassa anne ve çocuk sağlığı üzerinde yapılan sağlık propagandasının yetersizliği kanaatindeyiz. Bu bakımdan ister filimle ister diğer vasıtalarla köylere kadar anne ve çocuk sağlığına ait propagandanın sistemli bir şekilde yapılması muhakkak ki büyük faydalar sağlayacaktır.

Bilhassa tedavi edici hekimliğin pahalı oluşu ve memleketimizde anne ve çocuk sağlığına hizmet edecek geniş mikyasta müesseselerin kifayetsizliği gözönüne alınacak olursa sağlık propagandasının ehemmiyetine ve lüzumuna inanmak zorundayız. Koruyucu hekimliğin sahasına giren bu sağlık propagandasının devlet tarafından yapılabileceğini ve bu mevzuun üzerinde kongremizin, hükûmetin ehemmiyetle duracağını ümit etmekteyim.

HÜLÂSA

Anne ve çocuk sağlığında sağlık bilgisi noksanlığından ileri gelen kötü tesirleri bertaraf etmek için yapılacak mücadelede sağlık propagandasına büyük bir ehemmiyet vermek icap etmektedir.

Prof. Dr. Niyazi İsmet Gözcü:

1925 denberi olan kongrelerimizde bu mevzular sık sık ele alınmıştır. Fakat maalesef Sağlık Bakanlığı bir takım mücadele teşkilâtları kurmakla beraber, propaganda cihetine ehemmiyet vermemiştir. Propagandanın çok ehemmiyetli olduğuna dair bir misal verebilirim. Gençliğimizde çiçek aşısı yapılmaya başlandığında her yerde ve her zaman çiçek aşısı raporu istenirdi ve bu o kadar çok söylendi ki mücadele muvaffak oldu. Şimdi anneler 3 ay dahi beklemeğe tahammül göstermeden yavrularını aşılamaya getiriyorlar. Anneler difteri mevzuunda da hassastırlar ve çocuğun boğazı ağrıyınca difteri olmasın diye doktora koşmaktadırlar.

Propaganda birinci derecede âmildir ve asrın muhtelif kolaylıklarından istifade edilebilir. Bu muvaffakiyetin % 50 den fazlasıdır.

Dr. Sami Uç'ar:

Arkadaşımız memleketimiz için hayati ehemmiyeti olan bir mevzua temas ettik. Maatteessüf bizde «Anne ve Çocuk Sağlığı» henüz ele alınmamıştır. «İşçi Sigortalı Kurumu» belki bir misal teşkil edebilir. Yalnız burada sakat taraf anne ile meşgul olunmakta ve fakat doğan çocuğun bakımı bir tarafa bırakılmaktadır.

Bugün dünyanın her medeni memleketinde «Sécurité Sociale» Sosyal Emniyet Teşkilâtı vardır. Buraya bütün çalışan anne, baba ve çocukları dahildir. Annenin ve çocuğun sağlığı daha gebeliğin başlangıcından itibaren korunur ve muayeneye gelen anne teşvik edici mahiyette bir ücret te alır.

Doğumdan sonra da çocuğun sikkati daimi kontrol altındadır, hattâ sütü olmayan annelere bu teşkilât tarafından süt temin edilir. Ayrıca her hangi bir hastalık zurenda çocuk derhal hastaneye yatırılarak ücreti Sécurité Sociale tarafından ödenir. Burada uzun uzadıya teşkilâttan bahsetmek imkânsız olduğu için sözümü bitirirken şu temennide bulunmayı faydalı görüyorum.

Memleketimizde de, bütün medeni milletlerde olduğu gibi bu Sosyal Emniyet teşkilâtının biran evvel kurularak Anne ve Çocuk Sağlığı mevzuunu ele almasını diliyorum.

Dr. Necdet Erenus (Son söz):

1 — Propaganda ile anne ve çocuk sağlığına faydalı olabilmek yolunda memleketimizde yeter derecede faaliyet olmadığı.

2 — Sağlık Bakanlığı ile Üniversitelerimizin bu yolda daha enerjik ve daha verimli yolları aramasını temenni etmekteyim.

Yedikule Verem Hastanesi mesaisinden
(Başhekim: Dr. Zühtü Tefvik Erman)

ÇOCUKLARDA MENENJİT TÜBERKÜLOZUN BAKTERİYOS- TATİKLERLE SİSTEMATİK TEDAVİSİ VE ALINAN NETİCELER

Dr. Muazzez Barış
Çocuk Hastalıkları Mütahassısı

Organizasyon mondiyal saniter (O.M.S.) in memleketimizdeki teşebbüsü ve yüksek Bakanlığımızın müsaade ve emirleriyle müessesemizde yeni tesis ettiğimiz ve menenjit tüberkülozla akut miliyer tüberküloza müptelâ küçük çocuklara tahsis ettiğimiz bu servisimiz şimdilik 30 yataktan ibarettir.

Faaliyete geçeli de ancak sekiz ay olmuştur. Neticelere göre söz söylemekle her halde biraz istical ettiğimiz muhakkaktır. Bunu bilerek huzuruza çıkıyoruz. Yalnız bu servisimiz memleketimizde hatta yakın Şarkta bile ilk defa açılan ve böyle toplu bir halde menenjit tüberküloza müptelâ olan çocukların yeni bulgulara göre teşhis ve tedavisiyle meşgul olan bir merkezdir. Bu itibarla çok kısa bir zamanda da olsa çalışmalarımızdan ve aldığımız neticelerden Yüksek Hey'etinize bahsetmeyi faydalı bulduk. Biraz evvel arzettiğimiz gibi bu servisimizin faaliyeti daha ziyade menenjit tüberküloza müptelâ olan çocukların hastalıklarının teşhis ve tedavisidir demiştik. Menenjit Tüberkülozun teşhisi artık klasikleşmiş araziyle hepimizin bildiği veçhile klinik ve laboratuvar muayeneleriyle tesbit ve itman ediliyor. Yalnız bu servisimizde bilhassa ısrarla üzerinde durarak bahsedeceğimiz klinik muayenelerimizden göz dibi muayenelerini (göz mütahassısı arkadaşımızın kıymetli yardımlarıyla) ve Nöroşürürjikal muayeneleri (yine nöroşürürjiyen arkadaşımızın kıymetli yardımlarıyla) ilâve etmiş bulunuyoruz. Ve bu suretle ya hastalığın esnayı seyrinde veyahut menenjit tablosu daha tamamen

teessüs etmeden hayli zaman evvel göz dibinde görülen bir tüberkülin veyahut hipere-minin, ödemin, bazan da fena seyreden vak'alarda eskimış vak'alardır. (Ner. op.) at-rofisinin görülmesi hastalığın teşhisinde veyahut hastalığın seyri esnasında görülen salâh ve vahametine delâletine göre enzar tayininde çok kıymetli hükümler verebiliyo-ruz. Hiç şüphesiz göz dibi muayenelerinde bulduklarımıza klinik ve laboratuvar bulgu-larımızı da ilâve ederek kanaat ve hükümlerinizi takviye ediyoruz.

İşte biraz evvel arzettiğimiz gibi had şehirli çocuk tüberkülozu hastalıkları teş-his ve tedavi merkezi olarak açtığımız bu servisimiz 30 yataktan ibarettir. Hastaları-mızın ekseriyetini menenjit T.B. liler teşkil eder. Hastalar uzun müddet klinikte kal-dıklarından servisimiz ihtiyacı tam manâsiyle karşılamaktan uzaktır. Buna rağmen bugüne kadar yatan hasta adedi 106 dir. Bunun 76 sı menenjit T.B., 30 u granülü ve akciğer tüberkülozudur.

Menenjit T.B. tedavisinde kullandığımız usul. Bu servisimizin açılması hususunda (O.M.S.) tarafından memleketimize gönderilen Dr. B. Meyer in çizmiş olduğu ve Prof-fesör Dr. Debre'nin kliniğinde halen kullanılan metoddur. Bugün servisimizde bakteriy-ostatik ilaç olarak en başta yine Streptomisini entramüsküler olarak kilo başına (% 2) ilâ (% 5) entıraşidiyen olarak kilo başına bir defada (% 5) gr. geçmemek üzere ($\frac{0}{100}$ 1) ilâ ($\frac{0}{100}$ 2) olarak zerk ediyoruz. Entıraşidiyen zerkleri 7 - 20 günde iki defa 20 gündün sonra günde bir defa yapıyoruz, dozu hastanın ve likor serebro spinali-sin vaziyetine göre ayarlıyoruz. Entıraşidiyen tedavide Streptomisin sülfat kullan-makta ısrâr ediyorlar. Ayrıca tahammül edebilenlere ağızdan kilo başına (% 20-%30) gr. Pas veriyoruz. Biz buna son zamanlarda N. Hydrazid acide de ilâve etmiye başla-dık. Bu şekilde tedaviye tabi tuttuğumuz 52 hastanın 37 si teessürle arzedelim vefat etmiştir. Yani (% 71,1) dir. 11 hastamız ailelerinin arzusu üzerine halile, 4 ü şifa ile taburcu edilmiştir ki, yüzde nisbetimiz (7,6 %) dir. Halen bu dört hasta kontrolümüz altındadır. Vefat eden 37 hastamızdan 8 i granülüyle müşterek menenjit T.B. idi, üçü ise menenjit tüberküloz nüksüdür.

52 hastanın 17 sinde direkt olarak 1 inde kültürde B.K. tesbit ettik. Küçük hasta-larımızın haftada 1 kerre göz dibi ve likör muayeneleri yapıyoruz. 52 hastanın 17 sin-de göz dibi muayenesi normal, 15 inde papilla ödemi, 5 inde koroit tüberküülü, 1 inde papillada hipereminin yine 1 inde Ne. Opt. atrofi tesbit edildi. Geriye kalan 13 has-tanın bir kısmı çok dalgın olduklarından göz dibi muayenesi yapılmamıştır. Bir kısmı ise göz mütehassısı müessesemize devama başlamadan vefat etmiştir.

Hastalarda muhtelif ünitelerde tüberkülinle allerji tesbit edilmektedir. Çok ağır birkaç hasta müstesna hemen hepsinde de reaksiyon müsbet zuhur etmiştir. Yine kü-çük hastalarımıza muntazam fasillarla akciğer grafileri yapılmaktadır. Ve kafa içi tazyikini tesbit etmek için kafa grafileri de yapılmaktadır. Sağırılığın tetkiki için ku-lak muayeneleri de yapılmaktadır. Halen taburcu edilen vak'alardan birinde sağırılık teşekkül etmiştir. Kafa içi tazyikini arttığı vak'alarda suoksipital ve vantriküler en-jeksiyonlar yapılmakta ve entıraşidiyen olarak verilen streptomisin miktarının yarısı kadar miktar vantriküler olarak zerk edilmektedir. Haftada bir hastalarımızın nöroşi-rürjikal muayeneleri müessesemize lütfen gelen nöroşirürjiyen arkadaşımız tarafından muntazaman yapılmakta ve lüzum görülenlere cerrahi müdahaleler de yapılmaktadır. İşte böylece vak'alarımızdan üçüne trepanasyon yapılarak tedavilerine vantriküler yoldan devam edildi. Ağır olan bu vak'alardan birisi vefat etti, ikisi halen servisimizdedir. Şimdi kafa içi tazyikleri tamamıyla az olduğundan tedaviye lomber yoldan devam edilmektedir. Halen servisimizde 24 menenjit T.B. lü hasta vardır. Bunlardan 21-i risi granülüyle müşterektir. Yine bu 24 vak'adan ikisi iyileştikten sonra kontrolümüz altında bulundurulmak üzere taburcu edilmeden nükseden vak'alardır. Bir tanesi de granülisi şifa bulduktan sonra teşekkül eden bir menenjit T.B. vak'asıdır ki şimdi

hayli salâh asarı göstermektedir. Geriye kalan 20 hastamızın 8 i ağır durumdadır. 3 ü şifa bulmuş fakat kontrol için bekliyen hastalarımızdır. Mütebaki 9 hastamızın hastalıkları şimdilik iyi seyretmektedir. 24 hastanın 17 sinde streptomisinle beraber tahammülleri olanlardır. Pas kullanılmaktadır. 4 ünde streptomisinle beraber Nikotibin veya rimifon, 3 vak'ada da yalnız rimifon kullanılmaktadır.

Servisimize gelen hastaların hepsi gecikmiş durumdadırlar. En erken gelen vak'a bir hastamızdır.

Şifa nisbetinin düşük olmasını, tedavinin gecikmiş olmasıyla izah edebiliyoruz. Erken teşhise varabilmek için servisteki akciğer T.B. lu hastaların, muayyen fasıllarla göz dibi ve likör serebrospinal muayeneleri yapılmaktadır. Streptomycin tedavisi esnasında meydana gelen menenjitte bazı klinik arazların koyuluşu da teşhisin ve dolayısıyla tedavinin de gecikmesine sebep oluyor.

Erken teşhis için çocuk velilerini tenvir etmek, akciğer tüberkülozu geçirmekte olan çocukların sistematik olarak göz ve likör muayenelerini yapmak gerektir. Bu suretle hareket edildiği takdirde ölüm nisbetini azaltarak vazifelerimizden en büyüğünü yapmış oluruz kanaatindeyiz.

HÜLÂSA

Yedikule verem hastanesinde (şimdilik 30 yataklık ve menenjit T.B. ile akut milyere T.B. ye müptelâ küçük çocuklara tahsis edilen) bu merkezin memleketimizde olduğu gibi yakın şarkta da ilk defa açılan bir santr olduğunu, menenjit T.B. ile akut milyere müptelâ hastaların teşhis ve tedavileri de inzar bakımından çok kıymet verilen göz dibi muayenelerile nörosürjik muayene ve müdahalelerin muntazaman yapıldığını henüz sekiz aylık çalışma devresinde: (76) sı menenjit T.B. olmak üzere 106 hasta yatırıldığını, bunlardan şifa ile taburcu edilenin % 7,6 halile çıkan % 11 ve ölen miktarı da % 71 olduğu kaydedilmektedir.

Prof. Dr. Arif İsmet Çetingil:

Dr. Zühtü Ermanı böyle ehemmiyetli bir mevzuu tebliğ ve umumî münakaşaya koymalarından dolayı tebrik ederim.

Biz de kliniğimizde birkaç meningitis tuberculosa vak'asını tetkik ve takip etmek fırsatını elde ettik.

Burada teşhis hususunda en ziyade ehemmiyet verdiğimiz nokta liquor'da ertesi gün teşekkül eden örümcek ağı ile tuz miktarı ve kuvvetli centrifugation'dan sonra sedimentte T.B. basilini görmektir, bu sonuncusu daima bulunmayabilir.

Vak'alarımızı daha ziyade adolescent yaş seviyesinde olanlar teşkil etmektedir.

Tedavi meselesine gelince; Streptomycine başlangıçta çok büyük ümitler vermişti. Hakikaten meningitis tuberculosada streptomycin amelioration yapıyor, fakat kati şifayı sağlayamıyor. Hastalarda zahiri şifa bir müddet devam ettikten sonra tekrar nüksediyor, bu defa tedavi başlangıçtaki kadar müessir olamıyor.

Bizim bir vak'amız istisna edilirse, diğer vak'alarımız kısa veya uzun bir devreden sonra vefat etmişlerdir.

İntralumbale streptomycine şırıngaları gerek hasta, gerek hekim için üzücü olduğundan başka bu suretle ilâcın doğrudan doğruya liquor'a şırıngası bazı nahoş complication'ları da mucip olmaktadır.

Bu sebepten Amerikalılar son zamanlarda bu usulü tamamen terk ederek yalnız intramusculaire tedaviyi tavsiye ve tatbik etmektedirler.

Ölüm nisbetine gelince:

Debrè'nin istatistiği biraz optimiste görülüyor. Hastaneden salâhla çıkan hastanın tam şifası kabul edilemez. Catamnesis'de hastanın muahhar vaziyetlerinin dikkatli takibi icab eder. Zühdü bey kendi istatistikleri ile Debrè'ninki arasındaki büyük farkdan biraz üzümler göründüler. Ben kendi istatistiklerinin daha ziyade hakikate yakın olduğuna kanı bulunmaktayım.

Prof. Rasim Adasal:

Arkadaşımızın enteresan tebliğlerinde zikrettikleri papilla ödemi, nevrit optik atrofisi gibi belirtilerin olağan bir menenjit tüberkülozun belirtileri yoksa bunlarla müterafık bazı primer tüberkülomlardan ileri gelip gelmediğidir. Çünkü eski asker hekimini (nöroloğ) olarak hastanelerde daha ziyade bir kafa içi tazyiki ile başlayan ve zamanla dramatik tüberküloz menenjit ile ölen vak'alar gördük. Bunların otopsilerinde dimağ primer tüberkülomları bulunmuştur. Acaba kendi vak'a otopsilerinde tüberkülomlar bulmuşlar mıdır? Bu hususun aydınlatılmasını rica ederim.

Dr. Neşati Üster:

Streptomycine'in tüberküloz tedavisinde kullanılmağa başlamasından beri günün meselesi haline gelen menenjit tüberküloz mevzuunu buraya getirerek üzerinde münakaşa açılmasına imkân verdiği için arkadaşımız Dr. Zühtü Tefvik Erman'a teşekkür ederim.

Menenjit tüberkülozun streptomycin'le tedavisinden alınan neticeler hakkında yabancı istatistikleri ile bizim istatistiklerimiz tezad halindedir. Biz de tedavi ettiğimiz vak'alarda aldığımız ölüm nisbeti Dr. Zühtü arkadaşımızdan eksik değil, fazladır. Bunda bizim hastalarımız ve hasta sahiplerimizin kabahati olduğu gibi hastanelerimizde bu gibi hastalara ayırabildiğimiz yatakların kifayetsizliğinin de tesiri vardır. Hastalar ve hasta sahipleri streptomycin tedavisile hastalarda kısa zamanda görülen iyiliği şifa telâkki ederek tedaviyi bırakıyorlar. Kendilerine yapılan bütün ihtarlara rağmen biraz da lomber ponction'un verdiği iztirap dolayısıyla hastaneden erken çıkmakta ve intra raşidiyen tedaviyi erken bırakmakta ısrar ediyorlar, ve bu hastalar aradan bir müddet geçtikten sonra nüks ederek geldikleri vakit artık yapılan tedaviden bir netice alınmıyor. Dr. Zühtü bey arkadaşımın vak'alarının da mühim bir kısmının böyle vak'alar olduğunu zan ediyorum.

Hastanelerimizde yatak kifayetsizliği yüzünden bu vak'alar uzun müddet yatırlamıyor; çıkardıktan sonra da hastalar ve hasta sahipleri zahiri iyiliğe aldanarak tedavi ve kontrolü ihmal ediyorlar. Bu yüzden hastalar bazan bir kaç ay, bazan da 8 - 9 ay sonra bir nüksle geldikleri vakit tekrar başlanan tedaviden bir netice alınmıyor. Eğer hastaları uzun müddet tedavi ve takip etmek imkânı olursa bizim de istatistiklerimizdeki şifa nisbetinin yükseleceğini ümid ediyorum. Benim vak'alarım içinde erken tedaviye başlanan ve tedavisi uzun müddet takip edilen bir hasta şifa bulmuş ve hastalığın üzerinden üç sene geçmiştir. Bu çocuk halen gayet iyi durumdadır, yalnız kulakları duvar gibi sağırdır. Tedaviyi erken bırakanlar az çok uzun süren bir iyilik devresinden sonra tekrar menenjit arazi ile gelmişler ve yapılan bütün tedaviye rağmen bazal arazlar meydana çıkarak ölmüşlerdir.

Dr. Vassaf Akan:

Menenjitlerde en evvelâ gördüğüm araz hiperestezidir. Diğer araz geç teşekkül edebilir. Şaşırtıcı, meselâ (lumbago) arazi gösteren vak'a gördüm. Serebro-spinaldeki değişiklik bazen gecikir. Çok berrak likidin kültüründe dört gün sonra menengokok kolonisi üredi, çok sinsi seyir eden menenjit tüberkülozda bu noktayı göz önünde tutmak lâzımdır.

Bir menenjit salgınında propagandanın ehemmiyeti aşıkârdır. Hasta ne kadar erken teşhis edilirse tedavisi o kadar kolay, şifalı netice verir.

Adana menenjit salgınında duvar, el ilânlarından camilerde hutbelerden, posta kutuları gibi bulaşık hastalıklar ihbar kutularından istifade edemedim. Yalnız sinemada mektep hocalarına, lise talebelerine konferans verdim. İlk mektep talebeleri için altmışbin ilân bastırdım. Hocalar bir gün mekteplerde menenjit okuttular, el ilânları tevzi ettim.

Hocaların talebe üzerinde, çocukların dedesi, nenesi, ebeveyni üzerinde tesiri olduğundan az zamanda bu ilânlar okunmuş, menenjit hakkında herkes bilgi edinmiş oldu. Tabii diğer (trypaflavin) gibi mikrop öldürücü ilâç da kullanılarak salgının az zamanda önüne geçilmiş oldu.

Dr. Kenan Aker:

Yedikule Verem Hastanesi baştabibi Dr. Zühtü Tevfik Erman ve çalışma arkadaşı Dr. Muazzez Barış'ın çocuklarda Méningite T.B. mevzuu üzerinde kıymetli tedkiklerine teşekkür ederim. Dünya Hekimliği Camiası içinde tüberkülozun Streptomycin ile tedavisi ve Meningite Tüberküloz'un Streptomycin ile tedavisi hakkında en az söz söylemiş olan biziz. Yani Türk hekimliğidir. 12. inci Milli Türk Tıp Kongresinde, 8 aylık kısa bir devreye inhisar eden müşahedeler de olsa, bu mevzuda Yedikule Verem Hastanesinin sunduğu kıymetli raporu şükranla karşılarım. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Kliniğinin de bol bir materyele ve istatistiğe dayanan ve bu konuya ait olan negriyatını da burada takdirle zikretmeden geçemiyeceğim.

Ben de Şişli Çocuk Hastanesindeki kliniğimde Méningite T.B. li hastalarla meşgul olmakda ve onların tedavi ve seyirlerini takib etmekteyim.

İki senelik müşahedelerimize nazaran bizim vefat nisbetimiz % 50 yi ya geçmemekte veya pek az üstünde bulunmaktadır. Tedavide Streptomycine'in halâ elimizde en kuvvetli bir vasıta olduğuna kaniim. Intratrakeal zerkler lüzumludur. Bazı müellifler yalnız adale yolu ile Streptomycine verilmesine tarafdar iseler de, likor'a geçişinin uzunluğu ve azlığı bu yolla iyi bir netice sağlanmasını imkânsız kılmaktadır.

Bir de Streptomycine tedavisinde, ademi muvaffakiyet sebebi olarak zikredilebilecek ve hastada Streptomycine'e karşı resistance hazırlayacak amillerden olan ve Streptomycine'in çocukda daha evvel görülen ufak bir perihilaire adenopathie ve hatta cervical adenopathi'lerde hemen lüzumunu düşünmeden ve hariçde bu işde o kadar bilgili ve salâhiyetli olmayan hekimler tarafından gelişi güzel tatbik edilen Streptomycin tedavisinden bahsedeceğim. Buna Streptomycin suiistimali de diyebiliriz. Bu çocuklarda Meningite T.B. tedavisinde müşkülât çekiyoruz. Streptomycine'e resistant vak'aların birçoğu bunlardandır.

Yedikule Verem Hastanesi çocuk kısmında Méningite T.B. vak'aları mortalitesinin yüksek olduğunu görmekteyiz. Bu vak'aların çoğunun ilerlemiş ve ihtilâtlı vak'alar olduğu ve bu mortalitenin bu faktörler göz önünde bulundurulursa yüksek sayılamayacağı hakkında Dr. Zühtü Erman arkadaşımızın fikirlerine iştirak ediyorum. Pro-

fesör R. Debré'nin kliniğindeki bizi optimisme götüren rakkamlara biz de erişemedik. Bizde görülen mortalitenin tahmini bir ifadesini daha evvel arzettim.

Medico-social bakımdan Meningite T.B. davasında prevention işi de vardır. İntana maruz kalan ve hastalık alan çocukların tecridi, erken tedavi ve kontrolla bu hususta mühim rol oynar. Bize gelen granül, Hilit ve diğer T.B. lezyonlu hastaların tıbbi bakımdan kontrol ve ponction'larla likor kontrollerini biz de yapmaktayız.

Son olarak Méningite T.B. için şehrimiz hastanelerinde mevcut olan yatak sayılarının arttırılmasını temenni ile sistemli muayene ve Streptomycine tedavisine çok şey borçlu olduğumuzu ve beklemekte olduğumuzu belirtir ve bu mühim, tehlikeli hastalıkla mücadelede ileriye ümitle bakan hepimizi hürmetle selâmlarım.

Dr. Zühtü Erman: (Son Söz):

Aziz arkadaşlar;

Ufacık tebliğimize gösterilen alâkaya minnetle teşekkür ederim, çok mütehasşisim. Şunu arzetmeden kendimi alamayacağım. Memleketimiz yurdumuz için bu günün aktüalitesi olan bu mevzua gösterilen bu alâka pek yerindedir. Yurdun her tarafında yapılan verem savaşı Devletin yaptığı işler arasında ön plâna alınmıştır. Bu arada menenjit tüberküloza da bir yer verilmesi bahusus böyle yurdumuzda olduğu gibi yakın şarkta bile ilk açılan bir merkezin faaliyeti pek tabiidir ki siz muhterem meslektaşlarımızın da alâkalarını celbedecektir.

Evvelâ Prof. Dr. Rasim Adasal arkadaşımızın buyurdıkları suallere cevap veriyim: Pek haklı olarak sordukları göz dibi muayenelerinde bulunan, papilla ödemi, hiperemi, vesairenin intrakraniyen tazyikten mütevellit olmasını diyorlar. Tüberküloza aidiyeti nekropsi ile tesbit edilmiş midir, buyurdular. Bir kelime ile cevap vereceğim, üzülererek arzedeğim, henüz otopsi ve anatomi patoloji laboratuvarımız yoktur, hastanemizin büyüklüğü sizi pek haklı olarak bize bu suali tevcih etmeye sevketmiştir. Fakat hastanem iki senelik, bu servisimiz de ancak sekiz aylıktır. Mamafih hastalarımızın menenjit tüberküloza musabiyetleri diğer laboratuvar muayenelerimizle beraber bilhassa direkt ve indirekt Koch basili muayenelerle tesbit edilmiştir. Anatomi patoloji ve nekropsi laboratuvarımızın noksanlığını idrak etmiş bir arkadaşınızım. İlk fırsatta bunu da tesis edeceğime emin olabilirsiniz.

Prof. Dr. Arif İsmet bey Hoca'ya minnetle teşekkür ederim. Gerek tedavi yolunda ve gerekse vefiyat istatistikimizin yüksekliği hususunda bendenizi teyitleri bu sahada çalışmamıza cesaret veriyorlar. Kendilerine tekrar arzı teşekkür ederim.

Aziz arkadaşım Prof. Dr. Vefik Vassaf'a da arzı teşekkür ederim. Bizi tenvir ettiler, kendileri hiç şüphesiz bu sahada bizden daha çok zaman evvel menenjitlilerle uğraşmışlardır. Mamafih pek tabii olarak yalnız hiperestezile bir teşhis koymaya imkân olmadığını kendileri bizden daha iyi bilirler. Bahusus bizim küçük çocuk hastalarımızın gösterecekleri fazla teheyyüçler bizi şaşırtmaması için daha fazla laboratuvar ve klinik muayenelerle teşhislerimizi teyit ediyoruz.

Dr. Neşati bey kardeşimize de gösterdikleri yakın alâkadan dolayı bilhassa teşekkür ederim. Gerek tedavi yolunda ve gerekse vefiyat istatistiklerimizde hemen hemen kendileriyle hemfikiriz. Hastalarımızı da bahusus bu servisimizde böyle menenjit tüberküloza müptelâ hastalarımızı çok uzun zaman alakoyarak takip edebiliyoruz. Öyle bir kaç aylık kısa bir devre ile hastalarımızı çıkartmıyoruz. Binaenaleyh istatistiklerimiz hemen hemen realiteye yakındır. Vefiyatımızın yüksek oluşunu da bilmünasebe arzettiğim gibi hastalarımızı, servisimizi açtığımız ilk zamanlarda devşirme usulile muhtelif hastanelerden toplamıştık. Vak'alarımız yeni değildi. Vefiyat yüksekliğini

ona atfediyoruz. Zaman geçtikçe daha yeni musap hastaları bulacağımızı ve bu rakamın daha düşeceğini ümit ediyoruz.

Muhterem Dr. Kenan bey kardeşimize gelince, zaten beraber kurduğumuz bu servisimizin meydana gelmesinde kendilerine minnettarız. Huzurunuzda bir daha teşekkür ederim.

Buyurdıkları gibi sistematik tedavinin muhakkak tesiri vardır. Biz de bu hususta çok titiz davranıyoruz. Yine vefiyatın yüksek olmasını vak'alarımızın eskiliğine atfediyoruz. Streptomisinin fena kullanılması hususunda kendilerile kati surette hem-fikiriz.

Bütün muhterem meslektaşlarıma gösterilen bu yakın alâkadan dolayı tekrar teşekkür etmeyi bir vazife bilirim.

Tıp Fakültesi II. Kadın Doğum Kliniği
çalışmalarından:
(Prof. Dr. Naşid Erez)

YENİ DOĞAN VE PREMATÜRE ÇOCUK SAĞLIĞI

Prof. Dr. Naşid Erez — Dr. Ercümen Bora — Dr. Sami Uç'ar

Çocuk sağlığı mevzuu ele alındığı zaman, hiç şüphe yok bütün çocukluk çağları buraya ithal edilir: Yeni doğan çocukluk çağı, süt çocukluğu, oyun çocukluğu ve nihayet okul çocukluğu. Yeni doğan ve süt çocukluğu çağı, her yerde olduğu gibi memleketimizde de, halâ çocuk ölümünün en yüksek olduğu bir devredir. Çocuk hastanelerinin ve çocuk hekimlerinin kesif olarak bulunduğu büyük şehirlerimizde dahi, bu ölüm nisbeti çok yüksektir. Meselâ: İstanbulda umumî ölüm istatistiğinde, 2 yaşına kadar ölenlerin nisbeti % 15 gibi yüksek bir adettir. Kışın bronkopnömoni'ler, yazın da ishaller ağır çocuk kaybına sebep olmaktadır. Çapadaki Üniversite Tıp Fakültesi II. Kadın-Doğum Kliniğinde 8 senelik bir materyele dayanarak hazırladığımız istatistiklere göre, bilhassa bizi alâkadar eden Yeni Doğan devresindeki çocuk sağlığını gözden geçireceğiz ve bu arada bilhassa çocuk ölümüne başlı başına bir sebep teşkil eden pre-matürite mevzuunu ele alacağız.

Yeni Doğan çağında, malûm olduğu üzere, çok muhtelif sebeplerden çocuklar kaybedilmektedir, pre-matüriteyi şimdilik bir tarafa bırakırsak kliniğimizde en ziyade tesadüf ettiğimiz, yeni doğan devresinde ölüm sebepleri şunlardır: Doğum traumalarından mütevellit hemorrajî menenje, atelektazi, asfiksi, malformasyonlar, atresia analis, pnömoni, eritroblastosis, Sy, göbek ve sair enfeksiyonlar... Eğer vak'a adedi olarak gösterirsek, kliniğimizde 8 sene zarfında 13788 doğumdan 127 Yeni doğan ölmüştür; yani aşağı yukarı % 1 in altındadır. Fakat pre-matüre doğumlar ve bunlardaki ölüm nisbeti başlı başına yüksek bir yekündür. Enternasyonal Çocuk Merkezinin neşrettiği bir raporda ilk günlerdeki çocuk ölümünün 3/4 ünü pre-matüre ölümü teşkil etmektedir. İşte bu sebepten dolayıdır ki, memleketimizde Yeni Doğan devresinde ağır çocuk kaybına sebep olan bu mevzuu, Millî Tıp Kongremizde ele almayı faydalı bulduk.

Avrupa, Amerika klinikleri ve kendi kliniğimiz istatistiklerine göre, her on do-

ğumda bir, 1 prematüre dünyaya gelmektedir. O halde nisbet % 10 dur. 944 - 951 seneleri zarfında kliniğimizde (13.788) doğum olmuştur. Bu çocukların (12.466) sı ergin, 1342 si ise prematüre idi. Bu adetleri yüzde olarak gösterirsek: % 90,2 ergin çocuk, % 9,8 prematüre çocuk nisbetlerini buluruz. Görülüyor ki, prematüre doğum oldukça yüksek bir adet teşkil etmektedir. Yalnız II. Kadın - Doğum Kliniğinde 8 sene zarfında 1342 prematüre bebeğin dünyaya gelmesi, hadisenin memleket çapında ehemmiyetini belirtme bakımından mühimdir.

1940-1949 seneleri zarfında İstanbulda (117.867) doğum olduğunu göz önünde bulundurursak, bunların (11.783) ü erken doğmuş demektir. Bu arada şunu da işaret edelim ki, kliniğimizdeki doğumların yekünü, İstanbuldaki bütün doğumların altında birini teşkil etmektedir. Bu da bize kliniğimizin büyük nisbette yeni doğan çocukla ve yeni doğan çocuk patolojisi ile karşılaştığını göstermektedir.

Bu erken doğan çocuklar eğer hususî bir bakıma muhtaç olmadan büyüselerdi, belki bu rakkamların ve bu konunun ehemmiyeti olmazdı. Halbuki gene kliniğimiz istatistiklerinden anlaşıldığı üzere prematürelerin % 35 i daha ilk günlerde imkânsızlıklardan dolayı ölmektedir. Daha sonraki günlerde göremediğimiz ve takip edemediğimiz bebekleri de göz önünde tutarsak, ölüm nisbetinin belki de % 50 yi aştığını tesbit edebileceğiz. Meselâ kliniğimizde doğan 1342 prematüre bebekten ancak 895 i kliniği canlı olarak terkedebilmiştir. «Prematürite» çocuk sağlığı bakımından çok önemli bir yer işgal etmektedir. Bugüne kadar bu cılız doğan çocuklara lâıyk oldukları ehemmiyet verilmiyor ve bilhassa klinik haricinde dünyaya gelen yavrular hemen hemen ölüme terkediliyordu.

Halen memleketimizde prematüre bakımı halledilmiş olmaktan çok uzaktır. Dağınık olarak doğum ve çocuk kliniklerinde prematüre bebelere daima tesadüf edilmektedir. Bugünkü modern görüşlere göre bir prematüre merkezinin kurulması ve bunun çalışması diyebiliriz ki, başlı başına bir devlet işidir. Zira böyle bir merkezin çalışması çok masraflıdır. Bu işlerden anlayan hekim, hemşire gibi mütehassısların yetiştirilmesi de ayrıca bir mevzudur. Meselâ Avrupada, nümune olarak gösterilebilen Paris'teki «Ecole de Puériculture» hemen hemen yalnız Amerikan sermayesi ile kurulmuş bir teşekküldür. Bir prematüre bebeğin günlük masrafı, çok yüksek fiatla alınan enkübatör'leri bir tarafa bırakırsak dahi, bir hayli yüksektir. Hususî personel, oksijen ve elektrik masrafı, steril çamaşır pamuk ve bilhassa lüzumlu ilâçlar, bu arada yapılan kan ve plasma nakilleri ve bebeğin beslenmesi hayli kabarık bir yekün tutar. Görülüyor ki, bu bir kaç satır içinde hesap edemeyeceğimiz kadar büyük masraflar karşısındayız. Fakat ne olursa olsun yukarıda rakkamlarla ifade ettiğimiz gibi, erken doğan çocuklar dünyanın her tarafında hemen hemen aynı yüksek adedi göstermektedir. Çocuk Sağlığı ve memleket davası bakımından bu gibi çocukların bakım ve tedavileri her sene bize binlerce yavru kazandıracaktır.

İşte, şimdi iki çok mühim mesele karşısında bulunmaktayız:

- 1 — Prematüre doğumları elimizden geldiği kadar önlemek,
- 2 — Prematüre doğanları yaşatabilme imkânlarını araştırmak.

İlkönce prematüre tabirinden kastedilen mana nedir, bunu kısaca izaha çalışalım: 1950 senesinde Cenevrede toplanan O.M.S. in eksper komitesi, bu cılız doğan çocuklar için kullanılmakta olan çok muhtelif isimleri (débilité, immaturité, naissance avant terme v.s. gibi) bir tarafa bırakarak, gebelik müddetini nazarı itibara almaksızın 2500 gr. veya 2500 gr. dan daha aşağı tartıda olan bebelere Prematüre tabirini kullanmayı kabul etti. Tabiidir ki, tartı burada esas olmakla beraber diğer prematürite belirtilerinin de ehemmiyeti vardır; meselâ boy, 48 cm. den aşağıda olmalıdır. Gebelik müddetinin nazarı itibara alınmaması çok haklı bir görüştür, zira zamanında doğduğu halde prematüre olan, veyahutta gebelik müddetini tamamlamadan doğan normal ço-

cuklara tesağüf edilmektedir. Ayrıca prematüre doğanları tartılarına göre de bir tasnife tabi tutmak icabetmektedir. Muhtelif klinikler ve muhtelif ekoller aşağı yukarı birbirine yakın tasnifler yapmışlardır. Biz kliniğimizde çok pratik olan şu tasnifi senelerdenberi kullanmaktayız:

1000 gr. dan az olanlar, 1000 - 1250 gr. 1250 - 1500 gr. 1500 - 1750 gr. 1750 - 2000 gr. ve nihayet 2000 - 2500 gr. a kadar olanlar. Bu tasnife göre kliniğimizde prematüre doğanlar ve bunlardaki ölüm nisbeti, bebeklerin doğum tartıları arttıkça, proporsyonel olarak azalmaktadır. Meselâ 1000 - 1250 gr. arasında ölüm % de 90 olduğu halde 2000 - 2500 gr. arasında bu % 13 e kadar düşmektedir.

Şimdi yukarıda işaret ettiğimiz gibi, mümkün olduğu kadar prematüre doğumlara mani olma yollarını araştıralım:

Bu, en başta, kanaatimizce tamamen sosyal bir mevzu olup, bugün dünyanın her tarafında tatbik edilegelmektedir. Bu teşkilâtın ismi (Sosyal Emniyet) Sécurité Sociale'dir; buraya bütün çalışan vatandaşlar dahildir. Anne gebelikten şüphe edince mahalli teşkilâta müracaat ederek gebelik deklarasyonunu yapar.

Normal olarak seyreden bir gebelikte anne 3 defa kendisini muayene ettirmek mecburiyetindedir. Birinci muayene ilk 3 ay içinde daima bir hekim tarafından yapılır. 3 üncü ve 6 ncı aylarda 2 inci ve 3 üncü muayeneler yapılır. Bu arada icabeden bütün laboratuvar araştırmaları ve bilhassa Rh faktörünün tayini anne ve babada tamamlanır. Bütün bu muayenelerde müstakbel anneye her türlü kolaylık gösterilir, hattâ muayeneye zamanında geldiği için de kendisine teşvik edici mahiyette ufak bir ücret verilir. Teşkilât doğacak illejitim çocuklar için de aynı hakları tanıdığından, ekseriya prematüre doğumlara yol açan, antenatal bakım noksanı ve psişik sebebler azalacaktır. Bu bir kaç satır içinde bütün bu teşkilâtın hususiyetlerini belirtmek imkânı olmadığından, ancak ana hatları çizmekle iktifa ediyoruz. Meselâ, annenin bütün gebelik müddeti zarfında daimi kontrolü ve edükasyonu, prematürte sebeblerinden mühim bir kısmını teşkil eden, fena beslenme, avitaminozlar, Sy., Tbc., gibi kronik enfeksiyonlar, kalp, böbrek ve andokrin bozuklukları, kan hastalıkları ve bilhassa Rh. iso-immunisation'u, sürmenaj, andojen ve eksojen zehirlenmeler, traumatik sebebler, uterus ve yollara aid, miyom, andometrit gibi jinekolojik sebebler, daha başlangıçtan itibaren nazarı itibare alınacağından, yukarıda işaret ettiğimiz gibi prematüre doğumlar da mümkün merteye azalacaktır. Tabiidir ki mültipl gebelik, pelvis ve vertebra deformasyonları, gayri müsait yerlere vaki olan emplantasyon, placenta praevia gibi, mani olamayacağımız sebebler de prematüre doğumlara yol açmaktadır. Fakat Sy. ve bilhassa memleketimizde Tbc. gibi enfeksiyonlar, suzalimantasyon, sürmenaj ve traumatik sebebler çok daha fazla prematüre doğumlara sebep olmaktadır.

İşte bu hususu göz önünde tutarak biz de kliniğimizde Antenatal Bakımı tesis ettik. Yukarıda işaret ettiğimiz «Sécurité Sociale»'in adeta küçük bir nümunesini kurduk. Polikliniğimize her müracaat eden müstakbel annede idrar ve kan muayeneleri yapılmakta, T.A. li ölçülmektedir. Ayrıca matbu olarak dağıtılan öğütler ile anneler hijyen şartlarına riayete teşvik edilmektedir. Antenatal muayenelerde kliniğimizde en ziyade ehemmiyet verdiğimiz, umumî araştırma yanında Sy ve bilhassa memleketimiz için Tbc. cihetinden gebelerin tetkikidir. Her gebelik deklarasyonu yapan anne skopi ile kontrol edilmekte ve şüpheli bir vaziyette derhal grafi yapılmaktadır. Bundan başka gebeliğin 6 ncı ayından sonra doğuma kadar hastalar her ay kontrole tabi tutulmaktadırlar. Diyebiliriz ki kliniğimizde tatbik ettiğimiz bu antenatal bakım sayesinde bir çok doğum komplikasyonları önlenmekte ve erken doğumlara mani olunmaktadır. Halkta antenatal bakıma olan alâkayı uyandırmak icabetmektedir. 945 senesinde antenatal muayeneye 2092 hasta gelmişken, dağıtılan öğütler ve yapılan propaganda ile bu adet 951 de 3540 a kadar yükselmiştir. (Antenatal muayeneye baş vuran hasta ade-

di). Böylece antenatal muayene ve bakımın prematürite'yi önleme bakımından ehemmiyetini tebarüz ettirmiş olduk.

Şimdi ikinci mühim mevzuu, prematüre doğanların bakımı meselesidir. Bu dar çerçevede dahilinde uzun uzadıya bir prematüre merkezinin çalışma tarzından bahsedecek değiliz. Yalnız idealimiz, Kadın-Doğum kliniklerine bağlı Yeni-Doğan servisi yanında küçük çapta dahi olsa bir prematüre servisinin kurulmasıdır. Zira memleketimizde prematüre çocuklarla toplu olarak ilk karşılaşan bu kliniklerdir. Böylece hayat kaybetmeden mes'ul ellere teslim edilen yavruların hayatını kurtarmış ve memleketimizde her sene binlerce çocuk kazandırmış oluruz.

Şimdiye kadar söylediklerimizi bir kaç satır içinde hülâsa edersek:

HÜLÂSA

1 — Prematüre doğumları büyük bir nisbette azaltacak olan Antenatal muayene ve bakımı bütün memleketinde organize etmek.

2 — Kadın-Doğum Kliniklerinde, Doğum evlerinde ve ayrıca müstakil olarak, hiç olmazsa nüfus kesafetinin ve doğumların fazla olduğu büyük şehirlerde Prematüre merkezleri kurmak.

3 — Sosyal emniyet teşkilâtını bütün medeni memleketlerde olduğu gibi, bizde de geliştirmek.

Dr. Halit Şevki Akyüz:

Arkadaşımızın verdiği izahattan dolayı teşekkür ederiz. 20 seneye yakın bu işle uğraşmış bir hekim arkadaşınız sıfatıyla prematüre doğumlara 90 % nisbetinde ölümlerle nihayetlendiğini görmekle müteallim olmuş vaziyetteyim. Bu sebepten Doğum evlerinde yapılmasını teklif ettikleri prematüre santrallerin sağlık merkezleriyle paralel küçük merkezlerin kurulması lâzım olduğu kanaatindeyim. Öyle zan ediyorum, ikiz, üçüz, dördüz doğuma kabiliyeti olan Türk analarının emekleri, sıkıntıları da boşa gitmiyecek, nüfus siyasetimizin ilerlemesi temin edilerek muhtaç olduğumuz nüfusun miktarı eminim ki daha çok artacaktır. Bu günkü mali imkânlarla yalnız doğum kliniklerinde açılacak prematüre işle uğraşacak santrallerin tedricen de olsa teşmili çok hayırlı neticeler vereceği şüphesizdir.

Dr. Necdet Erenus:

1 — Prematüre çocuklar için merkezleri önce üniversitelerde sonra şehirlerde açılacağı daha önce ve daha ucuz olarak gebelik devrinde kontrol ve muayene etmelerini temin etmek doğru olur.

2 — Ebelerden istifade ederek antenatal bakımı kolayca temin etmek mümkündür.

Dr. Kenan Aker:

İstanbul Üniversitesi II inci Doğum ve Kadın Kliniği Direktörü Prof. Dr. Naşit Erez ve çocuk mütehassısı Dr. Sami Uç'ar arkadaşımızın kıymetli raporuna teşekkür ederim. Bu klinikte 8 senelik bir materyel üzerinde verilen istatistikler arasında, Yeni-

Doğan çocuklar arasında Erythroblastosis'dan ölümün nisbeti hakkında malûmat rica ederim.

Premature çocuk mes'elesinde korunma, annenin miadında çocuk doğuracak hale gelmesi Doğum ve K. Hastalıkları şubesinin alâkadar olacağı bir konudur. Biz, Prematüre çocuk mes'eleşi hakkında konuşacağız. Bu hususda (immature çocuk) tabiri de kullanılmaktadır. Arkadaşımız, prematüre çocukları tartıları bakımından çok etraflı bir tasnife tabi tuttular. (2000) gram'ın üstünde çocukların kuvvöz ihtiyacı —Patolojik arızalar müstesna— olmadığı cihetle bizim memleketimizde henüz 1000 - 2000 gram arasında prematüreler için tesirler de olmadığına göre 2500 gramlık çocukların prematüre mevzuu olarak ele alınmasına taraftar değilim.

Prematüre çocukların her memlekette olduğu gibi yeni doğan çocuklar arasında bizim memleketimizde de istatistikal bakımdan küçümsenmeyecek bir rakam arzedeceğini zan ediyorum. Onun için, bir taraftan annelerin antenatal muayene ve kontrolleri ile bunları bugünkü ilmi malûmatımızın ışığı altında önlemek, ve diğer taraftan Prematüre ve cılız olarak doğan çocukları yaşatmağa çalışmak ve bunlar arasındaki mortaliteyi düşürmek tıbbi ve içtimaî davalarımız arasındadır. Bunun için, doğum evlerinde ve doğum kliniklerinde birer prematüre merkezi kurmak, bunların bakım için yetkili hekimler ve hemşireler yetiştirmek lâzımdır. İleri memleketlerde prematüreler için ambulotoire servisler bile yapılmış ve prematürelerin bir yerden diğer yere âcilen nakli için taşınabilir basit kuvvözler kullanılmıştır. Bizim için şimdilik bu kadarını istemeğe sıra gelmemiştir. Prematüreleri yaşatmak, bakmak ve tedavi etmek için küçük merkezler açmak ve bilgili insanlar yetiştirmek zaruridir. Bu suretle bir çok hayat kazanmak ve dolayısıyla çocuk mortalitesini azaltmak imkânı hasıl olacaktır.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizyoloji Kliniği
(Prof. Dr. Nusret Karasu)

ANKARADA NECATİ BEY İLK OKULUNDA B.C.G. AŞISI TATBİKATININ BİR SENELİK NETİCELERİ

Dr. İlhan Vidinel — Dr. H. Nalbantoğlu

Garp memleketlerinde BCG veremden korunma aşısı tatbikatına başlanalı bir çeyrek asır geçmiş bulunuyor. Bu müddet zarfında BCG hemen hemen her memlekette yapılan gayet dikkatli araştırmalarla tetkik edilmiş ve netice daima aşı lehinde olmuştur. BCG tatbikatı memleketimizde oldukça yenidir. Verem mortalitesinin pek fazla ve mücadele tedbirlerinin zayıf olduğu memleketimizde BCG aşısının verem savaşının en önde gelen silâhlarından birini teşkil edeceğine inanıyoruz. Aşının kıymetini belirtmek maksadile yapılan çalışma bu husustaki kanaatimizi daha da kuvvetlendirmiştir.

Ankara Veremle Savaş Derneği ile işbirliği yapan Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizyoloji Kliniği tarafından 1950 senesi Mart ayında Ankara İlkokullarında 14 238 öğrenciye Pirquet reaksiyonu yapılmış ve menfi cevap verenlerden ailesi aşıya

rıza gösteren 4 328 ilk okul öğrencisine BCG aşısı tatbik edilmiştir. İki ay sonra yapılan aşı kontrollerinde aşuların % 96.4 gibi büyük bir nisbette tutmuş olduğu anlaşılmıştır.

Biz 1950 senesindeki aşı tatbikatı esnasında Necatibey ilkokulunda tüberkülin tatbikine tabi tutulmuş ve aşılanmış çocukları 1951 senesinde yeniden tetkik ettik. 1950 senesinde Necatibey okulunda 990 öğrenciye tüberkülin tatbik edilmiş, bunların 431 i pozitif reaksiyon vermiş ve menfi reaksiyon veren 559 kişiden ailesi aşıya rıza gösteren 297 çocuğa BCG aşısı yapılmıştı. İki ay sonra yapılan kontrollerde 7 kişinin aşılarının tutmadığı görülerek yeniden BCG aşısı tatbik edilmişti. Yani aşuların tutma nisbeti % 97 idi. 1950 senesi Mart ayında Necatibey İlkokulunda Pirquet negatif nisbeti vasatı olarak % 56 olarak bulunmuştur. Pirquet negatif nispeti birinci sınıflarda % 70, ikinci sınıflarda % 59, üçüncü sınıflarda % 53, dördüncü sınıflarda % 51 ve beşinci sınıflarda % 49 dur. Bu rakamlar tüberküloz enfeksiyonunun memleketimizde ne kadar fazla olduğunu ve yaş ilerledikçe enfeksiyonu alanların ne derecede süratle arttığını göstermektedir. Bu rakamların sadece Pirquet neticeleri olduğunu da göz önünde bulundurmamak lazımdır.

Biz 1951 senesi Nisan ayında okula giderek 1950 yılı Mart ayında yapılmış bulunan BCG aşularını kontrole başladık. Evvelâ bir sene önce tüberkülin tatbik edilmiş çocukları üç guruba ayırdık.

I — Bir sene evvelki Pirquet tatbikatında pozitif reaksiyon verenler.

II — Negatif reaksiyon verdikleri halde ailelerinin rızası olmadığı için aşılanamayanlar.

III — Negatif reaksiyon verip BCG aşısı tatbik edilenler.

Bir sene evvel yapılan aşılama esnasında bu üç guruba dahil çocukların hiç birine minyatür radyografi yapılmamıştır. Bu sebepten dolayı bütün çocukların aynı şartlar altında olduğunu kabul edebiliriz.

Çalışma plânımız şu şekilde idi: Her üç grup evvelâ klinik muayeneye tabi tutuluyor, müteakiben herkesin minyatür radyografisi alınıyor ve Pirquet tatbik ediliyor, Pirquet'ye negatif cevap verenlere Mantoux yapılıyordu. Minyatür radyografide şüpheli görülenlere büyük film çekiliyor ve sedimantasyon yapılıyordu. Bu suretle ayırdığımız üç grup arasında tüberküloz bakımından bir sene zarfında meydana çıkmış bulunan farkları araştırmaya çalıştık.

Mantoux reaksiyonu için 1/1000 kesafetinde O T kullandık. Evvelâ yapılan tüberkülin tatbikatı esnasında bütün Necatibey Okulunda negatif tüberkülin yüzdesi % 23,7 bulunmuştur. Aynı nisbet sadece ikinci sınıflarda % 33 üçüncü sınıflarda % 20, dördüncü sınıflarda % 26, beşinci sınıflarda % 13 idi. Geçen senekilerle bu rakamlar arasındaki fark yapılan BCG aşularına ve yeni enfekte olanlara aittir. Necatibey Okulunda tetkik ettiğimiz her üç gruptaki talebe yekûnu 771 kişi idi. Bunlardan 306 sı 1950 senesinde Pirquet pozitif olanlar, 223 üntü Pirquet negatif buldukları halde ailelerinin rızası olmadığı için aşılanmayanlar, 242 sini de Pirquet negatif olup aşılananlar teşkil ediyordu. 1950 senesinde Pirquet'leri pozitif olan 306 öğrenciden 12 si 1951 senesinde hem Pirquet'ye hem de 1/1000 Mantoux reaksiyonuna negatif cevap verdiler. Bu negatif neticenin daha yüksek tüberkülin konsantrasyonlarına çıkmamış olmamızdan dolayı meydana geldiği düşünülebilir. Fakat diğer bir görüş de bunların enfeksiyonu geçirdikten sonra uzviyetlerini tüberküloz basili cihetinden tamamile sterilize eden gayet sağlam bünyeli çocuklardan müteşekkil bulunabileceğidir. Bu çocuklar arasında tüberküloz vak'asına tesadüf edilmemiştir.

1950 senesinde Pirquet'leri pozitif olan ve 1951 senesinde tekrar muayene edilen 306 öğrencinin 32 sinde aktif tüberküloz tesbit ettik. Bu çocukların hepsinde sedimantasyon süratı tetkik edilerek faaliyet hali tesbit edilmiştir. Bu 32 çocuğun 23 ünde hi-

lit, 2 sinde sissürit, 4 ünde perihilit, birinde aktif halde primer kompleks, birinde ate-
lektazi ve birinde de adenit tüberküloz tesbit ettik.

İkinci grupu teşkil eden ve 1950 senesinde Pirquet negatif buldukları halde
aşılanmıyan 223 çocuktan 75, 1951 senesinde tüberkülin pozitif olarak bulunmuştur.
Yani bir sene içinde bu çocuklarda enfekte olma nisbeti % 33 tür. Bu rakam şehirdeki
enfeksiyonun kesretini açıkça gösteriyor. Bir sene içinde enfekte olan bu 75 çocuk ara-
sında da 11 tanesi faal olarak hasta bulunmuştur: 5 çocukta hilit, iki tanesinde perihilit
bir tanesinde plörezi, diğer birinde zirvede tüberküloz enfiltrasyonu nihayet bir ço-
cukta da adenit tüberküloz tesbit edilmiştir. Üçüncü gurubumuz olan BCG aşısı ya-
pılmış 242 çocukta hiç bir tüberküloz vak'asına tesadüf edilmemiştir. Bu çocukların
140 ı Pirquet ye negatif cevap vermişler, müteakiben yapılan 1/1000 Mantoux reak-
syonu ile negatif reaktör adedi 26 ya inmiştir. Yani bir sene sonra aşılardan % 89,2 sinde
tüberkülin pozitifliği devam etmekte idi. Buradan çıkaracağımız netice B.C.G aşısı
kontrollerinde Mantoux reaksiyonunun ihmal edilmemesidir. BCG allerjisi nisbeten za-
yif olduğundan Pirquet reaksiyon verenler oldukça azdır.

Negatif reaksiyon veren 26 çocuğun 10 u bir sene evvel BCG aşısından iki ay
sonra yapılan aşı kontrollerinde bulunmayanlardır. Muhtemeldir ki bunlarda da reak-
tivasyon icap ediyordu. Diğer 16 kişi aşı kontrollerinde pozitif reaksiyon verenlerdir.
İntimal allerjileri kısa sürmüştür, bunlar yeniden aşlanmışlardır. Almış olduğumuz
neticeler arasındaki bariz fark BCG nin ne derecede müessir olduğunu açıkça gösteri-
yor. Bütün dünyada aynı yolda yapılan araştırmalar da bizim tetkiklerimize tevafuk
eden neticeler vermiştir.

(Kütahya Memleket Hastanesi Dahiliye Servisi çalışmalarından):

BOYUNDA VAGUS SİNİRİ ÜZERİNDE LOKALİZE NEUROM İLE BİRLİKTE SEYREDEN BİR NEUROFİBROMATÖZ VAK'ASI MÜNASEBETİYLE

Dr. Feridun Timur
Dahiliye mütehassısı

Neurofibromatosis için karakteristik olan deri tümörlerinin klinik tablosunu ilk
defa 1793 de Tilesius çizdi (1). 1849 da Smith (2) hastalığı daha etraflıca inceledi. Ve
nihayet 1882 de von Recklinghausen (3), kendi adı ile anılan hastalık için karakteris-
tik olan patolojik değişiklikleri tarif etti.

Neurofibromatosis, Landowski triadı denilen üç semptomla karakterizedir:

1. Deri tümörleri: Bunlar deride veya deri altında bulunurlar. Cesametleri çok
değişiktir. (Meselâ Piollet'nin bir vak'asında bu tümörlerden biri 5.600 gram geliyordu
(4). Bazan tümörlerden biri diğerine nazaran daha büyüktür. Fransızlar buna **tumeur
royale** adını verirler. Ekseriya yumuşak olan bu deri tümörleri bazan kireçlenerek sert
bir kıvam alırlar (5). Fibromların ayak tabanında veya el ayasında görülmesi oldukça
nadirdir (6). Fibromlar nadiren mukozalarda da yerleşirler. Meselâ ağız mukozasında
bulunabilirler (5).

2. Pigmentasyon: Esmer renkte veya sütlü kahve rengindedir. Benek şeklinde

veya geniş esmer sahalar halinde olur. Mukozalarda görülmesi nâdirdir. Bazan kıllı nevüsler de bulunabilir.

3. Sinir tümörleri : Sinirlerin mesirinde bulunan tek veya müteaddit nodüllerden ibarettir. Saplı veya sapsızdırlar. Vak'aların bir kısmında tümör tesbit edilmez fakat sinirler kalınlaşmış olarak bulunur.

Sinir tümörleri omurilik veya kafadan çıkan derin veya sathî sinirler boyunca bulunabileceği gibi visserlerde, menenj veya merkez sinir sisteminde de bulunabilir. Neurofibromlar vak'aların % 8 (Picqué), % 12 (Garré) sinde maligne bir istihale gösterirler (4). O zaman çeşitli organlarda husule gelen metaztazlardan mütevellit belirtiler ortaya çıkar. Beyinde husule gelen metaztazlar nâdiren paralizi jeneral tablosunu bile taklid ederler (7). Nörofibromlar bazan umulmadık komplikasyonlar da yapabilir. Çok nâdir olarak mide neurofibromatozundan mütevellit mide ülseri ve karaciğer kavernomu da görülebilir (8). Neuromlar tek veya müteaddittir. Kafa sinirleri içinde en sık görülenleri n. acusticus neuromlarıdır. N. opticus ve n. facialis neuromları daha nâdirdirler.

Gene nâdir görülen neuromlardan biri de n. vagus neuromudur. Bizim hastamızda klinik muayene ile yalnız boyunda sağ vagus üzerinde bir tek neurom tesbit ediliyordu. Spinal sinirlerden cruralis üzerinde de neurom tesbit edilmiştir (9).

Recklinghausen hastalığında bu triaddan başka aklı sahada da bozukluklar görülür. Hastalığın tipik şekli yanında früst şekilleri de vardır, ki teşhis zorluğu da esasen bunlardadır. Fransız otörleri, bu früst şekilleri (a) Pigmanter şekil, (b) Visseral şekil ve (c) Larve şekil olmak üzere belli başlı üç tip altında toplarlar. Recklinghausen hastalığında spina bifida, konjenital kalça çıkığı, v.s. gibi çeşitli deformasyonlar sık görülür. Früst şekillerde kemik bozukluklarına daha sık rastlanmaktadır (10).

Histo-patolojik olarak deri tümörleri fibrom, sinir tümörleri de neuro-fibromdur. Bu tümörlerin menşei hâlâ münakaşa konusudur. Fransızlara göre (11, 12) merkezi lezyonlar glia'dan, muhiti lezyonlar ise Schwann tabakasından menşelerini alırlar. Bu sebepten neurofibromatose yerine **neurogliomatose** tâbiri kullanılsa daha iyi olur (13). Alman ve Anglo-Amerikan müelliflerinin bir çoğu (14, 15) bu görüşe iştirâk etmezler. Bu otörlere göre tümörler, olgun doku hücrelerinin bir takım muharrîş tesirlere karşı bir reaksiyonundan başka bir şey değildir. Bu tahriş, merkez sinir sisteminde ise glia dokusu gliose, muhitte ise endoneurium fibroblastları **neurofibrôme** teşekkülü ile cevap verirler.

Recklinghausen hastalığında verasetin önemi büyüktür. Nitekim hastalığın saf veya früst şekilleriyle bir ailenin muhtelif ferdlerinde görülmesi hiç de nâdir değildir (16,5). Hastalık çok defa puseler halinde ilerler. Sonraları sabitleşir. Gerilediği de vâkidir (17).

Yukarda da belirttiğimiz gibi, nervus vagus üzerinde neurom görülmesi literatürde sık rastlanan bir keyfiyet değildir. Aşağıda observasyonunu sunduğumuz vak'ada boyunda sağ vagus üzerinde böyle bir tümör vardı ve üzerine basılınca şiddetli öksürük nöbetleri, siyanoz, disfoni husule geliyordu.

İsmail K., 43 yaşında, rençber. Hastalık 17 yaşlarında iken İspanyol nezlesine tutulup iyileştikten sonra başlıyor. Vücudünde yer yer küçük düğümler beliriyor, hiçbir rahatsızlık vermedikleri için ehemmiyet vermemiş. Seneler geçtikçe bu düğümler çoğalıyor ve büyüyor, bazıları ceviz kadar oluyor. Yer yer esmer lekelerin ve benlerin çıktığını farketmiş. Bundan 15 sene kadar evvel boynunun sağ tarafında bir ur belirmiş ve gittikçe büyüyerek bir portakal kadar olmuş (Şekil 1). Bundan 6 ay evvel tesadüfen bu ur üzerine basınca boğazında bir gıcıklanma hissetmiş. Son birkaç aydır bu gıcıklanmaya şiddetli öksürük nöbetleri, ses kısıklığı ve boğulma hissi eklenmiş. Ura el sürmezse bu şikâyetlerin hiçbiri olmayormuş.

Hastada göze çarpan ilk şey, baş derisi dahil olduğu halde bütün deri üzerinde serpilmiş olan deri tümörleridir. Bu tümörler darı tanesinden kestane büyüklüğüne kadar değişik cesamette idiler. Üzerleri düz, parlak fakat renk ve görünüm bakımından normal bir deri ile örtülmü idiler. Küçük tümörler sapsız, daha büyücekleri zeneplenmeğe temayül ediyorlar. Keza bütün deride çoğu nokta halinde, 3-4 tanesi de 3-5 sm. genişliğinde koyu esmer pigmantasyonlar görülmüyordu. Basmakla deri tümörleri ağırlı değillerdi.



Şekil - 1

Asıl önemli bulgu, n. vagus üzerinde, uzun diyametresi sinirin gidişine çevrilmiş, portakal veya kaz yumurtası büyüklüğünde, oldukça sert kıvamda bir tümörün mevcudiyeti idi. Sinir boyunca az hareketli olan bu tümör ağırlı değildi fakat parmaklar arasına alınınca şiddetli öksürük nöbetleri, siyanoz, disfoni husule geliyordu. Kalb ritminde bir değişiklik tesbit edilmedi. Ağız, boğaz ve rektal mukozalar tamamen normal bulundu. Sistemlerde kayda değer bir bozukluk tesbit edilmedi. Hastada cinsî iştah tabii idi.

Hasta eterle uyutularak sağ vagus'u bir manşon tarzında içerisine alan ve fakat bundan kolayca ayrılan 77 gram ağırlığında ve 6.5 sm. uzunluğunda, 5.3 sm. genişliğinde oldukça sert kıvamda bir tümör çıkarıldı. Tümörün çıkarılması sırasında hastada şiddetli öksürük nöbetleri husule geldi. Mikroskopik muayenede : Geniş nekroz sahaları etrafında ödemli bir doku içinde bağ dokusu huzmelerinin çaprazlaştıkları yerlerde iğ gibi uzunca nüveli hücrelerin ritmik bir strüktürü taklid eder bir şekilde dizildikleri görülmektedir. Yapılan van Gieson boyasında bağ dokusu kırmızı, sinir dokusu sarı renkte görülmektedir. Teşhis: ödemli ve nekrotik neuro-fibrom.

Referanslar

1. W. G. Tilesius : Historia pathologica singularis cutis turpitudinis, Leipzig, 1793.
2. R. W. Smith : A Treatis on the Pathology, Diagnosis and Treatment of Neuroma, Dublin, 1849.
3. v.F. Recklinghausen : Ueber die multiplen fibrome der Haut und ihre Beziehung zu den multiplen Neuromen, Berlin, 1882.
4. F. Vanzetti : (tarafından zikredilmiştir) Tratt. Ital. di Anatomia Patol., UTET, Vol. 1. 751-2, 1938.
5. S. Uzel, R. Kınacıgil : Poliklinik, 113:130, 1942.
6. Ş. H. Tiner : İstanbul Seririyatı, No. 11, 1933.
7. M. O. Uzman, İ. Ş. Aksel : İstanbul Seririyatı, 7:658, 1933.
8. Konos, Archalao : J. Société de Neurologie, 79, 1931.
9. Bérard, Etienne-Martin, Henry : Presse Méd., 54:1093, 1935 (Referat)
10. Grenet, Ducroquet, Isaac-Georges, Macé : Presse Méd., 102:2060, 1934.
11. Masson : Revue canadienne de Biol. 1:209, 1942.
12. Cornil, Kissell, Beau, Alliez : Presse Méd., 41:2077, 1933.
13. Alliez, Roger, Joseph : Presse Méd., 104:2113, 1935.
14. Bielschowsky, Rose : J.f.Psychol. und Neurol. 35:42, 1927.
15. Penfield, Young : Arch. Neurology and Psychiat., 23:320, 1930.
16. Hein, Reavis : Am. Practitioner and Digest of Treatment, 1:29, 1950
17. Caillau : Encyclopédie Médico-Chirurg., 12112:5, 1936.

HÜLÂSA

Klinik olarak tek neuromu boynun sağ tarafında vagus siniri üzerinde oturan ve tazyik edilince öksürük nöbetleri, disfoni ve siyanoz yapan bir Recklinghausen vak'ası takdim edildi. Neuromun, n. vagus üzerinde oturması literatürde pek sık rastlanan bir olay olması, bu vak'anın enteresan tarafını teşkil eder.

AĞIZ MUCOSA'SI İLE BÜTÜN DERİYE YAYGIN İKİ NEURODERMO-FİBROMATOSİS VAK'ASI

Prof. Ziya Cemal B. Aksoy

Bugün sizlere gerek bütün deriye intişarı ve gerekse ağız mucozasında yer alıp bir protez yapılmasına imkân bırakmaması bakımından alâka uyandıracağına kanaat getirdiğim iki Neurodermofibromatosis vak'asından bahsetmek istiyorum. Bunlar iki kardeş olup her ikisinin derisinde müteaddit Neurodermofibromatosis münteşir bir halde bulunduğu gibi bunlardan M.S. adındaki kadın hastanın ağız mukosa'sında da aynı tümöral teşekküllere rastlanmakta idi (Şekil: 1, 2, 3).



Şekil 1 : İki kardeşte Neurodermofibromatosis

Ağız içinde bulunan ve takım diş protezi yapılmasına imkân bırakmayan ular tarafımdan kaldırıldı. Altçene mucosa'sı altında yer alan ve mercimek büyüklüğünden leblebi cesametine kadar değişen uların istisalinden sonra hasta bir protez yaptra-bildi. Ağızdan çıkarılan uların Tıp Fakültesi Patolojik-Anatomi Enstitüsünce yapılan tetkiki bunların Neurodermofibromatosis olduğunu teyit etti (Şekil: 4, 5).

Bu hastalardan biri 50 yaşında Bayan M.S. ve diğeri 45 yaşında Bay İ. Ş. olup

annelerinde aynı urların mevcut bulunduğunu söylemektedirler. Valdeleri 26 yaşında kansızlıktan ölmüş ve iki kız, iki de erkek çocuk doğurmuş olup bunlardan en büyükleri hastamız bayan M.S. ve en küçükleri bay İ.S. dir. Bu iki kardeşin arasındaki ikinci kız kardeşte ur bulunmamakta ve üçüncü erkek kardeşin ise sağ yanağında ancak bir tek ur vardır.

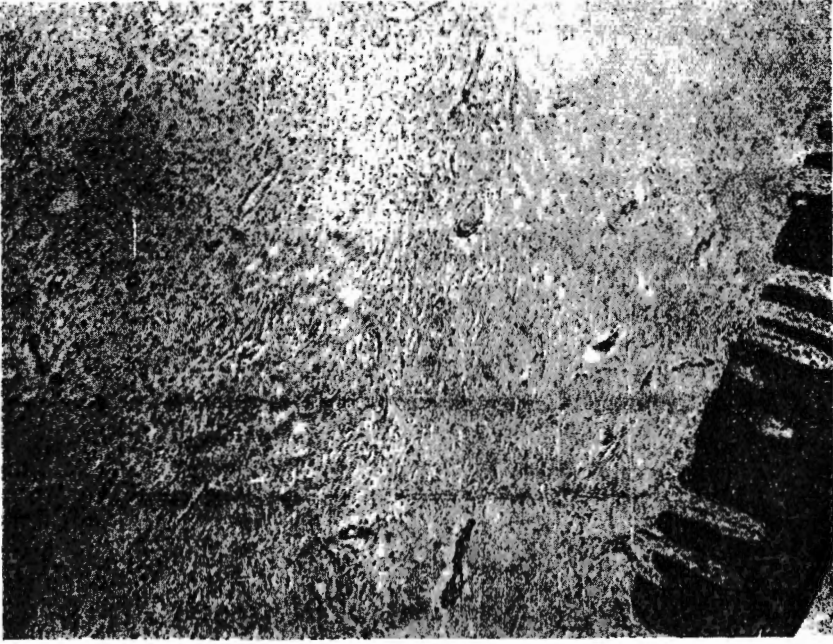


Şekil 2 : Aynı kadın hastanın sırttan görünüşü

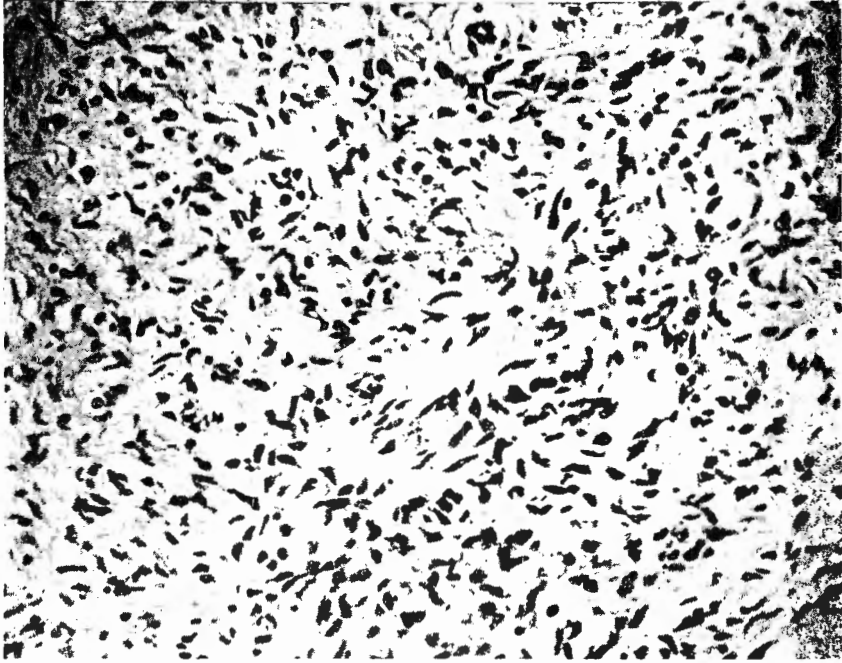


Şekil 3 : Aynı kadın hastanın bacaklarında Neurodermofibromatosis

Fotografları (şekil: 1, 2, 3) de gösterilen hastalarımızdan bayan M.S.'un derisindeki urlar 13-14 yaşlarında ve bay İ.S.'nin ise 17-18 yaşları arasında husule gelmeye başlamış ve bunlar ilk defa topluğne başı gibi küçük tomurcuklar halinde iken yavaş yavaş büyümüş ve fotoğraflarda görüldüğü şekli almıştır. Her iki hasta asabiyet, uykusuzluk, basit sebeplerden üzülmüş sıkılmak, her hangi ehemmiyetsiz bir vak'anın tesirinde uzun zaman kalmak gibi hallerden müşteki olduklarını ve kendilerinde neurasiteni halinin bulunduğunu söylemektedirler. Bunlardan bayan M.S. evlenmemiş ve bay İ.S. ise evli olup iki çocuğu vardır, fakat çocuklarında tümöral teşekküller görülmemektedir. Bayan M.S.'nin kulaklarında uğuldama mevcut olup az işittiğini ve kelimeleri pek iyi kavrayamadığını da ifade etmektedir. Yukarıda da arzettiğim vechile, hem deride intişarları ve hem de ağız içinde yer alıp bir protez yapılmasına mümanaat etmesi, aynı zamanda urların her iki hastada buluşu takiben başlamış olması, irsiyetle ilgisi bulunması dikkati çekmektedir.



Şekil 4 : Aynı kadın hastanın ağzından alınan ura ait mikrofotoğram
(64 defa büyütülmüştür.)



Şekil 5 : Aynı kadın hastanın ağzından alınan ura ait mikrofotoğram
(240 defa büyütülmüştür.)

SEKSIYON B :

28 Eylül 1952 Pazar

Saat : 9.00

İstanbul Üniversitesi Hukuk ve İktisat Fakülteleri
II. No. lu Dershanesinde

Başkanlar : *Prof. Dr. Ziya Cemal Büyükkaksoy*
Dr. Fethi Erden

BİR LATERAL İNFARKTÜS VAK'ASI

Doç. Dr. Cihat Abaoğlu, Dr. Vehbi Göksel, Dr. Kâmuran İzmirli

Hastamız H. T. 60 yaşında ev kadını.

Kliniğimize ilk defa 20/2/1946 tarihinde sağ skapüla kemiğinden sağ kol ve eline intişar eden ağrı şikâyetleri ile müracaat etmiştir. Sistemlerin fizik muayenesinde patolojik bir hal bulunmamış, yalnız deveran cihazı muayenesinde damar basıncı 20/10 olarak tesbit edilmiş fakat kalp apeksi 5 inci mesafede ve medio-klaviküler hattın üzerinde olduğu tesbit edilmiştir. Laboratuvar araştırmalarında, sedimantasyon 1/2 saatte 5, 1 saatte 14 ve lökosit 7250 olarak tesbit edilmiştir. Hastanın o tarihte çekilmiş bir E.K.G. mevcut değildir. Wassermann (—) imiş. Yattığı müddetçe ateşi 37° nin altında seyretmiş. Hasta kliniğe girdiğinden 1 ay sonra yani 18/3/1946 tarihinde névralgie brachiale teşhisile taburcu edilmiştir. Tedavi olarak Novocain ve B₁ vitamini injection ları yapılmış.

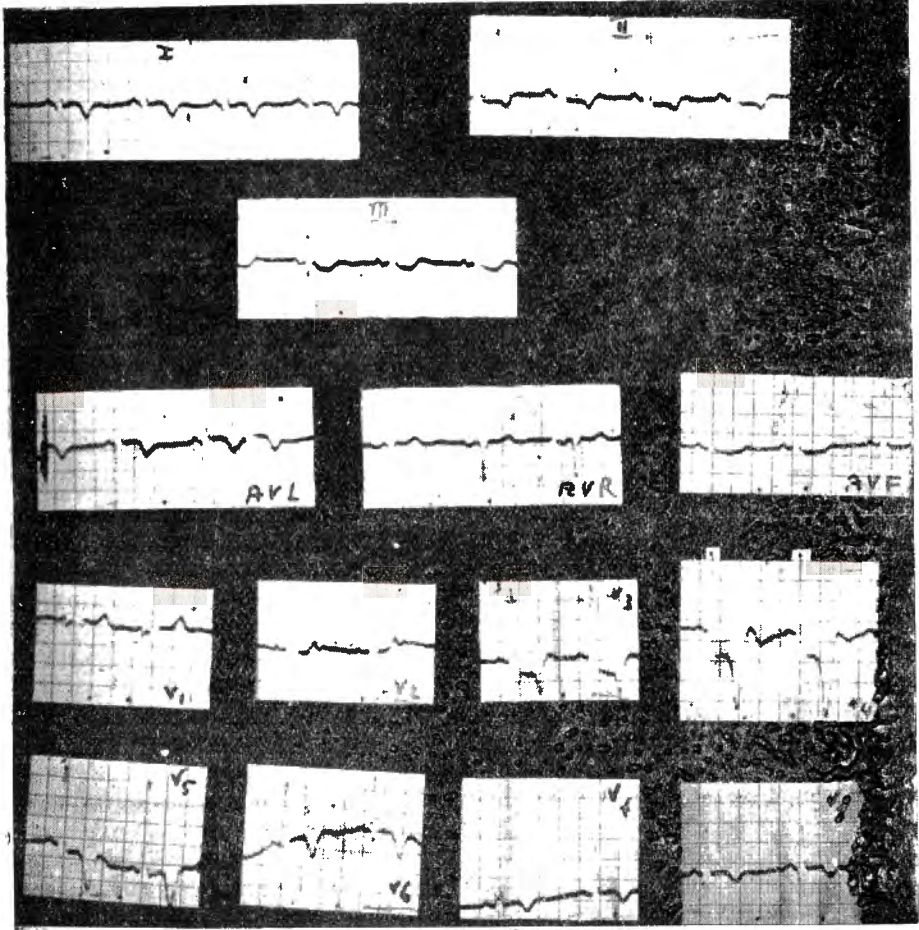
Hasta bu tarihten 6 sene sonra yani 18/3/1951 de bu sefer göğüs, sırt ve her iki kolundaki ağrı ve hareketle gelen nefes darlığı şikâyeti ile tekrar müracaat etmiş, bu hal kendisinde kliniğimize müracaatten 15 gün evvel başlamış ve bu müddet zarfında ateşi sabahları 37, akşamları da 38° civarında seyretmiş. Bulantı, kusma ve ölüm korkusu hissi olmamış. Hastanın klinik muayenesinde, deveran sisteminde apeks palpasyonu 6 ıncı aralıktaki ve medio-klaviküler hattın dışı bulunmuş dinleme ile mezokardiyak bölgede frottement, bu bölgenin az daha aşağısında galop alınmıştır, kalp ritmi muntazam ve damar basıncı da 18/11 imiş. Karaciğer muayenesinde üst hududun izafi matitesi 5, mutlak matitesinin 6 ıncı aralıktan başladığı alt hududun kosta kenarını 2 parmak geçtiği ağrılı, orta derecede sert kıvamda olduğu ve künt kenarlı bulunduğu tesbit edilmiş. Ateşi 36,8° imiş.

Laboratuvar muayenelerinde aşağıdaki neticeler tesbit edilmiş.

Lökosit 7.000 (Bu adet klinikte yattıkça 7.000 ile 7.200 arasında seyretmiştir.)
Sedimentasyon kliniğe girdiğinin ertesi günü 1/2 saatte: 60, 1 saatte: 107 (kliniği terk ettiğinde ise 1/2 saatte: 7, 1 saatte: 18)

Röntgen muayenesinde çekilen teleradiografide sol ventrikülde büyüme ve mütebariz bir aort kavsi tesbit edilmiş.

Geldiğinde 18/11 olan damar basıncı 12 gün sonra 16/10 a düşmüş fakat girdiğinin 40 ıncı günü 20/11 olarak bulunmuştur.



Şekil: 1.

Elektrokardiogramda (Şekil 1) standart derivasyonlarda: patolojik Q_1 ve hafif ST_1 yükselmesi menfi T_1 ve 3 üncü derivasyonda az bir ST çökmesi mevcut. Ünipoleri ekstremite derivasyonlarından aVL de 5 mm. derinliğinde bir Q, ST hattında aşikâr yükselme, ve T negatifliği mevcut.

Prekordiyal derivasyonlarda V_3 den V_8 kadar derin, sivri, ve negatif T ler mev-

cut. V_3 ve V_4 ST hattının düşük olmasına mukabil ancak V_8 de ST yüksekliği mevcut keza 3 mm. lik patolojik bir Q de sadece V_8 de tesbit edilmiştir. Myovarde infarktüsünün prekordiyal, Ünipoler ve standart derivasyonlarda husule getirdiği değişiklikler infarktüsün lokalizasyonuna ve kalbin pozisyonuna bağlıdır. Infarktüs'e sağ ventrikülde nâdiren rastlanır bunun sebebi malûm değildir. Sol ventrikülde sık rastlanır ve E.K.G. deki değişiklikler nazarı itibare alınarak ön ve arka cidar olarak mütalâa edilir.

A.— **Ön cidar** : Burada sol ventrikülün anterior ve lateral sahaları afetzededir. İnfarktlı yüze tesadüf eden prekordiyal derivasyonlarda RS—T segmentinde yükselme ve patolojik Q ler bulunur. Ön cidar infarktüslerini: Antero-Septal, yaygın anterior, antero-lateral, lateral diye ayırabiliriz. Bunlardan lateral infarktüste prekordiyal derivasyonlarda RS—T ve Q anomallığı görülmediği veya vak'amızda olduğu gibi çok defa mevcuttur.

B.— **Arka cidar** : Sol ventrikülün diafragmatik ve basal alanı ile interventriküller septumun arka kısmına inhisar eder.

Vak'amızda basal anomali aVL derivasyonunda bulunmuştur. aVL derivasyonunda anormal bir Q dalgası mevcuttur diyebilmek için şu hususiyetlerin mevcudiyeti şarttır.

- 1.— Q aVL in R aVL den % 50 veya daha derin olması (Bu vak'amızda mevcuttur)
- 2.— Q aVL in 0,04 saniyeden geniş olması (Vak'amızda mevcuttur)
- 3.— AVR derivasyonunda bir rS halinin mevcudiyeti (Vak'amızda AVR de gerçi bir r (yani küçük R) mevcutsa da ayrıca bir QS hali vardır.)
- 4.— Müsbet bir P dalgası (Vak'amızda mevcuttur.)
- 5.— RS—T segmentinde yükselme (Vak'amızda mevcuttur.)

Şu halde vak'amızda aVL de patolojik bir Q dalgası mevcuttur. Bazan aVL de anormal bir Q olmasına mukabil prekordiyal derivasyonlarda hiç bir değişiklik görülmez, böyle hallerde gene $V_1—V_6$ hizasına tekabül etmek üzere 1 veya 2 interkostal aralık yukardan çekilir (yani $V'_1—V'_6$ bu vak'amızda yapılmıştır.) Malûmdur ki 1 ve aVL derivasyonları sol ventrikülün ön ve lateral yüzüne, 2 ve bilhassa aVF ve 3 üçü derivasyonlar sol ventrikülün diafragmatik yüzüne bakarlar. Vak'amızda aVL derivasyonunun gösterdiği patolojik değişiklikler bu derivasyonun baktığı sol ventrikülün lateral alanında bir infarktüs lokalizasyonunu gösterir.

Vak'amızın enteresan tarafı, standard derivasyonların bir ön cidar infarktüsü manzarası göstermesine karşılık (D_1 de) daima bunun teyidinden ibaret olan prekordiyal derivasyonlarda bir ST çöküntüsünün mevcut olmasıdır. İlk nazarda Paradoks gibi görünen bu hâdise infarktüsün lateral olması ile kolayca izah edilebilir. Standart birinci derivasyon sağ ve sol kol arasından alındığı için kalbin nisbeten sol kenarına ait değişiklikleri de tesbit etmektedir. Prekordiyalde ST yükselmesi yerine çöküntünün husule gelmesi elektrotlarla lezyon arasında (lateral bölge) sağlam adale kısmının bulunmasıdır. Bunu teyit eden hadisede yan prekordiyallerle (V_8) aVL de ST yükselmesinin mevcut oluşudur.

Dr. Cemal Duman

Kıymetli etüd ve tebliğinden dolayı değerli arkadaşşıma huzurunuzda çok teşekkür ederim. Yalnız, anlayamadığım bir nokta hakkında tenevvür etmek istiyorum : Vak'ada EKG. bulgularından ünipoler prekordiyal derivasyonlardan, standard 1. derivasyonun ilham ettiği ön cidar infarktüsünü teyid eden yegâne değişikliğin AVL de

olduğunu, buna mukabil AVF ve AVR de bir değişiklik görülmediğini ve buna istinaden de vak'aya, daha ziyade ön cidarı ve sol yan cidarı tutan bir (lateral infarctus) teşhisi koyduklarını söylediler. Halbuki gösterdikleri vak'aya ait EKG.da AVR de de T nin müsbet olduğunu görüyoruz. AVR'in normal'inde T nin menfi görülmesi icabettiğine, yani normal bir şahsın AVR inde P ve T menfililiğinin esas olduğuna göre, vakamızdaki müsbet T AVR anormal telâkki edilmek icabeder. O halde, standard i. derivasyondaki ön cidar enfarktüs'ünü teyid eder mahiyetteki T değişikliğini, hem AVL, hem AVR de gördüğümüze göre vak'ayı lateral olmaktan ziyade tipik bir ön cidar enfarktüsü olarak kabul etmek daha uygun olacaktır kanaatindeyim. Eskişehir Hava hastanesinde biz de ünipoler prekordiyal derivasyonları kullanmakta olduğumuzdan, arzettiğim husus hakkında tamamlayıcı bilgi verilerse, arkadaşşıma minnettar kalacağım.

Dr. Cihad Abaoğlu : (Son söz)

Değerli arkadaşım Dr. Duman'a teşekkür ederim malûm olduğu üzere İskemi bölgesinin E.K.G. de karşılığı T negativitesidir yani repolarizasyonda bir gecikme olduğu için normalde pozitif olan T burada negatif olur (AVR) de de normalde T negatiftir. İnfarktüs lateral bölgede olunca onun civarı iskemik olur bu bölge pozisyon dolayısıyla sağ kola aksederse ters bir T olacak normalde negatif olan T burada pozitif olacaktır. Bu nakz değil teyit unsurudur.

Istanbul Üniversitesi

Ziya Gün Trahom Araştırma Enstitüsünden :

EPİDEMİK KERATOKONJONKTİVİTİS VİRUSUNUN TECRİDİ

Necdet Sezer, M.D.

(İstanbul)

TARİHÇE

Hastalık ilk defa 1889 ağustosunda Von Stellwag tarafından «Hususi şekilde bir kornea iltihabı» namı altında neşredilmiştir. Bu vak'alarda hafif bir konjonktivitisten sonra takriben 1.5 mm kutruna ve daha çok periferik kısımlarda olmak üzere korneanın muhtelif derinliklerinde enfiltrasyonlar görülmeğe başlanmıştır. Bu enfiltrasyonların bir kısmı bir müddet sonra boya alacak şekilde ulserasyona uğramış ve hepsi de sür'atle gerileyerek, 14 gün içinde tamamen kaybolmuşlardır. Müellif kornea lezyonlarının şeklini para sikkesine benzettiği için «nummular» kelimesini kullanmıştır. Aynı ay içinde Von Reuss keratitisi maculosa ismi altında yeni vak'alar neşretti. Bu vak'alar da Von Stellwag'ın vak'alarına benziyordu. Hastalığın bu esnada Avusturyada epidemik bir halde olduğu anlaşılıyor. Çünkü iki ay sonra Fuchs'da superficial punctate keratitisi namı altında 36 vak'a neşretti. Fuchs'un anlattığına göre, hastalık akut ve kataral bir konjonktivitis şeklinde başlamakta fakat ilk günden itibaren bâriz bir

siliyar enjeksiyon nazarı dikkati celbetmektedir. Hastaların dörtte birinden üçte birine kadar hastalık iki taraflı bir hal almıştır. Üçüncü günden on dördüncü güne kadar hastalar ağrıdan, ışık korkusundan, blefarospasmdan ve hafif sulu bir akıntıdan muzdariptirler. Bu esnada konjonktivitis yavaş yavaş kaybolmaya, yuvarlak punctate ilk kornea lezyonları da ya dağınık veya vertikal bir hat üstünde biz dizi halinde toplanmış olarak meydana çıkmaya başlıyor. Bir kaç gün içinde adetleri çoğalan lezyonlar aşağı yukarı 0.5 mm diametre büyüklüğüne varmaktadırlar. Bazılarının etrafındakilerle birlikte birleşerek kitlevi bir hal almasına mukabil hastaların ekseriyetinde lezyonlar müteaddit küçük noktalar halini muhafaza ediyor. Bütün bu lezyonlar Bowman membranının hemen altındadır, şöyle ki epiteliumun kazınması ile lezyonlar kaybolmaktadır. Bu enfiltrasyonların altında Fuchs çatlamış bir buz parçasında olduğu gibi ufak gri renkte noktacıklar ve çizgiler görüldüğünü söylüyor. Müellif hastalarının mühim bir kısmında korneada hypostesia veya anestesia bulmuştur. Hastalığın seyri yavaşladığı halde korneanın bu hali bir müddet devam etmektedir. 14 vak'ada kornea lezyonlarının altı aydan bir seneye kadar kaybolmadığı görülmüştür. Aynı ayda Adler «Keratitis Subepitheliatis» ismi ile aynı klinik manzara gösteren keratokonjonktivitis vak'alarını neşretti. Londradan Gunn 1890 da Fuchs'un vak'alarına benzeyen iki vak'a gösterdi. Gunn'un vak'alarından birisinde görme bozukluğu beş ay sürmüştü.

1901 de ikinci büyük bir epidemi kaydedildi. Bombaydan Herbert 226 vak'a tespit etmiştir. Bu vak'alarda hastalık evvelâ konjonktival ve silier bir enjeksiyonla başlıyor. Vak'alar çok defa tek taraflıdır ve konjonktival semptomlardan sonra korneada küçük, kesif, yüzeysel enfiltratlar görülür. Bu kesiflikler iptidaları dağınıktır, ve bilâhare merkezde toplanmaya daha çok meyil gösterirler. Herbert hastalık ajanının hafif boyadan gram-bir basil olduğunu zannetmektedir. 1902 de Westhoff ve 1905 de Axenfeld korneada böyle bir basilin mevcudiyetini teyid etmişlerdi. Dimmer 1905 te neşrettiği dört keratitis Nummularis vak'ası münasebetiyle bu hastalığın süperficiyel punc. keratitis ismi ile anılan hastalığın aynı olduğunu ileri sürüyor. 1909 da Wiener Birleşik Amerikada görülen ilk vak'ayı neşretti. Verhoeff da 1911 de Gradle tarafından neşredilen bir vak'anın patolojik raporunu yayınladı. 1920 de Madrasta Kirk Patrick büyük bir epidemi ile karşılaştı. Bu vak'alarda hastalık yaşarma ve iritasyon ile başlıyor, konjonktivitis belirtileri pek hafiftir ve kısa zamanda kornea değişiklikleri meydana çıkmaktadır. Kornea lezyonları substansia proprianın yüzeysel tabakalarında Bowman membranında ve epiteliumun derin tabakalarında bulunmaktadır. Kirk Patrick hastalığı üç tipe taksim etmiştir.

1. En çok görülen tip : Korneanın ortasında büyük, geniş bir tek lezyon vardır. Bu lezyonun hemen yanlarında bazan bir veya iki kesif nokta da görülmektedir. Lezyon bazan bütün korneayı işgal edecek kadar genişir.

2. İğne ucu büyüklüğünden toplu iğne başı büyüklüğüne kadar değişen muhtelif cesamette, ufak, kesif (3-12 adet) ve korneanın her tarafında gayri muntazam dağılmış noktacıklar halinde süperficiyel punc. keratitis. Kesif noktacıkların hududları keskin değil, üzerindeki epitel kaldırılmıyor. Kornea çevresinde ve bizzat korneada herhangi bir vasküler reaksiyon mevcut değildir.

3. Yalnız merkezde geniş ve bir tek lezyon var. Lezyonun kenarları kabarmıştır.

Bütün bu kornea lezyonlarının temizlenmesi, kaideten geç olmaktadır. Punctate şekiller bazen iki üç haftada kayboluyor. Buna mukabil üçüncü tipteki lezyon bir seneden fazla sürmektedir. Kirk Patrick bu lezyonların hiç birinde ülserasyon görmemiştir.

Henderson 1920 de İngiltereden Zeutmayer, Watkins 1922 de Birleşik Amerikadan Arganasag ve Androgné, 1922 de Arjantinden vak'alar neşrettiler. 1930 da Madrastan Wright iki seri süperficiyel punc. keratitis vak'aları yayınladı. Müellif Mayıs

1928 den Ocak 1930'a kadar 3500 vak'a görmüştür. Bu vak'aların ancak 973'ü iki taraflıdır. Vak'aların büyük bir ekseriyetini kâhil erkekler teşkil ediyor ve ekseriya kışın ve yağmurlu mevsimlerde meydana çıkıyor. Başlangıç semptomları vak'aların birinci serisinde çok hafiftir, sadece hiperemi, kemozis ve sulanma vardır. İkinci serisinde ise başlangıç ağır konjonktivitis ve kemozis belirtileri ile gürültüldür. Fakat yine çapaklanma yoktur. Keratitis ekseriya altıncı günden evvel meydana çıkıyor, ve en çok görülen şekil de küçük gri, boya almıyan punctate lezyonlardır. Bu lezyonlar korneanın sathi tabakalarını işgal etmekte, şekil, adet ve dağılışı itibarile çok büyük değişiklikler göstermektedir.

Genel olarak kürevi ve disk şeklinde, iğne ucundan 2 mm. lik çapa kadar değişiklik arz etmektedir. Küçük lezyonların 12-14 gün zarfında kaybolmasına karşılık daha büyük kesifliklerin iki sene kadar sebat ettikleri görülmüştür. Vak'aların derin desce-ment membranında kıvrıntılar, gayet ince ve krem şeklinde presipitasyonlar ve iritisle ihtilat ettiği de sık sık kaydedilmiştir. Chambers ve Adams 1931 de İngiltereden Itrıburu aynı senede Arjantinden vak'alar neşrettiler. Doggart'ın 1933 de Londradan neşrettiği 33 vak'ada hastalık konjonktivitis ile başlamış ve bilâhare korneada sathi, küçük, maküler lezyonlar husule gelmiştir. Dördü müstesna vak'aların hemen hepsi iki taraflıdır. Kornea lezyonlarının absorpsiyonu gayet ağır olmuş, haftalar veya aylarca sürmüştür. Aynı senede Sangal Kalkütada bu epidemi esnasında 175 vak'a görmüştür. 1936 da Ling'in Çinde gördüğü vak'aların hususiyeti ise vak'aların çoğunda bir epitelial ülserasyonun mevcudiyetidir. Hastalık 1932-1940 senelerinde, Almanya ve Balkanlarda geniş salgınlar yapmıştır. Bilhassa 1938-1940 senelerinde Almanyada çok ağır bir epidemi olduğuna dair kuvvetli deliller mevcuttur. Bu hususta Alman literatüründe Zur Nedden, Janke, Salzman ve diğerleri tarafından bir çok yazılar neşredilmiştir. Birleşik Amerikadaki büyük salgını 1938 de evvelâ Hobson tespit etmeye muvaffak olmuştur. Bu müellif California'nın Eski Muharipler Hastanesinde gördüğü ilk 16 vak'ayı neşrederek dikkati bu hastalık üzerine çekmiştir. 1948 de Viswalingham Malayada 3500 vak'a tespit etti. Aynı senede Hamilton epideminin Tasmanya ve Holmes da Havai adalarına yayıldığını haber verdiler. 1942 de Hogan ve Grawaford San Francisco salgınında tetkik ettikleri 125 hasta münasebetiyle çok kıymetli bir etüd neşrettiler. Bu 125 vak'anın yalnız 31 inde hastalık iki taraflıydı. Daha sonra Sanders 1942 Sanders ve Alexander 1942, Muammeni 1945 ve Feigenbaun ve arkadaşlarının 1945 de hastalığın etiolojisini aydınlatıcı travayları neşredildi.

Bizim memleketimiz literatüründe ise Türk Oftalmoloji Cemiyeti 5 Aralık 1928 toplantısında «İstanbulda hat bir Konjonktivitis Follikularis Salgını» namı altında tebliğ edilmiştir. Bu tebliğde Misakyan 1926-27 senelerinde Gedikpaşa ve Kumkapı semtlerinde bir epidemi görüldüğünü kaydetmektedir. Müellife göre hastalık ekseriya bir gözdedir ve ilk günlerde sadece konjonktivit şeklinde görülmekte müteakip günlerde bulbus konjonktivasında enjeksion ve kemozis husule gelmektedir. Bu sırada Preauriculaire ganglionlarda şişmiştir ve ağrılıdır. Kornealarda ufak sincabi renkte subepitelial enfiltrasyonlar mevcuttur. Hastalık bir iki hafta sürdükten sonra kendi kendine iyileşmektedir.

İstanbul Üniversitesi Göz Kliniğinde de konjonktiva belirtileri fazla olmadığı halde fotofobili bazı konjonktiva iritasyonlarının mutad tedavilere uzun zaman mukavemet ettiği nazarı dikkatimizi celbetmişti. Nihayet 1951 senesi ilkbaharında tesadüf edilen 25 vak'a üzerinde dikkatli bir araştırmaya başlanmış ve vak'aların bir kısmı Türk Oftalmoloji Cemiyeti toplantılarında gösterilmiştir.

KLİNİK BELİRTİLER

Yukarda hülâsa ettiğimiz literatür tetkik edildiği zaman görülür ki Fuchs'un bahsettiği epitelial keratitis ile son salgınlar dolayısıyla Birleşik Amerika klinik ve laboratuarlarında tespit edilerek «Epidemik Keratokonjonktivitis» namı ile anılan hastalık birbirine karıştırılmaktadır. Son araştırmalar «Punctate epitelial keratitis» umumi namı altında zikredilen ârâzların hiç olmazsa bir grubunun ayrı bir antite morbid olarak karakterize edilmesini mümkün kılmıştır. Bizim California Üniversitesinde tetkikine imkân bulduğumuz Prof. Hogan ve Prof. Thygeson'un yüzlerce vak'asıyla Ziya gün Araştırma Enstitüsünde inceden inceye araştırmaya tabi tuttuğumuz 25 hastada tespit ettiğimiz semptomatoloji şu şekilde toplanabilir:

1. Hastalık had başlıyan bir foliküler konjonktivitistir. Poliküller alt formix'de daha fazla olmak üzere hususi ve karakteristik bir vasıf gösterir. (Fig: 1). Kapak



Şekil 1 : Epidemik kerato-konjonktivitis vak'asında alt fernikte foliküller.

konjonktivalarında ödem ve limbus hizasında daha bariz olmak üzere kemozis vardır (Fig: II).

2. Hastalık daima tek taraflı başlar, fakat bir müddet sonra ve vak'aların ancak % 50 sinde ikinci göz de hastalığa iştirak eder.

3. Birinci haftanın sonunda fazla fotofobi ve yaşarma arazları ile subepitelial kornea enfiltrasyonları meydana çıkar. Bazıları iğne ucu gibi çok ince olan bu yuvarlak, beyaz lezyonlar ekseriya korneanın merkezine doğru toplanmaya mütemayildir. Lezyonlar epiteliyumun altındadır ve üzerlerindeki epitel sağlamdır. Tali bir komplikasyon husule gelmediği veya göze kokain damlatmak gibi kornea sathını zedeliyebilecek bir tedavi tatbik edilmediği takdirde lezyonların boya alması kabil değildir.

4. Kornea hassasiyetinde hiç bir değişiklik yoktur.

5. İritis aslâ görülmez.

6. Vak'aların hemen hepsinde kulak önü, bazılarında çene altı ve hatta dil altı lenf bezlerinde hassasiyet ve şişlik mevcuttur.

7. Sekresyon çok hafiftir ve mikroskopik muayenede lenfosit ve monositler sah-neve hakimdir.

Halbuki epitelial keratitis nam altında zikredilen vak'alarda semptomlar arasında bazan korneanın derin tabakalarının da âfete iştirak etmesi, disciforme keratitis şeklini alması ve ağır iritis ihtilâtları da zikredilmektedir. Bu belirtilerin daha çok erpetik manifestasyonlar olduğuna ve epidemik kerato konjonktivitisle karıştırılması icap ettiğine işaret etmek isteriz.



Şekil 2 : Epidemik kerato-konjonktivitis vak'asında kemozis ve kornea infiltrasyonu.

ETYOLOJİ

1943 senesine kadar hastalığın etyolojisi hakkında muhtelif fikirler ileri sürülmüştür. Meselâ Herbert gibi bazı müellifler kapsülsüz ve gram + bir basilden bahsetmiş, Verhoeff lezyonları nöropatik bir orijine bağlamış, Kirk Patrick ise hastalığın parazitik olduğunu ileri sürmüştür. İlk defa 1930 da Eright hastalardan filtran bir ajan tecrit etmeğe ve gönüllü insanlarla tavşan kornealarında tipik bir keratitis husule getirmeğe muvaffak olmuştur. Müellif konjonktiva kazıntılarını Kitasato süzgecinden geçirerek yaptığı 12 insan tecrübesinden beşinde keratitis husule getirebilmiştir. 1934 de Kiwan ve 1941 de Viswalingham hastaların gözünden alınan bakteriden steril materyel ile hastalığı insandan insana nakletmeğe muvaffak olmuşlar ve filtran ajanı idantifiye etmeye uğraşmışlardır. Janke 1940 da 42 tavşan inokülasyonundan on üçünde ve 15 kobay inokülasyonundan onunda keratitis husule getirmiştir. Müellif bu inokülasyonlarla husule gelen keratitisin erpetik keratitisten tamamen başka olduğunu iddia ediyor.

Epidemik kerato konjonktivitisin etyolojik ajanı olarak spesifik virusun kat'i surette idantifiye edilmesi Ocak 1943 de Amerikalı Sander'a nasip olmuştur. Sanders

iki hastadan alınan konjonktival materyali fare beynine zerk ederek virüsü izole etmeye muvaffak olmuştur. E. K. virüsü termi altında anılan bu virüs seri pasajlarla kaybolmaya başlamış ve fakat hususi nesîç kültüründen geçirmekle potansiyeli bir çok generasyon için tekrar yükseltilmiştir. Virüsün spesifik natürü nekahat devrine girmiş aynı iki hastanın seromlarında nötralizasyon testinin + olması ile de teyid edilmiştir.

Sanders'in tecrübelerine göre, virüs kâhil farelere entra cerebral yolla enjekte edildikten 48 - 72 saat sonra hayvanlarda ensefalitis semptomları husule gelmektedir. Ağır olmıyan bu arazlar kısa zamanda kaybolmakta ve fareler iyileşmektedirler. Virüs hususi nesîç kültürü vasatından geçirildiği zaman potansiyeli artmakta ve fareleri 3-4 gün içinde öldürmektedir. Virüs Sietz ve Berkefelte süzgeçlerinden geçer ve en iyi oda derecesinde ürer. Sanders'in mesaisi 1945 Braley'in aynı şekildeki tecrübeleri ile teyit edilmiştir. Feigenbaun ve arkadaşları da 1945 de Sanders'inkine benzer bir virüs izole etmeğe muvaffak olmuşlardır. Muamneni ve arkadaşları ise yine 1945 de klinikte epidemik kerato-konjonktivitis teşhisi konan bazı hastalardan herpes Simplex'e çok benzeyen bir virüs zenciri izole etmişlerdir. Mamafi erpetik keratitisi çok iyi tanınmış bir hastalık olduğuna göre bugün artık epidemik kerato konjonktivitis ile karıştırılması mümkün değildir. Hogan ve Grawford da bu sebeplerle epidemik kerato konjonktivitis etyolojisinde herpesin mevzuu bahis olamayacağını ileri sürüyorlar:

Epidemik kerato konjonktiviste vesikül teşekkülü ve kornea ülserasyonu yoktur, kornea hassasiyeti kaybolmamıştır. Erpetik enfeksiyonların epidemi yapması fevkalâde nadirdir ve kâhillerde görülen erpetik enfeksiyonlar sık sık nüksler yapar.

Görülüyor ki virutik bir hastalık olduğu kat'i surette teyid edilmiş olmasına rağmen kerato konjonktivitis ajanı açık ve gözle görülür bir kültür halinde henüz elde edilememiştir. Sanders'in fare beyninde üretmeğe muvaffak olduğu virüs nihayet bir kör pasajın hududları içinde kalmıştı. Biz kendi enstitümüzde kendi vak'alarımız üzerindeki çalışmalarımızda epidemik kerato konjonktivitis virüsünü gözle görülür bir vasat üzerinde üretmeye uğraştık. Mesaimiz tetkik edildiği zaman görülecektir ki epidemik kerato konjonktivitis virüsünü ilk defa olarak korio allantoit membran üzerinde morfolojik ve histopatolojik belli karakterler gösteren, kendine has gözle görülür bir kültür halinde üretmeye muvaffak olmuş bulunuyoruz.

VİRÜSÜN EKİLMESİ VE PASAJLAR

Metodlar ve Materyeller

Enfeksiyonlu materyel: Virüsün fertil yumurta korio allantoit zarına ekilmesi için lüzumlu materyel, epidemik kerato konjonktivitisli hastaların konjonktivaları kazınarak elde edilmiştir. Bu materyel bakteriel bulaşmadan korunmak için Streptomycin-Penicilline karışığı içinde toplanmış ve daima buyon ve kanlı jeloza ekilerek sterilite-leri kontrol edilmiştir.

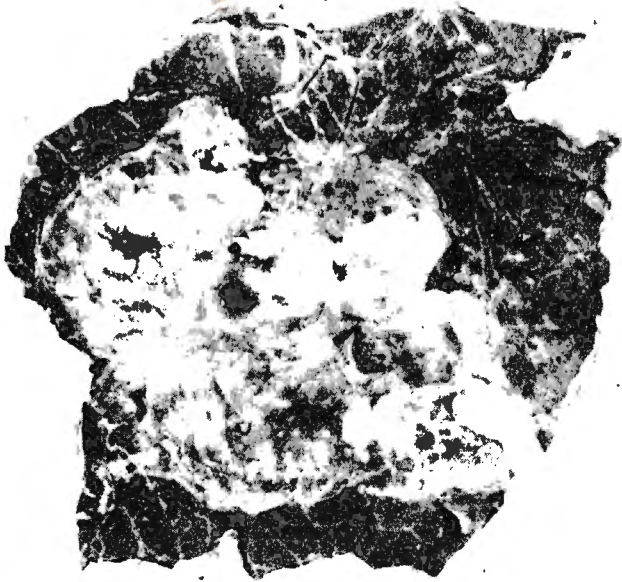
Korio Allantoit: Tecrübe için kullanılacak fertil yumurtalar evvelâ 9 - 12 gün adi kuluçka makinesinde 39 - 40°C. de bırakılmış ve ondan sonra inoküle edilmiştir. 9 günlükten genç embriyonlar enfeksiyona tahammül edememekte ve kısa bir zamanda ölmektedirler. 12 günlükten yaşlı olanlarda ise civcivin kendine has hararet derecesi teessüs etmekte olduğu için korio allantoit membranın intanlara karşı mukavemeti artmakta ve spesifik lezyonların husule gelmesi güçleşmektedir. Bu sebeble yumurtaların enkubasyon müddetinin bu hududlar arasında kalması icab eder.

