ÜÇÜNCÜ
TÜRK TÜBERKÜLOZ KONGRESİ

17 - 20 ŞUBAT 1957

İSTANBUL

Sağlık ve Sosyal Yardım Vekili
Dr. NAFİZ KÖREZ'in himayesinde
Sağlık ve Sosyal Yardım Vekâleti ve Ulusal Verem Savaşı Derneği'nin maddî ve mânevi yardımlarıyle Türk Tüberkülloz Cemiyeti tarafından tertib edilmiştir.

İSTANBUL MATBAASI
Nuruosmaniye caddesi No. 90 - İstanbul

HAZIRLIK KOMİTESİ

BAŞKAN

GÖKÇE Tevfik İsmail

AZALAR

AKDEMİR Ali
AKSÜĞÜR Haydar
BERKER Moiz
ÇELEBİ Yakup
DİNÇEL İhsan
ERBELGER Ahmet
ERMAN Zühtü
ERSEK Siyami
ERTUĞ Faruk
KÖKSAL Seyfettin
KÖYMEN Abid
KİLECİ Nemika
ÖZGEN Zülfü Sami
SABAR İhsan Rifat
SOYLU Ali Galip

İÇİNDEKİLER

Sayfa

Sağlık ve Sosyal Yardım Vekili Dr. Nafiz Körez'in kongreyi açış nutku XVII-XIX
Hazırlık Komitesi adına Dr. Tevfik İsmail Gökçe'nin konuşması . . XXI-XXVIII

MEDİKO SOSYAL TEBLİĞLER

BİRİNCİ CELSE

Köylerde verem savaşı nasıl organize edilmelidir . . . . . 3 — 10
Dr. Neşati Üster
Verem savaşında yeni tandanslar . . . . . 11 — 34
Dr. Fazıl Erhat
Veremle mücadele nasıl olmalıdır . . . . . 35 — 41
Dr. Behzat Yeğen
Okullarda verem savaşı nasıl olmalıdır . . . . . 42 — 47
Dr. Razi Baygın
Dr. Halil Erduman
Büyük şehirlerde veremle mücadele . . . . . 48 — 58
Dr. Tevfik İsmail Gökçe
Türkiyede verem savaşı nasıl organize edilmeli . . . . . 59 — 64
Dr. Cevdet Çadırcı
Verem savaşında dispanser ambulatuvar tedavisinin lüzum ve değeri 65 — 74
Dr. Neşati Üster
Dr. Reha Zeybeker

İKİNCİ CELSE

Verem savaşında vazifeli tesisler ve personel hakkında düşünceler . . 75 — 78
Dr. Abid Köymen
Antibakteriyellerin verem mücadelesi üzerine tesirleri . . . . . 79 — 85
Dr. Tevfik İsmail Gökçe
Memlekette verem savaşı nasıl organize edilmelidir . . . . . 86 — 89
Dr. Eşref Barkan
Türkiyede verem mücadelesinin halihazır durumu nasıldır ve nasıl olmalıdır . . . . . 90 — 98
Dr. Nemika Kileci Mürseloğlu
Dr. Ali Akdemir

Sayfa

İşçi Sigortaları Kurumu tesislerinin verem savaşındaki yeri . . . . 99 — 103
Dr. Nüzhet Ziyal

Verem mücadelesinde yaz aylarında kurulan kampların sağladığı faydalar 104 — 108
Dr. Nihat Zaloğlu

Memleketimizde verem savaşı organizasyonunun bazı problemleri . . 109 — 117
Dr. Neşati Üster

ÜÇÜNCÜ CELSE

Tüberküloz savaşında sanatoryum, dispanser münasebetleriyle ideal organizasyon hakkındaki düşüncelerimiz . . . . . 118 — 122
Dr. Enver Bozyakalı
Dr. Tahsin Fıratlı

Küçük şehirlerle köylerde verem mücadelesi . . . . . 123 — 128
Dr. Tevfik İsmail Gökçe

Altındağ bölgesinde 48 açık tüberkülozlu aile ziyareti . . . . . 129 — 131
Dr. Cahit Başkök
Dr. Rebii Savaşır

2 numaralı dispanser Yenidoğan bölge taramalarından bir kahvehanenin taranması . . . . . 132 — 134
Dr. Cahit Başkök

2 numaralı dispanser Yenidoğan bölge taramalarından bir mahallenin taranması . . . . . 135 — 138
Dr. Nezihe Enacar
Dr. Cahit Başkök

Ankara Veremle Savaş Derneği 2 numaralı dispanseri 7 senelik bölge içi ve bölge dışı tüberküloz vak'aları mukayesesi . . . . . 139 — 143
Dr. Cahit Başkök

Ankara Veremle Savaş Derneği 3 numaralı dispanseri 5 senelik bölge içi ve bölge dışı tüberküloz vak'aları mukayesesi . . . . . 144 — 148
Dr. Nezihe Enacar
Dr. Cahit Başkök
Dr. Behiç Yücel

DÖRDÜNCÜ CELSE

İstanbul Verem Savaş Derneği Erenköy aeryumu . . . . . 149 — 154
Dr. Tevfik İsmail Gökçe
Dr. Bülent Çintan

Tüberküloz mücadelesinde sanatoryumların rolü . . . . . 155 — 159
Dr. Zülfü Sami Özgen
Dr. Berhan Tosuner

Türkiyedeki tüberküloz hastalarının sosyal durumu, bu hastaların muhiti ile münasebeti ve verem mücadelesinin bu günkü durumu . . . 160 — 176
Dr. Haydar Aksügür
Dr. Zülfü Sami Özgen

Sayfa

Türkiyede verem savaşı nasıl yapılmalı . . . . . 177 — 183
Dr. Moiz Berker
Dr. Ali Galip Soylu

Verem savaşında sanatoryumların değeri . . . . . 184 — 187
Dr. Siyami Ersek
Dr. Kâmran Başak
Dr. Muazzez Akman

Verem savaşında kemik ve mafsal veremlilerinin mevkii . . . . . 188 — 193
Dr. Ruhi Soyer

Aile ziyaretleri . . . . . 194 — 207
Dr. Osman Şevki Uludağ

BEŞİNCİ CELSE

Verem mücadelesinde sosyal yardım komiteleri . . . . . 208 — 214
Dr. Tevfik İsmail Gökçe

Verem savaşı organizasyonunda dispanserlerin şehir dışı faaliyeti . . 218 — 222
Dr. Neşati Üster
Dr. Reha Zeybeker

Verem savaşı personelinin yetiştirilmesi . . . . . 223 — 227
Prof. Dr. Tevfik Sağlam

Orduda tüberküloz mücadelesi nasıl yapılmalıdır . . . . . 228 — 234
Prof. Dr. Burhanettin Tugan
Doç. Dr. Fahir Sanel

Bursada veremle savaş organizasyonu . . . . . 235 — 248
Dr. Neşati Üster

Veremle savaş hakkında . . . . . 249 — 251
Dr. Fahrettin Simav

1945-1955 arası tüberküloz ölümleri, bölgelere ve illere göre nisbetler . 252 — 255
Prof. Nusret Karasu
Dr. Bahattin Çetin
Dr. Ertuğrul Özgen

Türkiyede verem savaşı nasıl organize edilmelidir . . . . . 256 — 262
Dr. İsmail Teker
Dr. Hasan Başak

Tüberküloz savaşında merkez dispanserleri ve koldu arşivlerin büyük rolü 263 — 265
Dr. Hayati Sevgen

1955-1956 seneleri Türkiye B.C.G. kampanyası faaliyeti . . . . . 266 — 270
Dr. Niyazi Erzin

Türkiye verem savaşı proğramında dispanserlerin durumu . . . . . 271 — 275
Dr. Niyazi Erzin

Türkiye B.C.G. kampanyasında aşılamadan sonra husule gelen lokal reaksiyonlar ve allerji virajı . . . . . 276 — 278
Dr. Daver Özlüarda

1-2-3-4-5'inci celse münakaşaları . . . . . 279 — 306

Sayfa

ALTINCI CELSE

Türkiyede rehabilitasyonun teşkilâtlandırılması hakkında düşünceler . . 307 — 318
Dr. Fazıl Erhat

Tüberkülozda rehabilitasyon . . . . . 319 — 326
Dr. Zühtü Erman

Atatürk Sanatoryumunda okküpasyonel tedavi ve rehabilitasyon . . . 327 — 333
Dr. Enver Bozyakalı
Dr. Ali Haydar Saatçi

Heybeliada Rehabilitasyon Merkezi . . . . . 334 — 339
Dr. Zülfü Sami Özgen
Dr. Moiz Berker

Akciğer tüberkülozunda rehabilitasyon mevzuunda düşünceler . . . 340 — 344
Dr. Abid Köymen
Dr. Reşat Hazar

Tüberkülozda rehabilitasyon . . . . . 345 — 351
Dr. Eşref Barkan

İngilterede Cambridge-Papworth tüberküloz şehri ile Leysin Prof. Rollier'nin rehabilitasyon merkezi ve bizde rehabilitasyon hakkında düşünceler . . . . . 352 — 355
Dr. Hayati Sevgen

6'ncı celse münakaşaları . . . . . 356 — 362

MEDİKAL TEBLİĞLER

YEDİNCİ CELSE

Hali hazır tüberküloz tedavisindeki metodlar ve rezeksiyonun yeri . . 365 — 381
Dr. Nemika Kileci Mürseloğlu
Dr. Ali Mustafa Akdemir

Akciğer tüberkülozu cerrahî tedavisinde rezeksiyon . . . . . 382 — 392
Dr. Siyami Ersek
Dr. Ahmet Erbelger
Dr. Faruk Ertuğ

Ameliyatla çıkarılan tüberkülozlu akciğer piyesleri üzerinde rezeksiyon endikasyonunun sıhhatı bakımından bakteriyolojik ve anatomopatolojik incelemeler . . . . . 393 — 401
Dr. Zülfü Sami Özgen
Dr. Siyami Ersek
Dr. Haydar Aksüğür
Dr. Bedrettin Pars
Dr. Harika Engez

Akciğer tüberkülozunda bronş musabiyeti ve bronş tüberkülozu muvacehesinde akciğer rezeksiyonları . . . . . 402 — 405
Dr. Siyami Ersek
Dr. Kâmran Başak
Dr. Muazzez Akman

Sayfa

Radyolojik bulguların anatomo patolojik inceleme ile verifikasyonu . . 406 — 409
Dr. Moiz Berker
Dr. Ahmet Erbelger

Rezeke edilen tüberkülozlu akciğer bronş stumplarının anatomo-patolojik incelenmesi ve bronş fistüllerinin sebepleri . . . . . 410 — 414
Dr. Siyami Ersek
Dr. Bedrettin Pars

Akciğer rezeksiyonlarında akciğer fonksiyonlarının önemi . . . . . 415 — 416
Dr. İhsan Dinçel
Dr. Nihat Öktem

Akciğer tüberkülozunda primer rezeksiyon . . . . . 417 — 420
Dr. Siyami Ersek
Dr. Kâmran Başak
Dr. Muazzez Akman

Akciğer tüberkülozunun cerrahî tedavisinde spirografinin değeri ve alınan neticeler . . . . . 421 — 429
Dr. Siyami Ersek
Dr Kâmran Başak
Dr. Muazzez Akman

7'nci celse münakaşaları . . . . . 430 — 442

SEKİZİNCİ CELSE

Verem allerjisinin sansibilisan âmili hakkında . . . . . 443 — 447
Dr. Nurettin Onur

Concurent usulle B.C.G. aşısı (Arlindo DE ASSIS metodu) . . . . . 448 — 452
Dr. Hüseyin Dedebaş

Tüberkülozda ipeesansibilite . . . . . 453 — 457
Dr. Seyfettin Köksal

Tüberkülozda tabii mukavemet ve irsen intikali . . . . . 458 — 460
Dr. Nihat Zaloğlu

Tüberkülozda mukavemet . . . . . 461 — 465
Dr. Seyfettin Köksal

Veremli bakılan müessese personelinde tüberküloz araştırması . . . 466 — 471
Prof. Nusret Karasu
Doç. Dr. Ragıp Üner
Dr. Cengiz Özek

Erenköy Hemşire Okulu talebeleri arasında yapılan tüberkülin testleri B. C. G. aşısı tatbikatı ve verem musabiyeti . . . . . 472 — 474
Dr. Bülent Çinlan

Heybeliada Sanatoryumu personelinde tüberküloz musabiyeti . . . . 475 — 481
Dr. Reşat Engez
Dr. Harun Koray

Orduda primo-enfeksiyon problemi . . . . . 482 — 487
Doç. Dr. Fahir Sanel
Dr. İlhan Uğurtaş

Sayfa

Memleketimizde mycobacterium tuberculosis tipus bovinus'un insan patalojisindeki rolü . . . . . 488 — 497
Dr. Aral Gürsel

Gıda maddelerimizden yoğurdun mycobakterium tüberkülosis üzerine olan bakterisit tesiri . . . . . 498 — 510
Dr. Aral Gürsel

8'inci celse münakaşaları . . . . . 511 — 522

DOKUZUNCU CELSE

Akciğer tüberkülozunda post-primer tüberkülozun patolojisi . . . . 523 — 528
Dr. Seyfettin Köksal

Kâhil primo enfeksiyonunda bronşa açılmalar . . . . . 529 — 531
Doç. Dr. Ragıp Üner
Dr. Orhan Öğer

Aktinomikoz ve tüberküloz . . . . . 532 — 535
Dr. Seyfettin Köksal
Dr. İzak Benezra

Cerrahî bakımdan akciğer histaplozmozisi üzerinde bir araştırma . . 536 — 546

9'uncu celse münakaşaları . . . . . 547 — 549

ONUNCU CELSE

Diz tüberkülozunda arthrodese . . . . . 550 — 554
Dr. Baha Oskay

Memleketimizde Pott hastalığı neticesi hasıl olan paraplejiler . . . . 555 — 560
Dr. Münir Ahmet Sarpyener

Diz tüberkülozunda synovectomie . . . . . 561 — 564
Dr. Baha Oskay

Kemik ve mafsal tüberkülozlularının tedavisinde fokal müdahalenin rolü 565 — 571
Dr. Ruhi Soyer

Kalça mafsalı tüberkülozunda arthrodezler . . . . . 572 — 575
Dr. Baha Oskay

İskelet tüberkülozlarının modern tedavisine dair . . . . . 576 — 581
Ord. Prof. Dr. Akif Şakir Şakar

Kalça mafsalı tüberküloz sekeli deformasyonlarında osteotomi . . . 582 — 585
Dr. Baha Oskay

Onun celse münakaşaları . . . . . 586 — 588

SERBEST TEBLİĞLER

ONBİRİNCİ CELSE

Antibakteriyeller muvacehesinde müdahalekâr tedavilerin durumu . . 591 — 598
Dr. Tevfik İsmail Gökçe

Tüberkülozun mesleklerle münasebeti hakkında düşünceler . . . . 599 — 603
Dr. Abid Köymen
Dr. Yaşar Günsal

Sayfa

Tüberkülozda şifa ve şifayı tâyin eden faktörler . . . . . 604 — 607
Dr. Abid Köymen
Dr. Celâl Candiler

İstanbul Şehremini Verem Dispanserinde son beş senede bakteriyostatiklerle beraber yapılan pneumoperituvandan alınan neticeler . . . 608 — 613
Dr. Eşref Burkan

İyi olmuş akciğer tüberkülozunda radyolojik imajların tasnif ve tefsiri . 614 — 618
Dr. Abid Köymen
Dr. Cevdet Erimoğlu

Havacılarda akciğer tüberkülozu ve irtifaın hastalık seyrindeki kötü tesiri 619 — 626
Dr. Celâl Duman

Klâsik tüberküloz semptomatolojinin klinik müşahedelerimizle kontrolü . 627 — 630
Dr. Abid Köymen
Dr. Ragıp Gökçe

Ampiyem teşhisi ile yatırılan bir diyafragma hernisi vak'ası . . . . 631 — 636
Dr. Raruf Özyörük
Dr. Mehmet Akyar

Akciğer tüberkülozlu gençlerde bronkoskopik bulgularımız . . . . 637 — 642
Dr. Aydoğan Uğur

Akciğer tüberkülozu tedavisinde tebafen . . . . . 643 — 647
Dr. Bülent Çintan

ONİKİNCİ CELSE

Streptomycine rezistans teşekkül eden vak'alarda tedaviye devamdan alınan neticeler . . . . . 648 — 654
Prof. Dr. Celâl Ertuğ

Bir arterya pulmonalis anevrizması vak'ası . . . . . 655 — 658
Prof. Dr. Celâl Ertuğ
Dr. Bahattin Çetin

Ankara Veremle Savaş Derneği hastanesinde yatan tüberkülozluların muhtelif klinik şekillerde idrarda C Vitamini dozajı . . . . . 659 — 663
Doç. Dr. Ragıp Üner
Dr. Cengiz Özek

Akciğer tüberkülozunun muhtelif klinik şekillerinde ve akciğerin non tüberküloz hastalarında vena basıncı ölçülmesi . . . . . 664 — 668
Doç. Dr. Ragıp Üner
Dr. Naim Çulhacı
Dr. Suat Kurultan

Tüberkülozlularda pülmoner ve kartılaj kalsifikasyonları üzerinde bir araştırma . . . . . 669 — 671
Dr. Orhan Öğer
Dr. A. Hilmi Gürses

Erenköy Sanatoryumunun 1936-1956 yılları arasındaki 20 senelik ölüm nisbetleri ve anti-bakteriyellerin bu nisbetler üzerine olan tesirleri 672 — 673
Dr. Seyfettin Köksal
Dr. Nevvare Özyurt

Sayfa

Tüberküloz basillerinin virilans tâyini . . . . . 674 — 680
Dr. Harika Engez
Dr. Reşat Engez

Tüberküloz tedavisinde steroid hormonlar . . . . . 681 — 684
Prof. Dr. Burhanettin Tuğan
Doç. Dr. Fahir Sanel
Dr. Suat Erişbal

Son altı sene içinde ameliyatla tedavi edilmiş 962 veremli hastanın âkıbeti 685 — 694
Dr. Sacit Tezelli
Dr. Mehmet Niyazi Kurtoğlu

ONÜÇÜNCÜ CELSE

Akciğer tüberkülozu ve kanseri arasında münasebet . . . . . 695 — 700
Prof. Nusret Karasu
Dr. Demirtaş Kocaçıtak

Kliniğimizde tesadüf edilen bir habis timona vak'ası . . . . . 701 — 705
Prof. Dr. Celâl Ertuğ
Dr. Demirtaş Kocaçıtak
Dr. L. Gürbüz

Atelektazi ve gangliyon büyümelerinde X ışını tedavisi . . . . . 705 — 709
Prof. Nusret Karasu
Dr. Bahattin Çetin

Tüberkülozlularda pnömoperituvanın menstrüasyona tesiri hakkında bir araştırma . . . . . 710 — 713
Doç. Dr. Ragıp Üner
Dr. Orhan Sayıner

Kronik akciğer tüberkülozunda bronş değişiklikleri . . . . . 714 — 717
Prof. Nusret Karasu
Dr. Türkân Akyol

Ankara Veremle Savaş Derneği Hastanesinde 31/10/1955'e kadar yatan ve tedavi edilen ampiyemliler ve âkıbetleri . . . . . 718 — 723
Prof. Dr. Nusret Karasu
Doç. Dr. Ragıp Üner
Dr. Cengiz Özek

Kadın seksüel hayatının akciğer tüberkülozunun seyri üzerine tesiri . . 724 — 728
Dr. Nimet Özgen

Bronş kanserleri teşhisinde bronkoskopinin önemi . . . . . 729 — 731
Prof. Dr. Nusret Karasu
Doç. Dr. Galip Urak
Doç. Dr. Salâhattin Akkaynak
Dr. Orhan Öğer
Dr. Demirtaş Kocaçıtak
Dr. Bahattin Çetin

Üç yüzü mütecaviz vak'ada bronkoskopik incelemenin neticeleri . . . 732 — 734
Dr. Mefkûre Çintan

Sayfa

Tedavi başlangıcı ve kraşadan basilin kaybolma müddeti . . . . . 735 — 740
Prof. Dr. Nusret Karasu
Dr. Bahattin Çetin
Dr. Nora Tanay

ONDÖRDÜNCÜ CELSE

Nadir görülen bir pnömoperituvan ihtilâtı diyafram perferasyonu . . 741 — 744
Dr. Rıfat Günbak
Dr. Fikret Temel

Yedikule Göğüs Hastalıkları Hastanesinde P.A.S. perfüzyonundan alınan neticeler . . . . . 745 — 750
Dr. Nemika Kileci Mürseloğlu
Dr. Ali Mustafa Akdemir

Akciğer tüberkülozunda bronş lâvajı ile basil arama denemeleri . . . 751 — 753
Dr. Necmettin Keleşoğlu
Dr. Samim Algan

Çocukluk tüberkülozunun tedavisi hakkında . . . . . 754 — 765
Dr. Ali İhsan Balım

Pnomo-perituvan tedavisi ve neticeleri . . . . . 766 — 772
Dr. Nemika Kileci Mürseloğlu
Dr. Ali Mustafa Akdemir

Koch basili kültürü için bilinen usullere rüçhaniyeti olan yeni bir metod 772 — 777
Dr. Mefkûre Çintan

Kist hidatiği taklit eden bir osteosarkom vak'ası . . . . . 778 — 780
Prof. Dr. Celâl Ertuğ
Dr. Demirtaş Kocaçıtak
Dr. Cengiz Özek

Memleketimizde son senelerde respiratuvar tümör vak'alarında görülen artma . . . . . 781 — 783
Prof. Dr. Nusret Karasu
Dr. Demirtaş Kocaçıtak

Kliniğimizde tesadüf edilen bir arteria ananima vak'ası . . . . . 784 — 786
Prof. Dr. Celâl Ertuğ
Dr. Demirtaş Kocaçıtak
Dr. İnci Doğru
Dr. Cengiz Özek

Alttan başlıyan modifiye torakopilasti . . . . . 787 — 793
Dr. Enver Bozyakalı

ONBEŞİNCİ CELSE

Akciğer tüberkülozunda elektro kardiyografik değişiklikler . . . . . 794 — 798
Prof. Nusret Karasu
Dr. Mesude Seren

Akciğer tüberkülozu tedavisinde yüksek doz isoniazid ve bu hususta Ppridoxine'in ehemmiyeti . . . . . 799 — 803
Dr. Bülent Çintan

Sayfa

Potassium iodure ile tedavi edilen bir tüberküloma vak'ası . . . . . 804 — 806
Prof. Nusret Karasu
Dr. Bahattin Çetin

Çocuklarda orta lob atalektazisi . . . . . 807 — 810
Dr. Hüseyin Dedebaş
Dr. Siyami Ersek
Dr. Selâmi Işındağ

Tüberkülozlularda ve sağlamlarda Lepromin tatbikatından aldığımız neticeler . . . . . 811 — 813
Prof. Nusret Karasu
Doç. Dr. Ragıp Üner
Dr. A. Hilmi Gürses

Pnömokonyozlar . . . . . 814 — 815
Prof. Nusret Karasu
Dr. Türkân Akyol

Kemoterapodik ilâçların tüberküloz tedavisinde kullanılmalarından sonra tüberkülomaların görünüş nisbeti . . . . . 816 — 818
Dr. Orhan Öğer

Klinik ve dispanserlerimizde bronşektaziler . . . . . 819 — 822
Prof. Nusret Karasu
Dr. Türkân Akyol

Akciğerin radyolojik imajlarında rastlanan kistik teşekküllerin mütalâa ve sanatoryumlardaki mevkii hakkında . . . . . 823 — 825
Dr. İsmet Mengü
Dr. Samim Algan

Anti-bakteriyellerde idame tedavisi . . . . . 826 — 828
Dr. Seyfettin Köksal
Dr. Ahsen Tezel

ONALTINCI CELSE

Hiç antibiyotik almamış hastalarda antibiyotiklere karşı rezistans durumu 829 — 832
Dr. Haydar Aksüğür

P.N.P. tedavisinin hazım fonksiyonu üzerine fizik ve biyolojik tesiri . . 833 — 840
Dr. Saim Polat Bengiserp

Antibiyotiklere rezistan vak'aların rezistans oldukları antibiyotiklerle tedavisinden alınan neticeler . . . . . 841 — 845
Dr. Haydar Aksüğür

Tüberkülozda Middlebrook-Dubos testi ve elektroforetik tetkikler . . 846 — 850
Dr. Muhsin Keskin

Akciğer tüberkülozu ve bronşların iptidai kanseri hakkında . . . . 851 — 852
Doç. Dr. Fahir Sanel
Dr. Suat Erişbal
Dr. M. Ali Olcay

Sayfa

Taş yontucuların pnömokonyoz bakımından tetkiki . . . . . 853 — 855
Prof. Dr. Nusret Karasu
Doç. Dr. İlhan Vidinel
Dr. Yalçın Dinçman

Litten ârazının klinik ehemmiyeti . . . . . 856 — 861
Prof. Dr. Nusret Karasu
Dr. Behiç Yüsel

Cinsiyet hormonları . . . . . 862 — 864
Doç. Dr. Orhan Sargın

Tüberkülozda kapiller permeabilite ölçülmesinden alınan neticeler . . 865 — 868
Doç. Dr. Ragıp Üner
Dr. A. Hilmi Gürses

Oxytetracycline ile kombine antibiyotik tedavisi ve strepto-rezistan suşlara tesiri . . . . . 869 — 871
Dr. Hayati Sevgen

Atatürk Sanatoryumunda tatbik ettiğimiz Reduction Treatment neticeleri ve en çok müessir olduğu loplar yüzdesi . . . . . 872 — 875
Dr. Hayati Sevgen

Atatürk Sanatoryumunda servisimizde yatmış 200 vak'ada yapılan kombine tedavilerin neticeleri ve basilden temizlenme müddeti . . . 879 — 882
Dr. Hayati Sevgen

Üçüncü Türk Tüberküloz Kongresi âzalarının alfabetik listesi . . . . 883 — 884

Sayın Sıhhat ve İçtimaî Muavenet Vekili Dr. Nafiz Körez'in 17/Şubat/1957 GÜNÜ 3'ÜNCÜ TÜRK TÜBERKÜLOZ KONGRESİNİ AÇIŞ NUTKU

Çok muhterem kongre âzaları ve kıymetli misafirlerimiz.

3'üncü Türk Tüberküloz Kongresini açarken diğer bir çok memleketlerde olduğu gibi yurdumuzda da ehemmiyetini muhafaza eden bu ciddî âfete karşı Türk hekimlerinin gösterdiği yakın alâkayı ve savaş teşkilâtı ile savaş derneklerinin âhenkli işbirliğinden aldığımız başarılı ve hayırlı neticeleri memnuniyet ve şükranla belirtmek isterim.

Veremin ortadan kaldırılması için dünya ölçüsünde ne büyük gayretler sarfedildiğini hepimiz biliyoruz.

Bu âfet en eski zamandan beri insanlar nerede bir medeniyet camiası kurmuşlarsa orada kendini göstermekten geri kalmamıştır.

Son 50 yıllık terakkinin ileri memleketlerde meydana getirdiği ümit verici ve yüz güldürücü neticeler yakın bir istikbalde beşeriyetin bu hastalığa hâkim olabileceği ümit ve kanaatini bizlere telkin etmektedir.

Verem Savaşını insanî olduğu kadar ilim ve terakki sahasındaki en mühim dâvalardan biri olarak ele almak icap etmektedir.

Yüksek heyetinizin ilim ışığı altındaki çalışmaları ve elde edilecek neticeler tüberküloz mücadelesine en yeni anlayışlara göre veçhe verecek ve istikametler çizecektir.

Medikal ve Medika-Sosyal olarak iki geniş sahayı alâkadar eden 3'üncü Türk Tüberküloz Kongre tebliğlerinin listesi sizlerin tüberküloz mevzuuna ne kadar ehemmiyet verdiğinizi ve ne derece hazırlıklı bulunduğunuzu göstermeye kâfidir.

Sayısı yüzü aşan ve çoğu birkaç ilim adamımızın müşterek hayırlı çalışmaları ve bilgili işbirliği mahsulü olan bu telâkkilerle övünmek hakkımızdır.

Kezalik bu kongrenin kitabı ve hiç şüphesiz ilk iki kongrenin tebliğlerini toplayan eserler gibi kütüphanelerimizi süsleyecektir.

Çalışmalarının her bakımdan memleket için hayırlı olacağına inandığım bu kongrenin toplanmasına âmil olan teşekküllere rapor ve serbest tebliğleri hazırlayan kıymetli meslekdaşlarıma teşekkürü borç bilirim.

Uhdelerine aldıkları bu mühim ve büyük vazifeyi her zaman olduğu gibi bundan böyle de muvaffakiyetle başarmalarını temenni ederim.

Kongrenin gerek Medikal ve gerekse Mediko-Sosyal sahalarda ele aldığı mevzular çok geniş ve şümullüdür.

Bu mevzular arasında verem savaşı organizasyonunun nasıl olması gerektiği meselesine de yer verilmiştir.

İlim adamlarımızın bu husustaki kanaatlerini öğrenmek biz sağlık idarecileri için çok alâka uyandırıcı ve faydalı olacaktır. Her memlekette sağlık makamlarınca deruhte edilen verem savaşı vazifeleri devletin âmme sağlığından mes'ul olması gibi ana prensiplere dayanmaktadır. Modern devlet halkın sağlığını kütlevî şekilde bozan geniş nüfus kümelerinin sosyal ve ekonomik huzurlarını ihlâl eden sağlık tehlikelerine karşı koruma, tedavi ve rehabilitasyon sahasında müessir tedbirler almakla mükelleftir.

Nitekim epidemiyolojik sahada mühim olan hastalık ihbarı, depistaj muayeneleri, açık veremlilerin tecridi selâhiyeti, korunma bakımından mühim olan BCG aşısı tatbiki mükellefiyeti, sütün kontrolü, hastaların tedavisi için gerekli muayyen standarttaki sağlık tesislerini meydana getirecek sosyo-ekonomik bir icabı olan rehabilitasyon hizmetlerinin büyük bir ölçüde âmme hizmeti olarak âmme teşkilâtı ile başarılması sayesindedir ki veremi kontrol altına almak imkân dahiline girmiştir.

Memleketin ve vatandaşın hayırına girişilen her savaşta organize teşekküller halinde ferden yurttaş üzerine düşen vazifeler de vardır.

Bunun verem savaşı sahasındaki en parlak nümunesini Verem Savaş Dernekleri vermektedir. Dün de söylediğim gibi sırası gelmişken anlayışlı, âlicenap ve fedakâr milletin veremle savaş yolundaki iradesini temsil eden Savaş Derneklerimize burada da teşekkürlerimi tekrarlamak isterim.

Mediko-Sosyal mevzuun rehabilitasyon ve sosyal yardım komitelerine de yer verilmiş olmasını memnunlukla karşılarız.

Rehabilitasyon memleketimizde henüz yenidir. Bu hizmetin en mühim tesislerini verem savaşı sahasında görmekteyiz. Onu ileri memleketlerdeki seviyesine çıkarmak için savaş dernekleri ile işbirliği faaliyetimize hız vermeye mecburuz.

Yüksek Heyetinizce de malûmdur ki Sosyal Yardım Veremle savaşın başarılı olmasında en mühim âmillerdendir.

Bunun memleketimizde anlayışlı ve modern icaplara uygun bir şekilde yapılmasını temin en büyük emelimizdir.

Güzide heyetinizin çalışma ve irşatları, müşterek gayretlerimizle kısa zamanda bu emellerimizin tahakkuk edeceğine inanıyorum.

Sözlerime son verirken 3'üncü Türk Tüberküloz Kongresinin milletimiz ve vatandaşlarımız için hayırlı ve başarılı olmasını temenni eder hepinizi saygı ve muhabbetle selâmlarım.

Dr. Tevfik İsmail Gökçe'nin

HAZIRLIK KOMİTESİ ADINA KONUŞMASI

3'üncü Türk Tüberküloz Kongresinin açılış törenine şeref verdiğinizden dolayı hazırlık komitesi adına minnet ve şükranlarımı arzederek sizleri saygı ve sevgiyle selâmlarım. Varolunuz!

Sıhhat ve İçtimaî Muavenet Vekilimiz Sayın Nafiz Körezin bütçe müzakereleri gibi çok mühim meseleler arasında vakit ayırarak dünkü ve bugünkü kongremiz toplantılarına iştirak etmelerinin büyük mânası vardır. Geçenlerde, kendilerini ziyaretlerimde, biz bu sene sıtmayı son bir hamle ile artık tamamiyle ortadan kaldıracağız ve ondan sonra bütün kuvvetimizle verem meselesine yükleneceğiz demişlerdi. İşte bu kongrelerimize gösterilen büyük bir ilgide, biz bunun ifadesini görüyoruz. İstanbulda birbirini takip eden vereme ait iki millî kongrenin toplanması ve bunların topladığı büyük alâka ve ruznamelerdeki mevzuların ehemmiyeti sayın vekilimizin veremle mücadele çalışmalarında istinad edebileceği büyük kudreti göstermektedir. Bugünkü başarılarla dolu vaziyetimizi tamamiyle takdir edebilmek için geriye bir nazar atmamız kâfi gelecektir.

Memleketimizin başta gelen içtimaî dertlerden birini ve en mühimini teşkil eden verem oldukça eski zamanlardan beri alâka mevzuu olmuş, ilk zamanlarda münferit ve devamsız olmakla beraber, zaman zaman medikal ve mediko-sosyal bazı hareketlere saik olmuştur.

Saltanatın son devrelerinde çocuk hastahanesinde hususî bir verem pavyonu yapıldığını ve Almanyadan bir mütehassıs getirilerek Kütahya'da bir sanatoryum yapılmağa teşebbüs edildiğini ve fakat meşrutiyetin ilân edilmesi üzerine teşebbüsün neticesiz kaldığını tesbit etmekteyiz.

Meşrutiyet devrinde Bahriye Nazırı Cemal Paşa, yine bu meseleyi ele alıyor, bir Alman mütehassısı getiriyor. Fakat mütarekenin karagünlerinin gelip çatması bunu akamete uğratı-

yor. Bu teşebbüsle hemzamın olarak, tüberkülozun mediko-sosyal cephesi ile alâkadar olan, bilgimize göre, ilk gönüllü veremle mücadele faaliyetine şahit oluyoruz. Besim Ömer Paşa ve arkadaşları Veremle Mücadele Osmanlı Cemiyeti *adı ile memleketimizde ilk teşekkülü kurmuşlar, bir takım broşürler çıkararak dağıtmışlar, barakalar kurarak veremlileri tedavi etmek gibi faaliyetler göstermişlerse de mütarekenin akdi ile bu da faaliyetini tatil etmek mecburiyetinde kalmıştır.*

Bundan sonra memlekette müstekâr ve devamlı gönüllü verem mücadele teşekküllerinin Cumhuriyet devri ile başladığını görüyoruz. 1923 Balıkesir ve İzmirde, 1927'de İstanbul Verem Savaşı Dernekleri kuruluyor. Bu devrede hükûmetin, Sağlık Vekâletinin de verem tedavisiyle alâkadar olduğunu bir sanatoryum nüvesi kurduğunu, verem tedavi servisleri tesis ettiğini tesbit ediyoruz.

Verem Savaşı Derneklerinin ilk zamanlardaki çalışmaları münferit ve mevzii kalmış, büyük güçlüklerle yürüyebilmiştir.

Bunların senelerce süren tenvir ve neşriyat sahasındaki devamlı çalışmaları nihayet semerelerini vermeğe başlıyor. 1948 senesinde Sıhhat Vekâleti verem dâvası ile yakından alâkadar olmaya başlıyor. Memlekette gönüllü Verem Savaşı Derneklerinin kurulması için her tarafa tamimler gönderiyor ve İstanbul Verem Savaşı Derneği ile işbirliği ederek İstanbul'da bir tüberküloz konferansı*'nın toplanması takarrur ettirilerek mevcut Verem Savaşı Dernekleri mümessillerinin bu konferansa iştirakleri temin ediliyor. 48 Verem Savaşı Derneği mümessilinin iştirak ettiği bu toplantıda gündeminde bulunan mediko-sosyal mevzuların müzakereleri dışında bir celsede de* Türkiye Ulusal Verem Savaşı Derneği *kuruluyordu. İşte mahallî Verem Savaşı Derneklerinin mümessillerinden müşekkel olan bu millî dernek, dün 10 uncu Genel Kurul toplantısını yapmış bulunuyordu.*

Bu dernek Sıhhat ve İçtimaî Muavenet Vekâletinin maddî ve manevî yardımı ile 10 sene gibi, bu gibi işlerde kısa sayılabilecek bir zaman zarfında, memlekette verem mücadelesinin sevk ve idaresinde nazım vazifesini gören bir kuvvet olarak dahilde tesirini göstermeye başladığı gibi, beynelmilel sahada da kendisini tanıttırmış, memleketimizdeki çalışmaları dünyaya tanıtmaya vasıta olmuş ve bunun tesirleri son def'a Hindistan'da toplanmış olan Ünyon İnternasyonal kontr la tüberkülozun 14'üncü konferansında fiilî olarak tezahür etmiştir. Türkiye Ulusal Verem Savaşı Derneğinin müracaatı üzerine Sıhhat ve İçtimaî Muavenet Vekilimizin Başvekâletten müsaade istihsal ederek gerekli maddî yardımı yapacağını vaad etmesi üzerine, delegelerimiz ünyonun bundan sonraki konferansının memleketimizde yapılmasını teklif etmişler ve Almanya, İsveç, Belçika ve Arjantin'in de davetleri olduğu halde memleketimiz tercih edilmiştir.

Bunda memleketimizde tüberküloz sahasındaki çalışmaların müessir olduğunda hiç şüphe yoktur. Nitekim bazı murahhaslar bunu çok samimî bir şekilde ve takdirle, ifade etmişlerdir.

Medikal sahaya gelince, memleketimizde tüberküloza ait ilmî çalışmalar, diğer tıp sahalarında da olduğu gibi, muasır çalışmalardan geri kalmamayı öteden beri şiar edinmiş olup Cumhuriyetin ilânı ile İstanbulda teşekkül eden Türk Tüberküloz Cemiyeti *de bu sahadaki çalışmaları aksettirildiği ilmî toplantıların merkezi olmuştur.*

Bu çalışmalar, neşredilen tüberküloz mecmuası hariç, uzun seneler yalnız medikal sahada, teşhis ve tedavi mevzuları çevresi içinde, mevziî ve mahdut bir mahiyette kalmıştır.

Memleketimizde tüberküloz servislerinin ve tüberkülozla iştigal eden doktorlarımızın sayılarının artması ve bunların çalışmalarını memlekete tanıtmak ihtiyacına 1948 senesinde Türk Tıp Kongresinin mevzuu tüberküloz olması kifayet etmemiş, 1950 senesinde İstanbulda toplanan kongrenin mevzuu başka olduğu halde serbest tebliğler meyanında büyük sayıda vereme ait tebliğler yer almıştır.

Bu vaziyetin, yalnız Tüberkülozu mevzu olarak alacak sırf ona mahsus bir kongrenin tesis edilmesi zaruretini hissettirmesi üzerine Türkiye Ulusal Verem Savaş Derneği, nizamnamesinin gerektirdiği veçhile, tüberküloza ait millî kongreler tertiplemesini isteyen hedeflerine uygun olarak teşebbüse geçmiş; bu sahada kompetan bir uzuv olmak itibariyle, Türk Tüberküloz Cemiyeti tarafından kongrenin organize edilmesi kararlaştırılmıştır. Bu vazifeyi büyük bir memnuniyetle üzerine alan dernek, 4 ay gibi kısa bir zamanda, birinci Türk Tüberküloz Kongresinin toplanmasını temin etmiş ve büyük bir muvaffakıyet sağlamıştır. 200'e yakın azanın kongreye iştiraki, yetmişi bulan çeşitli konulardaki tebliğler bu ihtiyacın ne kadar mübrem ve teşebbüsün ne kadar yerinde olduğunu bilfiil göstermiştir.

Bu kongreler bidayetten itibaren tüberküloz dâvasının her cephesini ele alan millî bir karakter taşımayı kendisine şiar edinmiş, gündemlerine ilmî mevzularla birlikte memlekette tüberküloz mücadelesini ilgilendiren mediko-sosyal dâvaları müzakere konusu yapmıştır. Bu gün üçüncüsünü idrak ettiğimiz bu kongrelerin kitaplarına ve mevzularına bir göz atmak bunu teyid etmeğe kâfi gelecektir.

Türk tüberküloz kongrelerinin iki senede bir toplanması kararlaştırılmış olduğundan 2'nci Türk Tüberküloz Kongresi *daha büyük bir alâka çekmek suretiyle 1955 Şubatında Ankarada toplanmıştır. Ankaradaki kompetan arkadaşlarımız bu kongreyi mükemmel bir surette organize etmişlerdir. Her iki kongreyi mükemmel bir surette organize etmişlerdir. Her iki kongre için şu gördüğünüz iki mükemmel kitap basılmıştır.*

Şimdi müsaadenizle bu kongreye, 3'üncü Türk Tüberküloz Kongresi'*ne geliyorum. Bu kongreyi organize etmek üzere seçilmiş olan komitemiz çok erkenden teşebbüse geçerek ilk defa mevzuların tesbiti işini eline almış ve bunun için bir anket yapmıştır. Bu ankete 70'i mütecaviz cevap alınmış ve şayanı dikkat olarak komitenin hazırladığı mevzu listesi ile anket neticeleri arasında büyük bir mutabakat olduğu müşahede edilmiştir. Bilhassa memlekette tüberküloz mücadelesi organizasyonu mevzuu hakkında hemen ittifaka yakın bir ekseriyet elde edilmiştir. Bunun üzerine mevzuların, tebliğlerin şekli ve verilme zamanı hakkında bir tamim hazırlatılarak alâkalılara gönderilmiştir.*

Kongreye daha müsait ve merkezî bir yer olarak Teknik Üniversite'nin bu binası tasarlanmış ve Teknik Üniversite nezdinde yaptığımız teşebbüs senatoca kabul edilmiş ve hazırlıklarımız ona göre yürütülmeye başlanmıştır.

İkinci kongredeki tebliğler için vaki olan tehacüm ve bunun teknik bakımdan doğurduğu güçlükler nazarı itibara alınarak bunlar için bazı karakterler tesbit edilmek suretiyle bazı tahditler nazarı itibara alınmış, buna rağmen tebliğ sayısı 129'u bulmuştur.

Ellerinizde programda görüleceği veçhile tebliğler için tahsis edilen zamanın uzatılmasına imkân görülememiş, bunların dakikası dakikasına icra edilmesi şartiyle, program çerçevesine ithali mümkün olmuştur.

Tebliğler kasım ayının 15'ine kadar kabul edilmiş, esas mevzularda tebliğler sayısı 70'i bulmuş, 59 da serbest tebliğ gelmiştir.

Tebliğler, seçilmiş olan hususî bir komite tarafından, gözden geçirilerek tasnif edilmiş ve komitenin buna göre hazırladığı program ve tebliğ özetlerini vesair lüzumlu tafsilâti havi program bastırılarak kongreden epeyce evvel alâkalı meslekdaşlara gönderilmiştir.

Bu programa göre kongrenin esas mevzularına taallûk eden tebliğler heyeti umumiye toplantılarında, serbest tebliğler ise iki seksiyonda muhterem heyete arzedilecektir.

Bu maksadı karşılamak üzere Teknik Üniversite'nin kongreye tahsis ettiği üç dersaneden ikisi toplantılara ve bir tanesi de sinema gösterilerine ayrılmış, toplantı salonlarında karartma, projeksiyon, negatoskop ve emsali tesisat temin edilmiş, sinema salonuna bir makina konulmuş olup sayın delegelerin getirecekleri 16 mm. lik filimlerin gösterilmesine de amadedir, burada gösterilecek filimler için her gün bir bülten neşredilecektir.

Kongre münasebetiyle bir sergi *yapılması kararlaştırılmış ve keyfiyet Sıhhat ve İçtimaî Muavenet Vekâletine, Derneklere ve diğer alâkalı müesseselere bildirilmiştir. Bu sergi, biraz sonra eserlerini görebileceğiniz gibi, büyük bir başarı sağlamıştır; sergiye tahsis edilen geniş ve çok elverişli yerde veremle mücadele eğitiminde, Vekâletin faaliyetlerine ait panolar, grafikler, fotoğraflar, çeşitli broşürler ve emsali birçok materyel teşhir edilmiştir; Vekâlete ait rehabilitasyon merkezlerinin eserleri de burada yer aldığı gibi, Fransa halk sağlık eğitimi umum müdürlüğünün memleketimize hediye ettiği yüzü mütecaviz kitap, broşür ve mecmualardan müteşekkil kıymetli kolleksiyonu sergimizi tezyin etmiş ve kıymetlendirmiştir. Fransa halk sağlık eğitimi umum müdürlüğüne bu kıymetli bağışından dolayı bilhassa teşekkür etmeği kendime bir vazife telâkki ederim. Bu kitap köşesine, tüberküloz sahasındaki yerli ve yeni yabancı neşriyat da ilâve edilmiştir.*

Eczacıbaşı, İbrahim Ethem, Squip ve Lepeti ecza firmaları da birer seksiyon ile sergimize iştirak etmişlerdir.

Kongre delegelerinin ihtiyaçlarını karşılamak üzere müracaat mahalleri, vestiyer, telefon, posta, büfe ve emsali yerler ay-

rılmış ve bunlar şematik bir plân üzerine işaret edilerek delegelere takdim edilmistir.

Üçüncü Türk Tüberküloz Kongresi delegeleri için bir hatıra olarak saklanması da nazarı itibara alınarak, darphanede bir rozet yaptırılmıştır.

Eczacıbaşı, İbrahim Ethem ve Squip firmaları kongre üyeleri için gördüğünüz plâstik çantaları hazırlamışlardır. Bunların içerisine rozet, kongre broşürü, ilmî toplantılara, kabul ve ziyaretlere ve gezintilere ait programlar, Türkiye Ulusal Verem Savaşı Derneğinin pullarından birer örnek, verem istişare komisyonlarının raporları, diğer bazı broşürler, blok-not ve muhtelif davetiyeler konularak delegelere takdim edilmiştir.

Kongre delegeleri için pek yorucu olan ilmî çalışmaları dışında bazı kabuller, konser ve tiyatrolara iştirak ve gezinti gibi dinlendirici tertipler de hazırlanmıştır.

Sayın İstanbul Vali ve Belediye Reisi Ord. Prof. Dr. Fahrettin Kerim Gökay Türkiye Ulusal Verem Savaşı Derneğinin onuncu genel kurulu ve 3'üncü Türk Tüberküloz Kongresinin üyeleri için Divan Otelinde bir tanışma toplantısı tertip edilmiştir. Ayrıca Eczacıbaşı, İbrahim Ethem ve Squip firmalarının da Hilton Otelinin Şadırvanında bir kokteyli vardır.

İstanbul Radyosu delegelerin Türk musikisi konserine iştirak etmeleri için davetiye vermiştir.

Sayın meslektaşlarımızın saray ve müzeleri ziyaretlerinin temin edildiği gibi arzu edenlerin İstanbulun gece lokallerini gezmeleri için bir program hazırlanmış ve Taksim gazinosunda bir banke tertip edilmiştir.

İstanbul Belediyesi tiyatrolarında delegelerden arzu edeceklerin temsillerde bulunmaları için biletler vermiştir.

Ayrıca delegelerle beraber gelmiş olan ailelerinin, kongrenin devamı müddetince, saray, müzeler, camiler ve İstanbul'un güzel yerlerinden bazılarını görmek suretiyle hoşça bir vakit geçirmelerini temin etmek üzere hazırlık komitesinin hanımlar kolu *tarafından bir program hazırlanmıştır. Davediyeler, gezintilere ait programlar ve müzelerin ziyaret gün ve saatlerini gösteren bir liste çantaların içinde mevcuttur.*

Zarurî olan angajmanlara girişilebilmek üzere muhterem üyelerden arzedilen gezintilere ve bankeye iştirak etmek istiyenlerin bu akşam saat onyedi buçuğa kadar holdeki hususî masaya müracaat etmelerini rica ediyoruz.

Muhterem meslekdaşlarımız! Kongrenin masraflarını karşılayacak esas fon, geçen kongrelerde de olduğu gibi, yine Sıhhat ve İçtimaî Muavenet Vekâletince temin edilmiştir, Vekâlet bu işler için Türkiye Ulusal Verem Savaşı Derneği vasıtası ile 25000 lira vermiştir. Böylece, bu kıymetli çalışmaları tesbit edecek ve her tarafa yayılmasını temin edecek olan, kongre kitabının da basılması imkânını elde etmiş bulunuyoruz.

Üçüncü Türk Tüberküloz Kongresini himayesine alan, onun hazırlanması için maddî ve mânevi yardımını esirgemiyen sayın vekilimize şükranlarımızı arzetmekle bütün delege arkadaşlarımızın da samimî hislerine tercüman olduğuma kani bulunuyorum.

Dâvamıza her zaman büyük bir müzaheret gösteren ve bu kongre münasebetiyle de muhtelif şekillerle kongremizle yakından alâkadar olan İstanbul Vali ve Belediye Reisi Ord. Prof. Dr. Fahrettin Kerim Gökay'a teşekkürlerimizi sunarız.

Kongremize bu mükemmel yeri tahsis eden ve lüzumlu bütün levazımı emrimize veren Teknik Üniversite Senato ve Rektörüne ve elindeki personel ile, her türlü ihtiyaçlarımızı temin eden idare müdürüne bilhassa teşekkür ediyoruz. Aynı şekilde yardımını esirgemiyen Basın Yayın Umum Müdürlüğü ile Radyo idaresine teşekkür ederiz.

Kongredeki sergimizi kıymetli eser ve dokümanları ile tezyin eden ve muvaffak bir serginin meydana gelmesinde âmil olan Verem Savaşı derneklerine, Ulusal Verem Savaşı Derneğine, Vekâlet propaganda ve neşriyat şubesine, rehabilitasyon müesselerine ve serginin tanzimini deruhte eden Sağlık Müzesi Müdürü kıymetli meslekdaşımız Dr. Osman Dündar ile bu hususta büyük gayretler sarfeden mulâj mütehassısı Feridun Egemen'e hazırlık komitesi adına şükranlarımızı sunmakla büyük bir haz duymaktayım. Kongremize gösterdikleri alâka ve yardımdan dolayı adı geçen kıymetli ecza firmalarına da teşekkür ederim.

Üçüncü Türk Tüberküloz Kongresinin muhterem üyeleri! Hazırlık komitesi kongrenin mükemmeliyeti için elinden gelenin azamisini yapmaya gayret etmiştir, buna rağmen kusurlarımızın olacağında şüphemiz yoktur. Bunların hüsnü niyetimize bağlanmasını rica ederken eğer bunda ufak da olsa bir muvaffa-

kıyet görüyorsanız bunun hazırlık komitesinde çalışan genç arkadaşlarıma ait olduğunu tebarüz ettirmeyi vazife telâkki eder, huzurunuzda kendilerine teşekkür ederim.

Sözlerime nihayet vermezden evvel programda mühim ve çok faydalı olduğuna kani olduğumuz bir değişikliği arzetmeme müsadelerini dileyeceğim. Sıhhat ve İçtimaî Muavenet Vekâleti Refik Saydam Hıfzıssıhha Enstitüsünün Müdürü kıymetli meslekdaşımız Dr. Niyazi Erzin, Enstitünün ve Vekâletin verem mücadelesini çok yakından alâkadar eden kıymetli etüdler getirmiştir. Müzakeresinin mühim faydalar sağlayacağına emin olduğumuz bu etüdleri bir sempozyum mevzuu olarak programımıza almış bulunuyoruz. Bu sempozyum programın 20 Şubat 1957 perşembe günü gündeminde kapanış celsesinden evvel olan kısmında yani saat 14'de yer alacaktır.

Uzunca süren maruzatımı dinlemek lûtfunda bulunduğunuzdan dolayı bilhassa teşekkür eder, içten gelen saygılarımı sunarım.

MEDİKO SOSYAL TEBLİĞLER

•

18 - Şubat - 1957

BİRİNCİ CELSE

KÖYLERDE VEREM SAVAŞI NASIL ORGANİZE EDİLMELİDİR?

Dr. NEŞATİ ÜSTER

Köylerimizde verem savaşı organizasyonunu ayrı bir konu olarak ele almak zorundayız. Çünkü halkımızın büyük bir çoğunluğu köylerde oturmaktadır. 1955 sayımında 24,111,778 olarak tesbit edilen nüfusumuzun 17,247,952 si nahiye ve köylerdedir. Bu rakama nüfusu 10,000'den az olan küçük şehirleri de ilâve edecek olursak 18,889,289 u bulur ki nüfusumuzun %78,34 ü demektir. Elimizde kat'î rakamlar bulunmamakla beraber her günkü müşahedelerimiz, bu kitlenin arasında da veremin oldukça yayılmış bulunduğu intibaını vermektedir.

Memleketimizde yapılacak verem mücadelesini, köylerde ve şehirlerde olmak üzere ikiye ayıran Birinci verem savaşı istişare komisyonu (17-21 ocak 1949); «mücadelenin en büyük masrafını teşkil eden köylerdeki verem teşkilâtının hükûmetten başka bir elle tesis ve idaresine imkân olmadığı»nı kaydettikten sonra «nüfusu on binden aşağı şehirlerle köylerdeki verem savaşı için bugünkü şartlara göre bir an evvel açılmasını temenni ettiği sağlık merkezlerinin teşkilini beklemek zaruretini müşahede etmiştir». Komisyonun raporunda «sağlık merkezlerini röntgenle teçhiz etmek ve münasip personel verilmek suretiyle, köylerdeki verem mücadelesinin bu teşkilâta yaptırılabileceği» belirtilmiştir.

Onbirinci Millî Türk Tıp Kongresinde (16-19 ekim 1950), *Ord. Prof. Dr. Tevfik Sağlam,* (Türkiyede verem savaşı) hakkındaki raporunda, verem savaşı istişare komisyonu kararlarını zikrederek, köylerde verem savaşının sağlık merkezlerine bağlanacağını, ancak proğramın bu nokta üzerinde çok durmadığını kaydettikten

sonra, memleketimiz nüfusunun 3/4 ü köylerde olduğundan, acele bir proğram hazırlamanın ve sağlık merkezleri kurulup tamamlanıncaya kadar gezgin ekiplerle köylerde müessir bir savaş tesisine girişmenin kesin zaruretini belirtmiştir. Bu ekiplerin ilk yapacağı en önemli ve en müessir işin bütün memlekette kısa bir zamanda B.C.G. aşısı tatbik etmek olduğunu beyan eden raportör, bunun için esaslı ve teferruatlı bir proğram hazırlandıktan sonra Birleşmiş milletlerden teknik yardım sağlanarak bu işe girişilmesini tavsiye etmiştir.

İkinci verem savaşı istişare komisyonu (27-29 kasım 1950) de «sağlık merkezleri teşkil edilinceye kadar nüfusu on binden az kasabalarla köylerde verem savaşı için müessir bir mücadele vasıtası olan B.C.G. aşısının sistematik olarak tatbik edilmesi ve imkân hasıl oldukça seyyar röntgen ile grup muayenelerinin yapılması»nı kararlaştırmıştır.

Dr. Etienne Berthet, İstanbulda (Milletlerarası Verem Savaşı Olgunlaştırma ve Gösteri Merkezi) direktörü olarak bulunduğu esnada, (Türkiye köylerinde verem mücadele organizasyonu) hakkında bir proje hazırlamış ve bunun Bursa vilâyetinde tecrübe edilmesini teklif etmişti (25 şubat 1952). Bu projeye göre, gezgin bir dispanser (Dispansaire ambulant) teşkil edilecek ve bu dispanser muayyen günlerde nüfusu 3,000 den fazla olan kaza merkezlerine gönderilecekti. Ziyaret günleri tercihan civar köyler halkının da toplandığı, kasabanın pazar gününe rast getirilecek ve gezgin dispanser daima halka daha evvel ilân edilmiş olan muayyen bir yerde, aynı gün ve saatte bulunacaktı. Bu dispanserin portatif bir röntgen cihazı, bir fitizyolog, iki hemşire, bir makinist ve şoförden müteşekkil bir kadrosu olacaktı. Gezgin dispanser büyükçe kasabalara her hafta, daha küçük olan yerlere on beş günde bir gidecek, böylece Bursa vilâyetinde 8 kaza merkezine ayda 22 ziyaret yapacaktı.

Raporunda gezgin dispanserin çalışma şemasını ve tekniğini de izah eden *Dr. Etienne Berthet,* bunun köylerde de şehirlerdeki gibi prevantif ve küratif bir tıbbî hizmet sağlaması, tüberkülozun ilerlemiş safhaya girmeden başlangıçta tedavisi için zarurî olan erken teşhisin temini, köylerde sağlık edükasyonunun inkişafına yardım ve Türkiyenin bugünkü sosyal ve ekonomik şartlarına en uygun düşecek olan köylerde verem savaşı tekniğini inceleyerek tekemmül ettirmek gibi faydaları olacağını da belirtmiştir.

Birinci Türk Tüberküloz Kongresinde (25-27 şubat 1953), *Dr. Tevfik İsmail Gökçe* (Sağlık merkezlerinin verem savaşındaki

rolü) hakkındaki tebliğinde, verem savaşı istişare komisyonlarında, köylerde verem mücadelesinin, sağlık merkezlerinin teşekkülüne bağlı olmak üzere, uzun bir zamanda tahakkuk edeceği düşüncesi ile, bu müesseselerin çalışma şekilleri üzerinde durulmadığını, fakat aradan geçen kısa zaman içinde sağlık merkezleri sayıları süratle artmakta bulunduğundan bu sahada çalışmalara başladıkları takdirde, bir kaç sene içinde kaza ve köylerdeki verem mücadelesinin tamamiyle teşkilâtlanmış bir şekilde meydana geleceği ümidini izhar ederek, bunlardan verem mücadelesi sahasında rasyonel, iyi bir randıman alınabilmesi için yapılması icap eden hususlar hakkında bir müzakere açılmasının fayda sağlayacağı kanaatiyle meseleyi münakaşa sahasına getirmiştir.

Sağlık merkezlerinin kadro, vesait ve fonksiyon bakımından, sağlık işlerini üzerine aldığı kaza ve onun köylerinde verem mücadelesini kurmak ve idare etmek imkânlarına malik olduklarını tebarüz ettiren *Dr. Tevfik İsmail Gökçe*'ye göre; bina meselesini, Sağlık merkezlerinde esasen nazarı itibare alınmış olan verem muayene odasına bir bekleme yeri katılmak ve ayrı bir methal verilmek suretiyle halletmek mümkün olduğu gibi, tesisat bakımından verem muayene odasına basit bir röntgen cihazı konulması, mevcut olması icap eden laboratuvarda da basit kan ve balgam muayeneleri yapmak imkânlarının temini maksada kâfi gelecektir. Personel meselesinde, veremde profilaksi ve tedavi sahasında yetki sahibi bir mütehassısa ihtiyaç olduğuna göre esasen kadrolarında mevcut olan dahiliye mütehassıslarına verem tedavi müesseselerinde üç aylık staj yaptırmakla bu ihtiyaç temin edilebilir. Motörlü vasıtası da olan sağlık merkezleri profilaksi sahasında ziyaretçi hemşiresi, sağlık memuru vasıtasiyle mıntakanın verem bakımından taranmasını, icap edenlerin verem aşısı ile aşılanmalarını, halkın tenvir edilmesini temin ederek tam bir mücadele ünitesini de şubesinde kurabilecektir.

Üçüncü verem savaşı istişare komisyonu (10-11 nisan 1953) de, köylerde verem savaşını yapacak olan sağlık merkezleri sayısının 1952 yılı nihayetinde 92 ye çıkarılmış olmasını memnuniyetle müşahede ederek, bu müesseselerin «teşkilât, tesisat ve personelinin verem mücadelesini tesis ve idare edecek şekilde tertiplenmesini zarurî» görmüştür.

Memleketimizde bugüne kadar köylerde verem savaşı hakkında ileri sürülmüş başlıca fikir ve temennilerin kronolojik bir hülâsasını yapmış bulunuyoruz. Bunlardan şimdiye kadar tatbikat sahasına geçenler arasında en ehemmiyetlisi, sistemli bir surette yapılmakta

olan B.C.G. kampanyasıdır. Evvelce bir kaç büyük şehrimizdeki aşı istasyonlarında tatbik edilen deri içi B.C.G. verem aşısı 1952 de 28 vilâyete teşmil edilmişti. Daha sonra Sıhhat vekâletiyle OMS ve UNICEF arasında yapılan hususi bir anlaşma gereğince temin edilen teknik yardımın da inzimamiyle, yurdun her köşesinde faaliyet göstermek üzere tertip edilen (B.C.G. kampanyası) 1953 başında mesaisine başlamıştır. 1956 yılı ortasına kadar Giresundan İskenderuna çekilen bir hattın batısında kalan bütün vilâyetlerimizle Malatyada tamamlanmış olan bu kampanya neticesinde 11,590,000 kişiye tüberkülin testi tatbik edilmiş ve bunlardan 4,5 milyonu aşılanmıştır. Bu muazzam hamle bugün de devam etmekte olup bir kaç yıl içinde memleketimizin her tarafında tamamlanmış olacağına muhakkak nazarıyla bakabiliriz. Seyyar röntgen ile grup muayeneleri de bazı bölgelerde sondaj mahiyetinde olmak üzere yapılmaktadır. Fakat diğer teklif ve temennilerden fiiliyat sahasına geçirilenler hemen yok gibidir. Sağlık merkezleri umumiyetle, köylerde verem savaşı sahasında henüz faal bir rol sahibi olamadıkları gibi, *Dr. Etienne Berthet*'nin raporundaki plan da bugüne kadar tatbik edilememiştir. Bugünkü duruma göre köylerimizde devamlı bir verem savaşı organizasyonunun mevcudiyetinden bahsedilemez. İşte bunun için, köylerimizde verem mücadelesi konusunu tekrar münakaşa sahasına getirmek zaruretini duyduk.

Köylerimizde de şehirlerdeki verem savaşının aynını tatbik etmeği düşünmek, her kaza merkezinde şehir tipi bir dispanser kurarak köy mücadelesini bu müesseselere yaptırmağı tasarlamak, bugün için tahakkuku imkânsız bir hayal sayılır. Çünkü memleketimizde beşyüze yakın kaza vardır. Bunların hepsinde değil de, tüberkülozun en çok yayılmış bulunduğu kazalarda dahi bunu yapabilmek, oldukça uzun bir zamana ihtiyaç gösteren güç bir iştir. Bizden çok zengin memleketler bile bunu yapamamış ve başka çarelere baş vurmuşlardır. Bunun için yabancı memleketlerin köylerde verem savaşı sahasında nasıl hareket ettiklerini gösteren iki örnek vereceğiz:

Fransada tam teşkilâtlı dispanserler büyük şehirlerle departman merkezlerinde tesis edilmiştir. Bu dispanserlerde lâboratuvar, röntgen, bazısında sabit veya portatif birer radyofotoğrafi cihazı vardır. Kadrolarında bir kaç fitizyolog, kâfi miktarda sosyal asistant ve diğer personel bulunur. Küçük şehirlerde ise departman merkezindeki dispansere bağlı küçük birer dispanser kurulmuştur. Bu müesseselerde devamlı doktor yoktur, sosyal asistant ile diğer tâli personel mevcuttur. Lâboratuvarları yoktur; kraşalar toplanarak muayene edilmek üzere departman merkezindeki dispansere gönderilir. Basit birer röntgen cihazları vardır. Departman merkezindeki dispanser hekimlerinden biri haftada 2-3 gün bu tâli dispanserlere gelerek çalışırlar.

İsveçte bütün halka yetişebilmek için iki nevi dispanser ihdas edilmiştir: merkezî dispanserler, kaza dispanserleri. Takriben her 100,000 nüfus için bir merkezî dispanser kurulmuş olup, bunların her biri kendi bölgesindeki tüberküloz savaşının mihverini teşkil eder. Bu dispanserlerde lâboratuvar ve tomoğrafi tertibatları da bulunan röntgen cihazları vardır. Yavaş yavaş bu dispanserler, sabit ve gezgin radyofotoğrafi cihazları ile de teçhiz edilmektedir. Her merkezî dispanser «kaza dispanserleri» denilen tesislerle tamamlanmıştır. Bunlarda umumiyetle pratisyen hekimler, kaza ve belediye tabipleri çalışır. Bu kaza dispanserleri vasıtasiyle her merkezî dispanser faaliyetini, memleketin en hücra köşelerine kadar teşmil etmeğe muvaffak olmaktadır.

Köylerimizde verem savaşını yürütebilmek için hususî bir organizasyona ihtiyacımız olduğu, buraya kadar verilen izahattan anlaşılmaktadır. Bu organizasyonun da ancak Sıhhat ve İçtimaî Muavenet Vekâleti tarafından kurulup idare edilebileceği muhakkaktır. Sıhhat Vekâleti mevcut teşkilât ve müesseselerinden de istifade ederek böyle bir organizasyonu süratle faaliyete geçirebilir.

Bir merkeze bağlanması tabiî bulunan bu organizasyonun esas temelini, (verem savaş dispanserleri) teşkil etmelidir. Yalnız, köylerde aktif bir verem mücadelesine girebilmeleri için bu dispanserlerin personel ve teçhizat bakımından takviyeleri icap eder. Her şeyden evvel dispanserdeki mütehassıs hekim sayısını, savaşın yapılacağı bölgenin genişliği ile mütenasip olarak arttırmak lâzımdır. Hakiki mânası ile bir verem savaşı yapılabilmesi için her vilâyet merkezindeki dispanserde gezgin bir radyofotoğrafi cihazının da bulundurulması zaruridir. Bugün Sıhhat Vekâletinin 53 vilâyet merkezinde verem savaş dispanseri mevcuttur; bunların mühim bir kısmında birer radyofotoğrafi cihazı vardır; umumiyetle portatif olan ve bugün sabit halde çalıştırılan bu cihazları, motörlü vasıta ve jeneratör grupları temin ederek gezgin duruma getirmek ve bu suretle kazalarla köylerde kullanmak mümkündür.

Teşkilâtın ikinci kademesini, şimdilik yalnız kaza merkezlerinde kurulabilecek olan (küçük verem savaş üniteleri) teşkil edecektir. Bunlar sağlık merkezi bulunan kazalarda bu müesseselerde, bulunmayan yerlerde ise iki üç odalı bir binada yerleşebilecek olan küçük

dispanserler şeklinde tesis edilecektir. Kadroları, verem savaşı için yetiştirilmiş bir kaç sağlık memuru; başlıca teçhizatı da mûtad muayene vasıtaları, bir pnömotoraks âleti ve basit bir röntgenden ibaret bulunacak olan bu ünitelerin lâboratuvarları ve devamlı hekimleri olması şart değildir. Bununla beraber merkezden mütehassıs hekimin gelmediği günlerde, sağlık merkezinde bu müessese hekimleri hastaları muayene edebileceği gibi, küçük kaza dispanserlerinde de hükûmet veya belediye tabiplerinin yahut da pratisyen bir hekimin poliklinik yapması faydalı olacaktır.

Vilâyet merkezlerindeki dispanserler, o vilâyetin kaza ve köylerinde verem mücadelesini sevk ve idare edecektir. Bu mücadele, haftanın muayyen günlerinde veya bir gününde kazalardaki verem savaş ünitelerine gönderilen birer ekip vasıtasiyle yapılır. Ekipler birer fitizyolog veya tüberküloz sahasında yetişmiş dahiliye mütehassısı ile bir kaç sosyal hemşire veya verem savaşı sağlık memurundan teşekkül eder. Kazadaki verem savaş ünitesi —sağlık merkezi veya küçük kaza dispanseri—'nde röntgen yoksa gezgin bir radyofotoğrafi cihazının da ekiple beraber gönderilmesi lâzımdır, ünitede röntgen varsa bu cihaz yalnız tarama yapılacağı vakit götürülür. Verem savaş ekipleri, kaza merkezlerine geldikleri günlerde, müracaat edenler ekibin mütehassıs hekimi tarafından sağlık merkezi veya kazanın küçük dispanserinde muayene edilir; ünitede röntgen varsa radyolojik tetkikleri yapılır; yoksa ekiple beraber getirilen gezgin radyofotoğrafi cihazı ile mikrofilimleri çekilir ve develope edilmek üzere vilâyet merkezindeki dispansere götürülür. Hasta oldukları tesbit edilenlerden bir müesseseye yatırılmaları icap edenlerin civardaki bir verem hastanesine gönderilmesine tavassut edilir; yatırılmalarına lüzum görülmeyenlere gerekli tedavi tavsiye edilir, kendilerine ekibin oraya geleceği başka bir gün için randevu verilir ve merkez dispanserindeki lâboratuvarda muayene edilmek üzere kraşaları toplanır.

Hasta olmayanlara tüberkülin testi tatbik edilir, bunun neticesi, ekipin tekrar oraya gelmesi gecikecekse, mahallî bir hekim veya bu işte yetişmiş bir sağlık memuru tarafından okunur, menfi çıkanlara B.C.G. verem aşısı yapılır. Ekip bu tatbikatı zaman zaman topluluklara, okul öğrencileri, memur ve müstahdemler, işçiler, köylülere de teşmil eder. Gezgin radyofotoğrafi cihazı ile bu topluluklar arasında depistaj da yapılır.

İlk zamanlarda bu teşkilâtın başlıca faaliyeti kaza kademesinde kalsa da yine savaşın köylüye yaklaştırılmış olması bakımından

büyük bir kazanç sağlayacaktır. Bu sayede köylerde oturan hastalar, vilâyet merkezlerindeki dispanserlere kadar gidip gelmekten kurtulacaklar, verem savaş ekiplerinin geldiği günlerden birinde kaza merkezine gitmekle hastalıklarını takip ve kontrol ettirebilecekler, ensüflasyonlarını da burada yaptıracaklardır. Kaza merkezlerimizden %90 kadarının da nüfusları on binden az olduğundan, bunlar esasen köy mücadelesi mevzuu içinde bulunmaktadır.

Bu teşkilât zamanla daha fazla köylere doğru götürülebilir. Büyükçe kazalarda merkezî dispanserler kurulabildikçe, veya vilâyet merkezlerindeki dispanserlerin personel, vasıta ve teçhizatı arttırıldıkça, nahiye merkezleri ile köy gruplarının merkezi durumunda olan yerlerde de küçük verem üniteleri tesis edilebilir. Bu üniteler kurulmadan da oralara verem savaş ekipleri portatif radyofotoğrafi cihazları ile gönderilerek gezgin bir dispanser gibi çalıştırılabilir. Bu suretle köylerde bilhassa sistemli bir depistaj yapılması imkânları temin edilmiş olur.

Kazalardaki verem savaş üniteleri, B.C.G. verem aşısı tatbikatı bakımından da ehemmiyetli bir rol sahibi olabilir. Kâfi miktarda personel ve vasıta temin edildiği takdirde, bunlar köyleri dolaşarak tüberkülin testi yapacaklar ve evvelce aşılanmamış olanlarla, muafiyeti kaybolmuş bulunanları aşılayarak B.C.G. kampanyasının idamesini temin edebileceklerdir.

Köylerimizde verem savaşının nasıl organize edilebileceği hakkındaki düşüncelerimizi izah ettik. Yukarda ana hatlarını hülâsa ettiğimiz şekilde bir organizasyonla verem savaşını profilaktik ve terapötik cepheleriyle köylere kadar götürmek mümkün olacaktır. Memleketimizde artık verem savaşı için de ayrı bir teşkilât kurmak zamanının geldiği kanaatindeyiz. Bu teşkilâtın derhal memleket ölçüsünde kurulması şart değildir; tüberkülozun en yaygın bulunduğu bölgelerden başlanarak ihtiyaca göre ve maddî imkânların müsaadesi nisbetinde genişletilebilir. Hattâ başlangıçta tecrübe mahiyetinde olmak üzere, mevcut teşkilâtı ve coğrafî durumu en müsait bir tek vilâyette tatbik edilebilir. Netekim memleketimizde yapılmış olan diğer mücadeleler de hemen hemen aynı şekilde başlamış ve zamanla genişleyerek muvaffakıyetle neticelenmiştir. Yurdumuzda sıtma, frengi, trahom v.s. mücadele teşkilâtlarını kurup idare etmiş ve muvaffak olmuş bir Vekâletin verem savaşı için de böyle bir organizasyonu tesis edip yürütecceğine imanımız vardır.

LİTERATÜR

1. **İstatistik bülteni,** No. 19. Eylûl 1955.
2. **Birinci, ikinci ve üçüncü verem savaşı istişare komisyonu çalışmaları.**
3. **Ord. Prof. Dr. Tevfik Sağlam:** Türkiyede verem savaşı, 1950.
4. **Dr. Etienne Berthet:** Projet d'organisation de la lutte antituberculeuse dans les milieux ruraux de Turquie: proposition d'essai à réaliser dans le vilayet de Brousse. 1952.
5. **Dr. Tevfik İsmail Gökçe:** Sağlık merkezlerinin verem savaşındaki rolü (Birinci Türk Tüberküloz kongresi. 1953).
6. **Bariéty, R. Garnard et J. Sestier:** Les dispensaires centraux Suédois (Revue de la Tuberculeuse. No. 12. 1950).
7. **T. C. Sıhhat ve İçtimaî Muavenet Vekâleti:** Kaza sağlık idareleri ve sağlık merkezleri talimatnamesi. 1955.

SUMMARY

How should we organize the fight against tuberculosis in rural districs?

After a chronological enumeration of the principal ideas and suggestions presented in view of the fight against tuberculosis in rural districts, the author underlines the necessity of a special organization for this purpose.

RÉSUMÉ

Comment organiser la lutte anti-tuberculeuse dans les campagnes?

Après une énumération chronologique des principales idées et suggestions présentées en vue de la campagne anti-tuberculeuse dans les régions rurales, l'auteur souligne la nécessité d'une organisation spéciale pour parvenir à ce but.

VEREM SAVAŞINDA YENİ TANDANSLAR

Tüberküloz kesretinin tespiti, Epidemiolojik Verem Savaşına önem verilmesi

Dr. FAZIL ERHAT

Veremin epidemiolojisinde ve klinik karakterlerinde değişmeler vukua gelmiştir.

Tüberküloz epidemiyolojisinin, sanatoryum ve dispanser teşkilâtı (*) kurulmaya başlandığı zamandan antibiyotiklerin keşfine kadar, esaslı değişmeler gösterdiği bilhassa son senelerde nazarı dikkati celbetmiştir.

Her bulaşıcı hastalıkta olduğu gibi; umumî yaşama şartlarının iyileşmesi, epidemiyolojik mücadele ve yeni tedavi metodlarının keşfi, tüberkülozun epidemiyolojik ve klinik görünüşlerine tesirler icra etmiştir.

Bulaşıcı bir hastalık olması dolayısiyle bu tesirlerin altında kalan veremin epidemiyolojisinde bilhassa son senelerde değişen esas karakterler şunlardır:

1. Tüberkülin endeksi buluşmanın azaldığını göstermektedir (1, 2, 3, 4).

2. Çocuk tüberkülozu (primoenfeksiyon, menenjit) bir çok memleketlerde önemli bir şekilde azalmıştır (3, 5). Primo enfeksiyonun vasatî yaşı daha büyük yaş guruplarına doğru kaymaktadır (6, 7).

3. Bilhassa yirminci asrın başından beri «Seküler Mortalite» sosyal ve ekonomik kriz seneleri istisna edilirse devamlı bir azalma göstermektedir (3, 8'den 19,a). İzoniazidin tedaviye girmesiyle, 1952 senesinin ortalarından itibaren mortalitede çok daha bariz bir düşme müşahede edilmektedir (4, 5). Veremden vasatî ölüm yaşı da daha ileri yaş guruplarına doğru kaymaktadır (5, 13, 14). Mortalitenin hızla gerilemesi tüberküloz epidemiyolojisinde en spektaküler hâdisedir, zira bu veremin öldürücü bir hastalık olmaktan çıktığını göstermektedir.

Veremin esas karakterlerinde, vahamet ve epidemiyolojisindeki değişmeler evvelâ *Mac Dougal, Ickert* ve *Drolet*'nin nazarı dikkatlerini celbetmiştir (1948).

(*) Brehmer (1859) ve Robert Philip (1887).

Son zamanlara kadar mortalite, mevcut problemler hakkında bir fikir vermek için kifayet ediyordu. Bugün mortalitenin aranılan bilgileri artık vermediği anlaşılmıştır.

Drolet 1950'de (16) bu konu hakkındaki düşüncesini şu şekilde ifade etmiştir: «... şimdi dikkatimizi, mezarlıklarda toplanan âfetin kurbanı ölülerden ayırmak zamanı gelmiştir, bundan sonra hastaların sayısını göz önünde bulundurarak bunların azaltılması için tedbirler almalıyız...»

Ickert ise Bilan International de la Tuberculose 1954'te (5) şöyle diyor: «... böylelikle verem bir mortalite problemi olmaktan çıkarak bir envalidite problemi olmuş, neticede verem savaşı çok önemli ve yeni vazifeler karşısında kalmıştır...»

Verem savaşının spesifik metodları yeni problemler karşısındadır.

Gelişmiş memleketlerde verem savaşının yeni icaplara uymak üzere tadil edildiği müşahede edilmektedir.

Skandinav memleketlerinde B.C.G. sade temaslı çocuklara veya ilkokulu bitirenlere tatbik edilmekte, primoenfeksiyon azaldığından çocuk sanatoryum ve prevantoryumları kapatılmaktadır. Bazı memleketlerde ise B.C.G.'ye artık ihtiyaç duyulmamaktadır (A.B.D., İzlanda).

Bulaşma ihtimalinin gerilemesi neticesinde, okul çağında müsbet tüberkülin testi nisbeti %4-5'i geçmiyen memleketlerde *Myers*'in dediği gibi bunlara «Tüberkülozun Radar'ı» nazariyle bakılabilir. A. B. D.'lerinde *Myers* şu şekilde bir hattı hareket takip edilmesini tavsiye etmektedir (20):

1. Tüberkülin testlerinin kıymetini haleldar etmemek için B.C.G. yapmamak.

2. Testleri sık tekrarlıyarak müsbet olanları devamlı bir kontrola tâbi tutmak (Hastalar bunların arasından çıkacaktır).

3. Depistajı bilhassa genç yetişkinlere ve orta yaştakilere yöneltmek.

Antibiyotiklerin keşfi tedavi sahasında büyük başarı sağladığı halde epidemiyolojik duruma bilâkis paradoksal gibi gözüken bir etki icra ederek hayatta kalan hasta sayısını artırmıştır. Bundan başka antibiyotiklerin keşfi ile tüberküloz epidemiyolojisi yeni bir hâdise ile karşı karşıya kalmıştır; bu hâdise resistans problemidir (5). Bundan başka remanifestasyonların antibiyotiklerin tedaviye girmesiyle arttığı söylenmektedir. Yeni ilâçların her zaman yerinde,

kâfi miktarda ve asosye olarak kullanılmamış olması bu hâdiselerde rol oynamıştır.

Son zamanlara kadar yatak ihtiyacı mortaliteye istinaden hesaplanırdı. 1916'da *Armstrong* her ölüm için bir yatak, 1940 ve 1942'de *Chadwick* ve *Pope* her ölüm için iki ve daha sonra iki buçuk yatak hesaplanmasını teklif ettiler. *Emil Bogen* ise 1950'de her hastaya bir veya her ölüm için 10 yatağa ihtiyaç olduğunu söylemiştir (5, 21). Zamanla değişen bu yatak ihtiyacını hesaplama sisteminin bir değeri kalmamıştır. Yatak ihtiyacının basil çıkaran yeni vaka sayısına göre hesaplanması da tavsiye edilmiştir *(Schmitz)*. İşte bundan dolayıdır ki mortalite hızla azaldığı halde bir çok memleketlerde hâlâ Sanatoryum yatağı mevcudunu arttırmak ihtiyacı duyulmaktadır. (22)

(Grafik I)
.-. 10.000'de ölüm (1905-1950) Almanya.
°-° Sanatoryumlarda yatak sayısı.
... Takribi rakamlar. [Schmitz. (22)]

Verem savaşının hedefi âfeti büsbütün bertaraf etmek olmalıdır.

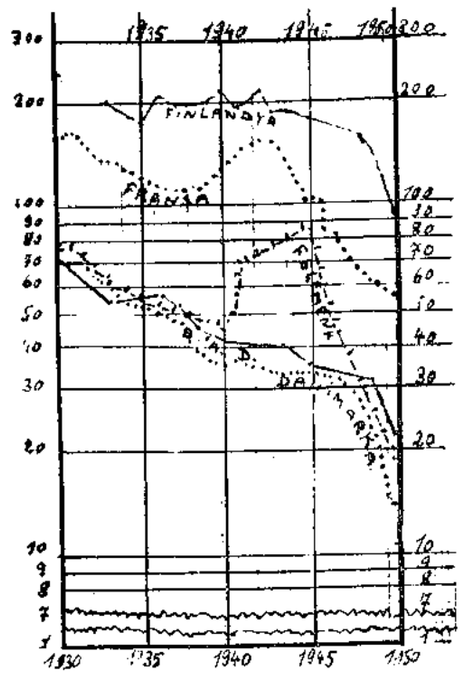
Geniş profilaktik tedbirler ve spesifik ilâçlar mevcut olmadığı zamanlarda verem savaşı mortaliteyi azaltmak ve âfeti mümkün mertebe frenlemek gayesini güdüyordu.

Milletlerarası sahada aşılama, kuvvetli mediko-sosyal mücadele ve yeni tedavi imkânları âfeti büsbütün yok etmek «Erradica-

tion du fléau» ümidini uyandırmaktadır, fakat bunun için Verem Savaşının yeni icaplara göre planlanması icabetmektedir (20, 23). Verem savaşının bazı memleketlerde tarihî bir dönüm noktasına vardığı söylenebilir, bu bakımdan memleketler üç guruba ayrılabilir: Verem kesretinin yüksek, orta ve düşük olduğu memleketler. Âfetin yok edilmesi evvelâ düşük kesretli memleketlerde tahakkuk edebilecektir (Danimarka, İzlanda, Felemenk, A.B.D.) (24).

Tüberküloz epidemiyolojisindeki değişmeler verem savaşını planlamak ve yöneltmek için öteden beri kullanılan kriterlerin değerini alzatmıştır.

Verem hastalığının kesretini tesbit etmek, memleketler arasında mukayeseler yapmak, verem savaşını yeni icaplara göre planlamak ve elde edilen başarı derecesini ölçmek için sıhhatli kriterlere ihtiyaç vardır.



(Grafik II)

1930'dan 1950'ye kadar mortalite (100.000) (Finlandiya - Fransa - Felemenk - A.B.D. ve Danimarka).

[Drolet-Lowell. (15)]

Epidemiyolojik tetkikler hastalığın bir bilânçosunu yapmak ve kesretini tespit etmek imkânını verir.

Koruyucu asvaşın icapları, malî ve idarî teşkilâtlanma, sosyal mücadele ve hastaların tedavisi için kurulması gereken tesisler ancak veremin epidemiyolojisi tam olarak tetkik edildikten sonra rasyonel bir şekilde planlanabilir. Veremin epidemiyolojisini tetkik etmek için:

A. Mortalite istatistiklerine,

B. Bulaşma kesreti (tüberkülin endeksi) ve

C. Morbidite hakkında geniş ve sıhhatli bilgilere ihtiyaç vardır.

Şimdi mevcut istatistik bilgilere istinaden, milletlerarası sahada tüberküloz kesretini ve verem savaşındaki yeni tandanslar hakkında bir fikir vermeye çalışacağız. Bunun için dünya literatüründeki geniş neşriyattan istifade ederek sırasiyle mortaliteyi, bulaşma ve morbiditeyi etüd edeceğiz.

A. *Mortalite.*

1. Dünyada mortalitenin genel tandansları.

a) Mortalite brüt:

Aşağı yukarı bütün memleketlerde verem mortalitesinin azaldığı bir vakıadır, ancak bütün memleketlerde bu azalma aynı nisbette olmamıştır (Grafik II).

1945'ten 1950 senesine kadar bu azalma aşağıdaki tabloda gösterilen memleketler için %36-78 arasında değişmiştir.

T a b l o : I

Tüberküloz mortalitesi 1945-1950 % azalma nispeti
(100.000'de mortalite)

Memleketler	1945	1950	%'de azalma
A.B.D.	37	22	—41
Kanada			—43
İngiltere	56	36	—36
Fransa	111	57	—49
İtalya	93	40	—57
Norveç	65	29	—55
İsveç	59	22	—63
Danimarka	33	14	—58
İzlanda	68	20	—71
Felemenk	86	19	—78
		[G.J. Drolet, A.M. Lowell. (15).]	
Türkiye	205 [*]	195 [**]	— 5
İstanbul	314	205	-34

(*) Türkiyeye ait rakamlar: II'nci Türk Tıp Kongresi. Prof. Tevfik Sağlam.
(**) » » » II'nci Türk Tüberküloz Kongresi. Prof. T. Sağlam.

Türkiyede ise mortalitenin diğer memleketlere nazaran daha az düştüğünü görmek mümkündür; halbuki aynı senelerde İstanbulda mortalitenin azalması yabancı memleketlerden elde ettiğimiz rakamlara uymaktadır.

Antibiyotiklerin tedaviye girmesi mortalitenin daha fazla azalmasına sebep olmuştur. İstanbul mortalite istatistikleri bu tandansı bariz bir şekilde göstermektedir.

T a b l o : II

İstanbulda mortalite
(100.000'de)

	1945	1950	%'de azalma
Antibiyotiklerden evvel	314	205	—34,5
	1950	1955	
Antibiyotiklerden sonra	205	69	—66,2
	1950	1952	
İzoniazidden evvel	205	170	—17
	1953	1955	
İzoniazidden sonra	100	69	—31

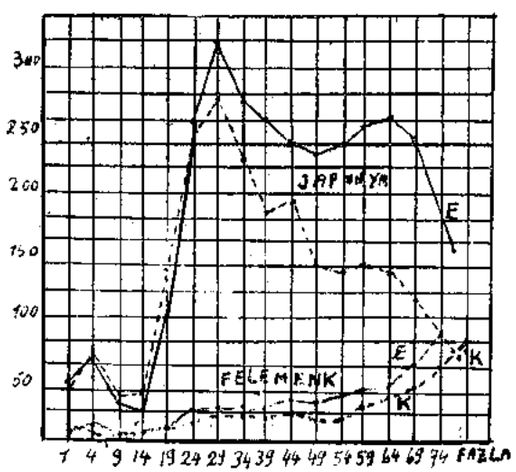
Bu hâdiseyi Milletlerarası istatistiklere istinaden da göstermek mümkündür.

T a b l o : III

23 Memlekette tüberküloz mortalitesinin vasati gerilemesi (%'de)

Seneler:	1925—29	30—33	34—36	37—39	40—42	43 45	46—48	49—51	952
23 memlekette oran %	100	—6,8 93	—13,6 80	—4,7 76	—0,9 78	—2,9 75	—14,9 64	—30,3 45	—35,6 29

Blanço. (24)



(Grafik III)
1950'de Felemenk ve Japonya'da verem mortalitesi (bütün şekiller), 100.000'de.
K: Kadın, E: Erkek.

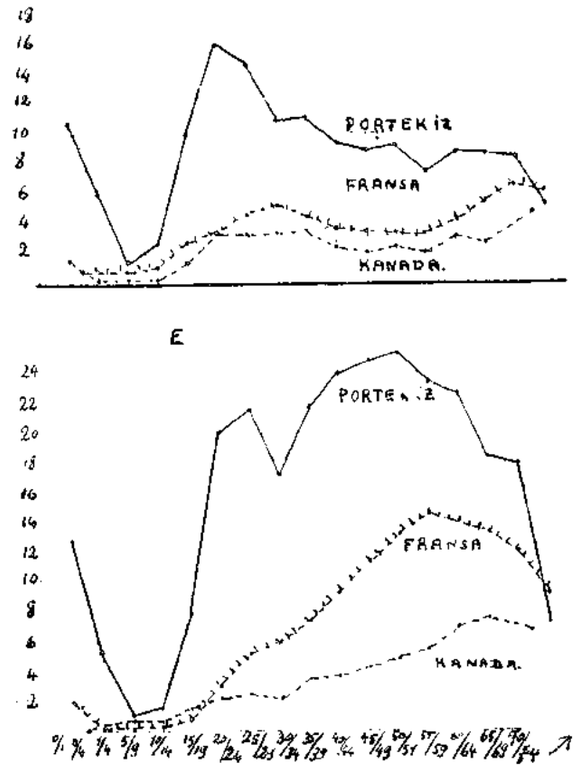
b. Yaş ve cinse göre mortalite:

Yaşa göre mortalite tetkik edilirse memleketler arasında bariz farklar göze çarpar (Grafik III).

Mortalitenin düşük olduğu memleketlerde eğri büyük yaşlara doğru tedricen yükselen bir seyir takip ettiği halde, mortalite yüksek olan memleketlerde bilâkis çocuk ve genç yetişkinlerde mortalitenin önemini muhafaza ettiği görülür.

Mortalitenin azalmasiyle veremden vasa-

tî ölüm yaşının da gerilediği tespit edilebilmiştir. *Ickert*'e göre (5) 1948-1949 senelerinde, 18 memlekette tüberkülozdan vasatî ölüm



(Grafik IV)
1950'de Kanada, Fransa ve Portekiz'de mortalite
(Akciğer tüberkülozu, 100.000'de)
K: Kadın, E: Erkek
[Ickert. (5)]

yaşı 42,8 olduğu halde, 1952'de erkekler için vasatî ölüm yaşı 54 ve kadınlar için de 50,4 olduğu tespit edilmiştir.

Mortalite yüksek olan memleketlerde vasatî ölüm yaşının mortalitesi düşük memleketlere nazaran daha fazla genç yaş gruplarına ait olduğu (Grafik III)'ten anlaşılmaktadır.

Cins itibariyle mortalite istatistiklerinde görülen farkları belirtmek üzere (Grafik IV)'ü vermekle iktifa edeceğiz.

2. Letalite:

Letalite (yeni vaka sayısına nisbet edilen ölüm sayısı) hastalığın pronostiği hakkında bir fikir verir (5-10-15-17-25-26-27).

M. Lindhard letalitenin Danimarkada hızla gerilemekte olduğunu göstermiştir.

Tablo: IV

1929-1953'te Danimarkada Letalite

(Akciğer tüberkülozu)

(Sene zarfında ihbar edilen vakalarda ölüm oranı %'de)

1930	28.4
1940	24.3
1945	16.6
1950	8.4
1953	6.9

Başka şekilde tanzim edilen letalite istatistiklerinden morbidite ile mortalite arasındaki karşılıklı münasebetler hakkında bilgiler çıkarılabilir. *Blanco*'nun Union Internationale contre la Tuberculose'un XIII'üncü kongresine takdim ettiği istatistiklerden (Tablo V) (24) her 100 ölüm için kaydedilen yeni vakaların zamanla artmakta olduğu görülmektedir.

Tablo: V

Her 100 ölüm için kaydedilen yeni vakalar sayısı

Sene	İngiltere	Kanada	Danimarka	B.A.D.
1930-34	200	108	208	151
1935-39	200	140	249	161
1940-44	210	202	294	196
1945	233	258	314	222
1946	240	262	380	232
1947	235	252	349	282
1948	255	259	372	312
1949	261	305	432	338
1950	309	350	494	357
1951	358	325	476	384
1952	454	427	500	454

Bilanco. (24)

3. Mortalite ile morbiditenin karşılıklı münasebetleri:

Veremin pronostiği daha selim olmaya başladığından, yukarda arz ettiğimiz letalite istatistiği mortalite ile morbidite arasındaki münasebetlerin esaslı bir şekilde değiştiğini ifade etmek bakımından büyük bir önem taşımaktadır.

Mortalite istatistiklerinin umumiyetle hastalık kesretini tesbit etmek üzere kullanılamıyacağı öteden beri bilindiği halde son zamanlara kadar hasta sayısı ölüm sayısına istinaden hesaplanırdı (her ölüm için 7 ilâ 10 vaka). Letalite istatistiklerinden anlaşıldığı gibi ölenlerin sayısı hasta sayısını hesaplamak üzere kullanılamaz zira aradaki nisbetin değiştiği müşahede edilmiştir.

Ickert tarafından (5) diskrepans diye bahsedilen mortalite ile morbiditenin genel tandansları arasındaki bu intibaksızlık hangi sebeplerden ileri gelmektedir? Bu hâdiselerin meydana gelmesinde çeşitli faktörlerin rolü vardır, umumiyetle zikredilen şunlardır:

Yeni tedavilerin ve bilhassa antibiyotiklerin kullanılması.

Despistaj faaliyetlerine daha büyük önem verilmesi ve erken depistaj imkânlarının tahakkuk etmesi.

Vaka ihbarının daha iyi yapılması.

Yaşama şartlarının düzelmesi (hayat standardı, beslenme, mesken, çalışma).

Yukarda zikredilen faktörlerin bir kısmı mortalitenin azalmasına sebep olduğu halde, diğerleri bilâkis bilinen vaka sayısının artmasına sebep olmuştur.

Şahsî kanaatimize göre medikal ve mediko-sosyal sahada savaş, verem mortalitesi ve morbiditesi üzerine aynı zamanda müessir olmadığı gözden kaçırılmamalıdır.

Medikal tedbirler (Klinik tedavi) derhal tesirini gösterir ve başarılı oldukları nisbette ölüm sayısının azalmasına sebebolurlar. Halbuki mediko-sosyal tedbirler (Prevansiyon, prafilaksi, halk eğitimi v.s.) kısa zamanda tesirlerini gösteremiyeceklerinden, yeni vaka sayısında arzu edilen azalma bir müddet gecikir.

Söylediklerimizden mortalitenin değersiz veya lüzumsuz bir kriter olduğu mânası çıkartılmamalıdır. Mortalite istatistiklerinin yapılması nisbeten kolay olup memleketlerin çoğunda en fazla itimat edilebilen istatistiklerdir. Ölüm objektif bir hâdisedir, bu sebepten vefat sayısı doğrudan doğruya istimal edilebilir. Kantitatif ve kitle istatistikleri olan ölüm istatistikleri, matematik ilmine zor adapte edilen sübjektif veya biyolojik unsurlar ilâve etmek mecburiyetini doğurmazlar. İleride morbidite istatistiklerinin yapılması bahsinde, bu bakımdan bazı zorlukların olduğunu göreceğiz. Hastalığın kesreti hakkında bir fikir vermemekle beraber mortalitenin, memleketler arasında mukayeseler yapmak imkânını veren, hâlen istifade edebileceğimiz belli başlı halk sağlığı istatistikleri olduğu söylenebilir.

B. *Bulaşma.*

Son seneler zarfında bir çok memleketlerde tüberküloz bulaşmasının gerilediği bir vakıadır (1'den 7'ye 18, 20, 24, 28, 29). Misal olarak Pariste Institut National D'Hygiéne tarafından 5 yaşına kadar olan çocuklarda tüberkülin endeksini ele alalım (3).

T a b l o : VI

Pariste anne ve çocuk sağlığı konsültasyonlarında tesbit edilen (+) tüberkülin testi oranı (Kütireaksiyon):

Sene	Çocuk sayısı	Müsbet test oranı
1951-52	942	%4,2
1953	699	%4,6
1954	1309	%1,3

Tüberkülin testlerinin gerilemesi, bulaşma süratinin (Durchseuchungsgeschwindichkeit) gerilediğini gösteriyor; halbuki muayyen bir yaştan sonra bütün fertlerin bulaşması vaki olduğuna göre bulaşma derecesinin (Durchseuhungsgrad) hâlâ yüksek kaldığı söylenebilir (18).

Yeni vak'alar tüberkülin testleri müsbet, hastalanma ihtimalini potansiyel olarak muhafaza eden, şahısların teşkil ettiği guruptan «Reservoir» çıkmaktadırlar.

Bulaşma kesretinin gerilemesi, tüberkülin testlerinin epidemiyolojik araştırma unsuru olarak değerini arttırmıştır (20).

Çocuk toplumlarında tüberkülin endeksi çok kıymetli bilgiler verir zira «Reservoir»ın ihtiva ettiği açık veremliler sayısı ile direkt bir münasebeti vardır. Bir toplumda ne kadar açık veremli varsa tüberkülin endeksi o nispette yüksektir.

Tüberkülin testlerinin yapılma ve okunma tekniği yeknasak olmalıdır.

Tüberkülin endeksi araştırmalarının tercihan ilkokul çağındaki çocuklarda yapılması tavsiye edilir, fakat okul çağından evvel geniş B.C.G. tatbikatı yapılmışsa endeksin büyük bir kıymeti olamaz. Millî hudutlar dahilinde tüberkülini yapan ekiplerin milletlerarası metodları tatbik etmeleri lâzımdır. Mukayeseli etüdler ancak bu şartlar sağlandığı takdirde yapılabilir (30).

2. Çocuklarda tüberkülozdan hastalanmak ihtimalinin durumu:

Bu konunun tetkiki kolay değildir zira mevcut istatistikler sayıca az olduğu gibi geçmiş senelere ait bilgiler mahallî toplumlar çapını aşmamaktadır. *Lotte* ve *Malthete*'in Pariste 1926 ve 1933 senelerinde yaptıkları mukayeseli bir anket zikredilebilir (3).

T a b l o : VII

Çocuklarda basilli akciğer tüberkülozu (100.000'de)

	15 yaşından küçük	15-19 yaş
1926	12.0	139
1953	8.7	86

[Lotte ve Malthete. (3).]

Mevcut bilgilere istinaden B.C.G. ile yapılan aşılama kampanyalarının çocuk tüberkülozunun gerilemesinde oynadığı rolü kesin bir şekilde tespit etmeğe imkân yoktur. Mamafih B.C.G.'nin koruyucu değeri münakaşasına girmeden, bu aşının diğer verem savaşı metodlarına değerli bir yardımcı olduğu kabul edilmelidir. Yazarların bir kısmı B.C.G.'nin verem kesreti orta derecede olduğu memleketlerde (Fransa, Almanya, İtalya v.s.) daha bir müddet için geniş çapta kullanılmasına taraftardırlar. Başkaları geniş mikyasta kullanılan aşının ancak bazı yaş guruplarına tatbik edilmesini tavsiye etmektedirler. Hastalığın düşük kesrette ve azalmakta olduğu memleketlerde değişik tandanslar mevcuttur. Danimarka'da aşı tatbikatına devam ediliyor, A.B.D.'nde ve İzlanda'da aşı kullanılmamaktadır, Felemenkte ise B.C.G. sade tehlikeye maruz toplum ve şahıslara tatbik edilmektedir (30). Bazı yazarlar, kitle aşılamaları ekonomik olduğundan, bu memleketlerde dahi B.C.G.'nin geniş çapta kullanılması gerektiğini düşünmektedirler. Açık vakalarla temasta veya verem müesseselerinde çalışanlar için aşının daha uzun zaman ve bütün memleketlerde sistematik şekilde tatbik edilmesi lüzumu çoğunluk tarafından kabul edilmektedir.

Primo-enfeksiyon ve menenjit tüberkülozun da gerilemekte olduğunu gösteren kuvvetli emareler vardır. Skandinav memleketlerinde prevantoryum ve çocuk sanayoryumlarının boş kalması bunu ispat eden bir vakıadır. B.C.G.'nin menenjitin gerilemesinde oynadığı rol az olmasa gerektir (38).

T a b l o : VIII

Güney Saksonya eyâleti	:	Aşılı	400.000	çocuk	1	Menenjit
Kuzey Vestfalya	:	Aşısız	700.000	»	79	»
Hesse eyâleti	:	Aşılı		»	1	»
		Aşısız		»	339	»
		Aşılı		»	3	»
		Aşısız		»	262	»

C. *Morbidite.*

1. Morbidite istatistikleri yapılmasında zorluklar:

Şimdi de Morbiditenin genel tandanslarını etüd etmeye çalışacağız.

Bu tetkikin kolay yapılamıyacağını belirtmek yerinde olur. Tüberkülozdan ölenlerin ihbarı memleketlerin çoğunda mecburî ve ölüm istatistiklerinin hazırlanması Dünya Sağlık Teşkilâtı tarafından talep edildiği halde (*), vakaların ihbarı hakkında muhtelif memleketlerde alınan kararlar çok farklı olduğu gibi mukayese edilebilecek bilgilerin toplanması için elzem olan anlaşma ve standardizasyon hususunda bugüne kadar müsbet kararlar alınmamıştır. Her şeyden evvel, ihbarı gereken vak'a mefhumu üzerinde bir anlaşmaya varılması gerektiği halde, muhtelif memleketlerde, hattâ aynı memlekette, bu kavramın farklı kriterlere istinaden tarif edildiği görülür. Danimarkada ihbarı gerekenler, basilli vakalar olduğu halde, İsveçte çok muğlak olan «activité» kavramı ihbar için esas kabul edilerek, sağlık makamlarına bildirilenler faaliyet ârazı gösterenler veya inaktif oldukları sabit olmayan bütün diğer hastalardır. Morbidite istatistiklerinin yapıldığı memleketlerin çoğunda yeni vak'a (Neue felle, nouveaux cas, new cases) ve mecmu kayıtlı vaka sayısı (Bestand, total des cas enregistrés) ayrı ayrı hesaplanır, fakat terminoloji yanlışlıklara mahal bırakmıyacak şekilde tesbit edilmediği gibi, yaş guruplarının ve hastalık şekillerinin klâsifikasyonunda herhangi bir birlik ve anlaşma mevcut değildir.

Almanyada dispanserlerde ihbar için kullanılan klasifikasyon şöyledir (31):

a) Dispanser vak'aları.

Gurup	Fa veya	Ia:	Bulaşma membaı basilli akciğer tüberkülozu vakaları.
»	Fb »	Ib:	Bulaşma membaı olabilen basilsiz tüberküloz vakaları.
»	Fc »	Ic:	Aktif, bulaşma membaı olmayan tüberküloz vakaları.
»	Fd »	Id:	Aktif, başka organ tüberkülozu vakaları.

(*) Manuel de Classement Statistique International des Maladies, Traumatismes et Causes de Décès. Sixième Revision des Nomenclatures Internationales des Maladies et Causes de Décès. (O. M. S.).

b) Kontrol altında bulundurulmaları icabedenler.

Gurup	Üa veya	IIa:	Klinik olarak iyileşmiş akciğer tüberkülozu vakaları.
»	Üb »	IIb:	Klinik olarak iyileşmiş başka organ tüberkülozu vakaları.
»	Üc »	IIc:	Temaslı veya temas halinde yaşamış şahıslar.
»	Üd »	IId:	Tanısı şüpheli olanlar.
»	III		Tüberküloz olmayan akciğer hastalıkları.
»	IV		Sağlamlar.

Fransada yapılan morbidite istatistiklerinin tetkikinde klasifikasyonun tamamiyle farklı olduğu görülür. Bu memlekette yeni vak'alar ve mecmu kayıtlı vak'alar gösterdikleri klinik ve radyolojik özelliklere göre 4 guruba ayrılmaktadır:

1. Akciğer tüberkülozu vakaları
2. Plevra » »
3. Göğüs dışı » »
4. Primo enfeksiyonlar.

Pek tabiî olarak bu iki tasnif şeklinin hiç bir şekilde mukayeseler yapmağa elverişli olmadığı söylenebilir. Muhtelif memleketlerde kullanılan sistemlerin farklı, kavramların tarif edilmemiş ve terminolojinin muğlak olmasından başka morbidite istatistiklerinin hazırlanması daha birtakım zorluklarla karşılaşır. Bunları yaparken hasta şahısla sıhhatli şahsın ayırt edilmesi lâzımdır. Morbidite klinik durumla ilgili olduğundan objektif olmayan unsurlar ihtiva edebilir. Klinik ve sübjektif kriterlere istinaden kitle istatistikleri yapmak zordur. Nihayet istatistikleri yaparken yenilmesi icabeden pratik zorluklar da vardır:

Hastalığın ihbarı: İhbar mecburî olsa dahi, bu çoğu zaman teorik kalmaktadır. Hatta 50 seneden beri veremin ihbarı mecburî olduğu halde. A.B.D.'nde bazı eyaletlerde vakaların %40 ilâ 86'sı ölümden evvel bildirilmemekte idi. 1913'te neşredilen bir tamim sayesinde 1941'de ölümden evvel ihbar edilmemiş vaka oranı %15,5'e kadar azalmıştır (17). Sistematik muayenelere önem verilmesi ihbar edilen yeni vak'a sayısının artmasına sebep olabilir fakat bu hiç bir zaman morbiditenin arttığı şeklinde tefsir edilmemelidir.

Hastaların bir kısmı resmî kontrolün haricinde kalabilir, bazıları da büsbütün tıbbî kontrolden kaçarlar.

Verem uzun süreli bir hastalık olduğundan, hastalığa tutulma, ölüm veya iyileşme arasında geçen zaman çok uzayabilir; bu da istatistik bakımından müşkilâtlar arzeder.

Her hastanın sade bir defa bildirilmesi, yeni ve eskiden bilinen vakaların römanifestasyonların ayrı kaydedilmesi pratikte halledilmesi kolay olmayan problemler yaratır.

2. Morbidite istatistiklerini kullanışlı bir hale getirmek için yapılan çalışmalar:

Biraz evvel zikrettiğimiz zorlukları gidermek üzere Birleşik Amerikada bir, ve milletlerarası sahada iki teşebbüs yapılmıştır:

a) Detroit Konferansı:

1951'de Detroit'te toplanan uzmanlar bir tek nokta üzerinde mutabık olduklarını belirterek «... vaka ihbarı terimlerin tarifi, kullanılacak sistem ve varılması arzu edilen hedef hakkında bugüne kadar hiç bir anlaşma ve mutabakat mevcut değildir.» demişlerdir. Tüberkülozun ihbarı A.B.D.'nde 50 seneden beri mecburî olduğu halde:

İhbarı gereken vaka tarif edilmemiştir.

İhbarı yapacak olanlar tespit edilmemiştir.

İhbar sistemi kararlaştırılmamıştır.

Konferans, ihbarın gayesini şu şekilde tarif etmiştir:

(ı) Hastaların kontrolü sayesinde:

Tedavinin müessir olup olmadığını, bulaşmanın önüne geçilip geçilemediğini araştırmak.

Vakalar hakkında bilgi toplamak.

(ıı) Toplumun kontrolü sayesinde:

Epidemiyolojik durumu takip etmek.

Verem probleminin natürü ve önemi hakkında bilgiler toplamak.

Alınan tedbirlerin sağladığı başarı derecesini tespit etmek.

Bu gayelere varmak için istisnasız bütün vakaların ihbar ve takibedilmesi lâzımdır. Ölümden evvel ihbar edilmemiş her hasta sağlık makamlarının dikkatinden kaçmış ve gerekli tedbirlerin tam mânasiyle alınmadığı bir vak'a şeklinde telâkki edilmelidir.

Detroit Konferansı A.B.D.'nde merkezî bir kayıt defteri (Master Index) kullanılmasını tavsiye ettiği gibi ihbarı gerekcn vak'a kavramını sınırlandırmaya çalışmış, kullanılacak fişler ve prosedür hakkında kararlar almıştır (27, 28).

b. Union Internationale contre la Tuberculose'un çalışma ve tavsiyeleri:

1950'de U.I.T. tüberkülozun halihazır durumu hakkında bir fikir edinmek üzere, epidemiyoloji komisyonunu mortalite ve morbiditeyi geniş bir şekilde tetkik etmekle vazifelendirmiştir.

Komisyon çalışmaları *Prof. Ickert* tarafından «Bilan International de la Tuberculose 1954» başlığı altında, Union'un bülteninde neşredilmiştir (5). Bu raporun önemli kısımlarını şu şekilde hülâsa etmek mümkündür:

Tüberküloz kesretini ve tüberküloz problemlerinin önemini tesbit etmek için mortalite ve morbidite istatistiklerine ihtiyaç vardır.

Bir çok memleketlerde tüberküloz vakalarının ihbarı henüz mecburî değildir. Faal tüberküloz vakalarının bildirilmesi şayanı arzudur.

Morbidite istatistiklerinin yapıldığı memleketlerde hastalık şekillerinin tarifi klinik, radyolojik veya bakteriyolojik kriterlere istinat ettirildiğinden elde edilen istatistikler millletlerarası sahada mukayeseler yapmağa elverişli değildir.

XX'nci asrın başından beri «Seküler Mortalite» devamlı bir şekilde azalmaktadır. Bu düşme ancak sosyal ve ekonomik kriz senelerinde yavaşlamıştır (harb ve harb sonrası krizleri). 1952 senesi ortalarından itibaren, izoniazidin tedaviye girmesiyle mortalitedeki düşme daha bariz olmuştur. Mortalite hızla azaldığı halde, morbiditenin ancak bazı memleketlerde cüzî bir azalma gösterdiği görülmektedir. Mortalite ile morbiditenin seyri arasında bir intibaksızlık «Diskrepanz» mevcuttur. Böylelikle verem bir mortalite problemi olmaktan çıkarak bir envadite problemi olmuş, neticede verem savaşı çok önemli ve yeni vazifeler karşısında kalmıştır.

Makaleye ek olarak morbidite istatistiklerinin hangi prensiplere istinaden yapılacağı gösterilmiştir. U.I.T. tarafından seçilen kriterler ve tavsiye edilen sistem şudur:

İhbar için aktivite, inaktivite kavramı ve bakteriyolojik bulgular esastır.

Klasifikasyon:

a) Solunum sistemi tüberkülozu (Lenfa gangliyonları, bronşlar, plevra ve larenks dahil).

b) Başka organlarda lokalize olan tüberküloz.

İstatistik sistemi:

a) Yeni vakalar ve

b) İhbar edilen bütün vakalar için ayrı istatistikler yapılmalıdır (31 Aralığa kadar).

Yaş gurupları: Mortalite için D.S.T. tarafından tavsiye edilen guruplar kullanılmalıdır.

U.I.T. tarafından tavsiye edilen sistemin mahzuru vaka ihbarının aktivite ve inaktivite gibi klinik kesin bir şekilde sınırlandırılmaları hemen hemen imkânsız sübjektif, kavramlara istinat ettirilmiş olmasıdır.

Detroit konferansı da Milletlerarası sahada kullanılabilecek bir sistem meydana getirmeye muvaffak olmamıştır.

C. *Dünya Sağlık Teşkilâtı Avrupa Bürosunun kasım 1955'te topladığı Çalışma Gurupunun tavsiyeleri.*

Bu teknik rapor (30) Avrupa memleketleri arasında verem savaşı yönünden daha esaslı bir işbirliği kurulması için hazırlanmış bir plan mahiyetindedir. Bu rapordan bazı özetler arzediyoruz:

Terimlerin tarifi: Halihazırda istatistik, bilgilerin mukayese edilememesi bilhassa kullanılan terimlerin tarif edilmemiş olmasından ileri gelmektedir.

Akciğer tüberkülozu «vak'a»sının tarifi:

Akciğer tüberkülozu «vak'a»sını tarif ederken f a a l veya t e d a v i s i i c a p e d e n gibi kavramların kullanılması, millî hudutlar dahilinde belki bir dereceye kadar bir mâna ifade eder, fakat bu tarz bir tarifin milletlerarası sahada işe yaramıyacağı söylenebilir. Bunun içindir ki bir akciğer tüberkülozu vakasının tanı ve tarifi yapılırken objektif kriterlere dayanılması bilhassa tavsiye edilmektedir.

Objektif kriterler bakteriyolojik ve radyolojik muayene bulgularıdır, bu kriterlerin birisi bazı durumlarda kifayet edebilir.

Verilen bilgiler Milletlerarası sahada hastalık şekillerini mukayeseli olarak, guruplandırmak imkânını sağlayacak şekilde verilmelidir.

Morbidite Oranı: Muğlak olan «Morbidite Oranı» kelimeleri istatistiklerde kullanılmamalıdır. Halen morbidite oranı kelimeleri muhtelif mânada kullanılmaktadır. Morbiditeden bahsedilirken, muhtelif şekillerinin tasrih edilmesi şarttır; meselâ:

i Yeni vak'a oranı.

ii İhbar edilmiş olup yeni manifestasyonlar gösteren vak'a oranı.

iii Kayıtlı bütün vak'alar oranı (Bestand, Total des cas enregistrés, Inventaire).

iv Bir bölgede, muayyen zaman zarfında bulunan vak'alar oranı (Özel anketlerle).

Sağlık istatistiklerinden elde edilen bilgiler:

Sağlık istatistiklerinin kullanışlı olmaları için istisnasız bütün vak'aları toplayacak şekilde tanzim edilmiş olmaları şarttır. Hastalık ihbarının ihtiyarî veya mecburî olması çok zaman büyük bir rol oynamaz ve en uygun şekil memleketlerin icaplarına göre seçilmelidir.

Tüberküloz vakaları kayıt defteri:

..... İhbar ve mükerrer ihbarları ihtiva eden merkezî bir kayıt defterinin ihdası şüphesiz ki epidemiyolojik tetkiklerde çok değerli bir yardımcıdır. Merkezî kayıt defterinin hemen memleket çapında ihdası mümkün değilse, başlangıçta bilgilerin toplanabileceği yerlerde açılması tavsiye edilir.

Sıhhatli istatistikler elde etmek için kayıt defterinin en az senede bir defa gözden geçirilmesi lâzımdır.

En önemli kısımlarından özetler verdiğimiz bu raporda merkezî bir kayıt defterinin mümkün olur olmaz kullanılması tavsiye edilmiş, buraya geçirilecek vak'alar hakkında verilmesi arzu edilen bilgiler ve milletlerarası sahada kullanılabilecek, muayene neticelerinin standart bir şekilde tasnifi için, bir kod hazırlanmıştır.

Dünya Sağlık Teşkilâtı Çalışma Gurubunun yaptığı tavsiyeleri, milletlerarası sahada, veremin kesretini tesbit etmek için yapılması gereken iş birliğinin ilk müsbet adımı olarak kabul etmek mümkündür.

