



BİRİNCİ
TÜRK TÜBERKÜLOZ KONGRESİ

25-27 Şubat 1953

İSTANBUL

Sağlık ve Sosyal Yardım Vekili
Dr. EKREM HAYRİ ÜSTÜNDAĞ'ın himayesinde
Sağlık ve Sosyal Yardım Vekâleti ve Ulusal Verem Savaşı Derneği ile
Ankara, İstanbul, İzmir Verem Savaşı Derneklerinin maddi ve manevi
yardımlarıyla Tüberküloz Cemiyeti tarafından tertip edilmiştir.

HAZIRLIK KOMİTESİ

B A Ş K A N

Dr. GÖKÇE Tevfik İsmail

Â Z A L A R

Dr. AKSÜĞÜR Haydar

Dr. BERKER Moiz

Dr. ERSEK Siyami

Dr. ÖZGEN Zülfü

Dr. SOYLU Ali Galip

İÇİNDEKİLER

	Sahife
Sağlık ve Sosyal Yardım Vekili Dr. Ekrem Hayri Üstündağ'ın Kongreyi açış nutku	XI—XXVII
Kongre Hazırlık Komitesi adına Dr. Tevfik İsmail Gökçe'nin konuşması	XXVIII—XXXI
Üniversite Rektörü Vekili, Tıp Fakültesi Dekanı Ord. Prof. Dr. Ekrem Şerif Egeli'nin Kongreye Mesajı	XXXII

MEDİKO SOSYAL TEBLİĞLER

BİRİNCİ CELSE

La lutte contre la tuberculose dans les pays du moyen-orient	3 — 11
<i>Dr. Etienne Berthet</i>	
Tüberküloz enfeksiyonu bakımından memleketimiz sığırlarının du- rumu ve memleket şartlarına uygun savaş metodu	12 — 18
<i>Dr. Vet. İ. Ekrem Erbin</i>	
Verem Savaşında, Verem Savaş Derneklerinin rolü	19 — 31
<i>Dr. Tevfik İsmail Gökçe</i>	
Ankara Verem Savaş Derneğinin Çalışmaları	32 — 41
<i>Prof. Dr. Nusret Karasu</i>	
Sağlık Merkezlerinin Verem Savaşındaki Rolü	42 — 50
<i>Dr. Tevfik İsmail Gökçe</i>	
Prevantoryumların Tüberküloz Mücadelesindeki yerleri	51 — 56
<i>Dr. M. Dilemre</i>	
Çocuklarda kemik - mafsalsal vereminin erken tedavisinin sosyal ve koruyucu tıptaki önemi	57 — 62
<i>Ord. Prof. Dr. Akif Şakir Şakar</i>	
Trakya'da bir verem taraması münasebetiyle	63 — 72
<i>Dr. Saim Polat Bengiserp</i>	
Ankara tarama neticeleri	73 — 75
<i>Prof. Dr. Nusret Karasu</i>	
Ankara Çocuk Islah Evinde yalancı bir tüberküloz epidemisi	76 — 83
<i>Doç. Dr. Selâhattin Akkaynak</i>	
Birinci Celse Münakaşaları	84 — 96

İKİNCİ CELSE

	Sahife
Memleketimizde B.C.G. aşısı ihzarı hakkında	97 — 105
<i>Dr. Niyazi Erzin</i>	
1952 aralık ayına kadar İzmirde tüberkülin teamülü ve B.C.G. aşısı hakkında bir mütalâa	106 — 111
<i>Dr. Şebib Say</i>	
Bursa Köylerinde B.C.G. aşısı tatbikatı	112 — 121
<i>Dr. Neşati Üster, Dr. Celil Uygun, Dr. Reha Zeybeker</i>	
Birinci Atatürk İlkokulunda primo enfeksiyonların seyri ve B.C.G. aşısı hakkında bir mütalâa	122 — 125
<i>Prof. Dr. Nusret Karasu, Dr. M. Güvencer</i>	
Şile ilçesinde verem aşısı tatbikatı	126 — 131
<i>Dr. Hikmet Kutal</i>	
1949-1952 İstanbul ve köylerinde yapılan test ve B.C.G. tatbikatı ...	132 — 138
<i>Dr. Kutsi Esencan</i>	
Türkiyede B.C.G. aşısı tatbikatı	139 — 146
<i>Dr. Niyazi Erzin</i>	
İkinci Celse Münakaşaları	147 — 161

ÜÇÜNCÜ CELSE

İyi olmuş akciğer tüberkülozu hastaları ve yeniden çalışma hayatına iadeleri	162 — 169
<i>Dr. Nimet Özgen</i>	
Türkiyede Rehabilitasyon Problemi	170 — 180
<i>Dr. Fazıl Erhat</i>	
Tüberkülozda Rehabilitasyon	181 — 187
<i>Dr. Moiz O. Berker</i>	
Üçüncü Celse Münakaşaları	188 — 192

TIBBÎ TEBLİĞLER

BİRİNCİ CELSE

Heybeliada Sanatoryomunda streptomisin ile alınan neticeler	195 — 216
<i>Dr. Haydar Aksüğür</i>	
Tüberküloz basilinde streptomisine karşı husule gelen mukavemet	217 — 224
<i>Dr. İhsan Dinçel</i>	
Tüberkülozun P.A.S. ile tedavisi	225 — 236
<i>Dr. Turgut Targay</i>	

	Sahife
Akciğer tüberkülozunda parenteral P.A.S. tedavisi	237 — 242
<i>Dr. Fahir Sanel</i>	
P.A.S. tedavisine karşı bir idiosenkrazi	243 — 245
<i>Prof. Dr. Nusret Karasu, Dr. Mahir Güvencer</i>	
Tüberküloz tedavisinde isonicotinic acide hydraside	246 — 252
<i>Dr. Zeki Köseoğlu, Dr. Hüseyin Settarzade, Dr. İhsan Karıklı, Dr. Türkân Atayalvaç</i>	
Tüberkülozda izoniazid tatbikinden alınan neticeler	253 — 261
<i>Dr. Aran Kasparyan</i>	
Heybeliada Sanatoryomunda izoniazid üzerinde çalışmalar	262 — 271
<i>Dr. Tevfik İsmail Gökçe</i>	
İsoniazid'e tüberküloz suşlarının alışması	272 — 280
<i>Dr. Yakup Çelebi</i>	
İsonicotinic acide hydrazide (Rimifon) ile tedavi edilen 50 hasta üzerindeki müşahedelerimiz	281 — 290
<i>Dr. Zeki Başar</i>	
İzonikotinic asit hidrazit ile tedavi edilen vak'alarda Aldrich - Mc. Clure testinin tetkiki ve bu tetkikten ilâcın tesir mekanizması hakkında bazı mülâhazalar	291 — 302
<i>Dr. Marko Benbanaste</i>	
Tüberkülozda antibakteriyellere dair	303 — 309
<i>Dr. Nuri Akyol</i>	
Birinci Celse Münakaşaları	310 — 325

İKİNCİ CELSE

Çocuklarda menenjit tüberküloz ile had seyirli akciğer tüberkülo- zunun tedavisi ve alınan neticeleri	326 — 331
<i>Dr. Zühtü Tevfik Erman, Dr. Muazzez Barış</i>	
Menenjit tüberkülozun izonikotinic asit ile tedavisi	332 — 340
<i>Dr. Kemal Saracoğlu</i>	
Menenjit tüberkülozda P.A.S. perfüzyonu ve izoniazid kombine tedavisi	341 — 345
<i>Doç. Dr. İhsan Rifat Sabar</i>	
İkinci Celse Münakaşaları	346 — 353

ÜÇÜNCÜ CELSE

Larenjit tüberküloz tedavisinde antibakteriyeller	354 — 358
<i>Dr. Nihat Öktem</i>	
Akciğer tüberkülozu cerrahi tedavisinde antibakteriyellerin rolü ...	359 — 364
<i>Dr. Siyami Ersek</i>	
Kemik ve eklem tüberkülozlarında streptomisine karşı mukaveme- tin sebepleri ve ona karşı gerekli tedbirler	365 — 371
<i>Prof. Dr. Münir Ahmet Sarpyener</i>	

	Sahife
Kemik ve mafsalsal tüberkülozu tedavisinde şimik ve antibiyotik ilaçların mukayesesi ve izoniazid hakkındaki tecrübelerimiz	372 — 377
<i>Doç. Dr. Cevat Alpsoy</i>	
Akciğer tüberküloz kavernalarının Maurer'in speleostomi (kavernostomi) usulü ile tedavisi	378 — 390
<i>Ord. Prof. Dr. Tevfik Sağlam, Dr. Nihat Zaloğlu</i>	
Kavernostomi ve andokaviter şimiyoterapötik kavern tanponmanından alınan neticeler	391 — 397
<i>Dr. Zülfü Sami Özgen</i>	
Tüberküloz ampiyemlerinde antibakteriyellerle tedavi ve alınan neticeler	398 — 403
<i>Dr. Ali Galip Soylu</i>	
Üçüncü Celse Münakaşaları	404 — 415

SERBEST TEBLİĞLER

Baltalimanı kemik ve mafsalsal veremi hastanesinin istatistik sonuçları	419 — 423
<i>Dr. Baha Oskay</i>	
Kimografinin Akciğer tüberkülozundaki tatbik sahası	424 — 429
<i>Dr. İsmet Sayman</i>	
İnefikâs pnömotoraksların cerrahî tedavisi	430 — 439
<i>Dr. Siyami Ersek</i>	
Tıbbî Pnömotoraksın sür'atli tesisi	440 — 444
<i>Dr. Neşati Üster</i>	
Bridektominin ehemmiyeti, ihtilât ve neticeleri	445 — 448
<i>Dr. Yakup Çelebi</i>	
Brit seksiyonu demonstrasyonları	449 — 456
<i>Dr. Reşat Engez</i>	
Ekstraplöral Polythene plombajında komplikasyonlar	457 — 467
<i>Dr. Sacit Tezelli, Dr. Marko Benbanaste, Dr. Niyazi Kurt</i>	
Pneumoperituan hakkında	468 — 473
<i>Dr. Lâtîfi Sabri Serinken</i>	
Tüberküloz ve kalp	474 — 484
<i>Dr. Kemal Saracoğlu</i>	
P.P. yapılan tüberkülozlularda vital kapasite değişmeleri	485 — 487
<i>Prof. Dr. Nusret Karasu, Dr. Ragıp Üner</i>	
Heybelliada Sanatoryomunun üç buçuk senelik Ekstraplöral Pnömotoraks tatbikatının erken neticeleri	488 — 492
<i>Dr. Ahmet Elberger</i>	
Sedimentasyonun seri olarak tayini	493 — 495
<i>Dr. Aydoğan Uğur</i>	
Bir sarkoidosis vak'ası	496 — 500
<i>Doçent Dr. Selâhattin Akkaynak</i>	

	Sahife
Ekstraplöral poş'un âkıbeti hakkında	501 — 504
<i>Prof. Dr. Nusret Karasu, Doç. Dr. Galip Uruk, Asistan Dr. Aydoğan Uğur</i>	
Bronşa drene olmuş bir karaciğer absesi	505 — 510
<i>Doç. Dr. Selâhattin Akkaynak, Doç. Dr. Galip Uruk</i>	
Tüberkülozda değişik postural tedavi	511 — 518
<i>Prof. Dr. Nusret Karasu, Dr. Necdet Menemenli</i>	
Togmografiye yardımcı bir usul	519 — 529
<i>Dr. Fazıl Erciyaş</i>	
Tüberküloz ve atelektazi	530 — 541
<i>Doç. Dr. Cafer Erk, Dr. Nihat Zaloğlu</i>	
Akciğer fonksiyonlarının separe muayeneleri	542 — 548
<i>Dr. Nimet Özgen</i>	
Thorakoplasti-Extrafascial Pnx. kombine kollaps metodundan aldığıımız neticeler	549 — 555
<i>Dr. Sacit Tezelli, Dr. Niyazi Kurtoğlu</i>	
Intraplöral pnömoliz ve alınan neticeler hakkında	556 — 562
<i>Dr. Sacit Tezelli, Dr. Mehmet Niyazi Kurtoğlu Dr. Marko Benbanaste</i>	
Fizyomekanik zaviyeden ekstraplöral ve entraplöral pnömotoraksın tesir mekanizması ve mukayeseleri	563 — 569
<i>Dr. Marko Benbanaste</i>	
Akciğer vereminde pnömo tedavisinin kesilmesi	570 — 578
<i>Dr. Muzaffer Dilemre</i>	
B.C.G. ile aşılı çocuklarda tüberkülin teamülleri	579 — 581
<i>Dr. Naci Somersan</i>	
Elektromanyetik şualar ve tüberküloz tedavisindeki yeri	582 — 586
<i>Dr. Orhan Ternar</i>	
Çocuk Akciğer tüberkülozu teşhisinde pratikte hatayı mucip olan bazı önemli noktalar	587 — 596
<i>Prof. Dr. Şevket Salih Soysal</i>	

S. ve İ. M. Vekili Dr. Ekrem Hayri Üstündağ'ın

KONGREYİ AÇIŞ NUTKU

Muhterem kongre âzaları,

Son bir kaç sene içinde memleketimizde gittikçe gelişen veremle mücadele faaliyetinin yeni bir hareketi olarak bugün toplanmış olan tüberküloz kongresini açmakla derin bir bahtiyarlık hissetmekteyim.

Bu toplantıda memleketin değerli ilim adamlarını bir arada görmek, yurt sağlık işlerini ilmî, idarî ve teknik cephelerden müş-tereken münakaşa ve tesbit etmek yani hükûmetin ve Sağlık Vekâletinin temsilcisi olarak, sizlerle beraber çalışmak, benim için ayrı bir zevk teşkil edecektir.

Sayın arkadaşlarım,

Frengi ve alkolizmin yanı başında ciğer veremi; sosyal patoloji bakımından büyük ehemmiyet taşıyan halk hastalıklarından biridir. Bunun sebebi bir taraftan bu hastalığı meydana getiren ve halk arasında yayan karışık sebeplerden büyük bir kısmının sosyal şartlara bağılı olması, diğer taraftan da aynı hastalığın sosyal bünye üzerinde çok müessir bir rol oynamakta bulunmasıdır. Veremin bu karakteri eskidenberi bilinmekte olduğundan vereme, proletarya hastalığı adı verilmekte idi.

Diğer bir kısım müdekkikler de bu hastalığın bozuk iktisadî şartlardan ileri geldiğini bilhassa gayrı sıhhi iş yerleri ile gayri sıhhi meskenlerin veremin tekevvününde mühim âmil olduğunu ısrarla iddia etmişlerdir.

Verem basilinin keşfinden sonra; bu hastalığın husulî için mikrobun uzviyete intikali lâzım geldiği kabul edilmiş olmakla beraber, intanın tezahürü için bünyede de mutlaka irsî veya kisbî bir zaafın bulunması icabeylediği tezi ortaya atılmıştır.

Bu hastalığın korunma ve savaşında alınmasını düşündüğümüz tedbirlerin, isabetli olup olmadığını tayin edebilmek için, evveleminde hastalık sebepleri hakkında serdedilen bu karışık iddiaların unsurlarını birer birer ele alarak tahlil etmek zaruretindeyiz.

Bu iddialardan biri açlık, sefalet ve yorgunluk gibi sosyal faktörlerin verem ölümlerinin artmasında mühim âmil olduklarını, istatistiklerle tesbit edilen bu iddiayı müşahedelerle ve hattâ ilmî vasiyalarla da tevsî etmek mümkündür.

Filhakika, harpleri takip eden senelerde verem ölümünün bilhassa büyük şehirlerde birden yükselmesi sosyal sebeplerin tüberkülozun meydana çıkmasında ve yayılmasında mühim bir âmil olduğunu göstermek bakımından dikkate şayandır.

Dikkati çeken diğer bir müşahede de sulh zamanında erkeklere nisbetle kadınlarda daha az görülen verem ölümlerinin harp zamanında birden yükselmesi ve hattâ yalnız yükselmesi değil erkeklerde tesbit edilen ölüm sayısını geçmesidir. Bu müşahede; harp zamanında hayat şartları ve çalışma bakımından kadınların erkeklerle aynı seviyeye gelmiş olmalarının bir delilini ifade etmektedir.

Filhakika; bu iddianın doğruluğunu ilmî araştırmalarla da teyit edebiliriz.

Meselâ 1949 senesinden 1952 senesi sonuna kadar Verem Savaş Derneği tarafından İstanbul ve köylerinde muhtelif sosyal sınıflara mensup insanlar üzerinde yapılan tüberkülin testi şu neticeyi vermiştir: İstanbul şehir mekteplerinde müsbet tüberkülin veren çocukların nisbeti %7.7, köylerde %32.3 tüberkülin tecrübesi yapılan şehir halkında müsbetlerin nisbeti %66.3, köylerde %60.7, İstanbul imalâthane ve fabrikalarında çalışan işçilerde bu nisbet %88, mahkûmlarda %85.5 dur.

Ankara Verem Savaş Derneği ve Hıfzıssıhha Enstitüsü tarafından yapılan taramalarda tesbit edilen neticeler de şimdi verdiğim nisbetlerin hemen hemen aynıdır. Sayın Raportör arkadaşlarım bu husustaki çalışmalarını huzurunuzda açıklayacaklardır.

Bu tecrübeler bize, muhtelif sosyal sınıflara mensup insanlarda tüberküloz intanının ne kadar değişik olduğunu ve bu değişikliğin, bilhassa gayri sıhhi şartlar içinde yaşayan insanların aleyhine etkili ettiğini bariz bir surette göstermektedir.

Tüberkülin teamülünün müsbet zuhuru, geçmişte verem intanının vukubulduğunu, menfi olması da aksini yani intanın vukubulmadığını gösterir.

Açlık, sefalet ve bozuk hayat şartları gibi bir takım sosyal faktörlerin, verem hastalığının tekevvününde oynadıkları mühim rolü böylece tebarüz ettirdikten sonra iş nevilerinin ve çalışma yerleri-

nin veremin yayılmasında büyük tesirleri olduğuna işaret etmek isterim.

İş ve meslek icabı; tozlu yerlerde çalışmaya mecbur olan insanların ciğerleri daima intan ve iltihaba müsait bir durumdadır. Bazan da haddizatında âşikâr bir tehlike göstermiyen mesleklerde meselâ daracak yerlerde çok sayıda işçi bulundurmamak veya bu işçileri uzun müddet çalıştırmak gibi bir takım sebepler tahtında tüberkülozun sür'atle yayıldığı görülmektedir.

Bir takım işlerde ise; çalışma esnasında vücutta husule gelen gayrı tıbbî vaziyet dolayısıyla teneffüs hareketinin daha ziyade ciğerlerin kaidelerine inhisar etmesi, zirvelerde ise kan deveranı ve hava cereyanının azalmış bulunması verem intanına müsait bir zemin hazırlamaktadır.

Çok toz yutan meslek mensuplarının vereme karşı ne kadar hassas olduklarını, Sommerfeld'in 1919 da tertiplelediği şu istatistiklerden anlamak zor değildir.

Tozlu işlerde çalışan 100.000 kişide veremden ölenlerin sayısı 542, bunların haricinde yani tozlu işlerde çalışmayan 100.000 kişide ölenlerin sayısı 239 dur.

Bir misal daha: 1900 senesinde Kern tarafından Vürtemberg'in aynı büyüklükte bulunan iki köyünde yapılan şu müşahede entere-sandır:

Köylerin birisinde halk taşçılıkla, taş yontmacılığı ile meşguldür. Bu köyde tesbit edilen 190 ölüm vak'asından 91 i yani %48 inin akciğer vereminden öldüğü, mukayese için alınan ve halkı ziraatla iştigal eden aynı büyüklükteki komşu köyde ise tesbit edilen 194 ölüm vak'asından 23 ü yani %12 sinin veremden öldüğü anlaşılmıştır.

Veremden en çok ölüm vak'ası; sırasıyla taşçılık, bileycilik, camcılık, fırçacılık ve çamaşırıcılık gibi meslek mensuplarında görülmektedir.

Gayrı müsait mesken durumu ile verem arasındaki nisbetler, bu hastalığın sefaletle ne kadar ilgili olduğunu yakinen göstermektedir.

Çalışma yani kazanç faaliyetine geçen gençlerde; verem trasesinin birdenbire yükseldiğini ve bu yüksekliğin erkeklerde 4, kadınlarda ise 3 misli olduğu görülmüştür. Ev hayatından iş hayatına intikali müteakip veremin büyük ölçüde meydana çıkması; verem intanının çocukluk devresinde vukubulduğunu göstermektedir. Fil-

vaki 1903 denberi Berlin şehrinin istatistik dairesi; Berlin'de bir veremlinin öldüğü tarihe kadar kendisiyle beraber aynı odayı paylaşan insanların sayısını ve ayrıca da birbirini takip eden 3 sene zarfında kaç kişinin hastanelerde ve kaç kişinin evlerinde öldüğünü tesbit etmiştir.

1906 da evlerinde ölenlerin sayısı	1902,	hastanede ölenlerin sayısı	1934
1907 » » » »	1855,	» » »	1981
1907 » » » »	1087,	» » »	2018 dir.

Yapılan ankette, evlerinde ölenlerin %40.6 sının tek odalı, %41.7 sinin iki odalı, %11.3 ünün üç odalı ve %6.4 ünün dört odalı veya daha fazla odalı evlerde buldukları görülmüştür.

Bir de şu istatistiğe bakalım : Acaba bir veremlinin içinde öldüğü tek odalı mesken, hastanın ölümüne kadar kaç kişi tarafından paylaşılmıştır?

Biraz evvel bahsettiğim üç senelik istatistikte tesbit edildiğine göre bu müddet zarfında veremlinin tek odalı meskenini paylaşanların sayısı 8229 kişidir. Bu adamların ne kadar büyük bir enfeksiyon tehlikesine maruz kalmış olduklarını söylemeğe lüzum yoktur.

Hastanede ölenlere gelince: Hastanede yattıklarına göre, bunların enfeksiyon mihrakından uzak kalmış olduklarına hükmetmek icabeder. Ancak bu hükme varabilmek için hastanede ölenlerin bu müessesede ne kadar kaldıklarını bilmek lâzımdır.

Grotian; tekmi Berlin hastanelerinde bir sene zarfında veremden yatan ve ölenlerin sayısını sağlık dairesinde hıfzedilmiş olan cetvellerden istihraç etmiştir. Buna göre; bu hastanelerde bir sene de ölen hastaların hastanede yattıkları müddet vasatî olarak 45 gündür.

Şu halde; bu adamlar dahi hastalıklarının en uzun kısmını evlerinde geçirmişlerdir. Bütün bu istatistikler, sosyal şartların veremin yayılmasında ne kadar mühim bir rol oynadıklarını göstermektedir.

Veremin yayılmasında yalnız gayri sıhhî iş yerleri ile ijiyen kaidelerine uymayan evler değil, insanların devamlı veya muvakkat olarak toplu bir halde yaşadıkları her yer bir âmîl olabilir.

Muayyen sosyal şartların bazı meslekler ve şahıslar üzerinde yaptığı tesiri bir tarafa bırakarak daha umumî ve şâmil olmak üzere sosyete hayatının muhtelif sınıf ve tabakalarını toptan ele aldığımız takdirde veremin yayılışında hâkim olan şartlar hakkında

sarih bir fikir edinmiş ve eskilerin neden bu hastalığa (proletarya hastalığı) adını verdiklerinin sebep ve hikmetini anlamış oluruz. Şöyle ki; veremin gelir «varidat» le olan münasebeti hakkında Hamburg müstakil şehrinin sağlık dairesi tarafından 1905 de neşrolunan bir istatistiği gözden geçirelim:

Senelik geliri (Mark)	Vergi mükellef- lerinin sayısı	1901 - 1905 arasında 100.000 kişide tesbit edilen akciğer verem ölümleri
900—1200	71526	482
2000	48555	447
3500	31397	274
5000	8342	252
daha fazlası	14323	120

Refahın veremle olan münasebeti hakkında bu istatistik bize güzel bir delil vermektedir.

Şimdiye kadar veremin gelişmesinde büyük rol oynadığını gösterdiğim sosyal iktisadî şartları; bu konuda kayıtsız ve şartsız yeğâne âmîl olarak kabul etmenin de büyük bir hata olacağını ifade etmeden geçmek mümkün değildir.

Çünkü; veremin husulünde fizyolojik sefaletten başka bir de irsi istidadın yani bünyevî zaafın lüzumu iddia edilmektedir. (meselâ kalbin hacmi ve çalışma kabiliyetinin vücut yapısı ile müteneşip olmaması), (dar göğüslü, uzun boylu insanlarda olduğu gibi) hep bilirsiniz bu tiplere eskiden «Habitus phtisicus» adı verilirdi.

Verdiğimiz izahat ile akciğer vereminin cemiyet bünyesinde yaptığı tahripkâr tesirleri ifade etmiş olmaktan uzak bulunuyoruz. Verem intanının sosyal hayat üzerinde meş'um tesirler yapan fakat maalesef tababet ve sosyoloji bakımından şimdiye kadar kâfi derecede incelenmemiş bulunan diğer bazı mühim tesirleri de, akciğer vereminin insanların nesil sağlığı (Eugenique) üzerinde yaptığı muzır tesirdir ki; bu doğrudan doğruya insan neslinin tereddisine müteveccihdir. Bu meselenin tetkik ve hallinde bazı müşkülâtla karşılaştığımızı hiç şüphe yoktur. Çünkü veremin; nesil sağlığı üzerinde hem müsaid, hem de gayri müsaid bir tesir yaptığı iddia edilmektedir.

Bu sebeple meselenin hallini kolaylaştırmak için veremin (Reproduction) yani nesil üzerinde yaptığı gayri müsait ve müsait tesirleri ayrı ayrı tetkik ederek hangisinin daha sarîh olduğunu meydana çıkarmak ve ondan sonra neticeye göre bir hükme varmak iktiza eder.

Evvelâ, tüberkülozun nesil üzerinde fena bir tesir yaptığı muhakkaktır. Çünkü mahsul yani çocuk ya tüberküloz baba tarafından meydana getirilmiş veyahut tüberküloz bir anne tarafından taşınmıştır.

Veremin halk arasında geniş ölçüde yayılmış olması ve hastalığın batî bir seyir takip etmesi, halk bünyesi içinde yeni yetişen gençlerden çoğunun tüberküloz ebeveynden gelmiş veya doğmuş olması ihtimalini kuvvetlendirmektedir.

Tüberkülozun son devresi dahi babayı ilkahtan ve anneyi doğurmaktan menedemez.

Stuttgart'da Weinberg tarafından hazırlanan bir istatistiğe göre; hayatlarının son devresinde doğuran 369 veremli kadından:

Doğumdan bir hafta sonra ölenlerin sayısı	63
» 5—8 » » » »	46
» 9—12 » » » »	34
» 13—16 » » » »	28
» 17—20 » » » »	18

Veremli evli erkeklerden:

Çocuğun doğumundan 6—7 ay evvel ölenlerin sayısı	7
» » 4—6 » » » »	38
» » 1—3 » » » »	63
» » 1—3 » sonra » » »	71
» » 4—6 » » » »	90

Veremin irsiyetle intikal etmediği ne kadar sahîh ise verem gibi tahripkâr bir hastalığa musap olanların, halkın bu hastalıktan salim bulunan diğer elemanları kadar sağlam bir nesil yetiştirmeye müsait bir durumda olmadıkları da o derece muhakkaktır. Filhakkâ veremlilerin iç âzalarında ve göğüs muhitlerinde müşahade edilen (Disproportion) nisbetsizliklerin bunlarda halkın salim elemanlarına nazaran bünye ve sıhhatçe bariz bir zâfiyet yarattığı ve ayrıca bu ârizaların irsiyet yolile de intikal edebileceği gözönüne geti-

rilirse veremlilerin sağlam bir (*Reproduction*)'a müsait durumda olmadıkları neticesine varmak hatalı olmaz.

Diğer taraftan tüberkülozun nesil sağlığına faydalı olduğu hakkındaki iddialara gelince:

Deniyor ki: Tüberküloz haddizatında bünyevî düşkünlüğün tipik bir hastalığıdır. Bu düşkünlük vilâdî olabildiği gibi kisbî de olabilir. (*Alkolizm, Pellagra, Malarya, Diabet* gibi) bu sebeple verem, cemiyet içindeki zararlı insanların bir an evvel ayıklanmasını temin eder.

Bu iddianın doğru olabilmesi için: evveleminde veremin süratle seyreden hastalıklardan olması ve cemiyet tarafından bu gibi hastaların ayakta tutunabilmelerine gayret edilmemesi icabeder.

Halbuki; bilindiği gibi verem müzmin bir hastalıktır. Üstelik cemiyet veremlileri daha uzun yaşatabilmek için bütün gayretile çalışır ve musapların çoğu ancak tenasül çağına gelip evlendikten ve hayata zayıf ve düşkün çocuklar hediye ettikten sonra ayrılp giderler.

Görülüyor ki: burada birbirile tezat halinde bulunan iki değişik mütalâa ile karşı karşıya bulunuyoruz. Biri, tıp ve insanlık bakımından verem savaşının ele alınması zarureti, diğeri de; hastanın hayatını uzatmağa matuf olan bu savaşın cemiyet için gayri sıhhi bir takım neticeler tevhit etmesidir.

Filhakika sarfedeceğimiz gayretlerle cemiyetin aşağı tabakalarında yaşayan insanlar arasında hastalığın nüksetmesi veya yeniden peyda olması şansını yarı yarıya indirebilsek dahi bu insanî hareketimizle yine de değersiz ve düşkünlere hayatta uzun müddet tutunabilmelerine ve bunların neslinden gelecek çocuklarla topluluk içinde değersizlerin çoğalmasına ve binnetice cemiyetin umumî terdeddiye doğru yol almasına mâni olamayız.

Görülüyor ki; kültür ve refahın artması cemiyetin öjenik seviyesinde «yani sağlam neslin yetişmesinde» bir düşkünlük ve buna karşılık hayatta tutunabilen veremlilerin cemiyet içindeki muzir tesislerinde bir yükselme kaydedilecektir.

Bu mütalâyaya nazaran kültür, iyi bakım ve tıbbî müdahaleler sayesinde hayatta tutunabilmek imkânını bulan veremliler mütemadiyen bozuk bir nesil yetiştirmekle cemiyete zarar vermekte devam edeceklerdir. Hemen şunu ilâve edeyim ki: Bu düşünüş hiç bir zaman kültür ve sosyal inkişafı kösteklemek veya cemiyetin alt tu-

bakasında yaşayan büyük kütlenin düşkün olan iktisadî durumunu ve cehaletini desteklemek maksadını istihdaf etmemektedir.

Bu münakaşaları ortaya atmaktan maksadımız bünyeye zayıf ve düşkün olan insanların cemiyet içinde çoğalıp yayılmalarını önleyecek tedbirler hakkında salâhiyetli meslekdaşlarımızın ve sosyoloğlarımızın dikkat nazarını çekmektir.

Bu gibi tedbirler meselâ veremlilerin prevantif vasıtalar kullanmalarını temin etmek, ilkah vaki olmuşsa fennî müdahale ile çocuğun meydana gelmesini önlemek gibi şeyler olabilir. Bu sonuncu sık, yani müdahale keyfiyeti haklı olarak klinisyenler arasında ihtilâflara yol açmış bulunmaktadır. Çünkü, tüberküloz bir kadında yapılacak böyle bir müdahale, bermutad kadının şihhî durumu üzerinde gayri müsait tesirler yaratabilir.

Bu bakımdan müdahaleyi hoş görmiyenlere hak vermemek kabîl değildir.

Bu mesele henüz kat'î olarak halledilmemiş olmakla beraber, müdahalenin tenasül ijiyeni bakımından çocuk yapmalarında mahzur görülen kadınlarda tatbiki düşünülebilir.

Görülüyor ki bütün bunlar dikkatle tetkike değer mevzulardır.

Sayın arkadaşlar:

Tüberkülozun halk bünyesi içinde geniş ölçüde yayılmasını mücip olan sosyal sebepleri mehma emken izah ettikten sonra, şimdi biraz da bu hastalığın 1882 de Robert Koch tarafından keşfolunan âmîli hakkında biraz konuşacağım.

Basilin keşfini takip eden seneler zarfında dünya yeni bir ümide kapıldı ve bu basilin hayat şartları ve hususiyetleriyle ayarlanacak bir mücadele sistemi sayesinde veremi dünyadan kaldırmanın mümkün olacağı zannedildi. Fakat bu ümit uzun sürmedi ve anlaşıldı ki: mücadelede muvaffak olmak için; yalnız basilin hususiyetlerini gözönünde bulundurmak kâfi değildir. Hastalığın intişarında mühim rol oynadıkları anlaşılan sosyal sebepleri ve irsî faktörleri de hesaba katarak plânlı ve bir savaş teşkilâtı kurmak icabetmektedir. Şüphesiz bu mücadeleyi; Koch basilinin, intan âmîli olduğunu bilerek yürütmekle; atacağımız adımların daha verimli ve daha emin olmasını sağlamış bulunacağız.

Eskidenberi verem hastalığına yakalanmak istidadının umumî olmayıp muayyen ve geniş bir halk kütlesine inhisar ettiği bilinmekte idi. Bu isabetli görüş akciğer vereminin irsî olması ihtimaline

yol açtı ve hattâ bu kanaati son zamanlara kadar bakteriyolojide görülen büyük inkişaf bile ortadan kaldırmadı.

Veremin takip ettiği seyre ve sosyal durumlarla olan muazzam alâkasına bakılacak olursa bu hastalığın tamamen kabili imha olduğuna hükmetmek zordur.

Yani, büyük verem kütlesi içinde mahdut vak'aların şifa bulması bu kanaatimizi sarsamaz. Kaldı ki; burada şifadan kasdımız, tekmil klinik tezahüratın bir daha nüksetmemek üzere devamlı bir surette tamamen bertaraf olmasıdır. Yeni başlayan ve tıbbî müdahalesi vaktinde yapılan vak'alar için belki böyle bir şifadan bahsedilebilir. Fakat yine tekrar edelim ki; şifa ile neticelenen bu vak'aların, şifasını bulamayan muazzam verem kütlesi karşısında ne ehemmiyeti olabilir.

Şurada burada tekrar edilmekte olan «sosyal şifa» tâbirini dahi asla kullanmamalıyız. Bu tâbir yerine «hastalığın devamına rağmen hastanın çalışma ve kazanma kabiliyeti» tâbirini ikame etmek çok daha yerinde bir hareket olur.

Gerek yeni keşfedilen antibiyotikler vesair kimyevî ilâçlar ve bilhassa cerrahî müdahalelerle çok defa hastaların klinik semptomlarını bertaraf etmek imkânının bulunmuş olması mahdut da olsa şüphesiz verem mücadelesinde muvaffakiyete doğru atılmış bir adım sayılabilir. Fakat bütün bunlar bugün için dahi tüberkülozu sosyal bir âfet olmaktan kurtaramamıştır. Çünkü bu beyanatımızda sık sık tekrar ettiğimiz gibi tüberkülozun meydana çıkmasında hâkim rol oynayan sadece bir mikrobun uzviyete girmiş olması değildir. Bunun yanında irsî veya kisbî bünye zaafının, hususî hayat şartlarının ve umumî sosyal durumun da büyük hisseleri vardır. Binaenaleyh verem savaşında yalnız tedavi metodlarına bel bağlamak ve diğer unsurları ihmal etmek, asla caiz olamaz.

Eğer bazıların iddia ettikleri hastane tedavisiyle tüberkülozun bir halk hastalığı olmak vasfını ortadan kaldırmak mümkün olsaydı, bu takdirde diğer mücadele usullerinden sarfınazar edilebilirdi.

Şu halde; verem mücadelesinde bir taraftan halkın veremden korunmasını, diğer taraftan hastaların tedavisini istihdaf eden bir yol takibine zaruret vardır.

Hastaların tedavisi; en iyi bir şekilde, hastanelerde veya bakım evlerinde yapılabilir. Çünkü hastaneler her şeyden evvel bir tecrit ve tedavi müessesesidir.

Tecrit; hastalıkları ileri safhada bulunan hastaların halk arasında serbestçe dolaşmalarını önleyen, öksürük ve aksırıkla intan âmilini rastgele etrafa serpiştirmek imkânını selbeden mühim bir tedbirdir.

Maalesef halkın büyük bir kısmı ayakta dolaşan verem hastalarının kendi şahısları için mühim bir tehlike kaynağı teşkil ettiğini kâfi derecede idrak etmiş değildir. Halktaki bu kayıtsızlık yalnız tüberküloza mahsus olmayıp diğer müzmin hastalıklar için de varittir. Halbuki; kolera veya menenjit gibi hâd hastalıklar karşısında mikroptan sakınmak için her türlü tedbire başvurmaktan çekinmezler.

Hastalıklarının ilerlemiş bir safhada bulunmasına rağmen verem musaplarının etrafta dolaşmak, seyahat etmek, çalışmak ve evlenmek gibi hareketlerde bulunabilmelerinin, muhit için ne büyük bir tehlike teşkil ettiğini bakteriyolojik ve klinik araştırmalar sayesinde tamamen öğrenmiş bulunuyoruz. Fakat bu husus, maalesef büyük kütlenin aklına henüz yerleşmiş değildir.

Robert Koch'ın veremlilerin hastanelere yatırılması mevzuunda ne düşündüğünü 1906 senesinde Nobel mükâfatını aldığı sırada irad ettiği bir nutuktan parçalar almak suretiyle arz etmeyi faydalı gördüm. Bu nutuk Deutsche medizinische Wochenschrift'de neşrolunmuştur. Üstad soruyor: «Muhit için tehlikeli olduklarını gördüğünüz veremli insanlara ne muamele yapacağız?» Bu soruların cevabını yine kendisi veriyor ve diyor ki: «Eğer bütün veremlileri hastanelere yatırmak suretiyle nisbeten az tehlikeli bir hale getirmek imkânını bulsaydık, şüphesiz memleketteki veremlilerin sayısı süratle azalırdı; amma bugün için, bunu düşünemeyiz bile.»

Almanya'da hastane tedavisine muhtaç olan veremlilerin sayısı bugün için takriben 200000 dir. Bu sayıda hastayı hastanelere yatırmak imkânlarına malik olmadığımız gibi zaten de tekmiil veremlilerin derhal hastaneye yatırılması lüzumuna da kani değildir.

Çünkü Hospitalizasyonu daha ağır ve tedricen yapmak şartıyla dahi hastaların mühim bir kısmını bu müesseselere yatırabiliriz. Bu takdirde de memleketin verem nisbetinde bir azalma beklenebilir. Bunu müeyyet bir misal olmak üzere Norveç'te yapılan cüzam mücadelesini zikredebilirim. Norveç'liler bu memlekette 1856 tarihinde mevcut 3000 cüzamlının içinden yalnız en tehlikeli olanlarını tecrit etmek suretiyle bu sayıyı 1906 tarihinde 500 e indirmeğe muvaffak oldular.

Tüberküloz savaşında da aynı şekilde hareket edilmesi şayanı tavsiyedir.»

Bu verem âlimi nutkunun başka bir yerinde şöyle söylemektedir: «Verem hastaneleri buraya kabul edilen veremlilerden büyük bir kısmının tedavisini sağlamak ümidiyle tesis edilmiştir. Eğer bu tahakkuk etseydi şüphesiz hastaneleri verem mücadelesinde en iyi bir silâh olarak kullanabilirdik. Ancak, hastanelerin tedavi sahasında mühim bir muvaffakiyet temin edip etmedikleri cay-i müna-kaşadır. %70 nisbetinde muvaffakiyetten bahsediliyor, fakat bu nisbet doğru da olsa hakikî bir şifanın ifadesi olmayıp sadece yeni- den çalışma ve kazanç iktisabını ifade etmektedir.

Bu keyfiyet profilaksi bakımından da büyük bir kazanç değildir. Çünkü tam mânasiyle şifaya kavuşmayan ve yalnız çalışma ka- biliyetini iktisap eden bir hasta, bir müddet sonra tekrar açık tü- berküloz durumuna düşerek eskiden olduğu gibi muhiti için yine tehlikeli bir hal alabilir.»

Hattâ; verem basiline keşfinden evvel dahi bir çok tecrübeli klinisyenler aynı fikri ortaya atmışlardı. 1900 de Fetzer akciğer ve tedavi müesseseleri adı altında yazmış olduğu bir kitapta aynen şöyle diyor: «Verem hastaneleri büyük sayıda dahi tesis edilmiş ol- salar tek mil halkı enfeksiyon tehlikesinden kurtaramazlar veya pek cüz'î bir kısmını koruyabilirler.»

Şimdi bizim kanaatimize gelince:

Yeni başlamış ve başlamak istidadı gösteren veremliler muhit- leri için hususî bir tehlike teşkil etmediklerinden bunlar sanator- yurı tedavisine ihtiyaç göstermiyebilirler. Buna mukabil, az çok ilerlemiş tüberkülozlar sanatoryumlarda münasip bir tedaviye tâbi tutulmaktadırlar.

Halk topluluğu için asıl tehlike, hastalıkları ileri safhada bul- nan ve öksürük, aksırıklarıyla muhitlerini enfekte eden hastalardır. Bunların ilk merhalede umumî hastanelerde tecritleri lâzımdır. Sa- yıları ihtiyaca cevap verecek dereceye çıkarılması lâzımgelen bu hastanelerin idaresi, ağır ve malî külfetleri istilzam ederse de bura- lara sevkedilen hastalardan mühim bir kısmının salâh veya vefat suretiyle yerlerine, halk arasında serbest dolaşan ve mütemadiyen enfeksiyon saçan diğer hastaların, hızlanan bir tempo ile intikali, sosyal ijiyen bakımından bu kabîl müesseselerin asla ihmal edilme- mesi lâzımgelmekte olduğunu göstermektedir.

Verem savaşında mühim işler görmeğe namzet olan diğer bir müessesese de bazı Avrupa memleketlerinde eskidenberi tesis edilmiş bulunan «Asile» lerdir. Bunlar büsbütün iyi olmak imkânından mahrum bulunan verem hastalarının halk arasında serbestçe dolaşmalarına mâni olmak ve onları durumlarının müsaadesi nisbetinde çalıştırarak cemiyete faydalı kılmak maksadiyle açılmış «Rehabilitation» müesseseleridir. Bu müesseseler hastaları tecrit etmekle verem profilaksisine büyük faydalar temin ettikleri gibi, hastaları barındırmak için cemiyetin deruhte ettiği malî külfeti azaltmak suretiyle de Nasyonal Ekonomiye mühim hizmetler ifa ederler.

Bu gibi müesseselerin her memlekette artması verem savaşı bakımından temenniye şayandır.

Verem savaşında hastane vesair tedavi müesseselerinden çok daha kıymetli hizmetleri gören bir müessesese de, dispanser ve bakım evleridir. Dispanserler kendilerine tahsis edilen nüfus sahası dahilinde daha ziyade koruyucu, kısmen tedavi edici; fakat en çok; nâzım vazifeler gören müesseselerdir.

Bunlar iyi bir şekilde teşkilâtlandırıldığı ve idareleri ehliyet sahibi personele tevdi edildiği takdirde büyük hizmetler ifa ederler.

Vazifeleri arasında, halka veremden korunma usullerini talim etmek, ziyaretçi hemşireler vasıtasıyla evleri ziyaret ederek; hastanın akraba ve taallukatına veremden korunma yollarını göstermek hasta hakkında alınması icabeden tedbirlerin tesbit ve tatbikine nezaret etmek, fakir ailelere mütevazi de olsa, gıda ve aynı yardım yapmak, şüpheli gördüklerini dispansere sevk ederek, röntgen ve klinik muayeneleri yaptırmak ve bunları sonuna kadar takip etmek, ayakta tedavisi kabil olan hastaları tedavi eylemek, hastaneden çıkanları sık sık kontrol ederek muahhar tedavilerini deruhte etmek gibi koruyucu hekimlik bakımından çok faydalı hizmetlerdir.

Memleketimizde verem durumu yurdumuzda; senede 100.000 de vasatî olarak 200 kişinin veremden öldüğü kabul ve iddia edilmektedir.

Buna nazaran bütün yurttan yalnız veremden senede 40.000 kişi ölmektedir. Bu rakkamı; kızamık, kızıl, tifo, tifüs, difteri ve dizanteri gibi muhtelif salgın ve sarî hastalıklardan bir senede tesbit edilen ölüm sayısı ile mukayese ettiğimiz takdirde; verem zayıfatımızın, bunların sebep olduğu zayıfatın mecmuundan çok yüksek olduğu görülür.

Yurdumuzda senelik ölüm sayısı olarak kabul ettiğimiz 40.000 i 5 ile çarptığımızda 200.000, 10 la çarptığımızda 400.000, ortalama bir rakkamla, meselâ 7 ile çarptığımız takdirde ise 280.000 rakkamını elde etmiş oluruz. Bizce 280.000 rakkamının, biraz mübalâğah da olsa kabul edilmesi yerinde olur.

Filhakika yurdumuzda şimdiye kadar yapılan mevzî araştırmalar neticesinde Türkiyede tüberkülozun nisbeti hakkında bir fikir edinmek mümkündür.

1948-1951 yıllarında 25 büyük vilâyet merkezinde tüberkülozun her çeşidinden ileri gelen ölüm nisbeti 100.000 de 233 tür. 63 vilâyet ve kaza merkezlerinde tesbit edilen nisbet ise 100.000 de 156 dır. Bu sayı, tüberkülozun kesif olması icabeden büyük şehirlerde yapılan anketin neticesidir. Eğer bu anketi, halkımızın büyük bir çoğunluğunu teşkil eden köylerimize de teşmil etmek imkânını bulsaydık bu nisbetin belki daha düşük olduğunu görmekte memnun olurduk. Çünkü tüberkülozun köylerde ve bilhassa çiftçilikle istigal edenler arasında şehirlere nisbetle daha az münteşir bulunduğu dünyanın her tarafında bu mevzuda yapılan anketlerle tesbit edilmiştir. Bundan başka Edirne, Tekirdağ ve Zonguldakta 1951 ve 1952 senelerinde seyyar mikrofilm cihazlarımızla 71929 vatandaşımız muayeneden geçirilmiş ve bunların arasında ortalama %1,3 faal akciğer tüberkülozu tesbit edilmiştir.

Zikrettiğimiz şu bir kaç rakkam, memleketimizdeki tüberküloz musap ve vefiyat nisbetini kat'î olarak ifade etmemekle beraber Türkiyenin tüberküloz enfeksiyonu bakımından yüksek nisbet gösteren memleketler arasında yerini elân muhafaza etmekte olduğunu göstermektedir.

Hükümetimiz tüberküloz mücadelesini millî bir dâva olarak ele almış ve bu hastalığın yurdumuzda yaptığı tahribatı önlemek gayesiyle kısa zamanda büyük gayretler sarfetmiştir.

Büyük Millet Meclisimiz de; bu dâva uğrunda âzamî fedakârlık ihtiyarından çekinmemiştir. Vatandaşların verem dâvasına verdiği ehemmiyet ise, yurdumuzun hemen her bölgesinde yer yer teşekkül eden verem savaş dernekleriyle sabittir.

Sayın arkadaşlarım,

Beyanatımda arzettiğim gibi verem dâvası, bütün hükümet teşkilâtının bu dâvaya aktif bir surette iştirak etmesiyle hallolunabilir.

Halka refah ve kültür temini, sanayide fennin lüzum gösterdiği tertibatın alınması, mekteplerin, iş yerlerinin ijiyen kaidelerine uygun olarak teşkilâtlandırılması, meskenlerin ıslahı ve bunlara benzeyen daha bir çok gayri sıhhi şartların medeniyet icaplarına göre düzenlenmesi lâzımdır.

Takdir buyurursunuz ki; bütün bu işler yalnız Sağlık Vekâletinin göreceği işler değildir. Bununla beraber son 3 sene zarfında memleketin tarım, eğitim ve bayındırlık sahalarında ve bilhassa işçi sağlığının korunmasında büyük terakkiler kaydedilmiştir.

Şüphesiz ki verem savaşında en büyük vazife ve mesuliyet hissesi Sağlık ve Sosyal Yardım Vekâletininindir. Vekâletimiz bir taraftan hükümetimizin diğer teşkilâtiyle elbirliği yaparak âhenkli bir surette çalışır ve tüberküloz savaşında sosyal dâvalarımızın hangi istikamette inkişaf etmesi lâzımgeldiği hususlarını tayin ve tesbit ederken diğer taraftan da doğrudan doğruya Vekâletimizi ilgilendiren hususları ele alarak mesaisine ve programının tatbikâtına çalışmaktadır.

Verem savaşında Vekâletimize terettüp eden vazifelerden en mühimleri evvelâ halkın veremden korunması, sonra da hasta vatandaşların tedavisinin teminidir.

Bu hususların tahakkuku için bütün dünyada olduğu gibi bizim de muhtaç olduğumuz vasıtalar sırasıyla şunlardır:

- 1. Halka mümkün olduğu kadar geniş ölçüde B.C.G. verem aşısının tatbiki,*
- 2. İhtiyacı karşılayacak sayıda dispanser,*
- 3. Prevantoryumlar,*
- 4. Sanatoryumlar,*
- 5. Hastaneler,*
- 6. Son olarak da Rehabilitation müesseseleridir.*

Bu savaş vasıtalarının hazırlanmasının ve ihtiyaca göre artırılmasının oldukça mühim bir zamana mütevakıf olduğunu takdir buyurursunuz.

Malî imkânların darlığına rağmen devlet bütçesinden gerek Vekâletimize ve gerek bunun içinden verem savaş tesislerine ve işlerine ayrılan tahsisatın hülâsasını şu grafiklerde görmek mümkündür.

Sene	Devlet bütçesi		Vekâletimizin bütçesi		Sıhhiye Vekâleti bütçe	
			%		sinin her türlü verem ödeneği	
1949	1 milyar	373 milyon	52,5	milyon (3.8)	3.3 milyon	
1950	»	» 487	»	56.7 (3.8)	4 »	
1951	»	» 580	»	59.2 (3.74)	3.2 »	
1952	»	» 751	»	71.9 (4.1)	6.2 »	
1953	2	» 087	»	114 (5.8)	13.5 »	

Bütçemizde görülen bu inkişafın bize verdiği imkânlardan âzamî istifade etmek suretiyle, ilk iş olarak enfeksiyon menbalarını halk arasından ayırma yolunda mühim hizmetler gören verem hastane ve pavyonlarının sayısını arttırmak, diğer taraftan şifası kabîl olan veremliler için sanatoryum yatak ve sayısını çoğaltmak ve nihayet verem savaş tesislerinin ilk kademesini teşkil eden yeni yeni dispanserler açmak yolunda oldukça serî bir gelişme temin etmiş bulunuyoruz.

Verem savaşında ilk tesis kademesi olup, depistaj vazifesini gören ve halk ile en yakın ve devamlı teması bulunan, Vekâletimize bağlı verem dispanserlerinin 1950 yılına kadar olan sayısı (8) iken 1951 de buna, (3) ve 1952 de de (11) dispanser daha ilâve edilerek yekûnu (22) ye çıkarılmış ve 1953 yılında da bunlara yeniden, (15) dispanser ilâvesi için gerekli ödenek ayrılmış bulunmaktadır.

Memleket ölçüsünde yapılması tasarlanan bir verem mücadelesinde, bu dispanser sayısının kifayetsizliği âşikâr olmakla beraber, bütçe imkânları sağlandıkça sayılarının arttırılacağına da şüphe yoktur.

Bununla birlikte yurdumuzdaki verem savaş derneklerinin, yer yer açtıkları dispanserlerin, faaliyetlerini huzurunuzda şükranla kayıt ve ifade etmek benim için bir vazifedir.

Hâlen başlarında çok kıymetli ilim adamlarımız, meslektaşlarımız ve idareciler bulunan dernek dispanserlerinin, verem savaş dâvasında Vekâletimize büyük yardımları olmaktadır.

Veremli hastaların tedavi ve tecrit vazifesini gören tesislerimize gelince: Bunlardan bir kısmı müstakillen veremli hastalarla uğraşan hastane ve sanatoryumlar, diğer bir kısmı ise umumî hastanelerde veremli hastalar için ayrılmış olan pavyon veya servislerdir.

Grafiklerde ve haritalarda görüldüğü veçhile: 1949 yılında Vekâletin emrinde (3) hastane ve sanatoryumda (750) yatak ve (4)

verem pavyon veya servisinde ise (347) yatak ki, cef'an (1097) verem yatağı bulunuyordu.

1950 de aldığımız âcîl bir kararla derhal faaliyete geçerek, birinci gurup tesis sayısını (3) den (15) e, ve yatak adedini de (750) den (1490) a; ikinci gurup tesis sayısını da (4) den (9) a ve bunlardaki yatak adedini de (347) den (617) ye çıkararak o yıl sonunda cem'an (2107) yatağa sahip olmuş bulunuyoruz.

1951 yılında her iki şekildeki tesislerimizin sayısı (43) ü ve bunlardaki yatak adedi de (4107) yi bulmuştur.

1952 malî senesinde ise, tesis sayımız (52) ye ve bunlardaki yatak adedi de yekûn olarak (5157) ye yükselmiş olup, Tekirdağ'a verilmesi icabeden (200) yatak, binanın gerekli tâdili bitmediğinden mahfuz tutulmuştur ki; bu (200) yatak sayısı yukarıdaki yekûna ithal edilmemiştir.

Şu noktayı bir kere daha belirtmek isterim ki, bu rakamlara, diğer resmî dairelere, derneklere ve hususî teşekküllere ait tesislerin hiç birisi dahil olmadığı gibi, 1952 senesinde inşasına başlanmış olup, 1953 yılında itmam edilerek açılacak olan Vekâletimiz tesisleri de bunun dışında kalmaktadır.

Verem mücadelesinde bugün bütün dünyada, OMS ve UNICEF gibi beynelmül teşekküllerin de bilfiil dahil olduğu, kampanyalarda vereme karşı bir numaralı koruyucu kuvvet olan B.C.G. aşısı mevzuuna geliyorum:

B.C.G. nin tarihî, ilmî ve teknik inkişafı, effikasitesi ve nihayet verem profilaksisindeki yeri bütün dünya ilim adamlarınca o kadar kat'î olarak tesbt edilmiştir ki, bu mevzular üzerinde yeni bir münakaşa açmak, geriliğin ve bilgisizliğin bir tezahürü olur.

Şimdi, memleketimizdeki B.C.G. faaliyeti hakkında bazı mühim malûmatı arzedeceğim.

1948 senesine kadar B.C.G. faaliyetimiz ağız yolu şeklinden ibaret olup, bu da Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsünün diğer lâboratuvarlarından birisinde çok mahdut miktarda hazırlanmakta idi. Bu tarihe kadar olan faaliyetin memleket ölçüsünde yapılacak bir verem mücadelesinde her hangi bir rolü mevzubahis olamazdı.

Biz evvelâ Dünya Sağlık Teşkilâtının tesbit ettiği esaslar dahilinde Enstitüde müstakîl bir B.C.G. lâboratuvarı inşa ettirmekle işe başladık. Hazırladığımız entradermal aşırı uzun ve dikkatli bir lâboratuvar ve hayvan tecrübelerinden geçirdikten sonra, nakil ve

muhafaza şartları muhtelif olan yerlerde tatbik ve kontrole tâbi tuttuk.

Ankara ve civarında yapılan B.C.G. aşısından sonraki kontrol-lerde viraj, %95 in daima üstünde kalmıştır.

Bugün umumî tatbikata arzettiğimiz aşımızın istihsal ve istimalinden aldığımız bu memnurluk verici müsbet netice sonunda, gerek lâboratuvarlarımızın ve gerekse aşı istihsal ve tatbik metodlarımızı Dünya Sağlık Teşkilâtının tetkikinden geçirerek, bütün B.C.G. mesaimizin Milletlerarası yer kazanması temin edilmiş bulunmaktadır.

Hâlen, B.C.G. tatbikatına; 28 vilâyette mahallî personel ile, ve Ankara kazalarında OMS un mütehassıs personeli de dahil olmak üzere 8 ekip halinde ve ayrıca 20 ekiple de kampanya halinde Trakya'da devam edilmekte olup, bu mesai hakkında raportörlerimiz sizlere geniş malûmatlar vereceklerdir.

Muhterem meslekdaşlarım; Kongremizin konusunu teşkil eden büyük memleket dâvasında hepinize başarılar diler ve hepinizi saygı ile selâmlarım.

Dr. Tevfik İsmail Gökçe'nin
HAZIRLIK KOMİTESİ ADINA KONUŞMASI

Muhterem misafirlerimiz, aziz meslekdaşlarım!

Sizleri Birinci Türk Tüberküloz Kongresi hazırlık komitesi adına saygı ve sevgi ile selâmlar, kongremize şeref vermek suretiyle göstermiş olduğunuz alâka ve teveccühten dolayı minnet ve şükranlarımı arz ederim.

Müsaadenizle muhterem heyetinize Birinci Türk Tüberküloz Kongresinin hazırlıkları ve esasları hakkında bazı malûmat arzedeceğim.

Birinci Türk Tüberküloz Kongresi memleketimizde tüberküloz sahasındaki gelişmelerin ve bu mevzua gösterilen yakın alâkanın doğurduğu bir ihtiyacın mahsulü olarak meydana gelmiştir.

Filhakika son bir kaç sene zarfında Devlet bakımından, Sağlık Vekâletinin bu sahadaki çalışmaları büyük bir hamle şeklini almış, birbirini takiben bir çok müesseseler kurulmuştur.

Buna muvazî olarak halk da aynı hızla bu büyük dâvaya katılmış bulunmaktadır. Memleketimizde teşekkül eden Verem Savaşı Dernekleri sayısının 107 ye varmış olması bunun en açık bir delilidir.

Diğer taraftan medikal ve medikososyal sahadaki ilmî ve amelî çalışmalar da memleket dışına da taşacak, orada akisler uyandıracak derecede inkişafı sağlamıştır. 1950 de Ankarada toplanmış olan Onbirinci Millî Türk Tıp Kongresinin esas konuları tüberküloza ait olduğu halde, geçen sene Eylülde İstanbulda toplanmış olan Onikinci Millî Türk Tıp Kongresinin serbest tebliğleri arasında yüksek sayıda tüberkülozun medikal ve medikososyal konularını ilgilendiren çok kıymetli tebliğler yer almış bulunmaktadır.

Millî Türk Tıp Kongresinin çok yüklü olan gündeminin bu konuların alâkahlar tarafından esash bir surette takip ve tetkikine imkân vermemiş olması ve yukarıda arzettiğim tüberküloz mücadelesi sahasındaki inkişafı memleketimizde sade tüberküloz ile iş-tigal edecek bir kongre kurulmasının zaruretini hissettiriyordu.

Bundan mülhem olan Türkiye Ulusal Verem Savaş Derneği Yönetim Kurulu, alâkahların bir çokları ile istişareden sonra böyle bir kongre kurulmasının muvafık olacağı kararına vardı ve istigal mevzuu tüberküloz olan Tüberküloz Cemiyetiyle temasa geçerek kongrenin mezkûr cemiyet tarafından hazırlanması kararlaştırıldı. Tüberküloz Cemiyeti 5 kişilik bir heyeti, bir komiteyi bu işe memur etti.

Komite, etraflı ve geniş sahada bir istişareden sonra Kongrenin 25 Şubatta İstanbulda toplanması, 2,5 gün sürmesi, birinci gün medikososyal konu olarak Türkiyede verem savaşının, ikinci gün medikal konu olarak yeni verem ilâçlarının görüşülmesi ve üçüncü yarım günün de serbest tebliğlere tahsis edilmesi kararına vardı.

Bu esaslar tesbit edildikten sonra derhal hazırlıklara başlandı. Kongrede konuların mevzuubahis edilmesinde mutad sistem haricinde bir usulün tecrübesi muvafık görüldü. Buna göre her konu için mutad olduğu gibi bir veya iki raportör seçilerek kongre heyetinin münakaşasına arz edilmesi şekli yerine bütün mevzularda herkesin kendi çalışmalarını koraportör olarak tebliğ etmesi kabul edildi. Şahsî çalışmaların esaslî bir şekilde meydana konulmalarını sağlayacak bu usulün tutup tutmayacağına biraz mütereddit idik. Müddetin çok kısa olmasına rağmen aldığımız neticeler bu tecrübenin müsbet neticelerini gösterdi.

Tıplantıdan üç hafta evvel kongre üyelerine takdim ettiğimiz program ve tebliğ hülâsalarından manzuruâlıları olduğu gibi birçok kıymetli meslekdaşlar kongreye üye olmayı kabul etmişler ve bundan başka medikososyal mevzu olan Türkiyede Verem Mücadelesinin her cephesini alâkadâr eden 20 tebliğ gelmiş ve bunların arasında, bilhassa memleketimizin umumî bir tatbikata gireceği şu esnada, B.C.G. verem aşısı hakkında 7 tebliğ yer almıştır.

Medikal konu için de 23 tebliğ gelmiş ve serbest tebliğler sayısı da 27 ye bağül olmuştur.

Tahminimiz dışındaki bu iştirak karşısında kongreyi 2,5 güne sığdırmak hususu bizi çok güç vaziyete koymuştur. Programda görüldüğü veçhile tesbit ve tahdit edilen müddetlere kat'i olarak riayet edilmesi şartıyla ancak bütün konuların tebliğ ve müzakeresi mümkün olacaktır. Bu vesile ile bu noktaya bir kere daha nazarı dikkati celbetmek isterim. Bundan sonraki kongrede, kongre müddetinin uzatılmasının da nazarı itibara alınması icap edeceği görülmektedir.

Türk Tüberküloz Kongresinin müesses bir teşekkül tarafından hazırlanmasını temin gayesiyle kongreye iştirak eden meslekdaşların aynı zamanda Tüberküloz Derneğine de otomatik olarak üye olmaları düşünülmüş ve muhterem âzalar tarafından kabul edilmiştir. Tüberküloz Cemiyetinin kongresi programda bildirildiği veçhile kongrenin üçüncü günü öğleden sonra yine burada toplanacak ve bundan sonraki kongrenin tarih, yer ve mevzuu ve hazırlık heyeti seçilecektir.

Birinci Türk Tüberküloz Kongresinin hazırlanmasında maddî ve mânevî büyük yardımlara mazhar olduk:

Türkiye Ulusal Verem Savaş Derneği bize kongre hazırlıkları için 2500 lira yardımda bulunduğu gibi, senelik kongresini Bursa yerine İstanbula çevirmek ve kongremizin toplantısından bir gün evvele almak suretiyle memleketin dört köşesinden gelecek Verem Savaşı Dernekleri delegelerinin, bilhassa kendilerini yakından alâkadar eden medikososyal konudaki tebliğ ve müzakereleri takip etmeleri imkânlarını da sağlamıştır.

Sağlık ve Sosyal Yardım Vekâleti, Kongremize büyük bir alâka göstermiştir. Bu maksatla 5000 lira tutarında bir yardımda bulunduğu gibi, Sağlık Vekilimiz Muhterem Dr. Ekrem Hayri Üstündağ da kongremizi himayelerine aldılar ve programımızı ve iştirak edenlere lüzumu kadar izin verileceğini teşekküllerine tamim ettiler. Kongreye iştirak edeceklere devlet kara ve deniz vasıtalarında tenzilât yapılması hakkındaki müracaatımızı da nazarı itibara alarak Ulaştırma Vekâleti nezdinde bunu temin ettiler.

Bununla da kalmadılar, kongremizi açmayı vaad buyuran Sağlık Vekilimiz, Sağlık bütçesi müzakeresinin bu tarihe tesadüf ettiğini görerek, kongremize iştirak etmek gayesiyle Büyük Millet Meclisine bir takrir vererek bütçe müzakeresinin evvele alınmasını talep ettiler ve Meclis de bunu kabul etti. Vekilimizin ve Büyük Millet Meclisimizin kongremize karşı gösterdikleri bu fevkalâde alâkaya karşı bilhassa müteşekkîr ve minnettârız.

İstanbul Üniversitesi Kongremize Üniversitenin hariminde bu mükemmel salonu ve müştemilâtını tahsis etti ve bütün ihtiyaclarımızı temin etti. Kongremize karşı gösterdikleri himaye ve yardımdan dolayı, Tıp Fakültesi Dekanına ve Profesörler heyetine, Üniversite Rektörüne ve Senatoya ve İktisat Fakültesi Dekan ve Profesörler heyetine derin şükranlarımızı arz etmeyi bir vazife telâkki ederiz.

Memleketimizin en mühim dertlerinden biri olan tüberküloz meselesini görüşmek gayesiyle toplanmış olan Birinci Türk Tüberküloz Kongresi üyeleri şerefine bir çay vermek ve saatlerce sürecek olan müzakere ve münakaşalardan yorgun düşecek olan üyelere, dinlenmek ve güzel bir vakit geçirmek imkânlarını sağlamak üzere İstanbul Şehir Dram ve Komedi Tiyatrolarında ve Şehir Konservatuvarının Pazar konserinde yer tahsis etmek suretiyle gösterdiği misafirperverlikten dolayı İstanbul Belediyesine ve onun muhterem Başkam Ord. Prof. Dr. Fahrettin Kerim Gökay'a şükranlarımızı sunarız.

İstanbul Radyo Müdürlüğüne de Cuma günü saat 21 de Klâsik Türk musikisi yayını konser salonundan dinlemek üzere 100 arkadaşımızı davet etmek suretiyle gösterdiği alâkadan dolayı bilhassa teşekkür ederiz.

Ayrıca arzu eden meslekdaşlara İstanbuldaki Verem müesseselerini gezdirmek üzere bir program hazırlanmıştır.

Turizm Kurulu vasıtasıyla İstanbulun alâkayı celbeden mahallerini, müzelerini gezdirmek şeklinde bir program ile kongre üyelerinin bir arada toplanıp yemek yemelerini temin etmek üzere bir banke tertip edilmiştir. Bu şehir gezisine ve akşam yemeğine iştiraki arzu eden arkadaşların bu akşama kadar büroya müracaat ederek iştirak bedelini ödeyerek kaydedilmelerini rica ederiz.

İşte kongremizin muhterem üyeleri, Birinci Türk Tüberküloz Kongresini hazırlamak ile tavzif edilmiş olan biz hazırlık komitesi, elimizden gelenin âzamisini sarfederek, bilhassa genç arkadaşlarımızın geceli gündüzlü cansiperane gayretleriyle, yukarıda tafsilen arzettiğim maddî ve mânevî yardımlar sayesinde bu kongrenin mümkün olduğu kadar iyi bir şekilde hazırlanmasına çalıştık. Bir çok kusurlarımızın olduğunu müdrükiz, ancak kongrenin ilk oluşunu ve hazırlık zamanının 4 ay gibi pek kısa bir zamana münhasır bulunuşunu nazarı itibara alarak bizleri mazur görmenizi temenni eder, muhterem misafirlerimize ve sayın meslekdaşlarımıza kongreye huzurlarıyla ve mesailerıyla şeref verdiklerinden dolayı tekrar şükranlarımızı arzeder, kongremize hayırlı başarılar dilerim.

Üniversite Rektör Vekili, Tıp Fakültesi Dekanı

Ord. Prof. Dr. Ekrem Şerif Egeli'nin

KONGREYE MESAJI

1. ci Türk Tüberküloz Kongresi Sayın Başkanlığına,

İstanbul Üniversitesi Bütçesinin Büyük Millet Meclisi Umumî Heyetinde müzakere sırasında Ankarada bulunmak mecburiyetinde oluşum, aziz kongrenin açılış törenine bizzat iştirakime ve sayın kongre üyelerini, Üniversite Rektör Vekili ve Tıp Fakültesi Dekanı sıfatıyla, şahsen selâmlamama mâni olduğu için içten üzgünüm. Üniversite, memleketin pek önemli bir dâvasını konu olarak ele alan kongreye, çalışmalarında faydalı olmak arzusu ile, sinesinde yer verdiği ve Tıp Fakültesi de bu hayırlı ve büyük ilim hareketini himayesi altına aldığı için gurur duymaktadırlar. Uzak ve yakın bir geçmişte bu çatı altında feyzalmış olan aziz kongre üyelerinin, hem üniversiteye, hem yurda faydalı olmak arzusu ile yine bu çatı altında birleşmiş olmalarını görmekle derin bir haz duymaktayım. Kongreyi en iyi dileklerle ve içten saygılarımla selâmlar, çalışmalarında büyük başarılar dilerim.

İstanbul Üniversitesi Rektör Vekili

ve

Tıp Fakültesi Dekanı

Ord. Prof. Dr. EKREM ŞERİF EGELİ

MEDİKO SOSYAL TEBLİĞLER



25 - Şubat - 1953

BIRINCI CELSE

LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE DANS LES PAYS DU MOYEN - ORIENT

Par le Docteur ETIENNE BERTHET

*Expert de tuberculose à l'Organisation Mondiale de la Santé
(Rapport présenté au premier congrès turc de tuberculose
à Istanbul Février 1953)*

L'évolution de la lutte contre la tuberculose dans les pays du Moyen-Orient a été particulièrement rapide depuis quelques années. Les nouvelles conceptions concernant le diagnostic et la thérapeutique, la volonté des gouvernements de limiter les ravages d'un des fléaux les plus meurtriers dans cette région du monde, la collaboration de plus en plus étroite existant entre le corps médical, les associations privées antituberculeuses et les ministères de la santé publique ont permis d'entreprendre de façon rationnelle et efficace la protection des peuples contre ce qu'on a appelé «la peste blanche».

L'efficacité de l'action entreprise a été récemment prouvée en Turquie, à Istanbul où les statistiques officielles relèvent une baisse sensible de la mortalité par tuberculose pulmonaire de 1945 à 1951 :

261 décès pour 100.000 habitants en 1945,

127 décès pour 100.000 habitants en 1951,

soit en 6 ans un gain annuel de 134 vies humaines pour 100.000 habitants.

Ce gain, c'est incontestablement à l'action coordonnée des pouvoirs publics, du ministère de la santé, de la Ligue antituberculeuse et du corps médical que nous le devons. C'est l'intensification des campagnes de vaccination antituberculeuse par le B.C.G., la généralisation des méthodes modernes de dépistage et de traitement précoces des tuberculeux, l'extension de l'éducation sanitaire populaire qui en sont les causes directes.

L'évolution actuelle de la lutte antituberculeuse dans les pays du Moyen-Orient tient à deux groupes de facteurs:

— de facteurs généraux tenant à l'évolution actuelle des sciences médicales et sociales,

— de facteurs particuliers à l'action antituberculeuse liés aux besoins et aux possibilités des pays du Moyen-Orient.

I° — FACTEURS GÉNÉRAUX TENANT À L'ÉVOLUTION ACTUELLE DES SCIENCES MÉDICALES ET SOCIALES

D'importantes transformations de la conception que nous avons des sciences médicales caractérisent l'époque actuelle, transformations sous la dépendance d'une triple évolution :

1° — *Evolution des techniques médicales.*

Jadis la tâche du médecin était relativement simple. Il avait ses yeux pour voir, ses oreilles pour écouter, ses mains pour percuter, son cerveau pour recueillir toutes ces données sensorielles et en faire la synthèse. Sa thérapeutique se limitait à l'opium, aux révulsions, aux saignées et aux paroles charitables qu'il pouvait donner à son malade et qui n'étaient pas d'ailleurs toujours inefficaces.

Puis la technique s'est perfectionnée, elle est devenue plus précise et plus scientifique, le médecin ne se limitant plus à ses données sensorielles, toujours subjectives, mais faisant appel à des renseignements plus objectifs. Tour à tour sont venus le thermomètre, le stéthoscope, l'appareil à tension, la radiologie, les épreuves de laboratoire.

Les progrès techniques ont été à la base d'une spécialisation de plus en plus poussée, la notion de maladies contagieuses a nécessité des mesures de prévention de plus en plus sévères, les nouvelles thérapeutiques médico-chirurgicales ont eu pour conséquence la recherche de méthodes de diagnostic de plus en plus précises.

Cette exigence de précision toujours plus grande nécessite aujourd'hui la large utilisation de tout ce qu'on pourrait appeler «le machinisme médical» qui eût fort surpris les médecins du siècle dernier : examens radiologiques, analyses de laboratoire, séjour dans des établissements de soins spécialisés, ce qui a eu nécessairement pour conséquence une augmentation sensible du prix de revient de l'acte médical.

2° — *Evolution des conditions sociales des malades.*

A cette majoration des frais médicaux correspond une diminution non moins certaine de la capacité de paiement d'une grande partie des malades. Dans la majorité des cas l'apparition d'une évolution tuberculeuse représente une véritable catastrophe financière. L'importance des frais que nécessitent les thérapeutiques modernes, la longueur des soins sont le plus souvent hors de proportion avec les possibilités économiques des malades. Si la charité médicale n'est pas un vain mot, le médecin le plus social ne peut cependant soigner gratuitement une partie de sa clientèle que dans la mesure où l'autre partie le rétribue suffisamment pour couvrir les frais sans cesse croissants auxquels il doit faire face. La charité individuelle ne suffit plus à réparer les injustices du sort lorsqu'elles se multiplient dans une société désordonnée. Il faut alors que les gouvernements envisagent la mise en application de toute une série de mesures médico-sociales destinées à mettre à la portée de tous, riches et pauvres, les ressources de la médecine moderne.

3° — *Evolution de notre conception de la médecine.*

Notre conception de la médecine, de sa mission, de son organisation s'est aussi transformée ces dernières années et la nécessité d'une collaboration internationale est apparue en matière de protection sanitaire comme une impérieuse nécessité.

Si depuis près d'un siècle de louables efforts avaient été entrepris par voie d'accords internationaux pour prévenir la propagation des maladies transmissibles d'un pays à un autre, cette action était purement défensive. A la suite de la seconde guerre mondiale une nouvelle étape de protection de la santé publique est apparue. Il ne s'agit plus de limiter notre action aux mesures défensives, au traitement des maladies qui frappent l'humanité, mais d'aller plus avant et de mettre en oeuvre un vaste programme offensif, seul capable d'apporter aux hommes la santé, base indispensable à leur développement économique et social.

Trois principes essentiels sont à la base de la constitution de l'O.M.S. dont la création a concrétisé ces conceptions nouvelles:

a) L'affirmation que la possession du meilleur état de santé que tout être humain est capable d'atteindre constitue un de ses droits les plus fondamentaux, quelles que soient sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale.

b) L'affirmation que la santé n'est pas seulement l'absence de maladies (ou d'infirmités, mais encore un état complet de bien être physique, mental et social.

c) L'affirmation que la santé de tous les peuples est une condition fondamentale de la paix du monde et de sa sécurité, que l'inégalité des nations dans le domaine sanitaire est un péril pour tous. C'est pourquoi nous pouvons dire que le 22 Juillet 1946, date de la création de l'O.M.S., marque une étape importante pour le destin de l'humanité, puisque de l'application des principes qu'elle a pour mission de diffuser dépend l'existence de millions d'êtres humains, leur développement physique et mental, l'amélioration de leurs conditions de vie.

Les résultats de cette triple évolution ont conduit les Etats à intensifier leur organisation de santé publique, à perfectionner leur armement sanitaire, à attacher une importance particulière à l'amélioration de la santé des peuples et à la prévention de la maladie. Alors est née la médecine sociale qui a quatre buts essentiels:

— Prendre en charge non seulement le traitement des maladies mais encore et surtout leur prévention, compensant par là la négligence que tant d'hommes apportent à la surveillance de leur santé,

— Mettre les acquisitions médicales récentes à la portée de tous, riches et pauvres, par la création d'un armement sanitaire moderne.

— S'occuper dans l'organisation de la vie sociale des éléments médicaux qui ont une influence directe sur la santé des hommes, en particulier les conditions de logement, de nutrition et d'organisation du travail.

— Organiser la récupération sociale des diminués physiques et mentaux.

Ces données doivent servir de principe à toute action en matière de santé publique en général, de lutte contre la tuberculose en particulier. Ce qui suppose de la part des gouvernements un important budget consacré au ministère de la santé publique, de la part du ministère de la santé publique une forte armature administrative et technique.

II° — FACTEURS PARTICULIERS LIES AUX BESOINS ET AUX POSSIBILITES DES PAYS DU MOYEN - ORIENT

Après une enquête personnelle et de nombreux entretiens avec les personnalités gouvernementales et médicales de divers pays du Moyen-Orient, j'ai relevé quatre directions principales dans lesquelles doit être conduite la lutte contre la tuberculose, compte tenu des besoins et des possibilités existant actuellement dans cette région du monde et qui sont sensiblement les mêmes pour tous les pays.

— L'organisation de la prévention de la tuberculose doit être l'objectif majeur vers lequel doivent tendre les efforts des pouvoirs publics,

— L'amélioration de l'armement sanitaire doit permettre le dépistage et le traitement précoce de tous les tuberculeux méconnus, source permanente de dissémination du fléau,

— La formation d'un personnel compétent, médecins, infirmières et techniciens est la condition première indispensable à toute organisation rationnelle de lutte contre la tuberculose,

— L'amélioration des conditions de la vie quotidienne des peuples est un des facteurs les plus importants de la diminution de l'endémie tuberculeuse.

Ce sont les grandes lignes de ces différentes exigences que nous allons rapidement passer en revue, nous limitant aux données générales, le temps dont nous disposons nous interdisant tout commentaire détaillé.

1° — *L'organisation de la prévention de la tuberculose est l'objectif majeur vers lequel doivent tendre nos efforts*

La prévention de la tuberculose est certainement la méthode la plus efficace de lutte contre la tuberculose que nous possédions actuellement. On sait que la cause principale de dissémination et d'extension de la maladie est la contamination des sujets sains par des tuberculeux contagieux, on sait que cette transmission microbienne se fait essentiellement par la toux et l'expectoration, on sait que par des mesures préventives simples on peut éviter cette contagion.

Quatre techniques forment actuellement la base de notre action préventive:

— Le renforcement de la résistance naturelle de l'organisme à l'agression bacillaire par la vaccination antituberculeuse. La vaccination antituberculeuse par le B.C.G. a aujourd'hui fait ses preuves et nous pouvons affirmer à la suite de sa large diffusion et de notre expérience personnelle, que, correctement appliquée elle est efficace et sans danger.

— La séparation des sujets sains des malades contagieux est un excellent moyen de prophylaxie lorsqu'il peut être réalisé, soit qu'on isole le malade dans un établissement de cure, soit qu'on sépare l'enfant sain du sujet contagieux en l'envoyant vivre temporairement dans un milieu non contaminé.

— L'organisation de méthodes simples d'hygiène et de désinfection dans l'entourage des contagieux va prendre, avec l'intensification de la formation des infirmières visiteuses actuellement entreprise dans votre pays, une large extension et c'est pour les jeunes filles turques qui veulent apporter un peu d'elles-mêmes pour soulager la misère de leurs concitoyens une magnifique vocation ouverte.

— L'intensification de l'éducation sanitaire dans tous les milieux sociaux, milieux scolaires et milieux de jeunes en particulier. Il n'est pas de lutte antituberculeuse efficace sans une collaboration active de toutes les couches sociales de la population. Il n'est pas de collaboration active possible sans un minimum d'éducation antituberculeuse.

2° — *L'amélioration de l'armement sanitaire doit permettre le dépistage et le traitement précoces de milliers de tuberculeux méconnus qui représentent autant de sources de contamination, autant de dangers pour la collectivité.*

Dépister précocement un tuberculeux c'est non seulement lui donner le maximum de chances de guérison, mais c'est encore exclure de la communauté nationale une source grave de contamination et de dissémination du fléau. Lorsqu'on examine systématiquement un millier de sujets apparemment bien portants on trouve entre 6 et 13 tuberculeux pulmonaires qui s'ignorent et ne prennent de ce fait aucune précaution ni pour eux, ni pour leur entourage. Rappelons le pourcentage de tuberculeuses méconnues que nous avons découvert à Istanbul entre 1950 et 1952 :

- plus de 6 pour mille dans les collectivités scolaires
- plus de 9 pour mille dans les collectivités universitaires
- plus de 13 pour mille dans les collectivités ouvrières

Nous possédons maintenant avec les techniques médicales modernes, la radiologie en particulier, le moyen de dépister précocement ces malades, avec les conséquences que suppose ce dépistage, l'isolement et le traitement. L'action intensive entreprise par les installations radiophotographiques fixes et mobiles d'Istanbul en est la preuve concrète.

La multiplication des dispensaires antituberculeux (suivant la conception de Robert Philips) est certainement le moyen le plus efficace et le moins onéreux d'entreprendre dans les diverses régions d'un pays une lutte active et totale contre la tuberculose.

La Turquie, comme tous les pays du Moyen-Orient manque de possibilités suffisantes d'hospitalisation pour les tuberculeux. Or disent certains à quoi sert de dépister des tuberculeux si on ne peut ni les isoler, ni les soigner? Avoir un lit immédiatement disponible pour chaque tuberculeux est certainement l'idéal, mais hélas toute organisation médico-sociale est toujours loin de réaliser l'idéal. Devons-nous pour cela ne rien faire, laisser les malades contagieux poursuivre leur oeuvre néfaste ou devons nous être réalistes, mesurer ce qui est possible et ce qui ne l'est pas, et agir en conséquence?

Etre réaliste c'est ce que fait votre gouvernement essayer de pousser au maximum la création de nouveaux lits pour tuberculeux partout où la chose est possible en particulier dans les hôpitaux des vilayets.

Etre réaliste c'est pour les quelques milliers de malades que vous avez en

Turquie et qui, faute de lits ne pourront pas être hospitalisés, organiser de notre mieux la prophylaxie à domicile et la surveillance dans les dispensaires.

3° — *La formation d'un personnel technique compétent est la condition première de toute organisation rationnelle de lutte contre la tuberculose.*

Ce qui fait la valeur d'un dispensaire ou d'un sanatorium c'est moins le luxe de ses installations que la qualité du personnel qui en assure la direction et le fonctionnement.

C'est une des tâches essentielles du Ministère de la Santé et de la Faculté de médecine que de donner au personnel technique (médecins, infirmières, techniciens de laboratoire et de radiologie) une formation leur permettant d'assumer avec compétence le fonctionnement des oeuvres antituberculeuses existant dans le pays.

C'est dans ce but que le Ministère de la Santé et l'O.M.S. ont créé à Istanbul un magnifique centre antituberculeux de perfectionnement et de démonstrations que nous avons eu l'honneur de diriger pendant deux ans et qu'anime maintenant magnifiquement le Professeur Tevfik Saglam et la belle équipe de jeunes phthisiologues qui l'entourent.

Cet enseignement de perfectionnement a les quatre buts essentiels suivants:

— Faire le point des acquisitions les plus récentes dans le domaine de la phthisiologie médico-sociale et de la pneumologie

— Discuter, commenter ces données nouvelles, en tirer des conclusions pratiques et en étudier l'application dans le champ d'activités de chacun

— Donner aux participants une large expérience pratique des techniques modernes de prévention, de dépistage et de traitement de la tuberculose

— Sur la base de ces connaissances et dans le cadre précis de la mission de chacun, stimuler le goût du travail personnel, de la recherche et du sens social, afin d'accroître le rendement de la lutte contre la tuberculose.

4° — *L'amélioration de la condition humaine est un facteur essentiel de la diminution de l'endémie tuberculeuse*

Nous connaissons bien aujourd'hui le rôle des facteurs sociaux dans l'évolution de la tuberculose. Nous savons qu'on meurt plus de tuberculose dans les classes sociales les plus dépourvues, dans les nations les plus pauvres. Nous savons, le tragique exemple des guerres nous l'a montré, que de nombreux facteurs influent sur l'évolution de la maladie, facteurs physiques (nutrition, habitation, surmenage), facteurs psychiques (que Laënnec appelait les passions tristes). Nous savons que la lutte contre la tuberculose est non seulement un problème de politique générale des gouvernements, le but profond de toute politique étant de donner aux hommes les meilleures conditions de vie matérielle et morale.

Il ne faut cependant pas qu'une telle constatation réduise l'importance de l'effort médical et qu'on estime qu'il n'y a rien à faire pour venir à bout du fléau tant que le standard de vie des peuples ne sera pas plus élevé. Nous ne devons pas oublier que la tuberculose est d'abord une maladie infectieuse et que ses répercussions sociales tiennent essentiellement au fait que nous n'avons encore aucun moyen spécifique de détruire rapidement les bacilles tuberculeux et par là de supprimer la contagion.

Mais il paraît incontestable que, comme l'a souligné lors de la dernière conférence de l'Union Internationale contre la tuberculose de Rio-de-Janeiro, son secrétaire général, le professeur Etienne Bernard, «plus les découvertes médicales s'accroissent avec des effets de plus en plus puissants, plus le problème de la maladie se libère de l'influence des facteurs ambiants et des inégalités de la condition humaine. La pénicilline et l'auréomycine agissent aussi bien dans un taudis que dans un palais pour combattre une staphylococcie maligne. La chloromycétine guérit aussi bien le fils d'un manoeuvre que le fils d'un roi. La vaccine de Jenner et l'anatoxine de Ramon prémunisent aussi bien contre la variole et le croup les baigneuses blondes de Miami et les noirs des mines de l'Afrique du Sud».

Mais en matière de tuberculose nous n'en sommes hélas pas encore là malgré la révolution apportée par les antibiotiques dans la thérapeutique, nous ne possédons pas encore de remède spécifique contre le B.K. et une lutte sans merci doit être menée contre tous les facteurs sociaux qui favorisent le développement de la maladie, ce qui n'est plus affaire de médecine mais de politique générale des gouvernements.

III° — CONCLUSION

Les peuples restent dans leur évolution assez semblables à eux-mêmes, leurs qualités et leurs travers se retrouvent identiques au cours des siècles, chaque époque n'ajoutant que quelques touches nouvelles tenant aux circonstances économiques ou sociales du moment. Ces qualités et ces travers sont la conséquence d'une chimie complexe dans laquelle se mêlent des facteurs géographiques, historiques et psychologiques, éléments qui, suivant les temps, ont des possibilités plus ou moins grandes d'épanouissement ou de stagnation.

Votre pays est actuellement dans une phase de riche épanouissement, en médecine comme ailleurs. Vous avez conservé la tradition de la grandeur qui est pour un peuple moins dans l'accumulation des richesses matérielles, toujours fragiles, que dans l'importance qu'il accorde à ces valeurs spirituelles permanentes que représente son patrimoine spirituel et intellectuel. C'est là qu'est la vraie civilisation, la plus solide, la plus durable, celle qui apporte au monde ses plus riches semences.

Les deux années que j'ai passées en Turquie comme Expert de tuberculose de l'Organisation Mondiale de la Santé comptent parmi celles de ma vie auxquelles j'attache le plus de prix,

elles m'ont permis non seulement d'admirer le charme de votre passé, synthèse du faste de Byzance et de la puissance de Constantinople, mais encore de pénétrer profondément la vie quotidienne de votre peuple et de mesurer son énorme réserve de forces morales, son national non pas étroit et mesquin mais largement ouvert aux exigences de la vie internationale moderne, sa volonté de poursuivre sans relâche cette ère de renouveau qui commença en cette journée de mai 1919 où Ataturk quitta Stamboul pour redonner à sa patrie toute sa grandeur,

à la Turquie, au peuple turc et à vous tous mes chers collègues je veux vous apporter du haut de cette tribune l'assurance de ma haute estime et de mon profond attachement.

H Ü L Â S A

Orta şark memleketlerinde son yıllarda bilhassa pek geniş bir tüberküloz savaşı başlamış ve bu hareketin iyi sonuçları evvelâ Türkiyede görülmüştür.

Resmî istatistiklere göre İstanbulda 1945 yılında 100.000 kişide tüberkülozdan 261 ölüm kaydedilirken, 1951 de bu rakkam 127 ye inmiştir. Bu suretle 6 yıl zarfında senede 100.000 de 134 hayat kurtarılmış oluyor.

Mücadelenin muvaffakiyet sebepleri :

1. Modern tıp ve sosyolojinin tekâmülüne bağlı umumî faktörler :

- a. Tıbbî tekniklerin terakkisi.
- b. Hastaların sosyal şartlarının iyileşmesi.
- c. Tıp bakımından görüşlerimizin ilerlemesi.

2. Orta şark milletlerinin ihtiyaç ve imkânlarına bağlı hususî faktörler :

a. Hükûmetlerin ilk hedefi tüberkülozdan koruma teşkilâtı kurmak.

b. Sıhhî teşkilâtın hastaları erken teşhis ve tedaviyi sağlayacak şekilde teşhizi.

c. Tüberküloz mücadelesinde en esaslı nokta olan bilgili personelin yetiştirilmesi.

d. Tüberküloz andemisini azaltmak için milletlerin gündelik hayat şartlarının yükseltilmesi.

Müellif, bu paragrafları teker teker kısa tetkike tabi tutmakta ve memleketimizi öven sözlerle yazısını bitirmektedir.

S U M M A R Y

Tuberculosis Campaign in the Middle East Countries: During the last few years a large scale tuberculosis campaign is started in the Middle East Countries and the first successful result of this campaign is obtained in Turkey.

According to the official statistics the yearly death of tuberculosis were 261 per 100.000 population in 1945. This amount decreased to 127 per 100.000 population in 1951. The difference means that 134 lives is saved in every 100.000 population in the last 6 years.

The causes of success of this campaign :

1. General causes connected with the advance of the modern medicin and sociology:

- a. Advancement in the medical technique.
- b. Improvement of the social conditions of the patients.
- c. Advance on the conceptions of the medical staff.

2. Special causes connected with the demands and possibilities of the Middle East Countries:

a. The first aim of the government is the organisation of the problem of tuberculosis campaign.

b. The equipment of healt organisations for early diagnosis and treatment.

c. Improvement of the life conditions to prevent the spread of tuberculosis.

*Istanbul Mezbahası Lâboratuar Şefi
ve Bakteriyoloğu
Dr. Vet. İ. Ekrem Erbin*

TÜBERKÜLOZ ENFEKSİYONU BAKIMINDAN MEMLEKETİMİZ SİĞİRLARININ DURUMU

ve

MEMLEKET ŞARTLARINA UYGUN SAVAŞ METODU

Dr. Vet. İ. EKREM ERBİN

Sığır tüberkülozunun insan sağlığı için, derecesi ne olursa olsun, devamlı bir tehlike teşkil ettiği şüphe götürmez bir hakikattir. Bu nokta üzerinde durmağa lüzum grömüyoruz. Yalnız şu kadarını arzedelim ki, bu tehlikeyi önlemek maksadiyle, dünyanın bir çok yerlerinde, büyük savaşlara girişilmiş, bu uğurda milyonlar sarfedilmiş ve bu tehlike Birleşik Amerika ve Danimarka gibi bazı memleketlerde hemen tamamen, diğer bazı yerlerde ise kısmen ortadan kaldırılmıştır. İnsan sağlığını tehdit eden hayvan hastalıkları yalnız tüberkülozdan ibaret değildir. Hayvanlarda sinsi bir surette seyreden (Brucellose) ların insanlar için ne derece büyük bir tehlike teşkil ettiği bugün bilinen bir hakikattir. Bunlar gibi daha birçok mikrobik veya paraziter hastalıklar vardır. Temennimiz, insan sağlığını koruma amacıyle girişilen bu savaşlarda, meseleyi yalnız bir veçheden ele almıyarak, insan ve hayvan hekimlerinin elele verip çalışmaları, radikal koruyucu tedbirlerin alınması ve yalnız insan sağlığının değil aynı zamanda hayvan sağlığının daha doğrusu genel sağlığın ele alınmasıdır. Vaktimizin darlığı bu işbirliği üzerinde fazla konuşmaklığımıza mâni oluyor. Yüksek huzurunuzda arzetmek cesaretinde bulunduğum konuların birincisini; tüberkülozun memleketimiz sığırlarında ne derece yaygın olduğu, ikincisi ise sığır tüberkülozuna karşı girişilecek savaşta memleket şartlarına en uygun metodun, kanaatlarımıza göre, ne olduğudur. Bu iki konu birbirini tamamlamaktadır. Birincisi bilinmeden ikinci problem üzerinde fikir yürütmek şüphesiz ki doğru olmaz.

Tüberkülozun hayvanlar arasındaki yaygınlık derecesini ne suretle tayin edebiliriz? Hâtıralarımızı tazelemek için kısaca arzede-
lim ki, röntgen muayenesinin hayvanlarda tatbik kabiliyeti yok gi-
bidir. Serirî muayeneler de bir tarafa bırakılacak olursa, elimizde
allerjik ve serolojik vasıtalar kalır. Bunlar da, hayvanlardaki Tb.
lezyonlarının karakteri ve organizmada yayılış şekli hakkında bir
bilgi vermeden sadece, organizmada herhangi bir fuayyenin bulun-
duğunu gösterir. Tamamiyle kalsifiye olmuş bir lokalize Tb. fuay-
yesini taşıyan hayvanın tüberkülin'e karşı şiddetli reaksiyon verdi-
ğini biliyoruz. Sırf bu reaksiyon'a dayanarak yapılan istatistikler,
bizi tatmin etmekten uzak kalmaktadır. Bu bakımdan mezbahalarda
yapılan et muayeneleri büyük bir önem taşır. İstanbul gibi büyük
şehir mezbahalarında her gün yüzlerce sığır kesilmektedir. Yurdu-
muzun dört bir tarafından gelen hayvanlar burada toplanır, canlı
iken ayakta, kesildikten sonra et ve iç organları muayeneden geçi-
rilir, tüberkülozlu görülenlerinde, lezyonların karakter ve lokalizas-
yon şekillerini tamamen tesbit etmek imkân dahilindedir.

Mezbahalardan alınacak neticeler, memleket hayvanlarının ge-
nel sağlığı hakkında, hakikate en yakın bilgiyi vermesi icabediyor.
Fakat derhal arz edelim ki resmî mezbaha istatistiklerinde, sadece
tüberküloz neticesi müsadere edilen et ve organların miktarı bildi-
rilmektedir. Halbuki; et muayene sisteminde, herhangi bir lenf be-
zinde kalsifiye de olsa, bir fuayyenin görülmesi, o nahiye veya or-
ganın tamamının müsaderesini icabettirdiğinden, istatistiklerde
gösterilen organlardan pek çoğu, bizzat tüberküloz lezyonu taşıma-
dığı halde, sırf tüberküloz lenf bezi ile münasebeti dolayısıyla mü-
sadere edilmişlerdir. Bu nokta açıklanmadığından bu gibi istatistik-
lere dayanarak, hayvan tüberkülozu epidemiyolojisi üzerinde etüd
yapan ilim adamlarının yanlış ve şaşkırtıcı neticelere vardığını gör-
mekteyiz. Şurasını da ilâve edelim ki, her gün mezbahada kesilen
yüzlerce sığır üzerinde, rastlanan çeşitli fuayyeleri bütün karakte-
ristikleri ile tesbit etmek oldukça müşkül bir iştir. Yüksek huzuru-
nuzda arzetmek istediğim nokta İstanbul Mezbahasında üç seneden-
beri tatbik sahasına koyduğumuz (yeni bir muayene sistemi) ile
bütün bu güçlüklerin ortadan kaldırılmış olduğudur. Türk Mikro-
biyoloji Cemiyetinin 29 Mayıs 1952 günü toplantısında bu yeni
muayene sistemi üzerinde izahat vermiş ve aldığımız sonuçlar cet-
vel ve şemalarıyla arz edilmiştir. Bu tebliğ Mikrobiyoloji Dergisi'nin
cilt 5 ve 5 - 6 No. lu sayılarında çıkmış olduğundan kıymetli vakit-

lerinizi israf etmemek için, yüksek huzurunuzda bir hulâsa vermekle iktifa edeceğiz.

Usulümüzün esası, kesilen hayvan üzerinde görülen tüberküloz lezyonlarını, hayvanın bütün organlarını gösteren bir şema üzerine aynen çizmekten ibarettir. Her hayvan için ayrı bir şema tahsis edilmekte ve dosya halinde toplanan bu şemaların, sonradan, tetkiki, hayvanın sıhhi durumu hakkında tam bir bilgi vermektedir. Bu metod dahilinde İstanbul mezbahasında yapmış olduğumuz incelemeler şu neticeleri vermiştir:

1. Tüberküloz nisbeti: (% 5,11) i ganglionlarda lokalize ve % 0,09 u organlarda olmak üzere (% 5,20) olduğu,

2. Ganglionlardaki mihrakların (%83,86) sının kalsifiye olduğu,

3. Gangliyonlardan en ziyade bronchialis ve mediastinalis'in leze olduğu,

4. Miliyer tüberküloz lezyonlarına rastlanmadığı,

5. Muhtelif sığır ırkları arasında Boz ırkın en dayanıklı (%2,11) olduğu, mandalarda ise bu nisbetin 1,62 ye düştüğü,

6. Domuzlarda, bilâkis organ tüberkülozunun fazla (%85) olduğu anlaşılmıştır. Öküz ve inekler ayrı ayrı ele alınacak olursa, öküzlerdeki vak'a nisbetinin %6,27 olduğu halde ineklerde (Anadolu) %3,03 olduğu, buna karşılık organ tüberküloz vak'alarının ineklerde daha fazla olduğu ve peynirleşme devrindeki lezyon nisbetinin öküzlerden fazla olduğu görülür. Şurasını hemen arz edelim ki, sırf sütçülük gayesiyle, İstanbul gibi büyük şehirlerde beslenen ahır inekleri bu nisbetlere dahil değildir. Mezbahada kesilen öküzlerden pek çoğunu çift ve koşum hayvanları gibi yıpranmış ve yaşlı hayvanlar teşkil eder. İneklerin ise hemen hepsi Anadolu ve Step hayvanlarıdır.

Bu müşahedelerimizden: a. Memleket sığırlarında tüberküloz morbidite derecesinin çok yüksek olmadığı, b. enfeksiyon'un en ziyade sindirim yoluyla vukubulduğu ve gangliyoner tüberküloz şekli yaptığı, c. basillerin, daha ziyade lenf sistemi ile organizmaya dağıldığı ve ekseriya lenf bezleri tarafından tutulduğu, ç. pulmoner ve açık tüberküloz vak'alarının az olduğu anlaşılmaktadır. Sığır tipi tüberküloz basillerinin gösterdiği bu hususiyeti insan tüberkülozu vak'alarında, basil tipi tayin bakımından, önemli görmekteyiz.

Ahırda beslenen süt ineklerine gelince, bunlar sırf sütçülük gayesiyle saklanır ve ancak hastalandıkları, sakatlandıkları veya ta-

mamiyle süttten düştükleri zaman kesilir. Bu sebeple mezbahadaki müşahedelerimiz, İstanbuldaki ahır ineklerinin sağlık durumu hakkında bir fikir vermekten uzaktır. Bu alanda yegâne teşhis vasıtası tüberkülinen ibaret kalıyor. 1950 yılında 6 muhtelif mandırada 2000 süt veren inek üzerinde, sondaj mahiyetinde, bizzat yapmış olduğumuz intradermik tüberkülin tatbiki neticesinde, reaksiyonun bir mandıradan diğerine %20 ile 60 değiştiği, açık tüberküloz bulunmadığı görülmüştür. Bütün bu müşahedeler, şüphesiz ki, reaksiyon veren hayvanların tehlikeli olmadığını göstermez. Bunlardan herbirinin taşıdığı Tb. fuayyelerinin tatbikiyet ve yaygınlığı bizce meçhul kaldığından, günün birinde tehlikeli duruma girme ihtimali daima mevcut kalmaktadır.

Memleket sığırları ve ahır ineklerinin sağlık durumu, müşahedelerimize göre, bu suretle hulâsa edildikten sonra, yine şahsî kanaatlarımıza göre, memleket şartlarına en uygun savaş metodunun ne olduğunu arz etmek istiyoruz.

Muhtelif yabancı memleketlerde takip edilmekte olan savaş metodları üç grupta toplanmaktadır:

a. Amerikan usulü : Tüberküline karşı reaksiyon gösteren bütün sığırların istisnasız bir surette kesilmesi. Birleşik Amerikada sistematik bir surette tatbik edilen bu usul sayesinde 20 seneden biraz fazla bir zaman içinde 5 milyon sığır imha etmek suretiyle tüberküloz tehlikesi hemen tamamiyle ortadan kaldırılmıştır.

b. Danimarka usulü (*Bernard Bang* usulü) : Bu usulde de reaksiyon veren hayvanların imhası icabeder, fakat buna ekonomik şartlar müsaade etmezse, açık tüberkülozlu olanlar derhal ayıklanmak suretiyle, geri kalan müsbet reaksiyonlu hayvanlar tamamiyle tecrit edilmek şartıyla sütlerinden istifadeye fennî şartlar altında, müsaade edilmektedir. İzole edilmiş olan hayvanlar yavaş yavaş elimine ediliyor. Bu usulde 40 sene içinde büyük muvaffakiyetler sağlanmıştır.

c. Ostertag usulü : Evvelce Almanyada tatbik edilen bu usul açık tüberküloz gösteren hayvanların ortadan kaldırılmasını ve diğerlerinin sıkı bir sıhhi kontrol altında bulundurulmasını hedef tutuyordu. İlmî araştırmalar ve tecrübeler bu usulün aksaklıklarını göstermiş ve bugün tamamiyle terk olunmuş gibidir.

Bizde : Hayvan Sağlık Zabıtası Nizamnamesi, sütü satılan ineklerin senede bir defa seriri ve tüberkülin muayenesine mecbur

tutmakta, hattâ inek sahiplerinin her sene mart ayında müracaat ederek ineklerini muayene ettirmelerini emretmektedir. Bu muayenelerde tüberküline karşı reaksiyon verenlere, takdir edilecek kıymetinin 3/4 ü tazmin edilecektir. Malî güçlükler yüzünden bu hükümlerin ancak kat'î lüzum görülen yerlerde ve Tarım Bakanlığının müsaadesiyle, yerine getirildiğini görmekteyiz. Genel tatbikata geçilememiştir.

Tüberküloz savaşında takip edilen metod ne olursa olsun beklenen neticeye varabilmek için, metodun mahallî şartlara uyması ve hayvan sahiplerinin bizzat savaşa iştirak etmeleri şarttır.

Tüberkülozla savaş metodlarını inceliyen ilim adamları bu neticeye varmışlar ve (Office internationale des epizooties) in 1948 de Paris'te yaptığı toplantıda, merkezi Romada bulunan F.A.O. teşkilâtına bir mektup göndererek sığır tüberkülozuna karşı savaş organizasyonunda, bu bakımdan tedbir alınması tavsiye olunmuştur. Danaları aşılama (B.C.G. veya başka aşı) usulü kabul olunmuştur. 1949 da Londrada toplanan Beynelmillel Veteriner Hekimleri Kongresinde de bu karar tasvip olunmuştur. Şimdi, bu esaslara göre, memleketimiz şartlarını ve inek sahiplerinden beklenebilecek yardımı, kısaca gözden geçirelim:

Memleketimizde süt veren inekleri, birisi serbest yaşayan Anadolu hayvanı, diğeri ahır süt ineği olmak üzere iki gruba ayırabiliriz. Serbest yaşayanlar inek mevcudumuzun esasını teşkil eder, nüfusumuzun %80 inin gıdasını ve şehirlerimizin yağ ve etini verir. Bunlar müsait günlerde kır ve mer'alarda serbest halde, kışın ise ahırlarda kapalı halde yaşarlar. Kanaatımızca yapılacak iş, mesken ve gıda meselesinin halli ve hijyenik şartların, mümkün mertebe, temininden ibarettir. Mezbahadaki müşahedelerimiz, bunlar arasındaki tüberküloz nisbetinin az (%5) olduğunu gösterdiğine göre, hijyenik tedbirlerle bu nisbet daha da indirilebilecektir.

İkinci grup ahır ineklerine gelince; ahırların fena durumu, mal sahiplerinin ekserisinin taşıdığı zihniyet dolayısıyla cezrî tedbirlerin bile esaslı bir netice vermeyeceği kanaatını vermektedir. Burada yapılacak yegâne iş, (Office des Epizooties) nin tavsiyelerine uyularak savaşa mal sahiplerinin gönüllü olarak katılmalarını sağlamaktır. Bu nasıl temin olunabilir? Her mandranın sütü aynı fiat ve aynı şartlar altında satılır ve inekleri de aynı kıymeti taşırsa buna imkân olmaz. Ortada kazanç ve rekabet meselesi vardır. Bu yüzden iyi niyet sahibi olanlar veya modern metodlarla sıhhi süt istihsal etmek isteyen müteşebbis, münevver kimseler iş yapamaz olmuşlar-

dır. Kimse böyle hayırlı bir işe para yatırmağa cesaret edemiyor. Halbuki elinde musaddak şahadetnamesi olan ve Devletin garantisi altında bulundurulmuş sütlere ve bunları veren ineklere, diğerlerinden farklı bir fiyat temin edilse, icabında bunlara prim verilse, mesele kendiliğinden daha ucuz bir surette halledilmiş olur. Tazminat için ayrılmış olan para prim olarak, iyi süt istihsal edenlere verilmelidir. Bugün elimizde diğer bir fırsat da vardır. Büyük şehirlerimizde sütlerin pastörize edilmesi mecburiyeti vardır. Bu fabrikaların aldıkları sütleri hemen bir misli fazla fiyatla piyasaya verdiklerini görüyoruz. Diğer taraftan çocuklar ve hastalar için, hiç bir muameleye tâbi tutulmamış meme sütünün önemi malûm bir şeydir. Şu halde iyi ve sıhhi süt istihsal edenler pastörizasyondan muaf tutulmuş olsalar, sırf aradaki fiyat farkından istifade için, mandıra sahiplerinin her çareye başvurarak ahırlarını ıslah, ineklerini tüberküline ettirecekleri ve reaksiyon verenleri bizzat kendileri kestirecekleri şüphesizdir. Bu suretle, şahadtnameli sağlam ineklerin de kıymeti artacaktır. Arzettiğimiz hususlar prensiplerden ibaretir. Tatbikat şekilleri ayrıca organize edilebilir. Yüksek heyetinizce bu prensipler uygun görüldüğü takdirde bu yolda ilgili yüksek makamlara temennide bulunulmasını teklif ediyorum.

S U M M A R Y

The Morbidity of Tuberculosis Among the Cattles and Suitable Methods of Campaign in Turkey: Cattle tuberculosis is a dangerous source for human beings. The physicians and veterinaires must have a very intimate collaboration on this subject. Observations at the abattoir of Istanbul show the morbidity of tuberculosis among the cattles very evidently. According these observations : 1. the percentage of cattle tuberculosis is 5.20 per cent (5.11 per cent in ganglions and 0.09 per cent in the organs and serous membranes). 2. 83.86 per cent of ganglions are calcified. 3. The ganglions of the bronchus and the mediastinum are more affected. Contrary in pigs, the generalized and disseminated form of tuberculosis is encountered. All these figures belong to the cattles of the country. These animals live without any care and control. In these cattles the tuberculin positive reaction varies between 20 - 60 per cent depending to the place they live.

Among the American, German and Danmark methods used in the campaign of tuberculosis the most convenient one is the American method. Because of the economical problem we had to do some changes on this method. In Turkey for the cattles of country some health precautions must undertaken and the conditions of the environment must changed. For the cattles of the big towns the owners of the animals and the government must have an intimate collaboration in the campaign of cattle tuberculosis.

R É S U M É

La morbidité Tuberculose chez les bovidés en Turquie et la methode de lutte la plus convenable aux conditions du pays :

La tuberculose bovine constitue un danger permanent pour la santé humaine et, si nous prenons en considération plusieurs autres maladies des animaux, transmissibles à l'homme, la nécessité de la collaboration des médecins et des vétérinaires devient indispensable. Nos observations aux abattoirs d'Istanbul ¹, nous montrent, assez clairement, la morbidité tuberculeuse chez les bovidés en Turquie. Il en résulte que: 1 - Le pourcentage de tbc, est de 5,20 (5,11 ganglionnaires, 0,09% tbc. des organes et des séreuses). 2 - Et 83,86% des foyers ganglionnaires étaient calcifiés, 3 - Et que le plus souvent les ganglions bronchiques et mediastinaux ont été lésés. Chez les porcs, au contraire, la forme généralisée et des lésions miliaires étaient rencontrées. Remarquons immédiatement que ces résultats appartiennent seulement aux animaux d'Anatolie (la plus grande partie du cheptel du pays vivants à l'état presque libre) et les quelques milliers de vaches laitières, vivant constamment à l'étable, dans des grandes villes, n'entrent pas en question. Par l'épreuve à la tuberculine, nous avons constaté que, chez celle-ci, le pourcentage de vaches réagissantes, variaient de 20 à 60%, d'une étable à l'autre.

Quant au choix d'une méthode de lutte, parmi les méthodes connues, américaines, danoises, allemandes, la méthode adoptée en Turquie se rapproche de l'américaine, mais les difficultés d'ordre économique et l'impossibilité de remplacer les vaches abattues, ont empêché l'application générale de cette méthode. De ce point de vue, il nous faudra distinguer, à notre avis, les deux groupes des animaux, indiqués plus haut. a) ceux d'Anatolie, étant très dispersés et à morbidité peu élevée, on ne peut envisager que les mesures sanitaires, l'amélioration de leur conditions de vie. b) les bêtes d'étable des grandes villes: à plusieurs reprises nous avons constaté que l'application des mesures radicales, imposées par les autorités, ce heurtent toujours à l'opposition des propriétaires. Il en ressort une fois de plus que, la lutte devrait être basée, comme l'Office international des Epizooties nous le conseille, sur la coopération consentie. Tant que les produits et les bêtes de chaque étable, indemne ou non, portent sans distinction, la même valeur et sont soumis aux mêmes conditions, on ne peut même pas imaginer avoir l'aide du propriétaire. Il sera donc juste, d'assurer quelques privilèges et des prix correspondant à la plus-value des bêtes et des produits provenant d'étables reconnues officiellement indemnes: Assurance, crédits, primes, terrains, matériel de construction et de donner la préférence, dans les hopitaux, au lait de vacheries indemnes, etc. Rien que ces mesures, espérons-nous, stimuleront les propriétaires et les inciteront à entreprendre la lutte, eux même. D'autre part, les gens de bon sens, intellectuels seront encouragés de placer leur capitaux dans une telle affaire à la fois bienfaisante et fructueuse.

1) Dr. İ. Ekrem ERBİN - Sur une nouvelle méthode d'inspection de la viande et pourcentage de tuberculose chez les animaux abattus aux abattoirs d'Istanbul: Société de Microbiologie Turque, séance 29 mai 1952 et Rev. de microbiologie Turque No. 5 - 8, 1952

Heybeliada Sanatoryomu

İDirektör: Dr. Tefvik İsmail Gökçe

VEREM SAVAŞINDA VEREM SAVAŞ DERNEKLERİNİN ROLÜ

Dr. TEVFIK İSMAIL GÖKÇE

Memlekette verem sahasında büyük çalışmalar ve gelişmeler vardır. Bunu nazarı itibara alan Birinci Türk Tıp Kongresi mediko-sosyal konu olarak « m e m l e k e t t e v e r e m m ü c a d e l e s i » ni gündemine almakla hakikaten çok hayırlı bir iş yapmıştır. Böylece bu mücadelenin muhtelif safhalarında mevki almış, bu sahada geniş etüdüleri bulunan bilginlere memlekette yapılacak verem mücadele şeklini bütün teferruatı ile müzakere ve münakaşa imkânı vermiştir. Bunun verem mücadelesinin yurttaki müstakbel inkişafında mühim faydalar sağlayacağı muhakkaktır.

Biz bu tebliğimizle verem savaşı derneklerinin bu mücadele sahasında iştigal etmesi icap eden mevkii ve göreceği işler hakkında bazı noktai nazarlar ileri sürerek, mücadelenin esas unsurlarından biri olan bu teşekkülün hakikî mevkiinin tayinine saik olacak bir müzakereye zemin hazırlamak istiyoruz.

Veremin tevessü ve intişarında tek ve esas âmil bulaşma olduğuna ve bu bulaşmaların en büyük kısmı da aile hariminde, bir arrada oturan insanların samimî muhitlerinde cereyan ettiğine göre verem mücadelesinin bulaşmayı önlemeye matuf çalışmaları bütün yurttaşlara veremi göstermeği, ondan korunma çarelerini tatbik ettirmeyi ve onların tüberküloz mücadelesine bilfiil iştiraklerini temin etmeyi hedef tutmalıdır.

Bize göre bu, verem savaşı derneklerinin işidir. Halk kendi sinesindeki teşekküllere, resmî olanlara nazaran, çok daha yakınlık hisseder. Bir çoklarının bizzat âza kaydedildikleri bu halk teşekkülleri onların içine daha kolaylıkla nüfuz eder, onlar nezdinde daha kuvvetli tesirler yaparlar. Ecnebî memleketlerin bir çoğunda verem mücadelesinin mühim bir kısmı, bilhassa propaganda ve profilâksi kısmı böyle halk teşekküllerinin elindedir.

Memleketimiz, halk teşekküllerinin verem mücadelesindeki mühim rolü hakkında çok mühim bir misal vermiştir. Evet, bizde verem mücadelesi İzmir ve İstanbulda teşekkül eden iki dernek ile başlamıştır. Bu iki dernek senelerce tek başlarına çalışmışlar, çabalamışlar, halk ve hükûmet üzerinde mühim tesirler yapmışlar ve meselenin bugün bir numaralı bir iş olarak Devlet ve Millet tarafından ele alınmasında muhakkak ki büyük rol oynamışlardır.

Son senelerde memleketimizde 92 verem savaş derneğinin teşekkül etmesi, hükûmetin milyonlarca tahsisat alarak verem mücadelesini kurmağa başlamış olması bu çalışmaların müsbet neticelerindedir.

Verem savaşı derneklerinin çalışmalarını çok yakından takip ve tasvip eden Hükûmet ve Millet Meclisi onlara Belediye gelirlerinden bir gelir sağlamak suretiyle bu çalışmaların takdir edildiğini göstermişlerdir. Ayrıca Sağlık Bakanlığı almış olduğu verem tahsisatından her sene bu derneklere yüz binlerce liralık yardımda bulunmakta ve onların mesailerini desteklemektedir.

Bu derneklerin mühimce bir kısmı henüz mücadelede, bilhassa onun profilâksi kısmında aktif bir rol alacak, bir dispanser kuracak imkânlardan mahrumdur. Fakat buna rağmen böyle bir derneğin kurulmuş olması, kendisinden bahsettirmesi bile verem mücadelesinde mühim bir adım teşkil eder. Bunların inkişafı muhakkaktır.

İstanbul gibi milyonluk bir şehirde senelerce 3 - 4 bin lirayı aşmayan yıllık bir gelirle fütur duymadan çalışan İstanbul Verem Savaş Derneğinin bugün milyona varan bütçesi, 16 dispanseri, sanatoryomu vesairesi bunu teyid eden mühim ve müsbet bir delildir.

Bilhassa verem dernekleri çalışmaları asıl hedefe tevcih edilecek olursa, kısa bir zamanda çok verimli bir hale gelecekleri muhakkaktır.

Bu hedef birdir ve tektir. O da bir verem dispanseri tesis ederek onu çalıştırmaktır. Ancak bu yapılabildikten sonradır ki bir verem savaşı derneği hakikî işini görmeğe başlamış sayılır.

Hâl böyle iken bazı yerlerde verem savaşı derneklerinin gelir ve çalışmalarının yanlış istikametlere sarf ve sevk edildiğini görmekte müteessiriz. Meselâ bazı derneklerin verem tedavi müesseselerini yapmağa teşebbüs ettiklerini, binalar yaparak Sağlık Bakanlığına devrettiklerini, hattâ dispanser binası yaparak çalıştırılmasını Bakanlığa bırakanlar bulunduğu, gelirlerinin büyük bir kısmını hastalara ilâç vesair yardımlara harcadıklarını görüyoruz. Halk psikolo-

jjisinin bu tarzı harekette rolü olduğu muhakkaktır, ancak verem savaşı derneklerine düşen vazife bu yolun yanlış olduğunu, tedavi müesseseleri yapmak ve işletmenin sağlık otoritelerine ait bir iş olduğunu, derneğin en mühim vazifesinin bir dispanser kurup işletmek olduğunu her türlü ikna vasıtalarına baş vurarak anlatmaktadır.

Verem tedavi müesseselerine, yani verem yataklarına olan ihtiyacı şüphesiz çok büyüktür, ancak bu, Sağlık Bakanlığının vazifesidir. Sağlık Bakanlığı bu işe fevkalâde ehemmiyet vermiş ve bilhassa son iki sene zarfında verem müesseselerini kurmaya milyonlarca lira ve bir çok emekler sarfederek mevcut verem yatakları sayısını bir kaç sene evvelkinin üç misline çıkarmış bulunmaktadır. Bu hakikaten her türlü takdirin fevkinde büyük bir başarıdır ve bu tempo ile çalışıldığı takdirde — ki bunun böyle ve hattâ daha büyük bir hızla devam edeceğine dair müsbet emareler vardır — iki üç sene sonra memlekette verem yatağı meselesinde hiç bir sıkıntı kalmıyacak, hemen her yatması icap eden hasta için derhal bir yatak bulmak imkânı hasıl olacaktır.

Binaenaleyh dernekler çok pahalı olan bu işleri salâhiyetli ve gelir menbaı çok geniş olan Hükûmete, Sağlık Bakanlığına bırakarak bir dispanser kurmayı esas bir hedef olarak almalıdır, böylece halk arasında hastaları bularak onları devletin vesair teşekküllerin tedavi müesseselerine sevk ederek hem hastalara tedavi imkânlarını sağlamak hem de muhitinden ayırarak aile ve topluluklar içinde yeni bulaşmaları önlemek, evlerde koruyucu tedbirleri almak, verem mücadelesinde büyük faydası olduğu tahakkuk eden topluluklar arasında seri röntgen muayeneleri yapmak, icap edenleri aşılacak ve bu vesilelerle halk ile direkt temasta bulunmaktan istifade ederek halkı veremden korunma sahasında tenvir etmek imkânını bulacak; aynı zamanda evlerinde kalan, müesseselerden dönen hastaların tedavisini de temin etmiş bulunacaktır. İşte verem savaş derneğinin mücadele cephesinde alacağı rol budur ve bunda memlekete en büyük faydalar sağlanacağı da muhakkaktır. Bu, aynı zamanda halkın Devlete de yardımı demektir.

Nitekim 1949 senesinin Ocak ayında, 1950 nin Kasımında Ankara'da Sağlık Bakanlığının Başkanlığı altında Bakanlığın alâkadar üyeleri, memlekette tüberküloz sahasında tanınmış otoriter ve diğer Bakanlık mümessillerinden müteşekkil olarak toplanmış olan verem istişare komisyonu verem mücadelesini şehirlerde ve küçük kasaba ile köylerde olmak üzere ikiye ayırarak şehirlerdeki mücadelenin verem savaşı dernekleri ile yapılmasını prensip olarak kabul etmiş-

tir. Bu hakikaten çok yerinde bir karardır. Memleketimizdeki bazı verem savaşı dernekleri bu işi çok mükemmel şekillerde dernekler tarafından yapılabileceğini de bilfiil göstermişlerdir.

Bu mücadelenin esası da verem dispanserleri kurmakla başlıya-
cağına göre dispanserleri olmıyan bütün verem savaşı derneklerinin ilk iş olarak bunu tahakkuk ettirmeğe çalışmaları icap eder.

Temas ettiğimiz bir takım verem dernekleri, gelirlerinin azlığı sebebiyle böyle bir dispanser yapmak imkânından mahrum olduklarını mazeret olarak ileri sürüyorlar ve ellerine geçirdikleri paraları yukarıda arzettiğim, asıl hedefleri ile alâkadar olmıyan, hususlara harcıyorlar. Bu yanlış yoldur, bu yolda devam ettikleri takdirde hiç bir zaman bir verem savaşı derneği gibi çalışmaya, bir dispanser kurmaya imkân bulamayacaklardır.

Halbuki pek mahdut bir gelirle de bir verem dispanseri kurmak, onu idare etmek mümkündür. Size eskiye ve yeniye ait bir misal arz etmekle tezimi yaşıyan delillere istinat ettirmiş olacağım.

Evvêlâ İstanbul Verem Savaş Derneğini ele alacağım. Dernek 1927 de teşekkül etti. İlk senelik geliri 1100 liradır. Fakat buna rağmen dernek birinci senelerdeki çalışmalarına gazetelerde neşriyat yapmak, broşür ve el ilânları dağıtmak, duvarlara levhalar astırmak gibi bir propaganda ile başlamış ve ikinci senesi Eyüpte ilk dispanseri açmış, çok mahdut gelirine rağmen bunu açılışından itibaren mükemmel bir dispanserden beklenen bütün işleri yapacak şekilde işletmiştir. Bu kadar mahdut gelirle bu işi nasıl yaptı? Evvelâ Belediyeye müracaat ederek kiralık ahşap ve harap bir bina-daki Eyüp Belediye Dispanserinden kendisine iki oda tahsis ettirdi, orada ufak bir lâboratuvar tesis etti. Röntgen makinesi tedarik etmek imkânı olmadığından filmleri kendi vermek suretiyle röntgenlerin Guraba Hastanesinde, Gülhane ve Heybeliada Sanatoryomunda çekilmesini temin etti. Eyüp dispanserinin doktor ve hemşiresine ufak bir süpleman vererek günlük işlerin tedvirini temin etti. Dernek âzasından olup tüberküloz sahasında mütehassıs olan üç doktor fahrî olarak münavebe ile haftada üç gün öğleye kadar çalışmayı üzerlerine aldılar. Sağlık Bakanlığından, Heybeliada Sanatoryomundaki hemşirelerden birinin staj yapmak üzere dispansere gönderilmesini temin ettiler ve böylece muntazam ev ziyaretleri yapmak imkânlarını sağladılar. Üç sene bu şekilde çalıştıktan sonra 1931 de bir mütehassıs hekim tayin edebildiler ve o sene halkın yardımı ile bir arsa satın aldılar.

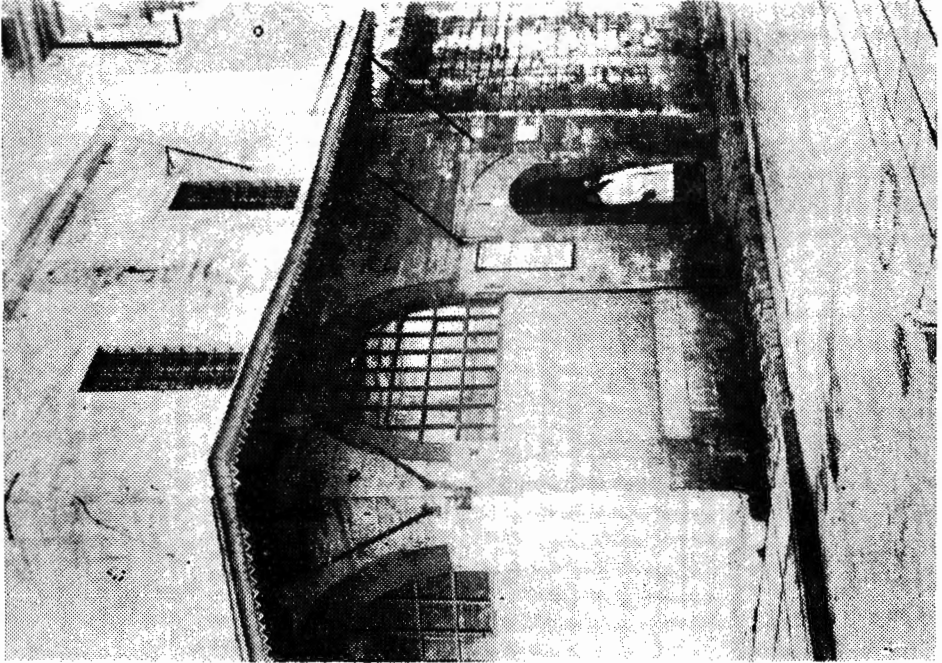
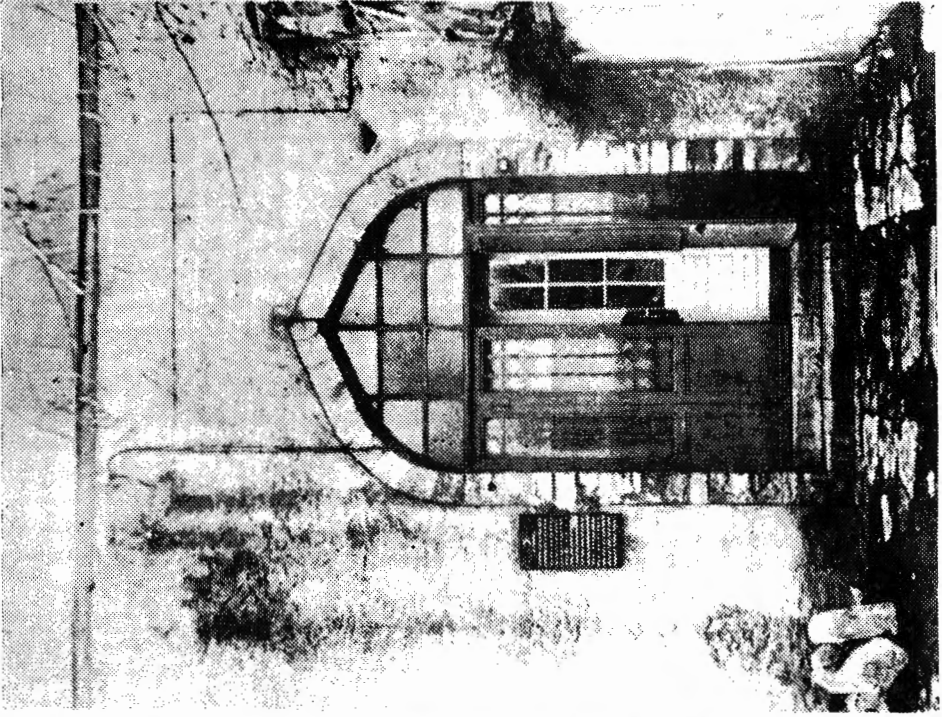
1935 senesinde bu arsa üzerine resmî, hususî teşekküllerin ve

halkın yardımı ile bir dispanser binası yaparak oraya geçtiler. 1938 de bir ziyaretçi hemşire tayin ettiler, 1941 de bir röntgen makinesi alarak dispanseri tamamladılar. Yâni dispanserin her türlü tesisatı ile tam bir şekil alması tam 12 sene sürdü. Fakat yukarıda da arzettiğim gibi bütün noksanlarına rağmen dispanser ilk günden itibaren tam bir verem mücadele dispanseri şeklinde çalıştı. Sonra tabii vaziyet değişti, halk verem mücadelesinin ehemmiyetini ve dispanserin rolünü anladı, sonraki 10 sene zarfında birbirini müteakip 15 dispanser yaptı.

Bugün ise vaziyet çok daha değişmiştir. Arzu eden derneklerin kısa bir zamanda gayelerini tahakkuk ettireceği muhakkaktır. Bunu teyid etmek üzere son zamanlardan bir örnek vereceğim. Tekirdağ Verem Savaş Derneği teşekkül etmiştir. Bu derneğin başında bulunanlar idealist ve işe kendini vakfetmiş insanlardır. İstanbul Derneği ile daima temasta bulunan, ondan ilham alan bu küçük dernek kısa zamanda gelirinin çok az olmasına rağmen lüzumuna inandığı verem dispanserini kurmuştur. Dernek idare heyetinin ve bunların çok değerli başkanının teşebbüsü ile Tekirdağ Belediyesinin çarşıdaki akar dükkânlarından biri derneğe verilmiş ve dernek tarafından yapılan tadilat ile bu işi pekâlâ ifa edecek bir dispanser haline konulmuştur. Dispansere Kızılaydan teberru olarak bir röntgen temin edilmiş, işlerine kâfi gelecek bir lâboratuvar tesis etmişlerdir. Sağlık Bakanlığınca aylığı kendisine ait olmak üzere mütehassıs bir fitizyolog hekim tayin edilmesini sağlamışlardır. Okumuş bir bayanı üç ay müddetle İstanbul Verem Tekâmül Merkezine göndererek çalıştırdıktan sonra hemşire olarak istihdama başlamışlardır. İşte yoktan tesis edilmiş mükemmel bir dispanser (Plân I), şimdi yine buna bitişik bir dükkânı daha almışlar ve oraya da 2 - 3 yatak koymak suretiyle pnömotoraks ve pnömooperituvanların ilk enflasyonlarını da yaptırmak teşebbüsündedirler.

Bu iki misalin belâgati karşısında fazla söz söylemeğe lüzum görmüyorum.

Bu misaller muhakkak surette bizim son zamanlarda yaptırmış olduğumuz yüz bin liraya yakın bir paraya mal olan, her türlü ihtiyacı karşılıyan modern binalar (Plân IV) yapılmasına lüzum olmadığını da göstermektedir. Büyük bir kasaba kadar nüfusu olan Eyübün verem dispanseri bu seneye kadar küçük ve basit bir binada (Plân I), sıkışık vaziyette olmakla beraber, her türlü ihtiyaca cevap verecek bir şekilde çalışmıştır. Ancak bu sene üzerine bir kat ilâve ederek onu genişletmiş bulunuyoruz (Plân II).



Şekil 1.

Muhakkak surette bina yapmak istiyen ve geliri fazla olmıyan dernekler için Eyüp dispanserinin birinci safhası maksada kâfi gelecektir. Halkın vereceği aynı yardımlarla ve hattâ kerpiç olarak da yapılabilecek olan böyle bir bina pek ucuza mal edilebilecektir.

Bina yapılamaz ise bir hastanenin bir köşesinde, resmî ve millî binalarda, bir medrese ve her hangi bir köşede dispanser kurmak mümkündür. Nitekim bizim dispanserimizden ikisi metrûk medreselerde tesis edilmiştir (Şekil 1).

Velhasıl tesis büyük bir iş değildir. Mesele onun idaresindedir. Tam teşekküllü bir verem dispanserinin senelik masrafı 5.000 lira ile 10.000 lira arasındadır. Ancak çok daha az bir para ile bu işin idare edilebileceğini yukarıdaki misaller âşikâr bir surette göstermektedir.



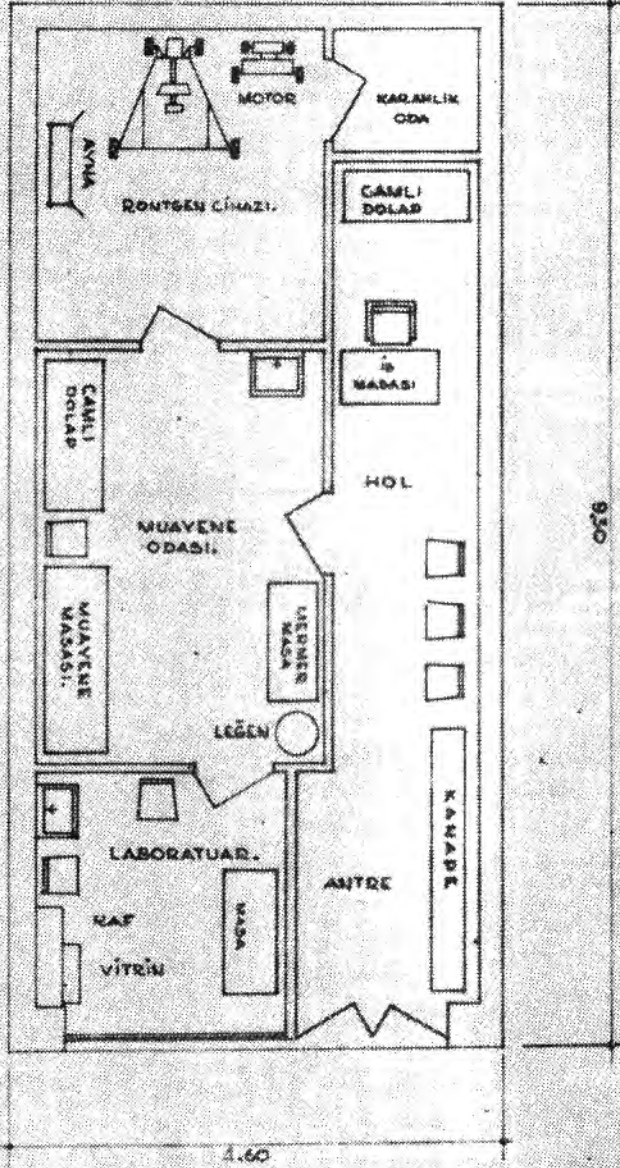
Şekil 2.

İlk zamanlarda bazı mütehassısların fahrî olarak veya cüz'î bir tazminat mukabili çalışmalarını temin etmek, mütevazı ücretle bir hemşire — veya onun vazifesini görebilecek kabiliyetli bir kimse — ile bir hademe tutmak, röntgen alınacak vaziyete gelinceye kadar mevcut müesseselerin röntgenlerinden istifade etmekle işe başlamak mümkündür. Böyle bir tesisi meydana getiren derneklere dispanser ihtiyaçlarını temin bakımından Sağlık Bakanlığının mühim yardımlarda bulunacağı da muhakkaktır ve bu fiiliyat ile de sabittir.

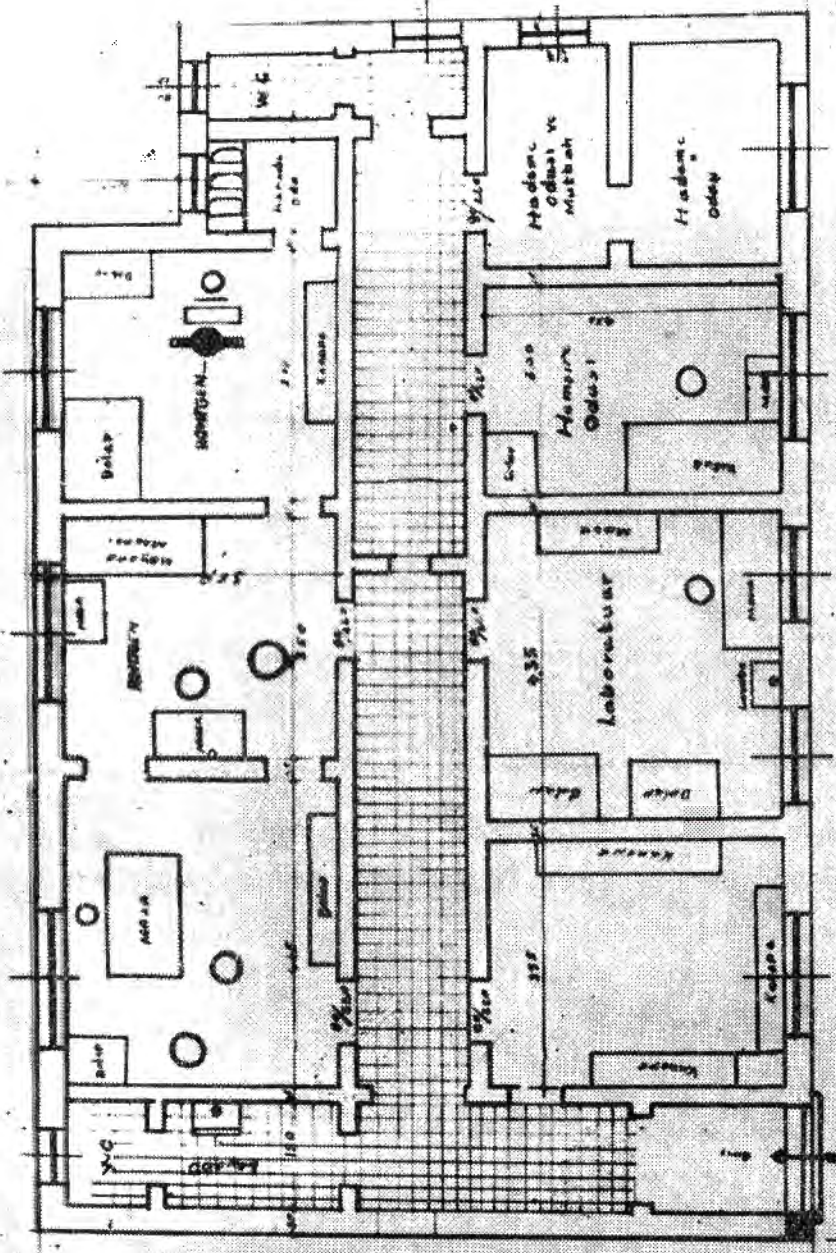
Verem savaşı derneklerinin verem mücadelesindeki hakikî yer-

TEKİRDAĞ VEREM SAVAS DİSDANSERİ

ÖLCÜ 1/50

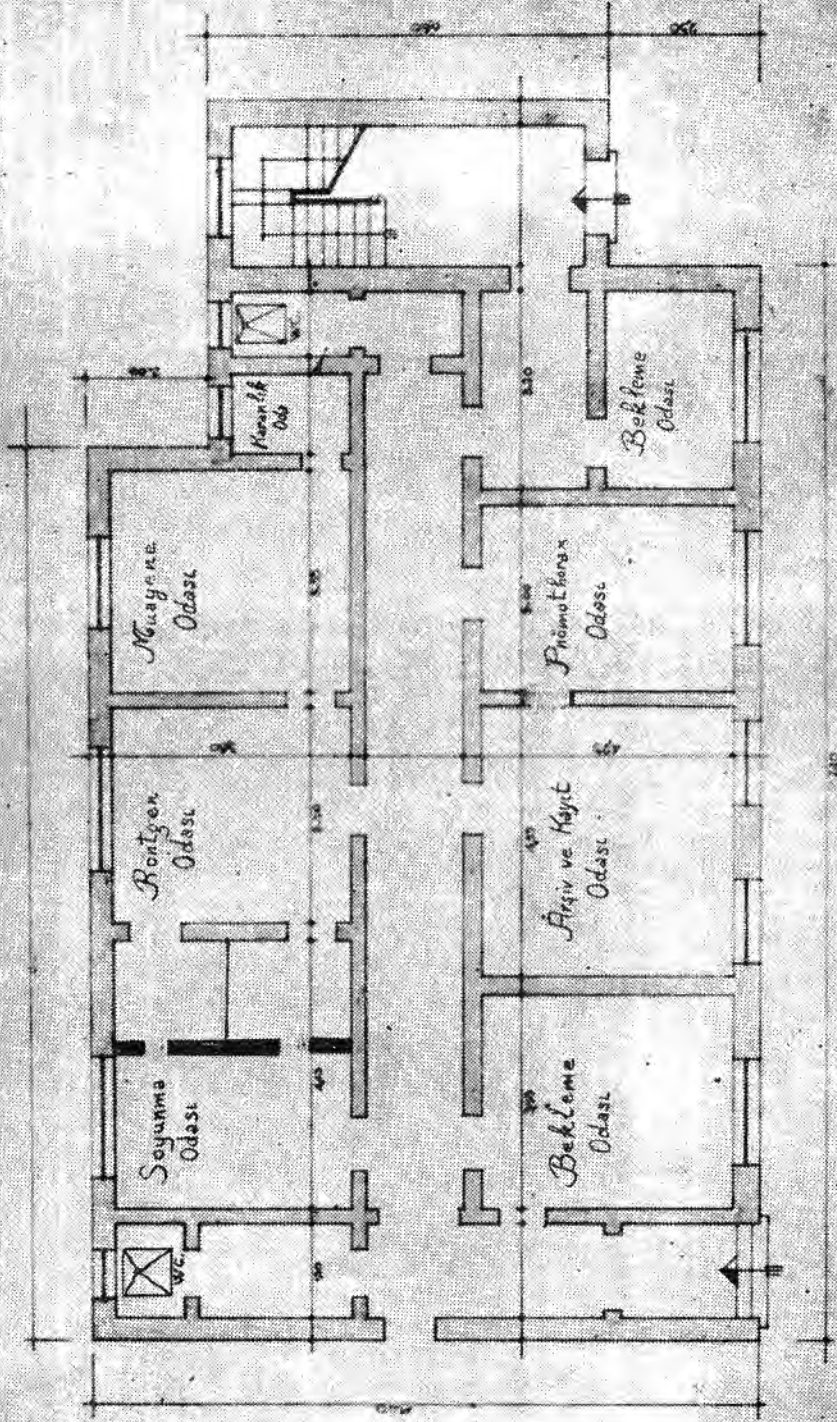


BELEDİYE CADDESİ



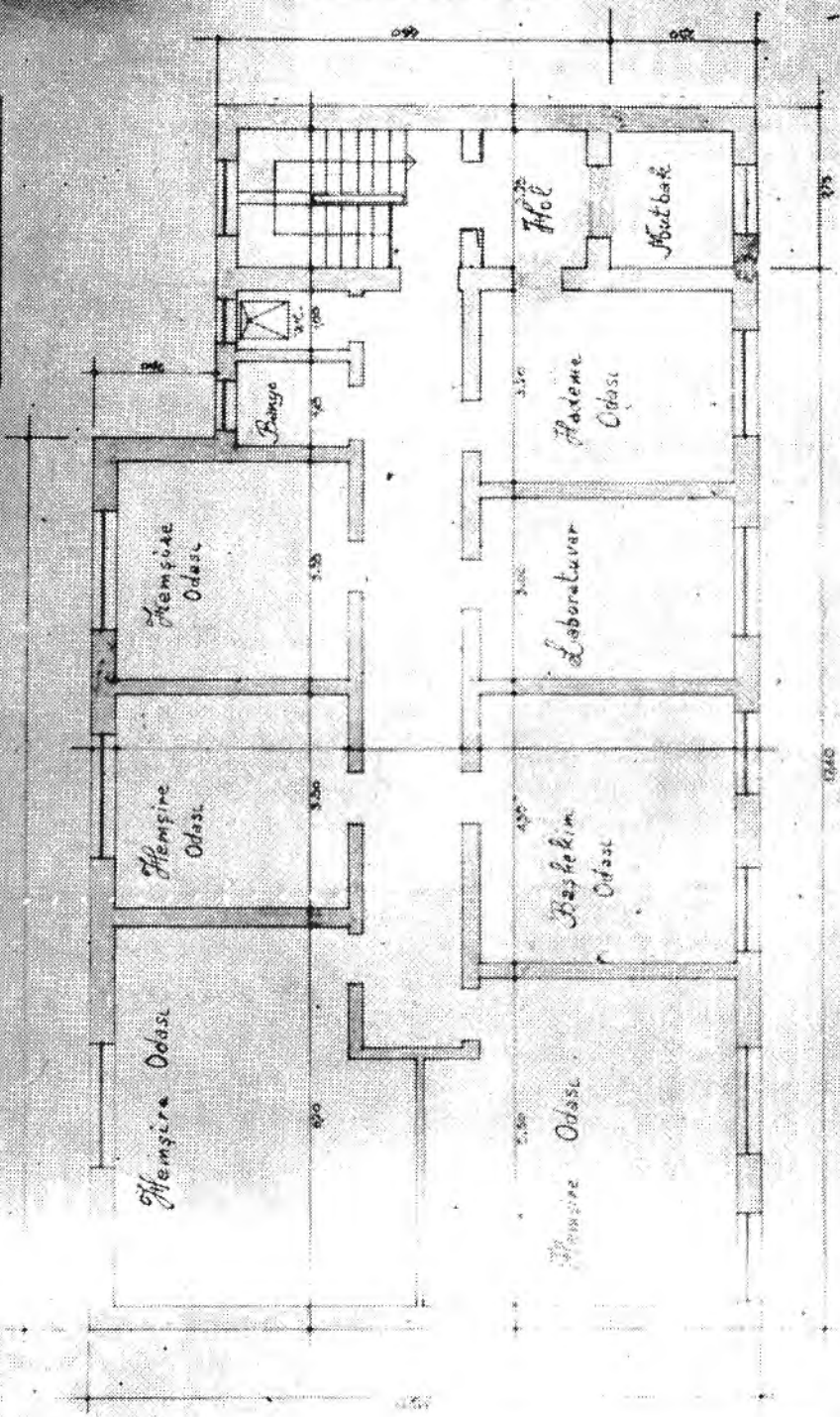
Plan II

MERKUT ZEMİN KATI



Plan III

LAM. IDIRLIK KAT.



Plan IV

lerini almaları, çalışmalarının memleket için çok daha semereli olması için faydalı olacağını düşündüğüm yukarıdaki hususları salâhiyettar heyetinizin kıymetli münakaşasına arz ediyorum.

S U M M A R Y

The Role of Anti-tuberculosis Associations in the Tuberculosis Campaign: In the campaign of tuberculosis the education of the people and to convince the public for this campaign is the duty of the Antituberculosis Association. Being a public society these associations work successfully on the matter. We have such a wonderful examples which prove this idea. The Anti-tuberculosis Associations must spend all their money on this purpose in the country.

The establishment of new dispensary is not necessary which costs about 1.00.000 pounds for a modern building and 10.000 pounds for yearly expanses, it is also possible to rent a small place and depend on the help of voluntary doctors just to deal the problem.

R É S U M É

Le rôle des Associations de Lutte Antituberculeuse dans la Prophylaxie de cette Maladie: Le Rôle des associations de lutte antituberculeuse a pour devoir, non seulement d'éclairer le public, mais aussi de le faire participer à cette lutte. De nature populaire par essence, elles assurent facilement le résultat, comme le prouvent les multiples exemples qu'on observe dans notre pays. Ces associations doivent, avant tout, fonder des dispensaires. Elles doivent donc consacrer tout leur revenu exclusivement à ce but.

Il n'est pas indispensable de construire dès le début des dispensaires luxueux qui reviennent à cent mille livres turques. Il est préférable de débiter plus modestement. On peut louer ou construire un petit immeuble et demander à des médecins d'assurer le service bénévolement. L'auteur donne quelques exemples et présente des plans.

Görülüyor ki Ankara şehri için şartlar bugün de değişmiş değildir. 1950 yılındanberi Ankara'da süratle artan inşaat bir çok yeni işçi sınıfının Ankara'da yerleşmesine sebep olmuş, mesken şartları bu sınıf halk için esas itibariyle değişmemiştir.

Ankara'da verem muayenesiyle uğraşan merkezlerin artışına mukabil, muhitte sair İl ve İlçelerde aynı teşkilâtın kurulmaması meticesi muhitte husule gelen hasta akını bilhassa fakir ve işçi ailelerinin içinde tüberküloz enfeksiyonun yayılmasında hattâ veremli bulunan bir kısım ailelerin tedavi olmak ve yatak temini gayesiyle Ankara'ya yerleşmesine sebep olmuştur. Bu mücbir sebeplerin tesirlerinin daha uzun müddet devam edeceği muhakkak olduğundan Ankara'da koruyucu mücadelenin ve verem yatak adedinin artmasına rağmen Ankara'daki verem mortalitesi nispetlerinde kısaca bir zamanda büyük bir tahavvül beklenemez.

Bu esaslı kanaatımızı bildirdikten sonra sıra ile derneğin mesaisi hakkında malûmatımı arz ediyorum.

1. Derneğin gelirleri :

Derneğin teessüsünden 1952 yılı sonuna kadar geliri şunlardır:

1 — Teessüs tarihinden 1946 yılı sonuna kadar	190.553,84
2 — 1947 yılı içinde	190.043,36
3 — 1948 » »	106.542,34
4 — 1949 » »	207.109,15
5 — 1950 » »	613.250,22
6 — 1951 » »	313.944,05
7 — 1952 » »	214.130,55

Umumî yekûn 1.844.573,51

Bu paranın geliş menşelerine göre taksimi (1) No. lı cetvelde gösterilmiştir.

Gelirlerimizin en ehemmiyetlilerini resmî daire ve müesseseler tarafından yapılan yardımlarla Kızılay tarafından yapılan yardımlar, tahsisler, balo gelirleri ve bilhassa 5237 sayılı knunla Belediyelerden alınan hisseler teşkil etmiştir.

Sağlık Bakanlığının, Kızılayın ve Ankara Belediyesinin yardımlarını ve gelir kolunun büyük gayretlerini burada şükranla anmak isterim.

2. Tesisler ve tesis giderleri :

Bugüne kadar üç dispanser ve 50 yataklı bir verem hastanesi tesis edilmiş ve Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından yapılan hibelerle Ankara Nümune Hastanesi arkasında bodrum ve çatı katı ile birlikte beş katlı bir verem hastanesi inşa edilmiş ve verem savaşında kullanılmak üzere 19/12/952 tarihinde Sağlık Bakanlığına devredilmiştir.

Bu binanın yatak kapasitesi 140 dır. İnşa masrafı, kalorifer, asansör ve sair sihhî tesisler ile birlikte 719.680,63 liradır. (Yatak başına 514 lira).

Dispanserlerimizin durumunu bildirir cetveller aşağıdadır:

	Tahsis ya- pan veya inşa eden	Faaliyete geçmesi için Dernekçe yapılan masraf		Faaliyete başladığı tarih
		İnşaat için	Tesisler için	
(1) No. 1 Dispanser	Veremle Sa- vaş Derneği	323.682,35	158.190,80	7/1/1950
(2) » »	Ankara Hu- susî İdare Muhasebesi	—	28.666,76	23/6/1950
(3) » »	Sağlık ve Sosyal Yar- dım Bakanlığı	—	19.795,85	19/1/1952

Bina ve tesisler:

	Oda adedi	Röntgen ve kapasitesi	Lâboratuvar
(1) No. 1 Dispanser	7	1 (radyofotografi cihazı) 1 (100 miliamperlik)	1 (Dispanser lâbora- tuvarı)
(2) » »	9	1 (100 miliamperlik cihazı)	1 (Dispanser lâbora- tuvarı)
(3) » »	5	1 (200 miliamperlik) tomoğrafi ve seri grafi de yapar.	1 (Dispanser lâbora- tuvarı)

Personel:

	Dr.	Bakteriyolog	Hemşire	Lâborent	Arşiv memuru	Hâdeme
1 No.1 Disp.	2	1	2	2	1	1
2 » »	1	—	2	—	—	1
3 » »	1	—	2	—	—	1

50 yataklı verem hastahanesi :

Merkez binasının üst iki katını işgal etmekte ve Cuma günleri bütün mütehassıs ve asistanlarla Ankara'nın veremle uğraşan tanınmış mütehassıslar ve arzu eden hekimlerin iştirakiyle toplanan konuşayda yatma kararı alan hastalara hasredilmiştir.

İşesi Sağlık Bakanlığınca, tıbbî bakımı Fizizyoloji kürsüsü taraflarından, sair masrafları ve personeli de Dernek tarafından temin edilmektedir.

Bina ve tesisler:

<i>Oda adedi</i>	<i>Röntgen adedi</i>	<i>Lâboratuvar</i>	<i>Ameliyathane</i>
38	2 (Biri tam portatiftir).	(Bütün genel bakteriyolojik tahliller yapılmaktadır.)	1

Hastahane bir numaralı dispanserin üstünde olduğundan onun röntgen ve lâboratuvar tesislerinden de istifade etmektedir.

Personel :

<i>Müt. Dr.</i>	<i>Asistan</i>	<i>Hemşire</i>	<i>Hast. Bak. kadın</i>	<i>Hast. Bak. erkek</i>	<i>Mutfak</i>	<i>Klorifer</i>	<i>Sair P.</i>
1	3	3	3	3	3	1	4

	<i>1950</i>			<i>1951</i>			<i>1952</i>		
Dispanser masrafları	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Personel maaşları	3700	2800	—	7150	5400	—	9900	6000	6000

Hastahanedeyatma müddetsizdir. Ayakta kontrolün kabil olduğu âna kadar sürer. Bu arada yatma müddeti 1,5 seneyi bulanlar olduğu kadar hemoptizi vesair sebeplerle yahut eski hastalarımızdan tekrar tetkiki lüzumu hasıl olanlar için çok kısa sürenler de olmuştur. İlânihaye yatma arzu ve ısrarında olan hasta yoktur. Çok kere zamansız ayrılış isteyenlere hatâlarını hatırlatmaktayız. Ayak kontrolüne alınması için mide suyunda basilin direkt ve homojenizasyonla son zamanda kültür ve inoculation ile menfî olması şarttır.

Hastahane mesaisi:

	1950	1951	1952
Yatak adedi	50	71	71
Yatan hasta adedi	64	229	251
Bir hastaya düşen yatma müddeti	—	72	72
Bridektomi	—	3	9
Frenik	—	48	45
Extraplöral	—	8	3
Torakoplasti	—	16	17
Kavern drenajı	—	5	3
Sair müdahaleler Bronkografi	—	15	28
Bronkoskopi	—	22	58
Ampiyem tedavisi	—	—	54

Ampiyem tedavisi neticeleri hakkında XII. ci Millî Türk Tıp Kongresine bir tebliğ yapılmıştır.

	1950	1951	1952
Hastane masrafları	2940	14900	28200
İşletme masrafları	28335	30900	31700

Dernekçe yapılan sair yardımlar:

Dernekte profilâksi ve tam tıbbî kontrol yardımların esasıdır ve yapılan bütün hizmetler karşılıksızdır. Yukarıdaki masraflarımızın hepsini bu yardıma dahil addedilmelidir. Bunun haricindeki yardımlarımız gıda hariç sair müesseseler tedavi karşılığı, yolluklar ve film masraflarıdır.

	1950	1951	1952
Sair yardımlar	5019,03	6235.—	14746.—

Derneğin bugünkü malî durumu:

Yüz güldürücü olmamakla beraber bir, bir buçuk senelik faaliyetimizi tamamiyle yardımsız idare edecek durumdayız. Elimizdeki

binâların ve arsaların maliyetinin daimî yükselişinden başka tahvilât ve nakit olarak 1 Ocak 1952 tarihinde (124.257,08) liramız mevcuttur.

1953 yılı faaliyet plânımız:

Mevcut tesislerimizin idamesinden başka Yenimahallede Belediyece tahsis edilen arsada bir dispanser inşasını,

Ankara Cezaevi tarafından tahsis edilecek bir arsada inşası mukarrer hükümlüler verem hastahanesine muttasıl bir bölge dispanseri yaparak aynı zamanda hükümlülerin verem kontrolünü,

Cebeci'de Kızılay hastanesi civarında Belediyece tahsis edilen arsada bir bölge dispanseri inşasını,

Mevcut binamızın (120) yatağa iblâğı için yaptığımız plânın tahakkukuna çalışılmasını,

Bir üniversite verem hastanesi ve üniversitelilerin muayenesine de bakacak bir bölge dispanseri tesisini plânlarımız içine aldık.

Malî imkânlarımızın bu kadar tesisi bir yılda başarmasına imkân vermeyeceği tabii ise de gayemizin tahakkuku için esaslı yardımlar göreceğimize inanıyoruz.

Birinci Fitiziyoloji Kongresinin Türkiye Verem Savaşının olduğu kadar Ankara Veremle Savaş Derneğine de uğur getirmesini dilerim.

S U M M A R Y

The Activities of Antituberculosis Association in Ankara: The activities of Antituberculosis Association in Ankara since 1946 is determined - income, expenses, establishments, staff, the activities of the hospital etc., - and explained on statistical data.

R É S U M É

Les travaux de Associations de Lutte antituberculeuse d'Ankara. - L'auteur fourni des renseignements et décrit les travaux, les revenus, les dépenses, les établissements, le personnel, les travaux d'hospital etc.

No. 1

BU PARANIN GELİŞ MENŞELERİ

	1946	1947
Resmî daire ve müesseseler	162.600,00	114.050,00
Kızılayın yardımları	20.000,00	—
Eşhas ve hususî teşekküller	4.007,54	6.057,46
Aynı bağışlar	1.707,20	—
Gayrimenkul bağışlar	3.457,00	2.759,20
Şartlı bağışlar	—	—
DERNEK GELİRLERİ.		
Üye aidatı	3.205,00	2.452,15
Maktu makbuz	277,09	468,10
Pul geliri	—	—
Balo ve müsamere hasılatı	215,00	—
Faiz ve kuponlar	4.025,54	14.127,89
5237 sayılı kanun mucibince Belediyeden ...	—	—
Müteferrik gelirler	59,97	128,55
Y E K Ü N	199.553,84	190.043,35

Umumî yekân: 1.844.573,51

İTİBARIYLA TAKSİMİ ŞÖYLEDIR :

1948	1949	1950	1951	1952
63.673,48	6.650,00	10.500,00	11.451,73	8.720,00
—	10.250,00	—	25.000,00	25.000,00
2.973,86	2.369,90	140,00	780,00	275,00
18.520,00	4.470,30	410,00	—	—
—	—	—	—	—
1.233,15	80.000,00	478.780,00	130.000,00	1.702,50
—	—	—	—	—
4.254,00	3.515,32	3.437,00	1.802,88	1.364,00
1.861,79	143,00	148,49	—	—
—	1.909,00	960,00	660,00	370,00
—	—	18.099,60	17.470,84	33.135,00
13.830,56	9.740,36	9.748,29	7.358,96	10.900,00
—	87.875,21	90.957,19	113.811,21	125.497,30
195,50	186,06	69,35	5.607,73	7.216,00
106.542,15	207.109,15	613.250,22	313.944,05	214.130,55

	1946	1947	1948	1949	1950	1951	1952	Düşünceler
Tarama sayısı	—	—	—	—	1810	4834	1394	Dispanser dışında yapılanlar hariçtir.
Tüberkülin reaksiyon sayısı	—	—	—	—	1031	10184	10750	Ekipler halinde B.C.G. tatbikatı için yapılanlar hariç.
Aşı sayısı	—	—	—	—	226	720	1010	Ekipler halinde B.C.G. tatbikatı için yapılanlar hariç.
Muayene sayısı	—	—	—	—	4712	10980	12683	
Kontrol ve tedavide veremli sayısı	—	—	—	—	—	74	264	
Pnx » »	—	—	—	—	33	66	59	
Ayrıca ekipler halinde tüberkülin	—	—	—	—	14228	21085	10699	
Ayrıca ekipler halinde B.C.G. aşısı	—	—	—	—	4329	6871	5019	

	1946	1947	1948	1949	1950	1951	1952
Merkez bürosunun bütün işletme masrafları	12.949,07	16.414,25	12.273,16	21.411,00	31.163,69	19.756,00	22.800,00
Dispanserlerin bütün işletme masrafları	4.820,64	3.036,04	4.485,70	23.348,00	58.142,11	32.151,05	49.750,00
Hastanenin bütün işletme masrafları	—	—	—	—	31.275,00	45.780,00	55.976,00
Yeni inşaat bütün masrafları	—	—	—	68.045,62	315.387,93	318.637,54	17.609,54
Yeni tesislerin bütün masrafları	3.412,79	2.903,72	17.144,48	6.062,00	62.089,00	65.628,77	49.967,00
Y E K Ü N	21.182,50	22.354,01	33.903,34	118.866,62	498.056,73	481.953,36	196.102,54

Umumî yekûn 1.372.419 L. 10 Kk.

Heybeliada Sanatoryomu

Direktör: Dr. Tevfik İsmail Gökçe

SAĞLIK MERKEZLERİNİN VEREM SAVAŞINDAKİ ROLÜ

Dr. TEVFIK İSMAİL GÖKÇE

Esas tebliğe girmezden evvel bu mevzuu ilham eden bir rapordan bahsetmek istiyorum. Memleketimizde verem savaşının ne suretle yapılması icap ettiğini tesbit eden bu rapor 1949 ve 1950 senesinde olmak üzere iki defa Ankarada Sağlık Bakanlığında toplanmış olan Verem İstisare Komisyonu tarafından hazırlanmıştır. Bu komisyonun kimlerden teşekkül ettiğini kaydetmeyi de faydalı buldum.

Verem İstisare Komisyonu toplantılarına Sağlık Bakanının başkanlığı altında Bakanlık Müsteşarı, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Neşriyat ve İstatistik Genel Müdürleri, Danışma Kurulu Başkanı, Sosyal Yardım Müdür Muavini ve Verem Mütahassısı ile, Savunma Bakanlığı mümessilleri, Genel Kurmay Sıhhiye Müfettişi ve Savunma Bakanlığının Sıhhat İşleri Dairesi Başkanı, Millî Eğitim Bakanlığını temsil eden Valdebağ Prevantoryom ve Sanatoryomu Baştabibi, Çalışma Bakanlığından İşçi Sağlığı Genel Müdürü, Ulaştırma Bakanlığı adına Devlet Demir Yolları Sağlık İşleri Reisi, İstanbul Üniversitesinden III üncü İç Hastalıkları Ord. Prof. Dr. Tevfik Sağlam, Ortopedi Kliniği Ord. Prof. Âkif Şakir Şakar, Ankara Üniversitesinden İç Hastalıkları Profesörleri Dr. Zeki Hakkı Pamir ve Dr. Nusret Karasu, Gülhane Askerî Tatbikat Okulundan İntaniye Mütahassısı Prof. Dr. Nuri Ergene, Refik Saydam Hıfzı-sıhha Enstitüsü Müdürü Dr. Niyazi Erzin, Heybeliada Sanatoryomu Baştabibi Dr. Tevfik İsmail Gökçe, Haydarpaşa Nümune Hastanesi Verem Pavyonu Şefi Dr. Yakup Çelebi, İzmir Bulaşıcı Hastalıklar Hastanesi Baştabibi Dr. Lütfü Serinken, İstanbul Belediyesi Hıfzı-sıhha Müessesesi Müdürü Dr. Nurettin Onur, Ulusal Verem Savaşı Derneği İkinci Başkanı Mütahassıs Dr. Fazıl Şerafettin Bürge, Serbest Cilt Mütahassısı Hasan Reşat Sığındım, Ankara Verem Dispan-

seri Baştabibi Dr. Tahsin Tolga iştirak etmişlerdir. İki toplantıda, bulunan zevat arasında bazı değişiklik olmakla beraber ikinci komisyon da birincinin kararlarını tamamiyle teyit ve kabul etmiştir.

Her iki toplantısına da iştirak ederek umumî raportörlüğünü yaptığım bu komisyonların vardığı kararlar kanaatimce memleketimizdeki verem mücadelesinde, umumî mahiyette olmakla beraber, en mükemmel bir rehber olacak esasları ihtiva etmektedir.

Broşür halinde bastırılan bu raporun baskı sayısı az olduğundan muhterem heyetinizden bir kısmının ıtılâına varmamış olduğunu tahmin ediyorum. Verem mücadelesi ile ilgilenecek veya meşgul olacaklar için bunun bir kere gözden geçirilmesi faydalı olacaktır.

Biz de bu raporun kongremizin mediko-sosyal mevzuunu alâkadar eden verem mücadelesinin teşkilâtına ait olan kısmından bazı maddeleri aynen buraya aldık. Böylece raporun bu kısmının daha geniş ve yetkili bir heyet karşısında bir kere daha müzakere ve tetkikine meydan vermek istedik.

İstişare Komisyonu karar ve temennileri ismini taşıyan bölümün organizasyona ait kısmından 5 - 8 inci maddeler aşağıdadır:

«5. Verem savaşı şehirlerde ve köylerde olmak üzere ikiye ayrılmıştır. Şehirlerden maksat nüfusu on binden fazla olan yerlerdir. Buradaki savaşın mahallî savaş derneklerine yaptırılması muvafık görülmüştür. Savaş işinin her hangi bir derneğe verilebilmesi için o derneğin bu işi görebilecek kabiliyette olduğunun Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca kabul edilmiş olması şarttır.»

«6. Şehirlerdeki savaş, verem dispanserleri tarafından yapılacaktır. Nüfusu 10 - 50 bin arasında bulunan şehirler için birer, 50 - 100 bin arasındaki şehirler için ikişer, 100 binden yukarı olan şehirlerden Adana için iki, İzmir için dört, Ankara için beş, İstanbul için yirmi dispansere ihtiyaç görüyoruz. Nüfusu 10 binden yukarı olan şehirlerin listesi Organizasyon Talî Komitesinin raporunda mevcuttur. Bu suretle açılacak dispanserlerin sayısı 85 dir. Bu maksatla yeni hazırlanmış kanun tasarısı ile yapılması düşünülen hastahanelere ek pavyonların yanında bir de verem dispanseri yapılmalıdır. Komisyonun ek pavyonların nerelerde yapılması lâzım geldiği hakkındaki Organizasyon Talî Komitesinin hazırladığı listeyi kabul eder. Bu listede yazılı yerler dışında dispanser yapacak olan savaş derneklerine Bakanlık 1/2 nisbetinde yardım yapılmalıdır.»

«7. Nüfusu 10 binden aşağı olan yerlerde teşekkül edecek der-

neklerin bir dispanserin tesis ve idare masrafının yarısını temin edebilenlerine Bakanlık 1/2 nisbetinde yardım etmelidir. Bu yerlerde kurulacak savaş derneklerinin faaliyet sahası mahdut olacağından bunların çalışmalarının civar köylere de teşmil edilmesi muvafık görülmüştür.»

«8. Nüfusu 10 binden aşağı şehirlerle köylerdeki verem savaşı için komisyon, bugünkü şartlara göre bir an evvel açılmasını temenni ettiği sağlık merkezlerinin teşekkülünü beklemek zaruretini müşahede etmiştir.»

Şimdi aradan iki sene geçmiş olup bu esnada verem sahasında büyük işler yapılmıştır. Geçen zaman ve yapılan işler bu raporun memleketimizde verem mücadelesi için tesbit etmiş olduğu esasların yerinde olduğunu ve fiiliyatın da bunu teyit ettiğini göstermektedir.

Şehir mücadelesinde oldukça mühim inkişaf vardır. Verem savaşı derneklerinin sayısı 92 ye çıkmıştır, bunların mühimce bir kısmı henüz matlûp şekli almamış olmakla beraber ümit verici bir şekilde yürümektedirler. Bunlardan 37 sinin birer, İzmirin 2, Ankaranın 3, İstanbulun 16 dispanseri vardır. Sağlık Bakanlığının 1951 de 11 dispanseri vardı. 1952 nihayetinde 22 ye çıkarılması mukarredir. Sağlık Bakanlığının bu dispanserlerini ve daha yeni açacaklarını, bunların bulunduğu şehirlerdeki dernekleri teşvik ederek ve destekliyerek dispanseri idare edebileceklerine kanaat getirdiklerine, Verem İstişare Komisyonunun temenni ettiği gibi, devrettiği takdirde verem savaşı derneklerinin şehir mücadelesindeki çalışmaları birdenbire büyük bir inkişaf gösterecektir. «Verem Savaşı Derneklerinin Verem Mücadelesindeki Rolü» hakkında yaptığım ikinci tebliğde kaydettiğim hususlar nazarı itibara alındığı takdirde bunlarda süratli bir terakki olacağını kuvvetle tahmin ediyorum.

Şimdi esas tebliğime, sağlık merkezlerine geliyorum. Bu sahada ümidimizin çok üstünde büyük inkişaf karşısında olduğumuzu tebşir etmekle büyük bir zevk duyuyorum. Bu vesile ile şu noktayı tebarüz ettirmek isterim: İstişare Komisyonundaki müzakerelerimiz esnasında sağlık merkezlerinin teşekkülüne bağlanan köylerdeki mücadelenin çok geç ve güç tesis edilebileceği kanaati hâkim olmuştur. «Komisyon bugünkü şartlara göre bir an evvel açılmasını temenni ettiği sağlık merkezlerinin teşkilini beklemek zaruretini müşahede etmiştir» ifadesiyle bu meselenin tahkikinin kolay olamayacağı hakkındaki bedbinliğini âşikâr bir şekilde izhar etmiş bulunmaktadır. Daha açık bir tâbirle köy verem mücadelesinde müessir

olacak sayıda sağlık merkezinin kolay kolay teŖekkül etmesinin mümkün olamayacağını düşünmüŖtük.

Bu düşünce de yanılmıŖ olduğumuzu görmekle bahtiyarım. Sağlık Bakanımız bu müdil iŖi baŖarmanın sır ve imkânlarını bulmuŖ, o zaman 6 olan sağlık merkezi sayısını 1952 senesi nihayetinde 92 ye çıkarmıŖtır. Bunu bir kaç sene içinde memleket için lüzumunu kabul ettiği 500'e çıkarmak teŖebbüsündedir ve bunda muvaffak olacağına inanmaktadır.

Binaenaleyh İstiŖare Komisyonunun düşünöğü ve Sağlık Bakanlığının veremle de meŖgul olmasını kararlaŖtırdıđı bu sağlık merkezleri bu sahada çalıŖmalara baŖladıkları takdirde bir kaç sene içinde kaza ve köylerdeki verem mücadelesi tamamiyle teŖkilâtlanmış bir Ŗekilde meydana gelecek ve bu her türlü tahminin fevkinde bir baŖarı olacaktır.

Buna muvazi olarak verem savaŖı dernekleri de bu müddet zarfında büyük Ŗehirlerdeki mücadeleyi tamamiyle organize edecek olurlarsa memleketimiz verem mücadelesinde örnek olacak bir tekâmüle varacaktır.

Verem İstiŖare Komisyonu bu köy mücadelesinin, sağlık merkezlerinin teŖekkülüne bağlı olmak üzere, uzun bir zamanda tahakkuk edeceği düşünce siyle, sağlık merkezlerinin çalıŖma Ŗekilleri üzerinde durmamıŖtır.

1952 senesinde 100'e varan sağlık merkezine sahip olunacağına göre, bunlardan verem mücadelesi sahasında rasyonel, iyi bir randıman alınabilmesi için yapılması icap eden hususlar hakkında bu iŖle alâkalı bilginler arasında bir müzakere ve münakaŖa açılması nın bu mücadeleyi tatbik edecek sağlık otoriteleri için faidelere sağırlıyacağı kanaatiyle bu meseleyi huzuruza getirmiŖ bulunuyorum.

Müsaadenizle sağlık merkezleri hakkında kısaca malûmat vereyim :

Sağlık merkezleri kazalarda tesis edilen ve o kaza ile köylerinde halkın sağlığı bakımından lüzumlu olan bütün iŖleri yapan poli-valan profilâksi ve tedavi müesseseleridir.

BaŖka memleketlerde yalnız profilâksi ile meŖgul olan bu sağlık merkezlerine Sağlık Bakanlığımız memleketimizin çok geniŖ olması, Ŗehir ve köylerin birbirinden uzak ve dağınık bulunması gibi hususiyetlerini nazarı itibara alarak bir tedavi kısmı da ilâve etmek suretiyle memleketimizin bünyesine daha uygun bir Ŗekil vermiŖtir.

Sağlık merkezlerinin kurulması için mevcut binalardan istifade

edildiği gibi, bir çokları da Bakanlıkça hazırlanmış olan plân gereğince yapılmış ve yapılmaktadır. Ortalama 200 bin liraya mal olan bu sağlık merkezleri plânının bir örneği aşağıdadır (Plân: I, II).

Sağlık merkezinde 10 hasta yatağı vardır. Kadrosunda bir dahiliye mütehassısı, bir operatör, iki hemşire (Bir ziyaretçi hemşire), bir sağlık memuru, bir ebe, bir kâtip ile şoför, aşçı, çamaşırcı ve dört hastabakıcı ve hademe vardır.

Senelik genel gideri ortalama 17 bin liradır.

Sağlık merkezi kendisine tahsis edilen mıntakada - kaza ve köylerde - hastaları muayene etmek, icap edenlere cerrahî ve tıbbî tedavileri tatbik etmek, bu sahada nüfus hareketlerini, doğum ve ölümlü takip etmek, verem, sıtma, frengi ve emsali sarî hastalıklar için taramalar yapmak, tedavi ve profilâksi tedbirleri almak gibi işler yapmakla vazifelidir.

1952 senesi sonunda sayısı 91'e çıkan sağlık merkezlerinin bulunduğu yerlerin işaret edildiği bir harita aşağıya konulmuştur (Şekil: 1).

Yukarıda verilmiş olan tafsilâta göre sağlık merkezleri sağlık işlerini üzerine aldığı kaza ve onun köylerinde verem mücadelesini kurmak ve idare etmek imkânlarına maliktirler. Bu imkânları hazırlıyacak esaslar hakkında düşüncelerimi müzakere ve münakaşaya arz ediyorum.

Bina meselesini bu sağlık merkezlerinde esasen nazarı itibara alınmış olan verem muayene odasına bir bekleme yeri de katılmak ve ayrı bir methal verilmek suretiyle halletmek mümkündür.

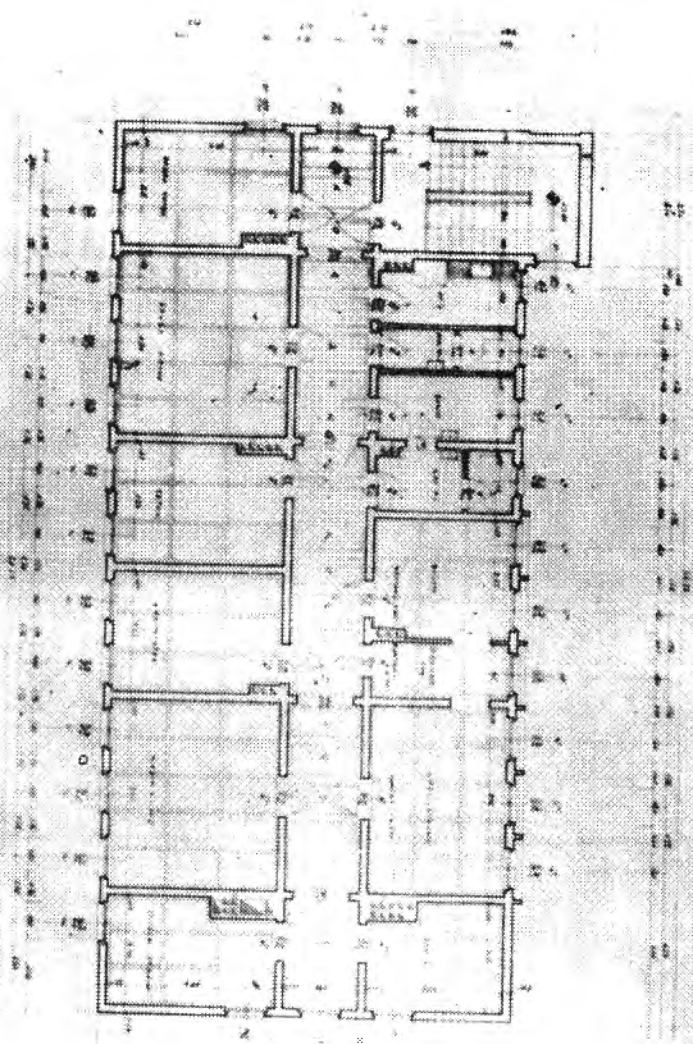
Tesisat bakımından verem muayene odasına basit bir röntgen cihazı konulması, bir yerde küçük bir karanlık oda tesisi, mevcut olması icap eden lâboratuvarın da basit balgam muayeneleri ve kan muayeneleri yapmak imkânlarının temini maksada kâfi gelecektir.

Personel meselesinde veremde profilâksi ve tedavi sahasında yetki sahibi bir mütehassısa ihtiyaç olduğuna göre, esasen kadrolarında mevcut olan dahiliye mütehassıslarına verem tedavi müesseselerinde ve dispanserlerde üç aylık bir staj yaptırılmakla pekâlâ bu ihtiyaç tatmin edilebilir. O da kendi yanındaki hemşire ve sağlık memurunu yetiştirir.

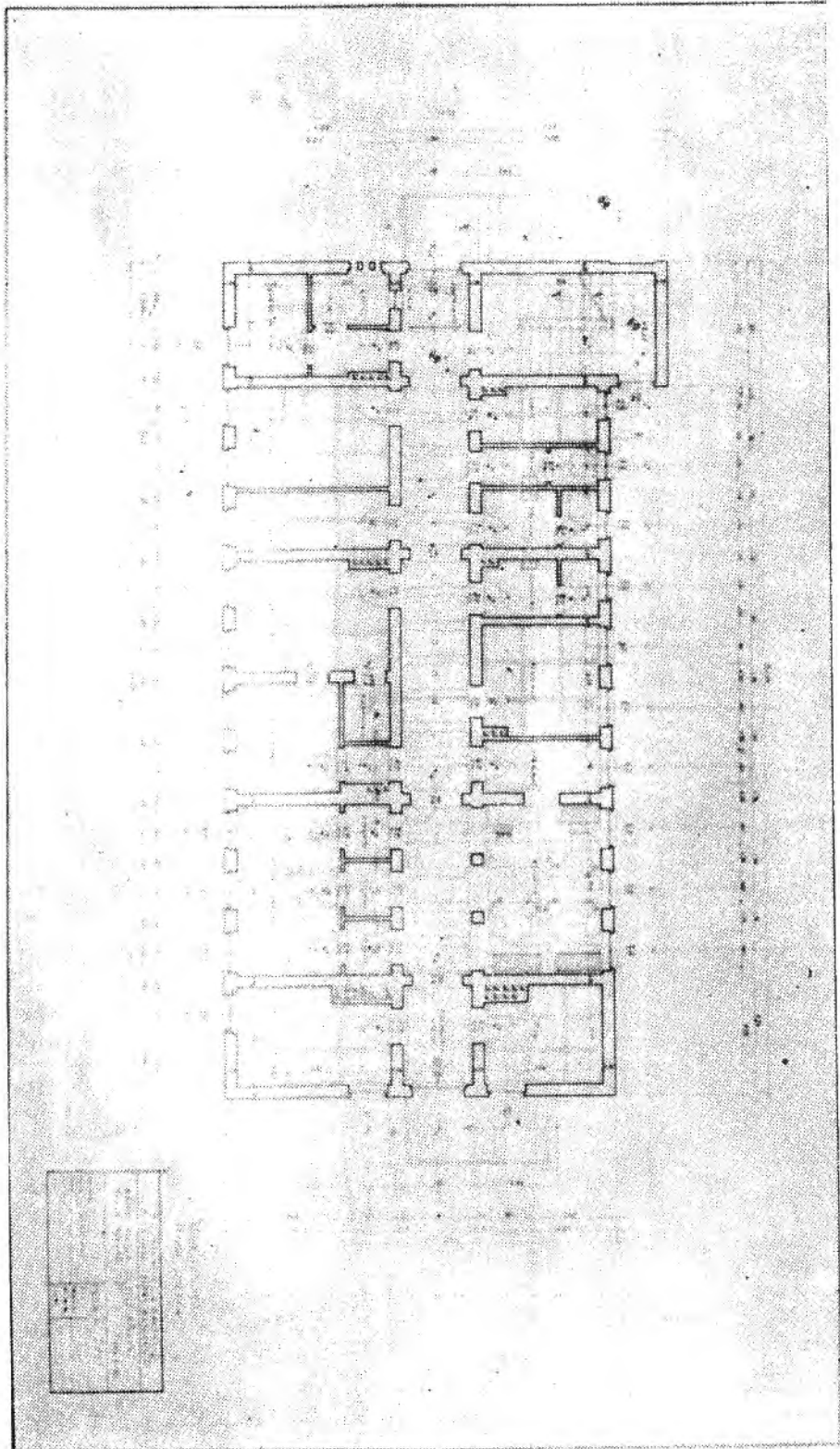
Sağlık merkezinde mevcut yatlardan bir veya ikisi hususî korunma tedbirleri alınmak suretiyle veremlilere tahsis edilecek olursa pnömotoraks ve pnömoperituvan gibi tedavilerin ilk müdahalelerinin de burada yapılması mümkün olur. Bu, halka evi civarında havasına başlanmak ve orada devam etmek kolaylıklarını sağlayacağı

2	NO. 1000	NO. 1000
NO. 1000	NO. 1000	NO. 1000
NO. 1000	NO. 1000	NO. 1000
NO. 1000	NO. 1000	NO. 1000

NO. 1000
NO. 1000

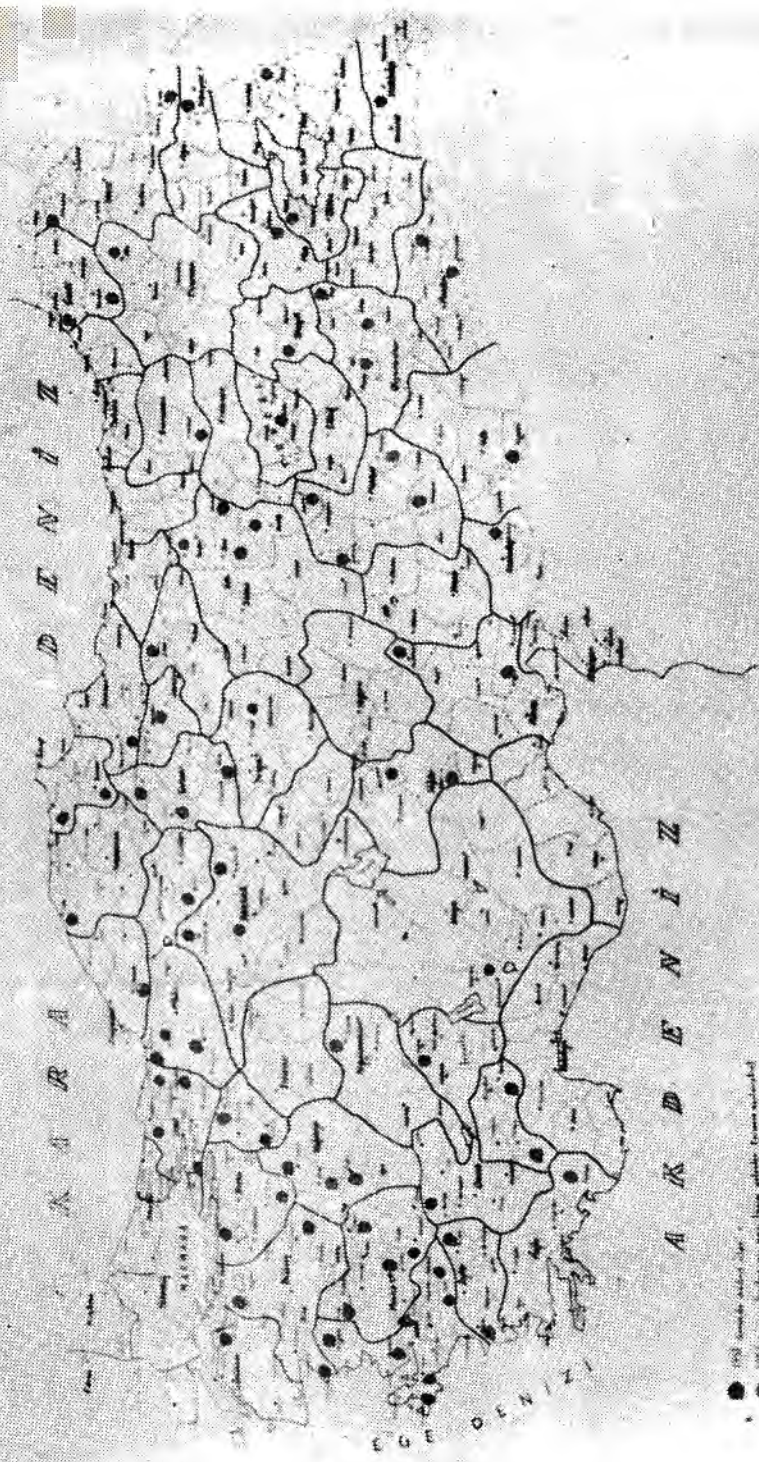


Plan I



Plan II

1954 Yılı Türkiye'nin İstatistiksel Haritası



● 100.000 nüfus ve üzeri şehirler
● 50.000 nüfus ve üzeri şehirler

Şekil 1

gibi, yüksek masrafları olan verem hastaneleri yataklarına ihtiyacı azaltarak Devlete de büyük tasarruflar sağlayacaktır.

Diğer taraftan motörlü vasıtası da olan sağlık merkezi profilâsi sahasında ziyaretçi hemşiresi, sağlık memuru vasıtasıyla mın-takanın verem bakımından taranmasını, icap edenlerin verem aşısı ile aşılınmalarını, halkın tenvir edilmesini temin ederek tam bir verem mücadelesi ünitesini de şubesinde kurmuş ve işletmiş olmaktadır.

S U M M A R Y

The Role of Health Centers in Tuberculosis Campaign: The articles 5 - 8 of the Regulations of the Tuberculosis Consultary Committee which is held at Ankara in 1949 - 1950, essentially and textfully is recorded. According to these articles it is accepted that in big towns which the population is over the 10.000 the tuberculosis campaign should be governed by Antituberculosis Associations where in small towns by healt centers. Although at the begining this idea was seen illogical because the absence of the sufficient amount of these centers; today the number of these healt centers are increased and soon the number will reach over 100. The author has the idea that some profits could be obtained from these centers in tuberculosis campaign.

R É S U M É

Le Rôle des Stations Sanitaires dans la Lutte Contre la Tuberculose: Les articles 5 et 8 concernant la lutte antituberculeuse élaborés par la commission du conseil de la tuberculose durant ces sessions de 1949 - 1950 ont été textuellement cités. Il y est dit que, dans les agglomérations de plus de dix mille âmes, cette lutte doit être poursuivie par les sociétés de lutte antituberculeuse. Par contre, dans les agglomérations de moindre importance, c'est aux stations sanitaires fondées par l'Etat qu'incombrait cette tâche.

Ces stations, en nombre très limité à cette époque, ne pouvaient pas jouer un rôle efficace. Mais, grâce aux possibilités mises à leur disposition par le Ministère de la Santé, elles prirent un développement rapide. Fin 1952, leur nombre s'âlèvera à cent, et, en quelques années, atteindra un chiffre suffisant pour assurer les besoins du pays.

Certaines suggestions permettant d'augmenter leur efficacité ont été soumises au congrès.

T. C.
MİLLÎ EĞİTİM VEKİLLİĞİ
Valdebağı Preventorium-Sanatorium
Müdür ve Baştabibi
Dr. Zeki Köseoğlu

PREVANTORYUMLARIN TÜBERKÜLOZ MÜCADELESİNDEKİ YERLERİ

Dr. M. DİLEMRE
Dr. A. H. KUZUCU

Memleketimizde tuberculose mücadelesinin son yıllarda aldığı hızlı inkişaf, bu mücadele programında bir safha olan Preventorium tesislerinin yerini açık olarak belirtmeği icabettirmektedir. Dispanserlerin hakkiyle çalışarak tuberculose depistajında tam ve verimli bir sonuç alabilmesi için Preventoriumların da kendi üzerlerine tere-ttüp eden fonksiyonlarını yapmaları gerekmektedir. Bu sebeple Preventoriumların tuberculose mücadelelerindeki yeri gayri kabili inkârdır. Bunu bir kere daha belirtmenin faydalı olacağına inanıyoruz. Şimdilik memleketimizde Millî Eğitim müntesipleriyle, Millî Savunmaya ait iki taneden başka Preventorium yoktur. Biz burada Valdebağı Preventoriumu hakkında dolayısıyla, alelûmum Preventoriumların vazife görüşleri hakkında izahat vermek istiyoruz.

Yurdumuzda ilk defa olarak kurulan ve 25 inci yılını idrak etmiş bulunan Valdebağı Preventoriumunun tesis şerefi Cumhuriyet Hükûmetlerine müyesser olmuş ve kuruculuğu da merhum Millî Eğitim Vekili Mustafa Necati'ye nasip olmuştur. Bu müessesese Âdile Sultan'a ait eski bir saray olup Büyük ve Küçük Çamlıca tepelerinin cenup mailesinde ve Marmaranın güzel manzarasına nazır geniş bir sahaya malik çamlıklar içinde arkasındaki tepeler sebebiyle de şimal rüzgârlarından masun bir durumdadır.

Tesisi sırasında kırk yatak gibi mütevazı bir kadro ile işe başlayan ve ilkokul talebesi için takviye ve istirahat müessesesi olarak düşünülen bu kurum zamanla tedricen inkişaf ederek öğretmenlerin de istifadesi gözönünde bulundurulmuş ve nihayet bugün (Sana-

torium kısmı hariç) 350 yataklı kız ve erkek öğrenci ve öğretmenlere sinisini açmış bir sağlık yuvasıdır. Preventorium, Mustafa Necati merhumun bir Avrupa tetkik gezisi sonunda orada gördüğü İtalya ve İsviçredeki benzeri müesseseler örnek tutularak meydana getirilmiş ve hattâ mevcut havuzundan kürde istifade edilmek üzere etrafında kum havuzu dahi kurulmuş ve küçük adénopathie'li çocuklar mayolarla burada güneş banyosu dahi yapmışlardır. Bugün bu çeşit tedavilerden istifadeye lüzum görülmemektedir. Zira geçirilen harplerin tevlit ettiği sosyal çöküntüler dolayısıyla tuberculose'a o derece geniş bir zemin hazırlanmıştır ki Preventoriumumuzda yatmakta olan hastaların vaziyetleri açık havada kum ve güneş banyosuna müsait bir durum arzermeyip bilâkis bu tedavi vak'alarımızda hâlen kontrendike bulunmaktadır. İlâve edilen yeni büyük binada az yataklı ufak hasta odaları ve cenuba bakan kür balkonu ile mevkie güzel bir armoni vermektedir. Müessesede tatbik edilen tedavi sisteminde hâkim olan: yatma kürleri olup bunlara ilâveten hastaların hususî durumlarına göre takviye edici ilâçlar, fizik tedaviler, evvelce başlanmış tıbbî ve cerrahî tedavilerin devam ve ikmali esas tutulmaktadır. Gıda vaziyeti de günün imkânları nisbetinde gündelik kalori yekûnu 3000 - 4000 arası temin ediliyor. Müessesenin geniş bahçesinden elde edilen sebze ve meyvalarla hayvanlarının mahsulâtından süt ve yumurta ihtiyacının bir kısmı dış piyasaya nazaran daha ucuz ve temiz olarak elde edilmektedir.

2. Preventoriuma yatan hastaların durumundaki son yıllarda görülen değişiklik:

Yukarıda da bir nebze arzettiğimiz gibi müessesenin kurulduğu sırada Kurum hakikî bir Preventorium manzarası göstermekte idi. Yani hastalar nekahat devresinde bulunan çocuklar, anemikler, zayıflar ve âzamî hududu adénopathie hilaire ve adénite'lere münhasır ciğer dışı hafif tuberculose vak'alarından ibaretti. Müessesenin tedricî genişlemesi ve tuberculose'un memleket sağlığında aldığı âcil lüzuma muvazi olarak bu hastalara pleuresie'ler, peritonite'ler ve nihayet kapalı akciğer Tb. leri ve az faal ciğer Tb. leri ve kemik Tb. leri ilâve edildi. Hattâ bu son saydıklarımız o kadar arttı ki ilk kuruluşun mevzuu olan maddelere yeni anémie, genel zaaf gibi vak'aların yatırılmasına yer çok daraldı.