İlk tecrübelerimizde korio allantoit membran üzerinde spesifik bir üreme temin etmeğe muvaffak olmadık. Bu sebeble başka bir travayımızda kullandığımız hususi

bir usulle müracaat etmek icabetti. Epidemik kerato konjonktivitis virüsünün insan korneasında üreyip lezyonlar yaptığı göz önünde bulundurularak korio allantoit membrana evvelâ insan korneası transplante etmeyi ve virüsü bu korneaya ekmele su-
retiyle korio allantoit membrana adapte etmeyi düşündük. Tecrübe metodlarımızı bu şekilde tadil ettikten sonradır ki virüsü korio allantoit membran üzerinde üretmeye muvaffak olduk.

Vak'a 1: Alâeddin. Hastanın sol gözünde bütün klinik belirtileri ile kerato konjonktivitis var. Alt kapak konjonktivasi ödemli ve müteaddit büyük foliküllerle kaplanmış. Bio mikroskopla muayenede korneada müteaddit ve süp epitelial infiltrasyonlar var. Hasta göz tarafındaki kulak önü bezesi şişmiş ve hassas.

18.4.1951 : henüz enükle edilmiş iki insan gözünün korneaları 7 müsavi kısma ayrılarak dokuz günlük yedi yumurta korio allantoidine transplante edildi.



Şekil 3 : Epidemik kerato-konjonktivitis virüsünün Chosio-allantoit meydana getirdiği lezyon.

24.4.1951: Transplante edilen 7 kornea parçası 9 günlük yeni 7 yumurtaya nakledildi ve Alâeddine konjonktivitasından alınan kazıntı penicilline - streptomycine karışığı içerisinde ezilerek (her yumurtaya 0.03 cc. olmak üzere) 7 korneaya damlatıldı.

28.4.1951: Kornea ve korio allantoit membranlarda makroskopik bir değişiklik yok. Kornealar membranları ile beraber çıkarılarak ezildi ve yeniden beş yumurtaya bu defa doğrudan doğruya korio-allantoit membran üzerine ekildi.

30.4.1951: Beş enbrion canlı. Bir tanesinde korio-allantoit membran ödemli ve lezyonlu. (Fig: 3). Lezyon 1.5 cm² genişliğindedir. Merkezi daha çukurdur ve yer yer

nekrotik bölgeler gözüküyor. Lezyondan yapılan frotti ve kültür muayenesinden menfi netice alınmıştır. Diagram 1 de görüldüğü gibi bu üç korioallantoit membran toplanarak ezildi ve emülsiyondan 0.02 cc üç fare beynine zerk edildi ve ayrıca yeniden beş yumurta korio allantoit membranına inoküle edildi. 48 saat sonra fareler laterjik halde tüyleri ve sırtları kabarık, korio allantoit membranlarda da aynen yukarda tarif edildiği şekilde lezyonlar mevcut.

Diagramın da tetkikinden anlaşılacağı üzere lezyonlar 20 jenerasyon boyunca yeni korio allantoitlere pasaj yapılmıştır. Bu pasajlar esnasında virüsün fare beyninde ve yumurta allantoit likidinde üretilebileceği de tespit edilmiştir. Virüs bu 20 jenerasyonluk korio allantoit pasajları esnasında potansiyelini tamamen muhafaza etmiştir. Korio allantoit membranda her zaman aynı lezyonları husule getirmiş ve nihai olarak da daima civcivlerin ölümüne sebep olmuştur.

Vak'a 2: İbrahimin virüsü hastalığın on birinci gününde izole edilmiştir. Konjonktival kazıntı korio allantoitleri üzerine insan korneası transplante edilmiş iki fertil yumurtaya ekilmiştir. Bilâhare ajan 10 jenerasyon boyunca korio allantoitler üzerine pasaj yapılmıştır. Tecrübe esnasında fare beynine zerk edilen virüs beyin emülsiyonlarının korio allantoit membrana ekilmesi suretiyle 8 jenerasyonda ayrıca pasaj yapılmıştır.

Vak'a 3: Mehmet Aliden alınan materyel kornealı korio allantoit membran üzerinde lezyon husule getirememiştir. Bu sebeble üç fareye entra cerebrale enjeksiyon yapılarak elde edilen hasta fare beyni emülsiyonu 6 yumurta korio allantoit membranına ekilmiş ve altısında da tipik lezyonlar husule getirmiştir. Bu virüsle 8 jenerasyona kadar pasaj yapılmıştır.

Vak'a 4: Dördüncü hastada virüs insan korneası kullanmadan doğrudan doğruya korio allantoit üzerinde üretilmiştir. Fakat bu halde üç jenerasyon pasaj yapılabilmiştir ve dördüncü pasajda yumurta zarı üzerinde lezyon husule getirilememiştir. Son pasaj materyeli farelerde entra serebral enjeksiyondan sonra tipik semptomlar husule getirmiş ve sekiz gün içinde hayvanların ölümüne sebep olmuştur.

VİRÜSÜN LABORATUAR HAYVANLARI

ÜZERİNDEKİ TESİRİ

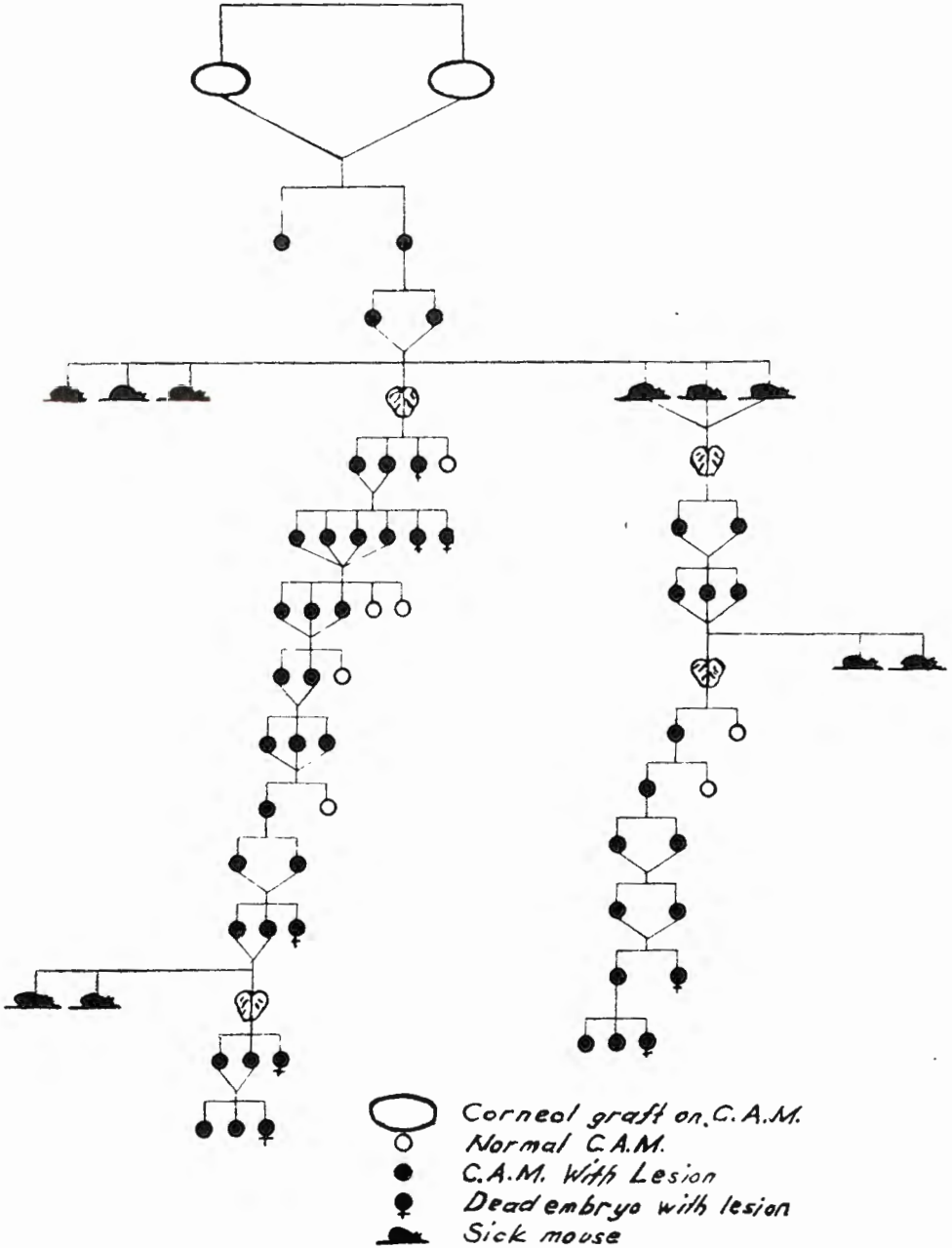
Virüs yumurta korio allantoit membranına adapte edildikten sonra diğer laboratuvar hayvanları üzerinde de tecrübe edilmiştir.

Fareler: Korio allantoit membran üzerinde üretilen virüs suspansiyonlarının beyaz farelere entra cerebrale enjeksiyonları ile hayvanlarda iki gün sonra letarji, tüylerin kabarması ve spastik paralizis (Fig: 4) belirtileriyle hastalık husule gelmiş ve bu belirtilerin başlangıcından sonra ilk 24 saat içinde hayvanlar ölmüşlerdir. Enfeksiyon farelerden sonra tekrar korio allantoit membranlara seri halinde nakledilebilmektedir. Farelerde periton içine ve cilt altına enjeksiyonla da intan husule getirilebilmiştir.

Tavşanlar : Virüsün tavşan korneasına inoküle edilmesi ile keratit husule getirilmesi kabil olmamıştır. Bu tecrübeler hasta insan konjonktiva kazıntıları ve virüsün korio allantoit membran, nesîç kültürü ve fare beyni suspansiyonları ile daima menfi netice vermiştir.

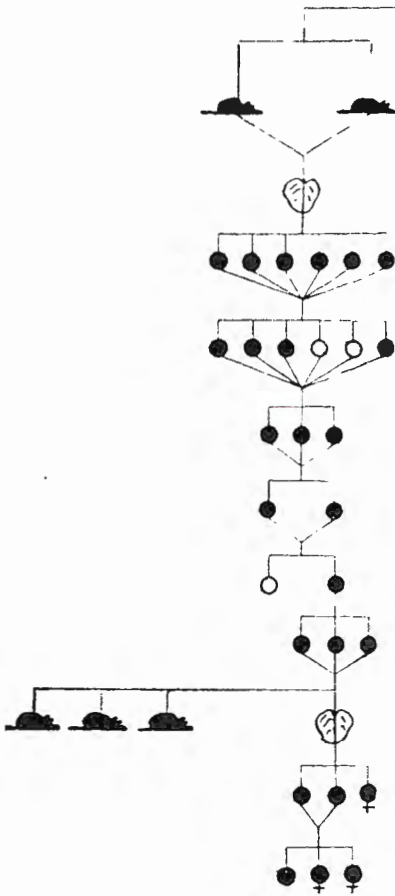
DIAGRAM : 2

CASE : 2

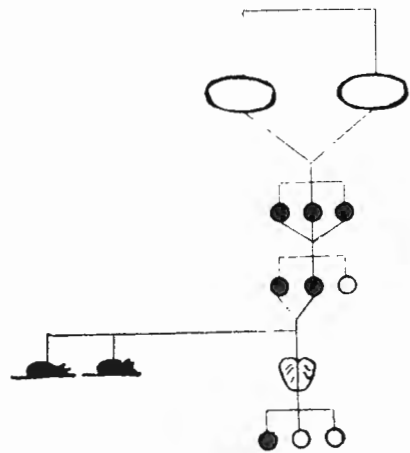







DIYAGRAM : 3-4

CASE : 3



CASE : 4

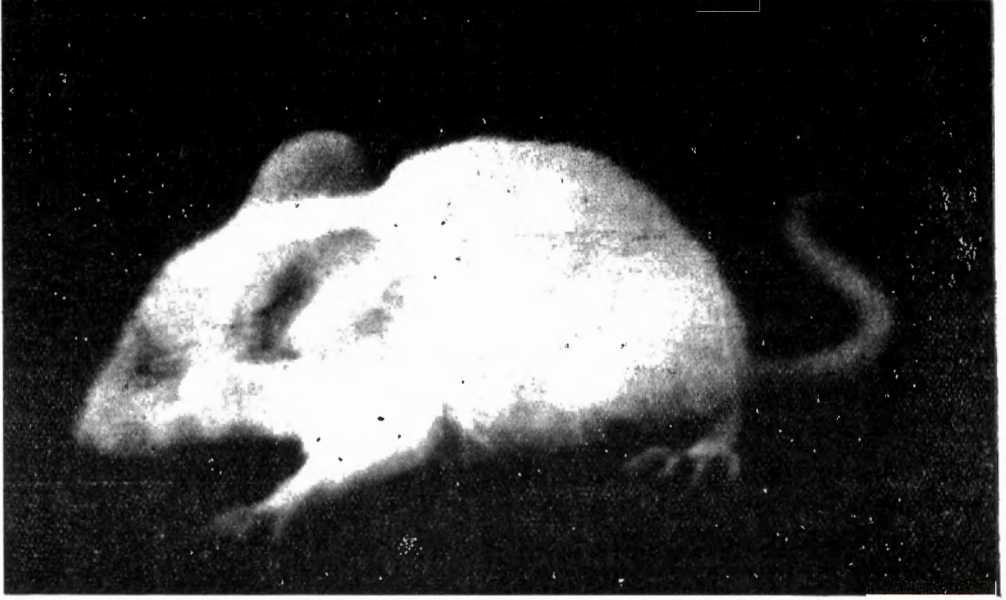


-  Cornealgraft on C.A.M.
-  Normal C.A.M.
-  C.A.M. With Lesion
-  Dead embryo with lesion
-  Sick mouse

NESİÇ KÜLTÜRÜ

Virüs pıhtılaşmış plasma metodu ile nesîç kültürlerinde muvaffakiyetle üretilmiştir.

Teknik: Enükleasyonun hemen akabinde insan gözlerinden alınan superficiel bir kornea disci lamel üzerine konmuş ve üzeri gıda mayii ile örtülerek vaselinlenmiş çukur lam üzerine kapatılmıştır. Gıda mayii iki kısım tavşan plasması, 2 kısım tavşan seromu bir kısım tavuk embriyonu hülâsasından ibarettir. 37 derecede dört günlük en-



Şekil 4 : Entra-cerebrale enjeksiyondan sonra farede ensefalit ârazi.

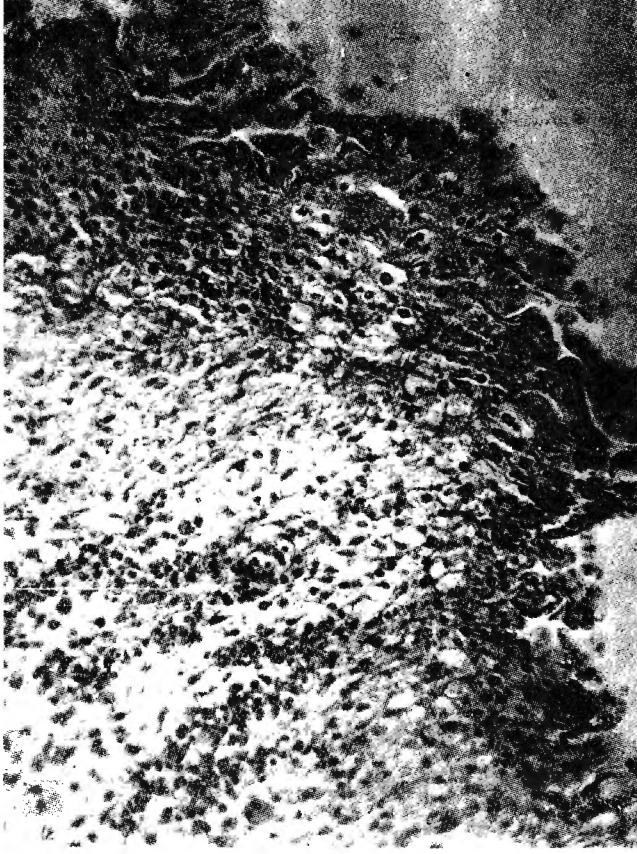
kubasyondan sonra kültüre virüs süspansiyonundan üç damla inoküle edilmiş ve üç gün daha etüvde tutulmuştur. Pasaj için inoküle edilmiş nesîç havanda ezilerek dört yumurta korio allantoit membranına ve iki fare beynine zerk edilmiş, 48 saat sonra gerek yumurtalarda gerekse farelerde tipik lezyonlar ve hastalık husule gelmiştir.

GÖNÜLLÜ İNSANLARDA EKSPERİMENTAL EPİDEMİK KERATOKONJONKTİVİTİS

İzole ettiğimiz virüsle insanda spesifik bir kerato konjonktivitis husule getirebilmek maksadı ile birinci vak'adan alınarak korio allantoit membran üzerinde üretilen virüsün altıncı pasajından ve ikinci vak'a virüsünün üçüncü pasajından elde edilen materyel iki gönüllü insana inoküle edilmiş ve üçüncü günde her iki vak'ada da hafif fakat tipik bir foliküllü konjonktivitis ve kornealarında süb epitelial keratitıs husule gelmiş, fakat ödem ve kulak önu bezelerinde büyüme görülmemiştir. Tecrübi vak'alarda foliküller ilk hafta içinde kaybolmuş, fakat kornea enfiltrasyonları iki ay devam etmiştir.

MEMBRANDAKİ LEZYONLARIN HİSTOPATOLOJİK GÖRÜNÜŞÜ

Korio allantoit membran üzerinde husule gelen spesifik lezyonların histopatolojik muayenesinde virüs hastalıklarına has morfolojik değişiklikler bariz olarak görülmektedir. Filhakika ektodermal hücrelerde hyperplasia, hipertrofi ve proliferatik değişiklikler yanında nekrozis ve vakiolizasyon sahneye tamamen hâkimdir. (Fig: 5)-



Şekil 5 : C.A.M. üzerindeki lezyonun histopatolojik görünüşü.

VİRÜS KARAKTERLERİNİN TAYİNİ

Filtrasyon

- 1 inci vak'anın 14 cü pasajından
- 2 nci vak'anın 8 ci pasajından
- 3 cü. vak'anın 5 ci pasajından
- 4 cü vak'anın 2 ci pasajından

toplanan virüs materyeli % 10 Tyrode solüsyonu içinde eritilerek 2 patlı Sietz E. K. süzgecinden geçirildi. Filtrattan beş fare beynine ve 5 yumurta korio allantoit membranının 0,03 cc inoküle edildi. 48 saat sonra farelerde tipik hastalık ve yumurtalarda tipik lezyonlar husule geldi.

Vesaitsizlik dolayısıyla ultrafiltrasyon ile virüsün büyüklüğünü tayin etmek mümkün olmadı.

TABLO: I.

E. K. Seitz Filtreyle C.A.M. Virüsünün Filtrasyonu
(Çift pad)

C.A.M.'e inokülasyon ve farelere intra-serebral enjeksiyon yapılarak muayene edilmiştir.

Muayene edilen materyal	İnokulasyondan sonra geçen günler	İnokülasyon	
		C.A.M. ne	Fare beynine
C.A.M.'nin filtrasyondan evvel ekilmesi	1	+++---	++-----
	2	DD+++	D++++
	3	DD+ D	D+++ DDD
C.A.M.'nin filtrasyondan sonra ekilmesi	1	+++---	+++---
	2	+++---	+++---
	3	DD+--- D---	DDD---

D : Ölü embrio

+ : Hasta ve lezyonlar

NÖTRALİZASYON

Filtrasyon tecrübeleri için kullanılan virüs karışığı ile nötralizasyon testleri de yapılmıştır. Membran materyelinin beher cc. ne inaktive edilmiş 10 cc tavşan serumu ilâve edildi. Dakikada 2000 devir yapan santrifüjde 10 dakika çevrildi. Üstte toplanan mayi çekilerek virüsün 1/10 dilüsyonu kabul edildi. Bu 1/10 solüsyondan başlanarak 1/100, 1/1000, 1/10,000 nispetlerinde dilüsyonlar hazırlandı. Dilüsyon için kullanılan mayi tavşan serumunun serum fizyolojikteki % 10 mahlûlüdür.

Nötralizasyon için: 1) Birinci ve üçüncü vak'adan alınan nükaha serumu, 2) normal insan serumu kullanılmıştır. Virüsün 1/10 dan 1/10,000 a kadar olan solüsyonlarından yarımşar cc alınarak, aynı miktarda muayene edilerek inaktive edilmemiş ve

sulandırılmamış seromlarla karıştırıldı. Karışık mayi 37° de 1 saat tutuldu, ondan sonra da 4° lik buz dolabında 4 saat bırakıldı ve solüsyondan beger yumurta korio allantoidine 0.2 cc ekildi. Neticeler aşağıdaki tabloda görülmektedir:

TABLO: II.

C.A.M. Virüsünün Konvalesan ve Normal Serumlarla Nötralizasyonu

Serum	İnokulasyondan sonra geçen günler	Yumurtalara inokule edilen virüs dilutasyonları				
		1/10	1/100	1/1000	1/10.000	1/100.000
Normal	1	— +	— —	— —	— —	— —
	2	+ + +	+ + +	— + +	— + +	+ + +
	3	D D +	D + +	+ + +	+ + +	+ + +
	4	D	D +	D + +	D + +	+ + +
Konvalesant serum (Vak'a 2)	1	— +	— —	— —	— —	— —
	2	+ + +	D + +	— — +	— —	— —
	3	D D +	+ +	— + D	— —	— —
	4	D	D D	+ +	— —	— —

D : Ölü embrio

+ : C.A.M. üzerinde müspet lezyonlar

MÜNAKAŞA

Bu tecrübelerin bidayetinde hastaların konjonktivalarından alınan materyel ile yumurta korio allantoitinde lezyon husule getirilememiştir. Bu sebeble müteakip tecrübelerde virüsün üreyebilmesine müsait bir zemin hazırlamak için yumurta korio allantoiti üzerine evvelâ normal insan korneası transplante edilmiş ve bu yolla virüsün yumurtaya adaptasyonu temin edilmiştir. Virüs bir defa korio allantoit membrana adapte olunca aynı karakteristik lezyonlar husule getirerek pasaj yapılması temin edilmiş oluyor. Embriyon bu pasajların sonunda daima ölmektedir. Virüsün inokulasyondan 48 saat sonra korio allantoit membranda lezyonlar meydana çıkıyor. Membranın ektodermal hücreleri proliferasyona uğruyorsa da hücrelerin ne protoplazmasında ne de nüvelerinde enklüzyonlu cisimler görülmemektedir. Virüs korio-allantoit membran üzerinde lezyonlar husule getirdikten sonra 24-72 saat içinde embriyonun ölmesine sebep olmaktadır. Virüs allantoit kavitede de üretilebilir, bu halde allantoit likitte bulunur. Bu hal enfekte allantoik mayinin fare beynine ve korio-allantoit membrana aşılması ile anlaşılır.

Virüs kültür nesiclerinde de üretilerek tekrar korio-allantoit membrana nakledilebilmektedir.

Nötralizasyon tecrübeleri nekahatli hastaların kanında bu virüse has antikörlerin mevcudiyetini göstermektedir.

Virüsün çifte patlı Sietz E. K. filtresinden geçtikten sonra korio-allantoit membranda yine spesifik lezyonlar husule getirebilmesi ve farelerde ansefalitis yapması bu virüsün herpes simplex virüsünden daha küçük olduğunu göstermektedir. Herpes virüsü ancak bir patlı filtreden geçer. Keza tavşan korneasında keratitis husule getirmemesi de epidemik keratokonjonktivitis virüsünün herpes virüsünden ayrı olduğunu göstermektedir.

NETİCE

1) Epidemik kerato-konjonktivitisli dört hastadan civciv korio-allantoiditisi üzerinde üreyen bir virüs izole edilmiştir.

2) Virüsün korio-allantoit membrana adaptasyonu için bu membranın üzerine insan korneası transplante etmeye ihtiyaç vardır. Virüs bir defa adapte olunca müteakip pasajlar için korneaya artık hacet kalmaz.

3) Virüs insan korneası ile yapılan nesîç kültüründe de üretilebilir.

4) Virüs nekahatli hastaların seromu ile nötralize olur.

5) Üretilen virüsle insanlarda hafif fakat tipik hastalık husule getirilebilir.

6) Virüs tavşan korneasında hiç bir patolojik değişiklik husule getirmez.

7) Virüs iki patlı Zietz E. K. süzgecinden geçmektedir.

8) Üretilen virüs farelere entra-serebral zerk edildiği zaman hayvanlarda Sanders'in târif ettiği bütün ârazlar husule gelir.

9) Her bakımdan mevcut benzerlik korio-allantoit membranda ürettiğimiz virüsle Sanders'in fare beyninde ürettiği virüsün aynı olduğunu göstermektedir.

Müellif, Dr. Mesut Okan'a bu travayın hazırlanmasındaki önemli teknik yardımlarından dolayı teşekkürlerini sunmağı vazife telâkki eder.

BİBLİOGRAFYA

1. Von Stelwag A.: A Peculier Form of Corneal Inflammation, Wien. Klin. Woch. 1889 V. 2 Ag. pp 613 - 614.
2. Von Reuss A.: Keratitis Maculosa, Wien. Klin. Woch. 1889, V. 2. pp 665 - 666.
3. Fuchs E.: Keratitis Punctata Superficialis, Wien. Klin. Woch. 1889, V. 2 pp 837 - 845.
4. Adler H.: Keratitis Sub-epithelialis, Centralbl. f. Prakt - Augenth. 1889, V. 13 pp. 289 - 295.
5. Gunn, M.: Trans. Ophth. Soc. U. K. 1890, V. 10, pp. 339 - 345.
6. Herbert H.: Ophth. Rev. 1901, V. 20, pp. 339 - 345.
7. Westhoff C.H.A.: Centralbl. f. prakt. Angenh. 1902, V: 36, pp. 289 - 293.
8. Axenfeld T.: Ber. ü. d. Versamml. d. Deutsch. Ophth. Gesellsch, 1905, V. 32, pp 307 - 309.
9. Dimmer F.: Zeit. f. Angenh. 1905, Vol. 13, pp. 621 - 635.

10. Weiner, Meyer, Arch. of. Ophth. 1909, V. 38, pp. 120 - 124.
11. Verhoeff F.H.: Trans. Amer. Ophth. Soc. 1911, V. 12, pp. 791 - 816
12. Gradle H.S.: Arch. of Ophth. 1911, V. 40, pp. 534 - 539.
13. Kirk Patrick H.: Brit. Jour. Ophth. 1920, V. 4, pp. 16 - 20.
14. Henderson: Trans. Ophth. Soc. United Kingdom, 1920, V. 40, p. 378.
15. Zentmayer, W.: Trans. Coll. Phys. Philadelphia 1922, V. 44, pp. 292.
16. Watkins, E.D.: Amer. Jour. Ophth. 1922, V. 5, pp. 546 - 548.
17. Arganaraz, R. ve Androque, E.: Rev. Espec. Buenos Aires, 1927, V. 2, pp. 333-343
18. Wright R.E.: Brit. Jour. Ophth. 1930, V. 14, pp. 257 - 291 - 593.
19. Chambers E.R.: Brit. Med. Jour. 1931, V. 1, pp. 750 - 751.
20. Adams P.H.: Trans. Ophth. Soc. United Kingdom, 1931, V. 51, pp. 440 - 442.
21. Itruburn J. C.: Rev. Oto-Neuro-Oft. Buenos Aires, 1931, V. 6, pp. 500 - 504.
22. Doggart, J.H.: Brit. Jour. Ophth. 1934, V. 18, pp. 65 - 82.
23. Sanyal S.: Amer. Jour. Ophth. 1933, V. 16, pp. 390 - 395.
24. Ling W. P.: Chinese Med. Jour. 1936, V. 50, pp. 1381 - 1392.
25. Zur Nedden M. Klin. M.f. Angenh. 1939, V. 101, pp. 567-569.
26. Zur Nedden M. Klin. M.f. Angenh, 1939, V. 102, pp. 482 - 490.
27. Zur Nedden M. Klin. M.f. Angenh, 1940, V. 105, pp. 424 - 430.
28. Jancke G.: Klin. M.f. Angenh. 1940, V. 105, pp. 7 - 15.
29. Hobson, L.G.: Amer. Jour. Ophth. 1938, V. 21, pp. 1153 - 1155.
30. Viswalingham: Brit. Jour. Ophth. 1941, V. 25, pp. 313 - 324.
31. Hogan, M.J. ve Grawford, J.W.: Amer. Jour. Ophth. 1942, V. 25, pp. 1059 - 1078.

3. İç Hastahkları Kliniği çalışmalarından:

TEDAVİDE DİĞİTALİNE VE OUABAINİ ASSOCIATION'U

Doçent Dr. Cihad Abaoğlu — Dr.. Sıdka Güngörtire

Klinikte Digitale tedavisi altında olan hastalarda bazen görülen akut kalp yetmezliklerinde, bilhassa akut sol kalp yetmezliği ve buna bağlı kritik vaziyetlerde mutad tedavi yanında hastayı optimal derecede sür'atle digitalize etmek için intraveneuse, çabuk tesir eden digitale preparatları veya ouabaine verilmek mecburiyeti hasıl olabilir.

Esasen digitalenmiş olan kalpte vena yolundan verilen Digitale veya Ouabaine'in süratle toksik tesir yapması ve bilhassa ventriculaire fibrillation'la ölümü mucip olması ihtimali dolayısıyla bu nevi süratli yüklemelerden eskidenberi çekinilmiştir.

Digitalizasyondan sonra Ouabaine'e geçmek hususunda cesaret göstererek ilk adı

mı atan Laubry ve Pezzy olmuşlardır (1). 1923 senesinde Laubry, Routier, René Girou «Digitaline ve Ouabaine association'u» hakkında çalışmalarıyla uzun devam eden Digitaline küründen sonra hiç ara vermeden Ouabaine'e geçilebileceğini ve bundan da hiç bir tehlike meydana gelmeyeceğini, hatta artık Digitale küründen fayda görmiyen kronik kalp yetmezliği vak'alarında Digitaline ve Ouabaine kombine tedavisi ile çok daha müsait neticeler elde edildiğini göstermişlerdir (2).

Laubry ve Pezzy daha ileri giderek bu iki ilacı (1/3 Digitaline 2/3 Ouabaine olmak üzere) birleştirerek Digibaine adı altında bir çok vak'alarda (ağız yolu ile) kullanmışlardır. Halbuki umumî kanaat, en müsamahalı bir görüşe sahip olan Alman, Amerikan, ve Türk müelliflerince bile digitaline küründen sonra en aşağı 72 - 48 saat geçmeden ouabaine kullanmamak şeklinde idi. Bundan dolayıdır ki Laubry ve Pezzy'nin ortaya attıkları bu tarz tedavi tehlikeli addedilmiş, üzerinde fazla durulmak istenmemiştir. Netice olarak da malûm toksik tesiri yüzünden (ventriculaire fibrillationla ölümü mucip olması) Digitaline Ouabaine association tedavisine her yerde korkulu gözle bakılmıştır.

Biz de kliniğimizde Laubry ve Pezzy'nin çalışmalarından ilham alarak digitalinizasyondan hemen sonra veya Digitaline ve Ouabaine'ini münavebe ile kullanmakta her hangi bir mahzur ve tehlike olup olmadığını meydana koymak maksadıyla ileri derecede yetmezlik gösteren 32 kalp hastası üzerinde bir çalışma yaptık.

Bu çalışmalarımızın neticesini aşağıda arzedeceğiz:

Çalışmalarımızda Ouabaine'nin tatbik zamanlarına ve kullanılan dozlarına göre vak'alarımızı 4 gruba ayırdık.

7 vak'alık birinci grubumuzda digitalizasyondan hemen sonra 1/8 mg. Ouabaine'e başlanmış ve bu doz her gün artırılarak 1/2 mg. a vasil olunmuştur. İkinci grupta mevcut 20 hastaya ise tam digitalinizasyondan sonra bir gün 1/4 mg. Ouabaine, bir gün 10 damla Digitaline verilmiştir.

Üç vak'adan ibaret olan üçüncü grupta ise bir gün digital bir gün 1/4 mg. Ouabaine verilmek suretiyle digitalizasyon temin edilmiştir. Dördüncü gruptaki tek vak'aya ise bigeminus husule gelinceye kadar digitalin verilmiş, bilâhare, ertesi günü 1/4 mg. Ouabaine zerk edilmiştir.

Her dört gruptaki hastalarda ne klinik, ne de elektrokardiografik olarak Ouabaine'e atfedilebilecek hiç bir hadise zuhur etmemiştir.

Şu halde digitalden netice alınmayan vak'alarda hemen Ouabaine'e geçilebileceği gibi acil ihtiyaç anlarında hastaya evvelce digital verilmiş olup olmadığı düşünülmeden Ouabaine yapılabilir.

Dr. Suphi Artunkal:

Dr. Abaoğlu, Hocamız Akil Muhtar'ın bir hatırası ile söze başladılar, ve o zaman digitalden sonra Ouabaine veren talebenin döndüğünü, halbuki şimdi durumun değişmiş olduğunu kendi vak'alarını misal göstererek söylediler.

Ben de sözlerime rahmetli Hocamızı anarak başlıyorum. Hemen şunu söyleyeyim ki digitalden sonra Ouabaine veren talebe yine dönüyor. Bu digitalden sonra Ouabaine verilemez demek değildir. Ancak talebenin kendilerine verilen klasik kaidelerin dışına

1) Charles Laubry: «Nouveau Traité de Pathologie Interne III, Maladie du Cœur et des Vaisseaux», 1930, Paris.

2) Charles Laubry: «Nouveau Traité de Pathologie Interne III, Maladie du Cœur et de Vaisseaux, Paris 1930.

çıkması lazımdır. Ancak ihtisasını tamamladıktan ve o sahada bilgisini derinleştirdikten sonra kendi tecrübelerine göre bir kanaat sahibi olabilir. Talebe digitalden sonra Ouabaine verince neden döner? Bilirsiniz ki bu iki glikozid birlikte verilirse summation tesiri gösterirler, yani tesirleri birbirine eklenerek şiddetlenir. Digitalin muhtelif preparasyonlarının değeri değişiktir, imtisas eden ve itrah edilen miktarları tamamen sabit değildir, biriken miktarı bilemeyiz. Halbuki, Ouabaine'in hayvanı öldüren miktarı sabittir, ve damar yolu ile verildiği için imtisası değişmez. Bu sebeplerle Ouabaine, digital glikozidlerinin biolojik ölçülmesinde kullanılır. Bu hususta Hatcher'in usulü malûmdur. Kediye, damar içine, evvelâ miktarı tayin edilmek istenen digital mahlûlü şırınga edilir, arkasından da kedinin kalbi duruncaya kadar Ouabaine zerkedilir. Ouabaine'in kediyi öldüren miktarı sabit olduğundan, bu malûm miktardan tecrübeye sarfedilen miktar çıkarılırsa geriye kalan aded tesiri aranan digitalin tesir derecesini göstermiş olur. Bu tecrübe bize evvelden ne kadar digital aldığı bilinmeyen hastalarda derhal Ouabaine verilmesinin ne için tehlikeli olabileceğini gösterir. Evvelce verilen digitalinin nekadarının itrah edildiğini bilmek güçtür. Bilindiği gibi digital ödem mayiinde ve asitlerde de birikir. Sirkülasyonun düzelmesi ile veya diüretiklerle idrar çoğalınca kandaki digital miktarı da artarak toksik tesir gösterebilir. İşte bu sebeplerle digital alanlar da hemen Ouabaine yaparken dikkatli olmak lazımdır. Her halde arkadaşımızın vak'alarında hastaların almış olduğu digital, sonradan küçük dozda Ouabaine ilâvesiyle bir zarar göstermeyecek kadar azdı.

Öğrenmek istediğim bir nokta var: Acaba bu hastalar klâsik digital tedavisine cevap vermemiş mi idi? Bu hallerde, zaruret olunca Ouabaine geçilebilir. Fakat sabah digital akşam Ouabaine vermek gibi bir karışıma acaba neden lüzum görüldü. Malûmdur ki digital tedavisinde en iyi ilâç tesirine ve kullanılmasına iyice alışılmış olan ilâçtır. Yukarıda arzettiğim gibi, imtisas ve itrahları birbirine pek uymayan bu karışımда hastada ne kadar ilâçla tesir etmiş olduğumuzu bilmek güç olacaktır kanaatindeyim. Malûmdur ki bir ilâcın tesiri hayvanlar üzerinde denendikten sonra tedavi neticeleri de hastalar üzerinde, ve evvelki tedavi metodlarının neticeleri ile mukayese edilerek daha üstün olup olmadıkları araştırılır. Acaba bu karışımı yapmanın, klâsik tedaviye bir üstünlüğü olmuş mudur? Alınan neticeler, klasik şekilde tedavi edilen hasta grupları ile mukayese edilerek değerlendirilmiş midir?

Dr. Cihad Abaoğlu: (Son söz)

Değerli arkadaşım Doç. Dr. Artunkal'a teşekkür ederim, dün nakzedilen düşünceler bugün kabul edilebilir. Biz yeni bir şey keşfetmedik. Sadece, doğru olmadığını sandığımız bir geleneği değiştirenlere yardım ediyoruz.

Biz bu vak'alarla 132 vak'ada, digital ve Ouabaine'in beraber ve birbirini müteakip verilebileceğini ispata yardım ediyoruz.

Haydarpaşa Nümune Hastanesi
İkinci Cerrahî Kliniği çalışmalarından:
(Şef: Dr. Oper. Selâhattin Akel)

NADİR GUATR'LAR

Dr. Selâhattin Akel

Servikal guatr'lar kliniklerde her gün tesadüf edilen bir vetiredir. Fakat guatr'ın öyle klinik şekilleri vardır ki pek nadir olarak rastlanır.

Biz son bir sene zarfında nadir görülen guatr şekillerinden üç tanesine müdahale etmek fırsatını bulduk.

Birinci vak'amız: Bu vak'ayı, gösterdiği hacim büyüklüğünden dolayı nadir görülen guatrlar arasına sokmayı uygun bulduk.

Hastanın müşahedesi kısaca şudur: A. A. 15 yaşında Kastamonulu, Prot. No. 4136. Şikâyeti boynundaki şişlikten ve nefes darlığından. 4 yaşında iken guatr'ını fark etmiş, zamanla orta büyüklükte bir karpuz hacmini alan bu şişliği ağır bir iş yaptığında nefes darlığından başka kendisine bir zarar yapmıyormuş. Hasta evvelce hiç bir hastalık geçirmemiş, yalnız iki kardeşi veremden ölmüş. Ahvali umumiyesi iyi; silik bir kretinizmi var.

Lokal muayenesinde boynun ön nahiyesinde yukarda gene ucuna kadar gelen, aşağıda sternumun üzerinden aşağı doğru sarkan, yanlarda sternokleidomastoid adaleleri tecavüz eden ve sathında üç ayrı lobları tefrik edilebilen teneffüsle müteharrik büyük bir şişlik mevcuttur. Kitlede nabazan tril duyulmuyor, emles ve ağrısızdır. Ec-hize muayenesinde: yalnız kalpte 4 mihrakta duyulabilen sistolik bir suflı mevcuttur. Elektro-cardiogramme normal. Radiografide trakeada yer yer daralma sahaları mevcut ve yan grafide trakea kolon vertebralardan büyük bir kavis halinde öne itilmiş vaziyette görülüyor. Özöfago-grafide, özofagus da hafif öne itilmiş ve bu itilme sahasında bir daralma göstermektedir. Diğer laboratuvar muayenelerinde: Hemogramı hemen hemen normale yakın, basal metabolizmada bir değişiklik yok, idrar normal, Wassermann, Kahn menfi; Casoni, Weinberg menfi; kanda üresi normaldir. Laryngoscopie'de corde vocale'lerin sağa doğru hafif itildiği tesbit edilmiştir. Ameliyattan evvel ateş ve nabzı normal idi.

Bu muayenelerden sonra ameliyatına karar verilerek 21.6.952 günü lokal anestezi yapılarak klasik Kocher şakki ile strumektomi yapıldı ve 1570 gr. ağırlığında iki kütle halinde hipertrofik tiroid çıkarıldı.

Ameliyatı müteakip ateşi 38.8 e, nabzı 140 - 152 ye yükseldi, şiddetli dispne, stridor oldu; ameliyatın ikinci günü ateşi gene 39 civarında kalmakla beraber nabzı 120 ye indi, dispnesi devam ediyordu, glotis ödemi müşahede edildi, ancak 6 cı gün ilk defa olarak ateşi 37° altına indi, nabzı 100 civarında. Bundan sonra normal bir şekilde seyretti. Halen sadece uyku esnasında şiddetli horlama mevcut, diğer zamanlarda gerek teneffüsü, gerekse yutkunması tamamen normaldir.

İkinci vak'amız: İç ifraz bezleri ile olan alâkası ve nüksetmesinden sonra trakea üzerinde yapmış olduğu tazyik itibarile tebliğe şayan görülmüştür.

S. Y. 40 yaşında, Gemlik'li, Prot. No. 2509/275. Şikâyeti: Mütemudi nefes darlığı ve boynundaki şişlikten.

Hikâyesi: 10 sene kadar evvel boynunun önünde bir şişlik peyda olmuş ve zamanla şişlik kâhîl yumruğu kadar büyümüş, aynı zamanda mütemadi baş ağrıları, yüz hatlarında kabalaşma, ellerde, çenede, ayaklarda bir büyümenin olduğunu farketmiş. Birbuçuk sene evvel İstanbul hastanelerinden birinde boynundaki şişlikten dolayı ameliyat edilmiş. Ameliyattan sonra hastanın hiç bir şikâyeti yokken 4 ay önce **uyku**da iken anî olarak nefes darlığı başlamış. Bundan sonra nefes darlıkları gece ve gündüz nöbet halinde gelmekle beraber boynundaki evvelce mevcut şişliğin tekrar büyümeğe başladığını farketmiş, ameliyattan evvel olduğu gibi bu defa da tiroo-toksikoza ait klinik delilleri olmamış. Yalnız aybaşısında azalma mevcutmuş.

Öz ve soy geçmişinde mühim bir şey yok. Genel durumu: aktif, akromegalik görünüşte, besisi iyi, ateşi yok, nabız 96, disfonisi var, ve devamlı dispne halinde. Teneffüs ve deveran sistemlerinde kayda değer bir şey yok. Hazım ve diğer sistemler normal.

Lokal muayenede: Boyunda eski ameliyat nedbesi ve hafif tebarüz eden, yutkunma ile müteharrik iki adet şişlik mevcut. Hastanın devamlı dispne ve disfonisinden dolayı trakeanın hemen yaptırılan grafisinde şişliğe tekabül eden yerde ileri derecede bir daralma görüldü, diğer laboratuvar muayenelerinde: hemogramda orta derecede bir anemi, Wassermann, Kahn menfi, bazal metabolizma + % 36, kan şekeri litrede 1,28 gr. idrarda şeker yok, alb. litrede 2 gr. T.A. 14,5/10; hasta iç ifraz bezleriyle gösterdiği değişiklik bakımından hypophyse'in radiolojik durumu tetkik edildi: Cella turcica'da büyüme ve konturlarında harabiyet tesbit edildi.

Hastanın dispnesi dolayısıyla gösterdiği acil durumu göz önüne alınarak 5.4.952 de müdahale edildi. Lokal novokain anestezisi ile Kocher şakı yapılarak; nedbe nesci ile birlikte larenks üzerinde sıkı iltisaklı bulunan tiroid nesci sübtotal olarak çıkarıldı, ameliyat sırasında boğulur hale gelen hasta, ameliyat sonunda birdenbire rahatlaşarak serbest teneffüs edebildi.

Post-operatuar devre tamamen normal bir şekilde seyretti, Ameliyattan iki gün sonra yapılan trakea grafisinde tazyikin tamamen kalktığı ve trakeanın muntazam bir kalibre aldığı tesbit edildi.

Bu vak'amızın hypophyse guddesinin hypertrophie olması ile birlikte gözükmesi itibarile hypofiz ve tiroid arasındaki münasebete kısaca işaret edelim. Eskidenberi klinik ve patolojik anatomik müşahedeler insanlarda tireoplasie, mixodem ve tireopriv kaseksi esnasında hypofizin bir çok defalar büyüdüğü müşahede edilmiştir. 1929 senesinde Loep tarafından tireotrop hormonun keşfinden sonra bu iki gudde arasındaki fonksiyonel münasebetler exact olarak gösterilebilmiştir. Bu hormonun tecrübe hayvanlarına zerkinden sonra hakikaten tiroidde strüktürel bir hyperplazi ve kolloid sulanması ile birlikte bazal metabolizmanın artması, kanda iodun yükselmesi, karaciğerde glikojen azalması müşahede edilmiştir. Bizim vak'amızda da bazal metabolizma yükselmesi, kanda şeker artması ve akromegali arazlarının bulunması ile bir taraftan ve diğer taraftan da hastada bir buçuk sene evvel yapılan sübtotal strumektomiden sonra rezidiv görülmesi itibariyle buradaki guatr'ın doğrudan doğruya hypofizin tireotrop hormonunun fazla ifrazına bağlı olduğu bir vakıadır.

Üçüncü vak'amız : Bu vak'ayı da trachea üzerinde kompression yapan guatr'ın mevkiinin retro-sternal olması cihetile tebliğe şayan bulmaktayız.

M. A. 40 yaşında Kastamonulu. Prot. No. 7457/972.

Şikâyeti : bilhassa geceleri gelen şiddetli nefes darlığından.

10 sene evvel öksürürken boynun alt kısmında bir şişliğin meydana gelip kaybolduğunu farketmiş, tedricen büyümüş, ve nefes darlığı, disfagi olmuş. Muayenesinde sesinde boğukluk tesbit edildi, normal halde boyunda suişekil yok, efor ile sternum arkasından yumruk cesametinde bir şişlik yukarı doğru yükselmektedir. Larenks mua-

ynesinde sağ taraf aritenoid ve ses şeridinin hareketsizliği tesbit edilmiştir. Trakea radiografisinde bunun sola itilmiş olduğu görülmektedir.

Ameliyatı, lokal novokain anestezisi ile ve Kocher şakı ile başlanmış ; bilâhare şak aşağıya doğru uzatıldı, sağ lobu işgal eden adenom çıkarıldı. Patolojik anatomi raporunda, embrional ve kısmen fetal tipte adenom olduğu yazılmaktadır.

Postoperatuar seyir normal olmuştur, dispnesi hemen kaybolmuştur.

HÜLÂSA

Nâdir rastlanan guatr vak'alarından ayrı ayrı üç tipte birer müşahede tebliğ edilmektedir. Bunların biri çok büyük hacmi, ikincisi hormonal münasebetleri ve sonuncu da retroternal olması ile işgal ettiği mevkii itibarile mühimdir. Her üçü de trakea tazyiki yapmıştır.

Doç. Dr. Suphi Artunkal :

Gösterilen vak'alar çok enteresandı. İstifade ettim. Her guatr vak'asında hemen daima tiroid fonksiyonlarının ne halde olduğunu bilmek doğru olur. Bilhassa cerrahi müdahale için bunun lüzumu aşikârdır. Klinik ârâzlardan maada B.m. (Bazal metabolizma) yı ölçerek buna cevap vermeğe çalışırız. Halbuki B. m. yalnız başına tiroid fonksiyonunu göstermeğe kâfi değildir. Evvelâ bir çok teknik hatalar işe karışır. Tiroid hastalıkları dışında da B. m. yüksek bulunduğu haller vardır. Meselâ heyecan ve sinirlilik B. m. yükseltir.

Metabolizmayı bazal şartlara en yakın bir halde ölçebilmek ancak uykuda mümkün olur. Fakat şahıs tecrübe esnasında kendi kendine uyuyamaz. Bartels, Pentothal anestezisi altında B. m. ölçerek iyi netice aldığını yayınlamıştır. Bu şekilde yapılan metabolizmada talî sebeplerden mümkün olduğu kadar sakınılmış olur. Bu usule göre, evvelâ bildiğimiz şekilde metabolizma ölçülür. Sonra, damar içine, hasta uyuyuncaya kadar yavaş yavaş Pentothal şırınga edilir ve narkoz esnasında metabolizma tekrar ölçülür. Ekseriya iki ölçme arasında bir fark olur. Hipertiroidili hastalarda bu fark azdır, halbuki sinirlilik ve heyecan hallerinde bu fark çok genişliyor. Meselâ + 40 % olan vak'alar bazen (-) kıymetler gösteriyor.

Hülâsa, B. m. yi anestezi altında ölçmek bir çok hataları kaldırır. Ancak bu usulde anesteziye ait arızalara oldukça sık rastlanacağını hatırdta tutmalı ve tedbirli olmalıdır.

Biz bu usulü, serumda Kolesterin, Kreatin ve mahdud sayılı vak'alarda da radyoaktif iyod ölçmeleriyle karşılaştırdık ve neticede teşhiste tereddüt edilen vak'alarda güvenilebilir bir usul olarak bulduk.

Diğer laboratuvar usullerinden Kolesterin tayini, bir defa yapıldığı zaman, tiroid fonksiyonu hakkında bir delâleti yoktur. Zira kolesterin bir çok hastalıklarda değişir ve normalin hududu da çok geniştir. Ancak muhtelif zamanlarda tekrarlanırsa, hastalığın seyrini ve tedavi neticelerini takibde faydalı olur.

Serumda Kreatin miktarının ölçülmesi de tiroidin fonksiyon halini göstermede kıymetli bir testdir. Biz de Serum Kreatini ile diğer laboratuvar muayeneleri ve klinik ârâz arasında uygunluk bulduk. Hipertiroidide Kreatin daima normalin üst hududunu geçmektedir.

Hülâsa edersek : Bu guatr veya hipertiroidi şüphe edilen vak'ada tiroid fonksiyonunun tayini için B. M. yi anestezi altında, yahut sabahleyin ağızdan Nembutal vererek yarı uyku halinde yapmayı tercih ediyoruz. Serum Kreatin miktarının tayinini, bir tek defa tayin edilen kan kolesterini miktarından daha doğru bir test telâkki ediyoruz.

T. C.

Milli Eğitim Bakanlığı
Preventorium - Sanatorium
Müdür ve Baştabibi
Dr. Zeki Köseoğlu

TÜBERKÜLOZ HASTALIKLARINDA PNÖMO PERİTUVAN TATBİKATI

Dr. Zeki Köseoğlu
Dr. Cebire Betgen

Dr. Mehmet Dedeoğlu
Dr. Orhan Üçsel

Akciğer tüberkülozunun tedavisinde Pnömo perituvan tatbik edilerek elde edilen neticeleri arzedeceğimiz bu rapor hiç şüphe yok ki orijinal bir travayın mahsulü değildir. Çünkü Amerika, İngiltere, Fransa ve Almanya'da bazı hekimler tarafından Akciğer tüberkülozunda Pnömo perituvan tatbik edilmiş, elde ettikleri neticeleri tetkik ve neşretmişlerdir. Biz de müessesemizde mevzuubahs memleketlerde yapılan Pnömo perituvan tedavisini 59 vak'ada tecrübe ettik, işte burada elde ettiğimiz neticeleri bir kaç kelime ile hülâsa edeceğiz.

Pnömo perituvanın klinikte tatbiki eskidir. Yalnız eskiden karın içi organlarının teşhisinde Perituvan boşluğuna hava vermek suretile radyolojik muayeneler için kullanılırdı. Daha sonraları tedavi olarak bağırsak leziyonlarını istirahatata koymak ve semptomlarını hafifletmek gayesi ile kullanıldı. Hakikaten vak'aların mühim bir kısmında mevcut olan sübjektif ve klinik semptomların mühim bir kısmının ortadan kalktığı görülmüştür. Son asrın başlarındanberi muhtelif memleketlerde peritonit tüberküloz ve bilhassa bunun asitli şekillerinden perituvan boşluğuna oksijen ensüfle etmele tedavi ettikleri vak'aların müsait neticelerini neşrettiler.

Pnömo perituvanın bir tedavi metodu olarak kullanılması fikri Spencer Willes'in 1862 de neşrettiği meşhur müşahedesi olmuştur. Bu operatör over kisti zanniyle bir hastaya laparotomi yapıyor. Fakat bir sürpriz olarak asitli bir peritonit Tb. ve seröz gışalar üzerinde mebzul tüberküloz granülasyonlarını görüyor. Mayii boşaltarak batını kapatıyor. Bu müdahale neticesinde Peritonit Tb. nin had bir pusesi husule gelmiş olmasına rağmen hasta süratle şifa buluyor. Bundan mülhem olarak peritonit Tb. nin cerrahi tedavisi antisepsi ve asepsi çağı açıldıktan sonra uzun müddet kullanılmış ve methedilmiştir. Nihayet bu devrede hükmünü icra ettikten sonra Amerikada olduğu gibi muhtelif memleketlerde de laparotomi yerine perituvan boşluğuna oksijen ensüfle etme metodu kaim oluyor ve bilhassa 1893 senesinde Mosestig - Moorhof ve aynı tarihlerde Nolen bu usulü bir çok peritonit Tb. li hastalara tatbik etmiş ve aldıkları müsait neticeleri tebliğ ve neşretmişlerdir. Bu müşahede ve tebliğler Folet, Duran, Thiriari gibi müellifler tarafından teyit edilmiştir. 1908 de Mc. Clinn pnömo perituvanda oksijen yerine süzölmüş atmosfer havasının kullanılmasını tavsiye etti. 1913 de Banbridge 125 vak'a üzerindeki tetkik ve müşahedelerine dayanarak pnömo perituvanın peritonit tüberkülozdan başka şoklarda, bulantı ve kusmalarda, batın tümörlerinin ekstirpasyonundan sonra karın boşluğunda husule gelen menfi tazyiki yenmek, iltisaklara mani olmak için kullanılabileceğini beyan etmiştir. 1922 de sirozların gerek mayinin teşekkülünü geciktirmesi ve iltisaklara mani olunması bakımından da tavsiye edilmiştir.

Amerika'da bilhassa Banyai 1931 de 44 ve 1944 de 100 anterit tüberküloz vak'a-sında pnömo perituvan tatbik ederek aldığı neticeleri neşretti. Bu neşriyatı müteakip İtalya, Fransa ve Almanya'da da bu gibi vak'aları bu tedavi metodu ile tedaviye baş-

ladılar. Banyai bu sefer de akciğer tüberkülozunda da pnömo perituvandan istifade edilebileceği hakkında tebliğ ve neşriyatta bulunduktan sonra bir çok memleketlerde kullanılmaya başlandı. Fransa'da P. Lefebvre, Douady, Venator (1939 - 1941) Perof, Pigeon (1943), Melletier (1945), Chadourne, Baudoin ve Pinelli (1946) tarafından bu tedavi metodu hakkında muhtelif tebliğ ve neşriyat yapıldı. Yalnız şunu kaydetmek icabeder ki pnömo perituvan Fransa'da ancak bazı verem mütehassısları tarafından kullanılmaktan daha ileri gidememiştir.

Biz de kendi sanatoriumumuzda pnömo perituvan tedavisini 1950 denberi kullanmaktayız. Yalnız biz klasik tedavilerimizin müessir olmadığı ve ileri derecede iki taraflı vak'alara tatbik ettik. Tahminimize göre bu tedavi usulü bizde tıpkı Fransa'da olduğu gibi pek mahdut verem mütehassısları tarafından kullanılmaktadır.

Amerikan ve İngiliz müellifleri pnömo perituvana şayanı hayret derecede kıymet atfetmiş ve «pnömotoraks yerine kaim olabilecek güzel ve tehlikesiz bir tedavi metodudur» diye methetmişlerdir. Bir kaç vak'ada müsait netice almakla senelerce gayet iyi sonuçlar veren ve bugün dahi kıymetini bütün satvetiyle muhafaza etmekte olan pnömotoraksa tercih etmeğe kalkışmak büyük bir hata ve haksızlık olur kanaatindeyiz. Çünkü bir tedavi metodu her ne kadar basit olursa olsun daha iyi ve müsait neticeler veren komplike ve güç bir tedavi metoduna bile tercih edilemez ve edilmemelidir de. Bizim vak'alarımızın pnömoperituvan endikasyonları mahdut ve muayyen vak'alara inhisar etmiştir. Yani mevcut tedavi metotlarımıza uygun olmayan vak'alara yapılmıştır. Fakat pnömotoraks veya cerrahi tedaviye uygun olan veya antibiyotikler ile şifası mümkün olan vak'alara pnömoperituvan tatbikine kalkışmak doğru ve yerinde olmayan bir harekettir. Ancak ağır bir vak'ayı her hangi bir cerrahi müdahaleye hazırlamak veya emoptizinin yeri tayin edilemeyen veya pnömotoraksla durdurulamayan kanamalara pnömo perituvan endikedir. Fransız müellifleri pnömo perituvanı daha ziyade frenik felci ile birlikte kullanmaktadırlar. Biz Sanatoriumumuzda vak'alarımıza uygun gelen tedavi şekillerini müşterek olarak kullandık. İki yıldanberi pnömo perituvan tedavisine müessesemizde devam edilmektedir. Bu müddet zarfında 59 vak'aya tatbik edilmiştir. Bunların ekserisi salâh bularak taburcu edilmiş ve memleketlerinde pnömo perituvana devam etmekte oldukları gibi bir kısmı da müessesemize gelip ayaktan pnömo perituvanlarına devam ediyorlar.

Evvelâ yabancı memleketlerin pnömo perituvandan aldıkları neticelerin hülâsası:

R. S. Mitchell ve arkadaşları 197 ağır akciğer vak'asına yalnız pnömo perituvan yapmışlar ve beyaz ırkta % 52, siyah ırkta % 30 nisbetinde iyi netice almışlar.

H. G. Trimbell ve arkadaşları 352 vak'ayı pnömo perituvan tedavisi altına almışlar, % 13 ünde şifa % 53 ünde salâh elde etmişler.

S. A. Hoffmann ve S. A. Hyman mikst tedaviye (Pnömo perituvan, antibiyotik ve frenisektomi) tabi tuttıkları 37 vak'ada % 55 nisbetinde kavernlerin kapandığını yalnız pnömo perituvan tatbik edilenlerde ise % 33 nisbetinde kavernler kapanmıştır.

R. Kourilsky ve arkadaşları 28 vak'aya pnömo perituvan tatbik etmişler. Bu vak'aların: 6 sında % 21,4 harikulâde bir netice, 14 ünde % 50 oldukça iyi netice, 8 inde 0 netice elde etmişlerdir.

Biz de 59 vak'ada şu neticeleri aldık:

26 vak'ada % 44 salâh	}	% 69
15 vak'ada % 25,0 büyük salâh		
18 vak'ada % 31,0 haliyle		

bu vak'aların balgam muayenesi:

28 inde B.K. menfi % 47,6

31 inde B.K. müsbet % 52,4

Vak'alarımızın 9 unda hemoptizi olmuş ve bunların 3 ünde frenisektomi ile bir-

likté pnömo perituvan tatbik edilmiş ve % 100 müessir olmuştur. Ve geri kalanlarında tek başına pnömo perituvan % 70 nisbetinde müessir olmuştur.

Literatürden aldığımız istatistik neticeleri ile bizim elde ettiğimiz neticelerin yekdiğerine yakın olduğu görölmektedir.

BİBLİYOGRAFYA

- 1 — A. Ladislaus Banyai: Pneumo peritoneum traitement, 1946.
- 2 Edouard Rasit: Les Symptome de la tuberculose pulmonaire 1943.
- 3 — Etienne Bernard, Paley, Renau: Revue de la tuberculose No: 12. 950 - No: 1 - 2, 1951.
- 4 - - P. Chadourne: Revue de la tuberculose No: 3 - 4, 1951.
- 5 — R. Kourilsky, F. Lemanissier, Fouchon: Revue de la tuberculose, No: 7 - 8, 1950.
- 6 — E. G. Sitahurumaden R. Elphenstone: Ars Medici No: 2, 1951.
- 7 Roland: Revue de la tuberculose No: 10 - 11, 1951.
- 8 Cl. Renaud: La presse Medical No: 75, 1951.
- 9 Dr. Mahmut Sezer: Akciğer tüberkülozu tedavisinde pnömo perituvan 1952 (basılmamış tez).
- 10 -- James L., Livingstone: Modern practici in tuberculosis Ct. 2, 952.
- 11 Bariety, Le Tacon, Poulet: La Presse Medical No: 16, 1951.

HÜLÂSA

1 Pnömo perituvan'ın Tb. tedavisinde yeri bizim kanatimizce şimdilik antibiyotik (Stréptomycine, PAS ve Rimifon) ve pnömotoraks'dan sonra üçüncü bir mevki almış oluyor.

2 Hemostatik olarak diğerlerine nazaran hatta medikal ve şirürjikal vasıtalarla kıyas edilemeyecek derecede bir üstünlüğü olduğunu kat'iyetle söyleyebiliriz.

3 Pnömo perituvan'dan parlak netice alınabilmesi ancak hastaların çok dikkatli takibiyle yerinde bir endikasyon koyması ile mümkün olabilir.

4 Eski dünya fizyoloğlarının kanaatine iştirak ederek şimdilik pnömo perituvanla tedavi metodunun pnömotoraks tedavi metoduna tercih edilmeyeceği fikrindeyiz.

Dr. Tefik İsmail Gökçe:

Muhterem arkadaşımızın kıymetli tebliğlerini alâka ile dinledim. Söylediklerini ikiye ayıracağım. Birisi müesseselerinde tatbik ettikleri pnömoperituvanlara aittir. Bunlardaki tatbikat endikasyonları ve alınan neticeleri hakkında diyecek bir şey bulamadım. Müessesemizde takip ettiğimiz 225 hastada aynı endikasyonlarla tatbik etmiş aşağı yukarı aynı neticeleri almış bulunuyoruz.

İkinci kısım ise pnömo perituvan hakkındaki dünya efkârını telhis eden kısımdır. Bu mütalâalarına maalesef iştirak edemeyeceğim. Burada, Amerikada yavaş yavaş pnömotoraksın geri bir mevki aldığını ve bunun yerine pnömoperituvan kaim olmakta olduğunu ve buna nazaran yakın bir istikbalde pnömoperituvan, pnömotoraks'dan daha evvel gelen bir mevki işgal edeceği kanaatini izhar etmişlerdir. Filhakika Amerikada pn.p.ye büyük bir revaç verilmesini tavsiye eden bazı müellifler vardır ve kendilerinin bahsettikleri Banyani bunların başındadır. Buna mukabil Amerika büyük bir sahada teşkilâtı olan ve aşağı yukarı oradaki tüberküloz işlerinde nazım bir vazife gören Turüdo sosyetesinin neşriyatını muntazaman takip etmekteyim. Bunlar yine kollaps

tedavisinde px. a en önde gelen bir mevki vermekte devam ediyorlar. Ancak ikinci dünya harbi sonunda Amerikada px. ın ihtilâtları ve bunların mucip olduğu nefes noksanlıklarını ileri sürerek endikasyonun istirahat ve rezeksyonlar hesabına daralmasını ileri süren bazı müellifler olmuştur.

Bunu nazarı itibara alan Beynelmîlel Tüberküloz Cemiyeti iki sene evvel Kopenhag'ta toplanan konferansa mevzu olarak pnömotoraks tedavisini ele almış ve bunun kollaps tedavisindeki mevkiini yeniden gözden geçirmiştir. Benim de korraportör olarak iştirak ettiğim kongrede esas raportör Etienne Bernard ile Rist raporlarında mevzu bahis mahzurları birer birer gayet esaslı bir şekilde gözden geçirerek bunların varit olmadığı neticesine varmışlar ve korraportörlerin raporları ve münakaşalar sonunda sun'î pnömotoraksın akciğer vereminin kollaps tedavisinde mevkiini tamamiyle muhafaza ettiği neticesine varılmıştır. Bizde 28 devam eden ve 20.000 küsur hastaya istinad eden görgülerimize göre bunu teyid edebiliriz.

Bununla beraber p. p. çok kıymetli bir tedavi vasıtasıdır ve bunun muhakkak surette geniş ölçüde kullanılmasına taraftarız. Diğer müdahalelerin yapılamadığı vaziyetlerde o müdahalelere hazırlamak ve yapılabileceği vak'alarda hastalığı stabilize bir hale sokmak, Hemoptizileri durdurmak hususlarında müessir bir vasıtaadır. Bilhassa yapılmasının kolay ve ihtilâtının az olması sebebiyle müdahale yapılamıyacak ağır vak'aların merkez müesseselerine gönderilmeyerek bir vasıta ile hastalara faydalı olmak imkânını temin etmesi itibarıyla arkadaşlarımızın büyük mikyasta bir müdahaleye alışmaları tatbik etmeleri bilhassa şayanı temennidir.

Dr. Haydar Aksüğü:

Zeki beyefendi pnömoperituvanları antibiotiklerle mukayese ediyorlar ve pnömoperituvanı antibiotiklerden sonra gelen bir tedavi vasıtası olarak kabul ediyorlar, böyle bir mukayese antibiotiklerle kollapsoterapi metodlarını mukayese etmek demek olur ki bu doğru değildir, çünkü her iki grubun leziyonlara tesir mekanizmaları ayrı ayrıdır, mamafih böyle bir mukayese yapılsa bile yine varılan neticeye iştirak edemeyiz, zira antibiotikler ani darbe tesirli fakat kısa sürelidir. Pnömoperituvan ise hemoptisiler müstesna ağır tesirli fakat uzun seyir ve istihsal için daha emin bir tedavi vasıtasıdır. Biz antibiotikleri kollapsoterapi metodlarına hazırlayıcı ve yardımcı olarak kabul ederiz.

Ihtilâtlar bahsında bizim de arzetmek istediğimiz bazı noktalar vardır. Çok nadir olmakla beraber bendeniz vaktile Pnömotoraks tesis edip, bir müddet takip ettiğimiz ve hiç bir arıza göstermeyen yani spazmofilik bir bünye göstermeyen bir kızda, pnömotoraksın gayri müessir olmasından bunu terk ederek pnömoperituvana başladım, ilk denemede Pnömotoraks esnasında görülen, amboli gazöz veya şok plöral ile izah ettiğimiz titremeler göz kaymaları, ilâh... arazlar görülmesi üzerine bunu terk ettik, ikinci denemede aynı arazlar daha ileri safhada (şuur ziyana kadar) tezahür edince pnömoperituvan tesisinden tamamen vaz geçtik.

Bundan başka diğer üç hastamızda pnömoperituvan başlamasından sora muhtelif zamanlarda likit reaksiyonu gördüm, bu hastalardan birinde perituvan boşluğundaki suyu tahliye etmeden içine her gün 0,50 gr. Streptomycine yaparak bir ayda mayiin tamamen rezorbsiyonunu temin ettik ve Pnömoperituvana da devam ettik, diğer hastada 2 defa tahliye, plevra içine 0,50, adaleye 0,50 gr. Streptomycine olmak üzere her gün bir gram yaparak pnömoperituvana devam imkânı oldu, üçüncü hastada likit reaksiyonu ani ve şiddetli oldu, müteaddid tahliye ve antibiotik tedavisine rağmen süretle evvelâ iltisaklar husule gelerek perituvan boşluğu müteaddid tali boşluklara ay-

rıldı, sonra da bunlar da senfize olarak bütün perituvan boşluğu kayboldu. Maruzatım şudur ki pnömoperituvan esnasındaki likit reaksiyonlarında derhal suyu boşaltıp insuflasyona devam etmeli ve hastayı kendi haline terk etmemelidir. Başka bir hastam da pnömoperituvan tesisinden ve 3 - 4 insuflasyondan sonra bir gün yine hava vermek üzere soldaki klasik yerden iğnemizi batırdık, manometrede tazyik + 5, +6 civarında görüldü, yalnız ossilasyonun çok ufak olmasından şüphe ederek bir rekor şırıngası ile plevra içinden aspirasyonla hava geri almak isteyince şırınganın içine kan dolduğunu gördüm, aynı muntıkada yer değiştirdim ve ikinci defa yine aspirasyonla şırınganın tekrar kanla dolduğunu gördüm. Bu şekilde tedbirli olmak sayesinde hasta bir amboli gazözle ölümden kurtuldu, bendeniz büyük bir hava boşluğu teessüs edinceye kadar pnömoperituvan insuflasyonlarında daima böyle bir kontrolü zarurî addediyorum. Diğer bir hastada pnömoperituvan denemesinde ancak 250 - 300 cm³ hava verebildik, müteakip 6 - 7 seferde bu mikdarı zorla 350 - 500 cm³ e çıkarabildik, fakat ısrarla takibimiz ve insuflasyonların aralarını sıklaştırmak sayesinde 1,5 - 2 ayda 1000 cc³ hava verebildik, iki taraflı ve pnömotoraks denemelerinin menfi olduğu hastada böylece tamamen veya muvakkaten cerrahî müdahalelerden kurtulmuş oldu, bu vak'a ilk denemelerde iltisak var diye havayı hemen terk etmemek icab ettiğinin güzel bir misalidir zannındayım.

Dr. Zülfü Özgen:

Sayın Bay Dr. Zeki Köseoğlu arkadaşımızın tüberküloz hastalıklarında pnömoperituvan tatbikatı hakkındaki kıymetli tebliğlerinden dolayı kendilerine teşekkür ve tebriklerimi sunmağı bir vazife bilirim. Mensub olduğum Heybeliada sanatoryomumuzdaki günlük çalışmalarımızda genişçe bir materyel üzerinde biz de bu metodu oldukça sık sık tatbik etmekteyiz, nitekim muhterem hocam Dr. Tevfik İsmail Gökçe'nin de biraz evvel belirttiğı gibi bugüne kadar müessesede 220 vak'aya Pnömoperituvan tatbik edilmiş ve bunlarda 33 % salâh elde edilmiştir ki, bu netice tebliğ sahibi arkadaşımızın neticelerine aşağı yukarı uymaktadır. Bu arada değerli meslekdaşımın, bu metodun bilhassa Amerikada pnömotoraksdan daha geniş bir tatbik sahası bulduğu yolundaki sözleri üzerinde durmak isterim. Daha ziyade Palyatif bir tedavi metodu olan pnömoperituvanın, başta Pnömotoraks olmak üzere tıbbî ve cerrahî bütün kollaps tedavisi metodlarının kıymetli bir ön müdahalesi olduğu kanaatindeyiz. Nitekim, bu arada istikrar bulmamış, henüz ateşle müterafık eksüdatif ve evolütif safhadaki akciğer vereminde antibakteriyel tedavi ile birlikte tatbik edilecek bir pnömoperituvan kendinden sonra gelecek kollaps tedavisine kıymetli bir hizmet görmektedir.

Hemoptizilerin durdurulmasında, kaide lezyonları ile zirve kavitelerinin bazılarının küçülme ve hatta bazı ahvalde şifasında oldukça mühim rol oynamaktadır. Ancak, Pnömotoraks endikasyonu olan vak'alarda yerini, çok değerli bir kollaps metodu olan bu usule terk etmesinin de keza zarurî olduğu mütalâasında yaz.

Dr. Abdi Asal:

1) Denizlide bir hastada sol zirvede yumurta cesametinde bir kavern için pnömöthorax muvaffak olmadı. Cerrahî müdahaleye hazırlama bakımından pnömoperituvana başladık. Bir ay sonra tekrar filim çekildiğinde kavernin kaybolduğu görüldü ve cerrahî müdahaleden vaz geçilerek pnömoperituvana devam edildi.

2) Hey'eti umumiyeden şunun açıklanmasını rica ediyorum: Diğer tedavi metod-

larından istifade edilemeyince pnömoperituvan yapılması arzu ediliyor, fakat bunun müddeti nedir, nekadardır devam etmek lâzımdır, bunun hakkında fikirleri olan arkadaşların açıklamasını rica ederim.

Prof. Dr. Nusret Karasu :

P. P. tedavisinin bütün arkadaşlar tarafından iyi bir şekilde karşılandığına müteşekkirim.

P.P. ve Pnx. tedavilerini bir araya katmak doğru değildir. Kazeöz pneumoniler ve bronchopneumonie caséeuse vak'alarında her iki tarafa yaygın lezyonlarda Pnx. tatbik edilemez. Halbuki P.P. bu vak'alarda tercihan kullanılır.

Yine Pnx. prophylactique olarak tatbik edenler azdı. Halbuki P.P. infiltr. vak'alarında caverne açılmasını meneden en iyi bir vasıttır.

Kanaatimce P.P. ve Pnx. i en iyi indication aldıkları yerlerde kullanmak bazen birini, bazen diğerini tercih etmek gerektiği zaman birini diğerine tercih etmek veya muvaffak olmayan yerine diğerini ikame etmek en doğru yoldur.

Dr. Salâhattin Akkaynak:

I — Kanaatimizce, ortada bir Pnx. mı? Yoksa P.P. mi yapalım münakaşasına lüzum yoktur. Her iki metod da iyi birer tedavi vasıtalarıdır, ancak endikasyonlar dahilinde kullanılmalıdır.

II — Pnx. ın Dispanserlerde tesisine taraftar olmadığımızı dünkü bir konuşmada tebarüz ettirmiştik. Fakat P. P. için hal böyle değildir ve P.P. Dispanserlerde de tesis ve takip edilebilir. Böylece bilhassa memleketimizin hususiyetleri bakımından değerli bir tedavi vasıtasıdır. Böylece bir çok vak'alar antibiyotik ve P.P. la hastayı şifaya götürmek mümkündür. Yahutta ileride her hangi bir cerrahî müdahaleye hazırlamak sağlanır.

III — P.P., bilhassa bir kanama dindirici olarak vasıflandırılabilir. Bu bakımdan elinde Tbc. yatağı olmayan yerlerde ve dispanserlerde bu gibi vak'aların P.P. le şifa ve takibi sağlanır.

Dr. Asım Sözmen:

Zeki beyefendiye kıymetli tebliğinden dolayı teşekkür ederim.

Hocam Süreyya Ali beyin bir sözü vardır. (İstatistikler lastik gibidir, ne tarafa gerseniz o tarafa uzar) derdi. Kendileri yeni dünyanın bir tarafa çekilmiş istatistiklerinden taraftar bularak kendilerinin 54 vak'aları ile Havayı Pn.p. lehine çevirmek istediler. Biz hekimliğin eski teselli veren mahzun kalpleri tedavi eden karakterini unutmuş bulunuyoruz ve aldığımız muvaffakiyetleri pnömoya verilen bir az Havaya hamle ediyoruz. Bu meyanda birlikte yapılan kür ve teselli tedavisini unutuyoruz. Eskiler umumî zaif diye tedavi ettikleri hastalarını daha uzun yaşattırlardı.

Şimdi hastalar da bizimle beraber kalmağa sayıyorlar. Hastalık romantik karakterini kaybetmez. Hastanın maneviyatını yıkacak maddi bir şekle konulduğu hastalara da ifşa edilmiştir.

Dr. Zeki Köseoğlu:

Evvelâ yüksek heyetinize mütevazı tebliğimin uyandırdığı alâkadan dolayı çok teşekkür ederim, Haydar bey arkadaşım pnömo perituvanın 2 - 3 senedenberi değil de daha evveldenberi Heybeli Sanatoriumunda tatbik edilmekte olduğunu söylediler. Belki arasına P-P daha evvelce de yapılmıştır. Fakat bunun şumullü ve esaslı olarak tatbikinin 2 - 3 seneden daha evvel olmadığı kanaatinde ısrar ederim. Pnömo ve antibiyotiklerle tedavi edilip müsbet bir netice alınmayan akciğer tüberkülozu vak'alarına tatbiki faydalıdır, ve hatta lüzumludur kanaatindeyiz, arkadaşımız da hemen aynı fikirler, yalnız benim sözlerimden P-P nin pnömoya tercih edilmesi fikrini çıkarıyorlar. Böyle bir şey yoktur. Tebliğimizin hülâsasının başında bu fikrimizi sarîh olarak belirtmekteyiz, P-P nin de ihtilâtları olabileceğini biz de kabul ederiz. Vak'alarımızın yalnız birisinde muahhar olarak karın boşluğunda bir miktar mayı teşekkül etti ve bu da P-P ensüflasyonu fasıllarını uzatmamıza sebep oldu, halen de bu suretle tedaviye devam etmekteyiz. Şunu belirtmek yerinde olur ki; bizim aldığımız mütevazı neticelere göre pnömoya nazaran P-P tatbikatında daha az ihtilât vukua gelmektedir ve bilhassa kan tükürme vak'alarında —Tebliğimizi bildirirken söylediğimiz gibi— P-P ideal bir tedavi metodudur. Bu husustaki kanaatimiz katidir.

Sayın Dr. Tevfik İsmail Gökçe arkadaşım beni pnömoyu bir kenara atan ve P-P tatbikinin pek hararetli bir taraftarı gibi almaktadır, böyle bir taraftarlık gütmedim, tebliğimizin hülâsasında eski dünya fitiziyoloğlarının kanaatine uyduğumuz da sarîh olarak kayıtlıdır. Sayın Prof. Nusret Karasu arkadaşım benim söyleyeceklerimi pek belîğ bir tarzda ifade ettiler ve dediler ki P-P nin de tüberküloz tedavisinde ehemmiyetli bir yeri vardır. Bilhassa hikâyesini anlattıkları ümitsiz bir hastanın P-P tatbiki suretile daha takip ve tedaviye ihtiyacı bulunmasına rağmen aşikâr kavite kapanması ve umumi halin çok düzelmesi şeklinde alınan muvaffakiyetli netice de P - P nin pek ehemmiyetli bir tedavi metodu olduğunu göstermektedir.

Dr. Asım Sözmen arkadaşım tedavi ümidi kesilmiş hastaların bizzat P-P yi istediklerini söylemek suretile hekimin değil hastanın tedavi usulünü hekime tatbik ettirdiklerini anlatır gibi oldular, kendileri nüktedan bir arkadaşımıdır, bununla da acı bir nükte yapmış olsalar gerek. Zannetmem ki hasta değil, hekim hastaların tedavi metodunu tayin eder kanaatinden başka bir fikir beslemiş olsunlar...

Zülfü bey arkadaşımız P-P endikasyonundan bahsettiler, tebliğimizin konusu P-F den alınan neticeleri bildirmek, yerinde ve zamanında bunun müessir bir tedavi metodu olduğu hususunu, bir defa daha yüksek huzurunuzda belirtmektir. Uzun uzun P-F endikasyonundan bahsetmek sizleri yormak olacaktır, mamafih gerek kendilerine gerekse diğer sayın arkadaşlara gösterilen alâkalarından dolayı tekrar teşekkürlerim bildirir ve sözüme son vermeden evvel ben yaşta olanların malûm bulunan merhum Süleyman Numan hocamızın: (Hastalık yoktur, hasta vardır) kanaatini bu vesile ile hatırlatmak isterim.

Aynı hastalık ile muztarip olan hastalar başka başka tarzlarda tedavi edilebilir ve bu tedavilerden müsbet netice de alınabilir. Sonra şunu da hatırlatmak isterim ki hasta tedavi eden hekim, bir gemi kaptanı gibi yerine ve zamanına göre muhtelif manevralarla gemisini selâmet kıyısına yanaştırmasını bilendir.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Fizyoloji Kliniği çalışmalarından:
(Prof. Dr. Nusret Karasu)

DORSAL LOB KAVİTELERİ HAKKINDA

Prof. Dr. Nusret Karasu

Dorsal lob kaviteleri yahut alt lob apikal segmenti kavernleri akciğer tüberkülozunda teşhisi zaruri olan ve tedavisinde hususiyetler gösteren bir arızadır.

Mutad olarak arka ön radyografilerde bu kaviteler bazan üst bazan orta loba aid hissini verebilir. Hatta tansiyonlaşarak projeksiyonları klaviküla altı sahaya düşebilir. Bu sebeple kavitelerin loblara taksimi hakkındaki eski istatistikleri yeniden revizyona tabi tutmak zaruridir.

Dorsal lob kavitesinin en büyük hususiyeti mutad tedavi metodlarından az istifade etmesidir. Sebep olarak bu segmente aid drenaj bronşunun hususiyeti sebebi ile çok defa hastalanması ve bu cihetle kavitelerin balonlaşması veya tansiyon kaverni vasfını alması muhitine yapışması sebebi ile Pnx. tedavisinin tesirini güçleştirme gibi noktalar ortaya atılmış ve bilhassa tıbbi Pnx. tedavisinin bu vak'alar için bir endikasyon teşkil edemeyeceğine dair kanaat umumileşmiştir.

Dorsal lob kavitelerinin tedavileri hususunda tam bir ittifak husule gelmemiştir. Bu kavitelerin çok sürprizli seyirleri de şayanı dikkattir. Bazan sür'atle balonlaşma ve bazan sür'atle kaybolmaları ve tekrar meydana çıkmaları bu hususiyetleri arasında olduğundan tedavi neticeleri hakkındaki mütaleaları daima ihtiyatla karşılamak zaruridir.

Çokluğu: evvelâ bu vak'aların çokluğu üzerinde durmak zaruridir. Rothstein Emil çok olduğu ve teşhis hataları sebebi ile az gösterildiği kanatındadır. Vivaslanbah alt lobun hastalığını yüzde 3,1 olarak tesbit etmektedir. Rozenblatt'ın bulunduğu nisbet yüzde 6,5 bizim bulduğumuz nisbet ise yüzde 7 dir. Bütün vak'alarda çok metodik çalışılırsa, nisbetin biraz daha yüksek bulunacağı kanaatindeyim. Netekim Johnchamber bu nisbeti yüzde 25 e kadar çıkarmaktadır. Ankara Veremle Savaş Derneği dispanserlerinde ve hastane tesislerinde 1 Nisan 952 tarihine kadar müracaat eden 3779 veremli vardır. Bunların içerisinde akciğer veremine müptelâ 3238 vak'adan 1504 nü kavernli vak'alar teşkil etmektedir (% 46). Şüpheli hallerde ön, arka ve yan radyografilerde tesbit edilen dorsal lob kaviteleri yekûnu 45 tanedir. Diğer kavernli vak'alara teşmil edecek olursak % 3 ü dorsal loba isabet etmektedir. Alt lob kaviteleri içerisinde bu segmentin hastalığının mühim bir yekûn işgal etiği görülmektedir. 106 alt lob kaverni içinde % 42,5 unu dorsal loba aid olanlar teşkil etmektedir. Mütebakisi diğer segmentlere taksim olmaktadır. Vivaslanbah da aynı kanaattedir.

Dorsal lob kaviteleri bizde sağ ve sol taraf için aynı bulunmuştur. Sağda 22, solda 23 vak'adır. 21 vak'a kadınlarda 24 vak'ada erkeklerde tesbit edilmiş ise de erkeklerin müracaat nisbetine uygun bir rakamdır.

(Cherry kadınlarda 2,5 kerre fazla görmüştür. 1379 vak'ada bulunan bu farkın sebebini izah etmek müşküldür.) Vak'alarımızın % 80 i 20 - 40 yaş arasında % 12,5 bu

yaştan küçük % 7,5 i daha büyüktür. Cherry'nin vak'alarında ortalama yaş 25,1 dir. Anamnezi iyi tesbit edilen 16 vak'amızdan 6 sında hastalık doğrudan doğruya dorsal lobda başlamış mütebakisi de sonradan buraya yayılmıştır. Dorsal lobu hasta olanlarda minimal lezyon hiç tesbit edilmemiştir. Umumi durum 25 vak'ada (Moderatly advanced) 20 vak'ada (Far advanced) idi (% 55,6 - 44,4), Cherry bir aylık vak'alarda bile minimal lezyon tesbit etmemiştir. Kavernler ilk müracaatlarında 32 vak'ada ince cidarlı 5 vak'ada da kalın cidarlı, 5 vak'ada da balonlaşmış 4 vak'ada da jean görülmüştür. Vak'alarımızın büyük bir kısmını hiç bir tıbbi müdahale yapılmamış hastalar teşkil ettiğinden dorsal lob kaviteleri nisbeten az görülmektedir. Bu vak'alarda kavernlerin bir çok tedavi ve müdahale usullerine taannüd ettiği nazarı itibara alınacak olursa muhtelif tıbbi ve müdahalekâr tedavilere maruz kalmış olanlar arasında diğer loblardaki kavernlerin şifa bulmaları sebebi ile tedavi görmüş vak'alarda dorsal loba ait nisbetin daha fazla olacağına kaniim. Vak'alarımızın 22 si Dispanserlerimizde ayaktan, 14 ü de hastanemizde yatarak tedaviye alınmıştır. Vak'aların 12 sine ilk müdahale olarak Pnx., 14 üne P.P., 10 una frenic ve P.P. tatbik edilmiştir. Neticeler aşağıdaki cetvelde gösterilmiştir.

	Kapanan	Küçülen	Aynı hal- de kalan	Balon- laşan	Kanayan	Ölen	Toplam
Pnx.	—	—	6	4	—	2	12
P.P.	3	3	4	2	1	1	14
Frenic ve P.P.	2	2	3	2	0	1	10

Cetvelde görüleceği üzere Pnx. ile kapanan ve küçülen hiç bir vak'a yoktur ve vak'aların 1/3 bu tedavi ile balonlaşmıştır. Halbuki yalnız başına P.P. % 43 frenic ile P.P. % 40 vak'ada kavernin küçülmesi veya kapanmasına yardım etmiştir.

Sair tedavi usulleri: Dorsal lob kavitelerinin tedavileri diğer metodlarla da yapılmaktadır. Bunlar arasında Monaldi drenajı veya Maurer'in kavernostomi metodu nadiren şifayı temin etmekte, bazan da muvakkaten basil ifrazını men etmekte ve diğer tedavi metodları için imkân hazırlamaktadır. İki vak'amızda bu metoddan devamlı istifade temini kabul olmamıştır. Bir vak'amızda paryetal ve visseral plevraların yapışmasını sağlamak üzere Op. Dr. Galip Urak tarafından yapılan lokal plombaj drenaja hacet kalmadan kavernin evvelâ küçülmesini sonra da kapanmasını sağladı. Bu vak'ada P.P. sonradan ihtiyati bir tedbir olmak üzere tatbik edilmiştir ve iki senedenberi kavern tamamen kapanmış durumdadır. Bu usulü geniş bir materyel üzerinde tatbik karar verdik. Ve her tedaviye taannüd eden diğer bir posterieur basal segment kaverninde de çok müsaid netice aldık. Lokal extra-plöral pnx. i tecrübe etmedik. Uzun sürecek bir kollaps metodundan ziyade kısa süren bir plombajın dorsal lob kaviteleri üzerinde müessir olabileceği görülmektedir. Rezeksiyon hakkındaki yeni neşriyate rağmen kliniğimiz cerrahi servisinde rezeksiyon tatbik edilmemiştir. Buna vak'aların büyük bir kısmının muhtelif sebeplerle bu müdahaleye hazır bir duruma gelmemiş bulunmaları sebep olmuştur.

Pnx. in mahdut vak'alarda yani iltisaksız ve bronş tb. ı bulunmıyan ince cidarlı dorsal lob kavitelerinde iyi gelmesi gayri mümkün değildir. Fakat bu istisnalar bir kaide teşkil etmemelidir. Bu sebep ile Cherry ile Vivas Lanbah ve Magnin gibi müelliflerin şahsî mütalâalarını bu vak'alara istinad ettirmiş olmaları yahut Pnx. in ilk müsaid tesirlerini mübalâğa etmiş olmaları mümkündür. Halbuki Rosthstein Emil, Cohen, John Chambers, Ohling, Konezny ile birlikte bütün literatür Pnx. tedavisinin aleyhindedir. Buna mukabil literatürde P.P. frenic ile müşterek P.P. nin tesirleri bizim

vak'amızda olduğu gibi daha müsaid görülmektedir ve Chambers, Cohen, Rothstein ve Robino gibi müellifler tarafından methedilmektedir. Bir vak'amızda tatbik edilen lokal veya bazal plombaj; tesiri üzerine işaret edilmemiş bir metottur. Kavern drenajı ve speleostomiye ancak yardımcı bir tedavi olarak kıymet verilmesi kanaatındayız. Beard, torakoplastik ile bu vak'alarda % 72 iyi netice aldığını bildirmektedir. Sweet'in istatistiği gözden geçirilecek olursa lobektomi ile vak'aların % 44 ü, pnömektomi ile % 39 iyi netice vermektedir.

Dorsal lob kaviteleri için gerek plastik gerek lobektomi ve pnömektomi hakkındaki münakaşaya iştirake henüz kendimizi yetkili görmemekle beraber bu tedavileri şimdilik ancak PP. den ve lokal plombajdan müteessir olmuş vak'alara hasretmek doğru olacağına kaniyiz.

BİBLİOGRAFİ

- Rothstein, Emil: Amer. Rev. Of Tub. Cilt 59, Sayı 1, Sayfa 39,
Vivaslanbah: Amer. Rev. Of Tub. Cilt 60, Sayı 1, Sayfa 15.
John Chambers: Amer. Rev. Of Tub. Cilt 63, Sayı 6.
Cherry: Amer. J. Roentgenol, 1948, 59 - 82.
Ag. Gohen: Brit J. Tub. 1949, 43 - 47.
Rozenblatt: Brit. J. Tub. 1949, 43 - 3.
Gohen: Tuberche, 1948, Haziran.
Magnim: Le poumon, 1950, 47 - 3.
Bertheau, pumery: Revue de la Tuberculo, 1951, 898 - 900.
Bertheau, Goltier: Lepreue Médical, 1951, 47, 1005.
Chlig: Der tuberculose, 1948, 219.
Swet: Thej. Of the Surgery, 1950, 19/2.
Beart: Tubercle, 1951, 7, 142.

HÜLÂSA

Ankara'da takip ettiğimiz 1504 kavernli vak'anın % 3 ü ve alt lob kavitelerinin % 42,5 dorsal lobdadır.

% 37,5 vak'ada hastalık doğrudan doğruya bu segmentte başlamıştır. Hiç bir vak'ada minimal lezyon tesbit edilmemiştir. Sağ ve sol kadın, erkek farkı bulunmamıştır. Vak'aların % 80 i 20 - 40 yaş arasındadır. Pnx. ile hiç bir vak'ada iyi netice alınmamış, PP. ile % 43 vak'ada da kapanma veya küçülme görülmüştür.

Lokal drenajdan devamlı netice alınmamıştır. Bir vak'ada lokal plombaj çok iyi netice vermiştir.

Dr. Siyami Ersek:

Dorsal segment kavitelerinin tedavisi hakikaten büyük müşkülâtı muciptir. Bu gibi vak'alarda kavite göğüs duvarına gayet yakın bulunduğundan erkenden teessüs eden yapışıklıklar sebebiyle müessir bir pnömotoraks tesisi ekseriya kabil olmamaktadır. Pnömotoraks tesis edilen fakat yapışıklık sebebiyle ineffikas olan vak'alarda; yapışıklık olan kısmı extrapleural olarak ayırdıktan sonra intrapleural boşlukla birleştirmek suretile bu gibi vak'alarda çok iyi netice sağlamaktayız. Hiç pnömotoraks almayan vak'alarda ise total extrapleural ameliyesinden istifade etmekteyiz. Bu vak'alarda

extrapleural pneumolyse tam yapılmalı; akciğer hilusa kadar her taraftan hatta diaphragmadan dahi ayrılarak serbestleştirilmelidir (Vak'a takdimi). Bizim klinik incelemelerimize göre bu şekildeki dorsal segment kavitelerinde pnömoperituan nispette total extrapleural pneumothorax'lardan çok daha parlak netice alınmaktadır. Pnömoperituan ile iyi netice sağlanamayan bu vak'alarda total extrapleural pneumothorax'dan iyi sonuçlar aldık.

Mukabil akciğerin sağlam olduğu hallerde resection ile işin halli en makbül tedavi tarzıdır. Fakat maatteessüf ekseriya mukabil akciğer tam manasile sağlam bulunmamaktadır. Bu gibi vak'alarda biz resection yapılmasına taraftar değiliz. Zira resection'dan sonra mukabil akciğerde lezyon aevlenecek olursa hastaya hiç bir şekilde yardım etmek kabil değildir. İşte bilhassa bu gibi hastalarda total extrapleural pneumothorax ile dorsal segment kavitelerini kapatmak suretile hastaya bir şans vermek ve tedavi yolunda bazı imkânlar sağlamak kabil olmaktadır.

Dr. Rauf Saygın:

Kısaca dorsal segment kavernlerinin tedavisi hakkında sanatoryumumuzdaki iki müşahedemi arzedeceğim:

Bir vak'ayı açık kavernostomi ve kavern tamponmanları ile tedavi etmeğe muvaffak olduk.

Diğer bir vak'a da pnömo perituvan ve frenik müdahalesi kombinasyonuna rağmen netice alamadığımız halde lokal kavern ponksiyonlarıyla antibiotik vermek ve İsonicotinic - acide Hydrazide kombine tedavisiyle kapamağa muvaffak olduk.

Prof. Dr. Nusret Karasu: (Son Söz)

Her iki arkadaşımın mevzu karşısında gösterdikleri alâkaya teşekkür ederim.

Total extrapleurale müdahalelerin kaviteyi kapatmadıkları takdirde empyeme'i davet etmeleri mümkündür. Kaviteyi kapadıkları takdirde tedavi hitamında akciğerin reekpansiyonu olup olmayacağını bilmek güçtür. Bunu ancak bu vak'aların tedavileri sonunda gösterecekleri duruma bakarak cevaplandırmak lâzımdır.

T. C.
İstanbul Üniversitesi
Patolojik Anatomi Enstitüsü
yayınlardan
Direktör : Ord. Prof. Dr. Ph. Schwartz

PATOGENETİK ÖZELLİĞİ BULUNAN ÜÇ ENTERESAN BRONŞ KANSERİ VAK'ASI

Doç. Dr. Kemal Rüşti Akgüder - Dr. Şemsi Gök

Sayın hey'etinize klinik ve patolojik-anatomik özellikleriyle dikkatimizi çeken üç enteresan bronş kanseri vak'ası takdim etmek istiyoruz. Enstitümüz Direktör vekili sayın Prof. Dr. Besim Turhan'ın müsaadeleriyle huzuruza getirdiğimiz bu vak'alarını şunlardır :

Vak'a I

Bu vak'a Haydarpaşa Nümune Hastanesi tüberküloz servisinde tedavi edilmekte iken ölen 52 yaşında bir erkeğe aittir (*). Hastalık hikâyesinde 2,5 ay evvel ateşli, öksürüklü bir şikâyetle plöröziye tutulduğu yazılı. İki ay sonra öksürüğün devamı, ke-siklik ve darlık şikâyetleriyle hastaneye yatıyor. Klinikte plörözi'si yine mevcut. Ateğ-siz. Plevra ponksiyon mayii kanlı. Sitolojik muayenesinde her sahada bol miktarda dö-külmüş endotel hücreleri gösteriyor ; atipik hücre bulunamıyor. Hasta yapılan tedavi-ye rağmen aynı şikâyetlerin devamı ve artması ile 15 ci gün ölüyor.

Vak'anın nekropsisinde görülen kominikasyonumuz ile ilgili patolojik-anatomik değişiklikler aşağıdaki bulgular olmuştur (Protokol No. 304/52) :

Sağ akciğer esas bronkusunun ana bifürkasyonu sahası ile bundan ayrılan üst (bilhassa apikal-vertikal kol) ve alt lob dalları (bilhassa bazal-vertikal ön kol) mukozalarında lumeni ileri derecede daraltan beyaz-sincabi renkli, sert, yaygın, pürtüklü habis tümör infiltrasyonu.

Sağ akciğer esas bronkusunun ana bifürkasyon sahasındaki habis tümör infiltrasyonu arasında, ikisi bronş mihverine paralel, biri dikey durumda zeminleri siyahlaşmış (antrakotik), oldukça geniş nedbevi büzölmeler.

Habis tümör infiltrasyonu gösteren yerlere uyan parabronkial akciğer sahalarında taze, beyaz sincabi renkli, yaygın habis tümör infiltrasyonları ile bunların etrafını çeviren akciğer parankiminde oldukça geniş (hattâ üst ve orta loblarda plevra yüzeyine kadar yaklaşan) kronik pnömonik infiltrasyonlar.

Sağda daha haldim olmak üzere her iki taraf hilus bölgeleri ile interpulmono-

(*) Bu vesile ile vak'ayı bize vererek kıymetli etüdleriyle bizi aydınlatmış bulunan klinik şefi sayın Dr. Mustafa Dağlar ile mesai arkadaşlarına huzurunuzda teşekkürlerimizi bildirmekteyiz.

bronko-trakeal bölge, sağda supravasal ve infravasal bölgeler, her iki tarafta paratrakeal ve boyun bölgelerindeki topu birden kâhil yumruğundan büyük irilikte şişmiş lenf düğümlerinde beyaz-sincabi renkli, sert habis tümör infiltrasyonları.

Habis tümör infiltrasyonuna uğramış hilus lenf düğümünde esas bronsa yakın kenarda hemen 1 cm. i bulacak kadar genişlikte müteaddit antrakoz sahaları ve bu sahalalar içerisinde dağınık sarımtrak noktalar halinde kireç çöküntüleri (eski tüberküloz kalıntısı).

Sağ akciğer üst lob tepe altı bölgesinde ve apikal-vertikal bronkusun ön dalının başladığı akciğer sahasında mercimekten daha iri eski tüberküloz pulmonal kireç mih-raki.

Habis tümörle infiltrasyona uğramış hilus lenf düğümü paketinden bir düğümün ileri derecede yapışmış olduğu trakeayı, sağ esas bronkusla birleştiği sahada, içeriye doğru itmesi.

Sol akciğer üst lob alt bölgesinde interbronkial bir lenf düğümünde fındıktan daha iri, sert habis tümör infiltrasyonu.

Karın organlarından pankreas, dalak, her iki böbrek, her iki sürrenalde, 12. ci dorsal ile 1. ci, 2. ci lumbal vertebralarda ve fındıktan erik iriliğine kadar şişmiş periportal ve peripankreatik lenf düğümlerinde kısmen yaygın, kısmen nodüler yapmış beyaz renkli, sert metastatik habis tümör infiltrasyonları.

Vak'ının mikroskopik muayenelerinde : habis tümör infiltrasyonu gösteren akciğer ile metastaz bölgelerinden yapılan histolojik kuplarda indifferansiye tipte bronş kanseri tesbit edildi.

Bu vak'ının hususiyeti şuradadır : Yukarıda bahsettiğimiz bulgulardan anlaşıl-dığı gibi tümöre uğramış bronkus dalında aşikâr eski bir tüberküloz lenf düğümü açıl-ması nedbesi mevcuttur ve tümör bu nedbe üzerinde gelişmiştir (Resim 1,2,3,4).

Vak'a II

Bu vak'a Haydarpaşa Nümune Hastanesi sinir hastalıkları servisinde tedavi edil-mekte iken ölen 52 yaşında bir erkeğe aittir (*). Klinikte solda akciğer tümörü ile di-mağ metastazları tesbit edilmiştir.

Yapılan nekropside kominikasyonumuzla ilgili olarak şu patolojik bulgular gö-rülmüştür. (Prot. No.: 332/52).

Sol akciğerin üst lobunda apikal-vertikal, subapikal-oblik ve subapikal horizontal bronşların ayrılış sahaları mukozalarında aşikâr büzölmeler yapmış, oldukça geniş, eski, kısmen antrakotik nedbeler.

Sol üst lob apikal-vertikal bronkus dalı ile subapikal-oblik bronkus dalı arasın-daki sahadan başlamış ve apikal-vertikal bronkus içinde, mukozada oldukça geniş, yaygın bir gelişme yapmış, beyaz sincabi renkte, sertçe, pürtüklü habis tümör infiltrasyonu.

Sol akciğer üst lob apikal-vertikal bronkusu mukozasındaki habis tümör infiltrasyonunun komşu akciğer nesçine oldukça geniş bir sahada yayılması ve bu yayılma-lardan apex altındaki bir infiltrasyonun 1×1,5 sm. çapına yakın genişlikte taze nek-rozlaşması.

(*) Vak'ayı bize vererek kıymetli etüdleriyle bizi aydınlatan klinik gafi sayın Dr. Rasim Hatipoğlu'na ve mesai arkadaşlarına da burada teşekkürlerimizi açıkla-maktayız.

Sol akciğerin üst lobunda, habis tümörleşmiş olan interbronkial, para ve para-bronkial bölgelerin aralarında ve çevrelerinde aşikâr kronik pnömonik infiltrasyonlar.

Sol akciğer üst lobu interpulmonal, interbronkial bölgeleri ile extraplöral hilus ve inter pulmono-bronko-trakeal bölgelerindeki fındıktan daha iriye kadar değişen şişmeler yapmış, lenf düğümlerinde beyaz-sincabi renkte, sertçe habis tümör infiltrasyonları ve bunların bazılarında aşikâr antrakoz.

Sol akciğerde habis tümör infiltrasyonuna uğramış fındıktan daha iri büyüklükteki inter pulmono-bronko-trakeal bir lenf düğümünde kısmen kazeöz vasıf gösteren taze tüberküloz reaktivasyon infiltrasyonu (lenf düğümlerinde ve akciğer parenkiminde eski, kireçli tüberküloz odağı bulunamadı).

Vak'ada karın organlarından yalnız böbreklerde 1 sm. ye varan çapta, müteaddit sertçe, beyaz sincabi nodüller halinde metastazlar ile kemik sisteminde lumbal 3.cü vertebrada metastatik habis tümör infiltrasyonları bulundu. Ayrıca cerebrum ve cerebellum'da her iki hemisfer beyaz cevheri içerisinde beyaz-sincabi renkte, bazıları kısmen nekrozlaşmış, müteaddit, irili, ufaklı metastatik habis tümör infiltrasyonları görüldü. (Bu metastatik infiltrasyonlar cerebrum ve cerebellum'da sağda daha fazla idf ve bilhassa, metastazların en toplu görüldüğü Chiasma'nın önünden geçen kesitte tesbit edildiğine göre, Gyrus precentralis'de ve sağ putamen'de geniş odaklar meydana getirmişti. Keza sol cerebellum'da beyaz cevher içinde, dışta cortex'e kadar yaklaşan büyük bir nodül mevcuttu. (Resim 5,6,7,8).

Vak'anın mikroskopik bulgusu muhatı adeno-kanser tipinde bir strüktür gösterdi (Resim 7).

Bu vak'anın da özelliği şuradadır : Bronş kanseri burada da eski tüberküloz açılma nedbeleri üzerinde gelişmiş ve üst lobdaki tümör infiltrasyonu geniş bir erime artığı olarak kavern benzeri bir boşluk meydana getirmiştir. Burada cerebral metastazlar da teşekkül etmiştir.

Vak'a III

Bu vak'a Bakırköy Akıl Hastanesinde tedavi edilmekte iken ölen 55 yaşında bir erkeğe aittir (*).

Klinikte ölüm sebebi debil zeminde bir pnömoni olarak tesbit edilmiştir.

Yapılan nekropside kominikasyonumuzla ilgili şu patolojik anatomik bulguları gördük. (Nekropsi Prot. No. 329/52).

Sol akciğer üst lob bronkuslarının dağılıma sahasında daha ziyade apikal-vertikal bronkusa yakın yerde, mukozada aşikâr büzölmeler yapmış, eski açılma nedbesi.

Sol akciğer üst lob apikal-vertikal bronkusunun daha ziyade ön dalı mukozasında gelişme yapmış ve arka kol ile vertikal kola da yayılarak ön kolda lumeni ileri derecede daraltmış beyaz-sincabi, sert habis tümör infiltrasyonu (tümörün en kesif kitlesi vertikal bronkusun esas bronkusdan ayrıldığı dallanma yerinde görülmektedir).

Sol akciğer üst lob apikal bronkusu dalları komşuluğundaki akciğer parankiminde parabronkial yerleşmeli habis tümör infiltrasyonu başlangıcı ve oldukça yaygın sahali peribronkial kronik pnömonik infiltrasyonlar.

Sol akciğerde tümör infiltrasyonu gösteren bronkusa yakın bir hilus lenf düğümü ile inter-lober ve inter pulmono-bronko-trakeal bölgelerdeki kısmen antrakozlaşmış lenf düğümlerinde fındıktan bademe kadar değişen irilikte şişme ve beyaz-sincabi, sert habis tümör infiltrasyonu.

(*) Bakırköy Akıl Hastanesindeki Sayın Klinik Şefi arkadaşımıza da, bu kıymetli vak'ayı bize vermesinden dolayı huzurunuzda teşekkürü borçluyuz.

Habis tümör infiltrasyonuna uğramış inter-pulmono-bronko-trakeal lenf düğümü paketlenen birinde sarı-sincabi renkli, taze tüberküloz infiltrasyonu (reaktivasyon). (sol akciğer lob'ları parenkimi ile intra-pulmonal ve extraplöral lenf düğümlerinde eski tüberküloz kireç odakları bulunamadı).

İleri derecede şişmiş cerebrum ve cerebellum'da her iki hemisfer beyaz cevheri içersinde dağınmış, irili, ufaklı müteaddit habis tümör metastazları ve bu metastazlardan birinin sağ yan ventriküle girmesi. (Habis tümör metastazlarına ait aşıkâr toplu görünüş kiasma'nın arkasından geçen kesittedir: resim 10 da görüldüğü gibi habis tümör infiltrasyonları sol Gyrus precentralis, sağ Gyrus cinguli ile sağ Gyrus fusiformis'de oldukça iri metastatik infiltrasyonlar yapmış ve sağ yan ventrikül ile sağ cornu temporalis içerisine girmiş bulunmaktadır. Ayrıca resim 11 de görüldüğü gibi cerebellum'da sağ hemisferde, beyaz cevherde cortex altına doğru ilerlemiş iri bir metastatik habis tümör infiltrasyonu mevcuttur. (Resim 9,10,11).

Histolojik muayenelerde buradaki kanser solid tipte bir infiltrasyon manzarası göstermiştir (Resim 12).

Bu vak'anın da özelliği, patolojik bulgulardan anlaşıldığı gibi, sol akciğer üst lob bronkusu dallarında yerleşmiş olan bu kanserin de yine eski tüberküloz bir açılma nedbesi üzerinde gelişmiş olmasındadır.

O halde ;

Vak'alarımızın her üçünde de tesbit etmiş olduğumuz bu özelliklere bakarak kısaca aşağıdaki noktaları belirtmek mümkündür:

1) Görüldüğü gibi vak'alarımızın her üçünde de bronş kanseri, bronş mukozalarında evvelden teşekkül etmiş tüberküloz açılma nedbelerinin üzerinde gelişmişlerdir.

2) Bronşlardaki bu kanser gelişmesi başlangıçta, bronkusların açılma yerleri gibi, bir tercih noktası olarak dallanma yerlerini seçmiştir.

3) Bütün vak'alarımızda üst lob bronşlarında gelişen kanser; bu lobla ilgili intrapulmonal ve extraplöral lenf düğümlerinde metastazlarını yaptıktan sonra organlarda yalnız indifferansiye tipte strüktür gösteren birinci vak'amızda, klâsik sürrenal ve kemik metastazlarından gayri pankreas'da, böbrek'te ve dalakta metastazlarını meydana getirmiş; muhatı adeno-kanser strüktürü gösteren ikinci ve solid tip gösteren üçüncü vak'alarımızda ise, ganglionlardan sonra cerebral lokalizasyonlarını öne geçirmiştir.