3. Morbidite istatistiklerinin mevcut olduğu memleketlerde durumun tetkiki:

Yukarda arzettiğimiz az müsait duruma rağmen bazı memleketlerde yapılmış olan morbidite istatistiklerinden, aralarında mukayeseler yapmaktan mümkün mertebe kaçınmak şartıyle, bir dereceye kadar istifade edilebilir.

Bunlara istinaden morbiditenin bir çok yazarlar tarafından belirtildiği gibi mortaliteye nazaran daha yavaş azalmakta olduğu anlaşılmaktadır.

Bazı memleketlerde morbidite oranları (yeni vaka) ve bilhassa mecmu kayıtlı vaka oranlarının aynı seviyede kaldığı müşahede edilmektedir. Pek az memlekette ise (meselâ Danimarka) az önemli bir azalma görülmektedir.

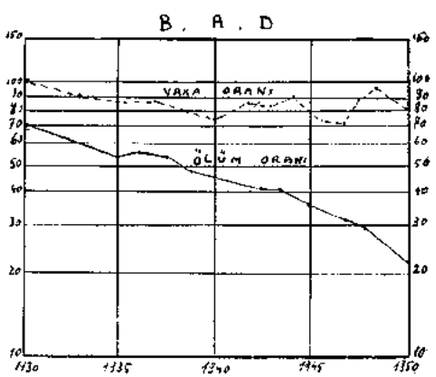
Gerek ihbar edilen yeni vak'a gerek mecmu kayıtlı vak'a sayısının umumiyetle azalmadığı müşahede edildiğinden mortaliteye istinaden tüberkülozun hızla gerilemekte olduğunu söyleyenlerin haklı olmadığı anlaşılmaya başlanmıştır.

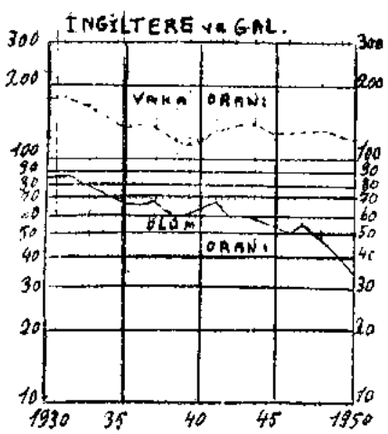
Şimdi, çeşitli sebeplerin tesiriyle (nüfusun artması, depistaja önem verilmesi, ihbarın daha iyi yapılması, yeni tedavi sayesinde hastaların ölmemesi) bir kaç sene evveline nazaran daha çok sayıda hasta ile karşı karşıya olduğumuz muhakkaktır.

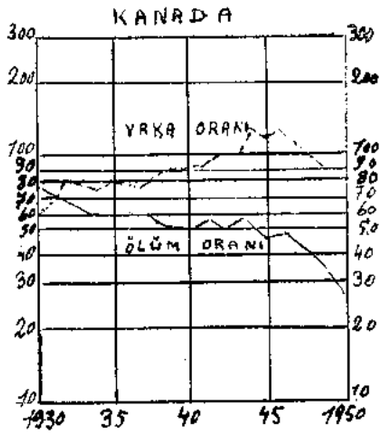
Mortalite ile morbidite arasındaki intibaksızlığın gelişmiş memleketlerde görülen enternasyonal ve hakiki bir hâdise olduğu kanaati kuvvetlenmektedir (2, 5, 8, 9, 10, 18, 19, 21, 22, 24, 27, 32, 33, 34, 35, 36, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58). Referanslarını verdiğimiz tıbbî literatürden morbiditenin gidişi hakkında bilgi veren bir kaç grafik ve istatistiği arz ediyorum:

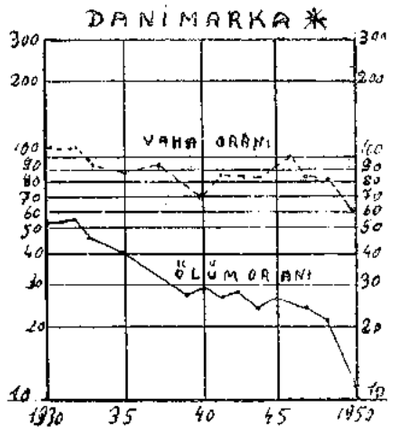
1. Mortalite ve morbiditenin tandanslarını gösteren istatistik ve grafikler.

a) Milletlerarası istatistikler:









(Grafik V)

1930'dan 1950'ye kadar A.B.D.'nde, İngiltere, Kanada ve Danimarkada morbidite ve mortalite (Yeni vaka oranı 100.000'de).

T a b l o : IX

1940 ve 1950 senelerinde ihbar edilen yeni vaka sayısı

Memleketler	1940	1950
B. A. D.	100.772	121.228
Kanada	10.226	12.429
İngiltere ve Gal eyâleti	49.967	52.062
İskoçya	7.722	9.062
Danimarka	2.687	2.507
Norveç (1949-1950)	3.877	3.507

b) Millî istatistikler:

A. B. D.

T a b l o : X

	Ölüm sayısı	% Azalma	100.000'de Ölüm	% Azal.	Yeni vaka sayısı	% Artma	100.000'de Y. V.	%+
1940	60.428		45,8		100.772		76,4	
		—%20		—%27		+%33		+%22
1947	48.064		33,6		133.837		93,3	
	—12.364 ölüm vakası				+33.065 yeni vaka			

(Bu müddet zarfında Amerikanın nüfusu 131.669.275'ten 143.414.000'e yükselmiştir, artış 11.744.725, % artış 8,18'dir.)

(*) Sade akciğer tüberkülozu yeni vak'alar ve ölüm oranı. [Drolet-Lowel. (15)].

Danimarka.

T a b l o : XI

Solunum sistemi tüberkülozu

Yeni vak'a Sayısı	Yeni vak'a 100.000'de	Ölüm Sayısı	Ölüm 100.000'de	
3.348	84.8	1.053	26.7	1943
3.343	84.6	1.056	26.4	1944
3.460	85.5	1.101	27.2	1945
4.122	100.5	1.086	26.5	1946
3.522	84.9	1.010	24.4	1947
3.351	80.0	898	21.4	1948
2.906	68.7	677	16.0	1949
2.514	58.9	505	11.8	1950
2.412	56	506	11.8	1951
2.060	47.5	421	9.7	1952
1.764	40.4	341	7.8	1953

[M. Lindhardt. (59).]

Almanya.

T a b l o : XII

1938-1952 senelerinde Almanyada ihbar edilen yeni vak'alar ve mecmu kayıtlı vakalar

(100.000'de)

(Ia-Id)

Sene	Yeni vak'alar	Mecmu kayıtlı vakalar
	134,6	475,3
1950	264,7	1039,7
1951	250,9	1008,8
1952	234,4	974,6

İzlanda.

T a b l o : XIII

1945-1950 senelerinde tüberküloz mortalitesi - Yeni vak'alar ve mecmu kayıtlı vak'alar

(Bütün şekiller)

	Yeni vak'alar Sayı	Yeni vak'alar 100.000'de	Mecmu kayıtlı vak'alar Sayı	Mecmu kayıtlı vak'alar 100.000'de	Sayı	100.000'de
1945	353	270	956	730	88	68
1946	425	320	1039	730	88	68
1947	421	310	1116	820	71	53
1948	321	230	1006	730	47	34
1949	316	220	990	700	36	26
1950	314	220	996	690	29	20

2. Mortalite ve morbidite arasındaki tandansların münakaşası.

Mortalite ve morbidite tetkik edilirken en spektaküler hâdisenin ikisinin seyri arasında görülen intibaksızlıktır. Bu hâdisenin sebeplerini daha evvel tahlil etmiştik. Bilhassa yeni vakalar mevzubahis olunca daha iyi yapılan ihbar veya sistematik muayenelerin zahiri bir artışa sebep olabileceğini kabul etmekle beraber bir çok müellifler sistematik muayenelerin morbiditede önemli bir artışa sebep olamıyacağını göstermişlerdir (16).

Bu müellifler sistematik muayenelerin vakaları biraz daha evvel depiste etmekten başka bir tesir yapamıyacağını belirttikten sonra New-York'ta 1947'de kaydedilen vakaların sadece %3,4'ünün sistematik depistajla bulunduğunu tespit etmişlerdir. Öyle ise mortalite ve morbidite arasındaki intibaksızlıkta en mühim rolün yeni tedaviler tarafından oynandığını kabul etmek doğru olacaktır. Antibiyotikler hastaların ölmesine mâni olduğu gibi son zamanlarda röşütlerin artması hâdisesi de dikkat nazarını çekmeye başlamıştır.

T a b l o : XIV

1938-1952 senelerinde Bavyera'da açık tüberkülozlular gurubuna başka guruplardan intikal ettirilen tüberküloz vak'aları oranı (%):

1938	1947	1948	1949	1950	1951	1952
15,41	27,95	40,88	46,24	45,88	46,97	46,96

Ickert. (5)

Morbiditenin azalmaması ve röşütler probleminin önem kazanması verem savaşının şimdiye kadar nikbinlikle mütalâa edilen istikbalini biraz karanlıklaştırmaktadır. Vak'a sayısının da azaltılması için veremin bulaşıcı bir hastalık olduğuna istinat edilerek bulaşma membalarının azaltılması ve bulaşmaya mâni olunmasına (Prévention) yani epidemiyolojik verem mücadelesine daha fazla önem verilmesi lâzımdır.

Epidemiyolojik verem mücadelesiyle bulaşma daha müessir bir şekilde önlenemedikçe verem savaşının nihaî gayesi olan âfetin yok edilmesine ulaşamıyacağımız muhakkaktır.

Verem savaşı programlarının müessir ve ekonomik bakımdan randımanlı olması için âfetin önemi ve epidemiyolojisinin iyice bilinmesi lâzımdır.

Dünya literatürünün tetkikinde bu konuda mevcut olan bilgile-

rin hali hazırda bir çok bakımdan yetersiz olduğunu müşahede edebildik. Bilinmesi bilhassa arzu edilen bulaşmanın ve hastalığın kesretidir. Bulaşma ve hastalık kesretini tespit etmek için de mortalite istatistiklerinin yanında mukayese edilebilecek tüberkülin endeksi ve morbidite istatistiklerine ihtiyaç vardır.

S o n u ç :

Yüksek heyetinize arzettiğimiz tebliğde veremin epidemiyolojisi ve klinik karakterlerinde değişmelerin vukua geldiğini, verem savaşının yeni problemler karşısında kaldığını ve âfetin ortadan kaldırılması için mücadelenin bir blânçosu yapıldıktan sonra, yeniden planlanması icap ettiğini söyledik.

Son zamanlara kadar veremin epidemiyolojisi bilhassa mortaliteye istinaden tetkik edilirdi. Mortalitenin veremin kesreti hakkında bir fikir vermek için kifayetsiz olduğunu gördük. Bilhassa yeni tedavi imkânlarının tesiriyle verem bir mortalite problemi olmaktan çıkarak bir envalidite problemi olmuştur. Bu bakımdan bütün memleketlerde verem hâlâ önemli bir halk sağlığı problemi olarak mevcuttur.

Hastalığın hakikî kesretini tespit etmek ve buna istinaden savaşı planlamak üzere bazı çalışmalar başlamıştır. Bu konuda büyük ve uzun süreli gayretlerin sarfedilmesi icap edecektir.

Morbidite azalmadıkça verem savaşına tahsis edilecek masrafların azaltılması mevzubahis olmamalıdır.

Hastalık kesretinin ve bulaşmanın azalmasıyla verem savaşında epidemiyolojik mücadeleye daha fazla önem verilerek, bulaşıcı hastalıkların ortadan kaldırılmasında tesirli oldukları bilinen metodlar kullanılmalıdır. Epidemiyolojik verem savaşı hastalığın bulaşıcı olduğu bilgisine istinaden planlanırsa âfetin yok edilmesi erişilmesi mümkün olan bir hedeftir.

L İ T E R A T Ü R

1. **A. Lotte. E. Courcelle**; Etude de l'index de tuberculisation. Bull. de l'Institut Nation d'Hygiéne. Tome 10. No: 3 Juil. Sept. 1955.
2. **S. Sigurdson. P. Quedwards**; Bull. Org. Mond. Santé. 7. 153-169. 1952.
3. **A. Lotte. A. Rouillon**; Semaine des Hôpitaux de Paris. No: 6. Déc. 1955.
4. **A. Ott**; Blätter gegen die Tuberkulose Nr. C/2 Februar 1955.
5. **F. Ickert**; Bull. Union. Int. contre la Tuberculose Vol: 1-2. Jany-Av. 1954.
6. **E. Bernard.-Kreis**; Le poumon No. 1. 1945.
7. **P. Press**; Thése Lausanne 1944.
8. Informationdienst des Bayerischen Statistischen Bundsamte. 1953.
9. Tuberkulose Statistik Nordrhein-Westphalen. 1948-1953. Ministeium für arbeit Soziales und wiederaufbau.
10. The Fight against Tuberkulosis in Denemark. Copenhage 1950.
11. Bull. Institut National d'Hygiéne Tome: No: 3. Juil-Sept. 1954.
12. Bull. Institut National d'Hygiéne Tome 8. No: 1. Janv-Mars. 1953.
13. **D. T. Smith.** A. R. of Tuberculosis Vol. 67. No: 8. 1953.
14. **G. Anderson**; A. R. of Tuberculosis Vol. 67. No: 2. 1953.
15. **G. A. Drolet.-A. M. Lowel**; Disease of The Chest. 21. Jan-June 1952.
16. **Edwards - Drolet**; A. R. of Tuberculosis 61. June 1950.
17. Report of The Minesota State Boord of Health and Vital Statistics. 1922-1943.
18. **Ott**; Schweizerischhezeitschrift für Tuberkulose Supl. Vol: 9. 1952.
19. **Springett**; Lancet 262. 1952.
20. **A. Myers**; A. J. of Public Health. 38. Jan-June 1948.
21. **E. Bogen**; A. R. of Tuberculosis. 59. Jan-June 1949.
22. **Schimitz**; Beitr. Klin. der Tuberkulose 1953-54.
23. **Parran**; Pub. Health Reports. 68. 921. 1953.
24. **Blanco**; Bull. de l'Union Int. conte la Tuberculose vol. XXIV. No. 3-4. 1954.
25. **Tattersall**; Tubercle 1947.
26. **Andersen**; Acta Tub. Scand. 24-1. 1950. 27. **C. Northrop - R. J. Anderson - H. Sauer**; Pub. Health reports vol. 64. No: 3. Aug. 1949.
28. **Myers A. J.**; The Journal of The Journal of The American Medical association. Bd. 146. 1942 - 1951.
29. **Sigurdson. S.**; Pub. Health Service Publication Nr. 21. U. S. A. Government printing office. Washington 1950.
30. Lutte contre la Tuberculose Plans en vue d'accroitre la coordination entre pays européens. Org. Mond. Santé. Ser. Rapp. techn. 1956. No: 112.
31. Tuberkulose Jahrebuch 1951-1952.
32. **Bull. Inst.** Nat. d'Hygiéne Tome 8. No: 7. Oct-Déc. 1953.
33. Bull. Inst. Nat. d'Hygiéne. Tome 8. No: 4 Oct-Déc. 1953.
34. Bull. Inst. Nat. d'Hygiéne Tome 9. Janv-Mars 1954.
35. **G. Hertzberg**; Acta Tub. Scand. Vol. XXIX 1953.
36. Jahrbuch der Akademie für Staatsmedizin. Düsseldorf 1952.
37. Das gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland. Dr. Med. **F. Koch** und **M. Daelen**.
38. Tuberkulose Jahrbuch 1950-1951.
39. La Lutte contre la Tuberculose en Suisse. 1954.

40. Health Bull. Vol. XIII Jan. 1955.
41. Tuberkulose Jahrbuch. 1952-1953.
42. **C. R. Lowe** and **J. E. Geddes**; Brit. J. of Preventive and Social Medicine. Vol. 7. No: 1953.
44. **A. Myers**; A. J. of Pub. Health. 38. Jan-June 1948.
45. Schweizerische Zeitschrift für Tuberkulose. 12-2-40. 1945.
46. R. J. Anderson - H. Sauer; Pub. Health. Reports. Vol. 67. No. 11. Nov. 1952.
47. Chronique de L'O.M.S. Vol. 9. No: 4 Avril 1955.
48. Pub. Health reports. 66. 1951.
49. Tuberk. **Arzt.** 1949.
50. Statistical Year Book. 1947. N. 1.
51. **Breu**; Vortrag an der Tagung der Deutschen Tuberkulosegeselschaft an 3. Sept. 1954.
52. **W. E. Snell**; Lancet 264 Jan-June 1954.
53. B.U.I.T. Vol XXV No. 1-2. 1955.
54. **Blittersdorf**; Beitr. Klin. der Tuberkulose. 108-14. 1953.
55. **Gomez**; Rapport à la XII Conférence de L'U. I. T. Rio de Janeiro 1952.
56. **Nissen Mayers**; Acta Tub. Scand. Sup. No: 18. 1949.
56. **Plunkett. R. E.**; A. J. of Pub. Health. 24-811. 1954.
57. **P. Press**; Supplement C. des «Feuilles contre la Tuberculose» Avril No: 4. 1955.
58. **P. Press**; Schweizerische Zeitschrift für Tüberkulose Fasi. 7. 1954.

SUMMARY

New trends in the fight against tuberculosis

The problems of mortality rates, contagion and morbidity constitute the three main subjects of this report.

During the last years, important changes have occured in the epidemiology of tuberculosis and its clinical characteristics. The preventive evolution of the fight against tuberculosis as well as the development of new therapeutic methods justify the hope that tuberculosis may be eradicated entirely one day. One may say that the fight against tuberculosis has reached its most important point.

RÉSUMÉ

Tendances nouvelles dans la lutte anti-tuberculeuse

Les problèmes de mortalité, contagion et morbidité constituent les 3 sujets essentiels du rapport.

Au cours des dernières années, d'importants changements sont survenus dans l'épidémiologie de la tuberculose ainsi que dans ses caractères cliniques essentiels. Le développement préventif et prophylactique de la lutte anti-tuberculeuse ainsi que l'évolution des procédés thérapeutiques permettent d'espérer la suppression totale de la tuberculose. Nous pouvons dire que la lutte anti-tuberculeuse touche aujourd'hui à son point culminant.

VEREMLE MÜCADELE NASIL OLMALIDIR?

Dr. BEHZAT YEĞEN

Çok uzun zamandan beri duyulan «Veremle Mücadele» ihtiyacı ile, zaman zaman bu sahada yapılan teşkilât, bu teşkilâtın son yıllardaki memleketşümul yayılması ve elde edilen şayanı iftihar başarıları memnunlukla zikretmeği bir borç biliyorum. Daha dün denilebilecek kadar kısa olan bir zamanda, yani 1945'te bu hastalıktan 314/100.000 olan vefiyatın 1954'te 97/100.000'ye düşürülmüş olması başlı başına bir muzafferiyettir. Bununla beraber hastalığın bu nisbetin dununda da olsa bu vatanın ve Türk milletinin kudret ve enerjisini rahnedar eden bir âfet olarak elân devam ettiği bir hakikattir. Mücadelenin hızlandırılması, aşağıda sıraladığım ve bir çoklarının esasen tatbik edilen tedbirlerin kuvvetlendirilmesi, aklıma gelen bir kaç yenisinin de tatbik edilmesi ümit ve dileğinde bulunmaktayım:

I. *Sinema:* Mücadelede sinemaya bugüne kadar lâyık olduğu önem verilmemiştir. Bugün ordunun bile talim ve terbiyesine girmiş olan sinemadan verem mücadelesinde de neden azamî surette istifade edilmesin. Aşıdan sonra beyaz küreyvatın temsilî olarak nasıl silâhlanıp seferber olduğunu ve vücudu mikroplara karşı nasıl koruduğunu, vücudun nasıl kuvvetlendiğini bir defa gören öğrenciler nasıl ki aşılanmağa kendiliklerinden ve seve seve geliyorlarsa, bu çok pratik ve öğreticiliği çok verimli olan vasıtadan veremle mücadelenin de her sahasında istifade etme yolları sağlanmalıdır.

II. *Halka kurslar açmalı:* Mücadelede öğretim yalnız talebelere değil, aynı zamanda bütün halka sağlanmalıdır. Senede bir hafta gibi çok kısa bir zamanda okullarda dispanser hekimleri tarafından verilen konferanslar çok gayrikâfidir. Kendi mıntakam dahilindeki okulların öğretmenleriyle yaptığım 8 senelik temas ve teşriki mesaiden edindiğim kanaat fazla müsbet olmamıştır. Meselâ böyle bir konuşmadan sonra çocukların bir çoklarından «Efendim, yerlere tükürmeyin diyorsunuz, lâkin babam her zaman bahçeye, hattâ eşiğe tükürüyor, eğer fena bir şey olsa idi babam bunu yapar mıydı?» ve-

saire.. Maalesef bu sahnelere oldukça kesretle de tesadüf ediliyor. Aynı şikâyetler öğretmenlere daha sık yapılmaktadır. İşte bundan dolayıdır ki nasıl okullar ailelerle teşriki mesai etmek mecburiyetini duymuşlarsa, verem savaşında da herhalde halka da öğretim sağlamak bir gaye olmalı, bu gaye tarsin edilmeli, aksi takdirde savaşın kıymeti eksik, neticeler ise müsbet olmaktan uzak kalacaktır.

Bunun da en iyi tatbik şekli dispanserlerin bu ciheti kendi mıntakalarında kendi üzerlerine almalariyle olabilecektir. Yalnız çoğu tek hekimle çalışan dispanserlerin esasen işleri çok olduğundan bu istikamette başarılı bir mücadele için ya dispanserlerin hekim kadroları takviye edilmeli veyahutta dispanserlerin mesaisi full-time'a çıkarılmalıdır.

III. Okulların radyoskopik muayeneleri seyyar röntgenle ve yerinde yapılırsa ve yalnız lüzum görülenlerin mütemmim ve müteakıp muayeneleri dispanserlere bırakılırsa daha büyük randıman elde edileceği kanaatindeyim. Zira çok miktarda ve çok kalabalık olan okulların lâyıkiyle dispanserlerde muayeneleri hemen hemen bütün vaktimizi almakta ve yukarıda ehemmiyeti belirtilen, halkın tenvir ve öğretimi, halkın savaş içerisinde oynayacağı müsbet ve semereli roller ihmale uğramış oluyor. Bu itibarla, seyyar röntgenlerin adetlerinin bu ihtiyacı karşılayacak derecede arttırılması şayanı temennidir.

Burada mikrofilimle olan çalışmalara kısaca teması faydalı buluyorum. Fabrikalarda seyyar röntgenle yapılan muayenelerde bulunan şüphelilerin tetkikleri için dispanserime gönderilenlerin çoğunda vaziyetin normal olduğunu müşahede ediyorum. Bu, şayanı şükran bir bulgu olmakla beraber acaba, mikrofilimlerle yüksek nisbetlerde şüpheli tesbitine sebep nedir? Bu gibi hallerin önüne acaba daha büyük eb'atta filim kullanılmakla geçilemez mi?

IV. Bir tek tüberküloz haftası propaganda için kâfi değildir. Bunu ya uzatmalı veyahutta başka vesilelerle hiç olmazsa iki defa yapmalı. Bu, halk için böyle olurken okullarda tüberküloz hakkında devamlı olarak konferanslar tanzim ve temin edilmeli. Bu mevzu ya şimdi olduğu gibi dispanserler tarafından idare edilmeli veyahutta merkezden bu hususta ayrı elemanlar sağlanmalıdır. Yılda bir hafta konuşmaktan ziyade haftada bir defa konuşulsa, kanaatimce bu konu daha iyi işlenmemiş ve genç dimağlar üzerinde hasıl etmek istediğimiz izler yerleşmeğe imkân ve fırsat kazanmış olur. Daha ileri giderek diyeceğim ki okullarda bir tüberküloz dersi veyahutta kurslar ikame edilmeli ve bunlar için de kompetan personel sağlanmalıdır.

V. *Sığır tipi tüberküloz ile mücadele edilmelidir.* Enfekte sütün içilmesiyle hastalık çok çabuk yayılır ve bu hal bilhassa böyle sütle beslenen çocuklarda görülür. Hakikaten bu cephedeki mücadele sayesinde bugün Amerikanın bazı eyaletlerinde bu tip tüberküloza tesadüf etmek artık kabil değildir. Bu mücadeleye Amerikada 1915'ten beri sistematik bir şekilde devam edilmektedir. Bu mücadele şeklinin tatbikinin ne kadar müşkül ve ne kadar büyük masraflara vabeste olduğu aşikârdır. Bir taraftan hayvan sahiplerine tazminat temini, diğer taraftan da büyük çaptaki itlâftan sonra hasıl olacak süt fıkdanını önlemek için süt temini meselesi de büyük masrafları icap ettirmektedir. Fakat elde edilecek faydalar da o kadar büyüktür ki bu mücadele şeklinin ihmal edilmemesini icap ettirir.

Bu meseleyi sütün pastörizasyonu ile halletmek yolları aranmıştır. Fakat bu usulün tatbiki büyük kasaba ve şehirlerde kabilse de köylerde ve ufak topluluklarda tatbiki imkânsızdır.

Sığır tipi tüberkülozla mücadelede diğer korunma çareleri meyanında sığırların gerek B.C.G. ve gerekse vole basili ile aşılanmaları gelmektedir...

VI. Postahane ve radyodan propaganda için daha geniş şekilde ve uzun sürcli olarak istifade etmeli. Meselâ yalnız verem haftasına münhasır olarak ve yalnız 4-5 vilâyette değil, bütün yurtta ve verem haftası haricinde de savaş pulları yapıştırmak suretiyle, hiç olmazsa yurdun bütün mesahasına bu propagandayı teşmil etmeli, yurdumuzun bütün köşelerine kadar mücadelenin mevcudiyet ve faaliyetini duyurmalıyız.

VII. *Köylerden şehirlere olan akın durdurulmalı.* Umumiyetle tüberküloz köy hayatından ziyade şehir hayatiyle alâkadardır. Bugün bizim memleketimiz de dahil olmak üzere umumî bir şekilde şehirlere bir akın vardır. Genç nesiller iş ve güç peşinde şehirlere akın etmekte ve bu suretle Koch basiline bakir bir zemin arzetmektedirler. Bu itibarla şehir ile taşra mukayese edilirse şehirlerdeki gayri müsait şerait derhal kendisini hissettirir. Ve bu hal zengin memleketlerle fakir memleketler arasında da büyük farklar gösterir. Meselâ Paris ile Madritte musabiyet nispeti köylere nazaran %25 ve %66 gibi gözden kaçmıyacak kadar bariz farklar göstermektedirler.

1948'de tutulan istatistiklerde musabiyet umumiyetle İngiltere ile Gal eyaleti için 101 iken Londrada 161, New Castle'da 181, Li-

verpool'da ise 202 idi. Eski şehirlerde bu nispetler yeni şehirlere nazaran daha küçüktür. Bu cihet nüfusu yerlilerden ibaret olan şehirlerde tüberküloz nisbetinin daha az olduğunu göstermektedir. Liverpooldaki durum buna güzel bir misal teşkil etmektedir. Şehirlerdeki bu fena şerait daha iyi hıfzıssıhha servisleri, daha iyi gıda sağlanması ve daha yüksek gündelik ve ücretlerle kısmen olsun düzeltilebilir. Bu sayededir ki New York şehri bugünkü durumunu iktisap edebilmiştir, ki orada verem musabiyeti 1947'de diğer şehirlere kıyasla ancak 30/100.000 nisbetinde idi. Bu nisbetin bugün daha da azaldığına şüphe yoktur. Böyle olmasa idi bugün Amerikadaki sanatoryumlar kapanmaz ve henüz kapanmamış olanlar da kapılarını ardına kadar açıp hasta beklemek durumunda kalmazlardı. İnşallah bu mazhariyet ve saadete bizim memleketimiz de yakında ulaşır ve hastalar da bir yatak bulabilmek ümidiyle aylarca beklemek ve bakımsızlık içinde kalmaktan kurtulurlar.

VIII. Bütün hastahanelerde, fakülte ve memleket hastahanelerinde, tüberküloz koğuşları bulundurulmalı ve pratisyenlerin istimaline arzedilmelidir. Zira pratisyenler bu savaşın köprübaşlarında, ileri karakollarında bulunmaktadırlar. Devlet hizmetinde çalışan hekimlere bu hastalık üzerinde kurslar yaptırıldığı gibi pratisyenlere de bütün yenilikleri takip edebilmelerine imkânlar sağlanmalıdır. İhtiyacı karşılayacak kadar yatak temin edilmeli. Yatırılması, tecrit eidlmesi gereken hastalar eğer aylarca sıra beklemek durumundan kurtarılamazlarsa mücadelenin belkemiğini teşkil eden bu cihet daha bidayette sakatlanmış olur. Maalesef bizde henüz kâfi miktarda yatak adedi mevcut olmadığı gibi bazı defalar hastahaneye yatan hastalar kollapso terapi teklif edildiği zaman kabul etmiyorlar, bunun üzerine hastalar taburcu ediliyorlar. Tabiatiyle bunlar ortalıkta basil saçmağa devam ediyorlar. Halbuki biraz psikoloji kullanılıp da esasen maneviyatları bozuk olan bu nevi hastalarla biraz daha uğraşılsa herhalde daha iyi neticeler istihsal etmek kabil olur..

IX. Şimdilik bir ütopi mahiyetinde görülebilirse de seyyar lâboratuvarların da teşkili çok faydalı olacaktır. Fabrikalardan tetkik için hasta celbi zor oluyor. Bir defaya mahsus olmak üzere geliyorlarsa da bilâhare kontrol için gelmelerinde çok aksaklıklar baş gösteriyor. Burada müşkilât doğuran iki âmil vardır: Evvelâ hastalar, herhalde ücretleri kesileceğinden ve işlerini kaybedecekleri korku ve endişesiyle hastalıklarını saklamak tarafını iltizam ediyorlar. Saniyen de fabrika idareleri hastalarını işçi sigortaları sağlık teşkilâtına sevketmeği tercih ettiklerinden, bizimle olan temasları kaybedilmiş oluyor. İşte bu sebeplerden dolayı bu nevi büyük kalabalıkların muayeneleri yerinde yapılırsa sağlanacak faydalar, elde edilecek randıman çok daha fazla olacaktır. Aynı zamanda bunlara birer seyyar lâboratuvarın da eklenmesi, mücadeleyi engelleyen ve yukarıda hülâsa edilen müşkilâtı önlemesi bakımından çok faydalı olacağı kanaatindeyim.

X. *Açık veremlilerin takibi.* Bunlar sık sık ikametgâh değiştirdiklerinden lâyıkiyle takip edilemiyorlar. Benim mıntakamda böyle 76 vak'a olduğu halde bunlardan 20'sini bulamıyoruz. Bir kısmı da dispansere gelmeyip tedavilerini dışarıda yaptırıyorlar. Filvaki bu cihete memnun olmak icabediyorsa da maalesef tedavilerini eksik yaptırdıklarından veyahutta çok kısa kestiklerinden büsbütün nahoş neticeler doğmaktadır. İşte bundan dolayı üzüntü verici haller başgösteriyor. Bunların hastalıklarının ne gibi bir şekil aldığından malûmatımız olmuyor. Bu suretle mücadelede gedikler devam ediyor. Bu hal ise mücadeleyi sektedar ediyor.

Gün geçtikçe ehemmiyet kazanan diğer bir mesele daha vardır. Bu da diğer hastalar gibi veremli hastaların da çoğunun tedavi için İstanbula tehacüm etmeleridir. Bu akını durdurmak için her türlü çareye başvurmak yerinde olur. Bunun için İstanbulun müsait semtlerinde İstanbulda toplananlar için yeni verem hastahane veya pavyonları açmak, verem müesseselerini arttırmak, aynı zamanda bunların çalışabileceklerine iş temin etmek ve rehabilitasyon merkezlerini de arttırmak icabeder. Memleketin iç ihtiyacı için de hiç olmazsa büyük vilâyetlerde bu ihtiyacı karşılayacak şekilde müesseseler kurulmalıdır. Böyle bir yer olarak İzmirin Bozdağını zikredebilirim. Uludağ ayarında yaylaları olan Bozdağdan böyle müesseseler kurmak için faydalanılabileceği gibi memleketin bir çok yerlerinde bu yerlere benzer daha nice yerlerimiz vardır.

Hattâ İngilterede olduğu gibi iyi kronik denilen ve uzun sürerek basil yaymakta devam eden vakalar için köyler dahi tesis ve teşkil edilmelidir. Kronik basilli hastaların bu köylerde kalmaları için onları ikna edebilmek hususunda gereken her türlü propaganda ve sosyal ve malî yardımlar yapılmalıdır. Bu cihet temin edilmedikçe hastalık membalarından mühim birisinin ortadan kaldırılması imkânsız kalıyor demektir. Şu noktayı tebarüz ettirmek istiyorum ki bazı memleketlerde bu gibi olanları bu şekilde tecrit edebilmek için kendilerine maaş dahi bağlanmaktadır. Ancak bu şekilde bunların

cemiyet içinde mikrop saçmalarına mâni olunabilmektedir. Mücadenin müsmir olabilmesi için, bu yollardan yürütülmesine artık ihtiyaç gayrikabili müfarik bir hale gelmiştir.

Bizde iki gurup hasta ayırmak icap etmektedir. Birinci gurup fakir olup da tedavilerini memlekette yaptırmak zorunda olanlar, ikinci gurup zengin olup da tedavileri için Avrupa memleketlerine gitmek arzusunda olanlar. Birinci gurup için bahsi geçen müessese-lerin sür'atle ve ihtiyaca yetecek derecede yapılması, ikinci gurup için de hem bunların yapılması ve hem de onlara tedavi ve bakımın bizde de Avrupa kadar ve hattâ daha iyi yapılabileceği hususunda propagandayı genişletmek ve bunu bilfiil göstermek gerekmektedir.

XI. *Ekonomik ve sosyal darlıklar.* 19'uncu asrın ortalarında kendini gösteren hayat seviyesindeki yükselme maalesef çok sürmedi ve 1900 yılı ile ondan sonraki yıllarda sarsılmağa başladı. Satın alma kudreti ile takdir edilen ücretlerin hakikî kıymeti tevakkufa uğradı. Bunun tesiri gençlerde ve bilhassa kadınlarda kendini gösterdi. 1901 senesinde kadınar arasında mortalitedeki azalma ber'akis olmuş ve bazı şehirlerde 20 sene öncekinden de daha yüksek bir dereceye çıkmıştı. Bu ekonomik şartların erkekler arasındaki tesirleri daha azdı ve daha geç olarak görülüyordu. Aynı ekonomik şartlar zamanımızda da mevcut olduğundan sağlık üzerindeki tesirlerine karşı tedbirler alınmalıdır. Aynı şartlar altında ve sanayileşen şehirlerde gençlerde primer enfeksiyon musabiyeti ve tehlikesi artmaktadır. Bilhassa şehirlere köylerden olan akın dolayısiyle daha bakir bir zemin arzedenlerde bu tehlike daha büyüktür. Bunun karşısında alınacak tedbirler de bir çok taraflı olmalı ve bu istikamete yöneltilmelidir.

İçtimaî duruma gelince bunun en zararlı olanı akıl derecesi az olan ailelerle muhitlerde görülmektedir. Cehalet, gerilik veyahutta akıl eksikliği hastalığın nemalanması için en müsait ve mümbit zemini hazırlarlar. Bir cemiyet içinde böyle bir gurupun bulunması diğer fertler hesabına ciddî ve daimî bir tehlike teşkil etmektedir.

Muhtelif ve müteaddit sosyal faktörlerin tüberküloz üzerinde tesirlerini çözebilmek hemen hemen imkânsız bir iştir. Bu bir örümcek ağına benzer, bütün meseleler birbiriyle o kadar girift, birbirine o kadar bağlıdır. Meselâ ev vaziyeti ücretler ve paranın gıda satın alma kudreti ve kontakt enfeksiyona olan şartlarla sıkı sıkıya ilgilidir. İzdihamın, bir evin her odasında bir ailenin barınma mecburiyetinin tüberküloz vukuatı üzerindeki kötü tesirleri aşikârdır. Nasıl ki işsizlik bütün kötülüklerin anası ise fakirlik de tüberkülozun anasıdır.

SUMMARY

How should we organize the fight against tuberculosis?

The fight against tuberculosisi in our country has given fruitful results as shown by the mortality rate which was 314 in 1945 and only 97 in 1954. One may then speak of a true victory.

After pointing out the necessity to reenforce the propagande activities in order to get more efficient results, some suggestions are prensented.

RÉSUMÉ

Comment doit être organisée la lutte anti-tuberculeuse?

Les résultats favorables de la lutte anti-tuberculeuse dans notre pays sont indiqués par l'abaissement du taux de mortalité. Celui-ci qui était de 314 en 1945 est passé à 97 en 1954. On peut donc parler d'une véritable victoire.

Après avoir souligné la nécessité de renforcer les activités de propagande afin d'obtenir un meilleur rendement de la lutte anti-tuberculeuse, l'auteur présente certaines suggestions.

OKULLARDA VEREM SAVAŞI NASIL OLMALIDIR?

Dr. RAZİ BAYGIN *Dr. HALİL ERDUMAN*

Okullarda sistematik kitle muayenesi hakkındaki düşüncelerimizi şu şekilde tebellür ettirmeği muvafık bulduk.

1. Hali hazır durum
2. Bu durumdaki noksanlıklar
3. Teklifler

I. İstanbbul Verem Savaşı Derneğine bağlı dispanserlerin hali hazır okul muayenelerinin ne şekilde yapıldığını kısaca bildirmeği uygun bulduk.

Okulların yeni ders yılına girmeleri ile birlikte dispanserler tarafından okullara nümunesi ilişikte sunulan kitle muayene fişlerinden yeni talebeler için kâfi gelecek miktarda gönderilir ve bunlar okul öğretmenleri tarafından doldurulur. Okulun eski öğrencilerinin fişleri kontroldan geçirilir. Sınıf geçenlerin fişleri üst sınıf öğretmenlerine havale edilir. Kalanlarınki ise kaldığı sınıfın fişlerine ilâve edilir. Okulu terk edenlerin fişleri iptal olunur. Okuldan ayrılma iki halde varit olabilir: Biri okulu bitirme ile, diğeri herhangi bir sebeple okulu terketmekle. Okulu terketme halleri şu şekilde sıralanabilir:

a) Aynı dispanser bölgesi dahilindeki bir üst veya aynı seviyedeki bir okula,

b) Ayrı bir dispanser bölgesindeki okula,

c) Dispanserler bölgesinin dışındaki bir okula.

Hali hazır çalışmamıza göre bunların izahına geçelim:

Herhangi bir okulun bir sınıfındaki talebe okulu terketmeği müteakıp okul idaresi hangi okula nakledildiğini her zaman bilmediğinden, fişi ertesi sene yoklamalarında iptal edilir. Buna mukabil talebe aynı veya başka dispanser bölgesindeki bir okula gitmekte ve orada yeniden bir kitle muayene fişi tanzim edilmektedir. Bilâhare yapacağımız teklifte bu nokta üzerinde hassaten duracağımızdan muhterem heyetinizin nazarı dikkatini şimdiden celbederiz. Dispansersiz bir bölgeye giden öğrencilerin fişleri mektep idaresi ile teması müteakıp imha edilmektedir. Bir an için, bu durumda olan talebelerin gayrı muayyen bir zaman sonra yeniden herhangi bir dispanserli bölgeye avdetlerini düşündüğümüz halde, bunlar gayet cüz'î bir yekûn arzettiğinden; tarafımızca üzerinde durulmamıştır. Bu durumda olanlara yeniden bir fiş tanzim edilmektedir. Fişler bu şekilde tanzim edildikten sonra sıra ile okul öğrencileri, öğretmenleri ile birlikte dispansere davet edilir ve varsa radyofotoğrafik, yoksa radyoskopik muayenelerden geçirilir. Hasta olanlar tespit edilerek tedaviye alınır. Umumiyetle radyolojik muayeneyi müteakıp 5 ünitelik; beynelmilel standart Mantoux tatbik edilmektedir. Kullanılan Mantoux Refik Saydam Enstitüsünün olup 1 diziyeminde 5 ünite bulunan solüsyondur. 72 saat sonra Mantoux kontroluna göre B.C.G. yapılır. Ancak talebe velileri tarafından yazılı tezkere ve hattâ doktor raporu getirmek suretiyle B.C.G.'ye muhalefet edenlere, ki bu hal her geçen seneye göre biraz daha fazlalaşmaktadır, B.C.G. tatbik edilmez. B.C.G.'nin muvaffakıyet nispeti iki ay sonra yapılan B.C.G. kontrolu ile tespit edilmektedir. Fakat maalesef bu lâyıkiyle tatbik olunamamaktadır. Bir yandan dispanser bölgesindeki okulların ve mevcutlarının fazla olması, bir yandan da tatiller, araya giren salgın hastalıklar ve fazla soğuklar yüzünden okulların zaman zaman kapalı bulunması buna sebep olmaktadır. Ayrıca 1955/56 ve 1956/57 ders yıllarında, Maarif Müdüriyetinin İstanbul Verem Savaş Derneğine müracaati üzerine 1956 ve 1957 yıl başına kadar okullara karma aşı yapıldığından hiçbir şekilde Mantoux ve B.C.G. tatbik edilmemesi talep edildiğinden dispanserler de buna uymak zorunda kalmışlardır. Karma aşı her yıl yapılmakta olduğundan aynı hâdisenin mütcakıp yıllarda da vukuu ihtimal dahiline girmektedir. Bu nokta üzerinde fazla durmamız, ileride yine buraya temas edeceğimizdendir.

II. Yukarıda izahını yaptığımız hali hazır durumun noksanlıklarını şu şekilde sıralamayı münasip gördük.

1) Elimizde bulunan kitle muayene fişi beyaz reknli tek yapraklı olup bir yüzünde talebenin künyesi, diğer yüzünde ilişik nümunede görüldüğü gibi tarih, tanı, röntgen, tüberkülin ve röntgen numarası kaydı bulunmaktadır. Künye kısmında bir tek mahzur vardır, o da yaş hanesidir. Okulun birinci sınıfına giren bir öğrenci bu

haneye 6 veya 7 yaşında diye kaydedilmekte, fakat mütcakıp senelerde bu yaş hanesi aynı 6 veya 7 rakamını muhafaza etmektedir. Bu durum, istatistikler yapılırken künye hanesine bakıldığından yaş bakımından yanlış neticelere sebep olmaktadır. Kitle muayene fişinin arka yüzünde bir tek tarih hanesinin mevcut olması en büyük mahzurdur, zira atılan tarih yapılan röntgen muayenesinin ve tüberkülin testinin tarihini ifade etmektedir. Halbuki umumiyetle Mantoux röntgen muayenesi ile aynı günde yapılamamaktadır. Eğer tarihleri doğru kaydetmek yoluna gidilirse, o zaman da bir hane aşağıya işlemek icap etmektedir ki bu da beş senelik bir ilkokul tahsili için kâfi gelmeyecektir. Kaldı ki B.C.G. kontrolu ve 2'nci B.C.G. için yer kalmamaktadır. Zaten ikinci B.C.G. için hane dahi mevcut değildir. Tekliflerimizde bu husus etraflıca zikredilecektir. Bu arada tanı sütunu da ayrıca fuzuli görülmektedir.

2) Kitle muayenesinde tatbik edilen Mantoux reaksiyonunun mahzurlarına gelince: Burada izahına geçilecek cihet sosyal durumudur. Halen yalnız 5 ünite Mantoux ile iktifa edilmekte olup, dünya neşriyatında rastlanan daha yüksek dozlara çıkılmamaktadır. Bunun sosyal bakımdan ne gibi bir mahzur teşkil edebileceğini bir misal ile izah edelim. Misalimizi bir ilkokulun birinci sınıfı teşkil edecektir. Altmış mevcudu olan bir sınıfa 5 ünitelik Mantoux tatbikinde vasatî olarak %20 bir müsbetlik tesbit edilse, daha yüksek Mantoux dozları tatbik edildikçe daha kabarık orantı ve nisbeten doğruya yakın bir netice elde edileceği şüphe edilmez bir hakikattir. Biz halen yaptığımız 5 ünitelik Mantoux ile doğruya yakın neticeden daha küçük bir nisbette müsbetlik elde etmekteyiz. Bu da hem hazırlanan istatistikleri ve hem virajlı bölgeden gelen çocukların virajsız bir semtten geliyormuş intibaı doğmasına sebep olmaktadır.

III. Bundan evvelki I numaralı bahiste halihazır durumu, II numaralı bahiste bu durumda gördüğümüz bazı noksanları gözden geçirmiş olup şimdi de bunların, bize göre ne şekilde olması gerektiğini gösteren tekliflerimizi bildirelim.

1) Fişler: İlişikte nümunesi sunulan yeni kitle muayene fişinin ön yüzünde yine eskisinde olduğu gibi talebenin künyesi yazılacak, ancak (yaş) hanesinin (doğum tarihi) olarak düzeltilmesi muvafık görülmüştür. İç sahifelere gelince: 30 cm. boyunda, 10 cm. eninde ve üç yapraklı olarak tanzim edilmiş olan ve sizlere sunulan nümunelerde görüldüğü gibi birinci ve ikinci sahife yüzleri üçe bölünmüş olup ilk sütunu radyolojik bulgulara, ikincisi birinci Mantoux ve B.C.G.'ye ve üçüncü sütun da Mantoux kontrolu ve ikinci B.C.G.'ye tahsis edilmiştir. Yapraklar yedi seneye ayrılmış olup, iki yaprak halinde olduğuna göre ondört sene takip edilebilecek durumdadır ki, bu da bir öğrencinin ilkokula girdiği tarihten itibaren lisenin son sınıfına kadar kâfi gelecektir. Burada bahsedilen bu sistemin lâyıkiyle yürüyebilmesi için Maarif teşkilâtiyle anlaşarak, talebe hangi okula naklederse etsin dispanserdeki fişini alarak diğer evrakı müsbiteleri gibi gideceği okula birlikte götürmesi ve buna sahip olmayanın okula kayıt olunmaması prensibinin kabul edilmesi icap etmektedir.

2) Röntgen ve Mantoux: Okulların her sene adedinin ve talebe mevcudunun gittikçe artmakta olduğunu nazarı dikkate alarak bir ders yılı devresinde umumiyetle tekmil okulların radyolojik muayenelerinin itmamı kabil olamamaktadır. Bundan başka okullara senede ancak bir defa Mantoux ve B.C.G. yapılabilmekte, B.C.G. kontrolu ise zaman darlığından lâyıkiyle yapılamamaktadır. Zamanı arttırmak imkânına sahip değiliz. Fakat B.C.G.'nin değerini hakkiyle meydana çıkarabilmek için, B.C.G. kontrolunun yapılması mutlaka icabetmektedir. Bu duruma göre bir ders yılı devresi içinde hem radyolojik ve hem immünolojik muayene ve kontrolların tamamiyle yapılması muhal olduğundan, bu muayenelerinin, hiç bir kontrola tâbi kılınmamış ilk sınıflar hariç, mıntaka dahilindeki okulları iki guruba ayırarak her sene bir gurubun istenilen tekmil araştırma ve kontrollarının yapılmasını muvafık görüp teklif etmekteyiz. Bu teklifte bulunmamızın bir diğer esaslı sebebi de, röntgen muayenesine getirilen sınıfların 5 veya 6'da birinin o gün mevcut bulunmadıkları ve yapılan araştırmalarda bilhassa bu gelmeyenler arasında daha yüksek bir nisbette tüberküloz musabiyetine rastlanmasıdır. Bu da bize yukarıda bahsettiğimiz gibi okulları ikiye taksim ederek, her sene bir yarısı ile mutlak ve tam şekilde meşgul olabilmemizi mümkün kılar.

Mantoux reaksiyonunu 5 ünite şeklinde yaptığımızı ve bunda ne gibi noksanlıklar gördüğümüzü yukarıda arzetmiştik. Bu bakımdan Mantoux'yu bir defada 10 ünite vermek suretiyle tatbikinin daha verimli olacağına kani bulunmaktayız.

B.C.G.'nin tatbik mahalli hakkında sosyal ve estetik ciheti düşünerek (bilhassa kızlarda), standard olarak omuzdan yapılmamasını, vücudun diğer bir yerinden tatbik edilmesinin münasip olacağı-

nı düşünmekteyiz. Bu teklifte bulunmamıza âmil olan, bilhassa Amerikan neşriyatında görülen bacaktan yapma tarzıdır. Bu suretle, omuzdan aşının tatbik tarzı, bir çok defa omuzda müteaddit nedbelerinin talebelerde ve ailelerinde uyandırdığı menfi tesirin izalesine de yardım edebileceği kanaatindeyiz.

İstanbul Verem Savaşı Derneği Kitle Muayene Kartı

Soyadı
Adı
D. Tarihi
Cinsi
İşi
Oturduğu yer
Okul Fabrika

Mülâhazat

Tarih	M. Filim Skopi	M. F. No.	TARİ	MX	B.C.G.	B.C.G. KONTROLU Tarih	MX	2 B.C.G.

SUMMARY

How should we organize the fight against tuberculosis in schools?

The author exposes at first the kind of examination performed on children, in the dispensaries working under the auspices of the Association for the fight against tuberculosis. He points out that the files for global examination do nat meet all requirements and that the Mantoux reaction performed only with only 5 units is not sound. He finally presents several suggestions as well as some samples of files.

RÉSUMÉ

Comment organiser la lutte anti-tuberculcuse dans les écoles?

L'auteur expose tout d'abord la manière dont sont effectués les examens d'écoliers dans les dispensaires rattachés à l'Association pour la Lutte Antituberculeuse. Il souligne ensuite que les fiches d'examen global sont insuffisantes pour une bonne classification, que la réaction de Mantoux faite avec 5 unités seulement est inadéquate et présente finalement quelques suggestions ainsi que des modèles de fiches.

BÜYÜK ŞEHİRLERDE VEREMLE MÜCADELE

Dr. TEVFİK İSMAİL GÖKÇE

Memleket ölçüsünde herhangi bir çalışma mevzuubahis olunca ilk evvel yapılacak iş esaslı bir program hazırlamaktır. Verem mücadelesinde de mesele evleviyetle böyledir.

Ancak bugün elimizde, memleketimizin hususiyetlerine göre, yapılacak verem mücadelesinin esaslarını tesbit etmiş olan mükemmel bir program vardır. Bu program 1942 senesinde Sıhhat ve İçtimaî Muavenet Vekâletinin toplamış olduğu verem istişare komisyonunda hazırlanmış, 1950 ve 1953 senelerinde iki defa daha davet edilen verem istişare komisyonunun toplantılarında da gözden geçirilmiş, komisyon azalarında mühimce değişiklik olmasına rağmen, esas hatları itibariyle hemen aynen kabul edilmiştir. Bu komisyonlar vekilin başkanlığında, vekâletin alâkalı dairelerinin müdürleriyle, muhtelif vekâletlerin ve gönüllü teşekküllerin mümessillerinden ve veremin tıbbî ve içtimaî sahalarında tanınmış mütehassıs hekimlerden teşekkül etmekte idi.

Bu program verem mücadelesinin ana hatlarını çok esaslı bir şekilde tesbit etmiştir. Binaenaleyh kanaatimizce burada mevzuubahis edilmesi icap eden yeni bir program hazırlanması değil mevcut programın en iyi bir şekilde tatbikini temin edecek teşkilât ve çalışma şekillerini tesbit etmektedir. Bu tezi hareket noktası ittihaz ederek programın üzerinde ehemmiyetle durarak, tamamiyle ayrı iki mücadele sahasından birini ele alıp tetkik ederek kanaatlerimi arzedeceğim.

Programa göre verem mücadelesi büyük şehirlerde (nüfusu 10.000'den yukarı olanlar) ve küçük şehirlerle köylerde olmak üzere ikiye ayrılacak, birincisi verem savaşı dernekleri, ikincisi Sıhhat ve İçtimaî Muavenet Vekâleti tarafından yapılacaktır. Bu tebliğimde birincisini, yani büyük şehirlerdeki verem mücadelesini mevzuubahis edeceğim. Verem mücadelesinde verem mücadele derneklerini vazifelendirmek rasyonel ve bütün dünyaca, bilhassa demokrat memleketlerde, kabul ve tatbik edilmekte olan bir usuldür. Bir çok safahatı, aile hariminde, halk tabakalarının derinliklerinde cereyan eden içtimaî bir faciada en mühim başarının halkı hâdiseye ilgilendirmek

ve buna ait çalışmaların ona daha yakın olan, kendilerinin içinden çıkan gönüllü teşekküller tarafından yapılmasiyle temin edilebileceğinden daha tabiî bir şey olamaz.

Programın verem derneklerine mücadele çalışmalarının tevdi edileceği şehirlerin nüfusu için 10.000'den yukarı olması gibi bir kayıt koyması verem mücadelesinin icabettireceği çalışmalar (dispanser ve sair) için gerekli gelirin daha küçük şehirlerde temin edilemiyeceği düşüncesiyledir. Netekim bunu teyid etmek üzere programın diğer bir maddesinde, «daha küçük şehirlerde teşekkül edecek verem derneklerine de, bu imkânları sağladıkları takdirde, mücadelenin verilebileceği» kaydedilmektedir. Kaldı ki bunun haricinde küçük şehirlerde kurulacak derneklerin, vekâlet tarafından idare edilecek olan küçük şehirdeki çalışmaları desteklemeleri de çok faydalı olacaktır.

Bu kısa girişten sonra şimdi esasa geliyorum.

Evvelâ verem savaşı dernekleri tarafından yapılması muvafık görülen büyük şehirlerdeki mücadelenin sahasını gözden geçireceğim:

Henüz 1955 sayımına ait kat'î rakamlar neşredilmediğinden 1950 yıllığına istinat edeceğim. Yalnız umumî mahiyette 1950 sayımına nazaran 1955'de %25 bir artış olduğu ifade edildiğinden, büyük şehirler için tesbit edilen 10.000 yerine 8000 bini alacağız ve hakikaten bazı şehirler hakkında yaptığımız soruşturmalar bu tezayüdü teyid etmiştir. Memleketimizde sekiz bin (1955 sayımına göre 10.000)'den yukarı nüfusa malik şehirler sayısı 123'dür.

Bunlar nüfuslarına göre şöylece guruplanmaktadırlar:

1.	Nüfusu	8000-	9000	arasında	olanlar	1	vilâyet	merkezi	11	kaza	olm. üz.	12 ş.
2.	»	9000-	10000	»	»	7	kaza					
3.	»	10000-	15000	»	»	13	vilâyet	merkezi	31	kaza,	44	şehir
4.	»	15000-	20000	»	»	7	»	»	11	» ,	18	»
5.	»	20000-	25000	»	»	6	»	»	4	» ,	10	»
6.	»	25000-	50000	»	»	17	»	»	4	» ,	21	»
7.	»	50000-	100000	»	»	6	»	»				
8.	»	100000 den faz.			»	5	»	»				

Bu tasnife göre memleketimizde nüfusu 10000'den (yeni sayıma göre) yukarı olan 55 vilâyet merkezi ile 68 kazamız var demektir. Mütebaki 10 vilâyet merkezimiz nüfusunun 10000'den aşağı oldu-

ğu anlaşılmıştır. Yukardaki 8 gurupa ait nüfus toplamları da aşağıdaki listede gösterilmiştir.

1'inci	gurupta	101.068
2'nci	»	66.093
3'üncü	»	531.384
4'üncü	»	307.378
5'inci	»	218.888
6'ncı	»	719.994
7'nci	»	397.829
8'inci	»	1.735.117
Yekûn		3.977.751

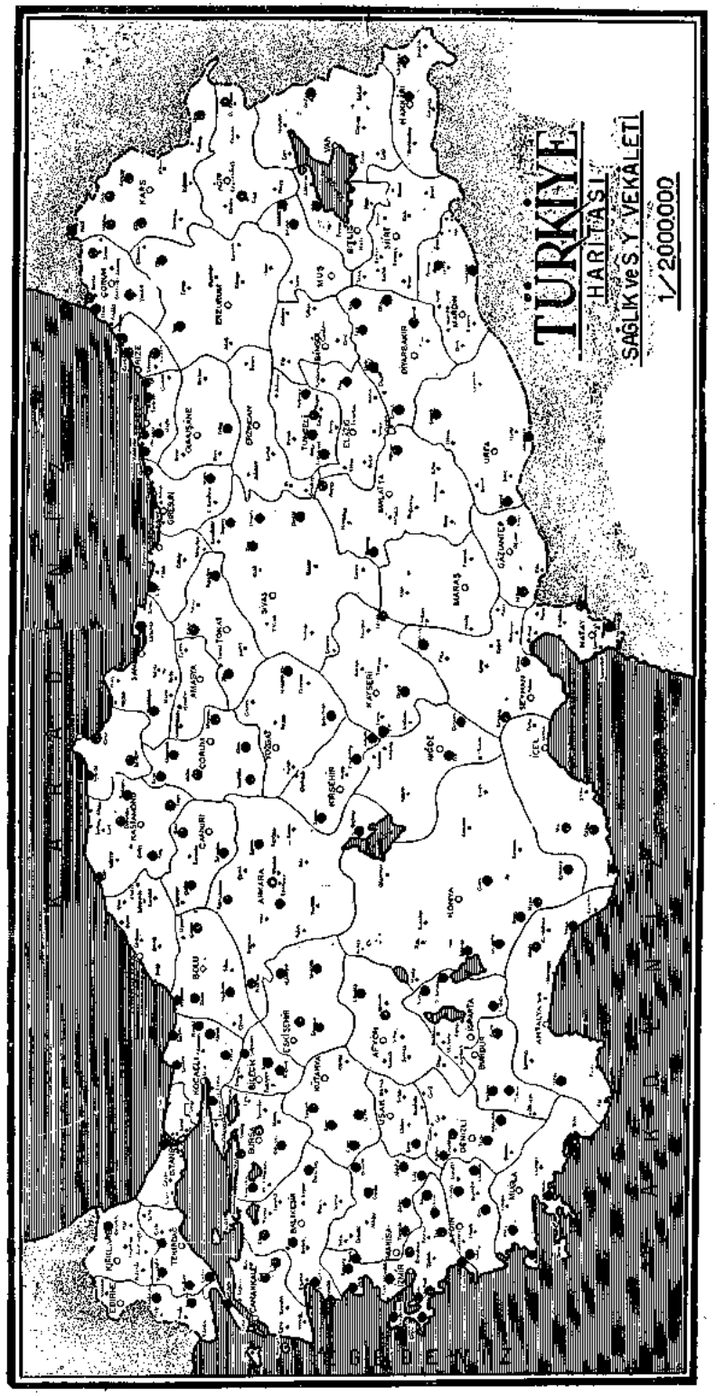
Nüfusu 8000'den yukarı olan şehirlerin nüfus mecmuu dört milyon ve umumî nüfus yirmi milyon olduğuna göre büyük şehirlerdeki bu çalışmalar memleketin umum nüfusunun beşte birini ele alacak demektir. Dernekler bu işi başardıkları takdirde memlekete çok büyük bir hizmet ifa etmiş olacaklar, devletin ve tahsisen Sıhhat ve İçtimaî Muavenet Vekâletinin yükünü mühim bir şekilde azaltmış olacaklardır.

Bu şehirlerdeki çalışma sahasını böylece tespit ettikten sonra bu vazifeyi üzerine alacak olan verem savaş derneklerinin vaziyetlerine geliyorum.

Bugün memleketimizde mevcut verem savaşı derneklerinin sayısı 117'dir. Bir de bu derneklerin teşkil ettikleri bir Türkiye Ulusal Verem Savaşı Derneği vardır.

Memleketimizde verem mücadelesi gönüllü teşekküllerle başlamışlardır. İlk verem cemiyeti, Veremle Mücadele Osmanlı Cemiyeti adıyla İstanbulda, 1918'de teşekkül etmiş fakat mütarekenin gelip çatmasıyla faaliyetini tatil etmek zorunda kalmıştır. Cumhuriyet devriyle birlikte 1923'de İzmir ve Balıkesirde ve 1927'de İstanbulda verem savaşı derneklerinin teşekkül etmesiyle gönüllü faaliyet yeniden ve bu sefer devam etmek üzere başlamış, bunları birçokları takibetmişlerdir.

Bu derneklerin senelerce süren çalışmaları halk ve hükûmet nezdinde tesirini göstermiş ve 1948 senesinden itibaren hükûmet mücadeleye fiilî bir şekilde girmiş ve dernek sayısı da süratle artmıştır. Derneklerin bu çalışmalarının verdiği itimat verem mücadele



programında kendilerine esaslı bir rol verilmesini ve devletin derneklere belediye eğlence gelirlerinin %10'unu teşkil eden bir geliri kanunlaştırmasını temin etmiştir.

Şimdi derneklerin vaziyetlerini objektif bir şekilde gözden geçirerek bu vazifeyi ne dereceye kadar yapabildiklerini ve yapabileceklerini tesbit etmeğe çalışacağım.

Bu derneklerin bir kısmının, 56'sının, teşekkül tarihleri aşağıda gösterilmiştir.

Tarih	Adet	Tarih	Adet
1923	2	1948	12
1927	1	1949	10
1944	2	1950	3
1945	2	1951	1
1946	5	1952	1
1947	13	1955	1
			56 Yekûn

Burada da görüldüğü gibi 1947'den sonra derneklerin teşekkülünde birden bir inkişaf görülmektedir.

8000 (yeni sayıma göre 1000)'den yukarı nüfusa malik 123 şehrimizin 80'inde verem savaşı derneği mevcut olup 43'ü henüz bu teşekkülden mahrumdur. Verem savaşı derneklerinin 35'i nüfusu 10000'den az olan şehirlerimizdedir. Nüfusu 1000'den yukarı olup verem savaşı derneğine malik olan 80 şehrimizin ismi bir numaralı listede, dernek olmıyan 43 şehrin isimleri iki numaralı listede ve nüfusu 10000'den aşağı olduğu halde verem derneği olan 35 şehrimizin isimleri de 3 numaralı listede kayıtlıdır.

Bu şehirlerde mücadele vazifesi görecek olan 79 dernek senelik gelirlerine göre aşağıda guruplandırılmışlardır:

100	bin liradan yukarı geliri olan dernek sayısı	3
50-100	» lira arasında geliri olan dernek sayısı	7
25- 50	» » » » » » »	5
25- 10	» » » » » » »	15
5- 10	» » » » » » »	6
5	bin liradan aşağı » » » »	43
		79

Derneklerimizin gelir bakımından vaziyeti yukarki cetvelde görüldüğü gibi maalesef hiç de iyi değildir. Derneklerin yarısından fazlasının, %55'inin, geliri beş bin liranın altındadır.

Malûm olduğu gibi bir şehirde yapılacak verem mücadelesinde en başta gelen tesis verem dispanseridir. Derneklerimizin dispanser vaziyeti de şöyledir. Büyük şehirlere ait gurupta mevcut olan 79 verem savaşı derneğinde, üçü inşa halinde olmak üzere, 24 dispanser vardır. Bazı derneklerin müteaddit dispanserleri vardır. Bunlar da nazarı itibara alınacak olursa bu guruptaki verem savaşı derneklerinin elinde bulunan dispanserin sayısı 51'i bulmaktadır. Derneklerin dispanser bakımından da vaziyetleri iyi değildir, %70'i henüz bir dispansere malik olmak imkânını sağlıyamamıştır.

Derneklerin çalışmalarında henüz bir yeknesaklık yoktur. Derneklerin çalışmalarını koordine etmek, muayyen ve semereli bir program dahilinde çalışmalarını temin etmek gayesiyle teşekkül eden Türkiye Ulusal Verem Savaşı Derneği neşir, ziyaret vesair suretlerle yaptığı mühim gayretlere rağmen henüz bu birlik ve beraberliği temine muvaffak olamamıştır. Mütemadî takiplerine rağmen şimdiye kadar henüz 116 dernekten ancak 50'si Türkiye Ulusal Verem Savaşı Derneğine üye yazılmıştır. Mamafih dernek, üye olsun veya olmasın, alâkasını bütün derneklerle devam ettirmektedir.

Hülâsa edecek olursak büyük şehirlerdeki verem mücadelesini üzerine alması istenilen verem savaşı derneklerinin vaziyeti şudur:

1. 123 büyük şehrimizden 43'ünde verem savaşı derneği yoktur.

2. 80 şehrimizde mevcut verem savaşı derneklerinin %5'inin senelik gelirleri 5000 liranın altındadır.

3. 80 verem savaşı derneğinden 56'sı henüz bir verem dispanserine malik değildir.

Bu neticeler ferah verici görünmemekle beraber hakikati açıklığı ile cepheden görmekliğimiz icabeder. Hedefe varmak bakımından henüz çok uzak bulunmaklığımıza rağmen bu iş üzerinde bilhassa çalışılmaya başlanılan kısa seneler gözönüne alınacak olursa bu vaziyet bir başarı bile sayılabilir. Yapılanların müsbet tarafları istikbal için büyük ümitler vericidir. Son bir kaç sene zarfındaki çalışmalar hızını kaybetmeden devam ettiği takdirde muvaffak olacağımız muhakkaktır.

Şimdi de bu muvaffakıyete erişmek için memleketimizde takibedilmesi icabeden hususlar hakkındaki kanaatlerimi arzedeceğim:

1. Sıhhat ve İçtimaî Muavenet Vekâleti memleketteki gönüllü verem mücadele teşkilâtını sıkı bir kontrol altına almalı ve inkişafı

için gerekli tedbirleri almalıdır. Buna memleketin sağlığından mes'ul olmak, ortada içtimaî bir dert bulunmak ve devlet tarafından derneklere maddî bir gelir temin edilmiş olmak bakımlarından hakkı vardır.

Bu kontrolün yapılmasında, verem mücadele program ve prensiplerinin tatbikinde, Türkiye Ulusal Verem Savaşı Derneği vekâlete büyük yardımda bulunabilir ve bulunmak vazifesi icabıdır.

Bunu temin için Sıhhat ve İçtimaî Muavenet vekâleti muhtelif vesilelerle Türkiye Ulusal Verem Savaşı Derneği hakkında tanıdığını izhar ettiği salâhiyet hakkında görüşünü bir tamimle derneklere bildirerek onun vekâletle mutabık olarak vereceği direktiflere göre çalışmalarını istemelidir.

2. Sıhhat ve İçtimaî Muavenet Vekâleti, 10 binden yukarı nüfusu olup da, henüz verem savaşı derneğine malik olmıyan 43 şehrimizde de derhal verem savaşı derneklerinin kurulması hususunda teşviklerde de bulunması için mahallî idare teşkilâtına bir tamim göndermeli ve bunu takibetmelidir. Burada, kurulmuş olan derneklerin bir çoklarının zayıf vaziyetleri meydanda dururken, bunlara yenilerinin katılmasından ne beklenilebilir gibi bir fikir hatıra gelebilir. Bu katiyen varit değildir. Mevcut olup da maddî imkânları müsaadesiz olan derneklere de şâmil olmak üzere bu meseledeki görüşümü belirteceğim:

Verem mücadelesinin tam bir şekilde işleyebilmesi için bir dispanser tesisine kat'î zaruret olmakla beraber, ona muvaffak oluncaya kadar, çok küçük bir gelirle, hattâ parasız olarak verem mücadelesinde çok büyük işler görmek mümkündür.

Veremde bilgi ve eğitim çok mühim bir rol oynar; bu dernekler, hastalık belirtilerini, bulaşma yollarını, sakınma ve korunma çarelerini, mıntakalarındaki halka öğretmek ve onunla âmil olmalarını temin etmekle çok başarılı bir iş görmüş olurlar. Bunu mahallî sağlık, maarif, işçi, esnaf ve sair topluluklarla elbirliği yaparak cüz'î bir masrafla mükemmelen yapabilirler. Türkiye Ulusal Verem Savaşı Derneği bu çalışmalarda gerekli bilgi ve materyeli kendilerine temin etmeğe daima hazırdır. Binaenaleyh, mümkün olan süratle, olmıyan yerlerde dernekler kurulmalı, (henüz dispanseri olmıyanlar da dahil olmak üzere) bu yolda çalışmalara başlamalıdırlar. Bu çok verimli bir yoldur. Bu şekilde çalışmalar yalnız halkı tenvir etmekle kalmaz, bundan evvelki bir çok tecrübelerimizde gördüğümüz gibi

halkın ilgisini de uyandırır ve böylece dernekler kısa bir zamanda bir kaç sene içinde, dispanserlerini de kurarak her cephesi ile verem mücadelesini yapmak imkânını bulurlar.

3. Dispanser meselesi. Derneklerin dispanser kurmlarının gecikmesinde en mühim bir âmil birçoklarının verem hastahaneleri, pavyonları, verem yatakları yapmak kaygusuna düşmüş olmalarıdır. Halkın psikolojisine de uygun gelen bu temayül bir çok derneklerin buraya kaymalarına sebep olmuş ve asıl vazifelerini yapmalarına engel olmuştur. Bunlar yaptıkları yatakları, işletmek imkânına malik olmadıklarından, Sıhhat Vekâletine devretmişlerdir. Bu da bir hizmettir. Fakat verem mücadele derneklerine düşen asıl vazifenin dışındadır. Bu çok para isteyen bir iştir. Netekim birtakım derneklerin bin müşkülâtla, halktan para toplıyarak yaptıkları ve vekâlete devrettikleri hasta yataklarının sayısı bir kaç yüzü bulmadığı halde Sıhhat Vekâleti 1950'den bu yana bir hamlede binlerce yataklık müesseseler yapmıştır. Bu da gösteriyor ki bu devletin işidir; iktisadî teşekküller ve sigorta gibi kurulların işidir. Bunun için Türkiye Ulusal Verem Savaşı Derneği çok mücadele etti; ancak son zamanlarda, o da tam bir şekilde olmamakla beraber, bir dereceye kadar bu tarzı hareketi önlemeye muvaffak oldu ve yeni yeni verem dispanserlerinin açılmasına vesile oldu. Bu hâleti ruhiyeyi tamamiyle bertaraf etmek üzere Sıhhat ve İçtimaî Muavenet Vekâleti de bu mevzuda alâkalıları tenvir eden telkinlerde bulunmalıdır.

Büyük şehirlerdeki verem mücadelesi verem savaşı derneklerine verileceğine göre buralardaki dispanserler onlar tarafından idare edilebilir. Sıhhat Vekâletinin ekli haritada görüldüğü gibi 45 yerde verem dispanseri vardır. Bu dispanserler, malî idare ve imkânları müsait olan, derneklere devredilmelidir. Bu imkânı olmıyanlara da, kadrosu ve masrafı vekâlet tarafından verilmek üzere, idaresi verilmeli ve derneğin birkaç sene zarfında imkânlar temin ederek dispanseri tamamiyle üstüne alması teşvik edilmeli ve istenilmelidir. Böylece dispansere malik olacak dernek sayısı yüze yaklaşacak ve bu programın mühim bir kısmının teşkilâtı kurulmuş ve işler bir hale girilmiş olacaktır. Bir kaç sene sonra vekâlet de bunların masraftan kurtularak bunları mücadelenin, kendi tarafından yapılacak, ikinci kısmına hasretmek imkânını bulacaktır (*).

4. Lüzumu kadar verem dispanseri tesis etmekle iş bitmez.

(*) Ekli haritada verem savaşı dernekleri, dernek ve vekâlet verem dispanserleri işaretlenerek gösterilmiştir.

Bunların bütün dünyada olduğu gibi standart bir verem mücadele dispanseri şeklinde çalışmaları şarttır. Maalesef memleketimizde mevcut verem dispanserlerinin büyük bir kısmı bu norma uygun bir şekilde çalışmamaktadır. Derneklere ait dispanserlerin yarısı, vekâlete ait olanların hemen hepsi bir poliklinik gibi çalışmaktadırlar. Böyle bir dispanser verem mücadelesi bakımından hiç bir kıymet ifade etmez.

Bütün bu dispanserlerin çalışmalarını derhal, vekâletin tanzim etmiş olduğu verem programında yer almış olan dispanserler talimatnamesine göre tanzim edilmelidir.

5. Dispanser işinde en mühim diğer bir mevzu da kalifiye personel meselesidir. Bütün dispanserlerin mücadelede aktif rolü gören personelinden, doktor ve hemşirelerinden, bu sahada yetişmemiş olanlarının kısa bir zamanda İstanbulda Milletlerarası Tüberküloz Olgunlaşma ve Gösteri merkezinde kurs görmeleri temin edilmelidir.

Kısaca hülâsa ettiğim bu esaslar nazarı dikkate alınarak yürütülecek verem savaşının memleketimizde tahmin edilemiyecek bir süratle gelişeceğine inanıyor ve keyfiyeti kıymetli münakaşalarına arzediyorum.

Nüfusu 8000 (1955 sayımına göre 10000)'den fazla olup verem savaşı derneği bulunan şehirlerimiz

Aksaray	Düzce	İskilip	Nizip
Alaşehir	Denizli	Kars	Ordu
Akhisar	Diyarıbakır	Kastamonu	Ödemiş
Ayvalık	Edremit	Kırklareli	Rize
Aydın	Elazığ	Kırşehir	Salihli
Antalya	Erzurum	Kocaeli	Samsun
Ankara	Eskişehir	Konya	Seyhan
Amasya	Edirne	Karaman	Siirt
Afyon	Ereğli	Kütahya	Sivas
Ağrı	Gönen	Kırkağaç	Tarsus
Balıkesir	Gaziantep	Kula	Tekirdağ
Bandırma	Gelibolu	Lüleburgaz	Tokat
Bitlis	Giresun	Malatya	Trabzon
Bolu	Hatay	Manisa	Uşak
Burdur	İncgöl	Maraş	Urfa
Bursa	İçel	Mardin	Van
Buldan	İskenderun	Muğla	Yozgat
Çanakkale	İstanbul	Milâs	Zile
Çankırı	İzmir	Nazilli	Zonguldak
Çorum	İsparta	Niğde	

Cetvel 1

Nüfusu 8000 (1955 sayımına göre)'den yukarı olduğu halde henüz verem savaşı derneği olmıyan şehirlerimiz

Sandıklı	Menemen	Nevşehir
Gümüşhacıköy	Bayındır	Ünye
Merzifon	Urla	Sakarya (Adapazarı)
Polatlı	Yalvaç	Bafra
Söke	Sarıkamış	Çarşamba
Mustafakemalpaşa	Tosya	Ceyhan
Karacabey	Kayseri	Osmaniye
Gemlik	Develi	Çorlu
Keşan	Akşehir	Turhal
Uzunköprü	Behisni	Siverek
Kilis	Adıyaman	Birecik
Bayburt	Turgutlu	Bartın
Tire	Midyat	
Bergama	Bor	

Cetvel 2

Nüfusu 8000 (1955 sayımına göre 10000)'den aşağı olup da verem mücadele dernekleri bulunan şehirlerimiz

	Görele	Sungurlu
Alaca	Gümüşhane	Silifke
Bayramiç	Geyve	Soma
Burhaniye	Gördes	Sinop
Bilecik	Gerze	Sivrihisar
Bingöl	Hakkâri	Şabanözü
Bucak	Kozan	Şebinkarahisar
Babaeski	Koyulhisar	Tefenni
Çumra	Kadirli	Taşköprü
Demirci	Mecitözü	Tavşanlı
Elbistan	Muş	Tunceli
Emirdağ	Niksar	Vize
Germencik	Osmancık	Yeşilova

Cetvel 3

SUMMARY

The fight against tuberculosis in big cities

As the fight against tuberculosis in big cities has been undertaken by the local Associations for the Fight against Tuberculosis (upon a recommendation from the Ministry of Health), the author presents his own ideas and suggestions for a better efficiency of this fight:

1. The voluntary foundations of Fight against Tuberculosis should work under the strict supervision of the National Association for the Fight against tuberculosis.

2. In cities with a population of more than 10.000, the dispensaries depending from the Ministry of Health should work under the supervision of the Associations for the Fight against Tuberculosis.

3. The dispensaries should not work like an outpatient service.

4. Several suggestions are made concerning the teaching and formation of the personnel working in such institutions.

RÉSUMÉ

La lutte anti-tuberculeuse dans les grandes villes

L'auteur expose certaines conditions et suggestions qu'il juge nécessaires pour que la lutte anti-tuberculeuse entreprise dans les grandes villes par les ligues de lutte anti-tuberculeuse locales, sur l'ordre du Ministère de la Santé Publique, soient efficaces:

1. Les fondations volontaires de Lutte anti-tuberculeuse doivent être soumises à un contrôle rigoureux de la part de l'Association Nationale du lutte anti-tuberculeuse.

2. Dans les villes de plus de 10.000 habitants, les dispensaires relevant du Ministère de la Santé devraient travailler sous la direction des associations pour la lutte anti-tuberculeuse.

3. On devrait empêcher que les dispensaires travaillent domme une sorte de policlinique.

4. Certaines suggestions concernant la formation du personnel destiné à travailler dans les dispensaires anti-tuberculeux sont présentées.

TÜRKİYEDE VEREM SAVAŞI NASIL ORGANİZE EDİLMELİ?

Dr. CEVDET ÇADIRCI

Hepimizi yakından ilgilendiren bu geniş mediko-sosyal konudan bendeniz yalnız savaşın ruhu olan verem dispanserlerinin ideal çalışmalarını diğer bir tabirle bunlardan lâyıkiyle ve nasıl istifade edebilmek çare ve düşüncelerimi arzedeceğim. Bugün hepimiz biliyoruz ki Türkiyemiz veremden yüksek ölüm veren memleketler arasındadır. Medenî dünyadaki verem savaşı tarihi memleketimize nazaran çok ilerdedir. Bunun böyle oluşunun sebebi de bütün tarih boyunca şark ve garp komşularımızın ihtiras ve kıskançlıklarına hedef olan Türkiyemiz millî gelirlerinin mühim bir kısmını daima kuvvetli bir ordu bulundurmak için sarfetmek mecburiyetinde kalmış ve bugüne kadar da bu geleneği değiştirmemiş olmasıdır. O halde Türkiyemiz daima sağlık ve sosyal dâvalar için harcettiği paradan çok fazlasını hudutların müdafaası uğruna harcetmek zaruretinde kalmaktadır. Bizde de savaş bir çok Avrupa memleketlerinde olduğu gibi gönüllü teşekküller suretiyle bu işe 1923'de İzmir'de ve 1927'de İstanbulda başlanmıştır. 1947'den itibaren de savaş dernekleri memleketin her tarafına teşmiline ehemmiyet verilmiştir. Bu suretle bugüne kadar derneklerin sayısı 112'yi bulmuştur. Bunların kurduları dispanserlerin sayısı ise esefle söylemek lâzım gelir ki hâlâ 42'dir. Bunun 18'i İstanbulda, 5'i Ankarada, 4'ü İzmirde, 2'si Bursada, geriye 13 dispanser kalıyor ki bu da acınacak bir rakamdır. Verem istişare komisyonunun savaşa ait paragraflarında şehirlerdeki savaş, verem dispanserleri tarafından yapılacak ve nüfusu 10-50 bin arasında bulunan şehirler için birer, 50-100 bin arasında bulunan için de ikişer dispansere lüzum görülmekte, 100 binden yukarı şehirlerin dispanser sayısı da ihtiyaca göre tâyin edilecektir» dediğine göre daha takriben 85 dispanser lâzımdır. Demek ki şehirlerdeki mücadele, veremle savaş dernekleri tarafından dispanser kurmak suretiyle yapılacaktır. Küçük şehirlerde ve köylerde ise bu mücadele vekâlet tarafından sağlık merkezlerinde yapılacaktır. İşte buna göre savaş derneklerinin çalışma idealleri, kendilerini bu progra-

ma uydurmak olacaktır. Dispanserleri kâfi olmayanlar dispanserleri tamamlamalı, dispanserleri hiç olmayanlar da bir an evvel tesis etmeye bakmalı. Bizde vaziyet bu durumda iken Avrupada ve Amerikada savaşın erken başlaması ve sistemli çalışmaları sayesinde verem âfeti bugün hemen hemen ortadan kalkmış durumdadır. Ve hattâ bazı vilâyetlerde sanatoryumları birer birer kapatmıya başlamışlardır. Bizim için henüz bu hedef maalesef uzak da olmakla beraber son senelerin süratli hamle ve gayretleri, neticeden emin kılmaktadır.

Verem savaşı faaliyetlerinin esas ve ana prensipleri her yerde aynıdır. Yalnız her millet kendi bünyesine iyi ve kötü taraflarına ve durumuna göre teşkilâtı kurmak zorundadır. Hakikaten bizde de bu böyle inkişaf etmektedir. Başarılı bir verem savaşının esas şartı bu işi yapacak ehliyetli personelin yani hekim, hemşire ve teknisyenlerin elde bulunmasıdır. Verem savaşı hızla gelişen memleketere göz atarsak bu memleketlerde bu gibi ehliyetli personelin süratle yetiştirilmesi zaruret halini almıştır ki biz de bugün aşağı yukarı bu durumdayız. Bu kadar mukaddemeyi yaptıktan sonra şimdi esas mevzuum olan verem savaş dispanserlerinin antitüberküloz faaliyetlerinden ne şekilde azamî derecede istifade edilmesi lâzım geldiğini bu sahadaki 13 senelik tecrübelerimle beraber izah etmiye çalışacağım: Dispanserler bir mıntakanın verem savaş teşkilâtında merkezî nüveyi teşkil ederler. Ve esaslı dört vazifesi vardır:

1. Tüberküloza musap olan hastaları erken bulup çıkartmak ve bunlara istikamet vermek (Radyolojik muayene, tüberkülin testi, şahısların ve kitlelerin depistajı, veremlilere yol göstermek).

2. Antitüberküloz profilaksi merkezi olmalıdır (B.C.G. ile aşılama, verem savaş terbiyesi yapmak, epidemiyolojik anket).

3. Veremlileri evlerinde takip etmek (pnömolar, veremli ailelerin nezareti, iyileşen veremlilerin meslekî readaptasyonu).

4. Veremlilere ve veremli ailelere içtimaî ekonomik yardım yapmak.

Bu esaslı dört vazifesini lâyıkiyle başarabilmesi için evvelâ dispanser binalarının inşasında bölgenin merkezî bir yerinde olmasına, yol üzerinde bulunmasına topluluklara yakın olmasına ve epidemiyoloji servisi ihdasına uygun şekilde inşa ettirilmesine dikkat edilmelidir. Bu şekilde olan dispanserlerin muhitle olan münasebeti kolaylaşmış olur. İkinci mühim mesele dispansere seçilecek hekim yalnız iyi bir fitizyolog değil, aynı zamanda idarî ve içtimaî tam bir olgunluğa sahip olmalıdır. Hekim tâyini beyenmeyle deiğl, tecrübe ve unvana müstenit olmalıdır. Ekonomik durum mevzuubahis olmazsa hekim fultaym çalışmalıdır. Yine hekim kadar ehemmiyetli ve dikkat edilecek mesele de ziyaretçi hemşire işidir. Onları bekliyen değişik ve nazik vazifeleri ifa edebilmeleri için iyi yetişmiş ve kuvvetli bir şahsiyete sahip olmaları lâzımdır. Bu hemşirenin de verem profilaksisi, mediko-sosyal malûmatı dispanser başhekiminin bilgisine yakın olmalıdır. Ve nihayet dispanser hekimi ile ziyaretçi hemşireler arasında sıkı bir çalışma birliği tesis edilmelidir. Bu münasebetle bir iki kelimede ehemmiyetine binaen medikal sekreterin rolünden bahsedeceğim. Biliyoruz ki bütün dünyada bir hemşire azlığı mevcuttur. Bunu telâfi için doğru istatistikleri, intizamlı fiş tasnifini ve muntazam temiz yazı işlerini temin edecek iyi ahlâklı, çalışkan ve sempatik bir sekreterin mevcudiyeti şarttır. Eğer bahsettiğim bu işler muntazam ve doğru olmazsa dispanserin çalışması verimli olmaz. Dispanser çalışmasında kemiyetten ziyade keyfiyete bakmalıdır. Bir hekim dört saat çalışmada normal olarak ancak 30-40 hasta bakabilir iki saatte 60 radyoskopi yapabilir ve dört saatte 400 radyofotoğrafi yapabilir. Bir dispanser hekimi vazife alır almaz ilk yapacağı iş bölgesinin nüfusu ile okul, ve fabrika adedini ve bunların ihtiva ettiği mevcudu öğrenerek ona göre günlük programı tanzim etmek olacaktır. Ve bilhassa kitle muayenesine günlük programında mühim yer ayıracaktır. Zira senelik istatistiklere bir göz atılırsa epidemiyoloji servisi olmıyan ve tek hekimle çalışan dispanserlerin faaliyeti 6-7 bindir. Bunun 4-5 bini kitle muayenesi (okul, fabrika) teşkil etmektedir. Geri kalan rakam şahıslara ve ailelere aittir. Şu halde böyle bir çalışma ile her sene ancak 4-5 bin kişiyi kontrol altında bulundurmakta, geriye kalan 30-45 bin nüfus kontroldan mahrum kalmaktadır. Bunun izalesi için epidemiyoloji servisini kurmak ve hekimleri fultaym çalıştırmak icabeder. Bu suretle hekimin biri dispanser mesaisiyle, diğeri de epidemiyolojik servisle meşgul olarak tüberküloza musap olan hastaları erken bulup meydana çıkarmış olacaktır.

Önemli bir meselede dispanserin yalnız kendi bölgesi hastaları ile uğraşmasıdır. Bölge harici hastaları ise ait olduğu dispanserlere göndermesi lâzımdır. Dispanserler böyle bir hatayı bilerek veyahut bilmiyerek işliyebilir. Bu durum hemşireyi lüzumsuz ziyaretlere sevketmeye, senelik istatistikleri kabartmaya ve esas kendi bölgesini

ihmal etmeye yarar. Şu halde karşımıza gelen hastanın bidayette bölge harici mi veya dahili mi olduğunu bilmek çok lüzumludur. Keza bölge dahili oturan hastalarda muhtelif isim ve soyadı altında sık sık dispanseri lüzumsuz işgal ederek muayene olurlar. Dispanserin bunlara karşı ufak bir müsamahası veya ihmali bir bölgenin diğer bölgeye kaymasına sebep olur. Aynı bir çok hastaların müteaddit dispanserlerde fişlerini ve filimlerini bulmak mümkündür. Kanaatimce buna karşı iki çare vardır. Birisi dispanserdeki hemşirenin eskiyerek bölgesini iyi tanıması, ikincisi her hastanın nüfus kâğıdı ile dispansere müracaat ederek kaydolması keyfiyetidir ki, bu çok mühimdir. Bu suretle hastanın kaydını nüfusuna göre kaydetmek suretiyle hakiki ismini ve soyadını tespit etmek aynı zamanda nüfusun resimli sayfasına dispanserin ismini havi damgayı basmak ve onun hangi dispanserde muayene olduğunu tespit etmek kolaylaşmış olur. Eğer her dispanser bu şekilde çalışırsa hastanın müracaatında nüfus kâğıdındaki damgayı görerek onun hangi bölgede oturduğunu ve muayene olduğunu dispanserin isminden anlıyacaktır. Hasta erkek ve aynı zamanda tüberkülozsa askerlik çağında da bulunuyorsa bunun şube kaydı da kolayca ve doğru olarak kaydedilmiş olacaktır. Yine dispanserlerin randımanlı çalışması için hekimin çalışmak için ayırdığı günlerini iyi kullanması lâzımdır. Meselâ okul ve fabrika günlerinde pekâlâ esnaf muayenesi yapmak mümkündür. Ve yine eski hastaların muayene günlerinde de pekâlâ pnömo tatbiki mümkündür. Her iş için ayrı ayrı günler yaparak o günler üzerinde ısrar ederek dispanserin kıymetli günlerini israf etmekte mâna yoktur. Dispanser mesaisine sekte verecek kusurlardan biri de hastayı bekletmektir. Her ne suretle olursa olsun bir hastayı ne doktorun ve ne de hemşirenin bekletmesi doğru değildir. Onların kıymetli zamanlarını israf etmeye hakkımız yoktur. Böyle bir hareket hastaların dispansere olan alâkasını azaltır. Ve bilhassa temaslı hastaların dispansere celbi çok güçleşir.

Bir dispansere dört cins hasta müracaat eder.

1. Şüpheli tüberküloz ârazından şikâyet edenler.
2. Veremli ile temasta bulunanlar.
3. Sistematik muayene için gelenler.
4. Dispanserin kontrolu altında bulunan hastalar (veremliler).

Birinci şekildeki hastaların müracaati antitüberküloz terbiyenin faaliyetine tâbidir. Bu terbiyenin faaliyeti nisbetinde bu şekilde-

ki hastaların adedi artar. İkinci şekilde dispanserlerin intan membalarını bulmak maksadiyle dispanserlere davet ettiği hastalardır. Üçüncü şekil (işçi fabrika, okul ve askerî toplulukların sistematik röntgen muayeneleridir. Dördüncü şekil ise dispanserin evvelden tanıdığı ve tedavi altına aldığı hastalardır.

Bir veremli ne şekilde depiste edilirse edilsin onu otomatik olarak mediko-sosyal resmi bir muamele takip etmezse bundan hiç bir fayda beklenemez. Veremliyi meydana çıkartmak kâfi değil, onu tedavi etmek için bütün çarelere baş vurmak icabeder. Vakasına göre hastahaneye, sanatoryuma ve prevantoryuma yatırılmalı. Şunu da esefle kaydetmek icabeder ki bu müesseselerle dispanserler arasında henüz bir ahenk mevcut değildir. Gönül bunun otomatik bir şekilde işlenmesini arzu eder. Bu yüzden hasta sanatoryuma gidinciye kadar evlerinde ciddî bir profilaksi tatbiki icabetmektedir ki bu da fena mesken şartları yüzünden pek güç olmakta ve hattâ bazan da mümkün olmamaktadır (Medrese ve mahzende ikamet edenler). Bunun için savaş derneklerinin fena mesken şartları üzerinde durma zamanı gelmiştir. Bu hususta büyük gayretler sarfetmesi icap etmektedir. Her dispanserin veremli sayısının çok olduğu yerler ancak bu gibi mahallelerdir. Dispanserlerin esas ve en faydalı çalışmalarından biri de B.C.G. tatbikatıdır.

Bugün artık bu aşının verem savaşında mühim rolü olduğu herkes tarafından kabul edilmiştir. Aşı tatbikini, kitleleri kısım kısım dispansere davet ederek yapmak ve konturolunu da tekrar dispanserde yapmak tatbikatın uzamasına ve tedris programında ahengin bozulmasına sebep olur. Bir okulun sistematik röntgen muayenesinden sonra okula gidilerek bütün talebenin bir günde aşılanması icabeder. Aksi takdirde ertesi güne kalırsa veya sınıf sınıf dispansere davet edilirse talebe yekûnu çok azalır. Aşı tatbikatı İstanbulda çok iyi netice vermiştir. 1949'dan evvelki senelerde yapılan kitle muayenelerinde ilk enfeksiyon belirtilerine ve onun ihtilâtlarına çok rastlardık. Ve bu nisbet o zaman yüzde otuz ile yüzde kırk arasında idi. Halbuki 1950 senesinden sonra aşı tatbikatı sayesinde bu nisbet azalarak bugün de bir ile üç arasına düşmüştür. Hiç bir zararı olmıyan fakat o nisbette büyük faydası olan bu aşıya arkadaşlarımın lâyık olduğu değeri vermeleri yerinde olur. Yine mediko-sosyal cepheden verem savaşının esaslı ve mühim mevzuunu teşkil eden ve adaptasyon sahasında dispanserlere düşen vazife çok mühim ve önemlidir. Hastanın içtimaî ve meslekî hayatlarını nazarı itibara alarak yeniden eski hayata dönmelerini temine çalışan dispanserlerin hastaların

sağlığını koruyarak nükslere mâni olması lâzımdır. Dispanser hekimi yalnız tedavi eden hekim olarak kalmamalı aynı zamanda hastanın ondan beklediği bütün yardımı yapabilmelidir. Aksi takdirde bu nükslerin tedavisine sarfedecek paranın miktarı daha ilk zamanlarda yapılacak makul yardımların miktarından kat kat fazla olacaktır. İşte günden güne adetleri artmakta olan savaş dispanserlerinin çalışmalarındaki kemiyeti ve keyfiyeti arttırmaya yarıyacak ve dolayısiyle savaştaki muvaffakıyeti kolaylaştıracak olan fikirlerimi muhterem heyetinize arzediyorum.

SUMMARY

How should we organize the fight against tuberculosis in Turkey?

After pointing out that dispensaries are the soul of the fight against tuberculosis and that there are too few dispensaries in Turkey, the author states that dispensaries have also some responsabilities as regards the rehabilitation of patients and suggests also mass vaccination with B.C.G.

RÉSUMÉ

Comment organiser la lutte anti-tuberculeuse en Turquie?

Après avoir indiqué que les dispensaires constituent l'âme de la lutte anti-tuberculeuse et qu'il y a, actuellement trop peu de dispensaires dans notre pays, l'auteur souligne que les dispensaires ont aussi certains devoirs en ce qui concerne la réhabilitation et présente certaines suggestions sur la vaccination en masse par le B.C.G.

VEREM SAVAŞINDA DİSPANSER AMBULATUVAR TEDAVİSİNİN LÜZUM VE DEĞERİ

Dr. NEŞATİ ÜSTER *Dr. REHA ZEYBEKER*

Veremli her hastayı bir müessese yatırabilmek mes'ut bir hâdisedir. Fakat bugünkü sosyal ve ekonomik durumumuz henüz buna imkân vermemektedir. Yatak kifayetsizliği yüzünden hastaların istenildiği zaman hastanelere yatırılamaması ayaktan tedaviye tabi tutulmalarını icap ettirmektedir. İlk plânda birer tedavi müessesesi olmamalarına rağmen verem savaş dispanserlerinin - bir çok yerlerde olduğu gibi memleketimizde de - tedavi ile meşgul olmaları bir zaruret halindedir. Gelişi güzel olmamak ve elde mevcut bütün imkânları kullanmak şartiyle dispanserlerde yapılan bu tedavinin oldukça tatminkâr neticeler verdiği de bir hakikattir.

İlk zamanlarda yalnız koruyucu bir müessese olarak kurulan ve tedavi ile meşgul olmayan dispanserler zamanla ve hâdiselerin icbariyle faal birer kollapso-terapi müesseseleri halini almışlardır. Bilhassa son senelerde antitüberküloz ilâçların meydana çıkması dispanserlerin birer tedavi müessesesi olarak çalışma sahasını büsbütün genişletmiştir. Memleketimizde de dispanserler ilk açıldıkları günden itibaren hem profilâksi hem de tedavi müessesesi olarak çalışmak mecburiyetinde kalmışlardır.

Dispanserce bir kısım hastaların hastahanede yatırılmadan tedavilerinin imkân dahiline girmesi yatak tasarrufu ve böylelikle tıbbî olduğu kadar iktisadî kazanç da sağlamaktadır. Bir kısım hastalarda erken tedaviye başlanarak hastlığın evvelâ durdurulmasını temin bilâhare sirayeti önlenerek tecrit edilinceye kadar geçen zaman kazanılmış olmaktadır. Bilhassa çocuk tüberkülozunda erken ilâç tedavisinin bugün hemen hemen ağır komplikasyonlardan tamamen koruduğu bir hakikattir. Bu bakımlardan dispanserlerin umumî müracaat ve taramada tesadüf edilen ve derhal bir müessese-ye yatırılmaları mümkün olmayan tüberküloz hastalarını tedavi altına almaları gayet tabiîdir. Bundan başka bir kısım hastaların hastane

veya sanatoryumda başlanan tedavilerinin dispanserce takip ve idamesi de bir zarurettir. Bunun için bir verem dispanserinin profilaktik fonksiyonu dışında mevcut eksik şartların devam ettiği müddetçe ayaktan birer tedavi müessesesi olarak çalışmak mecburiyetinde olduğu kanaatindeyiz. Esasen veremli hastaların tedavisi de verem savaşının bir cephesini teşkil eder. Çünkü bu suretle intan membaı ortadan kalkarak hastalığın başkasına bulaşması ve yayılması da önlenmiş olur.

Antibiyotiklerin tüberküloz tedavisinde yer aldıkları günden beri dünyanın her tarafında ambulatuvar tedavi taraftarları çoğalmaktadır. Yukarıda izah ettiğimiz gibi bu temayül, evvelâ yatak kifayetsizliği yüzünden hastaları ospitalize etmekteki güçlüğün zarurî bir neticesi olarak, ekonomik durumları zayıf ve tüberküloz yatakları az olan memleketlerde başlamıştır.

Cezayirde *Prof. A. Levi Valensi* ve *Dr. A. Bies* 1950'den beri dispanserde ambulatuvar tedavi tatbik etmişler ve aldıkları müsbet netice kendilerini bu yolda yürümeye sevketmiştir. 4 sene içinde 1217 kâhil akciğer tüberkülozu vak'asından 156 tanesini hastahaneye yatırabilen müellifler, geri kalan hastaları ambulatuvar tedaviye tabi tutmuşlardır. Bunların çoğu iki taraflı had seyirli vak'alardı.

Neticeler şöyle olmuştur: 1950-1051 yıllarında 6 ay müddetle yalnız PAS veya streptomycinle tedavi edilen (ve 1954'e kadar müşahede altında kalan) 211 hastanın %45'inde B.K. (—) olmuş, %69'unda radyolojik temizlenme görülmüştür. Hastaların %20'si şifa bulmuş, %49'unda muhtelif derecelerde salâh tesbit edilmiştir. 1952'den beri ikili veya üçlü kombine olarak en az altı ay İNH, PAS, Streptomycin'le tedavi edilen 1006 hastanın %63'ünde B.K. (—) olmuş, %48'inde radyolojik temizlenme görülmüştür.

Hastahanede yatanlarla ayaktan tedavi edilenler arasında alınan bakteriyolojik neticede büyük bir fark yoktur. Radyolojik temizlenme bakımından hastahanede yatanlarda alınan netice %65'tir.

Dispanser vasıtasiyle hariçte tatbik edilen antibiyoterapiden alınan bu neticeler ferdî olduğu kadar sosyal bakımdan da şayanı dikkattir. Hastaneye yatırılamayan ve netice itibariyle izole edilemeyen veremlilerin dispanser tarafından verilen antibiyotiklerle 2/3'ünün balgamlarında B.K. (—) olması muhitlerini bulaştırma tehlikesini de önemli surette azaltır. Bu suretle dispanser tarafından yapılan tedavi vasıtasiyle profilâktik bir hizmet de ifa edilmiş olur.

Bursa Verem Savaş Derneği dispanserlerinde de yukarıda izah ettiğimiz mucip sebeplerle ambulatuvar tedavi tatbik edilmektedir. 4-5 seneden beri çalışmakta olan derneğimiz Muradiye dispanserinin bu yoldaki faaliyetini huzurunuza getirmeyi, ambulatuvar tedaviden elde edilebilecek müsbet neticeleri aksettirebilmek bakımından faydalı bulduk. Tetkiklerimizi dispanserimizin açıldığı 1952 yılı Şubat ayından 1955 yılı sonuna kadar 47 aylık bir hasta materyeli üstünde yaptık. Bu müddet zarfında 7738 şahsın 22484 muayenesi yapılmış olup bunlar arasında 1661 veremli tesbit edilmiştir. Bunların 641 tanesini dispanser bölgesi dışında olan ve umumiyetle köylerde oturan hastalar teşkil etmekte idi. Bu hastaları, takipleri muntazam olmadığı ve kontrolları ancak geldikleri zamana inhisar edebildiği için tetkiklerimiz içine almadık. Burada belirtilecek olan hususlar dispanserin bölgesi içine giren, her zaman ziyareti yapılabilen aranıp bulunabilen ve dispansere celbedilebilmek imkânı olan hasta gurubunu ilgilendirmektedir. Bu miktar 1020'dir. Hastaların 259'u kadın, 254'ü erkek, 507'si çocuktur.

Hastaların dispanser tarafından takibedildikleri müddet şöyledir:

---8	9-12	13-24	25-36	37-48	48---	?	
196	140	273	154	89	41	127	= 1020

Takip edilemeyen 127 hastayı hesaba katmayacak olursak dispanserde 833 hastayla meşgul olunabilmiş, bunlardan 764 hasta muntazam takip ve kontrol edilmiştir.

Tam takibedilen	Kısmen takibedilen	Takibedilemeyen	
764	129	127	= 1020

Muntazam takibolunanlar tabirinden dispanserin her fonksiyonu tatbik edilen, her bakımdan dispanserle müsbet rabıtası bulunan hasta gurubu kastedilmektedir. Bu hastaların muntazam aile ziyaretleri, aile fertleri kontrolu yapılmış, bilhassa çocuklara imkânlarımız nisbetinde tüberkülin testi ve menfi bulunanlara B.C.G. aşısı tatbik edilmiştir. Gayrı muntazam takibedilenler dispansere muntazam devam etmeyenler, ki bunlar ya iyileştikleri veya şikâyetleri kaybolduğu için gelmeyenler veya hariçte tedaviyi arzu edenler yahut da dispansere gelmekten çekinenler nihayet adresleri değişmiş, ziyaretleri bu sebeple yapılamamış ve böylece gözden kaybolmuş olan

vak'alardır. Hiç takibedilmeyenler ise ancak bir defa muayeneye gelmiş ve bir daha kontrola gelmemiş olanlardır. Bunlar umumiyetle dispansere vermiş oldukları adresleri yanlış olan kimselerdir. Bu yanlışlık ya kasdî veya bilâhare evden taşındıkları içindir. Ziyareti reddedenlerin ve adresleri yanlış olanların dışında bölgemiz içinde hemen bütün hastaların ziyaretleri yapılmıştır. Muayeneye daha doğrusu kontrola gelmeyenler veya kontrolunu geciktirenler ziyaretçi hemşire tarafından dispansere celbedilmektedir.

Dispanserimizde bir tüberküloz hasta tesbit edildiği vakit en kısa zamanda evinin ziyareti yapılarak sosyal ve ekonomik durumu tesbit edilmektedir. Eğer minimum yaşama şartları mevcut değilse hastanın derhal sanatoryum veya hastahaneye yatırılmasına çalışılmaktadır. Bununla beraber bu hastalar yatmak için sıra bekledikleri takdirde bu müddet zarfında ayaktan tedavi ve takibedilmektedir.

Minimum şartlar mevcutsa şu yolları takibetmekteyiz.

a) Minimum vak'alarda: Hasta evinde istirahat etmek şartiyle aktif ve lüzumlu antimikrobiyen tedaviye tabi tutularak her ay dispanserce kontrol edilmektedir.

b) Az ve orta derecede ilerlemiş vak'alarda: Hasta aynı şekilde takibedilmektedir. Eğer tedaviden istifade ediyorsa ikametgâh tedavisine devam edilir, bu arada minör kollapso-terapi endikasyonları icabederse kısa bir zaman için hastahaneye yatırılmaktadır. Hattâ bu gibi müdahalelerin bir kısmına dispanserde de başlamaktayız. Herhangi bir zamanda major ameliyat endikasyonu konulursa sanatoryum veya hastanenin göğüs hastalıkları servisine nakledilmek üzere gerekli tedbirler alınmaktadır.

c) İlerlemiş vak'alarda: Aynı şekilde tedaviye başlanmakta, bu arada hastahane veya sanatoryuma yatırabilmek için gerekli muamele yapılmaktadır.

Bazı hastaların tercihan ve en kısa zamanda ospitalize edilerek uzunca bir müessese tedavisine tabi tutulmaları icabetmektedir. Bunlar minimum yaşama standartları altında bulunan, hıfzıssıhha şartlarına uymayan evlerde ikamet eden, mizacı itibariyle kontrol altına alınamayan, sosyal bakımdan müşkül durumda bulunan vak'alardır. Diğer bir sebep de büyük cerrahî müdahalelerdir.

Dispanserde takibettiğimiz hastalarda tedavi maksadiyle antitüberküloz ilâçlar kullananların sayısı 718'dir. Bu ilâçlar ilk zamanlarda tek, sonraları da kombine olarak kullanılmıştır.

Streptomycin	130	kişi
P.A.S.	8	»
İNH	110	»
Strep.+P.A.S.	12	»
Strep.+İNH	281	»
P.A.S.+İNH	25	»
Strep.+P.A.S.+İNH	152	»

Px. tatbik edilenlerde 8 bridektomi, 1 ekstra-plöral yaptırılmış, 5'inde Pn. P. a başlanılmış, 10 hastada epanşman sero-fibrinö, 4 tanesinde ampiyem teessüs etmiş, bunların hepsi ve ayrıca ilk müracaatlarında Px. neticesi ampiyem Tbc. tesbit edilen 5 hasta dispanserde tedavi edilmiştir.

Pn. P. yapılanlarda tedaviye ilâve olarak 4 frenisektomi, 2 ekstra-plöral, 2 torakoplasti, 2 lobektomi, 1 lobektomi sonra torakoplasti yaptırılmış, 3 hastada Px.'e başlanılmıştır. 3 hastada ascite teessüs etmiş, 7 hastanın durumu fenalaştığı, birinde ingüinal fıtık teessüs ettiği, birinde her ensüflasyondan sonra çok fazla sancı yaptığı için Pn. P. terkedilmiştir.

Dispanserde 8 hastaya Px., 10 hastaya Pn. P. başlanılmıştır.

Bu tedaviler sonucu hastalarımızdaki iyileşme durumu şöyledir:

	Şifa	İleri salâh	Salâh	Haliyle	Fena	Ölüm	Kayıp	
Px.	25	5	6	1	—	—	1	= 38
Pn.P.	23	9	8	11	7	16	2	= 76

Hastalarımızdan 164 tanesi hastahane tedavisi görmüşlerdir. Bunların hastahanede tedavi altında kaldıkları müddetleri şöyledir:

Aylar	0-1	1-3	3-6	6-12	12---	
Hasta	37	5	36	25	11	= 164

Hastaların hastahanede yatış müddetleri umumiyetle bir iki aylık zamanlara inhisar etmektedir. Daha uzun yatmış görünenler ise seriya birkaç defa kısa müddetle yatıp çıkmışlardır. Muntazam surette uzunca zaman yatanlar ise 10-15 kişiden ibaret olup tedavi neticesi bakımından büyük bir hususiyet göstermedikleri için gurubumuzun dışında mütalâa etmeyi lüzumsuz buluyoruz. Bir iki aylık hastahane tedavisinin ambulatuvar tedaviden alınacak neticeleri

pek değiştireceğine kani değiliz. Aşağıdaki tabloda bu durum açıkça belirtilmektedir.

	Takibedilen hasta	Hastanede yatan	Hastanede yatmayan
Şifa	608 (%59.5)	73 (%44.6)	535 (%62.6)
İleri salâh	115 (%11.2)	19 (%11.7)	96 (%11.2)
Salâh	54 (% 5.3)	15 (% 9.2)	39 (% 4.5)
Haliyle	34 (% 3.3)	16 (% 9.8)	18 (% 2.1)
Fenalaşma	10 (% 1.1)	7 (% 4.3)	3 (% 0.4)
Ölüm	100 (% 9.9)	26 (%16.0)	74 (% 8.6)
Kaybolan	99 (% 9.8)	8 (% 4.4)	91 (%10.6)

Görüldüğü gibi takibettiğimiz hasta gurubunda elde edilen şifa nisbeti hastahanede yatmamış olan guruptan pek az farklıdır.

Hastalarımızdan 608 tanesinde klinik ve radyolojik tam şifa mevcuttur (%59.5). Tam mânasıyla takibedilen 764 hastayı esas kabul edersek bu nisbet (%79.7)'ye yükselmektedir. Bu miktarın ekseriyetini çocuklar teşkil etmesine rağmen netice gene enteresandır. Muntazam çalışan bir dispanserde elde edilen bu nisbet hiçbir zaman mübalâğalı değildir.

İyileşmiş 608 hastanın 331 tanesi (%54.5) halen muntazam kontrolumuz altındadır. Bunların iyileştikten sonra kontrol altında kaldıkları müddetler ay olarak şöyledir:

---6	7-12	13-24	25-36	36---	
83	73	116	49	10	= 331

Hastalarımız arasında primer ve post-primer olarak tesbit ettiğimiz akciğer tüberkülozu vak'aları sayısı 839 (%82.2)'dir. Bu hastalarda şifa nisbeti (%58.1)'dir. Hastahanede yatanlarda bu nisbet (%43.2), ayaktan tedavi edilenlerde (%61.9)'dur. Aradaki fark daha ziyade ambulatuvar tedaviye tabi tutulan primer tüberkülozlardaki yüksek şifa miktarından ileri gelmekte ise de primer tüberkülozları hesabımızın dışında bıraktığımız zaman da neticenin hastanede yatanlar lehine büyük bir fark göstermediği müşahede edilmektedir. Post-primer tüberkülozlarda şifa nisbeti (%40.3)'tür. Hastanede yatanlarda (%41.8) ayaktan tedavi görenlerde ise (%39.5)'tur. Aynı şekilde ileri salâh, yatanlarda (%11.5), yatmayanlarda (%11.6)'dır. Bu neticeler iyi ve sıkı kontrol altında olan ambulatuvar tedaviye nazaran natamam hastane tedavisinin bariz bir üstünlük göstermediğini ortaya koymaktadır.

	Primer Tbc.	Post primer tüberküloz			Post primer Tbc. Yekûn	Umumi Yekûn
		Minimal	Orta derecede ilerlemiş	Çok		
Şifa	4(%100)	10(% 90.9)	42(% 48.5)	17(% 25.5)	69(% 41.9)	73(% 43.3)
	296(% 80.2)	35(% 64.9)	61(% 41.7)	23(% 22.7)	119(% 39.5)	415(% 61.8)
	300(% 80.5)	45(% 69.4)	103(% 44.3)	40(% 23.8)	188(% 40.3)	488(% 58.2)
İleri salâh		12(% 18.4)	15(% 17.2)	3(% 4.5)	19(% 11.5)	19(% 11.2)
	38(% 10.3)	—	20(% 13.7)	4(% 4)	35(% 11.6)	73(% 10.8)
	38(% 10.2)	1(% 1.8)	35(% 15)	7(% 4.2)	54(% 11.6)	92(% 10.9)
Salâh	—	1(% 1.5)	8(% 9.2)	7(% 10.1)	15(% 9.1)	15(% 8.9)
	5(% 1.3)	—	13(% 8.9)	13(% 12.9)	27(% 9)	32(% 4.8)
	5(% 1.3)	1(% 1.8)	21(% 9)	20(% 11.9)	42(% 9)	47(% 5.6)
Haliyle	—	1(% 1.5)	7(% 8)	9(% 13.5)	16(% 9.7)	16(% 9.5)
	1(% 0.3)	—	5(% 3.4)	10(% 10)	16(% 5.3)	17(% 4.8)
	1(% 0.3)	—	12(% 5.1)	19(% 11.3)	32(% 6.9)	33(% 3.9)
Fenalaşma	—	—	3(% 3.4)	4(% 6)	7(% 4.2)	7(% 4.1)
	—	1(% 9.1)	3(% 2.1)		3(% 1)	3(% 0.4)
	—	11(% 20.4)	6(% 2.6)	4(% 2.4)	10(% 2.1)	10(% 1.2)
Ölüm	17(% 4.6)	—	7(% 8)	24(% 22.7)	31(% 18.8)	31(% 18.3)
	17(% 4.5)	4(% 7.4)	22(% 15.1)	23(% 22.7)	49(% 16.3)	66(% 9.8)
	—	4(% 6.1)	29(% 12.4)	47(% 28)	80(% 17.2)	97(% 11.6)
Kaybolan	12(% 3.3)	—	5(% 5.7)	3(% 4.5)	8(% 4.8)	8(% 4.7)
	12(% 3.2)	2(% 3.7)	22(% 15.1)	28(% 27.7)	52(% 17.3)	64(% 9.6)
	4(% 2.3)	2(% 3.1)	27(% 11.6)	31(% 18.4)	60(% 12.9)	72(% 8.6)
	4(% 2.3)	11(% 7.3)	77(% 52.1)	67(% 40.6)	165(% 97.7)	169
	369(% 55)	54(% 18)	146(% 48.5)	101(% 33.5)	301(% 45)	670
	373(% 44.4)	65(% 12)	233(% 50)	168(% 38)	466(% 55.6)	839

1'inci satır hastanede yatanlar, 2'nci satır hastanede yatmayanlar, 3'üncü satır umumi yekûn.

Tablonun tetkikinden de anlaşılacağı veçhile en çok şifa nisbetini primer tüberkülozlar teşkil etmektedir (%80.5). Post-primer minimal lezyonlarda (%69.4) hastanede yatanlarda %90, yatmayanlarda %64.9), orta derecede ilerlemiş vak'alarda %44.3 (hastanede yatanlarda %48.5, yatmayanlarda %41.7), çok ilerlemiş olanlarda ise %23.8 (hastanede yatanlarda %25.5, yatmayanlarda %22.7)'dir. Bu neticeler hakikaten enteresandır. Hastalığı erken yakalamakla elde edilen çok memnunluk verici netice ile beraber dispanserin erken ve mükerrer depistajının değeri de kendiliğinden meydana çıkmaktadır. İleri derecede salâh olan vak'aları iyileşmiş olanlara ilâve etmekle büyük bir hata yapmadığımızı kabul edebiliriz. Böylelikle primer ve post primer minimal lezyonları olan vak'alarda bu nisbetin %95'e yakın olduğunu görüyoruz. Orta derecede ilerlemiş olanlarda %59.3, çok ilerlemişlerde ise %28'dir. Fenalaşmada iki gurup da birbirine yakındır.

Hastane tedavisinin ambulatuvar tedaviye nazaran pek farklı bir netice vermediğini gösteren yukardaki istatistikler karşısında, hastanelere yatan vak'aların daha ağır hastalar olduğundan alınan neticelerin bu şekilde tezahür ettiği ileri sürülebilirse de aynı tip hastalarla yapılan hastane tedavisiyle ambulatuvar tedavinin birbirine yakın neticeler veren araştırmalar da yapılmıştır.

1954 yılında *W. F. Tyrrell* Glaskow'da tüberkülozun ayaktan tedavisi üzerine bir araştırma yapmıştır. Tesbit ettikleri her iki veremliden birini sanatoryuma yatırmış, diğerini ayaktan takibetmiştir. Bu tetkikte hiç hastane tedavisi görmeyenler tercih edilmiştir. Tedavi, sanatoryum ve poliklinikte aynı şekilde tertiplenmişti. Hariçte tedaviyi arzu edenlere de aynı tedavi tatbik ediliyordu.