Preventoriumla beraber faaliyette bulunan ve tamamen ayrı ve müstakil bir bina ve tesislerle idare edilmekte olan Sanatorium kısmımızın faaliyete geçişindenberi (938 Aralık ayı) Sanatoriumumuz-

da tedavi edilip de açık ve faal devrelerini geçirmiş olan öğrenci ve öğretmenlerden bir kısmı da (sosyal durumları sebebiyle) aile muhütlerine sevkedilememelerinden ötürü Preventoriuma aktarılmakta ve bu keyfiyet basilin kaybolduğu müteaddit muayene metodlarıyla tesbit edildikten sonra yapılmaktadır. Esasen Preventoriumda yatan ve kışa çıkararak bütün hastaların onbeş günde bir basil kontrolleri yapılmakta ve lüzum görüldükçe kültür ve kobay inokülyonları ehemmiyetle tatbik ettiğimiz usulümüzdür.

Buna ilâveten Preventoriumumuzun Sanatoriumdan ayrı olarak müstakil röntgen tesisatı sayesinde hastaların radyolojik muayeneleri sırasında dahi Sanatorium hastalarıyla temasları ve enfekte olmaları önlenmiştir. Temasla sirayetin tüberküloz mücadelesinde mühim rolü gözönünde bulundurulursa bu tedbirimizin önemi tebarüz eder. Müessesede yatan ve takibinde sık sık radyolojiye müracaatı icabettiren vak'aların skopileri haftada bir kere muntazaman yapılmaktadır. Bu arada sıhhi durumu müsait olan hastalara bahar ve yaz aylarının münasip günlerinde Anadolu yakasındaki güzel manzaralı semtlere ekskürsyonlar tertip edilmekte, müessesede yatıkları günlerin monoton olmasını önlemek için günün muayyen saatlarında radyo ve pikap çalınmakta, haftanın muayyen günlerinde gece erken saatlere münhasır olmak üzere terbiyevî filmler sinema salonumuzda gösterilmektedir.

3. Müessesemizde son beş yıl zarfında yatan hastaların istatistiği ve bundan çıkarılacak neticeler:

	1498	1949	1950	1951	1952
Umumî yekûn	1404	1836	1920	1980	1893
Gemel zaaf	307	352	305	308	324
Hilaire adénopathie	333	338	427	524	505
Kapalı akciğer Tb.	156	611	604	669	636
Pleuresie	156	262	216	216	155
Kemik veremi	27	44	63	54	57
Peritonite Tb.	21	51	46	29	21
Adénite Tb.	15	48	84	61	88
Meningite Tb.	1	4	10	7	1
Granulie	1	1	3	2	1
Empiyem	2	1	2	—	2
Erythème nouveau	13	33	20	20	13
Muhtelif hastalıklar	50	51	101	67	52
Açık verem	15	39	39	33	30

Tesbit edilen açık veremliler derhal Sanatoriumumuza gönderilmişlerdir.

Bu rakamların tetkikiyle görüldüğü ki:

A. Her geçen yılda Preventoriuma yatırılan hastaların miktarı artmaktadır. Bu artışta müessesedeki yatak adedinin çoğalmasının yeri olduğu gibi en mühim rol de yıllar taakup ettikçe memleketimizde tüberküloz musaplarının çoğalışıdır.

B. İstatistiğin tetkikinden çıkan bir netice de bu umumî yakûnun artmasına rağmen genel zaaf ve muhtelif hastalıklar gibi tuberculose'la alâkası şüpheli görülen vak'aların sayısı hemen hemen olduğu yerde kalmıştır. Buna mukabil ciğer ve ciğer dışı vak'aları her yıl çoğalmıştır.

C. Bu istatistikten üçüncü bir netice olarak da yıl geçtikçe tuberculose'un başlangıç veya hafif şekilleri olan Erythme ve hilaire adénopathie vak'alarının çoğalışı kapalı akciğer Tb. zu, pleuresie, kemik veremi vak'alariyle mütenasiben seyretmemektedir. Yani gün geçtikçe elimize geçen vak'aların şekil itibariyle daha ağırlaşmakta oldukları görüldüğü.

D. Her yıl Preventoriuma yatırılmak üzere müracaat eden hastalar içinde 30 - 40 arası bir miktarın Sanatorium safhasında oldukları tesbit edilmiştir. Bu durum açık tuberculose'un depistajı bakımından dahi Preventoriumun bir yeri olduğunun bariz delilidir.

E. Granulie vak'alarımıza gelince : Bunların ekserisi ciğer veyahut ciğer dışı tuberculose'lariyle müracaat etmiş ve yapılan tetkiklerle granulique oldukları anlaşılmıştır. Bu itibarla hastanın bu durumları müessesede yatarak tedaviyi zarurî kılmıştır.

F. Kemik tuberculose'u her yıl kademevarî artmış ve müessesede bugün ayrı bir servis tesisine zaruret hasıl olmuştur. Bu vak'aların tedavisi cerrahî ve fizik metodlarla uzun süren zamana ihtiyaç göstermekte ise de bunun ne kadar lüzumlu olduğunu izah-tan varesteyiz.

Tuberculose Mücadelesinde Preventoriumların Mevkii

Tuberculose'un husul ve intişarında mektep yaşı gençliği ile öğretmenin rolü gözönüne getirilince okul ile Preventorium arasındaki münasebet kendini gösterir, bu sebeple yurdun terbiye nâzımı olan Millî Eğitim Vekillığının kendine mevdu sahada tuberculose mücadelesindeki mevkii çok mühimdir. Bütün yurttan bir tek olan

Waldebağı Preventoriumu ile maksadın temin edilemeyeceği âşikârdır. Bu cihetle memleketin münasip bir kaç merkezinde daha Millî Eğitim Preventoriumları kurulması yerinde bir ihtiyacı karşılar.

Waldebağı Preventoriumu ve Sanatoriumu memleketimizin Eğitimi kadro ve bütçesi içindedir. Öğretmen ve öğrenciler için kurulmuştur. Verem olduğunu bilmiyen bir öğretmenin, karşısındaki masumlara malûm ve meş'um damlayı ne kadar kolaylıkla vereceğini tasavvur etmek kolaydır, çocuklar arasında da kapalı bir yerde bu hal nasıl yol alır, idrakine bugün halk dahi kadirdir. Öğretmen ve öğrenci vereme müstait veyahut veremli ise koruyucu tatbikatın âcîl olması lâzımdır. Çabuk teşhis ve serî muayenelerinin sür'atle yapılması icabeder. Umumî savaş vasıtaları ve kurumlar bugün mahdud olup matlûp genişliğe varması ve ihtiyacı karşılayabilmesi zamana ve hudutsuz malî fedakârlıklara bağlıdır. Bütün bu noktaların gözönünde tutulmasıyla tuberculose'la maarifçiliğin münasebetlerinden doğan Waldebağı müesseseleri memleket içinde veremle yüz yüze olan toplumlar arasında özel bir durum arzeder.

Bugünkü tıpta tuberculose mücadelesi deyince akla, birbirini takip eden dispanser, Preventorium, tuberculose hastahanesi ve Sanatoriumlar gelmekte ve Preventorium burada dispanserle sanatorium arasında bir yer almaktadır. Yukarıdanberi arzetmekte olduğumuz vaziyet göstermektedir ki tuberculose'un tedavisinde Sanatoriumdan evvel (Presanatorial) ve sanatoriumdan sonra (Post-sanatorial) bir devre vardır ki hasta bu devreyi ekseriya Preventoriumlarda geçirmeye muhtaçtır. Bu sebeple tuberculose mücadelesinde sanatorium, dispanser ve aile yuvası arasında bir halka olan Preventoriumun ihmali veya noksanı bu mücadeleyi muvaffakiyetsizliğe mahkûm eder.

Sonuç olarak: Şu âşikâr kazıye meydana çıkar ki, Millî Eğitim Vekillîğinin kendi sahasında kurduğu ve sayısının çoğalmasını açıkladığımız Preventoriumların yanında öğrenci ve öğretmen sıfatını haiz olmıyan vatandaşlar için de memleketin münasip muhtelif merkezlerinde Preventoriumların tesisi ve vazifelendirilmesi bir zaruret. Nitekim bu ihtiyacı halk da anlamış ve muhtelif sermayedarlar İstanbulun münasip iklimli yerlerinde hususî Preventoriumlar açmaya başlamışlar ve bunlar da boş kalmamaktadır.

Bu mücmel ve mütevazı tebliğimizle memleketin umumî sıhhatine yararlı bir mevzuu huzuruza getirmiş olmakla bahtiyarız.

S U M M A R Y

The Role of Preventoriums in Tuberculosis Campaign: The activities of the Valdebag Sanatorium is reported and the role of preventoriums is demonstrated in tuberculosis campaign. The idea of establishment of public preventoriums is also pointed out.

R É S U M É

La place qu'occupe les préventoriums dans la lutte contre la tuberculose.— Après avoir discuté les travaux et les résultats obtenus au Préventorium du Ministère de l'Instruction public de Valdébag, les auteurs insistent sur la nécessité de fonder des préventoriums populaires.

*Istanbul Üniversitesi
Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi
ve Ortopedi Kliniği
Ord. Prof. Dr. Akif Şakir Şakar*

ÇOCUKLARDA KEMİK - MAFSAL VEREMİNİN ERKEN TEDAVİSİNİN SOSYAL VE KORUYUCU TIPTAKİ ÖNEMİ

Ord. Prof. Dr. AKİF ŞAKİR ŞAKAR

Memleketimizde toplanan ilk verem kongresine bu içtimâî âfetle uğraşan başta gelen arkadaşlarımızın benim de iştirakimi arzu etmeleri üzerine kemik ve mafsalsal vereminin sosyal önemi ve koruyucu tıbbda oynadığı role dair bir tebliğde bulunmağı uygun buldum. Tüberkülozla mücadele deyince herkesin aklına akciğer tüberkülozu gelir; dispanser, sanatoryum ve tüberküloz hastaneleri açmak suretiyle yalnız akciğer tüberkülozu ile savaşmak düşünülüyor; halbuki bir memlekette akciğer veremi ilerler, sayısı korkunç bir raddeye varır da kemik ve mafsalsal veremi geriler mi? Böyle bir düşüncenin bahis mevzuu olamayacağı, son harpten evel 1938 senesinin muayyen aylarında polikliniğimize müracaat eden kemik ve mafsalsal veremli hastaların sayısı ile fizyolojik sefaletlere sebebiyet veren son harbin geçmesinden sonra 1950 senesinin aynı aylarında müracaat eden kemik ve mafsalsal veremli hastaların, bilhassa çocukların, sayısını mukayese ederek kemik ve mafsalsal vereminin de nasıl korkunç bir surette arttığı nazarı dikkate çarpar.

	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz
1938	18	20	27	28
1950	169	147	91	237

Bu istatistiğe nazaran kemik ve mafsalsal vereminin son umumî harpten sonra evvelkine nazaran vasatî olarak 6 - 7 defa arttığı tahakkuk etmiş bulunuyor. Bu maruzatımla Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının bilhassa önemli bir mesele hakkında nazarı dikkatini celbetmek istiyorum. Hepimizin malûmudur ki kemik ve mafsalsal ve-

remi umumiyetle 3 - 6 yaş arasındaki çocuklara mahsus bir hastalıktır; kâhilde görülen kemik ve mafsalsız veremlerinin birçoğu çocuklukta geçirilen aynı hastalığın devamından, nüksünden ve sekellerinden ibarettir. Üniversitenin Çocuk Hastalıkları ve Bakımı Kliniği Prof. Şevket Salih Sosyal'ın Başkanlık ettiği istatistik şubesinden öğrendiğime göre Türkiyede 0-15 yaşına kadar olan çocukların sayısı 8.700.000 imiş. Halbuki Bulgaristanın umumî nüfusu 1952 de çıkan Larouse lûgatinde 6.000.000 gösterilmektedir. Bundan anlaşılıyor ki yurdumuzun çocuk nüfusu Bulgaristanın umum nüfusundan pek çoktur.

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı senelerce Evvel Baltalimanında açtığı 120 yataklı kemik ve mafsalsız tüberkülozu hastanesine ilâve olmak üzere, harikulâde şairane vaziyet ve manzarası ile Zurich gölünden daha güzel olan, Eğridir gölünün kıyısında yeni bir hastane açmıştır. Şimdilik 100 yataklı olan bu hastanenin 400 e kadar çıkarılacağını memnuniyetle işitiyoruz. Eğridir gölünün kenarındaki bu hastane Balatan gölünün kıyısındaki kemik ve mafsalsız veremi hastanelerini, daha doğrusu deniz ve güneş enstitülerini hatırlatıyor. Kemik ve mafsalsız veremini ihtisası itibariyle pek iyi bilen bir mütehassıs arkadaşımızın Baştabib bulunduğu Eğridir deniz kıyısı hastanesini bilgi ve liyakatle idare eylediğine bizzat şahid oldum. Hastalığın tedavisinde yalnız anatomik bakımdan değil, fonksiyonel ve fizyolojik bakımdan lüzumlu prensipleri göz önünde bulundurarak makûl ve modern usulü takip ediyor. Fakat işin acıklı ciheti bu iki hastanede 8 yaşından aşağı çocukların berayı tedavi kabul edilmemeleri keyfiyetidir. Son zamanlarda öğrendiğimize göre Tekirdağında da bir kaç yüz yataklı kemik ve mafsalsız veremi hastanesi açılacakmış. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığını bu güzel niyet ve teşebbüsünden dolayı tebrik ederiz. Lâkin bu müessesede de bu hastalıkla malûl çocukların üvey evlât sayılarak aynı suretle muamele görmemelerini çok temenni ederiz. Yani buraya 8 yaşından aşağı kemik veremli çocuklar alınmazsa ağızımızda dolaşan koruyucu tıbbın mühim bir rûknü yapılmamış sayılır. O halde bu hastaneler ekseriyetle kemik vereminin sekellerine müptelâ yatalak kâhiller için açılmış oluyor demektir. Halbuki arzettiğimiz gibi esasen çocuklara arız olan kemik ve mafsalsız veremi hemen başlangıçta, kökleşmeden, ihtilâtlar (jibbuslar, fistüller, paraplejiler, şekil bozuklukları ve ankilozlar) yapmadan erken tedavi edilecek olursa hasta çocuk kâhil devre sağlam bir şahıs olarak girmiş bulunuyor. İşte koruyucu tıbbın önemli bir şekli budur. Yoksa hasta çocuğu

tedavisiz kendi haline bırakıp hastalığı vahim bir hale geldiği kâhil çağında tedaviye kalkmanın koruyucu tıbla alâkası yoktur.

Bu halde 15 yaşına kadar olan çocukların sayısı 8.700.000 bulunduğuna göre 8 yaşına kadar olanları hiç olmazsa 5 ve hattâ 5.5 milyon addetmek yanlış olmaz. İşte bu 5 - 5.5 milyonluk yavrularımızın içinde kemik veremine yakalananların yatacak yeri yok demektir. Bunlar Ankara ve İstanbul Üniversitelerinin Çocuk Cerrahisi ve Ortopedi Kliniklerine müracaat etmektedirler. Bu kliniklerin yurdumuzun yarınki kudret ve kuvvetini teşkil edecek olan bu yavrulara faydalı olmak imkânı maddisine malik olmadıklarını söylersek muhalâğa etmemiş oluruz. Halbuki çocuk yaşta görülüp ortopedik prensiplere uygun surette tedavi edilen kemik ve mafsalsız çocukları, en ufak bir şekil bozukluğu ve malûliyet bırakmadan, iyileştirmek ve müstahsil hale sokmak mümkündür.

Acaba memleketimizde ne kadar çocuk, kemik ve mafsalsız vereminden muzdarip bulunmaktadır? Bunun istatistiği yapılmış değildir. Yalnız 40 milyon, yani bizim iki mislimiz nüfusa malik bulunan Fransada her sene kemik ve mafsalsız veremine müptelâ 400.000 çocuk berayı tedavi ortopedi kliniklerinin ek pavyonlarına, deniz kıyısı veya yüksek ormanlardaki hastanelerine müracaat etmekteymiş. (*Menegaux*, Manuel de Pathologie Chirurgicale Cild 1, sahife 786).

Sosyal durumu ve sıhhi teşkilâtı bizimkinden çok yüksek olan Fransa gibi ileri bir memlekette her sene 400.000 çocuk kemik ve mafsalsız veremine duçar olarak tedavi edilmek mecburiyetinde bulunuyorsa 20 milyonluk Türkiyemizde her sene en aşağı (şeraiti müsavi kabul etmek şartı ile) 200.000 çocuğun hasta olması icabediyor demektir. Halbuki kemik ve mafsalsız veremine müptelâ çocuklarımızı bu hastalığa karşı açılmış hastanelerde yatıracak, yukarıdaki maruzatımdan anlaşılacağı vecih üzere, bir yatağımız bile yok demektir. Fransada kemik ve mafsalsız veremine tahsis edilen deniz kıyıları hastanesinin yatak sayıları 14.000, Almanyada ve İngilterede harpten evvel gördüğüm istatistiklerde 30.000 kadırdır. Yugoslavyanın Adriyatik Denizi sahillerinde 3 bine yakın yatağı olduğunu okumuştum. Romanyanın Köstence ve diğer bir şehrinde 2 bin yatağının bulunduğunu biliyorum. Küçük Bulgaristanın Varna şehrinde 600 yataklı kemik ve mafsalsız verem hastanesine aid fotoğraflarını tedarik etmiştim. Bu hastane yataklarının % 60 ı çocuklara tahsis edilmiştir. Avrupada hemen her çocuk Cerrahisi ve Ortopedi Kliniklerine mühlak, hale göre 80, 100, 400 e kadar, ek kemik ve mafsalsız verem pavyonları mevcuttur. Lyon Fakültesinin Çocuk Cerrahisi ve Orto-

pedi Kliniğine mülhak 60 yataklı kemik ve mafsalsal veremi pavyonundan maada Hyrères - Giènnès'de 500 yataklı René de Sabran adındaki sahil hastanesi de mevcuttur; bizzat gezdim ve gördüm. İtalyanın yatağı binlere baliğ olan deniz kıyısı hastanelerine ilâveten hemen her Çocuk Cerrahisi ve Ortopedi Kliniğinde kemik ve mafsalsal tüberkülozu için ek pavyonlar vardır. Roma Üniversitesinde Ortopedi Kliniğinin ayrıca 300 yataklı ek pavyonu, Bolonya Ortopedi Kliniğinin Cortino denilen yerde 400 yataklı kemik ve mafsalsal veremine müptelâ çocuklar için bir ek pavyonu vardır. Bolonya Kliniğinin direktörü *Prof. Delitala*, haftada bir iki defa, Leysin'deki Rollier müessesesi gibi, iklimi mutedil dağlıkta ve ormanlar içinde bulunan bu yerdeki hastaları görür ve oradaki doktor ve asistanlarına gerekli talimatı verir.

1950 senesinde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığında toplanan Verem Savaşı İstişare Komisyonunda yurdumuzda kemik ve mafsalsal veremine yakalanmış çocuklar için Ortopedi Kliniklerine ve bu Kliniklerin bulunmadıkları yerlerde Cerrahî Kliniklerine ek pavyonlar ilâvesine karar vermiş olduğu bu hususa dair çıkarılan talimatname kitabının 17. sahifesinin 11 inci maddesinde zikredilmiştir. Bu kararın tatbik hususunda faaliyete geçilmesini Sayın Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığından temennide bulunmağı bir vazife biliriz.

Koruyucu ve sosyal tıbb meselelerinde (hele çok şükür yüzümüzü güldüren aşular, antibiotikler ve sufamitler devrinde) yalnız intanî hastalıkları düşünmekle iktifa etmeyip yakalanana sakat bırakan ve hattâ öldüren kemik ve mafsalsal veremli çocukları erken tedavi ederek onların malûliyetlerine mahal vermemek işinin ve kendilerini erkenden iyileştirip birer müstahsil hale getirmenin de koruyucu ve sosyal tıbbın başta gelen vazifelerinden birisi olduğu kanaatindeyiz.

Başbakanlığın son harpten evvel neşrettiğı bir istatistikte nüfus sayımı memurunun yatalak gördüğü ortopedik alillerin sayısı 238.000 olarak tescil edilmiştir. Filhakika bunların içinde çocuk felci sekelleri, doğuşta kalça çıkığı ve çarpık ayak malûliyetlerini ve diğerk ortopedik sakatlıkları kabul etsek bile hiç olmazsa % 50 sinin kemik ve mafsalsal vereminin sekelleri ve malûliyetleri olduğu muhakkak gibidir. Bu rakkam; memurun gördüğü, memlekete ve aileye yük olan sakatları göstermektedir. Ya görmediğı ve malûliyetlerinin başlangıcından dolayı ebeveyni tarafından memura söylenmeğe lüzum görülmeyenler... Onları da bir o kadar addetmek mübalâğalı sayılmaz. Bu itibarla behemahâl çocuk yaştaki hastaları da kabul edecek ke-

mik ve mafsal tüberkülozu hastanelerinin açılmasına intizaren, şimdilik, uzak vilâyetlerimizdeki büyük hastanelerde 25 - 30 yataklı çocuk cerrahisi ve ortopedi servisleri açarak bu hastalığa yakalanmış çocukların tedavisine başlamağı sosyal ve koruyucu tıbbın bu sahadaki ilk adımı olarak telâkki edeceğiz.

Sayın ve Değerli Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanımız, geçen sene bu meseleye dair vâki olan maruzatıma, vekâletin üzerinde hassasiyetle durduğı, bu hususun ancak 1953 de temin edilebileceğini bir yazı ile bildirmişlerdi. Koruyucu ve sosyal tıba pek ehemmiyet veren muhterem Bakanımıza kendisini hürmetle seven ve sayan eski bir dostu sıfatıyla bu vaidlerini hatırlatmağı bir vazife bilirim.

S U M M A R Y

The Social Importance of the early Treatment of Osteoarticular Tuberculosis in Children :

The osteoarticular tuberculosis develops together with the pulmonary tuberculosis. Among us, on does but talk about this calamity; in general, preventive mesures are taken against the pulmonary tuberculosis. But, I think that the problem is the same for the osseous tuberculosis, because it has been increased in considerable proportions, according to the statistics of our polyclinic, and actually it is, especially in children, six times more numerous than before the last war.

The osteoarticular tuberculosis is a terrible affection observed especially in children from 3 to 6 years old. According to the data of the statistics of the Prime Ministry, the number of children up to 15 years amounts to 8.700.000; a number which surpasses that of the whole population of Bulgary which amounts to 6.000.000. To our great astonishment, unfortunately children before the age of 8 can not be hospitalized in both our hospitals. Consequently, this poor youth is obliged to apply to the Clinics of Infantile Surgery of the Universities of Ankara and İstanbul which, by their restricted means, can be of little help to them. According to Prof. Ménéngaux, in France, out of a population of 40 millions, 400.000 children are annually affected by osteoarticular tuberculosis; as a matter of comparison, we can say that in Turkey, out of a population of 21 millions 200.000 children are affected by this cruel disease. Then what to do in presense of such a calamity? According to our opinion, it is an unavoidable and urgent necessity to create services of Ortopedic and Infantile Surgery in the bosom of the hospitals of the remotest provinces and to build, in conformity with the conclusion of the Commission in charge of the struggle against tuberculosis in 1950, pavillions, wings connected with these Clinics or independant, in order to be able to hospitalize children affected by osteoarticular tuberculosis before they are rendered invalid or bed-ridden as the severe consequences of this disease if neglected or not treated at all.

R É S U M É

L'importance sociale du traitement précoce de la tuberculose ostéoarticulaire chez l'enfant :

La tuberculose ostéoarticulaire marche de pair avec la Tbc. pulmonaire. On ne parle chez nous que de la calamité de cette dernière, tout le monde s'occupe à ne prendre des mesures que contre la tuberculose pulmonaire, Mais, je pense qu'il en est de même de la tuberculose osseuse, puisqu'elle a augmenté, d'après les statistiques des consultations de notre polyclinique, dans des proportions considérables et actuellement elle est, surtout chez les enfants, 6 fois plus nombreuse qu'avant la dernière guerre.

La tuberculose ostéoarticulaire est une affection redoutable qu'on observe particulièrement chez l'enfant de 3 à 6 ans. D'après les données du bureau des statistiques de la Présidence du Conseil les enfants jusqu'à 15 ans sont au nombre de 8.700.000; par conséquent plus nombreux que toute la population de la Bulgarie qui compte actuellement 6.000.000. Mais à notre grand étonnement les enfants au dessous de 8 ans ne peuvent pas être alités dans les deux hôpitaux du littoral que nous possédons. Alors ces petits malheureux accourent aux cliniques de Chirurgie Infantile des Universités d'Ankara et d'Istanbul qui sont loin, par suite de leurs moyens très restreints, de leur être utiles. Si, d'après le Prof. Ménégaux, en France sur les 40 millions de population, 400.000 enfants sont annuellement atteints de Tbc. Ostéoarticulaire, il va de soi, par comparaison, qu'en Turquie sur les 21 millions 200.000 enfants, au moins, sont atteints de la même affection. Alors que faudrait-il faire devant cette calamité. A notre avis, il est indispensable de créer, d'urgence, des services de Chirurgie Infantile et d'Orthopédie dans des hôpitaux des provinces lointaines et de bâtir, suivant la conclusion de la Commission chargée de la lutte anti-tuberculeuse, en 1950, des pavillons annexés à ces cliniques ou indépendants, et destinés à recevoir les enfants atteints de Tbc. Ostéoarticulaire avant qu'ils soient infirmes et grabataires par des complications graves que cette maladie, non et maltraitée, occasionne chez ces malades.

TRAKYADA BİR VEREM TARAMASI MÜNASEBETİYLE

Dr. SAİM POLAT BENGİSERP

Harpler ve tabii âfetler gibi sefalet doğuran felâketlerin somunda daha şümüllü bir şekilde beliren ve beşeriyeti için için kemi ren verem illeti, insanlık âlemi için dünya çapında sosyal bir problem olmakta devam ederken bugün bizim için de memleket ölçüsün de en başta gelen millî dâvalarımızdan birini teşkil etmektedir.

Tarih boyunca beşeriyeti zaman zaman saran ve sarsan bu âfet, genç ihtiyar demeden, dişi erkek bilmeden, din ve milliyet tanıma dan yakasına yapıştığı milyonlarca insanı eriterek hânümanlar söndürmüş ve söndürmektedir.

Nitekim İkinci Dünya Savaşından sonra da bütün beşeriyet bu amansız ve sırnaşık derdin yeni bir saldırısına muhatap olmuş, bu zalim ve sinsi hastalığın kahredici pençeleri altında mustarip insanlığın iniltileri yer yer duyulmuş başlanmıştır. Maalesef yurdu muzda son senelerde köylerimizde dahi yürekler parçalarcasına sesini duyurmakta olan bu inilti, millî vicdanı tırmalıyacak bir hadde vâsıl olmuş ve mediko-sosyal bir dâva olan bu âfetle savaşmak da Hükümetimizin umumî politikası ve sağlık programında ön plânda yer almış bulunmaktadır. Bu saldırgan ve kudurgan âfeti yenmek amacıyla girişilen antitüberküloz mücadelede beşeriyet, ilim ve fen sayesinde bugün düne nazaran çok kuvvetli bir durumdadır. Bir taraftan immünolojik, antibiyotik ve şimpoterapik yeni bilgi ve bulgular, diğer taraftan tıbbî ve cerrahî müdahale teknik ve metodlarının çok ilerlemiş bulunması sayesinde eskinin ince hastalık diye esrarengiz bir kisveye büründüğü verem illeti bugün amansız bir dert olmaktan çıkmış, başlangıçta yerinde ve bilgili bir müdahale ile önlenabilir bir hastalık vasfını almıştır.

Verem çok defa başka bir hastalık maskesi altında sinsi ve gizli seyreden sarî ve sosyal bir hastalık olduğundan bir çok vak'a-

larda hasta umumî veya fonksiyonel hiç bir âraz hissetmediği halde akciğerinde faaliyet başlamış ve kavernler teşekkül etmiş olabilir. Bu âfetle savaşmanın esas ve mühim iki faktörü vardır. Birisi erken teşhis, diğer erken tedavidir. Erken teşhisin hem hasta bakımından (teşhis ne kadar erken konursa tedavi o derece müessir olur.) hem de muhiti için (depiste edilen her vak'a önü alınmış bir intan membaıdır.) faydaları vardır.

Başlangıç ve primo enfeksion tüberkülozu sistematik tüberkülin testleri ile, intan membaı olan ilerlemiş tüberküloz vak'aları ise sistematik röntgen muayeneleri ile depiste edilerek erken teşhise varılabilir. Antitüberküloz mücadelede hastanın hekime müracaatini beklemeden veremliyi keşfetmek esastır. Bunun için de en çok tehlikeye maruz mektep, kışla, hastahane, iş yerleri gibi toplulukları kitle halinde muayeneden geçirmek bu bakımdan faydalı bir metoddur. Bu hususta radyoskopi ve radyografiden istifade edebileceğimiz gibi radyofotografi en çok işimize yarayan mühim bir vasıta olmuştur. Bütün dünyada olduğu gibi memleketimizde de anti-tüberküloz mücadelede radyofotografi ile sistematik ve seri muayene her gün biraz daha şümullenmekte ve gelişmektedir. Yalnız bu muayenede şahısları şüpheli ve normal diye kaba bir tasnife ayırmaya yaramaktan ileriye gidememiştir. Şüpheli bulunanların diğer lâboratuvar teknik ve metodları ile incelenerek verifikasyon ve idantifikasyonu tamamlanır.

Bu vesile ile 1951 senesinde Trakyada Tekirdağ vilâyetinin muhtelif kaza ve köylerinde Sağlık Bakanlığının seyyar mikro radyofotografi cihazı ve verem tarama ekibi ile yapmış bulunduğum bir kitle depistajından aldığım neticeleri ve edindiğim tecrübeleri arz etmek istiyorum.

1951 senesi yaz aylarında beş tonluk bir Ford kamyonuna enstale edilmiş bir elektrik jeneratörü ve aynı kamyonu yüklenmiş bir kaç sandık halinde radyofotografi cihazı, bir sağlık memuru, aynı zamanda şoför olan bir teknisyen ve bir de röntgen lâborantından müteşekkil ekiple depistaj bölgemize hareket ederek evvelâ teşkilâtlanmak için merkezde yerleştik. Mahallî, idarî ve sıhhî makamlarla teşriki mesaî ederek faaliyetimizi en çok hastalıklı köylere ve merkezde hâpishane, fabrika, mektep gibi topluluklara tevcih ve teksif ederek kadın erkek, büyük küçük, hasta sağlam cem'an 7125 kişi muayene ettik. Kazalarda faaliyetimizi daha ziyade köylülerin hafta pazarları günlerine rastlatarak toplu muayene imkânını bulabiliyorduk. Mahallî sıhhat dairelerindeki kayıtlara göre en çok

hastalıklı bilinen köy halkını da bilhassa celbederek muayenemizi yapabiliyorduk. Bu arada faaliyet mahallimize tecessüsle biriken halk «Paralı mı, parasız mı?» diye bir tereddüt devresi geçirdikten sonra bir kısmı «Bakalım bende ne varmış, bir aynaya girelim?» diye, bir kısmı da kendinde mevcut her hangi bir hastalığın teşhisine medar olur ümidiyle davetlerimize icabet ediyorlardı. İlk günler halkın bu ruh hâleti yüzünden günde ancak yüz kişilik bir radyofotografi yapabiliyorduk. Sonraları faaliyetimizin ücretsiz olduğunu afişler ve mahallî ilân vasıtalarıyla ve her vesile ile halka duyurduktan ve gündüz mesaisine bir de jeneratörümüzden faydalanarak parasız sesli ve renkli sıhî propaganda filmi göstermek ve sonunda yarınki mesaimizin mahiyeti hakkında bir konuşma yapmak suretiyle gece mesaisi de ekledikten sonra günlük müracaat yekûnu günde 300 - 500 mikro radyofotografi çekebilecek kadar artmaya başladı. Demek ki sistematik röntgen muayenesinden evvel antitüberküloz bir terbiyenin esaslarının halka aşılması da bir zaruret olmaktadır.

Bu şekilde organize olduktan sonra kamyonumuzun yol bulabileceği kaza, nahiye ve köylerde halkımızın ayağına kadar gidiyor, seyyar paravana, elbise askıları, cihaz ve büro malzemesinden ibaret teşkilâtımızı okul, halkevi, büyük kahve vesaire gibi yerlerde kurarak derhal faaliyete geçiyor ve oradan kalkarak başka bir tarafa mıntakasına göç edebiliyorduk. Bu faaliyet ekip personeli için çok yorucu ve yıpratıcı olmakla beraber halkımız ve köylümüz için çok faydalı oluyor ve alâka çekiyordu. Depistaj için kanunî mecburiyet olmadığından davetimize daha ziyade gönüllüler ve kendilerinde hastalık tevehhüm edenler veya hakikî marizler icabet ediyorlar, kendilerini iyi sananlar bütün ısrar ve davetlerimize rağmen gelmiyor ve biz de icbar edemiyorduk. Bazan hastalık mihrakı olduğu söylenen köylere gitmek istediğimizde ağır yüklü ve havaaleli olan kamyonumuzun yollara uyamaması ve devrilme tehlikeleri göstermesi yüzünden bütün iyi niyet ve isteğe rağmen gidilemiyerek yarı yoldan döndüğümüz de olmuştur.

Bu şartlar altında yağmur mevsimi başlıyana kadar Tekirdağ ilinin muhtelif mıntakalarında halk, köylü, öğrenci, mahkûm ve esnaf olmak üzere:

- A. Tekirdağ merkez ve civar köylerinde (bilhassa Köse İlyas köyünde),

- B. Muratlı bucak merkezi ve civar köylerinde (bilhassa Kırk Kepenekli köyünde),
- C. Çorlu ve civar köylerinde (bilhassa Vilemeşe köyünde),
- D. Çerkesköy bucak merkezi ve civar köylerinde (bilhassa Kızılpınar, Kapaklı köylerinde),
- E. Saray kazası merkez ve civar köylerinde (Bilhassa Küçük Manika, Çayla, Karlı köylerinde),

haftalarca kalınarak (2814) ü kadın, (4311) i erkek olmak üzere (7125) kişinin alınan radyofotografisinin tetkikinde: (32) kadın, (59) erkekte faal akciğer tüberkülozu tesbit edilmiş ve (111) kadın, (191) erkekte şüpheli vak'a olarak tesbit edilmiştir. (Şüpheli diye kabul ettiğimiz: perihiler adenopati, hilit, plörit, plörezi ve se-kelleri gibi ve katiyetle mânalandıramadığımız vak'alar olup diğer klinik ve lâboratuvar tetkikleriyle tamik ve tahkiki icabeden vak'alardır). Buna nazaran müracaat edenler arasında: (ekseriyeti hasta olanlar ve kendilerinden şüphesi bulunan zayıf kimselerdir) % 1,27 kat'î tüberküloz, % 4,23 şüpheli vak'a tesbit edilmiştir. Bu bulguları mintakanın umumî nüfusuna nisbet edecek olursak bu rakamlar bu bölgeler için memnuniyet verici bir mâna taşımaktadırlar. Aşağıdaki 1 ve 2 numaralı cetvellerde bu bulgular hülâsa edilmiş ve tüberküloz olanların cins ve yaş üzerine tasnifi gösterilmiştir. Buna nazaran musabiyetin en çok erkekler arasında olduğu ve her iki cinste de 25 - 34 yaşlarında en fazla bulunduğu tebarüz etmiştir. 3 No. lı cetvel ise: Sağlık Müdürlüğü vasıtasıyla mahallî Hükümet tabipliklerinden celbettığımız kendi kayıtlarından çıkardıkları taze malûmatın icmalidir. Bunlarda da umumî musabiyetin pek fazla olmadığı göze çarpmaktadır ki her yerde olduğu gibi mahallî Hükümet tababeti kayıtlarında mükerrer ihbarlarında yer almış olmasını hatırdan çıkarmamak lâzımdır. Nitekim Tekirdağ merkezine ait gösterilen % 11,2 nisbeti hastane polikliniği, Hükümet ve Belediye tabiplikleri polikliniği kayıtları ve serbest etibba ihbarlarının hülâsasıdır. Bunda bu polikliniklere müracaat eden merkez ve civar kaza musapları olduğu gibi mükerrer muayene ve ihbarlar tefrik edilemediğinden % nisbeti biraz kabarık görülmektedir. Bu sebepten mahallî kayıtlarla bizim depistajdan bulduğumuz rakkamlar arasında bir tezat görülmektedir. Buna rağmen Çorlu ve Saray ilçeleri nisbetleri yapılan taramada bulunan müsbet neticelere daha uygun ve yakın bulunmaktadır.

Bu faaliyetimiz sırasında sağlam, hasta ve şüpheli bulunanları

tefrik ettikten sonra hastalarla şüphelileri celbederek klinik muayeneleri ile buluşlarımızı teyide çalıştık. Müdahale endikasyonları bulunanları İstanbula sevk ederek Sağlık Müdürlüğü kanaliyle verem hastanelerine yatırmaya ve endikasyon görülmeyenlere de reçete verilerek faydalı olunmaya çalışılmıştır.

Tarama yapılan yer	Müracaat yekûnu	Tüberküloz		Şüpheli	
		Kadın	Erkek	Kadın	Erkek
Tekirdağ merkez ve civar köyleri	1940	12	10	56	15
Çorlu, Muratlı merkez ve civar köyleri	2477	24	5	58	40
Saray, Çerkesköy merkez ve civar köyleri	2708	23	17	77	56
TOPLAM	7125	59	32	191	111
% nisbeti		% 1,27		% 4,23	

Tablo : I

Süspet	Tb.	T Ü B E R K Ü L O Z																				
		E r k e k						K a d ı n														
		0 — 1	1 — 4	5 — 14	15 — 24	25 — 34	35 — 44	45 — 54	55 — 64	65 ve yukarı	Toplam	0 — 1	1 — 4	5 — 14	15 — 24	25 — 34	35 — 44	45 — 54	55 — 64	Toplam		
191	Erkek																					
111	Kadın																					
59	Erkek																					
32	Kadın																					
7125	Müracaat yekûnu																					
		0 — 1	1 — 4	5 — 14	15 — 24	25 — 34	35 — 44	45 — 54	55 — 64	65 ve yukarı	Toplam	0 — 1	1 — 4	5 — 14	15 — 24	25 — 34	35 — 44	45 — 54	55 — 64	Toplam		
		2	11	16	12	6	6	6	6	6	59	1	8	10	7	3	2	1	32			

Tablo : II

Şimdi hulâsatan arzettiğim ve bir tecrübe mahiyetinde olan bu depistajdan edindiğim ve ilerisi için yolumuzu aydınlatacak ve daha iyisini yapabilmemiz için bize rehber olacak intibalarımı objektif bir görüşle sıralamak istiyorum:

1. Memleket sağlığı için çok faydalı ve hayırlı neticeler doğuracak olan bu depistaj faaliyetinin bütün yurdumuza teşmilini temin etmek ve evvelâ Trakya gibi müreffeh bölgelerimizden değil meselâ Karadeniz sahili gibi hayat standardı düşük bölgelerden başlanarak sıra ve münavebe ile bütün yurdun taranması lâzımdır.

2. Ekip, başta ehil bir fitizyoloğdan ve makineyi kurup sökmesini, çalıştırmasını ve ufak tefek ârızalarının giderilmesini bilecek ve aynı zamanda sinema oynatabilecek bir teknisyen, film çekmesini ve banyosunu mükemmel başaracak bir lâborent, kayıtları tutacak sağlık memuru ve biri kadın diğeri erkek iki yardımcı personelden teşekkül etmeli. (Radyofotografi için kadınların soyunmasında emniyet ve yardım için kadın personel mutlak şarttır.)

3. İklim şartları ve mevsimler gözönüne alınarak faaliyet münasip ve muayyen yaz aylarına rastlatırılmalıdır.

4. Bu radyofotografi ile depistaj esnasında teşkilâta bir de sağlık propaganda kolu eklemek zarurî ve faydalıdır. (Gezilen köylerde salgın ve bulaşıcı hastalıklara ait afişler, renkli, Türkçe sözlü filmler göstermek ve arabanın birine yerleştirilecek amplifikatörlü oparlör tesisatı ile kitleye hitap etmek çok zarurî ve isabetli olacaktır.)

5. Tamamen seyyar olacak bu teşkilâtta ekip personelinin konakladığı yerlerdeki barınmasını temin edecek personel çadırı ve faaliyetin içinde cereyan edeceği makinelerin kurulacağı geniş bir muayene çadırı da bulundurmak çok lüzumludur.

6. Memleket ve köy yolları nazarı itibara alınarak radyofotografi cihazı ne İstanbuldaki Verem Savaşı Derneğinin seyyar cihazı gibi bütün teşkilâtı manevra kabiliyeti az büyük bir arabaya enstale edilmiş seyyar bir cihaz olmalı ve ne de bizim gittiğimiz gibi bir Ford kamyonuna enstale edilmiş jeneratör ve müteaddit sandıklar derununda kabili nakil radyofotografi cihazından ibaret olmamalıdır. Bu modeller daha ziyade şose ve asfalt yol güzergâhları ve şehirler içerisinde belki mükemmel olabilirler. Köylerimiz için yol ârızaları bakımından gayeye elverişsiz görülmektedir. Bunun için daha küçük, manevra kabiliyeti müsait, arazi ârızalarına uyabilen jeep, pic-up gibi arazi arabaları ile ve ârızalı bölgelerde de icabederse teçhizatı katırlara yüklenebilecek şekilde organize etmelidir. Bizim memleket bünyemize ancak bu tarz bir tarama teşkilâtının uyabileceğine ve bu suretle daha faydalı olacağımıza kaniim.

7. Depistaj işini tehsil için cezaî kısmı da ihtiva eden kanunî müeyyideler konulmalıdır. (Sıtma Mücadelesi Kanununda olduğu gibi).

8. Arama ve taramalarla depiste edilen veremliyi tedavi altına alabilecek geri yanda hastane ve dispanser faaliyet ve tesisleri de bu faaliyete ayak uydurularak kurulmalı, keşfedilen veremli açıkta kalmamalıdır. Yani tarama ekibi musapları yatırabilecek verem hastaneleriyle süspektleri takip edebilecek verem dispanserleri ile teşriki mesai etmek zorundadır. Bu işbirliği temin edilemezse arama ve taramadan bir mâna beklemek doğru olmaz.

<i>İLÇE ADI</i>	<i>Elde mevcut kayıtlara göre % verem nisbeti</i>	<i>En çok musabiyet gösterdiği rivayet olunan köyler</i>
Tekirdağ (Merkez) ...	%11,2	Köse İlyas köyü
Çorlu	% 1,5 — %2	Veli Meşe, Kırkkepenekli
Saray	% 5	Çayla, Küçük Manika, Karlı, Kızılpinar
Hayrabolu	% 0,3 — %0,6	
Malkara	% 1 — %2	
Şarköy	% 0,15 — %0,50	

Tablo : III

9. Tarama ekibindeki minyatür radyografik depistaj faaliyeti ile hemzaman olarak ikinci bir ekipte test tüberkülinik ve B. C. G. aşısı tatbikatiyle meşgul olmalı ve bu iki faaliyet bir arada ve aynı zamanda yürütülmelidir.

10. Arama tarama ekibinde şüpheli vak'aları kontrol edecek (hiç olmazsa basit ve omojenizasyon usulü ile B. K. arayabilecek) ufak bir lâboratuvarın da bulunması çok faydalı olacaktır. Kitlevi göğüs muayenelerinde bakteriyolojik araştırmaların ne kadar isabetli ve faydalı olduğuna dair İngiliz ordusunda 1943 te yapılmış bir muayene sonucunu aşağıdaki tabloda göstermiş bulunuyoruz.

Grup	TEŞHİS	Hastanın sıra numarası	Tüberküloz basili		
			Balgamda		Mide usaresi (Kültürde)
			Mikroskop	Kültür	
I	Tüberkülozla ilgili addolunmiyan akciğer enfiltasyonu	1	—	0	0
		2	—	—	—
		3	—	—	—
		4	+	+	—
II	İyileşmiş ve faaliyette bulunduğu dair delil göstermiyen akciğer tüberkülozu	5	—	—	—
		6	—	—	—
		7	—	—	—
		8	—	+	—
		9	—	—	+
III	Fizik âraz olmamakla beraber radyolojik olarak iki taraflı fibrozis ve kavite alâmetleri	10	—	—	—
IV	Faal akciğer tüberkülozu şüphesi	11	—	+	+
V	Faal akciğer tüberkülozu teşhisi	12	+	0	0
		13	+	0	0
		14	+	0	0
		15	+	0	0
		16	+	0	0
		17	+	+	—
		18	+	+	+
		19	+	+	—
20	+	—	+		

Tablo : IV

S U M M A R Y

Depistage of Tuberculosis in Trakya : The author records the result of the tuberculosis depistage at the villages of Tekirdag in Trakya a wandering depistage team of Health Ministry in 1951.

In the mass radiological examination of 7125 persons - 4311 men and 2814 women - the active tuberculosis is observed in 59 men and 32 women. Also 111 women and 191 men is accepted as suspected cases according to clinical and radiological findings. According to these figures 1.27 percent evident and 4.32 per cent suspected tuberculosis is determined among the cases informed to our examination. If this amount is proportionated with the total population of this district the result is quite contentable. In the classification according to the sex and ages; in men ages about 25 - 34 the amount of tuberculosis is higher than the other sex and ages.

The impression produced from these trials is as followings :

1. The activation of wandering teams will be most useful if they start from poor districts and extent the activation to all over the Turkey.
2. The teams must be completed of a phtysiologist, technicians and some other nursing staff.
3. The most convenient season of the district must be chosen for better activation.
4. The teams should have all the possibilities of propogandism (pictures, records and conferences).
5. Being a wandering team the possible conditions for the rest of the staff should be considered and obtained.
6. The problem of transportation should be considered upon the conditions of the district.
7. Some penalties may be regulated to obtain the interest of the people.
8. The tuberculin test and BCG vaccination teams must have an intimate collaboration with depistage team.
9. The depistage team must have a laboratory to study on suspected cases.
10. The depistage team should have an intimate collaboration with dispensaries and hospitals in case to send the patient for further examinations and treatment.

R É S U M É

A propos du dépistage des tuberculeux en Thrace.— L'auteur fait connaître les résultats obtenus dans la campagne de dépistage des tuberculeux par l'équipe mobile du Ministère de la Santé en 1951.

2814 femmes et 4311 hommes, soit au total 7125 personnes, ont été micro-radio - photographiés. Parmi elles, 32 femmes et 59 hommes présentaient des

lésions tuberculeuse évolutives du poumon. Les autres méthodes d'investigation (clinique et laboratoire) ont déterminé que 111 femmes et 191 hommes pouvaient être considérés comme suspects. Il s'ensuit donc qu'il y avait 1,27 % de tuberculeux et 4,23 % de cas suspects parmi les personnes examinées. Si l'on admet que la population totale de la région comprend 250.000 âmes, les résultats peuvent être considérés comme satisfaisants. On observera, en outre, que les hommes sont plus souvent atteints que les femmes. La moyenne de l'âge des personnes atteintes était de 25 à 34 ans.

Les conclusions à tirer de ces essais pourraient être ainsi formulées :

1) Il serait utile que les équipes mobiles commencent leurs activités par les régions ou le standard de vie est le plus bas, pour se répandre progressivement dans tout le pays.

2) L'équipe doit comprendre des techniciens capables de réparer les déficiences mécaniques, des laborantes et infirmières capables et enfin un médecin phthisiologue.

3) Il faut tenir compte du climat de la région explorée; on choisira de préférence les mois d'été comme époque d'activité de l'équipe.

4) Un conférencier sanitaire pouvant faire des projections et présenter des affiches et des graphiques devraient accompagner l'équipe.

5) l'équipe étant essentiellement mobile, une installation et des tentes devront lui être fournis.

6) les moyens de locomotion devront être choisis suivant l'état des routes et on se servira de Jeep, de pick up et même de mulets, pour le transport.

7) Pour faciliter le travail de dépistage, la loi devrait comprendre des pénalités applicables en cas de nécessité.

8) Les équipes de vaccinateurs de B.C.G. et le personnel chargé de tests (tuberculine) devront accompagner l'équipe de dépistage.

9) Les équipes de dépistage devraient disposer d'un petit laboratoire, permettant le control des cas suspects.

10) L'activité du service de dépistage devrait s'étendre au fur et à mesure de la fondation des dispensaires et des hôpitaux ou pourront être dirigés les sujets atteints que le service de dépistage leur enverra.

Ankara Üniversitesi
Fizyoloji Kliniği Direktörü
Prof. Dr. Nusret Karasu

ANKARA TARAMA NETİCELERİ

Prof. Dr. NUSRET KARASU

1950 yılı başından 1952 yılı sonuna kadar Veremle Savaş Derneği merkez dispanserinde 7×7 küçük filim çekilerek ve icap eden vak'alarda 30×40 filim ve diğer laboratuvar tetkikleri yapılmak şartıyla muhtelif okul ve müesseselerde 9144 kişi taranmış aşağıdaki neticeler çıkarılmıştır.

İlk okul talebesi olan 3323 kişi ki, hepsinin tüberkülin testleri müsbet idi, bunlar arasında 24 açık Tüberküloz (% 0,7), 81 kapalı Tüberküloz (% 2,4) ve 7 akciğer dışı Tüberküloz (% 0,21) tesbit edilmiştir. Bu şekle göre tüberkülozlular 3323 talebeye nisbetle %3,1 i buluyor.

Üniversite talebelerinden 2751 kişi taranmış 9 kişide açık Tüberküloz (% 0,35), 24 kapalı tüberküloz (% 0,9), 8 Akciğer dışı tüberküloz % 0,22 tesbit edilmiş ki 2751 kişiye nazaran tüberkülozlular % 1,5 tutuyor.

Bir askeri birlikten 1119 kişi taranmış 5 açık Tüberkülozlu (% 0,45), 7 kapalı Tüberkülozlu (% 0,62), iki akciğer dışı Tüberküloz (% 0,19), bulunmuştur, bütün veremliler 1119 kişiye nisbetle %1,2 tutmaktadır.

Ankara ceza evlerinde 996 kişi taranmış 4 açık tüberkülozlu (% 0,4), 19 kapalı tüberkülozlu (% 2), 13 akciğer dışı tüberkülozlu (% 1,2), tesbit edilmiştir ki, 996 kişiye nisbetle bütün tüberkülozlular % 3,6 tutmaktadır.

İşçi gruplarından 955 kişiye nazaran bütün Tüberkülozlular % 2 tutmaktadır.

Yukarıda zikrettiğimiz taramalara toplu olarak bakarsak 9144 kişide açık tüberkülozlular % 0,5 ve tedaviye muhtaç bütün tüberkülozlular ise % 2,41 tutmaktadır.

Stokholm küçük flim istasyonu tarafından 1 Haziran 946 dan 30 Haziran 949 a kadar 1037106 kişiye küçük flim çekilmiş, icap eden vak'alarda diğer araştırmalar yapılmış % 1,2 sinde Akciğer Tüberkülozu tesbit edilmiştir ki, bunlardan ancak % 0,1 i açık tüberküloz vak'aları idi.

1948 de Kopenhag'ın Merkez dispanserinde 20687 kişi taranmış 264 kişi de tüberküloz tesbit edilmiş ki bu da %1,3 tutmaktadır.

(Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi mecmuası cilt 5, sayı 1-2 ye ilâve olarak çıkan sayıdan).

Ankara'da yaptığımız istatistik ile Stokholm ve Kopenhag istatistiklerini mukayese edersek görürüz ki, bizde açık veremliler 2,56 - 2,67 daha fazladır.

Ö Z E T

Ankara'da 1950 yılından 1952 yılı sonuna kadar okul, işçi, asker ve mahkûmlarda 9144 kişide % 0,53 açık ve % 2,41 çeşitli tüberküloz tesbit edilmiştir.

	<i>Muayene olanlar</i>	<i>Açık verem</i>	<i>%</i>	<i>Kapalı verem</i>	<i>%</i>	<i>Akciğer dışı verem</i>	<i>%</i>	<i>Veremli yekûnu</i>	<i>%</i>
İlk okul öğ.	3323	24	0.7	81	2.4	7	0.21	112	3.1
Üniversite öğ.	2753	9	0.35	24	0.9	7	0.25	40	1.45
Askeri birlik	1119	5	0.45	7	0.62	2	0.19	14	1.2
Ankara cezaevi	996	4	0.4	19	2	13	1.2	36	3.6
İşçi gurubu	955	7	0.7	6	0.65	6	0.65	19	2
Yekûn	9144	49	0.53	137	1.5	35	0.38	221	2.41

S U M M A R Y

The Result of Depistage in Ankara : A depistage of tuberculosis is carried out between 1950. - 1952 at Ankara. Among 9154 students, labours, soldiers and prisoners 0,53 per cent opened and 2.41 per cent various of kinds of tuberculosis is determined.

R É S U M É

Le résultat du dépistage à Ankara. — 9144 personnes, comprenant des écoliers, des ouvriers, des soldats et des condamnés de droit commun ont été examinées en 1950 à Ankara. On a trouvé 0,53 de tuberculose évolutive et 2.41 % de lésions tuberculeuses diverses.

Ankara Üniversitesi
Fitizyoloji Kliniği Direktörü
Prof. Dr. Nusret Karasu

ANKARADA ÇOCUK ISLAH EVİNDE YALANCI BİR TÜBERKÜLOZ EPİDEMİSİ

Doç. Dr. SELÂHATTİN AKKAYNAK

Ankarada, adliye vekâletine bağlı çocuk islâh evinde bulunan 108 mahkûm çocuğu 19/3/1952 de tüberküloz bakımından taramağa başladık. Taramada tüberkülin tasleri yaparak, minyatür filmleri çekildi.

Bu ilk tarama neticesinde, çocuklardan bir çoğunda muhtelif radyolojik tegayyürlerle beraber sedimantasyonlarında sür'atlenme tesbit etdik; bir kısmında da sadece sedimantasyonları sür'atlenmiş olup radyolojik hiç bir tegayyür mevcut değildi.

Çocuklardan hemen hiç birinin esaslı bir şikâyeti yoktu. Bir kısmı, sadece, ara sıra ateşleri olduğundan ve bir kaç gün islâh evi revirinde yatdıklarından bahsediyorlardı.

Çok calibi dikkat bulduğumuz bu hal karşısında(bu çocukları hemen aylık fasıllarla mükerreren tarâmağa başladık. Bu arada yeni mahkûmlar da gelmekle beraber, bir kısmının da mahkûmiyet müddeti bitdiğinden tahliye olarak memleketlerine döndüler.

Böylece, 19/3/1952 de başladığımız taramayı, 15/11/1952 tarihine kadar yani 8 ay müddetle devam ettirdik. Bir kısmı, en az 2-3 defa, bir kısmı da 7-8 defa taramadan geçirildi. İçlerinden 16 tane-si de tedavi veya tedkiklerimizi daha derinleştirmek gayesile dernek hastanemize yatırıldı.

Ayrıca, islâh evinde memur ve müstahdem bulunan bilcümle personeli de taradık. Bunların hepsinde tüberkülin testleri müsbet olduğu gibi filmleride normal bulundu.

Bu 8 aylık devre içinde taramaya tâbi tutulan mahkûm sayısı 196 dır. Bu çocukların hepsi, 11 - 18 yaş arasındadırlar. Hepsi de mahkûmdurlar; yani daha evvel muhtelif ceza evlerinde kalarak

suçlarını keşbikatiyet ettikten ve hüküm yedikten sonra buraya nakledilmişler.

Şimdi, vak'alarımızın tüberkülin, radyolojik, klinik ve laboratuvar tetkiklerine ait neticeleri birer birer arz edelim :

I — *Tüberkülin testi* :

1. 198 çocuktan 33 tanesi (% 19,6) hem Pirquet ve hem de 100 Ü. mantoux testine menfi cevap verdiklerinden B.C.G. verem aşısı ile aşılandılar.

2. 211 tanesinde Pirquet menfi, fakat Mantoux testi müsbet bulundu (% 7).

152 tanesinde ilk deneyde Pirquet testi müsbetti.

O halde 196 vak'anın 163 ü tberkülin testlerine müsbet cevap verdiler ki, nisbet : % 83,2 dir.

II — *Radyolojik tetkik* :

1. Tüberkülin testleri müsbet olan ve B.C.G. ile aşılanan çocuklarda radyolojik her hangi bir tegayyür görülmedi.

2. Tüberkülin testleri müsbet olan 3 vak'ada sedimantasyonun sür'atli bulunmasına mukabil, radyolojik görünüş normaldi. Müteakip tetkiklerde de sedimantasyon normale avdet ettiği gibi, radyolojik mazara da değışmedi, yani normal kaldı.

3. Tüberkülin testleri müsbet bulunan 163 çocuktan 55 tanesinde sedimantasyon sür'atlenmesi ile birlikte radyolojik tegayyür tesbit edildi. Nisbet : %32,5.

4. Radyolojik değışiklikler gösteren vak'aları şu suretle sınıflandırmak mümkündür :

a. Tek veya iki taraflı hilüs büyümesi, hilüs dolgunluğu bulunan vak'a sayısı : 13.. Nisbet : % 23,5.

b. Sadece parankim lezyonu bulunan vak'a sayısı : 10. Nisbet % 18,2.

c. Sadece plevra leziyonu bulunan vak'a sayısı : 5. Nisbet : % 9,1.

d. Tek veya iki taraflı hilüs büyümesi ile birlikte parankim leziyonu bulunan vak'a sayısı : 14; Nisbet : %25,4.

e. Tek veya iki taraflı hilüs büyümesi ile birlikte parankim ve plevra leziyonları da bulunan vak'a sayısı : 3. Nisbet %5,4.

f. Tek veya iki taraflı hilüs büyümesi ile birlikte plevra leziyonu bulunan vak'a sayısı : 3. Nisbet: %5,4.

g. Parankim lezyonu ile birlikte plevra leziyonu bulunan vak'a sayısı : 7. Nisbet : % 13,6.

III — *Klinik tetkik* :

1. Bir iki vak'a müstesna, diğerlerinin hiç birinde ağır bir hastalık tablosu mevcut değildi. Hastaneye yatırdığımız çocukların da sadece, sübfebril ateşleri vardı. Hiç bir şikâyetleri yoktu. Vak'aların hemen hepsinde de klinik bulgu, ya yoktu veya pek azdı. Plevra ihtilâtı gösteren vak'alarda buna ait araz vardı; diğerleri tamamen normaldi.

İki vak'ada kontrol safhasında menenjit husule geldi. Bunlardan birinde ilk tetkikte, 1952 martında solda sulu plörezi vardı. Likit tedricen rezorbe oldu; Yerinde az bir iltisar bıraktı. Ayrıca, sol birinci entekostal aralıkta fındık içi büyüklüğünde yuvarlak bir mihrak teşekkül etti. Haziran bidayetinde baş ağrısı ve yüksek ateşle yeniden hastalanınca menenjit tesbit edildi ve hastanede tedavi altına alındı, halen de tedavidedir.

İkinci vak'ada, gene mart 1952 de iki taraflı tümöral hilüs adenopatisi tesbit etmiştik. Bu halde kontrol altında iken temmuzda baş ağrısı, kabızlıktan şikâyet etmesi üzerine yapılan lomber ponksiyonda likor değişmesi tesbit edilerek hemen menenjit tedavisine başlandı. Preklinik safhada menenjiti teşhis edilen bu hastada kısa zamanda iyilik teessüs etti. Ayrıca, islâh evinden de tehliye edilmişti. Hastanede daha fazla kalmak istemiyerek arzusu ile taburcu oldu ve memleketine döndü, akıbetini öğrenemedik.

2. Kontrol altına aldığımız vak'alardan bir kısmı bir iki ay için de tahliye olduklarından bunların akıbetlerini tetkik etmek imânı kalmadı. Fakat 32 vak'ayı en az 5 - 8 ay taki petmek imkânını bulduk. Bu çocukların büyük bir kısmında, başlangıçta bulunan leziyonlar kısmen kendiliğinden, kısmen de tedavi ile regresiyona uğradılar. Fakat hemen hepsinde etüdümüzün nihayet bulunduğu 15/11/952 tarihine kadar leziyon bulunduğu gibi, 3 tanesi halâ hastanemizde tedavi altındadır.

IV — *Laboratuvar tetkiki* :

1. Morfolojik kan tetkiklerinde, kayda değer bir bulgu tesbit

edilemedi. Hemen hepsinde de lökosit sayısı 5 - 8 bin arasında idi; lökosit formüllerinde de esaslı bir değişiklik yoktu.

2. 55 vak'ının hepsinde de sedimantasyon sür'atli idi. İlk tesbit ettiğimiz zaman bütün vak'aların sedimantasyonlarını ortalama olarak birinci saatte 40 mm. bulduk.

3. Bir vak'ada direkt muayenede balgamda basil tesbit edildi. İki vak'ada da ancak mide sularının kobaylara inokülasyonu ile müsbet cevap aldık. Bunlardan biri, bir az evvel arz ettiğimiz birinci menenjit tüberküloz vak'asına aittir.

Diğer vak'aların gerek direkt, gerekse homojinasyonla balgamlarında, mide sularında basil bulunmadığı gibi, 16 vak'ada yapılan müteaddit kültür deneylerinde de basil üremedi. 11 vak'ının mide suyunun kobaylara inokülasyonu ile de basil tesbit edilemedi. Otopside kobaylar steril bulundular.

Balgamında direkt usulle basil bulunan vak'a, evvelce kliniğimizde tetkik edilmişti ve o zaman balgamında, mide suyunda basil bulunmadığı gibi kültür ve hayvan deneyleri de menfi kalmıştı. Taburcu olduktan 20 gün sonra hemoptezi ile tekrar hastaneye yatırıldı. Bu kereki tetkikte balgamın da basil tesbit edildi. Bu vak'a halen hastanemizde yatmakta ve P.P. tedavisinde bulunmaktadır.

V — Diğer laboratuvar tetkikleri :

Vak'alarımızda direkt usullerle basil bulunmaması ve radyolojik manzaraların da non spesifik süreçleri düşündürmesi sebebiyle tetkiklerimizi çeşitli enfeksiyonlar ihtimaline tevcih ettik.

1. Evvelâ vak'aların böyle toplu bir şekilde görünmesi sebebiyle atipik pnömoni üzerinde durduk ve soğuk aglütinin aradık.

İlk hamlede aşikâr radyolojik lezyon gösteren 33 vak'ada yaptığımız soğuk agglütinasyon testi ile aldığımız netice şöyledir :

13 vak'ada soğuk agglütinasyon menfi,

2	»	»	»	1/2	dilüsiyonda müsbet,
4	»	»	»	1/8	»
5	»	»	»	1/16	»
5	»	»	»	1/32	»
3	»	»	»	1/64	»
1	»	»	»	1/256	»

1/64 ve 1/256 dilüsiyonlarda müsbet reaksiyon veren 4 vak'ada testi bir müddet sonra tekrarladık. 1/256 da müsbet reaksiyon veren vak'ada bu kerre 1/16 dilüsiyonda müsbet reaksiyon aldık. 1/64 müsbet olan vak'alardan ikisinde müteakip araştırmalarda test menfi cevap verdi. Yalnız birinde müsbet olmakta devam etti.

Ayrıca, 14 vak'ada da M.G. streptokokla agglütinasyon aradık. Yalnız iki tanesi 1/128 dilüsiyonda müsbet reaksiyon verdi. Diğerlerinin de bir kısmında daha kesif solusiyonlarda müsbet reaksiyon alındı.

Aldığımız bu neticelerle vak'alarımızı atipik pnömoni olarak kabul etmek imkânsızdır. Bir taraftan agglütinasyon testi böylece tutmadığı gibi, diğer taraftan da atipik pnömoniler kısa sürelidirler. Halbuki yukarıda da zikrettiğimiz gibi vak'alarımızda leziyonlar 8 aylık kontrol safhasında regressif olmakla beraber devam etmektedirler.

2. Q humması bakımından kompleman fiksasyon testini araştırdık. 21 vak'ada yaptığımız test: 9 unda antikomplemanter, 6 sında menfi reaksiyon verdi. 5 vak'ada 1/10 dilüsiyonda (I+) bir vak'ada da 1/10 dilüsiyonda (+) reaksiyon verdi.

Demek ki, vak'alarımızı Q humması olarak da kabul etmek imkânsızdır.

3. Vak'alarımızın lökosit sayısı ve lökosit formülü bakımından hususiyet arzetmediklerini yukarıda tebarüz ettirmiştik ki, böylece eozinofilik infiltratları da bertaraf etmiş oluyoruz.

4. Bu sırada Amerikadan getirtmiş bulunduğumuz histoplazmin ile de tetkiklerimizi genişlettik. 55 vak'anın 3 ünde müsbet reaksiyon alındı; diğerlerinde menfi.

Ayrıca, radyolojik tegayyür göstermeyen, fakat sedimentasyonları yüksek bulunan 3 vak'anın ikisi de histoplazmine müsbet cevap verdiler.

Disküsiyon ve Netice :

I. 55 vak'anın yalnız 3 tanesinde basil tesbit edildi ki bunların tüberküloz natürlü olduklarında şüphe yoktur.

Diğer vak'alarda basil bulunmamakla beraber,

a. Radyolojik leziyon bulunan 55 çocuğun hepsinde de tüberkülin testlerinin müsbet olması, hepsinde de sedimentasyonun sür'at-

li bulunması, buna mukabil tüberkülin testi menfi olan ve B.C.G. ile aşıladığımız 33 çocukta hiç bir radyolojik tegayyür bulunmaması ve bunlarda sedimantasyonun normal olması,

b. 8 ay gibi uzun müddet takip ve kontrol ettiğimiz en az 32 vak'ada leziyonların kronik vasıfları olması,

c. Diğer hastalıklara ait spesifik test (soğuk agglütinasyon, Q humması kompleman fiksasyon testi, histopalzmin testi) ve laboratuvar bulgularının (eozinofili bulunmaması) menfi olması,

Vak'alarımızın tüberküloz natüründe olduklarına delil teşkil etmektedirler.

I. Leziyon bulunan vak'aların 33 tanesinde hilüs reaksiyonun 18 de plevra reaksiyonunun bulunması, parankim tegayyürlerinin 5 vak'ada atalektazi vasfında olması ve nihayet iki vak'ada menenjit tüberküloz tablosunun tessüsü, bunların primer enfeksiyon tüberkülozu olduğunu göstermektedir.

II. Hastalık tesbit ettiğimiz 55 çocuktan yalnız biri 11 yaşında olup diğerleri 16 yaş arasındadırlar ki, bu da hem primer enfeksiyon yaşına uymakta ve hem de primer enfeksiyonun geç primer enfeksiyon vasfında olduğunu göstermektedir.

III. Epidemiyoloji bakımından yaptığımız araştırmada, yukarıda da işaret ettiğimiz gibi, Ankara çocuk islâh evinde enfeksiyon menbaı olabilecek her hangi bir açık tüberkülozlu tesbit edemedik. O halde bu çocukların islâh evine gelmeden evvelki devrede enfeksiyonu almış olmaları lâzımdır.

Kanaatımızca, bu çocuklar daha evvel mevkuf buldukları muhtelif merkez ceza evlerinde enfeksiyonu almışlardır. Filhakika 4 tanesi müstesna, diğerleri vasati olarak 8,5 ay merkez evlerinde mevkuf olarak bulunmuşlardır. Böylece hastalık tezahürü ile islâh evine nakledilmişler, yahut hastalık belirtileri islâh evine geldikten bir müddet sonra meydana çıkmıştır.

IV. Geç primer enfeksiyona ait tetkikimiz, literatür donelerine de uymaktadır. *Heinbeck*, 1936 yılında U l l e w a a l hastanesinde bülûğ ve delikanlılık çağlarında primer tüberküloz enfeksiyonu ile %37,3 nisbetinde morbidite tesbit etmiştir. Bizim vak'alarımızda morbidite nisbeti, %32,5 dir.

Bir çok İskandinav müellifleri ile birlikte *Richards*, *Erwin* ve *Thompson* gibi müellifler geç primer enfeksiyonda plevra tegayyür-

lerinin kesretine nazarı dikkati celbetmişlerdir ki, bizde vak'alarının 1/3 ünde plevra ihtilâtını tesbit etmiş bulunuyoruz. *Heimbeck*, 4,2 % nisbetinde erken mortalite kaydetmiştir. Bu nisbete göre 1/25 nisbetinde ölüm husule gelmektedir. Biz, vak'alarımızda ölüm kaydetmedik. Ancak, *Heimbeck*'in etüdü, antibiyotik devrinden evvelere aitti. Eğer bizim de elimizde antibiyotikler olmasa idi, hiç şüphesiz ki, en az iki menenjit vak'amızı kaybetmiş olacaktık ki, bu da 1/25 nisbete uyacaktır.

Vak'alarımızın literatürden ayrılan yegâne hususiyetleri hiç birinde erythema nodosum görülmemesidir.

Vak'aların, acaba geç akibeti ne olacaktır. Maalesef bunu tesbit etmeğe imkân yok. Çünkü, Anadolunun dört bucağından ve köylerden gelen bu çocuklar mahkûmiyetleri bittikçe yurtlarına dönmektedirler.

V. Kanaatimizce, vak'aların çoğunda mikrop bulunmamasının sebebi, hastalığın selim seyretmesidir. Nitekim, bir harabiyet ifadesi olarak hemoptezi görülen tek vak'ada basil de bulunmuştur. Halbuki, aynı vak'ada daha evvelki devirlerde müteaddit araştırmalara, kültür, kobay deneylerine rağmen basil bulunmamıştı.

Hastalığın selim seyretmesinde çocuk ıslah evinin büyük rolü olmuştur. Filhakika, ıslah evi, Ankaranın cenubunda, şimal rüzgârlarına kapalı tam bir sayfiye yeri vafındadır. Mütedavil sermaye ile idare edilen bu müessesede iâşe, orta mektep ve liselerin yatılı talebe iâşe talimatına göre yapılmaktadır. Günde 3 saat nazarı ders, 3 saat te atelye mesaisi yapılmaktadır. Atelye mesaisi, demircilik, marangozluk, kunduraçılık, terzilik, makine tamiri sahasında olup yazın bunlara tavukçuluk, arıcılık ve sebze işleri de ilâve edilmektedir ki, bunlardan hiçbirisi henüz öğrenme, çıraklık safhasında bulunan bu çocuklar için ağır iş değildirler.

Hulâsa :

- I. Memleketimizde ilk defa 55 vak'adan ibaret bir geç primer enfeksiyon tüberkülozu epidemisi tesbit ve tetkik edildi.
- II. Vak'aların hususiyetleri tahlil edilerek karışabileceği hastalıklardan teşhisi tefrikisi yapıldı.

Not :

Bu etüdümüzde, mesaimizi kolaylaştıran, Çocuk Islah Evi Müdürü Yunus Işık ve Müessese doktoru Hamit Ataman'a, Laboratuvar araştırmalarında kıymetli yardımları olan Dr. Niyazi Sezen, Vet. Dr. Aral Gürsel ve Dr. Nusret Fimek'e teşekkür ederim.

LİTERATÜR

- 1 — *Bariéty, M.* : Traité de Médecine. Cilt VI. 1952
- 2 — *Betz, W.* : Die spaete Primaetuberkulose und ihre heutige Bedeutung im Tuberkulosegeschehen. Med. Klin. 47, 12 (1952) 372.
- 3 — *Biggs, A. D.* : Primary Complex of pulmonary Tuberculosis. Am. J. dis. childr. 80, 1950, 566.
- 4 — *Brice R. Clarke* : Causes and Prevention of Tuberculosis. 1952.
- 5 — *Heimbeck, J.* : Tuberculosis in hospital Nurses. Nuberc. 18, 97 (1936).
- 6 — *Hopmans, P. J.* : Late resultg of a School infection. The Hague 1950, 46/3 (Excerpt. med. dan referat).
- 7 — *Leitner, St. J.* : Die Primaere Tuberkulose bei Erwachsenen u. Kindern U. ihre Entwicklung. 1948.
- 8 — *Thompson, B.C.* : Pathogenesis of pleurisy with effusion. A clinical, epidemiological and follow-up study of 190 Cases. Am. rev. Tbc. 54, 349 (1946).
- 9 — *Wurm, H.* : Die spaete Erstinfektion mit Tuberkulose (Pathologische Anatomie) Beitr. Klin. Tb. 106, 3 (1951) 264-273.

S U M M A R Y

A False Epidemic Spread of Tuberculosis in Children's Improvement-House at Ankara: 1. A late epidemic primary infection of tuberculosis is determined in 55 persons and first time investigated in Turkey.

2. The specialities of cases is analyzed and the differential diagnosis is made with the similar diseases.

R É S U M É

Une pseudo-épidémie tuberculeuse à la Maison de Correction d'Ankara :

1. On a observé, pour la première fois dans notre pays, 55 cas de tuberculose primaire tardive.

2. Les caractères particuliers qu'elle présentait ont été décrits puis le diagnostic différentiel a été discuté.

25 Şubat 1953

Birinci Celse Münakaşaları

Prof. Dr. Şevki Akçay :

Sayın meslekdaşım Ekrem Erbin'in Sığır Tüberkülozu hakkında bir raporu ilk def'a böyle yüksek bir ilimi hey'eti huzuruna getirmek fırsatını bulduğundan ötürü kendisini tebrik ederim. Sığır tüberkülozu ile tüberkülin teşhis vasıtası olarak kullanıldığı hallerde bunun iki safhası vardır. Birincisi siyantifik cephe öbürü ekonomik, daha doğrusu sosyal yardım cephesidir. Birincisinde ante allerjik safha anerjik hal ve hetero allerji jroblemleri önemli rol oynarlar. Bunlar tüberkülinin zayıf ve kusurlu taraflarıdır. İkinci cephede tüberkülinle müsbet reaksiyon gösterdiğinden ötürü kesilen hayvan sahiplerine verilmesi lâzım gelen tazminat ve daha başkaca yapılan yardımlardır. Sosyal yardımı kuvvetli olan memleketlerde sığır tüberkülozu ile mücadelede başarı elde edilmiştir. Amerikada olduğu gibi. Biz yurdumuzda sığır tüberkülozu ile savaş için aşağıdaki tedbirlerin alınmasını faydalı görüyoruz.

1. Sütlerin geniş ölçüde pastörize edilerek halka dağıtılması (bunun en aşağı ölçüsü hiç olmazsa köylerde dahil olduğu halde şehirlerdeki süt çocuklarına yeter derecede olması).

2. Çiğ sütlerden tereyağı vesaire mahsullerin yaptırılmasını önlemek için lâzım gelen tedbirlerin alınması.

3. Çiğ etlerden yapılan sucuk ve saire gibi mahsullerin mümkün olduğu kadar mezbaha içinde veterinerin nezareti altında yaptırılması.

4. Tüberkülozla savaş için enternasyonal metotlardan hangisi uygun geliyorsa veteriner ile hayvan sahibi işbirliği yaparak bu usulün tatbiki.

5. Tüberküloz olduğu anlaşılan hayvan, sahiplerine ya pirim vermek yahut sütlerin ve hayvanî mahsullerinin piyasadan biraz yüksek fiatla Devlet müesseseleri ve Hastaneler tarafından tercihan satın alınmasının te'mini.

6. Sığır Tüberkülozu ile mücadelenin evvelâ evvelce yetiştiril-

miş yüksek kadrolu ekiplerden müteşekkil görgülü elemanlar tarafından sistemli bir surette yapılması.

Dr. Tefvik İsmail Gökçe :

Bizim Türkiyede tüberküloz epidemiyolojisinde bovin basilinin ehemmiyeti hakkındaki 1949 ve 1950 senelerinde Heybeli Sanatoriyomunda bir çalışmamız vardı. Burada pülmoner menşei basillerle ekstra - pülmoner basiller üzerinde tip tayini yaptık. Bunlardan bilhassa arzetmek istediğim, 300 e yakın ekstra-pülmoner materyel arasında izole ettiğimiz basiller arasında bir tek dahi bovin tipine rastlamayışımızdır. Bu ekstrapülmoner materyelin de çok büyük bir kısmını İstanbulun muhtelif müesseselerinden, fakültenin ortopedi kliniğinden, kemik - mafsalsal veremi hastanesinden ve bu kabil yerlerden gönderilen ekstra - pülmoner materyel ve bilhassa mafsalsal ve kemik leziyonları teşkil ediyordu. Arzetmek istediğim cihet şudur : Ekstra - pülmoner vak'alarda ve bilhassa kemik mafsalsal tüberkülozunda ötedenberi kabul edildiği gibi âmilin çok büyük bir ekseriyetle bovin basili olmasıdır. Gerçi bu bizim materyelimiz çok küçüktür. Ve böyle kat'î bir neticeye varmak için gayri kâfidir, fakat bize verdiği his ve kanaat bu merkezdedir. Maruzatım bundan ibarettir.

Dr. Tefvik Sağlam :

Sayın Dr. Tefvik İsmail Gökçe, Verem Savaşında dispanserinin ehemmiyeti üzerinde şiddetle, ısrarla durdu. Verem dispanserlerinin muvaffak olması için mutlaka bunun rasyonel bir şekilde çalışması lâzımdır. Bu gün Dispanserler için mevcut en büyük tehlike buraların poliklinik haline sokulmasıdır. Maalesef bu hal dispanserlerimizin bir çoğunda mevcuttur. Bunların vazifeleri ekseriya pnömotoraks yapmak teşhis koymaktan ibaret kalıyor. Halbuki gaye bu değildir. Buraların hakiki mânası ile iyi bir dispanser şeklinde çalışabilmeleri için iyi yetişmiş personele yani hekime, hemşireye ihtiyaç vardır. Bizim yetiştirme tarzımız umumiyetle hepimizi poliklinik şekline çeker. Halbuki buraların sosyal cephesi ile muvazi çalışmaları için hususî bir edükasyona ihtiyaç vardır. Eğer dispanserler iyi yetişmiş hemşire ve personelle çalıştırılmıyacak olursa bunlara yapılacak masraflar beyhudedir. Açılmakta olan dispanserlerin adedi gittikçe artmaktadır. Biliyoruz ki Dünya Sağlık Teşkilâtı, Hükümet, İstanbul Verem Savaş Derneği ile birlik yaparak İstanbulda bir olgunlaştırma merkezi kurmuşlardır. Burası enternasyonal ma-

hiyetini muhafaza etmektedir. Burasının gayesi dispanserlerde çalışacak personelin bilhassa sosyal cephesini kuvvetlendirmek üzere yetiştirmektedir. Burası senede iki kurs yapmaktadır. Ve Taksim Merkezinde çalışmaktadır. Arkadaşlarımdan bilhassa hariçten gelen arkadaşlarımdan çok rica ediyorum, gelip burasını ve burasının nasıl çalıştığını görsünler. İkinci bir ricam da, yeni bir dispanser açacaktık ve burada çalışacakların mutlaka bu merkezde gelip bir iki ay çalışmaları ve dispanser çalışmalarının sosyal cephesini yakinen görmeleri ve tanınmalarıdır. Aksi takdirde bunlardan istifade imkânı yoktur. Prevantoryuma kabul edilen hastalar bazı güçlükler arz etmektedir. Bu hastaların ekseriya ateşi yoktur. Kraşe de çıkarılmazlar. Veya balgamında basil de yoktur. Çok zaman bunlara ilâveten tomografi ile kavite de tesbit edilemez. Bunun için bunlar da diğer hastalarda olduğu gibi faaliyet halini kolaylıkla meydana çıkarmak imkânı yoktur. Bu hastaları prevantoryuma kabul ederken radyolojik olarak tesbit edilen imaj tamamen inaktif midir, yoksa henüz gizli faaliyet halinde olarak bir lezyon mudur? Bunu tesbit güçtür. Muhterem Hakkı Bey acaba prevantoryumda ne tarzda hareket ediyorlar. İkinci mühim nokta da labratuvarların henüz arzu edilen şekilde ikmal edilmemiş olmasından prevantoryumlara basil menfi diye alınan hastaları ya kraşe çıkarmamış veya kraşede basil bulunamamış vak'alardan müteşekkil olmasıdır. Prevantoryumun Verem Savaşı ile Savaş Derneğinin yardımı ile bütün hastalarda mide tubajı yaptık. Ve % 15 nisbetinde olarak mide suyunda ya direkt olarak veya kültürle basil tesbit ettik. Zannediyorum ki, prevantoryuma kabul edilen hastalara muhakkak surette bu bakteriyolojik muayene tatbik edilmelidir. Aksi takdirde Sanatoryum tedavisine muhtaç hastalar prevantoryuma gönderilmiş olacaktır. Mühim bir nokta da, mademki kemik prevantoryomu yine bir tüberküloz tedavisi müessesesidir. Orada da diğer sanatoryumlarda olduğu gibib Amerikalıların fitizyolojiye soktukları tabirle strict' bedlest tatbik edilmesi ve orada da mutlak istirahatın bütün icaplarının tatbik edilmesi lüzumuna kaniiz. Efendim arkadaşlarımızın çoğu söyleyeceklerimi söylediler. Bilhassa Veteriner Ekrem Erbin'e çok teşekkür ederiz. Verdikleri rakam da bizim için çok kıymetlidir. Ve bizim klinik bulgularımıza da uymaktadır. Keza Akif Şakir Bey hocamızın söylediklerini bütün mevcudiyetimle desteklerim. Zaten bu meseleyi Sağlık Şûrasında ve Verem Savaşı Komisyonunda da aynı kuvvetle desteklemiştik. Selâhattin Bey arkadaşımızın mevzuu hakkında bir iki kelime söylemek istiyorum. Haki-

katene burada bir hapishane muhitinin gayri sihhî vaziyetinin duruma şahit oluyoruz. Burada 16-18 yaşına kadar çocuklar arasında enfeksiyonun adeta bir epidemi yaptığını görüyoruz. Bunu kendileri gecikmiş bir primer enfeksiyona delil olarak gösterdiler. Hakikaten burada vak'aların büyük bir kısmı primer enfeksiyon gösterir şekildedir. Radyolojik bulguları anlatırken bu vak'aların %50 sinde parankimal lezyon ile beraber gangliyonel lezyonun da bulunduğunu söylediler. Bu hali primer enfeksiyon aşikâr surette gösterir. Yalnız vak'aların tetkikinden anlaşılıyor ki bunların bir kısmı tam primer enfeksiyon değildir.

Dr. Ahmet Kuzucu :

Muhteme Hocam Prof. Dr. Tefvik Sağlam'ın Prevantoryumumuz hakkında söylediği fikirler hakikaten yerindedir. Fakat bizi de bu tarzda hasta kabulüne zorlayan sebepler vardır. Bunları şu şekilde sıralayabiliriz :

Maarif Vekâletinin tesis ettiği ve idaresinde bulunan Validebağı Prevantoryomu 350 yataktır. Ve bu yekûnu da ancak 950 yılında bulmuştur. Bu yatak sayısı içinde kızlar kısmı da dahildir. Halen Türkiyede okuma çağında bulunan İlk, Ortaokullarla yüksek okullara devam eden öğrenci sayısının bir milyon olduğunu ortalama olarak tesbit edebiliriz. Bu yekûna yetmiş bin kadar tutan öğretmenlerle idarecilerini ilâve etmek 20 bine yakın köy enstitüleri talebelerini de göz önünde bulundurmamak lâzımdır. Bu kadar yüksek bir yekûna balığ olan bir tek preventoryum ihtiyacı 350 yatakla karşılanamayacağı bedihidir. Bu itibarla daha bir çok talebe preventoryumlarına ihtiyaç vardır. Memleketimizde Sıhhat Vekâletine bağlı hastanelerin yatak sayıları da pek az olduğundan hakikî preventoryumlara ihtiyacı olan hastalardan daha çok kapalı tüberküloz vak'alarının müracaatlarını karşılamak zaruretindeyiz. Bu sebepten arzettiğim istatistiklerdeki granülü ve ekstrapülmoner vak'alarında preventoryum hastaları arasında yatırmak zaruretini de duyuyoruz. Bu günkü tüberküloz musabı yüksekliği karşısında mecburî bir durum hasıl oluyor. Fahir Sanel Bey arkadaşımın serdettiği mütalâalara gelince :

Biz preventoryoma yatarken hastaları böyle bir tetkike tâbi tutuyoruz. Evvelâ klinik bir muayene, krâşe muayenesi, radyolojik bir tetkik, bu sıralardan geçtikten sonra preventoryoma yatırıyoruz. Prevantoryuma yatan hastalarda devamlı fasıla ile basil kontrolü tabik ediyoruz. Sonra basil aramaları teksif ve icap ediyorsa

kobaya ilokilasyon ve kültür yapıyoruz. Bu muayenelerle basil tesbit ettiğimiz vak'alar (ki senede 30 - 35) vak'a oluyor, bunları hemen sanatoryomumuza naklediyoruz. Prevantoryomumuz halen tam bir prevantoryum vazifesini görmemekte, daha ziyade kapalı tüberküloz vak'alarıyla meşgul olmaktadır.

Muhterem Prof. Nusret Karasu'nun fikirlerine gelince : Ben de onunla beraberim; bu aynı zamanda maarifte daha şümüllü bir sağlık teşkilâtının ihdas edilmesi lüzumunu gösteriyor. Halen mevcut sağlık teşkilâtı maalesef çok kifayetsizdir.

İleride bu noksanı telâfi lâzımdır. Tüberküloz mücadelesi memleketin ve bu teşkilâtın elbirliğiyle, işbirliğiyle muvaffakiyete ulaşabilir. Yalnız Sağlık Bakanlığı, sahasındaki mücadele ile bu mühim dâvayı biz tam bir şekilde başaramayız. Askerî tabib arkadaşlar kendi sahalarında yapabildiklerine dair bir fikir ve mülâhaza yürütmediler. Onlarında bu sahadaki çalışmalarını bilmek bizim için zevkli bir konu olabilirdi.

Asker muayenelerinde seri radyolojik tetkiklerin önemi evvelâ mühimdir. Bu şekilde muhtelif kollardan yapılacak tüberküloz mücadelesi elbetteki yurttaki tüberküloz mücadelesini başarıya götürecektir.

Dr. Turgut Targay :

Bu hususta bir noktaya işaret etmek isterim; şöyle ki :

Tüberkülin teamülü menfi çıkan vak'alarda bu neticeyi kat'î olarak kabul etmek doğru değildir. Filhakika Cenubî Amerikada (*Dö Assi*) ve arkadaşlarının yaptıkları tecrübelerinden anlaşıldığına göre : Tüberkülin testi menfi olan vak'alarda (enfra - tüberkülin) teamülün aranması lâzımdır. Bu ise (B.C.G.) ile aranmalıdır. Ve tüberkülinle menfi olan vak'aların B.C.G. ile müsbet olduğu görülmektedir.

Dr. İhsin Rıfat Sabar :

Sığır tüberkülozu mücadelesinin ehemmiyeti hakkında bir iki noktaya temas etmek istiyorum. Muhterem arkadaşımız, sığırlarda tüberkülozun yayılma nisbeti ve sığır tüberkülozu ile mücadele şeklini gayet veciz bir şekilde belirttiler. Ben bu güne kadar sığır tüberkülozu ile yapılan mücadeleden alınan neticeyi öğrenmek istedim. Fitizyologları bu mes'ele çok alâkadar eder. Sayın hocamız Akif Şakir Bey; ekstra - pülmoner veya kemik tüberkülozunun memle-

ketimizde tedrici bir şekilde arttığını söylediler. Eğer, sığırlar arasında tüberküloz da artmakta ise bu iki artış arasında bir münasebet olduğunu düşünmemiz lâzımdır. Çünkü; ekstra - pülmoner tüberküloz vak'alarının ekserisi sığır tüberkülozuna bağlı vak'alardır. Bu bakımdan Devletin büyük masraflarla bu mücadeleye iştirak etmesil âzımdır. Bunun üzerinde ehemmiyetle duruyorum. Çünkü: 1904 da Amerikada sığırlar arasında tüberkülozun % 5 den aşağı olduğu görülmüş ve buna ehemmiyet verilmemiştir. Kısa zaman sonra memlekette sığır tüberkülozunun ve bununla mütenasip olarak ekstra - pülmoner tüberkülozun arttığı görülmüştür. Bunun üzerine 9,5 milyon sığır üzerinde yapılan tetkikten sonra devletin büyük masraflarla yaptığı mücadele neticesinde 1950 de bu nisbet binde 2 ye inmiştir. Görülüyor ki bu mesele çok ehemmiyetlidir. Devamlı ve sistematik olarak sığır tüberkülozu ile mücadele edilmesi lâzımdır.

Dr. Talât Oran :

Muhterem hocamız Tefvik Sağlam Bey'in temas ettikleri gibi mücadelede kalifiye doktor, hemşire ve personel meselesi çok mühimdir. Bu yetişme bilhassa medikasosyal mevzuda dahada ehemmiyet kesbeder. Bu bakımdan verem savaşında henüz esaslı bir adım atılmamıştır. Ben, kalifiye hemşire ve personelin arttırılması bakımından bir temennide bulunacağım. Keza memlekette aşağı yukarı 2 milyon talebe vardır. Buna mukabil Maarif Vekâletinin yalnız 570 yatağı vardır. Maarif vekâletinin Verem Savaşı ile ciddî olarak meşgul olması lâzımdır. Şu halde iki temenni de bulunuyorum; birincisi kalifiye personelin arttırılması, diğeri de Maarif Vekâletinin kendi yatak adetlerini arttırmasıdır.

Ord. Prof. Dr. Akif Şakir Şakar :

Yurdumuzun yarınki kuvvet ve kudretini teşkil edecek olan çocuklardan 8 yaşına kadar olanların tüberküloza duçar oldukları takdirde yatacak bir yer bulamadıkları hakkındaki tebliğin heyetinizce ehemmiyetle ele alınması bendenizi çok minnettar etmiştir. Teşekkür ederim. Hakikaten bir kongre kararı böyle olur. Kongre üyesi Tefvik Sağlam Hocamız ve Tefvik İsmail Gökçe gibi üstadlar başta olmak üzere bu işi şiddetle müdafaa ettiler. Askeri duruma dair de bir şey arzedeceğim; 1940 da yedek subay olarak Edirneye gittiğim zaman, o zamanki kolordu baştabibi Abdüselâm Bey

ile bir gün hastaneye gittik. Bu 500 yataklı hastanenin Erzincandan, Diyarbakırdan yani uzak semtlerden gelmiş hastalar, geldiğinin ikinci günü yüksek ateşle yatmışlardı. Bu hastalar plöreziden primer enfeksiyondan ilah... hava tebdili almışlar ve hitamındaki müracaatlerinde senin mürettep yerin orasıdır, mutlaka gideceksin, diye sevketmişlerdir. Bu hâli Abdülselâm Beye bildirdim. O da Ankaraya yazdı. Gelen cevapta askerlerin mürettep yerlerine gideceği ve muayenelerini orada yaptıracağı bildirildi. Bu pek tabii pek fena bir cevap idi. Bunun için Ahmet bey arkadaşımızın tüberkülozlarında bu noktaya dokunması çok yerindedir. Bir şeyi daha arzetmek isterim; o da ekstra - pülmoner tüberkülozuların ekseriyetinin osteoartiküler tüberküloza müptelâ olanlardan teşekkül ettiğidir. Ganglioner tüberküloz nisbeten azdır. Hattâ, vaktile gangliyoner tüberküloza yakalanan çocukların ve hastaların immünize olduğu bile vakidir. Binaenaleyh ekstra - pülmoner tüberkülozda osteoartiküler lokalizasyon başta gelmektedir.

Prof. Dr. Nusret Karasu :

Necati arkadaşım, açık verem mevcudu ile izahı kabil olmayan primo enfeksiyonlar var dediler. Bu hakikaten doğrudur. Ben birer cümle ile cevap vereceğim. O zaman da hayvan tüberkülozunu aramak zarureti vardır. Açık veremli ile sık temasın da ehemmiyeti vardır. Bizim tebliğimizdeki esas gaye bilmiyorum anlaşıldı mı? Şöyle hülâsa edebiliriz ki; biz aşıyoruz, iki ay sonra kontrol ediyoruz. Kontrolümüzde aşı tuttu veya tutmadı diyoruz. Tutma işinin dereceleri olması lâzımdır. Bir müddet sonra az tutanlarda açık vak'alarla temas neticesi bir nöbet değiştirme oluyor. Yani vak'a B.C.G. ile vaksine iken bu sefer virulan basille vaksine hale geliyor. Fakat orada tehlike olmuyor. Yani B.C.G. tam bir şekilde premünisyonu yapmamış olsa dahi iyi neticesini veriyor. Komplikasyonlarda Ankarada streptomycin ile pat yapıyoruz, bu tedavi tesis edilecek premünisyon üzerine tesir etmez. Kontrollerde dikkat edilmesi lâzımgelen bir nokta var bilmiyorum, Niyazi arkadaşım nasıl düşündüler. Meselâ bir yerde dernek var. O, mektepleri kontrol ediyor, Artık oraya kimse karışmamalıdır. Çünkü tüberkülini pozitif bulunca çocuk verem mikrobi almıştır diyor. Bir sene evvel aşılanmış olduğunu bilmiyor. Arşiv bir yerde durmalıdır. Filan okulun arşivi aynı yerde durmalı. Ertesi sene hattâ ekip bile değiştiği zaman şaşkınlıklar oluyor. Aşının müsbet neticeleri devam ettiği halde enfek-

siyon almış diye aileye söyleniyor. Aile telaşlandırılıyor. Bu cihete bilhassa nazarı dikkati celbederim. Fiyat meselesi şehir içinde çok farklıdır. Biz de ilk tatbikatımızı Ankara'da ancak ilk tüberkülin, arkadan mantoux sonra vaksinasyon kontrolü ile heyeti umumiyesi bir liraya gelmiştir. Zannedildiği kadar ucuz değildir. Ama verem tedavisi masrafı düşünülürse çok ucuzdur. Bir de kampanyalar için bir cümle söyleyeceğim. Kampanya yapılıncaya mesele bitmiş değildir. Kampanya periodik olarak üç dört senede bir aynı bölgeye gelmelidir. Eğer müstakil bir dispanser fonksiyonu teessüs etmemiş ise yeni doğanlar enfeksiyonlara maruz kalacaklardır. Bu suretle uzun bir müddet serkl visiyö devam edebilir.

Dr. Fahir Sanel :

Ordudaki verem mücadelesile alâkanızdan dolayı ordu mensuplarının çok mütahassis olacaklarına hiç şüphe yoktur. Birkaç kelime ile bu mücadelenin nasıl yapıldığını arz edeyim: Orduda verem mücadelesinin esasını B.C.G. aşısı ve radyolojik tetkikler teşkil eder. Şimdiye kadar yapılmış olan tüberkülin kontrollerinde genç askerlerin %40-50 nisbetinde menfi teamül verdiği görülmüştür. Tüberkülin kontrolleri askerin orduya alındığının ilk birinci ayı zarfında yapılabilirse bu nisbetin daha yüksek olması ihtimali vardır. Zira allerji kontrolü yapılıncaya kadar geçen zaman zarfında bir kısmının primo - kontaminasyona uğramış olması imkân dahilindedir. Bu aşının tatbikinde bazı güçlüklerle karşılaşılmaktadır. Bir kısım ordu birliklerinin stratejik sebeplerle hudut bölgelerinde veya muvasalası güç mahallerde yerleşmiş olması yüzünden aktivitesini süratle kaybeden B.C.G. aşısının buralara vaktinde yetiştirilmesi güç ve hattâ bazan imkânsız olmaktadır. Kışın uçak seferleri kaldırıldığından sevkiyat trenle yapılmaktadır. Meselâ Erzuruma üç günde gönderilmektedir. Bilâhare gayet güç muvasala şartları altında birliklere tevzi edilinceye kadar epi bir zaman hesap edilirse faaliyetinden ne derece kaybetmiş olacağı kolaylıkla tahmin edilebilir.

Kuru B.C.G. aşısının faaliyetini daha uzun zaman muhafaza ettiği söylenmektedir. Dünya Sağlık Teşkilâtı bu aşığı henüz tescil etmemiş ise de Fransa ve müstemlekelerinde kullanılmaktadır. Çok yeni neşriyat kuru aşının tesirli olduğunu teyid etmektedir. Biraz evvel arzettiğim güçlüğü bir çare olmak üzere bu aşından memleketimizde de ne derece istifade edilebileceğini muhterem Niyazi Erzincan beyden lutfetmelerini rica ederim. İkinci güçlük aşından evvelki tü-

berklin kontrolleridir. Avrupada B.C.G. aşı sı yalnız tberkline cevap vermeyen şahıslara yapılır. Allerjik şahıslarda B.C.G. nin zararsız olduğuna tamamiyle inanmış müellifler bile aşıya müteallik şüphelerin uyanmaması için bu kaideye riayet etmektedir. Lâkin bu şüphelerin varid olmayacağı bazı ahvalde allerji kontrollerinden vazgeçilmesi büyük istifadeler temin edeceği muhakkaktır. Esasen her ne kadar Mantoux ile kontrol edilmesi tavsiye ediliyorsa da bu da allerjik şahısların hepsini ayırt etmeye kâfi gelmez. Pirquet menfi olanların % 30 u 5 veya 10 nite Mantoux ile müsbet teamül verir. 5 veya 10 nite Mantoux ile menfi teamül verenlerden bir kısmının da 50 nite Mantoux ile müsbet teamül verdiğini gördük. 50 ünite yapılp da menfi olanların içinde 100 ünite ile müsbet teamül vereceklerin bulunacağı şüphesizdir. Biz şahsen 50 üniteden yukarısını tecrübe etmedik. Lâkin 50 nite ile menfi teamül verenler için de B.C.G. den sonra erken teamül veren şahıslara tesadüf ettik. Bu da gösteriyor ki Mantoux ile dahi allerjik şahısların hepsini bertaraf etmeye imkân yoktur. Birçok yerlerde Pirquet veya 5 nite Mantoux ile iktifa edildidđine göre tatbikatda allerjisi müsbet bazı şahıslara da B.C.G. aşı sı yapılmakta olduğu anlaşılır. Allerjik şahıslarda B.C.G. aşı sı zararlı bir tesiri olmadığını bu müşahede de gösterir.

Halk arasında viraj mnhanisi yaşa göre tedrici bir yükselme gösterir. Orduda ise müşterek hayat dolayisile kısa zamanda ktlev viraj vukua gelir. Çünkü köyünden gelen ge asker, birden bire kalabalık bir muhite girer. Bu sebeble primo - kontaminasyon husulüne vakit bırakmamak için aşının mümkün olduğu kadar sür'atle yapılması lâzımdır. Talim ve terbiye icaplarından dolayı umumiyetle orduda aşı tatbikinin zorluğunu herkes bilir. Allerji kontrolleri ise meseleyi büsbütün güçleştirir. Ayrıca mükerrer kontrollerin askerî mirlerin muhalefetini davet etmesi ihtimali vardır. Hülâsa olarak, B.C.G. kampanyasında tüberkülin kontrollerinin hikmeti vücuda boş bir şüpheye karşı koymaktan ibarettir. Pratik bakımından da tamamiyle hedefine varmaktan uzaktır. Ayrıca, B.C.G. kampanyasının icrasını güçleştirir. Mahzurlarından dolayı, bu kasidenin hiç olmazsa dedikodusuz muhitlerde biraz gevşetilmesi şayanı arzudur.

Üveys Maskar :

Değerli meslekdaşım Dr. Vet. İbrahim Erbin'in, tberloz bakımından mezbahada büyük bir titizlikle yaptığı araştırma netice-

lerini istifade ile dinledim. Arkadaşımızın kasaplık sığırlardaki tüberküloz vak'alarına dair verdiği rakkamlar oldukça az bir proçent gösteriyor; bunu tabii karşılamak lâzımdır; zira kendisinin araştırma mevzuunu teşkil eden sığırların çoğunluğunu köylerde nisbeten dağınık yaşayan ve merâlarda serbest dolayan hayvanlar teşkil etmektedir. Halbuki resmî veya hususî büyük çiftliklerde toplu olarak barındırılan ve hususiyle şehirlerde süt hayvanı olarak devamlı surette ahırda yaşattırılan ve böylece birbirleriyle teması fazla olan hayvanlarda, vak'aların daha fazla olacağı aşikârdır. Nete-kim Tarım Vekâleti Bulaşıcı Hastalıklar Servisi Şefi iken IV. üncü Türk Mikrobiyoloji Kongresinde (1950) Türkiyede sığır tüberkülozu epidemiyolojisini tebliğ eden Dr. Vet. Turgut Argun, devlete ait harâ ve inekhanelerdeki araştırmalara dayanarak verdiği rakkamlar arasında, meselâ Çifteler harâsındaki ineklerde %66, öküzlerde %50, boğalarda %23 ve danalarda %9 gibi korkunç rakkamlar; altı muhtelif kurumun 2869 hayvanı üzerinde yapılan araştırma neticelerinin ortalamasına göre de ineklerde %19, öküzlerde %16, boğalarda %6 ve danalarda %2 gibi hiç te ihmal edilemeyecek nisbetler vermektedir. 1929 yılında, hocamız *Rıza İsmail Sezginer*'in başkanlığındaki bir komisyon tarafından İstanbul'da 6852 süt ineğine tüberkülin tatbik edilmiş ve İstanbul cihetinde % 6 olmak üzere İstanbul süt ineklerinde ortalama % 9,7 müsbet teamül görülmüştür. Doçent Dr. Vet. Ömer Ertürk, 1946 yılında İstanbul'da 92 inekten elde ettiği sütlerin %3,5 tüberküloz basili ihtiva ettiğini, yani açık meme tüberkülozuna müptelâ olduklarını, tesbit etmiştir; bizdeki mutad süt toplama ve sütleri karıştırma tarzına göre bunun nasıl tehlikeli bir mâna ifade edeceği kendiliğinden anlaşılır.

Bu birkaç misal bile, mevzuun insan sağlığı bakımından ne kadar önemli olduğunu gösterecek durumdadır ve sayın Sağlık Vekili'nin de işaret ettiği gibi, sadece Sağlık Vekâleti'ni değil, bütün resmî devlet teşekkülleri ile Belediye'leri ve hattâ hususî kurumları da içine alacak bütün memleket teşkilâtının aynı derecede ilgilenmesi gereken mühim bir yurt dâvasıdır.

Ben bu vesile ile, infeksiyon menbai bakımından, yiyecek ve içecekler yanında, açık tüberkülozlu insan kadar mühim bir yer işgal ettiği kanaatinde bulunduğum bir ciheti de açıklamak istiyorum. O da, bu bakımdan ihmal edilmekte olan ve fakat insanlarla sıkı bir yaşama teması halinde bulunan, kucakta sevilen, hattâ burun buruna koklaşılın, öpülen ve evlerde yiyecek kablarına burununu sokan ve dilini daldıran köpeklere ve hele memleketimizde Eczaha-

ne'lere varıncaya kadar bütün dükkân ve lokantalarda bulunan, evlerde çocuk emziklerine kadar dilini uzatan kedilere dikkati çekmektedir.

Daha 1925 senesinde *Leipzig*'de çalıştığım Veteriner Patoloji Enstitüsüne bir evden ardı ardına ölmüş üç kedi gelmiş ve bunların otopsilerinde tüberküloz tesbit edilmiş ve bakteriyolojik muayene ile de teyid edilmişti; aynı evde genç bir kızın da o sırada tüberkülozdan öldüğünü öğrenmiş bulunuyorduk. Sonra İstanbul'da Veteriner Akademisi'ndeki çalışmalarım sırasında otopsilerini yapmak fırsatını bulduğum 50 kediden 5 inin tüberkülozdan öldüğünü tesbit ettim (%10); bunların dördünde plevraya da intikal eden kavernli ve münteşir akciğer âfeti, birisinde de Ascit ile müterafık karın organları âfeti vardı ve hepsinde de bol basil bulunuyordu. Ankara Veteriner Fakültesi Patoloji Enstitüsünde otopsileri yapılan 69 kediden 5 inde (%7,2 ölüm sebebi tüberküloz olarak tesbit edildiği bildirilmektedir. Bu rakkamlar belki materyal itibariyle az görülür; fakat az materyalde rastlanan bu proçentlerin, fazla materyal üzerinde bir araştırma yapıldığı takdirde daha da yükseleceği muhakkaktır.

Bu yıl, benim de katıldığım, *Freiburg* da toplanan Alman Patoloji Kongresinde *Leipzig* Veteriner Fakültesi Patoloji Enstitüsü Direktörü Prof. *Dr. Pallaske* köpek ve kedilerde tüberkülozun bilhassa akciğer ve böbreklerde yerleştiğini ve bundan dolayı bu hayvanların devamlı basil çıkarıcı menba olduklarını, insanlarla sıkı temasları dolayısıyla dikkatten uzak tutulmalarını gerektiğini haklı olarak belirtti.

Hususiyle kedi ve köpekte human ve bovin tiplerinin kolay adaptasyon göstermesi ve hattâ bunlarda tüberküloz mikrobusunun virulans kazanması artık belli olmuş bir hakikat olduğuna göre, tüberküloz mücadelesinde, canlı infeksiyon menbaı teşkil eden bu hayvanları da dikkate alarak kontrolden geçirmek zarureti olduğu; serbest gezenlerin muhakkak itlâf edilmeleri gerektiği; dükkânlara, lokantalara, hastane mutfaklarına ve hele tüberkülozuların bulunduğu tedavihanelere (kliniklere, dispanserlere, sanatoryum ve preventoryumlara v.s.) sokulmalarına önem verilmesi icap ettiği; halkın da bu hususta tenvir edilmesi lâzımgeldiği kanaatinde bulunduğumu yüksek kongreye arz ederim.

Dr. İhsan Karlıkkı :

Vet. Prof. Üveis Bey'in beyanatı esnasında tüberkülozun yayıl-

masını temin eden bu âmillerin muhtelif vesilelerle aramıza girdiğini ve bunların mücadele mevzuatına girdiğini çok açık bir şekilde gösterdiler. Bunu teyit edecek bir kaç müşahedeyi bilhassa böyle bir kongrede arzutmeyi faydeli gördüm. Dispanserler, hastalığın teşhisinde kendilerine düşen vazifeyi hakkıyla başarmaktadırlar. Fakat, mevcut hastaneler ve Sanatoryumlar bir çok formalitelere bağlı olduklarından kolayca hasta kabul edememektedirler. Fakat halk ile sıkı temasta olan ve tüberkülozun teammümünde mühim rol oynayabilecek olan esnaf zümresine dahil bir çok hastalarda ortada doluşmaktadır. Meselâ: ben mektep kapısında simit satan açık tüberkülozlu bir simitçi ile alâkadar olarak bir müesseseye yatırmaya çalıştım. Bir çok çarrelere baş vurmama rağmen muvaffak olamadım. Tanıdığım aynı şekilde bir tahin helvacı, öksüre öksüre helvaya ilâve ettiği bir sürü basille malını satmakta idi. Bu adamcağız da açık tüberkülozlu olmasına rağmen maalesef formaliteler yüzünden kolayca yatırılmadı. Ben de bizar kaldım ve yakasını bıraktım. Tanıdığım bu şekil esnaftan bir üçüncüsü de kahve pişiricisidir. Kendisi 5 nüfuslu bir aile reisidir. Bir tek odada yatmaktadır. Bunu da yatırmak istediğimi söylediğim zaman kendisi geçiminden mahrum olacağını ve ailesinin sefil , perişan kalacağını söylemek suretile elimden kaçtı. Bunlar bir çok arkadaşların her gün rastladıkları günlük misallerdir. Bu hastanelere ve sanatoryumlara kabul edilme sıkıntısı karşısında akla başka bir şey geliyor. Bu da halkla sıkı temasta bulunan mesleklere mensup hastaları formaliteleri ikmal edilip hastaneye yatma sırası gelinceye kadar tecrit edilebilecek bir ara müessesesi kurmaktır. Benim kongreden ve bu kıymetli arkadaşların heyeti umumiyesinden temennim budur. Eğer Verem Savaş Derneği, Bakanlığın alâkalı teşekkülleri ile bu işi ele alırlarsa küçük masraflarla büyü bir iş görmüş olacaklardır. Temennim bundan ibarettir.

Dr. Vet. İ. Ekrem Erbin :

Memleketimiz sığırlarında tüberküloz infeksiyonunun yaygınlık derecesi ve memleketimiz şartlarına en uygun savaş metodu üzerinde yüksek huzurunuzda yapmış olduğumuz tebliğ hakkında söz almış ve kıymetli fikirlerini bildirmiş olan muhterem hocalarımız ve arkadaşlarımızla bir çok noktalarda mutabık bulunmaktayız. Kendilerine ayrı ayrı teşekkür ederim. Yalnız bir kaç noktayı tevzih etmek istiyorum :

1. Sayın Vet. Prof. Şevki Akçay'ın isabetli olarak tavsiye ettiği daha geniş ölçüde postvizasiyon, yani köylere kadar teşmili hususunu; şimdilik imkânsız görmekteyiz.

2. Sayın Prof. Nusret Karasu, danalara B.C.G. tatbiki hakkındaki mütalâası çok yerindedir. İnsanlarda olduğu gibi danalarda da B.C.G. nin tesirli olduğuna şüphe yoktur. Refik Saydam Enstitüsü B.C.G. laboratuvarı şefi Dr. Said Bilâl Golem de sığır tüberkülozu ile mücadelede B.C.G. tatbikini tavsiye ediyor, biz de şahsen aynı fikirdeyiz, yalnız bu aşırı alan hayvanların tüberküline karşı reaksiyon vermeleri, sonradan bu reaksiyona dayanarak yapılacak savaşlarda şaşırtıcı neticeler vereceğinden, tebliğimizde arzettiğimiz gibi office des epizootie, danalarda B.C.G. tatbikini tavsiye etmiyor.

3. Sayın Prof. Üveis Mazkar'la da mutabık bulunuyoruz, bizim verdiğimiz istatistikler kır, step hayvanlarına aittir, toplu yaşayan, ahır, süt inekleri müstesnadır, bunu arzetmiş bulunuyoruz, bu gibi hayvanlarda nisbet yüksektir..

4. Bir arkadaşımız Birleşik Amerikadaki mücadeleden bahsettiler. Arzettiğimiz gibi Amerika 20 senede 5 milyon inek itlaf olunmuş ve milyonlarla dolar tazminat verilmiştir.

5. Prof. Lâtif Berkmen'le de mutabıkız, yalnız Amerikanvari mücadelenin bizde mümkün olmayacağı kanaatindeyiz.

6. Sayın Milletvekilimiz Talât Vasfi Beyefendinin sütlerin pastörization'unu kanunlaştırmak hususunda sarfettikleri emekleri şükranla anarız. Bu sistemin gevşetilmemesi, şüphesiz ki, elzemdir. Yalnız, tebliğimizde arzettiğimiz gibi, hastaların çocukların, hiç bir muameleye tabi tutulmamış meme sütüne olan ihtiyaçları aşıkârdır. Esasen pastörizasyon meseleyi halledemez, esas olan hastalığın ortadan kaldırılmasıdır. Amerikanvari bir mücadeleye girişilemeyeceğine göre, elimizde yapılacak yegâne iş, inek sahiplerinin, gönüllü olarak mücadeleye iştirakini teminden ibaret kalır. Bu ise ancak onlara bir menfaat temin etmekle kabildir. Office des Epizootie'nin tavsiye ettiği bu sistemi bizim için en uygun usul olarak görmekteyiz. Sığır tüberkülozuna karşı mücadelede bu prensibin kabulünü yüksek makamlardan temennisini teklif ediyorum.

İKİNCİ CELSE

*Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha
Enstitüsü Müdürü
Dr. Niyazi Erzin*

MEMLEKETİMİZDE B.C.G. AŞISI İHZARI HAKKINDA

Dr. NİYAZİ ERZİN

Malûmunuz olduğu üzere Calmette ile mesai arkadaşı Guérin'in uzun seneler süren çalışmaları sonunda elde ettikleri BCG suşu ile hazırlanan canlı mikrop emülsiyonunun yeni doğan çocuklara ağız yolu ile verildiği takdirde, Tüberküloz enfeksiyonuna karşı spesifik bir Allerji tevlit ettiği tesbit olunması üzerine 1921 senesinde Fransız Tıp Akademisi B.C.G. aşısının Tüberküloz enfeksiyonuna karşı koruyucu bir aşı olarak kullanılabileceğine karar vermiştir.

Bunu müteakip Fransadaki Pasteur enstitüsü laboratuvarından başka, dünyanın bazı ileri memleketlerindeki selâhiyetli B.C.G. laboratuvarları bu mevzuda çalışmalara koyulmuş ve tatbikat alanında doğan umumi müsbet kanaatlara karşılık (hattâ Fransada bile) bazı menfi reaksiyonlar husule gelmiştir.

Bununla beraber mesai durmamış, bilâkis tatbikat alanını git-tikçe genişletmiye muvaffak olmuştur. Aynı zamanda ağız yolu ile yapılan bu tatbikat şeklinden sonra, Fransada Weill - Hallé bilhas-sa Norveçte Heimbeck'in cesaretli çalışmaları sayesinde, diğerlerinden daha kuvvetli allerji veren entradermal veya perkütane aşılama usulleri de ortaya konulmuştur.

B.C.G. aşısının ilk zamanlardaki bu süratli gelişmesi, bir talih-sizlik eseri olarak Lübeck'te uğradığı kaza neticesinde bütün dün-

yada bir sarsıntı uyandırmış ve maalesef yanlışlıkla işe karışan virülen bir tüberküloz basili kültürünün aşısı imalinde kullanılması ile meydana gelen ciddi enfeksiyon ve ölüm hâdiseleri bazıları tarafından B.C.G. suşunun yeniden virülans kazanması suretiyle tefsir edilmiştir.

Bununla beraber mesai devam etmiş ve bugünkü haliyle B.C.G. aşısı bütün dünyada en fazla tatbik sahası bulan bir aşısı haline gelmiştir.

Bize gelince :

Memleketimizde B.C.G. aşısı hazırlama mesaisi, bugün bu aşısı ile iştigal eden birçok memleketlerden, daha evvel başlanmış ve mikrobiyolojinin birçok bahislerinde olduğu gibi, Türk mikrobiyologlarının, içinde buldukları hudutsuz mahrumiyet ve müşküllere rağmen bu sahada da meydana getirdikleri varlık yalnız memleketimizde değil, hariçte de her zaman iftihar ettiğimiz geniş bir ilgi tevlidine muvaffak olmuştur.

İstanbul Bakteriyolojihanesi Müdürü ve Tıp Fakültesi Bakterioloji hocası Prof. Refik Güran 1926 senesinde Prof. Calmette'e bir mektup yazarak B.C.G. suşusunu ilk defa memleketimize getirtmeye muvaffak olmuştur. Bununla hazırlanan aşının zararsızlığını ve Allerji uyandırma kudretini yaptığı tecrübelerle tesbit eden Hoca, Sıhhiye Vekâletine bir rapor takdim ederek, bu aşının memleketimizdeki verem mücadelelerinde kulalnılmasının faydalı olacağını tebarüz ettirmiş ve böylece B.C.G. aşısı istihsal müsadelerini almıştır.

Bu suretle aşısı ihzarı için lâzım gelen bütün malzeme ve tecrübeleri tamamlayan Refik Güran, istihsal ettiği aşısı Türkiye'de ilk defa olarak veremli analardan doğan çocuklara vermiş ve İstanbul Tıp Fakültesi Velâdethanesine de göndermiştir. Bundan başka Darülacezeye ve hususî isteyenlere de aşısı verilerek ilk devrede 100 e yakın çocuk ağız yolu ile aşılanmıştır.

Prof. Refik Güran 1927 senesi sonlarında Mebus seçildiği için bu mesai Dr. Abdülkadir Çilesiz tarafından bir müddet yürütülmüş olup, bu arkadaşın başka bir vazifeye tayini sebebiyle İstanbul'daki B.C.G. istihsali faaliyeti 1928 senesi ortalarında durmuştur.

Bundan 3 sene sonra, yani 1931 yılında ise Ankara Merkez Hıfzıssıhha Müessesesi bu işi tekrar ele alarak Paristen yeni bir suş getirtmiş ve yeniden B.C.G. aşısı istihsaline başlamıştır. Enstitüde o tarihten 1947 sonlarına kadar B.C.G. aşısı istihsali için ayrı bir laboratuvar tesis veya tefrik edilmemiş, ancak enstitünün diğer

mesaileri arasında bu iş için zaman zaman muhtelif şubelerde yer değiştiren bir etüv tefrik edilmişti.

Esasen yukarda işaret edilen müddet (1931 - 1946) zarfında B.C.G. faaliyeti, yurt ölçüsündeki verem savaşı dâvasında en küçük bir yer bile işgal edemeyecek bir durum gösterdiğinden, bu aşığı istihsal etmek için ayrı bir laboratuvar veya servis açılmasına da lüzum görülmemiştir.

Bizleri her mesaimizde olduğu gibi, verem savaşındaki B.C.G. nin mühim yerini hapimizden evvel takdir eden sayın Hocam Tefrik Sağlam'ın teşvik edip bize sağladığı imkânlarla Refik Saydam Enstitüsü 1947 yılı sonlarında diğer laboratuvarlar arasında bir B.C.G. laboratuvarı, bilhâhire de (1950 de) bugün dünyanın en güzel ve en emin istihsal yapan bir B.C.G. servisi binasına kavuşmuş bulunmaktadır.

Bu servis O.M.S. un B.C.G. laboratuvarları için tesbit ettiği bütün şartlara tamamen uymaktadır. Bu husus Dünya sağlık teşkilâtının Standardizasyon servisi tarafından Prof Dr. Timmerman'a tetkik ettirilmiş olup, B.C.G. laboratuvarımızın umumî tatbikat için aşı hazırlama kabiliyetinde olduğu tesbit ve takdir edildikten sonra Milletlerarası durumu tescil olunmuş bulunmaktadır.

Yeni B.C.G. servisi Enstitüsünün diğer binalarından tamamen ayrıdır. Personeli her ay klinik, radyolojik ve bakteriyolojik muayenelerden geçirilerek sıhhi durumları ve Virülan Koch basili ile bulaşma ihtimalleri incelenmektedir. Personel vazifeye başlarken sokak elbiselerini çıkarıp, laboratuvar elbiseleri giymektedirler. Aşı istihsal ve tevzi yerleri çifte kilit altında olup (etüvler ayrıca kilitlidir) sun'î ve steril hava ile havalandırılmakta ve ultraviyole lâmbaları ile laboratuvar havasının sterilitesi emniyet altına alınmaktadır. Aşı istihsal için içeri girecek Hekim ve personel baştan ayağa kadar steril elbise ve maske giyinmektedirler.

Böylece tam bir emniyet altında istihsal edilen aşı milletler arası standart metotlara göre kontrol edilmektedir.

Bu laboratuvarımız Dünya Sağlık Teşkilâtı (OMS) nin malzeme ve cihaz yardımına mazhar olmaktadır.

Aşı istihsal ve sevk durumu :

Yukarda kısaca işaret edildiği üzere Refik Saydam enstitüsünde B.C.G. aşısı istihsaline, Ağız yolu aşı ile 1931 senesinde başlanmıştır. O zamanki şartların bugünkü kadar müsait olmamasına rağmen, emin bir tekniğe dayanmak suretile aşı hazırlanmıştır.

Ancak grafikte de gösterdiğimiz aşağıdaki rakamların ifade ettiği gibi teşkilât, prapaganda ve bilhassa meslektaşlar arasındaki bilgi ve alâkasının noksanlığı yüzünden bu aşının tatbikat alanı uzun yıllar maalesef gelişmemiştir.

Ağız yolu aşının son yıllardaki azalma sebebi ise, bunun yerini allerji yaratma kabiliyeti daha yüksek olan deri içi şeklini alması ve ilerde söyliyeceğimiz sevk ve tatbikteki aksaklıklardır. Bidayetten beri ağız yolu B.C.G. aşısının istihsal, sevk ve bununla aşılana yeni doğan çocukların sayısı aşağıda gösterilmiştir :

Ağız yolu B.C.G. aşısı

<u>Yıllar</u>	<u>İstihsal (doz)</u>	<u>Sevk (doz)</u>	<u>Aşılana çocuk</u>
1931 - 1946 (ortalama)	22	22	22
1947	114	114	114
1948	14.800	10396	7309
1949	29438	21040	9645
1950	11919	9553	9260
1951	577	477	412
1952	88	31	31

Deri içi B.C.G. aşısı istihsal faaliyetimize gelince :

Yukarda kısaca arz edildiği üzere, Türkiyede deri içi B.C.G. istihsal için çalışmalar Enstitünün teklifi üzerine Bakanlığın 1947 yılı sonlarında aldığı bir karara uyularak ayrı bir laboratuvar açmakla balşar (14.8.1948).

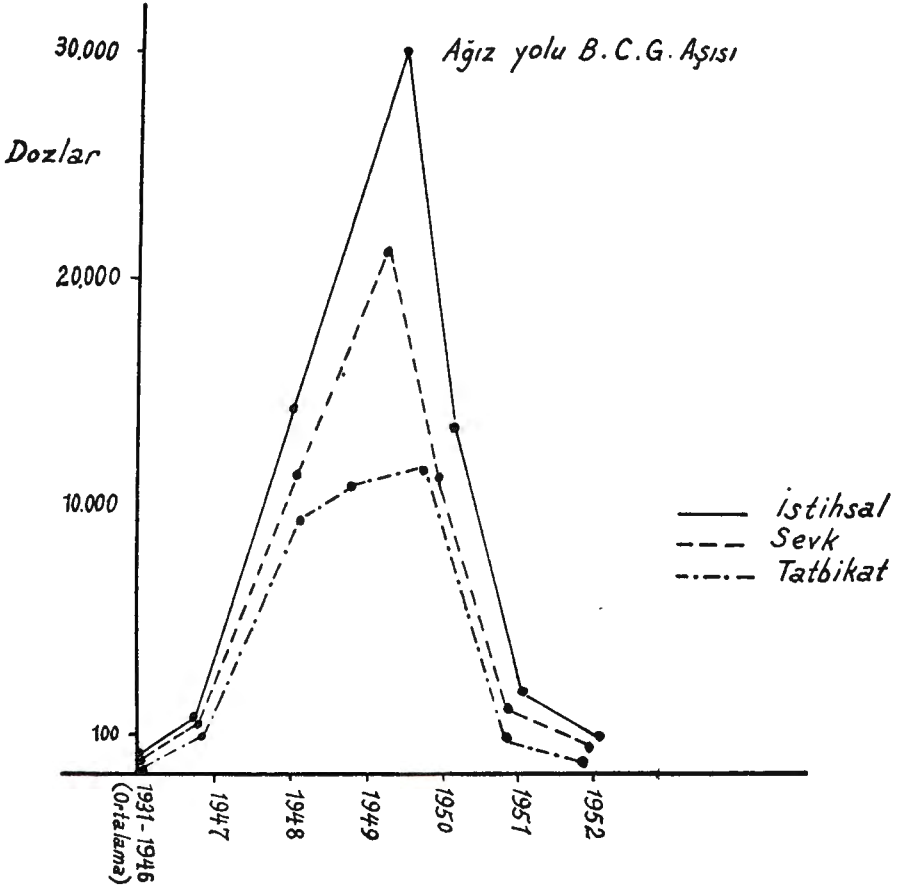
Bunda sayın hocam *Prof. Dr. Tefvik Sağlam*'ın çok mühim rolü olduğunu bir kere daha şükranla anmak bizler için bir borç ve bir zevktir. Bu laboratuvarda yapılan ilk tecrübelerden sonra ihzar ettiğimiz 370 cc. den ibaret birinci porsyon aşidan 100 cc. ni Hocanın kendisine gönderdik.

Bu suretle Türkiyede ilk deri içi B.C.G. aşısını tatbik eden Prof. T. Sağlam'dır.

Bu tarihten itibaren istihsal ve sevkettiğimiz ve grafikte de gösterdiğimiz deri içi B.C.G. aşısı istihsal ve sevk vaziyetimiz şöyledir :

Deri içi B.C.G. aşısı durumu

Yıllar	İstihsal (cc.)	Sevk (cc.)
1948	370	100
1949	9000	5000
1950	37385	25640
1951	130150	74985
1952	230000	123000



Yukarıdaki istihsal miktarları bugünkü talep ve ihtiyaca göre ayarlanmış olup, Lâboratuvarlarımızın istihsal kapasitesi memleketimizdeki her türlü tatbikatı ve hattâ komşu memleketlerden vukubulacak talepleri tamamen ve sıkıntısızca karşılayacak durumdadır.

Bu aşının bidayette her santimetre küpünde 1/4 milgr. canlı jerm bulunmakta idi. Gerek bizde ve gerekse bütün dünyada aşının zararsızlığı ve bu dozun Allerji tevliidindeki kifayetsizliği anlaşıldıktan sonra halen santimetre küpünde 1 milgr. canlı jerm aşı hazırlanmakta olup, bundan her tüberkülin menfi şahsa entradermal 0.1 cc. (1 santim kutrunun bir papül husule gelinceye kadar) şırınga edilmektedir.

Yüksek heyetinize de malûm olduğu üzere B.C.G. aşısı canlı jerm ihtiva eden bir aşıdır. Âdi hararete ve ziyaya maruz kalmakla canlı jerm miktarı çok kısa bir zamanda azalır ve buna muvazi olarak antijenik kudreti de düşer. Bu sebeple istihsal yerinden tatbik alanına kadar buz içerisinde muhafazası icap etmektedir. Bu şerait altında aşuya 14 günlük bir kullanma müddeti konulmuştur.

Buz dışında ve ziyaya maruz bırakılan aşı şişelerindeki canlı jerm sayısının birkaç saatte mühim denilecek derecede azaldığı, buna mukabil (donmamak şartıyla) soğuk ve karanlıkta saklanan aşuların canlı jerm sayısını tesbit edilen 14 günlük müddetten daha fazla muhafaza ettiği, yaptığımız tecrübelerden anlaşılmıştır.

Bu durum karşısında, istihsal ettiğimiz aşular buz dolabından sonra Frigo kutularında ve en seri vasıtalarla mahallerine sevk edilmektedir. Bu maksatla P. T. T. teşkilâtının normal sevkiyatı maksada uymadığından trenle gidecek yerlere Bagaj olarak, uçakla gidecek yerlere meydana teslim etmek ve nihayet hususî otobüs servislerine de ücretli verilerek aşı sevkiyatı yapılmakta ve buna muvazi olarak deri içi B.C.G. tatbikatı yaptırılacak her yerde de elektrik veya petrol ile çalışan buz dolapları temin edilmektedir.

Bu bahsi sona erdirirken Tüberkülin istihsal faaliyetine de temas etmeyi lüzumlu görüyoruz :

Birçok milletlerin bahusus ikinci dünya savaşından sonra geniş ölçüde tatbik ettikleri B.C.G. aşısından evvel şahsı bir Tüberkülin kontroluna tabi tutmak esas prensibi kabul edilmiştir.

Umumî aşı tatbikatı sırasında, mücadeleyi mümkün mertebe kolaylaştırmak için B.C.G. den evvel Tüberkülin denemesini bir tarafa bırakmayı düşünenler ve bu tez üzerinde ısrarla duranlar olmuştur. Fakat umumî tatbikatta kuvvetli Allerjiye sahip olup, konsantre Tüberküline karşı şiddetli reaksiyon verecek birçok kimselerin bulunması dolayısıyla yukarıdaki prensip münferit ve mahdut tatbikat çevresini aşmamıştır.

B.C.G. den evvel tatbik edilecek metodun seçilmesi noktasında da bir çok düşünceler mevcuttur :

Mantoux usulünün diğerlerinden hassa oluşu, Moro yakı testi- nin bilhassa çocuklara pek kolay tatbik edilebilmesi ve nihayet Pirquet metodunun aşağıda zikredeceğimiz avantajları bulunması sebebiyle, bunlardan birini diğerine tercih edenlere, kendi yönlerinden hak kazandırmaktadır. Hangi usul tercih edilirse edilsin, tatbik tekniğinin doğru ve kullanılan Tüberkülinin de iyi ayarlanmış ve aller- gen hassasını kaybetmiş olması icabeder.

Memleketimizdeki İstanbul ve İzmir ekipleri Mantoux Tüberkü- lini, bizim Ankara ekiplerimiz ise son zamanlara kadar Pirquet tes- tini kabul etmiş bulunuyorlardı. Kampanyada ise bütün ekipler ya- kın ve sıkı bir takip altında bulundurulacağından Mantoux testi tat- bık edilecektir.

Bizim ilk zamanlarda Pirquet testini seçmemizin sebepleri şöy- lece hülâsa edilebilir :

1. Ham Tüberkülin (enfekte edilmemek şaryiyle) bilâmüddet kullanılabilir, buzlukta muhafazasına lüzum yoktur.
2. Pirquet metodunda şahsa müteaddit enjeksiyon yapmaya ih- tiyaç yoktur.
3. Teknik basittir (10-15 dakika açık bırakma müşkilâtı var- dır).
4. Pirquet tatbiki için kalifiye olmıyan personelden de istifade edilebilir.

İşte bu sebeplerle 1947 denberi olan tatbikatta Pirquet metodu kullanıldığından, her şeyden evvel enstitüde birde Ham Tüberkülin istihsal edecek bir Laboratuvar açmış bulunuyoruz.

Bu laboratuvarın B.C.G. laboratuvarı ile personel, bina ve malze- me bakımından hiçbir alâkası olmayıp, tamamen ayrı bir yeredir. Bu laboratuvardaki ham tüberkülin istihsal ve sevk miktarları aşağıda gösterilmiştir :

Ham Tüberkülin durumu

<u>Yıllar</u>	<u>İstihsal (litre)</u>	<u>Sevk (litre)</u>
1948	3,7	0,57
1949	26,8	2,5
1950	81,3	6,9
1951	121,6	12,5
1952	106,5	16,9

Buna göre, halen enstitü depolarında bütün tatbikatı askari 5 sene serbestçe idare edebilecek, kısmen kontrolları yapılmış ham Tüberkülin stoku vardır.

Bununla beraber açtığımız kampanyada Mantoux testi esas tutulduğu cihetle yapılacak dilüsyonlar bakımından bu stok daha uzun yıllar idare edebilecektir.

Şu noktayı da son olarak ilâve edelim ki, istihsal ettiğimiz Tüberkülinin Kopenhag enstitüsünden getirtilen P.P.D. standart tüberkülini ile mukayeseli kontrollarında aynı ünite ve neticeyi vermektedir.

S U M M A R Y

About the BCG Vaccine Production in Turkey : The first BCG vaccine production in Turkey is made by Refik Guran the Professor of Bacteriology of the University of Istanbul in 1927 on the authentic strains brought from Calmette.

In 1931 the Central Hygiene Institution in Ankara has brought some strains from Paris and held the problem of vaccine production again. In Turkey BCG vaccine only by this institution is producing today.

Between 1927 - 1948 only the «oral route» of BCG vaccine was produce in Turkey, and there was not a particular laboratory to work on this problem.

As among the other laboratories a particular laboratory started to produce BCG vaccine at the above mentioned institution in 1948, although being insufficient a new modern type of laboratory is established in 1950. This laboratory is certified by Dr. Timmerman, the Director of Theurapetic Branch of WHO standardisation Committee that is ready and possible by all means to produce BCG vaccine.

Until the end of 1952, 57.000 dosage of oral route of vaccine were produced in Turkey and 42.000 of these were supplied. This vaccine contains 10 mlgr. vival germs in each cc.. Regarding that the parenteral administration of the vaccine has better and widespread application today, the production of the oral route of BCG vaccine is very much limited.

The productinn and the supply of the intradermal BCG vaccine is as following :

<u>Years</u>	<u>Production (Litres)</u>	<u>Supply (Litres)</u>
1948	0.370	0.100
1949	9.000	5.000
1950	37.385	25.640
1951	130.150	74.895
1952	280.000	123.000

At the Central Hygiene Institution in Ankara there is an entirely separate laboratory for tuberculin production connected to the institution. The base tuberculin which produced in this laboratory after coctoled with the standard Kopenhagen's tuberculin is supplied as a crude tuberculin for Pirquet reaction, or as Mantoux tuberculin each contains 1, 5, 10, 50 unites of tuberculin.

The BCG and the Tuberculin Laboratories both have the capacity to supply what we need in Turkey today.

R É S U M É

A propos de la production du vaccin B.C.G. en Turquie.— En Turquie, le premier vaccin B.C.G. a été produit à la Faculté de Médecine d'Istanbul en 1927, par le professeur Réfik Güran, avec une souche autentique obtenue de Calmette.

C'est en 1931 que l'Institut Central d'Hygiène d'Ankara importe à nouveau une souche de Paris et commence la fabrication du B.C.G. Actuellement, il n'y a, en Turquie, que cet institut qui fournit le B.C.G.

De 1927 à 1948 l'institut ne produisait, dans un laboratoire spécialement aménagé, que des vaccins pour enfants(voie buccale).

En 1948, un des laboratoires de l'institut s'était spécialisé dans la fabrication du B.C.G.; mais on s'aperçut bien vite qu'il ne pouvait suffir aux besoins. C'est en 1950, sur les indications de l'OMS et UNICEF, qu'un immeuble, complètement indépendant et pourvu de toutes les installations nécessaires, a été construit. Le docteur Timmeran, directeur de la section des produits thérapeutiques, délégué par le comité de standardisation des laboratoires de l'OMS, contrôla les laboratoires. Il a déclaré que ce laboratoire était propre à la fabrication du vaccin.

Jusqu'à fin 1952 il a été fabriqué, en Turquie, 57.000 doses de vaccin buccal, dont 42.000 ont été délivrées. Il y a, dans ce vaccin, 10 mgr. par c.c. de germe vivant. Dans ces dernières années, la voie cutanée ayant été principalement utilisée, la production du vaccin buccal a beaucoup diminuée.

La fabrication du vaccin cutané se répartit comme suit :

<u>Année</u>	<u>Production (litres)</u>	<u>Livraison (litres)</u>
1948	0,370	0,100
1949	9,000	5,000
1950	37,000	25,640
1951	130,000	74,985
1952	230,000	123,000

L'institut comprend aussi un laboratoire pour la production de la tuberculine qui est complètement indépendant du laboratoire produisant le B.C.G. La tuberculine fournie par ce laboratoire, après avoir été contrôlée par comparaison avec la tuberculine standard de l'institut de Copenhague et livrée, sous forme concentrée, brute pour le Pirquet soit diluée à 1, 5, 10, 20 unités pour être utilisée pour la réaction de Mantoux.

Le laboratoire qui fournit le B.C.G. et le laboratoire qui produit la tuberculine ont une capacité de rendement pouvant répondre à tous les besoins.

Izmir Verem Hastanesi
Çalışmalarından
Fitizyolog : Dr. Şebib Say

1952 ARALIK AYINA KADAR
İZMİRDE TÜBERKÜLİN TEAMÜLÜ
VE
B.C.G. AŞISI HAKKINDA BİR MÜTALAA

Dr. ŞEBİB SAY

Bugünkü konuşmamızla ilgili bir mevzuu, İzmirde süt, oyun ve okul çocuklarında tüberküloz enfeksiyonu adı altında, 16-19 ekim 950 tarihlerinde Ankarada toplana XI inci Millî Türk Tıp Kongresine arz etmiştim. Bugün varmış olduğumuz neticelerin tahlili imkânını kazanabilmek için o zamanki tebliğimin esaslarını kısaca hülâsa etmeme müsaadenizi istirham edeceğim.

949 yılı başından 950 Hazirana kadar İzmirde muhtelif yaşlarda 27821 çocuk ve genç kâhil üzerinde yapılan tüberkülin teamüllerini incelemiş ve şu esasları tesbit etmiştik :

1. Tüberküloz enfeksiyonunun 0-1 yaş arasındaki musabiyet nisbeti %20 olup bu nisbet yaşa göre tedricen yükselerek 20 yaştan sonra %94 e çıkmaktadır. Yükselme bilhassa 3 - 7 yaş arasında vukua gelmektedir. Binaenaleyh çocukların, en çok, okula girerlerken aşılanmalarının sağlanması, koruyucu hekimlik bakımından verimli olacaktır.

2. İzmir şehrinde 27821 çocuk ve genç kâhile tatbik edilen tüberkülin teamülleri ancak 6559 şahsa B.C.G. aşısı tatbiki imkânını verebilmiştir.

3. Tüberkülin teamülleri arasında *Montaux* teamülünün tercihe şayan olmasına rağmen, pratik kolaylığı ve memleketimizde tatbik imkânlarının fazlalığı dolayısıyla ilk teamül olarak *pirquet* yapılması yerinde olacaktır. Ancak *pirquet*'si menfi zuhur eden 10523 kişiden 3964 ü yani %37,6 sının *Mantoux* teamülleri müsbet netice vermiştir. Binaenaleyh *Pirquet* negatif zuhur edenlerin *Man-*

toux yapılmadan tüberkulin menfi kabul edilmelerinin, enfeksiyon araştırmaları gibi epidmiolojik bir mesele bakımından yanlış neticeler vereceği ve *Pirquet* negatif olup da *Mantoux* pozitif bir şahsa yapılacak B.C.G. aşısı allerjik bir reaksiyon tevhit ederek aşı reaksiyonları bakımından zararsız olmasına rağmen vukuu temenni edilmeyen bir hâdise ile karşılaşılmasına sebebiyet vereceği göz önünde bulundurulmalıdır.

4. O tarihe kadar tetbik edilen B.C.G. aşısından sonra ihtilât nisbetinin çok düşük olduğu ve tüberkulin teamülü virajının %87,7 bulunduğu anlaşılmıştır.

Bir evelki tebliğimizde incelenen çalışmalarımızın nihayete erdiği 950 Haziranından sonra da İzmir Bulaşıcı Hastalıklar Devlet Hastanesindeki B.C.G. aşı ekibimiz aynı şekilde çalışmasına, 951 Ekimine kadar devam etmiştir. Yani çocuk ve genç kâhiller, klinik soruşturma veya muayeneden sonra tüberküloz tesbit edilmediği takdirde *Pirquet* teamülüne tâbi tutulmuş, menfi zuhur edenlere kuvvetli *Mantoux* ve *Mantoux* da menfi zuhur edenlere B.C.G. tatbik edilmiştir. Ekim 1951 de mass-minyatür-flörografi cihazı ile birlikte bu mevzuda faaliyete geçen İzmir Verem Savaş Dernek Dispanseri ile ekibimiz işbirliği yaparak, İzmirde ahenkli ve standard bir çalışma sağlanmış oldu. Bu tarihten sonra, personel, alet ekonomisi ve kolaylık bakımından tercih etmekte olduğumuz *Pirquet* ve *Mantoux* müşterek teamüllerile çalışmağa başlandı.

İzmirde, 1950 haziran'ından 952 aralık ayına kadar 31928 çocuk ve genç kâhile tüberkulin teamülü tatbik edilmiş ve bunlardan menfi netice veren 12203 şahıstan 7866 sı B.C.G. ile aşılanmışlardır. Böylelikle İzmirde B.C.G. aşısının tatbik başlandığı Ocak 949 dan Aralık 952 ye kadar tüberkulin yapılanların sayısı 59749 çocuk ve genç kâhil üzerine yaptığımız araştırma sonuçlarını arzedeceğim :

1. Tüberkulin teamülü tatbik edilen 59749 şahıstan 58887 si kontrol edilerek menfi sonuç verenler 2 nci *Mantoux* teamülüne tabi tutulmuş ve neticede 40125 inin tüberkulin teamüllerinin müzset ve 18762 sinin ise menfi olduğu müşahade edilmiştir. Menfi teamül gösterenlerden 13536 kişiye de B.C.G. aşısı tatbik olunmuştur.

2. Araştırmağa tâbi tutulanların yaşı göre istatistikleri şu şekildedir :

Yaş	Aded	Yüzde nisbeti (Yekûna nazaran)
0 - 1	1163	% - 2
2 - 5	3093	% - 5
6 - 10	21866	% - 36,5
11 - 15	14350	% - 24
16 - 20	11835	% - 20
21 - 40	7496	% - 12,5

2. B.C.G. tatbiki maksadile mas-minyatür-flörografi'ye tâbi tutulan 19931 çocuk ve genç kâhilden, bilhassa kâhil yaşlar civarında bulunan 115 şahısta tüberküloz hastalığı 34 şahısta da tüberküloz lezyon sekelleri tesbit edilmiştir. Demek oluyor ki kütle muayenesile İzmirde sıhhatte görülenler arasında %0,58 nisbetinde tüberküloza tesadüf etmek kabildir.

3. Tüberkülin teamüllerini kontrol edebildiğimiz 58887 şahsın 40125 inin müsbet, 18762 sinin menfi netice verdiklerini biraz önce arz etmiştim. Menfi ve müsbet teamül verenlerin yaşa göre ve % nisbetleri şu şekildedir :

Yaş	Müsbet	Yüzdesi	Menfi	Yüzdesi	Kontrol edilmiyenler
0 - 1	218	20	888	80	57
2 - 5	1159	41.2	1647	58.8	223
6 - 10	11135	51.6	10470	48.4	261
11 - 15	10326	72.6	3893	27.4	131
16 - 20	10286	87.7	1452	12.3	93
21 - 60	7001	94.5	412	5.5	83

4. Sosyal durum gözönünde bulundurulduğu takdirde, içtimai vaziyeti orta ve iyi olan muhitlerde bulunan okullarda menfi tüberkülin teamülü verenlerin yüzde nisbeti takriben %69 iken fakir muhitlerdeki okullarda bu nisbetin %48 e düştüğü müşahade edilmiştir.

5. B.C.G. tatbik edilen 13536 şahsın yaş nazarı itibara alınarak yapılan istatistiğini arz ediyorum :

B.C.G. yapılanların % 5 i 0 - 1 yaş arasında
% 11 i 2 - 5 » »
% 52 i 6 - 10 » »
% 21 i 11 - 15 » »
% 9 u 16 - 20 » »
% 2 i 21 - 30 » » bulunmaktadır

6. Kullandığımız BCG aşısı Ankara Refik Saydam Hıfıssıha Müessesesinde hazırlanmakta olup santimetre mikâbında bir miligram cersume bulunmaktadır. Şahıs başına bir diziyem zerk olduğuna göre 1/10 mg. cersume verilmektedir.

7. B.C.G. tatbikinden 4 ay sonra yapılan kontrollerde tüberkülin teamülünün müsbetleşme nisbetinin Ekim 951 den Aralık 952 ye kadar olan zaman zarfında %79,2 olduğu tesbit olunmuştur. Halbuki Ocak 949 dan Ekim 951 e kadar yapılan tatbikatta bu nisbet %87,8 idi. B.C.G. aşısı bütün icaplarına uyararak tatbik ettiğimize göre kanaatimizce bu farkın sebebi şudur : Ekim 951 den önceki çalışmalarımızda B.C.G. den birkaç ay sonra yapılan tüberkülin virajı kontrolünde en küçük bir tebarüz ve kırmızılık arzeden *Mantoux* teamüllerini müsbet kabul etmiye başladık. Tabii eskiden müsbet kabul ettiğimiz reaksiyonlardan bazıları kutur itibarile 3-4 mm. den düşük oldukları için menfi addedilirler ve viraj kontrolünde müsbet nisbeti düşmüş olurdu. Şahsen, bilhassa aşidan sonra yapılan viraj kontrollerinde, en küçük bir tebarüz ve kırmızılık gösteren *Mantoux* teamülünün dahi müsbet kabul edilmesine taraftarım; zira, malûm olduğu üzere, tüberkülozda allerji, mukavemetle karışık mevzii bir fartı hassasiyettir. Tüberküloz profilaksisinde mühim olan cihet, akciğer gibi tüberküloza hassas uzuvlarda rezistans fraksiyonu büyük olan bir allejinin mevcut olmasıdır. Fakat maatteessüf bugün, iç uzuvlardaki allerjiyi ve bu allerjinin içindeki rezistansın derecesini tayin edebilecek vasitalara malik değiliz. Ancak, hassas uzuvların allerjisile ekseriya muvazi gittiği tahmin olunan cilt allerjisini bir hadde kadar tayin edebiliyoruz ve böylece tüberküloza hassas iç uzuvların allerjisi hakkında fikir yürütebiliyoruz. Binaenaleyh, esasen tahmini olan bir takdirin muayyen mm. kutrununda dairevi bir tebarüz ve kırmızılık şeklinde katî riyazî bir ölçüye bağlanması kanaatimizce realiteye tam uygun olmayacaktır. Halbuki ilk *Mantoux* teamülünde hiç bir tebarüz ve kırmızılık göstermiyen bir cilt, B.C.G. tatbikinden sonraki kontrol *Mantoux* teamülünde en küçük bir tebarüz ve kırmızılık arzetse dahi, bu halin, uzviyette allerjik bir tahavvülün işareti telâkki olunması icabeder. Bu tahavvülün derece ve hastalıktan koruma kudretini ölçecek bir vasıtaya ise henüz malik değiliz. Müsbet *Mantoux* teamülünde müşahede edilen tebarüz ve kırmızılığın kutrunun fazlalığı tüberküloza mukavemetin bir ifadesi olması gerektir. Diğer taraftan tüberkülin teamüllerinin neticelerinde bir takım ciddî faktörler de rol oynamaktadır. Bütün bu

hâdiseler ve prosessüsler gözönünde bulundurulursa aşından sonra *Mantoux* teamülünün müsbetleştğini kabul etmek için küçük bir tebarüz ve kırmızılığın dahi kâfi bir delil olduğu neticesine varılır. Nitekim son neşriyat da bu görüş tarzımızı desteklemektedir.

8. B.C.G. ihtilâtı olarak aşılanan 13536 çocuk ve genç kâhilin 230 unda yani %1,7 sinde irinleşme ile müterafık ülserasyon, 14 ünde yani %0,1 inde fazla irinleşme ile müterafık ülserasyon, 136 sında yani %1 inde irinleşmemiş bâriz adenit görülmüştür. Bu nisbetler bilhassa Şimal memleketleri ile mukayese edilirse, bizdeki ihtilât nisbetinin çok daha düşük olduğu görülür.

Bunlardan başka, ihtilâttan ziyade bir suitesadüf diyebileceğimiz şu hâdiselerle karşılaştık :

Veremli muhitte yaşayıp aşından sonra tecrit edilemeyen 6 çocukta aşığı müteakip ilk 2 ay zarfında trakeobronşik adenopati tesbit edildi. Yine veremli muhitte yaşayan bir çocukta aşından altı ay sonra tüberküloz menenjit görüldü. Bir çocukta aşından bir hafta sonra sol zirvede irtişah ve bir çocukta da aşından 3 gün sonra *erythema-nodosum* ve sağ zirvede irtişah tesbit edildi. Bütün çocuklar aşılandıklarında sıhhatli idiler. Kanaattimizce bu hâdiseler bir suitesadüftür. Fakat, B.C.G. aşısı hakkında en münekkit fikir ve noktayı nazarlarda dahi, bu hâdiseleri, bugünkü bilgi ve telâkkilere göre, *Calmette* basilinin yaptığını iddia edemezler. Ancak, tüberküloz hastalığının husulünde basilin virülansından başka bir de kemiyet itibarile çokluğunun da rol oynadığını, yani avirülan olsa dahi tüberküloz basilinin evsafını havi basillerin, uzviyette hastalık husulünde, basil adedini kemiyet bakımından fazlalaştırarak esasen sağlam bulunan bir vücudu hastalığa sürüklediği iddiasından fazla bir şey ileri süremezler sannediyorum.

9. İzmirde tüberküloz morbiditesinin azalmakta bulunmasında muhakkak ki B.C.G. aşısının büyük rolü olduğu kanaatını taşımaktayız

Sözlerime nihayet vermeden önce İzmir kazaları hükümet tabiblerinin aşı ekip ve istasyonumuzda kurs gördüklerini ve yakında kazalarda da sistematik aşı tatbikatına başlanacağını arz ederim.

S U M M A R Y

The Result of Tuberculin Reaction and BCG vaccination until December 1952 in Izmir: After a brief summary on the conclusion which confronted in the XI National Turkish Medical Congress in Ankara, the author explains the results of the application of tuberculin test in 31928 children and young adults and the vaccination of BCG of 7866 cases among 12203 tuberculin negative cases and the result of total 13536 cases which were vaccinated formerly.

R É S U M É

Résultats obtenus par le B.C.G. et la Réaction à la Tuberculine à Izmir, jusqu'en Décembre 1952: Après avoir résumé la communication concernant l'infection tuberculeuse présentée au 11 ième Congrès National Turc de 1950, l'auteur déclare qu'il a, de juin 1950 à décembre 1952, recherché la réaction à la tuberculine sur 31928 enfants et adolescents. Il a obtenu 12203 réactions négatives. 7866 des sujets à Pirquet négatif ont été vaccinés par le B.C.G. Il donne les résultats obtenus par le B.C.G. sur 13536 cas.

BURSA KÖYLERİNDE B.C.G. AŞISI TATBİKATI

Dr. NEŞATİ ÜSTER

Dr. CELİL UYGUN

Dr. REHA ZEYBEKER

Üç yıldan beri Bursa şehrinde tatbik etmekte olduğumuz B.C.G. verem aşısını, geçen yıl sağlık Bakanlığından aldığımız emir üzerine Bursa köylerinde yaptık. Bu aşının tatbikinde mektep talebesini ön plânda tuttuğumuz için, programımızı ders senesine göre tertitledik ve 1952 ekiminde Bursa merkez kazasına bağlı köylerden işe başladık. Aşığı resmî makamların yardımına dayanmadan, tamamen ihtiyarî olarak tetbik ediyoruz. Fakat bu tarzda hareket ederek bütün köy halkını toptan aşılamanın mümkün olamayacağını ilk günlerde anlamış bulunuyoruz. Çünkü kendi istekleriyle tüberkülin denemesi yaptırdıkları halde, büyüklerin çoğunu, kontrol için tekrar köye gittiğimiz vakit bulamıyorduk. Bu yüzden, aşığı daha ziyade mektep talebesine inhisar ettirmek mecburiyetinde kaldık.

Aşı tatbik edeceğimiz köylerde tüberkülin denemesi için Mantoux teamülünü kullandık. Ankara Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Müessesesinde hazırlanan beş ünitelik Mantoux dilüsyonlarından bir dizyemi intradermik olarak şırınga ediyor ve neticeyi 72-96 saat sonra okuyoruz; kutru 6 milimetreyi geçen enfiltrasyonu müsbet olarak kabul ediyor ve menfi netice aldığımız şahıslarda, yine aynı müesseseden uçakla ve frigorofik kutular içinde gönderilen B.C.G. verem aşısını yapıyoruz.

1952 yılı sonuna kadar Bursa merkez kazasının 56 köyünde aşı tatbik ettik. Bu köylerde 6174 kişiye Mantoux teamülü yaptık; fakat bunların ancak 4934 ünün neticesini alabildik. Geriye kalan 1240 kişiyi kontrol için aradığımız vakit bulamadık; bunların çoğunu büyük yaşlarda olanlar teşkil ediyordu. Kontrol edebildiğimiz 4934 Mantoux teamülünden 1377 si müsbet, 3557 si menfi netice vermiştir. Bu rakkamlara göre müsbet tüberkülin reaksiyonu nisbeti %27,5 dur; fakat bu nisbeti Bursa köylerinin tüberkülin endeksi olarak kabul etmek doğru değildir. Çünkü bu köylerde Mantoux yapılarak neticeleri kontrol edilebilenlerin büyük bir kısmını çocuklar teşkil etmektedir. Bunların ancak onda biri (495 kişi) 16 yaşından yukarı

şahıslar olup, onlarda da müsbet reaksiyon nisbeti %71,5 dur. Şu halde bu köylerde halka istisnasız olarak tüberkülin tatbik edilecek olursa elde edilecek endeksin daha yüksek olacağı anlaşılır. Bunun için bizim bulduğumuz neticeler Bursa köylerinde tüberküloz intanının epidemyolojisi bakımından bir mâna ifade etmemektedir. Diğer taraftan bu neticeler köy çocukları arasında ve bilhassa köy mekteplerinde bu enfeksiyonun yayılış derecesini göstermesi bakımından değerlidir.

Bursanın 56 köyünde 15 yaşından aşağı çocuklar arasında tüberkülin endeksini %23 bulduk. Fakat bu rakam hakikatın üstündedir. Çünkü bizim Mantoux teamülü tatbik ettiğimiz çocuklar içinde mektep çağından küçük olanlar pek azdır. İstatistiğimizde, 5 yaşından aşağı ancak 165 çocuk vardır (cetvel : 1). Bunlardan alınan müsbet reaksiyon nisbeti ise %7,9 dur. Tüberkülin denemesi yaptığımız çocukların büyük bir kısmının mektep çağında bulunması bu nisbeti yükseltmektedir. İstatistiklerimize giren ilk mektep talebesinin sayısı 4186 olup, bu rakam tüberkülin testi yaptığımız köylülerin %85 ini, köy çocuklarının da %90 ını teşkil eder. Bunun için biz de etüdümüzde daha ziyade bunların üzerinde durduk.

Bursa köy mekteplerinde Mantoux teamülü tatbik ettiğimiz 4186 çocuğun %23,46 sında müsbet netice aldık. XII. Millî Türk Tıp Kongresinde tebliğ ettiğimiz (Bursa ilk okullarında tüberküloz) mevzuundaki etüdümüzde Bursa şehrindeki ilk mekteplerde tüberkülin endeksini % 38,42 olarak tesbit etmiştik. Bu iki nisbeti karşılaştıracak olursak Bursa şehriyle köylerindeki ilk mekteplerin tüberkülin endeksleri arasında köyler lehine %15 fark bulunduğu göze çarpar.

Köy mekteplerindeki müsbet tüberkülin reaksiyonu neticeleri de yaşlar (grafik : 1) ve sınıflarla (cetvel : 2) yükselmektedir. İlk sınıfta % 18,82 olan bu nisbet, üçüncü sınıfta vasatiyi aşarak beşinci sınıfta %35,91 olmaktadır. Bu rakamlar Bursa köylerinde ilk mektep içi ve dışı hayatlarında tüberküloz enfeksiyonuna mâruz kalma nisbetlerinin % 17 den biraz fazla olduğunu göstermektedir.

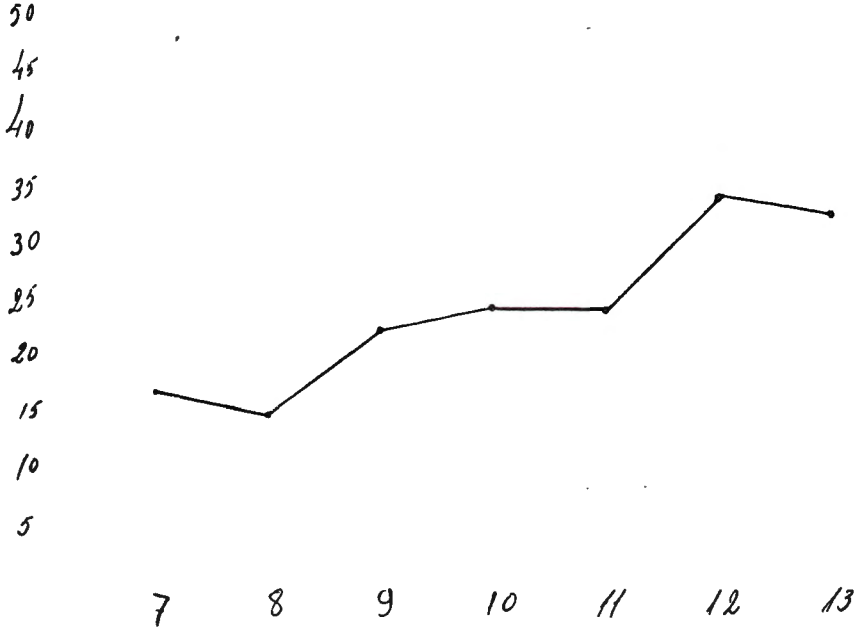
Bursa köy mekteplerinde kız talebede tüberkülin endeksi erkek çocuklardan biraz yüksektir (Cetvel : 3). Halbuki Bursa şehrindeki ilk mekteplerde bunun aksi görülmekte ve erkek talebede tüberkülin endeksi kızlardan yüksekçe bulunmaktadır.

*Bursanın 56 köyünde yapılan Tüberkülin denemeleri
neticelerini gösteren istatistik*

Tüberkülin kontrolü (Mantoux)		Y A Ş L A R												+ ler yekûnu	- ler yekûnu
		0 — 1		2 — 5		6 — 10		11 — 15		16 — 20		20 den y.			
		+	—	+	—	+	—	+	—	+	—		—		
Y E K Ū N		+	—	+	—	+	—	+	—	+	—		—		
4934	Sayı	2	24	11	128	582	2219	428	1044	57	50	297	91	1377	3557
	%	7,7	92,3	7,9	92,1	20,8	79,2	20	71	53,7	46,7	76,5	23,5	27,9	72,1

(Cedvel : 1)

Bursanın 56 köy okulunda yapılan tüberkülin endeksinin yaş grafiği



(Grafik 1)

Bursa köy mekteplerinde alınan müsbet tüberkülin reaksiyonu nisbetlerinin sınıflara göre tasnifi

Sınıflar	I	I	III	IV	V	YEKÛN
Muayene sayısı	1286	1005	814	680	401	4186
Netice % +	18,82	21,09	24,94	26,62	35,91	23,46

(Cetvel : 2)

*Bursa köy mekteplerinde erkek ve kız talebe arasında
alınan Mantoux teamülü neticeleri*

<i>Manioux teamülü neticeleri</i>	+		—		YEKÛN
	Sayı	%	Sayı	%	
Kız	402	24,4	1241	75,6	1643
Erkek	580	22,8	1963	77,2	2543
Yekûn	982	23,46	3204	76,54	4186

(Cetvel : 3)

Bursanın 56 köyündeki ilk mekteplerde alınan tüberkülin neticeleri birbirine pek yakın değildir. Bu köy mektepleri arasında en düşük tüberkülin nisbeti %4,55 (Ümitalan) olup, en yüksek nisbet de %63,4 (Aksu) dur. Bursa köy mekteplerinde tüberkülin endeksinin bu kadar geniş ölçüde değişmesinde muhtelif âmillerin rolü vardır. Mektebin içinde enfeksiyon menbainın bulunması bu âmillerin başında gelir. Bundan sonra köydeki tüberküloz kesafeti, köyün büyük merkezleri birleştiren yolların üzerinde bulunması, şehirlerle temasın sıklığı ve kolaylığı, v.s... de tüberkülin endeksini yükselten âmiller arasındadır. Fakat bu çeşitli âmiller o kadar karışık ve ittiratsız bir şekilde müessir olurlar ki; müsbet tüberkülin reaksiyonu nisbetlerinin dağılışını gösteren bir harita çizilmesi istenirse, muhtelif tüberkülin ednekslerinin muntazam hudutlarla birbirinden ayırmağa imkân bulunmaz. Çünkü en düşük tüberkülin endeksile, en yüksek tüberkülin endeksi bulunan köyler birbirine pek yakındır. Aralarındaki tek fark birinin işlek bir yol üzerinde bulunması, diğnerinin de yoldan sapa bir dağ yamacında olmasıdır. Bunun için, böyle bir maksatla yapılacak olan bir harita, çok dağınık, gayri muntazam lekelerle kaplı bir manzara arz edecektir.

En yüksek tüberkülin endeksi bulunan Aksu köyünün içinden Ankara - Bursa - İzmir kara yolu geçmektedir. İnegöl'le Bursa arasında ve hemen yarı yolda bulunan bu nahiye merkezi her gün gayet

kesif bir trafiğe sahne olmakta ve bir çok otobüsler kısa bir zaman için de olsa burada mola vermektedirler. Fakat bu köyün mektebindeki tüberkülin endeksinin yüksekliği, şehirlerle temasın kolaylığı ve sıklığı ile izah edilemez; Bursa merkezindeki hiç bir ilk mektebin tüberkülin endeksi bu köy mektebindeki seviyeye yaklaşmamaktadır. Bu köyde veremli hastaların çokluğu da bu endeks yüksekliğini izaha kifayet etmemektedir; çünkü tüberküloz kesafeti daha fazla olan başka köylerde bu kadar yüksek bir tüberkülin endeksine rastlanmamıştır. Bizim bu vak'ayı aydınlatmak için yaptığımız araştırma neticesinde; bu ilk mektepte hasta bir öğretmen çalışmış olduğunu tesbit ettik; bu suretle çocukların yakın bir temas enfeksiyonuna mâruz kalmış bulunmaları, müsbet tüberkülin reaksiyonu nisbetinin bu dereceye çıkmasına sebep olmuştur.

Tüberkülin endeksleri Bursa şehir mekteplerinden yüksek bulunan iki köy daha vardır (Dimboz %53,57). Bunlardan Dimboz köyünün içinden Bursa - Yenişehir - Bilecik yolu geçmektedir. Barakfakih de Bursa ile münasebeti pek sıkı olan bir köydür. Bu iki köyde veremli sayısı da oldukça fazladır. Fakat aynı şartlar altında bulunan başka köylerin tüberkülin endeksleri bu kadar yüksek değildir. Onun için bu mekteplerde de enfeksiyon mihrakları bulunduğunu kabul etmek icap ediyor. Fakat biz bunları tesbit etmeğe imkân bulamadık.

Bursa köylerinde, birer istisna teşkil eden bu üç mektepten sonra 7 köy mektebinde de şehirdekiler seviyesinde tüberkülin endeksleri bulunmuştur (%30 - 45). Bu köylerin bir kısmı Bursanın bir mahallesi telâkki edilebilecek kadar yakın, bir kısmının şehirle münasebetleri pek sık ve çoğunda da tüberküloz kesafeti oldukça fazladır. Geri kalan 46 köy mektebinde (araştırma yaptığımız köylerin %82 sinde) tüberkülin endeksi % 30 un altındadır. Bunların büyük bir kısmında bu nisbet daha da düşüktür (Cetvel : 4). Bu mekteplerin hemen hemen yarısında %20 den daha aşağı bir tüberkülin endeksi alınmaktadır. Hele 5 köy mektebinde %10 dan daha az nisbette müsbet tüberkülin reaksiyonuna rastlanmıştır.

Bursa köy mekteplerinde tüberkülin endeksleri

Tüberkülin endeksi	Köy sayısı
% 4,55 — 10	5
% 10 — 20	22
% 20 — 30	19
% 30 — 40	6
% 40 — 50	1 (% 42, 43)
% 50 — 60	2
% 60 dan yukarı	1
Yekûn	50

(Cetvel : 4)

Tüberkülin endekslerini düşük bulduğumuz köylerin hiç biri tecrit edilmiş vaziyette değildir; hepsinin Bursa ile münasebetleri vardır. Şehirli ile temas bazısında az bazısında çok olmakla beraber hepsinde mevcuttur ve hemen her köyde verem musabına rastlanmıştır. En düşük müsbet tüberkülin reaksiyonu nisbeti (%4,55) gösteren Ümitalan köyünde bile Bursa Verem Savaş Dispanserine kayıtlı üç hasta vardır. Bu köylerde ilk mektep çağındaki çocuklarda tüberkülin endeksinin bu kadar düşük bulunması, köylülerin daha ziyade yukarı yaşlarda, şehirle temasın arttığı devrede ve belki de askerlik senelerinde enfeksiyona maruz kaldıklarını düşündürmektedir.

Biz tüberkülin kontrolunda menfi netice aldığımız 3557 köylüden 3505 ine deri içi B.C.G. Verem Aşısı yaptık. Bunların içerisinde aşılandıkları tarihin üstünden iki ay geçipte kontrol edilenlerin sayısı 965 tir. Kontrolümüzü yine Ankara Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Müessesesinin hazırlayıp gönderdiği beş ünitelik Mantoux dilüsyonu ile yaptık. Bunlardan neticesini okuyabildiğimiz 832 vak'ada müsbet reaksiyon nisbetini %38,44 bulduk (Cedvel : 5). Bu netice diğer bölgelerdeki aşı kontrollerinde alınan neticelere uymaktadır. XI. Millî Tıp Kongresinde de bu nokta üzerinde durmuş ve o vakit bunu B.C.G. aşısının naklindeki güçlük dolayısı ile yollarda kalmalarına atfetmiştik. Fakat bu yıl aşılar uçakla frigorifik kutular içinde gelmekte ve buz dolabında muhafaza edilmektedir.

Bursa Köylerinde yapılan deri içi B.C.G. aşısından iki ay sonra tatbik edilen Mantoux teamülü neticeleri

B.C.G. Aşısı Y E K Ü N		B. Mantoux teamülü neticesi		Mantoux Teamülünün kontroluna gelmiyenler	Revaksinasyon
		+	—		
965	Sayı	332	500	133	500
	%	38,44	61,56		

(Cetvel : 5)

Aşıdan sonra görülen reaksiyonlar da kayda değer (Cedvel : 6). Bunların arasında en sık görüleni ve en can sıkıcısı olanı aşı yerindeki süpürasyonlardır. Aşının cilt altına kaçmaması için azami itina edilmesine rağmen vak'alarımızın büyük kısmında bu ülserasyonlar görülmektedir (%91,3). Her ne kadar bunların mühim bir kısmı pek küçük (kuturları 3 milimetreden daha az) ise de çoğu uzun sürmekte, ekseriya bir buçuk iki ay devam etmekte ve aşılananları izaç etmektedir. Boyundaki ganglionlarda görülen şişkinlikler de az değildir (%22,7). Bunlar aşılananı ve muhitini oldukça korkutmakta, fakat gayet selim seyrederek kısa bir zamanda küçülmektedirler. Yalnız bir tek vak'ada bu gangliyon şişliğinin tekayüh ederek aktığını ve yerinde bir ülser teşekkül ettiğini gördük.

B.C.G. aşısından sonra görülen reaksiyonlar

B.C.G. Aşısı Y E K Ü N		Enfiltrasyon	Ülserasyon	Ganglionlarda Re.	Ganglionlarda ülser
965	Sayı	43	881	219	1
	%	4,45	91,3	22,7	0,1

(Cedvel : 6)

Bu mevzu üzerinde XI. Millî Tıp Kongresinde Dr. Nurettin Onur'un İstanbulla, Dr. Şebip Say'ın da İzmir'e ait tebliğlerindeki istatis-

tiklerle bizimki arasında oldukça fark vardır. Onlarda ülserasyonlar ve gangliyon reaksiyonları bizim gördüklerimize nazaran pek azdır. Diğer bölgelerde yapılan aşılardan alınan neticelere dair neşriyata henüz tesadüf etmediğimiz için onlarla mukayese imkânını bulamadık. Muhakkak olan bir cihet varsa, o da gerek mevzii, gerekse gangliyoner reaksiyonların tamamen zararsız ve hiç bir vak'ada üzüntülü bir netice tevhit etmemiş olmasıdır. Onun için bu reaksiyonların hiç bir aşından çekinmeyi icap ettirecek bir sebep teşkil etmemektedir.

NETİCE

1. Bursanın 56 köyünde B.C.G. aşısı tatbik etmek maksadı ile 6174 kişiye Mantoux yapılmış ve bunlardan kontrol edilebilen 4934 kişiden 3557 sinde menfi netice alınmıştır. Ancak bunların büyük bir kısmını çocuklar teşkil ettiğinden alınan neticeden bu köylerdeki tüberkülin endeksini çıkarmağa imkân görülememiştir.

2. 56 köyün ilk mektep talebesinde tüberkülin endeksi %23,46 bulunmuştur. Bu endeks muhtelif köylerin mektepleri arasında büyük değişiklikler göstermektedir. En düşük endeks %4,55 olup en yükseği de %63,4 tür.

3. Köy mekteplerinin ilk sınıflarında tüberkülin endeksi %18,82 olup çocukların mektep çağında tüberküloz enfeksiyonunu alma nisbeti %17 den biraz fazladır.

4. Bursa köylerinin mektep çağından sonraki yaşlarda da oldukça ehemmiyetli nisbette enfeksiyona maruz kaldıkları anlaşılmaktadır.

5. Tüberkülin denemelerinden aldığımız bu neticeler, köy mekteplerinde yapılacak devamlı bir B.C.G. aşısı kampanyası ile tüberküloz enfeksiyonunun köylerde yayılışının ehemmiyetli bir surette önlenilebileceğini göstermektedir. Bunun için köylerde verem savaşının, en kabili tatbik gördüğümüz bu nokta üzerinde teksif edilmesi icap ettiği kanaatindeyiz.

S U M M A R Y

The administration of B.C.G. vaccine in the Village of Bursa : The reaction of Mantoux is tested on 6174 children at the villages of Bursa until the end of 1952 and 27.9 per cent positive reaction is observed among 4934 controlled cases. Among the children older than 16 year old the mantoux brought about 71.5 per cent positive reaction. 3505 tuberculin negative persons vaccinated with B.C.G.

The result obtained with the vaccination of BCG implicates the idea that vaccine has efficacious place in the tuberculosis campaign at villages.

R É S U M É

Vaccination par le B.C.G. dans les villages de Bursa : Dans 56 villages 6174 enfants ont été controles par le Mantoux, en 1952. Il a été trouvé 27,9 % de cas positifs sur les 4934 qui ont été examinés. Sur sur les sujets âgés de plus de 16 ans, la réaction de Mantoux était positive, dans 77,5 % des cas.

Les 3505 personnes à réaction négative ont été vaccinées par le B.C.G.

D'après ces résultats, il est évident que la vaccination au B.C.G., dans les villages, semble être le meilleur moyen de lutte contre la tuberculose.

*Ankara Üniversitesi
Fitizyoloji Kliniği Direktörü
Prof. Dr. Nusret Karasu*

BİRİNCİ ATATÜRK İLKOKULUNDA PRİMOENFEKSİYONLARIN SEYRİ

VE

B.C.G. AŞISI HAKKINDA BİR MÜTALAA

*Prof. Dr. NUSRET KARASU
Dr. M. GÜVENCER*

Bundan evvelki Millî Türk Tıp Kongresinde arkadaşımız Dr. İlhami Vidinel tarafından Ankara Necatibey İlkokulunda yapılan B.C.G. aşısı neticelerini ve aşı olanlarla olmayanlar arasındaki münasebetleri arzetmiştik.

Bu tebliğ mevzu, bir sene evvelki kontrolde pirkeleri müsbet olan 306, Pirkeleri menfi olup velileri tarafından aşıya muvafakat edilmeyen 223 ve yine pirkeleri menfi olup B.C.G. aşısı tatbik edilen 242 öğrencinin tetkiki idi. Bu meyanda bir sene evvelki pirkeleri müsbet olan 306 kişiden 32 sinin yani %10,4 ünün aktif tüberküloza musap olduğu ve pirkeleri menfi olup aşı olmayan 223 kişiden 75 inin yani %33 ünün verem mikrobu ile enfekte olduğu ve bunlardan % 14 ünün hastalıklarının faal vaziyette olduklarını, B.C.G. ile aşılanan 242 öğrencide de hiç bir tüberküloz tezahüratı görülmediği ve aşılananlardan %89,2 sinde aşı muafiyetinin devam ettiğini bildirmiştik.

Bu defa mevcudu 800 ü geçen 1. Atatürk İlkokulunda 9/3/1950 tarihinde pirkeleri müsbet olan 49 ve yine aynı tarihteki kontorlda pirkeleri menfi olup aşıya muvafakat etmeyen 50 öğrenci ile 9/3/1950, 23/2/1951 tarihlerinde velilerinin rızası ile B.C.G. tatbik edilen 95 kişi ki, ceman 194 şahısta yaptığımız klinik laboratuvar ve radyolojik tetkiklerin sonucu şunlardır :

1. 9/3/1950 tarihindeki kontrolda pirkeleri müsbet olan 49 öğrenciden yalnız 5'inde yani %10 unda gayet sessiz seyreden primer kompleks bakiyelerini gördük. Bunların yapılan klinik ve laboratuvar tetkikleri hastalıklarının inaktif safhada olduğunu gösterdi.

2. 9/3/1950 de yapılan kontrolde pirkeleri menfi olup aşılama-yanayan 50 öğrenciden 16 sının yani %32 sinin tüberkulin reaksiyonlarının müsbete döndüğü görülmüştür. Bunlardan yalnız bir tanesinde 951 senesi 6 ncı ayında geçirdiği primer kompleks tedavi ve müdahaleyi icabettirmiş, diğerleri ise enfeksiyonu tamamen sessiz geçirilmiştir. Yapılan incelemeler sonuncunda halen hiç birisinde faal bir lezyon tesbit edilmemiştir.

3. 9/3/1950 tarihinde 38, 23/12/1951 de 28 ve 3/12/1951 tarihinde 29 ki, cem'an 95 B.C.G. tatbik edilen çocukta 10/12/1952 de yapılan kontrolde 64 ü pirkeye ve 31 i de mantoux ya karşı müsbet teamül vererek aşı muafiyetinin %100 nisbeti de devam ettiği müşahede edilmiştir.

Tüberkulin reaksiyonunda 8 ilâ 15 mm. kutruna eritem gösterilenlerin sayısı 9 dur.

Yapılan radyolojik muayeneler sonunda ise 21 öğrencide bir kısmında hilüsler aşikâr surette büyük ve bir kısmında ise büyüklükle beraber kalsifiye gangliyon ve mihraklar tesbit edilmiş olup bunların aşılanaanlara nisbeti %22 dir.

Aşı yerlerinde her hangi bir tezahür görülmemiştir. Ve bunların hepsinin klinik muayeneleri ve sedimantasyonları normal bulunmuştur. Yalnız bir çocukta (ki 31/12/951 de pirke ve mantoux kontrolünden sonra aşılannmıştır). Sağ hilüs bölgesinde terkova altına şerit şeklinde uzanan bir atelektazi ve enfiltrasyon bakiyesi tesbit edilmiş, sedimantasyon 7 mm. bulunmuş ve çocuk kontrol altına alınmıştır. 3/12/951 tarihinde B.C.G. tatbik edilen bu çocuğun aşı kontrolü 15/1/951 de yani bir buçuk ay sonra yapılmış olup pirkesi o zaman müsbet görüldüğüne nazaran aşının ante allerjik devrede yapıldığı, aşı muafiyeti teessüs etmeden tüberküloz enfeksiyonu almış olduğu kanaatına varılmıştır.

Netice :

Bu okul mevki itibariyle bir verem dispanserine ve müteaddid dahili hastanıklar mütehassısların muayenelerinin tam karşısında

olması, talebe sosyal durumunun vasat olması ve hastalığı sebebiyle okula devam edemeyen öğrenci bulunmamasına rağmen geçirilen primer komplekslerin hemen hepsinin tehlikesiz ve hattâ ailelerinin nazarı dikkatini celp etmeyecek derecede gürültüsüz geçmesini alâka çekici bulmaktayız. Bu hal ancak iyi hayat ve bakım şartlarında görülür. Bu durum ise ancak son senelerde ailelerin çocuk besisi, bakımı ve tıbbî kontrol hususunda titizlikle münasebettar olmasıyla izah edilebilir, kanaatındayız.

Bu tebliğ vesilesiyle bizim asıl üzerinde durmak istediğimiz nokta : B.C.G. ile aşılananların yapılan radyolojik muayenelerinde, klinik hiç bir âraz vermeden, sedimantasyonu yükseltmeden husule gelen % 22 vak'ada tesbit ettiğimiz hilüslerde görülen büyük ganglionlardır.

Ganglion :

Bu büyümenin izahati aşağıdaki ihtimali düşünerek tetkik etmekteyiz.

1. Her ne kadar tatbik ettiğimiz aşular pirke ve pantoux kontrolünden sonra yapılmakta ise de az bir ihtimalde olsa bu vak'alardaki aşuların anti allerjik safhada yapılmış olması binaenaleyh hastalığın çıkmasına mani olunamaz mı?

2. Calmette Guerin basilinin aşılansından sonra basilin satellit gangliyondan hilüs gangliyonu ne kadar gitmesi ve orada bulunan ganglionları attake etmesi.

3. Kanaatımıza göre daha kuvvetli gördüğümüz bir ihtimal ise pirke mantulada görülen %32 nisbetinde basil dö koh ile enfekte olarak pirkelerin pozitif olması keyfiyeti diğer aşılarda da olduğu gibi B.C.G. tatbikinden sonra da %22 nisbetinde basil alarak gayet sessiz ve ihtilatsız bir şart kompleks geçirmeleri vaziyetidir ki bu da B. C. G. aşısının bazı şahıslarda tam bir tesir göstermekle beraber hiç olmazsa geçirdikleri enfeksiyonların tehlikesiz ve his edilmez derecede hafif geçmelerine sebep olma keyfiyetidir.

Bu çocukların aşı yerlerinde hiç bir patolojik reaksiyon görülmemesi bu adenitlerin B.C.G. ye bağlı olmadığını gösterir.

4. Bu ihtimal ve bu gangliyon büyümelerinin non-spesifik olmalarıdır. Maalesef bunu isbat edebilecek bir durumda değiliz. Her ne kadar bu mevzuda tetkiklerimize devam etmekte isekte neticeleri

almadan bu tebliği yapmağa bizi sevk eden amil, kitle halinde B.C.G. tatbikatı ile iştigal eden sayın meslekdaşlarımıza böyle bir hâdiseyi arzetmeği vazife telâkki edişimizdir.

ÖZET :

Birinci Atatürk İlkokulunda evelce pirkeleri menfi olan çocuklarda görülen primo enfeksiyonların ihtilâtsiz ve hafif geçmeleri ve B.C.G. aşısı yapılan çocukların %22 sinde görülen hilüs büyümeleri dolayısıyla bu tebliğ yapılmıştır.

S U M M A R Y

The Course of Primary Infection at the Birinci Atatürk İlkokulu and Some Explanations on the B.C.G. Vaccine : Among the Pirquet negative students at the Ataturk Birinci İlkokulu the course of primary infections were usally without any complication and with a very little reaction. Contrary a slight degree of hilar enlargment is observed in 22 per cent of students underwent to BCG vaccination.

R É S U M É

La primo-infection tuberculeuse dans la première école primaire Ataturk et consideration su la vaccination au B.C.G.— Cette communication a été faite pour faire connaître les faits suivants :

1. Chez les enfants de la première école primaire Ataturk à Pirquet négatif, la primo infection tuberculeuse a une évolution bénigne sans complication.
 2. Chez les enfants vaccinés au B.C.G., un élargissement du hile a été observé.
-

ŞİLE İLÇESİNDE VEREM AŞISI TATBİKATI

Dr. HİKMET KUTAL

1950 yılında İstanbul Verem Savaşı Derneği İstanbul halkını verem aşisiyle aşılama kararı vermiş ve derhal faaliyete geçerek teşkil ettiği dokuz ekip vasıtasıyla Okul öğrencilerini, halkı ve işçileri aşılamağa başlamıştır. İstanbulda bu aşı faaliyeti devam ederken İstanbul Vilâyetine bağlı İlçe Merkezleriyle köyleri de aşılamaği düşünmüş ve 25/10/1950 tarihinde toplana İdare Kurulu «köylerde tatbik edilecek olan verem aşısı için bir plân hazırlanmasına ve kasım ayının on beşinde ise başlanmasına, bunun için otomobile bir doktor, iki hemşire, bir şoför tayin edilmesine ve bunların köylerde yatması için dört adet seyyar karyola alınmasına, plânın Ordinar-yüs Profesör Dr. Tevfik Sağlam ile Sağlık ve Sosyal Yardım Müdürü Dr. Faik Yargıcı ve Dr. Kudsi Esencan tarafından hazırlanmasına» karar vermiştir. Bu karar üzerine derhâl faaliyete geçilerek ekip teşkil edilmiş ve ilk olarak Şile İlçesine gönderilmiştir. Yalnız bir hemşirenin kâfi geleceğine kanaat getirildiğinden lüzumu halinde bir hemşire daha ilâve edilmek üzere işe bir hemşire ile başlanmıştır. Halen de bir hemşire kâfi gelmektedir.

Şile İlçe Merkezi Üsküdüra muntazam bir şose ile bağlı olup mesafesi 70 kilometredir. 1948 resmî istatistiklere göre İlçe Merkezinde (1862) si erkek, (910) u kadın olmak üzere (2772) nüfus vardır. İlçe Merkezine bağlı olan 15 köyde ise (2116) sı erkek (2257) si kadın olmak üzere (4373) nüfus mevcuttur. İlçenin (Ağva), (Alacalı), (Teke) adlı üç bucağı olup Ağva bucağına bağlı on köyde (2855) i erkek ve 2198) i kadın olmak üzere (5053), Alacalı bucağına bağlı 14 köyde (1919) u erkek, (1714) ü kadın olmak üzere (3633) nüfus, Teke bucağına bağlı 6 köyde (933) ü erkek (924) ü kadın olmak üzere (1857) nüfus olmasına nazaran Şile İlçesinin nüfusu (9685) i erkek ve (8003) ü kadın olmak üzere (17688) dir.

Nüfusun % de (54.8) i erkek ve (45.2) si kadın olduğuna göre kadın (%9.6) nisbetinde daha fazladır. Şile İlçesi halkı en ziyade denizcilik ve kömürcülükle meşguldür, daha sonra ziraat gelmekte ve nüfus ke-safeti olan yerlerde ve bilhassa Şile merkezinde dokumacılıkla da iştigal edilmektedir.

Her hafta Ankara Merkez Hıfzıssıhha enstitüsünden buzlu kap-lar içinde gönderilen B.C.G. aşısı ile mantoux'lar buradan Şileye de termoslar içinde günü gününe sevkedilmiş ve sevkiyatta hiç bir güç-lük çekilmemiştir, her gün Üsküdardan Şileye giden otobüsler ma-teriyeli zamanında memnunlukla ve parasız olarak götürmüşlerdir. Aşı ve mantoux'lar fennî şekilde sevk edildiği gibi test ve aşilar rek-ör enjektörleriyle değil bu işe mahsus olan enjektörlerle ve tama-men fennî şekilde yapılmış ve okunmuştur.

Aşı işlerinin tek elden idaresi için bu işe Dr. Kudsi Esencan memur edilmiştir.

Aşı ve «mantoux» ların günü gelince fennî ve muntazam bir şe- kilde gönderilmesinde ve işin aksamamasında Ankara Merkez Hıf- zıssıhha Müessesesi Müdürü Bay Dr. Niyazi Erzinin dikkat ve him- meti âmil olmuştur.

Test on ünitelik mantoux ile yapılmış ve 72 saat sonra okun- muştur, kontrollar da on ünite ile yapılmıştır. Halk aşığı nasıl kar- şılamıştır? Bu soru üzerinde önemle durulması icabeder. Köylerin bütün halkı istisnasız olarak aşığı tamamen benimsemişler ve en ufak bir mukavemet göstermemişlerdir, bu olay köylümüzün ne ka- dar şuurlu ve uyanık olduğunu göstermek bakımından çok önemli- dir, köylerde büyük şehirlerde görülen mukavemetten hiç eser yok- tur, tersine olarak ekibe tam bir itimad göstermişler ve istirahat- lerini temine savaşımlardır.

Propaganda : Ekip propagandaya önem vermiştir. Ancak aşı yaptırma-ları ve faydası hakkında uzun uzadıya propagandaya ha- cet halmamıştır, çünkü aşı yapılacağını öğrenen halk propgandaya lüzum hissettirmeden test ve aşığı gelmişlerdir. Test ve aşığı veya kontrola gelmeyenler de ya İstanbulda veya uzakça yerlerde kendi işleriyle meşgul olmalarından ötürü veya diğer bir zaruret icabiyle gelememişlerdir.

Propaganda aşı mevzuundan ziyade diğer sıhî mevzular hak- kında yapılmıştır. Propaganda ya kahvelerde veya muhtarlıklarda sözle ve eldeki afişlerle yapılmıştır.

Köylerde test ve aşilar, ya sabahın çok erken veya akşamın geç saatlerinde yapılmıştır. Köylünün işlerine gitmek mecburiyetinden

ötürü bu saatler dışında daha test ve aşı yapılmamıştır, gündüzleri okul çocuklarıyla ve köyde bulunanlarla meşgul olunmuştur.

Ağva Bucak Merkezleriyle köylerinde 4068 kişiden (3628) kişiye mantoux yapılmış olup % nisbeti (89,2) dir. Bunlardan (1503) ü (%41,5) müsbet netice vermiştir. Menfi nisbeti (%58,5) dir. Menfi netice veren (1823) kişiye B.C.G. yapılmıştır, 302 kişi mantoux kontrolüne gelememişlerdir, kontrole gelmeyenlerin büyük bir kısmında «Mantoux) un müsbet netice verdiği sonradan anlaşılmıştır.

Ağva bucağında (602) öğrenciye mantoux yapılmış olup (144) ü (%24,0) müsbet, (458) i (%76,0) menfi netice vermiştir, menfi netice verenlere B.C.G. yapılmıştır.

Şile merkeziyle köylerinde (7511) kişiden (4140) kişiye Mantoux yapılmış olup yüzde nisbeti (55,2) dir, bunlardan (2310) u müsbet (%55,8), (1830) u menfi (%44,2) netice vermiştir. Menfi netice veren (1830) kişiye B.C.G. yapılmıştır.

Şile merkez ve köylerinde (717) öğrenciye Mantoux yapılmış olup (147) si müsbet (%20,5) ve (570) i menfi (%79,5) netice vermiştir. Menfi netice veren (570) öğrenciden (555) i aşılanmış olup (15) i aşılanamamıştır.

Teke bucağın Merkeziyle köylerde (1857) kişiden (622) kişiye Mantoux yapılmış olup yüzde nisbeti (33,5) dir. Bunlardan (247) si müsbet (39,7), (375) i menfi (%60,3) netice vermiştir, menfi netice verenlere B.C.G. aşısı yapılmıştır.

Şile ve Ağvaya nisbetle Teke Bucacı köylerinde Mantoux'un menfi nisbeti daha çoktur, bu nisbet Tekenin şehirlerle ve topluluklarla münesebetinin daha az olmasından ileri gelmektedir.

Teke Bucak Merkezleriyle köylerinde 152 öğrenciye Mantoux yapılmış olup (55) i müsbet (%33,4) ve (97) si menfi (%66,6) netice vermiştir. Menfi netice verenlere B.C.G. aşısı tatbik edilmiştir.

Köylerde bir kaç veremli bulunursa müsbet nisbeti fazla olmaktadır (Sogullu) köyü gibi ki, bu köyde %60 müsbet çıktığı için ancak % 40 kişiye aşı tatbik edilememiştir, köylerin şehirlerle teması arttıkça müsbet vak'aların yüzde nisbeti de artmaktadır.

Küçük yaşlarda müsbet nisbeti az olduğu halde ileri yaşlarda artmaktadır, erkeklerde askerlik çağına kadar menfi nisbeti çoktur. Bu çağdan sonra gittikçe azalmaktadır. Öğrenciler arasında da yaşlarına göre bu fark göze çarpmaktadır, ilk sınıflarda menfi nisbeti az olduğu halde son sınıflara doğru tedricen çoğalmaktadır.

Aşılar sekiz hafta sonra kontrol edildiği zaman «Mantoux» lar müsbet bulunmuştur, yüzde bir nisbetinde menfi kalan aşılar küçük

çocuklarda aşı yapılırken çocuğun hırçınlığı yüzünden arzu edilen nisbette aşı zerk edilememesinden ileri gelmiş olabilir.

Mantoux kontrolleri dakik bir şekilde yapılırsa sonradan yapılan B.C.G. aşı yerinde ufak bir ulserden veya nodülden başka hiç bir patolojik durum husule gelmemektedir. İki vak'ada husule gelen boyun ve koltuk altındaki fistülize adenit, hastanın omuzundaki ulseri temiz tutmamasından, tersine olarak ne olduğu belli olmayan aseptik merhemlerin tatbik edilmesinden ileri gelmektedir, fistül muhteviyatı tedkik edilemedi, fakat yapılan penisilin tedavisi ile sonuç alındığına göre spesifik olmadığı anlaşılmıştır.

Netice :

1. Bütün köyler halkına Mantoux testi ve B.C.G. aşısı yapılmalıdır.

2. Bilhassa ilk okullar ihmâl edilmemelidir.

3. Mantoux ve B.C.G. aşısı zararsızdır.

4. B.C.G. ülserasyonlarına mikrop kaçırıldığı takdirde boyun ve koltuk altı lenf ukteleri şişiyor.

5. Spesifik tedaviye lüzum yoktur, ateş yaparsa antibiyotiklerle düşürülebilir.

6. Köyler şehirlere yaklaştıkça mantoux reaksiyonunun müsbet olma nisbeti artıyor.

7. Köylerde bir enfeksiyon menbaı mevcut ise yine Mantoux reaksiyonu nisbeti çok artıyor.

8. Askerlik yaşına gelenlerde tüberkülin menfi olanların nisbeti yüksek olduğundan (%52.0) umumiyetle her askere tüberkülin test'inden sonra B.C.G. tatbikatı lâzımdır.

9. Bütün tatbikatta mevcut 14055 nüfusun (7511) ne Mantoux yapılmıştır. Nisbeti (% 53.5) dir.

10. Mantoux'u menfi olan 3595 nüfusun hepsine B.C.G. yapılmıştır.

11. Aşı yapılanların yüzde (9) unda allerji husule gelmiştir.

12. Aşı yapılanların yüzde birinde nekroz görülmüştür, başka ihtilât görülmemiştir.

13. Köy öğretmenlerinin hepsinde Mantoux müsbet görülmüştür, yalnız bir erkek eğretmende gayrifaal tüberküloz bulunmuştur.

14. Okullarda mevcut (1471) öğrenciden (1431) ine Mantoux yapılmıştır ki, yüzde nisbeti (97.3) dür. Yaşları 7 - 15 arasındadır.

Mantoux yapılan 1431 çocuktan (346) sı müsbet (%24.2), (1085) i menfi (%75.8) sonuç alınmıştır, menfi olanların hepsine B.C.G. aşısı yapılmıştır.