4) Her üç vak'amız da son beş senedenberi Enstitümüzün sayın Direktörü Prof. Schwartz tarafından yapılan kominikasyonlarda açıklanmış olan bulgulara birer yeni misal teşkil etmektedir. Bilindiği gibi Prof. Schwartz yeni yapmış olduğu pek kıymetli tüberküloz travayında, akciğer tüberkülozunun lenf düğümlerindeki gelişmelerinin, komşuluğunda buldukları bronkuslara penetre olarak ve açılmalar yaparak daima bronkusla beraber gittiğini göstermiştir. Burada açılmalardan sonra iki önemli hâdise belirlemektedir: Taze vak'alarda açılmaya uğrayan bronkus dallarının beslediği akciğer sahalarında segmanter olarak (Prof. Schwartz'ın terimine göre aequisectorial) meydana gelen reinfeksiyon infiltrasyonları; eski vak'alarda ise açılma yerlerinden geri kalmış bronş nedbeleri. Bu nedbeleri biz Profesörün travayına esas olan vak'alarda da gördüğümüz gibi travayın neşinden sonra elimizden geçen vak'alarda da hemen her gün bulmaktayız. İşte bu bronş nedbeleri bazı predispoze şahıslarda kansere değişmektedirler. Bu nedbelerden kanser teşekkülü keyfiyeti, Prof. Schwartz'ın kominikasyonunda etraflıca izah edilmekte ve bu habis değişme mide ülserleri ile derinin yanık nedbelerinde gördüğümüz klâsikleşmiş habis gelişme olaylarına benzetilmektedir.

Burada biz bu vak'alarımızla bronş kanserleri için Profesörümüzün ilk defa ortaya koymuş olduğu bu özel görüş tarzını sayın kongremize de getirmek fırsatını bul-

muş oluyor ve hocamızın yayınlarından sonra, bronş kanserlerinin büyük bir çoğunluğunda bu tüberküloz nedbeleri ilgili patogenetik mekanizmayı düşünyörüz.

Ö z e t

İstanbulda toplanan XII. ci Millî Türk Tıp Kongresi serbest konuları arasında, İstanbul Üniversitesi Patolojik-anatomi Enstitüsü yayınlarına âit olarak, Dr. Kemal Rüstü Akgüder ile Dr. Şemsi Gök taraflarından tebliğ edilmiş ve Ppatogenetik özelliği bulunan 3 enteressan bronş kanseri vak'ası» başlığı ile isimlendirilmiş olan bu yazıda; bronş kanserlerinin, Enstitü Direktörü Prof. Schwartz'ın bronş kanserleri hakkındaki son kominikasyonlarında ortaya atmış oldukları patogenetik yeni fikre dayanılarak, eski tüberküloz açılma nedbeleri üzerinde geliştikleri belirtilmektedir.

Summary

Among the free lectures given at the XII th Turkish National Medical Congress held in Istanbul, a report was presented about the pathogenesis of 3 bronchogenic carcinoma cases in the name of the Pathological Anatomy Institute of Istanbul University by Dr. Kemal Rüstü Akgüder and Dr. Şemsi Gök.

This report was based on the new conceptions emphasized by one of the late communications of Prof. Schwartz, Director of Pathological Anatomy Institute of Istanbul, about the pathogenetic origin of bronchus carcinoma on the perforated tuberculous scartissue.

Résumé

Au XIIème Congrès National de Médecine, tenu à Istanbul, les Drs. Kemâl Rüstü Akgüder et Şemsi Gök de l'Institut d'Anatomie Pathologique de l'Université d'Istanbul, ont fait une communication sur les «trois cas de cancer des bronches présentant des particularités pathogénétiques».

Dans cette communication, se basant sur la nouvelle théorie du Prof. Schwartz, Directeur de l'Institut d'Aanatomie Pathologique de l'Université d'Istanbul, à propos de la pathogénie des cancers des bronches, ils ont démontré que ces cancers se sont développés sur les anciennes cicatrices des perforations tuberculeuses.

Zusammenfassung

In dem, der freien Kommunikationen der XII. Türkischen Nationalen Medizin Versammlung, die in Istanbul statt gefunden hat, gehörenden und bei Dr. Kemal Rüstü Akgüder und Dr. Şemsi Gök, unter dem Titel «Drei interessante Bronchialkarzinome, die pathogenetische Eigenschaften haben» vorgestellten Bericht wurde es, auf dem neuen pathogenetischen Konzeption des Prof. Dr. Ph. Schwartz's, Direktor des Instituts, ruhend, wie er in seiner letzten kommunikation vorgestellt hat, bemerkt, dass die Bronchialkarzinomen sich auf den alten Narben der tuberkulöser Perforationen entwickeln.

Bibliografi

- Schwartz, Ph.** : Bronchialwandschaedigungen durch tuberkulöse Lymphknoten und ihre Beziehung zur primaeren Bronchialtumoren, (Beitr. zur Klinik der Tuberkulose : Vol. 103, 1950)
- Schwartz, Ph.** : Die automatische, endogene, lymphadeno-bronchogene Reinfektion in der Initialperiode der Tuberkulose, (Folia Pathologica, Tom 1, 1948)
- Schwartz, Ph.** : Neue Beiträge zur Morphologie und Pathogenese der Lungenschwindsucht, (Folia Pathologica, Tom 2, 1952)
- Schwartz, Ph.** : Akciğer fitizişi başlangıcında otomatik, endogen, lenfadenobronkojen reinfeksiyon ve neticeleri, (Türk Tıp Cemiyeti Mecmuası: Yıl 14, No. 10, 1948)
- Schwartz, Ph.** : Tüberkülozun başlangıç devrinde otomatik, endogen, lenfadenobronkojen reinfeksiyon, (monografi, 1949).
- Schwartz, Ph.** : Akciğer tüberkülozunda lenfadenobronkojen değişiklikler, (V. inci Patoloji Kompare Kongresi Komünikasyonu 1949)
- Schwartz, Ph.** : Die automatische, endogene, lymphadeno-bronchogene Reinfektion in der Anfangsperiode der Lungenphthise und ihre typischen Folgen (Schweizer. med. Woch. 1949, No. 20 ve 21)
- Schwartz, Ph.** : Einbrüche tuberkulöser Lymphknoten in das Bronchial system und ihre pathogenetische Bedeutung, (Beitr. zur Klinik der Tuberkulose : Vol. 103, 1950)
- Schwartz, Ph.** : Signification pathogénique des perforations lymphaglandulaires intrathoraciques au point de vue de la Phtisie pulmonaire et de ses complications, (le Poumon: No. 4, 1950).
- Akgüder, Kemal Rüstü** : Enstitümüzde son senelerde rastladığımız Lenfadenobronkogen tüberkülotik zararlar (XI. Millî Türk Tıp Kongresi tebliği 1950).
- Dikengil, Fahri** : Tüberkülozda lenfadenogen bronş tegayyürleri hakkında (Tıp Fakültesi Mecmuası, Cilt: 13, sayı 4, 1950).
- Dikengil, Fahri** : Tüberküloz lenfadenogen bronş âfetlerinin post mortem bronkografi ile tesbiti (XI. inci Millî Türk Tıp Kongresi tebliği 1950).

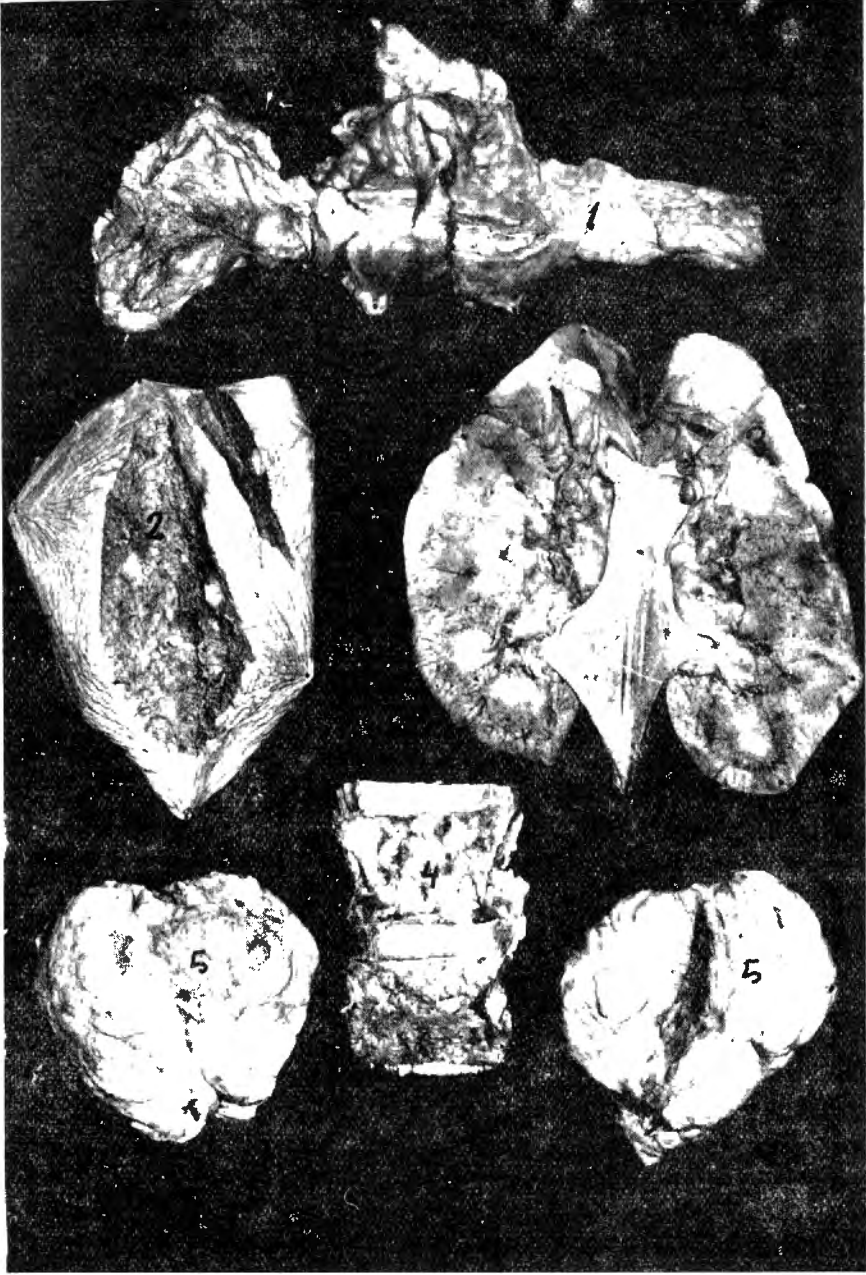


Vak'a : I — Resim : 1

No. 304/52 — Bronş kanseri vak'asında sağ akciğerin 2/3 üst kısmı.'

1 — Apikal-vertekal bronştaki habis tümör. 2 — Alt lob bazal-vertekal kollarındaki habis tümör. 3 — Parabranchial akciğer dokusundaki habis tümör. 4 — Habis tümörlü büyük lenf düğümü paketleri.

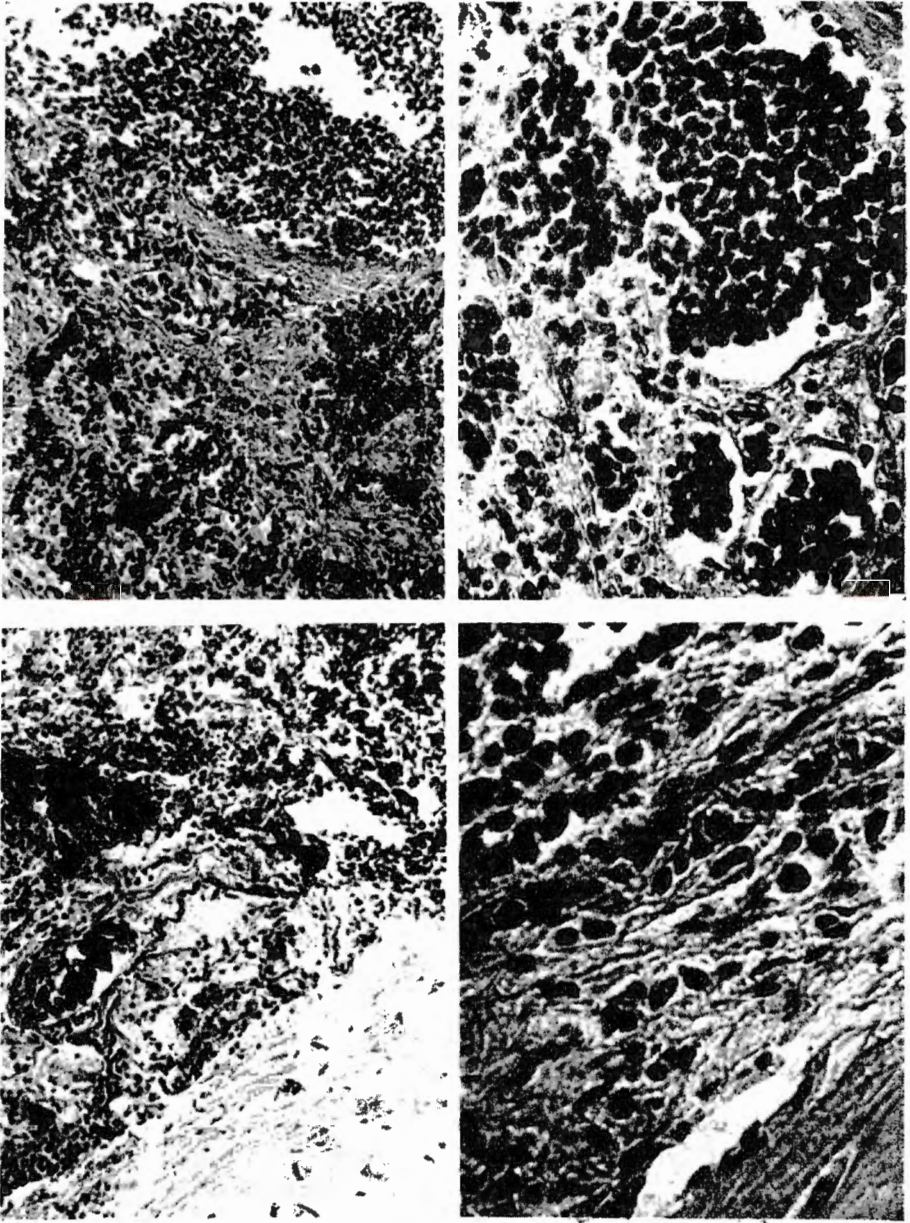
Okla gösterilen yer : Sağ akciğer üst lob tepe altı bölgesinde apikal-vertekal bronkus ön dalının beslediği yerdeki eski pülmonal tüberküloz kireç odağı. 5 — Sağ üst lob bronkuslarının dallanma yerlerinde ve apikal vertikal kol başlangıcındaki ned-beler.



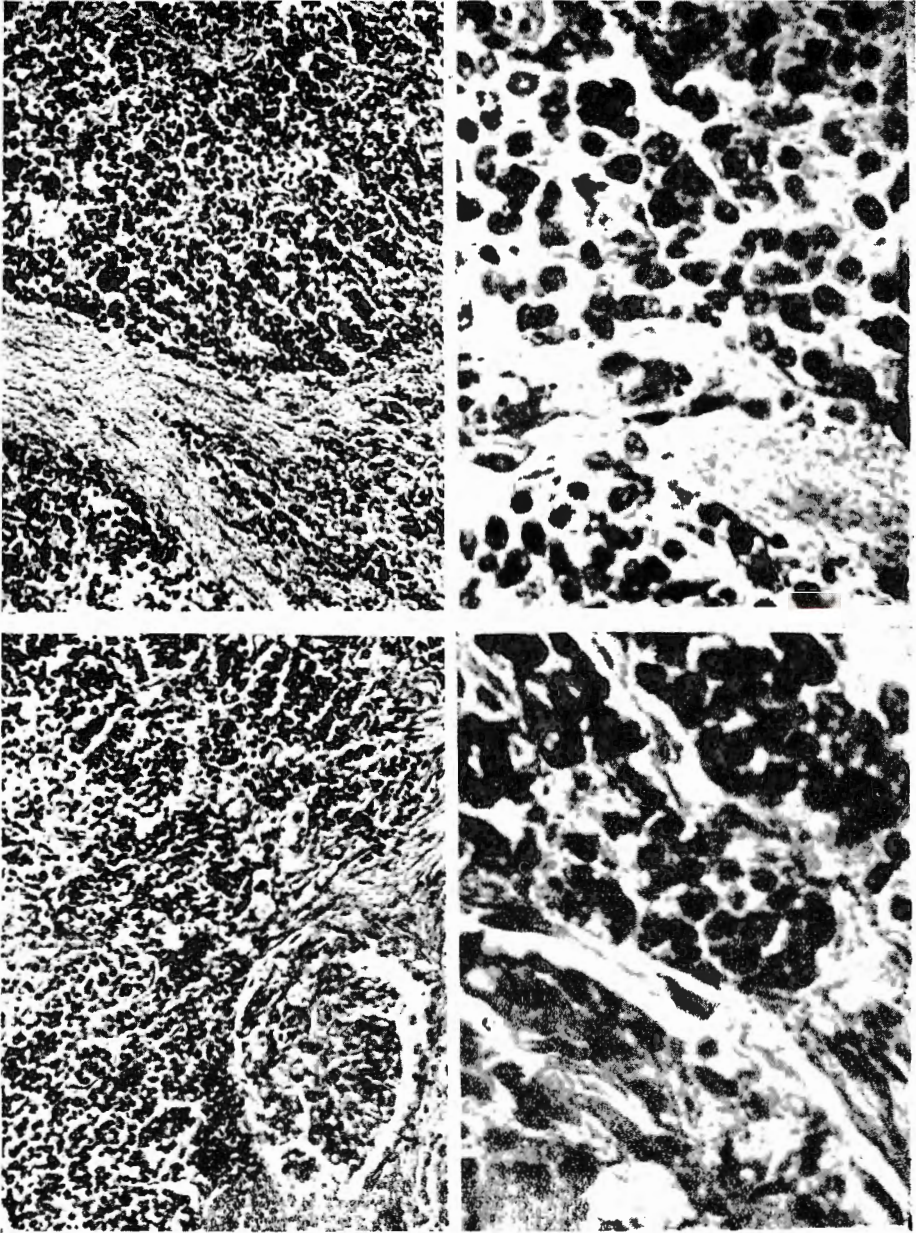
Vak'a : I - Resim : 2

No. 304/52 — Bronş kanseri vak'asında organ metastazları.

1 — Habis tümör infiltrasyonuna uğramış pankreas. 2 Pulpasında metastatik nodüller ihtiva eden dalak. 3 — Parenkimasında metastatik habis tümör nodülleri gösteren böbrek. 4 Habis tümör infiltrasyonuna uğramış omurga kemiği. 5 — Diffuz habis tümör infiltrasyonuna uğramış sürrenaller.



Vak'a : I Resim : 3
No: 304/52 İndiferansiye tipte bronş kanseri.
Lenf düğümü ve akciğer'den mikrofotolar.
(Sah : 469 a bakınız .)



Vak'a : I Resim : 4
No: 304/52 İndiferansiye tipte bronş kanseri,
Dalak ve böbrek'ten mikrofotolar,
(Sah : 469 a bakınız .)



Vak'a : II — Resim : 5

No. 332/52 — Bronş kanseri vak'asında sol akciğer üst lobu.

1 — Apikal-vertikal bronşta habis gelişme. 2 ve 2* — Subapikal-oblik bronşda ve peribronkial parankimde habis tümör gelişmesi. 3 — Subapikal-horizontal bronş. 4 — Parabronkial akciğer dokusundaki geniş habis tümör gelişmesi. 5 — Habis tümör infiltrasyonuna uğramış lenf düğümleri. 6 — Sol üst lob bronkusları dallanma yerinde ve bilhassa apikal-vertikal kol başlangıcındaki nedbeler.

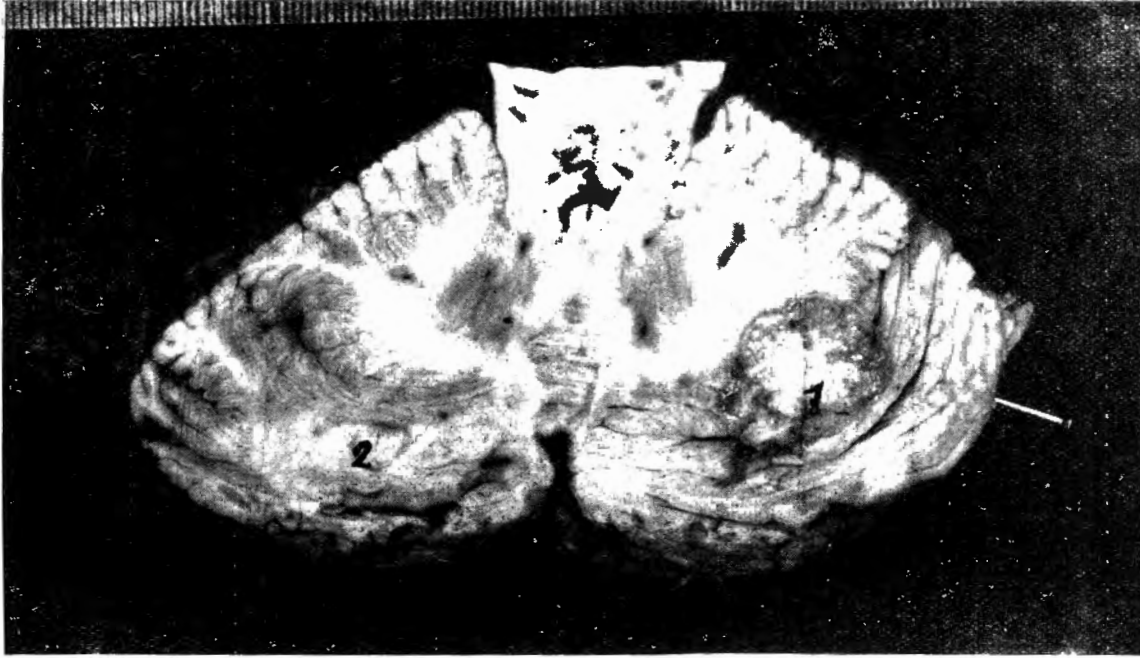


Vak'a : II — Resim : 6.

No. 332/52 Bronş kanseri vak'asında dimağ metastazları.
(Kiasmanın önünden geçen kesit.)

1 — Sağda putamen'i içine alan metastatik infiltrasyon.

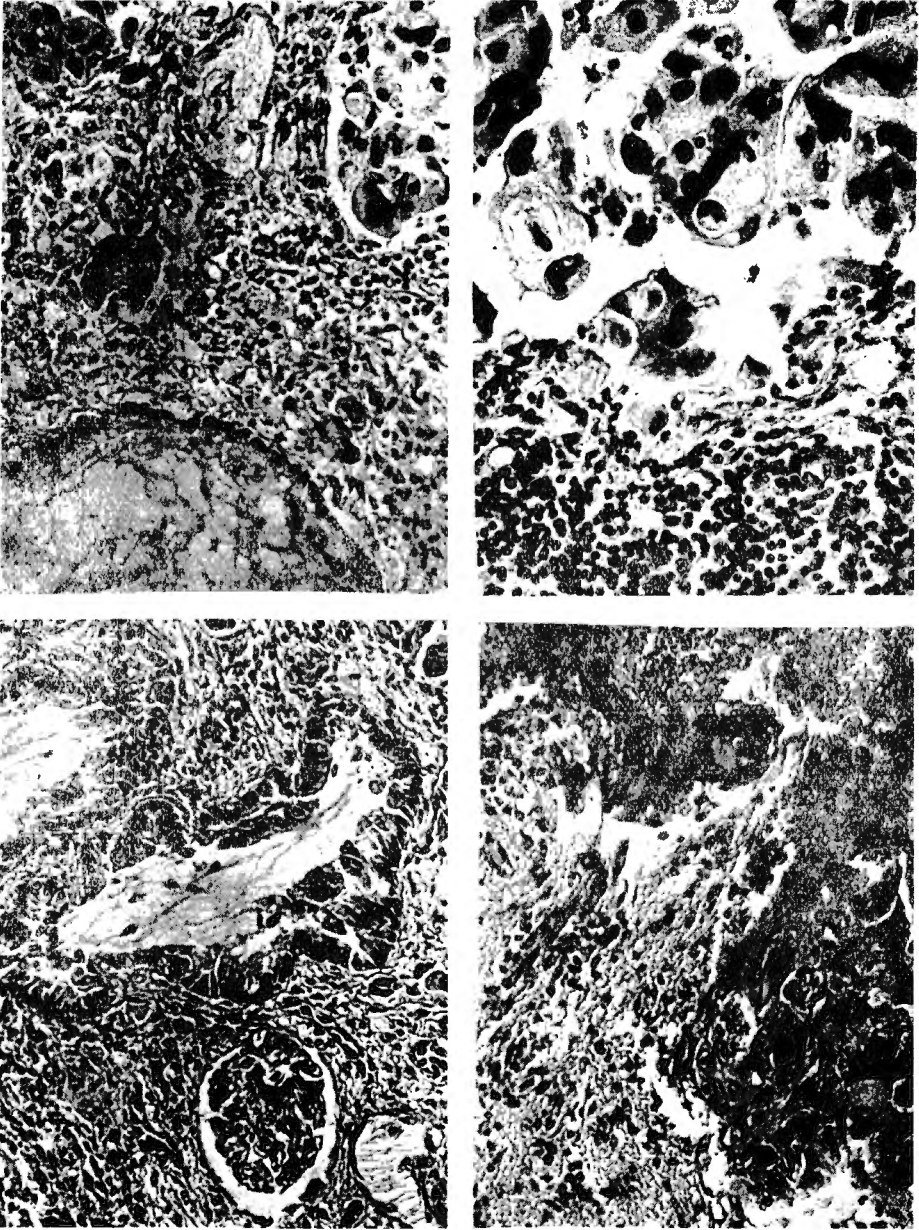
2 — Sağda gyrus presantralis'de metastatik infiltrasyon.



Vak'a : II Resim : 7.

No. 332/52 — Bronş kanseri vak'asında cerebellum metastazları.

1 — Sol hemisferdeki metastatik habis tümör infiltrasyonu. 2 — Sağda beyaz cevherdeki metastatik infiltrasyon. 3 — Ponsta kanamalar.



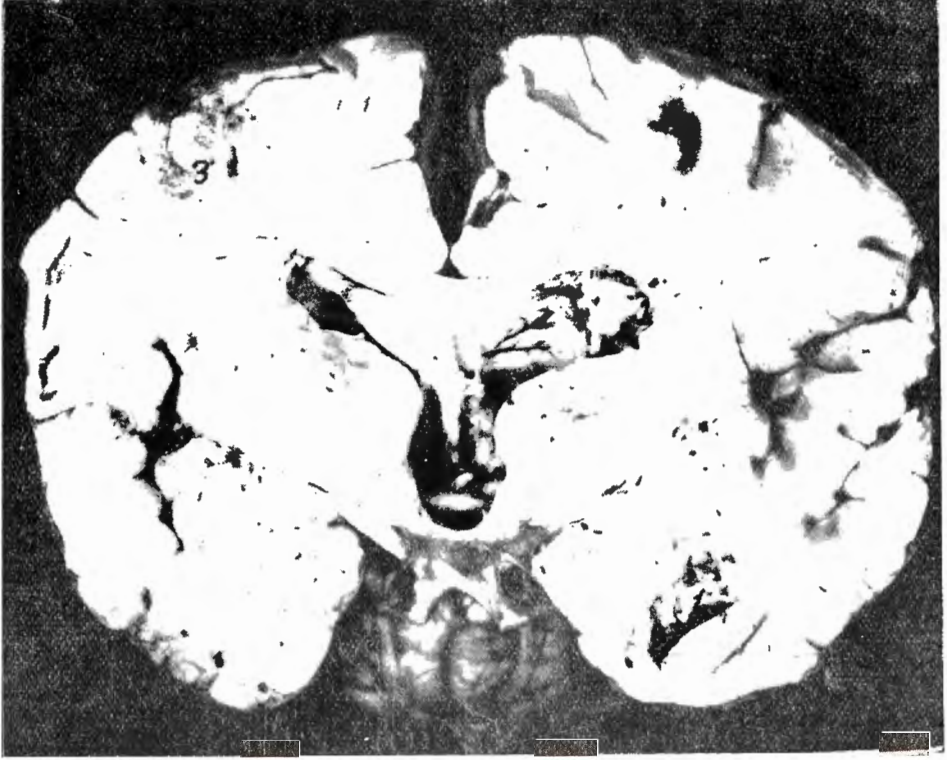
Vak'a : II — Resim : 8
Akciğer, lenf düğümü, böbrek ve dimağ'dan mikrofotolar.
(Sah : 469 a bakınız .)



Vak'a : III — Resim : 9

No. 329/52 — Bronş kanseri vak'asında sol akciğer üst lobu.

1 Sol üst lob bronkuslarının dallanma yerindeki nedbe. 2 — Apikal-vertikal daldaki habis gelişme. 3 — Apikal-vertikal bronkustaki habis tümör infiltrasyonunun para ve peribronkial parankim dokusuna yayılması. 4 — İnterpulmonobronko-trakeal lenf düğümü. 5 — İnterpulmonal-interlober lenf düğümü.



Vak'a : III — Resim : 10

No. 329/52 — Bronş kanseri vak'asında dimağ metastazları.

(Kiazma'nın arkasından geçen kesit).

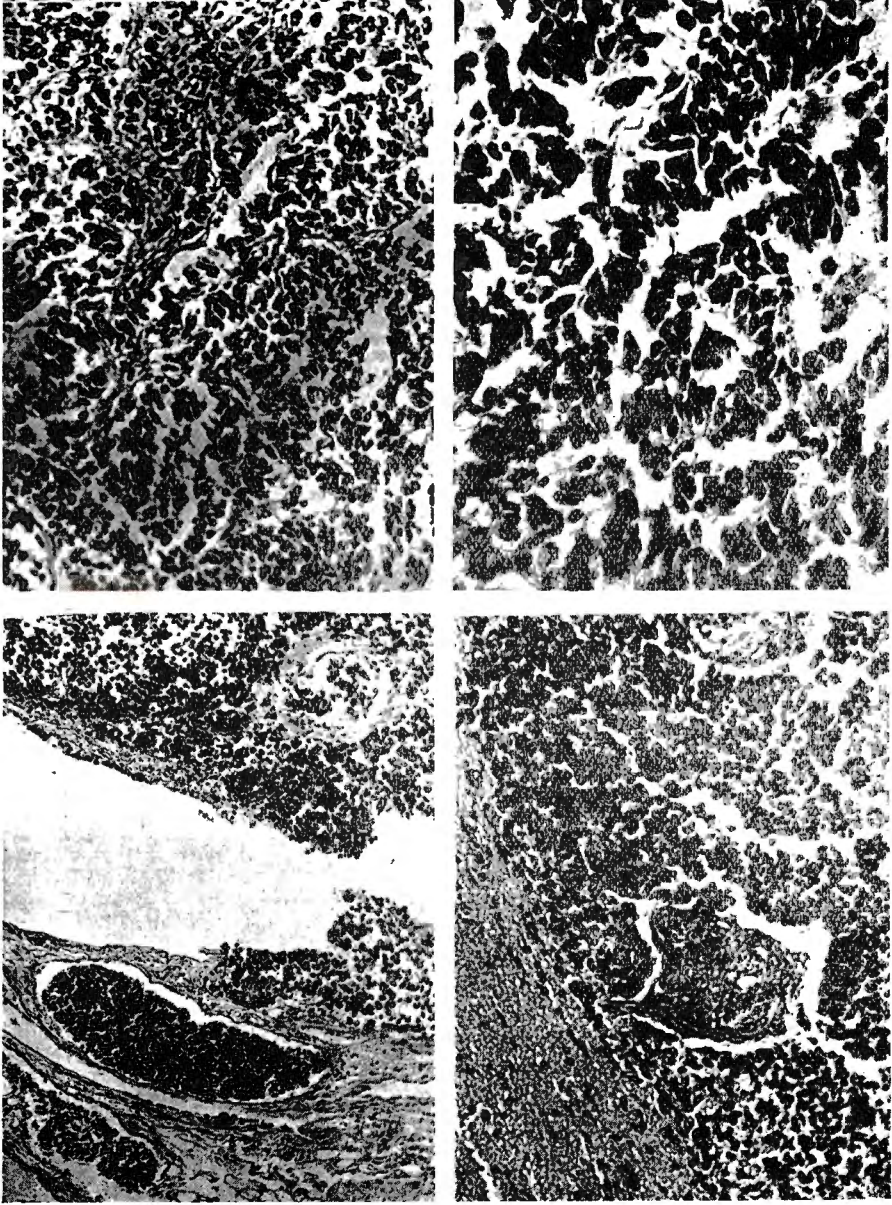
- 1 — Gyrus füziformis'de, Corni temporalis'e de girmiş metastatik infiltrasyon.
2 — Sağda yan ventrikülün ön boynuzu eandimine doğru giren habis tümör infiltrasyonu.
3 — Solda gyrus presantralis korteksi altındaki metastatik habis tümör infiltrasyonu.



Vak'a : III — Resim : 11.

No. 329/52 — Bronş kanseri vak'asında cerebellum metastazi.

1 — Sağ hemisferdeki iri metastaz. 2 — Ponstaki kanamalar.



Vak'a : III — Resim : 12.

No: 329/52 — Solid ca. tipinde bronş kanseri.

Lenf düğümü ve dimağ'dan mikrofotolar.

(Sah : 469 a bakınız)

MİKROFOTOLARIN İZAHLARI :

Vak'a : I — Resim : 3

No: 304/52 — İndiferansiye tipte bronş kanseri vak'asından mikrofotolar. (Sah: 459)

Birinci sıra; solda birinci resim: Lenf düğümü. 160 X. Normal strüktürü tamamen bozan bağ dokusu lifleri arasındaki zengin nüveleşme malik yuvarlak hücre infiltrasyonu. Sağda ikinci resim: Lenf düğümü. 360 X. Bağ dokusu lifleri arasındaki hiperkromatik nüveli infiltrasyonun atipik, indiferansiye tipteki habis tümör morfolojisi.

İkinci sıra; solda birinci resim: Akciğer. 160 X. Bır kenarda bronş yapısı bulunan akciğer dokusunda, alveoller içerisini dolduran hiperkromatik nüveli hücre infiltrasyonu. Sağda ikinci resim: Akciğer. 648X. Alveoller içerisini dolduran hiperkromatik nüveli infiltrasyonun; indiferansiye tipte habis tümör morfolojisi.

Vak'a : I — Resim : 4

No: 304/52 — İndiferansiye tipte bronş kanseri vak'asından mikrofotolar. (Sah: 460)

Birinci sıra; solda birinci resim: Dalak. 160 X. Geniş trabeküller arasında hiperkromatik nüveli hücre infiltrasyonu. Sağda ikinci resim: Dalak. 720 X. Hiperkromatik nüveli infiltrasyonun indiferansiye atipik morfolojisi. (hücrelerde aşikâr mitozlar mevcuttur. Bir kenarda trabekül görülmektedir).

İkinci sıra ; solda birinci resim : Böbrek. 160 X. Bir kenarda glomerül görülen böbrekte, intestisyumdaki hiperkromatik nüveli hücre infiltrasyonu. Sağda ikinci resim : 720 X. İnterstisyumdaki infiltrasyonun atipik indiferansiye morfolojisi.

Vak'a : II — Resim : 8

No: 332/52 — Muhati adeno-ca. tipinde bronş kanseri vak'asından mikrofotolar. (Sah : 464)

Birinci sıra; soldan birinci resim: akciğer: 160X. Normal strüktürü tamamen bozulmuş akciğerdeki atipik epitel hücrelerinin yanyana gelerek teşkil ettikleri halkalar ve kümeler. (Halkalar içerisinde muhati bir madde mevcuttur.) Sağda ikinci resim : Lenf düğümü: 160 X. Normal strüktürü bozan atipik iri nüveli ve muhatla yüklü epitel hücrelerinin yaptıkları kümeler ve halkalar.

İkinci sıra; solda birinci resim: Böbrek. 160 X. İnterstisyumda atipik epitel hücrelerinin teşkil ettiği halkalar ve bu halkalar içerisinde muhat maddesi. Sağda ikinci resim: Dimağ. 160 X. Normal strüktürü tamamen bozulmuş olan dimağdaki atipik epitel hücrelerinin teşkil ettiği kümeler.

Vak'a : III — Resim : 12

No: 329/52 — Solid tipte bronş kanseri vak'asından mikrofotolar. (Sah: 468)

Birinci sıra; solda birinci resim: Lenf düğümü. 160X. Lenf düğümü folikül strüktürünü bozan epitel hücrelerinin yanyana gelerek teşkil ettikleri solid yuvalar. Sağda ikinci resim: Lenf düğümü, 288 X. Lenf düğümü folikül strüktürünü tamamen bozmuş atipik epitel hücrelerinin yanyana gelerek teşkil ettikleri solid kümeler ve diziler.

İkinci sıra; solda birinci resim: Lenf düğümü. 96 X. Lenf düğümü kapsülündeki genişlemiş damarlar içerisinde habis tümör hücrelerinden ibaret trombuslar. Sağda ikinci resim : Dimağ. 96 X. Normal strüktürü tamamen bozan atipik epitel hücrelerinin teşkil ettiği solid kümeler.

T. C.
İstanbul Üniversitesi
Patolojik Anatomi Enstitüsü
yayınlarından
Direktör : Ord. Prof. Dr. Ph. Schwartz

MENENJİT KOMPLİKASYONU YAPMIŞ NÂDİR BİR AKCİĞER ŞARBONU VAK'ASI

Dr. Kemal Rüştü Akgüder - Dr. Şemsi Gök

Sayın hey'etinize, kıymetli Profesörümüz Dr. Besim Turhan'ın müsaadeleri ile, bu senenin nekropsileri arasında rastladığımız menenjit komplikasyonu yapmış çok nâdir bir akciğer şarbonu vak'ası takdim edeceğiz. Vak'a bize Haydarpaşa Nümune Hastanesi İntaniye Kliniğinden verilmiş bulunmaktadır (*). 54 yaşında İstanbullu bir ev kadını olan hastanın klinik hikâyesinde, hastaneye koma halinde geldiği, hastalığının 4 gün evvel birden bire yüksek ateş, öksürük ve şiddetli bir baş ağrısı ile başladığı, kanlı balgam çıkardığı, üçüncü gün kendisini kaybettiği işaret edilmektedir.

Muayenede klâsik menenjit semptomları ile sağ tarafta plörezi tesbit edilmiş; 15000 lökosit bulunmuş; plevra mayiinde, seröz-kanlı vasıf ile sitolojisinde endotel hücrelerden zengin bir karakter görülmüştür. Serebro-spinal mayi de kanlı bulunmuş ve polimorf nüveli lökositlerden zengin sitolojik bir morfoloji göstermiştir. Yapılan kültürde şarbon basillerine benzeyen basiller üremiştir.

Bu durum karşısında bir de kobay inokülasyonu yapılmış ve hayvan ağır bir infeksiyon tablosu göstererek ölmüştür.

Otopside komünikasyonumuz ile ilgili makro-mikroskopik bulgular şunlardır (protokol No. 199/52) :

Sağ akciğerde kısmi kollaps hali.

Sağ plevra boşluğunda 200 cc. kadar hemorajik mayi.

Sağ akciğerin üst lobu ile alt lobu üst kısımlarında toplu iğne başından mercimek cesametine kadar değişen büyüklükte müteaddit hemorajik lobüler pnömonik mihraklar.

Sol akciğerin alt lobu paravertebral kenarlarında karabiber danesi iriliğini bulan müteaddit, dağınık, hemorajik lobüler pnömonik irtişahlar.

Sağ akciğer hilusu ile bifürkasyonun antrakotik olan lenf ukdelerinde 3×4 sm. iriliğini bulan şişme; kesitlerinde geniş hemorajik sahalar.

Her iki taraf boyun yumuşak nesicinde yaygın kanamalar.

(*) Burada vak'ayı bize veren ve kıymetli klinik etüdleriyle bizi aydınlatan İntani hastalıklar servisi şefi Sayın Dr. Enver Karadeniz ile vak'anın neşri hazırlıklarında değerli yardımlarını esirgemeyen mesai arkadaşlarına teşekkürlerimizi açıklamaktayız.

Farinks, larinks, trakea ve bronş mukozalarında hiperemi.

Bademciklerde hafif şişme ve hiperemi.

Kalp adalesinde bulanıklık.

Sağ kalbte genişleme.

Karaciğerde şişme ; parenkimasında bulanıklık, yumuşama ve diffuz yağlanma.

Şişmiş olan dalak pulpasında yumuşama, hiperemi ve oldukça geniş sahalar işgal eden kanamalar.

Mide, barsak mukozalarında hiperemi (hiç bir tarafta lokal iltihabi bir mihrak bulunmadı).

Her iki taraf böbreğinde şişme ve aşikâr bulanıklık.

Mesanede ileri derecede genişleme.

Beyinde ileri derecede şişme; korteks ve bilhassa beyaz cevherde aşırı derecede hiperemi.

Piyada ileri derecede hiperemi ve konveksite ile bazis kısımlarında, konveksite sahnında daha hakim olmak üzere, oldukça kalın örtüler yapmış kirli kırmızı-sarı renkte (hemorajik-kıyhi vasıf) bir eksüdat yerleşmesi (bu eksüdat içinde ötede beride ince iplikler halinde fibrin lifleri de görülmektedir). (Resim : 1-2).

(Kıllı ve kılsız deride, hiç bir tarafta lokal iltihabi bir mihrak bulunmadı).

Organlardan yapılan mikroskopik preparatların tetkikinde :

Beyin preparatında :

Kısmen gevşemiş ve kapillerleri kanla dolu bir hal almış olan beyin nesçi üzerinde, oldukça fazla bir kalınlaşma meydana getiren hücreden zengin bir eksüdat infiltrasyonuna uğramış piya görülmektedir. Hücrelerin büyük bir çoğunluğu; parçaları aralarındaki ince bağları koparak ve buruşarak kısmen pyknosis'e, kısmen ise parçaları kaybolarak lysis'e uğramış nüveler ile sitoplazmalarında ince yağ damlaları ihtiva eden degenere olmaya yüz tutmuş polimorf nüveli lökositlerdir. Bunlar arasında nüve ve sitoplazmaları iyi boyanan genç polimorf nüveli lökositler de bulunmaktadır. Bu polimorf nüveli lökositlerin aralarında oldukça geniş yerler işgal eden, çoğunun hemoglobin rengi kaybolmuş hattâ iskelet strüktürü bozulmuş eritrositler ile ötede beride ince fibrin lifleri görülmektedir. Bu eksüdat içinde bilhassa küçük büyültmede görülen lumenleri genişlemiş damar kesitlerinde kan hücreleri ile dolma ve damar kenarlarında aşikâr bir löko-diyapedez morfolojisi de farkedilmektedir (kıyhi, hemorajik meningitis). (Resim : 3).

Akciğer preparatlarında ;

Kısmen nekroza uğramış olan normal alveolar strüktür içinde oldukça geniş lobul topluluğuna âit sahalarda yer yer hücreden zengin bir eksüdat infiltrasyonu gösteren odaklar bulunmaktadır. Bu odaklarda hücreler daha ziyade hemoglobin renkleri solmuş, iskelet strüktürü bozulmuş, birbiri üzerine yığılmış (konglutine olmuş) eritrositler ile ara yerde kısmen dejenere olmağa başlamış (nüveleri dağılmış, sitoplazmaları vakiolleşmiş) polimorf nüveli lökositlerdir. Bu hücreler arasında, bazı sahalarda oldukça kalınları da bulunan, ince fibrin lifleri yer almaktadır. Henüz nekroza uğramamış septumları ihtiva eden interstisiyel doku içinde de, eritrositlerden zengin lumenlere malik ileri derecede genişlemiş kapiler damarlar etrafında ekstravaze olmuş eritrosit ve lökosit toplulukları görülmektedir. Bu ağır iltihabi infiltrasyon etrafındaki alveol ve septumlar ödemlidir. (Hemorajik lobuler pnömonik infiltrasyon). (Resim : 3).

Bir sağ hilus lenf ukdesi preparatında ;

Aşikâr bir surette artmış olan retiküler doku içerisinde, her tarafa yayılmış taşkın lenfoid hücre strüktürünün yerleştiği folikülleri tamamen kaybolmuş bir morfolojisi görülmektedir. Ara yerde, lumenleri kan ve dökülmüş endotel hücreleriyle dolu, ge-

nişlemiş sinüslerle büyücek sahalar işgal eden ekstravaze olmuş, ekserisinin iskelet strüktürleri bozuk eritrosit yığınlarından ibaret topluluklar göze çarpmaktadır. (Sinüs nezlesi ve hemorajik infiltrasyon). (Resim : 4).

Akciğerdeki pnömonik mihrakların eksüdatından yapılan frotti'de ;

Bir çok kan hücreleri ve tek tük alveolar histiositler arasında, her sahada bir kaç tane rastlayan oldukça çok adette, gram müsbet basiller boyanmıştır. (Resim : 4).

İrtokülasyon yapılmış kobay karaciğeri preparatında;

Sitoplazmalarında kaba granüller taşıyan parenkim hücreleri arasında yer yer yuvarlak biçimli ufak nekrobiyoz ve nekroz sahaları ile interstisiyel dokuda kan hücreleri, bilhassa lenfositlerden zengin bir hücre infiltrasyonu görülmüştür. (Resim : 4).

Kobay karaciğerinden yapılan frotti'de ;

Her sahada bol miktarda, bazı yerde teker teker, bazı yerde ise toplu kümeler yapmış bir halde gram müsbet basiller boyanmıştır. (Resim : 4).

Bu kobay karaciğeri frotti'sinin Üniversitemiz Mikrobiyoloji Enstitüsündeki tetkikinden alınan rapor sureti aşağıdadır :

«Gönderilen preparasyonda bir kısmı kısa zincirler yapan, bir kısmı ise teker teker veya ikşer ikşer duran, kapsüllü, gram müsbet, morfolojileri şarbon basillerine çok benzeyen çomakçıklar görüldü. 27.7.1952. Doçent Dr. Ekrem Kadri Onat».

Görüldüğü gibi vak'a klinik, patolojik-anatomik ve mikrobiyolojik bakımlardan müsterek tesbit edilmiş bir şarbon vak'asıdır. Bu vak'ada ilk olarak solunum sisteminde yerleşen şarbon basilleri, sağ akciğerde daha hakim olmak üzere, her iki akciğerde hemorajik vasıfta lobuler pnömonik infiltrasyonlar meydana getirmiş ve sağda sero-hemorajik tipte bir plörezi ile ihtilâl etmiştir. Bundan başka ve daha mühim olarak, hastalığın seyri esnasında kana karışan basiller meninkslere de geçmiş ve bir şarbon meningitisinin teşekkülüne de sebep olmuştur. Hastanın ölümü daha ziyade bu ağır menenjit komplikasyonundan olmuştur.

Şarbon vak'alarına, sık olmamakla beraber, memleketimizde de rastlanmaktadır. Bu vak'aların büyük bir çoğunluğu deri leziyonu (habis püstül) yaparak seyreden vak'alardır. Burada böyle bir dış leziyon meydana getirmeden, ilk olarak akciğerlerde yerleşmiş bir şarbon vak'ası bahis konusudur. Şarbon vak'aları arasında primer akciğer leziyonu gösteren vak'alar, nisbetle nâdir olmakla beraber, klâsiklere geçmiş vak'alardır. Fakat bu vak'alar arasında menenjit komplikasyonu yapmış olanlar literatürde pek nâdirdirler. Böyle şarbon menenjiti vak'asına, biz de Enstitümüzde, bu vak'a ile, ilk defa rastlamış bulunuyoruz.

Ö z e t

Burada, birdenbire başlayan ve 4 gün içinde komaya götüren bir hastalığa tutulmuş, klinik muayenesinde pnömoni ve plörezi ile aşıkâr menenjit semptomları ; lâboratuvar muayenelerinde de (plevra ponksiyon mayii ile serebro-spinal mayi'de) şarbon basilleri şüphesi vermiş 54 yaşında bir ev kadınının otopsisinde bulunan leziyonları (lobüler pnömonik odaklar ile hemorajik-kıyhi menenjit); gerek organ frotileri, gerekse kobay inokülasyonu leziyonlarında şarbon basilleri tesbit edilerek, makro ve mikrofotograflları ile, gösterilmektedir. Vak'anın cild leziyonu yapmadan doğruca solunum sisteminde yerleşmiş, buradan meninkslere geçmiş bir şarbon vak'ası olmasına ve şarbon vak'aları arasında böyle menenjit yapmış vak'aların bilhassa nâdirliğine dikkat çekildikten sonra, şarbon menenjiti teşekkül etmiş böyle bir vak'anın, Enstitümüzdeki ilk vak'a olduğuna hususî olarak işaret edilmiştir.

Résumé

Les auteurs présentent le cas d'une femme tombée brusquement dans le coma est morte au bout de quatre jours. A l'examen clinique de cette malade une pneumonie et une pleurésie accompagnées de symptômes marqués de méningite. L'examen bactériologique du liquide pleurale et du liquide céphalo-rachidien décela des bacilles charbonneux. A l'autopsie de cette malade de 54 ans ils constatèrent des foyers de pneumonies lobulaires avec une méningite purulente. Les auteurs prouvent par des micro et macrophotographies des organes intéressés et par l'inoculation au cobaye que la cause de ces lésions était le bacille charbonneux.

Les auteurs après avoir insisté sur la particularité de ce cas qui débuta par une atteinte pulmonaire avec localisation méningiale mais sans aucune lésion cutanée, attirent l'attention sur la rareté des cas de charbon avec atteinte des méninges. Ce cas est le premier en son genre rencontré à l'institut anatomo-pathologique d'Istanbul.

Summary

This is the report of postmortem gross and microscopic findings of a case clinically suspected as anthrax.

A house wife of 54 years of age suddenly got ill and became comatous in four days. She showed symptoms of pneumonia, pleuresy and meningitis. Bacteriological examination of the pleural and cerebrospinal fluids revealed bacilli strongly suggestive of that of anthrax. Anthrax bacilli are found in the films of haemorrhagic-purulent meningeal exudate and in those of the haemorrhagic pneumonic lesions as well as in the lesions produced by inoculation in to the guinea pigs, and these are shown with pictures.

Attention is drawn to the fact that cases of anthrax in which the infection is localised in the respiratory and secondarily in the meningeal regions without producing a skin lesion are quite rare and this is the first case encountered in our Institute.

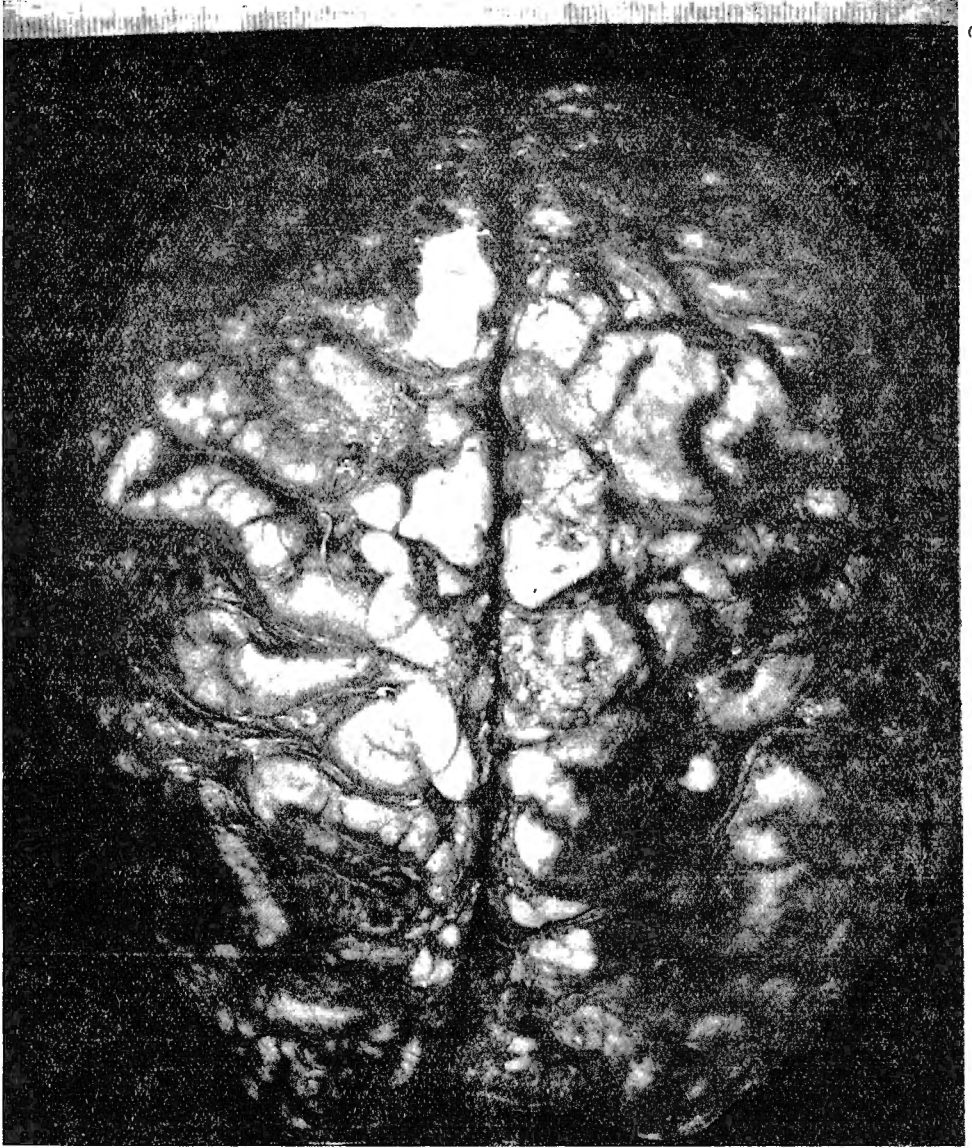
Zusammenfassung

In der, bei den klinischen Untersuchungen mit Lungen- und Pleuraentzündung deutlich erkennbare Meningitissymptome und bei den Laboratoriumsuntersuchungen (in den Pleuraexsudaten und Cerebro-spinal Liquor) Milzbrandbazillen zeigender Autopsie einer 54 jährigen Hausfrau, die nach einer plötzlichen Erkrankung in 4 Tagen in Komazustand eintrat, ist es durch Makro- und Mikrophotos beweis worden, dass die lobulären pneumonischen Herden und entzündliche Meningitis durch Milzbrandbazillen sich gebildet haben und sowohl durch die abgeschabte Teilchen der bezüglichen Organen als auch durch Inokulation des Meeresschweinchens Milzbrandbazillen festgestellt waren.

Nachdem man sich darauf aufmerksam gemacht wird, dass der Fall ohne eine Hautverletzung veranlassend sich in den Atmungsorganen ansässig gemacht und von hier aus eine Meningeallocalisation hervorgebracht hat, weist man besonders darauf, dass der Fall unter den ähnlichen der erste sei, dem man in unserem Institut begegnet.

Bibliografi.

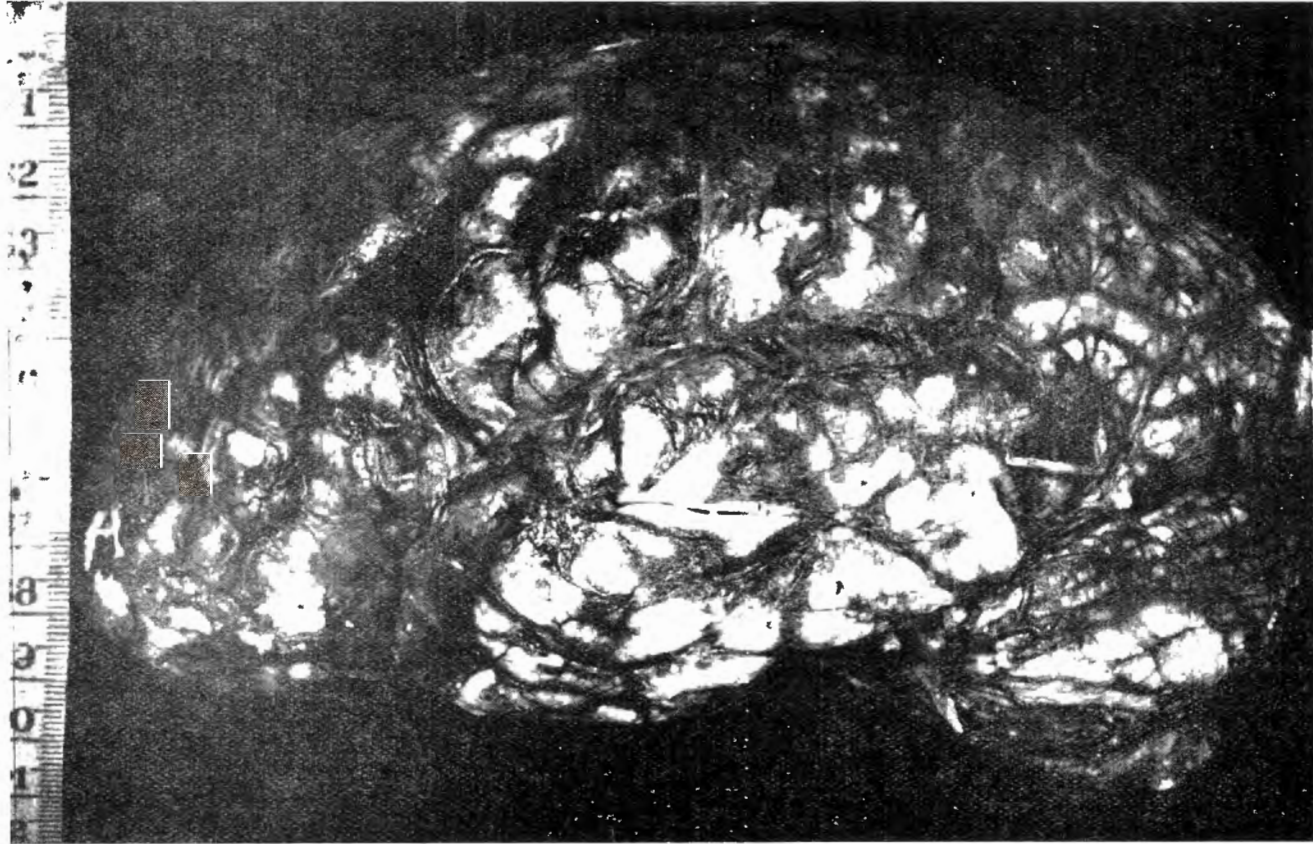
- A. Convelaire, A. Lemierre, Ch. Lenormand** : Pratique médico-chirurgicale. Tome : II. 1931.
- Albert Besson** : Technique Microbiologique et sérologique. Tome : II. 1921.
- Anderson** : Pathology. 1948.
- Aschoff** : Pathologische Anatomie. Bd. 1. 1936.
- Baumgarten, P.** : Lehrb. d. pathog. Bakterien. 1911.
- Bezançon, Marcel Labbé, Leon Bernard, J.A. Sicard** : Pathologie médicale Tom : I.1926.
- Braun, H., Öktem Z.** : Mikrobioloji ve Salgınlar Bilgisi. Cilt 1/1945, Cilt 3, Kısım 1/1944.
- Enriquez et René A. Gutmann** : Nouveau traité de Pathologie interne. Tome : I, 2ème partie. 1926.
- G. Jochmann** : Lehrb. d. Infektionskrankheiten. 2. Aufl. 1924.
- G. Von Bergmann und R. Staehelin** : Handb. d. inner. Medizin 1. Bd., 2. Aufl.
- Hermann Eck** : Uber zwei beobachtungen von tödlichen Gasbrand - und Milzbrandinfektionen. Beit. ü. die allg. u. spez. Path. Bd. 3. Heft 5/6. 1949.
- İrdelp, N. Ö.** : İç Hastahkları. Cilt : I. 1946.
- John S. Cowdery** : Primary pulmonary anthrax with septicemia. Arch.of.Path. 43,1947.
- Kolle, Kraus, Uhlenbuth** : Handb. d. pathog. Mikroorg., 3. Aufl.
- M. M. Hamant, Drouet et Simonin** : Pustule maligne suivie de méningite charbonneuse. Société médicale des hopitaux. 13.I.1933. La Presse Med. No: 5, 1933.
- Noyan, A.** : İntani Hastahklar. 1943. (Ord. Prof. Tefvik Sağlam. İç Hastahkları ders kitabı. 1 ci fasikül).
- Roger - Widal - Teissier** : Nouveau traité de médecine. F. II, 1933.
- Tayanç, M. M.** : Bulaşıcı hastahklar. Seri: IV. 1948.



Resim : 1

No. 199/52. Şarbon vak'asından makrofoto.

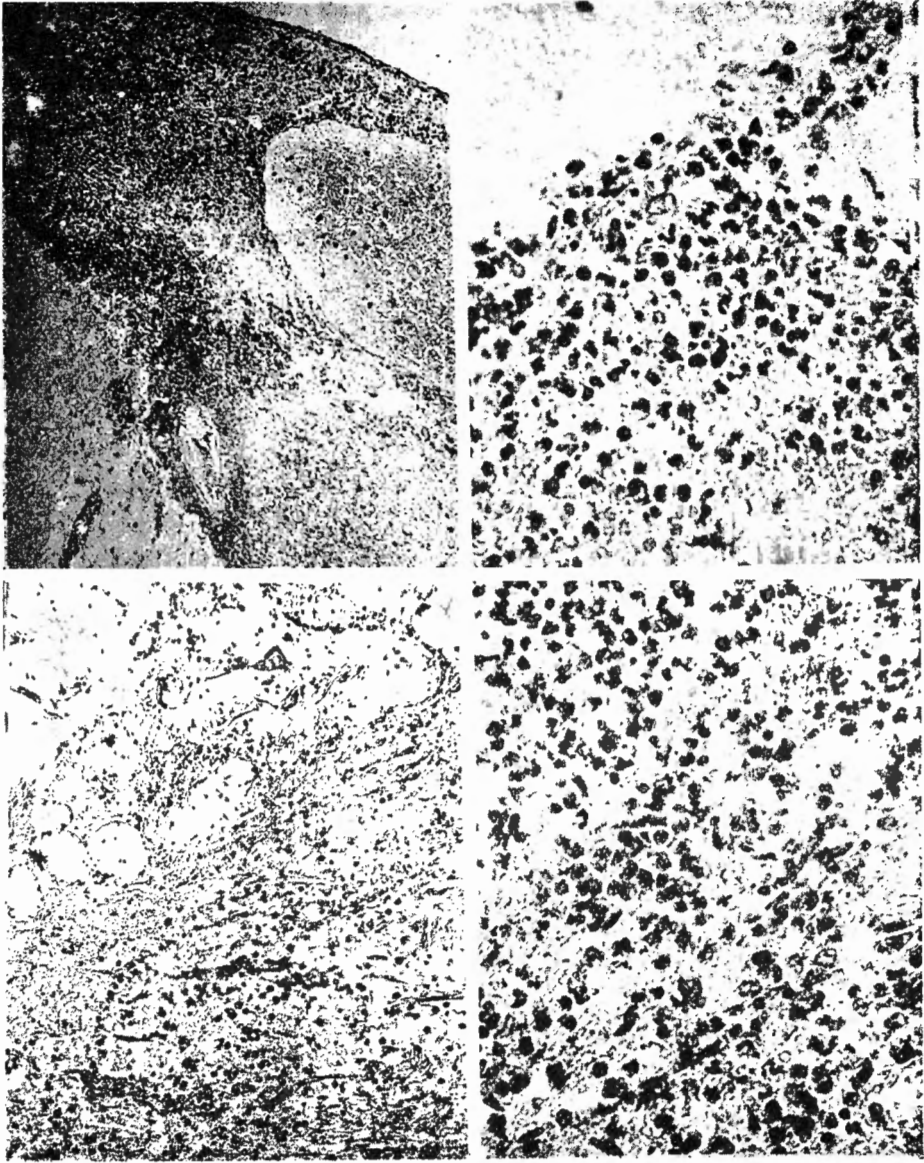
Beynin konveksitenden görünüşü (Normalden biraz küçük). Piyada yer yer geniş kalınlaşmalar gösteren kanamalar ve bunlar arasında ince kiyhi-fibrini eksüdat.



Resim : 2

No. 199/52. Şarbon vak'asından makrofoto.

Beynin lateralden görünüşü (Normalden biraz küçük). Piyada geniş kanamalar ve kıyhi-fibrini eksüdat.

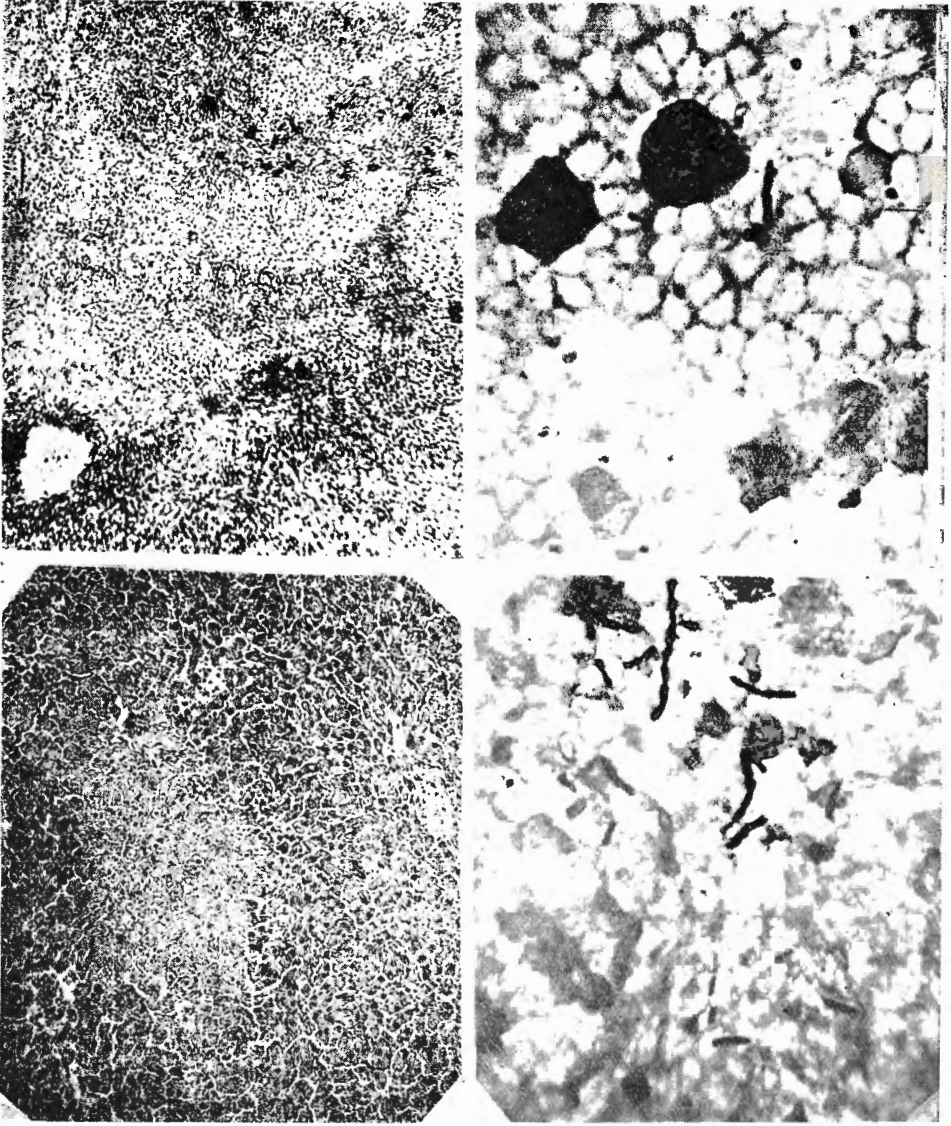


Resim : 3

No. 109/52. Şarbon vak'asından mikrofoto.

Yukarıda; soldan birinci resim: Dimağ. 96 X. Bir kenarda gevşemiş dimağ nesne ve bunun alt tarafında kalınlaşmış görülen piyada kesif hücre irtişahı. Sağda ikinci resim: Dimağ. 432 X. Gevşemiş dimağ nesninin alt tarafındaki kalınlaşmış piyada dokusunda kıyhi infiltrasyon.

Altta soldan birinci resim: Akciğer. 80 X. Akciğerde alveolar strüktür kısmen bozulmuştur. Burada mihraklar halinde alveoller içerisini dolduran hücreden zengin bir infiltrasyon görülmektedir. Bu infiltrasyon içerisinde kanama sahaları mevcuttur. Sağda ikinci resim: Akciğer. 432 X. Alveollerde hücreden zengin bir infiltrasyon görülmektedir. Hücre çeşitleri: eritrosit, polimorf nüveli lökosit ve hemoziderinle yüklü nistiyositlerdir; bunlar arasında zerrelere halinde dağılmış hemoziderin pigmenti mevcuttur.



Resim : 4

No. 199/52. Şarbon vak'alarından mikrofoto.

Yukarıda; soldan birinci resim: Lenf ukdesi. 80 ×. Folikül strüktürü tamamen bozulmuştur. Burada geniş kanama sahaları görülmektedir. Sağda ikinci resim: Akciğerdeki hemorajik-pnömonik mihraklardan yapılmış yayma preparat: 682 ×. Mahfazalı ve teker teker duran gram + çomakcıklar görülmektedir.

Altta; soldan birinci resim: İnfekte edilmiş kobay karaciğeri: 96 ×. Hücre stoplazmaları kaba granüllüdür; parenkim içinde mihraklar halinde nekroz ve nekrobiyozlar vardır. Stromada lenfositlerden zengin bir infiltrasyon görülmektedir.

Sağda ikinci resim: Kobay karaciğerinden yayma preparat. 682 ×. Her sahada bol miktarda, mahfazalı gram +, teker teker duran veya zincir yapmış olan çomakcıklar görülmektedir.

III. İç Hastalıkları ve Tüberküloz Kliniği
(Ord. Prof. Dr. Tevfik Sağlam)

ULTRACAVERNOTHERM (*)
İLE AKCİĞERLERDEKİ TBC. KAVİTELERİNİN
KAPATILMASI

Patent No: 6345 T.

Stj. Dr. Orhan Ternar

Bugün için akciğer tüberkülozunda tüberküloz kavernlerinin tedavisi esas tedavilerden birini teşkil etmektedir. Ayrıca verem mücadelesinde de kaviter lezyonu olan vak'aların devamlı basil neşretmeleri büyük bir önem taşır. Sanatoryom kürü ile bu gibi hastaların iyileşmeleri için, hususile müdahalekâr tedaviyi kabul etmeyenlerde, gerek hasta gerek memleket bakımından uzun zaman maddi ve manevî fedakârlıklara katlanmak icap etmektedir.

Kaviter lezyon gösteren akciğer tüberkülozu vak'alarında ihtilâtların sık sık vukua gelmesi, hasta için hayati ehemmiyeti haizdir, bu mülâhazalarla kavernlerin ağır müdahalelere lüzum kalmadan lokal tedavisi 1930 da M o n a l d i 'nin endokaviter drenajı ile başlar. —Filtvaki ilk müdahale Willis'e ait olup, sonraları 1696 da B a g l i v i , 1797 de F a y e , 1874 de P e p p e r , 1875 de M o s l e r , lokal olarak kaviteyi kapatmak için göğüs cidarına delik açıp ilaç sevketmişlerse de, çalışmalarını neticesiz tecrübeler olarak kalmıştır.— Sonraları antibiotiklerin tesirlerinin incelenmesi esnasında bu usul kısmen terk edilmiştir, fakat parenteral verilen antibiotiğin kaviteye nüfuz edememesi sebebi ile M a u r e r tamponman sistemini ortaya koydu. Bu ikinci usul esas hatları itibariyle bir bez tampondan faydalanarak kavite içersinde uzun müddet yüksek konsantrasyonda antibiotik bulundurmaktan ibarettir. Bu usulün en büyük mahzuru kaviteye ithal edilen tamponun mekanik iritasyonu sonucu kavite cidarında kalın, fibröz bir nesîç husulüne sebebiyet vermesi ve bu fibröz nescin kavitedeki yüzünün çok kısa zamanda bronş epiteli tarafından ihata edilmesi ile husule gelen rezidüel kavernin tam kapanmaya mani olmasıdır.

Bu mahzuru ortadan kaldırmak için kaviteye kanal açmaksızın iğne ile göğüs cidarından antibiotik ithal edilmiştir. Fakat kavite içersine konulan antibiotik, kavite cidarının her tarafına ve her tabakasına nüfuz edemediğinden, bütün vak'alarda kavite K o c h basillerinden tamamen temizlenmemektedir. Üstelik basilin kazandığı rezistans muayyen bir kıymeti aştıktan sonra bizim in-vivo tatbik edebildiğimiz maksimum antibiotik miktarlarına mukavemet edebilmektedir.

(*) Ultracavernotherm ismi, yapmış olduğum aparey'e 17/6/952 tarihinde Sayın Hocam Ord. Prof. Dr. Tevfik Sağlam tarafından Ultra-violet, Cavernostomie, Diathermie kelimelerinden istidlal edilerek— verilmiştir.

Görülüyor ki lokal olarak kaviteyi kapatmak için tatbik edilen usuller henüz tam değildir, tam olabilmesi için ilkin kavitenin cidarlarını ölçüsüzce irrite etmeden kaviteyi basilden temizlemek icap eder. Pek tabiidir ki yalnız bununla da gayeye varılamaz, çünkü gerek kavite cidarının beslenebilmesi —ki tâmir hâdisesi için şarttır— ve gerekse icabı halinde verilen antibiotiğin kavite içerisine kadar nüfuzunu sağlayabilmek kavite cidarındaki sirkülasyonu bu hâdiseler için müsait duruma getirebilmekle mümkün olur.

İşte bu müşahedeler ve bu düşünceler neticesi olarak çalışmalarımı şu üç nokta üzerine teksif ettim.

- I — Organizmaya zarar vermeden kaviteyi Koch basillerinden temizlemek,
- II — Kavite cidarındaki sirkülasyonu faydalı olabilecek hale getirmek,
- III — İcabı halinde parenteral verilen antibiotiği kavite içerisine kadar nüfuz ettirebilmek.

I— Organizmaya zarar vermeden kaviteyi Koch basillerinden temizlemek :

Bu günkü bilgilerimize göre insan ve Koch basilinin biyolojik hususiyetleri nazarı itibare alınacak olursa, tüberküloz kavitesinin Koch basillerinden temizlenebilmesi Ultra-violet şuaı ile mümkündür, filvaki faaliyet halinde bulunan akciğer tüberkülozunda ultra-violet şuaının zararlı olduğunu şimdiye kadar iddia etmişlerse de zannımca bu iddia yalnız müşahedeye dayanmaktadır.

Şu iki nokta hatırlanacak olursa ultraviolet şualarından korkmamak icap eder.

a) Ultraviolet şuaları cildimizden nüfuziyetleri az olan şualardır, bunların hasta akciğere tesiri ancak endirekt olabilir.

b) Ultraviolet şuaı bir fizik ajandır, bunu doze edebildiğimiz takdirde Ricker'in basamak kanunu ile —Stufegesetz — izah ettiği veçhile şuaın tesirine maruz bırakılan nesicte hiperemiden nekroza kadar değişik patolojik tagayyürler meydana getirilebilir.

Giambattista Tempini adında bir İtalyan doktorunun endokaviter soğuk ultraviolet şualarının mükozalarda olduğu gibi iyi tesir ettiğine ait Zentralblatt Für Die Gesamte Tuberkuloseforschung'un Haziran 1952 sayısında bir kayda rastladık. Bu yazıda vak'a ve müşahedelere ait hiç bir kayıt yoktu.

Ayrıca Ferrara Üniversitesi Cerrahi Patoloji Enstitüsü direktörü Prof. Mario Trincas'ın Eylül 1951 tarihli ve La Caverno-Attino - Terapia adını verdiği kavern içinin ultraviolet şuaları ile sterilizasyonuna ve kavitenin aktivasyonuna ait bir yazısında da vak'a adedi ve özel müşahedelere ait hiç bir kayıt bulunmamaktadır. Ayrıca genel müşahede bakımından aktinoterapiye rağmen bazı kavernlerin açık kaldığına işaret edilmektedir. Sebep olarak da:

- 1 — Derinde bulunan kavernlerin müteaddit drenaj bronşları ile delik değişik bulunması, bu bronşlardan küçük olanların kapanıp, büyük olanların açık kalması,
- 2 — Makrokavernlerde sterilizasyon olmakla beraber kapanma görülmemesi,
- 3 — Bazı kavernlerin de kosta kenarları veya periost ile olan iltisaklarının kuvvetli olmasının kavernin kapanmasına müsaade etmemesi zikredilmektedir.

Prof. Mario Trincas zikrettikleri bu üç sebeble kendi metotlarının —yani sırf ultra-violet şuaının— kaviteyi kapatmak için kâfi olmadığını pek güzel belirttiktedirler. Ayrıca belirttikleri vasıfların haricinde matlûba muvafık kavern bulmak oldukça güçtür kanaatindeyim. Ve zaten Prof. M. Trincas'ın U.V. yi kaviteye ithal için tatbik etmekte olduğu metod tamamen cerrahidir. Önce 5 - 6 sm. boyunda bir insizyon, bunu müteakip 4 - 5 sm. boyunda bir kot rezeksion'u yaparak açılan yoldan kaviteye U.V. yi sevkettiktedirler.

Ultraviolet şualarının K o c h basılı üzerine yaptığı tesiri kolay anlayabilmek için rezonans hadisesini kısaca gözden geçirmek icap eder.

Her şua, bir çok periyodik elektromanyetik ihtizazlardan ibarettir, her molekülün ise kendine has özel bir titreşim kat sayısı vardır, muayyen dalga uzunluğunda bir şuaın bir molekül üzerinde değişikliğe sebebiyet vermesi için molekülün ihtizaz sayısı ile şuaın ihtizazı arasında tam bir nisbet bulunması lazımdır. Buna rezonans şartı denir.

Bu şart gerçekleştiği takdirde ziya şuaları kimyevi bir takım değişikliklere sebep olurlar, bu nevi hadiseler de fotoşimik hadiseler denir. (Klorofillerdeki kimyevi hadiseler, ergosterine'den D vitamininin teşekkülü, muhtelif dalga boylu şualarda muhtelif mikropların ölmesi hep aynı tesirlerdir.)

Ultraviolet şualarının fizyolojik tesirleri üzerinde en fazla Bay ve Bayan Victor H a n r i meşgul olmuşlardır. Bunların aldıkları neticeleri kolay anlayabilmek için G r u t t u s kanununu hatırlamak kâfidir. (G r u t t u s kanunu; ziyanın tesir edebilmesi için mutlaka massedilmesi lazımdır, şöyle de söylenebilir, husule gelen tesir massedilen miktar ile doğru oranlıdır.) Vücutumuzdaki hücrelerin pek çoğunun protoplazması ultraviolet şualarını çok az masseder, cildimizin hücreleri ise ultraviolet şualarını çok fazla massederler.

K o c h basilleri de bu şuaları çok fazla massettiğinden tesir basilin her tarafında yüksek kesafette olup kısa zamanda basilin hayatiyetini durdurabilir.

Bu arada ultra-violet şualarını fiziki bakımdan kısaca gözden geçirmek faydadan hâli olmaz sanırım.

Işık, enerjinin özel bir şeklidir.

Uzayda bir dalga olayı gibi yayılır ve muhtelif dalga boylarında olur.

Dalga boyları 4000 A°. biriminden küçük takriben 120 A°. biriminden büyük olanlara ultra-violet şuaları deriz (1 A°. birimi = 1/100.000.000 sm. dir).

Tabii olarak arızımıza ultra-violet şua güneşten gelir, havanın oksijeni, dalga boyu 2.200 A°. biriminden küçük olan bütün dalga boylarını masseder. Ozon ise 2000 A°. birimi ile 2200 A° birimi arasında olan bütün dalga boylarını masseder (yani arızımıza dalga boyları 2900 A°. biriminden büyük olan şualar gelebilmektedir). Pencere camı ise dalga boyları 3200 A°. biriminden küçük olan bütün şuaları masseder.

Sun'i olarak bir elementi ısıttığımızda ve bunlardan gazları çok seyreltik bir halde iken yüksek gerilimli akımlara maruz bıraktığımızda ışık elde edebiliriz, husule gelen ışıklar her element için muayyen bir dalga boyundadır. B o h r teorisine göre enerji vermek suretile elementin atomlarında elektronlar daha dışta bulunan yörüngelere yükselirler ve orada kısa bir müddet, takriben 1/100.000.000 saniye kadar durup içteki yörüngelere düşerler. Bu düşüş esnasında açığa çıkan enerji, dalga boyu muayyen bir ışık halinde neşredilir.

İşte sun'i olarak ultra-violet ışığı elde etmek için bu yoldan yürünüp Hg buharından faydalanılır.

II — Kavite cidarındaki sirkülasyonu faydalı olabilecek hale getirmek:

Kavite cidarındaki sirkülasyonu faydalı hale getirebilmek burada bir vazodilatasyon yaptığımız zaman mümkündür. R i c k e r'in işaret ettiği veçhile bütün zayıf tahrişler ile gayemize ulaşabiliriz. Zayıf bir muharriş ise fizik veya şimik olabilir. Lokal tatbikatta şimik olanlar tâli tesirleri çok ve tam lokal tatbikatları da mümkün olmadığından bugün için burada kullanılamazlar. Fizik tesirleri ise lokalize etmek kolay olduğu gibi bu günkü bilgimizle tâli tesirlerini de hiç mertebesine indirebiliriz.

Kullanacağımız fizik tesir organizmada her noktaya aynı şiddette tatbiki mümkün olamayacağından mekanik olamaz, dalga olayı halinde yayılan enerji şekilleri ise bilindiği gibi gayet müsaittir. Bir noktadan enerji yayımı ya yayılma doğrultusunda dik, yahut yayılma doğrultusunda olan salınımlar ile olur. Bunlardan ikincisi yani yayılma doğrultusunda salınımlar şeklinde olanlardan tıpta ultrason kullanılmıştır, bunların fizik karakterleri ve fizyolojik tesirleri hakkında uzun izahat vermeden şunu söyleyebilirim ki ultrasonik dalgaları tahrip işlerinde kullanmak tedavi işlerinde kullanmaktan daha doğru olur kanaatindeyim (1).

Salınım yönü yayılma doğrultusuna dik olanlardan tıpta elektromagnetik dalgalar kullanılmaktadır.

İnsanların alternatif akımları tıpta kullanmaya başlaması D'Arsonval'in tecrübeleri ile başlar, sonraları Hertz çok süratli elektrik ihtizazları elde edip de bunların fizyolojik tesirleri incelenince bugün kullandığımız diatermi'nin esası bulunmuş oldu.

Yüksek frekanslı veya diğer söyleyişle kısa ondlu elektro-magnetik dalgaların organizmadaki tesirlerini anlayabilmek için kolloidlik halini hatırlamak icap eder.

Bir cisim diğer bir cisim içine dağıldığında, dağılan cismin parçacıklarına faz, dağılmanın içinde vuku bulunduğu vasata da dispersiyon vasatı derler; fazların büyüklüklerine göre bir tasnif yaptığımızda üç çeşit dispersiyon buluruz:

- 1 — Kuturları 250 milimikrondan büyük olanlar (kanda eritrosit).
- 2 — Kuturları 1 - 100 milimikron olanlar (nişasta mahlülü, v.s.)
- 3 — Kuturları 1 milimikrondan küçük olanlar.

Birinci sisteme kaba dispers, ikinci sisteme kolloid dispers, üçüncü sisteme de iyon dispers denir. Canlı organizmada bu üç hali de görmek mümkündür.

Bir kolloid mahlül içerisinde elektrik cereyanı geçirilince fazlar yerlerini değiştirirler, bu hareket kolloidin kimyevi tabiatına ve cereyanı olmayıp alternatif bir cereyan olursa fazlar bir yönde akmayıp daima cereyanın yönüne tâbi olacaklarından vasat içerisinde devamlı bir çarpışma olur ve bu çarpışma esnasında husule gelen hasılât hararettir. Husule gelen hararet Joule formülü ile ifade olunur ki; $Q = I^2 \cdot R \cdot T$. dir, burada Q = sıcaklık miktarı, I = cereyanın şiddeti, R = devrenin mukavemeti, T = tatbik müddetidir.

Bir sahada elektromagnetik akım kesafetini çoğaltarak orada husulü istenen tesiri arttırmak mümkündür. Bunu yapabilmek için tesirin fazla olması istenen taraftaki elektrodun küçültülmesi kâfidir. Kısa ondların biyolojik ve tıbbi tesirlerine ait incelemeler kısaca şunlardır:

Saidmann ve Loom 10 - 100 mega hertz'lik dalgaların sinek ve kelebek gibi hayvanları öldürdüğünü gösterdi.

Jellinek çok cüz'î hararet hasıl eden hafif tatbikat ile büyüme faaliyetinin arttığını, papağan yumurtası ve fare yavrularında gösterdi. Yüksek miktarların tatbikinde ise aksine olarak bu tesir yerine faaliyetin durması ve nesçin ölmesi görülür.

Üzerinde tecrübe yapılan hayvanlarda ilk tesir, sahanın şiddetine göre hiperemidir, eğer çok şiddetli tatbikat yapılmış ise damar cidarlarında bozukluklar ve hemoraji görülür.

Schliphake, insanlarda kan üzerinde kısa ondlu elektromagnetik şuaların tesirini araştırmıştır. Eritrositler tatbikatın seyri esnasında bazan azalma, bazan ço-

(1) Bu cümleden kasit Ultrason'un kat'iyen tıpta kullanılamıyacağı değildir, tahrip vasıtalarının da tıpta tedavi gayesile kullanılabileceğini kabul etmemek büyük bir hata olur.

ğalma göstermişlerdir. Lökositler ise tatbikatı müteakip damar cidarları üzerine gidiyorlar ve fagositoz kudretleri artıyor.

Kısa ondların damarları şiddetle genişletmesi yalnız hararet ile izah edilemez, bu daha ziyade damar cidarlarının tonisitesinin kaybolması iledir ki bu tesiri bilhassa Pflomm incelemiştir ve bu genişlemenin yalnız hararetle olanların aksine adrenalinden müteessir olmadığını ve tatbikatı uygun bir zamanda bıraktığımızda eski halini geri geldiğini göstermiştir.

Kısa ondlar hakkında gerek fizik bakımdan gerek biyolojik tesirleri bakımından muhakkak ki bir çok şey söylenebilirse de netice olarak şunu diyebiliriz ki, bugün kısa ondlar hararet tesirinden istifade edilmesi lâzım olan bütün vak'alarda, vazodilatasyona ihtiyaç hasil olan bütün hallerde kullanılmaktadır.

III — İcabı halinde parenteral verilen antibiyotığın kavite içine nüfuz ettirilmesi

Bir ilâcı organizmaya ithâl ettiğimizde o ilâc şimik bünyesine göre kutru muayyen büyüklükte olan fazlara ayrılır. Bir fazın bir gışadan geçmesi ise şu şartlara bağlıdır :

- a) Gışanın delikleri ile faz kutru arasındaki orana,
- b) Gışanın iki tarafındaki basınç farklarına,
- c) Mutlâk hararetin fazlalığına (ki bu hallerde Brown hareketleri, diğer söyleyişle fazların hareketi artmıştır).
- d) Mahlûlün viskozitesinin azlığına,

İşte bu şartlar gerçekleştiğinde bir faz bir gışadan o kadar kolay geçer,

Biraz evvel bahsi geçen yüksek frekansın bütün bunları yaptığı yukardaki izahat ile kolayca anlaşılır. Yalnız bir noktayı unutmamak icap eder ki o da kısa ondlar muayyen bir kesafette kullanılacak olurlarsa, organizma mayilerinde koagülasyona sebebiyet verirler. Yani mayinin viskozitesini arttırırlar.

İşte bu nazari bilgiler Ultracavernotherm'in imâlinde temel olarak kullanılmıştır. Ultracavernotherm'in imâline 13.1.1951 de başlandı. Bugün kullanmakta olduğumuz ve 12.8.952 tarihinden itibaren Verem Savaşı Derneği Erenköy Sanatoryomunda kullanılmakta olan âlet, ilk yapılan âletin iki defa tâdili ile meydana gelmiştir.

Ultracavernotherm, azamî takati 28 watt olan bir mültivibratör olup çıkış tansiyonu anod devresine konan bir potansiyometre ile tanzim edilir ve çıkış takati anod devresi üzerinde bulunan bir miliampermetre ile endirekt yoldan ölçülür. Çıkış devresinde husule gelen yüksek frekanslı akımı nakledebilmek için, âletin selfine bir link ilâve edilmiş olup bu lingin hastaya vasıl olan ucunda bir transformatör vardır. Kavite içersinde husule gelen elektromagnetik akım bir noktadan etrafa yayılabilmesi için diğer diaterm âletlerinden farklı olarak Ultracavernotherm'de elektrod sayısı bire indirilmiştir.

Ultra-violet tüpü yüksek frekanslı bir elektromagnetik sahada çalışabilen prizkuranı olmayan —yani bir nev'i neon— tüpüdür. Bugün kullanmakta olduğumuz tüpler 4,8 mm. kutruna ve 15 - 30 mm. boyundadır. Başlangıçta ise kavite küçüldükten sonra küçülmeye uyacak şekilde ultraviolet tüpünü de kalibre ve boy bakımından küçültüyorduk, hatta bu gaye ile kutru 1,2 mm., boyu 25 mm. olan bir tüp dahi yapmıştık.

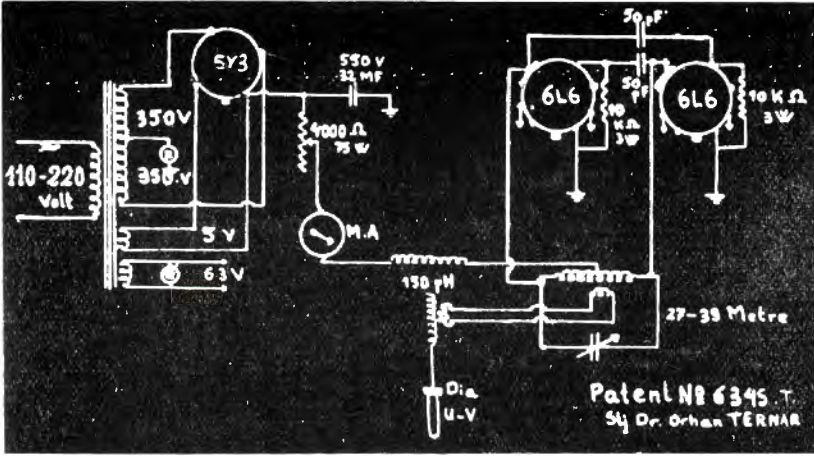
Montaj bakımından ultraviolet tüpü bir ucundan elektromagnetik akım yayan —yani diyatermi için kullanılan— elektroda girmiş vaziyettedir. Ultra-violet tüpünün bir ucu ve elektrod 6 mm. kutruna, 15 sm. boyunda plastik bir çubuk içindedir. Bu

çubuğun diğer ucunda bir vida bulunur, bu vida ile lingin hasta tarafında bulunan transformatöre vidalanır.

Ultra-violet tüpü kaviteye girerken kirlenmesin diye bir cam trokardan faydalanılır. Kavite kapanıp da kanal teessüs ettiği zaman dreni çekip kanalı kapanmaya terk etmenin hatalı olduğunu ilk iki vak'amızda öğrendik. Bu usul yerine kavitenin göğüs cidarından olan derinliğini 4 mm. kutrunun bir cam metre ile ölçüp, dreni bu derinlikten ortalama 1,5 sm. kısa olacak şekilde koyuyoruz ve kanalın kapanması daha doğrusu derinliği azaldıkça dreni de bu hale uyacak şekilde kısaltıyoruz, kanal derinliği hastanın şişmanlığına göre iki ilâ dört santime inmedikçe dreni çıkartmıyoruz. Bu şekilde tedavi ettiğimiz hastalarda fistül görülmedi.

Tedavi için göğüs cidarından kaviteye açtığımız deliğin kutru 10 mm. dir. Dren olarak ; M a u r e r'in tavsiye ettiği drenlerin bizdeki mevcudu tükendiğinden temini güç, maliyet fiyatı da yüksek olduğundan halen tüp rektal kullanılmaktadır (hiç bir zararlı tesirini görmedik).

Doz hesabı : Her enerji yayılmasında cari olduğu veçhile şiddetin mesafenin karesi ile ters orantılı olduğunu bilmek yeter. Yarı çapı 1 sm. olan kavitelere ortalama doz süresinin gün aşırı tatbikat için 8 dakika olarak kabul ettik. Filvaki yarı çapı 1 ilâ 1,5 sm. ve daha küçük kavitelere bu matematik doz hesabı ile tedavi iyi netice vermektedir. Yarı çapı 1,5 sm. den büyük kavitelere ise azami 12 dakikalık dozların netice almak için kâfi olduğunu tecrübelerimizde gördük. Kavitenin K o c h basillerinden temizlenmesi için 3 - 5 seans kâfi gelmektedir (yani maksimum 9 gün). İlk seansları müteakip kaviteden fazlaca ifraz gelmekte olup bu hal azami 7 seans sürmesine devam ediyor, sonra ifraz günlük miktar olarak 1 - 3 cc. ye kadar düşüyor. İfraz azalmasını müteakip kavite hızla küçülmektedir.



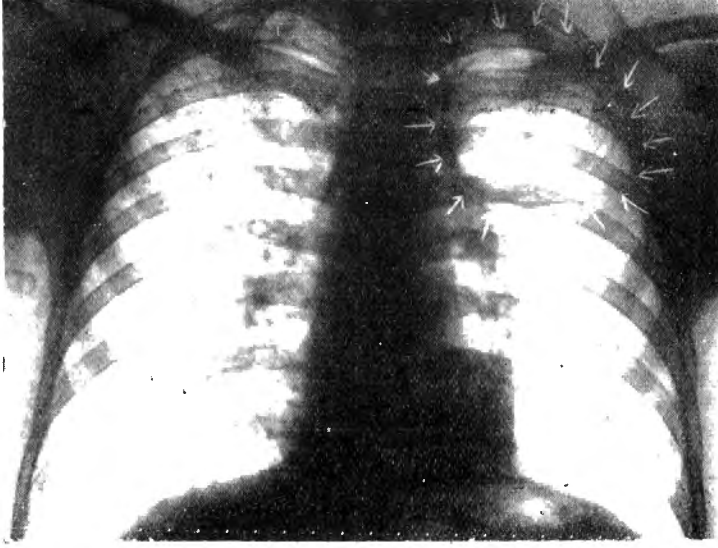
Resim 1. Ultracavernotherm'in açık şeması



Resim 2.— Ultracavernotherm'in hastaya tatbiki

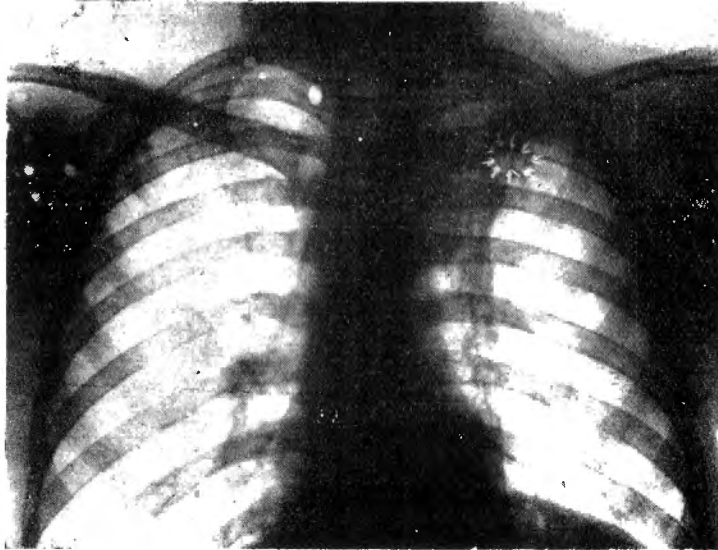
Vak'a 1 : Adı, soyadı : G.M. Yaşı : 30, Doğum yeri: Hendek. İşi: Marangoz.

Çift taraflı milyer kalsifikasyon ve sol zirvede bir dev kavern ile 23.8.951 de kliniğe yatırıldı. 16.12.951 tarihine kadar 26 gr. Streptomycine ile tedavi edildi. Film No. 1 ve bu tarihte kavernostomi yapıldı.



Vak'a No. 1

Film No. 1

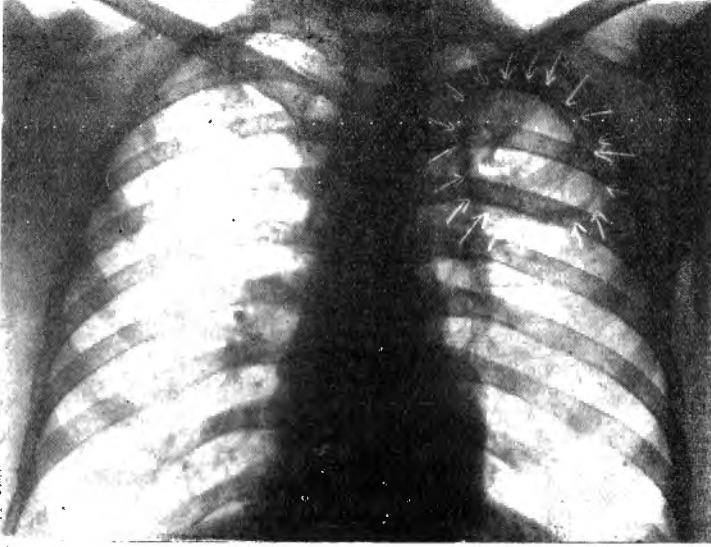


Vak'a No. 1

Film No. 2

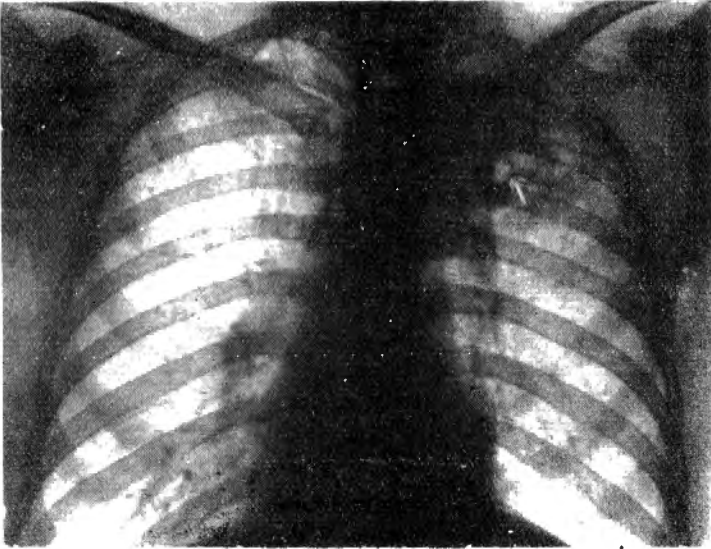
31.12.951 tarihinde Ultracavernotherm ile tedaviye başlandı. 23.3.952 tarihine kadar bazı teknik sebeplerle ancak 21 seans yapılan tedavi sonu kavite kapanınca dren çekilerek kanal kapanmaya terk edildi. Film No. 2.

(Bugün kanalın bu şekilde kapanmasının mahzurlu olduğunu gördüğümüzden bu usulü terkettik).



Vak'a No. 1

Film No. 3



Vak'a No. 1

Film No. 4

Devamlı kontrolümüz altında olan hastada tedavi kesildikten sonra kavite tekrar büyümeye başladı. 23.7.952 tarihinde hemen eski cesametini bulmuş olup bu durum ile kliniğe yatırıldı. Laminaria konup fistülü genişletildi ve tedaviye tekrar başlandı. Film No. 3, 16.8.952.

Halen 11 seans yapılmış olup 8.9.952 tarihli filmde görüldüğü üzere yalnız kanal kalmıştır. Gün aşırı 6 dakikalık seanslarla kanal kapatılmaktadır. Film No. 4.

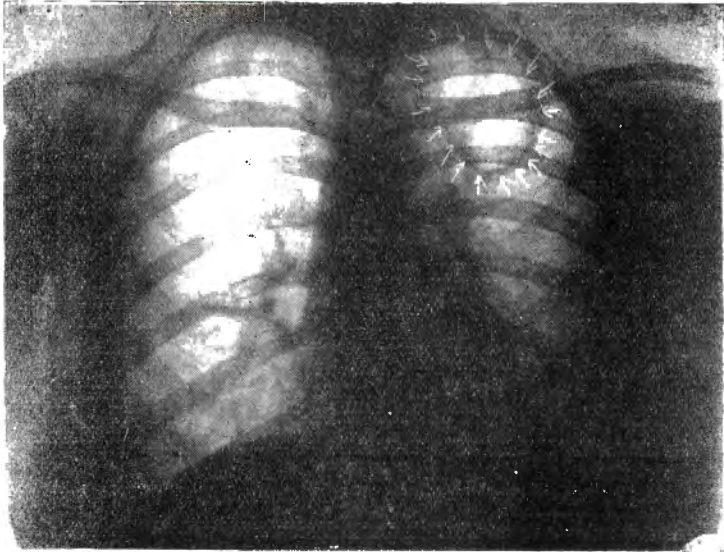
Vak'a 2 : Adı, soyadı A.İ. Yaşı: 24, Doğum yeri: Tirebolu. İşi: Yok.

31.1.951 de kliniğe Tbc. teşhisi ile yatırıldı. 51 gr. Strep., 36 gr. P.A.S. tedavisi yapılmış, 20.3.951 de çıkarılmış.

10.5.951 de aynı şikâyetlerle kliniğe yatırılmış, hava denenmiş, alamamış. B.K. müsbet. Hasta tekrar aynı şikâyetlerle 8.3.952 de kliniğe yatırıldı. Solda ve 4,2×3,5 sm. kutrundaki kavitesine 18.3.952 de kavernostomi yapıldı. 27.3.952 de Ultracaverno-therm ile tedaviye başlandı. 8 seans sonra radyolojik olarak kavite kayboldu. Kanal kapansın diye dren çekildi (terkettiğimiz usul). Balgamda B.K. müsbet. İfrazda B.K. menfi idi. Hasta 3 kgr. almıştı. Kanal kapanmayınca lipiodol zerkedilerek grafi yapıldı. Grafide kavitenin 8 şeklinde olduğu ve kapanan kısmın bu sekizin alt kısmı olduğu tesbit edildi. Ayrıca tomografide 5 sm. lik kesitte başka bir kavern görüldü. 29.4.952 den itibaren tekrar tedaviye başlandı. Tedavi esnasında sol alt lobda disseminasyon görüldü. 20 gr. Strepto. yapılarak önlendi. Bunu müteakip hasta gizlice yıkandı ve plörezi teessüs etti. Kendini iyi gördükçe tedaviyi kestirmesi sonucu tedavi bu güne kadar devam etti. Halen 10 mm. kutrunda 6,5 sm. derinliğinde bir kanal vardır ve tedaviye 4 - 5 günde bir altı dakika olarak devam edilmektedir.

Vak'a 3 : Adı, soyadı: N.G. Yaşı: 21. Doğum yeri: İstanbul. İşi: Ev kızı.

Hastalığı teşhis edildikten sonra 220 gr. Strepto., 5 gr. Conteben, 2500 draje (0,35 lik = 840 gr.) P.A.S. ile tedavi edilmiş. 30.7.951 de ilâca bağlı bir sağırlığı hastalığına ilâve edilmiş olarak sanatoryoma yatırılmış. Film No. 1.



Vak'a No. 3

Film No. 1

8.8.951 de kavernostomi yapılmış, kavernostomiden sonra 1000 draje P.A.S. (333 gr.) ayrıca 1100 gr. P.A.S. ve 127 gr. da kavite içinden Strepo. 11 tamponmanla yapılmış. 28.3.952 tarihinde 9,5 sm. derinliğindeki kanal ve bir kavite ile Ultracaverno-therm tedavisine başlandı. Ancak 5 inci seansda tomo ve film çekildi. Film No. 2.



Vak'a No. 3

Film No. 2



Vak'a No. 3

Film No. 3

Kanalın ağzında darlık yapan fibröz neşçi açmak için laminarya kondu ve 4 seans sonra da tedavi bitti. (Kavernostomiden 6 ay 16 gün sonra tedaviye başlanmış olup tedavi 17 gün sürmüştür). Hasta müşahedemiz altındadır. Son filminde 11.7.952. Kavern yerinde nedbeye ait iz dahi görülmemektedir. Film No. 3.

Tedavisi ayaktan yapılmıştır.

Vak'a 4 : Adı, soyadı: R.Ç. Yaşı: 30. Doğum yeri: Tarsus. İşi: Talebe.

Tbc. teşhisi ile 24.10.951 de sanatoryoma yatırılmış. 1.11.951 de kavernostomi yapılmış, bu esnada 11 tamponman, 68 gr. Strepto., 340 gr. P.A.S. yapılmış.

Ultracavernotherm ile tedaviye 13.3.952 de başlandı, ilk derinlik göğüs cidarından 10,5 sm. idi. Tedavi 2.7.952 de bitti. (Tedavi kavernostomiden 6 ay 13 gün sonra başladı, 41 günde 20 seans yapıldı.

Tedavisi ayaktan yapıldı.

Vak'a 5 : Adı, soyadı: T.Ş. Yaşı: 13. Doğum yeri: Çatalca. İşi: Rençber.

Tbc. teşhisi ile 23.7.951 de kliniğe yatırılmış, 1.9.951 de sol taraftaki kavitesine kavernostomi yapıldı.

Kavernostomiden önce 105 gr. Strepto. Kavernostomiden sonra 8 tamponman 100 gr. Strepto. 55 gr. P.A.S. Ultracavernotherm ile tedaviye başlayış 2.6.952. Tedavinin bitişi 16.7.952, (kavernostomiden 9 ay sonra tedaviye başlanmış olup 45 günde 21 seans yapıldı).

Kilo : Kliniğe girdiğinde 34.800. Kavernostomide: 34.000. Ultracavernotherm'de : 40.000. Tedavi sonunda: 41.000.

Sedimentasyon : Kavernostomie yapıldığında : 5 - 14 - 44.

Ultracavernotherm'e başlandığında : 5 - 15 - 40

Şifada: 3 - 8 - 20

Vak'a 6 : Adı, soyadı: S.C. Yaşı: 28. Doğum yeri: Üsküp. İşi: Ev kadını.

Kliniğe 12.1.951 tarihinde Tbc. teşhisi ile yatırılmış. 22.1.951 de, evvelce 120 gr. Strepto. yapıldığı için, kavernostomi yapılmış.

Klinikte larenjit Tbc. husule gelmiş ve 19 günde 9,5 gr. Strepto aerosol tarzında verilmiş.

Kavitesine 23 tamponla lokal olarak 62 gr. Strepto., 20 gr. P.A.S. yapılmış. Kavernostomiden 479 gün sonra Rimifon verilmeye başlanmış, 487 gün sonra Ultracavernotherm ile tedaviye başlandı. 22.5.952.

İlk derinlik 7,5 sm. idi. Cem'an 43 seans yapıldı. 11.8.952 de (2 ay 19 gün sonra) tedavi bitti.

Vak'a 7 : Adı, soyadı: M.Ö. Yaşı: 22. Doğum yeri: Gönen. İşi: Ev kızı.

Tbc. teşhisi ile 1.3.950 de kliniğe yatırıldı. 30.3.950 de sağdaki kavitesine kavernostomi yapıldı. 25.4.950 de kavernostomi tekrarlandı. Kavernostomiden önce 7 gr. Strepto. ve bir sene pnömotoraks yapılmış. Kavernostomiden sonra 29 tamponman ile 128 gr. Strepto. lokal olarak, 92 gr. da adeleden yapılmış. Ayrıca 1656 gr. P.A.S.