141 hasta 3 aylık, 94 hasta 6 aylık tedavi devresini tamamlamışlardır. Sedimantasyonda devreler sonunda bariz bir fark görülmemiştir.

Kilo: Yatanlar, hastanedeki inaktif durum sebebiyle daha fazla kilo almışlar, fakat çıktıktan kısa zaman sonra fazla kilolarını kaybetmişlerdir.

Bakteriyoloji: İki devre sonunda hasta olan akciğer zonlarındaki temizlenme ayaktan tedavi görenlerde takriben (%20) fazla idi. Kavitelerin kapanması ilk devre sonunda bariz bir fark göstermemesine rağmen, 6 ay sonunda yatanlarda (%72), yatmayanlarda (%59) idi.

Netice olarak üç aylık tedavi iki taraf hasta gurubunda bariz

bir fark göstermemiş, 6 ay sonunda ancak yatanlarda kavitelerin kapanmasında (%13) bir fazlalık müşahede edilmiştir.

Ambulatuvar tedavinin müsbet neticeler verdiği görülmektedir. Ancak bu tedavinin verem savaş dispanserleri tarafından yapılmasını her bakımdan faydalı bulmaktayız. Eldeki bütün maddî imkânları harekete getirmek, hasta dispanser münasebetlerini azamî şekilde yakınlaştırmak, hastanın dispansere mutlak itimadını uyandırmak suretiyle daha iyi neticeler alınacağına kaniyiz.

Ambulatuvar tedavi faaliyeti hiçbir zaman dispanserlerin preventif karakterlerini zayıflatamaz. Ancak bunun için elzem olan şey personel ve bilhassa kalifiye ziyaretçi hemşirelerdir. Esasen ambulatuvar tedavinin de bir bakımdan profilaktik bir mâna taşıdığını yukarıda işaret etmiştik. Çünkü bu suretle aile içinde yaşayan ve yatak kifayetsizliği dolayısiyle tecrit edilemeyen basilifer hastaların mühim bir kısmı oldukça sür'atle basilsiz hale gelmekte ve etrafları için bir intan membaı olmak vasfını kaybetmektedirler. Hastalarımız arasında temas neticesi intan almış bulunanlar pek az olmadığından ambulatuvar tedavinin neticesi bu bakımdan da üzerinde durulacak kadar ehemmiyetlidir. Nitekim dispanserimizdeki çocuk hastalarımızın (%18)'ini direkt, (%7.2)'sini indirekt temas neticesi hastalığı alanlar teşkil etmekte idi. Büyüklerde ise direkt ve endirekt temas neticesinde hastalığa yakalananların nisbeti (%9.6)'dır.

	Hasta adedi	Temas intanı
1952	452	93 (%20.6)
1953	223	25 (%12.4)
1954	211	30 (%14.1)
1955	129	11 (% 8.4)

Yukarıdaki tabloda görüldüğü gibi temas intanları nisbetinin yıldan yıla azalmasında alınan diğer koruyucu tedbirlerle birlikte yapılan ambulatuvar şimioterapinin de müessir olduğu muhakkaktır. Biz ambulatuvar tedaviyi bu bakımdan da dispanserlerin başlıca vazifeleri arasında görmekteyiz.

N e t i c e :

1. Dispanserlere kendi bölgeleri içinden müracaat eden ve ayaktan kontrollarına devam edilen vak'aların büyük bir kısmının muntazam takibedilmeleri mümkündür. Ancak bu işlerin tahakkukunu mümkün kılacak bütün imkânların temini elzemdir.

2. Muntazam takibedilen hastalarda ambulatuvar tedaviden alınan neticeler çok daha müsbettir.

3. Kısa ve mahdut bir zaman hastanede yatmanın hastalığın neticesi üzerinde bir avantaj sağlamadığına kaniyiz. Ayaktan tedavi, imkânları az olan yerlerde bazı mecburî vaziyetler dışında - nâtamam hospitalizasyon - yerine kâfi gelebilir.

4. Hastaneden çıkan bir veremlinin mutlak olarak mıntakasındaki dispansere sevki icabeder. Bölgelenme şarttır, tahakkuku mümkündür.

5. Bütün imkânlarını aktive eden bir dispanser bugün için kaçınılması imkânsız ve yapmak mecburiyetinde olduğu ayaktan tedavi fonksiyonunu başarabileceği gibi, bu faaliyet hiçbir zaman o müessesenin prevantif karakterini zayıflatamaz.

SUMMARY

The importance of ambulatory treatment in the dispensaries

Duo to the scarcity of hospital beds in our country, we use ambulatory treatment and followup for patients coming to the dispensaries. We have noted satisfactory results with this treatment.

The proportion of cures among patients receiving ambulatory treatment is 48.7%. This proportion among hospital-treated patients rises up to 51.4%.

RÉSUMÉ

La nécessité et l'importance du traitement ambulatoire dans les dispensaires de lutte anti-tuberculeuse

En raison de la pénurie de lits d'hôpital dans notre pays, nous traitons et contrôlons ambulatoirement les patients se présentant aux dispensaires. Nous obtenons avec ce traitement des résultats assez satisfaisants.

La proportion de guérisons chez les malades traités ambulatoirement est de 48.7%, chez les patients traités dans les hôpitaux elle est de 51.4%.

İKİNCİ GELSE

İşçi Sigortaları Kurumu Süreyya Paşa Sanatoryumu Başhekimi

Dr. Abit Köymen

VEREM SAVAŞINDA VAZİFELİ TESİSLER VE PERSONEL HAKKINDA DÜŞÜNCELER

Dr. ABİT KÖYMEN

Memleketimiz bünyesine uygun ideal tüberküloz savaşı prensiplerini tesbit, hakikaten hayatî ehemmiyeti haiz bir mes'ele olduğu kadar çetin bir mevzudur da. Memleket çapında mücessir bir mücadele her şeyden evvel çeşitli teşekküllerin ve Devletin yaptığı verem savaşı faaliyetlerinin nâzım bir direktif altında birleştirilmesi, hiç olmazsa birbiriyle esaslı irtibatların kurulması gerekmektedir.

Ve yine çok mühim bir faktör de verem savaşının, tedavi müessesesinin masraflarını daimî karşılama membalarının bulunmasıdır. Halen sosyal sigortaların, hastalık sigortalarının bu mevzuda ehemmiyeti ve belki de tek hal şekli olduğu düşünülebilir. Memleketimizde sosyal bir sigorta olan İşçi Sigortaları kendi mevzuu dahilindeki sağlık işlerinin ve verem tedavisini başarmak için gerekli para imkânlarına sahiptir. Şu halde bu sigorta şekillerinin teşmili ve tek işçi çalıştıran işyerlerini şümule alması memur, köylü ve iradiyle geçinenler hariç büyük bir kitle için tedavi imkânlarının masrafı bulunmuş olacaktır.

Esasen verem mücadelesinin memleketimiz için kabul edilecek umumî sağlık plâniyle çok yakın münasebeti vardır. Bizim düşündüğümüz büyük halk kütlelerini şümulü içine alan bir hastalık sigortasının bu imkânları sağlıyacağıdır. Fakat mevzuun daha teferruat-

lı düşünülmesi umumî sağlık plânının ana hatları belirmeden kabil olamayacaktır.

Verem savaşının profilktik gaye güden mühim faaliyetleri kadar verem hastalarının da sistemleştirilen muayyen tedavi müesseselerine zamanında sevki ve bunlara kifayetli yatak temini de ehemmiyet arzeder. Mevcut tedavi yataklarının dikkatli bir şekilde kullanılması, bir verem hastasının hangi periyotta, nasıl bir müessesede yatarak tedavi görmesinin gerektiği hakkında sarih ve üzerinde ittifak edilmiş bilgiler zaruridir. Bu itibarla da verem tedavisi için tesis edilen sanatoryum, prevantoryum, reedükasyon merkezleri, dispanserler ve depistaj ekiplerinin yerinde ve azamî randımanla çalıştırılması için memleketimizde hekim kütlelerinin bu müessesesleri kuruluş gayeleri ve gönderilecek hasta endikasyonları üzerinde mutabakatı lâzımdır.

Bu yazımızda konu olarak verem savaşının mühim bir kısmı olan hastayı muhiti ve kendisi için zararsız bir hale getirecek bir şifa seviyesine ulaştırmak, basilli hastayı mutlak surette tecrit imkânları aramak uzun ve kronik bir şekilde B.K. ıtrah edenler için ne tip müesseseler ihdası icabedeceği mevzularını incelemek istiyoruz.

Bütün dünyada olduğu gibi memleketimizde de müessir antibiyotikler zuhurundan beri bazı tereddütler husule gelmiştir. Meselâ, bazı muhitlerde veremlinin kendi ev şartları içinde tedavi edilebileceği sanatoryumların pek de izam edildiği kadar zarurî müesseseler olmadığı zehabı hatalı olarak doğmuştur. Bu zannı, verem savaşı bakımından çok tehlikeli bulmaktayız. Bu hatalı fikrin tatbikatı bir çok bulaşmalara ve bilhassa ilâca mukavim suşlarla tehlikeli vak'aların artmasına yol açacak, veremlinin tedavisi eskisinden daha farklı bir disiplini icabettirecektir.

Verem savaşında en faal rol dispanserlere düşmektedir. Ancak bu dispanserler mıntaka dispanseri halinde ve çeşitli müessese ve teşekküllerin bir organı olarak çalışmalı, birbirine yakın mıntakalarda aynı mevzu ile meşgul, birbiriyle irtibatı olamayan tesisler halinden çıkarılması lâzımdır. Ve bir verem dispanseri, bir verem hastasını tam mânasiyle tetkik edecek teknik imkân ve vasıtalara malik olacağı gibi, yatırmak istediği hastaları külfetsizce yatıracağı bir verem kliniği, veya sanatoryum ile bağlantısı bulunmalıdır. Öyle ki, hasta yatmak için rica eder durumdan çıkmalı, dispanserin daimî takibi suretiyle gerekirse zorla bir müesseseye yatırılarak tecridi ve bir an evvel basilsiz hale getirilmesi cihetine gidilmelidir. Bir verem hastasının basilli safhasının mutlaka yatarak, tecrit edilerek geçirmesi lüzumuna kani olduğumuz için, hastasını kolayca yatıramayan bir verem dispanserinin, verem savaşındaki fonksiyonlarını tam başardığına kani değiliz. Tedavi bakımından ehemmiyetli rol sahibi olan dispanserlerin daha mühim bir fonksiyonu da kendilerine bağlı depistaj ekipleri ile mıntakalarını taramak, buldukları vak'aların teşhisini koyarak ya kendileri tarafından, veya irtibatta bulunduğu sanatoryum veya hastahane tarafından derhal tecrit ve tedvilerinin teminini sağlamaktır. Dispanserlerin bu vazifeleri lâyıkiyle görebilmeleri için muntazam arşivlere sahip olması, eski hastaların sıhhî dosyalarını sür'atle tetkik imkânına sahip olmaları lâzımdır. Verem dispanserleri sosyal mevzuda da mıntakasında müessir faaliyeti gösterebilmelidir. Yani bir verem dispanseri, tek taraflı bir tıbbî müessese halinden çıkarılmalıdır. Dispanser hastalalarını hastanede takibedecek ve daha mühim olarak şifa teşhisinden sonra emniyet verici bir müddet geçinceye kadar da müteakip kontrollarını yaparak şifa teşhisi emniyeti ve artık muhit için zararlı bir durumu kalmadığını tesbit edecektir.

Sanatoryum ve hastanelerde faaliyet daha ziyade tıbbîdir. Yalnız sanatoryumlardan hastaların erken çıkarılması ne kadar hatalı ise kroniklerin uzun müddet yatırılarak bunlara bir melce haline getirilmesi de o nisbette, gaye için zararlıdır. Veremliler için kurulacak merkezî bir arşiv ile her hastane, veya sanatoryum kabul ettiği hastanın evvelce yattığı müesseseler, gördüğü tedavi hakkında kolayca bilgi edinebilmelidir.

Bütün memlekette uygun yerlerde verem tedavi müesseselerinin tesisiyle, uzak yerlerden veremlilerin tedavi merkezlerine gelmelerinin ve bu uzun yolculuklar esnasında muhitlerine zararlı olmalarının önlenmesi lâzımdır. Teklifimiz muhakkak her dispansere mümkün olduğu kadar yakın bir hastane veya sanatoryum bulunabilmelidir. Kurulacak bir sistemle verem hastaları mümkün olduğu kadar tedavi gördükleri müesseselerin kontrolu altında müteakip kontrol ve ayaktan tedavileri temin edilmesi ve bu esnada gerekirse sür'atle aynı müesseseye tekrar yatırılabilmelidir.

Verem savaşının personeline gelince: bu kariyeri cazip bir hale getirmek zaruridir. Sanatoryumlar hemşirelerin ve hastane personelinin pek de memnuniyetle koşup geldiği iş yerleri değildir. Bu personele bir prim tanıması bu mesleğe kalifiye elemanlar kazanmasını intaç edecektir. Ftizyologların ihtisası üzerinde de biraz durmak istiyoruz. Yeni kabul edilen bu ihtisas kolu halihazır durumuyla pek

cazip bir manzara göstermemektedir. İkinci Türk Tüberküloz Kongresinin sonunda verilen bir takrir tüberküloz müesseselerine münhasıran ftizyologların tâyinini teklif ediyordu. Bu teklif hayli reaksiyon uyandırarak reddedildi. Zannediyorum çok haklı olan takrir sahipleri dâvalarını müdafaa edemediler. Şu ana kadar kâfi ve uzun bir müddet tüberküloz tedavisi ile meşgul dahiliye mütehassısları elbette ftizyolog telâkki edileceklerdir. Ancak yeni açılacak yerleri, münhasıran ftizyologlara hasrederek hem bu ihtisas koluna bir istikbal vadetmek, hem de genç bir dahiliye mütehassısından çok daha fazla mevzua girgin kompetan bir hekim verem savaşında vazifelendirilmiş olacaktır.

SUMMARY

Some considerations on the institutions dealing with tuberculosis and their staff

After pointing out that the principles of an ideal fight against tuberculosis are difficult to state in our country, the author suggests the establishment of an insurance against disease from which would benefit great masses of people. He proposes that beds should be allotted to dispensaries and that each person with a positive diagnosis of tuberculosis should benefit from them. The author finally exposes the shortcomings of ambulatory treatment or home visits.

RÉSUMÉ

Considérations sur les institutions et le personnel responsable dans la lutte anti-tuberculeuse

Après avoir souligné que les principes de lutte anti-tuberculeuse idéale convenant à notre pays sont très difficiles à préciser, l'auteur préconise l'institution d'une assurance maladie dont pourraient profiter les grandes masses populaires, l'attribution de lits aux dispensaires et à toute personne chez qui le diagnostic est posé. Finalement l'auteur énumère les inconvénients du traitement ambulatoire ou au domicile du malade.

ANTİBAKTERİYELLERİN VEREM MÜCADELESİ ÜZERİNE TESİRLERİ

Dr. TEVFİK İSMAİL GÖKÇE

Antibakteriyeller, stroptomisin, P.A.S., izoniyazid ve benzerleri, tüberkülozun tedavisinde yeni bir devre açmışlardır. Bunlar terapötik dozda, bakterisit olmamalarına rağmen, tüberkülozun tedavisinde, tıbbî, cerrahî müdahaleler de dahil, şimdiye kadar hiç bir tedavinin varamadığı imkânları sağlamaktadırlar.

Antibakteriyellerle, menenjit ve milyar tüberküloz gibi evvelce hemen %100 ölümle neticelenen tüberküloz şekilleri üzerine olan fevkalâde tesirler haricinde, konumuzu yakından alâkadar eden, akciğer tüberkülozunun tedavisinde alınan neticeler, bugün için, her türlü tahminin üstündedir.

Tüberküloz hastalığının intişarında, onun epidemiyolojisinde, temel rol oynayan akciğer tüberkülozunun tedavisinde müessir olan vasıtaların verem mücadelesinin teşkilât ve çalışmaları üzerinde de tesir icra etmesi mantıkan pek tabiî görülmektedir. Acaba hakikatte böyle midir? Tatbikatta antibakteriyellerin istimali ile böyle bir tesir görülmüş müdür? Görülmüşse nelerdir? Ve mücadele çalışmalarında değişiklikleri icap ettiriyorsa nelerdir?

Bu tebliğimizde bu soruları cevaplandırmaya çalışacağız.

Antibakteriyellerin akciğer tüberkülozunun tedavisinde geniş ölçüde kullanılmaları, birincisi erken vak'aları tamamiyle tedavi etmek, ikincisi ölüm vak'alarını azaltmak ve sonuncusu da kronik vak'aları çoğaltmış olmak üzere, üç bakımdan verem mücadelesi üzerine tesir yapmaktadır.

Filhakika antibakteriyeller akciğer tüberkülozunun başlangıç vak'alarında fevkalâde müessirdir. Bunların eksüdatif, hattâ kaviter olan şekillerini ve taze nodüler yayılmalarını rasyonel bir tedavi ile, sür'atle tam bir şekilde iyi etmektedir.

Bu noktayı nazardan verem mücadelesinde icabettirdiği değişiklik mücadelenin depistaj fonksiyonuna, bugüne kadar olduğundan, daha fazla ehemmiyet vermek, onu genişletmek ve deliksiz bir surette tatbiki imkânını hazırlamaktır. Bu meselede sistemli bir ça-

lışma ile yeniden intan membaı olacak vak'aları kaldırmak ve böylece çok semereli neticeler almak mümkün olacaktır.

Antibakteriyellerin veremden ölümü ehemmiyetli surette azalttığı da sabit bir hakikattir. Bu, verem mücadele teşkilâtı henüz kâfi derecede gelişmemiş memleketlerde verem ölümünün birden bire azalmaya başlaması ve mükemmel teşkilâtı olan ve verem ölümünü çok düşürmüş olan memleketlerde antibakteriyellerin kullanmasından sonra bu düşmenin daha seri bir seyir alması ile kendini göstermiştir. Bu da verem mücadelesinde müessir olacak bir unsurdur ve yeknazarda verem mücadelesini bir dereceye kadar gevşetmeye saik olacak gibi bir his verirse de maalesef hakikat böyle değildir. Çünkü:

Antibakteriyeller verem ölümünü azaltmış, fakat kronik hastaların sayısına bir tesir yapmamış ve hattâ birçoklarını ölümden koruyarak kronik hastalıklar gurubuna geçirmek suretiyle belki de, artırmıştır. Malûm olduğu gibi kronik, fibröz ve kaviter vak'alarda antibakteriyeller, hâd safhaları bertaraf etmekle beraber, hastalığın kronik ve basil saçıcı vaziyetini bertaraf edememektedir.

Muntazam ve ciddî istatistikleri bulunan memleketlerin tecrübe ve müşahedeleri bunu çok sarih bir surette göstermektedir. Binaenaleyh kronik basil saçıcılar antibakteriyel devresinde azalmamış bil'akis artmıştır. Şu halde antibakteriyellerin tüberküloz ölümünü azaltmaları verem mücadele çalışmalarını gevşetmeyi değil, bilâkis şiddetlendirmeyi icabettiren bir sebep teşkil etmektedir.

Kronik vak'alarda basillerin antibakteriyellere karşı mukavemet kesbetmeleri ve bu basillerle enfekte olarak tahassül edecek yeni vak'aların, antibakteriyel tedaviden istifade etmemeleri ihtimalleri verem mücadele çalışmalarının, müesses usulleri dahilinde, daha şiddetle tatbik edilmesi lüzumunu zarurî kılan sebeplerdendirler.

Kronik vak'aların ve ilâca karşı mukavemetlerin husulünde antibakteriyellerin eski, fibröz ve kaviter vak'alara tesir etmemeleri yanında, bu ilâçların iyi bir şekilde kullanılmamalarının büyük mikyasta tesir yaptığı muhakkaktır. Bu bakımdan verem mücadele teşkilâtının gerekli neşriyat, eğitim ve tedbirlerle bu ilâçların hekimler ve halk tarafından en iyi bir şekilde kullanılmalarının temininin mühim bir vazife olarak ele alınması icabeder.

Bu ilâçların gelişi güzel kullanılmasını menedecek kanunlar yapılmasını tavsiye edenler olduğu gibi, ilâçları alabilmeleri için, hastaların şahsî karneleri olmasını tavsiye edenler de vardır. Bu son çareyi teklif eden zat bunun, güç olmakla beraber, tatbik edilmek

imkânı sağlandığı takdirde hasta sayısının bilinmesi gibi büyük bir amelî faydayı da haiz olacağını ileri sürmektedir.

Memleketimizde bu ilâçların, esasen çok zaman mahdut bulunduğu ve çok geniş mikyasta kullanıldığı ve hastalar sayısı hakkında hiç bir bilginin bulunmadığı nazarı itibare alınırsa şahsî karne usulünün bizde tatbikinin çok faydalı olacağı kanaatindeyim; alâkalılarca bu meselenin ele alınarak, esaslı bir tetkike tâbi tutulması, ve mümkün görüldüğü takdirde tatbik edilmesi bilhassa şayanı tavsiyedir.

Şimdiye kadar arzettiklerimizden anlaşılacağı veçhile antibakteriyellerin tatbik sahasına girmesi verem mücadelesinin tenvir, eğitim ve erken depistaj ve korunmaya ait (B.C.G. verem aşısı da dahil) bütün çalışmalarının şiddetlendirilmesini icabettirmektedirler.

Verem mücadelesinin mühim bir unsuru da tedavi müesseseleridir. Antibakteriyeller bunlar üzerinde ne tesir yapmıştır? Malûm olduğu gibi, şimdiye kadar bir memleketin malik olması icabeden yatak sayısı için kabul edilen miktar o memlekette senede veremden ölenin sayısı idi. Antibakteriyellerle ölüm azalmıştır, buna muvazi olarak yatak sayısı da azalabilecek midir? Yukarda da işaret ettiğimiz gibi, hayır! Çünkü: ölüm azalmış, fakat hastalığı yapan, kronik ve hastanelerde tecrit ve tedavi edilmeğe muhtaç, hasta sayısı artmıştır. Bu bakımdan yatak sayısını bilâkis arttırmak icabeder. Şimdi bu meselede sirayet devresinde bulunan her hasta için bir yatağın esas tutulmasını ileri sürenler vardır. Hülâsa memleketimiz için yeni yeni geliştirilmekte olan verem yatağı temini programının aksatılmadan devam ettirilmesi ve daha da çabuklaştırılması lâzımdır. Antibakteriyellerin tedavi müesseselerinde tatbik edilmesi muhakkak ki en iyi tesir verir ve mümkün olduğu kadar bunu temine çalışmak icabeder.

Mamafih bizim gibi, henüz tedaviye muhtaç her hastayı yatırmak imkânlarına malik olmayan memleketler için antibakteriyellerin ayakta, yani evde tatbikinin de ehemmiyetle nazarı dikkate alınması icabeder.

Esasen hastaların büyük ekseriyeti de bu şekilde tedavi edilmektedir. İyi tatbik edildiği takdirde bu tedaviden de iyi neticeler elde edildiği müsbet bir vakıa olduğu gibi bir çok ahvalde hastalıkların kronikleşmesinde ve mukavemetlerin husulünde âmil olduğu da muhakkaktır. Bu mahzuruna karşı bir taraftan tedavi hakkında alâkalıları yakından tenvir etmek, diğer taraftan da bu tedaviyi verem dispanserine vermek, depistaj ve koruma bakımından olduğu kadar te-

davi bakımından memleketin her tarafında dispanserlerin artırılmasını temin etmek icabeder.

Kâfi derecede yatağa malik olmayan bazı memleketlerde bu ev tedavisi meselesi üzerinde geniş ölçüde tecrübeler yapılmaktadır. Memleketimizde de muayyen ve imkânları olan mıntakalarda bu tecrübelerin yapılması çok faydalı olacaktır. Belki de verem hasta yatakları meselesinde, bizi esasen varılmasını pek de mümkün görmediğimiz, çok büyük sayılardan müstağni kılar. Bu, tecrübeye değer. Sıhhat ve İçtimaî Muavenet Vekâletinin, Türkiye Ulusal Verem Savaşı Derneği ile elbirliği yaparak bir veya bir kaç mıntakada bu tecrübeyi ele almaları bilhassa temenniye şayandır. Hattâ bir aralık *UNESCO*'nun Adanada böyle bir tatbikatta bulunacağı hakkında bir haber işitilmiş idi. Her nedense tahakkuk etmedi. Mamafih biz bunu pekâlâ yapabilir ve bu sahada *UNESCO* ve *O.M S.* gibi beynelmilel teşekküllerden istifade edebiliriz. Çünkü bunlar dünyada akisler yapabilecek pilot tecrübelere büyük ehemmiyet vermektedirler.

Ancak bu gibi tecrübelerin neticelerini tetkik edebilmek esaslı bir istatistiğe istinat etmekle olur. Memleketimizde yalnız verem ölümü hakkında, bir dereceye kadar ihtiyaca salih bir istatistik vardır. Musap adedi hakkında bir malûmat yoktur. Böyle bir istatistik elde olmadıkça bu tecrübelerin ve umumî olarak verem mücadelesinin tesirini kıymetlendirmek mümkün değildir. Binaenaleyh şimdilik hiç olmazsa teşkilâtı olan bir kaç yerde ve bilhassa söz konusu ettiğim tecrübe veya tecrübelerin yapılacağı yer veya yerlerde tüberküloza musap, yani her sene yeniden tutulanlar sayısını tesbit edecek teşkilât kurulmalıdır.

İstanbul Verem Savaşı Derneği bu meseleyi ehemmiyetle ele almak üzere olup İstanbulun her tarafında yayılmış olan geniş teşkilâtıyla, en iyi bir şekilde tesis etmeğe çalışmak tasavvurundadır; bunda muvaffak olduğu takdirde diğer yerlerde tesis edilecekler için de bir örnek olacaktır.

Antibakteriyellerin verem mücadele çalışmaları üzerindeki tesirlerini böylece hülâsa ettikten sonra yine antibakteriyellere ait olan ve kanaatimce büyük bir istikbale, mücadele üzerinde çok esaslı bir tesir yapmaya namzet gibi görünen hususî bir cephe hakkında maruzatta bulunacağım.

Mesele izoniyazide mukavemet kesbetmiş verem basillerinin virülânsının azalması vakıasıdır.

İzoniyazide mukavim basiller üzerinde yapılan lâboratuvar tetkiklerinde invitro izoniyazide mukavim kılınmış veya invivo uzun müddet izoniyazid tedavisiyle izoniyazide mukavim olmuş basillerde virolânsın azalmasına delâlet etmek üzere morfolojik değişmeler, neşvünemada ve kültür hayatlarının devamında azalma olduğu, mikrobun ferman metabolizmasının bozulduğu ve bu suretle katalaz faaliyetini kaybettiği ve hidrojenaz faaliyetinin azaldığı görülmüştür. İzoniyazide mukavim basillerin cilt altı, deri ve damar içi ve inhalasyon yolu ile ithal edilmesi suretiyle kobaylarda yapılan tecrübelerde bu basillerin virülânslarının ehemmiyetli surette azaldığı tesbit edimiştir. Bu mukavim basillerin ekseriya hayvanın dahilî uzuvlarında telef oldukları ve ancak regresif tüberküloz yaptığı tahakkuk etmiştir.

İzoniyazide mukavim basillerde virülans azaldığı halde antijen husule getirmek ve mukavemet vermek hassası baki kalmaktadır. Ve hattâ bu hassaları izoniyazide mukavim kılınmış B.C.G. suşlarında daha kuvvetlidir.

Bazı mahdut tecrübeler izoniyazide mukavim basillerin klinikte de ehemmiyeti haiz olduklarını ve bu hâdisenin hastanın tedavisi bakımından faydalı olduğunu gösterir mahiyettedir.

Yine bazı tetkiklere göre izoniyazide mukavim basillerin enfeksiyon yapmak kabiliyetinin de azaldığı da ileri sürülmektedir. Pek küçük bir rakam olmakla beraber, şimdiye kadar yapılan tetkiklerde 2400 kâhilde ve 270 çocukta birer tane izoniyazide mukavim basil tesbit etmek mümkün olmuştur.

İzoniyazide mukavim basillerin karakterleri hakkında arzettiğim bu son senelerin bulguları bunların veremde ve bilhassa verem mücadelesinde büyük ve hattâ inkılâp yapacak kadar büyük, bir rol oynamağa namzet olduklarını aşikâr surette göstermektedir. Bunlar tamamiyle tahakkuk ettiği takdirde şu ehemmiyetli neticeler elde edilebilecektir:

1. Basilin kaybolması mümkün olmayan kronik, kaviter vak'alarda basillerin izoniyazide mukavemetini temin etmek ve bu vasfı idame ettirmek suretiyle verem tedavisi üzerinde müessir olmak.

2. Bu basillerin enfeksiyon yapmak ihtimallerinin az olması ve olanlarda da enfeksiyonun âdeta abortif bir şekil takibetmesi sebebiyle bütün basil saçıcıların basillerini izoniyazide mukavim kılmak ve böylece tüberküloz mücadelesinde umulmayacak kadar müessir olmak.

3. Ve hattâ bu basillerin virülânsı çok azaldığı halde antijen teşkil etmek ve mukavemet vermek hassalarının baki kalması itiba-

riyle B.C.G. gibi, belki de ondan daha muvaffakıyetle, koruyucu aşı olarak kullanılmak ihtimalleri.

Bu mesele, büyük ehemmiyeti nazarı itibara alınarak, 1957 ocak ayında Hindistanda New Delhide toplanmış olan 14'üncü enternasyonal tüberküloz kongresi mevzuları arasına alınmıştır. Biz de Heybeliada sanatoryumu bakteriyoloji lâboratuvarında bu sahada yapılmış olan mütevazi bir tetkikle bu kongreye iştirak ettik. Kıymetli arkadaşım ve bu işle bilfiil meşgul olan bakteriyolog Harika Engez ile birlikte Türkiye namına korapör tâyin edildiğimiz bu mevzuda yapacağımız tebliğ klinikte basilleri izoniyazide mukavemet kesbeden hastalardan elde edilmiş olan 23 suş üzerinde yapılan tecrübelere dayanmaktadır. Basilin morfolojisi, katalaz ve nötralrot testlerine ve kobay tecrübelerine istinat eden bu araştırmalar da izoniyazide mukavim basillerin virülansının azaldığı hakkında müsbet neticeler vermiştir. New Delhi kongresinden bu sahada daha yeni ve daha ümit verici bilgiler elde edeceğimizi kuvvetle tahmin ediyoruz.

Mamafih İzoniyazide mukavemet kesbetmiş tüberküloz basillerinin yukarda bahsedilen hassalarından şimdiden faydalanmamız mümkündür ve şu şekilde faydalanabiliriz.

Antibakteriyellerle tam tedavisi mümkün olmıyan kronik, fibröz ve kaviter vak'alarda izoniyazid tedavisini uzunca zaman kullanarak basillerin buna karşı mukavemetlerini temin edebiliriz ve ondan sonra da aralıklı bir surette aynı tedaviyi yapmakla bu hali devam ettirebiliriz. Bununla hastaya tedavisi bakımından da bir tesir yapabildiğimiz gibi, bilhassa etrafını bulaştırmak bakımından, basil yaymamasiyle, zararsız bir hale koyar veya enfekte etse bile hafif bir enfeksiyon husule gelmesini temin etmiş oluruz.

Bunun verem mücadelesi üzerinde yapacağı tesiri tetkik etmek üzere memleketimizde bir pilot tecrübe yapabiliriz. Sıhhat ve İçtimaî Muavenet Vekâleti ile Türkiye Ulusal Verem Savaşı Derneği, Dünya Sağlık Teşkilâtı gibi beynelmilel teşekkülleri de ilgilendirerek memleketimizin tüberkülozu fazla, halk hareketleri nisbeten mahdut olan bir veya bir kaç şehrinde gerekli teşkilât ve tesisat (verem musabiyeti istatistik servisi, verem dispanseri, geniş ölçüde kültür yapacak ve mukavemet tâyin edecek esaslı bir bakteriyoloji lâboratuvarı, kompetan personel ve emsali) kurularak bu mıntakadaki bütün tüberkülozların basillerini izoniyazide mukavim kılındığı ve sistematik olarak her yeni enfeksiyonda mukavemet tâyin edildiği takdirde memleketimiz için olduğu kadar bütün dünya için de büyük ehemmiyeti olacak bir tetkiki başarmış oluruz. Dünya ölçü-

sünda bir kıymet taşıyacak olan bu tecrübenin memleketimizde yapılmasını bilhassa ve ehemmiyetle temenni ederim.

SUMMARY

The effect of antibacterial on the fight against tuberculosis

The author exposes at first the important results obtained in the fight against tuberculosis by massive doses of antibacterial drugs. He then points out:

1. That the swift cure obtained in early cases with the new antibacterial medications has an important effect on the fight against tuberculosis in general.

2. However, the proportion of morbidity has increased and therefore the fight should be reenforced and pursued.

3. On account of the scarcity of hospital beds, the patients should be treated at home under the supervision of dispensaries.

4. A statistical service should be established in some districts in order to determine the percentage of morbidity.

RÉSUMÉ

L'influence des médications antibactérielles sur la lutte anti-tuberculeuse

Après avoir étudié l'influence considérable sur la lutte anti-tuberculeuse de l'emploi massif d'antibactériels, l'auteur souligne:

1. Que la prompte guérison obtenue dans les cas commençants de tuberculose grâce aux médications antibactérielles, a eu une influence considérable sur la lutte anti-tuberculeuse en général.

2. Par contre la morbidité ayant augmenté, il faudrait renforcer cette lutte et la continuer.

3. En raison de la pénurie de lits d'hôpitaux, les malades devraient être soignés chez eux, sous le contrôle des dispensaires.

4. Il serait à souhaiter qu'un service de statistique fût établi dans certaines régions afin d'établir le degré de morbidité.

MEMLEKETTE VEREM SAVAŞI NASIL ORGANİZE EDİLMELİDİR?

Dr. EŞRAF BARKAN

Sayın Sağlık Bakanımızın 1953 Birinci Türk Tüberküloz Kongresindeki grafikli tebliğinde ve Sağlık Bakanlığımızın muhtelif vesilelerle neşrettiği istatistiklerinde, memleketimizde umumî olarak, son yıllarda tüberküloz mortalitesinin çok aşikâr azaldığı belirtilmiştir.

1956 Türkiye Büyük Millet Meclisi açılışında da sayın Cumhurbaşkanı Celâl Bayar, Türkiyede 1950'de yüzbinde 150 olan tüberküloz mortalitesinin 1956'da 78'e düştüğünü, yani yarı yarıya bir iniş olduğunu bildirmişlerdir.

1955 İkinci Türk Tüberküloz Kongresinde sayın hocam *Prof. Tevfik Sağlam* tebliğinde, muhtelif şehirlerimizde, muhtelif senelere ait tüberküloz mortalitesinden bahsederken, bunun bazı şehirlerimizde hızlı, bazılarında ağır ağır düştüğünü, bazılarında aynen kaldığı, yine bazılarında da ağır ağır yükseldiği, bazılarında ise hızlı olarak yükseldiğini rakamlarla belirtmiş ve modern bir verem savaşı kurulmuş olarak yükseldiğini rakamlarla belritmiş ve modern bir verem savaşı kurulmuş olan büyük şehirlerimizde ve bilhassa İstanbulumuzda tüberküloz mortalitesinin göze çarpan bir şekilde düştüğünü, bu mortalite düşüşünün Türkiyenin umumî mortalitesinin düşmesine in'ikâs ettirildiği, halbuki bunun aldatıcı olduğunu belirtmiş, veremin muhtelif şehirlerimizde bütün dehşetiyle devam ettiğini ve her yıl 50 bine yakın vefiyat verdiğimizi tekrarlamış, yalnız B.C.G. yapmak, verem yataklarını arttırmak, memlekette refahın yükseltilmesini temin etmekle veremi yenmenin kabil olamıyacağını, esaslı savaşın erken depistajla sağlanacağı ve bu suretle bulaşma kaynağından erken kurtulmak lâzım geldiğini tebarüz ettirmiştir.

İtalyada 1955-1956 yıllarında 3 bin yataklı Forlanini enstitüsünde çalışırken İtalyanların kendilerine, bütün dünya milletlerine ve dünyadaki büyük şehirlere ait yaptıkları tüberküloz mortalite tetkikatını ben de ayrıca tetkik etmiş ve bu arada Türkiyemizin umumuna, şehirlerimize ve bilhassa İstanbula ait son elli yıllık tüberküloz mortalitesini araştırmalarıma konu seçmiştim. Bunlara göre gerek memleketimizde umumî olarak ve gerekse şehirlerimizde ve bilhassa İstanbulda tüberküloz mortalitesinin sayın *Prof. Tevfik Sağlam*'ın tebliğde belirttiği hususatı aynen müşahede etmiş bulunmaktayım. Gerek bunları ve gerekse diğer memleketlerle bize ait mortaliteleri İstanbul Verem Savaşı Derneği dergisi (Yaşamak Yolu)'nda seri halindeki yazılarımda tebarüz ettirmiştim.

İkinci Türk Tüberküloz Kongresinde İstanbulun Topkapı ve Şehremini halkının 1943-1955 arası 12 yıllık depistaj sonuçlarını, buradaki Şehremini Verem Dispanserinin çalışmaları olarak huzurunuzda arzederken, bulduğumuz tüberküloz mortalitesinin her yıl nasıl bir tahavvülât arzettiğini, buna rağmen yavaş yavaş bir düşme gösterdiğini, sosyal servisine bunda ne kadar mühim bir rol oynadığını tebarüz ettirmiştim. O günden bu güne kadar da araştırmalarımız aynı neticeyi vermiştir. Bidayette 35, şimdi 65 bin nüfuslu bir sahanın 14 yıllık bir depistaj bilânçosunun elbet bir kıymeti olacaktır. Ayrıca burası İstanbul Üniversitesi Guraba sitesi klinikleri içindedir ki bunlarla sıkı münasebetimiz olup polikliniklerinde tesbit edilen tüberkülozlularla biz de alâkadar olmaktayız. İşte buradaki tetkiklerimizde *Prof. Tevfik Sağlam*'ın tebliğlerindeki hakikati aynen tebarüz ettirmektedir.

Bu itibarla bugünkü tüberküloz mücadelesini vatan sathı için kâfi görmüyor, hele sağlık merkezlerinin bu işi deruhte etmesini hiç terviç etmiyor, Türkiyemizin her yerinde esaslı veremle mücadele teşkilâtının organize edilmesinin elzem olduğuna inanıyoruz.

Bu organizasyonun nasıl olacağı hususundaki fikrimiz, memleketimizin bünyesini nazara alarak, erken korunma, erken teşhis, erken tedavi esas prensibi üzerinde toplanmıştır. Bunun için de:

I. Vatan sathına şamil, muayyen nüfus nisbetlerine göre tevzi ve taksim edilmiş verem dispanserleri açılmalıdır. Vatan sathı derken, bunun köy, nahiye, kaza, vilâyet hudutlariyle bir irtibatı olması veya olmamasını düşünmüyoruz. Muayyen nüfus nisbeti derken de bunun 10-15 bin nüfusun bir dispansere bağlanmasını kabul ediyoruz.

Bu dispanserlerin bugünkü dispanserlerin faaliyetine uygun bir mesai yapmasını istemiyoruz. Daha rasyonel olmasını istiyoruz. Bu dispanserler, mıntakasına bağlı halkı, kendi kütük defterlerine soyadlariyle ve adresleriyle her aile kayıtlanmalıdırlar. Dispanserler bunlara göre her yıl bir defa olsun hepsini skopiden geçirmelidirler, bulunan neticeler isimler hizasına işlenmeli, gelmeyenler israrla takibedilmelidirler. Bir dispansere 10-15 binden fazla bir nüfusu yüklemek onun ciddî çalışmasına imkân veremez. Eğer skopi yerine mikrofilm esası kabul edilirse bu rakkamın iki mislini bağlamak yerindedir.

Bu dispanserler bütün halkını tüberkülin testi ve B.C.G.'den geçirmelidirler.

Bu mesailer dispanserin tüberkülozlu bulucu ve sağlamları koruyucu mesaisidir. Buna bir hekim ve sosyal hemşire ve diğer personel tahsis edilmelidir.

II. Bu dispanserlerin içinde birer (ÂCİL TEDAVİ PAVYONLARI) ihdas edilmelidir. Bunlara yatırılacak hastalar mutlaka çok taze çok yeni ve basilifer olmalıdırlar. Bunları 1-2 ay yatırmalıdır. Bu suretle vak'a soğutulmalı, Px. lâzımsa başlanmalı ve bilhassa gaye basilin kaybettirilmesidir. Basil kaybolmuşsa, müteakip tedavinin ayaktan takibi için derhal taburcu edilmelidir.

Bu âcil tedavi pavyonlarının esas gayesi çok taze vak'alarda erken tedaviyi sağlamak ve hastayı bu suretle kronikleştirmemek ve bunun kadar mühim olan, hattâ daha mühim olanı portörlüğünü önlemektir.

Bu gibi çok taze lezyona sahip hastaların göğüs hastalıkları hastanesine veya sanatoryuma yatırılmasına şiddetle aleyhtarız. Böyle müesseselerimizi kronik hastalara ve bilhassa amelyatı icabettiren vak'alara tahsisine taraftarız.

III. Vatan sathında evvelâ depistaj ve koruyucu aşı yapma yönünden dispanserlerimizi açmalıyız. Tesbit edilen taze vak'aların miktarlarına göre her birine âcil tedavi payvonları ilâve etmeliyiz. Eğer bir kaç dispanser muhitinde bir âcil tedavi pavyonu açılması zarureti doğarsa bunu merkezî bir dispanserde açmak en doğrusudur.

Âcil tedavi pavyonlarında hastaların tedavisine ayrıca kompetan bir hekim tahsis edilmelidir. Dispanserin diğer hekimiyle beraber konsültasyon yapmalı, beraber tedavi endikasyonu konmalıdır.

Bu hekimler münavebe ile yerlerini değiştirmelidirler. Biz gerek böyle dispanserleri ve gerekse yanlarında olacak âcil tedavi pavyonlarını açmak için lüks, modern binalara ihtiyaç vardır tezini asla müdafaa etmiyoruz. İtalyada çalıştığım yıllarda Musolini tarafından başlanan ve halen de tatbik edilmekte olan tüberkülozla mücadele teşkilâtı içine girerek bu arzettiğim organizasyona benzer olayları yakinen görmek fırsatına nail oldum. B.C.G. hiç yapılmayan ve bu suretle koruyucu verem aşısından mahrum bulunan İtalya 50 milyonluk nüfusiyle ancak erken teşhis ve erken tedavi prensibiyle bugün mortalitesini ileri memleketlerle aynı seviyede tutmaktadır.

Biz ise gerek formalite ve gerekse yersizlik yüzünden bu gibi bilhassa çabuk şifa bulacak hastalarımızı derhal yatırmak imkânından mahrumuz. Böyle hastaları kronikleştiriyoruz ve portörlüğüne göz yumuyoruz. Bunları göğüs hastalıkları hastanelerine veya sanatoryumlarımıza yatırabilirsek, o zaman asıl küre ihtiyacı olan ve bilhassa ameliyata lüzum olan hastalara yer kalmamakta ve bunlara konsey veya şu bu kararlarla sıraya koyarak o andaki endikasyona göre müdahale şansını da kaybettiriyor ve bunlar sırası gelip tekrar müracaatlarında, yapılan yeni tetkiklerle yeni endikasyonlar hasıl olmakta ve yeniden belki sıraya girmekte ve bu suretle hasta, dairei faside içinde yuvarlanmaktadır.

Bu organizasyonla tek kayıp biz hekimlere olacaktır. Zira bizler teker teker, tüberkülozun her şeklini bir anda görmek, tanımak imkânından bir an için uzak olacağız. Fakat herkes tüberkülozun bir sahasında daha derin bir vukufa sahip olacaktır.

SUMMARY

How should we organize the fight against tuberculosis in our country?

An adequate fight against tuberculosis in our country can be realized only by preventive measures as well as early diagnosis and treatment.

1. There should be a dispensary for each 10.000 to 15.000 population.
2. An emergency service should be added to each dispensary or each group of 2-3 dispensaries.
3. A national campaign of screening and prophylaxis by the B.C.G. vaccine should be undertaken.

With the adoption of such measures, the efficiency of the fight against tuberculosis would increase considerably.

RÉSUMÉ

Comment organiser la lutte anti-tuberculeuse dans notre pays?

Une lutte anti-tuberculeuse adéquate dans notre pays pourrait être réalisée par la prophylaxie, le diagnostic et le traitement précoces.

1. Il faudrait pour cela créer des dispensaires pour chaque 10.000 à 15.000 personnes.
2. Il faudrait mettre à la disposition de chaque dispensaire ou de tout groupe de 2 à 3 dispensaires, un pavillon pour traitements d'urgence.
3. Il faudrait finalement organiser une campagne nationale de dépistage et de prophylaxie par le B.C.G.

L'auteur soutient que l'application de ces principes améliorerait considérablement le rendement de la lutte anti-tuberculeuse.

Yedikule Göğüs Hastalıkları Hastanesi Başhekimi

Dr. Zühtü Erman

TÜRKİYE'DE VEREM MÜCADELESİNİN HALİHAZIR DURUMU NASILDIR VE NASIL OLMALIDIR?

Dr. NEMİKE KİLECİ MÜRSELOĞLU

Dr. ALİ MUSTAFA AKDEMİR

Verem mücadelesinin eseslarını kısaca gözden geçirelim. Medenî memleketlerde verem mücadelesi şu esaslar dahilinde yapılmaktadır:

I. Koruyucu tedbirler.

II. Sağlayıcı çareler.

I. Koruyucu tedbirler: Sağlam insanları hastalıktan korumak için alınan tedbirler.

a. Tecrit: Hastalar; tecrithane, hastane ve kendi evlerinde sağlamlardan korunur.

b. Aşılama: Tüberküloz intanına düçar olmıyan kimselerin B.C.G. aşısı ile aşılanması koruyucu tedbirlerden biridir.

c. Rutin radyolojik araştırma: Halkı rutin olarak muayene kabil olmıyan yerlerde okul, kışla, hapishane, fabrika gibi umumî topluluklarda radyolojik muayene ile hastalığı başlangıçta yakalamak kabil olur.

II. Sağlayıcı çareler: Hastaları tedavi için müracaat edilen çarelerdir.

a. Dispanserler: Hastalığın teşhis ve ayaktan tedavilerine yarar.

b. Prevantoryum: Nekahette bulunan hastaların tedavilerine hizmet eder.

c. Sanatoryum: Açık tüberkülozluların tedavi edildikleri müesseselerdir.

d. Verem hastaneleri: Buralarda sistemli bir şekilde verem tedavisi yapılamaz, fakat bilhassa cerrahî müdahaleler için bu hastanelerden faydalanılır. Büyük müdahaleler için memleketin muayyen yerlerinde açılacak mahdut nisbetteki verem hastanelerinden faydalanmak daha az masraflı olur; çünkü: iyi yetişmiş toraks cerrahı, anestezist,

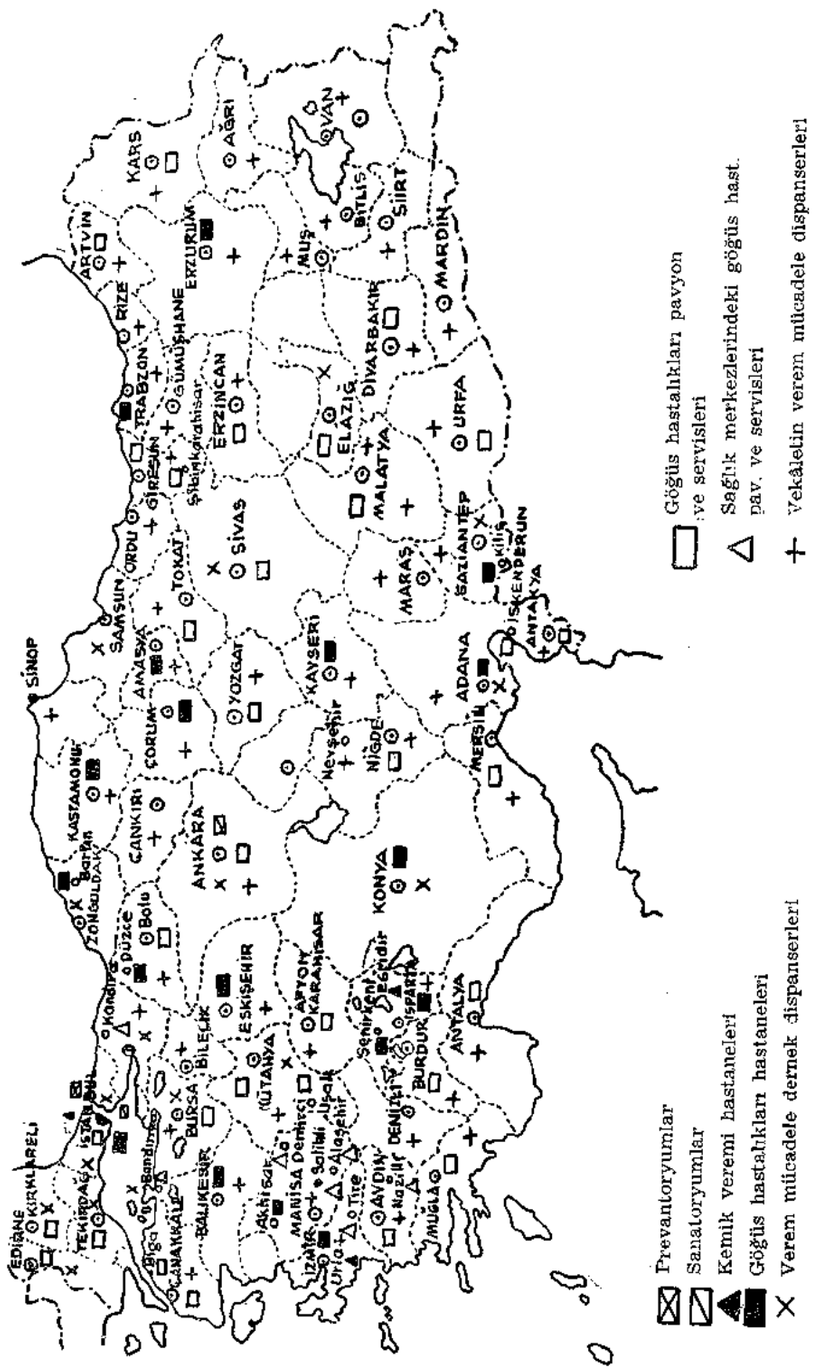
modern cerrahi âletler ve malzemenin her sanatoryumda bulundurulması kabil olmaz.

Türkiye'de verem mücadelesi teşkilâtını kısaca tetkik edelim: Sıhhat ve İçtimaî Muavenet Vekâletinin 53 vilâyette 53 dispanseri, 1 prevantoryum, 2 sanatoryum, 3 kemik veremi hastanesi, 20 göğüs hastalıkları pavyon ve servisleri, 7 sağlık merkezlerindeki göğüs hastalıkları pavyon ve servisleri mevcut olup mecmu yatak adedi 7140'tır.

Verem mücadele derneklerinin 17 vilâyette 43 dispanseri ve 3 hastanesi mevcuttur. Belediye, özel idarelerin, azınlıkların, hususî şahıs ve şirketlerin, üniversitenin hastaneleri ile beraber Türkiye'de mecmuu 7777 tüberküloz yatağı mevcuttur. 1950 yılında umum verem yatağı 3456 idi. Sağlık Vekâletinin 1950 yılında verem yatağı 1891 iken bugün 7140 yatağa yükselmiştir.

	Yatak
Prevantoryumlar:	
1. Beykoz prevantoryumu	200
Y e k û n	200
Sanatoryumlar:	
1. İst. Heybeliada Sanat. ...	610
2. Ankara Atatürk Sanat. ...	310
Y e k û n	940
Kemik veremi:	
1. Eğridir	135
2. İst. Balta Limanı	200
3. Urla	150
Y e k û n	485
Göğüs hastaneleri:	
1. Adana	200
2. Akhisar	55
3. Amasya	70
4. Balıkesir	125
5. Bartın	25
6. Çorum	125
7. Düzce-Üsküb	60
8. Eskişehir	200
9. Erzurum	60
10. Isparta	75
11. İst. H. Paşa	160
12. İst. Yedikule	450
13. İst. Koşuyolu	160
14. İzmir	700
15. Kastamonu	150
16. Kayseri N. Naci	120
17. Kilis	35
18. Konya	180
19. Trabzon	100
20. Senirkent	90
Y e k û n	3.190

Göğüs hastalıkları Pav. ve servisleri:	Yatak
1. Afyon Devlet hast. ...	S. 115
2. Ankara Nüm.	P. 200
3. Antakya dev.	P. 30
4. Artvin Dev.	P. 50
5. Aydın Dev.	P. 40
6. Antalya Dev.	P. 30
7. Biga Dev.	S. 50
8. Bolu Dev.	P. 25
9. Burdur Dev.	P. 60
10. Bursa Dev.	P. 150
11. Çanakkale Dev.	P. 50
12. Diyarbakır Nüm.	P. 75
13. Edirne Dev.	P. 30
14. Elâzığ Dev.	P. 60
15. Erzincan Dev.	P. 25
16. Giresun Dev.	S. 50



17. İst. Akıl.	P.	50
18. İst. Şişli Ço.	P.	25
19. İskenderun Dev.	S.	60
20. Kars Dev.	P.	50
21. Kütahya Dev.	P.	115
22. Kırklareli Dev.	P.	25
23. Malatya Dev.	P.	60
24. Muğla Dev.	P.	70
25. Mersin Dev.	P.	50
26. Niğde Dev.	P.	75
27. Sivas Nüm.	S.	80
28. Şebinkarahisar	S.	20
29. Tekirdağ Dev.	P.	150
30. Tokat Dev.	S.	80
31. Urfa Dev.	P.	30
32. Uşak Dev.	P.	50
33. Yozgat Dev.	P.	50
Y e k ü n		2.080

Sağlık Merkezlerindeki göğüs hast. pav. ve servisleri (+)

				Yatak
1. Alaşehir	sağ.	merkezi	P.	25
2. Bandırma	»	»	P.	25
3. Demirci	»	»	P.	30
4. Kandıra	»	»	S.	90
5. Nazilli	»	»	S.	25
6. Salihli	»	»	P.	25
7. Tire	»	»	P.	25
Y e k ü n				245

Verem Mücadele Dernek Dispanserleri bulunan vilâyetler:

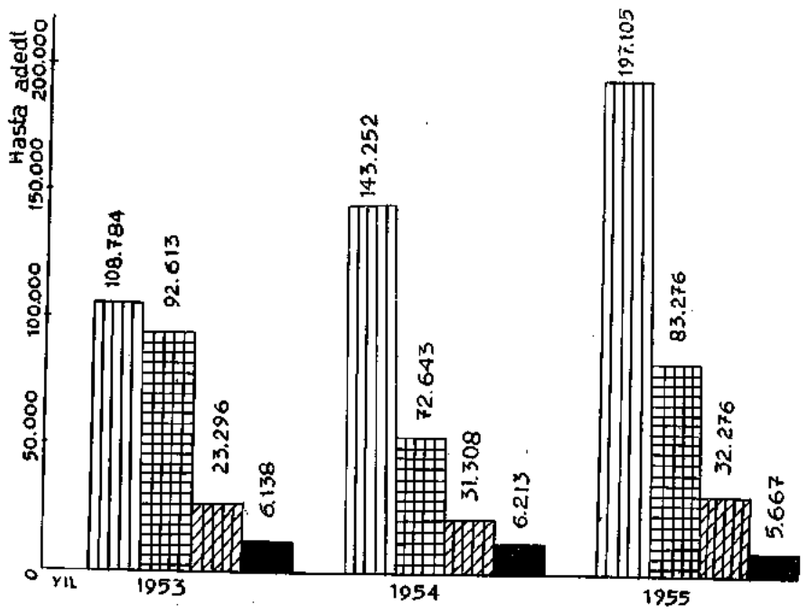
	Adedi
1. Ankara	5
2. Adana	1
3. Bandırma (Balıkesir)	1
4. Bursa (Yıldırım, Mura.	2
5. Edirne	1
6. Elâzığ	1
7. Gaziantep	1
8. İstanbul	18
9. İzmir (Merkez, Karşıyaka, Eşrefpş., Ödemiş)	4
10. Kırklareli	1
11. Kocaeli	1
12. Konya (Mümtaz koru. B.M. Koru)	2
13. Kütahya	1
14. Samsun	1
15. Sivas	1
16. Tekirdağ	1
17. Zonguldak	1
Y e k ü n	43

Sağlık Vekâletinin verem mücadele dispanserleri

1. Adana	15. Diyarbakır	29. Maraş	43. Yozgat
2. Afyon	16. Erzincan	30. Mardin	44. Adıyaman
3. Ankara	17. Erzurum	31. Muğla	45. Ağrı
4. Artvin	18. Eskişehir	32. Nevşehir	46. Amasya
5. Aydın	19. Giresun	33. Niğde	47. Antalya
6. Balıkesir	20. İçel	34. Ordu	48. Bitlis
7. Bilecik	21. İsparta	35. Rize	49. Gaziantep
8. Bolu	22. İstanbul	36. Siirt	50. Gümüşhane
9. Burdur	23. İzmir	37. Sakarya	51. Hatay
10. Bursa	24. Kastamonu	38. Sinop	52. Muş
11. Çanakkale	25. Kayseri	39. Trabzon	53. Uşak
12. Çankırı	26. Kars	40. Tokat	
13. Çorum	27. Malatya	41. Urfa	
14. Denizli	28. Manisa	42. Van	

Türkiye'de 1953'ten 1955 yılına kadar

	1953	1954	1955
Müracaat eden tüberkülozlu hastalar	108,784	143,252	197,105
Poliklinikte tedaviye gelen hastalar	92,613	72,643	83,276
Yatırılan tüberkülozlu hastalar	23,296	31,308	32,325
Türkiye'de tüberkülozdan ölenler	6,138	6,213	5,667



Grafikte görüldüğü gibi müracaat eden veremli hasta adedi sür'atle artmaktadır. 1953 senesinden 1955 senesine kadar 90,000 veremli artmıştır. Bu artışı halkımızda tüberküloz anlamının kuvvetlendiğine de hamledebiliriz. Buna mukabil hastaneye yatırılan tüberkülozlu hasta 1953'te 23,296 iken 1955'te ancak 32,325'e kadar yükselebilmiştir.

İstanbuldaki verem mücadele dispanserlerine:

	1953	1954	1955
İlk defa müracaat eden tüberkülozlu adedi	4408	3793	4070

	1953	1954	1955
Fatih verem dispanserine müracaat eden tüberkülozlu	1765	1922	1972
Hastaneye sevkedilen hasta adedi ...	1,564	2026	1860

İstanbuldaki hastanelerde

	1953	1954	1955
Tüberküloz yatak adedi	2,966	2979	3,022
Yatırılan tüberkülozlu hasta	9,655	10,531	10,243
Poliklinikte tedavi edilen tüberkülozlu	22,050	22,603	20,658
Hastanelerde tüberkülozdan ölüm ...	338	398	367

Gerek verem mücadele ve gerekse Vekâletin dispanserleri mıntakalarında B.C.G. tatbikatı, okul, fabrika gibi topluluklara radyoskopi, evlere ziyaretçi hemşire gönderme gibi tüberküloz mücadelesi için gerekli mesai yapılmaktadır.

Yukarıda görüldüğü gibi Türkiye'de tüberküloz mücadelesinin esasları kurulmuştur fakat mücadele kâfi durumda değildir, çünkü: günden güne artan tüberküloz sayısına göre yatak adedi pek azdır. Yukarda rakamlarla izah edildiği ve grafikte görüldüğü gibi 1955 yılında müracaat eden 197,105 tüberkülozlu hastanın ancak 1/6'sı hastaneye yatırılabilmiştir. Sanatoryum veya hastaneye yatırılan hasta 3 ay gibi kısa bir müddet tedavisi yoluna konduktan sonra taburcu ediliyor; bu suretle hasta ya evine veya binbir müşkülât ile diğer bir hastaneye yatmaya çalışıyor. Evine giden hasta ailesinden bir kısmını daha hastalandırarak tüberküloz sayısının yükselmesine yardım ediyor.

Hastanemizde 500 hasta üzerinde yaptığımız istatistiğe göre hastaların %28'i hastalığını aileden almışlardır.

500 hastanın 140'ı 1 defa
500 » 153'ü 2 »
500 » 114'ü 3 »
500 » 51'i 4 »
500 » 24'ü 5 »
500 » 14'ü 6 »
500 » 10'u 7 » hastaneye yatmışlardır. Bu suretle her defasında etraflarını enfekte etmişlerdir.

Tecrit edilemeyen ve bu suretle günden güne miktarı artan ve âtıl kalan bu hastalar aynı zamanda iktisadî hayatımızda büyük bir rol oynamaktadırlar. Bugünkü iş hayatında 5 lira yevmiye ile çalışırlarsa; 1955 yılının 197,105 hastası bir günde 985,525 lira ve bir senede 359,716,625 liralık iş yapmış olurlardı. Bir senede yukardaki meblâğ kadar iş hayatımızdan kaybetmiş oluyoruz. Mücadele ile âtıl kalan bu millî servetimiz asgarî şekle indirilmelidir.

Hastaların içtimaî durumunu tetkik edersek: Bunların %34,6'sının tek odalı, %41,1'inin iki odalı, %12'sinin üç odalı, %12,3'ünün 4 odalı veya daha fazla odalı evlerde oturdukları görüldü. Bunların tek odayı 5-6, hattâ 12 kişi işgal edenleri ekseriyettedir.

Yaptığımız bir istatistikte 247 evli hastanın 155'i evlenmeden evvel hasta imiş, 92'si evlendikten sonra hastalanmış. Bu mühim meseleyi kurcalamaktan gayemzi; evlenme muayenesinde maalesef lâyık olduğu değerin verilmemesi tüberkülozla mücadelenin belli başlı faktörlerinden birisinin noksanlığı demektir. Keza aynı mütalâa askerlik muayeneleri için de varittir. Tetkik ettiğimiz vak'alarımızın 296'sı erkek olup 175'i askerlik yapmış, bunların 30'u askere gitmeden evvel hasta imiş, 62'si askerlik esnasında, 83'ü askerlikten sonra hastalanmış. İşte bu hastalar tebdili hava için gittikleri aile ocaklarına ve köylerine hastalığı naklediyorlar.

Halkta mikrop fikrinin henüz kâfi derecede yerleşmemiş olması mücadeleyi baltalayan bir âmildir. Mücadelede çok kıymetli hizmetler gören müesseselerden biri de dispanserlerdir. Bunlar kendilerine tahsis edilen nüfus sahası dahilinde koruyucu, tedavi edici fakat daha ziyade nâzım vazifeler görürler. Bunların vazifelerini hakkiyle başarabilmeleri devletten görecekleri maddî, mânevî yardıma, halkın alâkasına, çalışan personelin liyakatine nihayet maddî yardım imkânlarını sağlıyacak geniş gelir kaynaklarına bağlıdır. Yoksa ziyaretçi hemşirelerin dolaşıp dolduracakları fişlerle ayda 10-15 lira gibi çok cüz'î yardım yarayı açıklar fakat tedavi etmez.

Nihayet her gün hastasının çektiği ıztırapla karşı karşıya kalan tüberküloz müesseselerindeki hekimin ıztırabını da açıklamak isterim. İçtimaî durumu, hastalığı malûm, hastanın tedavi müessesesine alınmaması veya pek kısa zamanda müesseseyi terkederek cemiyete yeni hastalar hediye etmesi, feragatle çalışan hekimin ıztırabını her an artırmaktadır.

Mücadelenin esasları nasıl olmalıdır?

1. Tüberküloz mücadelesi, sıtma mücadelesi gibi esaslı olarak ele alınmalıdır.

2. Radyo, broşür ve konferanslar ile halk tenvir edilmelidir.

3. Evlenme ve askerlik muayeneleri mikro filmlerle tesbit edilmelidir.

4. Açık tüberkülozlu hastalar her vilâyette ihtiyaca kâfi binalarda derhal tecrit edilmelidir.

5. Sanatoryumlar modern binalardan ziyade ihtiyaca kâfi muhtelif pavyonlar halinde bulunmalıdır.

6. Sanatoryumlara bu tedaviden istifade edecek hastalar alınmalı ve en az 6 ay veya basil menfi oluncaya kadar yatırılmalıdır.

7. Kronikleşmiş hiç bir şekilde tedavisine imkân olmıyan hastaları tecrithanelerde muhafaza etmelidir.

8. Tüberküloz mücadelesi için hususî bir kanun ile mücadelenin esasları kat'î olarak tahdit edilmeli ve tüberküloz sigortası kurulmalıdır.

Bu suretle millî kuvvet ve kudretimiz çürüyüp gitmekten kat'î olarak kurtarılmalıdır.

SUMMARY

Present status of the fight against tuberculosis in Turkey and some suggestions on this subject

The number of beds for tuberculous patients was 3456 in 1950 and rose to 7777 in 1956. However, the number of patients who was 108.784 in 1953 rose to 197.105 in 1956. The number of tuberculous patients hospitalized was 23296 in 1953 and rose to 32335 in 1956. One sixth only of the tuberculous patients who applied to us in 1956 has been hospitalized.

The principles of an ideal fight against tuberculosis can be summarized as follows:

1. The fight against tuberculosis should receive as much attention as the fight against malaria did, one time, in our country.

2. Great attention should be payed to an adequate propaganda.

3. The examinations performed during military duties as well as the result of pre-nuptial examinations should be ascertained on a micro-film.

4. Patients with open tuberculosis should be isolated in the local hospital of each vilayet (state-like administrative circonscription).

5. Economical sanatoria should be created.

6. Only new cases should be admitted to the sanatoria and their stay should be at least of 6 months.

7. We should find means to legalize the insurance against tuberculosis.

RÉSUMÉ

Etat actuel de la lutte anti-tuberculeuse en Turquie et quelques suggestions à cet égard

Le nombre de lits pour malades tuberculeux qui était de 3456 en 1950 est passé à 7777 en 1956. Or le nombre de malades tuberculeux qui s'étaient présentés à l'examen en 1953 était de 108.784 et 'est élevé à 197.105 en 1956. Le nombre de patients tuberculeux hospitalisés s'est élevé de 23296 en 1953 à 32335 en 1956. Un sixième à peine des tuberculeux qui se présentèrent à l'examen en 1956 a pu être hospitalisé.

Les principes d'une lutte anti-tuberculeuse idéale peuvent être résumés comme suit:

1. La lutte anti-tuberculeuse doit être entreprise dans notre pays avec autant d'ardeur que la lutte anti-paludéenne.

2. Beaucoup d'importance doit être accordée à la propagande.

3. Les examens pratiqués au cours du service militaire ainsi que le contrôle pré-nuptial devraient être consignés sur un micro-film.

4. Les malades atteints de tuberculose ouverte devraient être isolés dans les hôpitaux locaux de chaque département.

5. On devrait créer des sanatoria économiques.

6. Seuls les cas à leur début devraient être acceptés dans les sanatoria et la période d'hospitalisation devrait être au minimum de 6 mois.

7. Il faudrait compléter la réalisation légale de l'assurance contre la tuterculose.

İşçi Sigortaları Kurumu Süreyyapaşa Sanatoryumu Başhekimi

Dr. Abit Köymen

İŞÇİ SİGORTALARI KURUMU TESİSLERİNİN VEREM SAVAŞINDAKİ YERİ

Dr. NÜZHET ZIYAL

Memleketimizde tanınmış verem tedavi merkezleri, Verem Savaşı Derneği ve diğer organizasyonlar yanında henüz yeni denilecek durumda olan sigorta tedavi müesseselerinin bu mühim mevzu içinde durumunun tetkik ve müzakeresinden istikbal için büyük faydalar beklediğimizden bu konuşmayı muhterem ve salâhiyetli hey'etinize arzediyoruz.

İşçi Sigortaları Kurumunun 6 seneye yakın bir zamandan beri Süreyyapaşa Sanatoryumunda ve hariç sanatoryumlarda tedavi ettirdiği beşbin civarındaki tüberkülozlu hastada bir kaç mühim problemle karşılaşılmıştır:

Bir tanesi tedavi edilen hastaların çalışıp çalışamayacağı; çalışacaksa eski işini yapıp yapamayacağına karar vermek meselesidir. Bu mesele hastaların maişet ve sigorta haklariyle alâkalı olduğundn hekimle münsebetinde her şeyin üstünde bir mevki alan hâdise halindedir. Yani âdeta hasta tedavisinin garantili olmasını arzu eder ve hekimi bir taahhüt altına sokmak ister. Hey'eti sıhhiyelerimiz de bu haleti ruhiye tesirine uyarak ve sonunda verdiği bazı müsbet ve bir çok menfi kararların başka hey'etlerde, yüksek sağlık şûrasında da tetkik edileceğini de nazarı itibare alarak konseyler, müteaddit kontrollar zamanında müdahale imkânlarını aramakla hastaları daha sık ve yakından takibe koyulmuşlardır. Bu sistem hasta için de faydalı bir unsur haline gelmiştir.

Meselelerden birisi de; sanatoryumdan tedavi müddetini doldurmadan kendi ısrariyle çıkan hastalarla tedavisi biterek çıkanların ayaktan tedavilerinin takibidir.

Muhtelif sanatoryumlarda tedavi edilmekte olan hastalar sanatoryumumuz hey'etinden geçirilmek ve çıktıktan sonra sanatoryum dahilinden idare edilen bir istasyonda toplanmak suretiyle gerek müdahalelerinin bir merkezden icrası gerekse nüks ve hastalık hal-

lerinde kolayca müracaatlerinin temini ile kararlarının verilmesi işi tek arşiv ve tedavi sistemine irca edilmiştir.

Bu ayaktan tedavi şekli bugün için bütün dünyada mediko-sosyal bir mevzu olarak münakaşa edildiği gibi hastalarımız arasında da (ayakta iken fazla para aldıkları ve belki de çalıştıkları için) ısrar ile ayak tedavisi arzu edilmektedir. Halbuki binlerce hasta dosyasından çıkardığımız neticelere ve son zamanlardaki neşriyata bakılırsa aşikâr olarak görülüyor ki hiçbir zaman tüberküloz, evinde ve ayaktan sanatoryal bir tedaviden alınan neticeye ulaşamamaktadır. Bu tedavi şekli büyük bir masraf ve külfete malolmakla beraber ayak tedavisinde nükslerin çokluğu, hastalık süresinin uzaması sirayetlerle yaptığı zararlar gözönüne alınırsa yine de yatarak tedavinin en iktisadî şekil olduğu aşikârdır.

Tedavi müddeti meselesi de bizde bir dâva halindedir. Sigorta mevzuatı itibariyle tedavi müddetini, şimdiye kadar 6 aya kadar sigortalı işyerinde çalışırken hastalananlar için «6 ay» daha uzun çalışanlar için «9 ay» olarak kabul etmiştir. Fakat böyle işçi çalıştıran bazı müesseseler dahilî talimatnameleri gereğince bu müddetleri dahi kabul etmeyerek 3-6 ay gibi bir zaman kaydiyle hastaların işlerine dönmelerini istemektedirler. Gerek bizim istatistiklerimizin tetkikinden, gerekse neşriyattan anlaşıldığına göre tüberküloz tedavisinde 6 ay'ın asgarî müddet olması icabettiği, 3 aylık tedavi neticesinin ise hiç de memnuniyet verici olmadığı kanaatine varılabilir. Sanatoryumumuzun başka bir tebliğinde de belirtildiği gibi reedükasyon ve postkür müesseselerinin teessüsünden sonra 9 ay'ın da kâfi olamıyacağı aşikârdır ki sigorta da bu zamanı 18 ay'a çıkarmayı düşünmektedir. Bugün için aldığımız neticelerdeki yüksek sayılabilecek nisbette bir salâh ve stabilizasyon'un en ehemmiyetli âmillerinden biri de tedavi müddetinin uzunluğu olsa gerektir. Burada sanatoryumumuzda tedavisi bir sene evvel sona ermiş 1500 vak'aya ait bir istatistiği arzediyorum.

1 ay	2 ay	3 ay	4 ay	5 ay	6 ay
210	115	148	113	123	288

7 ay	8 ay	9 ay	15 ay	Nakiller
75	69	188	3	168

1500 hastanın kaçar ay yattıklarını gösterir cetvel

Bu cetvelde tetkik için gönderilenlerle yanlış sevkedilenler ve

başka hastalıklar sebebiyle yatırılanlar bir aylık hane ile nakiller hanesine ithal edileceği düşünülerek nazarı itibare alınmazsa üç aya kadar tedvi edilenler 263 kişi gibi az ve 6 aydan çok yatarak tedavi görenler de 623 kişi olarak ekseriyeti teşkil etmektedirler.

Tedaviden alınan neticelerin hülâsasını gösteren aşağıdaki cetvelden de aşikâr olarak görülmektedir ki tedavi müddetinin uzunluğu hastalığın iyileşmesinde mühim bir unsurdur.

Çalışamaz halde kalanlar	Vefat edenler
89	32

Burada hastanede yatarak tedavi görenlerin ancak %8'inde neticenin fena olduğu görülüyor. Mamafih hakikî tüberküloz malûliyet kararı ki ilk karardan bir sene sonra verilmektedir. O zaman netice %5'e kadar düşmektedir.

Bugünkü antibiyotiklerin tedavideki ehemmiyetleri ve ilk zamanlardaki eleman sıkıntısı sebebiyle kısa kurslarla verem tedavisinin kompetan olmayan ellere tevdiinin ve bazı zaruretlerin tedavide yaratmağa başladığı «rölaşman» hastalarda menfi neticelerle kendini göstermeye başlamıştır. Herhalde problem olarak bunu da ele almak icabedecektir.

Bazı dispanser ve poliklinikler yatak kifayetsizliği karşısında ve hastanın şiddetli arzusuna uyarak veremliyi ayaktan tedavide zaruret ve kolaylık hissetmektedirler. Görülüyor ki bilhassa yeni ve hafif vak'alarda bu daha çok varit olmaktadır. Halbuki sanatoryumların kaldırılmasını arzu eden bazı Amerikan müellifleri dahi erken vak'alar ve hafif lezyonlar için ospitalizasyon'u esas tutmaktadırlar. Artık münakaşaların seyri belli olmuş, her şeye ve bütün ilâçlara rağmen kür sanatoryal'ın en başta mevki aldığı hakikati belirmiştir. O halde sanatoryumlara, evinde tedavisi imkânsız görülen kronik vak'alardan evvel en hafif ve tedavisi kabil hastaları sevke gayret etmelidir.

Tüberküloz savaşında ortaya çıkan belli başlı hâdiselerden birisi de işyerlerinde yapılan muayenelerde görülen lezyonlar hakkındaki fikir ihtilâfları ve eski sekel lezyonlardan istifadeye kalkışarak sanatoryumları istismar etmek isteyen bazı hastaların durumlarıdır.

Sanatoryumumuz kendi işgal ettiği sahasında bu ehemmiyetli mevzuda oldukça ağır olmakla beraber şöyle bir vazifeyi üstüne almıştır: İstanbul'daki bütün sigortalı tüberkülozluların nerede tedavi

edilirse edilsin sanatoryumda bir dosyasını bulundurmak ve kararların bir merkezden verilmesini temin etmek.

Buna ait olarak nüsklerin ve tekrar tedaviye muhtaç olanların sayısı da şöyledir: Tedavisi ikmal edilmiş ikibin hastadan 75'i tekrar hastaneye yatırılmıştır. Bunların 44 tanesinin ilk yatışı sanatoryum, ikinci yatışları da prevantoryum olmuştur (Bunu hakikî bir nüks kabul etmemek icabeder). 19 tanesi ikinci defa sanatoryuma yatmıştır ki nisbet %1 kadardır. 12 hasta da prevantoryumdan çıkarak sanatoryuma dönmüşlerdir ki bu da prevantoryumların ehemmiyetine dair mühim bir işarettir.

Nükslerin bu kadar az oluşunda tedavi müddetinin uzunluğu, işyeri hekimlerinin ve sanatoryum istasyonunun devamlı takibi ile sekel lezyonların mukayeseli tetkikinin rolü olsa gerektir.

Bizim karşılaştığımız diğer bir mesele de: mevzuatımız icabı hastayı işe veya ısrarla arzu ettiği ayak tedavisine alırken ancak kendi ifade ettiği kadar iş ve ev şartları hakkında malûmatımız olmasıdır. Hey'etimizde daima bir «asistan sosyal» ihtiyacını duymaktayız. Muhakkak ki yüksek hey'etiniz memleketimizde bu nokta üzerinde durulması lüzumunu hissedecektir.

Hülâsa olarak Başhekimimiz Dr. Abit Köymen'in ve rehabilitasyon mevzuunda Dr. Reşat Hazar'ın da belirttiklerine ilâveten sanatoryum safhasında verem mücadelesinin daha verimli olabilmesi için:

a) Hastaların erken teşhis ve sanatoryumlara sevki,

b) Sanatoryumlarda kollektif çalışmanın lüzumu ile uzun tedavi imkânları ve bütün işyerlerinin bunu kabul etmeleri,

c) Kür sanatoryalin lüzumunun belirtilmesi ve ayaktan tedavinin hiç olmazsa disiplinli bir hale sokulması,

d) Hasta dosyalarının ve takibinin bir merkezde toplanmasının temini,

e) Bizde ekserisi kalifiye olmayan işçiler için reedükasyon ve postkür müesseseleriyle prevantoryal tedavinin lüzumu,

f) «Asistan sosyal» müessesesinin biran evvel kurulması,

g) Tüberküloz tedavisinin kompetan ellere ve otoritelerin kontrollarına tevdii

kanaatına vardığımızı hey'eti âliyenin takdir ve kıymetli tenkitlerine arzediyoruz.

SUMMARY

The role played by the worker's insurance institutions in the fight against tuberculosis

After pointing out the characteristic of the treatment for tuberculosis in the sanatoria of worker's insurance institutions, the author gives the following suggestions for increasing the efficiency of sanatoria treatments:

1. Early diagnosis and quick hospitalization in the sanatoria.
2. Necessity for team work and lenghty periods of treatment in the sanatoria. These principles should be admitted by all employers.
3. Importance of the sanatoria treatments.
4. Centralisation of all patients' files.
5. Necessity of reeducation and after-treatment care for non-qualified workers. Institution of preventorium care.
6. Urgent creation of social welfare foundations.
7. Leave the treatment of tuberculosis to competent authorities.

RÉSUMÉ

Le rôle des institutions d'assurances-ouvrières dans la lutte anti-tuberculeuse

Après avoir souligné les particularités du traitement des tuberculeux dans les sanatoria des assurances-ouvrières, l'auteur propose l'adoption de certaines mesures afin d'augmenter le rendement de ce traitement:

1. Diagnostic précoce et envoi rapide aux sanatoria.
2. Nécessité de travail d'équipe et de traitement à long cours dans les sanatoria. Approbation de ces principes par tous les services employeurs.
3. Valorisation du traitement en sanatorium.
4. Rassemblement et centralisation de tous les dossiers de malades.
5. Nécessité de rééducation et de post-cure pour les ouvriers non-qualifiés ainsi que l'établissement de traitement en préventoria.
6. Création urgente d'institutions d'assurances sociales.
7. Placer le traitement de la tuberculose entre des mains compétentes et sous le contrôle d'autorités qualifiées.

VEREMLE MÜCADELEDE YAZ AYLARINDA KURULAN SAĞLIK KAMPLARININ SAĞLADIĞI FAYDALAR

Dr. NİHAT ZALOĞLU

Dispanserimiz tüberküloz mücadelesinde bir taraftan hasta ve hasta muhitinin tedavi ve kontrolunu, poliklinik ve kütle muayeneleriyle hasta depistajını, halk ve okul çağındaki çocukların allerji teessüs etmeyenlerine toplu olarak B.C.G. tatbik ederken yeni doğanlarla hasta muhitindeki çocukların mukavemetini artıracak toplu ve mühim bir yardımda bulunamıyorduk.

Bugün bu iki konuyu da ele alarak mücadelemizin eksik kalan kısmını da tamamlamış bulunuyoruz.

Yeni doğan çocuklara tatbik ettiğimiz sistemli ve devamlı olarak B.C.G. aşısı neticeleri ayrı bir tebliğle arzedilecektir.

Bugün kitle muayeneleri neticesinde okul ve okul çağına erişmemiş çocukların ilk tüberküloz intanına maruz kalmış ve az çok akciğerlerinde lezyonu bulunan ve açık veremlilerle sıkı temasta olan çocukların mukavemetlerini artıracak ve onları şifaya götürecek çalışmalar üzerinde olacaktır.

70000 gibi büyük bir nüfusa sahip bulunan bölgemiz Şehremini nahiyesinde 3/4'ü göçmen, günlük geçimlerini bedenî gayretleri neticesinde günü gününe temin eden fakir aileler teşkil etmektedir. Bunların bizi alâkadar eden kısmı, ekserisinin bir odada veya gecekondularda ve hattâ toprak altı denecek kadar ratıp ve gayrı sıhhî mahallerde ve kötü hayat şartları içerisinde yaşama ve barınmalarıdır. Bu gayrı sıhhî şerait dahilinde yaşayan halk içerisine verem sür'atle nüfuz edip yayılmaktadır. Daimî ziyaret ve kontrollarında bulunduğumuz bu kimselerin arzettiği manzara hakikaten yürekler acısıdır. Bu münasebetle dispanserlerimiz elde mevcut imkânlar dahilinde kenlerine en serî yardımı esirgememekte, tıbbî ve sıhhî bakımdan bütün gayretimizi sarfederek lüzumlu tecridi yapmakta ve çalışmalarımızı bu cihetlere teksif etmekteyiz.

Hastaları göğüs hastalıkları hastanelerine gönderirken muhitindeki çocukları da, bugün bu durumdaki çocuklar alacak prevantoryumların kifayetsizliği yüzünden bizi yaz aylarına inhisar etmek üzere sağlık kampında toplayarak bedenî mukavemetlerini arttırma amacına sevketti. Bu maksatla muhitimizde yapmış olduğumuz sosyal propagandalar tesir ve neticesinde toplamış bulunduğumuz paralarla 60 yataklı bir sağlık kampı tesis ederek kampın lüzumlu malzemesini bu suretle sağlamış olduk. Yaptığımız propaganda neticesi çok verimli olmuş, büyük yardımlarla beraber muhitimiz zenginlerinden bu hususta takdir ve teşvik gördük ve görmekteyiz.

Maarif Vekâletinin evvelce pansiyonlu okul olarak inşa edilen bütün konforu havi tepe üzerinde, güzel manzaralı geniş ve çam ağaçları bulunan bir bahçe içerisindeki Kâğıthane ilkokulunu bu maksada kullanmak üzere müsaadesi alındı.

Bu kampa alınması icabeden 200'den fazla fakir ve zayıf bünyeli çocuk bulunmasına rağmen ihtiyacı tam mânası ile karşılayamadığımızdan ancak âcil, bakıma muhtaç olanları kurduğumuz kampa, diğerlerini Valdebağ, Koşuyolu prevantoryumlarına, diğer bir kısmını da dernek yardımlarına arzettik.

Bu kampa aldığımız yavrular ilk zamanlar neş'esiz, soluk yüzlü ve kiloları, yaş ve boylarına nazaran çok eksik durumda idiler. Bu çocuklar yukarda arzetmiş olduğu hallerine nazaran üç gurup teşkil ediyorlardı.

1. Mikroplu muhitte yaşayan zayıf bünyeli çocuklar,
2. Adenit tüberkülozu olan çocuklar,
3. İlk tüberküloz intanlarına maruz kalmış akciğerlerinde az çok lezyonu bulunan çocuklardı.

Çocuk ailelerinin sosyal durumu:

Çok fakir ve muhtaç olan aile 61

200 liraya kadar geçimi olan aile 13 idi.

Değişik aile ve muhitlerden gelen çocukları muntazam bir hayata ve disipline tabi tutmak ilk günlerde biraz güç oldu. Çocukların aralarından seçtikleri gurup başkanları tarafından iş bölümleri yapmak suretiyle çabuk intibak ettirildi.

Kampta tatbik ettiğimiz program:

Saat	
7	Kalkış
7-7,45	Sabah tuvaleti

7,45-8	Sabah jimnastiği
8-8,30	Kahvaltı
8,30-8,45	Yatakların düzeltilmesi
8,45-9	Sabah tedavisi
9-11	Sabah kürü
11-12	Serbest saat
12-12,30	Yemeğe hazırlık
12,30-13	Öğle yemeği
13-14	Serbest saat ve küre hazırlık
14-16	Öğle yemeği
16-17	Beraber oyunlar
17-17,30	Doktor muayenesi
17,30-18,30	Dershanede şiir ve müzik
18,30-19	Yemeğe hazırlık
19-19,45	Akşam yemeği
19,45-20,15	Akşam tuvaleti
20,15-21	Okuma saati
21	Yatış

İlk haftaları çocuklarda ince bağırsak diyareleri görüldü. Bunun sebebinin de verilen kalorili bol yağlı gıdalara çocukların ilk zamanlar intibak edememeleri yüzünden olduğu anlaşıldı. Tarafımızdan işler bir hale sokulan okulun banyosundan çocukları haftada iki defa vücut temizliği ve haftada bir çamaşırları yıkattırırdı.

Çocukların eğlence ve ruhu üzerinde durularak müsamereler, konserler, gezmeler, ve oyunlar tertiplendi. Haftada iki defada okulda sinema gösterildi.

Haftada iki günde Lâle Devrine sahne olan korulukta açık hava kürleri yaptırıldı.

Çocuklar ilk haftadan itibaren sür'atle kilo almaya başladılar. Soluk, neş'esiz çocuklar hareketli, neş'eli ve yüzleri sıhhat akan ifade vermeye başladılar.

Bu iyi hareketi gören hayırsever vatandaşlar burada da yardımlarını esirgemeyip kampın süt, tereyağ, sucuk, salam, meyva, kurbanlar ve hattâ elbise ve çamaşırlarını ardı kesilmeden gönderdiler.

İlk sene 74 çocuğumuzu bol gıda, iyi istirahat, temiz hava ve neş'eli günler geçirterek sıhhatlerini tamamen iade etmiş bulunduk. Bir sene de devamlı olarak dispanserimiz kontrolu altında bulundurduk ve açık tüberküloz muhitinde olanlar da ve ne de akciğerlerinden hasta olanlar da hiç bir uyanma ve hastalık vuku bulmadı.

Bu bir sene içerisinde okul yardım derneklerinden Kızılay ve muhitimiz zenginlerinden yardımlar sağlayarak daimî bir bakım haline soktuk. Evvelce okula devamsız ve derslerinde verimsiz olan çocuklar devamlı verimli bir hale geldiler. Bu durumu okulun baş öğretmenleri minnet ve şükranlarını yazı ile bize bildirmişlerdir.

Kampa alınmadan evvel radyografileri yaptırılmıştı. Hemen kamp hitamında yapılan kontrol radyografilerinde akciğerlerinde mevcut lezyonları tamamiyle silinmiş olarak bulduk. Bu geçen yaz yine aynı yerde yukarda arzettiğim vasıfları haiz çocuklara sağlık kampında topladık. Bir buçuk ay içerisinde 4-5 kilo alanları taburcu etmek suretiyle 77 çocuğa aynı şartlar içerisinde aynı ihtimamı gösterdik. Bunlarda da yaptığımız kontrol radyografilerinde aynı iyi neticeyi bulduk.

Çocuk tüberkülozu ve hasta muhiti çocukları problemi üzerinde yaptığımız bu teşebbüsle kendi mıntakamızda hal yoluna sokmakla büyük bir haz duymaktayız. Şu muhakkaktır ki yarını kendilerine emanet edeceğimiz bu vatan yavrularının sıhhatlerini kazandırmak vazifesi ile iftihar duyarken veremle savaş yolunda az bile olsa bir muvaffakıyet kazanmış olmamız hasebiyle de ayrıca gurur duyarız.

Türkiyede her mücadele merkezlerinde yaz aylarında yapacakları sağlık kampından, veremle mücadelenin bir kısmının hallinin bu tecrübelerimizle mümkün olacağını ifade ederken bu hususta en büyük yardımı hayırsever halkımızdan fazlasiyle bulacağımıza inanmış bulunuyorum.

SUMMARY

Favorable influence of summer camps of 3 months duration on tuberculous children

The dispensary of Şehremini has organized during the summer months, with the help of some generous benefactors, summer camps for tuberculous children with open lesions. Excellent results have been obtained on 144 necessitous children. This shows the important role that summer camps can play in the fight against tuberculosis.

RÉSUMÉ

Bienfaits des colonies de vacances de 3 mois sur la tuberculose infantile

Le dispensaire anti-tuberculeux de Şehremini a pu organiser durant la saison estivale, grâce à la générosité de quelques bienfaiteurs, des colonies de vacances destinées aux enfants tuberculeux ou présentant des lésions tuberculeuses ouvertes. D'excellents résultats obtenus sur 144 enfants pauvres ont démontré le rôle important que des colonies de ce genre pouvaient jouer dans la lutte antituberculeuse.

MEMLEKETİMİZDE VEREM SAVAŞI ORGANİZASYONUNUN BAZI PROBLEMLERİ

Dr. NEŞATİ ÜSTER

Verem savaşının ana prensipleri, her bulaşıcı hastalıkla mücadelede takibedilen esaslara dayanır. Tüberkülozla savaşın da hareket noktası, her bulaşıcı hastalıkta olduğu gibi, intan membalarının meydana çıkarılması, bulaşıcı durumda olan vak'alarda muhite sirayetin önlenmesi için icabeden tedbirlerin alınması ve halkta bu hastalığa karşı muafiyet teminine çalışılması ile hülâsa edilebilir. Ancak veremin sosyal bir âfet olması ve bazı hususiyetleri bu hastalıkla savaş için, uzun vâdeli, geniş ve şümullü bir organizasyona ihtiyaç gösterir. Tüberküloz savaşında, daha vazıh olarak erken teşhis, açık veremlilerin tecrid ve tedavisi, halka koruyucu B.C.G. aşısı tatbiki şeklinde ifade edilen ana prensipleri tahakkuk ettirmek için bu organizasyonda, sistemli depistaj, dispanserler, B.C.G. ekip ve istasyonları, bakım ve tedavi müesseseleri, rehabilitasyon gibi unsurların yer alması, sosyal yardım ve umumî hayat standardının yükseltilmesi için gerekli tedbirlere baş vurulması lâzımdır.

Verem savaşının esasları her memlekette aynı olmakla beraber, bir çok yerlerde ekonomik ve sosyal durumun, mahallî âdet ve hususiyetlerin, hastalığın oradaki epidemiyolojik karakterinin tesiri altında bu prensiplerden bazısı, diğerlerine nazaran daha fazla önem kazanabilir; bazısının tatbiki diğerlerinden daha kolay veya faydalı olabilir. Bu suretle tüberküloz mücadelesi organizasyonunun unsurlarından bir veya bir kaçı, herhangi bir memlekette mahallî şartlara uyularak ön plâna alınabilir. Bunun için bir memleketteki verem savaş organizasyonunun aynını başka bir memlekette kurmağa çalışmak çok kere mümkün ve doğru olmaz.

Verem savaşı organizasyonunda, zaman unsuru da bazı değişikliklere sebebolabilir. Son 8-10 sene içinde tüberküloz sahasında kaydedilen ilerlemeler, hemen her memlekette verem mücadele organizasyonlarının yeniden gözden geçirilerek reorganize edilmesini

lüzumlu kılmıştır. Bu ilerlemeler son yıllarda o kadar sür'atlenmiştir ki, bizim de bu sahadaki durumumuzu sık sık gözden geçirmek ve münakaşa sahasına getirmekte fayda ve zaruret vardır. Bunun için Üçüncü Türk Tüberküloz Kongresinin mediko-sosyal konu olarak bu meseleyi ele alması çok isabetli olmuştur.

Tarama (Sistemli depistaj); verem savaşı organizasyonunda son yılların başlıca konusu olarak yer tutmaktadır. Bu araştırma metodu sayesinde bir memlekette tüberküloz morbiditesinin hakikî durumu tesbit edilebildiği gibi, vak'aların erken teşhisi de mümkün olmaktadır. Mikro-radyofotoğrafi cihazının bulunması ve bunun gezgin bir hale sokulabilmesi, kitlelerin sistemli olarak radyolojik taranmasını kolaylaştırmıştır. Bu suretle klinik bakımdan meçhul kalan bir çok vak'aların teşhisine ve bunların başlangıçta daha kolaylıkla tedavisinin tahakkukuna yol açılmıştır. Bunun için yabancı memleketlerde bugün verem savaşı organizasyonunun bir numaralı unsuru sistemli depistajdır.

Memleketimizde de (İkinci Verem Savaşı İstişare Komisyonu) bu meseleye kısaca temas etmiş ve «imkân hasıl oldukça seyyar röntgen ile gurup muayenelerinin yapılması»'nı temenni etmiştir. O vakitten beri gezgin mikrofilim cihazları ile bazı taramalar yapılmaktadır. Fakat bunların bir kısmı müstesna, ekserisi sondaj mahiyetindeki araştırmalara inhisar etmektedir. Bu arada Ankara ve bilhassa İstanbul verem savaşı derneklerinin bazı topluluklar arasında yaptığı sistemli depistajları zikretmeliyiz. Sıhhat Vekâleti dispanserlerinin de bir kısmında mikrofilim cihazları mevcut ise de, bunların da faaliyetleri daha ziyade müracaat edenlerin muayenesinden ibaret kalmaktadır.

Sistemli depistaj, maalesef henüz memleketimizde taammüm edememiştir. Bunda maddî imkânsızlıklar kadar, tarama esnasında meydana çıkacak veremlilerin yatırılmasında karşılaşılacak güçlük de âmil olmaktadır. Filhakika bir memlekette sistemli depistajdan bir fayda beklemek için, tüberküloz teşhis ve tedavi müesseselerinin kâfi miktarda bulunması lüzumludur. Fakat memleketimizde bu değerli savaş metodundan faydalanmak için asgarî şartların mevcut olmadığını ileri sürmek doğru değildir. Son 6-7 yıl içinde yurdumuzda dispanser ve tüberküloz yatakları sayısı ehemmiyetli nisbette çoğalmıştır. Bu bakımdan memleketimizin bir çok bölgelerinde, gezgin radyofotoğrafi ekiplerinin (Teşhis merkezi) ihtiyacını karşılayacak müesseseler bulunduğu gibi, tesbit edilecek hastaların tedavisi için

de - bilhassa antibiyotiklerden sonra ambülatuvar tedavinin kazandığı değeri de hesaba katarsak - fazla güçlük çekilmeyeceğini ümit edebiliriz.

Memleketimizde sistemli bir taramaya, evvelâ şehirlerdeki topluluklar (okul öğrencileri, memur ve müstahdemler, işçiler, esnaf..) dan ve bilhassa bunların tüberküloza en fazla maruz olanlarından başlamalıdır. Bu guruplarda radyo-depistaj muayyen fasılalarla tekrarlanmalı, sonra da yavaş yavaş bütün halka ve köylülere teşmil edilmelidir. Bu faaliyet için ilk plânda verem teşhis ve tedavi müesseseleri kuvvetli olan bölgeler tercih edilmelidir.

Yurdumuzda bu taramaların verem savaş dispanseri vasıtası ile yapılmasını uygun bulmaktayız. Çünkü gezgin radyofotoğrafi ekiplerine (teşhis merkezi) olarak yardım edecek müesseselerin en münasibi dispanserlerdir. Bundan başka, depistaj esnasında tesbit edilen veremlilerin de yatırılmalarının veya ayaktan tedavilerinin dispanserler tarafından temini ve takibi daha kolaydır.

B.C.G. verem aşısı bugün verem savaşında profilaktik bir silâh olarak ön plândaki mevkiini muhafaza etmektedir. Memleketimizde de 1953 yılından itibaren kampanya halinde yapılan B.C.G. tatbikatı bugün nüfusumuzun 2/3'sinden fazlasını kaplayan bir sahada tamamlanmış bulunmaktadır. Önümüzdeki bir kaç yıl içinde bu kampanyanın memleket ölçüsünde neticelenmesiyle, yurdumuzda verem savaşının ehemmiyetli bir cephesi kazanılmış olacaktır.

Memleketimizde B.C.G. kampanyasının tamamlanması ile, verem aşısı tatbikatının da sona ereceği hiç bir vakit düşünülemez. Çünkü kampanyanın geçtiği yerlerde bir kısım halkın ekiplerin faaliyet sahası dışında kalabildiği, aşılanmış bazı kimselerde de zamanla allerjinin kaybolabildiği malûmdur. Bunun için kampanyanın geçtiği yerlerde bu faaliyete devam edecek, daha mahdut ölçüde bir teşkilâta ihtiyaç vardır. Bir hekimin nezareti altında, bu sahada yetişmiş bir kaç sağlık memurundan ibaret bulunacak olan bu teşkilât, tüberkülin tatbikatına devam ederek aşılanmamış kimselerden tüberkülin negatif olanları aşılamağa, evvelce aşılanmış olanlardan muafiyetlerini kaybedenlere revaksinasyon yapmağa çalışacaktır. Bunu yapmadığımız takdirde bir yerden geçen B.C.G. kampanyasının tekrar oraya gelmesini beklemek icabedecektir ki bunun için uzun senelere ihtiyaç olacağından, arada yine tüberküloza muafiyet kazanmamış bir çok kimseler birikecek ve evvelce aşılanmış bulu-

nanlardan da bir kısmının muafiyeti kaybolacak ve bunların hepsi hastalığı kolayca alıp yayabileceklerdir. Bu itibarla B.C.G. tatbikatından beklenen müsbet netice de gölgelenmiş olacaktır.

Dispanserler, bugün yine her yerde verem mücadele organizasyonunun temelini teşkil etmektedir. Tüberküloz savaşının medikososyal karakterini en güzel temsil eden bu müesseselerin profilaktik fonksiyonunun ehemmiyeti münakaşa mevzuu olamayacak kadar aşikârdır. Son yılların tüberküloz sahasındaki ilerlemeleri verem savaşı dispanserlerine de bir çok yeni ve ehemmiyetli vazifeler yüklemiştir:

Erken teşhis, verem savaşı dispanserlerinin başlıca gayelerindendir; bunun için pek yerinde bir tabirle bu müesseselere «verem savaşının ileri karakolları» denmektedir. Bugün sistemli depistajın temin ettiği erken teşhis imkânlarından dispanserlerin azamî istifade etmesi tabiîdir. Dispanserler, bunu kendi bünyeleri içinde sabit ve portatif radyofotoğrafi cihazları ile yapabilecekleri gibi, gezgin tarama ekiplerini de bu müesseselere bağlamaktan daha mantıkî bir hareket olamaz.

Bölgeleri içinde tüberkülin testi tatbik ederek menfi netice verenlere B.C.G. aşısı yapmak, dispanserlerin profilaktik fonksiyonunun icaplarındandır. Bu bakımdan B.C.G. kampanyasının geçtiği yerlerde kurulması icabeden aşı istasyonları ve ekiplerini dispanserlerin idaresi altına vermek veya bu işi doğrudan doğruya dispanserlere yaptırmak gayet pratik bir hal çaresidir. Yalnız bir verem savaş dispanseri binası içinde B.C.G. aşısı istasyonu kurarken çok dikkatli davranmak ve bunu hastaların bulunduğu kısımdan iyice ayırmak lâzımdır. Bu teeride imkân bulunamayan yerlerde aşı istasyonlarını - yine dispanserlere bağlı olmak şartiyle - ayrı binalarda tesis etmek veya küçük yaştaki ve okul çağındaki çocukları gezginci ekiplerle dispanser dışında aşılamak zarureti vardır.

Propaganda ve istatistik işlerini üzerine alacak bir verem mücadele teşkilâtı kurulmadığı takdirde, verem savaş dispanserlerinin vazifeleri arasında propagandaya daha fazla önem verilmesi icabedeceği gibi, morbidite istatistiklerinin tutulması da bu müesseselere düşecektir. Antibakteriyel tedavinin inkişafından sonra tüberküloz mortalitesinde kaydedilen düşme ile paralel olarak morbiditenin azalmadığı, eski seviyesini muhafaza ettiği ve hattâ arttığı müşahede edilmektedir. Çünkü bugün veremli eskisinden daha fazla yaşamakta ve kitle radyografileri sayesinde, gizli kalmış bir çok tüberküloz vak'aları teşhis edilip meydana çıkarılmaktadır. Onun için artık tüberküloz epidemiyolojisi bakımından mortalite nisbetleri eski değerini kaybetmiş ve bir çok memleketlerde morbidite istatistiklerinin tutulmasına zaruret hasıl olmuştur. Bu istatistiklerin yapılan hastalık ihbarları ile - mecburî de olsa - hakikate uygun bir şekilde tanzim edilemiyeceği şüphesizdir. Bu ancak dispanserlerin muntazam çalışmaları ve kitlelerin radyografi cihazları ile sistemli bir surette depistajları ile mümkün olabilir.

İlk zamanlarda yalnız profilaktik bir müessese olarak telâkki edilen dispanserlerin bir tedavi fonksiyonu da bulunduğu artık umumiyetle kabul edilmektedir. Tıbbî kollapsoterapinin tüberküloz tedavisine girmesi ve bu tedavi metodlarına hastane ve sanatoryumlardan çıkmış olan hastalarda da devam zarureti, dispanserleri ambülatuvar olarak reensüflasyon yapmağa mecbur etmişti. Bugün antibibakteriyellerin tüberküloz tedavisinde açtığı yeni ufuk, bu hastalığın ambülatüvar tedavisi sahasına bir çok imkânlar getirmiş ve böylelikle dispanserlerin tedavi fonksiyonunu daha genişletmiştir. Bugün bir çok memleketlerde-bilhassa tüberküloz yataklarının sayısı ve ekonomik imkânları mahdut olan yerlerde -, veremlilerin ambülatuvar tedavisi günün meselesi haline gelmiştir.

Memleketimizde 6-7 seneden beri, oldukça ehemmiyetli miktarda yeni verem hastane ve pavyonları açılmış olmasına rağmen, tüberküloz yatakları sayısının henüz tamamiyle tatmin edici bir seviyeye ulaşamadığını itiraf etmek mecburiyetindeyiz. Bunun için - memleketimizde taammüm etmiş olan eski bir tabirle - ayak tedavisine, bizim de hususî bir ehemmiyet vermemiz lâzımdır. Bu tedavinin kontrollu ve müessir bir şekilde yapılabilmesi için en doğru yol da, dispanserler vasıtasiyle tatbik edilmesidir. Sistemli tarama da yapıldığı takdirde, klinik bakımdan teşhis edilemeyen vakaların meydana çıkarılabilmesi imkânlarının artması ve bu şekilde tesbit edilen hastalardan mühim bir kısmının yatırılmasına lüzum görülmeyecek minimal lezyonlu veremliler olması, dispanserlerin ambülatuvar tedavi görevlerini büsbütün artıracaktır.

Dispanserlerin üzerlerine aldıkları yeni vazifeleri gerekli şekilde ifa edebilmeleri için personel ve teçhizat bakımından takviyeleri icabetmektedir. Bu müesseselerde çalışan mütehassıs hekim ve bilhassa sosyal ve ziyaretçi hemşire sayısını arttırmak; dispanserlerdeki radyolojik teçhizatı mükemmelleştirmek, tomografi ve radyofotografi cihazları ilâve etmek, lâboratuvarları da tekemmül ettire-

rek her türlü materyelde muhtelif metodlarla basil aranabilecek, kültür ve inokülasyon yapılabilecek duruma getirmek bugünün zaruretlerindendir.

Tedavi müesseseleri, verem savaşı organizasyonunda hâlâ ehemmiyetli bir mevki işgal etmektedir. Tüberkülozda tıbbî tedavi vasıtaları nekadar inkişaf ederse etsin yine her hastayı evinde tedavi etmeğe imkân yoktur. Hâd vak'aların çoğunu - bilhassa tüberküloz.. vak'alarını - bir müessesesye yatırarak tedavi etmek icabettiği gibi, ekonomik ve sosyal şartları müsait olmayan bir kısım hastaların da evde tedavisi mümkün olamaz. Bazı vak'aların profilaktik sebepler yüzünden bir müessesede tecridinde zaruret görülebilir. Ambülatuvar tedaviye tabi tutulanların da zaman zaman ospitalize edilmeleri lüzumu belirebilir. Bu hastalarda vukua gelebilen hâd hecmeleri, ihtilâtları, hemoptizileri her vakit evde geçirmek mümkün değildir. Minör kollapsoterapi yapılacak olanların kısa bir müddet için de olsa bir tüberküloz servisine yatırılmaları lüzumludur. Büyük cerrahî müdahale endikasyonu konanların da oldukça uzun zaman bir hastane veya sanatoryumda yatmaları icabeder. Her memlekette bütün bu ihtiyaçları karşılayacak verem tedavi müesseselerinin bulunmasındaki zaruret âşikârdır.

Memleketimizde bugün Sıhhat ve İçtimaî Muavenet Vekâleti müesseselerinde 7770 veremli yatağı vardır; buna diğer vekâletler, belediyeler, dernekler, azınlıklarla hususî eşhas ve teşekküller idaresinde bulunan verem tedavi müesseselerinin yatak sayılarını da ilâve edersek on bini bulur. Evvelce memleketimizde her sene 40,000 kişi öldüğü hesap edilerek bu kadar yatağa ihtiyaç görülmüştü. Fakat bu milletlerarası standard rakama ulaşmanın o günkü şartlar altında güçlüğünü gözönünde tutan Birinci verem savaşı istişare komisyonu (17-21 ocak 1949) o vakit 1453 olan memleketimizdeki verem yatağı sayısı 10 senede 10,000'e çıkarıldığı takdirde ihtiyacın mühim bir nisbette karşılanmış olacağını kuvvetle tahmin ettiğini kaydetmişti. Sıhhat Vekâleti bu sahada büyük bir gayret sarfederek veremli yataklarını sür'atle artırmağa muvaffak olmuş ve 6-7 sene içinde bu rakama ulaşılmasını temin etmiştir.

Bugün tüberküloz yatağı bakımından eski sıkıntılı günlerden çok uzaklaşmış bulunuyoruz. Artık veremliler yatabilmek için senelerce sıra beklemekten kurtulmuşlardır. Fakat mevcut yatakların da memleketimizin ihtiyacını tamamen karşılayacak bir seviyeye geldiği iddia edilemez. Son yıllarda yurdumuzda veremden ölüm nisbetinde büyük bir azalma görülmekte ise de, artık mortalite istatistikleri tüberküloz epidemiyolojisinin şiddetini tâyin bakımından değerlerini kaybetmektedir. Bunların yerini morbidite istatistikleri almakta, ve bir memleketin tüberküloz yatağı ihtiyacı açık veremlilerin miktarına göre tâyin edilmektedir. Eski «her veremden ölüme bir yatak» prensibi, bugün yerini «her basilli hastaya bir yatak» prensibine terketmiştir. Bu hesaba göre memleketimizde henüz pek çok veremli yatağına ihtiyaç bulunduğu görülür.

Verem tedavi müesseseleri kabul edecekleri hastaların kategorilerine ve bunlara tatbik edilecek tedavi şekillerine göre muhtelif tiplere ayrılmaktadır. Memleketimizde, bazı istisnalar dışında, henüz böyle bir usüle riayet edilmemektedir. Muhtelif kategorilerden hastaların aynı müessesede çok kere yan yana yatırılmakta olduğu görülür. Bu durumda yatak kifayetsizliğinin ve hastalar tarafından gelen mukavemet edilmez tazyikin büyük tesiri olduğu muhakkaktır. Bununla beraber, memleketimizde mevcut müesseseleri bir tasnife tabi tutmak ve bundan sonra açılacak olanları ihtiyaca göre muayyen maksatlarla kurmak zarureti vardır.

a) Büyük şehirlerdeki hastanelere bağlı tüberküloz servisleri ve pavyonları daha ziyade müstacel vak'alara hasredilmelidir. Buralarda taze vak'alar, ambülatuvar tedavi esnasında hâd hecme, ihtilât ve hemoptizi husule gelen hastalar yatırılmalıdır. Ancak bu müesseselerin yataklarının tıkanmaması için bir müddet tedavi edilerek hâd devreyi atlatan hastalar, durumlarına göre ya bir kür müessesesine gönderilebilmeli, veya ambülatuvar tedaviye devam etmek üzere çıkarılmalıdır. Bunlardan başka küçük kollapsoterapi yapılacak hastalar da kısa bir müddet yatmak üzere bu servislere, bekletilmeden kabul edilmelidir.

b) Tüberkülozda cerrahî tedavi gittikçe daha ehemmiyetli bir mevki işgal ettiğinden, memleketimizde de göğüs ameliyatlarının daha geniş ölçüde yapılabilmesi imkânlarının temini lâzımdır. Bugün büyük göğüs ameliyatlarının yapıldığı müesseselerdeki cerrahî servislerinin yatak sayılarını artırmak icabettiği gibi, bazı verem hastaneleriyle büyük şehir hastanelerinde de bu maksadı temin edecek hususî ekipler, teçhizat ve kâfi miktarda yatak bulundurulmasında zaruret vardır. Ancak şehirlerden uzak ve izole vaziyette bulunan müesseseler bu bakımdan pek müsait durumda sayılmazlar. Büyük göğüs cerrahisinin şehirlere yakın müesseselerde ve hattâ şehir içlerindeki hastanelerde yapılması daha uygundur.

c) Kronik tüberküloz vak'alarının da günden güne artması ayrı bir mes'ele teşkil etmektedir. Bugün memleketimizde göğüs hastalıkları pavyon ve hastanelerinin bir çok yataklarını bunlar işgal etmekte ve bu hastalar ömürlerini hastaneden hastaneye sıra vererek nakletmekle geçirmektedirler. Basil çıkaran müzmin tüberküloz vak'aları için her memleket kendi bünyesine ve ekonomik şartlarına göre çareler aramaktadır. Kür evleri, koloniler tesis etmeği düşünenler olduğu gibi, bunlara ucuz müesseseler inşa ederek oralarda hastalık durumlarının müsaadesi nisbetinde hafif işlerde çalıştırmayı teklif edenler de vardır. Memleketimizde de bazı verem hastanelerinin bu gibi hastalara tahsisi imkânı bulunursa her bakımdan faydalı olacaktır.

Memleketimizde bugün mevcut olan veya kurulması icabeden daha başka tiplerde tüberküloz müessescleri de vardır. Fakat tebliğimizin mahdut bir çerçeveye sıkıştırılması zarureti bizi bu kadarına temas etmekle iktifa mecburiyetinde bırakmıştır. Bunlar da verem savaş müesseselerinde çalışan meslekdaşlarınızın her gün karşı karşıya bulundukları ve kanaatimizce halledilmeleri müstacel bir mahiyet taşıyan mevzuların başlıcalarıdır.

«Memleketimizde verem savaşı nasıl organize edilmelidir?» suali ortaya atılınca üzerinde durulması gereken bazı problemleri kısaca gözden geçirmiş bulunuyoruz. Bunların dışında kalan ve yurdumuzda tüberküloz mücadelesini pek yakından ilgilendiren daha pek çok meselelerin bulunduğu şüphesizdir. Bunların herbiri ayrı birer mevzu teşkil edecek kadar geniştir. Böyle olmakla beraber, memleketimizde verem savaşı organize edilirken birbirleri ile pek yakından ilgili olan bu mevzuların toplu bir halde ele alınması, ve bütün mücadele unsurlarının müşterek gaye etrafında toplanarak âhenkli bir şekilde çalıştırılması elzemdir.

SUMMARY

Some problems related to the organisation for fight against tuberculosis

Although the essential principles of the fight against tuberculosis remain the same, changes occuring in local conditions as well as the evolution of therapeutic means have modified the general organisation of this fight. Systematic screening which is considered the most important factor in this fight, should

receive a wider extension in this country. The campaign for B.C.G. vaccination shows a good expansion but we should complement it by establishing small local institutions should be reenforced so that they could, besides their prophylactic activity, work more actively in ambulatory treatments. The importance of such treatments has greatly increased since the discovery of antibiotics. It is also necessary to multiply the number of existing institutions for the fight against tuberculosis in our country and to proceed to an adequate classification of such institutions.

RÉSUMÉ

Certains problèmes relatifs à l'organisation pour la lutte anti-tuberculeuse dans notre pays

Bien que les principes de lutte anti-tuberculeuse socient les mêmes, la variété des conditions locales ainsi que l'évolution des moyens de traitement ont été la cause de certains changements apportés dans l'organisation de la lutte. Il est temps que le dépistage systématique, considéré comme le facteur le plus important de la lutte anti-tuberculeuse, soit appliqué de façon plus étendue dans notre pays. La campagne en faveur du B.C.G. se développe assez rapidement mais il serait nécessaire de la compléter par l'établissement de petites institutions locales destinées à l'application de tuberculine et de vaccin. Il y aurait interêt à renforcer ces institutions afin que, outre leur activité prophylactique elles puissent aussi s'occuper des traitements ambulatoires dont l'importance a considérablement augmenté depuis la découverte des antibiotiques. Il est aussi indispensable d'augmenter le nombre des institutions antituberculeuses dans notre pays et de les catégoriser.

ÜÇÜNCÜ CELSE

Atatürk Sanatoryumu Başhekimi
Dr. Enver Bozyakalı

TÜBERKÜLOZ SAVAŞINDA SANATORYUM, DİSPANSER MÜNASEBETLERİYLE İDEAL ORGANİZASYON HAKKINDAKİ DÜŞÜNCELERİMİZ

Dr. ENVER BOZYAKALI *Dr. TAHSİN FIRATLI*

Atatürk sanatoryumunda muhtelif zamanlarda yatan hastalara ait (2100) dosya tetkik edilmiş ve bu tetkik neticesinde çıkan rakamlara istinad ederek:

1. Dispanser, sanatoryum münasebetleri,

2. Sanatoryum tedavisi görmüş hastaların taburcu edildikten sonra hariçte takib ve tedavileri,

3. Sanatoryum tedavisinin neticeleri hakkında bizleri tenvir edecek mahiyette neticeler çıkmıştır. Bunları kısaca arzedeceğim.