Bütün Şile Merkez ve Nahiyeleleri halkını nazarı itibara alacak olursak:

	Halkın Umum		B.C.G.
	Mevcudu	Mx (+)	yapılan
Ağva	2749	1359	1390
Teke	622	247	375
Şile	4140	2310	1830
	5711	3916	3595

Okul adı	Mevcut	Mx (+)	B.C.G.	Kontrolle gelmeyenler
Şile Demirtaş paşa İlkokulu	215	64	148	3
Meşrutiyet »	16	3	13	—
Ahmetli »	37	13	24	—
Korucuköy »	33	9	21	3
Kızılcaköy »	74	7	67	—
Darlık »	39	11	27	1
Karacaköy »	73	16	56	1
Karabeyli »	30	4	25	1
Babakoz »	96	10	80	6
Akçakese »	57	5	52	—
İmrenli »	47	5	42	—
	717	147	555	15

Ağva İlk Okuları	Öğren. A.	Mx (+)	B.C.G.	Kontrolle gelmeyenler
Ağva Merkez İlk Okulu	68	15	45	8
Kurfalı İlk Okulu	56	13	40	3
Hacılı »	38	22	15	1
Göksu »	29	4	23	2
Ubeyli »	38	9	29	—
Evrenli »	15	4	11	—
Şuayıplı »	69	4	63	2
Gökmaşı »	60	18	41	1
İsaköy »	37	14	22	1
Soğullu »	40	23	14	3
İhsanoğlu »	12	2	10	—
Çataklı »	45	10	34	1
Göçe »	77	4	71	2
Hacimustafa »	18	2	15	1
	602	114	433	25

Teke bucağında öğrencilerin mantoux ve B.C.G. cetveli

Okul	Mevcudu	Mx (+)	B.C.G.
Teke	36	11	25
Değirmen çayırı	65	38	27
Hasanlı	36	4	32
Yazı manayır	15	2	13
	152	55	97

Okullarda ise :

	Mx ve B.C.G.	Mx (+)	B.C.G. yapılanlar
Ağva	577	144	433
Teke	152	55	97
Şile	702	147	555
	1431	346	1085

S U M M A R Y

The B.C.G. Vaccination in Şile: After the classification of the population of the town and the villages of Şile, the author explains the role of the propagandism in the application of tuberculin tests and vaccination with B.C.G. and gives the results of the Mantoux reactions obtained in this district. The results are demonstrated on graphical statistics.

R É S U M É

La Vaccination Anti-tuberculeuse dans la Région de Chilé.— Après avoir donné une classification de la population de la région de Chilé et villages environnants par sexe, l'auteur décrit la propagande qui a été faite pour l'application de la réaction à la tuberculine et la vaccination anti-tuberculeuse. Il donne en suite les résultats obtenus par la réaction de Mantoux. Des statistiques et des graphiques sont présentées.

*Istanbul Verem Savaş Derneği
Çalışmalarından
Dr. Kudsi Esencan*

**1949 - 1952 İSTANBUL VE KÖYLERİNDE YAPILAN TEST
VE
B.C.G. TATBİKATI**

Dr. KUTSİ ESENCAN

1949

İstanbul B.C.G. tatbikatına 1949 yılında başlanmıştır, mezkûr yılda İstanbulda mevcut 14 verem dispanseri tarafından işe başlandıktan biraz sonra Sağlık ve Sosyal Yardım Vekâleti tarafından B.C.G. için Derneğimiz emrine verilen dokuz hekim de faaliyete geçmiştir. Dernek tarafından her hekime mevcut dispanserlerden hariç birer bölge verilmiş ve bu hekimler bu bölgelerde çalışmışlardır.

B.C.G. 1949 yılında yalnız öğrencilere tatbik olunmuş, gerek test, gerekse allerji kontrolleri pirke ile yapılmış ve şu neticeler alınmıştır :

(31910) öğrenciye Pirke yapılmış olup bunun (18629) u menfi (%58.4), (13281) i müsbet (%41.6) netice vermiştir, aşılana öğrencilerin sayısı ise (3312) dir. Bu adet menfi miktarına nisbet edilirse (%17.8) ine aşı yapılmış ve (%82.2) sine yapılmamış demektir. Yapılamaması sebebi ilk tatbikat olduğundan, halkın aşıyı hoş karşılamamasından, lüzumu kadar propandaya vakit bulunamadığından, mukavemetin fazla olmasından ileri gelmiştir.

Başlangıçta gerek test, gerek B.C.G. öğrenci velileri üzerinde aksi tesir yapmış, (canlı verem mikrobu veriliyor) diye öğrenci ebeveyni çocuklarının vereme yakalanacağından korkmuşlardır, bu korkuyu bazı hekimler ve okul müdürleriyle öğretmenlerin aksi propandaları çoğaltmışlardır, yıllar geçtikçe mukavemet azalmış, gönüllere ferahlık gelmiş, Derneğe ve hekimlere itimad artmıştır.

1952 yılının son aylarında mukavemetin pek çok azaldığı memnulukla müşahade olunmuştur. Mukavemetin bir kısmı da Fabrika

işçilerinin işlerinden, velev bir kaç saat olsun, kalacaklarını hesabe-
den fabrika patrolnlarından gelmiştir.

Köylere gelince: Mesele şehirlerdekinden tamamiyle aksine ol-
muştur, sağ duyuları kuvvetli olan köylü vatandaşlar da en efak bir
mukavemet görülmemiş, gerek hükûmete, gerekse hekim ve hem-
şirelere olan itimatlarından ötürü test'i ve aşığı memnurlukla kar-
şılamientoşlardır. O kadar ki köylere giden ekibin aşığı hakkında propa-
ganda yapmasına bile lüzum kalmadığından köylü vatandaşlarla da-
ha ziyade verem ve diğeri sıhhi olaylar hakkında görüşülmüştür, bazı
köylülerin allerji kontrolüne gelmemeleri işleri icabı köylerinde bu-
lunmamalarından ileri gelmiştir.

1950

İlk test ve allerji kontrolleri Pirke ile yapılmıştır, bu yıl Sağlık
ve Sosyal Yardım Vekâleti tarafından tayin edilmiş olan 9 hekim
Vekâlet emrine alındığından dokuz istasyon lağvedilmiş ve faaliyet
yalnız dispanserlere münhasır kalmıştır.

1950 yılında İstanbulda yapılan test ve B.C.G. :

Test :	+		—		Y	Menfilerin % de kaçına B,C,G, ya- pıldığı
		%		%		
Öğrenci :						
İlk test	26994	40.7	39452	59,1	66446	95.4
Halk :						
İlk test	3384	57.2	2530	47,8	5914	44.8
İşçi :						
İlk test	11470	82.7	2399	17,3	13869	83.8
Mahkûmlar :						
İlk test	132	62.6	79	37.4	211	87.5

Burada dikkat nazarlarını çeken olay işçilerde müsbet rakkamların halk ve mahkûmlardan daha fazla olmasıdır, bundan da işçilerin sıhhi şartlarının diğeri lerinden daha kötü olduğu anlaşılmaktadır.

B.C.G. :

	Öğrenci	Halk	İşçi	Mahkûmlar
İlk	37618	1134	2011	70
İkinci	8727	47	82	.

Şilenin Ağva bucağında 1950 yılındaki test ve B.C.G. faaliyeti. İlk testler 5, allerji kontrolleri 10 ünitelik Mantoux ile yapılmıştır.

Test :					Y	Menfilerin % de kaçına B.C.G. yapıldığı
	+	%	—	%		
Öğrenci İlk test	75	17.8	347	82.2	422	100.0
Halk İlk test	454	27.0	1226		1608	80.3

Öğrencilerden menfi çıkan 347 kişinin hepsine, halktan da menfi çıkan 1226 kişiden 984 kişiye (80.3 %) B.C.G. yapılmıştır.

İlk testler beş, allerji kontrolleri on ünitelik mantoux ile yapılmıştır.

1951 yılında İstanbulda yapılan Test ve B.C.G. ler :

İstanbulda					Y	Menfilerin % de kaçına B.C.G. yapıldığı
	+	%	—	%		
Öğrenci : İlk test	24147	47.4	26173	52.3	50320	72.3
Halk : İlk test	2448	56.6	1881	43.4	4329	54.7
İşçi : İlk test	3448	82.5	740	17.5	4180	83.2
Mahkûmlar : İlk test	644	67.9	304	32.1	948	95.4

Halk, öğrenciler, işçiler, mahkûmlar gibi toplu bir halde bulunmadığından ikinci testlerinin yapılması çok az mümkün olmaktadır.

Köylerde B.C.G. :

	İlk	İkinci
Öğrenci	18974	958
Halk	1029	53
İşçi	616	224
Mahkûmlar	816	

Köylerde					Y	Menfilerin % de kaçına B.C.G. yapıldığı
	+	%	—	%		
Öğrenci :						
İlk test	460	32.3	968	67.7	1428	82.2
Halk :						
İlk test	3216	45.5	3864	54.5	7080	76.8

	İlk	İkinci
Halk	2966	16
Öğrenci	795	5

1952

1952 yılındaki test ve aşı faaliyeti geçen yıllara nisbetle tekâmül ettirilmıştır, verilen karar üzerine 1952 yılından itibaren testler ve allerji kontrolleri beş ünitelik Mantoux ile yapılmış ve bazı dispanserlerin Pirke, bazılarının Mantoux ile çalışmaları önlenmiştir.

1952 yılındaki test ve B.C.G. ler :

İstanbulda					Y	Menfilerin % de kaçına B.C.G. yapıldığı
	+	%	—	%		
Öğrenci :						
İlk test	34050	64.6	18650	35.4	52700	90.0
Halk :						
İlk test	2654	73.7	949	26.3	3603	55.2
İşçi :						
İlk test	8377	91.7	760	8.3	9137	95.3
Mahkûmlar :						
İlk test	703	94.9	38	5.1	741	84.3

Köylerde						Menfilerin % de kaçına B.C.G. yapıldığı
	+	%	—	%	Y	
Öğrenci :						
İlk test	1693	35.3	3095	64.7	4788	100.0
Halk :						
İlk test	12518	60.9	8040	39.1	20558	99.8
İşçi :						
İlk test	697	89.1	85	10.9	782	94.1

B.C.G.

İstanbulda :

	İlk	İkinci
Öğrenci	16786	1498
Halk	859	47
İşçi	524	57
Mahkûmlar	32	.

Köylerde :

Öğrenci	3085	.
Halk	8040	.
İşçi	80	.

1952 yılında İstanbulda 5690 kişi test kontrolüne gelmemiş olup % de nisbeti (7.5) dir.

Köylerde 1354 kişi test kontrolüne gelmemiş olup % nisbeti (5.2) dir.

Dört yıl içinde İstanbul ve köylerinde (207714) ü öğrenci olmak üzere (280920) kişiye Tüberkülin testi yapılmış ve (77916) sı öğrenci olmak üzere (100077) kişiye B.C.G. aşısı tatbik edilmiştir.

Halk, işçi ve mahkûmlardan 80843 kişiden (22161) ine B.C.G. (% 26.2) tatbik edilmiştir.

107322 menfi öğrenciden (77916) öğrenciye B.C.G. tatbik edilmesine nazaran yüzde nisbeti (72.6) dir.

ÇEŞİTLİ MALÛMAT

1. Mantoux ve aşuların tevzi ve muhafaza şekli çok muntazamdır, materiyel Ankara Merkez Hıfzıssıhha Müessesesi tarafından buzlu kaplar içinde muntazam surette ve vaktinde gönderilmekte olduğundan buraca da vaktinde dağıtılmaktadır, kutular açıldığı vakit çok defa içindeki buzların bir kısmının erimemiş olduğu görülmektedir. Merkez Hıfzıssıhha Müessesesinin her hususta gösterdiği kolaylığa ve alâkaya müteşekkirimiz. Burada da Mantoux ve aşular frigidaire de ve ziyadan mahfuz bir şekilde muhafaza edilmekte ve dispanserlere de zamanında gönderilmektedir. Mevcut 16 dispanserin hepsine birer buz dolabı konulmuş olduğundan Mantoux ve aşular dispanserlerde de soğukta ve ziyadan mahfuz bir şekilde saklanmaktadır. Mantoux ve aşular dispanserlerden harice yine buzlu kaplarda götürülmekte ve ziyadan muhafaza için yaptırılan hususî kutulara konulmaktadır.

2. Köy ekibi için bir jip satın alınmış olduğundan köylere rahatça gidilmekte, evvelce olduğu gibi at ve eşeğe arzı iftikâr edilmemektedir.

3. Trakyada çalışan Birleşmiş Milletler Sağlık Teşkilâtı ekibi köylerde kullanılmak üzere portatif bir test ve aşı çantası vermiş olduğundan ekip şimdi daha fenni ve daha temiz çalışabilmektedir.

4. 1953 yılından itibaren tutulan istatistiklerde ilk okullarla, orta ve liseler ve diğer okulların ve febrıkların test neticeleri ayrı ayrı gösterilmeğe başlandığından sene sonunda daha muntazam ve mukayeseli istatistik tanzimi kabil olacaktır.

5. 1951 yılında köylerde yapılan bir aşı Derneğe (325) kuruşa, 1952 yılında da (121) kuruşa mal olmuştur.

6. Her yıl geçen yılların tecrübesinden faydalanarak çalışıldığı için tekâmüle doğru gidilmektedir.

S U M M A R Y

The Tuberculin Test and BCG Vaccination in Istanbul and its Villages in 1949 - 1953 : In 1949 the vaccination is carried out only among the students and the tests and controls is made by Pirquet, in 1951 the Mantoux test with 5

and controls with 10 units is performed; in 1952 both the tests and controls is carried out with 5 units.

280920 persons (207714 students) are tested and 100077 (77916 students are vaccinated with BCG at Istanbul and its villages in four years.

Among 207714 tested students in 107322 negative reaction is observed. Among 107322 negative cases 77916 is vaccinated with BCG that the ratio of vaccination is 72,6 per cent.

At the begining we have confronted with a great defence against the tests and vaccinations but in time this defence is solved gradually by active propogandism.

R É S U M É

Recherches des tests tuberculiniques et applications du B.C.G. à Istanbul et ses villages, de 1949 à 1952.— En 1949, le contrôle par Pirquet et la vaccination au B.C.G. n'ont été appliqués que dans les écoles. En 1950, le Mantoux a été recherché à 5 unités et le controle avec 10 unités. En 1952, on a utilisé pour les tests et les contrôles 5 unités.

En quatre ans, on a effectué 280.920 tests et vacciné au B.C.G. 100.077 personnes dont 77.916 écoliers. Sur 207.714 écoliers testés, 107.322 donnent un résultat négatif. Parmi ces 107.322 écoliers dont les tests étaient négatifs, 77.916 furent vaccinés. La proportion est donc de 72.6 %.

Dans les premières années, les enfants et les parents cherchaient à s'opposer à la recherche des tests et à la vaccination. Mais, depuis, grâce à la propagande et aux bons résultats obtenus par la vaccination cette résistance diminue progressivement..

Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha
Enstitüsü Müdürü
Dr. Niyazi Erzin

TÜRKİYEDE B.C.G. AŞISI TATBİKATI

Dr. NİYAZİ ERZİN

Verem mücadelesinde bugün dünyanın birçok yerlerinde muvaffikiyetle tatbik edilmekte olan B.C.G. aşısının ilk şekli, hepinizce malûm olduğu üzere, yeni doğan çocuklara, doğumların ilk on gününde ağız yolu ile verilen (ağız yolu B.C.G.) aşısıdır. Çocuğun bu ilk hayat günlerinde bağırsak muhat gıçasının basillerin organizmaya yayılmasına müsaade eder bir durumda olması, canlı jerm ihtiva eden bu aşidan tüberküloz profilâksisinde istifade imkânını sağlamıştır.

Ağız yolu B.C.G. aşısının ortaya çıkması, uzun bir lâboratuvar mesaisini istilzam eden, hayvanlardan ağız yolu ile enfeksiyon tecrübelerine dayanmaktadır.

1900 senesine kadar tüberküloz intanının yalnız teneffüs yolları ile alınan virülan *Koch* basilleri ile meydana geldiği kabul edilmekte idi. Bundan sonra Almanyada *Behring* bu intanın, hastalık yapma kudretinde olan basilleri hazım yolu ile almak neticesinde de meydana gelebileceği tezini ortaya koymuştur. Bu tezin olabileceğine inanmakla beraber, bunu bir tetkik mevzuu olarak ele alan o zamanki Lille Enstitü Pasteur'ün müdürü *Calmette* ve *Guérin* virülan bir bovin tipi suş ile danalarda ağız yolu enfeksiyon tecrübelerine başlamışlardır. Bidayette saf patates vasatında ürettikleri suşun iyi bir emülsiyon vermemesi sebebiyle vasata safra ilâve ederek râtıp bir kültür temini cihetine gidilmiştir.

Bu suretle sekiz sene devamlı pasaj yapılan suşun gittikçe virülansını kaybederek immünizan bir tesire malik olduğu tesbit edilmiştir. Bundan sonra daha 13 sene bu yolda yürüyen iki ilim adamı 21 senelik mesailerinin sonunu geniş ve ciddî bir protokol ile Paris Tıp Akademisine takdim ederek B.C.G. nin insan tüberküloz enfeksiyonuna karşı profilâktik bir aşı olarak kullanma kararını aldılar.

İlk olarak *Weill - Falle* 1921 - 1928 senelerinde Fransada 116 bin çocuğa bu aşığı tatbik etmiştir. Aynı devre içinde diğer bazı memleketlerde de aşı ihzar ve tatbikine girişilmiş ve 1927 senesinde ise *Heimbeck* tarafından kendine ve çocuğuna su-kütane şırınga etmek suretiyle, aşının tüberkülin testine karşı müsbet bir reaksiyon verenlerde bile tatbiki neticesinde ortaya her hangi bir reaksiyon çıkmıyacağını isbat etmiştir.

Heimbeck ile, ondan daha evvel *Weill-Hall*'nin tatbik ettikleri su-kütane aşının birçok kimselerde hoşa gitmeyen bazı lokal lenf organlarında uzun süren reaksiyonlara sebep olduğu görülmekte, aşının entradermal skarifikasyon ve bir de *Rosenthal*'in múltipikür usullerinin ortaya çıkmasına sebep olmuştur.

Bu aşılama metodlarında kullanılan aşuların hazırlanması hep aynı usule dayanmakla beraber, aşının ihtiva ettiği canlı jerm miktarı her birisinde ayrı ayrıdır.

Nitekim; ağız yolu aşının 1 cc. sinde 10 mlgr. jerm olup, bundan yeni doğan bir çocuğa 2 cc. lik 3 ampul verildiğine göre, bir aşılama dozu 60 mlgr. dır. Bu metod *Assis* tarafından son zamanlarda tadil ve takviye edilerek ilk defa 100 mlgr. ve bir ay sonra tekrar 100 mlgr. vermek ve böylece aşığı bir kaç defa tekrarlamak usulü ihdas edilmiştir.

Rosenthal múltipikür ve skarifikasyon usullerinde ise bir doz aşı 75 mgr. dır.

Su-kütane aşılama 0.51 mlgr. deri altına şırınga edilir ve nihayet son olarak ve umumiyetle tatbik edilen entradermal aşılama da ise 1 cc. de 1 mlgr. canlı jerm bulunan aşıdan 0.1 cc. (yani 1/10 mlgr.) deri içerisine şırınga edilir.

Heimbeck başta olmak üzere, inanılır mesai neşreden birçok B.C.G. otoritelerinin verdiği rakamalar da entradermal aşılamanın bugün en uygun bir şekil olduğunu meydana çıkarmaktadır.

Nitekim, *Heimbeck* uzun seneler müşahade altında bulundurduğu :

Pirquet menfi olup aşılınmayanlarda tüberküloz morbiditesi :
% 0,141

Pirquet müsbet olup aşılınmayanlarda tüberküloz morbiditesi :
% 0,12,4

Pirquet menfi olup aşılınlanlarda tüberküloz morbiditesi :
% 0,24

gibi neticeler vermektedir.

Bunun gibi *Walgrein*'in 11 sene müşahadede tuttuğu (1069 entradermal aşılı kimseler arasında selim seyreden yalnız iki tüberküloz vak'ası ile spesifik primer enfeksiyon tesbit edilmiş, ölüm görülmemiştir. *Heimbeck*'in mesaisine benzer bir travay da *Ferguson* tarafından negredilmiştir. Tüberküloz hastahane ve sanatoryomlarında çalışan personelin uzun seneler tetkiki sonunda :

Hizmete girişlerinde kendiliklerinden tüberkülin müsbet olanlarda morbidite % 0.37,5.

Hizmete girişlerinde kendiliklerinden tüberkülin menfi olup aşılananlarda morbidite % 0.242,6 bulunmuştur.

Burada aşılı olanların, evvelce virülan basil alarak kendiliklerinden allerji kazananlardan daha mukavim bir durum göstermelerini, *Ferguson* aşısı allerjisinin, hastane havasındaki virülan basillerde bir revaksinasyon şeklinde takviyeye maruz kaldığı şeklinde izah etmektedir.

Arenson ise Amerikada halk arasında yaptığı bir inceleme ve 6 senelik müşahadesi sonunda şöyle tesbit etmiştir: Aynı sosyal şartlar dahilinde olan 1551 kişiye entradermal B.C.G. tatbik etmiş ve 1457 kişiyi aşısız kontrol olarak bırakmıştır. 6 senelik müşahade sonunda, aşısızlar arasında 185 tüberküloz enfeksiyonu, 28 ölüm (%0.34) aşılılar arasında 40 tüberküloz enfeksiyonu, 4 ölüm (% 0.4,4) tesbit etmiştir.

Türkiyedeki tatbikata gelince :

Ağız yolu aşımızın istihsalinde olduğu gibi, tatbikat tarihi de 1927 de başlanmıştır. Ancak 1947 senesine kadar bu tatbikat senede ortalama 22 dozu geçmemiştir. 1947 den sonra bütün doğum evlerine ve doğum servisi olan hastahanelere her hafta gönderilen aşı yeni doğan çocuklara verilmiştir. Ancak gerek aşı sevkinde ve gerekse tatbikinde maruz kaldığımız müşküller, bize 1950 den sonra bu yolu terkettirmiştir.

Sayın hocam *Prof. Tevfik Sağlam*, bizden son defa olarak *Assis* metoduna dayanan konsantre ağız yolu aşısı tekrar istemişti. Yapacakları tecrübe neticesinde bize yeni bir direktif verdikleri ve oldukları yerde entradermal aşılama imkânını bulamayacak çocuklara bu şekil aşidan istifade etmek imkânını sağladıkları takdirde, biz kendi zaviyemizden üzerimize tereddüp edecek vazifeyi yapmaya her an hazır bulunuyoruz. Ankara Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsünde deriçi B. C. G. aşısı istihsalı 27/XII/1947 senesinde başlamış ise de 6 ay süren bir tecrübe ve kontrolden sonra

19/VI/1948 de gönderdiğimiz 100 cc. entradermal aşı ile Türkiye-
de ilk tatbikat şerefi *Tevfik Sağlam* hocamıza nasip olmuştur.

Bundan sonra 15/XI/1948 tarihinde İzmir Bulaşıcı ve Salgın
Hastalıklar Hastanesine, 2/XII/1948 de İstanbul Şehir Hıfzıssıhha
Müessesesine, 4/XII/1948 de Refik Saydam Enstitüsü Aşı İstasyo-
nuna ve 30/XII/1948 tarihinde de Bakanlığın Ankara Verem Dis-
panserine gönderilmiştir.

Bunu müteakip, doktorlarını enstitümüze gönderip kurs alan
sanayi müesseseleri bizzat mahalline gidip aşı tatbik edecek doktor
ve sağlık memurlarını yetiştirdiğimiz vilâyetlerin, bu sene Millî Sa-
vunma Bakanlığından gelen 8 tabip ve sıhhiye astsubayı marifetile
ordu birliklerinde deriçi B.C.G. tatbik edilmekte olup 1948 senesin-
de başlayan bu faaliyetin 1952 sonuna kadar rakkamları ayrı bir cet-
velde gösterilmiştir : (Bu cetvel sondadır).

Bunun seneler üzerinde olan umumî durumu şudur :

Seneler	Tüberkülin	Kontrol	B.C.G.
1948	13.433	12.685	2.783
1949	69.618	62.057	14.925
1950	185.734	179.652	70.918
1951	427.836	393.287	165.102
1952	496.362	452.362	194.833

Ordudan henüz istatistik alınmamıştır.

B.C.G. tatbikatna ait bu rakamların istinad ettiği tüberkülin tec-
rübelerinden bazılarını da burada tebliğ etmeği faydalı buluyorum:

Tüberkülin kontrollerini bizzat takip ettiğimiz (302.291) vatan-
daşın köy, kaza ve vilâyet merkezlerindeki neticelerini gösterne bu
cetvel bize köyden şehre doğru Koch basili temasının ne şekilde art-
tığını açıkça ifade etmektedir :

CETVEL I

Tüberkülin kontrolü (Sayı)	Yeri	Yaşlar					
		0—1 %+	2—5 %+	6—10 %+	11—15 %+	16—20 %+	20 den yukarı %+
69.612	Köy	1.0	5.3	14.5	24.2	41.2	68.6
11.770	İlçe	20.	10.0	24.3	33.1	44.9	79.4
302.291	İl	13.2	24.0	37.5	50.3	69.9	85.9

Bu arada bir tetkike tabi tuttuğumuz (54.239) köy, kaza ve vilâyet ilk okulları öğrencilerindeki umumî tüberkülin (müsbet) neticeleri de umumî halk kitlesi arasındaki durumu teyid etmektedir.

CETVEL II

İlk Okulun Yeri	Kontrol edilen Pirquet	
	teamülü	Yüzde müsbet nisbeti
Vilâyet merkezi ilk okulları	43.590	32.7
Kaza merkezi ilk okulları	8.369	28.0
Köy ilk okulları	2.280	19.4

Bu okulların nüfus kesafetine göre olan müsbet tüberkülin nisbetlerini de III No. lu cetvelde, herhangi bir tavzihe hacet kalmıyacak bir şekilde açık olarak görüyoruz :

CETVEL III

İlk okulun yeri	Nüfus	Yüzde müsbet nisbeti
24 köy ilk okulunda	1.000 den aşağı	19.4
9 Kaza merkezinde	10.000 den aşağı	25.7
6 vilâyet merkezinde	10.000 - 20.000	29.0
9 vilâyet merkezinde	20.000 den yukarı	33.4

IV. No. lu cetvelde tetkik edilen bütün ilk okul öğrencilerinin sınıflara göre tüberkülin durumunun yapılışını göstermekte olup, ilk okula umumî olarak %25.1 bir müsbet teamüle giren öğrenciler, %38.9 ile (yani, beş senede %15 artmakla) çıkmış bulunuyorlar.

CETVEL IV

Sınıf	Talebe sayısı	Yüzde müsbet nisbeti	Yüzde menfi nisbeti
I	14.245	25.1	74.9
II	12.319	29.5	70.5
III	10.576	32.7	67.3
IV	9.305	36.3	63.7
V	7.794	38.9	61.1

Yukarıdaki vaziyet, tetkik ettiğimiz (Pamukova, Arifiye, Çifteler ve Hasanoglan) Köy Enstitülerinde daha enteresan ve vazih bir şekilde kendisini göstermektedir ki, umumî olarak köyden %20.3 müsbet tüberkülin teamülü ile Enstitüye giren köylü çocukları, okuldan %64.6 gibi çok yüksek bir nisbetle çıkmaktadırlar :

										20 den yukarı	
Yaş 12		Yaş 13-14		Yaş 15-16		Yaş 17-18		Yaş 19-20		Öğretmen	
—	+	—	+	—	+	—	+	—	+	—	+
47	12	241	127	375	258	402	544	113	132	22	107
%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
79.7	20.3	62.8	37.2	59.1	40.9	44.1	55.9	35.4	64.6	17.0	83.0

1948 den 1952 sonuna kadar bütün yurttan tatbik edilen
B.C.G. aşısına ait müfredath cetvel

Vilâyetler	Yapılan Pirquet	Kontrol edilen	Müsbetler	Menfiler	Yapılan
İstanbul - An- kara - İzmir (yıl 1948)	13.433	12.685	7.904	4.781	2.783
Afyon	53.175	42.051	21.522	20.529	14.797
Amasya	16.450	15.338	7.079	8.259	7.946
Ankara	296.722	252.400	119.858	132.542	128.660
Aydın	8.550	7.596	4.416	3.180	2.999
... ..	6.821	6.086	21507	3.579	3.531
Balıkesir	15.032	13.598	4.453	9.169	9.003
Bursa	25639	22.258	10.333	11.925	10.678
Çankırı	1.465	1.415	389	1.026	1.024
Çorum	20.637	17.223	9.390	7.833	7.678
Denizli	8.802	7.234	3.539	3.695	3.607
Eskişehir	20.882	18.142	7.257	10.885	10.833
İçel	9.434	9.059	4.277	4.782	4.740
İsparta	376	376	319	57	32
İstanbul	357.642	351.048	208.551	142.497	115.595
İzmir	68.708	76.952	55.819	21.133	16.367
Kastamonu	2.991	2.846	1.073	1.773	1.773
Kayseri	27.706	22.818	10.460	12.358	11.218
Kırşehir	23.606	20.693	10.217	10.476	10.476
Kocaeli	20.548	17.519	8.557	8.962	8.801
Konya	10.261	18.059	9.164	8.895	8.984
Kütahya	3.098	2.819	1.379	1.440	1.416
Manisa	5.472	5.240	1.956	3.284	3.275
Niğde	13.503	11.942	5.537	6.405	6.366
Samsun	13.983	13.247	6.522	6.725	5.894
Seyhan	30.716	26.160	13.036	13.124	12.743
Sivas	51.656	45.200	23.203	21.997	21.554
Tokat	21.109	19.354	8.512	10.842	5.296
Yozgat	4.321	4.201	2.417	1.784	1.784
Zonguldak	40.909	35.881	30.890	4.991	4.129
Umumî yekûn	1.193.647	1.099.440	600.486	498.954	443.982

S U M M A R Y

The Administration of BCG Vaccine in Turkey : The first administration of BCG vaccine in Turkey is in 1927 like the production of it. Until the end of 1952, 27.000 new - born were vaccinated (by oral administration) in all over Turkey and the amount of the vaccinated people is as followings until the end of 1952 :

<i>Test (Tuberculin)</i>	<i>Controlled Cases</i>	<i>Tuberculin —</i>	<i>Tuberculin +</i>
1.193.647	1.099.440	498.954 (41,8 per cent)	443.982

The result of tuberculin test, before the administration of BCG gives an idea about the position of the whole tuberculin positives in Turkey.

<i>Area</i>	<i>0—5 ages</i> (% +)	<i>6—10</i> (% +)	<i>11—15</i> (% +)	<i>16—20</i> (% +)	<i>More than 20</i> (% +)	<i>Average</i> (% +)
Village	3.2	14.5	24.5	41.2	68.6	25.8
Town	6.0	24.3	33.1	44.9	79.4	32.3
City	18.6	37.5	50.3	69.9	85.9	46.7

Among the students of the preliminary schools :

<i>Village</i>	<i>Town</i>	<i>City</i>
% 19.4	% 28.0	% 32.7

Among the students of preliminary schools tuberculin test gives about 25.1 % positive result when they start to the school. This proportion rises to 29.5 % in second class, to 32,7 % in third class, to 36 % in fourth class and to 38.9 % in fifth class. There about 15 % a rise during the five years.

Among the students of the village institutions when they start to the school about 12 years old the positive tuberculin proportion is 20.3 %, whe-reelse in there years it rises to 40.9 % and reaches the level of 64.6 % in 6-8 years.

With the collaboration and great help of the WHO and UNICEF a BCG vaccination capaign is started at the begining of 1953 in Turkey. 2 doctors and 2 special nurses for BCG from WHO and 6 Turkish doctors and 52 sa-nitary agents already has taken place in this organisation.

R É S U M É

Application du B.C.G. en Turquie.— C'est à partir de 1927 que la préparation et l'application du B.C.G. ont commencé en Turquie. Depuis cette époque jusqu'à fin 1952, 27000 nouveau-nés (voie buccal) ont été vaccinés.

Par contre la vaccination par voie cutanée n'a été effectuée qu'à partir de 1948. Le total des vaccinations de 1948 à fin 1952 est le suivant :

<i>Test (Tuberculine)</i>	<i>Cas contrôlés</i>			<i>Résultats négatifs</i>		<i>Vaccinations</i>
1.193.647	1.099.440			498.954		443.982
Lieu	0—5	6—10	11—15	Age 16—20	plus de 20	moyenne
Villages	3,2	14,5	24,5	41,2	68,6	25,8
Petites villes	6,0	24,3	33,3	44,9	79,4	32,3
Grandes »	18,6	37,5	50,3	69,9	85,9	46,7

parmi les écoliers le resultat est le suivant .

<i>Villages</i>	<i>Petites villes</i>	<i>Grandes villes</i>
19,4 %	28,0 %	32,7 %

Dans les écoles primaires les enfants à leur entrée présentent 25,1 % de cas positifs. En deuxième année on trouve un pourcentage de 29,5 % de cas positifs. En troisième année le pourcentage des cas positifs est de 32,7 %. En quatrième année les cas positifs sont de 36,3 %. Enfin en dernière année le pourcentage des cas positifs s'élève à 38,9 %. En cinq années de scolarité, le pourcentage augmente de 15 %.

, Dans les instituts réservés aux enfants de villageois, le résultat est le suivant. Les enfants qui entrent à l'institut urbain sont âgés de 14 ans et présentent une réaction positive à la tuberculine dans 20% des cas. Trois ans plus tard le pourcentage s'élève à 40,9 % et enfin 6-8 ans plus tard les cas positifs s'élèvent à 64,6 %.

Avec l'aide de l'O.M.S. et UNICEF une campagne de B.C.G. a débuté en 1935. Une équipe formée de 2 médecins de l'O.M.S., 2 infirmières spécialisées pour le B.C.G., 6 médecins turcs et 52 agents sanitaires ont commencé leur campagne en Thrace.

25 Şubat 1953

İkinci Celse Münakaşaları

Seyfettin Köksal :

Tüberküloz hastalığına karşı büyük koruyucu tesiri bütün dünyaca kabul edilmiş ve bu tesiri bir az evvel sayın arkadaşlarımızca da teyit edilmiş bulunan B.C.G. aşısı tatbikatının müsbet neticelerini biz de Verem Savaşı Hemşire Okulumuz öğrencileriyle bu okuldan yetişmiş bulunan hemşireler arasında müşahede etmiş bulunmaktayız. Okulumuz İstanbul Verem Savaşı Derneğine bağlı bulunan Erenköy Sanatoryomu arazisi dahilinde hasta pavyonlarından uzak müstakil bir binaya maliktir. Okul 1943 yılında kurulmuş, şimdiye kadar 64 mezun vermiştir. Halen üç sınıfında 35 öğrenci bulunmaktadır. Bu yekûne bir sene okulumuzda kaldıktan sonra ayrılmış bulunan 1 öğrenci de ilâve edilirse müşahedemize mevzu teşkil eden şahıs adedi tam 100 e baliğ olur.

Müşahedemiz cem'an 433 şahıs senesine dayanmakta, vasatî müşahede müddeti 4 sene 4 ay bulunmaktadır. En uzun müşahede zamanı 9 sene 4 ay, en kısası da 4 aydır.

Okulumuzdan mezun olmuş Hemşireler umumiyetle Dernek teşkilâtında çalışdıklarından gerek öğrencilikleri devresinde, gerekse sonraki meslek hayatlarında çok yakından takip edilebilmişlerdir. Diğer taraftan mecburî hizmetini tamamlamak suretile Dernek teşkilâtından ayrılmış veya başka sebeplerle mesleğini terk etmiş olanları da şahsen ve dikkatle takip etmek imkânını bulduk.

Okulumuzda ilk senelerde tüberkülin testleri tatbik edilememekte idi. 1946 yılından itibaren *Pirke* ile deri reaksiyonlarına başladık. 1948 senesinden itibaren de deri reaksiyonlarını Mantu ile inceledik ve menfi bulunanlarda B.C.G. aşısı tatbikine başladık. Gerek hemşirelerimiz, gerekse öğrencilerimiz bir taraftan çalışdıkları Dernek Dispanserlerinde, diğer taraftan sanatoryumumuzda ve Okulumuzda sık ve muntazam radiolojik tetkiklere tabi tutulmakta idiler. Ufak bir şüphe üzerine durum radiografik olarak tetkik edilmekte idi. Bu suretle en küçük ve minimal lokalizasyonları dahi tesbit etmek imkânı mevcut bulunuyordu. Böylece istatistiğimize

linik âraz gösteren büyük tüberküloz hastalığı tezahürleri ile birlikte; pratik şartlar altında gözden kaçması mukadder bulunan; en küçük lokalizasyonları da ithal eyledik.

İşte bu şartlar altında hazırlamış olduğumuz müşahede sonuçları aşağıda arz edilen neticeleri vermiştir :

<i>Deri reaksiyonu</i>	<i>Adedi</i>	<i>B.C.G.</i>	<i>Hastalık adedi</i>	<i>% de nisbeti</i>
Yapılmamış	24	yapılmamış	6	25
Pirke veya Mantu +	55	yapılmamış	11	20
Mantu	— 2	yapılmamış	2	100
Mantu	— 19	yapılmış +	2	10.5
Yekûn	100		21	21

Böylece bir primo-enfeksiyon geçirmek suretile allerjik bir durumda oldukları deri reaksiyonlarıyla tesbit edilmiş bulunan 55 öğrenci ve hemşirede devamlı reenfeksiyonlar neticesi % 20 nisbetinde tüberküloz hastalığı veya minimal lokalizasyonları görüldüğü halde B.C.G. tatbik edilmiş bulunan 15 öğrenci ve hemşirede ancak 2 küçük tüberküloz tezahürü müşahede edilmiş ve nisbet yarı yarıya azalarak %10.5 a düşmüştür. Bu iki öğrencimizde B.C.G. yi müteakip görülen bu küçük lokalizasyonların birisi sinüsü ancak dolmayan bir zatülcenp, diğeri ise sol tepe bölgesinde küçük nodüler reenfeksiyon odakları idi.

Öğrenci ve hemşirelerimiz arasında hiç bir ölüm kaydetmediğimizi buraya ilâve etmek isterim.

Bu müşahedemiz B.C.G. aşısının devamlı reenfeksiyonlar karşısındaki koruyucu tesirinin evvelce geçirilmiş standard bir primo-enfeksiyona nazaran en az iki misli kıymet taşıdığını vazıhan göstermektedir.

Burada B.C.G. yi müteakip devamlı reenfeksiyonlara maruz bulunan kimselerdeki tüberküloz hastalığı veya küçük lokalizasyon tezahürlerinin *Heimbeck* tarafından *Oslo* şehrinin 501 hemşire öğrencisi arasında gördüğü %10.8 nisbetine pek yakın bulunduğunu tebarüz ettirmek isterim.

Prof. Dr. Nusret Karasu :

Bizim tebliğimizdeki esas gaye acaba anlaşılabilir mi? Bunu şöyle hülâsa edebiliriz :

Biz aşıyor, iki ay sonra kontrol ediyoruz. Kontrolde aşının tutup tutmadığı araştırılıyor. Tutan aşının derecesi diye bir şey mevzuubahistir, yani; çok veya az tuttuğu mevzuubahistir. Bir müddet sonra az tutanların, açık vak'alarla temasında yani; vak'a B.C.G. ile aşılu iken virülen basille temas ediyor. Ve bu temas tehlikesiz geçiyor. Dâva budur. Yani; B.C.G. tam bir koruma yapmamış olsa bile komplikasyonları önlüyor.

Ülserasyonlara gelince : Biz Ankarada bunlara streptomisinli pat tatbik ediyoruz. Ülserasyonlar doğrudan doğruya B.C.G. ile olmaktadır. Bunun teessüs edecek rezistans üzerine tesiri yoktur. Kontrollere gelince: Burada dikkat edilmesi gerekli bir nokta vardır. Bu hususta Niyazi Bey arkadaşımın nasıl düşündüğünü bilmiyorum. Herhangi bir yerin, köyün veya mektebin kontrolünü daima aynı müesese ve aynı eller yapmalıdır. Ve arşiv bir yerde bulunmalıdır. Bu el değiştirilmesinden mütevellit karışıklıklar bilhassa aileyi telâşa düşürecek hâdiseler önlenmiş olacaktır. Aşılanmada fiat meselesini Kutsi Bey izah ettiler. Bidayette Ankarada tüberkülin tatbiki aşılama ve kontroller bir liraya mal olmakta idi. Bu miktar o kadar ucuz değildir. Fakat bir veremlinin tedavisi ile mukayese edilirse o zaman çok ucuz bulunur. Bir kaç kelime de kampanya tatbikatı hakkında konuşacağım. Bir mahalde kampanya başlamakla iş bitmiş olmaz. Bu periyodik olmalıdır. Ve 3-4 senede bir tekrarlanmalıdır. Aksi takdirde yeni doğanlar enfeksiyonlara maruz kalacaklardır. Ve uzun müddet serkl visiyö devam edilecektir.

Dr. Neşati Üster :

Ben, B.C.G. den sonra husule gelen viraj üzerinde durmak istiyorum. Bizim B.C.G. den sonraki kontrolde elde ettiğimiz viraj nisbeti maalesef biraz küçüktür. Bursa köylerinde 16-48 saat sonra ancak %40 kadar müsbet bir netice alabildik. Bu nisbet diğer mıntikalarda alınanlardan düşüktür. Biz bunun sebebini araştırdık. Bizim, Türk Tıp Kongresinde arzettiğim o zamanki virajımızda düşüktü. Biz, ozaman bu düşüklüğü aşının naklindeki güçlüğü atfetmiştik. Fakat şimdi nakil işi mükemmel olmaktadır. Buna rağmen kontrollerimizde nisbet düşük kalmaktadır. Son zamanlarda merkez hıfıssıhha enstitüsü ışık meselesine nazarı dikkati çekti. Biz bunu ehemmiyetle hesaba kattık. Bundan sonra Kız Lisesinin kontrolünde virajın %78,3 e yükseldiğini gördük. Fakat bu da diğer arkadaşlarımızın elde ettikleri nisbete nazaran düşüktür. Biz tüberkülin

kontrolünü hangi metotla yaptıksa viraj kontrolünü de aynı metotla yapıyoruz. Yani; tüberkulin kontrollerinde ve viraj kontrolünde 5 ünitelik mantu kullanıyoruz. Ve altı milimetreden az olan kızarmayı müsbet kabul etmiyoruz. Halbuki benden evvel konuşan Dr. Şebile Say arkadaşımız 3-4 milimetrelilik, hattâ daha hafif kızartıları müsbet kabul ettiklerini söylediler. Dr. Niyazi Bey de kontrolleri 5 ünitelik mantu ile değil, 10 ünitelik mantu ile yaptıklarını söylediler. Kanaatimce bütün bu metod değişiklikleri alınan neticelerin birbirlerine uymamasına ve birbirleriyle mukayese edilmemesine sebep olmaktadır. Halbuki B.C.G. kampanyası memleketimizde bu günün en büyük mevzuudur. Bu işin her yerde aynı metotla yapılması yani; standardize edilmesi lâzımdır. Bu vazife de Hıfıssıhha Enstitüsüne düşer. Burası tekniği standardize etmeli ve her yere tamim etmelidir. Bu zaman alınan neticeler birbirlerine mukayese edilebilir.

Dr. Mahir Güvencer :

B.C.G. aşısından sonra aşının muhtemelen pre allerjik safhada yapılmasına bağlı tüberküloz vak'alarından bahsettiler. Ben de bir kaç kelime ile bu devreden bahsetmek istiyorum. Film müşahedelerine göre primer tüberkülozun enkübasyon müddeti 30-40 gündür. Bir vak'ada bunun 15 günden daha az, diğer bir vak'ada 50 günden fazla olduğu bildirilmiştir. O halde bu vasatî 4-6 hafta olmakla beraber nadiren de 15 güne kadar düşmekte ve 2 aya kadar da çıkmaktadır. Eğer ilk tüberküloz ârazı hemen aşığı müteakip veya 9 hafta zarfında meydana çıkmışsa aşının fazla yapılmış olduğu kabul edilebilir *Hers Berg*'in müşahedelerine göre tüberküloz basillerle enfeksiyondan az zaman evvel veya sonra yapılan B.C.G. kayda değer şekilde hastalığın seyrini değiştirmez. Bir çok müelliflere göre gerekse B.C.G. kampanyalarında preallerjik safhada yapılan aşılarda tüberküloz nisbetinin aşılınmışlardan yüksek olduğunu bildiren hiç bir delil mevcut değildir. Yani preallerjik safhada B.C.G. aşısı yapılması bu şahıslarda aşı yapılmayanlara nazaran Tüberkülozun daha ağır seyirli olduğu isbat edilememiştir. *Keza Bon*'un çalışmaları göstermiştir ki B.C.G. mevzuunda menfi faz meselesi mevzu bahis olamaz. Bunu hayvan tecrübeleri de teyit etmektedir.

Dr. Tevfik İ. Gökçe :

Arkadaşlarımız söyleneceklerin hepsinden bahsettiler. Ben 2-3 nokta üstünde durmak istiyorum. Fahir Beyin bahsettikleri kuru aşı

işini biz Verem İstişare Komisyonunda da mevzu bahis etmiştik. Memleketin her tarafına aşığı sokabilmek için bunun muhakkak nazarı dikkate alınması ve tetkik edilmesi icap ettiğine kaniim İkinci mühim nokta da Niyazi Beyin tebliğlerinde bahsettikleri ağız yolu ile verilen konsantre aşığı meselesidir. Bu, şu ki; Rio de Janeiro'da toplanan kongrede bu mevzuda bir tebliğ vardır. Ve bu hakikaten insana ümit verici mahiyette idi. Bu tebliğ tüberkülin yapmağa lüzum bile kalmadan yüksek konsantrasyondaki aşığı ağızdan verme yolu ile muafiyet tesisi hakkında idi. Eğer bunda muvaffak oluyorsa bir çok şeylerden de tasarruf edilmiş olunur.

Dr. Niyazi Erzincin :

Benim raporunda gerek okumadığım ve gerekse noksan kalan kısımları tamamlamak lutfunda ve nezaketinde buldukları için kıymetli arkadaşlarıma huzurunuzda teşekkür ederim. Evvelâ Profesör Dr. Nusret Karasu neticenin kontrolü hakkındaki düşüncelerimizi sordular. Hakikaten bunda çok haklıdırlar. Sabit yerlerde yapılan netice kontrolünün mutlaka yapan müessese tarafından yapılması icab eder. Ancak biz kendi yaptığımız seyyar tatbikatta neticenin kontrolünü kendi ekiplerimize yaptırmıyoruz. Bu, Dünya Sağlık Teşkilâtının ekipleri tarafından yapılmaktadır. Biz kampanyada umumî tatbikat yapıp geçiyoruz, fakat Dünya Sağlık Teşkilâtı mütehassısları lâlettayin köyler veya kasabalardaki mektepler içerisinde bir kaç tanesini alıp, aşığıdan kısa bir zaman sonra Koch fenomeni husule gelip gelmediğini tesbit ediyorlar; iki ay sonra da tekrar bazı köylerde viraj nisbetini araştırıyorlar. Bu zannımca daha uygun oluyor, çünkü bir insan kendi yaptığı işi kendisi kontrol edecek olursa daima tesir altında kalabilir. Binaenaleyh teklif ettikleri bu nokta üzerinde hakikaten durmamız lâzımdır. Eğer şimdiye kadar biz bilmiyerek kendi aşıladıkları yerlerde herhangi bir kontrol yaptıksa, onu sırf hüsnü niyet mahsulü olarak yapmışızdır.

Neşati bey arkadaşım evvelâ lokal reaksiyondan bahsettiler. Hakikaten bu meseleyi Dr. Daver arkadaşım izah etti; binaenaleyh buna hacet kalmadı. Kendileri de biliyorlar ki Dünya Sağlık Teşkilâtının hazırlamış olduğu bu küçük broşürükte aşığıdan 6 hafta veya 6 ay sonraki reaksiyonlar burada gayet güzel görülüyor. İkincisi viraj nisbetine temas ettiler; hakikaten %40 viraj nisbeti çok düşük bir nisbettir. Burada bir çok faktörleri aramak lâzımdır: Tek-

nik, aşının muhafazası ve aşının müddeti gibi hususlar çok mühimdir. Aşı ziyaya maruz kalmış mıdır? Şırınga edilen miktar mutlak surette 0,1 cc ye tekabül ediyor mu? Zira elimizdeki şırıngalarla bu miktarı iyice ayarlamak imkânı yoktur. Onun için Dünya Sağlık Teşkilâtı gayet güzel pratik bir usul bulmuştur, injeksiyon yerinde 1 cm. kutrunun bir papül husule gelinceye kadar aşı şırıngasına devam edilir. Bazen bu miktar bir dizyemin üstündedir. Bu şekilde de bir hatâ olabilir. Neşati beyin teklifi ile ben Vekâlete, gider gitmez bir teklifde bulunacağım. B.C.G. tatbik eden bütün yerlerden selâhiyetli birer arkadaşım bizim kampanya sahamıza kadar gönderilip burada bir hafta kalarak Dünya Sağlık Teşkilâtının ve bizim mesai arkadaşlarımızın çalışmalarını yerinde görmeleri isabetli olacaktır. Bu suretle istenilen standard usul kendiliğinden teessüs etmiş olacaktır. B.C.G. tatbikinden evvel, yine Neşati bey arkadaşımın işaret ettiği 5 ünite Mantoux ile allerji aramamak ve B.C.G. den iki ay sonra viraj allerjisini 10 ünite ile aramak 1950 senesinde Cenevre'de toplanan Dünya Sağlık Teşkilâtı eksperler komitesinin bir kararı ile tesbit edilmiştir. Biz arkadaşlarımızın bunu gördüklerini tahmin ederek ayrı bir tamim yapmaya lâzım görmemişiz. Bu tamimi kısa zamanda yapacağız. Dr. Fahir bey arkadaşımız bize aşı sevki meselesinden bahis buyurdular. Aşı sevki, demin de raporumu takdim ederken arz etmiştim. Millî Savunma Vekâleti bize geçen sene 8 tabible 18 sıhî erbaşı bir ay müddetle bize gönderdiler. Bunlar bizim ile beraber çalıştılar ve bizden B.C.G. tatbikatı selâhiyetini aldılar. Bu arkadaşlar halen Ordu birliklerinde aşı tatbikatına başlamıştır. Sevk işini de şu şekilde ayarladık. Zannediyorum ki Erzurum'da da tatbikat başlamıştır. Aşırı buz dolabından çıkarttıktan sonra kutularına koyuyoruz, bir çavuş bunu gelip teslim alıyor ve aynı gün trene binip Erzurum'a götürüyor. Esasen 48 saat zarfında Frigonun içerisinde buz erimiyor. Bundan başka Dünya Sağlık Teşkilâtının aldığı bir kararla aşı müddetinin 1 buçuk aya uzaması suretile müddet meselesi de halledilmiş oluyor.

Kuru aşuya gelince, bunun şimdiye kadar vermiş olduğu neticeler stabil olmadığı için henüz Dünya Sağlık Teşkilâtınca, tesbit edilmiş ve karar altına alınmış değildir. Ben *Institut Pasteur*'e gittiğim zaman, *Deins*'le görüştüğümde kendileri bir çok yerlerde B.C.G. kuru aşısını tatbik ettiklerini söylüyorlardı' Bu arada Filipinlere göndermiş oldukları kuru aşından iyi netice almadıklarını ve bunun sebebini araştırdıkları zaman aşının buz içerisinde muhafaza

edilmediğini söylediler. B.C.G. kuru da olsa buz içerisinde muhafaza edilmesi lâzımdır. Binaenaleyh bu günkü hali ile standard olmıyan bir aşığı memlekette umumî olarak kabul etmemize imkân yoktur. Bununla beraber memleketin her tarafına buz içerisinde aşığı gönderme imkânına da sahip bulunmuş oluyoruz.

Tüberkülin kontrolü yapılmadan aşı tatbikatı meselesine gelince; arkadaşlarla biz bu kadar hassas ve bu kadar ciddi davrandığımız halde görüyorsunuz ki memleketimizde bu işin daha henüz hususiyetlerine, müsbet neticelerine vakıf olmayan, meslek içi ve meslek dışı kimseler yaygara koparıyorlar. Hemen şunu arzedeyim ki memlekette umumî olarak %50 ye yakın bir tüberkülin (+) kütlesi var. Biz bu %50 ya de aşı tatbik edecek olursak, bunların içerisinde bir çok Koch fenomenine tesadüf ettiğimiz zaman bu yaygara bu günküünün 10 misli artacaktır. Bu yüzden de B.C.G. tatbikatımız zannedersen aksayacaktır. Onun için müsaade buyursunlar, biz bu zahmete katlanalım ve halkın ayağına iki defa gidelim. Bunun için Vekâlet de, Millet Meclisi de masraftan kaçınıyor; binaenaleyh bunun zahmetine de biz katlanarak şimdilik bu şekilde halkımıza hizmet edelim.

Dr. Seyfi arkadaşımın, Hemşire Mektebinde tesbit ettikleri bulaşma nisbeti hakikaten çok yüksek (%25, binde 250). Yalnız bize verdikleri rakkam biraz az olmakla beraber kendileri de biliyorlar ki, hemşire mektebinde ve mektep çağındaki talebeler arasında bu infeksiyon nisbeti çok yüksektir. Bunu yalnız aşının allerji veya imünite verme kabiliyetile izah etmemek, diğer faktörleri de aramak icap edeceğini zannediyorum. Maamafih, Seyfi beyin söyledikleri gibi bir çok neşriyat vardır.

Fergusson tarafından tüberküloz hastanelerinde, daha tüberküloz hastanelerine girmeden senelik bulaşma nisbetinin % 11,8 olduğunu ve tüberküloz hastanelerinde ise bu nisbetin %71,18 e kadar yükseldiğini işaret etmişlerdir. Bu vesile ile bir iki dakikanızı daha alacağım. Biliyorsunuz ki son günlerde gazetelerde bazı neşriyat başlamıştır. Biz bu neşriyatı yapan arkadaşları müteaddit vasıtalarla buraya davet ettik. Ve dedik ki, halkın umumî sağlığını alâkadar eden bir mevzuun münakaşa yeri günlük gazeteler değildir. Bunun münakaşa yeri işte burasıdır.

Bu meslekdaş vaki davetlere rağmen kongreye gelmemiş (benim kürsüm gazete sütunlarıdır) diyerek halkın genel sağlığına taalluk eden mühim bir mevzuda, en yetkili bir topluluk huzurunda kendi tezini müdafaa etmek cesaretini gösterememiştir.

Bununla beraber muhterem kongre âzalarına, bu neşriyatın ne kadar çürük ve yanlış esaslara dayandığını arz etmek isterim.

Dr. Göncer'in makalelerinde me haz vermediği veya yanlış me haz vererek ileri sürdüğü bir kaç iddiasını bir tarafa bırakarak, diğerleri birer birer ele alınmıştır: Bu meslekdaş :

1. *W. Mascher*'in B.C.G. ile alâkalı bir çok tüberküloz facia-larından bahsettiğini ileri sürmektedir.

Şunu herşeyden evvel söyleyelim ki, bu iddia *Mascher*'in makalesinin serlevhasından sonuna kadar yanlış bir anlayış veya tefsirin mahsulüdür. Zira bu travay (Tuberculin negative Tuberculosis) başlığı taşımakta ve tüberkülozlu olup tüberküline cevap vermeyen vak'alarda *Uswedt* metodu ile B.C.G. kullanılarak gizli allerjiyi meydana çıkarmak maksadiyle yapılmıştır.

Netekim, tüberküline cevap vermeyen 6 veremliye deri içerisine skarifikasyon yolu ile B.C.G. tatbik ediliyor. Bunlardan :

2 si müsbet teamül (allerji) verrek enjeksiyon yerinde hafif birer nodül husule geliyor.

1 inde şüpheli bir reaksiyon görülüyor.

3 ünde ise hiç bir reaksiyon müşahade edilmiyor.

Yukarıda işaret ettiğimiz gibi, bu araştırmadan maksat, anerji halinin neden ileri geldiğini tesbit etmektedir. *Mascher* Bunu cildin reaksiyon kudretindeki bir düşüklükten mi?, yoksa bu gibi hastaların serumunda tüberkülini nötralize eden bir «Antikütin» den mi ileri geldiğini aramıştır.

Buna benzer iki tecrübe de *H. Borion* tarafından yapılmıştır: *Borion* birinci tecrübesini 1730 kişi üzerinde yapmış olup bunların neticelerini şöyle tesbit etmiştir.

Şahıs adedi	B.C.G. ile kütireaksiyon neticesi	Tüberkülinle kütireaksiyon neticesi
755 kişide (% 43,6)	Menfi	Menfi
256 » (% 14,2)	Müsbet	Menfi
719 » (% 41,5)	Müsbet	Müsbet
aynı esaslar dahilindeki ikinci tecrübe 454 kişide yapılmıştır.		
236 » (% 51,9)	Menfi	Menfi
85 » (% 18,7)	Müsbet	Menfi
133 » (% 29,2)	Müsbet	Müsbet

Bu tetkiklerde kullanılan B.C.G. mahlülünün beher cc. ünde 75 mgr. canlı jerm mevcut olup, bu emülsiyon 2 milimetrelik skarifi-

kasyon çizgileri üzerine tatbik edilmiştir. *Borion*'un netice olarak bildirdiğine göre: (B.C.G. ile kütireaksiyon metodu tüberkulin reaksiyonlarına nazaran çok hassas olduğundan, gerek allerji aranmasında ve gerekse bilhassa umumî B.C.G. tatbikatı sırasında bu usule müracaat doğru değildir.

2. *Jansen*'in neşriyatında B.C.G. suşunun tekrar virülans kazandığı yolunda bir mütlaâa olduğu, yine Dr. C. Göncer'in günlük gazete neşriyatında bildirilmiştir.

Operatör Göncer'in temas etmek istediği *Jansen*'in bu tetkiki, *Petroff*'un 1929 da ortaya attığı bir tezi yürütmek maksadile yapılmıştır. *Petroff*, o tarihte B.C.G. kültürlerinde (R) ve (S) tipi kolonilerinin bulunduğu, (S) kolonilerinin virulan olduğunu ileri sürmüştür.

Bu mesele o tarihten itibaren bir çok kimseler ve aynı zamanda Milletler Cemiyeti tarafından *Petroff*'tan kendi suşunu almak suretile) incelenmiştir. Bunlardan bir kaçını aşağıda gözden geçirelim :

Kraus, *Petroff*'un suşu ile hayvanlarda hiç bir tüberküloz enfeksiyonu husule getirmediğini bildirmiştir.

L. Bruno, *Petroff*'un suşunun virulan olduğunu, fakat B.C.G. değil, bir *Humanus* tipi olduğunu isbat etmiştir. (Malûm olduğu üzere B.C.G. orijin itibarile meme tüberkülozu olan bir inekten tecrit edilmiş bir *Bovinus* tipidir.)

Griffith bu suşun karışık olduğunu ileri sürerek, buna bir de isim takmış ve «Mamifer» suş adını vermiştir.

Schaffer, *Petraff*'un tecrübelerini tekrar etmiş ve bunda yalnız (R) koloni bulmuştur.

Milletler Cemiyeti tarafından yaptırılan tetkiklerde ise *Petroff*'un ortaya koyduğu suşun B.C.G. olmadığı kat'iyetle tesbit edilmiştir.

Son olarak *Jensen* tetkiklerini daha ilerleterek, *Bovinus* tipi tüberküloz kültürlerinde tali tipler aramış ve bunlarda rastladığı (R) kolonileri evsafının B.C.G. ye benzediğini de tesbit etmiştir. Fakat bunların hiç birisinin B.C.G. olduğu yolunda *Jensen*'in hrehangi bir iddiası olmadığı gibi neşriyatının hiç birisinde de böyle bir idaa ait tek bir kelimeye tesadüf edilmemiştir.

Esasen *Jensen* son travayında B.C.G. ile değil, virulan bir suş ile çalışmıştır ki, bu nokta yazıda açık bir şekilde ifade edilmiştir.

B.C.G. ye, Sauton ve safralı patates gibi alıştığı vasıtalardan başka bir çok üretme vasıtalarında tecrübi olarak yeniden virülans

kazandırmak için çok çalışanlar olmuştur. Nasıl ki, Kuduzda virus Fixe'i tekrar sokak virüsü, *Ramonun* anatoksisinin tekrar Difteri veya tetanus toksini; Çiçek aşısı virüsünü hakiki çiçek enfeksiyonu virüsü haline icra tecrübeleri hep muvaffakiyetsizlikle neticelenmiş ise B.C.G. yi de yeniden virülen bovinus suşuna kalbetmek mümkün olamamıştır.

3. *Winge*'nin neşriyatını ele alan genç operatör, B.C.G. tatbikatında binde 8,5 nisbetinde bir ihtilat görüldüğünü yazmaktadır.

B.C.G. için bir (ihtilat) tabiri kullanmak doğru değildir. Bunun adı lokal reaksiyondur. (Çiçek aşısında olduğu gibi). Bunun şiddeti ve derecesi vardır. Bundan başka *Winge*'nin yazısında bu lokal reaksiyonların nisbeti iddia edildiği gibi binde 8,5 değil, binde 2,7 dir.

4. İsveçte B.C.G. mevzuunda çok selâhiyetli olan Prof. *Wassen* ile Prof. Dr. *Göteborg*'un kıymetli mesaisinden müteaddit defalar bahsedilmesi, bu günlük gazete neşrinin B.C.G. konusundaki bilgisinin derecesini açık olarak ifade eder.

Zira *Göteborg* B.C.G. mevzuunda çalışan bir Profesörün adı değil, İsveçte B.C.G. laboratuvarının bulunduğu şehrin adıdır ve onun şefi de Dr. *Wassen*'dir.

5. Dr. Göncer, Hemşire Mektepleri için yazılmış basit bir ders kitabının B.C.G. hakkındaki 4 satırlık kısmını literatür diye ortaya atmak hatasına da düşmüştür.

Nitekim *Sezai Bedrettin Tümay*'ın «Çocuk Bakımı Bilgisi» adını taşıyan kitabında evvelâ B.C.G. nin kas içerisine de şırınga edildiği yazılmıştır. Yer yüzünde şimdiye kadar aşısı maksadiyle adale içi B.C.G. aşısı yapıldığına dair neşriyata tesadüf edilmemiştir. Aşılının tecridi meselesine gelince bu tamamen eskimiş bir teoriden ibarettir. İlk zamanlarda B.C.G. yi itham ettirebilecek her türlü ihtimalleri bertaraf etmek maksadile, aşılana bilecek çocuğun aşılama evvel ve sonra 2 ay müddetle tüberkülozlu muhitten uzak bulundurulması uygun bulunmuştur.

Bundan maksat, enkübasyon devrinde aşılana olacak bir çocuğun kısa zaman sonra göstereceği enfeksiyonu B.C.G. ye yüklemek mahzurunu bertaraf etmektedir. Bu usulün umumî tatbikatta hiç bir yeri ve tatbik kabiliyeti olmayacağı aşikârdır. Esasen tüberkülozun kucağında yatan, intan menbainı nefes borularını dayamış bulunan bir çocuğu, bugün en zararsız vasıta olan B.C.G. den istifade ettirmek, açık ve affedilmez bir meslek hatası olur.

Çiçek salgını zamanında yapılan umumî tatbikatta, enkübasyon

devrinde aşılana çocukların çıkardıkları çiçeği, çiçek aşısına hamledilmesi düşünülebilir mi?

Gecikmiş ve enkübasyonun sonuna doğru aşuya gelmiş bir şahsın kudurarak ölmesini, aşı virüsüne mi atfetmek lâzımdır?

Bu noktaya şunu da ilâve edelim ki, O.M.S. eksperler komitesi (kütleli aşı tatbikatı programlarında tecride lüzum yoktur) kararını vermiştir. Ancak bizce veremli olduğunu anladığımız ailenin çocuklarını (tüberkülin menfi iseler) hem aşıyor ve hem de aşidan tam bir fayda sağlaması için 2 ay müddetle çocuğu basilden korunma çarelerini de öğretiyoruz. Bu gibi ailelere yaptığımız tavsiyeler, ailenin sosyal durumuna ve içinde bulunduğu yaşama şartlarına göre değişmektedir.

6. Dr. Şebib Sayın Enstitümüz dergisinde çıkan yazısındaki bazı hususları yanlış tefsir eden gazete yazarı meslektaşına, kendisi tarafından cevap verilmiş olduğundan, burada tekrarına lüzum görmüyoruz.

7. *Anderson'un* yazıları hakkındaki mütalâalara gelince; bu zat doğuştan B.C.G. aleyhtardır. Ancak iddiaları ihşaî hiç bir malûmata istinat etmemekle beraber, okuduğunu yanlış anlamak, ters tefsir etmek gibi hatalara düşecek; veyahutta ilme politika veya şahsî ihtiraslar karıştırarak bu yoldan kendine şöhret temin edecek kadar basit bir insan değildir. Kendisi B.C.G. aleyhindeki sabit kanaatlerine rağmen, ilim alanından üzerine saygı toplamış, yazısı okunur bir şahsiyettir.

Bu vesile ile bir noktaya daha temas etmek yerinde olacaktır. B.C.G. taraftarlarının savunmaları, yine kendileri tarafından yapılan tatbikata ait ihşaî malûmata dayanmakta olduğundan, büyük bir kıymet taşımaz.) yollu bir iddiada bulunmaktadırlar.

Araştırma ve tecrübelerine dayanan müsbet veya menfi istatistik malûmat ve mesaisinin ayrı ayrı değerleri vardır. Müsbet tezi muazzam rakamlara dayanarak müdafaa edenlerin iddialarını, yine büyük rakamlara dayanan araştırmalarla çürütmek lâzımdır. Aksi takdirde bu menfi iddialar tamamen nazarı sahada kalmağa mahkûmdur ki, bunun da hiç bir kıymeti olmayacağı aşikârdır.

8. Gazete makalelerinden birisinde, Dr. Göncer, canlı mikrop ile aşı yapmanın modern görüşe uymadığını ileri sürmek gafletini göstermiştir.

Bu iddia, kendisinin alelumum aşular hakkında malûmatı olmadığını açık bir şekilde ifade etmektedir. Netekim, Çiçek aşısı, Kuduz *Högyes* aşısı, Tifüs murin aşısı, Sarihumma aşısı ve nihayet

Madagaskarda tatbik edilen attenuue Veba aşısı birer canlı jerm aşısı değil midir? Sonra kızıla karşı tatbik edilen aşı kızıl streptokok toksini olup, tatbik edilen çocuklardan bir çoğunda minyatür Kızıl hastalığına sebebiyet verdiği bu mevzularla uğraşanların pekâlâ malûmudur.

9. Neşet Ömerin ders kitabının 436. ncı sahifesinden alıp yayınladığını bildiren bu genç cerrahın yazısındaki parça adı geçen kitabın bu sahifesinde yoktur.

10. B.C.G. nin Verem mücadelesinde bazı fakir memleketlerde tatbik edildiği yolundaki iddia da mesnetsizdir :

B.C.G. Avrupada : Avusturya, Çekoslovakya, Finlandiya, Yunanistan, Macaristan, İtalya, Malta, Polonya, Yugoslavya, İsveç, Norveç, Danimarka, Rusya, Hollanda ve Fransada.

Avrupa dışı memleketlerde : Japonya, İsrail, Lübnan, Suriye, Mısır, Fas, Tunus, Seylan, Hindistan, Pakistan, Hindicini, İran, Filipin, Ekvator, Meksika, Brezilya, Uruguvay, Paraguvay, Costa Rica, Hongkong, Burma, Aden, Amerika'nın bazı yerleri, Salvador, Jamaika, Trinida, Thailand, Sarawak, Brunei ve nihayet Türkiyede tatbik edilmektedir.

Şunu bir fikir olarak verelim ki; yalnız W.H.O, U.N.I.C.E.F teşkilâtı kampanyalarında 1951 yılı ortasına kadar (daha sonraki istatistikler henüz nesredilmemiştir) 50.000.000 den fazla tüberkülin testi yapılmış ve bunlar arasında aşılınması gereken 20.000.000 den fazla bir insan kütlesi aşılınmıştır.

1952 sonuna kadar Avrupa dışı memleketlerinde ise 19.000.000 insana test yapılmış ve bunlardan 7.000.000 kişi aşılınmıştır.

Japonya yalnız başına kendi teşkilâtı tarafından 1949 yılı sonuna kadar 30.000.000 kişiye B.C.G. tatbik etmiştir.

B.C.G. aşılınması Yugoslavya'da Polonya ve Rusya'da umumî; Fransa, İsveç ve Finlandiya'da ise kısmî bir mecburiyete tabi tutulmuştur.

11. Gazete makalelerinin büyük puntolarla taşıdığı başlıkların mühim bir kısmı B.C.G. nin zararlı olduğu yolundadır.

Baleteano ve *Toma* tüberkülozun muhtelif şekillerinde 200 çocuğa entra venöz(onbinde birden başlayarak, binde bire kadar) 20 - 30 zerk yapıyorlar. Bu hasta çocuklar senelerce takip ediliyor. Neticede ne pülmoner tüberküloz ve ne de diğer bir lokalozasyon görülmemiştir. Mevcut lezyonlar da ise ilerleme hali görülmemiş, bilâkis bu tedaviden memnuniyet verici bir salâh tesbit olunmuştur. Bu çocuklar allerjik ve non-allerjik olarak intihap edilmişlerdir.

Coulard her nevi tüberkülozları B.C.G. nin scarification metodu ile tedavileri tecrübelerini yapmış ve bundan hiç bir hoşaya gitmiyecek hâdise husule gelmediğini, bilâkis tedaviden oldukça iyi netice elde ettiğini bildirmiştir.

Sorgo 88 hastaya bizim bugünkü aşı dozlarımızla tedavi tecrübesi yapıyor, bunlardan 38 inde müsait tesir, 43 ünde aynı halde devam ve 7 sinde ise B.C.G. ye bağlı olmayıp, enfeksiyonun normal seyriyle terakki kaydedilmiştir.

Meunier Fransa'da (sene 1950) 14 kişiye yanlılıkla normalden 750 defa fazla (75 mgr.) B.C.G. şırınga etmiştir. Bunlarda ülsürasyonla neticelenen apşelerden başka bir şey görülmemiştir. Vak'alardan hepsinde 5-7 ay sonra bu lokal reaksiyonlar tam şifa ile neticelenmiştir.

12. Genç operatör son gazete yazılarından birisinde, (bu aşının araştırılmasını yapmak için tecrübe hayvanlarının olduğu ve Türk milletinin hiçbir ferdinin tecrübe tahtası yapılmaması) nı ifade eden bazı yersiz mütalâalarda da bulunmaktan kendini alamamıştır.

1901 senesinden 1921 senesine kadar bütün laboratuvar araştırmaları ve tetkikleri tamamlanan ve 1921 senesinden beri de dünyanın hemen her tarafında sayısı yüz milyona yaklaşan bir insan kütlesine tatbik edilmiş bulunan bir aşının, memleketimizde çok geç kalınmış tatbikatını bir tecrübe mahiyetinde telâkki etmek haksızlık olur.

Herşeyden evvel şunu bilmelidir ki, aşının yurt ölçüsünde tatbiki için geceli gündüzlü çalışanlar, bu memlekete hakiki hizmeti veren kimselerdir.

Bu hususta daha fazla vaktinizi almak cesaretini kaybettim Hepinize hürmetlerimi arz ederim.

Dr. Daver Özlüarda :

Muhterem Dr. Neşati Üster Bursa'daki faaliyetleri esnasında aşından sonra husule gelen local reaksiyonları fazla miktarda bulduklarını söylediler ve hemen ilâve ettiler ki, bu süpürasyonlar da tamamen zararsızdır ve aşının normal tezahüratıdır. Bu vesile ile local reaksiyonlar hakkında bir kaç söz söylemek istiyorum.

B.C.G. aşısında husule gelen local reaksiyonların şiddetine tesir eden faktörler muhtelifdir. Bunda zerkedilen basil miktarı (canlı - ölü) ehemmiyet taşır. *Hertzberg*'in müşahedelerine göre cinsiyetin

reaksiyon üzerine olan ehemmiyeti yoktur. Şahsî bir faktör'ün mevcudiyeti kabul edilmektedir. Fakat burada teknik hatalar ehemmiyet taşır. Aşıdan sonra husule gelen ganglion şişmeleri pratik bakımdan ve aşının istikbali bakımından zararsız olsa da ebeveyn tarafından umumiyetle fena karşılanmaktadır. Yalnız şunu da söylemek lâzımdır ki (yukarıda da dediğim gibi) şimdiye kadar bu tezahürlerin hiç bir zararı tesbit edilmemiştir. Gangliyon şişmeleri umumiyetle koltuk altı, köprücük altı ve üstü, boyun ganglionları ile hilair adenittir. Hepsî de devrelerini ikmâlden sonra gerilemekte ve evolutif bir poussa göstermektedirler. Ponction yolu ile elde edilen basil, kültür evsafı olarak B.C.G. evsafını göstermekte ve hayvan zerklerinde de apatojen olduğu isbat edilmektedir. Bir misal olmak üzere muhtelif neşriyatlardan alınan gangliyon teşekküllerine ait istatistiği zikretmek isterim.

Dr. *Winge*'ye göre (ki 1935-42 seneleri arasında yapılmıştır.) 3369 kişide 9 adenit görmüştür. Bu nisbet %0,27 demektir. *Groth Petersen* 9509 vak'ada 15 adenit nisbet %0,16 *Van Deinse* Scari fication yoluyla %0,05 bulmuş. *D'euve commun* Kampanyasında 62200 kişide 19 adenit bulunmuş nisbet %0,03. Almanya'daki *Danois* Kampanyasında 40265 kişide 11 adenit bulunmuş %0,3. Almanya'daki İsveç Kampanyasında 38.000 kişide bir vak'a görülmüştür. Polonya'da ise 8104 kişide bir adenit görülmüştür. Süpürasyonlar çok defa aşıdan 6 ay sonra meydana gelmektedir.

Tüberkülinle yapılan test tüberküloz basili ile enfekte olan tüberkülozları meydana çıkaramaz. Bu şeraitte Koch Phenomenlerinin görüleceği şüphesizdir. Bunun neticesi olarak tüberküloz basili ile enfekte olan bir çok kimselerin B.C.G. aşısı olacak demektir. Umumiyetle gösterilmiştir ki, Koch Phenomenlerinin genişliği büyük ölçüde, kullanılan basil miktarına ve uzviyetin hassasiyetine bağlıdır.

Dr. Weis - Benzon'a göre dört esasi kriter lâzımdır.

1. 8 mm. fazla induration (ödemle beraber).
2. Adenit (aşılı tarafta gangliyon aşısız taraftan daha büyük).
3. Ateş.
4. Eskiden negatif olan test'in virajı.

Koch Phenomeninin exact olarak tavsifi henüz mümün değildir. Yalnız çok can sıkıcı kabul edilebilecek reaksiyonlar çok nadirdir.

Biz Ankara'daki kampanyamızda 250.000 kadar utberkülin tatbik ettik ve bunun 128.000 ini aşıladık. Bizim gördüğümüz gerek

Koch Phenomenleri ve gerekse lokal reaksiyon ve adenitler çok nadirdir. Tabiatile her aşıladığımız insanı kontrol etmek imkânına sahip olamadık. Yalnız Dr. Niyazi Erzin bey tarafından, vaki bir şikâyet üzerine iki vak'a üzerinde adenit ve süpürasyon tesbit edildi.

ÜÇÜNCÜ CELSE

Heybeliada Verem Sanatoryomu

Direktör: Dr. Tevfik İ. Gökçe

İYİ OLMUŞ AKCİĞER TÜBERKÜLOZU HASTALARI ve YENİDEN ÇALIŞMA HAYATINA İADELERİ

Dr. NİMET ÖZGEN

İyi olmuş Akciğer Tüberkülozu hastalarının yeniden çalışma hayatına iadeleri Tüberküloz mücadelesinin en çetin meselelerinden biridir. Ve bir Tüberkülozlu tedavi edildiği müesseseden çıkararak tekrar çalışma sahasına sokmak onu tedaviye almaktan daha çok güçtür. Tıbbî cihetten güçtür. Çünkü tüberkülozun şifası diğer hastalıklarda olduğu gibi uzviyetin tamamen normale avdeti demek değildir. Binaenaleyh şifa teşhisi derin bir tetkik ve bu sahada edinilmiş kâmil bir mümareseye ihtiyaç gösterir. Fakat iş bununla hallonunmaz. En mühim taraf bu işin malî cephesidir. Tedavi müessesesini yeni terk eden ve hastalığı stabilize olmuş tüberkülo derhal normal iş hayatına avdet edemez. İlk zamanlar bu maksatla tesis edilmiş readaptasyon veya reedükasyon müesseselerinde yavaş yavaş yorgunluğa alıştırılır. Bu zaman zarfında tam yevmiye alamıyacağı için kendisine para yardımı yapılır. Velhasıl geniş teşkilâta ve paraya ihtiyaç vardır.

Fakat ne kadar güç olursa olsun tüberküloz mücadelesinde tam bir muvaffakiyet, hastalığı stabilize olmuş veya şifa bulmuş hastaların tekrar istihsal çalışma hayatına avdetlerini temin ile mümkündür. Tedavi müesseselerinden iyi durumda çıkmış hastaların malî

zaruretler dolayısıyla derhal çalışmaya mecbur olmaları neticesi az bir zaman sonra ve fena bir vaziyette yine aynı müesseselere müracaatlarına hepimiz her zaman şahit oluyoruz. Ve bu vaziyette evvelce yapılmış bütün masraf ve emeklerde heba olmaktadır. Bunun aksine olarak ta iyileşmiş ve çalışabilir durumda olan hastaların da tedavi müesseselerini fuzulî olarak işgal ettikleri vakidir. Bunların bir kısmı hastalığını istismar ederek cemiyetin sırtından geçinmek arzusundadır. Fakat mühim bir kısmının da atıl kalmasına sebep bizler oluyoruz. Uzun zaman tedavimiz altında kalan hastalara istirahat etmesi lüzumundan, hareketin kendisi için zararlı olduğundan bahsederiz. Ve bazen de senelerle hastayı bu telkin altında bulundururuz. Artık hasta hareketin, hele yorgunluğun kendisi için bir felâket olduğuna bütün varlığı ile inanmıştır. Günün birinde de bundan sonra çalışırsın denilirse, şüphesiz ki hasta bu tavsiyeden korkar. Seneler sonra elde edebildiği iyi halini kaybetmekten endişe eder. Bu endişe kolay kolay hastanın kafasından silinemez. Binaenaleyh tüberkülozlerin çalışma hayatına avdetleri işi daha ilk tedavi anlarından itibaren göz önüne alınmalıdır. Hastaya iyi oldukça yavaş yavaş eski hayatına avdet edeceği ve bunun lüzumu müdavi hekim tarafından her fırsatta anlatılır. Ve bu işe manen hazırlanır.

Akciğer tüberkülozunda şifa husule gelip gelmediği eskiden beri münakaşa edilegelmiştir. L a i n e s zamanının telâkkisinden sonra *Brehmer* akciğer tüberkülozunun en çok şifası kabil hastalıklardan biri olduğunu söylemiştir. Bu gün için akciğer tüberkülozunun şifası bir realitedir. Akciğer tüberkülozu geçirmiş kimselerin senelerce çalıştıkları ve hattâ müşkil işler yaptıkları ve tekrar hastalanmadıkları görülen hâdiselerdendir. Bilhassa son senelerde yapılan sistematik röntgen muayeneleri göstermiştir ki, bir çok kimseler çalışma hayatları hiç sekteye uğramadan akciğer tüberkülozu geçirmişlerdir. Bunlardan bir kısmı bir zaman için hasta olduklarına delâlet edecek bazı arazdan şikâyet etmişlerdir. Fakat bir kısmı da hiç bir sey hissetmemişlerdir.

Yalnız Akciğer tüberkülozu şifası denilince tifo, kızamık gibi hastalığın bütün değişikliklerinin tamamen silinmesi demek değildir. Radyolojik, biyolojik, anatomik, tegayyüratın devamına rağmen şifa hali mevcut olur. Ve esasen bundan dolayıdır ki, şifanın mevcudiyeti uzun zaman münakaşa edilmiştir. Ve şifa teşhisi de karışık bir problemdir. Şifa halinin anatomik durumu mütalâa olunursa araz ve teşhis kolaylaşır.

Uzviyetin hastalığa galebe çalarak tüberküloz leziyonlarını tahdit ettiği devreden sonra iki türlü anatomik hâdise olur. Ya bu leziyonlar gerilemeğe başlar ve reşf olurlar veyahut şabit bir hal alırlar. Birinci hal yeni ve iltihabi elemanların galip bulunduğu vetirelerde olur. Umumiyetle lobüler pnömonik bir mihrak vardır. Bu iltihabî mihrakın ortasında bulunan spesifik elemanlar bir müddet baki kalırlar. Ve radyolojik imajda verirler. Yavaş yavaş rezolüsyon olur ve beraber radyolojik imajda kaybolur. Otopside hiç bir şey bulunmaz veya etuale bir skatris bulunur.

Fakat bu tarzda anatomik ve hakikî şifa ekseriyeti teşkil etmez. Eski lezyonlar ancak stabilize olurlar. Ve bunlarda fibröz elemanlar sahneye hakim olur. Leziyon mıntkasında bir retraksiyon görülür. Ekseriya olduğu gibi lezyon yukarı fusta ise sissürün yukarı doğru çekildiği müşahade olunur. Fibröz kısım kolon vertebrale doğru çekilir. Plevranın da iştiraki olursa fibrotoraks husule gelir. Pnömotorakslarda aynı hadise cereyan eder. Yalnız marazi neşçin retraksiyonu daha çabuk ve elektiftir.

Kavernlerde hiç bir iz bırakmadan kaybolabilirler. Pnömotoraksla tedavi edilmiş ve sonradan başka bir hastalıktan ölmüş bir hastanın otopsisinde kaverne ait (evvelce mevcut) hiç bir iz bulunmamıştır. Bu şekildeki kavern şifaları da azdır. Kavernlerin yerinde ekseriya neşçi munzam elyafı kitlesi görülür. Bu elyaf arasında lenfositler ve antrokozik depolar bulunur. Fakat kazeöz materyale ait hiç bir ize tesadüf edilmez. Yahut kavite mevcuttur. Fakat dahilden emles ve bütün dereni vetirelerden ari temiz bir tabaka ile örtülmüştür.

Her halde akciğer tüberkülozunda tam bir rezolüsyonla husule gelen şifa mevcut fakat nadirdir. Ekseriya ve bilhassa eski vak'alarda fibröz bir tehavvül ve ankistman olur. Retraksiyon neticesi hacim küçülmesi mücavir nahiyeler tarafından muavaza olunur. Sadır cidarı çöker. Hicabı haciz yükselir. Mediyasten hasta tarafa doğru çekilir. Salim akciğer kısımları hipertrofiye olur ve atelektazik kısımlar tekrar açılırlar.

Teşrihi durumu bu olan tüberkülönün klinik durumu nasıldır? Herşeyden evvel umumî hali gayet iyidir. Kraşede basil yoktur, aktiviteye delâlet edecek hiç bir âraz bulunmaz. Bütün iş sahalarında çalışırlar. En güç işleri yaptıkları görülmüştür. Fakir olanlarını hıfzıssihha şartları uygun olmıyan mahallelerde yaşadıkları ve iyi gıda almadıkları halde güç işleri başarabildikleri ve hasta olmadıkları çok defa vakidir. Fakat haricen tüberküloz sekelleri görülür. Hasta

olan taraf sadır kafesi çökmüştür, omuz düşüktür. Kotlar birbirine yaklaşmış adaleler dumura uğramıştır; Bazen amudu fkaride dahi inhina görülür. Bu derece sadır şekli sklerozun bir tarafı kâmilen işgal ettiği vak'alarda olur.

Fizik âraz rezolüsyonla şifa bulan vak'alarda yoktur. Skleroz olmuş vak'alarda buna bağlı fizik âraz mevcuttur. Perküsyonla sübmatite ve oskültasyonla teneffüs amplitüdü küçük ve teneffüs haşindir. Bazen yaş raller duyulur. Radyolojik sekel rezolüsyonla neticelenmiş vak'alarda yoktur. Fakat dikkat edilirse ekseriya akciğer şeffafiyeti üzerinde ince gölgeler görülür. Arterizasyon artmıştır. Skleroz husule gelmiş vak'alarda ise geniş opasite sahaları görülür. Mediyasten hasta tarafa doğru çekilmiştir. Fizik sekellere fonksiyonel sekeler de refakat eder. Fakat Mediyastenin inhirafına kalbin sağa veya sola çekilmesine rağmen dispine görülmez. Bu da dispinenin çok defa mekanik olmaktan ziyade toksik olduğunu gösterir. Buna mukabil ağrılar ekseri vak'alarda mevcuttur. Hasta tarafta sabit veya gelip geçici ve gezicidir. Bazen öksürük ve ifrazat vardır. Rutubetli ve soğuk mevsimlerde nezle ve farenjit sık görülür. Basil kültürle dahi kraşede bulunmaz. Fakat basilin uzviyetten tamamen kaybolması şart değildir. Filhakika bazı vak'alarda tüberkülin reaksiyonunun tekrar menfi olduğu ve ikinci defa primer kompleks zuhur ettiği görülmüştür. Fakat bunlar ekseriyeti teşkil etmez. *Amewille* eski kalsifiye mihraklarda basil bulunmadığını tesbit etmiştir. Buna mukabil müellifler yaşları ilerlemiş kimselerin yarısında ve haricen salim görülen bronşiyal ve mediyastinal gangliyonlarda basili bulmuşlardır. Bu klinik ve radyolojik âraz ile şifa teşhisi koymak güçtür. Her ne kadar skleroz husule gelmiş vak'aların sabit radyolojik imajları bir dereceye kadar stabilizasyonu düşündürürse de bu kesif imajlar arasında gizlenmiş henüz faal mihraklar bulunabilir. Veya bunun aksine radyografide kavite görüldüğü halde bu tamamen temizlenmiş ve faaliyetten sakit olmuş bir kavern bakiyesi olabilir. O halde hastalığın stabilizasyonu veya şifa teşhisi için hastanın umumî durumunu göz önüne almak lâzımdır. Uzviyet hastalığa galebe çaldıktan ve hastalık faaliyeti durduktan sonra yavaş ve müterekki bir şekilde mukavemeti artar. Hasta kendisini çok iyi hissederek. İştihası normal, uykusu muntazamdır. Harareti tabiidir. Yorgunluk hissi yoktur. Fakat bu bulgular stabilizasyon veya şifaya delâlet eder mi? Çünkü bunlar basit ve muvakkat bir iyileşmede de olabilir. Bu durumun sağlam bir stabilizasyona delâlet ettiğini gösterecek bir âraz var mıdır. Bunun içi uzviyetin reaksiyonunu ölçecek

bir laboratuvar usulü henüz bulunamamıştır. Anatomik ve radyolojik tegayyürlere rağmen hakiki durumu bize zaman gösterecektir. Umumiyetle hastalık evölüsoynu durduktan sonra bir sene zarfında yeni hecmeler olmazsa hastalığın stabilize olduğu ve artık şahsın çalışma kabiliyetini kısmen kazanmış olduğu hükmü verilebilir. Bu müddet vasatidir. Hastalığı yeni başlamış mahdut bir sahada kalmış ve derhal efikas pnömotoraks tedavisine başlanmış bir vak'ada pnömoya başladığı tarihten altı ay sonra tedrici bir çalışmaya tabi tutulacağı gibi geniş ve eski lezyonlarla ve fena bir genel durumla ve radyolojik sekelleri taşıyan ve harici tesirlere karşı hassas zayıf uzviyetlerde bu müddet daha da uzatılır ve keza bu gibi hastalarda readaptasyon devresi de daha uzun olur. Stabilizasyon halinin beş sene devam etmesi şifanın husulünü kabul etmek için vasati müddettir. Fakat bu müddette vak'aların hususiyetine göre azalıp çoğalabilir. Meselâ stabilizasyonda olduğu gibi yeni başlamış mahdut lezyonlarda tatbik edilen erken kollaps tedavilerinde, selim seyirli abortif tüberkülozlarda bu müddet iki seneye kadar indirilebilir. Yani şifa teessüsü için muayyen bir müddet kabul etmek değil lezyon durumuna göre bir müddet tayin etmek lâzımdır. *Jaquerod* reşütle rin stebilizasyonunun ekseriya ilk senesinde olduğunu tesbit etmiştir. Binaenaleyh hasta ihtimamla ve tedricen çalışma hayatına sokulmalıdır. Mesken ve gıda şartlarının iyi olması ve pnömotoraks gibi devam etmekte bulunan tedavilerinin de kolaylıkla kendisine temini lâzımdır. Eskiden bu gibi iyi olmuş tüberkülozlerin çalışacağı ve çalışmayacağı meslekler listesi yapıldı. Halen çalışma yerlerinde hifzıssıhha şartlarının iyileştirilmesi ve devamlı tıbbî nezaret sayesinde hastaların pek çoğu eski işlerini yapabilirler. Fakat bir kısım sanatlar vardır ki, bunlar sağlam kimseler için dahi tehlikelidir. Veya muhtemel bir sirayetin büyük tehlikeler doğurabileceği sanatları tüberkülozler yapmazlar. Bunlara redükasyon müesseselerinde eski mesleklerine yakın ve az hizmet mukabili fazla gelir temin eden meslekler yeniden öğretilir. Kendi mesleklerinde çalışabilecekler ise lüzumlu zamanı readaptasyon müesseselerinde geçirirler.

Bizden daha evvel tüberküloz mücadelesine başlamış memleketlerde bu müesseseler vardır. Bunlar bu günkü hallerine uzun bir tekâmül devresinden sonra erişmişlerdir. Bir memlekette muvaffak olan bir usul diğer bir memleketin içtimaî bünyesine uymazsa orada muvaffak olmayabilir. Fakat umumî olarak bunlar göz önüne alınarak her memleket kendi mali ve iktisadî imkânlarına göre bunları

kurar. Maalesef bu mevzuda lüzumlu olan ve arzu edilen en mütakâmil şekil değil de malî imkânı olan yapılabilir.

Bizde hastalıkları stabilize olan veya şifa bulan tüberkülozleri tefrik ve bunları yeniden istihsal hayatına, çalışma hayatına avdet ve imkân ve usullerini araştırmak ve bu husus için lüzumlu kanun, nizam, teşkilât ve müesseseleri yeniden kurmak zorundayız. Hastalıkları stabilize olmuş veya şifa bulmuş tüberkülozlerin muayeneleri ve çalışma kabiliyetlerinin tayini veya maluliyet halleri muayyen merkezlerde ve muayyen sağlık kurulları tarafından yapılmalı ve ancak bunlar tarafından verilen raporlar muteber olmalıdır. Hastalığın anatomik ve radyolojik sekellerinin bulunmasına rağmen hüküm vermek nazik ve güç olmakla beraber bu hususta edinilmiş tecrübe ve bilgiye de ihtiyaç gösterir. Bu mevzuda ekseriya karışıklıklar çıkmaktadır. Çalışmak kudretini kazanmış bir şahsı tedaviye almak veya işinden hasta diye çıkarmak veya bunun aksine hareket şahsı da, müesseseleri de ve nihayet cemiyeti mutazarrır eder.

Memur ve işçiler için akciğer tüberkülozuna yakalandıkları takdirde lüzumlu uzun tedavi müddetini temin eden ve hastalık stabilize olduktan sonra readaptasyon devresinde maddî yardım sağlayacak yeni nizamnameler yapılmalıdır. Halen memurlar umumî hastalık hükümlerini ihtiva eden nizamnameye tabidirler. Tüberküloz için ayrı bir kısım ilâvesi faydalı ve zaruridir. Keza işçi sigortalarının tüberküloz hakkındaki nizamnamesinde readaptasyon devresi diye bir madde yoktur. Bu vaziyette iyi olan hasta mutlak istirahatten hemen çalışma durumuna geçmek zorunda kalır. Keza hastanın maluliyet halinin kabulü için konulan şartlarda değiştirilmelidir. Dokuz aylık bir tedaviden sonra çalışma kabiliyetini kazanmış hastalar malûl olarak ayrılmaktadır ki, bu müddet bu hükmü vermek için çok kısadır.

Her hangi bir teşekküle bağlı bulunan ve tedavi masrafları bu teşkilât tarafından ödenen hastaların tedavi müddetlerini kısaltacak ve onlara adaha çabuk çalışma kabiliyetini sağlayacak pnömotoraks, pnömoperituvan, brid seksiyonu, frenik felci gibi tehlikesiz müdahalelerin kabul mecburiyeti konulmalıdır. Ve bunları kabul etmeyenlere de yardım kesilmedilir.

Hiç bir teşekküle bağlı bulunmayan tüberkülozlerin durumu daha büyük müşkülât gösterir. Bunlara nasıl bir yardım yapılabilir. Bu yardımı sağlayacak para temin edilir. Bizde readaptasyon ve reedükasyon müesseseleri nasıl olmalıdır? Bu günkü malî ve sınaî imkânlarımızın derecesi nedir? Bunlar yalnız doktorların değil, di-

ğer mesleklerden de alınacak mütehassısların beraber bulunacağı bir heyet tarafından tetkik edilmeli ve mümkün olandan işe başlamalıdır.

S U M M A R Y

The Healed Tuberculous Patients and Their Readaption : The readaption of healed cases is the most difficult problem of tuberculosis campaign. The cure in tuberculosis is not the disappearance of symptoms as in the scarlet or typhoid fever. In spite of some clinical, histological, radiological and even anatomical evidences in some cases cure establishes. In these cases it is a hard problem to say that the patient is cured or not. The healed cases must start to work steadily and gradually under the care of readaptation and reeducation organisations.

In pulmonary tuberculosis cure develops in two ways. In new inflammatory type of cases cure establishes with the resorption of the elements and the establishment of resistancy in the organism. In the second chronic type of cases cure happens by the stabilisation and fibrosis of the lesions. In this latter group a fibrosis develops in place of the lesion. Always some clinical and radiological findings exist corresponding to these anatomical lesions. Also there may exist some biological reactions that show the existence of bacilli in the organism. But the patient does not feel that he is ill, he may have good appetite, no fever, no loss of weight etc. These clinical findings does not mean that the illness stabilized, because these signs could be a transitory ameloration of the disease. There is not any definite sign to show that the tuberculosis is stabilized and cured in the latest stage of the illness. This could only be decided depending on the time factor. It is accepted that if a case does not show any evolution and no bacilli in sputum for one year this case is a stabilized and if these evidences continuous at least for five years this case could be regarded as a cured one.

At the moment we have not readaptation and reeducation institutions for accomadation of the stabilized and cured tuberculous patients. But these institutions must establish. Also the regulations does not compensate the officers and labours during their readaption period. We must have some changes in our regulations in this respect.

R É S U M É

La reprise du travail des tuberculeux guéris.— La reprise du travail des tuberculeux guéris constitue l'un des problèmes des plus difficiles de la lutte contre la tuberculose; la détermination de la guérison d'un tuberculeux présente de grandes difficultés. La guérison de la tuberculose n'implique pas,

comme par exemple dans la scarlatine et la fièvre typhoïde, la disparition de tous les symptômes. Dans la tuberculose, on peut considérer comme guéri les malades qui présentent encore des signes cliniques, biologiques, radiologiques et anatomiques. C'est là que réside la difficulté. De plus, un tuberculeux guéri ayant été depuis un temps souvent long mis au repos complet doit s'habituer progressivement à la vie normale, d'où résulte la nécessité des stations de rééducation et de réhabilitation.

La guérison de la tuberculose peut se produire de deux façons. Dans les cas où les éléments nouveaux et inflammatoires prédominent, l'organisme, après avoir arrêté l'évolution de la maladie, fait regresser l'état inflammatoire. Par contre, les lésions anciennes se stabilisent et les éléments de tissu fibreux prédominent; au niveau de la lésion, il se produit une condensation et une rétraction. En même temps se développe des symptômes cliniques et radiologiques qui traduisent ces modifications anatomo-pathologiques. De même, les réactions biologiques qui démontrent la présence des bacilles dans l'organisme, sont positives. L'état général est, par contre, très bon. Le sujet ne ressent aucune fatigue, il n'a pas de fièvre, il a bon appétit et il n'y a pas d'amaigrissement. Tous ces symptômes n'impliquent pas la guérison, une amélioration provisoire est toujours possible. Il s'ensuit donc qu'il n'y a aucun symptôme qui permette d'affirmer que le malade est guéri. C'est avec l'élément temps qu'il faut compter pour pouvoir affirmer la guérison. D'une façon générale, on peut admettre que la maladie s'est stabilisée si la lésion ne présente aucun signe d'évolution et si les bacilles ne réapparaissent dans les crachats malgré des recherches répétées. Si cet état se maintient durant cinq ans, le malade peut être considéré comme guéri. En résumé, le meilleur critérium de la guérison est l'élément temps.

Il n'existe pas chez nous des instituts de réadaptation et de rééducation pour les tuberculeux stabilisés. De plus, lois et règlements ne reconnaissent pas aux employés et aux ouvriers le droit à une aide matérielle et au repos durant leur période de rééducation et de réhabilitation. Il faut ajouter à nos lois et règlement des articles dans ce but.

Verem Savaş Derneği
Çalışmalarından
Dr. Fazıl Erhat

TÜRKİYEDE REHABİLİTASYON PROBLEMİ

Dr. FAZIL ERHAT

Modern anlamda verem mücadelesi devamlı bir şekilde tekâmül eden, her an yeni yaradılışlar icab ettiren bir savaştır. Veremlilerin tedavisi anatomik lezyonların iyi edilmesini tek hedef olarak tanıyamaz; medikal problemler sosyal cephelerinden tecrid edilerek halledilemez. Ancak biyolojik, psikolojik, ve sosyal bilimlerin bir araya gelmesile sosyal hekimliğin nihayi gayesine varılabilir. Sosyal bir âfet olan verem ancak geniş bir görüşle planlanmış mediko-sosyal mücadele ile yenilebilir; bunun için de uygun müesseseler, iyi yetişmiş mütehassıs personel asgâri maddî imkânlar ve bütün problemi bir tüm olarak kavrayan teşkilât ve kanunlar lâzımdır.

Gün gelir iyileşen veremli sanatoryumdan çıkar ve bu anda uzun bir istirahatten sonra yeni stabilize olan bu hasta için belki de hayatının en kritik en endişeli ve şimdije kadar hiç bir memlekette tam manâsiyle halledilememiş yeni bir hayat devresi açılır. Sanatoryumda mutlak istirahatın icabı olan uzun atalet aylarına alışmış hasta acaba hayata tekrar intibak edebilecek midir, veyahut çalışma hayatı ve kaçınılmaz geçim mücadeleleri, sosyal istikrarsızlık onu ezecek midir?

Erken depistaj, iyi sanatoryal bakım, hattâ maddî ve manevî olarak hastaya destek olmak verem mücadelesinin nihayî gayesine her zaman ulaştırmaz. Gaye iyileşmiş veremliye çok zaman yegâne sermayesi olan kendisine ve ailesine geçim imkânları temin eden çalışma gücünü kazandırmak ve bu şekilde malûliyetine rağmen şahıs olarak değerinden hiç bir şey kaybetmeden tekrar cemiyet içinde yer alabilmesini sağlamaktır.

Demek ki rehabilitasyon verem savaşının nihaî gaye bakımından muvaffakiyetini ölçen depistaj ve tedavi saç ayağını tamamlayan bir miyardır.

Depiste edilir edilmez hastalığının ağırlığı yüzünden çalışamayacak hale gelmiş şahsın tedrici faaliyetile ileride nasıl tekrar iş hayatına readapte edilebileceği, verem mücadelesi ileri bir safhada olan memleketlerde düşünülmüş ve bu hususta icab eden tedbirler alınmıştır. Filhakika veremlilerin istirahat kadar plânlı çalışmadan istifade ettikleri ve tedrici bir şekilde arttırılan zevkli ve uygun bir faaliyetin fizik ve ruhî bakımdan sıhhatleri için faydalı olduğu eskiden beri bilinmektedir. Frinleyli *Patterson* 1908 de ENDİS OPSO-NİK'e dayanan tedrici yük taşımaya müstenid bir çalışma metodu ihtas etmiştir ki, bunu, readaptasyon nazariyesinin ilk müjdecisi olarak kabul etmek lâzımdır. Sanatoryomda kalma süresi icab ederse çok uzun olabileceği için, henüz mesleği olmıyan veya eski meslekleri sıhhatleri bakımından mahzurlu olan şahıslar reedükasyona tabi tutulur. Nihayet post sanatoryal yardım teşkilâtı maddî ve manevî sahada iyileşmiş veremliye yardım eder, asistant sosyaller ona en az yorgunluğa mukabil sıhhatı için en uygun, maddî bakımdan en büyük avantajları sağlayan bir iş bulmaya gayret ederler. Memleketimizde verem savaşının son zamanlarda kayd ettiği önemli gelişmelere rağmen esas dâvamızın hâlâ sanatoryum yataklarını arttırmak, dispanserlerimizi çoğaltmak, epidemiyolojik verem mücadelesini hızlandırmak ve mütehassıs personel yetiştirmek olduğu hiç bir şekilde inkâr edilemez. Rehabilitasyon konusunda yaptığımız mütevazı ihzari çalışmaların gayesi bu sahada özel durumumuzu göz önünde tutarak zamanla teşekkül eden geniş mânada rehabilitasyon doktrininde bünyemize ve imkânlarımıza en uygun readaptasyon, reedükasyon ve reklasman metodlarını araştırmak olmuştur. Bunun için sanatoryumlarımızda tetkiklerde bulunarak hastalarımızın bu problem müvacehesindeki durumlarını mütalâa, iyileşmiş veremlilerimiz için iş piyasalarının imkânlarını tetkik ederek ve nihayet ileride tecrübe mahiyetinde kurulacak ufak çaptaki rehabilitasyon müesseselerimizin nasıl olması icab ettiğini netice olarak çıkarmak hedefini güttük.

Çalışmamız 200 hasta ile ayrı ayrı meslekî ve sosyal yönden meşgûl olarak yapılmış ve her biri için tıbbî, sosyal ve meslekî durumlarını hülâsa eden tanzim ettiğimiz özel bir rehabilitasyon fişi doldurulmuştur.

Bilindiği gibi meslekî ihtiyaç bakımından hastaları dört gruba ayırmak mümkündür :

1. Reedükasyona tabi tutulması icabeden hastalar :
 - a. Hasta oluncaya kadar çalışmamış veya eski mesleklerine devam etmeleri uygun olmayan şahıslar.
 - b. Daha uygun çalışma şartları, meselâ daha fazla para kazanmaları arzu edildiğinden mesleklerinde ihtisas kazanmaları istenilen şahıslar.
2. Sanatoryumdan çıktıktan sonra röklase edilecek hastalar :
 - a. Eski mesleklerine devam etmeleri mümkün olanlar.
 - b. Reedükasyona tabi tutulması uygun olmayan şahıslar, meselâ; ağır veya çok yaşlı hastalar, tahsil dereceleri çok düşük olanlar, çalışma kabiliyetleri veya arzuları olmayan şahıslar.
 - c. İyileşdikten sonra dahi az yorucu bir meslekte röklamanı icab edenler.
3. Ev kadınları: Bunlar sanatoryumdan çıktıktan sonra umumiyetle ev işlerine devam etmek isterler.
4. Talebeler: İyileştikten sonra tahsillerine devam etmek isterler.

Grupları ne olursa olsun sanatoryumlardan çıkan bütün hastaların çalışma kabiliyetinin dikkatli bir şekilde tesbit edilmiş olması lâzımdır. Muhtelif memleketlerde kullanılan reedükasyon fişlerini tetkik ettikten sonra bu gayeye matuf bütün teferrüatı havi bir reedükasyon fişi tanzim ettik. Memleketimizde çalışma şeraiti Avrupa ve Amerikadaki iş şartlarına uymaz; iş yerlerimizin çoğu gayri sıhhî olduğu gibi ileri endüstralizasyon neticesi meydana gelen standardizasyon ve spesyalizasyon, nihayet bir çok işlerin makineler ile yapılması bizde henüz teammüm etmediğinden aynı meslekler mevzuubahis olduğu halde çalışma şeraitinin ağırlığı yüzünden bizde meslekî ihtiyaç bakımından çok daha büyük nisbette hasta ilk gruba girer (Avrupa memleketlerinde takriben 100 de 20; bizde, kanaatımızca 100 de 30 ilâ 34) (ilişikte reedükasyonu icab eden mesleklerin listesine bakınız: liste 1 - 4). Meselâ kadın hastalarla yaptığımız temaslar neticesinde dokumacılık, hattâ dikiş gibi mesleklerin sanatoryum çıkışı çok zaman avdet edilemeyecek bir iş olduğunu tesbit ettik, zira bizde dokumacı deyince mevzuubahis el tezgâhı ve dikiş deyince de gönde sekiz saatlık yorucu şartlarda ağır dikiş mevzuubahistir.

Erkek işçiliğinin de memleketimizde ne kadar ağır olduğunu hatırlatmak için bir kaç meslek zikr etmek kâfidir: Dökümcü, kaynakçı, debacı, hammal, ağır işçi, lokomotifçi, kömür amelesisi, hattâ P.T.T müvezzi ve kontrolör gibi mesleklerde çalışanların vereme tutulduktan sonra iyileşmelerine rağmen eski mesleklerine aynı şartlar dahilinde avdet edip çalışmaları çok zaman imkânsızdır. Demek ki reedükasyona hattâ diğer memleketlere nazaran bizde daha büyük bir önem verilmelidir. Bunun için acaba mevcut sanatoryumlarımıza tedricen sanatoryum edükatif şeklini kazandıramaz mıyız? Hali hazır durumu nazarı itibara alınırsa bu, aşağıdaki sebeplerden dolayı kolay olmalıdır :

1. Ospitalizasyon müddeti kısadır.

2. Hastalarımızın çoğu tüberkülozun faal devresinde olup istirahatle bu durum izale edildikten sonra bekleyen hastalara yerlerini terk etmek zorundadır.

3. Tahsil derecesi düşüktür. (1945 istatistiklerine göre umumî nüfusda analfabet neticesi 100 de 56; hastalarda analfabet nisbeti 100 de 23, ilk tahsil 100 de 26, orta 100 de 31, lise 100 9-1/2).

4. Nihayet sanatoryumlarımızın yatak ve yer darlığı çalışma bakımından daima esaslı bir mahzurdur. Maamafih, mutlak istirahat kürlerinin tevlid ettiği moral bozukluğuna ve sebep olduğu atalet alışkanlığına karşı gelmek için başlangıçta hiç olmazsa endividüel çalışma teşvik edilmelidir. Kür müesseselerimiz gezilirken, her katta, resim, oymacılık, tezyinatçılık, skulptür veya ufak teknik işlerle meşgul olan hastalara rastlanır; bunların emrine bazı imkânlar verilirse muhitlerinde bir hareket ve faaliyet hevesi yaratacakları şüphesizdir. Bunu temin edebilmek için her sanatoryumda hastaların istifade edebilecekleri polivalan işlerin yapılabileceği bir çalışma odası, bir nevi küçük atölye bulunmalıdır. Edükatif sanatoryumların kolaylıkla pratik sahaya dökülebilecek diğer bir özelliği de bunlarda umumî kültürü yükseltecek kütüphanelerin bulunmasıdır. Aynı şekilde sağlık öğretimi, tüberküloz ve bilhassa readaptasyon hakkında bilgiler hastalara ufak broşürler, konferanslar veya filmler şeklinde verilmelidir. Kadınlar iyileşdikçe Amerikadaki sanatoryumlarda olduğu gibi buldukları pavyonun temizlik ve dikiş işlerine tedricen ortak edilebilirler, bilgili bir hemşire tarafından verilen ev bakımı, hijyen ve puerükültür hakkında basit kursları takip edebilirler. Umumî kültür seviyesine ve ev sağlığını yüselten bu

tedrisata zamanla terzilik, hemşirelik, daktilo, veya medikal sekreterlik kursları ilâve etmek mümkündür.

Erkek hastalarımız için her yerde olduğu gibi bizde de problem daha zordur. Hastalarımızın çoğu memur, veya muayyen bir sanatlara ilgili teknik meslek erbabıdır. Memurların durumu çalışmak şeraiti bakımından o kadar endişe verici değildir. Sanatoryum çıkışı bunlara umumiyetle eski işleri yorucu ise daha az yorucu bir iş verilir. Ancak bazen buldukları memuriyet, hastalandıktan sonra artık geçimlerini temin edemez. Sanatoryumda buldukları müddetce bunların mesleklerinde ilerletilmesi ve çıkışta daha büyük bir hak iddia edebilmeleri bu bakımdan arzu edilir. Ağır teknik işlerde çalışanlar çok defa hastalandıktan sonra mesleklerinden olurlar. Teknik meslek erbabının reedükasyonu sahasında uzun seneler için ferdi plân üzerinde çalışmak zorunda olacağımız muhakkaktır. Sanatoryumda reedükasyonu tanzim etmek ve çalışma saatlerini fizik ve patolojik durumu göz önünde tutarak ayarlamak için bütün problemi geniş bir şekilde kavrayan reedükasyon fişlerinin tutulması şarttır. Dediğimiz gibi ağır meslek sahiplerinin büyük çapta reedükasyona tabi tutulması için geniş imkânlarla ve meselâ atölyelere ihtiyaç vardır. Ancak bazı post-kür müesseseleri vardır ki, bunlarda reedükasyon ve readaptasyon kolay ve ekonomik bir şekilde ileri götürülebilir, bunlar gündüz sanatoryumlarıdır. Kısa bir ospitalizasyondan sonra sanatoryumdan çıkan hastaların maliyeti çok ucuz ve şehirde kurularak çalışma hayatı ile ilgisi kesilmemiş özel müesseselere yatırılması, böylece tıbbî kontrolün devam ettirilmesi ve aynı zamanda burada bir readaptasyon programının plânlaştırılarak tatbik edilmesi mümkündür.

Büyük masraflara girişmeden gündüz sanatoryumları kurmak için meselâ mevcut medrese binalarından istifade ederek bahçeyi kür kalörisi olarak ve etraftaki binalarda da ufak çapta atölyeler kurarak readaptasyon, köy formülüne gelince bilindiği gibi bu köylerin gelişmesi için tabii bir ihtiyaç mahsulü olarak kurucu ve yaratıcı bir dehanın gayretile doğmaları lâzımdır. Bu şartları toplamış P a p w o r t h ve P r e s t o n H a l l misallerine mukabil yaşamak ve gelişmek imkânlarını bulamamış C l a i r v i v r e ve Z o n n e n s t r a h l misallerini hatırlamak yerinde olur. Sanatoryal köylerde tatbik edilen ana rehabilitasyon prensibi ne olursa olsun yüksek bir ideal mahsulü olduğuna şüphe etmediğimiz bu müesseseler readaptasyon doktrininde tevali edecek bir çığır açmamıştır.

Röklasman problemine gelince; bu, muhtelif memleketlerde farklı bir şekilde halledilmeğe gayret edilmiştir. Meselâ Birleşik Amerika Devletlerinde rehabilitasyon çalışmaları depistaj ile başlar, sanatoryum'a yatmadan evvel şahsın meslekî ihtiyaçları tesbit edilir, sanatoryum'da çalışma gücü dikkatli bir şekilde tesbit edilen her hasta için daha sanatoryumdan çıkmadan rehabilitasyon konseyinin tavsiye ettiği meslekte en uygun şeraitli bir iş aramak röklasman ajanslarının vazifesidir. Fransada İser tecrübesi ismi verilen ve tohumu Dr. Etienne Berthet tarafından atılan (Allocation compensatrice de salaires) sistemi regresif bir yardım temin ederek çalışma saatlerini tedricen arttırmak imkânını veren ve bu şekilde röklasmana bir kolaylık ve emniyet unsuru katan çok rasyonel bir fikirdir. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının son zamanlarda geniş manada sağlık sigortalarının ve başlamak için Krankenkasse = M u t u e l l e şeklinde yardım sandıklarının kurulması için yaptırdığı çok değerli tetkiklerde tüberküloz probleminde ele alındığını memnuniyetle kayd etmek lâzımdır. Uzun hastalık «longue maladie» sınıfına giren verem için m u t u e l l e tarzında maddî yardım imkânlarının belirmesi ve bu şekilde sanatoryumdan çıkan hastalar için yeni bazı yardım ihtimallerinin şimdiden derpiş edilmesi bunların istikbali için çok ümit vericidir. Biz, iyileşmiş veremlilerimiz için patronlar ve iş bulmak kurumları nezdinde tetkikler yaparak röklasman konusunda iş piyasamızın hususiyetlerini araştırmak istedik. Bunun için bilhassa çalışma Bakanlığının şehrimizde açtığı İş ve İşçi bulma büroları ile ve son zamanlarda çalışmaya başlayan psikoteknik testler merkezi ile sık sık temas ve işbirliği ettik. Çalışma Bakanlığının bu büroları 1952 senesi zarfında müracaat eden 26942 erkeğin 10188 ine ve 5543 kadın işçinin 2775 ine iş bulabilmiştir. İyi olmuş veremlilerin muhitleri için hastalıklarını henüz bilmeyen ve yahut saklayan veremlilerden çok daha az tehlikeli olduğu ve mümkün mertebe az yorucu işlerin bundan böyle veremlilere tahsis edilmesi hiç olmazsa işçi muhitinde veremliler için bazı röklasman imkânları sağlayabileceğinden iş bulma kurumları ile devamlı ve plânlı bir işbirliğinin her gün bir az daha fazla inkişaf ettirilmelidir. Nihayet şehrimiz iş piyasasının taleplerine gazetelerde çıkan günlük küçük ilânları takip ve tasnif ederek bunlardan istifade etmek suretile bazı hastalarımızı röklase etmeğe gayret ettik. Bütün çalışmalarımıza rağmen ve son zamanlarda bu sahada geniş tecrübe sahibi baş hemşiremiz Mademoiselle Chartier'nin yardımına rağmen bu güne kadar ancak az sayıda hastaya iş bulabildik, bu da geniş

bir problem karşısında ferdi gayretin kâfi gelemeyeceğine röklaşman sahasında teşkilatlanmanın elzem olduğunu göstermektedir.

Fransada, readaptasyonun teşkilâtlanması ancak 13 senelik geniş ve devamlı bir çalışma, meseleyi kavramış fedakâr ve idealist bir kaç hekimin gayretleri sayesinde başarı yoluna girebilmiştir. Etienne Bernard'ın dediği gibi veremlilerin meslekî readaptasyonu fitizyoloji problemlerinin en kompleksi ve aynı zamanda halledilmesi en zor olanıdır.

Rehabilitasyonu, fitizyolojinin en son zamanlarda aktüalite kazanmış bir problemi şeklinde kabul etmek doğru değildir, çok zaman derin ve hazin realitelerle dolu olan bu mesele şüphesiz her gün daha çok önem kazanacaktır. Bu meselenin memleketimizde halledilebilmesi için sanatoryumlarımızda daha geniş tetkiklere başlanılmalıdır, problem evvelâ endividüel plânda tetkik ve halledilmeğe gayret edilmelidir. Sanatoryum edikatif formülü şahıslara fert bakımından kıymet veren ve ferdi değeri yükseltmeğe hizmet ettiğinden bu müesseselerden her zaman istifade etmek mümkündür. Bizde verem mücadelesi şimdilik dispanser ve sanatoryumun teşkil ettiği iki kutup arasında kalmaktadır, şimdiden kısa olan ospitalizasyon müddetinin uzatılabilmesi ve bunun temini için meselâ post-kür müesseselerinin açılması derpiş edilmelidir. Kanaatımızca bu şekilde kurulacak post-kür müessesemizde bizde readaptasyon problemi için en uygun hal çareleri bulunabilir.

Röklaşmana gelince, bu mesele önemi ve vüs'atı bakımından şimdiden şümüllü hal çareleri, ilgili bakanlıklarla ve verem mücadele teşkilâtlarının teşriki mesaisini icab ettirmektedir.

Memleketimizde rehabilitasyon problemi mahiyetinin ne olduğunu, bu sahada yaptığımız başlangıç çalışmaları ve tekliflerimizi yüksek heyetinize arz etmek fırsatını veren Birinci Millî Tüberküloz Kongresi tertiiip heyetine şükranlarımızı arz etmeği bir borç biliriz.

Liste I.

Erenköy Sanatoryomunda erkek hastalar

İşin ağırlığı veya mevcut özel durumlar dolayısıyla röklaşman veya reedükasyon icab eden mesleklerin listesi :

Tesviyeci
Ağır işçi
Gemi teknisyeni
Demirci
Tornacı
Makinist
Dökümcü
Kaynakçı
Klor teknisyeni
Galvanizci
Lokomotifçi
P.T.T. Müvezzii

Liste II.

Hiç okumamış olanlar % 23
İlk Tahsil % 26
Orta » % 31
Lise » % 9,5
Sanat » % 7
Üniversite % 3,5

Liste III.

*Erenköy sanatoryumunda kadın hastalar
Reedükasyona tabi tutulması icab edenler*

Rehabilitasyon

<i>Muhakkak meslek tedbiri icab eden- ler</i>	<i>Mümkünse meslek tedbiri icab eden- ler (daha az yo- rucu fakat aynı meslekte devam edeblenler, yeni o- larak meslek öğ- renmesi icab eden- ler</i>	<i>Tedavi</i>		<i>Tahsil</i>	<i>Kazanç</i>
		<i>BK</i>	<i>BK</i>		
1 cam tezyinatı mütehassısı		PNÖ	—	Orta	100
		PNÖ	—	İlk	
1 dokumacı		Bünye	—	Yok	108
1 lâstik amelesi		PNÖ	—	Orta	175
1 kasyer	1 dikişçi (ağır)	Bünye	—	İlk	30-60
	1 dikişçi (»)	Bünye	—	İlk	
	1 ev kızı	PNÜ	—	Yok	

Liste IV.

Readaptasyonu muhakkak icab edenler tedavi, BK, tahsil ve kazanç durumu :

<i>Readaptasyonu icab eden ve İstanbulda oturan hastalar</i>	<i>Tedavi</i>			<i>BK BK</i>		<i>Tahsil</i>			<i>Vasati</i>
	<i>PNÖ,</i>	<i>Bünye,</i>	<i>Kovernostomi,</i>	<i>—</i>	<i>+</i>	<i>Yok,</i>	<i>İlk,</i>	<i>Orta,</i>	
13 kişi	4	6	1	11	2	2	4	3	60-270
							Lise		
							9		

Özel durumlar yüzünden readaptasyonu arzu edilenler: (meselâ kazancı az hastalar İstanbul dahilinde

4 kişi	2	2		3	1	1	2	1	55-152
--------	---	---	--	---	---	---	---	---	--------

Readaptasyonu icab edenler (Anadoluda)

31 kişi	12	19	1	22	9	13	11	4	60-250
							Lise		
							3		

Özel durumlar yüzünden readaptasyonu arzu edilenler (meselâ kazancı az olanlar) (Anadoluda)

8 kişi	4	4		5	3	1	4	1	90-125
							Lise		
							2		

56 kişi

12 21 7

LİTERATÜR

- Social Medecine its derivations and objectives, The Commonweal Fund, New York 1949.
- Rehabilitation of the Tuberculous at Rutland Training Center Rutland, Massachusetts, an interim report by Harding L. White, Managing Director and Robert W. Maloney, Administrative Assistant.
- The Rehabilitation Program at the Municipal Sanatorium, Otisville, New York, by J. D. Dobrowitz, M. D., Medical superintendent, and Joseph Newman, Director of Education.
- Rehabilitation at Lake Tomahawk State Camp, by Harold Holand, Director, Research Department Wisconsin Anti-tuberculosis Association.
- Clinical Eculation of the Rehabilitation of the Tuberculous, by Louis E. Siltzbach, M. D.
- Rehabilitating the Tuberculous in Hennepin County, by Kathryn Radebaugh Pearce, Executive Secretary of Hennepin County.
- La Réadptation Professionnelle et Sociale du Tuberculeux Guéri ou en voie de guérison, par Dr. Etienne Berthet.
- Six ans d'expérience d'aide post - sanatoriale dans un département français, par Dr. Etienne Berthet et Josette Bordelier.
- Phtisiologie Humaine, par Dr. Etienne Bernard.
- Türkiyede Rehabilitasyon ve Reedükasyon için İlk Çalışmalar. Dr. Fazı ERHAT, Yaşamak Yolu, Ekim 1951.

S U M M A R Y

The Rehabilitation Problem in Turkey : The author, after briefly explaining the rehabilitation problem, under its different aspects of readaptation in sanatoriums, and pointing out its importance, has taken in hand questions of reeducation and reclassing, the work realised on the subject in various countries which he summarizes. The conclusions of a statistical - medical work regarding 200 patients in sanatorium, the aim of which is to study this problem in Turkey under its triple aspect i.e. medical, professional, and psychological is also summarized. Considering, in the readaptation field, the restriction of sanatorium beds, the briefness of hospitalization time, as also the rather low cultural degree of the patients, it is concluded that the readaptation in sanatoriums can only be looked upon on an individual plan.

However, the educational sanatorium formula should be envisaged for the future. Reeducation is certainly the main point to be studied, and even if impossible to envisage its application on a large scale, it would at present be possible to foresee post - cure centers, as for instance day sanatoriums where the readaptation - reeducation system could be applied to a small number of young subjects previously selected. The efforts displayed by the Training and Demonstration Center of Taksim in collaboration with the International Work

Bureau, and the Bureau for finding jobs for workmen, which have until now given only fragmentary results, should be developed and extended. After some insistence on the need of furthering the studies started on the rehabilitation field, it is pointed out that reeducation should be the object of the initial realisations in the way of small post-cure centers, in the vicinity of work and artincate certers, who would apply the programmes of readaptation-reeducation.

R É S U M É

Le Problème de la Réhabilitation en Turquie : Le problème de la réhabilitation est tout d'abord exposé et défini brièvement sous ses différents aspects de réadaptation en sanatorium, de rééducation et de reclassement, les réalisations des différents pays sont resumées et les données générales de la doctrine de réhabilitation sont degagées. Les conclusions d'un travail statistique médico-social se rapportant à 200 malades en sanatorium et ayant pour but d'étudier le problème en Turquie sous son triple aspect médical, professionnel et psychologique est ensuite résumé. Prenant en considération la courte durée d'hospitalisation, le petit nombre de lits des sanatorium, et le degré de culture relativement bas et souvent hétéroclite des malades, on conclut que pour le moment la readaptation en sanatorium ne peut être envisagée pour l'avenir. La rééducation est certainement le sujet principal à étudier, et si il est impossible d'envisager son application sur une large echelle il serait à présent possible de prévoir des centres de post-cure par exemple sous la forme de sanatoriums de jour où un programme de readaptation - rééducation s'appliquerait à un petit nombre de sujets jeunes préalablement sélectionnés. Les efforts déployés au Centre de Perfectionnement et de Démonstration de Taksim en collaboration avec le Bureau International du Travail et le Bureau de Placement des ouvriers qui n'ont donné jusqu'à présent que des résultats fragmentaires doivent être développés et étendus. Après avoir insisté sur la nécessité de poursuivre les études entreprises dans le domaine de la réhabilitation ont conclut que la rééducation doit faire l'objet de premières réalisation sous forme de petits centres de post-cure appliquant les programmes de readaptation rééducation à proximité des centres de travail ouvriers et artisanaux.

Heybeliada Sanatoryomu

Direktör: Dr. Tevfik İ. Gökçe

TÜBERKÜLOZDA REHABİLİTASYON

Dr. MOİZ O. BERKER

Son senelerde memleketimizde tüberkülozun profilaksi, erken teşhis ve tedavisi bakımından muvaffakiyetli gayretler sarfedilmiş ve verem mücadelesinin bu kollarında esaslı neticeler elde edilmiştir. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ile hem ahenk çalışan verem mücadele cemiyetleri, bütün faaliyetlerini bu yolda sarfetmekte, fakat tüberküloz savaşının çok mühim bir problemi olan ve hali hazırda verem nisbeti düşük olan memleketlerde dahi büyük emeklerin sarfına sebep olan «Rehabilitasyon problemi» ne ise şimdiye kadar el atılmış değildir. Halbuki, bir veremlinin şifasını yalnız tıbbî bakımdan düşünmek kat'iyen yanlıştır. Sosyal bakımdan da nazarı dikkate almak elzemdir. Veremlinin şifası, yalnız pnömotoraks veyahut herhangi bir tıbbî veya cerrahî metod ile tedavi etmek değildir. Eski hastanın normal hayata avdetini mümkün kılmak lâzım ve zarurîdir. Eski hastaya, tek sermayesi olan, çalışma kabiliyetini iade etmeli ve bu kabiliyetine göre ona bir iş temin edilmelidir. Bir veremliyi iyi etmek çok ehemmiyetli bir iş olmakla beraber, eski hastaya normal ve ahenkli bir hayat temin edemediğimiz takdirde şifası yarım kalır ve tekrar hasta olarak karşımıza çıkması ihtimâli çok kuvvetlidir.

Rehabilitasyonun esas prensibi, medikal veya şirüjikal iyi bir tedavidir. Rehabilitasyon, iyi yapılmamış bir tedavi ile kabili telif değildir. Zaten rehabilitasyonun esas gayesi, uzviyetin fonksiyonlarını normal bir hale sokmak demek olan iyi bir tedaviyi, şahsı, hastalığın müsaadesi nisbetinde, cemiyete faal bir unsur olarak avdetinin temini ile tamamlamaktır. Travmatik şirüjinin rehabilitasyonunda şu fikir hâkimdir : «Rehabilitasyon hasta arabasının gelmesi ile başlar». Fakat, tüberküloz rehabilitasyonunda şartlar oldukça başkadır. Buna rağmen, hastanın sanatoriuma girdiği anda gayemiz, hastanın dikkatini istikbaline tevcih etmektir; tekrar ça-

lışmak ve cemiyete faydalı bir unsur olmak ümidini kafasına sokmaktır. Bunun, akciğer veremi üzerinde ne kadar müsbet bir tesir yarattığı herkesce malûmdur. İstikbale ümitle bakan bir veremliyi, şifa yolunu yarı yarıya katetmiş addedersek mübalâğa etmiş olmayız.

Umumî Prensipler :

Burada mufassal olarak rehabilitasyonu izah edecek değiliz. Ancak umumî prensiplerden kısaca bahsedeceğiz.

Her şeyden evvel, dispensar ile hastane arasında ve hastanın hastaneden çıktıktan sonra dispensar ile teması ve iş birliği gelir. Son senelerde memleketimizde bu yolda ileri adımlar atılmıştır; fakat yapılması gereken işler, yapılanlardan çok daha fazladır.

Tedavi ve rehabilitasyonun hastane devresi, hastanın normal hayatında husule gelen arızî bir devredir ve bu devreyi, böylece kabul etmek lâzımdır. Bunun için hastayı, hastanede geçirdiği zamanın, normal hayatının arızî bir inkıtı olduğuna inandırmak lâzımdır.

Sanatorial devrenin zamana ihtiyacı olduğu doğrudur. Fakat tüberküloz lezyonlarının nedbeleşmesinin zamana mütevakıf olduğu da doğrudur. Hakikaten zaman ve yalnız zaman, nedbeleşme için histolojik değişikliği yapabilir. Tedavi metodlarımızla, bu değişikliğe yardım edebiliriz; fakat esas faktör, yine zamandır. İşte bu zamanı, hastanın hesabına hasta olarak değil, şahıs olarak kabil olduğu kadar istifadeli olmasını sağlamalıyız. Bu zamanı, hastayı düştüğü ümitsizlik çukurundan kurtarmak ve yeni ümitler aşılama için kullanılmalı... İşte «occupational therapy» dediğimiz meşguliyet tedavisi ve onun branşları olan okuma ve ders görme bu ihtiyaçtan doğmuştur. Bu gün bu usulden ne kadar istifade edildiği herkesce malûmdur. Bütün modern sanatoriumlarda hastaları meşgul etmek için baş vurulan çareler pek çoktur. Verdikleri neticeler ise cidden parlaktır.

Demek oluyor ki, veremlinin sosyal hayata röklaşmanı sanatoriumda başlamalıdır. İlk günlerde ,işinden uzak kaldığı için kürlere isyan eden hasta, sonradan apati teşekkül ederek bu mes'uliyetsiz istirahat hayatına alışmış olur. Halbuki bu sükûnet saatları, onun manevî şahsiyetini zenginleştiren saatler olmalıdır. Bu devreye «ADAPTASYON» devresi denebilir.

Bir de sanatoriumdan çıktıktan sonra yapılacak işler vardır: Burada iki türlü hasta ile karşılaşırız :

1. Eski hasta kâfi derecede stabilize olmuştur ve bir mesleği vardır. Eski mesleğine tedricen intibak edebimesi için ona yardım edilmelidir; buna da «READAPTASYON» diyebiliriz.

2. Bazen eski hastanın hiçbir mesleği yoktur veya eski mesleği bu günkü sıhhi durumu ile kabili telif değildir. Bunlara yeni bir meslek öğretmek lâzımdır. Buna da «REEDÜKASYON» diyeceğiz.

Binaenaleyh, rehabilitasyon dediğimiz zaman, şu üç unsuru nazarı itibara almalıyız : ADAPTASYON, READAPTASYON ve REEDÜKASYON...

Bu hususta garp memleketlerinde ne yapılmıştır? Bizde ne yapılmış ve neler yapmak lâzımdır?

Mukayese edeceğimiz memleketler, İngiltere, Fransa ve İtalyadır. Bu memleketler, adaptasyona çok kıymet vermekte ve türlü işlerle hastaların boş zamanlarını doldurmağa çalışmaktadırlar. Burada hastalara yaptırılan işler memleketin bünyesi ile değişmekle beraber, hepsinin müşterek bir gayesi vardır. O da hastanın ileride yapacağı işe daha bilgili olarak girmesini temin etmektir. Bu gayeye varmak için en iyi çare okumaktır. Bunun içindir ki hastaya istediği kitabı veya okuması icab eden kitaplar temin edilmektedir. Kitap temini, İngiltere ve İtalyada, Kızılhaç tarafından yapılmaktadır. Bu teşekkül haftada iki defa sanatoriuamları gezmekte ve hastaların kitaplarını değiştirmektedir. Fransada ise sanatoriumun kendi kütüphanesi vardır; ve bunlar çok zengindir. Paris civarında gezdiğimiz Saint Martin'de Ternet isimli 560 erkek yataklı ve iki pavilyondan ibaret sanatoriumun 8000 kitabı ihtiva eden kütüphanesi vardır. Grenoble yakınında ve üniversite talebesine tahsis edilen Saint Hilaire de Touvet de ise kütüphanedeki kitap adedi 25.000 dir. Bunlar yalnız 250 hasta içindir. Görülüyor ki buralarda ve bilhassa İngiltere ve Fransada, hastalara, istikballerinin karanlık taraflarını düşünmeğe vakit bırakılmıyor. Bilâkis, hastanın, kendisini alâkadar edecek bir meşgale bulmasına çalışıyor. Amerikada da aynı prensip güdülmekte, hattâ tahsisat fazla olduğundan daha geniş bir şekilde tatbik edilebilmektedir. Gine bu memleketlerde kitaptan başka, hastanın vaktini doldurabilmesi için atölyeler vardır. Bu atölyelerde hastalar amatör fotoğraf işi, radyo tamiri gibi kolay ve yorucu olmayan işleri yaparlar. Yatağından kalkamayan hastalar ise resim ve örme işleri yapar.

Readaptasyon ve Reedükasyon :

İngilterede readaptasyon ve reedükasyon bilhassa tüberküloz köy müesseselerinde yapılır. Bunların başında Papworth ve Preston hall gelir. Papworth, Cambridge'in 12 mil uzağında bir köyde 6 hasta ile Varrier - Jones tarafından tesis edilmiştir. Halen 450 yatak ihtiva etmektedir. Buraya gelen hastalar bir müddet tedavi gördükten sonra, hastanede mevcut muhtelif atelyelerde reabilitasyona veya reedükasyona tabi tutulurlar. Papworth'un bir hususiyeti, hastaların köyde aileleriyle birlikte yerleşmiş olmalarıdır. (Village settlement). Bu yerleşme hayatın sonuna kadar devam eder. Köydeki evler, hastalar tarafından yapılmıştır. Keza bekârlar için ise hostel'ler mevcuttur. Müessesenin, ayrı ayrı mesleklere ayrılmış 10 a yakın atelyesi vardır. Bu atelyeler, hastalara en uygun gelecek şekilde tesis edilmişlerdir. 1925 senesinde Maidstone yakınında British Legion tarafından kurulan Preston Hall'de 250 yataklı tedavi kısmından başka, rehabilitasyona tabi tutulanlar için hostel'ler ve 100 e yakın köy evi mevcuttur. Papworth'dan farkı, burada hastaların ancak 5 sene için yerleşmesidir. 5 sene sonra hastanın sıhhi durumu müsaitse ve readapte ise tekrar cemiyete döner.

Bu iki müessesede, reedükasyona tabi hastalar, icabında gündüzün mekteplerine gidip çalışırlar ve tahsil sonunda imtihan verip devlet diploması alırlar.

İngilterede bundan başka, kronikler için çalışma müesseseleri vardır. Dispanser hekiminin daimi kontrolü altında bulunan bu müesseselerin bir örneği, «Spiro» atelyeleridir. Burada hastalar marangozluk yaparlar ve normal işçiler gibi ücret alırlar.

Bütün bu saydığımız müesseseler, her ne kadar muhtelif bakanlıkların himayesi altında ise de, idaresi hayır cemiyetlerine aittir.

FRANSADA : Burada usul İngiltereden farklıdır. Her ne kadar Fransada da Papworth'e benzeyen Claire - vivre müessesesi mevcutsa da, buradan alınan neticeler Papworth'daki kadar muvaffakiyetli olmamıştır. Bu muvaffakiyetsizliğin sebebi, fikrimizce, başlanğıçtan beri yapılan iki hatadan doğmaktadır. Papworth'da hastaların yerleşmesi tedavi devresi ile başlar ve hasta daha çalışmağa başlamadan muhite alışır. Halbuki Claire - vivre'de hastalar, stabilize olduktan sonra gelir. Enerjisinin mühim bir kısmını tekrar elde eden bir şahsın böyle bir köye alışması elbette zordur. İkinci psikolojik hata, Claire - vivre'in başlanğıçtan itibaren bütün tesis-

lerinin tam olarak sağlamlar tarafından yapılmış olmasındır. Papworth'da ise bir hiçten başlanmış ve bu günkü hale ancak ihtiyaç dolayısıyla merhale merhale ve hastalar tarafından teşkil edilmiştir.

Claire - vivre'in muvaffakiyetsizliği, Fransada readaptasyon ve reedükasyonun muvaffak olmadığına delâlet etmez. Burada başka bir prensibe baş vurulmaktadır. Hastalar sanatoriumda stabilize bir hale geldikten sonra «Post-cure» denilen müesseselerde readaptasyona başlarlar ve burada bir müddet kaldıktan sonra readaptasyon merkezlerine geçerler. Bu müesseselerin gayesi spesialize meslek sahibi insanlar yetiştirmektir. Burada memleketin ihtiyaçı göz önünde bulundurularak meslek öğretilir.

Fransadaki readaptasyon merkezlerinin bir numunesini de Üniversite talebesi için açılan merkez teşkil eder. Hasta bir talebe, tedavi için önce Saint Hilaire de Touvet sanatoryumunda yatar. Stabilize olduktan sonra Grenoble yakınında Belle Done Kür Evine gelir. Burada da bir müddet kaldıktan sonra Üniversitede gündüzün derslerine devam eder. Fransada eski veremlilere yapılan bir yardım da «Allocation compensatrice du travail» dir. Yani hasta çalışmıya başladığı zaman günde 8 saat çalışmadığı için gündeliğini tamamlayan bir yardım şeklidir. Ancak bu yardım muayyen bir müddet içindir. Ve dispanser hekiminin muvafakatiyle verilir.

İtalyada, aşağı yukarı aynı şekilde çalışan 4 merkez mevcuttur. Bunların en mühimi, Milano'da Istituto G. Salvani'dir. 5 sene-den beri faaliyette bulunan bu merkez geçen sene çok büyütölmüş ve 200 ü yatan hasta olmak üzere halen 900 e yakın mevcudu vardır. Burada eski hastaya meslek öğretilmekte ve iş temin edilmektedir. Burada mevcut atelyeler şunlardır : Matbaacılık, ciltcilik, mukavva işi, radyo ve televizyon, tipografi, çinkografi, fotoğrafı ve ufak mekanik işlerdir. Bundan başka nazarı öğretim için dershaneler mevcuttur.

Görüldüğü gibi, Avrupanın bir çok memleketlerinde rehabilitasyon ve reedükasyona çok kıymet verilmektedir. Amerikanın muhtelif devletlerinde de bu işe çok önem verilmiş, bilhassa Work Shoop'lar vasıtasıyla eski hastalara hem meslek öğretilmekte ve hem de iş temin edilmektedir.

Memleketimizde röklasman meselesi ne vaziyettedir? Bizde muhtelif problemlere büyük kıymet verildiği halde, verem savaşının bu ciheti son zamanlara kadar ihmâl edilmiştir. Adaptation bakımından bir şeyler yapılabilirdi. Bu hususta bir an evvel yapılması lâzım olan bütün sanatoryumlarda hastalara kitap teminidir.

Readaptation ve reeducation'e gelince: Ancak 1951 senesinin başlarında İstanbul Verem Savaş Derneği bu işi ele almış ve hastaların sosyal durumlarını tayin için Heybeliada ile Erenköy Sanatoryumlarında yatanlar arasında bir meslek istatistiği yapmıştır. Bu işi muhtelif dispanserlere de teşmil etmiş, fakat maddî imkânsızlık yüzünden olacak, şimdiye kadar hiç bir müsbet netice elde edilememiştir. Geniş bir reklasmana kalkışmak, muhakkak ki çok paraya mütevakkıftır. Bilhassa genç hastalar arasında, mesleksiz olanlar, bizde olduğu gibi çoksa, bu iş çok daha fazla zorlaşır. Onun için fikrimizce başlangıçta bu işi çok geniş tutmak doğru değildir. Memlekette aranan bir iki meslek seçip, ufak atelyeler tesis edilmeli, burada 5-10 hasta ile işe başlamalıdır. Meselâ erkekler için radyo tamirciliği her halde fena bir meslek değildir. Bu meslek yalnız İstanbulda değil, Anadolunun herhangi bir yerinde dahi hastayı geçindirebilir. Kadınlar için en münasip meslek hemşirelik ve sekreterliktir. Hemşirelik için zemin de müsaittir. Erenköy Sanatoryumunda mevcut Hemşire Okulu, herhalde 5-10 eski veremli genç kızı barındırabilir. Sekreterlik ise, memleketimizde çok aranan bir meslektir. Bilhassa usulü veçhile yetiştirilen bir sekreter her yerde ve her zaman kolaylıkla iş bulabilir. Şunu da ilâve edelim ki, halen Türkiyede stenotipi bilen sekreter hiç yok gibidir. Fakat bütün bunlar önce ufak çapta tutulmalı ve ihtiyaca göre tedricen büyütülmelidir. Hattâ başlangıç için ufak bir medreseden istifade edilebilir. Ve stabilize 10-15 hasta gündüzleri burada hem ders görür, hem de istirahat edebilir. (Sanatoryum diurne).

Ancak bu işleri hükûmet mi yapmalı, yoksa hayır cemiyetleri mi? Kanaatimizce ve yabancı memleketlerde gördüklerimize nazaran hayır cemiyetlerinin bu işe önyak olması en doğru yoldur. Fakat faaliyet genişledikçe muhakkak ki Sağlık, Çalışma ve Millî Eğitim Bakanlıklarından yardım görecektir. Verem Savaş Cemiyetlerinin bu işe giriştikleri takdirde, diğer sahalarda olduğu gibi bunda da muvaffak olacakları şüphesizdir. Bu suretle arzu edilen program tam bir şekilde tatbik edilmiş olacaktır.

Burada hükûmete de bir vazife düşmektedir. İngilterede olduğu gibi resmî ve hususî müesseselerdeki personelin muayyen bir nisbette stabilize olmuş veremlilerden seçilmesini kanunen mecbur etmelidir. Bu suretle istikballerini karanlık gördükleri için sanatoryumlarda günlerini yeis içinde geçiren binlerce veremlinin muhakkak ki maneviyatları yükselecektir.

Dr. Roger Even'in dediği gibi «bir veremliyi meydana çıkarmak iyi bir şeydir. Onu tedavi etmek daha iyi bir şeydir. Fakat onu cemiyete iade etmek her şeydir».

S U M M A R Y

Rehabilitation in Tuberculosis: The author explains the role and the order of importance of rehabilitation in tuberculosis campaign and the social measures taken in England, France and Italy. He emphasizes according to his own opinion how this major problem must be solved in Turkey and what must be the functions and duties of government and antituberculosis associations in solving such a problem of vital importance.

R É S U M É

Reclassement des tuberculeux.— L'auteur après avoir parlé du rôle et de l'importance que le reclassement joue dans la lutte contre la tuberculose, décrit ce qui a été fait à ce propos en Angleterre, en France et en Italie. Puis, il donne son opinion sur la façon dont ces méthodes devraient être appliquées dans notre pays et demande que cette application incombe aux associations de lutte contre la tuberculose et à l'Etat.

25 Şubat 1953
Üçüncü Celse Münakaşaları

Dr. Tevfik İsmail Gökçe :

Efendim, bu rehabilitasyon meselesi maalesef memleketimizde henüz ele alınmamıştır. Verem mücadele cemiyeti Erenkoy Sanatoryumunda iyi bir tetkik yapıldı. Bir çok hastaları tesbit etti, onlara iş vermek icabediyordu. Tabii bir taraftan iş sahası yoktu. Onun için yalnız cemiyet değil, Hükümet ve bütün teşkilât, meselâ İşçi Sigartası, Çalışma Bakanlığı müşterek olarak bu mesele hakkında bir tedbir almaları lâzımdır. Biz şimdi İstanbul Verem Savaş Derneği olarak şöyle bir tecrübeye girmek tasavvurundayız. Bizim bir de Şişlide geniş arsası olan bir Dispanserimiz var, Sağlık Bakanlığı ile Yardım Sevenler Cemiyeti ve İstanbul Verem Savaş Derneğinin el birliği ile oraya ufak bir pavyon yapmak ve ilk tecrübe olarak veremle hastalanmış, hastalığını geçirmiş ve stabilize olmuş kadınlara iş öğretmek teşebbüsüne geçmek niyetindeyiz. Sağlık Bakanlığı da bu binanın yapılması için bize yardım vadettiler. Yardım Sevenler Cemiyeti de orada, gelecek kadınlara iş öğretmek vazifesini üzerine alacaktır. Bu tecrübenin küçük mikyasda da olsa bir başlangıç olacağını tahmin ediyoruz. Ben, internasyonal kongre sebebi ile Kopenhag'a gittiğim zaman, İsveç'e gitmek fırsatını bulmuştum. Orada bize Sanatoryumdan sonraki kürler için hakikaten çok enteresan bir yer gösterdiler. Burası, hatırımda miktarı çok, fakat zannediyorum ki 150 kadar bir hasta içindir. Kadın ve erkek olarak iki kısma ayrılmışlardır. Ve P.T.T. idaresi ile yapılmış olan bir antant mucibince, bütün İsveçdeki P.T.T. idaresine ait küçük imalât işlerini yapıyorlardı. Bu hakikaten bana çok enteresan geldi. Bu memleketimizde de tatbik edilecek bir şekildir. Sonra bizde, etüdler yaparken, Fazıl beyden işitmiştim; kadınlar için zannedirim en iyi bir iş şekli de erkek gömleği dikmekmiş, bunun çok para temin eden bir çalışma şekli olduğu iddia ediliyor. Bunu da içeceğımız bu centre da tecrübe edebiliriz. Binaenaleyh, kongre heyetinin sonradan yapacağı temenniler veyahut alacağı kararlar ara-

sında, bu rehabilitasyon işinin mühim bir mevki almasını bilhassa temenni ederim.

Bugünkü mevzuatımız bilhassa memurlar için gayet kısa sıhhi izin süresi vermektedir. Öyle ki bu readaptasyon için değil, hattâ nekahat için kâfi değildir. Bunun neticesi olarak yeni bir iş öğrenmek değil, hattâ eski işini de kaybediyor. Ve hakikaten şifaya kavuştuğu zaman işinden oluyor. Binaenaleyh bu günkü mevzuatımızı tâdil ederek sıhhi sebeplerle uzatılması çok şayanı temennidir.

Dr. Sırrı Alışlı :

Efendim, üzerinde durulan dâva memleketin hakikaten çok muhtaç olduğu ve sosyal bakımdan da çok zayıf bulunduğumuz dâvadır. Hastanın, hastalıktan sonra tekrar hayata atılabilmesi mevzuu ki bu rehabilitasyon, adaptasyon şu ve bu diye isimlendirdiğimiz mevzu bizde ele alınmamıştır. Fakat bunun imkânları fevkalâde kolay bir şekilde bizde mevcuttur. Meselâ memlekette bir İşçi Sigortası var. Bu işçi Sigortasının parası pulu var, fakat bu sigortalar hiç bir zaman kalkıpta kendilerini bu şekilde ilmî sosyal bir mevzua verememiştir. Binaenaleyh, bilhassa, İşçi arasında, deminki arkadaşımızın verdiği izahata göre, işçilerin teşkilâtında sigortaların hususî bazı işlere girişmesi lâzımdır.

Bu arada bu gibi müesseseleri de çalıştırmak ve işçileri gerek işini unutmamak ve gerek yeni işe alıştırmak bakımından çok mühimdir. Yalnız, tüberkülozlu tedavi ederken (ben ne tüberkülozcuym ve ne de dahiliyecisi) hastahaneye girdiği anda hastayı tedavi ederken, çalışmaya başlaması lâzımdır. Yani hastanın hastahaneye girdiği anda ciğerlerinin de bol oksijen almağa alışması lâzımdır. Eğer mutlak surette, yüksek ateşi, şu veya bu gibi endikasyonlarla yatakta kalmaları mecburiyeti yoksa, kendi vücutlarının daha kullanılabilir durumda olduğunu kendilerine anlatmak için yeni işe alıştırmak mevzuunda beraber yürütmek lâzımdır kanaatindeyim. Çünkü, kültür fizik tüberküloz tedavisi arasında önemli bir sahadır. Onun uzviyette yarattığı mukavemet kabiliyeti hastanın üzerinde yarattığı cesaret kabiliyeti, kendisine inanma kabiliyetine sarfinazar ciğerlerde husule getirdiği mukavemetler ve aynı zamanda bazı lezyonların da rezorpsiyonunda hizmeti de göz önünde tutulursa kültür fizik ve hafif sporun mutlak surette tüberküloz-lularda tatbiki hem tedavisi bakımından, hem bunların müteaddit safhada çalışmaya alışması bakımından önemlidir. Bu itibarla Sa-

natoryumlarda şurda burda hakikaten yapılması lâzım. Fakat hence lehimizde güzel bir teşebbüse geçilmişken, ilk iş memlekette bu gibi readaptasyon, rehabilitasyon, centre'larını kurmak işini Çalışma Bakanlığının sigorta teşkilâtına vermek lâzım. Elinde maddî ve manevî imkânı vardır. Paraları vardır ve kaçılacak hiç bir şey yoktur. Bunu eğer kongremiz bir mevzu halinde Çalışma Bakanlığından rica ederse, zannedirim ki çalışma ve sigortayı da bu mevzua getirmek imkânları hasıl olur.

Dr. Orhan Türkân :

Bugün Türkiyede verem savaşı meselesi üzerinde duruldu. Dikkatimi çeken bir nokta, verem hastalığına tutulmuş vatandaşlara bilhassa tedavisi yönünden kıymet veriliyor, vereme tutulmak ihtimali kuvvetli olan vatandaşlar adeta, nisbeten ihmale uğramış bir vaziyet gösteriyor. Vereme tutulma ihtimali kuvvetli olan vatandaşlara, B.C.G. tatbik etmekle iktifa ediliyor, ve bununla korunmak istenen bir vaziyet gözüküyor. Halbuki burada vereme tutulmuş olduktan sonra tedavi görmüş olanların hayata iadesine temas ediliyor. Fakat vereme tutulması ihtimali kuvvetli olan vatandaşların korunması meselesi yalnız tek taraflı olarak ele alınmamalıdır. Burada sosyal hijyen meselelerinden hiç bahsedilmemiştir. Türk Tüberküloz Kongresinin program ve raporunda sosyal hijyeni ilgilendiren bahisler gayet azdır. Burada bilhassa mesken, yiyecek, içecek hijyenine önem verilmelidir. Yiyecek işlerinde protein, karbonitrat, yağ metabolizmasının düzeni ve bunun artırılması lâzımdır. Mesken meselesinde banyo, mutfak ön plâna alınması lâzımdır. Bir köylü doğrudan doğruya bir sofraya oturduğu zaman orada eskidenberi alışmış olduğu yemekleri yemek mecburiyetinde kalıyor. Meselâ tek taraflı bir beslenme, meselâ mısır ekmeğini yer ve bir çorba içer. Sabah, öğle ve akşam bunu tekrar eder. Bunları vatandaşa anlatmak, kalori ve çeşit bakımından yemek meselesini değerlendirmek lâzımdır. Bu da sosyal hijyende büyük bir konu teşkil eder. Binaenaleyh Türk Tüberküloz Kongresi de bu mevzuları daha gerçek olarak ele alması icap ederdi. Bir de 10 yataklı sağlık merkezlerinde uzun süreli infeksiyon hastaları tedavi edilmemelidir. Tifo falan bu guruba girer. Fakat bilhassa Tüberküloz uzun müddet 10 yataklı hastahanelerde yatırılacak olursa çok zaman işgal edecektir ve bu zaman zarfında diğer vatandaşlar faydalanamayacaklardır ve dolayısıyla bir

hafta tedavi görebilecek durumda olanlar faydalanamayacaklardır. Bunun yanında 5 yataklı bir pavyon ilâve edilecekse ve buralarda B.C.G. aşısı tatbik edilecekse bunlar sağlık merkezlerine değil doğrudan doğruya Dispanserlere çevrilmelidir. Sağlık merkezleri polivalan çalışma merkezleridir. Bunların yükü zannedildiği kadar hafif değildir. Rehabilitasyon noktasından olsun, umumî noktadan olsun ilmî ve kuvvetli bir hijyen propagandasına lüzum vardır. Bu propâganda yalnız şehirlere inhisar ettirilmemelidir. Kaza, nahiye ve köylere kadar en derin bir şekilde gönderilmelidir. İkincisi dediğim gibi sağlık merkezleri en uzun süreli enfeksiyon hastalarını yatırmamalıdır.

Dr. Fazıl Erhat :

Efendim, özür dileyeceğim, pek tabii olarak kısa konuşmamız esnasında rehabilitasyon problemini bir kül olarak ele alamadık ve bir çok şeyleri ihmal etmek zorunda kaldık. Meselâ bu meyanda iyileşmiş veremlinin bir tarifini yapmadık. Aynı şekilde muhterem hocamızın buyurduğu gibi, ele alınacak mesleklerin ve hangi mesleklerin ilk plânda bir rehabilitasyon konusu olacağı hakkında bir söz söyleyemedik. Bu biraz da zamanın kıtlığından ileri gelmiştir. Bunu tamamlamak üzere beş dakikanızı rica edeceğim. O zaman buyurduğum gibi kadınlar için hakikaten rehabilitasyon konusunu teşkil edebilecek meslekler, dikiş, nakış, daktiloculuk ve hemşire mektepleridir. Ufak plânda, ufak çapta, bu sahada iyileşmiş hastalar bu sahada yetiştikten sonra büyük bir müşkülâta raslanmadan bunları replâse etmek her halde mümkündür. Erkekler için halen etütler yapmaktayız. Ve muhterem meslekdaşlarımızın buyurdıkları gibi, bu etütlerde bilhassa beynelmilel iş bürosu ile işçi sigortalarını muhtelif kurumları ve sanat okulları müdürleriyle teşriki mesai ederek çalışmalarımıza devam ediyoruz. Erkekler için bilhassa tavsiye ettikleri meslekler, radyoculuk, bobinaj, galvanecilik vesaire.. Bundan başka kuyumculuk ve buna benzer san'at bu sahada gerek İstanbulda, gerek Anadolunun taşra şehirlerinde iyileşmiş veremlilerde kolaylıkla tatbik edileceği ve kendileri için kıymetli bir meslek olacağı tabiidir. Bu hususta çalışma kurumlarının ve ayrıca bizim de çalışmalarımız devam etmektedir. Fakat tabii daha kat'î bir karara varmadık. Doktrinlerimiz bu hususta tamamiyle yerleşmemiştir. Bu neak zamanla olacaktır.

Dr. Berker :

Efendim, Tefvik İsmail beyefendi readaptasyonun hayırsever bir teşekkül tarafından değil, doğrudan doğruya bazı vekâletlerin müştereken ve bu meyanda Çalışma Bakanlığının emrinde bulunan sigortaların yapmalarını ileri sürdüler. Biraz evvel kendi komünikasyonumda bahsediyordum, fakat kısa kesmek mecburiyetinde kaldım, bütün dünyada bu işlere hususî teşekküller tarafından başlanmıştır. Bizde de böyle başlamasında büyük faydalar vardır. Hükûmetin başlayacağı bir iş muhakkak ki çok masraflı ve geniş çapta olacaktır. Büyük başlandığı takdirde çizilen program muvaffakiyetsizlikle neticelenirse kayıp fazladır. Lâkin küçük başlanırsa, ufak bir iki meslek seçilirse muvaffakiyeti de yavaş yavaş ve tedrici olarak yürütürsek daha iyi olur. Fransada Claire - vivre de işe büyük olarak başlanmış fakat muvaffak olunamamıştır. Onun için bu işe küçükten başlamak ve tecrübeye istinat ederek faaliyeti genişletmek kanaatimizce en doğru yoldur.

TIBBÎ TEBLİĞLER



26 - Şubat - 1953

BİRİNCİ CELSE

Heybeliada Sanatoryomu

Direktör: Dr. Tevfik İsmail Gökçe

HEYBELİADA SANATORYOMUNDA STREPTOMİSİN İLE ALINAN NETİCELER

Dr. HAYDAR AKSÜĞÜR

1948 - 1952 seneleri arasında, yani 5 sene zarfında Heybeliada Sanatoryomuna yatan ve muhtelif cerrahî müdahaleler, brit seksiyonları, kavernostomiler ve bazı tüberküloz tipleri haricindeki hastalardan, streptomisin ile tedavi edilmiş 609 vak'ının tedavi neticelerini tetkik etmeden evvel, Türkiyede streptomisin tatbikatının mevzuubahis 5 sene zarfındaki ve halihazır durumu hakkında bir fikir edinebilmek için, memleketimizin muhtelif semtlerinden, hariçte antibiyotik yapılmış olarak hastanemize, gelen 1510 kişinin dosyasını tetkik ederek bir netice çıkarmak istedik.

Streptomisinin ilk keşfini müteakip istihsal miktarlarının çok az olması ve çok pahalı bulunması yüzünden, münferit, bir kaç kişi hariç, Türkiyede uzun zaman bu ilâç kullanılmamıştır. Ancak 1948 senesinde herkes tarafından kullanılabilir bir miktar ve fiat iktisap etmesinden sonra her sene gittikçe artan bir tempo ile ilâçtan istifade edilmeğe başlanmıştır.

Bu antibiyotiğin endikasyonları, lezyonlara tesiri ve alınan neticeleri hakkında yerli ve yabancı bir çok neşriyata rağmen, her memlekette olduğu gibi, bizde de hastaneler dışında kullanılması suiistimal edilmiştir. İlâç 1948 den 1951 e kadar gittikçe artan bir nisbette kullanılmıştır. 1948 senesinde müessesemize yatan, hariçte streptomisin almış hastaların mecmuu, vahidi kıyası olarak alınırsa

1949 da ilâcın kullanılması 3,5 misli, diğer seneler sırası ile 7, 5, 16 misli artmış ve nihayet 1952 de 11,7 misline düşmüştür. Bu düşüşde İzoniazid'in piyasaya çıkmasının rolünü kabul etmekle beraber bunun büyük bir tesiri olmadığını, çünkü; bu yeni ilâcı alan hastaların ekserisinin streptomisini daha evvel çok büyük miktarlarda kullanmış olduğunu tesbit ettik. Nitekim, hastanemizin kadınlar servisine yatan ve 1952 senesinin son gününe kadar çıkan hastalardan (bu mevzu bahis ilâcın 7 aylık bir kullanılış devrine tekabül eder), hariçte bu ilâcı alarak bize gelen 33 kişiden 31 i, streptomisini yüksek miktarlarda kullanmışlardır. O halde 1952 senesinde antibiyotikğin kullanılmasının itidale doğru döndüğünü memnuniyetle kaydedebiliriz.

Bu normale avdetin en mühim delillerinden biri olarak 1948 den 1951 e kadar, bir hastada kullanılan total streptomisin miktarının gittikçe arttığını, 100 gramdan fazla 250 gram gibi en yüksek miktarının gittikçe arttığını, 100 gramdan fazla ve 250 gram gibi en yüksek miktarlarda ilâç kullananların 1951 senesinde azamî olduğunu ve bundan sonra bu şekildeki hastaların adedinin süratle düşüğünü söyleyebiliriz.

Hariçte ilâç tatbik edilmiş 1510 vak'ının ancak %24,6 sında (372) hastahaneye ilk girişlerinde basil ve kavite tesbit edilememiştir. Bunların uzak akibetlerini nazarı dikkate almadan isabetli tedavi edilmiş vak'alar olarak kabul edersek, geriye %75,4 vak'ada muhtelif miktarlarda streptomisin kullanılmış olmasına rağmen B.K. ve kavite tesbit edilmiş, hastalar ilâcın yaptığı ilk darbeyi takiben tamamlayıcı lüzumlu kollaps metodlarına gidilmeden kendi hallerine terk edilmişlerdir. 289 vak'ada 75 gramdan fazla streptomisin kullanıldığı ve bütün vak'aların %62 sinin kavernli olduğu düşünülürse yüzlerce hastada streptomisino-rezistansla karşılaştığımız ve bunlarda tevessül edilecek kollaps metodlarının muvaffakiyet şansının ve kollaps yapılacakların adedinin ne kadar tehlikeye düştüğü görülür.

Netice olarak hariçte streptomisin tatbikatının suiistimal edildiğini, bu halin 1952 senesinde itidale döndüğünü, streptomisin verilen bu vak'aların ancak %36 sının P.A.S. ile beraber verildiğini, ağızdan alınmak gibi büyük bir kolaylığı olmasına rağmen hekimler tarafından bu son ilâcın %1,2 hastaya yalnız olarak verildiğini tesbit ettik (Cetvel 1-2).

Streptomisin ile tedavi edilen muhtelif tipteki tüberklozlu hastalardan alınan neticelerin mütalâasına geçmeden evvel bu ilâcın

tatbik şeklini, fonksiyonel ve umumî semptomlara yaptığı tesirleri ve görülen toksik ârızaları, ihtilâtları tetkik edeceğiz.

Bu maksatla gözden geçirilen 150 hastalık bir grupta alınan neticeleri şöylece hülâsa edebiliriz :

Bu 150 hastadan 50 sine hergün 0,5 gram, 50 sine hergün 1 gram, diğer 50 sine gün aşırı 1 gram streptomisin tatbik edilmiştir. Umumiyetle ilâç tatbik edilen hastaların günlük dozları ne olursa olsun bir müddet sonra hastada öksürük kesilmekte, balgam adedi gittikçe azalmakta, bazan tamamen kesilmekte, hastanın yorgun hali geçmekte, iştahı ve ruhi durumu düzelmektedir. Bizim burada aramak istediğimiz daha ziyade ilâcın hangi dozda en müessir ve en az toksik tesiri olabileceğinin tetkiki ve semptomlarla streptomisinin münasebetidir. Fakat bize hüküm verdirecek olan bu semptomlara tesir her hastanın bünyesine, mukavemetine, lezyonların şekillerine, basilin virülasına, tedavinin devamına ilâh..., bu ve diğer muhtelif faktörlerin hepsinin veya bir kaçının bir arada bulunmasına tâbidir. Bu ciheti hülâsa edebiliriz: Tetkik ettiğimiz hastalarda basilin müsbet veya menfi kalışına, vital kapasitenin artmasına, sedimentasyonun düzelmesine, hastanın kilo almasına, ateşin durumuna göre (Cetvel 3) ve rezistans teşekkülünün daha geç zuhurunun da sağlanması nazarı dikkate alınır, gün aşırı bir gramla tedavinin en iyi bir tedavi şekli olduğu anlaşılmaktadır. Mamafih tedavi basil, bazan 250 gram gibi yüksek miktarlara rağmen müsbet kalmaktadır (Cetvel 2). Vital kapasite de hastanın âleti kullanmasını bilmesine tâbidir, keza yatacağı güne kadar harekette olan bir hastanın tam sanatoryum küründeki haraketsizliği, lezyonlarının silinmesine rağmen, vital kapasitesinin düşmesine sebep olmaktadır. Bu iki faktör bu bakımdan nazarı dikkate alınmazsa, objektif faktörlerden sedimentasyon, kilo ve ateşe itimat edilmek şartıyla, yine gün aşırı 1 gram streptomisin P.A.S. ile birlikte en iyi tatbik şeklidir. Tetkik ettiğim vak'a adedi üç günde 1 gram kullanılan hastalarda bir fikir verecek miktarda olmadığı için bu hususta bir şey söyleyemeyeceğim.

Streptomisinin semptomlara tesirine son verirken ateşin düşmesine veya kısmen düşmesine ve sedimentasyonun yüksek kalmasına rağmen 14 hastanın 2-8 kilo kadar toplandıklarının, 8 hastanın ise ateşin düşmesinden sonra sedimentasyonun yüksek kalmasına rağmen kilo aldıklarını tesbit ettik. Keza aynı tip lezyonlarda tedavinin gençlerde daha süratle müessir olduğu, taze lezyonlara eski-

lerinden çok daha süratli ve büyük bir nisbette tesir ettiği herkesçe malûmdur (Cetvel 4).

Beş sene zarfında streptomisinin toksik tesirleri meyanında ilk senelerde görülen hafif baş ağrıları, ufak tefek hazım cihazı teşevvüpleri, 2 sarılık, mahdut adette anafilâktik tezahürler ve deride ekzema, peteşi veya kızamık döküntülerine benzer indifaat ilâcı kullanılan üç müstahdem in ellerinde zuhur eden ekzematöz tezahürlerden ve bir vak'ada da 100 gramdan sonra görülen ağır işitmeden başka bir şey tesbit edilmemiştir. Bu ârızalar daha ziyade streptomisinin ilk tatbiki devirlerine ait olup dihidrostreptomisinle bilhassa gün aşırı 1 gramlık tatbikatla bir morbiliform döküntüden başka hiç bir şey tesbit edemedik.

Streptomisin umumiyet itibarile hâd eksüdatif şekillere iyi tesir etmektedir. Tüberkülozun prodüktif şekillerine tesiri azdır. Bu bakımdan tedavi neticelerini ilâcın tesirinin en bârız olduğu ve mutlak indikasyonu görülen tiplerden tetkike başlayacağız.

Milyer tüberküloz. Benim tetkik ettiğim vak'a adedi 11 dir Hastalık ekseriyetle gençlerde görülmektedir. Bu 11 kişilik grubun 9 u 20 yaşına kadar, 4 ü ise 40 yaşından az yaşta idiler. Hastalarımızın 8 i ateşli gelmişlerdir. Her ne kadar milyer tüberkülozun *Burnand'*ın gösterdiği şekilde ateşsiz tipleri varsa da bizim 3 afebril hastamızdaki bu hali daha evvel başlanan tedaviye atfetmekteyiz. Ateşli gelen 8 hastamızdan 4 ünde ateş kısa veya uzun zamanda düşmüştür. 4 tanesi ise subfebril kalmıştır. Bu son vak'alardan 2 tanesinde tedavi henüz birer aylık idi. Bunların rontgenolojik tetkiklerinde, 1 inde nodüllerde kısmî şifa tesbit edilmiştir. Diğerlerinde ise lezyonlar aynı durumda idi. Ateşin düşmediği diğer 2 vak'ada tedavi müddeti 30 - 60 günler arasında idi. Bunlardan birisinde tedavi esnasında milyer yayının silinmiş olmasına rağmen bir kavite zuhur etmiştir. Diğerinde subfebril ateşe rağmen röntgenolojik büyük bir gerileme tesbit edilmiştir. Afebril olan vak'alardan tedavisi uzunca devam etmiş 3 hastamızdan birisinde, orta derecede bir gerileme diğer 2 sinde ise milyer manzaranın adeta retiküler bir şekle inkilâbı görülmüştür. Bu belki bir fibroza gidiştir. Diğer bir vak'ada 2 aylık tedavi esnasında yeni bir kavite zuhur etmiştir. Zamanla milyer âfet silindiği halde kavern baki kalmıştır. Lezyonu silinmiş kaviteli üçüncü bir hastamızın kaverni plastikle kapatılmıştır.

Milyer tüberkülozun tedavisi hakkında dört aydan evvel bir hüküm verilemeyeceğine, tadivinın sekiz ay gibi uzun zaman devam

etmesi icap ettiğine, hattâ rontgenolojik tam temizlenmeden sonra bir müddet daha tedaviye devam edilmesi bir çokları tarafından tavsiye edildiğine göre, hastalıklarının dördüncü ayından itibaren bizden uzaklaşan hastalarımızın şifa dereceleri, ihtilâtları (bilhassa menenjit bakımından) ve nüks nisbetleri hakkında bir karar çıkarmak hatalı olur. Bu hastalıkta kaviteli vak'alarda ileride kollaps vasıtalarına müracaat etmek doğru olur.

Tüberküloz bronkopnömoni. Tetkik ettiğimiz beş hastadan ikisi 20 yaşından, üçü de 40 yaşından aşağı yaşta idiler. İki vak'amızda bir aya yakın bir tedaviye rağmen ateş düşmemiştir. Bunlardan birisi tedavinin on beşinci günü ölmüştür. Diğeri ise tedaviye rağmen ğirlaşmıştır. Bir vak'ada ateş sür'atle düşmüş, iki aydan az bir zamanda %90 gerileme elde edilmiştir. İki vak'amız subfebril kalmış, lezyonlarda hafif bir gerileme olmuştur. İyi netice alınamayan vak'alarda tedaviye başlamakta gecikilmiş olduğunu kabul etmekteyiz.

Tüberküloz pnömoni. 20 vak'adan müteşekkil bir grubun 6 sı 20 yaşından, 12 si 40 yaşından küçük idiler. 2 vak'a da 40 dan büyük yaşta idiler. Bunlardan 7 sinin tedavi ile ateşleri düşmüştür, 6 vak'ada aynı zamanda nodüler bir yayım da vardı. 4 vak'ada pnömoni ile beraber sirotik bir proçes tesbit edildi. Hastalardan birisi (ülseröz tipte) ölmüştür. 2 hastamızda, rontgenolojik olarak lezyonlarda bir ilerleme görülmüştür. 6 vak'ada oldukça ileri bir temizleme elde edilmiştir. Diğelerinde ateşleri tamamen düşmüş veya sübfebril bir hale gelmiş olmasına rağmen röntgenolojik olarak hiç bir salâh görülmemiş veya tedavi sonunda gölgelerde pek hafif bir açılma tesbit edilmiştir. Pnömonik lezyonla bazen birlikte görülen nodüller veya eksüdatif gölgeler süratle silinmektedir. Bu grup hastalarımızdan birinde plörezi, bir diğesinde de spontan px. tesbit edilmiştir. Pek erken tedaviye başlanmış tek bir vak'amızda streptomisinle tam şifa elde edilmiştir. Bu vak'ada rontgenolojik gölge diğerk vak'alardaki gibi çok koyu değildi. Umumiyetle streptomisin pnömoni ve bronkopnömonili hastalarda ilk öldürücü tehlikeyi atlatmaktadır. Antibiyotikle tam şifa ekseri vak'ada husule gelmemektedir. *E. Bernard*'ın dediği gibi, streptomisinin bu vak'alardaki rolü daha ziyade hastayı kollapsa hazır bir duruma getirmek şeklinde görülür. Yalnız pnömonik tiplerde vak'aların ekseriyetle iltisaklı çıktığı da bir hakikattir.

Eksüdatif tip. 9 vak'a topladık. Bunlardan yalnız bir vak'a 40 yaşından fazla, diğerleri ise daha küçük yaşta idiler. Yalnız bir tanesinde ateş düşmedi. Bir hastada subfebril kaldı. Diğerleri tamamen afebril bir duruma geldiler. Bir vak'a tedaviye rağmen kavernize oldu. 2 vak'ada siroza tahavvül etti. Diğerlerinde tam şifa veya çok büyük gerilemeler elde edilmiştir. 4 vak'ada eksüdatif prosesle beraber nodüler yayım da vardı. Bunlar da tedaviden çok istifade etmişlerdir.

Nodüler lezyonlu vak'alarda streptomisin iyi tesir etmektedir. Eğer bu vak'alarda başka tipte lezyonlar bulunmazsa ekseriyetle şifa husule gelmektedir. Bizim tetkik ettiğimiz nodüler lezyonlu vakaları şu şekilde hülâsa edebiliriz. 11 vak'ada yalnız nodüler yayım vardı. Bunlar mahdut veya yaygın idiler. Vak'aların yarısı 25 den, hepsi 40 yaşından daha küçük idiler. Bunlardan yalnız 3 vak'aya bir aya kadar, 2 vak'aya 2 aydan fazla, diğerlerine 2 aya kadar tedavi yapılmıştır. Yalnız 1 hastada ateş düşmemiş ve lezyonların kısmen silinmesine rağmen bir kavern meydana çıkmıştır. Diğerlerinde ateş düşmüştür. Ateşi düşen vak'alardan 1 inde yeni bir kavern tahassül etmiştir. 5 vak'a tamamen şifa bulmuş, diğerlerinde büyük gerilemeler kaydedilmiştir.

Kavernli nodüler yayımlı 12 kişilik bir grubun 5 tanesinde nodüller tamamen silinmiştir. 3 ünde hiç gerileme olmamıştır. Diğerlerinde büyük nisbette salâh görülmüştür. 1 vak'ada nodüllerle birlikte kavite de kaybolmuş, bu şekilde tam şifa elde edilmiştir. 7 vak'ada kaviteler küçülmüş, diğerlerinde aynı kalmıştır.

Sirotik nodüler lezyonlu 108 kişilik bir grupta; 18 vak'ada tedavi sonunda nodüler lezyon tamamen silinmiştir. Bunların yarısından fazlası genç hastalardır. 40 yaşından fazla hiç bir hasta yoktur. 2 hastada lezyonlarla birlikte bulunan kavern tamamen silinmiştir. Nodüllerde şifa ile neticelenen vak'alardan yalnız 3 tanesinde 2 aydan fazla bir müddet, diğerlerinde ise 2 aydan az bir zaman tedaviye devam edilmiştir. 108 vak'adan 24 kişi tedaviden hiç istifade etmemiştir. Diğer geriye kalan hastalarda muhtelif derecede gerilemeler kaydedilmiştir. 39 vak'adan müteşekkil sirotik - nodüler lezyonlu ikinci bir grubun tetkikinden elde edilen neticeler şöyledir: Umumiyet itibarile tedavi genç hastalarda iyi neticeler vermektedir. Ateş hastaların %18 inde düşmektedir. Tedavinin ilk ayında ateşi düşmeyen vak'aların yarısında ateş uzun tedaviye rağmen subfebril kal-

maktadır. Bu karışık lezyonlu vak'aların %54 ünde nodüller tamamen silinmiş, %12 sinde aynı kalmış, %34 ünde muhtelif derecede gerilemiştir. Her iki lezyonun müsterek şifası yani röntgende görülmez bir hale gelişi %10 vak'ada olmuştur. Tam şifa elde edilen vak'alarda eski lezyonlar hastalığın bidayetinde pek mahdut bulunmaktadır. Belki tomografi ile bunlar tetkik edilirse eski lezyonlara ait izlere rastlanabilir. Mütebaki %90 hastada eski lezyonlarda muhtelif nisbetlerde toparlanmalar ve fibroza gidiş hali tesbit edilmektedir. Vak'alarımızın yalnız birinde bütün nodüllerin silinmesine rağmen bir kavern tehasül etmiştir.

Sirotik lezyonlu 19 vak'ada yapılan antibiyotik tedavisinden sonra hastalarda ekseriya ateş düşmektedir. Ateşin düşmediği vak'alar diğer tip lezyondakilere nazaran daha fazladır. Hastalarımızın ekserisi orta yaşlıdır. 19 vak'amızdan 3 vak'ada tedaviye rağmen lezyonlarda artma, iki vak'ada gerileme elde edilmiş, diğerleri aynı kalmıştır. Bir vak'ada tedavi esnasında kavern tahassül etmiştir. Bu netice bize eski lezyonlara ilâcın müessir olmadığını, fakat semptomlara tesir edebileceğini göstermektedir.

Kaviteli tüberküloz. Bu tip hastalarda streptomisin tesiri en mühim mevzulardan biridir. Bu hususu bir çok yabancı müellifler tetkik etmişler ve kavernlerin %7-37 nisbetinde kaybolduğunu söylemişlerdir. Memleketimizde tüberküloz vak'alarının en büyük kısmını kaviteli tüberkülozular teşkil ettiği düşünülürse bu problemin bizim için ehemmiyeti daha iyi anlaşılır. Biz streptomisin ile tedavi edilmiş kavernli hastalardan, kavitenin en kısa zamanda kaybolduğu 32 günden 160 güne kadar tedavi edilen 126 hastayı tetkik ettik. Bunlardan 16 vak'ada kaviter silinmiştir. 8 inde silinmeğe yakın ufalmıştır. 4 vak'ada tedavi esnasında yeni kavernler zuhur etmiş, birinde ise büyüme görülmüştür. 47 hastada muhtelif derecede ufalma tesbit edilmiş, 50 sinde koğuklar aynı kalmıştır. Aynı kalan 4 hastadan 3 ünde mevcut diğer kaviterler küçülmüştür. Birinde ise diğer kavern kaybolmuştur. Streptomisin tedavisinde ilâcın kavernlere tesiri muhtelif faktörlere tâbidir. Bu faktörleri şöylece hülâsa edebiliriz :

C i n s : Kaverni kaybolan vak'aların %75 i, çok küçülenlerin ise %82,5 i kadındır. Biz bunu kadınların tedavi esnasında da daha pasif hayat sürmelerine atfediyoruz.

Yaş : Kaverni silinen vak'aların %68, 7 sini, çok ufalanların ise %62,5 ini 30 yaşından küçük olan hastalar teşkil etmektedir.

Hastalığın yaşı : Maalesef bunu dakik olarak tesbit etmek mümkün olamamaktadır. Hastalar vaktiyle geçirdikleri grip vesair gibi teneffüs cihazı ile alâkalı ârızalarını sonraki spesifik lezyonun bidayeti olarak kabul etmekte ve ona göre anamnez vermektedirler. Bu şekilde, lezyon ve tedavi neticelerine göre çok yeni olması icab eden hastalığın, senelerce evvel başladığını söyleyenler çoktur. Yalnız, kaverni kaybolan hastaların 6 sında hastalığın 6 aydan daha az bir zamanda teessüs ettiğini tesbit ettik.

Kavernlerin büyüklüğü : Kaviterleri silinen hastaların %87,5 inde kaviterler ufak veya orta boyda idiler.

Tedavi müddeti : En mühim faktörlerden biridir. Kaverni kaybolan vak'aların yarısından fazlası, çok ufalanların ise %75 inde tedavi 70 - 120 gün sürmüştür. Buna mukabil hiç küçülmemiş olanların %53,4 ünde tedavi 2 aydan daha fazla sürmüştür. Hastalardan iyi olanların veya çok ufalanların ekseriyetini bir kavernli vak'alar teşkil etmektedir. Kavitesi tamamen silinen 16 vak'adan 6 tanesi müteaddid koğuklu, %63 ü ise tek kavernli idi. Kaviterlerin kaybolması ile lezyonlar arasındaki münasebete bakılırsa, koğukların tamamen silindiği vak'aların % 43 ü yeni lezyonlu, %12,5 i ise taze lezyonların büyük nisbette hâkim olduğu hastalar teşkil eder. Bu nisbet kaverni çok ufalan vak'alarda da aşağı yukarı aynıdır (Cetvel 5). O halde kadınlarda daha çok olmak üzere; gençlerde, taze lezyonlarda, yeni ve ufak kaviterlerde, 2-3 aylık bir tedavi ile kaviterlerin kapanma şansı büyüktür.

Tedavineticesi : Streptomisin ile tedavi edilen 126 vak'adan 16 sında kavern kaybolmuştur (% 12,6). Bunlardan üç vak'ada mukabil taraftaki kaviterler küçülmüştür.

Bir vak'ada da nüks olmuştur. O halde kavernleri tamamen iyi olmuş vak'a adedi 12 dir (%9,5). Bu 12 vak'adan 3 vak'ada lezyonlarda % 80 e yakın bir gerileme kaydedilmiştir, bunları da umumi nisbetten düşersek, antibiyotik tedavisiyle kaverni ve lezyonları silinenlerin, yani tam şifa temin edilenlerin nisbeti %7,1 e iner. Kaviterlerin kaybolması tomografi ile kontrol edilmelidir. Çünkü, koğuğun etrafındaki parankim arasındaki kontrastın kaybolmasından, çok ince cidarlı kaviterler düz filmde görülemez. Bizim vak'alarımızın

ancak bir kısmında tomografik kontrol yapılabilmiştir. Alınan bu neticelere göre pek yeni ve ufak kavernli genç hastalarda âzamî iki ayda kapanma elde edilmezse derhal kollaps vasıtalarına müracaat etmeli, daha doğrusu kaviteli tüberkülozları yalnız streptomisin ile tedavi cihetine gitmemelidir. Bu bahse son verirken şu iki noktaya nazarı dikkati celb ederim :

1. Kaviteli vak'alarda streptomisin tedavisi esnasında aynı hastada bir taraftan kovuklar küçülür, lezyonlarda gerileme olurken; başka bir yerde yeni bir kavern zuhur edebilir.

2. Tansiyon kaviteli hastaların büyük bir kısmında iyi neticeler alınmaktadır.

Plöreziler. Umumiyet itibarile hastanemize saf plörezili vak'alar yatmamaktadır. Bu bakımdan bu tipde tedavi edilmiş vak'amız yoktur. İki tüberküloz pnömoni vak'asından birinde aynı tarafta, diğ erinde mukabil tarafta, taze iki epanşman görüldü. Her iki vak'ada lezyonlar bilateral idiler. Yapılan tedavi ile bir vak'ada sıvı çekilmiştir. İkinci vak'ada mayi ve lezyonlar aynı kalmıştır. Bunun haricinde pnömotoraks tesis edilmiş ve pnömotoraksın idamesi sırasında eksudat teşekkül etmiş, muhtelif lezyonlu ve %90 ıateşli olan 19 vak'ada streptomisin ile alınan neticeler şundardır. Vak'aların yarısında ateş tamamen, diğ er yarısında ise kısmen düşmüştür. Hastaların %72,2 (13 kişi) sinde eksudatta artma durmuştur. Bir vak'ada (%5,5) sıvı silinmiştir. 4 ünde ise (%22,5) sıvı artmıştır. Mayi in arttığı bu 4 vak'adan birinde nodüler yayım diğ erinde mukabil tarafta yeni bir epanşman husule gelmiştir. Netice itibarile streptomisin umumiyetle ancak eksudatların artmasını durdurtmakta, fakat çekilmesini temin edememektedir. Bâzı vak'alarda ise tedavi, eksudatların husulüne mani olamamaktadır.

Perikardit. Sol tarafı pnömotorakslı bir hastada perikardit teşessüs etmiş ve bu, tazyik ârazı verecek kadar bir miktarda olmuştur. Bu hastada perikard içine kısa fasılalar ile 0,50 g. dan 2 defa intramüsküler olarak gün aşırı 1 g. dan 25 g. streptomisin yapılmıştır. Süratli ve mükemmel netice alınmıştır.

Peritonit. Bizim vak'alarımızın hepsinde akciğ er lezyonu mevcuttur. Yeni husule gelen vak'aların ekserisinde iyi neticeler alınmış ve perituvandaki mayi çekilmiştir. Bir perituvan içine yapılan zerklerle adele arasına yapılan zerkler arasında bir fark görmedik. Vak'a

adedimiz mahdut olduğundan bunların % nisbetlerini getirmedi. Ayrıca pnömoperituvan esnasında karın boşluğunda sıvı tahassül eden 3 vak'adan ikisinde intrapetironal ve intramüsküler tedavi ile iyi netice aldık. Bir tanesi tedaviye cevap vermedi.

Pnömotoraks altındaki lezyonların tedavisinde kollabe akciğerdeki deveranın yavaşlamasından, lezyonlara müessir ilâcın hastalık mıntikasına yeter miktarda gidemeyeceğinden dolayı, iyi neticeler alınamayacağı iddia edilmesine rağmen bu gibi vak'alarda streptomisin ihmal edilemeyecek bir değer arzeder.

Pnömotoraks altındaki kavitelere streptomisin kat'î bir tesiri yoktur. Pnömotoraks altındaki iltisaklı kavernli vak'aları antibiyotikle kapatmağa uğraşmak beyhudedir. Maamafih bunun istisnaları da vardır. Bizim vak'amızdan ufak kaviteli 2 sinde pnömoların taziyklerinin daha müessir bir hale sokulması ve antibiyotik tedavisi ile iyi netice aldık.

Pnömotoraks altındaki lezyonlar; eğer yeni lezyonlar ise tedavi ile ekseriya silinmektedir. İlâç eski lezyonlara hiç tesir etmemektedir. Bizim bu şekildeki muhtelif lezyonlu 16 vak'amızdan %37,5 inde taze lezyonlar tamamen silinmiştir. %18,8 vak'ada eski ve yeni lezyonlarda muhtelif derecede gerilemeler tesbit edilmiştir. Eski veya eski lezyonların hâkim olduğu mütebaki % 43,7 vak'ada hiç bir değişme olmamıştır.

Streptomisinle pnömoperituvan tedavisinin münasebetlerini araştırmak için 66 vak'ayı tetkik ettik. Burada antibiyotiğin kullanılması üç gurupta mütalâa olunacaktır :

1. Hastaya pnömoperituvan yapılmasına karar verilmiştir, fakat ahvali umumiyesi çok bozuk ve ateşi yüksektir. Bu gibi hastalarda kollaps tedavisinden evvel (rezistans husulünü de nazarı dikkate alarak) çok kısa devreli meselâ gün aşırı 1 g. dan 20 günde 10 g. gibi kürler yaparak hastaların ahvali umumiyesini, moralini düzelttikten sonra kollapsa başlamak çok faydalı olmaktadır. Bu şekilde 10 hastamız vardır.

2. Uzun bir müddet pnömoperituvan tatbik edilmesine rağmen istenilen neticeye varılamamıştır veya başka bir kollaps metoduna hazırlamak üzere pnömoperituvan yapılmıştır. Artık pnömoperituvan'ın bırakılmasına karar verilmiştir. Lezyonlu akciğerin reekspansiyonunda, muhtemel yeni yayımları veya yeni puseleri önlemek üzere, bu devrede kısa bir kür yapmak faydalı olmaktadır.

3. Pnömotoraks hastalarıyla elde edilen kollapsa yardım olmak üzere streptomisin tatbik edilmiştir. Bu grupta 52 vak'ımız vardır. Bu sonuncularında hastanın yaşına, hastalığın yaşına, lezyonlarına, kiloya sedimantasyona, ateşe ve tedavi müddetine göre elde edilen neticelerimiz (Cetvel 6) dadır. Buna göre ikisi yeni veya yeni lezyonların hâkim olduğu yaygın kavernsiz, birisi iltisaklar yüzünden pnömo denemesi menfi, hemoptizili, unilateral yeni lezyonlu olan üç hastada tam şifa elde edilmiştir. Bu, kavernsiz 13 vak'ada %23 eder. Buna mukabil 39 kavernli muhtelif lezyonlu vak'adan, tek kavernli bir hastada kovuk tamamen kaybolmuş, iki kaviteli bir hastada ise bir kavern küçülmüş, diğeri de kaybolmuştur. Her ikisinde lezyonlarda büyük gerileme kaydedilmiştir. 5 vak'ada kaviteler çok küçülmüş, bunlardan birinde lezyonlar tamamen silinmiş, diğerlerinde büyük gerilemeler görülmüştür. Diğer vak'alarda ya hiç netice alınmamış, veya kaviteler ve lezyonlarda muhtelif gerilemeler olmuştur. Yalnız bir vak'ada lezyonun selâhına rağmen kavite büyümüştür. Bu netice pek memnuniyet verici değildir. Biz prensip olarak pnömotoraks hastalarına yardımcı olarak yalnız P.A.S. kullanırız ve rezistans teşekkülünü de daima nazarı dikkate alarak streptomisin kullandığımız hemen her vak'ada P.A.S. 1 beraber veririz. Biz umumiyet itibarile yaygın lezyonlu ve kaviteli hastalara pnömo-perituvan yaparız. Bu gibi hastalarda elde edilen bu neticelere ve bu tip vak'alarda rezistans teşekkülünün süratli olacağını düşünerek streptomisin kullanılmasını, muhtar kalmadan tavsiye etmemek lâzımdır. İleride pnömotoraks hastalarıyla muhtemel salâhtan sonra yapılacak müdahalelerde elimizde kuvvetli bir silâhın kalmasını daima düşünmek lâzımdır.

Pnömotoraks tesisinde ve idamesinde fizyoloğu en çok düşündüren plevrada eksudat teessüsüdür. *T. Veber*, *E. Rist* ilk pnömo tesisinden sonra muhayyel plevra boşluğunda mevcut ve plevra yapraklarının birbiri üstüne kaymasını temin eden mayiin sinüsde toplandığını göstermiştir ki, bu mevzuumuz dışında normal bir hâdisedir. *Rist*, her ne kadar pnömo tesis ve idamesinde husule gelen transudat vasfındaki epanşimanların (% 76,8) inin pnömonun ilk 6 ayı içinde meydana çıktığını, bunların ateşsiz seyrettiğini ve ekseriya kendi kendine reşfolduğunu, bu mayiin, pnömo tesisile tenefüsün mekanik ve devranın dinamik değişmeler neticesi plevraya filtrasyonun artması veya plevradan rezorbsiyonun azalması ile, plevra boşluğunda bir mayi toplanmasından başka bir şey olmadığını ve bunun pnömotoraksın epifenomeni olduğunu, korkulmaması

icabettiğini söylemekte ise de fitizyologların pnömo tesisinde en fazla çekindikleri yine mayi tahassülüdür. Bu bakımdan bir streptomisin tesirinin ne olabileceğini ve antibiyotikle tedaviye rağmen mayi husulünde ne gibi faktörler bulunduğunu tetkik için, bu antibiyotığın himayesinde tesis edilmiş 141 vak'ayı tetkik ettik. Bu tetkikimizi 2 bölümde arzedeceğim. Birincisinde pnömo tesisi anı ile streptomisinin tatbik şekli ve ateş durumunun birbirleriyle münasebetleri, diğerinde sıvı teessüsünde muhtemel faktörlerin tetkiki, mevzu bahis olacaktır.

1. Ateşli hastalarda pnömo tesisinden bir müddet evvel ilâç tatbik edilmiş, ateş düşmüş, lezyonlarda kısmî gerileme olmuş, umumî hâl düzelmiş, sonra pnömo tesis edilmiş ve pnömo tesisi ile streptomisin tatbikatı bırakılmıştır. Bu grupta 7 vak'a vardır. Üçü bir taraflı, dördü de iki taraflıdır. Yalnız iki taraflı bir vak'ada sıvı olmuştur (% 14,6).

2. Ateşli veya ateşsiz, bir taraflı geniş veya iki taraflı olan hastada pnömo ile beraber, streptomisin tatbikine başlanmış ve bir müddet tedaviye devam olunmuştur. Bu grupta 8 vak'a vardır. Ekserisi ateşli ve kavernlidir. Bunlarda yalnız bir vak'ada sıvı olmuştur (%12,5).

3. Hastalık iki taraflı veya bir taraflı geniş lezyonludur. Pnömo tesis edilmiştir. Kısa bir müddet sonra lezyon durumu antibiyotik tatbikini icap ettirmiştir. Tedavi esnasında tedaviye rağmen mayi olmuştur, yani pnömo tesisinden bir müddet sonra antibiyotik yapılmıştır. Bu grupta 14 hasta vardır. Yalnız 2 vak'ada mayi olmuştur (%14,3).

4. Hastalık bir taraflı veya iki taraflıdır. Ateşli veya ateşsizdir. Pnömo tesisinden evvel antibiyotik yapılarak ateşi düşürülmüş ve ateşsiz olarak pnömotoraksa başlanmış, bir müddet tedaviye devam olunmuştur. Yâni pnömotoraks antibiyotik tatbikatı arasında tesis edilmiştir. Bu grupta 112 vak'a vardır. Bunlardan yalnız 11 inde mayi olmuştur (%9,8).

Bu grupta bulunan 141 vak'adan mayi teessüs eden 15 vak'anın durumunu araştırarak mayi husulünde hangi faktörlerin bulunduğunu tetkik ettik ve şu neticelere vardık : Streptomisin tedavisine rağmen pnömo tesisinde ve idamesinde mayi teessüsünde rol oynayan faktörler, bunların birbirileriyle münasebeti, ehemmiyetlerinin dere-

celeri ve nisbetleri (Cetvel 7) de gösterilmiştir. Burada da görüleceği veçhile tedavi ile yardıma rağmen plevrada mayi teessüsünde en mühim faktör iltisaklar (%73) ve hastaların ateşli olmaları (%60) dir. Tetkik edilen vak'aların ekseriyetini kadınlar (%64) ve bir taraflı vak'alar (%69) teşkil ettiğinden bunların mayi husulündeki rolleri büyük gibi görülmektedir. Mamafih kadınların âdet devrelerinde sağlam akciğer ve plevraların konjestiyone olmaları mayi teessüsüne yardım eden bir faktördür. Tâli faktör olarak mayi husule gelen hastalarda kaviterin bulunuşu (%60), yeni lezyonların hâkim oluşu (%73) (yalnız yeni lezyon % 41), yenilerin çok olduğu eski ve yeni lezyonlar ve tedavinin kısa müddetli oluşu göze çarpmaktadır.

*Streptomisin*in diyabetli tüberküloz vak'alarında kıymeti çok büyüktür. Bu tıpkı diyabetlerin nonspesifik enfeksiyonlarında penisilin rolüne benzemektedir. Aynı onun gibi ateşli diyabetli, tüberkülozlularda insülinorezistansı kırmakta ve bu sadede diyabetin, süratle düzelmesini temin etmekte, ateşi düşürmektedir. Lezyonların durmasını ve hattâ gerilemesini sağlayarak hastaları kollapsa hazır bir duruma getirmektedir. Hastahanemize yatan 22 kişilik diyabetli tüberküloz grubunda 20 hastaya dışarıda antibiyotik yapılmış, hastaların ateşleri düşmüş, fakat bunlardan yalnız iki hastada hemen kollapsa başlanmış, diğerleri kendi hallerine bırakılmıştır. Bunlardan 14 ü bize tekrar ateşli olarak gelmiştir. Tüberkülozda kollapsoterapinin en âcil endikasyonlarından biri de diyabettir. Fakat maalesef bu mühim noktaya lüzumu kadar ehemmiyet verilmemektedir. Diyabetli nonspesifik enfeksiyonlarda diyabet tedavisi ile penisilin himayesinde her türlü cerrahî müdahalenin yapılabileceği gibi tüberkülozda da streptomisin himayesinde bütün cerrahî müdahaleler yapılabilir. Bizde bu şartlar altında yapılmış müteaddit brit seksiyonları ve dezensersiyon ekstraplöral vak'aları vardır.