24 ay 2 gün sonra Rimifon'a başlanmış, 25 ay 21 gün sonra Ultracavernotherm ile tedaviye başlandı. Bir ay yirmi günde 24 saatlik tedavi ile ilk derinliği 6 sm. olan kanal kapatıldı.

Vak'a 8 : Adı, soyadı: S.Ş. Yaşı: 25. Doğum yeri: Antalya. İşi: Rençber.

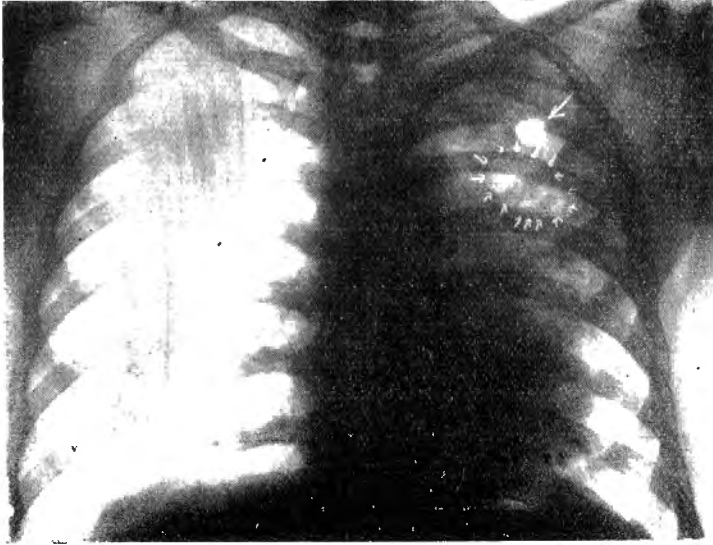
Hastalığı askerde başlamış. 70 gr. Streptomycin ve 120 gr. P.A.S. ile tedavi edilmiş, 13.12.951 de sol üst lobda bir dev kavern ile kliniğe müracaat etti, yatırıldı. Film No: 1. Hasta 60 Kgr. idi. 23.12.951 de kavernostomi yapıldı. 21.3.952 de kaviteye girilmediği görülerek yeniden müdahale yapıldı. 10.4.952 ye kadar yapılan 3. Tampon ve 12

gr. Streptomycin hastanın yükselen ateşini düşürmedi. Hasta 58 kgr. 500 gr. kavitesi daha büyük. Sol alt lobda da homojen bir enfiltrasyon gösteriyordu. 12.4.952. Ultracavernotherm ile tedaviye başlandı. Hastanın ateşi düştü, ve 8 gün sonra hasta 61 kgr. idi. (+ 2,5 kgr.).



Vak'a No. 8

Film No. 1

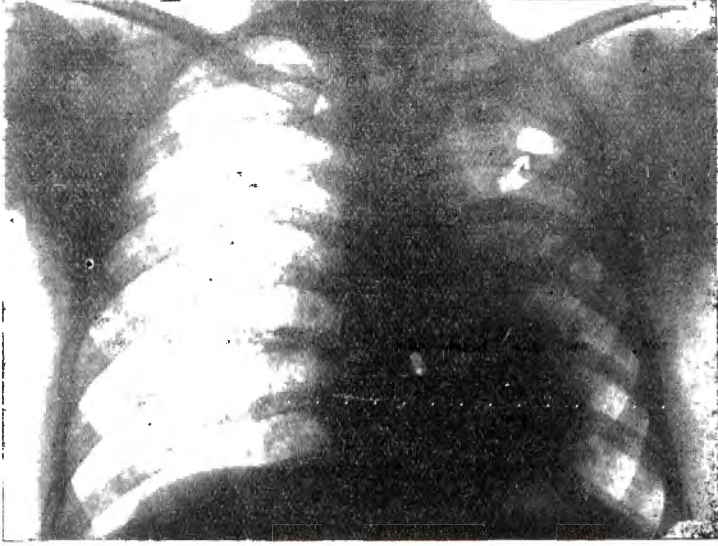


Vak'a No. 8

Film No. 2

26 gün sonra alt lobdaki kesafet kaybolmuş ve kavite kuturları 2×1,3 sm. ye düştü. Kapanan kavitenin altında ise yeni bir kavite gözüküyordu. Film No: 3. Bu ta-

rihten itibaren Ultracavernotherm ile tedavi yapıldığı günler hastanın ateşi 38,5 a kadar yükselmiştir ki, bu muhtemelen küçük kavitede husule gelen cüz'i rezorpsiyonlara aitti. 22.5.952 tarihinden itibaren Ultracavernotherm tatbikinden iki saat önce gün aşırı 1 gr. Streptomycin yapıldı ve ateşi artık görülmedi. Bu hal 1.8.952 ye kadar yani üst kavite kapanıp yerinde bir kanal kalıncaya kadar devam etti. Bu tarihte alt kaviteye kavernostomi yapıldı ve streptomycin kesildi. 11.9.952 de alt kavite ve kanalı kapandı. Halen üstteki kanal 7 sm. derinliğini muhafaza etmektedir (30.10.952. Hasta 72 kgr.) Film No. 3.



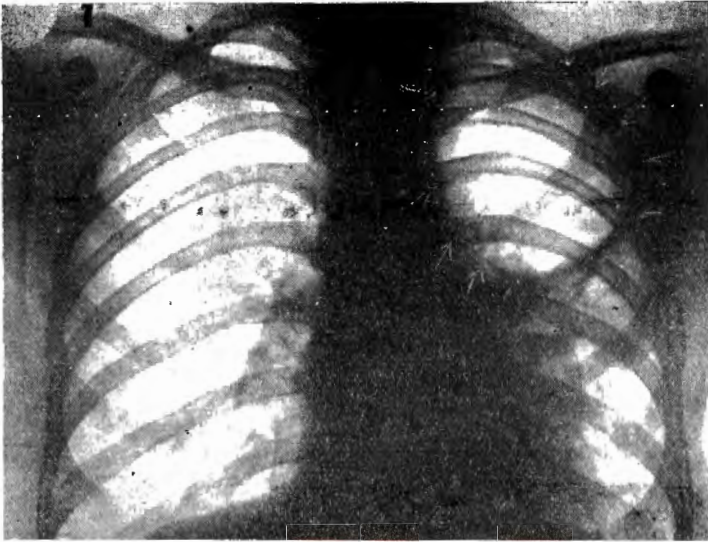
Vak'a No. 8

Film No. 3

(Bu vak'ada aynı şahısta iki ayrı metodun tesirini müşahade edebildiğimiz için bizce çok önemlidir.)

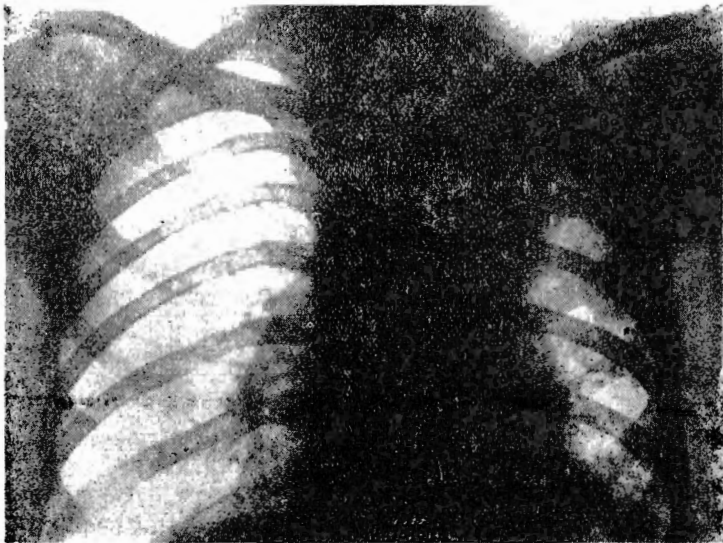
Vak'a 9: Adı, soyadı: I. K. Yaşı: 25, Doğum yeri: Sivas, İşi: Rençber.

2 sene evvel askerden geldikten sonra hastalığı teşhis edilmiş, parası olmadığından tavsiye edilen hiç bir ilâcı alamamış. 12.8.952 de kliniğe yatırıldı. Film No: 1. 14.8.952 de kuturları 11×8,8 sm. olan sol üst lobu kaplayan kavitesine kavernostomi yapıldı. 20.8.952 de Ultracavernotherm ile tedaviye başlandı. Üçüncü seans sonunda kavitede basil kayboldu. 26.9.952 de kavite ve kanal kapandı. Tedavi süresi 36 gündür. Film No: 2.



Vak'a No. 9

Film No. 1



Vak'a No. 9

Film No. 2

LİTERATÜR

- Ord. Prof. Dr. H. Braun ve Prof. Dr. Z. Öktem: Mikrobiyoloji 1941.
Prof. Dr. F. L. Breusch: Genel Kimya 1946.
Ord. Prof. Dr. Osman Cevdet Çubukçu: Diyatermi ve kısa ondlarla tedavi 1935.
Prof. Dr. Sadi Irmak: Genel Fizyoloji 1942.
Hein Schmidt Kremer: Kollapsotherapie.
G. Maurer: Spleostomie 1951.
Von Ludger Rickmann: Pathologie und Therapie der Kehlokoftutuberkulose.
Doç. Dr. İhsan Rifat Sabar: Akciğer tüberkülozunda kavernlerin lokal antibiyotiklerle tedavisi.
Prof. Dr. Mustafa Santur: Elektronik ders notları, 1950 - 1951.
Prof. Dr. Ph. Schwartz: Patolojik Anatomi 1947.
E. Tanner, E. Balsinger, P. Ochsner, O. Stamm: Behandlung der lungen tuberkulose kavernen mit Streptomycin, Sch. Med. Woch. 1945.
Ord. Prof. Dr. K. Züber: Tecrübi fizik 1945.
Amer. Review of Tuberculosis (cavernostomy) 1948, Vol. LVIII, Ang.

HÜLASA

Akciğerdeki tüberküloz kavitelerinin kapatılması için göğüs cidarında kaviteye açılan kanaldan ince bir ultraviyole tüpü ve bu tüple beraber kavite içine ithal edilen tek elektrodlu diatermi ile alınan iyi neticeler münakaşa edilmiştir. Bu vak'alarda lokal olarak antibiyotik kullanılmamıştır.

Summary

The authors explained the principles of Ultracavernotherm and reported 9 pulmonary tuberculosis cases with cavities treated with Ultracavernotherm.

Résumé

Les auteurs expliquent les principes de l'ultracavernotherme et presentent 9 cas de cavernes tuberculeuses qui ont guerri par ce traitement.

Dr. Zülfü Sami Özgen:

Sayın hocamız Ordinaryüs Prof. Dr. Tevfik Sağlam, Orhan Ternar ve Dr. Nihat Zaloğlu'yu Mavrer usulüyle yapılan kavernostomi ve endokaviter şimiyoterapötik kavern tamponmanını müteakip mezkûr kaviteler içerisine ultraviyole ve diyatermi tatbikatı ile şifanın sağlanması yolundaki çalışmalarına ait orijinal tebliğlerinden dolayı kendilerini hararetle tebrik ederim. Bilhassa Orhan Ternar'ın kendisi tarafından imâl edilen ultraviyole apareyi ile memleketimizde ilk defa bu metodun tatbiki cihetine gidilmesi ayrıca bir hususiyet arz etmektedir. Naile Sağlam Verem Araştırma Enstitüsünün bu yoldaki çalışmasını da takdir ve iftiharla karşılarım. Kollapsoterapinin hiç birinin tatbik edilemeyeceği kadar büyük olan kavitelerin Mavrer metodu ile steril, ufak

boşluklar haline gelmekte olduğunu, çalıştığım Heybeli Sanatoryomunda bu güne kadar Operatör Dr. Avni Aksel, Op. Dr. Ahmet Erbelger ve Op. Dr. Enver Bozyakalı ile müştereken takip ettiğimiz elli kavernostomi vak'asında biz de müşahede ettik. Tebliğ sahibi sayın hocamızın açıkladığı metod, bu kaviterlerin tamamen kapanması suretiyle şifanın teessüsüne imkân verirse, bu mes'ut netice karşısında sevinmemek mümkün değildir. Ancak, hepimizin malûmu olduğu ve hile akciğer tüberküloz kaviterlerini iki büyük guruba ayırmak mümkündür. Bunlardan birinci guruptaki tansiyon kaviterlerinde drenaj bronşu tıkanmış ve artan kavite içi basıncı sebebiyle kavite etrafındaki rie esnahında atelektazi husule gelmiş olup rie nescinde maddi ziya hemen yok denecek kadar az olanlardır. Mavrer metodu ile bu cins kaviterlerde mahsus usul ile hariçten kavite içerisine girildiği andan itibaren kavite içi basıncının azalması sebebiyle perikaviteratelektazinin zail olmağa başladığı ve rie esnahının da ekspansyonu neticesinde kavitenin sür'atle küçüldüğü ve kısa bir müddet tamponmandan sonra da bazan tamamen kapandığını görmekteyiz. Nitekim şifa bulduğunu söylediğim iki vak'a bu kategoriye dahil hastalardandır. İkinci gurubu teşkil eden kavernler ise eski kaviterler olup bunlarda kavitenin iç cidarında vaskülarize olmyan nekrotiko kazeöz kalın bir tabaka mevcuttur, keza bunlardan kazeomun tardı ile rie nescinin tam kaybı vukubulmuştur. Ultraviyolenin invivo ve invitro etrafındaki balmumu tabakası sebebiyle Koch basilini tamamiyle imha edemediği bir hakikat olduğuna göre kavite içine tatbik edilen ultraviyole ve diyatermi, sayın tebliğ sahiplerinin de beyan ettiklerine göre, mevzi bir hiperemi ve hücre aktivasyonunu tenbih ederek şifanın sür'atlenmesini ve kavitenin kapanmasını temin ettiği anlaşılmaktadır. Ancak; kendilerinden şu cihetin tavzihini istihham edeceğim, rie nescinin ortadan tamamen yok olduğu bilhassa ikinci gurup kaviterlerde ultraviyole, hangi mihanikiyetle kavitenin kapanmasını temin etmektedir. Bir başka tabirle, kaviteye tatbik olunan ultraviyole; kalın kabuklu büyük kavern cidarındaki nekrotiko-kazeöz tabakadan nasıl ve ne şekilde normal rie dokusunun inkişafını temin edecektir, esasen bu müşkül sebebiyledir ki en fazla 3 - 4 ay tamponmanla kaviterleri kısmen steril hale gelip küçüldükten sonra biz, hastalarımıza tamamlayıcı bir müdahale olarak torakoplastiyi teklif ve tatbik etmekteyiz. Nitekim bu suretle 50 kavernostomili vak'amızdan 6 vak'aya spleostomiden sonra steril kavite üzerine plastik tatbiki ile 5 tanesinde tam şifa elde edilmiş, bir tanesinde tekrar faaliyet görülmüştür. 22 vak'a ise plastiğe müsait duruma girmiş, fakat hastalar mevcut selâh sebebiyle plastiği kabul etmemişlerdir. Bu vak'aların bir kısmı peyderpey kaviterleri tekrar açılmış olarak, bu defa plastiğe de imkân vermeyen bir şekilde servisimize müracaat etmektedirler. Bu sebepler dolayısıyledir ki kavernostominin bir ön müdahale olarak kabul edilmesi ve tam şifanın steril kaviterler üzerine torakoplasti gibi tamamlayıcı diğer bir kollaps tedavisinden sonra elde edilebileceği düşüncesinden kendimizi alamıyoruz. Hocamız ve çalışma arkadaşlarının yeni buluşları ile kaviterlerin tam şifasının temini mümkün olursa, akciğer vereminde kavern tedavisi yepyeni ve mes'ut bir merhaleye vasıl olmuş bulunacaktır.

Dr. Alâeddin Akçasu :

Burada tedavi edici tesiri izah edebilmek için aşağıdaki noktaların aydınlatılmasını rica ediyorum.

1) Kullanılan tütün verdiği MV ışıklarının spektrumu nedir? müessir olan bandedin total ışık üzerindeki yüzde nisbeti nedir?.

2) Tedavi esnasında, mütemadiyen artması muhtemel olan MV nin tedavi müddetinde kavitede absorbsiyon kurbu nedir?

SEKSIYON C :

28 Eylül 1952 Pazar

Saat : 9.00

İstanbul Üniversitesi Hukuk ve İktisat Fakülteleri
VII. No. lu Dershanesinde

Başkanlar : *Dr. Ahmed Şükrü Emed*
Dr. Refik Kuntol

Tıp Fakültesi Üçüncü Cerrahi Kliniği
çalışmalarından:
(Şef: Ord. Prof. Dr. Fahri Arel)

BİR VAK'A MÜNASEBETİYLE PORTAL HYPERTENSİYONDA
SPLENO-RENAL ANASTOMOZ

Ord. Prof. Fahri Arel — Doç. Nihad Dorken

Vena porta ile vena kavanın birbirleri ile birleştirilmesinden ibaret olan bu anastomoz şekilleri 1877 de Eck'in hayvanlar üzerinde yaptığı tecrübelerden ortaya çıkmıştır. Bundan sonra 1893 de Queirolo, bu tecrübeleri yine köpekler üzerinde tekrarlamış, 1903 de de Vidal aynı müdahaleyi insanlar üzerinde tecrübe etmiş, fakat muvafak olamamıştır. Bundan sonra ameliyat uzun zaman tatbik edilmemiş ve unutulmuştur. O zamanlar bu vena derivasyonları karaciğer fonksiyonları ve beslenmesini tetkik etmek için yapılıyordu. Fakat 1945 de Wipple, Blackmore ve Lord insanlardaki ilk başarılı neticeleri neşretmişler ve bundan sonra da her tarafda bu tip müdahaleler başarı ile yapılmaya başlanmıştır.

Portal hipertansiyonun husule gelmesi için portal deveranın kısmen veya tamamen tıkanması lazımdır. Bu tıkanmanın mihanikiyeti muhtelif olabilir, fakat asıl iki tip tefrik etmek lazımdır. Bu tıkanma ya intra hepatik yahutta ekstra hepatiktir. İntrahepatik tıkanma muhtelif sebeplerden olur, Laennec tipinde sirozlar, şistozomiasis, vena hepatica trombus'undan husule gelen Chiari sendromu, ictère'li hepatitlerden hu-

sule gelen sirozlar gibi... Ekstra hepatik sebebler ise, Banti sendromu, vena porta tıkanmaları, nihayet enfeksiyöz ve traumatik sebebler olabilir.

Bütün bu hallerde vena porta sahasındaki tansiyon ileri derecede yükselmekte ve bunun neticesi olarak ta bir takım hayatı tehlikeye koyan komplikasyonlar husule gelmektedir.

Vena porta deveranının tıkanması kollateral bir deveran teşekkülüne sebep olur. Normal şartlarda vena portadaki tazyik 6 - 10 cm. su seviyesi kadardır. Portal hipertansiyonda ise, 25 - 50 cm. su seviyesine kadar varan bir tazyik bulunur. Vena portanın kollateral yollarını canlıda portographie ile tetkik etmek çok zordur. Fakat yapılan cerrahi müdahalelerle bu kollateraller ortaya konabilir. İntra hepatik bir blokaj olduğu zaman vena sistika çok genişlemiş olarak görülür. Batın açıldığı zaman ilk bakışta görünen ligamentum rotundum'daki venaların çok genişlediğidir. Bu venalar vena epigastrica'ya oradan, vena iliaca externa'ya ve buradan da vena cava inferior'a dökülürler. Diğer taraftan yine göbekten başlayan vena mamaria interna vena cava superior'a dökülür. Ligamentum suspensorium hepatis'deki venalar da aynı surette genişlemişlerdir, bunlar bir taraftan vena cava inferior'a, diğer taraftan azygos delâleti ile vena cava superior'a dökülürler. Midenin venaları da genişlemiştir. Vena coronaria gastrica ile oesophagus alt nihyeti venaları arasındaki anastomozlar kanın bir kısmının porta sahasından azygos'a ve bunun delâleti ile de vena cava superior'a dökülmesine sebep olur. Nihayet vena mesenterica inferior ile vv. hemorrhoidales inferior arasındaki anastomozlar sayesinde bir kısım kan da vena portadan vena cava inferior'a gelmektedir. Bunlardan başka batın içindeki bütün periton yapışıklıklarındaki venalar da batın cildi venaları ile birleşerek diğer bir derivasyon yolu teşkil ederler.

Fakat bu müteaddit anastomozlara rağmen, porta sisteminden cava sistemine derive olan kan miktarı portal hipertansiyonu azaltacak derecede değildir. Böylece portal hipertansiyonda özofagus altında müteaddit varisler teşekkül eder, vena hemorrhoidales'ler şişer ve genişler ve bu damarların ve bilhassa özofagusdaki varix'lerin patlamalarından durdurulması ekseriya çok zor olan ve hastanın hayatını tehlikeye koyan kanamalar husule gelir. Bundan dolayı porta sahasındaki hipertansiyonun çapı daha geniş bir yolla cava sahasına derive edilmesi lâzımdır.

Portal hipertansiyonda hastayı muayeneye sevkettiren bir belirti digestif kanamalarıdır. İkinci plânda asit gelir. Bundan dolayı patolojik hazım bozuklukları göstermeyen bir hastada, günün birinde birdenbire husule gelen hematemez veya bir melana karşısında hemen portal bir hipertansiyon düşünölmelidir. Böyle bir hastanın muayenesinde şiddetli bir kollateral deveran, büyük bir dalak ve asit tesbit edilir. Blokaj eğer intrahepatik ise o zaman karaciğer de büyümüştür. Céphaline choléstérol, albümin - globülin indeksi, protrombin zamanı ve saire ile karaciğerin musabiyet derecesi tesbit edilebilir. Nihayet özofagusun alt nihayetinin radiografisinde tipik olarak özofagus varix'lerini tesbit etmek mümkündür. Schatzki tarafından yazılmış olan bu belirti çok mühimdir. Fakat sabit bir araz değildir. D'Allaines'e göre Schatzki arazi tesbit edildiği zaman büyük bir değeri vardır, fakat özofagusdaki varix'lerin radiolojik olarak tesbit edilememesi teşhisi bertaraf ettirmemelidir. Nihayet ameliyattan sonra özofagus varix'lerinin devam etmesi de ameliyatın muvaffak olmamış olduğunu göstermez.

Portal sistemdeki hipertansiyon hastaların hayatını digestif kanamalarla tehlikeye koyduğu gibi, mütemudiyen asit toplanması ve bunun ponksiyonu ile mütemudi protein kaybı ve dolayısıyla protein muvazenesinin bozulması ve denütrisyon belirtilerinin ortaya çıkması ile de hastaların hayatlarını tehdit edebilir.

Bu tehlikeleri bertaraf etmek için müteaddit tedavi usulleri tavsiye edilmiştir:

1 — Özofagus venalarının skleroze edilmesi. Bu usul bugün hemen hemen tamamen terkedilmiştir.

2 — Özofagus'a giden venaların bağlanması. Bu usul de aldatici neticeler vermektedir.

3 — Talma tarafından tavsiye edildiği gibi epiplonun batın cidarına tesbit edilmesi ve bu suretle bir takım yeni anastomoz yollarının husule gelmesi. Bu usul bu gün hâlâ kullanılmaktadır fakat bilhassa splenectomie ile teşrik edildiği zaman daha iyi neticeler vermektedir.

4 — Portal deverana ihmal edilemeyecek kadar çok kan veren dalağın çıkarılması. Fakat bu ameliye Furggoni sendromunda olduğu gibi, tek musap olan uzuv dalak olduğu zaman makûl bir tedavidir.

5 — Nihayet, portal sahadaki kanın cava sistemine naklini temin eden vena derivasyonları ile portal hipertansiyonu azaltmak.

Malûm olduğu üzere vena porta ve kollarında valvula'lar yoktur. Bundan dolayı iğlerindeki kan kolayca tersine bir yol takip edebilir. Şurasına işaret etmek lâzımdır ki, bu anastomozlar ya doğrudan doğruya cava ile portanın tronkus leri arasında yahutta portal sistemden bir vena ile cava sistemindeki bir venin anastomozu ile olur. Troncus'ler arasında yapılan anastomozlar çok zor olduğu gibi bazen de iki troncus arasındaki mesafenin çokluğu ile doğrudan doğruya bir anastomoz imkânı yoktur. Bu hallerde konsERVE damar grefi yapmak mümkünse de bu usul az kullanılan bir usuldur. Ekseriya vena lienalis ile vena renalis birbirleri ile anastomoz edilmektedir. Biz de bir az sonra observasyonunu bildireceğimiz hastamızda bu usulle bir anastomoz yaptık.

Teknik hakkında da kısa bilgi vermek lâzımdır. Ekseriya göbekten sol 8 inci veya 9 uncu mesafeye giden bir şak yapılır. Bu torako abdominal şakla dalağın çıkarılması çok kolay olur. Dalak, pedikülüne çok yakın olarak prepare edilerek pedikül kesildikten sonra çıkarılır ve vena lienalis —10 cm. kadar dikkatle prepare edilir. Bundan sonra batnın arkasını döşeyen periton kesilerek böbrek bulunur ve hilusdaki damarlar dikkatle prepare edilir. Evvelâ arteria renalis bir Buldog ile tutulur, bundan sonra vena renalis yine buldog klampı ile kapatılır. Bunu müteakip vena renalis üzerinde, ata biner vaziyetinde termino-lateral bir anastomoz yapmak lâzımdır. İlk yapılan anastomozlarda sol böbrekte feda edilerek anastomoz termino-terminal yapılmıştır. Biz de vak'amızda bu suretle bir termino-terminal anastomoz yaptık. Anastomoz için atro-matik ve 00000 incelikte ipek kullanılır. Ve mutak şekilde damarın bütün çapını 3 di-kişle kat edecek şekilde ve damar intima'ları dışa gelmek üzere anastomoz yapılmalıdır. İki vena arasında yapılan bu anastomoz çok büyük bir dikkat isteyen zor bir ameliyedir.

Bu kısa hatırlatmadan sonra vak'amızın observasyonunu arz ediyoruz :

F. Ç. İnebolulu 59 yaşında ev kadını. (m.no. 512) Şikâyeti : Karnındaki şişlik. Hikâyesi : 4 ay evvel hiç bir sebep yokken yemeklerden sonra karnına ağrı girmeye ve batnı da yavaş yavaş büyümeye başlamış. İştihası kesilmiş ve batnındaki şişlik artmış. Bir def'a da ağzından bol miktarda kan gelmiş bu şikâyetlerle tedavi kliniğine müracaat etmiştir.

Öz geçmişinde: 3 sene evvel Sy.den başka bir hususiyet yoktur.

Genel durum : Aktif vaziyette, teşekkülâtı tam, deri altı yağ nesci turgor ve tonus normal. Batında asit var.

Genel muayenede klinik bir hususiyet tesbit edilemedi. Lokal muayenede batında asit var ve batın çevresi 113 cm. Karaciğer izafi matitesi 4 üncü, mutlak matitesi 5. ci mesafeden başlıyor, ve asit boşaltıldığı zaman hafeyi 3 parmak geçtiği tesbit ediliyor. Dalak ele gelmiyor fakat perkütabl.

Asitin muayenesi : Dansite 1018, Rivalta (—), albümin 1000 de 21. Karaciğer

aspirasyon biopsisinde, hafif yağlanma tesbit edilmiştir. Aynı zamanda karaciğer hücrelerinde fibrozis.

Kan muayenesi : Totalprotein % 7,26 gr. ; serum albümin % 2,67 gr. ; globülin % 4,59 gr. ; Icterus index 7 ; Bilirübin % 0,66 mgr. ; Sodium klorür 618 mgr. ; çinko bulanıklığı 15 U. ; Thymol testi 11 U. ; Takata-Ara ++ ; Wassermann (—). Peros asit hipürük itrah edilen miktar 3,200 gr. ; Üre 32 m. asit ürik % 4 mgr. İdrar : dansite 1024, şeker albümin (—). Ürobilinojen ++, ürobilin +, bilirübin (—), mikroskopta tek tük lökosit ve epitel hücresi, Erythrocyte 2,540,000 ; lökosit 4000 ; Hb. % 54, index 108 ; çomak 3, parçalı 66, lemfo 23, mono 4, eo. 2.

Sedimantasyon 1/2 saatte 36 ; 1 saatte 76 ; 2 saatte 112 ; 24 saatte 136.

Buradan görüldüğü gibi hastadaki bu izole asitin teşekkülünde bir portal hipertansiyon düşüncesi ile 29/5/952 tarihinde daha evvel arzettiğimiz veçhile göbekten 8.inci mesafeye giden bir şakla torakolaparatomu yapıldı. Batna girildiği zaman vena mesenterika dallarının çok genişlemiş oldukları ve epiplonunun yer yer yeni yapışmalar yaptığı, karaciğerin sertce bir kitle halinde olduğu tesbit edildi. Bundan sonra vena mesenterika kollarından bir tanesinden portal tazyik ölçüldü ve bunun 32 cm. su olduğu görüldü. Portal sahadaki bu tazyiki önlemek için bir spleno renal anastomozla karar verildi. Bunun üzerine dalak usulü üzerine çıkarıldı ve dalak pedikülündeki vena lienalis 12 cm. kadar prepare edildi. Batnın arka kısmını döşeyen periton şak edilerek böbrek pedikülü bulundu vena ve arteria renalis prepare edilerek hazırlandıktan sonra arteria renalis bir Bulldog klampı ile kapatıldı, bundan sonra vena renalis de pense edildi. Bundan sonra tam anastomozla geçileceği zaman maalesef arteria renalis üzerine koyduğumuz klampın iyi sıkılmamasından ve bozuk olmasından dolayı renal arterdeki deveranı tam mânâsiyle durdurmadı ve vena renalisin klampe edilmesinden dolayı böbrekte çok şiddetli bir konjestiyonun husule gelmiş olduğuna şahit olduk. Böbrek parankimasında yer yer büyük kanama mihrakları teşekkül etmişti. Bu vaziyette böbreği muhafaza edemezdik. Bunun üzerine nefrektomi yaptık ve vena renalis ile vena lienalis'i uç uca anastomozla ettik. Anastomoz malûm teknik ile yapıldı. Burada bu husus üzerine malûmat vermiyoruz. Anastomozdan sonra vena porta sahasındaki tansiyonu yeniden ölçerek anastomozun işlemlerini kontrol ettiğimizde 32 olan portal tansiyonun 22 ye düşmüş olduğunu göreyerek ameliyata son verdik. (Operatör: Dr. Nihad Dorken)

Ameliyattan sonra hasta hiç bir komplikasyon göstermeden iyi oldu ve artık asit toplamadı.

HÜLÂSA

Portal hipertansiyon hakkında kısa bilgi verildikten sonra terminoterminal olarak yapılmış olan bir spleno renal anastomoz vak'ası bildirilmekte ve iyi netice alındığı tebarüz ettirilmektedir.

Tıp Fakültesi Üçüncü Cerrahi Kliniği
çalışmalarından:

BİR KALP KİFAYETSİZLİĞİNDE VENA KAVA İNFERİYOR LİGATÜRÜ

Ord. Prof. Fahri Arel Doç. Dr. Nihad Dorken

Kalp kifayetsizliklerinin fizyopatolojik telâkkisi son senelerde hatırı sayılır de-ğişmelere uğramıştır. Buna sebep anatomik ve fonksiyonel bir çok muayene usullerinin bulunması ve klinikte başarı ile tatbik edilmeye başlanmasıdır. Bu arada kalb boşluklarının sondalanması renal klerans'ın ölçülmesi ve nihayet elektro kardiografinin te-kâmülü zikredilebilir. Bu usuller sayesinde kalb kifayetsizliklerinde, sağ kalb boşluk-larında ve arteria pulmonalis sahasındaki tazyiki ölçmek, kalb debisini doğrudan doğ-ruya ve kesin olarak tayin etmek mümkün olmaktadır. Bu donnelerden tıbbi ve cer-rahî tedavi endikasyonları çıkartmak ve başarılı tedavi neticeleri almak mümkün ol-muştur.

Klinik olarak kalb kifayetsizliği, erken yahut geç görülen izole yahut assosye müteaddit belirtilerden ibarettir. Kifayetsizliğe sebep olan kalb hastalığının evolüsyon derecesi ve tipine göre bu belirtilerin de şekilleri muhtelif olur. Nihayet bütün bu araz kalbde, akciğerlerde ve böbreklerde tali bir takım tagayyürlere sebep olurlar ki bun-ların ayrı ayrı etüt edilmesi daha ziyade dahiliyecî arkadaşları alâkadar eder.

İnsanlar üzerinde son zamanlarda yapılan fizyopatolojik araştırmalar, Starling' in eski incelemelerini tevsik etmiştir. C.J. Wiggers'in araştırmaları bu arada çok en-teressandır (Wiggers C.J. - Determinants of cardiac performance, circulation, 1951, 4, 485 - 495): «Ventriküller tarafından ortaya çıkarılan enerji miyokard elyafının dis-tansiyon derecesi ile münasebettir. Bu adale elyafının distansiyonu da ventriküller-in doluş tazyiki ve dolayısıyla venöz dönüş deveranı ile münasebet arzeder.» Bundan dolayı dönüş deveranındaki bütün artmalar ve ventrikülün doluş tazyikinin çoğalması kalb debisinde bir artma husule getirecektir (Starling kanunu). Bununla beraber, ventrikülün gerilmesinin de bir hududu vardır. Bunun dışında, bütün yeni distansiyon-lar, kalb debisinde çoğalma değil, aksine olarak, bir düşme tevlit edeceklerdir.

Yani vena tazyiki artması muayyen bir devreden sonra kalb debisini arttıracığı yerde düşecektir. İşte bu safha kalb kifayetsizliği, kompanse hastalığın dekompanse bir safhaya geçmesidir. Böylece, kalb kifayetsizliği, kalbin dilatasyonu; sağ ve sol at-rium tazyikinin artması; vena tazyikinin yükselmesi ve kalb debisinin azalması ile ka-rakterizedir. Kalb kifayetsizliklerinin bu son iki karakteristik belirtisi, yani, kalb de-bisinin azalması ve vena tazyikinin yükselmesi, kalb kifayetsizliklerinin periferik be-lirtilerinin sebebidir. Müelliflerden bir kısmı asıl faktör olarak kalb debisi azalmasını kabul etmekte ve kifayetsizliğin bütün belirtilerini bununla izah etmek istemektedir-ler. (Bu teoriye Forward failure nazariyesi denir. Buna mukabil, diğer bir kısım müel-lifler ise, bütün hadiselerin husulünde asıl sebep olarak retrograt vena tazyiki yüksel-mesini göstermektedirler. Beckward failure nazariyesi ismi verilen bu teoriye göre

kalb kifayetsizliklerinde asıl olan vena tazyikinin ileri derecede yükselmesidir ve bütün belirtiler bu nazariye ile izah edilebilir. Fakat son zamanlarda yapılan araştırmalar ve bilhassa daha sonra arzedeceğimiz gibi, kalb kifayetsizliklerinin cerrahi tedavisi olarak vena kava inferior ligatüründen sonra görülen iyileşmeler, ikinci teoriye daha fazla hak vermektedir. Böylece asıl eleman olarak vena deveranında yükselmeyi kabul eden ikinci teori kalb kifayetsizliklerindeki periferik tagayyürleri daha güzel bir şekilde izah etmektedir. Zaten venöz sahalardaki bu hipertansiyon tecrübi olarak da gösterilmiştir. Bununla beraber vena tazyiki yükselmesi nazariyesi kalb kifayetsizliğinde görülen ödemlerin teşekkülünü memnuniyet verici bir şekilde izah edememektedir. Filhakika kalb kifayetsizliğini cerrahi olarak tedavi etmek gayesi ile vena kava inferiorun bağlanması halinde bağlanan yerin altındaki vena sistemlerinde tazyik çok yükseldiği halde ödemlerin çözüldüğü ve hatta tamamen ortadan kalktığı görülmüştür ki bu hadise ilk nazarda paradoksal bir şekil arzeder. Bu hale sebep böbrek deveranının yoluna girmesi ve bunun neticesi su ve elektrolitlerin itrahının artmasıdır.

Yukarda işaret ettiğimiz gibi, kalb kifayetsizliklerinde sağ kalb tazyiki çok yükselmiştir. Öyle ki kalb kifayetsizliği belirtileri arzeden bütün hastalarda, sağ kalb boğuklarındaki tazyik yükselmesi çok karakteristiktir. Bu tazyik artması ile kifayetsizlik belirtilerinin şiddeti arasında sabit bir münasebet vardır. Hatta bazen, kalb kifayetsizliği belirtileri ve pulmoner arızaların ortaya çıkmasından çok zaman evvel bile sağ ventrikülde latant bir hyperpresyon bulunabilir. Böylece sağ ventrikülde 28 - 30 cm. su tazyiki gösteren hastaların gelecekları hakkında dikkatli olmak lâzımdır. Bu hastalar bir müddet sonra kalb kifayetsizliği gösterebilirler.

Kalb kifayetsizlikleri hakkında bu kısa hatırlatmadan sonra tedavi üzerine geliyoruz. Hastalığın dahi tedavisinde müteaddit faktörler vardır. Bunlar: mutlak istirahat, bilhassa sodium ionundan mahrum bir rejim, kalb tonikleri, cıvalı diüretik ilaçlar, morfin, oksijen ve nihayet kan almadır. Bütün bu dahili tedavi hastalığın muhtelif devrelerinde muhtelif tesirlere maliktir. Bazen bu tedavi ile kifayetsizlik belirtilerini önlemek ve kalbi tekrar kompanse bir hale getirmek mümkündür, fakat hastalık ilerledikçe nihayet öyle bir safha gelir ki elimizdeki dahili tedavi vasıta ve imkânları ile artık kifayetsizlik hali üzerine tesir icra edemeyiz. Dikkatle yapılan ve ısrarla takip edilen dahili tedaviye rağmen hastalıkta her hangi bir iyileşme husule gelmez ve hastalar malûm akibetlerine doğru giderler. İşte bu devrede cerrahi bir tedavi imkânı düşünölmüştür.

Vena kava inferiorun kalb kifayetsizliklerinde ligatüre edilmesinin endikasyonları henüz tamamıyla taayyün etmemiştir. Fransa'da d'Allaines tarafından ameliyat edilen ilk vak'alar bizim biraz sonra arzedeceğimiz ilk vak'amızda olduğu gibi ümitsiz bir vaziyette idiler. Siyanoz, ödemler, karaciğer ve böbreklerdeki derin bozukluklar, kalb dilatasyonu, taşiaritmi ve çok alçak bir tansiyon bu hastaları ümitsiz bir hale koyuyordu. Çok tabiidir ki endikasyon koymak için hastalığın bu devreye kadar ilerlemesini beklememek lâzımdır. Şurada şunu arzedebiliriz ki, kalb kifayetsizliği artık ne zaman dahili tedaviye cevap vermeye başlar, yahut iyi bir dahili tedavi ile ümit edilen netice alınmazsa bu devre ameliyattan iyi netice almak için en müsait zamandır. Mitral lezyona bağlı olanlar ve arteryel kalb kifayetsizlikleri vena kava inferioru ligatüründen en çok istifade edenlerdir. Koroner skleroza ve miyokard sklerozuna bağlı olan kalb kifayetsizlikleri ise en az istifade edenler arasındadır. Bizim vak'amızda bir coroner sclerose'u idi. Fakat her zaman olduğu gibi, ilk vak'aların daima en kötülerden seçilmesi cerrahide bir kaide gibidir. Bu suretle bize ameliyat için 2. inci dahiliye kliniğinden gönderilen (Ord. Prof. Frank) hastada tam hudutta bulunuyordu.

Kalb kifayetsizliklerinde vena kava inferior ligatürünün tesirleri aşağıdaki gibi düşünölmelidir ; müdahaleden sonra alt taraf ve pelvis organlarındaki kan kalbe dön-

mek için uzun ve çapları mahdut olan anastomozlardan geçmek mecburiyetinde kalır. Ligatürden sonra bağlanan kısmın altında kalan venalarda tazyik yükseldiği halde, diğer taraflardaki vena tazyiki düşer, bu suretle karaciğer ve böbreklerin dönüş deveranları düzelir. Böbreklerin itrah faaliyetleri yoluna girer, bunun neticesi olarak da kan kitlesi azalır. Bu müsait durum karşısında miyokard kendisini toplamak için fırsat bulur. Kalb debisi artar ve hastaların umumî halleri düzelir. Bundan başka vena kava inferiör ve kollarının teşkil ettiği büyük boşluklarda, hastanın vaziyet değiştirmesi ile mobilize olan kan miktarı da son derecede azalacağından hastalar ayakta vaziyetten yatar vaziyete geçince kanın birden bire sağ atrium'a dönmesi ve dolayısıyla bunu dilate etme tehlikesi önlenir. Bundan dolayı hastalar eskiden arka üstü yatamazlarken ligatürden hemen sonra yataklarında hiç bir sıkıntı olmadan arka üstü yatabilirler. Akciğerlerdeki venöz deveran da düzeleceğinden kalb kifayetsizliklerinde görülen akciğer belirtilerinde ligatürden sonra yoluna girdiği ve radyolojik olarak akciğerlerin temizlediği görülür. Akciğerlerdeki ödem azalır ve geceleri gelen paroksistik dispne krizleri ve akciğer ödemleri kalmaz.

Bu kısa hatırlatmadan anlaşıldığı gibi vak'a çok ilerlememiş ve miyokartta çalışacak eleman henüz mevcut olduğu hallerde vena kava inferiör bağlayarak kalb kifayetsizliklerinde iyi neticeler almak mümkün olmaktadır. Bu gaye ile vena kava inferiorun bağlanması 1948 inter-american kardiyoloji kongresinde Cossio ve Perianes tarafından tavsiye edilmiştir. Bundan sonra Fransada D'Allaines kliniğinin de bir çok vak'alar ameliyat edilmiştir. Birimizin bu klinikteki mesaisi esnasında tetkik ettiği 50 vak'adan aşağıdaki neticeler alınmıştır:

- % 20 tekrar eski işine başlama;
- % 30 çok vazih bir salâh;
- % 20 orta derecede bir salâh;
- % 6 hafif salâh;
- % 4 vahimleşme;
- % 4 her hangi bir iyileşme olmamıştır;
- % 4 erken ameliyat mortalitesi;
- % 12 iyi takip edilemeyen vak'alar.

Yukarıdaki adetlerden de görüldüğü gibi % 76 vak'ada hastalarda iyileşme görülmektedirki bu da dahili tedavinin artık hiç bir tesire malik olmadığı bu hastalar için çok kıymetli bir başarıdır. Bundan dolayı kalp kifayetsizliklerinin cerrahi tedavisi endikasyon bakımından gözden uzak bulundurulmaması lâzım gelen bir tedavi usulüdür.

Bu kısa incelemeden sonra hastamızın observasyonunu arz ediyoruz:

Ömer Aziz Veziroğlu, 52 yaşında İstanbullu, muharrir.

Şikâyeti: Nefes darlığı, ayaklarında ve karnındaki şişliklerden.

Hikâyesi: Hasta ilk defa kalbinden 1939 da Adanada hastalanmıştır. Bu esnada göğsüne çok şiddetli bir ağrı gelmiş ve müracaat ettiği doktorların verdikleri ilâçlarla iyi olmuş ve 1944 senesine kadar iş ve gücüne devam ederek vakit geçirmiş. Fakat 1944 senesi başlangıcında İzmirde eski nöbetler tekrar gelmiş ve tekrar hastaneye yatarak tedavi olunmuş, 1947 senesi son aylarına kadar iyi olarak yine eski iş ve gücüne devam etmiş, fakat bu zamandan sonra nefes darlığı, ayaklarda ödemler ve çarpıntılar hissetmeye başlamış ve Cerrahpaşa hastanesi dahiliye servisinde tedavi edilmiş, bu klinikte sol kalb kifayetsizliği teşhisi ile 1,5 ay kadar tedavi edildikten sonra şifa bularak taburcu edilmiş, bu salâh hali verilen ilâçları kullanarak 1949 senesi Şubatına kadar devam etmiş. Fakat bundan sonra nefes darlığı ödemler ve siyanoz gittikçe artmaya başlamış, bu zamanda geceleri uykusundan nefes darlığı ile uyanıyor ve yatak

içinde oturur vaziyette 10 - 15 dakika kadar dinleniyormuş. Tekrar Cerrahpaşa Hastahanesi dahiliye servisine müracaat ederek yatırılmış tekrar dahili tedaviye tabi tutulmuş, bu zamanda hastanede miyokard infarktüsü teşhisi konulmuş, bundan sonra taburcu olmuş, dışarda bir müddet iyi geçirdikten sonra 1949 senesi Nisan ayında yine mezkûr hastaneye yatırılmış, 1,5 ay tedaviden sonra tekrar taburcu olmuş ve dışarda doktorların verdikleri ilaçları kullanarak kendisini idare etmeye başlamış, 1949 senesi sonlarında ileri derecede nefes darlığı şiddetli ödemler ve batnında şişme ile 2. inci dahiliye kliniğine yatırılmış ve 3 ay tedavi edilmiş, salâh bularak hastaneden ayrılmış fakat bundan sonra 1 sene içinde 3 - 4 defa Guraba dahiliye kliniğine yatmış, ilaçlardan eskisi kadar istifade etmiyormuş.

Bu şikâyetlerle servisimize nakledilmiştir.

Hasta kliniğimize getirildiği zaman ileri derecede siyanoz, dispne arz ediyordu. Aritmi komplet vardı ve kalpte galop duyuluyordu. Batında ileri derecede asit ve her iki göğüs boşluğunda hydrothorax vardı. Elektroda sol şube bloku tesbit edilmiştir. Hasta oksijen ve kalp kifayetsizliklerinde mutat olarak tatbik edilen tedavi ile ameliyata hazırlandıktan sonra 11.10.1951 tarihinde kombine anestezi ile (paravertebral novocaine bloku, lokal anestezi, trilen, oksijen) ameliyat edildi. Sağ pararektal bir şakla ekstraperitoneal olarak vena cava inferior ortaya konuldu ve renal venlerin altında çift ligatürle bağlandı. Hasta gerek ameliyat esnasında ve gerekse ameliyattan sonra çok iyi süpporte etti. Ameliyatın ertesi gününden itibaren ayaklardaki ödemler çözülmeye başladı. Renal itrah yoluna girdi ve o zamana kadar arka üstü yatamayan hasta yatağında iki yastıkla gecelerini rahat geçirmeye başladı. Ameliyattan 48 saat sonra likemin tatbikine başlandı ve mutat ayak jimnastikleri ile ligatüre ven sahalarında her hangi bir tromboflebitin husule gelmesi önlendi. Yapılan elektroda şube blokunun kaybolduğu tesbit edildi. Ne yara tarafından ve ne de venler bakımından her hangi bir komplikasyon husule gelmedi. Fakat daha yukarda da arzettiğim gibi myocard'ın durumunun çok kötü olması ve koronerlerdeki sklerotik afetin ilerlemesi daha büyük bir iyileşme elde etmemize mani oldu ve hasta 9.11.1951 tarihinde vefat etti. (Operatör: Ord. Prof. Fahri Arel).

Yukarda bildirdiğimiz gibi endikasyon bakımından son derecede hudutta olan bu hastada başarı elde etmek şansımız zaten çok zayıftı.

Bu münasebetle hastanın observasyonunu neşretmeyi uygun bulduk.

HÜLÂSA

Kalb kifayetsizliklerinin dahili tedaviye cevap vermeyen şekillerinde cerrahi olarak bir tedavi imkânının mevcut olduğu belirtildikten sonra vena cava inferior ligatürünün tesir mekanizması münakaşa edilmekte çok fena ve ilerlemiş bir koronore sklerozda yapılan bir vena cava inferior ligatürü bildirilmektedir.

Dr. Remzi Kocagil:

Dr. Nihat Dorken arkadaşın tebliğine müteşekkirim. Hariçten gelen mecmualarda bu gibi ameliyatın yapıldığını görüyor, bizde yapılmadığından üzüntü duyuyorduk. Bizi devamlı asit tahliyesinden kurtarmış oldular. Öğrenmek istediğim bir şey var. Acaba Arteria hepatica hıgatriom ile vena porta anastomozu arasında indication farkı var mıdır.

Vena cava inferior hıgatumundan sonra ne kadar zaman salâh olmaktadır.

Dr. Nihad Dorken:

Remzi beyin takdirkâr sözlerine teşekkür ederim. Arteria hepatica ligatürü hakkında tecrübemiz yoktur. Maamafih bazen yapıldığına literatürde tesadüf ediyoruz.

İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi
II.nci Cerrahi Kliniği çalışmalarından
(Ord. Prof. Dr. Kemal Atay)

AYRI METODLARLA TEDAVİ EDİLEN İKİ ANEVİRİZMA VAK'ASI

Operatör Dr. Zeki Türker

Sayın Meslekdaşlarım,

Bugün yüksek hey'etinize ayrı iki metodla tedavi edilen iki anevrizma vak'ası takdim ediyoruz. Bunlardan birisi Réparatrice Anevrysmographie ile diğeri de ligatür ve ekstirpasyonla tedavi edilmiştir.

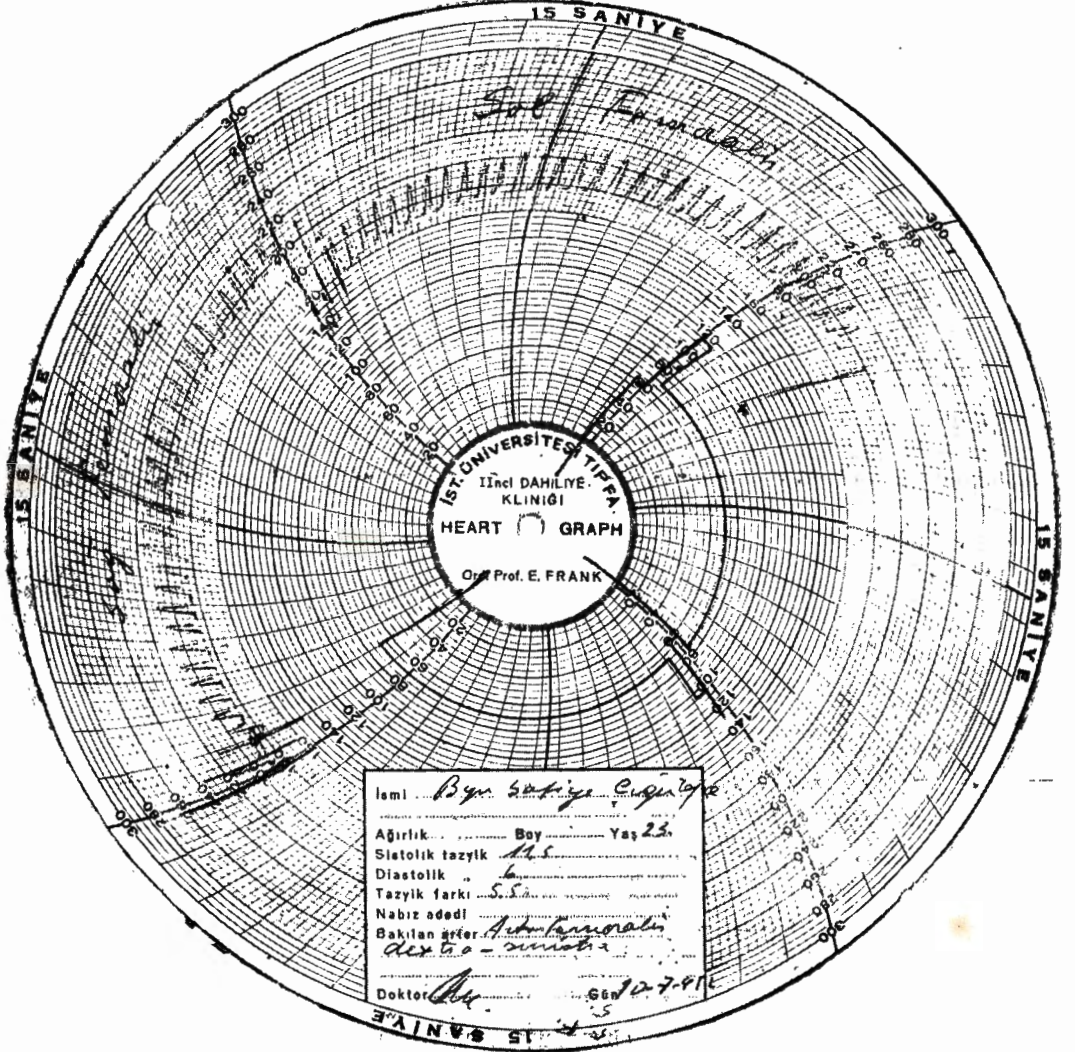
Malûmdur ki anevrizmaların cerrahî tedavi şekilleri cerrahinin çok münakaşalara sebep olmuş meselelerinden biridir. Oldukça uzun bir tarihtenberi böyle olan bu mesele bugün de yine böyledir. Muhtelif devirlerde anevrizma rüptürlerini, daha sonraları da doğrudan doğruya anevrizma tedavisi maksadiyle muhtelif tarzlarda ligatür tavsiye edilmiş ve tatbik edilmiş, bazen iyi bazen de fena neticeler alınmıştır. Ligatür tedavisinin banisi İngiliz cerrahı JOHN HUNTER'dir. 1765 te müdahale ettiği beş anevrizmadan dört tanesi şifa bulmuştur. Bundan az sonra SCARPA ligatürle oblitere edilen anevrizmalardan sonraki uzuv kısmının ölmemesini; yapmış olduğu çok itinalı anatomik incelemelerden sonra kollateral yoldan beslenmesi ile açık şekilde izah etti. Bu ligatür meselesi 1888 e kadar muhtelif maksatlarla ve muhtelif şekilde süregelmiştir. Bu tarihte ROUDOLPHE MATAS arterin anevrizma kesesine açılan deliğini kapamak veya genişlemiş olan arteri tekrar aynı çapta bir arter parçasına çevirmek fikrini ileri sürdü. Bu prensibin ana hattı; prensipal deveran yolunu muhafaza etmek, bu da mevcut deliği kapamak (anevrysmographie réparatrice), genişlemiş arter kısmını aynı çapta bir lâstik boru üzerinden diktikten sonra boruyu çıkarmak (anevrysmographie reconstructive) le mümkündür. 1918 senesine kadar Amerikada anevrizmanın cerrahî tedavisi anevrysmographie İngilterede ligatür, Fransada ligatürle birlikte ek-sizyondur. Ancak bu tarihten 1942 ye kadar bütün Avrupa memleketlerinde bu üç cerrahî metod da birlikte kullanılabılmıştır. 1942 denberi de bazı hususî hallerde arterin bir kısmını kese ile birlikte rezeke ederek bunun yerine venöz bir greff fikri gittikçe revaç bulmaktadır.

Bizce bu tedavi şekillerinin hepsinin kendine göre bir kıymeti vardır ve yerine göre biri veya diğeri tatbik edilebilir. Şu şartla ki; evvelce de arzettiğimiz gibi anatomik lokalizasyona göre bunlardan hangisinin daha faydalı olabileceğini veya kâfi geleceğini tayin etmek ön plânda bir meseledir. Meselâ bir A. Carotis interna anevrizmasında ligatürün daima zararlı ve belki de çok tehlikeli olacağı aşîkârdır. Birisi ligatür metodunu istediği kadar ideal bir metod gibi övsün. Bu metodu Carotis interna anevrizmalarına tatbik etmek herhalde fazla itiyatsızlık olacaktır. Diğer arterlerin kollateral kapasitesinin az olduğu kısımlarında keza aynı kötü neticeler mukadderdir. Bu gibi yerlerde anevrizma tedavilerinde prensipal deveran tesisine matuf cerrahî tedavi metodlarının tatbiki adeta bir zarurettir. Buna mukabil bağlanması pratik manada

çok az veya hiç zararlı olmayan yerlerde ligatür ve ekstirpasyon meşru bir müdahale gibi kabul edilebilir.

İşte bu iki vak'amız bu bakımdan enteresan olduğu için bunları takdime değer bulduk.

Vak'alarımızın birincisi bir A. İlica Externa anevrizması ve arterio-venöz fistül



Şekil 1 : Hartogram

vak'asıdır: Safiye Çiğiltepe 23 yaşında Kastamonulu ev kadını. Köyde bir kavga sırasında atılan bir tabanca mermisi sağ kasiğine isabet etmiş, kurşun içerde kalmış, yaralanmadan bir müddet sonra karın içine doğru yayılan, pülzatif bir şişliğin mevcut olduğunu ve gittikçe büyüdüğünü farketmiş. Yaralanmadan iki buçuk ay sonra sağ bacağının gittikçe fazla şişmesi ve yürürken baldırlarında fazla ağrı duyması çarpıntı

ve nefes zorluğu yüzünden kliniğimize müracaat etmiştir. Yapılan muayenede: sağ bacak heyeti umumiyesiyle oldukça şiş ödemli, (sağlam taraftan 12 santim fazla) dizden yukarı bacak kısmında daha çok olmak üzere bütün bacakta venöz teressümat mevcut. Kısmen linea pectinea hizasında daha çok batın boşluğuna doğru bir portakal büyüklüğünde oldukça sert gergin ve pülzativ ve aşıkâr şekilde tirilî mevcut olan bir şişlik hissediliyor, nabız süratli ve sıçrayıcı (110), NİCOLADİNİ-BRANHAM tecrübesi menfi (anevrizma üzerine tazyikle nabız adedinde değişiklik yok). Teknik imkânsızlık yüzünden Aortographie yapılamadı. Sağ bacakta ossilasyon 4,5 sağlam tarafta 5,5. Sağda A. Dorsalis Pedis çok hafif alınıyor. Hastaya bir hafta sonra kateterizm yapıldı, hartogram ile nabız kaydedildi. Kateterizm ve kalp debisi 10,5 litre ve hartogram'da nabız dikrotu silinmiş ve sıçrayıcı bulundu (Şekil - 1). 24.7.952 de ameliyat yapıldı. Bu ameliyatın iki safhası vardır.



Şekil 2 : Anevrizma içinden çıkan, içi oyuk «Pıhtı» kitlesi
Histolojik muayenede : Geniş fibrin kitleleri ve bunlar arasında bol miktarda eritrositler görülmektedir.
(İst. Üniversitesi Pat. An. Rap. No. 1640/52)

I — Narkozla yapılan sol pararektal bir şakla batın açılarak aorta abdominalis meydana çıkarıldı. Bifürgatio'dan 7 - 8 santim yukarıya doğru aorta serbestleştirildi (bu hizada aorta... bilhassa anevrizmalarda kollateral deveran bakımından son derece ehemmiyetli olduğundan bunları muhafaza ederek bu disseksiyonun yapılması çok lüzumludur). Altından geçirilen BLALOCK tipi bir klampla aorta keza çok itinalı şekilde ve çok yavaş olarak tedricen sıkıştırıldı. (Bu iki bakımdan ehemmiyetlidir. A — Birden sıkmak kalbin önünde büyük bir mukavemet meydana getirir, kalb bakımından tehlikelidir. B — Aorta çok sert ve friabl'dır. Büyük rüptürler ve çatlamalar olabilir. Köpeklerde bunu bizzat müşahede ettim.)

II — SCARPA üçgeninin alt hududuna kadar uzayan inguinal bir şakla A. iliaca Externa ve A. Femoralis meydana çıkarıldı. Anevrizma PUPART bağının hemen arkasında idi. 5 - 6 cm. batın içine doğru yayılmış yumurta biçiminde ve bir tavuk yumurtasından biraz büyücek cesamette idi. Etrafındaki nesiçlerden mümkün mertebe ayrıldıktan sonra keseye şak yapıldı (A. Femoralis'e ve anevrizmanın üstündeki artere ayrıca klamp konmamıştı). İddialara rağmen bol arteriel bir kanama ile karşılaştık ve hiç de iddia edildiği gibi kansız bir kese bulamadık. Kanama oldukça düşük tansi-

yonda arteriyel bir kanama idi. Aortayı klampla sıkıştırmak faydasız değildi, fakat tam bir hemostaz da temin etmemiştir. Bu kanaatimizce arteria epigastrica'lar arasındaki geniş iştirak şebekesindedir. Gövdenin ön tarafındaki bu ve daha başka anastomoz yolları bu bakımdan oldukça ehemmiyetlidir. Kese açıldığı zaman husule gelen bu kanamayı alt ve üst arter kısımlarını asistana hafifçe parmakla bastırılarak tam bir hemostaz temin edildi. Kesenin içinde katı pişirilmiş ve sarısı çıkarılmış bir yumurta akı şeklinde iç ve dış yüzleri oldukça emles, organize bir pıhtı kitlesi (Şekil - 2) ve bu



(Şekil - 3)

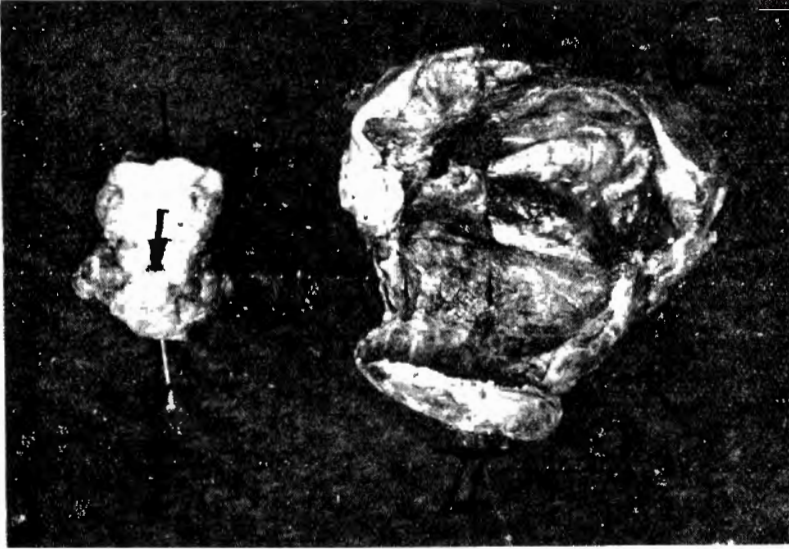
kitlenin içindeki boşlukla beraber diğer yarısı anevrizma kesesinden ibaret ve bir badem büyüklüğünde serbest bir boşluk mevcuttu. Arter tarafında da bu boşluğa açılan takriben 2,5 - 3 mm. çapında beyzi şekilde bir delik görüldü. Vena ile hiçbir iştiraki yoktu. Bu delik 4 (0) siyah ipekle iki kat dikildi. Kese rezeke edildi, artan kısımlar bu sütürlerin üzerinden daha kalın bir ipekle tekrar dikildi. Aorta klampı yine çok yavaş olarak tedricen açıldı, dikiş yerinin altında ve bilhassa A. Dorsalis Pedis'te mükemmel nabaza duyuldu. Disseke edilen bütün arter kısmında tril alınmadı. İliaca Externa'nın başladığı yerden SCARPA üçgeninin alt hududuna kadar olan mesafe dahilinde arterio-venöz bir iştirak noktasına rastlamadık. Aradaki iştirakin disseksiyon sırasında ke-

silen şubelerden birisi olması muhtemeldir. Ameliyattan sonra tirilin alınmaması ameliyattan evvel çok dolgun ve kabarık olan cildi venöz şebekesinin hemen boşalması, bir hafta gibi bir zamanda bacaktaki şişlik ve ödemin tamamen kaybolması bu iştirak yolunun bertaraf edilmiş olduğu kanaatimizce kâfi delildir. Halen hastanın hiç bir şikâyeti yoktur. Evvelce 110 olan nabız 80 e düşmüştür. Netice tam şifadır.

İkinci vak'amız patlamış bir alt brachial anevrizmadır.

Mahmut Kalkan, 25 yaşında, Trabzonlu, Marangoz.

İki ay evvel sağ koluna isabet eden bir kurşunla humerusun 1/3 alt nihayetinde parçalı bir kırık husule gelmiş. İcap eden tedavi ve alçı yapılmış. Alçı çıkarıldıktan sonra dirseğin iki parmak üstünden kendi tabiri ile zıplayan bir şişlik mevcut olduğunu görmüş. Bundan hiç bir şikâyeti olmadığından ehemmiyet vermemiş. Fakat buradan bir hafta evvel pek bilmediği bir sebepten bu şişlik gittikçe büyümeye ve büyüdükçe de



Şekil - 4 : (I) yırtılmış ve bir satıh haline gelmiş olan arter (a ve b noktaları (II) kesesinin a' b' noktalarından kopmuştur. Ok Arter lümyerinden geçiyor.

elinde, bilhassa parmaklarında karıncalanma ve ağrı olmaya başlamış. Oradaki doktorlar hemen İstanbul'a gitmesini tavsiye etmişler. Kliniğe müracaat ettiği zamanki muayenesinde sağ kolun alt yarısı bütün dirsek ve ön kolun üst yarısını ihtiva eden büyücek bir kavun cesametinde üzerindeki cildi çok gergin morumtrak siyah renkte bir kitle halinde radial nabız yok denecek kadar az alınıyor, el hafif siyanozlu, el ve bilek hareketleri çok ağırlı, arteriographie'de (Şekil - 3) A. Hümeralis'in 1/3 alt kısmında bir ceviz cesametinde bir boşluk ve arter temadisi görülüyor. Acil olarak ameliyata sevk edildi. Ameliyat lokal anestezi ile yapıldı. A. Brachialis koltuk altı çukurundan dirseğe kadar yapılan bir şakla tamamen meydana çıkarıldı. Kollaterallerin kesilmemesine itina edildi. A. Brachialis'in içine daldığı bu kitlenin hemen yakın kısmına klamp kondu ve kitleye şak yapıldı. Adaleler arasındaki boşluklarda birikmiş büyük pıhtı parçaları çıkarıldıktan sonra kese gibi bir teşekkülün genişçe bir yırtığından arteriel kan geldi. Alt taraftaki arter kısmına da tazyik yapılarak bu kanama durdurul-

du. Yırtık olan yer genişletilince gayet ince cidarlı içinde pıhtılar dolu olan ve teşekkül halindeki anevrizma kesesi olduğu anlaşıldı. Kese tam açılınca bunun iç yüzünde arterin üç cm. uzunluğunda ve boylu boyunca yırtılmış olduğu ve bir satır haline geldiği görüldü. Rüptürden dolayı husule gelen ematomun yaptığı tazyik ortadan kaldırılınca yırtık kısmın alt ve üstüne yakın yerlerden sıkıştırılmış arterde bu sıkıştırma devam ettiği halde radial nabız hemen aşikâr olarak alındı. Ve hasta büyük bir rahatlık ve elinde fazla bir sıcaklık hissettiğini söyledi, pek az sonra elin rengi de normaleşince ve radial nabız hemen hemen sağlam taraf kadar aşikâr şekilde alınınca kollateral devranın kâfi olduğuna kanaat getirilerek arter uçlarına ligatür kondu ve kese ile birlikte ekstirpe edildi (Şekil - 4). Ameliyat akşamı ossilasyon karşı tarafa yakın seviyeye kadar çıktı, radial nabızda sağlam taraf kadar bir kuvvetlenme meydana geldi. Hasta 10 gün sonra hiç bir şikâyeti olmaksızın tam şifa ile klinikten çıktı. Görülüyor ki anatomik hususiyet ve lokalizasyona göre tedavi metodlarının hepsi faydalı olabilir. Birinci vak'amızda ligatür çok tehlikeli olabilirdi. Halbuki ikinci vak'ada bilâkis şifa temin etmiştir. Ve bu vak'ada anevrysmographie veya bir gref şüphesiz ki düşünülebilir ve yapılabilirdi. Fakat kanaatimizce hiç bir zaman daha fazla fayda temin edecek bir müdahale değil, bilâkis lüzumsuz bir şey olurdu.

Tıp Fakültesi Üçüncü Cerrahi Kliniği
çalışmalarından:
(Şef: Ord. Prof. Dr. Fahri Arel)

KABURGADA LOKALİZE İZOLE BİR XANTHOGRANULOMA

Doç. Dr. Nihad Dorken

İzole ve lokal xanthogranülomlar çok nadir olan tümörlerdendir. Bunlar hiperplastik veya tümöral şekillerdeki teşekküller olup daha ziyade bağ örgüsünün histiositer elementlerine bağlıdır. Çok aşikâr tümöral bir karaktere malik olan bu teşekküller umumiyetle bir fındık veya ceviz cesametinde yuvarlak ve çıkıntılı teşekküllerdir. Bazen müstesna olarak daha büyük bir hacim alabildikleri literatürde bildirilmiştir. Biraz sonra observasyonunu bildireceğim vak'amızda ise kaburgada yerleşmiş olan bu tümör tahminen büyük bir ceviz cesametinde idi. Xanthogranülomlar bazen aynı bir şahısta müteaddit te olabilmektedirler. Bu tümörler tercihen derimde bulunurlar. Bununla beraber tandonlarda ve oynaklar etraflarında da tesadüf edilmiştir. Kemikte lokalize olmaları son derecede nadirdir ve dünya literatüründe kemikte lokalize olmuş olan xanthogranuloma vak'aları parmakla sayılacak kadar azdır.

Bu tümörlerin histolojik manzaraları pek karakteristiktir. Histolojik muayenede çok hücreli bir örgüye tesadüf edilir. Burada yer yer migzeli hücreli bir sarkom manzarası vardır. Bu nesih içinde ötede beride vakuoler elementlerin ve karakteristik plasmod'ların teker teker veya guruplar teşekkül ettiği görülür. Bunlar büyük hücreler olup orta yerleri iyice boyanabilen homojen bir sitoplazmaları vardır. Müteaddit nüveler gösterirler. Kenar kısımları ise yağ cisimleri ile dolu olduğundan parafinli kuplar-

da vakuoler bir manzara gösterirler. Plazmodyal hücreler yani dev gibi hücreler, diğer hücre elementleri gibi çok miktarda demir ihtiva ederler. Bu hücrelerin ileri derecede demir ile dolu olması nesce koyu esmer bir renk verir ve hatta bazen melanom'ları bile taklit ederler. Bundan dolayı xanthome'lar bazen melanom'larla karışabilirler.

Vak'aların büyük bir kısmında xanthome'lar iyice mahdut tümörler halinde görünmezler ve xantomatöz hücreler pek aşıkâr bir istilâ edici karakter gösterirler, işte bu karakterlerinden dolayı bazı müellifler tarafından bu tümörlere xantho-sarkom ismi verilmiştir. Fakat şurasını tebarüz ettirmek lâzımdır ki bunların durumu aslâ sarkomlar gibi değildir. Çoğalmaları bir müddet sonra durur ve bilhassa çıkarıldıktan sonra tekrar nüksetmezler. Hatta bir çok müellifler hakiki xanthosarkomların mevcudiyetlerini bile inkâr ederler.

Bu tümörlerin patojenezi bugün halâ münakaşalıdır. Chauffard'ın araştırmalarındanberi malûmdur ki xanthome'lu şahısların kolesterinemi'leri yüksektir. Bununla beraber bazı müşahedelerden de görüldüğü gibi kandaki bu kolesterin yükselmesi daima sabit bir belirti değildir. Normalde kandaki kolesterin miktarı % 120 - 200 mgr. kadardır. Bizim bir az sonra bildireceğimiz vak'amızda da kandaki kolesterin miktarı yükselmemişti. Diğer taraftan bu teşekküllerin karaciğer afetleri ile de münasebette olabileceğini akıldan çıkartmamak lâzımdır. Xanthomlar iç organlarda, meselâ böbrek, dalak ve karaciğerde de bulunabilir. Pankreasda yerleşenlerin diyabete sebep oldukları bildirilmiştir. Aynı surette konjenital cilt xanthimlari da bildirilmiştir.

Bu kısa hatırlatmadan sonra hastamızı arz ediyoruz:

R. Ö. 23 yaşında, İstanbullu, Erkek (M. No. 371).

Şikâyeti: Göğsünün sağ tarafındaki urdan.

Kliniğimize müracaat etmeden 5 ay evvel göğsünün sağ alt kısmında bir ağrı hissetmiş ve bu ağrı gün geçtikçe şiddetlenmeye başlamış. 4 ay kadar bu şekilde ağrı devam ettikten sonra bir gün ağrıyan yerde tahminen bir fındık cesametinde bir urun husule gelmiş olduğunu görmüş. Urun teşekkülü ağrılarında her hangi bir değişme yapmamış, bu ağrılar sırtına ve beline vuruyormuş. Ur gündün güne büyüyerek bu günkü cesametini almış ve bu şikâyetlerle kliniğimize müracaat etmiştir.

Hasta 5 ay içinde 12 kilo kadar zayıfladığından bahsetmektedir.

Öz ve soy geçmişlerinde her hangi bir hususiyet yoktur.

Cihazların klinik muayenesinde bir şey tesbit edilemedi.

Lokal muayene: Göğsün sağ tarafında orta koltuk altı hattı çizgisi üzerinde 7 ci kaburganın arcus mediasında tahminen büyük bir ceviz cesametinde kaburga ile temadi eden ağrısız ve gayrı müteharrik sert bir kitle tesbit edilmektedir. Bu kitleyi örtten deri normal renk ve şekilde olup kitleye yapışık değildir. Tümör üzerinden gayet hafif bir fos flüktüasyon alınmaktadır.

Radiolojik muayenede tümörün gölgesi hafif bir surette görünmekte ise de bunun kaburga ile olan ilgisi tesbit edilememektedir. Radiolojik muayenede akciğerlerde ve hilusda her hangi bir hususiyet yoktur.

Sedimentasyon 1 saatte 15, 2 saatte 36, 3 saatte 60, 24 saatte 122, Eritrosit 4.450.000, Lökosit 7187, Hb. % 90.

Kandan bilirubin % 21,4 mgr. Takata-Ara +, ThymoJ testi 22 ünite Total lipit miktarı binde 11 gr. Kolesterin binde 1,60 gr.

İdrar tahlilinde bir hususiyet yoktur.

16.4.952 tarihinde lokal anestezi ile müdahale edildi. Cilt ve cilt altı şak edildikten sonra 7 inci kaburga üzerindeki tümöral kitle üzerine varıldı, etrafına ileri derecede yapışık ve sarı esmerimtrak renkte olan bu kitle kaburga ve etrafındaki yumuşak kısımlar ile beraber ekstirpe edildi.

Histolojik muayene : (Cerrahpaşa hastahanesi patolojik anatomi laboratuvarı :

Doç. Dr. Bedrettin Pars): Kaburga üzerinde cevizden büyük, yassı yuvarlak, fibröz, sert, maktında sarı muntikalar görünen periosta yapışık tümör kitlesi; mikroskopik muayenede: bir kenarda sponjiö kemik trabekülleri ve üzerinde ileri derecede kalınlaşmış periost görülmektedir. Periostal fibröz muntikalar iskelet adale hüzmeleri arasına da girmektedir, buralarda yer yer rejenera adale lifleri bakiyeleri vardır. Fibröz sahalar içinde geniş muntikalarda poliedrik, şeffaf geniş sitoplasmalı müteaddit hücreler ve hücre kümeleri arasında lenfosit ve plasma hücreleri. Bundan başka pek çok sahalarında perivasküler plasma hücre irtişahları görülmektedir.

Teşhis: Xanthogranuloma.

Hasta ameliyatı müteakip hiç bir komplikasyon göstermeden iyi oldu ve 26.4.952 tarihinde taburcu edildi.

Taburcu olduktan bir müddet sonra sarılıktan dolayı dahiliye servisinde yatırıldığını öğrendiğimiz hastayı orada da takip ettik. Kendisi kataral bir ikter geçirdi ve şifa ile taburcu edildi.

Bundan sonra son defa kendisini gördüğümüz zaman tamamiyle iyi olmuş vaziyette idi.

Xanthogranulomaların izole olmaları ve bilhassa kemikte lokalize bulunmalarının nadir olması bakımından vak'ayı takdim etmeyi uygun bulduk.

HÜLÂSA

Xanthogranulomalar hakkında kısa bilgi verildikten sonra kaburgada lokalize izole bir xanthogranuloma vak'asının observasyonu bildirilmektedir.

Tıp Fakültesi Üçüncü Cerrahi Kliniği
çalışmalarından:
(Şef: Ord. Prof. Dr. Fahri Arel)

MESENTERDE LOKALİZE SÜPÜRE BİR KİSTİK LEMFANJİOM

Doç. Dr. Nihad Dorken

Yeni teşekkül etmiş lemf damarlarından husule gelen lemfangioma'lar ve bilhassa bunların mesenterde lokalize olmaları oldukça nadirdir. Bundan başka bugün observasyonunu arzedeğimiz hastamızda olduğu gibi bunun süpüre etmesi ve had bir batın sendromu ile muayeneye gelmesi de oldukça enteressandır. Lemfangiomalarda yeni teşekkül etmiş lemf damarlarını göstermek çok zordur, bundan dolayı lemfangiome'lar daha ziyade genişlemiş lemf damarlarından teşekkül eden mahdut tümörler olarak tavsif edilmektedir. Bu tümörler hemen hemen daima konjenitaldir. Wagner'den beri lemfangiomaları basit yahut kavernö ve kistik lemfangiomalara diye ikiye ayırmak adet olmuştur. Fakat bu şekiller birbirlerinden ayrı şekiller olmayıp aynı bir lezyonun üç muhtelif derecesidir Basit ve kavernö lemfangiome'lar genişlemiş eğri büğrü lemf damarlarından teşekkül eder, bu tip lemfangiome'lar, boyunda, dilde (macroglossi), du-

çakta (macrocheilie), yanaklarda, sakral nahiyede, perineumda, koltuk altında, göğüs cidarında ve nadir olarak ta etrafda görünürler, bundan başka ağız döşemesinde ve deride de bulunabilirler.

Kistik lemfangiom'lar ise, üzüm salkımı şeklinde tümörlerdir. Bu kistler nahiyenin lemf damarları ile alâkadar olabildiği gibi, tamamiyle izole bir şekilde de bulunabilirler. En fazla tesadüf edildikleri yerler şunlardır: boyun, ense, daha nadir olmak üzere omuz, koltuk altı, kasık nahiyesi, sakral nahiyeye, adaleler ve çok daha nadiren de büyük kistler halinde, mezanter, akciğerler, böbrek, dalak ve kapsula sūrenalis'lerde bulunmuşlardır.

Bu selim tümörlerin kendilerine mahsus arazı yoktur. Yalnız eğer dışardan görünüyorsa şekil bozukluğu husule getirebilirler. İç organlarda olanlar ise viserlerde tazyik yaparak vahim iltihabi hadiselerle yol açabilirler. Mesenterde olanlar, vak'amızda olduğu gibi, lemf damarlarını tazyik ederek barsak üzerinde lymphocèle'lerin teşekkülüne sebep olabildiği gibi, mesenter damarlarını tazyik ederek barsakta vahim beslenme bozuklukları husule getirebilirler.

Bundan başka çok uzun zamandanberi sessiz olarak devam eden bir lemfangiom'un günün birinde süpüre etmesi ve gürültülü araz ile ortaya çıkması mümkündür.

Bu kısa hatırlatmadan sonra vak'amızın observasyonunu arz ediyorum:

T. T. 15 yaşında. Bekâr. Ev kızı, (B. 5554)

Kliniğimize 15.1.1951 tarihinde girmiştir.

Hasta kliniğe gelmeden 5 saat evvel gece karnında çok şiddetli bir ağrı ile uykudan uyanıyor. Uyandıktan biraz sonra da evvelâ bulantı ve bunun arkasında da kusmalar başlıyor. Hasta bu 5 saat zarfında 10 - 15 defa kusmuştur. Ağrılar bir saat kadar bütün batında yaygın bir şekilde devam ettikten sonra yavaş yavaş sağ fossa iliaca da lokalize oluyor. Beline vuran adeta bıçak saplanır gibi şiddetli olan bu ağrılar ve kusma hafiflediği için sabahın saat 5 inde kliniğimize getirilmiştir.

Muayenede: Deri altı yağ nesci turgor ve tonusu normal, orta yapılı olan hastanın yüzü soluk ve çok muzdarip. Sistemlerin muayenesinde kayda değer bir hususiyet yoktur. Batnın muayenesinde: Mac. Burney'de tahminen 10 cm. uzunluğunda eski appendectomie şakki görülüyor. Batın teneffüse iştirak etmiyor. Göbek altında sağda pubis'e kadar uzanan nahiyede çok şiddetli bir defans ve hiperestezi var. Hasta ağrı başladıktan sonra gaz ve maddei gaita çıkartmamıştır. Batında balonman yok. Bütün batın ve bilhassa göbek altı kısmı son derecede ağrılıdır. Dil pashı ve kuru. Rektal tuşede Duglas dolgun değil, ele her hangi bir kitle gelmiyor, fakat Duglas'ın sağ tarafı şiddetle ağrılı.

Ateş 37,7, nabız dolgun 100, muntazam, Lökosit 32.000.

Bu durum karşısında appendix'in daha evvel çıkarılmış olduğu göz önünde bulundurularak genital bir perforasyon yahut bir adneksitis perforata düşünceleri ile laparotomiye karar verildi. Eter narkozu altında göbek altı median şakla laparotomi yapıldı (N. Dorcken). Batın açıldığı zaman az miktarda pü geldi. Eksplozasyonda her iki tuba ve overlerin normal olduğu appendix'in eskiden çıkarılmış bulunduğu, uterusun da normal durumda olduğu görüldü. Bundan başka ileocekkal valvülden tahminen 40 cm. mesafede mesenter üzerinde etrafı ve üzeri pürülan mambranlarla örtülü tahminen kâhil yumruğu cesametinde bir kitle vardı (Şekil - 1). Bu kitleye tekabül eden barsak üzerinde yer yer lemfatiklerin genişlemesinden husule gelmiş müteaddit kistik lemfosellerin mevcudiyetleri tesbit ediliyordu. Ne barsakta ve ne de kist ve lemfoseller üzerinde her hangi bir perforasyon tesbit edilemedi. Bu durum karşısında mesenterdeki bu kitle tekabül ettiği ince barsak kısmı ile beraber rezeke edilerek barsak temadiyeti latero-lateral bir enterostomi ile temin edilerek ameliyata son verildi.

Hasta ameliyattan sonra her hangi bir komplikasyon göstermeden şifa buldu ve ameliyatın 15 inci günü taburcu edildi.

Tümörün histolojik muayenesinde: yer yer çok geniş ve cidarı tek katlı endotel ile döşeli ve içleri lenf ile dolu lenfa damarları görülmektedir. Burada ileri derecede gevşek ve ödemli olan ve yer yer gözeli örgü gösteren stromada ve bazen lenf damarları içinde bol miktarda taze polimorf nüveli lökositler ve iltihabi hücre irtisalı vardır. Damarlar yer yer geniş ve kanla doludur. **Tehhis:** Kiyhî iltihaba uğramış lenfangioma (Tıp Fakültesi Patolojik Anatomi Enstitüsü 130/51).



Mesenter lenfangiomalarının nadir olması ve enteressan bir komplikasyon arz-etmesi bakımından arzedilmeye lâayk görüldüğünden sayın hey'etinize takdim edilmiştir.

HÜLÂSA

Mesenterde lokalize olmuş ve süpüre olarak had batın sendromu ile kliniğe mü-racaat ederek laparotomi yapılmış olan ve laparatomide süpüre bir mesenter lenfan-gioması tesbit edilmiş bir vak'a bildirilmektedir.

Tıp Fakültesi Üçüncü Cerrahi Kliniği
çalışmalarından:
(Şef: Ord. Prof. Dr. Fahri Arel)

AMELİYATLA TEDAVİ EDİLMİŞ 10 ÖSOFAGUS ALT NİHAYETİ KANSERİ

Ord. Prof. Dr. Fahri Arel — Doç. Dr. Nihad Dorken

Ösofagus cerrahisinin tekâmülü bir takım müşkül merhalelerden geçtikten sonra bugün artık cerrahi ve siyantifik bir safhaya girmiş bulunmaktadır. Anestezi ve reanimasyon sahasında husule gelen ilerlemeler yanında antibiotiklerin cerrahi pratiğe girmeleri bu konuda büyük bir ilerleme husule getirmiştir. 1938 senesinde o zamana kadar yapılmış olan 50 kadar özofajektomi sayılıyordu, bunlardan bir kısmı transplöral, diğer bir kısmı trans mediastinal olarak yapılmıştı. Fakat bütün bunlardan hayatta kalanlar Torek, Zodjer, Eggers'in 3 vak'ası idi. Bundan başka ösofagusun alt nihayetini işgal eden tümörlerin batından girilerek çıkarılması da denenmiş fakat bu da başarılı netice vermemiştir (Henle ve Wendel). Bu zamanda ösofagusun çıkarılmasından ziyade onun temadiyetini temin etmek hususunda büyük zorluklar karşısında kalınıyor ve bir takım karışık plastik metodlara baş vurulmak mecburiyetinde kalınıyordu. 1938 de Şikagolu Adams ve Phemister, Biondi tarafından daha 1895 de yapılan tecrübeleri ele alarak ösofagus çıkarıldıktan sonra geri kalan boşluğu, mideyi kullanarak doldurmayı denediler. Fakat Japon Oshawa 1936 da bu metotla tedavi ettiği 8 vak'a neşretmiştir. Bu ilk incelemelerden sonra teknik imkânlar gelişmiş ve başarı ile ameliyat edilen vak'aların adetleri çoğalmıştır. 1943 denberi Amerikada Garlock, Sweet, Pack, Churchill, Arjantinde Resano, İngilterede Lewis tarafından yapılan neşriyat sayesinde ösofagus kanserlerinin radikal cerrahi tedavileri aktüalite haline gelmiştir. Fransada ise mes'ele ile 1945 den sonra meşgul olunmaya başlanmıştır. Bu arada D'Allaines, Lortat-Jacob ve Santy'nin isimlerini zikretmek lâzımdır.

Bu kısa hatırlatmadan sonra vak'alarımızın kısa müşahedelerini inceleyelim:

Vak'a I.— 60 yaşında, İstanbullu, Ev kadını. Hastalığı kliniğe gelmeden 1 sene evvel mide nahiyesindeki müphem ağrılarla başlamıştır. 6 ay bu şekilde devam ettikten sonra yutma zorluğu ortaya çıkmış ve bu mütemadiyen ilerlemiştir. Son zamanlarda bol salya ifrazı oluyor ve yalnız sulu gıdalar alabiliyormuş. Teşhis: Ösofagus alt nihayeti karsinomu. Ameliyat (Prof. Fahri Arel). Sol 8 inci kaburga çıkarılarak trans plöral yolla girilmiş ve tümörün midede bir hayli ilerlemiş olduğu görülerek total mide rezeksiyonu ile beraber özofagus rezeksiyonu yapılmış ve barsak temadiyeti tras me sokolik olarak alınan bir jejunum ansası üzerine ve termino lateral olarak yapılmıştır.

Ameliyattan sonra özofagus fistülü teşekkül etmiş hemen Witzell yapılmış, fakat 1,5 ay sonra hasta vefat etmiştir.

Vak'a II.— 49 yaşında Silivrili marangoz. Hastalığı on ay evvel şiddetli bir traumadan sonra başlamıştır. Bu sternumun arkasında duyduğu şiddetli ağrı zaman zaman nefesine mani olacak kadar şiddetli imiş. Ağrıdan 1 - 2 ay sonra da yutma zorluk-

ları başlamıştır. Teşhis: özofagus alt nihayeti ca. Ameliyat: (Prof. Fahri Arel). Sol 8. inci kot çıkarılarak trans plöral olarak girilmiş, tümörün midede az ilerlemiş olduğu görülerek, özofagusun alt kısmı ile midenin üst kısmı çıkarılmış ve trans torasik özofago gastrostomi yapılmıştır. Şifa.

Vak'a III.— 43 yaşında İstanbullu makinist. Hastalığı bize gelmeden 5 ay evvel disfaji ile başlamıştır. Bu disfaji sür'atle tekâmül ederek tam bir yutma zorluğu haline gelmiştir. Teşhis: Özofagus alt nihayeti ca. Ameliyat: (Doç. Nihad Dorken). Sol 8 inci kaburga rezeke edilerek göğüs boşluğuna girilmiş ve diyafragma açıldıktan sonra mide fundusunun ve dalağın birbirleri ile bir kitle teşkil ettikleri görülmüştür. Batında ve göğüsde her hangi bir metastaz tesbit edilememiş ve dalakla beraber özofagus alt nihayeti ve midenin üst yarısı blok halinde çıkarılmıştır. Ameliyattan sonra her hangi bir komplikasyon husule gelmemiş, fakat 6. ncı günü hasta birdenbire komaya girmiş, bu komanın sebebi yapılan bütün araştırmalara rağmen karanlık kalmış ve hasta vefat etmiştir.

Vak'a IV.— 56 yaşında İstanbullu işçi. Hastalığı kliniğe gelmeden 5 ay evvel disfaji ile başlamıştır. Bize geldiği zaman tam bir disfaji vardı. Teşhis: özofagus alt nihayeti ca. Ameliyat (Doç. Nihat Dorken). Özofagus alt nihayeti ve total mide rezeksiyonu trasesokolik Y anastomozu. Şifa.

Vak'a V.— 43 yaşında Antalyalı çiftçi. Hastalığı kliniğe gelmeden 8 ay evvel xypchoideus arkasındaki ağrı ile başlamıştır. 4 ay sonra ilk yutma zorlukları ortaya çıkmış ve bu sür'atle tekâmül etmiştir. Teşhis: özofagus alt nihayeti ca. Ameliyat (Doç. Dr. Nihat Dorken). Göğüs mutad şekilde 8. inci kaburga çıkarılarak açıldıktan sonra diyafragma açılmış ve kara ciğerde ve para aortal lenf bezlerinde müteaddit metastazların mevcudiyeti görülmüş ve radikal bir müdahale imkânı olmadığı tesbit edilmiştir. Bunun üzerine transtorasik palyatif özofago gastrostomi yapılmıştır. Ameliyattan sonra hiç bir komplikasyon olmadan ameliyat yarası kapanmış, hasta ağzından yemeğe başlamış ve kilo almıştır. İsrarı üzerine taburcu edildi.

Vak'a VI.— 50 yaşında Edirneli Posta müvezzii. Hastalığı 4 ay evvel yutma zorluğu ile başlamıştır. Bize geldiği zaman ancak püreler geçebiliyordu. Teşhis: Özofagus alt nihayetinde Ca. Ameliyat: (Prof. F. Arel). Mutad şekilde sol 8 inci kaburga çıkarılarak trans plöral girilmiş, tümörün midede bir hayli ilerlemiş olduğu görülerek özofagus ile beraber total mide rezeksiyonu yapılmıştır. Trans mezokolik alınan bir jejunum ansası üzerine termino lateral anastomoz ilâve edilmiştir. Şifa.

Vak'a VII.— 25 yaşında Araçlı ev kadını. Hastalığı kliniğe müracaattan 8 ay evvel yutma zorluğu ile başlamıştır. Teşhis: Özofagus alt nihayeti Ca. Ameliyat: (Doç. Dr. Nihad Dorken). Özofagus alt nihayeti ve midenin üst kısmı çıkarılmış ve özofago gastrostomi yapılmıştır. Ameliyattan sonra ampiyem husule gelmiş ve antibiotiklerle tedavi edilmiştir. Şifa.

Vak'a VIII.— 56 yaşında İslâhiyeli emekli memur. Hastalık 5 ay evvel yutma zorluğu ile başlamış ve bu disfaji sür'atle ilerleyerek tam bir tıkanmaya inkilâp etmiştir. Teşhis: Ca. Ameliyat: (Prof. F. Arel). Tümörün inoperabl olduğu görülerek palyatif özofago-gastrostomi yapılmış. Hasta ameliyat gecesi şoktan çıkamıyarak vefat etmiştir.

Vak'a IX.— 45 yaşında Alucuralı çiftçi. 1,5 sene evvel sternum arkasında ağrı ile hastalanmış ve bir sene bu şekilde devam ettikten sonra zayıflamaya başlamış, 6 ay evvel de yutma zorluğu husule gelmiştir. Bize geldiği zaman yalnız sulu yemekler geçecek kadar bir darlık vardı. Özofagus alt nihayeti Ca. Ameliyat: (Doç. Dr. Nihad Dorken). Tümörün mahdut ve metastazsız olduğu görülerek özofagus alt ve mide üst kısmı çıkarılmıştır. Şifa.

Vak'a X.— 40 yaşında, Çanakkaleli ev kadını. Hastalığı 6 ay evvel yutma zorluğu ile başlamıştır. Teşhis ca. Ameliyat: (Doç. Dr. Nihad Dorken). Özofagus alt nihayeti ve total mide rezeksiyonu. Temâdiyet trans mezokolik Y anastomozu ile temin edilmiştir. Şifa.

Vak'a XI.— 55 yaşında Romanyalı amele. Hastalığı kliniğe gelmeden 1,5 sene sternum arkasında ağrı ile başlamış ve bir müddet sonra sert gıdalar geçerken takıldığını hissetmiştir. Bize geldiği zaman tam disfaji. Teşhis alt nihayeti Ca. Ameliyat: (Doç. Dr. Nihad Dorken). Ameliyatta kısmen mahdut bir tümör bulunmuş ve metastazların teşekkül etmediği görülerek ameliyata başlanmış ve tümörün yapışık olduğu dalak ve pankreas kuyruğu da kitle halinde çıkarılmış ve özofago gastrostomi yapılmıştır. Şifa.

Yukarda müşahedelerini kısaca arzettiğim hastalarımızın en genci 25, en yaşlısı ise 60 yaşındadır.

Ameliyat için hastanın yaşı büyük bir kontrendikasyon teşkil etmemektedir. Burada mühim olan denütrasyon vaziyeti ve parankimatöz organların durumudur. Bundan dolayı ameliyattan evvel böbrek ve karaciğerin büyük bir dikkatle kontrol edilmesi ve şayet her hangi bir bozukluk görülürse bunun teşhisinden evvel ameliyat kararı alınmaması lâzımdır.

Bundan dolayı ameliyat esnasında ve ameliyattan sonraki reanimasyonun büyük bir değeri vardır ve hastanın durumu ile uygun bir reanimasyon yapmak için vak'ayı dikkatle ettüt etmelidir.

Vak'alarımızın % 80 i erkek, % 20 si kadındır. Özofagus kanserlerinin seyirlerinin yavaş olduğundan bahseden yazarlar vardır. Hatta bunların fikirlerine göre bu tip habis tümörler uzun zaman metastaz husule getirmeden seyretmektedirler. IX. uncu vak'amız bu bakımdan güzel bir misal vermektedir. İlk hastalık belirtisi olan retro sternal ve retro xyphoidien ağrı başladıktan bir sene sonra ancak ilk yutma zorlukları ortaya çıkmış ve bu da 6 ay gayet yavaş olarak tekâmül etmiştir. Nitekim ilk belirtiler başladıktan 1,5 sene sonra yapılan torakotomide tümörün mahdut olduğu görülmüş ve total bir mide rezeksiyonuna lüzum olmadığı tesbit edilmiştir.

Özofagus kanserlerinin klasik şekillerinin yutma zorluğu ile başladığı bilinmektedir. Bununla beraber bazı şekillerde ilk arazın ağrı olduğu görülmüş fakat bunun seyrek bir başlama olduğunda birleşmiştir. Bizim vak'alarımızdan 6 tanesinde ilk araz dysphagie (% 60) 4 tanesinde ise ilk belirti olarak xyphoide arkasında bir ağrı ile hastalık başlamıştır.

Şurasına kısaca işaret etmek lâzımdır ki özofagus kanseri mes'elesinde hastalar doktora çok geç müracaat etmektedirler. Bundan dolayı ameliyata gelenlerin büyük bir kısmı inoperabl bulunmaktadır. D'Allaines'nin fikrine göre müracaat eden vak'aların yalnız % 10 u radikal müdahaleye müsait olarak bulunmaktadır. Resano 8 cm. uzunluğu tecavüz eden özofagus kanserlerinin radikal olarak tedavi edilmemeleri fikrindedir. Bununla beraber endikasyon konusunda cerrahların tecrübeleri ilerledikçe endikasyonların da genişlediği görülmektedir. Devre devre rakkam veren aynı bir cerrah zaman geçtikçe daha müdahalekâr bir vasıf almaktadır. Hatta Sweet palyatif özofagus rezeksiyonu tavsiye etmektedir.

Neticeler: Biz 10 vak'amızdan 8 tanesinde radikal ameliyat yaptık, ve bunlardan 1 tanesini anastomoz fistülünün husule getirdiği denütrasyon, diğer birini sebebi anlaşılamayan bir koma ile kaybettik, 6 vak'a şifa bulmuştur. Bu suretle 8 vak'ada mortalite % 25 dir. Lortat-Jacob özofagus alt nihayeti tümörlerinde % 33 bir mortalite vermektedir. Fakat Sweet ve Pack gibi müelliflerin mortaliteleri çok düşüktür. Total mide rezeksiyonu yapılan 4 vak'adan ilk vak'ayı fistül ile kaybettiğimiz göz önüne alı-

nırsa buradaki mortalite de % 25 demektir, fakat duodenum fistülü olan vak'amız ileri derecede düşkün bir hasta idi ve ameliyattan evvel yapılan bütün ihtimama rağmen genel durumu düzeltmek ve biraz kalkındırmak mümkün olmuşsa da bu istenilen derecede olmamıştır. Buna rağmen müdahalede radikal bir yol takip etmekten kendimizi alamadık. Koma ile vefat eden vak'amızda ölüm sebebi ihtimal üremi ve böbrek fonksiyonlarının yıkılmasıdır. Burada ameliyatın kendisine hamledilebilecek bir komplikasyon yoktur. Burada şuna da işaret etmek lâzımdır ki uzun zamandanberi normal tegaddi imkânlarını kaybetmiş olan bu hastalarda 3 - 4 saat süren bu büyük müdahalenin risklerini daima kabul etmek lâzımdır.

Bu 10 vak'amızda tesadüf ettiğimiz komplikasyonlara gelince: mortel komplikasyon olarak bir dikiş bırakması ile yukarda izah ettiğimiz bir komaya şahit olduk. Bunun dışında, 1, postoperatuvar ampiyem ve bir de parotitis husule geldi ve yapılan münasip tedavi ile bunlar iyi oldu.

HÜLÂSA

Ameliyatla tedavi edilen 11 özofagus alt nihayeti kanseri tahlil edilmekte ve hastaların kısa müşahedeleri bildirilmektedir. Bunu müteakip alınan neticeler dünya literatüründeki neticelerle mukayese edilmektedir.

SEKSİYON D :

28 Eylül 1952 Pazar

Saat : 9.00

İstanbul Üniversitesi Hukuk ve İktisat Fakülteleri
VII. No. lu Dershanesinde

Başkanlar : *Ord. Prof. Dr. Tevfik Remzi Kazancıgil*
Dr. Feridun Şevket Evrensel

MİADA VARAN DIŞ GEBELİKLER

Doç. Dr. Kâmil Akol

Dış gebelik oldukça sık görülen çok önemli ve tehlikeli bir hastalık olduğu ma-lûmdur. Jinekoloji sahasında çalışan hekimler, dış gebelik vak'alarının, rüptür veya avortman tübere maruz kalarak, gelişmelerinin durmasına hemen ekseriyetle pek erken aylarda tesadüf ederler. Bunların mühim bir kısmı ilk aylarda, daha az bir kısmı da 4 - 5 aylık arasında ve nadir olmak üzere 6 - 7 nci aylarda görülmektedir. Fakat 7 aylıktan sonra daha ileri aylara kadar büyüyen dış gebeliklerin mevcudiyeti bir za-manlar fevkalâde nadir zuhur ettiği sanılmış ise de sonraları ve bilhassa zamanımızda bir çok kadın kliniklerinde dış gebelik vak'alarından bir kısmının da gebeliğin 8 - 9 un-cu, hatta 10 uncu ayının sonuna kadar bile büyüdüklerine ve hatta canlı çocuk çıkarıl-dığına ve bazan da miadının geçtiğine rastlanılmış olduğu yazılmaktadır.

Gebelik aylarının adedi çoğaldıkça vak'aların adedi azaldığı ve bu azalma nisbe-tinden ziyade makûsen mütenasip olarak diyagnostik ve tedavileri daha büyük ehem-miyet kesbetmektedir. Bu yüzden erken ve geç aylardaki dış gebelikleri mukayese et-mek zarureti hasıl oluyor. Erken aylardaki dış gebelikler hakkında bilgilerimiz, tecrü-belerimiz çoktur, kanaatımız ve nihayet hattı hareketimiz hemen taayyün etmiş bir durumdadır. Halbuki ilerlemiş aylardaki dış gebeliklerde mesele böyle değildir. Bunla-rın her bakımdan hususiyetleri vardır; klinik, anatomo-patoloji, semptom ve tedavileri bambaşkadır. Mevzuumda bu hususiyetleri tebarüz ettirmek istiyorum.

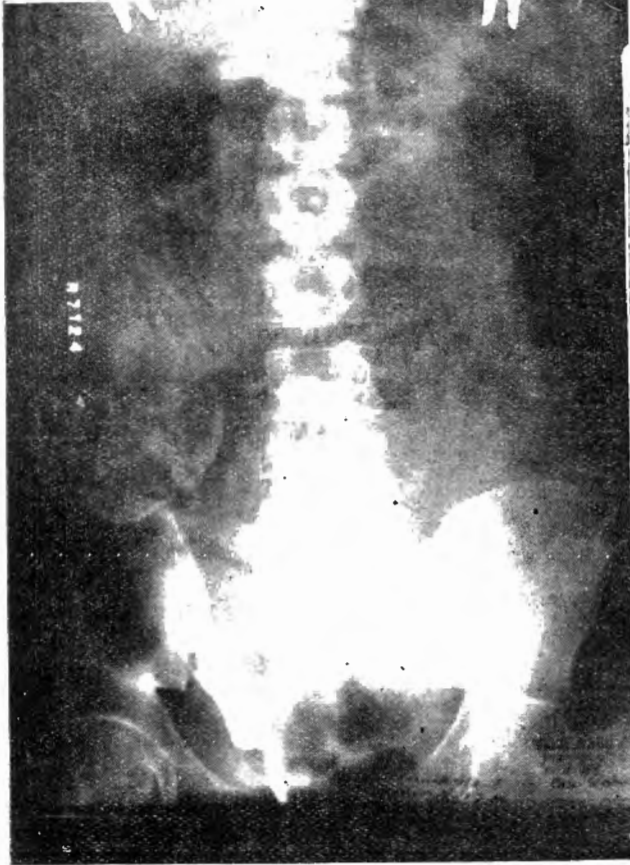
Miada varan dış gebeliklerde teşhis çok güçtür. Normal gebeden farkı yok gibidir. Doğumu yakın bir kadında hangi semptomların bize dış gebeliği haber verebileceğini bilmek çok mühimdir. Miada gelmiş birçok dış gebeliklerde, büyük doğum hekimleri bile normal gebelik zannederek normal doğumu beklemişlerdir. Hatta ilaçlar ve enstrümanlarla doğum ağrılarını uyandırmaya teşebbüs etmişlerdir. Ve ancak bunlardan sonra teşhise varabilmişlerdir. Bu konuya taallük eden literatür araştırılacak olursa uterus dışında büyüyen fötüsün tam miada kadar yetişmesi pek nadir bir hadise olmadığı kanaatine varılır. Miada varan birçok dış gebelik vak'alarında canlı çocuk çıkarıldığı pek çok müşahedelerde kayıtlı bulunmaktadır. Bunlardan gayri daha garip olarak, miada varan bazı dış gebeliklerde çocuk tuba veya uterusun aksesuar kornu içerisinde veya doğrudan doğruya barsaklar arasında olarak 10 ay zarfında büyüdüktan sonra ya bir hekim tarafından görülüp canlı veya ölü olarak ameliyatla çıkarılır veya hekime tesadüf edemezse anada yalancı doğum ağrıları (pseudo-travail) denilen ağrılar başlar, bu ağrılar bir iki gün sürdükten sonra bir türlü doğmasına imkân olamayan çocuk nihayet ağrıların kesilmesi ile anasının karnı içerisinde kalır ve tabiatile ölür, maserasyon, kalsifikasyon ve süpürasyon gibi birçok değişikliklere uğrar olarak yine çıkarılması bir tesadüfün veya mecburiyetin doğurabileceği bir laparotomiye mütevakıf olur.

Miada gelen dış gebeliklerin değişik şekilleri çok görülmüş ve yazılmıştır. Bunların neşriyatta görülmesi nadir birşey olmaktan çoktan çıkmış, fakat buna rağmen büyük bir materyel içerisinde uzun seneler çalışmış olan büyük doğum hekimlerinin bile hayatları boyunca ancak birkaç vak'adan fazlasına rastlayamadıkları da göz önünde tutulmaya değer. Amerikada bulunduğum zaman dünyanın en büyük ve modern maternitesi olan 400 yataklı ve senede 10,000 den fazla hasta devreden (Margaret Hague Maternity Hospital) in direktörü çok tecrübeli akkuşör - jinekolog Prof. Dr. S. Cosgrove 34 senelik meslek hayatında büyük bir materyel içerisinde ancak 3 defa tesadüf ettiğini söylerdi (1948).

Umumiyetle ve bilhassa Amerikada miada gelmiş dış gebelik deyince 7 aylığını doldurmuş gebelikleri kabul etmektedirler. Bizim kliniklerimize gelince: Bu tarzda vakalara bizde de çok tesadüf edildi. Bunların bir kısmı 7 aylıktan küçüktür. Diğer bir kısmı da 7 aylıktan büyük yani miada yakın ve miada varanlardır. Bu tebliğimi 7 aylığını geçmiş olanlara yani en ziyade nadir olan şekline hasrediyorum. Asistanlık hayatımdan bugüne kadar (1928 - 1952) bizde tam miada yakın olarak üç vak'aya tesadüf edildi. Benim bulamadığım ve duyamadığım neşredilmemiş başka vak'alarda belki vardır. Bizimkilerin birisinde klinik asistanı idim. Vak'anın takibine ve lityodol zerk edilerek radyografisinin yapılmasına memur edildim ve ameliyatını asiste ettim. İkincisi de, takip ve ameliyatını bizzat yapmak suretile şahsi müşahedelerim arasına girmiş bulunuyor. Üçüncüsü, İst Üniversitesi Tıp Fakültesi II. Kadın-Doğum Kliniğinde görülen vak'adır ki, Prof. Dr. Naşid Erez'in müsaadesile takdim etmekteyim. Miada gelen dış gebeliklerin ve kendi vak'alarımızın hususiyetlerini tebarüz ettirmenin birkaç cihetten enteresan olacağını umuyorum. 1— Nâdir olmaları ve değişik şekilleri. 2— Dünya literatüründe mecmu adetini ne mikdara vardığının bilinmesi. 3— Doğumu yakın gebe bir kadında, uterus dışı gebeliğini hangi semptomların gösterebileceği, 4— Ameliyatta plasentanın çıkarılmaması hususundaki modern kanaatlerin ispatı ve hayati ehemmiyetleri...

Vak'a: I Tıp Fakültesinin Haydarpaşada bulunduğu zamana ait olup 17.4.1929 tarihinde Prof. Dr. Kenan Tefvik Sezenel tarafından ameliyatı yapılmıştır. Bu hasta dahiliye kliniğinden asit teşhisile muayene için jinekoloji servisine gönderilmişti. Ameliyatında karın açıldığı zaman evvelâ insan başı büyüklüğünde fibröz bir kist ve kistin

arka duvarından kordon umbilikal çıktığı ve barsaklar arasında bulunan ekstra membranöz ve canlı fötüste nihayet bulunduğu görüldü. Mühim hususiyetleri şunlardır: Gebeliğin 8 inci ayın sonuna kadar devamı, fötüsün canlı olarak çıkarılması ve ekstra membranöz olarak barsaklar arasında büyümüş bulunması, plasentanın kısmen duglas



Şekil: 1 — Birinci vak'anın lityodolla yapılan radiografisi

peritonuna kısmen barsaklar üzerine irtikâz etmiş bulunmasıdır. Bu vak'ada plasentadan kalan ve çıkarılmayan parçalar için mikulic drenajı konmuştu. Bu bir sekönder abdominal dış gebelik olup başlangıçta sol tüpte husule gelmiş ve bu tübün erken aylarda rüptürü ile karın boşluğuna düşmüş olduğu anlaşıldı. Bu vak'a 1929 senesinde Prof. Kenan Tevfik tarafından Santral Blat'ta neşredilmiştir.