Sanatoryumumuzda tetkik edilen 2100 dosyadan 1901 hasta bir defa, 163 hasta ikinci defa, 33 hasta üçüncü defa, 3 hastada dördüncü defa yani 199 hasta mükerrer olarak sanatoryumumuza yatmış bulunuyor. Sanatoryumumuzdan taburcu edilen bu hastalardan tekrar sanatoryuma gönderilen hasta miktarı yukarıda zikredilen rakamlardan da anlaşılacağı üzere çok düşüktür. Sanatoryumda bir defa yatan 1901 hasta şüphesiz ki tamamen iyileşmemişlerdir. Bunlardan bir kısmı dispanser tedavisi altına alınmış, bir kısmı iyileşmiş olsa dahi yine mühim bir kısmı başka müesseselere sevkedilmiştir. Bu hastalardan bir verem müessesesinde tedavi edilmesi icabedenlerin, vaziyetleri müsait olduğu takdirde ilk tedavi edildikleri mües-

seseye veya sanatoryuma gönderilmeleri hastanın müteakip tedavisi bakımından hem daha faydalı hem de daha iktisadidir. Hastaların verem müesseselerine sevki dispanserlerin vazifesidir. Fakat bunu yapabilmek için kâfi miktarda dispansere ve çok iyi bir organizasyona ihtiyaç vardır. Dispanserler tıpkı askerlik şubeleri teşkilâtı gibi teşkilâtlandırılmalı ve mıntakalara ayrılmalıdır. Ayrıca yabancı hastalara bakacak bir de yabancı hastalar dispanseri ihdas edilmeli ve bunların hepsi tek elden idare edilmelidir. Her hastanın bir dispanserin malı olması ve bu dispanserde hastanın bir dosyası bulunması lüzumludur. Hasta dispanser tarafından takibedilmeli ve icabettiği zaman dosyası veya evveliyatını gösterir bir fiş ile beraber herhangi bir verem müessesesine gönderilmelidir. Hasta bu müesseseden çıktığı zaman dosyası veya doldurulacak fişi ile beraber tekrar geldiği dispansere iade edilmeli ve dispanser lüzumlu tavsiyeleri tatbik ve hastayı takibetmelidir. Eğer hasta yerini veya mıntakasını değiştirecek olursa dosyası ile beraber yeni mıntaka veya dispanserine nakledilmelidir.

Büyük şehirlerimizde hariçten gelecek hastaların müracaatını sağlamak üzere yabancı hastalara bakan bir dispanser bulunmalıdır. Bu dispanser hastayı tetkikten sonra (Eğer varsa) hastanın mensup bulunduğu mahallî verem dispanserine tabi tutulduğu muamele hakkında meşruhat vermelidir. Memleketindeki verem müesseselerine uğramadan büyük şehirlerimize akın eden ve yer bulunmaması dolayısiyle perişan duruma düşen hastaların adedi pek çoktur. Bu hastalar herhangi bir verem dispanserinden aldıkları raporlarla verem müesseselerine yatmakta ve çıkışlarında doldurulan fişler geldikleri dispanserlere gönderildiği takdirde dispanser pek tabiî olarak bu hastayı bulup takibedememektedir. Halbuki yabancı hastalara bakacak bir dispanser hastaları verem müesseselerine tevzi etmekle beraber (Eğer varsa) mahallî dispanseri haberdar eder ve hasta taburcu edildiği zaman gönderilecek fişi de hastanın kendi mıntakasına göndererek tedaviyi sağlamış olur.

Veremli hastalar her şeyden önce dispanserlerin malı olduğuna göre hastaların müesseselere sevki ve tevzii işini dispanserler yapmalıdır. Pek çok defalar hastaların yattıkları müesseselerden rapor doldurtarak başka bir müessesede sıra aldıklarına ve sırası gelince bu müesseseye naklettiklerine şahit olmaktayız. Bu şekilde dispanserlerin haberi olmadan pek çok hastalar mütemadiyen hastane değiştirmektedirler. Bu ise hastaları takip bakımından dispanser faaliyetini baltalamakta ve fuzulî yatak işgalini intac etmektedir.

Sanatoryumumuzda mükerrer olarak yatan 199 hastadan 155 hasta çıkışına nazaran daha fena vaziyette gelmiştir. Keza bu 199 hastadan 110 hasta tatbik edilmekte olan ve çıkarken fişinde tavsiye edilen tedaviyi takibedememiştir. Bu rakamların tetkikinden anlaşılacağı üzere dispanserlerimiz hastaları ve bunların tedavilerini takibedecek kifayette değildirler. Pek çok kasaba ve şehirlerimizde verem dispanserleri mevcut değildir. Bugün bütün Türkiyede dispanserlerin mevcudu 86'dır. Mevcut olanlar da ihtiyacı karşılayacak durumda değildirler. Verem mücadelesinde esas rolü oynayan dispanserlerin adedini arttırmak ve daha randımanlı bir hale getirmek herhalde ele alınacak ilk problemlerdendir. Verem dispanserlerinin bir vazifesi de mıntakalarını taramaktır. Bilhassa mikrofilm taramaları çok mühimdir. Bu suretle bütün göğüs hastalıkları meydana çıkarılabilecek ve kontrol altına alınabilecektir. Fakat gerek personel ve gerekse malzeme bakımından kifayetsiz olan dispanserlerimiz hattâ büyük şehirlerimizde dahi tam randımanlı olarak çalışamamaktadırlar.

Sanatoryumumuzda tetkik edilen 2100 dosyadan 1594 hastada salâh husule gelmiş, 282 hasta haliyle taburcu edilmiş, 9 hasta fenalaşmış ve 40 hasta vefat etmiştir. 1218 basilli hastadan 564 hastanın basili muhtelif usullerle yapılan muayenede menfi bulunmuştur. Keza 2100 hastadan 1725 hasta kilo almış ve 1594 hastanın sedimantasyonu normal hudutlar dahilinde düşmüştür.

Bu rakamlardan edindiğimiz intibaa göre hastalar sanatoryum tedavisinden ekseriyetle istifade etmişlerdir. Kanaatımızca sanatoryum tedavisinden istifade eden ve bu tedavi ile iyi olabilecek hastaları tam salâh husule gelinciye kadar tutmak daha faydalıdır. Çünkü gayrı kâfi dispanser faaliyeti karşısında takibedilemiyen hastalar sanatoryuma ikinci defa yatışlarında ekseriyetle daha fena durumda gelmektedirler. Müessese muvmanını artırmak ve hasta devrini çoğaltmak gayesiyle, hastaları dışarda takibedebilecek duruma getirdikten sonra taburcu etmek, eğer hastaların kendilerini tedavi ettirmelerine veya dispanserlerin bunları kolaylıkla takibine imkân yoksa doğru değildir kanaatindeyiz.

Hastaların uzun zaman yatak işgal etmelerinin yegâne mahzurlu noktası bugünkü yatak sıkıntısıdır. Bir hastanın sanatoryuma yatması için aylarca sıra beklemesi lâzım geldiği düşünülürse bu sıkıntının vahameti hakkında bir fikir edinmek imkânı hasıl olur.

Dispanserlerin ve yatakların kifayetsizliği karşısında bugünkü

verem mücadelesi yine de muvaffak olmuş, kendinden beklenilenden çok fazla şeyler vermiş demektir. Bunlar ikmal edilirken pek tabiî iyi bir teşkilât kurmak için çalışmak ön plânda gelir. Tavsiyelerimiz bu düşünce ile yapılmıştır.

N e t i c e :

1. Dispanser adedini ve verem yatağını çoğaltmak,
2. Dispanserlerin tek elden idare edilmesi ve askerlik şubelerine mümasil bir teşkilâtla mıntakalara taksimi,
3. Bir yabancı hastalar dispanseri ihdası,
4. Hastalar müesseselere sevkedilirken imkân bulunduğu takdirde ilk tedavi gördüğü müesseseye gönderilmesi,
5. Hastaların dispanserlerde bir dosyası bulunması ve her sevkedildikleri müesseseye bu dosya ile veya hiç olmazsa hastanın evveliyatını gösterir bir fiş ile gönderilmesi,
6. Hastalar tedaviden istifade ettikleri takdirde tam salâh husule gelinciye kadar tedavilerine devam edilmesi lüzumludur kanaatindeyiz.

S U M M A R Y

S o m e c o n s i d e r a t i o n s o n a n i d e a l o r g a n i s a t i o n o f s a n a t o r i a a n d d i s p e n s a r i e s f o r f i g h t a g a i n s t t u b e r c u l o s i s

The following conclusions have been reached after examining 2100 files of patients hospitalized at various times in the Atatürk sanatorium.

1. The number of dispensaries and beds for tuberculous patients should be increased.

2. The dispensaries should work independently and remain scattered in various districts as are the military conscription centers.

3. There should be dispensaries affected to patients who do not live in the district.

4. The patients should be sent preferably to the treatment institutions in which they had been formerly treated.

5. Patients should have a personal file in the dispensaries and would come to the treatment institutions with this file or some other document stating the various treaments that have followed until that day.

6. We should find means to complete the treatment of patients showing improvement.

RÉSUMÉ

Les relations entre sanatoria et dispensaires dans la lutte contre la tuberculose et quelques suggestions pour une organisation idéale

Les conclusions suivantes sont le fruit de l'examen des dossiers de 2100 malades, hospitalisés à différentes époques au sanatorium Atatürk.

1. Il faudrait augmenter le nombre de dispensaires et de lits pour tuberculeux.

2. Les dispensaires devraient être autonomes et répartis dans les différentes régions d'après un système analogue à celui des circonscriptions militaires.

3. On devrait organiser un dispensaire pour malades non-originaires de la région où il se trouvent.

4. En désignant les malades aux institutions de traitement, il faudrait de préférence envoyer les malades à l'endroit où ils ont été d'abord soignés.

5. Les malades doivent avoir un dossier personnel dans les dispensaires et devraient se présenter aux institutions de traitement soit avec ce dossier soit avec une fiche indiquant les traitements effectués.

6. Trouver le moyen de continuer le traitement des malades qui manifestent une amélioration.

KÜÇÜK ŞEHİRLERLE KÖYLERDE VEREM MÜCADELESİ

Dr. TEVFİK İSMAİL GÖKÇE

Sıhhat ve İçtimaî Muavenet Vekâletinin verem istişare komisyonları toplıyarak hazırlamış olduğu program veremle mücadeleyi büyük şehirlerde ve küçük şehirlerle köylerde olmak üzere ikiye ayırmış, birincisinin verem savaşı dernekleri, ikincisinin de Sıhhat ve İçtimaî Muavenet Vekâleti tarafından yapılacağını tesbit etmiştir.

Bundan evvelki tebliğimde büyük şehirlerdeki verem mücadelesi hakkındaki düşüncelerimi arzetmiştim. Şimdi de nüfusu 8.000 (1955 seçimine göre 10.000)'den aşağı olan küçük şehirle köylerde vekâlet tarafından yapılacak mücadeleyi ele alarak tetkik edeceğim.

Proğramda Vekâletin bu mücadeleyi sağlık merkezleri vasıtasiyle yapacağı yazılıdır. Tüberküloz hastalığı memleketin her tarafına yayılmış içtimaî bir dert olduğuna göre her yerde sırf tüberküloza mahsus bir teşkilât kurmaya maddeten imkân yoktur. Bu sebepten dolayı verem mücadelesinin vekâlet tarafından bilhassa koruyucu, aynı zamanda tedavi organı olmak üzere kurulmakta olan sağlık merkezlerine tevdi edilmesi zaruri idi.

Vekâletin «Kaza sağlık idareleri ve sağlık merkezleri» için çıkardığı talimatnamede bu teşkilâtın vazifesini birinci maddede şöylece tesbit etmektedir. «Kaza sağlık idareleri esas itibariyle bulundukları kaza merkezi ve buna bağlı nahiye ve köylerdeki halk sağlığı ve koruyucu hekimlik hizmetlerini ifa etmekle beraber, tedavi sahasında bu talimatnamede yazılı vazifeleri yapacaktır.» Bu maddede sarahaten görüldüğü gibi sağlık merkezlerinin esas vazifesi halk sağlığı ve koruyucu hekimliktir. Buna, memleketimizin hususiyeti, yani şehir, nahiye ve köylerin birbirinden çok uzak olması, tedavi müesseselerinin bunlara nazaran çok seyrek bulunması itibariyle bir de tedavi ödevi verilmiştir ki bu da çok yerinde bir tedbir olmuştur.

Sıhhat ve İçtimaî Muavenet Vekâleti verem mücadelesinin bu teşekküller tarafından yapılmasını kabul etmiş ve yukarda bahsetti-

ğim talimatnamenin koruyucu hekimlik hizmetlerine ait dördüncü maddesinde bu hizmetleri sayarken (d) fıkrasında «Verem, sıtma, frengi, ankilostom vesaire gibi sosyal hastalıklarla mücadele etmek» cümlesiyle sarahaten izhar ettiği gibi, bunu takibeden maddelerde de kaza teşkilâtı tarafından bu maksatla lüzum görülen yerlerde hususî ekipler teşkil edilerek köylere gönderilebileceği, keza sağlık idarelerinin arama, tarama faaliyetlerini idare edecekleri, hastalığa karşı koruyucu tedbirler alacağı ve mümkün olan yerlerde B.C.G. aşısı tatbik edileceği gibi hususlar kaydetmek suretiyle bu mücadeleye ait esas direktifleri de vermektedir.

Demek oluyor ki Vekâlet kaza, nahiye ve köylerdeki verem mücadelesinin sağlık merkezleri tarafından yapılmasını prensip olarak kabul etmiş ve bunu bunlara ait bir talimatnamede de tasrh etmiştir.

Bugün için sağlık merkezlerinin hemen her yerde faal olan fonksiyonu yalnız tedavi kısmıdır. 10-25 yatağa sahip olan bu sağlık merkezleri bulundukları muhitler için hakikaten çok faydalı bir teşhis ve tedavi müessesesi olmuşlardır. Bunlardan birkaçını ben de şahsen görmek suretiyle bunu teyit edecek vaziyetteyim.

Buna karşılık sağlık merkezlerinin koruyucu ve bilhassa veremle mücadele fonksiyonu henüz hiç bir yerde faaliyete geçmiş değildir.

Bugün için sağlık merkezlerinin esas olan bu fonksiyonunu faaliyete getirmek imkânı var mıdır? Varsa ne suretle işe başlamalı ve çalıştırılmalıdır? Şimdi bu soruları cevaplandırmaya çalışacağım.

Evvelâ bu çalışmaların cereyan edeceği sahanın nüfusuna bir göz atalım. 1950 sayımına göre memleketimiz nüfusu 15,666,975'i köyde, 5,269,549'u şehirde olmak üzere 20,936,524'dür. Bundan verem mücadele derneklerinin çalışmaları sahasına ayrılan 8.000'den yukarı nüfusu olan 123 büyük şehre ait 3,977,751 nüfusu çıkaracak olursak Sıhhat Vekâletinin sağlık merkezleri vasıtasiyle verem mücadelesinin meşgul olacağı kitlenin sayısı 1,291,798, nüfusu 8.000'den aşağı küçük şehirlerimize ve 15,666,975'i köylere ait olmak üzere 16,958,773'dür. 1955 sayımı hakkında söylenenlere göre bu rakamlara %20-25 bir zam da yapmak icabeder.

Sağlık merkezlerinin sayısı bugün 199'u bulmuştur. Verem mücadele programının ilk hazırlandığı tarihte, 1949'da, sağlık merkez sayısı ancak 6 idi. 1953'de toplanan 3'üncü verem istişare komisyonu sağlık merkezlerinin 53'e çıkmış olmasını büyük bir memnuniyetle karşılamıştır. Aradan üç sene gibi çok kısa bir zaman geçtiği halde bugün sağlık merkezleri sayısının 199'u bulmuş olması Sıhhat ve

İçtimaî Muavenet Vekâleti için büyük bir başarıdır. Ve bunlar memleketin her tarafında oldukça mütecanis bir şekilde dağıtılmışlardır. Bu haritada sağlık merkezlerinin yerleri görülmektedir. 199 sağlık merkezinden 154'ü vekâlet tarafından bu merkezler için hazırlanmış hususî plânlar dairesinde yapılmışlardır, bunlardan otuzu büyük, 124'ü küçük tiptir.

44 sağlık merkezi de hususî olmıyan binalardadır.

33 sağlık merkezinde röntgen vardır. Bu cihazların kudreti 23'ünde 15, 60, 10'unde 100-200 miliamper kudretindedir. Lâboratuvarı bulunan sağlık merkezlerinin sayısı 93'dür. Röntgeni olan sağlık merkezlerinin hepsinde lâboratuvar vardır.

199 sağlık merkezinde 16 dahiliye mütehassısı, 194 hükûmet tabibi, 33 belediye tabibi ve 143 pratisyen tabip bulunmaktadır. Mevzuumuzla alâkası olmadığı için operatör, doğum ve nisaiye mütehassısları kaydedilmemiştir. Bu sağlık merkezlerinde bir ziyaretçi başhemşire, bir hemşire, 151 sağlık memuru, 62 ebe vardır. 121'i motorlu nakil vasıtasına maliktir.

Memleketimizde mevcut sağlık merkezlerinin vaziyetlerini böylece tesbit ettikten sonra bunlardan verem mücadele fonksiyonunu faaliyete getirmek bakımından ne suretle istifade edilebileceğini gözden geçireceğim.

Bu teçhizat ve tesisatlarına göre şimdilik röntgen ve lâboratuvar bulunan aşağıda isimleri yazılı 33 sağlık merkezinde verem mücadele bakımından derhal istifade etmek mümkündür.

Röntgen cihazı ve lâboratuvarı olan sağlık merkezleri

Merzifon	Urla	Tefenni
Etimesut	Kandıra	Düzce
Kızılcahamam	Demirci	Buldan
Nazilli	Fethiye	Nizip
Ayvalık	Ceyhan	Menemen
Gölpazarı	Kalan	Tire
Mudanya	Tavşanlı	Alaçay
İskilip	Kalecik	Alaşehir
Olti	Alanya	Salihli
Bergama	Söke	Vezirköprü
Ödemiş	Bozöyük	Boyabat

Bunlardan 9 tanesinde dahiliye mütehassısı vardır, diğerleri hükûmet ve belediye tabipleri ve pratisyen hekimler tarafından idare edilmektedir. Yalnız birinde bir başhemşire ile bir hemşire vardır.

İki tanesi hariç 31'inde sağlık memuru ve bazılarında ilâve olarak ebe de vardır. İki tanenin birinde (Demirci) sağlık memuru yok, ebe vardır, ikincisinde (Tunceli - Kalan) sağlık memuru da ebe de yoktur. Bu 33 sağlık merkezinin 32'sinde motorlu vasıta vardır, buna malik olmayan Alaca'dır.

Ancak bu 33 sağlık merkezinin verem mücadelesi bakımından faaliyete getirilebilmesi için kalifiye personele ihtiyaç vardır. Vekâlet bunu nazarı itibara alarak 1950 senesinden itibaren İstanbul beynelmilel tüberküloz olgunlaşma ve gösteri merkezi kurlarına doktor ve hemşire göndermiştir. Şimdiye kadar 30 dahiliye mütehassısı, 82 sağlık merkezi, 15 verem dispanseri, 4 fabrika, bir belediye tabibi, bir sağlık müfettişi ve 69 hemşire bu kursları görmüşlerdir. Binaenaleyh personel bakımından da bu işe, ve hattâ daha geniş ölçüde, başlamak imkânları vardır. Bunlardan istifade edilebileceği gibi bu 33 sağlık merkezinde kur görmemiş doktorlar varsa, onları önümüzdeki bahar kuruna göndermekle kısa bir zamanda bir hamlede meseleyi halletmek mümkündür.

Diğer sıhhî personel meselesine gelince şimdilik bu sağlık merkezlerinde hemşire yoktur ve göndermek de kabil değildir. Buralarda, sağlık merkezlerinin hemen hepsinde mevcut olan, sağlık memurlarından istifade edilecektir. Bunlar da İstanbuldaki tüberküloz olgunlaşma ve gösteri merkezinde kura tabi tutularak yetişmelidirler. İlk olarak bu 33 sağlık merkezinin sağlık memurlarının hepsi bir devrede kurdan geçirilebilir.

Sağlık memurları okulu talebeleri de bu bakımdan yetiştirilmelidirler. Bu mektep İstanbulda iken talebeler Taksimdeki Olgunlaşma ve Gösteri merkezinde muayyen bir müddetle staja tabi tutulmakta idiler. Ankaraya gittikten sonra bu mesele kalmıştır zannediyorum. Böyle ise, orada da bu meselenin ele alınması veya mektepten çıkanların muayyen müddetle İstanbuldaki kurlara gönderilmesi çok yerinde olacaktır. Böylece mektepten çıkan talebelerden derhal verem mücadelesi sahasında istifade edilebilecektir.

İlk kademe olarak faaliyete getirilebilecek olan bu 33 sağlık merkezi verem mücadelesini ne şekilde yapmalıdırlar?

Kanaatimce bunlar evvelâ bulundukları şehirlerden işe başlamalı ve şehirlerdeki mücadele iyice organize edildikten sonra esaslı köy mücadelesine girmelidirler. Mamafih şehirlerdeki mücadeleyi kurarken köyleri de ihmal etmemek, oraları esaslı teşkilât kuruluncaya kadar senede hiç olmazsa bir defa veya mümkün olursa iki defa köylere mütehassıs bir ekip gönderilerek (bu maksatla sıtma, frengi ve trahom mücadelesinin köylere kadar yayılan teşkilâtından da istifade edilebilir) ciddî bir serirî muayene yaptırılarak şüpheli görülenler ve onunla temasta bulunanlar tutulacak vasıtalarla merkeze getirilip muayene etmek ve gerekli tedbirleri de almak ilk zaman için nisbeten verimli bir yoldur.

Köylere ait verem mücadelesinde olağanüstü bir çalışmayı da ayrıca bahis konusu etmek isterim. Malûmunuz olduğu gibi memlekette büyük bir B.C.G. kampanyası yapılmaktadır. Bütün memleketin hemen hemen yarısı 11.000.000 halkımız bu bakımdan teste tabi tutulmuş ve bunlardan 4,509,608'i aşılanmıştır. Bu kampanya ile başlangıçta röntgen taraması da vardı. Sonradan her nedense tarama bunu takibedemedi, kaldı. Bu kampanya yapılırken, imkânlar temin edilip, ona muvazi olarak taramalar da yapılırsa memleketin diğer yarısı, bir kere de olsa, mikrofilimden geçirilmiş olur. Bu büyük bir fırsattır; bundan istifade edilecek olursa memleketimizdeki tüberküloz hakkında topografik çok esaslı bir bilgi elde edilebileceği gibi, belli olmayan tüberküloz vak'alarını meydana çıkarmak, onları tedavi müesseselerine sevketmek ve diğerlerinin korunmasını temin edecek tedbirler alınmakla verem mücadelesinde de bir çok kıymetli neticeler elde edilecektir.

Böylece küçük şehirlerle köylerde Sıhhat Vekâleti tarafından sağlık merkezleri vasıtasiyle yapmasını kararlaştırdığı verem mücadelesini bugünkü şartlar altında icra edilebilmesi imkân ve şekilleri hakkındaki düşüncelerimi muhterem kongre üyelerinin kıymetli tenkid ve mütalâalarına arzetmiş bulunuyorum.

SUMMARY

The fight against tuberculosis in small towns and villages

The Ministry of Health has ordered that the fight against tuberculosis in small towns and villages be undertaken by the Health Centers. The author studies the necessary conditions for the realization of this project and presents some suggestions for the system of work:

a) The districts in which this fight will be undertaken as well as their population should be determined.

b) The number of Health Centers in our country, their location, building status, equipment and staff should also be determined.

c) The campaign should start immediately in 33 districts already equipped with X-ray apparatuses and laboratory installations.

d) Precisions should be given on this kind of fight against tuberculosis, and this fight should be limited for the moment to cities in which there exists a Health Center. For rural districts we should for the moment limit ourselves to sending twice a year mobile squads until the organization is completed. This measure should meet, up to a certain point, the health requirements of villages. We could also perform a wider screening during the campaign for B.C.G. vaccination.

RÉSUMÉ

La lutte anti-tuberculeuse dans les petites villes et les villages

Le Ministère de la Santé Publique ayant ordonné que la lutte anti-tuberculeuse soit entreprise dans les petites villes et villages par l'entremise des Centres Sanitaires, l'auteur étudie les conditions nécessaires à l'entreprise de cette lutte et propose d'inclure les mesures suivantes dans le système de travail éventuel.

a) Détermination des régions où sera entamée la lutte antituberculeuse ainsi que leur population.

b) Dénobrement des Centres Sanitaires dans notre pays, leur location, leur situation édilitaire ainsi que leur équipement et leur personnel.

c) Lancement immédiat de la campagne anti-tuberculeuse dans 33 distritcts possdant des appareils de radioscopie et une installation de laboratoire.

d) Les modalités de lutte anti-tuberculeuse devraient d'abord être précisées afin de pouvoir être appliquées sans difficultés par les Centres Sanitaires. Jusqu'à l'extension contenter pour l'instant d'envoyer une ou deux fois par an des équipes mobiles dans ces villages afin de pourvoir dans une certaine mesure à leurs besoins. On pourrait aussi profiter de la campagne pour le B.C.G. pour y effectuer un dépistage anti-tuberculeux.

Ankara Veremle Savaş Derneği Başkanı

Prof. Dr. Nusret Karasu

ALTINDAĞ BÖLGESİNDE 48 AÇIK TÜBERKÜLOZLU AİLE ZİYARETİ

Dr. CAHİT BAŞKÖK *Dr. REBİİ SAVAŞIR*

Ankara Veremle Savaş Derneği 2 Numaralı Dispanserinin Altındağ mıntakasında 1955 senesinde tüberkülozlu ailelerin ziyareti mahdut yapılmakta idi, 1956 senesindeki ziyaretler genişletilmiş ve açık tüberkülozluların aile efradı ısrarlı ve devamlı takiple kontroldan geçirilmiştir. 48 açık tüberkülozlu aile taramasına ait bulgularımızı kısaca arzediyoruz:

1. Ziyaret edilen 48 açık tüberkülozlu ailesi.
2. Ziyarete davet edlien nüfus (hasta ailesi) = 228
3. Dispansere gelenler ..... = 137
4. Dispansere gelmiyenler ..... = 91
5. Gelenlerde tetkik gurupları

Açık Tb. A_1	Kap. Tb. A_3	İyileşmiş Tb. B_1	B_2 Sağlamlar
3	25	17	92

Not: 3 yaşına kadar tüberkülin müsbet A_3 kabul edilmiştir.

6. Gelenlerde aktif tüberküloz %20,4
7. Hasta ailesinde doğum ölüm yekûnu:

Doğanlar	Ölenler	Ölüm/Doğum
71	57	%80

8. 48 ailenin ev durumu:

Oda	Arahk	Mutbah	Umumî nüfus	1 odalı nüfus
62	20	2	228. Disp. gelecek +48. A_1	4

9. Hasta ailelerinin gelir durumu:

Meçhul-400	Ailede vasatî gelir	Şahıs başına aylık gelir
Umumî gelir	153 lira	23 lira

10. Hastaların Ankarada bulunuşu:

0-1	1-5	5-10	15'den fazla
0	9 kişi	6 kişi	33 kişi

Netice:

1. Açık tüberkülozlu aile muhitlerinde aktif tüberküloz %20.4 gibi yüksekçedir.

2. Aile ferdlerinin ziyaretten önce dispansere gelişleri azdır.

3. Ölüm doğum nisbeti %80'dir, bu husus sosyal hayatta tüberkülozluların sağlamlar gibi evlendiğine ve doğurduğuna işaretle, doğum sonu çocuklarını korunmasını gerektirmektedir.

4. Tüberkülozlu ailelerde; ferdi ve muhiti koruma ve çocuklarda B.C.G. tatbikatını artırmak bakımından ziyaretler çok faydalı olmaktadır. 23 liralık aylık ferdî gelir ve 1 odada 4 kişinin bulunuşu bu faydayı daha çok artıracaktır.

SUMMARY

Home visits to the families of 48 tuberculous patients with open lesions living in the district of Altındağ

The dispensary depending from the Association for Fight against tuberculosis of Ankara, has performed home visits to the families of 48 patients with open lesions living in the district of Altındağ. Of the 228 members composing these families only 137 submitted to an examination. Among these, the proportion of active tuberculosis was found to be 20.4%. There were 57 deaths against 71 births and the proportion death/birth was 80%.

From a social standpoint, we noted that the average income per capita was 23 T.L. and that 4 persons lived in the same room (average figures).

Among the members of these families, we found besides the 48 cases already mentionned 3 cases of open tuberculosis and 25 cases of closed lesions. The children up to 3 years of age prensenting a positive reaction ta tuberculine testing were considered as carriers of active tuberculosis. The results are significative and show the influence of promiscuity on contagion as well as the neglected status of children living in socially low districts. Although admitting the importance of home visits, we should insist more on collective prophylaxis and increase the proportion of vaccination with the B.C.G.

RÉSUMÉ

Visites aux familles de 48 tuberculeux porteurs de lésions ouvertes, dans district Altındağ

Le dispensaire No. 2, dépendant de la Ligue pour la Lutte Anti-Tuberculeuse d'Ankara, a effectué des visites aux familles de 48 malades, porteurs de lésions ouvertes, résidant dans le district d'Altındağ. Des 228 membres composant les familles de ces 48 malades 137 se sont présentés à l'examen. Parmi ces derniers le pourcentage de tuberculose active a été de 20.4%. On a noté 57 décès pour 71 naissances et la proportion décès/naissances était de 80%.

Au point de vue social il a été constaté que le revenu moyen par personne était de 23 livres et que 4 personnes en moyenne vivaient dans la même chambre.

Parmi les membres de ces familles, on a pu constater en dehors des 48 cas déjà cités, 3 cas de tuberculose ouverte et 25 cas de tuberculose fermée. Nous avons considéré les enfants jusqu'à l'âge de 3 ans qui présentaient une réaction positive à la tuberculine, comme atteints de tuberculose active. Ces résultats sont très importants car ils nous renseignent sur l'effet de la promiscuité en tuberculose ainsi que l'état de négligence dans lequel se trouvent les enfants vivants dans des milieux à niveau social faible. Tout en accordant aux visites médicales l'importance habituelle il convient de s'attarder davantage sur la prophylaxie collective et d'intensifier la vaccination des enfants par le B.C.G.

Ankara Veremle Savaş Derneği Başkanı

Prof. Dr. Nusret Karasu

2 NUMARALI DİSPANSER YENİDOĞAN BÖLGE TARAMALARINDAN BİR KAHVEHANENİN TARANMASI

Dr. CAHİT BAŞKÖK

Ankaranın Yenidoğan semtinde bulunan 2 Numaralı Veremle Savaş Derneği Dispanserine müracaat eden vak'alarda kadın ve çocuklar daha fazla oluyor, erkeklerin nisbeti düşük görülüyordu. Bölge dispanseri olarak çeşitli topluluklarda yaptığımız taramalarda da meşguliyetleri dolayısiyle erkeklerin kontrolları da tatmin edici olmuyordu. Her mevsimde her zaman kalabalık gördüğümüz kahvehaneleri taramak ve bölgemizin çocuk, kadın ve erkek topluluklarında sosyal ve medikal hususları sıhhatli olarak tesbit etmek istedik. Dispanser civarındaki bir kahvehanenin sabahtan akşama kadar gelen müşterilerini dispanserimize celbettik, tüberkülin denemesi, 35 mm.'-lik mikro-film taramasına tabi tuttuk, şüpheli görülen vak'alarda da lâboratuvar, klinik ve sair radyolojik kontrollarla tetkikimizi derinleştirdik. Bulgularımızı arzediyoruz:

1. Sosyal durum.

Taramaya 80 kişi gelmiş, 75 kişinin bölge sakinlerinden olduğu, 5 kişinin de bölgede misafir olduğu tesbit edilmiştir. Ekseriyeti genç ve orta yaşlı kimseler olup ekseriyetinin çalışma gücüne de sahip oldukları ve aralıklı olarak da çalıştıkları dikkatimizi çekmiştir. Bir kısmı da işini ve çocuklarını çalıştırarak kendisi kahvehanelerde oturmayı tercih edenlerdir. Meslek durumlarına göre:

Boş	Memur	İşçi	Hamal ve amele	Sanatkâr
20	6	4	25	12

Talebe	Esnaf	Garson	Arabacı
5	9	2	3

80 kişinin 11'i evvelce dispansere gelmiş, 69 kişi de yeniden gelenlerdi. 75 bölge sakininin 309 kişilik aile efradı mevcut olup mesken durumları:

Oda	Aralık	Mutbah	Bir oda nüfusu	Ev sahibi	Kiracı
102	47	8	3	26	49

Aylık vasatî gelir ve bölgede iskân durumları da:

Aile aylık vasati geliri	Şahıs başına aylık gelir	Misafir	Yeni gelen
166 lira	38 lira	5	7

1-5 sene	5-10 sene	10-20 sene	20'den fazla sene
20	9	24	15 kişidir.

2. Medikal durum.

A. Tüberkülin neticeleri:

Müsbet: 63 kişi

Menfi: 4 kişi

Tüberkülin müsbet %93,2'dir ve hepsi de bölge sakinleridir.

B. Hastalık gurupları:

Açık Tb.	Kapalı Tb.	İyileşmiş Tb.	Tb. dışı akciğer hastaları	Toraks anomali	Sağlam
1	2	5	5	1	70

Açık Tb. dispanserce evvelden tesbit edilmiş, iki kapalı Tb. ise yeniden tesbit edilmiştir. Bu neticeye göre kahvehanede: Aktif Tb. %3,5, anormal filmde %18,7 olarak bulunmuştur.

N e t i c e :

Direkt ve endirekt sirayet imkânları yüksek olması gereken kahvehanenin bir günlük taranmasında aktif Tb. %3,5 olmuştur.

Kahvehaneler çalışamayan Tb. vak'alarının meşgale ve istirahat yerleri olarak dikkati çekmektedir.

Kahvehane müşterilerini sosyal durumunda bir oda nüfusunun 3 kişi oluşu ve bir aylık şahsî gelirinde 38 lira bulunuşu yanında tüberküloz sirayetinin ehemmiyeti artmaktadır.

Bölgemizde esnaf taramasını artırmak ve 3 aylık Belediye sağlık kontrollarını dispanserle müşterek yapmak suretiyle halkın devamlı uğrak yerlerini tüberküloz sirayeti yönünden nisbeten kontrol edebileceğiz.

SUMMARY

Anti-tuberculous screening performed by the Dispensary No. 2 in a pub of the Yenidoğan district

The usual 80 customers of a pub in the Yenidoğan district were screened for tuberculosis. Tuberculine testing of 67 persons who submitted to the examination yielded positive results in 93.2% of cases.

In the same day, three cases of open tuberculosis were detected. The proportion of active tuberculosis was 3.5%, that of other pulmonary or cardiac lesins was 18%. Investigation of the social conditions and general environment revealed that most of the pub customers lived at 3 in the same room and that the average income per person was 38 T.L.

These figures are significant and show the possibilities of direct and indirect infection for the customers of that pub. We must also admit that several tuberculous patients unable to work go and spend their day in such places.

As a conclusion, the author thinks that tuberculous patients with open lesions should be hospitalized in order to insure their isolation and treatment.

RÉSUME

Activité de dépistage déployée par le dispensaire No. 2 dans un cabaret du district de Yenidoğan

Les 80 clients habituels d'un cabaret situé dans le district de Yenidoğan à Ankara, ont été soumis à un dépistage anti-tuberculeux. L'épreuve à la tuberculine pratiquée sur les 67 personnes qui se présentèrent à l'examen donna un résultat positif dans les 93.2 % des cas.

En un jour, 3 cas de tuberculose ouverte furent décelés. La proportion des de tuberculose active était de 3.5 %, celle d'autres lésions pulmonaires ou cardiaques de 18 %. La recherche portant sur le milieu et les conditions sociales des clients de ce cabaret révéla que la plupart vivaient à 3 dans une chambre et que le revenu moyen par personne était de 38 livres.

Ces chiffres sont significatifs et démontrent les possibilités d'infection directe et indirecte pour les clients de ce cabaret. Il faut considérer aussi que plusieurs tuberculeux qui setrouvent dans d'impossibilité de travailler passent leur temps dansde pareils endroits.

En conclusion, il serait nécessaire d'augmenter les possibilités d'hospitalisation des tuberculeux à lésions ouvertes afin de pourvoir àleur isolement et leur traitement.

Ankara Veremle Savaş Derneği Başkanı

Prof. Dr. Nusret Karasu

2 NUMARALI DİSPANSER YENİDOĞAN BÖLGE TARAMALARINDAN BİR MAHALLENİN TARANMASI

Dr. NEZİHE ENACAR *Dr. CAHİT BAŞKÖK*

Ankara Veremle Savaş Derneği Yenidoğan 2 nolu. Dispanseri olarak bölgemizde, okul, müessese, esnaf ve halk toplulukları olarak 1956 senesinde 8079 şahsı normal dispanser faaliyetimizin dışında taradık. Bu taramalarımızdan biri de Yenidoğanın Hayri Akmanlar mahallesi taramasıdır. Mahalle halkı tüberkülin kontroluna tabi tutulmuş, 35 mm.'lik mikrofilm kontrolundan geçirilmiş ve aile reislerine çeşitli sosyal sorular sorulmuştur. Bulgularımızı kısaca arzediyoruz:

1. Sosya durum:

Ankara'nın şimali şarkisinde bulunan Yenidoğan semtinde 1955 genel nüfus sayımına göre 103425 vatandaş vardır. Ayni semtte bulunan Hayri Akmanlar mahallesi 7500 metre karelik sahada meskenlerinin ekserisi gecekondu şeklinde ahşap ve basit evlerdir. Halkının ekserisi işçi, hademe, hizmetçi ve sanatkârdır. İktisaden sıkıntılı durumdadırlar. Şehircilik şartları gayri sıhhidir, aile hayatı basittir. Mahallede tahminen 120 hane vardır, 48 hane dispanser taramasına gelmiştir.

48 haneden 60 oda, 41 hol ve 2 mufbak vardır. Evler kerpiç, ekserisinin zemini toprak ve tavansız, loş, pis kokulu, pek azı bahçeli iptidaî meskenlerdir ve 48 hanede 244 kişi oturmaktadır ve taramamıza 213 kişi gelmiştir. Bu miktarın 37 kişisi dispansere evvelce gelmiş, 176 kişi de taramada yeniden gelmiştir. Bu husus verem savaşında taramanın ehemmiyetine dikkati çekicidir, zira halk günlük meşgalesi arasında sağlığına ciddî bir sarsıntı olmadıkça ilgi göstermemektedir.

Mahalle halkında işsiz ile, 300 lira aylık gelirli vatandaşlar vardır, kazancı meçhul olanlar da tetkikimizde aylık 150 lira gelirli olarak dikkate alınmıştır. Kira gelir ve giderleri de 7 lira ile 20 lira arasında değişmektedir, buna göre:

48 hane nüfusu	1 oda nüfusu	Şahıs başına aylık gelir	Ev sahibi	kiracı
244	4	33 lira	26 aile	22 aile

Mahalle halkının uzun zamandan beri de bölgede bulundukları dikkatimizi çekmiştir:

0-1 senelik	1-5 senelik	5-10 senelik	10 dan fazla
4 aile	10 aile	11 aile	23 aile

Mahalle halkının ekseriyetini işçi ve sanatkâr gibi dar gelirliler teşkil etmektedir:

Sanatkâr	Memur	Bekçi	Garson	Hademe	Hizmetçi
14	3	3	2	3	5

Hammal	Arabacı	Ev kadını	Talebe	Çocuk	Boş	
5	6	65	33	78	9	kişidir.

Meşguliyetlerini arzettiğimiz mahalle halkı çalışma yerleri itibariyle Ankaraya serpilmiş durumdadırlar. 7 yaşından yukarı çocuklarda okul dışında gazete bayiliği, seyyar satıcılık ve çeşitli çıraklıklarla aile geçimine iştirak etmektedir. Bu duruma göre de bölgenin izole durumu düşünülemez.

2. Medikal durum:

A. Tüberkülin neticeleri.

Yaş	0-3	3-7	7-10	11-20	21-30	31-40	41-50	50 den yukarı
+	9	22	23	37	31	26	14	9 kişi
—	28	13	9	1 kişi				
Menfî %	76	37	39	2,6	000	000	000	000

Tablo tetkik edilirse okul yaşına kadar olan çocuklardaki tüberkülin menfiliği memnuniyeti muciptir. Bu safha sokak ve ev içinde geçmektedir, okul vesair çalışma safhasında menfilik sıfıra müncer olmaktadır. Bu nokta tarama ve ziyaretin ehemmiyetini arttırmakta ve okul dışı çocuklarda B. C. G. tatbikatına çok ehemmiyet vermeği gerektirmektedir.

B. Hastalık gurupları.

	Açık Tb.	Kapalı Tb.	İyileşmiş Tb.	Tb. dışı akciğer hastaları	Sağlam
Kadın		6	5	1	135
Erkek	5	5	2	2	55
Toplam	2	11	7	3	190

Bu neticeye göre:

Açık Tb. % : 0,9, aktif Tb. % : 6,1 anormal film % : 9,4 dür.

Açık Tb. ler taramadan önce dispansere gelmişlerdir, 3 yaşına kadar olan 9 tüberkülin müsbet çocukta aktif Tb. olarak telâkki edilmiştir.

Mahallenin sosyal durumunda kısaca arzedilen hususları yanında hizmetçilerin varlıklı ailelerin yanında çalışması, aile hayatında gayri meşrû evlenmelerin çokluğu ve bu çeşit ailelerde tüberküloz olan kadın veya erkeklerin kendi haline terkedilmeleri dikkati çekmekte ve tüberküloz mücadelesini güçleştirmektedir.

N e t i c e :

1. Fakir semtlerde tüberküloz musabiyet ve sirayeti dikkati çekicidir.

2. Bu sınıf halkın dispanserlere müracaatlarını tarama ve ziyaretçi hemşirelerle arttırmak zarurîdir.

3. Okul dışı çocuklarda B. C. G. tatbikatını iyi organize etmek, bugünkü sosyal bünyemizce zarurî olmaktadır.

S U M M A R Y

S c r e e n i n g f o r t u b e r c u l o s i s p e r f o r m e d b y t h e d i s p e n s a r y N o. 2 i n a s e c t i o n o f t h e Y e n i d o ğ a n d i s t r i c t

The dispensary No. 2, depending from the Association for the Fight against tuberculosis in Ankara, has performed a screening for tuberculosis in a section of the Yenidoğan district.

Examination of social conditions showed that 4 people in the average lived in the same room and that the average income per person was 33 liras.

Detection by means of tuberculine test reaction gave negative findings in 76 % of children from O to 3 years of age. The same proportion was only 39 %in children of school age; after this period it fall sharply to zero. Among the 76 newcomers and 37 former patients (totalizing 113 subjects) the proportion of open tuberculosis was 0.9%, that of active tuberculosis 6.1% and that of abnormal radiological findings 9.4 %.

These results bring us to the conclusion that home visits and screening activities in the poorer sections of the city should be intensified and that BCG vaccination should also be extended to children who are not going to school.

RÉSUMÉ

Activité de dépistage manifestée par le dispensaire No. 2 dans un quartier du district de Yenidoğan

Le dispensaire No. 2 dépendant de la Ligue pour la Lutte anti-tuberculeuse d'Ankara, a effectué dans le district de Yenidoğan le dépistage anti-tuberculeux de tout un quartier.

L'étude des conditions sociales dans ce quartier a révélé que 4 personnes en moyenne vivaient dans une même chambre et que le revenu moyen par personne tait de 33 livres.

Le dépistage au moyen de l'epreuve à la tuberculine a donné une proportion de 76 % de résultats négatifs parmi les enfants de O à 3 ans. Cette même proportion est de 39 % pour les enfants d'âge scolaire après quoi elle tombe brusquement à zéro. Parmi les 76 nouveaux venus et les 37 anciens malades (soit au total 37 personnes), la proportion de cas de tuberculose ouverte a été de 0.9 %, celle de cas de tuberculose active 6.1 % et celle de trouvailles radiographiques anormales 9.4 %.

Ces résultats nous amènent à conclure que les visites et l'activité de dépistage dans les quartiers pauvres doivant être intensifiés et que la vaccination au BCG doit aussi s'étendre aux enfants qui ne fréquentent pas l'école.

Ankara Veremle Savaş Derneği Başkanı

Prof. Dr. Nusret Karasu

ANKARA VEREMLE SAVAŞ DERNEĞİ 2 No. lu DİSPANSERİ 7 SENELİK BÖLGE İÇİ VE BÖLGE DIŞI Tb. VAK'ALARI MUKAYESESİ

Dr. CAHİT BAŞKÖK

20/6/1950 senesinde açılan Ankara Veremle Savaş Derneği 2 No. lu dispanseri şehrin Altındağ semtindedir. 1955 nüfus sayımına göre bölgenin 103425 nüfusu vardır. Halkının ekseriyeti taşradan Ankaraya gelip yerleşmişlerdir. Meskenlerin hemen hepsi gecekondu şeklindedir. Halk işçi, amele, sanatkâr, hademe ve nadiren memurdur. Çalışabilen kadın ve kızların ekserisi işçilik ve hizmetçilik yapmaktadırlar. Sosyal durum düşüktür. Dispanserimiz arşivinde 7 senelik ilk müracaatla bu müracaatta hasta tesbit edilen ve tedavi durumuna göre gurup değiştiren vak'alarımızı tetkik ettik, bulgularımızı arzediyoruz:

Cetvelimiz tetkik edildiğinde;

1. 7 senelik ilk müracaat 23809 kişidir.

(Bu rakkama 8079 kişilik tarama ve mükerrer müracaatlar dahil değildir.)

2. 7 senelik tüberküloz tesbiti 2548 kişi %10,7'dir. Bu rakama 425 iyileşmiş tüberkülozlu ilâve edilirse 2973 Tm. musabı %12,4 nisbeti umumî müracaattaki tüberkülozluya işaret etmiş olur.

3. 2973 tüberküloz musabından 425'i iyileşmiştir, %14 bu durum dispanserimizde tüberküloz vak'alarının şifa nisbeti olarak kabul edilmelidir.

4. Bölge içi 7 senelik aktif tüberküloz vak'ası 1807 kişidir. İyileşen bölge vak'aları da 283 kişidir. Buna göre; 2097 tüberküloz musabiyetinde iyileşme nisbeti %13 olarak bulunmuş olur.

5. Dispanserimize Ankara şehrinin diğer semplerinden 451 aktif ve 114 iyileşmiş vak'a müracaat etmiş bulunmaktadır. Bunlar da bölgemize civar olan şehrin fakir semplerinden gelmektedir. Zira dispanserimiz Ankara'nın sosyal durumu iyice olan semplerine çok uzaktır. Bölge içi ve şehir bölge dışı vak'alarımızı müşterek mütalâa edersek: 2268 aktif tüberküloz vardır, 397 iyileşmiş vak'a ile 2665 tüberküloz musabında iyileşme nisbeti %14'tür. Bu nisbeti Ankara

Ankara Veremle Savaş Derneği 2 Numaralı Dispanser Bölge içi ve dışı tüberküloz vak'aları mukayesesi

(20/6/1956 - 31/10/1956)

	Dispanser Bölgesi İçi					Ankara İçi Bölge Dışı					Ankara İlçeleri					Ankara İli Dışı					Dispanserlerin Umumî Vak'aları						
	A_1	A_2	A_3	A_4	Yekûn	A_1	A_2	A_3	A_4	Yekûn	A_1	A_2	A_3	A_4	Yekûn	A_1	A_2	A_3	A_4	Yekûn	A_1	A_2	A_3	A_4	Yekûn	İlk müracaat	% Tbc.
1950 Ocak-Ek	47	60	97	29	233	9	14	18	5	46	—	—	2	5	7	1	—	—	1	2	57	74	113	40	284	1097	26
1951	41	53	87	47	228	1	11	9	2	22	—	1	1	3	6	1		3	1	3	43	66	97	52	258	3785	6,8
1952	49	19	148	40	256	15	—	29	1	45	9	—	4	4	17	3	2	3	2	10	71	21	184	47	323	4777	6,8
1953	41	17	163	10	231	26	6	41	4	77	9	6	17	5	37	9	6	6	1	22	85	35	227	20	367	5457	6,6
1954	60	21	152	11	246	34	12	70	5	121	35	12	37	7	91	19	6	18	4	47	148	58	277	21	503	5655	9
1955	62	29	138	20	249	14	6	24	11	55	9	4	11	6	30	7	3	2	1	13	82	42	175	46	347	3393	11
1956 Ocak-Ek	71	9	217	47	344	26	5	45	13	89	—	1	1	2	4	2	—	—	—	2	99	15	262	67	425	4290	10
7 Senede	361	216	1092	234	1907	125	54	232	40	451	62	24	73	32	191	42	18	29	10	99	590	336	1583	318	2826	33809	10,7
(Dispanser Bölgesi İçi) D_1	283					114					16					12					425						
(Dispanser Bölgesi dışı) D_2	425					108					22					20					575						
(Ölümler) D_3	6					4					2					—					12						
(Kalp hastalıkları) D_3	80					17					12					4					113						
(Çeşitli emrazlar) D_3	7					4					—					2					13						
7 Senelik umumî tür.	2608					708					148					157					3666					33809	15

şehrinin sosyal durumu düşük semtlerinde tüberküloz şifa nisbeti olarak kabul etmek oldukça hakikati ifade eder.

6. 1950 senesinde umumî müracaata göre tüberküloz nisbeti %26 gibi yüksekçe görülmektedir; bu netice, yeni açılan dispanserde şehir hastalarının ümit ışığı aramalarındandır. Fakat 1951'de %6,8 olan tüberküloz nisbeti son senelerde %10-11'e yükselmektedir. Her ne kadar tarama ve ziyaretle hasta tesbitini arttırdıkça da; mesken ve geçim şartlarının mücadele randımanımızı düşürdüğü sirayetin ferahlık verecek neticeye ulaşamadığı ve aktif vak'alarda şifa nisbetinin düşüklüğüne de dikkati çekmektedir. Hastalarımız antibiyotikleri çeşitli sebeplerle gayrı muntazam alabilmekte, ne bulursa yemekte, hastalığına rağmen çalışmakta ve ambulatuar tedaviye de işi fırsat verdikçe gelmektedir. Cetvelimiz tetkik edilirse; kapalı aktif vak'aların çokluğu dikkati çeker, bu netice açık vak'aların nisbî bir tedavi ile kapalı hale getirilebildiğine işaret eder ki; sosyal durumu düşük bölgede %14 şifa yanında dispanser tedavisinin sonucu olarak kabul edilmelidir.

7. Dispanser bölge dispanseri olarak çalışmaktadır. 191 tüberküloz vak'ası Ankara ilçelerinden, 99 vak'a da Ankara ili dışından müracaat etmiştir ki, her bölge dispanserinde 7 senede 290 vak'a bölge dışı olarak bulunabilir. Bu vak'aların da ekseriyeti bölgede misafir kalmakta, pek azı gelip geçici olarak dispansere uğramış bulunmaktadır. Cetvelin tetkikinden de anlaşılacağı gibi son senelerde bu müracaatlar da çok azalmıştır. Zira bölge halkına hasta misafir kabulünün tehlikeleri kısmen duyurulmuştur.

8. Halen bölgede dispanser kaydına göre 571 açık tüberküloz vardır. Ziyaretlerimizle de %60'ını bölgede daimî iskân eder bulduk. Bu vak'alarda, hastanelere yatırılmadıkça, sosyal durumlarına müzahir olunmadıkça iyi neticeler alınacağına kani değiliz.

N e t i c e :

1. Ankara Altındağ semtinde dispanser tetkiklerine göre tüberküloz şifa nisbeti %14'dür.

2. Dispanser müracaatına göre tüberküloz %'si 6.8 ile 11 arasında değişmekte ve son senelerde artmaktadır.

3. Hastaların antibiyotik tedaviye devamı gayri muntazam hayat şartları güç ve hastahaneye yatırma imkânlarımız mahduttur, ambulâtuar tedaviye devamları tatmin edici değildir.

4. Arzedilen neticeler ferdî tedaviden çok topluluk korunmasını gerektirmekte, bu cihetle B.C.G. tatbikatını arttırmağı bilhassa

okul dışı çocuklarda tatbikatı genişletmeği, tarama, ziyaret ve öğretici propogandayı genişletmeğe işaret etmektedir.

SUMMARY

Dispensary No. 2, depending from the Association for the Fight against tuberculosis, of Ankara.

Comparison between cases of tuberculosis detected during a period of seven years within the district and outside it.

The dispensary no. 2, depending from the Association for the Fight against tuberculosis of Ankara, and working in the Altındağ district (the social level of which is rather low), has completed during the period extending from June 20, 1950 to October 31, 1956, 23809 primary examinations. According to the archives of the dispensary, 2973 cases of tuberculosis have been detected. 10.7% of these are still in active state. There have been 425 cures (14%). The dispensary works as a regional instutituon only and 1087 of these cases belong to its district. In the poorer districts neighbouring Ankara, 565 cases of tuberculosis have been detected during the same period. Among the whole poor population of Ankara, the number of tuberculosis cases is 2665; 397 of these (14%) have been cured. According to our findings, mortality from tuberculosis has increased during the last years. It is true that screening activities and home visits have a beneficiary effect, but poor social conditions and lack of continuity in the treatment of some cases of active tuberculosis constitute so many negative factors which lower the proportion of successes.

The authors conclude that in the poorer districts, individual treatment must also be completed by other measures such as BCG vaccination. The number of early diagnoses increases with screening activities and prastical advice about prophylaxis and treatment should be given during home visits. In the above mentionned district, 571 cases of open tuberculosis have been detected and 60% of them have a permanent housing in our district.

RÉSUMÉ

Dispensaire No. 2 dépendant de la Ligue pour la Lutte Antituberculeuse d'Ankara: Comparaison des cas de tuberculose dépistés pendant une période de 7 ans dans le district d'Altındağ et ceux dépistés en dehors de ce district.

Le dispensaire No. 2 dépendant de la Ligue pour la Lutte Anti-tuberculeuse d'Ankara déploie son activité dans la région d'Altındağ, à niveau social assez bas. Ce dispensaire a effectué du 20 juin 1950 au 31 octobre 1956, 23809 examens primaires. D'après les archives du dispensaire, 2973 cas de tuberculose ont pu être décelés. Les 10.7% de ces cas sont encore en état d'activité. Il y a eu 425 guérisons (soit une proportion de 14%). Le dispensaire travaille en tant qu'institutions régionale. 1087 de ces cas relèvent de son district. Dans les autres districts pauvres avoisinant Ankara, 565 cas de tuberculose ont été décéles au cours de la même période. Dans toute la population pauvre d'Ankara, le nombre de cas de tuberculose s'élève à 2665 dont les 14% (soit 397) ont complètement guéri. D'après nos recherches, la morbidité par tuberculose a augmenté au cours de ces dernières années. Bien que les activités de dépistage et les visites au domicile des malades aient un effet bienfaisant, les conditions sociales et le traitement incertain des cas de tuberculose active constituent autant de facteurs négatifs qui abaissent le rendement.

En conclusion nous trouvons que dans les quartiers pauvres, le traitement des cas individuels est loin de régler le problème. Il faudrait en outre que plus d'importance soit accordée à la vaccination par le BCG, que le nombre des diagnostics précoces augmente grâce au dépistage et que des conseils pratiques de prophylaxie et de traitement spoient donnés au cours de ces visites. En effet, nous avons dans notre district l'existence de 571 cas de tuberculose ouverte dont les 60% sont domiciliés de façon permanente dans notre district.

Ankara Veremle Savaş Derneği Başkanı
Prof. Dr. Nusret Karasu

ANKARA VEREMLE SAVAŞ DERNEĞİ 3 No. lu DİSPANSERİ 5 SENELİK BÖLGE İÇİ VE BÖLGE DIŞI Tb. VAK'ALARI MUKAYESESİ

Dr. NEZİHE ENACAR, Dr. CAHİT BAŞKÖK,
Dr. BEHİÇ YÜCEL

Ankara Veremle Savaş Derneği 3 No. lu dispanseri, Ankara Nümune Hastahanesi civarındadır. Dispanserler bölge taksimatına göre de, Ankara'nın sosyal durumu iyice olan Yenişehir - Cebeci - Maltepe sempleri ile orta halli halk tabakasının oturduğu şehrin Samanpazarı, Hamamönü kısımlarını hududu içine almaktadır. Ayrıca Ankara Tıp Fakültesi Fitiziyoloji Kliniği Dispanseri hüviyetini de taşıdığından, bu hüviyeti içinde resmî müracaatları cevaplandırmakta ve Ankara Fakültelerine giren talebelerin kontrollerini yapmaktadır.

8/2/1952 de açılan dispanserimizin 31/10/1956 ya kadar 5 senelik ilk müracaatları ve bu müracaatlarda hasta tesbit edilenleri arşivimizden tetkik ettik. Neticeleri arzediyoruz:

1. 5 senelik dispansere ilk müracaat: 15865 kişi,

2. 5 senelik dispanser bölgesi içi müracaat: 3277 kişi,

3. Umumî müracaata göre bölge içi müracaatı: %20,6 dır.

4. Hastalık gruplarına işaret eden cetvelimiz tetkik edildiğinde:

a. 3277 bölge içi müracaatta: 527 Tb.: %16 ve 633 bölge içi anormal film %19,

b. 12588 bölge dışı müracaatta: 3812 Tb.: %30 ve 4183 bölge dışı anormal film %34.

c. 15865 umumî dispanser ilk müracaatta: 4339 Tb.: %27 ve 4816 umumî anormal film %30,

d. 15865 umumî müracaatın 527 si bölge içi Tb. dir, bölge dışı Ankara içi müracaatta 1233 Tb. dir. Buna göre 1760 Tb. yani dispanser Tb. vak'asının %40,5'i Ankara şehri içindedir.

e. Bölge içi ve bölge dışı Ankara içi müracaatlarımız tetkik edilirse: 5 senelik müracaata göre dispansere müracaat artışı yanında,

tüberküloz vak'ası artıyorsa da mücadele yorgunluğunu gidercecek, senelerin tüberküloz azalışı görülmemektedir. Bilhassa artış dikkati çekmektedir.

f. Ankara dışı müracaatlarda 1954'den itibaren artış daha fazladır, bunun sebebi de:

1. Ankara Nümune Hastanesi poliklinik vak'ası 3 No. lı dispansere gönderilmeğe başlanmıştır.

2. Fakülte dispanseri oluşu ile fakülteye giriş kontrolleri ve resmî tetkikler başlamıştır.

3. Serbest hekimler ve resmî müesseselerce dispanser bölgesi dikkate alınmadan dispanserimize sevkler artmıştır.

4. Ankara Atatürk Sanatoryumunun açılışı ile Ankarada veremli yatağının artışı taşra müracaatlarını arttırmıştır.

5. Dispanser bölge dispanseri hizmetini genişletememiş, poliklinik olarak çalışmak mecburiyetinde kalmış, bölge çalışmasını arttırıcı propoganda, tarama ve hasta ziyaretini yapamamıştır. Ayrıca da bölge Ankara'nın sosyal durumu en iyi semtlerinden olduğundan, dispansere müracaattan çekinilmekte ve küçümsenmektedir.

g. Dispansere umumî müracaatta tüberküloz nisbetinin yüksek oluşu Ankara şehri için ciddî görülmektedir. Zira Ankara bugünkü hali ile; kesif mesken sistemini ihtiva etmekte, şehir vak'alarının yayılma imkânı artmakta, hariçten gelen vak'aların evlerde misafirlikleri veya mahdut bölgede toplanan han, otel, lokanta ve kahvelelerin tüberkülozlulara günlerce meskenliği çok düşündürücü olmaktadır ve nihayet bu arzedilen neticeler, Ankara Veremle Savaş Derneğinin 5 dispanserinden birine aittir. Diğer dispanserlerden faaliyeti çok daha fazla olanları vardır, öyle ise Ankaranın sağlık tesisleri arttıkça taşra hastalarının hücumu artacak; Ankara sinesini biçarelere açarken, sakinlerini de incitecektir.

N e t i c e :

1. Dispanser müracaatına göre bölge içi ve bölge dışı tüberküloz vak'alarında artış vardır.

2. Taşra tüberküloz vak'alarının Ankaraya gelişleri her sene artmaktadır.

3. Bugünkü tedavi imkânlarına rağmen tüberkülozluları muhitlerinden tecrit kısa süreli olmakta, bilâkis gayrı muntazam alınan antibiyotiklerle azalan toksik durumu cemiyette tüberkülozluların serbestisine pasaport hizmeti görmektedir.

Ankara Veremle Savaş Derneği 3 No. lı Dispanseri 5 senelik tüberkiloz müracaatı hastalık gurupları

	Ankara Dispanser Bölgesi İçi					Ankara İçi Dispanser Bölgesi Dışı					Ankara İçi					Ankara İli Dışı					Dispanserlerin Umumi Vak'aları					Senelik ilk müracaat	% Th.
	A_3 Ant. Th.	A_2 Pneum. ref. Th.	A_2 Kapal. Th.	A_1 Ant. den Th.	Yeniden müracaat	A_1	A_2	A_3	A_4	Yeniden	A_1	A_2	A_3	A_4	Yeniden	A_1	A_2	A_3	A_4	Yeniden	A_1	A_2	A_3	A_4	Yeniden		
1952 Ce ayık	28	15	25	9	77	75	39	61	27	202	41	11	7	2	61	40	13	13	9	75	184	78	106	47	415	1760	23
1953	18	23	67	11	134	39	60	127	25	251	35	27	21	12	95	19	21	18	11	68	111	146	233	59	549	2256	24
1954	14	26	43	12	95	73	80	137	24	314	171	116	79	16	382	284	149	69	58	560	542	371	348	110	1371	3915	35
1955	34	45	60	15	154	83	72	72	32	259	158	78	39	39	314	298	113	45	66	493	544	303	216	152	1220	4740	27
1956 Ce ayık	20	8	34	5	67	62	45	69	11	217	96	36	36	12	170	203	59	43	20	390	381	138	217	48	784	3182	24
5 Senelik	114	132	229	52	527	332	296	496	119	1238	601	258	182	81	1022	815	355	313	164	1547	1762	1041	1120	410	4939	15865	27
(Senelik iyileşmiş Th.) B					47	46					10					12					117						
(Th. dışı sic. Th.) D_2					44	75					49					97					265						
(Tüberkülin) D_2					0	11					13					34					67						
(Kalp hst.) D_3					3	2					9					6					20						
(Tüberkülozsuz) B					3	1					2					2					8						
5 senelik umumi tlm.					633	1370					1105					1898					4846					15865	30

4. Bu durumda B.C.G. tatbikatını genişletmek, bilhassa Ankara'da okul dışı çocuklarda bu sahayı iyi organize etmek gerekmektedir.

5. Dispanserlerin bölge çalışmasını çok ciddî olarak genişletmesi, dispanserler arasında vesair sağlık tesisleri arasında vak'a ihbarı ve B.C.G. tatbikatında feragatli işbirliği gerekir.

6. Topluluk taramaları ve hasta ziyaretleri teknik vesair güçlükleri acele izale ederek artırmalı, veremle savaş propagandasını her çeşit halkın sosyal ve kültürel bünyesine uygun genişletmelidir.

7. Şehir açık vak'alarının yatak imkânları ayrıca dikkate alınmalı, hastaların takipleri, maddi ve mânevi ihtiyaçlarına yardımlar arttırılmalıdır.

SUMMARY

Dispensary No. 3, depending from the Association for Fight against tuberculosis of Ankara.

Comparison between cases of tuberculosis detected during a five-year period in our district and outside the district.

Oour dispensary works in the Yenişehir, Cebeci, Maltepe, Şamanpazarı and Hamammnü district which are of a relatively higher social level. Between February 2, 1952 and October 31, 1956, 15865 persons applied to the dispensary for an examination. 4338 cases of tuberculosis were detected among them (27%).

3277 patients living in the above mentionned districts came for an examination. 527 cases of tuberculosis (16%) were detected among them. Among patients coming from the interior of Ankara 1760 cases were detected (40%). 12.588 persons not belonging to our districts applied for an examination. Among them 3812 cases of tuberculosis were detected.

The absolute number of cases of tuberculosis rises each year together with the number of examinations. However, morbidity rates are comparatively lower. Patients from the interior of the country come each year in masses to Ankara and this constitutes a serious threat of contagion for the city. The treatment of tuberculosis cases detected by the dispensary does not yield the expected results. Whe should therefore increase the collective screening activities, home visits and especially vaccinate more extensively children with BCG.

RÉSUMÉ

Dispensaire No. 3 dépendant de la Ligue pour la Lutte anti-tuberculeuse d'Ankara.

Comparaison des cas de tuberculose dépistés pendant une période de 5 ans dans notre district et ceux dépistés en dehors de celui-ci.

Notre dispensaire travaille dans certains districts d'Ankara, à niveau social relativement élevé, tels que: Yenişehir, Cebeci, Maltepe, Samanpazarı, Hamamönü.

Du 8 février 1952 au 31 octobre 1956 le nombre de personnes qui se sont adressées au dispensaire pour un examen médical s'élève à 15865. 4339 tuberculeux ont été dépistés parmi eux. (soit une proportion de 27%).

Le nombrbe de demandes d'examen relevant du district en question est de 3277. Parmi ces personnes 527 tuberculeux (soit 16% furent décelés).

1760 tuberculeux ont été dépistés dans les districts situés à l'intérieur d'Ankara (40%). Les examens médicaux de personnes ne relevant pas de notre district sont au nombre de 12588. Parmi ces derniers, 3812 cas de tuberculose (soit une proportion de 30%) ont été dépistés.

Bien que le nombre de cas de tuberculose enregistrés pendanst une année augmente avec le nombre d'examents, la proportion de cas diminue. Les malades de province affluent chaque année davantage à Ankara et ceci constitue une cause sérieuse de contagion pour la ville. Le traitement des cas de tuberculose dépistés par le dispensaire ne donne pas le rendement espéré. Par censéquent, il importe de multiplier les dépistages collectifs, les visites aux malades et surtout d'étendre davantage la vaccination des enfants au BCG.

DÖRDÜNCÜ CELSE

İSTANBUL VEREM SAVAŞ DERNEĞİNİN ERENKÖY AERYUMU

Dr. TEVFİK İSMAİL GÖKÇE *Dr. BÜLENT ÇİNTAN*

İstanbul Verem Savaşı Derneği dispanserleri, çalışma sahalarındaki, veremlilere ait ev ziyaretlerinde veremli aileler içersinde ve çok fena içtimaî ve iktisadî şartlar içinde yaşıyan 6000'i mütecaviz çocuk tesbit etmiştir.

Bu çocukların herhangi bir şekilde enfekte muhitten devamlı olarak ayrılmaları imkânı olmadığından mutad olarak aile içinde büyük bulaşma ihtimallerini kısmen olsun önleyecek tavsiyeler yapılmakta ve tedbirler alınmasına çalışılmakta idi.

İstanbul Verem Savaş Derneği istikbalin veremlileri olmaya namzet olan bu çocukların mukavemetlerini arttırmak suretiyle bir dereceye kadar hastalığa karşı koymalarını temin etmeği düşünmüş, bu maksatla çok muhtaç vaziyette bulunan ailelerin ilk mektep yaşındaki çocuklarını bir müddet, iki ay kadar, enfekte muhitten ayırmak, açık ve temiz havada bulundurarak kuvvetli gıda almalarını temin etmek üzere yazın bunlar için bir açık hava kampı kurmağa karar vermiş ve teşebbüse geçmiştir.

1953 senesi 15 Haziranında Erenköy sanatoryumu bitişiğinde derneğin malı olan çamlıkta Kızılaydan bedelsiz olarak tedarik edilen 3 çadırla bugünkü aeryumun ilk nüvesi kurulmuştur.

Çadırların biri kız, diğeri erkek çocuklara yatakhane olarak tahsis edilmiştir.

Sümmettedarik çadırda ve mahdut vesait ile tesis edilen bu açık hava kampının verdiği çok iyi neticeler bunun daha esaslı bir şekle sokulmasını zarurî kılmış ve yine aynı çamlık içinde kız ve erkek çocuklara mahsus 25'er yataklık iki yatakhane ile bir hemşire, bir revir ve bir de malzeme odasını ihtiva eden ve önünde balkonu bulunan bir çelik pavyon yapılarak 1954 senesinden itibaren çalış-

ması temin edilmiştir. Bu seneden itibaren aeryuma yatırılacak çocuklara 3-6 yaşındakiler de katılmıştır.

Büyük ihtiyaç karşısında bu binanın da kâfi gelmiyeceğini gören dernek, hem yatak sayısını arttırmak ve hem de yaz aylarında çalışan aeryumu bütün sene devam ettirmek üzere mevcut paviyona mütenazır ve 3-6 yaşındaki çocuklara mahsus 75 kişilik çelik bir pavyon ile bu iki pavyon arasına, yemekhane ve banyo dairelerini, muhtelif servis yerlerini ve kaloriferi ihtiva eden bir bina yaptırmağa karar vermiş, 1955 senesinde başlanılan bu inşaat halen bitmiş bulunmaktadır. Teçhiz edilerek 1957 başından itibaren faaliyete geçecektir.

Böylece, şimdiye kadar yazın iki devrede olmak üzere, bir senede azamî 97 çocuğu alacak kabiliyette olan kapasite 600'e ulaşacaktır.

Aynı zamanda aeryumun çalışmaları devamlı bir şekil alacağından bir kısmı ilk mektep talebisi olan çocukların haklarını kaybetmemeleri için Maarif Müdürlüğü ile temasa geçilmiş ve Maarif Müdürlüğü buraya hoca vererek, derslerin takip edilmesini, bu suretle çocukların tahsillerinin inkitaa uğramamasını, temin etmeyi kabul etmiştir.

Erenköy aeryumunun plânı aşağıdadır.

Aeryumun teşkilâtı ve açıldığı günden 1956 senesi sonuna kadar faaliyeti atide zikredilmiştir:

Aeryuma alınan çocuklarda aranan şartlar:

1. Zayıflama, ateş ve akciğerlerinde lezyon bulunmayan, tüberkülin testi müsbet olan çocuklar,

2. Mikroplu muhitte yaşıyan medikal veya şirurjikal bir hastalık geçirmiş, uzun bir nekahat devresi icap ettiren çocuklar,

3. Tüberküloz hastalığı ile alâkası olmıyan, genel durumu iyi olmayan ve tüberküloz sekeli bulunan çocuklar,

4. Tüberkülin reaksiyonları ne olursa olsun, ailelerinden ayırarak tüberküloza karşı korunmaları lüzumlu olan çocuklar.

Medikal noktayı nazarından bu şekilde seçilen çocuklar arasından sosyal durumları müsait olmıyanlar aeryuma alınmışlardır. İyi durumlu aileler paralı olan kamplardan, okul çağında olanlar ise Maarifin kamplarından istifade edebilecekleri için Erenköy aeryumu yalnızca fakir aile çocuklarına açık tutulmuştur.

Çocukların seçilmesi ve aeryuma kabul edilmeleri:

Çocuklar İstanbulda mevcut verem savaşı dispanserleri tarafından namzet olarak seçilmiş ve Taksim dispanserinde son bir defa daha tetkik edildikten ve sarî bir hastalıkları olmadığı anlaşıldıktan sonra aeryuma gönderilmektedirler. Aeryuma her kabul edilen çocuk için, bir tarafı ailenin medikal ve sosyal durumu için hazırlanmış diğer tarafı çocuğun kendi medikal durumuna ve üçüncü bir sayfası da aeryumdaki durum ve hâdiselere ayrılmış olan, fişler doldurulmuştur. Her çocuk aeryuma alındığı gün ve birer ay fasılalarla muayeneye tâbi tutulmuştur.

Fişler iki nüsha olarak doldurulmakta ve biri dispanserde, diğeri ise aeryumda muhafaza edilmektedir.

Aeryum personeli:

Çocukların kendi işlerini görmeleri, kendi işlerini göremiyecek kadar küçüklerin işlerinin daha büyükler tarafından temin edilmesi bir terbiye prensibi olarak kabul edilmiştir. Bu sebeple aşağıda yazıldığı gibi az bir personelle işleri görmek mümkün olmuştur:

1 Hekim
1 Hemşire
2 Sürveyan
4 Hademe

Bu personel aeryumun çalışmasını mükemmelen ve muntazam bir surette yürütmeğe kâfi gelmiştir.

Aeryumda günlük program:

7	Kalkma
7,15- 7,30	Beden hareketleri
7,30- 8,00	Tuvalet
8,00- 8,30	Kahvaltı
8,30- 9,00	Yatakların düzeltilmesi
9,00- 9,30	Serbest oyun saati
9,30-10,30	Toplu olarak oyunlar veya kitap okuma
10,30-12,00	Yatarak istirahat
12,00-12,30	Öğle yemeği hazırlığı
12,30-13,15	Öğle yemeği
13,15-14,00	Serbest oyun saati
14,00-16,00	Kür saati
16,00-16,30	Hazırlanma
16,30-17,00	Akşam kahvaltısı
17,00-18,00	Toplu oyunlar
18,00-19,00	Akşam tuvaleti
19,00-20,00	Akşam yemeği
20,00-21,00	Gece toplantısı, hikâyeler ve sinema
21,00	Yatma

Faaliyetler:

Aeryumda çocukların eğlenceli gün geçirmelerini temin etmek için her türlü vasıtadan istifade edilmektedir. Bu arada vücut temiz-

liği günlük temizliğe ilâveten haftada iki defa banyo yaptırılarak temin edilmektedir. Çamaşırlar, bilhassa ufak olanları, bizzat gurup halinde çocuklara eğlenceli bir surette yıkattırılmış, sökükler diktirilmiştir. Kendi işlerini görürken çocuklar bunlardan ileri derecede zevk almaktadırlar.

Halk sağlığı eğitimi bakımından kısa ve çocukların anlıyabileceği şekilde konuşmalar yapılarak çocuklar tenvir edilmişlerdir.

Fasılalar ile sinema oynatılmış, civardaki kamplara ziyaretler tertip edilmiş ve diğer kampların ziyaretleri kabul edilmiştir.

Kabiliyetli ve zevk sahibi olan aeryum hemşiresi çocuklara, bilhassa kabiliyeti görülenlere, çiniler üzerine, kontrplâk üzerine muhtelif resimler yapma ve boyama, Türk motiflerini çizmeleri öğretmiş ve çocukların arasında bu gibi işleri gayet iyi bir şekilde başaranlar görülmüştür.

	Çocuk sayısı
1953 senesinde	56
1954 »	74
1955 »	87
1956 »	97

çocuk kampa kabul edilmiştir.

Çocukların, aeryumda kaldıkları müddet bir ilâ 4 ay arasında değişmektedir. Bu müddet, çocuğun girişteki durumu ile aeryumda kaldığı müddet zarfında gösterdiği tıbbî durumuna göre ayarlanmıştır.

Çocukların yaşları 3 ilâ 14 arasında olup ailelerin durumu şu şekilde hülâsa edilebilir:

A_1 ile temasta olan çocuklar,				3	sene	toplamı	128 (*)
A_3 »	»	»	»	3	»	»	75
B_1 »	»	»	»	3	»	»	27
				3	»	»	30

Sosyal duruma göre:

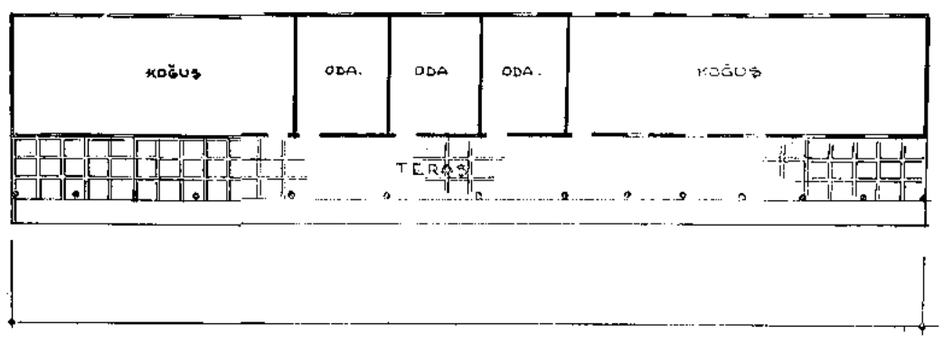
Çok fakir aile çocuğu üç sene toplamı	195
Fakir veya orta durumda aile çocuğu üç sene toplamı	52
İyice durumda olan	13

(*)

A_1 Basili müsbet olan hasta.

A Basil menfi olmakla beraber zaman zaman basil çıkarması ihtimali olan hastalar.

B Her bakımdan hastalığı durmuş olanlar.



Çocukların medikal durumları	1955	1956	Toplam
Normal	17	32	49
Sağ hilüste adenopati sekeli	15	12	27
Sol » » »	3	3	6
Her iki » » »	48	42	90
Sağda perihiler enfiltrasyon	1	4	5
Sağda sisurit	1	1	2
» parahiler enfiltrasyon	3	—	3
Her iki hilüste adenopati ve eritama nodozum	1	—	1
Paratrakeal adenopati sekeli		2	2
Sağda pakiplörit	—	1	1

Giriş muayenelerine göre tasnif edilmiş bu gurup içersinde perihiler ve parahiler enfiltrasyonları olanlar prevantoryumlara yatırılmışlardır.

Çocukların tartı durumları	1954	1955	1956	Toplam
500 gram kazanan	—	8	2	10
1000 » »	5	10	13	28
1500 » »	10	11	8	29
2000 » »	9	10	23	42
2500 » »	18	18	12	48
3000 » »	9	8	19	36
3500 » »	7	9	6	22
4000 » »	6	3	4	13
4500 » »	5	4	6	15
5000 » »	3	3	1	7
5500 » »	1	5	3	9
6500 » »	1	—	—	1

1953 senesinde kampa iştirak eden 56 çocuktan hepsi kilo kazanmışlardır.

M a l i y e t

1953 senesinde bir çocuğun günlük masrafı 267 kuruş
1954 » » » » » 424 »
1955 » » » » » 876 »
1956 » » » » » 743 » olarak hesaplanmıştır.

Aeryumda, hariçte çocukların durumları:

Aeryumdayken çocukların, bilâ istisna hepsi kilo almış ve ahvali umumiyeleri ile neşvünemalarında bir gelişme ve kalkınma görülmüştür. Çocuklar, aeryumdan çıktıktan sonra, dispanserlerce takibedilmişler ve o sene içersinde, gene kendi evlerine dönen çocuk-

lar, daha evvelki senelere nazaran, tıbbî durumları itibariyle, daha müsait bir durumda oldukları ve okula gidenlerde de daha iyi intibak ve tekâmül kaydedilmiştir.

İstikbal:

Aeryum teşkilâtı genişletilerek kalorifer tesisatı ilâve edilmiş olan binada, aeryum bütün sene faaliyete devam edecektir. Çelik pavyonlardan bir tanesi 6-14 yaş arasında 50 çocuğa, diğeri 3 - 6 yaş arasında 75 çocuğa tahsis edilecektir. Çocuklar arasında, durumları uzun müddet aeryumda kalmaları icabeder, bir sene dahi olsa alıkonularak istifade imkânları verilecek ve ailelerindeki tüberküloz kontrol altına alındıktan sonra ailelere iade edilecektir.

Erenköydeki bu aeryumdan başka 1955 senesinden itibaren Şehremini dispanseri, mıntakasından topladığı yardım ile, Maarifin Kâğıthane Alibey köyündeki yatılı ilkokulun tatilinden istifade ederek mezkûr dispanserin sahasındaki çocuklar için bir yaz kampı ile, 1956 senesinde Taksim dispanseri Sosyal Yardım Komitesi tarafından Göztepe yatılı okulunda, Taksim dispanseri için ikinci bir yaz kampı açılmıştır. Bu iki kampın idare masrafına dernek %25-50 nisbetinde yardım yapmıştır. Bu kamplar hakkında ayrı bir tebliğde izahat verileceğinden burada tafsilinden sarfınazar edilmiştir.

Bu maruzatımızdan anlaşılacağı gibi kısa maziye sahibolmakla berber aeryum ve yaz kamplarının, medikal ve sosyal, büyük faydalar temin etmekte olduğu aşikârdır. Bu sebeple veremle mücadele organizasyonunda oynayacakları mühim rol gözönüne alınarak keyfiyet yüksek huzurlarına arzedilmiştir.

SUMMARY

Activity of the Aerium of Erenköy, working under the auspices of the Association for Fight against tuberculosis

The Aerium of Erenköy was founded in 1953 and is active during the summer months. Its activities are reviewed and the medical and social importance of aeria and summer camps are stressed.

RÉSUMÉ

Activité de l'aerium d'Erenköy, dépendant de la Ligue pour la Lutte anti-tuberculeuse d'Istanbul

L'aerium d'Erenköy fondé en 1953, manifeste son activité durant la belle saison. Après avoir exposé en détails les rsultats obtenus, l'auteur souligne l'importance médicale et sociale des aeria et colonies de vacances.

Heybeliada Sanatoryumu
Başhekim
Dr. Zülfü Sami Özgen

TÜBERKÜLOZ MÜCADELESİNDE SANATORYUMLARIN ROLÜ

Dr. ZÜLFÜ SAMİ ÖZGEN *Dr. BERHAN TOSUNER*

Dispanserden başlayarak, verem hastahanesi, sanatoryum, prevantoryum ve rehabilitasyon merkezlerini ihtva etmek suretiyle teşekkül eden verem mücadele tesisleri halkası arasında sanatoryumların randımanlı olabilmeleri, ancak kuruluş ve işleyişlerindeki hususiyete uygun evsafta hastaları kabul etmeleri ile mümkün olabilmektedir. Nitekim, dispanser hastasının verem hastahanesine veya bu hastahaneye kabulü icabeden bir vak'anın sanatoryuma ve bu arada basil çıkaran açık bir tüberkülozlunun prevantoryuma yatırılması, bu mücdele sisteminden beklenen faydayı tabiatiyle temin edemiyecektir.

Bu münasebetle kongremizin en aktüel mediko-sosyal mevzuu olan verem mücadelesinin esaslı seksiyonlarından birini teşkil eden dispanser faaliyetinin verem hastahaneleri ile takviye ve itmam edilememesi ve bu hastahanelerin de sanatoryum ve prevantoryumlarla nihayet rehabilitasyon merkezlerine bağlanamaması ve her tesisin uhdesine düşen rolü ifa edemiyerek, birinin vazifesinin diğerine tahmil edilmesi mecburiyeti ile karşılaşılması, sosyal ve tamamiyle bulaşıcı bir hastalık olan tüberkülozla yapılan mücadeleden beklenilen randımanı elde edememekliğimizin ana sebebini teşkil edecektir.

Bugüne kadar yapılmakta olan, muvaffak verem mücadelesi sayesinde tüberkülozdan ölüm nisbeti her ne kadar düşmekte ise de morbiditenin el'an memnuniyetimizi mucibolmayacak ısrarlı rakamlardaki seviyesini muhafaza etmesi, kanaatimizce mücadele dâvasının belkemiği demek olan tecrit ve binnetice bulaşma probleminin halledilememiş olmasından ileri geldiği düşüncesindeyiz.

1951, 1952, 1953 senelerinde Heybeliada Sanatoryumuda tedaviye alınmış 5930 vak'a üzerinde çıkarılan istatistiğe göre hastaların sanatoryumdaki vasati ikamet müddetleri 72,3 günden ibarettir. Bu müddete on beş günlük âcil tedavi için yatırılmış hastalar dahil edilmiştir (Cetvel 1). Yine aynı istatistiğe göre bu miktar hastanın muvaffak sanatoryal tedavileri ile tartılarında %65,9 artma, %16

azalma, müşahede edilmiştir. %7 hastada da bir değişme vukua gelmemiştir (Cetvel 2).

Bu miktar hastanın kan çökmelerinde de lehte bir inkişaf kaydedilerek %43 azalma, %20 artma görülmüş, %28 hastada da bir değişme vukua gelmemiştir (Cetvel 2). Keza bu üç yılın salâh yüzdesi de şöyledir: Salâh %78, halile %18, vefat %2,4, şifa %0,7, fenalaşma %0,2.

Bu müsait neticelere mukabil müessesemizi terkeden hastaların %41'inin kraşasında basil müsbettir. %14 hastanın giriş ve çıkışında basil menfi, %33 hastada da girerken müsbet, çıkarken menfidir.

Şu istatistiğin tetkikinden de anlaşılacağı üzere evvelemirde sanatoryumların muvaffak bir çalışmaya vasıl olabilmeleri için 72,3 günlük vasatî tedavi süresinin azlığı ve çıkışta basili müsbet hastaların %41'i teşkil etmesinin beklenilen neticeyi vermemekte olduğu kendiliğinde nortaya çıkmaktadır. Haktikat halde sanatoryumlar dispanser ve verem hastahanesi halkasından geçmiş hastaları kabul ederek basilin menfi olması bakımından hemen hemen son sözün söylenmesi icabeden ve verem mücadelesinin nihaî sahifelerinin kapanacağı ve artık nekahatin geçirileceği prevantoryumlarla, müstehlik durumdan müstahsil vaziyete geçme fırsatını vermek suretiyle yeniden hayata namzet, rehabilitasyon tesislerinin materyelini hazırlayan müesseseler olarak çalışmalıdırlar.

Temenni olunan bu mes'ut neticenin idrak edilmemesinin mühim sebepleri olarak diyebiliriz ki dispanser ve verem hastahanelerinin hastaları, mecburi şartlar dolayısiyle sanatoryumlarda yer bulmakta ve dispanserle sanatoryum arasında köprü olarak bulunması icabeden verem hastanelerinin yatakları kifayet etmemektedir. Nitekim bu zaruretin ifadesi olarak sanatoryumlarımız kısa süreli ambulatuvar tedavi tatbik etmek mecburiyetinde kalmakta ve bu arada kısmen de bir tecrit müessesesi olarak çalışmak zaruretinde bulunmaktadır.

Tarama yaparak veremlilerin tesbiti, B. C. G. tatbikatı, ziyaretçi hemşire teşkilâtı gibi pek değerli çalışma mevzularını nefislerinde toplayan dispanserlerimizin, mücadelenin en mühim icaplarından biri olan tecrit keyfiyetini temin edemeyişi, verem hastanelerinin adetlerinin çoğaltılması bakımından kat'î bir zaruret ifade etmektedir.

İşte bu dâvanın inançlı neticesi olarak hükümetimiz pek isabetli kararlar almak suretiyle bilhassa son senelerde verem yataklarını artırmış bulunmaktadır. Halen Vekâletimize ait 2, diğer vekâletlere ait 1, İşçi Sigortalarına ait 1, P.T.T.'ye ait 1, yarı resmî teşekküllere (derneklere) ait 1, hususî sanatoryumda mevcut 1871 adet yatakla, Ve-

Sene	Yatma günü	Hasta sayısı	% Nisbeti
1951	162489	2314	70,21
1952	154253	2092	73,73
1953	165582	2355	73,11

Cetvel I. Yatma günü vasatisi

Tartısı	artan hasta	4388	%65,9
	azalan »	1109	%16
	değişmiyen hasta	479	% 7
Sedimentasyon	azalan »	2894	%43
	artan »	1346	%20
	değişmiyen hasta	1873	%28
Basili	giriş ve çıkışta (—) olan hasta	938	%14
	(çıkışta (+) olan hasta	2752	%41
	çkşta (—) olan hasta	2240	%33

Cetvel II. 1951, 52, 53 senelerine ait tartı, sedimantasyon ve basil durumları.

kâletimizin 20 adet göğüs hastalıkları hastanesinde mevcut 4027 ve devlet nümune hastanelerine bağlı göğüs hastalıkları pavyon ve servislerindeki 2325 yatak - ki cem'an 8223 yatak - eski yıllara nazaran büyük bir yekûn tutmaktadır.

Diğer taraftan Vekâletimize ait 43, derneklere ait 49 dispanser - ki cem'an 92 dispanser de - mevcudiyetinden pek fazla istifade ettiğimiz ve verem mücadelesinin temeli demek olan en verimli ve esaslı şayanı şükran çalışmaları nefislerinde cemetmiş bulunmaktadırlar.

Mevcut verem hastanelerinin dispanserlere nazaran aşikâr olan azlığı acaba yapılmakta olan verem mücadelesini beklenilen tam muvaffakıyete ulaştırabilecek midir? Bir başka tabirle açılan ve açılacak olan dispanserler adedine muvazi bir tempo ile verem hastaneleri küşat edilmediği takdirde başarıya ulaşmak mümkün müdür?

Sanatoryumumuzun üç senelik istatistiklerinden elde ettiğimiz neticelerde vasatî 73 günlük tedavi süresi içerisinde hastalarımızın kilo ve sedimentasyonlarındaki müsait netice yanında basilin kaybolmayışı keyfiyetini, kendilerini lüzumu kadar tedavimiz altında tutamamaklığımıza atfetmekteyiz.

Diğer taraftan yine istatistiklerimizden aldığımız neticeye göre bazı hastalar muhtelif verem hastane ve sanatoryumlarında fasılalı olarak iki, üç ve hattâ yedi defa yatmış bulunmaktadırlar. Bu mütekatti tedavi şeklinin de randıman alınmaması üzerinde müessir bulunduğunu itiraf etmek icabeder. İşte bu zaruretler cümlesinden olarak tüberküloz hastalarının, hastalıklarının mütehavvil devrelerinin icaplarına göre verem hastanesi, sanatoryum veya prevantoryumlarda zamanında icabı kadar yatırılarak tedaviye alınmaları gerekmektedir.

Halbuki bugün tatbikatta tecrit mevzuu ekseri ahvalde sanatoryumlara düşmekte ve bu yüzden beklenen randıman elde edilememektedir. Binaenaleyh dispanseri müteakip bu teşekkülle sanatoryum arasında bilhassa tecrit problemini uhdesinde toplayacak olan verem hastanelerinin miktarının artırılması kat'î bir ihtiyacın ifadesidir. Ancak bu takdirde sanatoryumların yükü hafifleyecek, kalifiye hastalar basilleri menfi olup tam salâha kavuşuncaya kadar müessesede tedaviye tabi tutulacak bu arada gerekli cerrahî müdahaleleri yapılacak, bir kelime ile beklenilen randımanlı netice elde edilecektir.

SUMMARY

The role of sanatoria in the fight against tuberculosis

The statistical results compiled by the Heybeliada sanatorium for a 3 year period of activity indicate the necessity to increase the number of tuberculosis hospitals in order to get better results from sanatoria. The authors praise the magnificent work performed by State dispensaries or other institutions working under the control of the Association for the Fight against tuberculosis and point out to the necessity of building new tuberculosis hospitals. The sanatoria could then keep the patients as long as needed and thus fulfill entirely their obligations.

RÉSUMÉ

Le rôle des sanatoria dans la lutte anti-tuberculeuse

L'étude des statistiques présentées par le sanatorium de Heybeliada pour une période de 3 ans, a démontré la nécessité d'augmenter le nombre d'hôpitaux de tuberculose afin d'obtenir un meilleur rendement des sanatoria. Tout en soulignant avec reconnaissance le magnifique travail effectué par les dispensaires de l'Etat ou des Ligues pour la Lutte anti-tuberculeuse, l'auteur insiste sur la nécessité de créer de nouveaux hôpitaux de tuberculose. Il serait alors possible aux sanatoria de garder les malades autant qu'il est nécessaire et de remplir ainsi pleinement leur fonction.

Heybeliada Sanatoryumu
Başhekim
Dr. Zülfü Sami Özgen

TÜRKİYEDEKİ TÜBERKÜLOZ HASTALARININ SOSYAL DURUMU, BU HASTALARIN MUHİTİYLE MÜNASEBETİ VE VEREM MÜCADELESİNİN BUGÜNKÜ DURUMU

Dr. HAYDAR AKSÜGÜR *Dr. ZÜLFÜ SAMİ ÖZGEN*

Bütün gayretlere rağmen bugün sağlık durumumuzun en mühim mevzuunu teşkil eden veremle mücadelede; mücadelenin esasını teşkil eden, hasta, hasta muhiti ve bu muhitin veremden muhafazası için alınan tedbirleri ve bu tedbirlerin tesir derecelerini kontrol etmek yani bir kelime ile memleketimizdeki verem durumu ile mücadele durumunun ne merkezde olduğunu anlamak ve elde edilecek neticelere göre, kendimize göre ne gibi tedbirler alınmasını tâyin edebilmek maksadıyla, çalışmakta olduğumuz Heybeliada Sanatoryumunda yatan 585 hastada hastaneye gelinceye kadarki durumu anlamak üzere ilişik olarak görülen ve her birinin içinde tâli sualleri havi 24 sualli anketi yaptık. Evlerine dönecek basilli hastaların da durumunu tâyin için ayrıca 60 hastada lüzumlu tetkikleri yaparak bu çalışmamızı 645 hastalık bir guruba inhisar ettirdik. 24 milyonluk bir memlekette 200-300 bin kişilik hasta gurubunun verem mücadelesindeki durumunu 645 kişilik bir ankette her ne kadar sahih olarak ortaya koymazsa da yine de bir fikir verebilir, ümidindeyiz. Anketimizin sıhhat derecesi hastaların verdiği malûmata istinat etmekte olduğuna göre neticelerin kat'i ve sahihliğinin derecesi de bu zaviye içersinde mütalâa etmek lâzımdır. Bu 645 kişilik anketin, memleketimizin köylerinden, ufak kasaba ve büyük şehirlerinden gelen ve ekserisini erkek olarak müessesemize yatmış, hiç bir seçme gözetilmeden toplanmış bir hasta gurubundan yapılmıştır (1).

(1) 585 kişilik gurubun 135'i kadın veya ev kızı olmak üzere şu şekilde hastalardan müteşekkildir.

B.K + kavite + = 403
B.K — kavite + = 32
B.K + kavite — = 34

469 gayrı müessir tedavili.
116 müessir tedavili.

585

Gayrı müessir tedavili hastaların bir kısmına kür, antibiyotik yapılmış veya yapılmakta, bir kısmına medikal veya şirürjikal tedavi yapılmakta veya yapılmış, bir kısmı ise artık her türlü tedavi imkânını kaybetmiş, yalnız istirahat kürü yapılmakta olan vak'alardır.

Anketimizi şu sıra ile mütalâa edeceğiz.

a. Hastaların iş durumları, geçinme imkânları, evlerindeki durumları , muhitleri ile münasebetleri yeni sosyal durumları (sirayet imkânları ve bakım imkânları bakımından) tetkik edilecektir.

b. hastaların ve muhitinin memleketimizdeki verem mücadelesi ile alâkalı müessescler tarafından kontrol derecesi.

c. Hastaların verem müesseselerine yatabilme imkânları ve buralara geliş tarzları.

d. Müesseseden çıktıktan sonraki durumlarının tâyini.

e) Bunlara göre bu günkü verem mücadelesi durumu ve düşüncelerimiz.

A. 585 kişilik gurubun sosyal durumu:

Hastaların maddî durumu buna mukabil bakmak zaruretinde oldukları insan adedi ile hastalıklarının yaşı arasındaki münasebet: Bu durumu tesbit için tedavisi bence müessir olanlardan 435 kişilik bir gurup tetkik edilmiştir. Şema 2'de teferruatı görülebileceği veçhile hasta olanların en büyük kısmını işi ağır olan ağır işçiler teşkil etmektedir(2). Memurlarla bilhassa işsizlerin nisbetinin yüksek oluşu gözden kaçmamaktadır.

Keza hastaların %63,1 i yani yarısından fazlası ağır işçidir. Keza fakirlerin yarısından fazlasının 2 seneden daha uzun zamandan beri hasta olduğu görülmektedir. Fakir olmayanların ve uzun zamandan beri hasta bulunmalarına ve ekserisinin ağır işçi, işsiz veya memur olmalarına mukabil evlerinde bakmak zaruretinde bulundukları insan adedi bu zavallılarda en yüksek mertebededir. Nitekim fakir olan hastaların yarısından fazlası (275 de 179 u) 4 kişi veya daha fazla insanı geçindirmek zorudadır.

O halde: Hastaların ekserisinin fakir, ağır işçi veya işsiz, ve kalabalık bir nüfusu geçindirmek zorunda olduğu görülmektedir.

Hastaların evlerindeki oda adedi ile de burada yaşayan çocuk, insan adedi ve hastalıklarının yaşı arasındaki münasebet (sirayet bakımından).

Bu maksatla tedavisi gayrı müessir 390 ve 384 kişilik iki gurupta yapılan tetkiklerin teferruatı şema 3 de görüleceği veçhile:

(2) Ağır işçi gurubuna sunlar girmektedir: Rencber, amele, inşaat işi yapanlar, gemici, marangoz, seyyar satıcı, tornacı, fırıncı, hademe, garson, kalaycı, oto tamircisi, deniz motorcusu, yağlı boyacı, makinist, presçi, dokumacı, matbaacı, seyyar sütçü, bakkal, mobilyacı, kasap).

1 ve 2 odalı evlerde yaşayan basilli ve kaviteli hastaların yekûnu hemen hemen %56'ya yakındır (390'da 188). 1 odada yaşayan hastaların üçte birinden fazlası ise çocuklu hastalardır (3). Bu nisbet 2 ve 3 odalı evlerde yaşayanlardan daha da yüksektir. Keza çocuklu ailelerin %47'6 sı bir veya iki odalı evlerde yaşamaktadırlar. Keza bir odalı evlerdeki gayrı mücssir tedavili hastaların %47,8 inin evinde 4 kişiden fazla insan vardır. İki odalı evlerde yaşayanlarda bu nisbet %67,5'e yükselmektedir. Buna mukabil 1, 2, 3, 4, 5 odalı evlerde yaşayan basilli veya kaviteli hastalardan hastalığı iki seneden fazla bir zamandan beri olanların adedi bazı muhitlerdeki çocuklarla ve büyüklerle temas müddeti fazla olanların nisbeti ise en fazladır. Görülüyor ki 1 ve 2 odalı evlerde yaşayan hastaların nisbeti %50'den fazla bir yekûn teşkil ettiğini göstermektedir.

Hastaların muhitlerini koruma bakımından aldıkları tedbirlerin derecesini de inceledik:

Bu maksatla 406 kişilik bir gurubun ve 405 kişilik gayrı müessir tedavili ikinci gurupta yaptığımız tetkiklerin neticelerinin şeması 4, 5'de teferruatı ile görüleceği veçhile hastaların %58,7'i kendilerine mahsus bir odada yalnız yatmaktadırlar. Geri kalan %41,3'ünün odasında ise hastadan başka 1-5 kişi yatmaktadır. Hasta odasında hastadan gayrı iki kişinin yattığı gurup en fazla olanıdır. Yemek ve içecek kapların, tükrük hokkası gibi sirayet vasıtaları bakımından yaptığımız araştırmada her türlü tedbir almış hastaların nisbeti ancak %58,8 olarak bulduk. Bu nisbet hastanın verdiği ifadeye dayandığından daha düşük olması ihtimali çoktur. Buna mukabil gerek beraber yeme ve içme bakımından gerek tükrük hokkası olmaması bakımından hiç bir tedbir almayanlarla yalnız yemek kapları ayrı olan fakat oraya buraya tükürenler ve aldığı tedbirlerin sıhhati çok şüpheli olan ekserisi köylülerden müteşekkil bulunan gurup bütün hastaların hemen hemen yarısına yakındır. Demek ki hastaların muhitlerini koruma bakımından aldığı tedbirler çok şüphelidir.

Netice olarak A gurubunun hülâsasını şöyle yapabiliriz.

Basilli veya kaviteli yani muhiti için sirayet tehlikesi arzeden hastaların ekserisi fakirdir. Ve bunların çoğu ağır işçi veya işsiz olup kalabalık bir nüfusu geçindirmek zorunda olan insanlardır. Yani maddî durumları ve geçim şartları fena olanların nisbeti çok yüksektir. Keza bu gibi hastaların 1-2 odalı evlerde çocuklarla ve 4 kişi ve daha fazla bir nüfusla sıkı temas halinde yaşamaktadırlar. Buna mukabil bu hastaların yarısına yakınını ve muhitini koruma bakımından ya hiç bir tedbir almamış veya noksan tedbirlerle evlerindeki insanları ve bilhassa beraber yaşadıkları kendi çocuklarına karşı bir intan membaı olmaktadırlar.

(3) Çocuklu hastadan maksat, bizzat hastanın kendi çocuklarıdır. Yoksa bekâr olanların yaşadığı odada bulunan ufak kardeşleri veya diğer yakın akrabalarının çocukları bu nisbete dahil değildir. Bu bakımdan verilen rakamlardan çok dha fazla çocuk olması icap eder.

B. Hastaların ve hasta muhitinin memleketimizdeki verem mücadelesi ile alâkalı müesseseler tarafından kontrol derecesi:

Bu konu memleketimizdeki verem savaşı durumunun esasını teşkil etmektedir. Memleketimizdeki verem savaşı için çalışan hususî ve resmî müesseseler yurdun her tarafında aynı nisbette olmadığından biz bu bahsi, bu mevzuda en ideal yerlerden biri olan İstanbul ile, imkânları muhtelif yerlerde muhtelif derecede olan yurdun diğer aksamını kül olarak iki kısımda tetkik etmeyi münasip gördük. Bu maksatla 514 vak'ada yaptığımız araştırmaların (şema 6) ayrıca 75 vak'ada (şema 7) ve 250 vak'alık diğer bir gurubun (şema 8) yaptığımız tetkiklerin neticeleri ait oldukları şemaların teferruatı ile görülmektedir. Buna göre Anadoluda muhtelif verem müesseselerinde muayene edilerek tüberküloz tesbit edilmesi yüzünden hastanemize yollanan hastalardan evlerindeki diğer insanların kontrolu imkânı ancak 3/1 nisbetinde olmuş ve 3/2 nisbetinde ise hasta muhiti kontrol edilememiştir. Bu nisbeti iş yerinin çok daha aleyhindedir. Hastaların iş yerinin beraber çalıştığı insanların kontrolu, hemen hemen yoktur (şema 6).

İstanbul dışında oturan hastaların evlerinde beraber yaşadıkları aile efradının kontrolu ancak devlet dispanserleri veya hususî dispanserlerin bulunduğu yerlerde dispansere müracaat edenlerin %50'sinde mümkün olmuştur. Bu kontrolda dispanserin hasta ailesinin davetinin rolü yanında daha ziyade hastanın ailesini ve hasta muhitinin kendini kontrol arzusu büyük rol oynamıştır.

Anadoluda hastayı muayene eden devlet hastaneleri de muayene ettikleri hasta ailelerini kısmen kontrol etmektedirler. Hususî tabipler diğer resmî müesseseler tarafından hastalığı tesbit edilen hastanın ailesinin kontrolu yapılmaktadır (şema 6). İstanbul dışındaki hastaların tedavilerini ayaktan takibedebilme imkânları tetkik edilince, gerek şehirde ve gerekse köyde yaşayan kadın hastaların yarısının tedavilerini takibedebildikleri yarısının ise edemedikleri görülmektedir. Erkeklerden köyde yaşayanların tedavilerini takib imkânı şehirdekine nazaran azdır. Şehirde yaşayanlarda ise tedaviyi takibedebilme şansı %44 vak'ada vardır (şema 8).

İstanbula gelince: bir çok verem müesseseleri ve hususî dispanserleri olan şehrimizde verem tabiatiyle çok daha değişiktir. Sanatoryumumuzda veremli olması dolayısiyle hasta yollıyan (verem savaş dispanserleri haricinde) ki müesseselerden yolladıkları hastaların evlerindekini kontrol eden müesseselerin başında devlet hastaneleri sonra devlet dispanserleri gelmektedir. Bunların yaptıkları kontrollar da sistemli olmamakta, hastayı tesbit eden hekimin arzusuna tabi olmakta, hasta ve hasta muhitinin talebiyle yapılmakta olunduğunu zannetmekteyim. Çok şayanı takdirdir ki hususî hekimler vasıtasiyle gelen ailelerin yarısının yakini hekim kontrolünden geçmiş durumdadır. Buna mukabil hasta muhiti kontrol bakımından hususî hastanelerin diğer resmî müesseselerin ve İşçi sigortalarının bir rolü olmamakta gibi görülmektedir. İstanbulda bu bahsedilen müesseseler tarafından tesbit edilen hastaların iş muhitinin kontrolü de %10 dan daha düşüktür, yani hemen hemen iş yeri kontrolü olmamaktadır. İş ve gayesi hasta muhitinin kontrolü, lüzumlu tedbirleri almaktan ibaret olan verem savaş derneğinin dispanserlerinden gelen hastaların evlerindeki kontrollarına gelince: Bu bakımdan tetkik edilen 75 hastadan 45'inde hiç birinin evlerinde kontrol yapılmadığı görülmektedir. Bu rakam kontrol edilenlerin %50'den fazla olduğunu göstermektedir. Burada hastalığı tesbit eden dispanserlerin o hasta ile ilk defa karşılaşması ve hastanın müessesemize sevkine kadar geçen kısa zamanda dispanserle hasta evini kontrol edecek vakit bulamamış olması ihtimali çok büyüktür. Çok muhtemelki bu hastalardan bir kısmı müessesemize yattıktan sonra evlerindeki yakınları dispanser tarafından muayene edilmek üzere çağrılmıştır. Dispanserler lehine olan bu ihtirazî kayıt yanında: şema 7'de de görüleceği veçhile 2-3 ve daha fazla vak'a verem müesseselerine yatan eski hastalardan mıntaka dispanserlerinin haberdar olmayışları ve müessesemize yattıktan sonra epey zaman geçmesine rağmen henüz evleri kontrol edilmemiş olanların bulunuşu da aleyhe bir noktadır. Dispanserler tarafından tesbit edilen hastaların iş muhitlerinin kontrol edilmediği de anlaşılmaktadır. Keza İstanbulda hasta olarak yaşadığı halde muhitini muhafaza bakımından hiç bir tedbir almayan hastaların göze batacak nisbette oluşu (şema 5), keza İstanbulda oturan hasta kadın ve erkeklerden ayak tedvisi takibedeceklerin ayak tedavisini takibedenlerden daha fazla bulunuşu (şema 8), verem savaş derneklerinin, senelik iş bilânçosunda takdirle karşıladığımız büyük mesaisi yanında, bu derneğin 1,5 milyonluk İstanbul verem savaşı yanında gerek kontrol ve gerekse lüzumlu müessir propaganda bakımından henüz karşılanmadığı zannını uyandırmaktadır. Burada verem savaş dispanserlerinin adedinin personel kalite ve kantitesinin ne kadar rol oynadığını bilmekteyiz. Yalnız burada veremlileri tedavi ve tesbit eden müesseselerle verem faktör olduğuna inanmaktayız. Bu bahsi hülâsa edersek İstanbul dışındaki bazı mıntakalar müstesna ekseri yerlerde yaşayan veremlilerin mücadele bakımından evleri icabettiği gibi taranamamakta, iş yerleri hiç kontrol edilememektedir. Kez buralarda veremle mücadelede lüzumlu bilgileri verme bakımından müessir bir propaganda yapılamamakta olduğunu zannetmekteyiz. İstanbula gelince: Hastaların iş muhitinde kontrolları hemen hemen yapılamamaktadır. Hasta muhitinin kontrolu ise diğer yerlere nazaran çok daha iyi olmakla beraber yine de noksandır. Bu mevzuda sayılan mahzurlar yanında şehrin dağınık, çok nüfuslu ve hariçten gelen hastaların adedinin çok oluşunun da rolü olduğunu düşünmekteyiz. Bütün bunlara rağmen bir çok verem hastaneleri, sanatoryumları, hususî ve diğer resmî müesseseleri ile verem savaşında çalışan yerlerin bir merkezden plânlı olarak ve birbirinden haberdar olarak çalışması halinde bu şehrin verem mücadelesinin noksansız olabileceğine inanmaktayız.

C. Hastaların verem müesseselerine yatabilme imkânları ve buralara geliş tarzlarına gelince: Vak'aların %90'ını lüzumlu muayeneleri yapılmış ve kraşelerinde B. K. aranmış olarak geldiklerini ifade etmektedirler. Keza bir verem müessesesine yatırılması için müracaat ettikleri resmî veya hususî müesseseden reddedilmiş hiç bir hastaya da rastlanmamıştır. Bu hali, hastaların müracaat ettikleri her yerde alâka ile karşılandığının delili olarak saymaktayız.

Müessesemize yatan 529 vak'ada hastaların verem hastaneleri veya sanatoryumlara kaç defa yattığını incelemek (şema 9)'da görüleceği veçhile tedavi müesseselerine Anadoludan yatanlar, hastaların %64'ünü, İstanbuldan yatanlar ise %36'sını teşkil etmektedir. Gerek Anadoludan ve gerekse İstanbulda 1 kadına karşı 3-5 erkek yatmaktadır. Keza hastanelere üç defa ve daha fazla yatan hastaların miktarı bütün hastaların %35,5'na yükselmektedir. Verem müesseselerine müteaddit defalar yatanların adedi İstanbul dışında oturanlarında daha fazla olmak üzere 10-14 defa yatan profesyonellerin adedi de az değildir. Üç defa ve daha fazla yatan hastaların nisbeti memlekette hasta olan ve sıra bekliyenlerin adedi ile mukayese edilir. Ve bunların ekserisinin yattıktan az farklı olarak çıktıkları düşünülürse verem tedavisindeki zarar nisbeti meydana çıkar.

D. Hastaların Sanatoryumdan çıktıktan sonraki durumları:

Sanatoryumdan basilli olarak çıkan altmış hastanın durumunu şöyle hülâsa edebiliriz (şema 10). Umumiyetle bir veya iki ay evvel evlerine gidecekler 150'den fazlasını teşkil etmektedir. Yeri bu kadar gayrı müsait olanların evlerinde ufak çocukları olanlar %41'i teşkil etmektedir. Keza 1-2 odalı evde oturanlarda %46'sının evinde dört kişi ve daha fazla nüfusu vardır. Hastaların %45,4'ünün yatak odasında kendisinden başka müteaddit insanlar yatmaktadır. %37,9'u aynı kaptan yemek yemektedirler. Müessesemizden çıkan hastaların çalışma ve ayaktan tedaviye devam edenlerin durumunu tâyin için 429,414 kişilik iki gurupta yaptığımız anket neticeleri (şema 11'de görülmektedir). Buna göre ağır işçi olanların yarısından fazlası çalışmak zorunda olduklarını söylemektedir. Bu nisbet memurlarda daha yüksektir.

Hastaların ekserisi ayak tedavilerine devam etmek niyetindedirler. Görülüyor ki basilli veya kavernli olan hastaların hastahaneden çıktıktan sonraki durumları pek müsait değildir. Bu izahatımızdan da ortaya çıkan hakikatleri şöyle hülâsa edebiliriz.

1. Hastaların ekserisinin iskân, geçim durumu müsait değildir. Bu fena şartların yanında,

2. Ekseri hastanın ve hasta yakınlarının koruyucu tedbirlere riayet etmedikleri anlaşılmaktadır.

3. Hastaların ve hasta muhitinin en büyük kısmının ne gibi tedbirlere riayet etmesi icabettiği hakkında bir fikirleri yoktur. Bu hal büyük şehirler de dahil verem mücadelesinin propaganda tarafının çok noksan olduğunu göstermektedir.

4. Verem tedavi ve kontrol müesseselerini havi büyük şehirlerde bu müesseselerin birbirinden habersiz çalıştıkları ve bu yüzden mücadelede aksaklıklar ve randıman düşmesi olduğu görülmektedir.

5. Büyük şehirlerde hastane, okul, işçi kontrollarının istendiği gibi olmadığı anlaşılmaktadır. Bunların yanında şu mühim noktayı da arzetmek isterim. Çalışmakta olduğum Heybeliada Sanatoryumunda 1955 senesi zarfında yatan basilli hastaların %80'i yine basilli olarak çıkmıştır. Bu müessesemize yatan hastaların %80'inin haliyle veya mahdut bir salâhla çıktığını gösterecektir. Bunun sebebi Sanatoryumumuza muhtelif yollarla yatırılan hastaların medikal veya şirürjikal tedavi imkânlarını kaybetmiş vakalar olmalarında aramalıdır. Yine bu tip hastalardan mühim bir kısmının tedavi müesseselerini müteaddit defalar ve her defasında aylarca işgal ettiği görülmüştür. Bu hal her türlü tedavi imkânını havi Müessesele-

rin randımanının %25'ine kadar düşmesine sebep olmaktadır. Ve burada hastalara verilen yatış raporlarının merhamet veya diğer sebeplerle tanzim edilmiş olması en büyük faktör olarak görülmektedir. Bu şekilde tedavi müesseselerine muhtelif kaynaklardan verilen tahsisat lüzumsuz yere heba edilmekte, buna mukabil tedavisi mümkün olanlarsa hastanede sıra bekleme yüzünden tedavi şanslarını kaybetmektedirler.

Yurdumuzda yüzbinlerce hastadan ancak sekiz bin kadarı yatakla mahdut nisbette dispanser bulunduğu düşünülür ve bugünkü iktisadî durumumuz da hesaba katılırsa memleket imkânlarının en iyi şekilde kullanılarak mücadeleyi ıslâhtan başka bir şey yapılamıyacağı meydana çıkar. Bu bakımdan biz şöyle düşünmekteyiz:

1. Verem savaşının esasını B.C.G. teşkil etmelidir. Bütün memlekete şâmil B.C.G. programı süratle ikmal edilmeli ve sistemli olarak devam ettirecek adette ekipler teşkil edilmelidir.

2. Veremlinin ve muhitinin korunması bakımından her iki tarafın nasıl hareket etmesi lâzım olduğunu ve alınması lüzumlu tedbirleri bildirir risaleler, afişler köy kahvelerine kadar bütün umumî yerlere asılmalı, her altı ayda bir Maarif Vekâleti, Çalışma, Sağlık, Millî Müdafaa vekâletleri elamanları (mektepte, köyde, fabrikada, kıtada) velhasıl her yerde mensuplarına lüzumlu bilgileri vermeli ve konferansları vereceklere mevzuları hazırlanmış bir şekilde matbu olarak dağıtılmalıdır. Bu şekilde her sınıf halka kendi dilinden anlıyacak şahıslar yoluyla propaganda yapılmalıdır.