CETVEL I

1948 - 1952 seneleri arasında Heybeliada Sanatoryomuna yatan hariçte streptomisin yapılmış hastaların aldıkları ilâç miktarlarını ve bu tedavi sonundaki B. K. ve kavern durumunu gösterir cetveldir.

Senesi	Sayı	Strepto ile beraber PAS alanlar							Yalnız Pas alanlar		Kavite ve B. K. +	Yalnız kaviteli B. K. —	Yalnız B. K. +	B. K. + ve Kavite yok	
		1—25 gr. Strepto. alanlar	26—50 gr. Strepto. alanlar	51—75 gr. Strepto. alanlar	76—100 gr. Strepto. alanlar	101—150 gr. Strepto. alanlar	150 den fazla Strepto. alanlar	1000 g. kadar	1000 g. dan fazla	1000 g. kadar					1000 g. dan fazla
1948	37	10	7	8	5	6	1	6	5	1	—	21	2	3	11
1949	122	39	40	18	14	7	4	14	6	—	—	43	23	21	35
1950	297	92	79	60	27	17	2	30	17	1	1	135	47	30	67
1951	593	148	201	115	66	49	8	144	80	6	1	314	61	84	135
1952	479	149	155	85	53	29	1	160	85	8	1	209	93	53	124
Yekûn	1502	434	480	283	165	107	16	352	192	15	3	719	225	187	371

CETVEL II

1948 - 1952 senesinde hariçte 100 gr. dan fazla streptomisin yapılanlardan Heybeliada Sanatoryomuna yatanların B. K. ve kavern durumunu gösterir cetveldir

151 gramdan 250 g. kadar streptomisin alanlar				100 — 150 gram streptomisin alanlar			
Kavite +	Kavern —	B. K. +	B. K. +	Kavern +	Kavern —	B. K. +	Kavern +
B. K. —	B. K. —	Kavern —	Kavern +	B. K. —	B. K. —	Kavern —	B. K. +
1	12	2	12	16	29	10	70
9 kişi 200 gr. dan fazla almıştır							

CETVEL III

Her biri 50 şer vak'adan müteşekkil 3 grubda, günde 0,50 g. günde 1. ve gün aşırı 1. g. streptomisin ile yapılan tedavide streptomisin üzerinde görülen tesirleri gösterir mukayeseli cetveldir.

	B. K.			Vital K.			Sedimentasyon				Kilo				Ateşe tesiri							
	Bir aya kadar tedavi edilimler	2 aya kadar tedavi edilimler	2 aydan fazla tedavi edilimler	Aynı kalanlar	Azalma	Çoğalma	Süratlenme	Aynı kalma	Normale yaklaşma	Normale avdet	Azalma	Aynı kalma	5 kiloya kadar artma	10 kilodan fazla artma	5—10 kilo kadar artma	10 günde düştü	11—20 günde düştü	Daha uzun zamanda düştü	Subfebril	Daima ateşi	Tekrar çıktı	Hep ateşsiz
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Günde 0,50 g.	13	25,7	33	23	27	40	23	38	19	20	17	17	56	7	3	8	25	—	45	12	5	5
Her gün 1 g.	25	50	75	25	45	30	10	25	27	38	22	16	34	24	4	28	12	14	28	7	4	7
Gün aşırı 1 g.	36	%	65	18	56	26	12	26	24	38	6	12	56	26	—	28	28	—	32	6	6	—

CETVEL IV

Streptomisin tedavisinde, yaş, ateş ve lezyonların tedavi müddeti ile münasebetlerini gösterir cetveldir.

	Yaş			Ateşe tesiri			Lezyonlara tesiri										
							Sirotik lezyonlarda						Nodüler lezyonlarda				
	20 yaşına kadar	20—40 yaşına kadar	40 dan fazla	Hep ateşsiz	Ateş düştü	Subfebril	Hep ateşli	Aynı	Muhtelif nisbette toplanma	Şifa	Aynı	Orta derecede gerileme	Büyük gerileme	Şifa	Kavernusları	Nodüller sirotik lezyonlarda şifa	
Bir aya kadar	3	8	3	2	11	1	—	7	4	3	—	2	4	8	—	3	
İki aya kadar	6	9	—	5	8	2	—	7	8	—	1	1	11	1	—		
İki aydan fazla	2	7	—	1	4	4	—	3	5	1	3	3	1	2	—		

CETVEL V

Tedavi ile kavernleri kaybolan veya küçülen hastalarda, cins, yaş, tedavi müddeti ve lezyonların durumunu gösterir cetveldir.

	Cinse göre		Yaşa göre						Kavite büyüklüğü			Tedavi Müddeti			Kaç kaviteli		Lezyonlara göre	
	Vak'a adedi	Kadın	Erkek	20 yaşına kadar	20—40 yaşına kadar	40 dan fazla	50 yaşına kadar	50 yaşından fazla	Ufak	Orta	Büyük	2 aya kadar	2 aydan daha fazla	Bir kaviteli	Müteaddid kaviteli	Tamamen yeni lezyonlar	Yenilerin hakim olduğu eski ve yeni lezyonlar	Muhtelif dereceli eski ve yeni lezyonlar
Kaverni kaybolan vak'alar	16	75	25				68,7	31,3	12,5	75	12,5	43,8	56,2	63	37	43,1	12,5	44,4
Kaybolmaya yakın küçülenler	8	82,5	12,5				62,5	37,5				25	75	87,5	12,5	12,5	50	37,5
Muhtelif derecede Küçülenler	4	58,5	41,5	17	60	23	—	—				38	62			17	% Eski ve yeni	38

CETVEL VI

Streptomisin ve pnömoperitüvan ile tedavi edilen vak'alarda hastaların yaşına, lezyonlara, kiloya, sedimantasyona, ateşe, tedavi müddetine göre elde edilen mukayeseli neticeleri gösterir cetveldir.

		Lezyonlar										Kavern kayb'u lezyonlarda gerileme		Kavitesiz lezyonlarda şifa	
		Muktedir gerileme	Aynı	Kavite büyüdü lezyon küçüldü	Lezyon aynı kavite küçüldü	Kavite aynı lezyonda küçüldü	Lezyon ve kavite tede küçüldü	Lezyon ve kavite aynı	Kavite çok küçüldü Lezyonlarda büyük sitinmedi	Kavite küçüldü lezyonlar tamamen silindi	Tek kavite	Çok kavite	Taze lezyonu	Eski lezyonu	
	Yekûn	7	3	1	2	8	11	6	5	3	1	2	2	1	
Yaş	30 yaşına kadar	7		1	1	5	7	4	2	1	1	1	2		
	30—45 yaşına kadar		3	1	1	3	1	2	3	2			2		
	45 den fazla						3				1			1	
Kilo	5 kiloya kadar alan	7	2		1	6	5	4	3	1	1	1	2	1	
	5 kilodan fazla alan						1	1	1		1				
	Kilosu aynı kalan Kilo kaybetti		1		1	2	3	2	1	1					
Ateş	Düştü	6	2		1	5	10	4	4	1	1	2	2	1	
	Sübfebril		1				1	2	1	1					
	Aynı	1			1					1					
Sedimantasyon	Süratlenme	1	1		1	1									
	Aynı	2				1	2	2	1						
	Kısmî düşme	2	1			2	5	3	1	3	1	2			
	Çok düşme				1				2						
B.K.	Normale avdet	2	1	1		4	4	1	1				2	1	
	+	5	3	1	2	4	9	4	3	2	1	1			
	-	2				4	2	2	2	1		1	2	1	
Tedavi günü	Bir aya kadar	2				1		2							
	İki aya kadar	4	2		2	4	6	3	3	3		1	1	1	
	İki aydan fazla	2	1	1		3	5	1	2		1	1	1		
Hastalığın yaşı	6 aya kadar	1				2	4	1	1			1			
	6—12 aya kadar	4	1	1		2	3	3	3		1	1	1	1	
	1 seneden fazla	2	2	2	2	5	4	2	1	3	1				

CETVEL VII

Streptomisin himayesinde pnömotoraks tesis edilen 141 vak'adan plevra boşluğunda mayi teessüs eden 15 vak'ada likit teessüsünde müessir olan faktörleri gösterir cetveldir.

Kadın	Cins	yaşı	İltisak		lezyonlar				Kavite			Ateş				
	1—20	20 den fazla	Tedavi müddeti (gün)	İltisaklı	İltisaksız	Eski ve yeni	Yeniler çok eski az	Yalnız eski	Yalnız yeni	İki taraflı	Bir taraflı	Kavitesiz	Çok kaviteli	Bir kaviteli	Ateşsiz	Ateşli
K.		+	56	+		+					+					+
K.		+	38		+				+	+				+	+	+
K.		+	42	+		+					+			+		+
K.		+	14	+					+	+					+	
K.	+		20	+		+					+	+				+
K.		+	12	+		+					+	+			+	
K.	+		26		+				+		+	+			+	
K.	+		50	+		+					+			+	+	
K.	+		12		+	+					+			+		+
K.	+		10		+				+	+				+		+
K.	+		30	+					+		+			+	+	
E.	+		20	+					+		+	+				+
E.		+	50						+	+				+		+
E.	+		30	+		+			+	+						+
E.		+	15	+		+					+					+
K.	11 8	7		11	4	8			7	4	11	6	9	6	9	
E.	4															

S U M M A R Y

The Result of Streptomycin Obtained at Heybeliada Sanatorium : The author compared the result of streptomycin on 609 cases at Heybeliada Sanatorium which underwent to the treatment of streptomycin on various forms of tuberculosis and recoded the effect of the drug on 1510 cases who have had the streptomycin before the admission to the sanatorium. According to the records the use of streptomycin is increased between 1948-1952, it reached the level of 16 times of the previous in 1952 and reasonably decreased. The absence of the role of the isoniazid is determined on this res-

pect. Among the cases treated out of the sanatorium, in 75.4 per cent of cases the treatment was solely symptomatic. Only in 1.1 per cent of cases PAS alone, and in 32 per cent of cases PAS with the combination of streptomycin were administered. Studies on 150 cases has shown that the best way of administration of streptomycin is the combination with PAS and alternative day of full gram application. This form of administration produce best result without any side-effect with a long delay in the establishment of resistancy againt the drug.

Among the treated 11 miliary tuberculosis cases, in some of them some radiological improvement and in the others definite cure is observed at the end of three of four months period of treatment. In 2 cases nodular form of lesions turned to the reticular form. Although observations of some great improvement on the lesions, in 3 cases cavities developed and 1 case underwent to the surgical treatment. The author believes that 4 months of treatment is a short time to talk about the complications confronted in these series of cases.

Among the 5 cases of bronchopneumonia in 1 case very good and in 2 cases slight improvements is observed but the others did not respond to the treatment.

Among the 20 cases of pneumonia only in 1 case very good result obtained in which the treatment started very early. In cther cases some symptomatic relief is observed. In pneumonia the streptomycin treatment gives only some result in the preparation of cases for collaps treatment of the lung.

In 9 cases of exudative form of tuberculosis very good results obtained with streptomycin treatment. In 11 pure nodular form of cases treatment produce some improvement, in 2 cases remarkable improvement, but in 2 cases instead of good result cavitation developed. Among the 12 cases of nodular form of tuberculosis with cavitation, only in 3 cases the pre-treatment situation is persisted and in 1 case a definite improvement is observed. Among 108 cases of cirrhotic-nodular form of tuberculosis in 18 cases a definite cure in nodules, in 2 cases closure of the cavities and in 24 cases no benefit of the treatment is recorded. In a second group of 39 cases with cirrhotic-nodular form of tuberculosis; a remarkable improment in 54 per cent of cases, cure in 10 per cent of cases and an evident regression of the lesions in 90 per cent of cases is observed. 19 cases with cirrhotic lesions did not give any respond to the treatment of streptomycin.

To demonstrate the effect of the drug on the cavites, 126 cases are selected and the effect of streptomycin is controlled. In these series of cases in 16 the cavites were closed under the treatment of streptomycin. In 7,1 per cent of cases the cavites closed and small lesions were improved. In a case relapse occured in a month time after abandonement of the treatment. It is determined that in young people with small cavities early 3—4 months treatment produces best results. The antibacterials produce best results in the treatment of the tensions cavities too.

In 19 cases pleural fluid developed as a complication of pneumathorax but the administration of streptomycin detained the accumulation of the liquide and did some effect on the temperature of the patients. Nevertheless in

these cases the drug has not any real effect on the trouble and in 22.3 per cent of cases the amount of liquide increased instead of the administration of streptomycin.

In a case of precirdatis very good result obtained with the intrapericardial systemic administration of the drug.

Streptomycin produces best result in the treatment of tuberculous peritonitis and no differences is observed between the intraperitoneal and systemic administration of the drug.

It is a futile effort to try to close the cavities with antibacterials in cases of inefficacious pneumothoraxes.

In 66 cases pneumoperitoneum is combined with streptomycin and the following result is obtained: Before the application of pneumoperitoneum in cases of very poor conditions the administration of streptomycin produces excellent results. Also it is a very logical precaution to administrate some grams of streptomycin to prevent the dissemination before the abandonment of pneumoperitoneum. During the application of pneumoperitoneum the administration of streptomycin is unnecessary and because in a short time resistance develops against the drug streptomycin must be kept for further administrations.

The relation between the pneumothorax and streptomycin from the point of view of liquid formation on the induction of pneumothorax is studied on 141 cases. In febrile cases administration of streptomycin before the induction of pneumothorax lessens the possibility of liquid formation. Among the cases of this series this was in a proportion of 14.6 per cent in treated cases before the induction of air and were only 9,8 in cases were treated before and after the induction of pneumothorax.

In a series of 22 cases of tuberculosis with diabetes the role of streptomycin is found just same of the role of penicillin in ordinary infections of diabetic patients. It is observed that in diabetic patients with tuberculosis streptomycin has a wonderful effect on the preparation of cases for collapse treatment, and every kind of surgical intervention is feasible on these cases under the control of streptomycin.

R É S U M É

Résultats Obtenus par la Stréptomycine au Sanatorium de Heybeliada : L'auteur compare les résultats obtenus, au cours des années 1948-52, sur les malades qui ont été traités pour tuberculose évolutive du poumon au Sanatorium par la streptomycine, (soit 609 cas) et les malades soignés en dehors du sanatorium et auxquels la streptomycine a été prescrite et qui se sont présentés au sanatorium pour que le médicament leur soit injecté. Ces malades étaient au nombre de 1510.

Le premier fait constaté est que l'utilisation de la streptomycine en dehors du sanatorium a très rapidement augmenté de 1948 à 1952 et a atteint,

au cours de ces dernières années, un chiffre 16 fois supérieur, puis a commencé à descendre vers la normale. Ce retour à la modération n'est pas le résultat de l'utilisation de l'Isoniazide. Il a été constaté que les résultats obtenus en dehors du Sanatorium sont nuls et consistent en une amélioration symptomatique dans 75,4 des cas. Dans 1,1 % des cas les malades n'étaient traités que par le P.A.S. et, dans 32 % des cas, la Streptomycine a été associée au P.A.S.

L'étude de 150 cas démontre que la meilleure méthode à utiliser est l'association de la Streptomycine, à la dose de 1 gr., injectée en une fois tous les deux jours, et du P.A.S. Dans ces cas on n'observe aucun symptôme de toxicité, et la résistance ne se développe que tardivement. Sur 11 milliers tuberculeuses traités on a observé qu'au bout d'un traitement de 3 à 4 mois la température revient, dans la plupart des cas, à la normale; dans quelques cas une améloratoïn de l'image radiologique a été mise en évidence. Dans d'autres cas l'amélioration a été beaucoup plus nette; on a même observé des cas de guérison. Chez deux malades ont a pu constater la transformation de l'image nodulaire en image réticulaire. Chez trois autres malades bien que les lésions se soient complètement ou partiellement effacées, on a observé la formation d'une caverne. Une de celles-ci a été bouchée plastiquement. Pour parer aux complications présentées par ces malades, un traitement de 4 mois a été jugé insuffisant.

Sur 5 cas de broncho-pneumonie on a observé: un bon résultat, deux médiocres; les autres n'ont pas profité du traitement. Ces derniers étaient des malades tardivement traités.

Un seul, parmi les 20 cas de pneumonie tuberculeuse dont le traitement avait été entrepris précocement, a fourni un résultat complèment favorable, Dans les autres cas, on n'observe qu'une grande amélioration, clinique et symptomatique, sans aucune modification de l'image radiologique. Le traitement appliqué ne peut donc être considéré que comme un traitement de préparation à la collapsothérapie. Par contre, dans 9 cas qui présentaient des lésions exudatives, les résultats on été bons. Dans 11 cas à lésions nodulaires pures, les résultats on été très bons; mais dans 2 cas, bien que les nodules se soient complètement effacés, une caverne est apparut. Douze malades qui présentaient des nodules et cavernes ont fourni les résultats suivants: un seul guérit, 3 virent leur état demeuré stationnaire et 8 autres présentèrent une aggravation. Sur 108 malades à lésion cirrhotique - nodulaire, on a observé 18 cas de guérison complète, dans 2 cas effacement des cavernes et enfin, dans deux cas, aucune amélioration ne se produit.

Un second groupe de 39 malades donnèrent 10 % de guérison complète et 90 % des cas à lésions cirrhotiques ne présentèrent, soit qu'une légère régression, soit aucune modification.

126 cas ont été spécialement étudiés, pour déterminer l'effet des antibiotiques sur les cavernes. Les cavernes disparurent dans 16 cas; cependant, la disparation de toutes les lésions et des cavernes, ne fût observée que dans 7,1 % des cas. Dans un cas, un mois après la cessation du traitement, il se produisit une rechute. Chez les malades jeunes à petites cavernes, un traitement précoce donne souvent de bons résultats. Les antibiotiques agissent beaucoup mieux sur les cavités soumises à une certaine tension. Des antibiotiques font baisser la fièvre, empêchent l'augmentation des épanchements, mais ne déterminent pas leur résorbition lorsqu'ils sont produits comme une

complication d'un pneumothorax. La guérison n'a été observée que dans 5,55 % des cas. 22 % des épanchements augmentèrent, malgré le traitement. Dans un cas, avec péricardite traité par des injections intrapéricardiales et intramusculaires le résultat a été parfait.

Dans le traitement des péritonites tuberculeuses, les résultats sont toujours bons et les injections intramusculaires sont aussi efficaces que les injections intrapéritonales.

Il est inutile d'essayer la cicatrisation des cavernes avec adhérence sous pneumothorax, par les antibiotiques.

Si l'on prend en considération les 16 cas précités, on peut dire: 1) les lésions fraîches disparaissent complètement, 2) les nouvelles et les anciennes sont plus ou moins améliorées, 3) les veilles ne subissent aucune modification.

Le traitement par la streptomycine a été appliqué à 66 cas de pneumopéritoine. Les résultats sont les suivants : 1) le traitement avant l'intervention chez les malades à état général déficient donne de très bons résultats, 2) lorsqu'on désire abandonner le pneumo-péritoine pendant la période de réexpansion, bien qu'une cure aux antibiotiques soit à conseiller pour prévenir les élargissements, il vaut mieux ne pas y avoir recours; car, non seulement elle n'est pas indispensable, mais elle peut aussi déterminer une résistance qui pourrait gêner l'utilisation de ces drogues dans les interventions ultérieures.

Pour déterminer les facteurs qui agissent sur la formation des épanchements, lors de l'établissement du pneumothorax et rechercher les relations qui existent entre ces faits et les antibiotiques, 141 cas ont été observés. l'auteur arrive aux conclusions suivantes : 1) si l'on traite un malade fébrile, avant le début d'un pneumothorax, par des antibiotiques et que l'on arrête leur administration dès le début des insufflations, il se produit un épanchement dans 14,6 % des cas, 2) si, chez un malade à larges lésions bilatérales, l'administration des antibiotiques débute en même temps que l'établissement d'un pneumothorax, il se produit une exudation dans 12,5 % des cas, 3) si l'administration des antibiotiques est commencée un certain temps après l'établissement d'un pneumothorax, les épanchements se produisent dans 14,3 % de cas. 4) si l'administration des antibiotiques est faite avant le début d'un pneumothorax et continuée quelques temps encore après son établissement, l'incidence des épanchements est de 9,8 %, 5) le facteur le plus important déterminant la formation des épanchements est l'existence des adhérences (73 %), 6) la fièvre est le second facteur important puisque les épanchements surviennent dans 60 % des cas, 7) comme facteur secondaire la présence des lésions neuves, cavitaires peut être citée.

L'action de la streptomycine a été étudiée sur un groupe de diabétiques (22 sujets) et il a été déterminé que son effet est le même que celui de la Pénicilline en cas d'infection. Chez les diabétiques tuberculeux, la streptomycine est très utile pour la préparation du malade à la collapsothérapie. Sous la protection de l'antibiotique, toutes les opérations chirurgicales peuvent être tentées.

Heybeliada Verem Sanatoryomu
Direktör: Dr. Tevfik İ. Gökçe

TÜBERKÜLOZ BASİLİNDE STREPTOMİSİNE KARŞI HUSULE GELEN MUKAVEMET

Fizyolog Dr. İHSAN DİNÇEL

Tüberkülozun streptomisinle tedavisine başladıktan pek az bir zaman sonra tüberkülozlu hastalardan elde edilen basil kültürlerinde, bu ilâca karşı mukavim mikroorganizmalar husule geldiği *Youmans* ve arkadaşları tarafından gösterilmiştir. Tüberküloz tedavisinde mühim bir engel olarak ortaya çıkan bu hâdiseyi biz de müessesemizde etraflıca tetkik ederek, hassasiyetin tayininde kullanılan muhtelif metodları ve bizim tercih ettiğimiz metod ile aldığımız neticeleri ve nihayet bu neticelerin münakaşasını yapacağız.

İnvitro yapılan tecrübelerde streptomisine karşı insan ve sığır tipi verem basilinin çok hassas, kuş tipinin ise daha az hassas olduğu gösterilmiştir. Tetkik edilen insan tipi 131 suştan 108 i c.c. de 1,56 mikrogram streptomisine olan vasatlarda üreyememişler, geri kalanlardan en mukavim olan bir tanesi c.c. de 12,5 mikrograma ihtiyaç göstermiştir. Bu gün 10 mikrogram hassasiyet ve mukavemet arasında hudut olarak telâkki edilmektedir.

Streptomisinle hiç temas etmemiş suşlar içinde dahi streptomisine mukavim fertler bulunduğu malûmdur. *Youmans* sonradan yaptığı tecrübelerde bunun varid ve oldukça sık olduğunu göstermiştir.

Streptomisin ile tedavi altında bulunan hastaların balgamında olduğu gibi, invitro tecrübelerde de yani streptomisinli vasatlardan basilin bir kaç pasajı ile süratle mukavim suşlar elde edilmektedir. Vasatın c.c. ünde 10 mikrogram streptomisin ihtiva eden vasatlarda üreme gösteren suşlar mukavim farzedilir.

Mukavemetin teşekkülünde iki noktai nazar mevcuttur. *Youmans* ve *Long'a* göre streptomisine maruz suş içindeki bazı fertler mutasyona uğrayarak mukavemet kazanırlar. Streptomisin

ile temas uzadıkça bu mütan fertler artmaya devam ederler. Neticede kültür tamamen veya kısmen mukavim basillerden tereküp eder. *Yensen ve Ole Christensen'e* göre de *pyle'nin* daha evvel gösterdiği hassas suşlar içindeki mukavim fertler seleksiyona uğrayarak neticede suş spontan olarak mukavim fertlerden teşekkül eder. Bunların bir arada rol oynaması da muhtemeldir.

Adaptasyon ile umumî olarak basillerin mukavemetinin tedricen artması kabul edilmemektedir.

Streptomisinle tedavi esnasında mukavemetin 4 ve 5 inci haftadan itibaren başladığı hususunda bir çok müellifler aynı fikirdedirler ve bu mukavemetin teşekkülünde tedavi günü, dozun miktarı, lezyonların basil muhtevası ve karakteri rol oynamaktadır. Lezyonların yerinin de rezistans teşekkülünde ehemmiyeti büyüktür. *Yensen* likör serebro-spinal'den elde ettiği suşların 3 aydan evvel mukavim olmadıklarını göstermiştir. Ürogenital tüberkülozda mukavemet teşekkülü çok erkendir. Kaviter lezyonlarda da diğer tüberküloz şekillerine nazaran daha erken husule gelmektedir.

Teessüs eden mukavemetin tedricen artması umumiyetle görülen bir hal olmakla beraber, 3 ay gibi uzun bir müddet hassas kalan suş birden çok kısa zamanda çok mukavim bir hale gelebilmektedir. Fakat umumiyetle kabul edilen, teşekkül eden mukavemetin süratle arttığı keyfiyettir.

Teşekkül eden mukavemetin ilâç kesildikten sonra devamına geline: Bu hususta yapılan invitro tecrübelerle, mukavim basillerin bir sene kadar pasaj yapılmalarına rağmen mukavemetlerini kaybetmedikleri görülmektedir. Hayvan tecrübeleri ile, kobay testisinde 8 ay pasaj yapılan mukavim suş bu vasfı kaybetmemektedir.

Mukavemet kazanmış suşların virülansının azalıp çoğaldığı hakkında bir neticeye varılamamıştır. Virülans aynı kalmaktadır. *Feldmann* ve arkadaşları aynı hastadan alınan streptomisine mukavim suşlarla enfekte edilen kobaylarda tüberküloz intanının mikroskopik ve makroskopik olarak aynı karakterde ve vüsatte olduğunu görmüşlerdir.

Halen klinik bakımdan bazı müellifler ve *T r u d e a u S o c i e t y* 10 üniteyi, *Yensen ve Dismann* 16 üniteyi mukavemetin başlangıcı olarak kabul etmektedirler.

Bir de streptomisine dependans meselesi vardır. Bazı suşlar veya bu suşları teşkil eden fertler streptomisin bulunan vasatlarda daha kolaylıkla ürerler, yani streptomisini bir gıda olarak kullanırlar. Bunlara *D e p a n d a n s u ş* denir. Bu meselenin kinikte ehemmi-

yeti aşıkârdır. Böyle vakalarda derhal streptomisini kesmek icabeder.

Mukavemet hangi usulle tayin edilirse edilsin, basilleri ihtiva eden materyelin (balgam, plevra mayii, idrar, likör serebro-spinal) muhtelif miktarlarda streptomisin ihtiva eden vasatlara ekilmesi suretiyle yapılır. Streptomisin miktarı vasatın 1. c.c. e düşen ünite (mikrogram) cinsinden, daha kısaltılmış H c.c. şeklinde ifade edilir. Sırası ile gittikçe artan miktarlarda streptomisin ihtiva eden vasatlara ekilen suş üremenin görüldüğü miktarda mukavim ve bundan sonraki üreme görülmeyen miktarlara hassas kabul edilir.

Streptomisine mukavemetin tayininde kullanılan değişik metodlar.

Bunları 4 grubda toplamak mümkündür :

1. Likit vasatlar. 2. Petri plâkları usulü. 3. Lââm kültürü usulü. 4. Katı vasatlarda çalışan usuller.

1. *Likit vasatlarda çalışan usuller.* Müsavi miktarda materyel ve %3 NaOH karıştırılır, 10 dakika kadar çalkanır, 37,5° lik enkübartörde yarım saat bırakılır. Santrifüje edilir, üstü dökülür, sediment normal HCl ile endikatör olarak fenol kırmızısı kullanılarak nötralize edilir. Amerikan T r u d e a u S o c i e t y'nin tavsiye ettiği vasata ekilir. Bu vasat: Patates unu 100 gr., gliserin 25 c.c., yumurta sarısı 500 c.c., distile su 333 c.c. ve %1 malaşit yeşili so-lüsyonu 8,3 c.c. den ibarettir.

Bu vasatta birinci defa üretilen basiller, mayi vasatlarda mukavemeti tayin edilmek üzere hazırlanmış olur.

Mukavemet tayini için iki çeşit vasat kullanılır. Biri muhtelif nisbette streptomisin ihtiva eden T w e e n albüminli D u b o s ve D a v i s vasatı, öbürü de yine muhtelif nisbette streptomisin karıştırılmış *Youmans*'ın tarif ettiği serum ve plazma ilâve edilmiş modifie P r e s k a u e r ve B e c k vasatıdır. Yukarıdaki şekilde hazırlanan kültürden standard bir miktar seri halindeki streptomisinli vasatlara ekilerek 14 gün sonra netice organizmaların ürememesini durdurabilen streptomisin miktarları olarak okunur.

Yukarıda zikrettiğimiz D u b o s'un T w e e n 80 isimli maddenin streptomisinin bakteriostatik tesirini arttırdığını ve suşları daha fazla hassas gösterdiği *Fisher ve Youmans* ileri sürerek, ikinci modifie şekil olan P r o s k a u e r ve B e c k s e n t e t i k vasatını tavsiye etmişlerdir.

Mayi vasatlarda çalışıldığı zaman bazı tüplerde 4 günde üreme

görülmesine rağmen, üremenin 12-14 üncü güne kadar geciktiği görülür. Bu gecikme suş içindeki mukavim fertlerin miktarı ile makûsen mütenasiptir. Bu tecrübî olarak gösterilmiştir. Meselâ %100 mukavim bir suş 4 üncü günü üreme gösterdiği halde, %1 mukavim basil ihtiva eden bir terkip ancak 10 uncu günü gözle görülebilen bulanıklık husule getirebilmektedir. Demek ki, likit vasatlarda ancak vasatî hassasiyet hakkında bir fikir elde edilebilir.

2. *Petri plâkları usulü.* Petri kutularındaki vasat üzerine mukavemeti tayin edilecek mikrop ekilir. Üzerine 15 mm. kutrunun dairevî süzgeç kâğıtları konur. Bu kâğıtlara muhtelif ve muayyen miktarlarda streptomisin ihtiva eden mahlûllerden emdirilir. Enkübas-yondan sonra filtre kâğıdının muhitindeki üreme göstermeyen kısmın büyüklüğü ölçülerek mukavemet hesaplanır. Bu usul tüberküloz basilinden ziyade streptomisine hassas diğer mikroplar coli basil, v.s.,) için geniş mikyasta kullanılmaktadır.

3. *Lâm kültürü usulü.* Adi lâmlar uzunluğuna ikiye ayrılmak suretile, dar lâmlar hazırlanır. Bu lâmlara tetkik edilecek materyel yayılarak kurutulur ve % 6 sulfat asidi ihtiva eden solusyona 7-8 dakika daldırılır. Steril su ile yıkanır. Nihayet lâm, içerisinde 6-8 c.c. besleyici vasat ihtiva eden tecrübe tüplerine konarak etüvde saklanır. 7 nci günü lâm çıkartılarak usulü veçhile *Ziel-Nelsen* ile boyanarak bakılır. Basil, kütleler ve daha iyi üremişse saç demetleri gibi helezonlar teşkil eder. Besleyici mayi vasat *Pryce* ve *H. Mullar*'e göre sitratlı hemolize kan ile müsavi miktar distile su ve ya %1 saponin karışığıdır. *Yensen*, *Dubos* vasatını *E. Bernard* ve *Kreis*; *Y o u m a n s* vasatını tavsiye etmektedirler.

4. *Katı vasatlarda çalşan usuller.* Usulün esası, tüberküloz basilinin kültürü için kullanılan yumurtalı vasatlara muayyen miktarda streptomisin karıştırmaktır. Streptomisin vasata iki şekilde karıştırılır.

a. Yumurtalı vasat mayi halinde iken c.c. ne muayyen miktarlar düşecek şekilde hesplanarak streptomisin ilâve edildikten sonra 80° de 40 dakika tutularak koagülatörde katılaştırılır.

b. Muayyen miktarda streptomisin ihtiva eden solüsyon, katılaştırılmış vasatın üzerine bir gün evvelden yayılır. Streptomisin mahlulünün vasatın bütün satıha yayılması ve entatkt sahalar kalmaması için endikatör olarak mahlûllere bir kaç damla turnusol

tentürü ilâve edilir. 24 saat etüvde bırakılır. Bu şekilde streptomisin vasatın sathına ve ibraz da içine yapıştırılmış olur.

Katı vasatlar üzerine iptidai materyalden elde edilen kültür süspansiyonlarından ilâve edilerek hassasiyet deneyleri yapılabileceği gibi, iptidai madde (balgam, cerahat, ponksiyon mayii, v.s.,) iyice homojenize edilerek müsavi miktarda mezkûr vasatlara ekilmek suretile de tecrübeler yapılabilir.

E k s p e r i m e n t a l k ı s ı m

A. Araştırmalarımızın gayesi ve tetkik materyelemiz.

Streptomisin kullanılan her klinikte şu 3 noktanın bilinmesi icabettiği muhakkaktır. 1. Streptomisin tedavisine başlamadan evvel hastanın çıkardığı basiller hassas mı, mukavim midir? 2. Tedavi esnasında ne zaman ve ne dereced mukavemet husule geliyor?. 3. Tedavinin sonunda veya daha mühim olarak ikinci defa streptomisine başlanmadan evvel mukavemet ne derecededir?.

B. Tecrübenin yapılması.

Dışarıda streptomisin yapılmış olanlarda derhal, bizde başlanarlarda ise tedavinin 5-6 ncı haftası steril petri kutuları içerisinde balgam alınır. Diğer mikropların öldürülmesi ve mümkün olduğu kadar iyi homojenize edilmesi için %4 NaOH ile muamele ve sediment %8 HCl ile tadil edilir. NaOH ın tercih sebebi, sulfat asidine nazaran daha iyi homojenizan olmasıdır. Nötralize edilen sedimentin muayyen miktar fizyolojik tuzlu su ile yapılan süspansiyonu seri halinde hazırlanan 8 tübe müsavi miktarda taksim edilir. Biz vasat olarak L o v e n s t e i n - Y e n s e n ' i kullanmaktayız. Bu vasat hem human hem de bovin tiplerinin üremesi için optimum miktarda gliserin ihtiva eder.

Tübler şöyle sıralanır :

1 inci tüp kontrol 2-3-4 üncü tüpler c.c. de. 4-16-32 ünite streptomisin vasat katılmasından önce konmuştur. 5-6-7 nci tüpler c.c. de 4-16-32 ünite streptomisin, vasat katılaştırıldıktan sonra üzerine yayılmıştır. 8 inci tüp kontrol 2 dir.

Ekildikten sonra ağızları muflanarak 37 derecelik enkübatöre konur. 15 inci günü tüpler sıraya dizilerek tetkik edilir. 30 üncü gün

zarfında üreme görülmeyen seriler 45 gün bekletildiği halde, sonradan hiç üremeye şahit olmadığımızdan 30 gün hudut olarak alınmıştır.

1. 4 gama c.c. de ve daha yukarı kademelerde üreme görülmeyenlere, hassas.

2. 4 gama c.c. de kontrollerin yarısı veya fazla adette koloni görülenler, mukavemetin başlaması.

3. 16 gama c.c. de kontrollara yakın üreme, mukavemetin tam teşekkülü.

4. 32 gada c.c. de kontrollara yakın üreme, ileri mukavemet.

Yukarda zikredilen kaba bir tasniftir. Klinikte çalışanlar verilen bu netice ile tam bir fikre sahip olamazlar. Bu etaplar arasında kalan bir çok vak'alar vardır.

C. Eksperimental bulgular.

Ocak 1950 tarihinden 1952 senesi sonuna kadar sanatoryomumuzda 2736 vak'ada rezistans tecrübeleri yapıldı. Bunlardan 1386 adedinde vasatlarda muhtelif sebeplerden basil üretilmediğinden (bilhassa hastalara tatbik edilen muhtelif kollaps metodları sonucu basil kesildiğinden) bazıları ise fikir verecek miktarda koloni bulunmaması sebebiyle neticelenmemiştir (%50).

Diğer 1350 tecrübenin 572 si hassas, 300 adedi 4 gama cc. de üreme (mukavemetin başlaması), 176 adedi 16 gama c.c. de üreme (mukavemetin teşekkülü), 301 adedi 32 gama c.c. de üreme (İleri mukavemet), 1 adedi depandan (kontrollara nazaran ileri derecede üreme) dir.

Muntazam bir partiyon gösteren 245 vak'a (Cetvel I) klinik müşahadeleri ile iyice tetkik edilmiştir. Bu müşahedeler neticesinde; streptomisin tatbik günü, miktarı, *Gaffky* tasnifine göre hastanın çıkardığı basil, lezyonların kaviteli olup olmadığının, mukavemetin teşekkülü hususunda rolleri olduğu anlaşılmıştır. Aldığımız neticeler sonunda şu hükümlere vardık :

1. Tüberküloz basillerinde streptomisine karşı husule gelen mukavemet hemen hemen umumîdir.

2. Bu mukavemet ekseri vak'alarda miktardan ziyade tedavi gününe göre artmaktadır.

3. Mukavim vak'alar muahhar streptomisin tedivisinden istifade etmemektedir.

CETVEL 1

245 vak'a üzerinde tedavi gününe göre mukavemetin zuhuru

Vak'a adedi	Tedavi günü	M u k a v e m e t d e r e c e s i							
		Hassas		48 γ C. ce mukavim		168 γ C. ce mukavim		328 γ C. ce mukavim	
		Vak'a adedi	0/0	Vak'a adedi	0/0	Vak'a adedi	0/0	Vak'a adedi	0/0
98	0-42	61	65	19	20	6	5	9	9
115	43-99	37	32	27	23	8	7	43	38
32	100	6	19	4	12	6	19	16	50

4. Streptomisin diğer antibakteriyellerle teşrik edildiği zaman mukavemet teşekkülü gecikmektedir.

5. Evvelce streptomisin tatbiki neticesi basilleri mukavemet kazanmış hastalar kâfi miktar isoniazid tedavisine tâbi tutuldukları takdirde, bunların yeniden streptomisine hassas olabildikleri. (Bu netice iyice tebellür edinceye kadar, streptomisin ile isoniazidi kombine olarak kullanmamaktayız.).

D. Münakaşa ve netice.

Kullandığımız metodun bütün tüberküloz kliniklerinde işe yarayacağına kaniyiz. Aldığımız neticeler diğer müelliflere çok uymaktadır. Klinik ile mutabakat göstermektedir. Erken mukavemet gösteren vak'alarda sonradan streptomisin tatbiki ile ne klinik ve ne de radyolojik en ufak bir salâh kaydedilmemiş, halbuki 90 tedavi gününden sonra da hassas olan vak'alarda bilâkis hem klinik hem radyolojik salâh tesbit edilmiştir.

Katı vasatları tercih edişimize sebep; mayi vasatlarda alınan neticelerden hastanın ne miktar streptomisine hassas, ne miktarda mukavim basil çıkardığı hakkında bir fikir edinmek mümkün değildir.

Lâm kültürleri usulü çabuk netice verdiği kanaatle tavsiye edilmiş ise de, muhtelif streptomisin kesafetindeki üreme miktarlarını kıyaslamak katı vasatlardan çok güçtür. Keza basil miktarı az olan-

larda, bu suretle yapılan direkt kültürle netice alınamazsa; saf bir kültür elde edilemeyeceğinden tecrübeyi tekrarlamak kabil olmaz. Halbuki katı vasatların kontrollarından tecrübeyi tekrarlamak her zaman kabildir. Aynı vak'ada aralıklarla tekrarlamak suretile mukavemetin inkişafı bakımından gösterdiği seyri detesbit etmek mümkündür.

Katı vasatların hazırlanmasında, vasat mayi iken içine ilâve edilen streptomisin tahassür esnasında harap olan bir kısmı bulunduğunu, mahzur olarak ileri sürenler vardır. Bu mahzuru göz önünde tutarak, tecrübelerimizde iki usulü yani hem vasat içine, hem de sathına yaymak suretile (5-6-7 No. lu tüpler) birleştirdik. Metodumuzda paralel olarak kullandığımız iki şekil streptomisin vasatın içine ithali ve sathına yayılması, farksız neticeler vermiştir. L o v e n s t e i n - Y e n s e n vasatının 80 derece 40 dakika ısıtılması streptomisine pratik olarak tesir etmemektedir.

Bazı müellifler klinik görgüleri ile 10 üniteyi mukavemet hududu olarak kabul etmişlerdir. Biz metodların normal hata paylarını ve enkübasyon esnasında zamanla streptomisin harabolabileceğini düşünerek, katı vasatlar için 16 üniteyi mukavemetin hududu olarak kabul edilmesinin doğru olacağını zannediyoruz. Tecrübelerimiz neticesinde tarif ettiğimiz metodun klinik tatbikatta işe yarayacak kadar sıhhatli neticeler verdiğine kani olunmuştur.

S U M M A R Y

The Establishment of Resistancy in usage of Streptomycin : Between 1950 - 1952 at Heybeliada Sanatorium resistancy is controlled in 2736 cases undertaken the treatment of streptomycin. The result of the trails is determined in 245 cases which shows a regular partition, and the main factors in the establishment of resistancy is explained according the clinical findings.

The usual methods of control of resistancy and difference between the method which we used in our trails and the superiority of our method is explained.

R É S U M É

La Streptomycino - résistance du Bacille Tuberculeux : Parmi les malades traités régulièrement à la streptomycine, de janvier 1950 à fin 1952, au Sanatorium de Heybeliada, 2736 ont été étudiés au ponit de vue de la streptomycino - résistance et de ses conséquences. 245 cas présentant une partition régulière ont été soigneusement étudiés d'après les observations cliniques et les facteurs qui jouent un rôle dans la formation de la résistance ont été mis en lumière.

Heybeliada Sanatoryomu

Direktör: Dr. Tevfik İsmail Gökçe

TÜBERKÜLOZUN P. A. S. İLE TEDAVİSİ

Dr. TURGUT TARGAY

Fizyoloji; son bir kaç sene zarfında tedavi cihetinden çok ümit verici inkışaflara mazhar olmuştur. W a k s m a n n ve arkadaşlarının streptomisini keşf etmeleri tüberkülozun kat'î olarak tedavi edilebileceği ümidini doğurmuştur. Fakat bu ilâcın yaptığı ârızalar streptomisine karşı beslenen ümitleri sarsmıştır. Bununla beraber streptomisin bugün antibakteriyel ilâçların başındadır. Bunun yanbaşında gelen ilâçlardan biri de (PAS) dir.

Biz burada 1948 yılındanberi Heybeliada Sanatoryumunda kullanmakta olduğumuz P.A.S. hakkındaki müşahade ve neticeleri arz edeceğiz.

Tüberküloza karşı kullanılan ilâçların bir çoğu istimallerinden az bir zaman sonra unutulup gitmiştir. Bu muvaffakiyetsizliklerin başlıca sebebi Koh basilinin bünyesine atfedilmiştir. Bu sebepten BK. bünyesi daima müelliflerce hususî bir alâka ile takip edilmiştir. BK. in muhtelif maddeler muvacehesindeki respirasyon hali ve gaz mübadelesi tetkiklerinin mihrakı olmuştur. *Nakamura, Prigge, Bernheim* bazı metodlarla BK nın respirasyon hususiyetlerini tetkik ve tesbite çalışmışlardır. *Berheim'in* tahkikatı bir kısım kimyevî maddelerin ve bu arada banzuat ve salisilatların BK. in metabolizmasında vazıh bir tesir yaptığını göstermiştir. *Berheim;* patojen olan ve olmayan bir sıra kimyevî maddelerle karıştırılmasından doğan hususiyetlerden bazı pratik neticeler çıkarmak istemiştir. Filhaka *Bernheim* elde ettiği iki maddenin BK. in metabolizmasına müessir olduğunu tesbit etmiştir (1941). *Saz* ve arkadaşları BK. in neşvünemasına frenatris tesir yapan bu iki maddeyi onlarda bittecrübe teyit etmişlerdir (1943).

Lehmann; K a l m e t t suşu ile bu yolda bazı tecrübeler yapmış, banzuat ve salisilatların BK. nın oksijen assimilasyonu hakkındaki

tecrübe kendisine vazih fikir vermemiş ise de insan tipi BK. ile yaptığı tecrübeye benzuat ve salisilatların oksijen asimilasyonunu çoğalttığını tesbit etmiş ve bu keyfiyeti (benzoik yahut salisilik aside müsbet) diyerek tavsif eylemiştir.

Lehmann banzoik ve salisilik asitlerin moleküllerine bazı kimyevî gruplar eklemiş ve bu suretle BK. in metabolizmasına nehiy edici bir madde elde etmek istemiştir. Uzun araştırmalardan sonra (acidepara-aminosaisilik) elde edilmiştir. Bu cismin bakteriyostatik tesiri amin grubunun yeri değiştirmek suretile tetkik edilmiş ve P.A.S. in bünyesindeki amin grubunun değiştirilmesinden fayda temin edilmediği anlaşılmıştır. (*Youmans, Goodacre, Erlenmeyer*).

P.A.S. in bakteriyostatik veya bakteriyolitik keyfiyetleri araştırılmıştır: *Lehmann*; BK. in pas mahlûllerile temasını mahlûl keşafeti ve gün müddetile tetkik eylemiş ve neticede P.A.S.'ın (14) üçüncü günden itibaren BK. nın üremesine tamamen mani olduğunu bulmuştur. Bir grup kobaylar P.A.S. mahlûl serisi ile aşılansın ve bunlar kontrol mahlûllerile aşılansın ikinci grup kobaylar ile mukayese edilmiştir. Her grup hayvanlar kısa fasıllarla ölmüşler ve bundan P.A.S.'ın basilleri öldüremediği anlaşılmıştır. Hülâsa; pas bakteriyostatiktir, bakteriyolitik değildir.

P.A.S.'ın bakterioyostatik hassasının BK. metabolizmasının hangi faktörlerine tesir ettiği belli değildir. *Ragaz, Uhry, Hilfiger, Domagh*'ın fikirleri yine P.A.S. in hassasının lâyikile tenevvürüne kâfi değildir.

P.A.S. küçük billûrlardan ibarettir. Suda erir, ısıtmakla terkibi bozulur. P.A.S. mahlûlleri taze iken istimal edilmelidir. Dekarboksile olan pas; berrak mahlûlü esmerleşir. Meta - aminifenol solusyonuna tehavvül eden bu mayi artık kullanılamaz

P.A.S.; mide ve bağırsak yolu ile çabuk kana geçer. Kanda yükseliş seviyesi az sürer. Günde 10-12 gr. P.A.S. ile kanda imtisastan yarım saat sonra kanda Pashemie; %13-17 miligr. dır. Bu pasemi hali az sürer ve tedrici bir iniş ile dört saat sonra kanda pas %3-6 miligr. olur. P.A.S.'ın imtisast ve itrahi şahsa göre değişir. Bazı buluşlara göre en yüksek Pashemie öğleden sonra olur. Günlük doz; hastalığın klinik şekli, hastanın genel durumuna göre değişir. Günlük doz vasati 12 gr. dır; biz Heybeliada sanatoryumunda günde 10 gr. verdik. Draje, komprime, granüle halinde verdik. En iyisi granüle olanıdır. Drajeleri dışkısile çıkaran bir kaç hastaya rastladık. Biz haftanın beş gününde veriyor, iki gün vermiyoruz. P.A.S. ilk günleri bulantı, iştahsızlık, baş ağrısı, mide dolgunluğu, bazan

ishal halleri yapmıştır. Bu arızalar geçicidir. İlâca başlamadan evvel biz hastanın bütün laboratuvar muayenelerini klinik ve radyolojik metodik bulgulara ekleriz. Onbeş günde bir hasta laboratuvar muayenelerini tekrarlarız. Bilhassa böbrek fonksiyonuna önem veririz. Tedavi kısmında bahsedeceğimiz gibi P.A.S. perfüzyonundan bizde çok istifade ettik. Perfüzyonun miliyer ve menenjit TB. şekillerinde birinci derecede rol oynadığına kaniiz.

P.A.S.'ın uzviyet içindeki yayılışı tetkik edilmiştir. Menenj, plevra, kavern, sinoviyal boşluklarda P.A.S. tevazzu etmekle beraber en çok akciğer, karaciğer ve böbrekte mütekasif olarak tevazzu eder. Pas'ın itrahi; imtisası gibi daimi bir tekkik konusudur. Elyafi elastikiyetinin bulunduğu dokularda aşikâr tevazzu ettiğini fareler üzerinde yapılan bazı tecrübeler göstermektedir.

Birbirini teyit eden bazı lâboratuvar tecrübeleri bize pratik bazı neticeler elde etmemize yardım etmiştir: Perfüzyonun regle edilmek şartile (gutagut) oldukça sabit bir pashemi verdiğini günlük müşahedeler göstermektedir. P.A.S. perfüzyonu vasatî olarak kanda %15 miligr. dan aşağıya düşmemektedir. Bazı müelliflerin yazdıklarına göre perfüzyon ile %60-70 miligr. bir pasemi ile likit sefalo raşidiyene %10-15 miligr. P.A.S. geçirmek ve bunu stabilize etmek mümkündür. Bu hususta tecrübemiz yoktur. Bunu bilhassa *Paraf* iddia etmektedir. *Henry, Desbordes*; kan - likit sefaloraşidiyen barajını geçmek için %50 miligr. pasemiye ihtiyaç vardır, diyor. Bu rakamların umumiyet itibarile kabili tesbit olmadığını başta *Löfler, Moeschlin* olmak üzere bir çok müelliflerce müeyyettir.

Ağızdan verilen P.A.S. ile plevra boşluğunda *Wilhelmi*'ye göre %4, *Leintnere* göre 52 miligr. P.A.S. alınır. %10 nisbetinde 10-12 c.c. solüsyonu plevra içine verildikten (14) gün sonra plevra boşluğunda %1,0-20 mgr. P.A.S. tesbit edilmiştir. Bu nisbet plevranın kalınlığına, ampiyem mikdarına bağlıdır. Rektal yol ile verilen P.A.S.'ın nisbeti ağızdan alınanın yarısı kadardır (lavman suretile).

Ragaz'ın metodile balgamda P.A.S. ın mikdarını tayin eden müelliflere göre P.A.S. balgamda %1,2-0,2 nisbetindedir. Bu nokta P.A.S.ın akciğer lezyonlarının en kuytu yerlerine nüfuz edebildiğini ve bronşit tüberkülozda dahi P.A.S.ın müessir olduğunu göstermesi itibarile bilhassa mühimdir.

Marra, Gemmi'nin M o n a l d i drenajı ile tedavi ettikleri 24 hastanın idrarlarında zerk edilen P.A.S.ın %40 nın çıktığını tesbit etmişlerdir.

Bütün bu tecrübeler P.A.S.ın kavern cidarı için dahi yabancı ol-

madığını, kraşe dozlarındaki bulgularla alâkalı olması lâzım gelir gibi görünmektedir.

Bir kısım müellifler P.A.S.ın uzviyete yayılmasında eritrositlerin rolünün mevcut olup olmadığını tetkik etmişlerdir. Serum ile eritrosit arasındaki nisbet (P.A.S. cihetinden); 0,24-0,15 arasındadır. Başka bir tabir ile bütün kan kitlesinde serumda vasatî olarak % 60-75 (serumda) bir kesafet vardır (Ragaz: insan ve hayvan tecrübeleri). Bu da gösteriyor ki P.A.S.ın yayılmasında eritrositlerin rolü tâlidir.

Way ve arkadaşlarının yaptıkları tetkike göre P.A.S.ın %50-60 ı sülfamidlerde olduğu gibi albüminlere bağlıdır. Bundan da uzviyette bir müttehid P.A.S. ile serbest P.A.S. vardır. P.A.S.'ın büyük kısmı uzviyete bağlıdır. Ve serbest P.A.S.ın ancak %30-50 si idrardan geçer. Müttehid P.A.S.; bildiğimiz (P.A.S. - acetylye) dir. Bunun önemi çoktur. Zira P.A.S. tedavisinde asetilasyon ön plândadır (Vankatarmna-Bray). Tavşanda P.A.S.ın yarısı (P.A.S. asetile) halile çıkar. P.A.S. ın itrahı için zaruridir gibi görünüyor, diğer taraftan P.A.S.ın yüksek konsantrasyonu sırasında (sürsatürasyon) ve (kristaalizasyon) tehlikesinin nereden, hangi noktada teessüs ettiğini, edeceğini tefrik ve tecride imkân yoktur. Bu sebepten Nagley,Logg; P.A.S. ile tedavi ettikleri dört vak'ada idrarda hematüri, albüminüri ve P.A.S. billurları bulmuşlardır.

Yapılan tecrübeler göre P.A.S.ın itrahı sülfamidlere nazaran daha seridir İnsanlarda P.A.S. alındıktan 6-7 saat sonra bu maddenin W85 kısmı çıkar. R a g a z göstermiştir ki; P.A.S.ın 1/4 kısmı glomerüllerden; 3/4 kısmı ise tübüler sekresyondan, yani bu yol ile olur.

Tübüler eliminasyonu kösteklemek için (caronamide) maddesi B e y e r'in kullandığı gibi bu maddeyi P.A.S. ile teşrik ederek yani beraber vererek pasın itrahını geciktiren müellifler vardır. Caronamide'i günde 24 gr. verenler vardır. Biz bu maddeyi kullanmadık. Aynı maksatla kullanılan Benemide maddesini de kullanmadık.

Klinikte P.A.S. tedavisi esnasında yoklanması gereken bir keyfiyet de P.A.S.'ın BK. karşı müessiriyetinin devam edip etmediğinin aranmasıdır. P.A.S.'ın rezistansını tayin için muhtelif musuller vardır. Fakat esas birdir. BK. için P.A.S.'a karşı mukavemet arzemesi, P.A.S. tedavisini işgâl etmektedir. Bu yolda yapılan bazı tecrübeler sayanı dikkat bazı hususiyetlerin açıklanmasına yardım etmiştir.

F o r l a n i n i müessesesinde son senelerde yapılan tecrübelerde, *Daddi - Luccesi*'nin vardıkları neticeye göre :

1. Bazı hastaların P.A.S. ilâcı almadıkları halde dahi vehebi olarak bu ilâca karşı bir mukavemetleri vardır.

2. P.A.S.'a karşı mukavemetin alınan ilâcın mecmu miktarı ile mütenasip olduğu yani mukavemetin mikdar ile münasebeti var gibi görünmektedir.

3. P.A.S.'a karşı azamî mukavemet; bu tedavi ile salâh bulmayan vak'alarda görülmektedir.

Streptomisine karşı mukavim olan BK. suşlarının P.A.S.'a karşı mukavim yüksek sayıda unsurları ihtiva ettiği gösterilmiştir (*Daddi-Lucessi*).

Kombine tedavide streptomisine karşı teessüs etmiş bulunan mukavemetin aynı zamanda P.A.S.a karşı da aynı mukavemetin meydana geldiği tesbit edilmiştir. Bu da; antibakteriyel ilâçların BK. hücresi üzerine aynı karakterde bir tesir yaptıkları ve bu sebeple aynı müdafaa cevabı verdikleri fikrini vermektedir (*Tevfik İ. Gökçe*).

P.A.S.'ın tedavi suretile kullanış yerleri ve endikasyonları :

Primoenfeksiyon : Streptomisin keşfine kadar primoenfeksiyonun tedavisi iyyeno - diyetetik idi. Bugün şimiyoterapi tedavinin en münakaşalı bir konusudur. Miliyer tüberküloz ile menenjit tüberküloz tedavilerinin streptomisin ile tedavisinde hemen bütün fizyoloğlar müttehittir. Fakat çocuk ve riç tüberkülozunun miliyersiz şekli için mesele öyle değildir. Bir kısım müelifler primoenfeksiyonda hematojen bir yayım ile sekonder ve tersiyer ihtilâtlara mani olmak gayesile streptomisin tavsiye ederler. Postprimer ihtilâtlar tetkik edilmiştir. *Press* tezinde kahilde %51,92; çocuklarda %33,33 ihtilât bulmuştur. Primo enfeksiyon arkasında saklı duran ihtilâtlar için streptomisin istimalini tavsiye eden müellifler; mademki bu tehlike vardır, niçin kullanmıyalım, diyorlar.

Primo enfeksiyonu streptomisin ile tedavi sayesinde elde ettikleri parlak tecrübeleri yayınlayan müellifler vardır (*Glanzmann, Bequin*).

Gathala ve arkadaşları ilk yaştaki çocuklarda primoyi streptomisin ile karşılamak ve tedavi ile uzviyeti sterilize etmenin mümkün olduğunu iddia ediyorlar.

Ruzicka, Bebra ve arkadaşları primoda P.A.S.'ı muvaffakiyetle kullanmışlardır. *Paraf, Cardis* streptomisinden çok daha müessir olarak P.A.S. ile netice aldıklarını söylüyorlar.

Miliyer ve menenjit tüberkülozda P.A.S. endikedir. Streptomisinin bu iki klini kşekilde parlak muvaffakiyetini gösterdiği muhak-

kaktır. Fakat P.A.S. sız menenjit tedavisi bir kısım müellifler için hemen hemen imkânsızdır. Bahusus miliyer menenjit müsterek şekli için streptomisin aşikâr olarak gayri kâfidir ve P.A.S. ile teşriki zarureti vardır. Miliyer egü vak'alarında yalnız streptomisine dayanarak tedaviden müsbet netice beklemek hatadan salim değildir. *E. Bernard*'ın yalnız streptomisin ile tedavi ettiği 114 miliyer egü vak'adan 44 tanesi menenjit tüberküloz ihtilâtı yapmıştır.

Streptomisinin sülfonlarla teşrik ederek istimali dahi pediyatrları tatmin edememiştir. Kaldı ki P.A.S. ın entravenöz tatbikatı miliyer ve menenjit tüberkülozunda parlak neticelerin husul ve çoğalmasına çok yardımı vardır.

Y. Rössle'in menenjit tüberkülozda streptomisin ile beraber P.A.S. tedavisini şematize eden yazısını aynen alıyorum :

1. P.A.S. : Birinci hafta; günde 40 gr. entravenöz, gutagut. İkinci haftadan altıncı haftaya kadar: günde 30 gr. entravenöz. GGT.
7-8 inci hafta : Günde 14 gr. ağızdan.
3-6 aya kadar günde 12-14 gr. P.A.S. granüle (Cumartesi, pazar günleri verilmeyecek).
Böylelikle bu müddet zarfında hasta (üç kilo) Pas almış oluyor.
2. Entramüsküler streptomisin :
1-2 ay : $2 \times 0,5$ gr. günde, yani güne bir gram.
3-6 ay : $1 \times 0,5$ gr. günde yarım gram.
3. Entra lomber streptomisin :
Birinci hafta : Günde yüz miligram.
2-4 üncü hafta : Günde elli miligram.
İkinci ay : Haftada üç gün, günde elli miligram.
Üçüncü ay : Haftada iki gün, günde elli miligram.
4-6 ncı ay : haftada bir gün günde elli miligram.

3. Plörezi, perikardit, peritonit tüberkülozda P.A.S. endikedir; plörezi eksüdativ postprimer ihtilâtlarından biridir. Kahilde %88,88, çocuklarda %64,28 olur. Plörezi eksüdativin %95 i tüberküloz vasfındadır ve zan edildiği kadar selim bir ihtilât değildir. Eski plöretiklerin musabiyet derecesi (TB. cihetinden) vasatî olarak % 33,5 dur ve vefiyat derecesi %39 dur. (M i c h e t t i 1942). *Berthet*'nin bir yazısına göre bu nispetler %38,8 ve %16,26 dır. Bu postplöretik ihtilâtlar kısa bir zamanda teessüs eder. Bu itibarla plöretikleri verem hasta olarak telâkki edilmeli ve hijyeno diyetetik küre tabi tutulma-

lıdır. Plörezi eksüdativ musabı hastaların hasta tarafı teneffüsü faaliyetten ya kısmen veya tamamen mahrumdur. Mukabil tarafta lıdır. Plörezi eksüdativ musabı hastaların hasta tarafı teneffüsü sizliğı yüzünden bazan mümkün olamıyor. Bu sebepten *Holmgren Jacobeus, Michetti* pnömoserözü tavsiye ederler.

Yeni şimiyoterapi; eksüdativ plörezilerde bazı değışiklikler yapmıştır. Streptomisinin ya hiç ve yahut çok az tesir ettiğı görülmüştür. P.A.S.'a gelince *Cardis, Leintner, Valentin* gerek ağızdan, gerek mevzii olarak kullanmışlar ve iyi netice almışlardır. Perikar-dit ve Peritonit serözlerde dahi pas müsait neticeler vermektedir.

4. Ürojenital, osteoartiküler vak'alarda P.A.S. iyi tesir yapar.

5. Yukarı hava yolu tüberkülozunda malümdür ki BK. len-fosit nescini kendi tevazzu ve inkişafı için en münasip bir yerdir. Lenfoadenit tüberküloz buna misaldir. Valdeyer halkasında dereni tevazzuat çok görülen bir keyfiyettir. Fakat buna mukabil primer olarak amigdalit TB. nadirdir. *Langraff* ve *Roller* 19000 vak'ada ancak % 0,1 bulmuşlardır. Hançerede primer şankr ondan da nadirdir.

Yukarı hava yolları TB. sinde P.A.S.'ın tesirine dair vak'alar azdır. Amsler'in vak'ası gibi tipik ve P.A.S.ın parlak neticesini gösteren misaller hemen yoktur. TB. ye bağılı parotidit vak'alarda P.A.S.'ın streptomisinden aşağı kalmayan müsbet tesiri vardır. Çok nadir olan spesifik parotiditlerde şimiyoterapiden iyi netice alan müellifler vardır (*Carstensen*).

Otitis medyada günde on gram ağızdan P.A.S. vermek suretile müsbet tesir almak mümkündür, akciğer ve diğere uzuvlarda aşikâr salâh almadan önce orta kulakta aşikâr salâh alınır.

Bronşit TB. de P.A.S. tedrici şifa tesiri sebeble daralma husulüne mani olur. Streptomisin çabuk tesir ettiğinden bronşlarda daralda daha çabuk olur. Pas anterit TB. de olduğı gibi ameliyatlardan evvel ve sonra çok iyi neticeler verir.

P.A.S. hakkında yukarıda hülâsa halinde esas noktaları belirttikten sonra Heybeliada Sanatoryumunda P.A.S. ile tedavi edilen vak'aların neticelerine geçiyoruz :

Bizde P.A.S. ile tedavi edilen hastaların bir kısmı dışarıda streptomisin almış olanlardan 10-20 gr. dan fazla streptomisin almayanları tetkik listesine idhal etmiş bulunuyoruz. Bu suretle (430) vak'a tetkik ve mütalâa edilmiş olup, bunlardan da (93) vak'ası ne dışarda ve ne de sanatoryomumuzda tedavide kaldıkları müddet zar-

finda P.A.S. tan başka bir antibakteriyel ilâç almış degillerdir. Binaenaleyh tetkikkimizi iki esaslı gruba ayırıyoruz :

A grubu : Tedavilerine streptomisin veya başka antibakteriyel ilâç karışmış olanlardır.

A grubundaki 337 vak'adan (36) tanesi ampiyemdir. Bunlardan (26) tanesi entraplöröl olup, bunlardan (21) i faal ve (5) i stabilize olmuş akciğer TB. u ihtilâtlıdır. Ekstraplöröl (EPX) ampiyem ondur. Bunun beşi faal ve beşi da stabilize olmuş vak'alardır.

A grubundaki (337) vak'adan 5 tanesi progresyon gösteren ve sekel halinde, 5 tanesi adenopati trakeobronşik, 2 tanesi menenjitli miliyer TB., bir tanesi menenjit miliyer TB, dir. 4 tanesi de plörezi eksüdativ olmak üzere (17) vakdadır. %5.

Bu gruptaki eksüdatif şekiller (16) olup %5. Yine bu gruptaki prodüktif olanlar (304) olup %90 nisbetindedir.

B grubunun 82 sinde prodüktif, 13 ü eksüdatif dir. Hastalığın seyir ve inkişafı bakımından (52) vak'a progressif, (41) i stasyonerdir. Bunlardan (82) si kaviteli dir. B grubu vak'alardan (4) ü te ktarafli; bir tanesi ile iki taraflı ampiyemdir.

Biz vak'aların azami kısmında P.A.S.'ı ağızdan verdik, günde on gram verdik, bu dozu yükselttiğimiz vak'alar da vardır. İlâcı draje, komprime ve son zamanlarda bilhassa graüle şeklinde verdik. Hastalardan pek azında draje halindeki P.A.S'ın bağırsaktan aynen çıktığını tesbit ettik. İlâcı haftada beş gün veriyoruz ve iki gün vermiyoruz. İlâca başlamadan önce P.A.S. endikasyonu konulan hastanın klinik bakteriyolojik, radyolojik metoda ve mutad muayenelerimize zamimeten her hasta için yaptığımız gibi bunlarda da kan ve idrar muayenelerini ve burada karaciğer ve böbrek fonksiyon testlerini dahi yaparız. P.A.S. tedavisine tabi tutulmuş hastaların tedavi süresi en az bir ay olanı dahi tetkikten geçmiştir. P.A.S. tedavisi esnasında hastanın üç esaslı mukayesesi yapılmaktadır: 1. İlâca başlamadan evvel tetkikler. 2. Tedavinin ortasında tetkikler. 3. Çıkarken nihai tetkik ve kanaat.

P.A.S. alan hastaları ateş, nabız, teneffüs, günde çıkan balgam miktarı, tükürme sayısı, bulantı, kusma, mide ve bağırsak şişkinliği, iştihaya tesiri, kiloya tesiri, vitalkapasiteye tesiri, zalioskopiye tesiri, gece teri ce bilhassa bir çok hastaları izac eden hırıltının kaybolup olmadığı, kaşıntı, deride tezahürat olup olmadığı hususları muntazam olarak takip edilmiş ve neticelere eklenmiştir.

Biz hastalarımızda P.A.S.'a başlandığı ilk günlerde bulantı,

mide, bağırsak şişkinliği hazımsızlık çok gördük, fakat bütün bunlar muvakkattır. Bahusus son P.A.S. müstahzarları belki daha iyi ve daha pür olarak yapılmış olmalı ki, yukarıda sıraladığım âraz ve şikâyetler azaltılmıştır. Bilhassa kadınlarda P.A.S. tedavisi başlangıcında baş ağrısı nazarı dikkatimi çekmiştir. Fakat bu P.A.S.'ı kestirecek ve hattâ durduracak bir hal arz etmemektedir.

P.A.S.'ın tesirine dair klinik bulgulara gelince: Ateş; vak'aların % 60 ında vasatî olarak ikinci haftada lizis şeklinde iner. Ateşin düşmediği vak'alar da vardır. Meselâ : B grubundaki yani yalnız P.A.S. alan hastalardan 93 vak'adan 24 ünde ateş düşmemmiştir. 64 ünde tamamen düşmüştür.

Balgam : Kaviteli vak'alarda balgam hiç azalmadı. Nodüler vak'alarda vak'aların 2/3 ünde sürtle azalmağa başlar. P.A.S. tedavisi esnasında puse evolutiv olursa bu tesir zail olur.

BK. tesiri : En zor, en güç basile tesir eder. B grubundaki 93 vak'adan 39 u servise girerken BK (+) olup. çıkarken BK (—) ancak (21) vak'adır. Girerken KB + olupta çıkarken ancak teksif ile balgamda BK + olan iki vak'adır. Girerken BK+ olupta, çıkarken ancak kültürde BK + olan bir vak'adır.

Sedimentasyon : P.A.S. sedimentasyona müsbet tesir eder.

B grubundaki 93 vak'adan 32 sinde Sedi düşük olmakta devam etmiştir. 60 ında aşikâr salâh vardır.

Beden vevzine tesiri : Kürün tesirini hesaba katmak şartile umumiyet itibarile kiloda artış vardır. B : 93 vak'adan 65 kişi kilo artışı vardır. 22 sinde kilo kaybı vardır.

Vital kapasite : Vazih olarak tesiri yoktur. Grup B deki hastaların 26 sında V. K. artmış ve 67 sinde V. K. azalmıştır.

Glisemiye tesiri : Bütün birbirini nakz eden neşriyata rağmen P.A.S. glisemiye menfi tesir yapmamaktadır.

Potasemiye tesiri : Son zamanlarda P.A.S.'ın hipoyotasemi yaptığı zikr edilmiş ise de vazih bir fikir dermeyan edebilmek için tetkikatın neticesini beklemek lâzımdır.

Kan üzerine tesiri : Yapılan metodik ve mükerrer muayenelere göre P.A.S.'ın kan muvazenesine sui tesiri yoktur.

Rezistans : Streptomisin ile beraber ve yahut diğer antibakteriyel ilâçlarla teşrik edilen P.A.S. mutekabil olarak rezistansın teessüs etmemesine yahut geç zuhur etmesine yardımcı dokunduğu müteaddit müşahadelerle sabittir.

Lezyonların radyolojik zaviyeden tetkiki : En geç alınan müsbet bir tesirdir. Fakat batı ve tedrici olan bu müsbet tesirin muahhar

sirürjikal müdahale ve tedavi tedbirlerine fırsat verdiği görülmektedir.

Brup B : 93 vak'adan 45 inde radyolojik ne müsbet ve ne de menfi fark yoktur. P.A.S. alan 93 hastadan 7 sinde PX tesis imkânı elde edilmiştir. 2 vak'ada ekstraplöral PX yapılabilmıştır. 3 vak'ada plastik yapılmıştır.

11 vak'ada pnömoperitüan tesis edilmiştir.

P.A.S.'ın kaverno içine tamponmanı suretile kullanılmasından (%5 P.A.S. solusyonu) kavitenin küçüldüğü ve bu suretle cerrahî müdahaleye yani cerrahi kollapsa elverişli vaziyet elde edilmiştir.

Kavitenin içindeki BK. tekasüfünü önlemek suretile dezentoksikasyona fırsat verdiği görülen ve takip edilen vak'alarla sabittir.

Ampiyemlerde pas (lavaj gibi) yardımcı tedbirlerle entraplöral olarak iyi neticeler vermektedir.

İster entraplöral, ister ekstraplöral olsun ampiyemlerde P.A.S.'ın lokal tatbik suretile tedavide üstünlüğü yoktur.

Buna mukabil P.A.S.'ın kavernostomi vak'alarda iyi neticeler verdiği ve kavernin basilifer durumunu ehemmiyetli derecede salâha götürdüğü hastaların takibinden alınan kanaatle sabittir.

Hülâsa : P.A.S. tüberküloz tedavisinde önemli rol oynayan bir ilâçtır İçiminin zorluğuna rağmen kullanılması zaruridir. Tesiri batidir, fakat emniyet temin edicidir.

BIBLIOGRAPHIE

Zur Pharmakologie der P-aminosalicylsäure: Schwei. Med. Woch. Von L. RAGAZ. 1948 / No. 50.

Chemotherapie der tüberkulose mit P-aminosalicylsäure: Von H. STEINER. H. STEINLIN und E. WILHELMI.

Schwei. Med. Woch. 1948 / No. 50.

Die therapie der tüberkulose mit PIs mit besonderer berücksichtigung der bronchial and Nieren tüberkulose. Von : HUG. S. MÄSCHLIN. und E. TANNER Schwei. Med. Woch. 1949 / No. 16.

L'effet du P.A.S. sur les complications laryngee, bronchique et intestinale de la tuberculose pulmonaire. R. DE BEULE.

SCHWEI. MED WOCH. 1952 / No. 25.

Über die grundstätzlich chirurgi behandlung der halsyphdrüsen tüberkulose : Von E. K. OPPIKOFER.

SCHWEI. MED WOCH. 1952 / No. 26.

Die wirkung von chaulmoograöl allein und kombinirt mit Pas oder TB I auf die experimentelle Mause tüberkulose : Von : H. HURRIS.

- Schwei. Med. 1952 / No. 26.
- Pas inder chemotherapie der tuberkulose : Von L. RAGAZ.
- Schwei. Med. 1952 / No. 14.
- Zur intravenösen anwendung von paraaminosalicylsäure (PAS), von : F. AMBERG. SCHWEI. MED. 1951 / No. 11.
- Nebenerscheinungen im verlaufe der tuberkulose - behandlung mit Paraamino Salicylsäure (PAS). Von : L. MORENDÍ. H. OCHSNER. A. EUENSCHWANDER. Schwei. Med. 1951 / No. 52.
- Revue medicale de la Suisse Romande. Par : Y. RÖSSELER (A propos de la meningite tuberculose) 1951 / No. 1.
- Conference XI de l'union internationale contre la tuberculose : Tevfik İsmail Gökçe.
- Conf: XI. de L. INT. Contre la TB.: J. PARAF.
- Menenjit TB. hali hazır tedavisi: Zeki Sıtkı Köseoğlu. Türk Tıp Mec. 1952/sayı 8.
- Tüberküloz şimiyoterapisinde Pas ve tedavi neticelerinin kritiği. Te : 1952. M. ZAHİT KUZGUN.
- Akciğer tüberkülozunda Pas tedavisi : Tez: Fahrettin Erginsoy ; 1949.
- Le traitement de la tuberculose par l'acide para - aminosalicylique (Pas): Jean Paraf J. DESBORDES. M. PARAF P. ZIVY.
- Revue med. de la Suisse Romande 1950 / No. 5.
- Akciğer tüberkülozunda yeni tedaviler : 1950 ve -952. Tevfik İsmail Gökçe.
- Etudes sur la Pashemie : P. ZIVY. ALAIN TOUCHARD.
- Presse Med. 1952 / No. 41.
- Pas blutspiegel nach peroraler einnahme verschiedener calcium-pas granulate: Von : M. C. SANZ und A. MÜLLER. Schwei. med. 1952/No. 52.
- La resistance du BK. a l'acide para-aminosalicylique (Pas) : Noel Rist. Paul Veran La presse Med. 1951 / No. 2.
- Über methodik und komplikationen der intravenösen PAS infusionen von J. REGL, C. STAUBLI.
- Schwei. med. 1951 / No. 52.
- Le Pas intraveineus dans le traitement de la tuberculose pulmonaire commune: J. PARAF. P. ZIVY. J. BORY. J. DESBORDES. M. PARAF.
- Presse med. 1952/No. 1.
- Le traitement des epanchements purulents du EPX par le Pas accumulation locale: P. LE FOYER. M. PERVES.
- Le P.A.S. en perfusion intra - abdominale dans les ascites tuberculeuses L. R.
- Presse Med. 1952 / 57.
- IntravenösePas - therapie und lungen tuberculose PARAF. P. ZIVY. E. ROSENBERG. J. DESBORDES.
- Sswei. Woch. 1952 / 38.
- Les pousses febrile du Pas : B. KREIS. F. PAQUELIN. J. ABRIC.
- Presse Med. 1950 / 73.
- Beobachtung über störungen des zuckerstoffwechsel während der Pas - behandlung : K. FRANKE.
- Schwei. Med. 1952 / 16.
- Über die kombinete behandlung der menengitis TB. B. STEINMANN. Schwei. Med. 1951 / 27.

S U M M A R Y

PAS Treatment in Tuberculosis : 93 cases only with PAS and 337 cases with the combination of other antibacterials were treated at Heybeliada Sanatorium. The production of steady but safe improvement is observed in cases treated with PAS. This effect particularly is noticed on cough, sedimentation rate and on vital capacity of the patient. The influence on the bacilli and radiological evidences is late. According to clinical findings the definite effect of PAS on various forms of tuberculosis is approved. In the treatment of tuberculous meningitis PAS should be combined with streptomycin. PAS produces some improvement on disseminated lesions of the lung and make ready the cases for medical and surgical collapse treatment.

R É S U M É

Le traitement de la tuberculose par le PAS.— Au Sanatorium de Heybeliada, 377 malades ont subi un traitement au PAS combiné et 93 autres n'ont reçu que du PAS. L'effet du médicament est sûr et progressif et un résultat toujours favorable est observé. Le PAS agit surtout sur la toux, la sédimentation, et la capacité vitale est franchement influencée. L'effet sur la bacille et l'image radiologique est plus tardif. L'analyse des observations met en évidence l'effet favorable du PAS dans les différentes formes de tuberculose. Dans la méningite tuberculeuse, il est indispensable de l'associer à la streptomycine. Les lésions tuberculeuses très étendues du poumon sont, non seulement favorablement influencées par le PAS, mais aussi ce dernier permet des interventions médico-chirurgicales, la collapsothérapie et leur continuation.

AKCİĞER TÜBERKÜLOZUNDA PARENTERAL

P.A.S. TEDAVİSİ

Dr. FAHİR SANEL

P.A.S.'ın tüberkülozdaki tesiri 1946 da İsveçli *Jörgen* tarafından meydana çıkarılmıştır. Derhal büyük revaç görmüş ve ikinci bir streptomisin gibi telâkki edilmiştir. Lâkin bu heyecan uzun sürmedi. Seriri tecrübeler P.A.S.'ın Streptomisinden çok daha az tesire malik olduğunu gösterdi. Şüphe ve hayal kırıklığı süratle ilk heyecanın yerini aldı. İlâç streptomisine nazaran tâli ve yardımcı sınıfa ithal edildi. Lâkin yeni travaylar PAS'a tekrar rağbet kazandırmış ve parenteral yolla kullanmak imkânının bulunması da ilâca bağlanan ümitleri yeniden canlandırmıştır. İlâcın Verit - içi veya deri altı yolu ile kullanılmasının şayanı dikkat bir tesir tarzı vardır.

P.A.S. ağız yolu ile verildiği zaman zayıf ve gayri sabit bir tesire maliktir. Streptomisinde olduğu gibi kavernli lezyonlar üzerinde büyük değişiklikler yapmaz. Bunun sebebi de hazım bozukluklarından dolayı ufak dozlar kullanmak ve tedaviyi erken terketmek mecburiyetidir. Ağız yolu ile verilen P.A.S.'ın bu mahzurları streptomisine karşı resistans usulüne mani olmaya yarayan yardımcı bir ilâç telâkki edilmesine sebep olmuştur. Bunun haricinde Kolaps tedavisinin inzarını düzeltmek maksadı ile de tek başına verilmektedir.

Ağızdan verilen P.A.S. kanda nadiren 20-40 miligr. kesafeti teçavüz eder. Bu konsantrasyon kavernlerin etrafındaki vaskülarit, skleroz ve kazeumun yaptığı barajı geçmeye kâfi gelmez. *Paraf* ve arkadaşları kasten veya kazaen günde 30-40 gr. P.A.S. alan hastalarda neticelerin daha iyi olduğunu müşahade etmişlerdir. Bu miktarlara hazım cihazı her zaman tahammül edemeyeceğinden damar yolunu kullanmağı düşünmüşlerdir. Başlangıçta bir taraftan *Duroux* ve diğer taraftan *Paraf* ve arkadaşları 30 gr. P.A.S.'ı bir litre suda eriterek damardan vermeye teşebbüs etmişlerdir. Perfüzyon 24 saat devam ediyordu. Ayrıca, bu mahlül şok ve veritlerde de iltihap ve skleroza sebep oluyordu. Bu ârizaların ilâcın süratle tahammur ederek bozulmasından ileri geldiğini anlayarak *Paraf* ve mesai arkadaşları stabize, apiretojen bir mahlül hazırlamışlardır. Bu mahlül bilahare komersiyalize edilmiştir. 500 c.c. lik şişeler dahilinde 15 Gr.

P.A.S. sodik ihtiva eden bu mahlûlün kullanılması ile bütün nahsurlar izale edilmiştir. Ticarete ampullerde kuru toz halinde ve eritmek suretile kullanılabilir P.A.S. müstahzarları da vardır. Yapılan kimyevî tetkikler kanda 300 mgr. gibi kuvvetli bir yükselmeden sonra kesafetin 25 saat kadar müessir bir seviyede kaldığını göstermiştir.

Tesir Tarzı :

Ağız yolu ile alınan PAS ve streptomisin tedavisinin kavernli lezyonlar üzerine olan zayıf tesiri malûmdur. Ağız yolu ile alınan PAS kanda düşük kesafetlerde bulunduğuandan kavernin etrafındaki vaskülarit, skleroz ve kazeum'un yaptığı barajı geçemez. Aynı şey streptomisin içinde varittir. Üstelik kavern dahilindeki hamızıyet streptomisinin tesir icra etmesine mani olur.

Parenteral yolla verilen P.A.S. bu barajı geçerek kavem veya drenaj bronşunun içine giren kazeumun erimesi (*Bornou, Fricoire Tournier*) ve bakteriyostazın yardımı ile kavern nescinin burjonmanı ve vaskülarisazyonp mümkün olur. Bunlar verit içi P.A.S. tedavisinin müsait tesirini izah eder.

Kavernlerin salâh veya kapanmaları iki veya üç haftalık perfüzyondan sonra görülür. Buna mukabil kavernsiz lezyonlar, nodüller veya taze mihraklar tedaviye daha çabuk cevap verirler. Bu tesir streptomisininkine benzer.

Bakteriyolojik Tesirler :

Eğer streptomisin başlangıçtan itibaren P.A.S. perfüzyonları ile teşrik edilirse resistans tehlikesi çok azdır. Aynı şekilde streptomisin ile birlikte veya yalnız başına tatbik edildiği zaman P.A.S'a karşı mukavemet ihtimali de çok zayıftır.

Tedavi edilen hastalar eğer streptomisine karşı mukavim iseler bunlar da P.A.S.'a karşı muvakkat tehlikesi fazla değildir.

Streptomisine mukavim hastalarda müsterek streptomisin ve P.A.S. tedavisi streptomisine karşı mevcut bu mukavemeti artırmaz. *Duroux* ve *Coletsos* bu gibi hastalarda streptomisine karşı mukavemetin hafiflediğini müşahade etmişlerdir.

Rist, Grumbah ve *Coletsos*'nin araştırmaları izonikotnik asit hidrazide karşı süratle in vitro mukavemet husule geldiğini göstermektedir. Hastalarımızda bu mukavemet husulünü önlemek, veya streptomisini mümkün olduğu kadar az kullanmak gayesi ile P.A.S. perfüzyonlarını teşrik etmekteyiz. Bu tecrübelerimiz henüz yeni olduğundan ne netice vereceğini şimdiden kestirmek mümkün değildir.

Tedavideki Neticeler :

Kendi müşahadelerimiz ve bu hususta büyük tecrübesi olan *Duroux, Coletsos, Paraf, Zivy* ve akrabalarının tecrübelerine göre 15 günlük verit içi P.A.S. tedavisi aylarca süren streptomisinle müşterek veya yalnız başına ağızdan P.A.S. tedavisinden daha iyi neticeler vermektedir. Salâh onuncu günde başlar. İrtişahlar ve peribronşik ke-safetler silinmeğe yüz tutar, kavern kuturlarında küçülme müşahe-de edilir. Üçüncü haftadan sonra netice daha aşikâr olur. Bu ta-rihten sonra terakki yavaşlar. Azami iki ay sonra eğer şifa hasıl olmamışsa başka tedaviye geçmek lâzımdır. Tedavi müddetinin kı-salığı kollaps tedavisi kararını geciktirmek bakımından çok ehem-miyetlidir. Zira Kavernlerin çoğunda, eninde sonunda bu tedaviye müracaat edilir. Diğer taraftan bir ilâ üç aylık tedavi P.A.S.'a karşı resistans husulü için çok kısadır.

Streptomisin ve P.A.S. Perfüzyonları teşrik edildiği takdirde vak'aların %30 unda çok iyi netice alınır. Lezyonlar tamamen sili-nir ve kavern'ler kaybolur. Vak'aların %60 ında salâh elde edi-lir. % 10 unda ise lezyonlar da ehemmiyetli değişiklik olmaz. Bu vak'aların bir kısmı evvelce ağızdan P.A.S. tedavisi görmüş olan-lardır.

Netice itibariyle bu müşterek tedavi her zaman hastalığı iyi etmeye kâfi gelmez. Lâkin başlangıcında güç ve imkânsız olan kollaps tedavisinin müsait şartlar dahilinde yapılmasına imkân ha-zırlar. Şüphesiz basit bir pnömotoraks tesisi bahis konusu olduğu zaman verit içi P.A.S. perfüzyonlarına muhakkak lâzım yoktur. Fa-kat buna mukabil kollaps tedavisinin güçlük arzettiği zamanlarda (sathî kavern, kontr elektivite, iki taraflılık, genel durumun bozuk olması, ilâ...) perfüzyon ile teşrik edildiği zaman streptomisin te-davisindeki rezistans ihtimali çok azdır. Bu bakımdan antibiyotik tedaviyi erken terketmek mecburiyeti yoktur.

P.A.S. perfüzyonları ile şifa bulmuş vak'alarda nükse mani ol-mak için uzun zaman antibiyotik yapılmasına lüzum vardır. Bu mak-satla Perfüzyon kürleri arasına ağızdan P.A.S. tedavisini sıkıştırmak faydalıdır. Ayrıca teneddüp vetiresini sağlamlaştırma için mutlak istirahatın her türlü kaidesine riayet etmek lâzımdır.

P.A.S. perfüzyonları gerek istirahatle ve gerekse kollapsla yapı-lan tedavi müddetinin kısaltılmasında ayrıca kıymetli bir yardımcı-dır.

Teknik :

500 cc. %3 P.A.S. mahlûlü tedricen artırmak suretile dakikada 120 damlaya çıkılır. Perfüzyon müddeti 2,5 ilâ 3 saat sürmelidir. Her gün yapılan perfüzyondan sonra cam ve tüp aksamı içinde kalmış olan P.A.S. bakiyesinin tahammuzunu önlemek için içlerinde derhal bol su geçirilmelidir. Bilâhare evvelâ alkol ve arkasından alkol-eter geçirildikten sonra süzülmeğe bırakılır. Tekrar kullanılincaya kadar hepsinin 90 derece alkol içinde saklanması şayanı tercihtir. Tekrar kullanmadan evvel kaynatılarak sterilize edilir. Cam ve tüp aksam seruma bağlandıktan sonra 30 ilâ 40 cc. kadar mahlûl akıtılarak içlerinden havanın çıkması temin edilir. Bu tedbirlere riayet edildiği takdirde arızalar nadirdir.

Arızalar :

30 ilâ 40 perfüzyondan sonra verit sklerozu %20 yi tecavüz etmez. Şok nadirdir (*Even*). Ufak şok hâdiselerini damla adesini azaltmak suretile önlemek mümkündür. *Paraf* ve arkadaşları 2000 perfüzyonda yalnız dört şok ve beş veridi teharrüş kaydetmişlerdir.

Fartı hassasiyet, ürtiker, ateş, hemolitik anemi, mikrohematüri istisnaidir (*Morin*).

Şahsî müşahedelerimizde bu ârizalara hiç tesadüf etmedik.

Deri Altı Pas Zerkleri :

Son zamanlarda deri altına P.A.S. verilmeye başlanmıştır. Verit yolu ile tahammülsüzlük veya veridin bulunmasında güçlük çekildiği zamanlarda kullanılmaktadır.

Deri altına yüksek miktarda perfüzyon mahlûlünün zerk edilmesinin ağrısız olması ve süratle uzviyete yayılmasını temin maksadı ile perfüzyondan evvel bir difüzyon faktüri ile birlikte mevzii anestezi zerkedilir. Difüzyon faktörü olarak hiyalüronidaz ve mevzii anestezi olarak prokain kullanılır.

5 ünite U.R.V. (Unite de reduction de viscosite) birkaç santimetre mikâbı anestezi mahlûlle karıştırılarak baldırın dış tarafına deri altına zerkedilir. Aynı mahalden hemen %3 P.A.S. mahlûlü perfüzyon suretile verilmeye başlanır. Çok defa saf bir P.A.S. mahlûlü kullanmak ve damardan yapılırken olduğu gibi bütün tedbirlere riayet etmek lâzımdır.

Kanda 50 ilâ 100 mgr. kesafet elde edilir. Bu kesafet 8 ilâ 12 saat devam eder. Bu hususta denemeler henüz yenidir. Şahsen kullanmaya henüz fırsat bulmadık.

Gerek verit içi ve gerekse deri altı P.A.S. verilmesi tüberküloz tedavisinde ciddi bir terakki teşkil eder. Memleketimizde bu mah-lülün tedarik edilmesinde karşılaştığımız güçlükler yüzünden çok fazla sayıda tatbik imkânını bulamıyoruz. Maliyet bakımından her ne kadar pahalı gibi gözüküyorsa da ağızdan alınan P.A.S.'a nazaran fazla sayılmaz. Tedavi müddetinin kısalığı göz önünde tutulursa pa-renteral tedavi kürünün ağız yolu ile P.A.S. tedavisine nazaran daha iktisadî olduğu görülür.

BİBLİYOGRAFİ

- Bariéty M. : 1951 de Pnömo-fizioloji. La Rev. du Praticien, cilt 1, No. 6, 1951.
- Bernou, Tricoire ve Rist : Speleotomi de antibiyotikler, Rev. dela Tub. 1950, 14, 527.
- Bory : PAS asidinin sodyum tuzu ile verit içi perfüzyonları. Thése de Paris, 1915.
- Coletsos P. J. : İ.N.H. - streptomisin - PAS teriki hakkında. La Rev. de la Tub. S. 7-8, 1952.
- Duroux, Coletsos. : Kavernli akciğer tüberkülozunda PAS perfüzyonları, Soc. Fr. de la tub. 9 temmuz 1951.
- Even R. ve Sors C. 1951 de Pnömo - fitizyoloji, Le Bul. med. No. 615, 1952.
- Fisher, Roberts ve Hinshaw : Tüberküloz tedavisinde PAS'ın sadyum tuzunu deri altı yolu ile verilmesi, Am. Rev. Tub., 5, 557, 1951.
- Morin J. : Tuberculose, Cours de Leysin 1951.
- Paraf, J. : PAS ile akciğer tüberkülozu tedavisi. Entr. de Bichat, 1950.
- Paraf, J., Desbordes, Bory, Zirvy : PAS'ın insanda kullanılması hakkında. Rev. de la Tub. 1175. 1950.
- Paraf, J., Desbordes J. Rosenberg E. Zivy, Paraf M. ve BORY J. : Difüzyon faktörü ile birlikte deri altı PAS zerki. Presse med. 2, 1952, 474.
- Paraf, Zivy, Desbordes ve Paraf : Akciğer tüberkülozunda PAS enfeksiyonları. Bull. Med Acad. nat. Med. 35-36, 1951, 652.
- Pruvost P. ve Brincourt J. : Akciğer tüberkülozu ve verit yolu ile PAS tedavisi. L'année med. pratique 1952.
- Rist N. Grumbach F. tüberküloz basillerini izanikatnik asid hidrozadie muka-meti, La Rev. de la Tub. S. 7-8, 1952.
- Zivy Mütekatti verid perfüzyonları ile akciğer tüberkülozunun tedavisi. Entret. de Bichat. 1951.

S U M M A R Y

PAS Perfusion in the Treatment of Pulmonary Tuberculosis : In order to avoid the intolerance in PAS treatment the perfusion may be used. As well as the subcutaneous route the intravenous administration of PAS for 2-3 weeks produces some remarkable improvement in tuberculosis. Instead of some rare complications of this method the perfusion of PAS is quite convenient and cheap.

R É S U M É

L'administration du PAS par voie parentérale dans la tuberculose pulmonaire.— L'auteur conseille l'administration du PAS par la voie parentérale dans tous les cas où l'état du tube digestif ne permet pas l'administration d'une dose suffisante de cette drogue. La perfusion du PAS sous-cutanée ou intraveineuse peut être continuée durant deux à trois semaines. Les résultats sont très favorables. Cette méthode qui ne donne lieu à aucune complication serait économique.

Ankara Üniversitesi
Fizyoloji Kliniği Direktörü
Prof. Dr. Nusret Karasu

P.A.S. TEDAVİSİNE KARŞI BİR İDYOSENKRAZİ VAK'ASI

Prof. Dr. NUSRET KARASU
Dr. MAHİR GÜVENÇER

Tüberküloz tedavisinde kullanılan ilaçlardan Para Amino Sali- silik asid, tesir mekanizması bakımından bakteriyostatiktir. Biz vak'amızda bu ilâcın umumî ve mihrakî ârazilarda fena tesir ettiğini müşahade ettik. Müşahadesini anlatacağımız vak'amızda hasta, hafif bir infiltration ile müracaat edip streptomycin ile tamamen rezorbe olmuş diyebileceğimiz bir durum arzemiş iken müteakiben kullanılan P.A.S. ten sonra hastalık mihrakî etrafında husule gelen reaktivasyon ile yeniden hastalanmıştır.

Vak'amızın müşahadesi şudur :

Bayan L..., Talebe, 21 yaşında, İstanbullu, Protokol No. 171.

Hikâyesi : Altı aydanberi sık sık nezle ve grip oluyormuş. 3 ay evvel ateş öksürük ve baş ağrısı ile hastalanmış. Doktora müracaat etmiş, 27/3/951 tarihinde film çekirmiş sağ terkova altında infiltrasyon tesbit edilmiş ve hemen streptomycin tedavisine başlanmış, 16/4/951 günü yapılan radyolojik kontrolde ateşin düştüğü ve enfiltrasyonun hemen tamamen zail olduğu görülerek 20 gün daha gün aşırı Streptomycin'e ve haftada beş gün, günde 12 gr. olmak üzere P.A.S. tedavisi tavsiye edilmiş. Bundan sonra titreme ile ateş yükselmesinden, başağrısı şiddetli bulantı ve kusmalardan şikâyet ettiği için 29/5/951 günü yapılan kontrolde bundan evvelki enfiltrasyonu yerinde genişleme görüldüğü için 2/6/951 günü Veremle Savaş Derneği Hastanesine yatırılmıştır.

Hastanede yapılan klinik muayenede :

Ateş 37, 4 nabız : 92, sağ zirvede ve terkova altında süb-

matite ve yaş raller alındı, sedimantasyon 40. mm. balgamda basil teksif ile menfi görüldü. Likör serebro-spinaliste de kayda değer marazî bir hale tesadüf edilmedi.

Yattığı günden itibaren tatbikine başlanan streptomycin'e ilâve olarak 5/6/951 de günde 12 Gr. P.A.S. verilmeğe başlandı. P.A.S. verildikten 4 saat sonra saat 13 te şiddetli frisson ile ateş 39,8 e kadar yükseldi. Şiddetli bulantı ve kusmalar oldu. Etraf siyanozlu bir hal aldı. Ayaklarda kaşıntılı pürpürük lekeler görüldü. Frisson üzerinde iken alınan kanda plazmodi bulunmadı. Tekrar alınan likör serebro spinalis te marazî bir tegayyür tesbit edilmedi. Ve her ihtimale karşı 1 gr. kinin ampülü zerk edildi. Ateş 39.8 da bol terle 36,6 ya düştü.

6/6/951 günü baş ağrısı ve şiddetli bulantıdan şikâyet ettiği için P.A.S. verilmedi. Yalnız streptomycin tatbik edildi. Kaşıntılı purpurik lekeler kaybolmağa başladı. Bu arada mide suyunda da basil aranmış tesbit edilememiştir. Şikâyetleri tedricen azalmak üzere 12/6/951 gününe kadar devam ettiği bu tarihte umumî ahval düzeldiği ve hiçbir mide şikâyeti kalmadığı için 13/6/951 günü tekrar P.A.S. verilmeğe başlandı. Sabahleyin ateşin 36,2 olmasına rağmen saat 8 de 10 draje P.A.S. aldıktan 4,5 saat sonra ateş frissonla 40 dereceye yükseldi. Ve hastada umumî ahvalin birdenbire bozulmasıyla şiddetli bulantı ve kusmalar ve etrafta fazla kaşıntılı ürtiker plâkları görüldü. Frisson esnasında tekrar alınan kanda plazmodi tesbit edilemedi. Saat 23 te ateş terle 37 ye düştü.

Hastada subikter hali müşahade edildi. İdrarda patolojik bir bulguya rastlanmadı. Bu durum karşısında ateşin yükselmesi ve anafaktik tezahürler ile P.A.S.'ın bir alâkası olduğu üzerinde duruldu. Umumî hali tamamen düzeliş bulantı ve kusmaların geçtiği ve cildî tezahüratın kaybolduğu 17/6/951 günü sabahleyin saat 8 de tekrar 10 draje P.A.S. verildi, ateş 36,2 den saat 13,30 da frissonla 39,6 ya yükseldi. Etrafta kaşıntılı purpurik lekeler tekrar meydana çıktı. Bu hal saat 24 e kadar devam etti. Ateş terle 36,4 e düştü. Bundan sonra umumî ehval tedricen düzeldi. Subikterik hal zail oldu. Ve yalnız streptomycin'e, bilâhare konteben tedavisine tabi tutulan hasta 13/7/951 günü tamamen salâh bulmuş halde taburcu edildi. Müteakip aylarda yapılan radyolojik tetkiklerde de durumunun tamamen normale dönmekte olduğu görülmüş olup, halen tam sıhhatli halde mektebine devam etmektedir.

Özet :

P.A.S. verildikten sonra umumî halin bozulması ve resorbe olmuş bulunan akciğer leziyonunun reactive olması ile kendini gösteren nadir bir observation takdim edilmiştir.

S U M M A R Y

A case of Idiosyncrasy in the Treatment of PAS : A rare observation is demonstrated with the reactivation of the absorbed pulmonary lesions and impairment of the general condition of the patient after the administration of PAS.

R É S U M É

Un cas d'Idiosyncrasie au PAS.— Un cas rare d'Idiosyncrasie a été présenté. Après l'administration du PAS, l'état général redevient mauvais, les lésions pulmonaires résorbés sont réactives.

T. C.
MİLLİ EĞİTİM VEKÂLETİ
Preventorium Sanatorium
Müdür ve Baştabibi
Dr. Zeki Köseoğlu

TÜBERKÜLOZ TEDAVİSİNDE : ISONICOTINIC ACIDE HYDRASIDE

Dr. ZEKİ KÖSEOĞLU
Dr. HÜSEYİN SETTARZADE
Dr. İHSAN KARLIKLİ
Dr. TÜRKÂN ATAYALVAÇ

Akciğer tüberkülozunda şimiyo terapik çalışmalar yedi yıl evveline gelinceye kadar ciddi bir inkişaf gösterememişti. Ancak 1946 da streptomisin'in Tüberkülozun bütün şekillerinde muvaffakiyetle kullanılmağa başlanması bu hususta esaslı bir inkilâç husule getirmiştir, hâlen de ehemmiyetli mevkiini muhafazaya devam eylemektedir. Kısa bir müddet sonra PAS'ın tüberküloz tedavisinde faydalı ve müessir olduğu anlaşılınca, şimiyo terapik tedavi bu iki ilâç üzerinde tekarrür etmişti. Bugün yalnız birinin gerekse her ikisinin müşterek kullanılmalarından alınan neticeler çok defa yüz güldürücüdür.

Bununla beraber klinik ve laboratuvar çalışmaları ilerledikçe Koh basillerinde bu iki ilâca karşı zamanla mukavemet teessüs eylediği tesbit edilmiş, esasen devam eden araştırmalar sırasında isoniazidlerin koh basilleri üzerindeki tesirinden istifade yolları açılmıştır.

1945 yılı mayısında *Chaurin* ve arkadaşları Fransız Mikrobiyoloji cemiyetine ve tıp akademisine isoniazidin laboratuvar hayvanlarında miko bakterium ile husule gelen hastalıklar tedavisinde muvaffakiyetli neticeler verdiğini, yüksek dozlarda kullanıldığı takdirde Lepra ve kobay tüberkülozunda bâriz ve şifa verici bir tesire mâlik olduğunu ve o zamana kadar kullanılan diğer bütün ilâçlara fâik bulunduğunu bildirmişlerdir.

Bu tesirin vitaminik hassadan mütevellit olmayıp spesifik mahiyette bulunduğu bilhassa belirtilmiştir. 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 etmişlerdir. Bu mevzudaki neşriyat mahdut olmakla beraber cesaret verici idi.

Bir müddet sonra bu yeni ufukta muhtelif kimya araştırma laboratuvarları ile müelliflerin İsonicotinic acide hydraside üzerindeki çalışmaları ve buna muvazi olarak şimiyo terapi kısmının farelerde tecrübî tüberküloza âit tetkikleri ilerilemeğe başlamış, sonunda bu ilâcın terapötik kabiliyeti anlaşılmıştır.

1951-1952 yılları arasında klinik tatbikat sahasına girildiği zaman öğreniyoruz ki : *Chaurine* ve arkadaşlarının görüşleri haklı ve isâbetli idi.

Bütün insaniyete ıztırap veren tüberküloza karşı takriben 1 yıl evvel yeni bir ilâcın bulunduğu haberi Amerikan Tıp mecmualarından dünya ve memleketimiz günlük matbuatına yayıldığı zaman umumî efkârda ve hastalarda yarattığı biraz da mübalağalı heyecan kadar hekimler arasında da haklı bir alâka uyandırmıştı, bilhassa memleketimizin sosyal sağlık mevzuunda ehemmiyetli bir yer alan tüberküloz mücadelesi bakımından dikkat ve hassasiyetle karşılanmıştı.

Çok geçmeden başlayan mahdut tıbbî neşriyat ile birlikte bu ilâcın memleketimize ithali mümkün oldu ve 1952 Nisanında Sanatoriumumuzda çeşitli, ağır seyirli akciğer tüberkülozu bulunan hastalarımıza Rimifonla tedavi denemeleri yapılmaya başlandı. Bu hususta aldığımız neticeleri bildirmeden evvel o devredeki mahdut yabancı neşriyattan kısa bir hülâsayı burada kaydeylemek uygun olur.

İsonicotinic acide hydraside (Rimifon, Nicetal v.s.) İsopropyl hydrasine (Marsilide) tüberküloz tedavisinde ilk defa Amerika'da *Sea View* hastanesinde kullanılmıştır. Bu ilâçtan 8-10 hafta müddetle 44 - hat, evolitif, pnömoni kazeöz tüberkülozu olan hastaya verilmiş, alınan neticeler şu şekilde bildirilmektedir :

Akciğer tüberkülozuna musab hastalarda tedavi sonuçları umumiyetle genel toksik âraza : - (ateş, iştihâ, kilo alma, enerji ve iyilik hissi), ve lokal olarak da : (Öksürük, balgam, B.K., radyolojik değişiklik) e dayanmakta olduğu gözönünde tutularak tedavi gören 44 hastanın takibi bu esasa göre mütalâa edilmektedir. İki üç hafta zarfında hararet derecelerinin normale düştüğü, iki, iki buçuk ayda (8-10) klio aldıkları, iştihalarının artmış bulunduğu ve

sübjektif olarak da hâlsizlik ve yorgunluk hissinin kalmadığı görülmüştür.

Bu hastaların (% 54,54) ünde öksürük ve balgam kesilmiş, (%34,10) unda azalmış, (%11,36) sında da hiç bir değişiklik olmamıştır.

Balgamda B.K. : hastaların (%56,8) inde müsbet kalmış, (% 25) inde bazan müsbet bazan menfi bulunmuş, (% 18) inde mide üsâresi muayenesinde dahi tamamıyla kaybolmuştur.

Tedaviden sonra radyolojik durumun tetkiki hayli alâka çekicidir. 5 hastada irtişah azalmış (%36,11), 17 hastada kavite küçülmüş (%38,64), 22 hastada hiç bir değişiklik görülmemiştir (%50).

Tedavi dervesinde ilâcı kullanmağa mani olacak ciddî bir ihtilâtle karşılaşılmaştır. Şu ciheti de kaydetmek icâbeder ki; bu 44 hasta daha evelce tıbbî ve cerrahî tedaviye tâbi tutulmuş, fakat bunlardan muvafık neticeler alınmamıştır. Adı geçen hastanede ilâcın kullanıldığı devre esnasında hastalarda bazan tebevvüle gecikme, eksitasyon, uykusuzluk, sersemlik gibi hafif toksik tezâhürler görülmüştür. Merkezî sinir sisteminin fartı tenbühîyeti ve daha ileri gidilirse teneffüs merkezinin felci ile ölümün bile vukua gelebileceği ve bu itibarla toksik tesirleri gözönünde bulundurularak günlük dozun kilo başına (3-5) miligramdan fazlaya çıkarılmaması tavsiye edilmektedir. Esefle kaydetmek mecburiyetindeyiz ki bu yeni ve ümit verici ilâcın da koh basili üzerine invivo, invitro ciddî bir tesire mâlik olmasına rağmen streptomisin ve P.A.S.'da görüldüğü gibi klinik mukavemet husule getirebileceği gâlip bir ihtimâl olarak düşünülebilir. Bilhassa N. Rist'in P a s t ö r E n s t i t ü s ü n d e yaptığı etüt bu endişeyi haklı olarak göstermektedir.

İlâç alındıktan sonra (1 - 1,5) saat zarfında bütün vücuda yayılır. (kan serumu, serebro spinal ve plevra mayii) vücuttan itrahi: (11 - 12) saatte tamamlanır. Bu ilâcın fârelerde stréptompcine'e nazaran (10 - 20) defa daha müessir, fakat 5 defa daha toksik. (N. Rist) PAS'a nisbeten asgârî müessir dozunun (700) defa daha yüksek bulunduğu anlaşılmıştır.

Sanatoriumumuzda (100) basilifer akciğer tüberkülozunun çeşitli serirî şekillerini musab hastada bu ilâcı kullandık. Bunların (% 92) sinde tıbbî ve cerrahî tedavi imkânları tecrübe edilmiş, uygun neticeler alınmıştı. Yalnız (8) hasta bidâyetten itibâren sadece bu ilâç ile tedaviye tâbi tutulmuştur. Günlük doz umumiyetle kilo başına (3-5) miligram esasına sâdık takibedilmiştir. Elde edilen neticeleri umumî ve lokal tesir bakımından şöyle sıralayabiliriz :

1. *Ateş* : Tedaviden önce hastalarımızın (% 49) nin ateşi (38,5) üstünde (%51) in de (38 altında idi. Tedaviden iki üç hafta sonra bunların (%86) sında hararet derecesi normale inmiş (% 14) ünde süpfibril kalmıştır.

2. *İştihâ* : (% 40) ında bârız bir şekilde artma müşahade edilmiştir.

3. *Kilo alma* : (8 -10) haftada (% 74) ünde (3 -9) kilo artma (12 %) sinde aynı halde kalma, (14 %) ünde kaybın durmadığı görülmüştür.

4. Bütün hastalarımızda hâlsizlik, yorgunluk şikâyetleri zâil olmuş kendilerini iyi hissetmeğe başlamışlardır.

Lokal tesirlere gelince :

1. *Öksürük* : Hastaların (% 56) sında hiç kalmamış, (% 27) sinde azalmış, (%17) sinde hâliyle kalmıştır.

2. *Balgam* : (% 18) inde tamamiyle kesilmiş (% 48) inde nâdirleşmiş, (% 22) sinde azalmış, (% 12) sinde değişiklik olmamıştır.

3. *Balgamda B.K.* : Menfileşenler : (%83), Müsbet kalanlar : (17 %).

4. *Radyolojik durum* : Memnuniyet vericidir. (% 26) sında bârız temizlenme ve kavern küçülmesi, bazılarında kaybolması. (% 38 inde kısmen temizlenme, (% 41) inde hiç bir değişikliğin vukua gelmediği görülmüştür.

5. *Toksik ârazlar* : Terapötik dozlar dâhilinde kilo başına (3-5) miligram tedavi gören hastalarımızın (7) sinde baş ağrısı, (2) sinde ürtiker, (2) ikter, (1) kapiller toksikoz ile müterafık difüz glomerülo nefrit. (1) inde toksik nefrit olmak üzere (13) hastada toksik tezâhürler tesbit edildi (% 13).

Yukarıda tedavi neticelerine göre nisbetlerini bildirdiğimiz 100 hastadan bir kısmı müteâkip aylarda müddetlerini ikmâl ederek mükerrer basit ve teksif usulleri ile yapılan balgamda B.K. muayenelerinde menfi kalmak şartı ile sanatoriumdan ayrıldılar. Ve memleketin muhtelif bölgelerine, tahsillerine veya vazifelerine, bazıları da istirahatine devam kaydiyle gittiler, bunların her biriyle temas ve muhavere imkânını kaybettik, bu itibarla da sonradan sıhhî durumlarında vukua gelen değişiklikleri tesbit fırsatını muhafaza edemedik.

Ancak müteâkiben tekrar müracaat edenlerle, Sanatoriumumuzda tedavide kalanların durumlarını umumî olarak ele alırsak; bunların bir kısmında sonradan yapılan kontrollerde balgamda (B.K.)

bazan müsbet bazan da menfi bulundu. Mühim bir kısmı menfi kalmakta devam etti. Pek az bir kısmında evvelce kazanılan ileri derecede salâh tedricen kaybolarak yeniden ateş yükselmesi, öksürük, balgam mikdarında artma görüldü. Fakat müşahedemiz altında olanların bilhassa bir kaçında alınan iyi neticeler parlak denebilecek mertebededir.

Bunlar tedaviden önce ümitsiz saydığımız yüksek ateşli, müteaddit kavernlerle müterafık bilâteral kazeöz leziyonu bulunan inzari en gayri müsait neviden vak'alardır.

1. 12 yaşında bir kız hastamızdır ki, ilâcın verilmesinden 3-4 hafta zarfında toksik âraz süratle düzeldi. Bunun yatağında doğrulup ayağa kalkışı, hayata yeniden başlar gibi bir hâl alışı her gün dikkatimizi celbeden bir hâdise olmuştur. Bu hastamız hâlen aynı salâhı lokal âraz bakımından da muhafaza etmektedir. Radyolojik olarak yeni kontrollerinde kavitelerin âşikâr şekilde silindikleri görülmüştür. B.K. kültürde de ürememiştir.

2. 26 yaşında erkek talebe (N. E.) toksik âraz ileri derecede düzelmiş, lokal ârazda kısmen salâh vardır. B.K. nâdir müsbettir. Beden sıkletinde 11 kilo artma vardır. Hâlen bu durum devam etmektedir.

3. 24 yaşında erkek talebe (M. O.) gerek toksik gerekse lokal ârazda ileri derecede salâh B.K. 7 aydanberi menfidir. 21 kilo almıştır. Evvelce grafilerinde görülen aşikâr kaviteler ve eksüdatif enfiltrasyon silinmiştir.

4. 20 yaşında erkek talebe (Y. S.) toksik ve lokal ârazda ileri derecede salâh B.K. 5 aydan beri menfidir. 5,5 kilo almıştır, bu hasta kapiller toksikoz ve münteşir glomerülo nefrit geçirmiş olan hastadır. Hâlen idrar bulguları normal ve umumî hali iyi devam etmektedir.

H ü l â s a : İlâcın terapötik tesirleri alınan neticelere göre :

Toksik âraz : (ateş, iştiha, asteni v.s.) büyük nisbette bu ilâcın müteessir olmaktadır.

Lokal âraz : (öksürük, balgam, B.K.) da hemen aynı nisbette azalmıştır.

Radyolojik değişmeler : Evvelki iyi neticelerle muvazi gitmektedir.

Bu ilâç tedavi bakımından temin ettiği faydalar sırasında hastahane ve sanatoriumlardan âileler arasına avdet eden akciğer tüberkülozuna müptelâ kimselerin enfeksiyon menbaı olma tehlikesini

- velev muvakkat bir zaman için dahi olsa - azaltılabileceği intibasını vermektedir.

Son klinik müşahade ve laboratuvar bulgularına ve bu mevzu-daki neşriyattan edindiğimiz kanaate göre bu ilâca karşı Koh basilinın mukavemet kazanması endişeleri stréptomycine'e nazaran daha erken olmak üzere maalesef tahakkuk eylemiş görülmektedir.

Bugün için İsonicotinic acide hydraside'in tüberküloz tedavisinde bir mevki almış olduğu söylenebilir ve bunu stréptomycine ve P.A.S. yanında istîğna göstermiyeceğimiz iyi bir yardımcı ve oldukça müessir bir tedavi vâsıtası olarak kabul zaruretindeyiz.

Bilhassa tüberkülozun ekonomik şartlarla mevcut alâkası karşısında ucuzluğu, kullanılmasının kolaylığı ayrıca mühim bir vâsıfıdır.

Her nevi ilâcın bulunduğu devrede «artık sanatoriumlara lüzum kalmıyor» noktai nazarı aksi cihetten mütalâaya değer, filhakika mevcut antibiyotiklere rağmen sanatorium ve hastahanelerin rolü dâima başta gelen bir ehemmiyet ihtiva ediyor. Bu ilâç hakkında yapılan ilk mübalâğalı neşriyatı «zaman» hakikî ifâdesiyle tekHzib etmektedir. Sanatorium ve hastanelerin vazifeleri hergün tekâmül eden ilmî buluşlar müvacehesinde azalmamakta, bilâkis artmaktadır.

BİBLİOGRAPHİE

- Chemotherapy of Experimental Tuberculosis. V. Isonicotinic acide hydraside, and Related compounds. Jack Bernstein (The American Reviw of Tuberculosis Nr. 4, 1952.
- Anti Tuberculous Preperities of Hydrasines of İsonicotinic acide William Steenken. The American Review of Tuberculosis Nr. 4, 1952.
- The absorbtion, Distribution, Ex... Du F. Elmendorf. The American Review of Tuberculosis Nr. 4, 1952.
- Pharmaclogy of İsonicotinic acide in the treatment of active progressive caseous - pneuonic tuberculosis Ed. H. Robitzek and İ. J. Selikoff. The American Review of Tuberculosis No. 4, 1952.
- The Efect of pyrazinamide on experimental of Tuberculosis in Mic. Luke Malone. The American Review of Tuberculosis No. 5, 1952.
- L'Hdrazine de l'acide isonicatinique dans la traitement de la tuberculose par. Ed. Sivriere. La Presse Médicale No. 25, 1952.
- La resistance du Bacille tuberculeux a l'hydrazide iso-nicotinique Par Noel Rist. La presse Médicale No. 37, 1952.
- Les dérivés Hydrazine de l'acide isonicotinique dans le traitement des tuber-

culoses experimentale et humaine par A. Ravina La Presse Médicale
No. 35, 1952.

L'hydrazide isonicotinique activité anti tuberculeuse chez la souris par N.
Rist... La Presse Médicale No. 35, 1952.

S U M M A R Y

The Treatment of Pulmonary Tuberculosis with Isoniazid : The result of
isoniazid in 100 cases treated at Valdebag Sanatorium and Prevantorium is
recorded.

R É S U M É

L'Isoniazide dans le traitement de la tuberculose.— Les résultats obtenus
par l'administration de l'Isoniazide sur 100 malades au Sanatorium de Valdébag
ont été communiqués.

TÜBERKÜLOZDA İSONIAZİD TATBİKİNDEN ALINAN NETİCELER

Dr. ARAN KASPARYAN

Amerikada *Schnitzer, Selikoff, Robitzek, Grunberg, Bernstein* ve arkadaşları, daha sonra Almanya'da *Domagk* ve arkadaşları tarafından İsonikotinic asid hidrazid'in ve birçok derivelerinin gerek hayvan deneylerinde (fare, kobay ve maymunlar) gerekse in vitro olarak ileri derecede tüberkülostatik ve tüberkülostatik bir tesir gösterdikleri isbat edilmiştir. 1951 senesinin son 6 ayı zarfında oldukça geniş mikyasta klinik tetkikler yapılmış ve bilhassa toksikolojik ve farmakolojik tesirleri hayvan ve insanlar üzerinde araştırılmıştır.

Biz kliniğimizde 26 Mart 1952 tarahinden itibaren hastaları İsoniazid tedavisine tabi tuttuk. Vak'alar değişik tüberküloz infeksiyonu gösteriyorlardı. Bunlardan bir kısmı henüz hiç ilaç kullanmamış ve bir kısmı da diğer tedavi usullerinden kısmen fayda görmüş veya hiç görmemişti. Kliniğimizde standard olarak bütün vak'lara kilo başına 5 mgr. isoniazid verdik. İlaç, yemeklerden sonra olmak üzere, ağız yolu ile günde 3 defa veriliyordu.

Hastalardan 16 sı erkek, 39 u kadın idi. Erkekler 16-65 yaş arasında, kadınlar ise 17-61 yaş arasında idi. Bunlardan :

Tb pülmoner fibro - kazeöz tipte	8	hasta
» » fibro - Eksüdatif tipte	4	»
» » kaviter tek taraflı + fibro - kazeöz infiltrasyon	25	»
» » » iki » + fibro - kazeöz infiltrasyon	3	»
» hiler ve apikal infiltrasyon	5	»
» meningitis	4	»
Plörezi tb	4	»
Plöroperitonit tb	1	»
Peritonit tb	1	»

Yekûn 55 hasta

Bunlardan 4 plörezi tamamen şifa bulmuştur (takriben 15 gün zarfında). 40 hasta (%72) aşikâr derecede gayet büyük salâh göstermiştir. Bunlardan 4 ü meningitis Tb. vak'ası idi. Burada belirtmek istediğimiz bir nokta vardır. Meningitis tb. gösteren hastalardan 3 ü gayet ağır vaziyette bulunmakta idiler. Sinir sistemi ârazlarından ense sertliği, *Kernig*, *Brudzinski*, *Kontrilateral*, *Lasegue*, *Binda* ârazları kuvvetli pozitif idi. Ayrıca diplopi, nystagmus, devamlı kusma, taharrüş hali, şiddetli baş ağrısı da mevcuttu. Hastaların ikisi kaşeksiye girmişlerdi. Bu hastalara ortalama 100 gr. in üstünde olmak üzere gerek sistemik ve gerekse intratekal streptomisin tatbik edilmiş ve klinik olarak rezistans müşahade edilmişti. Vak'alara kaybolmuş gözü ile bakılıyordu. Bunlar kilo başına 5 mgr. isoniazid tedavisine tabi tutuldu ve ortalama 15 gün zarfında aşikâr iyileşme alâmetleri göstererek tedricen sinir sistemi ârazlarının hepsi kayboldu. Ancak hafif pozitif liquor bulguları kalmıştır. Bugün bu hastaların 4 ü de ayaktan kontrol edilmektedir ve 15 ile 30 kilo kadar almışlardır.

Diğer bir vak'a da her iki akciğerde ileri derecede eksüdatif infiltrasyon, enterit Tb. ve peritonit Tb. mevcuttu. Hastaya 125 gr. streptomisin verilmiş ve klinik olarak streptomisine rezistans husule gelmişti. Hastada ayrıca 1 seneden beri tb. orijinli bir göbek fistülü de mevcuttu. Bu hastamız da tedaviye fevkalâde cevap vermiştir. 10 gün zarfında göbek fistülü kapanmış, genel durum tedricen düzelmeğe başlamış, ateş düşmüş, iştaha açılmış, kraşada BK negatif olmuş, radyolojik bulgular tamamıyla silinmiş olup hasta 27 kilo kazanarak tanınmıyacak bir hale gelmiştir.

6 vak'ada az salâh görülmüştür ve ancak 9 vak'ada stationnaire kalmıştır. Bu son 9 vak'a karışık tipte kronik lezyonları göstermektedir.

Klinik ve laboratuvar bulgularındaki değişiklikler: Ateş 28 hastada 37,5 a kadar ve 19 hastada ise 38,5 a kadar çıkıyordu, 3 vak'a müstesna, bunların hepsinde takriben 1-2 hafta zarfında 37 nin altına düşmüştür.

Sedimentasyon : 35 hastada aşikâr, 11 hastada hafif derecede düşmüştür, yalnız 9 hastada değişmemiştir.

Öksürük : 49 öksürüklü hastadan 44 ünde (90 %) tamamen kaybolmuş, 5 inde aşikâr olarak azalmıştır.

Kraşa : Kraşa çıkararak 35 hastadan 14 ünde (40 %) tamamen kaybolmuş, 13 ünde çok azalmış, ancak 8 inde miktar aynı kalmıştır.

Kraşada B.K. : Kraşada B.K. muayenesi sırası ile basit muayene, homogenizasyon, mide lavajı, kültür ve kobaya inokülasyon şeklinde kontrol edilmiştir. 30 pozitif hastadan (ki bunlardan 14 ü Gaffky III den yukarı pozitif) 22 si negatif olmuştur (73 %). Bir meningitis Tb. vak'asında liquor'da külürde B.K.+ iken negatif olmuştur.

İştah : Bütün hastaların iştahı açılmış (1 inci haftadan itibaren) ve bunlardan bilhassa 13 ünde iştahtaki inkışaf fevkalâde yüksek olmuştur.

Kilo : 30 hasta kilo almıştır. Bunlardan bir hasta 198 günde 27 kilo ve diğer bir hasta 210 günde 32 kilo almıştır. Ayrıca 10 hastada, 10 kilodan fazla artış görülmüştür. 10 kadın ve 2 erkek hastada kilo değişmemiştir, fakat hiç kilo kaybı görülmemiştir.

Radiolojik bulgular : Akciğer lezyonlarına ait muhtelif radyolojik imajlar gösteren 52 hastadan 30 unda bariz düzelme, bunlara ilâveten pnömo tatbik edilen 10 hastada da radiolojik imajdaki aynı iyileşmeler tesbit edilmiştir. Bu iyileşme bilhassa perifokal infiltrasyonlarının silinmesi ile kendini göstermiştir. Ancak 5 hastada (pnömosuz) değişme olmamıştır. Hiç birinde radyolojik bulgular da şiddetlenme vukua gelmemiştir.

Stetoakustik bulgular : Değişik stetoakustik patolojik bulguları olan 45 hastadan 30 unda bariz düzelme, bunlara ilâveten pnömo da yapılan 10 vk'ada da bariz düzelme görülmüş, ancak 5 hastada bir değişme olmamıştır. Fakat hiç birisinde fenalaşma yoktur.

Bu meyanda ağır akciğer lezyonları gösteren 7 larenjit Tb. vak'asında, 1-2 ayda larenjit, 2 sinde ileri derecede salâh ve 5 inde tam şifa bulmuş, 1 Tb. orijinli göbek fistülü kapanmış ve osteomyelit tb fistülü aynen kalmıştır.

Kliniğimizdeki hastalara isoniazid verilirken müşterek olarak 20 hastaya pnömo, 8 hastaya streptomisin, 1 hastaya PAS ve 1 hastaya da torakoplasti yapılmıştır.

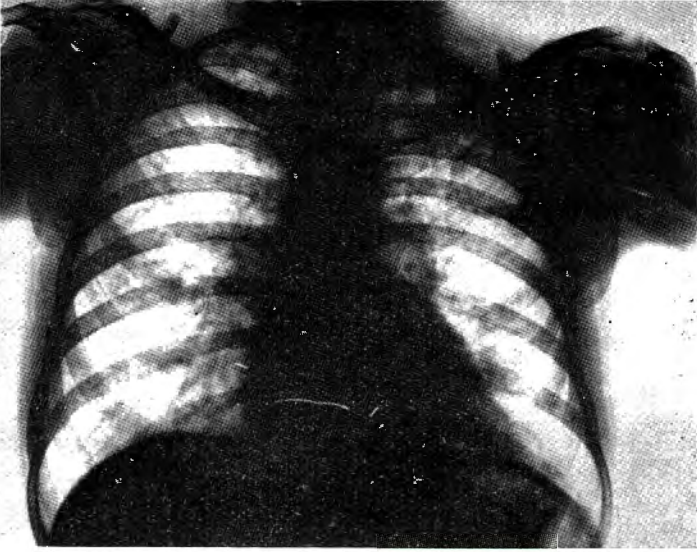
İlâcm toksisitesi : Orijinal toksikolojik ve farmakolojik araştırmalarda, bazı nâhoş yan tesirler görülmüştür. Neşriyat genişledikçe birçok yazılarda bu yan tesirlerin tekerrür ettiği görülüyor. Bunlar arasında bilhassa sinir sistemi ârazlarından, hiperrefleksi, baş ağrısı, adale titremeleri, periferik nöropati, eksitabilite, inkıbaz, baş dönmesi vesaire gibi ârazlarla beraber hematopoetik organlarda hafif depresyon ve idrarda albüminüri ile silendürüri nazarı dikkate çarpmaktadır. Biz hastalarımızı sistematik olarak sinir sistemi muayenesi, kan sayımı, karaciğer fonksiyon testleri ve

İdrar tetkikine tabi tuttuk. 6-8 ay müddetle devamlı olarak ve total 80-90 gr. isoniazid alan hastalardan hiç birisinde de bu yan tesirlere tesadüf etmedik. Ancak kan bakımından başlangıçta bazı vak'alarda eritrosit ve hemoglobin kıymetlerinde ufak bir azalma ve hafif bir eosinofili tesbit ettikse de, hastanın genel durumunun iyileşmesi ile bu kıymetlerde aşikâr bir yükselme gördük. İdrar bulguları ve karaciğer fonksiyon testleri ise tamamen normal hudutlar dahilinde kaldı.

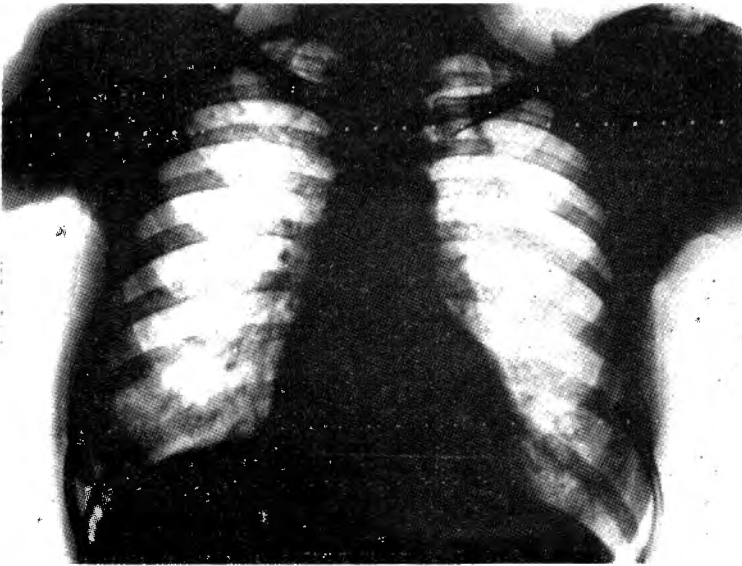
Klinik olarak isoniazid tedavisine rezistans meselesine gelince, kronik, geniş kaviteli akciğer Tb. si gösteren 3 vak'amızda tedaviye rağmen ateş düşmemiş, genel ârazlar çok az hafiflemiş ve bilhassa kraqada BK miktarı çok az değişiklik göstermiştir. Maalesef bu vak'alarda biz basilin rezistans derecesini ölçmek fırsatını bulamadık.

Klinik çalışmalar bugün göstermektedir ki, henüz bir deney devresi geçirmekle beraber insan tüberkülozu tedavisinde isoniazid mühim bir yer işgal etmektedir. Ancak antitüberkülotik ilâçlar armamentariumunda isoniazid'in işgal etmiş olduğu mevki henüz kat'iyetle tesbit edilmiş değildir. Bilhassa en mühim nokta tedavi endikasyonu meselesidir. İsoniazid bugün tüberküloz infeksiyonu gösteren her hastaya verilmeli midir? Şüphe yok ki diğer tedavi usullerine rezistan ve aktif bir tüberkülozda isoniazid kullanılmasında tam bir endikasyon mevcuttur. Ancak bu vak'alardan ayrı bugün gerek Amerikan ve gerekse Avrupa müelliflerinin kabul ettiği gibi isoniazid daha fazla, aktif, aşikâr toksik şekil gösteren ve ağır sistematik manifestasyonlarla ilerliyen tüberküloz şekillerinde verilmesi uygun görülmektedir.

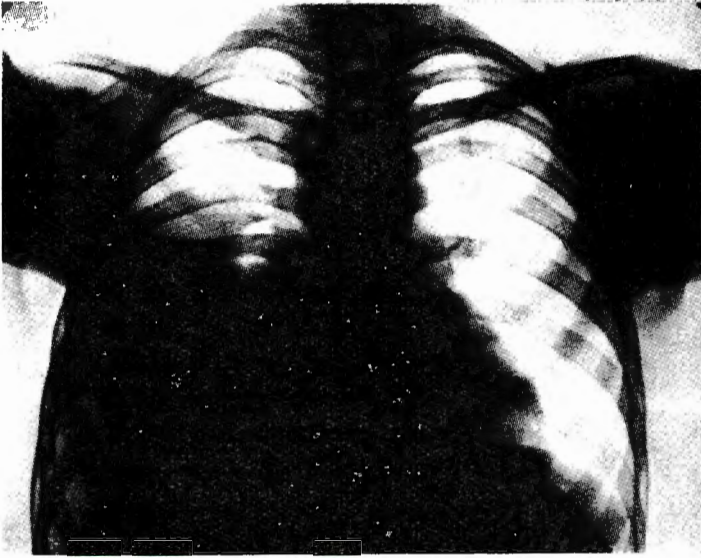
Doz meselesine gelince, henüz standard bir doz tesbit edilmiş değildir. Literatürde kilo başına doz 4 ile 8 mgr. arasında değişmektedir. Biz ortalama 5 mgr. verdik. Daha geniş tetkikler standard bir dozun tesbitine imkân verecektir.



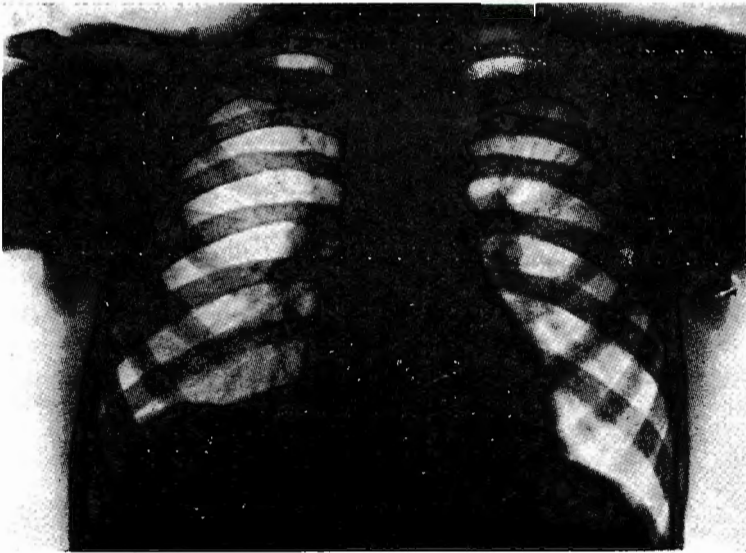
Tedaviden evvel



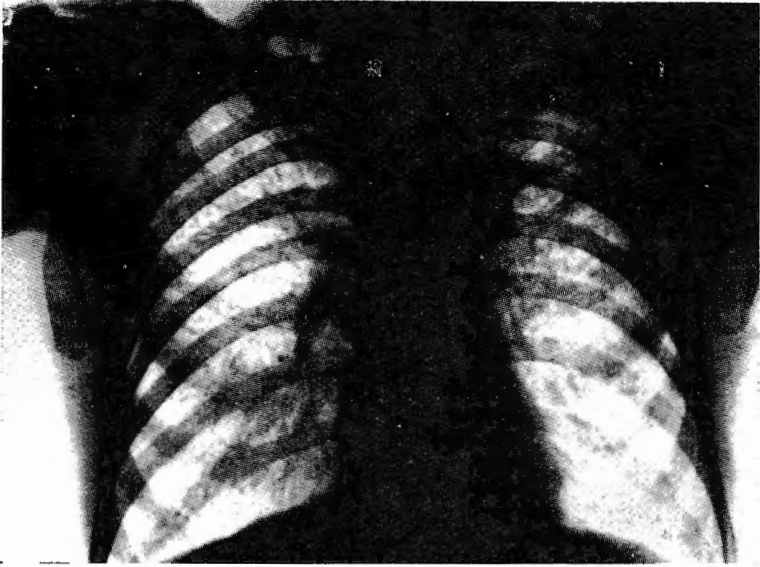
Tedaviden sonra



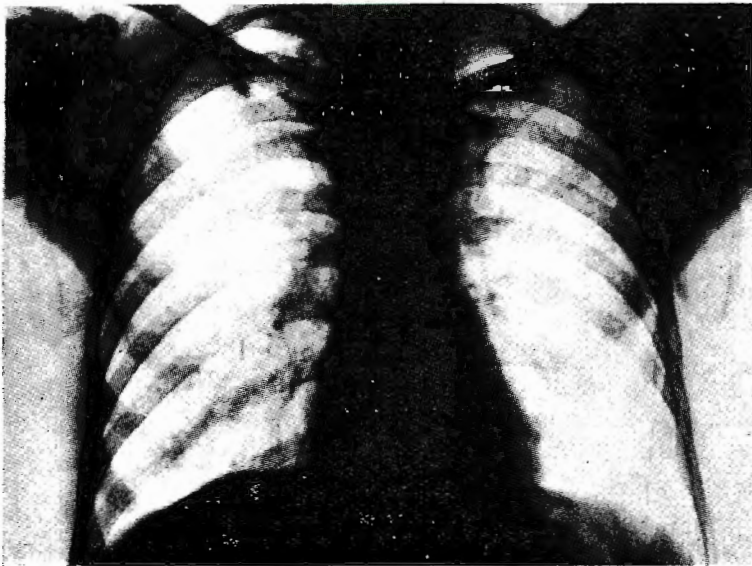
Tedaviden evvel



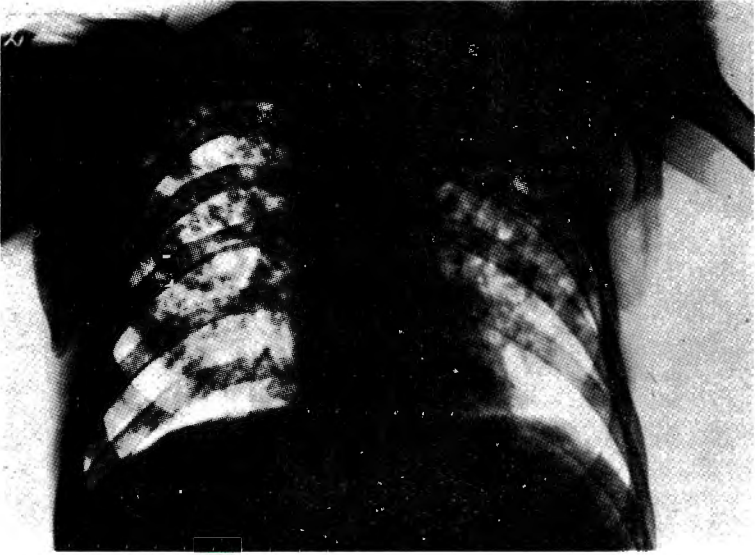
Tedaviden sonra



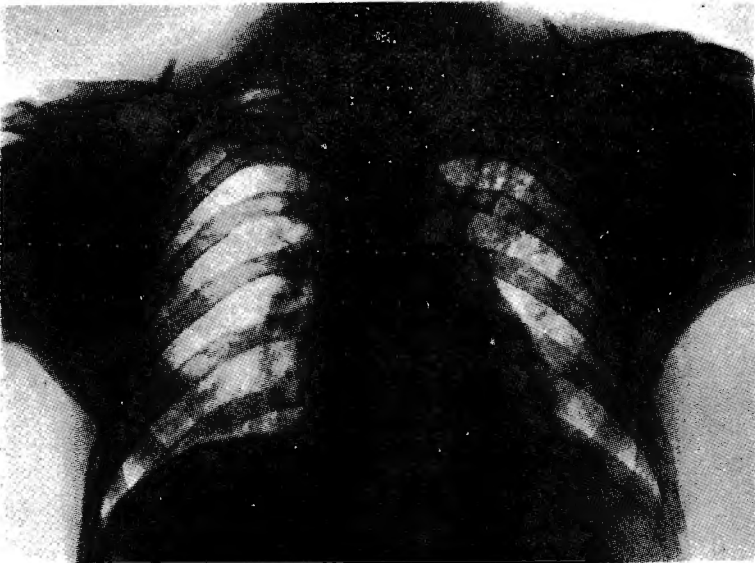
Tedaviden evvel



Tedaviden sonra



Tedaviden evvel



Tedaviden sonra

S U M M A R Y

The Result Obtained with Isoniazid in the Treatment of Pulmonary Tuberculosis : The result of the treatment of isoniazid in 55 patients since March 1952 is demonstrated. The best result is obtained in recent cases of active tuberculosis as well as in the treatment of pleuritis and tuberculous meningitis.

R É S U M É

Les résultats obtenus par l'Isoniazide dans le traitement de la tuberculose.— A partir de Mars 1952, le traitement par l'Isoniazide a été appliqué à 55 malades. Les résultats les plus favorables ont été obtenus dans les cas précoces qui présentaient des lésions actives du poumon. Les méningites tuberculeuses et les pleurésies sont très favorablement influencées par l'Isoniazid.

Heybeliada Verem Sanatoryomu
Direktör: Dr. Tevfik İ. Gökçe

HEYBELİADA SANATORYOMUNDA İSONIAZİD ÜZERİNDE ÇALIŞMALAR

Dr. TEVFIK İSMAİL GÖKÇE (1)

I

Klinikte İsoniazid ile tedavi tatbikatı :

Müessesemizde isoniazid ile akciğer tüberkülozuna müptelâ hastalar üzerinde tedavi denemelerine 1952 senesi Martının 15 inde başlanmıştır. Alınan neticeler hakkında sene içinde üç tebliğ yapılmıştır (2).

Şimdi aradan 9,5 ay kadar bir zaman geçmiş ve bu tedavi tatbik edilen hastaların sayısı da bir hayli artmış bulunuyor. Binaenaleyh bu tedavi hakkında daha tebellür etmiş bir şekilde mütalâa beyan etmek imkânı hasıl olmuştur. Bu sebeple tüberkülozda antibakteryel tedaviyi esas bir konu olarak ele almış bulunan Birinci Türk Tüberküloz kongresine bu tedavi denemelerinden aldığımız neticeleri arz etmeği faydalı buldum.

Bu müddet zarfında Heybeliada Sanatoryomunda isoniazid tedavisine tâbi tutulmuş olan akciğer veremine müptelâ hasta sayısı 159 u kadın, 77 si erkek olmak üzere 236 dır.

(1) Bu çalışmalar kendilerine tez olarak verilen dört asistan arkadaşımız Dr. Kenan Yıldız, Dr. Hamdi Yılmaz, Dr. Abdurrahman Öztürk ve Dr. Turan Çıragöz ile karaciğer ve böbrek fonksiyonlarını tetkik eden mütehassıs Dr. Haydar Aksüğü ve Bakteriyoloji laboratuvarındaki çalışmaları idare eden Bakteriyolog Dr. Harika Özerengin bu mesaiye bilfiil iştirak etmişlerdir.

(2) Birincisi Tüberküloz Cemiyetinin Mayıs 1952 toplantısında tebliğ edilmiş ve ilaç hakkında negredilen malûmatı da ihtiva etmek üzere bir broşür şeklinde negredilmiştir. İkinci tebliğ Lübnanda toplanan Tüberküloz Kongresinde yapılmış ve üçüncü olarak bu seneki Milli Türk Tıp Kongresinde münakaşalar arasında kısa bir tebliğde bulunulmuştur.

Bu hastalardan :

37 sinin yaşı	10 - 20 arasında,
127 sinin yaşı	21 - 30 arasında,
71 rinin yaşı	30 - 60 arasında,
1 rinin yaşı	60 ın üstündedir.

286 Yekûn

Bu 236 hastadan 81 inde akciğerlerdeki tüberküloz lezyonu bir taraflı, 155 inde iki taraflı olup ekserisi eksüdatif tabiattadır. Bu vak'aların 97 sinde bir tarafta, 89 unda iki tarafta, ekserisinde müteaddit olmak üzere kaviteler mevcuttur.

Bu vak'aların mühimce bir kısmında bir ve iki taraflı pnömotoraks, ekstra-plöral pnömotoraks, plâstik, frenik felci, kavernostomi ve emsali müdahalelerden bir veya birkaçı yapılmış ve bir kısmı terkedilmiş, diğer bir kısmı da tedaviye başladığı zaman devam etmekte idi ve bütün bu müdahalelerin hepsi gayri müessir kalmış ve hastalıklarının ilerlemesine ve birçoklarının basil çıkarmakta devam etmelerine mani olamamıştır.

İsoniazid tedavisi yapılan 236 hastadan 217 si bu tedaviye başlanmazdan önce muhtelif miktarlarda diğer antibakteryeller kullanmışlardır. Bunların 143 ünde streptomisin ile P.A.S. birlikte, 66 sında streptomisin, 7 sinde streptomisin P.A.S. ve tiyosemi - karbazon, 1 inde streptomisin ile tiyosemi - karbazon ve 1 inde de yalnız P.A.S. kullanılmıştır.

Bu hastaların tedaviden önce almış oldukları antibakteryel maddelerin miktarı aşağıda gösterilmiştir :

1. Streptomisin :

2. P.A.S.

49 hasta	1—30 g.	86 hasta	100— 500 g.
76 »	31—60 g.	38 »	500—1000 g.
45 »	61—90 g.	18 »	1000—1500 g.
28 »	91—120 g.	6 »	1500—2000 g.
12 »	121—150 g.	2 »	2500 g.
6 »	151—200 g. arasında	1 »	3500 g. PAS almışlardır.
1 »	250 g. streptomisin		
	almışlardır.	151	

217

3. Sekiz hasta 20 gün ile 120 gün arasında tiyosemi - karbazon almışlardır.

236 hastada kullanılan isoniazidin muhtelif müstahzarlarının isimleri ve kaç kişiye tatbik edildikleri aşağıdadır :

180	hastaya	Rimifon
40	»	Nicotibin
10	»	Nidrazid
6	»	Antimisin verilmiştir.

236

Hastalara günlük doz olarak iki veya üç defada tok karnına, kilo başına ortalama 3 mlgr. üzerinden isoniazid verilmiştir.

14	ü	1 ay
65	i	1-2 ay
90	ı	2-3 ay
51	i	3-4 ay
16	ı	4-5 ay isoniazid almışlardır.

236

Yapılan isoniazid tedavisinden alınan klinik, bakteriyolojik ve radyolojik neticeler :

a) *Ateş üzerinde görülen tesir:* Birçoklarında uzun zamandan beri devam eden; antibakteriyel ve müdahalekâr tedavilere rağmen ateşi düşmeyen veya düşüp tekrar yükselmiş bulunan ateşli 178 hastadan 147 sinde ateş düşmüş (%82), 31 inde (%18) bir fark görülmemiştir.

b) *Öksürük ve balgamda görülen fark :* Bu tedaviye tâbi tutulmuş olan 236 hastadan öksürüklü olan 216 hastanın 173 ünde (%80) öksürük azalmış veya tamamıyla kaybolmuş, balgam çıkaran 188 hastadan 169 unda (%90) balgamın miktar ve sayısında aşikâr azalma ve bazılarında tamamıyla kesilme görülmüştür.

c) *Balgamdaki basil üzerine tesir :* İsoniazid tedavisine başlanıldığı zaman 236 hastanın 187 sinin balgamında direkt muayene ile ve 22 sinde de teksif ile basil müsbettir (basillerin tekmi %88) ; ve direkt muayene ile müsbet bulunanların 97 sinde basil miktarı *Gaffky*'nin III üncü derecesi ve onun üstünde idi.

Tedavi sonunda balgamlarda basil bulunanların sayısı 155 e düşmüş(yani 44 hastanın balgamında basil menfi olmuştur (%21), müsbet olan 155 vak'anın 92 sinde basil direkt muayenede, 55 inde teksifte, 8 inde de kültürde müsbet olmuştur. Aynı zamanda tedaviden önce direkt muayenede müsbet olanların sayısı tedaviden sonra ehemmiyetli surette azalmış (187 yerine 92 ye inmiş) ve tedaviden sonra direkt müsbet olanlarda *Gaffky*'nin III üncü derecesinde ve onun üstünde bulunanların sayısında büyük bir fark olmuş, 97 den 37 ye düşmüştür. Şu halde umumî olarak, menfi olanlara ilâveten basillerin miktarında da bir azalma müşahade edilmiştir.

d) *Umumî hal, iştah, tartı üzerinde görülen tesirler*: Umumî hali müsbet olmıyan 231 hastanın 194 ünde (%84) aşikâr bir iyilik müşahade edilmiş, 37 sinde bir fark görülmemiştir. İştahı iyi olmıyan 232 hastadan 196 sında iştah düzelmiş (%84), 36 sında (%16) bir fark görülmemiştir.

236 hastadan 203 ünün tartısı artmış (%86), 27 sininki azalmış (%11), 6 hasta da (%3) aynı halde kalmıştır.

Tartıdaki artma 19 hastada 1 kilo kadar olup, 26 hastada 1-2 kilo, 42 sinde 2-3 kilo, 32 sinde 3-4 kilo, 19 unda 4-5 kilo, 22 sinde 5-6 kilo, 1 inde 6-7 kilo, 10 unda 7-8 kilo, 9 unda 8-9 kilo, 3 ünde 9-10 kilo, 6 sında 10-11, 2 sinde 12-13 kilo, 1 inde 15-16 kilo arasında olmuş (53 gün) ilâç almış olan bir tanesi en fazla olarak 17,200 kgr. kazanmıştır.

e) *Radyolojik fark* : 236 hastanın 60 ında az çok radyolojik bir temizlenme görülmüştür (%25).

Radyolojik salâh; eksüdatif lezyonların temizlenmesi, kavitelelerin küçülmesi ve balgamların kaybolması ile tezahür etmektedir.

Bu iyileşme bilhassa yeni infiltratif lezyonlarda, eksüdatif pus-selerde, taze kavitelelerde müşahade edilmekte; tersiyer kaviter lezyonlarda radyolojik olarak hemen hiç bir fark görülmemektedir. Yeni kaviter infiltratif lezyonların, münferit te olsa, sadece bu tedavi ile kaybolduğu görülmüştür.

f) *Toksik ve tâli tezahürler*: Amiloidi bulunan bir hasta müstesna olmak üzere, tedavi tatbik edilen hastaların hiç birinde tedavinin kesilmesini icap ettirecek ehemmiyetli tâli tezahürler görülmemiştir. 37 hastada gelip geçici mahiyette tâli tezahürler tesbit edilmiştir; 9 kişide baş dönmesi, 3 kişide reflekslerde artma, 4 ü döküntülü olmak üzere 9 unda kaşıntı, 1 kişide baş ağrısı, 8 kişide bulantı,

1 inde hafif eozinofili, 1 albümin artması (amiloidli vak'a), 1 inde tansiyon azalması, 1 inde artması, 3 vak'ada ishal görülmüştür. Bir kısım hastalarda karaciğer ve böbrek fonksiyonları tetkik edilmiş, bir tegayyür tesbit edimemiştir.

Neticelerin münakaşası :

9,5 ay zarfında 236 hasta üzerinde tatbik edilmiş olan isoniazid tedavisinden elde edilen bu neticeler bundan evvelki tebliğlerimizde varmış olduğumuz neticeleri tamamıyla teyit etmiştir. Bunları aşağıya dercediyorum.

1. İzonikotininik asit hidrazid ateş, öksürük, balgam, basil sayısı, iştah, umumî hal ve tartı üzerine müessir görülmüştür. Bilhassa bu tedaviye tâbi tutulan vak'aların vehameti nazarı itibara alınacak olursa elde edilen neticeler küçümsenmeyecek mahiyettedir.

2. Taze ve yeni vak'alarda, diğer antibakteryel maddelerde de olduğu gibi daha müsait neticeler alınmaktadır.

3. İlâcın streptomisine mukavemet kesbetmiş mikroplar üzerinde de müessir olması ehemmiyetle nazarı itibara alınacak bir hassadır.

4. Mevcut antibakteriyellerle kıyas edildiği takdirde, elde edilen neticelere göre, tesirinin streptomisinden daha aşağı ve aşağı yukarı PAS ile aynı ayarda bulunduğu kanaatine varılmıştır.

Şimdi de 9,5 aylık tatbikata göre bunlara ilâve edilmesi icap eden hususları arzedeceğim :

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 ikinci bölümde arzedeceğimiz bulgular az çok bunu teyid eder mahiyettedir. Tedaviye başlandığı zaman ilk bir ay tedavi edilmiş olanlarla sonradan bir ay tedaviye tâbi olanlar arasında bilhassa iştâh, umumî hal, öksürük ve balgamın azalması gibi belirtilerde birinciler lehine oldukça bariz bir fark vardır. Bunu ilk anda harika ilâc adı ile ve büyük reklâmlarla ortaya atılan ilâcın hastalar üzerinde yaptığı psikolojik tesire atfedebiliriz.

Sonraki bir aylıklarda alınan neticeler ilâcın normal tesirini göstermektedir.

6. Hülâsa indikasyonu olan vak'alarda ve lüzumu kadar kullanılmak şartıyla isoniazid tüberkülozun antibakteriyel tedavileri arasına katılmaya değer müessir ve kıymetli bir ilâçtır.

II

Tedavi esnasında tüberküloz basillerinde izoniazide karşı mukavemet husulü meselesi hakkında araştırmalar

Antibakteriyel ilâçlarla tedavi esnasında hastalık âmillerinde, ilâçlara karşı husule gelen mukavemetin tedavide oynadığı menfi rol artık herkesce malûmdur.

Müessesemizde isoniazidlerle tedaviye başladığımız zaman bu ilâca karşı da mukavemet husule gelmesi ihtimalini kuvvetle tahmin ettiğimizden ve o esnada bu mesele hakkında kâfi derecede bir bilgiye de sahip olmadığımızdan, diğer yerlerde ehemmiyetle tetkik edilmekte olduğuna kani olduğumuz bu meseleyi biz de tetkik etmeye karar verdik.

Bu araştırmanın hedefi isoniazidle tedavi edilmekte olup da basıl çıkarmakta devam eden hastaların basillerinde ilâca karşı mukavemet husule gelip gelmediğini tesbit etmek idi.

Bu tetkiklere esas olmak üzere evvelâ isoniazidin hangi kesafetlerde kendisine hassas olan basillerin üremesine mani olduğu tayin edilmesi icap ediyordu. Bu maksatla streptomisine hassas ve mukavim tüberküloz basili suşları ve *Lovenstein'in* *Yensen* tarafından tādil edilen vasatı kullanıldı. Santimetre mikâbında 25 miligram Rimifonu ihtiva eden ampullerden istifade edilerek bunula bir seride vasatın içine konulmak, bir seri de vasatın üstüne yayılmak suretile muhtelif kesafette Rimifonu ihtiva eden vasatı havi tüpler hazırlandı. Bu kesafetler sıra ile santimetre kübünde 0,001, 0,01, 0,05 ve 1 gama idi. Bunlara ayrı ayrı streptomisine hassas ve mukavim tüberküloz basilleri ekildi. Aynı basiller her seri için birer de Rimifon ihtiva etmeyen kontrol tüplerine ilâve edildi. 37 derecede etüve konuldu ve haftada bir kontrol edilmek suretiyle bir ay bütün kontrollarda streptomisine hassas olan ve mukavim suşların, Rimifonun içinde ve üstünde bulunduğu bütün tüplerin de 0,05 e kadar olan tüplerinde üreme oldu. 0,1 de ve ondan yukarı olanlarda hiç

bir üreme olmadı. Şu halde Rimifonun kendisine karşı hassas olan verem basillerinin üremesini meneden kesafetinin 0,1 olduğu tahakkuk etti. Binaenaleyh 0,1 hassasiyetin hududu olarak alındı şe buna göre bu kesafette ve bundan sonrakilerde üreyecekler mukavim telâkki edilmesi icabediyordu. Tekrar edilen bu tecrübeler aynı neticeleri verdiğiinden bunu mukavemet tayininde esas olarak kabul ettik. *William Steenkin* ve arkadaşlarına isoniazide mukavemet araştırmaları hakkında neşrettikleri (1) yazıda bu mukavemet hududunu 0,125 olarak kabul etmiş olmaları da bizim vardığımız neticeyi teyid etti.

Bundan sonra esas araştırmalara geçildi :

Bunun için üçünün içine, üçünün de sathına sırası ile santimetre kübüne 0,5, 1 ve 10 gama Rimifon isabet etmek üzere hazırlanan vasatı ihtiva eden 6 tüp ile bu iki serinin kontrolü olan vasatı ilâçsız iki tübe hastaların balgamları aşağıda yazılan şekilde hazırlanarak ekildi.

Balgam evvelâ %8 sülfirik asit ile 10 dakika temasta bırakıldıktan sonra distile su ile iki defa yıkanır ve santrifüje edilir. Bu suretle elde edilen tortu iki santimetre küp su ile sulandırılır, bu suspansiyondan her tübe ikişer dizyem ilâve edilir.

Bu usul ile basilleri isoniazide karşı mukavemet meselesinin tetkikine tâbi tutulan hastanın sayısı 275 dir. Fakat bunlardan ancak 120 sinde üreme olduğundan tebliğimiz yalnız bu 120 vak'a üzerine olacaktır.

Bu araştırma sonunda 0-30 gün Rimifon almış 17 vak'ının 5 inde (%29) 30-50 gün alan 27 vak'ının 17 sinde (%29), 50-100 gün almış 57 hastanın 42 sinde (%37), 100 günden fazla Rimifon almış olan 19 hastanın 18 inde (%99) 0,1 - 10 gama arasında mukavemet tesbit edilmiştir. Heyeti umumiyesi nazarı itibara alınacak olursa muhtelif müddetlerle isoniazid almış olan 120 hastanın 82 sinde (%78) mukavemet husule gelmiştir.

Tecrübelerimizde 30 gün ilâç alanlarda hemen 1/3 nisbetinde mukavemet meydana geldiğine göre isoniazid ile tedavide mukavemetin daha erken ve daha geniş mikyasta husule geldiği intibai alınmaktadır. Son zamanlarda bu sahadaki müteaddit neşriyat da bunu teyid etmektedir.

(1) *William Steenken* ve arkadaşları. Amer. Rev. Tbc. 65. 754. 1952.

Binaenaleyh isoniazid ile yapılacak tedavide mukavemet meselesinin ehemmiyetle nazarı itibara alınması icabeder.

III

Klinikte streptomisine mukavemet kesbetmiş basiller üzerine isoniazid tedavisinin tesiri üzerine araştırmalar

Streptomisin ile tedavi esnasında basilleri streptomisine karşı mukavemet kazanmış hastalara isoniazid verilerek streptomisine mukavemet hâdisesi üzerine bir tesir yapılp yapılamıyacağı bir araştırma mevzuu olarak ele alınmış ve alınan ilk neticeler iptidağ bir tebliğ mahiyetinde XII. inci Millî Tıp Kongresine arz edilmişti.

O zamandanberi devam ettiğimiz ve bu bakımdan tetkik edilen vak'a sayısını da arttırmış bulunduğumuz bu mevzu üzerinde yine neticesi alınmış bir tetkik mahiyetinde değil, daha ziyade meseleyi kompetan bir heyet huzuruna getirmek gayesile muhterem heyetimize maruzatta bulunmak istiyorum.

şimdiye kadar bu deneye tâbi tutulan vak'a sayısı 55 dir, bunlardan mukavemete doğru bir meyil göstermekle beraber henüz mukavemet hududunda bulunan, 4 mikrogramda üreyen 7 tanesini esas tebliğimde nazarı itibara almıyorum. Bununla beraber isoniazid tedavisi sonunda bunlardan 4 ünün tamamıyla hassas bir hale döndüğünü, bir tanesinin 4 mikrogramda kaldığını, üçünde üreme olmadığını da zikretmeden geçemiyeceğim.

Ayrıca 7 vak'ada da isoniazid tedavisinden evvel streptomisine mukavemetin derecesi malûm olmadığından onları çıkarıyorum.

Böylece elimizde 40 vak'a kalıyor. Bu vak'alarda evvelce kullanmış oldukları streptomisin neticesi 16-32 gama arasında mukavemet teessüs etmiştir.

Bu hastaların ekserisinin hastalıkları 1 veya 2 taraflı, müteadit kaviteli, ekserisi eksüdatif karakterde ve evolutif seyirli vak'alardır. Bunlar aşağda gösterilen miktarlarda streptomisin kullanmışlardır.

25-30 gram streptomisin alan 3, 31-40 gram alan 10, 41-50 gram alan 2, 51-60 gram alan 5, 61-70 gram 5, 71-80 gram 81-90 gram alan 2 ve 91-100 gram alan 3 hasta olup ayrıca da birer kişi 120, 140, 150, 160 gram streptomisin almışlardır.

Bu 40 hastanın 6 sı 1-2 ay, 19 u 2-3 ay, 8 i 3-4 ay, 4 ü 4-5 ay, 3 ü 5-6 ay, isoniazid almışlardır.

Bu müddet sonunda balgamlarında streptomisine karşı mukavemet tetkik edilmiş, 8 inde basil ürememiş, 33 ünde üremiştir. Üreyenlerden 19 unda (%59) basiller yine isoniazid tedavisinin başlangıcında olduğu gibi streptomisine mukavim olarak bulunmuş, geri kalan 13 ünde (%41) basillerin hassas olduğu görülmüştür.

Bu tecrübe henüz tamamlanmış ve bütün kontrollerle teyit edilmiş vaziyette değildir. Buna rağmen teyyüt ettiği takdirde, çok büyük bir ehemmiyeti haiz olacak olan bu hâdiseyi muhterem heyetimize arz etmeyi, bilhassa ilgililer tarafından takip ve tetkik edilmesine meydan vermek itibarıyla faydalı buldum.

Filhakika streptomisine mukavim suşların mukavemeti isoniazid ile, kısmen de olsa, bertaraf etmek mümkün olduğu takdirde antibakteriyel tedavide çok büyük bir kazanç elde edilmiş olacak ve tedavi şeklinde bu bulguya muvazi olarak değişecektir.

Hattâ bu meselenin teyit veya reddedilmesine intizaren şimdiden streptomisin ile isoniazidi bir arada kullanmamak, eskiden olduğu gibi streptomisini P.A.S. ile kombine vererek isoniazidi streptomisine mukavim vak'alara hasretmek şekli hatıra gelmektedir.

S U M M A R Y

Studies on Isoniazid at Heybeliada Sanatorium : In the first part of this communication which is divided in three groups; the situation of the lesions, the treatment applied and the result of the treatment obtained before the administration of isoniazid, the kind and the amount of the isoniazid that administrated, the result produced of the treatment and the effect of isoniazid on temperature, cough, sputum B. K., appetite and the general condition of the patients and the side-effects of the drug is observed in 236 cases treated 9,5 months at Heybeliada Sanatorium.

In the second part the applied method in the determination of resistancy against the isoniazid at the sanatorium is reported and the result is demonstrated.

In the third part the administration of isoniazid how relaved the resistancy against streptomycin in 41 per cent of 45 cases of which are resistant to streptomycin is shown.

R É S U M É

Travaux sur l'Isoniazide au Sanatorium de Heybeliada : La communication est divisée en 3 parties.

1) Description de l'état de santé de 236 malades observés en 9,5 mois, les traitements qu'ils ont subi avant l'application de l'isoniazide et leurs résultats. La dose et la variété d'isoniazide, son action sur la toux, le crachat, le B.K., l'appétit, et l'état général ainsi que les réactions secondaires sont étudiés.

2) La méthode de détermination du degré de résistance développée chez les malades traités a été décrite.

3) Chez les malades à bacille streptomycino-résistant, l'administration de l'isoniazide a rendu, dans 41 % de cas ces bacilles à nouveau sensibles à la streptomycine.

Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha
Müdürür
Dr. Niyazi Erzin

ISONIAZİD'E TÜBERKÜLOZ SUŞLARININ ALIŞMASI

Dr. ARAL GÜRSEL

Tüberküloz şimioterapisi üzerinde çok eski zamanlardan beri uğraşılmakta olduğu malûmdur. Bu çalışmaların bir kısmı *R. Koch*'un tüberküloz basilini keşfinden bile çok evvel başlamıştır. Esas çalışmalara ise ancak 1935 den sonra başlayarak çok ilerilere götürülerek bu günkü halini almıştır.

Tecrübe edilen pek çok maddeler arasında bir çokları in vitro bakteriostatik veya bakterisit oldukları halde in vivo olarak hiç bir netice vermemişlerdir.

Son senelerin çalışmaları ve bilhassa *Domagh*'ın *prontosil*'i keşfinden sonra ve *Prof. Dr. J. Trefouel*, *Mm. Trefouel* ve *Nitti*'nin *prontosil*'in azoik boya maddesinden sülfamidleri ayırmalarından sonra tüberküloz şimioterapisine bilhassa hız verilmiş ve bu sülfamidler bugün, günün mevzuu olan isoniazid'in keşfine yol açmıştır.

Domagh sülfamidlerden Sulfothiodiazol'ü tetkik etmiş ve bunun tüberküloz basili üzerine sülfanilamidlere nazaran 20 misli daha müessir olduğunu göstermiştir. Tesiri görülen bu maddenin sentezine uğraşan *Mietzch* ve *Behnisch* thiosemicarbazon'u elde etmişler ve bununla beraber elde ettikleri ara maddeleri de tecrübe etmek üzere *Domagh*'a göndermişlerdir. Thiosemicarbazon bir sülfamid olmamakla beraber tüberküloz basiline karşı çok müessir olarak bulunmuştur.

A. Girard semikarbazonun benzenik nüvesinin yerine bir piridin ilâve ederek Nikotinik asit thiosemikarbazonunu elde etmiş ve *C. Levaditi* ile birlikte bunun. thiosemikarbazon derivelerinden olan *Tb. I'e* nazaran çok daha müessir olduğunu göstermişlerdir.

Grunberg ve *Leivvat* da izonikotinik aldehid thiosemikarbazonunda aynı tesiri bulmuşlardır. En nihayet *Fox* bu aldehidi hazırla-

mak için izonikotinic asit hidrazidini kullanmış ve müessiriyet tecrübelerin Grunberg ve Schnitzer'e yaptırmıştır (1).

Müelliflere göre farelerde olduğu gibi in vitro dahi bu müstahzar streptomycine nazaran 20 misli daha müessirdir, fakat aynı zamanda 5 misli de daha toksiktir. Aynı neticeler Rist (2) tarafından da teyid edilmiştir. Rist'e göre Streptomycin ve P.A.S.'a mukavim 6 hümen tipi suş isoniazid aynan H₃₇Rv gibi hassas bulunmuştur. Ancak isoniazid ile temasa gelen basillerin asidorezistanslarının kaybolduğu da müşahede edilmiştir. Bu husus bizleri isoniazid ile tedavi edilen kimselerde basillerin balgamdan kayboluşunu ve yapılan direkt muayenelerle konulan teşhislerde çok dikkatli davranmaya mecbur etmektedir. Aynı müellife göre isoniazid rezistan basillerin asidorezistanslarının kaybolmadığı da belirtilmiş olduğundan bu hususun belki bizlere faydaları dokunabilir.

Tüberküloz basilinin in vitro olarak isoniazid'e mukavemet etmesi

Bilhassa son yıllar zarfında zarfında SULFONLAR, ACİDE PARAAMİNOSALİCİQUE ve STREPTOMYCİN tüberküloz tedavisinde mühim bir yer almışlardır. Bilhassa streptomycin ile baştan parlak klinik neticeler alınmışsa da kısa bir zaman sonra basillerin bu antibiotiğe karşı mukavemet kazandıkları görülmüştür (3, 4, 5). Streptomycino terapide baştan husule gelebilecek mukavemet kestirilemediğinden bu antibiotik tedavisi ile büyük hatalara düşülmüştür. Bilgisizlikten doğan bu hatalar kısmen affedilecek vaziyette ise, ~~yenî baştan~~ (ilan isoniazid terapisinde tehlike malûm olduğundan aynı hatalara düşülmemelidir. Demek oluyor ki malûm tehlikeler karşısında şimdiden bir plân hazırlıyarak isoniazid rezistans teşekkülüne imkân nisbetinde mani olunmalıdır. Mani olunmalıdır diyorum, zira ecnebi literatürlerin bildikleri gibi müessesemizde de yapmış olduğumuz tecrübeler bizlere tüberküloz basilinin şimdilik hiç olmazsa in vitro olarak isoniazid'e çabuk alıştığını ve baştan 0,005 γ (gamma) gibi küçük bir isoniazid kesafeti neşvünemasını durdururken üç pasaj sonra aynı suşu 100 γ (gamma) gibi kesif isoniazid miktarlarını havi tüplerde bile kolaylıkla üredğini göstermiştir.

Tecrübelerimize, elimize ilk olarak geçen Squibb firmasının NYDRAZID adlı müstahzarı ile 5/6/1952 de başladık. İlâç hastanelere daha evvel gelmiş bulunduğundan işe 3 hafta müddetle Rimifon almış hastalardan tecrid ettiğimiz suşlarla başladık, bunlarla paralel olarak da hiç Rimifon almamış 3 hastanın suşu kullanıldı.

Kullandığımız vasat *Löwestein*'in *Jansen* tarafından tadil edilmiş vasatıdır. Kullanılan isoniazid kesafetleri de 0,01/cc, 0,1/cc, 1/cc, 10/cc, 100/cc dir. Aşağıdaki 1 numaralı tablodan da anlaşılacağı gibi Tıp Fakültesi Fitizyoloji Kliniğinden gelen 87, 77 ve 78 numaralı suşlar ki, 3 hafta müddetle Rimifon tedavisine tâbi tutulmuş hastalardan elde edilmişlerdir, hiç Rimifon almamış Numune Hastanesi Verem Pavyonundan gelen 24, 31 ve 47 numaralı suşlara nazaran çok daha çabuk ve ileri isoniazid kesafetinde bir üreme göstermişlerdir.

Tablo 1 5/6/1952

Suş No.	100 γ /cc	10 γ /cc	1 γ /cc	0,1 γ /cc	0,01 γ /cc	Şahit
87 Rimifon almış	++10 g	+++++10
78 » »	.	.	+11 g	+11 g	+++12 g	+++++12
87 » »	.	.	+35 g	+20 g	++12 g	+++++12
24	+28 g	++28 g	+++++12
31	++30 g	+++++12
47	+30 g	+12 g	+++++12
					++30 g	

17/6/1952 de üreyen bu suşlardan (24 ve 31 numaralı suşlar müstesna) bir pasaj yapılmıştır. Rimifon almış hastalardan tecrid edilen suşlarda bu maddeye karşı bir alışkanlık mevcut bulunduğundan diğer suşlara nazaran çok daha çabuk ve ileri isoniazid kesafetli tüplerde üremişlerdir.

Tablo II 17/6/1953

Suş No.	100 γ /cc	10 γ /cc	1 γ /cc	0,1 γ /cc	0,01 γ /cc	Şahit
87— 0,1 den	.	++15 g	++15 g	+++12 g	+++12 g	+++++ g g
77— 0,01 »	+18 g	+++18 g	+++18 g	+++ 9 g	+++ 9 g	+++++ g g
78— 0,01 »	.	.	+18 g	++ 9 g	+++ 9 g	+++++ g g
24— 0,01 »	.	.	.	+18 g	+++ 9 g	+++++ g g

Suşlarımız üredikçe pasajlarımıza durmadan devam ettik 26.6.925 de yapmış olduğumuz pasajda ilk ekilişlerde inhibisyon gösteren konsantrasyonlarda bu sefer mikroplarımız 7, 12 ve 20 gün gibi kısa bir zamanda üremekte idi. 78 numaralı suşumuz 0,1 γ /cc de 28 günde üreyebilirken bu sefer aynı 28 günde 10 γ /cc konsantrasyonda dahi üremiştir.

Tüberküloz basillerinin isoniazid'e çok çabuk alıştığı ise III ve IV numaralı tablolarımızdan daha iyi göze çarpmaktadır. Burada İNH almamış hastalardan tecrid edilen suçlar bile 7 ve 14 gün gibi kısa bir zamanda 100 γ /cc kesafetinde üreyebilecek vaziyete gelmişlerdir. Bilhassa IV numaralı tablodaki üreme göze çarpmakta ise de burada ekimler dilüsyonlar yapılmayıp öze ile ekilmiş bulduklarından, özede bulunan fazla miktarda tohum içerisinde fazla miktarda aberant basil bulunduğundan, üremede daha kolay ve çabuk husele gelmiştir. Bu son pasaj müessesemizin B. C. G. laboratuvarında *Dr. S. Payzın* ve *Dr. K. Özson*'un B.C.G. suşunu 24 saat gibi kısa bir zamanda bol ekerektan üretmeye muvaffak olmaları üzerine yapılmıştır.

Tablo III

Suş No.	100 γ	10 γ	1 γ	0,1 γ	0,01 γ	Şahit
77—29/6 dan	++ 7 g	++ 7 g	++ 7 g	++ 7 g	++ 7 g	++ 7 g
78— » »	.	+14 g	+14 g	+ 9 g	+ 9 g	+ 9 g
87— 5/6 »	.	+ 6 g	+ 6 g	+ 6 g	+ 6 g	+ 6 g
47— » »	.	+14 g	+ 7 g	+ 7 g	+ 7 g	+ 7 g
31— » »	.	.	+ 8 g	+6 g	+ 6 g	+ 6 g
24— » »

Tablo IV

Suş No.	100 γ	10 γ	1 γ	0,01 γ	0,01 γ	Şahit
77 (100 dan)	++7 g	++7 g	++7 g	++7 g	++7 g	++7 g
78 (0,1 dan)	+7 g	++7 g	++7 g	++7 g	++7 g	++7 g
87 (10 dan)	+7 g	++7 g	++7 g	++7 g	++7 g	++7 g
47 (1 dan)	++7 g	+++7 g	+++7 g	+++7 g	+++7 g	+++7 g
31 (1 dan)	+7 g	+7 g	+++7 g	+++7 g	+++7 g	+++7 g
24 (10 dan)	++7 g	++7 g	++7 g	++7 g	++7 g	++7 g

Üç pasaj gibi kısa bir zamanda tüberküloz basillerinin cc sinde 100 γ kesafetinde isoniazid bulunan tüplerde üreyebilecek kadar mukavemet kazandıkları bu kısa çalışma sonunda kolaylıkla görülmektedir. Normal vaziyette 0,05 γ isoniazid kesafeti üremeyi durdurmaktadır.

Bu kadar kısa zamanda ve bu kadar bol üreme bizleri adeta şaşırtmış bulunduğundan evvelâ bir saprofitizm meselesini düşünmek

mecburiyetinde kaldık. Bundan dolayı bu mukavemet kazanmış mı diyelim, yoksa isoniazid'e alışmış mı diyelim, suşlarla bir taratan sulu vasatlar üzerinde denemeler yaparken diğer taraftan virülans deneyi için kobaylara zerkler yaptık.

28/7/1952 de her 6 suştan 4 er kobay zerk ettik. İnguinal bezeler nahiyesine sübkütan olarak zerk edilen kobaylar 14 gün sonra yani 11/8/1952 de sakrifiye edildiler. Hepsinde bilhassa inguinal lenf bezelerinin son derece büyümüş, bir kısmında kazeifikasyonlu, diğer bir kısmında da kazeifikasyonsuz tüberküloz mihrakları bulunmuştur. Daha bu ilk otopsiler bizi saprofitizm'den uzaklaştırmış ise de 2 ay sonra yani 25/9/1952 de İP olarak zerk edilen kobaylar da sakrifiye edilerek bu fikrimiz tamamen izale edilmiştir, zira sakrifiye edilen bütün kobaylarda tüberküloz tamamen jeneralize vaziyette idi.

Sulu vasatlardaki üreme şeklini tetkik etmek üzere sığır plazmalı *Youmans* vasatını kullandık. isoniazid plasma ilâvesinden sonra konulduğu için bu sonuncu Seitz'den geçirilmekle sterilize edilmiştir ve aynen katı vasatlarda bildirdiğimiz kesafetlerde ilâve edilmiştir. Mümkün nisbette fazla aerasyon temini gayesile tüplerimiz kapışonlanmamış ve yatık olarak üretilmiştir. *Youmansta* 4 gün gibi kısa bir zamanda her suş da alışık olduklarından 100 γ /cc lik kesafette kolaylıkla üremişlerdir. Şahit tüple mukayese edildiklerinde bir isoniazid depandans vaziyette adeta göze çarpyordu.

Bu suşlar müteaddit pasajlarla isoniazid'e alışmış bulduklarından ve yalnız 6 suşla bir netice çıkarılamıyacağı düşüncesile 2/8/1952 yeni suşlarla gerek katı ve gerekse sulu vasatlar üzerinde mukayeseli olarak tecrübelerimizi tekrarladık. Bu seferki tecrübemizde 3 hafta Rififon almış hastalarla 3 ay Rimifon almış hastalardan tecrid edilmiş suşlarda kullandık ve bunların yanında da iki adette hiç Rimifon almamış hasta suşu kullandık.

Bu tecrübede sulu vasatlardaki isoniazid'e alışma katı vasatlara nazarran çok daha çabuk husule gelmektedir. 3 pasaj sonra bütün suşlar 100 γ /cc de mukemel üremişlerdir.

Tüberküloz basillerinin yalnız İNH ihtiva eden vasatlarda bu maddeye kolaylıkla alışdıkları görülünce *Youmans* vasatı hazırlanarak bunun içerisine 0,01 γ , 0,1 γ , 0,5 γ , 1 γ , 10 γ İNH ilâve edildiği gibi 0,5 γ , 1 γ , 5 γ , 10 γ ve 20 γ da streptomycin ilâve edilmiştir. Bu

her iki tüberkülostatik maddenin bir arada bulununca ne gibi bir tesir yapacaklarını tetkik ettik. Böylece hazırlanan beher tübe 0,2 cc basil emülsyonu ekilmiştir. Bu kombine vasatlardaki üreme çok yavaş husule gelmektedir. Şahit tüpte 6 günde üreme görülmüş iken 0.0- γ isoniazid + 0,5 γ streptomycin bulunan tüpteki üreme ancak 8 inci gün kendini göstermeğe başladı. Müteakip tüplere gelince burada üreme 10 uncu ve 12 nci günlerde bile husule gelmemiştir. Ancak 80 ve 146 numaralı suşların 0,1 γ isoniazid + 1 γ streptomycinli tüplerinde hafif bir üreme müşahade edilmiştir.

20/X/1952 de üreyen bu ilk tüplerden yeni vasatlara pasaj yapıldı ise de tablo V den de görüleceği gibi hiç bir mukavemet ilerlemesi görülmemiştir.

Tablo V

INH	10 γ	1 γ	0,5 γ	0,1 γ	0,1 γ	0,01 γ
Strep	20 γ	10 γ	5 γ	1 γ	1 γ	0,5 γ
79	+8 g	++7 g
80	.	.	.	+8 g	+8 g	++7 g
145	+8 g	++7 g
146	.	.	.	+8 g	+8 g	++7 g
147	+8 g	++7 g
88	+8 g	++7 g
89	+8 g	++7 g
90	+8 g	++7 g
99	+8 g	++7 g
100	+8 g	++7 g

Bu şekil kombine vasatlarda 3 pasajda bir mukavemet kazanılması veyahutta bir alışkanlık görülmediğinden bu iki madde arasında bir antagonizm olup olmadığı bizi düşündürdü ve 11/11/1952 de bu suşlarımızın pasajları yapılırken bir evvelki çalışmalarımızda 100 γ /cc isoniazid mukavemet kazanmış olan 77, 78 ve 47 numaralı suşlarımızla 20 γ /cc streptomycine mukavim olan 52, 53 ve 58 numaralı suşlarımızı da kattık.

Tablo VI dan da görüldüğü gibi 100 γ /cc isoniazid'e mukavim olan 77 ve 47 numaralı suşlar 10 gün zarfında 0,5 γ isoniazid + 5 γ streptomycin ihtiva eden tüplerde ürediler. 20 γ streptomycine rezistans suşlarla 78 numaralı 100 γ isoniazid mukavim suş ise ancak 0,1 γ isoniazid + 1 streptomycinli tüplerde üreyebilmişlerdir.

Tablo VI

INH Strep	10 γ 10 γ	11 γ 1 γ	0,5 γ 5 γ	0,1 γ 1 γ	0,01 γ 0,5 γ	Şahit
79	+7 g	++6 g
80	.	.	.	+8 g	++6 g	++6 g
145	+7 g	++6 g
146	.	.	.	+8 g	++8 g	++6 g
147	+7 g	++6 g
88	+7 g	++6 g
89	.	.	.	+8 g	++8 g	++6 g
90	.	.	.	+8 g	++8 g	++6 g
99	+7 g	++6 g
100	+7 g	++6 g
77—100 γ INH Rez	.	.	+8 g	+7 g	++6 g	++6 g
78— » » »	.	.	.	+6 g	++6 g	++6 g
47— » » »	.	.	+10 g	+7 g	++6 g	++6 g
52— 50 γ Strep. R.	.	.	.	+6 g	++6 g	++6 g
53— » » »	.	.	.	+6 g	++6 g	++6 g
58— » » »	.	.	.	+6 g	++6 g	++6 g

Aynı husus in vivo olarak da Ankara Verem Savaş Derneği hastahanesinin 276 protokol numarasını taşıyan Osman Özmen isimli hasta üzerinde de memnuniyetle müşahede edilmiştir. Bu hasta yalnız streptomycinle tedavi edildiği sıralarda çıkardığı mikrobu 100 γ /cc streptomycin ihtiva eden tüpte bile üreyebiliyordu. Bir müddet için streptomycin terk edilerek isoniazid tedavisine tabi tutulduğunda 9/11953 tarihinde aldığımız mikrobu ile yaptığımız streptomycino - rezistans deneyinde basillerin ancak 10 γ streptomycine mukavemet edebildikleri görülmüştür. Hâdise daha evvelinden Tıp Fakültesi Ftizyoloji kliniği hastalarından 65 protokol numaralı Hacı Cesur isimli hasta üzerinde de müşahede edilmişti. Ancak bu hasta kombine tedaviden sonra dahi bol miktarda basil çıkarmaya devam etmiştir.

Ancak yukarıki tecrübelerde kullanılan suşların tek taraflı rezistansları malûm idi. Meselâ isoniazid mukavim suşların streptomycine olan hassasiyet veya mukavemetleri bilinmiyordu. Aynı şey streptomycinorezistan suşlar için de mevzubahistir. Vasatta bu her iki madde karışık olarak bulunduğundan bu hususları bizleri mukavemet kırılması hakkında daha iyi aydınlayabilirdi. Buna rağmen tecrübelerimiz *N. Rist*'in elde ettiği neticeleri teyid etmektedir. (6). *Rist*'e göre laboratuvarlarda elde edilen suşlar streptomycine hasas, P.A.S.'a hassas veya sulfonlara hassas suşlardan elde edilmiş ise P.A.S. da hassastırlar. Aksine olarak evvelki ilâçlara rezistan olan suşlarda isoniazid'e hassastır.

Tecrübelerimizden de görüldüğü gibi in vitro isoniazid'e yukarıki maddelerden birinin iştirakini isoniazid rezistan kolonilerin teşekkülünü geçirmektedir. İn vivo olarak yaptığımız müşahedeler de bu ilâçların kombine olarak iyi kullanıldığı takdirde gerek teşekkül etmiş bulunan streptomycinorezistansın kırılacağını ve gerekse isoniazid'e mukavemetin teşekkül etmeyeceğini ümid ettirmektedir. Bu hususun tahakkuku içinde klinikle laboratuvarın tam bir teşriki mesai etmesi icab etmektedir. Halbuki bizde ise, maalesef diyeceğim, klinikle laboratuvar arasında tam bir teşriki mesai yoktur ve klinisyenler laboratuvarın lüzum gördüğü ve istediği malûmatı hiç bir zaman tam ve zamanında vermemektedirler. Bu da yapılan pek çok tecrübelerimizden netice çıkarmamıza bir engel teşkil etmektedir. Aynı zamanda klinikte zamanında lüzumlu müdahaleyi yapamamaktadır. Bütün temennim ve ricam müşterek mesai yapmaya alışalım. Ancak o zaman gerek klinikte ve gerekse laboratuvarında muvaffak olmuş oluruz.

BİBLİOGRAFİ

- Grunberger (E), Schnitzer (R. J.)*— Studies on the activity of hydrazine derivative of isonicotinic acid in the experimental tuberculosis of mice.— The Quarterly Bulletin of Sea View Hospital 1952, No.1-2, 11.
- Rist (Noel)* — C. R. Soc. Biol. 22 Mars 1952.
- Long (R.E.)* — Bacilles tuberculeux et agents chimiothérapique (antibiotique etc.) Sensibilité, résistance et dépendance. Rev. de la Tub. 1950, 13, 1102.
- Meyer (A) et Galland (R)* — Nations préliminaires sur la streptomycinoresistance. Rev. de la Tub. 1949. 13., 113.
- Seanz et Canetti* — La streptomycinoresistance du bacille de Koch en fonction de la dose de streptomycine administrée. Une etude de 150 cas de tuberculose pulmonaires et tratés par la streptomycine. Rev. de la Tub. 1949, 13, 504.
- Rist (Noel)* — La resistance du bacille tuberculeux à l'hydrazide isonicotinique. Presse Med. 1952, 37, 806.

S U M M A R Y

The Accomodation of the Strains of Tubercle Bacilli to Isoniazid : After a brief historical knowledge given about the antibacterials the result of invitro and invivo laboratory investigations with isoniazid is demonstrated. The end result of the trails shows a resistancy occurs against the drug in a short time.

In strains resistant to streptomycin some sensitiveness is occur after the administration of isoniazid in some speciments. The necessity of collaboration of the clinics and laboratories to deal these important problems is obvious.

R É S U M É

La résistance du bacille tuberculeux à l'acide isonicotinique hydraside.- Après avoir fait l'historique des antibiotiques utilisés dans le traitement de la tuberculose, l'auteur donne le résultat des recherches de laboratoire qu'il a effectué in-vivo et in-vitro et dit qu'on peut obtenir une résistance contre ce médicament.

Ces recherches de laboratoire ont démontré que le bacille streptomycino-résistant perdait partiellement cette résistance sous l'action de l'acide isonicotinique; mais, pour confirmer ce fait, il faut l'association du laboratoires et de la clinique.

Haybarpaşa Verem Hastanesi
Baştabibi
Dr. Yakup Çelebi

İZONICOTİNİC ACİD HYDRAZİDE'İN KAVERNLER ÜZERİNE TESİRİ

Dr. YAKUP ÇELEBİ

Tüberküloz tedavisinde kavrnler eskidenberi mühim bir yer tutmaktadır. Tatbik edilmekte olan muhtelif cerrahî ve diğfer kollaps metodları, ekseriyetle kavernleri hedef tuttuğu gibi, muhtelif ilâçların kavernler üzerine olan tesirleri, daima alâka ve dikkatle takip edilmektedir. İsonicotinic acid hydrazid'in memleketimizde ilk defa tecrübe ve tatbik sahasına girdiği Mart ayından 1952 sonuna kadar servisimizde 56 vak'a Rimifon, Nicotibin, Neoteben, Tübrazid gibi muhtelif müstahzarat ile tedavi edilmiştir. 56 vak'anın 36 tanesi radyolojik olarak aşikâr kavernli vak'alardır. Hemen hepsi iki seneden daha fazla olmak üzere eski ve kronik vak'alardan ibarettir. Servisimizde 2-3 aylık ve günlük dozları 200-400 mg. arasında olmak üzere muntazam İsoniazid tedavisi gördüler. Bazı vak'alara ilâveten entra ve extra plöral pneumothorax ve birkaç tanesine de streptomycin tedavisi teşrik edilmiştir. Bu tedavilerin neticesi ekseri vak'alarda klinik ve radyolojik muhtelif derecede iyilik tesbit edilmiş, fakat kavitelerin radyolojik olarak silinmesi temin edilememiştir. Ancak kısa müşahadedeleri aşağıda yazılı üç vak'ada bu netice elde edilmiştir. Bu üç vak'a yalnız İsoniazid tedavisi görmüşlerdir. Tedavi sonunda riedeki fizik ârazlar tamamen kaybolmuş, balgamda basit ve teksif usuller ile yapılan müteaddit muayenelerde B.K. bulunamamıştır. Radyolojik olarak tedaviden evvel görülen kavern imajları tedaviden sonra tamamen silinmiştir.

36 kavernli vak'aya ait bu neticeler, iki noktai nazardan dikkate şayandır :

1. İsoniazid'lerin bütün kavernlere tesir etmeyerek yalnız taze kavernlere tesir ettiğini göstermesi,

2. Taze kavernlere kollaps tedavisi tatbik edilmeden evvel 1-2 aylık ilâç tedavisi usulünün doğru ve isabetli olduğunu göstermesi.

Birinci vak'a B. İ. (Pr. No. 2659) 25 yaşında bir kız. Sekiz seneberi hasta .29/7/944 de sağ tarafına pneumothorax başlamış. Bu tedaviye devam ederken 1947 yılı ortalarında öksürükle ağzından bir bardak kan gelmiş, bunun üzerine sol tarafına da pneumothorax başlamış. Yedi ay sonra sol tarafına su toplanmış, su alınmamış, kendi kendine dağılmış, fakat bir müddet sonra da yapışıklık dolayısıyla sola hava alamamış, sağ tarafın havası devam ediyormuş. Bu vaziyette hasta 11/1/949 da servisimize birinci defa olarak gelmiştir. Sol üst fustaki kavern dolayısıyla Thoracoplasti ameliyatı teklif edilmişti. Fakat hasta kabul etmedi. 1951 yılı başlarında sol tarafa Lobektomi yapıldı. (*Husfeld*) ameliyat parlak netice verdi. Klinik ve radyolojik hastalık alâmetleri tamamen ortadan kayboldu. Fakat ameliyattan bir buçuk sene sonra 3/5/952 de kendisinin iyi tanıdığı hastalık alâmetleri ile ve üzgün bir halde müracaat etti. Muayene edilerek film çekildi. Filmin tetkikinde evvelce geçirdiği Lobektomi ameliyatından boş kalan sadrın üst kısmını dolduran sol rie alt lobun tepesinde klavikülâ cismi ile süperpoze ve kalınca cidar arzeden, küçük bir seviye bulunan iki santim kutruna bir kavern görüldü. Servise yatırılarak dört aylık bir Rimifon ve Nicotibin tedavisinden sonra basit ve teksif usuller ile yapılan müteaddit balgam muayenelerinde B.K. görülemedi. Kültürde B.K. üremedi. Rie-deki fizik ârazlar tedricen kayboldu. 12/6/952 tarihli filmin tetkikinde Clavicula cismi ile süperpoze ve hudutları vuzuhsuz bir santimetre kutruna bir kavern, 29/7/952 tarihli filmin tetkikinde aynı karakterde, fakat daha küçük bir kavern gölgesi, 28/8/952 tarihli filmin tetkikinde Clavicula cismi ile süperpoze, içi homojen olmayan kesafet arzeden endüre mihrak görüldü. Bundan sonraki 1/10/952 ve 6/1/953 tarihli kontrol filmleri normâl denecek bir manzara göstermektedir. Tomografi filmlerinde kavite imajı görülmedi.

İkinci vak'a : R.A. (Pr. No. 3076) 49 yaşında bir erkek. Bir iki hafta dermansızlık ve öksürükle hastalanarak 7/11/952 tarihinde servisimize müracaat ediyor. Muayene sağ p.v. bölgede ve terkova altında öksürükten sonra duyulan yaş râller, kışede B.K. müsbet, filmde sağ Clavicula altında iki santimetre kutruna kaviter imaj mevcut. Servise yatırılarak Tübrazid tedavisine (günde 300 mg.)

başlandı. Bir ay sonra riede evvelce duyulan fizik bulgular kayboldu. Müteaddit krase muayenelerinde B.K. bulunamadı. Kültürde B. K. üremedi. Filmde kavern imajının tamamen silinerek aynı sahada siraotik - endürafif değışiklik mevcudiyeti görüldü. Tomografide kavern imajı görülmedi.

Üçüncü vak'a : Ayakta tedavi edilen 25 yaşında erkek bir hasta. Bir sene evvel askerlikten terhis olmuş. O zamandanberi arasında öksürüyor, hiç bir hekime görünmemiş. Muayenesinde her iki p.v. bölge, koltuk ve terkova altında yaş râller, krasede B.K. müsbet. 28/8/952 tarihli rie filminin tetkikinde sağda üst sahada torax dış cidarına yakın üç santim kutruna bir tane kaviter imaj görüldü. Rimifon tedavisine (günde 300 mg.) başlandı. 30/9/952 tarihli filmin tetkikinde sağda fibrokalker tezahürat, solda Clavicula altında cidara yakın bir sahada ve konturları müphem ve tomografik olarak tahkiki icabeden ufak bir anüler gölge görüldü. Marangoz olan bu hastamızı verdiği adrese meztup yazarak ve adama gönderecek kontrol muayenesine çağırıldık. Bulamadığımız için müteakip kontrol ve tomografik tetkik yaptırmak mümkün olmadı.

S U M M A R Y

The Effect of Isoniazid on Cavities : We have treated 56 cases with Rimifon, Nicotibine, Neoteben and Tubrazid in 1952. 36 cases had radiologically apparent cavities. All these cases were old cases of tuberculosis more than two years of period.

These cases had 2-3 months isoniazid regularly 200-400 mlgr. everyday. We have observed some clinical and radiological improvement at the end of the treatment. In 3 recent cases the cavities disappered. This is checked up by planigraphical examination and examination of bacilli even in cultures.

The result of the observation: 1) The isoniazid only effect on recent origin cavities with tiny walls. 2) Particularly in recently developed cavities to commet an intervention before 1-2 months isoniazid treatment is not logical.

R É S U M É

L'action de l'acide isonicotinic hydrazide sur les cavernes.— Parmi les 56 malades traites en 1952 dans le service de l'auteur par le Rinifon, Nicotibine, Néotebene, Tubrazid et autres spécialités 36 malades présentaient des cavernes très nettement dessinées. Presque tous ces cas étaient des cas chroniques qui dataient de plus de 2 ans.

Ces malades ont reçu, pendant une période de 2 à 3 mois un traitement régulier à l'isoniazide. La dose journalière était de 200 à 400 miligr. A la fin du traitement une amélioration aussi bien clinique que radiologique a été observée. Mais seulement dans 3 cas de cavernes récentes les cavités disparurent et les cultures demeurèrent négatives.

Les conclusions qu'on peut tirer de ces observations sont: 1) L'isoniazide n'agit que sur les cavernes neuves à paroi molle. 2) Il ne faut pas essayer sur les cavernes des traitements très actifs avant d'avoir essayé un traitement à l'isoniazide durant 1 à 2 mois.