Vak'a: II — Birinci Kadın-Doğum Kliniğimizin hastasıdır. Prot. No: 1822; bayan E.A. 23.2.1949 tarihinde over kisti teşhisile poliklinikten gönderiliyor. Hikâyesi ciddi dikkate değer. Hastaneye kabul edildiği tarihten 15 ay evvel gebe kalmış, gebeliği ilerledikten sonra çocuk hareketlerini duymıya başlamış; gebeliğin 10 uncu ayı sonunda doğum ağrıları başlıyor, beklenen çocuk bir türlü doğamıyor, ağrıları da kesiliyor, bunu takip eden aylarda kadın muntazam adet görmeye ve karındaki şişlik ufalmıya,



Şekil: 2 — İkinci vak'anın aksesuvar korn içinde miadı geçen fötüs'a ait piyesinin fotoğrafı

başlıyor; muayenesinde: Karın içerisinde kolayca hareket eden insan başından büyük kistik bir kitle ve bu kitlenin iki tarafında mandalina cesametinde daha sert iki kitle hissediliyor. Hikâyesinden karışık bir dış gebelik vak'ası olduğu düşünülerek radyografî yaptık, fötüsün iskeleti vazihan görüldü. Uterus kavitesine de lipyodol zerkederek soldaki mandalina cesametindeki sertliğin uterus olduğu anlaşıldı. 26.2.1949 günü tarafından laparotomi'si yapılarak tümörü olduğu gibi çıkardım. Çıkarılan piyesin içerisinden 50 cm. uzunluğunda masere erkek bir çocuk çıktı. Bu vak'anın hususiyetleri: Nebinhorn dış gebeliği olduğu radyolojik ve histolojik olarak tahakkuk etmesi, miadı gelip geçişi, psödo travay husulü, yalancı ağrılardan 5 ay sonra hastaya ameliyat yapılmasıdır. Bu vak'anın en büyük hususiyeti şudur; gebelik korpus lüteumunun gebeliğin bulunduğu tarafta olmayıp mukabil taraf overde oluşundan ovül fecondenin periton dahilinde seyredip karşı tarafta bulunan nebinhorna yerleşmiş bulunmasıdır. Uterus ve nebinhorn kaviteleri arasında bir iştirak bulunmadığı radyolojik ve histolojik olarak sabit olması ovülün seyahat ettiğine delildir. Bu vak'ayı geçen sene lasemen, dezopitonun bizim memleketimize hasrettiği nüshasına dercedilmek üzere yollamıştım, ikinci nüshaya kaldı dediler, nihayet 10.14.1952 tarihli ve 59/60 numaralı lasömen dö-zopitoda yazılmış bulunuyor.

Vak'a: III II. nci Kadın-Doğum Kliniğinin hastasıdır. Prot. No: D. 1022 - 1949, bayan İ. B. 2.6.1949 günü hastaneye giriyor, ikinci çocuğuna gebe, takriben 8 aylık, pyelitis gravidarumdan dolayı yatırılıyor. Tedavi görüyor. 14.6.1949 da şifa ile hastaneden çıkıyor. 25.7.1949 da son derece ödem içerisinde idropizi gravidarum ile tekrar hastaneye giriyor. Hasta nefes alamamaktan çok muztarip, ortopne halinde. Karın çevresi 124 cm., bir müddet sonra çocuğun kalp sesleri hiç duyulmaz olmuştur. Bunun üzerine karın çevresi 102 cm. ye iniyor. Miada gelmiş fötüs ölmüş ve hastanın halinin vahamet kesbetmiş olması dolayısıyla normal doğumu temin için endüksüyona başlanıyor, üç defa ilâçla yapılan ağrı kürüne cevap alınmadığı için kollumun aletlerle dilâ-tasyonuna ve poşdezonun yırtılmasına karar veriliyor. Hegar bujisinin sağa ve yukarıya 12 cm. den fazla gitmemesinden şüphelenilerek ve dış gebelik teşhisi konularak 11.8.1949 tarihinde ameliyata sevkediliyor. Prof. Naşid Erez tarafından yapılan laparatomide uterus sağda normalden büyük olarak bulunuyor. Sol tarafta incelmış müs-küler bir cidardan ensizyonla 50 cm. uzunluğunda 3,5 kilo ağırlığında miadını doldurmuş bir çocuk çıkarılıyor. Fötüsü ihtiva eden kavitenin cidarından yapılan histolojik muayenesi ile tübadan ibaret olduğu ve o zamana kadar pek çok incelmış olmasına rağmen patlamamış bulunduğu sabit oluyor. Laboratuvar No: 645/1949. Bu vak'anın sayılan birçok hususiyetleri arasında en mühim özelliği tüba dahilinde büyümüş olmasıdır.

Miada yakın dış gebeliklerin literatürü amerikahlar tarafından çok etüd edilmiştir. Bland ismindeki müellif 1813 - 1907 ye kadar canlı çocuk olmak şartile 240 adet dış gebelik vak'asının toplu olan kaydını ele aldıktan sonra 1907 - 1939 a kadar da kendisi literatürden 81 vak'a daha toplamıştır ki ceman 321 ediyor. Lask ve Cornell 1933' de ilk defa olarak o zamana kadar görülen 226 vak'anın mükemmel bir tahlilini yapmış ve 1919 - 1932 ye kadar neşredilmiş bütün abdominal dış gebeliklerini tophyarak 10 vak'a da kendisi ilâve edip 236 vak'ada ana mortalitesi nisbetini % 14,3 olarak hesaplamıştır. Bu hesaplarda erken aylarda ana mortalitesi ilerlemiş aylardan daha az görülmektedir. Simon ve Hellman 1935 deki bir yazılarında tam miadda dış gebelik serlevhası altında kendi 5 vak'alarını zikrederek 1809 dan 1933 e kadar 311 adet vak'ayı literatürden toplamışlardır. Hakiki çoğunluğu tayin etmek güçleşiyor. Çünkü bazı eserler bir asır ve bazıları bir buçuk asır ihtiva etmektedir. Bunlar arasında tekrar alınmış birçok vak'alar olabilir. Hiç biri de umumî vak'aları birden tophyamamıştır.

En modern istatistik şudur: Hundall, Ware ve Richmond, Virginia Tıp Koleji hastanelerinde 17 sene zarfında (1930 - 1946) 28 haftayı yani 7 aylığı geçen 13 adet kendilerinin dış gebelik vak'alarını takdim ederlerken Simon ve Hellman'ın topladıkları tarihin sonundan itibaren yani 1935 denberi 1948 e kadar 249 adet 7 aydan fazla dış gebelik vak'alarını toplamışlardır. Bunları çok iyi tasnif ederek 37 ana ölümü % 14,85; doğan 251 çocuktan yalnız 60 ı hayatta kalmıştır, % 24; bunlardan başka 50 çocuk ameliyattan birkaç saat veya birkaç gün zarfında ölmüşlerdir. 140 çocuk ameliyatta ölü olarak çıkarılmıştır. Bu vak'alar arasında iki defa ikiz mevcuttur. 152 çocuk miadında 72 çocuk prematüre ve 23 çocuk miadını geçmiştir. Miadı geçenlerin bir tanesi 6 senelik, bir tanesi 9 senelik, bir diğeri de 26 seneliktir. Bu analar ara senelerinde hayattar çocuk da doğurmuşlardır. Dr. Louis Douglass 1931 de karaciğer sirozu ve asit teşhisi ile gelen alkolik bir kadından yüksek miktarda mayii ponksiyonla karından birkaç defa boşaltıyor ve kadın evine gidiyor. Aynı hasta 1934 de gebe olarak hastaneye gelip normal bir çocuk doğuruyor, doğumdan sonra karnına palpasyon yapılırken pelvis içinde kemikler mevcudiyeti hissedildiğinden röntgenle fetal kemikler mevcudiyeti gözüktüyor, hasta ameliyatı reddederek çocuk iskeletinin karnında kalmasını tercih ediyor. Bu kadının o günkü doğumundan üç sene evvel tedavi edilen asit hikâyesinin bir abdominal gebelik olduğu anlaşılıyor. Nihayet hastaya 12 sene sonra 1946 da yapılan röntgenle kemiklerin halâ pelviste mevcut olduğu görülmüştür. Hundall, Ware ve Richmond, kendilerinin miada yakın 13 vak'alarında ana ölümünü % 30, 76 ve erken aylardaki 115 dış gebelik vak'alarında % 1,7 bulmuşlardır.

Her yeni miada varan dış gebelik vak'ası teşhis ve tedavide yeni bir mesele vücude getirir:

Erken teşhis edilen vak'alarda anne ve çocuk ölümü daha az vuku bulduğu istatistiklerle sabittir. Elverir ki yalancı ağrılar başlamadan evvel teşhis edilmeli veya normal gebelik zannederek doğum ağrılarının davetine ilaçlarla veya âletlerle teşebbüs edilmiş olmamalıdır. Lüzumsuz ağrı uyandırma teşebbüsleri tehlikeler vücude getirmekte ve hastaların ölüm pürsantajını pekçok yükseltmektedir. Ağrı uyandırma teşebbüsü yapılmıyan vak'alarda kurtulmak şansı daha çoktur. Maalesef birçok kerreler hastalığın teşhisi ancak âletler ve balonlarla doğumu temin etmek teşebbüsü yapılrken mümkün olabılmıştır. Çok tecrübeli doğum hekimleri bile hastanelerinde bu hataya düşmüşlerdir. Mühim bir kısım hastalarda kollumun açılmadığı ve doğuramadıkları için hastaneye getirilmişlerdir. Normal gebeden hemen hiç farkı olmıyan bu hastaların dış gebelik olduğu kolay kolay hatıra gelemez. Günün birinde gebelerimiz arasında miada gelmiş bir dış gebeliğe tesadüf etmiyeceğimizi kim temin edebilir.

Miada yakın dış gebeliklerde teşhis için yardım edici alâmetler birçok doğum hekimlerinin görüşlerine göre şunlardır: Gebe kadın zaman zaman karnında ağrılar ve sancılar hisseder, atipik prezantasyonlar görülür, çocuğun kalp sesleri kuvvetli duyulur, hareketi çok fazla veya çok azdır, palpasyonda çocuk cilde yakın hiss olunur kollum uzun, kalın ve serttir, kanalı kapalıdır, normal gebeliklerde olduğu gibi yumuşak bulunamaz, porsiyon daima anormal pozisyonda ekseriyetle yüksek ve bir tarafa itilmiş vaziyettedir. Uterus yerini değiştirmiş ve büyüklüğü çok kerre 2 - 3 aylığa yakın gebelik gibidir. Çocuğun ölümünden sonra uterusun büyüklüğü azalır. Bu görüşler hekimine şüphe verebilirse dikkatli bir anemnez almak, karından ve vajenden dikkatli muayene etmek teşhise yaklaşıtır.

Röntgen ve histerografi yapmak teşhisi tesbit eder.

Bu hastalığın tedavisinde iki cihet mühimdir. 1 Ameliyatı ne vakit yapmalıdır, ve nasıl yapmalıdır? II — Plasentayı nasıl çıkarmalıdır? Miada varan dış gebeliklerde erken ve geç müdahale taraftarlığı vardır. Çocuğun biraz büyümesini bekliyelim diyenler varsa da teşhis edilir edilmez müdahale taraftarları daha pek çoktur. Gebelik

nekadar az ilerlemiş olursa o kadar tehlike az olduğu yazılıdır. 4 - 5 aylık dış gebelikte beklemek muvafık olmazsa da, 8 aylık gebeliklerde 2 - 3 hafta beklemeyi münasip görenler vardır. Eğer yalancı ağrılar başlarsa o zaman acele etmek lâzımdır. Çocuk viyabl ise plasentayı bırakmak şartile derhal ameliyat yapmak en muvafıktır. Tessitore, Champion ismindeki müelliflere nazaran eğer çocuk ölü ise ameliyatı 6 - 8 hafta tehir etmelidir (1938). Bu suretle plasenta deveranı durmuş olur ve kanama tehlikesi ortadan kalkar. De Lee bu maksat için 7 - 20 gün kâfidir diyor. Beck ve Mc Neile çocuğun hayatını kurtarmak için 38 inci hafta sonuna kadar bırakmayı muvafık buluyor(1937) Tonneau aksi olarak sakfötal'in enfeksiyonundan korkarak derhal müdahaleye taraftardır. Çocukların hepsinde viyabilite az olduğundan derhal müdahaleye taraftar müelliflerin adedi daha fazladır. Ameliyatın abdominal olarak yapılması lâzımdır. Bazıları keseği ve plasentayı tamamen bir seansta çıkarmışlardır. (Radikal tedavi). Bazıları da keseği marsübyalize ederek bırakmışlardır. (Konservatif tedavi). Radikal olarak plasentanın çıkarılması büyük teknik güçlükler ve büyük tehlikeler doğurabilir. Plasentanın irtikâz etmiş olduğu paryetal, lombosakral ve mezo entestinal büyük damarların yırtılması durdurulamaz ve öldürücü büyük hemorajiler meydana getirir. Bu sebeple birçok operatörler radikal müdahaleden ziyade konservatif müdahaleyi tercih etmişlerdir. Marsilya kongresinde Pinard (1895), Segond (1896), keseği ve plasentayı yerinde bırakarak marsüpyalize etmeyi ve Mikulicz tamponu koymayı tavsiye ediyorlar, böylece plasenta azar azar itrah oluyor, fakat uzun zaman sürüyor. Mahzuru enfeksiyon, evantrasyon ve septisemi yapmasıdır. Operatörler septisemiden ziyade hemorajiden korktukları için muhafazakâr kalmayı tercih etmişlerdir.

Plasentayı çıkarma meselesi ana mortalitesi üzerinde çok ehemmiyetli bir faktördür.

Plasentanın irtikâz yerlerinde periton, barsaklar ve mezoları, omentum ve büyük damarlar vardır. Bundan dolayı çıkarılması tehlikeli hemorajilere ve ölümlere sebebiyet verdiği için, plasentayı çıkarmak için türlü metotlara müracaat edilmiştir.

I — Kabilse ve kolaysa ve kanama tehlikesi görülüyorsa tamamen çıkarmak.

II — Çıkarması kabil ve kolay olan kısmı çıkarıp kalan kısmı için mikulçle drenaj yapmak.

III — Tehlike görülüyorsa tamamen bırakarak yine Mikulicz drenajı yapmak.

IV — Tamamen bırakarak kordonu bağlayıp hiçbir drenaj yapmaksızın karın divarını kapatmak.

1913 te Beck abdominal dış gebeliklerde plasentanın irtikâz yerleri kolaylıkla ligatüre edilemeyecekse plasentayı yerinde bırakmak lâzımgeldiğini söylüyor. Bu vak'alarda karın divarını da drenaj yapmaksızın kapatmayı tavsiye ediyor. Kendisi birçok hayvanlar üzerinde tecrübe yaparak periton boşluğu içinde hiç bir zararlı netice husule getirmeksizin plasentanın absorbe olduğunu görmüştür. Beck'in bu yazısından sonra birçok kliniklerde plasentanın yerinde bırakılması ve karın divarından hiçbir drenaj yapılmıyarak tamamile kapatılması pek çok müsait neticeler verdiği tecrübelerle ve istatistiklerle basit olmuştur. Bu vak'alarda 35 gün müddetle Aşhays müsbettir. Koagülân maddeler, penisilin, sülfamid kullanmak muvafıktır.

Dr. Ware bir vak'asında plasentayı yerinde bırakıyor, hastanın ateşi normal cereyan ediyor. İki sene sonra aynı hastaya intra-uterin bir gebelikte sezaryen yaptığı sırada periton kavitesini dikkatle araştırarak sağ tübanın üzerinde omentumun küçük iltisakından başka birşey bulamıyor. Dr. Wilbur, E. Hoffman miada varmış bir dış gebelik vak'asında plasenta çıkarılırken hastanın öldüğünü görmüştür. Bundan sonra kendisi hayatında 3 defa miada gelmiş dış gebelik ameliyatı yapmış, bunların ikisinde plasentayı karın divarından hiçbir drenaj yapmaksızın olduğu gibi yerinde bırakmış, hastaların her üçü de kurtulmuştur.

HÜLÂSA

Bazı dış gebeliklerde fötüsün sonuncu aylara hatta 10 uncu aya kadar büyüdüğü ve bir kısmının da canlı olarak ameliyatla çıkarıldığı hakkında birçok müşahedeler mevcuttur. Bizim kliniklerimizde 24 sene zarfında pek nadir hususiyetleri haiz üç vak'a zuhur etti. Bunlardan birisinden miada varmış canlı çocuk barsaklar arasından çıkarılmıştır. Diğer gebeliğin 10 uncu ayında yalancı doğum ağrıları çektikten 5 ay sonra ameliyatla çıkarılmıştır. Bu vak'a aksesuvar korn gebeliğidir. Ve ovülün periton boşluğunda bir taraftan diğer tarafa seyahatini ispat etmektedir. Üçüncü vak'a 10 aya varmış tüba gebeliği olup ağrı uyandırılırken teşhis edilmiştir.

Hundall, Ware ve Richmond'un 1935 den 1948 e kadar dünya literatüründen topladıkları 249 adet 28 haftalıktan fazla dış gebelik vak'alarında 37 ana, 191 çocuk ölümlü vukua gelmiştir. Bunlar arasında 152 çocuk miadında 72 çocuk prematüre, 23 çocuk miadını geçmiştir. Miadı en çok geçen 3 vak'a arasında en fazlası 26 seneliktir. Miadı geçen vak'alarda analar ara senelerinde canlı ve normal çocuk da doğurmuşlardır. Doğumu yakın bir kadında gebeliğin uterus olduğunu düşünmek ve teşhis koymak güçtür. Her vak'a ayrı bir meseledir. Semptomları gözönünde bulundurmak teşhise yardım eder. Vaktinde teşhis ana ve çocuk ölümünü azalttığı istatistikle sabittir. Ameliyatta plasentayı olduğu gibi ve drenaj bile yapmadan yerinde bırakmak hayat kurtarıcı bir usuldür. Bunlarda Ascheim-Zondeck reaksiyonu 45 gün müsbet kalmaktadır.

SUMMARY

Cases of late extrauterine pregnancy.

There are many observations on the extrauterine pregnancy, but only some of them are full-term and there are even some cases where operated upon after ten months of gestation with alive babies.

On the wards of the Medical Faculty of Istanbul we had encountered three cases of late extrauterine pregnancy with very rare particularities. First. Extramembranous and living fetus of 8th. month between the intestines. (This case was published in Zentralbl. F. Gynäk. 34: 1929.) Second. A patient of 10th. month pregnancy had pseudo-labor at home. Five months later diagnosed and operated by me in our clinic. Here was verified an accessory uterine horn pregnancy with the immigration of the ovum from one side to the other. (This case was published in «La semaine des hopitaux» 59 - 60: 1952.) Third. Tubal pregnancy of tenth month. Diagnosis made during the induction of labor. These three cases together were presented by me at the XII Turkish National congress on 28th. Sept. 1952.

In this article many American statistiques and the idea of Beck concerning to lieve the placenta in situ without any drainage of the abdomen, being the best method, are reported.

Early diagnosis and early proper treatment save many mothers and babies.

Dr. Ali Naim User:

Sayın Doç. Dr. Kâmil Akol'un tebliğlerinden çok istifade ettik, teşekkür ederim. Kanaatımca burada 2 noktadan pek az bahsedilmiştir:

1 — Miadına varan dış gebeliklerin akıbeti,

2 — Miadına varan bir çocuk ne zaman çıkarılmalıdır ?

1 — Akibet; yani dış gebelik miadına geldikten sonra olduğu gibi bırakılırsa ne olur?

a — Süptüre eder,

b — Calcifié olur (Taşbebek)

Her iki halde de vajene veya doğrudan doğruya cilde, ekseriya fistülize olur. Naidiren olmayabilir. O zaman tesadüfi bir laparotomi bunu meydana çıkarır.

2 — Miadına varan çocuk en iyisi canlı iken çıkarılmamalıdır. Föetusun ölümünden itibaren 4 ilâ 6 hafta beklemek muvafıktır. Placentanın ayrılması daha kolay olur. Placenta çıkmazsa ısrar etmeyip olduğu gibi bırakmalıdır. Esasen sayın Doç. Dr. Kâmil Akol bu halde placenta'nın resorbe olabileceğini söylemiş bulunuyor. Entraligamententer büyümüş dış gebeliklerde vaziyet biraz farklıdır. Localisationun ehemmiyeti dolayısıyla bunlar farkedildikleri zaman müdahale edilmelidir. Muhterem hocam Ord. Prof. T. R. Kazancıgil 1924 de entraligamentör büyümüş 29 vak'ayı Fransada neşretmiş ve bunların operasyon tekniği hakkında kıymetli fikirler vermiştir. Hocama göre bunları marsupyalize etmeli ve dış gebeliği mümkün mertebe kesesiyle birlikte ekstirpe ettikten sonra Mikulicz tamponunu yapmaktır. Halen bugün dahi bu tekniğe ilâve edecek bir şey olmadığını muhterem yüksek hey'etinize arz ederim.

Doç. Dr. Kâmil Akol: (Cevap)

Sayın hocamız Ord. Prof. Dr. Tevfik Remzi Kazancıgil'e tebliğim hakkında söyledikleri güzel sözlerden dolayı teşekkür ederim. Kendileri, ilerlemiş aylara varan daha başka dış gebelik vak'aları mevcut olduğunu söylediler. Bunun pek âlâ mümkün olabileceğini zaten arz etmiştim. Ancak buyurdıkları vak'alar 7 nci aylarını aşmamış dış gebelikler ise benim mevzuumun haricinde kalmış olacaktırlar.

Dr. Naim User'in noksan sandıkları izahat kongreye takdim ettiğim yazımda tamamen mevcuttur. Ancak buradaki 10 dakikalık dar bir zamanda hepsini söylemeyi imkân bulamadım. Özür dilerim, tabedildiği zaman telâfisi kabil olacaktır.

Dr. Naim User ikinci ve mühim bir noktaya daha temas ettiler. Miada varan dış gebeliklerde çocuğun ölümünden sonra plasenta deveranının duracağı ve kanama tehlikesi kalmıyacağı cihetle «en iyisi çocuğu canlı iken çıkarmamalıdır, çocuk öldükten altı hafta sonra ameliyat yapılmalıdır diyorlar». Bana kalırsa çocukların ölümünü beklemek tercihe değer bir fikir olmasa gerektir. Ancak çocuk zaten ölü ise o vakit ölümünden altı hafta sonra ameliyat yapmayı tavsiye edenler vardır. Bilhassa Prof. P-nard bu fikirde bulunmuş ise de bir çok müellifler ölü çocuklarda bile beklemeyi mahzurlu görmüşler ve taraftar olmamışlardır. Canlı olan çocuklarda viyabiliteyi artırmak için beklemeyi tavsiye edenler çoktur. Canlı çocuklarda bazı ihtimamlar sayesinde ameliyattaki hemoraji tehlikesi bertaraf edilmiye çalışılmış ve normal büyüklükte çıkarılan ve normal büyüyen birçok çocukların hayatı kurtarılmıştır. Miada yakın dış gebeliklerde teşhis edilir edilmez ameliyat yapmak fikri pek eski zamandan beri daima çoğunlukla kabul edilegelmektedir. Bugünün modern kanaatlerine göre de aynı fikir hüküm sürüyor. Eski hekimler plasenta'nın çıkarılmasındaki hemorajiye mani olmak için plasenta'nın kolayca çıkarılabilen kısmını çıkarmışlar, çıkarılamıyan kısmını yerinde bırakıp Mikulicz tamponu yaparak eliminasyonunu temin etmişlerdir. Bugün daha emin yeni bir çare bulunmuştur, o da tebliğimde söylediğim gibi plasenta'nın çıkarılmasında hemoraji tehlikesi görülüyorsa, plasentayı kordonundan bağlayıp olduğu gibi yerinde bırakmak ve karından drenaj bile yapmamak en müsait neticeyi vermiştir. Son tecrübeler ve istatistiklerle sabit olduğunu izah etmiş bulunuyorum.

Istanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi
II nci Cerrahi Kliniği
Fizyoloji Enstitüsü çalışmalarından:

DAMAR CERRAHİSİNE AİT EKSPERİMENTAL ÇALIŞMALAR

Opr. Dr. Zeki Türker — Doç. Dr. Fikri Özer

Muhterem meslekdaşlar,

Bugün yüksek hey'etinize damar cerrahisine ait eksperimental çalışmalarımızın neticesini arzedeceğiz. Yüksek hey'etinizi uzun müddet işgal ve sabrınızı suiistimal etmek maksadiyle insan damar cerrahisine ait diğer şahsi vak'alarımı iki ayrı tebliğde arzetmeyi muvafık bulduk. Bu üç tebliğ müstakil birer çalışma ve konu olmakla beraber çok cepheli bir mevzu olan damar cerrahisinin hususiyetlerini parça parça ifade edeceğinden aşağı yukarı birbirini itmam eder mahiyettedir.

Bu günkü konumuz Doçent Dr. Fikri Özer'le birlikte köpeklrde yaptığımız homojen arter grefleri ve birkaç tane de diğer damar müdahalelerine aittir. Bu vak'alarımızı takdime geçmeden evvel damar cerrahisinin bazı hususiyetlerine ve geçirmiş olduğu safahata kısaca temas etmeyi faydalı buluyoruz.

Malûmdur ki damar cerrahisi cerrahinin en genç şubesidir. Umumi manada bile başlama tarihi pek eski değildir. Umumiyetle bütün cerrahi meselelerinin bu günkü seviyeye erişmesi de pek uzak olmayan bir tarihte ancak mümkün olabilmıştır. Bu, hiç şüphesiz, bu mes'elelerin tekâmülüne esas olan prensiplerin; fikri inkişaf, teknik tekâmül, ve geniş bir bilgi temeline dayanmaya bağlı olmasındandır. Bundan dolayı damar cerrahisi ve onun ana kökü olan umumi cerrahide asepsi, cerrahi âletler, hemostaz, anestezi gibi ana unsur ve prensipler mevcut olmadan doğamaz ve tekâmül edemezdi.

Damar cerrahisi tarihini -biraz da zoraki olarak- ne kadar derinlere götürmek istersek istiyelim bunu A. Paré'nin kanayan arterlere ligatür koyduğu senelerden daha ileriye vardiroyamayız. Ondan evvelki devirlerde damar mevzuunda, bilhassa kanamalarda insanların «dağılmak» dan daha çok şey bildiklerine ait bu gün elimizde hiç bir delil mevcut değildir. Bahususki ligatür hiç bir zaman ne damar cerrahisinin hepsi ne de gayesi demek değildir. Bu günkü anlayışla damar cerrahisinin mânâsı daha geniştir. Bir uzuvda deveran dolayısıyla beslenme yokluğu bozukluğu, veya kifayetsizliği karşısında o uzvun prensipal deveranını yeniden tesis etmek veya bunu kollateral deveran mekanizması ile temin etmek için sütün, anastomoz ve daha birçok müdahalelerle beraber kalbin büyük damarlarındaki anomalileri tashih etmek, kalbde valvül afetlerinde deveran sistemini yeniden tanzim etmek gayesiyle birçok derivasyonlar vesair müdahalelere kadar hududu genişlemiştir. Bütün bunların hepsi ancak kan pıhtılaşma mekanizmasına ait bilgilerin çoğalması, antikoagulan'lar ve hususi sütün ve hemostaz meselesinin icadı ve geniş tecrübeye dayanan bir teknik tekâmülden sonra mümkün olmuştur. Başka bir ifade ile denebilir ki herhangi gaye ile olursa olsun bir damara yapılan cerrahi müdahale ve teknik hususiyetlerin mânâsı damar «sütün tekniği» nde toplanır. Sütün veya anastomoz yerinde husule gelen pıhtılaşmadan dolayı neticelerin muvaffakiyetsiz olması hemen münhasıran bir teknik meseledir. Bu bakımdan damar

cerrahisinin en büyük prensiplerinden birisi olan sütürün tarihi safahatını kısaca gözden geçirelim :

İlk sütür 1792 de HALOWEL ve LAMBERT tarafından yaralanmış arterlere konmuştur. 1886 da POSTEFSKI ve 1895 de de DURAN taraflarından cerrahi müdahaleleri sırasında yaralanan insan arterlerine sütür kondu. Daha birçokları tarafından da bu tarihlerde muhtelif vesilelerle sütür konmuştur. İnsan damarlarına kaza sebepleriyle konan bu sütürlerin muvaffakiyetsiz neticeler vermesi bunun büyük tecrübi çalışma mevzuu olmasını intaç etmiştir. Daha evvel 1775 de ilk defa köpeklerde yapılan tecrübi arter sütürleri bu ihtiyaçtan evvel yapılmış ilmi teecessüstür. İlk muvaffakiyetli neticeyi 1889 da JASSINOWSKI bildirdi. Fakat ne yazık ki bunlar ve bunlardan sonrakilerin hepsi sistemli olmayan ve pratik bir gaye gütmekten ziyade tecrübe merakını ve ilmi teecessüsü tatmin eden münferit çalışmalar hududunu aşmadı. Ve bunların çoğunun da fena netice vermesi hayal sukutu yaratmış, bunları yapanların bazısında damar müdahalelerinin muvaffakiyetsizlikle neticelenmesinin mukadder olduğunu ve bu muvaffakiyetsizliğin biyolojik bir zaruret olduğunu iddiaya kadar vardırmıştır. Fakat şayanı şükrandır ki A. CARREL'in zuhuru bu yanlış telâkkinin önüne geçerek damar cerrahisinde mes'ut bir devrenin başlangıcı olmuştur. A. CARREL ile birlikte GUTHRIE, YAMANEOUCHI'nin sistemli ve mantıki çalışmaları ile bunun bir teknik ve imkân mes'elesi olduğunu isbattan sonradır ki damar müdahaleleri tekrar ele alınmıştır. Ve bugün hemen bütün dünyada üzerinde birçok istikametlerde çalışmalar olan muazzam bir hamle halindedir. Biz de memleketimizde ilk defa olarak bu hamleye katılmış ve memlekette ilk defa yapılan bu çalışma neticesini huzuruza getirmiş bulunuyoruz.

Dünyanın diğer ileri memleketlerindeki çok geniş ve çok cepheli çalışmalarla bu ufak çalışmamız maalesef pek de mukayese kudretinde değildir. Bunun başlıca sebepleri yukardanberi arzettiğimiz hususlara ilâveten sıra ile arzedeceğimiz sebep ve imkân kifayetsizliğinden ileri gelmiştir.

1 — Damar cerrahisi geniş imkân ve hususi birçok şartlar isteyen bir cerrahi şubesidir. Biz bu işe başladığımız zaman elimizde hemen hemen kuvvetli arzumuzdan başka bir vasıta yoktu. İkinci cerrahi kliniği ve Fizyoloji enstitüsünün bütün imkânlarını bir araya getirerek bunu yapmaya çalıştık.

2 — Ana hatları tamamen belli olan bu mevzuun derinlerine, mevcut imkânlarımızla varmak ve meselâ greflerde biyolojik safahatı çok ince metodlarla başka istikametlerle incelemeye muktedir olmadığımızı idrak ettik. Ve ancak mahdut neticelerini beklemekle beraber insan cerrahisi için lüzumlu bir ekzersiz mahiyetinde yaptık.

Biz heyeti umumiyesiyle 15 damar müdahalesi yaptık. Bunlardan 3 tanesi muhtelif tipte damar müdahalesi, diğer 12 si de homojen arter grefi vak'asıdır.

İlk üç tanesinden bir tanesi arteria femoralis'in merkez ucu V. femoralis'in muhiti ucuna ağızlaştırmaktır ki oldukça eski zamanlardanberi etraf gangreni vak'alarında baş vurulan bir müdahaledir. Bizim memlekette ilk defa WITING paşa tarafından Gülhane hastanesinde insanda dört vak'ada yapılmıştır. Neticesi pek parlak olmayan bir müdahaledir. Bizim vak'amızda tromboz teşekkül etti. Burada tromboz teşekkülünün en büyük âmili venalardaki valvüllerdir. İki tanesi de A. Femoralis kesildikten sonra tekrar ağız ağıza getirilerek yapılan anastomozdur ki bunlar da trombozla neticelendi. Diğer 12 vak'anın iki tanesi otogref, 10 tanesi homogrefdir. Grefler arteria carotis'e aittir. Son 10 tanesinden 4 tanesi 5,7,8 ve 11 numaralı tecrübelerimizde muhtelif zamanlarda (on günle bir ay arasında) itlâf edilen köpeklerde grefler açık bulundu. Diğer 6 tanesi de trombozla neticelendi. Bu muvaffakiyetli dört vak'amızdan iki tanesi 4 gün GROSS mahlûlünde saklandıktan sonra kullanılan «depo edilmiş» gref vak'ası. İki tanesi de taze olarak alınan greflerdir. Bu 12 gref vak'asında.

dördünün muvaffak olması evvelce arzettiğimiz gibi düşük bir neticedir. Bu düşük neticede bütün dikkatimize, bütün muvaffakiyet arzu ve ihtimamımıza rağmen malik olduğumuz imkânların kifayetsizliğini belirtmek bakımından da ayrıca mühimdir. Yaptığımız vak'aların bir tanesi hariç diğerlerinde sütür yerlerinde bir ayrılma, iki damar parçası arasında bir biyolojik yapışmamazlık olmadı. Bir tanesinde müdahaleden bir hafta sonra müdahale yerinde küçük bir apse teşekkül etti. Tromboze iki damar parçasının kaynaşmadığını gördük. Hemoraji, teşekkül eden ve 8- 10 santim uzağa kadar yayılan tromboz tıkacı yüzünden husule gelmedi. Hemen hemen hepsinde periarteriel enfiltrasyon görüldü ki bu da asepsi kifayetsizliği ile izah edilebilir. Enfekte olmayan yaralarda enfiltrasyon ve ondan sonra da sert fibroz nesîç teşekkülü husule gelir. Histolojik muayeneler patolojik anatomi enstitüsünde yapıldı. (Şekiller altındaki izahat). Tromboz teşekkül edenlerde grefte çok az zamanda dejeneressans görüldü. Tromboz teşekkül etmeyenlerde umumiyetle evvelâ intima harap olur (24 saatte) ve sonra ana damardan ilerliyen epitel grefin iç yüzünü tedricen kaplar (Şekil - 1). Vak'alarımızda biz de bunu tesbit ettik. Şimdiye kadar yapılan araştırmalar greflerde büyük değişiklik yani dejeneressans vesairenin bilhassa diferansiyel nesîçlerde daha kuvvetli görüldüğünü göstermiştir. Bu bakımdan bilhassa medianın adele tabakası daha çabuk dejenere olur. (Şekil 2 ve 3) vak'alarımızda bu aynen görüldü.

Metod:

Narkoz: 650 gramına 0,025 mlg. nembotal solüsyonu intravenöz enjekte edildi. Böylece hayvanda ortalama 2 - 4 saat kadar tam bir narkoz sağlanmaktadır.

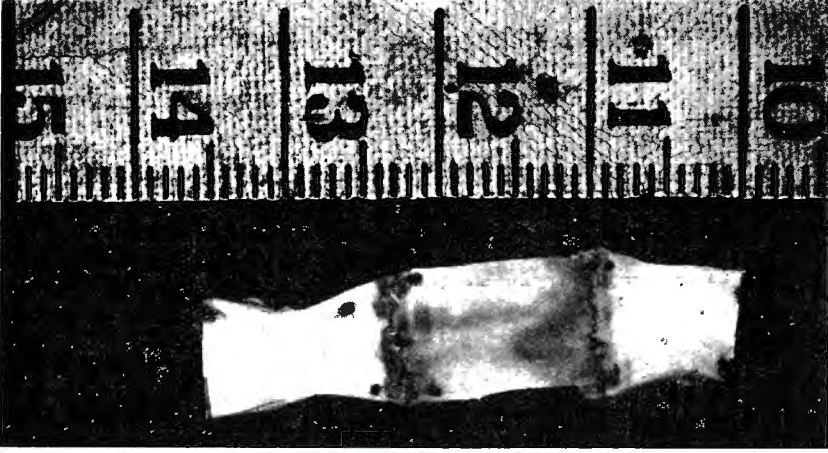
Muvakkat hemostaz: Üniversite atelyesinde yaptırdığımız BLALOCK tipi klamplarla temin edildi.

Anastomoz: 6 (0) siyah ipekli atomatik iğnelerle ve battaniye (eversante) dişi ile yapıldı. Yalnız iki vak'ada sistemli şekilde liquemine kullanıldı. Bu vak'alarda aseptik şerait kâfi olmadığından yine tromboz teşekkül etti (6 ve 10 numaralı tecrübeler).

Netice:

Damar grefi mümkün bir hadisedir. Muvaffakiyet için bilhassa mutlak dereceye yakın (bakteriolojik) bir asepsi birinci derecede ehemmiyetli bir unsurdur. Anastomoz tekniği ve anastomoz edilen iki arterin çap uygunsuzluğu da asepsi gibi birinci derecede rol oynayan bir unsurdur.

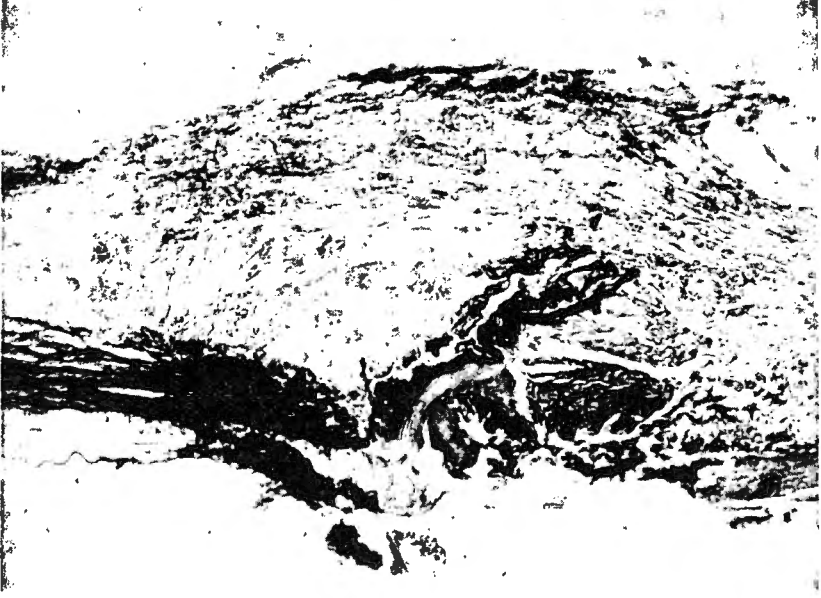
(Bu çalışmamız 22 Mayıs 1951 de Türk Tıp Cemiyetinde tebliğ edilmiştir.)



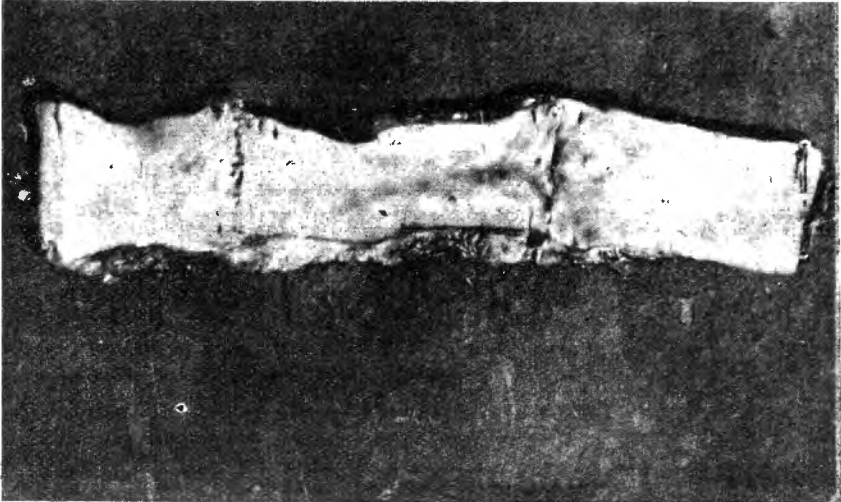
Şekil 1 a : 10 günlük Homogref (arteriële) Periarteriyel reaksiyon damar lümiyeri açıktır. Sütür hattı üzerinde gözle görülebilen çok ufak ve ince tromboz.



Şekil 1 b: İntima tamamen harap olmuştur. (Görülen boşluk preparat hatasıdır).



Şekil 1 c: Grefte endotel harap olmuştur. Mediada kısmen (sütür hattında harabiyet vardır). Bu harabiyet noktaları grefin diğer media kısmında yoktur. Sütür hattına yakın iplik bakiyeleri etrafında yabancı cisim dev hücresi ihtiva eden bol miktarda polimorf nüveli lökosit ve plazma hücreleri. Birleşme yerinde media ve adventitia lifler arasında kanamalar. (İst. Üniv. Patolojik Anat. Enst. Rap. No. 950/5)



Şekil 2 a : 26 günlük homogref: Lümiyer açık dikiş yerlerinde makroskopik olarak iltiyam tam. Sütür ipliklerinin üzerini endotel kaplamış, perivasküler reaksiyon görülüyor.



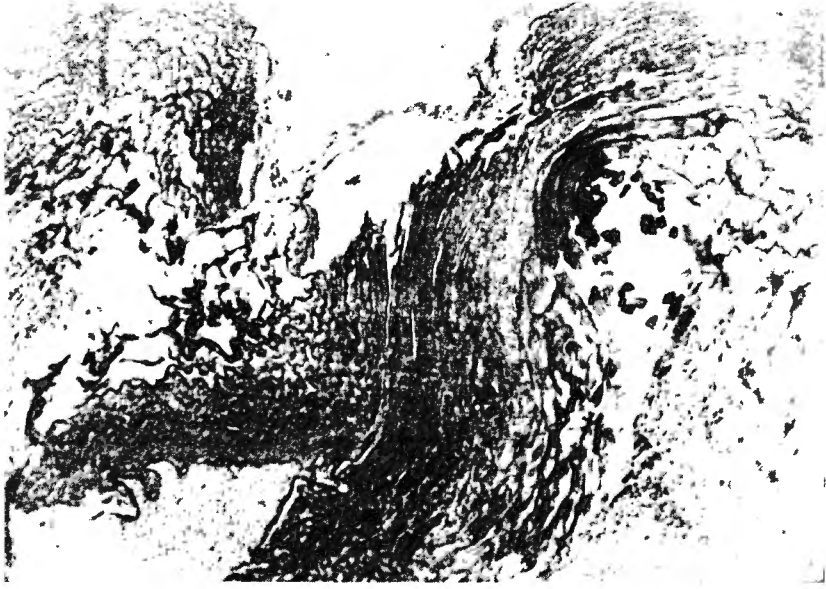
Şekil 2 b: İki damarın birleşme yerinde bazı kesitlerde bir kaç sıra halinde yassılaştırmış endotel, bir köprü gibi bir taraftan diğer tarafa geçiyor. Ana damarda aşıkâr görülen sağlam kalmış odaklar halinde endotel hücreleri. Endotel'in altındaki mediaya ait lifler sırt sırta vererek damarın dış tarafına doğru kıvrılmış. Yer yer iplikler etrafında polimorf nüveli lökositlerden ibaret mikroskopik abscecikler. Hemoziderinli histiyositler görülüyor.

(İst. Üniv. Patolojik Anat. Enst. Rapor No. 948/51)



edildikten sonra) makroskopik olarak perivasküler reaksiyon etrafında çok yapışık.

Şekil 3 a : 32 günlük greft: (Üç gün Gross solüsyonunda muhafazâ



Şekil 3 b: Ana damar: İntimanın endotel tabakası birkaç yerde mihraklar halinde harap olmuştur. Membrana elástica aşikâr seçilmektedir. Düz adele hücrelerinin protoplazması kaba granülö ve hücrelerin nüveleri piknotik. Az miktarda polimorf nüveli lökositler adventitiada irtişah odakları halinde. Gref: Endotel tabakası yer yer mevcut. Mediadaki düz adele hücrelerinin protoplazması granüllü ve bazı adele hücrelerinin protoplazmalarında yuvarlak ibre şeklinde vaktioller içinde ibre şeklinde teşekküller. Adventitia kalın, bol miktarda odaklar halinde polimorf nüveli lökosit irtişahı. Gref adventitiasında yine polimorf lökositler.

(İst. Üni. Patolojik Ana. Enst. Rapor No: 946/51)

Dr. Feridun Şevket Evrensel:

Gerek arteriyel gerekse arterovenöz anevrizmaların ameliyatı esnasında gelen ve giden eviyede deveran kesildikten sonra anevrizma kesesinin ayrılacağı sırada bizzat arter veya vena ile kesenin iştirak noktasını yani lezyon kısmını haricen disseke etmek faydalı olduğunu tecrübelerimizle görmekteyiz. Arter üzerindeki fevhanın geniş ve gayrı muntazam olduğu bazı vak'alarda sütür müşkülâtı karşısında bizzat anevrizmin kesesi pedikülünden faydalanmak mümkün oluyor.

Doçent Dr. Şinasi Güçhan:

Sayın arkadaşımızın tebliğlerine teşekkür ederim. Burada arkadaşımızın yaptıkları bir arteriographie gösteriyorum. Arteria femoralis alt kısmında keseli olarak bir arterio-venö anevrizmadaki arteriographie de arter'in Proksimal kısmı, çok geniş, distal kısım çok dardır. Bu vak'ada iştirak bulunarak bağlandı ve kese ekstirpe edildi.

İkinci nokta: Yakın zamanda takip ettiğim iki arterio-venö anevrizmada Brauham-Nicholadoni testini tecrübe imkânını buldum. İştirak hizasında tazyik ile kan akışı durdurulursa görülen «Bradycardie» derecesi iştirakin genişliği hakkında fikir verir kanaatındayım. Atışın yavaşlaması ne kadar fazla ise iştirakin okadar geniş olması muhtemeldir.

Dr. Zeki Türker: (Son Söz)

Nicholadoni-Brauham fenomeni arterio-venöz iştiraklarda kıymetli bir delildir. Bugün henüz tam izah edilemeyen bu fenomenin kendine mahsus hususiyetlerinden olmak üzere tazyikle husule gelen bradikardi her vakit iştirak deliği ile mütenasip değildir. Vak'amızda kalp debisini 10 - 5 litreye çıkaran geniş iştirake rağmen Bradikardi pek aşikâr değildir (80 den 68 e düştü). Alt ve üst kısımlardan sıkıştırılan, arterin cereyanı kesildikten sonra keseye şak yapmak, anevrizma ile arter arasındaki iştiraki kansız bir sahada gördükten sonra kesenin artere yapışık kısmı icap ederse disseke edilmelidir.

İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi
II ci Cerrahi Kliniği çalışmalarından
(Ord. Prof. Dr. Kemal Atay)

İKİ VENÖZ GREF VAK'ASI

Operatör Dr. Zeki Türker

Muhterem meslekdaşlarım,

Bugün de muhterem hey'etinize, ikinci cerrahi kliniğinde insanda yapmış olduğumuz iki «otojen» damar grefi vak'asını takdim ediyorum.

Bundan evvelki tebliğimizde tecrübi çalışmalarımızın neticelerini arz ederken, damar cerrahisinin hususiyetlerini ve gref meselesinin geçirmiş olduğu safhaları kısaca izah etmiştik. Bu meyanda bilhassa A. CARREL'in greflerde ve bütün damar müdahalelerinde muvaffakiyetsizlik amilinin bir teknik mesele olduğunu isbat ettiğinden bahsetmiştik.

A. CARREL'in 1905 de Pariste MOREL ile 1910 da Şikago'da GUTHRIE ile yaptığı metodu ve ilmi çalışmalarıyla damar greflerinin «mümkün» olduğunu isbat etmiş, bunun insanda da yapılmasını tavsiye ve temenni etmişti. İşte bu muvaffakiyetli neticeler ilim aleminin dikkat nazarını çekti ve cerrahlara insanda da damar grefi yapmak heves ve cesaretini verdi.

İnsanda ilk «otojen» damar grefi 1907 de LEXER tarafından bir A. axillaris trombozunda yapıldı. Vak'ası 5 gün sonra öldü. Ondan sonra sıra ile DOYEN, DELBET de damar otogrefleri yaptılar. Yine bu sıralarda PİROVANO tromboze olan bir vena poplitea'ya 10 saat evvel ölmüş bir şahıstan aldığı arteriyel bir grefi yapmakla «homograf» a yol açmış oldu. Bütün bunların hepsinde oldukça evvel gref fikrini HOEPFNER bir carotis parçasını tersine çevirip tekrar dikmekle ortaya atmıştı. LEXER 1917 de topladığı 56 gref vak'asından 10 tanesinin tam muvaffakiyetsizlikle diğerlerinin kısmen salâh ve büyük bir kısmının tam şifa ile neticelendiğini bir istatistikte belirtti.

Birinci cihan harbine tekaddüm eden günlerdeki ümitlerin nilâfına olarak bu gibi, birinci cihan harbi sıralarında durakladı. Ve gref mevzuu adeta unutuldu. İki cihan harbi arasında ve ikinci cihan harbinde bütün damar müdahaleleri, hemen hemen «sütür» e münhasır kaldı. Ancak, bazı yeni buluşlar, bilhassa BLAKMORE ve LORD'un tatbik ettikleri «sütürsüz» anastomoz vesairesinin verdiği kolaylıklar sebebiyle gref mevzuu tekrar canlandı. Bugün ise; bu mevzudaki çalışmalar, biri tecrübi, diğeri cerrahi olmak üzere iki istikamette dev adımlarla ilerliyen bir hamle halindedir. Şöyle böyle 1947 denberi en büyük hızını alan bu akış bizim gibi tıbbi hamlesi medeniyet âlemini —pek gerilerden takip etmiyen— bir tıp âleminin daha geç katılması şüphesiz ki gayri tabii bir hal olurdu. Memleketimizde ilk defa yapılan bizim tecrübi çalışmalarımızdan bir sene sonra Dr. Hayrullah Kocaoğlunun köpeklerde gref çalışmaları ve yine insanda ilk defa bizim memleketinde yaptığım birinci ve ikinci damar «otogref» i vak'alarından pek az sonra doçent Dr. Nihat Dorken ve Doçent Dr. Bedii Gorbun'un diğer vak'aları bu hızlı hamleye katılımımızın bir nişanesi sayılabilir. Bu vesile ile memlekette ilk defa yapılan bir ameliyatı yapmak imkânını bahsetmekle bütün Türk

ilim nesillerine örnek bir moral nümunesi veren ve bir ilmi anlayışın iftiharına değer tezahürünü gösteren aziz hocam Ord. Prof. Kemal Atay'a huzurunuzda teşekkür etmeyi mukaddes bir vazife addederim.

Muhterem meslekdaşlarım; damar grefleri bugün artık bir realitedir. Bundan sonraki çalışmalar en nihayet bu realitenin başka cephelerini aramaktan ibaret olacaktır.

Damar gref tatbikatından bahsetmeden evvel bu hususta birinci plânda yer alan «gref endikasyonu» na kısaca temas etmeyi lüzumlu buluyoruz: Denebilir ki bu endikasyon daha çok anatomiktir. Ve anatomik zaruret olduğu yerlerde bahis mevzuudur. Malûmdur ki bir uzva iki yoldan arteriyel kan gider: birisi o uzvun damarı olan, prensipal yol, diğeri, bu yollar arasındaki iştirakler yani «kollateral» yoldur. İki prensipal yol arasındaki iştirak keyfiyeti bir arterin seyri boyunca muhtelif noktalarda değişiktir. Bundan dolayı kollateral iştirakin az olduğu yerlerde prensipal deveranın yeniden tesis ve temini hayatı bir zarurettir. Afet husule gelen yerde kollateral kapasite bir uzvun anatomik ve fizyolojik beslenme imkânı verirse bu zaruret burada yoktur. Ligatür veya arteriyektomi «meşru» bir müdahaledir.

Meselâ bu bakımdan birinci derecede ehemmiyetli olan arterlerden A. carotis interna'nın bağlanması ya hayatla kabili telif değildir veya tamiri imkânsız büyük komplikasyonlara sebep olur. Bunun gibi A. carotis communis, A. brachialis'in üst kısmı ile A. Axillaris, A. İlica, A. Femoralis, A. Poplitea ve ae. Tibiales'lerinde bağlanması çok vahim neticeler doğurabilir. Bu hususta Balkan harbinde ligatür konan muhtelif arterlere ait R. LERICHE aşağıdaki istatistiği zikretmektedir:

Arteria	Ağır Komplikasyonlar
A. Subclavia	% 30
A. İlica Interna	% 50
A. Femoralis	% 28
A. Poplitea	% 25
A. Carotis Communis	% 20
A. Carotis Interna	% 100

Sebepler ne olursa olsun bu arterlerdeki deveran inkitamını bertaraf etmek mutlaka lâzımdır. Bu da ideal ve radikal bir tedavi olan gref tedavisi şekli ile ancak mümkün olur. Yaralanma gibi acil hallerde lateral sütür veya anastomoz veya grefle prensipal deveran tesis ve temin edilemezse iki arter ucunu bir boru aracılığı ile birleştirmek ve tedricen tıkanacak olan bu boru sayesinde kollateral deveran teşekkülüne zaman kazanmak veya ileride icap ederse ikinci bir müdahale ile bir gref yapmak hayatı bir ehemmiyet taşır.

Bu kısa izahattan sonra iki damar grefi vak'amızı takdim ediyoruz:

Bu vak'alardan birisi bir A. Axillaris trombozu vak'ası, diğeri üzerine ağır bir cisim düşmesiyle ezilen bir A. Poplitea'nın tromatik trombozu vak'asıdır.

Birinci vak'a: 40 yaşlarında İzmirli ticaretle meşgul Nurettin Usluer (Şekil - 1). Kliniğimize müracaattan 27 gün evvel bir sabah kahvaltıda ederken sol koluna ani şiddetli bir ağrı girmiş. Birkaç dakika sonra bu ağrı çok şiddetlenmiş, kolunu hareket ettirdikçe daha fazlalaşan bu ağrı ile beraber koluna kendi tabiri ile bir ölü kolunun hali gelmiş. Bu solukluk bir müddet sonra morarmıya ve ağrılar iğne batır tarzda daha şiddetli gelmeye başlamış. İzmirde yapılan bazı tedavilerle ağrıları biraz hafiflemiş, fakat bu 27 günde çok şiddetli izdirap çekmiş, uyku uyuyamamış, bazen intiharını bile düşünmüş. Bütün sol kolunda hiç bir hayat eseri yokmuş. Kendi ifadesine

göre sağlam parmaklarının tırnaklarını bu müddet zarfında üç defa kestiği halde hasta elin tırnakları hiç büyümemiş. İstanbulda müracaat ettiği Prof. A. İsmet Çetingil vak'ayı bize göndermiş. Muayene ile kliniğe yatırıldı. (Protokol 130/2418). O zaman

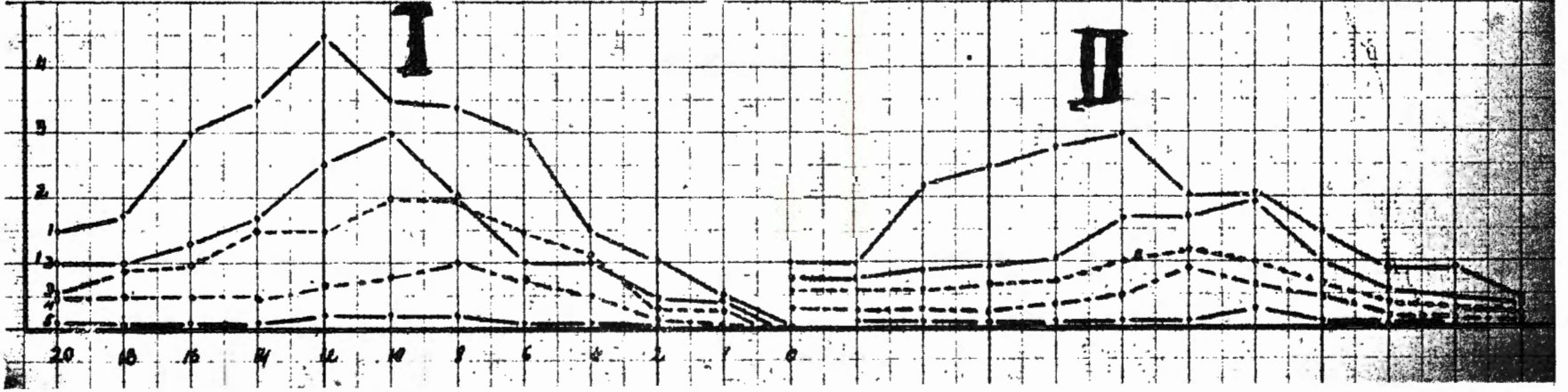


Şekil 1: Ameliyattan 20 gün sonra

yapılan muayenede: sol kol omuza yakın hizalara kadar morumtrak siyah renkte, radial nabız alınmıyor, ossilasyon bütün kol boyunca yok gibi, ön kolda (0) (Şekil - 2) aktif hareketler omuz mafsasında ve dirsekte çok mahdut ve çok ağrılı, bilek ve elde tamamen ma'dum, solda 4 santim dumur mevcut. Sağlam el parmak uçlarında cilt termometresi ile hararet 33 hasta elin parmaklarında 24 derece. Arteriografide ancak opak madde verildiğinden (Uroselectan) 4,5 saniye sonra retrograd bir dolma ile arter ince bir iplik gibi gözükmektedir (Şekil - 3). Tromboz sebebi uzun dahili etüdülerle arandı. Kalb ve dessamlarda hiç bir lezyon bulunmadı. Elektro normal. Vak'anın gecikmiş bir tromboz olduğu ve kollateral deveran teessüsüne imkân olmadığına kanaat getirilerek 5.2.952 tarihinde ameliyat yapıldı. Lokal anestezi ile evvelâ sağ V. Saphena'dan 17 santimlik bir parça alındı, valvül istikametleri belli olsun diye üst ucuna bir iplik bağlandı, içerisi Heparine'li Ringer solüsyonu ile iyice yıkandıktan sonra bu solüsyon içine kondu. İkinci safhada yine lokal anestezi ile geniş bir şakla sol A. Subclavia, A. Axillaris ve A. Brachialis'in üst kısmı tamamen meydana çıkarıldı. Bütün A. Axillaris ve A. Brachialis'in üst kısmı 7 - 8 santim uzunlukta sert bir iplik halinde



Şekil 2: Nurettin Usluer'in 26/1/952 de (Tıkanma husule geldikten 27 gün sonraki arteriografisi: İlaç verildikten 4,5 saniye sonra retrograd olarak çok az şekilde dolmuş arter ince bir iplik tarzında gözüküyor.



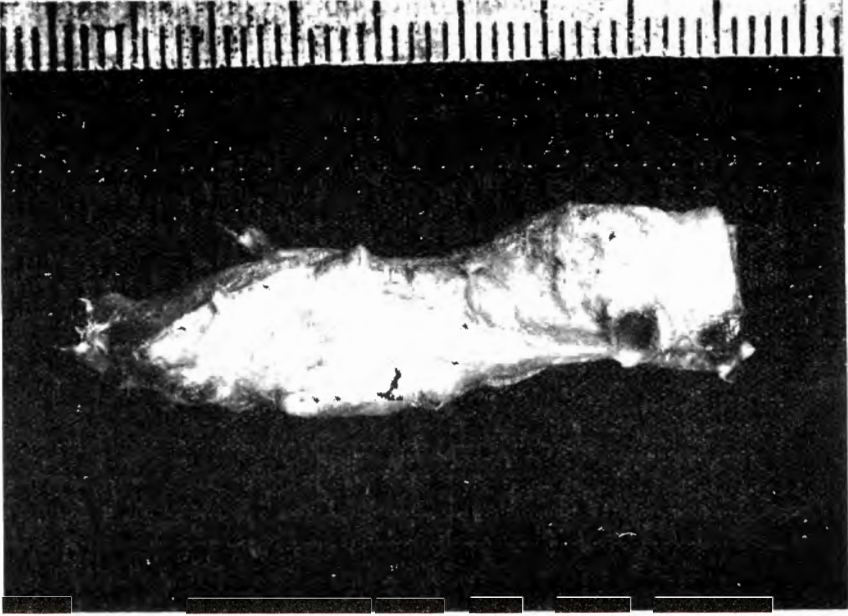
Şekil 3: Oksilasyon münhanileri: (I) Kol, (II) En üstteki çizgi sağlam kola, en alttaki ameliyattan evvel hasta kola aittir, aradakiler ameliyattan sonra hasta kolda oksilasyonların tedricen yükselişini gösteriyor,

idi. Bu tıkanıklığın üstündeki arter kısmı ve buradan çıkan şubeler çok geniş altındakiler aksine normalden çok ince ve adeta içleri boş bir halde idi. Çok hafif nabazan almıyordu. Bu tıkalı kısım Plexus Brachialis'in bu hizadaki kısımlarına ve bilhassa N. Ulnaris ve N. Medianus'a çok yapışık, zorlukla ayrıldı. Tıkanıklığın alt ve üstünden, kollateralleri mümkün olduğu kadar kollayarak yaptırmış olduğumuz BLALOCK tipi klamplarla klamplandı. Üst ve alt arter kısımlarından yarımşar santim sağlam yerden bu tıkalı kısım rezeke edildi (Şekil - 4). Hazırlanmış olan venöz greften 14 san-

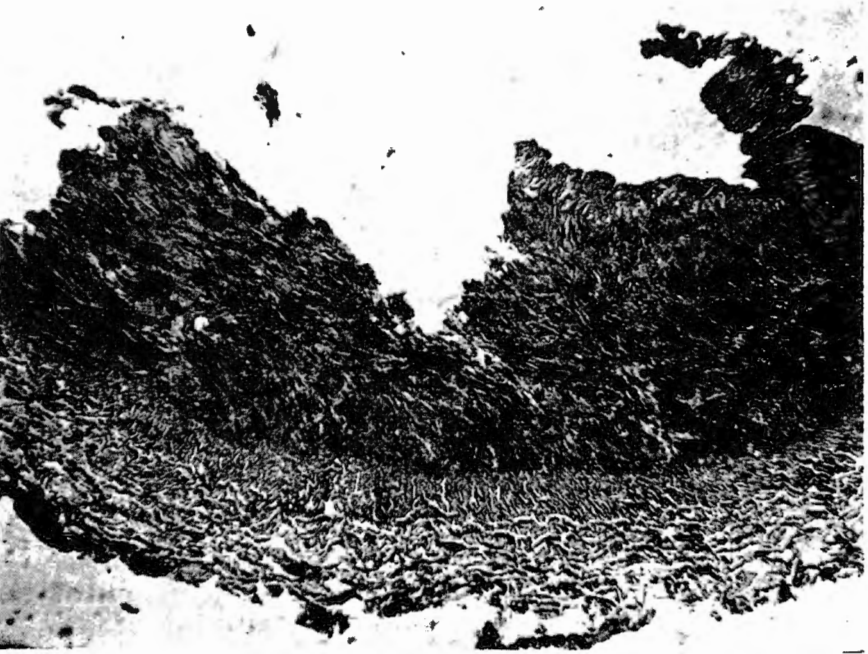


Şekil 4 a : Rezeke edilen tıkalı arter parçası. (Tıkacın damara yapışık olduğu ve bu yüzden zorla açıldığı zaman çatladığı görülüyor.

timlik bir kısım valvül akış istikameti merkez munite gelmek üzere 6 (0) siyah ipeklî atromatik iğne ile termino-terminal anastomoz yapıldı. Anastomoz sütürleri intinayı intimaya karşı getiren ve yorgancı dikişi denilen dikiş şekli ile yapıldı. Klamplar kaldırıldığı zaman (çok yavaş ve evvelâ alttaki) alt taraf arter kısmı bir müddet için eski inceliğini muhafaza etti. Fakat biraz sonra tedricen genişlerken alt anastomozun bir santim kadar altında üzerine yüzü geçirilmiş gibi halkavi bir darlık baki lalı. Bir müddet beklendi, novocainizasyon ve periarteriel sempatektomiye rağmen bu darlık açılmadı. Organize bir lezyon olduğu düşünülerek bu darlığın yarım santim kadar



Şekil 4 b : Ağzları tıkalı arter kısmında olduğu için tıkanan iki büyük dal ağzı görülmektedir.



Şekil 4 c : Arter içinde intimaya yapışık organize tıkaç : bir yerde intima kaybolmuş diğer yerinde fibröz nesih artması ile müterafık kan hücreleri ve endotel hücre artması. (İst. Üni. Patolojik Ana. Enst. Rapor No: 426/52.)
(Nurettin Usluer'e ait)

altından tekrar ikinci bir rezeksiyon ve anastomoz yaptık (Şekil-5). İkinci anastomozdan bir kaç dakika sonra hasta büyük bir rahatlık hissettiğini söyledi. Elin rengi derhal normalleşti. Ameliyattan yarım saat sonra cilt termometresi ile her iki elin harareti müsavi bulundu. Radial nabız ameliyat akşamı çok hafifti ve ossilasyon ancak bire kadar yükseldi. Fakat iki gün sonra radial nabız çok aşikâr olarak alındı, ossilasyon da kolda 3,5 ön kolda 2 ye kadar çıktı. Ve bu çıkış tedricî oldu. 25 gün sonra el bütün fonksiyonmanı tam olarak ve hasta tam şifa ile çıkarıldı. Ameliyattan sonra arteriografi yapmaya hastayı hiç bir suretle ikna edemedik. Dört ay sonra yapılan kontrolda radial nabız sağlam tarafa yakın derecede, ossilasyon kolda 3,5, ön



Şekil 5 a : Anastomoz bittikten sonra annüler şekilde darlığını (××) uzun zaman muhafaza eden ve tekrar rezeke edilen açık arter kısmı (Anastomoz yerinin altındaki darlık yeri vena grefiyle yapılan alt anastomoz yeri görülmektedir. (×))

kolda 2,5 (bu ossilasyon Hartogram ile alınmıştır (Şekil - 6). Hasta kolunu hastalığından evvelki derecede kullanıyor, her işini noksansız görebiliyor ve hiç bir şikâyeti yoktur. (Ameliyattan sonra 10 gün kadar sistemli şekilde Heparine ve Thromexae kullanıldı, bu sırada pıhtılaşma, kanama ve protrombin zamanları III ncü İç Hastahıkları Kliniğinde muntazam olarak kontrol edildi).

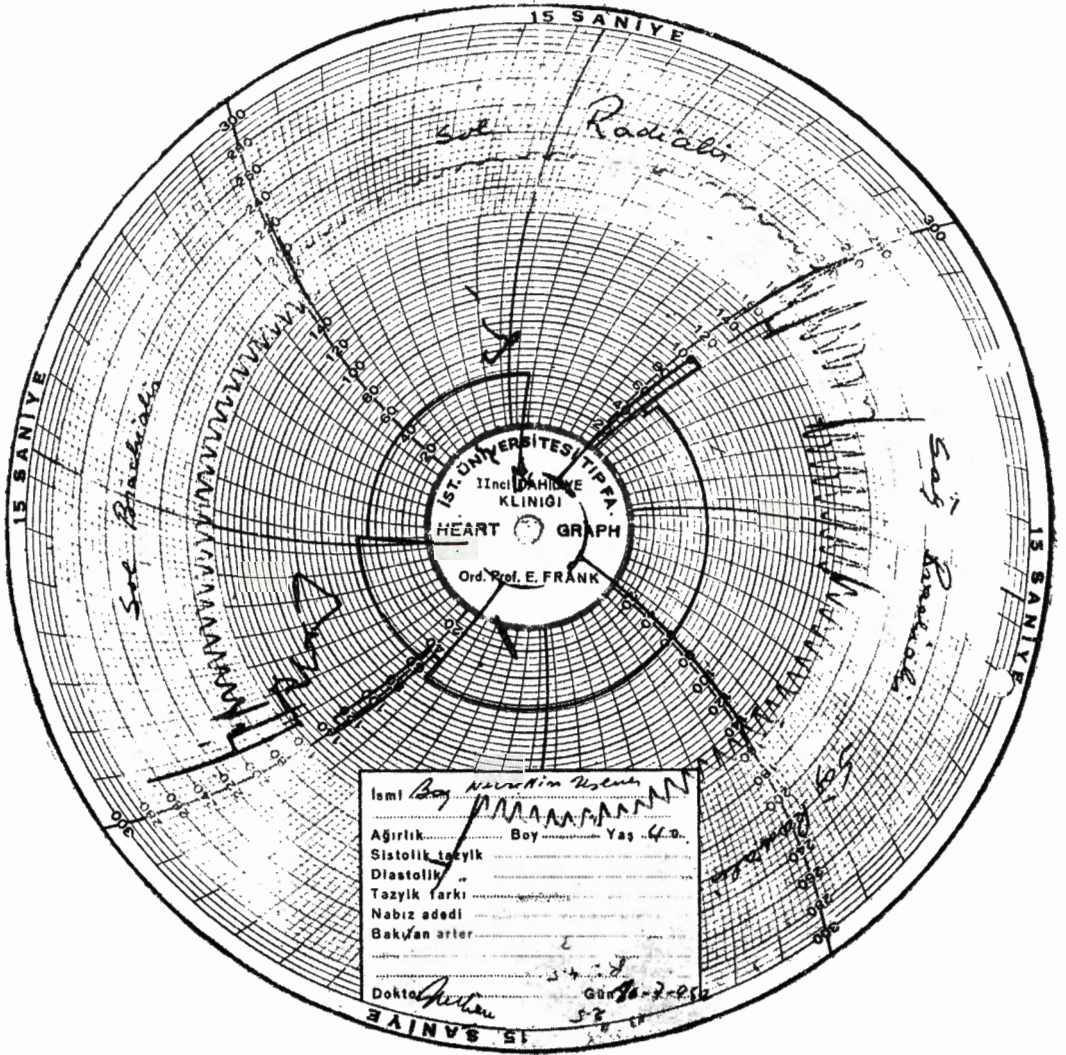
İkinci hastamız Bursalı 11 yaşında Yılmaz Atmaca (İnegöllü). Müracaatından bir hafta evvel bahçede yığılı ağaç kütükleri üzerinde oynarken kütük yığını dağılmış sağ bacağı iki kütük arasında sıkışmıştır. Sağ oyluğun iç yüzünde 15 santim boyunda oldukça derin bir yara ve diz çukurunda ezilme ve morarma olmuş. İki gün sonra sağ ayağında tedricen başlayan ve gittikçe şiddetlenen bir morarma ile beraber tahammülsüz ağrılar duymaya başlamış. Bu morarma parmak uçlarından başlamak üzere dize kadar çıkıyormuş. Bilhassa bilek hizasına kadar bu morluk çok koyulaşmaya başlamış. İki gün sonra morluk dizin 4 parmak altına kadar daha hafif şiddetle ol-



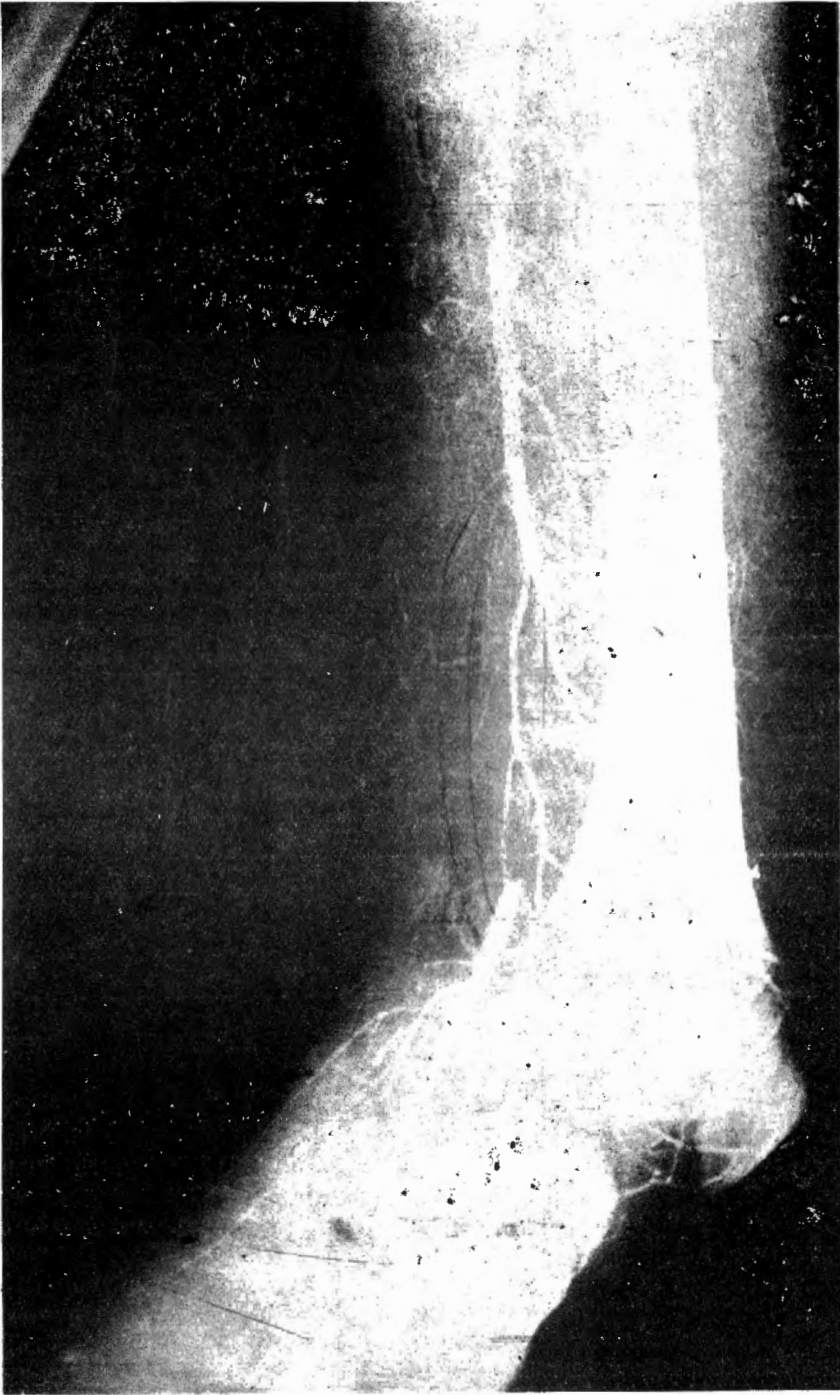
Şekil 5 b : Darlık yerinde arterioskleroz başlangıcı.
(Nurettin Ushuer'e ait)

mak üzere çıkmış. Kliniğe müracaatla 7 Mart 1952 de yatırıldı. Muayenede sağ oyluk iç yüzünde arter mesiri üzerinde bir yara. Poplitea çukurunda cilt siyah ve ezik portakal cesametinde bir şişlik mevcut. Sağ sak bilekten diz hizasına kadar yer yer kırmızımtrak siyah lekeli mor renkte tek tük bül'ler mevcut, bilekten sonraki bacak kısmı ve ayak parmakları daha çok koyu renkte, bül'ler daha büyük ve daha çok parmak uçları tamamen gangrene, umumî hal çok bozuk, beden harareti 39, nabız 120, lokal hararet: sağlam sakta hararet 37, hasta tarafta 30 derece, sağlam ayakta 35, hasta tarafta 18. Arteriografide: A. Femoralis HUNTER kanalı hizasından Poplitea çukurunun ortalarına kadar tıkalı. Tıkanmanın üst hududuna yakın yerde iki büyük şube, alt hududunda vasculer bir demet halinde muhtelif şubeler görülmekte (Şekil - 7).

Ameliyat umumî narkozla yapıldı. A. Femoralis SCARPA üçgeninin alt hududundan diz çukurunun alt hududuna kadar dikkatlice meydana çıkarıldı. Arteriografide görülen hizada takriben 15 santimlik bir kısmını arkadaş vena ile ve etrafındaki nesiclerle birlikte bir kitle halinde görüldü. Arterin alt ve üst tıkanıklık noktalarında çok yakın olan kollateraller de dikkatle meydana çıkarıldı. Ve klamp kondu. Arter ve



Şekil 6 : Ameliyattan 4 ay sonra alınan Hartogram

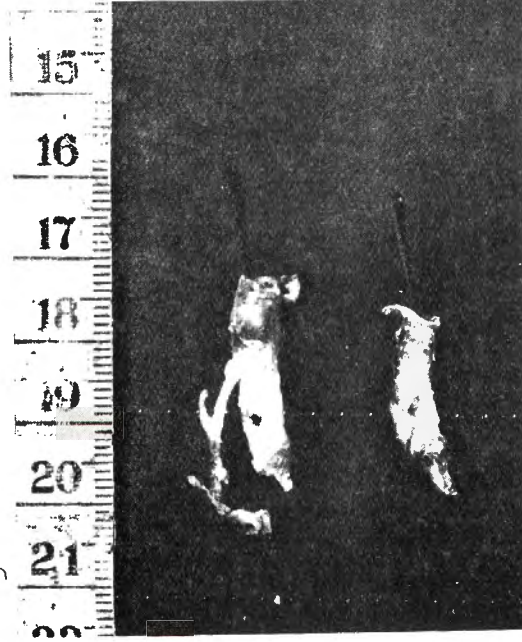


Şekil 7 : Yılmaz Atmaca'ya, bacağında geçirdiği Trahoma'dan 12 gün sonra yapılan arteriographie.

Üst kısmında tıkanmanın hemen üstünde iki büyük kollateral ve alt kısmında da demet tarzında tıkanmanın hemen altından çıkan şubeler görülmektedir.

(Bizim vak'amız)

vena'nın bu kitle içindeki kısımları rezeke edildi. Yukarıdaki iki büyük kollateral tıkanıklık yerine çok yakın olduğundan termino-terminal bir anastomozdan bunların ağzlarının zarar görmesi ile mevcuttan daha kötü bir durum hasıl olmasından korkularak bunların biraz üstündeki arter kısmı alınmış olan aynı taraf vena femoralis grefi yukarda ve aşağıda termino-lateral olarak anastomoze edildi. (17 santim). Klampların kaldırılmasını müteakip sakın rengi bileğe kadar oldukça vazih şekilde değişti, fakat ayakta hiç bir değişiklik olmadı. Ameliyatın birinci haftası zarfında bu değişme gittikçe arttı ve cilt tamamen normal hale geldi, bileğin üç parmak altına kadar ayak



Şekil 8 : Yılmaz Atmaca'nın ameliyatla çıkarılmış olan ezik ve tromboze Arteria ve Vena poplitea parçaları.

sırtı derisi dahil sağ bacak cilt harareti normaleşti. Ayakta hiç bir değişiklik olmadı. 15 gün sonra ayak bilekten ampüte edildi. Hastanın ağrıları tamamen geçti, burada gref muvaffak olmuştur. Sak kısmının normale avdeti bu sayede mümkün olmuştur. Hiç olmazsa bu kısım kurtarılabilmiştir. 20 gün sonra çıkarılan hastada A. popliteada aşikâr nabazan vardı, bu hastada da keza aynı sebeplerden dolayı ameliyattan sonra arteriografi yapılamamıştır. Ampüte edilen ayak kısmı ameliyattan evvel irreversibl şekilde gangren olduğundan ve bu kısım arterleri de bu yüzden tromboze olmuş olduğundan burada hiç bir şeyin değişmesine imkân yoktu. Bizde esasen hiç olmazsa bileğe kadar olan bacak kısmını kurtarmak gayesiyle bu ameliyatı yapmıştık.

Klinikten çıkan hastayı bütün gayretimize rağmen bir daha bulmak ve kontrol etmek mümkün olamamıştır.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Fizyoloji Kliniği çalışmalarından
(Prof. Dr. Nusret Karasu)

ANKARANIN MUHTELİF SEMTLERİNDE VEREM ÖLÜMLERİNİN NİSPETİ

Prof. Dr. Nusret Karasu — Dr. Cevad Davutoğlu — Dr. H. Nalbantoğlu

Bu çalışmanın mevzuu Ankara belediyesi hudutları içinde ve şehrin muhtelif semtlerinde oturan halk arasında veremden olan ölüm miktarını ve nisbetini mukayeseli bir şekilde tetkik etmektir. Son otuz yıl içinde süratle büyüyen ve nüfusu artan şehirlerimizin başında Ankara gelir. Her gelişen şehirde olduğu gibi Ankaraya da memleketin her tarafından zengin, fakir pek çok insan gelmiş ve bu insanları barındırmak üzere şehrin bir çok kısımlarında intizamlı plânlı konforlu evlerle modern mahalleler yükselirken eski Ankarayı çevreleyen bir kaç tepede de yolsuz, kanalizasyonsuz ekserisi bir tek basık odadan ibaret evlerle bir gece kondular şehri kurulmuştur. Böylece her büyük şehirde olduğu gibi Ankara da kültürel sosyal ve ekonomik güçlerine göre farklı halk tabakalarını sinesinde barındıran bir şehir olmuştur.

İşte biz bu sosyal, kültürel ve iktisadi potansiyelleri farklı olan halk tabakalarının guruplaşmış oldukları semtlere göre tüberkülozdan verdikleri ölüm musabiyeti nisbetlerini araştırmak istedik. Bu maksat için ilk müracaat edeceğimiz vesikalar şüphesiz Ankara Belediyesi ölüm kayıt defterleridir. On altı senelik bir devre içindeki verem ölümlerini sene, sene ayrı ayrı tetkik ettik ve her ölen hastanın da oturduğu semti tesbit ettik. Çalışmalarımızda müracaat ettiğimiz ikinci bir müessese de İstatistik Genel Müdürlüğü Nüfus dairesi olmuştur, bu dairedeki istatistiklerden Ankaranın tetkik ettiğimiz seneler içindeki umum nüfusunu ve bu nüfusun Ankaranın muhtelif semtlerine göre dağılımını öğrendik. Nihayet umumî bilgilere ve sosyal şartlarına göre Ankara semtlerini dört bölgeye ayırdık: Fakir (I), Orta (II), İyi (III), Pekiyi (IV). Bu bölgeleri ayırırken dikkat nazarına aldığımız hususiyetleri kısaca arz edelim:

I. ci yani fakir bölge: Ankaranın kenar ve ekseriya plansız, bir gece içinde yapılmış, binaenaleyh her türlü hijyenik evsaktan mahrum evlerden ibaret semtlerini içinde toplamaktadır. Burada halk pek kalabalık bir halde ve verem enfeksiyonunun kitlevi olması fazlaca muhtemel şartlar içinde oturur. Hayat şartları çok fakiranedir, kemiyet ve keyfiyet itibarıyla tam gıda alamadıkları gibi modern sağlık bilgisinden de mahrumdurlar. Bu bölgede Yenidoğan, Altındağ, Yenihayat, Aktaş gibi semtler yer alır.

II. ci yani orta bölge: Bu bölgede oturan halk birinci bölgede oturanlara nazaran biraz daha iyi hayat ve ev şartlarına sahiptir. Bu bölgede İçkale, Koyunpazarı, Yenituran, Demirfirka gibi Ankaranın en eski semtleri yer alır.

III. cü yani iyi bölge: Bu bölgede oturanlar kazançları, evleri, hayat şartları itibarile evvelki bölgelerden daha iyi bir durumda bulunan halk tabakalarıdır. Bu bölgede şu gibi mahalleler vardır: Samanpazarı, Anafartalar, İsmet paşa, Hamamönü vs.

IV cü yani pek iyi bölge: Nihayet pek iyi evlerde oturan iyi kazançlı rahat ve konforlu hayat şartlarına oldukça sağlık bilgisine sahip tıbbi bakım ve tedavi imkânları mevcut halk tabakalarını tophyan semtlerdir. Bu bölgede de Yenışehir, Kavaklıdere, Çankaya gibi semtler vardır.

Şurasını arzetmeli ki bu bölgeler riyazi bir katiyet ifade etmezler, fakir bölgede bir kaç iyi halli aile bulunabileceği gibi zengin bölgede de bir kaç muhtaç aile bulunabilir. Fakat bunlar umumi rakamlar içinde eriyerek tetkiklerimizi aksatacak bir mahiyet kazanmazlar.

Şimdi bu semtlerde oturan nüfus miktarını tetkik edelim: İstatistik Genel Müdürlüğünden alınan rakamlara göre Ankara Belediye hudutları dahilindeki tetkik ettiğimiz on altı yıllık nüfus miktarı ve bu nüfusun semtlere göre dağılışı I No. lu cetvelde gösterilmiştir.

Ankara Belediyesi kayıtlarına göre bu devre içinde şehir hudutları dahilindeki muhtelif semtlerde ve kendi evlerinde tüberkülozdan ölen hastaların adedi 1418 kişidir. Bunların öldükleri senelere ve semtlere göre dağılışı II No. lu cetvelde görülüyor.

Bu cetveldeki rakamların tetkikinden anlaşılacağı üzere Ankaranın fakir bölgelerinde oturan halk arasındaki tüberkülozdan ölüm nisbeti zengin bölgede oturanlara nazaran dört misline yakın bir fazlalık göstermektedir. Dikkat edilirse meselâ 1950 senesinde fakir (I) bölgede tüberkülozdan ölüm nisbetinin yüz binde 83,6 olmasına mukabil aynı senede zengin semtlerdeki tüberküloz ölüm nisbetinin yüz binde 17,7 olduğu görülür. Yani fakir semtlerdeki tüberküloz ölüm nisbeti zengin semtlerdekine göre 1950 senesinde dört mislinden de fazla olmuştur. Gine bu cetvelin tetkikinde görülüyor ki Ankara Belediyesi hudutları dahilinde veremden en alçak ölüm nisbeti 1939 senesinde yüz binde 39,7 ile en fazla da ikinci dünya harbinin ortasında yüzbinde 78 ile olmuştur. Ayrıca ikinci dünya harbinden önceki beş senede (935 - 940) Tüberkülozdan vasatî ölüm nisbetinin yüz binde 56,5 olmasına mukabil (940 - 950) seneleri arasındaki aynı nisbet 59 olarak tesbit edilmiştir. Tetkik ettiğimiz yıllar arasında Ankara Belediyesi hudutları dahilinde veremden mutlak ölüm miktarı en az 1939 senesinde olmuş ve o yıl Ankaranın muhtelif semtlerinde 43 kişi veremden ölmüştür, buna mukabil aynı rakam 1949 yılında ise 136 ya yükselip 10 senede 3.2 misli artmıştır. Bu müddet zarfında Ankaranın nüfusu ancak iki misli artmıştır. Bundan da Ankara Belediye hudutları dahilinde veremden ölüm miktarlarının son senelerde arttığı anlaşılıyor.

Ayrıca muhtelif yaş guruplarına göre de bölgelerdeki verem ölümlerini tetkik ettik, bu tetkikler de şu sonuçları verdi:

0 - 7 yaşlar arasında fakir bölgede veremden yüzbinde 11,1 çocuk ölüirken zengin bölgede 1,8 çocuk veremden ölüyor. Şu halde 0 - 7 yaşlar arasında yani ailenin çocukla en fazla temas ettiği ve ilk enfeksiyonun kendi aile fertlerinden alınması çok muhtemel olan çağda fakir bölgede Tb. ölüm nisbeti zengin bölgedekinden 6,3 defa fazladır. Okul çağında bölge farkı aynı nisbeti muhafaza ediyor. 19 - 35 yaşlar arasındaki çağda ise nisbet 4 - 4,5 arasında değişiyor. Fakir bölgede tüberkülozdan en fazla ölüm 25 - 35 yaşlar arasındaki çağda olmasına mukabil zengin bölgede bu çağ 45 - 55 yaşlar arasındadır.

Fakir bölgede tüberkülozdan olan ölümlerin fazlalığı keyfiyeti memleketimiz için bir hususiyet arzetmez, dünyanın bir çok memleketlerinde buna benzer çalışmalar muvazi neticeler vermiştir. Birkaç kısa misal zikredelim:

Drollet tarafından 1915—1920 yılları arasında New-York'un muhtelif semtlerin-

de oturan halk arasında Tb. dan ölüm nisbetleri tetkik edilmiş ve bizim aldığımız ne-
ticelere benzer sonuçlar elde edilmiştir. Bu müellifin tetkiklerine göre Manhattan da
zenginlerin ikamet ettiği 5 ci Avenue ve Central Park civarında Tb. dan ölüm nisbeti
yüz binde 25 iken şehrin garp taraflarındaki fakir bölgelerde bu nisbet yüz binde 250,
yani on mislidir. Yine aynı müellif tarafından New-York'un muhtelif Musevi mahalle-
sinde yapılan tetkiklere göre fakir bir mahallede oturan musevilerde Tb. dan yüzbinde
ölüm nisbeti 83 iken evleri daha düzgün bir mahallede oturanlarda nisbet 65, evlerin
yeni yapılmış olduğu Bronx'un Tremonde semtinde oturanlarda nisbet 52, nihayet
müstakil evlerde oturanlarda ise bu nisbet 25 dir. New-York'un apartıman kiralarının
200 dolar olduğu semtlerde oturan halk arasında Tb. dan ölüm nisbetinin yüzbinde 19
olmasına mukabil kira bedeli 35 dolardan aşağı olan semtlerde ikamet eden halk ara-
sında bu nisbet 256 olarak bulunmuştur. Pariste de buna benzer çalışmalarda bulu-
nmuş, ev şartlarının fena olduğu fakir bazı Faubourg'larda oturanların tüberküloz-
dan ölüm nisbetlerinin Champs-Elysées'nin mükellef semtlerinde oturanlardan bir kaç
misli fazla olduğu tesbit edilmiştir. 1948-1948 seneleri arasında Mutinga Mayerle 740
primer tüberkülozlu çocuğu tetkik etmiş ve bunların büyük ekseriyetinin nüfusu kesif
fakir bölgelerde oturan çocuklardan ibaret olduğunu görmüştür.

Gerek bizim tetkiklerimiz, gerekse buna benzer hariçte yapılan araştırmalar fa-
kir bölgelerde veremden ölüm nisbetinin zengin bölgelere nazaran bir kaç misli fazla
olduğunu göstermektedir. Fakir bölgelerde bir veya iki odada fazla miktarda kimse-
nin oturmak mecburiyetinde olması dolayısıyla yakın ve sıkı temas ve kitlevi enfek-
siyon ihtimalinin çok olması, tıbbi bakım kifayetsizliği, fazla çalışmak, az dinlenmek,
gayri sıhhi şartlarda yaşamak, gayri kâfi gıda almak, bu arada mukavemet kıran
başka bir takım hastalıklara maruz bulunmak keyfiyeti gibi bir çok faktörler verem-
den ölüm nisbetinin buralarda zengin semtlere göre fazla olmasında rol oynasalar ge-
rektir.

CETVEL (I)

1935 - 1950 yılları arasında Ankara Belediye hudutları dahilindeki muhtelif bölgelerde oturan nüfus miktarını gösterir cetvel.

SENE	GENEL NÜFUS	I ci BÖLGE	II ci BÖLGE	III cü BÖLGE	IV cü BÖLGE
1935	82.124	22.140	9.020	34.830	14.580
1936	89.024	24.060	9.790	37.840	15.840
1937	95.924	25.650	10.450	40.850	17.100
1938	102.824	27.540	11.220	43.860	18.360
1939	109.724	29.430	11.990	46.870	19.620
1940	116.646	31.320	12.760	49.880	20.880
1941	130.540	35.100	14.300	56.000	23.400
1942	144.434	38.880	15.840	61.920	25.920
1943	158.328	42.660	17.300	67.940	28.440
1944	172.222	46.440	18.920	74.060	32.000
1945	186.612	50.020	20.460	79.980	33.480
1946	198.529	53.460	21.780	85.140	35.640
1947	210.443	56.700	23.100	90.300	37.800
1948	222.357	59.940	24.400	95.460	39.960
1949	234.271	63.180	26.760	100.602	42.120
1950	246.183	67.253	27.751	101.288	45.093

CETVEL (II)

Ankara Belediyesi hudutları dahilindeki muhtelif semtlerde oturan halk arasında 16 senelik verem ölümlerini ve nisbetlerini gösteren cetvel.

SENE	BÖLGE I	BÖLGE II	BÖLGE III	BÖLGE IV	VASATI	Veremden mutlak ölüm
	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	
1935	123	77	70,6	29	74,7	62
1936	100	72	69	33	68,5	60
1937	112	86	75	41	77,4	74
1938	92	72,7	46	17	56,7	56
1939	55	41,6	37	26	39,7	43
1940	61	50	45	15	42,7	50
1941	85	57	50	18	52,5	70
1942	105	80	62	28	68,7	97
1943	119	94	70	39	78	124
1944	102	72	42	31,5	61,7	101
1945	96	55	40,5	33	56,1	104
1946	83	72,7	47	34	59,2	112
1947	102	78	35,5	24	58,5	118
1948	80	58	28	25	58	98
1949	108	93	34	20,4	62,5	136
1950	83,6	74,4	27,3	17,7	50	113
VASATI	94,1	70,6	47,4	27,1	58,8	88,6

İstanbul Üniversitesi
Patolojik Anatomi Enstitüsü
yayınlarından
Direktör : Ord. Prof. Dr. Ph. Schwartz

STENOZ YAPMIŞ NÂDİR BİR ARTERIA PULMONALİS SİFİLİZİ VAK'ASI

Dr. Kemal Rüşti Akgüder — Dr. Şemsi Gök

Sayın hey'etinize literatürde çok az rastlandığı kaydedilen, Enstitümüzde ilk defa gördüğümüz enteresan bir arteria pulmonalis sifilizi vak'asını, sayın Profesörümüz Dr. Besim Turhan'ın müsaadeleriyle, takdim etmek istiyoruz.

Bu vak'a bize Haydarpaşa Nümune Hastanesi İç Hastalıkları Kliniğinden verilmiştir. (Bu münasebetle vak'ayı bize veren ve kıymetli etüdleriyle bizi aydınlatan değerli klinik şefi Dr. Ahmet Rasim Onat'a ve mesai arkadaşlarına bir defa da huzurunuzda teşekkür etmekteyiz).

Hasta 46 yaşında izmitli bir erkektir. Hikâyesine göre : Hastalığı 5 ay evvel nefes darlığı, çarpıntı hisleri ile başlıyor ve bu şikâyetleri gittikçe artıyor, bacakları şişiyor, aldığı ilaçlardan hiç bir fayda göremiyor, nihayet hastaneye yatıyor. Soy ve öz geçmişinde ; hastalığıyla ilgili bir anemnez vermiyor.

Muayenesinde : Dış görünüşünde bacaklarda edem ; karında asit ; akciğerlerde bronşit; sağ kalpte büyüme ve mitral yetmezliği ârazları tesbit ediliyor; arteriel tansiyon 14/12 bulunuyor; mitral yetmezliği teşhisi konuluyor ve yapılan bütün tedavilere rağmen, kliniğe girdiğinin 11 inci günü ölüyor.

Otopsisinde : (Prot. No. 3/52) Komünikasyonumuzla ilgili bulduğumuz makromikroskopik değişiklikler şunlardır :

Bacaklarda aşikâr edem.

El, ayak parmak uçları ve dudaklarda siyanoz.

Karında 300 c.c kadar berrak mayi.

Tronkus pulmonalis, sağ ve sol arteria pulmonalis ağızları ve sol arteria pulmonalisin hilusa kadar olan extrapulmonal kısmı duvarlarının; tronkus pulmonalis'in dallanma yerine yakın kısmında daha fazla olmak üzere, intima yüzünden dışarı taşmış durumda, irili ufaklı, yanyana ve sık olarak yer almış sedef gibi beyaz-sarımsak renkli, bir kısmının yüzeyleri düz, ekserisinin ise yıldız biçimi büzülmelerden dolayı kırışmış plâklar ile döşenmesi ve bundan doğma kalınlaşmaları (kısmen düz, kısmen nedbeleşmiş sifilitik plâklar).

Tronkus ve arteria pulmonalislerin sifilitik plâklarla değişikliğe uğramış kısımları adventisyalılarının kalınlaşmaları ve çevrelerindeki periaventisiyel doku ile sıkı yapışmaları.

Tronkus ve arteria pulmonalislerin intimalarında değişiklik gösteren kısımları lumenlerinin nisbî daralma ve genişlemeleri (tronkus pulmonalis bilhassa sol arteria pulmonalis ağzına yakın yerinde normale nazaran genişlemiş görülmektedir. Bu genişleme sol arteria pulmonaliste hilusa kadar olan sahada, âdeta saksiform manzara

alarak devam etmektedir. Hilusa giriş yerinin altında ise, ön yüzde mercimek kadar — 2 × 5 mm. çapında — bir kabarıklık göstermektedir (anevrizmatik bombeleşme). Bu sol arteria pulmonalisin akciğer tarafındaki hilusa giriş yerinin lumeni, hemen yarım sm. çap bırakacak şekilde, aşırı derecede daralmıştır. Keza sağ arteria pulmonalis ağzı ile bundan sonraki kısım da oldukça fazla daralmış görülmektedir).

(Aort - başlangıç kısmı, çıkan aort ve arcus aorta - ile koroner arter intimaları düz, parlak ve elâstiki bulundu).

Sağ ventriküle ileri derecede genişleme. Sağ ventrikül cidarında çok aşikâr kalınlaşma (cor pulmonalis).

Her iki akciğerde iltihabi edem.

Her iki akciğerde substansiyel emfizem.

Her iki akciğerde paravertebral kısımlarda daha aşikâr olmak üzere, dağınık, küçük hemoziderin pigmanlı odaklar.

Bronş ve bronşiyol mukozalarında kuvvetli nezlevi kırmızılık ile lumenlerinde muhâti-kıyhi eksüdat.

Karaciğerde şişme, parenkimasında anemik, hiperemik sahalar.

Dalakta şişme, pulpasında et kıvamı.

Böbreklerde şişme ve rükûdet.

Mesanedeki kontraksiyon hali.

(Peniste ve derinin diğer kısımları ile dışarı açılan mukoza yüzeylerinde hiç bir tarafta nedbevi bir teşekkül görülmedi).

(Dimaç seksiyonu yapılmadı).

Arteria pulmonalis cidarından yapılan mikroskopik preparatlarda :

Lubla yapılan muayenede ; intima, media ve adventisya tabakalarının birbirine kaynamış strüktürel değişikliği içinde yeni teşekkül etmiş damarlar etrafında pek çok ve yığınlar yapmış yuvarlak hücre infiltrasyonu görülmektedir. Bu infiltrasyon, intima altında daha kesifdir; adventisyada ise vazo vazorum'lar etrafında yaygın bir perivasküler infiltrasyon şekli göstermektedir.

Büyük büyültmede ; parçalanmış media lifleri arasında yeni teşekkül etmiş damarlar etrafında toplanmış olan hücre infiltrasyonunun; daha ziyade lenfosit ve ara yerde kalmış plazmositlerden yapılmış olduğu görülmektedir.

Elâstik lif boyasında; media tabakasındaki elâstik liflerin koparak yerlerinden ayrıldıkları ve bu parçalanmış liflerin yerine gelişi güzel yerleşmiş, bazı yerde ince, bazı yerde kalın lifler ile örülmüş bir bağ dokusunun teşekkülü görülmektedir (Arteria pulmonaliste sifilitik infiltrasyon).

Vak'ada yalnız pulmonal arterlerde tesbit edilmiş olan makroskopik lezyonlar; (Diğer arterlerin ve aort'un intimaları tamamen serbest bulunmuştur); mesaortitis syphilitica'da her zaman gördüğümüz klâsik beyaz-sarımsak sedef renginde, bazıları uzunlamasına ve birbirine paralel durumda, ekserisi ise yıldızvari kırışıklığa uğramış buruşuk yüzeyli sifilitik plâklardan yapılmışlardır. Burada bu sifilitik plâkların, arteria pulmonalis trunkusunda oldukça sık olarak yer aldıktan sonra, sol arteria pulmonalis'in hilusa kadar olan sahasında daha kesifleşmesi ve daha ziyade nedbeleşmiş plâklar hâline geçmesi; evvelâ, bu hilus hizasında ileri derecede bir daralmanın, sonradan da, darlığın hemen arkasında, ön yüzde, mercimek kadar anevrizmatik bir bombeleşmenin ve geride kalan bütün sol arteria pulmonalis kısmında, pulmonalis ağzını da içine alan, aşikâr (âdeta saksiform tarzda) bir genişlemenin sebebi olmuştur. Buna mukabil sağ arteria pulmonalisdeki sifilitik plâklar ise nisbetle taze olduklarından arterin ağzı ile bundan sonraki kısmında, daha ziyade bir daralma meydana ge-

tirmiştir. Pulmonal arterlerle diğer arterlerde aterosklerotik değişiklikler bulunmamıştır. Pulmonal arterden yapılmış olan mikroskopik preparatlar; gelişmesinin oldukça ilerlemiş bir devresinde bulunan sifilitik damar değişikliğini aşikâr olarak göstermiştir.

Vak'amızda sifiliz, yukarıda işaret ettiğimiz gibi, aort cidarında hiç bir değişiklik yapmadan doğrudan doğruya arteria pulmonaliste yerleşmiştir. Bu durum karşısında hatıra bazı sorular gelmektedir :

Evvelâ; 46 yaşındaki bu erkekte bu sifiliz, acaba herediter midir yoksa kazanılmış bir sifilizin özel vasküler bir gösterisi midir ?

Otopsi bulgularımız arasında herediter sifilizi düşündürecek organ değişiklikleri bulunmadığına göre burada sonradan kazanılmış bir sifilizi kabul etmek lâzımdır.

Sonra ; acaba bu vak'a neden klâsik yoldan ayrılmış ve yalnız arteria pulmonaliste yerleşmiştir ?

Bunun için de biz şöyle düşünüyoruz : Vak'ada sifiliz sporetlerinin arteria pulmonalisde yerleşmesini temin eden hazırlayıcı bir faktör bulunmaktadır: kronik bronşit ve emfizem. Bu kronik vetirenin arteria pulmonalis üzerine yaptığı yüklemeye tahrişi ; sproketlerin bu vasküler yerleşmeleri için hazırlanmış bir fiksasyon fenomeni (bir locus minoris resistentiae) yaratmış olabilir.

Hastada bir de cor pulmonale teşekkülü vardır. Burada bu cor pulmonalenin teşekkülüne sebep mevcut kronik pulmoner âfetlerden ziyade veya bunlara eklenmiş olarak bizzat arteria pulmonaliste meydana gelen sifilitik daralmalardır ve ölüm bu cor pulmonale'nin doğurduğu kalp yetmezliğinden olmuştur.

Bilindiği gibi vasküler leziyon yapan iltihab sebepleri arasında ön plânda sifiliz gelmekte ve bu arada büyük bir çoğunlukla aort sifilizi görülmektedir. Klâsiklerimizde, vak'amızdaki gibi, yalnız başına arteria pulmonaliste yerleşmiş bir sifiliz vak'asının, pek nâdir olduğu yazılıdır ve hakikaten periodiklerde de buna âit observasyonlar pek azdır (*). Biz de Enstitümüzde bu saf arteria pulmonalis sifilizine, bu vak'amızla, ilk defa rastlamış bulunuyoruz.

Ö z e t

Bu vak'ada kronik bronşit ile emfizemi olan ve hayatının son aylarında sağ kalp yetmezliği semptomları göstererek ölen 46 yaşında bir erkeğin otopsisinde; akciğerlerdeki kronik bronşit ve substansiyel emfizem hallerinden gayrı bir sağ kalp hipertrofi ve dilatasyonu ile, çok enteresan bir bulgu olarak, arteria pulmonaliste ileri derecede daralma yapan klâsik sifilitik plâklar bulunmuştur.

Vak'ada arteria pulmonalis'te yerleşmiş olan bu sifiliz, herediter ve sonradan kazanılmış şekiller münakaşa edilerek, sonradan kazanılmış şekil kabul edilmiş, bundan başka daha klâsik arter lokalizasyonları yerine, çok nâdir olan bu arteria pulmonalis yerleşmesinde; hastada evvelden mevcut kronik akciğer leziyonlarının pulmonal artere yaptığı yüklenme tesirine bağlı bir fiksasyon fenomeni (locus minoris resistentiae) nin rolü düşünülmüştür. Ayrıca dünya literatüründe çok nâdir rastlanır vak'alar olarak gösterilen arteria pulmonalis sifilizlerine eklenecek olan bu yeni vak'anın, Enstitüde görülmüş ilk vak'a bulunduğuna hususî olarak işaret edilmiştir.

(*) Arteria pulmonalis sifilizlerine mesaortitis syphilitica leziyonlarıyla beraber veya akciğer bronş sifilizleriyle birlikte yani diğer yerlerin sifilizleriyle kombine olarak, yine nâdir bulunmakla beraber, nisbetle daha fazla rastlanılmaktadır. Enstitümüzde yine ilk defa rastlanmış olduğumuz böyle bir trakea ve bronş sifilizi vak'asında, hem mesaortitis syphilitica hem de arteria pulmonalis sifilizi kombine şekilde beraber görülmüş idi (Ot. Prt. No. 309/1939).

Résumé

Les auteurs présentent un cas de bronchite chronique avec emphysème et qui mourut à 46 ans d'une insuffisance cardiaque datant de quelques mois. A l'autopsie une bronchite chronique et une emphysème substantielle accompagnée de l'hypertrophie et dilatation du cœur droit fut constaté. Mais à côté de ces lésions ils trouvèrent des plaques syphilitiques sur l'artère pulmonaire, provoquant un rétrécissement assez marqué de cette dernière.

Après avoir discuté les possibilités d'une syphilis congénitale et acquise, les auteurs acceptent la seconde éventualité. Pour expliquer cette localisation syphilitique non pas comme classiquement admis sur le système artériel, mais sur l'artère pulmonaire, les auteurs émettent l'opinion d'un phénomène de fixation (*locus minoris resistentiae*) sur ce vaisseau provoqué par les lésions pulmonaires déjà existantes.

Ce cas de syphilis de l'artère pulmonaire, qui peut être inclus dans la liste très restreinte de la littérature médicale est le premier rencontré à l'institut d'anatomie pathologique d'Istanbul.

Summary

The postmortem findings of a 46 years old male have been reported. He showed congestive heart failure during the last few months before death. In postmortem examination were seen, besides chronic bronchitis, and emphysema a right ventricular hypertrophy, and as a very interesting finding, typical syphilitic plaques in the *arteriae pulmonalis* which constricted the latter considerably.

The congenital versus acquired nature of the syphilitic infection has been discussed, and the conclusion was reached that the infection is an acquired one, involving the pulmonary artery probably as the result of a fixation phenomenon (*locus minoris resistentiae*), namely, as a result of the weakening effect of the chronic pulmonary lesions upon the pulmonary artery.

Attention was called to the fact that syphilis of the pulmonary artery is quite rare in the world literature and this is the first case of the kind, encountered in our Institute.

Zusammenfassung

In dem Autopsiefall eines 46 jährigen an chronischer Bronchitis und Lungenemphysem leidenden Mannes, der in den letzten Monaten seines Lebens die symptomen der Herzinsuffizienz zeigend starb, wurden ausser der chronischen Bronchitis und substantiellen Lungenemphysem eine Hypertrophie und Dilatation des rechten Herzens und klassische syphilitische Herden gefunden, die eine hochgradige Verengung in *Arteria pulmonalis* veranlassen und als einen sehr interessanten Befund bezeichnet werden.