3. Şehirlerde:

A. Hasta muhiti devamlı kontrol edilecek, hastaneden çıkanın tedavisi yapılabilecek, kendi mıntakasında lüzumlu propagandayı yapabilecek imkânları ve kudreti havi miktarı kâfi dispanser açılmalı, bilhassa her kaza merkezinde bu vaziyette muntazam bir dispanser olmalıdır. Bunu temin için mahallî idareler (Belediyeler), hususî muhasebeler, hususî teşekküller ve Sağlık Vekâleti birlikte çalışmalıdır.

B. Dispanserlerde çalışacak personeli yetiştirecek merkezler açılmalıdır.

C. Esnaf teşekkülleri, fabrikalar, okulları sistemli ve devamlı kontrol edebilmek için büyük şehirlerde Maarif, Çalışma vekâletlerinin ve belediyelerin seyyar röntgen arabalı ekipleri olmalıdır. Ve bu

ekipler her büyük şehirde kurulacak bir verem savaş merkezinin emrinde çalışmalıdır.

D. Şehirlerdeki verem hastaneleri iki guruba ayrılmalıdır.

a. Birinci guruptaki bütün tedavi imkânlarını havi personel ve tesisatın bulunduğu hastanelere yatacak hastaların seçimini büyük şehirlerde kurulacak verem savaş merkezinde yapmalı ve buralara yollanacak yatış raporları muayyen sualleri havi olmalı, bunlar muayyen hastane hekimleri veya diğer hekimler tarafından doldurulan mutlaka o hastaya ait bir rie filmi ile beraber gönderilmelidir.

b. İkinci gurup hastahanelere tedavi imkânlarını kaybetmiş yalnız gıda ve istirahat kürüne terkedilecek hastalar sıra ile alınmalı, bu sıra isim ve soy adı esasına göre tutulacak fiş usuliyle bir merkezde ciddî bir şekilde yapılmalıdır. Büyük şehirlerdeki resmî (belediyeler, sağlık müdürlüğü ilh.) ve bilhassa (verem savaş dernekleri) müesseselerin veremlilere ayırdığı tedavi tahsisatı bahsedilen verem savaş merkezinin ayıracağı hastalara tahsis edilmeli. Birinci gurupta hastahanelere yatacak hastalar en az altı ay, icabında daha fazla müddetle yatabilmelidirler.

E. Her şehirde mevcut hususi ve resmî hastahaneler tesbit ettikleri veremli hastaların ev, iş adresini verem savaş merkezine bildirmeğe mecbur olmalıdır. Bu şekilde bu merkez böylelikle verem savaş dispanserleri haberdar edilerek kontrol imkânı temin edilmiş olmalıdır.

F. Verem hastahanelerinde hastaların muhitlerini ve kendilerini muhafaza bakımından nasıl hareket edilmesi lâzım geldiği mutlaka öğretilmelidir. Hastahane baş hekimleri bu işi çok ciddî bir şekilde takip etmelidir.

G. Dispanserlerle hastahaneler arasında sıkı bir iş birliği olmalı ve bunu her şehirde kurulması istenen verem savaş merkezleri yardımiyle temin edilmelidir.

H. Şehirlerdeki verem savaş merkezlerinin kendi mıntakalarında tam bir hareket serbestisi olmalı ve bunlara hükümetin yapacağı yardımı ayarlamak ve çalışmalarını kontrol ederek teveccühlerde bulunmak ve diğer merkezlerle münasebetlerini ayarlamak üzere memleket çapında bir Verem Savaşı Umum Müdürlüğü kurulmalıdır.

ŞEMA 1

Anket tarihi: ..... Protokol No.: ..... No.: .....

1. *Adı, soyadı* : .....
2. *Adresi* : .....
3. *Evli mi, bekâr mı, kaç çocuğu var?* : .....
4. *Medenî durumu nasıldır* (çok iyi, iyi, orta, fakir) : .....
5. *İşi nedir, geçimi için başka maddî yardımcısı var mı, evlerinin bir aylık geliri kaç liradır?* : .....
6. *Kaç aylık veya senelik hastadır?* : .....
7. *Halen B. K. var mı?* (Froti, teksif, kültür) : .....
8. *Kavern var mı?* : .....
9. *Nasıl tedavi edilmektedir* (antibiotik, Px., Pn. P. Ext. Pl. Px., torokoplasti rezeksiyon) : .....
10. *Tedavi müessir mi?* (lezyon silinmiş veya azalmaya başlamış B.K., - Kavite - olanlara müessir denilecek) : .....
11. *Hangi dispanser veya müessese veya hekim taarfından yatma raporu verilmiş ve hangi tarihte verilmiş, B. K. muayenesi yapılarak mı verilmiş?* : .....
12. *Oturduğu evde kaç oda var, kaç kisi var?* : .....
13. *Yatak odasında başka yatan var mı? varsa kaç kişi var?* : .....
14. *Çalıştığı yerde kendisiyle birlikte kaç kişi çalışır?* : .....
15. *Hastalığının bulunmasından sonra ne kadar müddet çalışmıştır?* : .....
16. *Hastalığı başladıktan sonra bugüne kadar evdekileri muayene ettirmiş mi veya dispanserlerden evdekiler muayeneye çağrılmış mı? bu şekilde evde oturanlardan kaç kişi muayene olmuş?* : .....
17. *Hastalığı belli olduktan sonra bugüne kadar iş yerinde beraber çalıştığı kimselerden ciğerlerini muayene ettiren var mı?* : .....
18. *Muayene olanlardan tüberküloz olan tesbit edilmiş midir, varsa kaç kişidir?* (Evde - İş yerinde) : .....
19. *Hastalığı için kaç defa ve ne kadar ara ile hastaneye yatmış ve her yatışta ne kadar müddet kalmış?* : .....
20. *Hastalığı dolayısiyle tedavisinin yapılmasını temin için bugüne kadar hangi resmî veya hususî müesseselere müracaat etmiş, kaç defa müracaat etmiş ve müracaatlarının neticesi ne olmuştur?* : .....
21. *Ayaktan tedavi oluyor mu, eğer oluyorsa hangi müesseselerde ve ne kadar zamandır tedaviye devam ediyor, tedavisini reddeden müessese var mıdır, varsa neresidir?* : .....
22. *Etrafındakilerin hasta olmaması için ne gibi tedbir almıştır* (yemek ve içecek kapları ayrı mı, yatak odası ayrı mı, tükrük hokkası var mı?) : .....
23. *Hastaneden çıktıktan sonra nereye gidecek, tedaviye devam edebilecek mi?* : .....
24. *Hastaneden çıktıktan sonra çalışacak mı, ne iş yapacak?* : .....

ŞEMA 2

Tedavisi gayrı müessir hastalardan 435 kişilik bir gurupta hastaların maddi durumlarının, hastalık yaşı ve evlerindeki bakmak zaruretinde oldukları insan adetleriyle münasebeti.

Daha fazla	6 kişi	5 kişi	4 kişi	3 kişi	2 kişi	1 kişi	3 seneden fazla	1-2 sene	6-12 ay	6 ay	Yekûn	Ev kadını	Memur	İşsiz	Hafif iş	Ağır iş		
61	29	46	43	41	29	26	156	41	28	50	275	52	21	43	59	100	Adet	Fakir
		%41,1					%35,8	%9,4	%17,9		%63,1							
29	17	24	24	21	16	5	57	32	21	26	136	34	24	9	48	21	Adet	Orta
		%22					%13,1	%7,3	%11,35		%31,2							
7	2	3	3	1	0	2	9	5	4	0	18	4	4	1	7	2	Adet	İyi
		%3,4			%0,68		%2	%1,1	‰92									
3	0	1	1	0	1	0	3	1	1	1	6	3	0	0	3	0	Adet	Çok iyi
		%1,1			‰23		‰69	‰23	‰46		%1,6							
100	48	74	71	63	46	33	225	79	54	77	435	93	49	53	117	123		Yekûn

ŞEMA 3

Tedavisi gayrı müessir hastaların oturdukları evdeki oda adedi ile aynı evde kendilerine ait çocukların adedi ile evdeki insan adedinin ve hastalarının yaşının (yani muhitl ile teması müddetinin) münasebetini gösterir cetveldir.

Hastanın yaşadığı evdeki insan adedi 384 ailede									Hastalığının yaşı								Evdeki oda adedi ile o evde yaşayan çocuklu ve çocuksuzların münasebetini 390 ailede									
									3 seneden fazla	2 - 1 sene	ay 12 - 6	6 aya kadar					Evde bulunan çocukların adedi									
Yekûn	6 kişiden daha fazla	6 kişi	5 kişi	4 kişi	3 kişi	2 kişi	1 kişi		Adet ve % nisbeti	Adet ve % nisbeti	Adet ve % nisbeti	Adet ve % nisbeti	Çocuklu ailelerin evlerdeki oda adetlerine göre % nisbeti	Çocukların yekûnu	Odalara göre evlerindeki çocukların % nisbeti		çocuklular Daha fazla	5 çocuklu	3 çocuklu	4 çocuklu	2 çocuklu	1 çocuklu	Çocuksuzlar % nisbeti	Evli çocuksuz	Bekâr	Evdeki oda adedi
69	4	2	5	11	11	16	20		35	10	12	12	%15,8	26	%37,6		0	1	3	3	9	10	%62,4	5	38	69 1 odalı ev
		%47,8			33	%52,2	36																			
111	15	20	20	20	20	15	1		70	14	12	15	%31,8	53	%47,7		2	4	9	10	12	16	%42,3	13	45	111 2 odalı ev
		%67,5		75		%32,5	36																			
105	30	17	18	20	14	3	3		65	23	8	17	%26,2	43	%38,5		4	2	5	9	14	9	%61,5	10	60	113
		%80,9		85		%19,1	20																			
51	15	6	15	6	7	2	0		29	8	6	8	%15,8	26	%50,9		0	5	4	1	10	6	%49,1	3	22	51 4 odalı ev
		%82,3		42		%17,7	8																			
21	11	2	1	5	1	1	0		9	4	3	5	% 4,8	8	%38,5		1	1	1	2	2	2	%61,5	3	10	21 5 odalı ev
		%90,4		19		% 9,6	2																			
9	1	3	3	1	1	0	0		2	2	4	1	% 1,4	1	%11,1		0	0	0	0	1	0	%88,9	1	7	9 6 odalı ev
		%88,8		8		%11,2	3																			
18	11	2	2	0	2	1	0		18		3	3	% 4,2	7	%43,7		0	0	1	1	1	4	%56,3	0	9	16 6 dan fazla odalı
		%83,3		15		%16,7	3																			

ŞEMA 4

Tedavisi gayrı müessir hastaların yatak odasında beraber bulunan insan adedi. (406 hastalık bir gurupta)

Yalnız yatıyor	1 kişi var	2 kişi var	3 kişi var	4 kişi var	5 kişi var	Başkalariyle beraber yatanların
237 %58,7	38	61	33	21	16	169 %41,3

ŞEMA 5

Tedavisi gayrı müessir hastalardan muhitindekileri muhafaza için lüzumlu tedbirleri alanlar ve almayanların nisbeti (405 vak'ada)

Her türlü tedbiri almış		Yemek kapları ayrı	Hiçbir tedbir almamış	
Kat'i	Şüpheli		İstanbul	Anadolu
167 %58,8	58 köylü 10 şehirli	55 %13,7	39	76
	68 %16,8		115 %28,3	

ŞEMA 6

Tedavi ve kontrol müesseselerinden gelen hastalardan evlerinde ve iş yerlerinde kontrol edilenlerle edilmeyenleri gösterir cetveldir.

	İstanbulda								Anadoluda				
	Evdekiler 189 vak'ada			vak'ada İş yerinde, 92			Evdekilerde, 155 vak'ada			İş yerinde 68 vak'ada	
	Evdekiler tamamen kont. edilenler	*Evdekiler kısmen kont. edilenler*	*Evdekiler hiç kont. edilmemiş*	*Yekûn*	*İş yerinde kontrol edilen*	*İş yerinde kont. edilenler*	*Yekûn*	*Kontrol edilenler*	*Kısmen kont. edilenler*	*Kontrol edilmemisler*	*Kontrol edilmişler*	*Kontrol edilmemisler*
Devlet hastanelerinde	26	6	71		6	48		12	2	29	2	19
Hususi hastanelerde	0	0	2		0	0		1	0	1	0	1
Devlet dispanserlerinde	6	4	21		0	16		36	2	58	1	33
Hususi tabipler	22	3	24		2	20		0	0	0	0	0
İşçi sigortaları	1	0	2		0	0		0	0	0	0	0
Resmî müesseseler	1	0	10		0	0		3	0	11	1	10
Y e k ûn	56	13	130		8	84		52	4	99	4	63

ŞEMA 7

Verem Savaş Derneğinden gelen hastaların evlerindeki kontrol durumu (75 hastada)

Verem Savaş Derneğinden gelenlerin iş yerindeki kontrol durumu (31 hastada)

	İlk defa yatan		*2'nci defa yatan*		*3'üncü defa yatan*		*Daha fazla yatan*		*İş yerinde 1-2 tetkik*		*İş yerinde 2-5 tetkik*		*İş yerinde 5-10 tetkik*		*İş yerinde 10 tetkikten fazla*	
	Kont. +	Kont. —	Kont. +	Kont. —	Kont. +	Kont. —	Kont. +	Kont. —	Kont. +	Kont. —	Kont. +	Kont. —	Kont. +	Kont. —	Kont. +	Kont. —
Hastalığı 6 aya kadar olanlar	9	10	3	1	0	0	0	0	1	0		9		4	1	3
6-12 ay olanlar	1	2	0	1	0	2	0	1						1		1
1-2 sene olanlar	1	4	3	3	0	0	0	0								1
Daha fazla olanlar	2	2	1	5	3	5	7	9			2	0	3	1	3	1
Yekûn	13	18	7	10	3	7	7	10			1	2	12	1	8	1	6
Mecmu yekûn																	75

ŞEMA 8

Sanatoryuma yatan hastalardan yatmadan evvel ayak tedavisi olanlarla olmayanları gösterir cetveldir (250 kişilik bir gurupta).

İstanbul hariçi yerlerde					İstanbul'da			
Şehirlerde		Köylerde			Erkek		Kadın	
Erkek	*Kadın*	*Erkek*	*Kadın*		Ayak tedavisi olmayanlar	Ayak tedavisi olanlar	Ayak tedavisi olmayanlar	Ayak tedavisi olanlar
Ayak tedavisi olmayanlar	Ayak tedavisi olanlar	Ayak tedavisi olmayanlar	Ayak tedavisi olanlar		56	23	6	16
38	30	8	8	32	13	8	12	
Ayak tedavisi olan » » olmayan	38 46			Ayak tedavisi olan » » olmayan	25 40			Ayak tedavisi olan » » olmayan	39 62
Y e k ûn	84			Y e k ûn	65			Y e k ûn	101

ŞEMA 9

Muhtelif verem hastahanelerine İstanbuldan ve Anadoludan yatan kadın ve erkek nisbetleriyle bunların müteaddit defalar muhtelif verem müesseselerine yatmalarını gösterir mukayeseli cetveldir.

		İlk defa yatanlar	*2 defa yatanlar*	*3 defa yatanlar*	*4 defa yatanlar*	*5 defa yatanlar*	*6 defa yatanlar*	*7 defa yatanlar*	*Daha fazla yatanlar*	*Yekün*	*İstanbul ve Anadoludan yatanlar*
İstanbuldan	Erkek	62	45	18	11	11	6	3	4	160	191
	Kadın	5	3	11	4	2	3	1	2	31	
İstanbul hariçi yerlerden	Erkek	84	75	32	21	16	9	4	2	243	338
	Kadın	22	45	16	5	2	2	1	2	95	
		173	168	77	41	31	20	9	10	529	529

ŞEMA 10

Sanatoryumdan basilli çıkan 60 kişilik bir gurupta, evlerindeki oda adedi, nüfus adedi, yatak odası ve yemek kapları durumunu gösterir cetveldir.

Yemek kapları durumu		Yatak odası durumu		Evdeki nüfus adedi								Çocuk		
Ayrı kaptan yiyenler	*Kapları ayrı olanlar*	*Birkaç kişi beraber yatanların %'si*	*Yalnız yatanların %'si*	*Yekün*	*Daha fazal*	*6-5 kişi*	*5-4 kişi*	*3-2 kişi*	*1 kişi*	*Daha fazla*	*4 3 kişi*	*2-1 kişi*	*Çocuksuz*	*Oda adedi*
%37,9	%62,1	%45,4	%54,6	16	3	1	6	5	1		4	5	7	1 odalı ev
				19	6	5	7	1			2	13	4	2 odalı ev
				14	2	3	8	1					5	3 odalı ev
				4	2		1	1			1	1	2	4 odalı ev
				2	2					1		1		5 odalı ev
				5	2	1		2		1		1	3	Daha fazla odalı
				60	17	10	22	10	1	2	7	30	21	Yekûn

ŞEMA 11

Gayrı müessir tedavili hastaların hastahaneden çıktıktan sonra tedaviye ve çalışmağa devam edip etmedikleri hakkındaki fikirleri.
(429-419 vak'alık II. gurupta)

Yekün	*Çalışmakta müteredd it*	*Çalışamıyacak*	*Çalışacak*	*Yekün*	*Tedaviye devamda müteredd it*	*Tedaviye devam etmeyecek*	*Tedaviye devam edecek*	
111	15	42	54	119	16	9	94	Ağır iş
	%51.4		%48.6			%21	%79	
117	6	36	75	118	21	1	96	Hafif iş
	%35,9		%64.1			%18.7	%81.8	
38	1	8	29	41	6	1	34	Memur
	%23.5		%76.5			%18.1	%81.9	
50	7	36	7	55	12	4	39	İşsiz
	%86		%14			%29.1	%70.9	
98	1	8	89	96	11	0	85	Ev kadını
	% 9.2		%90.8		%11.5		%88.5	
414	30	130	254	429	66	15	348	Yekûn
	%38.7		%61.3			%18.9	%81.1	

SUMMARY

Social conditions of tuberculous patients in Turkey. Relationship of these patients with their environment and actual status of the fight against tuberculosis

This survey was done on 645 patients, mostly male, coming from various villages, small and big towns of Turkey. These patients have all been hospitalized in the sanatorium of Heybeliada. This survey investigated their work habits, social situation, material means and relationship with environment.

The authors present some suggestions about the follow-up of these patients performed by the institutions for fight against tuberculosis, the states of the patients after hospitalization and the actual stautus of the fight against tuberculosis.

RÉSUMÉ

La condition sociale des tuberculeux en Turquie, leurs relations sociales avec l'environnement et l'état actuel dela lutte anti-tuberculeuse

Cette enquête a été effectuée sur 645 patients pour la plupart mâles, venus de différents villages et de petites ou grandes villes de Turquie pour être hospitalisés au sanatorium de Heybeliada. La recherche a porté sur le travail des patients, leur situation sociale, leurs moyens matériels ainsi que leurs relations avec l'environnement.

A cette occasion, le contrôle effectué par les institutions pour la lutte anti-tuberculeuse sur ces malades, les possibilités d'hospitalisation offertes par ces institutions, la situation des malades après l'hospitalisation et enfin l'état actuel de la lutte anti-tuberculeuse ont été discutés par les auteurs.

Heybeliada Sanatoryumu

Başhekim

Dr. Zülfü Sami Özgen

TÜRKİYEDE VEREM SAVAŞI NASIL YAPILMALI?

Dr. MOİZ BERKER *Dr. ALİ GALİP SOYLU*

Hâlâ verem mortalitesi yüksek olan memleketler arasındayız. Bir senede veremden ölen 40.000 genç kâhilin memleketimiz için ne büyük bir kayıp olduğu hepimizce malûmdur. Bu bakımdan artık memleket çapında bir verem savaşı kurarak bu içtimaî âfeti yenmemiz zamanı gelmiştir.

Son zamanlarda tüberküloz tedavisindeki tekâmül verem savaşında da bir takım değişiklikler yapmak zaruretini doğurmuştur. Antibiyotik ve cerrahî metodların tüberküloz tedavisinde geniş bir yer almasiyle bütün dünyada tüberküloz mortalitesinde bariz bir düşüklük kaydedilmektedir. Fakat tüberküloz morbiditesinin aynı şekilde düşmediği bir çok müellifler tarafından kabul edilen bir hakikattir. *E. Bernard* yarım asır evveline nazaran verem mortalitesinin %5-20 arasında bir düşme kaydettiğini ifade etmektedir. Bu da gösteriyor ki verem savaş prensiplerinde yalnız mortaliteyi değil, morbiditeyi de nazarı itibara alan bir yol çizmek mecburiyeti vardır.

Umumiyetle veremle mücadelenin üç esas unsuru vardır:

1. Dispanser:

Verem savaşının mihverini verem dispanserleri teşkil eder. 1867 senesinde *R. Philips* tarafından prensipleri vazedilmiş olan dispanserlerin esas vazifesi profilaksi ve depistajdır. Bu gün de dispanserlerin esas vazifeleri bu iki unsura istinat eder. Poliklinik ve tedavi dispanserlerin tali vazifeleridir.

2. Tedavi müessesesleri:

Tedavi müesseseleri prevantorium, verem hastaneleri ve sanatoryumlardır. Bunların vazifeleri dispanserler tarafından tesbit edilen hastaları tedavi etmektir.

3. Poskür ve rehabilitasyon müesseseleri:

Bunlar verem savaşının üçüncü unsurunu teşkil eder. Vazifeleri veremden iyi olmuş hastaların hayata intibaklarını temin etmektir.

Şimdi verem savaşının bu üç unsurunun memleketimizdeki çalışmalarını gözden geçirelim.

Halen memleketimizde Sağlık Vekâletine ait 43, Verem Savaş derneklerine ait 49, cem'an 92 dispanser mevcuttur. Dispanser faaliyeti en kesif olan şehrimiz İstanbuldur.

1927 senesinde kurulan İstanbul Verem Savaşı Derneği ilk dispanserini 1941 senesinde Eyüpte tamamlamış, sonra 1956 senesine kadar çok kısa bir zamanda dispanserlerin adedini 19'a çıkarmıştır. İstanbul Verem Savaşı Derneğinin bu sür'atli ve maksada uygun çalışmalarını huzurunuzda takdirle anmayı bir vazife biliriz.

İstanbuldan sonra dispanser faaliyeti bakımından Ankara, İzmir ve Bursa gelir. Diğer şehirlerimizde kurulan ve bir taraftan da kurulmakta olan dispanserler adet ve çalışmaları bakımından tatminkâr değillerdir.

Biz, çalışma örneği olarak İstanbul dispanserlerini ele alalım. İstanbulda halen 19'u Verem Savaşı Derneğine, biri de Vekâlete ait olmak üzere 20 dispanser mevcuttur. Bu dispanserler monovalan olarak çalışır, faaliyetleri, bir ikisi müstesna, yarım günlüktür. Vazifeleri depistaj, profilaksi ve geniş bir şekilde tedavidir. Merkezî bir lâboratuvara bağlı oldukları halde her dispanserde basit muayeneleri yapabilecek bir lâboratuvar mevcuttur. Hastaların sınıflandırılmasında ekseriya bu basit muayenelerle iktifa edilir.

Acaba bu dispanserlerin faaliyetleri bugünkü konsepsiyonlara uygun mudur? Kanaatımızca bu faaliyet geniş tutulduğu için esas vazifesinden ayrılmakta ve belki de esas vazifesini ihmal etmektedir.

İstanbul şehri için 20 dispanseri de fazla görmekteyiz. İki üç dispanser birleştirilerek daha büyük bir halk sektörüne bağlı olsa, personel ve teknik eleman bakımından tekâmül ettirilse alınacak netice hiç şüphe yok ki daha iyi olacak ve aynı zamanda büyük tasarruflar sağlanacaktır. Nitekim diğer memleketlerdeki dispanserlerin kontrolu altına aldığı saha umumiyetle 100.000'i aşmaktadır. Buna mukabil dispanserler personel ve teknik eleman bakımından ihtiyaca cevap verecek durumdadır.

Belki bu fikrimize itiraz ederek «hastanın ayağına kadar gitmek onları dispansere gelmeye teşvik eder» diyeceksiniz. Bugünkü

vesaiti nakliye bolluğunda en uzak bir semtten merkez dispanserine gelmek ancak 15-20 dakikalık bir iştir. Zaten daha iyi alâka ve bakım hastaları dispansere çekmek ve bağlamak için kâfi bir sebeptir. Bu bakımdan fikrimizi tekrar edeceğiz İstanbulun çok dispansere değil, kalifiye personelli merkezî dispanserlere ihtiyacı vardır. Buna Taksim dispanserini misal olarak almak çok yerindedir.

Dispanserlerimizin tedavi ile fazla meşgul olduklarını söylemiştik. Bu yanlış bir yoldur, tedavi için sarfedilen zaman, zaten yarım gün mesai yapan dispanserlerin esas vazifesine sekte vurur. Sonra dispanserlerde ambilatuvar olarak yapılan tedavinin de büyük bir kıymeti yoktur. Tedavi ancak bir müessesede ve yatarak yapılırsa müessir olur.

Bu fikrimizi bütün Türkiye için teşmil edersek, şehirlerimizde ve büyük kasabalarımızda kâfi miktarda dispanser açarak, bunların maksada uygun olarak çalışmalarını temin etmemiz ve herbirini kalifiye personelle teçhiz etmemiz lâzımdır.

Personel: Hekim, sosyal hemşire ve teknisyenlerden müteşekkildir. Hekim muhakkak fitizyolog olmalı ve mes'ul olarak çalışmadan evvel merkezî bir dispanserde staj görmelidir. Bu şart sosyal hemşireler için de varittir.

Memleket çapında bir mücadeleye girişirken bu işin nüvesini teşkil edecek olan dispanserlere personel yetiştirecek merkezler açmak da şarttır.

Veremle savaşın ikinci unsuru verem tedavi müesseseleridir. Bu unsur günden güne kıymet kazanmaktadır. Eskiden beri bir memleketteki verem yatağı adedi verem mortalitesi ile tâyin edilir ve senede bir ölüm için bir yatak bulunması şart koşulurdu. Bu şartı bazı memleketler yerine getirmiş hattâ mortaliteleri de azaldığından boş verem yataklarını başka hastalıklara hasretmişlerdir. Bunun en iyi misali Danimarkadır. Maalesef bu şart bir çok memleketlerde olduğu gibi bizim memleketimizde de yerine getirilmiş değildir. Halen hususî ve resmî müesseselere ait olmak üzere 8223 verem yatağımız mevcuttur. Memleketimizde veremden seneden 40.000 kişi öldüğüne göre mevcut yatak adedinin ihtiyaca hiç bir zaman cevap vermediğini hattâ asgarî rakamın da altında olduğunu görürüz.

Memleketimizdeki bu yatak azlığı sebebiyle verem savaş ve tedavi prensiplerine hiç uymayan bazı kaideler ortaya konmuştur. Bunlardan birincisi herhangi bir kollaps tedavisi için hastayı 15 gün müddetle hastahaneye yatırmak ve 4-5 ensüflasyondan sonra taburcu etmektir. Kollaps tedavisinin bu amblatuvar usulü 1925 senele-

rinde yatak adedi çok az olduğu zamanlarda *Rist* tarafından ortaya atılmıştır. Bu gün bu usulün mahzurları inkâr edilemeyecek kadar çoktur. Umumiyetle bu günkü kabul edilen prensiplere göre herhangi bir kollaps tedavisine başlamadan evvel hastanın oldukça uzun bir zaman kür ve antibiyotiklerle hazırlanmış olması şarttır. Ancak bu sayededir ki kollaps tedavisinin komplikasyonları azalır ve dolayısiyle müessiriyeti artar. İkinci mahzuru: hasta ekseriya 15 günlük bir sanatoryum tedavisinden sonra ve kollapsı da yapıldığından kendisini iyi olmuş farzeder, etrafı için de tehlikesiz olacağı zehabına kapılarak yalnız işine devam etmekle kalmaz ailesi ve etrafı için de daima sirayet membaı olmakta devam eder. Bu da verem savaşının proflaksi prensibine kat'iyen uymamaktadır.

Kabul edilen ikinci yatış şekli sıradır. Hasta sırası gelince bir tedavi müessesesine 3 ay müddetle yatar. Bu müddet bazan bir iki ay kadar temdit edilir. Buradaki mahzurlar belki de 15 günlük yatanlara nazaran daha büyüktür. Sıra bekleme yalnız hastanın maneviyatını bozmakla kalmaz hastalığın ilerlemesine ve hattâ gayrı kabili tedavi bir şekle girmesine sebebolur. Bu bekleyiş bazan bir seneyi bulmaktadır.

Farzedelim ki hasta sırasını bekledi ve bir müesseseye yattı. Bu günkü tedavi prensiplerine göre bu 3 aylık müddet zarfında bir veremlinin iyi olma şansı çok azdır. Bu sebepten hastalar hastahaneyi ekseriya basilifer olarak terkederler. Nitekim 1955 senesinde müessesemize basilli yatıp da çıkışta basili olmayanlar %18.17'dir. Zannediyoruz ki bu rakam diğer bütün tedavi müesseselerimiz için aşağı yukarı aynıdır.

Basilli çıkan bu insanlar cemiyet için daima tehlike teşkil ederler. Halbuki verem savaşındaki prensiplere göre bir hasta tedavi müessesesine girdikten sonra iyi olarak çıkmalıdır. Hastanın iyi olabilmesi için ise hiç olmazsa bir sene müessesede kalması lâzımdır. Bu müddet asgaridir. Halbuki yine sanatoryumumuzda yaptığımız bir istatistiğe göre hastaların vasatî yatış müddeti 71 gündür. Bu da memleketimizdeki yatak azlığının verem savaşı bakımından, ne kadar nâ kâfi olduğunu ve bunların, dispanserler için söylediğimiz gibi bir an evvel arttırılması icabettiğini göstermektedir.

Verem savaşının üçüncü unsuru poskür ve rehabilitasyon müesseseleridir. Bu müesseseler maalesef memleketimizde uzun zaman ihmal edilmiş, son üç sene zarfında bunun telâfisine çalışılmıştır. Poskür müesseseleri sanatoryumdan çıkan stabilize hastaları, rehabilitasyon merkezlerine gelinceye kadar geçen zaman zarfında kon-

trol altında tutan müesseselerdir. Bu müesseseler halen memleketimizde mevcut değildir, bunların telâfisi rehabilitasyon müesseselerine düşmektedir, hattâ bu iş bir dereceye kadar kabildir. Ancak bazı meslekler için, bilhassa talebe ve şimendifer işçileri için bu nevi müesseselerin mevcudiyeti zarurettir.

Rehabilitasyon müesseselerine gelince memleketimizde bu işi gören 2-3 müessese mevcuttur, fakat rehabilite edebildikleri hasta adedi çok azdır. Bunların çoğalmaları lüzumludur. Temennimiz bu müesseselerin rehabilitasyonun esas prensiplerine sadık kalmak suretiyle çoğalmalarıdır. Yani bunların tamamen stabilize hastaları kabul etmesi ve buradan çıkanların da iyi bir şekilde meslek öğrenmiş olmalarıdır. Zannediyoruz ki tedavi edildiği müddetçe hastahanede rehabilite edilen hastalar esas gayeye uygun değildir. Buna ancak meşguliyet tedavisi denir ki rehabilitasyondan gaye bu değildir.

N e t i c e :

Kanaatımıza göre memleketimizde verem savaşının bu üç esas unsurunda bariz eksiklikler mevcuttur. Dispanser az ve maksada cevap verecek durumda değildir. Bunların memleket içinde hem adetlerinin çoğalması hem de kalifiye personelle teçhiz edilmesi lâzımdır. Bu iş yalnız verem savaş derneklerinin yapacağı bir iş değildir. Zira bu dernekler icabeden masraflara katlanamaz. Bu vazifeyi devletin üzerine alması lâzımdır. Nitekim bir çok memleketlerde dispanserler başlangıçta verem savaş derneklerinin uhdesinde iken yavaş yavaş ondan sıyrılarak devlet eline geçmişlerdir. Verem savaş derneklerinin vazifesi de ancak kültür ve sağlık propagandası yapmaktan ibaret kalmıştır. Ancak Sağlık Vekâleti bütçesi bütün memlekete şamil bir dispanser teşkilâtını kurmaya kâfi gelmediği takdirde bir müddet için bu vazifeyi mahallî verem savaş derneklerine tevdi edebilir. Fakat bunların kontrolu da gene Vekâlete bağlı kompetan bir umum müdürlüğe bağlanmalıdır.

İkinci unsur olan yatak meselesi de adet bakımından ihtiyacımıza cevap vermekten çok uzaktır. Bunu bir an evvel telâfi etmemiz lâzımdır. Bu yataklar: Verem hastahaneleri, prevantoryum çocuk tüberkülozu yatakları, ve sanatoryumlardır. Bu müesseselerin herbiri verem savaşında ayrı bir kıymet taşır.

Sanatoryum kurmak çok masraflıdır. Bu bakımdan ucuz tipte verem pavyonları inşa ettirmek kabildir. Yeter ki bu ucuz binalarda yapılacak işler modern tedavi prensiplerine uysun.

SUMMARY

How should we organize the fight against tuberculosis in Turkey?

The latest developments in the treatment of tuberculosis have also shown their influence on the system of fight against tuberculosis. Although the mortality rates are lower, the number of chronic cases has increased and the proportion of morbidity still shows disquietingly high values. The fight against tuberculosis deals with the following three essential points:

1. Dispensaries. The dispensary is the basis of the fight against tuberculosis. Its duties are prophylaxis and early detection. The dispensaries in our country are much too few in number but in spite of this, they neglect their essential work and give too much importance to treatment which is only a secondary duty for them.

2. Institutions for anti - tuberculous treatment: prevontoria, tuberculosis hospitals, sanatoria. Unfortunately, their number is also very limited in our country. Therefore, 15-days intervals are sometimes imposed between insufflations and the treatment cures are generally limited to 3 months. These procedures do not conform to the principles of a good fight against tuberculosis.

3. After-treatment and rehabilitation institutions: Institutions for after-treatment care do no exist in our counry. As for rehabilitation, we have only a 3-year experience in that field.

We think that the fight against tuberculosis in our country shows obvious deficiencies in these three fields. Dispensaries are too few in number. We should try to increase their number and get a qualified personnel working adequately. We must also increase urgently the number of beds for tuberculous patients.

RÉSUMÉ

Comment effecteur la lutte anti-tuberculeuse en Turquie?

Les derniers développements dans le traitement de la tuberculose ont aussi influé sur le système de lutte contre la tuberculose. Bien que la mortalité ait beaucoup diminué, le nombre de cas chroniques augmente et le pourcentage de morbidité conserve ses anciennes et inquiétantes valeurs. La lutte contre la tuberculose comporte trois points essentiels:

1. Le dispensaire: Celui-ci constitue la base de la lutte anti-tuberculeuse. Son devoir est d'effecteur une prophylaxie et un dépistage adéquats. Les dispensaires sont peu nombreux. Il est nécessaire d'augmenter leur nombre, de malheureusement leur travail essentiel et accordent beacoup trop d'importance au traitement qui n'est pour eux qu'un devoir secondaire.

2. Les institutions de traitement anti-tuberculeux: preventoria, hôpitaux de tuberculose et sanatoria. Malheureusement leur nombre est également tres réduit dans notre pays. C'est pourquoi l'on est parfois obligé d'espacer de 15 jours les insufflations et de prévoir des cures limitées à 3 mois. Cet état de choses est contraire aux principes de la lutte anti-tuberculeuse.

3. Institutions de post-cure et de réhabilitation: Il n'existe pas dans notre pays d'institutions de post-cure. La réhabilitation n'a fait son apparition que depuis 3 ans. D'après nous, la lutte anti-tuberculeuse dans nore pays manifeste dans chacun de ces trois éléments des lacunes considérables: Les dispensaires, dont le nombre dans notre pays est déjà assez réduit, négligent se procurer un personnel qualifié et travaillant adéquatement. Il est en outre indispensable d'augmenter le plus vite possible le nombre de lits pour tuberculeux.

Uludağ Sanatoryumu
Başhekim
Dr. Siyami Ersek

VEREM SAVAŞINDA SANATORYUMLARIN DEĞERİ

Dr. SİYAMİ ERSEK *Dr. KÂMRAN BAŞAK*
Dr. MUAZZEZ AKMAN

Muhtelif branşların verem savaşındaki değerini belirtebilmek için en emin vasıta rakamlara istinad eden doğru istatistik neticeleri arzetmektir. İstatistikler her zaman kesin olarak hata payından azade bulunmamakla beraber durum hakkında genel fikir sağlamak bakımından müracaat edilebilecek yegâne vasıtadır.

Verem savaşında sanatoryumların değerini göstermek maksadiyle Uludağ Sanatoryumundan Ekim 1955 tarihinden Ekim 1956 tarihine kadar bir sene zarfında taburcu edilen vak'alarda elde edilen neticeler mukayese edilmiştir (*). Bu neticeler Tablo I'de gösterilmiştir.

Haliyle taburcu	66	(%17.5)
Salâhla taburcu	101	(%27.2)
Şifaya yakın salâhla taburcu	114	(%28)
Şifa ile taburcu	96	(%27)
Vefat	1	(% 0.3)
Total	378	

Tablo I

Tablo II'de taburcu edilmiş olan vak'alarda tatbik edilen muhtelif tedavi şekillerinden sağlanan sonuçlar gösterilmektedir.

(*) Neticeleri değerlendirmek için bu travayda bazı özel terimler kullanılmıştır. Bu terimlerin az çok standart mânaları olmakla beraber bilhassa tüberküloz için kullanıldıkları takdirde muhtelif müesseselerde değişik mânalar ifade ettiği nazarı dikkati çekmektedir. Bu bakımdan esas neticeleri sunmadan önce bu tabirlerle ne ifade edilmek istendiğini belirtmek faydalı olur.

Haliyle taburcu: Hastanın sanatoryuma dubulünden itibaren durumunda klinik ve radyolojik olarak hiç bir değişiklik husule gelmeyen veya kısa zamanda sanatoryumu terkeden vak'alar ifade edilmektedir.

Salâhla taburcu: Klinik olarak genel durumu düzelen, basili menfileşen fakat bilhassa radyolojik olarak aşikâr tüberküloz lezyonu baki kalan vak'alar kasdedilmektedir.

Şifaya yakın salâhla taburcu: Klinik olarak genel durumu tamamiyle düzelen, mükerrer bakteriyolojik arastırmalarla basili bulunmayan ve radyolojik olarak nedbeleşme halinde ufak tefek tüberküloz lezyonu baki kalan uzun zamandan beri kavitesi kapanmış vak'alar kasdedilmektedir.

Şifa ile taburcu: Klinik olarak tamamiyle iyileşen, mükerrer bakteriyolojik muayenelerde basil tesbit edilemeyen ve radyolojik olarak lezyona ait en ufak bir asar baki kalmayan vak'alar kasdedilmektedir. Rezeksiyonla tedavi edilen vak'alar da bu sınıfa ithal edilmişlerdir.

Yalnız kür	20	
Antibakteriyel	205	(%54.2)
Yalnız Px.	8	
Px. ve antibakteriyel	6	
Yalnız Pnp.	2	
Pnp. ve antibakteriyel	112	(%28)
Cerrahî müdahale	25	(% 6.6)
Total	378	

Tablo II

Müessesemiz hususî bir sanatoryumdur. İşçi Sigortaları Kurumu ile yapmış olduğu bir anlaşma neticesi hastalarının büyük bir kısmını (%75) İşçi Sigortaları hastaları teşkil etmektedir. Müessese bir dağ sanatoryumu olduğundan hastaların çoğu tüberküloz lezyonu nisbeten selim olan gençlerdir ve 9 ay gibi oldukça uzun bir tedavi süresi için gönderilmektedirler. Vak'aların geriye kalan %25'ini ise paralarını kendileri veya müesseseleri ödeyen prive hastalar teşkil etmektedir. Bu vak'alar da tedavi sonuna kadar gayrı muayyen bir süre için sanatoryumda yatmaktadırlar.

Müessesemizde takibettiğimiz tedavi plânı aşağıdaki gibidir: Hasta sanatoryuma kabul edildikten sonra klinik, baktreiyolojik ve radyolojik tam bir tetkike tabi tutulur ve hastalığın durumu tâyin edilir. Disiplinli sanatoryum şartlarında 2 veya 3'lü antibakteriyel tedaviye başlanır. Bu arada bakteriyolojik ve radyolojik olarak hastalığın gidişatı yakından takibedilir. 1-2 aylık antibakteriyel tedavi sonunda Pnp. tedavisinin de bir fayda sağlayabileceği ümit edilen vak'alarda antibakteriyel ve sanatoryal tedaviye Pnp. de iştirak ettirilir. Bu şekilde vak'aların büyük ekseriyetinde 3-4 ay içinde şifaya yakın bir salâh husule gelir. Basil menfileşir, kaviteler ekseriya kapanır, lezyonlarda umumî bir toparlanma ve lokalizasyon husule gelir. Bu şekilde tatminkâr netice temin edilmiş vak'alarda antibakteriyellere ikili olarak münavebeli bir şekilde değiştirmek suretiyle sanatoryal tedavinin sonuna kadar devam edilir. 4 aylık medikal tedavi ile lezyonlarda bir toparlanma husule geldiği halde kavitesi kapanmayan veya teleyyüne müsait iri kazeöz nodülleri baki kalan vak'alarda rezeksiyon için gerekli hazırlık yapılır. Cerrahî müdahale için umumiyetle en müsait zaman hastanın sanatoryuma kabulünden itibaren 4-6'ncı aydır. Böylece ameliyattan sonra hasta en az 3-4 aylık sanatoryal tedaviye devam imkânını kazanır ve kanaatimizce cerrahî müdahaleden sonra bu süre sanatoryal tedavi elzemdir.

Tedavi sonunda şifa veya şifaya yakın salâh bulan vak'alarda

işe başlama kararı verilir. Ancak işi ağır olan hastalara hastalığı ile kabili telif bir iş verilmesi tavsiye edilir.

Klinik vak'alarımızın incelenmesinden (Tablo I) açıkça görülüyor ki, sanatoryal tedaviden elde edilen neticeler fevkalâde tatminkârdır. Bu tatminkâr neticelerin elde edilmesinde âmil olan muhtelif faktörler mevcuttur: 1. Sanatoryumumuza müracaat eden vak'alar sanatoryum tedavisinden istifade edebilecek, tüberküloz lezyonu nisbeten selim olan genç hastalardır. 2. Vak'aların %90'ı dışarda hiç bir tedaviye tabi tutulmamış bâkir vak'alardır. 3. Takriben 9 aylık sanatoryum tedavisi hakları olduğu için tedavilerini yatarak disiplinli bir şekilde sanatoryal şartlarda ve el değiştirmeden yapmak kabil olmaktadır. 4. Hastalar sanatoryumda yattıkları müddetçe ödenek aldıklarından ailelerinin geçimi bakımından mânevi bir huzur içinde bulunmaktadırlar. 5. Müessese modern tüberküloz tedavi anlayışına göre inşa ve enstale edildiğinden her türlü klinik ve lâboratuvar araştırmaları ile cerrahî müdahale imkânlarına sahip bulunmaktadır. Bunun neticesi olarak tıbbî tedavi ile nihaî netice temin edilemeyen vak'alarda cerrahî tedavi imkânlarından faydalanmak kabil olmaktadır. Şüphesiz neticelerin mükemmeliyetinde bu faktörlerin müşterek tesiri aşikârdır.

Bu mülâhazadan anlaşılıyor ki veremli hastaların sanatoryal şartları haiz müessesesleride tedavisi, tedavi neticeleri üzerinde fevkalâde önemli bir tesir icra etmektedir. Bu böyle olunca Türkiye'de verem savaşı problemini ideal mânada halledebilmek için vak'aların erken aranıp bulunması kadar, erken meydana çıkartılan bu vak'aların hastalığı şifa buluncaya kadar gayrı muayyen bir süre için yatarak tedavi edilebilecekleri müessesesleri adedinin artırılması icabeder. Hastalığı dispanserler vasıtasiyle meydana çıkartmak ve gene dispanser şartlarında tedavi etmek kifayet etmez. Bu, müzmin veremlilerin sayısını artırmaktan ileri giden bir hizmet sağlayamaz. İdeal tedavi ancak erken tesbit edilen vak'aların uzun süre içinde sanatoryum şartlarında tedavisi ile kabil olmaktadır.

Kanaatimizce memleketimizde verem dâvasını en iyi idrak etmiş müessesesleride biri İşçi Sigortaları Kurumudur. Bunda İşçi Sigortaları Kurumunun malî imkânları kadar iyi niyet ve iyi düşüncelerinin de rolü olduğu muhakkaktır. İşçi Sigortaları Kurumu dispanserleri vasıtasiyle vak'aları erkenden meydana çıkartmakta, hastalarını sürüncemede ve ortada bırakmadan ödeneklerini de vermek suretiyle kendi müessesesleride veya diğer hususî sanatoryumlarda 6-9 ay süre ile sanatoryal şartlarda tedavi ettirmektedir. İşçi Sigortaları Kurumunun bu müddeti dahi kâfi görmeyerek tedavi süresini önümüzdeki yılbaşından itibaren 18 aya çıkartacaklarını memnuniyetle öğrenmekteyiz.

Netice olarak şunu belirtmek isteriz ki verem mücadelesi bir nevi yatakla tedavi mes'elesidir. Sadece dispanserler açmak ve hastaları ayaktan tedavi etmek netice temin etmek bakımından gayeden uzaktır. Dispanserler ancak vak'aların meydana çıkartılmasında ve mediko-sosyal problemlerin hallinde rol oynayabilecek unsurlardır. Dispanserler sayesinde erken meydana çıkartılan tüberküloz vak'alarının verem müessesesleride şifa buluncaya kadar gayrı muayyen bir müddetle tedavi edilmesi ve verem dâvasını halledeken bu gerçeğin tahakkuku için gerekli maddî imkânların araştırılması icab eder.

H ü l â s a :

Uludağ Sanatoryumunda Ekim 1955 tarihinden Ekim 1956 tarihine kadar 1 sene zarfında taburcu edilen 378 hastada elde edilen neticeler takdim edilmiş ve gayrı muayyen süre ile sanatoryum tedavisinden sağlanan sonuçlarla bunun verem mücadelesindeki değeri belirtilmiştir.

S U M M A R Y

The importance of sanatoria for the fight against tuberculosis

The results of the treatment given to 378 patients discharged from the Uludağ Sanatorium between October 1955 and October 1956 are exposed. With an hospitalization of variable duration, valuable results have been obtained. The importance of sanatoria treatments for the fight against tuberculosis is stressed.

R É S U M É

L'importance des sanatoria dans la lutte anti-tuberculeuse

Les résultats obtenu sur 378 malades traités au sanatorium d'Uludağ entre octobre 1955 et octobre 1956 sont présentés. D'excellents résultats ont été obtenus par des séjours de durée variable et l'importance des traitements en sanatoria pour la lutte anti-tuberculeuse est soulignée.

VEREM SAVAŞINDA KEMİK VE MAFSAL VEREMLERİNİN MEVKİİ

Dr. RUHİ SOYER

Memleketimizde bir kaç yıldan beri tüberkülozla mücadeleye önem verildiği ve gün geçtikçe artan bir gayretle çalışılmakta olduğu bir hakikattir. Bu mücadeleye gerek Sağlık Vekâletimizin ve gerekse yurdun her köşesinde çalışan vazifeli ve serbest meslektaşlarımızın büyük bir hassasiyetle itina gösterdikleri de iftiharla ifade olunabilir. Bu değerli çalışmaların henüz istenilen gayeye eriştiği veya hiç olmazsa gerekli teşkilât ve taazzuva nail olduğu iddia olunamamakla beraber, büyük muvaffakıyet ve istikbal vaadeden ilmî neticelerini kongrelerimizde görmek suretiyle sevinç ve gurur duymaktayız.

Ancak, adı ve hakikî gayesi (tüberkülozla mücadele) olan bu gayretlerin bir (akciğer tüberkülozu ile mücadele) haline gelmiş bulunduğunu da ifade etmekliğimiz icabeder. Halbuki akciğer, tüberkülozun savlet ve tahribine maruz bulunan organlarımızdan yalnız bir tanesidir. Filhakika akciğer tüberkülozu gerek tevlit ettiği hayatî tehlike ve gerekse tüberkülozun sirayet ve intişarında oynadığı rol bakımlarından en önemli mevkii işgal edebilir. Fakat, diğer organlara ait tüberkülozların da aynı bakımlardan büyük ehemmiyetleri olduğu unutulmamalıdır.

Bir mücadelede tek cepheli ilerleyişlerin daima yarım ve sakat neticeler vereceği ve savaştan beklenilen ideal sonuncun alınmasına engel olacağı muhakkaktır. Bu gün memleketimizde akciğer veremlilerini tedavi eden resmî, yarı resmî, sigortalar ve hususî müessese-lere ait 9 sanatoryumda cem'an 1871 yatak, Sıhhat ve İçtimaî Muavenet Vekâletine bağlı 20 akciğer veremi hastanesinde cem'an 4027 yatak, devlet ve nümune hastahanelerine bağlı göğüs hastalıkları pavyon ve servislerinde ise 2326 yatak ki cem'an 8323 veremli yatağı ile 43'ü Sıhhat ve İçtimaî Muavenet Vekâletine ait olmak üzere 92 verem dispanseri ve gene ikisi Sıhhat ve İçtimaî Muavenet Vekâletine ait olmak üzere 4 verem tarama ekibi mevcut olduğu halde kemik ve mafsal veremlilerine mahsus Sıhhat ve İçtimaî Muavenet Vekâletine ait Balta Limanı, Eğridir ve Urla Kemik ve Mafsal Veremi hastahanelerinde cem'an 485 yatak mevcuttur. Bunun dışında ne resmî, ne işçi sigortalarına, ne işçi kullanan diğer müessese-lere ve ne de tüberkülozla mücadele derneklerine ait bir tek yatak, sanatoryum, dispanser veya tarama ekibi mevcut değildir. İşçi sigortaları gibi binlerce işçinin tedavisini üzerine almış bulunan bir müessesenin hareket uzuvları tüberkülozuna ait organize edilmiş bir tek teşekkülü dahi bulunmadığını kemik veremli hastalarını sık sık Balta Limanı hastahanesine göndermekte olduklarından anlıyoruz. Halbuki hareket uzuvları tüberkülozlarının iş hayatı ve iş kazalariyle nisbeten sıkı bir alâkası da inkâr edilemez. Binaenaleyh, işçi sigortalarının tesis ettiği anlaşılan 2 sanatoryumunda mevcut 240 akciğer tüberkülozu yatağı ile yetinmeyerek, gerek bu sahada ve gerekse akciğer dışı tüberkülozlar sahasında üzerine düşeni bir an evvel yapması temenni olunur. Bu gün bir çok işçilerin kemik ve mafsal veremine müptelâ olmaları neticesinde bir müddet sonra sigorta ile alâkalarının kesildiği ve gerektiği kadar esaslı bir tedaviye tabi tutularak rehabilite edilmediklerini üzüntü ile görüyoruz.

Verem mücadele cemiyetlerimize gelince bunların da ekstra pülmoner tüberküloz ile meşgul olmayı bu güne kadar hatırlarından geçirmedikleri anlaşılmaktadır. Yukarda arzettiğim yatak nisbetlerinden yalnız Sıhhat ve İçtimaî Muavenet Vekâletinin 4-5 sene içinde kemik ve mafsal veremlilerine ait yatak adedini 145'den 485'e çıkardığı görülmekte ise de bu miktarın ne kadar kifayetsiz olduğu ve hakikî ihtiyacı karşılamamakta bulunduğu bu hastaların 1-1,5 sene sıra beklemeden bir yatağa ve tedavi edilecekleri bir hastahane çatısına kavuşamamaları ile sabittir. Sıra beklemekle geçen bu uzun ve ıstıraplı devrenin tevlit ettiği telâfisi imkânsız felâketi ancak bu müddet içinde sakat ve alil bir hale gelerek hayatını bütün ömrü boyunca bir ıstırap yükü gibi taşıyanlarla bunların karşısında eli kolu bağlı kalan hekim vicdanı anlar. Binaenaleyh bu büyük dâvada yükün yalnız Sıhhat ve İçtimaî Muavenet Vekâletinin sırtına bırakılmamasını, Millî Müdafaa Vekâleti, Maarif Vekâleti, İşçi Sigortaları, Devlet Demir Yolları ve P.T.T. gibi bütün müessese ve teşekkülleri-mizin kendi üzerlerine düşeni bir an evvel yapmalarını temenni etmenin yerinde olacağı kanaatindeyiz.

Mevcut kemik veremi yataklarına ancak kolon vertebral, pelvis, bacaklar ve ayaklara ait kemik tüberkülozlularını yatırabiliyo-

ruz. Tüberkülozun diğer lokalizasyonlarını ise ancak ayak tedavilerine tabi tutabiliyoruz ki bir bakıma kendi kaderlerine terk mânasına da alınabilir. Halbuki hastahanemize kabul edilmediklerini bildikleri halde polikliniğimize müracaat eden bu hastaların miktarı umumî miktarın yüzde 18,5'nu teşkil etmektedir. Eğer kabul edilecek olsalardı bu nisbetin belki kabul ettiklerimizden üstün bir miktara ulaşacağını düşünmek de mümkündür. Bu gün yüzlerce kemik tüberkülozlu alım sırası beklerken ve binlerce ekstra pulmoner tüberkülozlu ve fistüllü hastalar hastalıklarını bulaştıra bulaştıra ortalarda dolaşırken tek başına akciğer veremiyle yapacağımız mücadelenin ne kadar zayıf neticeli kalacağı meydandadır. Binaenaleyh yurdumuzda tam ve metodik bir tüberküloz mücadelesinin pulmoner ve ekstra pulmoner bütün tüberküloz lokalizasyonlarını içine alması ve tümünün metodik bir tedaviye tabi tutulması iktiza eder kanaatindeyiz. Modern, tüberkülostatiklerin keşfinden sonra pulmoner tüberkülozlar gibi ekstra pulmoner tüberkülozluların da ameliyatla tedavileri imkân dahiline girmiştir.

Kemik ve mafsal tüberkülozlarında zamanımıza kadar tatbik edilmiş bulunan uzun vâdeli muhafazakâr tedavi tarzının yerini süratle operatif tedavi sistemine terketmekte olduğu görülmektedir. Bu muhafazakâr tedavi tarzı ile hastaları yıllar boyunca yatakta tutan ve nisbî bir ankiloz temini suretiyle sakatlığı ideal bir tedavi sayan meşhur sanatoryumlar ya birer birer kapanmakta veyahut da sistemlerini modernize etmek suretiyle ayakta kalmağa çalışmaktadırlar. Vekâletimizin müsaadeleriyle bu yaz ziyaret ettiğim Avrupa kemik ve mafsal tüberkülozluları sanatoryumlarının pek çoğunu bu modern şarta uymağa çalışmakta buldum. Leysen'de Rolier'in (Klinik Lefren) adındaki meşhur Rolier usuliyle çalışan sanatoryumu kapanmış ve aynı büyüklükte bir diğeri turistik otel haline inkılâp etmiştir. Berck Plâj'da da sanatoryumlar bu modern tedavi tarzına göre ayak uydurmağa çalışmaktadırlar. Bir çok Avrupa cerrahları kemik ve mafsal tüberkülozlu hastalarını sanatoryum merkezlerine göndermektense kliniklerinde ameliyatla tedaviyi tercih eder görünmektedirler. Zürihte Balgiris'de *Müller,* Pariste: Saint Luis'de *Prof. Cauchoix,* keza Pariste *Debeyre Kaufmann,* İngilterede *Wilkinson,* Almanyada *Kastert* ve Avusturyada*Erlacher* operatif sistemin en önde mürevviçlerinden görülmektedirler.

Operatif sistemden maksat umumî mânasiyle fokal müdahaledir. Biz de Baltalimanında altı seneden beri fokal müdahale yapmaktayız. Buna ait bir tebliğimiz daha yüksek huzurunuza sunulacaktır. Burada fokal müdahaleye temas edişimizin sebebi: ekstra pulmoner tüberkülozun mücadelesini organize ederken tedavinin bu yeni ve verimli veçhesinin en başta göz önüne alınmasını teklif etmek içindir. Malûmdur ki kemik ve mafsal veremlerinin yalnız muhafazakâr usüllerle tedavisi (ki bu usülle tedavide şifa nisbiydi) için ortalama iki ilâ beş sene gibi uzun bir müddet bu tedavinin devamı gerekmekteydi. Bir hastanın bu kadar uzun bir müddet yatağa bağlanmasının 1. hastanın psikolojisi bakımından, 2. uzun bir çalışmaktan mahrumiyet suretiyle cemiyetin kaybettiği enerji ve istihsal gücü bakımından, 3. Aile ve cemiyete yüklediği büyük külfet bakımından düşünülecek olursa bu hastalığın girdiği yere getirdiği felâketin derecesi anlaşılır. Halbuki bu gün antitüberkülo ilâçların desteğiyle yapmakta olduğumuz müdahalekâr tedavilerle bu hastalıklar teşhisin erkenliği nisbetinde 6 ay ile 1 sene içerisinde kabili tedavi bir hale gelmiştir. Bundan başka erken teşhisle vaktinde yapılacak müdahalelerin bu hastalardaki sakatlık ve malûliyet miktarını asgarî hadde indireceği anlaşılmış bulunmaktadır.

N e t i c e :

1. Memleketimizde verem savaşını organize ederken işe bütün memlekete şâmil bir tarama ile başlamalıyız. Bu tarama hakikatte çok güç ve bütün sağlık teşkilâtını belki de yıllarca işgal edebilecek bir iştir. Fakat, savaş için ne derece geniş bir teşkilâtı yurdun nerelerinde kurmaklığımız lâzım geldiği ancak böyle bir taramadan sonra anlaşılabilir.

2. Şüphesiz ki bu tarama yalnız akciğer değil tüberkülozun bütün lokalizasyonlarını tesbit eder tarzda yapılmalıdır.

3. Memleketimizin hangi mıntakalarında ve hangi lokalizasyonları daha ziyade hangi tip basillerin husule getirmekte olduğunun ciddî lâboratuvar tetkikleriyle tesbiti yapılmalıdır.

4. Bovinüs tipine karşı da veteriner teşkilâtımızla elbirliği yapılarak imkânlarımız nisbetinde bir mücadele tertiplenmelidir.

5. Pulmoner tüberkülozlar için olduğu gibi ekstra pulmoner tüberkülozun bütün lokalizasyonlarını içine alan, tam teşkilâtlı, mükemmel ameliyathaneleriyle röntgen, bakteriyoloji ve biyoşimi lâboratuvarlariyle mücehhez 500'er yataklı modern cerrahî tüberküloz hastahaneleri kurulmalı ve bu hastahaneler bir taraftan hasta olarak aldığı vatandaşı diğer taraftan faal hayata kavuşturacak şekilde organize edebilecek durumda olmalıdırlar.

6. Yani şifaya kavuşanların eski mesleklerine döndürülebilmesi veya yeni hayat şartlarına göre meslek edinebilmeleri velhasıl resosyalizasyonları mücadeleyi tamamlayıcı bir esas olarak organize edilmelidir.

SUMMARY

The place of osteo-articular tuberculosis in the fight against tuberculosis

Since a few years the fight against tuberculosis in our country has reached new proportions and assumed a wider importance. However we must point out the fact that this campaign labelled "Fight against Tuberculosis" is in fact limited to a "Fight against Pulmonary Tuberculosis". The lung is, however, but one of the organs attacked by tuberculosis. We must never forget that a one-sided approach gives uncomplete and lame results and that the ideal gaol is never reached. We won't pretend that all needs have been fulfilled for the fight against pulmonary tuberculosis in our country. Nevertheless we see that for 8223 beds destined to cases of lung tuberculosis we have barely 485 beds for osteo-articular tuberculosis. Besides those beds, we do not possess in this country any other institution for the treatment of osteo-aricular tuberculosis or any other form of extra-pulmonary tuberculosis. No serious efforts have been made in order to determine the exact number of these beds. Hereafter we present some suggestions on this respect.

1. The work should begin by a nation-wide survey of the filled of tuberculosis, extending to all its possible localisations.

2. Official, semi-official or private institutions should share the duties and thus alleviate the Ministry of Health from some of its responsabilities.

3. We suggest the creation of modern surgical hospitals for the treatment of all extra-pulmonary localisations of tuberculosis.

4. We make the wish that Surgical Tuberculosis becomes a new Specialty, in the true sense of the word.

RÉSUMÉ

L'importance de la tuberculose osseuse et articulaire dans la lutte anti-tuberculeuse

Depuis quelques années, la lutte contre la tuberculose a pris dans notre pays une extension et une importance considérables. Toutefois il importe de préciser que cette campagne dont le nom est "Lutte anti-tuberculeuse" se limite en fait à une "Lutte contre la tuberculose pulmonaire". Toutefois le poumon n'est qu'un parmi les nombreux organes attaqués par la tuberculose. Il ne faut jamais oublier qu'un travail unilatéral reste toujours défectueux et incomplet et que son résultat n'approche guère de l'idéal. Sans vouloir prétendre que les mesures prises pour la lutte contre la tuberculose pulmonaire dans notre pays sont pleinement adéquates, il importe toutefois de souligner que pour 8223 lits réservés aux cas de tuberculose pulmonaire, nous possédons à peine 485 lits pour les cas de tuberculose articulaire et osseuse. A part ceux-ci, il n'existe dans notre pays aucune institution pour le traitement de la tuberculose osto-articulaire ou toute autre forme de tuberculose extra-pulmonaire. Aucun effort sérieux n'a d'ailleurs été réalisé pour déterminer le nombre exact de ces lits. Voici donc quelques suggestions que nous présentons à cet égard:

1. Il faudrait commencer ce travail par une activité de dépistage portant sur toutes les localisations possibles de la tuberculose dans le pays.

2. Toutes les institutions officielles, semi-officielles ou privées devraient participer à cet effort, soulageant ainsi le Ministère de la Santé Publique d'une partie de ses responsabilités.

3. Nous suggérons la création d'hôpitaux chirurgicaux modernes, destinés au traitement de toutes les localisations extra-pulmonaires de la tuberculose.

4. Nous faisons le voeu que la tuberculose chirurgicale constitue une nouvelle spécialité au vrai sens du mot.

AİLE ZİYARETLERİ

Dr. OSMAN ŞEVKİ ULUDAĞ

İstanbul Verem Mücadele Cemiyeti 1927'de kuruluşundan beş ay sonra, ilk kongresi huzurunda: (Verem felâketzedeleriyle yakından temas etmek) ve (ailelerin harimine nüfuz etmek) gibi gayelerini açıklamıştı. Bu gayelere şüphesiz ziyaretçi hemşireleriyle ulaşacaktı. Nitekim sİtanbulun en fakir semtlerinden biri olan Eyüp'te, harap bir konağın üst katında ilk dispanserini kurup mücadeleye fiilen atıldığı vakit ilk yapmak istediği işlerden biri de bu olmuştu. Fakat İstanbul Verem Mücadele Cemiyeti o vakitlerde facia karşısında tabiî olarak heyecan duyduğu halde bu heyecanlara cevap verecek halde bulunmuyordu. Elinde mütehassıs doktor yoktu, buna alâkalı ihtisaslardan faydalanarak çare bulabilirdi. Ancak ziyaretçi hemşire işi böyle değildi. Çünkü memlekette henüz kâfi miktarda Hemşire de yoktu.

Daha mühimi de ziyaretçi hemşire yetiştirmek için teşebbüs ve ümit yoktu. Eyup'ta açılan dispanser beklenilenin üstünde ilgi görmüştü. Bir çok mahrumiyet içinde olmakla beraber bu dispanserin karşılaştığı alâka müteşebbislerin azmini artırıyordu. İlk senede Heybeliada Sanatoryumunun stajyerlerinden ziyaretçi hemşire Nebahat Hanımın yardımlarından faydalanmak üzere, mahdut aileler nezdinde olsa bile (Aile harimine nüfuz) etmenin mümkün ve kolay olduğu anlaşıldı. Fakat bu işi daha esaslaştırmak gerekti.

Dispanser kadrosu Cemiyetin kuruluşundan ancak 1,5 yıl sonra ve 1929 kongresinde kararlaşabildi. Buna göre bir hekim için ayda 20 lira tazminat verilecek, vazifeli bir ziyaretçi hemşire ise 30 lira alacaktı. Ayrıca bir hastabakıcıya 15, bir hademeye de 5 lira verilecekti.

Dispanser kadrosunu teşkil eden bu dört personelin en mühimi ziyaretçi hemşire idi. Nitekim ona verilen aylık ücret de hepsinden fazla idi. Bununla beraber ertesi sene, yani 1930'da da muvazzaf bir ziyaretçi hemşire bulunamadı, ve bu senenin ziyaretleri de Heybeli

Sanatoryumunun stajyer hemşirelerinin fahrî hizmetleri sayesinde mümkün oldu. Böylelikle sayısı az olmakla beraber bazı faaliyetler gösterilmiş ve hastaların evlerine gidilerek tetkikler yapılmış ve içtimaî fişler tanzimine muvaffakıyet hasıl olmuştu.

İstanbul Verem Mücadele Cemiyetinin aile ziyareti işleri uzun müddetle arzu edildiği üzere tam bir ihtisas dahilinde cereyan etmemişti. Çünkü memleket bu ziyaretleri yapacak olan hemşirelerden mahrumdu. Gerçi hemşirelik çekirdek halinde de olsa Türkiyede teessüs etmişti. Fakat ziyaretçi hemşirelik büsbütün başka bilgilere dayanıyordu. Onlar diğer hemşireler gibi yalnız hastahanede veya müessesede değil, ötekiler gibi ve aynı zamanda insan toplulukları içinde sağlık esaslarını korumak için çalışacaklardı. Klinik ve lâboratuvar bilgilerinden başka ferdin ve ailenin yaşayışlarını araştırmakla da vzifeli idiler.

ZİYARETLER

İstanbul Verem Savaşı Derneği ancak A gurubuna kadın hastaları ile aileler arasında yatıp kalkan erkek hastaları ziyaret ederler. Bekâr odalarında, yalnız başına ikamet eden erkek hastalar bu ziyaretlerden mahrumdurlar. Esasen bu nevi erkek hastaları ziyaret etmek faydalı ve mümkün değildir ve meselâ gecelerini Tophane hamamında geçiren erkekleri gündüzün orada bulmak mümkün olmadığı gibi aramak da beyhudedir. Kezalik bir dükkânda, bir kahve köşesinde, toplu olarak hanlarda, yıkık enkaz arasında ve bu gibi yerlerde kalan erkek hastalar, gündüzleri mevkilerini terkederler, ve aransalar da bulunamazlar.

Gecekondular da bir âlemdir. Ziyaretçi hemşirelerin yalnız erkek hastaların ikamet ettikleri bu yerlerde görecekleri vazife olamaz.

SOSYAL HAYAT

Evler:

Ziyaretçi hemşirelerimizin hasta ziyaretine gittikleri meskenlerin mecmuu 5760 meskendir. Bu miktar hastaların sayısına göre değişmekle beraber bu satırların yazıldığı tarihte (Kasım 1956) ziyaret olunan mesken sayısı budur. Şurasına da işaret edelim ki bu meskenlerde birden fazla hasta dahi bulunabilmektedir.

Ziyaret olunan meskenlerin çeşitlerine ait tafsilât şudur:

Ev	4266
Apartman	514
Gecekondu	940
Kahve, han, dükkân v.s.	40
	5760

Bu rakamlara göre mesken nisbeti yüzde olarak şöyle ifade olunabilir:

Mesken nev'i	Binde nisbeti
Ev	740.6
Apartman	89.2
Gecekondu	163.3
Kahve, dükkân v.s.	6.9
	1000.0

Bu rakamlara bakılırsa verem dispanserlerine her sınıf halkın devam ettiği takdir olunur. Binde 89,2 nisbetinde olsa da apartmanda oturacak kadar varlıklı olanları da dispanserlerimize gelmeleri bunu gösterir. Eski senelerin rakamlarına bakılırsa bu nisbetin gittikçe yükseldiği görülür.

Şurasını da inkâr etmemelidir ki dispanserler daha ziyade fakir halkın ziyaret ettikleri yerlerdir. Dispanserlerde zengin fakir farkı aranmamakla beraber fakir halk buralarını kendi müesseseleri saymaktadır. Bundan başka zengin fakir herkes göğüs hastalıklarının mahiyetini ancak dispanserlerimizde öğrenmenin kabil olduğuna gittikçe inanmaktadırlar.

İstanbulda bekâr odalarının sayısı gittikçe azalmaktadır. Evvelden Azepkapısından Mumhaneye, Galatadan Tophaneye kadar binlerce bekâr odası vardı. Bahçekapının Melekgirmez sokağı ve etrafı, Asmaaltı ve civarı, Tavukpazarı ve bir çok mahaller bu nevi iptidai meskenlerle dolu idi. Bugün muhtelif sebeplerle bunların sayısı azalmıştır. Buna mukabil gecekondular vücut bulmuş ve gittikçe çoğalmakta bulunmuştur. Dispanserlerimizin bulunduğu mıntakalardan şehremini civarı bu nevi meskenlerin kesif olan tarafларıdır. Bununla beraber gecekondular İstanbul surlarının dışında, Kazlıçeşme-Bakırköy arasında büyük bir şehir cesametinde kesafet kazanmışlardır. Orada tasavvur olunan dispanserimiz vücut bulduğu takdirde, halkı çok iptidai şartlar içinde yaşayan bu mıntakada ziyaret edilecek ev sayısının hayli artacağı tahmin olunur. İstanbul verem mücadele cemiyeti işte bu elemanlardan mahrum idi. Heybeliada sanatoryumu stajyerleri, ilk açılan Eyup Verem Dispanserinin büyük mahrumiyetler içinde, aynı zamanda kendilerini yetiştirmeğe de çalışıyordu. Bunun için cemiyetin gayesi ve hedefi olan (ailelerin harimine nüfuz etmek) ve (verem felâketzedeleri ile yakından temas etmek) çok zor ve eksik şartlarla karşı karşıya idi:

Bununla beraber İstanbul Verem Mücadele Cemiyeti bir taraftan Heybeliada Verem Sanatoryumu stajyerlerinden istifade ettiği gibi bir taraftan da Sıhhiye Vekâleti tarafından gönderilen stajyerlerden faydalanıyordu. Bunlar sayesinde 1931'de 100'ü mütecaviz hasta, evinde ziyaret edilerek sosyal fişleri düzenlendi. Bundan sonra iki sene müddetle bu hemşirelerin faaliyetleri hakkında vesika bulamıyoruz, fakat 1934'de dahi 100 hastanın ziyaret edildiğini görmekteyiz.

Durumun bu şeklinden Verem Mücadele Cemiyeti dahi memnun bulunmuyordu. Heybeliada Sanatoryumundan veya Sıhhiye Vekâleti stajyerlerinden gönderilen hemşireler ne kadar mükemmel çalışırsa çalışsınlar, verim yine tam ve mükemmel olamıyordu. Cemiyet bu hususta memnuniyetsizliğini 1934 kongresi raporunda (bu yeni yıl içinde bilhassa ziyaretlere çok ehemmiyet vereceğiz) demekle göstermektedir.

Cemiyet 1938 senesini (bir dönüm ve terakki merhalesi) saymıştı ve dispanserde vazifeli bir ziyaretçi hemşire kazanmıştı, ancak tâyin olunan bu hemşire de metodik bir ihtisas tahsili görmemiş, geçirdiği kurslar sayesinde yetişmişti.

Cemiyetin 1940 senesi raporunda, çekilen mahrumiyetlerin bir dereceye kadar hafifledigini şu satırlarda okumaktayız:

«Dispansere muktedir bir başhekim ve iyi bir hemşire tâyin ettik. Dispanserimiz bu şekilde yalnız kendisine müracaat eden hastalara bakmakla iktifa etmiyecek, hastaların evinde gerek hekim gerek ziyaretçi hemşire vasıtasiyle yaptığı ziyaretlerle henüz vereme tutulmamış, fakat tutulmak tehlikesi altında bulunanları korumağa çalışacaktır.»

İncelediğimiz vesikalara göre İstanbul Verem Mücadele Cemiyetinin aile ziyareti işinin, bu izahatın vukuundan itibaren oldukça düzgün bir yola girmiş olduğunu görüyoruz. Filhakika bazı seneler nihayet yüz hasta evi ziyaret edilen stajyer hemşireler, yeni ve mu-

vazzaf hemşireler sayesinde daha çok ziyaret yapmağa muvaffak olmuştur. Bu cümleden olarak:

1941'de 234
1942'de 223
1943'de 1088

aile ziyaret edilmiştir.

Ziyaret miktarı artmakla beraber şurasını da kaydedelim ki faaliyette bulunan dispanserlerin sayısı da artmıştı. Evvelce yalnız Eyup'ta tek bir dispanser halinde bulunan mevcudiyet, Beykoz, Unkapanı, Üsküdar dispanserleriyle üç misli daha artmıştı.

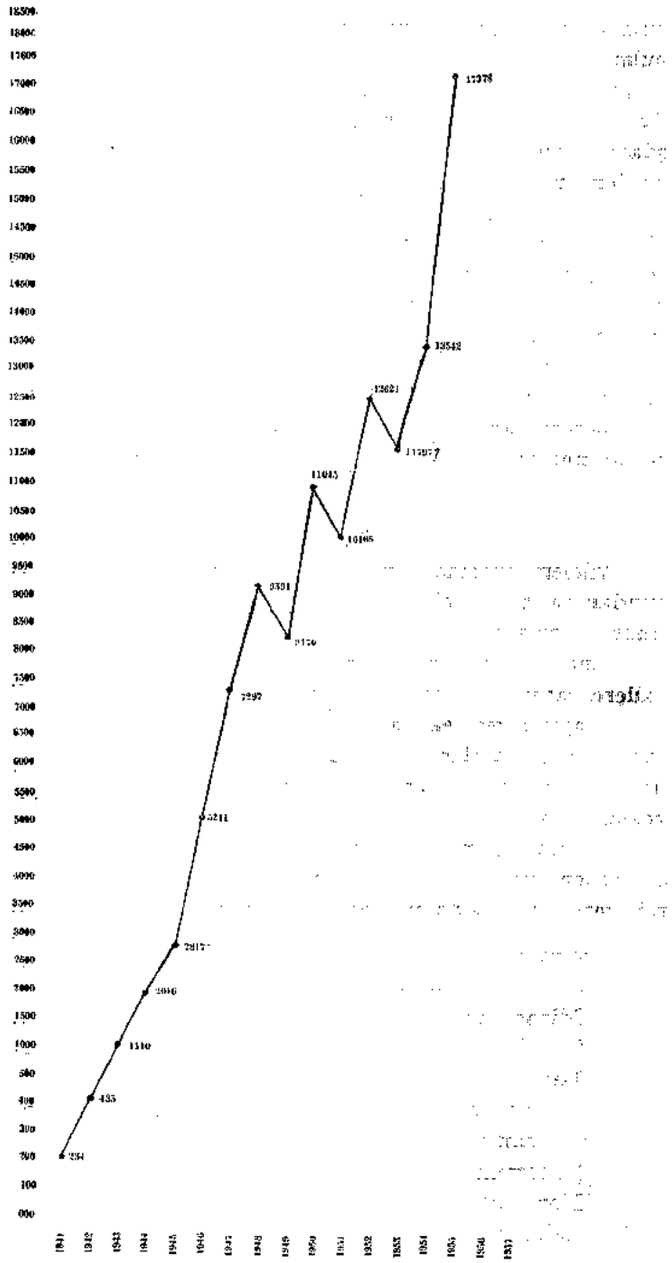
Aile ziyaretleri bundan sonra gittikçe artan bir kemiyet halini almış ve keyfiyet de onunla ölçülü olarak düzelmiştir. O haldeki ziyaretçi hemşirelerimiz hasta evlerinde aranan ve beklenen kimseler olmuştur.

1941'den itibaren son seneye gelinceye kadar aile ziyaretlerinin ne suretle arttığını ve yükseldiğini şu rakamlarda okuyoruz.

Sene	Ziyaret edilen aile
1941	234
1942	435
1943	1110
1944	2016
1945	2817
1946	5411
1947	7297
1948	9394
1949	8470
1950	11045
1951	10165
1952	12621
1953	11797
1954	13542
1955	17378

HEMŞİRE OKULU

Verem Mücadele Cemiyeti, evlerde ziyaretin ancak esaslı tedbirlerle mümkün olabileceğini, çoktan kabul etmiştir. Artık İstan-



bulda üç dispanser vardı ve daha da açılacaktı. Bunlar için doktor bulmak pek zor değildi. Fakat hemşire yetiştirmek esas idi. Bu hakikati ele almak lâzımdı. Nitekim 1943'te İdare Heyeti azasından Dr. Ömer Lütfi Eti ihtiyacı açıkladı ve artan hemşire ihtiyacını karşılamak üzere bir (Verem Savaşı Hemşire Okulu) açılması lüzumunu ileri sürdü. Verem savaşında hususî bilgiye ihtiyaç gösteren hemşireler ancak bu bilgileri tedris eden müesseseden yetiştirilebilirdi. Bundan başka İstanbulda ve Verem Savaşı Derneğinden başka teşekküller tarafından da hemşire yetiştirilebilirdi. Fakat (Ziyaretçi hemşire) hemşirelik sahasında bir ihtisas şubesi idi ve Verem Savaşı Derneği tarafından yetiştirilmesi gerekti.

Verem Savaşı Hemşire Okulu, 1943'te 13 talebe ile açıldı ve 1945'de 10 hemşire ile ilk mezunlarını verdi.

Verem Savaşı Derneği ve onunla birlikte Türkiye bu on hemşire ile metodik tahsil görmüş ilk hemşirelerini kazandı.

EV TASARRUFU

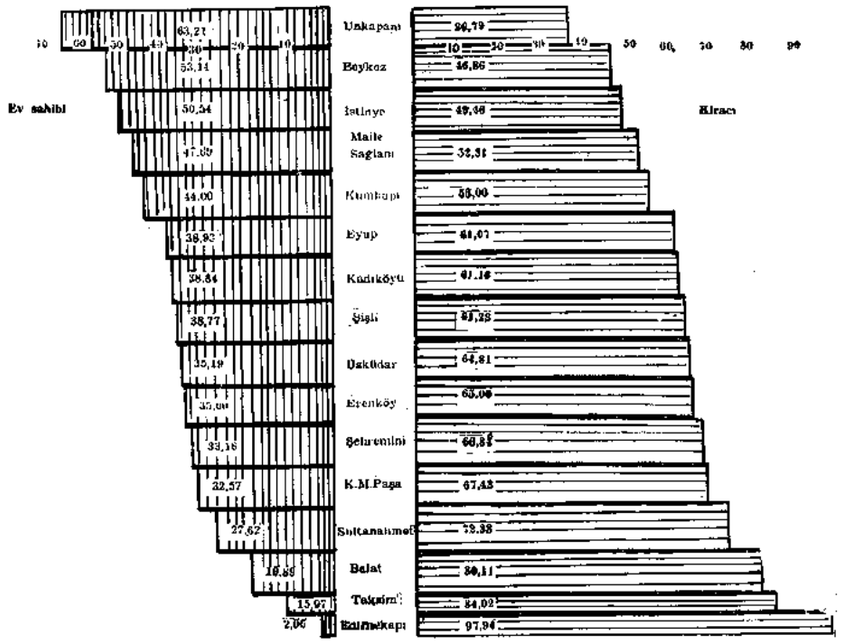
Aileleri arasında veremli bulunanların ev sahibi olmak bakımından talihleri yoktur ve veremlilerin %66,22'si ancak kira evlerinde oturmaktadırlar. Mesken sahibi olanların oranı ancak %33,78 olduğuna göre veremliler ancak 1/3 nisbetinde olarak barınacak mahallere sahib bulunmaktadırlar.

Aşağıda gelecek bahislerde veremlilerin oturdukları evlerin cesamet ve kesafetleri hakkında da izahat bulunacaktır ve görülecektir ki kiracı ve ev sahibi olan veremliler bu bakımdan da oldukça yoksul insanlardır.

İstanbulun muhtelif mıntakalarında bulunan veremliler arasında esasen mütevazı olan kazançlarından büyük kısmını ev kirası olarak verenlerin sayısını aşağıdaki cetvelde görmekteyiz.

Mıntaka	Kiracıların % nisbeti
Edirnekapı	97.94
Taksim	84.02
Balat	80.11
Sultanahmet	72.38
Kocamustafapaşa	67.43
Şehremini	66.84
Erenköy	65.00
Üsküdar	64.81

Şişli	61.23
Kadıköy	61.16
Eyup	61.07
Kumkapı	56.00
Sarıyer Naile Sağlam	52.31
İstinye	49.46
Beykoz	46.86
Unkapanı	36.79



ve görülüyor ki İstinye, Beykoz, Unkapanı mıntakaları müstesna olarak şehrin her tarafında veremli insanlar kiralık evlerdedir.

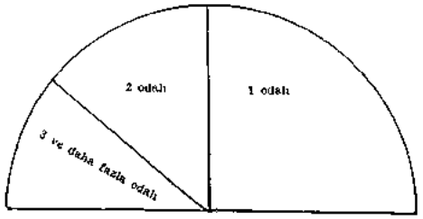
MESKENLERDE KESAFET

İstanbul halkı bir evde yalnız başına ikamet etmeyi sever. Kendi evinin kapısını kendisi açmak ister. (Dağ dağ üstüne olur, ama, ev ev üstüne olmaz) der. İstanbul evlerinin daha ziyade küçük, ahşap ve mütevazı olmasının sebeplerinden birisi de bu yüzdendir. Küçük sermayelerle ancak ucuz evler yapılabileceği için bu nevi evler

de eski İstanbulda çok bulunur. Kira evinde oturanlar, nihayet binanın bir kısmında ev sahibinin bulunmasını hoş görebilirler. Fakat muhtelif ailelerin aynı binada kiracı olarak bulunmaları ancak müstesna hallerde görülür. Bu günlerde eski konakların oda muhtelif kiracılara verilmesi, muhtelif büyük yangınların ve harblerin eseridir.

Bu gün dahi İstanbulda küçük, iptidai ve harap evlerde oturanlar çoktur. Gecekondular bu nevidendir, eskiden kalma metruk medreselerin odaları da aileler tarafından işgal olunmuştur. Böyle olmakla beraber tek aileli meskenler yine çoğunlukta bulunmaktadır. Aşağıdaki rakamlar bu hususta fikir verebilir:

Bir meskende tek aile		%64,87
»	» iki aile	%12,46
»	» daha çok	%22,61
		100,00



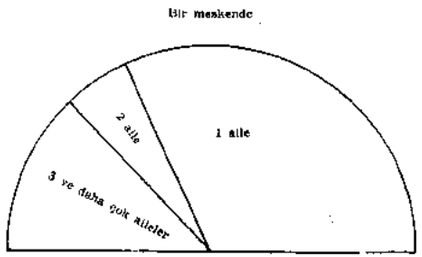
Bu nisbetlerin içlerinde veremli bulunan ailelere ait olduğunu tasrihe lüzum yoktur.

Aynı kesafet işini bir ailenin işgal ettiği oda bakımından da inceliyebiliriz:

Meskeni bir odadan ibaret bulunanlar	%54,07
» iki » » »	%29,57
3 veya daha fazla odalı evlerde oturanlar	%16,36
	100,00

5241 veremli meskeni içinde tek odalı olanların daha çok miktar teşkil ettiği görülmektedir. Bu zavallı hastalar kendi taallûkatından olan sağlamlarla birlikte aynı odada, hattâ bazan aynı yatakta yattıkları çok görülmüştür. Bütün bu yekûn içinde ayrı yatak odası bulunan meskenlerin sayısı ancak 1279'dur. Buna göre ayrı yatak odası bulunan mesken nisbeti %24,40'tır.

Veremli meskenleri bahsinde zikrettiğimiz bu kesafete ve darlığa bunlardan başka olarak derin mahrumiyet dahi ilâve olunmalıdır. Havasızlık ,ışıksızlık ve darlıktan başka eşya mahrumiyeti de bunlara ilâve olunmalıdır. Öyle hastalar vardır ki hattâ yataktan dahi mahrumdurlar.



Fakrin ve sefaletin bu derecesi İstanbul Verem Savaşı Derneği tarafından ancak pek ufak ölçüde karşılanabilmekte, yatağı yorganı olmıyan bazı hastalara imkân bulundukça bu nevi eşya verilmektedir.

YARDIMLAR

Ziyaretçi hemşireler, gördükleri ihtiyacın derecesine göre hastalar için bazı yardımlar dahi sağlamaktadırlar. Dispanserlerin bütün muayeneleri meccani olmakla beraber muhtaç olanlara ilâç ve gıda yardımı da yapılır.

1956'da dernekten gıda yardımı görenlerin miktarı 256 kişidir. İstanbul Verem Savaşı Derneğinin yaptığı gıda yardımı, muhtelif zamanlarda yapılan tecrübelere göre şu şekildedir:

Gıda yardımına muhtaç olanlar bilhassa ziyaretler esnasında tesbit olunduktan sonra bunlara bir karne verilir ve evlerine yakın bir bakkal gösterilir. Hastaların eline para verilmez ancak bunlar gösterilen bakkala ellerindeki karne ile müracaat ederek münhasıran yenecek gıda (peynir, pirinç makarna, yağ şeker...) alırlar. Gıda teşkil etmiyen maddeler alamazlar.

Hastaların bakkallardan alacakları gıda maddelerinin tutarı yirmi lirayı geçmiyecektir ve yardıma muhtaç görülen hasta bir ayda ancak yirmi liralık gıda alabilir. Bu satırların yazıldığı tarihte - (Kasım 1956) İstanbul Verem Savaşı Derneği dispanserleri 256 fakir hastaya bu neviden gıda yardımı yapmakta idi.

Şurasını da ehemmiyetle kaydedeyim ki zengin vatandaşlarımızdan bazıları herhangi bir verem dispanserimiz hastalarından bir veya birkaçına devamlı, yahut muvakkat müddetle böyle yardımlarda bulunmaktadırlar.

SU İHTİYACI

Meskenlerden bahsedilirken su ihtiyacını incelemek de yaşama şartlarının belirtilmesi için lüzumludur.

İstanbulda su işleri o vakte kadar en iyi olarak 16'ncı asır ortalarında Kanunî Sultan Süleyman zamanında düzenlenmiştir. Şehrin en büyük su teşkilâtını Kırkçeşme teşkil etmiş, daha sonraları Taksim suları da Beyoğlu tarafının ihtiyaçları için vücuda getirilmiştir. Valans (Bozdoğan) kemeri gibi tesislere bakılırsa Halkalı sularını da ehemmiyetle görmek icabeder. İstanbulun bu üç büyük kaynağı bugün de mevcuttur. Ancak Kırkçeşme suları Eyup ve bazı İstanbul binaları müstesna olarak ortadan kaldırılmış, Taksim suları aynı akıbete uğramış, yalnız yolları kuru örme kanallardan ibaret olan Halkalı suları kalmıştır ki - bu sular da Edirnekapısı - Mevlâna kapısı - Aksaray üçgeni arasındaki sahayı beslemektedir.

Bunların dışında ne Çırpıcı artezyenleri, ne de Terkos suyu şehrin su ihtiyacını temin etmemiştir.

Şehrin ana su kolları, yazdığımız üzere üç kaynaktan ibaret olduğuna göre bunların gayet az bir kısmı bazı hususî binalara satılmakla beraber esas bakımından bu sular cami, medrese ve bunlar gibi padişah vakıfları ihtiyacı için ayrılmış ve yol üzerine gelen bazı mahallerde sokak çeşmeleri yapılmıştır. Buna göre İstanbulda halkın muhtaç olduğu suyu sokak çeşmelerinden tedarik etmeleri esastır.

Yalnız büyük yangınlardan sonra yenileşen evler, bu çeşmelere muhtaç olmamak tedbirini almışlar ve evlerde hususî su tesisleri hayli çoğalmıştır. Evlerinde su tesisleri olmıyanlar hâlâ kovalarla ve tenekelerle çeşmeden su taşımakta veyahut sakaların getirdikleri suyu satın almaktadırlar.

Bütün bunlardan başka evler, eskiden sahrınç yaptırmak, yahut kuyu kazdırmak ile su ihtiyacını sağlamağa çalışırlardı. Bugün artık sahrınçlar kalmamıştır. Bununla beraber kuyular kısmen mevcuttur.

Ziyaret olunan veremli evlerinde mevcut olan su tesisleri hakkında şu rakamları veriyoruz:

Suyun cinsi	Mevcut tesisler %
Musluk	55.27
Kuyu	10.62
Taşıma	34.11
	100.00

Görülüyor ki bu evler medenî su tesislerinden dahi mahrumdurlar.

APTESANELER

İstanbul şehri aptesane ve lâğım bakımından da hayli iptidaidir. Zaman zaman memlekette lâğımları ıslâh etmek merakı uyanmış ve hareketler gösterilmiş ise de bu meraklar talaş alevi gibi bir yanmış, bir sönmüştür. Bunlara bakarak her evin bir lâğımı olduğu söylenemez. Bununla beraber her evin bir veya iki aptesanesi mutlaka vardır. Bunlar lâğıma veya toprağa açılır, burası mesele değildir.

Biz burada her aileye mahsus bir helânın bulunup bulunmadığını ve muhtelif aileler tarafından kullanılan müşterek aptesanelerin miktar ve nisbetini göstereceğiz: Ziyaret olunan hasta evlerinde 5586 aptesane vardır, ve bunlar şu nisbeti arzederler:

Hususî aptesane	%44.68
Müşterek aptesane	55.32

Şurasını da kaydedeyim ki bu aptesanelerin hepsi de alaturkadır ve temizlenme için mutlaka su kullanılır. Alafranga helâ ve kâğıt ile temizlik halk tarafından beğenilmez.

ISINMA

İstanbulda ısınma vasıtası olarak ocak kullanmak meçhuldür ve iptidai sayılır. Eski konaklarda ve saraylarda görülen ocaklara da garip garip bakılır.

Şehirde halk arasında yakın zamana kadar mangal kullanılırdı. Sobalar yangın tehlikesinden dolayı tehlikeli sayılırdı. Halbuki son zamanlarda mangalın yerini soba işgal etmektedir.

Eskiden mangallar için çok tedbirler alınırdı. Bunlarda odun kömürü yakıldığı için CO_2 korkusu ile kömür iyice yakılırdı ve bir kıvılcımın yangına sebebolacağı korkusu ile geceleri ateş iyice küllenir, hattâ bir de kapak ile kapanırdı.

Bu külfetli bir ısınma vasıtası idi, sobalar yavaş yavaş mangalın yerini aldı.

Yakın senelere kadar sobalarda odun yakılırdı. Bunların verdikleri hareket kömüre nisbetle memnuniyet verici idi. Hele çini sobalar daha devamlı ve lâtif hararet verdiği için sevilirdi.

Fakat odun bulma güçlüğü ve kömür yakma teşviki sobalarda esaslı değişikliğe sebeboldu. Şimdilerde artık dökme soba ve kok kömürü en başta ısınma vasıtasıdır.

Ziyaret olunan 5809 ısınma vasıtasının rakamları şudur:

	%
Soba	69.89
Mangal	28.30
Kalorifer	1.81
	100.00

HASTALAR

Bu gün ziyaret edilmekte olan hastaların yekûnu 5765'tir. Çok isterdik ki bu büyük yekûn üzerinden tafsilâtlı guruplar ayıralım ve her nevi meşgalenin bu yekûn üzerindeki tesirini bilelim. Ancak konunun buna müsaadesi olmadığı için bu arzumuzu başka bir münasebetten istifade ederek başarabileceğiz.

Burada ayırdığımız sınıflardan:

1. Halk - Her nevi iş ve sanatı yapan kimselerdir: Kasap, kunduracı, marangoz, bakkal...
2. İşçi - Münhasıran fabrikalarda çalışan kimselerdir: Tütün, lâstik, konserve...
3. Memur - Devlet ve müessesenin devamlı işçisi.
4. Talebe - İlk ve orta okullar ve kısmen liseler.
5. İşsizler.

Bu tasnife göre yukarıya dercettiğimiz 5765 hastanın beher sınıfa isabeti şu miktardadır:

Halk	%33.59
İşçi	%10.75
Memur	% 4.66
Talebe	%30.49
İşsiz	%20.48
	100.00

Aynı miktar fakir, orta ve rahat halliler arasında şöylece tasnif olunmaktadır:

Fakir	%53.80
Orta	%39.19
Rahat	% 7.01

Yukarıdan beri tasvir ettiğimiz durum ve dercettiğimiz rakamlar verem savaşı dispanserlerine müracaat edenlerin refah sahibi insanlar olmaktan ziyade fakir ve orta halliler olduğunu göstermektedir. Vakti hali rahat olanlar bu rakamlarda az yer işgal ediyorlar, buna sebep verem dispanserlerinin daha ziyade fakir muhitlerde açılmasıdır.

Dernek ilk zamanlardan beri fakirlerin imdadına koşmak gibi bir gaye peşinde olduğu için bu gün dahi görüldüğü üzere gayet mükemmel olan dispanser binalarını birinci sınıf caddelerde değil, mahalle aralarında fakirler arasında yaptırmayı tercih etmiştir.

Bununla beraber dispanserimiz zengin fakir herkes tarafından haklı bir teveccüh ve muzaharet görmektedir.

Son cümlemizi söylemek için diyeceğiz ki:

Verem savaşı dispanserleri muvaffakıyet yolundadır ve bu muvaffakıyeti hazırlayanlar arasında ziyaretçi hemşirelerin başardıkları aile ziyaretleri büyük hizmet görmektedir.

S U M M A R Y

H o m e v i s i t s

The first dispensary created in 1937 for the Fight against tuberculosis was located in the upper flat of an old mansion in ruins, at Eyup. We had already at this time studied the problem of visiting nurses and insisted on the importance of home visits. Visiting nurses actually visit 5760 homes. In 1941, only 934 homes had been visites; in 1955 this number has risen to 17378. The organisation of the school for nurses is thoroughly reviewed. During these home visits, some public health problems such as water consumption, heating devices and sewage disposal were studied.

R É S U M É

L e s v i s i t e s f a m i l i a l e s

Le premier dispensaire fondé en 1937 pour la lutte anti-tuberculeuse était situé à l'étage supérieur d'une maison en ruines à Eyup. A cette époque déjà le problème des infirmières visitantes avait été étudié, montrant l'importance que nous attachions aux visites familiales. Les infirmières visiteuses contrôlent actuellement 5760 logis. Alors qu'en 1941, 934 familles avaient été visitées, ce nombre s'est élevé à 17378 en 1955. L'organisation de l'école d'infirmières est présentée en détail. Au cours de ces visites familiales, certains facteurs relatifs à la santé publique tels que la consommation d'eau, le chauffage et l'état des latrines a été aussi étudié.

BEŞİNCİ CELSE

VEREM MÜCADELESİNDE SOSYAL YARDIM KOMİTELERİ

Dr. TEVFİK İSMAİL GÖKÇE

İstanbul Verem Savaşı Derneği gelirinin milyonu bulmasına rağmen 19 dispanseri, gezgin röntgen arabası, araştırma merkezi, aeryum, hemşire mektebi gibi verem mücadelesinin profilaksi ve bir dereceye kadar tedavi safhasına taallûk eden çalışmalarının gerektirdiği yüksek masraflar karşısında bizzat veremlinin şahsı ve onlarla temasta bulunan çocuklar haricinde bunların pek muhtaç olanlarının aile vaziyetlerinin ıslâhına esaslı bir surette yardım edememektedir.

Halbuki veremli ailelerin evlerinde yapılan sistematik ziyaretler bu ailelerde çok feci vaziyetler tesbit etmiş bulunmaktadır.

Bu ve buna benzer vaziyetler maatteessüf her tarafta ve büyük mikyasta mevcuttur. Bu bize, dernek idare heyetine, büyük ıztırap veren ve bizi esaslı bir çare bulmak üzere çırpındıran bir mevzu idi. Bu vaziyeti derneğimizin baş sosyal asistanı olmak itibariyle çok yakından gören *Mlle. Chartier*, bu sahadaki ihtisas ve tecrübesiyle, faaliyete geçerek bilhassa Taksim ve Beyoğlu bölgesinde bir çok ailelerle ve mekteplerle temas ederek içlerinde veremli bulunan ailelerin içtimaî ve iktisadî bakımdan en feci vaziyette bulunanlara maddî ve aynî yardım temin etmeğe başlamış ve böylece evvelce dernek tarafından münferit olarak şu veya bu şekilde yapılmakta olan yardımlara sistemli bir şekil vermek yolunu bulmuştur. Burasını kendi vatanı gibi benimsiyerek çalışan ve derneğimize kısa bir zamanda büyük faydalar temin eden, bu idealist sosyal asistanımızı, ne yazık ki kısa bir çalışmadan, üç sene süren çalışmadan sonra daimî olarak kaybettik. Dünyanın bir çok taraflarında insanlık namına çalışan

bu büyük kadının ölümü de bir fedakârlık nümunesi olmuş, Kilyosta denizde boğulmak üzere olan bir çocuğun hayatını kurtarmak pahasına canını vermiştir. Onu huzurunuzda dernek namına, insanlığa ve bilhassa memleketimize hizmetin bir sembolü olarak, saygıyla anmayı kendimize bir vazife telâkki ederim.

Onun aramızdan çekilmesiyle bu çalışmalar durmamış, bilâkis büyük bir itina ile ekilen bu filiz inkişaf etmiş, bu fedakâr insanın açtığı isabetli çığır bir çok hayırsever kadınlarımızı harekete getirmiş, bu yardımın İstanbulda her tarafa teşmil edilecek şekilde sistemli olarak kurulması imkânları tahakkuk sahasına girmiştir. Bunun için her dispanser sahasında, bilhassa hanımlarımızdan teşekkül eden, birer sosyal yardım komitesi kurulması kararlaştırılmıştır. Bu komitelerin teşekkül etmesine ve faaliyete geçmesinde *Prof. Tevfik Sağlam* başta gelen bir rol oynamıştır.

Çalışmalarında tamamiyle müstakil olarak teşekkül eden bugünkü dispanser sosyal yardım komiteleri mıntakalardaki en ziyade muhtaç ailelerden başlıyarak yardımları yapmaktadırlar.

Bu maksatla şimdiye kadar Taksim, Sultanahmet, Şişli ve Kasımpaşa dispanserlerimizde birer sosyal yardım komitesi teşekkül etmiştir. Bunlardan Taksim ve Sultanahmettcki birer teşekküle bağlı olmayan hanımlarımız, Şişli ve Kasımpaşadakiler de İstanbul Yardım Sevenler Derneğinin merkez ve Beyoğlu şubesi tarafından teşkil edilmiştir.

Bu komitelerin çalışması şu şekilde cereyan etmektedir: Malûmunuz olduğu gibi dispanserlerimizin hemşireleri veremli her hastanın evini ziyaret etmekte ve o ailenin içtimaî ve iktisadî vaziyeti hakkında esaslı bilgiyi ihtiva eden içtimaî fişleri doldurmakta ve muntazam fasılalarla yapılan sonraki ziyaretlerde de bu vaziyette görülen değişiklikleri muntazaman kaydetmektedirler. Bu sebeple veremli ailelerin her türlü ihtiyaçlarını çok yakından bilen dispanserin ziyaretçi hemşiresi kendi mıntakasındaki muhtaç aileleri komiteye bildirmekte ve komite bu aileyi ziyaret ederek vaziyeti mahallen gördükten sonra gerekli yardımları yapmaktadır.

Derneğimiz sosyal hemşiresi bu sosyal yardım komitelerinin çalışmalarında, bu sahadaki ihtisas ve vaziyete vukufu sebebiyle, büyük rol oynamakta, muhtelif komitelerin çalışmalarının koordine edilmesine ve onlarla daimî temasta bulunarak dernekle münasebetlerinde vasıta olmakta ve derneği muntazaman verdiği raporlarla her daim bilgi sahibi bulunduracaktır.

Komiteler toplayacakları yardımlar için dernek makbuzlarını kullanmaktadırlar; bu komitelere verilecek makbuzların üzerine sosyal yardım komitesinin ismi basılmaktadır. Bunlarla elde edilecek hasılât tamamiyle ellerinde kalmakta ve sosyal yardım için istedikleri gibi kullanmakta serbest olup, yalnız hesabını merkeze vermektedirler.

Bu komiteler ve faaliyetleri aşağıda kısaca hülâsa edilmiştir.

Taksim Dispanseri sosyol yardım komitesi çalışmaları:

16/Kasım/1955'de teşekkül etmiştir. Aralık 1955'de bilfiil çalışmağa başlamıştır. Komiteyi teşkil eden bayanlar: Emine Abaoğlu, Zübeyde Aktay, Jale Alaybey, Reşide Arel, Nüket Borovalı, Şive Dilber, Rebia Ergüven, Sevim Moran, Hayal Neciboğlu, Ayşe Sırmaçek, Naciye Tekyeli, Nilüfer Yalman ve Amerikan dersanesi bayanlar kulübü.

Verem Savaşı Derneği makbuzlarına sektörün damgası basılarak kullanılmakta ve bu sayede gelir temin edilmektedir. Azalar yardım edilecek aileyi bizzat ziyaret etmekte ve ziyaretçi hemşireler tarafından tesbit edilen ihtiyaçlar karşılanmaktadır. Yardımlar dispanser vasıtasiyle yapılmaktadır.

1955 yılında 30 aileye ortalama 25 liralık erzak dağıtılmış ve bu 30 aileye çamaşır, çorap temin edilmiştir. Bir aileye 50 lira maddî yardım yapılmış, iki hastanın reçeteleri yaptırılmış, 10 çocuğa ayakkabı ve oyuncak temin edilmiştir. 30 fakir çocuk için 28 Aralıkta bir yılbaşı partisi yapılarak eğlendirilmiş ve çeşitli hediyeler dağıtılmıştır.

1956 senesinde muntazaman her ay 40 aileye ortalama 35 liralık iaşe dağıtılmıştır.

Aile başına: 2 kilo vita
1 » zeytinyağı
2 » fasulya
1 » mercimek
1 » nohut
2 » bulgur veya 1 kilo pirinç
1 » peynir veya zeytin
10 adet yumurta
1 kilo incir veya başka yemiş
4 » elma (kışın 10 adet portakal)
1 » makarna
1 » sabun
1 » şeker

1 » un
3 » domates (yazın)
3 » patates (kışın)

Bunların bir kısmı ücretsiz temin edilmektedir. Bu rakam Ekim ayında 45'e yükselmiştir. Kışın üç ay devamlı olarak bu ailelere 50'şer kilo kömür temin edilmiştir. 2150 lira 1956 senesi içinde ihtiyaçlarına göre elden nakit olarak hastalara verilmiştir. 46 hastanın antibiyotik harici reçetesi yapılmış. Yeni doğum yapan 3 aileye çocuk takımı ve süt temin edilmiş, bir ailenin devamlı ev kirası verilmiş, 3 aileye yatak, yorgan ve 30 çocuğa giyim eşyası temin edilmiştir. Geçimlerini temin edebilmek için 2 hastaya tartı makinası ve bir hastaya boya kutusu alınmış ve iki ailenin evi tamir ettirilmiştir.

Temmuz ve Ağustos ayları içinde 65 çocuğun istifade ettiği sağlık kampı açılmış ve (13720) liraya mal olan kamp için verem savaşı derneği (4220) lira vermiştir.

Şeker ve Kurban bayramlarında ailelere birer kilo şeker ve kurban eti dağıtılmış ve yardım gören ailelerin çocuklarına ayakkabı alınmıştır.

23 Nisan çocuk bayramında 10 çocuk giydirilmiştir. Eylûl ve Ekim aylarında takibedilen ailelerin okul çağındaki 8 çocuğun okul ihtiyaçları karşılanmıştır. Bütün kış ayları müddetince pazar günleri Tophane sektörünün çocukları çocuk sinemasına götürülmüş ve gezmeler tertibedilmiştir. Kasım ayına kadar komitenin masrafı 25678 liradır.

Sultanahmet Dispanseri sosyal yardım komitesi çalışmaları:

Aralık 1955'te faaliyete geçmiştir. Teşkil eden bayanlar: Naciye Akbaytugan, Ulviye Bengisu, Ferhunde Birkan, Füsun Çınar, Belma Hamamcıoğlu, Müşerref Hekimoğlu, Berrin İnsel, Feyhan Koçer, Lâtife Öniş, Naime Pamir, Melike Sirer, Nafia Şasa, Emine Tugay, Nafia Up.

On altı aileye yardımla işe başlamış, bu rakamı 36'ya yükseltmiştir. Verilen erzak arasında şunlar vardır: Yumurta, tereyağ, sadeyağ, pirinç, makarna, mercimek, beyaz peynir, zeytin, şeker, un, sabun, kuru üzüm, ayrıca mevsimine göre yaş meyva ve sebze ile kışın pekmez verilmiştir. Bu erzağın bir kısmı teberru ediliyor, geri kalan kısmı sosyal yardım kolunun topladığı paralarla Migrosdan alınıyor. Migrosa şimdiye kadar 7244 lira 70 kuruş ödenmiştir. Veremli ailelere erzaktan başka kömür ve gaz da dağıtılmıştır. Bundan başka Kurban bayramında onaltı kurban kesilmiştir. Şeker bayramında şeker ve basma verilmiştir. Muhtelif tarihlerde yeni ve kul-

lanılmış giyim eşyası dağıtılmıştır. 62 çift yeni ayakkabı verilmiştir. Sosyal yardım kolu veremli ailelerin gelirlerini artırmak yolunda da bazı çalışmalar yapmış, işsizlere iş bulmağa çalışmış, şimdiye kadar 4 kişiye iş bulmuş, bazı çocukların okul durumları ile ilgilenmiştir. Ağaç oyuğunda oturan bir ailenin yaptığı tek gözlü eve dört metre kare kereste temin etmiştir. Sultanahmet Dispanseri sosyal yardım kolunun gelirini artırmak yolunda yaptığı çalışmalar arasında Bilezikçi çiftliğinde Mayıs 1955'de yapılan piknik ile 24 Temmuzda Suadiyede çamlıköşkte verilen kermes parti bilhassa kayda değer. Piknikten 1484 lira, kermes partiden de 15708 lira 98 kuruş hasılat elde edilmiştir. Böylece Sultanahmet sosyal yardım kolunun şimdi bankada 17197 lira 98 kuruş parası vardır.

Şişli Dispanseri sosyal yardım komitesi çalışmaları:

İstanbul Yardım Sevenler Derneği Beyoğlu şubesi sosyal yardıma Aralık 1956'da başlamıştır. İlk yardım 28 Aralıkta yapılmıştır.

Komiteyi teşkil edenler:

Hikmet Çelebi, Gelengül Giray, Suzan Tarhan, İhsan Tecim'dir.

Komite muhtaç oldukları tesbit edilen 14 aileye yardım yapmayı üzerine almıştır. Bu aileler Ocak 1956'dan itibaren her ayın ilk çarşamba günü sabahı Beyoğlu Yardım Sevenler Dispanserinde erzak yardımı yapılmaktadır.

Bu yardımlar, aile başına: 2 kilo vita
1 » şeker
1 » pirinç
1 » fasulya
1 » sabun
1 » mercimek veya makarna

Ayrıca, 1956 senesi içinde iki defa 50'şer kiloluk kömür ve yedi ailenin çocuklarına her gün yarım kilo süt yardımı yapılmıştır. Giyim eşyası maalesef fazla temin edilememiş, ancak bir kaç aileye ayakkabı, çocuk elbiseleri, yatak ve battaniye verilmiştir. Annesi hasta bir ailenin iki zayıf çocuğu, iç çamaşırı ve pijamaları dikilerek iki ay prevantoryumda yatırılmıştır.

Kasımpaşa Dispanseri sosyal yardım komitesi çalışmaları:

İstanbulda Yardım Sevenler Merkezi tarafından Aralık 1955'te teşkil edilmiştir. Komiteyi teşkil eden bayanlar: Güler Erenyol, Meral Erez, İsmet Gökçe, Belma Hamamcıoğlu, Berrin Kırdar, Handan Öniş, Şermin Sadak, Nilüfer Sarper, Fahire Toker, Aliye Ulagay.

Gelir yardım sevenlerin makbuzuyla temin edilmektedir. 14 aileye erzak yardımına başlıyan komite bu rakamı 16'ya çıkarmıştır. Verilen erzak ortalama 35 liralıktır ve şunları ihtiva etmektedir:

2 kilo vita
2 » fasulya
1 » mercimek
2 » makarna
1 » zeytin
1 » şeker
2 » bulgur
1 » sabun

Kışın bu ailelere 50'şer kilo kömür temin edilmiştir.

Ayrıca 10 çift lâstik ayakkabı, çeşitli giyim eşyası, iki yorgan, ve bir battaniye, zeytinyağı ve birer horoz dağıtılmıştır.

Sosyal yardım komiteleri teşkil eden çok kıymetli hayır seven hanımlarımızı, örnek olacak bu çalışmalarından dolayı bütün mevcudiyetimizle tebrik etmeyi kendimize zevkli bir vazife telâkki ederiz.

Sosyal yardım komitelerinin teşekküllerinden henüz kısa bir zaman geçmesine rağmen elde edilen yukarda arzettiğim neticeler çok ümit verici mahiyettedir. Bu teşkilât şumüllendiği ve inkişaf ettiği takdirde içinde veremli bulunan ve içtimaî ve iktisadî vaziyetleri güç vaziyette bulunan bütün ailelerin istikballeri bakımından verem mücadelesinde çok hayırlı bir unsur olacaktır.

Bu, diğer verem mücadele cemiyetlerinin dispanseri için de böyle komitelerin kurulmasını teşvik eder mahiyettedir. Bu bakımdan tüberküloz mücadelesi organizasyonu ile ilgili olan bu sosyal yardım komitelerine ait bilgileri yüksek kongrenize arzediyorum.

SUMMARY

The comitees for social assistance in the fight against tuberculosis

The League for the Fight against Tuberculosis of Istanbul has decided to extend its help to some families of tuberculous patients. These families were in a vary precarious material and social condition, and social help comittees have been organized with the voluntary participation of ladies. The activity of 4 of these comittees is presented and the authors underline the great values of the organisations for social help, in the fight against tuberculosis.

RÉSUMÉ

Les comités d'entre-aide sociale dans la lutte anti-tuberculeuse

La ligue pour la lutte anti-tuberculeuse d'Istanbul a décidé d'étendre son aide à certaines familles de tuberculeux se trouvant dans une situation matérielle et sociale très précaire et dans ce but a constitué des comités d'entre-aide sociale composés de dames volontaires. L'activité de 4 de ces comités est présentée succintement et l'on souligne la grande importance des comités d'entre-aide sociale dans la lutte contre la tuberculose.

VEREM SAVAŞI ORGANİZASYONUNDA DİSPANSERLERİN ŞEHİR DIŞI FAALİYETİ

Dr. NEŞATİ ÜSTER *Dr. REHA ZEYBEKER*

Memleketimizde gelişmekte olan verem savaşı, vasıl olunması arzu edilen seviyeye gelmekten henüz çok uzaktır. Büyük şehirlerimizde bu faaliyet oldukça tatminkâr neticeler vermesine rağmen ancak şehrin içini ilgilendirmektedir. Şehirlerin dışında - ne köylerde ne de kazalarda - henüz verem savaşı ile ilgilenecek bir teşkilât mevcut değildir.

Bugün tüberkülozun sosyal ve ekonomik menşeli bir hastalık olduğu ve şehirli kadar hattâ belki daha fazla köylüyü de ilgilendirdiği malûmdur. Buna göre verem savaşının bu cepheleri noksan olan mahallere kadar uzatılması gerekmektedir. Bugünkü şartlar altında şehirlerdeki verem savaş dispanserlerinin kendi bölgesindeki faaliyetleri dışında civarlarındaki kaza ve köylerden gelen veremli hastalarla da meşgul olmaları zarureti vardır. Bunların bir kısmı yeni müracaat eden, hastalık tesbit edilen kimseler olup bir müessesesye yatırılmaları veya ayaktan takip ve tedavileri icabetmektedir. Bir kısmı da hastane ve sanatoryumdan çıktıktan sonra takipleri gereken hastalardır.

Bursadaki dispanserler bu izah ettiğimiz sebepler yüzünden kaza ve köylerdeki hastaları da kendi bünyelerine kabul zarureti karşısında şehir içinde olduğu gibi dışında da bölge taksimi yaparak vilâyetin kaza ve köylerini kendi aralarında taksim edip, şehir dışında da kendi sahalarına düşen kısımla meşgul olmak prensibini kabul etmişlerdir. Durumun böyle olmasına rağmen şehir dışı hastaların takibi çok müşkül olmaktadır. Zira bu hastaların gelebilmelerinde bir çok maddî ve mânevî imkânsızlıklar ön plândadır.

1. Maddî müşküller; hastalar umumiyetle fakirdir.

2. Köylerin ekseriyetinin uzak olması; yol kifayetsizliği ve vesait imkânsızlığı, hava şartlarının bu sebepleri zorlaştırması.

3. İşlerinin çokluğu; şehre geliş dönüşün zaman kaybına sebebolması.

Kısaca saydığımız bu bir kaç nokta verem savaşında tâli dalların kurulmasının önem ve lüzumunu ortaya koymaktadır. Biraz sonra aşağıda zikredeceğimiz istatistikler şehir dışında bulunan veremlilerin bugünkü imkânlar dahilinde, takibindeki müşkülleri ve bunların neticelerini açıkça gösterecektir. Bunun için dispanserimizin bu yoldaki faaliyetini huzurunuza getirmeyi faydalı bulmaktayız.

1952 yılı Şubat ayından 1955 yılı sonuna kadar şehir dışından olmak üzere 2320 şahıs müracaat etmiş ve bunlar arasında 641 veremli tesbit edilmiştir. Bu hastaların umumî takip müddetleri şöyledir:

0-6	7-12	13-24	25-36	37-48	48---	?	
84	58	130	109	42	11	206	641

346 hastada tedavi maksadiyle tek veya büyük bir kısmında kombine muhtelif antitüberküloz ilâçlar kullanılmıştır.