*Erzurum Verem Hastanesi
Dahiliye Mütchasssı ve Başhekimii
Dr. Zeki Başar*

ISONICOTINIC ASIDE HYDRAZIDE «RİMIFON» İLE TEDAVİ EDİLEN 50 HASTA ÜZERİNDEKİ MÜŞAHEDELERİMİZ

Dr. ZEKİ BAŞER

Son yılların buluşlarından olan ve tıb âleminin ümid dolu nazarlarını üzerine çeken (Isonicotinic aside Hydrazide) i biz de hizmet gördüğümüz bir Doğu Anadolu şehri olan Erzurumda tatbika imkân bulduk. Filhakika materyeli bol ve çeşitli olan Hastanemizin poliklinik ve klinik vak'aları arasından endikasyon koyduğumuz belki yüzlerce denilecek sayıda büyük bir hasta grubunu Isonicotinic aside hydrazide ile tedaviye çalıştık. Fakat bütün bu vak'aları değil de yegâne verem hastanesinin servislerinde tedavi ve müşahede altında bulundurarak durumlarını incelediğimiz 50 hastayı bahis konusu edeceğiz.

Tamamen objektif olarak pek ince bir takip zihniyetiyle durumlarını yakından tetkik ve takib edebildiğimiz bu 50 hasta üzerindeki müşahedelerimizi ayrıca Isonicotinic aside hydrazide tedavisine tâbi tutulan ve sayılarının çokluğuna yukarıda işaret edilen diğer poliklinik ve klinik hastalarımız üzerinde gördüklerimizle bir dereceye kadar teyid ve takviye etmiş bulunuyoruz.

Tesir mihanikiyet ve derecesi, toksitesi, komplikasyonları, müks nisbeti, tatbik müddeti ve genel olarak veremin tedavisi bakımından özellik ve üstünlüleri ilh.. hakkında henüz kesin bir karara varılmamış olan Isonicotinic aside hydrazide'i üzerindeki umumî çalışmalara biz de bu şekilde muhit ve Hastanemizin imkânları nisbetinde «Deryaya damla» kabilinden katılmış bulunuyoruz. Bahsini ettiğimiz 50 hasta üzerindeki müşahedelerimizi ve bu müşahedelere dayanan tecrübî görüşlerimizi şu mütevazi raporumuzla kayıd ve muhterem kongrenize arzemiş oluyoruz.

Hastalarımıza Isonicotinic aside hydrazide'i alarak (Hoffman la Roche) un RİMİFON adında ve komprime hâlindeki preparatını kilo

başına 5 miligram olarak vermiş bulunuyoruz. Bununla beraber servislere yatırılan hastalara derhal RİMİFON tatbik olunamıyarak bir müddet klinik durumların gözden geçirilmesi usul ittihaz edilmiş ve bu arada idrar, balgam, semidantasyon, grafi, tartı vesailerini tahlil, tetkik, tayin ve tesbit edilmiştir.

Bu sistem dairesinde durumları tetkik edilerek RİMİFON tedavisine tabi tutulan ve aynı zamanda istifade ve iyileşmeleri memnuniyetle müşahede olunan hastalarımızın cins bakımından 20 si kadın, 30 u erkektir.

Kadın - erkek 50 hastanın yaşlarına göre sayıları ise şöyledir :

<u>15 - 20 yaşında,</u>	<u>20 - 30 yaşında,</u>	<u>30 - 40 yaşında,</u>	<u>40 - 50 yaşında</u>	
5	33	10	2	dir.

RİMİFON tedavisine tâbi tutulan 50 hastanın gün üzerinden ilâca devamı şöyledir :

<u>14 hasta,</u>	<u>28 hasta,</u>	<u>8 hasta</u>	
30 gün	60 gün	70 gün	almışlardır.

Balgam ve basil :

Hastalarımız umumiyetle az ve orta miktarda balgam çıkarmakta idiler. Girişlerinde balgamlarında mebzul, fazla ve orta derecede direkt muayene ile basil görülenlerin sayısı (46), şüpheli olanlar ise sadece (4) idi.

Tedaviyi müteakip çıkışta basili müsbet olanların sayısı sekize düşmüştür. Bu sekiz vak'anın beşi 30 gün, ikisi 40 gün, birisi de 50 gün RİMİFON almışlardır.

Zaman itibariyle umumiyetle hastalarımızın 8 inin ikinci haftada, 20 sinin üçüncü, 4 ünün beşinci, 6 sının altıncı, 4 ünün de yedinci haftalarda basilleri kesilmiştir. Mevcut hastaların % 64 gibi büyük bir çokluğunun Koch negatif hale gelmeleri üçüncü hafta zarfında vukubulmuş oluyor demektir.

Sedimantasyon :

Hastalarımızın girişlerindeki sedimantasyon sür'atları birinci saatte en aşağı 50 mm., ikinci saatte en fazla 145 mm. ve bu aralarda idi Hastaların tedavi müddetince 10-15 günde bir sedimantasyonları tekrarlanmış ve umumiyetle gittikçe göze çarpan bir sür'at azlığı görülmüştür. Çıkışlarında yapılan sedimantasyon sür'atında ise belirli bir yavaşlama tesbit olunmuştur. Birinci saatte 8 mm.,

ikinci saatte 12 mm. gibi normal hadlere düşen vak'alar dahî görülmekle beraber umumiyetle 25 - 40 mm. gibi oldukça yavaş bir düşme kayı ve müşahede olunmuştur.

Vak'alarımızın sedimantasyon sür'atlarında görülen değişiklikleri toplu olarak kaydetmek için muayyen sayıdaki vak'alarda yüzde kaç nisbetinde bir sür'at azalması görüldüğünü tesbit edeceğiz. Bu hâle göre 50 hastadan 4 ünün sedimantasyonunda % 85, ikisinininde % 75, 17 sini % 50,6 sınıkinden % 35, altısınıninde % 25, üçünününde %20, sekizinininde, %10, birisinininde %5 yavaşlama görülmüştür. Buna karşılık bir vak'anın sedimantasyonunda % 50, ikisinde %35 olmak üzere hepsi üç vak'anın sedimantasyonlarında hızlanma tesbit olunmuştur.

Ateş :

50 hastanın büyük çoğunluğunda 38 - 39 derece etrafında oldukça yüksek bir ateş vardı. Hastaların ateşinde ikinci haftadan itibaren düşme göze çarpmakla beraber genel olarak üçüncü haftada ateşin belirli şekilde düşmeğe başladığı tesbit olunmuştur. Umumiyetle ateşin düşmesi lizisle vaki olmuştur. Yalnız iki hastamızın ateşi tedavi müddetince düşmeden devam etmiştir.

Ağırlık :

Tedaviye alınan hastalarımızın kiloları 29 - 66 Kk. arasında tesbit olunmuştu. RİMIFON tedavisine başlandıktan sonra çok geçmeden ağırlık farkı görülmüştür. Yukarılarda kaydedilen müddetler zarfında tedavi gören hastalarımızın ikisi 10 Kg., altısı 5-8 Kg., ikisi 5 Kg., onu 4-5 Kg., onu 2 Kg., yedisi 1 Kg. almışlardır. Yalnız üç hastamız tedavi süresi içerisinde kilo almamış ve tersine olarak 1 - 3 Kg. vermişlerdir.

Leziyon :

50 hastadan 27 sinin lezyonu bi-laterâl, 23 ününkü ise uni-lateral idi. Tek veya çift taraflı olsun mevcut leziyonlar vak'alarımızın büyük çoğunluğunda tamamen yaygın ve pek azında ise lobar ve lokal enfiltrasyonlar hâlinde görülüyordu. Leziyonlar grafik görünmeleri itibariyle daha çok eksüdatif, eksüdo-produktif, bir kısmı da fibröze meyyal sirotik bir karakter arzutmekte idiler. Aynı zamanda vak'alarımızın beşinin mevcut leziyonları üzerinde mono ve mültikavern ve kaverniküller görülmekte idi.

Tedavinin ilerlediği safhalarda oskültasyon ârazları nisbeten düzelmesinden bir kısım vak'aların leziyonlarında anatomik ba-

kımdan iyileşme ve değişme meylî görüldüğü kabul edilebilirse de iki, iki buçuk aylık bir tedavi süresinde mevcut leziyonun vüs'at ve karakterinde aşikâr radyolojik değişikliğin vukubulacağını tedavileri esnasında defalarla grafilerini çektirerek kıyaslama yaptığımız hastalarımızın filim bulgularına bakarak kabul edemiyoruz. Ancak ayrıca durumlarını takip ve radyolojikman leziyonlarını tetkikine fırsat bulduğumuz üç vak'ada RİMİFON tedavisine başladıklarının dört ve beşinci aylarında göze çarpacak derecede belirli bir değişme ve düzelme müşahede ettiğimizi kaydetmek isteriz.

Tali tesirler :

Genel olarak toksik tesire delâlet eden belirtilere rastlanmamıştır. Yalnız 3-5 hastamız RİMİFON'u kesmeden analjezikler'e cevap veren hafif baş ağrılarıyla yine hafif geçici olan baş dönmelerinden kısa bir müddet için şikâyet etmişlerdi. Tansiyon yükselmesi, uykusuzluk, uykuya meyil, kulak çınlaması, halsizlik, hipotoni, reflekslerde şiddetlenme, görme teşevvüşleri gibi asabî belirtiler müşahede edilmemiştir.

Ağızdaki kuruluk, kabızlık, dispne kabilinden şikâyetlere de rastlanılmamıştır. Tedavi altında bulunan hastalarımızın üçünde görülen bir iki gün ve bazan daha kısa süren ve aynı zamanda haricî ve mevzî tedbirlerle zail olan abdominal ağrıları ise RİMİFON' un tali tesirlerine bağliyamıyoruz.

Üriner sistem bozuklukları, karaciğer fonksiyon aksaklıkları ve fartî hassasiyete delâlet eden belirtiler de görülmemiştir. Münhasıran ilâca bağli olduğu kanaatini veren bulantı, kusma, iştahsızlık vesairenden şikâyet eden vak'alarımız da olmamıştır.

Kan muayenelerinde eritropeni, hemoglobin azalması veya artması, lokositoz veya lökopeni, formülde sağa-sola kaymalar, devamlı veya geçici eozinofili halleri vazih ve mânalı şekilde tesbit edilememiştir.

Netice :

RİMİFON tedavisine tâbi tutulan vak'alarımızın %76 sında kısa bir zamanda Koch negatif bir hâl almıştır. Teksif metoduyle bunlardan daha bir kısmının müsbet netice vermesi varid olsa da diğer çeşitli bulgulara, umumî ahval düzelmesine ve genel olarak klinik seyirlerin iyileşmesine bakarak bazı müelliflerin %45 ve daha az tesbit ettikleri bu menfileşmeyi biz %50 ve daha fazla vak'alarda gördüğümüzü kabul ve kayıt edeceğiz.

Ağırlığın artması her ne kadar tek başına salâh veya şifanın tam bir karinesi değilse de bizim vak'alarımızın %90 ndan fazlasının kilo almış olmalarına diğer bulgularla birlikte her hâlde mânalı bir değer vermemiz gerekiyor.

Vak'alarımızın % 96 nisbetinde ateşlerinin düşmesini ve % 90 nisbetinde sedimantasyonlarının yavaşlaması keyfiyetini ise ilâcın müessiriyetinin ve tevlid edeceği şifanın ümitli birer belirtisi sayıyoruz.

50 hasta üzerindeki müşahedelerimiz bu şekilde yüzde farkları ile birçok hususlarda henüz mahdut olsa da mevcut literatürde adları geçen müelliflerin tecrübe ve müşahedelerine benzerlik gösterdiğini memnuniyetle görüyoruz. Yalnız grafikman tesbit olunan pumon lezyonlarının değil 30-50 hattâ 70 günlük bir tedavi devresinde dahî mâna verilecek şekilde bir değişiklik göstermediklerini kaydederek diğer müşahede sahibi müelliflerden ayrılmış oluyoruz.

Prof. *Carpi*, elli günlük tedavi ile yeni enflitre olmuş bölgelerin küçüldüğünü, eksüdatif faktörlerin ortadan kalkacak kadar azaldığını ve bazen kaybolduğunu, Prof. *Baroni* bazı vak'alarda kavitelere temizlendiğini, diğer bazı vak'alarda ise kaverni çevreleyen bağ dokusunun kaybolmağa yüz tuttuğunu ve bazen de kavernin küçüldüğünü, diğer bazı müellifler fibrö-ülseratif karakterli vak'alarda orijinal mihrakların değişmemesine rağmen bu hastalardaki kavitelere sür'atle küçüldüklerini kabul ediyorlar ise de biz 50 vak'adaki müşahedelerimize dayanarak bu mütalâalara maalesef iştirak edemiyoruz.

Bununla beraber iki üç aydan daha fazla sürecek bir tedavi devresinde radyolojik değişikliklerin vukubulacağını kuvvetle tahmin ediyoruz. Bu değişiklikler er veya geç, az veya çok, ne şekilde vukubulursa bulsun RİMİFON tedavisine tâbi tutulan hastalarda hemen üç hafta gibi kısa bir zaman zarfında sübjektif ve objektif olarak iyilik his ve alâmetleri belirmektedir.

Tedaviye tâbi tutulan hastaların çok geçmeden umumî ahvaleri düzelmiş, iştahaları artmış, uykuları yoluna girmiş, hâlsizlikleri zail olmuş ve aynı zamanda dinamizm ve kuvvetleri artmıştır.

Hastaların ateşlerinin bir kaç haftada düşmeye meyletmesi yine birkaç hafta geçmeden kilolarının artmaya başlaması ve aynı zamanda basillerinin azalıp kesilmesiyle sedimantasyonlarının iyiliğe delâlet eder şekilde yavaşlamış olması bütün hastaların şifa ümitlerini artırmakta, huzurlu ve neş'eli günler yaşamalarına bilhassa âmil olmaktadır.

S U M M A R Y

Observations on 50 Patients Treated with Isoniazid : 5 mgr. Rimifon per kgr. is given to 50 patients and the result of the treatment is reported according to the effect of the drug on tubercle bacilli, sedimentation rate, temperature, weight and on the lesions and the side effects of the isoniazid is observed as well.

R É S U M É

Observations sur 50 malades traités par l'isoniazide. — A 20 femmes et 30 hommes 5 milligr. de Rimifon par kilogramme de poids a été administré. L'auteur communique les effets qu'il a observé sur le B.K., sur la sédimentation, sur la fièvre, sur l'augmentation de poids, sur les lésions et les effets toxiques. L'âge des malades et la durée du traitement ont été spécifiés.

**İZONİKOTİNİK ASİD İDRAZİD İLE TEDAVİ EDİLEN
VAK'ALARDA ALDRICH - Mc. CLURE TESTİNİN TETKİKİ
VE BU TETKİKTEN İLÂCIN TESİR MEKANİZMASI
HAKKINDA ÇIKAN BAZI MÜLAHAZALAR**

Dr. MARKO BENBANASTE

İzonikotinik asid idrazid'in tüberkülostatik veya tüberküloolitik vasıfları haiz olduğu ileri sürülelidenberi bir yıl geçti. O zamandanberi bir şifa bombası gibi her tarafa aksetmiş bulunan bu yeni ilâç hakkında bir çok neşriyat yapıldı ve yapılmaktadır. Bu neşriyattan akciğer tüberkülozunda bu ilâcın tatbikinden kısa bir müddet sonra bir çok müelliflerin şahit oldukları ve izaha çalıştıkları hayret verici bir hahikat ortaya çıkmış bulunuyor :

a) İlâcın toksiemik ve genel durum üzerindeki müsbet tesiri.

b) Bu klinik şifa ile tezat teşkil eden lokal anatomik ve radyolojik levhanın sebatı.

Genel durum ve toksiemik hal üzerinde mucizevi pozitif tesiri malûmdur. Öksürüğün kesilmesi, iştahın ve veznin artması, ateşin düşmesi, müvesves ve yatağa esir düşmüş hastaların artık unutulmuş uzak zamanın hayat ve neş'elerini elde etmeleri bu cümledendir. Bu müsait durumun organizmanın tüberküloz toksininden seri bir dezentoksikasyonuna bağlı olduğu muhakkaktır. *Daddi*, idrarda yüksek tesirli tüberkülinik maddelerin mevcudiyetinden bahsetmektedir. Isoniazidin ya katabolizma üzerinde frenleyici bir tesir veya doğrudan doğruya metabolizmada bir iyileşme yapmak suretile tesir ettiği düşünülebilir. Fakat hangi mekanizma ile? Hastaların normal sıhhî şartlara kavuşmalarına mukabil lokal radyolojik ve anatomo-patolojik tablonun sebatı isoniazidin yalnız antibakterik tesirile izah edilebilir mi? Yoksa bakterik toksinlere karşı organizmada bir mukavemet mi yaratmaktadır. Bundan başka tüberküloz hastalığına merbut olaylar dışında ayrıca genel olarak nesîç organ ve aparatların aktivitesi ve trofizmi üzerinde bir tesiri var mıdır? Ve nihayet radyolojikman görülen anatomik tegayyüratın sebatını fuayedeki basilin sebatına ve aktivitesinin devamına mı atfetmeli? İşte diğer müellifler meyanında *Romano*'da (Alc. Consid. Sul. Mec. d'Az. Dell,

İ,A,İ - Rif. Med. Ott. 1952) bu hususu ele alarak tahlile çalışıyor. Açılan bütün bu sualler ayrı ayrı birer konu teşkil ettiğinden burada yalnız sonuncusuna temas edilecektir.

İsoniazid ile tedavinin bidayetinde ve ilk haftalarda esas itibarıyla şu olaylara şahit olunmaktadır.

Ateş düşüyor, balgam azalıyor ve nihayet kayboluyor, iştah ve vezin ileri derecede artıyor.

Diğer antibiotik ve kür sistemleriyle mukayese edilecek olursa görülür ki isoniazid'in ateş düşürücü tesirini streptomisin de göstermektedir. Ve hattâ bazan yalnız pnömotoraks dahi bilhassa mahdut ftizyojen akut süreçlerde izonikotinik'ten daha çabuk ateşi düşürebilmektedir. Fakat böyle bir kıyas ateş olayı için bu mevzuu bahis olamaz. Zira isoniazid'in bu ârazlar üzerindeki müsait tesiri diğer tedavi imkânlarına nazaran daha büyük ve sür'atlidir. Bundan şu mâna çıkar :

Şayet ateşin seyri, Toksi - enfektif sürecin gidişatının sadık bir ifadesi olarak telâkki edilirse, kilo alma keyfiyeti muayyen bir haddattan sonra Toksi-enfektif faktörün eliminasyonundan hariç müstakil bir hâdise olarak sayılmalıdır. Şu halde veznin ileri derecede ve süratle artması neye bağlıdır? Yedek maddelerin depo edilmesine mi, yoksa aynı zamanda bir su retansiyonu mu mevzuu bahistir?

Bazı müelliflerin (*S. Romano Sastellino*) bu ilâcı kullanmış hastalar arasında tek tük vak'alarda kardiyorenal veya dizmetabolik bir sebep olmaksızın göz kapaklarında hafif ödem ve bufisürlü bir hal müşahede etmeleri mânalıdır. Biz de üç vak'ada isoniazid kullanmasından 4-5 gün sonra böyle ödemler tesbit ettik. Hastaneye girdiklerinde kendilerinde herhangi bir ödem halinin bulunmadığı ve bunun isoniazid alınmasından sonra çıktığı klinik müşahedelerinden öğrenilen bu vak'alarda ödemleri izah etmek maksadile kanda protein aradık. Vak'alar kardiyorenal herhangi bir bozukluk göstermiyorlardı. Hepsinde kanda total protein miktarının azaldığı tesbit edilmiştir. Bu hipoproteinemi ödemleri izah edebilirse de hastaneye girişte ödemlerin mevcut olmaması da dikkate alınarak isoniazid'in ödem tevlit edici mekanizmasının bir hipoproteinemi yapmak suretiyle olması acaba mümkün müdür? Bu husus da isoniazid tedavisinde aydınlanması gereken noktalardandır.

Vak'alar mahdut olmakla beraber bu olay bize şunu gösteriyor ki, şimdilik terapötik doz olarak tavsiye ettiğimiz kilo başına 3 - 5 mgr. la isoniazid organizmanın hidrik eşanji üzerinde retansiyon lehi-

ne bir rol oynamaktadır. Şunu da hatırlatalım ki bilimum organizmalar aynı ilâçlara karşı aynı reaksiyonu göstermezler ve bilhassa aşırı aksülamel arzeden vak'alardır ki ilâcın mucip olduğu değişiklikleri tebarüz ettirir. Bundan başka birçok müellifler isoniazid tedavisine tâbi tutulan diyabetli veremlilerde insülin tatbik etmeksizin gliseminin düştüğünü görmüşlerdir. Bunun izahı hakkında henüz kesin bilgimiz olmamakla beraber pankreas ile su metabolizması arasındaki münasebeti burada hatırlatmak isteriz.

Terin kesilmesi, balgamin azalması, konstipasyon hali su retansiyonu lehinde gösterilebilen diğer destekleyici olaylardır. *Ceccarelli* isoniazid ile dört brucella melitensis vak'asında kısa süreli ve hafif dozlarla bilhassa ter üzerinde müsait neticeler elde ettiğini söylemektedir. Mühim bir diaforez tevlit eden melitensis gibi dezidratan bir hastalıkta isoniazid kullanmakla profüz terlemenin önüne geçebilmesi keyfiyeti bir su retansiyonunu düşündürür. Fazla ifrazatlı ve bronkore şeklinde seyreden bronkitis kronika vak'alarında da isoniazid ile aerosolterapinin ekspektorasyonu azaldığı müşahede edilmiştir.

Zikredilen b uolaylara istinaden hastalığın klinik ârazlarının gerilemesi vekaybolmasına mukabil radyolojik tabloda umumiyetle vukua gelmiyen anatomik değişim hakkında şöyle bir fikir beyan edilebilir :

Isoniazid tatbikinden sonra her zaman olmamakla beraber umumiyetle aşağı yukarı aynı radyolojik imaj görülmektedir. Fakat muhakkak ki bu tablo aynı biyolojik sürecin bir ifadesi değildir, zira mycobacterium tuberculosis idrazid tarafından atake olduktan sonra bulunduğu mihrakta artık kendi eski mutad faaliyetini gösteremez ve dolayısıyla organizma mukabil reaksiyon elemanlarını ortaya koymak için tenbih edilmiş olmaz. Şu halde radyolojik manzara sebat ediyorsa bu kere isoniazid'in tesiri ile kaybolan enflamatuar ödem yerine odakta yerleşen ve tüberküler mihrakların nüvesini permeabl kılan bir hidratasyon sürecinin husulüne bağlı bir hâdise olsa gerektir.

Pana, Belli ve Perelli, isoniazid tedavisi gören bir kaç hastanın nekropsik muayenelerinde pülmoner nescin bilhassa lezyonsuz kısımlarında ve bir vak'ada miyokard'da gerek entertisyel gerekse alyeoller ileri derecede bir ödeme rastlamaları ve bu nevi ödemi histolojik muayenede «staz ödemlerine» ne de «enflamatuar - allerjik ödemlerin» tasnifine dahil edememeleri çok dikkati çeken bir müşahededir. (Lotta contro la tbc. No. 5, 1952).

Görülen klinik hâdiseler ve yukarıda zikredilen anatomo - patolojik müşahede bir hidrosalin iktibasının lehinde tefsir edilebilir.

Yaygın (Atti della Soc. Lombarda di Scienze Mediche e biologiche) ve ayrı ayrı literatürde okuduğum ve rabitalarını bulmaya çalıştığım bu anatomo - kliniko - radyolojik olayları kıymetlendirmek ve nesiçlerin su kapma keyfiyetini ve dolayısıyla su metabolizmasının durumunu tetkik etmek maksadile isoniazid ile tedavi edilmiş 27 veremli hastaya *Aldrich* ve *Mc. Clure* testini denedik. Birçok fizyolojik, patolojik ve deneysel durumlarda etüd edilen bu test hakkında geniş literatür vardır. Müelliflerin bir çoğu bu tecrübeyi dokuların bir idrofilisine bağlamaktadır. *Labbé, Violle, Azerad, De Benetti, Currado, Villa* v.s.). Mamaafih idrofilik faktöre nisbî bir önem veren (*Meinneri, Goeverts, Bernard*) ve hattâ mekanik, vazomotor faktörlerin de tecrübeye bir rol oynadığını ileri sürenler de vardır.

Bilindiği gibi *Aldrich* ve *Mc Clure* testi entrakütan yoldan zerke edilen 1 cc. fizyolojik serumun husule getirdiği quadelin imtisas müddeti oldukça geniş hudutlar dahilinde seyreder. Bu müddet asgarî 55-60 dakikadan başlar azamî 75-90 dakikaya kadar varır. *Sager, Kreindler* ve *Stier* uykuda quadel'in imtisas müddetinin kısaldığını müşahede etmekle olayı diansefal merkezlerinin fonksiyon durumuna bağlı su metabolizması değişikliği ile izah etmişlerdir. *Rosay* ve *Monsiger* bazı diansefalopatilerde bu testi tetkik etmişler ve kaydettikleri değişimleri diansefalik bir lezyona bağlı su metabolizmasının ara safhalarının bozukluğu ile ilgili bulmuşlardır. *Violle Gilbert* ve *Dreyfus* nesçi hidrofilinin tayininde bu teste bilhassa kıymet veren müelliflerdendir. Görülüyor ki *Aldrich* ve *Mc. Clure* testi hakkında bütün müellifler aynı fikirde değilse de genel kanaate göre su metabolizmasının sondajına yarıyan bir tecrübe olarak adde dilmektedir.

Testi aç karnına ve bitimine kadar yatakta istirahat halinde yapmakla aksatıcı kali bazı faktörler elimine edilmiş oldu.

Isoniazid'in 000/5 ve 000/2,5 luk solüsyonları ile ve kontral maksadile serum fizyolojikle bir sm³ lük birer quadel husule getirilerek hepsinin ayrı ayrı zerk ve imtisas zamanları takip edildi. Evvelâ isoniazid tedavisi görmüş 27 vak'aya normal *Mc. Clure* testi yapıldı. Ve her birinin imtisas müddetleri tayin edildi. Ekli cetvelde görüldüğü üzere bu imtisas müddeti askarî 29 dakika azami bir saat olmuştur. Halbuki normal kimselerde bu imtisas asgarî 55-60 ve azamî 75-90 dakikadır. O halde isoniazid tedavisi gören tüberkülozlarda su

intisası normallere ve bu ilâcı almamış veremlilere nazaran daha fazladır.

Böyle bir durum yani quadel'in imtisas müddetinin kısalması keyfiyeti, pituitrin enjeksiyonundan sonra (*Adlesberg ve Benedict*) deneysel miksödemde (*Bernarbeig ve Sendrail*) yeni doğanlarda (*Bear ve Benedict*) obezitede (*Recht ve ödemijen nefropatilerde Aldr ve Mc. Clure*) görülmüşse de, vak'alarımızda bu haller mevzubahs olmadığına göre bu fark bir önem kesbeder. Acaba normalere nazaran, tüberkülozlarda görülen bu imtisas farkı tabiî sayılmaz mı? Bu hususu da etüd eden *Stein* yalnız dezidrate veremlilerde quadel'in imtisas müddetinde bir kısalma müşahede etmiş fakat bu derece olmamıştır. Diğer yandan 4-5 vak'a müstesna hastalarımızın hemen hepsinin genel durumları iyi ve hattâ çok iyi idi. Nihayet $\frac{1}{100}$ 5 ve $\frac{1}{100}$ 2,5 luk isoniazid solüsyonları quadel'lerinin klorosodik quadel'e nazaran daha kısa (asgarî 23 azamî 40 dakika) bir zamanda imtisas edilmeleri ve bu halin hasta olmyan personelden iki kişide de müşahede edilmesi isoniazid'in tüberkülozlularda bir hidrofili yarattığının delilidir. Muhakkak ki su bilânçosu üzerinde daha derin bir inceleme gerektiğine kaniyiz.

Neticede bu yeni şimiyoterapik ilâcın akciğer vereminin tedavisindeki tesir mekanizması hakkında şu mülâhaza ileri sürülebilir :

İsoniazid tesiri altında tüberküler mihraklar etrafında husule gelen hidratasyon halinin, antibakterik ilâcın nüfuzunu ve bir dereceye kadar aynı odakların imtisas suretile rezolüsyonunu müsaitleştirdiği ilk zaman için faydalı bir hâdise olarak telâkki edilebilirse de, fuayenin sterilizasyonuna erişebilemediği takdirde bunun alevlenmesine ve ftizyojen evolüsyona müsait bir zemin haline gelebileceği düşünülebilir. Latent eski mihrakların isoniazid'in tesiri altında faaliyete geçtikleri malûmdur. *Romano* bunun sebebini zikr edilen mekanizmaya atf etmektedir.

Bu mülâhazaya göre isoniazid tedavisinde şu hususların ehemmiyeti meydana çıkmaktadır :

a. İsoniazid asgarî müessir doza indirmek, günün muayyen saatlerinde ve fraksyon suretile vermek.

b. Her vak'ada ayrı ayrı klinik ve radyolojik müşahedelerin göstereceği lüzum üzerine ilâca fasıla vermek. Bu fasıla Koch basiliinin rezistans kazanma mühleti olan üç hafta (*Daddi, T. Gökçe, Morelli*) dan evvel de olabilir.

c. Hipoklorürük bir diyet tavsiye etmek.

d. İsoniazid diğer şimiyoterapiklerle aynı zamanda ve münavebe ile teşrik etmek.

e. *Omodei Zorini, Daddi Morelli ve Monaldi'nin* başka bulgulara istinaden zaten tavsiye ettikleri bu müşterek tedavi tarzı burada da teyid edilmiş oluyor. Zira isoniazid tarafından husule getirilen hidrasyon hali odakları permeabl bir duruma kalbilmekle diğer antibiyotiklerin nüfuz imkânlarını da müsaitleştirebileceği düşünülebilir.

İsim - Soyadı	Prot No.	Yaş	Klorosodik	^{0/00} isoniazid	^{0/00} 2,5 isoniazid
			quadet'in imtisas müddeti	quadet'in imtisas müddeti	sol imtisas müddeti
			Dakika	Dakika	Dakika
Perize Gürbüz		20	40	30	35
Servet Niş		23	45	40	37
Recep Kahraman	3098	10	30	25	30
Süheyla Ardahan	2958	18	45	37	40
Tarife Gülbahar		20	43	35	38
Ayşe Köse	3052	37	35	23	35
Hatice Balcı	2341	33	35	27	30
Leman Gürcüöner	2497	28	42	35	40
Doğan Baygül	3118	42	38	27	32
Mehmet yıldız	3313	32	33	25	30
Arziye Malgıd	3115	21	50	40	45
Ali Kubil	3080	19	47	35	42
Mehmet Özçelik	3039	44	55	40	45
İsmail Korkut	3010	24	60	45	50
Hüseyin Karaalioğlu	2856	26	38	27	32
Sabri İrier	3043	24	35	25	30
Mustafa Öztürk	3096	15	45	34	40
Cemal Berin	3092	25	45	35	40
Hatice Ay	3051	27	37	28	33
Nimet Zorlu	3119	23	29	25	30
Mürvet Tiryaki		27	35	26	32
Seyyide İnanol	3123	21	35	25	30
Yaşar Akdaş	3036	22	30	25	27
İbrahim Öztürk - Personelden sağlam		23	55	40	45
İbrahim Duran	»	28	57	35	46
Naciye Demirbaş		22	40	35	37
Ayşe Görür	3102	26	45	35	40

BİBLİOGRAFYA

- Morelli e Daddi, Omodei Zorini Lotta contro la tubercolosi 5.6.7, 1952
- Monaldi. Arch. di Fisiologia n 3,5 vesaire...
- Garattino, Grassi P. Mantegazza. V. Morvillo, R. Tommasini, E. Trabucchi: Studi farmacologici sulla idrazide delle acido izonicotinico (Rapor).
- Manzini Bruno, Leidrazide dell'acido is, nello tbc, polm. Gazzetta Sanitaria n 6,7 952
- Editoriale: The new treatment for tuberculois is. Lancet 6707, 547, 1952.
- Editoriale: Is. ac. derivatives in the treatment of tuberc. Lancet 6707, 557, 1952.
- Besta. B. Valenti. S: La terapia antitubercolare con i nuovi derivati dell acido nicotinic. Il Policlinico, sez. Pratica. 59,369, 1952.
- Cattaneo C, Morellini M: Prime idangina eseguite dall ist. C. Forlatini con 1 idr. Dell ac. is. nella cura della tbc. Il progresso medico 8, 180, 1952.
- Tuberculosis in a macacus Rhesus treated with Isonicotinylhidrazine J. Zierper, Lewis, Quart. Bull. Sea View Hops. 13.1.12.52.
- Toxicity of hidrazine derivatives of insonicotinic acid in the chemotherapy of human tuberculosis. Selikoff, Robitzek, Ornsein, Quart. Bull. Sea View Hosp. 13.1.17.52.
- Chemotherapy of human tuberculosis with hydrazine derivatives of insonicotinic acid. Preliminary report of representative cases. Robitzek, Selikoff, Ornstein Quart. Bull. Sea View Hosp. 13. 1; 1952.
- Tüberküloza karşı kullanılan yeni şimiyoterapikler hakkında. O. Zorini. M. Benbanaste. Ist. Klinik Dersleri, Mayıs 1952. Cilt V. Sayı 30.
- Marsilid in the treatment of tuberculous Orthopedic lesions. A. preliminary report. Bosworth. Howard Quart. Bull. Sea. View Hosp. 13 - 1. 1952.
- Sorpredente rapida azione terapeutica deligidrazide dell'acido insonicotinico in gravi localizzazioni tuberculari oro - farigno - laringee. Ne Sanguisugo la Riforma Medica anno LXVI. Napoli 10 maggio 1952 N. 19.
- Lenfongland Tüberkülozunda izonikotik asid idrazidle elde edilen seri ve hayret verici terapötik tesiri münasebetiyle bu yeni şimiyoterapik ilâca genel bir bakış. Benbanaste (Pratik Doktor n. 8, 1952).
- Osservazioni so otto casi di tubercolosi pulmonaire trattati per trente giorni con l'idrazide dell'acido izonicotinico. G. Izar, S. Cinaglia, R. Guideri, M. Benelli La Riforma Medica Napoli 26.IV.952 N. 17 anno LXVI.
- La Clinica Terapeutica Omodei Zorini, Morelli, Daddi, Cattaneo, Morellini.
- Epicrisi di un caso du tubercolosi pulmonare, peritoneale, annessiale in corso di trattamento con isonicotil idrazide G. Izar. La Riforma Medica Anno LXVI Napoli 7, VI, 1952.
- Recenti progressi in Medicina anno 1952 aprile. Volume XII. No. 4.
- Risultati preliminari nel trattamenti della tubercolose pulmonare con l'idrazide dell'acido izonicotinico. Astaldi. Gorini Galdi. La Riforma Medica. Napoli No. 21 - 1952, 24. IV.
- Duca, C. J. Rothlauf. M. V. Antibiotics and Chemiotherapie 2. 16 - 1952.
- Fox H. H. 12 ci Milletlerarası tatbiki chemotherapie kongresi Eylül 1951.
- Fousserean. These de pharmacie Strasbourg 1951.
- Fust, B. ve Studer. İsviçre dahiliyeciler cemiyeti toplantısında tabliğ 1.6.1951.
- Grachi, R. Minerve Med. 1.38.1947.

- Grunberg, E. ve Leiwant B. Proc. Soc. Exp. Biol and Med. 77. 47. 1951.
- Grünberg, E. Snitzer, R. J. Leiwant Cruatorly Bul. Sea Hosp. 13 - 1952.
- Herant E. Gazette Hop. 125. 117. 1952.
- Moulli E. ve Daddi Il Policlinico 50. 306. 1952.
- Editoriale : The new treatment for tuberculosis. «Lancet» 6707, 547, 1952.
- Editoriale: Isonicotinic acid derivatives in the treatment of tuberculosis. «Lancet» 6707, 557, 1952.
- Besta B. Valenti S. : La terapia antitubercolare con i nuovi derivati dell'acido nicotinic. «Il Policlinico Sez. Patrica» 59, 369, 1952.
- Cattaneo C, Morellini M. : Prime indagini eseguite dall'Ist. C. Forlanini con l'idraz. dell'ac. isonicotinico nella cura dell tbc. «Il Progr. Medico» 8, 180, 1952.
- Dondovick: The Chemotherapy of experimental tuberculosis. I. The in vitro activity of thiosemicarbazones, and related compounds. «J. of Bacteriol» 59, 667 - 950.
- Grunberg - Leiwant: Antitubercular activity in vivo of nicotinaldehyde thiosemicarbazone and its isomers. «Proc. Soc. 3xp. Biol. and Med. 77, 47, 1951.
- Grunberg e Coll. : On the lasting projective effect of hydrazine derivatives of isonicotinic acid in the experimental tuberculosis infection on mice. «Dis. of Chest.» (in corso di pubblicaz).
- Grunberg e Coll. : Studies in the activity of hydrazine derivatives of isonicotinic acid in the experimental tuberculosis of mice. «Quart. Bull. Sea View Hosp.» 13, 52, 1952.
- Messini M. L'Idrazide dell'acido isonicotinico e la attuale terapia medicamentosa della tbc. «La Clinica Terapeutica» 11, 186, 1952.
- Monaldi V. : Primi rilievi sul valore terapeutico dell'idrazide dell'acido isonicotinico nella tbc. «Arch. di Tisiol» 7; 183, 1952.
- Morelli - Daddi: L'azione dell'idrazide dell'ac. isonicotinico sull'infezione intradermica da B. di K. Streptomycinici sensibili e streptomycinici resistenti, nella cavia «Il Policlinico - Sez. Pratica» 59; 306 - 307, 1952.
- Omodei Zorini : Prime indagini eseguite all «Ist. Forlanini con l'idrazide dell'ac. Isonicotinico nella cura della tbc. (Communicaz. Accad. Med. Roma, 14 marzo 52) «Il Progr. Medico», 8; 181, 1952.
- Omodei Zorini : Alcune considerazioni sui nuovi chemioterapici antitubercolari. «La Riforma Medica», LXVI, 265, 1952.
- Robitzek, Selikoff, Ornstein : Chemotherapy of human tuberculosis with hydrazine derivatives of isonicotinic acid. «Quart. Bull. Sea View Hosp.» 13, 27, 1952.
- Selikoff, Robitzek, Ornstein : Toxicity of hydraz. derivatives of isonicotinic acid in the chemotherapy of tuberculosis. «Quart. Bull. Sea View Hosp.» 13, 17, 1952.
- Uehlinger, Siebenman, Frei: Erste Erfahrungen mit Rimifon Roche bei experimenteller Meerschweinschen tuberkulose. «Sshweiz. Mez. Woch.», 82, 335, 1952.
- Benson W. M. e. Coll. : Pharmacological and toxicological observations of hydrazine derivatives of isonicotinic acid. «Amer. Rev, Tuberculosis». n. 4, vol. 65, 1952, pag. 376.
- Robitzek E. H. Selikoff I. J.: Hydrazine derivatives of isonicotinic of active

- progressive caseus - pneumonia tuberculosis. A. preliminary Report. «The Am. Rev. of Tuberculosis», 65, n. 4. pag. 402, 1952.
- Omodei Zorini : Prime osservazioni cliniche sulla applicazione terapeutica dell'idrazide isonicotinica nella tbc. umana. «Minerva Medica», 1, n. 42, pag. 1073, 1952.
- Cattaneo C., Morellini M. : Proprieta' antitubercolari dell'idrazide isonicotinica. «Minerva Medica», 1, n. 42, pag. 1071, 1952.
- Giorbi A. : Prime osservazioni clinico-radiologiche sull'azione dell'idrazide dell'ac. isonicotinico nella tbc. polmonare. «Minerva Medica», 1, n. 62, pag. 1088, 1952.
- Grattini S. e. Coll. : Studi farmacologici sulla idrazide dell'acido isonicotinico. Atti Soc. Lomb. Science Med. e Biol., 7. pag. 1, 1952.
- Carpi U. : Prime osservazioni cliniche sulla - isonicotilidrazina nella cura della tbc. «Atti Soc. Lomb. Scienze Med. e Biol.» 7, pages 20, 1952.
- Perin A. : Primi risultati clinici dell'impiego dell'idrazide dell'acido isonicotinico nella cura della tbc. polmonare. «Atti Soc. Lomb. Sc. Med. e Biol.» 7, pag. 36, 1952.
- Baroni V. : Prime esperienze cliniche e di laboratorio con la idrazide dell'acido isonicotinico al Villaggio Sanatoriale. «Atti Soc. Lomb. Sc. Med. e Biol.» 7, pag. 36, 1952.
- Daddi G. : Fenomeni biologici sulla resistenza dei bacilli di K. nei confronti della isonicotilidrazide. «Atti Soc. Lomb. di Sc. Med. e Biol.» 7, pag. 68, 1952.
- Daddi G. : Fenomeni biologici indotti dall'isonicotilidrazide nei tubercolosi con essa curati. «Atti Soc. Lomb. Sc. Med. e Biol.» 7, pagina 66, 1952.
- Curci G. : Primi risultati delle indagini cliniche condotte su 350 casi nell'Istituto «Principi di Piemonte» di Napoli con l'idrazide dell'ac. isonicotinico «Atti Soc. Lomb. Sc. Med. e Biol.» 7, pag. 69, 1952.
- Domagk G. e Coll. : Ein weiterer Beitrag zu experimentellen chemotherapie der Tuberkulose «Dtsch. Med. Woch.» 77, 573, 1952.
- Klee uh. : Die Behandlung der Tuberkulose mit neoteben Isonikotinsaurehydrazid. Dosierung, anwendungsform und erste Klinische Ergebnisse. «Dtsch. Med. Woch.» 77, 578, 1952.
- Atti della Societa Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche (Vol. 7 April 1952 (Italyada I.A.I. hakkında takdim edilen mufassal rapor).
- E. Trabucchi : Presentazione.
- S. Garattini, C. Grassi, Mantegazza, V. Morvillo, R. Tommasini, E. Trabucchi: Studi di farmacologici sulla idrazide dell'acido isonicotinico.
- U. Carpi : Prime osservazioni cliniche sulla isonicotilidrazina nella cura della tubercolosi.
- A. Perin : Primi risultati clinici dell'impiego dell'idrazide dell'acido isonicotinico nella cura della tubercolosi polmonare.
- V. Baroni : Prime esperienze cliniche e di laboratorio con l'idrazide dell'acido isonicotinico al Villaggio Sanatoriale.
- G. Pozzi, C. Sacerdoti, S. Ragaini : Primi dati statistici e clinici dei casi di tubercolosi curati con l'idrazide dell'acido isonicotinico.
- M. Belli, A. Giobbi : Osservazioni e ricerche in tema di terapia con la idrazide dell'acido isonicotinico.

- A. Castelli : Rendiconti delle osservazioni cliniche fatte nel Sanatorio di Gargagnate.
- G. De Toni : Applicazioni piedratiche dell'idrazide dell'acido isonicotinico nella meningite tubercolare.
- R. Scotti - Douglas, S. Fiocca, A. Rusconi : Relazione sui primi risultati nella cura della tubercolosi extra polmonare con l'idrazide dell'acido isonicotinico.
- C. Vercesi, U. Ciulla, M. Goisis : Primi risultati del trattamento con l'idrazide dell'acido isonicotinico nella tubercolosi genitale femminile.
- G. Daddi : Fenomeni biologici indotti dall'isonicotilidrazide nei tubercolosi con essa curati.
- G. Daddi : Ricerche sulla resistenza dei bacilli di Koch nei confronti della isonicotilidrazide.
- G. Curci : Primi risultati delle indagini cliniche su 350 casi nell'Istituto. «Principi di Piemonte» di Napoli con la idrazide dell'acido isonicotinico.
- G. Curci : Azione della idrazide isonicotinica nella tubercolosi sperimentale della cavia.
- V. Nitti : Ricerche «in vitro» sulla idrazide dell'acido isonicotinico.
- F. Sella, C. Bolzoni - Salvini, L. L. Cavalli - Sforza, A. De Barbieri : Idrazide dell'acido isonicotinico spettro di azione «in vitro». Contributo al meccanismo d'azione.
- G. Ceriotti : Dosaggio microbiologico dell'idrazide dell'acido isonicotinico.
- M. Bracco, G. Rubino : Eliminazione urinaria dell'idrazide dell'acido isonicotinico.
- M. Bracco, L. Petruccioli : Variazioni del tasso degli anticorpi specifici in corso di trattamento con idrazide dell'acido isonicotinico.
- V. Gramazio, M. Magistretti : Allergometria in pazienti trattati con idrazide dell'acido isonicotinico.
- V. Corbetta : Esperienze per controllare una eventuale azione contro la tubercolina da parte della idrazide dell'acido isonicotinico.
- E. Benati, C. Colizzi : Ricerche sperimentali sull'efflusso della idrazide isonicotinica nella allergia tubercolare.
- A. Curatole, N. Goldberg, E. Belli, D. Somazzi : Prime osservazioni biochimiche e batterioscopiche su ammalati di tubercolosi in corso di trattamento con idrazide isonicotinica.
- L. Donno, G. Camerota, A. Lupacchini : Considerazioni sui rilievi ossiemoglobinici e sui valori di metabolismo basale in soggetti trattati con idrazide dell'acido isonicotinico.
- G. F. Scalfi, G. Cappello, G. Melillo: Rilievi elettrocardiografici in corso di trattamento con idrazide dell'acido isonicotinico.
- N. Maserà : L'idrazide dell'acido isonicotinico nella tubercolosi sperimentale della cavia, in fasi diverse dell'infezione.
- O. Carere - Comes, R. Bombelli, M. Capello : Azione della isonicotilidrazide sui «test» biologici di glicolisi e di accrescimento.
- A. Cecchini, F. Scabarozzi, A. Zavanello : L'idrazide dell'acido isonicotinico nella cura della tubercolosi polmonare. Primi risultati.
- R. Vercesi: Sui primi risultati clinici della terapia con l'idrazide dell'acido isonicotinico nella tubercolosi polmonare.

- M. Poli : Ricerche cliniche sull'azino dell'idrazide dell'acido isonicotinico nei tubercolici.
- A. Lura : Osservazioni su sessanta casi di tubercolosi polmonare trattati con idrazide dell'acido isonicotinico.
- G. Silvano, B. Gianninoni, M. A. Giachini, G. C. Lantieri Paratico : Prime osservazioni su settanta casi di tubercolosi polmonare trattati con la idrazide dell'acido isonicotinico.
- T. Todoroff : Considerazioni sulla chemiotherapia antituberculosa con l'idrazide dell'acido isonicotinico.
- B. Tumminello : Prime osservazione cliniche sull'idrazide dell'acido isonicotinico nei Sanatori Popolari di Prasomasi.
- F. Basoli, G. Maldini, A. Di Quirico : Prime osservazione cliniche sul trattamento con l'idrazide dell'acido isonicotinico di un gruppo di 59 ammalati di tubercolosi polmonare cronica.
- E. Sada Osservazioni sui primi casi trattati con idrazide dell'acido isonicotinico.
- G. Censi, P. Maraschio : Primi risultati con la idrazide dell'acido isonicotinico in casi cronici di tisi polmonare.
- M. Lucchesi, G. Rivolta : Prime osservazione sugli effetti dell'idrazide dell'acido isonicotinico.
- M. Cellina, L. Bidone, E. G. Vaglié : Prime impressioni sulla attività terapeutica dell'idrazide dell'acido isonicotinico nelle forme tubercolari polmonari ed extra - polmonari.
- C. Pestalozza : Osservazioni su alcuni casi di tubercolosi infantile con isonicotilidrazide.
- P. Brusa : Osservazioni sull'uso della idrazide isonicotinica.
- P. Brusa, B. Carletti : Prime Osservazioni sulla terapia della tubercolosi infantile con l'idrazide dell'acido isonicotinico.
- M. Maggi, E. Nicodemi, M. Spaczolini : Note preliminari sull'impiego dell'idrazide dell'acido isonicotinico (i. a. i.) nei tubercolosi polmonari portatori di empiemi cranici o di aspirazione alla Monaldi.
- G.S. Donati, M. Campani : Prime osservazioni sugli effetti della idrazide isonicotinica in ammalati di tubercolosi extra polmonare.
- D. Parmeggiani : Interventi chirurgici per tubercolosi polmonare e la idrazide dell'acido isonicotinico.
- B. Rossi : Considerazioni sull'impiego della idrazide dell'acido isonicotinico nella chirurgia collasotrapeica e di exeresi per la tubercolosi polmonare.
- A. De Gasperis : L'exeresi polmonare nella tubercolosi e la idrazide dell'acido isonicotinico. Considerazioni su quattro casi.
- B. Terruzzi : Prime impressioni sulla cura della tubercolosi della vie urinarie con la idrazide dell'acido isonicotinico.
- O. Carere - Comes, M. Capello, M. C. De Giuli : Sull'azione terapeutica della idrazide isonicotinica nelle malattie tubercolino - allergiche (febricole, sierositi, linfopatie, etc...).
- O. Speciani : Isonicotilidrazina ed eritema nodoso : un caso sperimentale di discriminazione eziopatogenetica.
- A. Vago : Prime osservazioni sull'azione dell'idrazide isonicotinica nella laringite e bronchite tubercolare.

G. Cavallini, P. Mantegazza, E. Massarani, F. Mazzucchi, F. Ravenna, R. Tommasini : Attività antitubercolare «in vitro» di alcune idrazidi ed isonicotil - idrazoni.

S U M M A R Y

The Aldrich Mc Clure's Test in Cases Treated with Isoniazid and Some Explanations on the Mechanism of the Effect of the Drug : The ability of water absorption and retention is higher in cases treated with isoniazid than normal persons and in untreated cases of tuberculosis. The result of Aldrich Mc Clure's test in cases treated with various concentration of the drug has supported the above mentioned idea (Aldrich Mc Clure's test shows the metabolism of water in the body). The clinical evidences observed during the administration of isoniazid e.g. ; obvious diminishment on the amount of secretions and sweating, and establishment of some edema in the body is the natural result of the effect of isoniazid. The prompt and evident stoutness is the sign of the water retention in the body. The improvement of the general condition of the patient without any apparent radiological changes is also may be explained with the effect of isoniazid on the water metabolism of the body.

R É S U M É

Observation sur la réaction d'Aldrich Mc Clure chez les malades traités par l'isoniazide et quelques remarques sur le mécanisme d'action du médicament qui résultent de ces observations.— L'auteur pense que le métabolisme tissulaire de l'eau est troublé chez les tuberculeux traités à l'isoniazide. Ce point de vue est confirmé par la comparaison des résultats que donne la réaction d'Aldrich Mc. Clure dans 27 cas auxquels on a injecté soit du serum physiologique soit de l'isoniazide à différentes concentrations. (on sait que la réaction de Aldrich Mc. Clure permet le sondage du métabolisme hydrique). Les résultats cliniques obtenus, la disparition de la transpiration et des crachats, l'apparition dans certains cas de bouffissures et de légers oedèmes et enfin la constatation, par les examens anatomo - pathologiques, d'une forme d'oedème pulmonaire qui ne peut être classée dans aucune des catégories connues confirme les constatations. L'augmentation rapide du poids peut être considérée comme une preuve importante de la rétention hydro - saline. Enfin, le contraste qui existe entre l'amélioration clinique et l'absence de modification de l'image radiologique suggère l'idée que l'isoniazide, outre son action sur le métabolisme hydrique général, détermine la rétention d'un acide hydrochloré.

TÜBERKÜLOZDA ANTİBAKTERİYELLERE DAİR

Dr. NURİ AKYOL

935 de sülfamidler ile yapılan araştırmalardan beri Koch basiline az veya çok müessir bir çok antibakteriellerin keşfi, tüberkülozun ilâçla tedavisinde mühim terakkiler husule getirmiştir. Bu araştırmalar, 939 da bulunan sülfonlar istisna edilirse, 944 den bu yana pek verimli olmuş ve bu gün tüberkülozun bir çok şekillerinin klâsik seyrini değiştiren streptomycine, acide, para-amino salicylique (P.A.S.) thiosemicarbazone ve nihayet isonicotinic acide hydrazid (isoniazid) in bulunması ile neticelenmiştir. Burada şimdiye kadar denenmiş veya halen denenmekte olup da tatbikat sahasına geçmemiş diğer antibakteriellerden bahsedilmeyecektir. Yukarıda zikredilen ve bugün bütün kliniklerde kullanılan antibakterielleri ise iki safhada mütalâa etmek lâzımdır :

1. İsoniazidin tedavi sahasına intikale kadar.
2. İsoniazidin tedavi sahasına intikalden sonra.

Son altı sene zarfında streptomycine, P.A.S. ve thiosemicarbazone'lara ait yapılan klinik ve laboratuvar tedkikleri ile bu ilâçların tesirleri ve indication sahaları gayet iyi tayin edilmiş ve kullanılış şekilleri hemen bütün dünyada standard bir hale gelmiştir. İsoniazidin keşfi ile bu mevzu yeniden canlanmış ve klinisyenleri halledilmesi gereken yeni problemlerle karşı karşıya bırakmıştır.

Streptomycine ve P.A.S.'ın bu günkü şekilde kullanılması en az beş senelik bir tedkik ve tecrübe mahsulü idi; Halbuki isoniazidin istihsalindeki kolaylık, ağızdan alınması, hazım sistemi için müteharriş bir madde olmaması ve ciddi toksik ârazlar tevlid etmemesi bu ilâcın bir sene kadar kısa bir zamanda yüksek mikyasta tatbikini imkân dahiline sokmuş ve daha şimdiden diğer ilâçlar arasındaki mevkiinin tayini hususunda büyük adımlar atılmıştır.

Biz de kliniğimizde 952 Martından itibaren isoniazidi tatbik etmekteyiz. İlk zamanlarda, sadece uzun zaman streptomycine ve

P.A.S. almış, bu ilâçlara refrakter vaziyette, yüksek ateşli, toksemik fibrocaséuse vak'alara tatbik ettik. Hastalarda büyük bir salâh husule geldi; ateşleri düştü, kendilerini iyi hissettiler ve iştihaları arttı. Öksürüğün ilkönce şiddeti azaldı, sonra seyrekleşti. Balgamın miktarı azaldığı gibi vasfı da değişti: İlk önce prulent iken gittikçe muhati oldu. Direct muayene ile pek mebzul olan basiller ekseri vak'alarda ancak teksif suretiyle görülebildi. Ancak bunlarda lésion pek ziyade ilerlemiş olduğundan ekserisinde radiologique olarak büyük bir salâh tesbit edilemedi.

Malûmdur ki, antibactériel bir ilâcın kıymeti en doğru olarak miliar tüberkülozda ölçülür. Çünkü burada tedavi edilmeyen enfeksiyonunun seyri umumiyetle fataldır: Alınan neticelerin grafik tefsiri de geniş nekrotik rie sahalarının mevcudiyetiyle örtülüdür. Nitekim iki miliar tüberküloz vak'amızda da klinik olduğu kadar roentgenologique olarak da büyük bir salâh tesbit ettik.

Bu nevi tecrübelerden sonra bu gün artık kabul edilen bir hakikattir ki, bu ilâçla da, streptomycine ve diğerleri gibi toxi - infectieux fenomenlerin süratle izalesi, en yeni ve en active exudative lésion'ların résorptionu, phtisie'nin sun'î bir şekilde eskimesiyle evvelce hiç bir şekilde tedavi imkânı olmayan vak'aların collapsothérapie'den istifadesi mümkün olmaktadır.

Isoniazidin antitüberculeuse activitesini bu suretle tayin ettikten sonra, bu ilâcı diğer tesiri malûm antibakteriellerle mukayese gerekirdi. Şimdiye kadar exudative bir poussée karşısında, vak'anın stabilisé olması ve müdahale edilebilir bir hale gelmesi (ateşin düşmesi, sédimentation'un bir saatte hiç olmazsa 50 mm.'nin altına inmesi, nutrition vaziyetinin düzelmesi) için ekseriya streptomycine ile P.A.S. kullanıyor, bunlardan birine karşı tahammülsüzlük görüldüğü takdirde streptomycine + thiosémicarbazone veya P.A.S. + thiosémicarbazone tatbik ediyordu. Tüberküloz yatağının ihtiyaca nisbetle pek kifayetsiz olduğu memleketimizde, hastalar tedavi müesseselerinde pek az kalabildiklerinden, onları kabili müdahale hale getirebilecek en kestirme devamının kullanılması şüphesiz ki çok önemlidir. İşte böyle vak'alarda yalnız isoniazid + streptomycine ve isoniazid + P.A.S. kullanarak neticeyi streptomycine + P.A.S. birleşigi ile mukayeseye çalıştık. Bunların hepsi yüksek ateşli, sédimentation'ları 1 saatte 50 mm. nin çok üzerinde, bacillifère, ulcéro - vak'alardı. Streptomycine + P.A.S. ile tedavideki grup 35 hastadan, isoniazid ve isoniazid + streptomycine ile tedavideki gruplar da yir-

mişer hastadan ibaretti. Bu çeşit vak'alar umumiyetle iki ay zarfında kabil müdahale hale geldiklerinden, bu muhtelif antibakteriellerle bu müddet zarfında elde ettiğimiz neticeler arzedilecektir. P.A.S. + isoniazid verilen vak'aların mecmuu henüz az olduğundan burada zikredilmeyecektir. Bu vak'aların hepsinde basil müsbetti. Her 15 günde bir kilolar ve her ayda bir de sédimentation'ları tesbit edildi. Hepsinin tedaviden evvel ve sonra filimleri çekildi ve her hafta crachat'ları muayene edildi. İsoniazid kilo başına 4-5 mgr. verildi. Streptomycine ve isoniazid verilen gruba, gün aşırı 1 gr. streptomycine yapıldı. Diğer gruba ise haftada 5 gün ağızdan 12 gr. P.A.S. ve gün aşırı 1 gr. streptomycine yapıldı. Her 3 grupta da bir ilâ üç hafta içinde hastaların ateşi düştü, iki ay zarfında klinik büyük bir salâh husule geldi.

Fakat bu üç grupta, bu müddet zarfında, sédimentation sür'atinin azalması, kilo değişimine ait salâh aynı derecede olmadı.

1. Sade isoniazid alanlarda :

Bu 20 kişilik grupta sédimentation bir saatte vasatı 71 mm. den birinci ay sonunda 55 e, ikinci ay sonunda da 53 e düştü. (her üç grupta sédimentation'a ait değişiklikler aynı koordonat sistemi üzerinde görülmektedir. (Şekil 1). Kilolarda ise birinci ayda vasatı 4 ikinci ayda ise 3,2 kgr. ki, hepsi 7,2 kgr. kadar bir artış tesbit edildi. (Şekil 2).

2. Streptomycine + isoniazid tatbik edilen hastalarda :

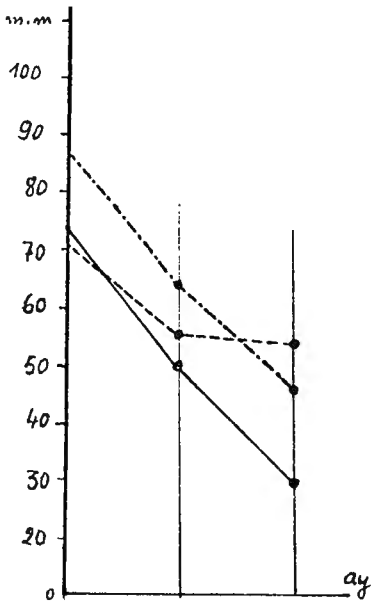
Bu grupta sédimentation birinci saatte vasatı 74 den birinci ay sonunda 50 ye, ikinci ay sonunda 31 e düştü (Şekil 1).

Kilolarda ise birinci ayda vasatı 4, ikinci ayda 3,9 kgr. ki, ceman 7,9 kgr. bir artış tesbit edildi. (Şekil 3).

3. Streptomycine + P.A.S. tatbik edilen hastalarda :

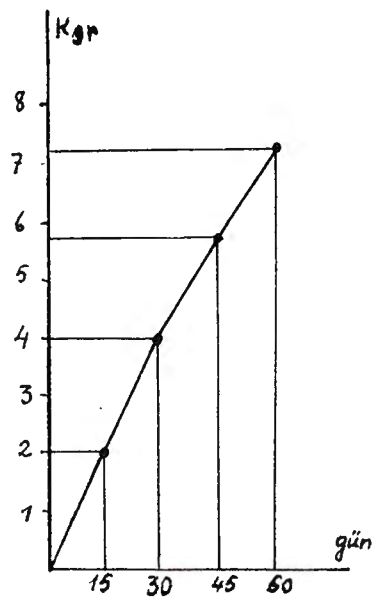
Bunlarda sédimentation birinci saatte vasatı 88 den, birinci ay sonunda 63 e, ikinci ay sonunda ise 46 ya düşmüştür (Şekil 1). Kilolarda da birinci ay sonunda 2,7, ikinci ay sonunda da 2,1 kgr. olmak üzere 4,8 kgr. bir artış husule gelmiştir. (Şekil 4). Vak'aların hepsi klinikte yattıklarından, istirahat ve gıda bakımından aynı şeraiti haizdirler. Bu muhtelif gruplarda alınan neticeler şöyle hülâsa edilebilir :

Sâde isoniazid alanlarda iki ay zarfında sédimentation sür'ati daha az yavaşlamış, vasatı olarak 71 den 53 e düşmüştür. Kilo değişiminde ise streptomycine + P.A.S. tatbik edilen gruba nisbetle



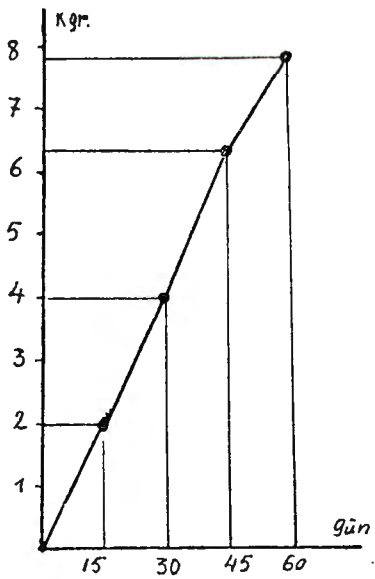
----- Strep+P.A.S
 ——— Strep+izo
 - - - - - Izo

Şekil : 1



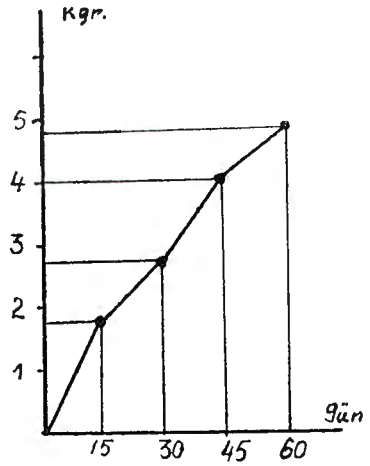
Sade isoniazid alanlarda
 Kilo değişimi

Şekil : 2



ISONIAZİD + STREPTOMYCİNE

Şekil : 3



STREPTOMYCİNE + P.A.S.

Şekil : 4

büyük bir artış tesbit edilmiştir. Bu artış streptomycine + isoniazid grubundakiler ile hemen hemen aynıdır ve bu fark tamamıyla isoniazide aittir. Streptomycine + P.A.S. ve streptomycine + isoniazid tatbik edilen hastalarda sédimentation sür'atinin yavaşlamasına ait grublar, bir azcık streptomycine + isoniazid grubu lehine olmakla beraber, hemen hemen muvazi seyrediyorlar ve iki ay sonunda sade isoniazid alanlara nisbetle büyük bir fark gösteriyorlar.

Bu müddet zarfında, sade isoniazid alan gruba nisbetle diğer iki grupta radiolojik salâh daha barizdi; perifocal irtişahın büyük bir kısmı silinmiş, kavitelerin ekserisi küçülmüştü. Sade isoniazid alanların yarısı, diğer iki gruptakilerin 3/4 ü collapsothérapie için müsait bir duruma geldiler.

Bu gruplardan ayrı olarak, 952 martından itibaren takip etmek fırsatını bulduğumuz, en az 5 ay sade isoniazid ile tedavi edilen beş vak'ayı da zikre şayan buluyoruz. Bunların hemen hepsinde ilk üç ay zarfında elde edilen klinik salâh son zamanlarda idame edilememiş, expectoration yeniden fazlalaşmış, öksürük artmış, kilo kaybı başlamıştır.

Crachat da basiller yeniden çoğalmış, sédimentation yükselmeğe başlamıştır. Bu vaziyette ilâç bırakılmıştır. Bu vak'alardan ikisinde, ilâç kesildikten üç ay sonra, ateş yükseldiği için tekrar isoniazid verilmişse de, ateş düşmemiş ve her iki vak'a da ölümler neticelenmiştir. Bu suretle cavitaire tüberkülozda, basillerin isoniazide karşı mukavemet kazandıkları klinik olarak gayet vazıhtır. Buna mukabil uzun müddet streptomycine + isoniazid tatbik edilen iki granule vak'asında henüz rechute görülmemiş, klinik ve radiologique salâh müterakki olarak devam etmiştir.

İsoniazid alan vak'alarımızın hiç birisinde tedaviye son verecek toxik bir âraz görülmemiştir (tali âraz olarak).

Netice :

Chronique ve cavitaire tüberkülozda hiç bir antibakterielden kati bir netice beklenemez. Bunlar ancak collapsothérapie'yi imkân dahiline koyan yardımcı devalardır.

Gerek isoniazide karşı mukavemeti geciktirmek, gerekse tesirini kuvvetlendirmek bakımından, isoniazidi daima başka bir antibakteriel ile beraber kullanmak şayanı tercihtir. Streptomycine + isoniazid combinaison'unda in vitro olarak bir asynergie fonctionnelle'den bahsedilmişse de, klinik olarak bu tesbit edilememiştir. Bilâkis streptomycine + isoniazid tedavisi sédimentation sürati ve

sıklete en iyi tesir ederek vak'aları en kısa zamanda müdahale edilebilecek bir duruma getirir. Bu vaziyette, bu en mühim iki silâha birden aynı zamanda mukavemetin teşekkül etmesi gibi fena bir sonuç akla gelebilir. Ancak ekseriya bir veya iki tedaviden sonra, ilâçla tedavi yerini collapsothérapie'ye bırakacağına göre, kanaatimce bu tehlike mevzubahs değildir. Esasen cavitaire ve chronique tüberkülozda bu iki ilâcın müşterek olarak uzun müddet kullanılması için hiç bir zaman tasvib edilemez. Cavitaire olmayan taze irtişah vak'aları ile granulie de streptomycine + isoniazidin uzun müddet tatbiki gerektiğine ve bunun en müessir tedavi şekli olduğuna kaniim. Streptomycine + P.A.S. tedavisi de bu gün kıymetinden bir şey kaybetmemiştir. P.A.S.'ı alamıyanlarla nutrition vaziyeti pek fena olan hastalar, yukarda söylediğimiz gibi kısa bir müddet streptomycine + isoniazid tedavisinden pek ziyade istifade edeceklerdir. P.A.S. ile isoniazid tedavisinden de iyi neticeler alacağımızı zannediyoruz.

Muhakkak ki son sözü söylemek için vakit henüz çok erkendir. Ancak şimdiki tereddütlerimizin de izale edileceği zaman pek uzak değil gibi gözüküyor.

S U M M A R Y

About the Antibacterials : We have used isoniazid in our department since March 1952 with excellent result and we have carried out a comparison between the isoniazid and the other antibacterials.

We have controlled the result of isoniazid, isoniazid combination with streptomycin, streptomycin with PAS in exudative form of tuberculosis from the point of view of preparation of cases to collapse treatment. At the end of the trials we recieved the idea that the combination of isoniazid with one of the other antibacterial produces much better effect and a long delay in establishment of resistancy against the drug. In 5 cases of cavitary tuberculosis treated with isoniazid we have observed excellent result in the first 3 months but this good result is not maintained. Contrary in 3 cases with miliary form of tuberculosis treated with streptomycin isoniazid combination relapse did not occurred.

The combination of isoniazid with one of the other antibacterial produces very good result and prepares the cases for collapse treatment in a short time. The author believes that in non-cavitary recent form of infiltrations and in disseminations the combination is the most effective form of treatment. But still the combination of streptomycin with PAS has a wanderful meaning in the treatment of tuberculosis.

R É S U M É

A propos des antibactériels.— L'auteur, après avoir confirmé l'action anti-tuberculeuse déjà connu de l'isoniazide, qu'il utilise dans son service depuis mars 1952, le compare aux autres anti-bactériens connus, et cherche à déterminer parmi les différentes associations d'antibiotiques, l'isoniazide seul, l'isoniazide associé à la streptomycine, ou la streptomycine associée au PAS quel était le plus efficace dans la préparation du malade à la collapsothérapie. Chez les malades qui ne reçoivent que l'isoniazide, la sédimentation se ralentit plus lentement que chez les malades soumis au traitement à la streptomycine associée au PAS. Par contre, l'augmentation du poids des malades fut plus nette dans le premier groupe. Chez les malades recevant la streptomycine associée à l'isoniazide, l'augmentation du poids et la diminution de la vitesse de sédimentation ont été plus favorablement influencés que dans les deux autres groupes.

Un autre groupe de cinq malades présentant des lésions tuberculeuses cavitaires à été traité à l'isoniazide durant cinq mois. Une amélioration s'est produite durant les trois premiers mois, mais elle ne put être maintenue.

Deux cas de granulie, traités par la streptomycine associée à l'isoniazide durant plus de cinq mois, n'ont pas présenté de rechute. On peut conclure que, l'isoniazide doit toujours être associé à un autre antibiotique. Ce traitement permet la préparation du malade, dans le plus court délai, aux autres interventions.

Dans les cas inflammatoires précoces sans caverne et dans les granulies, ce mode de traitement est le plus efficace. La streptomycine associée au PAS n'a rien perdu de sa valeur.

26 Şubat 1953

Birinci Celse Münakaşaları

Ord. Pro. Dr. Tefvik Sağlam :

İzoniazidin kıymeti hakkında kesin bir hüküm verebilmek için henüz yeter bir zaman geçmemiştir. Bununla beraber müşahadelerimiz, bir sene evvelkilere nazaran önemli surette artmıştır. Umumiyetle hekimlikte istatistiğin kıymeti büyük olmakla beraber; iyi ferdi müşahadelere dayanarak elde edilen empresyonun daha büyük bir değer taşıdığına, bir klinikçi olarak, öteden beri kaniim.

Bu gün; izoniazidin durumu şöyle hülâsa edilebilir : Büyük velle ile ortaya atılan ilâç hakkındaki ilk antuziazm sönmüş ve ilâç, mevcut antibiotiklerin başında değil onların arasında ve ortasında bir yer almıştır.

1952 de Rio De Janeiro'da toplanmış olan konferansta daha ziyade çekingen bir kanatın mevcut olduğunu gördüm. Bu konferansta yine bir kısım müellifler toksik tesirlerden de önemle bahsetmişlerdir.

Şuna işaret etmek isterim ki, bu toksik tesirler en çok yüksek doz, yani kilo başına 10 mgr. a kadar kullanılan vak'alardadır. Şahsî kanatım daha iyimserdir.

Bazı ümitsiz vak'alarda ilâcın etkisi insan üzerinde büyük bir tesir yapmaktan hâli kalmıyor. 22 yaşında iki taraflı kavernli ter-siyer bir fitizi, 3 senedenberi diğer antibiotiklere rağmen, ağır ağır ilerlemekteydi. Hastanın manzarası tam bir Habitus fitizikus, kendisi adeta şeffaflanmış bir La dame aux camélia tipi idi. İzoniazide tedavisiyle bu hasta 5,5 kilo almıştır. Kavernleri kapanmak üzere-dir. B.K. kalmamıştır ve dış görünüm normal bir hal almıştır. Bu iyileşme hali 8 aydır devam etmektedir.

Hülâsa olarak isoniazid iyi ve bir çok vak'alarda kullanılmaya lâyık bir ilâçtır.

Doç. Dr. İhsan Rifat Sabar :

Haydar bey arkadaşımız streptomisin'in akciğer tüberkülozundaki tesirini gayet güzel tetkik etmişler. Ben de klinikte streptomi-

sinin, kazeöz pnömoni ve akciğerin pnömonik süreçlerinde az müessir olduğunu, keza tansion kavitelerinde streptomisinden büyük bir istifade temin edemediğimizi, nodüler sirotik süreçlerde kısmen müessir olduğunu ve diğer akciğer tüberküloz şekillerinde hakikaten iyi neticeler aldığımızı arz ederim.

Bilhassa şunu da tebarüz ettirmek isterim ki ; pnömotoraks endike olan vak'alarda, antibiotiklerle 4-6 hafta zarfında bir netice alınmazsa derhal pnömotoraks tedavisine başlamalıdır.

İhsan Dinçel arkadaşımızın tüberküloz basilinde husule gelen rezistans hakkında tebliği gayet güzeldi. Ben burada daha klasik ve daha rutin olan Prayce'in lâm kültürünün daha pratik olduğu kanaatındayım. Bunu bir çok kliniklerin neşriyatında da görüyorum. Bilhassa Heidelberg'deki verem hastanesinde, bu medhodun, bir bakterioloğa lüzum göstermeden fitizyologlar tarafından pek mükemmel olarak yapıldığını yazıyor.

Bir noktaya daha nazarı dikkatinizi çekmek isteri. 1950 de Romada toplanan tüberküloz kongresinde streptomisin tedavisi görmemiş tüberküloz hastalarda spontan olarak streptomisine rezistan basillerin fazla miktarda olduğu ortaya atılmıştı. Hattâ o zaman Prof. *Morelli*, bu keyfiyetin ilerde, tüberküloz mücadelesinde büyük bir tehlike teşkil edeceğini ifade etmiştir.

Streptomisin tedavisi görmemiş hastalardan izole edilmiş olan tüberküloz suşlarında rezistan tipler gittikçe artmaktadır. 1949 da yapılan seri tecrübelerde bu nisbet %34.9 du. 1952 de ise %66.3 e çıkmıştır. Acaba antibiotik tedavi ilerde kıymetini tamamen kaybedecek mi? Bunu zaman ve tecrübeler gösterecektir.

Prof. Nüsret Karasu arkadaşımızın göstermiş olduğu vak'a cidden nadir bir vak'adır. Son senelerde P.A.S. tedavisinin daha şü-müllü bir surette tatbikinden dolayı buna ait neşriyatta artmaktadır. Ben bizzat tesadüf ettiğim ve 1952 de *Ştil*'in bahsettiği bir vak'a, arkadaşımızın vak'asına çok müşabehet arz eder. Bu vak'ada ateş, yutma zorluğu, deri tezahürleri, bütün lenf bezlerinin şişmesi, ikter, karaciğer büyümesi, yüksek lenfositoz mevcuttu. P.A.S. ile deri de-sansibilizasyonu yapılarak tekrar P.A.S. tedavisine başlandığı zaman hiç bir arıza görülmemiştir. 1952 de *Hofman* tarafından, tüberküloz menajiti andırır âraz veren bir P.A.S. reaksiyonu vak'ası neşredilmiştir. Yine 1952 de *Gero* evvelâ P.A.S. tedavisi görmüş bir hastada 4 ay sonra intraplöral konan P.A.S. la astmaya benzer bir nöbet, öksürük, ateş ve deri tezahürleri görmüştür. Bu hastada binde

bir P.A.S. mahlulü deri içine şırınga edildiği zaman aynı tablonun husule geldiğini tesbit etmiştir.

Tevfik İsmail bey arkadaşımızın bahsetmiş oldukları, izoniazid kullanan hastalarda streptomisine karşı olan rezistansın bertaraf olması ciddi önemiyeti haizdir. Fakat biz kliniğimizde böyle bir hâdiseye tesadüf etmedik. Ve bu düşünce ile izoniazid tedavisini kesmek taraftarı da değiliz. Son zamanlarda bu hususta R e v u e d e l a t u b e r c u l o s e da neşriyat mevcuttur. Fakat bunlar çok mahdud olan vak'alardan ibarettir.

Doç. Dr. Kemal Berktin :

Sayın hocalarımın ve arkadaşlarımın çok enteresan ve değerli çalışmalarından şahsen çok istifade ettim. Bu bakımdan kendilerine teşekkürlerimi arz ederim. Bendeniz bu oturumdaki konulara kısaca temas etmek istiyorum.

Streptomisin halen elimizde mevcut en kıymetli verem ilâcıdır. Bu bakımdan bu ilâca karşı husule gelen mukavemet, diğer ilâçlara karşı husule gelen mukavemete nazaran çok daha önemlidir. Bu değerli ilâca karşı mukavemeti azaltabilmek için, diğer antitüberküloz ilâçlarla ve bilhassa P.A.S. ile kombine olarak kullanıyoruz.

Ordumuzda verem tedavisiyle meşgul olan asker hastahanelerimizde ekonomik olması, mukavemetin çok geç husule gelmesi veya hiç husule gelmemesi, tedavinin daha tesirli olması ve toksik reaksiyonların hemen hiç denecek kadar az husule gelmesi bakımından miliar tüberküloz ve menenjit tüberküloz dışında, tüberkülozun her şeklinde ve her çeşit lokalizasyonunda, üç günde bir veya haftada iki defa bir zerk halinde yapılan bir gram streptomisin ve günde 10 - 12 gr P.A.S. kombinasyonu tercihen kullanılmaktadır.

Bu ilâçlarla, tedavi miadını dolduran, birine veya her ikisine karşı toksik reaksiyon gösteren vak'alarda diğer antitüberküloz ilâçları yine kombine olarak kullanılmaktadır.

(İ.N.A.H.+P.A.S. İ.N.A.H.+Streptomisin Tb.+P.A.S. Tb.+Streptomisin)

Streptomisine karşı verem mikroplarında husule gelen mukavemetin tayini için Birleşik Amerika'da bir çok kliniklerde D u b o s likit vasatı ve son zamanlarda sayın hocam İhsan Rifat Sabar'ın da işaret buyurdıkları gibi slide metodu tercihan kullanılmaktadır. Marazi hasıllattan basilin ilk üretilmesinde *Petregnani* vasatı *Loewenstein*'a tercih edilmektedir.

P.A.S.'a karşı husule gelen mukavemetin pratikte önemi büyük değildir. P.A.S.'ı yalnız başına nadiren kullanıyoruz. Esasen P.A.S.'a karşı teşekkül eden mukavemet bir kaç hafta içerisinde kayboluyor ve mikroplar P.A.S.'a karşı tekrar hassas hale geliyorlar.

Arkadaşım Fahir Sanel'i askerî verem tedavi müesseselerinde damar içi P.A.S. perfüzyonunu ilk defa tatbik ettiği için tebrik ederim.

Sayın hocam Nusret Karasu'nun vak'ası cidden çok enteresan ve enderdir. P.A.S.'a karşı hassasiyet ve tahammülsüzlük bulantı, kusma, deri döküntüleri, nadiren kapiller toksikoz, ateş yükselmesi, vesaire gibi reaksiyonlar arada sırada görülmektedir. Hocamın vak'asında P.A.S.'a karşı idiosenkrazi husule gelmiştir.

Bendeniz bu vak'a dolayısıyla New York'ta S t. J o s e p h's hastanesinde yaşlı bir kadın hastada P.A.S. tedavisine başlandıktan bir kaç gün sonra şiddetli mide, bağırsak bozukluğu ile birlikte 39 dereceye kadar çıkan ateş yükselmesi oldu. Ve ilâç kesilince şikâyetleri kayboluyor, ilâca başlanınca şiddetli reaksiyon görülüyordu. Bu yüzden tedaviyi kesmek icabetti.

Halen Saray burnu askerî hastanesinde, servisimde tedavi edilmekte olan müessesenin yaşlı aşıbaşısı; sağ akciğer üst lobunda mevcut bir enfiltrasyon ve kavern dolayısıyla P.A.S.+streptomisin tedavisi yapılmakta iken yüksek ateş, hafif ikterle müterafık şiddetli bir toksidermi gösterdi. Bütün vücudunda deri eritematö, ödemasye, pek çok bul'ler ve deskuamasyon ile müterafıktı. Streptomisine ait toksik belirti düşünülerek deri tezahürleri kayboluncaya kadar tedavisi kesildikten sonra P.A.S. tedavisi başlandı. Aynı toksik reaksiyonlar husule gelince sebebin P.A.S. olduğu düşünüldü.

Sayın hocam Tefvik İsmail Gökçe'nin buyurdukları mes'ele çok önemlidir. Streptomisine karşı husule gelen mukavemetin isoniazid'le giderilmesi hakikaten pratik bakımdan çok enteresandır.

Prof. Dr. Nusret Karasu :

Tebliğim hakkında İhsan Rifat Sabar ve Kemal Berktin arkadaşlarımın alâkalarına teşekkür ederim.

Tefvik İsmail Gökçenin mesai arkadaşlarıyla beraber kliniklerinde tesbit etmiş oldukları; streptomisine karşı rezistansın isoniazid aldıktan sonra zail olması keyfiyeti çok mühimdir. Aral Gürsel de tecrübeleriyle aynı hakikatı teyid etmiş bulunmaktadır. Şimdi, acaba Tefvik İsmail Gökçe'nin söylediği gibi isoniazid'leri streptomisine rezistan vak'alara mı saklıyalım, yoksa Aral Gürsel'in teklif

ettiği gibi ikisini bir arada mı kullanalım? Hakikaten bu iş üzerinde durmak lâzımdır.

İlâç fiyatları üzerinde de durmak istiyorum. Draje P.A.S.'ın kilosu 200 lira iken biz kimyevî olarak saf olan maddenin kilosunu 40 liraya aldık. Ve hastalarımız şurup içinde gayet kolaylıkla aldılar. Filvaki P.A.S.'ın fiatı bu gün bu kadar yüksek değildir. Fakat şişe ve anbalaj fiatları düşmemiştir' Bilhassa bu usulü fakir hastaları bol olan yerlerde tavsiye ederim.

Asıl esas mes'eleye geliyorum' Elimizde tüberküloz tedavisi için bir çok ilâç mevcuttur. Fakat pratisyen hekimin fitizyolog'lardan istediği : Hangi ilâcı ne zaman ve ne kadar kullanayım? Bu suale cevap verebilmek oldukça zordur. Ben şahsî kanaatımı şu şekilde hülâsa edebilirim : İlâç granülide olduğu gibi hastayı tehlikeden korur veya bir kaverni cerrahi müdahaleye hazırlar. Tedavi müddetini kısaltır. Fakat bu şifa müddeti için değil pusselerin tedavisinde doğrudur. Perifokal reaksiyonlarda tedavi müddetini kısaltır.

Kanaatıma göre lezionlarla kaverni ayırırsak, iltihabî lezyonlar uzun istirahat ve zamanla, kavernler ise daha ziyde müdhaele ile iyi olurlar. Tabîî bunun tam aksi olan vak'alarda vardır. Şu halde pusselerde rezistans teşekkül etmiyecek kadar ilâç kullanmak, esas şifayı zaman ve istirahata terketmenin daha verimli olacağı kanaatındayım. Zaman ve istirahat faktörünün tüberküloz tedavisinde şart olduğuna inanıyorum.

Dr. Seyfettin Köksal :

Anti-bakteriyellerin tüberküloz tedavisindeki kıymet ve ehemmiyetlerini biz Sanatoryomumuzda bir başka cepheden incelemiş ve işbu tedavilerin müsbet neticelerini tüberküloz ölümlerile ölüm sebepleri üzerinde mütalâa etmiş bulunmaktayız.

Bir iki seneden beri yurdumuzda tüberküloz ölümlerinin farke edilir derecede azalmakta olduğu resmî istatistikler ve beyanlarla sabittir. Yurt çapında vâki olan bu azalma olayını son senelerde Devlet ve Milletce verem savaşına sarfedilmekte bulunan büyük gayrete atfetmek mümkünse de bir sanatoryomun dar muhitindeki ölüm azalmalarını bilhassa anti - bakteriyel tedavinin mesut neticelerine bağlamak daha doğru olur.

1936 yılı Temmuz başından 1952 senesi sonuna kadar sanatoryomumuzda cem'an 8149 hasta girmiş ve tedavi görmüştür. Biz 16,5 seneye balığ olan bu müddeti anti - bakteriyelleri geniş mikyasta kullanmağa başladığımız 1947 başından evvelki devre ile sonraki

zaman olmak üzere ikiye ayırdık ve her devre zarfında giren hasta ile ölüm nisbetlerini ve sebeplerini ayrı ayrı mütalâa eyledik.

Sanatoryumumuz bazı anlaşmaları dolayısıyla daha ziyade ağır hasta bulunan kimseleri de kabul etmek durumunda bulunduğundan ve bir çok sebeplerle müracaat eden hastalarda bir ayırma imkânından mahrum olduğundan ölüm nisbetlerimiz mümasil Kurumlara nazaran esasen bir az yüksektir. Bilhassa bu sebep dolayısıyla her iki devre zarfında tedavimize dahil olup da on beş günden evvel ölüm gösteren vak'aları rakamlarımız arasına almadık.

İşte bu şartlar altında hazırladığımız istatistik birinci devrede %7.72 nisbetinde bir ölüm gösterdiği halde anti - bakteriyellerin geniş mikyasda kullanılmağa başladığı ikinci devrede hemen yarı yarıya azalarak %4.32 gibi düşük bir ölüm nisbeti kaydetmiştir (Tablo : 1).

Tablo : 1

Anti-bakter. tedavi	Seneleri	Giren hasta adedi	Ölümler	% de nisbeti
Yapılmıyor	1936-1946	4336	335	7.72
Yapılıyor	1947-1952	3813	165	4.32

Tüberküloz ölümleri bakımından ikinci dünya harbinin mahrumiyetlerini büyük nisbette duymağa başladığımız 1945 ve 1946 yılları esnasında ölüm vak'alarımız en yüksek seviyededir ve % 9.61 nisbetindedir. Buna mukabil streptomisin+P.A.S. tedavisinin kombine olarak kullanılmağa başladığı 1949 ve 1950 senelerinde ölüm nisbeti şiddetli bir düşüş göstermiş ve ancak %2.89 nisbetini bulabilmiştir. (Tablo : 2).

Tablo : 2

Anti-bakter. tedavi	Seneleri	Giren hasta adedi	Ölümler	% de nisbeti
Yapılmıyor	1945-1946	1123	108	9.61
Strept.+P.A.S.	1949-1950	1211	35	2.89

1951 yılında ölüm nisbeti yeniden artmış bulunmaktadır. Filhalka bu sene zarfında 694 hasta tedavimize girmiş ve bunların 31 inde ölüm kaydedilmiştir. Bunun sebebi gayet aşikâr bulunuyordu.

31 vak'amızdan 19 unda anti-bakteryellere karşı mukavemet husule geldiği kısmen klinik kısmen de bakteryolojik olarak tesbit edilmiş-di. 1951 senesinde görülen bu yükselişe mukabil 1952 yılında ölüm vak'alarımız yeniden şiddetle azalmış ve tedavimize girmiş 639 hastada yalnız 8 ölüm vak'ası kaydedilmiştir. Bunun da sebebi gayet aşikâr bulunuyordu ve isoniazid'in bir anti-bakteryel olarak tedavi metodları arasına girmiş olmasından doğmakta idi (Tablo 3 :).

Tablo : 3

Anti-bakteryel tedavi	Senesi	Giren hasta adedi	Ölümler	% de nisbeti
Strept.+P.A.S. mukavemet var ...	1951	694	31	4.45
Strept.+P.A.S.+İsoniazid	1952	639	8	1.25

Anti-bakteryellerin çok müsait tesirlerini ayrıca ölüm sebepleri üzerinde inceledik. Birinci devrenin 335 vak'asından 3 ünde sebep anı yıldırım kanaması olduğu halde ikinci devrenin 165 ölümünden yalnız 1 inde yıldırım kanaması görülmüştür. Bu hasta esasen razistans kazanmış bulunuyordu. Yine birinci devrede sürekli devam ederek sonunda yayılmalarla ölümü neticelendiren 27 kanama vak'asına mukabil ikinci devrede bu tarzda yalnız bir ölüm kaydettik. Ayrıca birinci devrenin 335 vak'asından 181 inde boğaz ve barsak lokalizasyonları ölüm sebebini teşkil ettikleri halde ikinci devrede bu tarzda yalnız 9 vak'a müşahade eyledik. Yine birinci devrenin 13 menenjit hastası % de 100 ölümle neticelendiği halde ikinci devrede gördüğümüz 17 menenjit vak'asının yalnız 5 inde ölüm gördük. (Tablo : 4).

Tablo : 4

Anti-bakteryel tedavi	Mecmu ölüm adedi	Yıldırım kanaması	Sürekli kanama	boğaz ve barsak	Menenjit	Ölüm üzeri- ne nisbeti %
Yapılmıyor	335	8	27	181	13	% de 68.47
Yapılıyor	165	1	—	9	5	% de 9.09

Anti-bakteryeller hakkındaki müsbet müşahedelerimizi böylece belirttikten sonra yüksek hey'etinize istikbale matuf bir endişemizi de arzetmeden geçemiyeceğim. 1951 yılında elde mevcut Anti-bak-

teryellere karşı rezistans kazanmış hastalarımızın çokluğundan dolayı ölüm nisbetlerimizin arttığını ve 1952 senesinde isoniazid'in tüberküloz kliniğine girmesile beraber yeniden ve daha büyük bir nisbette azaldığını arzetmiştim. İşte endişemiz de buradadır ve anti-bakteryellerin bu tempo ile ve pek geniş mikyasda gelişi güzel kullanılması halinde diğerleriyle birlikte isoniazid'e karşı tedricen mukavemet husule gelebileceği ve böylece ilerde meselâ 1955 yılında ölüm nisbetlerimizin tekrar yükselebileceği ihtimaline dayanmaktadır. Bu ihtimal karşısında insanlığı tüberküloz hastalığına karşı koruyacak yeni bir antibakteryelin keşfini temenni etmekten başka çaremiz yoktur.

Dr. İsmet Sayman :

Halen verem tedavisinde elimizde birçok anti-bakteryeller mevcuttur. Fakat hangi tüberküloz şeklinde, yahut hangi tüberküloz vak'asında bunlardan hangisini ne zaman kullanacağımıza dair ne radyolojik ne klinik bir hudut yoktur. Bu tedavi bizim kanaatımıza, görüş ve tecrübelerimize bağlıdır.

İster eski, ister yeni vak'alar olsun anti-bakteryellerin hepsini kullanmak lâzımdır. Ancak tesirsiz kaldığını gördüğümüz ilâçları derhal keserek bir diğerine müracaat etmek gerektir. Biliyoruz ki, anti-bakteryeller tatbik edildiği zaman hastalar üzerinde sübjektif ve sür'atli bir şifa husule gelmektedir. Bu aldatıcı bir durumdur. Hastada klinik bir şifa husule gelebilir fakat bu hal her zaman radyolojik salâh ve şifa ile muvazi olmuyor. O halde elimizdeki kriterin radiolojik manzaralar olması icabeder.

Şahsî müşahedelerime göre anti-bakteryel kullanılan vak'aların pek az bir kısmında tam bir salâh, orta derecede bir kısmında orta bir salâh, ve çok bir kısmında da az veya hiç salâh husule gelmiyor. Kısa zamanda yapılan kontrolda ki, ben bunu 20 gün olarak takdir ediyorum, bu zamanda radyolojik bir salâh oluyorsa o antibakteryele devam etmeli, aksi halde bu kontrollarda bir salâh görülüyorsa klinik iyileşmeğe değer vermeden, bir diğerine geçmek lâzımdır. Şunu kaydetmek isterim ki, anki-bakteryellerle husule gelen sübjektif iyilik bir tehlike teşkil ediyor. Muayenhanelerimize hariçten gelen hastalar ilâçlarını alıp gidiyorlar ve kendilerinde iyilik hissettiklerinden bir daha gelmiyorlar. Fakat bunların radyolojik kontrollerinde görüyoruz ki, büyük bir salâh husule gelmemiştir. Bunlar istikbal için bir tehlikedir.

Prof. Dr. Nusret Karasu'nun vak'aları çok enteresan. Filimleri uzaktan vazih olarak görmek kabil olmuyor. Vak'a belki bir primo enfeksiyon veya İskandinav müelliflerinin tavsif ettikleri gibi inital foyer'dir. Belki hafif bir iyilik husule gelmiştir, sonra yeni bir tezahür başlamıştır. Bu tezahür ya andojen bir enfeksiyonla veyahut eksojen süper enfeksiyonla husule gelmiş bir tezahürdür. Eğer andojen bir enfeksiyon mevzu bahis ise ikinci filmde şifa husule gelmekle beraber foyer'nin devam ettiğini görüyoruz. Şu halde salâha rağmen yapılan tedavinin kesilmemesi icabettiğini, eğer bir süper enfeksiyon ise, böyle basil çıkarmıyan hastaları, basil çıkaran hastaların koğuşunda yatırmamak lâzımdır kanaatındayım.

Doç. Dr. Slâhattin Akkaynak :

Bu kıymetli tebliğler karşısında ben de antibakteryellerle servimizde aldığımız neticeleri ve bazı şahsî kanaatlarımı tebarüz ettirmek istiyorum.

Fahir bey arkadaşımızın damar için P.A.S. tatbikatı yahut cilt altı perfüzyonu suretiyle aldıkları neticeler cidden enteresandı. Literatürde bunu yakinen takip etmekteyiz. Filhakika İsviçrede *Löffler*'in kliniğinde, bilhassa menenjit tüberküloz vak'alarında, bu usulle alınan neticeler fevkalâde methedilmektedir. Son neşriyatlarına göre, aradan iki sene geçmiş olmasına rağmen menenjit tüberkülozda %90 şifa kaydedilmiş bulunuyor. Halbuki bu güne kadar menenjit tüberkülozda elde edilmiş şifa nisbeti 3 sene sonra, nihayet %22 yi bulmaktadır ki, bu ancak taze vak'alardadır. Biz henüz bu usulü kliniğimizde tatbik etmeğe başladık. Bir iki vak'ada tatbik ettik, fakat devam edemedik. Ancak Fahir bey abaca bu usulü kaç vak'ada tatbik etmiştir. Bunu takip etmeme rağmen bir türlü anlayamadım. Sonra bazı ihtilâtlardan hiç bahsetmediler. Acaba protrombin zamanı tayin ettiler mi? Böyle hastalarda protrombin zamanı uzar ve kanamalara meyil husule gelir. İkincisi de osteoporozdur. Acaba kendi vak'alarında bunu araştırmışlar mıdır?

İsoniazid'ler hakkındaki noktayı nazarımız da şöyledir : Bu ilâç, zannedildiği gibi harika bir ilâç olmamakla beraber P.A.S. ve streptomisine yakın bir ayarda kıymetli ilâçlardır. Ancak bunun yegâne kötü tarafı çok kısa bir zamanda rezistans husule gelmesidir. İlâcı veriyoruz, kısa zamanda, bilhassa toksik sendromlar üzerinde gayet güzel tesir ediyor. Fakat arkasından rezistans teşekkül ediyor ve bu tesiri devam etmiyor. Eğer bu müddet zarfında, ki arkada-

şımız Aral beyin yapmış olduğu tetkiklere göre 26 gün içerisinde rezistans teşekkül eden vak'alar vardır, biz bu müddeti ortalama olarak iki ay kabul edebiliriz. İki aydan sonra da kullanılması doğru değildir. Çünkü vak'aların büyük bir ekseriyetinde bu müddetten sonra rezistans husule gelmektedir. Tevfik İsmail bey hocamızın göstermiş olduğu grafikte bunu sarahatan görmekteyiz. Şimdi ilâcı bu müddet içinde tatbik ettiğimiz zaman almış olduğumuz neticeler güzeldir. Bu güzel neticenin devamı, hastanın immüno biolojik durumuna bağlıdır. Eğer bu müddet zarfında biolojik durum düzelmiş ise elde edilen bu güzel şifa ilerlemekte ve devam etmektedir. Fakat bu biolojik durum düzelmemişse bu takdirde elde edilen netice tekrar kaybolmakta ve hastanın durumu tekrar bozulmaktadır. Bu hususu Nuri bey arkadaşımız da tebarüz ettirmişlerdir.

Streptomisine karşı rezistans husule gelmiş vak'alarda, isoniazid'lerin bu rezistansı azaltma mes'elesine gelince; 1952 de *H. Mayer*'in yapmış olduğu bir tebliğe göre, isoniazide'ler, streptomisin, P.A.S. ve thiosemicarbasone'lara karşı husule gelmiş olan rezistans suşlara dahi tesir etmektedir. Meselâ 20 gamadan 50 gamaya kadar yükselmiş olan rezistanssız suşlara karşı isoniazide tesir ediyor ve binaenaleyh bu zirveyi kırıyor. Tabii arkasından tekrar ilâc verildiği zaman rezistan suşlar teşekkül edecektir. Fakat zannetmiyorum ki bu hâl devam edip gitsin. Bir müddet sonra isoniazide'lere karşı da rezistans husule geliyor. Yalnız bence burada araştırılması enteresan olabilecek nokta şudur : Acaba isoniazidlere rezistans husule gelmesine rağmen, streptomisine rezistans suşlar üzerine olan tesiri devam eder mi?.

Mühim bir noktaya daha temas etmek istiyorum. Son zamanlarda arkadaşımız Aral beyle serviste yapılan son tetkiklere göre spontan olarak streptomisine karşı rezistan suşlar fazlasiyle artmış bulunmaktadır. Meselâ hiç streptomisin tedavisi görmemiş vak'alarda aşağı yukarı %40 nisbetinde rezistans teşekkül etmiş olduğunu görüyoruz.

İrreverzibl olan rezistan suşlarla enfekte olan vak'alarda bu rezistans hali devam ediyor. Acaba aynı hal isoniazide'ler için de mevzu bahis olacak mı? Şimdi aynı hal isoniazid'ler için mevzu bahisdir. Bunlara karşı da kısa zamanda rezistans husule geldiğine göre demek oluyor ki bir sene sonra bu ilâçlara karşı hassas olan suş ortadan kalkacak ve rezistan olan suşlar meydana gelecektir. Binaenaleyh bende bu noktadan Seyfettin bey arkadaşımızın temennisine

uyarak inşallah o zamana kadar yeni bir ilâç daha bulunur temennisine uyacağım.

Dr. Necdet Menemenli :

Helvetia Medica Acta'nın neşrettiği süplemanda müellif, kilo başına 5 ve 10 mgr. isoniazid'le tedavi ettiği iki grup hasta arasında hiç bir fark görmediğini, binaenaleyh dozun ortırlmasına hiç bir sebep olmadığını bildirmektedir.

Isoniazide tedavisinde hastaların kilo almalarını kan şekeri seviyesinde düşme veya mide ifrazatındaki artma ile izahı düşündük. Fakat bu tetkiklerde bir neticeye varamadık. *Benson* ve arkadaşları 1952 de sağlam farelere isoniazid vermişler ve bunların kilolarının değişmediğini görmüşlerdir. Binaenaleyh isoniazid'lerin kilo üzerine endirekt olarak tesir ettiklerini kabul etmek lâzımdır. Yani toksik halleri zail olan hastada iştihâ artmaktadır.

Isoniazid'e rezistans: İlk sıralar yaptığımız tedaviler esnasında iki vak'ada bir mukavemetle rastlanmamıştır. Bu hususta *Rist* ve Amerikada *Jan Havsky'nin* neşriyatı vardır (1952).

Isoniazid'lerin streptomisin rezistansını gidermesi büyük bir müjdedir. Yalnız :

1. Bir hastada streptomisin rezistansı üzerinde hüküm verilirken acaba bu muayene bir kaç defa tekrarlanmış mıdır? Çünkü enfeksiyon suşları arasında mukavim ve hassas suşlara daima rastlanabilir. Nitekim *Huget'nin* işaret ettiği gibi (Modern practice of the tuberculosis 1952) tüberkülozdan ölen kimselerin otopsilerinde akciğerlerin muhtelif yerlerinden alınan basillerin mukavemet ve hassasiyet derecelerinde farklar görülmektedir. Bu sebeple acaba streptomisine rezistan olan suşlar isoniazid tedavisiyle bertaraf edilerek tekrar streptomisine hassas suşlar sahneye hakim olmuş olmaz mı?

Dr. Mustafa Dağlar :

Hüseyin bey tebliğlerinde, isoniazid'le tedavi, balgamda B.K. kayboluşunu yanlış anlamadımsa % 80 gibi yüksek bir rakkamla ifade etmişlerdir. Acaba bu nisbet direkt araştırmalarla mı elde edilmiştir. Yoksa kültür ve inokülasyonla mı? Çünkü biz servisinde yaptığımız tedavilerle de bu kadar yüksek menfi olma nisbeti tesbit edemedik. Hattâ basit ve teksif usullerile (—) olan bazı vak'alarda kültürde (+) netice aldık. Binaenaleyh balgamda B.K. kaybolma nisbetinin bu kadar yüksek olamayacağı kanaatindeyim.

Hocamız Tevfik İsmail beyin ifade ettikleri gibi isoniazidle tedavide ilâcın ilk tatbik günlerinde aldığımız neticeyi şimdi artık o kadar bariz olarak alamamaktayız. Sübjektif iyileşmenin ilk günlerinde hastalara çok ümit verici neşriyatla alâkası olduğunu kabul etmek zarureti karşısındayız.

Nuri Aykol'un tebarüz ettirdiği neticeyi bizde hastalarımızda aldığımızdan, fikirlerine şahsen iştirak ediyorum.

Hakikaten streptomisin - isoniazid müsterek tedavisinin bu günkü klinik tedavi şartlarımıza daha uygun olduğunu ve bilâhare P.A.S. verilmek suretile tedaviye devam edilebileceğini arzederim.

Dr. Tahsin Akçay :

Huzurunuzda söz alırken, iyi bir klinikte çalışmadığım için, lâboratuvarla teşriki mesai yapamadığımdan pek mühim bir şeyler söyleyemeyeceğim. Yalnız bir nokta dikkatimi celbetti. İsoniazid'ler antibakteryellere karşı husule gelmiş mukavemette nasıl rol oynuyorsa, zaman faktörünün de burada mühim bir rol oynadığını müşahede ettim. Streptomisin ilk çıktığı sene günde 2 gr. veriyorduk, mukavemetten pek haberimiz yoktu. Bu günkü malûmatımıza göre, o zaman tedavi edilen hastalarda hemen mutlak surette mukavemet teşekkül etmiştir. Eski tedavi gören hastaların bir kısmını kaybettik. Fakat takip ettiğim bir kaç hasta ölmedi. Bu kadar seneler geçtikten sonra mukavemetin %100 olması icabeden bu hastalarda bu yakınlarda streptomisinin müessir olduğunu müşahede ettim. Acaba streptomisin mukavemetinin zamanla kırılmasına ait tetkikat yapan arkadaş var mı? bilmiyorum.

Öyle zannediyorum ki, zamanla bu mukavim suşlar mukavemetini kaybederek streptomisine hassas bir hale geliyorlar. Hiç olmazsa mikro gamaları aşağı bir dereceye düşüyor.

Prof. Dr. Hüseyin Kemal Plevneli :

Kemal bey arkadaşımız Amerikada daha ziyade *Petragnani* vasatının tercih edildiğini söylediler. Ben memleketimizde, tüberküloz kültürlerinin mühim bir kısmını kullanmış olduğumdan, *Petragnani* vasatı istihsal ederken ne gibi müşkillerle karşılaşacağımızı bilhassa arz etmek istiyorum. Tüberküloz kültürlerinde de diğer kültürlerde olduğu gibi aranacak vasıf kolay yapılabilmesi ve ucuza mal olmasıdır. Fakat bakteriyolojide tüberküloz basilini üretmek için elimizde ideal bir vasat yoktur. Bu vasatların içerisindeki en mühim mad-

de yumurta sarısıdır. Yumurta sarısı olan her vasatta tüberküloz basili pe kalâ neşvünema bulabilir. *Petragnani* vasatının içerisinde ayrıca süt de vardır. Yani Neşvünema faktörü daha iyidir. Fakat memleketimizdeki sütlerle *Petragnani* vasatı yaptığım zaman karşıma olmadık şeyler çıktı. Yakacık sanatoryomunda peritonit tüberkülozlu bir hastadan mayi alarak *Petragnani* vasatına ektiğim zaman portakal renginde sapsarı koloniler üredi. Bizim sütlerin içerisinde asido rezistan bakteriler pek çok olduğundan bu vasatta kullanılması doğru değildir. Ve ben şahsen buna taraftar değilim.

Yumurtada neşvünema faktörü yoktur. Kan albümininde mevcuttur. Belki sütte de vardır. Binaenaleyh tüberküloz basillerinin bu vasatta üreyebilmesi için neşvünema faktörünün kat'iyen bozulmaması icabeder. Neşvünema faktörü bozulacak olursa tüberküloz basili yumurtalı vasatta dahi üreyemez. Bu vaziyet geçen sene isoniazid rezistansı meselesinde göze çarpmıştı. İsoniazide karşı rezistans kazanmış her hangi bir bakterinin yumurtalı veya alelâde sentetik vasatlara ekildiği zaman üremediği görülmüştür. Halbuki vasata az miktarda serum veya kan ilâve edilecek olursa, gayet bol olmak üzere ürediği görülmüştür. Bilhassa streptomisine rezistans iktisab etmiş her hangi bir bakteri, buna isoniazid verdiğimiz zaman tekrar tecrübe yaparken acaba mütasyon faktörü bozulmuş mu, bozulmamış mı?, bunu da ayrıca tetkik etmek lâzım gelir. Alelâde yumurtalı bir vasat veya sentetik bir vasat kullanılacak olursak, bakteri streptomisine karşı rezistan olduğu halde burada neşvünema bulur.

Malûmdur ki hiç streptomisin tedavisine tâbi olmamış kimse-lerde rezistan basil çıkıyor. Bunun nisbeti %2 - 2,5 dur. Eksperimantal tecrübelerde evvelâ biz streptomisine hassas olan bakterileri süpürüp götürüyoruz, geriye mukavim olanlar kalıyor. Hiç şüphesiz tecrübe esnasında karşımıza çıkacak olan bu mukavim bakterilerdir. Mütasyonu tekrar dönmek ve avdet etmek kabiliyetini haiz değildir. Ve bu güne kadar böyle bir şey vaki olmamıştır. Eğer böyle bir şey olacak olsa kuduz aşısının tersine dönüp bizi kudurtması icabeder.

Haydar Aksüğür :

İhsan Rifat bey tansiyon kaviterlerinde streptomisinden pek istifade edilemediğine işaret buyurdular. Bu hal pnömotoraks tedavisi altında bulunan iltisaklı kaviterlerde hakikaten mevzubahistir.

Bronş içi lezyonlarına bağlı tansiyon kavitelerinde streptomisinden istifade edileceğini zannediyorum.

Saniyen kendileri streptomisin tedavisinden 6 haftada istifade etmeyenlere kollaps metodları tatbik edilmeli, dediler ki, en mühim nokta üzerinde durdular. Bendeniz bilhassa kaviteli tüberkülozda bu noktanın daha mühim olduğu fikri üzerinde ısrar edeceğim. Dr. Kasparyan, Yakup Çelebi ve Tefvik İsmail Gökçe'nin yaptıkları tebliğlerde bazı kavitelerin kapandıklarını gördük. Fakat bu, umumî bir kaideyi bozacak bir şey değildir. Yani antibiotiklerle kollapsoterapi metodları arasında bir mücadele doğurmamalıdır.

Dış tababette, antibiotik tedavisi, tebliğimin başında da arzettiğim gibi bir parça suiistimal edilmiş durumdadır. Hakikatte mevzubahs olan hastanın iyi olmasıdır. Binaenaleyh, gerek antibiotiklerden mümkün olduğu kadar istifade etmeli gerekse bundan sonra icabedecek kollapsoterapide bunun nazarı dikkate alınması icabettiğini düşünüp ona göre hareket etmelidir.

Tahsin bey de streptomisin rezistansının zamanla kaybolup olmayacağını sordular, aklımda kaldığına göre *Yensin* husule gelen mukavetin 5 sene sonra da mevcut olduğunu tesbit etmiştir.

Dr. İhsan Dinçel :

İhsan Rifat Sabar ve Nüsret Karasu hocalarıma, tebliğime gösterdikleri büyük alâdakan dolayı teşekkür ederim. Kendileri *Prays*'ın lâm kültürünün rezistans arama bakımından daha iyi bir metod olduğunu ileri sürdüler. Bizde bunu böyle kabul etmekteyiz. Çünkü bu usulle çok çabuk bir zamanda netice almak mümkündür. Yalnız klinikçiler bizden basilin ne miktar üniteye mukavim olduğunu isterler. Lâm kültürü bize yalnız rezistansın mevcut olup olmadığını gösterir. Miktar bildirmez. Katı vasatlardan daha riyazi bir netice alındığından biz, bu usulü tercih etmekteyiz.

Hüseyin Kemal Plevneli Hocamızın tebliğime ilâve ettikleri mütalâalarına ayrıca teşekkür ederim.

Dr. Turgut Targay :

P.A.S. hakkında söz alan arkadaşlara birer birer cevap vereceğim :

P.A.S.'ın istimali sırasında ateş yükselmesi, hastada bulantı, kay, cildî tezahüratla müterafık kaşıntı halleri ender değildir.

1. Heybeliada Sanatoryomunda takip etmekte olduğumuz üç

hastada ateş; P.A.S.'in verilmesinden biraz sonra 38-39 a kadar yükselmiştir. P.A.S.'ı kesmek suretile ateşin düştüğü vakidir. Fakat biz bu üç hastada P.A.S.'ı kesmedik, vermeğe devam ettik. Zira yaptığımız hematolojik tetkikler P.A.S.'ın kesilmesine zaruri bir sebep olduğu kanaatını verdirecek mahiyette değildi. Ateş tedrici inişlerle 37 ye düştü ve bir daha çıkmadı.

2. Settari bey arkadaşımız; isoniazid'in streptomisinden sonra alındığını söylediler. Bana kalırsa P.A.S.' la streptomisinden sonra yer almalıdır. P.A.S. yavaş tesir eder, fakat P.A.S. 'ın attığı adımlar emindir.

İsoniazid'in imtisas kabiliyetinin geniş hududunu tasdik etmek mümkün değildir.

3. Muhterem hocamın isoniazid hakkındaki buyurdıkları; münferit vak'alar hududunu aşmayan mahdud müşahedelerdir. Heybeliada Sanatoryomundaki bir hastamızda, streptomisin - P.A.S. müşterek tedavisi asla cevap vermediği halde isoniazid tatbikinden 17 gün sonra ateşi düşürdü, öksürüğü kesti, radyolojik salâh verdi ve yatağından kıvıldamıyan hastayı ayağa kaldırdı. Hattâ basilloskopi direkt teksif muayenelerinde menfi oldu. Fakat bu iyilik çok sürmedi. İki ay sonra hasta aynı ârazla yatağa düştü.

Fikrimce isoniazid, streptomisinle beraber verildiği takdirde daha müesir olmaktadır. Bu itibarla isoniazid; streptomisinden sonra P.A.S.'la aynı kıymet ve ehemmiyeti haiz bir ilâçtır.

4. P.A.S. perfüzyonları akciğerin yaygın lezyonlarında, bahuş menenjit tüberkülozda streptomisinle beraber parlak neticeler vermektedir. *Rösle*'nin 1952 de çıkan bir yazısında şematize ettiği gibi P.A.S. menenjit tüberküloz tedavisinde çok mühim rol oynamaktadır.

5. P.A.S. kullanılan vak'alardan bilhassa bir taraflı pnömotoraks bulunursa bu gibi vak'alarda P.A.S. %71 ile %84 nisbetinde muvaffakiyet vermektedir. İki taraflı pnömotoraks tatbik edilen vak'alarda muvaffakiyet %62 dir. Ekstra plöral pnömotoraks vak'alarında ise %69; Torakoplasti vak'alarında %62 ve yine torakoplasti vak'alarında streptomisinle beraber P.A.S. verildiği takdirde %52 drenaj kaviterde ise %45 müsbet netice vermektedir.

Dr. Fafir Sanel :

Doç. Dr. Selâhattin Akkaynak damar içi P.A.S. perfüzyonlariyle tedavi edilen hastalarda kanamaya meyil olup olmadığı ve tedavi gören hasta sayısını sordular.

Fransada bulunduğum sırada yakından takip ettiğim hasta sayısı 45 dir. Halen Fransada bütün fitizyoloji servislerinde P.A.S. tedavi endikasyonu olan vak'alarda parenteral yol tercih edildiğinden, kendi vak'alarımın dışında bu şekilde tedaviyi gören bir çok hastayı müşahede etmek fırsatını buldum. Yurda avdet ettikten sonra geçen müddetin kısalığı ve ilaç tedarikindeki zorluk dolayısıyla pek az sayıda hastaya tatbik edebildik. Umumî kanaatımız, parenteral yolla verilen P.A.S.'ın tüberküloz tedavisinde ciddi bir terakki teşkil ettiği merkezindedir.

Kendi vak'alarımızda kanama hadisesi görmedik. Bu hususta yapılmış geniş literatürde böyle bir ihtilâta ait bir kayda tesadüf etmedik.

İKİNCİ CELSE

Yedikule Verem Hastanesi
Baş Hekim : Dr. Zühtü T. Erman

ÇOCUKLARDA MENENJİT TÜBERKÜLOZ İLE HAD SEYİRLİ AKCİĞER TÜBERKÜLOZUNUN TEDAVİSİ

ve

ALINAN NETİCELERİ

Dr. ZÜHTÜ T. ERMAN
Dr. MUAZZEZ BARIŞ

Aziz meslekdaşlarım,

Hemen 5 ay evvel, yine böyle, sayın topluluğunuza (Millî Tıp Kongresi münasebetiyle) bu mevzuda bir maruzatta daha bulunmuştum. Hastanemizde menenjit TB. a müptelâ küçük hastalarımız için bir yer ayırdığımızı ve bunların tedavilerinde, tetkiklerinden aldığımız neticeleri arz etmiştim. İşte, bu gün de bu servisimizdeki hastalarımızın tedavilerinden elde ettiğimiz neticeleri bizim bu millî birinci Tüberküloz Kongremizde biraz daha tekemmül etmiş bir halde muhterem heyetinizde tekrar maruzatta bulunmak fırsatını bulduğum için bahtıyırım.

Evvelce de arzettiğim gibi, bizim bu servisimiz yalnız menenjit tüberküloz ile had seyirli akciğer veremi, granüliye müptelâ küçük hastalarımıza tahsis edilmiştir. Servisimiz şimdilik yine 30 yataktan ibarettir. Bilindiği gibi böyle hususî bir topluluğu ihtiva eden bu servis yurdumuzda olduğu gibi yakın şarkta da ilk defa olarak açılmıştır. Genişletilmesi ihtiyacını takdir buyuran yüksek bakanlığımız pek yakında bu servisimizi 60 yatağa ve daha mükemmel bir şekle ifrağına karar ve hattâ emrini bile vermişlerdir. Binaenaleyh şimdiden tebşir edebilirim, gelecekteki olacak tebliğlerimiz, hepimizi daha tatmin edici olacaktır.

Muhterem arkadaşlarım, bu mukaddemeden sonra servisin açılmasına müsaade ve emir buyuran yüksek bakanlığımızdan başka bu işte ön ayak olan, ilk teşebbüsü yapan ve memleketimiz için bu ihtiyacı belirten (O.M.S) Organisation Mondiale de la Santé'nin Türkiye'ye tetkik vesilesiyle gönderdiği Dr. *B. Meyer*'in ve o vakit yine O.M.S.'un İstanbuldaki mümessili olarak bulunan Dr. *Etienne Berthet*'nin ve sayın hocamız Ord. Prof. Dr. Gl. *Tevfik Sağlam*'ın isimlerini şükranla zikretmemek pek hakikatsizlik olur. Hiç şüphesiz bu saydığım muhterem doktorlar teşebbüs ettiler, Bakanlığımız emir ve müsaade buyurdu. Biz de bir gayretle, hamle ile bu işi başardık, şimdi de genişletiyoruz.

Millî Tıp Kongresindeki tebliğimizde bilhassa kaydettiğimiz gibi, takdim ettiğimiz istatistiklerdeki sevindirici olmayan neticelerin ilerde daha memnuniyetbahş olacağını umit ettiğimizi ilâve etmiştik. Nitekim, şimdi, takdim edeceğim istatistiklerimizde (her iki istatistik arasındaki zamanın kısa olmasına rağmen) oldukça iyi neticeler almağa başladığımızı memnuniyetle arzedeceğiz.

İstatistiklerimizi mukayeseli bir surette bir kaç kelime ve rakam ile arzetmeden evvel : evvelce de bir münasebetle arzettiğimiz hususiyetlerimizi bu fırsatla bir kerre daha tekrarımıza müsaade buyurmanızı rica edeceğiz.

Teşhislerimizi takviye ve tedavi yolumuzun seyrini çizmek hususunda hastalarımızla şu tarzda meşgul oluyoruz :

Her hastamızın, klâsik, fizik muayenesinden başka, laboratuvar muayenelerini , idrar, kan, radyolojik muayenelerini, túbajda mide suyu muayenesini, hattâ matier fekal muayenesini, yine Pirquet ve Mantoux ile allerji kontrollerini ve bilhassa likit sefaloraşidien (likör) muayenesini bütün tafsilâtı ile, bu meyanda lomber ponksiyonlardan başka teşekkül eden sineşilerden dolayı, lomber ponksiyondan mayi alınamadığı hallerde sus oksipital ponksiyonları da ihmâl etmediğimizi ve bu yoldan da likör alınamadığı hallerde ve entrakranien tazyiğın çok arttığı vak'alarda cerrahî müdahale ile entrakranien yoldan tedavilerimize devam ettiğimizi kaydedeceğiz. Bu arada üzerinde ısrar ile durduğumuz göz gibi muayenelerini muntazaman ve ehemmiyetle takib etmekteyiz. Bu son iki muayenemizi, yani vantriküllere girmek için açılacak pencereyi, nöroşirurjiden arkadaşımız Dr. *Ertuğrul Saltuk* ve göz dibi muayenelerimizi de okülist Bayan Dr. *İsmet Oktürk* tarafından yapıldığını arz ve huzurunuzda bilvesile ile minnet ve şükranlarımızı takdim ederiz.

Tedavi sadedinde : Saydığımız bu metodik muayenelerimizle alınan sonuçlara göre teşhisimizi koyuyoruz, küçük hastalarımız gibi, küçük hastalarımızı muayene ve tedavi usullerimizdeki bazı gösterdikleri umumî hallerine göre de tedavi programımızı çiziyoruz.

Biz küçük hastalarımıza ilk 7-20 gün zarfında, günde 2 defa entrasidien ponksyon yapıyor ve her seferinde, kilo başına hastanın gösterdiği hale göre, 1-2 mg. zerkediyoruz. Bir defalık zerk miktarı hiçbir zaman 0,05 g.'ı geçmemektedir. Streptomycin'in de daima sülfate de streptomycin cinsi olmasında ısrar ediyoruz. Entarasidien'lerde Di - hydrostreptomycin'i kullanmıyoruz. (Sulfate de streptomycin umumî kanaate göre daha az tahriş yapmaktadır; bu sebeple biz de tercih ediyoruz). Ayrıca, yine kilo başına, günde 0.02 - 0,05 g. olmak üzere entramüsküler olarak streptomycin zerk ediyoruz.

Lomber yoldan zerklerimizi sabah akşam yapmakla, likördeki streptomycin konsantrasyonunu hemen daima günün muhtelif saatlerinde olmak üzere aynı seviyede buldurmağa çalışıyoruz. Bu, yukarıda arz ettiğimiz gibi gerek hastanın ahvali umumiyesini ve gerekse likör bulgularının müsait hal arzetmesine kadar devam ettiriyoruz. (Her ne kadar bazı Amerikan müelliflerinin entramüsküler streptomycin zerklerinin menenjit tedavisinde kâfi geleceğini yazıyorlarsa da, bu güne kadar edindiğimiz klinik kanaate göre entramüsküler zerklere entrasidien zerklerin teşrikini lüzumlu görmekteyiz). Ekseriyetle haftada bir defa yaptığımız likör tahlilleri, neticeleri normale döndükçe veya yaklaştıkça ponksyonlarımızı seyrekleştiriyor ve binnetice entrasidien yolla verdiğimiz streptomycin miktarını azaltmış bulunuyoruz. Bundan başka hastalar tahammül ettiği takdirde, ağızda ve sirop simple ile karıştırmak suretiyle günde kilo başına, 0,20 - 0,30 g. olmak üzere P.A.S. veriyoruz.

Menenjitli ve granüli hastalarımızı, yalnız olmak üzere, isonicotinic acid hidrazid ile tedaviye yeni başladık. Bu hususta henüz birşey söyleyecek durumda değiliz. Gelecek toplantılarımızın birinde arzederiz.

Bütün muayenelerimizle beraber, göz dibi muayenesiyle inzar bakımından olacak iyi veya fena neticeden çok zaman evvel hayli malûmat ediniyoruz. Meselâ daha hiçbir menenjit arazı göstermeyen ve granüli halinde bulunan küçük hastalarımızın birinde göz dibi muayenesinde görülen bir hiperhemi, ödem veya tüberkülün görülmesinden bir müddet sonra menenjit tablosunun teessüsü bu mua-

yeninin kıymetini aşikâr bir surette göstermektedir. Bazan da bunun aksi olarak, hastamızın bir hafta evvelki muayenesinde bütün menenjit tablosu ile beraber, göz dibinde evvelce görülen hiperheminin zail olması hastada pek yakında büyük bir salâh görüleceği ümidini vermektedir ki, bu, hem doktora ve hem de hasta ailesine cesaret ve sevinç verici bir işarettir. İşte bu servisimizin sessiz sedasız, mütevazı fakat muntazam çalışması ve ciddi bir metod takip etmesi ile elde ettiğimiz neticeleri huzurunuzda sevinçle arz ediyoruz. Sevinçle diyoruz, çünkü geçen tebliğimizde vefiyat adedinin % 71 olduğunu teessürle arz etmiştim. Bugün bu adet (%56,9 dur). Şifa rakkamımız ise % 7 idi. Halbuki bu gün (%22,6) ya çıkmıştır. Görülen fark henüz çok sevinç verici addedilecek bir derecede olmamakla beraber iyiye doğru gidiyoruz. Neticeyi ümit verici addediyoruz.

Burada yüksek huzurunuzla arzedeceğimiz istatistikle görüleceği veçhile servisimizde hâlâ tedavimiz altında 27 küçük hastamızın 1 i ağır, 1 i salâh halindedir. Kalan 25 hastamız ise hemen hepsi şifaya yakın bir durumdadır. Bu bize çok yakında alacağımız iyi neticeleri sevindirici haberlerini vermektedir. Biz bunu takip etmekte olduğumuz usulün tatbibinde çok titiz davranmamıza atfediyoruz. Bu arada hastaların daha erken müessesemize gelmeleri temin edildiği takdirde alınacak neticenin daha iyi olacağına inanıyoruz.

Yüksek tetkik nazarlarınıza arzedeceğimiz istatistiğimiz 13 aylık bir zamana aittir. Buraya evvelce Millî Türk Tıp Kongresinde arzettiğimiz 8 aylık istatistiğimizi de, mukayeseyi temin etmek maksadiyle ayrıca kaydedeceğiz.

8 aylık olarak takdim ettiğimiz ilk istatistik 52 hasta üzerindeydi. Bunlardan :

37 hasta vefat etmiştir. (%71,1).

11 hasta halile taburcu.

4 hasta şifa ile taburcu (%7,6) şeklinde idi.

Son istatistiğimiz ise 132 hasta üzerindedir. Bunlardan 27 hastayı halen servisimizde alikomaktayız. Yine 3 hastayı, hastalıklarının menenjit tüberküloz veya granüli olmaması dolayısıyla taburcu ettik. Geriye kalan 102 hasta istatistiğimizin mevzuunu teşkil etmektedir. Bunlardan 52 hasta biraz evvelki istatistiğimize ithal edilmiştir. Bu itibarla şimdi manzurunuz olacak istatistiğimiz müessesemizin açıldığı tarihten bu güne kadar, yani 13 aylık bir zamana ait istatistiktir. Bunlardan :

Menenjit tüberküloz	65
Granüli	26
Granüli ve menenjit	11
Bu 102 hastanın :	
58 i vefat etmiştir (%69,9).	
23 hasta şifa ile taburcu (%22,6).	
21 hasta halile taburcu (%20,5) dır.	

Bunlardan başka servisimizde halen tedavi görmekte olan 27 hastanın 25 i hemen hemen şifa halindedir. Bir tanesi salâh halinde ve bir tanesi de ağır durumdadır. Burada nazarı dikkatinizi bir noktaya celb edeceğim. Son taktim ettiğimiz istatistikte %22,6 olan şifa nisbetinin çok parlak olmadığı pek tabiidir. Fakat serviste alıkonulan, kontrolümüz altında bulundurulan 27 hastamızın 25 inin hemen şifaya yakın bir durumda olmaları bizim gelecekte vereceğimiz istatistiğimizin çok parlak olacağına yakın bir delildir. Aynı hal ile %56,9 olan vefiyatımızın da çok daha aşağı bir nisbete düşeceği muhakkak sayabiliriz. Binaenaleyh biraz evvel arzettiğimiz gibi servisimizden aldığımız neticeler çok iyi ve çok ümit vericidir. İyiye doğru gidiyoruz.

Muhterem heyetinize servisimizden bu güne kadar taburcu olan 102 hasta üzerinden yaptığımız laboratuvar tahlillerini, bulduğumuz sonuçları arz edeyim :

65 hastada Mantoux müsbet, 17 sinde menfi, 20 hastanın ise bir kısmı netice alınmadan vefat etmiş bir kısmı ise müessesemizin ilk açıldığı zamanda tüberkülin bulunamadığından bakılamamıştır.

Likörde BK. : 23 hastada direkt muayene ile müsbet. 1 hastada kültürle müsbet, diğerleri menfi bulunmuştur.

Tübajda BK. : 21 hastada müsbet, diğerlerinde menfi bulunmuştur.

Göz dibi muayenesi : 23 hastada ödem papiler, 7 hastada tüberkül, 2 hastada hiperhemi, 1 hastada atrofi, 1 hastada staz papiler ve diğerlerinde normal bulunmuştur.

S U M M A R Y

The Result of the Treatment of Tuberculous Meningitis and acute form of Pulmonary Tuberculosis in Children : After a brief explanation about the activities of children department at Yedikule Hospital; the laboratory methods

is demonstrated in the diagnosis of tuberculous meningitis and the use of intratechal and intramuscular routes is compared in the treatment of the disease. In untolared cases the oral administration of isoniazid is advised. Very recently the administration of isoniazid in disseminated tuberculosis with meningitis is started in our practice with the following result : Among the 102 cases of meningitis treated with isoniazid 23 cases are cured, 58 cases died and 1 case kept the previous situation stationary under the effect of the treatment.

R É S U M É

Résultats du traitement de la ménéngite tuberculeuse et de la tuberculose pulmonaire aigue chez l'enfant.— L'auteur, après avoir fait l'histoire du service des tuberculeux à l'hôpital de Yédicoulé, décrit les méthodes de recherches de laboratoire permettant le diagnostic de la ménéngite tuberculeuse chez l'enfant. Il insiste sur l'utilisation de la voie rachidienne et la voie musculaire dans le traitement de cette maladie. Dans le cas où il n'y aurait pas d'intolérance pour le PAS, il conseille la voie buccale. Dernièrement, dans les cas de granulie-ménéngite, l'isoniazide a été prescrite. Sur 102 cas de ménéngite, on a observé 23 cas de guérison, 58 cas de mort et 21 cas non modifiés.

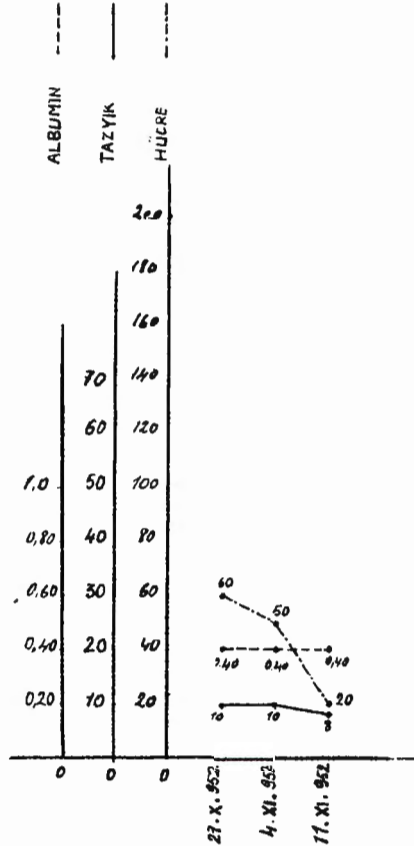
Şişli Çocuk Hastanesi
Şef. Dr. Kemal Saracoğlu

MENENJİT TÜBERKÜLOZUN IZONİKOTİNİK ASİT İLE TEDAVİSİ

Dr. KEMAL SARACOĞLU

Menenjit Tb. gibi yakın zamanlara kadar tedavisi olmıyan bir hastalığın streptomisin ve P.A.S. ile tedavisine başladıktan sonra birdenbire ümitler belirdi. Dünyanın her tarafında olduğu gibi bizde menenjiti bu vasıtalarla tedavi etmeğe başladık ve çok iyi neticeler aldık. Şifa nisbeti muhtelif neşriyate göre %30 - 60 arasındadır. Bizim vak'alarımızdan % 40 iyi olan vardır. Bu iyi olmayı, biz iki yıl hiç bir nüks olmaması mânasına alıyoruz. Hastalarımızdan üç tanesi 3,5 yıldanberi tamamiyle normaldir. Fakat streptomisin ile tedavi edilenlerde bir müddet sonra nüks görülmesi, bir kısmının tedavi esnasında basillerin rezistans kazanması yüzünden yeni bir tedavi vasıtasına ihtiyacımız aşıkârdı. 1952 ilk baharında izonikotinik asit hidrazitin alelumum T.B. tedavisinde yer alması üzerine bittabi menenjit T.B. da da kullanmak düşünülmüş ve kullanılmıştır. Streptomisin kandan liköre normalde hiç geçmez. Menenjitte ise çok az geçer, halbuki izoinikotinikasit hidrazit kolaylıkla geçer. Bundan dolayı ağız yolu ile verilmesi kâfidir. Fakat biz elimizde bulunan rimifon ampullerini Haziran 1952 ayındanberi bunlara intratekal vermek suretile kullandık. Ağızdan da vermeğe devam ettik. Bu tarzın daha iyi netice verdiği kani olduk. Haftada iki üç defa ve intratekal 25 miligram yapıyoruz. Ağızdan da kilo başına 5-10 mg. arası bir miktardan kullanıyoruz. Şimdi müşahedesini arzedeceğim vak'alardan ikisi (Saadet ve Erol), streptomisine rezistans kazanmıştır. (Medine ve Melâhat) ise doğrudan doğruya Rimifon ile tedavi edildiler. Ağızdan aldıkları kısmen Rimifon ekserisi İzonisin, nicotibine ve sairedir.

Tedavi : Haziranda yatan hastamıza streptomisin, kalsiyum C. vit. yapılmışa başlandı. Hastanın umumî vaziyetinde bir değışiklik görülmedi. Ateşı 37 - 38 arasında seyretti. Hastaya 15 nci günü, günde 4 adet rimifon verilmeye başlandı. Ateşı 36,5 - 37,2 arasına düştü. 24 ncü günü yarım amp. Rimifon intra raşidien her gün yapıldı. Umumî vaz'yet düzeldi, ateşı 37 nin altına düştü. 36 ncü günü hasta taburcu edildi. 34 gr. streptomisin, Rimifon 4 gr. ağızdan 8 defa intraşidien.



İkinci defa hastaneye giriş : 6/8/952.

Şikâyeti : Baş ağrısı, kusma ve ateşten.

Hikâyesi : 28 gün evvel taburcu olmuş, bir haftadan beri baş ağrısı şiddetlenmiş, kusması artmış, müracaatla tekrar yatırıldı.

Genel durum : Hasta aktif sansorium açık. Hasta tüfek tetiği vaziyetinde yatmaktadır. Kernik, Brucenski müsbet. Nabız 92, ateş 37,2.

Solunum aygıtı : Normal.

Dolaşım aygıtı : Normal.

Sindirim aygıtı : Dil hafif paslı, sol kolon nahiyesi hassas.

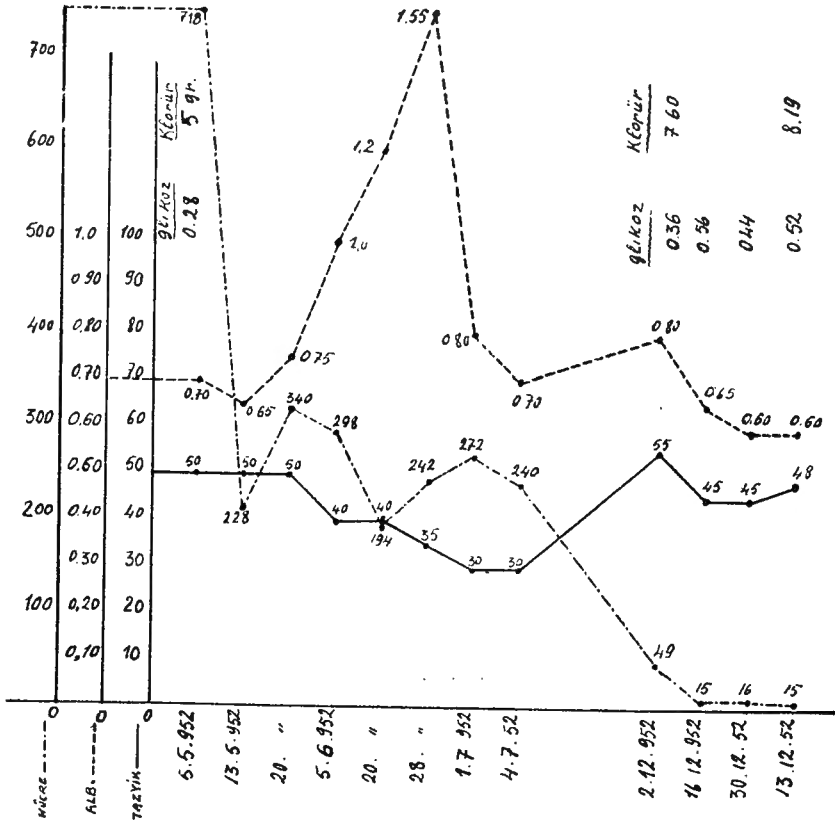
İşeme ve soy üretim aygıtı : Normal.

Hareket ve sinir sistemi aygıtı : Ense sertliği mevcut, kemik müsbet brucenski ve kontralateral menfi

Kan muayenesi : Normal idrar muayenesi : Normal sedimantasyon 10, 33, 66, 108.

Likör muayenesi : Tazyik 60 pandy :Müsbet ALB : 0,80 hücre : 190.

Tedavi : Ağüstosta yatan hastamıza bu sefer ağızdan 200 mgr. inozit verilmeye başlandı. 18 inci gününden itibaren hepatrol C. vit. B vit. yapıldı. 45 nci günü inozit kesildi. 7 gr. ünozit verildi, hastada klinik ve likör normaldi. 106 nci günü taburcu edildi. Bu müddet zarfında 5 defa intra tekal rimifon (25 mgr.) yapıldı 15/1/953 te yeni bir nüks ile yattı. Hücre sayısı 400, ateş 38,5. Klinik deliller tam bir nüks gösteriyordu. yeniden ağızdan ve intratekal rimifon verilmeye başlandı.



Erol Arca : 20 yaş, Rizeli.

Şikâyeti : Baş ağrısından.

Soy geçmişi : Kayda değer mühim bir şey yok.

Öz geçmişi : Kızamık, boğmaca, su çiçeği, kabakulak, geçen sene de sepsiz geçirmiş.

Hikâyesi : 15 gün evvel ateşlenerek hastalanmış, akşam üzeri baş ağrısı şiddetlenmiş, ilk günler kusma şiddetli imiş, başını öne eğince ağırmış. Evde dört gün streptomycin yapılmış, şikâyeti geçmediğinden müracaatla yatırıldı.

Genel durum : Hasta aktif, sonsoryum açık, muhiti ile alâkadar, sorularlara cevap veriyor. Nabız dolgun. Dakikada 96 T.A. 11/6 V. Ateş 38,5.

Solunum aygıtı : Normal.

Dolaşım aygıtı : Bütün odaklarda mezoo sistolik suflü alınıyor.

Sindirim aygıtı : Yalnız dil hafif paslı.

İşeme ve soy üretimi : Normal.

Hareket ve sinir aygıtı : Mafsalların aktif ve pasif hareketleri tabii veter ve kemik refleksleri tabii, Kernik Brudjensky müsbet, hastada ense sertliği mevcut pupilalar yuvarlak ve eşit büyüklükte, ziya ve mesafeye karşı tepkileri tabii.

Kan muayenesi : Al y. 4,5 milyon, hb. % 84, lokasit 6700, Hemegrem tabii çomak 4 parçalı 80 mono : 1 lenfo : 15, Sedimantasyon 8,19, 43, 101.

İdrar muayenesi : Normal.

Likör muayenesi : Renk hafif, kısanto kromatik tazyik elli, Pandı 3 müsbet, albümin 0,70 ‰, hücre 708 küp, örümcek ağı meydana geldi.

Tedavi : 5 Mayıs'ta kliniğimize giren hastaya streptomycin, P.A.S. kalsiyum ve C vit. başlanmıştır. Hastanın umumî vaziyetinde bir değişiklik görülmemiştir. Ateşi yalnız 37,5 - 39,5 arasında seyrederken tedaviden ilk beş gün sonra 37 - 38,5 a inmiştir. 15 gün sonra P.A.S. kesilmiş ve aynı tedaviye devam edilmiştir. Ateş 37-37,8 arasına düşmüş, ense sertliği azalmıştır. Bu tedaviye de 18 gün devam edilmiş ve 26 Haziranda hastaya intrarajisiyen 25 mgr. Rimifon yapılmış ve buna her gün devam edilmiştir. Hastaya aynı zamanda her gün ağızdan Rimifon ve streptomycin de yapılmıştır. İntrarajidiyen Rimifon yapıldıktan sonra hastanın umumî vaziyeti sür'atle düzelmiş, ense sertliği kaybolmuş, ateşi 36,5 - 37,2 arasında seyretmiye başlamış ve likorda hücre gittikçe azalmaya başlamıştır. 9 Temmuzda hasta taburcu olmuştur. Cem'an 60 streptomycin yapılmıştır. Rimifon ağızdan 33 günde 9,9 gr. verilmiş ve intrarajidiyen olarak da serviste yedi defa 20 mgr. yapılmıştır. Klinikman tam şifa likorda hücre 15 indi, hasta kilo aldı, yalnız likör tazyiki 40-50 arası kaldı.

Şeker ve klorür normale düştü, hasta 15 de bir kontrolümüz altında olmak üzere 6 aydır bu durumdadır.

Medine Şengür : 52 yaş. Kayserili, ev kadını.

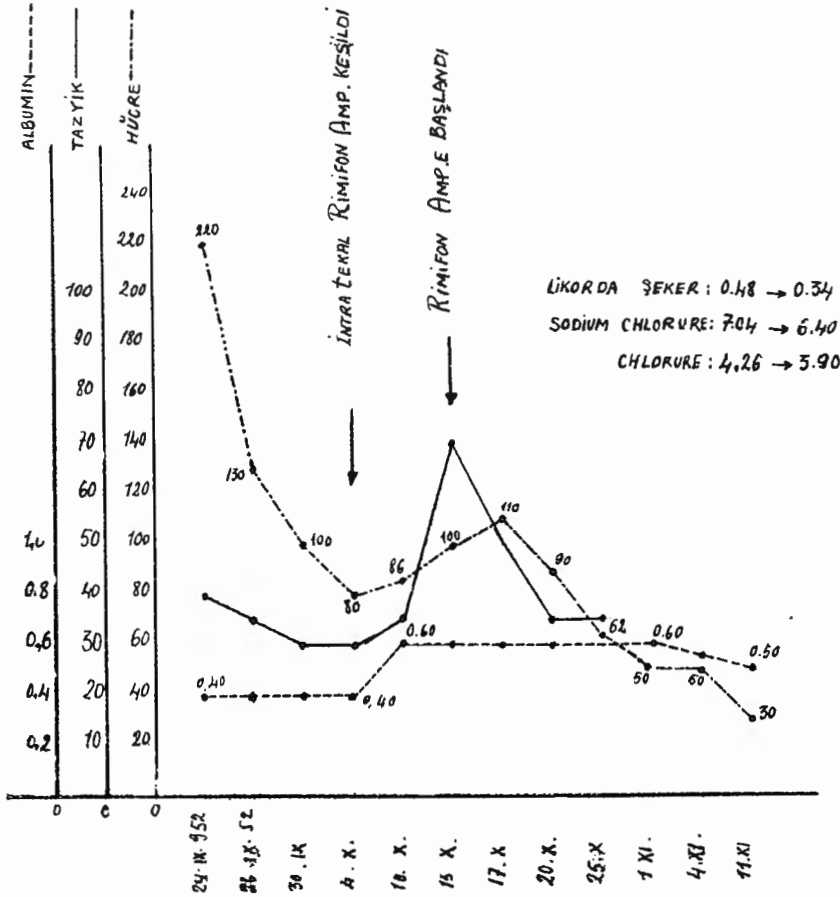
Şikâyeti : Baş, sırt ve bütün vücudundaki ağrıdan, kusmadan ve ateşten.

Soy geçmişi : Kayda değer bir şey yok.

Öz geçmişi : 4 sene evvel bel ağrısı ve ateşi yükselmiş, 4 ay evde alçıda yatmış.

Hikâyesi : 19 gün evvel iştahsızlık, baş ve vücut ağrılarıyla hastalanmış, ateşi 38,5 imiş. Hastalığının 8 nci günü kabızlıkla beraber, bulantı ve kusma başlamış, baş ağrısı da şiddetlenmiş, hastanın bu şikâyetleri devam ettiğinden tetkik ve tedavi edilmek üzere yatırıldı.

Genel durum : Hasta aktif sansoryum açık, muhiti ile alâkadar, sorulara doğru cevap veriyor, deri altı yağ dokusu turgor tonus tabii, ateş 36,7, nabız muntazam ve dolgun, dakikada 100 T.A. 14,5 - 8,5.



Solumun aygıtı : Dinlemekle arkada ve önde sulfan bir teneffüs alınıyor.

Dolaşım aygıtı : Tabii.

Sindirim aygıtı : Dil hafif paslı, bütün batında hassasiyet mevcut, dışkılamaya kabız.

Soy üretim ve işeme aygıtı : Tabii.

Hareket ve sinir aygıtı : Mafsalların aktif ve pasif hareketleri tabii. Ense sertliği mevcut, Kernik müsbet, Brücenski ve kontrulateral müsbet, veter kemik lafleksleri canlı.

	Hemogramme	cmfhyp	cmfhyp	sdritu
Alyuvar : 4.460.000	Çomak : 5	İdrar tahlili		Sedimentasyon
Hb. : % 75	Parçalı : 83	Tabii		1/2 saatte 5
İndeks : 0,8	Lenfo : 10		1 »	19
Akyuvar : 6.200	Mono : 1		2 »	43
	Eo : 1		24 »	101

Hasta 22 eylül 952 de servise yattığında ense sertliği ileri de-
recedeydi, yapılan lomber ponksiyonunda :

Tazyik : 40

Hücre : 220

Pandy : Aşikârı müsbet.

Albümin : 0,40 ve Koch basili bulunmuş.

Örümcek ağı teşekkül etmiş ve frotide lenfosit hâkimiyeti görülmüştür, Aynı gün hastaya günde kilo başına 5 mgr. rimifon, yani 250 mgr. peros, aynı zamanda 25 mgr. İntraraşidiyen olarak zerke-
dilmeye başlandı. 2 gün sonra yapılan ponksiyonda tazyikte ay bir düşüme mukabil hücre 220 den 130 a düştü. Aynı devam etmekle hücre 100 e ve 80 e düştü ve aşikâr klinik salâh müşahede edildi. Raideur ve baş ağrısı azaldı. Bu esnada intraraşidiyen rimifon kesilince hücre hemen 100 e çıktı, tekrar İntraraşidiyeni başlamakla hücre adedi git gide düştü. Hasta tamamen salâh bularak servis dahilinde gezmiye başladı ve hasta servisi terk ettiğinde hücre 30 du. Hasta 15 gün sonra tekrar kontrole geldi ve likör muayenesinde tazyik 35, albümin 0,40 ve Hücrede 30 bulunmuştur. Hasta halen kontrol altındadır. Hülâsa olarak hastaya ağızdan 15,5 gr. Ve intra-
raşidiyende 300 mgr. verildi. Halen hücre 10-15, şeker 0,60, klinik normal, hasta kontrolümüz altındadır.

Melâhat Yüksel : 26 yaş, İstanbullu.

Şikâyeti : Baş ağrısı, bulantı ve kusmadan.

Soy geçmişi : Kayda değer bir şey yok.

Öz geçmişi : 9 yaşında iki taraflı epanşmanlı plörezi geçirmiş müteaddit nökslelerle 7 sene devam etmiş.

Hikâyesi : Üç hafta evvel hafif üşüme ve titreme ile ateşi yükselmiş, bulantısı, kusması ve hafif öksürüğü varmış. Hâmile olmadan şüphe ettiği için ehemmiyet vermemiş. Bir kaç gündün beri bu şikâyetleri artmış olduğundan müracaatla yatırıldı.

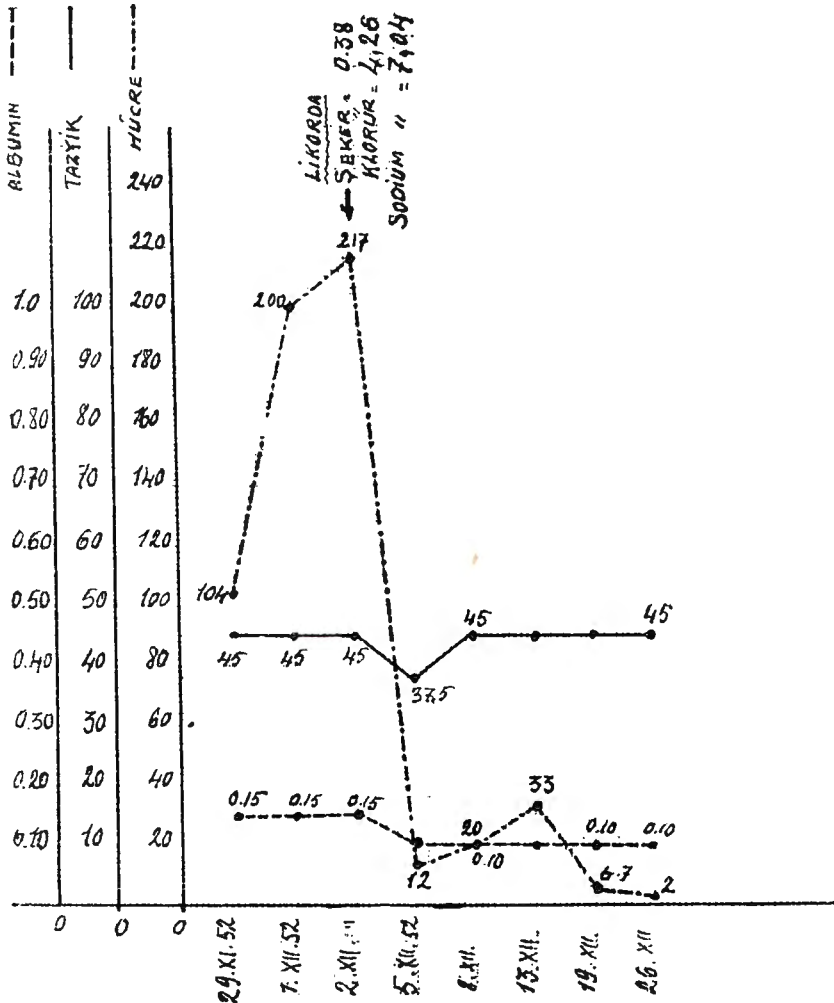
Genel durum : Hasta kendinde değil, devamlı olarak sayıklıyor ve çırpınıyor. Görmediğinden, işitmediğinden şikâyetçi, deri altı yağ dokusu turgor-tonus normal, ateş 36,5, nabız muntazam dolgun 100 T.A. 13/7.

Solunum aygıtı : Normal.

Dolaşım aygıtı : Normal.

Sindirim aygıtı : Dil kuru, hafif paslı, sağ hipokondru ağrılı, dışkılama tabii.

İşeme ve soy üretim aygıtı : Normal.



Hareket ve sinir aygıtı : Mafsalların aktif ve pasif hareketleri tabii Kernik ve Brücenski müsbet, ense sertliği mevcut, strabismus yok, veter kemik refleksleri tabii.

Kan muayenesi : Aly 4.120.000, Hb. % 62. Lökosit 6.700 Hemogram Çomak 5 parçalı 71, lenfo 21, Mono 3, idrar muayenesi normal. Sedimantasyon 6, 15, 36, 106.

Likör muayenesi : Hücre 104, Albümin 0,15 Pandy hafif müsbet.

Tedavi : 29 Kasım 1952 de kliniğimize yatan hastaya intraraidiyen Rimifon yapılmaya başlandı. 3 üncü sıringadan sonra hücre sayısı 217 den 12 ye düştü. 10 uncu gününden itibaren günde 200 mgr. Tizide ağızdan verildi. 20 nci günü hücre sayısı 2 bulundu. Hastanın vaziyeti iyi, ense sertliği azaldı, kusma yok, tazyik 40 civarında devam ediyor, ateş 37 nin altındadır. 8 defa yarım amp. Rimi fon intraraidiyen ve 4,2 Tizide verildi. Hasta kontrolümüz altında kalmak üzere evine gönderildi.

S U M M A R Y

The Treatment of Tuberculous Meningitis with Isoniazid : After a brief explanation about the usa of streptomycin and PAS in the treatment of tuberculous meningitis, some inconveniences in the administration of streptomycin eg., the establishment of resistancy in a short time, relapses in cured cases and difficulty of the passage of the drug to the spinal fluid is demonstrated. The contentable result obtained in the treatment of tuberculous meningitis with isoniazid since the begining of 1952 is demonstrated on clinical observations.

R É S U M É

Le traitement par l'isoniazide de la méningite tuberculeuse.— L'auteur, après avoir parlé du traitement par la streptomycine et le PAS de la méningite tuberculeuse attire l'attention sur les rechutes qui se produisent chez les malades traités par la streptomycine. Il cite les autres inconvénients de cet antibiotique: développement de la résistance, le passage rapide etc. et déclare que depuis le Printemps 1952, il utilise l'isoniazide dans le traitement de cette maladie. Il donne ensuite les résultats positifs obtenus et présente les observations des malades.

MENENJİT TÜBERKÜLOZUNDA P.A.S. PERFÜZYON VE İSONIAZİD KOMBİNE TEDAVİSİ

Doç. Dr. İ. RİFAT SABAR

Son aylar zarfında menenjit tüberkülozunda P.A.S. perfüzyonu başta Fransa ve şimal memleketleri olmak üzere muhtelif kliniklerde geniş ölçüde tatbik edilmektedir. Bu güne kadar neşredilen tedavi neticelerine ait istatistiklerde streptomycin ve P.A.S.'ın tesirleri arasında bir mukayese yapmak ve bundan kat'î bir netice çıkarmak imkânı bulunmamaktadır.

Bir kısım müellifler menenjit tüberküloz vak'alarında ağızdan günde 8-10 gr. P.A.S. ve adaleden bir gram, intraraşidiyen 0,05 - 0,10 streptomycin tatbik etmektedirler. Fakat kan ve likordaki P.A.S miktarile alâkadar olmamışlardır. Diğer bir kısım müellifler ise streptomycine ile beraber likor içine %10 P.A.S. solüsyonundan 1-2 sm³ kullanmışlar, fakat kânal raşidiyende P.A.S.'ın sür'atle kaybolduğunu (azamî 3 saatte) düşünmemişlerdir. *Paraf*'ın klasik usulü ile (litrede 30-40 gr. P.A.S., 3-4 saatte damardan damla damla verilerek suretile) ve adale içine, entıraşidiyen streptomycine tedavi şekli dahi tatbik edilmiştir. Bu tedavi tarzını tatbik eden *Loffler*, *Moechelin*'in istatistiklerinde :

1. Yalnız streptomycine tedavisi gören 17 menenjit tüberkülozdan üçü iki senedenberi iyi bir durumda bulunmaktadır.

2. P.A.S. perfüzyonu ve streptomycine kombine olarak tatbik edilen 36 hastadan 33 ü ise iki senedenberi iyi bir durumda bulunmaktadır.

Menenjit tüberkülozda yalnız streptomycine'in tedavi tesirini ve neticelerini bir istatistikle kıymetlendirmek oldukça güçtür. Bir iki sene evveline kadar neşredilen istatistikler bugünkü tedavi tarzımıza göre natamam bir tedavi şeklidir. Bugün bile kat'î bir tedavi şeması tesbit edilmiş değildir. Son iki sene zarfında neşredilen ista-

tistikler hakkında da bir hüküm verebilmek için zaman çok kısadır. Çünkü biliyoruz ki; birinci hattâ ikinci seneden sonra streptomycin tedavisinden çok iyi neticeler aldığımızı zannettiğimiz vak'alarda da nüks husule gelmektedir.

Bir seneden fazla takip edilmiş ve muntazam streptomycin tedavisine tâbi tutulmuş hastalar üzerinde eldeki mevcut istatistiklerde : *Debré* 100 menenjit tüberküloz çocukta 43 iyileşme, *Cocchi*, 183 vak'ada %23 ölüm, *P. Bunn* %23 tam iyilik. *M. Taylor*, *H. Came*, %36 iyileşme... kaydetmişlerdir. Neşredilen daha bir kısım istatistikler tetkik edilecek olursa, tüberküloz menenjitte muntazam tedaviye rağmen vak'aların %50 - 80 i ölmektedir. İşte bu sebeple elde edilen neticeleri daha iyi bir şekle koymak ve müessir kılmak gayesile streptomycin tedavisine P.A.S. perfüzyonu teşrik edilmiştir, 26 aydanberi *Paraf* ve arkadaşları bu şekil tedaviyi (Günde bir gram adaleden, 0,05 - 0,10 intrarajidiyen streptomycine ile 15 - 30 gr. P.A.S. perfüzyon) geniş ölçüde tatbik etmektedirler. Netice olarak yeni başlamış ve yalnız menenjit tüberküloz bulunan 72 vak'adan 13 ünde ölüm, 59 unda tam iyilik elde etmişlerdir. Milyer tüberkülozla müterafık menenjit vak'alarında ise 16 vak'adan altısında iyilik, onunda ölüm kaydedilmiştir. Uzun zamandanberi streptomycine tedavisi yapılmış ve nüksler göstermiş vak'alarda yeniden streptomycine tedavisi tatbik edildiği halde hiç bir netice alınamamış ve bilâhare P.A.S. perfüzyonu teşrik edilmiş 32 vak'adan 17 sinde ölüm kaydedilmiştir. Bu vak'alarda P.A.S. iştirak edilmekle klinik ve hü-moral iyilik görülmüştür. Kliniğimizde dördü menenjit Tb. ve granüli, biri yalnız menenjit Tb. olmak üzere beş vak'ada P.A.S. perfüzyonu tedavide yer almıştır.

Vak'a 1. Kliniğe gelmeden beş ay önce peritonit Tb. sebeble 20 gr. streptomycine yapılmış iyilik elde edilmiş bir hastadır. Bu hastada bir ay sonra granüli ve menenjit tüberküloz ârazları husule gelerek kliniğe yatırılmıştır. Bu zaman yalnız P.A.S. perfüzyonu (günde 24 gr. P.A.S. 500 mg. serum fizyolojik içinde damardan) yapılarak iki ay sonra klinik ve hü-moral ârazlar kaybolmuştur. Akciğerlerde granülik lezyon silinmiş olup yalnız gözlerde (strabismus convergence) kalmıştır. P.A.S. ile sinerjik bir tesir düşüncesile ağızdan ve entrarajidiyen Rimifon üç hafta müddetle tatbik edilmiş gözdeki ârazlar kaybolmuştur. Burada Rimifon teşrik etmemiz her iki ilâcın müsterek tatbikile daha iyi netice elde etmek gayesidir.

Vak'a 2. Menenjit Tb. ve akciğerlerde granüli göstermekte-

dir. Bir senedenberi tedavidedir. Muntazam streptomycine (adeleden ve enteraşidiyen) tedavisine ve bilâhare ağızdan isoniazid verilmesine rağmen hastalığın dokuzuncu ayında klinik ârazlarda hafif bir salâhdan başka bir değişiklik görülmemiştir. İlk önce P.A.S. perfüzyonu ve son iki ay zarfında enteraşidiyen isoniazid tatbik edilmiştir. Akciğerdeki granüli mihrakları bu tedaviden sonra silinerek, klinik ve hümorale ârazlar normal duruma girmiştir. Halen kontrol altındadır.

Vak'a 3. Bir senedenberi tedavimizde bulunan menenjit Tb. ve granüli vak'asıdır. 1,5 ay streptomycine ve Rimifon tedavisinden sonra genel durumda hafif bir salâh olmuş, likor bulgusunda bir değişiklik olmamıştır. Bu zaman P.A.S. perfüzyon ve bir ay sonra enteraşidiyen Rimifon ilâvesile menenjite ait klinik ârazlar ve likor bulgusu ile akciğerlerdeki granüli lezyon iyileşmiş, hasta normal duruma girmiştir.

Vak'a 4. Granüli ve menenjit Tb. vak'asıdır. Sekiz aydanberi hastadır. Hastalığın başlamasından dört ay sonra tedaviye başlanmıştır. P.A.S. perfüzyon, isoniazid streptomycine tedavisi ile iki buçuk ay sonra klinik ârazlar ve likor bulgusu normal olmuştur. Akciğerlerdeki granüli mihrakları silinmiş olup, bu kombine tedavi ile kısa bir zamanda tam iyilik elde edilmiştir. Bu esnada hastaya 26 gr. P.A.S. perfüzyonu adale ve enteraşidiyen 25 gr. streptomycine, ağızdan ve likordan 25 gr. Rimifon verilmiştir.

Vak'a 5. (11) aylık bir menenjit Tb. vak'asıdır. Adaleden ve enteraşidiyen streptomycine tedavisile yalnız klinik ârazlarda salâh görülmüş, hümorale ve fizik bulgular devam etmiştir. 2 ay sonra P.A.S. perfüzyonu ve isoniazid yalnız ağızdan olarak verilmiştir. Hasta tamamiyle normal duruma girmiştir. Bu hastaya 59 gr. streptomycine, 36 P.A.S. perfüzyon ve 26 gr. ağızdan Rimifon bu tedavi esnasında verilmiştir.

Bu dördü menenjit ve granüli vak'asından üçünde şimdilik şifa halinde bir iyilik, diğer dördüncü vak'ada da salâh hali bulunmaktadır. Dördüncü vak'a esasen gayri muntazam streptomycine tedavisi görmüş ve ilâç artık müessir olamayacak bir durum teessüs ettikten sonra P.A.S. perfüzyonu tatbik edilmiştir, bundan sonra iyilik görülmüştür. Yalnız menenjit bulunan beşinci vak'amızda streptomycine'den bariz bir netice alınmamış ve (synergique) tesiri denemek üzere P.A.S. perfüzyonule beraber ağızdan Rimifon verilmiştir.

Bu vak'ada tam iyilik elde edilmiştir. Şayamı dikkat olarak P.A.S. perfüzyonunu Rimifon ile teşrik ettirdiğimiz vak'alarda klinik ve hü-moral iyilik daha sür'atle husule gelmiştir. Netekim birinci hastada gözdeki strabismus üç haftada iyileşmiştir.

Menenjit Tb. la miliyer Tb. zun beraber bulunması veyahut mi-liyer Tb. zu müteakip menenjitin meydan çıkması halinde (*Paraf*) simültan olarak P.A.S. ve streptomycine'nin beraber kullanılmasını tavsiye etmektedir. Bu müellifin neşriyatına göre, üç miliyer ve gırtlak Tb. zu vak'asında yalnız P.A.S. perfüzyonuyla tam iyilik elde etmiş, diğer aynı tezahüratı gösteren üç vak'ada ise devamlı olarak yalnız streptomycine yapıldığı halde bariz bir iyilik görülmemiştir. Buna mukabil her iki ilâcı beraber kullanmakla daha sür'atli ve iyi neticeler elde edilmiştir. Nekropsi bilgilerine dayanarak tüberkülozun seyrinde daima primitif kazeöz bir mihrak bulunur. Bu mihrak hi-zasında streptomycine tedavisi esnasında eğer sür'atle bir rezistans husule gelirse (*E. Bernard*) ağır tüberküloz şekillerinin meydana gelmesine sebebiyet verir. Her iki antibiyotikin beraber kullanılması bu ihtimali bertaraf eder (*Paraf, Fouquet, Docroix*). Bu çalışmalar göz önünde tutularak bizim vak'alarımızda da kombine tedavi tatbik edilmiştir. Kanaatimizce; bütün vak'alarda klinik ve hü-moral bul-gular, eğer akciğerde granüli varsa radyolojik arazlar kayboluncaya kadar sistematik olarak evvelâ streptomycine, sonra da P.A.S. per-füzyonu ve nihayet sinerjik tesir olmak üzere ağızdan ve entrara-şidiyen isoniazid verilmelidir. Damar içine P.A.S. perfüzyonu Tüber-küloz menenjitin ve akciğer granülüsünün tedavisinde esaslı bir kapı açmıştır. Bugünden diyebiliriz ki, bu vak'alarda tam şifa nisbetini 2 hattâ 3 misline çıkarmıştır. Netekim, son sözü söylemek için zaman kısa olmakla beraber bu beş vak'amızda tam iyilik elde edilmiştir. Teşhisin erken olması ve tekniğin daha mükemmel bir şekle konul-ması ile bu nisbetin daha da artacağına şüphe yoktur.

LİTERATÜR

- Anberg : Schw. Med. Woch. 1951. N. 81.
Bernard (Etienne) : Sem. Hop. 1949. Juin.
Debré. R.: La streptomycine appliqué au meningite tuberculose et de la tu-berculose pulmonaire chez l'enfant. Massos et Cie. 1948.
Fischer : Amer. Rev. of tuberculosis 1951. P. 557.
Loeffler - Moechlin : Schw. med Woch. 1950. No. 86.
Paraf (Jean) : Traitement de la tuberculose par P.A.S. Massos et Cie. 1952.
Schwartz. J. : Tuber. mening. I. volume. 1949.

S U M M A R Y

Perfusion of PAS and Combined Isoniazid in the Treatment of Tuberculous Meningitis: After a brief explanation about the result obtained with streptomycin and streptomycin combined with these antibacterials. The ratio of cure is determined with the treatment of streptomycine in cases of relapses again. The result of isoniazid and perfusion of PAS treatment is demonstrated in 4 cases of tuberculous meningitis with miliary tuberculosis and in 1 pure tuberculous meningitis and the result is compared with the cases treated previously with other antibacterials.

R É S U M É

La perfusion du PAS combiné à l'isoniazide, dans le traitement de la méningite tuberculeuse. — L'auteur, après avoir discuté le traitement, par la streptomycine et la streptomycine associée au PAS, de la méningite tuberculeuse à l'étranger, détermine le pourcentage de guérison de cette affection par cet antibiotique, les résultats de la reprise du traitement en cas de rechute. Il décrit enfin les résultats obtenus par la perfusion du PAS et l'administration de l'isoniazide dans quatre cas de méningite tuberculeuse et un cas de granulie. Il insiste sur les résultats des traitements que les malades avaient antérieurement subis.

26 Şubat 1953

İkinci Celse Münakaşaları

Dr. Turgut Targay :

Dahilî tıpta dikkat ve ihtiyatlı hareketi zarurî kılan bir bahis var sa o da; menenjit. Menenjit tüberküloz ise ihtiyatı azamî hadde çıkararak bir hastalıktırö Binaenaleyh menenjit Tb. ve miliyer Tb. de streptomisin ile tedavide yalnız bu tek ilâca bel beğlamak caiz değildir. Çocuk tababetinde miliyer Tb. ve bilhassa menenjit Tb. de yalnız streptomisin ile tedavi edilmiş vak'aların ortalama iki sene sonra vahim ihtilât yaptığı görülmüştür. Ekstrapülmoner ihtilâtlardan osteoartiküler ve renal ihtilâtlar bilhassa kayda şayandır. Onun için menenjit Tb. de streptomisini P.A.S. ile teşrik etmek lâzımdır.

Biraz evvel arkadaşımın işaret ettiği gibi Fransa, İtalya, İsviçre kliniklerinde P.A.S., streptomisin ile teşrik edilmek suretile Menenjit Tb. tedavisinde muvaffakiyet nisbetinin artığı tesbit edilmiştir. Bu vesile ile bendeniz hayetialiyenize Rössle'nin 1952 de menenjit Tb. tedavisinde tatbik ettiğini bildiren yazısındaki şemayı arzedeceğim :

1. P.A.S.: Birinci haftada, günde (40) gram P.A.S. entravenö ve gut a gut verilir. İkinci ile altıncı haftaya kadar günde (30) gr. P.A.S. yine perfüzyon yolu ile verilir. Yedinci ile sekizinci haftada ağızdan olmak üzere günde (14) gr. P.A.S. verilir. 3 - 6 aya kadar ağızdan (12 - 14) gr. verilir.

P.A.S.'ın granüle şekli bir çok hastalar tarafından tercih edilmektedir. P.A.S. haftada iki gün verilmez, bizde Heybeliada sanatoryomunda zaten aynı tarzda hareket ediyoruz. Arz edegelmekte olduğum bu usul ile hasta altı ay zarfında üç kilo pas almış bulunmaktadır.

2. Streptomisin : Adale içi verilmek üzere birinci ve ikinci ay zarfında günde bir gram (0,50×2) verilir. 3-6 ay zarfında : günde yarım gram (0,50×1) yapılır.

3. Entraraşidiyen streptomisin: Birinci hafta; günde yüz miligram. 2 - 4 üncü hafta ; günde elli miligram. İkinci ay; haftada üç

ve günde elli miligram. Üçüncü ay; haftada iki gün ve günde elli miligram. 4 - 6 ncı ay; haftada bir gün, günde elli miligram.

Hülâsa P.A.S.; tüberkülozun diğer seriri şekillerinde olduğu gibi bilhassa menenjit Tb.; tedavisinde itimada şayan bir ilâçtır.

Kemâl Berktin :

Tüberküloz menenjit tedavisi konusu münakaşa edilirken müsa-denizle Sarayburnu Askeri Hastanesinde 1952 yılında kombine anti-biotik tedavilerine rağmen zuhur eden 7 menenjit tüberküloz vak'a-sında tâkip ettiğimiz tedaviden elde ettiğimiz neticeleri sayın hu-zurunuzda arzedeceğim :

Evvelâ şunu belirtmek isterim ki, vak'alarımız kombine S.M. + P.A.S., P.A.S. + I.N.A.H. ile bir kısmı ise P.A.S. + I.N.A.H. + S.M. ile tedavi edilmekte iken menenjit zuhuru, yalnız intramüsküler S.M. zerklerinin kâfi olmadığını ve intra raşidiyen S.M. zerklerinin de teşriki gerektiğini göstermektedir.

Vak'alarımızdan birinde menenjit tüberküloz koksit tüberkü-loz komplikasyonu olarak, biri bir akciğer veremi vak'asında sağ alt lobda bulunan tansiyon tipi bir kavitenin tedavisi için tesis edilen pnömoperituan'dan kısa bir zaman sonra, diğer 5 tanesi de orta derecede veya çok ilerlemiş akciğer tüberkülozu vak'alarının antitüberkülo ilâçlarla tedavisi esnasında husule gelmiştir. Bu has-talardan iki tanesi intraraşidiyen ve intramüsküler S.M. ve ağızdan P.A.S.+I.N.A.H. tedavileri sayesinde hastanede birer yıl tedaviden sonra şifa ile taburcu edilmiştir. Bunlardan birisinde vestibüler fonksiyon bozukluğuna bağlı hafif ataksi olmuştur. Halen koksit dolayısıyla hastahanedeki bulunan bir vak'ada tamamen menenjit iyileşmiş fakat tam bir sağırılık husule gelmiştir. Diğer hastadan üçün-de yalnız I.M., birinde I.M.+İntraraşidiyen zerklere devam olun-maktadır.

Evvelce yüzde yüz öldürücü bir hastalık olan tüberküloz menen-jit tedavisinde hayat kurtarıcı bir ilâç olan S.M.'nin intralumbâl olarak zerkedilmesi na hoş sekellerin husulüne sebep olmaktadır.

Biz Sarayburnunda menenjit tüberküloz vak'alarında S.M. + P.A.S. + İ.N.A.H. kombinasyonunu muntazaman kullanmaktayız. S.M.'i intralumbâl olarak günde 0.10 cm. yapıyor, en aşağı bir ay müddetle her gün, sonra vak'anın vahametine likit bulgularına gö-re gün aşırı veya üç günde bir zerklere devam ediyor. İ.M. zerkleri günde 2 gr. sabah akşam 12 saat ara ile birer gr. yapıyor. Yalnız menenjitli vak'alarda İ.M. S.M. zerklere 6 ay, pülmoner ve ekstra

pulmoner tüberküloz ile ve Milyar tüberküloz ile birlikte bulunan vak'alarda İ.M. tedaviye evvelâ günde 2. gr. sonraları 1 gr. olmak üzere bir yıl devam ediyoruz. P.A.S. günde 10-12 gr. İ.N.A.H. kilo başına 5 mgr. veriyoruz.

Sayın Dr. İhsan Sifat Sabar ve Dr. Kemâl Saraçoğlu'nun tedavi şekilleri ile alınan neticeeler devamlı olur ve hastaları intrarajidiyen S.M. zerklerinden kurtarabilirse, menenjit tüberküloz tedavisinde mühim bir kolaylık sağlayacağız.

Doç. Dr .Selâhattin Akkaynak :

Efendim, menenjit tüberküloz tedavisinde streptomisin P.A.S. ve bunlarla birlikte isonikotinic asid hidrazitlerle Ankara'da almış olduğumuz neticeleri kısaca arz etmek istiyorum. İki senedenberi Verem Savaş Derneğinde ve son bir yıldanberi de verem pavyonunda bize verilmiş olan 70 yatağın 30 unda çocuk yatırmak üzere şimdiye kadar 40 menenjit ve granülü vak'ası tedavi altına almış bulunuyoruz. Bunlardan 16 tanesi salâh bulmuş haldedirler. Bunlardan 9 tanesi servisimizde yatıyor, diğerleri ayaktan tedavi görüyorlar. 7 vefatımız vardır. 14 tanesi halile, bir kısmı taburcu edilmiş bir kısmı geldiği zamanki durumlarını aynen muhafaza ediyorlar. Ve 3 tane de nüks kaydetmiş bulunuyoruz. Vak'aların 13 tanesinde isonikotinic asid hidrazit kullanılmıştır. Bunları ağızdan veriyoruz. Noktayı nazarımız şudur ki, isonikotinic asid hidrazitler gerek liköre ve gerekse bütün ventriküllere kolaylıkla geçebilmektedir. Onun içindir ki, ayrıca intratekal yapmağa lüzum görmedik. Vak'alarımızda bu ilâcı hep ağızdan kullanmış oluyoruz. Esasen ağızdan kilo başına vermiş olduğumuz 5-3 miligramlık dozlarla likör içeri-sindeki seviye invitro müessir seviyenin en az 50 misline yükselmektedir. Almış olduğumuz netice bakımından tebliğ yapan arkadaşlarımızla aşağı yukarı hemfikiriz. Fakat onlar kadar nikbin değiliz. Şimdi müsadenizle netice almış olduğumuz bir iki vak'ayı arz etmek istiyorum. Birinci vak'amızda filmde gördüğünüz gibi *granülü* temizlenmiştir. Vak'anın almış olduğu streptomisin miktarı 107 gr., P.A.S. 296 gr., isonikotinic asid hidrazit 43 gr. dir. Hastanın durumu gayet iyidir. Klinik bulgu gayet iyidir. Servis içerisinde gezmektedir. Kilo almıştır. Likör bulguları normale doğru gitmektedir, fakat hastamızda hoşumuza gitmeyen hâlâ bir sübfebril ateşi vardır.

İkinci vak'a : 1952 nin beşinci ayında yatırılmıştır. 1953 ün birinci ayındaki durumu; iki taraflı granülü vak'ası. Bu vak'amız

291 gr. streptomisin, 500 gr. P.A.S. ve 67,5 gr. isonikotinic asit hidrazit almıştır. Durumu gayet iyidirğ fakat gene hoşumuza gitmeyen bir hal vardır. Çünkü hastada hâlâ titrek bir ateş devam ediyor. Biz bu gün hastamızı çıkaracak olursak öyle zannediyorum ki, hasta üç ay, beş ay veya bir sene sonra tekrar bir nüks ile bize gelecektir. Bunları isonikotinic asit hidrazit almış vak'alarımızdan bir nümune olarak arz ettim. Diğer vak'alarımızda da almış olduğumuz neticeler buna muadildir. Ve arz ettiğim gibi bizim hoşumuza gitmiyen ateştir. Sedimentasyonları normale inmiştir, likör bulguları düzelmiştir, fakat bu ateş canımızı sıkmakta devam etmektedir. Yine bir granüli vak'ası, sağda atelegtazi ile beraber. Bu hastamız 162 gr. streptomisin ve 2,250 gr. P.A.S. almış. Elde edilen netice isonikotinic asit hidrazit ile beraber teşrik edilen vak'alara nazaran hiç de değişik değildir. Onlara muadildir. Tamamile granüli düzelmiştir. Fakat bu hastamızda da yine hoşumuza gitmiyen bu ateş durumu sübfebril olarak devam etmektedir. Bu görülen yeşil traseler likit basıncını gösterir. Hastada hâlâ zaman zaman 37 ye ve 37 nin üzerine kadar yükselen bir ateş vardır. Yine bir başka hastamız ki, 9 aydanberi tedavi altındadır. Zaten bunlar 8, 9, 10 aydanberi tedavi altında bulunan vak'alarımızdır. 150 gr. streptomisin almıştır. 2500 gr. da P.A.S. tedavisi tatbik edilmiştir. Bunda granüller hemen hemen tamamen zail olmuştur. Menenjit durumu da gayet iyidir. Fakat arz ettiğim gibi bunda da sübfebril ateş yine devam etmektedir. Biz bundan evvel de streptomisin ve P.A.S. ile aşağı yukarı aynı sonuçları alıyorduk, şu son iki vak'ayı onun için arz ediyorum. Fakat hastalarımızı taburcu ettikten bir müddet sonra bunların çoğu tekrar nüks ile bize avdet etmiş bulunmaktadırlar. Noktayı nazaramız şudur ki, menenjit tüberküloz gibi kronik bir hastalıkta geç inzar tayini gayet zor bir meseledir. Öyle ki, 1947, 1948, 1949 senelerinde menenjit tüberkülozu iyi ettik. % 50 - 60 netice aldık dendiği halde bu günkü en son neşriyat üç senelik bir tedavi süresinden sonra elde edilen netice %20 dir. Bu da ancak vak'aların erken ve çok zamanından evvel yakalanmış olması ile mümkündür ki, klinik âraz meydana çıktıktan sonra yakalanan vak'alarda elde edilen netice zannediyorum ki sıfırdır. Bizim vak'alarımızda da demin arkadaşlarımızın tebarüz ettirdiği gibi salâha yakın şifa var, fakat bunlar bizi tatmin etmiyor. Zannedirim ki bir müddet sonra bunlar nüks göstereceklerdir.

Dr. Kiryakopulo :

İtalyan hastanesinde dahiliye servisinde Mart 1952 de yatan ve kombine streptomisin, P.A.S. ve isonikotinic asit hidrazidi ile tedavi olan çok ağır bir menenjit tüberküloz vak'asının kısaca seririyatından bahsedeceğim. Hasta 38 yaşında, sekiz günlük bir vak'adır. Yüksek ateş, şiddetli baş ağrısı, devamlı kusmalar, agitation halinde yatırıldı. Klinik ve laboratuvar tetkikleri neticesinde menenjit Tüberküloz olduğu tesbit edildikten sonra derhal, artık bugün klâsik sayılan tedaviye, yani streptomisin parenteral intratekal ve ağız yolu ile P.A.S. tatbik etmeye başladık. Günde 1 gr. streptomisin parenteral, 5 santigram entratekal ve 12 gram P.A.S. ağız yolu ile verildi. 10 gün tatbik edilen bu tedaviye rağmen hastanın ateşi yüksek ve bacaklı olarak seyretmekte devam etti.. Ahvali umumiyesinde hiç bir salâh emaresi göstermedi. Bu sırada bu tarz tedaviye izonikotinic asit hidrazit ve ağız yolu ile günde kilo başına 5 miligram verilmeye başlandı. Bu tarzdaki tedaviden sonra hasta gün gün iyileşmeye başladı ve tedavinin onuncu gününde ateşi 37 nin altına düştü. Genel durum düzeldi. Ve başlangıçta likitte mevcut 532 hücre 95 e düştü. Albüminde bir fark olmadı. 195 miligram civarında, klorürde ve şekerde bir yükselme görüldü 14 miligramdan 22 miligrama şeker, 638 den 672 ye klorürler yükseldi. Her ne kadar likitte bariz bir iyileşme olmadı ise de gerek klinik ve gerek umumî durumu bakımından tam manası ile bir salâh görüldü. Bu hal hastada hastaneden çıkıncaya kadar devam etti. Hasta, hastanede 4 ay yattıktan sonra 20 günde bir polikliniğe gelerek muayene ediliyordu, hali hazırda hasta klinik ve lâboratuvar olarak tamamen normal bulgular arz etmektedir. Son likör 28 Ocakta yapıldı. Manzara eau de roche rutikulum yok, Pandy menfi, albümin bind 0,30, şeker binde 57 miligr., klorür binde 730 miligr. hücre 12. Görüldüğü gibi Streptomisin ve P.A.S. tedavisine rağmen 10 gün zarfında aynı şekilde ağır bir tablo ile seyreden bir menenjit tüberkülozunda isonikotinic asit hidrazid'in ilâvesi ile klinik olarak hızlı bir remisyon görülmektedir. Bu hal başlangıçta likit muhtevyatı ile muvazi seyretmiyorsa da müteakiben yapılan likit muayenelerinde normale yaklaşan bulgular ve son yapılan likör muayenesinde tam manası ile normlâl bulgular elde edilmiştir. Bu vaziyet bütün antibiyotik tedavilerde görülmekte olup ilk klinik salâha yakın şifa görülürse de anatomik ve biyolojik bulgular daha sonra düzelmektedir. Bu keyfiyet menenjit tüberkülozda da varittir. Hülâsatan vak'amızın hususiyetleri şunlardır :

Kâhilde ekseriya vahim seyreden bir menenjit tüberküloz vak'asıdır. Başlangıçta tatbik edilmiş olan streptomisin ve P.A.S. tedavisine cevap vermemiştir. Ancak, isonikotinic asit hidrazid'i ilâve edilince bu hastalık iyileşmeye yüz tutmuştur. Bir seneye yakın bir zamandanberi, 38 yaşındaki bu hasta gerek klinik ve gerek lâboratuvar bakımından tamamiyle normal seyretmektedir. Kanaatimizce, buna benzer ağır ve Streptomisine rezistans gösteren vak'alarda tedaviye erken başlamak antitüberkülo bütün antibiyotiklerinin müştereken kullanılması doğru olduğunu zannediyoruz.

Dr. Zülfü Özgen :

Efendim, Dr. Zühtü Erman beyefendiye kıymetli tebliğinden dolayı çok teşekkür ederiz. Çocuklarda entratekal günde iki defa streptomisin tatbik edildiğinden bahsetiler. Biz müessesemizde tüberküloz menenjit vak'alarında bu kadar sık streptomisin zerklerinden çekiniyoruz. İritasyon ârazı görüyoruz. Nitekim salâha yüz tutan vak'alarımızda biraz sık entraraşidiyen antibakteriyeli tatbik ettiğimiz zaman azalmış olan hücrede artma, albüminde fazlaşma müşahede ediyoruz. Çocuklarla meşgul değiliz, her halde çocukların bir hususiyeti olacaktır, bu kadar sık olarak intraraşidiyen antibakteriyel tatbikine tahammül edebiliyor. Biz vak'alarımızda bunu iki defa tatbik ettik ama, arka arkaya bir kaç gün tatbik ettiğimiz zaman bir iritasyona delâlet edecek ârazilara şahit olduk. Bu bakımdan yüksek kongrenin bu mevzuda kendi görüş zaviyemize nazaran dikkat nazarlarını çekmek istedim.

Kemal Şâkir beyefendi'nin tebliğlerini büyük bir alâka ile denledim. Kendilerine bilhassa çok teşekkürler ederiz. İsonikotinic asit hidrazidin tatbiki entratekal olarak kendi taraflarından ilk defa vaki olmuştur. Biz müessesede granülü ve menenjit tüberküloz ârazı ile müracaat eden 24 yaşlarında bir hastaya Hocam Dr. Tevfik İsmail Gökçe'nin işareti ile günde kilo başına 10 miligram ağızdan isoniazid verdik. Aynı zamanda entraraşidiyen sülfat de streptomisin 50 miligram zerk ettik. İlk günler 100 miligram, bunu tâkip eden tedavi süresi esnasında da 50 miligram tatbik ettik. Hastada diğer menenjit tüberkülozlulara tatbik ettiğimiz yalnız entraraşidiyen streptomisine nazaran çok serî bir salâh müşahede ettik. Bu bakımdan Peros kilo başına 10 mgr. gibi yüksek dozda isonikotinic asit hidrazid tatbikinden çok müsaid netice aldık. Nitekim gerek Radyolojikman granülü manzarasında efasman görüldü, gerekse likörde hücre azaldı, albümin azaldı, hastanın ahvali umumiyesi çok dü-

zeldi ve menenjit ârazı sür'atle iyiye doğru gitti. Bu gün hasta çok iyidir. Müesseseyi terk etmek üzeredir. Bu münasebetle ağızdan isonikotinic asid hidrazid verilmek suretile çok salâhına şahit olduğumuz bir vak'ayı yüksek kongreye arz etmeği faydalı bulduk.

Dr. Zühtü Tevfik Erman :

Efendim, biraz evvelki maruzatımda vaktin kısa olmasından dolayı biraz iktisat etmek mecburiyetinde idim. Belki arkadaşım Zülfü beye iyice arzedemedim; bir defa şunu tebarüz ettirmek isterim ki 133 hasta üzerinde bir tebliğ yapıyoruz. Saniyen bu müddet 13 aylıktır. Hastanemizdeki servis 13 ay zarfında 133 hastayı kabul etti. Bu tebliğ onun üzerinedir. 3-5 vak'a üzerinde değildir. Arzetmek istediğim şey, günde iki defa lomber yoldan yaptığımız tedavi ile bizde büyük bir taharrüş hasarı gösteren vak'alar pek azdır. Filhakika olmuştur, fakat 1 veya 2 nin içerisinde. Tebarüz ettirmek istediğim ikinci nokta da günde 2 zerki yalnız 7-20 gün zarfında yapıyoruz. Bundan sonra küçük hastalarımızın göstermiş olduğu ahvali umumiyenin vaziyetine göre zerkerimizi azaltıyoruz. Kliniğimizde açtığımız bu serviste, O.M.S. 'nun İstanbula göndermiş olduğu tetkik vesilesile Dr. M e y e r'in bize çizmiş olduğu bir programla, adeta Paristeki Prof. D e b r e'nin kliniğinin aynı şeyini tatbik etmekteyiz. Biz kendimiz çocuk doktoru değiliz. Fakat menenjit tüberkülozla uğraşan bir hastanede olduğumuz için orada bu servisi açdık, küçük çocuklara, massif bir miktarda ilk zamanlarda streptomisin, tabii kudretine göre, tahaddülüne göre verilebilecek bir miktarı kilo başına göre tayin edilecek haddi âzamisini ilk zamanda verip sonra tadil etmeyi tavsiye ediyor. Biz de o suretle tatbik ediyoruz. (Yani Paristeki profesör tavsiye ediyor). Öyle zannediyoruz ki, ileride biz karşımıza daha parlak neticelerle çıkacağız. Hastalarımızı 13 aydanberi servisimizde saklamaktayız. Daha da saklıyacağız. Bu salâhiyeti aldık. Her hangi bir menenjit tüberküloz tetkiki bundan daha kolay olacağını ümit ediyoruz. Hiç bir yerde zannediyorum ki, gerek arkadaşlarım gerek benim pratik hayati hususiyemde diğer yerlerde böylece aylarca, hattâ senelerce saklanabilecek bir servis bulunsun. Bunun için ilerideki tebliğlerimiz sizlere daha tatminkâr olacağını ümit ediyorum.

Dr. Kemal Saraçoğlu :

Efendim, tebliğim dolayısıyla söz alan arkadaşlara evvelâ çok teşekkür ederim. Dr. Turgut bey hemen hemen bana iştirâk etmiş bu-

lunuyor, yalnız kıymetli arkadaşımız Doç. Dr. Selâhaddin Akkaynak bey izonikotlinik asidi sadece ağızdan vermenin kâfi geleceğini ve intratekal yapmağa ihtiyaç olmadığını belirten bir konuşma yaptılar. Zannediyorum ki, iyi arz edemedim, bunu bende söylemiştim. Ve demiştim ki; streptomisin serbestçe likör'e geçmediği halde, izonikotlinik asit serbestçe likör'e geçer. Binaenaleyh intratekal yapmak zaruri değildir. Biz acaba intratekal yaparsak nasıl bir netice alırız diye işin bu tarafını denedik. Onun için bu tatbik ettiğimiz vak'alarda bize öyle geldi ki izonikotlinik asidi intratekal yapacak olursak biraz daha sür'atli olarak likör bulguları düzeliyor. Hastanın klinik durumu daha iyileşiyor. Yoksa ağızdan vermenin faydasız olduğuna kani değilim. 10 - 5 miligram arasında değişen bir dozla ağızdan verildiği takdirde pek alâa faydalı olabiliyor. Zülfü Özgen Bey de aynı fikirde. Yalnız Zühtü beyle de ben galiba biraz d'accord değilim. Streptomisin'in, yani eski zamanlarda Debre'nin tâkip ettiği usulü biz de tatbik ettik. Fakat biraz uzunca devam edilirse aseptik bir lepto menenjitinde teessüs ettiğini gördük. Yani Streptomisin'i intratekal bir hafta 15 gün veya lüzumuna göre 3 hafta kadar yaptıktan sonra sür'atle kesmek ve onu espase etmek lâzım olduğu neticesine vardık, çünkü eğer devam edilirse menenjit ârazı tamamen düzelmiş gibi görülürken birdenbire aseptik bir lepto menenjitin teessüs ettiğine şahit oluruz.

Kemâl Berk de aşağı yukarı bizim fikrimizde. Onun için kendisine teşekkür ederim. Yalnız burada streptomisin'e ait ufak bir noktayı işaret etmek isterdim. O da, menenjit tedavisinde intratekal dihidro - streptomisin ile sülfat de streptomisin arasında fark gözetmek lâzım geldiğine bendeniz de kaniim. Dihidrostreptomisin, sülfat de streptomisin'e nazaran filhakika daha müessirdir, fakat daha zararlıdır. Yani kulak ve göz tarafından yaptığı zararlı neticeler dihidrostreptomisin'de sülfat de streptomisine nazaran daha yüksektir. Sülfat de streptomisin daha az tesirlidir. Fakat sağırılık gibi, göz felci gibi vesair gibi görme bozuklukları yaptığı kusurlar sülfat de streptomisin'in daha azdır.

ÜÇÜNCÜ CELSE

Heybeliada Verem Sanatoryomu

Direktör: Dr. Tefvik İ. Gökçe

LARENJİT TÜBERKÜLOZ TEDAVİSİNDE ANTİBAKTERİYELLER

Dr. NİHAT ÖKTEM

1948 den 1952 sonuna kadar Heybeliada Sanatoryomunda larenjit tüberküloz ihtilâtı gösteren hasta adedi 229 olup aynı müddette kabul edilen hastalara nisbeti %4,9 dur. Yalnız bu nisbette müessesenin hasta kabul şartlarını gözönünde tutmak ve yeni ilâçların tedaviye karışmış olduğunu nazarı dikkate almak lâzımdır. Bu nisbeti %20 den (*Saint Claire*) %50 ye kadar (*Sonay*) gösteren istatistikler vardır. 229 hastanın 71 i kadın 158 i erkektir ki, nisbet 2,2 dir. Kadınlarda yaş vasatisi 27, erkeklerde 27 dir. 13 yaşından 52 yaşına kadar bu ihtilâtı görmüş bulunuyoruz. En yüksek nisbet 20-30 yaş arasındadır.

Larenjit tüberkülozu olan 72 kadın hastanın 59 unda hastalık iki taraflı, 12 sinde bir akciğer hastadır. 158 erkek hastanın da 121 tanesi iki taraflı, 37 tanesi tek taraflı pulmoner tüberküloza müptelâdır. Haçerede görülen lezyon itibariyle yapılan tasnifte aritenoit nahiyeler, arka cidar ve haçere içine münhasır hastalar 186, epiglot ve hipofarenksde spesifik lezyonu olan hastalar 37, farenksin üst kısımları, yumuşak damak, bademcikler ve dilde tagayyürat gösteren hasta 6 tanedir. Bu hastaların 42 tanesinde ihtilât ülserasyon devresine geçmemiştir. Daha ileri safhalara tesadüf etmedik.

Tek taraflı haçere içi lezyonu tesbit ettiğimiz hasta 23 tanedir. 49 tek taraflı pulmoner tüberkülozu olan hastaya mukabil, 23 tek

tarafli hançere lezyonu tesbit etmiş bulunmaktayız. Bu durum bize kan ve lenf yolu intikalden ziyade öksürükle tahriş edilen hançereye balgamla gelen basilin inoküle olduğu kanaatini vermiştir.