In dem Falle hat man darüber disputiert, ob die Syphilis erbliches oder erworbenes ist und man hat die zweite Möglichkeit angenommen und ausserdem hat man noch daran gedacht, dass die Fixationsphänomene (*locus minoris resistentia*), die relativ der Einladungswirkung der chronischen Lungenschädigungen auf *arteria pulmonalis* ist, hier eine Rolle gespielt hat. Dazu bemerkt man, dass dieser neue Fall, der zu den Syphilisfällen der *Arteria pulmonalis*, die in der Weltliteratur als sehr selten bezeichnet sind, der erste Fall ist, dem man in unserem Institut begegnet.

DİSKÜSYON

Dr. Namık Kemal Mentş :

— Sayın hocam Kemal Rüşti Akgüder'in takdim ettiği vak'a hakikaten literatürde çok nâdir olduğu kaydedilen bir lokalizasyon taşımaktadır. Hattâ bazı fransız literatüründe bunun mevcudiyetinden şüphe bile edilmektedir. Burada ben de akkiz bir Sy. in bahis konusu olduğu kanaatındayım ; çünkü hasta oldukça yaşlıdır, sonra, kongenital Sy. e bağlı bir kalb leziyonu taşıyan bir şahsın bu yaşa kadar varması ihtimal dışındadır.

Bu vak'a münasebeti ile, ben de sizlere, bu sene kliniğimizde müşahede ettiğimiz, yine nâdir, başka bir kardio-vasküler Sy. lokalizasyonu gösteren bir vak'adan bahsetmek istiyorum. Bu vak'amızı, biz de serbest tebliğ olarak, huzuruza getirecektik ; fakat müracaatımız geç kalmış olduğu için, maalesef bu arzumuz tahakkuk edemedi. Bizim observe ettiğimiz bu vak'a 22 yaşında bir erkek idi ve 3 cü devir Sy. inin aşikâr belirtilerini taşıyordu. Wassermann + + + + idi. Kalpte, apeks'de sistolik bir sufl vardı. E.K.G. da, intraventriküler sol şube bloku, yüksek voltaj D₁, QVL, QVR ve V₃—V₅ de çok derin ve geniş Q lar vardı. V₁—V₄ de QRS W şeklinde idi. V₁—V₂ de S—T yüksek, V₃—V₄ de S—T düşük idi. Hastayı klinikte potasium iodur, bismuth ve penicilline ile tedavi ettik. Kliniğe girdiğinden 2 ay sonra yapılan yeni E.K.G. da S—T segmentinde normale doğru değişiklikler oldu, ki biz bunu da vak'anın Sy. menşeli olmasını teyid eder mahiyette telâkki ettik. Vak'amız muhtemelen septumun üst kısmında ve miyokardın ön cidarında oturan bir gom idi ve kardio-vasküler Sy. in yine nâdir görülen bir lokalizasyonunu göstermişti. Bu bakımdan burada bahsetmeyi uygun buldum.

Doçent Dr. Kemal Rüşti Akgüder (Son söz) :

— Sayın arkadaşımızın naklettiği kardio-vasküler sifilize âit bu observasyon da enteresandır ; bilhassa klinikte teşhis ve tedavi edilmiş nâdir bir vak'a olması itibarile daha da kıymetlidir. Miyokard'da teşekkül etmiş bu nevi sifilitik gom'lara otopsielerde de rastlanmaktadır ; biz de rastladık. Yalnız sifilizin bu kardial yerleşmesi de, 3 cü devredeki diğer organ gomları arasında nisbetle nâdir bir yerleşmedir. Ancak naklettikleri bu vak'anın; teşhisi patolojik-anatomik ve makro-mikroskopik bulgulara dayanan bizim bu vak'amızla bir ilgisi yoktur. Bizim bu vak'amızın hususiyeti, seyri esnasında vasküler leziyon yapması hastalığın önemli bir karakteristiği olan sifilizin ; bu vasküler leziyonu, saf olarak, yalnız a. pulmonalis'de yapmasındadır. Biliyoruz ; sifilizde bu vasküler âfet, bir çok vak'alarda, hemen daima aort'da yerleşmektedir. Fakat, komunikasyon esnasında söylemiş olduğum gibi, vasküler leziyonu olan sifiliz vak'alarında, aorttaki mesaortitis syphilitica ile beraber nâdir de olsa, a. pulmonaliste de bir yerleşme olabilir. Bundan başka bu a. pulmonalis yerleşmesi, akciğer, bronş ve trakea yerleşmeleri ile de kombine bir halde görülebilir. Yine biliyoruz ; sifiliz vak'aları arasında nâdir rastlayan böyle gösterilerin; literatüre göre, olagan üstü sayılacak bir tarafı yoktur. Netekim bundan 14 sene evelki bir otopsimizde enstitümüzde bizim de rastladığımız çok güzel bir trakea ve bronş sifilizi vak'asında ; vasküler leziyon hem aort hem a. pulmonaliste kombine olarak teşekkül etmişti. Bu ve bunun gibi vak'alar, bugün taktim ettiğimiz vak'anın sınırı dışındadırlar. Bu günlük vak'amız gibi, diğer arterlerde leziyon olmadan, yalnız a. pulmonaliste yerleşmiş saf bir a. pulmo-

nalis sifilizi vak'ası, literatürün de kaydettiğine göre, olagan üstü sayılacak kadar nâdirdir. Hakikat böyle saf bir vak'aya biz de Üniversite reformundan beri yaptığımız, 12023 sayısını bulan (senede ortalama bir hesabla 632 üzerinde bir nisbet) otopsilerimiz arasında, 20 sene içinde, bu vak'amızla, ilk defa rastlamış bulunuyoruz.

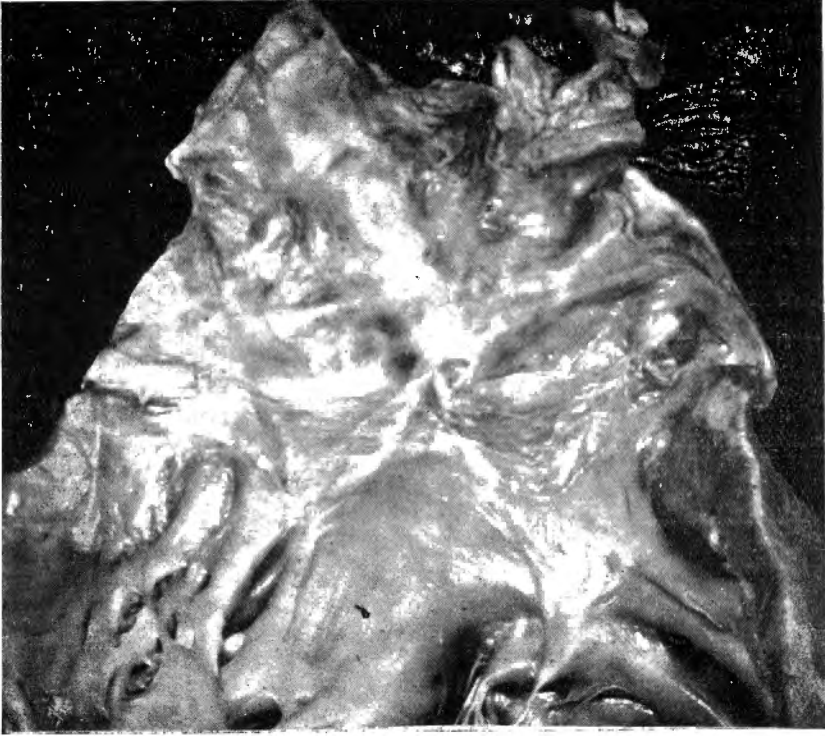
Vak'amızda bir özellik de, klinikte tesbit edilen ve mitral darlığı ile izah edilmek istenen aşıkâr cor pulmonale değişikliğinin ; sifilizin sebep olduğu ileri derecedeki a. pulmonalis darlığından doğma bir değişiklik olması halidir.

Arkadaşımız, bazı fransız literatüründe bu saf a. pulmonalis sifilizi vak'alarının, mevcudiyetinden bile şüphe edildiğini söylediler. Vak'amız bu şüpheleri ortadan kaldırmaktadır.

Biz burada bir de patogenetik özellik üzerinde durmaktayız: bize öyle geliyor ki vak'amızda, bu saf a. pulmonalis sifilizinin yalnız bu arterde yerleşmesinde; hastanın kronikleşmiş olan akciğer âfetlerinin a. pulmonalise yüklenmekle yaptığı tahrişin hazırladığı bir fixation fenomeni'nin tesiri vardır.

Bibliografi

- Anderson** : Pathology. 1948.
Aschoff, L. : Patologische Anatomie. Bd. 2. 1936.
Bezançon-Marcel Labbé-Leon Bernard-Sicard-Clere : Précis de Pathologie médicale. Tom : IV. 1931.
C. Engel : Syphilis of the pulmonary artery. Berich. ü. die. allg. u. spez. Path. Bd. 12. Heft. 2/3. 1952.
Ch. Laubry - René Huguenin et Marcel Thomas : Classification anatomo-clinique des artérites pulmonaires. Annal. d'anat. path. T. IV. No. 6. 1927.
Charles Laubry : Nouveau traité de Pathologie interne. Tom : III. 1 ère partie. 1930.
Coonds : Syphilis of the Heart and great vessels, Annal.d'anat.path. T.VIII No:4. 1931.
Egeli, E. Ş. : Kalb ve damar hastalıkları. İç hastalıkları ders kitabı serisinden: Prof. Sağlam, T. F: 3.
H. Grenet - R. Levent - L. Pelissier : Les syphilis viscérales tardives. 1927.
Henke, F., O. Lubarsch : Handbuch der spez. path. Anatomie und Histologie. Bd. II. 1924.
H. Darré et G. Albot : Une forme de syphilis du pumon. Sclérose syphilitique nodulaire avec panartérite pulmonaire. Annal. d'anat. path. T. V. No. 8. 1928.
M. Letulle : Anatomie pathologique. Tom : I. 1931.
Marcel Thomas : Contribution à l'étude des affections acquises de l'artère pulmonaire, Thèse de Paris. 1927.
Roger - Widál - Tussier : Pathologie de l'appareil circulatoire. Cœur et vaisseaux. Nouveau traité de médecine. Tom : III. Fascicule : X. 1933.
Saraçoğlu Kemal : Kalb ve damar hastalıkları. 1933.
Schwartz, Ph : Patolojik Anatomi ders notları.
Tayanç, M. M. : İç hastalıkları. Seri : II (Kalb ve damarlar).
Turhan, B. : Özel Patolojik Anatomi. Dolaşım sistemi. F. I. 1952 (2 ci bası).
Wall (S.S) : Über eigenartige Formens den Gefässsyphilis. Virchow's Archiv. v. 265. f. 2. 1927.



Resim 1.

No. 3/52. Arteria pulmonalis sifilizi vak'asından makrofoto.

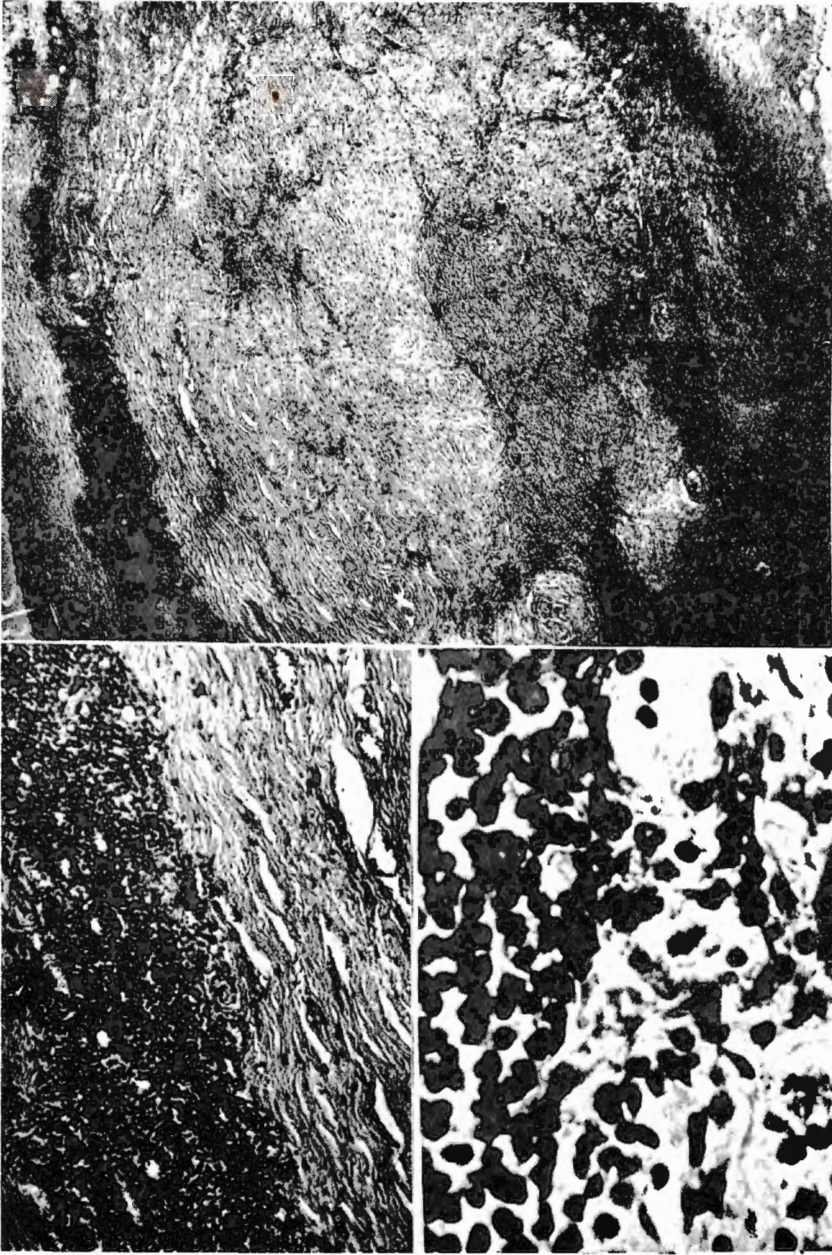
Normal büyüklükteki kalb ; sağ ventrikülün içden görünüşü ; arteria pulmonalis ostiumu, truncus pulmonalis ve arteria pulmonalislerin ağızları ; intimalarda klâsik sifilitik plâklar ; sağ kalb cidarında ve papiler adalelerinde aşikâr hipertrofi ile sağ kalb dilatasyonu.



Resim 2.

No. 3/52. Arteria pulmonalis sifilizi vak'asından makrofoto.

Normale nazaran iki misli büyültülmüş olan resimde truncus pulmonalisdeki sifilitik plâkların aşikâr yıldızvari nedbevi morfologisi.



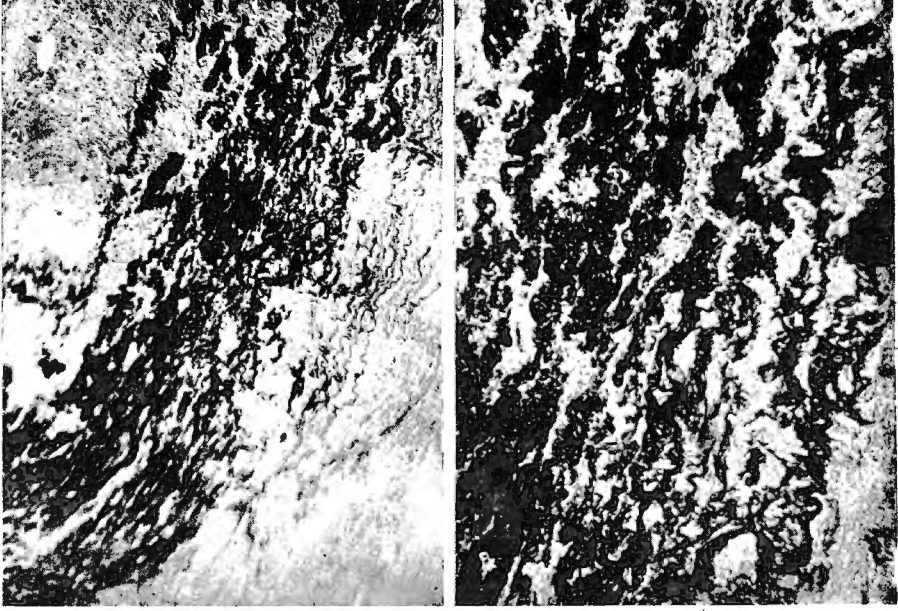
Resim 3.

No. 3/52. Arteria pulmonalis sifilizi vak'asından mikrofotolar.

Yukarıdaki resim: Arteria pulmonalis cidarı. Lubla görünüş. Arter mediasındaki parçalanmalardan sonra her üç intima, media ve adventisya tabakalarının birbirine kaynamış değişik strüktürü içerisinde yeni teşekkül etmiş damarlar ve çevrelerindeki kesif hücrevi infiltrasyon.

Altta; solda birinci resim: Arteria pulmonalis cidarı. 160 X. Parçalanmış media lifleri arasında yeni teşekkül etmiş damarlar ve çevrelerindeki hücrevi infiltrasyonun yuvarlak hücrelerden yapılmış morfolojisi.

Sağda ikinci resim : Arteria pulmonalis cidarı. 720 X. Damar çevrelerindeki infiltrasyonu meydana getirmiş olan lenfosit ve plazmositler.



Resim 4.

No. 3/52. Arteria pulmonalis sifilizi vak'asından mikrofotolar.

Solda birinci resim: Arter cidarında elâstik lifler boyası. Lubla görünüş. Mediadaki liflerin bir çoğu kopmuş ve yerlerinden ayrılmışlardır. Sağda ikinci resim: Arter cidarında elâstik lifler boyası. 160 X. Mediadaki parçalanmış elâstik liflerin yerinde gelişi güzel yerleşmiş ve kimi yerde ince, kimi yerde kalın düşmüş lifli bir bağ dokusunun teşekkülü.

İstanbul Üniversitesi
Patolojik Anatomi Enstitüsü
yayınlarından
Direktör : Ord. Prof. Dr. Ph. Schwartz

LOKALİZASYON VE SEYİRLERİ BAKIMINDAN NÂDİR TELÂKKİ ETTİĞİMİZ UÇ HABİS LENFO - HEMOPOİETİK SİSTEM TÜMÖRÜ

Dr. Kemal Rüşü Akgüder — Dr. Şemsi Gök

Bu yeni komünikasyonumuzla sizlere takdim etmek istediğimiz vak'alarımız, kan yapıcı sistemi ilgilendiren tümöral değişiklikler göstermektedirler.

Bilindiği gibi, kan yapıcı sistemin tümöral dediğimiz değişiklikleri kadrosunda, hakiki tümör gibi kabul olunacak teşekküller (lenfosarkomlar, myelomlar) yanında, genel olarak «lösemi» ismi verilen hastalıklar da mevcuttur. Lösemilerin mahiyeti hakkındaki tümöral gelişme telâkkileri, senelerden beri yapılan esaslı patogenetik münakaşalardan sonra bugün, daha çok taraftar kazanmış bulunmaktadır. Fakat lösemilerin hâlâ tümör olmadıklarını düşünenler de eksik değildir.

Historik bakımdan ; lösemilerin bu patogeneze münakaşalarına, 1888 de, ilk defa «lösemileri kan kanseri telâkki etmeliyiz» diyen **Bard**'ın fikirleri arkasından ve **Virchow**'un hastalığı tarifinden 40 sene kadar sonra başlanılmış ; bundan evvel lösemiler kan yapıcı cihazın bir iltihabi tahriş mahsulü, bir reaktif hiperplazisi gibi gösterilmişlerdir. Kan iltihabi fikri, **Virchow**'dan da eski olarak, **Piorry** ve **Benett**'in yazılarında «Haemitis» şeklinde belirtilmiştir. **Virchow** sebep ve mahiyet üzerinde durmamış, sadece lösemilerde, hemopoietik cihazın bir hiperplazisi görülür demiştir. Bu iddia, sonradan, **Sternberg** ve **Lubarsch** taraflarından detaylar üzerinde durularak desteklenmiştir ; **Sternberg**'e göre, hematopoeiz dokularındaki myeloid ve lenfatik metaplaziye ait olan bu reaktif-hiperplazik vetire, intra-uterin ile extra-uterin hematopoeiz ayrılığı neticesi, extra-uterin yeni hemopoiez dokularında, embryonal devredekilerden arta kalmış hücrelerin her hangi bir tahriş sebebi ile üremeğe başlaması sureti ile meydana gelmektedir. **Lubarsch**'a göre ise bu tahriş daha ziyade intani tabiatte bir tahriştir.

Bu iddialar arasında lösemilerin bir iç ifraz muvazenesi bozukluğunun neticesi olabileceği meselesi de düşünülmüştür. 1919 da bu iddiayı ortaya atan **Naegeli** lösemiler için, lenfatik ve myeloid hücrelerin miktarları arasında mevcut, kimyevi-hormonal faktörler ile idare edilen muvazene halinin bozulmasını sebep diye göstermektedir; burada bu muvazene ağır ve düzelmez şekilde bozulmaktadır (*).

(*) **Naegeli**'den sonra 1936 da **Wiseman**, **Doan** ve **Erg** bir yazılarında lenfoid ve myeloid nesiclerden birinin hiperplazisi diğlerinin hipoplazisini doğurduğuna, sebebini bilemiyerek, dikkati çekmişlerdir. Bundan sonra kobaylardaki eksperimental çalışmalarda, lenfoid veya myeloid lösemili hastalardan çıkarılan spesifik madde enjeksiyonları ile, lenfoid veya myeloid hücre proliferasyonları meydana getirilmiştir. Bu arada **Miller** ve arkadaşlarının 1940 danberi lösemili hastaların idrar ekstreleri ile olan çalışmaları enteresandır. (American J. of the Med. Scie. 206/1943. S. 146).

Bard'in ortaya koyduğu, lösemilerde, kan yapıcı organlardaki blastomlu gelişme fikri, 1904 de **Banti** ve **Ribbert** taraflarından hararetle müdafaa edilmiş ve çok taraf tar kazanmıştır.

Münakaşalarda, «tümör değildir» diyenler ; kan yapıcı sistemin tümöral değişikliklerinde ve lösemilerde, sistemli bir gelişmenin mevcut olduğunu, halbuki habis tümörlerde metastaz yayılmalarının bulunduğunu ; lösemilerin ateşli ve nekrozlu iltihab süreçleri ile had başladıklarını, buna mukabil habis tümörlerde bu hallerin bulunmamasını delil olarak gösterdikten sonra bilhassa **Ellermann** ve **Bang**'in tavuklardaki lösemilerin, virütik bir infeksiyonun neticesi olduklarını belirten tecrübelerini (*) ele alarak, habis tümörlerin herhangi bir infeksiyon mahsulü gösteriler olmadıklarını söylemekte ; ayrıca lösemilerin, habis tümörlerdeki, etrafını tahrib ederek büyüme karakterini göstermediklerini göz önüne koymaktadırlar.

Fakat ;

tavşanlarda infeksiyondan ileri gelme mikzom vak'alarının bulunması (**Sanarelli**) ile tavuklardaki **Roux** sarkomu'nun, eksperimental çalışmalarda varılan intani ve virütik olması neticesi (**), tümörlerde de bir infeksiyon (bilhassa virus infeksiyonu) meselesinin mevcut olduğunu göstermektedir.

Diğer taraftan ;

hematopoietik organlardan, habis tümör olması şüphesiz bulunan, meselâ lenfosarkomlar gibi tümörlerin de çıkması hallerinde ; tümör infiltrasyonunun etrafına geçecek taşkınlık yaptığı ve hatta bazı vak'alarda, tümörün bir yerden başladıktan sonra diğer yerlerde metastazlar yaparak yayılmaları keyfiyeti ile, habis tümörlere has olan bu iki mühim karakterin ikisinin de kan yapıcı sistemin tümöral hastalıklarında bulunabileceği gösterilmekte ve bu suretle söylenen deliller karşılanmaktadır.

Bunun gibi, habis tümörlerin lenf düğümlerinde kapsülü de infiltre etmeleri meselesi, yalnız lenfosarkomlarda değil, bazı lenfatik lösemilerde de görülmektedir; hatta bunlar arasında öyle vak'alar vardır ki, ilk bakışta, soliter lenfoid teşekküller içinde pek çabuk büyüyerek etraflarına taşan morfolojileri ile, lenfatik organların primer tümörlerini düşündürürler (mide ve bağırsak lenf sistemi urları gibi) ; fakat dikkatli bir muayene, bunlarda bu bulguların bir lösemi gösterisi olduğunu meydana çıkarır. Kaldı ki, kan yapıcı cihazın, infiltrasyonları etrafı aşmış, içten dışarı doğru kapsülü taşmış lenf düğümlerinden çıkma sistemli gelişme gösteren tümörleri de bulunur : lenfosarkomatozlar gibi.

Lösemilere tümör değildir diyenler, lösemilerin kan değişikliği karşısında, habis tümörlerde kan terkinde ya hiçbir değişiklik olmadığını veya pek sathi bir değişiklik bulunduğunu ele alarak, aradaki farkın ciddiyetine de işaret etmektedirler. Fakat bu da sabit bir fikir olamamaktadır : bazı lenfosarkom vak'aları seyirleri esnasında, periferik kana tümöral eleman vererek bir lösemi halinin teşekkülüne de sebep olabirler. Bunun gibi bir kısım epitel ve bağ dokusu habis tümörlerinde de bir lösemi hali beraber bulunabilir. Bunlar, eğer bir tesadüfe atf edilmezler ise, «kan değişikliği dolayısı ile lösemiler habis tümör olamazlar» diyenlere güzel cevaplar teşkil ederler. Kaldı ki periferik kanda değişiklik göstermeyen lösemi vak'aları da bulunmaktadır.

Sonra ;

«sistemli ümeden dolayı lösemiler habis tümör değildir» tezi de iyi bir dayanak olamamıştır. Bu sistemli üreme yalnız kan yapıcı cihazda görülmez ; böyle sistemli

(*) Lösemili bir tavuk kanının ultrafiltratını sağlam hayvanlara şırınga ederek onları da lösemili yapan tecrübe.

(**) **Roux** sarkomu olan tavukların tümör ultrafiltratını sağlam hayvanlara şırınga ederek onlarda da sarkom meydana getiren tecrübe.

gelişme gösteren diğer tümörler de vardır : meselâ deride **Darier** hastalığı, **Kaposi** hastalığı sistemli teşekküllerdir ; periferik sinirlerin **Recklinghausen** hastalığı sistemlidir. Kaldı ki sistemli tümör vak'alarında, bazan, bir tek organda diffuz olarak gelişen vak'alar da bulunur : beyindeki diffuz gliom vak'aları ile karaciğerdeki diffuz heman-gio-endoteliom vak'aları gibi.

Lösemilerde kan yapıcı cihazdaki değişikliğin her tarafta birden başlamasının habis tümörlerde görülmediği hikâyesi de zayıf bir dayanak olmuştur. **Askanazy** lenfatik lösemilerde böbrek infiltrasyonlarının bir metastaz olduğunu göstermiş ; yeni olarak **Furth** de lösemik infiltrasyonların evvelâ mahdud bir yerden başladıktan sonra yavaş yavaş ilerlediği ve diğer yerlere yayıldığı fikrini, tecrübesi ile, meydana koymuştur (*). Keza multipl myelomlarda da bunlardan birinin bir primer tümör olduğu, diğerinin bunun metastazları gibi meydana geldikleri fikri belirtilmiştir (**Magnus - Levy**).

Lösemilerdeki had ateşli başlangıç delili de karşı fikirler ile kıymetten düşürülmüştür. Habis tümörler arasında miliar tüberkülozu taklit eden ateşli vak'alar bulunmuştur (**Askanazy**'nin miliar karsinozu).

Lösemilerdeki iltihabi nekrotik vetirelerin teşekkülüne gelince, bu da kan yapıcı cihazın yalnız tümörlerine ait bir gösteri bulunmamaktadır. Bu gösteri hematopoietik cihazın diğer hastalıklarında (meselâ agranülozitozda) ve hatta tümör tabiatından şüphelenilmeyen bazı habis teşekküllerde de görülür. Zaten, lösemiler için, bu iltihabi - nekrotik süreçlerin teşekkülü bir sebep değil, bir neticedir - ve hemopoietik cihazdaki değişikliğin, organizmanın müdafaa kuvvetlerini azaltarak, enfeksiyona zemin hazırlaması hâlinde doğmaktadır.

Lösemilerin «iltihab mı, tümör mü?» münakaşalarının bu lehteki tecellilerini bir tarafa bırakalım ; ortada bu bahsi aydınlatmak için yapılmış öyle eksperimental çalışmalar vardır ki, bu hayvan patolojisine bakarak bize, yine tümör ihtimalini düşündürür. Bu tecrübelerin mühim olanları şunlardır :

1) Lösemili hayvanların ultrafiltrabl maddesi ile aşılana sağlam hayvanlarda aynı tipte hastalık meydana getirilmiştir.

2) Bu ultrafiltrabl madde ile kan yapıcı cihaza ait myelom, lenfosarkom gibi tümörler de yapılmıştır.

3) Yine bu ultrafiltrabl madde, bazan, bağ dokusu ve epitele ait habis tümörlerin de teşekkülüne sebep olmuştur.

Sonra ;

4) **Roux** sarkomu virusü ile hayvanlarda kan yapıcı sistem tümörleri de yapılmıştır.

5) Kanserojen maddeler kullanılarak da kan yapıcı sistem tümörleri meydana getirilmiştir : Katranın kemik iliği şırıngaları ile tavuklarda (**Thomson, Engelbreth-Holm**) ve sıçanlarda (**Bernard**) yapılmış olan kan yapıcı sistem tümörleri gibi.

6) Röntgen şuaı ile sıçanlarda kan yapıcı sistem tümörleri meydana getirilmiştir.

(*) **Furth** bu tecrübesinde atipik bir myeloid lösemi vak'asından, hususi mikro-manüüpülâtör aleti ile, tümör içerisinden bir tek hücre almış, tecrübe hayvanının kemik iliğine şırınga etmiş ve hayvanda evvelâ bu şırınga yerinde (yani lokal olarak) bir myelom hasil olduğunu ve ancak bu ilk odaktan sonra klasik myeloz tablosunun geliştiğini görmüştür. **Furth**'a göre diğer yerlerdeki gelişmeler bu ilk myelom odağının metastazlarıdır.

Bu eksperimental gösterilerden sonra, nihai şekilde reddedilmesi her halde daha da zorlaşan «lösemiler tümöral teşekküllerdir» iddiası; yapılan itirazlara en inandırıcı cevabını, bu gün için, sito-morfolojik bulguları ile vermektedir: habis tümörlerin en önemli teşhis dayanağı, mikroskopik preparatlarda atipik dediğimiz hücrelerin görülmesidir ; bu hücreler normalden inhiraf etmiş, irili-ufaklı boylarda, koyulu açıklı renk gösteren, biçimleri değişmiş, bilhassa nüveleri ve kromozom strüktürleri bozulmuş hücrelerdir. Böyle atipik hücreler lösemilerde de, atipik kan elemanları şeklinde, gerek kan yapıcı organlarda, gerekse periferik kanda, hem de fazlası ile, mevcuttur (*).

O halde ;

lösemileri kan yapıcı sistem tümörleri arasına koymak yerindedir. Bu bakımdan biz, kan yapıcı sistem tümörlerini, genel olarak ve tabii lösemileri de içeri alarak, hemoblastozis terimi (**) altında toplamaktayız. Bu hemoblastozis'leri; karşılaşılan vak'alara ve bu arada bizim de bu gün göstermek istediğimiz vak'alarımıza iyice tatbik edebilmek için, aşağıdaki özelliklere dikkat etmek lâzımdır :

— Kan yapıcı sistemin tümörleri olan hemoblastozislerin kan hücreleri çeşidi kadar gurupları bulunmaktadır. Bu bakımdan hemoblastozislerden bir lenfo- (lenfosit serisine ait), bir myelo- (granülosit serisine ait), bir retikülo- (monosit serisine ait), bir eritro- (eritrosit serisine ait) ve bir megakaryosito- (trombosit serisine ait) hemoblastozis çeşidi bulunmaktadır. Bunlar içerisinde en çok görülenler baştaki lenfo- ve myelo- hemoblastozislerdir; birincilere lenfomatozis ; (klinikte lenfoid lösemi veya lösemik lenfadenoz) ikincilere ise myelomatozis veya bunun daha da kısaltılmışı ile myelozis (klinikte myeloid lösemi) isimleri de verilir.

— Normalin üstündeki bu çalışmada hematopoiez için bildiğimiz üç ayrı kaynak da ış görebildiğine göre kan yapıcı sistemin tümörleri olan hemoblastozislerde de her üç kaynağın, çıkacak tümörlere yer verdiği görülmektedir. Bunlardan primer kaynak, myeloid seri için kemik iliği ve dalaktır. Lenfoid seri için ise lenf düğümleri ve bütün lenfatik sistemdir. Segonder kaynak, myeloid seri için lenfatik sistemdeki myeloid metaplazi ; lenfoid seri için myeloid sistemdeki lenfatik metablazi odaklarıdır. Tersiyer kaynak, myeloid ve lenfoid her iki seri için de, organ intertisyumlarındaki bağ dokusudur.

— Bu hemoblastozis isimleri altında daha ziyade sistemli büyüyen, yani evvelâ, normalde tümörün hücrelerine uygun hemopoiez vazifesi gören bütün organlarda (meselâ lenfatik sistem'in lenfo-hemopoiez yapan veya myeloid sistemin myelo-hemopoiez yapan organlarında), sonra; normal olarak bu tümörleşmiş hücrelerden ayrı çeşitten hematopoiez yaparken hastalık dolayısıyla metaplazik bir gelişmeye uğrayarak tümörün aynı çeşitten de hematopoiez yapmağa başlayan (meselâ lenfoid sistemde myeloid seri veya aksine myeloid sistemde lenfoid seri yapan gelişmeler gibi) tümörün çıktığı hücre sistemine ait olmıyan karşı taraf sistemi organlarında ve hatta strüktürlerinde

(*) Burada, bilhassa kan frotilerinde, rastlanacak genç kan hücrelerinin çok polimorf olduklarını, dolayısı ile birbirine benzemeyen bir çok çeşitlerin mevcut bulunduğunu, hatta bilhassa lökosit grubunda, myeloid veya lenfoid kaynaklı genç hücrelerin birbirlerinden ayırd edilmesinin, hususi reaktifler kullanıldığı halde bile, bazan mümkün olmadığını düşünerek, teker teker müstakil birer isim ile şahsiyetlendirilmiş olan bu kadar çok genç kan hücresi arasında, atipik elemanı seçmek her halde kolay bir iş değildir. Bunun için, her şeyden evvel bu genç kan elemanlarını, esaslı bir hematoloji bilgisi ile birbirlerinden ayırd etmeğe katı bir ihtiyaç vardır.

(**) Bu terim kan ve lenf yapıcı sistemin primer tümör benzeri şişmeleri ile kendini gösteren hastalıkları için, ilk defa (Orth) tarafından kullanılmış bir terim bulunmaktadır.

otokton olarak kan yapıcı elemanlar da bulunan organ interstisyumlarındaki bağ dokusunda hep birden atipikleşmiş kan hücreleri çeşidine ait tümöral infiltrasyonlar meydana getirebilen hemoblastozis vak'aları toplanır.

— Bu sistemli hemoblastozis'lerde atipikleşmiş kan hücreleri periferik kana da dökülebilir ; bunlar eritro-hemoblastozis'lerden gayri olan hemoblastozis çeşitleri için lökemik diye isimlendirdiğimiz hemoblastozis'lerdir. Atipikleşmiş kan hücrelerinin yalnız hematopoietik organlarda kaldığı vak'alar için ise, alökemik şekillerden (Klinikte alökemik lösemi) bahsedilmektedir (*). Lökemik olan hemoblastozis çeşitlerinde, bilhassa lenfo- ve myelo- hemoblastozis'lerde periferik kanda yüzbinleri bulan ve aşan bir hiperlökositoz ile kan formülünde myeloid veya lenfoid sistem elemanları lehine yüksek bir lenfositoz veya granülositoz görülür. Tabiatıyla bu yükselmiş lenfositer veya granülositer elemanlar daha ziyade tümöral gelişmeye uğramış hematopoiezin meydana getirdiği atipik morfolojideki lenfositer veya granülositer elemanlardır. Bu elemanlar periferik kana mahsus son diferansiyasyonunu almış hücre şekilleri yanında ve bunlardan daha ziyade bu son diferansiyondan evvelki genç şekillerin morfolojilerini taklid ederler; yani normalde periferik kanda görülmiyen hematopoietik organların genç kan yapıcı ana hücreleri de atipik olarak, bol miktarda kana karışmış bulunurlar. Alökemik şekillerde ise hemogramda hiperlökositoz bulunmaz ; yani atipikleşmiş kan hücreleri periferik kana karışmazlar. Fakat burada kan formülünde tümörün çeşidine göre bir lenfositoz, bir granülositoz görülebilir veya hemogramda lökositoz bulunmadığı gibi kan formülünde lenfositoz ve polinükleoz da olmayabilir, yani kan formülü tamamen normal kalabilir. Bazı Fransız müellifleri, hemogramda hiperlökositozu bulunmayan alökemik vak'aların kan formüllerinde, hamoblastoz çeşidine göre lenfositoz veya granülositoz değişiklikleri gösteren haller ile kan formülünde lenfositoz veya granülositoz göstermeyip normal kaarkteri muhafaza etmiş halleri birbirinden ayırarak lenfositoz veya granülositoz bulunan birincileri alökemik şekiller; lenfositoz veya granülositoz göstermiyen ikincileri ise kriptomik şekiller diye isimlendirilir ve görülen bu nüans farkını böyle ayrılmış terimlerle de ifade etmek isterler (Emile Weil).

— Bu sistemli hemoblastozis'ler yanında, meydana geldikleri lenfoid veya myeloid sistem organlarında, diğer habis tümörler gibi, bir yerden başlayıp olduğu yerde gelişen ve başka yerlere, aynı organda dahi, ancak metastaz yapmak suretile yayılan vak'alar da bulunmaktadır; bunlar lokal gösterili hemoblastozis'lerdir. Bu lokal hemoblastozis'ler de belli başlı olarak, lenfoid sistemde lenfosarkomları, myeloid sistemde myelomları; retikulo-hemoblastozis grubundan kemik iliğinde Ewing tümörlerini, lenf düğümlerinde retotel sarkomları, dalakda ise splenomları meydana getirirler.

— Hemoblastozis'ler için, son zamanlarda, bu söylediğim bilgilere uymayan yeni yayınlar da yapılmıştır. Bu yeni yayınlarda ortaya konmuş olan fikirlerde, sistemli hemoblastozis'lerde dahi hematopoietik sistem içindeki habis tümöral gelişmenin, diğer habis tümörlerdeki gibi, evvelâ bir primer yerden başladığı ve sonraki gelişmelerin bu primer yerin metastazları gibi meydana geldikleri belirtilmektedir. Bu kanaatin ilk defa ortaya atılmasına Furth'ın çok enteresan olan yukarıda bahsettiğimiz tecrübesi sebep olmuştur.

Bu nev'i lokal başlangıçlarda, otopilerde makroskopik olarak dikkatimizi çeken değişiklikler de bulunabilir : başlangıç yerleri, daha geniş ve daha kesif infiltrasyona uğramış bir karakter gösterebilir ve tümörün en büyük kütlesi burada bulunabilir. Buzaman lenfa düğümleri de birbirinin yanında yer almış iri paketler halinde toplanı-

(*) Atipik elemanları periferik kana karışmış eritro-hemoblastozis'ler eritre-mik ; karışmamış olanlar aneritre-mik diye adlandırılmışlardır.

bilirler. Sistemli hemoblastozislerdeki bu lokal başlangıçlar için lenf sistemi tümörlerinde ilk gelişmesini segonder hatta tersiyer kaynaklarda yapmış vak'alar da tanınmaktadır. Bu zaman meselâ kemik iliğinden başlamış lenfomatozis vak'aları teşekkül edebilir (Bunlarda hatta lenf bezleri, dalak, karaciğer büyümemiş görülebilir, bu nev'i vak'alara medüler lenfomatozis'ler derler). Bunun gibi böbreklerden, karaciğerden başlayan vak'alar da bulunmaktadır.

— Lenfoid sistemin lokal olan tümörlerini meydana getiren lenfosarkomlar, bazan, sistemli lenfomatozlar gibi her tarafta birden gelişmiş intibamı veren bir gösteri de yapabilirler. Bu zaman lenfosarkomatozis vak'alarından bahsedilir (**Poltauf** ve **Kundrat**). Bunlarda periferik kanda lökemik tablo bulunmaz (**Emile Weil**) ; fakat bulunabileceğini söyleyenler de vardır (**Folkmer** ve **Heilmeyer**).

— Bu lenfosarkomatozlar ile lenfomatozlar arasında diferansiyel diağnoz için şu makro-mikroskopik farklara dikkat edilir :

Lenfomatozlar, lenf sistemi içinde bilhassa lenf düğümünde, kaide olarak, kapsüllü hiçbir suretle dışarı taşmayan bir iç infiltrasyonu şeklinde seyrederek ; bundan dolayı buldukları yerde serbestce oynatılabilirler.

Lenfosarkomatoz vak'aları ise, lenf düğümünün kapsülünü de infiltrate ederler, bu şekilde dışarıya taşarak buldukları yerin çevrelerindeki dokulara da geçer ve bu komşu dokular ile iltisaklar peyda ederler ; bundan dolayı buldukları yerde serbestce oynatılamazlar. Lenfosarkomatozların organlar içinde teşkil ettikleri irili - ufaklı tümöral nodülleri de daha ziyade dışarıya doğru taşkınlık yapacak durumda büyüyen bir morfoloji gösterirler ; bu karakter lenfosarkomları hatırlatan bir karakterdir. En mühim mesele de bu lenfosarkomlar ile lenfosarkomatozisleri birbirinden ayırd etmektir ; nisbî olmakla beraber bunları da birbirinden ayırd ettirecek farklar bulunmaktadır :

Lenfosarkomlarda lenf sistemine ait lokal tümöral gelişme çıktığı organda primer odak yaparak başlar ; burası bir lenf düğümü ve lenfatik sistemin her hangi bir organı (meselâ bir çok vak'alarda bağırsağın lenfatik sistemi veya bütün organların interstisiyel bağ dokusundaki lenfoid metaplazi sahaları olabilir. Nerede olursa olsun bu primer odak evvelâ çevresini aşar, komşu dokular içine girebilecek şekilde ilerleyen infiltrasyonlar meydana getirir ve ekseriya buldukları yerde organın dışına doğru taşkınlık yapacak bir morfoloji gösterir. Bundan sonra vücutte teşekkül edecek tümöral nodüller bunun metastazları olarak meydana gelirler ; bu metastazlar nisbetle dağınık yerlerde yerleşirler. Primer tümör yerinin civarındaki lenf düğümünde ekseriya birbirleri ile birleşmiş büyük tümörlü grublar yerine nisbetle seyrek yer almış, daha dağınık tümörler şeklinde görünürler.

Lenfosarkomatozislerde ise, tümör gelişmeleri nisbetle birbirlerine daha yakın olan bir yerleşme gösterir ve hatta bunlar çok defa birbirleri ile birleşerek büyük grublar, paketler meydana getirirler. Yeni kanaatlarımıza göre böyle kesif bir tümörleşme morfolojisi bize bu yerde tümörün primer bir yerleşme yaparak başlamış olduğu fikrini verir. Bundan sonraki yayımlarda, uzaklara geçen tümör infiltrasyonu, yine nisbetle birbirinin arkasından gelmesi beklenen, birbirine yakın olarak yer almış oldukça sık yerleşmeli tümöral nodüller yapmış görünürler.

— Hemoblastozis vak'aları had veya kronik seyirli olabilirler. Her iki taktirde de prognozları ağırdır. Yalnız son senelerde üzerinde çalışılan hormonlar ile tümör tedavisi bahsinde, lösemilerin, lenfo- ve diğer sarkom vak'alarının da hormonal tedavileri tecrübe edilmiştir. Bu arada Cortisone, ACTH ve Nörohipofiz ekstreleri ile iyi sonuçlara varılmıştır. Bu hususta bizim kliniklerimizde de tatbikler yapılmış ; ayrıca fizyopatoloji ve kanser enstitülerimizde araştırmalarda bulunulmuştur. Bu araştırmalar sonunda, nörohipofiz ekstreleri ile, çok habis metilkolantren sarkomlarında pek ümid

verici neticeler elde edilmiştir: buradaki bu iyi neticede, nörohipofiz ekstrelerinin tesi-ri altında, hipofiz tarafından ifraz olunan ACTH nin sürenalleri devamlı olarak sti-müle etmesi ve bu endogen ACTH ya karşı, organizmada bir cevap vermez halin mey-dana gelmemesi ; sebep diye düşünölmüştür (S. Eser, G. Eser).

*
**

Bizim vak'alarımızdan ilki lösemik bir lenfadenoz vak'asıdır ve görünüşe göre, timüs'den başlamış (çünkü en kesif tümör infiltrasyonu, civardaki lenf düğümü infil-trasyonu paketi ile beraber, burada bulunmaktadır. Ayrıca çocuğun yaşı timüs'ün in-volusyon'a uğraması lâzımgelen bir yaştır) bir infiltrasyonun lenf sistemindeki yayıl-malarını göstermektedir. Nekrotik angina'sı vardır.

İkinci vak'amız alösemik bir lenfosarkomatozis vak'asıdır ; burada da tümöral gelişme, görünüşe göre, böbreklerden başlamış (çünkü infiltrasyonun en kesif sahası buradadır ; daha ziyade odak şeklinde, dışarıya doğru taşkınlıklar yapmış bir görünüşü vardır) ve vücudün diğer yerlerine buradan yayılmış gibi bir intiba vermektedir. Burada timüs'de infiltrasyon yoktur (hastanın yaşı küçük olmasına rağmen).

Her iki vak'amız sistemli hemoblastozis'ler grubundandırlar. Birincisi lösemik, ikincisi alösemiktir. Birincisinde infiltrasyonlar karakteristik iç infiltrasyonları şek-iinde kalmış, dışarıya tecavüz etmemiştir. İkincide ise, infiltrasyon dışarıya, kapsüle geçmiştir. Bundan dolayı lenfomatoz değil, lenfosarkomatozdir.

Her iki vak'amız, görünüşe göre hükmettiğimiz timüs ve böbrekten başlama şe-killeri eğer doğru ise, sistemli hemoblastozisler için, Furth'un yeni öğretimine göre bellediğimiz, lokal başlangıç tezine birer misal teşkil edeceklerdir. Bu neticeler bizim için enteresandırlar ; Enstitümüzde timüsten başlamış intibanı veren ilk lenfadenoz vak'ası budur. Lenfosarkomatoz vak'amızın da böbrekten başlamış olmasına, bununla, yine ilk defa rastlamış bulunuyoruz.

Bu vak'alarımız, aynı zamanda, lösemilerin tümör tabiatı aleyhinde bulunanla-rın, delil toplarken istifade ettikleri (lösemilerde kapsüle tecavüz ve komşu doku in-filtrasyonu olmaz) tezi ile (habis tümörler sistemli teşekkül yapmaz) iddialarını ce-vaplandıran yeni birer misaldirler.

Üçüncü vak'amız, sindirim cihazı lenfatik dokularında gelişmiş ve geçit-kapak bölgelerinde daraltıcı iri nodüller yapmış lokal infiltrasyonlu bir mide-bağırsak lenfo-sarkomu vak'ası bulunmaktadır. Bu vak'ada; oldukça geniş yayılmalar yapmış, her-biri teker teker ayırd edilebilen organ ve lenf düğümü metastazları teşekkül etmiştir. Bu metastazlar; sistemli telâkki edilen vak'alardaki infiltrasyonlar ve bu arada bizim evvelki iki vak'amızdaki yayılmalar ile mukayese edildikleri zaman, onlardan ayrı gösterişte buldukları aşıkâr olarak tesbit edilebilecek morfolojide tümöral teşekkül-lerdir. Bu üçüncü vak'amızda ayrıca bir nekrotik iltihab vetiresi de mevcuttur. Ensti-tüdeki vak'alarımız arasında, bunun gibi, sindirim cihazının geçit-kapak bölgelerinde daraltıcı iri nodüller yapmış bir vak'aya şimdiye kadar rastlanmamıştır. Bu vak'ada nekrotik iltihab vetiresinin teşekkülü de mânâlıdır ve lösemileri iltihab tabiatlı kabul edenlerin dayandıkları (habis tümörlerde, lösemilerde gördüğümüz nekrotik iltihab vetiresi teşekkül etmez) tezine, aksi taraftan, güzel bir cevap olmaktadır.

*
**

Vak'a: I

Bu vak'a 3. İç Hastalıkları Kliniğinde tedavi edilmekte iken ölen 14 yaşında bir erkek çocuğa aittir (*).

Klinik müşahedesinde : lenfatik lösemi'ye ait bulgular (boynun her iki tarafında, mediastinum'da, koltuk altında, inguinal bölgedeki lenf düğümleri şişmeleri, büyük dalak, büyük karaciğer, 272200 raddesinde yüksek hiperlökositoz, 99 % nisbetini bulmuş atipik karakterde bir lenfositöz) ve hemorajik diatez tesbit ediliyor. Hastada son zamanlarda akşamları 39,6° ya kadar yükselmek ve sabahları düşmek suretile seyreden bir de ateş görülüyor. Hastalığın iki senedenberi ve bu son zamanlara kadar ateşsiz devam ettiği belirtiliyor.

Klinik diağnoz: lenfatik lösemi'dir.

Otopside (Prot. No.: 316/51) gördüğümüz makroskopik bulgular şunlardır:

Timus'un 2×5×7 sm. çapını bulan iltisaksız büyümesi ve sincabi renkli sertce kıvamda homojen yapıda geniş tümöral değişmesi (Resim: 1).

Mediastinumdaki; timus civarındaki, koltuk altları ve bilhassa boyundaki lenf düğümlerinin, boynun alt kısmında daha kesif olmak üzere, birbirleriyle iltisaklar yapmaksızın sık olarak yanyana gelmiş, topu birden yumruk cesametini bulan, kapsülleri taşımayan büyümeleri ve sertce, sincabi renkli, homojen yapıda geniş tümöral değişmesi (Resim: 1).

Tümöral infiltrasyona uğramış boyun lenf düğümlerinin, buldukları yerde boyun damar - sinir paketlerini tazyikli (Resim: 1).

Her iki tarafta ceviz iriliğini bulan şişmeye ve siyahlaşmış kabuklarla örtülü bir nekroza uğramış olan bademcik kesitlerinin; sertçe, sincabi renkli tümöral değişmesi ve bu tümöral değişme içinde koyu kırmızı renkli kanama sahaları.

Her iki akciğer hilusu lenf düğümlerinin ceviz iriliğini bulan büyümeleri ve kesitlerinin sertce, sincabi renkli homojen yapıda tümöral değişmesi ile kapsülleri taşımayan bu tümöral değişme yanında yer yer küçük, sarımsak renkli, yumuşak, kazeifikasyon nekrozu manzarasında harabiyet sahaları (tüberküloz).

Mezenter lenf düğümleri ile peripankreatik, perigastrik, karaciğer ve dalak hilusları bölgeleri, abdominal-paraaortal bölge ve kasık bölgeleri lenf düğümlerinin topu birden kâhıl yumruğundan daha iri cesamette kapsüllerini taşımayan büyümeleri ve kesitlerinin sincabi renkli, homojen yapılı, sertce tümöral değişmeleri (Resim: 1).

Mide ve bağırsak mukozalarında noktavi kanamalar (submüköz). Mide ve bilhassa bağırsakların mukoza yüzeylerinde, lenfatik sistemde yer yer mercimek iriliğini bulan şişme ve sincabi renkte tümöral değişmeler (Resim: 1).

Dalağın aşikâr büyümesi, kesit yüzeyinde folikülleri iyice ayırd edilemeyen düzleşmiş ve nisbetle sertleşmiş dalak pulpasının bazı yerlerinde sincabi renkli çok küçük mihrakıklar (tümöral infiltrasyon).

Sağ femur kemik iliğinin sincabileşmiş hücrevi hiperplazisi.

Karaciğerin büyümesi ve kesit yüzünde parankimanın her tarafta, yer yer daha iyi ayırdedilebilen toplu iğne başı kadar küçük sincabi mihrakıklar ile değişmesi (tümöral infiltrasyon).

Karaciğer parankimasında toplu iğne başından iri küçük kanama mihrakıkları.

(*) Bu münasebetle vak'ayı bize veren ve kıymetli yardımları ile bizi aydınlatmış olan sayın klinik hocalarımız ile mesai arkadaşlarına bir kere de huzurunuzda teşekkür etmekteyiz.

Her iki böbreğin ileri derecede büyümesi (sağ $15 \times 8 \times 5$ sm. çapında, 370 gr., sol $15,5 \times 8 \times 5$ sm. çapında, 410 gr. dir.

Her iki böbrek dış ve iç yüzlerinde, dışta daha fazla olmak üzere, toplu iğne başından mercimekten daha iri bir çapa kadar değişen müteaddid kanama mihrakları.

Her iki böbrek iç ve dış yüzlerinin birbirlerine sokulmuş durumda oldukça yakın, irili-ufaklı, yaygın ve hafif kabarıklıklar yapmış sincabi renkli, sertce tümöral yerleşmeler ile değişmesi (korteks ve medulla tabakalarının sınırları kaybolmuş ve genişlemiş idi; bu genişlik, her iki böbrekte, en geniş yerinde 4 sm. i aşan bir yer kaplayacak raddeyi bulmuş görülüyordu. (Resim: 1).

Her iki böbrek pelvislerinde genişçe submüköz kanamalar.

Her iki böbrek pelvis ve kalislerinde bolca ürik asid kristalleri.

Mesanede ileri derecede genişleme ve bilhassa ureter ağızlarında submüköz geniş kanamalar.

Her iki sürrenal tabakalarının hafif genişlemesi ve yer yer küçük sincabi mihraklar ile değişmeleri (tümöral infiltrasyon).

Nisbetle büyücek olan testis parankimlerinin, hat ve nokta şeklindeki oldukça sık yerleşmeli küçük sincabi mihraklar ile değişmesi (tümöral infiltrasyon).

Her iki akciğer loblarında, alt loblarda daha aşikâr olmak üzere, iltihabi edem ile ara yerde dağınık küçük lobüler pnömonik infiltrasyonlar.

Her iki akciğer bronş ve bronşiyollerinde nezlevi kırmızılık.

Sol akciğerin alt lobunda, kardial yüzde toplu iğne başı kadar, etrafı fibröz bir kapsülle çevrili, yuvarlak, karabiber tanesi iriliğinde; sert, eski tüberküloz kireç mihrakı.

Myokardda bulanıklık.

Sol kalbin ön yüzünde subepikardial kanamalar.

Sağ kalbde genişleme.

Beynin ileri derecede şişmesi.

Piyada ve beyin cevherlerinde hiperemi ve beyaz cevherde çok küçük sincabi mihrakcıklar (tümör?).

Hipofizin büyümesi ve ön lobunda, arka loba doğru ilerleyen sincabi mihrakcıklar (tümör?).

Bütün vücutta kaşektik zayıflama.

Bacaklarda hafif edem.

Baş, yüz, göğde ve kol - bacak gelişmelerinde, yaşa nazaran bariz küçüklük (infantil hal).

Mikroskopik muayenelerde:

Timus preparatında:

Her tarafta atipik yuvarlak hücrelerden yapılmış (bir çoğu küçük boyda, az sitoplazmalı, koyu boyalı, biçimsiz, yuvarlakça nüveli, lenfositleri taklit eden hücreler; bir kısmı ise irice boyda, bolca sitoplazmalı, nisbetle açık boyalı, fakat yine biçimsiz yuvarlakça nüveli, lenfoblastları taklit eden hücreler) lenfo-hemoblastotik bir infiltrasyonun normal strüktürün yerine geçmesi ve kapiler lumenlerinin bu atipik hücreler ile dolması (Resim: 2).

Lenf düğümü preparatında (boyundan alınmış);

Her tarafta foliküler - retiküler yapısı kaybolmuş olan lenf düğümü strüktürünün sinuslar ve damar lumenleri içinde de yer almış ve atipik yuvarlak hücreli bir infiltrasyondan yapılmış lenfo-hemoblastotik geniş tümöral bir gelişme ile değişmesi (Resim: 2)

Sol akciğer hilusundaki bir lenf düğümü preparatında:

Bir tarafta henüz açık olarak ayırd edilebilen kısmen muhafaza olunmuş normal

foliküler - retiküler lenfadenoid doku içerisinde, yer yer epitelooid hücreler ile Langhans tipinde dev hücrelerinden yapılmış, ortalarında yuvarlak nekrozlaşmaları bulunan, taze klasik tüberküller mevcudiyeti; diğer taraflarda sinus boşluklarının, damar lumenlerinin ve bunlar etrafındaki lenf düğümü strüktürünün lenfo-hemoblastik tümöral gelişme ile değişmesi;

Dalak preparatında :

Her tarafta normal strüktürü, folikülleri ile kaybolmuş olan pulpada ve damar lumenleri ile sinuslar içinde atipik lenfoid ve lenfoblastlardan yapılmış lenfo-hemoblastotik infiltrasyon (Resim: 3);

Kemik iliği preparatında:

Atipik lenfosit ve lenfoblastlardan yapılmış lenfohenopoietik metaplazi sahaları (Resim: 3);

Karaciğer preparatında:

Her sahada Kiernan aralıklarında toplu odaklar yapmış, epitel kordonları arasındaki kapiler mesafelerde ise, dağılık vaziyette yer almış, atipik lenfosit ve lenfoblastların meydana getirdiği lenfo-hemoblastotik infiltrasyonlar (Resim: 4);

Sürrrenal preparatında:

Korteks tabakası ile yağlı perikapsüler bağ dokusunda ve kapilerler içinde atipik lenfosit ve lenfoblastlardan yapılmış lenfo-hemoblastotik infiltrasyonlar (Resim: 4).

Böbrek preparatında:

Genişlemiş olan interstisiyel dokuda yer yer, daha ziyade yuvarlak biçimde toplantılar yapmış, bazı yerde ise dağılık yerleşmiş, (aynı zamanda genişlemiş damar lumenlerini de doldurmuş) atipik lenfosit ve lenfoblastlardan yapılmış lenfo-hemoblastotik infiltrasyonlar (Resim: 5);

Testis preparatında:

İnterstisiyel dokuda her tarafa dağılmış, günde kesitlerini iterek sıkıştırmış ve bazı yerlerde harab etmiş (aynı zamanda kapilerler içerisini de doldurmuş) lenfo-hemoblastotik infiltrasyonlar (Resim: 5);

Beyin preparatında:

İleri derecede genişlemiş olan kapiler damar lumenlerinde lenfo-hemoblastotik toplanmalar (Resim: 6);

Hipofiz preparatında:

Daha fazlası ön lobda olmak üzere ön ve arka loblarda geniş sahalarda normal strüktür yerine geçmiş lenfo-hemoblastotik infiltrasyon ile genişlemiş olan kapiler lumenleri içinde bu atipik hücrelere ait topluluklar (Resim: 6); tesbit edilmişlerdir.

Patolojik-anatomik diaгноз:

Kronik, sistemli lenfo-hemoblastozis, hemorajik diatez, tüberküloz ganglioner reaktivasyon'dur.

Epikriz:

1) Bu kronik sistemli lenfo-hemoblastozis vak'amızda ; yeni tecrübelerle ortaya konulmuş, buluşlara dayanarak ve bu tümörlerde de sistemli olmalarına rağmen, yine bir başlangıç noktası bulunur teorisine (Furth) uygun olarak, ilk çıkış yerinin timus olması itibarı altında kalmış bulunuyoruz.

2) Hastanın son zamanlardaki ateşli halinin, lösemi'den ziyade tüberküloz reaktivasyonuna ait olduğunu tahmin ediyoruz.

3) Hipofizin ön lobundaki tümöral infiltrasyon ile ilgisi olan infantil hal, vak'anın ayrı bir özelliğidir.

Vak'a: II

Bu vak'a Şişli Çocuk hastanesinde tedavi edilmekte iken ölen 9 yaşındaki bir erkek çocuğa aittir (*)

Klinik hikâyesinde: bir ay kadar evvel ağzının sol tarafında bir yara ve alt molerlere ait diş etleri ile yine o taraf ağzının içinde bir takım pürtüklerin meydana geldiğinin farkına vararak yemek yiyemez olmuş, bu alt molerleri sallanmağa başlamış, bir dişini (son moler) kurcalıyarak çıkartmış, yara daha pütürlenmiş ve sahası da daha genişlemiş. Kendisinde evveldenberi (ağız ve diş şikâyetinden evvel) ehemmiyet vermediği karın ağrıları da varmış; bu ağrıların dişini çıkarttığından bir hafta sonra çok arttığını ve karının sağ tarafında bir şişliğin belirdiğini söylemiş; karın gittikçe büyümüş, gündün güne çok zayıflamış, derin bir halsizlik içine düşmüş ve bilhassa karın şikâyetlerinin ağzındaki yara rahatsızlığına eklenmesi ile hastahaneye yatırılmıştır.

Hastahaneye yatırıldığıının ilk haftasında çıkarttığı dişinin yerinden gelen ağır bir kanama olmuş ve bu kanamanın dindirilememesile ölmüştür.

Muayenesinde: Mühim olarak zayıf yapıdaki çocukta, ağızda sağ alt moler istikametinde, dışta diş etlerini içine alan, içte ağız mukozasında, ağzın tabanına doğru ilerleyen, yumuşak kıvamda, beyaz-sincabi renkte vegetan gibi manzarada bir yeni teşekkül üzerinde geniş harabiyetler görülmüş ve son moler eksik bulunmuştur. Ateşsizdir. Karaciğer büyük ve tümürlüdür. Dalak büyümüştür. Lökosit: 6200; lenfositler: 27 % dir. İdrar albüminsizdir.

Klinik diaznoz: Habis tümör (sarkom?) dür.

Yapılan otopsisindeki (Protokol No. 308/51) makroskopik bulgularımız şunlardır:

Her iki böbrekte ileri derecede büyüme (her ikisi de 15×10×5 sm. ölçüsündeler. İkisinin beraber ağırlıkları: 1500 gr. dir.)

Her iki böbreğin dış yüzlerinde mercimekten erik iriliğine kadar değişen nodüller yapmış, beyaz-sincabi renkte, nisbetle yumuşak kıvamda, böbrek yüzünden dışarıya doğru taşkın durumda müteaddid, birçoklarının içinde bir araya toplanmış noktalar hâlinde alacalıklar da bulunan hemorajik gösterili habis tümör infiltrasyonlarından doğma pütürlenme.

Her iki böbrek kesitlerinde, korteks ve medüler tabakalar dokusunun nodüller yapmış, hemorajik benekler ile alacalanmış beyaz-sincabi, nisbetle yumuşak habis tümör infiltrasyonları ile geniş değişikliği (Resim: 7).

Her iki böbrek pelvislerinde ve tümör infiltrasyonu arasında sıkışarak nisbetle küçülmüş olan kallisler mükozalarında bir araya toplanmış noktavi kanama mihrakları.

Her iki böbrek dış kapsüllerinin, habis tümör infiltrasyonundan dolayı beyaz-sincabi renkte kalınlaşmaları ve böbreklerin dış yüzleri ile, bilhassa büyük tümör nodüllerinin bulunduğu sahalarda, güç ayrılabilen iltisakları.

Her iki taraf vena renalislerinde taze kırmızı trombüsler.

Her iki böbrek hilusu lenf düğümleri ile abdominal-para aortal lenf düğümlerinin, ekserisi fındık iriliğini aşmış ve topu birden, bir kâhil yumruğundan daha iri cesamet almış, kırmızı-hemorajik alacalıklar gösteren, beyaz-sincabi renkli, yumuşakca kıvamlı bir habis tümör infiltrasyonundan doğma büyümeleri.

(*) Bu münasebetle vak'ayı bize veren sayın klinik şefi Dr. Ahmed Akkoyunlu'ya ve mesaf arkadaşlarına huzurunuzda teşekkürlerimizi bildirmekteyiz.

Mezanter bölgesi, karaciğer hilusu bölgesi, dalak hilusu bölgesi, peripankreatik, perigastrik bölgelerdeki karın lenf düğümleri ile; göğüste mediastinal lenf düğümlerinin ve akciğer hilusu etrafındakilerin; boyunda ve çene altı bölgesindeki lenf düğümlerinin, bilhassa sol taraftakilerin, bezelyeden fındıktan daha iri büyüklüğe kadar değişen cesamette, ekserisi kırmızı-hemorajik benekler gösteren, beyaz-sincabi renkli, yumuşakça kıvamlı habis tümör infiltrasyonundan doğma büyümeleri.

Lenf düğümlerindeki bu habis tümör infiltrasyonlarının, komşuluğundaki yumuşak dokular ile iltisakları ve lenf düğümü kapsülleri ile komşuluğundaki bu yumuşak dokularda habis tümör infiltrasyonundan doğma kalınlaşmalar.

Sağ femur kemik iliğinde, kırmızı-hemopoietik zemin üzerinde oldukça geniş sincabi renkli hiperplazik sahalalar.

Dalağın büyümesi; düzleşmiş ve et kıvamı almış görülen kırmızı dalak pulpasında yer yer, oldukça geniş sincabi infiltrasyon sahalaları (tümör).

Dalak kapsülünün nisbetle kalınlaşmış hali.

Karaciğerin büyümesi; karaciğer parankimasının, sağ lobda, biri üst, diğeri alt yüzde yer almış ve biri mandarin iriliğine yakın, diğeri mandarinden daha büyük cesameti bulmuş, yumuşakça kıvamda, kesitlerinde kırmızı-hemorajik benekler ile alacalanmış, beyaz-sincabi renkli, organ yüzünden dışarıya taşkınlık yapmış iki büyük nodül şeklindeki tümöral gelişme ile değişmesi.

Karaciğer kapsülünün, sağ lob parankimindeki tümöral gelişme gösteren sahalarda, beyaz-sincabi renkli tümöral infiltrasyondan doğma kalınlaşması ve alttaki tümör kitlesi ile güç ayrılabilen yapışıklığı.

İnce ve kalın bağırsaklar ile rektum mukozalarında nezlevi kırmızılık; ileonun alt kısmında bir Payer plağının, mukoza yüzünden içeri doğru taşan 1,5 sm. çapında bir irilikteki yuvarlak, beyaz-sincabi habis tümör infiltrasyonu.

Genişlemiş olan mide mukozasında, biri pilora yakın bölgede, diğeri büyük kurvartürde yer almış, her biri 1 sm. çapında, oldukça derin, iki taze peptik ulkus.

(Özefagus mukozası düz bulundu).

Sürrenallerde, korteks tabakalarında lipoid azlığı (habis tümör teşekkülü görülmedi).

Mesanede kontraksiyon hali.

(Ufak testis parenkimalarında habis tümör infiltrasyonu görülmedi).

Substansiyel emfizemli olan her iki akciğer parankimalarında iltihabi elem (Resim: 7).

Sol akciğer kardial yüzünde, toplu iğne başı kadar, subplöral yerleşmeli eski tüberküloz kireç mihrakı (intra pulmonal ve ekstraplöral lenf düğümlerinde kireç mihrakı bulunamadı).

Her iki akciğerde, bilhassa alt lob paravertebral bölgelerinde yerleşmiş, bezelye iriliğine kadar değişen cesamette, daha ziyade subplöral yerleşmeli, müteaddid, beyaz-sincabi habis tümör nodülleri.

Her iki akciğer plevra yapraklarında, bilhassa alt lob paravertebral kısımlarında kalınlaşma ve ayrılabilen yapışıklıklar.

Bronş, trakea, larinks, farinks mukozalarında nezlevi kırmızılıklar.

Bademciklerde şişme (habis tümör infiltrasyonu görülmedi).

Timusun küçülmüş hali (habis tümör infiltrasyonu görülmedi).

Kalbin ön yüzü epikardında beyaz-sincabi renkli kalınlaşma ve geniş habis tümör infiltrasyonu (Resim: 7).

Sağ ve sol kalbin ventrikülleri myokardında, ön yüzlerde, subepikardial yerleşmeli, bezelyeden daha iri cesamete kadar değişen, oldukça sık yer almış, beyaz-sincabi renkli nodüller yapmış, müteaddid habis tümör infiltrasyonları.

Kalbin ön yüzünde, epikardın pariyetal perikard yaprağı ile ayrılabilen yapışıklıkları.

Alt çene kemiğinin; sol yarı kısmı ve bilhassa sol ramus maxillaris'inde daha hâkim ve daha aşikâr olmak üzere, hemen her tarafında kalınlaşması ve dışta, bilhassa solda, diş etleri ve ağzın yan arka kısmı, içte, ağız tabanına kadar olan kısım müközalarını içine alan geniş harabiyet sahaları ile yumuşak dokulara taşmış beyaz-sincabi renkli, sertce kıvamlı, nodüler-vejetan gösterili. Habis tümör infiltrasyonları (bu habis tümör infiltrasyonları arasında kalmış olan son sol molar eksiktir ve yeri tümöral infiltrasyon ile tamamen doldurulmuş bulunmaktadır. (Resim: 7).

Alt çene kemiğindeki bu harabiyet sahaları içerisinde, sol tarafta, cidarlar parçalanmış ufak damar dalları (açılmış büyük bir damar ağzı görülmedi).

Alt çene kemiği periostunun, habis tümör infiltrasyonu gösteren sahalarda daha fazla olmak üzere, aşikâr kalınlaşması ve tümöral infiltrasyonla kaynamış hali (Resim: 7).

Üst çene kemiklerinde, solda fazla olmak üzere, her iki sinus maxillaris'in beyaz-sincabi renkli, sertce habis tümör infiltrasyonu ile genişlemiş ve kaynaşmış hali.

Kafa tasında, sol parietal kemikte, sutura sagitalis'e yakın bölgede yer almış 3. sm. çapını bulmuş, dışarıya doğru taşkın, sertce kıvamlı, yuvarlak şekilli, beyaz-sincabi renkli, geniş geniş kırmızı-hemorajik benekli nodüler habis tümör infiltrasyonu (Resim: 7).

Habis tümör infiltrasyonuna uğramış parietal kemik sahası periostunun kalınlaşması ve kemikten güç ayrılabilen yapışıklığı.

Habis tümör infiltrasyonuna uğramış parietal kemikteki infiltrasyonun, iç yüzdeki duraya da geçmesi ve bu sahadaki duranın dış yüzünde aynı cesamette, kırmızı-hemorajik geniş benekli, beyaz-sincabi renkli habis tümör infiltrasyonu ile değişmesi (Resim: 7).

Beynin sol yarısındaki duranın, habis tümör infiltrasyonu komşuluğundaki kısımlarda aşikâr kalınlaşması.

Habis tümör infiltrasyonuna uğramış olan dura kısmına uyan parietal beyin giruslarının, yuvarlak biçimde aşikâr çökertileri.

Bütün beynin şişmesi ve beyin cevherlerinde anemik solukluk.

(Hipofizde bir değişiklik görülmedi).

Bütün vücutta ileri derecede zayıflama.

Bacaklarda hafif edem.

Mikroskopik muayenelerde:

Böbreklerden yapılan preparatlarda:

Her sahada ileri derecede genişlemiş bir interstisyum dokusu gösteren böbrek strüktürünün, kortekste, glomerüllerin çevrelerinde daha kesif - toplu, medüler tabakada, tübül'ler etrafında daha yaygın, dağılmış mihraklar meydana getirecek şekilde, her tarafta, çok hiperkromatik nüveli, atipik küçük yuvarlak hücreli bir infiltrasyon ile değişmesi. (Atipik hücreler daha ziyade lenfositleri taklid eden hücrelerdir. Aynı infiltrasyon, asfektik olan glomerül yumaklarında ve kalınlaşmış olan böbrek kapsülü içinde de görülmektedir. Resim: 8);

Lenf düğümünden yapılan preparatta:

Foliküler-retiküler normal strüktürün, her tarafta, çok hiperkromatik nüveli küçük yuvarlak hücrelerden yapılmış habis tümör infiltrasyonu ile değişmesi (Resim: 8). (Sinüsler genişlemiş ve boşlukları habis tümör hücreleri ile dolmuştur);

Myokarddan yapılan preparatta:

İncelmiş olan adale liflerinin, çok hiperkromatik nüveli atipik yuvarlak hücreli habis tümör infiltrasyonu yığınları ile birbirlerinden oldukça geniş mesafelerde ayrılmaları ve habis tümör hücrelerinin epikard içine yayılmaları (Resim: 9);

Karaciğerdeki tümör kenarından alınan preparatta:

Genişlemiş olan Kiernan aralıklarında ve bir çok yerlerde dağılmış görülen köprü epitelleri arasındaki kapiler mesafelerde, Kierman aralıklarındakiler daha kesif olmak üzere, çok hiperkromatik nüveli, atipik yuvarlak hücreli habis tümör infiltrasyonu (Resim: 9);

Alt çenedeki tümöral gelişmenin dış çevresinden alınan preparatta:

Bir köşede aşikâr görülen çizgili adale lifleri arasında ve bunun altındaki adalesiz sahalarda, geniş yayılmalı, çok hiperkromatik nüveli, atipik, yuvarlak hücreli habis tümör infiltrasyonu (Resim: 10);

Akciğerden alınan preparatta:

Genişlemiş ve bazı yerlerde yırtılarak birbirleri ile birleşmiş olan alveoller aralığındaki interstisyum içinde, çok geniş odaklar yapmış, çok hiperkromatik nüveli, atipik yuvarlak hücreli habis tümör infiltrasyonu (Resim: 10); tesbit edilmişlerdir.

Patolojik-anatomik diağnoz: Alökemik lenfo-sarkomatozis.

Epikriz:

1) Sistemli yayılmış olan bu vak'ada da; Furth öğretimindeki sistemli vak'alarda dahi, bir ilk çıkış yeri bulunur tezine uygun olarak, infiltrasyonun başlangıç yerinin böbrekler olduğu intibai altında bulunuyoruz.

2) 9 yaşındaki hastanın timusu küçük bulunmuş ve bu timus strüktüründe, tümöral infiltrasyonun teşekkül etmediği görülmüştür.

Vak'a: III.

Bu vak'a, Üniversitemiz 2 ci İç Hastalıkları Kliniğinde tedavi edilmekte iken ölen 54 yaşında bir erkeğe aittir (*)

Klinikte lenfosarkom teşhisi konmuş ve ACTH tedavisi tatbik edilmiştir.

Yapılan otopsisinde (Protokol No: 309/51) komünikasyonumuzla ilgili olarak şı mühim makroskopik değişiklikler tesbit edilmiştir:

Sindirim cihazının mide-bağırsak kısmı lenfatik sisteminde; hemen her tarafta, en büyük kitlesi midede olmak ve midede pilor; bağırsaklarda ileo-çekal Bauhin valvülü ile apandis ağzı gibi geçit-kapak bölgelerinde, içeri doğru taşkınlık göstererek bı geçitleri ehemmiyetli surette daraltan, ansefaloid görünüşte tümöral nodüller yapmış; bunlardan başka midede antrum bölgesinde; ince bağırsaklarda bütün duodenum, jejunum ve ileon'da, aşağı kısımlara indikçe daha sıklaşan ve kalınlaşan, keza kalın bağırsaklarda, ileo-çekal valvüldeki ve apandis ağzındaki daraltıcı nodüller infiltrasyondan gayri olan sahalarda, çekum ile apandiste ve asandan kolonun ilk kısmında daha kesif olarak yerleşen; kolonlarda aşağı kısımlara indikçe seyrekleşip yavaş yavaş kaybolan, takriben 2 ile 3 sm. arasında değişen irilikte, beyaz-sincabi renkte, yumuşak kıvamda, homojen yapıda geniş habis tümör infiltrasyonları (Resim: 11).

(*) Bu münasebetle de vak'ayı bize veren ve kıymetli etüdleri ile bizi aydınlatmış bulunan sayın Klinik hocalarımıza ve mesai arkadaşlarına buradan da teşekkürlerimizi bildirmeyi vazife bilmekteyiz.

Midenin, çekumun ve apandisin, en aşikâr durum midede olmak üzere, genişlemeleri (Resim: 11).

Mide, çekum ve apandis serozalarının hafif kalınlaşmaları ve civarları ile hafif yapışmaları.

Perigastrik, peripankreatik lenf düğümlerinde, karaciğer, dalak hilusu civarında olanlarda, mesanter lenf düğümlerinde (bilhassa ileo-çekal bölge civarında olanlarda) ve abdominal-paraaortal lenf düğümlerinde nohuttan fındığa, hatta cevize kadar değişen irilik göstererek topu birden hemen iki yumruk cesametini bulan büyümeleri ve kesitlerinin beyaz-sincabi renkli, yumuşakça kıvamlı, homojen yapılı metastatik habis tümör infiltrasyonları (Bu tümöral gelişmeler, her tarafa serpilmiş, dağınmış yerleşmeli, teker teker ayırd edilebilecek müstakil durumda ve birbirlerine benzemeyen bir irilikte bulunmaktadır. Bunlardan ceviz iriliğini bulmuş olan en büyükleri, pankreas başını tazyikleri altında bulunduracak şekilde gelişmiş, antrum çevresine rastlayan perigastrik ve peripankreatik bölgedekiler bulunuyorlardı).

(Guddevi yapıda olan pankreasta tümör teşekkülü görülmedi).

Karaciğerin şişmesi ve esmer renk almış olan karaciğer parankimasında, toplu iğne başından fındık iriliğine kadar değişen, müteaddid, beyaz-sincabi renkli metastatik habis tümör infiltrasyonları.

Dalağın şişmesi ve dalak pulpasında toplu iğne başından mercimek iriliğine kadar değişen müteaddid beyaz-sincabi renkli metastatik habis tümör infiltrasyonları.

Sağ femur kemik iliğinin yağlanmağa başlamış hemopoietik hali.

Her iki böbrekte şişme.

Her iki böbrekte müteaddid retansiyon kistleri.

Sağ böbreğin ön yüzünde, böbrek yüzünden dışarıya taşkınlık yapmış, beyaz-sincabi renkli, yumuşakça kıvamlı, homojen yapılı, biri nohud, diğeri fındık kadar iki habis tümör metastazi.

Genişlemiş ve sertleşmiş olan sürenal kortekslerinde lipoid varlığı gösteren parankimin, yer yer, küçük, açık sincabi renkli mihracıklar ile değişmesi (tümör metastazi).

4 cü dorsal vertebra hizasında kolumna vertebralis önünde takriben 1,5 sm. çapında subperiostal yerleşmeli, kırmızı-hemorajik alacalanmalar gösteren beyaz-sincabi renkli metastatik habis tümör infiltrasyonu.

Prostat loplarda, hafif büyüme; gudde parankimi içinde sağ ve solda, küçük, açık sincabi renkli mihracıklar (tümör metastazi).

Küçülmüş ve hafif esmer renk almış olan testis parankimalarında küçük, açık sincabi renkli mihracıklar (tümör metastazi).

Her iki akciğerde iltihabi edem.

Her iki akciğerde substansiyel amfizem.

Sol akciğer üst lob üst kısmında, paravertebral, subapikal yerleşmeli, ortasından genişçe nekrozlaşmış, nohut kadar; ayrıca alt lob üst kısmı ön yüzünde, subplöral yerleşmeli, nohuddan iri birer beyaz-sincabi renkli metastatik habis tümör infiltrasyonu.

Her iki akciğer loplarda, peribronşial lenf yollarını takip eder durumda, sayısız, toplu iğne başı kadar irilikte, sincabi renkli tüberkül benzeri küçük infiltrasyonlar (tümör metastazları).

Sol akciğer plevra yapraklarında, bilhassa tümör infiltrasyonu olan bölgelerde, ayrılabilen iltisaklar ile beyaz-sincabi renkli kalınlaşmalar (tümör infiltrasyonu).

Her iki akciğer (bilhassa sol) hilus, bifurkasyon ve intrapulmonal birçok lenf düğümlerinde, mercimekten fındık iriliğine kadar değişen şişme, antrakoz ve beyaz-sincabi renkli habis tümör metastazları.

Brong, trakea, larinks, farinks mukozalarında hafif nezlevi kırmızılık.

Farinks ve özofagusta üzeri fibrini örtüler ile kaplanmış nekrotizan iltihab.

Tonzilalarda nedbevi yassılaşıma.

Periepiglotik nesicte edem.

Tiroid loplarda kolloid azlığı.

Epikardda galertik atrofi.

Myokardda, sol ventrikül arka cidarında küçük nedbeler.

Sol ventrikül arka cidarında endokard kalınlaşması.

Piyada hiperemi.

Beynin şişmesi (tümör metastazı görülmedi).

(Hipofiz normal bulundu).

Her iki koltuk altı ve kasık lenf düğümlerinde ceviz iriliğini bulan şişme ve beyaz-sincabi renkli metastatik habis tümör infiltrasyonları.

Göğüs derisi içinde fındık iriliğini bulan, beyaz-sincabi renkli, yumuşakca kıvamlı, homojen yapılı habis tümör infiltrasyonu gösteren bir kaç nodül (metastaz).

Bütün vücutta ileri derecede zayıflama.

Bacaklarda edem.

Mikroskopik muayenelerde::

Perigastrik lenf düğümü preparatında:

Normal foliküler-retiküler görünüşünü tamamen kaybetmiş olan lenf düğümü yapısının; her tarafda, irili ufaklı boyları, yuvarlak şekilleri ve az sitoplazmaları ile pek bariz atipi göstererek lenfositleri taklit eden, ekserisi koyu boyanmış, toparlaklığı biçimsizleşmiş nüveler taşıyan küçük hücrelerden yapılmış bir habis tümör infiltrasyonu ile değişmesi ve aynı infiltrasyonun çevredeki kapsül içerisinde kesif bir şekilde dağılması (Resim: 12);

Dalak preparatında:

Birçok yerlerde, lenfositlerin taklidi atipik küçük yuvarlak hücreli bir habis tümör infiltrasyonunun, normal pulpa strüktürü yerine geçmesi ve aynı infiltrasyonun dalak kapsülü içinde de geniş yayılması (Resim: 12);

Metastazlı karaciğer preparatında:

Kierman aralıklarında yerleşmiş görülen lenfosit taklidi atipik yuvarlak hücrelerden yapılmış geniş habis tümör infiltrasyonunun; çevrelerindeki lobüllerin epitel kordonlarını da harab ederek bunların aralarına ve kapiler mesafelere yayılmaları (Resim: 13);

Metastazlı sol böbrek preparatında:

Medüler tabaka interstisyumu içinde pek geniş bir mihrak meydana getirerek bulunduğu yerde tubuli'leri harab eden ve kortekse doğru ilerleyerek glomerüller arasına giren lenfosit taklidi atipik yuvarlak hücreli bir habis tümör infiltrasyonu (Resim: 13);

Sürenal preparatında:

Bir tarafta iyice farkedilen korteks ve medüler tabaka strüktürleri yanında, her iki tabakayı da istilâ edecek şekilde oldukça geniş gelişmiş, lenfositleri taklit eden, atipik yuvarlak hücreli bir habis tümör infiltrasyonu ve bu infiltrasyonun çevredeki kapsül içine de yayılması (Resim: 14);

Prostat preparatında:

Guddeler arasındaki interstisyumda bariz bir şekilde lenfositleri taklit eden atipik yuvarlak hücreli bir habis tümör infiltrasyonunun yerleşmesi (Resim: 14);

Metastazlı akciğer preparatında:

Genişlemiş ve kısmen yırtılmış olan alveoller ile çevrilmiş oldukça kalın görünümlü septumlar içinde; büyük bir topluluk yapacak şekilde gelişmiş ve buldukları

saha alveollerini harab ederek onların yerine geçmiş, lenfositleri taklit eden, atipik yuvarlak hücreli bir habis tümör infiltrasyonunun yerleşmesi (Resim: 15);

4 cü dorsal vertebra önündeki subperiostal tümör nodülü preparatında:

İç ve dış çevrelerde iyice ayırd edilen liften zengin, az damarlı bir bağ dokusu strüktürü içinde yer almış ve geniş bir topluluk yapmış lenfositleri taklit eden, atipik küçük yuvarlak hücreli habis bir tümör infiltrasyonu (Resim. 15). tesbit edilmişlerdir.

Patolojik-anatomik diaagnoz:

Mide ve bağırsak lenfatik sisteminden çıkmış lenfosarkom.

Epikriz:

1) Bu vak'ada lokal gelişme yaparak büyüyen tümörün organ metastazları, vücudün her tarafına dağılmış çok geniş yayılmalar yapmışlardır.

2) Burada, midedeki infiltrasyonun daha önden başlamış olduğunu da düşünmek mümkündür; ayrıca kapak-geçit bölgelerindeki iri nodüllerin teşekkülünde, bu yerlerde, fonksiyon icabı, daha çok ve daha kolay tahrişlere maruz olmak meselesi itham edilebilir; bununla beraber buraların, tümör patogeneğinde en önemli yeri almış olan, embriyolojik hataların en çok meydana gelebileceği yerler olması da düşünülebilir.

3) Bu vak'ada farinks ve larinks'de, lösemilerde görmeğe alıştığımız nekrotizan iltihabın tümör ile bir arada teşekkülü; habis tümörlerde de böyle nekrozlu iltihab ve tirelerinin meydana gelebileceğine bir misaldir.

Ö Z E T

Bu komünikasyonda lenfohemopoetik cihazdan çıkmış 3 ayrı tümör vak'asının özellikleri karşısında, lösemilerin tümör mü, iltihap mı münakaşaları ele alınmış ve vak'alar tümör lehine delil olarak gösterilmişlerdir. Bu vak'alar münasebetiyle son zamanlarda tümör tedavisinde kullanılmağa başlanılan Cortisone, ACTH ve Neurohypophyse hormonlarının tatbik sahası içinde, bu lenfohemopoetik cihaz tümörlerinin bilhassa yer almış olduğuna ve hayvan tecrübelerindeki ümitli neticelere işaret edilmiştir.

Vak'alardan biri, lösemik lenfohemoblastozis vak'asıdır. Bu vak'ada Furth'un eksperimental bulgularına misal olarak, tümöral sistemli yayılma infiltrasyonunun timüsten başladığı ve bu başlangıcın, enstitümüzdeki vak'alarımız arasında, dikkatimizi çeken ilk vak'a olduğu kaydedilmiştir.

İkinci vak'a, başlangıç infiltrasyonunu böbreklerde yapmış lösemik bir lenfosarcomatosis vak'asıdır. Burada da sistemli yayılmanın başlangıcının böbrekte olması enstitümüzde, bu vak'ayla dikkatimizi çekmiş bulunmaktadır.

Üçüncü vak'a, sindirim sistemi lenfatik cihazında lokal olarak teşekkül etmiş bir lenfosarkom vak'asıdır. Bu vak'ada sindirim cihazının geçit-kapak bölgelerinin, tümörle daha büyük, daraltıcı nodüller teşkil edecek şekilde geniş olarak infiltre olduğu tesbit edilmiş ve bu özelliğe de enstitümüzde, bu vak'ayla rastlanmıştır. Bu habis tabiatlı bir tümör olan lenfosarkom vak'asında, farinks ile ösefagusta nekrotik bir iltihap da beraber bulunmuş ve bu iltihap, lösemileri bu nevi nekrotik proseslerden dolayı iltihap tabiatlı kabul edenlere, aleyhte bir cevap olarak gösterilmiştir.

Résumé

Les auteurs présentent trois cas de tumeur lympho-hémopoïétique et après avoir discuté les théories inflammatoires et tumeurales des leucémies, présentent ces cas à l'appui de la première. A propos de cas, ils attirent l'attention sur l'action de cortisone de l'ACTH et des hormones Neurohypophysaire sur les tumeurs du système lympho-hémopoïétiques et les résultats concrets obtenus avec les expériences faites sur les animaux des laboratoire.

L'un des cas est une lymphohémoblastose leucémique. Ce cas, le premier rencontré à l'Institut Anato-mo-pathologique d'Istanbul, prouve comme dans les résultats des recherches de Furth, que la propagation systématique de ces tumeurs débute dans le thymus.

Le second est un cas de lymphosarcomatose Aleucémique qui a fait son infiltration initial au rein. Cette propagation systématique débutant par le rein a été pour la première fois rencontré à l'Institut.

Le troisième est un cas de lymphosarcome qui s'est formé localement sur le système lymphatique de l'appareil digestif. Il a été constaté que cette tumeur s'infiltrant sous forme de nodules dans les régions de passage, a provoqué des rétrécissements très accentués. Cette particularité aussi a été rencontrée pour la première fois à l'Institut. Dans ce cas qui est un lymphosarcome malin ils ont constaté en même temps une inflammation nécrotique de l'œsophage et du pharynx, constatation qui est contre la théorie qui, se basant sur ces processus nécrotiques attribue une origine inflammatoire aux leucémies.

Summary

In this communication characteristic of three different tumor cases all originated from lymphohemopoetic system has been presented and the problem whether leukemia is a tumor or an inflammation is discussed. All these three cases are in favor of the tumor theory. In connection with these three cases it is pointed out that Cortisone, ACTH, and Neurohypophyse hormones that are being used against tumors, especially to those that originate from lymphohemopoetic system have given good results. The results of animal tests are particularly hopeful.

The first case is a leukemic lymphohemoblastosis. In this case it is observed that the tumoral systemic diffuse infiltration has started from thymus and this is the first case of this kind observed in our institute. This case can be traced as an example of Furth's experimental results.

The second case is an aleukemic lymphosarcomatosis which has started its primary infiltration in the kidneys. This primary infiltration which is located in the kidneys is the first case of this kind observed in our institute.

The third case is a local lymphosarcom of lymphatic system of digestive apparatus. It is observed that the passages of digestive apparatus are infiltrated more than the other parts forming larger nodules which caused the narrowness of the passages. This is also the first one observed in this institute. We have also found necrotic inflammation in pharynx and oesophagus in this case of malignant tumor. This inflammation is shown as a negative answer to those who think only leukemias have a necrotic inflammatory nature and therefore the leukemias are inflammations.

Zusammenfassung

In diesem Beitrag hat man versucht die Frage in der Anwesenheit der Eigenschaften der 3 verschiedenen Tumorfälle, welche aus dem lymphohaemopoetischen Apparat stammen, zu diskutieren, ob die Leukämien Geschwülste oder Entzündungen sind. Dabei hat man diese Fälle als Argument zugunsten der Geschwülste angenommen. Bei dieser Gelegenheit hat man auch erwähnt, dass auch die Geschwülste des lymphopoetischen Apparats in dem Gebiete der Hormontherapie der Tumoren mit Cortisone, ACTH und Neurohypophysenextract sich befinden. Die Tierexperimente in diesem Gebiet gaben hoffnungsvolle Resultate.

Der erste Fall war ein leukemische Lymphohaemoblastosis. In diesem Tumorfall sah man, dass die tumoralisch-systematischen diffusen Infiltrationen von Thymus aus anfangen wie es Furth in seinen experimentellen Versuchen zeigte. Dieser eigenartige Anfang dieses Tumors aus Thymus wurde zum ersten Male in unserem Institut beobachtet.

Der zweite Fall war eine aleukämische Lymphosarkomatososis, welche ihre ersten Infiltrationen in den Nieren hatte. Wir beobachteten hier auch, dass die ersten Anfänge der systematischen Expansion in den Nieren stattfanden.

Der dritte Fall war ein sich in dem lymphatischen Apparat des Verdauungssystems lokal gebildetes Lymphosarkom. Dieser Fall zeigte eine Infiltration des Verdauungsorgans woherdurch die Anwesenheit des Tumors in den Passageregionen dieses Organes eine stenosierenden Infiltration stattfand und sich grosse Nodullen bildeten. Man hat wieder dieser eigenartigen, stenosierenden und nodullenbildenden Infiltration zum ersten Male in unserem Institut begegnet. Dieser maligne Tumor, Lymphosarkom, zeigte ausserdem eine nekrotisierende Entzündung in Pharynx und Oesophagus. Diese Entzündungserscheinung ist eine widerlegende Antwort zu denjenigen, welche behaupten, dass nekrotisierende Entzündungen nur in Leukämien vorkommen und infolgedessen die Leukämien als eine Entzündung ansehen.

Bibliyografi

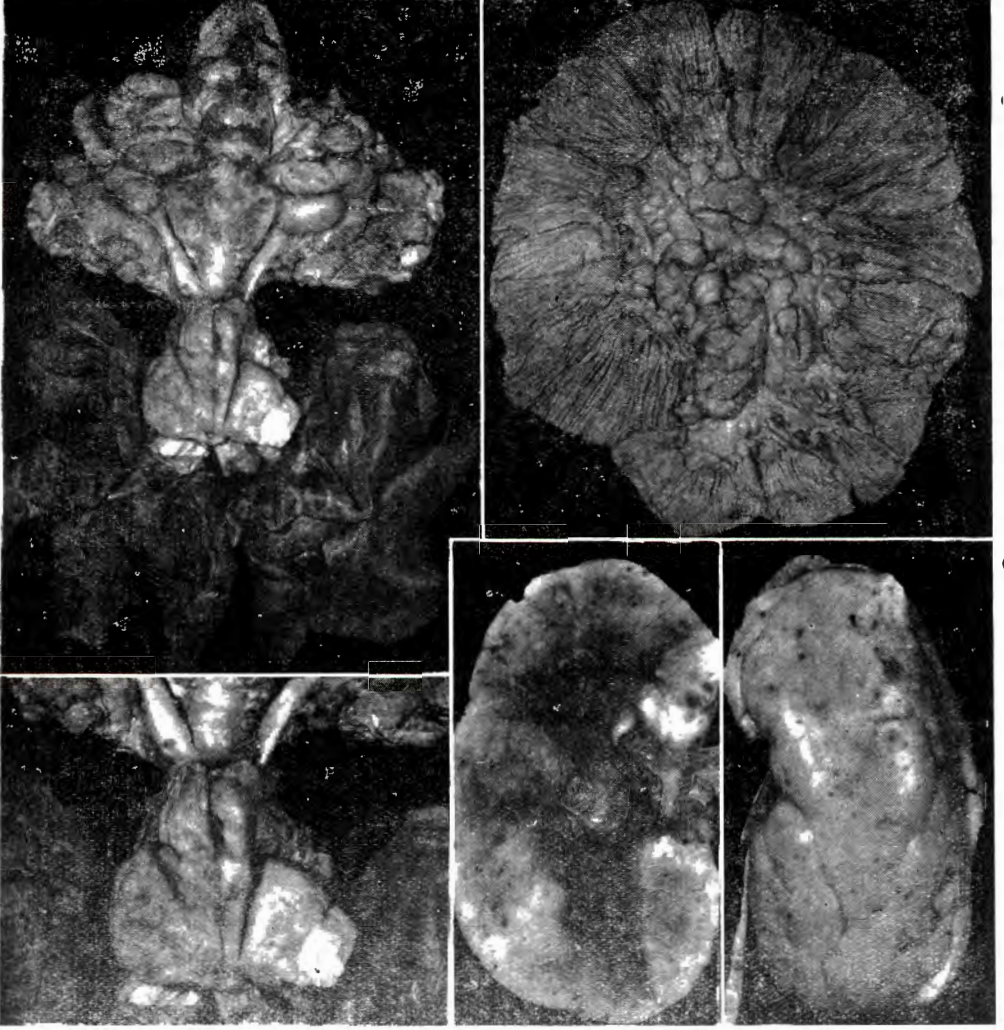
Klasikler :

A. Schmincke : Thymus. Hndb.d.spez.path.Anat.u.Hist. Bd. VIII - Henke ; Lubarsch.— **G. Sternberg** : Eigentliche Blutkrankheiten. Hndb.d.spez.path.Anat.u.Hist. Bd. 1. - Henke ; Lubarsch.— **C. Sternberg** : Lymphknoten. Hndb.d.spez.path.Anat.u. Hist. Bd. 1. - Henke ; Lubarsch.— **Çetingil, A. İ.** : Kan Hastalıkları (1937).— **Gu. Labury - G. Marchal** : Maladie du sang et des organes Hematopoétiques. Nouveau traité de pathologie interne Enriquez. Laffitte, etc..., T. III, (1933).— **Ludwing Heilmeyer** : Blutkrankheiten (1942).— **Max Askanazy** : Knochenmark. Hndb.d.spez.path. Anat.u.Hist. Bd. 1. - Henke ; Lubarsch.— **Moor** : Text-book of Pathology.— **O. Lubarsch** : Milz. Hndb.d.spez.path.Anat.u.Hist. Bd. 1. - Henke ; Lubarsch.— **P. Emile Weil et Marcel Blach** : Précis de Pathologie médicale, Tome. V. (1932).— **Roussy, Leroux, Oberling** : Précis d'anat. Path. (1942).— **Sağlam, T.** : İç hastalıkları ders kitabı F. 6.— **Schwartz, Ph.** : Ur bilgisine giriş (1948).— **Schwartz, Ph.** : Hemoblastozlar (1948).— **Schwartz, Ph.** : Histopatologie. Genel - Özel. (1951).— **Söylemezoğlu, B.** : Kan Hastalıkları ve Atlası (1948).— **Tavat, S.** : Fizyopatoloji. 3.cü bası.— **Tayanç,**

M.M. : Bioklinik Hematoloji (1944).— **Turhan, B.** : Patolojik Anatomi ders kitabı. Cilt 1. (1941) (Roussy'den çevirme).— **Turhan, B.** : Patolojik Anatomi ders kitabı. Cilt, 2. (1943) (Roussy'den çevirme).

Periyodikler :

Akil Muhtar, Fehim: Tedavi S. Mec., C. 1, No. 3. (1931).— **A. Hittmair**: Die Frage der Metastasierung der Blutkrankheiten. B. ü. die. allg. u. spez. Path. Bd. 11/7. (1952).— **B. Dreyfus et R. André** : Le diagnostic précoce des sarcomes des organes lymphoïdes. B.ü.die allg.u.spez.Path. Bd. 11. 1/2 (1952).— **B. Walthard** : Pathologische Anatomie des Lymphograniloms, Lymphosarkoms und Retikulosarkoms. Berichte ü. die allg.u.spez.Pathologie. Bd. 12. Heft: 4/6 (1952).— **Çetingil, A.İ. - Beler, B.** : Bir lenfosarkom vak'ası. Türkiye Tıp Encümeni arşivi. Cilt : 2. No. 5. (1948).— **Darmar H.İ.**: Hipofizin lenfosarkom ve kemik iliği üzerindeki tesirleri. Türk Tıp Cemiyeti Mec. Yıl: 16. No. 5 (1950).— **Debré (R.), Lamy et Busson** : Un cas de leucémie lymphatique à forme splénique chez un enfant de quinze ans. Bull. soc. med. Hôp. Paris No. 15, (1931).— **Duncan, L. Kippen, Walter Lincoln Palmer and Joseph B. Kirsner**: Lymphoblastoma of the small intestine. Report of a case. B.ü.die allg.u.spez path. Bd. 4. H. 3/4 (1949).— **Douglas Symmers** : Lymphoid diseases. Hodgkins granuloma, Giant follicular lymphadenopathy, lymphoid leukemia, lymphosarcoma and gastrointestinal pseudoleukemie. Arch. of Path. 45. 73 - 131 (1948).— **Eser, S., Eser, G.** : Nörohipofiz eks-trelerinin eksperimental sıçan tümörleri üzerine olan tesiri hakkında. Tıp Fak. Mec. Cilt: 15. Sayı: 3 (1952).— **François Thélin et Jacques de Rougement** : Lymphoblastome de l'intestin grêle chez un enfant de 4 ans. B. ü. die allg. u. spez. Path. Bd. 3. 5/6. (1949).— **Henry S. Kaplan** : Preliminary studies of the effectiveness of local irradiation in the induction of lymphoid tumors in mice. B.ü.die allg.u.spez.path. Bd. 8. Heft: 5/6 (1951).— **John B.O. Donaghus and Maurice B. Jacobs** : Primary lymphosarcoma of the stomach. Statistical summary and case report of a five-year cure. B.ü.die allg. u.spez.path. Bd. 2. 1/2 (1949).— **Louis T. Palumbo, Kenneth R. Gross, Frederic B. Emery and Cornelius, P. Addison** : Malignant lymphoma of the stomach. B.ü.die allg. u.spez.Path. Bd. 8. Heft: 3/4 (1951).— **Marçon et Bideau** : Un cas de leucémie aigue à cellules embryonnaires. Société Anat. de Paris. Seance du 8.1.1931. Ann. d'anat.Path. T. VIII. No. 1. (1931).— **M. A. Spellberg and Simon Zivin** : Lymphosarcoma of the gastrointestinal tract.—With a report of twenty. one cases. B.ü.die allg.u.spez.Path. Bd. 6. Heft: 4/5 (1950).— **Murray M. Copeland D. James Greiner** : Lymphosarcoma of the duodenum - Report of a case; review of the literature. B.ü.die allg.u.spez. Path. Bd. V. 4/5 (1950).— **M. Oster Walder** : Lymphosarkom mit ausgang in akute Leukämie. Ein Beitrag zur elektiven Metastasierung. B.ü.die allg.u.spez.Path. Bd. 11. 5/6 (1952).— **Nils Tunestam** : Serofibrinöse pleuritis bei einem Säugling. Lymphosarkom des Thymus. B.ü.die allg.u.spez Path. Bd. 10. Heft: 1/2 (1951).— **Oberling et Guérin** : Les rapports entre leucémie et canser à la lumière de recherches experimentales récentes. Paris médical (1934).— **Oktay Sabih** : Lösemik karakterde hematolojik bir tablo ile beraber bir timüs tümörü. Acta.med.Turcica 2, 77 - 83, (1950).— **Peter M. Marcuse and Arthur Purdy Stout** : Primary limphosarcoma of the small intestine.— Analysis of thistecn cases and review of the literature. B.ü.die allg.u.spez.Path. Bd. 9. H. 5/7 (1951).— **Rössle (R.)** : Lymphatische leukämien ohne system erkrankung der lymphknoten. Virch. Arch. 275, (1930).— **Sternberg** : Über lymphosarkomatose. Wien.. Klin. Wchnschr. 21. (1908).



Vak'a : I — Resim : 1.

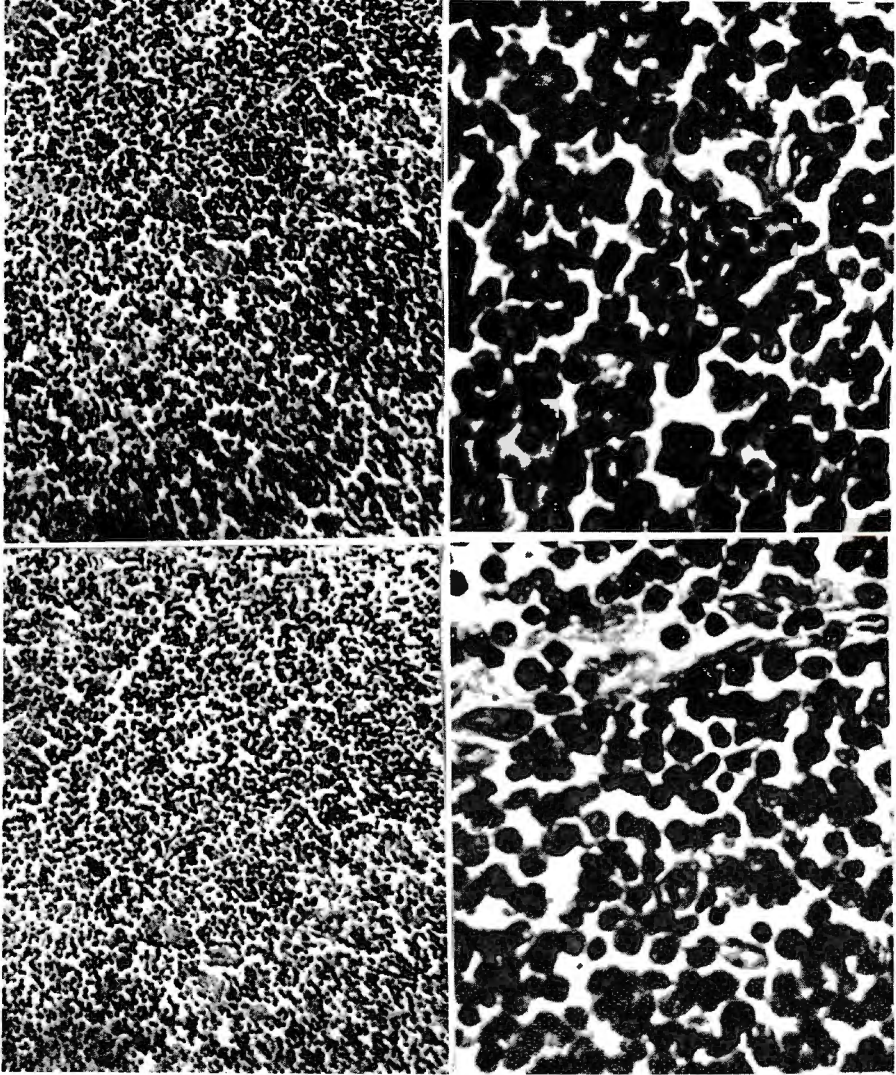
No. 316/51 — Lenfohemoblastoz vak'asından makrofotolar.

Birinci sıra, soldan birinci resim : Boyun ve akciğerler (Normalden biraz küçük). Her iki tarafta ceviz iriliğini bulan boyun lenf düğümleri ve ileri derecede büyümüş, habis tümör hücreleriyle infiltre olmuş Thymus.

İkinci sıra solda birinci resim : Thymus. (Normal büyüklükte). Thymusta hemoplastotik infiltrasyondan doğma büyüme.

Birinci sıra, sağda birinci resim : (Normalden biraz küçük). Mezanter lenfa düğümlerinde nohuttan ceviz iriliğine kadar değişen büyümeler ve habis tümör istilası.

İkinci sıra, sağda birinci resim : Sağ böbreğin içden görünüşü ile sol böbreğin dıştan görünüşü (normalden biraz küçük). İleri derecede büyüme gösteren böbreklerde kanamalar ve parenkimalarında müteaddid, yaygın habis tümör infiltrasyonları.