Streptomycin	25 kişi
P.A.S.	8 »
Conteben	1 »
İNH	36 »
Strep. + P.A.S.	10 »
Strep. + İNH	156 »
P.A.S. + İNH	19 »
Strep. + P.A.S. + İNH	91 »

Hastalarımızdan bir kısmına kollapso-terapi tatbik edilmiştir. Bunların yekûnu 111'dir. Fakat bu hastaların 48 tanesi tedaviyi yarım bırakmışlardır. Mahdut bir kısmı başka şehir veya dispanserlerde tedavilerine devam etmişlerdir. 25 tanesi iyileşmiş, 10 tanesi halen tedavi altındadır. 11 hasta dispansere gelip gitme güçlüğü yüzünden kollapso-terapiye devam edememişler, iki hastanın tedavisi dispanserce görülen lüzum üzerine terkedilmiştir.

Px. tatbik edilenlerde 1 bridektomi, 2 ekstraplöral yaptırılmıştır. İki hastada epanşman, diğer ikisinde ampiyem teessüs etmiştir. Bu hastalardan biri dispanserde tedavi edilmiş, diğerine drenaj yaptırılmıştır.

Pn. P. yapılanlarda 4 frenisektomi, 1 torakoplasti, 1 lobektomi

yaptırılmış, 2 hastada Px.'e başlanılmış, 3 hastada karında ascite teessüs etmiştir.

Kollapso-terapi tatbik edilen hastalarda iyileşme durumu şöyledir:

	Şifa	İleri sal.	Salâh	Haliyle	Fena.	Ölüm	Kayıp
Px.	10	1	—	—	1	4	13
Pn.P.	15	2	5	10	4	11	36 = 111

Hastalarımızdan 151 tanesi hastahaneye yatırılmışlardır. Fakat bu yatışlar kısa ve mahdut zamana inhisar etmiştir. Uzun zaman yatmış görünenler ise mükerrer yatmalara aittir.

Şifa	İleri sal.	Salâh	Haliyle	Fena.	Ölüm	Kayıp
42	5	9	12	8	18	57 = 151

Hastalarda elde edilen müsbet netice muntazam takiple muvazi olarak artmaktadır. Muntazam takip edilemeyenlerde ise bu nisbet düşmektedir.

	Şifa	İleri sal.	Salâh	Haliyle	Fena.	Ölüm	Kayıp
Muntazam	121	8	2	15	5	14	— = 170
Yarı muntazam	133	7	6	2	8	9	99 = 264
Kaybolmuş	—	—	—	—	—	15	192 = 207
							641

Tabloda görüldüğü gibi bu hastaların büyük bir kısmının takipleri maalesef muntazam olmamıştır. 170 hasta (%26.5) muntazam, 264 hasta (%41.1) gayrı muntazam takibedilmişlerdir. Bu son gurubun kontrolları gelişi güzel olmuş ve hastaların bir çok müşkül şartlar altında veya mektupla çağırdıktan sonra dispansere geldikleri zamana inhisar etmiştir. Bunların bir kısmı uzun bir fasıladan sonra dispansere geldikleri zaman iyileşmişlerdi. Bunlar ya hariçte tedavi görmüşler veya dispanserin tâyin ettiği tedavi şeklini idame etmişlerdi. Diğer bir kısmı ise hiç tedavi görmemişlerdi. Ayrıca tedaviyi yarım bırakanlar olduğu gibi, ahvali umumiyelerindeki iyiliğe bakarak iyileştiğini zannedenler de mevcuttu. Bir kısım hastalara mükerreren mektup yollanmış ve gene gelmeyenler için köy muhtarlarına yazılmıştır. Nihayet 207 hasta ilk muayenelerini müteakip bir daha gelmedikleri gibi bu hastaları mektupla aramamız da bir

	Primer Tbc.	Post primer tüberküloz			Post primer Tbc. Yekûn	Umumî Yekûn
		Minimal	Orta derecede ilerlemiş	Çok ilerlemiş		
Şifa	2(%100)	2(%50)	21(%23.2)	10(%25.6)	33(%24.7)	35(%25.8)
	110(% 67.9)	28(%50)	41(%29.1)	5(% 8.5)	74(%23.9)	184(%44)
	112(% 68.1)	30(%50)	62(%26.8)	15(%15.3)	107(%27.2)	219(%39.6)
İleri salâh	—	—	4(%26.8)	1(% 2.6)	5(% 3.7)	5(% 3.7)
	3(% 1.8)	4(%43)	—	1(% 1.7)	5(% 1.9)	8(% 1.9)
	3(% 1.8)	4(% 1.7)	4(% 1.7)	2(% 2)	10(% 2.4)	13(% 2.3)
Salâh	—	—	4(% 4.3)	—	4(% 3)	4(% 2.9)
	4(% 2.5)	—	4(% 2.8)	2(% 3.4)	6(% 2.3)	10(% 2.4)
	4(% 2.5)	—	8(% 3.4)	2(% 2)	10(% 2.4)	14(% 2.5)
Haliyle	—	—	8(% 8.6)	5(%12.8)	13(% 9.7)	13(% 9.5)
	—	—	2(% 1.4)	1(% 1.7)	3(% 1.1)	3(% 0.7)
	—	—	10(% 4.3)	6(% 6.1)	16(% 3.9)	16(% 2.9)
Fenalaşma	—	—	4(% 4.3)	—	4(% 3)	4(% 2.9)
	—	—	7(% 5)	3(% 5.1)	10(% 3.9)	10(% 2.4)
	—	—	11(% 4.7)	3(% 3)	14(% 3.4)	14(% 2.5)
Ölüm	—	1(%25)	9(%10)	8(%20.5)	18(%13.4)	18(%13.3)
	9(% 5.6)	—	3(% 2.1)	8(%13.6)	11(% 4.4)	20(% 4.8)
	9(% 5.5)	1(% 1.6)	12(% 5.2)	16(%16.3)	29(% 7.4)	38(% 6.8)
Kayboldan	—	1(%25)	41(%45.3)	15(%38.5)	57(%42.5)	57(%41.9)
	36(% 22.2)	24(%42.9)	84(%59.6)	39(%66)	147(%57.5)	183(%43.8)
	36(% 22.1)	25(%41.7)	125(%53.9)	54(%55.3)	204(%53.3)	240(%43.4)
Yekûn	2(% 1.4)	4(% 3.6)	91(%67.3)	39(%29.1)	134(%98.6)	136
	162(% 38.7)	56(%21.9)	141(%55.1)	59(%23)	256(%61.3)	418
	164(% 29.6)	60(%15.3)	232(%59.4)	98(%26.3)	390(%70.4)	554

1'inci satır hastanede yatanlar, 2'nci satır hastanede yatmayanlar, 3'üncü satır umumi yekûn.

netice vermemiştir. Bütün gayretlerimize rağmen bu şekilde 359 hastadan ancak 155 tanesini dispansere celbedebildik.

İyileşen hastalardan 82 tanesini bir müddet takibetmek imkânını bulduk.

Aylar	0-6	7-12	13-24	25-36	36---	
	23	27	24	5	3	82

Şehir dışındaki veremlilerin takibinde raslanan müşküller bilhassa ilerlemiş akciğer tüberkülozu vak'alarında kendini daha fazla hissettirmektedir. Hastalarımız arasında 554 (%84.8) primer ve post primer akciğer tüberkülozu vak'ası vardır. Bu vak'alarda lezyonlara göre alınan neticelerin tetkiki durumu daha aşikâr olarak göstermektedir. Hastalarımızdan ayaktan tedavi görenlerde muvakkat bir zaman hastahanede yatanları netice bakımından ayrı ayrı mütalâa etmeyi uygun buluyoruz.

Tablonun tetkikinden anlaşılacağı veçhile primer tüberküloz vak'alarında hastanede yatanlarda (%100) şifa tesbit edilmiştir. Yatmıyanlarda (%67.9) şifa, (%1.8) ileri salâh, (%2.5) salâh görülmüş, (%5.6) ölmüş ve (%22.2)si kaybolmuştur. Post primer tüberküloz vak'alarında minimal lezyonlu olanlarda hastane tedavisi görenlerin (%50) si şifa bulmuş, (%25)i ölmüş, (%25)i gözden kaybolmuştur. Bu vak'alardan yalnız ayak tedavisine tabi tutulanların (%50)si şifa, (%7.1)i ileri derecede salâh bulmuş, (%42.9)u ise takib edilemedikleri için âkıbetleri meçhul kalmıştır. Orta derecede ilerlemiş post primer tüberküloz vak'alarından bir müddet için hastanede yatanlarda (%23.2) şifa, (%4.3) ileri salâh, (%4.3) salâh görülmüştür. Bu vak'aların (%8.6)sı haliyle kalmış, (%4.3)ü fenalaşmış, (%10)u ölmüş, (%45.3)ü takib edilememiştir. Hastanede yatmamış olanlarda ise (%29.1) şifa, (%2.8) salâh tesbit edilmiş, (%1.4) haliyle kalmış, (%5) fenalaşmış, (%2.1) ölmüş, (%59.6) ise kaybolmuştur. Çok ilerlemiş vak'alarda hastaneye yatırılabilenlerde (%25.6) şifa, (%2.6) ileri derecede salâh mevcut olup vak'aların (%12.8)i aynı halde kalmış, (%20.5) ölmüş, (%38.5) da kaybolmuştur. Hastanede yatırılamayanların ancak (%8.5)u şifa bulmuş, (%1.7) ileri salâh, (%3.4) salâh olup (%1.7)inde bir değişiklik olmamış, (%5.1) fenalaşmış, (%13.6) ölmü, (%66) kaybolmuştur.

Umumyietle şehir dışındaki akciğer tüberkülozu vak'alarında bir müddet için olsun hastanede yatırılabilenlerin daha şanslı durumda oldukları görülmektedir. Bilhassa ilerlemiş vak'alarda neti-

ce hastanede yatanların lehine üç misli bir fark göstermektedir. Kaybolan vak'alarda da bu fark çok barizdir.

Şehir dışındaki akciğer tüberkülozu vak'alarımızın ancak (%56.6)sını takib edebildiğimiz görülmektedir. Halbuki dispanserimizin şehirdeki bölgesi içinde bulunan primer ve post primer akciğer tüberkülozu vak'alarının (%91.4)ünün takibi mümkün olmuştur. Bilhassa ilerlemiş vak'aların takibindeki fark daha aşikâr olarak göze çarpmaktadır. Şehir içinde bu vak'aların (%18.4)ü, şehir dışındaki hastaların ise (%55.3)ü takib edilememiştir.

Şehir dışı hastalardan takib edilebilenlerde de alınan neticeler şehirdeki hastalara nazaran daha düşüktür. Post primer tüberküloz vak'alarında şifa şehir içindekilerde (%41.9), şehir dışındakilerde (%24.7)dir. Şehir içindeki hastaların (%20.6)sında salâh ve ileri derecede salâh görülmesine karşılık, şehir dışındakilerde bu nisbet (%4.2)dir. Kaybolanlar ise şehir içi hastalarında (%12.9), şehir dışı hastalarda (%53.3) olduğu görülmektedir.

Daha evvelce de açıkça belirtildiği gibi hastaların hemen yarısının âkıbteleri malûm değildir. Bu sebeple şehir içindeki hastalara nazaran köylü hastalar için yatak ihtiyacı daha lüzumludur. Hijiyen ve profilâksi şartlarına riâyet etmeyen değil, bunların mevcudiyetinden dahi haberi olmayan kimselere en önce yapılacak şey muhitlerinin de korunması için kendilerini hastaneye yatırabilmektir. Ancak bu suretle bir defa dispansere gelmiş olan veya bir kaç defa gelip sonra kaybolan hastaların tedavileri belki mümkün olabilir. Bütün bunların dışında mademki sosyal bir vazife yapmaktayız, hastayı getiremediğimiz zaman bizim ona yaklaşmamız, gitmemiz lâzımdır. Arzu edilen bu rabıta kurulabildikten sonra elde etmek istediğimizin büyük bir kısmı imkân dahiline girecektir. Kaza ve köylerde de şehirlerde olduğu gibi koruyucu ve tedavi edici bir hizmet sağlanması, hastalığın erken teşhis edilmesi, köylerde gerekli sağlık bilgilerinin geliştirilmesine çalışılması şarttır.

Yukarıda belirttiğimiz hususlardan da anlaşılacağı veçhile şehir dışında oturan veremliler için bugünkü mevcut imkânlarımızın ifade ettiği kıymet asgarî hudutlar içindedir. Bu işler için yeni imkânlar aramak, yeni teşkilât kurmak elzemdir. Göylere hattâ kazalara birer dispanser açılsın fikrini müdafaa etmeyeceğiz. Henüz bu gibi mevzularla meşgul olmak ancak hayal mahsulüdür. Yalnız ilk plânda elde mevcut dispanserleri küçük takviyelerle genişletmek, seyyar üniteler meydana getirerek hiç olmazsa kazalarda haftanın muayyen gün veya günlerinde çalışan bir teşkilât kurmak mümkündür. Bu vazife halen bazı dispanserlerimizde bulunan mikrofotoğrafi cihazlarını seyyar hale getirmekle bihakkın ifa edilebilir. Hattâ halen mevcut dispanserler bile ilk gayeye hizmet ve başlangıç olarak bu işi başarabilirler.

Şehir dispanserleri kaza ve köylerindeki çalışmalarında sağlık merkezlerinden geniş ölçüde istifade edebilirler. Bunun için kazalardaki sağlık merkezlerinin bir kısmını basit olarak teşkilâtlandırarak, haftanın muayyen günlerinde dispanserden gelecek olan hekim vasıtasıyla poliklinik yapmak, lüzumlu gördüklerini, daha geniş tetkike tabi tutulması istenen hastaları bağlı bulunduğu dispansere davet etmekle mümkündür.

Bu işlerin kolay başarılamayacağı bir hakikattir. Yalnız zamanın gelip geçtiğini belirtmek isteriz. Zamanla gelişmesi ve noksanların telâfi edilerek genişletilmesi kolaydır.

Artık âkıbetleri tabiata terkedilmiş olan bu hastalara bir şeyler yapmak mecburiyetini kendimizde hissetmeliyiz.

SUMMARY

The extre-urban activity of dispensaries in the fight against tuberculosis

The fight against tuberculosis in our country does not actually overlap the limits of towns. Tuberculosis being a socio-economic disease, the fight against tuberculosis should be extended to districts showing a deficiency in this respect. Therefore rural regions should receive as much if not more care than towns.

Although town dispensaries take actually care of patients coming from neighbouring villages, material and moral difficulties hamper the adequate follow-up of patients. The proportion of favorable results is very low (29%) and half of the patients cannot benefit from a through follow-up.

We may then conclude by saying that the control of ambulatory patients coming from rural regions is much more difficult than those coming from town districts. We should then create a special organisation for this kind of patients in order to reach as many of them as possible.

RÉSUMÉ

L'activité extra-urbaine des dispensaires dans l'organisation de la lutte anti-tuberculeuse

La lutte anti-tuberculeuse dans notre pays ne s'étend pas actuellement au-delà des limites des villes. La tuberculose étant une maladie socio-écono-

mique, il importe d'étendre la lutte anti-tuberculeuse aux régions déficientes sous ce rapport. Il faudrait donc s'intéresser aux régions rurales tout autant si ce n'est plus encore qu'aux villes.

Bien que les dispensaires urbains s'occupent aujourd'hui des malades venant des villages avoisinants, des difficults matérielles et morales empêchent de suivre convenablement les malades. Le pourcentage de résultats favorables est donc très bas (29%) et la moitié des malades environ ne peut être adéquatement contrôlée.

On peut donc conclure que le contrôle des malades ambulatoires provenant de régions rurales est beaucoup plus difficile que celui des malades urbains. Il importe donc de crées une organisation séparée pour ces malades afin de pouvoir raliser un contact plus étroit avec eux.

VEREM SAVAŞI PERSONELİNİN YETİŞTİRİLMESİ

Ord. Prof. Dr. TEVFİK SAĞLAM

Verem mediko-sosyal bir hastalıktır. Vereme karşı savaşın da aynı vasfı taşıması lâzımdır. Elimizde kuvvetli verem ilâçlarının bulunduğu bu gün bile, yalnız veremli hastaları tedavi etmekle tüberkülozu ortadan kaldırmak imkânı yoktur. Verem kaynaklarını kurutmak, bunun için vereme tutulmuş olanları erkenden bulup, erkenden iyi etmek, verem bulaşmalarını önlemek için bulaşma şartlarını ortadan kaldırmak, hastaların ve etrafındakilerin yaşama istidadını yükseltmeye çalışmak, halka veremden korunmayı öğretmek, geniş ölçüde B.C.G. aşısı yapmak gibi koruyucu tedbirler mediko-sosyal bir iştir. Bu faaliyet şahıstan şahısa değişir, o derece ki her veremli mediko-sosyal cepheden incelenecek ve çözülecek bir problemdir. Bunu yapabilmek için verem savaşı personelinin, yani hekim ve hemşirenin, hususî bir şekilde yetiştirilmiş olması bir zarurettir. Nasıl sırf tıbbî cepheden çalışmakla veremi yok etmek kabil değilse, elde kalifiye personel bulunmadıkça verem savaşı yapmak imkânı da yoktur. Verem savaşına girişilecek her memleketin bu temel hakikati bilmesi lâzımdır.

Hekimler üniversitede tüberkülozun klinik cephesini az çok öğrenerek çıkar. Fakat dünyadaki üniversitelerin büyük bir kısmında eski an'aneye uyularak koruyucu hekimlik ihmal edilmekte ve hekimler tüberkülozun sosyal cephesini öğrenmeden çıkmaktadır. Bugün durum bizim üniversitemizde de maatteessüf böyledir. Üniversitemizde bir ftizyoloji kürsüsü mevcut olduğu halde bile genç Türk doktoru bir verem dispanserinde en kısa bir staj bile görmeden diplomasını alıyor.

Hemşire okullarımıza gelince, Erenköy Sosyal Hemşire Okulu istisna edilecek olursa, bunlar da tedavi hemşiresi olarak yani bilgiyle yetiştirildikleri halde sosyal cepheden çok bilgisizdirler.

Bu personel ile başarılı bir verem savaşı yapılamaz.

1927'de İstanbul Verem Savaşı Derneği kurulduğu zaman bu personel ile işe girişmek zorunda kaldık ve itiraf etmek lâzımdır ki bu yüzden verem savaşı faaliyetimizin verimli bir hale gelmesi için uzun müddet çalışmamız, uğraşmamız lâzım geldi. Hususî bir forması ile yetişmemiş hekim ve hemşirelerimiz vazifelerini kavrayıncaya ve işlerine alışıncaya kadar uzun zamanlar dispanserlerimiz daha ziyade tedavi yapan birer poliklinik vasfını muhafaza ettiler. Memleketimizdeki dispnserlerin bir kısmı maatteessüf hâlâ bu durumdadır.

Dünya sağlık teşkilâtı, 1948 yılında Kopenhag'da topladığı bir eksperler komitesine bu önemli meseleyi inceletti. Komite muhtelif bölgelerde «verem savaşı olgunlaşma ve gösteri merkezleri» kurarak verem savaşı personelini kısa bir zamanda yetiştirmeği ve verem savaşının modern usullerini göstermeği tavsiye etti.

Komitenin görüşünü benimseyen Dünya Sağlık Teşkilâtı uzun incelemelerden sonra Ortaşark için İstanbulda bir merkez açılmasını uygun buldu ve Türkiye Sağlık Bakanlığı, Dünya Sağlık Teşkilâtı ve İstanbul Verem Savaşı Derneğinin işbirliği ile İstanbulda bir olgunlaşma merkezinin açılması kararlaştırıldı. Dünya Sağlık Teşkilâtı bu merkez için bir fitizyolog, bir epidemiyolojist, bir röntgen teknisyeni ve bir de sosyal asistandan mürekkep bir misyon ve bunlarla birlikte röntgen ve lâboratuvar teçhizatı gönderdi. Merkez 1950 Mayıs ayında muvakkaten Sultanahmet Dispanserinde işe başladı. Sonradan Taksimde Verem Savaşı Derneğine ait bir arsa üzerine Sağlık Bakanlığının verdiği para ile bir bina yaptırarak 17 Şubat 1951'de oraya geçti. Bu merkez iki yıldır *Etienne Berthee*'nin idaresi altındaki misyon tarafından idare edildi. Ondan sonra merkez Türkiye Hükûmeti ve Dünya Sağlık Teşkilâtı arasında yapılan bir anlaşma gereğince uluslararası mahiyetini muhafaza etmek üzere Türk hekimlerinin idaresine geçti. O vakitten beri merkezin bütçesi Sağlık Bakanlığı tarafından sağlanmakta ve merkez İstanbul Verem Savaşı Derneği tarafından idare edilmektedir.

Bu derneğin görevleri şunlardır:

1. Erenköy Verem Savaşı Hemşire Okulu öğrencilerine mediko-sosyal staj yaptırmak.

2. Muhtelif hemşire okulları öğrencilerine mediko-sosyal staj yaptırmak.

3. Türk hekimlerine, bilhassa verem savaşında ve sağlık merkezlerinde çalışacak hekimlere, mediko-sosyal staj yaptırmak (Yılda iki deha iki aylık).

4. Dünya Sağlık Teşkilâtı tarafından gönderilen muhtelif memleketlere mensup yabancı hekimlere mediko-sosyal olgunlaşma kursları vermek (yılda bir defa bir aylık).

5. Türk hemşirelere mediko-sosyal olgunlaşma kursları vermek (yılda iki defa altı hafta).

6. Yabancı hemşirelere olgunlaşma kursları vermek (yılda bir defa dört haftalık).

7. İstanbul Verem Savaşı Derneği için merkez lâboratuvarı hizmetini görmek.

8. Epidemiyoloji servisi ile kitle muayenelerine yardım etmek ve röntgen arabası filimlerini okumak.

Merkez 1956 yılı sonbaharında hekimler için 14'üncü ve hemşireler için altıncı kursunu yapmıştır.

Kursa iştirak eden Türk hekimleri 142, hemşireler 44 şehirden gelmişlerdir. Yabancı hekim ve hemşirelere gelince bunlar da Avusturya, Finlandiya, İspanya, Portekiz, Yunanistan, Yugoslavya, İtalya, İran, Lübnan, Suriye, Ürdün, Tunus, Fas, Garbî Fransız Afrikası, Moris adası, Portekizin Angola kolonisi, Belçika Kongosu gibi pek muhtelif memleketlere mensupturlar.

Altı yıllık tecrübemiz göstermiştir ki müddeti kısa olmakla beraber sıkı bir çalışma halinde tatbik edilen bu staj sayesinde genç arkadaşlarımızın verem savaşı hakkındaki görüşlerinde büyük bir değişiklik vukua gelmekte ve vazifelerine büsbütün başka bir zihniyetle dönmektedirler. Sağlık Bakanlığının kurslara bilhassa sağlık merkezlerinde ve dispanserlerde çalışan arkadaşlarımızı göndermesi kursların verimli olmasını sağlamaktadır. Şunu da belirtmek isterim ki ilk olarak Türkiyede kurulan İstanbul Uluslararası Verem Olgunlaşma Merkezi sonradan kurulan emsali arasında en çok muvaffak olanıdır.

Bizde verem savaşı personeli yetiştirmek için ilk önemli adım 1943'te Erenköy Verem Hemşiresi okulunun tesisidir.

Filhakika İstanbul Verem Savaşı Derneği savaş için yetişmiş hemşireye olan büyük ihtiyaç karşısında verem müesseselerinde ya-

ni hem hastane ve sanatoryumlarda hem de verem dispanserlerinde çalışmak üzere iki yıllık bir mediko-sosyal öğretim yapan bu okulu tesis etmiş, bilâhare öğretim müddeti üç yıla çıkarılmıştır. Gerek verem savaşı ve gerek diğer sosyal hizmetler için sosyal asistant adı verilen hemşire sınıfını yetiştirmek üzere Erenköy okulu 1954 yılında «Sosyal Hemşire» okulu haline çevrilmiştir. Verem hemşire okulunda hem hastabakıcı hemşire ve hem de sosyal hemşire vazifesini görebilecek personel yetiştirildiği halde yeni okulun programında temel yine tıbbî bilgiler olmakla beraber en çok sosyal konulara ehemmiyet verilmiştir. Bu suretle bu okuldan çıkan hemşireler doğrudan doğruya hastabakıcı hemşire olarak çalışamayacaklar, ancak onsekiz aylık bir staj yaptıktan sonra bir tedavi müessesesine hemşire olrak girebileceklerdir. Hastabakıcı okullarında yetişmiş hemşireler de sosyal hemşire olmak isterlerse sosyal hemşire okulunda on sekiz aylık bir tamamlayıcı öğretime tabi olacaklardır. Sosyal hemşire okulu yeni programı mucibince iki yıl öğretimini yapmaktadır.

Erenköy okulu şimdiye kadar 99 hemşire yetiştirmiş ve bugün okuyan 27 talebesi vardır.

Bir yandan Erenköy hemşire okulundan çıkan hemşireler, bir yandan merkezde yılda iki defa tertibedilen kurslardan geçen meslektaşlarımız sayesinde Türkiye verem savaşı daha verimli bir şekilde işlemektedir. Tıp Fakültemizde de koruyucu hekimlik, sosyal hekimlik kürsüleri kurulur ve fakülteden çıkan hekimlerimiz bu alanlarda daha bilgili olarak yetişirler de yalnız verem savaşı değil, koruyucu hekimlikte ve sosyal hizmetlerin ifasında büyük bir ilerleme sağlanacağı şüphesizdir. Hiç unutmamalıdır ki kâğıt üzerinde teşkilât yapmak kolay, o teşkilât için para bulmak belki biraz daha güçtür. Fakat en güç olan bu teşkilâtı azamî verimle işletecek kalifiye personeli tedarik etmektir. Kalkınmak isteyen her memleketin ilk yapacağı iş kendi evlâtları arasından bu insanları yetiştirmektir. Ödünç para ile teşkilât kurulabilir, fakat ödünç insanla iş görülmez.

SUMMARY

Teaching and formation of the personnel working for the fight against tuberculosis

The formation and teaching of a qualified personnel wirking for the Fight against Tuberculosis are done according to principles laid down by the Ministry of Health and the World Health Organization. The historical bacground of The Perfectioning and Demonstration Center of the for the Fight against Tuberculosis of Istanbul, its duties and accomplishments are presented.

RÉSUMÉ

La formation du personnel pour la lutte anti-tuberculeuse

La formation du personnel qualifié pour la lutte anti-tuberculeuse s'effectue suivant les principes énoncés par le Ministère de la Santé Publique et l'Organisation Mondiale de la Santé. A ce propos, l'historique du Centre de Perfectionnement et de Démonstration de la Ligue pour la Lutte contre la Tuberculose d'Istanbul, ses devoirs, ses travaux sont exposés.

ORDUDA TÜBERKÜLOZ MÜCADELESİ NASIL YAPILMALIDIR?

Prof. Dr. BURHANETTİN TUGAN
Doç. Dr. FAHİR SANEL

Orduda tüberküloz mücadelesi esas itibariyle madenler, fabrika, mektep gibi her toplulukta yapılana benzer. Burada gaye tüberkülozluyu topluluğa sokmamak, tüberküloza yakalananı süratle tecrit etmek ve yeni bir vak'a çıkınca intan membaını araştırmak ve nihayet sağlam olanlarda koruyucu tedbirler almaktan ibarettir. Bunlara ayrıca, doktor ve sıhhî personelin fitiziyojenez ve tüberküloz profilaksisi bakımından eğitimi ile tüberküloza yakalanmış olanlar için içtimaî tedbirleri ilâve etmek lâzımdır.

Orduda bu tedbirlerin daha da ciddiyetle alınmasını icabettirecek bazı hususiyetler vardır.

Bilindiği gibi, morbiditesi düşük yerden morbiditesi yüksek bölgelere gelen insanlar için kontaminasyon tehlikesi büyüktür. Ordumuzu teşkil eden askerlerin büyük ekseriyeti askerlik çağına kadar köylerinde yaşamış 20-22 yaşında genç şahıslardır. Yapılan tüberkülin kontrolleri %50'den fazlasını deri allerjileri menfi yani kontaminasyon karşısında kısmî mukavemetleri olmayan şahıslar olduğunu göstermiştir.

Kalabalık bir topluluğun içine giren ve askerliğini morbiditesi yüksek şehirlerde geçiren bu şahıslar enfeksiyon tehlikesine çok fazla maruzdur. Ordu ortalama her iki senede bir yenilendiği için, latant enfeksiyonların miktarının tedricen artırarak nisbî bir mukavemetin teessüs ettiği bir topluluk değildir. Burada kontaminasyon nisbeti profilaktik tedbirler alınmadığı müddetçe sabittir.

Nihayet, tüberküloz enfeksiyonuna maruz genç askerlerin yaşı da ordu için ayrı bir hususiyet arzeder. Bugün iyice bilindiği gibi, askerlik çağı primer tüberkülozun gayrı müsait evolüsyonu için en

uygun bir yaştır. Bu yaşta alınan bir intan çok zaman fitiziye kadar giden bir sürü tezahüratın başlangıcıdır.

Ayrıca, orduda kontaminasyonların ruhî ve bedenî şoklarla aynı zamanda vukua geldiğine işaret edelim.

Bu kongrede başka bir tebliğimizde primo-enfeksiyonların kesret ve vahametine işaret etmiştik. Resmî istatistikler orduda tüberküloz morbiditesinin yüksek olduğunu göstermektedir. Muvazzaf veya yedek olarak asker hekimliği yapmış her doktor, orduda ne kadar fazla serö-fibrinöz plörezi vak'ası olduğunu bilir. Bunların, hepsi değilse de çok büyük bir ekseriyeti post primer yani yeni alınmış bir intan takibeden devre esnasında husule gelen tezahürattan ibarettir. Demek oluyor ki, orduda tüberküloz mücadelesinde primo-enfeksiyondan koruma ehemmiyetli bir yer işgal etmelidir.

Bilindiği gibi orduya iltihak edecek her genç şahıs evvelâ askerlik şubelerinde muayene olur ve bilâhare askerlik esnasında devamlı tıbbî bir nezaret altında tutulur. Bu iki merhale umumî intanı hastalıkların bertaraf edilmesinde ve cerrahî arızalarla malûl şahısların ayırd edilmesinde faydalıdır. Lâkin tecrübe bunların tüberküloz profilaksisi ve korunmasında kifayetsiz olduğunu göstermiştir. Şimdi orduda tüberküloz mücadelesinin esaslarını görelim.

Orduda tüberküloz mücadelesinin 8 unsuru vardır:

1. Veremli hastayı orduya sokmamak;
2. Hasta olanları süratle ayıklamak;
3. Sağlam olanları tüberkülozdan korumak (B.C.G. aşısı);
4. Orduya sağlam olarak girdiği halde sonradan hastalananları mümkün olduğu kadar süratle teşhis ederek sağlamlar arasında sirayet membaı teşkil etmesine müsaade etmemek;
5. Tüberkülin kontrolları;
6. Orduda verem mücadele teşkilâtı;
7. Tedavi;
8. Tüberkülozlulara malî yardımlar.

1. Orduya tüberkülozlu şahısları sokmamak (şube muayeneleri).

Şube muayenesi yalnız çok aşikâr şekilleri meydana çıkarmaya yarayan bir merhaledir. Tüberküloz geçirmekte olduğunu gösteren vesikalar (raporlar, reçeteler) ibraz edenler ve serirî olarak tüberküloza ait âraz gösterenler veya tüberküloz tedavisine ait (torakoplasti, pnömotoraks, pnömoperituvan) alâmetler tesbit edilen şahıslar radyolojik ve bakteriyolojik olarak hastalıkları teyit edilmek üzere hastanelere sevkedilir.

Şube muayeneleri erken irtişah gibi klinik olarak sessiz seyreden şekillerin ayırdedilmesinde kifayetsizdir.

2. Hasta olanları süratle ayıklamak (Radyolojik depistaj):

Klinik âraz vermeyen şekiller mikrofilm ile taranmalıdır. Bu tarama kontaminasyonlara meydan vermemek için erin kıtaya duhulünden sonra azamî bir ay içinde yapılmış olmalıdır.

Mikrofilm taramasının iki mühim esası vardır: 1. Tarama subaylar da dahil olmak üzere istisnasız herkese teşmil edilmelidir. 2. Yenide ntüberküloza tutulanları ayırmak için bir müddet sonra tekrarlanmalıdır.

3. Sağlam olanları tüberkülozdan korumak (B.C.G. aşısı):

Tecrübe askeri birliklerde radyolojik depistajın tamamiyle tüberkülozu ortadan kaldırmağa kifayet etmediğini göstermiştir. Tüberküloz mücadelesi diğer metodlarla tamamlanmalıdır. Bunların içinde en tesirlisi B.C.G. aşısıdır.

Orduda primo-enfeksiyonların mühim bir mesele teşkil etmiş olduğunu gördük. B.C.G. aşısı kontaminasyonlar husulünden evvel yapılmalıdır. Bu sebeple en iyisi daha orduya iltihaktan evvel sivil sıhhî makamlar tarafından yapılmasıdır. Bu tahakkuk ettirilinceye kadar aşının ordu tarafından ve askerlik hizmetinin başlangıcında azamî bir ay içinde yapılmalıdır. B.C.G. aşısı henüz mecburî değildir. Aşının randımanının artırılması için kanunen mecburî kılınması şayanı arzudur.

4. Sonradan hasta olanlara karşı tedbirler:

İlk radyolojik depistajı takibeden zaman zarfında hastalananları meydana çıkarmak için radyolojik depistajı tekrarlamak faydalıdır. Ayrıca birliklerde bu tedbiri tamamlayıcı devamlı tıbbî nezaret tesis edilmelidir. Tüberkülozda erken teşhis mücadelenin ehemmiyetli bir unsurudur. Şimdiye kadar geç teşhis edilmiş vak'alarda genel ve fonksiyonel ârazın mevcudiyetine rağmen fizik ârazın bulunmamasının sebebolduğunu gördük. Bu sebeple kıta tabiplerine tüberkülozun semptomatolojisi hakkında bilgiler verilmesi vak'aların daha erken teşhis edilmesinde faydalı olur.

5. Tüberkülin kontrolları:

Tüberkülin teamülü bir şahısın tüberküloz intanına maruz kalmış olduğunu gösterir. Bu sebepten dolayı epidemiyolojik ve profilaktik değeri büyüktür.

Tüberkülin testlerini değerlendirebilmek için muayeneye tabi tutulan şahıslara evvelce B.C.G. aşısı yapılmamış olmalıdır. Bu şahıslarda allerji müsbettir. Mamafih aşı ile muafiyet verilmiş şahıslardaki tüberkülin teamülü umumiyetle zayıftır. Bu şahıslarda kuvvetli bir teamüle tesadüf edilmesi şahsın sürenfeksiyona maruz kalmış olduğunu gösterir.

İlk defa tüberkülin yapılan bir şahısta fliktenüler vasıfta bir teamüle tesadüf edilirse büyük bir ihtimalle kontaminasyonun yeni olduğuna hükmedebiliriz. Bu muayene ile şahısta bazan akciğer tüberkülozu mevcut olduğu meydana çıkarılabilir. Böyle bir vak'a eğer imkân varsa tam klinik ve radyolojik muayeneye tabi tutulmalıdır. Bunlar yapılmadığı takdirde şahıs müşahede altında bulundurularak hastalığa ait en ufak bir emarenin gözden kaçmamasına dikkat edilir. Ayrıca o şahsın bulunduğu birlikte bir açık tüberkülozlu olduğu anlaşılarak gereken araştırmalar yapılmalıdır (Klinik muayeneler, mikrofilm taraması).

Bir birlikte müsbet teamül nisbetinin anormal olarak yüksek bulunması o birliğin içinde bir sirayet membaının mevcut olduğunu gösterir. Aynı şekilde evvelce menfi olanlar da bir müddet sonra çok miktarda viraj husulü gene bir sirayet membaının mevcudiyetine delâlet eder.

Şüphesiz genç ve sıhhatli görünen şahıslarda menfi tüberkülin teamülünün bulunması B.C.G. ile aşıyı icabettirir.

Tüberkülin teamülleri temin ettiği faydalar yanında basit ve kolay olması dolayısiyle askerî birliklerde tatbik edilmeye lâyık bir metoddur.

6. Orduda verem mücadele teşkilâtı:

Orduda mikrofilm taraması ve B.C.G. tatbikatı için ayrılacak tabip ve yardımcıları hususî şekilde yetiştirilmeli ve bunlar büyük bir zaruret olmadıkça değiştirilmemelidir. Bunların sayısı yeter derecede olmalıdır.

Mikrofilm taraması ve B.C.G. tatbikatının aynı şahıslar tarafından yapılması uygundur.

Erkânı Harbiyei Umumiyede tüberküloz mücadelesini takibedecek bir büro kurulmalıdır. Birliklerde ve hastanelerde teşhis edilen tüberkülozlular bu büroya diğer sarî hastalıklarda olduğu gibi derhal ihbar edilmelidir. Bu büro orduda tüberküloz mücadelesini koordine etmekle mükellef olmalıdır. Ayrıca, tüberküloz mücadele-

sini fiilen idare etmek üzere her ordu merkezinde tüberkülozun epidemiyoloji ve korunmasına âşina bir fitizyolog bulundurulmalıdır. Bu teşkilâtın vazifeleri meyanında tüberküloz çıkan birliklerde sirayet membaını aramak olmalıdır.

Her erin sağlık fişinde deri testleri ve B.C.G.'ye ait tarih ve kayıtlar bulundurulmalıdır.

Mikrofilm taraması raporu ve mikrofilmin kendisi de hususî küçük bir zarf içinde erin sağlık fişine raptedilmelidir.

Kıtalardan hastanelere sevkedilen hasta erlerin hasta kabul teskerelerine tüberkülin testlerine, B.C.G. ve mikrofilm taramasına ait tarih ve kayıtlar işaret edilmelidir.

7. Orduda tedavi:

Tüberklüozlu hastaların tecrit ve tedavisi de tüberküloz mücadelesinin bir unsurudur. Halen orduda açık tüberkülozlu erler için bir hastane ve subaylar için de bir sanatoryum ve bir prevantoryum vardır. Bu sonuncular için yatak sayısı kâfidir. Lâkin erler için yatak sayısı çok azdır. Bunlar için yeni bir sanatoryum inşa halindedir.

Müesseselerin fitizyolog sayısının kâfi olması lâzımdır. Ordunun elindeki kalifiye fitizyologlar istifa suretiyle ayrılmıştır. Bu açığı yakın bir istikbalde kapatmak imkânları gözükmemektedir.

Tedavi görmüş subay ve assubaylara geçirilmiş hastalıkları dolayısiyle değişmiş bedenî kabiliyetleri ile mütenasip iş sahaları derpiş edilmelidir.

8. Tüberkülozlulara malî yardımlar:

Tüberküloz tıbbî olduğu kadar, hattâ daha fazla sosyal bir hastalıktır. Tüberküloz husulünde muhitî faktörler ve sirayet başlıca rolü oynar. Bu bakımdan her topluluğun tüberkülozlu muvacehesinde mükellefiyetleri vardır. Bu sebepten dolayı dünyanın her yerinde tüberkülozlu ile ilgili malî mevzuat konmuştur.

Her yerde tüberkülozlu şahsa hastalığının hizmetle alâkası nisbetinde tazminat ve tedavinin sonunda malûliyet derecesine göre maaş bağlanır. Bu yardım bazı memleketlerin ordularında tüberkülozdan ölen askerî şahısların dul kalan ailelerine ve çocuklarına da teşmil edilmiştir.

Halen ordumuzda muvazzaflar için tüberkülozun hizmet ile alâkası kabul edilmez ve ordudan ihraç edilenler âdi malûl olarak tekaüt edilir. Bu telâkki memleketin diğer sektörlerinde de aynıdır.

Erlere ise hava değişiminin yalnız ilk üç ayında ufak bir malî yardım yapılır. Hava değişiminin ilk üç ayından sonra bu yardım kesilir. Hastalıkları sebebiyle ordudan ihraç edilenlere hiç bir malî yardım yapılmaz.

Diğer ordularda olduğu gibi bizde de malî yardımın derpiş edilmesi adilâne olduğu kadar tüberkülozlu şahısların iş birliğini temin etmek suretiyle mücadelenin daha tesirli olması için lüzumludur.

SUMMARY

How should we organize the fight against tuberculosis in the army?

The tuberculous infection constitutes one of the main sanitary problems of the army. Several factors in military duties may favorize an exacerbation of latent tuberculosis. Besides, the Army receives each year a certain number of persons with a negative tuberculous allergy. These people, when placed into contact with military personnel bearing open lesions or with a highly morbid urban population are greatly threatened by infection.

The fight against tuberculosis in the army presents some particularities: 1. Tuberculous patients should not be incorporated in the army and one should realy especially on the medical screening performed in conscription centers. 2. An examination should also be performed before the incorporation of recruits to military groupings and a microfilm should finally help to eliminate any sick person mistakenly accepted. 3. Healthy persons should be protected by means of B.C.G. vaccination. 4. Early diagnosis should be performed as often as possible in order to prevent any subsequent contamination. For this purpose, the importance of early clinical diagnosis should be stressed and radiological screening frequently performed. 5. Control with tuberculine tests should be performed. 6. A special organization dealing with the fight against tuberculosis should be created in the army. 7. Treatment problems should be studied. 8. Financial aid to tuberculous patients should be provided.

There is no doubt that with a steady and patient application of such principles, tuberculosis will become in the long run a harmless disease.

RÉSUMÉ

Comment effectuer la lutte contre la tuberculose dans l'armée?

L'infection tuberculeuse constitue un des principaux problèmes sanitaires de l'Armée. Le servise militaire comporte certains facteurs favorisant le réveil de tuberculoses latentes. En outre, l'Armée accueille chaque année un certain nombre de personnes allergiquement négatives. Ces personnes placées en con-

tact avec un personnel militaire présentant des lésions ouvertes ou la population urbaine à morbidité élevée courent de grands risques d'infection.

La lutte contre la tuberculose dans l'armée présente certaines phases qui se complètent mutuellement: 1. Il importe tout d'abord de ne pas introduire dans l'armée les tuberculeux en s'attardant tout spécialement sur les examens médicaux réalisés dans les bureaux de conscription. 2. Il faudrait faire un examen d'entrée avant l'admission aux bataillons ainsi qu'un microfilm afin de pouvoir éliminer les sujets malades acceptés par mégarde. 3. Réaliser la protection des sujets sains par la vaccination au B.C.G. 4. Réaliser le diagnostic aussi précoce que possible des sujets infectés après leur entrée dans l'armée, afin d'éviter toute contagion ultérieure possible. Dans ce but, le diagnostic clinique précoce doit être encouragé et le dépistage radiologique fréquemment renouvelé. 5. Contrôles tuberculiniques. 6. Création dans l'armée d'une organisation spéciale pour diriger la lutte contre la tuberculose. 7. Traitement. 8. Aide financière aux tuberculeux.

Il n'y a aucun doute que l'application patiente et persévérante de ces principes pourrait réduire la tuberculose au rang d'une maladie banale.

BURSADA VEREMLE SAVAŞ ORGANİZASYONU

Dr. NEŞATİ ÜSTER

Tarihçe:

Bursada verem mücadelesi sahasında kurulan ilk müessese, Sıhhat ve İçtimaî Muavenet Vekâleti tarafından 25 Mayıs 1930'da açılan (Verem Savaş Dispanseri)'dir. Bu müessese Sıhhat Vekâletinin memleketimizde kurduğu ilk iki verem dispanserinden biridir. Hemen hemen yirmi seneye yakın bir zaman bu dispanser Bursada veremle savaşan tek müessese olarak kalmıştır. Vilâyetin her köşesinden, hattâ civar vilâyetlerden gelen hastaları muayene ederek, aralarındaki veremlileri tesbit etmiş, bunları o vakitler pek mahdut olan sanatoryum ve hastanelere göndermeye veya ayaktan tedavi etmeye çalışmış, şehir içindeki veremlilere de elinden gelen yardımı yapmağa gayret etmiştir. İstanbuldaki tedavi müesseselerinde ve Bursa Memleket Hastanesinde kollapsoterapiye başlanan hastalar için, senelerce bütün Marmara bölgesinde tek reensüflasyon merkezi vazifesini bu müessese görmüş, yaz kış uzun yollardan gelen hastaların bu ihtiyacını karşılamıştır.

Bursada verem mücadelesi için ikinci hamle (Verem Savaş Derneği)'nin kurulmasiyle başlar. 1947 yılının son günlerinde kurulmasına teşebbüs edilen bu dernek o vakit memleketimizde tüberküloz-dan en yüksek nisbette kurban veren bu şehirde verem savaşının bir mesele olarak ele alınmasına ve oldukça ehemmiyetli bir inkişaf göstermesine âmil olmuştur. Dernek çalışmağa başladığı 1948 yılında Bursada verem ve veremle savaş durumu ile bu sahada beliren ihtiyaçları şöyle tesbit etmişti:

1. Bursa şehrinde veremden ölenlerin sayısı yılda 358'e çıkmıştı. Bunun 100.000 nüfusa nisbeti 384.4 idi. Bu rakam bütün büyük şehirlerimizdeki tüberküloz mortalitesi nisbetlerini geçiyor ve halk için büyük bir tehlike mahiyetini almış bulunuyordu. Son yıllarda

hastalık kaza ve köylerde de ehemmiyetli nisbette yayılmıştı. Hemen her köyden veremli hastaların geldiği görülüyordu.

2. Mevcut olan bir verem savaş dispanseri ihtiyacı karşılayamamakta idi. Evvelce haftanın iki günü reensüflasyonlara ayrılmışken bunun kâfi gelmediği görülmüş ve bu günler haftada üçe çıkarılmıştı. Bu şartlar altında yeni müracaat eden hastalara muayene için 2-3 ay sonrası için randevu verilmekte, dispanserde kayıtlı olan veremlilerin üç aydan evvel kontrolu mümkün olamamaktaydı. Şehir oldukça dağınık ve nüfusu da 90 bini geçmiş olduğundan hastaların ziyareti arzu edildiği kadar sık yapılamamaktaydı. Bunun için şehrin doğu ve batı bölgelerinde yeniden birer dispansere ihtiyaç vardı.

3. Veremli yatağına olan ihtiyaç çok müstacel bir mahiyet arzetmekteydi. O vakit bütün memleketin başlıca verem tedavi müessesi olan Heybeliada Sanatoryumuna sıra veren hastalar 2-4 sene beklemekte ve buna çoğunun ömrü vefa etmemekte idi. Bursa Memleket Hastanesinin pek mahdut olan yataklarından veremliler için istifade etmek imkânı pek azdı; ancak müstacel durumda olan vak'alarla tıbbî kollaps tedavisine başlanacak hastaları kısa bir müddet için bu hastanenin dahiliye servisine yatırmak imkânı bulunabiliyordu. Kısacası Bursada veremliler için ayrılmış hiç bir yatak bulunmaması çok sıkıntılı bir durum arzediyordu.

Bursa Verem Savaş Derneği ilk iş olarak kesif bir propoganda kampanyası açmış, durumu ve ihtiyaçları belirterek Bursada tüberküloz mevzuu üzerine halkın ve hükûmetin ilgisini çekmeğe çalışmıştır. Aynı zamanda halkın ve dernek umumî heyetinin tazyiki ile o sırada çok şiddetli bir ihtiyaç halinde kendini gösteren tüberküloz yatağı meselesini ön plâna almak zorunda kalmıştır.

Dernek veremli hastaların yatak ihtiyacına kısmen olsun cevap verebilmek için Bursa'nın Temenyeri semtinde kira ile tuttuğu ahşap bir konakta küçük bir verem hastanesi açmıştır. 1 Ağustos 1949'da 20 yatakla çalışmağa başlayan bu hastanenin yatak sayısı 1950 yılı başında 25'e, daha sonra da 40'a çıkarılmıştır. Bu müessesede Vekâletin yardımı ile ihtiyacı karşılayacak bir lâboratuvar tesis edilmiştir. Kızılaydan da yardım temin edilerek 100 miliamperlik bir röntgen cihazı satın alınmıştır. Bir taraftan da Memleket Hastanesi, eskiden akıl hastalarının tecrit edildiği ve sonraları harap bir hale gelmiş bulunan bir pavyonunu «Aliye Telgrafçılar» isminde bir vatandaşın yardımı ile tamir ettirmiş ve buraya da Sıhhat Vekâletince

20 yatak yerleştirilerek veremlilere tahsis edilmiştir. Derneğin açtığı hastane 1951 yılında Sağlık Vekâletine devredilerek 1952'de 100, 1953'de de 150 yatağa çıkarılmıştır. Bu gün Bursa Devlet Hastanesine bağlı olarak, yine dernek eliyle tamir ettirilmiş olan eski Ahmet Vefik Paşa pavyonunda 120 yatakla çalışmaktadır.

Verem Savaş Derneği Bursadaki tüberküloz yatağı ihtiyacını karşılamak çarelerini ararken halkın veremden korunması için gerekli tedbirlere baş vurmağı da ihmal etmemiş ve 10 Kasım 1949'da bir B.C.G. aşısı istasyonu kurmuştur. Bir müddet sonra Sıhhat Vekâleti tarafından vazifelendirilmiş bir hekimle takviye edilen bu istasyonun çalışmaları sür'atle inkişaf etmiş ve şehir içindeki topluluklardan başka merkez ekipleri de 1954 yılında Bursa Vilâyetinde çalışarak halka geniş ölçüde aşı tatbik etmişlerdir.

Bursanın dispanser ihtiyacını da daima göz önünde tutan dernek 1951 yılında Muradiye ve Yıldırım medreselerini Sıhhat Vekâletinin yardımı ile restore ettirmeğe başlamış ve 11 Şubat 1952'de Muradiye, 15 Temmuz 1953'te de Yıldırım Verem Savaş dispanserlerini halk hizmetine açmıştır. Bu iki müessesenin çalışmağa başlaması ile Bursa dispanser bakımından tatmin edilmiş ve şehirdeki verem savaşı organizasyonu az çok ihtiyaca cevap verebilecek bir duruma gelmiştir.

Bursada Tüberküloz Mortalitesi:

Bursa eskiden beri veremden en çok kurban veren şehirlerimizden biri olmuştur. Fakat İkinci Cihan Harbinin son yıllarında Bursada tüberkülozdan ölenlerin sayısı büsbütün artmağa başlamış ve bu hal 1950 yılına kadar devam etmiştir. O vakitten beri Bursada veremden ölenlerin sayısı ve nisbeti düşmektedir. Bu şehrin 18 yıllık tüberküloz mortalitesine ait istatistikleri durumu aşikâr surette göstermektedir:

Bursada 18 yıllık tüberküloz mortalitesi

Yıllar	Bursanın nüfusu	Miktarı	100.000'de	Miktarı	100.000'de
1938	75,433	215	285	172	228
1939	76,515	208	271,8	170	222,2
1940	77,598	222	286	176	226,8
1941	79,282	222	280	183	230,8
1942	80,966	219	270,5	181	223,5
1943	82,650	261	315,8	171	206,8
1944	84,335	258	305,9	173	205,1
1945	86,021	321	373,2	235	273,2

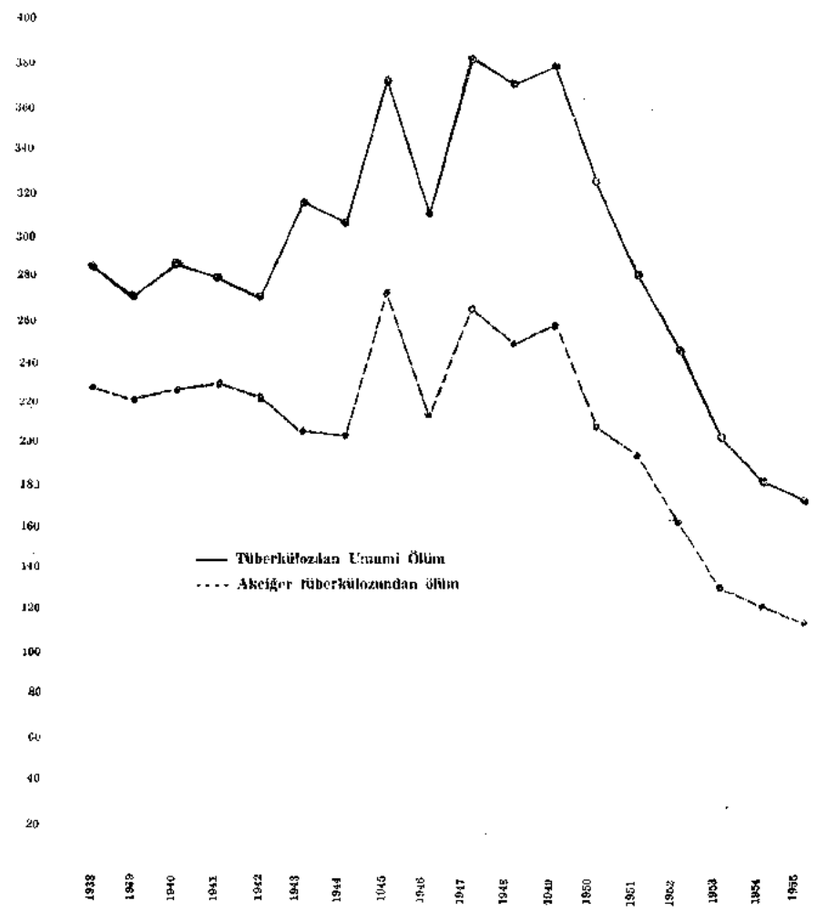
1946	89,579	278	310,3	192	214,3
1947	93,137	358	384,4	247	265,2
1948	96,695	360	372,3	240	248,2
1949	100,253	381	380	259	258,3
1950	103,812	338	325,6	217	209
1951	109,312	307	280,8	214	195,7
1952	114,822	282	245,6	187	162,8
1953	120,327	245	203,6	159	132,1
1954	125,832	230	182,8	155	123,2
1955	131,336	229	174,3	152	115,7

NOT: Nüfus sayımlarındaki resmi rakamlar esas alınarak aradaki senelerin nüfusları her beş yıllık artış nisbetlerine göre farazî olarak hesabedilmiştir.

İstaitstikteki rakamlar, evvelce memleketimizde verem ölümünün pek yüksek olduğu bilinen İstanbul şehrinin tüberküloz mortalitesi nisbetleri ile mukayese edilirse Bursanın bu konuda üstünlüğü meydana çıkar. 1938'de İstanbulda 100,000'de 220 olan veremden ölüm nisbeti Bursada 285'tir. Bu yükseklik az çok farklarla müteakıp senelerde de devam etmekte, yalnız 1942-44 yıllarında İstanbuldaki tüberküloz mortalitesi Bursadakini biraz geçmektedir. Fakat 1945'ten sonra Bursada bu nisbet tekrar sür'atle artmağa başlamaktadır.

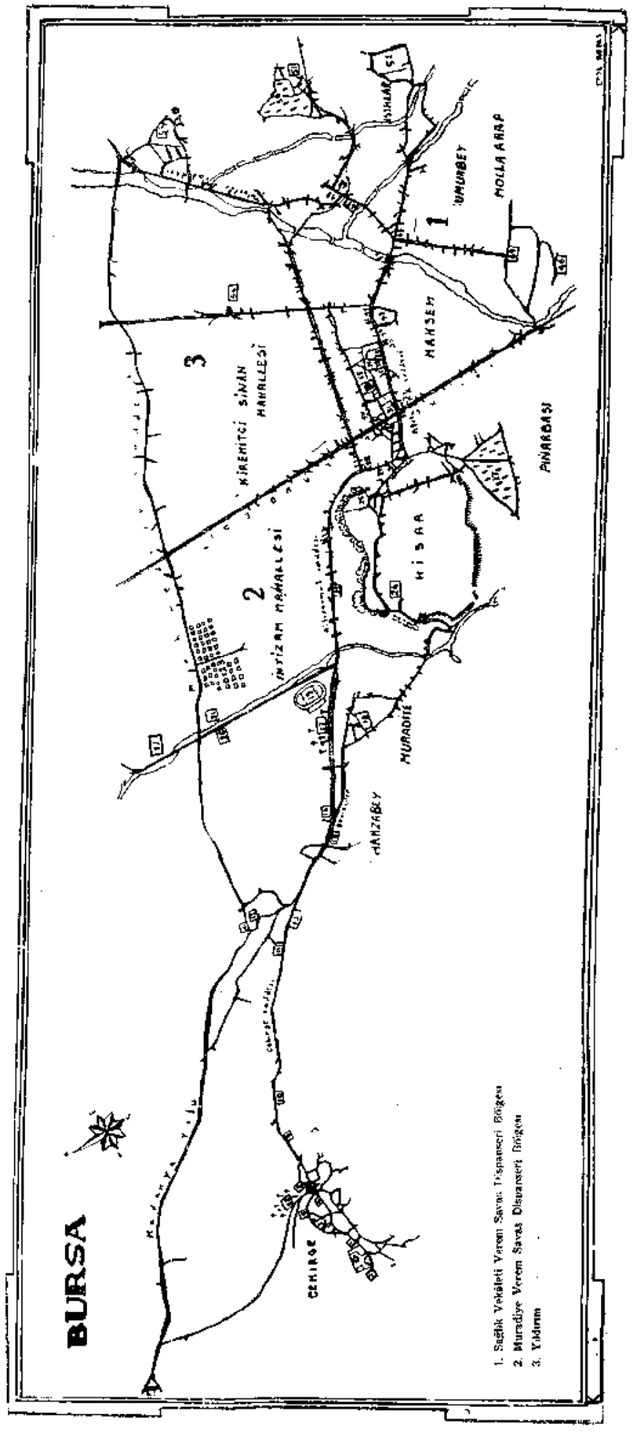
Bursada tüberküloz mortalitesi 1950'den itibaren düşmeğe başlamış ve bu düşüş 1952'den sonra büsbütün sür'atlenmiştir. Bu gün Bursada tüberküloz mortalitesinin hakiki nisbeti, resmî istatistiklerdekinden daha düşüktür. İstatistiklerdeki rakamların nisbeten yüksek kalmasına Bursa şehrinde veremli yatakları sayısının 1951 yılından sonra artarak 100-150'ye çıkmış olması âmil olmaktadır. Filhakika bu tarihten sonra Bursa hastanelerinde veremden ölenlerin sayısı birdenbire %40 nisbetinde artmıştır. Bunda şehir içindeki veremlilerden daha çoğunun hastanede öldüğü düşünülebilirse de, bunların mühim bir kısmının şehir dışından gelen hastalara ait olduğu görülmüştür. Netekim 1954 yılında hastanede ölen 106 veremliden yalnız 44 tanesinin, 1955'de ise 109 ölümden 41'inin Bursalı olduğu tesbit edilmiştir. Eğer taşradan gelip haestanede ölenler istatistiklerdeki rakamlardan çıkarılacak olursa Bursada veremden umumî ölüm nisbeti 1954 yılında 100,000'de 133,5'a, 1955 yılında 122,6'ya düşer. Fakat buna karşı Bursalı olup da başka yerlerdeki hastane ve sanatoryumlarda ölenlerin de hesabedilmesi icabedeceği ileri sürülmüştür. Her ne kadar bunların sayılarının daha mahdut olduğu muhakkak ise de biz istatistiklerimizde resmî rakamları muhafaza etmeği daha doğru bulmaktayız; yalnız bunların tefsirinde halen Bursada 120 yataklı bir göğüs hastalıkları pavyonunun mevcut olmasının

BURSADA TÜBERKÜLOZ MORTALİTESİ
100,000'de



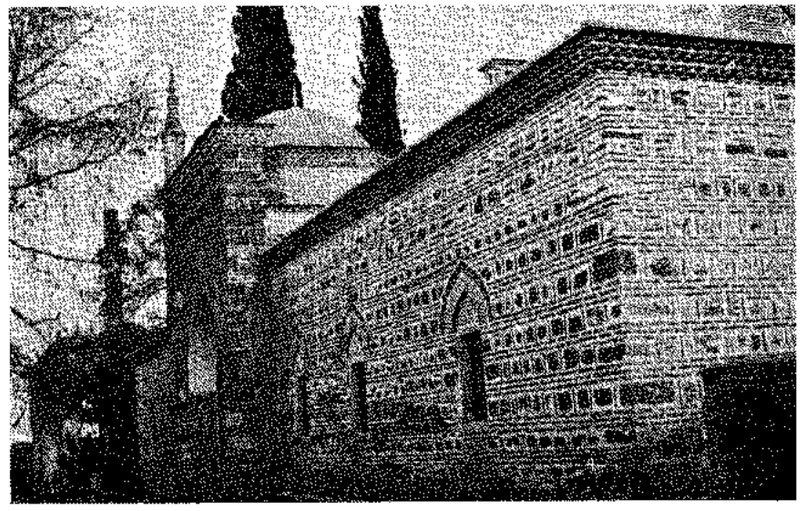
mortalite nisbetlerinin hakikatten biraz yüksek bulunmasına sebep olduğunu kaydetmekle iktifa edeceğiz.

Bursada veremden ölüm nisbetinin 1950'den itibaren az çok bir sür'atle düşmesinin, bu şehirde mediko-sosyal sahada tüberküloz mücadele organizasyonlarının inkişaf yıllarına rastladığını kaydetmekten kendimizi alamayacağız. Her ne kadar bu devre aynı zamanda tüberküloz tedavisine antibiyotiklerin de girdiği yıllara te-



sadüf etmekte ise de, bununla beraber tüberküloz mortalitesi nisbetinin azalmasında, bu şehirde tüberküloza karşı yöneltilen kesif mücadelenin de büyük rolü olduğunu kabul etmek icabetmektedir. Çünkü tüberküloz mücadelesinin pek inkişaf etmediği şehirlerimizde aynı azalmayı göremiyoruz.

Bursada tüberkülozdan ölüm nisbeti, İstanbul, İzmir, Ankara gibi büyük şehirlerimize nazaran hâlâ yüksek kalmaktadır. Fakat son beş yıldaki bu düşüş yine de az değildir. Meselâ İstanbulda %65 olan bu azalma nisbeti, Bursada %54,6'dır. Halbuki bu nisbet Ankarada %48, İzmirde ise %44,4'tür.

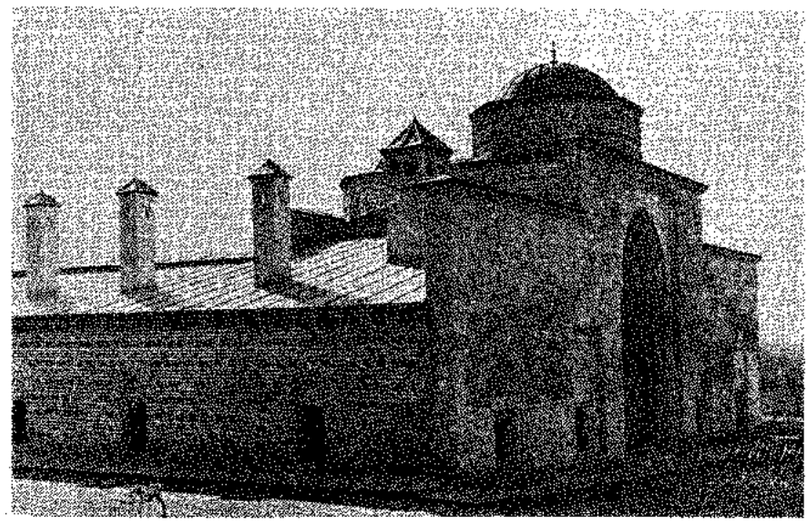


Bursada Tüberküloz Morbiditesi:

Bu gün antibiyotiklerin tedaviye girmesinden sonra mortalite ile morbidite arasındaki eski nisbetler kaybolduğu gibi tüberküloz ihbarlarına nazaran hakikate yakın bir morbidite istatistiği tanzim etmeye de imkân yoktur. Antibiyotiklerden evvelki devirde Bursada tüberküloz morbiditesini mortaliteye nisbetle 2000 ile 2500 arasında hesabedebiliriz.

1954 yılında Bursanın Muradiye semtinde 9300 nüfuslu bir bölgede, Sıhhat Vekâleti tarama ekibi ile Muradiye Verem Savaş Dispanseri tarafından sistemli bir depistaj yapılmıştır. Bu tarama neticesinde bu bölgede tüberküloz nisbeti %1,4 bulunmuştur. Bunlardan

%0,5'inin açık, %0,9'unun ise kapalı olduğu tesbit edilmiştir. Ancak bu bölgede evvelce veremli oldukları tesbit edilip taramaya girmemiş olanrı da hesabedersek bu nisbet açık veremliler için %1'e, kapalılar için ise %1,8'e çıkmaktadır. Bunlardan başka küçük büyük tüberküloz sekellerinin de nisbeti %4'tür. Bu nisbetlere göre Bursada 1300 kadar açık, 2360 kadar kapalı veremli olduğu tahmin edilebilir. Yalnız tarama yapılan bölgedeki halkın hayat standardı umumiyetle orta ve ortadan aşağı seviyede olduğundan bu nisbetler Bursa için ortalama olarak kabul edilemez. Netekim bu bölgedeki ilk okullarda evvelce yapılmış olan tüberkülin testi %45'in üstünde müsbet netice vermiş bulunuyordu. Halbuki Bursa ilk okullarında



tüberkülin testinden alınan müsbet netice ortalaması %38,42'dir. Binaenaleyh bu bölgeyi oldukça enfekte bir muhit telâkki etmek yanlış olmaz. O vakit bu nisbetlere dayanarak hesabedilen rakamları da hakikatin üstünde telâkki etmek ve ancak Bursadaki tüberküloz morbiditesinin bu miktarlardan daha yüksek olamayacağını kaydetmekle iktifa etmek daha doğrudur.

B.C.G. Verem Aşısı:

Bursada deri içi B.C.G. aşısının tatbikine 1949 yılının son aylarında başlanmıştır. Bursa Verem Savaş Derneği tarafından açılan ve Sıhhat ve İçtimaî Muavenet Vekâleti tarafından tâyin edilen bir

hekimle takviye edilen bu istasyon hem sabit ve hem de gezgin olarak çalışmış ve müracaat eden halk aşılandığı gibi, okullar, fabrikalar, ceza evi gibi topluluklardaki vatandaşlara da bulundukları yerlerde aşı tatbik edilmiştir. Kesif bir propaganda faaliyeti ile takviye edilen bu istasyonun çalışmaları neticesinde Bursadaki bütün okul öğrencileri, kreşler, fabrika işçileri ve ceza evindeki mahkûmlara tüberkülin testi tatbik edilmiş ve menfi netice verenler aşılanmıştır. Bu tatbikat 1952 yılında Bursa civarındaki köylere de teşmil edilmiş ve bilhassa bu köylerdeki çocuklarla okul öğrencilerinin aşılanmasına gayret edilmiştir.

1954 yılı başında Sıhhat Vekâletinin B.C.G. kampanyası ekipleri de Bursaya gelerek bütün vilâyet ölçüsünde faaliyete geçmişlerdir. Bu ekipler tarafından vilâyet nüfusunun %76'sına tüberkülin testi tatbik edilmiş ve 126,346 kişi aşılanmıştır. Bundan sonra Dernek yine aşı tatbikatına devam etmiş ve evvelce aşılanmamış olanlarla, muafiyeti kaybolmuş bulunanlara B.C.G. tatbik etmiştir. Bu gün için dernek bu faaliyetini daha ziyade küçük ve mektep çağındaki çocuklarla, topluluklar üzerinde teksif etmekte ve köylere kadar uzanarak kampanyanın tesirini buralarda da idameye imkânları müsaade vermemektedir. Bursa vilâyetinde bu güne kadar tüberkülin testi

tatbik edilenlerin sayısı 414,566 olup bunlardan %83,7'si kontrol edilerek %58,7'sinde pozitif netice alınmış ve 141,203 kişi de B.C.G. verem aşısı ile aşılanmış bulunmaktadır.

Bursada tatbik edilen tüberkülin testi ve B.C.G. aşısı

Yıllar	Tüb. Testi	Kontrol	Müsbetler	Menfiler	B.C.G.
1949	306	296	149	147	120
1950	6471	5813	3065	2748	2338
1951	4833	4588	2325	2263	1322
1952	14029	11561	4939	6622	6898
1953	7014	6179	3448	2731	2643
1954	1670	1537	807	730	658
1955	374562	311973	184982	126991	12634(*)
	5731	5125	4137	988	988
Yekûn	414566	347072	203852	143220	141203

(*) B.C.G. kampanyası ekipleri tarafından yapılan.

Verem Savaş Dispanserleri:

Bursada bugün biri Sıhhat ve İçtimaî Muavenet Vekâletinin, ikisi de Bursa Verem Savaş Derneğinin idare ettiği 3 verem savaş dispanseri mevcuttur. Bu dispanserler oldukça geniş bir sahaya dağılmış ve nüfusu 1955 sayımında 131,336'yı bulmuş olan Bursa şehrini kendi aralarında 3 bölgeye ayırmışlardır. Her dispanser kendi bölgesi içindeki veremlileri takip ve kontrol etmektedir. Bölgeler genişlikleri bakımından birbirlerinden az çok farklı görünürlerse de ihtiva ettikleri nüfus itibaryle aralarında fazla fark yoktur. Her üç dispanserin bölgeleri içinde ve kontrolları altında bulunan veremli sayılarının birbirine oldukça yakın bulunması bölge hudutlarının isabetli bir şekilde tâyin edilmiş olduğunu gösterir.

Bursadaki verem savaş dispanserlerinin her üçü kaza ve köylerden gelen hastalarla da meşgul olmaktadır. Fakat bu hastaların muntazam takibedilmeleri mümkün olmamakta, tedavi ve kontrolları daha ziyade kendilerinin müracaatlarına bağlı kalmaktadır. Dispanserler bunu da bir usule bağlamak lüzumunu hissetmişler ve kazalarla köyleri kendi bölgeleri istikmetlerine göre aralarında taksim etmişlerdir. Fakat bu bölgelenme şehir içindeki kadar müsbet netice vermemiştir. Köylü hastaların büyük bir kısmı yine eski alışkanlıklarının tesiri altında, veya şehrin ticaret merkezine ve pazar yerine nisbeten daha yakın olması dolayısiyle daha ziyade Vekâlet dispanserine müracaat etmeğe devam etmişlerdir.

Sıhhat ve İçtimaî Muavenet Vekâleti Bursa Verem Savaş dispanseri, şehrin nisbeten merkezî olan kısmının güneyinde bulunmaktadır. Çalışma sahası şehrin güney doğu bölgesidir. Bahçe içinde bulunan ve 8 oda ile 2 salonu olan bir binada çalışan bu dispanserde lâboratuvar, bir röntgen ve portatif bir de radyofotografi cihazı vardır. Personeli 2 mütehassıs hekim, 5 hemşire, 1 idare memuru, 1 hastabakıcı ve 2 hademeden mürekkeptir. Bu dispanser bölgesi içinde 415 veremliyi kontrolu altında bulundurmaktadır. Bu müessesesye köylerden gelen hastalar büyük bir yekûn tutmakta - dispanserde fişleri bulunan şehir dışındaki veremlilerin sayısı 2361 - dir - ise de bunların çoğu muntazam devam etmemekte, bir kısmı bir iki defa geldikten sonra bir daha uğramamaktadır.

Muradiye Verem Savaş Dispanseri, şehrin batısında, ismini taşıdığı semtte bulunmaktadır. Şehrin bütün batı kısmı ile Çekirge bu dispanserin bölgesi dahilindedir. Müessese 500 yıllık eski bir eser olan ve Sıhhat Vekâletinin yardımı ile Bursa Verem Savaş Derneği tarafından restore ettirilmiş bulunan Muradiye medresesinde çalışmaktadır. Medresenin 14 odası, 2 kapalı salon ve bir de önü açık dershanesi vardır. Dispanserde 100 miliamperlik bir röntgen ile bir lâboratuvar mevcuttur. Personeli 1 mütehassıs hekim, 2 ziyaretçi hemşire, 1 medikal sekreter ve 2 hademeden ibarettir. Dispanserin kendi bölgesi içinde takibettiği veremli sayısı 415'dir. Bu dispanser vilâyetin batı bölgesindeki kazalarla köylerden gelen hastalarla da meşgul olmaktadır. Bunlardan 314 veremli halen müessesenin kontrol ve tedavisi altındadır. Derneğin B.C.G. verem aşısı istasyonu da bu dispanserin çatısı altında ve bünyesi içinde bulunmaktadır.

Yıldırım Verem Savaş Dispanseri, Bursanın kuzey doğu ucundadır. Bununla beraber son yıllarda, bilhassa fakir halk ve göçmenler tarafından şehrin kuzey ve kuzey doğusunda kurulan yeni mahalleler tarafından çevrilmiş bir duruma gelmiştir. Bu dispanserin çalıştığı, şehrin kuzey doğu bölgesinde yaşayanların büyük bir çoğunluğunu hayat standardı pek düşük olan fakir halk ve işçiler teşkil etmektedir. Bu bakımdan müessesenin yükü çok ağırdır. Dispanser, güzel bir şekilde restore ettirilmiş olan Yıldırım medresesinin yarısında yerleşmiş bulunmaktadır; bu kısımda 9 oda ve bir kapalı salon vardır. Medresenin diğer yarısında da Sıhhat Vekâletinin Yıldırım Sağlık merkezi çalışmaktadır. 100 miliamperlik bir röntgen cihazı ile bir de lâboratuvarı bulunan dispanserin 2 mütehassıs hekim, 2 hemşire, 1 medikal sekreter ve 2 hademesi vardır. Bölgesi

içinde takip ve kontrolu altında bulunan veremli sayısı 525'dir. Bursanın doğusundaki kazalarla köylerden gelen hastalara bu dispanser bakmakta ise de, nakil vasıtalarının durak yerlerine uzaklığı dolayısiyle bu müesseseye şehir dışından vukubulan müracaatlar nisbeten az olmaktadır. Bununla beraber yine köylerden gelen 120 veremli bu dispansere devam etmektedir.

Bursanın dispanser ihtiyacı bu üç müessese tarafından karşılanmaktadır. Bunlar iki ayrı idareye bağlı oldukları halde bölgeleşme imkânının mevcut olduğunu göstermişlerdir; eğer bunu yapmamış olsalardı, bu dispanserler de birer poliklinik durumunda kalacaklar ve kelimenin hakiki mânası ile savaş unsurları telâkki edilemiyeceklerdi. Bugün her biri kendi bölgesi içinde profilktik ve terapötik bütün dispanser fonksiyonlarını başarmağa çalışmaktadır.

Verem Tedavi Müesseseleri:

Bursada bu gün Devlet hastanesine bağlı bir göğüs hastalıkları pavyonu ile şehir dışında Uludağın Kirazlıyayla mevkiinde 120 yataklı hususî bir sanatoryum vardır. Bu müessese ücretli olup memleketin her tarafından gelen hastaları kabul etmekte ve mahallî bir savaş unsuru karakterini taşımamaktadır.

Devlet Hastanesi göğüs hastalıkları pavyonu evvelce kurulmuş olan Bursa Verem Hastanesi yerine geçmiştir. Bu müessese 1879 yılında Ahmet Vefik Paşa tarafından Guraba hastanesi olarak inşa ettirilmiş ve 75 sene bu hizmeti ifa etmiş olan binada çalışmaktadır. Dört sene evveline kadar Bursa memleket Hastanesinin dahiliye, cildiye ve nisaiye servisleri olarak kullanılan bu pavyon, Sıhhat Vekâletinin yardımı ile Bursa Verem Savaşı Derneği tarafından esaslı şekilde tamir ettirilmiş, elektrik ve su tesisatı yenilenmiş, kalorifer ve kür galerileri ilâve edilerek bir tüberküloz tedavi müessesesi haline getirilmiş bulunmaktadır.

Bu gün kadınlar için 45, erkekler için 75 olmak üzere 120 yatak yerleştirilmiş olan bu pavyonda biri tomografi tertibatı da bulunan 200 miliamperlik, diğeri yalnız radyoskopi için kullanılan 35 miliamperlik 2 röntgen cihazı ve tüberküloza ait her türlü araştırmalar yapabilen bir lâboratuvar mevcuttur. Bu binada iyi tanzim edilmiş bir poliklinik kısmı da mevcut olup burada müracaat eden hastalar muayene ve tetkik edilmekte, servisto yatıp çıkan hastaların takip ve kontrolları ile meşgul olunmakta bilhassa köylerden gelen veremlilerin reensüflasyonları yapılmaktadır.

Bursanın veremli yatağı ihtiyacı bugünkü göğüs hastalıkları pavyonu ile tatmin edilmiş olmaktan çok uzaktır. Bu şehirde tüberküloz morbidite ve mortalitesinin seviyesi daha fazla veremli yatağına ihtiyaç bulunduğunu aşikâr bir surette göstermektedir. Dispanserler tarafından takibedilen hastaların hemen yarısı ambülatuvar tedavi için gerekli asgarî şartları temin edemiyecek durumda olduklarından yatırılarak tecrit ve tedavileri icabetmektedir. Bunlardan başka kaza ve köylerden gelen hastalara da bu müessese cevap vermek mecburiyetinde olduğu gibi, yakın hattâ uzak vilâyetlerden gelen veremliler de bu pavyonda yatmaktadır. Bütün bu sebepler yüzünden Bursada veremli yatağını artırmak zarureti vardır. Bunun için mevcut pavyonu büyütmekten ziyade yeni bir verem hastanesi kurulması daha uygun görülmektedir. O vakit bugünkü göğüs hastalıkları pavyonu da, daha ziyade hâd ve müstacel vak'alarla kollapsoterapiye başlanacak hastaları yatıran bir servis halinde çalışmak imkânını bulacaktır.

Bursada verem aşısı organizasyonunun inkişaf seyri ile tesirlerini ve bugünkü durumunu gözden geçirmiş bulunuyoruz. Bu şehirde verem savaşı için bir çok gayretler sarfedilmiş olmasına rağmen, ideal bir organizasyonun kurulmuş olduğunu söyleyebilecek durumda değiliz. Bugün Bursada veremle savaş organizasyonu unsurlarında kifayetsiz olanlar (Verem tedavi müesseseleri) bulunduğu gibi, henüz ele alınmamış olanlar (Rehabilitasyon) da vardır. Fakat bu şehirde veremle savaş için gerekli bir organizasyonun temelleri sağlam bir şekilde kurulmuş bulunmaktadır; zamanla ve daha fazla gayret sarfetmekle tekâmül ederek yakın bir gelecekte ideal bir duruma ulaşacağını ümit edebiliriz.

S U M M A R Y

The organisation of the Fight against tuberculosis in Bursa

The first institution for the fight against tuberculosis in Bursa was a dispensary founded in 1930 by the Ministry of Health. Towards the end of 1947, after the creation of the for the Fight against Tuberculosis, the organisation of the campaign improved greatly. A tuberculosis hospital, a station for B.C.G. vaccination and 2 other dispensaries were founded.

Mortolity from tuberculosis was always high. These figures rose after 1943, but have regressed since 1950. While admitting the important role of antibiotics, we must also give credit for these results to the activity of the organisation for the Fight against Tuberculosis.

Actually there are in Bursa 3 dispensaries; one of them is attached to the Ministry of Health and two are working under the auspices of the for Fight against tuberculosis. These 3 dispensaries have divided between themselves the city into 3 districts and are working coordinately. An hospital of 120 beds for tuberculous patients attached to the State Hospial of Bursa tries to meet the requests for hospitalization of tuberculous patients.

RÉSUMÉ

L'organisation de la lutte anti-tuberculeuse à Bursa

La première institution de lutte anti-tuberculeuse fondée à Bursa fut le dispensaire créé en 1930 par le Ministère de la Santé Publique. Vers la fin de 1947, après la fondation de la Ligue pour la Lutte anti-tuberculeuse de Bursa, l'organisation générale s'améliora considérablement. Actuellement, un hôpital de tuberculose, une station de vaccination au B.C.G. et 2 autres dispensaires sont en activité.

La mortalité par tuberculose était de tout temps assez élevée dans cette région. Elle a encore augmenté après 1943, mais on a pu constater une régression dans ce taux depuis 1950. Tout en reconnaissant le rôle joué par les antibiotiques dans la diminution de la mortalité, il faut aussi attribuer une part du mérite au développement de l'organisation de la lutte anti-tuberculeuse.

Il existe actuellement à Bursa trois dispensaires dont l'un relève du Ministère de la Santé et les 2 de la Ligue locale pour la Lutte anti-tuberculeuse. Ces trois dispensaires ont divisé entre eux la ville en 3 districts et travaillent de façon coordonnée. Un pavillon de 120 lits, destinés aux malades tuberculeux et rattaché à l'hôpital gouvernemental de Bursa travaille à satisfaire aux demandes d'hospitalisation des tuberculeux.

VEREMLE SAVAŞ HAKKINDA

Dr. FAHRETTİN SİMAV

Yurdumuzda yapılacak verem savaşının evvel emirde biri (Tesbit ve kayıt), diğeri de tesbit edilecek hastaların etraflarına verecekleri zararları önlemek ve maişetlerini temin gayesiyle (Tedavi müesseseleri ve iş yerleri)'nin tesisi suretiyle mücadele şeklinin iki kısımda mütalâa edilmesi zaruridir.

A. Tesbit ve kayıt işleri:

Memleketimizde veremli adedinin nüfusumuza nazaran yüksek görülmesi, bir veremlinin müteaddit defalar yeni tesbit edilmiş gibi ihbar edilmesinden doğmaktadır. Şöyle ki:

Herhangi bir köyden kasaba merkezine gelen veremli bir hasta evvel emirde Devletin sıhhî müesseselerine, hükûmet ve belediye tabipliklerine ve eğer arzu ederse bir kere de serbest hekimlerden birine müracaat etmekte, hastanın veremli olduğunu tesbit eden bu müesseselerde kanun ve emirlerine muvazi ve haklı olarak sağlık teşekküllerine gerekli ihbarlarını yapmakta, bu suretle veremli hasta üç veya dört hasta gibi istatistiklere geçmekte ve bu yüzden memleketimizde veremli adedi hakikatten çok fazla olarak yükselmektedir.

Evvelce vilâyetimizden yüksek Sıhhat Vekâletine (Verem haber verme) cetvelleriyle ihbar edilen hasta adedi ayda vasatî (150) civarında idi. Bu durumu göz önüne alan müdürlüğümüz, vilâyetimiz çevresinde mevcut kazalar hükûmet tabipliklerine 1953 yılından itibaren alfabetik birer (Verem tesbit ve kayıt defteri) tutturmaya başlandıktan sonra, herhangi bir yerden ihbarı yapılan veremli, alfabetik defter tetkik edilerek evvelce mukayyet değilse bu deftere kaydedilmek ve istatistiklerin tanziminde de yine bu defter esas tutulmak suretiyle yapılan cetvellerde aylık vasatî (150) civarında bulunan veremli hasta adedinde aşağıda izah edildiği veçhile âni bir düşüklük müşahede edilmiştir.

Aylar	1955 yılı	1956 yılı
Ocak	19	30
Şubat	11	28
Mart	30	32
Nisan	89	41
Mayıs	55	81
Haziran	52	51
Temmuz	33	26
Ağustos	25	28
Eylûl	48	27
Ekim	29	23
Kasım	36	—
Aralık	34	—
Yekûn	461	367

1955 yılında 461 ve 1956 yılının on ayında ise 367 hasta tesbit edildiğine göre bu suretle 1955 yılında tesbit edilen aylık ortalama hasta adedi (38)'e, 1956 yılında ise (37)'ye düşmek suretiyle, diğer vilâyetlerimizde yapılmakta olan tesbitlerin de beşte dördünün mükerrer vak'alar olduğuna kanaat hasıl edilmiştir.

Binaenaleyh evvel emirde veremli tesbitlerinin hakikî bir rakkama istinat ettirilebilmesini teminen yurdumuzun her tarafında alfabetik birer (Verem tesbit ve kayıt) defterinin tutturulması suretiyle yeniden tesbit edilecek bu hastaların frengili hastalar gibi nüfusça kayıtlı bulunduğu mahallere ihbarlarının yapılmasının çok faydalı ve yerinde olacağı kanaatindeyim.

B. Tedavi müesseseleri ve iş yerleri:

Tesbit edilen veremlilerin sirayet devreleri zail oluncaya kadar sıhhî müesseselerde tecritlerini müteakıp taburcu edilecek bu hastaların evlerine gönderilmiyerek yine aynı müesseseye bağlı döner sermaye ile kurulacak (iş yerleri)'ne alınmaları, buralarda daimî tabip nezaret ve murakabesi altında meslek ve bünyeleriyle mütenasip işlerde, bu müessesece yedirilmek, yatırılmak ve münasip bir yevmiye verilmek suretiyle tedricen münasip görülecek bir müddet çalıştırılmaları hem nükslerin önlenmesini ve hem de etrafları için zararlı olmalarını önliyebileceği düşünülmektedir.

Vilâyetimiz Çanakkale ve Biga Devlet Hastanelerindeki göğüs hastalıkları servisleri dahiliye mütehassısları tarafından tedvir olunması ve yapılan görüşme sonunda kongreye takdim edilecek tebliğleri de olmaması ve Verem Savaş Dispanseri Baştabibinin de mezun

bulunması itibariyle ihtisasa taallûk eden klinik ve biyolojik konulara temas edilmeden hazırlanan temenni raporumuz gereği yapılmak üzere Yüksek Hazırlık Komitesi Başkanlığına arz ve takdim kılındı.

SUMMARY

On the fight against tuberculosis

The author states that the fight against tuberculosis includes two distinct phases: one of pertains to the screening and registration of cases; the other is related to treatment and rehabilitation. In order to avoid repeted inscriptions, an alphabetical recording method should be used (Record Book of tuberculosis cases).

The patients thus screened could be sent for treatment to adequate institutions. After completion of the treatment, they should not be sent home but employed in various working places attached to the treatment institutions and alimented by a mobile capital. Much more productivity could thus be expected from these patients.

RÉSUMÉ

A Propos de la lutte anti-tuberculeuse

L'auteur estime que la lutte anti-tuberculeuse devrait comporter 2 phases distinctes: l'une serait consacrée au dépistage et à l'enregistrement des cas, l'autre au traitement et à la réhabilitation. Afin d'éviter les répétitions dans l'enregistrement des cas, il est proposé de tenir un registre alphabétique (Livre d'enregistrement des cas de tuberculose).

Les tuberculeux ainsi dépistés seraient traités dans des institutions adéquates. Après quoi ces patients, plutôt que d'être renvoyés chez eux seraient embauchés dans des lieux de travail reliés à l'institution de traitement et entretenus par un capital roulant. Il serait ainsi possible d'obtenir un rendement productif de ces patients.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Fitizyoloji Kliniği
Direktör
Prof. Dr. Nusret Karasu

1945-1955 ARASI TÜBERKÜLOZ ÖLÜMLERİ, BÖLGELERE VE İLLERE GÖRE NİSBETLER

Prof. Dr. NUSRET KARASU Dr. BAHATTİN ÇETİN
Dr. ERTUĞRUL ÖZGEN

1950 Onbirinci Millî Türk Tıp Kongresinde Profesör Dr. Nusret Karasu tarafından tebliğ edilen (Veremin yayılışında intan membalarının ve organizmanın tesiri) adlı raporda il ve ilçelerdeki verem ölümleri nisbetine göre memleketimiz bazı bölgelere ayrılmıştır. Tebliğ edilen rapordaki esaslara istinat ederek hazırlanan 1945 yılı il ve ilçelerdeki verem ölümleri nisbetlerine göre bu bölgeler şu sırayı takibediyorlardı.

1'inci bölge Marmara ve Ege bölgesi.
2'nci » Karadeniz bölgesi.
3'üncü » Orta Anadolu ve Akdeniz bölgesi.
4'üncü » Güneydoğu ve Kuzeydoğu Anadolu bölgesi.

Bu sıralamada nüfus kesafetinin en önemli rolü olduğu anlaşılmaktadır. O zamandan beri bir çok il ve ilçelerde verem ölümlerinde bariz azalmalar olmuş ve 1955 yılı istatistikleri bu hususta en iyi neticeleri vermiştir. Bu duruma göre bölgeler arasında eski nisbetler ve sıralar bozulmuştur.

1'inci bölge olan Marmara ve Ege bölgesinin bazı illerinde verem ölümleri 1945'dekinin yarısına ve hattâ daha altına düşmüştür. Buna mukabil bu bölgedeki nüfus kesafeti diğer bölgelere göre birinci dereceyi muhafaza edecek şekilde artmıştır. Ve aynı zamanda nüfus hareketlerinin çok daha fazla olduğu bir bölge olmasına rağmen verem ölümlerinde düşmenin daha fazla olması, keza düşmenin devamı bize verem savaşının ve çoğalan verem müesseselerinin müsbet tesirlerini göstermektedir.

Bu hale nazaran 1945'de verem ölümleri nisbetinde hâkim unsur nüfus kesafeti olduğu halde (kesafet fazla olduğu yerde ölüm nisbeti fazla) 1955'de verem ölümleri nisbetinde hâkim olan unsur

mücadele vasıtaları olmuştur (Verem mücadelesi nerede fazla ise orada ölüm nisbeti azalmıştır).

1955'e göre Karadeniz bölgesinin bazı illerinde verem ölümlerinde düşme, bazılarında da yükselme müşahede edilmektedir. Bu duruma göre verem ölümleri bakımından ikinci bölge olan Karadeniz bölgesi 1955 nisbetlerine göre heyeti umumiyesi ile azalma göstermiş olmasına rağmen Marmara bölgesi verem ölümleri nisbeti ile boy ölçüşecek dereceyi bulmuştur.

Orta Anadolu ve Akdeniz bölgesinde de 1955'e göre düşme barizdir.

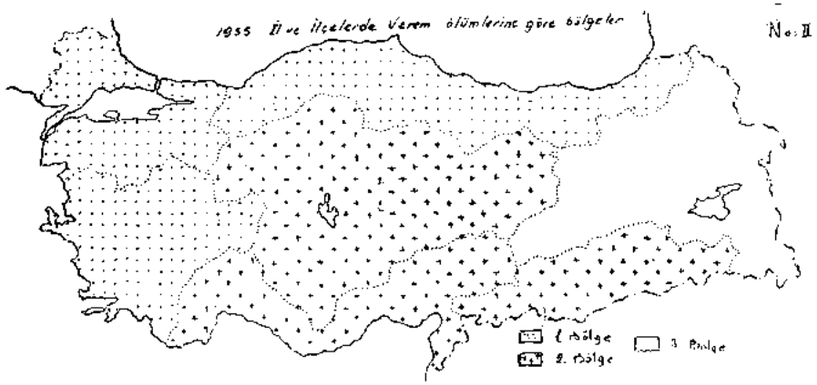
4'üncü bölgemizin bazı illerinde verem ölümlerinde nisbî bir artış müşahede edilmektedir. Bu artışı evvelce tecrit edilmiş bir bölge olan Anadolunun bu kısmında son zamanlarda yolların artması ile nüfus hareketlerinin çoğalması ve neticede tüberküloz bakımından

bâkir olan bu bölge halkının enfeksiyon membaları ile yakından temasa geçmelerine hamledebiliriz.

1945 ve 1955 yıllarındaki verem ölümleri nisbetleri haritalarda gösterilmiştir. Birinci haritada işaret edildiğ gibi Marmara ve Ege bölgesinde ölümler 100.000'de 200'ün üstünde iken ikinci haritada bu nisbeti gösteren hiç bir bölgemiz yoktur.

Aşağıdaki çizelgede 1945 ve 1955 yılları arasında bölgelerdeki verem ölümleri nisbetleri gösterilmiştir.

Bu çizelge coğrafya bölgeleri esas tutularak, il ve ilçe nüfusuna göre verem ölümlerinin 100,000'de nisbeti işaretlenerek tanzim edilmiştir.



İl ve ilçe merkezlerinde veremden tesbit edilen ölümlere göre bölgelerde 100.000 nüfusta nisbetler vasatisi:

	1955 vasatisi			1945 vasatisi				
	Nüfus	*Ölüm adedi*	*Nisbeti (100,000)'de Ölüm adedi*	*Nüfus*		*Nisbeti (100,000)'de*	*1955'e göre düşüş*	*1955'e göre çıkış*
Marmara ve Ege	2228999	5094	228,5	3055684	2841	92,9	135,6	—
Karadeniz	527699	630	119,3	750097	646	86,1	33,2	—
Orta Anadolu, Akdeniz	1246216	1147	92,0	2048863	1373	67,0	25,0	..
Güneydoğu	317581	81	25,5	487793	337	69,0	—	43,5
	366607	116	31,6	521389	193	37,0	—	5,4
	4687102	7068	150,7	6863826	5390	78,5	72,2	—

Bu çizelgenin tetkikinde 1955 ölümleri nisbetlerine göre bölgeler arasında birbirine yaklaşma ve benzerlik müşahede ettik Bunun neticesi olarak verem ölümleri nisbeti bakımından memleketimizi üç bölgeye ayırabiliriz.

1'inci bölge: Karadeniz, Marmara ve Ege bölgesi.
2'nci bölge : Akdeniz, Orta Anadolu ve Güneydoğu Anadolu bölgesi.
3'üncü bölge: Kuzeydoğu Anadolu bölgesi.

Son on sene içinde bölgeler arasındaki büyük farkların kalktığı

görülmekte ve ilerde de bu üç bölge arasındaki farkların da kalkacağı nazarı dikkate alınarak verem mücadelesini buna göre yeniden plânlamamızın icabedeceği kanaatindeyiz.

SUMMARY

Mortality rates from tuberculosis between 1945 and 1955. Distribution according to districts and regions

This report is essentially based on a communication presented in 1950 at the XIth Turkish National Medical Congress about the influence of enfection sources an the reaction of the organism in the transmission of tuberculosis. At this time the mortality rates from tuberculosis had been determined in 4 different districts. In 1955, some istricts did not show any appreciable differences between themselves and therefore we limited ourselves this time to three districts only.

In 1945 the main factor influencing the statistical evaluation of mortality rates was the concentration of population. In 1955, the main factor is the new means of treatment.

3. As the differences between the districts are due to disappear completely in a short time, the fight against tuberculosis should be organized according to these new principles.

RÉSUMÉ

La mortalité par tuberculose entre 1945 et 1955: Disdtribution suivant les districts.

Ce rapport a été préparé d'après des principes énoncés lors du XIème Congres Turc de Médecine en 1950, dans une communication sur l'effet respectif des sources d'infection et de l'organisme sur la transmission de la tuberculose. A cette époque, la mortalitée par tuberculose avait été établie dans 4 districts différents. En 1955, ces mêmes districts ne présentant plus de différences aussi appréciables, nosu nous sommes limités à 3 régions seulement.

En 1945, le facteur primordial influant sur le taux de mortalité par tuberculose était la concentration de population. En 1955, le principal facteur est constitué par les nouveaux modes de traitement.

Considérant que les différences entre les 3 districts disparaîtront bientôt complètement, il conviendrait de régler la lutte anti-tuberculeuse d'après ces nouvelles données.

TÜRKİYEDE VEREM SAVAŞI NASIL ORGANİZE EDİLMELİDİR?

Dr. İSMAİL TEKER *Dr. HASAN BAŞAK*

Halen bütün dünyada en önemli meselelerden biri olan verem savaşı bir kül halinde mütalâa olunmakta ve şu gayede toplanmaktadır: Veremi ortadan kaldırmak...

Uzun süren ve bulaşıcı bir hastalık olan veremin bu gayeye ulaşması için ise bulaşma membaının ortadan kaldırılması gerekmektedir. Bu memba, yani açık tüberkülozlu, her türlü halk tabakası içerisinde fakat bilhassa fakir tabakalarda daha çok bulunduğuna göre bu mücadelenin sosyal ehemmiyeti de kendiliğinden ortaya çıkar. Uzun süren ve masraflı bir hastalık olan tüberküloz, bugünkü şartlar içinde artık hasta şahsın tek başına savaşıp tedavi edebileceği bir âfet olmaktan çıkmış bir teşkilât işi, bir devlet işi olmuştur. Kaldı ki tüberkülozlunun tedavisi meseleyi halletmekten uzaktır. Bu şekilde bugün bir âmme hizmeti olarak kabul edilen tüberkülozun her devresini radikal olarak tedaviye muktedir bir vasıtamızın henüz bulunmadığı düşünülürse bir yayılma membaı olan hastanın mümkün mertebe erken teşhisinin yani erken hekime müracaatının temininin, mücadelenin esasını teşkil ettiği meydana çıkar. Bu cihet bilhassa memleketimizde güç olduğu kadar mühimdir. Zira fakir memleketlerde tedavisi uzun süren böyle bir hastayı senelerce izole edecek büyük sayıda müessese adedi bir malî imkân meselesidir. Bu malî problem bize koruyucu hekimliğin ehemmiyetini ortaya koymaktadır. Muhtelif Avrupa memleketlerindeki tüberküloz savaşı organizasyonlarının birçok iyi kısımlarını almış olan memleketimizdeki tüberküloz savaşı teşkilâtı ana hatları itibariyle, 1923'den beri, semereli çalışması ile memlekete büyük çapta faydalı oluyorsa da teşkilât-persoenl - kanunî müeyyideler bakımından bugünkü ihtiyacı karşılayamamaktadır. Her memlekette olduğu gibi memleketimizin de sosyal - ekonomik - coğrafî şartları ile pek ilgili olan tüberküloz sa-

vaşının daha rasyonel çalışabilmesi için şu üç unsuru ihtiva etmesi gerekmektedir.

1. Sosyal savaş, 2. Medikal savaş, 3. Medikolegal savaş.

S o s y a l s a v a ş :

Burada gaye sağlam şahsı korumaktır ve üç şekilde olmaktadır:

A. Antitüberkülö terbiye
B. Antitüberkülö mücadele
C. İçtimaî sefalet ile mücadele.

Birinci bölümde: halkın tüberküloz bilgisinin artırılması ve bu hastalıktan korunmasını öğrenmesi kastedilir ki köy ve şehirde ufak farklar göstermesi bakımından iki bölüme ayırmayı yerinde buluruz.

1. Antitüberkülö terbiye.

A. Şehirlerde Antitüberkülö terbiye:

1. Mekteplerde sık sık talebe konferansları ve filim gösterileri,
2. Fabrikalarda işçilere konferanslar ve filim gösterileri,
3. Erzurum, İstanbul, Ankara, İzmir'de verem tekâmül ve gösteri merkezlerinin açılması ve kalifiye personel yetiştirilmesi (Halen İstanbulda vardır),
4. Radyo propogandasına daha çok yer verilmesi,
5. Tüberküloz haftasının üçe çıkarılması,
6. Sinemalarda reklâm filimleri gibi tüberküloza ait filimler gösterilmesi,
7. Mekteplerde ve fabrikalarda şüpheli ve zayıf olanların sık sık muayeneye sevki,
8. Hertürlü esnafın senede bir defa değil iki defa muayeneye sevkleri,
9. Her türlü inşaatın tüberkülozu düşünerek tanzimi,
10. Şehirlerde geniş parkların, açık hava gezilerinin çoğaltılması,
11. Tüberküloza ait kanunî müeyyidelerin daha ciddî bir şekilde tatbiki.

B. Köylerde Antitüberkülö terbiye:

1. Mobil sinema üniteleri ile köylerde filimlerle propoganda,
2. Köylerde sık sık konferanslar vererek köylüyü irşat,
3. Köy mekteplerinde talebeye sık sık konferanslar vermek. Tüberküloz haftaları yapmak,

4. Köy muhtarlarını kısa bir tüberküloz kursuna tabi tutmak.

5. Hayvan sağlık memurlarının köylüleri irşadını ve ciddî bir hayvan muayenesini temin etmek,

6. Mekteplerde şüpheli çocukların sık sık muayeneye sevkleri,

7. Köy inşaatında tüberkülozun göz önünde tutulması ve bunun kanunî bir müeyyideye bağlanması.

2. Antitüberkülö mücadele.

Sosyal mücadelenin bu bölümünde birinci derecede mühim olan şey, sağlam olan bir şahsın vikayesidir. Buna nazaran:

A. Sağlam olan bilhassa çocukların bulaşıcı muhitten uzaklaştırılması,

Kreşlerin, çocuk yuvalarının, Grancher müessesesinin, çocuk kamplarının, aeriumların çoğaltılması. Bilhassa şehirliler için mühimdir.

B. Beynelmilel muhtelif teşekküllerin geniş mikyasta tatbik ederek büyük istatistiklerle meydana koydukları tüberkülin testinin şehir ve köylerde geniş mikyasta tatbiki ile sağlam şahısların hastalığa karşı muafiyetinin temini,

C. Şehirlerde ve köylerde et, süt, yoğurt, peynir gibi gıda maddelerinin kontrolunun çok sıkı ve çok ciddi tutulması.

3. İçtimaî sefalet ile mücadele.

Tüberküloz, halkın refahı, meskeni ve beslenmesi ile yakından ilgili bir hastalık olduğuna ve daha çok fakir halka musallat olduğuna göre uzun süren bu hastalığın tedavisinde, hastaya ve etrafına içtimaî bir teşekkülün ve devletin yardımı hayatîdir. Bu bakımdan tüberküloz savaşı bir âmme hizmetidir. Tüberkülozun çabuk yayılmasını kolaylaştıran bu içtimaî sefaletle mücadele bizzat hastalıkla mücadeleden daha az mühim değildir. Bu gaye ile:

A. Mahallî belediye teşkilâtının tüberkülozlu hastalara mümkün olan yardımı yapmalarını sağlamak. Fakirlere yardımını artırmak (muhite göre tanzim),

B. Hayır cemiyetlerini çoğaltarak tüberkülozlulara ve fakir olanlara yardımı daha rasyonelleştirmek,

C. Her mahallede bir tüberküloz yardım komitesi kurmak,

D. İşsizlikle daha verimli şekilde mücadele etmek (İş bulma kurumları),

E. Tedavi ve tecrit müddetince hastaların ailelerine mümkün olan her türlü yardımı yapmak. Bunun için sosyal tüberküloz sigortaları tesis etmek ve bu şekilde bir postsanatorial hayat şartı temin etmek,

F. Hasılâtı sırf tüberkülozlu hastalara sarfedilmek üzere içki, tütün gibi mükeyyefata küçük birer vergi koymak,

G. Halen kullanılan tayyare pulları (bir kuruşluk)nın bir kısmını verem mücadele pulları ile tebdil etmek,

gibi bazı tedbirleri yerinde bulmaktayız.

M e d i k a l s a v a ş :

Mücadelenin ikinci mühim unsurunu teşkil eder. Tüberküloz savaşının en mühim gayesi bizzat hasta olanı mümkün mertebe erken bularak onu zararsız bir hale getirmektir. Bu gayenin tahakkuku için:

A. Şehirlerde savaş,

B. Köylerde savaş

olmak üzere iki yol takibini uygun buluyoruz.

Şehirlerde Medikal Tüberküloz savaşı:

1. Bütün insan topluluklarında geniş bir sistematik radyolojik tarama (Kitle muayenesi),

2. Hayvanlarda geniş bir kitle muayenesi ve araştırma,

3. Bilhassa çocuklarda umumî tüberkülin testi yaparak zahiren normal görünen bir çok sirayet membalarını meydana çıkarmak ve gerekenlere B.C.G. tatbik etmek. Bu şekilde hem erken teşhis etmiş ve hem de bir çok toplulukları gizli intanlardan kurtarmış oluruz.

4. Verem savaş dispanserleri:

Verem savaşının en kudretli silâhıdır. Sosyal ve medikal çalışması ile yalnız veremli için değil veremlinin muhiti için de mühim bir unsurdur.

Memleketimizde:

1929'dan beri ciddiyetle ele alınan ve muvaffak oldukları muhakkak olan gerek devlete ve gerekse hususî teşekküllere ait verem dispanserleri ihtiyacı karşılamaktan uzaktırlar. Bir teşhis ve tedavi müessesesi olan bunların adetlerinin sür'atle çoğaltılması ve bilhassa sosyal vazife ve salâhiyetlerinin personelle birlikte arttırılması temennisindeyiz. Ayrıca şu hususları mutlaka lüzumlu görmekteyiz:

A. Dispanserlerle sanatoryum ve verem hastanelerinin sıkı iş birliği temini,

B. Basili olanların katiyen hastane ve sanatoryumlardan taburcu edilmemesi, dispanserlere gönderilmemesi ve bu gibilerin sıraya tâbi tutulmadan yatırılması,

C. Erken teşhis edilen aktif inflitrastionlu hastaların sıra gözetilmeden yatırılması ve yatakların buna göre ayarlanması,

D. Dispanserlerde kütle muayenelerinin daha sür'atli ve daha geniş yapılabilmesi için mobil.rad.ünitelerin artırılması ve dispanserlerin bunlardan faydalanmalarının temini,

E. Bilhassa enkürabl olan hastalara tecrit müesseseleri açılarak bunların tecridi ve bu işin kanunlaşması,

F. Kıt'a hekimlerinin azlığı ve gayrı kâfi materyele sahibolmaları dolayısiyle askere davet edilenlerin umumî bir dispanser kontrolundan geçirilmeleri. Muvazaa halinde tüberküloz mütehassıs heyetinin kontrolu ve salâhiyetinin kabul edilmesi,

G. İstisnasız olarak bütün öğretmenlerin, öğrenciler gibi radyolojik kontroldan geçirilmesi ve bunun için kat'î müeyyidelerin konması.

5. Çocuk prevantoryum - sanatoryumları. Bunlar da ihtiyaca kâfi değildirler.

6. Hastası olan ailelcr için çocuk tecrit yuvaları tesisi ve mevcutların ihyası, ve daha ilerlemiş vak'alarda veremin tedavi müesseseleri:

7. Sanatoryumlar. Mevcutlar ihtiyaca kâfi gelmekten uzaktır.

8. Verem hastaneleri. Mevcutlar ihtiyaca kâfi gelmekten uzaktır.

Köylerde Medikal Tüberküloz savaşı:

Bu bölümde bilhassa gezici röntgen cihazından ve gezici aşı ekiplerinden istifade edilecektir.

1. Seyyar röntgen cihazı,

2. Küti reaksiyon ve gerekirse B.C.G. yapacak seyyar ekipler,

3. Köy çocukları için her 20 köye bir (tecrit ve bakım evi) ve her 10 bakım evine de bir prevantoryum - sanatoryum tesisi,

4. Sık sık yapılacak murakabelerle zayıf ve şüpheli çocukların hemen hekime sevki,

5. Sık sık hayvan kontrolu.

Mediko-legal savaş:

Verem savaşının dünya üzerindeki bugünkü manzarası, bu işin artık bir âmme işi, bir devlet ve kanun işi olduğudur. Bilhassa Almanya, İngiltere, Amerika ve Fransa gibi verem savaşına ait hususî ve sıkı kanunlar yapmış olan memleketlere göre tüberküloz musabı ve kaybı daha çok olan memleketimizdeki kanunî müeyyideler kifayetsiz, zayıf, ifadeler gevşek ve tatbikatı da çok aksaktır. Halen B. M. Meclisindeki Verem Savaşı Kanununun biran evvel çıkarılması arzu edilmektedir. Memleketteki verem savaşının da Sağlık ve S. Yardım Bakanlığına tabi müstakil bir genel müdürlükçe ve tekelden idaresi daha uygun görülmektedir. Çıkarılacak yeni kanunun hazırlanmasında bir mütehassıs heyet mütalâası alınarak: 1. Mediko-sosyal, 2. İdarî, 3. Tedavi, 4. Profilaksiye ait kısımları ihtiva etmesi ve bunlara ait personel vazife ve salâhiyetlerinin sarih bir lisanla anlatılması ve şu hususların nazarı dikkate alınmasını uygun buluyoruz:

1. Evlenme muameleleri mutlaka radyolojik esaslara istinat ettirilmelidir,

2. Fabrika ve işçi muayenelcri kanunileştirilmelidir.

3. Otel, lokanta, kahvehane, ahçıhanelerin ve personellerinin dispanserce kontrolü kanunî esaslara raptedilmelidir.

4. Tüberkülin testinin ve gerekenlere B.C.G. yapılmasının kanunileştirilmesi.

5. Genelevlerde çalışanların tüberküloz bakımından da tetkiklerinin kanunileştirilmesi.

6. Hususi hizmetçi, aşçı, hastabakıcı, mürebbiyelerin radyolojik kontroldan geçirilmesinin kanunileştirilmesi.

7. Yerlere tükürmenin cezaî müeyyidelerinin artırılması ve hassasiyetle tatbiki.

8. Her veremlinin mutlaka esaslı bir kontrola girmesi mecburiyetinin kanunlaşması.

9. Veremi ihbar mecburiyetine mütedair Hıfzıssıhha Kanunumuzdaki müeyyidelerin tekrar gözden geçirilerek ıslâhı ve bu işin nazarî olmaktan kurtarılması.

10. Her vilâyet sağlık müdürlüğünde bir mütehassıs müşavir tüberküloz heyetinin bulundurulması ve verem savaşı kontrolunun bu otoriteye tevdii.

11. Sosyal verem sigortalarının kanunlaşması ve bu şekilde veremliler ve ailelerine yapılabilen mahdut yardımın tamamlanması.

12. Hasılâtı verem savaşına tahsis edilmek üzere içki, tütün gibi bazı inhisar maddelerine küçük bir vergi koymak.

Yukarıda şimdiye kadar zikretmiş bulunduğumuz hususatın nazarı dikkate alınması takdirinde memleketimizdeki tüberküloz mücadelesinin daha rasyonel neticeler vereceği kanaatinde olduğumuzu arzederiz.

SUMMARY

How should we organ ze the fight against tuberculosis in Turkey?

The Fight against tuberculosis in our country should include the following elements:

1. Social campaign: To protect healthy subjects.
2. Medical campaign: Early diagnosis and treatment.
3. Medico-legal campaign: While the fight against tuberculosis is going on, new and strict health regulations should be introduced and a general law on tuberculosis should be voted as soon as possible.

RÉSUMÉ

Comment organiser la lutte anti-tuberculeuse en Turquie?

La lutte contre la tuberculose dans notre pays devrait comporter les 3 éléments suivants:

1. Campagne sociale: Protéger les sujets sains
2. Campagne médicale: Diagnostic précoce et traitement précoce.
3. Campagne médico-légale. Pendant que la lutte antituberculeuse bat son plein dans notre pays, il faudrait promulguer des décrets sanitaires très stricts et faire voter le plustôt possible la loi de la tuberculose.

TÜBERKÜLOZ SAVAŞINDA MERKEZ DİSPANSERLERİ VE KODLU ARŞİVLERİN BÜYÜK ROLÜ

Dr. HAYATİ SEVGEN

Tüberküloz savaşında dispanserlerin rolü uzun zamandan beri malûmdur. Bizde de bu bakımdan kurulan teşkilâtın kifayet ve yetersizliği hepimizce bilinmektedir. Hastalar muhtelif hastanelerde yatarak, dışarı çıktıktan sonra muhtelif şehir ve dispanserlere giderek tedavisini ya yaptırır veya yaptırmaz. Mutlak olan bir şey varsa o da çoğunun izinin kaybolduğudur.

Bilhassa İskandinavyada, Kopenhak, Stokholm ve Oslo teşkilâtının merkez dispanserlerinin mühim durumu gözönünde tutulacak olursa bizde de teşkilâtın bu tarzda organize edilmesi lâzım geldiği anlaşılmış olur.

Bir şehirde, evvelâ bir merkez dispanseri ve onun şubeleri halinde mahallî dispanserler bulunur. Başka başka teşekküllerin dispanserleri de olsa da, bir tanesi vüs'at ve çalışma zenginliği bakımından merkez addedilir. Bu dispanserde şehirli ile yabancı yerlerden gelenlerin ayrı ayrı koda bağlı arşivleri vardır. Hattâ şehrin büyük bir haritası üzerinde tüberkülozluların adedi bile yerine, mahallesine göre açık veya kapalı şekline ve adetlerine göre ayarlı renkli olarak bayraklarla iğnelenmiştir. Merkez dispanserler bir verem hastanesi veya sanatoryumdan çıkış kâğıdı ile gelen hasta evvelâ buraya kayıt olur. Tatbik edilecek tedavi ve hastanın hattı hareketi tâyin edilir, evinin bulunduğu yere en yakın dispanser hangisi ise oraya gönderilir. Orası aldığı mütemmim malûmat ile tedaviyi takibeder ve hastanın merkez dispanserinden getirdiği fişe ve kendi dispanserindeki arşive kayıtları geçirir. Hastanın aylar veya yıllar sonra tekrar hastaneye yatması icabederse veya hastane ve sanatoryum konseylerinde tetkiki gerekiyorsa; yine merkez dispanseri yolu ile hastane ve sanatoryumlara gönderilir. Hasta başka şehre gidecekse yine aynı muameleye tabi tutularak gittiği şehrin evvelâ merkez dispanserine veya yoksa bizde yapılabileceği gibi şehirlerde

sağlık müdürlüklerinde, kazalarda hükûmet tabipliklerinde merkez dispanseri arşivini görebilecek küçük bir teşkilât organize edilebilir. Memleketimizde her şehirde dispanser olmadığına göre dispanser olan şehirlerde hiç değilse büyük şehirlerimizde İstanbul, Ankara ve İzmirde buna göre numune bir teşkilât kurulabilir. On senedir içinde çalıştığımız tüberküloz mücadele teşkilâtı ve servislerinde edindiğim kanaat şudur ki; memleketimizde mevcut bilinen veremli hastaların en az yüzde sekseni Ankara ve İstanbul teşkilâtından hiç değilse bir kere geçmiştir.