229 hastadan 89 u bir sene içinde, 140 tanesi 7 seneye kadar çıkan pülmoner hastalık müddeti esnasında larenjit ihtilâtı göstermiştir. 13 yaşında, solda sirotik, progresif, kaviteli, açık akciğer tüberkülozu olan bir kız çocuğunda 15 gün sonra, arka cidar ve aritenoit nahiyelerde, enfiltrasyon tesbit etmiş olmamız pulmoner hastalığın başlamasına yakın zamanda larenjit ihtilâtı gösterenlerin bilhassa çok genç yaşta olanlar olduğunu kabul etmemize âmil olmaktadır.

1948 senesinden itibaren Heybeliada Sanatoryomunda hastalara streptomisin tatbikine başlanmış ve ilk tetkikleri kıymetli meslekdaşım *Dr. Mehmet Arınç* takib etmiştir. Neticelerini Hastane Mütahassısları Cemiyetinde tebliğ ve Hastane Mecmuasında neşretmiştir. İlk tatbikatta günde 2 gr. la başlanıp 10 gr. dan sonra günde 1 gr. la tedaviye devam edilmekte idi. Daha sonraları, günde 1 gr. ve günde 0,50 gr. la tedavi yapılmaya devam edilmiştir. 8 hastada aerosol ile pülverizasyon tecrübe edilmiştir. İki tarafli sirotik, nodüler, kaviteli açık akciğer tüberkülozu olan 20 yaşında bir hastada günde 1 gr. aerosol ile yapılan tatbikatta evvelâ bir salâh görülmüşse de daha sonra nüksetmiştir. İki tarafli pnömotoraks tedavisi gören bu hastada enjeksiyon yolu ile tedaviye devam edilmiş ve 25 gr. la hançere lezyonu salâh bu muştur. (S. Y. Pr. No. 13397). Diğerlerinde pülverizasyonun müessir olduğu kanaatini verecek bir netice elde edilememiştir. Pülverizasyon da yapılan bir hastada 23 gr. la hançere lezyonu şifa bulmuş ise de ağız ve damakta pürpürük tezahürat müşahede edilmiştir. (M. G. Pr. No. 13354).

7 gr. la hançere lezyonu iyileşen hastamız olduğu gibi (H. Y. Pr. No. 15760) 30 gramla iyileşmeyen vak'alar da görülmüştür. Bu enfiltrasyon devrinde tedaviye başlanan hastalarda çok iyi neticeler alındığını, ihtilâtin ülserasyon ve perikondrit devirlerine geçtikten sonra tedavinin fazla miktarda streptomycin kullanılmasına rağmen teannüd ettiğini göstermektedir. Umumiyetle 20 gr. la hastalar iyileşmektedir.

P.A.S. ile tedaviye başlandıktan sonra streptomisin hiç yapılmadan, yatan 2 hastada bu ilâç kullanılmıştır. Beş ay evvel hastalanan iki tarafli sirotik, nodüler, kaviteli açık akciğer tüberkülozu olan bir tanesine 2400 adet P.A.S. verilmiş ve arka cidardaki enfiltrasyon-

da 2 ay sonra salâh müşahede edilmiştir. (F. T. Pr. No. 15806). İkinci hastaya Pasilin verilmeğe başlanmış ise de 60 taneden sonra hasta sanatoryomdan çıkmış ve netice takib edilememiştir (L. T. Pr. 18708). Evvelce streptomisin yapılan hastalarda zuhur eden hançere ihtilâtı için P.A.S. tedavisi tatbik edilmiştir. Bunlardan nodüler, kaviteli, açık akciğer tüberkülozu olan 20 yaşında bir hastada 3000 adet Aminasil ve 1370 adet Tebasil verilmiş ve bu tedavi arka cidardaki enfiltrasyon zail olmuştur (M.S.Pr. 18838). Yine evvelce 80 gr. streptomisin yapılmış olan iki taraflı sağda pnömotorakslı eksüdatif, solda progresif açık akciğer tüberkülozu olan 19 yaşında bir hastada 2400 adet Pasilinle hançere lezyonu şifa bulmuştur. (T. B. Pr. 18996). Bu iki ilâcın kullanılmasından sonra edindiğimiz kanaat, hançere lezyonlarında bilhassa enfiltrasyon devrinde görülen vak'alarda streptomisin tedavisi yapmak ve P.A.S.'ı buna teşrik etmek olmuştur. Streptomisin tatbik edilen hastalardan 4'üne aerosol ile P.A.S. solüsyonu pülverize etmek dahi tecrübe edilmiş, sübjektif âraz zail olmuş ise de, bunu, enjeksiyon yolu ile yapılan streptomisine atfetmek daha doğru olur kanaatindeyim.

Tiosemikarbazon'lar da tedavi sahasına karışınca, kliniğimizde bu da tecrübe edilmiştir. Evvelce, 73 gr. streptomisin 8625 Tebasil almış 33 yaşında, iki taraflı sirotik, nodüler, kaviteli, hidropnömotorakslı bir hastada larenjit ihtilâtı görülmüş ve buna 70 gün Conteben verilmiştir (H. P. Pr. No. 18529). Bir diğer hastada, evvelce yapılmış olan 35 gr. streptomisine ilâveten Conteben verilmiş, enfiltrasyon her iki hastada da zail olmuş ise de ses kısıklığı devam etmiştir.

Dört senedir iki taraflı, eksüdatif, kaviteli, solda pnömotoraksla tedavide açık akciğer tüberkülozu olan bir kadın hastada; larenjit ihtilâtı neticesi şiddetli disfaji ve odinofaji vardı. Bu hastaya gün aşırı 0,10 gr. Conteben tozu pülverize edilmiştir. Daha evvel, 50 gr. streptomisin 112 gün Tebasil ve 630 tane P.A.S. almış, çok zayıf olan bu kadına pnömoperituvan da yapılmışa başlanmıştır. Pülverizasyondan beş gün sonra yutma müşkülâtı azaldı ve 12 nci gün hasta yemeğini rahat yemeğe başladı. 25 gün larenjit ihtilâtı çok iyileşmiş, hafif bir ses kısıklığı kalmıştır (G. İ. Pr. No. 16088). Bu hasta, bir sene sonra sanatoryoma tekrar yatmıştır, umumî hali çok düzelmiş, pnömoperituvan kesilmiş olmakla beraber ses kısıklığı devam etmektedir.

İsoniazid de kliniğimizde 23.3.953 den itibaren kullanılmaya başlanmıştır. Evvelâ larenjit olan 3 hastada tecrübe edilmiştir. Birinci

hastaya, evelce, hiçbir antibakteriyel tatbik edilmemişti. 54 yaşında olan bu hastada basil *Gaffky* II müsbet, sedimantasyon 26 mm., vital kapasite 2300 dü. Umumî hali çok iyi olan bu hastada iki taraflı, yukarda sirotik nodüler, progresif açık akciğer tüberkülozu vardı. Ateş 37° nin altında idi. 14 aydan beri ses kısıklığından müşteki imiş, bir aydır güçlkle yemek yiyebiliyor, sulu şeyleri yutamıyor-muş. Haçnerede solda daha fazla olmak üzere; aritenoit nahiyelerde arka cidarda ve sol *plica ventricularis*'de enfiltrasyon mevcuttu. Ses çok kısık, tiz ses çıkarma teşebbüsü fazla ağırlı oluyordu. 23.3.952 de sabah akşam 2 şer taneden günde 4 tane Rimifon verilmeğe başlandı. Ertesi gün ateş 38 e çıktı, diare görüldü. Ateş iki gün sonra yine 37° nin altına düştü. 5 inci gün enfiltrasyonda bariz azalma vardı. Subjektif âraz çok hafiflemiş, yalnız ekşi mayiler yutmakta ağırı hissettiğini söylemiştir. 8 inci gün enfiltrasyon çok fazla azalmış, ses tonu düzelmiş, subjektif âraz tamamen zail olmuş, ishâl geçmiştir. 15 inci gün haçneredeki enfiltrasyon kaybolmuş, hasta tiz ve pes sesleri normal çıkarmağa başlamıştır. Bugünlerde basil *Gaffky* I idi. Tedaviden 32 gün sonra basil teksifle menfi olmuştu. 2 nci hasta 32 yaşında olup bunda da basil *Gaffky* II, sedimantasyon 40 mm. idi. Daha evvelce, 70 gr. streptomisin yapılmış olan bu hastada subjektif şikâyetler olmayıp, aritenoit nahiyelerde enfiltrasyon ve sol ses telinde ülserasyon mevcuttu. Bu hastaya da sabah, akşam 2 şerden günde 4 tane Rimifon verilmeğe başlandı. 5 inci günü enfiltrasyonda hafif azalma tesbit edildi. 10 uncu gün bu azalma, bâriz bir hal almıştı. Sol ses telindeki ülser de teneddüb etmeğe başlamıştı. Tedavinin 30 uncu günü, ülsre teneddüb etmiş, ses normal hale gelmişti. Bugünlerde balgamda basil direkt muayenede menfi iken 39 uncu gün teksifle *Gaffky* I bulundu ve hasta larenjit ihtilâtı şifa bulmuş olarak sanatoryomdan ayrıldı. 3 üncü hasta, umumî hali çok bozuk, kaşektik bir kadındı. 32 yaşında olan bu hastamız, 1,59 boyunda ancak 32 kg. geliyordu. Balgamda basil *Gaffky* II müsbet, sedimantasyon 50 mm. vital kapasite 1000 idi. Ateş 38 in üstünde seyrediyordu. İki taraf da müteaddit kaviteli, sirotik, evolütif açık akciğer tüberkülozu vardı. Evvelce streptomisin ve P.A.S. kullanmış olan hasta, sanatoryoma yattığı zaman farenks ve yumuşak damakta yaygın ihtikan, epiglot ve aritenoit nahiyelerde ileri derecede enfiltrasyon, ses kısıklığı ve şiddetli disfajiden müşteki idi. Bu hastaya da Rimifon verilmeğe başlandı. 2 gün sonra enfiltrasyonda ilerleme vardı. Yumuşak damak enfiltre bir hal almış, epiglotta ülser teşekkül etmişti. Yutma ağırları çoğalmıştı. 6 ncı gün bariz bir

ilerleme görüldü. Umumî hal çok bozuldu. İlâca devam edildi ve hiç bir salâh elde edilemeden 22 gün sonra hasta vefat etti. Hiçbir antibakteriyel almamış, tek hastamızdaki parlak neticeyi isoniazid verilen 5 hastada göremedik.

Halen, larenjit tüberküloz tedavisinde umumî tedaviye en uygun olan antibakteriyeli kullanıyor, streptomisini tercih ediyoruz. Streptomisini günde 1 gr. olarak veriyor ve P.A.S. ile teşrik ediyoruz. Lokal olarak kullanmıyoruz. Bunlara ilâveten, kollaps tedavileri, barbitürükler ve lokal olarak da uyuşturucu pülverisasyonlar, ülserlere münasip atuşmanları da vak'asına göre tatbik ediyoruz.

S U M M A R Y

Antibacterials in the Treatment of Laryngeal Tuberculosis : After citing that streptomycin is the most effective drug in the treatment of laryngeal tuberculosis the author records very good results which he has obtained with the combination of PAS and streptomycin. In serious cases 1 gm. streptomycin daily produced better result. In some cases thiosemicarbazones administered successfully. In the administration of antibacterials no side-effects is observed in three years.

R É S U M É

Les Antibiotiques dans le Traitement des Laryngites Tuberculeuses : - Après avoir déclaré que l'antibiotique qui convient le mieux au traitement de la laryngite tuberculeuse est la streptomycine (c'est d'ailleurs aussi le cas dans la tuberculose pulmonaire) l'auteur dit que des résultats favorables ont été obtenus par la streptomycine, à la dose de 1 gr. tous les deux jours, associée au PAS. Dans les cas graves, la dose de 1 gr. est répétée tous les jours. Les semicarbazones sont aussi utiles, dans certains cas. L'isoniazide, prescrit suivant les indications générales, ne lui a pas permis d'observer aucune complication due à ce médicament.

AKCIĞER TÜBERKÜLOZU CERRAHİ TEDAVİSİNDE ANTİBAKTERİYELLERİN ROLÜ

Dr. SİYAMİ ERSEK

Son yıllarda başta streptomisin olmak üzere tüberküloz basillerine karşı müessir muhtelif antibakteriyellerin keşfi akciğer tüberkülozu tıbbî tedavisinde olduğu kadar akciğer tüberkülozu cerrahî tedavisinde de önemli bir çığır açmıştır. Antibakteriyellerin keşfinden önceki devrede akciğer tüberkülozunda sadece bazı tip cerrahî müdahalelerin tatbikatına imkân mevcut iken; tüberküloz basili, dolayısıyla tüberküloz lezyonlarına karşı oldukça müessir devaların keşfi sayesinde hem daha değişik ve yeni cerrahî tedavi imkânları sağlanmış ve hem de neticelerin daha tatminkâr bir duruma yükselmesi temin edilmiştir. Antibakteriyellerin tatbikatından önce akciğerin çıkartılması tarzında yapılan radikal müdahalelerden sonra görülen ihtilâtların antibakteriyellerin tatbikatından beri yok denecek kadar azalması bilhassa Anglo-sakson memleketlerinde haklı olarak akciğer tüberkülozunda rezeksiyon ile tedavi en önemli mevkii verdirmiştir.

Akciğer tüberkülozu cerrahî tedavisinde antibakteriyellerin rolü iki ayrı fasılda mütalâa edilebilir :

I. Veremli hastaların cerrahî müdahaleye hazırlanmasında antibakteriyellerin rolü.

II. Cerrahî müdahaleyi müteakip husule gelen veya gelmesi muhtemel olan ihtilâtların önlenme ve giderilmesinde antibakteriyellerin rolü.

I. Veremli hastaların cerrahî müdahaleye hazırlanmasında antibakteriyellerin tesiri aşikârdır. Pre-antibakteriyel devrede hasta-

ların cerrahî tedaviye hazırlanması ekseriya uzun bir zaman beklemeyi icabettirir, uzun müddet sanatoryom tedavisinden sonra cerrahî müdahaleye engel olan tali lezyonların temizlenmesi mümkün olurdu. Bugün elde mevcut müessir antibakteriyeller ve bilhassa streptomisin sayesinde tali lezyonlar kolayca temizlenmekte, hasta kısa bir zamanda cerrahî müdahaleye müsait bir duruma getirilebilmektedir. Fakat antibakteriyellerin çok zaman gayesiz rastgele israf edilmesinden ötürü birçok hastaların gerek ameliyata hazırlanması ve gerekse ameliyat sonrası ihtilâtların önlenme ve giderilmesinde antibakteriyellerin yardımından lâyıkile istifade edilememektedir. Mateessüf müessesemize yatmadan önce elde mevcut bütün antibakteriyelleri lüzumundan fazla almış hasta sayısı oldukça fazladır.

Antibakteriyeller bilhassa streptomisin 1. taze yayım ve faaliyetleri temizlemek 2. endobronkiyal tüberküloz lezyonlarını silmek ve 3. balgam miktarını azaltmak suretile vak'aların cerrahî tedaviye hazırlanmasında rol aynamaktadırlar. Kısa bir müddet antibakteriyel tatbikatından sonra eksüdatif karakterde taze yayım ve faaliyetlerin tmamile temizlenerek cerrahî tedaviye müsait fokal bir akciğer tüberkülozu bıraktığı vak'aların büyük bir kısmında müşahede edilmektedir. Keza antibakteriyeller endobronkiyal lezyonları az bir zaman zarfında tmamile temizlemektedir. Endobronkiyal lezyona bağlı olarak husule gelen tansiyon kavitelerinin antibakteriyel tedavisinden sonra derhal küçüldüğü bazı vak'alarda görülmektedir.

Hastalar muhtelif zamanlarda muhtelif antibakteriyelleri ölçsüz şekilde aldıklarından klinik materyellere dayanarak antibakteriyellerin vak'aları cerrahî tedaviye hazırlamak bakımından rolünü değerlendirebilecek kesin bir istatistik hazırlamak ekseriya kabil değildir. Mamafi klinik vak.alarımızın incelenmesinden edindiğimiz bilgiye göre kiliniğimizde büyük cerrahî müdahaleye tâbi tutulan vak'aların aşağı yukarı %50 sinde antibakteriyellerin hazırlamadaki bu rolü aşıkâr olarak tesbit edilmiştir. Bu vak'alarda önce yapılan antibakteriyellerle lezyon tmamile temizlenmiş, ondan sonra cerrahî tedaviye sevk edilmiştir.

Vak'aların cerrahî tedaviye hazırlanmasında muhtelif antibakteriyellerin etkisi aynı değildir. Bu hususta en müessir olan antibakteriyel streptomisindir. Gerek lezyonların temizlenmesi ve gerekse tali belirtilerin giderilmesinde diğer antibakteriyellerden çok farklı bir üstünlük göstermektedir. P.A.S. alınmasındaki güçlük sebebiyle sistemli bir şekilde tatbik edilmemekte, bu yüzden de vak'aların lâ-

yıkile incelenmesi ve kritiği kabil olmamaktadır. Keza tiosemikarbazonların bu bakımdan etkisi pek yüz güldürücü mahiyette değildir. İsoniazidler ise ancak son aylarda tatbik alanına girdiğinden vakaların cerrahî müdahaleye hazırlanması bakımından rolü henüz kesin olarak tesbit edilememiştir. Maamafih isoniasidler hastanın genel durumu üzerinde müessir oldukları hâlde radiolojik bulgular üzerinde pek değişiklik yapmadıklarından cerrahî tedavi endikasyonu bakımından aktif bir rol oynamaları pek bahis mevzuu değildir. Bugün elde mevcut antibakteriyeller arasında bu bakımdan tesiri aşikâr ve mutlak olan yegâne ilâç yine de streptomisindir.

Vak'aların ameliyata hazırlanmasında antibakteriyellerin rolü önemli olmakla beraber, ameliyattan sonra husule gelen ihtilâtların önlenme ve giderilmesinde kullanılmak üzere hastanın antibakteriyel hakkının tamamen israf edilmemesi şarttır. Antibakteriyel tatbikatı ile hasta cerrahî tedaviye müsait duruma geldiği zaman antibakteriyelin şifakâr etkisi altında derhal cerrahî müdahale tatbik edilmeli ve postoperatif devrede devam edilen antibakteriyel tedavi ile bu iyi durum muhafaza edilmelidir.

Hiç antibakteriyel almadığı halde spontan olarak durumları cerrahî tedaviye müsait olan vak'alarda antibakteriyellerin müessir etkisi altında müdahalenin tatbiki muvafıktır. Mamafi ifrazatın fazla olduğu vak'alarda 2 haftalık streptomisin ile bir hazırlık devresi, hiç ifrazat olmayan vak'alarda da ameliyattan 2 gün önce antibakteriyellerin başlanması ekseriya kâfi gelir. Bununla beraber antibakteriyelleri çok ileri safhalara saklamak üzere müsait vak'alarda - bilhassa torakoplasti yapılan vak'alarda - hiç antibakteriyel kullanmadan da cerrahî tedaviye müracaat etmek caizdir.

II. Lüzumundan fazla israf edilmemiş olduğu takdirde antibakteriyeller ameliyattan sonra husule gelen ihtilâtların önlenmesi ve giderilmesinde de önemli bir rol oynarlar.

Antibakteriyeller ameliyattan sonra husule gelen yayımları fevkalâde azaltmıştır; yayım husule gelen vak'alarda da müessir antibakteriyellerin enerjik tatbikatı sayesinde yayım kısa zamanda ekseriya temizlenmektedir. Keza cerrahî travma ile sessiz duran lezyonların faaliyete geçmesi antibakteriyellerin yardımı sayesinde bugün pek nadir müşahade edilmektedir. Plevra boşluğu ve ekstraplöröl boşluğun enfeksiyonu ihtimali nisbeten azalmıştır; enfeksiyon

husule gelen vak'alarda da lokal ve sistematik antibakteriyel tatbikatı sayesinde bu ihtilâtlar kolaylıkla bertaraf olmaktadır. Rezeksiyonlardan sonra korkunç bir ihtilât olan bronş fistülü bilhassa antibakteriyellerin bronş lezyonları üzerindeki müsait tesirinden ötürü bugün nadir rastlanan bir ihtilât haline gelmiştir. Antibakteriyel mahlûllerle tamponmandan elde edilen iyi netice kavernostomiye torakoplastiye hazırlayıcı emin bir ön müdahale olarak akciğer tüberkülozu tedavi metodları alanına sokmuştur. Nihayet antibakteriyel ve antibiotiklerin müşterek etkisi altında bugün müdahalelerden sonra yara enfeksiyonu pre-antibakteriyel ve pre-antibiotik devreye nisbetle pek seyrek tesadüf edilmektedir.

Antibakteriyellerin cerrahiye neler kazandırdığını gösterebilmek için pre ve post-antibakteriyel devrede kliniğimizde yapılan cerrahî müdahalelerle bu müdahalelerden elde edilen neticeleri incelemek fikir vermek bakımından değerlidir. Akciğer tüberkülozu tedavisinde pre-antibakteriyel devrede yapılan müdahalelerle post-antibakteriyel devrede yapılan müdahalelerin neticelerini yeknazarda mukayese etmek şüphesiz hatalı neticelere götürür. Zira bu iki zaman zarfında akciğer hastalıklarının cerrahî tedavisinde çok önemli değişiklik ve gelişme husule gelmiştir. Gittikçe artan tecrübe ile vak'aların daha iyi seçilmesi, en müsait cerrahî müdahalenin en iyi bir teknikle tatbiki, anestezi ve reanimasyon usullerinin inkişafı streptomisin ve diğer antibakteriyel kadar değilse bile en az onlara yakın bir seviyede iyi netice almak bakımından önemli faktörlerdir.

Tablo 1 ve 2 nin incelenmesinden açıkça görülüyor ki, bu iki devre zarfında yapılan cerrahî müdahalelerin sayısı çok farklıdır. Bu hususta diğer bir çok faktörleri rol oynamakla beraber, antibakteriyellerin vak'aları cerrahî tedaviye hazırlamaktaki önemi de mühim bir rol oynamaktadır. Keza pre ve post-antibakteriyel devrede yapılan cerrahî müdahalelerin cinsleri de çok farklıdır. Pre-antibakteriyel devrede sahneye hâkim olan müdahale sadece torakoplasti olduğu halde; antibakteriyellerin tatbikatındanberi ekstraplöral pnömotoraks, ineffikas pnömotorakslarda ekstraplöral ayırma, lobektomi, pnömonektomi, dekortikasyon, kavernostomi ve kavernorafi gibi müdahaleler de - ki bunlar antibakteriyellerden evvelki devrede pek haklı olarak hiç tatbik edilmemiştir - cerrahî alanına girmiş ve tüberküloz cerrahisini sadece torakoplasti ve frenik ekrazmanı hudutları içinde kalmaktan kurtarmıştır.

Tablo I. Pre-antibakteriyel devre.

Müdahale	Adet	Erken ölüm	ölüm	Geç	Yayım	Faaliyet	Ampiyem	Bronş fistülü	Yara Süpü- rasyonu	Dikiş	yetersiz	B. K. müsbet	B. K. menji	Şifa
Toraokplasti	150	20	15	18	12	—	—	—	22	—	—	46	79	79
Plombaj	5	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	2	3	3
Açık bridektomi	2	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	1	1	1
Frenik felci	184	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Tablo II. Post-antibakteriyel devre.

Torokoplasti	378	12	3	10	8	—	—	26	—	66	297	285
Ekstraplöral Px	210	7	2	4	6	30	4	18	6	37	160	158
Dezensersiyon	100	2	1	1	2	5	—	8	2	2	92	92
Plombaj	9	—	1	1	—	5	1	—	—	2	7	2
Lobektomi	5	—	1	—	—	1	1	1	1	—	4	4
Pnömonektomi	5	—	1	—	—	1	1	—	—	—	4	4
Dekortikasyon	6	—	1	—	—	1	—	1	—	—	5	5
Kavernostomi	48	—	2	4	6	1	21	—	—	15	31	16
Kavernorafi	2	—	1	1	—	—	—	—	—	—	1	1
Frenik felci	70	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

İki grup vak'ada elde edilen neticelerdeki farkta cerrahi alanda yapılan gelişmenin rolü olmakla beraber post-antibakteriyel devrede ihtilâtların - yayım, faaliyet, ampiyem, bronş fistülü, yara enfeksiyonu v.s., - çok daha az olması ve şifa nisbetinin daha yüksek seviyede bulunmasında antibakteriyellerin mühim bir rol oynadıkları muhakkaktır.

Antibakteriyelleri lüzumundan fazla almış vak'alarda, ameliyattan sonra husule gelen ihtilâtların giderilmesi bakımından antibakteriyel tatbikatından bir fayda sağlanamamaktadır. İsoniazidlerin yeni tatbikat sahasına çıktığı sırada; diğer antibakteriyellere karşı mukavim olan ve postoperatuvar yayım husule gelen bir kaç vak'ada isoniazid tatbikatından istifade edilmiştir.

Antibakteriyellere karşı mukavim olmayan veya hiç antibakteriyel almayan vak'alarda; antibakteriyellerin profilaktik veya küratif tesirlerinden istifade edilmektedir. Postoperatuvar bir ihtilât husule gelebilmesi muhtemel olan şüpheli vak'alarda, profilaktik olarak günde 1.000.000 ünite penisilin ile günasırı 1 gr. streptomisin

sistematik yolla zerkedilmektedir. Hastanın ateş düşüp ameliyat sonu ihtilâtların husule gelebilmesi ihtimali olan hududun dışına çıktığı zaman - genel olarak bir hafta ile on günde - profilaktik tedaviye nihayet verilmektedir.

Cerrahî tedaviye daha müsait olan ve ihtilât husule gelmesi ihtimali uzak bulunan vak'alarda antibakteriyeller ameliyattan sonra ancak bir ihtilât husule geldiği takdirde tatbik edilmektedir. Bu takdirde tedaviye streptomisin ve diğer antibiotiklerle başlamakta streptomisin ile bir netice alınmadığı takdirde buna diğer antibakteriyeller iştirak ettirilmektedir.

Hülâsa edecek olursak; akciğer tüberkülozu cerrahisinde cerrahinin antibakteriyellerden kazancı çok büyüktür. Antibakteriyeller; vak'aların ameliyata hazırlanmasında mühim bir tesir icra ettikleri gibi, ameliyattan sonra husule gelen ihtilâtların çeşit ve sayılarını da fevkalâde azaltmıştır. Bundan başka pre-antibakteriyel devrede tatbikatı çok fena neticeler doğuran bazı cerrahî müdahale metodlarının bugün akciğer tüberkülozu cerrahî tedavisinde önemli bir mevki kazanmasına sebep olmuştur. Bu arada bilhassa - belki de ilerde akciğer tüberkülozu tedavisinde en mühim yeri alacak olan akciğer rezeksiyonları büyük bir ehemmiyetle tatbikini sağlamıştır.

S U M M A R Y

The Role of Antibacterials in the Surgical Treatment of Pulmonary Tuberculosis : 1. The role and the effect of the various antibacterials in the preparation of cases for surgical treatment is demonstrated.

2. The value of antibacterials in the prevention and the treatment of the complications in cases underwent to surgical treatment is recorded and the extraordinary value of antibacterials is shown depending on pre and post-operative results obtained in clinical cases.

3. The antibacterials has supplied the possibility of application of new procedures which produced some ill-effects in the pre-antibacterial period.

R É S U M É

Le rôle des Antibiotiques dans le traitement Chirurgical de la Tuberculose Pulmonaire : 1. Le rôle et l'efficiencie des antibiotiques dans la préparation des malades à l'intervention chirurgicale sur le poumon a été mis en lumière. 2. L'importante situation qu'occupent les antibiotiques, tant au point de vue prophylactique que curative, dans le traitement des complications survenant au cours des interventions chirurgicales dans la tuberculose pulmonaire est définie. C'est en se basant sur les résultats cliniques que l'auteur formule sa conviction. 3. Il affirme que certaines interventions chirurgicales, dangereuses autrefois, sont aujourd'hui possibles grâce aux antibiotiques.

*Istanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ortopedi Kliniği Direktörü
Ord. Prof. Dr. Akif Şakir Şakar*

KEMİK VE EKLEM TBC. LERİNDE STREPTOMYCİN'E KARŞI MUKAVEMETİN SEBEPLERİ VE ONA KARŞI GEREKLİ TEDBİRLER

Prof. Dr. M. AHMET SARPYENER

Kemik ve oynak Tbc. leri ciğer Tbc. lerinde olduğu gibi streptomycin'e karşı rezistans kazanmaktadır. Bence bu rezistans genel tedavi namı altında kalçaya sabah akşam yarımşar gram olmak üzere yapılan enjeksiyonlarla sarfedilen beyhude ve zararlı gayretlerden ileri gelmektedir. Zira biliyoruz ki etrafı fibröz ve bazen kireçleşmiş dokularla çevrilmiş bulunan kavernlere yapılan genel streptomycin fayda vermemektedir. Kemik ve eklem Tbc. si de bu şekilde bulunan bir kavernden farksızdır. Çünkü herhangi bir osteoartiküler Tbc. yi ele alırsak uzviyet enfeksiyon ocağını çevirmek için gayret sarfetmiş olduğundan genel olarak yapılan streptomycin dolaşım yoluyla gelmekte ve tabiatıyla kalın fibröz veya osteofibröz bir doku ile çevrilmiş yankı ocağına çok az gelmektedir. Amerikada yapılan etüdlere göre genel olarak bir gram streptomycin enjeksiyonu yapıldığı takdirde bu gibi yankı ocaklarına bir gramın ancak %30 unun gelebildiği tesbit edilmiştir. Bu itibarla genel olarak yapılan streptomycin'in ancak çok cüz'i bir miktarı yankı ocağına gidebildiğinden mikroplar yavaş yavaş streptomycine alışmakta ve tabiatıyla mukavemet kazanmaktadırlar. Bundan ötürü bence osteoartiküler Tbc. için yapılan tedavinin fayda yerine çok defa zarar verdiğini kabul etmek icabeder. Bundan başka nasıl ki coceus enfeksiyonlarında abse teşekkül ettikten sonra yapılan penisilin ancak iltihabı tahdid edebilir ve abseyi mutlaka boşaltıp yerine penicillin injeksiyonu yapmak icabediyorsa osteoartiküler Tbc. de de bu biçim hareket etmek icabeder kanaatindeyim. Aşağıda arzedeceğim hemen hemen birbirine denk olan vak'alar bu iddiamı ispata kâfi sanırım :

1. İsmail Koç, Semih Dayığıl diye iki ağır Tbc. vak'amız var-

dır ki, bunların her ikisi de hemen hemen aynı şekilde aynı tipte ve birbirinden çok az farklı lokalizasyonları mevcut bulunmaktadır.

Bunlardan İsmail Koç'a memleketinde 150 gram genel streptomycin yapılmış buna mukabil Semih Dayıgil'e hiç streptomycin yapılmamıştır. Bunlardan İsmail Koç'a şimdiye kadar 500 grama yakın streptomycin yapıldığı halde iyi olmamış, tam bir paraplegie ile devam eden P o t t hastalığından, Diz Tbc. den ve Peritonit Tbc. den musdarip bulunmakta olup ağzından verilen rimifon ve yapılan streptomycin hiç bir fayda temin etmemiş bulunmaktadır. Halbuki Semih Dayıgil'e yalnız ankilozan ameliyatı yapılmış kendisine hiç streptomycin yapılmamış ve sonradan doğrudan doğruya tedavi maksadiyle kendisine yalnız lokal streptomycin yapılmıştır. Halen Semih ticaretle meşgul ve tamamiyle şifa bulmuş bir haldedir. Daha ziyade kanaat hasıl edebilmemiz için aşağıda her iki hastanın müşahadelerini kısaca gözden geçirelim :

1 — İsmail Koç: 22 yaşında, İzmitlidir.

Kliniğimizde 4362 klinik, 6370 protokol numarası ile 14.8.952 tarihinden 26.XI.952 tarihine kadar yatmıştır. Pott hastalığı, sol diz Tbc. si ve Peritonit Tbc. vardır. Bundan dört yıl evvel karnında yaygın bir ağrı hasıl olmuş hastahaneye yatırılmış, karnı yavaş, yavaş şişmiş, ilk önce iki ayrı dahiliye kliniğine yatırılmış ve siroz diye tedavi edilmiştir. Sonradan ikinci yatırıldığı dahiliye kliniğinde sol dizinin şişmesi üzerine gerek periton boşluğuna ve dizine yapılan poctionlarla alınan sıvı muayene edilmiş Peritonit Tbc. ve diz Tbc. si tesbit edilmiştir. Arap sabunu, güneş banyosu ve daha diğer uzviyetini kuvvetlendirecek enjeksiyonlar, calcium'lar yapılmışsa da fayda görmemiştir. Bir müddet sonra karnı o kadar şişmiş ki, karyolada arkası üstü yattığı zaman karyolanın ayak tarafını göremez bir hale gelmiştir. Bir müddet sonra sol dirseğine ağrı gelmiş ve şişmiştir. Baş vurduğu hekim kendisine günde yarım gram sabah, yarım gram akşam kalçaya yapılmak üzere streptomycin tavsiye etmiştir. Bu suretle 150 gram kadar genel olarak ve muhtelif fasıllarla streptomycin yapılmış ve az bir fayda görmüştür. Bundan sonra tekrar İstanbula dönüyor ve tarafımdan bir hususi hastahaneye yatırılıyor; o zaman önce tarif ettiğim ileri derecede ve rahat nefes alamıyacak şekilde karnı şiş bulunan hastanın dizi daha ziyade şişmiş ve kısmen flexion halini almış bulunuyordu. Hususî hastahane her gün periton boşluğundan 10 litre kadar sıvı alınıyor ve yerine 10 cc. seromla eritilmiş bir gram streptomycin şırınga ediliyordu.

Haftada bir de dizindeki sıvı alınıyor ve o gün peritonuna ve hem de dizine birer gram yani iki gram streptomycin yapılıyordu. Bu hale ü çay kadar devam edilmiş, periton boşluğunda hemen hemen sıvı kalmamış diz Tbc. de oldukça iyileşmiş olduğu halde parasının yetmezliği dolayısıyla bacağına bir yürüme aygıtı yapılmadan ve tedavisi bitmeden çarınar hususi hastaneden çok iyi bir halde çıkmış bulunuyor. Bulduğu yerde kendisine lokal streptomycin yapılması tavsiye edilmiş ise de yaptıramamış ve ancak genel olmak üzere 150 grama yakın streptomycin yaptırmış olduğu halde periton boşluğu içerisindeki sıvı artmıştır. Diz Tbc. si ise daha ziyade ilerlemiş ve fleksyon haline gelmiştir. Bunlarla birlikte omurgasında bir ağrı hasıl olmuş ve arkası üstü sert bir yatakta yatmış olduğu halde bu ağrı fazlalaşarak her iki bacağına hareket ettiremez bir hale gelmiştir. Bu yetişmiyormuş gibi bir müddet sonra büyük ve küçük aptesini tutamaz bir duruma girmiştir. Bu haliyle tekrar bana başvuruyor ve bu sefer Haseki hastanesinde Ortopedi kliniğimizde yatırmış bulunuyorum. Filhakika periton boşluğundaki sıvı eskisi kadar çok değilse de oldukça mevcuttur ve haftada bir defa olmak üzere 10 litreye yakın sıvı alınarak bir gram streptomycin şırınga ediliyor. Mununla beraber, dizinde toplanmış bulunan sıvı alınarak yine lokal olarak streptomycin şırınga ediliyordu. Kliniğe yattığı günden itibaren Pott hastalığının bulunduğu yerde corpus vertebri etrafında, bir gün sağdan bir gün soldan olmak üzere birer gram streptomycin yapılıyordu. Onbeş gün içerisinde her iki sphincter hizasındaki tutamamazlık tamamıyla kaybolmuş ve artık büyük ve küçük aptestini söyleyebilir duruma girmiştir. Dizi fleksiyon halinden tedrici olarak uzatılmış ve alçıya konmuştur. Bacaklarında gayri iradi bir takım çekilmeler ve bazen gözle güç hissedilebilecek bir şekilde her iki bacakta ufak kıvılcıklar görülebiliyordu. Bu halde iken kliniğimizde yatak sayısının azlığı ve hastanın artık ücretini ödeyecek hali olmadığından biraz salâhla ve arkası üstü alçı yatağında yatmak şartı ile kliniğimizden çıkartılmış bulunmaktadır.

2. Semih Dayıgil : 26 yaşında, Elâzığlıdır.

2507/6113 protokol numarası ile kliniğimize yatırılmıştır. Vakıtle dorsal bölgedeki Pott hastalığından hususî olarak ameliyat olmuş, kendisine kısa bir müddet içinde iyi olacağını söylemişlerse de ağrısı devam ettiğinden ve ameliyatı üstünden altı ay geçmiş olduğu halde iyi olmadığından bana başvurmuştur. Alınan radyografi dorsal bölgesine konan grefin yankı ocağının altına tesadüf ettiği ve

ayni zamanda soğuk absesinin mevcut olduğu görülmüştür. Kendisine bir müddet lokal streptomycin yapılmak üzere ayaktan tedaviye başlanmış ise de bir kaç gün içinde bacağı ağrımış, aynı zamanda karnın alt kısmı şişmiş olduğundan kliniğimize yatırılmıştır. Kliniğimizde yapılan muayene ve radyografi ile müsbet dorsal Pott hastalığı ile birlikte sol tarafta Coxalgie ve aynı zamanda Peritonit Tbc. tesbit edilmiştir. Kendisine muntazam olmak üzere hergün periton boşluğuna ve sol coxa oynasına birer gram yani günde iki gram streptomycin enjeksiyonları yapılmış ve buna yirmi gün devam edilmiştir. Bundan sonra münavebe ile günde bir gram periton ve bir gram Coxa oynasına olmak üzere iki ay süren tedaviden sonra kendisine esnemiyecek kumaştan bir korse yapılmış ve taburcu edilmiştir. Bu müddet esnasında gerek peritoniti, gerek Coxalgie ve Pott hastalığı salâh bulmuş, bel ağrısı kalmamış, topallamaz olmuş ve karın şişliği tamamiyle kaybolmuştur. Yalnız lokal enjeksiyonlarla tedavi edilen bu hastanın tedavisi üzerinden üç yıl geçmiş olduğu halde tamamen iyi olmuştur. Halen Antalya'da ticaret yapmakta olup, sanki böyle bir hastalık geçirmemiş gibi görünmektedir. Bunlara benzer bir çok vak'alarım varsa da klinikte yatandan istifade edilmesi bence daha uygun görüldüğünden aşağıda yazılan birbirine denk hastaların müşahadelerinin yazılması uygun görülmüştür.

3. Fatma Güral : 25 yaşında, Rizelidir.

14.1.1949 tarihinde 4174/408 protokol numarası ile kliniğimize yatırılmıştır. Pott hastalığı, kaburga Tbc. si ve aynı zamanda sağ clavícula Tbc. si vardır. Bunlarla beraber vücudunun bir çok yerlerinde cellulite Tbc. mevcuttur. Kliniğimize müracaatında kendisine şimdiye kadar streptomycin yapılmadığını söylemiştir. Kendisine hergün muntazam olarak 15 gün kadar lokal streptomycin yapılmış ise de streptomycin alamadığı için arada bir beş on gün hattâ daha ziyade streptomycin yapılmamakta idi. Buna rağmen hastanın fistülleri kapanmış ve en sonra müdahale etmek mecburiyetinde kaldığımız sağ clavículası hizasındaki fistülü de kapanmıştır. Bunun üzerine klinikten çıkarılmışsa da gittiği yerde bir çok sebeplerden hastalığının yalnız omurgasındaki arızası nüksetmiştir. Hastanın çok fakir olması münasebetiyle kendisine korsa yaptıramaması, çalışmak mecburiyetinde kalması ve aç kalması dolayısıyla yalnız Pott hastalığı nüksetmiş ve bundan ötürü 17/6/950 tarihinde tekrar kliniğimize müracaat etmiş ve bu sefer 5.1.951 tarihine kadar yine

kendisine intizamsız olmak üzere lokal streptomycin yapılmak suretile hastalığının tedavisine çalışılmıştır. Bu esnada hasta uzun zaman alçı yatağında yatmış olduğu halde yine kendisine korse yaptırılmamıştır. Buna rağmen hasta bu güne kadar müracaat etmediğine göre iyi olduğu anlaşılmaktadır. Daha doğrusu hastanın akibeti hakkında açık bir bilgimiz mevcut değildir. Bence hastalığın nüksetmesi, kendisine streptomycin enjeksiyonlarının muntazam olmaması ve korse yaptırılmaması yüzünden ileri gelmiştir.

4. Zübeyde Boral : 19 yaşındadır.

12.1.1949 tarih ve 2169 ve klinik, 339 protokol numarası ile kliniğimize yatırılmıştır. Her iki ayak bileğinde Arthritis Tbc. mevcuttur. Aynı zamanda her iki ayak bileği bölgesinde deri ve altındaki gözeli dokusuna ait oldukça geniş Sphacelleler mevcuttur. Ara sıra kendisine gelen ateşten ve balgam çıkarmasından da şikâyetçi idi. Vücudunun başka yerlerinde de açılmamış cellulite, Tbc. si mevcuttu. Alınan ciğer radyografisi ile kendisinde granülü mevcuttu. Hasta tecrid edilerek lokal tedaviye başlanmıştır. Kliniğe girmeden önce kendisine streptomycin yapılmış değildir. Muntazam olarak her gün, ilk zamanları ikişer gram ve sonraları birer gram olmak üzere lokal streptomycin yapılmış ve 11 ay yürüyememesine rağmen yürüme cihazı ile yürür bir durumda, yaraları kapanmış olarak ve aynı zamanda granülisi iyi olmuş olarak taburcu edilmiştir. Bu güne kadar muntazaman üç ayda bir kontrole gelmekte ve yürüme cihazını atmış olduğu halde kendisinde bir nüks belirtisi görülmemektedir. Halen memur olarak çalışmaktadır.

Bu ve bunlara benzer bir çok vak'alar tedavi edilmiş ve bunlardan yalnız, vaktiyle kendilerine uzun zaman lokal streptomycin yapılanlar müstesna hemen hepsinde muvaffakiyet hasıl olmuştur. Bu muvaffakiyetlerin sebebi her gün muntazaman streptomycin yapılması, muntazam bakılması zamanında yürüme cihazları ve korseleri yapılmış olmasından ileri geldiniği sanıyoruz.

Şunu da kabul etmek icabeder ki, her ne olursa olsun, hastaya tatbik edilen streptomycin'in büyük bir önemi vardır. İstihsal edildiği fabrikalara göre değişik, az tesirli ve bazan tesirsiz olduğu göz önünde tutmak icabeder. Bence memleketimize giren streptomycin'lerin bu yönden de kontrol edilmesi ve tesirsizlerinin çok ucuz bile olsa memlekete sokulmaması icabeder.

Hülâsa olarak Osteo - articulaire Tbc. lerde tedavi maksadiyle her gün, günde 1 gram olmak üzere lokal streptomycin enjeksiyon-

ları yapmalı ve hiç fasıla vermemelidir. Tedavi müddeti de en az 2 ay ve en çok 4 ay olmalıdır. İstehasızlık ve bilhassa kusma hallerinde önce günde 2 gram başlamışsa onu 1 grama ve küçüklerde ise yani 7 yaşından aşağı hastalarda günde yarım grama inilebilir. Tedaviyi daha güzel başarabilmek için ağızdan Rimifon ve Nydrzid vermek veya bunlarla birlikte A U Japon aşılarını tatbik etmek icabeder.

Tedaviyi kesebilmek için yapılan radyografi ile kemiklerde flu manzaranın tamamen kaybolmasını beklemek ve iyi olan vak'alarda gayet net kemik trabeküllerinin teşekkülünü beklemek icabeder.

S U M M A R Y

Causes of Resistancy to Streptomycin and Possible Precautions in the Treatment of Bone and Joint Tuberculosis with Streptomycin : The bone and joint tuberculosis is almost a secondary evidences of the infection. The foci of tuberculosis is surrounded with very thick bone and connective tissues. For that reason only 30 per cent of streptomycin reaches the main foci in systemic administration of the drug. Contrary the local application of the drug produces a concentrated bactericidal effect on the foci.

The local application of 2 gr. streptomycin for 20 days and then 1 gr. everyday produced excellent results in 2 cases among 4 cases treated with this method. In 2 cases good result is not observed because one case had a great amount of streptomycin by systemic administration before the local application and in the other case irregular application of the drug because of the shortage of the drug.

The local application of streptomycin is the best method of treatment in bone and joint tuberculosis. The treatment must be started with 2 grs. for 20 days and then continued with 1 gr. everyday in adults.

R É S U M É

Les causes de la streptomycino - résistance dans le traitement de la tuberculose ostéo - articulaire et les moyens peuvent empecher son développement.— Les tuberculoses ostéo - articulaires sont presque toujours secondaires. Ces lésions étant entourées d'une gaine fibreuse ou d'une coque osseuse, la pénétration jusqu'à leur niveau de la streptomycine injectée ne se fait que dans la proportion de 30% et même au dessous de cette proportion. En une époque

où les injections locales de streptomycine sont conseillées dans le traitement des cavernes anciennes entourées d'une couche fibreuse, il est illogique de ne pas essayer les injections locales dans les lésions ostéo-articulaires. D'ailleurs, le seul moyen de traiter de telles cavernes est de faire des cavernectomies. Il faut admettre aussi que l'effet bactéricide de la solution concentrée de streptomycine, appliquée localement, est prépondérante. L'auteur présente quatre cas, dont deux traités depuis un certain temps d'une manière continue par la streptomycine et ayant acquis une résistance à ce médicament. Les deux autres eurent par contre un certain temps d'arrêt entre la cure générale et la cure locale; ces derniers bénéficièrent du traitement local, à la dose de 2 gr. par jour de streptomycine, durant 20 jours, puis la dose fut réduite à 1 gr. par jour. Les deux autres malades qui présentaient à peu près les mêmes lésions et reçurent les mêmes doses de médicament ne jouirent d'aucune amélioration. Cela est dû à ce que ces derniers avaient acquis une certaine streptomycino-résistance.

Comme conclusion, on peut dire que pour réussir dans le traitement de l'ostéoartrite tuberculeuse, il est préférable de faire chez les adultes des injections locales de 2 gr. de streptomycine les vingt premiers jours, puis de réduire cette dose à 1 gr.

*Istanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Cerrahisi ve Ortopedi Kliniği
Ord. Prof. Dr. Akif Şakir Şakar*

KEMİK VE MAFSAL TÜBERKÜLOZU TEDAVİSİNDE ŞİMİK VE ANTİBİYOTİK İLÂÇLARIN MUKAYESESİ VE İSONİAZİD HAKKINDAKİ TECRÜBELERİMİZ

Doçent Dr. CEVAT ALPSOY

İkinci dünya harbinden sonra tüberküloz vak'alarının artışı cerrahları da osteo - artiküler tüberkülozda koh basili üzerine direkt tesir icra eden şimik ve antibiyotik ilâçları kullanmaya sevk etmiştir. Mamafih kemik ve mafsalları veremi tedavisinin ana hatları ve esas prensipleri bir çok ilâçlara rağmen değişmiş sayılamaz. Konservatif ve ameliyatla tedavilerin başta geldiğini ve bunlarda yardımcı bir çok ilâçların da istimal edildiğini hepimizin malûmudur.

Bizde hastalarımızda sırasıyla bu antibiyotik ve şimik ilâçları kullanılmak imkânını bulduk. İşte bunlardan eskilik sırasile, mevkiini henüz başkasına terk etmemiş bulunan *Streptomycin* antibiyotikinden işe başlayalım :

Kliniğimizde dört yılı müteceviz bir zamandanberi kullandığımız bu ilâcın osteo-artiküler tüberkülozda tesirini ve tecrübelerimizi 1950 yılında Hannover de toplanan Alman ve Paris'deki Fransız Ortopedi kongreleriyle, aynı zamanlarda Ankaradaki Millî Türk Tıp Kongresinde tebliğ etmiştik. O zamandan bugüne kadar tatbikatımıza devam ettik ve tecrübelerimizi daha ziyade arttırdık. Bu güne kadar vak'a adedi 400 ü geçiyor. Tüberküloz osteo - artiküler lokal bir hastalıktan ziyade umumî bir hastalığın lokal bir tezahürü ve nevüma bir metastazı olduğundan *Streptomycin* tedavisinde ilâcı hem genel ve hem de lokal olarak kullanıyor ve miş enfeksiyon vak'alarında *streptomycin*'e penicillini de teşrik ediyoruz. Bilhassa apse ve fistül vak'alarında lokal tatbikattan aldığımız netice çok parlaktır. Kısa bir zamanda cerahat sulanıyor ve kuruyor, fistüller kapanıyor. *Streptomycin*'in tesir etmediği primer veya sekonder rezistan vak'alarda daha sonra bahsedeceğimiz şimik ilâçlara baş

vurarak da iyi neticeler aldık. Streptomycin de rezistansa karşı bir çok vak'alarda P.A.S. da teşrik ettik. P.A.S.'ın yalnız olarak kemik ve mafsal tüberkülozunda önemli bir tesir yapacağı kanaatinde değiliz.

Streptomycin tedavisi sırasında pek az ihtilâtlara rastladık. Allerjik ve toksik reaksiyonlar ilâcı kesmekle hemen geçiyor. Bir kaç hastada ateş yükselmesi görüldü. Kulak uğultusu, baş dönmesi ve bulantı gibi belirtilerde kolaylıkla geçmektedir. Bir müddet sonra kaybolan sağırılığa iki vak'ada şahid olduk.

İkinci kullandığımız şimik bir ilâç olan *Conteben* TB I 698 hakkındaki 28 vak'aya dayanan görüşümüzü 1951 yılında Türk Tıp Cemiyetinde tebliğ etmiş ve ayrıca *Dirim* dergisinde yayınlamıştık.

Domagk ve arkadaşları tarafından bulunan Thiosemicarbazon, TB I 698 *Conteben* adile Bayer fabrikası piyasaya çıkarmıştır. Bu ilâcın keşfile tüberküloz şimyoterapisi yeni bir yola girmiş bulunmaktadır. Bunun hakkındaki yayınlara daha ziyade Almanya'da rastlamaktayız. Bizde yukarıda söylediğimiz gibi 1951 den beri bu ilâcı sırasına göre kullanıyoruz. Türk Tıp Cemiyetinde söylediğimiz şekilde tatbikatta bulunuyoruz. Düşüncelerimiz değişmemiştir. Verdiğimiz ilâç miktarı 10-20 gramı geçmemiştir. Tedaviden istifade eden hastalarda iştah açılıyor, genel durum düzeliyor ve kilo alıyorlar. En çok faydalandığımız vak'alar fistül ve abselerde yaptığımız lokal tatbikattır. Streptomycin ile mukayese de yapılmıştır. Vak'aya göre streptomycin den istifade etmeyen de *Conteben* iyi gelmiş, mamafih bunun akside olmuştur. Bu ilâçla tedavide sırasına göre streptomycin ve P.A.S.ı da teşrik icabetmektedir. Toksik bir ilâç olan *Conteben* mutlaka bir klinikte yatarak tatbiki ve sıkı laboratuvar muayenelerile karaciğer ve böbreğin kontrol mecburiyetinin önemli bir mahzur teşkil ettiğini zikredebiliriz. Daha az toksik olan TB IV 698 suda münhal mürekkebinin kullanmak imkânını bulamadık.

Conteben de meydana gelen tahammülsüzlük (kusmalar, ateş yükselmeleri, ekzantem, hemoglobin azalması, hazımsızlık ilh. gibi) lere bir kaç vak'ada rastladık. İlâcı azaltmak veya kesmekle bunlar bertaraf edilmişlerdir. Sedimentasyon Streptomycin de olduğu gibi hastanın tedaviden istifadesini gösteren bir vasıttır.

İlâcın tatbik edileceği hasta bir klinikte yatmalı, hastanın ilâca karşı tahammül derecesi tayin edilmeli, haftada veya on günde bir eritrosit, hemoglobin, lökosit, sedimentasyon, idrar tahlili (bilhassa ürobilinojen) yapılmalıdır. Dozajı hastanın tahammülüne göre endividüalize etmek gerekir. İlâcın zarar vermemesi için uzun müddet

fakat alçak dozda tatbiki lâzımdır. Başlangıç günlük doz 12,5 miligram olmalı, tedrici yükseltilerek 100 miligramı geçmemelidir. Küçük çocuklarda entoksikasyon daha kolaylıkla husule geleceğinden çok dikkat etmeli ve 25 miligramı aşmamalıdır. Hemoglobini %50 den aşağı olanlara ilâç verilmemeli, tedavile hemoglobin yükseltildikten sonra tatbiki uygundur. Apse ve fistüllere lokal tatbikat için 5-10 santigram Conteben bir gram antipirin ve 20 cmc distile su içinde eritilerek ben maride sterilize edilir.

Müessir bir ilâç olmakla beraber toksik bulunuşu ve ancak klinikte yatarak verilmesi imkânı Conteben'in fazla yayılmasına mani olmuştur.

Son zamanlarda ortaya çıkan ve şimdi bahsedeceğimiz *İsoniazid* gurubu ilâçlar daha elverişli gibi görünüyor.

Şimdi de son olarak kısaca bu *İsonicotinik asid hidrazid*in kemik ve mafsal tüberkülozundaki tesirinden bahsetmek istiyorum. Son zamanlarda tüberküloz tedavisi hakkındaki literatürün mühim bir kısmını işgal eden izonikotinik asid hidrazid sentez tarikle elde edilmiş renksiz bir kristaldir. Suda kolayca erir. Osteo-artiküler tüberkülozda kullanılışına dair literatür henüz pek mahduttur.

Hydrazid, Rimifon, Nicetal, İzonicin, Neoteben İnaziol ilh.. gibi bir çok yerli ve yabancı müstahzarlar arasından daha ziyade Roche fabrikası tarafından namımıza gönderilen Rimifon'u kullandık.

Bu ilâcın tesiri üzerinde fazla duracak değilim, çünkü dahiliyeci ve diğer arkadaşlar bunu izah ettiler. Ben kısaca gerek kliniğimizde ve gerekse Valdebağ sanatoryum ve prevantoryumda osteoartiküler Tb. vak'alarında kullanılan bu ilâcın tesirinden ve neticelerinden bahsedeceğim.

Rimifon'u altı ay gibi kısa bir zamanda osteo - artiküler tüberkülozda kullanmak imkânını bulabildik.

Tetkiklerimiz saf Rimifon 14 ü hocamız Akif Şakir Şakar tarafından Valdebağ prevantoryum ve sanatoryumundan olmak üzere 25 ve streptomycin'le teşrik edildikten sonra her iki tarafta müşterek 58 vak'aya dayanmaktadır. Saf tatbiklerimiz de yaş 5-60, çoğunluğu 15-25 arası teşkil etmektedir. Verilen mecmu ilâç miktarı 5-30 gramdır. Ortalama günlük doz kilo başına 4-5 miligram hesabı ile verilmiştir.

Saf rimifon kullanılan vak'alar lokalizasyona göre :

Mal de pot 10, Koksalsji 7, diz Tb. 4, kalkaneum TB. I, Dirsek Tb. 1, mültipl Tb 2 olmak üzere 25 dir.

Bu vak'aların 14 ü fistül ve 5 i de apseli idi. Yani apse ve fistüller % 80 i teşkil etmekte idiler.

Streptomycin ve Rimifon'u teşrik ettiğimiz kalan 33 vak'ada ise bazılarında evvelâ streptomycin kullanılmış iyi netice alamayınca rimifon da tedaviye katılmıştır. Mamafih bazılarında bunun akside vaki olmuştur.

Bu 58 vak'anın dışında bir aded ampiyem ve sekizde fistülide veya apseli adenit tüberkülozda saf rimifon tedavisine tabi tutulmuş ve çok iyi netice alınmıştır. Bunlarda tahminen 20-40 gün zarfında fistüller kapanmış ve apseler kurumuştur. Bu suretle vak'a adedimiz 67 yi bulmaktadır.

Tedaviden istifade eden vak'alarda iştah açılıyor, kilo alıyorlar, ateş düşüyor, apseler küçülüyor ve fistüller kuruyor.

Akse ve fistül vak'alarında Roche fabrikası tarafından hususi olarak gönderilen 50 ve 250 miligramlık ampullerinden tatbik ettik. Neticeler daha süratli alınıyor. Apseler evvelâ sulanıyor, küçülüyor ve kuruyor, nedbelerde küçük oluyor.

Streptomycin de olduğu gibi hattâ daha ziyade İsoniazid'lere rezistans kazanma işi de önem kazanmaktadır. Streptomycin de P.A.S. verilmesiyle rezistans kısmen önlenemediği halde bunda mevcut değildir. İlâcın mühim mahzurlarından biri de budur. Rezistans kazanan vak'aları maalesef laboratuvar incelemeleriyle tesbit imkânını bulamadık.

Rimifon tatbik müddetimiz henüz pek az olduğundan kat'î bir fikir söylemek zamanı henüz gelmemiştir. Mühim bir ihtilâta rastlamadık. Bazı hastalarda konstipasyona meyil oluyor. Gıdanın tanzimi ve bazan bir az prostigmin vermekle düzeliyor. Bir hastada reflekslerin artması ve sinirli hal, ilâcı azaltmakla geçti.

Bir kaç kelimede *AO Tuberkle Vaccin*'den bahsetmek istiyorum. Tüberküloz aşısı işile *Robert Koch*'un tüberküloz basilini keşfettiği zamandanberi çalışılmaktadır. Nihayet Japonyada *A r i m a* enstitüsünde bu işe muvaffak olunduğu bildiriliyor.

Memleketimize henüz girmemiş olan bu aşidan tecrübe edilmek üzere bir kaç kutu bize de verildi. Aşı bir santimetre küplük ampuller içinde ve berrak manzaradadır. İki aydanberi 11 hastada tatbik ettik. Sform tüberküloz basilinden yapılan bu aşının tesiri *A r i m a* enstitüsü tarafından kat'î olduğu söylenmekte ise de memleketimizin değerli bakteriyologları buna söylediği kadar kıymet vermekte tereddüd ediyorlar. Hastanın yaş ve kilosuna göre ayarlanan aşığı tatbik ettiğimiz hastalara aynı zamanda antibiotik ve şimik ilâç-

lar da verdiğimizden aşının direkt tesiri hakkında bir söz söylemek kabil değildir. Mamafih hiç bir reaksiyon husule gelmedi. Zaman daha pek kısadır. İstikbal neticeyi daha ziyade meydana koyacaktır. Bu aşı yalnız miliyer tüberküloz, peritonit Tb. granüli gibi hallerde kontrendikedir.

Hülâsa olarak şunları söyleyebiliriz ki, gerek antibiotik ve gerekse şimik ilâçlardan birine saplanıp kalmayarak ilâcı ve dozu endividüalize etmek ve şimdiye kadar tatbik edilmekte olan konservatif ve operatif tedaviyi ihmal etmemek lâzımdır. Kullanılan bu ilâçlar hastalık süresini kısaltıyor, hastaları ameliyata elverişli bir hale getiriyor ve ihtilâtları da en aşağı derecesine indiriyor.

Bütün bu vasıtalara rağmen tüberküloz tedavisinde henüz tam ideal ve kat'î bir devaya kavuşmuş sayılamayız. Fakat bu devadumlarla ilerleyiş yakında daha semereli bir yola çıkılacağı ümidini beslemektedir. Zaten yeni antibiotiklerin ve şimik ilâçların keşfine doğru olan temayül şimdiye kadar bulunanların gerek pulmoner ve gerekse extra pulmoner tüberkülozda kat'î şifayı temin edememiş olmalarından ileri gelir.

S U M M A R Y

The Comparison of Chemical and Antibacterial Treatments in Bone and Joint Tuberculosis and Some Trials on Isoniazid : The drugs used in the treatment of bone and joint tuberculosis is explained.

The most powerful antibacterial that streptomycin is used for four years in our practice. The result of the trails on this subject is published in French and German Orthopedic Congresses in 1950 and in National Turkish Medical Congress held in Ankara The amount of the cases treated are 400. The PAS is combined with streptomycin in cases resistant to streptomycin. No. side-effect is observed due to application of the drug.

The result obtained from thiosemicarbasones, TB I, on 28 cases have been communicated at the Turkish Medical Association in 1951 and published at Dirim. We used thiosemicarbasones both orally and locally. Conteben must be used in small doses for a long time. Because of the toxic effect necessity of hospitalisation during application of the drug is handicapped the widespread usage of thiosemicarbasones. We have produced very good result in its local application in abcess and fistulas.

We have used isoniazid for 6 months. In 25 cases isoniazid is used alone and in 38 cases in combination with streptomycin. We have also produced excellent result in 8 cases of adenitis and 1 case of empyema. We did not abserved even a single complication due to application of isoniazid. The main inconvenience of the isoniazid is the early establishment of resistancy against the drug.

Only to depend on the effect of antibacterials in the treatment of bone and joint tuberculosis is not a safe method. Although antibacterials have definite effect on bone and joint tuberculosis the role of the other measures is still undenaible. We have to comment that we are aware of having ideal drug in the treatment of tuberculosis at the moment. But we have some hopes for the future on this field of medicine.

R É S U M É

La comparaison entre le traitement par les produits chimiques et les antibiotiques de la tuberculose osseuse et articulaire; essai avec l'isoniazide.— Les médicaments chimiques et les antibiotiques ont été décrits.

La streptomycine qui garde encore la prépondérance parmi tous les autres médicaments depuis plus de quatre ans dans le service de l'auteur est normalement utilisée, il a communiqué les résultats qu'il a obtenus au Congrès d'Orthopédie allemand et français de 1950 et au Congrès nationale turc qui s'est tenu à Ankara vers la même époque. Ces essais portaient sur plus de 400 cas. L'association avec le PAS fût utilisée en cas de développement de la résistance.

En second lieu, la *Thiosemicarbazone* TB. 698 dans 28 cas. Les résultats ont été communiqués à la Société turque de Médecine en 1951 et publiés dans la Revue *Dirim* Ce médicament a été prescrit par voie buccale ou en application locale. La Contebene doit être ordonnée pour un temps souvent long. La nécessité d'un séjour à l'hospital, les recherches répétées de laboratoire et les effets toxiques du médicament ne permettent pas sa divulgation. Les effets de la Contebene, en application sur les abcès et fistules, sont bons.

Les médicaments du groupe de l'isoniazide sont utilisés depuis plus de 6 mois. Le médicament a été prescrit seul à 25 malades et combiné à la streptomycine à 38 autres. Dans 8 cas d'adénites et 1 cas d'empyème l'auteur à obtenu de bons résultats. Le nombre total des malades traités est de 67. La dose journalière utilisée est de 4-5 miligr. par kilo. Les applications locales ont été faites avec les ampoules de 50 et 250 miligr.

Les résultats paraissent être très bons. L'auteur n'a pas observé des complications sérieuses. L'inconvénient essentiel de ce médicament et qu'il détermine le développement rapide d'une résistance Comme l'auteur utilise ce produit depuis un temps très court, il ne peut donner une opinion définitive.

L'auteur arrive à la conclusion qu'on ne doit pas utiliser excusivement tels antibiotiques où tels produits chimiques; le médicament et la dose doit être déterminé pour chaque cas individuellement. Il déconseille le renoncement aux méthodes conservatives et opératoires utilisées jusqu'à présent. Ces médicaments raccourcissent la durée du traitement, préparent les malades aux interventions chirurgicales et reduisent au minimum les complications. Malgré tous les moyens therapeutiques on ne peut pas dire que le moyen idéal du traitement de la tuberculose a été découvert; cependant ces progrès permettent d'espérer qu'une thérapeutique encore plus active sera découverte.

AKCİĞER TÜBERKÜLOZ KAVERNLERİNİN MAURER'İN SPLEOSTOMİ «KAVERNOSTOMİ» USULÜ İLE TEDAVİSİ

*TEVFİK SAĞLAM
NİHAT ZALOĞLU*

Son zamanlarda keşfedilen antibiyotiklere ve sözde mucizevî tesir eden ilâçlara rağmen tüberkülozun bütün şekillerini iyi edebilecek spesifik ve müessir bir tedavi vasıtamız yoktur.

Akciğer kavernleri fitizinin prognoz ve tedavi bakımından hâlâ kesin bir şekilde halledilmemiş önemli bir problemdir.

Kollapsoterapinin muhtelif şekillerinin ve lobektomi ve pnömo-nektomi gibi cerrahinin ağır müdahalelerinin gayesi kavernlerin tedavisidir.

Bu tedavi metodları yanında, indikasyonları dikkatle nazarı itibara alınmak şartıyla, önemli bir yer işgal etmeye hak kazanmış bir usul daha vardır : *S p l e o s t o m i*.

Spleostomi göğüs çeperinden kaverne kadar trokar vasıtasıyla geniş bir kanal tesis etmek ve bu yoldan yapılan tamponlama ile kavern içine lokal bir antibiyotik tedavisi tatbik etmek usulüdür. Bunu bulan 1949 da İsviçreli *G. M a u r e r* dir.

M o n a l d i'nin aspiratif drenajından sonra *M a u r e r*'in spleostomisi kavernlerin lokal tedavisinde önemli bir tekâmül teşkil eder. Bu usulün indikasyonları oldukça geniş olduğu gibi elde edilen neticeler de çok zaman memnuniyet vericidir. Spleostominin tatbiki hekim için kolay, hasta için az zahmetlidir, spleostomi henüz nadiren tatbik edilmektedir.

Kanaatimizce spleostomi tüberküloz kavernlerinin tedavisi konusunda daha önemli bir yer işgal etmeğe lâyıktır. Buna rağmen muhtelif memleketlerin ftizyologları ile olan şahsî temaslarımızda çok zaman bu müelliflerin bu usulü kullanmadıklarını ve hattâ çoğunun usul hakkında esaslı bilgileri olmadığını gördük.

İşte bunun içindir ki, bugün bu konuya temas ederek elde ettiğimiz şahsî tecrübelerimizi hülâsa etmek istedik.

Spleostominin başlıca indikasyon sahası tek kavernlerdir. Bu usul müteaddit küçük kavernlere tatbik edilemez. Üst lobta bulunan

kavernlere daha kolay tatbik edilir. Tepe ve hilus kavernleri, büyük damarların yakın olması yüzünden, kavernostomi için uygun değildir.

Spleostomiye tatbik edebilmek için her şeyden önce plevra boşluğunun kapalı olması lâzımdır. Eğer plevralar birbirine yapışık değilse plevra boşluğuna hipertonic glükoz veya bir talk süspasyonu vererek bir senfiz yaratmalıdır.

Vak'aları seçerken aynı veya mukabil akciğerde mevcut lezyanların varlığı ve genişliği nazarı dikkate alınmalıdır.

M a u r e r orijinal neşriyatında usulünün tekniği hakkında kâfi derecede malûmat vermiştir.

1949 senesi son aylarından 1952 senesi sonuna kadar 53 hastada 58 kavernostomi yaptık.

Hastaların yaşca en genci 13, en yaşlısı 64 yaşındadır. Vak'aların yaşa göre sınıflanması :

Yaş	Sayı
11 - 20	7
21 - 30	28
31 - 40	13
41 - 50	6
51 - 60	2
61 - 64	2
	<hr/>
	53

49 u tek kaverne,
4 ü aynı hastada 2 kaverne,
3 ü aynı hastada 2 kaverne,
2 si aynı hastada nükseden kaverne
yapıldı.

Hastalığın başlangıcı 4 ay ile 13 yıl arasındadır.

Hastalığın başlangıcına göre sınıflanması :

Vak'a sayısı	Hastalığın başlangıcı
3	4 ay
2	5 »
2	6 »
6	7 »
1	8 »
2	10 »
13	1 yıl
2	1 - 1/2 yıl
9	2 yıl
1	2 - 1/2 yıl
5	5 yıl
3	4 »
2	5 »
1	6 »
2	6 »
2	10 »
2	13 »
<hr/>	
53	

Kavernlerin yerleri :

27	Sağ üst lop
1	Sağ orta lop
1	Sağ alt lop
27	Sol üst lop
2	Sol alt lop
<hr/>	
58	

Kavernlerin 34 ü (%58) eski, sert ve kalın çeperli, 24 ü (%42) yeni ve ince çeperli idi.

Kavernlerin hacmi muhtelif idi; en büyüğü 5×10,5 cm. en küçüğü 1×3,5 cm., en çoğu 2,5 - 6 cm. çapında idi.

Kavernlerin 38 inin (%66) bronşla iştiraki var, 17 sinin (%34) yoktu. Bir hastada birbirinin altında bulunan iki kavernin birbiriyle ve bronşla iştiraki vardı. Bunlardan birine yapılan kavernostomi neticesi iki kavernde de büyük bir küçülme oldu, fakat 7 ay sonra henüz kapanmadan hasta kliniği terketti.

Plevra Boşluğu 53 vak'adan 4 ünde açıldı. Talk tozu süspansiyonu şırınga edilerek plevra yapıştırıldıktan sonra kavernostomi yapıldı. Bir vak'ada pnömotoraks denemeleri plevrayı

yapışık gösterdiği halde kavernostominin ertesi günü o tarafa bir pnömotoraks teşekkül etti. Zaten çok ağır halde bulunan hasta huse gelen empiyem ve diğer taraftaki akciğer âfetinin ilerlemesiyle 1,5 ay sonra öldü.

58 kavernostominin 52 sinde streptomisin ile tamponlama yapıldı, 6 sına hiç tamponlama yapılmadan ultraviyole ve diyatermi tatbik edildi. İlk 52 kavernden kapanmaları geciken 13 kaverne sonradan ultra - viyole ve diyatermi tatbik olundu.

53 hastadan 48 inde kavernostemiden sonra tartı artması görüldü. En çok tartı kazanan 5,5 ayda 19,5 kilo alan bir hastadır. Çoğunda artma 7 - 8 kilodur. 5 vak'ada tartı artmamış ve bunların üçü ölmüştür.

Kavern sekretinde basiller çoğunlukla kaybolmuştur. 58 kavernostomide :

4 vak'ada (%7) kavern sekretinde hiç basil bulunmamıştır. Bunların 3 ünde balgamda da basil yok, birinde vardı, Geri kalan 54 vak'adan 49 unda (%90) basiller kaybolmuş, 5 inde (%10) basiller bâki kalmıştır.

Kavern sekretinde basillerin kaybolma müddeti :

19 vak'ada	2 - 10 gün
21 »	11 - 20 »
25 »	21 - 30 »
1 »	40 »
1 »	60 »
<hr/>	
49	

Basiller en erken 2 günde (2 vak'a), en geç 60 günde kaybolmuştur. Basillerin kaybolması %82 vak'ada 2 - 20 günde olmuştur.

Balgamda basiller : 6 vak'ada balgamda basil yoktu. Bunların 3 ünde gerek balgamda ve gerek kavern sekretinde basil bulunmadı. Üçünde ise kavern sekretinde basil bulunduğu halde balgamda yoktu.

Geri kalan 47 vak'adan 28 inde (%60) balgamda basiller bâki kalmıştır. Bundan 5 inde kavern sekretinde de basil mevcut idi. 23 vak'ada ise balgamda bâki kalan basillerin menşei akciğerlerdeki diğer âfetlerdir.

Kavernostomiden elde edilen neticeler :

Kapanma : 53 kavernostomiden 23 ünde kavern kapanmıştır (%40).

Kavernlerde kapanma müddeti :

Vak'a sayısı	Kapanma Müddeti	Vak'a sayısı	Kapanma Müddeti
1	33 gün	1	9 ay
1	2 ay	1	10 »
2	3 »	1	12 »
3	4 »	1	13 »
2	6 »	1	15 »
2	7 »	1	16,5 ay
5	8 »	1	29,5 ay
		<hr/>	
		23	

Bu cetvelde görüldüğü veçhile kapanma 9 vak'ada (%39) 1-6 ayda, 9 vak'ada (%39) 7-12 ayda olmuştur. Bu vak'alarda kavern kapandıktan sonra müşahede ve kontrol müddeti en uzun 2 yıl (3 vak'a), en kısa 1 ay (1 vak'a) dır.

Bunlardan başka 10 kavern önceden kapanmış, sonradan nüks etmiştir.

Bunların 5 inde kavern yeniden teşekkül ettiği halde balgamda, mükerrer muayenelerde, basil çıkmamıştır. Bu nüksler kavern kapandıktan sonra 1 ay ile 1,5 sene arasında olmuştur. Bu 5 vak'aya sonradan bir müdahale yapılmamıştır. Bunlardan biri 6 aydan beri kontrol altındadır. Diğerleri kontrole gelmemiştir.

Diğer 6 nüks vak'asında balgamda basil bulunmuştur. Bu nüksler 3 ile 6 ay arasında olmuştur. Bunlardan 1 vak'ada torakoplasti yapılmış ve hasta iyi olmuştur. 3 hasta yeni bir müdahaleyi kabul etmemiş ve kontrole gelmemiştir. Bir vak'ada Rimifon ile basiller kaybolmuş, fakat 4 ay sonra yapılan kontrolda kavern aynı büyüklükte bulunmuştur.

Vak'alarımızın 11 inde iyileşme olmuş, hepsinde kavern küçülmüş, fakat bir artık kavern bâkî kalmıştır. Bunlardan 6 sında kavernostomi kanalı kapanmıştır, 5 inde açık kalmıştır. 3 vak'ada balgamda basil kesilmemiş, 8 inde kaybolmuştur.

Vak'alarımızın 9 unda kavernostomi tesirsiz kalmıştır. Bunlardan 6 sı ölmüştür. Bu hastadan 4 ü diğer âfetlerin ilerlemesinden ölmüştür. Bir hasta kavernostomi yapılan ve tamamen temizlenmiş olan büyük kavernin arkasında mevcut diğer büyük bir kavernden gelen büyük bir kanama ile ölmüştür.

Diğer bir vak'ada ölüm karşı tarafa yapılmakta olan pnömotoraksta bir brid kopması neticesi husule gelen supaplı pnömotorakstan ve deri enfiseminden ölmüştür.

Bu gruptaki geri kalan ve ölmeyen 3 vak'adan: 1 inde 11 ayda kavern aynı büyüklükte kalmış, Rimifonla basil kaybolmuştur. Ka-

vern sert fibröz bir doku içinde idi. Hasta ameliyatı kabul etmiyerek kliniği terketmiştir.

1 inde kavern müteaddit boşluklu idi. Rimifon ile genel hali çok düzeldi.

1 inde boşluğa iyi girilemedi ve iyi tanponlama yapılamadı. Tekrar müdahale yapılacaktır.

Vak'alarımızın 5 i yukarıdaki gruplar içine konmamıştır. Bunlardan 2 sine kavernostomi yapılabı henüz 1 ve 1,5 ay olmuştur. Bunların her ikisinde de kavern küçülmüştür. Fakat bir hüküm vermek için zaman çok kısadır.

Diğer 3 vak'a tedaviyi yarım bırakarak klinikten çıkmışlardır. Bunların 2 sinde kavern küçülmüştür (7 ve 8 ay sonra kontrol). Birisinin aynı halde olduğu 8 ay sonra tesbit edilmiştir.

Vak'alarımızdan 10 u ölmüştür. Bunlardan 6 sında otopsi yapılmıştır.

Ölenlerden 6 sı diğer âfetlerin ilerlemesinden ölmüşlerdir ve otopside 3 ünde kavern tamamen temizlenmiş bir halde idi; çeperlerinde tüberküloz âfeti yoktu ve sekrette B.K. bulunmadı. Birinde ise kavernostomi yapılan kavern tamamen sikatrize olmuştur.

Bu ölüm vak'alarından :

1 inde mukabil taraftaki pnömotoraksta bridin kopması neticesi, supaplı pnömotoraks ve deri altı emfizemi olmuş ve hasta bundan ölmüştür.

2 si kavernostomi ile kavern kapandıktan sonra diğer âfetlerin ilerlemesi neticesi ölmüştür.

3 ü kavern aynı halde iken diğer âfetlerin ilerlemesiyle ölmüştür.

1 i kavern küçülmüşken, tedaviyi bırakmış, dışarıda kavern büyümüş ve büyük bir hemoptizi olmuştur. Kliniğe pek ağır bir halde gelen hasta kan transüzyonu akabinde ölmüştür.

1 hastada ölüm kavernostomi akabinde, husule gelen pnömotoraks ve empiyem ve diğer âfetlerin ilerlemesi neticesi ölmüştür.

1 hasta kavernostomi yapılan değil, onun arkasındaki kavernden gelen büyük bir hemoptizi ile ölmüştür.

Kavernostomiden sonra görülen ihtilâtlar şunlardır :

1 vak'ada pnömotoraks.

9 vak'ada lokal kanama. (Bunların hepsi tamponlama ile kolayca durdurulmuştur).

2 vak'ada hemoptizi.

9 vak'ada kavernostomiden sonra kavern muhitinde infiltrasyon. (Bunlar penisilin tedavisiyle kısa bir zamanda geçtiğinden spesifik tabiatta olmamaları pek muhtemeldir).

1 vak'ada sol kolda nevralji (2 hafta sürmüştür).

Kavernostomi yaparken bazan hafif kanlı bir balgamdan başka bir ârıza olmadığı gibi, kanalda veya civarında hiç bir vak'ada herhangi bir infeksiyon görülmemiştir.

Ö Z E T

53 hastada yaptığımız 58 kavernostomiden elde ettiğimiz neticeler şöyle hulâsa edilebilir :

1. Kavernostomiden sonra kavern sekretinde basil bulunan 54 kavernden 49 unda (%90) basiller en erken 2 gün, en geç 60 günde (%82 2-20 günde) kaybolmuştur.

2. 58 kavernden 23 (%40) ı tamamen kapanmıştır. Kapanma müddeti en az 23 gün, en çok 1/2 ayda (%39 1-8 ayda, %39 12 ayda) olmuştur.

3. Bunların dışında 10 kavern nüks etmiştir. Bunların 5 inde balgamda basil bulunmamış, 5 inde çıkmıştır.

4. 11 vak'ada artık kavern kalmıştır. Bunların 6 sında kanal kapanmıştır.

5. 9 vak'ada kavernostomi tesirsiz kalmıştır.

6. 2 vak'ada kavern küçülmüş, fakat netice hakkında hüküm vermek için zaman kısadır.

7. 3 vak'ada hasta erkenden tedaviyi bırakmıştır ve netice belli değildir.

8. 10 hasta ölmüştür. Bunlardan 9 unun kavernostomi ile bir ilgisi yoktur. Bir vak'ada husule gelen pnömotoraks ve enfizemin ölümün husulünde bir dahli olmuştur.

9. Otopsi yapılan 6 vak'adan 1 inde kavern tamamen sikatrize bulunmuş, 3 ünde kavern tamamen temizlenmiş görülmüştür.

10. İhtilât olarak 9 defa lokal hemoraji, 2 defa hemoptizi, bir defa sol kolda nevralji olmuştur ve hepsi kolayca bertaraf edilmiştir.

58 kavernostominin neticeleri :

23 Kapanma, nüküссüz (%40).

10 Nüküs (vak'aların %17 sinde kapanan kavernlerin %30 unda).

- 11 İyileşme (artık kavern) (%20).
- 9 Tesirsiz (%15).
- 5 Netice hakkında bir hüküm verilmiyenler.

58

Son olarak yukarıdaki vak'alar içinde olup da yalnız *Orhan Ternar* usulü ultraterm ile tedavi olunan vak'alar hakkında bir kaç söz söyleyeceğim.

Bunlar 6 vak'adır. Bunların hepsinde basiller 5-9 günde kaybolmuştur; 1 inde basillerin kaybolması 21 gün sürmüştür; bu hastada teknik sebeple tedavi muntazam tatbik olunamamıştır.

Bu vak'alardan 5 inde kavern 36 günden 5,5 aya kadar bir müddet içinde kapanmıştır. 2,5 aylık bir vak'ada kavern henüz kapanmamıştır.

S U M M A R Y

The Treatment of Pulmonary Tuberculous Cavities by Maurer's Spleostomy : The authors have done 58 spleostomies on 53 cases by Maurer's method with the following results :

1. In 90 per cent of cases B.K. disappeared in cavity secretions. The period of disappearance is 2-60 days (in 82 per cent of cases in 2-20 days).

2. Among 58 cavities 23 (40 per cent) definitely closed and no relapse observed. The period of closure is from 23 days to 29,5 months (30 per cent in 1-6 months, 38 per cent in 7-12 months).

In 10 cases reopening was observed.

3. In 11 cases rest cavities persisted.

4. In 9 cases spleostomy did not any effect on the cavities.

5. In 2 cases the cavities recieved very small size, but the time was very short for definite result.

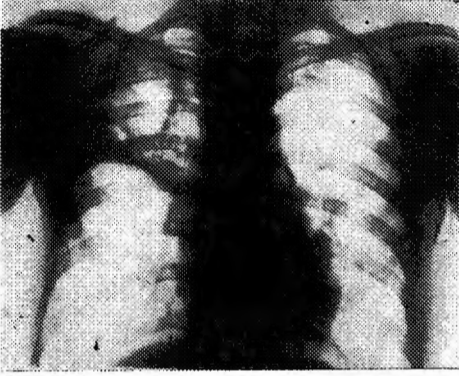
6. In 3 cases patients themselves gave up to the treatment in a short time.

7. 10 cases died. Among these in 9 cases no relation discovered between the death and spleostomy. Only in one case on which the pneumothorax and emphysema developped after the application of spleostomy, possibly spleostomy did some effect on the bad result.

8. In 6 cases which recived necropsies, in 1 cases sicatrisation and in 3 cases absolute sterilisation of the cavities is observed.

9. In 9 cases local bleedings, in 2 cases hymotyses and in 1 cases neuralgia on the left arm is obserbed as a complication of the procedure.

The authors believe that, the spleostomy has a valuable place in the treatment of tuberculous cavities.



Şekil: 1. Kavernostomiden önce.



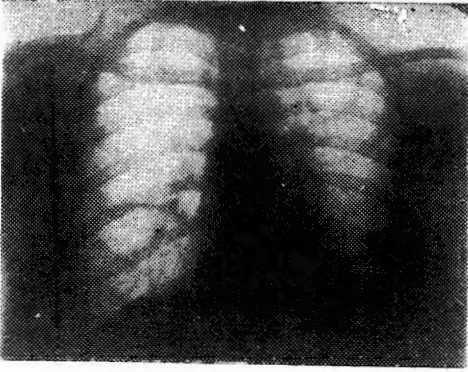
Şekil: 2. S. M. Kavernostomiden 94 gün sonra.



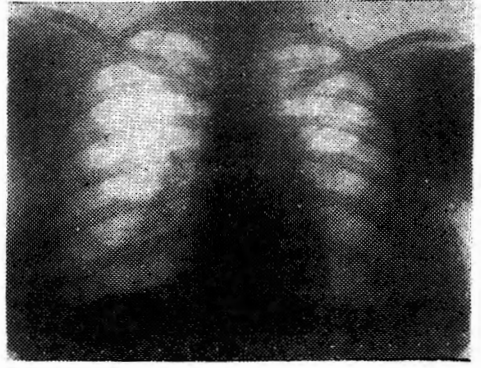
Şekil: 3. S. M. Kavernostomidenn önce.



Şekil. 4. S. M. Kavernostomiden 94 gün sonra.



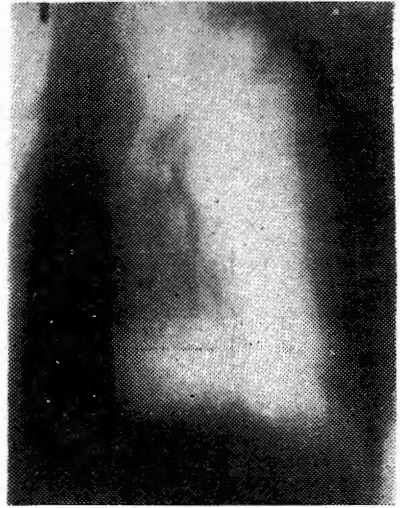
Şekil: 5. N. G. Kavernostomiden önce.



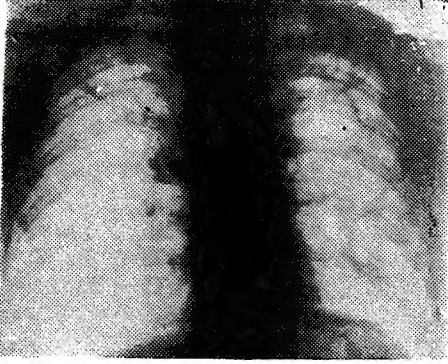
Şekil: 6. N. G. Kavernostomiden 8,5 ay sonra.



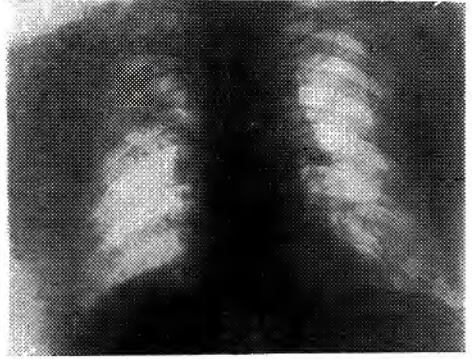
Şekil: 7. N. G. Kavernostomiden önce.



Şekil: 8. N. G. Kavernostomiden 8,5 ay sonra.



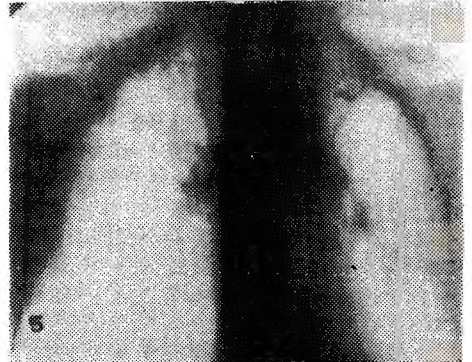
Şekil: 9. B. N. Kavernostomiden önce
(Solda 3 büyük kavren).



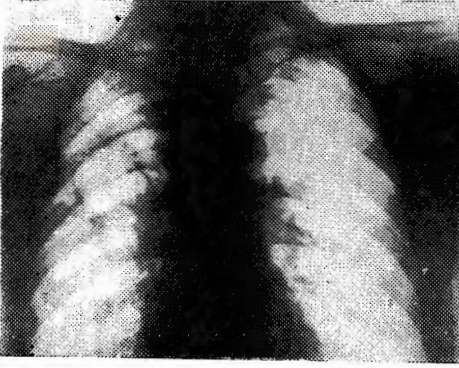
Şekil: 10. B. N. İlk Kavernostomiden
2,5 sene sonra.



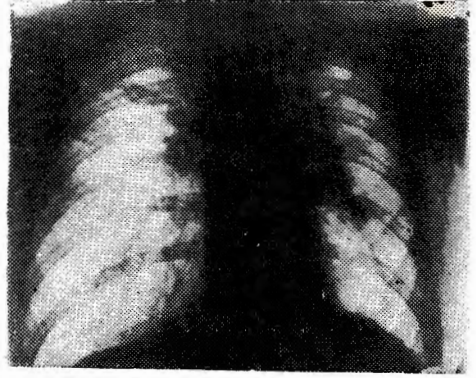
Şekil: 11. B. N. Kavernostomiden önce.
(Solda 3 büyük Kavern).



Şekil: 12. B. N. İlk Kavernostomiden 2,5
sene sonra. (3 Kavern de kapanméxtér).



Şekil: 13. N. K. Kavernostomiden önce.



Şekil: 14. N. K. Kavernostomiden 6 ay sonra.



Şekil: 15. Ç. M. Kavernostomiden önce.



Şekil: 16. Ç. M. Kavernostomiden 2,5 sene sonra.

R É S U M É

Le Traitement des Cavernes Tuberculeuses du Poumon par la Méthode de Cavernostomi de Maurer.— L'auteur a fait sur 53 malades 58 spléostomies d'après la méthode de Maurer. Les résultats sont les suivants :

1. Dans 90 % des cas les bacilles disparaissent dans la sécrétion des cavernes. La disparition se fait dans les 2 à 60 jours (Dans 82% des cas la disparition se fait en 20 jours).

2. Sur 58 cavernes 23 (soit 40%) se cicatrisèrent complètement et ne présentèrent pas de rechute. La durée de cicatrisation a été de 23 jours au minimum.

5. Bien qu'il y ait eu une diminution de volume des cavernes dans 2 cas il s'est produit des rechutes.

3. Dans un cas il n'y a plus de caverne.

4. Dans 9 cas l'intervention n'a donné aucun résultat.

5. Bien qu'il y ait eu une diminution du volume des cavernes dans 2 cas il a été impossible de se faire une opinion définitive, car la durée est trop courte.

6. Dans 2 cas le traitement a été arrêté trop tôt.

7. 10 malades sont morts. Dans 9 de ces cas la raison de la mort n'a aucun rapport avec la cavernostomie. Dans 1 cas le développement d'un pneumothorax et d'un emphysème détermina la mort.

8. Dans 1 cas autopsié la caverne était complètement cicatrisée et dans 3 cas les cavernes étaient complètement nettoyées.

9. Les complications observées sont: 9 hémorragies locales, 2 hémoptysies et 1 névralgie du bras gauche. La cavernostomie serait, d'après l'auteur, une intervention de grande valeur.

Heybeliada Sanatoryomu
Direktör Dr. Tevfik İsmail Gökçe

KAVERNOSTOMİ VE ENDOKAVİTER ŞİMYOTERAPÖTİK KAVERN TAMPONMANINDAN ALINAN NETİCELER

Dr. ZÜLFÜ SAMİ ÖZGEN

Modern Tüberküloz tedavisinin çeşitli tedavi metodları arasında, bilhassa endikasyonu olan vak'alarda, Kavernostomiyi müteakip kavite içerisine çeşitli antibakteriyellerle yapılan tamponmandan ekseriya, bir ön müdahale olarak, müsbet netice alınmaktadır. Sayın Heyetinizce malûmdur ki, tüberküloz tedavisinde organizmaya ister parenteral olarak zerk şeklinde isterse ağızdan ithâl edilsin, bütün antibakteriyellerin tesiri dolaşım sistemine karışarak kan yolu ile vuku bulmaktadır. Halbuki, invivo ve invitro bakteriyostatik tesirleri muhakkak olan ve vereme karşı ekseriya muvaffakiyetle kullanılan antibakteriyellerin, cidara vaskülarizasyondan mahrum nekrotiko - kazeöz ölü bir tabaka ile kaplı bulunan bilhassa eski kavitelere yukarda arzedilen yollarla tatbikinden hemen hiç bir netice alınamamaktadır. Bu bakımdan metodun bânisi *G. Maurer*'den evvel, *O. Zorini* de diğer bazı müellifler *P.A.S.*, *Streptomisin*, *Thio - Semi* karbazon ve son zamanlarda da *isoniazid* solüsyonları ile kavite içi lavajları tecrübe edilmiştir. Bu maksatla yaptığımız tedavi tatbikatında da şahit olduğumuz gibi, ekseriya müteaddit drenaj bronşları ile hariçte temasda bulunan kaviteler içerisine uzunca bir iğne ile yapılan bu çeşit lavajlarda antibakteriyel zerkini müteâkip, bir taraftan solüsyonun natürüne göre husule gelen şimik iritasyon, ve bir taraftan da refleks sebebi ile öksürüğü müteâkip kavite muhteviyatını harice atmağa çalışmakta ve bu suretle de nekrotize kavern cidarı ile verilen ilâcın teması pek kısa bir zamana inhisar ettiğinden müessir bir netice elde etmek pek mühim olmamaktadır. Tamponmanda ise antibakteriyeli tamamen emmiş bulunan meşin basiller üzerine direkt tesiri devamlı olacağı gibi mükerrer tampon değiştirmeleri esnasında kavite içindeki nekrotiko-kazeöz tabakanın temizlenmesi suretiyle kazeomun antibakteriyellerin tesirini nehy etmesi keyfiyeti de yavaş yavaş ortadan kaldırılmaktadır. Bu arada

başlangıçta *M o n a l d i* metodu ile, aspirasyonda yapıldığı takdirde (ki biz vak'alarımızın ekserisinde başlangıçta bu ameliyeyi de tatbik etmekte ve sonra *M a u r r e r* metodu ile tamponmana geçmekteyiz) evvelce mevcut kavite içi basıncı sebebi ile perikaviter atelektaziye uğramış sağlam rie dokusu açılmakta ve tamponla kazeumdan temizlenmiş olan kavite cidarında husule gelen granülasyon nesci sayesinde kavitenin küçülmesi mümkün olmaktadır. Biz, kavite içi tamponlarını %20 streptomisin veya %5 P.A.S. solüsyonu ile yapıyoruz. Aynı zamanda tedavi esnasında parenteral olarak umumî streptomisine veya ağızdan da P.A.S. vermeyi ihmâl etmiyoruz.

Heybeliada Sanatoryomunda son dört sene zarfında kavernostomi ve kavite içi şimiyoterapötik tamponman yapılan 59 vak'adan 14 tanesinde yalnız P.A.S., 11 tanesinde yalnız streptomisin ve 34 tanesinde de hem P.A.S. ve hem de streptomisin birlikte kullanılmıştır. Tampon meşinde B.K. streptomisine nazaran P.A.S. tatbikatında daha çabuk kaybolmaktadır. Bu müddet vak'alarımızda P.A.S için en az sekiz gün ve en fazla 36 gün, streptomisin için en az 11 gün ve en fazla 41 gündür. Streptomisin ile ilk ağızda tamponda basilin daha geç kaybolması, nevima bir ampiyem poşu gibi ceralatle dolu olan kavite içerisindeki PH konsantasyonunun daha ziyade asit tarafa kaçmasında buluyoruz. Zira PH. konsantrasyonunun alkale tarafa kayması ile streptomisinin basil üzerindeki tesirinin daha fazla artacağı, sayın heyetinize de malûm bir keyfiyettir. Bu maksatla vak'alarımızın büyük bir kısmında ilk tamponman tatbikatına P.A.S. ile başlayıp, müteakip aplikasyonlara streptomisin ile devamı uygun görmekteyiz. Streptomisine mukavim suşların hakim bulunduğu şahıslarda da tabiatıyla bu antibakteriyeli kullanmıyoruz. Bu arada Kavernostomili hastalarımızdan hariçte fazla streptomisin tatbik edilerek mukavemet teessüs etmiş bir hastamıza «bu hastaya hariçte 180 gr. streptomisin tatbik edilmiştir» streptomisin tatbik ettikçe ateşinin yükseldiğine ve P.A.S. tatbik etmekle de fiyevinin düştüğüne şahit olduk. Kavern tamponmanında koküslerin de iştiraki ile mikst enfeksiyon vukuunda P.A.S. ve Streptomisine penicilini de teşrik ediyoruz. Bazı stoma iltihabı vak'alarında toz halinde sülfamit ve pansumanda yeşil bir renk bırakan piyosiyaneüslerin inzimamında da toz asitborik tatbik ederek kavernostominin cild üzerindeki ağzını kapatıyoruz.

Kavernostomi ve tamponman yapılan hastaların umumiyetle ilk günlerden itibaren umumî halleri düzelmeye, iştahları açılmağa başlıyor. Kiloları artarak hastalar kendilerinde bir iyilik hissettiklerini

söylüyorlar. Biz bunu, uzviyetin tamponmanlar sayesinde tüberküloz basilleri bakımından yükünün azalması suretiyle toksik halin hafiflemesine atfediyoruz.

Bu güne kadar müessesemizde 39 u erkek ve 20 si kadın olmak üzere 59 vak'adan Kavernostomi ve kavite içi şimiyoterapötik tamponman yapılmıştır. Bu vak'alardan 3 tane vefat, 6 tane yayım, 8 tanesinde halen faaliyet, 1 tanesinde ampiyem olmuş ve bu metodla yalnız 1 hastada şifa ve 16 hastada da torakoplâsti ile şifa husule gelmiştir. Kavernostomi ve kavite içi şimiyoterapötik tamponmanla şifa bulunduğunu söylediğim vak'a :

H. G. 19 yaşında, kunduracı, 4 senedir hasta, evvelâ sağ tarafı hastalanıyor. Bu tarafta Px (—) olduğundan iki seans plâstik yapılıyor. Müessesemizdeki sol tepedeki kavite sebebiyle 24/5/951 (resim 1) de hastaneden çıkarken kavite hemen hemen silinmiş (resim 2), krâşede teksifle B.K. (—) menfi, kilosu 50 den 55 oldu. Bu hastanın 31.11.952 de, yani hastaneyi terkettikten bir sene sonra (resim 3) yapılan muayenesinde kavite tamamen silinmiş kilosu evvelce 50 iken 61,5 olmuş vital kapasitesi 1200 den 1900 e yükselmiş bulduk. Ve bu vak'ayı şifa olarak kabul ettik. Şifasına şahit olduğumuz böyle tansiyon kaviteli vak'alarda bir taraftan drenaj bronşunun kapalı olması sebebiyle fazla olan kavite içi basıncının muhitine yaptığı baskı sebebiyle mevcut perikaviter atelektazi, Kavernostomi ve aspirasyonu müteakip ortadan kalktığından rie nesci açılarak kavern sür'atle küçülmekte, bir taraftan da şimiyoterapötik tamponmanlar ile spesifik olmayan granülâsyon nescinin gelişmesi suretile salâh ve hattâ şifa temin edilebilmektedir. Fakat ne yazık ki, bu mesut neticeyi 59 vak'adan ancak bir tanesinde elde edebildik. Diğer vak'aların altı tanesi müstesna, hemen hepsinde tedavinin ilk 2-4 haftasında kavitelerin küçülmeğe başladığını müşahede ettik, fakat 1-6 ay tamponmana devam ettiğimiz halde yukarıda arzettiğimiz vak'adan başka diğerlerinde şifa elde edemedik. Bu mülâhaza ile dir ki, şifa derecesine kavitesi küçülen ve teksif hattâ kültürle de krâşesinde B.K. (—) menfi olan vak'alarda eğer sert kavite mevcut ise bu hastalara tamamlayıcı ve kendilerini kat'î şifaya götürecektir olan Torakoplâsti ameliyatını teklif ediyoruz. Nitekim şimdi müşahadelere arzedeceğim hastalar bu mütalâamızda haklı olduğumuzu zannedersenem ispata kâfi gelecektir.

S. P. 27 yaşında, ev kadını, 948 de hastalanmış, sağ tepede kavite, bu tarafa Px (—) menfi, 1/7/949 da bu kaviteye kavernostomi

ve tamponman, müdahale anında kışe B.K. +, 6/8/949 dan itibaren tampon ve kışe B.K. (—) menfi oluyor, kilo alıyor, umumî hali çok düzeliyor ve ileri derecede şifaya yakın salâh ile 8/12/949 tarihinde taburcu ediliyor, memleketi Kayseride daha da iyileşiyor, fakat bir safra kesisi ameliyatını müteâkip tekrar ateş, iştahsızlık ve öksürükle yeniden hastalanarak 8/5/952, yani müesseseseyi terk ettikten 2,5 sene sonra eski kavitenin yerine bir dev kavite ve kışe B. K. + olarak geliyor. 2,5 sene evvel yapılmayan Plâstik daha gayri müsaid şartlar altında bu defa yapılıyor. Cavite iki seans torakoplâstiden sonra vakıa çok küçülüyor, fakat Sanatoryomu terkederken teksifle yine kışe basil müsbettir.

D. M. 40 yaşında, terzi, 15 senedenberi hasta, 15/6/951 tarihinde sağ tepedeki büyük kavite ile müesseseye yatıyor, kışe B.K. müsbet, 3/8/951 de (resim 4) bu kaviteye kavernostomi, aspirasyon ve tamponmanla 22/10/951 de (Resim 5) B.K. menfi, hali iyi, radyolojikman kavitede ileri derecede silinme, bu arada teklif edilen Torakoplâsti ameliyatını kabul etmiyor, 30/5/952 de (Resim 6) kavitesi yeniden büyümüş olarak ve kışe B.K.+ tekrar müesseseye müracaat ediyor, tekrar kavernostomi yapılıyor ve plâstiğe hazırlanmak isteniyor, ise de hastanın bu defa nefes darlığı ve kavernostomi mahallindeki genişlemiş fistülü ile cerrahi tedaviye imkân bulunamıyor. Bu hasta bu gün mütemadiyen akan fistülü ile ızdırıp içindedir.

A. A. 56 yaşında, tüccar, 6 sene evvel hastalanmış, hariçte 180 gr. streptomisin almış, resistans teessüs etmiş, bize 13/2/951 de bol kışe çıkararak sağ tepedeki dev kavitesi ile yattı. Balgamda B.K. +. 16/2/951 de sağ tepedeki kaviteye kavernostomi ve tamponman, Mart 1951 nihayetinde kışe tamponda B. K. kayboldu. İleri derecede salâh, kavitede aşikâr radyolojik küçülme, bu arada hastaya torakoplâsti teklif edildi, kabul etmedi, 2/7/951 de, yani müesseseden çıktıktan dört ay sonra kışe artıyor, öksürükle beraber balgamda B.K. +. Bu hastanın müteâkip filimleri burada yoktur, fakat sol tarafında da taze yayım başladığından Torakoplâstiye artık imkân bulunamıyor.

A. K. 39 yaşında, tüccar, 15 sene evvel hastalanmış. 28/2/951 de sol tepede dev kavitesi ile müesseseye yattı, geldiğinde bol kışe ve B.K. + .27/2/951 de kavernostomi, Monaldi aspirasyonu ve tamponman, bu hastada streptomisin yapıldıkça ateşi yükseldiğinden

P.A.S ile tedavisine devam edildi. 5/4/951 de kıraş ve tamponda B.K. (—) balgam yok denecek kadar az, umumî hali çok iyi, bu esnada torakoplâsti teklifimizi kabul etmedi. 25/9/951 tarihinde yapılan kıraş muayenesinde B.K. (+) gaffky III grafide eski kavite ile onun altında ikinci büyük bir kavite, kaidedeki bu kaviteye torakoplâsti yapılamazdı. Ancak sol Pnömonektomi ile hasta kurtarılabilir.

H. Y. 22 yaşında, ev kadını. 947 de solda zatülcenbi müteakip hastalanıyor. 24/10/950 de müesseseye giriyor, 27/2/951 de sol tepedeki kaviteyi Kavernostomi, Monaldi aspirasyonu ve tamponman, 28/3/951 tarihinde teksifle kıraş ve tamponda B.K. (—). Kilo aldı, umumî hali çok iyi, bu arada torakoplâsti teklifimizi kabul etmiyor, 29/8/952 de, yani müesseseyi terkettikten dokuz ay sonra yine sol tarafta eski kaviteden daha büyük bir kavernle geliyor, tabîî kıraş bol ve B.K. (+) Gaffky II. İki seans plâstik, buna rağmen çıkarken kıraşada yine B.K. +. Eğer bu hasta kavitesinin çok küçüldüğü ve balgamında B.K. kaybolduğu, 29/6/951 tarihinde torakoplâstiyi kabul etseydi her halde ameliyatta muvaffakiyet çok daha iyi olurdu.

L. M. 27 yaşında. ev kadını. Dört sene evvel hastalanmış, solda hastalık bulunmuş, 15/2/951 de müesseseye ikinci defa girdiğinde sol tepede dev kavite, 5/4/951 de kavernostomi, Monaldi aspirasyonu ve tamponman. 20.6.951 de tampon ve kıraşada B.K. (—), aşikâr salâh hasta 56 kilodan 64 kiloya yükseldi, kan çökmesi bir saatte 30 mm. den 2 mm. ye düştü. Bu anda torakoplâsti teklif ettik, kabul etmedi. 14/10/951 de sanatroiyomu terk etti. Tam bir sene sonra 28/10/952 de aynı yerde kavite büyümüş, kıraşada B.K. (+) tekrar müracaat etti. İki senas torakoplâsti yapıldı.

Aziz dinliyenlerim görölüyor ki, torakoplâsti ile ikmâl edilen kavernostomi ve tamponmandan çok iyi netice almak kabildir. Nitelikim tavsiyelerimizi tutarak tamponmanı müteâkip teklif ettiğimiz ameliyatı kabul ederek şifaya kavuşan bir kaç müşahade daha arzedeceğim.

H. K. 23 yaşında, saraç, Sivaslı. 1947 senesinde sağ tarafında plörezi geçiriyor, müteakiben bu taraf tepede kavite, 2/2/950 de bu kaviteye kavernostomi, Monaldi aspirasyonu ve tamponman (Resim 7). Tamponmana iki ay devam edildikten sonra kavite küçüldü (Resim 8) ve B.K. kaybolmağa başlarken, hastanın çalışmak mecburi-

yetinde oluşu, lezyonun sirotik evsafda bulunması ve nihayet bu iyi durumdan istifade ederek 21/5/951 ve 8/6/951 tarihlerinde olmak üzere iki seans torakoplâsti ameliyatı yapılarak müesseseyi şifa ile terketmiştir. Sanatoryomdan 13/8/951 tarihinde ayrılmış olup bu tarihe kadar kışada B. K. tesbit edilememiştir (Resim 9).

T.B. 25 yaşında, boşda. 1947 de hastalanmış, sağda lezyon tesbit edilerek 26/8/947 de müessesemize yatırılmış, sağa Px. başlanmış, likit ve ampiyem olduğundan terkedilmiş bu arada solda hastalık baş göstermiş. Bu defa bu tarafa Px. halen bu Px. devam ediyor. 2/2/951 de sağ tepedeki büyük kaviteye kavernostomi, aspirasyon Monaldi, tamponman. 13/2/951 tarihinde kışa ve tamponmanda BK. menfi. Fakat bu hastanın kavernostomi kanalı fistül yaptı, tedavi edildi. Nihayet 29/1/952 de birinci ve 4/3/952 de de ikinci seans torakoplâsti yapıldı. Eskisine nazaran çok küçülmüş ve B. K. dan temizlenmiş olan bu kaviteye yapılan torakoplâstiden müsaid netice alınarak hasta şifaya kavuşturulmuştur. Nitekim hastanın 2/6/952 tarihinde yapılan kışa muayenesinde kültürle de B.K. menfidir.

E. D. 31 yaşında, demiryolu memuru. 1949 da hastalanıyor. 17/10/950 de müesseseye yattığında sol tepede dev kavite kışada B.K. (+) 15/11/950 de sol tepedeki dev kaviteye kavernostomi, aspirasyon ve tamponman. 6/2/950 tarihinde tamponmana devam ediyor, kavite biraz küçülüyor, biri 6/2/951, diğeri de 25/4/951 de iki seans plâstik yapılıyor.

Kavernostomi ve kavite içi şimyoterapötik tamponman yapılan hastalar bu tedavinin nihayetinde iştahları açılıp kilo alarak vaziyetleri düzelince teklif edilen torakoplâstiyi kabul etmiyorlar. Zira bu tedaviden faide gördüklerinden torakoplâsti gibi oldukça ağır bir cerrahi müdahaleyi istemiyorlar. Hakikatte ise rest kavitenin mevcudiyeti yakın bir istikbalde hastalığın tekrar nüksü, kavitenin büyümesi ile kendilerini çok daha gayri müsaid durumda torakoplâsti veya rezeksiyonu ile karşı karşıya getirmektedir. Nitekim yukarıda müşahadelerini arzettiğim vak'alar bu hususu itiraz kabul etmez bir realite olarak ortaya koymuş bulunmaktadır. Bu bakımdan bu güne kadar bu mevzuda vardığımız kanaat : Kavernostomi ve ando kaviter şimyoterapötik tamponmanın pek ender hallerde tansiyon kaviteli vak'alar müstesna olmak üzere umumiyetle bir ön müdahale olduğu ve şifanın teessüsü için de torakoplâsti ile teşrik ve itmam edilmesinin zarurî bulunduğu merkezindedir.

N O T :

Bu tebliğ, Operatör Dr. ENVER BOZYAKALI'nın kavernostomi ve tamponman isimli 10 vak'a üzerine Heybeliada Sanatoryo-munda 1949 yılında hazırladığı travaydan ve sayın Opr. Dr. AHMET ERBELGER ile sayın Opr. Dr. AVNİ AKSEL'in müdahale ettikleri bir kısım kavernostomili hastalara aid müşahedelerden istifade ederek hazırlanmıştır.

S U M M A R Y

The Spleostomy and the Package of the Cavities with the Swabs Imbibated with antibacterial Solutions: Spleostomy has a definite place in indicated cases. The result of spleostomies is demonstrated on 58 cases treated at Heybeliada Sa-natorium, for four years. After performance of spleostomy and package of cavity with antibacterial solutions; the cavity is sterilized and produced a considerably small size in a short time almost with contentable results. Although spleostomy is a procedure just for preparation of cases for further surgical interventions. The end result of cases of cavernostomy which is not committed to further surgical intervention is demonstrated and the obligation of performance of thoracoplasty after sterilisation of small sized cavities with cavernostomy is approved on clinical observations and clinical cases.

R É S U M É

Les résultats obtenus par la cavernostomie et tamponnement chimiothé-rapique endocavitaire.— Au Sanatorium de Heybeliada la méthode de tampon-nement chimiothérapeutique de Gustave Maurer a été appliquée sur 58 malades qui présentaient les indications voulues. L'auteur déclare que les résultats ont été bons au début et les bacilles disparurent aussi bien dans les crachats que dans les cavernes et ces dernières diminuèrent de volume. Ce traitement n'est considéré par lui que comme une préparation à la collapsothérapie chirurgicale, car si on se laisse influencer par cette amélioration du début et néglige les interventions ultérieurs, l'état favorable du début fait place à une aggravation qui rend le malade impropre à subir les interventions que son état peut exiger.

Heybeliada Sanatoryomu

Direktör: Dr. Tevfik İsmail Gökçe

TÜBERKÜLOZ AMPIYEMLERİNDE ANTİBAKTERİYELLERİ TEDAVİ VE ALINAN NETİCELER

Dr. ALİ GALİP SOYLU

Tüberküloz ampiyemi sun'î pnömotoraks'ın en ciddi komplikasyonlarından biridir. Ortalama nisbeti %10-12 dir. Mortalitesi de %50 nin bir hayli üstünde olduğuna göre, pnömotoraks tedavisine tâbi tutulan hastaların mühim bir kısmının ölümüne indirekt olarak ampiyem sebep oluyor demektir.

1928-1948 seneleri arasında Heybeliada Sanatoryomunda tedavi gören 6126 hastanın 2591 inde pnömotoraks tedavisine takip edilmiştir (%42,2). Bu vak'alardan 329 u 1-12 sene müşahade edilmiştir. Bu 329 vak'anın %43 ünde likit teşekkül etmiştir. Likit teşekkül eden vak'aların %24 ünde tüberküloz ampiyemi husule gelmiştir. Unumî pnömotoraks sayısına göre ampiyem husulü %10 dur.

Bu nisbeti *Niclas-Franclin-Zavot* %14,4, *Hayes* %21, *Hardway* ve *Leaver* %5,3 olarak bulurlar. *James Cutbert*'in 703 pnömotoraks vak'ası üzerindeki nisbeti %9,5 dur. Amerika *Trudeau* Sanatoryomunun 605 su'î pnömotoraks vak'asınının 20 senelik takip sonunda neşrettiği ampiyem komplikasyonu nisbeti %18,2 dir.

Bu nisbeti *Kelly* ve *Allen*, iki sene evvel pnömotoraksları erk edilmiş 140 vak'ada %2,3 olarak bulmuşlardır. Diğer taraftan *Shipman* ise 4 sene zarfında servisinde, fevkalâde dikkatle takip ettiği vak'aların hiç birinde ampiyeme tesadüf etmediğini söyler.

Görülüyor ki, su'î pnömotoraks neticesi husule gelen ampiyemlerin nisbeti muhtelif müelliflere göre çok değişiktir. Bunun çok muhtemel sebebi, indikasyon ve idame tekniklerinin ayrı ayrı olmasıdır.

Tüberküloz tıbbî tedavisinde halen ön safı işgal eden pnömotoraksın bu ciddi komplikasyonununun tedavisi, *Forlanini* devrinde beri mühim bir araştırma mevzuu teşkil etmiştir.

Profilaksi.

Tedaviden daha mühim olan cihet, ampiyemin husulüne mani olmaktır. Bunun ilk şartı pnömotoraks için hasta seçmektir. *Rogers S. Michell* ağır akciğer lezyonu gösteren vak'alarda ampiyem ihtilâtını %25, orta derecedeki vak'alarda %12,9 hafif lezyonlu vak'alarda %3 olarak bulur.

Kayne ve Pegel profilaksinin ana hatlarını şu 10 madde ile hülâsa ederler :

1. Pnömotoraks vasat dereceden fazla toksemisi olan vak'alarda tesis edilmemelidir.
2. Tansiyon kavitelerinde pnömotoraks yapılmamalıdır yahut pnömotorakstan sonra kavitede had gerileme ve tazyik alâmetleri başlayınca pnömotoraks terkedilmelidir.
3. Bronş tüberkülozunda pnömotoraks yapılmalıdır.
4. İltisaklar, zamanında ve gayet dikkatli olarak temizlenmelidir.
5. Kaviter lezyonu kontrol edemiyen pnömotorakslar terkedilmelidir. Müsbet tazyik cebri sıkıştırmalar ekseriya menfi neticeler doğurur.
6. Kavite rüptüründe derhal akciğeri açmalıdır.
7. Plevra boşluğunda uzun zaman rezorbe olmayan likitlerden muntazam fasıllarla numuneler alınmalıdır. Likit natüründe bir değişme husule gelirse derhal akciğeri açmalıdır.
8. Spontan pnömotorakslarda teşekkül eden likitler süpürasyona doğru meyil gösterirlerse derhal akciğeri açmalıdır.
9. Plevra yapraklarının kat'î olarak yapışık olduğuna kanaat getirmeden *Monaldi* drenajı ve kavernostomi yapmamalıdır.
10. Pnömotoraks usulüne göre idame edilmelidir.

Pnömotoraks endikasyonunu çok geniş tutmamak, orta ve ağır lezyonlu hastalarda istirahat, antibiotik ve pnömoperituvanla lezyonları stabilize etmek, sonra pnömotoraks tedavisine başlamak lâzımdır.

Bütün bu şartlara riayetle pnömotoraks tedavisinden fevkalâde iyi neticeler alınacağı gibi mühim bir çok ihtilâtlar da askariye inmiş olur.

Tüberküloz ampiyemlerinin tıbbî tedavileri.

Tıbbî tedavi metodumuzu şu şekilde hülâsa edebiliriz :

1. Ponsiyonumuzu ihtiyaten seviyenin üstünden yapıyoruz ve hastayı yan yatırarak tahliye ediyoruz.
2. Büyük epanşman ve kavitelerde lâvaji, çift iğne ile yaparak, tazyik muvazenesini temine çalışıyoruz.
3. Lâvaji, verilen serum fizyolojik berrak gelinceye kadar tekrar ediyoruz. Sonra plevra boşluğuna antibakteriyel bırakarak daima 18-20 civarında menfi tazyikle kapıyoruz.
4. Cerahatın çok koyu olduğu vak'alarda tahliyeyi mümkün kılmak ve akciğerin açılmasına yardım etmek için streptokinaz kullanıyoruz.
5. 8 hafta zarfında bu tedaviden istifade etmiyen vak'aları cerrahiye veriyoruz.

Preantibakteryel devir.

1928-1948 seneleri arasında en az iki ay tıbbî tedaviye tâbi tutulan vak.aların adedi 34 dür. Bu devirde antibiotikler olmadığı için tedavi yalnız tahliye, lavaj ve akciğeri açmak esasına istinat ediyordu.

1. Haftada iki üç defa muntazam tahliye, serum fizyolojik veya kinin lavajlariyle bu 34 vak'adan ancak 3 ü iyi olmuş ve bunların pnömotorakslarına devam edilmiştir (%8,8).
2. Küçük poşlu 3 vak'ada aspirasyonla akciğer açılarak tam şifa temin edilmiştir (%9,6).
3. Geri kalan 28 vak'adan ikisi cerrahiye verilmiş, 26 sında hiç bir netice alınamamıştır.

Antibakteryel devir.

1948 den sonra antibiotikler devri başlıyor. Antibiotikler, tüberküloz tedavisinde bir devir yaratmışlardır. Fakat maalesef ampiyem tedavisinde üstün bir başarı sağlayamamışlardır.

1948-1953 seneleri arasında en aşağı 1,5 - 2 ay kontrol ve tedavi edilen vak'alarımızın adedi 156 dır.

1. 30 vak'a yalnız lokal streptomisinle tedavi edilmiştir. Bunlardan 10 una kalevî lavajlar da teşrik edilmiştir. Tesir bakımından

her ikisi arasında bir fark bulunmamıştır. Tedavi sonunda iyi netice %20, salâh %32 dir.

2. 36 vak'a yalnız lokal PAS tatbikatı ile tedavi edilmiştir. İyi netice %18, salâh %40 dir.

3. 50 vak'a lokal penisilin - P.A.S. - streptomisin ile tedavi edilmiştir. İyi netice %24, salâh %40 dir

Bu 3 metolla alınan iyi neticelerin mecmuu %20,8 dir. Görülüyor ki preantibakteriyel ve postantibakteriyel devirdeki tedavi ve şifa yüzdeleri arasında büyük bir fark yoktur.

İngilterede *Baguley* Sanatoryomunun 20 senelik, 146 ampiyem vak'asında tıbbî tedavi nisbeti %17,8 dir ki bu rakam bizim neticelerimize yakındır.

Burada ekstraplöröl pnömotoraks neticesi husule gelen ampiyemlerin hususiyetinden bahsetmek isterim : Son üç sene zarfında Heybeliada Sanatoryomunda yapılan 310 ekstraplöröl müdahaleden %13 ampiyem husule gelmiştir. Bu 49 vak'anın hepsi tıbbî tedaviye tâbi tutulmuş ve 40 ı tamamen iyi olmuştur.

Görülüyor ki ekstraplöröl postaki süpürasyonlar tıbbî tedaviye büyük nisbette cevap vermektedir. Bunun çok muhtemel sebebi erken teşhis ve tedavidir.

Solvoteben ile alınan neticeler.

Son bir sene içinde 36 vak'ayı Solvoteben'le tedavi etmek fırsatı bulduk. Bu vak'alardan 16 sı ekstraplöröl, 20 si intraplöröl ampiyemlerdi, ve bunların hemen hepsi diğer antibiotiklerle tedavi edilerek netice alınamayan vak'alardı. 6-8 haftalık bir tedavi müddeti zarfında 13 ekstraplöröl ve 12 intraplöröl ampiyem tamamen kuru muştur (%69). İyi olan 6 vak'ada akciğeri tamamen açmaya muvaffak olduk (%25). İyi olmayan 11 vak'ada da genel durumda aşîkâr bir salâh husule gelmiştir.

Lokal isoniazid tatbikatile alınan neticeler.

Son 4 ay içinde 12 vak'amızı lokal isoniazid solüsyoniyle (1) tedavi etmek fırsatını bulduk. Haftada 3 defa lâvaja müteakip 250 mgr. isoniazid solüsyonu tatbik ettik.

(1) Nicotibin, Rimifon, Neoteben.

- 2 vak'a 10 uncu günde
- 2 » ikinci haftada
- 1 » üçüncü haftada
- 2 » beşinci haftada tamamen kurudu.

Demek oluyor ki bu tedavi ile (%58) gibi büyük bir netice almış bulunuyoruz. Bu husustaki kat'î kanaatımızı söylemek için henüz vakit erkendir.

Cerrahî tedavi ile alınan neticeler.

Tüberküloz ampiyemlerinde tıbbî tedaviyle netice alınamayan vak'alarda tatbik edilen cerrahî metodları :

1. Plörotomi, aspirasyon, drenaj
2. Torakoplasti
3. Plörektomi
4. Dekortikasyon
5. Plörolobektomi ve plöropnömenektomi'dir.

Heybeliada Sanatoryomunda 1937 - 1953 seneleri arasında, tıbbî tedaviden istifade etmeyen 48 vak'aya, cerrahî müdahale yapılmıştır.

1. 24 kapalı drenajdan ancak ikisinde ekspansiyon mümkün olmuştur.
2. 18 vak'aya kapalı drenaj ve torakoplasti yapılmıştır Tam şifa %26 dır, diğerlerinde bakiye poş kalmıştır.
3. 6 vak'ada dekortikasyon yapılmıştır. Şifa %75 dir.
4. Bir vak'aya plörolobektomi yapılmıştır. Bu güne kadar takip etmek fırsatını bulduğumuz bu hasta tamamen iyileşmiştir.

N e t i c e :

Ampiyem ihtilâtı, hiç bir zaman pnömotoraks tedavisini kıymetten düşürmemelidir. İyi bir endikasyonla tesis edilen ve usulüne göre idame edilen pnömotorakslarda ihtilât çok azdır. Husule gelen ampiyemlerde, çok erken olarak teşhisle, bilhassa thiosemicarbazon ve isoniazidle tedavi edilirse öyle tahmin ediyoruz ki, göğüs cerrahlarının yükleri bir hayli hafifliyecektir.

S U M M A R Y

The Results Obtained with Antibacterials in the Treatment of Tuberculous Empyemas : Among the 329 cases of pneumothoraxes followed up 1-12 years between 1928-1948 at Heybeliada Sanatorium 10 per cent empyemas developed in the cases.

1. In preantibacterial period between 1928-1948, 16 per cent recovery occurred with the irrigation of the pleural cavity by quinine or saline solutions.
2. Among the cases of 156 empyemas treated with antibiotics between 1948-1953, 20 per cent recovery occurred.
3. In 12 cases treated with local isoniazid 58 per cent and.
4. In 36 cases treated with local thiosemicarbasone 69 per cent cure observed.

The result of this study implicates that the occurrence of empyema as a complication of pneumothorax does not devaluate the importance of the treatment of pneumothorax in pulmonary tuberculosis. In reasonable and in good followed cases pneumothorax does not produce any complication. Although if empyema occurs the early diagnosis of its existence and the local application of the thiosemicarbasones and isoniazids particularly diminishes the trouble in some extent.

R É S U M É

Les Résultats du Traitement par les Antibiotiques de l'Empyème tuberculeux: Des 329 cas de pneumothorax établis au Sanatorium de Heybeliada durant une période s'étendant de 1928 à 1948 et suivis de 1 à 12 ans il y a eu 10 % d'empyème.

1. Durant la période précédant l'utilisation des antibiotiques, s'étendant de 1928 à 1948, et dans laquelle on n'utilisait que la quinine et les lavages au sérum physiologique le pourcentage de guérisons était de 16 %.
 2. 156 cas suivis de 1948 à 1953, avec l'utilisation des antibiotiques, le pourcentage de guérisons est de 20,3 %.
 3. 58 % de guérisons furent observées dans les 12 cas traités par les solutions d'isoniazide appliquées localement.
 4. Parmi les 36 cas traités localement par le thiosemicarbozone le pourcentage de guérisons s'élève à 69%.
-

26 Şubat 1953
ÜÇÜNÇÜ ÇELSE

Dr. Turgut Targay :

Tiyosemikarbazondan bahsedeceğim: Dr. Cevat bey arkadaşım, bundan bir müddet evvel Türk Tıp Cemiyetine tiyosemikarbazon ile parlak neticeler veren 28 osteoartiküler Tb. vak'ası takdim etmişti. O celsede ben de vardım. Arkadaşımın zikrettiği ve çok müsait neticeler veren vak'alarını dinlerken bizim Heybeliada Sanatoryomunda tiyosemikarbazon tatbik ettiğimiz bir çok vak'aların arz ettiği menfi sonuçları hatırladım.

Tiyosemikarbazondan faide göremeyen ve yüksek bir yekûn tutan vak'alarımızın durumu ile Cevat bey arkadaşımın bu parlak komunikasyonu muvacehesinde kafamda beliren tezadı bertaraf etmek ümidile *Domak*'ın tiyosemikarbazon hakkındaki kitabını bilhassa aldım, okudum. Ben bu kitabı okumakla tiyosemikarbazon tedavisinden alınan neticelerden çok daha fazla tüberkülozun alelumum patolojik durumundan istifade ettim.

Domak; o kitabında tiyosemikarbazondan iyi olamayan vak'alar meyanında otopsisı yapılmış olanların histolojik muayenelerini çok güzel şema ve resimler ile tesbit etmiş bulunmaktadır. Mumailayh şu kanaata vasil olmuştur ki: eğer bu vak'alar daha evvel elimize geçmiş olsaydı histolojikman tesbit ettiğimiz bu iyilikler şifa ile neticelenebilirdi.

Halbuki Heybeliada aksini göstermektedir. Tiyosemikarbazon tedavisine tâbi tutulan hastalarımızda başağrısından başlayarak bilhassa hematolojik ve derece derece artan değişikliklerle albüminüri ve taşikardi ikter bilhassa zikre şayandır.

Bu itibarla tiyosemikarbazonun tüberkülozda muvaffakiyet sağlayan bir vasıta olduğuna dair kanaat sahibi bulunuyoruz.

Dr. Galip Urak :

Efendim, ben arkadaşım Siyami beyin tebliğleri için bir kaç kelime söylemek isterim. Antibiotiklerin akciğer tüberkülozu cer-

rahî tedavisindeki rolünü mükemmel bir şekilde hülâsa etmişlerdir. Buna ilâve edebilecek tek bir kelime yoktur. Yalnız antibiotikler akciğer tüberkülozu cerrahi tedavisinde bir şeye daha yardım etmişler; fitizyologlarla cerrahların müşterek çalışma yolunda birbirlerine yaklaşmalarını sağlamışlardır. Son zamanlara kadar veremli hastaların tedavisinde fitizyoloğlarla cerrahlar tamamiyle müstakil olarak çalışmaktaydılar. Halbuki bugün bunların fonksiyonları o kadar yek vücut olmuştur ki, hangisinin vazifesi nerede bitiyor, hangisinin vazifesi nerede başlıyor kesin olarak tayin etmek imkân-sızdır.

Isoniazid'in veremli hastaların cerrahî tedaviye hazırlanmasındaki tesiri hakkında benim 4 vak'alık bir müşahedem vardır. Hazırlandıkları takdirde cerrahî tedaviye mevzu teşkil edebilecek bu 4 vak'aya kendilerini yatırabilecek yerimiz mevcut olmadığından dolayı Rimifon yazarak bir kısmını Mersin, bir kısmını da İskenderun Hastanelerine gönderdik. Verdiğimiz ilâca mezkûr hastanelerde 3 ay devamdan sonra bu hastaların tekrar müracaatında vak'aların cerrahî müdahaleye müsait bir durum kazadıklarını müşahade ettik ve muvaffakiyetli neticelerle gerekli müdahalelerini yaptık. Bu şahsî müşahadelerimize dayanarak ben isoniazid'in vak'aların cerrahî tedaviye hazırlanmasındaki rolü üzerinde biraz önemle durmanın muvafık olacağına kani bulunuyorum. Şayet isoniazid ile bu bakımdan bir netice alındığı takdirde streptomisin cerrahî tedaviye saklanır ve böylece cerrahî müdahaleye daha emin bir vasıta ile tevessül edilmiş olur.

Dr. Nihad Zaloğlu :

Efendim ben, Ali beyin yapmış olduğu tebliğ bir ilâve olarak; yalnız bir vak'a üzerinde yeni bir metodla yapmış olduğum empiyem tedavisini arzetmek istiyorum. Bana gelen bu hasta Dr. Zühtü Erman tarafından gönderilmiştir. Kendisine 2 sene evvel pnömotoraks başlanmış fakat mevcut yapışıklıklar sebebiyle açık bridektomi yapılmak mecburiyeti hasıl olmuş. Açık bridektomi ameliyesini müteakip hastada ampiyem husule gelmiş, her türlü tıbbî tedavi (lavaj, antibakteriyeller) ve drenaja rağmen şifa bulmamıştır. Bize müracaatında günde 500 cc. kadar cerahat çıkartıyordu ve cerahatta (B.K.) mevcuttu. İlk günden itibaren günde 10 dakika dren yerinden poş içine Dr. Orhan Ternar'ın özel aleti ile ultraviole tatbik ettik. Bir müddet sonra hastanın genel durumu düzeldi, ateşi düştü

ve ampiyem boşundan gelen ifrazatın da vasfı değişerek tedricen seröz bir hal aldı. Bir aylık tedaviden sonra ifrazat tamamen kayboldu, drenaj yerine yaptığımız lokal ultraviole tatbikatını müteakip o da kapandı. Hastanın halen hiç bir şikâyeti mevcut değildir. Bu usulün ampiyem tedavisinde önemli bir mevki işgal edeceğini tahmin ediyorum.

Dr. Orhan Ternar :

Antibakteriyeller bakımından bir noktaya işaret etmek istiyorum. Tüberküloz tedavisinde elektromanyetik şualardan kısa ondular ve ultraviole şuaları kullanıldığı devirden bu yana, antibakteriyelleri her sahada olduğu gibi tüberkülozda da iki kısma ayırmak icabeder. Birinci fizik, diğeri şimik. Bütün konuşmalar sırasında daima antibakteriyeller şimik olarak ele alındı ve bunlar üzerinde duruldu. Şimik olan antibakteriyeller, antibiotikler ve diğeri şimik mürekkebat olmak üzere ikiye ayrılır. Antibiotikler de son yapılan bir tebliğine göre 3 spekturum üzerinde tasnif ediliyor : Geniş, orta ve dar spekturumlu. Umumiyetle tüberküloz tedavisinde kullanılanlar yani streptomisin, P.A.S., isoniazid müştakları orta spekturum gurubuna girmektedirler.

Ayrıca bu münasebetle *Maurer* sisteminin bir iki noktasına temas etmek istiyorum. *Maurer* sistemindeki tamponman zannına kalırsa kavern içerisindeki iyileşmenin tek amilidir. Verilen antibakteriyeller kavite cidarındaki nekroz sebebiyle ancak fizik bir diffüzyon ile basiller üzerine tesir ederler, Bu esnadaki diffüzyon sür'ati her iki tarafın birbirine karşı gösterdiği ion konsantrasyonu yahut affinite ile ilgilidir ve maalesef şimdiye kadar elde edilen veyahut bulunan antibiotikler bu diffüzyon sür'atlerinin zayıf olması bakımından basiller üzerine çok cüz'i tesirler yapabilmekte ve bunun neticesinde de rezistans husule gelmektedir. Hem bu noktayı gözönünde tutarak ve hem de *Maurer* tamponmanında kavite içerisinde homogen bir irritasyon yapılamadığını nazarı dikkate alarak husule gelen bağ dokusunun kavitenin kapanmasına mani olduğunu gözönünde bulundurarak ultraviole ve diatermiden faydalanmayı düşündüm ve bu maksatla kullanılabilecek özel bir aparey yaptım. Biz bu apareyi ilkin hocam Ord. Prof. Tevfik Sağlam beyin riyaseti ve himayesinde Ftizyoloji kliniğinde tatbik ettik. Aldığımız neticeleri kendileri sizlere arz ettiler. Yalnız burada bir noktaya işaret etmek istiyorum. Ben bu âleti bilhassa *Maurer* sisteminin bazı mahzurlu

taraflarını nazarı itibara alarak yaptım. Fakat malesef 12 nci Türk Tıp kongresinden bu yana geçen zaman zarfındaki tefsirler bunun *Maurer* sistemin bir modifikasyonu veyahut geliştirilmiş şekli olduğu zehabını uyandırmıştır. Şunu tasrih etmek isterim ki her ne kadar aynı tarihlerde *F e r r a r a* Üniversitesi cerrahi patoloji profesörü *Mario Trinks* tarafından ultraviole kullanılmışsa da diatermi tamamiyle bizim şahsı düşüncemiz olarak tatbik sahasına çıkmıştır. Her ne kadar basilleri öldürmek bakımından ultraviole kâfi ise de kanaatımca lezionun iyi olabilmesi için kısa ondu bir şua ile diatermi yapılması şarttır. Böylece hem parenteral yolla verilen bir antibakteryelin difüzyon sür'atı arttırılır ve hem de kavite cidarındaki deveran arzu edilen kıymetin civarına yaklaştırılarak kavite etrafındaki nekroze nescin beslenmesi ve bağ dokusuyla rejenerasyon nescinin kolayca husulü için imkânlar hazırlanmış olur.

Ord Prof. Dr. Tevfik Sağlam :

Dr. Zülfü Özgen arkadaşımızın tebliğinden istifade ettim. Hemen aynı sayıda materyel üzerinde konuştuk. Fakat elde ettiğimiz neticeler arasında büyük fark vardır. Zülfü beyin kendi materyeli üzerine bina ettiği fikirleri çok doğrudur, hürmet ederim. Fakat benim kendi materyelim üzerinde bina ettiğim fikirler bundan aykırı düşmektedir. Yalnız bir iki noktayı tashih etmek istiyorum. Evvelâ bu usulü *Monaldi* usulü ile kombine etmekte, kanaatimce hiç bir faide yoktur. Bence *Maurer* usulü meydana çıktıktan sonra artık *Monaldi* usulü daha mütakâmil şekline yerini bırakmıştır. Tabii *Monaldi* usulünün halâ pek çok taraftarları vardır ve tatbik edilmektedir. Fakat kanaatimce artık mantığını kaybetmiş bir metod olarak nazarı itibara alınabilir...

İkincisi, kavernostomi, torakoplastiye hazırlayıcı bir usul olmakla beraber başlı başına bir tedavi metodu olarak da kabul edilmelidir. Kanaatımca yalnız kavernostomi ile şifa bulmuş vak'alar da çoktur. Bu şifa bulmuş vak'alar ilerde acaba nüks edecekler mi? Bu her şey için variddir. Hattâ benim kanaatimce nüks olan vak'alarda dahi derhal torakoplasti yapılacak yerde yine kavernostomi ile netice almaya teşebbüs etmek daha muvafıktır. Nitekim bu şekilde ikinci defa yaptığımız kavernostomi ile şifa bulan ve kaviteleri kapanan vak'alar mevcuttur.

Ayrıca basil çıkartmaksızın steril olarak vücutta kalmış olan kaviteleri bence olduğu gibi bırakmakta hiç bir mahzur yoktur. Bir ak-

ciğer kistini ve bir bronşiektaziyi nasıl olduğu gibi bırakıyorsak bu vak'aları da aynı şekilde idame etmekte bence hiç bir mahzur mevcut değildir. Tabiatıyla bunlar muvakkat fikirlerdir, hiç birisini dogmatik olarak kabul etmemeli, kesin karar elde edilecek neticelere göre verilmelidir.

İlaçlara karşı depandans gösteren vak'alar hariç, lokal tedavi ile rezistans husule gelmiş vak'alarda da iyi netice almanın kabil olabileceğidir. Kavernostomide lokal olarak tatbik edilen streptomisin mahlûlünün konsantrasyonu rezistans derecesinin pek çok üstündedir. Halbuki rezistans teşekkül etmiş olan vak'alarda cerrahi tedavi tabiatile gayet güçtür, cerrahın elinde hemen hemen hiç bir silâhı kalmamıştır. Halbuki kavernostomide ilâcın lokal olarak tatbik edilebilmesi bu mahzuru tamamen ortadan kaldırmaktadır.

Bütün bu söylediklerime rağmen torakoplastinin yapılmasının tamamen aleyhinde olduğum anlaşılmasın. Ancak evvelâ kavernostomi ile kesin bir netice alınmağa çalışılması ve şayet bu usul ile tam şifa sağlamak imkânı olmadığı takdirde torakoplastiye başvurulması muvafık olacağı kanaatindeyim.

Hülâsa olarak bence kavernostomi başlı başına bir tedavi usulüdür. Torakoplasti ancak kavernostomi ile kesin olarak bir netice sağlanamayacak vak'alarda tatbik edilmelidir. Elde edilen neticeler kavernostominin çok lehindedir. Tatbikata devam etmek lâzımdır.

Dr. Baha Oskay :

Kemik ve mafsalsal tüberkülozları üzerinde sayın prof. Sarpyener ev sayın Doçent Alpsyov'un tebliğlerine bazı mütalâalar ilâve etmek istiyorum. 8 seneden beri faaliyette olan Baltalimanı hastanesinin materyeli aşağı yukarı 5000 hastayı bulmuştur. Bu 5000 hasta üzerinde bizim takip ettiğimiz tedavi tarzından aldığımız bir ilham mevcuttur, bunlardan bazılarını zikretmek istiyorum. Kemik ve mafsalsal tüberkülozunda antibiotiklerle tedavi mevzuunu genel ve lokal olarak mütalâa etmek lâzımdır. Genel bir enfeksiyon olduğu kabul edilen tüberkülozun iskeletteki bir tevazuundan ibaret olan kemik ve mafsalsal tüberkülozları ayrıca lokal lezyon ve ihtilâtları bakımından da mütalâa edilmelidir. Bu bakımdan kemik ve mafsalsal veremünde antibiotikler genel, lokal ve ihtilâtlara tesir bakımından incelenmelidir.

Hastanemizde, 8 senedenberi yaptığımız tatbikat tarzlarında, tabii devrelere rastlayan antibiotikleri bütün mânasiyle kullanmış

bulunuyoruz. Benim üzerinde durmak istediğim mes'ele büsbütün başkadır. Antibiotiklerin lokal tatbikatındaki hususiyet; Biz antibiotiklerin lokal tatbikinde evvelâ streptomisini kullandık, bunu P.A.S. Solvotoben ve isoniazid takip etti. Fakat antibiotikleri kullanmadan evvel antibiotiğin tatbik edileceği mıntıkanın hazırlanması şarttır. Bir fistül veya abseyi temizlemeden antibiotikleri tatbik edecek olursak doğrudan doğruya fongozite, tüberküloz elemanları ve kazeuma rastlarız. Bu takdirde antibiotiklerin tatbikatından beklenen fayda %50 azalmış olur. Binaenaleyh bizim antibiotiklerin lokal tatbikatında yaptığımız ihzarı bir ameliyat vardır ki, bu ameliyatlara biz reparasyon adını veriyoruz. Bir de bazı vak'alarda, kliniğimizde tecrübe ettiğimiz, sırf kendimize mahsus bir kullanım şeklimiz vardır ki, o da şudur : Lokal muafiyet esaslarına dayanarak streptomisin ve diğer antibiotikleri hastanın kendi serumunda halletmek. Meselâ ağır osteoartiküler tüberkülozu olan bir hastaya lokal olarak streptomisin yapmak lâzım geldiği zaman evvelâ fistülü ihzar ediyor, ondan sonra hastanın kanını alarak kanından 20 cc. serum elde ediyoruz. Bu seruma 1 gm. streptomisin ve şayet tali intan da mevcutsa 1 milyon ünite penisilin ilâve ediyoruz. Bu mahlûlü iki misline yani 40 cc. e iblağ ediyoruz. Bu mahlûllerle muhtelif tarzda lokal tatbikat yaparak fistüllerin, abselerin ve buna mümasil mecraların doğrudan doğruya basit streptomisin kullanılan şekle nazaran %50 hattâ %100 daha çabuk kapandığını müşahede ettik. Tatbikat tarzımız şu şekildedir: Eğer hastada bir abse mevcut ise, evvelâ abseyi boşaltıyoruz, içine münasib miktarda absenin büyüklüğüne göre bu mahlûlden zerkediyor ve aynı ameliyeyi 2-3 günde bir tekrarlıyoruz. Fistüllerde fistül mesirini bu mahlûle batırılmış meşlerle tampere ediyoruz. Derinde poş mevcut olan vak'alarda da, poşun içine, üzerinde müteaddit delikleri bulunan ince bir sonda konur ve sondanın dışarıda kalan ucundan pansumana dokunmadan her 6 saatte bir 5 cc. bu mahlûlden zerkedilir.

Sözlerime son olarak şunu ilâve etmek isterim ki ne kadar antibiotik tatbik edilirse edilsin, antibiotiklerin tatbikatı hiç bir zaman cerrahi ve ortopedik vasıtaların tatbikatını ortadan kaldırmaz.

Dr. Tahsin Akçay :

Maruzatım kavernostomi üzerinde olacaktır. Maurer'in bizzat sanatoryomunda çalıştığım için metoda ve metodun yapmış olduğu aksülâmelere yakinen vâkıf bulunuyorum. Maurer kavernostomiyi

kendisi bulduğu için, metodun bütün dünyaca harfiyen tatbik edilmesini de D a v o s Sanatoryomunun büyük bir şöhret kazanmasını istemektedir. Şöhreti pek çok olan bu sanatoryomun bir kısmı da belki propogandadan ileri gelmektedir. Fakat bulduğu metodun iyi olmasına rağmen yaptığı propoganda yüzünden haksız yere büyük bir mukavemetle karşılaşmaktadır. Meselâ Prof. *Brunner* ve diğer İsviçre'liler kendi Maurer'lerini kat'iyen sevmez ve kötü sözlerle tezyif ederler. Bunda metodun değil Maurer'in kabahati vardır. Zira Maurer eline ne vak'a geçerse geçsin kavernostomi yapılmasını istemekte ve yapabilecek yegâne tedavinin de bu olduğuna inanmaktadır. Böylece vak'aların sayısını arttırmaya ve daha yüksek sayıda vak'alar üzerinde münakaşa yapılmasına çalışmaktadır. Tabiatile bu şekilde kavernostomiye hakiki kavernostomi endikasyonlarının dışında da tatbik etmektedir.

Halbuki kavernostomide muvaffakiyetin ruhu endikasyon mes'eleesi ve yapma tarzıdır. Endikasyon mes'eleesi biraz da şansa bağlıdır. Zira muvaffakiyet, içeri tatbik edilen P.A.S. ve streptomisin tamponmanından ziyade bronşun durumu ile alâkadardır. İyi endikasyon koyduğumuzu zannettiğimiz vak'alarda kaverne açılan bronşta ileri derecede bir tüberküloz varsa bu vak'aların tedavisi maalesef uzun sürer ve bir netice alınmaz. Bunun için kavernostomide bütün mes'ele bronşu erken kapatmaktır. Bu da Maurer'in metodunda vardır (Bronşun direkt olarak koterize edilerek kapatılması). Fakat koterizasyon ile şifa iyi ellerde bile her zaman muvaffakiyetle neticelenmemektedir, zira bronşit tüberkülozu olan bronşlar kolay kolay nedbeleşmemektedir. İyi nedbeleşmeyen bronş da daima açılabilir ve tamamile temizlenmiş olan kavitenin içine basiller gelebilir. Hülâsa bu tedavi metodunda en mühim mes'ele bronşun kapatılmasıdır. Bronş başka yollarla belki de cerrahi metodlarla kapatılırsa Maurer'in bu usulünün bugünkü kıymetinden bir misli fazla yükseleceği muhakkaktır.

Vak'aların ademi muvaffakiyetinde yaşın da önemi büyüktür. Prof. Tevfik Sağlam'ın vak'asındaki hâdise bir tesadüf eseri değildir. Hakikaten ileri yaşlarda ve muhtelif kavernolere müdahale edilen vak'alarda ekseriya ölüm husule gelmektedir.

Müdahale edilecek vak'alarda akciğer fonksiyonlarının iyi tetkik edilmesi icabeder. Bu bilhassa müteaddit kavitelere müdahale etmek icabeden vak'alarda daha büyük bir önem kazanmaktadır. Müdahaleyi müteakip bazan vital kapasite ileri derecede düşmekte ve hattâ hastayı sufokasyona kadar götürmektedir.

Monaldi metodu ile Maurer metodu arasında antibakteryellerin tesir mihanikiyeti noktai nazarından önemli fark mevcuttur. Monaldi metodunda kavite antibakteryel mahlûllerle bir zaman için yıkanıp geçildiği halde, Maurer metodunda tamponman ile antibakteryelin devamlı olarak yüksek konsantrasyonda bulunması daha müessir olacaktır. Tamponman sırasında antibakteryeller daha ziyade münhat kısımda toplanacağından ilâcın kavitenin her tarafına tesir edebilmesi için hastaya muhtelif durumların verilmesi faydalıdır.

Yukarıda temas ettiğimiz hususlardan açıkça anlaşılıyor ki, metodun tatbikatında bazı ufak tefek hususiyetler mevcuttur. Metod iyi tatbik edildiği takdirde iyi neticeler beklemek tabiidir.

Dr. Necati Erdentuğ :

Muhterem hocam Tevfik Sağlam'ın tebliğleri cidden enteresandır. Yalnız ben bir kaç noktada kendileriyle aynı fikirde değilim. Uzviyette bulunan bir cismi ecnebi, nasıl bir cismi ecnebi ise vücutta bulunan bir kavite de kavitedir. Binaenaleyh mevcut bir kavite vücuttan dışarı çıkarılmaz veya tam kontrol altına alınmazsa bunda şifadan bahsetmek doğru değildir.

Kavernostomi geçici bir saman alevi gibidir. Başlangıçta hastada objektif ve subjektif bir salâh müşahade edilir, hasta rahat eder; fakat sonunda basilli bir fistül ile hasta cemiyete iade edilir. Netice itibarile ne hasta ve ne de cemiyet bu tedaviden bir fayda temin etmiş olmaz. Anglo-sakson memleketlerinde Monaldi gibi Maurer metodu da çok tecrübe edilmiş ve bugün kifayetsiz ve lüzumsuz bir müdahale metodu olduğu anlaşıldığından terkedilmiştir. Bugün elde mevcut antibakteriyeller kâfi değilse bile ilerde kâfi derecede tesir-lileri bulunduğu zaman kavite-lerin tedavisinde rezeksiyon ideal bir metod olacaktır. Elimize gelen neşriyata ve bizzat gezerek gördüklerime göre bir çok yerlerde bugün pnömonektomilerde % 1,5, lobektomilerde % 1 ve segmentektomilerde %0,5 mortalite ile muvaffakiyetli müdahaleler tatbik edilmektedir. Diğer memleketlerde bu iş bu şekilde tekâmül ettiği halde biz bunu niçin tekâmül ettirmiyoruz. Bugün memleketimizde de bir çok merkezlerde rezeksiyon muvaffakiyetle tatbik edilmekte ve iyi neticeler alınmaktadır. Bu böyle olduğu halde biz kavernostomi ile acaba daha ne kadar zaman meşgul olacak ve cemiyete basilli ve fistüllü hastalar hediye edeceğiz?.

Dr. Enver Bozyakalı :

Muhterem hocamız Tevfik Sağlam'ın kavernostomi hakkındaki tebliğini dinledik ve istifade ettik. Fakat kanaatimce kavernostomi akciğer tüberkülozu daha doğrusu kavern tedavisinde başlı başına bir tedavi metodu olamaz. Bu metod ancak yardımcı ve hazırlayıcı olarak kullanılabilir. Bu bakımdan bendeniz halen çalışmakta olduğum Sarayburnu Verem Hastanesi Cerrahi Servisinde aşağıdaki sebeplerden dolayı kavernostomi endikasyonlarını daraltmış bulunuyorum : Evvelâ Maurer usulü kavernostomi ile tedavi çok uzun sürmekte ve hastayı iz'ac etmektedir. Saniyen interkostal mesafede bulunan kanaldan yapılan tamponman hiç de ağrısız değildir ve her tamponmanda hasta az da olsa bir ağrı duymaktadır. Tedavi aylarca devam ettiğinden bu müz'ic durumun bazen hastaları tedaviden bile vazgeçirdiği oluyor. Bilhassa interkostal mesafesi dar olanlarda bütün ısrarlara rağmen hastaların tedaviyi terkettiklerine muhterem hocam dahi şahittirler. Bundan başka tehlikeli olmasa dahi tamponman esnasında zaman zaman kanamalar husule gelmektedir. Alelâde burjonların kanamasından ileri gelen bu kanamalar ekseriya hastaları çok korkutur ve üzer ve hattâ hastalar bu yüzden kilo bile kaybederler. Nihayet bu kadar uzun ve müz'ic bir tedaviden sonra aldığımız neticeler de pek memnuniyet verici değildir.

Kavernostomi büyük kavitelerde kaviteyi küçültmek için tatbik edilen bir usuldür. Aynı maksatla daha basit metodlar da kullanılabilir. Meselâ Monaldi drenajı pek alâ kaviteyi küçültebilir. Bu kavernostomi kadar hasta için müz'ic değildir. Bu bakımdan bendeniz şu metodu tasvib ve tavsiye ediyorum : Bu şekildeki büyük kavitelerde kavernostomi yerine evvelâ *Smith* plâstığı ile 2-3 kaburga çıkartılır, bu suretle plevra yapışması da garanti altına alınmış olur. Ondan sonra bir Monaldi drenajı tatbik edilir ve kavite küçülmeğe başladıktan sonra torakoplastiye devam edilir. Bu metodla alınan neticeler çok tatminkârdır. Biz burada ancak iki vak'ada tatbik edebildik ve çok iyi netice temin ettik. Bundan önce çalışmış olduğum H a y d e l b e r g'deki Sanatoryomunda bunun pek çok yapılmış şeklini ve muvaffakiyetli sonuçlarını bizzat gördüm.

Dr. Siyami Ersek :

Sayın Galip Uruk'ın mevzuuma temas etmelerine ve iltifatkâr sözlerine bilhassa teşekkür ederim. Hakikaten kendilerinin de bu yurdukları gibi bugün artık tüberküloz cerrahlığı ile tüberküloz da-

hiliyeciliği birbirinden ayrılmaz bir vücut olmuşlardır. Bir fitizyolog cerrah kadar cerrahi endikasyonları ve cerrahi usulleri, bir cerrah da fitizyolog kadar fitizyolojiyi bilmelidir.

Sayın Galip Uruk vak'alarının cerrahi müdahaleye hazırlanmasında isoniazid'in rolünü kendi şahsî müşahedeleri ile gayet güzel belirttiler. Bizim bu hususta henüz kesin bir kanaatimiz mevcut değildir. Her halde ilerde bu hususta müşahedelerimiz Galip beyinkine uyacaktır.

Sayın Dr. Nihad Zaloğlu bir ampiyem vak'asında yeni bir tedavi usulü ve elde ettikleri muvaffakiyetten bahsettiler. Bu hastayı ben deniz 5-6 ay önce görmüştüm. Total bir ampiyemi vardı, ayrıca sol tepede açık kavitesi aynı şekilde duruyordu. Plevra ileri derecede kalınlaşmış olduğundan akciğerin ekspansiyonuna imkân mevcut değildi. Biz bu hastada şartlar pek müsait olmadığından plöroplömenektomi tavsiye edemedik, onun yerine kavernin üst tarafa yapılan bir torakoplasti ile kapatılmasını alt taraftaki ampiyem poşunun da dekoratikasyon ile bertaraf edilmesini teklif ettik. Tabiatile hastalar bilhassa daha basit metodlarla tedavi edilecekleri kendilerine vaad edildiği takdirde büyük müdahalelere kaçındıklarından o zaman bu müdahaleyi kabul etmedi. Fakat hasta bir kaç gün evvel servisimize müracaat ile o zaman teklif ettiğimiz ameliyelerin tatbikine rıza gösterdiğini beyan etti. Binaenaleyh Nihad beyin bahsettikleri bu vak'ada ben deniz maatteessüf salâhdan bile bahsedemeyeceğim.

Uzun zamandanberi bir hayli münakaşalara sebebiyet veren kavernostomi konusu artık bu kongrede tamamilen hallolunmalıdır kanaatindeyim. Bugün artık bütün dünyada kavernostomi yalnız başına bir tedavi metodu olmaktan çıkmıştır. Muhterem hocam Tevfik Sağlam yabancı memleketlerde usulün ihmâl edilmesinin sebebinin, usulün iyi tanınmamasında buluyorlar, halbuki kanaatimce dünya bu usulü tanımadığı için değil, pek fazla faydalı bulmadığı için ihmâl ve terketmiştir. Daha 1948 yılında ben deniz İngilterede iken kavernostomi ve kavernostominin muhtelif şekillerini tatbik ediyorlardı. Fakat bu usuller hiç bir zaman yalnız başına bir tedavi metodu olarak değil, sadece torakoplastiye hazırlayıcı bir ön müdahale olarak kullanılmıştır.

Muhterem hocam Tevfik Sağlam, usulün basit, emniyetli ve zararsız olduğunu buyurdular. Takip ettikleri vak'alardan 10 tanesi

ölmüş, bu takriben kendi vak'alarının % 20 si demektir. İki sene içinde 50 vak'adan 10 tanesinde, yani %20 sinde ölüm, bugün artık hiç bir cerrahi tedavi metodunda bahis mevzu değildir. Biz aynı neticeleri bugün en ağır müdahale şekli olan rezeksiyonlarında elde etsek eminim ki müdahale için cerrahlara bir tek vak'a vermezler.

Bundan başka muhterem hocam bakiye kalabilecek bir fistül veya bronşiektazinin hiç bir önemi olmadığını buyurdular. Halbuki bunlar da başlı başına tedavileri icabeden birer hastalıktır ve hattâ çok zaman hastanın tüberkülozundan bile daha mühim olabilirler.

Binaenaleyh diğer kıymetli arkadaşlarımızın söylediği mahzurlarla beraber bizim de gösterdiğimiz mahzurları nazarı dikkate alarak bugün artık kavernostomiye tek başına şifaya götüren bir tedavi metodu olarak kabul etmek hatalı olur. Hakikaten endikasyon olan vak'alarda kavernostomi veya değişik şekilleri yapılmalı, fakat en müsait zamanda torakoplasti ile kavitenin tam olarak kapatılmasına teşebbüs edilmelidir.

Dr. Zülfü Özgen :

Muhterem hocam Tefvik Sağlam'la aynı fikirdeyiz. Kendileri kavernostomi torakoplastinin bir kademesidir diye buyurdular. Esasen biz de kavernostomiden sonra tam şifa sağlamak için müsait olan her vak'ada torakoplasti yapılmasını iddia ediyorduk.

Muhterem hocam bu maksatla tatbik edilen Monaldi metodunu yanlış buldular. Biz Monaldi metodunu yalnız başına tatbik etmiyoruz. Başlangıçta Monaldi metodunda olduğu gibi bir aspirasyon yapıyor, bilâhare kavite nisbeten temizlendikten sonra Maurer metodunda olduğu gibi tamponmana başlıyoruz. Bu şekilde kavite içindeki ifrazatın kolaylıkla ve çabucak temizlenmesi kabil olmaktadır. Bilâhare antibakteriyel tamponmanlarla de kavitenin sterilizasyonu sağlanmaktadır. Bu şekilde tedavilerini takip ettiğimiz vak'alarda oldukça memnuniyeti mucip neticeler elde ettik.

Prof. Dr. Münir Ahmed Sarpyener :

Baha beyin mütalâalarına bazı hususları ilâve etmek isterim. Biz lokal streptomisin tatbikatından evvel radiografi yaparız ve evvelâ fistül menbaini kurutmaya çalışırız. Fakat asıl mihraka vasıl olamadığımız vak'alarda biz de fistül mesirini açmakta ve lokal olarak bu yolla antibiotik tatbik etmekteyiz. Fakat bu tarzı tedavi genel olarak tedavi müddetini uzatmaktadır.

Doç. Dr. Cevat Alpsoy :

Turgut ve Baha bey arkadaşlarıma çok teşekkür ederim. Bilhassa bizim görüşümüzü teyid etmişlerdir. Hakikaten bir zamanlar Conteben tatbikatından çok iyi netice almıştık, fakat ondan sonra daha az toksik bir ilâç çıkınca son zamanlarda Conteben tatbikatını terketmiş bulunuyoruz. Esasen Bayer fabrikası dahi şimdi yeni çıkarttığı isoniazid'i ileri sürmekte ve onun propagandasını daha çok yapmaktadır. Baha beyle bir fikir farkımız mevcut değildir. Biz lokal tatbikatı genel tatbikat ile beraber yapıyoruz. Lokal tatbikatta bazı vak'alarda ilâcın lokal olarak daha iyi tesir edebilmesi için daha önce küretaj ile zemini hazırlıyoruz. Antibiotiklerin hasta serumu ile sulandırılarak tatbiki belki de daha ideal olmakla beraber biz alelâde serumla sulandırarak tatbik ediyoruz.

SERBEST TEBLİĞLER



27 - Şubat - 1953

Baltalimanı Kemik ve Mafsal Veremi Hastanesi

Baştabibi: Dr. Baha Oskay

BALTALİMANI KEMİK ve MAFSAL VEREMİ HASTANESİNİN İSTATİSTİK SONUÇLARI

Dr. BAHA OSKAY

Baltalimanı Hastanesinde işe başladığım 1945 senesinde, kemik ve mafsal veremlerinin çeşitli şekillerinden mürekkep bol hasta materyeli üzerindeki fennî çalışmayı sistemleştirme suretile bir anket yapmayı düşünmüştüm. 1000 hastada yaptığım medikosozyal bu anketin yanında 1944 - 1949 seneleri arasında yatıp tedavi edilen 1836 hastaya ait istatistik de incelenince bir takım sonuçlar meydana çıktı ki muhterem heyetinize bunları arzedeceğim.

1. *Coğrafi bakımdan* : 1000 hasta geldikleri iller arasında bir taksime tâbi tutulmuştur. Buna göre kemik ve mafsal tüberkülozu vermiş olan illerimizden nüfusuna göre 1000 den 10.000 kişiye kadar 1 hasta vermek suretiyle: Edirne, İstanbul, Kastamonu, Kırklareli, Kocaeli, Rize birinci, 10.000 den 20.000 e kadar 1 hasta ile Balıkesir, Bilecik, Bolu, Bursa, Çanakkale, Eskişehir, Giresun, İzmir, Ordu, Sinop, Tekirdağ, Trabzon ikinci gelmektedir.

Birinci gelen illerin klima bakımından 3 ü deniz, 2 si ova ve yayla, 1 i de dağ ikliması sınıfındandır.

İkinci gelen illerin klima bakımından 7 si deniz, 3 ü ova ve yayla, 2 si de dağ ikliması sınıfındandırlar.

Şu halde tüberküloz veren illerde deniz ikliması hâkim durumdadır.

2. *Cinsiyet bakımından* : 1000 hastanın 667 si erkek ve 333 ü kadındır. Erkekler daha fazla musap veriyor.

3. *Yaş bakımından* : Yapılan tasnif şu sonucu veriyor:

<i>Yaş haddi</i>	<i>Hasta adedi</i>
1 - 4	41
5 - 14	325
15 - 24	845
25 - 34	419
35 - 44	167
45 - 54	48
55 - 64	22
65 den yukarı	6
<i>Tutarı</i>	1836

Buna göre 15 ile 24 yaş arasındaki çağda en çok musap veriliyor.

4. *Medenî hal bakımından* : 1000 hastanın 515 i bekâr, 298 i evlidir. 1000 e varmak için 187 si çocuktur.

5. *Sosyal durum itibariyle* : 996 fakir hastaya mukabil ancak 4 zengin hasta zuhur etmiştir.

6. *Geçirilmiş hastalık ve müzmin bulaşıcı hastalıkların* rolü tetkik edilmiş, şu netice çıkmıştır:

<i>Bulaşıcı hastalıklar</i>	<i>1000 hastada rastlanması</i>
Kızamık	483
Boğmaca öksürüğü	174
Çiçek ve su çiçeği	21
Tifo ve paratifo	80
Sıtma	523
Sifilis	2

7. *Geçirilen müdahil bulaşıcı hastalıkların* rolü tetkik edilmiştir.

<i>Müdahil hastalıklar</i>	<i>1000 hastada rastlanan</i>
Grip	369
Plörezi - Pnömoni	162

8. *Müzmin zehirlenmelerin* tesiri mütalâa edildiği zaman 1000 hastada 53 kişide alkol, 85 hastada tütün itiyadı çıkmıştır.

9. *Seksüel fena alışkanlıklar* : 1 kâhilde, 19 u çocuklarda olmak üzere 20 dir.

10. *Lokalizasyon bakımından* : 1944-1949 senelerine ait 1836 hastanın tasnifinde netice şudur:

<i>Lokalizasyon</i>	<i>Adet</i>
Belkemiği :	
Zahri fıkralar	479
Katani fıkralar	407
Kalça mafsalı	341
Diz mafsalı	257
Ayak bileği mafsalı	168
Kaburgalar	42
Dirsek mafsalı	34
Sternum kemiği	15
Ayak tars ve metatarsları	13
Kalça kemiği	9
Omuz mafsalı	8
El karp ve metakarpları	6
Uyluk kemiği	6
Ayak falankaları	6
Bilek mafsalı	5
El falankaları	5
Bacak kemikleri	4
Önkol kemikleri	2
Sakrum ve kuyruk sokumu kemikleri	2
Humerus kemiği	1
Âdi Osteit veya romatizmalı ...	116
Artiritler (muvazene için ilâve)	
<i>Yekûn</i>	1836

11. *Mütipl lokalizasyon meselesine gelince* : 1000 hastada 73 vak'a olup taksimatı şöyledir :

<i>Mütipl lokalizasyon</i>	<i>Adet</i>	<i>Yüzdesi</i>
Bel kemiği ve kalça mafsalı	11	1,1
Bel kemiği ve akciğer	6	0,6
Bel kemiği ve diz mafsalı	3	0,3
Bel kemiği, dirsek ve ayak mafsalları	3	0,3
Bel kemiği dirsek mafsalı	2	0,2
Bel kemiği ve kaburga	1	0,1
Bel kemiği ve el bileği	1	0,1
Kaburga ve ayak bileği	1	0,1
Kaburga ve akciğer	1	0,1
Omuz-kalça diz-ayak bileği mafsalları	1	0,1
Dirsek ve ayak bileği mafsalları	1	0,1
El bileği ve ayak bileği	3	0,3
El parmakları ve bacak kemikleri	1	0,1

<i>Mültkpl lokalizasyon</i>	<i>Adet</i>	<i>Yüzdesi</i>
Kalça mafsalı ve ayak bileği mafsalı	1	0,1
Kalça mafsalı ve akciğer	1	0,1
Diz mafsalı ve ayak bileği mafsalı	4	0,4
Diz mafsalı-husye-akciğer	1	0,1
Diz mafsalı ve adenit	1	0,1
Adenit ve hançere	1	0,1
Muhtelif yerler	26	2,6
Muhtelif yerler ve akciğer	1	0,1
<i>Y e k ü n</i>	<u>73</u>	<u>7,3</u>

12. *Prognoz ve tedâvi sonuçları :*

1836 hastaya ait 5 senelik istatistik şöyledir :

Şifa	204	11,1
Salâh	1026	55,8
Hallyle	407	22
Ölüm	77	4,1
Tedavide kalan ...	<u>122</u>	<u>6</u>
	1836	100.

Buna nazaran âkîbetlerde önemli taraf % 55,8 nisbetinde bir salâhın temin edilebilmiş olmasıdır. Şifalara gelince esasen % 11,1 gibi az bir nisbet gösteren bu âkîbet hastanede kalınan mahdut bir zaman içinde ve ancak klinik bakımdan kanaat üzerine tasnife tâbi tutulmuş bir âkîbettir. Halbuki anatomik şifanın elde edilmesi kadar takdirinin de ne kadar zor olduğu ve bu mes'ut âkîbetin ancak senelerce sürececek bir biolojik devreden sonra meydana gelebileceğini biliyoruz.

Ölümlerin yaşla münasebetini sözü geçen istatistigimde şu şekilde belirtiyorum :

<i>Yaş haddi</i>	<i>Ölüm adedi</i>
5 - 14	12
15 - 24	27
25 - 34	23
35 - 44	11
45 - 54	3
65 den yukarı	<u>1</u>

S U M M A R Y

Studies on the Statistics of the Hospital of Baltalimane: The result of the informary investigation on a medico-social problem is recorded in 1000 patients and some statistical data has given on 1836 cases treated between 1944 - 1949 at the hospital.

R É S U M É

Etude sur les Statistique de l'hôpital de Baltalimane: Le résultat des enquêtes faites au point de vue médico-social sur 1000 malades en 1945 et les statistiques se reportant à 1836 malades alités à l'hôpital ont été étudiés.

KİMOGRAFİNİN AKCİĞER TÜBERKÜLOZUNDA TATBIK SAHASI

Dr. İSMET SAYMAN

Akciğerler, uzun zaman sünger gibi passif bir organ olarak kabul edilmişti. Halbuki *Sturm*'un ortaya atmış olduğu veçhile kontraktıl bir organdır. Toraks yapısı, teneffüs adaleleri, bronşiyal ve vasküler sistemi, bronko-alveoler müskülaturü ve sinir sistemiyle bir komplekstir. Bu kompleksin normal veya patolojik durumlarının tetkik ve tahlillerinde kullanılan diğer tetkik vasıtalarına kimografi metodunun da ilâvesi geniş bulguların elde edilmesini sağlar.

Kimografi, mobil organların bir tetkik vasıtasıdır ve neticeler, bu metodla elde edilen kimogramlardaki hareket karakterlerinden çıkarılır. Röntgen filmi üzerine, tetkik edilen organların hareketlerini ondülasyonlar halinde kaydeder. İlk defa 1912 de *Götte* ve *Sabat* taraflarından düşünölmüştür. Fakat ortaya koydukları cihaz pratik bir kullanılış sağlayamamıştır. Bu metodu pratiğe kabili tatbik bir şekilde tekemmül ettiren *Pleikard Stumpf* (1931) olmuştur. Memleketimizde ilk defa olarak tarafımdan ve kendi modelim olan kimograf cihazı ile tatbik edilmiştir.

Normal bir rie kimogramında teneffüs hareketleri amplitüdlerrinin diyaframlara doğru yaklaştıkça artmış, zirve bölgesindeki kosta hareketlerinin aşağıdaki kosta hareketlerinden daha küçük oldukları görülür, ve rienin her kısmının genişlemesi her tarafta müsavi derecede vaki olur (respiratuvar amplitüd), yani aynı derecede hacim artması vaki olur. Bazan normal, fakat ekseriyetle patolojik hallerde rienin bazı kısımları teneffüse iştirak etmez, diğer kısımların teneffüse katılmaları ya normal kalır veya ekseriyetle olduğu gibi fazlalaşır. Bu suretle riede muhtelif vantilasyon şekilleri teessüs eder :

1 — *Kraniyal vantilasyon tipi* : Üst rie sahası teneffüse iyi iştirak ettiği halde alt rie sahası o kadar iştirak etmez. Enspirasyonda üst rie sahası genişler, sissür hattı aşağı iner, rie transparansı üst rie sahasında daha fazla olur, kosta araları açılır, kostalar müvaziye yakın bir durum alırlar, alt rie sahası küçülür, yukarı sahaya nazaran transparansı daha az görülür, diyafram hareketi azalır. Kimogramda, üst rie sahasında kostaların hareket vüs'atlerinin çoğalmasıyla müterafık olarak rie parankiması hareketlerinin de artmış, aşağı inmiş olan sissür hattı hareketlerinin aksi istikamette olduğu görülür. Alt rie sahasında kosta veya rie parankiması hareketlerinin küçülmüş olduğu nazarı dikkati çeker.

2 — *Kodal vantilasyon tipi* : Üst rie sahasında respiratuvar amplitüd hemen sıfırdır, alt rie sahasındaki amplitüd normalden üstündür. Alt rie sahasının transparansı artmış, sissür hattı yukarı çekilmiş, kosta araları açılmış, kostalar müvazi bir durum almış, diyafram biraz aşağı inmiş, hareketi çoğalmıştır. Bu hareketler enspirasyonda daha bariz olur (her iki tipte teneffüse iştirak etmeyen rie sahalarının transparansı, normalin aksine olarak ekspirasyonda fazlalaşır). Kimogramda, alt rie sahasında kosta ve rie parankiması ve diyaframın hareketi fazlalaşmış, bilâkis üst rie sahasının azalmış, sissür hattı hareketlerinin, kraniyal vantilasyon tipinin aksine olarak diyaframla asenkron olduğu tesbit edilir.

3 — *Üniversal vantilasyon tipi* : Bütün toraks sahasında rie parankiması ve kostaların yekdiğeriyle mütenasip bir nisbette teneffüse iştirak ettikleri görülür.

4 — *Entermediyer vantilasyon tipi* : Kodal ve kraniyal kısımlarda respirasyona iştirak azalmış, orta rie sahasında çoğalmıştır, bu sebeple enspirasyonda orta rie sahası daha transparan, üst ve alt rie sahası daha örtülü olur. Kimogramda orta ve alt rie sahası parankimi ve kosta hareketlerinin amplitüdüleri azalmış, bilâkis orta rie sahasının çoğalmış görülür.

Vantilasyon tip değişikliği yukarıda da söylendiği veçhile normal şeraitte de görülebilir. Filhakika *Weltz* sükûnette bütün alveollerin gaz mübadelesine iştirak etmediklerini kabul eder. Bu zatın fikrine göre, sükûnette veya oksijen ihtiyacının azalması hallerinde bir kısım bronşiyal saha respirasyondan hariç ve âdeta ihtiyatta kalır, ancak ihtiyaç olduğu zaman, efforda faaliyete geçer. Bu hal, sirkülasyon sisteminde görülebilen hâdise ile mukayese edilebilir:

Vücutta az kan dolaşımını mucip olan hallerde (sükûnette, uyku-
da), büyük bir kan kütlesi iç organlarda kalır ve az kan kütlesi do-
laşır. Şu halde muayyen bir vital kapasiteye malik olduğu evvelce
tesbit edilmiş bulunan bir kimsede bu kapasitenin düşmesini, rad-
yogramlarında âşikâr bir leziyona malik olmasa dahi, bronş ve
alveoler müskulaturundaki bir hâdise neticesi olarak bir kısım rie
bölgesinin respirasyondan hariç kaldığını ve bunun da esaslı bir
sebebinin mevcut olduğunu düşünmek lâzımdır. Bronşlarda eğilme,
bükülme, tıkanma gibi hallerde bronş ve alveoler müskulaturundaki
nöroz refleks, ipertoni gibi tezahürler, patolojik olarak değişik van-
tilasyon tiplerine sebebiyet verirler.

Kimogramlarda lokal bölgelerde kosta ve parankim hareket si-
liklikleri, plöral sineşi ve bridlerinin bir delilidir. Şu halde vanti-
lasyon tiplerinde aynı karakteri haiz olan bu iki tezahürün yekdi-
ğerinden tefrik edilmesi lâzımdır. Plöral sineşilerde kosta ve pülmo-
ner sahalar, diyafram ve sissür hattı hareketleri üzerine tesir et-
mez. Respirasyona iyi iştirak eden akciğerlerin kimogramlarında
kosta, rie parankiması ve diyafram hareketleri serbest olduğu ve
amplitüdlerinin de normal karakterde olduğu, efforda aynı karak-
terin tezayüt ettiği görülür ve vital kapasitelerinin normal olduğu
kabul edilir. Bir taraf akciğer sahasında hareket amplitüdünün dü-
şüklüğü o taraf rienin respirasyona kâfi derecede iştirak etmedi-
ğini ve dolayısıyla vital kapasitenin diğer tarafa nazaran daha dü-
şük olduğunu ifade eder. Şu halde vital kapasitesi bronkspirometri
ile ayrı ayrı tayin edilemeyen hallerde kimografiden indirekt ola-
rak istifade edilebilir. Separe vital kapasitenin tayini icap eden her
vak'ada kimografik yardımın ehemmiyeti kendiliğinden ortaya çık-
mış olur.

Respiratuvar kudret, akciğerlerin durumu ile ilgili olduğu gibi
toraks cidarı ve teneffüs adalelerinin de bu hususta büyük tesirleri
vardır. Dispneik bir hastanın kimogramında rie parankiması ve di-
yafram hareketleri iyi fakat kosta hareketleri zayıf görülürse te-
neffüs adalelerinin zayıf olduğuna hükmedilir. Böyle hastalarda te-
neffüs adalelerini kuvvetlendirici metodlar, veya sun'î teneffüs ci-
hazı tatbik edilirse rahatlık hissederler. Toraks hareketleri iyi fa-
kat rie parankiması ve diyafram hareketleri zayıf olursa rie lezyo-
nunun buna sebebiyet verdiğine hükmedilir, bu hastalar oksijen in-
halasyonu tatbik edilirse rahat ederler. Rie ve kosta hareketleri
müştereken zayıf olan hastalarda hem oksijen hem de sun'î teneffüs
cihazı tatbik edilirse rahat ederler.

Diyafram hareketlerinin objektif olarak kimogramda görülmesi, evantrasyon ile erni diyafragmatik teşhisini daha emniyetle koydurmağa yarar. Erni diyafragmatiklerde, aperturun her iki tarafında konveksitesi aynı seviyede olan diyafragm hareketleri, ortasında erniye olmuş organların bu konveksite seviyesini tutmayan, onu tecavüz eden hareketleri görülür.

Bazan, pnömotoraks yapılan vak'alarda diyafragm altına girilir ve aksidantel olarak pnömoperitoneum tesis edilir, bittabi bunlarda rie aşağıdan yukarı kollabe olur ve yükselmiş bulunan diyafragm, akciğerin alt kenarı olduğu zannedilir. Kimografik tetkik bu kenarın diyafragm olduğunu gösterir.

Süblöral anfizem vak'alarında kimogram büyük bir ehemmiyet kazanır. Zira mutad pnömo vak'alarında yalnız kollabe olan rie konturunda olmak üzere bir sahada hareket görüldüğü halde anfizem süblöral vak'alarında biri dekole olmuş viseral plevra sahasında, diğeri bizzat rie sahasında olmak üzere yekdiğerine müvazi iki sahada görülür. Yalnız kimogramlar, vertikal ıskaralı kimograf cihazlarıyla yapılmalıdır.

Kimogramlarda diyafragm hareketleri vazih olarak görülürler. Bu hareketlerin kosta hareketleriyle zaman mukayesesi yapılmak suretiyle paralizinin teessüs edip etmediği mütalâa edilebilir. Normal şeraitte kosta hareketleriyle diyafram hareketleri yekdiğerinin aksi istikamettedirler, yani asenkronduklar. Senkron olmaları diyafragm paralizisinin husule gelmiş olduğuna delâlet eder, aksi bir istikamet gösteren ondülasyonlar bütün diyafragm sahasında görülürse paralizi komplet, iç kısmı asenkron, dış kısmı senkron olursa komplettir, yani psödoparadoksal paralizi teessüs etmiş olduğuna hükmedilir. Pnömoda bir toraksta psödoparadoksal veya paradoksal diyafram hareketlerinin görülmesi, içindeki hava miktarının fazlalığı veya kollabe olmuş olan rienin atelektaziye olduğunu ifade eder.

Frenik felci veya ekrazmanlarında, ekseriya diyaframda tam bir immobilitenin husule gelmediğini kimografik tetkikat göstermiştir. Skopide immobil gibi görülen diyafram konturunda amplitüdü düşük ve paradoksal hareket gösteren ondülasyonlar bariz olarak görülür. Bittabi diyaframda komplet bir immobilitenin temin edilmeyişi, bu ameliyeden beklenen iki neticeden birisinin kifayetsiz olmasını mucip olur. Ancak, diyafram dış kısımlarında mevcut olan iltisakların bu vak'alarda diyaframı immobil bir hale getirmeye yaradığını müşahede etmekteyiz.

Toraks ve diyaframlar teneffüse iyi iştirak ettikleri halde bazan bir taraf akciğerlerin aksi şekilde teneffüs ettiği görülür. Bu hale paradoksal teneffüs tâbir edilir ve torakoplasti ameliyesinden 2 - 3 veya dört hafta sonra görülür. Bu vak'alarda mediastinum kayması ve ameliyat olmuş akciğer sahasının ekspirasyonda dışa doğru şişmesiyle müterafık olarak diyaframda paradoksal hareket görülür.

Rie sahalarında mevcut olan kavitelerin teneffüs hareketleriyle mobil oldukları, kimogramlarda konturlarında ondülasyonlar görülmekle anlaşılır. Ondülasyon amplitüdlерinin büyük oluşu taze ve ince cidarlı, küçük oluşu eski ve sklerotik cidarlı bir kavite veya perikaviter atelektazi ile çevrili olduğunu ifade eder. Bidayette konturunda mobilite gösteren bir kavitenin bilâhare hacim büyümesiyle beraber immobil hale doğru gitmesi, kavitenin ensufle bir hale gelmekte olduğuna delâlet eder.

Radyogramlarında bariz bir hastalık görülmediği halde veya mevcut leziyona rağmen uzun müddet dispne hali göstermiyen bazı kimselerin, günün birinde âni olarak dispne hali gösterdikleri müşahede edilir. Bunların kimogramlarında kosta, rie parankiması ve diyaframların çok sık ve düşük amplitüdlü hareket gösterdikleri görülür. Bu hâdise, bronko-alveoler muskulaturun ipertonisi neticesidir.

Kimografinin, yukarıda zikredilenlerden başka, radyogramlarda görülen kalsifikasyon opasite veya yabancı cisimlerin rie veya plevraya ait olup olmadıklarında, fibrin körperlerinin nereye yapışık olduklarının tayininde pnömotorakslarda anemiye olmuş sahaların tahdidinde, idro ile piyonpnömotoraks tefrikinde, kostal, abdominal, abdomino-kostal teneffüs tiplerinin tayininde ve bunların patolojik delillerinin ortaya çıkarılmalarında büyük bir yardımı vardır.

S U M M A R Y

The Application of Kymographical Examination in Pulmonary Tuberculosis : The kymographical examination determines the contractions of the contractile organs as well as the movements of the mobile organs. The movements of the ribs, pulmonary tissue, diafragma and the movements of the concentrated foci and the cavities of the lung is seen in kymographical examination of the chest. The existence of the movement, the amplitude of the mo-

vements and the comparison of the evidences produce very interesting information. The types of inspirations and ventilations are recorded on kymographical examination and some pathological interpretation is experienced. The respiratory function of both lungs and the comparison of both sides could be recorded with this examination. The movements and the paralysis of the diaphragm and the situation of the cavities after the performance of the phrenic crush may investigate and the differential diagnosis between the diaphragmatic hernia and evantration is possibly establishes with this method. Also the localisation of foreign bodies weather they are in the lung or in the chest wall is searched easily. Exudative changes in hydropneumothorax is possibly diagnosed. The definite diagnosis of subpleural emphysemas is possible with this method. Some information may be obtained about the production of the tension cavities. The establishment of paradoxal movements after thoracoplasty may be seen objectively with this examination.

R É S U M É

Le champs d'application de la Kymographie dans la tuberculose pulmonaire : La Kymographie est un procédé permettant de voir les contractions des organes contractils, la mobilité des organes mobiles. La Kymographie du poumon nous permet de voir d'une manière objective les mouvements des côtes, du parenchyme pulmonaire, des opacités et des cavernes. De la présence ou de l'absence des mouvements, de leur degré d'amplitude, le rapport du temps qu'ils présentent entre eux on peut tirer des conclusions intéressantes, et étudier leur signification pathologique. Un kymogramme permet de déterminer le type de respiration et de ventilation. On peut se faire une idée sur le pouvoir respiratoire d'un poumon ou le comparer à l'autre poumon, les mouvements du diaphragme ou sa paralysie, l'état des cavernes se trouvant dans le poumon et du diaphragme après une phrenissectomie; le diagnostic entre l'évantration et une hernie peut être fait. On peut définir, par cette méthode, la présence de corps étrangers et des calcifications dans le poumon ou la paroi thoracique, ainsi que la transformation d'un exsudat en empyème. De plus le diagnostic d'un emphysème subpleural, dans les cas douteux, peut être fait. Elle permet de noter la transformation d'une caverne en une cavité hypertendue. Enfin elle montre d'une manière objective la manifestation d'une respiration paradoxale qui peut s'établir après une thoracoplastie.

INEFFİKAS PNÖMOTORAKSLARIN CERRAHİ TEDAVİSİ

Dr. SIYAMI ERSEK

Akciğer tüberkülozunun pnömotoraks ile kollapsoterapisinde rastlanan önemli bir ihtilât plevra parietalis ile plevra visceralis arasındaki iltisaklardır. Bu iltisaklar ya oldukça geniş bir senfiz halindedir veya müteaddit bridler halinde akciğerin lâyıkiyle kollapsına mâni olmaktadırlar. Akciğerin bridlerle asılı olduğu halde kapalı ve açık brid seksiyonu usulleri ile bridlerin kesilmesi, böylece pnömotoraks ile akciğerlerin gerekli kollapsı kabil olmaktadır. Şekil 1 de görüldüğü gibi yaygın yapışıklık sebebiyle akciğerin bir kısmının kollabe olduğu tesirsiz pnömotoraks vak'alarında tabiatıyla kapalı ve açık brid seksiyonu usullerinden istifade edilemez. Diğer taraftan kavite açık olduğu ve hasta basil çıkarttığı için böyle ineffikas bir pnömotoraksa aynı şekilde devam etmek doğru değildir, her ne şekilde olursa olsun basil çıkartan bu kavitenin kapatılması iktiza etmektedir.

Bu şekilde pnömotoraks tesis edilerek uzun müddet tedavisine devam edilen, fakat geniş senfiz plöral sebebiyle tesirli bir pnömotoraks tatbikine imkân bulunamıyan vak'alarda nasıl bir hattı hareket takip edilmelidir? Bu hem hastayı ve hem de hastayı tedavi eden hekimi müşkül mevkide bırakan bir durumdur. Bu takdirde iki ihtimâl bahis mevzuudur: Ya yetersiz ve tesirsiz olan pnömotoraks terkedilerek akciğerin göğüs duvarına yapışması temin edilir ve bundan sonra mevcut lezyonun durumuna göre diğer muhtelif kollaps metodlarından biri (ekstraplöral pnömotoraks, torakoplasti, plombaj v.s.) tatbik edilir veya mevcut ineffikas pnömotoraks cerrahî yollarla effikas hale getirilir.

Başlanmış bir pnömotoraksı ceffelkalem terketmek psişik sebeplerden ötürü kolay olmadığı gibi önemli tıbbî sebeplerden dolayı da bazı mahzurları muciptir. Kifayetsiz de olsa tesis edilmiş bir pnömotoraks ile mevcut lezyon kısmen basılabilmektedir. Bu şekil-

de basılan bir lezyonda hava terkedilerek akciğerin göğüs duvarına doğru genişlemesine müsaade edildiği sırada; baskıdan kurtulan kaviteden akciğerin muhtelif kısımlarına doğru ekseriya bir yayım olmakta ve neticede akciğer göğüs duvarına yapıştığı anda, cerrahî olarak hiç bir şekilde tedavisine imkân kalmıyan yaygın bir akciğer lezyonu ile karşı karşıya bulunulmakta ve hasta elde mevcut bütün tedavi şanslarını kaybetmektedir.

İşte bu ve buna mümasil sebeplerden dolayı ineffikas pnömotorakslarda pnömotoraks tatbikatına nihayet vermeden önce mevcut ineffikas pnömotoraksları effikas hale getirmek imkânları araştırılmalıdır. Bunun için şu şekilde bir müdahaleden istifade edilebilir.

Ekstraplöral pnömoliz ameliyesinde olduğu gibi hasta sağlam tarafı üzerine yan olarak ameliyat masasına yatırılır ve ekstraplöral pnömolizde kullanılan mutad şak ile göğüs duvarına varılır; yapışıklığın lokalizasyonuna göre umumiyetle 4, 5, 6 ncı kaburgaların herhangi birinden 8 - 10 cm. tulünde bir parça deperioste edilerek çıkarılır, ekstraplöral plân bulunur ve ekstraplöral olarak dekolmana başlanır. Akciğerin göğüs duvarına yapışık olan kısmı ekstraplöral olarak ayrıldıktan sonra mediastinal kısımda da aynı tarzda pnömoliz ameliyesine devam edilir ve böylece ekstraplöral bir poş meydana getirilir. Bundan sonra ameliyeyi 4 muhtelif şekilde tekemmül ettirmek kabildir:

1. Meydana getirilen ekstraplöral boşluk kanama v.s. bakımından iyice kontrol edildikten sonra serbestleştirilmiş olan plevra parietalis göğüs duvarına yakın olarak önden ve arkadan hilus'a kadar dairen medar kesilerek ekstraplöral boşluk intraplöral boşluk ile aynı seansta birleştirilir ve böylece ekstraplöral olarak iltisaklarından tamamiyle ayrılmış olan akciğerin hilus'a kollapsı sağlanmış olur (Şekil: 1, 2). Plevra boşluğu içine penicillin ve streptomycin mahlülü konur, ameliyat yarası per primam kapatılır.

Ameliyatı takip eden günlerde ekstraplöral dekolman yapılan satıhtan kan ve plasma eksüdasyonu husule gelir ve intraplöral poşa toplanır. Sıkı radiolojik kontrollerle plevra boşluğu içinde toplanan sero-hemorajik mayiin durumu ve miktarı tayin edilir, sero-hemorajik mayi tahliye edilerek yerine hava verilir. Plevra boşluğu içinde toplanan sero-hemorajik mayiin miktarı her vak'ada farklıdır; umumiyetle bir kaç tahliyeyi müteakip tamamiyle kaybolur ve normal bir pnömotoraks tatbiki kabil olur (Şekil: 3). Ekstraplöral poşla intraplöral poşun birleştirilmiş olduğu bu gibi vak'a-

larda pnömotoraksa aynen normal pnömotorakslarda olduğu gibi devam etmek icabeder.

2. Göğüs duvarına yapışık olan akciğer kısmı ekstraplöral olarak ayrıldıktan sonra husule gelen ekstraplöral boşluğun intraplöral boşluk ile aynı seansta birleştirilmesi zarurî değildir; ekstraplöral olarak meydana getirilen poş tahliye ve havalarla idame edilir (Şekil: 4, 5), tamamiyle steril bir poş haline geldikten sonra gayet basit ikinci bir müdahale ile ekstra ve intraplöral poşları birbirinden ayıran çadır tarzındaki — aynen tentorium cerebelli'ye benzer — fibröz zar göğüs duvarına yakın olarak dairen medar kesilir, böylece ekstra ve intraplöral poşlar birleştirilerek effikas bir pnömotoraks tesisi kabil olur (Şekil: 6, 7).

Ekstraplöral ve intraplöral poşların bu şekilde iki seansta birleştirilmesindeki gaye; pnömolizi müteakip husule gelebilecek ihtilâtların — kanama, enfeksiyon v.s. — sadece ekstraplöral poşa inhisar etmesi, gayet hassas olan plevra poşunun bu reaksiyonlardan masun bulunmasıdır.

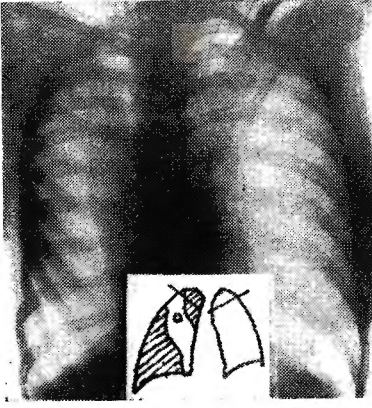
3. Bazan ekstraplöral olarak meydana getirilen poşun kollaps etkisi lezyonun kapanmasına kâfi gelebilir, bu takdirde intraplöral poşun idamesine ihtiyaç kalmaz, intraplöral poştaki hava tedricen resorbe olur, kaidedeki akciğer kısmı genişliyerek cidara yaklaşır ve artık sadece ekstraplöral poşun idamesi bahis mevzuu olur (Şekil: 8, 9, 10). Bu Fransızların Extrapleural de substitution dedikleri müdahale şekline tevafuk eder. Bu takdirde ekstraplöral poşun lezyonun lokalizasyon ve şekline göre mutaddan daha büyük açılması icabeder.

4. Akciğerin sadece gayet kalın bridlerle asılı olduğu hallerde (Şekil: 11) bütün zirveyi ekstraplöral olarak ayırmaya ihtiyaç yoktur, yapışık olan akciğer bölgesi ekstraplöral olarak ayrıldıktan sonra brid etrafındaki plevra parietalis dairen medar tavla pulu şeklinde kesilerek bridler teker teker plevra boşluğu içine atılır ve böylece akciğer yapışıklıklarından tamamiyle kurtulmuş olur (Şekil: 12).

Nisan 1951 den Aralık 1952 ye kadar 20 ay içinde Heybeliada Sanatorium'unda İneffikas pnömotoraks sebebiyle kaviteleri kapanmayan 100 hastaya bu müdahalenin muhtelif tipleri tatbik edilmiştir (Tablo: 1). 100 vak'ada 59 tanesinde ekstra ve intraplöral poşlar

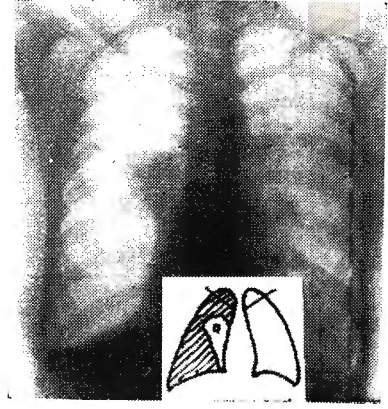
MÜDAHALE	Adet	Erken ölüm	Geç ölüm	Yaym	Faahiyet	Empyema	Bronş Füstülü	Yara sup-purasyonu	Dikiş yetersiz	B. K. Müsbet	B. K. Menfi	Şifa
Desinsertion 1. Seans	59	1	1	1	1	1	—	3	—	1	56	56
Desinsertion 2. Seans	6	—	—	—	—	2	—	2	2	—	6	4
Ekt. de Substit.	23	1	—	—	1	2	—	2	—	1	21	20
Ext. Decollement ile Bridlerin ayrılması.	12	—	—	—	—	—	—	1	—	—	12	12
<i>Toplam</i>	<i>100</i>	<i>2</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>5</i>	<i>—</i>	<i>8</i>	<i>2</i>	<i>2</i>	<i>92</i>	<i>92</i>

Tablo : 1 Heybeliada Sanatoryomunda Nisan 1951 ile Aralık 1952 arasında 20 ay zarfında ineffikas pnömotoraks sebebiyle Ekstraplöral dekolman ameliyesi yapılan 100 vak'ada elde edilen neticeler.



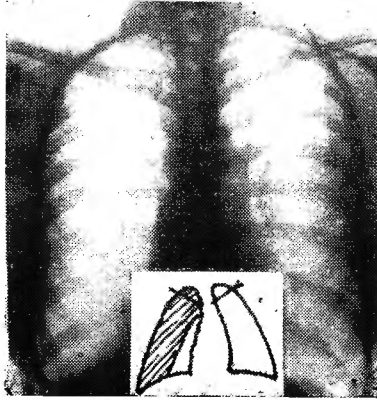
Şekil 1.

S. E. : 9 aydanberi sağ tarafına hava alıyor. Sağ zirvede mevcut geniş yapışıklık sebebiyle pnömotoraks tesirsiz, kavite açıktır.



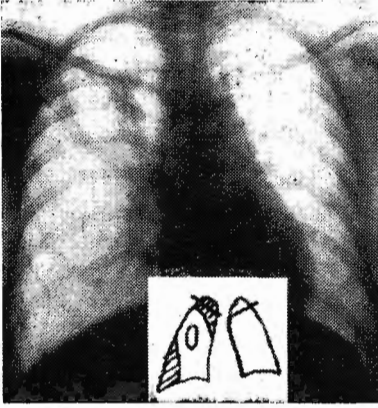
Şekil 2.