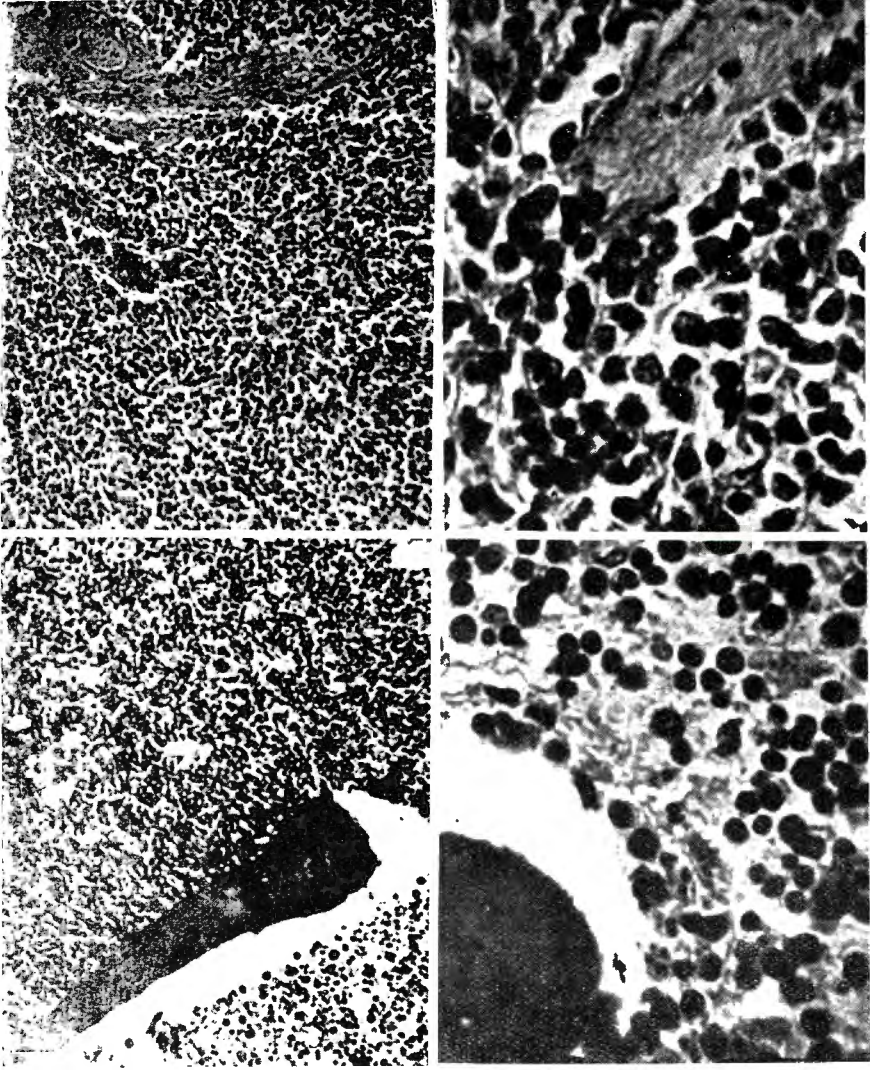


Vak'a : I — Resim : 2.

No. 316/51 — Lenfohemoblastoz vak'asından mikrofotolar.

Birinci sıra, solda birinci resim : Thymus. 160 \times . Her tarafı, hücreden zengin, yuvarlak, hiperkromatik nüvelere malik bir infiltrasyonun istilasını. Sağda, ikinci resim : Thymus. 720 \times . İnfiltrasyonun hiperkromatik nüvelere malik, atipik, irili ufaklı, lenfosit ve lenfoblastlardan yapılmış görünüşü.

İkinci sıra, solda birinci resim : Lenf düğümü. 160 \times . Folikül strüktürü tamamen bozulmuş olan preparattaki hiperkromatik nüveli, yuvarlak bir hücre infiltrasyonu. Sağda, ikinci resim : Lenf düğümü. 720 \times . İnfiltrasyonun, atipik, hiperkromatik nüveli, lenfosit ve lenfoblastları taklit eden görünüşü.

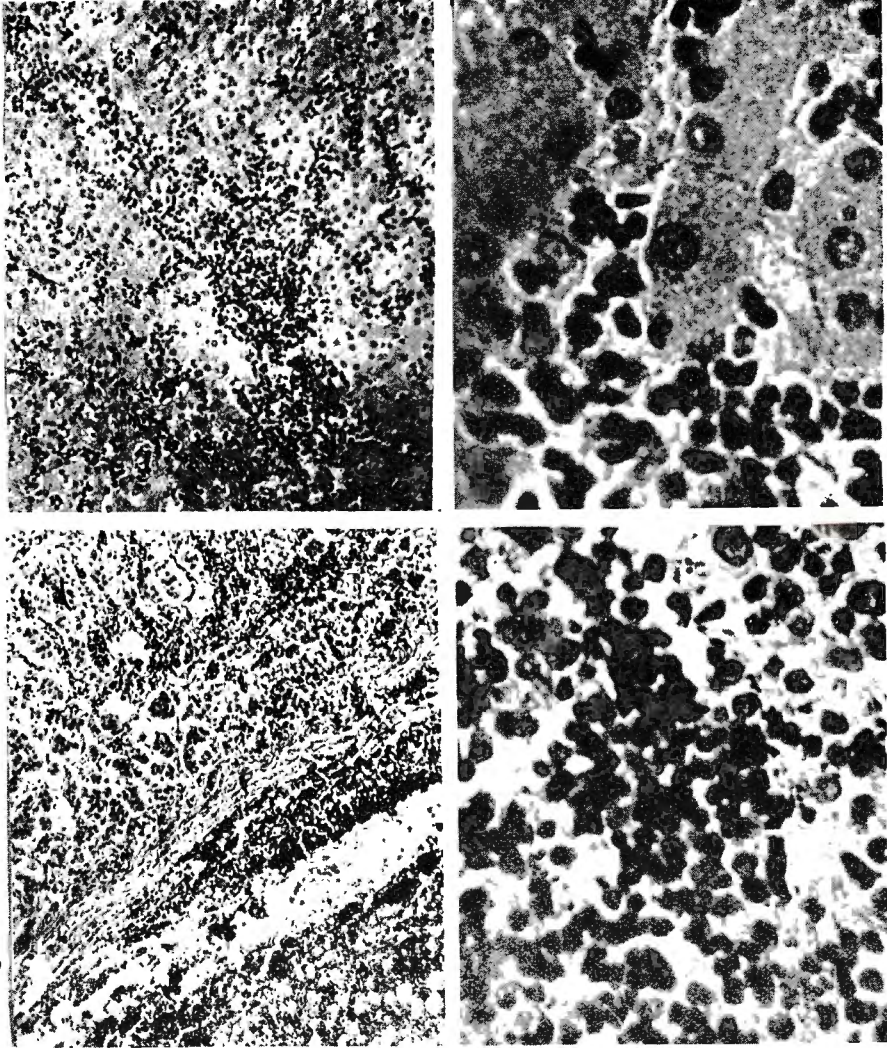


Vak'a : I — Resim : 3.

No. 316/51 — Lenfohemoblastoz vak'asından mikrofotolar.

Birinci sıra, solda birinci resim : Dalak. 160 X. Folikül strüktürü bozulmuş olan preparattaki hiperkromatik nüveli atipik, yuvarlak hücre infiltrasyonu. Sağda, ikinci resim : Dalak. 720 X. İnfiltrasyonun atipik, lenfosit ve lenfoblastları taklit eden görünüşü. (hücrelerde pek çok ve atipik mitozlar mevcuttur).

İkinci sıra, solda birinci resim : Kemik iliği. 160 X. Bir kenarda kemik lameli, diğer sahalarda beyaz seriye ve lenfo-hemopoiez grubuna ait hücre çoğalmaları. Sağda, ikinci resim : Kemik iliği. 720 X. Lenfositler elemanların kemik iliğindeki atipik görünüşleri.

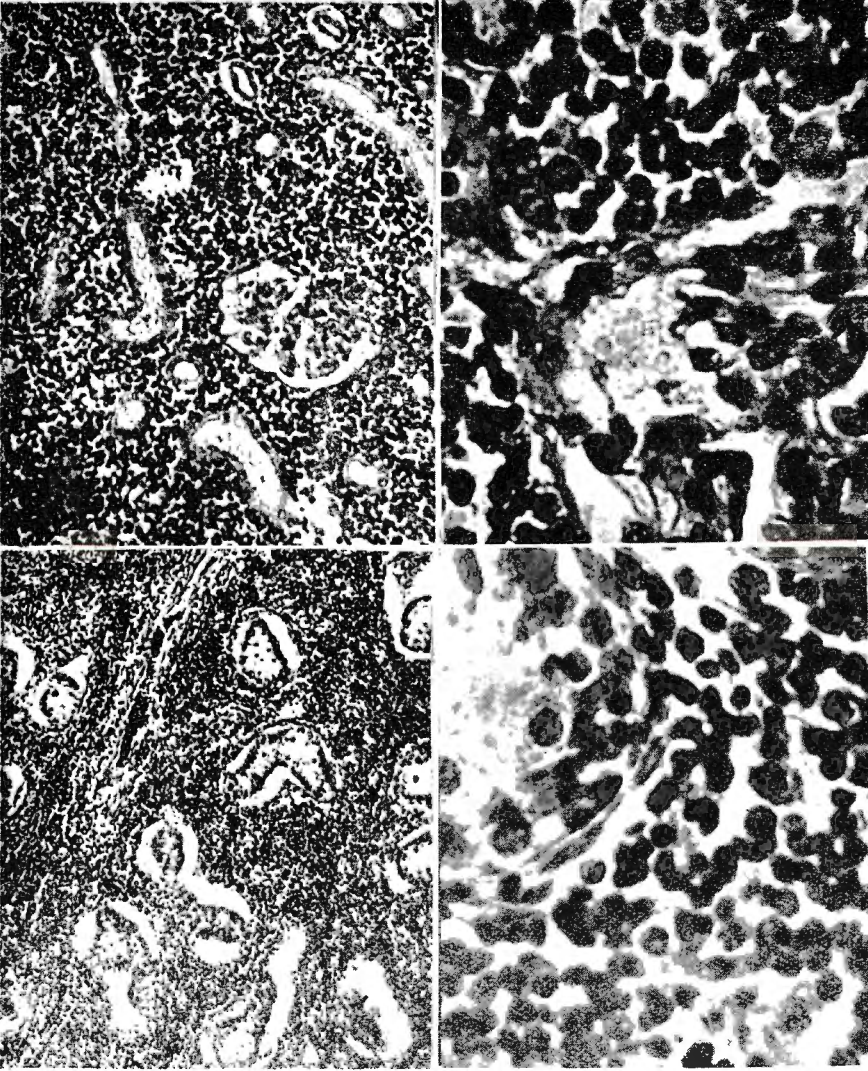


Vak'a : I — Resim : 4.

No. 316/51 — Lenfoblastoz vak'asından mikrofotolar.

Birinci sıra, solda birinci resim : Karaciğer. 160 X. Kiernan aralıklarında ve epitel hücreleri arasındaki hiperkromatik nüveli, yuvarlak hücre infiltrasyonu. Sağda, ikinci resim : Karaciğer. 720 X. İnfiltrasyonun hiperkromatik nüveli, atipik, lenfosit ve lenfoblastları taklit eden görünüşü.

İkinci sıra, soldan birinci resim : Sürrenal. 90 X. Sürrenal korteks hücreleri arasındaki doku ile sürrenal etrafındaki yağ dokusunda, yuvarlak, hiperkromatik nüveli hücre infiltrasyonu. Sağda, ikinci resim : Sürrenal. 720 X. İnfiltrasyonun, atipik, lenfosit ve lenfoblastlardan ibaret görünüşü.

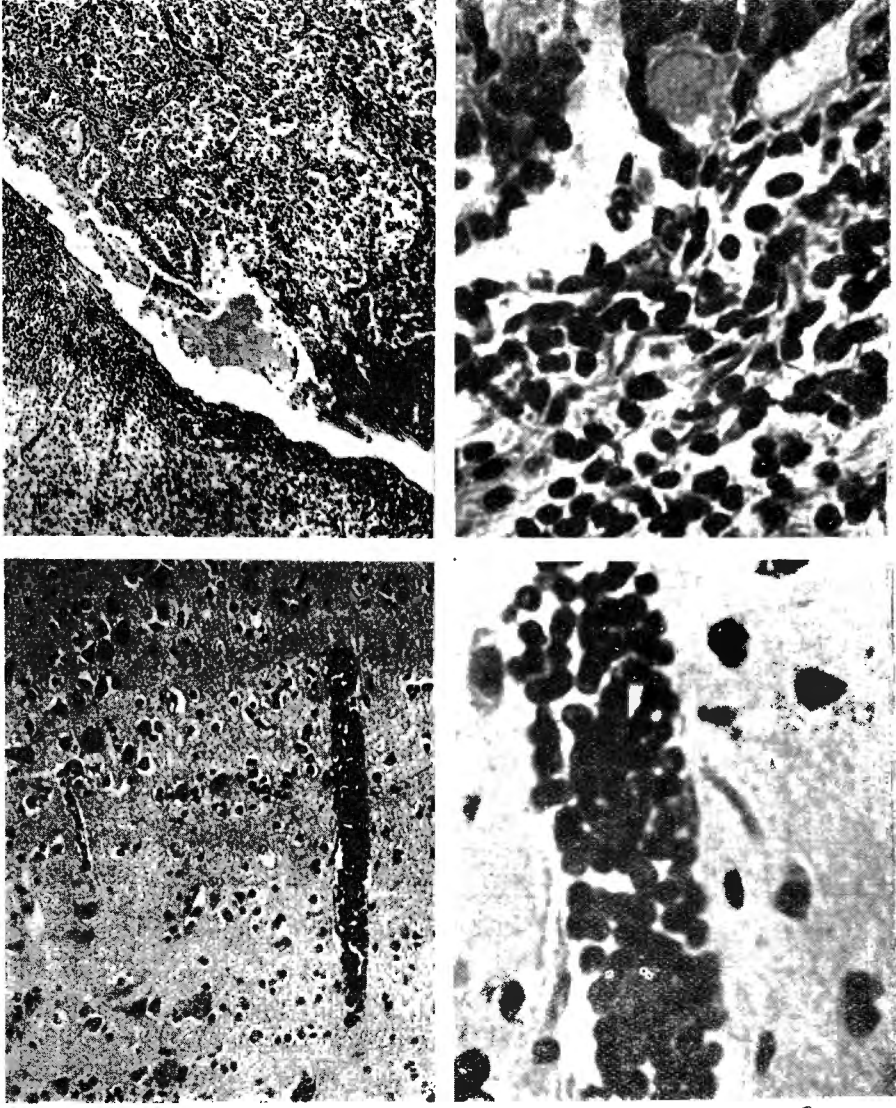


Vak'a : I — Resim : 5.

No. 316/51 — Lenföhemoblastoz vak'asından mikrofotolar.

Birinci sıra, solda birinci resim : Böbrek. 160 \times . İnterisyumdaki yuvarlak, hiperkromatik nüveli hücre infiltrasyonu. Sağda, ikinci resim. 720 \times . İnfiltrasyonun koyu hiperkromatik nüveli, atipik lenfosit ve lenfoblastlardan yapılmış görünüşü.

İkinci sıra, solda birinci resim : Testis. 96 \times . Testis guddeleri arasındaki interisyumda diffuz bir şekilde yayılmış, yuvarlak, hiperkromatik nüveli bir hücre infiltrasyonu. Sağda, ikinci resim : Testis. 720 \times . İnfiltrasyonun atipik, lenfosit ve lenfoblastları tahdit eden görünüşü.

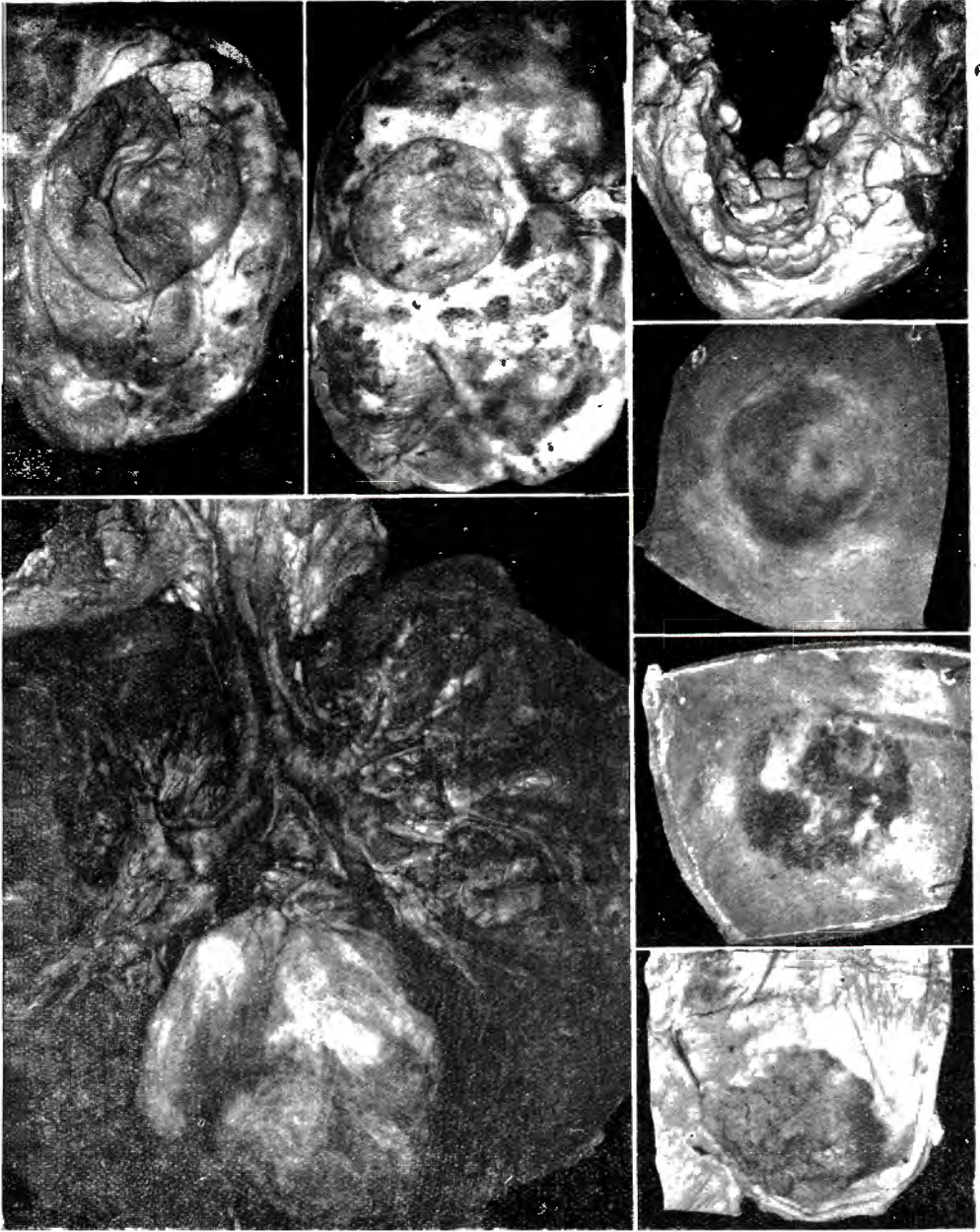


Vak'a : I — Resim : 6.

No. 316/51 — Lenföhemoblastoz vak'asından mikrofotolar.

Birinci sıra, solda birinci resim: Hipofiz. 64 X. Her iki fusta yuvarlak hiperkromatik nüveli hücre infiltrasyonu. Sağda, ikinci resim : Hipofiz. 720 X. İnfiltrasyonun atipik lenfosit ve lenfoblastlardan ibaret görünüşü.

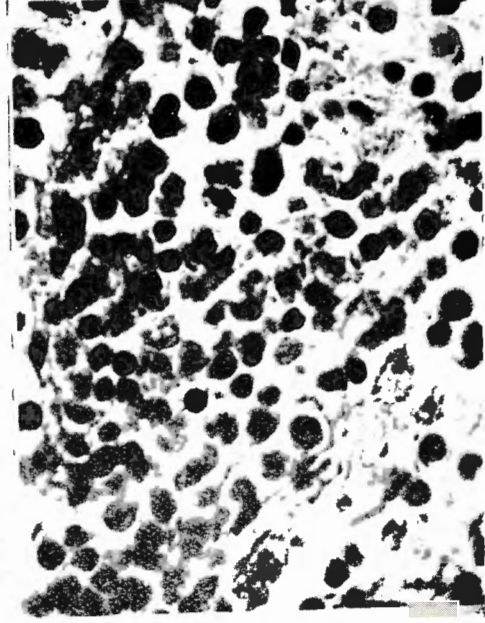
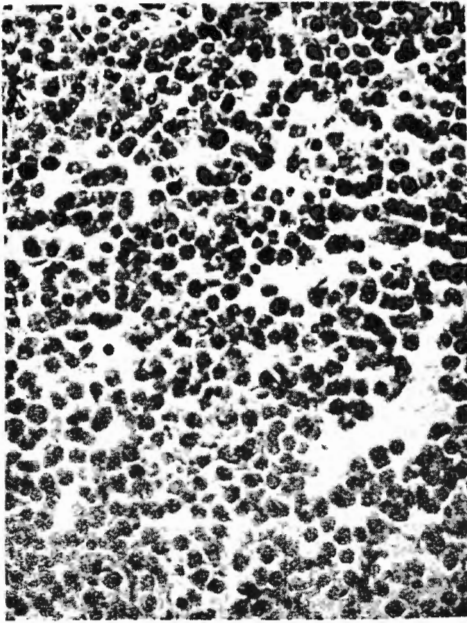
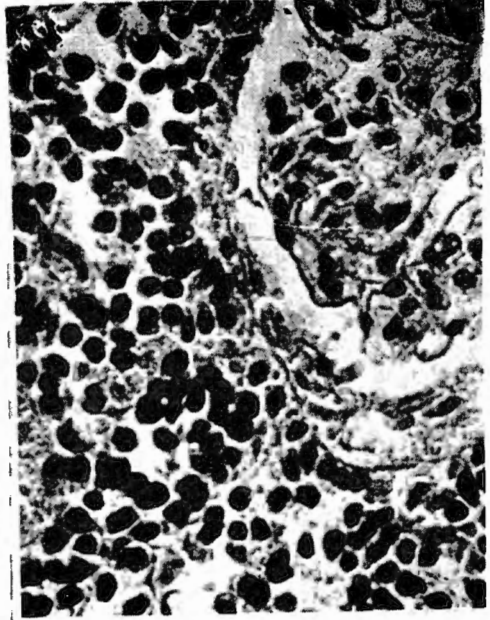
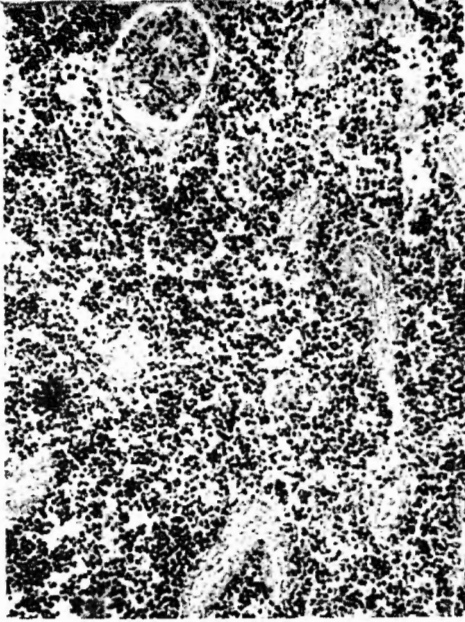
İkinci sıra, solda birinci resim : Dimağ. 160 X. İleri derecede genişlemiş kapiler damarların, hiperkromatik nüveli, yuvarlak, atipik hücrelerle dolması. Sağda, ikinci resim : Dimağ. 720 X. Kapiler damar içerisindeki hücrelerin, atipik, lenfosit ve lenfoblastları taklit eden görünüşü.



Vak'a : II — Resim : 7.

No. 308/51 — Lenfosarkomatoz vak'asından makrofotolar.

Solda, birinci sıra, birinci resim : Böbrekler : (Normalden biraz küçük). Her iki böbrekte ileri derecede büyüme, hemorajik mihraklar ve irili-ufaklı nodüller yapmış ienfosarkomatoz gelişmeler. Solda, ikinci sıra, birinci resim : Kalp ve akciğerler. (Normalden biraz küçük). Epikard ve myokardı, bütün ön yüzde istila etmiş lenfosarkomatoz gelişme. Sağda, üstten birinci resim : Alt çene. (Normalden biraz küçük). Bütün kemiği ve kemik bitişiğindeki yumuşak kısımları infiltrasyona uğratmış habis tümöral gelişme. Sağda, ortada, ikinci resim : Parietal kemik. (Normal büyüklükte). Kemikte, dış yüzden görünüşte orta hatta yakın genişçe bir habis tümör gelişmesi. Sağda, ortada, üçüncü resim : Parietal kemik. (Normal büyüklükte). Kemikte, iç yüzden görünüşte, tabula internayı harabiyete uğratmış habis tümör gelişmesi. Sağda, altta, dördüncü resim : Dura mater (Normal büyüklükte). Parietal kemikteki tümör gelişmesinin, bu hizadaki durayı istilasını.

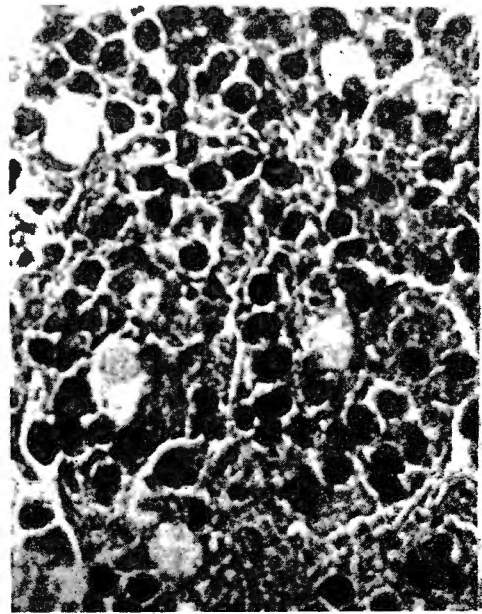
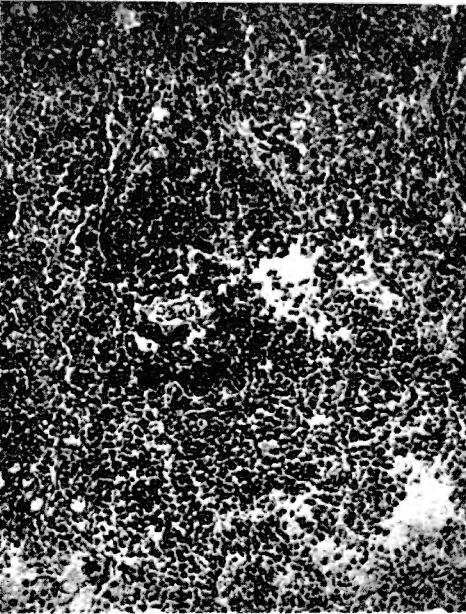
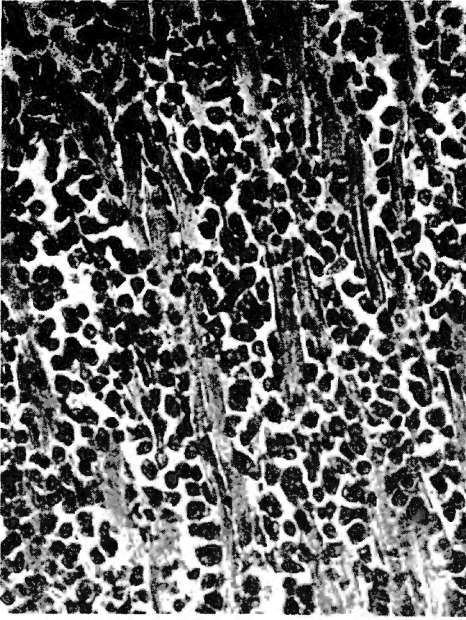


Vak'a : II — Resim : 8.

No. 308/51 — Lenfosarkomatoz vak'asından mikrofotolar.

Birinci sıra, solda, birinci resim : Böbrek. 160 \times . İntertisyumdaki, hiperkromatik nüveli atipik, yuvarlak hücre infiltrasyonu. Sağda, ikinci resim : Böbrek. 582 \times . İnfiltrasyonun lenfositleri taklit eden atipik hücreleri.

İkinci sıra, solda, birinci resim : Lenf düğümü. 288 \times . Folikül strüktürü bozulmuş düğümdeki, atipik, yuvarlak, hiperkromatik nüveli hücre infiltrasyonu. İkinci sıra, sağda, ikinci resim : Lenf düğümü. 720 \times . İnfiltrasyonun lenfositleri taklit eden atipik görünüşü.

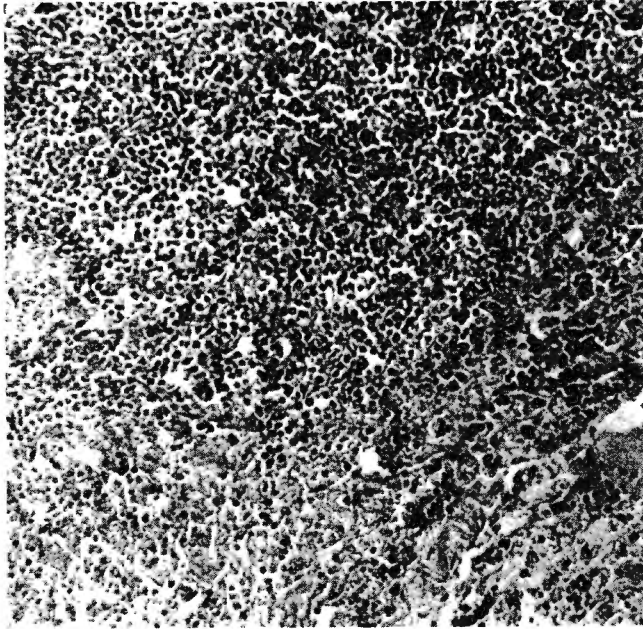
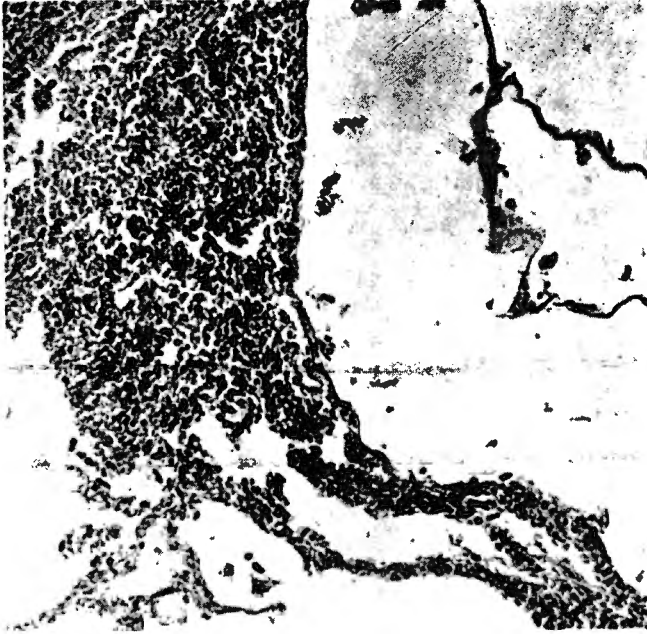


Vak'a : II — Resim : 9.

No. 308/51 — Lenfosarkomatoz vak'asından mikrofotolar.

Solda, birinci sıra, birinci resim : Kalp. 288 \times . Adale lifleri arasındaki, yuvarlak, hiperkromatik nüveli hücre infiltrasyonu. Sağda birinci sıra, ikinci resim : Kalp. 720 \times . İnfiltrasyondaki lenfositleri taklit eden atipik hücreler.

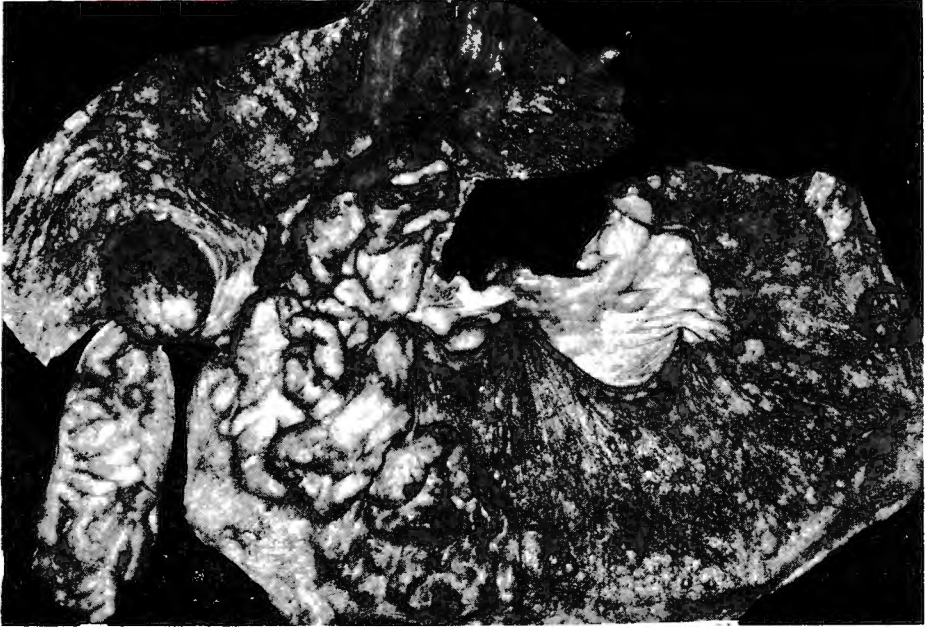
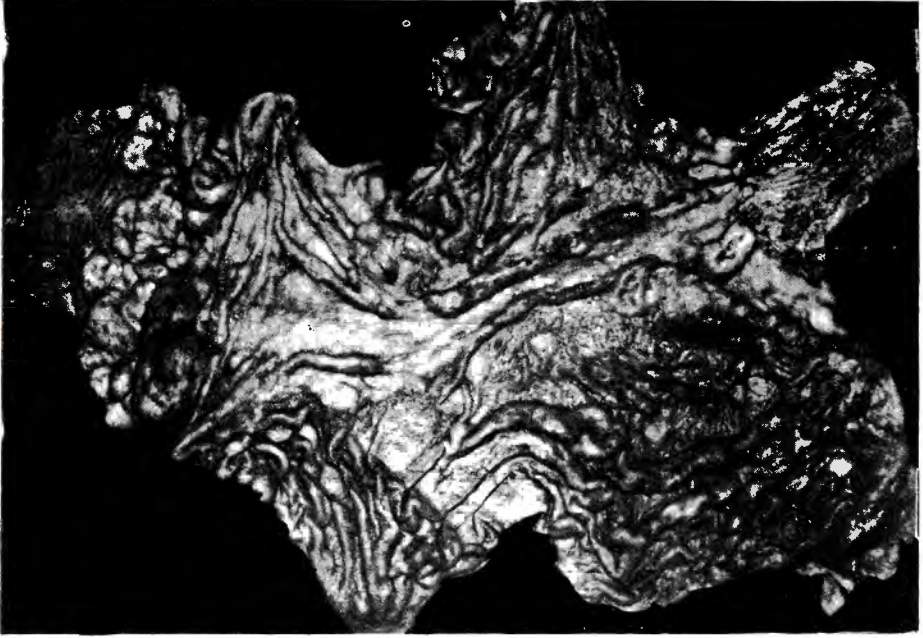
İkinci sıra, solda, birinci resim : Karaciğer. 160 \times . Kiernan mesafelerinde ve bozulmuş epitel dizileri arasındaki, yuvarlak, hiperkromatik nüveli hücre infiltrasyonu. İkinci sıra, sağda, ikinci resim : Karaciğer. 720 \times . İnfiltrasyondaki atipik hücreler.



Vak'a : II — Resim : 10

No. 308/51 — Lenfosarkomatoz vak'asından mikrofotolar.

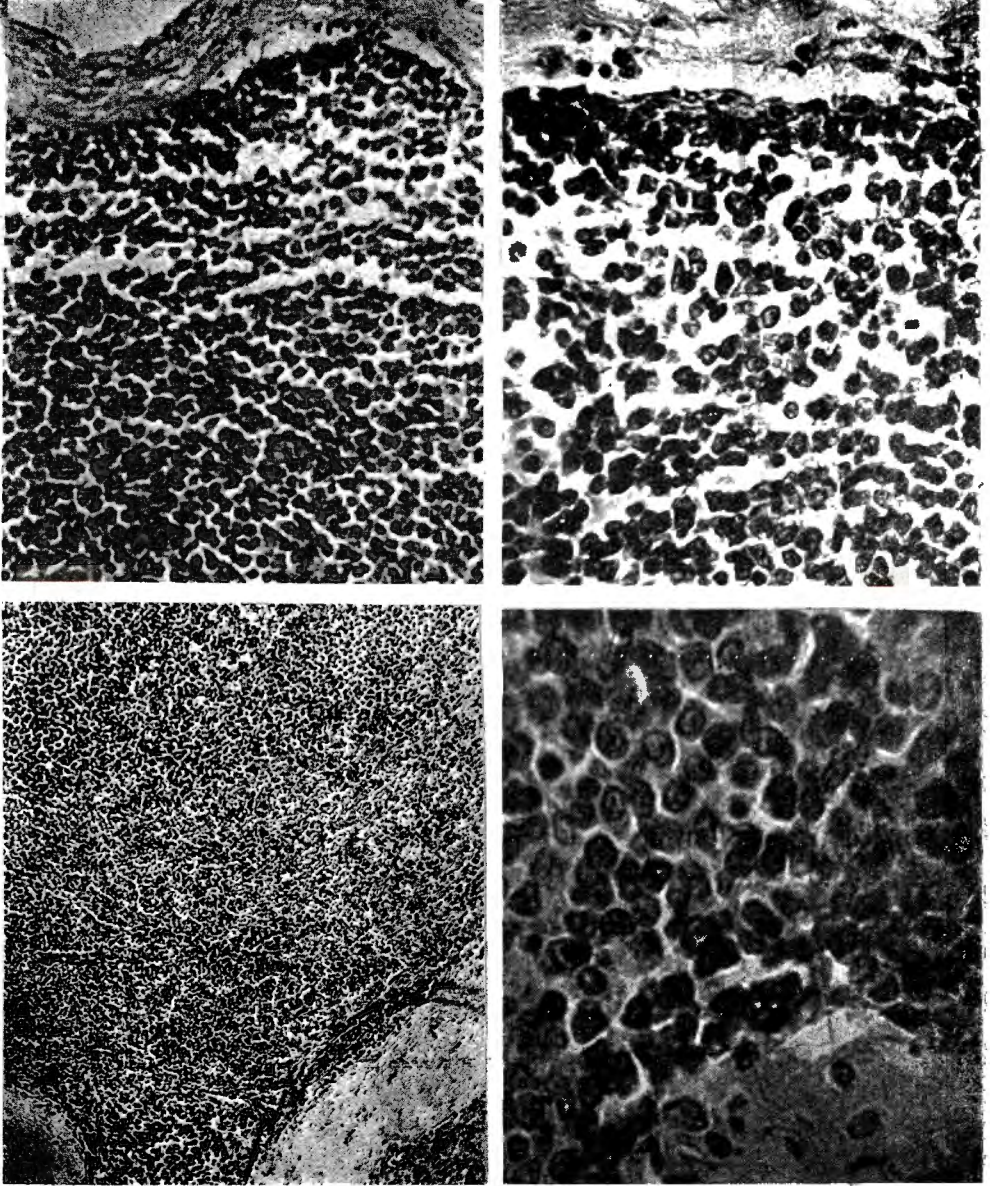
Üstteki resim : Akciğer. 160 X. Genişlemiş alveoller arasında, interstis içindek yuvarlak, hiperkromatik nüveli, atipik hücreli habis tümör infiltrasyonu. Alttaki resim : Çenedeki tümörden. 160 X. Çizgili adale lifleri arasına girmiş, geniş yayımlı yuvarlak, hiperkromatik nüveli, atipik hücreli habis tümör infiltrasyonu.



Vak'a : III — Resim : 11.

No. 309/51 — Lenfosarkom vak'asından makrofotolar.

Üstte, birinci resim : Mide. (Normalden biraz küçük). Daha ziyade antrum ve pilor bölgelerini tutmuş, yumuşak kıvamlı, medüler manzarada geniş tümöral infiltrasyon. (Pilordaki tümör uktesi daraltıcı bir kabarıklık yapmıştır). Altta, ikinci resim Çekum ile ileon'dan bir kısım ve apandis. (Normal büyüklükte). İleo-çekal valvül üzerinde, İleon'un alt kısımlarında, çekumda ve apandiste lenfatik sistemden çıkma, yumuşak kıvamlı, lenfosarkom gelişmesi. (Appendix'in ağzı ile ileo-çekal valvül hizasında tümör gelişmesi iri ve daraltıcı nodüller yapmıştır). Appendix mukozasında aynı evsafa tümöral infiltrasyon.

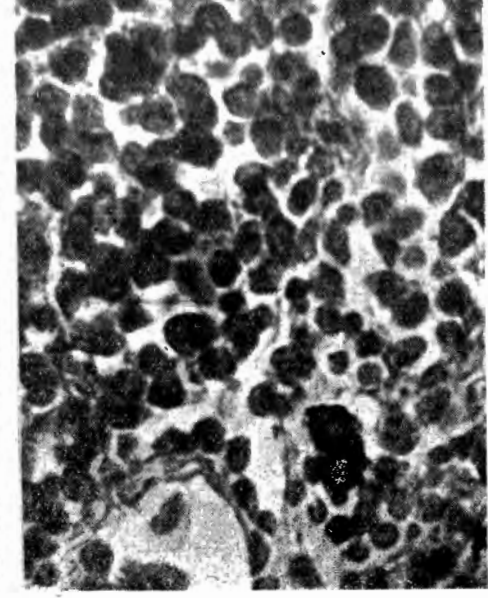
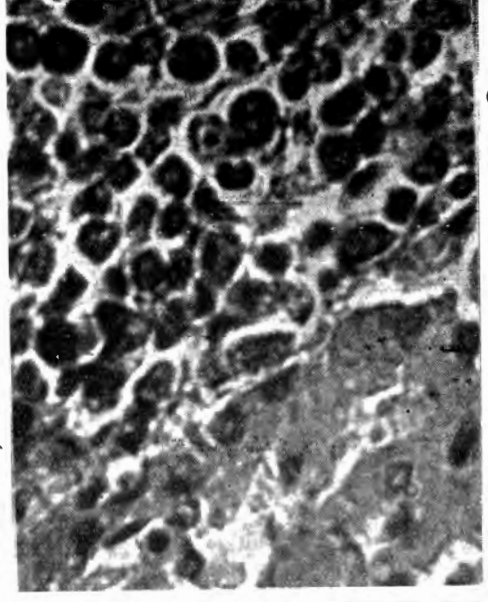


Vak'a : III — Resim : 12.

No. 309/51 — Lenfosarkom vak'asından mikrofotolar.

Solda, birinci sıra, birinci resim : Lenf düğümü. 240 \times . Folikül strüktürü tamamen bozulmuş preparatta irili-ufaklı yuvarlak hücre infiltrasyonu. Sağda, birinci sıra, ikinci resim : Lenf düğümü. 432 \times . Tümöral infiltrasyonun atipik hücreleri.

İkinci sıra, solda, birinci resim : Dalak. 90 \times . Folikül strüktürü bozulmuş dalakta tümöral hücre infiltrasyonu. İkinci sıra, sağda, ikinci resim : Dalak. 720 \times . Tümör infiltrasyonunun atipik hücreleri.

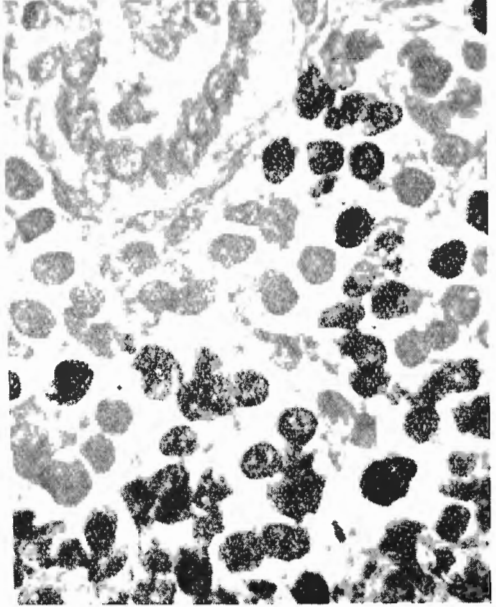
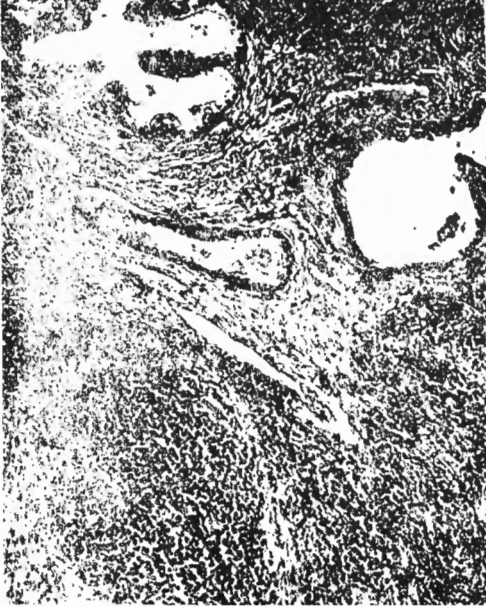
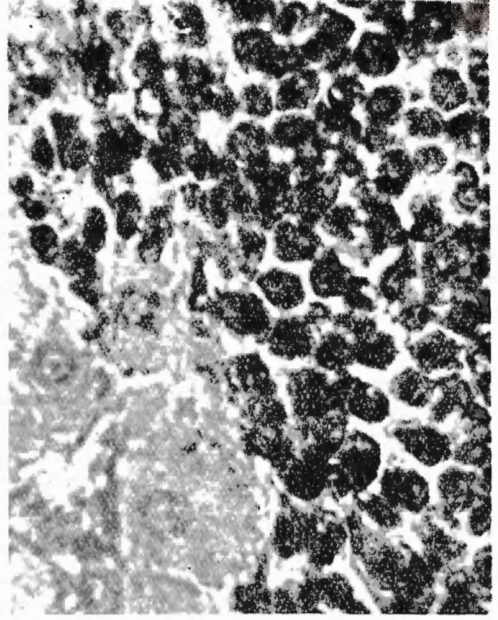
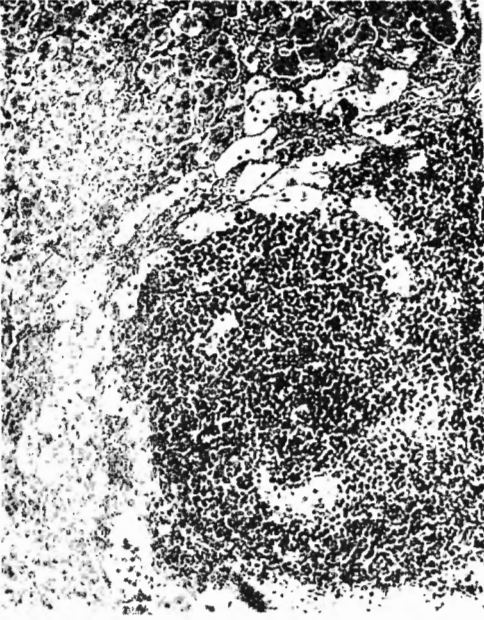


Vak'a : III — Resim : 13.

No. 309/51 — Lénfosarkom vak'asından mikrofotolar.

Birinci sıra, solda, birinci resim : Karaciğer. 64 X. Kiernan aralıklarında ve dağılmış epitel dizileri arasında, toplu mihraklar yapmış, atipik, yuvarlak hücrelerden yapılmış infiltrasyonlar. Birinci sıra, sağda, ikinci resim : Karaciğer. 720 X. Habis tümör infiltrasyonunun atipik hücreleri.

İkinci sıra, solda, birinci resim : Böbrek. 160 X. İnteris dokusundaki yuvarlak, hiperkromatik nüveli tümöral hücre infiltrasyonu. İkinci sıra, sağda, ikinci resim : Böbrek. 720 X. Tümöral infiltrasyonun atipik hücreleri.

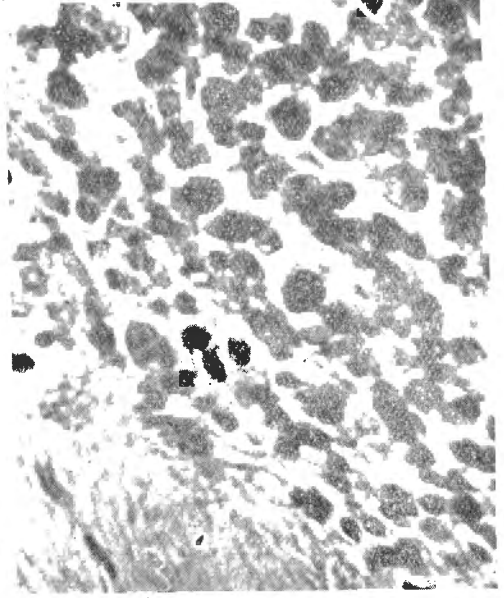
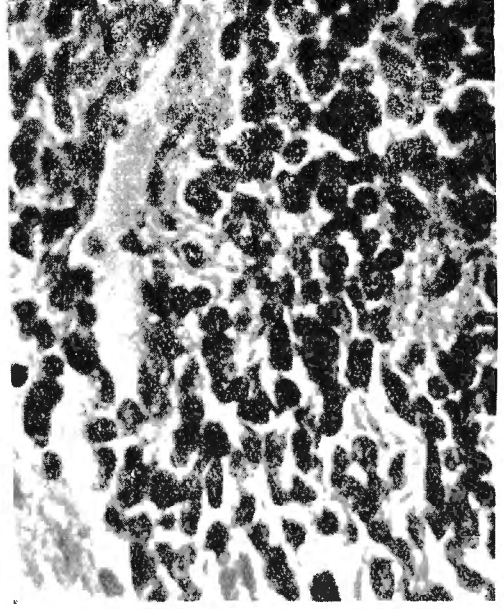
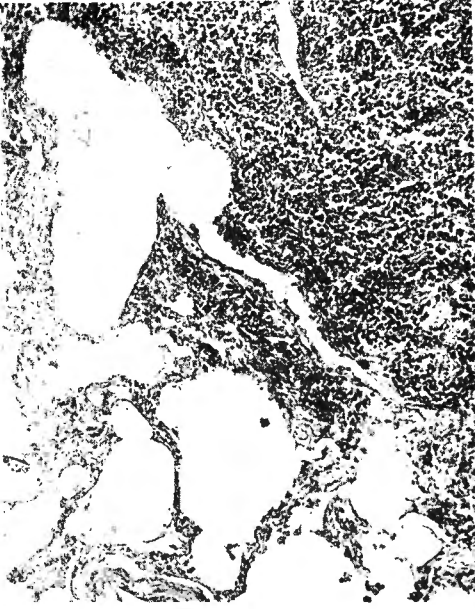


Vak'a : III — Resim : 14.

No. 309/51 — Lenfosarkom vak'asından mikrofotolar.

Birinci sıra, solda, birinci resim : Sürenal. 96 X. Korteks ve medüler tabaka hücreleri arasında yer almış yuvarlak, koyu nüveli tümör hücrelerinden yapılmış infiltrasyon. Birinci sıra, sağda, ikinci resim : Sürenal. 720 X. Tümöral infiltrasyondaki atipik hücreler.

İkinci sıra, solda, birinci resim : Prostat. 90 X. Gudde halkaları arasındaki yuvarlak hücrelerden yapılmış tümöral infiltrasyon. İkinci sıra, sağda, ikinci resim : Prostat. 720 X. İnteristisyumdaki tümör infiltrasyonunun atipik hücreleri.



Vak'a : III — Resim : 15

No. 309/51 — Lenfosarkom vak'asından mikrofotolar.

Birinci sıra, solda, birinci resim : Akciğer. 90 X. Kalınlaşmış alveol septumları arasında yuvarlak, hiperkromatik nüveli hücrelerden yapılmış tümöral infiltrasyon. Birinci sıra, sağda, ikinci resim : Akciğer. 720 X. Akciğer dokusundaki tümöral infiltrasyonun atipik hücreleri.

İkinci sıra, solda, birinci resim : Omurga kemiği. 64 X. Liften zengin bir bağ dokusu içinde yer almış yuvarlak hücrelerden yapılmış tümöral infiltrasyon. İkinci sıra, sağda, ikinci resim : Omurga kemiği. 720 X. Bağ dokusu lifleri arasındaki tümöral infiltrasyonun atipik hücreleri.

BİR BAZOFİL LÖSEMİ VAK'ASI

Doçent Dr. Osman Barlas

İlk defa 1906 da Joachim tarafından görülüp esaslı şekilde tarif edilen bazofil lösemi, lösemiler içerisinde en az görülenlerinden birisini teşkil eder. Dünya literatüründe şimdiye kadar yayınlanan müşahedeler hemen hemen sayılabilecek kadar azdır. Bu lösemi gerek hematolojik tablosu ve gerekse klinik seyri bakımından diğer lösemilere nazaran özelliklere maliktir.

Observasyon: hasta 52 yaşında Mehmet Bayramoğlu, mesleği: berber. Sekiz sene evvel halsizlik, yorgunluk ve hazımsızlık hissetmeğe başlamış ve o sıralarda bir gün şiddetli öğürtü ve kusmalarla ağızından bol miktarda kan gelmiş, bir gün sonra da büyük abdesti katran gibi çıkmış. Hasta karnının sol tarafında bir tazyik ve ağrı hissetmeğe başlamış, elile yokluyarak burada günden güne büyüyen bir kitlenin mevcudiyetini farketmiş. Bu teşekkülün dalak olabileceğini düşünerek ehemmiyet vermemiş. Gittikçe halsizliği, dermansızlığı arttığından, arada bir yine kanlı kustuğundan şikâyetle kliniğimize müracaat etmiş ve 26.3.1952 tarihinde yatırılmıştır. Hastanın ifadesine nazaran bu kanlı kusmaları dolayısıyla muayene eden hekimler tarafından kendisinde mide ülseri mevcudiyeti düşünülmüştür.

Hastanın rengi soluk, çok astenik, muayene için zor oturturulamıyor, daima yatmak mecburiyetinde kalıyor. Solunum sisteminde klinik ve radyolojik muayenelerle bir değişiklik yoktur. Kalp sesleri dinlemekle tabii. T.A. 12/7. Sinir sistemi normal.

Dalak kosta kenarını mediyo-klaviküler çizgi üzerinde 13 santimetre geçiyor. Göbeğin üç parmak aşağısında, orta çizgiye yaklaşıyor fakat bu çizgiyi sağa geçmiyor, sert karaciğerin rölatif matitesi beşinci, absölu matitesi altıncı mesafelerden başlıyor, kosta kenarını bir parmak geçiyor. Hafif ağırlı ve sert. Hastada büyük adenopati yoktur, yalnız her iki ingüinal bölgelerde mikroadenopati var.

Müteaddit defalar yapılan idrar muayenelerinde patolojik bir durum tesbit edilemedi. Günlük idrar miktarı 1000 - 2000 arasında, idrarda ürik asit miktarı litrede 0.23, kanda ürik asit miktarı % 8,5 miligram. Kanda üre miktarı % 331 miligram R.X.P. 40, Takata-Ara reaksiyonu müsbet, Thymol reaksiyonu 5 ünite. Kanama müd: 3 dak.; pıhtılaşma mü: 7 dak., lacet (—); trombosit 118,000.

8.4.952 de yapılan üreklerens cm: % 31, Creatinine klerens 92.

10.4.952 de kanda üre % 468 miligram, R.X.P.: 35. Kanda potasyum % 19,5 miligram, sodyum klorür % 304 miligram.

15.4.952 de kanda üre % 585 miligram, ürik asit % 12 miligram, potasyum % 25 miligram, kanda creatinine % 6 miligram, sodyum klorür % 551 miligram.

Hastanın bazal metabolizması % 85 artmış olarak tesbit edildi.

28.3.952 de kanda eritrosit 2,650,000, Hb. % 52, indeks 09. Lökosit formülünde:

Promiyelosit endiferansiye	% 3
Miyelosit nötrofil	% 2
Miyelosit bazofil	% 12
Metamiyelosit bazofil	% 1
Stab bazofil	% 8

Poli: nötrofil	% 14
Poli bazofil	% 58
Poli eozinofil	% 1
Lenfosit	% 1

Bu formülde bazofillerin toplamı % 71 bulunmuştur.
28.3.952.de miyelogram:

Miyeloblast	% 8
Promiyelosit bazofil	% 8
Miyelosit bazofil	% 23
Miyelosit nötrofil	% 8
Metamiyelosit bazofil	% 1
Poli bazofil	% 30
Poli nötrofil	% 16
Lenfosit	% 1
Eritroblast	% 5

Bu miyelogramda bazofillerin toplamı % 62 yi bulmaktadır.

Bundan sonra her iki günde bir yapılan lökosit formülü ve üç dört günde bir yapılan miyelogramlar aşağı yukarı aynı durumu arz etmiştir.

8.4.952 den itibaren dalağa muhtelif pozisyonlarında ve dört seansta 550 R. Radyoterapi tatbik edildi. Bu tedaviden sonra genel durumda gittikçe artan bir bozulma husule geldi, dalgınlık ve zaman zaman artan ihtilâçlar görülmeğe başladı. Radyoterapiye 11.4.952 de nihayet verildi.

6.4.952 de lökosit sayısı 312,000,

10.4.952 de lökosit sayısı 289,000.

12.4.952 de lökosit sayısı 105,628.

14.4.952 de lökosit sayısı 104000.

Radyoterapiden sonra yapılan lökosit formüllerinde bazofillerde bir azalma görülmüş ise de yine % 49 dan aşağı düşmemiştir. Hasta sübkoma halinde ailesinin arzu ve ısrarı üzerine 14.4.1952 de hastaneden çıkarılmıştır. Hastaneden çıktuktan üç gün sonra evinde vefat ettiği öğrenilmiştir. Hastamızda böbreklerde aşikâr fonksiyon bozukluğu halde ve idrarda teamül normal olduğu halde kanda yüksek üre retansiyonu da görülmüştür.

Bazofil lösemi, nötrofil lösemilerde olduğu gibi tedricen artan halsizlik ile bağlar. Bazan da bizim vak'amızda olduğu gibi ilk belirti bir kanama sendromu olabilir. Chevallier ve Marinone burada adenopatilerin nötrofil lösemiye nazaran daha erken zuhur ettiğini iddia etmişlerse de bizim vak'amızda ölümden üç gün evvelisine kadar aşikâr adenopati görülemezdir.

Lökosit sayısı yüksektir, 400,000 e kadar çıkabilir. Bazofillerin sayısı periferik kanda % 80 i bulur. Bizim hastamızda % 71 olarak tesbit edilmiştir. Fakat vak'aların bir çoğunda % 40 - 50 kadardır. Burada bazofillerin bir kısmı tam normal kanda tesadüf edilenler gibi ise de bir kısmı daha büyük bazıları daha küçüktür. Yani bazofil-lerde bir anizotosis vardır. Nüveleri ekseriya burjonlu ve yumruludur. Nüvelerin burjonlu ve yumrulu oluşu bizim vak'amızda radyoterapiden sonra gözükmiştir. Lökositlerdeki bazofil granülasyonlar bazılarında çok ince, bazılarında çok kaba ve yaygın bir kısımlarında ise ince ve kaba granülasyonlar yanyanadır. Periferik kanda bazo-blast denilen genç hücrelere rastlamak mümkündür. Bu sonuncular büyük, sıraları muntazam olup protoplazmaları hafif bazofildir. Protoplazmaları içerisinde çok seyrek

metachromatique granülasyonlar vardır. Nüvesi büyüktür ve hafif boyanmıştır. Periferik kanda bu genç hücrelerin bulunması ve çoğalması hastalığın iyi karakter almağa başladığına alâmettir.

Chevallier ve Marimon'a nazaran bir lösemiye hakikaten bazofil lösemi diyebil-
mek için bizim vak'amızda da olduğu gibi periferik kanda bazofillerin sayısının yük-
sek olması ve bu yüksekliğin devamlı bulunması ve kanda bunların genç elemanlarına
rastlanması lâzımdır.

Adi nötrofil lösemiye nazaran bazofil miyeloid lösemi inzar bakımından daha
ağır olup daha çabuk seyirlidir. Hastalık en çok 12 - 15 ayda ölümle neticelenir. Bizim
vak'amız hastalığın takribi olarak başlangıcından itibaren 10 ay nihayetinde vefat et-
miştir.

Mevcut tedavilerden iyi netice alınamaz. Arsenic, benzol tedavileri tesirsizdir.
Miyeloid kronik lösemilerde az çok iyi tesiri görülen radyoterapiden burada hiç bir
fayda görülemez. Radyoterapinin bilâkis bir kısım vak'alarda hastalığın seyrini ağır-
laştırdığı görülmüştür. Bizim vak'amızda da dört seansa tatbik edilen 500 R. mikta-
rındaki radyoterapiden sonra hastalığın seyrinde ağırlaşma görülmüştür. Bu fena te-
sirin zaten tam kronik seyirli olmayıp sübegü seyirli gibi olan bazofil miyeloid löse-
milerde radyoterapinin hastalığı büsbütün egü bir safhaya çevirdiği iddia edilmekte-
dir. Bizim vak'amızda radyoterapiden sonra yapılan miyelogramda genç elemanlarda
hafif bir çoğalma görülmüş ise de gerek hematolojik gerekse klinik egü lösemi belir-
tileri görülememiştir.

İNOPERABL KANSERİN TEDAVİSİ VE İÇ SALGI BEZİ GREFLERİLE DENEMELER

Doçent Dr. Şinasi Güçhan

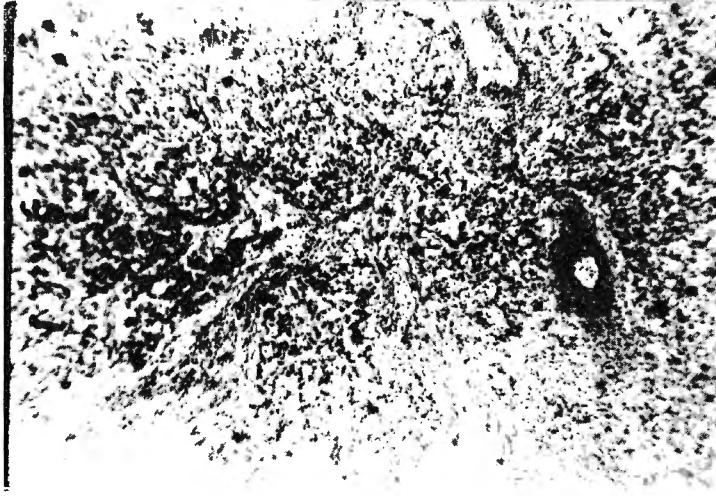
İnsanlığın en büyük düşmanı olan kanserin tedavisi için neler yapılmaktadır.
Başlangıçta yakalandığı vakit uzaklardaki salim örgülerle beraber urun çıkarılması
muhakkak en emin tedavi çaresidir. Fakat ur, çok zamanlar operatörün erişeceğiinden
uzaklara atlamış olarak karşımıza gelir. Bu çeşit inoperabl ve irradyasyonla tedavisi
mümkün olmayan kanseri iyileştirmek için maddî, manevî hemen her vasıttan fay-
dalanılmaya çalışılmıştır. Her halde sık rastladığımız ümit veren iyileştirme tebliğle-
rinde olduğu gibi tek bir yoldan gidilmekle başarı sağlamak kolay değildir. Hiç olmaz-
sa iki hususun te'mini ile hareket edilse muvaffakiyet şansı artar:

- 1 — Mevcut kanser odaklarını organizmadan uzaklaştırmak, yok etmek,
- 2 — Yeni metastazlar yapacak gözelere karşı organizmayı kuvvetlendirmek.

Hastada kocaman ur dururken, iğne ile kuyu kazar gibi, birkaç enjeksiyon ile
bunu yok edeceğine inanmak vehimden başka birşey değildir. Kanser gözesi, hususi
metabolizması, hususi hasılatı ile organizmayı her gün sarsmakta devam eder. O hal-
de işe herşeyden evvel ur kitlesini, palyatif de olsa, çıkarmakla başlamak uygun düş-
mez mi?

Blumenthal, kanseri yabancı kan veya organ ekstreleriyle tedaviye savaşımıştır.

Bu ve bunun gibi müellifler kan, serum veya organ ekstresi kullanmakla bizim düşündüğümüz ikinci noktayı, yani organizmanın müdafaasını kuvvetlendirmiş olmuyorlar mı?. Birçokları organoterapiden, yani değişik organların (iç salgı bezleri, dalak, karaciğer, pankreas, duodenum, kemik iliği, hatta konnektif örgü...) ekstrelerinden iyi netice aldıklarını yazıyorlar. Aristotrop adındaki polivalan iç salgı bezi ekstresinden Meyerburg çok faydalandığını kaydediyor. Buna karşılık F. Cailliau, ilk tebliğinde lehinde iken ikincisinde bu ekstrenin te'sirsizliğinden bahsediyor. Hatta daha ileri giderek kanser etyolojisini onkotik ve organ dezekilibrine bağlamak isteyenler bile vardır. Scrürer ile F. Halla'nın deri altına sütle beraber idrar karışığı enjeksiyonlarından elde ettikleri başarı herhalde müessir ve idrarla çıkan bir maddeden ileri gelmiyor mu? H. 11 bir vakitler nekadâr övülmüştü. Büyük istatistik rakamlarına dayandığı söylenen başarılı sonuçlar gene aynı düşünce ile izah edilemez mi? Bu gibi maddelerin hazırlanması ve kullanımında ba'zı aksaklıklar olduğu içindir ki te'sirleri farklı neticeler vermektedir.



Şekil - 1

Bugün inoperabl kanser ve metastazlarına karşı seksüel hormonların veya kastasyonun te'siri karsinogenler hakkındaki bilgilerle tamamen izah edilemez. Kendisi esasen karcinogenlerle ilgili bulunan bu hormonlar nasıl olur da kanserliye iyi geliyor. Burada yaptığımız müdahale ile antagonist bir bezin faaliyetini düşünemez miyiz?

Inoperabl kanser tedavisinde iç salgı bezlerinin hemen hepsi kullanılmıştır. Ancak müellifler ekstreler ile çalıştıkları için bir noktayı aksatmış olmuyorlar mı? Bir iç salgı bezi, hatta aseptik şartlarda bile, kendi haline kalınca ferment faaliyeti ile müessir maddelerinin bir kısmı bozulamaz mı? O halde ekstre alırken organizma için çok kıymetli olan bir maddenin kaybolması varittir. Bunu düşünerek iç salgı bezini hayvandan insana doğrudan doğruya ve müteakip grefler şeklinde aşulamayı düşündüm. 1948 yılında yaygın metastazları bulunan inoperabl meme kanserli bir erkek hastamda timüs greflerini tecrübe ettim. Hasta altı ay kadar yaşadı. Aşıkâr bir şifa olamadı ise de hastanın ağrıları son dakikasına kadar kayboldu, hasta rahat kaldı.

Bu kere aynı düşünce ile ve fakat başka bezlerle tecrübeye devam ettim. Epifiz ve ipofiz epandimin envajinasyonlarından meydana gelmiş iki mühim iç salgı bezidir.

Epifizin rolü çok münakaşalı ve karanlıktır. Beyin ortasındaki hakim oturuşundan ötürü çok eski müellifler tarafından ruhun merkezi, beyin faaliyetinin nazımı gibi görülmüştür. Genital bezlerin antagonisti ve frenatörü gibi telâkki edilebilir. Epifiz, bazı bakımlardan timüsle yakınlık gösterir. Bunların metabolizmayı ve örgü atışını kontrol eden faaliyetlerinden faydalanmak üzere her ikisini inoperabl kanserliye aşılamağa başladım. Bugün bir vak'ada radyoterapinin te'siri ile mukayese edilebilecek bir sonuç ile hastaya zahiri şifa sağladı. İnoperabl olan ur operabl hale geldi, bunu ekstirpe ettik. Hasta şimdiki halde iyidir. Takip ettiğim diğer hastalarda neticeyi henüz almadım. Fakat bugüne kadarki tatbik umulan te'siri gösterdi. Her halde böyle bir tedavi her vakit, hatta kanser temamilen ekstirpe edildikten sonra bile denense hasta için iyi olur kanaatindeyim.



Şekil - 2

Hastanın kısaca hikâyesi: 65 yaşında Diyarbakırlı erkek. Sağ memesi hizasında bir sene evvel küçük bir şişlik belirmiş. Bu şişlik büyümekle beraber üzerinde yara peyda olmuş. Yara iki ayın içinde genişleyerek çocuk el ayası kadar olmuş. Kendisi Radyoloji Enstitüsüne müracaat etmiş. Radyoterapi ile yara yavaş yavaş kapanmakla beraber yerinde katılık kalmış ve altı ay kadar sonra burada yeniden yara çıkmış. Bu sefer yara sür'atle büyümüş, tomurcuklanmış. Aynı taraf koltuk altında bir bez belirerek burada ikinci bir yara olmuş. Hasta sağ memesinde iri burjonlarla kaplı ve büyük bir kâhil el ayası büyüklüğünde yara ile bunun biraz üzerinde ufak bir elma büyüklüğünde aynı vasıfta burjonlar gösteren ikinci bir ülserasyonla bize müracaat etti. Radyoterapinin tam bir şifa sağlayamadığı bu ülserasyonu grefle tedaviye başladım. Yapılan anatomopatolojik muayenede ülserasyonun solid tabiatında bir epiteloma olduğu anlaşılmıştı. 31.6.952 den itibaren yedi defa ve muntazam fasılalarla gref koydum. Yaralar küçüldü, burjonlar silindi, epidermis nekroze olmaya ve salim örgüden ayrılmaya başlayan ur kitlesinin üzerinde canlı bir kenar yaptı. Mikroskopik olarak ta iyilik kaydettim. Ur gözelerinde değişme olmamakla beraber solid göze yığınları gittikçe parçalandı, küçüldü. Ara dokuda iltihabi reaksiyon arttı ve ur gözeleri adeta bu reak-

siyon içinde kalan birer ikişer dağınık seyrekliklere münkalip oldu. Neticede makroskopik olarak ta ur operabl hale geldi, bütün tümör kitlesini eksize etmek kabil oldu.



Şekil - 3



Şekil - 4. Grefe başlarken



Şekil - 5. Operabl olmuştur

Eksizyondan bir hafta sonra yerinde kalan ülserasyonun burjonlarının tabiatını anlamak üzere yaptığım biyopside urdan eser bulunmadı.

Hiç şüphesiz bir iki vak'ada görülecek şifa ile büyük ümitlere düşmek yanlış olabilir. Bu işi halen takip etmekteyim. Ancak evvelce de dediğim gibi, esasen yeis verici olan bu konuda bu kadar ufak bir ümit te herhalde büyük birşey ifade edebilir.



Şekil - 6

İyi sonuç aldığım hastamın greflere başlarken, iyi sonucu elde ettikten sonra eksizyonu yapmadan evvel ve tümörlü kitleyi çıkardıktan sonra yerinde kalan normal granülasyon dokusu resimlerle bunlara uymak üzere mikrofotografiler gösteriyorum. Birinci mikrofotografide solid kanser odakları bol ve müstevli bir şekilde sahaya hâkimdir. İkinci şekilde solid ur kitleleri adalar halinde serpilmiştir. Üçüncü resim de urun eksizyonundan hemen evvel alınmıştır. Burada adacıklar seyrek ve ufak birlikler halinde göze çarpmaktadır. Mikroskopik muayeneler İstanbul Üniversitesi Patolojik Anatomi Enstitüsünde yapılmıştır (No. 1332/52, ve 1382/52 eki.)

Doçent Dr. Galip Uruk:

Dr. Şinasi Güçhan arkadaşımın muhakkak ki konusu çok kıymetlidir. Fakat ben onu burada münakaşa edecek değilim. Benim bildiğim kongrelerin hiçbirinde tecrübi cerrahiye ait bir konu üzerinde durulmamıştır. Biz hep buradan başka otörlerin fikirlerini müdafaa ve münakaşa ettik. Bu cihetten kendisi şayanı tebrikdir. Bütün temennim şudur ki bundan sonra bu gibi tebliğler çoğalsın ve bizde kendi fikirlerimizi müdafaa ve münakaşa edelim.

Kapanış oturumu

29 Eylül 1952 Pazartesi

Saat: 10,30

İstanbul Üniversitesi Hukuk ve İktisat Fakültesi
I. No. lu Dershanesinde

Başkan : *Ord. Prof. Dr. Naci Bengisu*
Genel Sek. : *Prof. Dr. Ö. Özek*
Oturma Sek. : *Doç. Dr. Cevat Alpsoy*

Başkan:

Evvelâ dilekler görüşülecektir. Bu hususta münakaşa serbesttir, yalnız daha evvel dilek mahiyetinde gelmiş birkaç telgraf vardır, müsaade ederseniz onları okuyalım :

Sayın Dr. Ekrem Hayri Üstündağ,

İdare heyetimiz Milli Kongreyi, başkanı sıfatile Zatiâlinizden 13 üncü toplantısının İzmir'de yapılması hakkındaki dilekçemizin kabulünü ve yardımınızı rica eder, saygılarımızı arz ederim.

İzmir Etibba Odası Başkanı
Ali Rıza

Başkan: Prof. Naci Bengisu:

Efendim, ben evvelâ işçilerin göndermiş oldukları bir telgrafi ele alacağım, veremin meslek hastalığı olarak alınması. Bunun burada münakaşa edilmesini arzu ediyor musunuz, yoksa aynen Sağlık Bakanlığına mı arz edelim efendim. Profesör Sarpyener burada münakaşa edilmesini arzu ediyorlar... arkadaşlar kabul ediyorlar mı? Profesör Sarpyener'in teklifini kabul edenler lütfen ellerini kaldırsınlar.

Prof. M. Cankat: Usul hakkında söz istiyorum.

— Dileklerin mevzuu bahis edilmesi, burada tekrar yeniden bir konu açıp da münakaşa etmek mevzuu bahis değildir. Bunun münakaşasına geçebilmek için hazırlanması lâzımdır. Bu ayrıca bir konudur. Belki bir rapor mevzuu olur ve kongrede görüşülecek bir mevzu olarak teklif edilebilir. Fakat işçilerin teklif etmiş oldukları bu hastalık meslek hastalığı mıdır? değil midir? bunu üç gün üç gece konuşsak yine burada bir neticeye varmak imkânı yoktur. Bunun bir kongre mevzuu olarak teklif edilmesi uygun olabilir ve ileriki kongrede bunun üzerinde münakaşa edilebilir. Burada nihayet dilekler teklif edilir ve reye konur, kabul edilenler edilir edilmeyenler edilmez. Bunun için bunu burada münakaşa etmek dahi hence usulsüzdür.

Prof. Münir A. Sarpyener:

— Efendim, bendeniz daha evvel bunu teklif edecektim. Sakatların sosyal durumunu tespit etmek üzere 13 üncü kongrede bir mevzuu yapılınsın. Bunların pek çoğu meselâ dil tüberkülozu sakatlık değil mi ? Bu adamlar herhangi bir hastaneye gidiyor ve boş yatağımız yok, balta limanı hastanesini bekle. Bunlar 4,5 ay perişan bir halde bekliyorlar. Ve sonra bizim memlekette ayrıca sakatlar için bir institüt yok. Bu işi hal etmek lâzımdır. Apparel motör tamamilen ihmal edilmiştir bizim memlekette. Tıp yalnız dahili tıp değildir. Bunu nazarı itibare almak lâzımdır ki memleketimizin çoğu köylü ve ameleden ibarettir. Binaenaleyh bu sosyal meseleyi halletmek lâzımdır. Ve işte bakınız bize yalvarıyorlar bu adamlar, hastane kapılarına geliyorlar, yalvarıyorlar. Yatak bulamıyoruz. Bunların acılarını dindirecek vaziyetimiz yoktur. Bunu etüd etmemiz lâzımdır ve bunlara bir an evvel yardım etmemiz lâzımdır. Asıl mesele budur ve onun içindir ki gelecek konuyu bu sakatların sosyal durumunu tespit etmek için ne yapmamız lâzımdır. Bunu düşünmemiz icap eder. Bunu teklif ediyorum.

Başkan:

— Efendim, asıl şimdi açtığımız münakaşa bu telgraf üzerindedir. Arkadaşlardan rica ediyoruz, usül hakkında lütfen söz söylesinler, yani mevzudan mevzuya geçmeyelim. Şimdi usül hakkında Profesör Adasal:

— Sayın Arkadaşlar:

Memleketin yani Türk işçisine hepimizin büyük saygısı var ve hekim olmak itibarile de bunları korumaya mükellefiz. Ancak bilirsiniz biz bundan evvelki kongrelerden birisinde iş hekimliğini de mütalâa etmişiz. O halde bu bir kongre mevzuudur ama biz, bugünkü gündemimize göre burada yeniden bu sosyal problemi alıp münakaşa edemeyiz, o halde beyhude yere konuşuyoruz. Bizim yapacağımız şey sempatemizi göstermek ve bunu doğrudan doğruya Sağlık Bakanlığına arz etmektir. Münir arkadaşımızın da istediği şey bu, doğrudan doğruya invalidite kanunu olmak üzere Millet Meclisinden geçecek olan bir kanundur. Sağlık Bakanlığı memleketin ortopedistlerinden, nörologlarından, dahiliyecilerinden, şirürjiyenlerinden bir komisyon toplar ve bu münakaşa edilir, meclise gider, onun için arkadaşlar kaybetmeyelim vaktimizi, eğer böyle bir problem istiyorlarsa bir dilek halinde versinler ve doğrudan doğruya Başkanımızın teklif ettiği şey, doğrudan doğruya bu işçilerimize bir sempati telgrafı çekelim ve bunun alâkası dolayısıyla Sağlık Bakanlığına da havale edildiğini bildirelim. Maruzatım bundan ibarettir.

— Başka usül hakkında söz söylemek isteyen var mı? Buyurun:

Dr. Kemal Dirik:

Muhterem efendim: işçi vereminin meslek hastalığı olması hakkında bundan iki sene evvel toplanan verem kongresinde bendeniz bir rapor hazırlamıştım. Gücümün yettiği, ilmimin yettiği kadar bu mevzuu müdafaaya çalışmıştım. Bu hususta en değerli hocalarımız ve tüberküloz üzerinde çalışan hocalarımız bunu alâka ile karşıladılar ve bunun münakaşasını yaptılar. Bu münakaşada işçi vereminin bir meslek hastalığı olmadığını tebarüz ettirdiler. Ona da bir takım itirazlar serdettik ve Sayın Profesörlerimizden Tevfik Sağlam Hocamız o zaman tebarüz ettirdiler ki Tıp Şûrasına da

bu mevzuu gelmiştir, orada da selâhiyetli zevat tarafından münakaşa edilmiştir ve bunun neticesinde işçi vereminin bir meslek hastalığı olmadığı kanaatine varılmıştır. Umumi olarak da bu vaziyet bize bildirilmişti, onun için bu hususu arzetmek için huzuruza geldim.

Başkan:

— Buyurun efendim, usül hakkında değil mi efendim?

Murat Cankat:

— Efendim, malûmunuz bu mevzuu bir ilmi mevzuu, aynı zamanda sosyal kanun ve nizam mevzuudur. Yüksek Sağlık Şûrasında çalışan arkadaşlarımız bunun ne kadar muğlak bir mevzu olduğunu bilirler oraya namütenahi davalar gelir... bu işçilerin veremlileri hakkında. Bunu bir kongre kararı ile halletmek imkânı yoktur. Kanaatimce. Yalnız bu mevzuu Sağlık Bakanlığına ve aynı zamanda Çalışma Bakanlığına buna âcil bir çare bulunmak temennisile kongre tarafından havale edilmesini teklif ediyorum.

Başkan:

— Şimdi iki teklif var: birisi Profesör Sarpyener'in telgraf dileğinin burada konuşulmasını arzu ediyorlar; bir de Profesör Murat Cankat'ın Sağlık ve Çalışma Bakanlığına Kongre tarafından havale edilmesi.

Usül hakkındaki konuşmamız bitti. Şimdi Profesör Sarpyener'in teklifini reye koyuyorum: Burada münakaşa edilmesini isteyenler lütfen ellerini kaldırsınlar.

Netice: Kabul edilmedi.

Sağlık ve iş Bakanlığına arzımı teklif edenler ellerini kaldırsınlar. (Kongrenin temennisile beraber). Ekseriyetle kabul edildi.

Dilekler hakkında söz almak isteyen var mı? ruznamemizin birinci maddesinde dilekler var.

Prof. Nüzhet Şakir Dirisu:

— Efendim, bu dilekler bahsinde bendeniz kongrenin işlemesi, çalışması hakkında dilekte bulunacağım. Bu defa İstanbul'da toplanan Kongreye hakikaten arkadaşlar çok iyi bir şekilde çalışmış olarak karşımıza çıktılar. Gerek program, gerek organizasyon itibarıyla çok iyi bir şekilde ve Avrupalı bir zihniyetle hareket edilmiş görülüyor. Yalnız bir eksik, hakikaten bütün arkadaşları müşkül duruma soktu. Milli Türk Tıp Kongresi deyince bütün hekimleri ilgilendiren umumi mevzular konuşulacağına göre bu kongre toplantısında burada bulunan bütün arkadaşların burada bulunup fikirlerinden istifade edilmesi lâzım gelirdi. Seksiyonlara ayrılmış olmasına rağmen ayrı ayrı mevzularda kongre azaları toplanıp konuşabildiler. Fakat bunların arasında bir de Mikrobiyoloji Kongresi, Asabiye Kongresi, arkasından Cerrahî Kongresi namı altında, zaten 4 - 5 seksiyon, bir de bilmem ne 8 kısma ayrılan kongre azası hakikaten birçok mevzularda istifade etmekten mahrum kaldı. Bir taraftan Cerrahî kongresinde bazı mühim tebliğler var, onu dinlemek istiyor, diğer taraftan beride diğer bir kongre kuruluyor. Ben, bundan sonraki Tıp Kongrelerini idare edecek arkadaşlardan böyle muh-

tefif kongrelerin bir araya getirilmemesini ve bunların Milli Türk Tıp Kongresinden sonra ayrılacak günler zarfında yapılmasını teklif ediyorum. Bu çok doğru olacak zannediyorum. Her memlekette de böyledir. Çünkü bu Milli Türk Tıp Kongresinde memleketin umum hekimlerini ilgilendiren mevzular konuşuluyor. Hususî mevzular olmadığı için bütün hekimler bununla ilgilidir. Bunlardan bir kısmını ayırıp da hususî kongrelere çekmek ve oralarda ayrı mevzular üstünde konuşmak doğru olmadığına kaniyim. Birincisi bu. İkincisi: Tıp kongrelerine gelen üye adeta mektep dersi dinler gibi kongrede oturup saatlerce dinliyor. Fakat memleketin her tarafından gelen arkadaşları bir arada tanıştırmak hatta yalnız onları değil, ailelerini dahi beraber bulundurmamak suretile toplu bir halde bunları tanıştırmak yoluna da gidilmesi lâzımdır. Yalnız 6 dan 7,30 a kadar bir çayla bunlar telâfi edilecek şeyler değildir. Her kongrede kongrenin hakkı olan para verilmekle beraber bir de yemek veya banyo parası diye bir şey alırlar da ucuz bir meblâğla en lüks bir yerde bu arkadaşlar toplu bir halde uzun zaman birbirile konuşarak yemek yerler, sohbet ederler. Ta Erzurum'dan, Sivas'dan, Ankara'dan gelen arkadaşlar gelip burada ders dinler gibi 2 - 3 mevzu dinleyip iki gün sonra Allahâısmarladık diye gitmeleri evet doğrudur fakat bundan istifade etmek ve hekim tesanüdünü arttırmak dolayısıyla birbirile tanıştırmak en büyük sosyal ve bilhassa tıbbiyeliler için çok lüzümlü bir iştir. Bunun da nazarı itibara alınması lâzım. Bu kongrede bunun ihmal edildiğini görüyoruz. Üçüncüsü: İstanbul memleketimizin en kültürlü bir şehridir. Kültür merkezidir. Buradaki hastaneler çoktur. Burada ilim ocağı 100 senedenberi devam etmektedir. Burada birçok yenilikler yapılmıştır. Birçok yeni hastaneler açılmıştır. Bu hastanelerde birçok yeni ilim neşriyatı mevcuttur. Buraya tâ Sivas'dan, Van'dan, Diyarbakır'dan gelen arkadaş bunlarla ilgilenmek zorundadır, arzusundadır. Binaenaleyh tıp kongrelerinde böyle organizasyon yapılmak üzere yeni teşekkül etmiş yeni işlemekte bulunmuş tıbbin yeniliklerini gösterecek şekilde mevzulara da arkadaşlara tanıtmak için vakit bırakmak, geziler yapmak, yeni açılan pavyonlarda yeni işleyen tıp fakültesinin çalışma mevzularını göstermek, ameliyatlarını göstermek yoluna da gidilmesi ve burada bütün hekimlere kongre vesilesile hizmet edilmesi, çok lüzümlü ve iyi bir iş olur kanaatindeyim. Bu şekilde kongremiz yalnız bir mevzuu dinlemek ve söylemekten ziyade bir hekimlik topluluğunu, tesanüdünü yaratmak bakımından birbirine sevdirmek bakımından da büyük sosyal bir iş görmüş olur kanaatindeyim.

Profesör Kazancığil:

— Benden evvel söz söyleyen muhterem arkadaşımın fikirlerine aynen iştirak ederim. Ben de aynı şeyleri söyleyecektim. Binaenaleyh bu mesele üstünde ilâve olarak kendi fikirlerinin reye konmasını ve bundan sonraki kongre ihtimaları herhangi bir şehirde olursa olsun bu tertip ve bu zihniyet dairesinde toplantılarımızın tertip olunmasının reye konulmasını teklif ederim.

Profesör Adasal:

Sayın meslekdaşlarım, esasen fikirlerimi daha evvel arkadaşlarım ifade ettiler. Biraz hakikaten üzgün olarak İstanbul'a geldim, yani geldikten sonra üzüldüm diyorum. Çünkü bazılarınız hatırlarsınız, Kongrenin bilhassa İstanbul'da yapılması için en büyük bayraktar ben olmuştum. Büyük bir heyecanla kalkmıştım. Hatırlarsınız genç bir arkadaş kongre Ankara'dan ayrılmaz, çünkü Atatürk'ün ruhu Ankarada'dır diye ve ben o vakit Atatürk'ün ruhu memleketin her tarafındadır v.s. kabul edilmişti

Şimdi ben bugün arkadaşlar bu kongreye geldim ve büyük bir hasretle geldim ve düşününüz Erzurum'dan gelen bir arkadaş... ve düşününüz burada yani İstanbul'da aşağı yukarı 50 sınıf arkadaşım vardır, maatteessüf kongrede ancak ikisini görebildim. Ve meselâ Ankara'da toplandığımız zaman biz, bir sınıf arkadaşları toplantıları v.s. yemek beraber, hep beraber, demek ki kongrelerden gaye yalnız oturup da işte antibiyotiklerin yeniliklerini söylemek değil, aynı zamanda arkadaşlar bir nevi hekimlik acizidir burası. Yani memleketin dört tarafından gelen eski sınıf arkadaşları biraz kucaklaşacaklar, koklaşacaklar, biraz o hasretlerini dindireceklerdir. Onun için, bu sefer, kongrede bu azlığı gördüm arkadaşlar. Dilerdim ki şimdi ben burada hiç olmazsa 300 genç tıbbiyeli karşımda göreyim. Tıp talebesi bile bu kongrede yoktur arkadaşlar. Ağabeyleri ne yapıyorlar? Profesörler ne yapıyorlar? ne konuşuyorlar? bu hekimliğin istikbali nedir? Acaba eskiler ne söylüyorlar? fakat görüyorsunuz arkadaşlar biz git-gide bu harareti kaybediyoruz. O halde bence o harareti biraz körüklemek için kongrelerimizi biraz daha cazip kuralım. Dedikleri gibi hep bir arada toplanalım. Ekskürsionlar yapalım. Hatta ben dün gemide dolaşırken arkadaşlara bir fikir söyledim, bazıları bir romanesk fikir gibi şey ettiler, bazıları güzel dediler. Dedim ki bundan sonra Kongre İzmir'de olduğu taktirde bir vapur tutalım. Belki İzmir'in otelleri eksik derler. Bu vapur ile hükümet bize yardım eder, Tarsus vapuru ile İzmir'e gideriz, orada yatar, orada yeriz ve belki vapurda da bir parça konuşuruz ve ondan sonra da İzmir'de kongreyi yaparız. Arkadaşlar yani bu bir hülya değildir. Hepimiz aşağı yukarı 100 lira verebiliriz. 100 lira veren bir aza, İstanbul merkez olmak üzere İstanbul'da vapura bineriz, İzmir'e gideriz ve bu şekilde daha cazip olur arkadaşlar. Hem eski tıbbiyelinin ruhunu bir parça körüklemenizi istiyorum. Temennim bundan ibarettir.

Profesör T. Sağlam:

Aziz Arkadaşlarım,

İlk Türk Tıp Kongresini tertip edenler arasında idim. Onun umumi kâtipliğini yaptım. Bugün 12 inci kongremizde de hazır bulunmak şeref ve nimetine nail oldum. Arada ne kadar büyük fark vardır. İlk atılan tohum ne güzel neşvünema bulmuştur. İlk defa Rahmetli Süleyman Numan'la böyle bir kongre yapmağa karar verdiğimiz zaman acaba tutacak mı tutmayacak mı diyerekten içimizde doğan endişelerin ve ilk kongre toplanır toplanmaz zail olan bu endişelerin ne kadar yersiz olduğunu görmek benim için hakikaten büyük bir bahtiyarlık teşkil ediyor.

Kongremiz muvaffak olmuştur. İyi bir kongre olmuştur. Seksiyonlarda iyi çalışılmıştır. Daha iyi olması için tabii ki temennilerimiz vardır. Müsaade buyurulursa benzeniz 3 temennide bulunacağım. Bütün dünyada kongre sayıları artıyor. Bu, memleketimizde de evvelâ bir Millî Türk Tıp Kongresi varken, bugün her şubenin ayrı bir kongresi toplanıyor. Bu öyle bir zaruret ihdas etti ki beynelmilel kongreler için Unesco merkezinde ayrıca ve daimî olmak üzere beynelmilel tıp kongrelerinin koordinasyonu komitesi adı ile devamlı bir komite teşkil edildi. Bunun da sebebi şu ki bir seyahat yaparak kongreye giden arkadaş bir hekim imkân bulsun, hiç olmazsa kendini alâkadar eden aynı seyahat içerisinde bir iki kongreye iştirak edebilsin. Kendisini alâkadar eden bir kongre Nisan'da toplanıyor, bir kongre Haziran'da toplanıyor. Memleketine dönüp de büyük bir masraf yaparak ikinci bir kongreye gitmesine imkân yoktur. Bunun için bugün bütün bu enternasyonal kongreler birbirile rabitalı olanları aynı zamana tesadüf ettirmek suretile koordine edilmektedir. Netekim bundan pek kısa bir zaman evvel iştirak ettiğim Beynelmîlel Verem Savaşı Birliği Konferansı ile Amerika Göğüs Hastalıkları Enternasyonal Kongresi olmak üzere iki senedenberi tesis ettiği kongre aynı zamana tesadüf ettirilmişti ki Rio de Janeiro'ya giden bir hekim

birini gördükten sonra ötekine de hemen iştirak edemez. Onun için pratik bir tedbir olmak üzere gelecek kongre için şunu teklif ediyorum. Böyle bir komite teşkil ederek kombine etmeğe ihtiyaç yok, çünkü işimiz o kadar büyük değildir. Fakat bizim kongreyi tertip edecek olan arkadaşlarımız diğer kongreyi yapacak olan heyetle temasta bulunsunlar ve birbiri arkasından yapsınlar. Aynı zamanda değil, meselâ Milli Türk Tıp kongresi 3 gün toplanır. O bitince ertesi günü Mikrobiyoloji kongresi, daha ertesi günü psikiyatri, o biterse bir iki günde diğer biri. Böyle bir zamana getirilirse, şu kolaylıklar da olabilir:

Açma merasimi tabii bir zaman alıyor. Bu müşterek yapılır. Orada yapıldığını gördüğüm gibi, belki kapatma merasimi de müşterek olur. Davetler müşterek olabilir. Tabii bir kongreye iştirak etmek isteyip de öteki kongreye iştirak etmek istemeyenler tabii serbestdirler. Müddeti bitince kalkıp gidebilir. Fakat birbiri arkasından yapılır ve böylece de bir pratik ve ekonomik bir kolaylık hazırlanmış olur. Birinci teklifim budur. Tabiidir ki bu birbirile münasebeti olan kongreler içindir, yani şubeler itibarile. Onun haricinde tabii herkes serbesttir. Sonra bu toplantı ve tanışma meselesinde bir şey daha teklif edeceğim o da bizim kongremiz açılmadan bir akşam evvelsi bu bütün beynelmil kongrelerde olduğu gibi bir akşam önce toplanılın ve akşam üzeri bir çay gibi bir şey yapılsın ve bütün kongresistleri açılmadan evvel bir araya toplamak. Bu çok faydalı tanışmayı, Profesör Adasal arkadaşımızın söylediği mesele de burada bununla temin edilmiş olur ve şu faydası olur ki bu buyurdıkları gibi sınıf arkadaşları toplanacaksa, ayrı gruplar bir tertip yapacaksa hepsi o toplantı esnasında anlaşabilirler. Velhasıl, kongremizin hani fazla kalabalık olup olmadığı meselesi bir mesele olmakla beraber şunu itiraf etmelidir ki kongrelerin daima son toplantılarında aza adedinde bir seyreklik husule gelir. Bu kaidedir. Yoksa her halde umumiyet itibarile zannediyorum ki devam iyi olmuştur. Bir de üçüncü temennim de gene seksiyonlara ayırmak zarureti vardır. Malûmuâliniz bundan birkaç kongre evvelsi karar verdik ki, Serbest tebliğler de münakaşa edilsin diyerek. Zannediyorum bu usulün çok faydalı olduğu tebeyyün etti ve bir de mevzular daha az muhitte, daha samimi bir hava içerisinde eğer münakaşa edilecek olursa, pek kalabalık bir heyete nazaran daha faydalı oluyor. Onun için seksiyonlarda çalışmak gene doğrudur. Yalnız seksiyonları ayırırken birbirile alâkah olan sùjeleri öyle bir tasnif yapmak lâzım gelir ki, aynı seksiyona koymalı ve zaman itibarile irtibatı düşünölmelidir. Meselâ o sùjeje alâkadar olan arkadaşlarımız o saatte oraya gelerek bu münakaşaya iştirak edebilsinler. İşte arkadaşlarımız üç tane objektif teklif yapıyorum. Tasvip buyurursanız pek memnun olurum.

Dr. Feridun Şevket Evrensel:

Bu defa toplanan Cerrahî kongresi diğer bundan sonraki toplantısını Tıp kongresinden ayrı bir zamanda yapmağa karar vermiş olduğu için bu mesele kalmamıştır. Bundan başka benim de temennim ancak Profesör Tefvik Sağlam'ın söylediği sözlere aynen iştirak ediyorum, bu da seksiyon meselesidir. Seksiyon meselesi böyle umumî kongrelerde tababetin muhtelif şubelerini bir araya getirerek böyle konular tanzim etmiş olan bir kongrede muhakkak ki seksiyon yapmak mecburiyeti vardır. Yalnız bu seksiyonlar yapılırken konuların mümkün olduğu kadar birbirine yakın şubeleri bir araya getirmesi ve mütecanis bir vaziyet alınması daha doğru olur. Bu defa bu iş biraz dağınık bir vaziyette idi. Temenni ederiz ki inşallah gelecek kongrede bu noktada dikkati celbeder ve bu suretle tanzim edilir. Bir diğer dileğim, kongrenin çalışma programı hiç olmazsa toplantıdan bir gün evvel büroda veya başka bir yerde Avrupa' da olduğu gibi dağıtılmak icabeder. Kongre gününde gelir gelmez derhal programı al-

mak ve o zaman ittilâ hasıl etmek pek doğru görülmüyor. Bir gün evvel verilmesi daha iyi olacaktır. Bir diğer dileğim, kongre programlarını ihtiva eden kitap bu defa reklamlarla vs. ile çok büyük bir hale getirilmiştir. Bunu cemiyet kendi menfaatine olarak yapabilir. Fakat aynı zamanda içerisine kâğıt halinde herkesin cebine girebilecek gibi küçük bir program ilâve etsin. O suretle koca kitabı buraya gelirken taşımayız. Benim maruzatım bundan ibarettir.

Dr. Ali Şükrü Şavlı:

— Sayın arkadaşlarım; Biraz geçce geldim. Bilmiyorum belki benden evvelki arkadaşlarım söylemişlerdir. Bu elimizdeki raporlar meselesine ait birkaç söz söylemek istiyorum. Rapor elimize burada tam kongrenin başlandığı günde veriliyor. Ve buna ait de arkadaşlarımın şikâyetlerini, kendim de dahil olmak üzere, işidiyorum. Hiç olmazsa, 5 gün evvel elimize geçse de şunu okusak, istifade etsek, bilmediğimiz şeyleri de anlayarak dinlese diyolarlar. Bir dilekte bulunacağım, acaba bir hafta evvel alınması mümkün mü? Daha evvel hazırlanabilir, isteyen, arzu eden arkadaşlar kongrenin günü de muayyen olduğuna göre posta ile bunu kongrenin organından isteyebilir.

İkinci ricam da şu: Buraya gelen arkadaşlarımızın bir kısmı da taşradan gelmişlerdir. Bunların birçokları da ailelerle beraber geliyorlar. Bu aileler orada burada kalıp sıkılıyorlar. Halbuki kongrelerde buna ait teşkilâtlar vardır. Ve bu aileler için de birer program yapılsaydı, geziler yaptırılsaydı, çok iyi olacaktı. Bütün bu aileleri, hanımları gezdirmek için program yapılmalıydı, münasıl kongrelerde bunlar vardı. Bir gün bir mağazaya götürülebilir, diğer bir gün bir moda yerine götürülebilir, yani bunlar da kongre günlerinden maada hoş vakit geçirebilirlerdi. Beyleri burada çalışırlar, hanımları dışarda hoş vakit geçirebilirler. Bu iyi bir şey olurdu. Temennim budur, bir dahaki kongremizde bu da düşünülün.

Tevfik Sağlam :

1) Kongre başlamadan evvel bir toplantı teklif ediyorum. Büro faaliyete geçerek arkadaşların oradan dosyalarını almalarını ve bu suretle raporların tetkikine vakit bulunur.

2) Beynelmîlel kongrelerde Amerikalıların ortaya attığı bir pratik usul koydular. Yakada kongre rozeti altına şahsın ismini havi bir etiket konması fena olmaz. Bu suretle isimle tanınma kolaylaşır.

— Kongreyi nerede yapacak olursak, kongre saatleri içinde olmak üzere ve öğleden evvel tahsis edilmek üzere sıhhi müesseseleri gezmek için tertibat yapmalı. Mesele bir gün saat 9 da bir otobüs kalkacaktır ve Cerrahpaşa Hastanesine gitmek isteyenler isimlerini kaydetsinler, orada filân servis gösterecektir demir. Onun için biri başta bulunur. Enterese olan arkadaşlar gider, malûmat edinir. Yani bu sıhhi müesseseler ziyaretlerini kongre saatleri içerisine koymak, yani öğleden evvele koymak üzere böyle bir tertibat almak da çok faydalı olur zannederim. Tekrar özür dilerim, ikinci defa söz aldığım için.

Dr. Neşati Üster:

Sayın meslekdaşlarım;

Birkaç kongrenin aynı zamanda olması ve seksiyonlar meselesi hakkında benden evvel hocalarım ve arkadaşlarım kâfi miktarda tenkitlerde bulundular. Hakikaten aynı zamanda bir iki kongrenin toplanması, kongre azalarını şaşırtmaktadır. Bilhassa

kongrenin ikinci günü, bir tarafta Mikrobiyoloji Kongresinde poliomyelit konuşulurken, burada da çocuk hıfzıssıhhasının konuşulması, çocukçuları ve bu mevzu ile alâ-kadar olanları ikiye bölmek gibi kötü bir netice vermiştir. Bu itibarla aynı zamanda kongrelerin yapılmaması için burada karar alınması uygun olacaktır. Seksiyonlar meselesi hakkında da Tevfik Sağlam Paşa hocamın söyledikleri fikirlere aynen iştirak ediyorum.

Dilekler meyanında kongrenin yeri de mevzuu bahis oldu. Ben kongrenin İzmir' de yapılması imkânı pek olmadığına kaniyim.

Başkan:

— Yer meselesi okundu fakat daha mevzuubahis olmadı, konuşulacaktır. Münakaşası sonra yapılacaktır. Biraz sonra münakaşa açacağız.

Doç. Dr. Cihat Abaoğlu :

Değerli hocam Profesör Sağlam'ın dileklerine aynen iştirak ederim. Ona ilâve olarak bir geleneğin kongre Yönetim Kurulunun bu sene yaptığı bir şeyin devam etmesini bilhassa istirham ediyorum. O da şu kırmızı kitapta yapılan hülâsalarlardır. Bu güzel geleneğin bundan sonra da devam etmesini ve unutulmamasını dilek olarak bilhassa istirham ediyorum.

İkincisi, Kongre kabilsen, artık kâfi derecede mevzular fazlaşıyor, her sene yapılabilir zannediyorum. Her sene bizim bir kongre ayımız olur ve münasip bir ay seçilebilir, eğer heyeti umumîye kabul ederse. Bu ikisi dilekti. Bir de küçük bir temennim var. Kongrelere, kongre terbiyesini verecek klinik şefleri ve idare makamında bulunan hekim arkadaşlarımızdır. Onların teşvikleriyle bugünkünün iki veya üç misline çıkması mümkündür. Bunu biz kendi kendimize bir temenni olarak kabul etmeliyiz.

Başkan: Başka söz almak isteyen yok.

Müsaade ederseniz burada, Yönetim Kurulu adına birkaç noktaya cevap vereyim. Evvelâ, bazı arkadaşlar kongrenin iyiliği ve Yönetim Kurulu hakkında bazı iltifatkâr sözler söylediler. Bunlara bilhassa teşekkür ederim. Mükemmel olmuş bir kongre diyemeyeceğiz. Muhakkak ki birçok kusurları vardır. Bazı kusurları da arzu ettiğimiz halde yapamadığımızdan bizi affedersiniz. Yemek mevzuu bizim ötedenberi düştüğümüz mevzudur. Profesör Dirisu'nun söylediği gibi. Fakat, hemen birçok arkadaşlar beynelmilel kongrelere iştirak ederler ve hepsi bilirler ki orada gerek kaydolma müddeti ve gerek komünikasyon gönderme müddeti mahduttur, muayyen bir tarihi vardır ve hemen hemen kongrelerin toplantı zamanından altı ay evvel, meselâ kendi branşımız olduğu için söyleyebilirim, 22 Temmuz 1950 de Londra'da toplanacak Beynelmîlel kongrenin kayıt müddeti bir Ocak'a kadardır ve komünikasyon gönderme müddeti de bir Şubat'a kadardır, yani Yönetim Kurulu 5 aylık bir zaman zarfında tasnifini yapıyor, kaç azası iştirak edeceğini biliyor ve ne gibi ekskürsiyonlar yapabileceğini düşünebiliyor. Bizde kongrenin son günü hatta ikinci veya üçüncü günü kayıt devam ediyor. Belki bu zamanla değişebilir.

Sonra program meselesinin, raporların vaktinde gönderilmesi, hakikaten bütün arkadaşların hakları vardır. Hemen alelacele o günü alıyorlar, içinde ne var ne yok kimse bilmiyor. Fakat bu da demin arzettiğim mahzurdan dolayı, bir defa daha evvelden herkesin adresine sirküler gönderiliyor ve sirküülere cevaplar alınmıyor. Bu

dediğim gibi 5 veya 6 ay evvel alınmış olan komünikasyonlar programa dahil ediliyor ve bunlar malûm olan azasının adresine gönderiliyor. Fakat bizde kaç kişinin iştirak edeceği bilinmiyor. Ankara'da 1200 kişi aza vardır ve yine Ankara'da kongrelerde bulunanlar bilirler ki kongrenin toplanma günü uzun bir kuyruk halinde halâ kayıt muamelesi yapılır. Bu mahzur, kongre yönetim kurullarını program bastırıp dağıtma usulünü yaptırtmıyor.

Hastaneyi gezmek ve bazı demonstrasyon ile ameliyat işlerini görmek meselesini daha kongre hazırlıklarına başladığımız zaman onu düşündük, fakat yapamadık, çünkü birçok mahzurlar vardı. Hakikaten yapılması şayanı tavsiye ve şayanı temenni bir usuldür. Birçok dışarıdan yeni gelen arkadaşlar yeni yeni demonstrasyonlar ve yeni yeni ameliyat seansları görürler. Biz de aynı arzudayız. Gelecek kongrenin yönetim kurulları bunu düşünürler.

Programların dağıtılmasını arzettim.

Seksiyonlar meselesinde yine aynı mahzur var. Zamanımız yok tasnif etmek için. Sonra ancak hülâsaları tetkik edebiliyoruz. Programların tanziminde bizi en mühim müşkülâta sevkeden karartma meselesidir. Meselâ burasını karartmadık. Diğer dersaneleri kararttık. Maatteessüf bazı arkadaşlar projeksiyonlu olduğu kaydettikleri halde bazıları projeksiyonlu mudur değil midir bildirmiyorlar. Beynelmilel kongrelerde gönderilen sirkülerlerde, projeksiyonunuz var mı? Filminiz var mı? demonstrasyonunuz var mı diye uzun uzun sualler sorarlar. Bu da belki bu şekilde islâh edilmesi lâzım.

Azanın bir araya toplanması meselesi, o da şayanı temennidir. Biz burada yemek meselesi hakkında bazı yerlerle temas ettik. Birçok müşkülâtlara maruz kaldık. Kongrelerin Banke ofisiyel ki bu dünyanın her tarafında vardır. Orada birçok kıdemli hekimler güzel nutuklar söylerler, güzel sözler konuşurlar. Fakat böyle bir yemeğe kaç kişi iştirak eder? İlk sual budur. Bilmiyoruz kaç kişi iştirak eder. Ankara'da bunun tecrübesini yaptık. Ankara'da Karpiç ile konuştuk. Uzun müzakerelerden sonra listesini filân yaptık ve ilân ettik. 1 kişi yazıldı. Dr. Op. Nimet Taşkıran, başka hiç kimse yazılmadı. Onun üzerine bundan vazgeçtik. Demek ki arkadaşlar böyle bir şey arzu etmiyorlar. Belki bundan sonra yapılabilir ve güzel bir toplantı olur.

Dr. Evrensel arkadaşımız programın yüklü olduğunu, ilânlar bulunduğunu söyledi. Bu belki de biraz kongrenin ve yahut da Encümenin menfaati icabıdır diyeceğim. Bunu açık söylemek lâzım. Bu rahatsızlık vermez. Rahatsızlık verdiği taktirde ilânlar yırtılır. Program alınabilir. Yani program kısmı öndedir. Eğer ruzname arasına kournursa o zaman hakikaten kendilerini rahatsız edebilir. Biz tek bir şey yapabildik. Arkadaşlardan hülâsalar rica ettik, onlar da lütfettiler gönderdiler; bu hülâsaları koyduk. Dr. Abaoğlu'nun buna temasından dolayı teşekkür ederim. Belki bu an'ane devam ederse, hiç olmazsa komünikasyonu bilmeyen arkadaş hülâsaya biraz okursa disküsyona iştirak etmek fırsatını bulur zannediyorum.

Genel sekreter arkadaşımızın ilâve edeceği bir şey varsa?

Yok.

(Şimdi, yemek meselesi, hastaneleri gezme meselesi, zannedersem bütün kongre üyeleri bunu arzu ediyorlar, bunu bir temenni mahiyetinde kongrenin bir emri mahiyetinde gelecek kongrenin Yönetim Kuruluna arzederiz (ki Prof. Dirisu ve Prof. Karın-cıgil'in temennileridir).