Ayrı bir mühim nokta da dispanserlerden gelen raporların kifayetsizliğidir. Bu raporlarda ne kadar antibiyotik aldığı hangisine karşı rezistans teşekkül ettiği veya etmediği yapılan kollaps tedavilerinin ne başlangıcı ne de müddeti hakkında bir kayıt bulunmamaktadır. Tüberküloz tedavisindeki anemnez, geçmişteki tedavi şekli bugünkü tüberküloz tedavisinin antibiyotik devri tedavisi olduğuna göre bunların ne kadar ehemmiyetli olduğu inkâr edilemez. Bu iş için ciddî bir formül bulmak lâzımdır. Şahsen bu nokta üzerinde durarak sanatoryumumuz konseyince rotüşü yapılan mufassal bir rapor sureti tanzim etmiş ve vekâletimize göndermiştik. Her hastanın istediği hastaneye sevkini ve müracaatını kolayca kabul etmek lâzımdır. Tatminkâr raporlar tanzimi ile vazifeli dispanserler hastanın arzu ettiği hastane ve sanatoryum konseylerine durumu bildirmelidirler. Konseyler peşinen mufassal olarak yazılmış tatminkâr rapor ve filmler üzerinde durarak durumu tetkik eder kabul şartlarını haiz ise hastayı sıraya kor, değilse şartları daha müsait olan verem hastanelerinde yatması keyfiyetini bildirir. Hasta ancak bu şekilde bahtına demokratik bu yoldan gidildiği takdirde razı olabilir. Uzun zaman sıra beklemesi icabeden hasta da isterse sırasını bekler, isterse vekâletin veya yukarda bahsettiğimiz gibi merkez dispanserlerinin yardımı ile civar vilâyet hastanelerinin birinde yatar, tedavisini görür. Ve sırasını bekler. Âcilen bir müdahaleyi veya tıbbî tedaviyi icabettiren sıra beklememesi lâzım gelen hastayı da zaten konsey veya hastane idaresi derhal yatırmaktadır. Karışık bir şekilde hakkında iyi malûmat alınamıyan ve hattâ hastasız gelen kısır malûmatlı evrak ile konseylerde müsbet bir karar vermek şüphesiz ki kabil değildir. Görülüyor ki tüberküloz savaşında tüberkülozluyu yakalamak ne kadar mühim bir vazife ise tüberkülozlunun izini kaybetmemek de o kadar mühim bir vazifedir. Merkez dispanserleri bu şekildeki bir mücadelede hem daha müsbet bir hizmet yapmış olacak ve hem de memleketimizde kapı kapı dolaşan tüberkülozluların izi ve savaş teşkilâtı ile olan alâkası kaybedilmiş olmıyacaktır.

SUMMARY

The role of central dispensaries and Koldu archives in the fight against tuberculosis

The most important role in the fight against tuberculosis is played by the dispensaries. We all know that our organisation in this field shows many shortcomings. We loose entirely contact with the patients discharged from sanatoria and hospitals. Therefore we believe that the creation of central dispensaries and Koldu archives (as performed in Scandinavian countries) would greatly help to eradicate these shortcomings.

RÉSUMÉ

Le rôle des dispensaires centraux et des archives Koldu dans la lutte anti-tuberculense

Le rôle le plus important dans la lutte anti-tuberculeuse revient aux dispensaires. Nous savons tous à quel point notre organisation dans ce domaine est insuffisante. Nous perdons complètement la trace de la plupart des malades qui sortent des hôpitaux et sanatoria. C'est pourquoi nous pensons que la création de dispensaires centraux te d'archives Koldu (a l'instar des pays scandinaves) suffirait à supprimer ces inconvénients.

Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü
Müdür
Dr. Niyazi Erzin

1955 VE 1956 SENELERİ TÜRKİYE B.C.G. KAMPANYASI FAALİYETİ

Dr. NİYAZİ ERZİN

A. Tatbikat: Geçen kongremize takdim ettiğimiz Enternasyonal Türkiey B.C.G. kampanyası faaliyeti tesbit edilen proğram gereğince bu iki yılda da devam etmiş bulunmaktadır.

1953-1954 senelerinde 16 vilâyette (Ankara, Edirne, Kırklareli, Tekirdağ, Eskişehir, Samsun, İzmir, Kastamonu, Sinop, Kocaeli, Sakarya, Bolu, Zonguldak, Bursa, Bilecik, Çankırı) kampanya faaliyeti sona ermişti. 1955 ve 1956 senelerinde ise 25 vilâyette (Afyon, Amasya, Antalya, Aydın, Balıkesir, Burdur, Çanakkale, Çorum, Denizli, Giresun, Hatay, İçel, Isparta, Kayseri, Konya, Kütahya, Manisa, Muğla, Nevşehir, Niğde, Ordu, Seyhan, Tokat, Uşak, Yozgat) faaliyet hitam bulmuştur.

Buna göre bidayetten 1956 sonuna kadar 41 vilâyetimizin umumî B.C.G. kampanyası tamamlanmıştır. Halen 4 vilâyette (Urfa, Gaziantep, Malatya, Trabzon) faaliyet devam etmektedir.

Aşağıdaki cetvellerin tetkikinden de anlaşılacağı üzere bu beynelmilel B.C.G. kampanyasına takaddüm eden 1948-1952 senelerinde de memleketimizde ihzarî mahiyette ve enternasyonal kampanya faaliyetine esas teşkil edecek proğramı tesbit maksadiyle entradermal B.C.G. tatbik olunmuştur. Bu yıllarda allerji kontrolu alttüberkülin ile Pirquet reaksiyonu esasına dayanmakta idi. Buna karşılık 1953'den bu yana allerji, bütün dünya beynelmilel kampanlarında olduğu gibi Danimarka Devlet Serum Enstitüsünden gönderilen P.P.D. ile hazırlanan solüsyonla Mantoux testi yapılarak tâyin edilmektedir.

Gerek beynelmilel kampanyadan evvel ve gerekse bu son 4 senede bütün memleketimizde yapılan B.C.G. tatbikatı aşağıdaki cetvelde gösterilmiştir.

Yıllar	Tüberkülin testi	13.539.369 Test kontrolu	Kontrolda menfi reaksiyon gösteren	Aşılananlar
1948-1952(*)	1.192.983	1.099.730	499.090	448.561
1953-1954	4.781.883	4.279.136	1.899.542	1.867.918
1955-1956	7.564.503	6.999.721	2.992.182	2.961.958
Yekûn	testi	12.378.587	5.390.814	5.278.437

CETVEL I

Yukardaki cetvelin tetkikinden anlaşıldığı üzere 1955-1956 senelerinde tüberkülin testine tabi tutulanların %92'5'i 72 saat sonra kontrol edilmiştir. Diğer taraftan menfi reaksiyon verenlerinde %98,9'u aşılanmış bulunmaktadır.

Bu husus diğer senelerle karşılaştırıldığı takdirde:

Yıllar		Tüberkülin testi	Kontrol	Menfiler	Aşılananlar
1948-1952	Sayı	4.781.883	1.099.730	499.090	448.561
	%		92,1	45.3	89.8
1953-1954	Sayı	1.192.983	4.279.136	1.899.542	1.867.918
	%		89.4	44.3	98.3
1955-1956	Sayı	7.564.503	6.999.721	2.992.182	2.961.958
	%		92.5	42.7	98.9
Yekûn	Sayı	13.539.369	12.378.587	5.390.814	5.278.437
	%		91.4	43.5	97.9

CETVEL II

Yine aynı cetvelin tetkikinden anlaşıldığı üzere Türkiyede bu güne kadar yapılan tüberkülin testleri kontrol edilen (12.378.587) kişiden (6.987.773)'ü müsbet (5.390.814)'ü menfi teamül vermiş olup umumî menfilik nisbeti %43,5'dır.

B. Tüberkülin deneyleri neticeleri:

1953-1956 senesi sonuna kadar beynelmilel Türkiye B.C.G. kampanyasında tatbik edilen (11.023.808) tüberkülin testinden (10.102.410)'u 72 saat sonra kontrol edilmiştir. Bu kontrol neticesinde umumî olarak tüberkülin (+) ve (—) ler aşağıdaki cetvelde gösterilmiştir.

(*) Enternasyonal kampanyadan evvelki çalışmalar.
NOT: 1956 yekûnuna ordu birlikleri tatbikatı dahil değildir.

Türkiyede tüberkülin (+) ve (—) durumu (umumî):

Kontrol edilen	(+) ler	(—) ler
10.102.410	5.612.548	4.489.862

CETVEL III

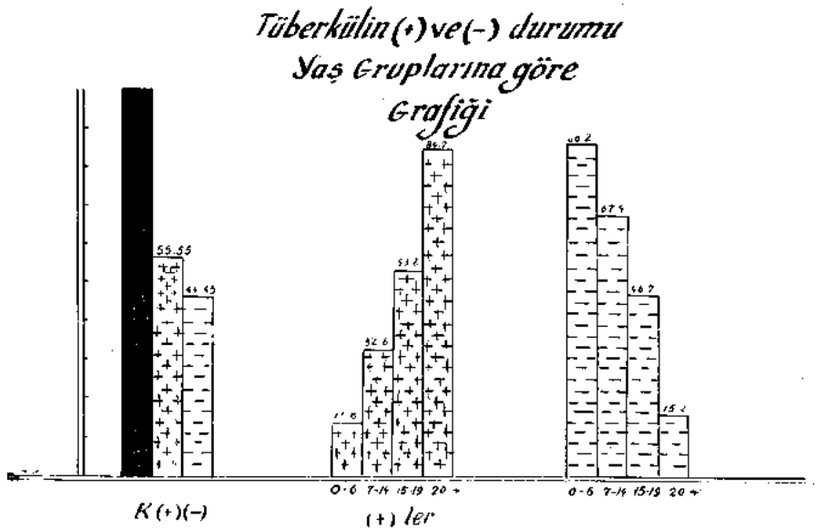
Bu umumî (+) ve (—)'lik durumu istatistik yönünden mühim bir değer taşımadığı cihetle kontrollarının neticelerini yaş guruplarına göre göstermek ve buna göre yüzdelerini tetkik etmek lâzımdır. İşte bu netice aşağıdaki IV No.lu cetvelde gösterilmiştir.

Yaş guruplarına göre:

Yaşlar	Kontrol edilen	(+) ler	(—) ler
0- 6	2.195.096	302.439	1.892.657
	%	(13.8)	(86.2)
7-14	2.098.444	686.148	1.412.296
	%	(32.6)	(67.4)
15-19	954.206	508.055	446.151
	%	(53.2)	(46.7)
20 ve 20'-den yukarı	4.854.664	4.115.906	738.758
	%	(84.7)	(15.2)

CETVEL IV

Bu rakamları grafik halinde bir araya toplayacak olursak neticeleri daha kolaylıkla tetkik etmek mümkün olacaktır.



Bu grafiğin tetkikinden anlaşıldığı üzere Türkiyede ilkokula girmeden evvel çocukların gösterdiği tüberkülin (+)'lik nisbeti (%13.8) oldukça yüksek olup bunu takibeden yaşlarda ise bu nisbet süratle artmaktadır. Bunu tamamen aksi olarak ilk 6 yaştaki (—) lik nisbeti ise müteakıp yaşlarda (%86,2) süratle düşmekte ve 20 yaştan sonra büyük bir ekseriyette allerji teessüs etmiş bulunmaktadır.

Şu hale göre memleketimizde B.C.G. tatbikatına mümkün olduğu kadar erken yaşlarda başlamak lüzum ve zarureti kendiliğinden meydana çıkmış vaziyettedir.

C. Aşı ve tüberkülin istihsali:

Gerek enternasyonal kampanyanın ve gerekse münferit tatbikatın B.C.G. aşısı ve tüberkülin ihtiyacı öteden beri olduğu gibi Ankara Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsünde hazırlanmaktadır.

Ağız yolu B.C.G. aşısının istihsal, sevk ve tatbik miktarları aşağıdaki VI No. lu cetvelde gösterilmiştir.

Yıllar	İstihsal (Doz)	Sevk (Doz)	Tatbikat (Sayı)
1953-1954	2023	1131	1008
1955-1956	7942	7350	7006
Yekûn	9965	8481	8014

CETVEL VI

Enstitümüz B.C.G. lâboratuvarında istihsal ve sevk edilen entradermal aşının miktarları da aşağıdaki cetvelde gösterilmiştir.

Yıllar	İstihsal (litre)	Sevk (litre)
1953-1954	979	796
1955-1956	1407	1307
Yekûn	2386	2103

CETVEL VII

Yine Enstitümüzde hazırlanan ve sevk edilen Mantoux tüberkülini (P.P.D.) miktarları da aşağıdaki cetvelde gösterilmiştir.

Yıllar	Hazırlanan (litre)	Sevk (litre)
1953-1954	1507,540	1398,945
1955-1956	2223,0	2129,0
Yekûn	3730,540	3527,945

CETVEL VIII

SUMMARY

Results of the B. C. G. campaign during the years 1955 and 1956

The authors report that the B.C.G. campaign began in 1948 and state that until to-day 13.539.369 subjects have been tested with tuberculine and 5.278.437 patients showing a negative reaction to the test have been vaccinated with B.C.G. The authors finally present some charts showing the distribution of negative reactions to tuberculine, according to the age of the subjects.

RÉSUMÉ

Résultats de la campagne du B. C. G. en Turquie au cours des années 1955 et 1956

Après avoir montré que la campagne du B.C.G. a commencé en 1948, les auteurs rapportent que jusqu'ici 13.539.369 sujets ont été testés au moyen de la tuberculine et que 5.278.437 personnes présentant une réaction négative à ce test ont été vaccinées au B. C. G. Les auteurs présentent finalement les graphiques montrant la distribution de réactions négatives au test de la tuberculine suivant les âges.

Refik Sayam Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü
Müdür

Dr. Niyazi Erzin

TÜRKİYE VEREM SAVAŞI PROĞRAMINDA DİSPANSERLERİN DURUMU

Dr. NİYAZİ ERZİN

III. Türk Tüberküloz Kongresinin ele aldığı konuların bizce en başında (Memleketimizde Verem Savaşı Nasıl Organize Edilmelidir?) mevzuu gelmektedir. Bu proğramın kurulması için bu gün Türkiyedeki tüberküloz enfeksiyonunun yayılış derecesi, buna karşı kurulacak mücadele teşkilâtının bu günkü hakikî durumlarının bilinmesine kat'î bir zaruret vardır.

Şu noktayı açıkça kaydetmek lâzımdır ki, bu gün Türkiyedeki tüberküloz yaygınlığı hakkında güvenilir hiç bir istatistik malûmatına sahip değiliz. Her ne kadar geçen kongreye yer yer yapılmış bazı depistaj neticeleri sunulmuş ise de bunların bir cepheli tetkike dayanması hasebiyle memleketteki umumî tüberküloz durumu hakkında bunlardan hakikî bir mâna çıkartmak imkânı yoktur. Biz bu düşünce ile tüberküloz mücadelesinde halen faaliyette bulunan tesislerden verem dispanserlerinin hali hazır durumunu tetkik etmiş bulunuyoruz.

A. Dispanserlerin sayısı:

Halen 66 vilâyetimizin 59'unda (bazı vilâyetlerin kazalarında) da verem savaş dispanseri mevcuttur.

Yeri	Sıhhat ve İçtimaî Muavenet Vekâletine ait	Verem Savaşı derneklerine ait	Yekûn
Vilâyet merkezindeki dispanser sayısı	48	41	89
Kaza merkezindeki dispanser sayısı	—	4	4
Umumî yekûn	48	45	93

CETVEL I

NOT: İstanbulun bütün dernek dispanserleri vilâyet merkezinde gösterilmiştir.

Şimdiye kadar Sıhhat ve İçtimaî Muavenet Vekâleti veya dernekler tarafından dispanser açılmamış vilâyetler: Adıyaman, Ağrı, Bingöl, Edirne, Elâzığ, Kakkâri ve Tuncelidir.

Bunlardan Edirnede verem savaş derneği mevcut olduğu gibi bu dernek tarafından temin edilen bir röntgen cihazı da mevcuttur. Derneğin dispanser faaliyeti mevcut olmayıp sosyal faaliyette bulunduğu bildirilmektedir.

Bize verilen malûmata göre Elâzığda da bir dispanser mevcut olmayıp verem savaş derneği tarafından poliklinik faaliyetinin bulunduğu anlaşılmıştır.

Ayrıca Amasya, Bitlis ve Hatay vilâyetlerinde de Vekâlete ait dispanser binaları inşa ettirilmiş veya kiralanmış olup henüz faaliyete geçirilmemiştir.

B. Dispanserlerin personel durumu:

Gerek Vekâlet ve gerekse dernek dispanserlerinin tabip durumu aşağıdaki II No.lu cetvelde gösterilmiştir.

48 Vekâlet ve 45 Dernek Dispanseri

Tabip vaziyeti	Vekâlet dispanseri	Dernek dispanseri	Umumi yekûn	Düşünceler 3 Fitizyolog
Umum' tabip sayısı	62	56	118	10 Dahiliyeci 7 Röntgenci 1 İntaniyeci 4 Pratisyen ek görev suretiyle çalışmaktadır.
Fitizyolog	6	15	21	
Dahiliyeci	27	33	60	
Röntgenci	7	1	8	
İntaniyeci	3	—	3	
Kurslu pratisyen	15	6	21	
Pratisyen	4	1	5	
Tabibi olmayan dispanser sayısı	4	—	4	
Yalnız ek görevle idare edilen dispanser sayısı	11	5	16	
Tek tabipli dispanser sayısı(1)	32	31	63	
İki tabipli dispanser sayısı(2)	9	12	21	
İkiden fazla tabipli dispanser sayısı (3)	3	2	5	

CETVEL II

(1) Yalnız ek görev suretiyle idare edilen dispanserler de bu guruba ithal edilmiştir.

48 Vekâlet, 45 Dernek Dispanseri

Yardımcı personel	Hemşire ve lâborant sayısı		Hemşire ve lâborantı olmayan dispanser sayısı		Hemşire ve lâborantı 1 olan dispanserler sayısı		Hemşire ve lâborantı 2 olan dispanser sayısı		Hemşire ve lâborantı 2'den fazla olan dispanser sayısı	
	V.D.	D.D.	V.D.	D.D.	V.D.	D.D.	V.D.	D.D.	V.D.	D.D.
Hemşire	38	74	25	5	17	21	3	5	3	14
Lâborant	48	22	12	9	25	22	10	—	1	—

CETVEL III

C. Dispanserlerin röntgen cihazı ve şehir cereyanı vaziyeti:

48 Vekâlet ve 45 Dernek Dispanseri

Röntgen cihazı ve şehir cereyanı	Vekâlet dispanseri	Dernek dispanseri	Yekûn	Düşünceler
Röntgen cihazı sayısı	39	45	84	
Röntgen cihazı bulunmayan dispanserler	10	1	11	Amasya, Antalya, Bitlis, Gümüşhane, Hatay, Muğla, Muş, Nevşehir, Urfa, Uşak Vekâlet dispanserleri ve Kütahya dernek dispanseri
Şehir cereyanı günün muayyen saatlerinde mevcut olan	9	2	11	Radyo saatleri ve azami gece yarısına kadar cereyan mevcuttur.
Şehir cereyanı voltajı kâfi gelmiyenlerin adedi	13	2	15	

CETVEL IV

(2) İki tabipli dispanserlerden:

8 dispanser = 2 dahiliyeci
4 dispanser = 1 dahiliyeci + 1 fitizyolog
3 dispanser = 1 dahiliyeci + 1 kurslu pratisyen
2 dispanser = 1 röntgenci + 1 kurslu pratisyen
1 dispanser = 1 dahiliyeci + 1 röntgenci
1 dispanser = 1 fitizyolog + 1 kurslu pratisyen
1 dispanser = 1 kurslu pratisyen + 1 pratisyenden müteşekkildir.

(3) İkiden fazla tabipli dispanserlerden:

3 dispanser = 2 dahiliyeci + 1 fitizyolog
1 dispanser = 1 dahiliyeci + 1 fitizyolog + 1 röntgenci
1 dispanser = 3 dahiliyeci + 1 röntgenciden müteşekkildir.

Dispanserlerde mevcut olan röntgen cihazlarının markaları aşağıdaki cetvelde gösterilmiştir.

48 Vekâlet ve 45 Dernek Dispanseri

Röntgen cihazı markası	Vekâlet Dispanseri	Dernek Dispanseri	Yekûn
Philips	25	9	34
Siemens	10	13	23
Watson	3	8	11
G. Electric	---	7	7
Westinghause	—	2	2
Koch-Steiser	1	1	2
Elema	—	1	1
Coolix	—	1	1
Totolix	. .	1	1
Sanitax	—	1	1
Moltex	—	1	1
Moltex	---		
Yekûn	39	45	84

CETVEL V

D. Lâboratuvar vaziyeti:

Bu dispanserlerden 47 Vekâlet ve 30 dernek dispanserinde basit lâboratuvar muayeneleri yapacak küçük birer lâboratuvar tesis edilmiştir.

Biz yukardaki malûmatı memleketin verem savaşı proğramını düzenliyecek olan salâhiyet sahiplerine küçük bir hizmet veya yardım maksadiyle toplamış ve kongreye arzetmiş bulunuyoruz.

SUMMARY

The role of dispensaries in the program for anti-tuberculous fight in Turkey

After pointing out that there are in Turkey 93 dispensaries, 48 of which are attached to the Ministry of Health and 45 to the Association for Fight against tuberculosis, some precisions are given on the number of doctors, nurses, and technicians working in these institutions as well as the number and power of X-ray apparatuses.

RÉSUMÉ

La situation des dispensaires dans le programme de lutte anti-tuberculeuse en Turquie

Après avoir souligné qu'il existe en Turquie 93 dispensaires dont les 48 dépendent du Ministère de la Santé et les 45 des Ligues pour la lutte anti-tuberculeuse, certaines précisions sont données sur le nombre de médecins, infirmières et techniciens travaillant dans ces établissements ainsi que le nombre et la puissance des appareils radiologiques employés.

Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü Müdür
Dr. Niyazi Erzin

TÜRKİYE B.C.G. KAMPANYASINDA AŞILAMADAN SONRA HUSULE GELEN LOKAL REAKSİYONLAR VE ALLERJİ VİRAJI

Dr. DAVER ÖZLÜARDA

Türkiye B.C.G. kampanyasına muvazi olarak teşkil ettiğimiz Re-test ekibiyle aşılanan mıntakalarda asgarî 2 ay âzami bir sene zarfında lokal reaksiyonlar tetkik edilmekte ve 5 ünite P.P.D. tüberkülini ile allerji kontrolu yapılmaktadır. Bu çalışma ile gerek bölgenin allerji verme nisbetini, gerek aşımızın efikasitesini tesbit ediyoruz ve gerekse de aşıyı yapan ekibin çalışmasını kontrol etmiş bulunuyoruz. Teşkil ettiğimiz bu hususî Re-test ekibi evvelâ Dünya Sağlık Teşkilâtı tarafından gönderilmiş olup Danimarka Kopenhag TRO (Tüberculosis Research Office) tarafından yetiştirilmiş personelden ibaret idi. Daha sonra bu çalışmayı bu ekibin yanında uzun müddet çalışmış ve yetiştirilmiş kendi personelimiz devam ettirmiştir. Aynı zamanda bu ekibin kampanyanın aşılama faaliyeti ile hiç bir alâkası yoktur. Kampanyalardan tamamen ayrı ünitelerdir.

B.C.G. aşısının canlı jermle hazırlandığı malûm bulunmaktadır. Virülansı uzun seneler yapılan kültür pasajlarıyla kaybolmuş, buna mukabil allerjen ve buna bağlı olarak da spesifik bir immünite tevlit edecek kudreti mevcut olan B.C.G. suşunun entradermal veya deri altı tatbikatı ile bazı lokal reaksiyonların husule gelmesi tabiidir. Nitekim canlı bir virüsle hazırlanan çiçek aşısı da husule getirdiği lokal reaksiyondan başka kısa süren ve çocukta şiddetli seyreden bir enfeksiyon da yapmaktadır. Bu aşıda yani çiçek aşısında görülen bu reaksiyonlar normal sayılmakla beraber çok nadir ahvalde ağır seyreden ansefalitlere de sebebiyet vermektedir. Ancak onbinde bir vak'ada vukua gelen bu ihtilât sıklaştığı ve nisbetini artırdığı takdirde mûtad dışında ve ciddi bir reaksiyon mahiyetini alır.

Bunun gibi B.C.G. tatbikatından sonra gerek aşı yerinde ve gerekse mücavir lenfa sisteminde görülen reaksiyonlar şimdiye kadar

dünyaca tesbit edilmiş nisbetlerin üstüne çıktığı takdirde tatbikatta kullanılan aşının veya metodun suçlandırılması kabildir.

A. Mevziî reaksiyonlar:

Biz bu maksatla memleketimizde B.C.G. tatbikatı yapılan 21 vilâyette cem'an 27736 kişinin aşı yerini tetkik etmiş bulunuyoruz. Aşağıdaki cetvelde görüldüğü üzere:

Lokal reaksiyonu tetkik edilen şahıs sayısı	Aşı yerindeki Scar ölçüsü (m.m.)	Binde nisbeti
11161	4-6	402
16417	7-8	592
158	8 den yukarı ve ülserasyona kadar gidebilen reaksiyon	5,6

CETVEL I

Mûtad reaksiyonun âzamisini teşkil eden lokal tezahürat ancak 158 kişide husule gelmiştir ki bunun da nisbeti binde 5,6'dır. Bu nisbet dünya kampanyalarında alınan nisbeti hiç bir zaman geçmemekte bilâkis tetabuk etmektedir.

Mevziî adenitlere gelince: Bu bakımdan 7791 kişi tetkik edilmiş olup neticeler aşağıdaki cetvelde gösterilmiştir.

Tetkik edilen şahıs sayısı	Aksiller adenit	Supraklaviküler adenit	Binde nisbeti
7791	14	3	2,2

CETVEL II

NOT: Bunlardan 4 tanesi fistülize olmuştur ki 3'ü aksiller nahiyede bir tanesi de supraklavikülar nahiyede görülmüştür.

B. Allerji kontrolu: B.C.G. kampanyasına dahil 21 vilâyette aşı tatbikatından itibaren muhtelif tarihlerde cem'an 25085 kişide 5 ünite P.P.D. tüberkülini ile Mantoux reaksiyonu tetkik edilmiş olup bu şahıslarda husule gelen allerji virajı nisbeti ile reaksiyon yerindeki endürasyon ölçüsü aşağıdaki cetvelde gösterilmiştir.

Tetkik edilen şahıs sayısı	Aşılama ile Re-test arasındaki müddet (Ay)	Re-test'e ait endürasyonun kutru (m.m.) vasati	Allerji virajı nisbeti (%)
14649	2-3	10,3	95,7
7936	4-6	9,0	93,2
2500	6-10	80,1	80,1

CETVEL III

Buna göre aşı tatbikatını müteakıp aylardaki allerji virajı nisbetine muvazi olarak yapılan tüberkülin testi neticesinde de 10 m.m. nin üstünde kuvvetli bir aşı allerjisi görülmektedir. Müteakıp aylarda viraj nisbetinin düşmesiyle birlikte lokal allerjik tezahürat da azalmaktadır. Bununla beraber 9-10 ay sonra tetkik ettiğimiz 2 vilâyette allerji virajı %81-86 nisbetini göstermekte, lokal allerji kutru ise ortalama yine 7 m.m.'nin altına düşmemektedir.

SUMMARY

Proportion of local and allergic reactions found after the B. C. G. campaign in Turkey

Together with the B.C.G. campaign in Turkey, the squads of RE-TEST made a survey for allergy in the districts already vaccinated. This survey was done after a period varying between 2 months and one year, by means of an injection of 5 units of tuberculine PPD.

Study of the place of inoculation in 27736 subjects showed the presence of a local reaction in 158 of them (5.6%).

The study of 7791 patients revealed the presence of a local adenitis in 14 of them.

RÉSUMÉ

Proportion de réaction locales et virages allergiques constatés à la suite de la campagne pour le B. C. G. en Turquie

Parallèlement à la campagne pour le B.C.G. en Turquie, les équipes du RE-TEST ont effectué un contrôle allergique dans les régions où le vaccin était administré. Ce contrôle s'effectuait après une période variant entre 2 mois et 1 ans au moyen d'une injection de 5 unités de tuberculine P.P.D.

L'étude du lieu de vaccination au B.C.G. de 27736 sujets a montré la présence d'une réaction locale dans 158 d'entre eux soit 5.6%.

L'examen de 7791 sujets a révélé l'existence d'une adénite locale chez 14 d'entre eux.

1-2-3-4-5 inci Celce Münakaşaları

Dr. Nusret Karasu

Huzurunuzda iki noktaya temas etmek için söz almış bulunuyorum. Birincisi, *Tevfik İsmail* Bey üstadımız son defa rezistans hakkında bir tebliğ neşretmişlerdi. Bizim klinikte yapılmış bir travay var, onun hakkında biraz malûmat vereceğim. *Orhan Öğer* arkadaşımın yaptığı bu tetkikte izoniazide rezistan suşlarla enfekte edilen kobaylara kortizon verildiği zaman hayvan jeneralize tüberkülozdan ölüyor. O halde bazı şartlarda izoniazide rezistan basillerin de patojen olması muhtemeldir. Bu husus henüz literatüre girmiş değildir, orijinal bir travaydır.

İkincisi, hocam *Tevfik Sağlam* fitizyoloji derslerinde talebelerin dispanser kursu görüp görmediğini sordular. Pek tabiîdir ki fitizyoloji kürsüsünde dispanser konusunun derinliğine girmeğe zaman müsait değildir, fakat biz Ankara fitizyoloji kürsüsünde gerek teorik derslerde, gerek bir aylık staj devresinde tüberküloz prevansiyonuna azamî itina gösteriyoruz. Talebelerin not almalarında da en çok bu husus nazarı itibara alınıyor.

Efendim, bendenize göre verem mücadele organizasyonunda üç, hattâ dört safha vardır. Hiç bir mücadele organizasyonunun olmadığı yerlerde kitlevî B.C.G. aşısı yapılmalıdır. Meselâ Habeşistanda kitlevî B.C.G. aşısı yapılmıştır. Bizim köylerimizde aşağı yukarı hiç bir verem mücadele organizasyonunun bulunmadığı yerlerdir. Bu bakımdan biz de kitlevî B.C.G. yapıyoruz. Az miktarda yatak ve az adette dispanserle bu mücadele yapılamaz, böyle hallerde kitlevî B.C.G.'ye hız vermek lâzımdır.

Fakat bir safha gelir ki dispanserler kâfi bir adede yükselir, ancak o zaman dispanserler kitlevî B.C.G.'nin yerini alır ve kendi bölgelerini kontrol altında tutarlar.

Tabiî dispanserlere muvazi olarak yatak adedini de artırmak lâzımdır. Hiç bir zaman yatakların artırılmaması lâzım geldiği ka-

naatında değilim. Yataklarımızı da muhakkak artırmak lâzımdır ki ancak Amerika, Danimarka gibi yatakların kâfi geldiği memleketlerde dispanserlerin tedavi fonksiyonunu terketmeleri mümkün olabilir veyahut dispanserlerin mobil üniteler halinde yalnız tarama yapıp tesbit edilen hastaları hastanelerde yatırmaları mümkün olabilir.

Şimdi biz bu kategorilerden hangisine dahil olduğumuzu bilerek organizasyonumuzu ona göre yapmamız lâzımdır. Vaktimiz az olduğundan detaylara giremiyorum, fakat zannediyorum ki az dispanser ve az yatağımız bulunduğuna göre büyük kuvveti kitlevî B.C.G. aşısına vermemiz zarureti vardır. Bu bakımdan büyük himmet gösteren *Niyazi Erzin*'i huzurunuzda şükranla anarım.

Bir de Sağlık Vekâletinde şimdiye kadar üç defa toplanan verem istişare komisyonunu daha geniş bir kadro ile toplamak ve bu kongreden alınan ilhamla hakikî bir proğram yaparak bunun tatbikatına geçmek zaruridir.

Tevfik Sağlam

Münakaşada yalnız iki noktaya temas edeceğim. Bunlardan biri morbidite diğeri mortalite meselesidir. Evvelâ şunu arzedeyim ki bir memleketin vereme ne derece musap olduğunu anlayabilmek için bu gün elimizde iki kriter mevcuttur, bunlar da morbidite ve mortalite istatistikleridir. Mortalite istatistiklerini iyi tâyin etmiş olan ve morbiditeyi de tâyin edecek şekilde organizasyonunu ilerletmiş olan memleketler bu gün daha ziyade morbidite üzerinde duruyorlar.

Efendim, bu memleketleri misal alarak «adam, mortalitenin o kadar ehemmiyeti yoktur, iş morbiditeye dayanmalıdır» diye düşünmek memleketimiz için hatalıdır. Bu gün bütün kusurlarına rağmen en emin olarak dayanacağımız mortalite istatistikleridir. Bizim morbiditeyi tâyin edecek vesaitimiz mevcut değildir. Bazı şehir ve köylerimizde lokal sondajlar halinde morbidite istatistiklerimiz vardır, fakat bu bütün memleket için ne dereceye kadar kıymeti olur orasını bilemiyorum. Onun için tekrar ediyorum mortalite, bizim için en çok dayanılacak noktadır.

Nusret Karasu arkadaşımızın gösterdikleri istatistiklerde ve bilhassa bu istatistiklerin tefsirine ait durdukları noktada çok haklıdırlar. Şurasını bilmek icabeder ki, istatistikler yalnız cetvel doldurulsun ve dosyaya geçsin diye yapılacak işler değildir. Bu bakımdan memleketimizde çözülmesi lâzım gelen bir çok meseleler vardır.

Meselâ yaptığımız bir istatistikte vilâyet ve kaza merkezlerini koyuyoruz, öyle kazalar vardır ki çok geniştir veya vilâyet merkezi vardır ki nüfusu Sinop gibi 2-3000'dir. Bu vilâyette senede kazara iki tanc veremli ölecek olursa kurp bir hamlede yukarı çıkar. Tabiî bunun hiç bir kıymeti yoktur. Evvelâ istatistikleri 50.000 veya 20.000'den yukarı olan şehirlerde yapmalıdır ki rakamlar o kadar ufak olmasın ve bir netice çıksın. Biz bu istatistik yapmanın ustası değiliz, bunu esasından ele almak lâzım gelir. Ancak o zaman hakikî bir mâna çıkaracak eser vücuda getirilebilir. Sonra her verem savaşı derneği olan şehrin ve Sağlık Bakanlığının bu istatistikler üstünde durması lâzımdır.

Meselâ Kayseriye ait istatistikleri eskiden beri takibederim. Kayseri tüberkülozu son derecede az olan bir şehirdir. Şimdi Kayseride verem mortalite istatistiği yüksek çıkıyor, bunun sebebi nedir? Acaba Kayseriye bir verem hastanesi yapılmıştır, bütün veremliler oraya toplanıyor, ondan mı? Acaba hayat standardının düşmesinden mi? Yoksa başka bir sebep mi mevcuttur. Hülâsa bunların hepsi, üzerinde teker teker durulup uğraşılacak meselelerdir. Maalesef bu şekilde inceleme yapamıyoruz. Bu meseleyi bir taraftan oradaki dernek arkadaşlarımızın, diğer taraftan da merkezin tetkik ve kontrol etmesi lâzımdır.

İstatistik bir sene, birden fırlıyor. Belki bir okula tüberkülozlu bir hoca gelmiştir, birden 30 vak'a olmuştur, bunun 5'i de menenjitten ölmüştür, bu lokal sebebi yerinde aramamız lâzımdır. Çünkü bu memlekette bir yanda 31.1 diğer yanda 350-400 mortalite olamaz; olursa bunun muhakkak bir sebebi vardır. İstatistik işiyle daha yakından uğraşmalıyız. Bir istatistik mütehassısının bununla meşgul olması ve hakikî bir evalüasyon yapması lâzımdır.

Dispanser meselesine gelince, yanlış anlamadımsa arkadaşımız *Moiz Berker* daha geniş sahaya şâmil büyük dispanserler yapmayı teklif ediyor. Bu, Istanbul için imkânsızdır. İstanbul öyle bir şehir dir ki Newyork kadar mesahai sathiyesi olduğu halde içinde ancak 1.200.000 kişi oturur. Bir taraftan Levent, bir taraftan da Pendik, Gebze, İzmit yolunu bulmuştur, bir taraftan da nerede ise Edirneye varacağız. Biz böyle bir şehir içinde ne kadar muazzam dispanser yaparsak yapalım, ziyaretçi hemşireler nasıl çalışacaktır, bir eve gidip gelmek için bir gün sarfedecektir, onun içindir ki şehrimiz için 50.000 nüfusa bir dispanser maksimom olarak kabul edilmiştir.

Bu hatayı bazı memleketler, bilhassa Ortaşark memleketleri ya-

pıyorlar, bir milyon nüfuslu şehire bir dispanser koyuyorlar. Bu dispanserde iş yapılamaz.

Danimarka ve İsveçte bir dispanser vardır, fakat Stokholm bizim onda birimiz veya altıda birimiz kaadrdır. Binalar yüksek olduğu için ziyaretçi hemşireler kolay çalışır. Maruzatım bundan ibarettir.

Dr. Demirtaş Kocaçitak

Efendim, ben memleketimizde verem mücadelesinde dikkat edilmesi gereken bazı hususlar hakkında konuşmak istiyorum. Evvelâ Türkiyede tüberküloz mortalite ve morbidite nisbeti üzerinde duralım. Hakikaten bu gün elimizdeki istatistikler bize memleketimizde seneden seneye, tüberküloz mortalitesinde bir azalma olduğunu göstermektedir. Her ne kadar muhtelif bölgeler arasında bazı farklar görülse de umumî olarak mortalitede bir azalma vardır. Nitekim 1945 senesinde yüz bin nüfusta 150,7 olan tüberküloz ölümü 1950 senesinde 150,8, 1955 senesinde 78,5 olarak tesbit edilmiştir. Bariz bir azalma var, fakat bu hususta henüz bir çok memleketlerden geriyiz. Nitekim Danimarkada, bu günkü rakamı bilmiyorum fakat, 1954 senesinde tüberküloz ölümü 7,7'dir. Biz bu gün Danimarkaya nazaran 40 sene geri bulunuyoruz. Mortalite nisbeti hakkında elimizde inanılır istatistikler yoktur. Yalnız burada bizim yapmış olduğumuz bir çalışmayı, münasebet gelmişken, arzedeyim: Akciğerde kanser ve tüberküloz durumunu tesbit için İstanbulda Patolojik Anatomi Enstitüsünde bir araştırma yapmıştık ki, bu neticeler önümüzdeki günlerde arzedilecektir, burada son 20 sene zarfında yapılan otopsilerde tüberküloz miktarını da tesbit imkânını bulduk. 1934-1955 seneleri arasında İstanbulda yapılan 13112 otopside %38.7 nisbetinde tüberküloz tesbit edilmiştir. Yalnız, dikkatinizi çekmek isterim burada aktif veya inaktif her türlü intra torasik tüberküloz leziyonları kaydedilmiştir. Bu %40 nisbeti senelere göre farkediyor, nitekim 1934-1939 seneleri arasındaki devrede 30.8 iken, tüberküloz leziyonları gösteren vak'alar 1940-1944 seneleri arasında %43'e yükselmiştir ki, İkinci Dünya Harbine tekaddüm ediyor, 1945-49 seneleri arasında 41.4, 1950-55 seneleri arasında 35 olarak tesbit edilmiştir. Şu halde otopsilerde son 7 senede aktif ve inaktif tüberküloz leziyonları taşıyan vak'a nisbetinin %15.6 arttığı görülmektedir. İkinci Dünya Harbinde yükselmiş olan nisbetin son senelerde biraz azaldığı göze çarpıyor. Şüphesiz ki bu rakamların hepsi ne tüberküloz mortalitesini ne de yeni vak'aları gösterebilir, sadece tüberküloz

morbiditesi hakkında bir fikir verebilir. Tüberküloz mücadelesi memleketimizde bir çok safhalarda semerelerini göstermekle beraber henüz düzeltmemiz veya tertibetmemiz icabeden bir çok noktalar mevcuttur. Her şeyden evvel, bir çok defalar belirtildiği gibi, bu mücadelenin bütün memlekete şâmil bir şekilde organizasyonu yapılarak tanzim edilmesi gerekmektedir. Memleketin muhtelif bölgelere ayrılması ve bu bölgelerde proflaksi, tedavi ve rehabilitasyon müesseselerinin koordine bir şekilde çalışmalarının temini mücadelenin daha başarılı olmasını sağlayacaktır. Bu teferruat üzerinde durmaya vaktimiz müsait değildir. Yalnız bir arkadaşımızın sabahki tebliğlerinde belirttiği gibi dispnserlerin tek elden idare edilmesi, kendi tabirleri gibi, askerilik şubelerinin mıntakalara taksimi gibi, olmalıdır. Burada mühim bir mesele üzerinde durmak istiyorum, bu da bölgede tedavi meselesidir. Bu gün bir çok hastalar Ankara İstanbul gibi merkezlere gelmekte ve tedavi imkânları aramaktadırlar. Bu, şüphesiz mahzurlu oluyor, bu şehirlerdeki hastaların tedavi edilmeleri imkânı ortadan kalkıyor, meselâ hasta Ankaralıdır fakat Ankarada yatmasına imkân yoktur, Erzurum veya Muğla hastanelerine rapor verilmekte veya gönderilmek istenmektedir.

Arkadaşım Cahit Başkök'ün de belirttiği gibi dispanserlerin kendi bölgesindeki hastalarla uğraşması esas ve şart olmalıdır. Vaktimiz dar olduğundan fazla teferruata giremeyeceğim, yalnız bir iki mesele hakkında daha konuşmak istiyorum. Tüberküloz mücadelesi yapılırken dispanserlerin ve hastanelerin çeşitli göğüs hastalıklarının teşhisi ve tedavisi ile meşgul olacak müesseseler olması lâzımdır. Dispansere gelen bir çok vak'aların, kanser veya kist idatik başta olmak üzere çeşitli tüberküloz vak'aları olduğu görülmektedir. Bunların bazıları tüberküloz diye tedavi edilmiştir, yahut da tüberküloz vak'aları kanser sanılmıştır. Bu ehemmiyetli bir noktadır ve aynı zamanda memleketimizde bu gibi hastalıkların da mücadelesi bakımından ehemmiyet arzetmektedir.

Bir mesele de tüberküloz ilâçları meselesidir. Bu gün en iyi tedavi şekli şüphesiz hastane tedavisidir. Ambülatuvar tedavi ne kadar methedilirse edilsin hiç bir zaman hastane tedavisinin yerini tutamaz. Elde edilen bazı neticeler hastane tedavisi ile ambülatuvar tedavinin aşağı yukarı birbirine yakın iyilik nisbetleri verdiğini gösteriyor, fakat bence bu zahiridir; biz hastane tedavisini lâyıkıyle yapamıyoruz ki ambülatuvar tedavi ile mukayese edelim. Bir defa hastayı lüzumu kadar yatırmak, tedavi etmek şarttır, ancak ondan son-

ra biz bunu ayak tedavisi ile mukayese edebilelim. Herzaman hastaları hastanelerde uzun zaman yatıramadığımıza göre evde tedavi edebiliriz. Evde istirahat ve tedavi de mühimdir. Burada da sosyal yardımlarla hastalara ilâç temini meselesi vardır. Çünkü hasta ilâç bulamıyor, ilâç bulamayınca da tedavisini tamamlayamıyor. Maruzatım bundan ibarettir.

Dr. Niyazi Erzin

Efendim, bendeniz bir iki noktaya temas etmek istiyorum. *Behzat Yeğen* arkadaşımız tüberküloz teşhisinde hastanın hemen ayağına yaklaşıp seyyar lâboratuvarlarla teşhis usulünü teklif ettiler. Belki küçük bir mikroskopik muayene için bu mümkündür fakat bu gün tüberküloz teşhisi deyince artık mikroskop birinci safhada kalmıştır, ondan sonra kültür muayenesi, rezistans tâyini artık klâsik usuller sırasına girmiştir. Bunu da bir seyyar lâboratuvarda yapmak imkânı yoktur. Onun için müsaade ederlerse bir şey ilâve edeyim, bu gün memleketimizin bir çok yerlerinde tam teşkilâtlı hastaneler mevcuttur; bu hastanelerin bakteriyoloji lâboratuvarlarını ait olduğu makamlar iyi tekâmül ettirerek bu muayeneleri yapabilecek şekle koyarlarsa, materyeli göndererek bu tetkik ve teşhisleri yerinde yapmak mümkün olur.

İkinci bir nokta, *Razi Baygın*'la *Halil Erduman* arkadaşımız tebliğlerinde bir kaç hususa işaret buyurdular, dediler ki «5 ünite mantoux tüberkülini maksada kâfi değildir. Eğer bunu teşhis için söylüyorlarsa kendileriyle tamamen beraberim, teşhis için 5 ünite değil, 100, hattâ CC. da 100.000 ünite alt tüberkülin bile mahzurlu değildir. Ancak B.C.G. tatbikatı için mevcut allerjiyi tesbit maksadı ile yapılan tüberkülin testinde 5 üniteden ayrılmamıza imkân yoktur. Çünkü allerji başka, immünite başkadır. 5 ünite ile tesbit ettiğimiz allerji, bu gün UNİCEF'den son aldığım raporda, bütün dünyada beynlemilel kampanya olarak 156.959.057 tüberkülin testi yapılmıştır ve bunların hepsi 5 ünite ile yapılmıştır, burada menfi görülen 58.7 milyon şahıstan 58.2 milyonunun tamamen aşılanmış olduğu tesbit edilmektedir (bu rakamın onda biri bize aittir). Bu 5 ünite ile tesbit ettiğimiz allerji, immünite ile allerjinin hududu olarak artık kabul edilmişitr ve Dünya Sağlık Teşkilâtı bunun için Danimarkada tüberküloz araştırma ofisi diye bir merkez kurmuştur. Burada uzun araştırmalar sonunda B.C.G. tatbikatına esas olan tüberkülin ünitesi 5 ünite olarak kabul edilmiştir ve bunun da 72 saat sonunda okunması neticesinde 4 mm.'lik bir lokal reaksiyon verenlerden yukarısı müsbet telâkki ediliyor, 4 mm. ve aşağısı immünite için kâfi görülmüyor ve menfi reaksiyon olarak kabul ediliyor.

İkinci bir noktaya gene aynı arkadaşlarım temas ettiler ve «aşıyı yalnız omuza inhisar ettirmeyelim, vücudun diğer yerlerine de yapalım» dediler. Bunun umumî tatbikatta büyük mahzurları vardır. Biz 13.5 milyon test yaptık, şahısların maalesef kültür seviyesi yükselmiş değildir, hattâ kültürlü kimseler dahi yapılan tüberküline aşı diyorlar. Bir şahsın aşılanıp aşılanmadığını tesbit için aşıyı sol omuza yapıyoruz. Tatbikatta aşının yeri meselesi mühimdir, koldan yapılırsa nedbe bırakır, bacaktan olursa bilhassa çocuklarda ıslatmak tehlikesi vardır. Umumî tatbikatta 58 milyonun hepsi sol omuzdan aşılanmıştır. Tüberkülin testleri ise sol koldan yapılmıştır.

Yine aynı arkadaşlarım üçüncü nokta olarak B.C.G. tatbikatı neticesinin kontrolu üzerinde durdular, bu nokta hakikaten mühimdir. Ulusal Verem Savaşı Kongresinde de arzettiğim gibi, umumî tatbikatta aşı yapılanların hepsini 2-3 ay sonra bir allerji kontroluna tabi tutmaya imkân yoktur, sonra olduğumuz yerde sayarız. Ancak yer yer ve zaman zaman aşının seri numarasını, tatbik eden ekibin numarasını kontrol etmekle aşının neticesi hakkında bir malûmat elde etmek mümkündür. Biz bunu yaptık. Aynı arkadaşlarımla beraber *Nihat Zaloğlu* arkadaşımız İstanbulda B.C.G. tatbikatında bilhassa mekteplerde yeteri kadar, istedikleri kadar tatbikat yapamadıklarını, zannedersem üzüntü ile, söylediler. Hakikaten bir taraftan dispanserin yüklü vazifeleri, diğer taraftan mektebin yüklü ders proğramı, veya diğer hususlar, mektep talebelerini dispansere davet etmek sistemi pek muvaffak olan sistem değildir.

Bizim şimdiye kadar yaptığımız büyük kampanya neticesi ve bu tebliğler gösteriyor ki İstanbulda bu gün umumî bir B.C.G. kampanyasının açılmasına lüzum ve zaruret vardır. Kanaatımca bu kampanya hususî ekipler vasıtasiyle kısa bir zamanda, büyük vilâyetlerde yaptığımız gibi, iyi bir organizasyon, iyi bir proğram ve iyi bir propoganda ile yapılması lâzım olan ilk vazifedir. Bundan sonra bu kampanyada ele geçirilemeyenler, yeni doğanlar ve bilhassa mektepler için hususî ekipler yapmak ve seneler geçtikçe bu ekibi zaman zaman dolaştırmak ve aşılarını tekrar etmek herhalde faydalı olur zannındayım. İstanbulda her zaman için takdirle andığım ve istifade ile bağlandığım bir verem mücadele teşkilâtı vardır. Bu verem mücadele teşkilâtına hizmet etmeğe ben ve bağlı olduğum teşkilât her zaman için amadedir, onun için böyle bir kampanya proğramını hazırlamak fikrine iştirak buyurulduğu takdirde biz kendi imkân ve

vasıtalarımızı bu kampanya emrine amâde kılmayı bir nevi memleket borcu biliriz.

Son olarak *Neşati* bey arkadaşımın çok lûtufkâr ve bizleri teşci edici sözlerine huzurunuzda teşekkür etmek vazifemi yerine getirmek isterim.

B.C.G. kampanyasında, hakikaten en küçüğümüz olan sağlık memurları ekipleri büyük fedakârlıklar, büyük mahrumiyetler içerisinde köy köy çalışarak bu vazifelerini yürütmektedirler. Bir misal göstereyim: Karadeniz seyahatına kontrol için giden bir arkadaşım tipili bir havada 4 şahsın birbirine sokularak, affedersiniz tabiri caizdir, dilenci kıyafetinde, birisinin omuzunda bir heybe, diğerinin omuzunda başka bir nesne... Yakına geldiği zaman bu nesnelerin aşı taşıdığımız frigolar ve aşı çantası olduğunu görüyor ve bu müşkül vaziyette saatlarca mahrumiyet içerisinde ve hayat mücadelesi yaparak dolaştıklarına şahit oluyor ve bunları otomobiline alıyor ve 24 saattan beri aç ve susuz olduklarını görüyor ve kendilerine biraz yiyecek vererek hayatlarını kendilerine bahşetmiş oluyor.

Arkadaşlar, bu, bu kadar mahrumiyet içerisinde yürüyen bir mücadeledir, bunun için Neşati bey arkadaşıma bu fedakâr çocuklar için bu kürsüden göstermiş oldukları lûtufkâr sözlere karşı minnettarlık hissimi huzurunuzda bir defa daha arzetmeyi bir vazife bilirim.

Dr. Ruhi Soyer

Efendim, *Burhanettin Togan* ve *Fahir Sanel* arkadaşımızın orduda tüberküloz mücadelesi hakkında yaptıkları çok vâkıfane tebliğlerinden hakikaten mütehassis oldum ve büyük bir alâka ile dinledim. Bu münasebetle mühim gördüğüm bir noktayı yüksek huzurlarınızda tebarüz ettirmeyi vazife telâkki ettim. Bize, gerek poliklinik ve gerekse servisimize müracaat eden genç askerlerin birçokları kemik ve mafsal tüberkülozu hastalıklarının orduda başladığını veya orduda arttığını ifade etmişlerdi, bu çok şayanı dikkat bir noktadır. Bu münasebetle bendeniz bu gibi hastaların hastalıklarının tesbiti yapılır yapılmaz tebdili hava veya çürüğe ayırma suretiyle ailelerinin içerisine fistülleriyle birlikte dönmelerine müsaade etmeden, bir hstaneye yatırarak tedavi altına alınmasının temin edilmesinin çok faydalı olacağı kanaatını arzetmek istiyorum, maruzatım bundan ibarettir.

Dr. Rifat Günbak

Muhterem büyüklerim, muhterem arkadaşlarım, bendeniz bir işçi hekimi olduğum için tebliğlerde iş bölgemi ilgilendiren bazı noktalara dokunmayı, bölgem menfaati icabı, faydalı buldum. *Neşati Üster* beyefendi "verem savaşının hastalığın yaygın olduğu bölgelerden başlanması" fikrini ileri sürdüler. Çalıştığım bölge Zonguldak ve Ereğli kömürleri işletmesinin bulunduğu ve verem hastalığının oldukça yaygın bulunduğu bölgelerdir. Karadeniz sahillerinde verem hastalığının yaygın oluşunun sebeplerinden birisi de belki Karadeniz halkının toplu çalışma yerinin Zonguldak kömür ocakları olmasıdır. Çünkü Zonguldağa gelen işçilerin ekserisini Karadeniz köylüleri teşkil eder. Ta Hopadan Sinoba kadar umumiyetle Karadenizliler gelir, yer altında çalışır. Bunların çalışma şartlarına Anadolunun hiç bir köylüsü tahammül edemez. Bendeniz bir kaç defa bizzat ocağa girip çalışma şartlarına şahit oldum.

Karadeniz sahillerinde veremin yaygın oluşunun sebeplerinden biri de Zonguldakta toplu çalışamanın mevcut oluşudur.

Abid Köymen beyefendi, işçi sigortaları kurumlarının mevcut madde imkânlarının bir işçi çalıştıran iş yerlerine de hastalık sigortasının teşmil edilmesi temennisini gösterdiler, ne kadar iyi bir şey, fakat arzedeyim ki daima 40.000'den fazla işçisi bulunan Zonguldakta işçi hastalık sigortası tatbik edlimemektedir. Orada işçilerin sağlığı ile işletme sağlık teşkilâtı meşgul olmakta ve yardımlar da mevcut olan amele birliği teşkilâtı tesisi tarafından yapılmaktadır. 40 yataklı bir verem hastanemiz vardır, tedavi orada yapılır.

Nüzhet Ziyal arkadaşımın fikirlerine de iştirak ediyorum, işçiler arasında verem mücadelesinin sanatoryum tedavisi ile yapılması hem müessir hem de ekonomiktir. Çünkü işçinin hayat şartı iyi değil, bilâkis pek kötüdür. İşçi Sigortaları Kurumunun sanatoryumunda heyetten çıkanların %97'sinin «eski işini görebilir» kararı aldığını da bildirdiler, biz heyeti sıhhiyemizde hastalardan pek azına eski işini görebilir diyoruz. Çünkü bizim şartlarımız çok ağırdır. Mevcut beden talimatnamesi en küçük bir sekelin dahi yer altında çalıştırılmasına müsaade etmemektedir. Bunun için işçilerimizin hastalığını tedavi etmeden daha önemli olan problem, hastalığına mâni olmaktır, bunun için de hastaların süratle tedavi edilip intan membalarının ortadan kaldırılması icabeder. Biz vikaye edemediklerimizi hava değişimi vererek köylerine gönderiyoruz, bunlar diğer

köylüleri de enfekte ediyor, ve bize enfekte fakat tezahürü olmayan işçilerin gelmesine sebeboluyoruz.

Dr. Osman Şevki Uludağ

Efendim, iki arkadaşımın fikirlerini münakaşa etmek için söz almıştım. Birisine hocam *Tevfik Sağlam* cevap verdi, fakat ben de biraz temas edeceğim. *Dr. Berker* arkadaşım dispanser adedinin fazla olduğuna temas ederek, kuvveti sanatoryumlara vermek icabettiğini söyledi. Onun fikrince dispanserler fazladır ve dispanserlerde kâfi miktarda personel, vakit ve imkân olmadığı için onlar kraşa muayenesini lâyıkiyle yapamıyorlar. Fakat pekâlâ bilirler ki dispanserlerin elinde bulunan vesait kâfi olmakla beraber, lüzum görülürse, ihtiyaç hasıl olursa onları takibedecek olan verem savaşı teşkilâtının başka kademeleri de vardır. Biz öteden beri alıştığımız bir tabirle veremliyi evinde tedavi etmek gayesini de güdüyoruz. Dünyada bu prensibi takibedenler yalnız bizler değiliz, başkaları da var. Tüberküloz kesafeti bizden çok az ve bizden medenî memleketler dahi ayak tedavisi yapıyorlar. Ama bizim gibi her mahallede bir dispanser açılırsa, orasını dahi dolduracak kadar hastası bulunan memleketlerde dispanserleri pek küçük görmek doğru değildir.

Dispanserlerin ehemmiyeti günden güne artmaktadır, buna mukabil sanatoryum yataklarına da ihtiyacımız olduğu bir hakikattir.

Neşati bey arkadaşımız Bursadan bahsederken eski hâtıralarım uyandı. Dediler ki «eskiden Bursada verem mortalitesi çok yüksekti». Acaba o zaman hangi mıntakada tetkikat yapmışlardı? Daha ziyade Muradiye üzerinde durdular, bu mahalle muhacir mahallesidir. Bilhassa bahsettikleri zamanlarda bu mahalle tamamiyle yeni gelen muhacirlerden ibaretti. Ben 1930-35 senelerinde Bursada depiste edilen tüberküloz hakkında bir makale neşretmiştim. Muradiye mahallesinde tüberküloz artışı o zamanlara aitti. Hâlâ aynı mahallede tüberkülozun fazlalığından bahsediyorlar, acaba hâlâ bunlar kendilerini toplayamadılar mı? Böyle içtimaî hâdiselerin mortalite üstüne tesiri fazladır, fakat ben öyle zannediyorum ki Muradiye semtine yeni bir dispanserin açılması halkın oraya tehacümüne sebebolmuştur. Bursada artık ortalığın durulması, mahallî ve mevzîî dehşetini kaybetmesi lâzımdır.

Dr. İsmail Tekinoğlu

Sayın hocalarım, sayın arkadaşlarım. Görüyoruz ki verem mücadelesi memleketimizde şimdiye kadar tatbik edilen diğer mücadelelere benzemiyor, sıtma ve frengi mücadeleleri gibi. Hocamızın ifade buyurdukları şekilde, verem mücadelesi pek komplike bir mücadeledir. Bu mücadeleyi her tarafından inceden inceye didiklememiz icabeder. Bu gün anlıyoruz ki bu mücadelede bizi ümitlendirecek İstanbul ve Ankaradaki mücadele şeklinin biraz yoluna girmiş olmasıdır. Hocam *Karasu*'nun buyurdukları şekilde henüz memleketimizde ne kadar veremlimiz var, bunu bilmiyoruz, işin henüz çok başındayız. Alacağımız kararlara göre vekâletimizin de iştirakiyle mücadelemiz organize edilirken en büyük işin çalışkan ve muhterem üstadımız *Niyazi Erzin* beye düşeceğini ifade etmek isterim.

Buradaki konuşmalardan İstanbula hariçten gelen hastalar hakkında bir fikir edinilemez. Ben Ankaraya hariçten hasta tehacümü hakkında bazı fikirler vermek istiyorum. *Cahit Başkök* arkadaşımızın Ankara Veremle Savaş Derneğinin 3 No.lu dispanser mesaisi hakkındaki tebliğinde, bu dispanserin ftizyoloji kliniği dispanseri vazifesini de gördüğünü, resmî müracaatlara cevap verdiğini, Nümune Hastanesine yakınlığı dolayısiyle oradan gönderilen hastalarla da meşgul olunduğunu, bu sebepler karşısında bölge dahilinde çalışan bir dispanser vasfını kaybettiğini ifade ettiler.

Sıhhat Vekâletinin Ankaranın merkezî yerinde olan dispanserinde bir sene zarfında 20.000 müracaata cevap verilmiştir. En son ocak ayının istatistiğini size arzedeyim, Ankaranın bu bir aylık müracaatında Ankaradan 118, Ankara dışından 177 veremli kaydettik. Dispansere Ankara dışından bir çok yabancı hasta geliyor, bu bakımdan verem savaş derneği dispanserleri ile beraber bölge dispanseri olarak çalışmayı çok arzu etmemize rağmen, müracaat eden hastaların bizi bu yola sevketmesiyle kendimizi bu şekilde çalışmaktan kurtaramadık.

Neşati Üster üstadımızın Bursada mevcut üç dispanser arasındaki teşriki mesaiyi söylediği zaman, doğrusu içim sevinçle burkuldu. Ankarada bunu yapamadığımız için çok üzgünüm.

Tahsin Fıratlı arkadaşımız bir yabancı hastalar dispanseri kurulmasını teklif ettiler. Bunun ne dereceye kadar doğru olacağını bilemiyorum.

Dr. Raci Eriç

Tüberküloz mücadelesi hakkında gerek hocalarım gerek arkadaşlarım bize yüksek direktiflerini veridler, yalnız bu mücadeleyi

ele alırken, mücadelenin bir elden yapılması hakikati meydana çıkıyor.

Fahir beyin çok kıymetli tebliğlerini dinledik, onlar da bir müdürlük ihdasından bahsettiler. Hakikaten tüberküloz istişare konseyinin direktifleri dahilinde gerek Sağlık Bakanlığının ve gerekse askerî sağlık idaresinin bir müdürlüğü olursa bu bize askerî birliklerin mücadelesini de temin edecektir.

Bendeniz bir dispanserde çalışıyorum, dispanser arkadaşlarımla beraber müşkülâtını ve eziyetini çektiğimiz bir mesele üzerinde duracağım, o da hastaların basilifer olarak kalmasıdır. Dispanser depiste ettiği hastaları sanatoryuma gönderdiği zaman bunların bir kısmı iyi oluyor, bir kısmı da basilli olarak çıkıyor. Bu hakikat yatak adedimizin bir an evvel çoğalmasını zarurî kılıyor. Orduya gelince: Orduda biraz hizmet etmiş bir arkadaşımız olmak sıfatiyle şunları belirtmek ve müşahede etmek durumundayım. Birinci şube muayenelerinde mikro filim almak çok yerindedir. Fakat bu mikro filim muayenelerinin orduya sevklerinden hemen evvel yapılması lâzımdır. Belki ordu ilk plânda hepsini yapamaz, fakat bunu, ordu talimatnamesinin de müsaadesi olduğu veçhile, civardaki dispanserlerden istifade edilebilir ve buna da gerek hocam ve gerek bizler seve seve iştirak ederiz. Aşı meselesinde ben de aynı kanaattayım, fakat aşıyı ikiye ayırmak lâzımdır. Biri ordunun daimî elemanları, biri de asker olanlardır. Asker olanlar gerek yaşları dolayısiyle ve bunlarda tüberkülin teamülünün çok yüksek olması dolayısiyle çocukların daha küçük yaşta aşılanmaları, sivil olarak nüfus kâğıtlarına kaydolmaları uygundur. İkinci gurup olan talebeler, ordu talebeleri yani Kuleliler gelir ki, bunlar zaten 1952 senesinden beri aşılanmaktadır.

Bir de subay ailelerine yardımda şu şekil aklıma geliyor, zaten bu yardımı sivillerde ilk yapan hocam *Tevfik Sağlam*'dır. Bunu pul yardımı şeklinde yapmışlardı. Bu ordu subaylarında mevzubahis olamaz. Subay ailelerine yardım etmek üzere muvazzaflardan bir para kesilmesi ve bu paranın bilâhare hasta olan subay ailelerine tahsisi suretinde hakikat olabilir.

Dr. Ali Rıza Özden

Efendim, bendeniz dispanserler üstünde maruzatta bulunacağım. Bilhassa çalışmış olduğum Vekâlet dispanserlerinin nasıl fonksiyon yaptığı üzerinde bir kaç kelime söylemek istiyorum. Bir defa

dispansere kursiyer hekim tâyininin yanlış ve sakat bir şey olduğu kanaatindeyim. Çünkü ben bu kursları Heybeliada Sanatoryumunda 5.5 ay fazlasiyle tamamladıktan sonra Çorum vilâyetinin verem mücadele dispanseri başhekimliğine tâyin olundum. Burada gayet güzel, samimî olarak ve hüsnü niyetle çalıştım. Fakat hiç bir suretle ilmî bakımdan kendimi tatmin ettiğimi tahmin edemiyorum. Halen bir çok şeylerde orada çektiğim kâbusların sıkıntısı içinde yaşamaktayım. Bunun için ftizyolojide ihtisas yapmak zaruretini duydum. Bu dispanserlere tâyin edilecek hekimlerin mutlaka fitizyolog olmaları lâzımdır; naçizane kanaatım bu merkezdedir.

İkinci mevzu olarak dispanserlerin faaliyetlerini merkezileştirmekten ziyade muhite doğru götürmenin daha doğru olacağı kanaatindeyim. İstanbul Ankara ve İzmir gibi büyük şehirlere doğru olan bu akışı durdurmak lâzımdır.

Eğer kaza dispanserlerine kalifiye hekim verilecek ve bu hekimlerin Vekâletçe refahları temin edilecek olursa bu iş hallolur.

Bizde mücadeleye 1947 senesinde, bir odada, hükûmet tabipliğinden gelen bir enjektörle başlamıştık. Arkadaşımla beraber para toplamaya başladık, ilk bakışta hayal gibi görünen iş 160.000 liralık bir verem hastanesi yapılmakla neticelenmiştir. Hastaneden sonra dispansere ihtiyaç oldu ve o yaz köylerden buğday ve bağış toplayarak, Vekâletin de yardımı ile 67000 liraya bir dispanser yaptırdık. Bu dispanser halen çalışmaktadır. Fakat arzu ve temennimiz, büyük para ve emek sarfedilerek yapılan bu kabil dispanserlerin iyi ve kalifiye ellerde, hakikî bir verem dispanseri gibi çalışmasıdır.

Dr. Abid Köymen

Efendim, sabahtan beri dinlediğimiz kıymetli tebliğler, aşağı yukarı verem savaşında yatak ihtiyacının hemen hemen ön plânda olduğunu belirtiyor. Fakat işin hallolmayan kısmı yatak ihtiyacının az para ile hallolamayacağı keyfiyetidir. Şu andaki tatbikatımız bir hastanın sanatoryum tedavisini en pahalı maliyete getirmektedir. Çünkü hasta natamam bir netice ile çıkıyor, defalarca geliyor. Bir yatışta uzun müddet yatsa, alınan netice parça parça kesik kesik, fırsat buldukça geçirilmiş bir sanatoryum tedavisinden elde edilmiyor ve biz de istemiyerek müsrifane bir sanatoryum tedavisi yapıyoruz, hiç bir netice almamak pahasına. Para için de İşçi Sigortaları Kurumunu öne sürdüm, meselâ bu yıl başından itibaren 4 kişiyi çalıştıran iş yerleri de programın şümulüne girmiştir. 4 kişi çalıştıran müesseseleri sigortaya almak, muazzam bir işçi kitlesini şümulüne

almak demektir. Arkadaşımızın gösterdiği Zonguldak misali pek yerinde değil, çünkü kömür havzasının sigorta ile hususî bir anlaşması vardır, parasını sigorta öder, fakat sağlık işlerini kendileri organize ederler. Bu itibarla o biraz beceriksizlik yahut da tatbik kabiliyetinin azlığı değil, hususî bir anlaşma ve statünün icapları.

Ruhi beyi memnun edecek bir haber vermek isterim. Sigorta bir kemik ve mafsal tüberkülozu pavyonunun projeleri üzerindedir. Önümüzdeki sene içinde realize edilmesi muhtemeldir. Ben İşçi Sigortaları Kurumu için bir mafsal ve kemik veremi, klinik veya pavyonunu zarurî görüyorum. Zannediyorum ki bu iş bir sene içerisinde tahakkuk edecektir. Tatbikatı içinde bulunduğumuz proğramın pek mükemmel olduğu kabul edilse bile, tatbikat o mükemmeliyete pek uymuyor. Bu itibarla bu kongrenin ışığı altında bu proğramın yeniden gözden geçirilmesi şart gibi görülüyor. Arkadaşlarımız tatbikattan acı acı şikâyet ettiler, çünkü sanatoryumlarımız tam netice almadan hasta çıkarmak durumundadır. Dispanserlerimiz daha çok bir poliklinik haline gelmiştir şu ve bu.. belki proğram güzel, fakat tatbik bu mükemmeliyetini ortaya çıkaramıyor.

Tüberkülozların bu şifa bulma meselesi, çalışma meselesi, hakikaten halli çok güç bir problemdir. Tüberkülozda şifa neticesinin emniyeti, sonra iyi olmuş tüberkülozlunun durumu ile kabili telif meslekler hangileridir, bu hakikaten bir problem. Bu bilhassa bizi ilgilendiren bir mevzudur, bu hususta bizim sanatoryumumuzun bir iki tebliği ve serbest tebliğleri var. Bizi üzen ve düşündüren mevzu bu meseledir. Maruzatım bundan ibarettir.

Dr. Fazıl Erhat

Efendim, bendeniz bir noktaya temas etmek istiyorum. Verem savaşında sanatoryum, dispanser münasebetlerinin organizasyonu hakkındaki tebliğlerinde *Enver Bozyakalı* ve *Tahsin Fıratlı*'nın işaret ettikleri fikirlere ben de iştirak etmekteyim. Memleketimizde bu iki müessese arasında çok sıkı bir iş birliği yapılması bir zarurettir. Dispanser tarafından depiste edilen hastaları sanatoryuma yatırmak için bir rapor doldurmaktayız. Halbuki sanatoryumlardan çıkıp ayaktan tedaviye alınacak hastaların durumları ve sanatoryumda kaldıkları müddet esnasında gördükleri tedavi ve hususiyetler, yapılan tedavi, poskür ve bu tedavinin ikmali hususunda dispanserlere nadiren bilgi verilmektedir. Memleketimizde verem savaşının iki kutbunu teşkil eden bu iki müessese arasında bağların ve iş birliğinin kuvvetlenmesi için alınacak tedbirler meyanında sanatoryumdan çıkıp dispanser kontroluna avdet eden hastalar hakkında rutin olarak bir irtibat fişinin doldurulmasını bendeniz temenni etmekteyim. Bu maksatla hazırladığım bir fiş tasarısını kongremiz sekreterliğine sunuyorum.

Dr. Saim Bengiserp

Efendim, ben tüberküloz dâvasını bir kâsei fağfura benzetiyorum, neresine dokunsak bin ah işitilecek. Şimdi ben de iki üç yerine dokunmak istiyorum.

Sabahtan beri dinlediğim bir kaç kıymetli arkadaşım, üstadım ve hocalarımın fikirlerinden bir ikisine temas edeceğim. 14 sayılı tebliğlerinde *Neşati Üster* bey üstadımızın fikirlerinden çok istifade ettik. Bir yerinde buyurdular ki «tedavinin inkişafı, cerrahî metodların inkişafı ile beraber ve o tarafa doğru gitmektedir, bu bakımdan tıbbî müesseselerde cerrahî imkânlar artırılmalıdır. «Bendeniz de bu kanaat ve fikre fazlasiyle iştirak ediyorum, yalnız anladığıma göre *Neşati* beyefendi «her tıbbî tedavi müessesesine bir cerrahî servisi ilâve edilmelidir» kanaatını izhar buyurdular zannediyorum. Fakat bendeniz buna muarızım, tüberküloz tedavisinde cerrahî tedavinin ön plânda geldiğine bu gün için inanıyorum, fakat bu günkü şekliyle her tüberküloz müessesesine bir cerrahî servisinin ikamesi hatalıdır, bunun tatbikatta mahzurlarını görüyoruz. Kuvvet, birlik ve vahdettedir. Ne kadar ayrılırsak ne kadar dağılırsak kuvvetimiz o kadar azalacaktır. Bunun için mıntaka göğüs cerrahî hastanelerinin tesisi taraftarıyım. Meselâ İstanbulda, Ankarada ve İzmirde birer göğüs cerrahisi hastanesi açılarak, burada kıymetli, yetişmiş mütehassıs arkadaşlar ve bütün imkânlar ekip halinde çalışırlar, memlekete ve tüberküloz dâvasına daha faydalı olmuş olurlar kanaatindeyim. Bunun kötü bir misalini zikredeceğim. Avrupada göğüs cerrahisi yapmış bir arkadaşımız lâlettâyin bir yere tâyin edildi ve orada bir hemşire ile ameliyat yapmak zorunda kaldığından, kendisine asiste edecek bir fert bile bulamadığından istifa etmiş bulunmaktadır.

İkinci işaret etmek istediğim nokta 15 numaralı tebliğlerinde *Enver Bozyakalı* ve *Tahsin Fıratlı* arkadaşlarımızın hastane ve dispanser münasebetlerine ait olanıdır. Ben de burada işin yatak taraftarıyım. Esas mesele hastanenin dispansere haber verme meselesidir. Burada tatbikatta rasladığımız bir nokta hastaların sıra usulü diye konmuş kötü bir metodun hâlâ hastanelerimizde geçer akça olmasıdır. Hekimler bu sıra yüzünden bir mubassır, bir gardiyan ro-

lüne sokulmaktadır. Birtakım hastalar ve bunların içerisinde bir çok sabıkalılar ve cezaî müeyyidelerden kaçarak kendi hastalıklarını öne süren esrarkeş, katil ve bir sürü insanlar birtakım imkânlardan faydalanarak kendilerini hastaneden sıraya koydurarak tan parazit olarak devletin ve milletin sırtından geçinmektedirler. Sırası gelmiş bir hastayı müessese hekimi kabul ediyor ve muayyen, devletçe takdir edilmiş bir gün, meselâ 3 ay yattıktan sonra arkasından bir emirle tekrar 3 ay yatıyor ve bütün habasetini işliyor, ben buna muarızım. Müessese hekimlerine ve konseylerine hastaları hastaneye kabul etmek ve istediği kadar yatırmak salâhiyeti verilmelidir. Sıra usulü bence makbul bir usul değildir, tatbikatta çok kötülükleri vardır.

Üçüncü nokta olarak *Fahir* bey arkadaşımızın «orduda tüberkülozun bu günkü durumu» hakkında konuşmalarında birinci madde olarak zikrettiği «orduya tüberkülozlu hasta sokmamak» mevzuuna temas edeceğim, ben de kendileriyle müttehidim. Bunda da büyük rolün askerlik şubelerine düşmekte olduğu kanaatindeyim. Askerlik şube muayeneleri esnasında bir mikrofotoğrafik depistaj yapılması mutlaka zaruridir.

Dr. Nadir Doğaner

Efendim, her hususta olduğu gibi verem savaşı dâvasında ve problemlerinde verdikleri kıymetli cevaplardan dolayı sayın hocalarıma teşekkür etmek için huzurunuzda söz almış bulunuyorum. Bu meyanda sağlık merkezlerinin verem mücadelesine daha aktif bir şekilde katılması hakkında bir temenniyi de müsaadenizle arzetmek istiyorum. Sağlık merkezleri günlük tedavi fonksiyonları yanında asıl proflaksi vazifelerini o kadar az benimsemişlerdir ki, bazı bölgelerde verem savaşı haftası propagandasına dahi iştirak etmemişlerdir. Evvelâ onları bu vazifeye davet etmelidir. Teşkilâtında röntgen ve lâboratuvar bulunan 30'a yakın sağlık merkezi derhal takviye ve tavzif edilerek kendi bölgelerinde verem savaşı dispanseri gibi çalışmalarını ve bir dernek kurmalarını temin etmelidir. Eğer bulundukları kazada verem savaş dispanserleri yoksa (ki 4 kazamız müstesna hepsinde vardır) orada bir müddet, meselâ bir iki sene çalıştıktan sonra dispanserleri gönüllü teşekküllere terkedip derhal asıl yerleri olan köy ve nahiyelere kadar mümkün ise ünitelerini mobil hale getirerek verem savaşına muhitten başlamalıdır. Diğer bir arkadaşımın bütün Türkiye çapında her 10 veya 50.000 nüfus için bir dispanser açarak ve bunlara kısmen tedavi yatakları ilâve ederek bu problemi hal çaresine gidilme temennisi kabul edilecek olur-

sa, yani bir nevi sosyalize teşkilâta gidilecekse, bunun için şimdiden sayın hocam *Tevfik Sağlam*'ın biraz evvelki tebliğlerinde bildirdikleri gibi yeter derecede kalifiye personel hekim ve hemşire şimdiden yetiştirilmeğe başlanmalıdır. Zannımca millî sağlık plânının bir numaralı problemini yani verem mücadelesinin, 3'üncü Tüberküloz Kongresinin, ışıkları altında kâfi derecede aydınlatılmış olduğu kanaatındayım, yüksek Vekâlet mümessillerinin de bu hususu en kısa zamanda göz önünde bulundurmalarını temenni eder, hepinizi hürmetle selâmlarım.

Dr. Osman Dora

Bu gün yapılan konuşmalarda verem savaşı için umumiyetle üç fikir meydana kondu:

1. Verem savaşının şehir ve köylerde dernekler tarafından yapılması, Vekâlet derneklere yardım yapmalı ve kontrol etmelidir.

2. Savaşı büyük şehirlerde dernekler, küçük şehirlerde ve köylerde ise Vekâlet yapmalıdır.

3. Savaş şehir ve köylerde Vekâlet tarafından yapılmalı, dernekler ise ancak Vekâletin imkân bulamadığı yerlerde dispanser, sanatoryum ve hastaneler işletmeli. Vekâlet imkân bulur bulmaz bunların da işletmesini üzerine almalı, cemiyetler ise ancak propaganda ve sosyal işlerle meşgul olmalıdır.

Bu üç noktainazar karşısında Vekâletin noktai nazarının ne olduğunu bilmiyoruz. Halbuki burada aramızda Vekâletin muhterem verem masası mütehassısı vardır. Lûtfen izah buyursunlar, acaba Vekâletin noktai nazarı nedir?

Dr. Neşati Üster

Sözlerime *Saim* bey arkadaşımın tebliğim hakkındaki bir intibaını taşhihle başlayacağım. Her verem hastanesinde cerrahî ekipler teşkilini hiç bir zaman düşünmedim. Belki tebliğimi süratle okurken bazı kelimeleri atlamış olabilirim, bazı verem hastaneleri, dedim ve bu güne kadar cerrahî ekiplerin artırılması icabettiğini arzettim. Her verem hastanesinde cerrahî bir ekip tesisinin imkânı olmadığını kendi tecrübemle gayet iyi takdir eden bir arkadaşınızım, çünkü operatörümüz olduğu halde diğer şartlar mevcut olmadığı için Bursada bu ekibi tesis edemedik. Muayyen bir hinterlandı olmadan da her verem hastanesinde bir cerrahî ekip tesis etmenin de israf olduğu kanaatindeyim.

Sayın meslekdaşım *Eşref Barkan* bir dispanser mıntakasının 10-15000'den fazla olmamasını söylediler. Kanaatimce bir dispanser bölgesi için bu kadarcık bir sektör azdır ve bunu hele ifade ettikleri gibi bütün vatan sathına yaymağa kalkarsak 1500'den fazla dispansere ihtiyacımız olduğu görülür, henüz bu rakamın onbeşte birine dahi ulaşamadığımıza göre, böyle bir plânı ne kadar uzun bir zamanda tahakkuk ettirebileceğimizi tâyin etmek güçtür.

Dispanserlerin 500 veremle meşgul olması umumiyetle kabul edilmektedir. Depistajlar verem nisbetini memleketimizde %1 etrafında gösterdiğine göre bu sayı 50.000 nüfusa tekabül eder. Memleketimizde verem savaşını organize eden verem istişare komisyonları da bir dispanser bölgesi için ortalama olarak bu rakamı kabul etmiştir. Kanaatımca, bu rakam dispanser bölgesi için kâfidir.

Nemike Kileci Mürseloğlu ile *Ali Akdemir* arkadaşımızın memleketimizde tüberküloz mortalitesine ait verdikleri rakamın tavzihini rica edeceğim. Çünkü şimdiye kadar bu rakamlar Vekâletin resmî rakamlarına istinaden yapılan, yılda 40.000 ölüm tahminine hiç bir suretle uymamaktadır. Vekâlet neşriyatına göre bütün vilâyet ve kaza merkezlerinde veremden ölüm nisbeti yüz binde 155.8'dir. Köylerde bu nisbetin daha düşük olacağı ileri sürülebilir, fakat en nikbin bir tahminle bu rakamı 25-30.000'den aşağı düşürmeğe imkân yoktur, onun için bu rakamın nereden çıktığının tavzihini rica edeceğim.

Nüzhet Ziyal arkadaşımız kür sanatoryalın zarureti üzerinde durdu ve ambülatuvar tedavinin faydasızlığını ileri sürdü. Sanatoryal kürün faydasını kimse inkâr etmez, fakat yine *Nemika* hanımla *Ali Akdemir*'in raporlarında dinlediğime göre 1955 senesinde hastanelere müracaat eden hasta sayısı 197.105'dir. Bunları 6'şar ay, birer sene yatırabilmek için 100.000 veya 200.000 yatağa ihtiyaç var demektir. Bu gün ancak 10.000 yatağa yaklaştığımıza göre bu tavsiyenin ne kadar zamanda yerine getirilebileceğini kestirmek güçtür. Bunun için biz yatak sayımızı bir taraftan süratle artırmaya çalışırken diğer taraftan hastanelerde sıra bekleyen veremlileri yüzüstü mü bırakacağız? Bunlara yapacağımız en kıymetli yardımın ambülatuvar tedavi olacağı şüphesizdir. Sonra arkadaşlarım ambülatuvar tedavinin değersizliğinden bahsederken sözlerini teyid edecek hiç bir istatistiğe istinad etmemektedirler. Meselâ, âdeta ambülatuvar tedavi ile, sanatoryal tedavi birbirine zıt bir mahiyette imiş gibi ortaya konmaktadır ve ambülatuvar tedavi müesseseleri inkâr eder bir mahiyete sokulmak istenmektedir. Böyle bir mevzu yoktur

arkadaşlar, ambülatuvar tedavi taraftarlarından da hiç biri tedavi müesseselerinin lüzumunu katiyen inkâr etmemektedirler. Tedavi müesseseleri memleketimizde ihtiyaca kâfi değildir, bunun artırılması lâzımdır, ancak bu zaruretin neticesi olarak ambülatuvar tedavi meydana çıkmaktadır. Zaten ambülatuvar tedavi yatak sayıları ve ekonomik imkânları mahdut olan memleketlerde zarurî olarak tecrübe edilmeğe başlanmış ve iyi neticeler verdiği görülünce günün meselesi haline gelmiştir.

Dr. Zülfü Sami Özgen

Efendim, bu millî kongrelerin gayesi memleketin her tarafından gelen ve fitizyoloji ile yakinen meşgul olan ve bu mesleği hayatının sonuna kadar devam ettirmeğe ahdetmiş olan pek muhterem hekim arkadaşlarımın içinde bulundukları şartları ve onları bir araya getirip toplayarak bir sentez yapmak ve bu sentez de bizim sosyal, malî, ekonomik her türlü bünyemize uygun en iyi şekli tesbit etmek gayesine matuftur. Eğer yaşımız müsaade ederse Türkiyemizin de çok yakın bir istikbalde, bu dâvaya inanmış gayretli meslekdaşlarımızın bitmez tükenmez hamleleri neticesinde, Danimarka hükûmeti gibi tüberkülozu da, trahom, sıtma, frengiyi arkaya attığımız mes'ut günleri idrak ettiğimiz gibi hahişle susadığımız mes'ut günü görmemize imkân verecektir.

Bu kongrenin pek kıymetli tebliğlerinin ışığı altında verem istişare komisyonunun verem dâvasını yeniden bir revizyona tabi tutması bir zarurettir. Muhtelif arkadaşlarımızın gayet açık bir şekilde belirttikleri gibi bu gün bir dispanser ve verem hastanesi dâvası ile karşı karşıya bulunmaktayız. Elbetteki dispanserlerin işini verem hastanesi, tedavi müesseselerinin işini de dispanserler yapamaz. Dispanserlerin depistaj ve aşı gibi işleri arasında hastanenin de işini üzerine alması doğru olmaz. Fakat hastane de onun işi ile uzun uzun meşgul olamayacaktır. Bir intanî hastalık olan tüberkülozun enterne edilmesi ileri memleketlerde, Amerikada dahi bu gün bir vakıadır. Danimarka gibi ziyaretçi hemşire teşkilâtıyla ve ev tedavileriyle bu işle başa çıkmışlarsa, pek münevver milletler olmalarından ileri gelmiştir.

Arkadaşım *Haydar Aksüğür*'ün geniş bir istatistiğe dayanan ve müessesemizin yaptığı geniş bir ankete istinat ederek yaptığı tebliği çok calibi dikkattir. 3 yahut 4 kişinin bir odada yattığı ve bunlardan da birinin açık tüberküloz olduğu ve 3-4 kişinin aynı kabın içinde yemek yediği ve bunlardan bir veya ikisinin tüberküloz oldu-

ğu ailede ev tedavisi mevzuubahis olamaz. Binaenaleyh tifo veya diğer bir sarî hastalık gibi tamamiyle bulaşıcı olan tüberkülozun, bilhassa memleketimizin sosyal şartları karşısında muhakkak ve muhakkak ospitalize edilmesi şarttır. Bunun üzerinde en ufak bir münakaşaya dahi tahammül yoktur. Ama, pek muhterem hocalarımın, pek sayın arkadaşlarımın akide ve kanaatlarına iştirk ederek hemen ilâve edeyim ki, bu hkikatin yanında depistajın yapılması, B.C.G. kampanyasına hız verilmesi, ziyaretçi hemşirelerin evlerde ziyaret yapması, sanatoryal ve hastane tedavilerinin öncesinde ve sonrasında elbette ki çok faydalı olacaktır. Binaenaleyh, hülâsa edersek bu kongrenin kaleme almak istediği esasları, ve tabiîdir bu münakaşalar esnasında andetay görüşmeğe imkân yoktur. Eğer kabul buyurulursa heyeti umumiye bu kongrenin nihayetinde, 3'üncü Türk Tüberküloz Kongresinin temennisi olarak, pek isabetli bir hareket etmekle istisnaî bir kabiliyet gösteren pek muhterem Vekâletime bir temenni mesajının gönderilmesini hepinizin tasvibine arzeder, hürmetlerimi sunarım.

Dr. Reha Zeybeker

Biz ambülatuvar tedaviden aldığımız neticeleri belirtirken «bu günkü şartlar devam ettiği müddetçe, dispanserlerde tatbik edilen bu tedavinin, oldukça tatminkâr neticeler verdiği bir hakikattir» demiştik. Zaman ve mekân bakımından imkânlar temin edilirse hastane ve sanatoryum tedavisinin değerini, gayet tabiîdir ki takdir etmekteyiz. Bu vesile iledir ki teşhis ettiğimiz her hastayı evvelâ hastaneye yatırmağa çalışmaktayız. Buradaki medikal ve sosyal sebeplere inandığımız içindir ki, yine konuşmamızın ilk cümlesinde veremli hastayı bir müessesesye yatırmak bir hâdisedir diye belirtmiştik. Her şeye rağmen, her veremliyi hastaneye yatırmak maddeten olduğu kadar mânen de imkânsızdır. Burada sosyal olduğu kadar, hekim olarak psikolojik faktörleri de düşünmek mecburiyetindeyiz. Konuşan bir kaç tebliğ sahibi arkadaş ayak tedavisinin hastane tedavisi ile mukayese edilemeyeceğinden bahsetmişti, fakat bu mevzu ile ilgili bir istatistik ortaya koymadıkları gibi aynı şartlarda rakamlara dayanmaları şayanı temenni idi, maalesef bu da yapılmamıştır. Memleketimizde ambülatuvar tedaviye ait ilk neşriyat Prof. *Celâl Ertuğ*'a aittir. Biz tebliğimizi hazırlarken yazılarına muttali olduk. Elde ettiğimiz neticeler kendilerininkinden çok farklı olduğu için çalışmalarımız daha enteresan bir hale gelmiştir. Dispanser ambülatuvar tedavisinden müsbet netice alamadıklarını belirten müellifler maalesef hastalarını lâyıkiyle takibedemediklerini açıklamışlardır. O halde bu çalışma bir dispanser faaliyeti olmaktan uzaktır. Bizim çalışmalarımızda hastalarımızın %88'inin muntazam takibedildiğini belirtmiştik. Dispanserin yapmakla mükellef olduğu vazifelerin imkân nisbetinde başarıldığını açıklamak isteriz.

Bu çalışmalarımızın hiç bir zaman proflaktik fonksiyonlarımızı sekteye uğratmadığını belirtmek isteriz. Ayaktan tedavinin tatminkâr neticelerini gösteren bir çok neşriyat vardır. Son olarak Yeni Delhide tüberküloz kongresinde bu konuya geniş yer verilmiştir ki elde edilen neticeler bizim neticelere oldukça yakındır. Ayrıca ambülatuvar tedaviye paralel olarak yapılan sanatoryum tedavilerinin de çok farklı neticeler vermediğini gösteren travaylar da vardır ki bunların bir tanesini size okumak isterim. 1954 senesinde Glaskov'da bir müellifin tüberkülozun ayaktan tedavisinde yaptığı araştırmada tetkik ettiği her iki veremliden birini sanatoryuma yatırmış, diğerini ayaktan takibetmiştir. Bu tetkikte hiç hastane tedavisi görmeyenler tercih edilmiştir. Tedavi poliklinik ve sanatoryumda aynı şekilde tertiplenmiştir. Hariçte tedavi edilenlere de aynı tedavi metodu tatbik edilmekte idi. 141 hasta 3 aylık, 94 hasta da 6 aylık tedavi devresini tamamlamışlardır.

Sedimentasyonlarda, devreler sonunda bariz bir fark yoktur. Hastanede yatanlarda kilo daha fazla idi, fakat çıktıktan kısa bir zaman sonra bu fazla kilolar kaybolmuştu. İlk devre sonunda bakteriyolojik olrak kaybolan basil miktarı iki gurupta da aynı idi. 3 ve 6 aylık devre sonunda radyolojik temizlenme ayaktan tedavi edilenlerde takriben %20 fazla idi. Kavitelerin kapanması ilk devre sonunda bariz bir fark göstermemesine rağmen 6 ay sonunda yatanlarda %72, yatmayanlarda %59 idi. Netice olarak: 3 aylık tedavi iki hasta gurubunda bariz bir fark göstermemesine rağmen, 6 ay sonunda ancak yatanlarda kavitelerin kapanmasında %13 bir fark müşahede edilmiştir.

Netice olarak şunu belirtmek isteriz ki bir çok yerlerde olduğu gibi memleketimizde de eksik şartlarımızın devam ettiği müddetçe ambülatuvar tedaviden elde edilecek neticeleri tatminkâr olarak kabul etmek zarureti vardır.

Dr. Enver Bozyakalı

Muhterem arkadaşlarımın tebliğlerinde verdikleri rakamlar nazarı itibara alınacak olursa bu günkü dispanser faaliyetinin gayrı kâfi olduğu neticesine varılıyor. Yine muhtelif arkadaşlarım tebliğ-

lerinde dispanser vazifelerinden bahsederlerken, dispanserlerin sosyal vazifeleri yanında tedavi edici vazifelerinin de bulunduğunu tebarüz ettirdiler. Dispanserlerimizde bu güne kadar bu şekilde bir mesainin zarurî olduğu düşünülebilir. Fakat artık bundan sonrası için verem savaşında dispanserler hakikî yerlerini almalı, gerek proflaksi gerekse sosyal sahadaki vazifelerini daha fazla artırmalıdır. Esasen bir çok yerlerde bu gaye için dahi kifayetsiz olan dispanserlere bir de tedavi ve poliklinik vazifeleri yüklenmemelidir. Kanaatımızca veremin en iyi tedavi edildiği yer şüphesiz ki verem hastane ve sanatoryumlarıdır.

Hastalarını uzun zaman tedavi altında tutmak imkânına sahip olan Uludağ Sanatoryumu ile, sabahki tebliğimizde de tebarüz ettirdiğimiz gibi, tedaviden istifade eden hastaları uzun zaman tutmayı prensip ittihaz ettiğimiz sanatoryumumuzda alınan iyi neticeler de bunu göstermektedir. Şu halde verem savaş dernekleri açtıkları veya açacakları dispanserlerde esas vazifeleri olan tarama, ziyaret, profilaksi, propoganda işleriyle meşgul olup, tedavi işini bu işin ideal bir şekilde yapıldığı müesseselere bırakmalıdır. Fakat burada müşkülâta maruz kaldığımız nokta yatak kifayetsizliğidir. Bunun için dispanser bakımından oldukça zengin hale gelmiş şehirlerimizde verem savaşı derneklerinin yatak adetlerinin artmasına yardımı ve mevcut müesseselerdeki tıkanıklığa mâni olmak üzere bu işe elverişli hastaneler yaptırması faydalı olur kanaatindeyiz. Halledilmesi lâzım gelen bir çok problemler var. Yatak az, dispanser kifayetsiz, tıbbî ve içtimaî imkânsızlıklar mevcut.

Bizce bu iş bir komisyon tarafından yeniden ele alınmalı ve bu günün şartlarına uygun olarak tetkik ve organize edilmelidir.

Dr. Tevfik İsmail Gökçe

Memleketimizde senede tüberküloz ölümü 25000'dir. Bu rakam 10'la zarbedilirse 250.000 hasta vardır. Dispanserlerden tedavi ödevini kaldırırsak bunlar nerede tedavi olacaklar? 50.000 veya 100.000 sanatoryum yatağımız var mı?

Antibakteriyeller şimdi tedavi şeklini tamamen değiştirmiştir. Açılmamış ufak bir enfiltrasyonu dispanser pekâlâ tedavi eder. *Reha Zeybeker* arkadaşımın mütalâalarına tamamen iştirak ediyorum. Bu sene Yeni Delhide toplanan kongrede bu mesele ayrı bir sempozium mevzuu idi. Yatak sayısı az olan memleketlerde tecrübeler yapılmıştır, bunların arasında Mısır da vardır. Bunu bizim de tecrübe etmemiz lâzımdır. Ben sanatoryum hekimiyim, 30 sene sanatoryumda çalıştım, fakat sanatoryum ve hastane yatakları kâfi olmadıktan sonra dispanserler tedavi vazifelerini nasıl bıraksınlar? Bunun imkânı yoktur. Sonra evde tedavi meselesi gittikçe alamod olan, dünyada tutunan bir hâdise şekline giriyor. Binaenaleyh ambülatuvar tedavi meselesini nazarı itibara almak lâzım gelir.

İkinci bir nokta: Orduda verem meselesi için *Fahir* bey arkadaşımız çok kıymetli mütalâalarda bulundular ama orduda yapılanlar hakkında bir şey söylemediler. Biz bununla biraz yakından alâkadarız. Bizim Ulusal Verem Savaşı Derneğinin 3-4. kongresinde bütün arkadaşlar «orduda tüberküloz çoktur, bunları köylere gönderiyorlar» diye kıyametler koparıyorlar. Bu arkadaşların sözleri hakikaten Millî Müdafaa Vekâletinde tesir yapmıştır. Geçen kongremizde Genel Kurmayın mümessili olarak gelen *Necip* bey gayet güzel izahat vermiştir, vaziyet şudur: Genel Kurmay verem savaşı dernekleri ve teşkilâtı ile el birliği etmeğe amadedir ve bunun için tertibat da almıştır. Orduda eğitim merkezleri kurulmaktadır. Bu merkezlerde tarama yapılan askerler kıt'aya dağılacaktır, bazı kıt'alar buna başlamıştır. Genel Kurmay bununla da iktifa etmeyerek bize müracaat etti. Verem savaşı dernekleri bize yardım ederlerse askere alınacakların, askere alınmadan evvel derneklerinizi tarafından muayene edilmesini istiyoruz ve raporlarını kabul edeceğiz diyecek kadar ileri gittiler. Orduda bir hareket olduğunu arzetmek istiyorum.

Bir noktayı tavzih etmek istiyorum, *Siyami* beyin sözünden işçi sigortaları dispanserleri profilaksi vazifesi görüyormuş gibi bir mâna anladım. Halbuki işçi sigortaları profilaksi ile katiyen meşgul olmamaktadır, o sırf tedavi işiyle meşguldür. Bununla biz bir hayli mücadele etmişizdir. Son zamanlarda bir anlaşmaya varıyor gibiyiz. Profilaksinin bir sigorta için en mühim şey olduğunu henüz bu güne kadar takdir etmemişlerdir. Profilaksi yapmak demek tedaviye sarfedeceği paranın büyük bir kısmını tasarruf etmek demektir.

Niyazi Erzin beyin İstanbulda B.C.G. kampanyası meselesine gelince: İlk olarak İstanbulda Vekâlet 9 ekibini dispanserlerimizle teşriki mesai ettirerek bir seferde 400.000 aşı yaptırmıştı. Yine bu gün de senede 50-70.000 aşı yaptırmaktadır. Fakat hakikaten ufak bir mukavemet hareketi var, bunun bir çok sebepleri vardır. *Niyazi* beyin bizimle teşriki mesai ederek İstanbuldan şöyle silindir gibi geçmenin faydalı olacağı zannındayım.

Dr. Muzaffer Baştaymaz

Türkiyede verem savaşı nasıl yapılmalıdır? konusu üzerinde kıymetli bir tebliğ yapan *Moiz Berker* ve *Ali Galip Soylu* arkadaşımız dispanserlerin «gayeden uzak olarak tedaviye geniş bir zaman ayırdıklarını» söylediler. Kanaatımıza göre bu cümleyi şu şekilde değiştirmek daha doğru olacaktır «dispanserler tedaviyi ön plânda tutmak mecburiyetinde kalıyorlar» zira esas gayeleri profilaksi ve depistaj olan dispanserler tesbit ettikleri vak'anın en çok %10'unu tedavi müesseselerine yatırabilmektedirler, %90'ının tedavilerini dispanserler mecburen yapacaktır. Diğer arkadaşlarımızın da tebarüz ettirdikleri gibi hastalar müesseselerde ancak 72 gün kalabilmektedir, bu zamanda tedavi bitmiş midir? Bitmemiş ise buna nerede devam edecektir? İşte bu zarurettir ki dispanserlere tedavi yükünü tahmil etmektedir. Dispanseri esas gayesinden uzaklaştıran faktör yeni tesbit edilen bir vak'aya en kısa bir zamanda bir yatak temin edilememesidir. Maruzatım bundan ibarettir.

Dr. Moiz Berker

Evvelâ kendi tebliğimi alâkadar eden tenkitlere cevap vermek istiyorum. İlk tenkit kendi hocamdan geldi, hocam İstanbulda dispanser sektörlerinin pek dar tutulmadığını ve 50.000 kişi için bir dispanserin fazla olmadığını söylediler ve misal olarak İstanbul hududu Newyork kadar büyüktür, veya şehrin bir ucundan diğer ucuna gitmek için Newyork kadar zorluk vardır, dediler. Maalesef kendileriyle aynı kanaatta değilim. Yine kendi kanaatıma göre İstanbuldaki dispanserlerin fazla olduğunu söyleyeceğim. Şimdi İstanbulda 20 dispanser mevcuttur, bunun bir veya ikisi belediye hudutları dışındadır, diğerleri belediye hudutları dahilindedir. Yani en uzak semtten merkezî bir dispansere gitmek için 15-20 dakikalık bir zaman kâfidir. Dispanser daha alâka çekici olursa hasta bu mesafeye katlanabilir. Nitekim bazı hastalar lodos ve fırtınalı havalarda Heybeliye kadar gelmektedirler, yani 2 saatlik bir yola katlanmaktadırlar. Bir hasta dispansere gitmek için 15-20 dakikasını verebilir. Ben *Osman Şevki* beyin dediği gibi katiyen dispanserler ortadan kalksın demedim. Bir iki dispanser bir araya gelerek teknik eleman bakımından kuvvetlensin, dolayısiyle kendi vazifesi olan profilaksi ve sosyal mesaiye daha çok ehemmiyet versin dedim. Dispanserde teknik eleman çoğalırsa mecbur olduğu tedaviyi de daha kolay yapar kanaatındayım.

Osman Şevki Uludağ, dispanserlerin vazifelerinin sanatoryuma verilmesini istediğimizi söylediler. Öyle bir niyetimiz yoktur. Dispanserlerin vazifelerinde biz de kendileriyle beraberiz, hakikaten verem mücadelesinde çok mühim rolleri vardır fakat yeter ki kendi hudutları dahilinde, yani profilaksi ve depistajda kalsınlar, sonraki işleri diğer müesseselere bıraksınlar.

Biz dispanserlerle beraber verem yatakları da azdır dedik. *Reha* bey arkadaşımın dispanserdeki tedavi vazifesi, depistaj ve profilksi işine sekte vurmamakta imiş, kendisiyle birlikte aynı klinikte çalıştık, çok çalışkan bir arkadaş olduğunu bilirim, benim söylemek istediğim şudur: işler dağıldıkça esas vazifeye daha az zaman kalır, her şeyi yapmak isteyen emin olun ki hiç bir şey yapamaz.

Neşati bey tebliğlerinde ambülatuvar tedaviden bahsettiler, ben ambülatuvar tedavinin fayda ve mahzurlarını anlatacak değilim. Fakat bu ambülatuvar tedavinin bizim fikrimizi desteklediğini söylemek isterim. Kendileri hastane tedavisi ile ayak tedavisi arasında bir mukayese yaparak arada büyük bir fark bulmadılar. Bu hususta ben de kendileriyle beraberim, çünkü hastanede azamî üç ay yapılan tedavi de ambülatuvar sayılır. Onun içindir ki, yapılan mukayese pek tabii olarak birbirine müsavi çıkacaktır.

Tevfik İsmail bey evde tedavi meselesini ortaya attılar, hakikaten bazı memleketlerde evde tedavi meselesi ilerlemiştir. İngilterede bulunduğum zaman bu tedavileri yakından görmüş ve tetkik etmiş bir adam sıfatiyle diyebilirim ki bu tedavi maalesef memleketimizde tatbik edilemez. 5 sene dispanserlerde çalıştım, mıntakadaki evleri de dolaştım, hasta ile 5 çocuk bir odada yatarsa, evin kadını da kocasını ve çocuklarını beslemek için işe giderek 4 aylık ve 2 yaşındaki çocukların bakımını kocasına bırakırsa bu şeraitte bizim memleketimizde ev tedavisi yapılamaz. Ev tedavisi ancak zengin kimselerde yapılabilir.

Tevfik İsmail bey ufak leziyonların dispanserde tedavi edilebileceğini söylediler, fakat öyle zannediyorum ki tüberküloz hastalığının ufak lezyonu diye bir şey yoktur. Ufak bir lezyonun ilerde ne olacağı belli değildir. Ufak lezyon primo enfeksiyon demek değildir. Primo enfeksiyon belki ufak lezyon telâkki edilebilir, belki tedavi edilebilir. Lezyon ufaktır, ufak bir yer işgal ediyor diye tedavisinin dispansere bırakılmasının ne dereceye kadar doğru olacağı meçhuldür.

Muzaffer bey dediler ki «dispanserde teşhis edilen hastalar hastanede yatırılamadığı için dispanserde tedavi ediliyor». Bu doğrudur. Ben de dispanser bu işi tamamen bıraksın demedim, bu vaziyetin tashih edilmesini istedim.

Dr. Celâl Ertuğ

Tebliğ sahibi arkadaşların fikirlerinden çok istifade ettim, hepsine teşekkürü vazife bilirim. Efendim, problem şudur: memleketimizde verem mücadelesi nasıl olmalıdır? Acaba dünya ölçüsünde biz bu mücadelenin neresindeyiz?

Verem mücadelesi birtakım müteselsil teşkilâtın birbiriyle iş birliği yapmasiyle kabildir. Teşkilâtın can noktası dispanser midir, hastane midir? Bunun münakaşası gördünüz ki uzun sürdü, lehte ve aleyhte söylenen pek çok şeyler var. Her şeyden evvel şunu bilmek lâzımdır ki verem sosyal bir hastalık olduğu kadar bir devlet hastalığıdır. Devletin bu işte büyük bir payı olmalıdır. Bizdeki gönüllü teşkilât ve bunun dışındaki gönüllü organizasyonlar bir hareket içindedir. Devlet para fonunu koymuştur ama kâfi organizasyon içine girmiş değildir. Nitekim her yerde söylüyorum, Sıhhiye Vekâletinde epidemiyoloji istatistiklerini mükemmel bir şekilde ve her an bize verebilecek tüberküloz dairesi olmasını senelerden beri dört gözle beklemekteyiz. Bu tahakkuk etmemiştir, inşallah olacaktır.

Bendenizce tüberküloz mücadelesinin muvaffakıyeti tıpkı askerî birliklerde olduğu gibidir. Askerlikte cepheden sıhhiye bölüklerinden geri hastahanelere kadar kademeler nasıl birbirini takibederse verem savaşındaki kademelerin de birbirini takibetmesi lâzımdır. Bu zincirleme teşkilâtı kurmadığımız takdirde hiç bir zaman muvaffak oluyoruz, olacağız, olduk dememek lâzımdır.

Bugünkü rakamların hiç birisi itimad edilir rakamlar değildir. Onun için bu zincirleme teşkilâtı kurmak mecburiyetindeyiz. Kanaatımca veremin korunma ve epidemiyoloji cephesi dispanserler tarafından yapılabilir fakat verem teşhisi dispanserlerde konamaz. Bu gün verem, dispanserlerde takibedilen bir hastalık olmaktan çıkmıştır. Tedavisi yine yapılamaz bir enstütisyon hastalığıdır. Verem arayan teşkilât vak'aları veremli şüphesiyle bulur, araştırma ve tedaviyi de arkadaki teşkilât yapar. Bu gün Amerikanın, en modern tüberküloz müesseselerinde, giren vak'anın %17'si no tüberküloz olarak çıkmaktadır. Bir çok imkânlara sahibolan bu müesseselerin dahi teşhis edemediği hastalığı dispanserler hiç edemez. Dispanserlerimiz ancak prevantif, halkı tenvir etme, aşı yapma ve diğer fonksiyonları üzerlerine alabilirler. Şahsan tedaviyi üzerlerine almalarına asla taraftar değilim.

Ambülatuvar tedavinin evalüasyonuna gelince: Biz Ankarada 5 dispanser kurduk ve bu dispanserlerin acaba faaliyeti nedir diyerek bir otokritik hazırladık ve bunu hazırlarken iyi neticeler elde edeceğimizi ümit ediyorduk. Fakat maalesef bu iyi neticeyi alamadık. Sarfettiğimiz büyük emek hem küçük bir netice vermiştir, hem de çok pahalıdır.

Efendim, yatak olmadığından dispanserde tedavi edelim. Bence bu fikir daima verem yataklarının artmasına mâni oluyor. Belki ben biraz aşırı düşünüyorum. Ambülatuvar tedavinin de iyi netice vermediğini eğer arkadaşım çok samimi olan travayımı okursa anlayacaktır. Bu travayım Almanya Göğüs Hastalıkları Kongresinde disküsyonlu bir toplantıya kondu. Büyük bir ekseriyet fikirlerime temayül gösterdiler. Bunu orada bulunan muhterem üyeler hatırlarlar.

Efendim, dispanserleri şimdiye kadar yaptıkları işlerle kötülemek istemem. Bilhassa hocamız *Tevfik Sağlam*'ın İstanbuldaki dispanserleriyle tüberküloz mücadelesine yaptığı hizmeti de daima şükranla anarım, fakat hocanın asıl muvaffakıyeti hakikaten dispanserlerin taş yapılarından ziyade tüberküloz mücadelesindeki mânevi yapısıdır. Hakikaten memleketimizde mücadele ruhunu büyük bir enerji ve aşk ile kurmuş ve inkişaf ettirmiştir. Asıl takdirkârı olduğum bu mânevi yapıdır. Fakat inanış itibariyle dispanserler hususunda fikirlerimiz tamamen aykırıdır.

Devletin kendine düşen hissedeki rolüne de tenkitkâr ifade ile temas edersem yalnız muhterem arkadaşım *Niyazi Erzin*'in, şahsî diyebileceğim, büyük gayreti ve alâkasını şükranla zikretmeyi büyük bir vazife bilirim.

Dr. Haydar Aksüğür

Muhterem arkadaşlarım, bu dispanser ve hastane arasındaki münakaşalar gösteriyor ki memleketin büyük bir ihtiyacının halli meselesi ortada kalmıştır. Muhakkaktır ki hem dispanser hem de hastanelerin büyük vazifeleri vardır. Tüberküloz tedavisi bir kül olduğuna göre bu ikisini birbirinden ayırmamak lâzımdır.

Evvelâ şunu düşünelim: 250.000 hastaya mukabil *Niyazi* beyin de belirttikleri gibi çok mahdut sayıda dispanser var. Hocamızın söylediği gibi 50.000 kişiye bir dispanser düşünülürse memleketimizde en az 500 dispanser olması lâzımdır ki bunun henüz beşte birindeyiz. Hastane mevzuunu ele alırsak hasta adedi ile yatak adedi ara-

sında gayet büyük bir fark var. O halde noksanlık her iki taraftadır. Bu dâva nasıl hallolacak? Dâva ne dispanser ne hastane lehine olmalı, ne ifrata ne de tefrite kaçmamalıdır. Tekrar ediyorum, tüberküloz tedavisi kül olarak ele alınmalı, elimizdeki mevcut müesseseler ıslâh ve tevsi edilmeli daha iyi fonksiyone edecek bir şekle sokulmalıdır. Elimize imkân geçtiği zaman dispanserlerle birlikte hastane yataklarını da artırmalıdır. Şuna kanîim ki tüberküloz tedavisi hastanede başlar, dispanserde devam eder.

Dr. Nail Uçar

Sayın hocam *Tevfik Sağlam*'ın tüberküloz savaşında, bu savaşın muvaffak olabilmesi için herhangi yerinden olursa olsun tutmak lâzım geldiğini söylediler. Bendeniz 2'nci Türk Mikrobiyoloji Kongresinde Refik Saydam Hıfzıssıhha Enstitüsünün mesailerinden birinde yerlerdeki balgamlarda büyük nisbette basil bulunması üzerine, bu savaşı omuzlarına almış bulunan bizler lâkayıt kalamayız. Küçüklüğümde şöyle bir yazı hatırlıyorum. Bu yazıda «sonbaharda kesilmiş ağaçların manzarasından daha elîm bir şey göremedim». Ben de «yerlere tükürmekten daha elîm bir şey göremedim» diye ilâve ediyorum. Bu balgamlar âdeta gittikçe artıyor. Caddeler bir mozayık halini almıştır. Sizlere bundan 51 yıl evvel yazılmış, burada aynı zamanda ruhunu şâdetmek istediğim *Rifat* beyin (verem kabili şifadır) diyen kitabının ikinci sayfasını müsaadenizle okuyorum. «Bir ilâcın keşfedilmesi ile hiç bir iş bitmez, çünkü verem zayıflara hücum eder, sağlam ve kuvvetli olanlarda ise bir iş göremez. İlâç olsa dahi, hastanın kendi kendine yardım etmesi, iyi olmak arzusu icabedecektir. Hastalığın önünü almak böyle bir devayı şafiye muhtaç olmaktan daha iyidir.» Herhalde bu mücadelede bir klâkson yasağından daha faydalı olacak olan yerlere tükürme yasağının konması tavsiye olunur.

Dr. Niyazi Tunga

Osman Dora arkadaşımın arzusu üzerine, kendilerine cevap vermek üzere söz almış bulunuyorum. Bendeniz burada Sıhhat Vekâletinin verem mücadelesinde teknik hizmetlerini ifa eden bir arkadaşımız olarak 3'üncü Türk Tüberküloz Kongresinin ve daha evvel Türkiye Ulusal Verem Savaşı Derneğinin kongresine iştirak eden üyelerin kıymetli irşatlarından faydalanmak üzere müşahit olarak gelmiş bulunuyorum. Vekâletimizin verem mücadelesindeki noktai nazarını açıklamaya mezun ve salâhiyetli değilim. Fakat burada yapılan çok kıymetli tebliğ ve münakaşaları Vekâlete aksettireceğim. Maruzatım bundan ibarettir.

ALTINCI CELSE

İstanbul Milletlerarası Verem Savaşı Olgunlaşma ve Gösteri Merkezi

TÜRKİYEDE REHABİLİTASYONUN TEŞKİLÂTLANDIRILMASI HAKKINDA DÜŞÜNCELER

Dr. FAZIL ERHAT

Bilhassa İkinci Dünya Harbinden sonra sayıca çok artmış olan veremli, malûl ve sakatlar için meydana getirilen rehabilitasyon teşkilâtının bir çok memleketlerde hızla geliştiği görülmektedir.

Tedavi imkânlarının son on sene zarfında artmış olması ve sosyal yardımın çeşitli şekillerine büyük önem verilmesi, bu sahadaki çalışmaların başarılı olmasında âmil olmuştur.

1954 senesinden beri memleketimizde de bu sahada büyük gayretler sarfedilmektedir. İstanbulda akciğer tüberkülozundan iyileşmiş şahıslara mahsus üç reedükasyon merkezi mevcuttur. Sıhhat ve İçtimaî Muavenet Vekâletinin yardımiyle kurulan bu merkezler, şimdilik, bir tecrübe mahiyetini aşmayacak şekilde teşkilâtlandırılmıştır.

İstanbuldaki merkezler açıldıktan sonra iyileşmiş akciğer veremlileri için Ankarada iki, İzmirde bir ve İstanbulda kemik ve eklem hastalıkları için bir merkez faaliyete geçmiş veya geçmek üzeredir. Bu bize gösteriyor ki Türkiyede de veremlilerin rehabilitasyonu hızlı bir şekilde inkişaf etmek istidadındadır.

Önümüzdeki seneler zarfında daha fazla önem verilerek gelişmek istidadında olan rehabilitasyon teşkilâtımızın müessir olması için alınması gereken tedbirleri, yabancı memleketlerde yapmak fır-

satını bulduğumuz tetkiklere istinaden kısa bir şekilde tahlil etmek istiyorum.

A. YABANCI MEMLEKETLERDE REHABİLİTASYONUN ESAS DOKTRİNİNE AİT BAZI PRENSİPLER

I. Rehabilitasyonun teşkilâtlandırılmasında Devlete ait vazifeler:

a) Röklasmanın hukukî ana prensibinin seçilmesi:

Veremlilerin rehabilitasyonu ve röklasmanında Devlete terettüp eden çeşitli vazifeler vardır. Umumiyetle Devlet iş verenlerin başında gelir, halbuki veremlilerin iyileştikleri halde bile vazifelerine devam etmeleri kolaylaştırılmamaktadır (1).

Vereme tutulan şahsın bu hastlığa millî toplumun menfaati için çalıştığı bir sırada maruz kaldığı çoğu zaman unutulur (2).