S. E. : Yapışık olan akciğer kısmı ekstraplöröl olarak ayrılmış ve intraplöröl boşluk ile birleştirilmiştir.



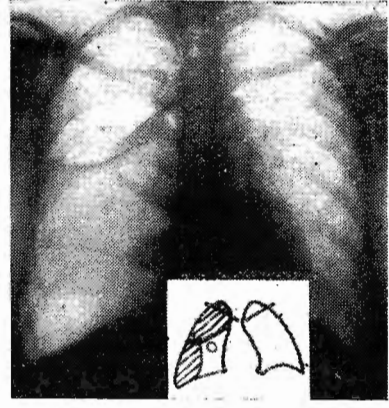
Şekil 3.

E. E. : Ameliyattan 1 sene sonra. Pnömotoraks tesirli, kavite kapanmış; direkt, konsantrasyon ve kültür muayeneleri ile balgamda basil menfidir.



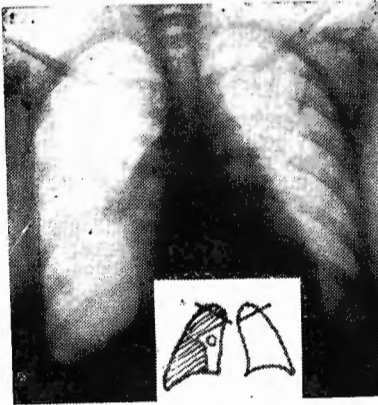
Şekil 4.

M. K. : 4 aydanberi sağ tarafına hava alıyor. Sağ zirvede mevcut geniş yapışıklık sebebiyle pnömotoraks tensesiz, kavite açıktır.



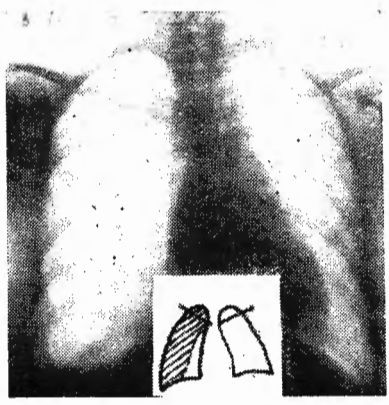
Şekil 5.

M. K. : Yapışık olan akciğer kısmı ekstraplöral olarak ayrılmış; ekstraplöral ve intraplöral boşluklar iki ayrı poş halinde idame edilmiştir.



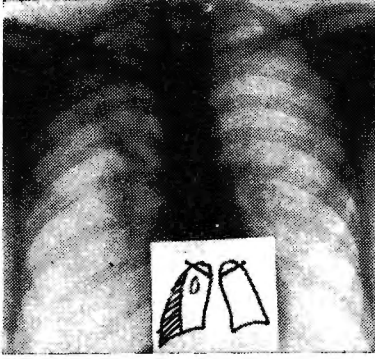
Şekil 6.

M. K. : Ekstra ve intraplöral poşları birbirinden ayıran çadır şeklindeki fibröz zar göğüs duvarına yakın olarak dairen medar kesilmiş, ekstra ve intraplöral poşlar birleştirilmiştir



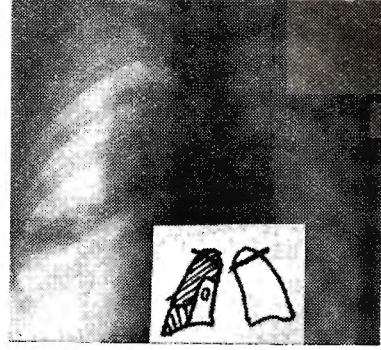
Şekil 7.

M. K. : Ameliyattan 9 ay sonra. Pnömotoraks tesirli, kavite kapanmış; direkt, konsantrasyon ve kültür muayeneleri ile balgamda basil menfidir.



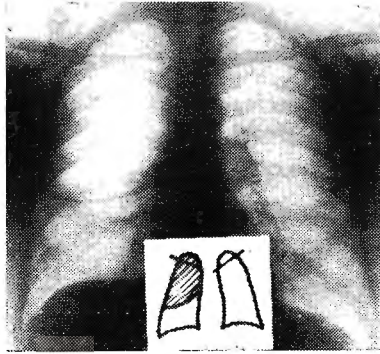
Şekil 8.

M. E. : 3 aydanberi sol tarafına hava alıyor. Sağ zirvede mevcut yapışıklıklar sebebiyle pnömotoraks tesirsiz, kavite açıktır.



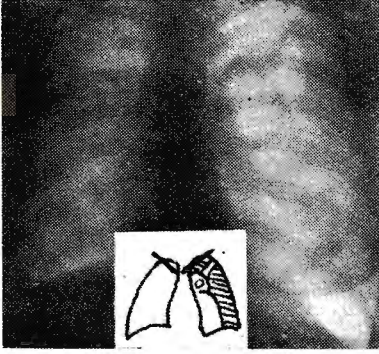
Şekil 9.

M. E. : Yapışık olan akciğer kısmı geniş bir poş halinde ekstraplöral olarak ayrılmış, ekstraplöral poşun takibi yapıldığı halde intraplöral poşun idamesine nihayet verilmiştir.



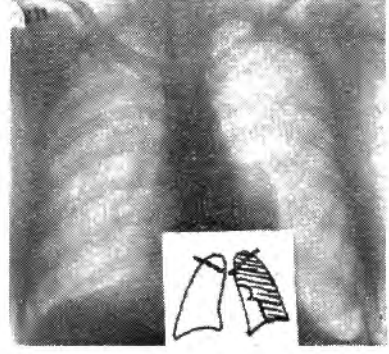
Şekil 10.

M. E. : Ameliyattan 8 ay sonra. İntraplöral poş zail olmuş, kaidede akciğer genişliyerek cidara yapışmıştır. Ekstraplöral pnömotoraks tesirli, kavite kapanmış; direkt, konsantrasyon ve kültür muayeneleri ile basil menfidir.



Şekil 11.

F. G. : 4 aydanberi sol tarafına hava alıyor. Sol zirvede mevcut kalın brid sebebiyle pnömotoraks tesirsiz, kavite açıktır. Plöroskopi yapılmış, fakat kapalı brid seksiyonu usulleri ile bridlerin kesilmesine imkân görülememiştir.



Şekil 12.

F. G. : Ameliyattan 10 ay sonra. Kalın bridler ekstraplöral olarak ayrılmış ve plevra parietalis bridlerin etrafında dairen medar tavla pulu şeklinde kesilerek bridler plevra boşluğuna atılmıştır. Pnömotoraks tesirli, kavite kapanmış; direkt konsantrasyon ve kültür muayeneleri ile balgamda basil menfidir.

ayni seansta, 6 tanesinde ise bu iki poş iki ayrı poş halinde takip edilmiş ve ikinci bir seans müdahale ile birleştirilmişlerdir. 33 vak'ada Extrapleural de Substitution tarzında bir müdahale yapılmış, 12 vak'ada da bridler ekstraplöröl olarak ayırdıktan sonra parietal plevra tavla pulu tarzında kesilerek intraplöröl poşa atılmıştır.

Ameliyatı takip eden günlerde yapılan müdahalenin şekline göre intraplöröl veya ekstraplöröl poşun içine kan ve plasma eksüdasyonu olmuş; sıkı radiolojik kontrollerla bu mayi tahliye edilmiş, yerine hava ikame edilerek normal effikas pnömotoraks tatbikine başlanmıştır.

Müdahale edilen 100 vak'adan 3 tanesi — biri ameliyattan 15 gün sonra bilmediğimiz bir sebepten, ikisi de ameliyatı takip eden gece intraplöröl poşa vaki olan büyük bir kanamadan, kanama şoku ile — ölmüştür. 2 vak'ada yara enfeksiyonu neticesi dikiş yetersizliği husule gelmiş, pnömotoraks tatbikatına nihayet verilmek mecburiyeti hasıl olmuştur. 1 vak'ada hem intraplöröl ve ekstraplöröl poşa mikst ampyeme husule gelmiş, bilâhare üst poş torakoplasti, alt poş da decortication ile bertaraf edilmiştir. Ayrıca 4 vak'ada saf tüberküloz ampyeme'i husule gelmiş, 3 tanesinde enerjik lokal ve sistematik antibiotik tatbikatı ile ampyem zail olmuş, 1 vak'ada ise ampyeme devam ettiğinden pnömotoraks tatbikatına nihayet verilmek mecburiyeti hasıl olmuştur. 2 vak'ada radiolojik olarak kavite kapanmamış ve balgamda basil müsbet olarak devam etmiştir. 3 ölen, 1 empyema, 2 dikiş yetersizliği ve 2 basilleri müsbet kalan 8 vak'a ekarte edilirse, 100 vak'adan geriye kalan 92 hastanın hepsinde radiolojik olarak kaviteler kapanmış ve ameliyattan önce basilleri müsbet olan bu vak'alarda direkt, konsantrasyon ve kültür muayeneleri ile basilleri menfi olmuş ve hastalar ideal pnömotoraks tedavisi imkânlarını kazanmışlardır.

Vak'aların incelenmesinden çıkan neticeye göre 20 aydanberi Heybeliada Sanatoryomunda ineffikas pnömotorakslarda iltisakları ekstraplöröl ayırma suretiyle yaptığımız muhtelif tip müdahalelerden sağladığımız sonuçlar oldukça tatminkâr görülmektedir. Son zamanlarda kliniğimizde bu usulün tatbik sahası genişlemiş ve metoda karşı gün geçtikçe artan bir ısınma meydana gelmiştir. Bugün normal olarak komplikasyonsuz pnömotoraks tedavisinden elde edilen nihaî neticenin gayet mahdut olduğu (% 15) ve pnömotoraks ihtilâtlarının başında da normal pnömotoraks tatbikatına engel olan yaygın yapışıklıkların mevcudiyeti nazarı dikkate alınırca; basit bir cerrahî ameliye ile bu yaygın iltisakların bertaraf edilmesini

mümkün kılan bu basit müdahalenin pnömotoraks tedavisine ne büyük imkânlar kazandırdığını ve pnömotoraks tedavisini bugün yine de büyük bir iştihakla tatbik eden fizyoloğları ne büyük bir dertten kurtardığı açıkça anlaşılır.

Netice olarak şunu arzetmek isteriz ki bugün akciğer tüberkülozu kollapsoterapisinde pnömotoraks şayet önemli bir mevki işgal ediyorsa; ineffikas pnömotoraksları effikas hale getiren bu cerrahî metodun akciğer tüberkülozu kollapsoterapisinde en az kapalı bridseksiyonları kadar değerli bir yer işgal edeceği muhakkaktır.

S U M M A R Y

The Combined Extra and Intrapleural Pneumothoraxes in the Treatment of Inefficacious Pneumothoraxes: 1. In cases of inefficacious pneumothoraxes due to adhesions between visceral and parietal pleural layers the various forms of surgical interventions is explained to produce an efficacious pneumothorax by combining the extra and intrapleural spaces.

2. The early result obtained in 100 cases operated between April 1951 and November 1952 is demonstrated.

3. As long as the pneumothorax has a definite and valuable place in the collapse treatment of pulmonary tuberculosis this procedure also will have the same situation as much as closed intrapleural pneumonolysis.

R É S U M É

Le traitement opératoire des pneumothorax inefficaces: Les différentes méthodes permettant le décollement extapleural de larges adhérences entre la plèvre pariétale et la plèvre viscérale dans le but de transformer un pneumothorax inefficace en un pneumothorax efficace ont été étudiées. Les résultats obtenus par cette intervention au Sanatorium de Heybéliada sur 100 cas opérés d'avril 1951 à décembre 1952; donc en 20 mois, sont mentionnés. Tant que le pneumothorax gardera son importance actuelle dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, cette intervention occupera une place tout au moins aussi importante que la bridectomie fermée.

TIBBÎ PNÖMOTORAKSIN SÜR'ATLI TESİSİ

Dr. NEŞATÎ ÜSTER

Tibbî pnömotoraksın, hemoptizi vak'aları istisna edilirse, umumiyetle yavaş yavaş ve ihtiyatla tesisi kaide olmuştur. Memleketimizde de, hemostatik maksatla yapılan müstacel müdahaleler dışında, bu tarzda hareket edilmekte ve pnömotoraks tedavisine başlanan hastalar ilk verilen havadan itibaren ekseriyetle on beş gün yatırılmaktadır. Şüphesiz, acelesi olmıyanlar ve yatakları bol müesseseler için pnömotoraksa bu tarzda başlamak en doğru ve en emin bir usuldür. Hakikaten bu durumda bulunanlar *Dumarest*'nin dediği gibi «müstacel endikasyonlar dışında bazı müelliflerin *col-lapsothérapie accélérée*'yi niçin ileri sürdüklerini anlıyamamakta» haklıdırlar. Fakat yatak sayıları kifayetsiz olan ve her gün bir sürü yeni müracaata cevap vermek zorunda kalan bazı verem hastaneleri hekimlerinin de mümkün merteye kısa bir zamanda yataklarını boşaltıp yeni hastaları yatırabilmek için normal seyirli vak'alarda da müstacel müdahale metodlarına baş vurmağa hakları vardır. İşte biz de bu zaruretin tazyikı altında pnömotoraks tedavisi başlanacak hastalara ayırabildiğimiz yataklarda daha fazla bir hareket temin edebilmek ve daha çok sayıda hastanın müracaatını karşılayabilmek için klâsik metodla 10 - 15 günde tesis edilebilen kollapsı, daha kısa bir zamanda istihsal edebilecek çarelere baş vurduk; ve evvelce bu yolda hareket etmiş olan bazı müelliflerin usullerini tatbik ettik. Aldığımız neticeler, onların da kaydettikleri gibi çok cesaret ve memnuniyet verici oldu.

Hemostatik pnömotoraksta akciğerin kollapsı tek bir ensüflasyonla istihsal edilirse hasta tarafından hissedilen sübjektif ârâz oldukça aşikârdır. Fakat bu kollaps, bir tek ensüflasyon yerine birbirine yakın 4 - 5 ensüflasyonla temin edilirse hastanın buna mükemmel bir surette tahammül ettiği görülür. *Etienne Bernard, Mlle A.*

Lotte ve M. J Nick, hemoptizili hastalarda günde iki defa yapılan ve arka arkaya 2 -3 gün devam eden ensüflasyonlarla 48 saat sonunda plevra boşluğuna 1500 - 1800 cc. hava verdikleri vakit pek az vazifevî ârâz (hafif ve geçici bir dispne, çarpıntı ve ağrı.. gibi) husule geldiğini ve kanamanın da durduğunu görmüşlerdir. Bu müellifler hastaların bu tahammülünün yalnız hemoptizili vak'alara münhasır olamayacağını düşünerek kanamıyan tüberküloz vak'alarında da denemişler ve ilk aldıkları neticeleri 1940 da neşretmişlerdir (Gazettes des hopitaux - No. 81 - 82. 11 - 14 Decembre 1940).

Etienne Bernard ve arkadaşlarının kullandıkları teknik yeknesak değildir. Ensüflasyonların ritmi, vak'aya göre, değişmek üzere az sür'atli, sür'atli veya çok sür'atli olabilir.

Az sür'atli: 3 veya 4 gün sıra ile günde bir ensüflasyon.

Sür'atli: Birinci veya ikinci gün iki ensüflasyon, ondan sonra 2 - 3 gün birer ensüflasyon.

Çok sür'atli: Arka arkaya 2 gün ikişer ensüflasyon, ondan sonra bir iki gün birer ensüflasyon.

Her defada verilecek havanın miktarı vak'aya göre değişir. Çok kere 300 - 400 cc. arasında yapılır. Bazan 200 - 250 cc. e kadar indirmek icap eder. *Etienne Bernard* ve arkadaşları asla 450 cc. ü geçmemeyi tavsiye etmektedirler. Onlar bir defada fazla hava vermektense, sık vermeyi tercih etmekte; *Dumarest* gibi, ensüflasyonların tekerrürünün, plevra için, fazla hava vermektense daha az tro-matizan olduğuna kanidirler. Fakat biz aynı metodla pnömotoraks yaptığımız bazı mukavemetli hastalarımızda 500 - 600 cc. hava verdik ve kayda değer bir tahammülsüzlük ârâzı görmedik.

Dört beş gün süren bu sık ensüflasyon serisinden sonra, kollaps temin edilmiş olduğundan, klâsik fasılalarla pnömotoraksın idamesine devam edilir. Bu suretle mutad usulle 12 - 15 günde tesis edilebilen pnömotoraks 4 - 5 günde istihsal edilmiş olur. Fakat bazan iyi bir netice alabilmek için bir hafta günâsırı ensüflasyonlara devam etmek icap eder.

Biz de hastanemizde, arkadaşım *Dr. Vefik İçsezer*'le birlikte 1952 Mayısından beri, pnömotoraks tedavisine başladığımız vak'aların bir kısmında, *Etienne Bernard* ve arkadaşlarının ileri sürdükleri metodu tatbik ettik. Kullandığımız teknik az sür'atli idi; günde bir ensüflasyonla iktifa ediyorduk. Bir günde iki defa hava vermeyi, hem pratik cihetten, hem de hastanın üzerinde yaptığı tesir bakımından mahzurlu gördüğümüz gibi; vak'alarımızda buna lüzum da

hissetmedik. Çünkü günde bir defa hava vermekle de 3-4 günde akciğerin tam kollapsı — tabii yapışıklık olmıyan vak'alarda — temin edilebilmektedir.

Umumiyetle, ilk defasında 400 cc. hava vermekle pnömotoraksa başlıyoruz. Bazı hastalarda — çocuklarda ve hassasiyeti fazla olanlarda — 350 cc. ile iktifa etmek icap ediyor. Yapışıklık olmıyan vak'alarda bu miktardan daha az hava vermek lüzumunu hissetmedik. Bilâkis bazı kuvvetli şahıslarda ilk ensüflasyonda dahi daha yüksek miktarlara çıkarak 600 cc. e kadar hava vermek imkânını bulduk. Hastalarımızın bu miktarlara mükemmel surette tahammül ettiğini gördük. Vak'aların küçük bir kısmında hafif nefes darlığı, çarpıntı, sıkıntı ve göğsün hava verilen tarafında ağrı oldu. Bu vazifevî ârâzlardan herbirinin yalnız başına bulunduğu vak'alar olduğu gibi bazan bir kaçının veya hepsinin bir hasta üzerinde görüldüğü de vakidir. Bunların ekserisi geçici olup, umumiyetle ikinci gün tekrar hava verilmesine mâni olacak derecede değildir. Yalnız bir hastada oldukça şiddetli ve devamlı bir taşikardi ile karşılaştık.

Vak'aların çoğunda ikinci gün yine 400 cc. hava vermekle pnömotoraksa devam ediyoruz. Plevra boşluğundaki tazyike göre bazan 350 cc. e inmek icap ediyor; eğer bu tazyik müsaitse, daha fazla hava vererek 600 cc. e kadar çıkıyor veya ilk günü verilmiş olan 600 cc. havayı yine aynı miktarla devam ettiriyoruz. Bu suretle 24 saat sonunda plevra boşluğuna 750 - 1200 cc. hava vermiş oluyoruz. Hastalarımızda ikinci gün yeni vazifevî ârâza rastlamadık. Yalnız ilk günü görülen ârâzların devam ettiği veya bunlardan kaybolanların tekrar meydana çıktığı veyahut azalanların ikinci havadan sonra biraz arttığı, bazan müşahede edilmektedir.

Pnömotoraksın üçüncü günü de aynı şekilde hareket ederek 48 saat sonunda verdiğimiz hava yekûnunun 1050 - 1800 cc. ü bulmasına çalışıyoruz. Bu miktarlar beklenen akciğer kollapsının istihsaline kifayet etmektedir. Eğer radyolojik kontrolde kollapsı tatmin edici bulmazsak ertesi gün de aynı miktarlarda hava veriyoruz. Üçüncü ve dördüncü günlerde, hastalarda üstünde durulabilecek hiç bir vazifevî ârâz görülmemekte, evvelce müşahede edilmiş olanlar da kaybolmaktadır. Böylelikle hastalar yattıkları müesseseden çıkabilecek duruma gelmekte ve ondan sonra pnömotoraksın birer haftalık faslularla idamesi ayakta da mümkün olmaktadır.

Buraya kadar izah ettiğimiz tekniği standard olarak kabul etmek ve her vak'ada tatbik etmeğe kalkmak doğru değildir. Klâsik

metodda olduğu gibi sür'atli pnömotoraks tesisinde de verilecek havanın miktarı ile ensüflasyonların arasındaki fasılları muayyen kaidelere bağlı kalarak değil; radyoskopi kontrolleri, plevra tazyiki ve hastada meydana çıkabilen vazifevî değişikliklerle tayin etmek en doğru yoldur. Bunun için her ensüflasyondan evvel ve sonra radyoskopi ihtiyatlı bir harekettir. Ensüflasyondan evvel plevraya yakın bir kaverni geren bir bridin görülmesi, az hava vermeyi, ensüflasyondan sonra akciğerin ileri derecede kollapsa uğradığının müşahede edilmesi, ondan sonraki seansın daha fasıllalı yapılmasını icap ettirir. Plevra tazyikinin de daima menfi kalmasına, zefirî tazyikin sıfırı hiç bir vakit geçmemesine itina etmek lâzımdır.

Pnömotoraksı her vak'ada sür'atle tesis etmek doğru değildir. Kazeifikasyon vetiresi ilerlemiş, kesif irtişahlı, iyi tahdit edilmemiş lezyonlu ve müteaddit kavernli vak'alarda bu usulden iyi netice alınmaz. İyice tahdit edilmiş nisbeten yeni vak'alar, lobitler, akciğerin zirvesinde veya orta kısmında az kesif ve pek geniş olmıyan bir irtişah sahası içindeki kavernler bu metod için en iyi endikasyon teşkil eden vak'alardır. Bu gibi vak'alarda akciğerin büzülme kabiliyetinden kısa zamanda istifade edilerek sür'atle alveoller ve kaviteler içindeki tevettürle, plevra boşluğundaki tazyik arasında muvazene temin edilebilir. İltisakların mevcut olup olmadığı da sür'atle tayin edilerek, pnömotoraksın idamesi veya her hangi bir müdahale için erken bir karar alınması mümkün olur.

Pnömotoraksın sür'atle tesisi sayesinde, pnömotoraks tedavisine başlanacak veremlilerin mutad usullerle 15 gün olan hastanede kalma müddetinin 5 güne indirilebileceği görülüyor. Bu sayede hastane muhitinde fazla kalmak istemiyen hastaların arzuları yerine getirilmiş olacağı gibi; henüz mahdut olan veremli yataklarımızda da daha fazla hareket temin edilerek daha çok hastanın müracaatına cevap vermek imkânı elde edilmiş olur. İşte bunun için, bu metodu yatak sıkıntısı çekmekte olan bütün verem hastaneleri hekimlerine tavsiye etmeyi bir vazife telâkki ediyorum.

S U M M A R Y

The Rapide Establishment of Medical Pneumothorax : Except the cases of hemoptyses, generally the establishment of pneumothoraxes takes about

12 - 15 days. But it is also possible to induce a pneumothorax in 4 - 5 days by the method which we call rapide establishment of pneumothorax. By this method it is quite possible to turn out more patients in a short time in hospital where the shortage of bed is existing.

R É S U M É

L'établissement rapide d'un pneumothorax médical: D'après l'auteur, si l'on excepte les cas d'hémoptysie, on peut par les méthodes peu rapides, rapides, ou très rapides arriver à établir un pneumothorax au plus tard en 4 - 5 jours. Cette méthode aurait l'avantage de permettre le traitement d'un plus grand nombre de malades et faire donner à des établissements où l'on soigne les tuberculeux et qui ne disposent que d'un nombre restreint de lit un rendement plus grand.

BRİDEKTOMİNİN EHEMMİYETİ, İTHALÂT

VE

NETİCELERİ

Dr. YAKUP ÇELEBİ

Tüberküloz tedavisinde Pneumothorax, aksini iddia eden neşriyat ve mütalâalara rağmen birincilik mevkiini sağlam olarak muhafaza etmektedir. 1950 Milletlerarası Kopenhag Tüberküloz Kongresinde cereyan eden müzakere neticesinde varılan kararlar bunu bize açık olarak ifade etmiştir. Pneumothorax tedavisinin en mühim kusuru, ihtilâtları ve plevradaki yapışıklıklar dolayısıyla arzu edilen tam kollapsı her vakit temin edememesidir. İhtilâtların sebepleri, hekimlere (plevranın fazla tahriş edilmesi, tazyikli hava v.s.) ve hastalara (tedavinin devamı müddetince lâzım gelen dikkat ve ihtimamı gösterememek v.s.) ait olabileceği gibi bazan sebepsiz olarak ta plevra boşluğunda likit toplanabilir.

Plevra yapışıklıkları dolayısıyla Pneumothorax tedavisinden beklenen kollaps temin edilemediği klinik ve radyolojik olarak bildirildiği ve hasta basil çıkarmakta devam ettiği halde bazı vak'alarda aylarca ve hattâ senelerce Pneumothorax tedavisine devam edildiği görülmektedir. Vaktinde yapılacak Brid seksiyonu veya diğer her hangi bir cerrahî müdahale ile hasta ciğeri iyileştirmek imkânları varken faydasız bir pneumo tedavisine devam yüzünden mukabil tarafın da hastalandığı ve bu suretle tedavinin güçleştiği ve geciktiği görülmektedir. Pneumo tedavisi görenlerde iltisaklar dolayısıyla iyi kollaps temin edilemeyen vak'aların nisbeti 40 % dır. İltisaklar ekseriyetle hastalık sürecinin bulunduğu kısımlarda görüldüğünden hasta olan rie kısmı pneumo tedavisinden ya hiç fayda görmez veyahut pek az fayda görür.

Bu iltisaklardan radyolojik olarak iplik şeklinde görülen bazılarının kendiliğinden kopmalarını mümkün kılmak için tazyikli hava vermek usulü çok defa faydasız olmakla kalmaz, zararları da gö-

rülür. Çünkü iltisak bizim düşündüğümüz ve istediğimiz mahalden kopmaz; içinde eviye bulunan bir kısmından koparak tehlikeli kanamalara, rie nesci bulunan kısımdan koparak hava ambolilerine, kavite civarından kopmak suretiyle de ampiyelere sebebiyet verebilirler. Binaenaleyh bu gibi vak'alarda plöröskopi yapılarak, I - mümkünse Brit seksionu yapmak, II - mümkün görülemiyorsa açık Bridektomiye terketmek (eskiden tehlikeli telâkki edilen bu ameliyat bugün antibiyotikler sayesinde artık tehlikeli bir müdahale olmaktan çıkmıştır), III - bu iki ihtimalde görülemiyorsa pneumo tedavisi terkedilerek diğer bir cerrahî müdahale düşünmelidir.

Brit seksiyonu ile bazı vak'alarda iltisakları tamamen ayırmak mümkün olamıyarak müteakip seanslara bırakmak icap etmektedir. *Golberg* 249 vak'adan 211 tanesini bir seansta, 22 tanesini iki seansta, 10 tanesini üç seansta, 4 tanesini dört seansta, 2 tanesini beş seansta iltisaklarından ayırabilmiştir. Haydarpaşa Nümune hastanesi verem pavyonunda 1949 danberi tarafımdan yapılan 177 Bridektomi vak'asından dört tanesi ikinci seans bir müdahale daha yapılmak suretiyle iltisaklardan ayrılmıştır.

İhtilâtlar :

Müdahale esnasında kanamalar ortalama bir hesapla 2 - 5% arasında görülmektedir. Haydarpaşa Nümune hastanesi verem pavyonunda 177 vak'adan 11 vak'ada hafif kanama görülmüştür (6,2 %). Bunlardan yalnız bir tanesini müteaddit defalar tahliye etmek icabetmiştir. Bir lise talebesi olan bu hastamız tamamen iyileşerek iki senedenberi tahsiline devam etmektedir.

Müdahale esnasında görülen ikinci mühim ihtilât da hava ambolisidir. Entraplöral pneumo tesis ve idamesinde görülen amboliye benziyen ve aynı mihanikiyetler ile vukua gelen bu ihtilât çok nadirdir. 177 vak'amızda hava ambolisi ihtilâtı görülmedi.

Bir vak'ada (Pr. No. 1506) müdahale muntazam şartlar altında cereyan ederek kısa, kalın ve geniş band şeklinde bir tane Brit ile müteaddit ip şeklindeki Britler koterize edilip müdahaleden 12 saat sonra başlayan nefes darlığı gittikçe fazlalaşmış, yatağında yapılan radyografide nefes darlığını izah edecek bir şey tesbit edilememiş, ponksion ile plevra cevfinden 100 cc. kanlı insibap alınmış, grubu tayin edilerek kan nakli yapılmış, bütün bu tedbirlere rağmen 33 saat sonra vefat etmiştir. Ölümüne sebep olarak (hava ambolisi, he-

moraji, mediyasten anfizemi) ne ait karakteristik alâmetler görülmediğinden hakikî ölüm sebebini bizce kat'î olarak izah etmek mümkün olamamıştır.

Nefes darlığı : Bilhassa iki taraflı pneumolarda müdahale yapıldığı zaman bazan görülmektedir. Sol taraf Pneumothoraxlı tedavide bulunan bir hasta iki defa brid seksiyonu için yattığı masadan optik bir pneumo boşluğu tetkike başlandığı zaman şiddetli bir nefes darlığı ile fırladı. Ancak bir ağraf koymaya vakit bulabildim. Keza iki taraflı Pneumothorax'lı bir kadın hastada aynı suretle ameliyat masasından daha optiği ithal etmeğe vakit bırakmadan şiddetli bir nefes darlığı ile masadan kalktı. Bunları izah edecek fizyolojik bir sebep bulamıyorum.

Müdahaleden sonra husule gelen ihtilâtlar: En mühimleri ve sık görülenleri cilt ve medyasten anfizemi, kanamalar ve epansmanlardır.

Pronostik ve tedavisi bakımından en ehemmiyetlisi empiyemlerdir. Streptokok, stafilokok, pneumokok gibi sebepler ile husule gelen kiyhî ampiyemler nadir ve tedavileri de kolaydır. Bizi en çok alâkadar eden, Koch basilinin husule getirdiği spesifik ampiyemlerdir. Bunlardan B. K. nın mevcudiyetini ispat etmek her vakit kolay olmuyor. Ancak kültür ve hayvan tecrübesi ile mümkün olabiliyor ve bundan dolayı da bir çok müellifler ampiyem muhteviyatında her hangi bir Coque bulamadıkları takdirde ampiyemin mahiyetini tüberküloza bağlıyorlar. Spesifik ampiyem nisbeti hakkındaki istatistikler de oldukça değişik neticeler göstermektedir.

Unverricht 452 vak'ada %2, *Jacobeus* 150 vak'ada %9,3, *Bayliss* 225 vak'ada %6,2, *Matson* 100 vak'ada %16, *Kremer* 272 vak'ada %5,7, *Heybeli Sanatoryomu* 312 vak'ada %7,5, *Haydarpaşa Nümune Hastanesi Verem Pavyonu* 177 vak'ada %4 ampiyem ihtilâtı tesbit etmişlerdir.

Vak'aların senelerce takip edilemeden istatistiklere geçmiş olmasının bu değişik neticeyi husule getirdiği çok muhtemeldir. Çünkü ampiyem bazan müdahaleden uzun bir zaman sonra dahi görülebiliyor.

Bizim müdahale ettiğimiz 177 hastada görülen 8 ampiyem nisbeti çok azdır. Fakat ameliyat yapılan hastaları uzun bir zaman; hiç değilse iki sene kontrol etmek mümkün olamıyor. Müdahale edilenlerden 14 tanesinin ampiyemden maada muhtelif sebepler (me-

nenjit tüberküloz, mukabil tarafa müdahale ve mukabil taraftaki hastalığın fazlaşması v.s.) den vefat ettiklerini haber aldık. 26 hastanın âkıbeti meçhulümüz kalmıştır. Bunların içinden de bazı- larının ampiyem olmaları muhtemeldir.

Servisimizde yapılan 177 vak'aya ait ihtilâtlar ile elde edilen neticeleri gösteren bir istatistik aşağıdadır.

Vak'a sayısı	177	<i>İhtilâtlar :</i>	
Müdahale edilen	154	Kanama	11
Plöroskopi	23	Az likit	44
Kadın	93	Orta likit	30
Erkek	61	Çok likit	8
Sağ	76	Empiyem	8
Sol	78		
Bir taraflı pneumotorax...	139	<i>Âkıbetler :</i>	
İki taraflı pneumotorax...	15	İyi	86
Mukabil tarafı sağlam ...	67	Salâh	26
Mukabil taraf hasta	87	Halile	2
		Meçhul	26
<i>Netice :</i>		Sonradan vefat haberi	
Tam	93	alınan	14
Teknik	61		

S U M M A R Y

The Importance, Results and Complications of Closed Intrapleural Pneumonolysis : The importance of closed intrapleural pneumonolysis for deviation of adhesions in inefficacious pneumothoraxes is emphasized, and in cases where closed intrapleural pneumonolysis could not able to cut the adhesions the open intrapleural pneumonolysis or abandonment of pneumophthorax is advised. The result and complications of closed intrapleural pneumonolysis is demonstrated in 177 cases.

R É S U M É

L'importance, les complications et les résultats de la section des brides: Pour rendre le pneumothorax efficace, l'auteur conseille la section des brides ou lorsque cela est impossible, la bridectomie ouverte et si cette dernière est aussi impossible il faudra renoncer au pneumothorax. Il donne enfin les résultats et décrit les complications survenues dans le traitement de 177 malades.

BRIT SEKSİYONU DEMOSTRASYONLARI

Dr. REŞAT ENGEZ

Biliyoruz ki; akciğer tüberkülozunun mühim tedavi vasıtalarından birisi olan pnömotoraksın tatbiki esnasında mevcut iltisaklar hasebiyle istenilen şekilde kollaps temin edilememekte ve bu yüzden çeşitli komplikasyonlar husule gelmektedir.

Yapılan her pnömotoraks vak'asında her zaman total veya elektif bir kollaps teşekkül etmez. (100) vak'anın (45) veya (50) sinde pnömotoraks yapıldığına göre, bunun da (% 40) iltisaklı, britli veya natam bir pnömotoraks şeklinde tecelli etmektedir.

Şu rakamlar britlerin ne kadar sık görülebileceğini teyit eder. Yapılan plöroskopide brit seksiyonu muvaffakiyetle neticelenince kavite ve leziyon sahası kapanır ve bu sayede kollapsa büyük yardım edilmiş olur.

Galvano-koterizasyonla britlerin seksiyonu 1913 de ilk defa Stokholm'lü *Jacobeus* tarafından ortaya atılmıştır. 1923 tarihinden itibaren de dünyanın her tarafında bilhassa İtalya, Amerika, İsviçre ve Almanyada kuran bir şekilde tatbikine başlanmıştır.

Galvano - Koterizasyonla (Rouge sombre) halinde çalışılmış olsa dahi, sık sık görülen kanamalar bizi çok korkutmakta idi. Halbuki son zamanlarda, *Dr. G. Maurer*'in, diyatermokoagülasyon aparatı sayesinde bu tehlike oldukça bertaraf edilmiştir.

Diyatermokoagülasyon yüksek frekanslıdır ve tesiri şöyle olmaktadır: Evvelâ, nesicte derin bir dezidratasyon yapar, bilâhare albuminin tahassürünü mucip olur. Bu esaslar dahilinde hemoraji önlenir. Yâni galvanik ceryan sıcak bir demir gibi yakar, diyatermi ise moleküler tecezzi tevhit eder.

Heybeliada Sanatoryomundaki bol materyel içerisinde her se-
ne (175) veya (200) brit seksiyonu yapılmaktadır.

Kısa zamandaki tecrübelerimiz göstermiştir ki: her adersansa önce mutlaka, diyatermi yapıp, koagülasyonu teminden sonra koterizasyona geçmelidir.

Bir vak'amızda apikal nahiyede görülen kalın ve müteaddit britler diyatermi yapılarak kotorize edilmişti. Son olarak öne müteveccih ince ve çok basit bir brit kalmıştı. Bu bride diyatermi yapmadan kotorize ettik. Kotorizasyon biter bitmez, derhal şiddetli ve devamlı bir kanama başladı. Bizi bir hayli telâşa düşüren bu vaziyet karşısında cidarı kısmen kanayan yüzüne ve muhitine devamlı diyatermi yaparak kanamayı bu suretle önledik. Bilâhare devamlı tahliye, lâvaja ve antibakteriyel sayesinde muahhar komplikasyonlara meydan verilmemişti.

Üzerinde ehemmiyetle durulması lâzım gelen hallerden birisi de; müdahalenin hitamında veya ertesi günü, hastayı radyolojik olarak mutlaka tetkik etmelidir.

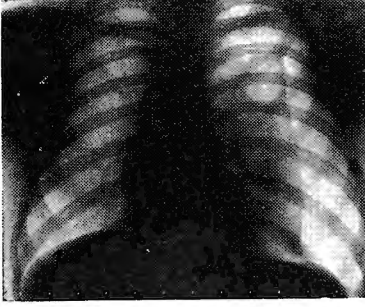
Yine; bir vak'amızda, brit seksiyonu yapılmıştı. Ertesi günü hastayı skopide kontrol ettik. Anfizem sukütane çok az olmasına rağmen pnömotoraks poşunun hiç kalmadığını hayretler içinde gördük. Bu vaziyet bizi, çok uğraştırdı ve üzdü. Nihayet onuncu pikürde pek küçük, bir ossiyasyon olarak hemen hava verdik. Aynı gün mükerrer ve müteakip günler sık sık pnömotoraks yapılarak maksat hasıl olmuştu.

Müdahale esnasında trokarların ağzını kapayarak havanın dışarı kaçmasına meydan verilmemesine, aynı zamanda sıkı bandaj yapılmasına ve kum torbası konmuş olmasına rağmen bu hal teşekkül etmişti.

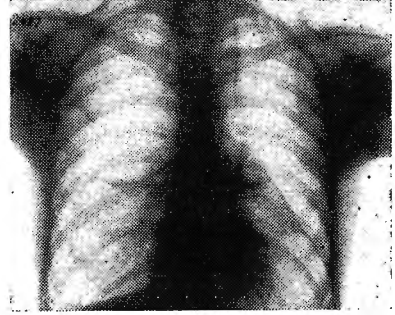
Bazı, geniş ve kalın iltisak vak'alarında, parankimi zedelemek şartıyla dezensersiyon yaparız. Burada vak'ayı iyi intihap etmek ve dikkatli çalışmak lâzımdır. Keza, bir kısım vak'alarda, önce mümkün olan britlerin kotorizasyonları yapılır, kalmış olan diğer britler de hazırlandıktan sonra ikinci veya müteakip seanslarda tamamlanır.

Brit seksiyonu, haddizatında basit gibi görünürse de çok sabır ve teenni ve mümarese isteyen bir müdahaledir. Kaviteyi asan büyük bir bridin seksiyonu ile hastaya kazandıracığımız kollaps derecesinin ehemmiyeti hakikaten çok büyüktür.

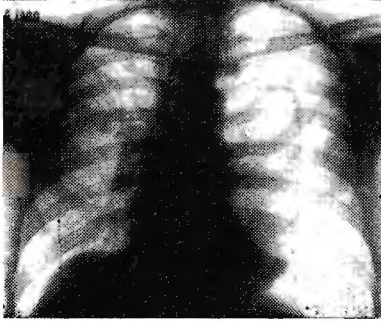
Demostrasyon olarak takdim edeceğim vak'alar arasında muhtelif tipler mevcuttur. Maruzatıma burada son verirken, müsaadenizle vak'aların filmlerini arz edeyim.



Şekil 1.
Seksyondan evvel



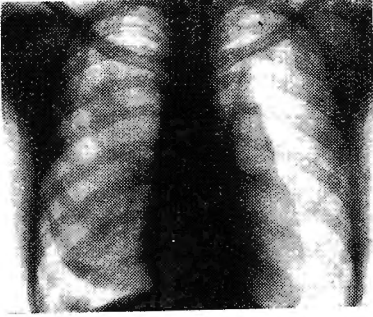
Şekil 1.
Seksyondan sonra



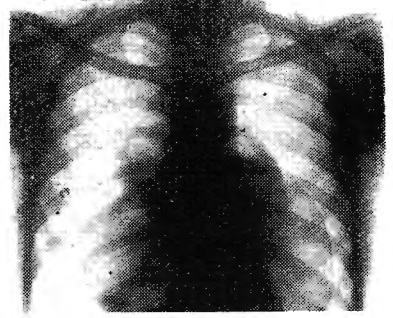
Şekil 2.
Seksyondan evvel



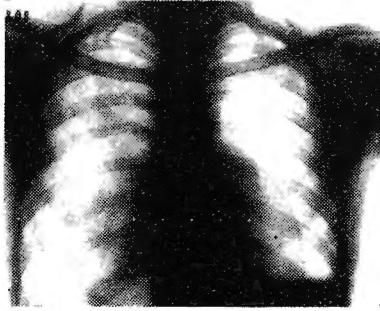
Şekil 2.
Seksyondan sonra



Şekil 3.
Seksyondan evvel



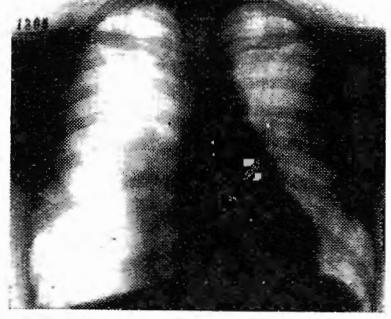
Şekil 3.
Sol taraf bride'inin Seksyonundan
sonra



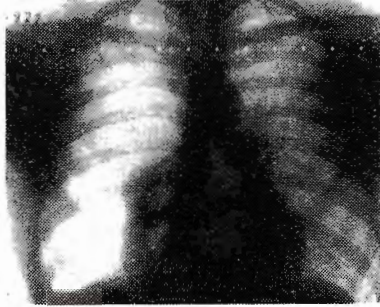
Şekil 3.
Sağ tarafta kesildikten sonra



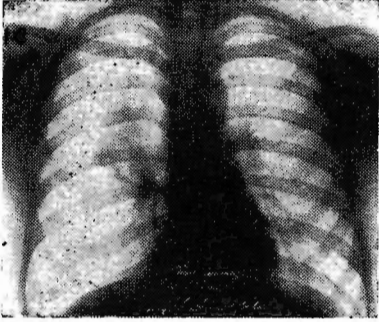
Şekil 4.
Seksyondan evvel



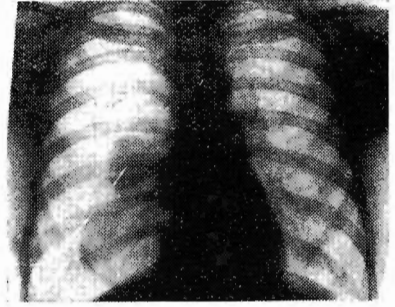
Şekil 4.
Birinci seanstan sonra



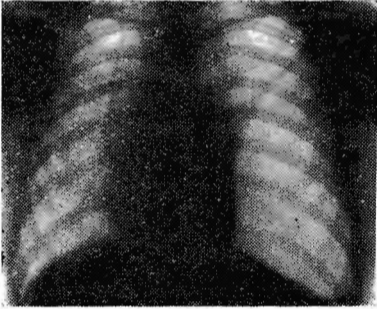
Şekil 4.
İkinci seanstan sonra



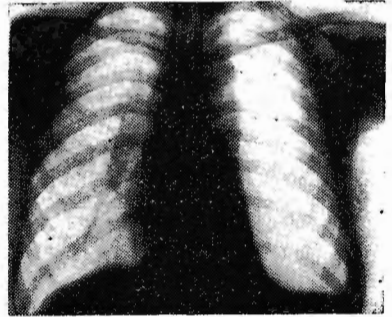
Şekil 5.
Seksyondan evvel



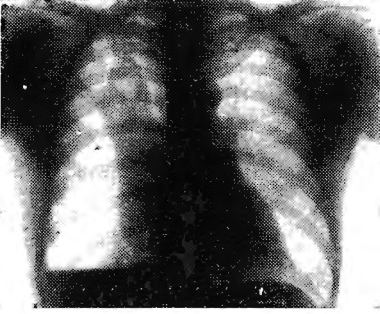
Şekil 5.
Seksyondan sonra



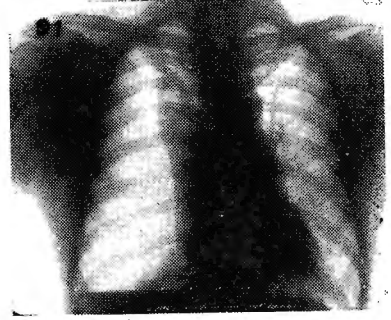
Şekil 6.
Seksyondan evvel



Şekil 6.



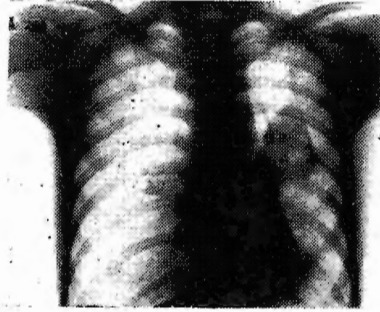
Şekil 7.
Seksyondan evvel



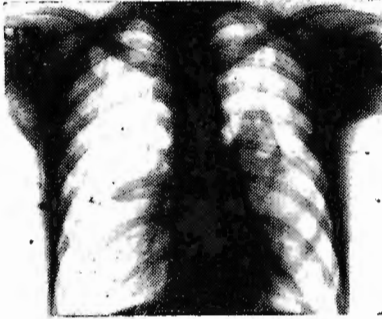
Şekil 7.
Birinci seanstan sonra



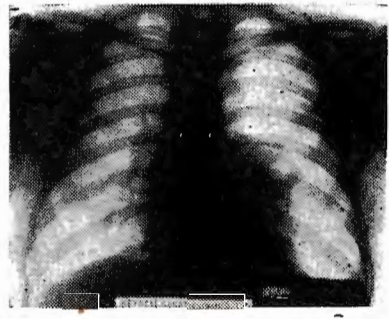
Şekil 7.
İkinci seanstan sonra



Şekil 8.
Seksyondan evvel



Şekil 8.
Birinci seanstan evvel



Şekil 8.
Birinci seanstan sonra

S U M M A R Y

Demonstrations on Closed Intrapleural Pneumonolysis: The seldom occurrence of bleedings in closed intrapleural pneumonolysis with the method of diathermy - coagulation is explained and some cases of closed intrapleural pneumonolysis is demonstrated which is carried out with this technique at Heybeliada Sanatorium.

R É S U M É

Démonstration sur la section des brides: Il a été mis en lumière que les hémorragies survenant souvent à la suite de la bridectomie par galvano-cautérisation deviennent plus rares avec l'emploi de la diathermo-coagulation. L'auteur fait une démonstration par des films des cas de sections des brides par cette méthode appliquée au Sénatorium de Heybeliada.

EXTRAPLÖRAL POLYTHENE PLOMBAJINDA KOMPLİKASYONLAR

*Dr. SACİT TEZELLİ
Dr. MARKO BENBANASTE
Dr. NİYAZİ KURT*

İlk anda büyük muvaffakiyet vadettiği halde zamanla nihâî kudret ve mahiyeti meydana çıkan terapötik metodlar az değildir. Bu gibi metodlar zaman faktörünün meydana çıkaracağı mahzurlarla daha mütekâmil diğer bir metodun kendisini istihlâfına kadar ancak ayakta durabilirler. Bu tebliğimizle esas mevzuumuzu teşkil eden Extraplöral pnömolizden sonra yapılan politen plombajının erken ve vakitsiz uyandırdığı memnuniyeti kasdetmek istiyoruz. Buna dair müşahedemiz altına almış olduğumuz ilk altı komplike vak'ayı bilâhare zikredeceğiz. Yeni bir metoda gösterilen bu erken teveccüh elde mevcut prosedelerden bazı vak'alarda tatmin edici bir netice elde edilememesinden mütevellit hayal kırıklığı ve her araştırcınının tatminkâr ve lezyona daha müessir bir usule karşı duyduğu hasret ve ilmîecessüs hattâ hiç olmazsa ilk zamanda umulan emniyetten doğmaktadır.

Maziye bir göz atıldıkta tüberküloz kavernlerinin cerrahî kolaps yolları ile tedavisi fikri *Tuffier* zamanındanberi malûmdur (1895). O devrede total plâstikten tevahhuş edilmekte ve parsiyel plâstikler ise henüz tatbik sahasına girmemiş bulunmakta idi. Plevra içi pneumothorax tedavisinin malûm mâniâlar sebebiyle yapılmadığı vakayide bunun yerini tutacak benzeri bir metodun lüzumu âşikâr idi. Bu suretle *Tuffier*'nin eserine tebaan basit apikoliz veya pnömoliz meydana çıkmıştır. Bu müdahale her iki plevrası ile cidara iltisaklı olan akciğeri cerrahî yollarla cidardan ayırarak respiratuvar travmayı bertaraf etmek esasına dayanmakta idi. Bu metod bidayette geçici bir tesir gösterdiğinden kısa bir müddet sonra terke mahkûm olmuştur. Bu suretle kazanılan poşun idamesi maksa-

diyle mültesik plevra vüreykaları ile örtülü pumonla sadır cidarı arasına tazyik edici bir madde koymak zarureti vardı. Bazıları bu maksatla (*Archibal, Winter, Sebreht*) nesci hücrevî ve adale parçaları, fibro lipomatö kütleler, diğerleri (*Jeesen, Monod*) hava dolu lâstik balonlar kullandılar. Fakat birinci grup vak'alarda konulan madde rezorbe olmuş, diğerlerinde ise bu cisimler vücut tarafından hüsnü kabul görmemiştir. Sonra, evvelâ (*Bauer, Bernoud, Nissen, Frouchaud*) doldurma materyeli olarak parafin teklif etmişlerdir. Bu maddenin maniyabl oluşu ve sterilizasyonunun kolay oluşu, vücut derecei hararetinde bozulmaması sebebiyle ilk zamanlarda bir şans devresi geçirmiş ve metodun esaslı mahzurları meydana çıkıp üst zirve plâstiği vaziyete hâkim oluncaya kadar bu devre böylece devam etmiştir. Kardiyo-vasküler kompresyonlar, ameliyat şakkından materyelin harice atılması ve dekübitüsten doğan plöro-pülmoner nekroz sebebiyle zuhur eden bronko pulmoner fistüller gibi büyük ârizalar metodun terkedilmesinde esas âmiller olmuştur. Bizde 1938 denberi diğer memleketlerde kaydedilen bu mahzurlardan dolayı metodu terketmiş bulunmaktayız.

Son olarak bir zamanlar terkedilmiş bulunan *Tuffier*'nin extraplöral basit pnömolizi, elde edilen poşa hava ensufle etmek suretiyle başka bir isimle sahneye çıkmış görülmektedir: Extraplöral Pneumothorax.

İlk defa iyi neticelerini geniş bir istatistikle 1946 da neşreden *Graf* ve *Schmid* olmuştur. Bu metod kısa bir zaman zarfında dünya çapında bir alâka uyandırmıştır. Hâlen bir çok müellifler tarafından tutulmuş olmakla beraber diğer bir çok araştırmacılar da yeni çarelere başvurumaktadırlar. Bu meyanda geniş bir tecrübe devresinden sonra İsveçli *Linden* kollaps maksadiyle doldurucu madde olarak Extraplöral boşluğa yerleştirmek üzere Politen isminde sentetik bir maddeyi tatbik sahasına koymuştur. *Wilson, Bereker* aynı maddeyi yuvarlak toplar halinde (*Lücitball*) kullanmaktadırlar. Yine aynı maksatla müşabih maddeler de Fiber Glas-wool, Fiber Fabrick, Lücit Film, Plâstik Spong, Politen Selofan v.s. gibi isimlerle kullanılmaktadırlar.

Polythene, parafinin izomeri, methylemetacrilat de sodium gibi muhtelif ilmî tâbirlerle isimlendirilen, şekil ve eb'adı muhtelif bir madde olup Extraplöral pnömolizden sonra hava yerine kullanılmaktadır. Biz burada başka kliniklerde tatbik edilmiş olup komplikasyonları dolayısıyla müşahedemize girmiş bulunan politen plombajlı altı vak'ayı arz ediyoruz :

Vak'a 1 — Erkek, 27 yaşında, F. P. Pr. No. 2182, hastaneye giriş tarihi 20/X/1951.

Teşhis: Pek yeni olmıyan bir zirve lezyonu. Bize gelmeden altı ay evvel Extraplöröl pnömoliz ve politen plombajı yapılmış. Umumî hali düşük ve septik, nabız 120, ateş 39,5, konuşmaya gayri muktedir. Endişe verici bir vaziyetle servise giriyor. Balgam çok, basil pozitif ve yirmi gündenberi kıyhî, vasıfta ve vomik şeklindedir.

Radyogram 1. Hastayı plombaj ameliyatına sevkeden sağ üst zirve kavernini göstermektedir.

Radyogram 2. Extraplöröl pnömoliz boşluğunda, torakotomi ile çıkarıldıktan sonra mahiyeti belli olan ve kollaps maksadiyle konulduğu anlaşılan politen kütlesine ait zıl. Bundan başka kavum, pü ile dolu idi. Şu halde ameliyattan evvelki radyolojik manzara extraplöröl politen plombajı ile birlikte bir ampiyemin mevcudiyetine ait manzaradır. Bu maddenin çıkarılmasından ve kavitenin ampiyemden temizlenmesinden sonra akciğer üzerinde iki perfarasyon fethası görülmüştür. Hasta ağır toksiyemi neticesi bir kaç saat sonra exitus.

Fistül veya ampiyemden hangisinin daha evvel olduğu tayin edilememekle beraber teneffüs hareketlerine uyararak mütemadî surette oynıyan hasta akciğer üzerine oturtulmuş olan plombaj materyelinin kıvamı ne kadar mülâyim olursa olsun bir cismi ecnebi tesiri yapacağı muhakkaktır. Extraplöröl boşluğa tedavi maksadiyle konmuş olan politen maddesi gerek ampiyemin ve gerekse bronko pulmoner fistüllerin ve en nihayet toksiyemi neticesi ölümün mes'ulüdür.

Vak'a II — N. D., 20 yaşında, Pr. No. 2046, hastanemize 10/X/952 de septik ateş, öksürük, mebzul balgam ve Koch basili müsbet, umumî hali çok düşük, derin anemi ile kabul ediliyor. Hasta sekiz ay evvel solda apikal bir kavite için başka bir klinikte extraplöröl pnömoliz ve politen plombajı ameliyatı geçirdiğini söylüyor.

Radyogram 1. Extraplöröl pnömolizden sonra poşa yerleştirilen politen maddesi ve pü ile karışık gayri mütecanis bir zıl görülüyor. Bu radyolojik tefsir, evvelki vak'alardan kazandığımız radyolojik ve operatuvar tecrübenin bize verdiği intıba ile konmuştur.

Torakotomide ampiyemli bir poş içinde iki politen yastığı çıkarıldı (Resim 4). Poş temizlenerek drene edildi ve bir buçuk ay sonra tamamen temizlendiği kanaatiyle ve umumî halin düzelmesi üzerine dren çıkarıldı (Resim 5). Bu müddet zarfında hasta beş kilo aldı, kraşa azaldı, ateş düştü. Fakat bu iyilik devresinden 20 gün sonra umumî ve lokal antibiyotik kürüne ve torasentezlere rağmen şifa bulmıyan bir ampiyem residiv zuhur etti. Hasta gitgide bozularak endişe verici bir pozisyon aldı ise de tedavinin tekrarı ve fazla olarak poşa hava ensüflasyonlarına başlanması suretiyle eski endişe verici durum yeniden düzelerek bir salâh teessüs etti. Bu vaziyet karşısında durumun, yapılan ensüflasyonlar muvacehesinde düzelmesini tatbik edilen hava ensüflasyonlarına atfetmek doğru mudur bilemiyorum. Maamafih bu mesele ayrıca disküte edilecek bir mevzudur. Burada bunu kısaca zikretmekle iktifa ediyoruz. Görüldüğü gibi bu vak'ada da politen residivan bir ampiyeme sebebiyet vermiş bulunmaktadır.

Vak'a III — C. S., Pr. No. 1474, hastaneye 2/XI/950 de girmiş, sekiz ay evvel extraplöral pnömoliz ve politen plombağı ameliyatını geçiren hasta sübjektif ve kliniko-radiolojik bir salâh kaydetmemiştir. Umumî hali düşük, sübfebril ateş, mebzul balgam ve balgamda basil müsbet durumdadır.

Klâsik antibiyotiklerin tatbikine rağmen mycobacteriumun balgamda sebat etmesi, periskapüller şak üzerinde yumuşak, eksteriorize olmağa müheyya bir küçük şişliğin gözle görülmesi, ateşle beraber steto-aküstik ârâzların bulunuşu ve radyogramda sol apiko-sübapikal rie sahasında âşikâr vezahat bulunmaması bizi yeniden müdahaleye sevkeden sebeplerdendir.

Sübkütaneomüsküler nesçin hemen altında sathleşmiş ve seröfibrinö bir mayı ile ıslak ve parlak bir manzara gösteren politen materyeli itina ile çıkarıldı. Muhakkak ki kısa bir zaman zarfında harice fistülize olması mukadderdi. Tahliye edilmiş olan bu poşa fibrin kütleleri ve seröfibrinö bir mayie rastlandı. Mevcut kavernin kollapsı maksadiyle yapılan üst plâstik kifayetsiz görüldüğünden kısa bir zaman sonra komplemanter ve extrafasyal pneumothorax ile teşrik etmek suretiyle ikinci bir plâstik yapılarak kavern tamamen kollabe edildi (Resim 7 - 8). Tekrar görülen hastanın sıhhi durumu gayet iyidir ve hâlen çalışmaktadır. Bu vak'ada politen maddesi kendisinden beklenen kollaps vazifesinde âciz kaldıktan başka uzviyet tarafından harice atılacağına dair ameliyat nedbesi üye-

rinde görülen şişlik ile de sabit olduğuna göre refüze edilmiş bulunmaktadır.

Vak'a IV — Bir genç hastaya aittir. Bir buçuk sene evvel aynı müdahaleyi geçirdiği halde 15 gündenberi septik, ateş, frison ve pozitif basilli mebzul balgamla bize müracaat etti. Zayıflamış, politenli mintakada steto akustik alâmetler ve diğer radyolojik levhaların benzeri ziller görülmekte idi. Bu defa da hastayı ameliyat olduğu kliniğe iadeyi muvafık bulduk. Hasta teklifimizi kabul ettiğinden gönderildi.

Vak'a V — İ. Y., Pr. No. 8983, 12/XII/952 de hastanemize girmiş. Sağ apikal kaverni dolayısıyla politen plombajı tatbik edilmiş olmasına rağmen radyolojik olarak politene ait gölgenin altında rest kavern tesbit ettik. Bununla beraber mukabil tarafta lifi vasıfta kaviter tüberkülozun klinik ve radyolojik ârâzları mevcut. Fonsion pulmoner muayenesinde kapasite vitalin çok düşük olması sebebiyle (900 cc.) şimdilik müdahaleye imkân görülmemiştir.

Bu vak'ada da konulan politen maddesinin kendisinden beklenen kollaps vazifesini başaramadıktan başka hastayı ikinci bir tashih edici müdahalenin risklerine maruz bırakmış olduğunu tesbit etmiş bulunuyoruz.

Vak'a VI — S. C., P. T. T. sanatoriumu kayıt No. 100. Sağ üst fus kaverninden dolayı sekiz ay evvel politen plombajı tatbik edilmiş. Hâlen balgam ve balgamda basil mevcut. Klinik ve radyolojik olarak lokal faaliyetle müterafık bakiye kavern ârâzları tesbit edildi (Radyogram 10 - 11). Bu vak'ada keza politen maddesi lezyon üzerine tamamen müessir olamamış durumdadır. Hasta hâlen tetkik safhasındadır.

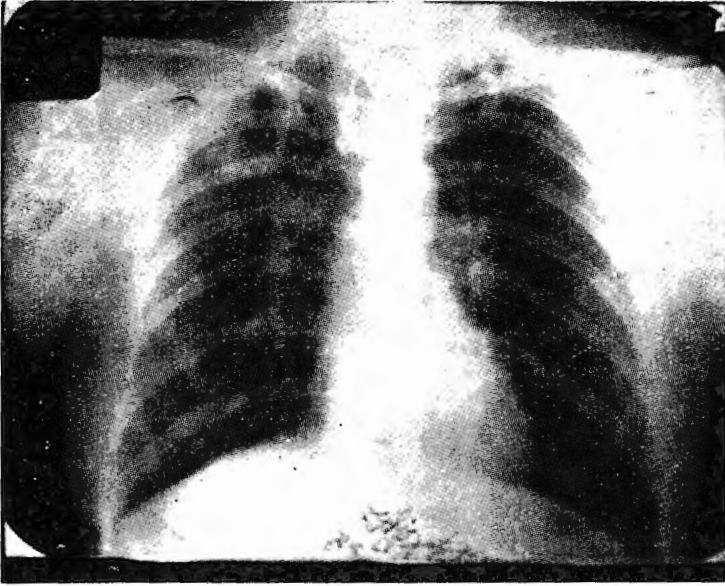
Neticeye gelince : *Maraschio* ve *Censi* tarafından yapılan ve bu metodun mucidi *Linden* tarafından da yerinde olarak kabul edilen kritik şöyledir: hava ensüflasyonu yerine extraplöral boşlukta politen kullanmak suretiyle reversibl ve muvakkat bir kollaps tedavisi tamamen irreversibl bir şekle kalbedilmiş olmaktadır. Ayrıca pneumothorax esnasında hava miktarının ve tazyikinin doze edilmesi mümkünken politen kullanmakla bu avantajların ortadan kalktığı görülmektedir. Vak'alarımızın mütalâasında zikrettiğimiz gibi teneffüs esnasında hasta pumonun plombaj maddesi muvacehesinde

maruz kaldığı devamlı sürtünme ve bunun neticesi zuhur eden dekübitüs ülserasyonlarına bağlı bronko pulmoner delinmeler birer büyük mahzur olarak zikredilebilir. Zaten *Linden* tarafından politen plombajından sonra % 10 nisbetinde bronşiyal fistüle rastgelinmesi metod aleyhinde bir not teşkil eder. Yukarıda zikrettiğimiz ampiyem vak'aları da ilâve edilince ihtilât nisbeti yükselmektedir. Halbuki akciğer vereminde torokoplasti yerine *Hansen* metodu ile extra periyostal sübkostal politen plombajı istimali, *Maraschio* ve *Censi*'nin neşriyatına atfen, bu metodla şahsî bir tecrübemiz olmakla beraber daha makul görülmektedir. Yukarıda zikretmiş olduğumuz ampiyem zuhuru her hangi bir plombaj materyeli mevzubahs olmaksızın da meydana gelebilir. Bu hâdise peripulmoner enfekte lenf yollarından da neşet etmektedir. Fakat böyle septik bir muntakada bırakılan bir ecnebi cismin daima bir tehlike teşkil edeceği de âşikârdır.

Tabiat ecnebi cisimlere karşı daima serkeş davranmakta ve onları elimine etmek istemektedir.

Biz, extraplöral pnömolizden sonra pneumothorax tatbikinin en az zararlı ve en iyi netice veren bir metod olduğuna kani olmuş bulunmaktayız. Çünkü hava kendine has reverzibl evsafı haiz bulunmaktadır. Bu halde nisbeten ampiyem vukuatı az görülmekte ve bundan başka politene bağlı bronko-pulmoner fistüllerin zuhuru hiç müşahede edilmemektedir.

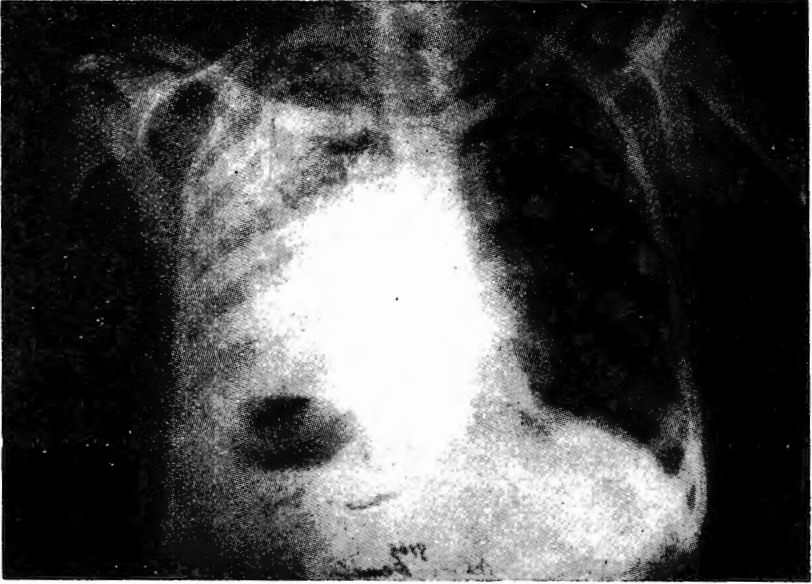
Extraplöral pneumothorax kollaps metodu fizyo patolojik bakımdan Forlani'nin pneumothoraxına en yakın bulunması ve her ikisinde de ensüflasyonların lezyonun icaplarına göre doze edilmesinin mümkün olması bakımından muvakkat cerrahî kollaps metodlarının en elverişli olduğuna kani bulunmaktayız. Bu kanaati şimdiye kadar tatbik etmiş olduğumuz 200 Extraplöral pneumothorax vak'asında gördüğümüz komplikasyon yekûnunun % 2 yi geçmemiş olmasının verdiği intiba ile edinmiş oluyoruz.



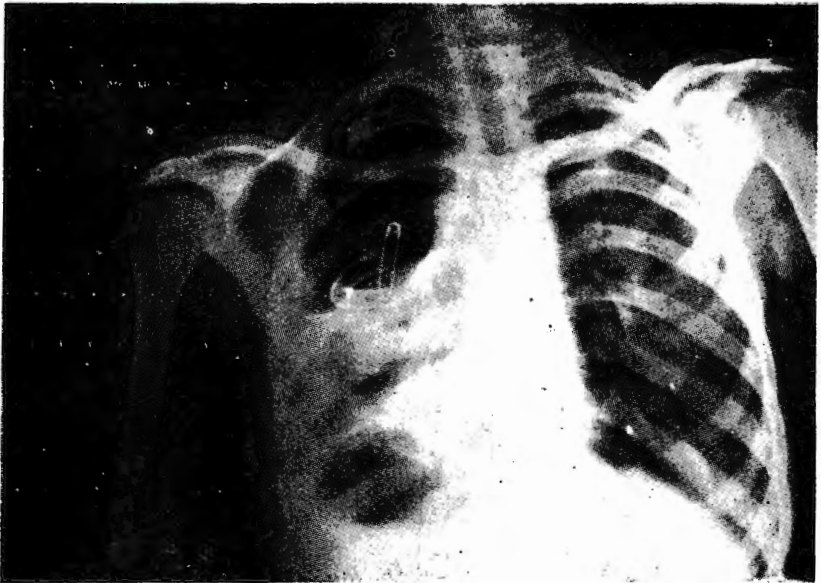
Resim 1



Resim 2



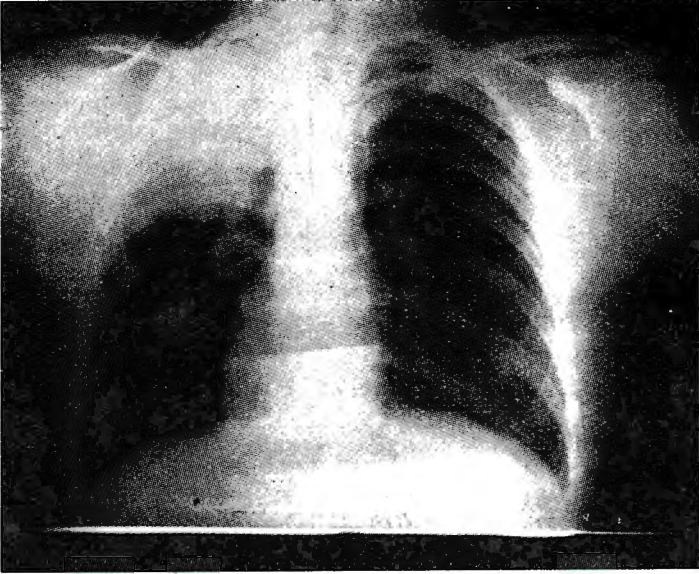
Resim 3



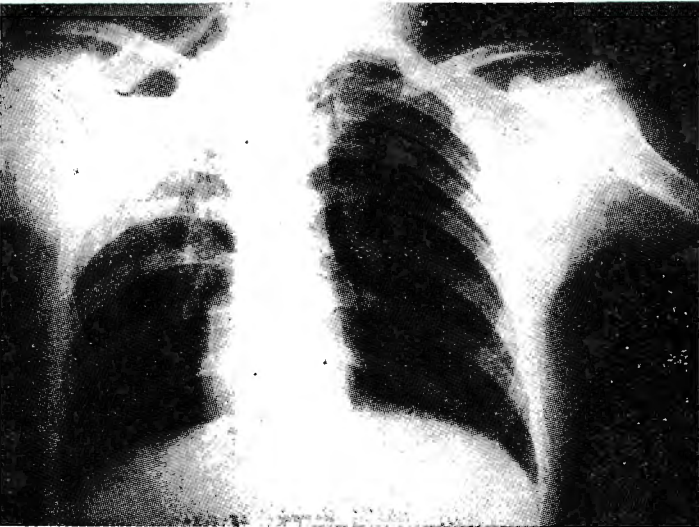
Resim 5



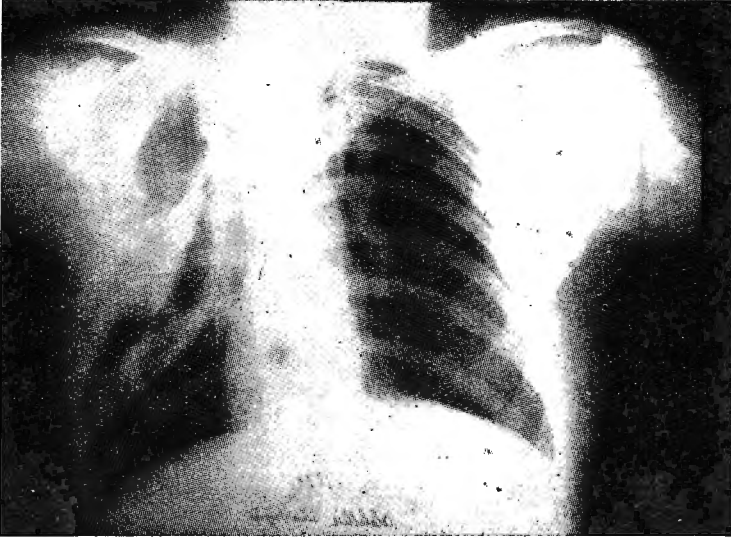
Resim 4



Resim 6



Resim 7



Resim 8

SUMMARY

The Complications of Polythene Package : 1. 6 cases of polythene package operations performed in various surgical departments and admitted in our practice with different kinds of complications is demonstrated.

2. The persistence of cavities, the infection of the extrapleural space and establishment of bronchial fistula in cases of polythene package does not produce any superiority to the procedure in the comparison with extrapleural pneumothorax.

RÉSUMÉ

Les complications survenant à la suite du plombage au polithène dans la pneumolyse extra pleural.— 1. Six malades présentant des complications à la suite d'un plombage au polithène fait ailleurs se sont présentés à la cliniques des auteurs et font le sujet d'étude.— 2. Le plombage au polithène ne doit pas être préféré au pneumothorax extrapleural, car il est suivi de complications telles que la présence d'une poche résiduelle, l'infection de la poche extrapleurale et les fistules bronchiques.

İzmir Devlet Hastanesi
Başhekim
Dr. Lûtfi Sabri Serinken

PNEUMOPERİTUAN HAKKINDA

Dr. LÛTFİ SABRİ SERİNKEN

Son senelerde akciğer kollapsı metodlarımıza bir yenisi daha ilâve olunmuştur, o da pneumoperituanıdır. Pneumoperituan (intra peural) pneumothoraxın yapılamadığı ve yapılması muvaffak olmayan bir çok vak'alarda da tatbik edildiği için pneumothorax ile bir istatistik mukayesesine girişmek pek doğru olmaz. Zaten bu maruzatımda bir rakkam ve istatistik vermek niyetinde değilim. Pneumoperituan bugün bilhassa üç maksatla tatbik edilmektedir. Hazırlayıcı, küratif ve kanama dindirici olarak. Soğutucu ve hazırlayıcı veya hemostatik olarak tatbik edilen bir pneumoperituan'a küratif bir müdahale olarak ta devam etmek mümkündür. Akciğer vereminin büyük kehifler, tansiyon kehifleri, sathî kehifler, zirvede fazla harabiyet ile müterafık kehiflerle tezahür eden şekillerinde, pneumonik ve bronko pnomonik şekillerinde pneumothorax tesisi uygun değildir. İki taraflı ve ateşi yüksek hastalarda da pneumothorax yapılamadığına göre bütün bu vak'alarda hazırlayıcı pneumoperituan tatbik edilebiliyor. Bundan başka Anglosakson memleketlerinde ve hattâ Fransanın tanınmış fizyoloji servislerinde pneumoperituanın ilk müdahale olarak tatbiki âdeta sistematik bir hale getirilmiştir. Pneumothoraxın tatbik edilemediği vak'alarda diğer tedavi usullerine pneumoperituanın teşrikinde artık pneumoperituan veya pneumothorax münakaşası bahis mevzuu olamaz. Hiç şüphesiz iyi bir endikasyon ile tam ve tesirli bir pneumothorax konsantirik bir kollaps yaptığı için ideal bir metod sayılabilir. Fakat pneumothorax ârızaları olan eksuda ampiyem ve delinme gibi ihtilâtları ve selim bir tarzda devam ettiği takdirde bile fibrothorax ile neticelenip fonksiyon bakımından bırakacağı sekkeller, pneumothoraxın biraz gözden düşmesine sebep olmuştur. Eksudaların neticesinde az veya çok bir fibrozis oluyor. Ampiyemle-

rin husulünden sonra da pronostik biraz kararmaktadır. Pneumothoraxdan sonra lezyonun eskiyerek fibröz vasfı alması, müdahale şansını uzaklaştırır. Bir çok vak'alarda böyle pneumothoraxların terkedilmesi ile âfet bu patolojik gerginlikten kurtuluyor ve kendi kendine iyi oluyor. Radyolojik ve klinik olarak lezyonun tesbit edilemediği vak'alarda devam eden bir pneumothorax faydalı gibi görünür. Fakat uzun bir zaman sonra yine kavite ile karşılaştığımız zaman son çare olarak cerrahî müdahaleyi düşünürüz. Fakat bu zaman şansımız ilk zamana nazaran daha azalmıştır. Pneumoperitüandan diğer kazancımız da âfeti vertikal olarak ufalttığı için yapılacak plâstik ameliyesinin de daha ufak olarak yapılması ve akciğerin fonksiyonu bakımından en ehemmiyetli kısmı olan kaidelerinin salim olarak muhafazasıdır.

Pneumothorax hakkında hüküm verebilmemiz için uzun bir tecrübe devresine sahibiz. Pneumoperitüanı da iki senedenberi geniş bir surette servisimizde tatbik etmekteyiz. Pneumoperitüandan elde ettiğimiz neticeler bunun da çok istifade edilir bir tedavi usulü olduğuna bize kanaat vermiştir.

Pneumoperitüanın ârızalarının az oluşu brütal olmaması, reversibil oluşu, ihtilâtlarının az oluşu, iki ciğere birden tesiri, fonksiyonel bakımdan hiç bir devamlı ârıza bırakmayışı ve yapıldığı esnada ancak % 5 ilâ 10 nisbetinde bir fonksiyon eksilmesi yapması da bu usul hakkında iyi puanlardır.

Pneumoperitüanın iyi tesir edebilmesi için kaidelerde senfiz olmaması lâzımdır. Pneumoperitüan hakkındaki tecrübelerimiz bu günkü temayüle uyulması makul olacağı kanaatini vermiştir. Bu usulün pneumothoraxdan kalan boşluğu dolduracak müessir bir tedavi vasıtası olduğu anlaşılıyor. Hazırlayıcı ve soğutucu olarak başladığımız pneumoperitüanı (bilhassa apikal kehiflerde) 3, 4 ay tatbik ettikten sonra kaviteletin ufalıp dolmaya başladığını gördük ve böyle vak'alarda pneumoperitüanı küratif maksatla ve devamlı olarak tatbikinden çok iyi neticeler aldık.

Pneumothorax veya diğer bir müdahale yapılamıyan vak'alarda pneumoperitüan ve antibiyotik teşriki 3-4 ay sonra hastaları müdahale edilebilir bir duruma getirmiştir. Hastanemizde pneumoperitüan tedavisi altında bulunan hastalarda yayılmaları, aktivasyonu çok nadir gördük.

Apikal taze kavitelet tedaviden en çok istifade edenler oluyor. 4-14 ay arasında takip edilen hastalarda kaviteletlerin çok ufaldığı ve bazan da tamamen kaybolduğu görülüyor. Hattâ bize pneumo-

perituanın kaide kaviterinden ziyade apikal kavitelere tesir ettiği intibasını verdi.

(İsolé) pneumoperituanın tesir etmediği kaviter *Nelson* segmanı ve arka kaide segman kaviteridir. Zaten pneumoperituan göğüs boşluğunun daha ziyade ön tarafına ve zirveye tesir etmektedir.

Hastanemizde ilk pneumoperituan, pneumothoraxın müessir olmadığı bir *Nelson* segmanı kavitesine yapılmıştır. Burada frenisektomi ile teşrik edilmesine rağmen kavite kapanmadı. Nihayet rezeksiyon meseleyi halletti.

Nisbeten eskimiş lezyonlarla müterafık kaviter pneumoperituanın daha az istifade etmişlerdir. Maamafih böyle vak'alarda kaviterin ufalması ve durumun düzelmesinin (cerrahî müdahaleye hazırlık bakımından) çok faydalı olduğu görüldü. Bazı tansiyon kaviterinde de pneumoperituanın çok istifade eden vak'alar gördük. Bilhassa bu gibi kaviterde pneumothorax tesisinin veya idamesinin ne kadar tehlikeli olduğu da malûmdur. Onun için böyle vak'alarda evvelâ pneumoperituan denemesi ve sonra diğer müdahalelere geçilmesi uygun bir tedbir olur. Sert cidarlı kaviter az istifade etmişlerdir. Maamafih burada da hastalık ekseriya stabilize bir halde kalmıştır. Eksüdatif ve hattâ ateşli vetirelerde (hele antibiyotik almamış vak'alarda antibiyotikle teşrik edildiği takdirde) çok iyi neticeler alınmıştır. Bu vak'alar pneumothorax ile tedaviye başlanamayacak durumda idiler.

Pneumoperituanın sonra da pneumothorax tatbik ettiğimiz vak'alar olmuştur. Evvelce plâstik yapılmış bir hastada mevcut bir bakiye kavite sık, sık kanamakta idi. Buna yapılan pneumoperituan ile kanama durduğu gibi kavite de çok ufaldı ve hastanın evvelce şikâyet ettiği çarpıntı da kayboldu.

Pneumoperituanın göğüs boşluğunun arka kısmına tesiri de arzu edildiği takdirde frenisektomi ile teşrik etmek tavsiye edilmiştir. Frenisektominin teneffüs fonksiyonunu fazla azaltması bugün tatbikini oldukça azaltmıştır.

Geniş mikyasta tatbik ettiğimiz pneumoperituan vak'alarında yalnız bir tane mediastinal anfizem vak'ası gördük. Bu vak'a ekstitüs ile neticelenmiştir. Yapılan otopside batın açıldıkta: Havanın mezokolon transversin içinde bir balon tarzında şiş bulunduğu, mezenter aortla takip edildikte anfizemli nescin diyafragmayı hiyatüs aortikustan geçmek suretiyle mediastinumaya yayıldığı ve oradan boyuna kadar her iki taraftan yükseldiği tesbit edilmiştir. Esasen

her iki ciğerde çok geniş harabiyet görülmüş, hemen hemen salim denilebilecek nesce tesadüf edilmemiştir. Bu durumda olan hastada teessüs eden mediasten anfizeminin kolaylıkla böyle bir ölüme sebebiyet verebileceğini kabul ettik.

Hülâsaten pneumoperituan, dünyada çok yayılmaktadır. Bizim de yaptığımız tecrübelerden elde ettiğimiz neticeler bunun tatbiki değer bir tedavi usulü olduğu kanaatini vermiştir. Şubemiz yeni bir tedavi usulü kazanmış olmakla beraber pneumothoraxın endikasyon sahası biraz daralmıştır.

1. Pnömotoraksın yapılamadığı ve yapılması uygun olmadığı vak'alarda yapılabilecek ilk müdahaledir.

2. Pneumothorax müessir değilse vaziyete göre pneumoperituan fena bir pneumothoraxı tamamlayabilir.

3. Pneumoperituanın sonra hiç bir plevra ârızası (ampiyem, fibrözis) husule gelmez. İcap ederse cerrahî müdahale için zemin daha müsait olur. Eğer âfet iyi olursa akciğerdeki fonksiyon eksikliği çok az olur.

4. Şimdiye kadar pneumoperituan tatbik ettiğimiz vak'alar hakkında da kısaca malûmat vermek isterim.

Pneumoperituanı iki senedenberi (14 aydır daha fazla olmak üzere) tatbik ediyoruz. Üç aya gelinceye kadar yaptığımız vak'aların adedi 248 dir. Son 3 aylık vak'aları bu adede ilâve etmeyi pek erken buluyorum. Bu 248 vak'anın ancak 1/5 inde belki ilk müdahale olarak pneumothorax tecrübe edilebilirdi.

Bugüne kadar takip ettiğimiz 248 vak'anın %15 şinde şifaya yakın bir salâh elde ettik ve diğer %15 şinde ziyade salâh elde ettik. Bunlara küratif maksatla pneumoperituanlarına devam ediyoruz. %30 zunda az salâh olmuştur. Fakat hastalar diğer müdahalelere müsait bir duruma girmişlerdir. %40 ında pneumoperituan tesirsiz kalmıştır. Fakat bunlarda da yine âfette bir ilerleme olmamıştır. Tesirsiz kalan vak'aların çoğu eski ve lifi vasıf almış kavitelili vak'alar veya göğüs boşluğunun arka kısmında lezyonu olan hastalar idi.

SUMMARY

About the Pneumoperitoneum : In last few years a new method of collapse so-called «the Pneumoperitoneum» is added to the treatment of pulmonary tuberculosis. The possibility of the application of pneumoperitoneum in cases which the induction of pneumothorax is apparently not feasible, consequently increased the application of pneumoperitoneum in great extent.

The pneumoperitoneum has preparative as well as curative and hemostatic effects on the pulmonary lesions. If a pneumoperitoneum is applied with the aim of hemostasis or the preparation of the case for further surgical intervention and if the result is quite contantable this pneumoperitoneum may be used as a curative one. The cure of tuberculous affections with only pneumoperitoneum is also possible.

Today we admit that the induction of pneumoperitoneum in cases of gaint and tension cavities and in cases of bilateral progressive form of tuberculosis produces better result than pneumothorax. The qualities of pneumoperitoneum e.g., absence of the complications which exist in pneumothorax, easily abandonment and reapplication of the treatment and its reversible character, absence of pleural complications which interferes the function of the lung and the application of surgical procedures in need has provided the widespread application of the procedure.

The pneumoperitoneum has the following qualities :

1. The pneumoperitoneum is the first measure in cases where the application of pneumothorax is impossible.
2. The pneumoperitoneum may complete the effect of an inefficacious pneumothorax.
3. The pneumoperitoneum does not produce any pleural complication and impairment of the function of the lung.

248 pneumoperitonums is induced in our department in 14 months.

The pneumothorax could be applied only 1/5 th of these cases. Although the time is very short for final decision the result of the treatment seems quite contentable. In 15 per cent a great improvement and in 30 per cent some improvement is observed among 248 cases. In 40 per cent pneumoperitoneum did not produce any effect. Nevertheless we did not observed any progression in cases under the treatment.

Consequently we have the opinion of the constriction of pneumothorax and the wide range of aplication of pneumoperitoneum is more logical as a great tendency is existing on this idea in all over the world.

R É S U M É

A propos du pneumo - peritoine : Aux méthodes collapsothérapiques déjà connues vient de s'ajouter une nouvelle, le pneumo - peritoine. Cette méthode

qui peut être utilisée dans bien de cas où le pneumothorax est impossible a trouvé un vaste champ d'application. On peut utiliser le PP soit pour refroidir et préparer un malade soit pour arrêter les hemorrhagies, soit comme moyen d'attente ou même, lorsque la situation le permet, comme moyen curatif.

Dans les cas ou la tuberculose présente de grandes cavernes, une destruction excessive du sommet et des lésions évolutives bilatérales le PP. est plus à conseiller qu'un pneumothorax. De plus le PP. ne laisse pas les séquelles qu'on peut retrouver après un pneumothorax, il est réversible, la possibilité de sa reprise après arrêt, l'absence de lésion secondaire pleurale, l'absence de séquelles pulmonaires gênant sa fonction et enfin le fait qu'il permet le drainage des cavités et les interventions chirurgicales le rend plus utilisable que le pneumothorax. Il s'ensuit donc que le pp. peut être applique: 1) dans les cas où le pneumothorax n'est pas faisable le PP constitue la première intervention. 2) il peut compléter un mauvais pneumothorax, 3) De plus il ne produit pas d'insuffisance de la fonction respiratoire.

L'auteur a appliqué dans son service le PP. à 248 malades en 14 mois. Sur 1/5 des cas au plus, le pneumothorax aurait pu être utisé. Bien qu'un temps suffisamment long ne soit encore passé, les résultats peuvent être considérés comme satisfaisant %15 de ces malades sont presque guéris, %30 présentent une grande amélioration et les autres %30 on tiré peu d'avantage du PP. Enfin sur %40 cas les résultats on été nuls. Par contre, dans aucun cas, on n'a observé d'aggravation.

L'auteur conclut en disant qu'il axepite la tendance générale de réduire les indications du pneumothorax et le remplacer par le PP.

*Şişli Çocuk Hastanesi
Dahiliye Kliniği
Dr. Kemal Saracoğlu*

T Ü B E R K Ü L O Z V E K A L P

Dr. KEMAL SARACOĞLU

Tüberkülozla kalbin ilgisi üç kısımdan önemlidir:

1. Tüberküloz enfeksiyonunun kalbe endirekt tesirleri,
2. Kalp durumunun tüberkülozun gidişine tesiri,
3. Tüberküloz enfeksiyonunun doğrudan doğruya kalbe yerleşmesi.

Fizyoloğun kalp hakkındaki bilgisinin iyi olması lâzımdır. Çünkü bir kalp hastasında tüberküloz tedavisinin şekli üzerine müessir olabileceği gibi hastalığın seyri de kalp hastalığından müessir olur.

İşte bütün bu sebepler bize gösteriyor ki tüberkülozda kalbin ilgisini gözden geçirmek faydalı olacaktır. Tüberküloz enfeksiyonunun kalbe olan endirekt tesiri iki surette olur: Biri toksinleri ile, öteki de, akciğer dolaşımının güçleşmesi (geniş fibröz) yüzünden sağ kalbin yük altında kalarak bir (Cor pülmonale chronica) durumunun doğmasıyledir.

Tüberküloz enfeksiyonunda toksinler bir taraftan organizmada yanmayı arttırarak bazal metabolizmayı yükseltir. Organizmada (réflex de nutrition) denen bir refleks vardır. Vücudun her hangi bir yerinde iş görmek, artma olunca fazla yanma olacak ve bu yanıştan bir takım metabolitler türer. Bunlar in loco yani asıl iş yerinde ve bir de genel olmak üzere iki türlü refleks uyandırır. İş yerinde damarlar genişler, genel refleks ise kan depolarındaki kanı harekete geçirerek iş yerine yollar. İşte kan dolaşımındaki artmanın gerektirdiği kalp çalışmasındaki artma bir taşikardi şeklinde kendini gösterir. Öte yandan tüberküloz toksinleri ve organizmada harap olan dokulardan açıkta kalan toksinler orto sempatik sinir merkezlerine ve hattâ doğrudan doğruya sinüse tesir ederek de kronotrop pozitif tesirle kalp çalışmasını hızlandırır. Eğer abortif

bir tedavi ile tüberküloz enfeksiyonu kısa kesilmezse bu toksinlerin tesiriyle bir yandan miyokardın soysuzlaşması öte yandan çok çalışan kalbin büyümesi kaçınılmaz bir sonuç olacaktır.

Endirekt olan ikinci tesir geniş tüberküloz lezyonlarının (yaygın milyar tüberküloz, yaygın fibroz, yaygın fitizi) akciğerde kan dolaşımını güçleştirmesi ve bu yüzden kronik (cor pulmonale) ye yol açmasıdır. Böyle hastalarda siyanoz, soluk darlığı, hattâ sağ kalp yetmezliğinin bütün belirtileri görülür.

Tüberkülozla kalbin karşılıklı ilgisini incelerken, kalp hastalıklarının tüberküloz enfeksiyonu üzerine olan tesirini de gözden geçirmek lâzımdır. Eskidenberi kökleşmiş bir inanç vardı: mitral darlığında akciğer veremi olmaz, çünkü akciğer devamlı olarak passif konjeksiyona maruzdur. Öte yandan pülmonalis darlığı da tüberküloz enfeksiyonunu kolaylaştırır.

İkincisinin doğru veya yanlış olduğunu söylemek güçtür. Çünkü tek başına pulmonalis darlığı çok seyrek görüldüğünden akciğer vereminin bu hastalıkla bağdaşıp bağdaşmadığını bir istatistiğe dayanarak söylemek kolay değildir. Halbuki mitral darlığı çok sık görülen bir hastalıktır. Fakat akciğer veremi ile ikisinin bir arada görülmesi hiç de az sayılmaz. Asıl ele almak istediğimiz bu değildir. Acaba kalp hastalığı olan bir veremlinin veremi üzerine kalbindeki hastalığın tesiri nedir?

Bunun iyi bir tesiri olduğu ileri sürülemez. Çünkü kan dolaşımının iyi olmaması vücutta beslenmeyi, hematozu, metabolizmayı bozar. Bu bozulma ise tüberküloz enfeksiyonu ile uğraşmayı güçleştirir.

Kalp hastalıklarının zararı ise daha önemlidir: Akciğer veremini iyi etmek için başvurulacak bir takım cerrahî müdahalelere engel olabilir. Esasen verem dolayısıyla bozuk olan kan dolaşımı kalp hastalığı yüzünden büsbütün bozulmuş olacağından müdahale tehlikeli olabileceği gibi, kan dolaşımı bozuk olan bir hastada akciğere ameliyat yaparak veyahut hava vererek dolaşımı büsbütün güçleştirmek, hastalığın gidişini kötüleştirmekten başka bir işe yaramaz.

Şimdi, sonuncu olarak tüberküloz enfeksiyonunun doğrudan doğruya miyokardium üzerine yerleşmesine geliyoruz. Bu beş türlü olur :

1. Hastada perikardit tüberküloz vardır; perikardın altına rastlayan miyokardium kısmı, perikarddaki tüberküloza katılmıştır.

Burada perikardit belirtileri o kadar üstündür ki miyokardit tüberküloz ancak otopside ortaya çıkar.

2. Miyokardiumun Milyar tüberkülozu kanla yayılma sırasında Koch basillerinin miyokardiumda milyar odakalar yapması demektir. Bu odaklar daha çok subandokardial olup miyokardiumun derinliklerinde pek görülmez. Klinikte bir miyokart zayıflığı (seslerin sağırlaşması, kalbin genişlemesi, ipotansiyon, pulsus parvus gibi) belirtiler verir.

3. Çok az olmak üzere miyokardium içinde tek bir konglomerat şeklinde tüberküloz odağına rastlanabilir. Adalenin her hangi bir yerinde ve bir mercimek büyüklüğünden bir kaz yumurtası büyüklüğüne kadar olabilir. Klinik belirtileri ya hiç yok, yahut da pek azdır.

4. Dağınık interstisiyel miyokardit: Böyle bir vak'a neşredilmiş olup bunda hasta birdenbire ölmüş ve otopside bu durum görülmüştür.

5. Toksienfeksiöz miyokart soysuzlaşması: Uzun süren akciğer fitizisinde görülür. Miyokart zayıflığı ârazı verir.

H Ü L Â S A

Tüberküloz ile kalp arasındaki ilgi sanıldığından çoktur. Her hangi bir kalp hastalığı tüberküloz tedavisini güçleştirebileceği gibi onun gidişine de kötü tesir edebilir. Bundan başka hematoz sahasını daraltarak tüberküloz bir cor pülmonaleye yol açabilir.

Kalp tüberkülozu beş şekilde kendini belli eder.

1. Perikardit tüberkülozda subepikardial adale kısmının da tüberküloza iştiraki,

2. Hematojen yayılma sırasında miyokardiumun milyar tüberküloza uğraması,

3. Miyokardiumun içinde tek konglomerat halinde tüberküloz odağı (çok az görülür),

4. Dağınık interstisiyel miyokardit (çok az görülür),

5. Enfeksiyon tüberküloz yüzünden miyokardiumun soysuzlaşması.

SUMMARY

Tuberculosis and Heart : The relationship between tuberculosis and heart is determined and various forms of heart disturbances connected with tuberculosis is explained.

RÉSUMÉ

La tuberculose et le coeur : L'auteur étudie les rapports qu'il y a entre la tuberculose et le coeur et parle des différentes formes de lésions cardiaques qui ont une corrélation avec la tuberculose.

Heybeliada Sanatoryomu

Direktör: Dr. Tevfik İsmail Gökçe

AKCİĞER LEZYONLARININ CERRAHİ KOLLAPSOTERAPİSİNDE PLEVRA PLİKATÜRLERİ

Dr. AHMET ERBELGER

Akciğer vereminin cerrahî kollapsoterapisinde hedefimizin birinci safhası; lezyonların genişlik ve mevkiine uyan ve detantı sağlayacak şekilde cidarda modelaj yapmak veya akciğer retraksiyonunu temin etmektir. İkinci safhada da hazırlanan yeni durumu ya devamlı veya istenen bir zaman fasılasında muhafaza olduğu ma-lûmdur.

Muvafık endikasyon ve düzgün bir teknik, birinci safhayı vakaların çoğunda temin ettiği halde ikinci safhanın daha garantili olarak istihsali güçtür. Esasen akciğer veremi cerrahisinin karşılaştığı en mühim güçlük, kollapsın idamesinin karşılaştığı muvafakiyetsizliklerdir.

Bu konuların yanında bir de kaviter lezyonların kollabe olmaları esnasında geçen zamanın ehemmiyeti de inkâr edilemez. Rezek-siyonlar haricî her hangi çeşit bir müdahaleden sonra yeni fizyomekanik rejime uymağa mecbur kalan kovuğun uzun müddet açık kalışı ve bazı hususî bölgelerde bulunuşu ile sür'atle kapanmayışı, hastalığın pronostiği bakımından mühimdir. Bir çok ihtilâtlar kollapsoterapiden sonra bir müddet açık kalan kavernlerin travmatize olmalarından doğar.

İşte torakoplâstiklerden ve ekstraplöral Px. lerden sonra meydana gelen toraks cidarına veya toraks içindeki yeni vaziyette kollapsı muhafaza ve kaviter lezyonları süratle kapatmak maksadiyle çeşitli usuller düşünülmüştür. Bu meyanda plombajlar, enterkostal kas bandları ile apex tesbitleri, kaburgaları çevirerek konveks yüzleri ile akciğer baskı tesiri araştırılması. hep bu ihtiyaçtan doğmuş usullerdir. Burada bu muhtelif usullerin netice ve tenkitlerine

girecek değildir. Torakoplâsti, kavernostomilerden sonraki plâstikler ve ekstraplörâler Px. ler ile bilhassa dezensersiyonlarda sistemli bir şekilde en basit bir yardımcı usulden bahsetmek istiyoruz. O da plevra plikatürüdür.

En mütekâmil bir teknik ve apikolizli torakoplâstiden sonra daha, kemik rejenerasyonu başlamadan, yani arzu edilen şekilde kollabe edilmiş akciğeri dejenere olmuş kemik baskısı altında istenilen şekilde definitif olarak tutmağa vakit kalmadan akciğerin ekspansiyon olup içinde gizlenen kaviteyi toraksın boşluğunda bulunan bazı ölü mesafelere, sürükliyerek açık tuttuğu malumdur. Üst loba ait büyük kaviteğin muayyen ölçülerden sonra torakoplâstilerden istifade imkânının azaldığı bilinir. Nihayet yine aynı karakterdeki kavernlerin ekstraplörâ pnömolizde aynı vasıfları arzettiği, dezensersiyonlarda hele ekstraplörâ bridlerin de kesilmesi icap etmiş ise gerek plevra boşluğunda serbest şekilde kalan pariyetal plevra kenarının ve gerek kesik brid maktalarının yeniden cidara yapışma imkânı daima mevcuttur. Biz plevra plikatürleri ile bu imkânları bertaraf etmeyi düşündüğümüz gibi entraplörâ geniş brid seksiyonlarında aynı çareye müracaat ile tıpkı kavern cerrahisinde olduğu gibi kesik satırları plevra ile örtmeyi ve bu gibi müdahalelerden sonra sık başlayan ampiyemleri önlemeğe çalıştık.

Plevra plikatürü, bir çok müellifler tarafından ekseriya torakoplâstide apikolizi takviye için kullanılan yardımcı bir vasıttır. Yüksek heyetinize bu tebliği yapmağa bizi sevkededen sebep plevra plikatürlerini daha geniş sahada ve değişik ameliyelerde tatbik etmemizdir.

Torakoplâstide kavern orta cesamette ise; lezyonun preoperatuar radyolojik mevkii ve derinliğini gözönünde tutarak; akciğerin en tepe noktasını örten fibrö dokudan ipliği geçirip drenaj bronşun akış istikametinin mukabil noktasına apex'i devirerek tesbit ediyoruz. Bu suretle kat'î olmamakla beraber hem drenaj bronşuna bir dirsek yaptırmağa ve aynı zamanda kovuğu mümkün meretebe kostovertebral zaviyeden uzaklaştırmağa çalışıyoruz.

Tepe bölgesine ait dev kavite mevcutsa dikkatli bir apikolizi müteakip kavern dış cidarının çöktüğü ve teneffüs esnasında hafif bir hareketle yükselip alçaldığı görülür.

Pariyetal kan damarlarından mahrum bırakılan bu kısmın sfaseli ve delinmesi de kabildir. Kaverni kendi üzerine envajine etmekle bu tehlikeyi önlemek ve kavernin sür'atle hacmini ufaltmak mümkün oluyor.

Kavernostomiden sonra yaptığımız torakoplâstilerde deri - akciğer fistülü kapanmış vakalarda fistülü aynı şekilde sütürle gömmek daima müsbet netice vermiştir. Buna mukabil kavernle deri arasında daima iştirak mevcut olan hastalarda ise sütürün tutmadığını ve ancak ikinci seans torakoplâstiden sonra kapandığını müşahede ettik.

Dev kaviteli ekstraplöröl Px. lerde tepeden aşağıya doğru müteaddit sütürlerle plevra plikatürü kavernin sür'atle kapanmasına yardım etmiştir.

Cerrahların ameliyatlarda müşahede ettikleri gibi bazı akciğerler geniş dekolmanlara rağmen çabuk kollabe olmayıp daima ekspansiyona meyil gösterirler. Bu gibi vakalarda da yine yukarıdan aşağılara doğru yapılan plikatürle ekspansiyona mâni olunabiliyor.

Entra ve ekstraplöröl boşlukların iştirak ettirildikleri ameliyelerde plevra rezeksiyonuna rağmen ayrılma hattı akciğer etrafında serbest bir şekilde saçak gibi kalır. Pnömoliz yapılan akciğer bölgesi de plevralarla örtülü bulunur.

Önden arkaya doğru geçirilen sütürler akciğerin leze kısmını süratle kollabe ettiği gibi muahhar tedavide sağlam kısımların nisbeten genişlemesine ve hasta bölgelerde selektif bir kollaps yaratılmasına imkân verir.

Geniş iltisakların entraplöröl ayrılmalarında kesilen serbest kenarlar karşılıklı gömülmekle yapışmalara mâni olunabilir.

Plevra plikatürü, bilhassa kaide dezensersiyonlarında kanaatimizce mühim bir rol oynamaktadır. Çünkü kosto-diyafragmatik sinüse gizlenmiş bir kavern ekseriya bir rezeksiyon ile tedavi olunabilir. Fakat her vakada ise rezeksiyon endikasyonu bulunamaz. Bu bölge kavernlerinde en muvafık dezensersiyon dahi tekrar akciğerin aynı bölgeye girip yapışması ile neticelenir. Fakat dezensersiyonu bir plikatürle birleştirir de akciğer kaidesini *vena pulmonalis inferior* hizasına kadar yükseltir ve tesbit edersek *sinus diaphragmatica*'ya girip yapışma keyfiyeti uzaklaştırılmış olur.

Esasen plevraları kalınlaşmış eski tüberkülörlerde akciğer parankiminden geçmeden yapılan plevra plikatürlerinde akciğere ait hiç bir ihtilât görmedik. Burada dikkat edilecek noktalar iğneyi derine batırmamak ve iki batış noktası arasındaki akciğer kısmının elâstikiyetini kontrol ederek düğümleme esnasında plevraları iplikle kesmemektir. Müteaddit tabaklar halinde üstüste dikiş koyarak envajinasyonu yapmak daha emniyetli bir tedbirdir.

Heybeliada Sanatoryomunda bu suretle 21 dezensersiyon, 7 ekstraplöröl Px. ve 9 torakoplâstide plevra plikatürü yapılmış ve yukarıda arzettiğimiz fikirlerin tecrübe ile muvafık olduğunu görmüş bulunuyoruz.

S U M M A R Y

The Stitching of the Pleura in the Surgical Collaps Treatment of Pulmonary Lesions : The stitching of the pleura is an old method of treatment in the surgical treatment of pulmonary tuberculosis. The author desires to demonstrate the application of this pleural stitching in wide range pulmonary areas particularly in the treatment of the gaint pulmonary cavities by thoracoplasty and extrapleural pneumothorax. The good result obtained in the treatment of mixed pneumothorax cases with the division of wide intrapleural adhesion and in cases of cavernostomy after thoracoplastis and especially in the cavities situated at the apical segment of the lower lobe is demonstrated.

R É S U M É

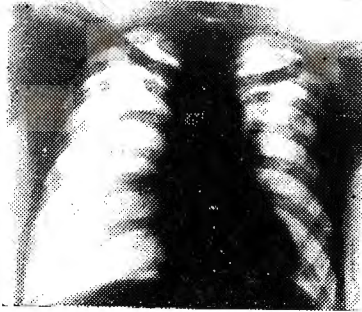
Les Plicatures de la Plèvre et la Collapsothérapie Chirurgicale des Lésions du Poumon : Les plicatures de la plèvre sont employées depuis longtemps dans le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire. L'auteur pense que cette opération doit surtout être réservée aux larges interventions sur le poumon et tout spécislement au traitement des cavernes géantes, aux thoracoplasties et au pneumothorax extrapleural. Les résultats qu'on obtient lors du remplissage de larges espaces vides extra et intra pleural, lors du décollement de larges adhérences pleurales et lors des operation plastiques faites à la suite d'une cavernostomie et enfin lorsque les lésions de la base du lobe inférieur, sont visibles sur les films radiologiques.



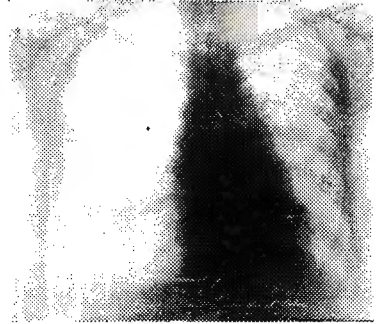
Şekil: 1a. Sağ üst lobusa ait jean kavite



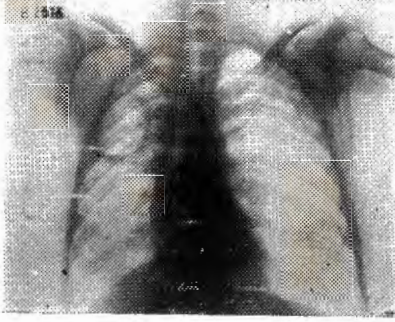
Şekil: 1b. 2 seans torakoplasti yapıldıktan sonra kollabe olmuştur



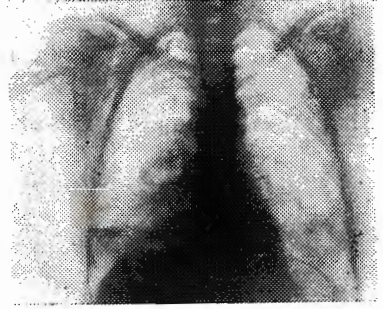
Şekil: 2a. Sağ üst lobun arka yukarı segmanına ait hydro aerik seviyeli kavite, üst lob yapışık durumda



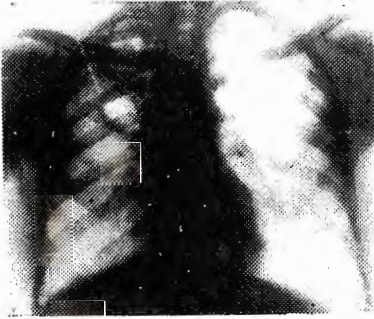
Şekil: 2b. Subtotal ekstraplöral Pnömoliz. Akciğere zirveden kaideye kadar plevra plikatürü yapılmıştır.



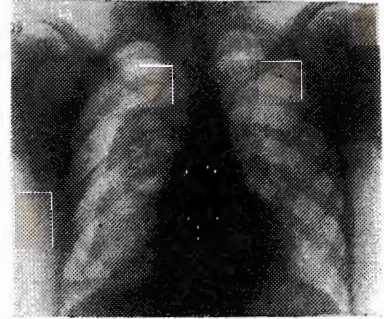
Şekil: 3a. Üst kısma ait postero-lateral büyük kaviteye EP pnömoli yapılmış ve plikatürle gömülmüştür.



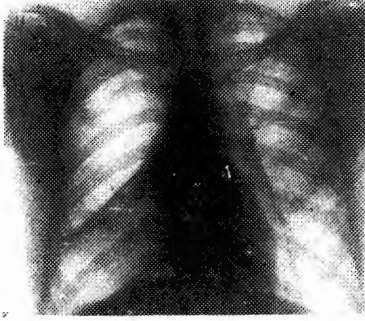
Şekil: 3b. Aynı kavitenin iç boşluğunu kıvrılan parankimin kısmen doldurduğu görüldü.



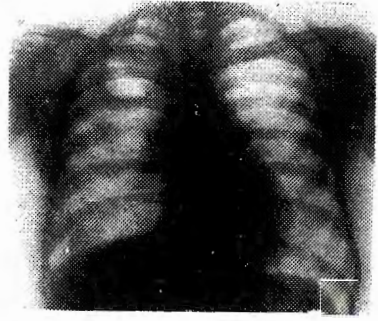
Şekil: 4a. Sağ yukarda büyük eb'adlı kavite.



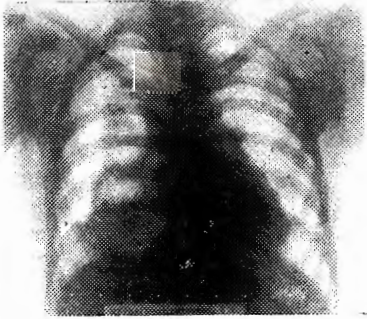
Şekil: 4b. Kaviterin pnömoli müteakip durumu,



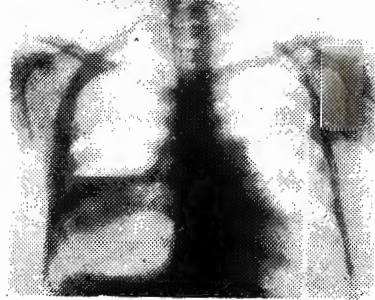
Şekil: 4c. Müdahaleden sonra kollaps istenilen şekilde teessüs etti.



Şekil: 5a. Üst üste mevzu büyük kaviteler pnömölizden evvel



Şekil: 5b. E P. Pn'den sonra plikatürlerin büzme hatları görülmüyor.



Şekil: 5c. Kollapsın son şekli

Ankara Üniversitesi
Fitizyoloji Kliniği Direktörü
Prof. Dr. Nusret Karasu

P.P. YAPILAN TÜBERKÜLOZLULARDA VİTAL KAPASİTE DEĞİŞMELERİ

Prof. Dr. NUSRET KARASU
Dr. RAGIP ÜNER

Tebliğim, P.P. yapılan akciğer tüberkülozu hastalarında vital kapasite değişikliklerine aittir.

Vital kapasite, normal şahıslarda (3500 - 4500) Cm. olup ağırlığa, boy'a ve insanın gördüğü işe göre değişir. Akciğer hastalıkları ile plevra ve kalp hastalıklarında ve batın âfetlerinde vital kapasite mühim bir surette azalmaktadır.

P.P. batın içi tazyikini artırmak suretile diyafragmanın vaziyet ve hareketine tesir etmekte olduğundan vital kapasite üzerine yaptığı tesiri araştırdık. Bu husustaki literatüre bir göz gezdirilirse, P.P. .ın kâşifi olarak tanınan *Banyai*, P.P. ın vital kapasiteyi ilk tatbikte %76,9 ve devam müddetince %12,5 azalttığını ve nihayet vasatı olarak azalmanın %14,7 olduğunu söylemektedir.

Bennet, P.P. ıların %20 sinde vital kapasitesinin değişmediğini %25 inde arttığını,

Steinlein P.P. ve frenik yapılan vak'alarda vital kapasitenin değişmediğini söylemektedir.

Wright ve mesai arkadaşları P.P. dan sonra vital kapasitedeki azalmanın pek cüz'î olduğunu yazmaktadırlar.

Carter ve *Gaensler*, amfizem tedavisinde P.P. tatbik ederek yaptıkları tetkikler sonunda vital kapasitede bir miktar artma müşahade etmişlerdir.

Ankara Tıp Fakültesi Fitizyoloji Kliniğinde 126 hasta üzerinde, vital kapasitenin P.P. dan evvel ve sonra ne dereceye kadar değiştiğini araştırdık.

Umumiyetle kliniğimizde vital kapasite 15 günde bir defa sabahleyin aç karnına ve hasta yatağında istirahat ederken ölçülmektedir. Bu ölçmeden evvel hastaya vital kapasite aletini nasıl üflüyeceği evvelden iyice talim ettirilmekte ve ilk üç gün miktarlar müşahadesine yazılmaktadır.

Netice itibariyle P.P. ın ilk günlerinde vital kapasitede %20 bir eksilme olmakta 5-7 inci ensüflasyonlardan sonra tedrici bir yükselme başlamakta ve eski huduttan %25 nisbetinde bir yükselme olmaktadır. Bu 136 vak'a içinde vital kapasite, birinci derecede *Granüli* vak'alarında artmakta onu tek taraflı kavernli vak'alar takip etmektedir.

Sekiz granüli vak'asının 7 sinde kapasite %30 artmış, birinde %5 azalmıştır.

Tek taraflı kavernli vak'alarımız 66 kişi idi. Bunların 5 inde Vital kapasitede hiçbir değişiklik olmadı. 48 vak'ada vital kapasite ortalama olarak %28 arttı. 13 hastada % 13 azaldı.

Tek taraflı müteaddit kavernli hastalarımız 5 tane idi. Birisinde hiç değişiklik olmadı. 3 hastada vital kapasite ortalama %17 arttı. Birinde %45 azalma oldu.

Atelektazi olan vak'alar 3 kişi idi. Vasatî olarak % 28 bir artma tespit edildi.

Pnomoni kazeöz 8 hasta idi. Altısında %36 artma ikisinde %10 azalma oldu.

İki taraflı müteaddit kavernli vak'alarımız 9 kişi idi. 5 inde %12 artma ikisinde %16 azalma oldu. İkisinde bir değişme olmadı.

Pnömotoraks yapıp bilâhare P.P. ilâve edilen 2 kişi idi. Bunlarda ortalama %33 bir artma oldu.

Minimal lezyonu olan hastalarımızdan 3 kişiden birinde %36 eksilme 2 sinde %31 artma husule geldi.

İki taraflı kaverni olan vak'alar 6 kişi idi. 1 inde hiç değişiklik olmadı. 2 sinde %20 azalma, 3 ünde %20 artma oldu.

Ampiyemlilerde 4 vak'anın 2 sinde %13 azalma 2 sinde %30 artma oldu.

Fibröz tüberküloz olan 11 kişinin 3 ünde vital kapasite, aynı kaldı. 4 vak'ada %23 azaldı. 4 vak'ada %28 nisbetinde çoğaldı.

Ekstraplöral yapılan 1 vak'amızda %20 bir çoğalma oldu.

Hidroprnömotoraks olan 1 vak'ada %8 bir azalma oldu.

Frenik yapılan 15 vak'adan 4 ünde vital kapasite aynı kaldı. 7 sinde %19 azalma, 4 ünde %35 nisbetinde bir çoğalma görüldü.

İlk ensüflasyonlardaki azalma hastanın iğneden korkmasına, ruhi faktörlere ve hastanın bu işe mümaresesinin azlığına atfedilebilir. Fakat genel olarak P.P. tatbik edilen vak'alarda vital kapasite sonradan artmaktadır.

Ö Z E T

Ankara Üniversitesi Fizyoloji Kliniğinde P.P. tatbik edilen 136 hastada vital kapasitenin evvelâ %20 azaldığı, 5-7 inci ensüflasyonlardan sonra tedricen artarak ilk miktarların % 25 üstüne çıkmakta olduğunun tesbit edilmiş olduğu belirtilmektedir.

S U M M A R Y

Vital Capacity Variations in Pneumoperitoneum : 20 per cent decrease after the first induction and 25 per cent an increase of the preinduction amount is observed in the vital capacity of 136 cases of pneumoperitoneum at the Department of Physiology the University of Ankara.

R É S U M É

Les variations de la capacité vitale à la suite du P.P. chez les tuberculeux. - A la clinique de physiologie de l'Université d'Ankara on a appliqué le P.P. à 136 malades. La capacité vitale a d'abord diminué de 20 %, puis après 5-7 insufflations, elle augmente progressivement pour atteindre un niveau de 25 % supérieur au niveau d'avant l'intervention.

Heybeliada Sanatoryomu
Direktör
Dr. Tevfik İsmail Gökçe

HEYBELİADA SANATORYOMUNUN ÜÇ BUÇUK SENELİK EKSTRA - PLÖRAL PNÖMOTORAKS TATBİKATININ ERKEN NETİCELERİ

Dr. AHMET ERBELGER

Bu gün için akciğer veremi şirüjisinde ve kliniğimizde en çok yapılan Ekstra - Plöral Px. lerden üç buçuk sene zarfında edindiğimiz kanaati erkende olsa rakamlarla tetkik etmeyi ve yüksek heyetinize sunmayı istedik. Halen bir çok memleketlerde en ön plânda yer tutan bu ameliye ile aynı müdahale grubuna giren bir kaç çeşit ameliyat usulünden aldığımız neticeleri Türk Tüberküloz Cemiyetinin 5 aralık 951 ve Fransız tüberküloz cemiyetinin 11 Ekim 952 toplantılarında meslekdaşların yüksek tetkiklerine arzetmiştik. Aşağıdaki istatistik, bu çalışmanın üçüncü merhalesi olup 297 hastada yapılan 306 müdahalenin neticesidir.

Müdahalemizde ekstra - plöral bölgede müteaddit ameliyat usullerinden şu şekilde istifade edilmiştir. 6 iki seanslı Sebestiyen ameliyesi, 12 Ekstraplöral dekolman ve Britlerin ayrılması, 23 Ekstraplöral, dö sübtitüsyon, 59 bir seanslı Sebestiyen ameliyesi, 5 Total Ekstraplöral, 7 Ekstraplöral dökümpleman, 1 adet iki senas dezensersiyon, 1 adet aynı bölgede iki senas Ekstralöral, bir adet ekstraplöral ve oleothorax, nihayet 191 klâsik kısmî Ekstraplöral.

Evvelden şunu tebarüz ettirmek istiyoruz ki klâsik ekstraplöral Pnömotoraks endikasyonları artık tüberkülozun hudut vak'alarına kadar genişletilmiş akciğerin hemen bütün noktalarına ait lezyonlarında umumî cerrahî bakımından endikasyon gördüğümüz hastalarda tatbik edilmiştir.

İki vak'ada iki taraflı E.P.Px., bir vak'ada bir tarafa E.P.Px. diğer tarafa Dezensersiyon, iki vak'ada bir taraf E.P.Px. diğer tarafta torokoplasti, 2 ekstraplöral ve frenik felci, mukabil tarafı pnömotoraksı, 29 vak'a, pnömoperituvanlı 5 vak'amız vardır.

306 müdahalede ancak iki defa ekstraplöral ayırma imkânı bulunamayıp aynı seansta torakoplasti yapılmıştır. Son senelerde torakoplastilerin endikasyonu ekstraplöral pnömotoraks lehine olarak daralmış şekilde ki bu klinik görüşümüz nihayet tetkik isteği ve araştırma arzusundan doğmuştur. Yoksa torakoplastiye olan güvenimiz bakidir ve bu iki ameliyatı müsait kılan vak'alarda ekstraplöral tercihe bizi sevketmemiştir.

Hastaların 154 ü erkek, 143 ü kadın ve en genç hastamız 14 en yaşlısı ise 57 yaşındadır. Cinsî bakımdan ziyade hastaların sosyal durumları ve yaşadıkları muhit bizi ilgilendirmiştir. Postoperatuvar ensüflâsyonlara devam edemeyecek meslek ve mevkilerde yaşayanlara bu ameliyat yerine daha radikal bir müdahale şarttır.

Ekstraplöral pnömotoraks, ihtilâti çok, hususî bakım ve tedavi tekniği isteyen bir müdahale olmakla beraber sağladığı müsait neticelerin açık rakamlarla ifadesi bizlere kıymetini gösterecektir. Yalnız çok uzun bir liste tutan ihtilâtlarını teker teker tetkik etmemize müsaadenizi rica ederim.

İhtilâtları; ameliyat esnasında, postoperatuvar ve geç ihtilâtlar olarak 3 e ayırmakla tetkiki kolaylaştırmış olacağız.

Ameliyat esnasındaki ihtilâtlar.

1. *Plevra yaralanması ve yırtılması* 5 vak'ada görülmüş ve arızasız geçmiştir. Etrafı yapışık bir plevra boşluğu açılmış ise dikilmesini tercih ediyoruz, fakat sütür kabil olmazsa halile bırakıyoruz.

2. *Akciğer parankiminin yırtılmasını* görmedik. Sağlam kısım yaralanmasında antibakteriyel ve sütür, leze kısım açılmış ise ve endikasyon da varsa bir rezeksiyon icap ediyor.

3. *Kavern rüptürü* 1 vak'ada olmuştur. O zaman daha anestetizimiz olmadığından rezeksiyon yapılamamış sütürle iktifa edilmiştir. Hasta bir ay sonra poş süpürasyonu neticesinde ölmüştür.

4. Ameliyat esnasında *gaz ambolisi* görülmedi.

5. *Damar yaralanması* : 1 *arteria vertebralis* ve 2 *vena mammaria interna* yaralanmasından iki hasta ölmüştür.

6. *Sinir yaralanması* : Muayyen bir sinir yaralanması kaydedilmedi. Yalnız 1 vak'ada geçici *Claude Bernard - Horner sendrom'u* oldu.

Postoperatuvar ihtilâtları.

1. *Ameliyat şoku* 5 vak'ada oldu, 1'i vefat etti.
2. *Kanama şoku* 4 vak'ada görüldü. 1'i vefat etti.
3. *Mediyastinum anfizemi* görmedik.
4. *Yaygın derialtı anfizemi* 2 defa olmuş, hususî bir vaziyet göstermemiştir.
5. *Normal ekstraplöral poş kanaması* : 500 cc kadar değişen basit kanamalar her vak'ada görülmüştür.
6. *Ciddî ekstraplöral poş kanaması*: 500 den 700 cc e kadar ilk tahliyede kanayan 24 vak'a vardır.
7. *Ağır ekstraplöral poş kanaması*: 700 cc den yukarı kanayan 6 vak'a vardır. 1'i vefat etmiştir.
8. *Gaz ambolisi* : 4 defa postoperatuvar enflüsyonlarda bu ihtilât görülmüş ve 7-36 saat zarfında sekelsiz geçmiştir.
9. Mukabil tarafta *traumatik pnömotoraks* kaydedilmemiştir.
10. *Teneffüs yetersizliği* : 3 hasta, ekstraplöral ayırmadan sonra şiddetli dispne ve siyanoz, 1 vak'a da şiddetli paradoksal teneffüs göstermiştir. 1 vak'a vefat etmiştir.
11. *Hematon teşekkülü* : 17 vak'ada hematon erken olarak teşekkül etmiş, bunlardan ikisinde tekrar açılarak hematom boşaltılmış ve şifa sağlanmıştır. 1 hasta süpürasyon ve kaşeksi ile vefat etmiştir. Diğer vak'alarda streptokinaz ile hematom parçalanmıştır.
12. *Ameliyat yarasının süpürasyonu* 18 defa görülmüş ve hâdisesiz geçmiştir.
13. *Harice fistül* 6 defa görülmüş ve tedavi edilmiştir.
14. *Akciğerin erken reekspansiyonu* : 3 defa şiddetli öksürük dolayısıyla ve deri altı anfizemile olmuştur.
15. *Akciğerde spesifik yayım* : 4 vak'ada antibakteriyel tedavi ile geçirilmiştir.
16. *Kollabe akciğerde atelektazi* : 1 vak'ada iki haftada kaybolmuştur.

17. *Erken bronş fistülü* : 1 vak'ada torakoplasti ile kapatılmıştır.

18. Akciğerde *pnömoni ve bronkopnömoni* husulü 1 vak'ada görülmüştür.

Geç ihtilâtlar :

1. *Ekstraplöral poş süpürasyonları* : 24 vak'ada ameliyattan 1.5-8 ay sonra poş süpürasyonu olmuş, ancak 3 ünde ampiyem devam etmektedir.

2. *Poşun inefikas kalışı* : 5 vak'ada ısrarlı tedaviye rağmen poş küçülmüş, 3 ünde ikinci seans E.P.Px. ile istenen netice sağlanmıştır. 2 vak'adan biri tedavi görmediği halde radyolojik ve bakteriyolojik şifa, diğerinde ise B. K. müsbettir.

3. Akciğerde *lezyonların faaliyete geçmesi* : 5 vak'adır. 2 vak'ada ekstraplöral dö kompleman, 3 vak'ada ise antibakteriyel ile tedavi yapılmıştır.

4. Poş süpürasyonunun *derialtına fistül* yapması 1 vak'ada görülmüş, kliniğimizi terk ettikten iki ay sonra memleketinde ölmüştür.

5. *Geç bronş fistülü* : 3 vak'ada olmuştur. 1'i lobektomiden 7 ay sonra tekrar bronş fistülü ile vefat etmiştir. 2 vak'a torakoplasti ile tedavi için, akciğer ekspansiyona terk edilmiştir.

6. *Ösefagus fistülü* : 1 vak'ada bu nadir ihtilât ameliyattan üç ay sonra hariçte teessüs eden poş süpürasyonundan sonra görülmüştür. Mukabil tarafı da pnömotorakslı bulunan ve bitkin olan hastaya gastrostomi yapmaktan başka bir müdahale imkânı görülmemiş ve fistülün açılmasından bir hafta sonra vefat etmiştir.

Bu suretle umumî neticeleri ele alırsak :

290 vak'ada: 7 erken ölüm (%2,3)

2 geç ölüm (%0,66) tesbit edilmiştir.

Elimizdeki materyelde ve 3,5 sene zarfında takip ettiğimiz hastaların ancak 9 unda (3% basilin) balgamda devam ettiği görülüyor. Vak'aların bir kısmı poş süpürasyonu dolayısıyla muntazam enfülasyonlara tâbi olamayan, iki tanesi de bronş fistülü olan hastalardır ve akciğerlerde istenen detant ve kollaps elde edilememiştir. Yukarı-

rida ihtilât silsilesinin haddizatında görüldüğü kadar korkunç olmadığını bilhassa belirtmek isteriz. 223 hastada ise %74,3 basil müteaddit teksif araştırmaları ile kaybolmuş ve erken şifa ismini verdiğimiz şekilde ekstraplöröl pnömotorakstan istifade etmişlerdir.

S U M M A R Y

The Early Results of the 3,5 years Application of the Extrapleural Pneumothorax at Heybeliada Sanatorium : This is the third communication of the author on this subject depending on the time factor. During this time the indication of the extrapleural pneumothorax widened and the various types of extrapleural pneumothoraxes has been done, from the point of view of technique. The extrapleural pneumothorax is used with the other surgical procedure together. The results obtained from 306 operations which is carried out in 297 patients is demonstrated mainly from the point of view of complications. The complications are divided in three groups e.g; operative, early post-operative and late post-operative. The good early results is demonstrated with figures.

R É S U M É

Les Résultats Précoces du Pneumothorax Extrapleural Appliqué Depuis 3 ans au Sanatorium de Heybeliada: Cette communication est la troisième sur ce sujet et donne les résultats en tenant compte du facteur «temps».— Les indications du pneumothorax extrapleural se sont élargies et sa technique a pris différentes formes. En outre, on l'associe aussi aux autres méthodes thérapeutiques.

Cette intervention a été appliquée 306 fois sur 297 malades et n'a été accompagnée que par des rares complications. Ces complications sont divisées en pré-opératoires, post opératoires et tardives. Les résultats précoces sont donnés.

Ankara Üniversitesi
Fizyoloji Kliniği Direktörü
Prof. Dr. Nusret Karasu

SEDİMENTASYONUN SERİ OLARAK TAYİNİ

Dr. AYDOĞAN UĞUR

Literatürde sedimantasyonun seri olarak tayini için basit bir metod gördük. Bizde, dispanserlerimizde tecrübe etti. Kullanılışlı olması bakımından metodu ve aldığımız neticeleri bildiriyoruz.

Müellifler *Westergreen* tüplerile bir saatte ölçülen sedimantasyon sür'atının aynı tübler 62 derecelik bir meyilde tutulduklarında on dakikada ölçülebileceğini, iki saatlik bir neticenin ise on beş dakikada alınabileceğini yazıyorlar. Bizde 62 derece meyilli süpporlarla elde ettiğimiz neticeleri tesbit ettik. Bunları aynı şahıslardan aynı zamanda alınan kanların dik duran *Westergreen* tüplerinde verdiği sedimantasyon değerleriyle karşılaştırdık. Bu tecrübeyi yüz şahıs üzerinde tekrarladık.

Yüzde kırkında uygun değerler elde edildi. Yüzde 52 sinde on dakikada elde edilen değerler 2 - 6 mm. farklı idi. Yüzde sekizinde ise 10-15 mm. farklı değerler elde edildi ki bu değerler bir saatteki sedimantasyon sayısı 80 - 90 mm. yi aşan şahıslara aitti. Görülüyor ki meyilli tüplerle on dakikada elde edilen değerler aşağı yukarı dik tüplerle bir saatte alınan değerlere uymaktadır. Biz meyilli tüplerle 15 dakikada aldığımız neticelerin dik tüplerle iki saatte alınan neticelere uymadığını tesbit ettik.

Kısaca tekniği zikrederim. Beş veya on tüp ihtiva eden bir süppor kullanılıyorsa evvelâ süppora normal durumda iken kan çekilmiş tüpler yerleştirilir ve sonra süppor kaidesine 62 derecelik bir meyil verilebilir. Şayet elde kaidelerinde özel tertibatı bulunan tüpler mevcutsa o zaman tüpleri havi süppora muayyen meyil verilir.

Sonra her alınan kan tüplere kaidelerindeki özel tertibattan sevk edilir. Veyahutta üçüncü bir usul, meyilli satıhta duran süp-

pora kan çekilmiş Westregen tüpleri yerleştirilir. Her üç şekilde de on dakika sonra netice okunur.

Kullanılan solüsyon %3,6 citrate de soude solüsyonudur. Yani mutad olarak sedimantasyonlarda kullanılan solüsyon.. % 6,4 lük potassium oxalate kullanılırsa sedimantasyon süresini daha da kısaltmak mümkündür. Ancak bu maddenin muzır tesiri göz önünde tutularak enjektöre bu maddeyi çekmemeli 2 cc. kan alındıktan sonra bu solüsyondan 0,1 cc. bir tüp içerisinde ilâve edilmeli, sonra Westergreen tüplerine çekmelidir.

Tüplere daha fazla meyil verilerek çok daha kısa zamanda bir saatlik neticenin ekivalanının alınabileceği de akla gelebilirse de bu şekilde elde edilen değerlerin uygunluk nisbetinin pek yüksek olmadığını tesbit ettik.

Teknik teferruata bilhassa iki noktayı işaret edeceğim. Bir defa sedim tüpleri çok temiz ve kuru olmalıdır. İkincisi tüpler süppora yerleştirildikten sonra en ufak bir sarsıntıya dahi maruz kalmamalıdır. Bilhassa eyik tüpler de en ufak bir sarsıntının sedimantasyon sür'atini ne kadar fazlalaştırdığı pek güzel müşahade edilebilmektedir.

Sedimantasyon gibi non spesifik bir reaksiyonun bilhassa tüberkülozlularda bir saatte 50 - 60 mm. yi geçmediği göz önüne alınırsa hasta adedi fazla olan verem dispanserlerinde bu usulle yapılacak sedimantasyonun zamandan tasarruf ettirecek istifadeli bir vasıta olacağı kanaatindeyiz.

Ö Z E T

62 derece meyil verilen Westergreen tüpleri ile 10 dakikada bir saatlik neticeyi 2 - 6 milimetre farkla elde etmek kabil olduğu yüz vak'a üzrinde tesbit edilmiştir.

S U M M A R Y

The Rapide Determination of Sedimentation Rate : In Westergreen tubes with 62 degrees of inclination is possible to get the same result in 10 minutes instead of an hour with the classic method. This obresvation is determined on 100 consecutive cases.

R É S U M É

La réalisation rapide de la sédimentation des globules rouges.— On peut réduire à 10 minutes la durée d'une heure et obtenir la même sédimentation en inclinant les tubes de Westergreen à 62 degré. Les recherches ont porté sur 100 cas.

L I T T E R A T U R

- I, Ars Medici 1952 No. 8 S. 773
II, Ars Medici 1952 No. 2 S. 180
-

Ankara Üniversitesi
Fizyoloji Kliniği Direktörü
Prof. Dr. Nusret Karasu

BİR SARKOİDOSİS VAK'ASI

Doçent. Dr. SELAHATTİN AKKAYNAK

Sarkoidosis vak'aları son zamanların aktüel mevzuları arasındadır. Evvelleri daha ziyade İskandinav memleketleri ile Amerikada zenciler arasında görülen sarkoidosisin, zanedildiği kadar nadir olmadığı, kütle halinde radyolojik tetkiklerle merkezi Avrupada da oldukça sık rastlandığı bildirilmektedir.

Sarkoidosisin memleketimizdeki durumu nedir? Buna ait yerli istatistik veya yayına rastlamadık. Ankara veremle savaş derneği 1. No. lu dispanserinde tesisinden itibaren 1952 yılı sonuna kadar geçen 3 sene içinde tetkik ettiğimiz 17287 dispanser ve 9275 tarama vak'aları içerisinde tek bir Sarkoid hastası tesbit ettik.

Bu tek vak'a, memleketimizdeki sarkoidosis vak'alarının nisbeti hakkında kat'i bir hüküm vermeğe kâfi gelmezse, diğer memleketlerle mukayese edilecek olursa daha nadir olduğuna delalet etmektedir. Meselâ, Amerikada San Fransisco üniversitesinde 1927 denberi çekilen 165.000 film içerisinde 28 vak'ada sarkoid tesbit edilmiştir ki, nisbet 100.000 de 17 dir. Almanyada, 35000 nüfuslu bir kasabanın taranmasında 39 sarkoid vak'ası bulunmuştur, burada nisbet: 100.000 de 111 dir. Biz, cem'an 26562 vak'ada bir sarkoid tesbit edebildiğimize göre bizde nisbet yuvarlak olarak 100.000 de 4 kabul edebiliriz ki, bu da gerek Amerika ve gerekse Almanyaya nazaran memleketimizde sarkoid vak'alarının daha nadir olduğunu göstermektedir.

Sarkoidosis, bir sistem hastalığı halinde çeşitli organ ve dokularda oturarak çeşitli leziyonlara sebep olabilen bir hastalıktır. Tetkikler göstermektedir ki, sarkoidosis vak'alarında bilhassa lenf bezleri ile Akciğerlerin hastalanma nisbeti yüksektir. Vak'aların %87 sinde akciğerlerde leziyon bulunmaktadır.

Sarkoides de akciğer lezyonlarının radyolojik olarak başlıca 5 safhada 5 muhtelif grup halinde görüldüğü kabul olunmaktadır. Taze vak'alarda sadece her iki hilüs büyümüştür, bir az daha ileri safhalarda lymphangitis reticularis tablosu, miliyer yayım tablosu ve daha ileri vak'alarda da bunlarla birlikte muhtelif büyüklükte infiltratif değişmeler görülmektedir. Bizim vak'amız, bu tasnife göre ilerlemiş bir vak'adır; ve 5. safhaya tekabül etmektedir ki, iki taraflı yaygın nodüler - indüratif lezyonlarla birlikte sağda orta zonda geniş bir sahada indüratif - infiltratif bir manzara görülmektedir.

Sarkoid vak'alarında, umumiyetle büyük bir klinik ârâz yoktur. Ancak ilerlemiş vak'alarda öksürük, nefes darlığı ve zayıflama gibi şikâyetler vardır. Nitekim, bizim hastamızda 12/7/1950 tarihinde öksürük ve nefes darlığı şikâyetleri ile dispanserimize müracaat etmiş ve o zamandanberi kontrolümüz altında bulunan hasta, hep bu sıkıntılardan şikâyetçi bulunmaktadır.

Sarkoidosis vak'alarında cilt tüberkülin testleri, %85 nisbetinde negatiftir. Geri kalanlarda ancak yüksek konsantrasyonlardaki tüberkülinle test müsbet cevap vermektedir. Vak'amızda da müteaddit araştırmalarda tüberkülin testlerini 100 Ü. Mantoux'ya kadar hep menfî bulduk.

Sarkoidosis vak'alarında, tüberkülin testlerinin menfî olması; sarkoidli hasta serumlarının tüberkülini nötralize etme hassasına bağlanmaktadır. Biz de vak'amızın serumunu tüberkülinle karıştırarak 1/10000 dilüsiyonda mahlûl hazırladık. Servisimizde yatan ve tüberkülin testleri müsbet olan hastaların bir koluna bu mahlûlden, bir koluna da 1/10000 saf tüberkülin solüsyonundan intrakütan zerkettik. 48 saat sonra saf tüberküline karşı âşikâr müsbet reaksiyon alınmasına mukabil serumla dilüe edilen tüberkülin solüsyonu zerk yerlerinde 3 vak'ada hiç bir reaksiyon husule gelmedi, iki vak'ada da şüpheli reaksiyon husule geldi.

Sarkoidosis vak'alarında lâboratuvar bulguları da vasıftar değildir. Vak'amızda da lâboratuvar tetkikleri bakımından ehemmiyetli bir bulgu tesbit edemedik. Kan bulguları normaldir. Yalnız; sedimentasyon bütün araştırmalarımızda 57, 40, 46, 50, 65, 100, 113, 72 gibi hep sür'atlenmiş olarak bulundu. Wassermann ve Kahn teamülleri menfî, Sternal ponksiyonu da normal bulduk. Bir kısım müelliflerin bulunduğunu iddia ettikleri granülom hücrelerini bulamadık.

EKG. da sinüsal taşikardi ile P pulmonale bulunmaktadır.

Sarkoid teşhisi, kat'î olarak, ancak biyopsi tetkikleri ile konmaktadır. Vak'amızın kübital lenf bezlerinden yaptığımız biyopsiye patolojik anatomi lâboratuvarının verdiği rapor şöyledir:

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Patolojik Anatomi Enstitüsü. Biyopsi No. 1077 ... Biyopsi tarihi: 19/10/1951.

«Küçük grosismanla parçanın lenfo-retiküler bir dokudan müteşekkil olduğu tesbit edilmiştir. Bütün sahada sinüs marginalis ve nodülü lenfositler tamamen ortadan kalkarak bunun yerine küçük nodüller halinde epitelooid histiosit ve retikülüm liflerinden ibaret sahalar görülmektedir. Bu sahaların dış taraflarında lefositten müteşekkil birer çember mevcuttur. Bu nodüller bazı yerlerde hiyalini bağ dokusundan zengindir. Bu nodüllerin bir kaçında epitelooid histiositlerin birleşmesinden mütevellit bir kaç nüveli dev hücreleri görülmektedir. Bütün preparatlarda dikkatli araştırmalara rağmen nekroz tesbit edilememiştir.

Netice: Baeck - Besnier - Schaumann sarciodi.

Patolojik anatomi Prof. Dr. Necati Eranül».

Sarkoidosis vak'alarının etyolojisi henüz kesin olarak aydınlatılamamıştır. İki yıl evvel İsveçli müellifler tarafından 7 sarkoid vak'asının mide suyundan bir virüs izole edildiği bildirilmiş ise de, bizzat müellifler; virüsün kabakulak virüsü ile idantik olduğunu zikretmekte ve geçirilmiş kabakulak enfeksiyonuna bağlamaktadırlar. Son yılların neşriyatında da bunu teyit edecek her hangi bir yayına rastlanmamaktadır.

Etiyolojik faktörler arasında, bugün, ekseri müelliflerin kanaati tüberküloz üzerinde toplanmaktadır. Kabul edilmektedir ki, primer enfeksiyonu müteakip husule gelen geç hematojen yayımla, miliyer tüberküloz yerine sarkoidosis dokusu meydana gelmektedir. Bu reaksiyonun meydana gelmesinde primer âmil basil midir, yoksa basilin yerleştiği organizma mıdır? Bunlar henüz halledilememiştir. Yalnız, bir kısım yazarlar, sarkoid dokularının kobaylara implantasyonu veya emülsiyonunun zerki ile müteaddit pasajlardan sonra banal tüberküloz dokusu husule geldiğini bildirmektedirler.

Bu hususu, biz de vak'amızın kübital lenf bezini kobaylara implante etmek suretiyle denedik. Tecrübe hâlen devam etmektedir. Neticesini bilâhare arzedeceğiz.

Sarkoidosisin tedavisi de, günün başlıca mevzuları arasında-

dir. Biz vak'amızda Sm., PAS., TD1, İNAH., denedik, hiç bir netice alamadık. Esasen literatürde de bunların müessir olmadığı zikredilmektedir. Son neşriyata göre Cortizon ve ACTH. ile sarkoidosiste iyi netice alındığı, bilhassa taze vak'alarda kortizonun bağ dokusu teşekkülünü önlemesi ile bu neticenin sağlandığı bildirilmektedir. Ancak elde olunan neticenin devamlı olmayıp, geçici olmasından ve, taze vak'alarda iyi netice alınmasından ve keza ilâcın yan tesirlerinin bazan zararlı ihtilâtlara sebep olmasından vak'amızda bu ilâcı denemeyi uygun bulmadık.

H Ü L Â S A

26562 disyanser ve tarama vak'ası arasında tek bir sarkoid vak'asına rastladık.

Üzerinde hassasiyetle durduğumuz; sarkoidosis vak'alarının tüberkülozu bu kadar bol olan memleketimizde nadir vak'ardan olduğunu arz etmek isterim.

S U M M A R Y

A case Sarcoides : Among 26562 out-patients and despistaged cases we have observed only a single case of sarcoidosis.

It is rather interesting observation of the rare occurrence of sarcoidosis in Turkey on account of plenty cases of tuberculosis.

R É S U M É

Un cas de sarcoidosis : Sur 26562 malades examinés, tant en polyclinique qu'au cour des dépistages il n'a été observé qu'un cas de sarcoïde.

L'auteur insiste sur la rareté des sarcoïdes dans un pays comme le nôtre où les tuberculeux sont tellement nombreux.

LİTERATÜR

- 1 — *Bjornstad, R. T.* : Tuberculin sensitivity in Boeck's Sarcoid. Acta Tuberc. Scand. 1950, 24/1-2 (15-29).
- 2 — *Carstensen, B.*
veNorviit, L. : ACTH u. Cortison bei Sarkoidosis Acta Soc. Med. Upsaliensis, 1952, 56, (197-208).
- 3 — *Hartweg, H.* : Über die Boecksche Krankheit der Lungen. Fortschr. Röntgenstr. 1950, 72/4, (398-408).

- 4 — *Hartweg, H.* : Über den Verlauf der Boeckschen Erkrankung der Lungen. Dtsch. med. Wschr. 1950, 1013 - 1014.
 - 5 — *Kalkoff, K. W.* : Die Etellung der Baoock'schen Krankheit im Rahmen der Tuberkulose. Tbk. Arzt. 1950, 4/5 (245-254).
 - 6 — *Klingmüller, G.* : Der Morbus-Baoock in der Familie. Sermat. Wschr. 1951, 124-1199-1204.
 - 7 — *Larsson, L. G.* : Sternal puncture in Sarcoidosis. Acta. Radiol. (Stockh.) 1951, 37, 59-64.
 - 8 — *Lancopé, W. T.* : A study of sarcoidosis. Based on a combined investigation of 160 cases including 30 autopsies the Johns Hopkins Hospital and Massachusetts general Hospital. Medicine, 1952, 31, 1-132.
 - 9 — *Löfgren, S.* : Isolation of Virus in some cases of Boeck's Sarcoid. Wien. Klin. Wschr. 1951, 63-398-401.
 - 10 — *Leitner, St. J.* : «Morbus Boeck» 1949.
 - 11 — *Michael Jr., M.* : Sarcoidosis Preliminary report on a study of 350 cases with special reference to epidemiology. Amer. Rev. Tbc. 1950, 62-403-407.
 - 12 — *Moyer, J. H.* : Sarcoidosis, A clinical and roentgenological study of twenty-eight cases. Amer. Rev. Tbc. 1950, 61-299-322.
 - 13 — *Riley, E. A.* : Boeck's sarcoid. A review of fifty two cases. Amer. Rev. Tbc. 1950, 62/3 - (231-285).
 - 14 — *Scadding, J. G.* : Sarcoidosis, with special reference to lung changes. Brit. med. Z. 1950, 4656-2545-753.
 - 15 — *Schmid, F.* : «Die Generalisierten Tuberculose» 1951.
 - 16 — *Siltzbach, L. E.* : Effects of Cortisone in sarcoidosis. A study of 13 patients. Amer. J. Med. 1952, 12-139-160
 - 17 — *Small, M. J.* : Favorable response of sarcoidosis to cortisone treatment. J. Amr. med. Assoc. 1951, 147-932-937.
 - 18 — *Sterlin, K.* : Erythema nodosum with tuberculin -Neutralizing serum. A report of two cases. Amer. Rev. Tbc. 1950, 62/1 - 112-115.
 - 19 — *Stubbe, W.* : Zur Diagnose und Prognose der Boeck-Besnier-Schaumann Erkrankung im Rahmen der Tuberkulose. Beitr. Klin. Tbk. 1949, 102 - (446-486).
-

Ankara Üniversitesi
Fitizyoloji Kliniği Direktörü
Prof. Dr. Nusret Karasu

EKSTRAPLÖRAL POŞ'UN ÂKİBETİ HAKKINDA

Prof. Dr. NUSRET KARASU
Doçent Dr. GALİP URAK
Asistan Dr. AYDOĞAN UĞUR

4
950 - 952 yılları arasında kliniğimizde 10 ekstraplöröl ameliyatı yapılmış olup ayrıca hariçten gelen 3 ekstraplöröl vak'ası da takip edilmiştir. Bu 13 vak'a arasında aynı âkibete duçar olan 3 vak'ayı hususiyetlerine binaen zikrediyoruz :

A. A., 17 yaşında, ev kızı, Protokol numarası: 33.

950 senesinin on birinci ayında kliniğimize yatıyor. Hastalığı bu tarihten bir sene önce ateş ve öksürükle başlamıştır. Dışarıda gördüğü tedavi ile iyileşemediğinden dispanserimize müracaatla hastanemize yatmıştır. Sedimantasyon 62 mm. olup balgamında basil müsbettir. Radyografisinde sağ zirvede ceviz cesametinde bir kavite ile müterafık iki taraflı lezyon tespit ediliyor ve sağa pnömotoraks tesis edilip taburcu ediliyor. Dispanserde dört ay müddetle havasına devam ediliyorsa da pnömotoraksın müessir olmadığı tespit ediliyor. Tekrar hastaneye yatırılarak sağdaki pnömotoraks terkedilip ekstraplöröl ameliyatı yapılıyor. Ekstraplöröl poş'a uç ay müddetle hava verildiği halde basilin müsbetliği devam ediyor. Radyolojik tetkik solda da fındık cesametinde bir kavite gösterdiğinden sola pnömotoraks tesis ediliyor. Bu arada sağdaki ekstraplöröl poşta hemorojik vasıfta likid toplanıyor. Bir kaç defa tahliye ediliyor. Bu arada poş küçüldüğünden artık hava vermek kabil olmuyor. Poş'a varidase veriliyorsa da bundan da bir netice elde edilemiyor. Grafisinde ekstraplöröl poş'un bulunduğu yerde homojen bir kesafet tespit ediliyor. Bir senedenberidir bu kesafet aynı şekilde devam etmektedir. Poş altından ciğerde kavite çıkmamıştır. Hastaya şimdiye kadar 80 gr. streptomycine yapılmıştır.

M. S., 21 yaşında, Enstitü talebesi, Protokol No. 344.

952 yılı Mart ayında hastanemize yatıyor. Hastalığı bu tarihten iki yıl önce hemoptizi ile başlamış. Kaldırıldığı hastanede kanaması durdurulduktan sonra Validebağ Sanatoryomuna gönderilmiş. Orada antibiotik verilmiş, ve pnömoperituan tesis edilmiş. Gayri müessir görülerek üç ay sonra pnömoperituan terkedilmiş. Haydarpaşa Nümune Hastanesine nakledilerek sola ekstraplöral ameliyatı yapılmış. Ameliyatta yedinci kot rezeke edilerek geniş bir saha çöktürülmeğe çalışılmış.

O zamanki filmi elimizde olmadığından lezyon hakkında malûmatımız yoktur. Ameliyattan sonra poş'ta likid toplanmış, tahliye edilmiş, iki ay sonra da taburcu olmuş. Kliniğimize yatırıldığında ekstraplöral poş'ta ampiyem tespit edildi. Tahliye, lâvaj yapılp menfî tazyik verilerek tatbik ettiğimiz ampiyem tedavisi güneşiri olarak tekrar edildi. Bir buçuk ay sonra poş'un açılmasına yardım için pnömoperituan tesis edildi. Ve her tahliyede poş'a antibiyotik verildi. Bu tedaviye iki buçuk ay devam edildi. Poş, muayyen bir hadde kadar küçüldükten sonra ciğerin daha fazla açılması mümkün olmadı. Sonuncu tahliyesinde hemorojik bir mayi geldi. Ve ondan sonra yapılan ponksiyonlarda artık likid almak kabil olmadı. Grafisinde ekstraplöral kavite yerinde homojen bir kesafet meydana geldiği tespit edildi. Akciğer sahasında lezyon görülüyordu. Basili menfî ve sedimantasyonu 5 mm. olarak salâhla taburcu edildi. Hasta şimdiye kadar 2000 gr. P. A. S. almış ve kendisine muhtelif yerlerde mecmuu 100 gr. streptomycin yapılmıştır.

A. B., 25 yaşında, şoför, Protokol No. 329.

951 senesinin 12. ayında hastanemize yatıyor. Hastalığı bu tarihten bir buçuk sene önce hemoptizi ile başlamış. Grafisinde sağ zirvede iri ceviz cesametinde bir kavite ve sol üst lopta biri iri bir ceviz, diğeri kiraz büyüklüğünde kaviteler tespit ediliyor. Sağ tarafa ekstraplöral, bir müddet sonra sola torakoplasti yapılıyor. Basili menfî olarak taburcu ediliyor. 70 gr. streptomycin, 2000 gr. P. A. S., 11 gr. konteben almıştır. Taburcu olduktan ik ay sonra dispanserde havasına devam edilirken ekstraplöral poşta ampiyem vasıfta likid meydana geldiğinden hastanemize yatırılıyor. İkinci tahliyede tamamen hemorojik mayi alındıktan sonra müteakip ponksiyonlarda artık mayi alınmıyor.

Radyografisinde ekstraplöral poş sahasında homojen bir kesafet tespit ediliyor. Bu homojen kesafet dört aydır aynı şekilde de-

vam etmektedir. Akciğer sahasında kavite meydana çıkmamıştır.

Son iki vak'ada tespit ettiğimiz ampiyemler tüberküloz ampiyemi idi.

Zikrettiğimiz bu üç ekstraplöral vak'asında müşterek olan taraf, poşlarda likid toplanması, son tahliyelerinde hemorojik vasıfta mayı alınması ve hemorojik likid alındıktan sonra yapılan ponksiyonlarda artık likid alınamaması ve radyografilerinde ekstraplöral poş sahasında homojen bir kesafetin meydana çıkarak bu kesafetin aylarca persiste etmesidir. Hemorojik vasıftaki likid pošta kanama olduğunu göstermektedir. Ağlebi ihtimal poş cidarında fibrin tevazzuatı meydana gelmekte, belki iki cidar arasında tamamen havasız bir sahada kalmaktadır. Daha sonra organize olan bu saha biraz daha da küçülmektedir.

Diğer tüberküloz kliniklerinin ekstraplöral vak'alarında böyle bir âkıbet tespit edip etmediklerini ve bu husustaki görüşlerini rica ile bu üç vak'ayı sunuyoruz.

Ö Z E T

1950 - 1952 yıllarında Ankara Veremle Savaş Derneği Hastanesinde tedavisi ve ameliyatı yapılan 13 ekstraplöral pnömotoraks vak'asından 3 ünde bir müddet sonra kavitede hemorajik likit hasil olup sonra da poş fibrinle dolarak organize olmuştur.

Bu blokun bir plombaj maddesi gibi kavitenin açılmasını menettiği tesbit edilmiştir.

S U M M A R Y

About the End Result of Extrapleural Pneumothorax Spaces : Among 13 extrapleural pneumothorax operations performed at Antituberculosis Association Hospital in Ankara between 1950 - 1952; in 3 cases some hemorrhagic fluid is produced at the extrapleural pneumothorax space and the space is filled with an organized mass of fibrin.

This mass of fibrin is maintaining the collapse of the lung and the cavity as well.

R É S U M É

A propos de l'évolution des poches extrapleurales : Sur 13 cas de pneumothorax extrapleurale qui ont été opérés au dispensaire antituberculeux d'An-

kara entre 1950 - 1952, dans 3 seulement il s'est formé un liquide hémorragique dans la poche. Puis la poche s'est organisée à la suite d'un remplissage de fibrine. Il a été établi que le bloc de fibrine a agi comme un plombage empêchant l'ouverture de la cavité.

Ankara Üniversitesi
Fizyoloji Kliniği Direktörü
Prof. Dr. Nusret Karasu

BRONŞA DRENE OLMUŞ BİR KARACİĞER APSESİ

Doç. Dr. SALÂHATTİN AKKAYNAK
Doç. Dr. GALİP URAK

Dispanserlerimizde, günlük vak'alarımız arasında, bazan nadir görülen pek enteresan vak'lara da rastlamaktayız. Bunlardan birini, bu tebliğde, muhterem heyetinize arzedeceğiz.

Vak'a :

Ankarada oturan, 60 yaşında Uşaklı Ayşe Çolpan.

1 No. lu Verem Savaş Derneği dispanserine kayıt tarihi: 10/4/951. Kayıt numarası: 5126.

Şikâyeti: Hastamız, beş aydır devam eden öksürük ve balgamdan şikâyetçi. Öksürük, bilhassa yemeklerden sonra geliyor ve kusar şekilde balgam çıkarınca rahatlıyormuş.

Hikâyesi : 1950 Ekim ayında yüksek ateş ve kuru öksürükle hastalanmış. Ankarada yatırıldığı bir hastanede ponksiyonla sağ yanından su almışlar. Hastanede iken bir gün öksürükle parçalar halinde ciğer manzarasında kan tükürmeğe başlamış. İlk gün gelen kan miktarı, 250 - 300 c.c. kadar varmış. Kan tükürme iki gün devam ettikten sonra azalmış. Hastanede 5 gün kaldıktan sonra «zatülcenp» teşhisi ile taburcu edilmiş. Evinde bir müddet, evvelâ, kanlı balgam devam etmiş, sonra balgamın rengi sarıya dönmüş. Bu sırada muayene olduğu bir doktor da, zatülcenp olduğunu söylemiş. Öksürük ve balgam çok rahatsız ettiğinden tekrar bir hastaneye müracaat etmiş, orada da bir kaç gün yatmış ve gene «zatülcenp» teşhisi ile taburcu edilmiş; süt iğneleri ve öksürük hâpı vermişler.

Muayene: 10/4/1951 de dispanserimize müracaat eden hastanın umumî hali zararsız, ateşi yok. Pirquet (+).

Klinik olarak sağ kaidede matite var, ve frotman raller alınıyor. Diğer organlar normal.

Lâboratuvar tetkikleri: Eritrosit sayısı: 3,800.000. Hemoglobin: %75. Lökosit sayısı: 7,400. Lökosit formülü: Normal. Sedimentasyon 38 mm. 1. saatte.

Balgamda gerek direkt ve gerekse homojenizasyonla Koch basili menfi. Radyolojik tetkikte, sağ diyafragma üstünde, hilüsün alt kutbundan başlayarak aşağıda ve laterale uzanan ve diyafragma ile temadi eden homojene yakın bir gölgelenme var. Sağ sinüs kapalı görünüyor.

Radyoskopi ile tetkikte, manzara grafide görülenin aynı; yalnız sağ sinüs tamamen kapalı değil, sadece rezidüel mesafe biraz daralmış.

Bu klinik ve radyolojik bulgular karşısında, hastanın yaşını da nazarı itibara alarak bir tümör, ve muhtemelen apse de olmuş bir tümör ihtimalini düşündük ve tetkiklerimizi bu istikamete tevcih etti.

Fakülte Patolojik Anatomi Enstitüsünde yapılan balgam tetkinde «gönderilen balgam, nekrotik elemanlardan ibarettir, idanti fiye edilebilecek hücrevî elemana tesadüf edilmedi» denmektedir.

Bronkografi yaptık: Opak madde alveollere kadar girdi. Patolojik bir bulgu tesbit edilemedi.

Ancak bu sıralarda, önümüzde vaki bir öksürme ve balgam çıkarmada balgamın, sulu ve safra renginde sarı olduğu nazarı dikkatimizi çekti.

Bunun üzerine, balgamda safra boyası aradık ve bilirubini (+) bulduk. Buna mukabil dışkı akolikti, sterkobilin (—) menfi bulundu.

Böylece vaziyet tavazzuh etmişti; hastamızda safra yolları ile bronş sistemi arasında fistül teşekkül etmişti ve safra, bronş yolu ile dışarı atılıyordu. Safra yolları ile bronş arasındaki fistülü daha iyi tetkik edebilmek için hastaya pnömerituvan yaptık. P. P. ile sağ diyafragma kısmı olarak yükseldi. Diyafragma, lateralde serbest olmasına mukabil, mediyalde karaciğerle diyafragma arasında iltisaklar mevcut. Bu iltisaklı sahada karaciğer içine doğru uzanan 3 cm. lik bir hava sütunu görülüyor; sütunun cidarlarında bir ay evvel verdiğimiz opak madde bakiyesi takılmış, kalmış.

Bundan sonra sık sık dışkı tetkiki yaparak, safranin barsağa dökülüp dökülmediğini araştırdık.

Dışkı, arasıra tam akolikti; sterkobilin menfi idi. Arasıra da sterkobilin hafif müsbet bulunuyordu. Öyle ki, bu vaziyette safra-
nın barsağa akıp akmadığı hususunda kat'î bir hükme varmak mümkün olamadı.

Hastanın hikâyesinde sarılık, sancı, kaşıntı v.s. olmadığı gibi her hangi bir hazım teşevvüşünden de şikâyetçi değildi. Onun şikâyeti, sadece öksürük ve balgam çıkarmak. Kanın morfolojik unsurları, kanama ve koagülasyon müddetleri normal, Lacet delili menfi.

Safra yollarını tetkik için kolesistografi yaptırıldı: Kese dolmadı ve opak madde barsakta tesbit edilemedi. Buna mukabil, geçirilmiş plöreziden kalan iltisak çizgisi altında, karaciğerde, bir yerde toplu halde diğer kısımlarda da münferit olmak üzere darı tanesi büyüklüğünde müteaddit kesif mihraklar görülüyor. Kanaatimizce, bu mihraklar, bronkografiden kalma Lipiodol bakiyesidir, ve mihrakların toplu bulunduğu yer, eski apse mihrakına tekabül etmekte, diğer münferit nodüllerde apseye gelen intrahepatik safra yolları seyirini göstermektedir.

Bu araştırmalardan sonra şu kanaate vardık ki, ekstrahepatik safra yolları tamamen tıkalıdır ve safra barsağa akmamaktadır. Dışkının arasıra müsbet sterkobilin reaksiyonu vermesi öksürükle ağza gelen safranın yutulmasından mütevellittir.

Bidayette fistül üzerine cerrahî bir müdahaleyi hastanın yaşlı bakımından mahzurlu bulduğumuzdan müdahaleden içtinap ediyorduk. Fakat, safranın barsağa akmadığını tesbit ettikten sonra safra yolları üzerine yapılacak bir müdahale ile safranın tamamen veya kısmen barsağa akıtılmasının sağlanabileceği ve gerekirse bilâhare fistüle müteveccih bir müdahaleyi nazarı dikkate alabileceğimizi düşünerek müdahaleye karar verdik.

Ankarada Gülhane Hastanesi Fakülte I. Cerrahî Kliniğinde hastamıza ameliyat yapıldı:

Hastaya, Ether, NO₂ oksijen narkozu yapıldıktan sonra kanal hepatikler üzerinde çalışmak mecburiyeti gözönünde tutularak Kehr insizyonu, mutad Kocher insizyonuna tercih edildi. Karın açıldığı zaman karaciğer heyeti umumiyesiyle ptoze bir halde ve rengi de normale nazaran daha kırçıl idi. Safra kesesi, büyük bir armut cesametinde ve kendi üzerinde kıvrılarak «S» şeklini almıştı; ve heyeti umumiyesi de omentumun iltisakları ile yekdiğerine birleşerek bir kütle husule getirmişti. Kesenin içinde taş yoktu. Fakat, cysticus'un hepatikle birleştiği yerin hemen üzerinde nohut cesametinde

bir taş cysticus'u tamamen tıkamıştı. Koledok palpe edildiği zaman bunun da biraz geniş olmakla beraber sert bir kordon halinde olduğu farkedildi. Kese iltisaklarından ayrıldı. Taşın hemen altından bir kısım sistikusa tutamak olmak üzere bırakılarak rezeke edilip çıkarıldı. Kalan sistikus kısmı sütürler ile tesbit edilerek buradan koledoka sonda geçirilmek istendi. Fakat tıkalı olduğu görüldü. Bunun üzerine koledok diseke edilerek serbest hale kondu ve sistikustan itibaren aşağı doğru açıldı. Bütün koledok ve kommün hepatiğin kalaycı çamuru gibi bir madde ile dolu olduğu görüldü. Küret ile gerek koledok, gerek hepatikler temizlendi. Ether ve fizyolojik serum ile yıkandı. Fakat, koledoktan düodenuma ne ether, ne de sonda geçirmek kabil olmadı. Bunun üzerine bir koledoko-duodenostomi yapıldı ve karın kapatıldı.

Ameliyatın 24. saatinde balgam bariz bir şekilde azaldı ve yeşil rengini kaybetti. Müteakip günde ise ancak bir kaç C.C. renksiz balgam çıktı. Üçüncü gün def'i tabii oldu ve dışkı renkli ve müşekkeldi. Bir hafta sonra hasta hiç balgam çıkarmadığı gibi öksürük te kesilmişti; def'i tabii normal şeklini almıştı.

Hasta, ameliyatın on beşinci günü tamamen şifa bulmuş bir şekilde hastaneden çıkarıldı. O gündenberi kontrolümüz altında bulunan hastada öksürük hemen yok gibi. Balgam çıkarmıyor. Dışkı renkli.

Disküsiyon ve netice :

I. Hasta, yüksek ateş ve kuru öksürükle hastalanıyor. Bu sırada sağ plevra boşluğundan likit alınıyor. Bir iki gün sonra öksürükle ve vomik tarzında kanlı balgam çıkarıyor. Bilâhare kanlı balgam, safraya inkılâp ediyor. Demek ki, karaciğerde teşekkül eden apse, diyafragma yolu ile plevraya kadar gelmiş ve buradan bronşa drene olmuştur. Ancak bu sırada plevrada yaptığı iritasyonla «Pleuritis» teşhis ettirecek şekilde likit toplanmasına sebep olmuştur (Likidin transuda mı yoksa eksüda mı olduğunu tahkik imkânını, maalesef, bulamadık).

II. Diğer taraftan ekstrahepatik safra yolları tıkanarak safra barsağa dökülmemektedir. Safra yollarının tıkanması, malûm klinik ârazı vermemiştir. Tamamen gizli kalmış ve ancak safra boyalarının dışkıda bulunmaması yolu ile tesbit edilebilmiştir.

Acaba, apse ve bronş fistülünün teşekkülü mü primerdir ve buna bilâhare koledok tıkanması mı eklenmiştir, yoksa aksine iptidai

olarak koledok tıkanmıştır ve apse tâlî midir? Kanaatimizce, hastada apse ve fistül teşekkülü iptidaîdir. Çünkü, eğer primer olarak koledok tıkanmış olsaydı, hastada kolenjit teşekkül etmesi ve bunun malûm klinik ârazı vermesi icap ederdi. Halbuki bunu hastamızda görmüyoruz. Koledok tıkanması, ya apse teşekkülü ile hemzamandır, yahut ta muahharen olmuştur. Acaba koledoku tıkayan âmil nedir? Vakıa koledok kalaycı çamuru evsafında bir kütle ile dolmuştur; fakat bu madde de her halde iptidaî değil, ancak koledok pasajının tıkanmasını müteakip safranin suyunu kaybetmesiyle meydana gelmiştir. Ameliyat esnasında koledoktan barsağa pasajın tıkalı olduğu görüldü ve fakat bu tıkanma keyfiyetinin bir taştan mı yoksa geçirilmiş iltihabî bir süreç sebebiyle mi olduğu tesbit edilemedi.

Apse ve bronş drenajı teşekkülünden sonra sekonder olarak koledokun tıkanmasından sonra hepatiklerle gelen safra ricii bir akımla apse cevfine ve buradan da bronşa drene olmağa başlamıştır.

Uzunca bir müddet tabii yollarla barsağa safra akamadığı halde bunun eksikliğinden mütevellit her hangi bir tegayyürün meydana gelmemesi de öksürükle çıkarılan safranin yutulması ve böylece safra ihtiyacının bu yolla kompanze edilmesi ile kabili izahtır.

H Ü L Â S A

1 — 60 yaşında bir hastada koledok tıkanması ile müterafık bronşa drene olmuş bir karaciğer apsesi tesbit edildi.

2 — En az iki yıl devam eden bu hal koledoko-duodenostomi ile bertaraf edildi.

S U M M A R Y

A Case of Liver Abscess Drained to the Bronchus: A liver abscess drained to the bronchus is determined in a patient of 60 years old with the obstruction of the biliary passages.

2. The disaster continued at least for 2 years is relieved by a simple choledoco-duodenostomy.

R É S U M É

Un cas d'abcès du poumon drainé par les bronches : 1) Chez un homme âgé de 60 ans, atteint d'une occlusion du canal cholédoque, on a observé un abcès du poumon concomitant qui s'était ouvert dans une bronches. 2) La guérison de cet état qui durait depuis 2 ans a été obtenu par une cholédoco-duedenostomie.

Ankara Üniversitesi Fitisiyoloji
Kliniği Direktörü
Prof. Dr. Nusret Karasu

TÜBERKÜLOZDA DEĞİŞİK POSTURAL TEDAVİ

Prof. Dr. NUSRET KARASU
Dr. NECDET MENEMENLİ

İngilizlerin «Reduction Treatment», «Retension Treatment» ve «Revers Position», Amerikalıların «Strict Bed Rest» ve «Flat Bed Rest» diye terimlendirdikleri bu metod postural tedavinin bir varyasyonundan ibarettir.

Malûm olduğu üzere klâsik postural tedavide, hastaya lezyonun akciğerdeki anatomik mevkiine uygun bir pozisyon verilerek lezyonun drene edilmesi gayesiyle hareket edilir. Halbuki bu usulde klâsik anlayışın tamamen aksi bir yol tutularak hasta lezyonun bulunduğu tarafa yatırılır.

Metod :

Lezyon tarafına yatırılan hastanın her ihtiyacı yatağında temin edilir. Bazı müelliflere göre hastanın yatağa bu vaziyette tesbit edilmesi ve her türlü hareketine mâni olunması da tavsiye edilmektedir. Bu vaziyette yatan hastanın ayak tarafından yatağı 30 cm. kadar yükseltilir. Bu maksat için tertibatı olmıyan yataklarda takozdan istifade edilebilir.

Vak'aların seçilmesi :

1 — Tek taraflı (moderately advanced) orta derecede olan vak'alar,

- 2 — Kaviteleri büyük olmıyan vak'alar. *Aslett ve Erin'e*^[1] göre kuturları 4 cm. geçmiyen kaviteler bu tedaviden daha çok istifade etmektedir.
- 3 — Toksik devrede olmıyan vak'alar.

Maamafih, bu metodun kıymeti hakkında kesin bir hükme varmak için henüz zaman erkendir.

Kanaatimize göre bu metodun kıymeti :

- 1 — Tek başına bir tedavi vasıtası olmayıp minor kollaps tedavilerine bir yardımcıdır.
- 2 — Kavite tansiyonunu azaltıp kavite hacmini küçülterek ve bazan kapatarak hastayı minor kollaps tedavisine hazırlar.
- 3 — Cerrahî müdahaleler düşünölen büyük tansiyon kaviteli vak'alarda müdahaleye hazırlık olarak yapılması düşünölen kavite drenajlarına lüzum hissettirmiyebilir.
- 4 — Primer olarak cerrahî müdahale düşünölen vak'alarda bu usulün denenmesi ile minor kollaps tedavilerinin tatbiki imkân dahiline girebilir.

Tesir mekanizması :

Bazı uygun vak'alarda bu metodun tatbiki ile iyi neticeler alınmasını biz şu şekilde izaha çalıştık:

Sırtüstü yatmak suretiyle yapılan mutlak yatak istirahatinin akciğer fonksiyonu ve lezyon üzerindeki müsait tesiri malûmdur. Yapılan tetkikler göstermiştir ki mutlak istirahat halinde bulunan bir kimsede vena basıncı azalmadan kalbin atım hacminde bir azalma görölmekte ve kan basıncı düşmektedir. Gene istirahat halinde bulunan bir kimsede idrarda potasium itrahi azalmakta ve serum potasium seviyesi yükselerek böbrek üstü guddesi korunmaktadır^[2]. Bu guddenin kronik hastalıklardaki rolü malûmunuzdur.

Hastaya bu metoda göre uygun pozisyon verilmesi ile hem yukarıda bahsettiğimiz yatak istirahatinin müsabet tesirlerinden istifade edilmekte, hem de bu tesir aşağıdaki şekillerde artırılmaktadır :

[1] Combined posture and minor collaps therapy Aslett ve Erim.

(Tubercle, July 1952 Vol. XXXIII No. 7)

[2] Clinical results and physiological effects of immobilizing lung chamber therapy in chronic pulmonary tuberculosis. The Chest 1951, 20/2

- 1 — Hastaya ters durum vermek ve yatağın ayak tarafını kaldırmak suretiyle organları ve dolayısıyla lezyon tarafındaki diafragma yükselmektedir.
 - 2 — Mediyasten lezyon tarafına kaymaktadır.
 - 3 — Muhtemelen lezyon sahası daha iyi kanlanmaktadır. Eski-den zirve lezyonlarının tedavisinde zirvelerin iyi kanlanması gayesiyle hastalara Trendelenburg vaziyetinde 3 - 4 saatlik kürler yaptırıldığı malûmdur.
 - 4 — Bu suretle lezyon tarafındaki hemitoraks daha az hareket etmekte ve bunun neticesinde hasta kısım plevranın çekiş tesirinden yani teneffüs travmasından daha az müteessir olmaktadır.
 - 5 — Tansiyon kavitelerinde valvul mekanizması teessüs etmiş drenaj bronşundan havanın kavite içi girişi biraz daha güçleşmekte, buna mukabil çıkışı daha kolaylaşmaktadır.
- Bu suretle kavitenin balonlaşması bertaraf edilmektedir.

Hulûsa olarak bu metodla bir nevi fizyolojik kollaps temin edilmektedir diyebiliriz.

Aslett ve *Erin* (1952) minor kollaps tedavileri ile kombine olarak kullandıkları ve hiçbir antibiotik tatbik etmedikleri 20 vak'ada kavitelerin kapandıklarını bildirmektedirler. Müellifler ikinci kot seviyesinden aşağıda olan kavitelerde daha iyi netice aldıklarını ve enfiltrasyon sahası ne kadar az olursa neticenin o kadar iyi olacağını bildirmektedirler.

Bu metoddan hastanın istifade edip etmediği hakkında bir karara varabilmek için asgarî 6 hafta beklemek zarurîdir. Kat'î netice almak için *Amberson'a* göre 2 sene, *Bronchorst'a* göre de 6 ay tedavinin devam etmiş olması lâzımdır. Netice üzerinde hastanın kültürel seviyesi yani hekimle işbirliği ne kadar mühimse, hemşire ve hastabakıcı adet ve kalitesi de o kadar ehemmiyetlidir.

Bu metodla tedavi etmeğe gayret ettiğimiz aşağıdaki vak'alarda yukarıda zikrettiğimiz güçlükler dolayısıyla metodu tam olarak tatbik edememize rağmen bazı iyi neticeler aldık. Bu mevzuu yüksek huzuruza getirmekten maksadımız bu hususta çalışmış olan meslekdaşlarımızın tecrübelerinden istifade etmek içindir.

VAK'ALAR

Metod hakkında bir fikir edinebilmek için muhtelif hacimde kaviteleri bulunan ve toksik devrede bulunmıyan 10 kadar vak'ayı kavite lokalizasyonu yaparak buna göre ters position vermek suretiyle tedaviye aldık. 20 - 60 gün arasında bunlardan iyi netice aldıklarımızın radyografik şemalarını aşağıda göreceksiniz.

Vak'a: 1.

Adı: K. Y. (209)

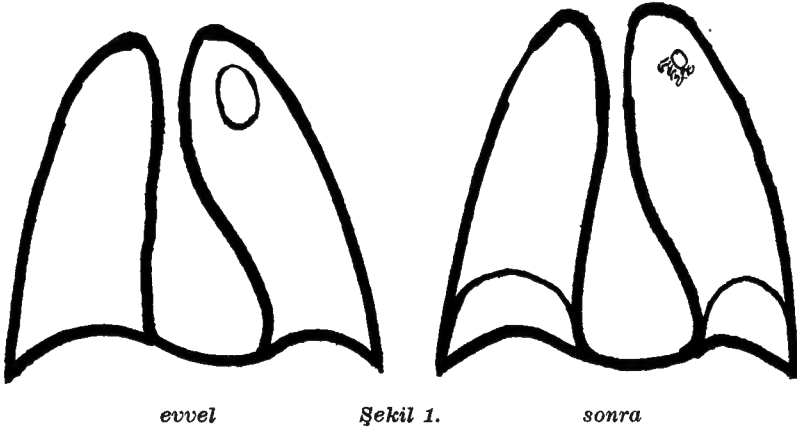
Yaşı: 37.

Rençber.

Ters positionda yattığı müddet: 60 gün.

Başlangıçta sedim. 45 mm., çıktığında 10 mm.

Basil başlangıçta müsbet, çıktığında menfî, tedaviye başlamadan evvel 37 gr. streptomycin almış, tedavi sırasında bir aydır almakta olduğu günde 12 gr. P.A.S. a devam edilmiştir.



Yattığında kilosunu 66 kilo iken çıktığında 80 kilo olmuştur.

Aynı zamanda daha önce tesis edilmiş olan P. P. tedavisine devam olunmuştur.

Ters position tedaviden önce birinci şemada görüldüğü veçhile sağda klavikula altında 6 c m.kutrunda bir kavite mevcuttur. Hasta bütün tavsiyelere tam olarak riayet etti ve 3 üncü haftadan sonra kavite küçülerek bilâhare tamamen kayboldu. Bunun üzerine yapılan durum grafisinde kavitenin fındık kadar küçülmüş olduğu tesbit edildi.

Vak'a : 2.

Adı: H. T. (244)

Yaşı: 38.

Ev kadını.

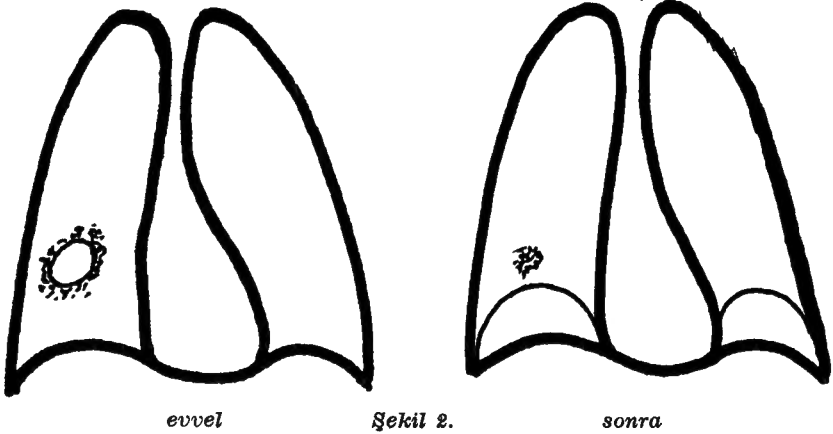
Ters positionda yattığı müddet: 20 gün.

Başlangıçta sedim. 50 mm. iken 20 gün sonra 7 mm. düştü.

Basil başlangıçta müsbet iken 20 gün sonra homojenizasyonla menfi bulundu.

Hiç antibiotik verilmedi. P. P. tesis edildi.

Şemada görüldüğü üzere alt lobun apikal segmentinde bulunan ve etrafında perifokal reaksiyon gösteren 5 inci kutrundaki kavite tamamen kapandı.



Vak'a : 3.

Adı: Ö. Y. (72)

Yaşı: 38.

Rençber.

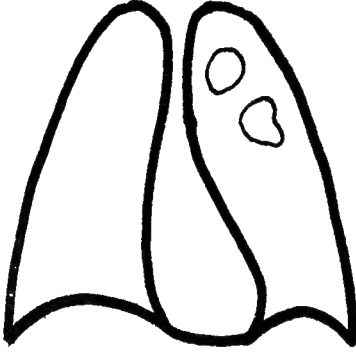
Ters pozisyonda yattığı müddet 35 gün.

Başlangıçta sedim. 10 mm., bilâhare 4 mm.

Basil müsbet olmakta devam ediyor.

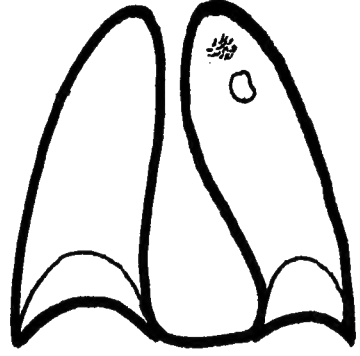
Solda üst lobun anterior segmentinde ve alt lobun apikal segmentinde 4 cm. kutrunda iki kavite mevcuttu. Önce üstteki kaviteye göre pozisyon verilerek ters pozisyonda yatırıldı. Hâlen üstteki kavite kapanmış durumda olup alttaki kavite aynı şekilde devam

ediyor. Bilâhare bu kaviteye göre pozisyon verilerek hastanın te-



evvel

Şekil 3.



sonra

davisine devam edilecektir. Çıkmakta olan basilin buradan gelmesi muhtemeldir. Hastaya aynı zamanda P. P. tedavisi yapılmaktadır.

Vak'a : 4.

Adı: Ç. H. (212).

Yaşı: 29.

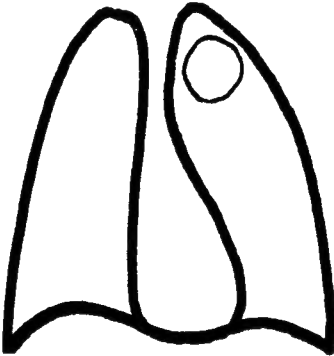
Ev kadını.

Ters pozisyonda yattığı müddet: 45 gün.

Başlangıçta sedim. 36 mm., hâlen 30 mm.

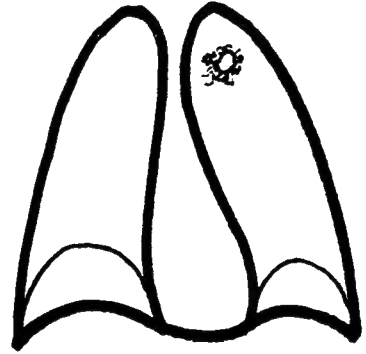
Başlangıçta kilosu 58, hâlen 60.

Basil elân müsbet olmakta devam ediyor.



evvel

Şekil 4.



sonra

H Ü L Â S A

Ters pozisyonda postüral tedavinin kıymeti, tesir mekanizması izah edilmiş ve bu hususta literatürden bazı hülâsalar zikredilmiştir.

Memleketimizde 10 vak'a üzerinde ilk defa tatbik edilen bu yardımcı tedavi metodu ile elde edilen neticeler gösterilmiştir.

S U M M A R Y

Postural Retention Treatment in Pulmonary Tuberculosis : The value and the mechanism of the effect of postural retention treatment is explained and some brief abstracts is mentioned on the subject.

The result of this treatment is recorded in 10 patients which is carried out for first time in Turkey.

R É S U M É

Le traitement postural de la tuberculose : L'intérêt du traitement par le changement postural paradoxal, le mécanisme de son action a été étudié. Des résumés de la littérature médical concernant ce sujet ont été cités.

L'auteur donne les résultats obtenus par ce traitement adjuvent qu'il a appliqué pour la première fois en Turquie sur 10 malades.

TOGMOGRAFIYE YARDIMCI BİR USUL

Dr. FAZIL ERCİYAŞ

Düz grafide şüphelendiğimiz bir noktanın tetkiki icap ediyorsa pumonların göstereceğimiz 12 pozisyonundan bazılarını yaparak istediğimiz neticeyi elde ederiz.

I — Birinci vaziyet düz radyografidir ki mutad olarak çekilen poştero-anteriyör vaziyettir. Hastanın yüzü filme doğru birinci şekilde görülen vaziyette durur. Röntgen ampülü ile film şasesi arası 180 cm. dir. Ampülün merkezi şuaı film şasesinin orta noktasına amudî bir vaziyette olmalıdır. Hasta mütenazır bir şekilde durur. Pumon sahalarından omoplatları dışarı çıkarmak için kollara bir rotasyon intern yaptırılır. Eller de belin yan kısımlarına koydurulur. Omuzlar şaseye yapıştırılır. Pumon grafisi için bu birinci vaziyet P - A vaziyeti mutad sadır grafisi pozisyonudur.

II — İkinci vaziyet antero-posteriyör vaziyettir. Arka plândaki lezyonların daha iyi tetkiki için hastanın yüzü röntgen ampülüne çevrilir. Hastanın arkası da film şasesine temas eder. A. P. olan bu ikinci vaziyette kalp kuturları birinci vaziyete nazaran daha büyük olarak görülür.

III — Üçüncü bir vaziyet de yalnız bir taraf reenin tetkiki içindir. Baş mütekebil tarafa çevrilir. Kola rotasyon intern yaptırılır. El bel arkasına konur. Ampule 30 derecelik yukarıdan aşağı bir istikamet verdirilir. Bu vaziyette tepe ve tepe bölgesi vâzıh bir şekil alır.

IV — Dördüncü vaziyet te yine bir taraf reenin tetkiki içindir. Hasta başını mukabil tarafa çevirir. Kolunu kaldırarak elini başına

kor. Ampule de yine 30 derecelik yukarıdan aşağı bir istikamet verdirilir.

V — Beşinci bir vaziyet te bilhassa tepe bölgelerinin tetkiki içindir. Klavikulalar yukarıda ve ree sahalarından dışarıya çıkar. Bu suretle tepe bölgeleri gayet vâzih görülür.

Bu vaziyeti vermek için hasta iskemleye oturarak karnını film şasesine yanıştırır. Başını öne eğer. Alnını şasesine yanıştırır. Elleri ile de film şasesini tutar. Omuzlarını şasesden 15 cm. uzaklaştırır. Röntgen ampulüne yine 30 derecelik yukarıdan aşağı bir istikamet verilir. Böylece klavikulalar filmde tamamiyle yukarı ayrılarak tepe bölgeleri vâzih görülür.

VI — Beşinci vaziyetin aksine olarak klavikulalar fazla aşağı atılabilir. Bu altıncı vaziyette hasta arka üstü yatırılır. Omuzları altına yastık konur. Üzerine film yerleştirilir. Resimde görüldüğü üzere röntgen ampulüne 30 derecelik bir meyil verilir. Bu suretle radyografide terkovalar gayet aşağı iner ve tepe bölgeleri vâzih görülür.

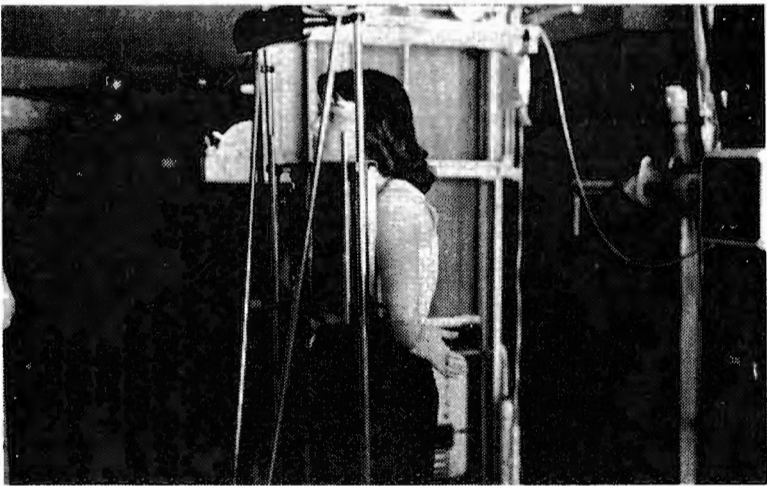
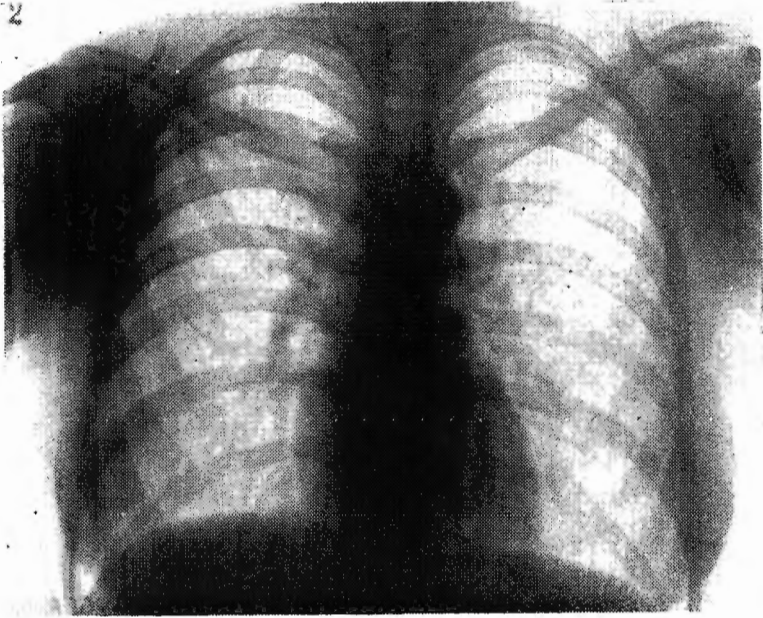
VII — Bir de hastanın tam yan olarak grafisini yaparız. Lezyon hastanın hangi tarafında ise o tarafı filme yakın olarak sağ veya sol profil vaziyet verilir.

Resimde görüldüğü üzere her iki kol yukarı kaldırılarak hasta yan durur. Bununla lezyonun hangi plânda olduğunu anlarız.

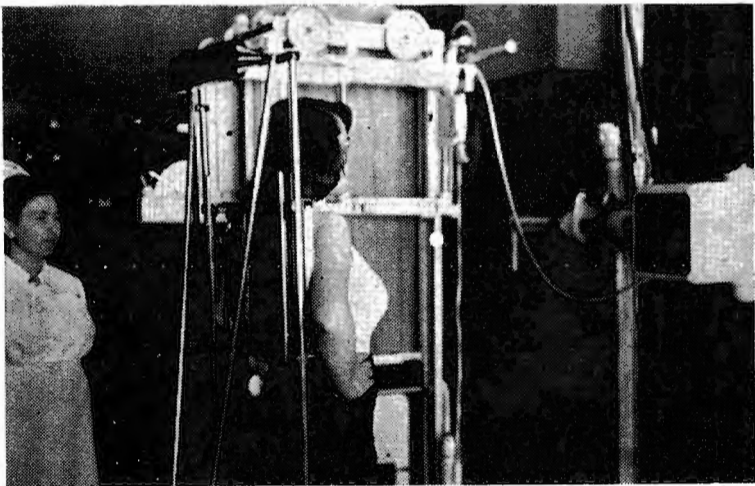
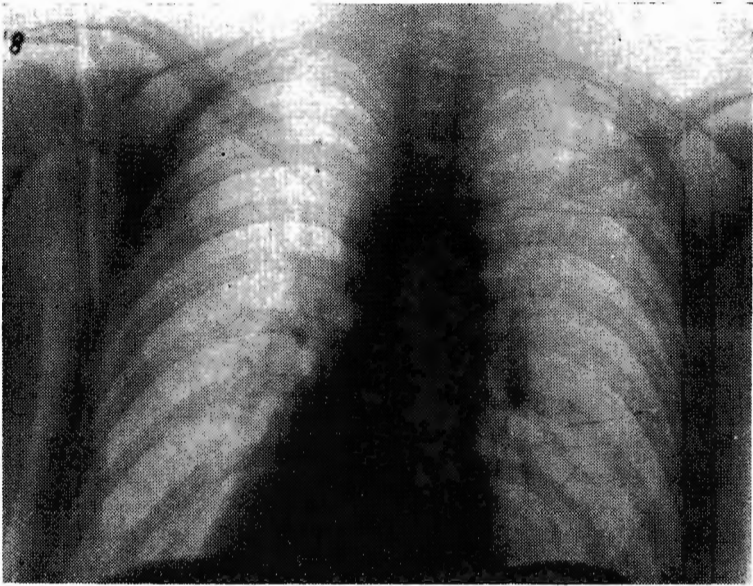
VIII — Bir de yarım yan vaziyetler vardır ki O.A.D. - O.A.G. - O.P.D. - O.P.G. vaziyetleridir. Resim ve filmde görülen O.P.D. va ziyetidir.

Bütün gösterdiğim bu resimli film diyapozitifleri aynı hastaya aittir.

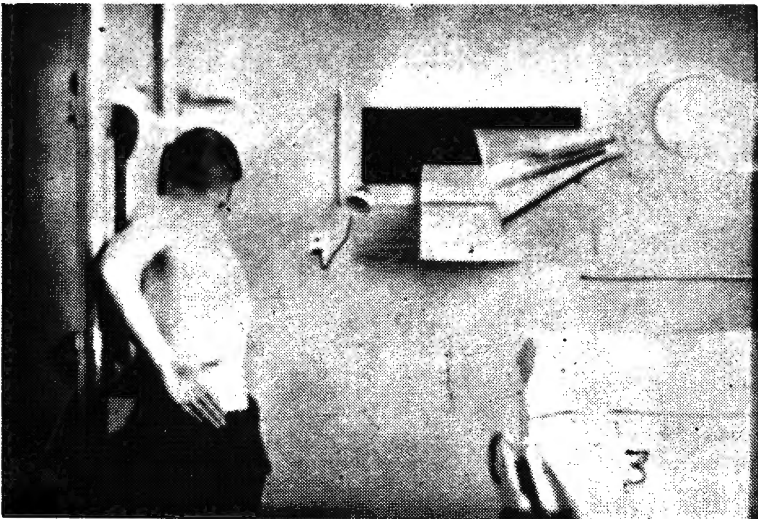
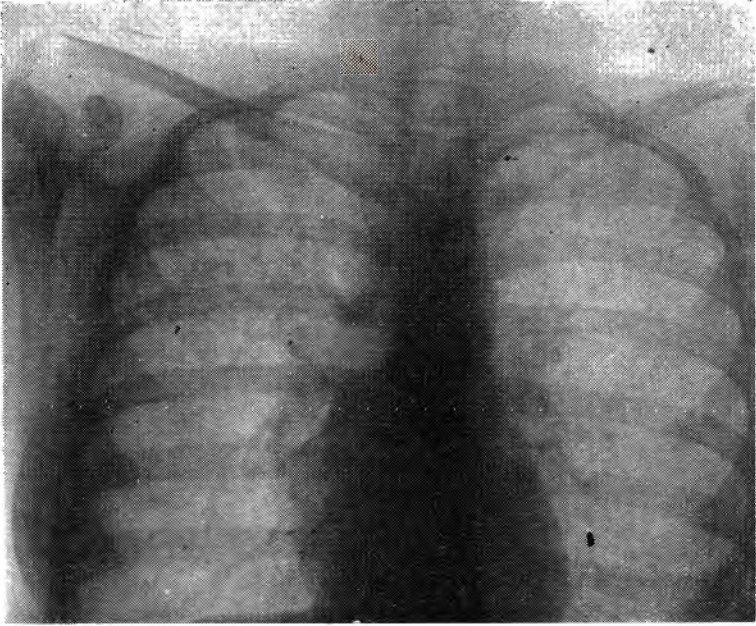
Sağ klavikula hizasındaki birinci filmde görülen infiltrasyonun muhtelif pozisyonlarla tetkikinde şüphelendiğimiz, aradığımız kaviteyi ancak O.P.D. vaziyetinde tesbit ettik. Ufak ceviz cesametindeki kavite gayet bariz olarak görüldü.