Sonra rozet meselesini, zannedersem herkes kabul edecektir. Reye koymaya lüzum yok. Artık Yönetim Kurulu onun eb'adını ve şeklini düşündür.

Yalnız yine Dr. Ali Şükrü Şavlı arkadaşımız, Nejat Kulakçı ve başka arkadaşlar zannediyorum hanımlar için bir komite teşkil edilmesini istediler. Bunu da arzu eder-seniz bir temenni şeklinde gelecek Yönetim Kuruluna arzederim ve onlar ayrıca bir

hanımlar komitesi teşkil etsinler, hangi şehirde olacağına. Hanımları da hakikaten eğlendirmek ve gezdirmek lâzım.

Sonra Profesör Sağlam'ın temas ettiği bir gün evvel toplanmak, bir kokteyl veya çay şeklinde bir toplantı yapmak, seksiyonlarla programlar işini, müsaade edilirse yine gelecek Yönetim Kuruluna arz etmek... Başka itiraz edecek yok zannediyorum. Bunları aynen gelecek Yönetim Kuruluna arz edelim.

Başkan:

— Şimdi II ci maddeye, yani XIII. cü kongrenin yeri hakkındaki müzakereye geçiyoruz.

Prof. Sağlam:

— Efendim, bu kongrelerin koordinasyonu meselesi hakkında burada bir karar almamıza imkân yoktur. Çünkü diğer kongreler ayrı ve müstakildir, onların da reyî olacaktır. Bu meseleyi bir temenni halinde doğrudan doğruya idare heyetine havale edelim. Umumi fikri verelim, koordine etmeye uğraşsınlar. Böyle yapılacaktır diye bir karar vermeye selâhiyetimiz yoktur. Reye koymak muvafık değildir zannediyorum.

Başkan:

Efendim, hocamızın söyledikleri gibi, meselâ Nöropsikiyatri kongresi var, Mikrobiyoloji kongresi var, Cerrahi kongresi var ve belki de daha ileride Kulak kongresi, Oftalmoloji kongresi... esasen bunlar ayrı ayrı toplanıyorlar. Belki onların dahili ni-zamnamelerine müdahale tarzında olur. Müsaade buyursanız Profesör Sağlam Hocamızın dediği gibi diğer cemiyetler yönetim kurullarıyla konuşularak hal edilsin.

Rasim Adasal:

Sayın arkadaşlarım:

Madem ki burası Milli Türk Tıp kongresidir, şu anda size söyleyeyim ki, şu anda nöropsikiyatri kongresi başka bir binada toplanmaktadır. Ve binaenaleyh ben bir nöropsikiyatr olarak, bu kongreyi daha alâkalı gördüğüm için burada bulunuyorum ve zannediyorum ki, benim gibi birkaç arkadaş da buradadır. Bu çok mahzurludur. Mikrobiyoloji kongresi. azaları şu anda Pendik'te bilmem neresini dolaşmaktadırlar. O halde burada bulunmayan, reye iştirak etmeyen arkadaşlarımıza kalkıp da biz hiçbir müdahalede bulunmuyoruz ama mutlâka ve mutlâka şunu istiyoruz. Mikrobiyoloji kongresini yapsın ama, iki günümüze müdahale etmesin, ondan sonraki günde yapsın. Bu yani bir teklif değildir. Bunu kongrenin selâmeti bakımından söylüyoruz. En mühim kararlar verilirken burada ikiye, üçe bölünmüş oluyoruz. Temennimiz bundan ibaret.

Başkan:

— Efendim, bunu bir temenni mahiyetinde gelecek Yönetim Kuruluna arz edelim ve bunlar muhtelif cemiyetlerin idare heyetleriyle temas etsinler ve buna göre zamanını ve sırasını tayin etsinler. (Muvafıktır.)

Başkan:

— Şimdi, ruznamenin ikinci maddesine geçiyoruz. XIII üncü Millî Türk Tıp Kongresinin toplantı yeri ve konuları hakkında. Evvelâ yerini münakaşa edelim. Birkaç dilek vardır. Birisi İzmir Etibba Odasıdır. Başkan Dr. Ali Rıza. İzmir'de yapılmasını arzu ediyorlar. Sonra bir takrir verildi, imzayı okuyamadım. (Demir Ali Kamçioğlu). Gelecek kongrenin İzmir'de yapılmasını teklif ediyor. 3 teklif vardır. İkisi İzmir Etibba Odasının birisi de buradaki bir arkadaşımızın. Başka, kongrenin yeri hakkında söz söylemek isteyen arkadaşlar varsa efendim ?

Neşati Üster:

Sayın meslekdaşlarım,

Ben gelecek kongrenin yine Ankara'da olmasını teklif edecektim. Çünkü Ankara daha derli toplu bir yerdir ve orada Kongre üstündeki alâka daha toplu bir şekilde takip edilebilir. Yalnız önümüzde İstanbul'un fethinin 500 üncü yıldönümü var. Fethin yıldönümü şenliklerine bizim de Türk milletinin ilim sahasındaki gayretlerini gösteren bir kongre ile katılmamız çok güzel bir hareket olur. Bu, ilme ve sanata büyük ehemmiyet veren Fatih'in de ruhunu şad eder. Öyle zannediyorum ki diğer yapılacak hareketlerden daha fazla şad eder. Onun için ben şimdiye kadar iki senede toplanmak teamülünü bozarak önümüzdeki yılda ve fethin 500 üncü yıl dönümünde İstanbul'da bir kongre toplanmasını teklif ediyorum. Bu kongre için zannediyorum ki mali küllâ fetler ileri sürülecektir. Fakat böyle mühim ve fevkalâde bir hadise için hükümetin ve İstanbul Belediyesinin bize yardım edeceğini ümit ediyorum. Sonra bu kongre mutlaka 5 gün sürmesi icap etmez. Daha kısa, 2 günlük, 3 günlük, hatta tek süje üstünde ve serbest tebliğleri ihtiva eden bir kongre olabilir. Bu şekilde masrafı da kısılabılır. Zaten benden evvel bir arkadaşım da kongrenin artık her sene yapılması teklifini ileri sürdü. Bu da uygun bir tekliftir. Hakikaten serbest tebliğlerin çokluğu yüzünden birçok seksiyonlara ayrılıyor. Seksiyonlara ayrılmak bir zarurettir fakat o şekilde ki yalnız bir ihtisasa şubesine ait olan tebliğleri dahi bir seksiyonda toplamak imkânı olmuyor. Birçoklarımız hangi seksiyona gideceğimizi şaşırıyoruz. Onun için kongrelerin senede bir toplanması uygun olur ve buna da fethin 500 üncü yıl dönümünden başlamak gayet isabetli bir hareket olur zannındayım.

Dr. Demir Ali Kamçioğlu:

Arkadaşlar, 12 senedenberi 12 defa inhikat eden bu kongremiz Millî Türk Tıp kongresidir. Memleket hekimlerini toplayan bir kongredir. Böyle tamamen ihtisasa taallük eden bir kongre değildir. Madem ki memleket hekimlerini topluyor, o halde memleket hekimleri de memleketin muhtelif yerlerinde toplanmak suretile memleketin ihtiyaçlarını, malî şeyleri ve aynı zamanda turistik bakımdan bir faydası vardır, binaenaleyh kongrelerin ötedenberi her defasında ayrı ayrı memleketin birer köşesinde toplanması fikrini ötedenberi müdafaa ettim. Bu sefer İstanbul'da toplanmıştır. Gelecek sefer de İzmir'de toplanarak bu kongrenin memleket kongresi hekimleri bakımından faydalı şeyini arz etmek istiyorum. Bazı arkadaşlarımız İzmir'de acaba kongre azaları yatacak, barınacak yer bulabilirler mi diye düşünmüşlerdir. Dün İzmir'e telgraf çektim ve telefon ettim. Arkadaşların orada hem turizm bakımından iyi vakit geçireceklerini ve hem de memleketin en iyi bir köşesini tanımak ve orayı şerefli edeceklerine kaniyim. İzmir kongremizi barındırabilir.

Profesör Adasal:

Arkadaşlar, çok çıkıyorum, kusura bakmayın, evvelâ arkadaşlarıma şunu bildireyim ki kongre ile Tıp cemiyeti toplantısını ayırmak lâzımdır. Tıp kongresi 20 - 30 tebliğ getirip de burada doğrudan doğruya söylemek değildir. Ve görüyorsunuz ki bütün seksiyonlarda da aşağı yukarı yaptığımız şey Türk Tıp Cemiyetinde, Ankara Gülhane Tıp Fakültesi müsameresinde verdiğimiz bazı tebliğlerin münakaşasıdır. Kongrenin gayesi aşağı yukarı biraz uzunca bir zaman zarfında raportör olan bir arkadaşın mümkün ise kliniğinde, mümkünse memleketin bazı sıhhi hususlarını da nazarı itibara alarak tetkik yapmak suretile gelip burada bizi aydınlatması demektir. Binaenaleyh her sene de kongre güzeldir arkadaşlar, ama bilirsiniz ki bir defa kongrenin toplanmasından 3 - 4 ay evvel yalnız tebliğ ve raporlarımızı vermek zorundayız. Bugünkü tıbbın bu ilerlemeleri zamanında 6 ay zarfında bir hekimin memleket ölçüsünde bir rapor hazırlayabileceğini zannetmiyorum.

Onun için zamanı çok kısa buluyorum. O halde bilirsiniz, hatta bazı büyük kongreler, Beynelmîlel Psikiyatri kongresi, Beynelmîlel Kardiyoloji kongresi 4 senede bir toplanır. Senede bir defa kongre toplantısını biraz fazla gibi görüyorum. Biz yine 2 senede bir defa toplanalım ama Necati bey arkadaşımız isterse belki biz hekimler başka bir şey yapabiliriz, İstanbul'un 500 üncü yılı için gelip de bir hasbihâl şeklinde bir konu üzerinde konuşabiliriz ama bu müddet zarfında acaba bir kongre yapabilir miyiz? bilmem. Yere gelince: Arkadaşlar, ben Ankara Üniversitesine mensubum ve binaenaleyh diyebilirim ki Ankara'da toplanalım, İstanbul'da toplanalım. Değil mi ki Ege'nin en güzel şehri ve aşağı yukarı da 3 üncü ve belki de 4 üncü şehrimiz olan İzmirli arkadaşlarımız bize rica ediyorlar ve bizi oraya istiyorlar. O halde gayemiz de budur. İzmir güzel bir şehirdir ve bir kongre için de başka cepheden caziptir. Orada istediğiniz bazı güzel ekskürsiyonlar yapabilirsiniz. Yani Bergama güzel bir şehirdir. Oradaki tiyatroları ile akropolü ile ve nümune olacak kadar Askopliyon hastanesile caziptir. Bir tarafta Efesos harabeleri vardır. Yamanlar var, şu var bu var... ve İzmir hekimi çok kesif olan bir muntıkadır. Bütün Ege muntıkası, Aydın'dan, Muğla'dan, Afyon'dan her taraftan hekimler gelecek. Biz iştirak edeceğiz, 400 - 500 hekimi de vardır. Kongremizi güzel, modern Sanat Enstitüsünde yapabiliriz. Kongremizi bir tarafta Halk Evi bir tarafta Bahri Baba'daki Kız lisesi 600 - 700 dinleyici alan mükemmel salonlarla, dershanelerile. O halde biz bunu fuar mevsiminden evvel yaptığımız taktirde İzmir için hiçbir telâş etmeyiniz, İzmir bizi barındırır, yatacak yer buluruz. İzmir aynı zamanda misafirperverdir. Belediyesi de misafirperverdir. Onun için ben arkadaşlarımızı hararetle İzmir'i tavsiye ederim. Ve söylediğim gibi vapur da hülâde değildir arkadaşlar. Hükümet de biraz yardım etsin. Cazımızla eylene eylene İzmir'e de gidebiliriz. Onun için İzmir şehri için ben teklif ediyorum.

Profesör Sağlam:

— Efendim, gelecek kongremizin yeri hakkında Dr. Neşati arkadaşımızın teklifi biraz gönlümü o tarafa kaydırды. Yani 500 üncü sene münasebetile bir şey yapmamız belki uygun olacak. Bir şeyi hatırlatayım. Gelecek sene malûmuâliniz Eylül ayında İstanbulda Beynelmîlel Tropikal Hastalıklar ve Malarya Kongresi toplanacak. Burada tahmin ediyoruz büyük bir iştirak olacaktır, yabancılar tarafından. Çok tabii gönlümüz ister ki Türk arkadaşlarımız da bu fevkalâde enteresan kongreye iştirak etsinler. Bu münasebetle bir kongre demeyelim fakat yine bir kongre olsun, yani bu kongrelerimizin bir fevkalâde toplantısı gibi olsun... yani kongre de akabinde, ertesi günü acaba biz bir günlük burada, yine Türk Millî Tıp Kongresinin bir fevkalâde toplantısını.

yapamaz mıyız? Bir konuyu alarak ve büyük raporlar yapmadan aktüel bir meseleyi bir entrodüksiyon mahiyetinde olan kısa bir raporla açmak ve bol bol münakaşa etmek suretile acaba hem bu vazifeyi, hürmeti ifa etmiş oluruz, hem bu kongre dolayısıyla tropikal kongreye iştiraki daha fazla sağlamış oluruz hem de tropikal kongreye iştirak eden arkadaşların da kolaylıkla bir Milli toplantı yapmaları hasıl olur. Bunu mutat toplantılarımızın haricinde bir şey olarak yapmak zannederim kabildir ve çok faydalı olur. Bendeniz bunu teklif ediyorum. Heyeti âlinizin reyine arz ediyorum, iyi bir şey olur tahmin ediyorum. İkincisi; eğer bu kabul edilmezse hatta kabul edilse de normal toplantımızı eğer imkân varsa, yalnız eğer bu imkân varsa meselesinde ısrar ettiğim nokta yatıp kalkma meselesi değildir. Vapurda da yatılır. İzmir şehri fuar için bu kadar halkı toplayan şehir kongresistleri yutar bile, o cihetten bir sıkıntımız yoktur. Yalnız toplantı salonlarımız, seksiyon salonlarımız, projeksiyon vesaitimiz v.s. yi eğer temin edebilirlerse, hiç olmazsa 600 - 700 kişiyi alacak bir umumî toplantı salonu, onun yakınında hiç olmazsa seksiyon toplantıları için yerler bulunması lâzımdır. Bu temin edilirse bendeniz de İzmir'e çok taraftar olacağım. Belki de bir prensip kararı vermemiz doğru olur. Almanların İç Hastalıkları kongreleri eskidenberi bir prensip tutmuştu. Bir toplantısını bir merkezde, bir toplantısını başka bir şehirde yaparlardı. Bunun gibi biz de, bunun için bir karar almağa ihtiyaç yok ama, daima bir toplantımızı Ankara'da, ondan sonraki toplantımızı da başka bir şehirde yapmak suretile böyle tahakkuk ettirirsek zannedersem çok güzel bir şey olur. Hem Ankara ile olan rabitamız, hem oradaki merkezî vaziyetten istifademiz temin edilmiş olur ve diğer şehirlerde de toplanmamıza bir mani kalmaz. Bu fevkalâde toplantıyı da yine kongre heyetimiz Enternasyonal Tropikal hastalıkları kongresinin hemen akabinde tertib eder ve buna daha ziyade bir teşhit mahiyeti de verilmiş olur.

Dr. Seracettin:

— Sayın büyüklerim, bendeniz de İzmir'den yetişmiş bir arkadaşınız sıfatile İzmir'i müdafaa edersem belki oralıyım diye memleketini ortaya atmak istedi diye bir fikre sahip olabilirsiniz. Ancak, İzmir hakikaten Egenin güzel bir bölgesidir. Buraya onun propagandasını yapmak için çıkmadım. Yalnız konferansların tertip edileceği yerler müsaittir. İzmir'de bir tane Kız Lisesi, bir tane Atatürk Lisesi, bir tane İnönü Lisesi, binaenaleyh üç tane büyük lise vardır. Gayet büyük salonları vardır. Bu salondan daha büyük, anfi şeklinde değil, belki bir arkadaş bir arkadaşın ensesini görebilir, boy sırasına göre oturularak gayet iyi bir şekilde yahut bir sahne yapmak suretile hocalarımızı oraya çıkarıp orada konferanslarını verdirtebiliriz. Binaenaleyh yer bakımından burası müsaittir. Sonra memleket İstanbul kadar modern bir memlekettir. Otobüsleri, caddeleri, her şeyi bakımından taktire şayan bir memlekettir. Sonra niçin arkadaşların hepsi gelemiyorlar. Bunların sebepleri araştırılmalıdır. Neden? para mevzuundan mı? Bu kongreleri ben biraz hacca benzetiyorum. Kongrelere gelen arkadaşlar da Sayın Profesör hocamızın dedikleri gibi bir tanıtma meselesi, bu tanıtma vesilesini biz daha böyle gece gündüz beraber kaldığımız zaman biz nasıl olsa birbirimizi tanıyacağız. Onun için böyle ayrı bir etikete de ben lüzûm görmüyorum. Nasıl olsa talebeler hocalarımızı tanırlar. Genç bir hekim olmak itibarile şunu arzetmek istiyorum, belki mevzuu biraz kaçacağım ama Deontoloji Medical'i de burada yeniden bir daha hatırlatmış olacağız. Daha sıkı bağlarla bağlanacağız ve memleket için toplu bir şekilde gelmemiz oradaki halk üzerinde büyük tesir yapacak. Bir fikir olarak da bunu arzetmek istiyorum. Belki İzmir'i tercih ediyorum. Ekskürsiyonları itibarile gayet güzel yerlerimiz vardır. Efesus, Selçuk, ona mümasil güzel yerlerimiz vardır. Bunun için Sayın Bakanımızdan da İzmirli olmak sıfatile ayrıca ben de rica ediyorum. Bunu

hakikaten esaslandırmamızı rica ediyorum. Bir de Şark'da, bunu fikir olarak söylüyorum, meselâ Van'da, Üniversite kuralım diyoruz, gazetelere yazıyoruz, şuraya buraya beyan ediyoruz, Şarkta büyük doktorlarımızın yüzünü görenler yoktur. Hiç olmazsa onlar da memleketimizin büyüklerini tanımış olurlar. Hangi sene olursa olsun, bunun da işlenmesini rica edeceğim. Fakat İzmir'i tercih ediyorum ve bunu arz ediyorum.

Başkan: — Kifayeti müzakere teklifini reye koyuyorum.
(Kabul).

Prof. Murat Cankat:

Sayın Arkadaşlarım;

— Burada gelecek kongrenin nerede ve ne zaman toplanması hakkında bir müzakere cereyan ediyor. Burada benim sarıh bir teklifim vardır ve mucip sebebini de arzedeceğim. Hepiniz biliyorsunuz ki gelecek yıl İstanbulun 500 üncü yıl kutlama senesidir. Ben bu kutlama derneğinin idare heyetinde mürakip üye olarak birkaç senedir çalışıyorum. Kutlama programında zengin bir program yapmak hususunda çok müşkül durumlara düşmüş ve bir program hazırlamak için birçok çarelere başvurulmuştur. Bilirsiniz ki Fatih ilmin en büyük hamilerinden ve ilme en çok hizmet etmiş Türk hakanlarından biridir. Hatta göğsümüzde taşıdığımız şu rozetin üstünde Fatih şifahanesini bir senbol olarak kabul etmişiz, yani tıba büyük olan hizmeti bununla da kendini gösteriyor. Fatih devrine ait ilim cereyanlarının ilim müesseselerinin canlandırılması ve bunu bütün düuyaya gösterilecek şekilde zengin bir mevzu olarak ele alınmış ve birçok kitaplar, ciltlerle dolu ilim kitapları hazırlanmaktadır. Ve kendi Cemiyetimin idare heyetinde konuşulması sırasında Milli Türk Tıp kongresinin de o sene İstanbul'da kutlanmasının bu zengin mevzua yeni bir şey ilâve edeceği ümidile buna güvenmek vaziyetindedirler. Onların namına teklif yapmağa selâhiyet almış değilim ama, vaziyeti iyi bildiğim için, gelecek sene müstesna olarak, Milli Türk Tıp kongresinin İstanbul'da toplanmasını ve bu toplantının da ve bu kutlama günlerine tekaddüm eden, ona yakın günlerde yapılmasını, kutlama tezahürlerine kütle halinde ilim adamlarının da iştiraki suretile Fatih'in ruhunun şad edilmesini büyük bir ilim hamisi olan Fatihe hürmeten, gelecek kongrenin, bir defaya mahsus olmak üzere İstanbul'da toplanmasını ve ondan sonraki kongrenin İzmir'de yapılmasına hiç muarız değilim. Tarih meselesine gelince: İki sene de bir, bir senede bir o hususta da bir şey söylemiyorum. Bu kuvvetli mucip sebebe dayanarak müstesna olmak üzere gelecek kongrenin İstanbul'da toplanmasını teklif ediyorum.

Başkan:

— Yalnız üye olanlar reye iştirak etsin efendim.

Müsaade buyurursanız önce fevkalâdeden olarak 1953 senesinde, yani 500 üncü fetih yılı için kongre yapılmasını oya koyayım.

Oya müracaat edilsin, 48 üye oy verdi.

Aksini kabul edenler lütfen ellerini kaldırsınlar. 57. Netice kabul edilmedi.

Şimdi efendim, diğer teklifleri oya koyayım. Önce Cafer Tayyar Kankat Erzurum'da yapılmasını teklif ediyorlar. Kabul edenler lütfen ellerini kaldırsınlar: kabul edilmedi.

Şimdi de, Dr. Adasal, Profesör Sağlam, Profesör Cankat, Demir Ali, Seracettin, kongrenin İzmir'de yapılmasını teklif ettiler, kabul edenler lütfen ellerini kaldırsınlar.

Yalnız bir noktayı izah etmeme müsaade buyurursanız, arkadaşlar liselerden bahsettiler. Kongre Ekim ayında toplanır, Bay Seracettin lütfen, 1 Ekim'de liselerde tedrisat başlar. O halde efendim tekrar reye koyuyorum... Sayın Bakan; Zatiâliniz bu hususta bir şey söyleyecekmisiniz lütfen buyurunuz:

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı Dr. E. H. Üstündağ:

Sayın Arkadaşlar. Ben, İzmirli olmam münasebetile İzmir'i ve Bakan olmak münasebetile de doğrudan doğruya İzmir'i müdafaa edecek değilim. Vakıa İzmirli olmak itibarile İzmir'i tercih ederim. Fakat bir bakan olmam itibarile memleketi bütün şümülü ile nazarı dikkate alarak hükmümü ona göre vermek isterim. Bana kalırsa beni İzmirlilikten tecrid ederek yalnız bakan olmak üzere nazarı dikkate alacak olursanız, o zaman ben yine İzmir'de aktedilmesini tercih ettiğimi ifad edebilirim. Arkadaşlar bazı tereddüde düştiler. Acaba İzmir'de kongrenin huzur içinde yapılmasını temin edecek vüs'atde müesseseler mevcut mudur değil midir? Bunun için hiç şüphe etmeyin. Hakikaten İzmir'de birbirine yakın büyük müesseseler vardır. Kongrenin gayet büyük bir huzur içerisinde yapılması muhakkak surette temin edilmiş olacaktır ve eski asarı orada tetkik etmek suretile kongrenin hakikaten iyi bir hava içerisinde cereyan etmesi temin edilmiş olacaktır. Bundan müsterih olmanızı rica ederim.

Başkan:

— Efendim, Sayın Bakanın bu izahatından sonra tekrar reye arz ediyorum. İzmir'de yapılmasını kabul edenler lütfen ellerini kaldırsınlar.. (Çoğunlukla kabul edilmiştir efendim).

Konunun ikinci maddesinin diğer fıkrasına geçiyoruz. Bu da konular hakkında müzakeredir. Birisi Profesör Fahreddin Kerim Gökay ve 5 arkadaşının verdiği «Memleketimizde beslenme mevzuu ve beslenme bozukluğundan mütevellit hastalıklar, «Memleketimizde koruyucu hekimlik». İkincisi, Doç. Dr. Cihat Abaoğlu ve 20 küsür arkadaşları tarafından verilmiş olan Hekim-Devlet-Cemiyet konusunu oyunuzda arz edeceğim.

Söz. Prof. Dr. T. R. Kazancıgil'indir.

Buyurun Efendim;

Profesör Kazancıgil:

— Efendim, bundan sonraki kongrenin konusu olarak teklif edilen muhtelif bahisler heyeti umumiyesile birbirini tutuyor, hep umumî tıp işleridir, yalnız Allerji ile Antibiyotikler müstesna diğerleri hep büyük hekim problemlerine taallük ediyor. Beslenme de öyledir, koruyucu hekimlik de öyledir, Kan bankası mevzuu da çok mühim. Bu aralık bendeniz birkaç kelime ile ne mevzuu teklif ettiğimi arz edeyim. Hekimin devlet ve cemiyet içindeki vaziyeti hakkındaki teklif bendenizin dikkatini çekiyor. Mevzu geniş; hekimin içtimâî durumu demektir. Bu, derhal beraberinde mesleğine ait tabikât meseleleri meydana çıkarıyor. O halde hekimin devletle ve cemiyetle münasebatı demek, tatbiki tipte, hekimin devlet ve halk içindeki mevcudiyeti meseleleri demektir. Bu geniş mevzuu da vuzuhla birkaç kısma ayırarak bu mevzuu teklif etmek niyetindeyim. Yani bu mevzuu teklif eden arkadaşlarımın fikirlerine iştirak ediyorum. Ben de böyle bir şey teklif ediyordum, bunu duyunca ben de bu fikre iştirak etmeyi tercih ettim. Bugün hekimin memleketteki içtimâî durumu gayet ehemmiyetli bir vaziyet alıyor. Bir kere sayımız çoğalıyor, çok şükür. Sonra yerleşme meseleleri. Heki-

min yerleşme meselesi ortaya çıkıyor, bir nevi geographie sosyal meseleleri meydana çıkıyor. Sonra mesleğe ait problemler, bir taraftan Etibba Odasına taallük eden işler, sonra mesleğin müdafaası, sonra gayet mühim olarak sigorta işi var. Bütün bunlar hakikaten bizi alâkadar eden bahislerdir. Bizde şimdiye kadar hekimlik, birtakım şefkat, merhamet ve âli bir meslek olarak tanınmıştır. Hatta benim şahsen babam hekimdi, hiç ömründe hastadan on para almış değildir. O zamanki meslek de böyle idi. Şimdi doğrudan doğruya hekimlik bir meslek halindedir. Yani onun vasıtasile hayat kazanılan bir vasıtaadır. Buna ait vergisi var, işleri var, bir takım problemler var. Bunları böyle hadise zuhurunda halledecek yerde problem olarak ve dünyada nasıl yapıldığını, halledildiğini düşünerek ortaya çıkarmak çok mühimdir. Bu, alışmamız lâzım gelen bir konudur. O halde biz hekimlik işlerine ait işlerimizi tetkik ederken cemiyete mesleğimizin intibak işlerini düşünürken orta yerde hakim olan büyük meseleleri ihmal edemeyiz. Şöyle ki: şimdiye kadar memleketimizde hekimliğin tatbikatı ferdi işlerdi, sonra kanunla tahdidat kondu fakat hekimliğimizin asıl mekanizması, hastaya bakma mekanizması, içtimal mekanizma, merhamet üstüne dayanıyordu. Müesseseler kuruluyor, hasta fakirine, zafı'haline göre biraz yardım görüyordu. Artık bu merhamet mefhumu kalkmış, cemiyetimiz tamamen garp ve medenî sisteme her bakımdan girmiştir. Böylece ayrı mühim bir problem meydana çıktı. O da hasta bakımı. Halkın kendi bakımını içtimal hak olarak tanıması ve tanınmasıdır. Bu da doğrudan doğruya sağlık sigortaları işini meydana çıkartıyor. Hekimler de kendilerini bu teşkilâta ayrıca bağlayabilirler ve bağlamalıdır. Çünkü zahiri görünüşe ve şekli hariciye nazaran birçok hekilerin kendine ait istikbal meselelerinin ne kadar kötü vaziyette olduğunu bilenlerdeniz. O halde hekimlerin sigorta işlerine girmesi asıl mevzuu değil daha doğrusu bu memlekette sağlık sigorta işlerinin yerleşmesi problemidir. Böylece biz de gayet mühim ve şimdiye kadar ihmal edilen bir mesele egü olarak had olarak önümüze çıkmış bulunuyor. Bir taraftan şehir sıhhatinin meseleleri, bir taraftan köy sıhhati meseleleri asırlarca yarım kalmış davalar birdenbire önümüze çıkmıştır. Türkiye'de halkın, biliyoruz ki % 85 i köyde oturuyor. Şehirliilerin de hali malûmdur. Şehirliilerin içtimal yardım, hasta teşkilâtı eksiktir. Köyler ise tamamen yardım istiyor, yardım için şehre koşuyor. Bu vaziyette normal, hatta garp medeniyetine tabi diyarların en geri tipini alacak olursak meselâ binde 7 yatak, bize aşağı yukarı 150 bin yatak lâzımdır. Bunun yapılması 1 milyar lira ister, idaresi yine yarım milyar lira ister. Bu halledilmez koca problem için de hekimler kendimize ait işleri ortaya koyabilmek için bu dava üstünde düşünmek, konuşmak ve nasıl halledileceğini düşünmek mecburiyetindeyiz. Çünkü konu egü olarak karşımızdadır. Halk da bakılmak istiyor, köylü de bakılmak istiyor. O halde bizim işimiz bir sosyolojik davadır. Bu, ekonomik esaslara dayanır. Memleketin ekonomi kalkınması ile beraber bu işler paralel gidecektir. Fakat nasıl gitmesi lâzım. Bu meseleler hakkında toplu olarak tetkik etmek mecburiyetindeyiz. Aynı zamanda bizim tıbbi problemimizi bir nevi geografi medikal, bir nevi topografi medikal meselesidir. Köy tiplerimiz, toprak sistemlerimiz, halkın yerleşme tarzı, bunların hepsi ayrı ayrı tetkik mevzuudur, fakat toplu olarak bilmemiz lâzım gelir. Bundan üç içtimal evvel içtimal tıp meseleleri ve sanitation meseleleri mevzuu bahis olduğu zaman bu sahada az çok çalışılmıştır. Fakat yeni vaziyetlerde yeni hamle ile çalışmak mecburiyetindeyiz. O halde bendeniz kongre konusu olarak teklif ettiğim maruzatım şudur: Türkiye'de heyeti umumiyesi olarak içtimal tıp meselelerini konu olarak alalım. Ayrıca bir de isterseniz bir tıbbi mevzuu da alalım. Fakat esas teklifim Türkiye'de içtimal tıp meselesini ortaya almaktır. Şahsen fikrim budur: Böylece hekim, devlet ve cemiyet arasında hekimin, yani ferdi tatbikat yapan hekimin rolünü karşılaştırmak mevzuubahis ise, o halde ikinci bir taksim ile işi ele alabiliriz. Hekimin mediko-sosyal vaziyeti. Bu derhal karşımıza şafi tıp ve koruyucu hekimlik me-

seleleri meydana çıkıyor ki, bunu da zaten bir arkadaşımız teklif etmiştir, koruyucu hekimlik. Fakat koruyucu hekimlik safi tıbbın yerleştiği memleketlerde olur. Çocuğunuz ishal olursa hastaneye götürünüz, dendiği zaman hastane olmalıdır. O halde halk arasında koruyucu hekimlik teorik bir mevzu olarak ele alınabilir. Devlet teşkilâtı ise bulaşıcı hastalıklar ile mücadele ediyor. Koruyucu hekimliğimizin ancak o safhası temin olunuyor. Halbuki mektep hekimliği, sonra cemiyet içerisinde bir nevi hekimliğe karşı koruyuculuk şuuru yavaş yavaş uyanacaktır. Bizim asıl meselemiz safi hekimlik davasıdır.

Prof. N. Ş. Karasu:

Hekimle cemiyet, Gazeteler, dışardaki dedikodular, halk arasındaki hekimlere ait bir takım fena sözler, bunlar halledilme yoluna gidilmemeli midir? Sonra cemiyet hekimine karşı ne vaziyet alacak? ne yapması lâzımdır, borçları yok mu? vazifesi yok mu? Yalnız bunlar ne zaman konuşulup halledilecektir. Başka memlekette bunlar konuşulmuş mu diyeceksiniz, konuşulmuş, hepsi karar altına alınmış; millet de biliyor, hekim de biliyor, kendi aralarındaki münasebet tekarrür etmiş ona göre hepsi medeni insanlar gibi birbirlerine muamele ediyorlar. Bizde bu kurulmuş mudur arkadaşlar? var mıdır böyle bir şey?. İkincisi, yine toplanıp da bir arada hükümete karşı, millete karşı fikrimizi bildiremez miyiz, çünkü 8 kişi bir araya gelemiyoruz diyorlar. İşte biz bunu bunun için koyduk. Niçin bir araya gelemiyoruz? şurada koca kongrenin haline bakınız. Burada bu kadar hastane var, koca Tıp Fakültesi var. Mektep açılmak üzere. İmtihan veriliyor da şu boş sıralara bakınız, niçin? sebep? Buradaki teklif bu sebepi arayacaktır. Sebepi arayacağız niçin hekimler birleşmiyor, bir araya gelmiyor. Konuşalım. Devletle konuşmak zamanı gelmiştir artık. Devlet kendi kendine istediği gibi iş yapmak yolundadır, eskiden alışılmış olduğu gibi. Bunun karşısına sebep hakimler çıkmadığı içindir. Bir matbuat kanununun yapıp da yanına bir şey ilâve edildiği zaman bütün İstanbul'daki matbuat cemiyetleri harekete gelip Başbakan, şusu busu 80 yere baş vuruyor ve değiştiriyorlar, kanunu geri aldırıyorlar. İşte demin hocamın söylediği gibi... Tamamile gayri kanunî olan şark vilâyetlerine mecburî hizmeti koyarken hangi hekim ağzını açtı? Açmak lâzımdır. Bundan sonra buna sıra gelmiştir. Devlet hekimlerin toplu olarak fikirlerini dinlemek mecburiyetindedir. Büyük Millet Meclisi de bunu dinlemek mecburiyetindedir. İkincisi, yeni Tıp Fakültelerine havale edilmiş kanun teklifleri, tüzük teklifleri vardır. İhtisası beşer seneye, üçer seneye çıkarıyorlar. Kimse ağzını açmıyor. Bunun üzerinde konuşacak yalnız Tıp Fakültesinden iki tane delege midir? rica ederim. Bu memlekette bu kadar hekimler var. Bunların fikrini Sağlık Bakanlığına bildirecek kimse bulunmasın mı? Bunun için bütün hekimleri aynı zamanda temsil edecek bir kitle, bir cemiyet kurulması ve hükümetle, milletle, her şeyle karşı karşıya konuşup münasebetleri temin edebilmesi için bir cemiyet mi lâzımdır? Kurul mu lâzımdır? kongre mi lâzımdır? bunları tespit etmek için ne lâzımsa, Avrupa'da, Amerika'da şurada burada ne yapılmışsa bunun da bu memlekette kurulması, hazırlamak ve rapor halinde bize sunmak ve hükümetin de buna boyun eğmek suretile, bu konuyu teklif etmiş bulunuyoruz, rapor halinde buraya gelsin, konuşulsun münakaşa edilsin ve nihayet hakikaten hekimlerin bu keşmekeş vaziyeti ortadan kalsın. Arkadaşlarım, size ufak bir misal vereceğim. Kendi şubemi alâkadar ettiği için. Bugün bir hekim dışarda bir enjeksiyon yaptı, öldürücü dendiği zaman müddeiumumiye, 8 tane polis gelir yakalar alır götürür. Bu olmaz. Bu adamın muayenehanesi var, hastaları var, perişan, oradan giderken, hekim, derler ne oldu. Hastayı öldürmüş, yanlış ilâç yapmış... gider, mahkemede orada burada sorarlar, hayır böyle bir şey değildir. Santigramı belli, hasta kimbilir neden ölmüştür... adamı bırakırlar.

Bu kadar ciddi davranan hükümet, öte taraftan arkadaşlar memleketimizde 500 e yakın kaplıca vardır, bu kaplıcalar 40 derece 45 derece 60 derece sıcaklıkta hamam suretile romatizma, siyatik, kalp hastalığı filân daha ne tedavileri... Bunları işleten kuyumcu, kasap filândır. Sağlık Bakanlığı zerre kadar bunlarla meşgul olmaz ve kimse burada ölen adamları sormaz.Yalovada hekimlik yaptım 3 sene, her pazar 4-5 kişi öldü havuzun içinde. Neden? Köylü hamamına giriyor. Oraya biz karışmayız, hamama girer ölür, eceli ile öldü gitti derler. Efendim, bir taraftan iğne yapan bir doktor öldürdü diye kıyameti koparıyorsun da öte yandan bir kuyumcu, bir kasap bir hamam tutmuş, adamı 85 derece suya sokuyor, haşlıyor çıkarıyor öldürüyor, ona niçin bir şey demiyorsunuz? Bu, kendi mesleğimi ilgilendirdiği için söylüyorum. Kaplıcaların bu memlekette bir sanatoryum gibi romatizma, siyatik, nevralji sanatoryumu olarak işlenmesi, Sağlık Bakanlığının bunu emrine alması, ona göre bir organizasyon yapması lâzım değil midir? diye Tıp Fakültesinin hidroloji hocası sıfatile kaç defa teklifte bulundum. Hulusî Alataş, Behçet Uz, vekillere hepsine söyledim. Başımıza iş çıkarma... Ekonomi Bakanlığına bağlıdır o karışır dediler. Hem dediler ki buraları öyle sıhhiye filân değil, bunlar kumar oynatan, eğlence yerleri, dışardan döviz çeken turistik bir yerdir... Binaenaleyh turist teşkilâtına bağlıdır, dediler. İnsaf, merhamet bunu söyleyecek bir teşkilât yok mu? arkadaşlarım, sen söylesene dediler, söylüyorum dinlemiyorlar, tek adamsın diyorlar. Binaenaleyh cemiyet halinde gitmek lâzım.

Kemal Dirik:

Sayın Bakan, Aziz Hocalarım, Aziz Arkadaşlarım;

Bendeniz 17 sene Şark'ın en ücra köşelerinde Garp'da, Anadolu'da, Şimal'de gezdim ve icraî tababet ettim. Orada gördüğüm şey şu idi: Bazı yerde halk yalnız mısır ekmeği yiyor. Bazı yerde yalnız buğday ekmeği yiyor, bazı yerde bol et yiyor, bazı yerde 1 sene et bulamıyor, bazı yerde yalnız zeytinyağ bazı yerde sağıyağ kullanıyor. Dersim'de öyle yerler gördüm ki meşenin filizlerini yiyorlardı. Mübalâğa etmiyorum. ciddi söylüyorum. Buradaki halk böyle beslendiği zaman ne gibi hastalıklar oluyor? Bu cidden enteresan bir mevzu, onun için medikal mevzu olarktan beslenme, memlekette beslenme hastalıklarını tercihini rica ediyorum. Mediko-sosyal mevzu üzerinde. Bu mevzu üzerinde, madem ki bu Millî Tıp Kongresidir her sınıf arkadaşımızın buraya bir mevzu getirmesini istiyoruz. Bu mevzuda, hükümet tabibi de, mektep tabibi de, belediye tabibi de Profesörü de, doçenti de herkes bu mevzuda bir rapor getirebilir ve memleket çapında bir mevzudur. Bu bakımdan tavsiye ediyorum. İkinci mevzu gelince: Acizane arz ediyorum, o kadar kıymetli profesörler ve ateşli hatipler bu mevzuu incelediler ve müdafaa ettiler ki acizane bu mevzuun tamamen aksini müdafaa edeceğim için kendimi bedbaht addediyorum. Bize mektep sıralarında öğrettikleri şey şu idi. Tıbbiyeli ve hekim her şeyden evvel cemiyete kendini vakfetmiş bir insandır. Hekim her şeyden evvel evvelâ cemiyeti düşünür, ondan sonra kendini düşünür. Halbuki şu mevzu bakınca evvelâ hekim, sonra devlet, sonra cemiyet geliyor. Bendeniz bunun tamamile aksi iddiasındayım. Evvelâ cemiyet, ondan sonra devlet ondan sonra hekim. Bendeniz hükümet tabipliği yaptım, köy doktorluğu yaptım, iş hekimliği yaptım, asistanlık yaptım, mütehassıs oldum. Bu müddet zarfında o kadar çok iztiraplarım oldu ki. Şark'ın en ücra köşesinde Tapman gibi bir yerde 260 nüfusu vardı, 40 tane hanesi vardı. Bakanlık bana orada 4 sene mecburî hizmet yaptırdı. O kadar dertlerim oldu ki orada yazsam bir kitap doldurur. Asistan oldum ayrı dertlerim var. Şimdi iş hekimiyim bir kitap dolduracak kadar dertlerim var. Bu mevzu olmasın demiyorum, bu mevzu da olsun ama evvelâ cemiyeti düşünelim, ondan sonra devleti düşünelim, ondan sonra hekimi düşünelim. Burada çok kıymetli bir hatip arkadaş evvelâ ben dediği za-

man bütün hekim arkadaşlar, koskoca ak saçlı profesörler de el çırpıtlar, tezahürat yaptılar, bu bir genç hekim olaraktan beni üzdü Bu cidden üzücü bir şeydir. Biz evvelâ cemiyeti düşünceğiz. Onun için herkes kendi şubesi bakımından şu mevzu, bu mevzu olsun dedi. Halbuki arkadaşlar 20 milyonunun sağlığını düşünen bir Sağlık Bakanlığı vardır. Bu Sağlık Bakanı 20 milyon insanın sağlığını üzerine almıştır. Acaba bu sosyal mevzuda o ne düşünüyor? Sağlık Bakanlığının selâhiyetleri elemanları gel-sin burada fikrini söylesinler, hangi mevzuun olması millet menfaatine daha münasip ise ondan sonra sosyal konuya karar veririz.

Dr. Cafer Tayyar Kankat:

Sayın Arkadaşlarım,

Burada evvelâ hekim, devlet ve cemiyet şeklinde idi şimdi değiştirildi ve bir de-fa bunu görür görmez muğlak bir mana verilir. Benim fikrimce eğer hekimin sosyal dertlerini ele alacaksak hekimin sosyal cephesi mevzuu denirse daha açık sarıh bir tavzih olmuş olur. Yok eğer bu şekilde kalmış olursa buraya ferdin de ilâvesi lâzım. Fert yok burada. Hekim ve fert... hasta olan ferttir. Biz hasta ile irtibattayız. Bence buraya bir fert ilâvesi lâzım veya değiştirilerek «hekimin sosyal cephesi» diye mevzuu etüd yapmak daha doğru.

İkinci mesele: kan bankası, buna bir de kan ve uzuv ilâve etmeyi teklif ediyor-rum. Yedek bacak, yedek bir kol grefe edilebilmek imkânı vardır. İleride bir böbrek grefe edilebilecek onun için buraya bir uzuv ilâve edilirse, memleket için faydalı olur kanaatındayım.

Prof. M. Cankat:

Sayın Arkadaşlarım,

Efendim, bu mesele bize çok cazip göründü, fakat bu, hükümet meselesidir. Son-ra Etibba Odası meselesidir. Bir arkadaşımızın söylediği gibi buna ait kanunlarımız da Encümenen geçip çıkmak üzere-dir. Binaenaleyh, biz hekimler şimdiye kadar sab-rettik. Bukadar cefayı çektik, yine de çekeriz. Bizim asıl müşkülâtımız şudur: Bizde koruyucu hekimlik diye bir şey yoktur. Bakanlığımız da bunun üzerinde yürüyor, bi-zim buna yardım etmemiz lâzım:

İkincisi: beslenme meselesi. Hiç birimiz bugün ne yediğimizi bilmiyoruz. Binaen-aleyh halkın birer birer yediğini tetkik etmek lâzımdır, halk ne yiyor, mısır ile nasıl beslenilir, buğday ile nasıl beslenilir? arpa ile nasıl beslenir? bunu bilmeliyiz. Benim teklifim, koruyucu tababet bir, beslenme meselesi iki.

Bakanın konuşması:

Muhterem Arkadaşlarım,

Arkadaşlarımızı dinledik. Çok istifadeli mevzulara temas ettik, ancak öyle zan-nediyorum ki kongre mevzuunun haricine çıkıldı. Bunun da sebebini gayet iyi anlıyo-rum. Bunun sebebi asırlardanberi meslektaşlarımızın kalbinde toplanmış olan bir ta-kım izdiraplar, bir takım sıkıntılar ve dertler bugün burada ifadesini bulmuş durum-dadır. Ondandır dolayı kongrenin kendi mevzuu haricine çıkmasını da pek yadırgama-maktayım. Yalnız bazı arkadaşlar birçok mevzulardan bahsettiler. Bu mevzular hak-kında acaba Sağlık Bakanlığı bir şey düşündü mü düşünmedi mi? bir şey yaptı mı yapmadı mı diye sordular. Ben bu bakımdan sizi tenvir etmek istiyorum. Bir kere ko-ruyucu hekimlik meselesi. Hakikaten bütün dünyada ilk defa tababet şubası içerisin-

de ilk plâna alınan bir şubedir. Çünkü vatandaşı, hasta etmemek, hasta ettikten sonra tedavi etmekten çok daha mühimdir. Bir vatandaş hastalandığı zaman az çok o hastalığın asarını hastalığı müddetince çekebilir. Onun için vatandaşı hasta etmeye çalışmak lâzım ve zaruridir. Bu sebeple dünyada ilk evvel tıp mesleğinde, bilhassa son zamanlarda ele alınan mevzu ve dava budur. Sağlık Bakanlığımız bu davaya karşı lâkayt kalmamıştır. Hatta değil şimdiki hükümet zamanında bundan evvelki hükümetler zamanında dahi bu mevzu üzerinde durulmuş, çalışılmış, bir takım plânlar hazırlanmış ve fakat maalesef tatbik sahasına konmamıştır. Çünkü bir meseleyi tatbik sahasına koyabilmek için imkânları ve şartları daima nazarı dikkate almak mecburiyeti vardır. Zira biz bugün memleketimizde koruyucu hekimliği tesis etmek istiyoruz. Fakat Koruyucu hekimlik tesis edebilmek için bir takım teşkilâta ihtiyacımız var. Bu teşkilâtı tahakkuk ettirmek için en aşağı 1 milyar liraya ihtiyacımız vardır. Bu parayı ne millet verebilir ne de bunu tatbik edebiliriz. Çünkü memleketimizde ele alınacak davalar o kadar çoktur ki bunları hemahenk olarak yürütmek lâzımdır. Önce bir yol davası vardır. Öyle iddia ediyorlar ki Sağlık meselesinin tamamen memlekette halledilebilmesi için bir kerre yolların yapılması lâzım. Sonra bir su davası vardır. 40 bin köyün ancak 5 bin köyünde su vardır. Diğerlerinde su yoktur, hepsi susuzluktan kurumaktadır ve çok ızdırap çekmektedirler. Su olmayan yerde hastalık da olabilir, hakikaten sağlık da olmayabilir. Binaenaleyh bunlar hepsi birbirine bağlı bir takım meselelerdir. Bütün meseleyi yalnız bir zaviyeden tetkik etmek ve ona göre hüküm vermek doğru bir hareket değildir. Sonra Sağlık Bakanlığı bundan evvel bazı sağlık merkezleri tesis etmek suretile medeniyeti, doktorluğu ve sağlığı köye kadar götürmek düşüncesile hareket etti ve bunun için bir takım plânlar hazırladı. Fakat hazırlanan plânlar o kadar mali bir külfet tahvil etti ki devlete değil 1 milyar, 2,5 milyar lira bile bunun tatbikine kifayet etmediği için bundan sarfınazar ettiler. Fakat şimdi biz tekrar bu davayı ele almış bulunuyoruz ve ele aldığımız zaman bütün memlekette 12 tane sağlık merkezi vardı, şimdi 100 taneye varıyor. Bunların vazifesi bir taraftan koruyucu hekimlik, diğer taraftan tedavi edici hekimlik olacaktır. Çünkü şimdilik elimizdeki imkânları nazarı dikkate alarak yalnız her ilçe merkezinde bir sağlık merkezi tesis etmeyi düşünmüştük. Gittiğimiz yerlerde temas ettiğimiz arkadaşlara da daima halkın yardımına da müracaat ettik ve dedik ki. Eğer bir sağlık merkezinin ilçenizde tesisini istiyorsanız, hükümete yardım edin, yapabildiğiniz kadar yapın, yapamadığınızı hükümet telâfi etsin. Bu şekilde elbirliği yapmak suretile sağlık merkezleri tesis edildi. Sağlık merkezlerinin bütün dünyada asıl vazifesi koruyucu hekimlik yapmaktır. Fakat bizde tedavi edici hekimlik sahası çok dardır ve nihayet büyük şehirlere münhasırdır. Ne ilçelerimizde, ne köylerimizde ve ne de bucaklarımızda tedavi hekimliğimize ait bir teşekkül mevcut değildir. Binaenaleyh biz sağlık merkezlerini tesis ederken bir taraftan koruyucu hekimliği, bir taraftan bilhassa halkımızın çok muhtaç olduğu şifa verici hekimliği de nazarı dikkate alarak her ikisini tetkik ettik ve bu suretle sağlık merkezleri hem koruyucu hekimlik vazifesini görecekler ve aynı zamanda tedavi edecek hekimlik vazifesini göreceklerdir. Bu şekilde organizasyon devam ediyor. Bir sağlık merkezinin kurulması için en aşağı 400 - 500 bin liraya ihtiyaç vardır. 500 ilçemizde birer sağlık merkezi kurulması, 500 bin liradan hesap edilecek olursa 50 milyon liradan fazladır. Yalnız ilçelerimizde birer sağlık merkezi tesisi için... Binaenaleyh çok paraya ihtiyacımız vardır. Halbuki bugünkü imkânlarımız buna müsait değildir. Müsait olduğu nispette ve onun daha fazlasını yapmağa bile elimizdeki imkânlar nispetinde çalışıyoruz. Büyük Millet Meclisi de bu konuya büyük bir ehemmiyet vermiştir ve hakikaten bütün arzularınızı ishaf ediyor, fakat diğer taraftan noksanlarımızı çoktur.

Bir arkadaşımız dedi ki hizmeti mecburiye kanununu hiç kimseye sormadan,

Sağlık Bakanlığı ihdas etti. Burada bir hata, bir anlaşmazlık vardır. Hizmeti mecburiye kanunu bir zaruretten doğurduğu bir harekettir. Meselâ biz bugün Şark vilâyetlerinde birçok hastaneler tesis ettik, birçok sağlık merkezleri yaptık, 2 sene zarfında tesis edilen sağlık merkezlerinin sayısı 100 dür. Halbuki arzettiğim gibi bir sağlık merkezi 500 bin liraya mal oluyor. Sağlık merkezinde bir röntgen makinesi, bir nisaiye mütehasısı, bir dahiliye ve çocuk mütehasısı, bir gezici ebe, bir iki tane sağlık memuru, bir cip arabası vardır. Ayrıca 20 yatağı da vardır. Doktorların vazifesi mütemadiyen köylere gitmek, elindeki vasıta ile, köylerde hiçbir hastalık bulamadığı taktirde köylülerin aşılarını yapmak, koruyucu hekimliğini yapmak, sanitasyonu tetkik etmek, sanitasyonun islâh edilecek tarafları neresi ise halkı tenvir etmek. Bugün bazı kaza ve köylerimizde bir kızamık zuhur ediyor. Bir kızamıktan geçen sene 500 tane çocuk ölmüştür. Neden bu çocuklar ölür? halbuki şehirlerle köylerde, meselâ kızamıktan ölenlerin nispetini yapacak olursanız ancak 1/50 nispetinde tesadüf edersiniz. Meselâ şehirde bir hasta çocuk şehirde kızamıktan ölürse, köyde buna mukabil 50 çocuk ölüyor. Bir İlçemizde, Adana'nın, geçen sene 10.000 çocuk kızamık hastalığından ölmüştür. Halbuki kızamık hastalığı öldürücü bir hastalık değildir, biliyorsunuz. Fakat bu, birçok sebeplerden dolayı, bilhassa kültür noksanlığından, halkımızın ötedenberi bir takım yanlış fikirlere saparak yok her çocuk mutlaka kızamık çıkarır, çocuklukta çıkarırsa ileride bu tehlikeden kurtulur. Onun için bir yerde bir kızamık zuhur ettiği zaman sağlam çocuğu alıp kızamıklı çocuğun yanına götürürler, kızamığı bulaştırırsınlar diye. Ondan sonra köylünün mesken şartları çok bozuktur. Evlerinin içinde helâ yoktur. Mutlaka dışardadır. Çocuk yalnız bir entariden ibaret elbisesi ile 40 derece ateşler içerisinde yandığı halde tek odadan ibaret olan meskeni terkeder ve helâya gider. Orada soğuk alır. Komplikasyonlar, zatülcenpler, zatürrieler v.s. filân nihayet ölüme götürür. Halbuki şehirlerde bu önlenmiştir. Bunun için vefiyat azdır. Binaenaleyh sağlık meselesi yalnız pür hekimlik meselesi değildir. Aynı zamanda milletin bir kültür meselesidir. Koruyucu hekimlik dediğimiz zaman, sağlık merkezinin doktorları köylere kadar gidecekler ve köylüyü tenvir edecekler, mekteplerini teftiş edecekler, aşılarını yapacaklar, doğuramıyan kadınları cip arabasına alıp sağlık merkezine getirecekler, acil vak'alara o suretle müdahale edecekler, bir taraftan memleketimizin şartlarına uygun olarak, biz Türkiye'de sağlık merkezlerini hem koruyucu hem şifa verici müesseseler haline getirmek zaruretindeyiz şimdi. İleride, büyük hastanelerimiz, kâfi derecede yataklarımız çoğaldığı zaman, o zaman sağlık merkezlerini yalnız koruyucu hekimlik vazifesine tavsif edebiliriz. Bugün maalesef 300 bin lira sarf ile meydana getirdiğimiz bu müesseselerde çalışacak doktor bulamıyoruz. Çoğuna kilit koyduk. Bu hakikaten acı bir hakikattir. Ben, 30 sene hususî doktorluk yapmışım. 15 sene de resmî hükümet tabipliği yapmışım. Binaenaleyh benim her halk tabakası ile temasım vardır. Onların çektikleri ızdırapları ve düşüncelerini yakinen bilen bir adam sıfat ile Bakanlığa geldiğim zaman ilk evvel bu köylü davasını ele aldım ve bunun için, esasen evvelce esasî kurulmuş sağlık merkezlerinin çoğalmasını iltizam ettim, bu mevzu üzerinde yürüdüm ve hakikaten bugün elimizde iki sene evvel 16 ya mukabil 106 tane sağlık merkezi teessüs etmiştir. Fakat maalesef, demin arzettiğim gibi, buraya doktor bulmak imkânı yoktur. Yalnız buralara değil, meselâ Erzurum gibi memleketin en güzide bir vilâyetine bir kulak-boğaz mütehasısı yahut bir röntgen mütehasısı teklif ettiğimiz zaman kabul etmiyorlar ve oraya gitmiyorlar. Sonra elimizdeki doktorların sayısı da çok azdır. Zannediyoruz ki çoktur... Çok doktora ihtiyacımız vardır. Bugün elimizdeki doktorların sayısı 7.800 dür. Askerî doktorlarımızı da ilâve ederseniz onlar 800 den fazla değildir. Halbuki bütün medenî memleketlerin kabul ettikleri: 1.000 kişiye bir doktordur. Halbuki bizim memlekette 20 milyon nüfusu 9.000 e taksim edecek olursanız aradaki farkın ne kadar eksik olduğunu

takdir edebilirsiniz. Sonra, maalesef doktorlarımızın çoğu hep büyük merkezlerde kalmaktadırlar. Meselâ elimizdeki 8 bin doktordan 4 bini İstanbul'da toplanmıştır. Yani 1 milyon halk için 4 bin doktor sonra 20 milyon halk için 5 bin doktor. Bu aradaki adalatsızlığı önlemek lâzımdır. Bunu yalnız Sağlık Bakanı olarak değil, bütün meslekdaşlarımızı canı gönülden ilgili olarak vatanlarını düşünerek, memleketlerini ve halkı düşünerek biraz fedakârlık etmek zaruretindedirler. Sonra yaptığımız sağlık merkezlerinde, mümkün olduğu kadar arkadaşlarımızın hususi hayatlarını da tezfiye etmek için lâzım gelen bütün vesaiti de hazırlamağa mecburuz. Meselâ yeni yaptırdığımız her sağlık merkezinde bir de logement yapıyoruz. Kaloriferile, su tesisatı v.s. çünkü hakikaten böyle Şarkın veya Anadolu'nun birçok kazalarında ve ilçelerinde hiç bir şey yoktur. 15 günde ayda bir banyo yapmak imkânını bulamaz, su işlemez, radyosu yoktur, gazete gelmez, dünya ile alâkasını keser. Sonra halk cahildir, doktora müracaat etmez. Hocaların, bir takım büyücülerin tesiri altındadır. Yani, bunların hepsini nazarı dikkate alarak, ona göre ahenkli bir surette yürümeden bunların hepsini meydana çıkarmak imkânı yoktur. Onun için bir hizmeti mecburiye kanunu çıkardık ve hizmeti mecburiye kanununu müzakere ederken mecliste aşağı yukarı 70 tane meslekdaşımız vardı. Sonra 400 - 500 ü mütecevaz mebus arkadaşlarımız vardı. Bunlar mütemadiyen kendi mıntıklarından geldikleri zaman vatandaşlarının öldüklerini, hastane yapıldığı halde doktor bulunmadığını ve doktor bulmak imkânı olmadığını mütemadiyen mevzu olarak bize söylüyorlar. Bir taraftan da haklıdırlar. Meselâ Gümüşhane gibi bir vilâyet merkezi bir mükemmel hastanesi vardır. 2 ay zarfında 6 tane operatör tayin ettik, hiçbirisi gitmedi. Veyahut gittikten sonra burada imtizaç edemeyeceğiz diye derhal vazifeyi terketti, istifa vererek çekildi. Sağlık Bakanlığı tabii bunlarla meşguldür. Vatandaşın sağlığını düşünmek en birinci vazifesidir. Ayrıca hususi teşekküllerden ziyade kitlenin vaziyetini, sağlığını temin etmekle mükelleftir. Binaenaleyh Sağlık Bakanlığı hizmeti mecburiye kanununu teklif ederken, bunun ne gibi sebeplere dayandığını evvelce gayet iyi tetkik etmiştir ve bu 400 kişilik avukat, doktor ve muhtelif mesleklerle mensup milletvekilleri tarafından tetkik edilmiş ve nihayet kabul edilmiştir ve bu, halkın selâmetini temin etmek maksadile hüsnüniyetle tatbik edilen bir kanundur. Bunun aksak tarafları da olabilir, fakat bu aksak taraflarını görüp islâh etmek gayet kolaydır. Her gün on binlerce fuzulî olarak ölmekte devam eden vatandaşlarımızı düşünmek ve onları kurtarmak mecburiyetindeyiz. Gerek bir insan olarak ve bilhassa bir hekim olarak, ve bilhassa sağlık Bakanı olarak düşünmek mecburiyetindeyiz. Onun için hizmeti mecburiye kanunu zaruretlerin bir ifadesi olarak meydana gelmiştir. Sonra sigortalara meselesi. Hakikaten bu mesele çok mühimdir. İlk Bakanlığa geldiğim zaman bu davayı ele aldım. Muhterem arkadaşlarım, Tefîk Sağlam bey arkadaşlarım ve birçok arkadaşlarım bu mevzu üzerinde hakikaten ilgi ile durdular. Bu mühim bir davadır. Zaten bütün dünyada hükümetin vazifesi koruyucu hekimliği tatbik etmektir. Tedavi edici hekimlik daima hususi teşekküllere terkedilmiştir. Sağlık Bakanlığı hem hususi yani şifa edici doktorluğu hem koruyucu hekimliği kendi camiası içine aldığı taktirde bunlarla başa çıkmak imkânı yoktur. Hiçbir devlet başa çıkamamıştır. Onun için bunu ayırmışlardır. Bir taraftan şifa edici hekimlik sigortalara verilmiş, yalnız koruyucu hekimlik Sağlık Bakanlığında kalmıştır. Sağlık Bakanlığı başka yerlerde koruyucu hekimlik ile meşguldür. Şifa verici hekimlikler hususi teşekküller, Özel idareler, belediyeler, sigortalar v.s. ye verilmiştir. Bizim memlekette hakikaten bunu tatbik etmek zarureti vardır. Çok büyük bir ihtiyaçtır. Başka türlü biz Sağlık teşkilâtını kalkındıramayız. Mutlâka bu iki kısmı birbirinden ayırmak mecburiyetindeyiz. Şifa verici doktorluğu ayırmak için bir sigorta tesis etmek lâzımdır. Bu sigorta nasıl tesis edilir. Bunun için oraya kayıt için gelecek olan yüz binlerce vatandaşın müracaatlarını yerine getirebilmek için bir kere bizim birçok ihtiyaçlarımız vardır. Meselâ yatak

ihtiyacı. Memleketimizde bütün devlet hastanelerinde, hususi ve özel hastanelerde 8-9 bin yatak mevcuttur. Şimdi sigortayı tesis ettiğimiz zaman her gün para verdiği için en ufak bir hastalığın dolay sigorta idaresine müracaat ederek hastaneye yatırılmasını isteyen binlerce, on binlerce vatandaş çıkacaktır. Bunların müracaatlarını ishaf etmek imkânı olmadığından dolayı bunlar nihayet sigortadan soğuyacaklar ve sigorta parasını vermeyeceklerdir. Sigorta da iflâs haline gelecektir. Onun için evvelâ memleketin bünyesini tetkik ve mütalea etmek lâzım gelir. Meselâ memlekette ne gibi hastalıklar vardır. Ölüm, hangi hastalıklardan daha çok oluyor. Sağlam insanlara nispetle hastaların sayısı ne kadardır? her sigortaya dahil olacak arkadaşın geliri nedir. Bunların hepsini tetkik ve tespit ettikten sonra ihtiyaçları karşılayacak kadar dispanserler, hasta yatakları v.s. tesis etmek ve bunun için de hiç olmazsa 20 - 30 milyonluk bir fond koymak lâzım gelir. Dünyanın her tarafında bu böyle olmuştur. Ben ayrıca bir heyet gönderdim. Bütün Avrupa'yı baştan aşağı tetkik etti. Hem bir iktisat mütehasısı hem de iki tane doktordan mürekkep 3 kişi gönderdim. Meselâ Danimarka'da kaç sene evvel sigorta teşekkül etmiş? Almanya'da nasıl teşekkül etmiş, teşkilât ne derecededir? büyük bir tetkikat yaptılar ve raporlarını getirdiler. Bu raporları hülâsa ettik ve memleketimize nasıl kabili tatbik bir sigorta tesis etmek imkân olduğunu da mütalea ettikten sonra bütün vilâyetlerimize, valilerimize, bütün Üniversite Profesörlerine, Banka müdürlerine, Millet Meclisi azalarına bu raporları gönderdik. Hepsinden mütalea istedik. İşte bu hastalık sigortalarının menşei şudur, Almanya'da şöyle olmuş, İngilterede şöyle olmuş, İsviçre'de şöyle olmuş... Çin ve Japonya'da bile hatta şöyle olmuştur. Bizim durumumuz da budur. Bu vaziyete göre bizde ne gibi şartlar altında tatbik edilebilir diye bütün Profesörlerimizin fikirlerini sorduk. Fakat maalesef hiçbirisinden daha cevap alamadık veya geien cevaplar pek mahdut bir sayıdır. Bundan istifade edemedik. Hatta bu sefer 1953 senesinin hitamından evvel büyük bir kongre toplayıp gerek iktisatçıları, gerek Profesör mütehasıslarımızı ve diğer arkadaşlarımızı toplayarak onların noktai nazarlarını öğrendikten sonra bir tamim la-yihası tertib ederek ona göre bu bizde tatbik edilir veya edilmez diye hükümete tekliften ibarettir. Meselâ bugün Avrupa'da bile hasta sigortasına dahil olanların parasını yalnız sigorta vermez, hasta sahibi aynı zamanda para verir. 2/3 sini sigorta verir 1/3 ünü hasta sahibi verir, çünkü hasta sahibini de alâkalandırmak lâzımdır. Aksi taktirde en ufak bir hastalığı için gider sigortaya bana bakacaksınız, beni yatıracaksınız diye iddia eder, gürültüler çıkarır. Halbuki 1/3 ünü hasta sahibi verirse o zaman biraz düşünür. Bu gibi bir takım tahdidler de koymuşlardır. Bunların hepsi tetkik edildikten sonra hülâsa edilen bu raporları arzettiğim gibi gönderelim ve inşallah yakında bunun belki de mesut neticelerini görmek imkânı olacaktır.

Sonra bir arkadaşımız ihtisas meselesinden bahsetti. Bunu Sağlık Bakanlığı kendi aklından filân uydurmuş değildir. Elbette birçok ihtiyaçlarla karşılaşmıştır. Bu ihtisas tüzüğünde bir takım tadilat yapmak lüzumuna kani olmuştur. Bunun için de Üniversitelerimize müracaat etmiştir. Üniversitelerimizden mümessiller gelmiştir. Sağlık Bakanlığı erkânı ile Üniversite mümessilleri haftalarca ihtisas meselesi mevzuunu tetkik etmişler ve bir takım kararlar almışlardır, kısmen. Alınmayan kararlar da vardır. Onlar daha tekemmül etmemiştir. Tatil münasebetile profesörlerimizin bir çoğu seyahatte olduğu için henüz noktai nazarlarını bildirmemişlerdir. Fakat bunu aldıktan sonra ayrıca bütün hastane hekimlerine, başhekimlerine gönderilecektir. Bunların da noktai nazarları alınacak, bundan sonra Avrupa'da bu hususta yapılan işler neden ibarettir, memleketimizde nasıl kabili tatbiktir, bunların hepsi tetkik edildikten sonra ancak bir karara varılacak, belki o zaman bir kanun şeklinde ortaya çıkacaktır. Bunlarla meşgul olmayalım mı? Bununla meşgul olmak bir hata mıdır? Binaenaleyh

arkadaşlarımızın, tenkit ederken biraz daha insafli hareket etmelerini bilhassa kendilerinden rica ederim.

Efendim, bu kısa maruzatımdan sonra, belki uzundur ama, mevzu o kadar genişdir ki bu maruzatı ben kısa olarak kabul ediyorum. Bu sene seçilecek mevzular hakkında arkadaşlar birçok noktai nazarlar beyan ettiler. Hakikaten bu devlet, hekim, cemiyet meselesi çok mühimdir. Fakat arzettiğim gibi kongremizin mevzuuna dahil olmaz. Yani gelecek seneki kongremizde ben bu mevzuu ele alıp tetkik etmek, münakaşa etmek imkânını göremiyorum. Zaten bu mevzuu ele aldık mı bir kere hekimi tarif etmek lâzımdır. Hekim nedir? Onun tarifini yapmak için yalnız 3 gün kifayet etmez. Ondan sonra Devlet nedir? Cemiyet nedir? aralarındaki münasebetlerin nasıl kurulması lâzımdır. Derin bir mevzudur ki böyle 3 gün içinde, 2 gün içinde mütalea etmek imkânı yoktur kanaatındayım. Fakat hakikaten mevzu çok ehemmiyetlidir ve biz buna muhtacız. Hakikaten hekimin ne olduğunu memleket, millet ve hatta en başta hekim bilmelidir. Biz kendimiz hekim olduğumuz halde hekimin ne olduğunu bilmiyoruz. Birçok eksikliklerimiz vardır. Cemiyet hiç bilmiyor, devlet de bilmiyor. Hakikaten bunları tespit etmek çerçevlendirmek zarureti vardır. Fakat bunun kongre mevzuu içerisine gireceğini zannetmiyorum. Sonra kongremizde diğer mevzular üzerinde konuşuldu. Koruyucu hekimlik: hakikaten bu çok mühim bir davadır. Demin de arzettiğim gibi koruyucu hekimlik ve sigorta meselesi zaten halledildikten sonra hekimin vaziyeti ve durumu kendi kendine meydana çıkar. Onun için gelecek kongremizde koruyucu hekimliği ele almak aynı zamanda hekimin vaziyetini de tenvir etmek bakımından çok faydalı olur kanaatındayım. Sonra diğer mevzular, Kan bankası, hakikaten çok mühimdir. Bir arkadaşımız dedi ki kan bankası ile meşgul olunmamıştır. Öyle bir şey yoktur. Kan bankasının iki senedenberi üzerinde duruyoruz. Geçen sene İstanbul'da, İngiltere'den getirttiğimiz güzel bir kan bankası fabrikası tesis ettik. O da faaliyettedir. Bir tane İzmir'de, bir tane Ankara'da tesis ettik ve her vilâyet merkezinde birer kan bankası tesis etmeğe doğru gidiyoruz. Bu sene de 3 tane kan bankasını bütçemize koyduk. Bu kan bankalarını vilâyetlerimize göre tespit ediyoruz. Fakat umumî bir seferberlik, bir harp vukuunda 10 binlerce litrelik 100 binlerce litrelik kanı tedarik etmek hakikaten çok müşkül olacaktır. Onun için şimdiden ona el uzatmak lâzımdır. Evvelki sene, gerek Gülhane, gerek Kızılay ve gerek Sağlık Bakanlığı aramızda toplandık, bu mevzuu düşündük, merkezi bir banka mı yapılmalı yoksa vilâyetlerde küçük küçük bankalar yapmak suretile bu kan naklini temin etmeye mi çalışmalı? bunun üzerinde çok duruldu. Hatta biz Sağlık bütçemize kan bankası tesisi için 1 milyon lira koyduk. Fakat söz verdiği halde Savunma Bakanlığı koymadı. Kızılay da istinkâf etti. Birçok milletvekilleri de bir milyon lira ile bunun tesisini inkâr etmedikleri ileri sürdüler. Buna mukabil, hiç olmazsa kan bankasız kalınmamak için dediğim gibi memleketin üç büyük merkezinde 3 tane banka tesis edilmiştir ve İstanbul'daki banka mükemmel şekilde çalışıyor. Bunun hakkında da mütemadiyen propaganda yapmaktayız. Hatta ilk günü bizzat arkadaşlarımıza ve bütün halka nümunei misal olmak için ilk günü gittim, kendi kanımı verdim ve resmimi de çıkartım gazetelere bastırdım. Bundan gayem kendime bir propaganda yapmak değil, fakat memlekete belki de bu şekilde kan alınmanın hiç bir tehlike olmayacağıının memleket efkârına duyurmaktan ibaretti. Binaenaleyh kan bankası mevzuu da ele alınmıştır.

Koruyucu tababet, kan bankaları mevzuu, diğer mevzulardan çocuk mevzuu meselâ bu sene biz Ankara'da çocuk ve anne bakım evi diye yeni bir tesis kurmak üzere bütçemize tahsisat koyduk. Belki hükümet inşallah kabul eder bu tesis olur. Ayrıca Sağlık Bakanlığına anne ve çocuk korunma bürosu namı ile bir büro tesis ediyoruz. Memleketin ihtiyaçları o kadar çoktur ki bunların hepsini bir anda tekemmül ettirmek imkânı yoktur. Verem mücadelesi, trahom mücadelesi, frengi mücadelesi var,

memlekette hiçbir şey yapılmamış, bunların hepsini yeniden kurmak mecburiyetindeyiz. Bunu yalnız dediğim gibi bir teşekkül meydana getiremez. Bütün meslekdaşların Sağlık Bakanlığını desteklemesi lâzımdır. Nihayet bir Bakanlık mahdut bir çerçeve içerisinde çalışır. Fakat arkadaşlarımız geniş bir muhite yayılmışlardır. Hepsinin müşahedeleri, tecrübeleri vardır. Onların kıymetli fikirlerinden istifade etmek yerinde bir hareket olur. Onun için arkadaşlarımız böyle Sağlık Bakanlığından her şeyi beklemek değil zaten kendi mesleki vazifeleri icabı olarak Sağlık Bakanlığını tenvir etmeli ve fikir vermelidir. Sağlık Bakanlığı bunların hepsini hüsnüniyetle tetkik etmeğe ve kabili tatbik olanları tatbik etmeğe daima amadedir, yani bütün meslekdaşlarımızın emrindedir. Onun için arkadaşlarımız bir meseleyi tenkit ederken evvelâ meselenin teferuatını ve o mesele hakkında yapılan işleri tetkik ettikten sonra mütalâalarını derme-yan etseler çok daha yerinde bir hareket olurdu. Sizi hürmetlerimle selâmlarım.

Naci Bengisu :

Efendim müzakereler bitti. İsterseniz evvelâ ikiye ayıralım, purement medical olan mevzuları evvelâ reye koyalım sonra medico-sosyal mevzuları. Pur medikal mevzuu olarak Allergie ve Antibiotikler. Yönetim Kuruluna giriş sırasile evvelâ antibiyotikleri reye koyuyorum. Kabul edenler lütfen ellerini kaldırsınlar (5) kişi.

Allerjiyi kabul edenler lütfen ellerini kaldırsınlar: Şu halde medikal mevzuu olarak Allergie kabul edilmiştir.

Şimdi medico-sosyal dava olarak birisi koruyucu hekimlik ; Hekim, Devlet, Cemiyet ve Kan bankası. Efendim bir de Tevfik Remzi Kazancıgil formüle etmişlerdi «Memleketimizde hekimliğin ferdi, içtimaî meseleleri, Hekimin cemiyet karşısındaki durumu» ve ikincisi bu zannedersen Rasim Adasal'ın ve Fahreddin Kerim Gökay'ın teklifi uyuyor «Tıbbî, içtimaî meselelerden koruyucu ve şafi hekimlik».

Sağlık Bakanı Dr. E. H. Üstündağ :

Çok muhterem arkadaşlarım,

Dört gündenberi ciddi mesaisile hakikaten temayüz eden kongremizi bugün kapatmak zaruretinde kalıyoruz. Mesaimiz sona ermiştir. Bundan evvelki kongrelerde olduğu gibi, bu kongremizin de memleket, meslek ve meslekdaşlarımız için çok faydalı olduğuna tamamen kani bulunmaktayım. Ancak, bu kongrede yapılan tebliğlerin basılıp yayınlandıktan sonra meslekdaşlarımız tarafından daha ince bir tetkikten geçirileceği ve kendilerine aynı mevzuu üzerinde kolaylıkla yürümek hususunu temin edeceğini zannediyorum. Kongremizin İstanbul'da toplantısında, İstanbul Vilâyet ve Belediyesinin kongre üyelerine karşı göstermiş olduğu misafirperverliğe bütün arkadaşlarım namına burada teşekkür etmeyi bir vecibe bilirim. Bundan başka, Kongrenin idaresini deruhte eden ve mükemmel bir surette başaran Yönetim Kurulu azalarına ve raportör arkadaşlarıma ve tebliğat yapan ve bu tebliğatta münakaşaya iştirak eden bütün arkadaşlarıma da arzı teşekkür etmeyi bir borç bilirim. Hepinizi hürmetle selâmlar ve iyi seyahatler temenni ederim.

İ N D E K S

	Sahife
Yönetim Kurulu Listesi	3
Alfabetik üye listesi	5
Program	13
Birinci gün	
Genel Toplantı	
Birinci oturum	
Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı Dr. E. Hayri Üstündağın açış söylevi	34
Ord. Prof. Dr. F. K. Gökayın söylevi.....	37
Tıp Fakültesi Dekanı Prof. Dr. E. Ş. Egelinin söylevi	37
Gelen Telgraf ve Mektuplar	40
Birinci gün	
İkinci oturum	
Romatizma Raporlarının münakaşası	42
İkinci gün	
Birinci oturum	
Çocuk sağlığı Raporlarının münakaşası	52
Üçüncü gün	
Serbest Tebliğler	
Sydenham ve Gebelik Koresinde ACTH tedavisi : Prof. Dr. Necmettin Polvan	71
İğçilerde Romatizmal Hastalıklar : Dr. Kemal Dirik	76
Sacro İlitis : Rheumatoid (Ankylosing) Spondylitis : Dr. Tayyar Kuşcu	78
Romatizma tedavisinde yeni vasıtalarımız : Dr. Kemal Saracoğlu	81
Romatoid Artritlerde ağız yoluyla Cortisone tedavisi ve iki senedir Cortisone tedavisi gören bir vak'a : Dr. Fahri Aykan	83
Romatoid Arthritis ve Spondilit Ankilopoetikte tedavi: Prof. Dr. N. Şakir Dirisu	86

	Sahife
Kalça oynanğının ağrılı deformat artritisi (Coxarthrosis Dolorosa) : Ord. Prof. Dr. Akif Şakir Şakar	89
ACTH ile tedavi edilmekte olan bir Spondilitis Deformant vak'ası : Prof. Dr. Necmettin Polvan	94
Üst ve alt ekstremitelerde 18 amputasyona sebep olan nâdir bir Andarterit vak'ası : Dr. Feridun Timur ...	99
Bovin Tip Basilli Pülmoner Tüberküloz şekli (Psödötümöral Tüberküloz şekli) Dr. İsmet Sayman	102
Uterus kanserinin teşhis ve tedavisi : Dr. M. A. Hadi Gediz	108
Bir Huntington Koresi münasebetile memleketimizde şimdiye kadar tesadüf edilen bu gibi vak'aların tetkik ve tahlilleri : Dr. Şükrü Hâzım Tiner - Dr. Ömer Şevki Dürüşken	111
Güreşçilerde Kardiyovasküler Rezerv: Doç. Dr. Cihat Abaoğlu - Dr. Lütfi Atay	115
Periferik Vasküler cerrahide yenilikler : Dr. Opr. Selâhattin Akel	118
Kalp ameliyatları esnasında görülen E K G. değişiklikleri: Dr. Hasan Darmar	121
Verit içine damla damla (PAS) sıringasile tedavi denemeleri : Dr. Zeki Köseoğlu - Dr. Muzaffer Dilemre - Dr. Cebire Betgen - Dr. Hüseyin Settarzade	132
Sıcak muhitte lokal anestetiklerin toksisitesinin artması hakkında hayvan tecrübeleri : Prof. Dr. Paul Pulewka - Dr. Dündar Berkan - Dr. Ş. Kaymakçalan	134
Pnömotoraks tedavisinin geç akibetleri : Doç. Dr. Selâhattin Akkaynak	137
Tüberkülozda Pleuro-Pneumonectomy : Doç. Dr. Galip Urak	140
Tüberküloz tedavisinde İsonicotinic aside Hidrazide (İNAH): Dr. Necdet Menemenli	146
Streptokinase-Streptodornase : Dr. Nezihe Enacar	152
Trahom tedavisinde Chloromycetin, Aureomycin ve Terramycin : Ord. Prof. Dr. Naci Bengisu - Doç. Dr. Necdet Sezer	155
Ankarada Histoplasmin Antijeni ile yapılan araştırmalar: Dr. Ali Asaf Sirman	163
Teratoid kaynaklı üç enteresan habis genital organ tümörü : Dr. Kemal Rüştü Akgüder - Dr. Şemsi Gök	167
Özel bir teknikle omuzdan aldığım tek bir lambodan yaptığım total bir üst dudak ve total burun plastiği: Opr. Dr. Cafer Tayyar Kankat	183
Fistül ürinerlerde özel teknik (Plastikler ve Derivasyon) ameliyatları : Üroloğ Opr. Dr. Cafer Yıldırım	191
Ovülasyon zamanının kat'i tayininde «Acido-plicaturique» nisbetinin önemi : Dr. Hakkı M. Berkmen	203
Cervicitis chronica'nın kadın sağlığındaki rolü ve seçme tedavisi : Doç. Dr. Münir Türkent	208
Küçük traumalar ve bunların Tetanos husulünde önemi : Dr. Feridun Timur	211
Doğumda B ₁ Vitamini : Doç. Dr. Ziya Üstün - Dr. Bülent Sevgen	214
Özofagus alt kısmında niche ve darlık husulüne sebep olan ulcus : Dr. İsa Nâzım Onur	216
Sıcak bademcik müdahaleleri : Dr. Nejat Kulakçı	219

Acut ve Kronik Romatizmalarda Desoxycorticosterone Acetate ve Askorbik asid kombine tedavisi : Dr. Feridun Timur	221
Elektrik tedavisinin yeni şekilleri ve aldığımız neticeler: Prof. Dr. Osman Cevdet Çubukçu	224
Ağrılı sendromlarda Irgapyrin ile alınan neticeler : Doç. Dr. Kâzım Dağyolu - Dr. Beyza Yener - Dr. Burhan Noyan	229
Okul Hekimliği : Dr. Kudsi Esencan	234
Çocuk dişleri bakımı : Prof. Dr. Suat İsmail Gürkan	235
Kız okullarında çocuk bakımı dersleri : Dr. Kudsi Esencan	237
Unlu müstahzarları yanlış bir surette kullanmanın doğurduğu vahim neticeler: Dr. İlya Mefano Üsnomal	239
Bursa ilk okullarında Tüberküloz : Dr. Neşati Üster - Dr. Reha Zeybeker - Dr. Celil Uygun	241
Behçet hastalığının âmili üzerinde çalışmalar : Doç. Dr. Necdet Sezer	246
İki «Wandering Pacemaker» vak'ası : Doç. Dr. Cihat Abaoğlu - Dr. Vahe Aleksanyan	264
Mide Kanserlerinde total Gastrektomi : Dr. Opr. Selâhattin Akel	266
Pnömotoraksda Paradoksal manzara «Anfizem sübplöral» : Dr. İsmet Sayman	267
Tüberküloz tedavisinde Isonicotinic acide hidrazide : Dr. Zeki Köseoğlu - Dr. İhsan Karlıklık - Dr. Hüseyin Settarzade - Dr. Türkân Atayalvaç	270
Tüberküloz Ampiyemi tedavisi : Prof. Dr. Nusret Karasu - Dr. Nezihe Enacar	276
Türkiyede her bir milyon nüfus için bir verem savaşı ünitesi : Prof. Dr. Nusret Karasu	281
Bir Miyelosklerotik anemi vak'ası : Doç. Dr. Cihat Abaoğlu - Dr. Zişan Saraçbaşı - Dr. Nüvit Tekül	284
Akciğer Tüberkülozması : Doç. Dr. Selâhattin Akkaynak - Doç. Dr. Galip Uruk	287
İyi netice alınan 40 torakoplasti vak'ası : Doç. Dr. Galip Uruk	291
Tb.de P.P. tedavisinden aldığımız sonuçlar : Dr. Rağıp Üner	296
Tüberküloz hastanelerinde çalışan personelin ağız yıkama suyunda Tb. Basili araştırmaları : Dr. Rağıp Üner	299
Tavşanlarda experimental göz Tb.sunun Streptomycin ile tedavisinden alınan neticeler : Doç. Dr. Necdet Sezer - Dr. Mesut Okan	300
Fibriler tipte atipik gelişme gösteren nâdir bir habis Meningom vak'ası münasebetile : Dr. Kemal Rüştü Akgüder - Dr. Şemsi Gök	311
Arterio Arteriel ve İnter Ventriküler defektle birleşmiş nâdir bir kongenital isthmus darlığı vak'ası : Dr. Müfide Küley - Dr. Kemal Rüştü Akgüder - Dr. Şemsi Gök	326
Paratiroidin Adenomatöz gelişmesi ile müterafık nâdir bir Recklinghausen kemik hastalığı : Dr. Kemal Rüştü Akgüder - Dr. Şemsi Gök	336
Barsak delinmesi ve Peritonite sebep olmuş bir Askaridiaz vak'ası münasebetile : Dr. Feridun Timur	354
Enuresis Nocturna'da vegetation Adenoides'in alınması : Dr. Nejat Kulakçı	355
Bir Konjenital Diyafragma fıtığı vak'ası ve çok geniş olan fıtık deliğinin adele plastiği ile kapatılması : Prof. Dr. Fahri Arel - Dr. Tarık Minkâri	357
Ultrason'un nöro-vegetatif sistem üzerine tesiri : Doç. Dr. Hami Koçaş	369

Gebelik kusmalarının yeni bir tedavisi hakkında ; Dr. Hikmet Aladağ	371
Tahriş yalnız başına Kanser yapar mı ? : Doç. Dr. Alâettin Orhon	372
İntraplöröl açık pnömöliz : Doç. Dr. Şinasi Güçhan	376
Perikarditis konstrüktivanın cerrahi tedavisinden elde ettiğimiz neticeler : Ord. Prof. Fahri Arel - Doç. Dr. Nihat Dorken	381
«Middle lob» Sendromu vak'ası : Doç. Dr. Nihat Dorken	386
Mediko sosyal bakımdan işçi çocukları : Dr. Kemal Dirik ...	390
Orta tahsil kız okullarında Jimnastik dersleri : Dr. A. Lebib Karan	392
Anne ve çocuk sağlığında propağandanın ehemmiyeti : Dr. Necdet Erenus ...	394
Çocuklarda Menenjit Tüberkülozun bakteriyostatiklerle sistematik tedavisi ve alınan neticeler : Dr. Muazzez Barış	396
Yeni doğan ve Prematüre çocuk sağlığı : Prof. Dr. Naşit Erez - Doç. Dr. Ercüment Bora - Dr. Sami Uçar	402
Ankarda Necati Bey ilkokulunda B.C.G. aşısı tatbikatının bir senelik neticeleri : Dr. İlhan Vidinel - Dr. H. Nalbantoğlu	406
Boyunda Vagus siniri üzerine lokalize neurom ile birlikte seyreden bir neuro-fibromatöz vak'ası münasebetile : Dr. Feridun Timur	408
Ağız mucosa'sı ile bütün deriye yaygın iki neurodermo-fibromatosis vak'ası : Prof. Dr. Z. Cemal Büyükkaksoy	412
Bir lateral infarktüs vak'ası : Doç. Dr. Cihat Abaoğlu - Dr. Vehbi Göksel - Dr. Kâmuran İzmirli	415
Epidemik Kerato konjonktivitis virusunun tecridi : Dr. Necdet Sezer	418
Tedavide Digitaline ve Ouabaine associationu : Doç. Dr. Cihat Abaoğlu - Dr. Sıdika Güngörtire	434
Nâdir Guatr'lar : Dr. Selâhattin Akel	437
Tüberküloz hastalıklarında Pnömo-perituvan tatbikatı : Dr. Zeki Köseoğlu - Dr. Mehmet Dedeoğlu - Dr. Cebire Betgen - Dr. Orhan Üçsel	440
Dorsal lob kaviteleri hakkında : Prof. Dr. Nusret Karasu	447
Patogenetik özelliği bulunan üç enteresan bronş kanseri vak'ası : Dr. Kemal Rüştü Akgüder - Dr. Şemsi Gök	451
Menenjit komplikasyonu yapmış nâdir bir akciğer şarbonu vak'ası : Dr. Kemal Rüştü Akgüder - Dr. Şemsi Gök	470
Ultracavernoterm ile akciğerdeki Tbc. kavitelerinin kapatılması: Stj.Dr. Orhan Ternar	479
Bir vak'a münasebetile portal hipertensiyonda spleno-renal anastomoz : Ord. Prof. Dr. Fahri Arel - Doç. Dr. Nihat Dorken	496
Bir kalp kifayetsizliğinde vena kava inferiyor ligatürü : Ord. Prof. Dr. Fahri Arel - Doç. Dr. Nihat Dorken	500
Ayrı metodlarla tedavi edilen iki anevrizma vak'ası : Opr. Dr. Zeki Türker ...	504
Kaburgada lokalize izole bir xanthogranuloma : Doç. Dr. Nihat Dorken	509
Mesenterde lokalize süpüre bir kistik lemfanjiom : Doç. Dr. Nihat Dorken ...	511
Ameliyatla tedavi edilmiş 10 ösofagus alt nihayeti kanseri: Ord. Prof. Dr. Fahri Arel - Doç. Dr. Nihat Dorken	513
Miada varan dış gebelikler : Doç. Dr. Kâmil Akol	518

	Sahife
Damar cerrahisine ait eksperimental çalışmalar : Opr. Dr. Zeki Türker - Doç. Dr. Fikri Özer	527
İki venöz greft vak'ası : Opr. Dr. Zeki Türker	535
Ankaranın muhtelif semtlerinde verem ölümlerinin nisbeti : Prof. Dr. Nusret Karasu - Dr. Cevat Davutoğlu - Dr. H. Nalbantoğlu	547
Stenoz yapmış nâdir bir arteria pulmonalis sifilizi vak'ası : Dr. Kemal Rüştü Akgüder - Dr. Şemsi Gök	551
Lokalizasyon ve seyirleri bakımından nâdir telâkki ettiğimiz üç habis lenfo - hemopoietik sistem tümörü : Dr. Kemal Rüştü Akgüder - Dr. Şemsi Gök	561
Bir Bazofil Lösemi vak'ası : Doç. Dr. Osman Barlas	596
İnoperabl kanserin tedavisi ve iç salgı bezi greflerile denemeler: Doç. Dr. Şinasi Güçhan	598
Kapanış ve dilekler	603

M Ü E L L İ F İ N D E K S İ

	Sahife
Abaoğlu, C. ; Atay, L. : Güreşçilerde kardiyovasküler rezerv	115-118
Abaoğlu, C. ; Aleksanyan, V. : İki «Wandering Pacemaker» vak'ası.....	264-266
Abaoğlu, C. ; Saraçbaşı, Z. ; Tekül, N. : Bir Miyelosklerotik anemi vak'ası	284-286
Abaoğlu, C. ; Göksel, V. ; İzmirli, K. : Bir lateral infarktüs vak'ası	415-418
Abaoğlu, C. ; Güngörtire, S. : Tedavide Digitaline ve Ouabaine associationu	434-436
Akel, S. : Periferik vasküller cerrahide yenilikler	118-121
Akel, S. : Mide kanserlerinde total gastrektomi	266-267
Akel, S. : Nâdir Guatr'lar	437-440
Akgüder, K. R. ; Gök, Ş. : Teratoid kaynaklı üç enteresan habis genital or- gan tümörü	167-183
Akgüder, K. R. ; Gök, Ş. : Fibriler tipte atipik gelişme gösteren nadir bir ha- bis meningom vak'ası münasebetile	311-325
Akgüder, K. R. ; Küley, M. ; Gök, Ş. : Arterio arteriel ve inter ventriküler defektle birleşmiş nadir bir kongenital isthmus darlığı vak'ası	326-335
Akgüder, K. R. ; Gök, Ş. : Paratiroidin adenomatöz gelişmesiyle müterafik nadir bir Reclinghausen kemik hastalığı	336-353
Akgüder, K. R. ; Gök, Ş. : Patogenetik özelliği bulunan üç enteresan bronş kanseri vak'ası	451-469
Akgüder, K. R. ; Gök, Ş. : Menenjit komplikasyonu yapmış nadir bir akciğer şarbonu vak'ası	470-478
Akgüder, B. R. ; Gök, Ş. : Stenoz yapmış nadir bir arterio-pulmonalis sifilizi vak'ası	551-560
Akgüder, K. R. ; Gök, Ş. : Lokalizasyon ve seyirleri bakımından nadir telâkki ettiğimiz üç habis lenfo-hemopoietik sistem tümörü	561-595
Akol, K. : Miada varan dış gebelikler	518-526
Akkaynak, S. : Pnömotoraks tedavisinin geç akibetleri	137-140
Akkaynak, S. ; Uruk, G. : Akciğer tüberkülozması	287-291
Aladağ, H. : Gebelik kusmalarının yeni bir tedavisi hakkında	371-372
Aleksanyan, V. ; Abaoğlu, C. : İki «Wandering Pacemaker» vak'ası	264-266
Arel, F. ; Minkâri, T. : Bir konjenital diyafragma fıtığı vak'ası ve çok geniş olan fıtık deliğinin adele plastiği ile kapatılması	357-369
Arel, F. ; Dorken, N. : Perikarditis konstruktivanın cerrahî tedavisinden elde ettiğimiz neticeler	381-385

	Sahife
Arel, F. ; Dorken, N. : Bir vak'a münasebetile portal hipertensiyonda spleno-renal anastomoz	496-499
Arel, F. ; Dorken, N. : Bir kalp kifayetsizliğinde vena kava inferiyor ligatürü	500-503
Arel, F. ; Dorken, N. : Ameliyatla tedavi edilmiş 10 ösofagus alt nihayeti kanseri	514-517
Atay, L. ; Abaoğlu, C. : Güreşçilerde kardiyo-vasküler rezerv	115-118
Atayalvaç, T. ; Köseoğlu, Z. ; Karlıkl, İ. ; Settarzade, H. : Tüberküloz tedavisinde Isonicotinic aside hydrazide	270-276
Aykan, F. : Romatoid artritlerde ağız yoluyla Cortison tedavisi ve iki senedir Cortison tedavisi gören bir vak'a	83-86
Barış, M. : Çocuklarda menenjit tüberkülozun bakteriyostatiklerle sistematik tedavisi ve alınan neticeler	396-402
Barlas, O. : Kâhil bir insanda kısa bir zamanda ölümle neticelenen ve radyoterapiye cevap vermeyen bazofil lösemi vak'ası	596-598
Bengisu, N. ; Sezer, N. : Trahomun yeni antibiotiklerle tedavisi üzerinde yapılan tecrübelerin hülâsası	155-163
Berkan, D. ; Pulewka, P. ; Kaymakçalan, Ş. : Sıcak muhitte lokal anestetiklerin toksisitesinin artması hakkında hayvan tecrübeleri	134-136
Berkmen, H. M. : Ovülasyon zamanının kat'i tayininde «Acido-Plicaturique» nisbetinin önemi	203-207
Betgen, C. ; Köseoğlu, Z. ; Dilemre, M. ; Settarzade, H. : Verit içine damla damla (P.A.S) şırıngasile tedavi denemeleri	132-133
Betgen, C. ; Köseoğlu, Z. ; Dedeoğlu, M. ; Üçsel, O. : Tüberküloz hastalıklarında pnömoperituvan tatbikatı	440-446
Bora, E. ; Erez, N. ; Uçar, S. : Yeni doğan ve prematüre çocuk sağlığı	402-406
Büyükaksoy, Z. C. : Ağız mucosası ile bütün deriye yaygın iki Neurodermofibromatosis vak'ası	412-414
Çubukçu, O. C. : Elektrik tedavisinin yeni şekilleri ve aldığımız neticeler ...	224-228
Dağyolu, K. ; Yener, B. ; Noyan, B. : Ağrılı sendromlarda Irgapyrin ile alınan neticeler	229-233
Darmar, H. : Kalp ameliyatları esnasında görülen EKG değişiklikleri	121-131
Davutoğlu, C. ; Karasu, N. ; Nalbantoğlu, H. : Ankaranın muhtelif semtlerinde verem ölümlerinin nisbeti	547-550
Dedeoğlu, M. ; Köseoğlu, Z. ; Betgen, C. ; Üçsel, O. : Tüberküloz hastalıklarında pnömo-perituvan tatbikatı	440-446
Dirik, K. : İşçilerde romatizmal hastalıklar	76-78
Dirik, K. : Mediko sosyal bakımdan işçi çocukları	390-392
Dilemre, M. ; Köseoğlu, Z. ; Betgen, C. ; Settarzade, H. : Verit içine damla damla (P.A.S) şırıngasile tedavi denemeleri	132-133
Dirisu, N. Ş. : Romatoid artrit ve spondilit ankilopoetikte tedavi	86-88
Dorken, N. ; Arel, F. : Perikarditis konstrüktivanın cerrahî tedavisinden elde ettiğimiz neticeler	381-385
Dorken, N. : «Middle lob» sendromu	386-389
Dorken, N. ; Arel, F. : Bir vak'a münasebetile portal hipertensiyonda spleno-renal anastomoz	496-499

Dorken, N. ; Arel, F. : Bir kalb kifayetsizliğinde vena kava inferiyor ligatürü	500-503
Dorken, N. : Kaburgada lokalize izole bir xanthogranuloma	509-511
Dorken, N. : Mesenterde lokalize süpüre bir kistik lemfanjiom	511-513
Dorken, N. ; Arel, F. : Ameliyatla tedavi edilmiş (10) ösofagus alt nihayeti kanseri	514-517
Dürüşken, Ö. Ş. ; Tiner, Ş. H. : Bir huntington koresi münasebetile memleketimizde şimdiye kadar tesadüf edilen bu gibi vak'aların tetkik ve tahlilleri	111-114
Enacar, N. : Streptokinase - Streptodornase	152-155
Enacar, N. ; Karasu, N. : Tüberküloz ampiyemi tedavisi	276-280
Erenus, N. : Anne ve çocuk sağlığında propagandanın ehemmiyeti	394-396
Erez, N. ; Bora, E. ; Uçar, S. : Yeni doğan ve prematüre çocuk sağlığı	402-406
Esencan, K. : Okul hekimliği	234-235
Esencan, K. : Kız okullarında çocuk bakımı dersleri	237-239
Gediz, H. : Uterus kanserinin teşhis ve tedavisi	108-111
Gök, Ş. ; Akgüder, K. R. : Teratoid kaynaklı 3 ayrı enteresan habis genital organ tümörü	167-182
Gök, Ş. ; Akgüder, K. R. : Fibriler tipte atipik gelişme gösteren nadir habis bir meningom vak'ası	311-325
Gök, Ş. ; Küley, M. ; Akgüder, K. R. : Arterio arteriel ve inter ventriküler defekte birleşmiş nadir bir kongenital isthmus darlığı vak'ası	326-335
Gök, Ş. ; Akgüder, K. R. : Paratiroidin adenomatöz gelişmesile müterafık nadir bir Recklinghausen kemik hastalığı	336-353
Gök, Ş. ; Akgüder, K. R. : Patogenetik özelliği bulunan üç enteresan bronş kanseri vak'ası	451-469
Gök, Ş. ; Akgüder, K. R. : Menenjit komplikasyonu yapmış akciğer şarbonu vak'ası	470-479
Gök, Ş. ; Akgüder, K. R. : Stenoz yapmış nadir bir arteria-pulmonalis sifilizi vak'ası	551-560
Gök, Ş. ; Akgüder, K. R. : Lokalizasyon ve seyirleri bakımından nadir telâkki ettiğimiz üç habis lenfo-hemopoitik sistem tümörü	561-595
Göksel, V. ; Abaoğlu, C. ; İzmirli, K. : Bir lateral infarktüs vak'ası	415-418
Güçhan, Ş. : İntraplöral açık pnömoliz	376-380
Güçhan, Ş. : İnoperabl kanserin tedavisi ve iç salgı bezi greflerile denemeler	598-602
Güngörtire, S. ; Abaoğlu, C. : Tedavide Digitaline ve Ouabaine associationu	434-436
Gürkan, S. İ. : Çocuk dişleri bakımı	235-237
İzmirli, K. ; Abaoğlu, C. ; Göksel, V. : Bir lateral infarktüs vak'ası	415-418
Kankat, C. T. : Özel bir teknikle omuzdan aldığım tek bir lambodan yaptığım total bir üst dudak ve total burun plastiği	183-191
Karan, A. L. : Orta tahsil kız okullarında jimnastik dersleri	392-394
Karasu, N. ; Menemenli, N. : Tüberküloz tedavisinde Isonicotinic aside hidrazid (INAH)	146-151
Karasu, N. ; Enacar, N. : Tüberküloz ampiyemi tedavisi	276-280
Karasu, N. : Türkiyede her bir milyon nüfus için bir verem savaşı ünitesi	281-283
Karasu, N. : Dorsal lob kaviteleri hakkında	447-450

Karasu, N. ; Davutoğlu, C. ; Nalbantoğlu, H. : Ankaranın muhtelif semtlerinde verem ölümlerinin nisbeti	547-550
Karlıkl, İ. ; Köseoğlu, Z. ; Settarzade, H. : Tüberküloz tedavisinde Isonicotinic acide hidrazide	270-276
Kaymakçalan, Ş. ; Pulewka, P. ; Berkan, D. : Sıcak muhitte lokal anestetiklerin toksisitesinin artması hakkında hayvan tecrübeleri	134-136
Koçuş, H. : Ultrasonun nöro-vegetatif sistem üzerine tesiri	369-371
Köseoğlu, Z. ; Dilemre, M. ; Betgen, C. ; Settarzade, H. : Verit içine damla damla (PAS) şırıngasile tedavi denemeleri	132-133
Köseoğlu, Z. ; Karlıkl, İ. ; Settarzade, H. ; Atayalvaç, T. : Tüberküloz tedavisinde Isonicotinic acide hidrazide	270-276
Köseoğlu, Z. ; Dedeoğlu, M. ; Betgen, C. ; Üçsel, O. : Tüberküloz hastalıklarında pnömoperituan tatbikatı	440-446
Kulakçı, N. : Sıcak bademcik müdahalesi	219-220
Kulakçı, N. : Enuresis nocturnada vegetation adenoides'in alınması	355-356
Kuşcu, T. : Sacro ilitis (Rheumotoid «Ankylosing» spondilitis)	78-81
Küley, M. ; Akgüder, K. R. ; Gök, Ş. : Arterio arteriel ve interventriküler defektle birleşmiş nadir bir kongenital isthmus darlığı vak'ası	326-335
Minkâri, T. ; Arel, F. : Bir konjenital diyafragma fıtığı vak'ası ve çok geniş olan fıtık deliğinin adele plâstığı ile kapatılması	357-369
Nalbantoğlu, H. ; Vidinel, İ. : Ankarada Necati bey ilk okulunda B.C.G. aşısı tatbikatının bir senelik neticeleri	406-408
Nalbantoğlu, H. ; Karasu, N. ; Davutoğlu, C. : Ankaranın muhtelif semtlerinde verem ölümlerinin nisbeti	547-550
Noyan, B. ; Dağyolu, K. ; Yener, B. : Ağrılı sendromlarda Irgapyrin ile alınan neticeler	229-233
Okan, M. ; Sezer, N. : Tavşanlarda experimental göz tb.sunun Streptomycin ile tedavisinden alınan neticeler	300-310
Onur, İ. N. : Özofagus alt kısmında niche ve darlık husulüne sebep olan ulcus	216-219
Orhon, A. : Tahriş yalnız başına kanser yapar mı ?	372-376
Özer, F. ; Türker, Z. : Damar cerrahisine ait eksperimental çalışmalar	527-534
Polvan, N. : Sydenham ve gebelik koresinde ACTH tedavisi	71-76
Polvan, N. : ACTH ile tedavi edilmekte olan spondilitis deformans vak'ası... ..	24-98
Pulewka, P. ; Berkan, D. ; Kaymakçalan, Ş. : Sıcak muhitte anestetiklerin toksisitesinin artması hakkında hayvan tecrübeleri	134-136
Saraçbaşı, Z. ; Abaoğlu, C. ; Tekül, N. : Bir miyelosklerotik anemi vak'ası... ..	284-286
Saracoğlu, K. : Romatizma tedavisinde yeni vasıtalarımız	81-83
Sayman, İ. : Bovin tip basilli pülmoner tüberküloz şekli «Psödötümöral tüberküloz şekli»	102-107
Sayman, İ. : Pnömotoraksda paradoksal manzara «anfizem sübplöral»	267-270
Settarzade, H. ; Köseoğlu, Z. ; Dilemre, M. ; Betgen, C. : Verit içine damla damla (PAS) şırıngasile tedavi denemeleri	132-133
Settarzade, H. ; Köseoğlu, Z. ; Karlıkl, İ. ; Atayalvaç, T. : Tüberküloz tedavisinde Isonicotinic acide hidrazide	270-276

	Sahife
Sevgen, B. ; Üstün, Z. : Doğumda B ₁ vitamini	214-215
Sezer, N. ; Bengisu, N. : Trahomun yeni antibiotiklerle tedavisi üzerinde yapılan tecrübelerin hülâsası	155-163
Sezer, N. : Behçet hastalığının amili üzerinde çalışmalar	246-264
Sezer, N. ; Okan, M. : Tavşanlarda experimental göz tb.sunun Streptomycin ile tedavisinden alınan neticeler	300-310
Sezer, N. : Epidemik kerato konjonktivitis virüsü üzerinde tecrübeler ...	418-434
Sirman, A. A. : Ankarada histoptasmin antijeni ile yapılan araştırmalar ...	163-167
Şakar, A. Ş. : Kalça oynasının ağrılı deformant artritisi (coxarthrosis dolorosa)	89-94
Tekül, N. ; Abaoğlu, C. ; Saraçbaşı, Z. : Bir miyelosklerotik anemi vak'ası...	284-286
Ternar, D. : Ultracavernoterm ile akciğerlerdeki Tbc. kavitelerinin kapatılması	479-495
Timur, F. : Üst ve alt ekstremitelerde 18 amputasyona sebep olan nabir bir anderterit vak'ası ...	99-101
Timur, F. : Küçük traumalar ve bunların tetanos husulünde önemi	211-213
Timur, F. : Akut ve kronik romatizmalarda desoxycorticosterone acetate ve ascorbik acide kombine tedavisi	221-223
Timur, F. : Barsak delinmesi ve peritonite sebep olmuş bir askaridiaz vak'ası münasebetile	354-355
Timur, F. : Boyunda vagus siniri üzerinde neurom ile birlikte seyreden bir neurofibromatoz vak'ası münasebetile	408-411
Tiner, Ş. H. ; Dürüşken, Ö. Ş. : Bir huntington koresi münasebetile memleketimizde şimdiye kadar tesadüf edilen bu gibi vak'aların tetkik ve tahlilleri	111-114
Türkent, M. : Cervicitis chronica'nın kadın sağlığındaki rolü ve seçme tedavisi	208-211
Türker, Z. : Ayırî metodlarla tedavi edilen iki anevrizma vak'ası	504-509
Türker, Z. ; Özer, F. : Damar cerrahisine ait eksperimental çalışmalar	527-534
Türker, Z. : İki venöz greft vak'ası	535-546
Uçar, S. ; Erez, N. ; Bora, E. : Yeni doğan ve Prematüre çocuk sağlığı	402-406
Urak, G. : Tüberkülozda pleuro-pnemonectomy	140-145
Urak, G. ; Akkaynak, S. : Akciğer tüberkülozması	287-291
Urak, G. : İyi netice alınan 40 torakoplasti vak'ası	291-296
Uygun, C. ; Üster, N. ; Zeybeker, R. : Bursa ilk okullarında tüberküloz	241-245
Üçsel, O. ; Köseoğlu, Z. ; Dedeoğlu, M. ; Betgen, C. : Tüberküloz hastalıklarında pnömoperituvan tatbikatı	440-446
Üner, R. : Tb. de P.P. tedavisinden aldığımız sonuçlar ...	296-299
Üner, R. : Tüberküloz hastanelerinde çalışan personelin ağız yıkama suyunda Tb. basili araştırmaları	299-300
Üsnomal, İ. M. : Unlu müstahzarları yanlış bir surette kullanmanın doğurduğu vahim neticeler ...	239-240
Üster, N. ; Uygun, C. ; Zeybeker, R. : Bursa ilk okullarında tüberküloz	241-245
Üstün, Z. ; Sevgen, B. : Doğumda B ₁ vitamini	214-215
Vidinel, İ. ; Nalbantoğlu, H. : Ankarada Necati bey ilk okulunda B.C.G. aşısı tatbikatının bir senelik neticeleri ...	406-408

	Sahife
Yener, B. ; Dağyolu, K. ; Noyan, B. : Ağrılı sendromlarda Irgapyrin ile alınan neticeler	229-233
Yıldırım, C. : Fistül ürünlerinde özel teknik (Plastikler ve derivasyon) ameliyatları	191-202
Zeybeker, R. ; Üster, N. ; Uygun, C. : Bursa ilk okullarında tüberküloz	241-245