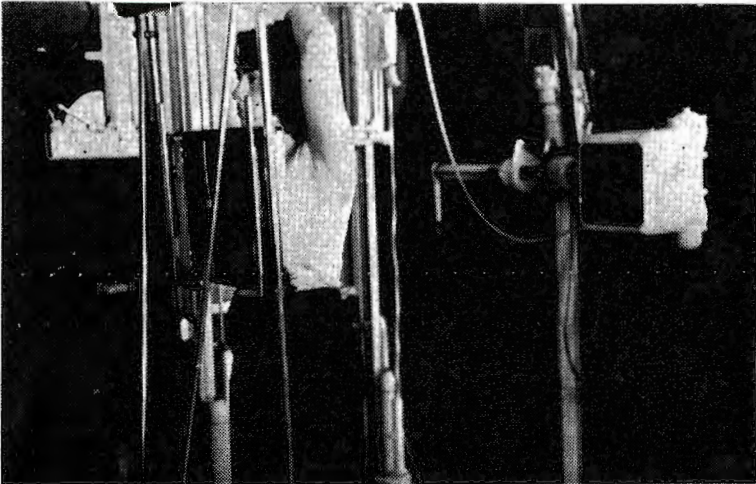
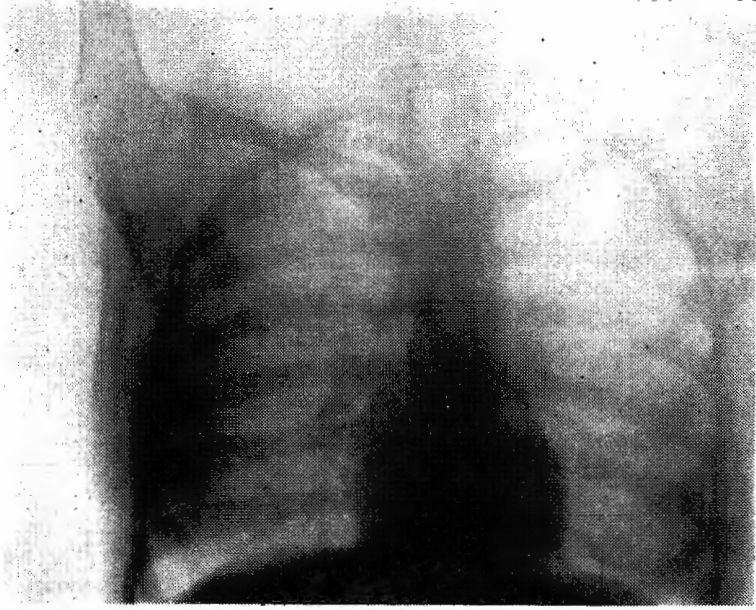
Resim : I



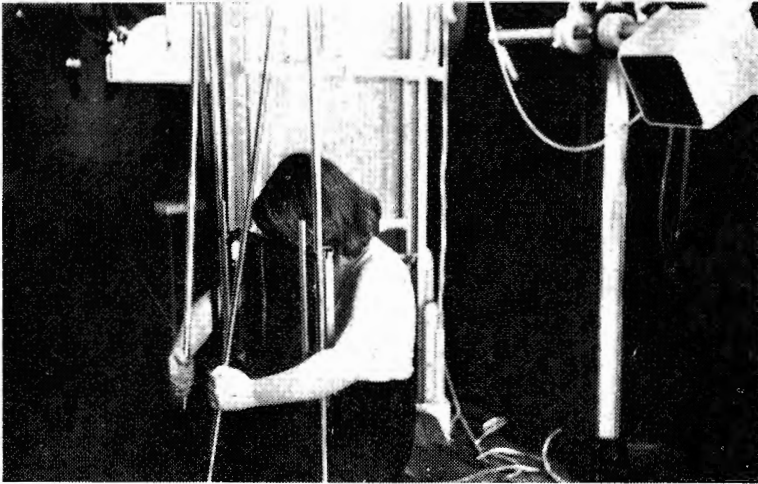
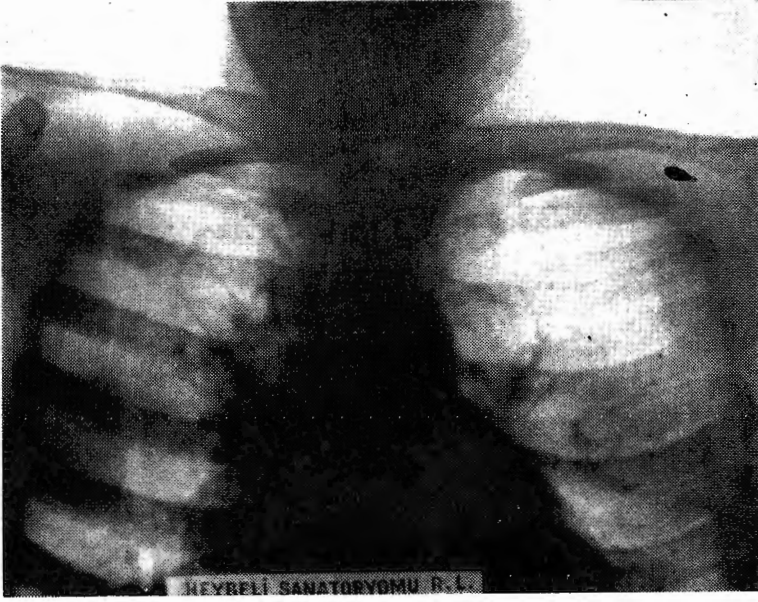
Resim : II



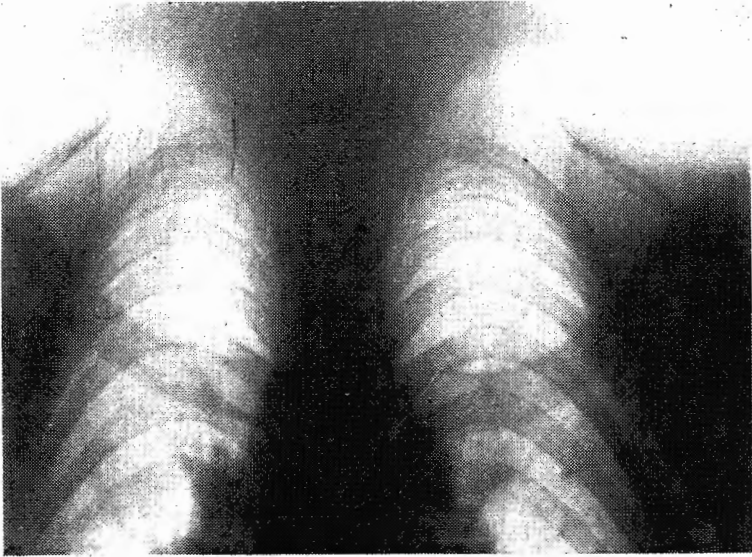
Resim : III



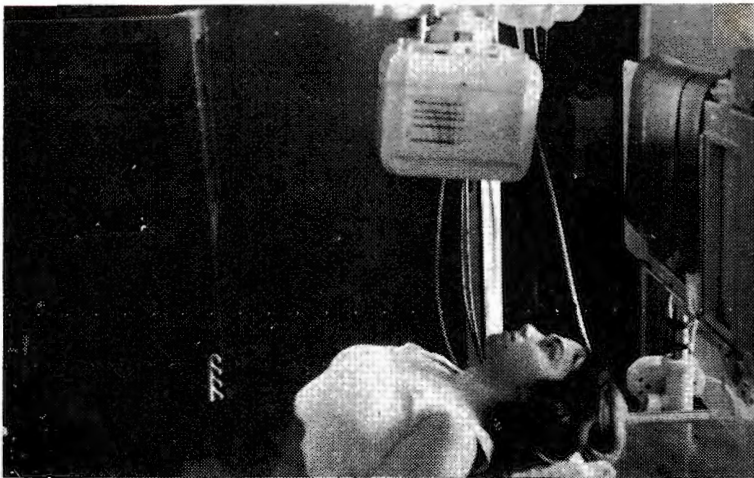
Resim : IV



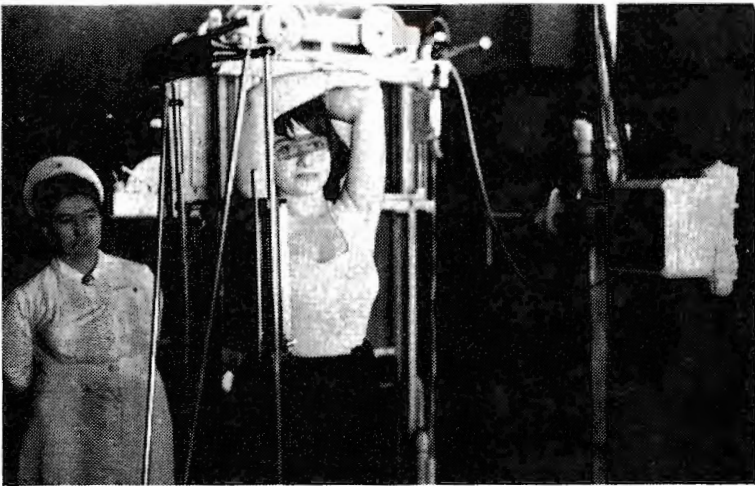
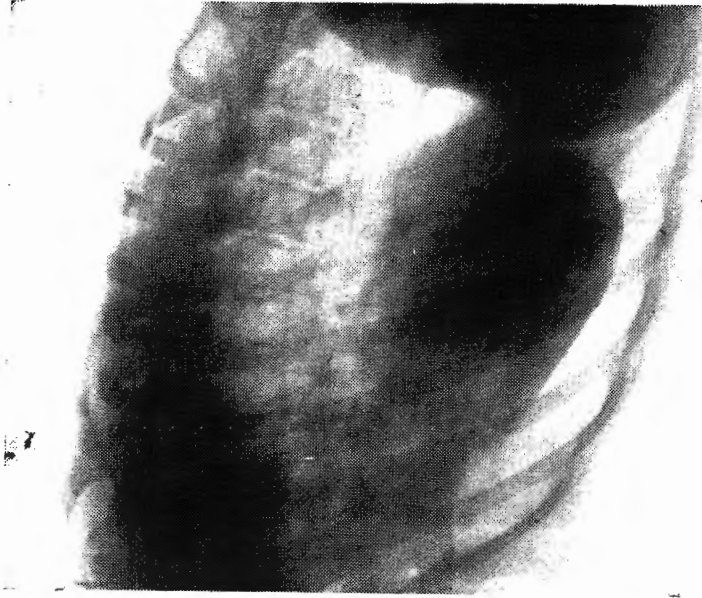
Resim : V



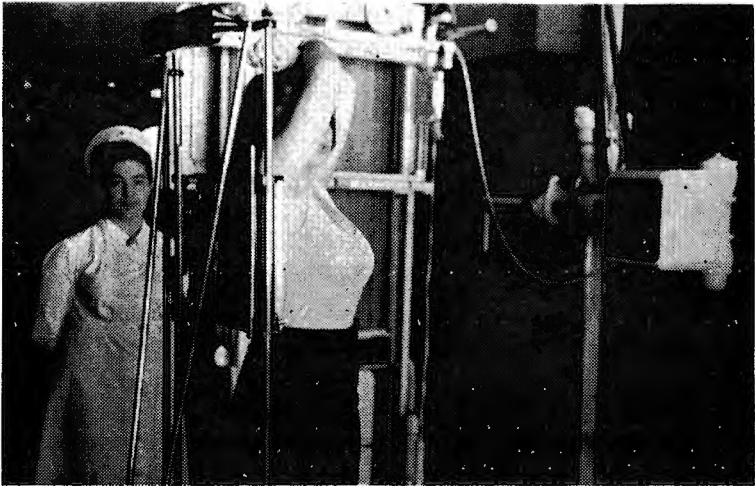
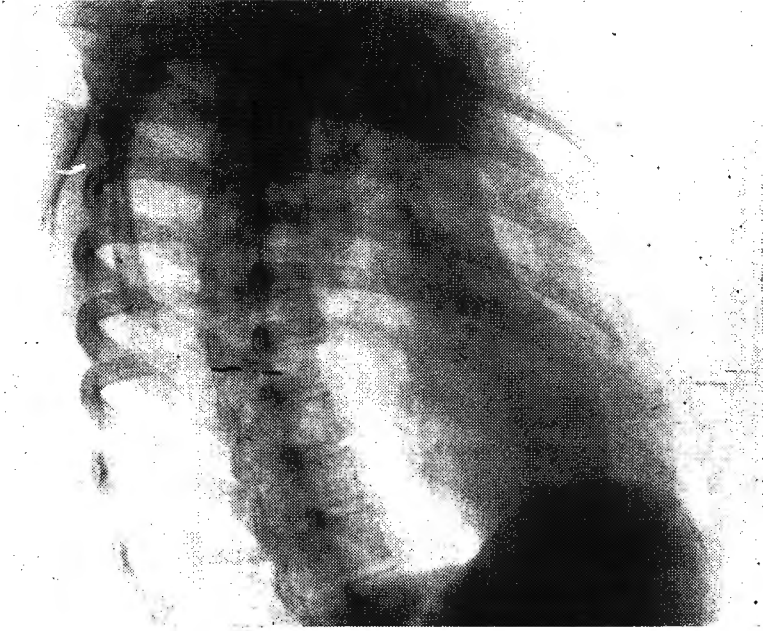
Resim : V1



Resim : V1



l'esim : VII



Resim : VIII

S U M M A R Y

A new Method of Radiological investigation Auxillary to Planigraphical Examination: The possibility of the diagnosis of difficult cases with 12 different positions which is impossible with single direct radiological examination is demonstrated where the planigraphical examination is unavailable.

R É S U M É

Une méthode de remplacement de la Tomographie : Dans les localités où il est impossible d'obtenir une tomographie on peut la remplacer par une douzaine de radiographies prises en différentes positions dans les cas où une simple radiographie rend le diagnostique difficile.

TÜBERKÜLOZ VE ATELEKTAZ

Doç. Dr. CAFER ERK
Dr. NİHAT ZALOĞLU

Akciğer hastalıkları alanında son yıllarda üzerinde ısrarla durulan enteresan ve aktüel konulardan biri de şüphesiz atelektaz problemidir. Eski hekimlerin daha çok özel bir antite gibi ele aldığı ve bugün artık tabiatı angina pektoris gibi tam mânasiyle bir sendrom şeklinde mütalâa edilen bu ârızaların sebepleri üzerinde hâlen etraflı araştırmalar ve hararetle münakaşalar cereyan etmektedir.

Mevzuun müstesna önemi ve bahusus fitizioloji ile yakın ilgisinden dolayı biz de bu konuda bazı müşahedelerimizi sayın heyetinize arz etmeyi uygun gördük. Yalnız burada esas müşahedelere geçmeden önce, tüberküloz ve atelektaza ait bazı genel bilgileri kısaca hatırlatmak her halde faydalı olur.

Akciğer tüberkülozu seyrinde atelektaz aşağıdaki hallerde görülebilir:

- 1) Hemoptizileri müteakip,
- 2) Kronik tüberkülozda bronşit tüberküloz neticesi,
- 3) Kavernöz fitizide kovuklar etrafında,
- 4) Pnömotoraks tedavisi esnasında,
- 5) Frenisektomiye müteakip,
- 6) Tüberküloz adenitinin komplikasyonu olarak.

I — *Hemoptiziye bağlı atelektaziler* : Kavernöz tüberkülozda kavern kanamasını müteakip atelektaz teşekkül edebileceğine dair literatürde müteaddit müşahedeler mevcut ise de bunların sayısı yüzün altındadır. Akciğer kanamalarının kesretine mukabil atelektazın az görülmesi öksürük refleksinin önleyici tesiri ile izah edilmiştir. Filhakika mevcut müşahedeler atelektazın daha çok önceden bol opiacé almak suretiyle öksürük refleksi zayıflamış şahıslarda husule geldiğini göstermektedir.

Hâdise nadir de olsa bu gibi vak'alar karşısında başvurulacak tedbirler şunlardır:

- 1) Opiacé'lerin tahdidi,
- 2) Expectorant'lar verilmesi,

3) Pnömotoraks, bilhassa bu son tedbir göğüs içerisinde organ deplasmanını düzeltmek suretiyle bir çok fonksiyonel bozuklukları kısa zamanda düzeltir.

II — *Kronik tüberkülozda spesifik bronşitlerin yaptığı atelektazlar* : Kronik tüberkülozun seyri esnasında spesifik bronşitler ve peribronşitler kolaylıkla atelektaz husule getirebilirler. Atelektaza yol açan bronşit âfeti bir lobun ana borusunda veya bundan ayrılan tâli bronşlarda yer alabilir. Birinci halde mononstetonic atelektazide bahsedildiği halde ikinci şıkta polisitetonic atelektazi tâbiri kullanılır. Atelektaz sahasında önceden mevcut kavernlerin kollaps hâdisesinden sonraki seyirleri atelektaza yol açan bronş âfetinin mevkiine tâbidir. Eğer spesifik âfetle kapanan bronş kaverni direne eden bronş ise bu takdirde kavernin küçüldüğü ve hattâ kapandığı görülür. Buna mukabil âfet polistetonic atelektaz husule getirecek şekilde tâli bronşları tutmuş ise o zaman kavern pında küçülme olmaz (Baza bilâkis büyüme). Hasta eskisi gibi atelektazine rağmen basil çıkarmaya devam eder. Biz son zamanlarda böyle bir vak'a müşahede etmek fırsatını bulduk (Vak'a 1).

Spesifik bronş âfetine bağlı bir takım atelektazlar kolaylıkla fibröz tüberkülozla karışabilir. *O. Sinön'a* göre ayırıcı teşhis bakımından aşağıdaki noktalar mühimdir. Umumiyetle fibröz şekillerde kesafet daha barizdir.

Göğüs civadında yassılaşıma daha fazladır. Buna mukabil mediasten çekilmesi atelektazlarda fibröz şekillere nazaran daha âşikârdır. Yardımcı vasita da ponksiyondur. Ponksiyon iğnesinin kalın bir tabakayı delerek geçmesi fibröz toraks lehinde bir alâmet olduğu halde ponksiyonu müteakip kuvvetli bir menfî tazyik atelektaz teşhisi koydurur. Canaculaire yayılmalara mâni olmak suretiyle yapılan itmeler atelektazların spesifik irtişahların seyri üzerinde müsait bir tesir icra ettiğini göstermiştir. Bundan başka âfet sahasında bağ dokusu artması Aerasyon'nin azalmasıyla basillerin iyi üreyememesi ki faktörlerin burada da rolü olsa gerektir.

Atelektazın kollaps bölgesi içerisindeki kavernlerin üzerine olan tesirini yukarıda kaydetmiş bulunuyoruz. Kavern kollapsı sa-

hasının dışında mevki almış ise bu takdirde plevra içi menfi tazyikin tesiriyle husule gelen çekilmeden dolayı bermutad kavern çapında büyüme ve deformasyon husule gelir. Bu gibi vak'alarda yeğâne başvurulacak çare pnömotoraks tatbikidir. Buna mukabil atelettazdan sonra kavern küçülmesiyle paralel olarak ateş düşmesi, genel durum düzelmesi gösterenlerde konservatif tedavi tatbik edilir.

III — *Kavernöz fitizide kovuklar etrafında teşekkül eden atelettazlar* : Yapılan incelemeler tüberküloz kavernlerini saran ve vak'asına göre kalınlığı değişen halkanın teşekkülünde iltihabî iritişah ve fibröz dokudan başka ufak atelettazların da rolü vardır. *Fleischner* cesim bir takım kavernlerin küçülmelerini takip ederken muhitî halkada kesafet azalması husule geldiğini göstermiştir. Aynı müşahede *Monaldi* drenajı tatbik edilen soufflé kavernlerin küçülmesi esnasında görülmüştür. Benzer müşahedeler biz kliniğimizde kavernostomi vak'alarında yapmış bulunuyoruz. (Vak'a 2).

Perikavernöz atelettazların doğuşunda şu faktörler itham edilmiştir:

- a) Kavern içi tazyikin yüksek oluşu neticesi içten dışa kompresyon.
- b) İltihabî Eksuda tesiriyle kavern cidarındaki bronşların ve Gohn menfezlerinin tıkanması.

Perikavernöz atelettazın klinik ve pratik önemi büyüktür. Müelliflerin de işaret ettiği üzere bu hâdisenin dikkate alınması hekim Coque fibreuse mefhumunun tesiri altında bırakarak faydalı olabilecek kollapsa baş vurmaktan alıkonuyor.

IV — *Pnömotoraks esnasında husule gelen atelettazlar*: Evvelce de belirttiğimiz gibi tek başına pnömotoraksın atelettaz husule getirmesi pek varit değildir. Bundan dolayı ilâve faktör olarak bronşit tüberküloz, sekret birikmesi veya coudure gibi faktörler itham edilmiştir. Yapılan müşahedeler pnömotoraks tedavisi esnasında husule gelen atelettazların daha çok selektif kollaps şeklinde husule geldiğini göstermiştir. Selektif kollaps umumiyetle atelettaz sahasındaki kaviterin küçülmesine yol açar. Bununla beraber iltisaklı vak'alarda küçülme yerine bilâkis büyüme ve deformasyon husule gelir.

V — *Frenisektomiden sonra husule gelen atelektazlar:*

Fleischner'in Piattenformize atelektase diye aldığı ve Amerikan müelliflerinin Basal atelectasis diye isimlendirdiği bu şekil kolapslar umumiyetle frenisektomi ameliyatından bir müddet sonra felce uğrayan diyafragmanın biraz üstünde ufak segmanter bir kolaps sahası şeklinde tezahür eder. Hâdisenin husulünde polemik itme sebebiyle teşekkül eden coudure'lerin rolü olduğu zannedilmektedir.

VI — *Akciğer tüberküloz adenitlerinin evaluation'u esnasında görülen atelektazlar* : Evvelce özel bir monografide etraflı olarak belirttiğimiz gibi akciğer tüberkülozu adenopatilerinin evolutionunda belli başlı üç variant mevzuubahistir:

- a) Regression,
- b) Bronş üzerine kompresiyon,
- c) Bronş içine perforasyon.

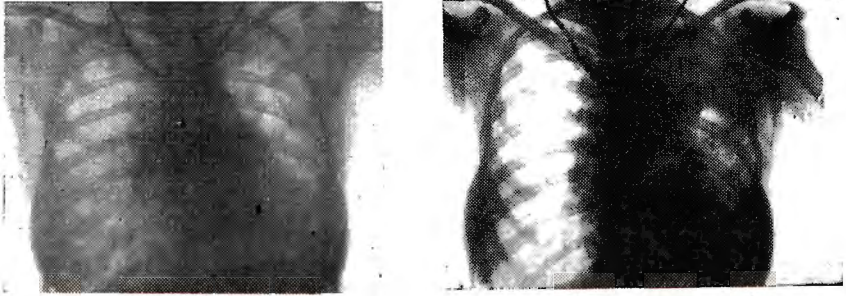
Komplikasyon ister perforasyon ister kompresiyon şeklinde tezahür etsin, kompresiyon ile, bronş havanın girip çıkmasına mâni olacak şekilde tıkanacak olursa atelektaz husule gelir. *Rössle* patolojik anatomik tetkiklere dayanarak kompresiyon'dan mütevellit olanları saf, perforasyondan ileri gelenleri gayri saf atelektaz diye anmıştır. Aynı müellifin iddiasına göre eskilerin epitüberculose veya perifokal irtişah (*Eliasberg* ve *Redeker*) diye andığı infiltrasyonlar vak'aların çoğunda tüberküloz adenopatisine bağlı atelektazlardan başka bir şey değildir. Modern klinik ve radyolojik, Bronkoskopik tetkikler *Rössle*'nin bu görüşünü teyit etmiştir. Tüberküloz adenitinin tezyikiyle teşekkül eden saf atelektazlar ekseriya iz bırakmadan kaybolursa da bazı vak'alarda sekel olarak âfet yerinde fibröz bakiye kalır. Kazeifiye kütlelerin bronşa açılmasıyla husule gelen atelektazlarda ise hâdise daha komplikedir. Zira burada enfekte materyalin İntrakanaliküler olarak yayılması daha çok nodüler vasada da ve ekseriya kronik fitiziye inkılâp eden bir takım pnömoni odaklarının teşekkülüne yol açar. Tüberküloz adenopatilerinin yaptığı atelektazlar daha çok çocuklarda görülür. Bunun böyle olmasında çocuklarda lenfaî reaksiyonların canlılığı kadar bronş lümiyerinin kâhile nazaran daha dar ve yumuşak olmasının da payı vardır. Maamafih reaktivasyon neticesi kâhil adenitlerinde büyüüp yumuşamak suretiyle aynı komplikasyonları yapabileceği bugün artık kat'î olarak anlaşmıştır. Bilhassa orta

lop bronşu çepeçevre lenf bezleri ile çevrili olduğundan dolayı ate-
lektaz için âdeta predileksiyon yeridir.

Klinik bulgulara gelince, burada her çeşit atelektazlar için
müşterek ârâz yanında atelektazın saf ve gayrı saf olduğuna göre
ilâve bir takım belirtiler (ateş, öksürük, Dispne gibi) alınır.

Teşhis daha çok radyolojik, tomoğrafik, bronkoskopik ve bron-
kografik muayenelerle konur.

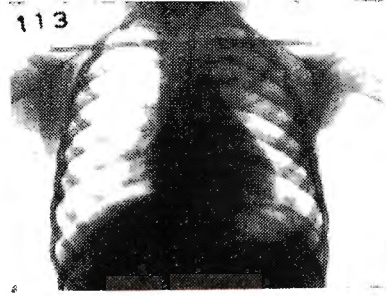
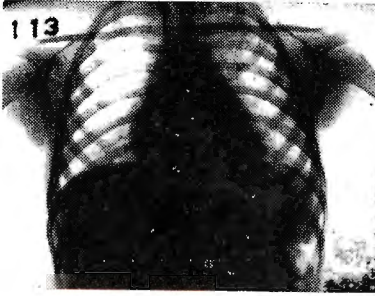
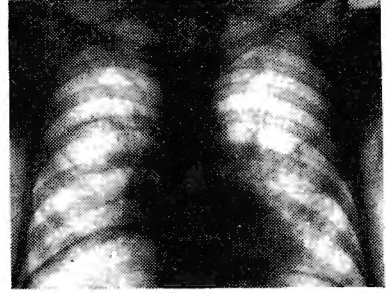
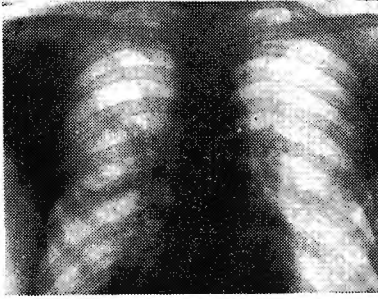
Tebliğimize son verirken tüberküloz adeniti ile ilgisi olan ate-
lektaz vak'alarının kısa opservasyonlarını takdim edeceğiz.



VAK'A : I

Erbay Leman 31 yaşında E.K.

Başlama : Şubat 1951 de hemoptiziden sonra hastalığı meydana
çıkıyor, streptomycin tedavisine tabi tutuluyor. Edirne kapu dispan-
sesinde kontrole tabi tutulduğu esnada 10/Ekim/1952 den bir ay
önce yan ağrısı öksürük ve 38 e kadar yükselen ateş hasıl oluyor.
Evvelce yapılan antibiyotiklerden balgamda bulunmayan B.K. gö-
rünmeye başlıyor. Bu esnada çekilen akciğer radiyografisinde sol
üst lob tamamimile atalektazik olarak görülüyor ve aynı zamanda
alt lobda makro-nodüler infiltrasyonlar da görülmektedir.

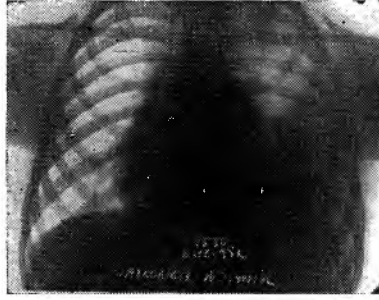


VAK'A : II

Çolak Şevket 38 yaşında, Çiftçi.

4/1952 senesinde hastalanıyor. 60 gr. streptomycin yapıyor, kilo alıyorsa da mevcut şikâyetleri geçmediğinden Ftizyoloji kliniğine yatırılıyor.

15/11/1952: Sağ orta lobda oldukça büyük etrafı atelektazik bir cidar ve kavern içerisinde seviye görülmektedir. Hastaya P.P. başlanıyor bir ay sonra çekilen radyografide kavern içi tazyik kalkmasıyla ince bir cidar halini almış olduğu görülmektedir.



VAK'A : III

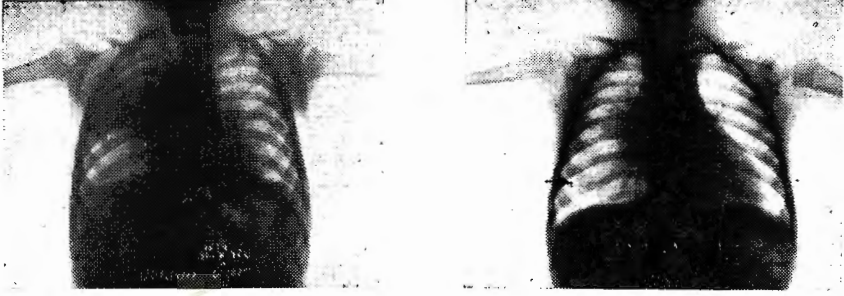
Saygı Necmi, 5 yaşında.

Dispansere 14/4/952 de bir haftadan beri devam eden ateş ve öksürükten şikâyet ile kayda alınmış. Bu tarihte çekilen radyografisinde Sol üst üç segmenti de atelektaza düşürmüş olduğu görüldü (Mediyasten o taraf çekilmiş kostalar arası daralmış ve sol diyağrafma yükselmiş).

Mantoux şiddetli müsbet, balgam yok, tübaj yapılamadı. 10 gr. Streptomycine yapıldı.

20/9/952 de yapılan kontrol radyografisinde yalnız apikal segmente görülüyor, diğer segmentler de görülüyor, mediyasten yerine gelmiş.

6/12/1952 de bir haftadır ateş yan ağrısı ve dispne ile tekrar müracaatında solda 3. aralığa kadar eksüdatif plörezi kalp kuturları genişlemiş perikardit sol apeksde de bir fibröz bakiye kalmıştır.



VAK,A : IV

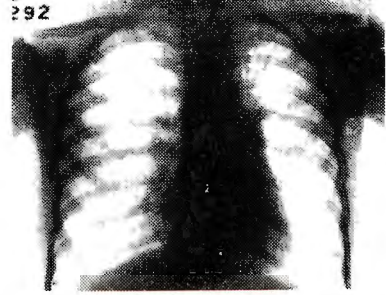
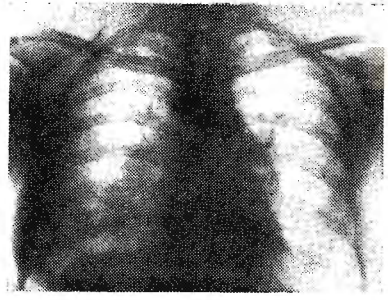
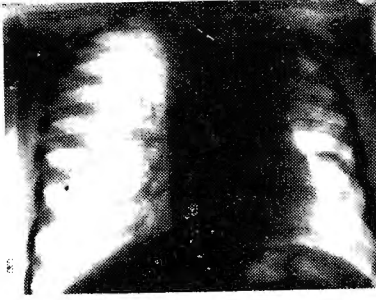
Vurmay Özer, 2 yaşında.

Dispansere 7/4/1952 de bir haftadanberi devam eden ateş ve öksürükten şikâyetle kayda alınmış, bu gün yapılan radyografide önden 6. kostanın uç kısmında ilk odak ve hiler bölgede adenopati ve halter bağı görülmektedir.

19 gr. Streptomycine injekte edildi.

31/7/952 de orta lobda atelektaz ve o taraf kaburgalarında daralma, mediasten çekilmesi ile odak görülmemektedir.

Dispansere kaydında : Mantoux şiddetle müsbet.



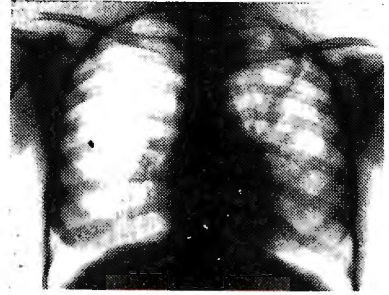
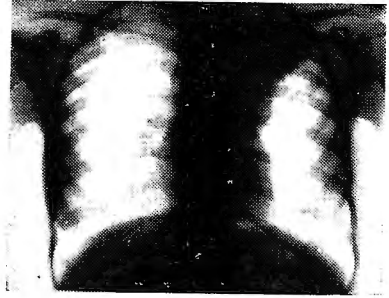
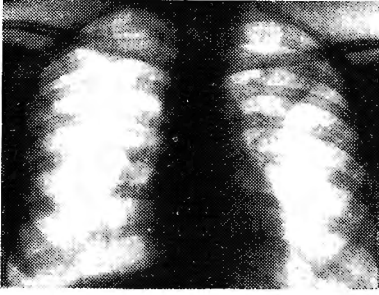
VAKA : V

Özdemir Faruk, 11 yaşında öğrenci.

1949 da seri radyografi neticesi meydana çıkarılmış, arasıra grip olur, başkaca bir şikâyeti mucip hastalık hatırlamıyor. Pirke müsbet.

22/8/949 sol üst üç segmenti işgal eden atelektaz ve kalp medi-yasten çekilmesi, diyafragma yükselmesi, kostalar daralması aşî-kâr görülmekte.

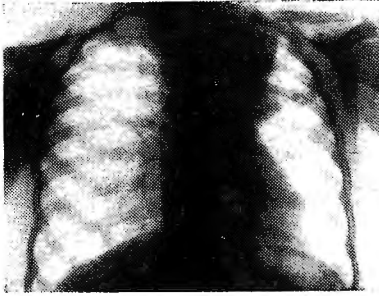
Hastaya bronkografi yapıldı, üst loba lipiodolun gitmediği görüldü, medi-yasten yerine gelmesi için hava verildi, hastanın bu hali iki sene devam etti. Fakat bir senedir atelektaz tamamen çö-zülmüş ve yerinde fibrözite kalmış vaziyette çalışmaktadır.



VAK,A : VI

Halis Sarısözen, 15 yaşında.

1950 de ateş, öksürük ve arasıra balgam çıkarmadan şikâyetle dispansere kaydedilmiş. Yapılan radyografide (12/4/952) klavüküla altında früinfiltrat, hilusda adenopati ve erimiş ve içeri boşalmış gangliyonlar ve her ikisi arasında peribronşik teresumat mevcut. Bundan bir ay sonra yapılan radyografide atelektaz teşekkülü görülmektedir. 26/8/950 de tamamilen gangliyonlar kayıp olmuş, ağıbi ihtimal daha uç dallarda atelektaz mıntıklararı görülmekte bundan bir sene sonra hasta iyileşmiş iken ve bütün şikâyetleri kayıp olmuşken öksürük, ateş ve balgam çıkarmaya başlamış (B.K. +) kavite teşekkül etmiş pnömotoraks tatbik edilmektedir.



VAK,A : VII

Eroğlu Makbule 28 yaşında E.K.

Zayıflama, dermansızlıkla hastalanıyor. Bundan bir sene önce-
denberi 60 gr. streptomycine ile Rimifon alıyor, hiç bir fayda görmü-
yor. Yapılan radyografide hiler bölgelerde kalsifiye olmuş gangli-
yonlar, sağda altlı üstlü iki büyük gangliyon mevcut. Alt gangli-
yonun yapmış olduğu atelektazi görölmekte hasta halen birinci
kateni fıkrada harabiyetten dolayı alçıya alınmıştır.

Bronskoskopi ve bronkografi yaptırmamıştır, Mantoux müsbet,
B.K. bulunamadı.

S U M M A R Y

Tuberculosis and Atelectasis : After a brief explanation about the intimate relationship between tuberculosis and atelectasis, 7 cases of atelectasis is demonstrated connected with pulmonary tuberculosis.

R É S U M É

La tuberculose et l'atélectasie du poumon : L'auteur rappelle d'abord les rapports étroits qui existent entre la tuberculose et l'atélectasie pulmonaire. Il présente 7 cas d'atélectasie pulmonaire ayant une corrélation étroite avec la tuberculose.

L I T E R A T Ü R

- 1) *Alexandre* : Beitr klin Tbk. 104, 422 (1951)
- 2) *Auerbach* : Stemmermann Amer. Rev. Tbk. 58. 449. (1949)
- 3) *Brügger* : Beitr Klin. Tbk. 102. 263 (1950)
- 4) *Rich* : The Pathogenesis of tüberkülosis. Charles (Thomas, Springfield, Illinois U.S.A. (1950)
- 5) *Richard P.* : Lincar basal atelektasis following Therapeutic Phrenic nerf interruption. The Amerikan Review of Tuberculosis vol. 65 No. 1. P. 88. (1952)
- 6) *W. Löffler* : Über Atelektase. Bronchus und pulmo in ihren klinischen beziehungen supplementa ad schweizerische zeit schrift für Tuberculose faec. 4. S. 14 (1950)
- 7) *Kathe Beck.* : Die atelektase als symptom der bronchushus-tuberkülose Medizinische Monatsschrift, heft 8. August 1951, Seite 546.
- 8) *Simon* : Tüberculose und atelektase Ergebnine der gesamten tüberculose. Forschung. Band x, S. 333 (1941)
- 9) *Uhlinger E.* : Die Pathologische anatomie der bronchus-tuberculose. Bronchus und pulmo in ihren Klinischen Beziehungen suple manta ad Schweizerische Zeit schrift für tuberculose Fsc. 4. S. 31 (1950)
- 10) *Erk C.* : Akciğer Tüberkülozunda lenf sisteminin önemi.

Heybeliada Sanatoryomu
Direktör: Dr. Tevfik İsmail Gökçe

AKCİĞER FONKSİYONLARININ SEPRE MUAYENELERİ

Dr. NİMET ÖZGEN

Son senelerde kollaps metodlarını akciğer vereminde geniş ölçüde tatbiki ve bilhassa pnömektomi ve lobektomi ameliyelerinin tedavi sahasında yer alması akciğerlerin separe fonksiyon muayenelerini zarurî kılmıştır. İki taraflı pnömotoraks müteakip husule gelen dispne ve taşikardi, torakopilasti ameliyesinden hemen sonra rastlanan had teneffüs kifayetsizliği vak'aları ve nihayet plâstik ameliyesinden sonra devamlı nefes darlığına mahkûm olmuş malûl hastalar akciğerlerin ayrı ayrı teneffüs vazifesini teminde oynadıkları rol ve hisse dereceleri ölçülemiyen binnetice asıl teneffüsü temin eden kısımların kollaps tatbiki ile vazifelerinden alakonulmalarıdır.

Akciğerin separe muayenesi 1932 de yapılmışsa da buna ait çalışmalar daha eski senelerde başlamıştır. Evvelâ her iki nısıf sadrın hareketlerini bir pnömografla kaydetmek usulüne başvurulmuştur. Bu usulde göğüs hareketlerini kusursuz kaydetmek pek müşkül olmakla beraber neticede işe yarar bir hüküm de çıkarmak mümkün olmuyordu. Burada sadrın yalnız kostal hareketleri kaydedilmektedir. Halbuki teneffüs fonksiyonunda çok mühim rolü olduğu malûm bulunan diyafram hareketlerini pnömograf kaydedemez. Bundan başka pnömotoraks yapılan vak'alarda kostal hareketler dahi kıymetinden kaybeder. Göğüs teneffüs hareketlerini sadece gözle tetkik etmekle pnömograf derecesine yakın bir hüküm çıkarılabilir ki esaslı bir kıymet ifade etmez.

Hayvanlar üzerinde tecrübeler ise daha eski senelerde başlamıştır. 1871 de *Wolffberg* köpeklerde kauçuk sondaları her iki akciğere sokarak ayrı ayrı akciğerlerin havasını toplamayı tecrübe etmiştir. 1889 da *Head* ilk defa olarak bronşlara balonlu sonda ile girerek balonu şişirdikten sonra akciğerin havasını toplamayı tav-

şanlarda tecrübe etmiştir ki bu tecrübe bugün kullanmakta olduğumuz balonlu sondaların esasını teşkil eder. Nihayet 1932 de *Jacobaeus* ve mesai arkadaşları eski çalışmalardan ilham alarak ve bu usulleri tekâmül ettirerek bronkspirometriyi ortaya çıkarmıya muvaffak olmuşlardır. Bu usulün tatbiki bu maksat için yapılmış ve iki akciğerin hareketlerini aynı zamanda kaydedebilecek çift hazineli ve çift yazma tertibatlı bir spirometre âleti ve içinde ayrı iki mecrası olan ve bir trake ve bir de bronş balonu bulunan sonda lâzımdır. Balonlar sonda nefes borusuna sokulduktan sonra şişirilir ve hava tazyik derecesini ölçen bir manometre balonlara raptedilir. Hastaya evvelâ yapılacak işin kendisi için hiç bir tehlikesi olmadığı anlatılır ve lüzumsuz heyecan ve hareketler yapmaması temin edilmeye çalışılır. Yukarı teneffüs yollarını mükemmel bir anestezi şarttır. Ameliyeden bir saat evvel de bir miligram atropin ve bir santigram morfin yapılır. Sonda yavaş yavaş sol bronşa kadar sokulur. Sonda bronşa girdiğinden şüphe edilirse radyolojik kontrol yapılabilir. Sonra balonlar şişirilir ve sondanın iki dış ucu bronkspirometri cihazına bağlanarak teneffüs hareketleri oksijen konsimasyonu miktarı ve vital kapasite her iki akciğerde ayrı ayrı kaydolunur. Separe muayeneden hemen evvel her iki akciğerin global muayenesi yapılarak separe muayene ile mukayese edilir. Muayene sekiz on dakika devam edebilir. Fakat mümkün olduğu kadar kısa müddet devam etmelidir. Muayene esnasında hasta büyük bir sıkıntı hissetmez. Muayeneden sonra da umumî bir kırgınlıktan başka bir şey olmaz. Yüksek ateş, genel durumun düşüklüğü, siyanoz, dispnelerde ve ödem glotikten korkulan hastalarda tatbik edilmemelidir.

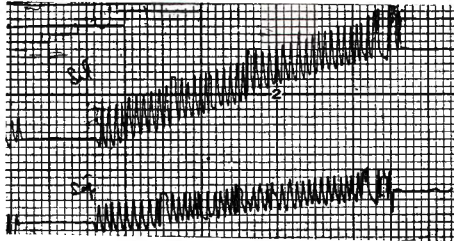
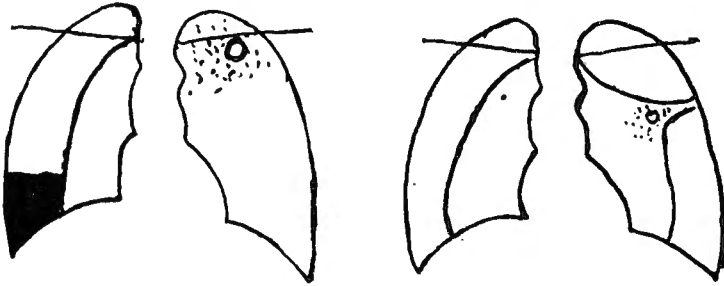
Normal kimselerde global muayene ile separe muayene neticeleri mukayese edildiği takdirde separe muayenelerde vital kapasitenin azaldığı, oksijen konsomasyonunun çoğaldığı görülür. Çünkü separe muayene esnasında şahıs efor sarfetmektedir ve global muayenede olduğu gibi istirahat halinde değildir. Bundan dolayı da separe muayene neticeleri global muayeneye nazaran %10-30 bir fark gösterir. Sağ akciğer daha büyük bir teneffüs vazifesini üstüne almıştır. Vital kapasitenin ve keza oksijen konsomasyonunun %54 ünü tabii ahvalde sağ akciğer temin eder.

Borkman oksijen konsomasyonun muhtelif şartlar altında en az değişen bir faktör olduğunu kabul etmektedir. Onun için muayenelerde en çok oksijen konsomasyonu tahavvülâtına kıymet ver-

mektedir. Bu müellife nazaran sağ tarafta oksijen konsomasyonu nisbeti %50-60 ve solda da %40-50 normal hudutlardır. Bu nisbetler dışına çıkan oksijen konsomasyonları marazî değişiklik olarak kabul olunur.

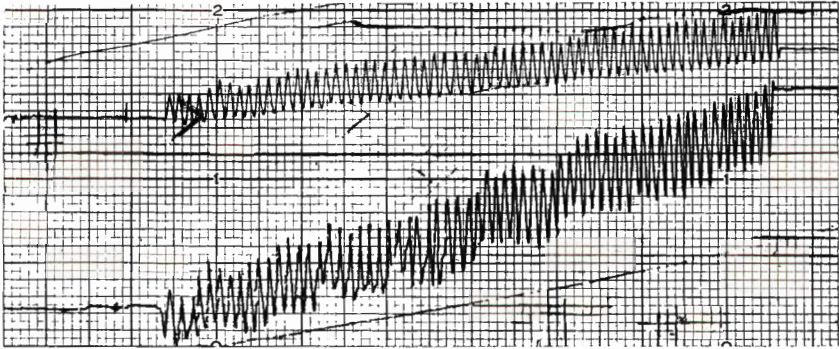
Simültane bronkspirometri çok faydalı malûmat verebilen bir usul olmakla beraber bazı mahzurları da vardır. Yapılması kolay bir usul değildir ve bundan dolayı her yerde tatbik edilemez. Sonra oldukça tromatizandır ve her hastaya tatbik edilemez. Muayene olunan şahıs fizyolojik şartlar altında değildir. Büyük ve geniş sonda dolayısıyla ölü mesafe tabîden daha büyüktür. Bütün bu mahzurları ile beraber akciğerlerin vazifeleri hakkında esaslı fikir verebilen kıymetli bir usuldür.

Heybeliada Sanatoryomunda ameliyat olan veya ameliyat yapmasını düşündüğümüz hastalara yaptığımız separe muayene neticeleri aşağıdadır:

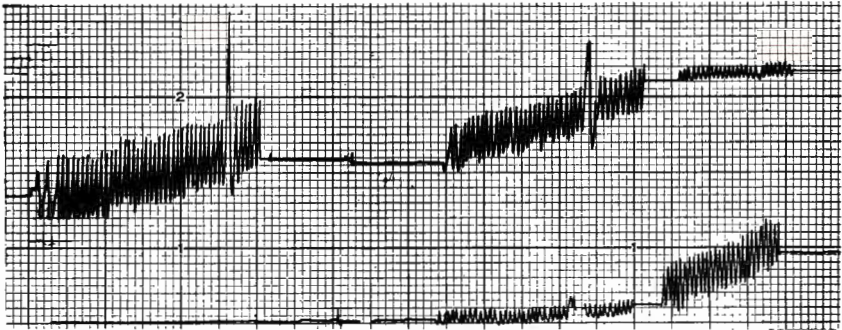


1 — H. B., 25 yaşında, ev kadını, üç sene evvel ciğerlerinden hastalanmış, iki sene evvel sağda ortada büyük bir kavite dolayısıyla ekstraplöröl pnömotoraks yapılmıştır. Altı ay sonra solda yu-

karındaki kavite dolayısıyla de bu tarafa entrapulmoner pnömotoraks tatbik edilmiştir. İki taraftaki pnömotoraksın idamesi esnasında iki tarafta da mayi zuhur etmemiştir. Tedaviye rağmen basil çıkması dolayısıyla yapılan tomografide soldaki iltisaklı pnömotoraksın müessir olmadığı ve yapışık kısım içinde ufak bir kavitenin devam ettiği görülmüş, ve bu iltisakın izalesi düşünülmüştür. Fakat yapılan separe muayenede asıl çalışan akciğerin sol akciğer olduğu ve sağ tarafın ancak mevcut çalışma kapasitesinin %20 sini temin edebildiği görülmüştür. Bunun için de sol tarafa bir müdahaleden şimdilik vazgeçilmek mecburiyeti hasıl olmuştur.



2 — G. Ç., 30 yaşında, ev kadını. Bir buçuk senedenberi sağ tarafına entraplöröl pnömotoraks yapıyor. Hâlen üç parmak mayi var. Solda yukarıda nodüler bir irtişah ve kavite mevcut. Sol tarafa bir kollaps tatbiki düşünüldü. Fakat yapılan separe muayenede sağ akciğerin teneffüs fonksiyonunun ancak %25 ini temin ettiği, %75 faaliyetin sol akciğer tarafından temin edildiği anlaşıldı ve sol tarafa bir kollaps tatbikinin hastayı teneffüs kifayetsizliğine maruz bırakacağı düşünülerek kollaps tatbikinden vaziyet müsait oluncaya kadar sarfınazar edildi.



3 — M. E. Solda iki seans plâstik tatbik edilmiş bir hastadır. Sol akciğerin teneffüs fonksiyonuna pek az iştirak ettiği görülmektedir.

S U M M A R Y

Bronchspirometric Examination of the Lung: The widespread application of collapse measures and the advent of pneumonectomies and lobectomies in the treatment of pulmonary tuberculosis in the last few years the application of bronchspirometric examinations is made compulsory in chest surgery. The dyspnea and tachycardia produced after induction of bilateral pneumothoraxes or acute respiratory insufficiencies encountered at the end of the performance of thoracoplasty or continuous invalidity with the insufficient amount of aeration after thoracoplasty are all the result of insufficient investigation of pulmonary function before the administration of any form of treatment.

Although the first bronchspirometric examination of the lung is carried out in 1932, some studies is started long before on the subject. The first effort is spent to record the movements of the both side of the chest wall with planographical examination without any success. Eventually Jacobeous invented the bronchspirometer. A double luminated with to scoffsa tracheal tube is used for this reason. One end of the tube is passed to the left bronchus and the other stayed in trachea. Before the application of the tube very good anaesthetisation of the bronchial trees is essential. An hour before the procedure atropine (1 mgr.) and morphine (1 cgr.) is administered parenterally. After the application of the tube to the left bronchus scaffs are blowed. The secretion in the bronchial trees are aspirated and the ends of the double luminated tube is connected to the spirometer separetely.

With the application of this procedure we have produced quite sufficient information about the function of the lung at Heybeliada Sanatorium. In a

case with bilateral pneumothoraxes, the adhesions should be divided on the side of inefficacious pneumothorax. But the bronchspirometric examination revealed that the function of the lung on the other side is not quite sufficient and we have refused the performance of closed intrapleural pneumonolysis unless some improvements may be obtained on the function of the lung which is mentioned.

In another case with hydropneumothorax on the right side and the cavity on the left which needs a collapse treatment; bronchspirometric examination revealed that the function of the right lung is badly impaired and we have refused the application of collapse treatment for the left side of the lung.

Although it is a difficult method of examination the bronchspirometry produces some beneficial and necessary information about the function of the lung.

R É S U M É

L'examen de la fonction pulmonaire par l'étude séparée des poumons :
L'application large dans ces dernières années de la méthode de collapse pulmonaire et plus spécialement de la pneumonectomie et de la lobectomie a rendu obligatoire l'examen séparé du poumon. La dyspnée et la tachycardie survenant à la suite d'un pneumothorax bilatéral, l'insuffisance pulmonaire aiguë que l'on constate immédiatement après une thoracoplastie et l'insuffisance respiratoire permanente qui se développe à la suite des interventions plastiques sont la conséquence du fait que l'examen de la fonction respiratoire des 2 poumons n'a pas été fait séparément et que la partie du poumon qui joue le plus grand rôle dans l'aération pulmonaire se trouve collabée.

Bien que l'examen des 2 poumons séparément n'a débuté qu'en 1932, les recherches sur ce sujet sont plus anciennes. Au début on se contentait de l'examen pneumographique des 2 hémithorax; les résultats ainsi obtenus étaient loin d'être satisfaisants.

Ce n'est que depuis la création, par Jacobus de la broncho-spirométrie simultanée que cette recherche est entrée dans sa phase pratique. On utilise un drain comprenant 2 ballons à mercure, 1 ballon trachéal et un ballon bronchique. Avant de commencer cette recherche on anesthésie complètement les voies respiratoires supérieures du malade auquel on a injecté, 1 heure au paravant 1 milligr. d'atropine et 1 centigr. de morphine. Après avoir introduit le drain dans la bronche gauche on fait gonfler le ballon. Les sécrétions, lorsqu'elles existent, sont aspirées. On rattaché les bouts extérieurs du drain au spiromètre.

Cette méthode que l'auteur utilise au Sanatorium de Heybéliada, lui donne des résultats intéressants. Chez un malade soumis à un pneumothorax double on observe l'existence d'une caverne dans une adhérence et on désire compléter le pneumothorax de ce côté, mais l'examen spirométrique démontre

que le poumon droit était peu efficace au point de vue fonctionnel et la partie active était le poumon gauche; on a dû ainsi remettre le collapse complet du poumon gauche à une époque plus favorable.

La méthode permettant l'étude fonctionnelle des deux poumons séparément, bien qu'étant traumatisante et difficile à appliquer, est utile et même nécessaire.

THORAKOPLASTİ — EXTRAFASCIAL PNX. KOMBİNE KOLLAPS METODUNDAN ALDIĞIMIZ NETİCELER

*Dr. SACİT TEZELLİ
Dr. NİYAZİ KURTOĞLU*

Carl Semb 1935 te tamamen efektif ve selektif olan Extrafacial apikolizli thorakoplasti metodunu *Acta Chirurgica Scandinavica*'da neşrettiği zaman artık Thorakoplasti meselesinde halledilmemiş taraf kalmadığına zahip olmuş bulunuyordu. Çünkü dört kostanın rezeksiyonu ve plevra kubbesinin bütün anatomik ve marazî rabitalarından kurtarılarak cebren arzu edilen bir seviyeye kadar indirilmesi (Pneumocathese) eski plâstik metodlarına kıyasen çok cazip bir buluştu. Bu kaimî kollapsın idamesi zamanla sertleşip oldukça mukavim bir tavan teşkil edecek ve üstünde periyost safihalarını ihtiva eden fasyadan bekleniyordu.

1938 de bu optimist noktai nazara bütün Anglosakson çevreleri ve daha sonra da Fransada *İselin Dubau* ve *Monod*, *Lardennuis* gibi maruf şahıslar da iltihak ettiler ve bu metod her tarafta genişce tatbik edilmeğe başlandı. Yalnız zamanla tatbikatta aksayan bir nokta görülmeğe başladı. Ameliyatı takip eden ilk haftalar zarfında hastanın öksürme kudretinin yavaş yavaş yerine gelmesi ve apikal bölgenin teneffüse iştirak etmek kudreti nisbetinde Reexpansion'a olan meyli hayal kırıcı manzaralar vermeğe başladı. Şu halde zirveyi aşağı bir seviyede uzun bir müddet tutmak için bir çare bulmak lâzımgeliyordu. Çünkü öksürük ve eforlarla bir kat daha artan lobların açılma potansiyeli apeksi adım adım eski yerine getirmekte ve günün birinde ihtiva ettiği kaviteler koh basilinin üremesine kıfayet edebilecek vüs'atte açılıp klinik ve radyolojik tezahürat başlamakta idi. Bu müşahedeler o kadar çoğalmaktadır ki artık plâstikten sonra, Reexpansion, halli icabeden bir mesele halinde karşımızdadır.

Bu ârızayı önlemek ve zirvedeki mahdut bir lezyonun tamamen kollapsını garanti etmek maksadiyle akciğerin normal çalışan, büyük bir kısmını da daimî surette feda etmek tarafına gidilmektedir. Yani en aşağı yedi kaburgayı rezeke etmek zarureti hissedilmektedir ki bu takdirde bir taraftan devamlı bir teneffüs ve devran bozukluğu ihdas etmek ve diğer taraftan hastada statik ve fizik deformitelere ve fonksiyon bozukluklarına sebebiyet vermiş bulunmaktayız. Ayrıca hasta iki seanslı bir ameliyenin melhuz bütün ihtilâtları ile karşı karşıya bırakılmaktadır.

Bugün yapılan bir çok neşriyatın tetkikinden anlıyoruz ki bütün fitiziyologların mesaisi Thorakoplastinin bu noksan tarafına tevcih edilmiş bulunmaktadır ve yine her gün yeni bir cerrahî metodun ortaya atılması bu dâvanın henüz halledilmemiş olduğuna delâlet etmektedir.

Maurer, Donokos, Mörelli, Monaldi, terapötik metodları ile *Paulino*'nun zirveyi aşağıda kollabe vaziyette tutmak maksadiyle bir kaç sütürle enterkostallere tesbit etmek metodunu, *Jolly*'nin Reexpantiona mâni olmak maksadiyle extrafasiyal boşluğa Lücit Ball yerleştirmesi, *Vermetti* ve *Valli*'nin aynı cevfe adalı parçalar tesbiti, *Casineski*'nin plâstikten sonra kalan son kostayı tersine çevirip iki taraflı tesbit ile akciğerin açılmasına mâni bir tavan temin eden metodunu, *Lucas*'ın aynı maksatla extrafasyal parafin plombajı metodunu, *Gravessen*'in extrafasyal oleotorax metodunu, *Seybold* ve *Hedberg*'in bu maksatla geletin foam doldurma metodunu hülâsa daha bunun gibi bir çok tedavi metodlarını bu maksatla sarfedilen emeklerin birer mahsulü gibi zikredebiliriz. Aynı zamanda bu taharriyat thoracoplasti metodunda lüzumlu bazı tadilâtın herkesçe kabul edildiğini ve bu tadilâtın istikametini göstermek bakımından da mühimdir.

Kliniğimizde senelerdenberi yapılan thoracoplasti tatbikatı esnasında tesbit ettiğimiz bazı müşahedelerimiz bize de kollaps tedavisinde faydalı olabilecek bir kombinezonun yukarıda arzettiğimiz mahzurları kısmen olsun bertaraf edecek mahiyette olduğu ümidini vermiş bulunmaktadır.

Şöyle ki: Semb usulünde bir thoracoplasti yapılırken zirve lâ-yikiyle cidardan ayrılıp kollapsın matlûp olan saha altına kadar indirildiği takdirde oldukça büyük bir boş meydana çıkmaktadır. Ameliyattan hemen sonra yapılan radyografilerde apikoliz mın-

kasında idro-aerik bir manzara görülür. Bu manzara ameliyat esnasında hapsolan hava ile vukuu mutad olan sero-ematik eksüdasyonun verdiği klâsik zıldır. Zamanla havanın rezorbe olarak çekilmesi ile parankimin bu boşluğa doğru yükselmesi nazarı dikkatimizi celbetmiş ve bize ekstrasfasyal olan bu boşluğa yeni ensüflasyonlar yapmak suretiyle kollabe akciğeri aşağı bir seviyede kalmıya icbar etmeyi düşündürmüştü. (Ekstrasfasyal Pneumothorax).

Tecrübelerimiz ilerledikçe vak'aların bazılarında *Semb*'in pnömolizine ilâveten poşu yanlara ve mediyastinal mıntakaya doğru büyüterek akciğerin istediğimiz kadar bir kısmını fasyal dışı hava tazyikine maruz bırakmak ve bu suretle hastayı ikinci bir seanstan kurtarmak ümidi belirmişti. Ve hakikaten bu suretle vak'alarımızın bir çoğunda (%75) ikinci bir plâstiğe lüzum kalmadığına şahit olduk. Çok büyük lifî kavitelere ise ikinci seansın altıncı kaburgayı tecavüz etmemesini de garanti etmiş olmaktayız. Hava ensüflasyonlarına anatomik sebepler dolayısıyla üç aydan fazla devam etmekte bir fayda yoktur. Çünkü poşun zemini periyostal menşeli olduğundan bu müddet zarfında sertleşmekte ve bittabi apeksin ekspansiyonuna ciddî bir mâni kendiliğinden meydana gelmektedir.

Bu uzun tecrübenin bize verdiği bazı noktalar vardır ki metodumuzun muvaffakiyetle tatbikinde mühim âmillerdir. Bunlar şöyle formüle edilebilir:

1. Ameliyenin üçüncü günü birikmiş olan kanlı mayiin tahliyesi.
2. İlk ensüflasyonlara düşük tazyiklerle başlanması,
3. Ön ve arka cidarın yalnız adalî ve sıfakî olmasından müteakip ensüflasyonlarda da çok yüksek tazyiklere çıkılmaması.
4. Ameliyattan 30 ilâ 45 gün sonraki ensüflasyonlarda manometrik ossilasyonun azaldığı görülürse, bu, akciğerin artık tesebbüt ettiğine ve manometreye aksedecek büyük bir hareket göstermediğine delâlet edeceğinden hava aralarının uzatılması veya terkedilmesi.

Tamamen kendi müşahede inisiyatiflerimizin mahsulü olarak ilk defa 1951 senesi başında tatbik ettiğimiz thoracoplasti - ekstrasfasyal pneumothorax müşterek kollaps metodu kliniğimizde geniş miyasta tatbik edilmekte iken bazı ecebî müelliflerinin de aynı yolda yürümekte olduklarını öğrenmiş olduk. Gözümüze çarpan ilk

neşriyat *Di Paola*'nın 1949 da Zeitschrift für Tuberculose mecmuasında neşredilen makalesidir. Müellifin, *Morelli* usulü ile yaptığı plâstiğe pneumothoraxı kombine etmekle aynı bizim düşündüğümüz gayeyi istihdaf etmekte olduğunu gördük. Müteakiben Kopenhag'lı *Gravessen* ve *Rischel*'in 1947 ve 1948 senelerinde Nordisca Medici'deki neşriyatına da muttali olduk. Bu müellifler bizim gibi bir seanslı bir plâstikten sonra elde ettikleri poşa hava vererek idamesini temin ettiklerini ve daha sonra bu cevfv oleothoraxla tebdil ettiklerini zikretmektedirler.

Biz ilk vak'amızı 1951 senesi birinci ayında bir kadın hastamıza tatbik etmiş bulunmaktayız. Hasta sağ üst fussunda lifî büyük bir kavite hâmilî idi. Üç kaburga rezeksiyonundan sonra yaptığımız extrafasyal apikolizle elde ettiğimiz cevfv 4, 5 ve 6 ncı kostalar hizasına kadar büyüttük ve cidarı klâsik usul ile ve gayet ermetik olarak kapattık. Üçüncü günü klavikula altından kalınca bir iğne ile poşa girerek mebzul miktarda kanlı mayi tahliye ettik ve orta bir tazyikle (—2 +2) poşa 200 cc. hava verdik. Müteakiben aynı minval üzere ensuflasyonlara devam ederek extrafasyal Px. i kolaylıkla tesis etmiş olduk. Ensufasyonlara devam ettikçe zirvedeki büyük lifî kavitenin büyük bir kısmının kollabe olduğunu tesbit ettik. Radyo. I in tetkikinde görüleceği veçhile metodun ilk tatbiki gayet büyük bir kavern üzerinde yapılmış ve kavitenin bu derece küçülmesinin orta halli lezyonlarda alacağımız kollaps neticesi hakkında bize ümit verici bir intiba bırakmaktır. Radyo. II.

Pneumothoraxa üç ay devam edildi ve bu suretle metodun kollaps kudreti çetin bir vak'a üzerinde denenmiş oldu. Geniş bir tecrübe sahibi olmak maksadiyle ilk anda bir seri vak'aya extrafasyal pnömolizden sonra pneumothorax tatbik ettik. Vak'a adedi arttıkça kollaps kudreti ve komplikasyonlar hakkında etraflı malûmata sahip olduk. Bugün 57 Thoracoplasti - Extrafasyal Px. kombine kollaps metodu ile tedavi edilmiş akciğer tüberkülozu vak'asını toplamış bulunuyoruz. Bu vak'aların ekserisi lifî kaviteli hastalar olup hacim itibariyle behemehal iki veya üç seansta tedavi edilecek büyük lezyonlardı. Birinci vak'amız buna güzel bir misaldir. Extrafasyal Px. tatbiki sayesinde bu lezyonların %75 inin bir seanslı bir müdahale ile kollabe olmaları temin edilmiş bulunmaktadır. Bunlarda kısa zamanda öksürük, balgam ve balgamda basil kesilmiştir (Adi ve teksifle). Aşağıda arzedeceğim diğerv bir vak'a bir seansta elde edilen neticelere ayrı bir misaldir. Bu hasta bir çiftçidir, 20

yaşında, servise 1.4.1950 de 2580 Prot. No. ile girmiştir. Sol akciğer üst füssunda yaygın irtişah ve lifi kaviteli bir procesi vardır. Lezyon hududu altta 7 inci kostanın alt kenarını tecavüz etmektedir. (Rad. I). Ameliyatla 1.6.1950 bir ilâ dördüncü kostaya kadar total olarak rezeke edildi ve tipik Semb. usulü ile apikolisis yapıldı. Ve 48 saat sonra apikoliz Ekstrafasyal poşa hava ensüfle edildi (Ekstrafasyal pnömotoraks). İlk grafi kontrolde tam kollaps elde edilmiş olduğu görüldü ve basil derhal menfi oldu. Hasta üç ay bu şekilde tedaviden sonra (Radyo. 2) çalışabilecek şekilde hastaneyi terketti. Bu vak'ada bir seansta lezyonun tam kollapsını temin eden ekstrafasyal pnömotoraks istediğimiz kollaps kudretini göstermiş olmaktadır.

Ensüflasyonlara 3 ilâ 6 ay devam edilmiş ve bu arada hastalar kontrolümüz altında kalmışlardır. Bu arada hasta ve kollabe rie kısımları scopik ve grafik olarak tetkik edilmekte ve poşun altında rezidüel herhangi bir marazî sahanın zuhuru halinde ikinci seans tatbik edilmek üzere hastanın ameliyata sevki mümkün olacağından vakit ziyana sebebiyet verilmemiştir. Vak'alarımız içinde bulunan büyük (kutru 4 santimden fazla) ve eski kaviterlerin ikinci bir seansla tamamen kollabe olmaları artık garanti edilmiş bulunuyordu. Bu tecrübelerimizden anlaşılabilir oluyor ki küçük ve nisbeten taze apikal kaviterleri thorocoplasti ekstrafasyal Px. metodu ile bir seansta kapatmak ve basili menfileştirmek mümkün olmaktadır. Daha büyük kaviterlerde ise âdi plâstik usulleri ise tatbik etmek zorunda kaldığımız gibi üçüncü seans ameliyeyi külliyen bertaraf etmiş bulunmaktayız.

Bu metodla kliniğimizde tedavi edilmiş olan 57 akciğer tüberkülozu vak'asında hiç bir mortalite zuhur etmemiştir. Ameliyatla ilgili ihtilât olarak şunları gördük:

1. Cidarın harice açılması (fistül paryetal) bu ihtilât erken tazyikli Px. yapılan vak'alarda ilk zamanlarda görüldü. Tazyik azaltılıp hava araları bir haftaya çıkarıldıktan sonra hiç görmedik.

2. Empiem ekstrafasyal. Yalnız bir vak'ada zuhur etti. Bu vak'ada evvelce hazırlayıcı olarak kovernostomi yapılmış bir hasta idi. Poşla eski iltihabî kanalın iştiraki muhtemel bu gibi vak'alarda tatbikinden sarfınazar ettik.

3. Amboli, bu ârıza bütün Px. tatbikatında zuhur eden bir ihtilât olduğundan metodumuzda da iki vak'amızda görüldü. Fakat alınan tedbirlerimizle fatal bir neticeyi önlemiş bulunuyoruz.

Netice : 1950 - 1952 seneleri sonuna kadar geçen iki sene zarfında 57 zirve kavernine tatbik etmiş bulunduğumuz thoracoplasti-extrafasyal Px. kombine kollaps metodu apikal ve sübapikal küçük lifi lezyonlarda bir seansta tam kollapsı temin etmek ve reekspansiyonlara mâni olmak bakımından en müessir ve kat'î bir tedavi metodudur.

Büyük kaviterlerde aynı işi muayyen bir nisbette temin etmekle beraber şayet ikinci bir seans tatbiki zarurî ise kosta rezeksiyonunu asgarîye indirmektedir. Bu metodla, deformitelerden içtinap ve medyastinal muvazenede daha az bir dezekilibr temin etmek her zaman için mümkündür.

Proçesin Tipi	Adet	Post operatif kollaps		İhtilatlar				Mortalite	Müteakip Mudavat
		Tam	Kısmî	Fistul Pariyet.	Ex. fas. kanama	Ex. fas. ampij.	Amboli		
Büyük lifi kaviteli lesion 4 s. u. den fazla	7	3 0/0-40	4 0/0-60	1	—	—	—	—	İkinci seans plastik 4
Küçük lif kaviteli Proçes	50	40 0/0-90	10 0/0-10	—	—	—	2	—	İkinci seans plastik 10
Yekûn	57	43 0/0-75	14 0/0-25	1	—	—	2	—	Muhafaza kâr tedavi

BİBLİYOGRAFYA

- Bornou. A. Tricoire, J. Rechute tardives au niveau du poumon collabé après des thoracoplasties ayant été apparemment efficaces. Arch. tisiologia Naple 1949.
- Canova S. Maggio L. İstit. Forlanini Thoracopneumographie recherches on Morelli apico—axillary velarium added to extrafascial pnemoth. Roma 1949.
- Casinski J. Surg. Depy. one stage thoracoplasty with a roof constructed over the apisolysed apex 1949. Bull. int Acad.
- Coelleo A. J. Scapulectomie and thoracoplasty British jour of Tbc. and diseases chest London 1947. 41. 4.

- De Rougemont J. - Meyer. L. Two cases of extraperiosteal pnx, for cavities
Lyon chirurgical Lyon 1948. 43. 1.
- Di Paola Maggio. L. Ist. Forlanini Extrafascial pnx in the apico-axillary vela
rium according to Morell's method 1949.
- Domokos C. Statal sanat Hungary. Four ribs Thoracoplastie with placing the
scapulas into the thorax. The am. rev. Tbc. 1948. 58. 3.
- Edward. F. R. Liverpool region Hosp. Pneumoplastie Periostoplastie pneu-
molysis Thorax. London.
- Gravesen J. Copenhagen Thoracoplastie variations. Tubercule. London
1948. 29. 9.
- Hagn-Meincke J. Thorac surg 1950-19. An evaluation of apicolysis in thora-
coplastie:
- Joly H. Thoracoplastie with a temporary plombage performed with lucide
balls pr. Med. 1950.
- Konstam M. Extrafascial pnx. Thorax. London 1948. 3. 4.
- Latarget. M. A propos du pneumothorax extraperiosté. Lyon. Chirurgical
1948. 43.
- Le Foyer P. Ballinet M. Paris. Premier essais de pneumothorax extra mus-
culo-perioste. Rev. Tuberc. 1950. 14. 11. 1046. 1049.
- Lucas B. G. B. London. Thoracoplastie with plombage Thorax. 1950. 5. 3.
- Mauresa. G. (Barcelona). Extraperiosteal thoracoplasty with pneumolysis. med.
clinica. Barcelona. 1947. 8. 6.
- Paolino F. Rio de Janeiro. Presse med. Paris 1949. 57. 20. Thoracoplasty with
total ligature of the apex of the lung.
- Rasemon P. L'utilisation du muscle grand dentelé pour maintenir l'affaisse-
ment pulmonaire dans la thoracoplastie suivie d'apicolyse. Le poumon
Paris 1948. 4-3.
- Rischel A. Further experience of apex-plastie with extrafascial pneumotho-
rax. Nordisk. Medecine 1947. 42. 2.
- Verneti L. Valli A. Forlanini inst. Fixation of the pulmonary apex after apic
olys as a complement of apico-axillary thoracoplastie Morell.
- Wessel A. T. Air embolism Nordisk. Medecin. Stockholm.

S U M M A R Y

The Result of Combined Thoracoplasty - Extrafascial Pneumothorax Treatment in Pulmonary Tuberculous Cavities: The result obtained with the treatment of combined thoracoplasty - extrafascial pneumothoraks in 58 cases is demonstrated.

R É S U M É

Les résultats obtenus dans le traitement des cavernes par la méthode de collapse combiné à la thoracoplastie extrafaciale : Les résultats obtenus par l'application de ces interventions durant un an ont été donnés.

INTRAPLÖRAL PNÖMOLİZ VE ALINAN NETİCELER HAKKINDA

*Dr. SACİT TEZELLİ
Dr. MEHMET NİYAZİ KURT
Dr. MARKO BENBANASTE*

Tüberküloz kavitelerinin kollapsı maksadiyle tatbik edilen açık Bridektomiler hakkında muhtasar bir malûmat verebilmek maksadiyle şu kısa travayı hazırlamış bulunuyoruz. Bu sahada dünya literatüründen de faydalanarak ve betahsis kliniğimizde yapılan vakalar üzerinde durularak izahat verilmeğe çalışılacaktır.

Malûm olduğu üzere Pumon aderanslarını bertaraf etmek için iki metod biliyoruz: Bunlardan biri Kavum plöra açılarak direkt bir surette bridlerin göz önünde seksyonudur ki Fransızlar buna «à ciel ouvert» tâbir ediyorlar. Diğeri de *Jacobaeus*'un tarif ve tatbik ettiği ve bu isme izafe olunan ve endoskopik olarak kapalı intraplöral pnömolizdir ki buna da «à ciél fermé» denmektedir. Bu son metod mevzuumuzun dışında bulunduğundan bahsedilmeyecektir ve esasen bu metodla muvaffak olunamıyan vakayidir ki bizi ilgilendirecektir.

A ciél ouvert metodun ilk tatbik edicisi olarak *Friedrich*'i görüyoruz. Bu şahıs 1908 de yaptığı ilk vak'ayı mevcut kavernin perforasyonu ile kaybetmiştir. Bunu 1909 da *Rowling* ve *Saugmann*'ın vak'aları takip eder ki bunların da hepsi hemorajiden ve empyemden exitus ile neticelenmiştir. Böylece metodun takdim edilişi muvaffakiyetsiz başlamış ve terkolunmuştur. Uzun seneler sonra Parisli *Maurer*, *Lüdtre*, *Kremed*, *Saye* ve *Bernou*'nun mesaisiyle bu metodun tekrar ele alındığını görüyoruz. *Saye* neşrettiği 22 vak'anın 12 sini gayri müsait göstermektedir. Bu müelliflerin vak'alarında bridler nisbeten uzun ve nihayet kalem kalınlığında bulunuyordu. Bu arada *Jessen*'in extraplöral yoldan girip parietal

plörayı dekole ederek geniş aderansların da seksyonuna teşebbüs ettiğini ve neşrettiği 5 vak'adan muahhar empyem ihtilâtiyle 3 ünün exitüsle neticelendiğini ve ikisinin de gayri müsait seyrettiğini görüyoruz. Bütün bu muvaffakiyetsizliklere rağmen metodun yine bir çok müellifleri cezbediğine şahidiz. *Von Muralt* 5 vak'a neşrediyor. *Schottmüller* ve *Sudez*'in de *Jessen*'in çalışmalarıyla ilgilediklerini ve nihayet *Torex*, *Ulrici*, *Eden Reichmann*, *Ziegler*, *Sachs*, *Sauerbruch*, *Lecène* ve *Rist*, *Liebermeister Gravesen*, *Romanis*, *Riviere*'in neticeleri fena da olsa mesaisini görüyoruz. Ümitler kırılmamıştır. *Watson* iki vak'a; *Archibald*'in de bridleri ligatüre ederek koterle kestiği 6 vak'adan 4 ünde iyi, 2 sinde fena netice aldığını görüyoruz. *Alexander* de bu metodla bir hayli meşgul olduktan sonra büyük risklerinden bahsederek Plastiği tercih ettiğini bildiriyor. *Carter - Noland*'ın metod tekniğinde küçük bir değişiklik karşımıza çıktığını görüyoruz. Bunların Pumon lezyonunu önlemek maksadiyle aderanslı kısımda parietal plevrayı incise edip o kısmı dekole ederek bağlayıp bridleri bertaraf ettiklerini öğrenmiş bulunuyoruz ki bu *Maurer*'in İnxta-parietalis enükleasyonuna müşabihdir. *Archibald* ve *Schmieden* nikbindir. Metod lehindedirler.

Moor'un 52 vak'alık *Jacobaeus* ile mukayeseli bir istatistiğinde şu neticeleri görüyoruz:

	<i>Endoskopik yolla pnömolyis (2042 vak'a)</i>	<i>Açık bridektomi ile aderans seksyonu (52 vak'a)</i>
Mühim Hemoraji	% 6,7	% 5,7
Empyem	% 4	%28
Postoperatif ağırlaşma	% 4,5	%19,2
Postoperatif ölüm	% 1,1	%19,2

Bu ağır komplikasyonlu rakamlar karşısında Forlanini Enstitüsü *Jacobaeus*'a sadık kalmış ve açık Bridektomiye yaklaşmamış buluyoruz. Bu Enstitü endoskopik metodun bilhassa maharetli elerde pek iyi neticeler verdiği kanidir.

O'Brien ise kapalı metodla körükörüne brid kesmenin mahzurlarını söylüyor ve açık usulü tavsiye ediyor. Maamafih 1938 senesine kadar *Kremer* 5000 kapalı Pnömolize mukabil ancak 100 açık bridektomi ameliyatı yapıldığını bildiriyor ki bu rakam şüphesiz metod hakkında kat'î söz söyleme salâhiyetini vermez.

Bruce ve *Crafoora* un 1952 de neşrettikleri 1943-1946 senelerine ait yaptıkları 36 vak'alık bir istatistiği vak'aların nihai netice-

lerini de ihtiva etmesi ve detaylı bulunmasından enteresandır. Bunlar belli başlı iki türlü iltisak ayırdetmişlerdir:

1 — Kısa ve ip şekilli iltisaklar,

2 — Her iki Plevra yapraklarının iltisakiyle füzyon şeklinde yapışıklıklar.

İlk grup iltisaklar intraplöral kapalı pnömolizis için kontrindikedir, zira bunlar içinde pumon parankimi, eviye bulunmasından traumatizma ve mühim hemorajilere sebep olurlar. Bunlar açık bridektomi için bilhassa indike bridlerdir.

Visceral ve parietal plevranın füzyonu ile müterafık bridlerde ise çok defa Torakoplastiyi tercih etmek münasip olduğu bildirilmektedir, zira böyle vak'alarda ameliyat trauması, sonraki hemorajiler, ve plöral iltisaklarıyla empyem gibi komplikasyonların çok defa zuhuru görülmüştür. Bunlarda bilâhare plöral kalınlaşmayı mucip olacağından ree reexpansiyonu mümkün olamayacaktır. Bu itibarla bidayette plâstik metodun tercihi daha uygundur demektedirler.

36 vak'alık istatistik neticeleri şöyledir:

10 vak'ada Emphyem (1 inde ameliyattan evvel de vardı)

9 » Serö bir epaınman oldu, 4 ü Emphyeme tahavvül etti.

11 » ehemiyetli Hemoraji (Emphyemlerin hemen hepsinde bidayette mebzul hemoraji olmuştur).

Bizler de buna benzer bir şema ile vak'alarımızın belli başlı klinik durumlarını zikrediyoruz. Çalışmalarımız 1950-1952 senelelerine aittir:

1950 de 11 vak'a

1951 » 5 »

1952 » 14 »

Cem'an 27 vak'adır.

Neticelerimiz şöyledir:

2 vak'a Emphyem (biri sonradan bronko-plöral neticesi emphyem ve ölüm, diğeri torakoplasti ile tashih ve tam kollaps).

Bir vak'a inoperabl (geniş ve yaygın adeziyonlar dolayısıyla hemen hemen kavum-plöra olmayışından sadece torakotomi eksploratris ile iktifa neticesi muvaffakiyetsizlik),

4 vak'ada kavite sebat ediyor (bir vak'ada geniş mediastinal bridin kesilememesinden),

20 vak'ada tam kollaps.

Vak'alarımızın birinde mebzul, diğerlerinde de yakın ve uzak ihtilât olarak az ve orta derecede epanşmanlar oldu.

Vak'alarımız teknik yönden iki grupta mütalâa edilebilir:

1. Plevra cevfi açılıp direkt olarak bridlerin seksiyonudur. Bu vak'aların hemen hepsinde ligatürler arasından kesmek prensipini güttük, fakat bazılarında bilhassa pek kısalarda bu mümkün olmadı, sadece paryetal kısma ligatür koyarak diyatermi ile kestik. Böylece bir çok müelliflerin bahsettiği büyük hemoraji komplikasyonunu önlemeğe çalıştık.

2. Bu grupta da *Crafoord*'ın tavsif ettiği ve plâstik metodu ileri sürdüğü geniş kalın ve füsyon halindeki iltisaklar mevcuttur ki bunlar da ekstra-plöral yoldan dekole edilerek endirekt bir dezersensiyonla giderilmeğe çalışılmıştır. Ve ekstra - plöral olarak tesis edilen poş bir müddet sıcak seromlu tamponlarla tanpone edildikten sonra plevra cevfi ile birleştirildiği için bu grupta da kanamaları az gördük. Metodik olarak her vak'ada poşlara (ya solüsyon veya toz halinde) streptomycin + Penicilline döktük. Böylece empiyem vak'alarına da az rastladık. Teknik tekâmül ve antibiyotiklerin mevcudiyeti muhakkak ki bu komplikasyonların önlenmesinde ön plânda âmil olmuştur.

Vak'alarımızın bir kısmının henüz nihaî neticeleri alınmamıştır. Bununla beraber üç senelik devreleri takip olunan hastalarımız vardır. Bu vesile ile ümitli bulunduğumuzu açıklamak istiyoruz.

Yaptığımız 27 vak'anın bize verdiği şu neticelere atfen:

1. *Jacobaeus* metodu ile kesilmesi mümkün olmıyan kısa ve içinde parankim olması melhuz iltisakların behemehal açık bridektomi ile tedavileri zarureti vardır.

2. Bu müdahalede alınacak teknik ve biyolojik tedbirlerle ihtilât nisbetinin hiç te korkulacak durum arzetmediği görülmüştür.

3. Daha yaygın ve yelken şeklindeki geniş iltisakların ise bizzarur ekstraplöral dekolman iştiraki ile bertaraf edilmesinin bir zirve plâstığı yapmaktan daha faydalı olacağı kanaatlerini edinmiş bulunduğumuzu arzederiz.

PREOPERATİF DEVRE AMELİYAT

Sıra No.	Protokol No.	Giriş Tarihi	Cinsi	Yaşı	Adı	Sağ ree	Sol ree	Balgam B.K.	Endoskopi tarihi	Enpansman	Tarih	Anestezi
1	1143	29/5/950	K.	24	H. A.	Kavernler Px.	İnefikas Px. Kavern				7/7/950	Lokal
2	1158	7/6/950	E.	27	S. E.		Px. Kavern	+			»	»
3	1159	8/6/950	K.	16	G. E.			+			14/8/950	»
4	1263	25/7/950	K.	34	G. E.	Px. Kavern		+			1/9/950	»
5	1346	4/9/950	K.	21	S. V.	»	»			var	8/9/950	»
6	1337	31/8/950	K.	21	H. D.		Px. Kavern	+			8/9/950	»
7	1308	17/8/950	E.	20	M. İ.	Px.		+			30/9/950	
8	1349	6/9/950	K.	26	M. G.	»	»	+			»	»
9	1341	10/9/950	K.	24	E. Y.	»	»	+			16/11/50	»
10	1399	2/10/950	E.	24	F. A.	»	»				12/12/50	»
11	1587	2/1/951	K.	35	T. G.		Px. Kavern	+		var	28/3/951	»
12	1693	7/3/951	E.	20	M. E.	Fibröz Tb.	»	+			24/4/951	»
13	1917	22/6/951	E.	31	R. K.	Px. Kavern		+			22/6/951	Kemital
14	2013	3/8/951	E.	27	M. Ö.	»	»	+		var	13/8/951	Lokal
15	1919	22/6/951	E.	20	Y. K.	»	»	+	8/12/951		8/12/51	»
16	2429	7/2/952	E.	19	M. P.	»	»	+			9/2/952	Kemital
17	2363	2/1/952	E.	38	A. A.	»	»			var	12/2/952	»
18	2369	4/1/952	E.	43	A. K.	»	»				8/3/952	N ₂ O
19	2190	23/10/951	E.	25	O. Ş.	»	»	+	2/1/952		25/3/952	Kemital
20	2560	31/3/952	K.	20	M. O.	»	»				1/4/952	»
21	2770	17/6/952	E.	22	T. T.	»	»		7/7/952		12/7/952	N ₂ O
22	2607	18/4/952	K.	30	B. K.	»	»		4/4/952		16/7/952	»
23	2832	21/7/952	E.	24	A. E.	»	»	+	23/7/952		5/8/952	», Kem.
24	3860	4/8/952	E.	22	İ. A.	»	»				7/8/952	», »
25	2868	6/8/952	E.	32	O. K.	»	»	+			16/10/52	», Kem.
26	2998	3/10/952	E.	23	K. K.	»	»	+			25/9/952	N ₂ O
27	2811	11/7/952	E.	20	A. D.	»	»	+			28/10/52	N ₂ O

POSTOPERATİF DEVRE

<i>Bridlerin şekli ve adedi</i>	<i>Bridlerin yeri</i>	<i>Ameliyat şekli</i>	<i>Yakın Komplikasyon</i>	<i>Uzak Komplikasyon</i>	<i>Kavernlerin Durumu</i>
2 ince ve geniş müteaddit	Apekte	Direkt intraplöral Pnömoliz		2 ay sonra Epanşman	Tam Kollaps
1 kalın geniş	Lateral	» »		1 ay s. Epanş.	» »
2 ince 2 kalın	Apekte	» »			» »
3 geniş kalın	Apeks, Lat.	» »			» »
1 »	Lateral	» »	Epanşman		» »
geniş müteaddit	Apekte	» »	»	Fistül Bronş.	Vefat
1 geniş	Lateral	» »			Tam Kollaps
2 kalın	Apekte	» »			» »
geniş yaygın	Yaygın	Torakotomi ekspl.			İnoperabl
3 ince	Apekte	Direkt İnr. Pnömo.	»		Tam Kollaps
7 muhtelif	Yaygın	» »		Empyem	Tam Kollaps (Torakoplasti)
1 geniş	Apekte	» »			Tam Kollaps
5 »	»	» »		1 ay s. Epanş.	» »
1 ince 1 geniş	»	» »	»		İnefikas (Geniş Brid kesilemedi)
1 geniş	»	» »			Tam Kollaps
1 müteaddit geniş	»	» »			» »
Yaygın geniş	»	» »			» »
Geniş	Lateral	» »	»	Epanşman	Rest Kavern
1 Muhtelif	Apekte	» »	»		Tam Kollaps
Geniş, müteaddit	»	İndirekt	»		» »
» »	»	» »	»		» »
3 ince	Apeks, Lat	» »	»		» »
1 geniş	»	» »	»		» »
1 »	Lateral	Direkt İnr. Pnömo.	»		» »
1 geniş	Apekte	İndirekt	»		Rest Kavern
1 »	»	» »	»	çok	Tam Kollaps
1 »	»	Direkt İnr. »	»		Rest Kavern



BIBLIYOGRAFYA

A. Omodei Zorini - L. Biancalana. N. Di Paola. E. Ruggieri Terapia chirurgica della tubercolosi polmonare. S. Editrice universo. 1948.

SUMMARY

The Result Obtained in Open Intrapleural Pneumonolysis : The result obtained with open intrapleural pneumonolysis in 30 cases is demonstrated.

RÉSUMÉ

Les résultats obtenus par la pneumolyse intrapleurale : Les auteurs présentent les résultats obtenus dans les cas de caverne avec adhérence par la méthode de pneumolyse intrapleurale à ciel ouvert.

FİZYOMEKANİK ZAVİYEDEN EKSTRAPLÖRAL VE ENTRAPLÖRAL PNÖMOTORAKSIN TESİR MEKANİZMASI VE MUKAYESELERİ

Dr. MARKO BENBANASTE

Entraplöral pnömonun tedavisinin yanında, ekstraplöral pnömotorak metodunun tesir mekanizmasına ve tekniğine yapılabilen belli başlı tenkitler şöyle hulâsa edilebilir:

1. Entrapl. pnömonun kollapsı daha ihtiyatlı, tedricî ve müterakkidir ve ancak bir kaç hafta zarfında azamî bir ideal kollaps temin edilebilir.

Ekstrapl. pnömotoraks ise âni ve brutaldır ve tıpkı bir akciğer perforasyonuna bağlı spontan hipertansif bir pnömotoraks mekanizmasına benzer.

2. Ekstraplörâlde bazan çok vahim kanamaların husulünden başka yeni teessüs edince cavum'da her daim bir serohematik teşekkül etmekte olup bu transüdaya tüberküloz bir ampiyemi veya hut ta mikst tabiatlı ve tedavisi güç olan bir ampiyem teşekkülü her zaman mümkündür.

3. Entraplörâle nazaran ekstraplöral pnömonun idamesi daha nazik ve zordur ve muhtemel entrapnömotorasik veya paryetal süpüratif ihtilâtlarının tedavisi için hususî bir medikoşirürjikal itinaya lüzum vardır.

4. Ekstraplöral pnömolar umumiyetle hipertansiyonla idame ettirilmektedir. Bilhassa zirvenin küçük pnömolarında yapıldığı gibi +60 +70 hipertansiyonlarının doğurduğu mahzurlar malûmdur.

5. Ekstraplöral pnömolarla elde edilen kollaps hiç bir zaman total değildir ve çok defa gayrı kâfidir. Çünkü umumiyetle bunlar

posterolateral bir mevkide bulunmakta ve diğer apikal, ön ve med-yastinal taraflardan pumon dekolmanı yapılamamaktadır. Bu şekilde meydana çıkan paramedyastinal ve parahiler ölü mesafelerde kavite bakiyeleriyle sübaktif mihrakların sığınmasını müsait kılmaktadır. Aynı mahzur hemen daima perikardiyodiyagrafmatik nahiyede, kaidenin primer veya sökonder lezyonlu vak'alarda ve pumon kaidesinin diafragmadan total bir dekolmanının mümkün olmadığı hallerde de belirmektedir.

6. Zirvenin ekstraplöral pnömolarında erken iltisak temayülleri müşahede edildiğinden bu vak'alarda antisenfizer bir oleotoraksın tatbiki lüzumu hasıl olur. Diğer yandan bu yapılmadığı takdirde uzun zaman ve yüksek ipertansyonla pnömoyu idame ettirmek icap eder ki, bu da akciğerin reekspansyon kabiliyetini kaybettirir. Doğan fonksiyonel mahzurlardan başka, metodu bir torakoplasti gibi irreversibl bir hale kalbettirir.

Bütün bu sebeplerden dolayı ekstraplöral pnömotoraks metodu Anglosakson memleketlerinde rağbet görmemiştir. Bir kısım Anglosakson müellifleri ekstraplöral pnömotoraksı ancak mecbur kaldıkları zaman tatbik etmekte, diğer bir kısım ise torakoplastinin çöpleri diye vasıflandırmaktadır. (*Alexanderğ Churchill, Corryllor, Rogers, Dawson, Overholt, Graham, Berry, Lambert, Lealy, O'Brien, Elloser, Blaves, Betti, Roubin, Gebau, vesaire..*)

Halbuki Almanya'da, Fransa, İsviçre ve İtalyada pratik sonuçları bakımından münakaşalı fikirler çarpışmakla beraber, bu metod daha iyi bir anlamla karşılandı ve tatbik edildi. Anglo-sakson müelliflerinin bir çoğu tüberkülozun şirürjikal tedavisinin yegâne esaslı otonom metodu olarak torakoplastiyi zikretmektedirler. Başkaları ise irreversibl bir müdahale olan total veya subtotal torakoplastiyi yıkıcı, brutal ve antifizyolojik addederler ve organizmanın anatomik ve fonksiyonel strüktürüne riayeti esas tutarlar.

Halihazırdaki eforumuz, ekstraplöral'ı entraplöral pnömotoraksın tekniğine tesir mekanizmasının, fonksiyonel ve anatomik neticelerine yakınlaştırmak ve bilhassa bu metodun yayılmasına büyük bir engel teşkil eden süpüratif ihtilâtlarını asgariye indirmektedir. *E. Morelli, O. Zorini, Brunner, Lefoyer*, v.s. böyle bir fikre iştirak edenlerdendir.

1936 - 1938 senelerinde *Graf* ve *Schmidt*'in ilk şirürjikal deneyleri arasında ekstraplöral pnömotoraksın mucip olduğu şirürjikal tromatizma ve konsekanlarını bertaraf etmek ve entraplöral pnö-

motoraksa yakınlaştırmak maksadiyle yeni bir metod teklif edilmişti. *Rotta ve Romano*'nun teklifleri periplörik mesafeye iğne ile girmek ve tedricî bir tazyikle evvelâ fizyolojik serum zerketmek ve kâfi miktarda bir medikal ekstraplöral poş teessüs ettikten sonra bunu hava ile idame ettirmektir. Yine o sıralarda *Omodei Zorini*'nin kendi inisyatifi ile tatbik ettiği bu metod maalesef müsbet bir netice vermemiştir. Çünkü geniş, selektif ve daimî poşların teessüsü mümkün olmamıştır. Bu teknikle muvaffak olunsaydı entraplöral bir pnömoya benzer pumonun hakikî, tedricî ve müterakkî bir kollapsının temininden başka ameliyata bağlı mahzur ve postoperatuar ihtilâtlar da ortadan kalkmış olurdu. Halihazırda *Graf* ve *Schmidt*'in tarif ettikleri teknik uygun görülmektedir. Bilâhare yapılan modifikasyonları bu metodun yine aynı teknik esasına dayanmaktadır. Fitizyoşirürjiyenin sevküidaresi entraplöralde olduğu gibi ekstraplöral pnömotoraks tatbikinde de fizyomekanik zaviyeden benzer esaslara dayanmalıdır. Bununla şunu demek istiyoruz ki lezyon lobun bir kısmını veya daha fazlasını ilgilendirdiğine göre lobar selektif subtotal veya total bir kollaps temin edilmelidir. Nitekim entraplöral pnömonun muahhar neticeleri bakımından fitizyologların ittifak ettikleri nokta da aynıdır. Bunların elde ettikleri daimî iyi neticeler pumon kollapsının total olduğu ve her istikametten iltisaktan kurtarılan vak'alarlardır. Bu imkân erken irtişaha uğramış nahiyelerin selektif potansiyel atelektazisi sayesinde, muhtelif lobların kinetik müstakiliyetine ve icabında entraplöral pnömoliz vasıtasıyla olmaktadır.

Entraplöral pnömotoraksta vaziyet başkadır. Evvelâ burada pumon sade viseral plevra ile değil bir nevi rijidite husule getiren iki plevra tabakasını füzyon ve periplörik nesicle örtülüdür ve bilhassa senfizal plöral proçes küçük sisüre de intikal ettiğinden, loblar arasındaki kinetik müstakiliyet ortadan kalkmıştır. Ayrıca medyastinal ve diafragmatik bölgelerin müşkülâtı da mevcuttur. Vak'alar iyi intihap edilirse, teknik de yerinde olursa bu müşkülâtların bir kısmını önlemek mümkündür. Bu sebeple mümkün olduğu kadar erken müdahale etmek yerinde bir tedbir olur.

İyi teşekkül etmiş kavernli vak'aların %95 inin spontan bir şekilde iyileşmediğini bildiğimiz halde hastayı altı ay bir veya bir kaç sene boşuna konservatif bir tedavi altına almak neye yarar? Erken teşekkül etmiş kavern ve ftizyojen mihrakların yalnız detansif bir pnömotoraksla kolaylıkla bastırılabilirdiği, halbuki büyük,

statik eski kavernlerin kollapsa taannüt ettiği ve ekstraplöröl pnömotoraks için fena bir endikasyon teşkil ettiği malümdür. Dolayısıyla yeni vak'alara müdahale etmek teknik bakımından ve pnömo-yu idame ettirmek hususunda büyük avantajlar sağlar. Çünkü başlangıçta periplörök senfizler umumiyetle daha gevşektir ve plevra vüreykaları kalın değildir. Bu yönden daha kolay ve tam bir dekolman yapılabilir, tesis edilen pnömotoraks senfizasyona bir temayül göstermez ve bazan müteakip hava zerklerinde poşların genişlediği müşahede edilir (*E. Morelli, G. Zorzoli, Di Paola*). Bundan başka *Omodei Zorini, Le Foyer* ve *Delbecq'*in ispat ettikleri gibi pnömonun idamesinde zararlı olan uzun süreli +30 +60 yüksek hipertansiyonları önler ve +10 +20 arasında daha mutedil tazyiklerde devamını sağlar. Statik kavernli kronik ftizi vak'alarına müdahale edildiği takdirde bunlar kaideten kapanmazlar, daha fazla deforme olurlar ve medyastene sığınarak bunu mukabil tarafa deplase ettirir. Fakat bu kronik vak'alardaki mahzurları gerek ekstraplöröl pnömotoraksta gerekse torakoplaside de mevcuttur. Şu halde bir ekstraplöröl pnömodan tıpkı bir entraplöröldeki mekanizma ile netice alabilmek için vak'aların nisbeten yeni olarak seçilmesi şarttır. Fakat unutmamalıdır ki, pnömotoraks tedavisinin idealini temsil eden selektif lobar kollapsın temininde iyi bir teknik elzemdir. Bunun müşkül tarafı sisüral veya plörofrenik senfizlerdir. İşte bunun içindir ki *Schmidt* ve mesai arkadaşları ve bütün şirürjiyenler bu konu ile ilgilenmişler ve patolojik proçesin yalnız üst lobu leze ettiği takdirde, bunun bütün çevre ve muhiti boyunca (tabii sisüral kısım hariç) dekolle etmekte, en başka sisüral hududunun biraz altına kadar dekolmanının uzatılmasını öne sürmüşlerdir ve yalnız bu takdirdedir ki poşun muhtemel bir küçülmesini ve kavite bakiyelerinin sığınabileceği ileomedyastinik ölü zaviyelerin teşekkülünden doğan mahzurlar asgariye indirilebilir. Bazal veya sübtötotal ekstr. plöröl bir pnömotoraksta da daha alt yani perikardiyodiyaf-ragmatik nahiyede aynı mahzur mevzubahis olduğundan *Omodei Zorini* bu gibi vak'alarda bir frenikoekserezisin teşrikini de lüzumlu görür.

Şimdi teknik bakımından ekstraplöröl pnömotoraksların en sık görülen şekillerinin ve bu şekillerden çıkarılabilecek klinik sonuçları tahlil edelim.

Belli başlı üç nevi ekstr. pnömotoraks zikredilmektedir.

Birincisi, zirve ve zirve altı sahalarını ilgilendiren ve VI ncı

kostanın arka ve alt kenarına kadar dahil lezyonlar için tatbik edilen üst lobar selektif pnömotoraktır. Şekli umumiyetle beyzî veya elisoidal'dır, büyük mihveri yukarıdan ve içten aşağı ve dışa doğru ve obliktir. Ön ve arka olmak üzere iki kenar arzeder. Arka kenar ön kenara nazaran medyastinumda daha yakındır. Teknik doğru olduğu zaman apeks hemen hemen hilüsa kadar tamamen iner ve lob hilüsa sığınmış olur, küçük bir moignon şeklini alır. Teknik doğru olmazsa, medyastinal dekolman natamam olur, apeks kubbede yapışık kalır ve ekstraplöröl poş, toraksın dış nahiyesinde bir yumurta manzarasını gösterir ve kavernler üst medyastinal cidarla, küçük sisürler ve pnömotoraksın medyal cidar hudutları içinde ankiste kalırlar.

İkinci nevi pnömotoraks, pumonun alt lezyonu ve kavernleri için yapılan ve bir çam şeklini alan selektif bazal pnömotoraktır. Lezyonun laterokostal iltisaklardan tamamen kurtarılmasını hedef tutan bu nevi pnömoda, plörodiyafragmatik nahiyenin dekolmanı imkânsızlığından dolayı, erkenden ve sistematik bir şekilde bir frenikoekserez veya bir frenik ekrazmanile teşriki lüzumlu görülür veya icabında bir pnömoperituanla takviyesi uygundur.

Diğer bir üçüncü nevi, pumonun üst kısmını aşan ve orta veya alt bölgeleri ilgilendiren lezyonları veya parahiler kavernlerde tatbik edilen total veya sübttotal ekstraplöröl pnömotoraktır.

Fakat maalesef her zaman entraplöröl pnömotoraksın fizyomekanik şeraitine erişilememektedir. Entraplöröl ensüflasyon, pumon kaidesini de büzüştürmekte ve diafragma üstünde teşekkül eden gaz yastığı respiratuar traumayı tampona etmektedir. Bunun için fuayelerin aktivite halinde yaşamalarını önlemek gayesiyle sübttotal bir ekstr. pl. pnömotoraks yaparken bunun prevantif veya müteakip bir frenikoekserezle teşriki lüzumlu görülmektedir.

Anatomoistopatolojik müşahedelere istinaden *Pana* ve *Maggio* nekrospik ve radyolojik levhalar arasında bir rabitasızlık kaydetmişlerdir. Alelâde radyogramda iyi teressüm eden bazı iyi pnömotoraks poşları, otopside önde total senfize bir halde ve yalnız posterolateral küçük poşlar şeklinde görülmüştür. Bunun için kollapsın faydalı olması bakımından dekolmanın önde kartilajinö kosta ile kemikli kosta hizasına veya yakınına kadar uzatılması gerekmektedir. Bu yapılmadığı takdirde çam şeklinde pnömotoraksların geniş radyolojik fizyonomisine rağmen içinde bulunan lezyonların

anatomikman büzüldüğüne hükmetmek mümkün olmamaktadır. Ekst. plöral poşu tesis ederken, pumonu dikkatle her istikametten ve bütün muhiti temaslardan kurtarmalı ve mümkün olduğu kadar entraplöral ile elde edilen bir kollapsa benzetmiye çalışmalıdır. Yeni hematojen ve eksüdatif şekillerde bu mümkündür. Fakat fibrozis hâkim olduğu yaygın kronik şekillerde bu imkân mevcut değildir.

Bir de ekstr. pnömoların presyonları hakkında halihazırdaki kanaatten bahsedelim. Üst ve alt kısmı pnömotorakslarda hipertansif ensüflasyonlar tavsiye edilmekle beraber aşırı bir hiperpresyondan sarfınazar etmelidir (*Omodei Zorini*). Hastalar hiperpresyonlara iyi tahammül edememektedirler. Bundan başka paryetal hernilere ve epanşmanlara sebebiyet verilmektedir. Bu kanaat İtalyada *Abruzzini* ve *Biancalana*'nın yaptıkları geniş etüdlerden neşet etmektedir. *Abruzzini*'ye göre fazla hiperpresyonlu bir pnömotorakstaki hava bir cismi ecnebi gibi hareket etmekte ve pumon onu defetmeğe çalışır. Böyle vak'alara bir oleotoraks veya süstitütif bir torakoplasti daha uygun buluyorlar. Komplikasyonsuz seyirli, az epanşmanlı ve senfiz alâmetleri göstermiyen geniş poşlu sübtotale veya total pnömotoraksların kısmı âzamisinde takip edilecek presyon rejimi mümkün olduğu kadar entr. pnömotoraks presyonlarına benzemelidir. İlk ensüflasyonlar umumiyetle 4 - 5 kimide 10 gün sonra yapar. Fakat esas söz skopinindir. 3 - 6 ay müddetle efikas bir kollaps temin edinceye kadar orta derecede pozitif presyonlar tavsiye edilir. Bilâhare bunları atmosferik sıfıra doğru indirmeye çalışılır ve böylece 2 - 3 sene devam edilir. Nihayet pumon reksansyon devresine yaklaşınca negatif tazyiklere geçilir. *Le Foyer* ve *Delbecq* terkedilmiş 20 ekstraplöral vak'aya istinaden bu tezi ortaya atılmış ve müdafaa edilmektedir. Verilecek hava miktarı çok olmamalıdır. Kesretine gelince bidayetinde daha sık bilâhare vak'alara göre ve elde etmek istenilen neticeye göre daha aralıklı olmalıdır.

Klinik ve anatomopatolojik deneylere istinaden ekstraplöral pnömotoraksla ideal bir kollapsın temini şu şartlara bağlıdır: Zirve ve terkova sahasını aşan ve pumonun orta kısmını ilgilendiren tüberküloz proçeslerinde total bir pnömotoraks poşu husule getirilmelidir. Üst veya alt loblara münhasır lezyonlarda selektif lobar bir pnömotoraks kâfidir. İki taraflı evolütif bir durum karşısında, bunlardan birine müdahale edildiği takdirde yine selektif lobar kısmı bir pnömoya başvurulmalıdır (*Omodei Zorini*). Dikkatli bir he-

mostazla prevantif lokal ve genel yoldan yapılan biyolojik tedavi ile komplikasyonlar gitgide azalmaktadır.

Neticede denilebilir ki ekstraplöralin tesir mekanizmasını ve klinik neticelerini tıpkı *Forlanini*'nin pnömosuna benzetebilmek için vak'aları iyi intihap etmeli, teknik terakkiyatına uymalı ve ensüflasyonların idame tarzını zikredildiği gibi ayarlamalıdır.

S U M M A R Y

The Mechanism of the Effect of Extrapleural Pneumothorax from the Point of View of its physiomechanics and the Comparison with Intrapleural Pneumothorax: After a brief comparison is made between intra and extrapleural pneumothoraxes particularly from the point of view of the importance of regulation the pressures as a cause of many complications, the opinions of various authors on the subject is emphasized. In refills of extrapleural spaces the best method is to maintain the space without too much high pressure.

R É S U M É

Les mécanismes d'action et les comparaisons des pneumothorax extrapleuraux: Après avoir discuté les complications survenant au cours de l'établissement du pneumothorax extrapleurale, surtout au moment de l'insufflation de réglage de la compression, l'auteur énonce le points de vue des auteurs anglo-saxons et européens. Il pense que le pneumothorax extrapleurale idéal est celui obtenu en évitant les très fortes pressions d'insufflation.

T. C.

Millî Eğitim Vekilliği

Valdebağ Preventorium - Sanatoriumu

Müdir ve Baştabibi

Dr. Zeki Köseoğlu

AKCİĞER VEREMİNDE PNÖMO TEDAVİSİNİN KESİLMESİ

Dr. MUZAFFER DİLEMRE

Forlanini'nin yarım asır evvel Fitiziyoloğa hediye ettiği Pnömo tedavisi, bu eski ve sadık silâh, o zamandanberi gerek cerrahî ve gerek kimyevî tedavi sahasında elde edilen büyük terakkilere rağmen, mevkiini muhafazaya devam ediyor. Malûmdur ki antibiyotik ilâçlar hekimi kollapsoterapik tedavilere müracaattan müstağni bırakmadığı gibi, cerrahî kollapsoterapi metodlarına da, müdahalenin ciddi âkıbetleri gözönüne alınarak, ancak pnömonun muvaffakiyet vermediği hallerde müracaat düşünölmektedir. şu halde bu kahraman tedavi usulü elân şahane tahtında hükmünü yürütmektedir.

Endikasyonu, devamı ve terkedilmesi ayrı ayrı geniş fasıllar teşkil eden bu tedavi usulünün bilhassa bırakma zamanının tayininde gerek garp müellifleri ve gerek memleketimizde bu tedavi usulünü tatbik eden mütehasıslar, hâlâ anlaşmış olmaktan uzaktırlar. Zira usulün icadı yarım asrı geçmiş olmakla beraber, taammümü ancak birinci umumî harbi müteakip olmuş ve o zamandanberi geçen 30 küsur yıllık bir müddet de tedavinin bırakılmasından mütevellit uzak inzarlar hakkında kanaat verici kâfi dokümanların toplanmasına yetmemiştir. Pnömo tedavisinin fitiziyoloji sahasına getirildiği ilk devrelerde, Pnömooya başlamak hususunda septik düşünöen müellifler, usulün tehlikeleri ve uzak inzarı hakkında münakaşa ediyorlardı; bugün ise bırakılması mevzuunda yine aynı meseleler, yani bırakılmasının tehlikeli ve uzak inzarı tedkik ediliyor. Görölüyor ki mesele dönmüş dolaşmış yine aynı noktada birleşmiştir. Bu sebeple mevzuu, memleketimizde ilk defa toplanmak-

ta olan Tüberküloz Kongresine bir konu olarak getirmenin faydalı olacağını düşünüyörüz.

Akciğer veremini tedavi için tesis edilmiş bir Pnömonun terki üzerinde, eskidenberi çok durulmuş ve hakkında uzun uzadıya yazılar yazılmış, fikir yürütölmüş bir meseledir. Pnömonun terki endikasyonu, pnömoya başlama endikasyonu kadar ve hattâ ondan da daha ehemmiyetlidir.

Tam kollaps yapmış ve müessir olmuş bir pnömonun ne vakit terkedileceği, müessir olmıyan pnömo ile kısmî pnömoların veya buna benzer vak'alarda tesis edilen pnömoların devamı meseleleri ayrı ayrı tetkik edilmesi icabeden hâdiselerdir.

Pnömotoraks tedavisi tatbik edilmiş ve tam kollaps temin eden pnömo vak'alarının hepsinde terk endikasyonu ile meşgul olmağa vakit kalmaz. Zira: Bunların bir kısmında henüz biz, bırakmayı düşünmeden, muhtelif hâdiseler dolayısıyla terketmeğe mecbur kalınır. Sonradan teşekkül eden insibab neticesinde iltisaklar husulü ve binnetice büyük müsbet tazyiklerle hava vermeğe mecbur oluş bize tedaviyi bıraktırır. Bunun gibi hava poşunun pek küçük kalması veya tamamen kaybolması da vaktinden evvel pnömo tatbikinin terkini intaç eder. Plevra şokları ve eklampsi hâdiseleri de pnömoyu terke mecbur edebilir. Maamafih bütün bu hâdiselerin pnömo vak'alarının ancak (% 30 - 40) ını teşkil ettiği hesaplanmıştır. (*Véron, Bocq, de Week*). Şu halde vak'alarımızın ekserisinde pnömoya, terke karar vereceğimiz zamana kadar devam etmek mümkün olacaktır.

İşte mevzuumuzu, bu vak'alarda pnömoyu terke ne zaman karar vermeli ve bu kararı verirken neleri gözönünde tutmalı, bu karar şayet verilirse nasıl tatbik edilmeli meselesidir.

Gerek müessesemizde ve gerek hariçte, bazı kere vakitsiz terkedilmiş pnömolara ve bundan mütevellit ârızalara rastlamaktayız. Bu yüzden meydana gelen yeni bir hecme karşısında, çok kere, pnömoyu yeniden tesise teşebbüs edince senfizle karşılaşıyor ve muvaffakiyetsizliğe uğruyoruz. Binaenaleyh, pnömonun terki endikasyonlarının itina ile tetkik edilmesi ve tüberküloz tedavi eden hekimin, yolunu bu tetkiklere uydurması katiyetle lâzımdır.

Acaba bir pnömoyu, vazifesini yapıp bitirdikten sonra terketmeli mi; yoksa devam mı etmeli? Bu suale cevap verebilmek için pnömo vasıtasıyla iyi olan hasta da, elde edilen neticenin sathı mi olduğu yoksa derindeki âfetin tamamen şifayâb mı olduğunu anlamak icabeder. Bundan başka hastanın pnömoya devam ile maruz

kalabileceği tehlikenin, pnömo terkedilirse maruz bulunacağı tehlike ile ölçülmesi lâzımdır.

(Fena pnömolar) hususunda karar vermek nisbeten kolaydır. Evvelce, iltisaklar sebebiyle tam netice vermeyen pnömoları, zamanla müessir olunabileceği düşüncesiyle ve tazyik edilmiş sağlam kısımlara hastalığın intişarına mâni olunması gayesiyle devam edilmek tavsiye olunurdu. Halbuki bugün mesele tavazzuh etmiştir. Evvelâ: Böyle müessir olmıyan pnömo vak'alarına tatbik edilmek üzere elimizde diğer cerrahî kollapsoterapi usulleri vardır; bundan başka: vak'a pnömolu ciğerde hastalığın, bu ciğerin sağlam kısımlarına intişarına mâni olunabilirse de — ki bu da her zaman için doğru değildir — mukabil tarafa intişarı üzerine bilâkis hazırlayıcı bir tesir yaptığı görülmüştür. Netice olarak şunu da söylemek lâzımdır ki bu gibi fena pnömoların, uzak inzarı daima fena görülmüştür.

Binaenaleyh: Bu vak'alarda pnömoya başlarken tereddüt etmemeli, fakat üç ay zarfında britlerin ileride kesilebilmesi imkânı görülmezse, geniş semfizler varsa, velhasıl istifade ihtimali görülüyorsa, böyle müessir olmıyan pnömoları fazla süründürmeden kesmek müreccahtır.

Bazı müellifler bu gibi pnömoları, kesmektense frenisektomi ile teşrik ederek devam etmeyi tercih ediyorlar, fakat bu gibi vakalar mahduttur, ancak diyafragma geniş iltisakları sebebiyle müessir olmıyan pnömoları böyle bir iştirakten netice beklenebilir.

Altı ay zarfında müessir olamamış pnömoların uzak âkibetleri hakkında (312) vak'a üzerinde bir istatistik neşreden *F. Fané* ve *René Jeannest* [1] vak'alarının (%46) sında pnömonun müessir olmadığını bildirmektedirler. Bu tesirsiz kalışın sebebi, vak'aların (%95,8) inde semfiz, brid ve iltisaklardır. Muvaffakiyetsizlik görülen bu 144 vak'anın 60 tanesinde müessir olmayışa rağmen pnömo tedavisine devam edilmiş, sonradan bunların ancak 16 tanesi müessir olabilmıştır. Binaenaleyh müellifler «6 ay zarfında müessir olamıyan pnömoların terkedilmesi icabedeceği» hakkındaki klâsik fikri teyid etmektedirler.

(Fena pnömo) vak'alarından sonra (kısmen müessir pnömo) ların tetkiki lâzımdır. Bunlar elektif olmıyan, kısmî veyahut ta çok parçalı pnömolarıdır. Bu vak'alarda klinik salâh görülürse de, âfet âkışmış olmakla beraber, röntgen filmi üzerinde görülmesi her za-

[1] Revue de la Tuberculose 1937. Nr. 6.

man mümkündür. Bunlarda devam veya terk endikasyonu naziktir. *Dumarest* ve *Brette*, *R. C. Matson*, *R. W. Matson*, *Saugman* ve *Saillé*, zamanla bu çeşit vak'aların (%10 - 13) ünde devamlı salâhlar görülebileceği fikrindedirler. *Veran* ise bildirdiği istatistikte bu iyi neticeleri (%20 - 28) e kadar yükseltiyor. Maamafih bu hastalarda, hastalığın yeniden faaliyete geçmesi veya mukabil ciğere intişarı tehlikesine maruzdurlar. Bu sebeple *Henri Mollard* ve *Marc Duret*, bu gibi gayri tam neticelenen pnömoların da bir yıl zarfında memnuniyetbahş netice vermezse terki ve diğer cerrahî kollaps usullerine müracaatı tavsiye etmektedirler. Bu müelliflere göre «Pnömoaya başlamak için neticeden ümitli olmıya lüzum yoktur, fakat devam etmek için usulün muvaffak olması şarttır.» [2].

Bu hususta *Paul Savy* de aynı fikri bildirmekte ve bir yılın sonunda ancak hafif ve gayri tam netice veren pnömoların terki icap ettiğini bildirmektedir [3].

Esasen bu gibi kısmî müessir pnömolarında her ponksiyon esnasında iğnenin rieve veya iltisakların içerisine girmesi ihtimali de daima varittir. Velhasıl bu pnömolarında da uzak inzar, bütün zavahire rağmen pnömoaya devamın aleyhinde görülmektedir.

Ve nihayet tam olarak müessir olan pnömoların terki meselesini ele alalım: Bu vak'alarda pnömonun ne zaman bırakılması muvafık olacağına karar vermek en müşkül meseledir. Nazarî olarak karar pek basittir: Tüberküloz âfeti tamamen iyi oluncaya kadar pnömoaya devam etmek lâzımdır. Tüberküloz tamamen şifa bulduktan sonra ise pnömoaya devam gayri muvafık ve hiç değilse faydasız bir hale gelir. Fakat tüberkülozun tamamen şifa bulduğunu gösteren kriteriyumlar nelerdir?

İdeal pnömoların altındaki riede tüberküloz âfeti ne kadar zamanda şifa bulur? Daha doğrusu şifa bulur mu? Bu mesele de müellifler arasında münakaşaları mucip olmuştur. Maamafih sun'î pnömo tedavisi tatbik edilirken başka sebeplerle ölmüş hastaların otopsilerinde kollabe riede pnömonik âfetlerin rezolüsiyona uğradıkları ve böylece restitutio ad integrum ile şifa buldukları görüldüğü gibi röntgende de sönmüş âfetleri işaret eden lekelere ve fibrotoraksı gösteren karanlık gölgelere rastlanması şifanın mümkün olduğuna delâlet eder.

[2] Encyclopedie Médico - chir: Poumon.

[3] *Paul Savy*: Therapeutique clinique.

Şu halde bu şifa müddeti nedir? *Giraud*, bu hususta asgarî iki yılı kabul eder ve 5 yıldan sonra devam edilen pnömonun da zararlı olacağına işaret eder^[4]. *Leon Bernard*, *Rist* ve *Burnand* ise bu müddeti 4 - 8 yıl arasında uzatmakta, *Roubier* ve talebesi *Vorms* ise böyle bir müddetin tayin edilemeyeceği ve her vak'a için ayrı bir zaman mevcut, binaenaleyh bu müddetin gayri muayyen olduğu kanaatindedirler. *Rist* bu hususta şöyle diyor: «Elde edilmesi lâzım olan, anatomik şifadır, ki bunun için uzun bir zamanın geçmesi icabeder, prensip olarak hava vermeğe 3 yıldan az olmiyan bir müddet devam edilmelidir. Ekseriya bu müddet 4 - 5 yıl ve hat-tâ daha fazla uzatılmalıdır, bu müddeti çok uzun bulanlar vardır. Biz bunlara: evet müddet çok uzundur, veremden ölmek için daha az bir zaman kâfidir, diye cevap vermeyi âdet edinmişizdir» diyor^[5].

M. Piery ve *B. Le Bourdelles*^[6] ise «Asgarî emniyet müddeti» olarak lâakal 5 - 6 yılı kabul ediyor ve karar vermek için hastanın sıhhati kâmilede olmasını, bir yıldan fazla bir zamandanberi balgamında basil bulunmamasını ve kobay telkisinin menfi netice vermiş bulunmasını esas olarak bildiriyorlar; bu hususta sedimantasyon ölçüsünden başka bazal metabolizmanın da normale indiğinin teyidi icap ettiğini ilâve etmektedirler.

Adolphe Bernard^[7], pnömo tedavisine devam müddetinin, alınan neticeler üzerindeki tesiri hakkında şöyle bir istatistik vermektedir:

6 ay - 1 yıl devam edilenlerde şifa	%25,	salâh	%30,	vefat	%45
1 yıl - 2 » » » »	%32	»	%33	»	%35
2 yıl - 3 » » » »	%50	»	%5	»	%20
3 yıl - 4 » » » »	%80	»	%10	»	%10
4 yıl - 8 » » » »	%84	»	%14	»	%2

Bu rakamlara ve devam müddetinin hastalığın yeniliği ve eskiliği, âfetin intişarı ve seriri şekilleri ile alâkalı olduğunu ilâve ederek optimal müddeti 2 - 3 yıl olarak kabul etmektedir.

Leon Kindberg ve *Pruvost*'nun kanaatlerine göre pnömo tedavisinde müddet asgarî 4, âzamî ise 8 yıl olacaktır.

[4] *Giraud*: *Precis de Phitisiologie*.

[5] *Rist*: *Therapeutique Médical* tome 4.

[6] *La Pratique de collapsotherapie en phitisiologie*.

[7] *Le Pneumothorax therapie ambulatoire*.

Bir zaman, bazı müellifler ve bu arada *Piery, Colbert, Vaucher, Sarno, Vernus* ve diğerleri, pnömonun devamı için zaman hududu olmayacağı fikrinde idiler. Bunların düşüncesine göre:

a) Pnömonun ciğer tüberkülozunu tedavi ettiği bir hakikat olmakla beraber, elimizde bu şifayı tesbit edecek kat'î test yoktur. Uzun yıllar kollabe kalan ciğer parankimasında dahi, henüz faal âfetlerin devamı görülmüş ve hattâ bu mevcut kollapse rağmen bazı kere yeni âfetler uyanabilmiştir. Binaenaleyh: serirî bakımdan da en iyi şartlarda bile, pnömonun terki hususunda katiyetsizlik devam etmektedir.

b) Eski bir pnömonun devamının ortaya çıkaracağı tehlikeler daha az ehemmiyetlidir. Bu tehlikelerden septik ve kıyhî plöreziler çok kere pnömo tedavisinin ilk yıllarında görülür, daha sonra görülmeleri ise nadirdir. Tüberküloz plörezilerine gelince: Bunlar esasen tüberküloz intanının henüz sönmediğine delâlet eder ve zaten sonunda umumiyetle iltisak yaparak neticelenirler.

c) Pnömonun terkedilmesi, bilâkis, devam edilmesinden daha tehlikelidir. Nüküs meselesini bir yana bırakalım; çok kereler pnömonun bırakılması sırasında plevra, mediasten ve ciğer ârızaları görülmektedir. Tahriş plörezileri, *Burnand'*ın a vacuo (boşluk) insibabları, *Jacob, Rist* ve *Veran'*ın kaydettikleri ve kaybolan havanın yerine geçen ikame insibabları bu aradadır. Uzun zamandan beri devam edilmiş olan bir pnömo, göğüste daralmalar yapmış, kalp, munassıf ve trakeada yer değişikliklerini mucip olmuştur, ciğer kendi haline bırakılınca bu değişmeler sebebiyle ağrılar, sıkıntılar ve nefes darlıkları husule gelebilir. Hattâ büyük kanamaları mucip olabilir.

Bir aralık aynı tezi müdafaa eden *Dumarest* ve *Brette* fikirlerini şöyle müdafaa ediyorlardı: «Bir pnömoya ilânihaye neden devam edilemesin? Eğer tam bir pnömektomi yaparak intanlı tüberküloz mihraklarını cezrî surette ortadan kaldırabilseydik (%50), muvaffakiyet pahasına da olsa, bunu yapmakta tereddüt eder miydik? Uzun hacmına nisbetle daha az ehemmiyetli âfetlerde bile, cerrahlar nefrektomi yapmakta tereddüt ediyorlar mı? Biz ise ciğeri çıkarmıyoruz, ancak pnömo vasıtasıyla, kabul caiz ise, bu uzun âfetini tadil ediyoruz. Binaenaleyh ciğer moignon'unun içerisindeki âfetlerin şifasından tamamen emin olmadıkça ve bu tedavi tamamen ârızasız seyretmiş ise, kolaylıkla devam edilebiliyorsa, bu

şeraitte böyle bir pnömonun terkedilmesinin münakaşasına dahi lüzum yoktur; zira hastanın pnömolu hali gözümlüğün önündedir, halbuki pnömo bırakılınca neler olacağını kat'î olarak bilemeyiz; kaldı ki: uzun zamandır devam etmekte olan bir pnömonun durumu, sakin bir safhadır; uzviyet bunu anatomik yapısının tabii bir durumu gibi kabul etmiş görünmektedir.»^[8].

Velhasıl bu tezin sahiplerine göre; Pnömoya, devam edilebildiği müddetçe devam edilmelidir. Bitirilmesinin tanzimi ise doğrudan doğruya tabiate bırakılmalıdır.

Hiç şüphesiz bu tez mübalâğalıdır. Nitekim zamanla, pnömolu ciğerdeki lezyonların vaziyetinin tetkikinde elde edilen terakkilere dayanamamıştır. Bugün fennin gidış istikameti hâdiseleri tabiate terketmek değil, bilâkis tabiat hâdiselerini ölçerek tanzim etmektedir.

Bununla beraber bazı hiç bir zaman bırakılamıyan pnömoların mevcudiyeti de inkâr edilemez: Mecburî, pnömo, imperatif pnömo gibi isimler verilen bu vak'alarda her terk teşebbüsünde kanama, nefes darlığı, kalp zaafı veya plevra insibabları gibi ârizalar görülmesiyle tekrar hava vermeğe teşebbüs edilir. Fakat bu gibi nadir vak'alar hem mevzuun haricindedir, hem de böyle bazı bazı görülen vaziyetlere göre umumî kaideler kurulamaz.

Netice olarak şunu anlıyoruz ki: Bütün bu münakaşaların sebebi kesin kaideler kurmak arzusudur. Halbuki bir çok meselelerde olduğu gibi pnömonun terki meselesinde de kat'î hükümlerle bütün vak'alara şamil umumî kaideler kurmağa teşebbüs etmek hatâdır. Öyle vak'alar vardır ki: En iyi pnömo, en kısa süren pnömodur (kâfi müddet devam etmiş olmak şartıyla), buna mukabil gene öyle vak'alar vardır ki, *Potain*'in dediği gibi: «Pnömotoraks, tedavi edilmemesi icabeden bir hastalık» olarak telâkki edilmelidir.

Meseleyi hulâsa edersek: Pnömo tedavisi ile akciğer tüberkülozu şifa bulur ve bu şifa için geçmesi icabeden asgarî müddet 3 yıldır. Burada şunu da ilâve etmek lâzımdır ki; bir tüberküloz vakasında pnömo tedavisine ne kadar erken başlanırsa o kadar erken terketmek şansı vardır. Onun için «erken başlanan pnömo erken bırakılır» demek de bir dereceye kadar doğru olur. Bu şifa teessüs ettikten sonra, esasen gayri tabii ve sun'î olan böyle bir vaziyetin tashihi icabeder, yani pnömo terkedilir. Ancak şifa testlerinin iyi-

[8] *Henri Mollard ve Marc Dure*, 1938. *Encycl. Med. Chi.*

ce kontrol edilmesi mantıkî olur. Bu tetkiklerin yapılabilmesi için de pnömosunun terki düşünölen hastanın Sanatorium veya Preventorium gibi bir müesseseye yatırılması lâzımdır ve hattâ Giraud'un fikrince «Pnömayı, mümkünse başlayan hekim terketmelidir. Bu müessesede sırasıyla şu tetkikler yapılmalıdır:

1. Pnömonun terk müddeti altı ay sürecek ve bu müddet zarfında azar azar açılan ciğer ile plevra arasında hafif bir hava tabakasının devamı temin edilerek, rienin muhtelif fasılalarla radyografisi ve bilhassa tomoğrafisi tetkik edilecektir.

2. Balgam varsa basit, homojenizasyon muayeneleri yapıldıktan başka kobay inokülasyonu ve Loevenstein kültürü yapılacak, şayet balgam yoksa tübaj ile alınan maddeden aynı muayenelerin yapılması ihtiyatkâr bir tedbir olacaktır.

3. Sedimentasyon ve kan formülü mükerrer olarak kontrol edildikten başka, hafif yürüyüş ve meşguliyetlerle hastanın dakik hararet kontrolleri yapıp rie açılınca yeni bir faaliyetin başlayıp başlamadığı araştırılmalıdır.

Bütün bu tetkiklerin neticesi müsbet çıktıktan sonradır ki artık pnömo kesilebilir.

Bu ilmî görüşler gözden geçirildikten sonra bir mesele daha kalır ki bu da bizzat hastanın moralidir. Bütün tetkikleri yapıp pnömonun devam müddetini kâfi bulduğumuz ve artık bırakılması neticesine vardığımız bazı vak'alarda, hastalar fikrimizi katiyetle reddederek tedaviye devamda ısrar ettiler ve hattâ gizlice başka yerlerden pnömalarını almakta devam ettiler. Bu gibi hastaların tedaviye devamda sebat etmelerine gösterdikleri sebep şudur: «Tüberkülozun ne kadar tehlikeli bir hastalık olduğunu biz bizzat nefsimizde gördük. Bu tedaviye başlamadan evvelki halimizi ve geçirdiğimiz tehlikeleri unutmamak. Tedavimizi bırakarak aynı vaziyetlere yeniden maruz kalmaktansa 15 - 20 günde bir veyahut ayda bir kere biraz hava almanın zahmetine katlanmayı tercih ederiz, göğsümüzde bu hava mevcut oldukça kendimizi sigortalı hissediyoruz» diyorlar. Bu muhakeme, çok enteresan ve üzerinde durulması icap eden bir meseledir. Hastaların ruhî durumlarının, hastalıklarının seyri üzerinde ne derece mühim bir yeri olduğu düşünölmünce, pnömayı terketme kararı verirken, bu hasta moralinin de terazinin kefesinde bir yeri olacaktır. Binaenaleyh pnömonun bırakılma-

sına alıştırma safhası diyebileceğimiz bu devre esnasında, hekimin bıkmadan hastası üzerinde sabırlı telkinler yaparak, ruhiyatını bu yeni safhaya, (normale dönüşe) hazırlaması icap edecektir.

S U M M A R Y

The Abandonment of Artificial Pneumothorax in the Treatment of Pulmonary Tuberculosis.

In spite of a great deal of advance observed in collapse treatment of pulmonary tuberculosis still pneumothorax maintains the supreme situation in the treatment of pulmonary tuberculosis.

The abandonment of pneumothorax or division of adhesions in cases of inefficacious pneumothoraxes is the best way of management of possible complications.

The main problem is the indication of abandonment of pneumothorax at the end of the treatment. Everybody has a different opinion on this problem. According to some authors every case of pneumothorax should be followed individually depending on the character of the case.

According to our opinion, at the end of three years if clinical, radiological and laboratory findings are contentable the abandonment of pneumothorax is quite logical.

R É S U M É

Malgré les progrès réalisés ces dernières années dans les méthodes de collapsothérapie le pneumothorax occupe toujours la place prépondérante.

Il est universellement admis que le pneumothorax doit être immédiatement abandonné s'il existe des brides et des adhérences irréductibles.

Un point important est la détermination du moment où un pneumothorax doit être abandonné. Il y a là une discordance dans les idées des différents auteurs. D'une façon générale on peut dire, que pour chaque cas, ce fait constitue un problème individuel.

D'après l'auteur, si au bout de trois ans, depuis le début du pneumothorax, la tomographie, la sédimentation et la recherche des bacilles donnent un résultat positif, il faut intervenir chirurgicalement.

B.C.G. İLE AŞILI ÇOCUKLARDA TÜBERKÜLİN TEAMÜLLERİ

Dr. NACİ SOMERSAN

Malûm olduğu üzere B.C.G. ile aşılanan uzviyette tüberkûline karşı bir hassasiyet hasıl olur. Dünyâda ve bizde bugünkü tempo ile B.C.G. umumîleşmeğe devam ederse, tüberkûloz intanına maruz kalmadıkları halde bir çok şahıslar allerjik olacaklardır. B.C.G. den ileri gelen bu allerjiyi normal tüberkûloz intanından doğan allerjiden farketmek mümkün müdür? Aşılı bir şahıs, bilâhare ağır verem intanına maruz kalırsa, tüberkûlin teamüllerinin tetkiki bu ikinci intanın mevcudiyetini teşhise yardım edebilir mi? Bu mesele bundan sonra gitgide daha fazla karşılaşacağımız meselelerden biri olacaktır.

B.C.G. den ileri gelen allerji, âdi tüberkûloz intanının husule getirdiği allerjiye nazaran daha hafif, teamüllerde iltihabî vasıflar daha ehemmiyetsiz, sertlikte daha azdır. Hakikatte, iyi bir aşu tekniği, ve iyi hazırlanmış ve ihtimamla muhafaza edilmiş bir aşu kullanmak şartıyla, hasıl olan allerjinin umumiyetle hiç olmazsa birinci sene zarfında âdi mikrop intanının verdiği allerjiye çok yakın, ve tüberkûline cevapları denilebilir ki aynıdır. Bu allerji ekseriya ortalama olarak aşıdan bir nihayet üç ay sonra yerleşmiş olur, ve 1/10 miligram eski tüberkûlinle yapılan Mantoux teamülü bunu kolaylıkla meydana koyar. Bu teamülün yaptığı sertliğin ortalama büyüklüğü 10 - 20 milimetre arasındadır (15 mm.). Aşılanmamış fakat Mantoux teamülleri müspet çocuklardaki ortalama ile mukayesede, bu gibi çocuklarda ölçü ortalamasının biraz daha büyük olduğu, 20 - 30 milimetre (vasatı 16 - 17) olduğu görülür. Fark ehemmiyetsizdir, ve tefrikî teşhise yardım edecek mahiyette değildir. Nihayet bu fark ta iki ortalama arasındaki farktan ibarettir. Umumiyetle, tüberkûlin teamülü, tabii intan neticesi müspet olan çocukların takriben yüzde 60 - 70 şinde teamülün büyüklüğü ve sertliği B.C.G. li çocukların teamülünden farklı değildir. Demek ki orta derecede bir hassasiyet gösteren şahıslarda sadece teamü-

lün sahasına dayanarak allerjinin âdi tüberküloz intanına mı yoksa B.C.G. aşısına mı ait olduğunu tayine imkân yoktur.

Fakat muhakkak olan şey, umumiyetle çacuklarda ve büyüklerde tatbik edildiği miktarlarla B.C.G. nin kuvvetli bir allerji vermediğidir. Aşıdan sonra yapılan teamüller hiç bir zaman kabarcıklı vasıfta olmaz, 20 milimetreyi geçen bir indürasyona da denilebilir ki tesadüf edilmez. Aşıdan sonra hasıl olan bu allerjinin en mühim vasfı, zamanla tedricen zayıflamasıdır. Yukarıda söylediğimiz manzara ve cesamet aşıdan iki üç ay sonra görülür; bir kaç ay bu vasıflar devam eder, ve umumiyetle bir iki sene sonra gittikçe azalır, ve aşı allerjisi zamanla kaybolur, yahut bunu kuvvetli doz tüberkülinle bile meydana koymak imkânsız olur. Allerjinin bu suretle zayıflaması hâdisesi dikkatle tetkik edilirse, teamülün kaybolmazdan evvelki zamanlarda şeklini değiştirdiği görülür, kızaran nahiye uzun zaman aynı büyüklüğü muhafaza ederse de, sertleşen kısım küçülür. Aşılınmayı takip eden aylarda kızaran ve sertleşen sahalardan birbirine tekabül eder, bu 1 numaralı teamül tipidir, ve doğrudan doğruya basille infekte olan şahısların teamülü de böyledir. Seneler geçince sertleşen saha küçülür, ve neticede IV numaralı teamül tipi hasıl olur, bunda sertleşme artık hissedilmez.

Pratikte ve çocukta, orta derecede bir tüberkülin teamülü karşısında evvelce yapılmış bir B.C.G. aşısı ihtimali ve bunun zamanı üzerinde durmak lâzımdır. Bu ihtimal şehir çocuklarında gündün güne daha kuvvetlenmektedir. Eğer aşılınma yakın bir zamana ait ise, tüberkülin teamülünün çok muhtemelen ona bağlanması lâzım gelecektir. Eğer aşı dört beş senelik bir hâdise ise, o zaman yeni bir basil intanı düşünmek lâzım gelecektir. Eğer aşı iki nihayet üç senelik ise, tüberkülin teamülleri müspet olabilir, fakat kuvvetli olamaz.

Tüberkülin teamüllerinin kıymetli bir teşhis vasıtası olarak kalması bakımından, aşılı çocuklarda allerjinin hiç olmazsa senede bir defa kontrol edilmesi icap eder.

İkinci bir mesele de, aşılı çocuklarda yeni bir basil intanını teşhis meselesidir. Burada da kıymetli vasıta tüberkülin teamülleridir. Yeni intan halinde allerjide birdenbire başlayan ve devam eden bir artış olur. Aynı zamanda tüberkülin teamüllerinde de büyüklük bakımından farklar olur. Eğer çocuk muntazaman takip edilmiş ise, onda teamüllerin zamanla mutad olan azalması yerine, beklenmedik ve bariz bir genişleme görülür. Aynı zamanda sertleşme sahası kızarma sahasının hudutlarına kadar uzanır. Bu hâdiseye çok defa

müşahede edilen fakat ehemmiyetsiz olan spontan allerji değışmeleri ile karıştırmamak için, böyle hallerde Mantoux sertleşmesinin hiç olmazsa 10 milimetre olması lâzım gelir. Muntazaman takip edilen bir çocukta yeni bir basil intanını bu suretle teşhis mümkündür.

Netice itibariyle, B.C.G. aşısının yayılması, aşıllılarda orta derecede bir allerji husulünden dolayı, tüberküloz epidemiolojisi meselelerinin tüberkülin teamülleri vasıtasıyla tetkikini zorlaştırmaktadır. Tüberkülin teamüllerinin şiddet derecesi tespit edilmemiş ise, teşhis meselelerinde yeni müşküllerle karşılaşacağız. Şahsî tetkiklerde şiddet derecesini tayine imkân vardır. Yeni bir intan ancak muayyen bir miktar tüberkülinle yapılan intradermo-reaction sayesinde, ve bunun âni ve devamlı artışı ile teşhis edilebilir.

S U M M A R Y

Tuberculin Reaction in Children Vaccinated with B.C.G.

The widespread application of BCG vaccine in the last few years, has brought some trouble in determination of tuberculous epidemics by tuberculin tests. Because BCG vaccination produces some degree of allergic reaction in every case.

If the degree of severity is determined with tuberculin reaction we find some difficulty in diagnosis. In personal examinations the determination of the degree of severity is impossible. A new infection is only identified by intradermal reaction of a definite amount of tuberculin with instant and continuous increment of reaction.

R É S U M É

Le développement de la vaccination au B.C.G. a rendu difficile l'interprétation des résultats de la réaction à la tuberculine dans les recherches épidémiologiques de la tuberculose.

De nouvelles difficultés surviennent si le degré de réaction à la tuberculine n'est pas déterminé. Dans les études individuelles, il est possible de déterminer le degré de réaction à la tuberculine. Une infection nouvelle ne peut être déterminée que par une intra-dermo réaction faite avec une dose connue de tuberculine et de son développement immédiat et ultérieur.

NAİLE SAĞLAM

Tüberküloz Araştırma Enstitüsü

Direktör: Ord. Prof. Dr. Tevfik Sağlam

ELEKTROMANYETİK ŞUALAR VE TÜBERKÜLOZ

TEDAVİSİNDEKİ YERİ

Dr. ORHAN TERNAR

Tedavi kelimesinin biyolojik mânası, düzeni bozulan biyolojik hâdiseyi eski düzenine en yakın hale getirebilmek demektir. Yani bizler gayemize ulaşabilmek için bir biyolojik hâdisenin o andaki seyrine müdahale edebilmeliyiz. Böyle bir müdahalede ise yalnız kimyasal hâdiselerin tesirli olabileceğini düşünmek biyolojik hâdiselerin varlığını inkârdan başka bir şey değildir.

Asırlardanberi maddenin dış yüzü ile uğraşmış, iki maddeyi birleştirirken hararet gibi, sıkıştırmak gibi fizik tesirleri hiçe saymış İlmî-simya zihniyetinin artıkları ve muhtelif enerjilerin fizikî çözümleri yapıldıktan sonra tedavide hamleler yapmak hırsı ile bu enerjilerin biyolojik hâdiselere yapabilecekleri tesiri tam olarak bilmeksizin kullananların sebep oldukları büyük hatâların verdiği korku; bugünün hekiminin fizikoterapiye atfettiği şüpheli nazarları biraz olsun hoş görmemizi icap ettirir.

Şimik ve fizik tesirlerin canlılarda husule getirdiği değişiklikler muhtelif tarihlerde muhtelif araştırmacılar tarafından incelenmiş olup, bugün bir nahiyede hiperemi husulünü istediğimizde gayemize her zayıf muharrişle ulaşabileceğimizi, yahut bir hücreden farklı biyolojik karakterli yeni bir hücre imal edebilmek için elimizdeki hücrenin kromazomlarına tesir etmenin şart olduğunu biliyoruz. İşte asıl mesele husulünü arzu ettiğimiz neticeye bizi ulaştırabilecek tenbihler arasından en uygununu seçebilmektir.

Yeni tanıdığımız fakat bir çok sahalarda rahatça kullanabilmek imkânına sahip olduğumuz ve çok iyi doze edebildiğimiz Elektromanyetik şua'lar teşhiste olduğu kadar tedavi sahasında da gösterdiği imkânlar bakımından Koch basili ile yaptığımız mücadelede birinci plânda zikredilmeye hak kazanmıştır.

Elektromanyetik şua'ların biyolojik hâdiseler üzerindeki tesirlerinin neler olduğunu gözden geçirmeden evvel, bu şua'ların fizik bakımdan durumunu ve titreşimlerin şimik bileşikler üzerine olan tesirinin nasıl vukubulduğunu izah eden Rezonans teorisini muhtasar olarak hatırlamak doğru olur kanaatindeyim.

Kontinyum'un bir noktasından (= üç satıhta ve zamanda belirli nokta) enerji yayımı, salınım yönü ve yayılma doğrultusunda veya yayılma doğrultusuna dik salınımlar ile olur.

Salınım yönü yayılma doğrultusuna dik olanlarda enine dalgalar denir ki bunların bir çok benzer karakterleri olan bir bölümü elektromanyetik şua'lar ismi altında mütalâa edilmektedir.

Elektromanyetik dalgaların husule gelebilmesi için ister bir atomda bir elektron, ister bir çok atomlarda bir çok elektronlar, yani kısaca elektronun hareket etmesi şarttır.

Muhtelif şartlar altında muhtelif elektronların hareketi sonucu muhtelif frekansta veya diğer söyleyişle muhtelif dalga boyunda elektromanyetik şua'ları hasıl olur. Bu şua'ların yayılma hızı saniyede 300,000 km. civarında olup dalga boylarına göre şu şekilde sıralanırlar:

30 km	—	1 m	=	Radyo dalgaları
1 m	—	0,04 cm	=	Karışık alan
0,04 cm	—	8000 An	=	Enfra ruj
8000 An	—	4000 An	=	Gördüğümüz alan
4000 An	—	120 An	=	Ultra-violet
120 An	—	0,002 An	=	X şua'ları

1 An = 1/100.000.000 cm. dir.

Bu şua'lara ait ilk teorik çözümler *Maxwell* tarafından yapılmış olup ilk deneyleri yapmak *Hertz*'e nasip olmuştur.

Tıpta bu şua'ları ilk kullanmak şerefi ile *d'Arsonval* ve *Röntgen*'e aittir.

Bütün bu elektromanyetik şua'lar bir satıhtan yansıtılabilirler, sabiteleri farklı iki ortamın birinden diğerine geçerken kırılırlar ve buldukları ortamın karakterine tâbi olarak bir miktar absorplanırlar.

Umumiyetle bugün tıpta kullanılanların dalga boyları 40 metreden aşağıdır.

Elektromanyetik dalgaların tesiri şu şekildedir:

Elektromanyetik dalgaların bulunduğu bir ortama elektrolitleri havi bir mayi konsa, her dalgada aniyon ve katyonlar farklı

yönlere hareket etmek isterler ve bu esnada vukubulan çarpışmalar sonucu bir hareket hasil olur. (*Joules*).

Eğer tecrübeyi yaptığımız ortamdaki elektromanyetik şua'ların frekansı çok fazla ise salınım yönüne tâbi olmak üzere şua'ya maruz kalan cismin atomları adeta uzar ve kısalırlar ve bu esnada gene hararet hasil olur.

Ayrıca her malekülün kendine has özel bir titreşim katsayısı vardır. Eğer bizim tatbik ettiğimiz şua'nın titreşim sayısı ile molekülün titreşim katsayısı arasında tam bir nisbet olursa o zaman şua'nın molekül üzerinde şimik bir değişiklik husule getirdiği görülür ki, bu şekle en güzel misal fotoşimik hâdiselerdir.

Bu kısa izahattan sonra daha kolay olarak bu şua'ların organizmamızdaki tesirlerini gözden geçirebiliriz:

33 metrelik şualar insan vücudunda fazlaca massolunurlar (*Hertz*). Bu bakımdan tam lokal tatbikata imkân verirler. (Ultra-cavernotherm'de 27 m - 39 m).

3 - 4 metrelik şua'lar sinek ve kelebekleri öldürür (*Saidmann-Loom*). Bu şuaların çok zayıf tatbikatı büyüme faaliyetini arttırmaktadır (papağan yumurtaları tecrübesi (*Jellineck*)). Gene 3 - 4 metrelik şuaların çok şiddetli tatbikatı büyüme faaliyetini durdurmaktadır.

4 - 5 metrelik şualar muvacehesinde mikroplar daha kolay öldürülebilmektedir.

2 - 30 metelik şualar eritrositler üzerinde bazan azaltıcı, bazan çoğaltıcı tesir icra etmektedirler. Aynı dalga boylarındaki şualar lökositlerin damar cidarları üzerine gitmesine sebep oluyor ve fagositöz kudretlerini çok fazla arttırıyor (*Schlipphake*) ve bu dalga boyundaki şuaların koagülasyonu kolaylaştırması sayesinde ki tüberküloz tedavisinde önemli rolü olan bir çok müdahaleler bugün artık rahatça yapılabilmektedir.

Bu şuaların zayıf tatbikatında husule gelen vazodilatasyon hararet tesiri ile olanların aksine adrenalinden müteessir olmamaktadır (*Pflomm*).

Haase ve *Echlipphake* tavşanların dizlerine Koch basili enjekte ettikten sonra 6 metrelik tatbikat ile hastalığın seyrini yavaşlatabilmişlerdir.

Daha kısa dalgalı şualardan olan Ultra-violet şuaının fotoşimik tesiri çok fazla olup, yüksek bakterisit hassaya sahiptir, yalnız bu şuaların cildimizden nüfuziyetleri çok azdır. Bazı hücreler üzerinde de aktive edici tesiri müşahade edilmiştir. Bu şuaın bak-

terisit ve aktive edici hassasından faydalanarak tüberküloz kavite-
lerinin kapatılabileceğine ait *Giambattista Tempini* ve *Mario Trin-
cas*'ın çalışmaları vardır (1951).

Ben de bu iki çalışmadan haberim olmaksızın (1951) sayın ho-
cam *Ord. Prof. Dr. Tevfik Sağlam*'ın himayesinde ve hocamın Ultra-
cavernotherm ismini verdiği bir cihaz yaptım, bu cihazda elektro-
manyetik şuaların iki bandı müştereken çalışmaktadır.

1. Ultra-violet bandı sterilizasyona,
2. 27 - 39 metrelik diğer bir band ise kavite cidarındaki sirkü-
lasyonu tanzime yaramaktadır.

Ultracavernotherm'e ait izahat Tüberküloz Kliniği mecmuası-
nın ikinci sayısında ve 12 nci Türk Tıp Kongresi Dergisinde neşre-
dildiği için üzerinde durmıyacağım.

Aldığımız neticelere ait malûmat hocam *Ord. Prof. Dr. Tevfik
Sağlam*'ın kavernostomi neticeleri ile beraber zikredilmiştir.

Yalnız bir noktayı belirtmek isterim ki Ultracavernotherm'in
yalnız kavern tedavisinde kullanılmayıp başka hallerde de kullanı-
labileceğinin ilk ispatı *Dr. Nihat Zaloğlu* tarafından fistülize ol-
muş bir ampiyem vak'asının tedavisi ile yapılmıştır.

Elektromanyetik şuaların daha kısa ondlusu olan X şualarını
ise başlangıçtanberi tüberküloz tedavisinde kullanılmaktayız.

Netice olarak şu söylenebilir ki etraflıca düşünülüp elde edilen
Elektromanyetik şualarla, bunların elimizdeki mevcut ilâçlarla
müştereken kullanılması ile bir çok hastalıklarda olduğu gibi tü-
berkülozda da her gelecek günde daha iyi neticeler almak müm-
kündür.

LİTERATÜR

- | | |
|-------------------------------|---|
| <i>Braun, H., Öktem, Z.</i> : | Mikrobiyoloji, 1941, İstanbul Üniversitesi. |
| <i>Çubukçu, O. C.</i> : | Diyatermi ve Kısa Anodlarla tedavi, İstanbul. |
| <i>Irmak, S.</i> : | Genel Fizyoloji, 1942, İstanbul Üniversitesi. |
| <i>Rickmann, L.</i> : | Pathologie und Therapie der Kehlokoftuber-
kulose. |
| <i>Santur, M.</i> : | Elektronik Ders Notları, 1951, İstanbul Tek-
nik Üniversitesi. |
| <i>Schwartz, Ph.</i> : | Patolojik Anatomi, 1947, Adana Kitapevi,
İstanbul. |

- Tempini, Gi.* : Le possibilita del trattamento endocavitario can reggi ultravioletti freddi Giorn. Ital. Tbc. 5. 364-368, 1951.
- Ternar, O.* : Ultracavernotherm ile akciğerlerdeki tüberküloz kaviterinin kapatılması, Tüberküloz Kliniği, 1952, Sayı 2.
- Trincas, M.* : La Caverno-Attino-Terapia, 1951, Ferrara.
-

S U M M A R Y

Electromagnetic rays and its importance in the treatment of tuberculosis.—

After a brief explanation on the value of the electromagnetic rays in the treatment of tuberculosis the author insists that the ultracavernotherm has a definite effect on the tuberculous empyema cavities as well as on tuberculous cavities. In future there is some hope that better result may obtained in the combination of antibacterials with ultracavernotherm in the sterilisation of every kind of tuberculous cavities.

R É S U M É

Après avoir décrit l'utilisation des rayons electro-magnétiques dans le traitement de la tuberculose, l'auteur déclare que l'ultracavernothermie ne doit pas être utilisée que pour traiter les cavernes, mais aussi les empyèmes où elle est aussi efficace. Si l'on prescrit en même temps des antibiotiques les résultats pourraient être milleurs.

ÇOCUK AKCİĞER TÜBERKÜLOZU TEŞHİSİNDE PRATİKTE HATAYI MUCİP OLAN BAZI ÖNEMLİ NOKTALAR

Prof. Dr. ŞEVKET SALİH SOYSAL

1942 senesinde, harbin çocuk beslenmesi ve gelişmesi üzerinde olan tesirlerini tetkik düşüncesiyle 28490 çocuk üzerinde yaptığı bir araştırmada beslenme ile ilgili olan hastalıkların artmış bulunduğunu tesbit etmekle beraber bu meyanda verem hastalıklarının da çoğalmakta olduğuna dikkati çekmiş ve bu konuya ait 1942-1943 senelerinde «Harbin Çocuk Beslenmesi ve Gelişmesi Üzerine Olan Tesirleri» adlı bir Üniversite konferansına ait yazımda evvelki senelerle mukayese yapmak suretiyle bu hastalıklara ait rakamların oldukça fazlalaşmış bulunduğunu tebarüz ettirmiştim. O zamandanberi herkes gibi bizim de üzerinde önemle durduğumuz bu mevzu üzerindeki incelemelerimize devamlı 1949 senesinde kliniğimize 11 sene zarfında yatan 15442 hastada bir istatistik yapmış ve bunun 1437 sinin, yani %9.9 unun tüberküloza ait olduğunu tesbit etmiştik. Bu sefer Birinci Türk Tüberküloz Kongresi münasebetiyle yapılan 4 senelik bir istatistikimizde de 1949 - 1952 seneleri arasında kliniğimize yatan 5426 hastadan 791 inin veremli bulunduğu görülerek (evvelce %9.9 olan nisbetin, hâlen %14 e yükseldiği) memleketimizde çocuk tüberkülozunun seneler geçtikçe artmakta devam etmekte olduğu fikri hasıl olmuştur. Şu 15 sene zarfında kliniğimizde yatan 20869 hasta çocuktan 2228 inin veremli olması cidden dikkate şayandır. Demek ki bize yatmak üzere müracaat eden 10 hastanın, hemen 1 den fazlası veremli bulunmaktadır.

Cinsiyet itibariyle tüberkülozun oğlan çocuklarda kızlara göre hemen 1/3 nisbetinde fazla olduğu görülmekte, yaş bakımından da sıra ile en çok 5 - 10, sonra 1 - 5, daha sonra 10 - 15 ve daha sonra da 0 - 1 yaşları gelmektedir. 15 sene zarfında kliniğimize yatırıl-

mak suretiyle tedavi edilen 2228 veremli çocuktan 229 unun, yani hemen %10 unun veremli süt çocuğu bulunduğu tezahür etmektedir.

İlk 11 senelik istatistikimizde *Filiation*, hemen %87.8 nisbetinde bilinmezken, son 4 sene içinde daha dikkatli bulunmamız dolayısıyla %18.2 nin malûm olmadığı müşahede edilmekte, 15 senelik 2228 veremli hastamızdan 1379 unun akciğer tüberkülozu, diğer 849 unun da menenjit, karın, lenf bezi ve sair tüberküloz şekilleriyle tedavi edilmiş oldukları anlaşılmaktadır.

Tüberkülozun yalnız klinik veya yalnız röntgen muayeneleri ile teşhisi cihetine gidilmesinin doktoru büyük bir mes'uliyet altında bırakabileceği malûmdur. Doğru olmıyan bir teşhis aileyi lüzumsuz bir çok üzüntü ve masraflara, klinik ve sanatoryumları da zahmetlere sokarak yatakların asıl hastalara bırakılmasına da mâni olur. Bu bakımdan oldukça sık görülen çocuk tüberkülozu teşhisinde iyi bir anamnez ve genel muayene metodları ile beraber lâboratuvar muayenelerinden faydalanılır ve iyi kıymetlendirilmek şartıyla, bir çok semptomlardan da kıymetli istifadeler temin edilir. Veremli hastaların şikâyetleri arasında ateş, öksürük, zayıflama, terleme, iştahsızlık, ağrı, kansızlık ve nadir olmak üzere de hemoptizi görülür. Şimdi çocuk hekimliği bakımından bunların kıymetleri incelenirse:

Ateş, tüberkülozun başında ve çok defa da sonraki gidişinde husule gelir. Bir çocukta uzun zaman sebebi belli olmıyan bir ateşte tüberküloz gözönünde tutulmakla beraber, aktif bir tüberkülozun ateş yükselmeden de olabileceği nazarı itibara alınır. Yalnız tüberkülozu olmıyan sensible ve vasolabile çocuklarda yüksek bir ateş, bazan santral hararet regülasyonu bozukluğundan da ileri gelebilir. Bundan başka habituel hyperthermie de olabilir. Bu gibi vak'alarda leucocyte'lerde bir değişiklik yoktur ve sedimentation de normaldir.

Çocuklarda ateşin nereden ve nasıl alındığı daima gözönünde tutulmalıdır. Çünkü ateşin rektal ölçüldüğü gözönünde tutulmazsa belki biraz da röntgen bulgusu ile beraber çocuğa yanlış olarak tüberküloz teşhisi konulduğu da görülebilir.

Öksürük, tüberkülozdan maada hava yollarının bütün non spesifik hastalıklarında da olabilir.

Zayıflama, bilhassa normal bir bakımda iyi gelişemiyen çocuklarda tüberkülozla ilgili olabileceği gibi, mevcut bir tüberküloza rağmen beslenme halinin uzun bir zaman iyi olarak ,bilhassa süt

çocuklarında) kalabildiği de vakidir. Tüberküloza ait hiç bir şey bulunmayan prematüre, dystrophique ve çok zayıf çocukların sayısı da pek az değildir.

Tüberküloz için bazan esaslı semptomlardan biri gibi telâkki edilen terlemeler, sağlam çocuklarda uykuya daldıktan bir iki saat sonra, bilhassa yüzde fazla olarak bulunur ki bu fizyolojiktir. Bundan maada gece terlemeleri, yalnız tüberkülölerde değil, nöropatlarda da görülebilir.

Ateşli münteşir prosesuslarda görülen iştahsızlık, bilhassa tüberkülozda da mevcut ise de, iyi terbiye edilemeyen ve hele nöropat olan çocuklarda (evde yemezler, dışarda her hangi bir yerde yemeleri normaldir) çok fazladır. Tartıları normalin üzerinde olan çocuklarda bile annelerin iştahsızlıktan bahsetmeleri hemen her gün işittiğimiz şikâyetler arasında lüzumundan fazla ve pek suiistimale uğramış bir kelime olsa gerektir.

Tüberkülozda plevra değişiklikleri neticesi olabilen ve ciddi olarak telâkki edilmesi gereken göğüs ağrıları, daima göğüs kafesi içindeki bir hastalığa işaret değildir. Karın boşluğu ijerisinde, diyafragmaya yakın organların hastalığında da böyle şikâyetler seyrek olmayarak işitilebilir. Hassas çocukların yürürken veya koşarken göğüs boşluğunda gösterdikleri dalak ağrularına da rastlanılabilir. Göğüs ağrılarından şikâyet eden bazı çocuklarda da göğüste patolojik hiç bir şey de bulunmayabilir.

Bir çok hastalıkların seyrinde sekonder bir anemi husule geldiğinden renk solukluğunda tüberküloz da düşünülebilir. Lâkin bu psödoanemi (vazomotörleri bozuk, kanları normal) ve başka sebeplerden (tüberkülozdan maada) ileri gelen diğer hakikî bir anemi de olabilir.

Bir çok hastalıklarda görülebilen bu semptomlar iyi bir anamnez ve klinik muayenelerle çok defa emin ve kat'î olarak tüberküloz teşhisi koymak için kâfi olmadığından, bu takdirde tüberküloz teşhisi için genel teşhis vasıtası olarak tüberkülün, röntgen, sedimantasyon, B. K. aranılması, kan ve histolojik muayenelerden de istifade edilir. Bu genel teşhis vasıtaları arasında tüberkülün tecrübesi, hastalık şüphesinde vaziyeti tespit için kolay, ucuz, her yerde tatbik imkânı bulunan emin ve ziyarı olmayan bir vasıtaadır. Bunun önemi ne kadar tebarüz ettirilse yine azdır. Esasen *Redecker* de senelerce evvel çocuklarda tüberkülün tecrübesine çok önem vermiş ve çocuk muayenesinde her doktor için teşhiste esaslı bir unsur olarak telâkki ettiğini bildirmiştir. Tüberkülün tecrübesi metodu ko-

laylıkla bir klinik muayene çerçevesi içine sokulabilir ve malûm olan metodlar (percutan, cutan, intracutan, subcutan) dan teşhis hususunda fevkalâde faydalanılır. Hattâ röntgenin bulunmadığı yerlerde bize bazan röntgen kadar değilse de büyük faydalar temin edebilir. Yalnız derileri hassas olan çocuklarda müsbet tüberkülin reaksiyonuna benzeyen travmatik reaksiyonlarda, veya müsbet olduğuna emin bulunulmayan vak'alarda çocuğu tüberküloz teşhisi hatası altında bulundurmamak hususunda çok dikkatli olmak lâzım gelir. Zira tüberkülin (+) denilen bu gibi çocukların tekrarlanan tüberkülinlerinin menfî görüldüğü vak'aların sayısı pek nadir değildir.

İlerlemiş ve bütün müdafaa kuvvetleri kullanılmış olan bir tüberkülozda, tüberkülin tecrübesinin negatif olduğu malûmumuzdur. Intracutan negatif reaksiyon gösteren miliar tüberküloz ve menenjitli çocukların adedi azdır. Esas itibariyle de bu negatif feaksiyon, yalnız bu hastalık şekillerinin sonunda bulunur. Bundan başka negatif netice bazan intercurrent hastalıklarda da bilhassa kızamık v.s. de de gözüktür. Yeni sirayette de tüberkülin tecrübelerinin kısa veya uzunca bir zaman negatif kalabilmesi önemlidir. Basillerin yerleşmesi ile tüberkülin tecrübelerinin müsbet neticelenmesi arasındaki zaman da, hastadan hastaya değişmektedir. Bu enfeksiyon dozunun şiddetine ve şahsın reaksiyon kabiliyetine göre olmakla beraber 3 - 8 hafta ve ortalama olarak 5 - 6 hafta kadardır. Yalnız tüberkülin hassasiyetinin âni olarak husule gelmediğini, hafif derecelerden başlayarak kısa bir zamanda yavaş yavaş yükseldiğini ve kısa bir müddet sonra da tam zirveye ulaştığını gözönünde tutmak lâzım gelir. Bundan dolayı enjeksiyon tecrübeleri, kütana nazaran daha erken pozitif görülmekte, yani intrakütan tecrübelerin pozitif olması, en erken hastalığın 11 inci gününde, *Pirquet* ise enfeksiyondan sonra 17 nci günde, *Moro* ise 23 üncü günde müsbet olarak bulunmaktadır. Yapılan *Moro* veya *Pirquet*'nin menfi olması ile çocukta tüberküloz şüphesi tamamen uzaklaşmış olamayacağından mümkün olduğu takdirde kat'î bir neticeye ulaşabilmek için intradermo reaksiyonları da yapmak icap etmektedir. Zira son 4 sene zarfında tüberküloz teşhisi ile kliniğimize yatan veremli hastalarda yapılmış olan tüberkülin neticelerinin aşağıda gösterdiğimiz şekilde olduğu tesbit edilmiştir:

SENE	Tüberkülin yapılan		intra- dermo	$\frac{1}{10000}$	$\frac{1}{1000}$	$\frac{1}{100}$	$\frac{1}{10}$
	vaka	adedi					
1949	110	31	79	—	60	12	7
1950	143	59	84	—	83	1	—
1951	162	104	58	29	27	2	—
1952	70	63	7	—	2	5	—

Süt çocuklarında umumiyetle daha yaşlılara göre, daha fena bir allerji teşekkülü olur. Bu sebepten dolayı da süratle seyreden süt çocuğu tüberkülozunda hastalığın seyri allerji tahassülüne göre daha süratli olur ve genel olarak ta ölümden evvel tüberkülin reaksiyonu pozitif olarak meydana gelebilir. Bu ağır ve doğrudan doğruya yayılma primer tüberkülozda bahis mevzuudur. Miliar tüberküloz röntgen filminde daima görülemez. Teşhis olarak pnömoni denir. Otopside tüberküloz olduğu görülür. Bazan bu hale yaşlıca çocuklarda da rastlanılabilir. Bizim yaptığımız otopsielerde halihayatta tüberküloz teşhisi konulmayıp ta ancak otopside belli olmuş vak'alar olduğu gibi, bunun aksi, yani halihayatta tüberküloz teşhisi konulup ta otopside tüberküloza ait bir şey bulunamıyanlar da vardır.

Tüberkülin tecrübesinde yapılan hatalardan biri de muayene edilen çocukların tekrar kontrol için görülmesi işinin başkalarına terkedilmesidir. Bu çok mahzurlu bir noktadır. Zira çocuk hekimliğinde çok kıymetli bir teşhis vasıtası bulunan tüberkülin neticesinin, kontroluna bırakılan doktorun kanaatine bağlanılmış olduğunu unutmamak lâzım gelir. Çocuğu bir defa gören doktor, diğerinin verdiği (belki de noksan) malûmata göre tüberkülin hassasiyeti hakkında kat'î ve emin bir fikri olmadan hüküm vermek mecburiyeti dolayısıyla çok güç bir vaziyete düşmüş olur ve bu hatanın pratikte sık sık yapıldığı da görülür.

Röntgen: Seri tarzında röntgen muayeneleri en fazla kâhil ve genç insanlar için tatbik edilir. Zira çocukluk ve bilhassa süt çocukluğu yaşı için bu muayeneler, kâhiller gibi aynı derecede önemli değildir (ufak çocuklarda, bilhassa süt çocuklarında tüberkülin tecrübeleri daha ucuz ve daha emindir). Bu münasebetle bazı röntgen bulguları üzerinde biraz durulması herhalde önemli olur.

Hilüslerde negatif bulgulardan elde edilen neticeler, sanıldığı gibi geniş ve müsbet değildir. Aktif prosesler, müsait olmıyan bir vaziyette (meselâ kalb bölgesi arkasında) bulunduğu takdirde bugünkü teknik ilerlemelere rağmen yine gözden kaçabilir. Yeni tü-

berküloz almış çocukların ekserisinde hastalık belirtisi görülmez ve pozitif bir röntgen bulgusu da yoktur. Gerek primer herd'i temsil eden süreçler, ve gerek ganglion hastalanması dikkati çekemeyecek kadar küçüktür. Bilhassa kaba ve müsait olan değişikliklerin röntgen filminde tesbit edilebilmesi her zaman gözönünde tutulması gereken bir noktadır. Büyük kazeifiye ve kalsifiye ganglionlar görülebilir. Negatif bulgu, aktif bir süreç olmadığını göstermez. Fakat böyle görülmiyen herd'lerden jeneralize olmuş tüberküloz veya bir menenjit meydana gelebilse de, genişlik hususunda bizi aydınlatır. Mediastinumların ganglion sürecüsü, zannettiğimizden daha fazla geniş olabilir. Zira bir çok ganglionlar, mütekâsif mediastinal gölgelerle örtülmüş olabilir. Tüberkülin pozitif bir çocukta negatif akciğer bulgusu, bizi akciğerlerde veya buna ait ganglionlarda aktif bir tüberküloz sürecüsünün mevcut olup olmadığı hususunda tenvir edemez.

Akciğerlerin ve bilhassa hilüs civarının iyi bir surette röntgen bulgularının kuvvetlendirilmesi pratikte çok önemlidir ve bir çok hatalar da bu noktadan ileri gelmektedir. Normal şekilde bronşlardan daha fazla, damarlardan ileri gelen bariz belirtiler vardır. Bilhassa röntgen şuaının seyri istikametinde bulunan damarlar, büyük kesif gölgeler halinde görülür. Bronşlar karanlık kenarlı daireler halinde gözükür. Çaprazlaşma dolayısıyla muhtelif kesafette ve vazıh bulunmayan, ancak güçlükle anlaşılabilen muhtelif şekiller meydana gelir. Bilhassa zayıf çocuklarda hilüs belirtileri dikkati çekecek kadar kuvvetlidir. Bunlarda hudutları karıştıran fazla bir yayılma vardır. Çocuk röntgenolojisi ile ilgilenmeye vakitleri pek müsait olmıyanları belki bu hal biraz korkutabilir. Hilüs sahasındaki bir çok leke ve çizgilerin normal bir vaziyet tezahürleri gibi kabul edilmesi lâzım gelir. Çocuk toraksında teferruat, kâhillere nazaran daha fazla bariz olur. Bundan dolayı hilüs belirtileri çok defa orta dereceden fazla kuvvetli bulunur ve böyle bir bulgu görüldükte hemen hastalık mevcudiyetine temayül gösterilmez.

Şu söylediklerimize nazaran negatif bir bulguda bir sürecüsün mevcut olmadığını söylemek mümkün bulunmadığı gibi diğer taraftan da teferruatın ancak çok dikkatli olarak neticeler çıkarılması, çocuk akciğer tüberkülozunun röntgenle tesbit kabiliyeti hudutlarının iyice bilinmesi, yani çıkarılacak neticenin daima mütevazı bulunması lâzımgelir. Zira hilüs civarındaki muhtelif teşekküllerin birbirleri üzerine aksetmesi, tam bir netice çıkarılmasına imkân vermez. Negatif olarak kıymetlendirilen bulgular, ancak ak-

ciğerlerde geniş olmıyan bir processüs'ün yokluğu neticesini çıkar-
mayı mümkün kılar ve pumon hastalığı şüphesinin devamı halinde
de 2 - 3 haftada bir kontrol icap eder. Bu kontrol bazan vaziyeti ay-
dınlatır. Bütün tıbbî işlerde olduğu gibi, işi şematize etmekten de
çekinmek lâzım gelir.

Bronşlardaki non-spesifik bulgu, bizi çok defa güç karar vere-
bilecek bir duruma düşürür. Zira hilus sahasında iki tarafta belir-
tiler fazlaşır. Ölçümüzü ne kadar müsait kullansak bile, bu işareti
patolojik olarak kabul etmek gerekir. Bronşlardaki fazla sekresyon
bu karanlık kesafeti mucip olur. Belki iltihaptan ileri gelen hipe-
remi de bir rol oynar. Yalnız damarlar şerit ve leke şeklinde gölge
yapmazlar. Bronşlarda halkacık yerine koyu daireler meydana geti-
rirlenir. Bilhassa bronchite chronique'lerde bu gibi şekiller oldukça
barizdir. Fazlaşmış belirtiler akciğer hastalıklarına kadar uzanır.
Ağaç dalcıkları şeklindeki çizgiler Hilustan çıkarak açık sahalara
doğru açılıp yayılırlar ve ancak periferiye doğru hafif bir surette
incelenirler. Bu değişikliklerin kısmen kronik bronşitlere refakat
eden péribronchite processüslerine ve kısmen de bronşlardaki sek-
resyona atfedilmesi lâzımgelir. Hâd bronşitlerde değişiklikler ço-
cuklarda ekseriya olmadığı gibi, olsa da pek bariz değildir. Burada
bulguların okunması çok defa pek güçtür. Normalden patolojik'e
geçiş çok yavaş olur. Röntgen filmi tekniğinin de mühim rol oynı-
yabileceği daima gözönünde tutulur.

Sedimentation: Tüberküloz teşhisi ve seyrinde çok kıymetli bir
yardımcıdır. Pronostik bakımından da önemlidir. Bu, her yerde tat-
bik edilmekte olup, sür'atlenmenin bir çok hastalıklarda yavaş ya-
vaş, hâd enfeksiyonlarda, iltihaplı ve irinli processüslerde, bazı
böbrek hastalıkları v.s. de süratli olduğu, banal enfeksiyonlarda da
yükselebildiği, enfeksiyonlara bağlı akciğer hastalıklarında (pnö-
moni, bronkopnömoni) klinik teşhise yardım etmekle beraber şifayı
da göstermeğe yaradığı herkesçe malûm bulunmaktadır.

Basil aramak: Tüberküloz tesbitinde çok önemlidir. Yalnız ço-
cuklar ekseriya kraşa çıkarmayıp yutarlar. Bunlarda aç karnına
sabahları boğazlarından bir ekuyiyon ile alınan kraşada, yıkana-
rak çıkartılan mide muhteviyatında, dışkıda (akciğer tüberkülozu
hricinde de bel kemiği mayiinde, ifrazatta) basil aranır ve basil
mevcut olduğu takdirde de bulunur.

Kan muayenesi: Veremli çocuklarda anemi bulunur ve tüberküloz proçessüsünün iyileşmesi halinde de anemi geçer. Bundan maada lökosit sayısında ve formülde de değışiklikler husule gelir.

Histolojik muayene (bazan vâzih olmyan tüberküloz formalarında teşhis için) de yapılabilir.

Şimdi tüberküloz teşhisinde zikrettiğimiz noktalara dikkat edilmediğı yani sıkı bir eleme yapılmadığı takdirde hataya düşmek ihtimali çok fazladır. Meselâ iyi bir anamnez alınmadığı veya tüberkülin ile teşhisten çekinildiğı, usulü veçhile muayene yapılmadığı ve yalnız röntgene dayanıldığı zaman yanlış teşhis yapılabilir ve tüberkülozla ilgisi olmyan bir çok hastalıklarda tüberküloz teşhisi konabilir veya aksi de olabilir. Çocuk akciğer tüberkülozu teşhisinde karıştırılması ihtimali bulunan bazı mühim hastalıkların da şöyle bir geçirden geçirilmesi icap ederse, meselâ:

Asthma bronchiale'de hyperemi ve stase neticesi akciğer belirtileri ve hilüsün büyüdüğü görülür. Bronş duvarlarının kalınlaşması dolayısıyla peribronşiyal çizgi gölgeleri husule gelir. Bundan başka alveoler transüstasyon ve eksüstasyon ciğerlerde leke ve benek husulüne sebebiyet verir ve tüberküloz ile de karıştırılabilir. Fakat klinik bakımından asthma o kadar karakteristik tezahürleri mucip olur ki, ganglion tazyiki dolayısıyla husule gelen bir broncho-sténose ile karıştırmak ihtimali hemen hemen bahis mevzuu olmaz. Ancak röntgen filmi şüpheyi mucip olabilir. Bundan başka asthma için hemen daima malûm olan hikâye, belki nöbette, kanda éosinophylie, krasada *Charcot-Leyden* kristalleri, *Curschmann* helezonları ve éosinophyle hücreleri bulunur. Asthma ile beraber aynı zamanda akciğer tüberkülozu çocukluk yaşlarında nadir görülür.

Ciğerlerdeki nonspesifik değışikliklerde meselâ tipik seyreden pnömonilerde klinik ve radyolojik muayenelerle çok defa doğru teşhis konulması kabildir. Yalnız grip ve kızamuktan sonra kronik seyreden bronchopneumonie'lerde bazan progressif seyreden tüberkülozla klinik ve radyolojikman teşhisi tefriki yapmak güç olabilir. Burada prensip olarak kan muayenesi önemlidir. Lökosit adedinin 20.000 den fazla olması, umumiyetle tüberküloz aleyhinedir. Tipik bir polynucléose ile beraber şiddetli bir sola teveccüh spesifik bir hastalık olarak kıymetlendirilir. Nadir olmyarak pneumonie crouppeuse, fakat daha ziyade atipik seyreden pneumonie bakiyeleri spesifik bir hâdise gibi gözükebilir.

Bilhassa yaşlı çocuklarda yavaş ve dikkati çekmeden husule gelen ve seyreden pnömonilerde genel hal az müteessir olmakla beraber ateş de hafiftir. Gerilemeleri de yavaştır. Burada röntgen pek kıymetli olmakla beraber bunlarda tüberkülin (+) olduğu takdirde emin bir teşhis koymak kabil değilse, bazan fevkalâde güçlüğü mucip olabilir.

Beslenme bozukluğu olan düşkün süt çocuklarında en çok görülen pneumonie şekli paravertebrale - dystélectasique olanlardır. Columna vertebralis'in yanlarında şerit şeklinde gelişir, çok fazla zayıflatan hastalıklarda, yaşlıca çocuklarda da görülür. Pneumonie'nin ilk yerleşme yeri sağ üst lobusun paravertebral kısmıdır. Sol tarafta pneumonie'ye bu kadar sık rastlanılmaz. Rastlanılsa da genel olarak alt lobusun orta paravertebral kısmında hastalık vardır. Başlangıçta çok defa ateşin az olması, bazan hafif submatite veya matite ve teneffüs hafiflemesinden başka bir semptom olmaması, bazan paravertebral râles crépitants duyulması, öksürüğün hemen yok denecek kadar az olması gibi hallerle bazan akciğer atelektezisine bir benzerlik gösterebilir.

Radyolojikman miliar tüberkülozla karıştırılabilen miliar herd formundaki broncho-pneumonie'ler de (pek nadir de görülse) dikkate değer.

Akciğerlerde nonspesifik iltihabî değişiklikler arasında geçici éosinophyli'li pneumonie'ler (syndrome de Loeffler) de hususî bir yer alır. Allerjik bir zemin üzerinde husule gelen bu hastalık, süt çocukluğu yaşından sonra bazan tesadüfî bir röntgen muayenesinde bir veya müteaddit, muhtelif büyüklükte yumuşak infiltrasyon gölgeleri gözüktür. Bu éosinophylie (%70 e kadar) ile beraberdir. Hastanın état général'i az bozulur. Pek yüksek olmıyan ateş çıkması görülür. Klinik bulgu azdır. Kraşa sulu ve sarımtrak renkte olması ile tüberküloz kraşasından ayırt edilebilir. Tesadüfen husule gelen ekstremitlerdeki ufak çevreli ekzematozlar, allerjik zemin gösterirler. 2 - 6 hafta sonra da radyolojikman tmaamen kaybolurlar.

Boğmacanın röntgenolojik alâmetleri ile beraber tüberküloz alâmetlerinin de görülmesi mümkündür. Ekseriya her iki hastalık (boğmaca + verem) birbirine bağlı olarak seyreder.

Bunlardan başka daha bir çok hastalıklar da, meselâ aspirasyon pneumonie'si, spontan pneumothorax, bronchectasie, pneumatocéle, thorax tümörleri, lymphogranulomatose', akciğer actinomy-

cose'u ve sifilizi hattâ thymus hyperplasie'si de teşhis hususunda doktoru yanlış bir yola (tüberküloza) sevkedebilir ve lüzumsuz yere tedavi de yapılabilir veya mevcut olan tüberküloz teşhis edilemediği ve başka bir teşhis konulduğu takdirde de hastanın tedavisi için mühim olan en kıymetli zaman kaçırılmış ve hastanın hayatı da tehlikeye sokulmuş olabilir. Çocuk akciğer tüberkülozu teşhisinde ekseriya vaki olduğu gibi sathî bir anamnez, kısa ve noksan klinik muayenesinden sonra yapılan radyoskopi veya radyografi ile konulan teşhis doğru olmayabilir. Yukarıda adı geçen esaslı noktaların iyice tetkiki ve bilhassa bunlar arasında temin ve tatbiki kolay, neticesi de emin olan tüberkülozdan istifade edilmesi, filimlerin mânalandırılmasında çok müteyakkız ve mütevazî bulunulması ve büyük bir mâna ifade etmiyen röntgen bulguları ile hastanın tedaviye kalkışılmaması ve nonspesifik hastalıklara dikkat edilmesi ve çocuk akciğer tüberkülozu teşhisinde şu zikrettiğim noktalara önem verilmesinin hastalığın doğru teşhis ve tedavi edilmesi hususunda elzem bulunduğunu burada kısaca belirtmek isterim.

S U M M A R Y

The author has found the amount of tuberculous children about 9.9 per cent among the children admitted to the children Hospital of the University of Istanbul until 1949 and this proportion is increased to 14 per cent between 1949 - 1952. Although the author has emphasized the main factors related with the misdiagnosis of the tuberculosis in children.

R É S U M É E

L'auteur présente une statistique concernant le nombre de tuberculeux alité à la clinique de pédiatrie de l'Université d'Istanbul. Jusqu'à 1949 et pour une période de onze ans le pourcentage des enfants tuberculeux a été de 9,9% . Par contre ce pourcentage c'est élevé à 14% pendant le période 1949-1952. L'auteur termine son exposé en insistant sur quelques points qui lui paraissent important au point de vue du diagnostic de la tuberculose.

I. TÜRK TÜBERKÜLOZ KONGRESİNE İŞTİRAK EDENLER

A

Dr. ABAOĞLU Cihat
Dr. AÇAN Hamdi
Dr. AÇIKALIN Hatice
Dr. AĞLARCİ Sabahattin
Dr. AKAN Vefik Vassaf
Dr. AKÇAY Şevki
Dr. AKÇAY Tahsin
Dr. AKDEMİR Ali
Dr. AKDENİZ Orhan
Dr. Aker Kenan
Dr. AKKAPLAN Jale
Dr. AKKAYNAK Selâhattin
Dr. AKSAY Dandin
Dr. AKSAY Emin Ethem
Dr. AKSEL Avni
Dr. AKSÜĞÜR Haydar
Dr. AKYILDIZ Hasbi
Dr. AKYOL Necdet
Dr. AKYOL Nuri
Dr. ALATLI Abdurrahim
Dr. ALEUKREK
Dr. ALEMDARSOY Fethi
Dr. ALIÇLI Sırrı
Dr. ALİ Brandi
Dr. ALP Çevik
Dr. ALPAY Süreyya
Dr. ALPER Mustafa
Dr. ALPSOY Cevat
Dr. ALTAN Hakkı
Dr. ARCAN Tahsin
Dr. ARDA İsmail Hakkı
Dr. ARIKSOY Sırrı
Dr. ARMAN Nazım
Dr. ARUNTAN Nuri
Dr. ATASAĞUN Halit Ziya
Dr. AYBERK Hamza
Dr. AYBERK H. Murat
Dr. AYBERK Şükrü

Dr. AYGÜN Selâhattin
Dr. AYKAN Fahri

B

Dr. BAHAR Davit
Dr. BAŞIŞOĞLU Ali
Dr. BALTACI Ekrem
Dr. BARAN Rifat
Dr. BARI Sedat
Dr. BARIŞ Muazzez
Dr. BARKAN Eşref
Dr. BAŞAK Muhsin
Dr. BAŞAR Zeki
Dr. BAŞARAN Emin
Dr. BAŞTAYMAZ Muzaffer
Dr. BATIOK Ferruh
Dr. BAYBURA Hikmet
Dr. BAYGIN Razi
Dr. BAYTUZ Ahmet
Dr. BAYRI Halil
Dr. BÉKER Edip
Dr. BENBANASTE Marko
Dr. BENGİSERP Saim
Dr. BERKER İshak
Dr. BERKER Moiz
Dr. BERKMEN Lâtif
Dr. BERKTİN Kemal
Dr. BİCİOĞLU Necati
Dr. BİLGE Rifkî
Dr. BİLGE Vedat
Dr. BİLGİSEVEN Sadık
Dr. BODUR Hatice
Dr. BOZYAKALI Enver
Dr. BÖREKÇİ Süheyla
Dr. BULDANLIOĞLU Saim
Dr. BUMİN Hazım
Dr. BÜLBÜLKAYA Cevat
Dr. BÜRGE Fazıl Şerafettin

C

Dr. ÇANKIRI Tevfik
Dr. CİNİSLİ Tayyip

Ç

Dr. ÇADIRCI Cevdet
Dr. ÇAPA Selim
Dr. ÇELEBİ Yakup
Dr. ÇELTİKÇİ Fehmi
Dr. ÇİNTAN Mefkûre
Dr. ÇOTUK Lütfü

D

Dr. DAĞLAR Mustafa
Dr. DANİLİDİS
Dr. DANİLİDİS (Bayan)
Dr. DAVASLI Halil
Dr. DEDEBAŞ Hüseyin
Dr. DEDEOĞLU Mehmet
Dr. DEMİRALP Vecihi
Dr. DEMİR Ziya
Dr. DEMİRSOY Saim
Dr. DENİZMEN Mustafa
Dr. DİLEMRE Muzaffer
Dr. DİNÇEL İhsan
Dr. DİRİK Kemal
Dr. DOĞANCA Hüsnü
Dr. DOĞRAMACI İhsan
Dr. DORKEN Nihat
Dr. DURAK Hasan
Dr. DÜNDAR Mukbil
Dr. DÜRÜŞKEN Ömer

E

Dr. ECER Muammer
Dr. EDİZ Kemal
Dr. EGELİ Enver

Dr. EĞMEZOĞLU Güzin
Dr. EKMEKÇİOĞLU Adnan
Dr. ENER Akif
Dr. ENGEZ Reşat
Dr. ERBELGER Ahmet
Dr. ERBİN Ekrem
Dr. ERCİYAŞ Fazıl
Dr. ERDEM. M. Şaban
Dr. ERDENTUĞ Necati
Dr. ERDUMAN Halil
Dr. EREKUL Orhan
Dr. ERGÖNÜL Orhan
Dr. ERGUN Rüştü
Dr. ERGUN Sermet
Dr. ERHAT Fazıl
Dr. ERİÇ Raci
Dr. ERK Cafer
Dr. ERKİNSOY Fahrettin
Dr. ERMAN Zühtü
Dr. ERSEK Siyami
Dr. ERTAN Muammer
Dr. ERTİŞ Hikmet
Dr. ERZİN Niyazi
Dr. EŞENCAN Kutsi
Dr. Etiz Feyaz

F

Dr. FAYDAGÖR İlhani

G

Dr. GARAN Reşat
Dr. GORBON Bedii
Dr. GÖKAHMETOĞLU Sadi
Dr. GÖKÇE Tevfik İsmail
Dr. GÖREN Saadet
Dr. GÜNBAK Rifat
Dr. GÜNEREN Şemsi Nuri
Dr. GÜNEY Müyesser
Dr. GÜNSAL Yaşar
Dr. GÜR Hamit
Dr. GÜRAN Ragıp
Dr. GÜRSEL Aral
Dr. GÜRVİT Ziya
Dr. GÜVENÇER Mahir

H

Dr. HANCIOĞLU Rasim
Dr. HAYRABETIAN Hayro
Dr. HIZ Mutahhar

I

Dr. İŞNIDAĞ Selâmi

İ

Dr. İKİZLER İbrahim
Dr. İLAL Mustafa
Dr. İLHAN Nevzat
Dr. İLKER Orhan
Dr. İNANLI Tahir
Dr. İZGİ Adnan

K

Dr. KABA Şaban
Dr. KARASU Nusret
Dr. KARATAY Safa
Dr. KARLIKLİ İhsan
Dr. KASCIOĞLU Abdullah
Dr. KASPARYAN Aran
Dr. KAVURT Saadet
Dr. KAYSERİLİOĞLU Lütfü
Dr. KESKİNEL Muammer
Dr. KICIMAN Emin
Dr. KILIÇHAN Esat
Dr. KINAYİĞİT Seyfi
Dr. KIRDAR Ümit
Dr. KİLEÇİ Nemika
Dr. KIRYAKOPULOS
Dr. KOCAÇITAK Demirtaş
Dr. KOCAGÜL Remzi
Dr. KOCAGÖREN Raşit
Dr. KOMAN A. Fuat
Dr. KOPMAN Ercüment
Dr. KÖKSAL Seyfettin
Dr. KÖSEOĞLU Zeki Sıtkı
Dr. KURDOĞLU N. Niyazi
Dr. KURDOĞLU Veli Behçet
Dr. KUTAY Hayati
Dr. KUTVAL Perihan

Dr. KUYUMCIYAN Karlo
Dr. KUZUCU Ahmet
Dr. KÜLEY Müfide
Dr. K. YEĞEN Behzat

M

Dr. MAKTAV Ziyaettin
Dr. MAVROMATI
Dr. MEMİŞOĞLU Hayati
Dr. MENEMENLİ Necdet
Dr. MENTEŞEOĞLU Ali
Dr. MİNKARİ Esat
Dr. MİNKARİ Tarık

N

Dr. NALBANTOĞLU Hayri
Dr. NASIM Ömer
Dr. NEFTÇİ Demirel

O

Dr. OGAN Şakir
Dr. OĞUZ Veliyettin
Dr. ONAT Ahmet Rasim
Dr. ONAT Ruhi
Dr. Onur Muammer
Dr. ONUR Nurettin
Dr. ORAN Talât
Dr. OSKAY Baha

Ö

Dr. ÖKTEM Muzaffer
Dr. ÖKTEM Nihat
Dr. ÖRS Dündar
Dr. ÖZERDEM A. Mahir
Dr. ÖZGEN Nimet
Dr. ÖZGEN Zülfü
Dr. ÖZHAN Ekrem
Dr. ÖZKAN Kâzım
Dr. ÖZLÜARDA Daver
Dr. ÖZLÜ Cavit
Dr. ÖZSAN Kemal
Dr. ÖZTÜRK Abdurahman
Dr. ÖZYÖRÜK Rauf
Dr. ÖZYURT Sami

P

Dr. PEKERGİN Rebii

R

Dr. RANOS

S

Dr. SAATÇİ Haydar
Dr. SABAR İhsan Rifat
Dr. SAĞLAM Tevfik
Dr. SANEL Tahir
Dr. SANUS Orhan Zihni
Dr. SARACOĞLU Kemal
Dr. SARIGÜL Vıfki
Dr. SARPİYENER M. Ahmet
Dr. SAVUN Seniha
Dr. SAY Şebip
Dr. SAYGUN Rauf
Dr. SAYINER Abdullah
Dr. SAYMAN İsmet
Dr. SAYMAN Nubar
Dr. SEL Nigar
Dr. SERDENGEÇTİ Raşit
Dr. SEVGİN Hayati
Dr. SEZER Galip
Dr. SEZER Mahmut
Dr. SİNAY
Dr. SİRMEN Necdet
Dr. SOMEKSAN Naci
Dr. SOYER Ruhi
Dr. SOYLU Ali Galip
Dr. SOYSAL Salih Şevket
Dr. SÖNMEZ Orhan
Dr. SÖZMEN Asım

Ş

Dr. ŞAKAR Akif Şakir
Dr. Şeren Ahmet

T

Dr. TAN Orhan
Dr. TARGAY Turgut
Dr. TAV Tahir
Dr. TAVAT Sedat
Dr. TAYLAN Saffet
Dr. TEKİNALP Mes'ut
Dr. TERNAR Orhan
Dr. TEZEL Ekrem Behçet
Dr. TEZELLİ Sacit
Dr. TEZER Kutlu
Dr. TİRYAKİ Mustafa
Dr. TOKAY Hasan
Dr. TOLGA Sadi
Dr. TOLUNAY Burhanettin
Dr. TOPALOĞLU Ata
Dr. TORİN Süleyman
Dr. TOSUN Sadettin
Dr. TOSUNER Berhan
Dr. TULGA Tahsin
Dr. TUNA Ayten
Dr. TUNALIGİL Şinasi
Dr. TUNCER Saim
Dr. TUNCERİ Âfet
Dr. TUNÇ Remzi
Dr. TUNÇMAN Z. Muammer
Dr. TÜMAY Sezai
Dr. TÜMER İsmail
Dr. TÜRKAN Orhan
Dr. TÜZEMEN Leman

U

Dr. UĞUR Aydoğan
Dr. UĞÜREL Osman
Dr. ULÇAY Baha
Dr. ULAGAY Nezihi
Dr. ULAGAY İihan
Dr. ULAGAY Suat
Dr. ULAGAY Rasin
Dr. ULUDOĞAN S.
Dr. UNAT Ekrem Kadri
Dr. UNGUN Neriman
Dr. URAK Galip

Ü

Dr. ÜLGER Türkân
Dr. ÜLGEN Rasim Ali
Dr. ÜNAL Kemal
Dr. ÜNER Ragıp
Dr. ÜSTEL Necati

V

Dr. VURAL Fahir

Y

Dr. YAYLALI Mustafa
Dr. YEGER Şinasi
Dr. YELİNER Nizami
Dr. YENER Muzaffer Şevki
Dr. YETKİN Kadri
Dr. YILDIZ Kenar
Dr. YILMAZ Necmettin

Z

Dr. ZALOĞLU Nihat
Dr. ZEYBEKER Reha
Dr. ZİYAL Nüzhet