İyileştikten sonra tam mânasiyle rehabilite edildikleri takdirde veremli ve diğer malûl ve sakatların çalışma randımanı bakımından hiç hastalanmamış insanlardan farksız oldukları yapılan bir çok tetkiklerle anlaşılmıştır. Ancak bu neticeye varmak için eski hastaların modern tedavi ilminin bütün imkânlarından istifade ettirildikten sonra kusursuz bir şekilde readapte, reedüke ve röklase edilmiş olmaları şarttır.

Bunun sağlanması için de mükemmel tedavi imkânlarından başka, noksanı olmayan özel bir rehabilitasyon teşkilâtına ve röklasmana müsait çalışma kanunlarına ihtiyaç vardır.

Psiko-sosyal bir problem olan röklasman iki ana prensibe göre teşkilâtlandırılabilir:

1. Serbest röklasman:

İyileşmiş hastaları çalıştırmak, iş verenlere bir mecburiyet şeklinde tahmil edilmemiştir. Bu formül ancak iyi gelişmiş ve çalışma problemleri bakımından istikrar bulmuş memleketlerde tatbik edilebilir.

Amerika Birleşik Devletlerinde, eski hasta veya sakatların röklasmanı serbest bırakıldığı halde, hiç bir şekilde müşkülâta rastlamamaktadır.

2. Korunmuş meslekler:

Bazı mesleklerde veremli, malûl veya sakatlara iş vermek, kanunla bir mecburiyet haline getirilebilir, bunlara o zaman Korunmuş Meslekler denir (Empois Protégés).

Bir kısım yazarlara göre (3) bu formülün bazı mahzurları vardır, buna rağmen Avusturya, Büyük-Britanya, Yunanistan, İsrael, Batı Almanya, Belçika, Finlandiya ve Lüksemburg Korunmuş Meslekler prensibini kabul etmişlerdir. Zikrettiğimiz son üç memlekette prensip kabul edilmiş olmakla beraber, eski hastalara tahsis edilecek iş verme mecburiyeti oranı tesbit edilmemiştir. Harbden büyük zararlar görmüş Batı Almanyada ise sakat veya iyileşmiş veremlilere iş verme mecburiyeti oranı, özel müesseselerde %8 ve Devlet müesseselerinde ise %10 olarak tesbit edilmiştir.

İngilterede Tomlinson Komitesinin hazırladığı «Diseabled Persons Employment Act» isimli kanunla bu oran %3 olarak tesbit edilmiştir (4).

Hastalık bilgisinin halk arasında yayılmamış olması, iş verenlerde yersiz bir tüberkülofobinin kökleşmesine sebebolur. Spesyalizasyon icabettiren işlerde eleman bulmak müşkülâta rastlamadığı ve Korunmuş Meslekler prensibi kabul edilmediği takdirde, eski hastaların röklasmanı büyük zorluklara maruz kalabilir.

Bilâkis işsizlik mevzuubahis ise, eski hasta ve sakatları koruyan tedbirlerin olmaması handikaplı şahısların ilk evvelâ işsiz kalmasına sebebolur.

b. Rehabilitasyonda görevli makamların vazife ve salâhiyetleri:

Hastaların tam mânasiyle tekrar sıhhate kavuşması, Sıhhat ve İçtimaî Muavenet Vekâletini ilgilendiren bir halk sağlığı problemidir.

İyileşmiş eski hastaların çalışma hayatına dönmesi Sıhhat ve İçtimaî Muavenet Vekâletini, Çalışma Vekâletini ve daha bir çok makamları ilgilendiren, sosyal ve ekonomik bakımdan önemli, bir çalışma problemidir.

Bu problemlerle görevli olan makamlar arasında kesin bir vazife taksimi yapmak mümkün değildir. Müşterek dâvayı başarılı bir şekilde halletmek için pratik sahada muhtelif makamlar arasında sıkı ve uzun süreli bir iş birliği kurulmalıdır.

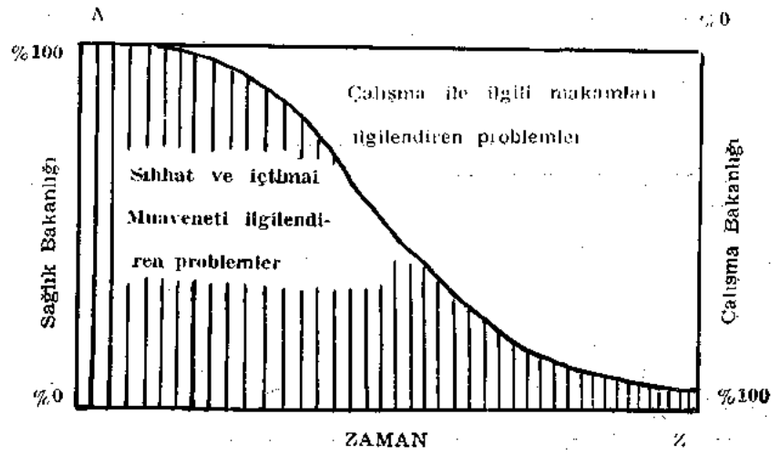
Sağlık ve Çalışma problemlerinin karşılıklı münasebetleri bir kurb ile ifade edilebilir. Grafik I, iyileşmekte olan şahıslarda çalışma gücünün zamanla arttığını da göstermektedir (5).

Rehabilitasyon sahasında işbirliği kurmaları gereken belli başlı makam ve müesseseler şunlardır (6):

I. Merkezî teşkilât:

A. Devlet:

1. Sıhhat ve İçtimaî Muavenet Vekâleti.



2. Çalışma Vekâleti: Sigorta teşkilâtı, İş ve işçi bulma kurumları.

3. Millî Eğitim Vekâleti.

4. Millî Müdafaa Vekâleti ve başka vekâletler.

5. Resmî makamlar: Vilâyet ve Belediye Sağlık Md.lükleri.

B. Özel teşekküller:

1. Verem Savaşı Dernekleri.

2. Malûl sakat ve eski hasta dernekleri.

3. İşçi Sendikaları.

4. İş veren sendikaları.

Fransada bu makamların vazife, salâhiyet ve karşılıklı ödevleri 1947'de tesbit edilmiş fakat, o zaman, bu konuda kazanılan tecrübe az olduğundan alınan kararlarda bazı değişiklikler yapmak lüzumu hissedilmiştir. 1948'de rehabilitasyonun teşkilâtlandırılması için tekrar muhtelif vekâlet ve teşekküllerin temsilcilerinden bir komisyon kurulmuştur. Bu komisyonda: muhtelif vekâlet ve resmî teşekküllerden 8, eski hasta ve sakat derneklerinden 8 ve işçi ve iş veren sendikalarından da 8 temsilci vardı. Vazifeleri, çalışmaları, ve kompetansları bakımından rehabilitasyon sahasında tecrübesi olan şahıslar da komisyon çalışmalarına katılmaya davet edilmişlerdi.

2. Mahallî teşkilât:

Birleşik Amerika Devletlerinde rehabilitasyonu memleket çapında teşkilâtlandırmak üzere 1951'de «Federal Security Agency» ismi altında bir teşekkül meydana getirilmiştir (6). Fransada ise 1953 senesinden itibaren rehabilitasyon geniş bir şekilde teşkilâtlandırılmaya başlanmıştır, bunun için taşrada şimdiye kadar 46 «Commission Départementale» kurulmuş, 42 tane de kurulmak üzeredir.

Röklasman bakımından iş bulma kurumlarının santralizatör olarak vazife görmeleri arzu edilir. Röklase edilmesi gereken iyileşmiş hastalar ve dosyaları buraya yollanmalıdır. Vekâletlerin ve özel teşekküllerin açacakları röklasman büroları Çalışma Vekâletine bildirilmeli, sigorta teşkilâtı, iş ve işçi bulma kurumları ve özel müesseseler arasında sıkı bir işbirliği teessüs edebilmelidir.

Readaptasyon, reedükasyon ve röklasmana tabi tutulacak şahısların tıbbî, psikolojik ve meslekî bakımdan tetkik edilmek üzere bir tek merkezin kontrolü altında bulundurulması büyük avantajlar sağlar.

Paris'te 88 rue de la Jonquière'de tetkik etmek fırsatını bulduğum bu tipten bir merkezde, şu servislerin mevcut olduğunu görebildik:

A. Tıbbî Servis:

1. Tıbbî konsültasyon servisi.

2. Röntgen servisi.

3. Lâboratuvar.

4. Sosyal servis bölümü.

Bu bölümlerin vazifeleri şu şekilde hülâsa edilebilir:

Medikal, sosyal ve meslekî bakımdan bir sentez yaparak şahsın durumunu tesbit etmek.

Hastanın hangi teşkilât hesabına rehabilitasyona tabi tutulacağını tesbit ederek, ilgili makam nezdinde durumun gerektirdiği formaliteleri yapmak «Prise en charge».

Muhtelif servisler arasında iş birliği sağlamak.

Röklasmana yardım etmek.

B. Psikoteknik ve Meslekî Yöneltme Servisi:

Tıbbî ve sosyal bakımdan incelenmiş olan şahısları psikoteknik ve meslekî tetkiklere tabi tutarak en uygun meslekte readaptasyon,

reedükasyon veya röklasmanlarını sağlamak üzere tavsiyelerde bulunur ve hastaların yollanacakları müesseseyi seçer.

C. Röklasman Bürosu:

Çalışma Vekâletinin veya diğer teşekküllerin röklasman bürolariyle işbirliği yapmak suretiyle röklasmanı sağlar.

Çalışma gücü tekrar iktisabedilinceye kadar hastalara maddî yardım yapmak sosyal bir zarurettir. Fransada 1945'ten beri bunun için «Longue Maladie» kanunu kabul edilmiş ve veremliler de bu kanundan istifade ettirilmektedir. Bu ödenekten istifade eden veremlilerin rehabilite edildikleri meslekte çalışmaları mecburidir, mesleğin terkedilmesi ödeneğin kesilmesine sebebolabilir. Bilâkis tam çalışma gücünün iktisabedilebilmesi için 3 sene müddetle yapılan yardımların bir sene daha uzatılması mümkündür.

Aşağıdaki tabloda rehabilitasyonun muhtelif safhaları ile ilgili teşkilâtı şematik olarak göstermeye çalıştık:

REHABİLİTASYONUN SAFHALARI

Kür ve Postkür:

I. **Rehabilite edilecek şahısların menşeleri:**
Dispanserler, Hastaneler, Sigorta teşkilâtı, Dernekler.
Sistematik Depistaj
Sanatoryumlar.
Sosyal servis.

II. **Mesleki Yöneltme:**
Tıbbi muayene
Sosyal tam.
Psikoteknik muayene.
Mesleki yöneltme.

Direkt Röklasman.

III. **Mesleki Readaptasyon veya reedükasyon:**
Readaptasyon ve Sosyal sigorta. Dernekler
Reedükasyon merkezleri. Hastalık ödenekleri. (Yardım)

Direkt Röklasman.

IV. **Röklasman:**
Serbest röklasman, Korunmuş meslekler, Korunmuş atelyeler, Evde iş temini, Maaş tamamlayıcı ödenek.

Çalışma hayatına dönüş:

V. **Sonuçların değerlendirilmesi.** Statistik bölümü).

VI. **Röklasmanın kontrolü:**
Müesseselerde.
Korunmuş atelyelerde. **Sosyal Servis** (Dispanser).
Evde.

c. Korunmuş atelyeler:

Korunmuş mesleklerin kabul edilmesiyle röklasman problemlerinin halledilebileceği düşünülemez. Daha başka tedbirlere ihtiyaç vardır ve bu meyanda Korunmuş atelyeleri en başta zikretmek lâzımdır. İlk defa 1915'te New-York'ta açılan «Altro» çalışma atelyeleri veremliler için Korunmuş atelyeler prensibini tatbikat mevkiine koymuştur (8).

İyileşmiş hastaların Korunmuş atelyelerde röklase edilmesi, bilhassa Büyük Britanyada benimsenmiş ve hükûmet «Remploy Ltd.» ismi altında, 90 atelyesinde 6.000 veremliye iş vermek imkânını sağlayan, döner sermayeli bir işletme kurmuştur (6).

d. Diğer tedbirler:

Rehabilitasyonun teşkilâtlanrılmasında Devlet tarafından alınması gereken hukukî, idarî ve teknik tedbirleri gözden geçirdikten sonra kısaca, kanaatımızca çok mühim olan, kür ve post-kürün teşkilâtlandırılmasından bahsetmek istiyorum.

Yeni keşiflerin tedavi ve mediko-sosyal tedbirler bakımından meydana getirdiği icapların en önemlisi veremli hastaların uzun zaman kür ve post-kür müesseselerinde yatırılarak tedavi edilmesidir.

Hollandada vasatî hospitalizasyon süresi bir seneyi geçmektedir, Fransada ise bu müddet 9 aydan fazladır.

Son seneler zarfında post-küre önem verilmeye başlanmış ve bu konuda bir çok memleketlerde bir doktrin teessüs etmiştir.

Pahalıya mal olan ve kısa zamanda ihtiyaçları karşılayacak şekilde çoğaltılamayan sanatorial müesseselerin, daha ucuz ve rehabilitasyon bakımından istifade edilebilecek, post-kür müesseseleriyle desteklenmesi bilhassa vasatî hospitalizasyon süresi kısa olan memleketler için göz önünde bulundurulması icabeden bir tedbirdir.

Eski hastalara evde iş vermek suretiyle, veya tam mânasiyle çalışma gücü tekrar iktisabedilinceye kadar, maaş tamamlayıcı bir ödenek vermek de, rehabilitasyonu daha müessir bir hale getirmeye yardım eden tedbirlerdir (Allocation Compensatrice de Salaire) (9).

II. Rehabilitasyonun teşkilâtlandırılmasında özel teşekküllere ait vazifeler:

Özel teşekküllerin rehabilitasyon sahasında büyük yardımları olabilir. Burda bilhassa Halk Sağlığı Eğitimi ve propagandadan bahsetmek istiyoruz. Bazı esasların toplum tarafından iyice kavranılmış ve benimsenmiş olması, alınan tedbirleri tesirli hale getirmek için şarttır. Meselâ:

a. İşverenler, tıbbî kontrol altında olan veremlilerin, bir kaç meslek istisna edilirse, pekâlâ işe yarayabileceklerini anlamış durumda olmalıdırlar.

b. İyileşmiş hastalarda çalışma randımanının yüksek ve işe devamsızlığın hastalanmamış insanlara nazaran daha fazla olmadığı anlaşılmıştır. Bu şahıslara iş verenlerin hiç bir şekilde zarar görmeyeceği kendilerine anlatılmalıdır.

c. İşçi ve iş veren sendikaları röklasman konusunda karşılıklı anlayışla hareket ederek, az yorucu işleri tercihan eski hastalara vermek hususunda mutabık kalmalıdırlar.

Bu esasların halka duyurulmasında Halk Sağlığı Eğitiminin rolü büyüktür, fakat bu prensipler benimsendikten sonra özel teşekküller rehabilitasyon sahasında üzerilerine daha fazla vazife alabilirler.

Halen Fransada özel teşekküllere ait 140 rehabilitasyon merkezi vardır. Bu merkezlerden 60'ı veremlilere, 47'si akciğer veremlilerine, 7'si kalb hastalarına, 11'i sağır ve dilsizlere, 18'i körlere, 6'sı akıl hastalarına, 2'si saralılara, ve 36'sı da muhtelif tipten sakatlara tahsis edilmiştir (1).

B. REHABİLİTASYON TEŞKİLÂTIMIZIN NOKSANSIZ VE MÜESSİR OLMASINI SAĞLAMAK İÇİN KANAATİMİZCE ALINMASI GEREKEN TEDBİRLER

I. Teknik eleman yetiştirilmesi:

Rehabilitasyon teşkilâtının bütün icaplarını yerine getirmek üzere çeşitli tipte müesseselere ve özel şekilde yetiştirilmiş personel ve teknik elemanlara ihtiyaç vardır. Yetiştirilmesi icabeden personel şunlardır:

a) Rehabilitasyon sahasında bilgisi olan hekimler.
b) » » » » hemşireler.
c) » ve röklasman hakkında bilgisi olan çalışma uzm.
d) » hakkında bilgisi olan meslek öğretmenleri.
e) » Psikoteknisyenler.
f) Meslekî yöneltme uzmanları.

Meslekî yöneltme ve psikoteknik muayeneler bakımından Çalışma bakımından Çalışma Bakanlığının İstanbulda açmış olduğu merkezden 3 sene evvel bir kaç defa istifade etmiştik. Fakat şimdiye kadar reedüke edilecek şahıslar sistemli bir şekilde meslekî yöneltmeye tabi tutulmadan reedükasyon merkezlerine yollanmaktadırlar. Bu hastaların meslekî yöneltmeye tabi tutulması şayanı arzudur.

II. Hastaların seçilmesi:

Reedükasyon müesseselerine stabilize hastaların yollanmasını sağlamak için readaptasyona sanatoryumdan itibaren başlaması ve ilk seçmenin burda yapılması arzu edilir. Reedükasyon merkezleri sanatoryuma yakın olarak kurulmuş ise, readaptasyona bir preaprantisaj şeklini vermek mümkündür. Ancak, 1951 senesinde yaptığımız anketlerden anlaşıldığı gibi, readaptasyona sanatoryum kademesinde başlamak hospitalizasyon süresinin çok kısa olmasından halen imkânsız gibidir.

Hospitalizasyon süresi uzatılabilse, sanatoryumda iken seçilen hastaları bir preprantisajla hazırladıktan sonra tam stabilize olarak reedükasyon merkezlerine yollamak mümkün olacaktır (10).

Reedükasyona tabi tutulacak hastaların oldukça önemli tüberküloz şekilleri geçirenler arasından seçilmesi, istifade ettirildikleri mediko-sosyal yardımın değerini artıracağından, şayanı arzudur.

Bundan başka, kronik veremlilerin ve kemik tüberkülozlularının da reedüke edilmesi arzu edilir. Bunun için de özel müesseselerin kurulması lâzımdır.

III. Röklasman:

Teşkilâtımızın takviye lüzumu beliren diğer bölümü de röklasmandır. Şimdiki halde röklasmanı sağlamak için ferdî plân üzerinde çalışmaktayız. Bu işle muhtelif müesseselerimizde vazifeli doktorlar, meslek öğretmenleri ve az sayıda sosyal hemşire meşgul olmaktadır. Teşkilâtlanmış bir röklasman servisine şimdiden ihtiyaç vardır.

Röklasmanı kolaylaştırmak üzere alınması gereken tedbirleri şu şekilde hülâsa etmek mümkündür:

a. Meslekî kabiliyet sertifikası:

Reedükasyon merkezlerinden mezun olanların bilgileri resmî bir belge ile tesbit edilmelidir. Fransada bu belgeye «Certificat d'Aptitude Professionelle» denilmektedir.

Reedükasyon müesseseleri bizde de «formation accélée» prensibine istinaden öğretim yapan meslek okullarıdır. Burdan çıkanlara mesleklerinde ehliyet kesbettiklerini belirten resmî bir vesikanın verilmesi röklasmanlarını büyük nisbette kolaylaştıracaktır.

Tıbbî durumlarının yetiştirildikleri işte çalışmalarına hiç bir

şekilde mâni teşkil etmiyeceği belirtilmelidir, böylelikle Meslekî Kabliyet Sertifikası iş verenlere emniyet telkin eder.

b. Korunmuş Meslekler:

Konuşmamızın ilk kısmında rehabilitasyonun esas doktrinine ait prensipler bahsinde röklasmanın hukukî ana prensibinin seçilmesi konusuna temas etmiş ve psiko-sosyal bir problem olan röklasmanın serbest röklasman veya Korunmuş Meslekler ihdaş edilmek suretiyle teşkilâtlandırılabileceğini söylemiştik. Kanaatimizce Korunmuş Meslekler prensibi, memleketimizin sosyal ve çalışma problemleri göz önünde tutulursa, tercih edilmelidir.

20 şubat ve 4 mayıs 1953 tarihlerinde İstanbul Milletlerarası Verem Savaşı Olgunlaşma ve Gösteri Merkezinde, İstanbul İş ve İşçi Bulma Kurumu ve Beynelmilel İş Bürosu uzmanlarının iştirakiyle yapılan bir toplantırda reedükasyonun yapıldığı branşlarda Korunmuş Meslekler prensibinin kabulünün uygun olacağı hususunda mutabık kalınmış ve Beynelmilel İş Bürosunun görüşünü Çalışma Bakanlığına bildirmesi derpiş edilmişti.

c. Korunmuş Atelyeler:

Özel bir röklasman bölümü kurulsa bile, reedükasyondan çıkanların iş bulması bazı müşkülâtlara rastlayacak veyahut hiç olmazsa uzun zaman icabettirecektir. Devamlı olarak veya bazı vak'alarda hiç olmazsa iş buluncaya kadar bu şahısların çalıştırılabilecekleri atelyelere ihtiyaç vardır. Korunmuş atelyeler derhal iyileşmiş veremlileri çalıştırmak imkânı veren ve iyi neticeler veren bir formüldür. Kadınlara mahsus Şişli Rehabilitasyon Merkezinde bu sahada ufak çapta bir tecrübe yapılmaktadır.

d. Tam teşekküllü rehabilitasyon merkezleri:

Teşkilâtımızın halihazır durumunda kurulması bilhassa düşünülmesi icabeden tıbbî, psikoteknik, meslekî yöneltme servisini ve röklasman bürosunu bir arada bulunduran tam teşekküllü rehabilitasyon merkezleridir. Bu merkezlerin çalışması hakkında yukarıda bilgi verdik. Bu nevi merkezlerden uzman personel yetiştirilmesi hususunda azamî şekilde istifade sağlanması mümkün olduğu gibi, hastaların seçilmesi, en uygun şekilde meslekî yöneltmeye tabi tutulması, sosyal kanunlardan istifade ettirilmesi ve nihayet röklase edilmesini temin etmek mümkündür. Tam teşekküllü Merkezler rehabilitasyonla ilgili makamlar arasındaki iş birliğinin en uygun bir şekilde üslendirilebileceği bir yerdir.

IV. İstatistik bilgiler:

Papworth'un başhekimi **Dr. Trail**'in Bilan International de la Tuberculose (1954)'te neşrettiği bir yazıda veremlilerin rehabilitasyonuna, çok zaman yeter derecede istatistik bilgiye istinad edilmeden teşebbüs edildiği belirtilmiştir. Bu noksan ve yetmezlikler rehabilitasyon mevzuubahis olunca çok defa kaçınılamayan acele edici tandanslardan ileri gelmektedir.

C. SONUÇ:

İyileşmiş veremlilerin, sakat ve malûllerin rehabilitasyonu, verem savaşı ve sosyal tababetin gelişmiş olduğu memleketlerde, özel kanunlar, ilgili makamlar arasında sıkı bir işbirliği, geniş teşkilât, çeşitli tipte müesseselerin kurulmuş olması ve uzman personelin mevcudiyeti sayesinde bilhassa son seneler zarfında başarılı olmuştur.

Muayyen tipte müesseselerin kurulması problemi ancak kısmen halletmek imkânını verir, halbuki kurulan müesseselerin rasyonel bir şekilde çalışabilmeleri için Sağlık, Çalışma, Sosyal Yardım ve Eğitim problemlerinin de göz önünde bulundurulması lâzımdır. Çok şümullü olan bu işte muvaffak olmak için de ilgili resmî ve özel bütün teşekküllerin sıkı bir işbirliği halinde çalışmaları şarttır.

Rehabilitasyon sade muayyen usuller kullanmak suretiyle icra edilen bir teknik veya basit bir metottan ibaret değildir.

Rehabilitasyon, hastalık veya sakatlık yüzünden çalışma gücü azalmış her şahsın tıbbî, psikolojik ve sosyal imkânlardan istifade ettirildiği takdirde, cemiyete faydalı müstehlik ve müstahsil bir unsur olarak iade edilebileceği inancına istinat eden geniş mânada bir tedavi felsefesidir (11).

Bu bakımdan rehabilitasyonda güdülen gaye, sade insanî olmayıp aynı zamanda yapılan masrafları telâfi imkânını veren, millî ekonomi için faydalı sosyal bir tedbir olduğu unutulmamalıdır.

LİTERATÜR

1. **J. Monsempes**; Réadaptation. No. 6 Nov-Déc. 1953, s. 6.
2. **A. Leveille**; Il faut créér en France un climat plus favorable à la réintégration dans la vie economique des anciens malades stabilisés. Réadaptation. No. 6. Nov-Déc. 1953, s. 9.

3. **J. Monsempes**; Réadaptation. No. 2, 1953.
4. Réadaptation. No. 7. Jan. 1954, s. 26.
5. **Heaf-McDougall**; Rehabilitating the Tuberculous. Faber and Faber Ltd. London, s. 2.
6. **A. Rosier**; Le placement des Diminués Physiques est essentiellement un Problème de Coordination.
Réadaptation. No. 7. Jan. 1954, s. 5-6.
7. Nouvelles Dispositions Légales concernant l'Assurance Longue Maladie. La Semaine Médicale. No. 5. Jan. 1950.
8. **H. A. Pattison**; Rehabilitation of the Tuberculous. The Livingston Press. Neê-York. s. 27-194-215.
9. **E. Berthet**; La réadaptation du tuberculeux guéri. Masson et Cie. 1945.
10. **F. Erhat**; Türkiyede Rehabilitasyon Problemi. Birinci Türk Tüberküloz Kongresi. 1953. s. 170.
11. **J. E. Perkins**; Rehabilitation a Treatment Philosophy. Bull. Nat. Ass. July 1955. s. 98.

SUMMARY

Some reflexions on the organisation of rehabilitation in Turkey

The author points out the rapid evolution of the new methods of treatment and of the social measures taken for the protection of cured patients. He exposes then the latest advances in the organisation of rehabilitation in Western Europe and America.

RÉSUMÉ

Reflexions sur l'organisation de la rehabilitation en Turquie

L'auteur souligne la rapidité d'évolution des nouveaux modes de traitement ainsi que celle des mesures sociales prises afin de protéger les malades guéris. Il passe ensuite en revue les derniers progrès constatés dans l'organisation de la réhabilitation en Europe Occidentale et en Amérique.

Yedikule Göğüs Hastalıkları Hastanesi Başhekim
Dr. Zühtü Tevfik Erman

TÜBERKÜLOZDA REHABİLİTASYON

Dr. ZÜHTÜ ERMAN

Bu günün verem tedavisinden anladıklarımız: Veremli bir hastanın hangi metotla olursa olsun ister tamamen cerrahî bir müdahale ile ister bu günün âdeta kurtarıcısı diyeceğimiz bakterisit antibiyotikleri ve kür sanatoryal ile tedavi edilmiş olsun işimiz bitmiş ve hasta ile alâkamız kesilmiş demek değildir.

Sosyal bir hastalık dediğimiz veremin yapmış olduğu tahribat, değişiklikler yalnız hastanın uzviyetine münhasır kalmıyor, hastanın içtimaî durumunu da sarsıyor, değiştiriyor. Vakıa bu hastalığa müptelâ maddî ve malî durumu düzgün bir hastanın içtimaî durumu, diğer büyük bir kitle olan fakir zümreye nazaran çok az sarsılır ama bu bir kaide teşkil etmez. Asıl nazarı itibara alınacak ekseriyet, umumî kitledir. Hattâ öyle denebilir ki malî durumları düzgün olan zengin hastalar bile geçirdikleri hastalıkları dolayısiyle o güne kadar sahip oldukları işlerini, iktisap ettikleri mesleklerini, sanatlarını değiştirmek mecburiyetinde kalırlar. Bu itibarla bu gibi zengin hastaların bile içtimaî durumlarında değişiklikler husule gelebilir ve gelecektir. Bir de bunları hastalıklarının tedavileri esnasında gösterdikleri ruhî tahavvülâtı ilâve edersek izah etmek istediğimiz mevzuun ehemmiyeti kendiliğinden meydana çıkar.

Hepimizin bildiği gibi bu günün tüberküloz tedavisi eskiye nazaran hayli kısa zamanda tedavi edilmekte ise de yine oldukça uzun zaman tedavi altında bulundurmayı icabeden bir hastalıktır. İşte tedavimiz altında bulunan hastlarımızın, ruhî, ahlâkî sarsıntılara, ümitsizliğe maruz kalmamalarını temin için hattâ normal hayata tekrar avdet edebileceklerini kendilerine anlatmak, ikna etmek için (oküpasyon terapi, ve readaptasyon dediğimiz bir meşguliyet, hafif bir iş, hastalığı ile kabili telif bir derecede bir sanat öğretmenin ne kadar lüzumlu bir usul olduğunu ve tedavimize ne kadar yardım edeceğini hepimiz takdir ederiz.

İşte bu düşüncelerin saikiyle ilk defa İsviçrede Leyzende kemik ve mafsal tüberkülozuyla uğraşan sanatoryumlarda: uzun zaman

sırt üstü yatmak mecburiyetinde olan hastaların: kendi hallerini düşünmemeleri ve daha ziyade ruhî sarsıntılara maruz kalmamaları için bunlara bir meşguliyet temini maksadiyle, çocukları oyuncaklarla, daha büyük yaştakileri okuma, yazma, resim yapmakla hâhilleri de sepetçilik, oymacılık, deri ve hasır işleri yaptırarak, kız çocuklarını da oya, nakış gibi gergef işleri ile meşgul ediliyordu. Bunlar hiç şüphesiz asıl tedaviye yardım edecek birer oküpasyon terapi usulleri idi. Amma asıl bizim bahsetmek istediğimiz rehabilitasyon işlerini ilk defa tatbik edenlerin 1925'de İngilterede başladığını görüyoruz. Hemen hemen aynı tarihlerde Fransada ve İtalyada da bu işlerle meşgul olan müesseseler açılmıştır.

Bu gibi müesseseler meyanında fevkalâde muvaffak olmuş bir müessseyi 1950'de İsveçte Stokholmde bir bobinaj fabrikası olarak gördük: Çok sıhhî modern bir binada daimî tıbbî kontrol altında ve hükûmetin himayesinde olan bu fabrikanın imal ettikleri (daha fazla telefon makinelerinin küçük bobinleri) malları azamî itina ile yapıyorlar ve o kadar mükemmel imal edilen mallarının herhangi bir rekabete maruz kalmalarına zaten imkân olmamakla beraber bütün Devlet müesseseleri ve umumî telefon santrallarını ve hariçte satılan cihazlara da buradan bobin temin etmeye mecbur ediliyor. Bu suretle hem imalâta itina ediliyor, dolayısiyle rağbet artıyor, hem de fabrikanın idamesi rehabilitasyona tabi tutulmuş verem geçirmiş hastaların refahı temin ediliyor.

Memleketimizde verem tedavisi yolunda ve mücadelesinde gerek Devletin ve gerekse mahallî verem savaş derneklerinin gayret ve himmetleri ile modern tedavi usullerini takip ve tatbik etmekteyiz. Bu arada biraz evvel arzettiğim gibi hastanın hastalığının tedavisiyle iş bitmiyor, hastanın bir de içtimaî durumu göz önünde bulundurulması icabediyor. İşte bu düşünce ile: memleketimizde ilk defa 1953 yılında sıhhat ve İ. ve M. Vekâletimizin teşebbüs ve yardımı ve İstanbul Verem Savaşı Derneğinin delâletiyle İstanbulda kurulan bu rehabilitasyon faaliyetlerinin iki hattâ üç tarzda olduğunu görüyoruz.

Birinci şekil: İlk evvelâ Yedikule Göğüs Hastalıkları Hastanesinin bir kısmında ve hastanede yatan hastalardan, hastalıkları stablize olmuş, faaliyet devreleri geçmiş basilsiz hale gelmiş, ahvali umumiyesi düzelmiş hastaların mütebaki tedavileri esnasında bunları oküpasyon terapiye (meşguliyet tedavisine) tabi tutacağımız bir devrede hastalıklariyle kabili telif ve kendi arzu ve kabiliyetlerini de göz önünde bulundurularak tesis ettiğimiz öğretim atelyelerinde bi-

rer yeni sanat, yeni meslek öğretmeye çalışıyoruz. İşte bu meyanda erkekler için tesis ettiğimiz bu atelyede sırasiyle: radyo tamirciliği, radyo montajı, elektrik montörlüğü, tesisatçılığı, elektrikle müteharrik makinelerimizin küçük tornacılığı, akümülâtör şarjını yine bu atelyede diğer bir kısım erkek hastalarımıza elektrikle müteharrik makinelerimizle küçük marangozluğu, matbaacılığı, mürettipliği ve ve ciltçiliği, daktilo ve stenoğrafi öğretiyoruz.

Bu atelyeden aldığımız randıman iki cihetten hakikaten şayanı hayret derecede mükemmeldir. Birisi: bu suretle hastalarımıza tatbik edilmekte olan oküpasyonterapi fevkalâde iyi netice vermiştir: Bu atölyelerimiz açılmadan evvel hastalarımızın: ister hastalıklarının yaptığı toksik ruhî sarsıntılara atfedin, ister mütecelli oldukları ahlâkî geçimsizliklerine atfedin, hastanemizde hastalarımız arasında mevcut olan huzursuzluk, geçimsizlik hemen hemen kalmamıştır. Evvelce vukuatsız günümüz geçmezken şimdi günler, haftalar hattâ aylar geçtiği halde bir tek geçimsizlik vak'asına şahit olmuyoruz.

İkincisi ise: Asıl rehabilitasyon gayesini temin edecek olan sanat, meslek öğretici neticesidir. Bu yolda da elde ettiğimiz neticeler mucibi memnuniyettir. Fakat tasavvur ediniz ki müessesemizde kaldığı 3-4 nihayet 6 aylık bir müddetin bir iki ayını hastalığının stablizasyonu için yatağında kalmakla geçiriyor. Kalan 3-4 aylık müddette de ne kadar kabiliyetli olursa olsun tam mânasiyle bir sanat öğrenmesine hemen hemen imkân yoktur. Mamafih müstesna kabiliyetli veyahut evvelden biraz bu sanatta bilgisi olan hastalarımız, meselâ evvelce şoför olan bir hastamızın fevkalâde bir radyo tamircisi, bir bobinajcı olduğunu gördük. Yine bir kaç hastamız da matbaacılık, mürettiplik işlerini hariçte ekmeklerini kazanacak, maişetlerini temin edecek kadar öğrenmişlerdir. Yine bu meyanda marangozluktan da evvelce ellerinden biraz iş gelenler sanatlarını hayli ilerletmişlerdir. Daktilo ve stenografi: Bu işimiz daha yenidir, bir hayli zaman daktilo-steno hocası bulamadık, bu yüzden biraz geç kaldık. Bizim yaptığımız iş biraz evvel arzettiğim gibi daha ziyade öğretim atölyesinde yani bu sahada bir oküpasyonterapidir.

Bu arada şunu da arzetmeden geçemiyeceğim. Atölyemizin hocalarından ikisi eski hastalarımızdandır, bunlar tam mânasiyle rehabilitasyona tabi tutulmuşlardır ki böylece hem kendileri, hem de biz istifade etmekteyiz.

Kadınlara tahsis ettiğimiz atölyemizde ise: burada sun'î çiçek, nakış, dikiş ve yine daktilo servislerimiz vardır. Burada yetişen hanım hastalarımızın çiçek ve dikişteki kabiliyetleri cidden takdire de-

ğer. Yaptıkları çiçekler, hariçte satılan ve beğenerek aldığımız sun'î çiçeklerden geri kalmak şöyle dursun çok üstündür.

Bu işte muvaffakıyetin sırrı muhakkak hocasının candan alâkadar oluşu ve bu işin ilk kurucusu olmak şerefini muhafaza etmeyi arzu etmesi muhakkak en başta gelen saiktir.

Bu atölyede yetişip başka müesseselerde öğretmen yardımcılığı yapan, bu suretle hayatını ve sıhhatını kazanan hayli adette hastamız mevcuttur. İstatistiklerini arzedeceğim.

Yine biraz evvel arzettiğim gibi daktilo ve steno işimiz bu atölyemizde de yenidir. Henüz büyük bir randıman alamadık. Mamafih bu iş biraz da hastalarımızın tahsil seviyesine bağlı bir iştir, bu itibarla şimdiden ne netice alacağımızdan bahsedemeyeceğim.

Kâhil hastalarımıza tahsis ettiğimiz bu öğretim atölyelerimizden başka memnuniyetle arzedeceğim ve üzerinde atölyelerimiz kadar ehemmiyetle durduğumuz ve çok kıymet verdiğimiz ve memleketimizde bunun da ilk defa müessesemizde açılması şerefini kazandığımız menenjit ve miliyer tüberküloza müptelâ küçük hastalarımızın (çocuklarımızın) tedavi edildikleri santrımızda, pavyonlarındaki bir nevi oküpasyon terapileri, rehabilitasyonları işini gördüğümüze inandığımız dershanelerinden bahsetmeden geçemiyeceğim.

Muhterem arkadaşlarım: Menenjit tüberküloz ve miliyer tüberküloz evvelce yüzde yüz ölüme müncer olurken bu gün dünya istatistikleri şu noktada müttefiktir, bazı mübalâğalı addedilecek iyimser istatistikler istisna edilirse, menenjit tüberkülozdan ölüm yüzde beşe düşmüştür. Bahusus hasta bidayette bize müracaat ederse şifa %70-80 civarında, bir kaç ay zarfında haliyle kalanlar %20-25 kadardır. Bizim istatistiklerimiz de bu rakamlara hemen hemen yaklaşmıştır.

Bize müracaat eden her türlü başlangıç halinde, hafif ilerlemiş ağır hattâ agonizan hastaları bile kabul ettiğimiz halde manzuru âliniz olacağı veçhile istatistiklerimiz de hiç fena değildir. Sonra yine biliyorsunuz ki bu gün menenjit tüberküloz hastalığı kullandığımız antibiyotiklerle hakikaten kısa bir zamanda alarman devreyi atlatıyor, çocuk hemen hemen normal hale yaklaşıyor (bir kaç ay zarfında). Fakat kontrolu hem de çok yakından alâka ile kontrolunun bir hattâ iki sene devam etmesi icabediyor. İşte bu çok mühim noktayı daima göz önünde bulunduran müesseselerin muvaffakıyeti çok parlak oluyor. Bizde de yüksek Vekâletimiz, şükranla arzedeceğim, müsaadeleriyle hastalarımızı uzun zaman, bir sene gibi hattâ bazan icabederse daha fazla bir müddetle kontrolumuz altında bırakmak isteyen ailelerine çocuklarını müessesemizde alakoyuyoruz.

Tasavvur buyurunuz, âdeta normal hayata kavuşmuş, ateşi yok, kendisine malik, aklı, zekâsı hattâ yaramazlığı yerinde bir çocuğu daimî surette yatağında tutmaya ne lüzum ve ne de imkân vardır. İşte biz bunları terbiye edecek, ruhî, ahlâkî teşevvüşlerini düzeltecek, tahsillerini temin edecek bir hoca aradık, bulduk. Şimdi bu yavrularımız hastalıklarının hâd devirlerini geçirdikten sonra sabahları müad temizliklerinden, kahvaltılarından sonra servis şefi tarafından günlük tıbbî kontrolları yapılıyor ve saat dokuzdan itibaren öğleye kadar hocalariyle birlikte şarkı söyliyerek, oyun çağında olanlar oyuncaklariyle oynayarak, tahsil çağında olanlar el işleriyle, dersleriyle yazma, okuma ile, resim yaparak, hastalıkları dolayısiyle geri kaldıkları mekteplerinden sınıflarının derslerini ikmal ediyorlar. Yine geçirdikleri hastalıkları hasebiyle meydana çıkmasını zekâî gerilemelerine imkân bırakmıyarak âdeta bir dimağ eksersizleri yaparak tıbbî kontrol altında ve tam gıdalarını alarak neşe ile, gülerek, bağırarak, şarkı söyliyerek, oynayarak ve âdeta bir mektep hayatı yaratarak, bu yavrularımızın oküpasyon terapileri daha doğrusu bunların da bu suretle rehabilitasyonlarını temin ediyoruz. Bizim bu servisimizden aldığımız neticelerden fevkalâde memnununuz. İmkân bulduğumuz takdirde daha da terakki ettireceğimizi ümit etmekteyiz.

Yurdumuzda ilk defa hastanemizde açılan ve yatan hastalarımıza tahsis ettiğimiz erkek, kadın ve çocuk rehabilitasyon öğretim atölyelerinden bu kadarcık bahsettikten sonra:

İkinci bir tarz olan İstanbul Verem Savaşı Derneğimizin Şişli dispanserinin bir kısmında yine Sıhhat ve İ. M. Vekâletimizin yardım ve İstanbul Verem Savaşı Derneğimizin delâletiyle açılan rehabilitasyon atölyesinden de niharî (gündüzlü) olarak ve iyi olan veremli hastalara tahsis edilen servisten de hayli iyi neticeler alınmış ve alınmaktadır. Bunlardan başka:

Üçüncü şekil ise: Tam bir müessese halinde ve Heybeliada Sanatoryumuna bağlı (Heybeliada rehabilitasyon merkezi) tam mânasiyle ayrı bir tesistir. Burası rehabilitasyona tabi tutulacak iyi olmuş hastalarını kendi binasında yatırır, yedirir ve muhtelif atölyelerinde muntazaman öğretimiyle, sanatkâr yetiştirmekle meşgul olan hakikî bir rehabilitasyon müessesesidir. Burada bizim müessesemizde olduğu gibi daha ziyade oküpasyon terapi ile değil, doğrudan doğruya rehabilitasyonu temin edecek tam mânasiyle bu maksada matuf bir

müessese kurulmuştur. Bu gün de döner sermayesiyle kendi kendini idare etmeye namzet bir müessese halini almıştır.

Bu arzettiğim şekillerdeki rehabilitasyon ve oküpasyon terapi ile meşgul tesislerimizden başka Ankarada Atatürk Sanatoryumunun bir tarafında tesis edilen atölyede yine İzmirde Verem Savaşı Derneğinin kurduğu bu mevzudaki tesislerin de faaliyetleriyle çok iyi neticeler alınmaktadır.

İşte muhterem arkadaşlarım, hayli uzun sözlerimle başınızı ağrıttım. Özür dilerim. Sözlerime nihayet vermeden evvel bir iki kelime ile de atılmış olan bu adımlarla alınmakta olan iyi randımanlara rağmen rehabilitasyon işlerimizin genişletilmesi hiç şüphesiz şayanı arzudur. Fakat bu da kâfi değildir. Bu işte muvaffak olmanın ve daha iyi, daha şümullü neticeler almanın çarelerini, sırlarını bendeniz şöyle hülâsa edeceğim:

1. Rehabilite ettiğimiz bu âdeta şifa bulmuş hastalarımıza edindikleri sanatlarla, mesleklerle kabili telif edebilecekleri birer iş bulmak lâzımdır. Bu iş yerlerini bulacak hükûmetin himayesinde bir büro kurmak lâzımdır, bizler bu büro vasıtasiyle bu rehabilite ettiğimiz hastalarımıza iş bulmak mecburiyetindeyiz, yoksa bu imkânlarımıza yazık olur. Çünkü kısa bir zaman sonra öğrendiği sanatı, kullanmaya kullanmaya unutur, geriler, istifade edemez.

2. İkincisi de ki, bendenizin kanaatimce daha mühimdir. Bu da bu işle alâkayı yalnız Sıhhat ve İ. M. Vekâletimize yüklemeyi değil, Maarif Vekâletimizi, Millî Müdafaa Vekâletimizi, Çalışma ve İşletmeler Vekâletimizi, İşçi Sigortaları, Devlet Demiryollarını, Denizbankı, hattâ hattâ ticaret odalarını, resmî ve hususî fabrikaları bu işle alâkadar etmeli, yardımlarını temin etmeli, o vakit bu atölyeler, bu işler, tesisler kendiliğinden gayet kolay teessüs eder, işler. Yardım her taraftan olursa imkânlar kolaylaşır, dolayısiyle iş bulmakta da, her hususta da muvaffakıyetimiz artar.

Aziz meslekdaşlarım,

Tüberkülölerin rehabilitasyonuna tahsis ettiğimiz hastanemizdeki rehabilitasyon öğretim atölyelerimizden bu güne kadar elde ettiğimiz randıman grafiğini takdim ediyorum. 1953 senesi martından beri faaliyette olan öğretim atölyelerimizde kadın ve erkek öğretime tabi tuttuğumuz hastalarımızın adetleriyle yine menenjit ve miliyer tüberkülozlu küçük hastalarımızdan kendilerine has bir rehabilitasyonlarını temin ettiğimiz hastalarımıza ait istatistiğimiz şudur.

Bunların arasında hiç okuma yazma bilmeyen bir hayli adette

küçük hastamız bu gün okuyup yazma öğrenmişlerdir. Yine epeyce adette mektep çağındaki çocuklarımız da hem tedavi görmüşler, hem tıbbî kontrol altında bulunmuşlar ve hem geri kaldıkları sınıflarının derslerini yetiştirmişlerdir.

H Ü L Â S A

Devir	Giren	Çıkan	Kalan
Çocuklar	102	75	27
Kadın	115	96	19
Erkekler	213	195	18
	430	366	64

K A D I N L A R (Branşları)

Dikiş

Yıl	Devir	Giren	Çıkan	Kalan
1954	0	10	8	2
1955	2	21	18	5
1956	5	12	17	0
		43	43	

Çiçek

Yıl	Devir	Giren	Çıkan	Kalan
1954	0	15	8	7
1955	7	25	27	5
1956	5	23	14	14
		63	49	

Steno-Daktilo

Yıl	Devir	Giren	Çıkan	Kalan
1954	0	2	2	0
1955	0	0	0	0
1956	0	7	2	5
		9	4	

E R K E K L E R (Branşları)

Elektrik ve radyo

Yıl	Devir	Giren	Çıkan	Kalan
1954	0	16	11	5
1955	5	38	33	10
1956	10	18	22	6
		72	66	

Torna

Yıl	Devir	Giren	Çıkan	Kalan
1954	0	7	3	4
1955	4	19	20	3
1956	3	0	3	0
		26	26	

Bobinaj

Yıl	Devir	Giren	Çıkan	Kalan
1954	0	5	2	3
1955	3	11	12	2
1956	2	10	10	2
		26	24	

Matbaa ve cilt

Yıl	Devir	Giren	Çıkan	Kalan
1954	0	12	9	3
1955	3	27	28	2
1956	2	8	8	2
		47	45	

Marangoz

Yıl	Devir	Giren	Çıkan	Kalan
1954	0	7	3	4
1955	4	25	25	4
1956	4	6	6	4
		38	34	

Steno-Daktilo

Yıl	Devir	Giren	Çıkan	Kalan
1954	0	0	0	0
1955	0	0	0	0
1956	0	4	0	4
		4	0	4

Çocuklar

Yıl	Devir	Giren	Çıkan	Kalan
1954	0	43	12	31
1955	31	18	31	18
1956	18	41	32	27
		102	75	

SUMMARY

Rehabilitation in tuberculosis

After a general talk on rehabilitation in tuberculosis, the author gives detailed information on the Rehabilitation Center of the Hospital for Diseases of the Chest of Yedikule. He mentions more briefly the Rehabilitation Centers of the Şişli Hospital, Heybeliada Sanatorium and Atatürk Sanatorium in Ankara. He then gives a detailed account of the results obtained during 3 years at the Yedikule Center.

RÉSUMÉ

La rehabilitation en tuberculose

Après avoir parlé de la réhabilitation en tuberculose d'une manière générale, l'auteur donne certains renseignements à propos du Centre de réhabilitation de l'hôpital des Maladies du Thorax de Yedikule. Il mentionne après de façon plus brève le centre de rehabilitation de Şişli, ceux de Heybeliada et du sanatorium Atatürk à Ankara. Finalement il donne des précisions sur les résultats obtenus depuis 3 ans au centre de Yedikule.

Atatürk Sanatoryumu
Başhekim
Dr. Enver Bozyakalı

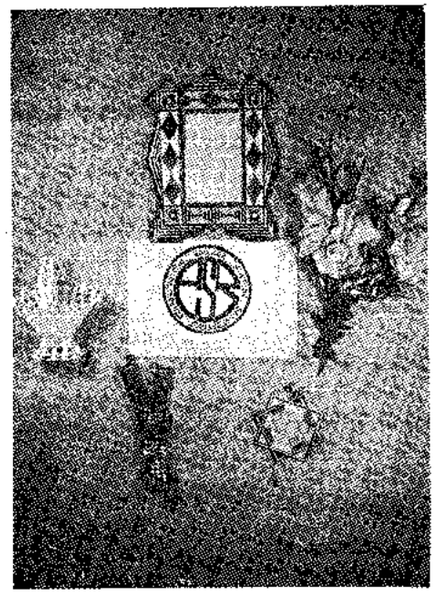
ATATÜRK SANATORYUMUNDA OKÜPASYONEL TEDAVİ VE REHABİLİTASYON

Dr. ENVER BOZYAKALI *Dr. ALİ HAYDAR SAATÇİ*

Uzun bir istirahat ve tedavi müddetine muhtaç olan her tüberkülozlu hasta ailesinden ve cemiyetten ayrılarak herhangi bir verem müessesesine yattığı zaman muhtelif hislerin tesiri altında çok üzgündür. Kendini cemiyetten uzak hisseder ve bu hissin tesiri altında cemiyetten kaçar. Mevcut ruhî bozukluk hastalık üzerine çok fena tesir eder. Bu tip ve karakterde asabî, çekingen ve korku içinde bulunan hastalara meslek hayatımızda pek çok rastlamışızdır. Verem hastane ve sanatoryumlarında omuzlarımıza yüklenen bir vazife de, hastalara cemiyetin bir ferdi olduğunu ve normal bir insanın cemiyette sahibolduğu pek çok haklara sahibolabileceğini telkin etmektir. Hastane ve sanatoryum muhiti hastaya yakınlık göstermeli, ona bir hasta olduğunu değil, hastane ve sanatoryum ailesine mensup bir fert, bir arkadaş olduğu hissini vermelidir. Hastaların hareketlerini mânasızca tahdit eden sert ve asık suratlı personelle çalışan bir müessese daima komplikasyonların çıkacağı kötü bir müessesedir kanaatındayız.

İşte okküpasyon tedavisi buradan başlar ve hastanın hastalık durumuna göre derecelenir. Ağır ve yataktan kalkamıyacak hastalarla meşgul olmak, konuşmak, kitap okumak yani; onu hastalığı ile başbaşa, cemiyetten uzak bırakmamak ve meşgul etmek, mâneviyatını takviye etmek bu işin ilk kademesidir. Hasta daha iyi durumda ise: örgüler, yazı işleri, resim, sun'î çiçekler ve her nevi el işleri gibi yatağında yapabileceği hafif işleri yapmasına müsaade edilir.

Sanatoryumumuzda teşvik ettiğimiz ve yataklarında hastaların kür zamanları haricinde yaptıkları işlerin nümunelerini aşağıdaki resimde takdim ediyoruz (Resim - 1). Bunlar örme kemerler, ipek iplikle işlenmiş resimlikler, file işleri, dantel ve yün işleri, yazı işleri gibi hastayı yormıyan ve meşgul eden işlerdir. Bu arada hastanın meşguliyetini temin maksadiyle kurulmuş bir hasta kütüphanesinin ve hastalara kitap dağıtmanın da rolü büyüktür. Bu maksatla sanator-



Resim - 1

yumumuzda kurduğumuz ve hastalar tarafından tanzim ve idare edilen hasta kütüphanesinin çok müsbet neticelerini almış bulunuyoruz. Gittikçe iyileşen ve sanatoryuma alışan ve ısınan hastalara cemiyete mensup bir ferdin diğer hakları da verilir. Bunların başında eğlenceler, konserler, sinema ve tiyatro gelir. Sanatoryumumuzda, muntazam fasılalarla bunların hepsi temin edilmektedir. Hattâ durumu müsait hastalar tarafından hazırlanan temsiller ve konserler de bunlara ilâve edilmektedir. Bu işleri organize edenler yine hastalardır.

Bu duruma kadar gelmiş hastalar artık atölyelerde çalışabilirler. Okküpasyon tedavisi ile rehabilitasyon hudut noktası burasıdır; iyileşmiş hastalığı stabilize olmuş bir tüberkülozlu hastanın içinde hâlâ mevcut bir korku vardır. Acaba hastalığım tekrarlar mı? Tüberkülozlu hastalar birbirlerinden çok şeyler öğrenirler. Onlar hastalığın umumî bir hastalık olduğunu günün birinde tekrar nüksedebileceğini düşünürler. Hele ağır iş sahibi olanlar bu ağır yük altında hastalığın kolayca tekrarlıyabileceğini veya hiç bir iş sahibi olmıyanlar sefaletle bu hastalığın tekrar başlıyabileceğini pekâlâ müdriktirler. İşte okküpasyon tedavisi esnasında bu hastalarla meşgul olmak ve

bunların, imkânların müsaadesi nisbetinde kabiliyetlerini, temayüllerini öğrenmek ve kendilerine hayatta yeniden iş sahibi olabileceklerini telkin etmek lâzımdır. Hasta bu bakımdan da tatmin edilirse tüberkülozun cemiyetteki fena tesiri ortadan kalkmış olur ve cemiyet, hayata yeni ümitlerle atılan fertler kazanır.

Rehabilitasyon atölyelerine geçebilecek hastalarda tüberküloz uzunca bir müddet stabilize bir hale gelmiş bulunmalıdır. Bu hastalar en az dört ay müddetle kontrol altında kaldıktan ve bu müddet zarfında gerek klinik ve gerekse lâboratuvar muayencleri ile hastalığın stabilize kaldığı tesbit edildikten sonra rehabilitasyon atölyelerine verilmelidir. Rehabilitasyon atölyelerinde çalışmaları esnasında hastalar muntazaman bir tüberküloz mütehassısı hekimin kontrolü altında kalmalıdırlar. Sanatoryumumuzda bu merkezin tıbbî kontrolü bir tüberküloz mütehassısı doktor tarafından yapılmaktadır. Bu doktor hastaları her gün muntazaman ziyaret etmekte, icabedenlere tıbbî müdahalelerde bulunmakta ve onlarla hasbıhal etmektedir.

Sanatoryumumuzda hasta kontrolunu temin maksadiyle hazırlanmış bir kontrol fişi vardır. Bu fişte:

a. Hastanın klinik muayenelerini,

b. Hastanın lâboratuvar muayenelerini (Röntgen, basil, sedimantasyon),

c. Hastanın tartısını gösteren kısımlar vardır. Bu muayeneler her ay muntazaman tekrarlanarak fiş doldurulur. İcabettiği takdirde bu muayeneler arada da tekrar edilebilir. Kanaatımızca hastaları lüzumsuz yere sık sık ve sıkı muyenelere tabi tutmak onlara tekrar hastalık korkusunu aşılamaktan başka bir fayda temin etmez.

Biz rehabilitasyon atölyelerinde iş öğrenmek için her müracaat eden veya gönderilen hastayı önce sanatoryumda yatırıp kendi vasıtalarımızla tetkike tabi tutuyor ve hasta hazırlandıktan sonra tıbbî konseyden geçirerek rehabilitasyona elverişli olduğu kararını alıyor ve sonra rehabilitasyon merkezine naklediyoruz. Bu merkezdeki hastalar çalışabilir durumda olduklarından kendi işlerini kendileri görmektedirler. Bu merkezdeki hastaların eğlence ve istirahatlarını temin maksadıyla bir istirahat ve oyun salonu bir de kütüphane kurulmaktadır.

Sanatoryumumuz rehabilitasyon atölyelerinde her branşın bir şefi vardır. Atölye bu şefin veya ustanın nezareti altında çalışır. Biz bunları kabil olduğu takdirde hastalığı tedavi edilmiş meslek sahiplerinden intihap ediyoruz. Meselâ: Bizde fotoğrafcılık atölyesi, tahta

işleri atölyesi, daktilografi ve okuma yazma kursları şefleri eski hastalardan seçilmişlerdir. Biz öğleden evvel iki, öğleden sonra üç saat olmak üzere günde beş saat çalışmayı kabul etmiş vaziyetteyiz. Hastalar bu saatler arasındaki boş zamanlarında istirahat etmektedirler. Bu hstaların iaşesi sanatoryum hastaları norml iaşesi üzerinden yapılmaktadır. Sanatoryumumuz rehabilitasyon merkezi hasta kısımları ile ilgisi olmayan ayrı bir bölümde kurulmuştur. 24 yatağı ve yatakhanelerin yanında da atölyeleri vardır. Bu merkezde halen mevcut iş branşları şunlardır:

1. Fotoğrafcılık
2. Abajurculuk
3. Daktilografi
4. Korniş ve çerçevecilik
5. Hacı bektaş taşından biblolar
6. Tahta işleri (Tahta oyuncaklar, biblokotralar)

Bu atölyelerden başka bir readaptasyon kursu halinde bayanlar için yapma çiçek, çocuklar için okuma yazma kursları vardır.

Bütün bu atölyeler bir şefin nezareti altında çalışmakta ve dört öğrenci kadrosu bulunmaktadır. Sanatoryumumuzda bulunan bu merkezin kifayetsizliği kadronun mahdut oluşunu icabettirmektedir.

Sanatoryumda bu maksada uygun ilk çalışmalara 1955 senesi Haziran ayında, sanatoryumumuzda mevcut hasta elemanlardan ve yardım sevenler derneğinden faydalanılarak çerçeve ve korniş, okuma yazma ve sun'î çiçekçilik ile başlanmıştır. Bundan dört ay sonra Vekâletin de yardımı sağlanarak teşkilâtlı bir rehabilitasyon merkezi kurulmağa başlanmıştır. İlk sene bu merkezde yetişen hastaların miktarı aşağıki cetvelde gösterilmiştir.

Atatürk Sanatoryumu Rehabilitasyon ve Readaptasyon atölyelerinde 1955 yılında kurs görüp sanat öğrenenlere ait cetveldir.

Sanatı	Kadın	Erkek	Çocuk	Mecmuu
Çiçek	25	—	—	25
Korniş ve çerçevecilik	—	7	—	7
Fotoğrafcılık		5	—	5
Biblo kotracılık	—	3	—	3
Okuma-yazma	22	13	35	70
Yekûn				110

Önümüzdeki senelerin daha verimli olacağına kani bulunuyoruz. Ancak çok kifayetsiz olan bu merkezin muhakkak suretle genişlemesi ve sanatoryum dışında ihtiyaca elverişli olarak yeniden tesis edilecek bir binaya geçmesi elzemdir.

Bugünkü modern mânasiyle, sanatoryumlar hastaları tedavi eden müesseseler olmakla beraber, hastaları ruhî bakımdan tatmin eden ve onları cemiyette iktisadî hürriyete kavuşturacak müesseselerdir. Vaktiyle tedavi edilmiş ve hastalıkları stabilize olmuş bir çok hastaların işsizlik yüzünden yatak bulabilmek gayesiyle saantoryumları dolaştıklarına şahit olmuşuzdur. Bu gün artık bu gibi hastalara rastlamıyoruz. Bunlar gerek hastane ve sanatoryumlarda ve gerekse cemiyette hakikî yerlerini bulmuşlardır.

Rehabilitasyon mevzuu memlekette daha şümullü olarak ele alınması icabeden ana problemlerden biridir. Biz kendi branşımızın şümulü dışına çıkmadan konuşmayı daha faydalı buluyoruz. Yalnız şunu hatırlatmak icabeder. Herhangi bir rehabilitasyon merkezi kurmak ve bunu çalıştırmak pek kolay bir iş değildir. Her şeyden evvel iyi bir organizasyona ve paraya ihtiyaç vardır. Muhtelif sanatoryumlarda ve hastanelerde kurulan münferit rehabilitasyon merkezleri şüphesiz ki iktisadî değildir. Bir teknisyenin idaresi altında çalışan ve her atölyede bir şefi bulunan böyle bir merkez, idarî, tıbbî kadrosu ile muhakkak ki iktisadî bir külfet teşkil eder. Bunun için fikrimizce bu merkezleri birleştirip santral bir merkez kurmak bütün hastaları burada toplayıp iş sahasını ve hacmını genişletmek şüphesiz ki daha iktisadî ve daha verimlidir. Bu suretle büyük atölyeler ve hattâ sanayi merkezleri husule gelerek burada yetişen personele de iş zemini hazırlanmış olur. Esasen müşkülâtla karşılaştığımız problemlerden biri de yetişen hastalara iş bulmaktır. Böyle büyük müesseseler bulununca yetişenler genişliyen iş hacmı karşısında rehabilitasyon merkezinin derecelenmiş elemanları arasına girerek hayatını kazanmış olurlar. Bizim gayemiz de böyledir. Kurduğumuz atölyelerin faaliyetini seneden seneye artırmak ve sanatoryum civarında iş hacımları çok genişlemiş atölyeler kurarak burada daimî çalışacak elemanlar yetiştirmek ve bunların daimî bir sanatoryum kontrolü altında hayatlarını kazanmalarını temin etmiye çalışmaktır. Bu bakımdan seçtiğimiz iş branşları da genişlemeye müsait branşlardır (Resim - 2, 3).

Resim - 2

Resim - 3

SUMMARY

Occupational therapy and rehabilitation at the Atatürk Sanatorium

After an evaluation of the benefits of occupational therapy and rehabilitation, the authors give a detailed account of the organisation of the rehabilitation Center at the Atatürk Sanatorium, the medical control assumed, the fields of activity, etc. They present statistical results about the patients working in the Center during 1955.

RÉSUMÉ

La thérapeutique occupationelle et la réhabilitation au sanatorium Atatürk

Après avoir exposé les bienfaits de la thérapeutique occupationnelle et de la réhabilitation, les auteurs donnent des détails sur l'organisation du centre de réhabilitation du sanatorium Atatürk, les moyens de contrôle médical, les branches d'activité, et exposent les résultats statistiques relatifs aux malades travaillant dans ces ateliers durant l'année 1955.

Heybeliada Sanatoryumu
Başhekim
Dr. Zülfü Sami Özgen

HEYBELİADA REHABİLİTASYON MERKEZİ

Dr. ZÜLFÜ SAMİ ÖZGEN *Dr. MOİZ BERKER*

Akciğer tüberkülozu umumiyetle residivan bir hastalıktır. Bu bakımdan veremlilerin tedavisi, yalnız evolütif devreye inhisar ettirilmeyip elde edilen iyiliği, müteakıp hayat devresinde de temadî ettirmek icabeder. Bu arada tüberkülozu tedavi ile salâh bulmuş bir kimsenin, bilhassa çalışma hayatına avdetinde bedenî imkânları ile mütenasip bir sisteme sokulması en önemli faktörlerden biridir. Böyle bir sistemin ana hattı ise verem hastanesi veya sanatoryumunu salâh ile terkeden şahsın, müteakıp devrede muayyen bir kurs geçirerek yepyeni bir iş ve iş hayatına intibak ettirilmesi ve sıkı bir kontrola tabi tutulması ile kabil olacaktır. Halbuki, ekseriya sanatoryum veya hastane tedavisinden istifade ederek enerji kazanmış olan şahıs, kendini tamamiyle iyileşmiş zannederek her türlü tıbbî kontrolü ihmal ettiği gibi hastalığı ile kabili telif olmıyan işlere atılır. Bu hale, bilhassa gençlerde ve hastalanmadan evvel bir meslek edinmemiş olanlarda daha çok rastlanmaktadır. İşte Heybeliada Rehabilitasyon Merkezi şirürjikal, medikal veya mikst bir tedavi görerek salâh bulmuş olan erkek veremlileri bu gibi tehlikelere maruz bırakmamak, kendilerini muayyen bir müddet kontrol altında tutmak ve bu esnada sıhhatları ile mütenasip bir meslek öğretmek gayesiyle kurulmuştur.

1954 senesi Mayıs ayında çalışmağa başlamış olan bu merkez, sanatoryum arazisi içinde ve fakat ondan müstakil bir yerde Çam limanının kuzey kısmında tesis edilmiştir. Merkezin tarihçesi ile ilk çalışma devrelerine ait mesaî neticeleri, Ankarada İkinci Türk Tüberküloz Kongresinde yaptığımız bir tebliğde yer almış bulunduğundan burada tekrarından sarfınazar edilmiştir. Bu defa merkezin teşkilâtı ile bu güne kadar elde ettiğimiz neticelerinden bahsedeceğiz.

Başlangıçta, rehabilite edilecek hastaların yaşlarının 16-45 arasında Türk tabiiyetli kimselerden olmasını şart koşmuş iken, bilâhare bu hududu 40 yaşına indirmeği münasip gördük. Aldığımız neticelere dayanarak şimdiden azamî yaş haddinin 35 ve hattâ 30'a indirilmesinin daha doğru olacağına işaret etmek isteriz.

Merkezimizde, halen 8 çeşit meslek öğretilmektedir. Bunlar sırasiyle fotoğrafçılık, çorapçılık, saat tamirciliği, deri işleri, mulâj, yağlı boyacılık, steno-daktilo, küçük muhasebe ve eczacı kalfa yardımcılığından ibarettir. Bu meslekler, fazla yorgunluğu mucip olmadığından tüberkülozdan salâh bulmuş kimseler için pek uygun düşmekte olduğu gibi hariçte de revaç görmekle mezunlar kolaylıkla iş bulabilmektedirler. Diğer taraftan saydığımız bu şubeler ferdî çalışmağa da müsait olmak gibi mümeyyiz vasfa sahip bulunmaktadırlar.

Her meslek şubesinin ayrı hocası olup bunlardan 4 tanesi tüberküloz geçirmiştir. Müessesemize müracaat eden hastaların büyük bir kısmının meslek sahibi olmayışı, rehabilitasyon merkezimizin daha ziyade edükasyon merkezi şeklinde çalışmasına sebebolmuştur.

Müesseseye kabul edilenlerin şubelere tefrikinde, psikoteknik mütehassısımız olmadığından, daha, ziyade kendi arzusu, kültürü ve merkez hekiminin kanaatı rol oynamaktadır. Şahıs, evvelâ arzu ettiği ve bizim de münasip gördüğümüz atölyede bir müddet öğretmeni, hekimi tarafından kontrol edilir, o işi yapabileceğine kanaat getirildiği takdirde çalışmasına devam eder. Aksi takdirde kabiliyet ve sıhhatiyle daha münasip olan diğer bir şubeye nakledilir. Tedris, iki kısımdan müteşekkildir:

1. Umumî, her meslek şubesi için ayrı olan teorik tedris;
2. Atölyelerde pratik çalışma.

Günlük asgarî çalışma müddeti iki saattir. Başlangıçta bu müddet 6 saat iken bunu ikiye indirmeği daha münasip gördük. İki saatle başlanarak çalışma temposu her ay bir saat artırılmak suretiyle 6 saate kadar çıkarılmaktadır. Çalışma saatleri haricindeki zamanlarında hastaların kür ve istirahat etmeleri mecburidir. Ancak, 6 saat çalışabilecek kudreti kazanmış olanlar bu mecburiyetten muaftırlar. Çalışma ve kür saatleri haricinde kalan boş zamanlarında talebeler satranç, dama oyunları veya kitap, mevcudu 700'ü aşan rehabilitasyon merkezi kütüphanesindeki kitapları okumakla vakit geçirirler. Çalışma saatleri ancak hekimin endikasyon ve mesuliyeti altında çoğaltılabilir. Tedris müddeti 6 ay ile 18 ay arasında olup mesleğe göre değişir. Tedris sonunda talebeler imtihana tabi olmayıp ancak öğretmenin kanaatına göre hareket edilir. Okuma-yazma bilmiyen hasta talebeler için okuma yazma ve aritmetik dersleri ihdas olunmuştur. Bu dersler, kültüre sahibolan talebeler tarafından verilmektedir.

Medikal - servis :

Yukarıda da bahsettiğimiz veçhile rehabilitasyon tesisimiz stabilize olmuş veremlilere meslek öğreten bir tesistir. Bu bakımdan talebelerimiz hasta hüviyetini muhafaza eden kimseler olduklarından medikal şartlara riayet mecburiyeti asıldır. Her şeyden evvel lezyonun stabilize olması zaruridir. Yani klinik olarak hastanın çalışma kabiliyetini haiz olması, radyolojikman hiç olmazsa 6 aylık evolütif manzara göstermeyen bir mazisi bulunması ve bakteriyolojik olarak da mide tubajında dahi basilin 6 aydan beri kültürle menfi bulunmuş olması şarttır.

Her müracaat eden namzedin tedavi eden hekimi tarafından bir medikal fişi doldurulmaktadır. Bu fişde muhtasaran namzedin hastalığının başlangıç ve seyri, gördüğü tedavi ve merkeze sevki esnasındaki hastalık durumu kaydedilmektedir. Bu fişe bir aydan eski olmamak şartiyle bir röntgen filmiyle basile ait kültür neticesini bildiren bir de rapor eklenmektedir.

Hasta, merkezimize geldiğinde tarafımızdan ayrıca klinik, radyolojik ve bakteriyolojik tetkike tabi tutulmaktadır. Hasta merkeze kabulünü müteakıp medikal kontrol altında günde asgarî iki, azamî 4 saat olmak üzere çalışmağa başlar.

Medikal kontrol şu şekilde yapılmaktadır:

1. Muntazam ateş kontrolu
2. Haftalık vezin tartısı
3. Klinik ve radyolojik aylık muayene
4. Her üç ayda bir radyografi ve icabında tomografi
5. Ayda bir defa mide tübajından teksif ve kültür
6. Her ay kan sedimantasyonu.

Bu arada hastanın sıhhî halinde vuku bulacak aleyhte bir gelişme müşahede edilirse hemen klinik ve radyolojik muayeneler yapılır ve evolütif bir vetirenin tesbit edilmesi takdirinde de, hasta talebenin merkezle muvakkaten alâkası kesilerek kendisinin hastane veya sanatoryumda tedavisi cihetine gidilir.

İşte yukarıda arzedilen sistemli muayenelerin sıhhati göz önünde tutularak hasta çalışma saatleri tedricen artırılmaktadır.

Stajyerlerin medikal fiş haricinde dosyalarında biri sosyal, diğeri de çalışma fişi olmak üzere iki fiş daha vardır.

Çalışma fişine günlük çalışma saatleri ve hocasının kanaatı muntazam olarak kaydedilir.

Netice :

1954 senesi Haziran ayından bugüne kadar rehabilitasyon merkezimize 184 kişi girmiş olup bunlardan halen 54 hasta çalışmakta ve 130 talebe de aşağıda bildirilen muhtelif sebeplerden ayrılmışlar veya mezun olmuşlardır. 130 kişiden:

Meslek sahibi olup da ayrılanlar	98
İdarî sebeplerden ayrılanlar	3
Meslek öğrenmeden arzulariyle ayrılanlar	14
Sıhhî sebep göstermeden ayrılanlar	15
Yekûn	130

Neticenin tahlili :

İdarî sebepten ayrılan 3 talebe merkezin nizamnamesine intibak edemediklerinden uzaklaştırılmışlardır. Meslek öğrenemeden ayrılan hasta talebe adedi 14'tür, bunlar ya kendi arzuları, veya arzuları haricinde ailevî sebeplerden dolayı merkezde 1-3 ay çalıştıktan sonra evlerine gidip bir daha dönmemişlerdir. Ancak, bunların büyük bir kısmının hasta olmadan evvel meslek sahibi olup bu eski mesleklerine devam etmekte oldukları müşahede edilmiştir. Bu cihetle rehabilite edilecek hastaların daha evvelden bir meslek sahibi olmıyanlardan intihap ve kabul edilmesi daha muvafık olmaktadır, şu hâdise, bu fikri müdafaa edenlerin yanında yer almamızı icabettirmektedir. Sıhhî sebepten ayrılan 15 kişiye gelince; bu 15 hasta talebenin hepsinin de tarafımızdan yapılan klinik, radyolojik ve bilhassa bakteriyolojik tetkikler neticesinde basil çıkarmakta oldukları anlaşılarak merkezden uzaklaştırmak mecburiyetinde kalınmıştır. Giren umumî talebe yekûnu ile bu gibi 15 hasta talebe mukayese edilirse nisbet %8,15 bulunur ki, bir çok müelliflerin verdikleri istatistiklere nazaran bu rakam hiç de yüksek değildir. Umumiyetle yabancı memleketlerdeki rehabilitasyon merkezlerinde bu röşüt nisbeti %5-12 arasındadır. Bizde basil tesbit edilen 15 hastadan 5 kişinin girişteki medikal fişlerinde kültürle B.K. menfi olarak gösterildiğinden bu talebelerin kraşalarını, kabulleri esnasında teksif ve kültür muayenelerine gönderdik. Bunların teksifinde basilin menfi olması üzerine kendilerini kabul ettik. Ancak, bir müddet sonra gelen kültür neticelerinin müsbet zuhur etmesi üzerine merkezden uzaklaştırdık ve bundan böyle de giriş esnasında medikal fişlerinde kültürle basil

menfi olarak kaydedilmiş dahi olsa bu gibilerin, tarafımızdan bizzat kültür neticesini almadan kabulleri cihetine gitmemek prensibini ittihaz etmiş bulunuyoruz. Bu bakımdan bu 5 kişiyi de 15 basilli hastadan tenzil ettiğimiz takdirde 184 hastanın ancak 10 tanesi basilli olarak kalır ki bu takdirde nisbet %5,43 olur. Bu rakam ise hiç de yüksek değildir.

Müesseseyi muvaffakıyetle ikmal ederek bu güne kadar ayrılmış olan 98 kişiden:

12'si fotoğrafçı, 4'ü elektrikçi, 37'si çorapçı, 6'sı sarac, 8'i saatçı, 17'si daktilo-stenograf, 10'u yağlıboyacı, 2'si eczacı kalfası yardımcısı, 2'si de mülâj ustası olmuşlardır.

Elimizde mevcut kayıtlara istinaden bu 98 kişiden 96'sının halen rehabilitasyon merkezinde öğrendikleri mesleklerde çalışmakta olduklarını, yalnız iki kişinin başka bir iş tutmak suretiyle maişetlerini temin etmekte bulundukları anlaşılmıştır. Bu netice memnuniyet vericidir, zira bu insanlar merkeze girmeden evvel hiç bir iş yapmayan ve hastaneden hastaneye koşarak cemiyetin sırtından geçinen müstehlik kimselerden terekküp etmiş iken rehabilite edilerek yeni bir iş sahibi olduktan sonra halen mükemmel hüviyetleriyle emeklerinin mahsulü ile geçinmekte ve hattâ etrafındakileri de geçindirerek tamamiyle müstahsil duruma geçmiş bulunmaktadırlar.

Memnuniyetimizi mucibolan diğer bir nokta da, merkezimizi mezun olarak ikmal eden hastalarımız arasında bu güne kadar nüks görmemiş olmaklığımızdır. Bu cihetle tüberkülozda her zaman bahsedilen salâh yerine rehabilite edilen hastalarımız için şifa tabirinin kullanılmasının mümkün olabileceği mütalâasındayız.

Y e r l e ş t i r m e :

Mezun talebelerin öğrendikleri branşta işe yerleştirilmeleri şahsî temaslarımız ve çalışmalarımızla mümkün olabilmektedir. Zira hariçte tüberküloza karşı duyulan çekingenlik sebebiyle bu mezunların muhtelif teşekküllerde fazla iltifak görememeleri dikkat nazarımızı çekmiş bulunmaktadır. Bu cihetle başka memleketlerde olduğu gibi devletin meselâ; iktisadî devlet teşekkülleri, şirketler, bankalar ve fabrika ve imalâthanelerdeki personelin yüzde pek ufak bir kısmını bu gibi rehabilite edilen kimselerden istihdam edilmesini temin edecek tedbirler almasının muvafık olacağını düşünmekteyiz.

S U M M A R Y

T h e r e h a b i l i t a t i o n C e n t e r o f H e y b e l i a d a

After a brief exposition of the organisation and medical working system of the Center, the authors discuss the results obtained since June 1954. The Center has accepted up to now 184 cured patients. 98 of them have left the Center after having learned a skill or profession.

R É S U M É

L e C e n t r e d e R é h a b i l i t a s y o n d e H e y b e l i a d a

Après avoir donné un bref aperçu sur l'organisation et le système de travail médical du Centre, les auteurs analysent les résultats obtenus depuis juin 1954. Le centre a jusqu'ici accepté 184 anciens tuberculeux. 98 d'entre eux ont quitté le centre pourvus d'un métier.

İşçi Sigortaları Kurumu Süreyyapaşa Sanatoryumu
Başhekim
Dr. Abit Köymen

AKCİĞER TÜBERKÜLOZUNDA REHABİLİTASYON MEVZUUNDA DÜŞÜNCELER

Dr. ABİT KÖYMEN *Dr. REŞAT HAZAR*

Tüberküloz tıbbî cepheden olduğu kadar sosyal bakımdan da halli güç ve karışık problemler ihtiva eden bir hastalıktır.

Değişen tedavi yenilikleri her an bu sosyal problemlere de yeni veçheler vermektedir.

Memleketimizde henüz tecrübe ve teşebbüs safhasında olan rehabilitasyon müesseseleri yerli müşahedelere istinaden konuşmak imkânlarını henüz lâyıkiyle verememektedir. Sanatoryumumuz hastalarının ekserisi beden işçisi ve cüz'î bir kısmı da fikir işçileri teşkil etmektedir. Bu itibarla rehabilitasyon mevzuu her sanatoryum kadar ve belki her sanatoryumdan daha fazla sanatoryumumuzu ilgilendirmektedir. Mevzumuzun bu hususiyeti bakımından aylardan beri etüdleri sanatoryumumuzda yapılmakta ve bu mevzuu yerinde tetkik için de bu kominikasyon sahiplerinden **Dr. Reşat Hazar** yabancı memleketlere tetkike gönderilmiştir.

Önümüzdeki aylarca tesisine geçilecek rehabilitasyon müesseselerinde sanatoryumumuzun kabul ettiği prensipleri bu mevzuda en yetkili organ olan muhterem kongrenin tetkik, tenkit ve münakaşalarından geçirmek bizim ve mes'ul bulunduğumuz müessesenin çok hayrına olacaktır.

Tüberküloz rehabilitasyonun ana prensipleri değişmemekle beraber, memleket sosyal şartlar, iktisadî duruma bağlı olarak her memleket ve hattâ muhtelif sanatoryumlar için bazı hususiyetler göstereceği fikrindeyiz.

Evvelâ prensip olarak rehabilitasyon tüberküloz için elde edilebilen tam mânasiyle bir şifadan sonra başlar. Aktif tedavi seyri esnasında hakikî bir rehabilitasyonun olamıyacağı fikrindeyiz. Mevzua girmeden evvel terimlerde mutabakat aramak lüzumludur.

Readaptasyon: Hastanın hasta olmadan evvelki mesleğine tekrar hazırlanmasıdır. Burada bu mesleğin daha hafif bir şubesi de yeni meslek olarak alınabilir. Fakat prensip hastanın eski mesleğine dönebilmesi için hekim kontrolunda talim yapmasıdır. Bu mevzu memleketimiz veya bizim kabul ettiğimiz hasta kalitesi bakımından rééducation kadar ehemmiyetli değildir. Çünkü hastalarımızın mühim bir kısmı, sanatoryumumuzun diğer bir travayında gösterildiği reedükasyon kadar ehemmiyetli değildir. Çünkü hastalarımızın mühim bir kısmı beden kuvveti ile iş gören kalifiye olmayan işçilerdir. Bu itibarla dönülmesi arzulanan bir meslekleri yoktur. Tüberküloz geçirmişlerde en çekinilecek çalışma tarzı aşikârdır ki bu non kalifiye kitlenin gelişi güzel bulundukları işlerdir.

Hasta haricî hava şartları ve evvelce alışmadığı ağır beden çalışmalarının mihneti altındadır. Memleketimiz için mühim olan bu kitleyi muntazam bir iş yapacak seviyeye getirmek ve para kazanmak için bedeninden biraz daha aklını kullanacak kabiliyeti verebilecek yeni bir mesleğe sahip kılmaktır ki bu da reedukasyon'dur. Sanatoryumlar çerçevesinde bunu yapmak readaptasyonu yapmaktan hem daha kolay hem daha verimli ve daha ekonomiktir. Çünkü rééducasyon umumî olarak hastaya umumî kültürünü artıracak bilgiler vermek, bir veya iki ve nihayet üçüzlü ve kolay bir atölye faaliyetiyle realize edilebilir.

Buna mukabil readaptasyon için ne kadar meslek varsa ona muvazi o kadar atölye, kurs, muallim, usta ve işletme bilgisine ihtiyaç gösterir ki bu bir sanatoryumun imkânlarının çok üstündedir. Bu külfetli adaptasyon müesseseleri müesseselerin sanatoryumlardan ayrı ve yine tıbbî kontrol altında müstakil olarak verem savaş derneklerinin veya hükûmetin himayesi altında olması düşünülebilir.

Bu takdirde bir şehirdeki muhtelif sanatoryumlardan bu merkezî müesseseye hastalar sevkedilebilir.

Ancak sanatoryum kendi camiasında tabiri caizse hastayı readaptasyona hazırlar. Yani bir prereadaptasyon safhası vardır ki bu da hastanın bedenen çalışmaya, daha iyi tabirle efora alışmasıdır. Bu keyfiyet hemen şifayı müteakip başlar. Burada verilen işin vasfının ehemmiyeti yoktur. Mühim olan hastanın günlük çalışma saatidir. Tedrici olarak hastanın günlük çalışma saatleri asgarî bir hadden gittikçe artırılır ve bu esnada klinik, radyolojik veya bakteriyolojik kontrol tesis edilir.

Biz sanatoryumumuzda bu safhaya ehemmiyet vermek niyetindeyiz, böylece hastanın şifadan sonra belirli bir saatte çalışma gücünün kabiliyetini isbat ettikten sonra reedükasyona geçilebilecektir.

Şimdilik düşündüğümüz çalışma kollarında şu prensiplere riayete çalışacağız:

Hastaya öğretilen sanat kolunda hasta bilâhare kolayca çalışabilmeli, büyük bir sermayeye ihtiyacı olmadan ve memleketimiz şartlarında kolayca iş bulmalıdır. Aleyhinde bazı müelliflerin bulunmasına rağmen ziraî reedükasyon tesisi düşünülmektedir. Aşikârdır ki ziraatin büyük beden gücü isteyen şubelerinden kaçarak tavukçuluk, arıcılık, aşıcılık, çiçekçilik gibi şubelerini tercih edeceğiz ki esasen bu nüveler şimdiden kurulmuştur.

Kültür durumu müsait olanlar da lâborantlık, eczacı kalfalığı ve röntgen lâborantlığı ve hastabakıcılık gibi az yorucu hastane hizmetleri düşünmekteyiz.

Kitap ciltciliği kolay bir sanat görülmesine rağmen hastanın hayatını kazandıracak bir gelir getireceğine şüpheliyiz. Bu itibarla terzilik, çorapçılık, küçük saraciye gibi sanat şubelerine teşebbüs niyetindeyiz.

Hangi hastalar reedükasyona tabi tutulacak, ve meslek tercihi nasıl tanzim edilecektir:

Mühim olan şudur ki; şifayı takibeden (efor)'a alıştırmak Préreadaptasyon bütün hastalara şifayı müteakip sistematik tatbik edilmelidir. Bu safhanın bir ay civarında olmasının kâfi olacağı şimdilik düşünülebilir. İlerdeki tecrübelerimize göre bu safha uzaltılıp kısaltılabilir.

Bu safhayı reedükasyon takibedecektir. Reedükasyonun bütün hastalara sistematik tatbik zaruretine kani değiliz. Meselâ: Mesleği kapıcı olan bir hastanın yeniden reedükasyonu mânalı sayılmaz. Yani hastalıktan evvelki mesleği, geçirilmiş tüberkülozla kabili telif ise bu nevi hastaların ne yeni bir mesleğe ve ne de esasen hafif olan eski mesleğine yeniden hazırlanmasına lüzum yoktur.

Reedükasyona sevkedilecek hastalarda iki hususiyet aranması lâzımdır:

1. Ya hiç bir kalifiye mesleği yoktur. Bu hasta bir meslek sahibi yapılacak, sosyal vasfı yükseltilecektir; burada bir sürkalifikasyon mevzuubahistir.

2. Veya hasta olmadan evvelki ağır mesleği halihazır durumu ile kabili telif değildir. Bunlara yeni bir meslek öğretilecektir. Hastanın istidadı olduğu meslek hem kendi arzusu hem de modern test usülleri ile (efora alıştırma) safhasında araştıracağız.

Bir reedükasyon merkezi şu şekilde teşkilâtlandırılmalıdır:

A. Tıbbî servisler:

Hastanın muayyen zamanlarda klinik, radyolojik, bakteriyolojik bütün kontrolları temin edilmelidir. Ve zarureti halinde bu hizmetleri merkezin bağlı bulunduğu sanatoryum servisleri de yüklenebilir. Bu tıbbî servis sanatoryum servisinden ayrı bir servis ise bu servis şefliği sanatoryum şefliğine bağlıdır.

B. Teknik servis:

Bu servise reedükasyonun tatbik edildiği bütün şube, atölye çalışma kursları ve ziraî servisler dahildir. Her servis kendi ustabaşısı (Monitör - Monitris) vasıtasiyle teknik servisi idareye ve bu idareci de bağlı bulunduğu sanatoryum başhekimliğine tabidir.

Monitörler, ustalar, muallimler, maaşlı ve profesyonel elemanlardır. Ancak hastalar arasında tesadüfi olarak bulunacak bu vasıftaki elemanlardan istifde edilebilir.

Bu mevzuu kapatırken mevzuun memleketimiz için mühim bir noktayı tebarüz ettirmek zarureti vardır. O da halihazır mevzuatımızın bu çalışmaları pek de kolay yapabileceği mahiyetinde olmadığıdır.

Umumiyetle tedavi müesseselerinde hastaların kalabilme müddetleri tedavilerine dahi tam mânasiyle kifayet ettiği iddia edilemez bu hususta hastalarını en fazla tutabilen müessesemiz nihayet hasta için 9 aylık bir tedavi müddetine sahiptir.

Meselâ: Tetkik etmek fırsatını bulduğumuz santr reedükasyon Calmett, Lille müessesesinde reedükasyon müddet programlaştırılmış ve bu program bir sene içersinde hastalara 1050 saatlik bir çalışma zamanı tâyin etmiştir. Şu halde tam şifadan sonra bir sene daha hasta bu müesseselerde kalabilmelidir.

Şimdilik sigorta mevzuatı bu cömert imkânı kısmen olsun sağlamaktadır. Yakın bir zamanda tüberküloz tedavi müddetinin 18 aya çıkarılması tetkik edilmektedir. Bu şartlar tahakkuk ettiği takdirde daha iyi bir reedükasyon imkânı bulunabilecektir.

İkinci bir mesele de bu müesseselerin tam olmasa bile kısmen ticarî bir vasıf alabilmesidir. Aşikârdır ki tam bir randıman beklemek tıbbî gayeyi zedeler, fakat hiç olmazsa bu müesseselerin imalâtı, hasılâtı kısmen olsun kendi ihtiyaçlarını karşılıyabilmeli ve çalışan iyi olmuş tüberkülozlulara da çalıştığı nisbette ufak bir rant temin etmelidir.

Şimdiki mevzuatın bu müesseseleri bir döner sermaye haline getirecek şekilde tadili ve sanatoryum bütçelerinin bu müessese ihtiyacına yardım edecek şekilde bir miktar artırılması bir zaruret halinde görülmektedir.

SUMMARY

Some reflexions on the problem of rehabilitation in pulmonary tuberculosis

After stating the general principles of rehabilitation, the authors point out that the Workers' Insurance Fund may be of a great help in this field.

RÉSUMÉ

Reflexions sur le problème de la réhabilitation en tuberculose pulmonaire

Après avoir exposé les principes généraux de la réhabilitation, les auteurs soulignent que les Assurances Ouvrières sont à même de rendre de grands services dans ce domaine.

TÜBERKÜLOZDA REHABİLİTASYON

Dr. EŞREF BARKAN

Bizden daha ileri memleketlerde tüberküloz tedavisinin, tüberkülozun mediko-sosyal bir hastalık olduğu kat'î kanaatine varılan bir teşhis üzerine müesses bulunduğunu ve buna göre, tedavilerini medikal ve sosyal cepheler üzerinde, her ikisine aynı derecede kıymet ve ehemmiyet vererek toplandığını neşriyatlarından, gidip görenlerimizin beyanlarından ve ben de 1955-1956 yıllarında İtalyada çalışarak şahidi bulunmaklığımızla malûmumuzdur.

Memleketimizde ise, buna son yıllarda teşebbüs edilmiş ve bunda millî Türk tüberküloz kongrelerimizin esaslı rolü olmuştur.

1918 başlarında Birinci Dünya Harbinden evvel İstanbulda bu mücadelenin ilk tohumlarının atıldığını, tüberkülozluların barakalarda tecride başlandığını biliyoruz. Harb başlamasiyle bu sona ermişti. İstiklâl savaşımızdan sonra da sayın hocalarım *Prof. Tevfik Sağlam* ve *Dr. Tevfik İsmail Gökçe*'nin himmetleriyle İstanbul Eyübünde Verem Dispanserinin ve Heybeliada Sanatoryumunun açılmasiyle esaslı mücadele başlamıştır.

O günden bu güne Sağlık Bakanlığımızın himmetleriyle muhtelif göğüs hastalıkları hastanesi ve halkın da büyük alâkasiyle verem savaşı dispanserleri yavaş yavaş memleketimizin her tarafını sarmaktadır.

Bu gün en mütekâmil addedilen İstanbul verem savaşı dispanserleri dahi sosyal servis olarak ancak sosyal hemşireleriyle tüberkülozluların evlerinde öğütler vererek, onların aile fertlerini dispansere davet ederek ve kitle halinde bilhassa mektep çocuklarını çağırarak hem kontrollarını ve hem de hassas olanlarına B.C.G. koruyucu aşısını yaparak gerekli vazifesini yapmakta ve fakat hiç birisinin hastalık esnasındaki rehabilitasyonu ile alâkadar olamamaktadır. Hastane ve sanatoryumlar ise yalnız medikal kısımla alâkadar olmaktadırlar. Şüphesiz tam şifa ile çıkmayan bu hastalara kendine iyi bak, gıdanı ihmal etme, ağır işler yapma tavsiyelerine uyamayanlar tekrar

hastalanarak aynı müesseselere yatma imkânları aramaktadırlar. Kurnazlar daha yattığı müesseseden çıkmadan bir başkasına yatma imkânlarını bulmakta ve bu suretle bedava yiyip içip oturmak ve tedavi edilmekten ibaret profesyonel hastalar olmaktadırlar.

19'uncu asrın yarısından sonradır ki Türkiyemizde tüberkülozlu hastaların dış hayata hazırlanması problemi ele alınmış, İkinci Millî Türk Tüberküloz Kongresinde de bu konuya temas edilmiş, Sağlık Bakanlığı bu hususun tetkiki için bazı elemanlarını ileri memleketlere göndermiştir. Neticede Heybeliada Sanatoryumu yanında, Şişli Verem Dispanseri bahçesinde ve Baltalimanındaki Kemik Veremi Hastanesinde ilk meyvalarını vermiş bulunmaktadır. Ancak bu müesseselerde gerekli inceleme yapılırsa herbirisinin de iyileşmiş tüberkülozlularla iştigal mevzuunu ele aldıklarını görürüz.

Bunlarda Amerikada Katolina'nın Aschville kasabasının 15 kilometre uzağındaki Swannanoa'da askerlere tahsis edilen rehabilitasyon merkezinde Swannanoa proğramı denilen metotta giriş endikasyonlarının rehber alındığı görülür.

Tüberkülozdan iyi olmuş hastalarımızın rehabilitasyonuna ait bu gibi müesseselerimiz vatan sathına göre bir hiç mesabesinde olmakla beraber hastane, sanatoryumda yatan ve dispanserlerde tedavilerini ayaktan yaptıran binlerce aktif tüberkülozlu hastalarımızın rehabilitasyonlarına ise henüz el atmamış, yer vermemiş olduğumuzu görürüz.

Halbuki bütün medenî memleketlerde tüberkülozlunun medikal tedavisine başlanır başlanmaz istikbalde kendisine uygun olacak mesleğin eğitimine de başlanmaktadır.

Yani hastaların dış hayata hazırlanması medikal tedavi ile başlamakta ve bu tüberküloz tedavisinin bölünmez bir parçası olarak kabul edilmektedir. Böylece reedukasyon profesyonel müessesesini havi olmayan bir tüberküloz müessesesi eksik bir tüberküloz müessesesi sayılmaktadır.

Bu gün, bu müesseselere giren her hangi bir hastanın derhal mi yoksa iyi olup taburcu olduktan sonra mı yeni bir meslek öğretmek münakaşası da kapanmış bulunmaktadır. Bu kapanış şüphesiz derhal başlanması kararıdır.

Bu itibarla tüberküloz müesseselerimizde hasta tesbit edilir veya yatırılır yatırılmaz reedukasyon profesyonele bizim de başlamamız zamanı gelmiştir. Hattâ geçmektedir.

Bunu şu noktadan ısrarla biz de talebetmekteyiz: Bir tedavi müessesesine yatan tüberkülozlu, cemiyetten oldukça uzun bir zaman

için tecrit edileceğinden ruhî bir travamya maruz kalacaktır. İlk anlarda kendi hastalığından bizzat kendi korkacak, aile efradını hasta etmekten çekinecek, diğer insanların kendisine karşı alacağı tavır ve hareketten korkacaktır. Bu hal evvelâ hastayı kendi içine çevirecek, cemiyetten kaçmasına, egoist ve nörotik olmasına şebebolacaktır. Hastalanmadan evvel çok kibar ve nazik olan bazılarının bilâhare ne kadar kaba ve haşin ve hattâ hastalıklarını en sevdiklerine bile vermekten kaçınmaz olduklarını ve bazılarının da kaba ve haşin iken ne kadar nazik ve kibar olduklarını biliriz. Bunlardan hayata küsenler, enerjilerini kaybedenler ve kendisinin bütün dünyadan izole olduğunu kabul edenler ve artık cemiyette hiç bir işe yaramıyacaklarını zannedenler yarının göğüs hastalıkları hastane ve sanatoryumlarının profesyonel hastaları olmaktan veya bir köşeye büzülmekten kendilerini kurtaramıyacaklardır.

İşte bu hastalara, bir tüberküloz müessesesine ilk müracaat ettikleri anda klinik durumları mutlak istirahati icabettirmeyenlere derhal reedukasyon profesyonel metotlarımızı tatbik ederek bu ruhî bozukluklarını önlemeliyiz.

Bu itibarla hastada ister akciğerinde, ister kemik veya mafsalında bir tüberkülozu mevcut olanlarda rehabilitasyon:

1. Hastalığın tedavisi esnasında rehabilitasyon

2. Hastalığı iyileştikten sonraki rehabilitasyon olarak iki kısımda mütalâa etmekteyiz.

1. Hastalığın tedavisi esnasındaki rehabilitasyon:

Burada her şeyden evvel (meşguliyet tedavisi metotları) tatbik edilmelidir. Bunun hedefi hastanın, hastahanede, sanatoryumda yatmak, istirahat etmek arzusunu artırmak, asgarî can sıkıntısı ile bedenî istirahati temin etmek, inkişaf eden iş kapasitesine ve aktiviteye ait dereceli bir program tatbik ederek iş toleransı ile aktiviteyi muvazi göstermektir.

Bu tedavi, eski işlerine döneceklerden ziyade dönemiyeceklere ekonomik istiklâllerini kazanmak için temel bilgiler verecektir. Bu itibarla bu tedavi nüks ve tekrar tedavi müesseselerine müracaatı önlemeğe, profesyonel hasta olmaktan çıkarmaya yarayacaktır. O halde bu metod tüberkülozun koruyucu tababet içine girmektedir.

Bu meşguliyet tedavisi metotları hastanın gösterdiği klinik gelişmeye istinat ederek kıymetlendirilmelidir. Müesseselerde tedavi hekimlerinden maada meşguliyet tedavisi yapan personel bulundurmalıdır. Bunlar tedavi hekimini müteakıp bu yeni hastaların can

yoldaşı olmalıdırlar. Onlarla gerekli müsahabelere başlamalıdırlar. Ayrıca hastalara da evvelâ yatak içinde elleriyle yapabilecek işleri ve meselâ kadınları el örgüsü yapmaya teşvik etmeli, sıhhatı ayakta dolaşabilecek bir hale gelince daktiloluk, yumuşak maddelerden oymacılık işleri, kroki, resim, deri işleri, seramik, maket yapmak gibi meşguliyetlere bağlamalıdır.

Klinik salâha paralel olarak gündüzlere inhisar etmek üzere ve evvelâ öğleye kadar müsait zamanlarda atölyelerde, eğlence ve dinlenme odalarında, bilhassa eski mesleğine dönemiyecek olanları, istikbalde kendi sağlığını temin için müsait meslek seçmeerini tetkik etmelidirler.

Bir insan senelerden beri öğrendiği mesleğini çabuk çabuk unutamaz ve terketmek de istemez. Bu sebeple bu meslek bahsinde onu çabuk kavrayıp daha iyi öğrenebileceği ve buna ruhî sevgi sebeplerini de ilâve ederek tercih etmek de hastaya hak vermek prensibi olmalıdır. Fakat bunların hasta olmadan evvelki mesleklerine dönmek veya herhangi mesleği bünyesine göre seçmek hususunda tedavi hekimi ve meşguliyet metotlarını tatbik edenlerden müteşekkil bir sağlık kurulunun da geniş salâhiyetine malik bulunması şarttır. Artık bu anda hastanın tedaviden sonraki rehabilitasyon meselesi taayyün etmiş gibidir demektir.

II. Tedaviden sonraki rehabilitasyon:

İyileşmiş hastaların tedavisinin sonunda yapabilecek meslekî iştigali mevzuudur ki bunun halli ile senelerce sanatoryumlardan sanatoryuma veya hastaneden hastaneye veya dispanserlerde bulunan büyük hasta kitlesinin moral derdine çare bulmuş olacaktır. Bu suretle yarınki endüstri merkezlerimizde şiddetle ihtiyacımız olan kalifiye usta ve işçilere malik olmamızı da sağlayacak birer müessese olacaklardır.

Burada esas tedaviden sonraki rehabilitasyon merkezi sağlık kurulu tarafından, hastane veya sanatoryum meşguliyet tedavisini yapan ve buna göre meslekî vaziyetini tâyin eden hastanın buna ait evrakını tetkik etmek, hastayı tekrar klinik tetkikten geçirmek ve sonra da eğer hastanın eski mesleği varsa ve hasta bu meslekte kalmasını arzu ediyorsa bu mesleğin vazife kabiliyetlerini kaybedip etmediğini araştırmak ve etmediği kanaatine varırsa sıhhî imkânı bunu tekrar ifaya müsait olup olmadığını tetkik etmek, müsait değilse tekrar psyco-tecnique kontrollerinden geçirdikten ve hastanın da ruhî arzusunu nazara alarak hastayı bir seksiyona tevdi etmekten ibarettir.

Görülüyor ki tedavi esnasındaki rehabilitasyon her tedavi müessesesinde bulunması şartı karşısında, tedavi sonrası rehabilitasyonunu her bir tedavi müessesesinde yapmağa lüzum yoktur.

Böyle hastaları çok olan müesseselerde veyahut bunların merkezî bir yerinde yapılmalıdır. Meselâ Amerikada böyle bir merkez Katolinanın Aschwille kasabasından uzakta Swannanoa'dadır. Amerikan askerlerine mahsustur. İtalyada çalıştığım 1955-1956 yıllarında Romanın 50 kilometre batısında Anzio müstahkem mevziinde Anzio askerî sanatoryumunda yalnız mülâjcılık, testicilik, küpçülük sanatı üzerine kurdukları rehabilitasyon merkezini bizzat gidip gördüğüm gibi Romada Forlanin Enstitüsünde direktör *Prof. Zorini* yanında çalışırken Zorini okulu dedikleri rehabilitasyon merkezinde de çalışarak bizzat müşahede etmiş bulunmaktayım.

Amerikalılar bu müesseselerinde Swannanoa plânı denilen plânı kabul etmişler ve Amerikan tüberküloz cemiyetinin 6'ncı sınıfa soktukları tüberkülozluları buraya kabule esas tutmuşlardır. Buna göre altı aydır kraşada basilleri menfi olacak, hastalıklarının fonksiyonel semptomları olmayacak Px. başlamışsa asgarî altı ayı geçmiş olacak, hastalığın prognozu da müsait olacak, şüphesiz hasta her işini kendi görebilecek kudrette ve ayakta olacaktır. Günde de asgarî altı saat çalışma toleransına malik olacaktır.

Bunlar bu tedavi sonu rehabilitasyon merkezlerinde: radyoculuk ve televizyonculuk, elektrik tamirciliği, saat tamirciliği, plâstik maddelerden düğme, ağızlık, fermuar ve saire atölyeleri, tahta oymacılık, marangozluk, mobilyacılık, döşemecilik atölyeleri, soğuk demirden avize, abajur ve saire, evrak çantası, para çantası ve cüzdanları, valiz ve anahtarlık gibi küçük dericilik hattâ saraclık, şark bebekleri ve bibloları atölyesi, küçük kunduracılık ve terlikçilik ve patik atölyesi, kuyumculuk, seramik işleri, küpçülük, testicilik, matbaacılık, kartopiyercilik, terzilik, çorapçılık, gömlekçilik, teknik ve mimarî resimcilik, daktiloculuk, stenografluk, fotoğcılık, resim ve heykelcilik, yağlı boyacılık, ciltçilik, tesviyecilik, tornacılık, frezecilik, elektrik, oksijen kaynakçılığı, büro kâtipliği.

Bütün bu mesleklerin başında mühendisler, öğretmenler ve teknisyenler hattâ profesörler bulundurmalı, ilmî dersler yanında amelî kurslar yaptırılmalıdır. Bunu bir sanat okulu haline getirmek doğru değildir. Bir yıl çalışmak ve sonunda imtihana tâbi tutmak lüzumludur.

Buralarda gerek nazarî ve gerekse amelî bilgilere sahip olarak yetişecek gençlerimize yeni yetişen vatanımızda her zaman iş bulunacağına eminiz. Yeter ki iş yerlerine bunu propaganda etmeli ve her birini iyi prezante etmeliyiz. İddia edildiği gibi bunlara iş bulunamıyacağı fikrini şiddetle reddediyoruz. Bu gün medenî memleketlerin kalifiye işçilerinin dörtte birinden fazlası bu gibi müesseselerden yetişmiş işçilerdendirler. Bizde de bu müesseselerden yetişenlerin takdirkâr iş sahipleri bulunacak ve bu gibi kabiliyetli gençlerimize iş vereceklerdir. Bunu iş adamlarımızdan bekliyoruz.

Buradan yetişecek gençlerde kendileri için yapılan masrafların ve emeklerin mükâfatını bu vatana başarılı çalışmalariyle ödeyeceklerine de eminiz. Çünkü Türktürler. Biz hekimler ise hastayı iyi etmekle, onların meslek öğrenmeleriyle müstehlik hallerinden kurtulup vatana müstahsil birer genç kazanılmış olmasını görmek bahtiyarlığına nail olmakla daima meslekî sevinç duyacağız.

SUMMARY

Rehabilitation in tuberculosis

Rehabilitation in tuberculosis may be subdivided in rehabilitation during treatment and rehabilitation after cure. The rehabilitation during treatment is considered in several European contries as an integral part of treatment. However this measure has not yet been adopted in our country and it is highly time we should start its application. It consists in an occupational therapy beginning when the patient is hospitalized and which aims at familiarizing him with new activities more suited to his physical means.

The rehabilitation after cure is for patients who are cured but who could experience a relapse of the disease if they worked in the same field as they did before. This method is also considered in Europe as an integral part of treatment and yields excellent results. We have seen the first favorable results of its application in Turkey. However, we must admit that it does not yet meet our requirements. Such social undertakings could provide Turkey with the qualified workers it needs and should therefore be encouraged.

RÉSUMÉ

La réhabilitation en tuberculose

La réhabilitation en tuberculose se divise en rehabilitation au cours du traitement et réhabilitation après la guérison. La rehabilitation au cours du

traitement lui-même est admise aujourd'hui dans les pays d'Europe comme faisant partie intégrale du traitement. Toutefois nosu constatons que cette mesure n'a pas été appliquée jusqu'ici dans notre pays et qu'il est grand temps de s'y mettre. Elle consiste en des méthodes de thérapeutique occupationelle commençant au lit du malade et le familiarisant avec des travaux conformes è ses capacits physiques.

La réhabilitation après la guérison s'adresse aux sujets dont la maladie est passée mais chez qui la poursuite du même métier pourrait entrainer une récidive. Cette méthode également est considérée en Europe comme faisant partie intégrale du traitement et donne d'excellents résultats. Nous commençons à voir les premiers résultats favorables de son application en Turquie mais il faut admettre qu'elle est encore insuffisante à satisfaire tous nos besoins. De pareils mouvements sociaux, qui sont de nature à assurer les besoins futurs de la Turquie en ouvriers qualifiés, devraient donc être encore plus favorisés.

İNGİLTEREDE CAMBRIDGE-PAPWORTH TÜBERKÜLOZ ŞEHRİ İLE LEYSIN PROF. ROLIER'İN REHABİLİTASYON MERKEZİ VE BİZDE REHABİLİTASYON HAKKINDA DÜŞÜNCELER

Dr. HAYATİ SEVGEN

Rehabilitasyon tüberküloz dâvasında çok kullanılan bir kelime olmuştur. Bu bakımdan kelimeden anlaşılması icabeden mânayı evvelâ gözden geçirelim. Hastalık dolayısiyle ayarlı temparamanı kaybolmuş hastanın sosyal hayata reakomodasyonu diye de düşünebiliriz. Rehabilitasyon için Oxford Dictionary: evvelki statü ve durumun re-establize edilmesi keyfiyeti... diye bahseder. Mühim olan kelime (evvelki) tabiridir. Hastalar en az hastalıktan evvelki durumlarına razıdırlar. Bu bakımdan tüberkülozlunun rehabilitasyonunda, hastanın, fizik, psikolojik, ekonomik ve içtimaî mazisi mufassalan göz önünde tutulmalıdır. Hastanın tıbbî hikâyesi teferruatı ile dinlenilmelidir. Ruhî durumu, içtimaî seviyesi, merakları, hayata ve muhtelif cephelerine olan alâkası dikkatle ve teferruatiyle not edilmelidir. Tüberkülozun anamnesi, tekst kitaplarının müşahede listesine sığmaz. Bizler hastanın filmi, lâboratuvar ve göğsünün steteskopik tetkiki kadar onun tam şahsiyetini de kavramış olmalıyız. Buna göre hareket eden ve büyük başarılarını bizzat içinde çalışarak gördüğüm iki büyük müesseseden bahsetmek istiyorum.

İngilterede Cambridge'deki Papworth village settlement diye isimlendirilen yer, Cambridge'e 20 mil mesafededir. 1915'te *Dr. Pendrill Jones* tarafından küçük bir evde, 5 hasta ve iki hemşire ile kurulmuştur. O zaman sadece elişleriyle uğraşan bu basit müessese bugün 6 bin nüfuslu 400 haneli (iki katlı villâlardır) büyük bir hastanesi ve sanatoryumu ile tiyatrosu, çarşısı olan, hususî okuluyla, atölye ve fabrikalariyle muazzam bir tüberküloz sitesi olmuştur. Villalar iki katlı, iki daireli, hususî çiçekli bahçeler içinde ve atölyelerle, iş yerini dairenmedar saran bir halka üzerine inşa edilmiştir. 200 yataklı hastanesinde modern lâboratuvarlar, büyük bir cerrahî servisi, ayrıca 100 yataklı sanatoryum vardır. Buraya daha ziyade moderately advanced vak'alar alınmaktadır (%70). Halbuki, New Yorktaki Altro Workshop'larına yalnız minimal lezyonlular kabul edilmektedir.

Pappworth'da iki gurup hasta tercih edilir. 17-24 yaşlariyle 35-40 yaşlarındakiler.

Birinci guruptakiler, taze dimağlı ve yeni işe rahatlıkla uydurulacak gençler, diğer guruptakiler de, iş ve mesleklerinde ehliyetlerini isbat etmiş kalifiye personeldir. Ya hastaneye veya müsait durumlarına göre iş yerlerine, aileleriyle birlikte villalara yerleşirler. Evlerdeki bütün eşyalar demirbaştır. 6 bin kişinin 2000'i ya iyi olmuş hastalar veya kontrol altında bulunan tüberkülozlulardır. Pek çoğunun, eşi 3-4 çocuğu birlikte yaşamaktadır. Hastalar, hastalanırsa hastaneye, düzelince işine ve villasına döner, devamlı olarak muhiti içinde ailesi efradı arasında modern bütün imkânlara sahibolarak hayatını idame ettirir. Hastalığı ânında bir şey ödemez. Yevmiyeli bir işçi haline geçince, sitenin refahı için kurulmuş teşkilâta aldığı ücretin muayyen bir yüzdesini vermeğe mecburdur. Sitenin gelirleri, istihsallerden, dünya pazarlarında şöhret yapmış mamullerinden, teberrulardan, devamlı konser, konferans ve piyeslerden, hayır cemiyetlerinin verdikleri balo ve gardenparitlerden sağlanmaktadır. Kendi sâyi ile elde edilen gelir, yüzlerle hayır cemiyetinin ve çeşitli sosyal faaliyetlerle sağlanmış menfaatlerden katbekat üstün olmuştur. Sitenin çalıştırdığı hastalara ödediği yevmiyelerin yıllık tutarı 1,5 milyon sterlindir. Bu müesseseyi gezdiğim zaman Türkiye Ziraat Bakanlığı için iki kuluçka makinesi imal ediliyordu. Matbaası, dünyanın her tarafında şöhret yapmış deri işleri, saat makine aksamı, marangozluk, halı, ski malzemesi, eldiven, atkı atölyeleri bütün pazarlardan istenen ve siparişleri karşılanamıyacak kadar çok olan işlerdendi.

Dikkatimi çeken noktalardan biri de burada dinî âyinlerin çok alâka çektiği ve sık sık tekrarlanması idi. Londrada çalıştığım Brompton hastanesinde yıllarla bu âyinlerden birini dahi görmemiştim. Direktörlerine sorduğum zaman bana İncilden şu satırlarla cevap verdi: «Ancak şeytan hasta olunca biz ona melek görünürüz» dedi. Bu şeytanın bile hastalanınca ne kadar yumuşak bir varlık olduğunu gösteriyordu. 24 senelik tecrübesiyle konuştuğunu söyliyen *Dr. Robertson* (eğer dinî konferanslar ve âyinler ihmal edilirse bütün ilmimizle ve teşkilâtımızla tüberkülozluyu yeni hayata adapte ettiremeyiz dedi. Bunda ne kadar haklı olduğunu bilâhare ben de çeşitli hastalarımızı tetkik edince anladım. İnanan sakin ruhlu bir hastaya yapılan cerrahî bir müdahale, inanmıyan karışık fikirli bir baş-

ka hastada daha uygun bir indikasyon içinde olmasına rağmen neden iyi seyretmiyor. Plato: «Zamanımız hekimlerinin büyük hatası bedenle ruhu birbirinden ayırmalarındadır» diyor. Tüberkülozlu, değil bizde, en liberal fikirli İngilterede bile damgalıdır. Muhiti için daima şüphelidir. Bu, hastada devamlı bir üzüntü yaratmaktadır. İyi olduğu halde, hattâ hastalığından eser kalmadığını bildirdiğimiz bir anneyi, ne kızları evine, ne de kocası odasına almamaktadır. Bu elemi hangi ilâçla telâfi edebiliriz.

Pappworth'deki işçiler, günlük bir saatten 6 saata kadar mesai yapabilmektedirler. 6 saate çıkan bir hasta artık Trade Union'a dahildir ve her yerde iş bulabilir. Hastanın iş çeşidine karşı arzusu şart olmakla beraber o mevzuda bütün test imtihanlarını eksperler huzurunda vermesi lâzımdır.

Aynı düşünceler Montrö kuzeyindeki Leysinde *Prof. Rolier*'nin sanatoryumlarına ait rehabilitasyon merkezinde de caridir. Yalnız burada hasta kazandığı paradan hastaneye oln borcunu ödemeğe mecburdur. Günde 60 İsviçre frangı ücret alabilen ve hastaneye 12 frank borcunu ödeyen bir hastayı hatırlıyorum. Bu atölyelerde 200 kişi çalışıyordu. Daha ziyade minimal lezyondan iyileşmiş hastalar ile iki senelik iyileşmiş hastalar tercih ediliyordu. Burada da deri işler, matbaacılık ön plânda işlerdendi.

Bizde de hayırlı adımlar atılmıştır. Bilhassa Heybeli ve Atatürk sanatoryumları rehabilitasyonda ümitli çalışmalara başlamışlardır. Bizde halkın tüberkülozdan korunması için, tüberkülozludan kaçması için konferanslar verilir, yazılar yazılırken, mevcudu yüzbinleri aşan tüberkülozluya kimse hitabetmez. Onun da çalışabileceğini, zararsız bir insan olduğunu, basili müsbet bile olsa, cebindeki şişeye tükürdükçe kimseye zararı olmıyacağını, öyle olsaydı bütün verem hastanelerinde çalışanların hasta olacaklarını makul bir açıklıkla kimse anlatmaz. Hastanın iyi olmasından veya iyiliğe yüz tutmasından sonradır ki rehabilitasyon mevzuubahis olacaktır. Hastanın iş arzusu başka, iş kabiliyeti başkadır. Bizde de eksperlerle iş tâyini, hastanın mekaniğe tahammül derecesi ile istidadı ölçülmelidir. Bizde tüberkülozlu hastalarımızın çoğu fakir olduğu için, aylarla hastane veya sanayoryum gibi müsbet bir tedavi ve modern imkânlardan sonra tamamen tersine yokluk içine taburcu edilen hastalarımızdan bence şimdilik yalnız minimal lezyondan salâh bulanlar rehabilitasyon için ayrılmalıdır. Yahut bu ehemmiyetli bir konu addedilerek bir komisyon incelemesinden sonra müsbet bir formülle bu iş organize edilmelidir.

6 aylık sükûnet devri gibi, tedavi arkası sürprizli bir devir kabulü, bazı nahoş isabetsizliklere sebebiyet vermektedir.

Bunlara rağmen kısa bir zamanda tüberkülozlunun refahı için kurulan bu rehabilitasyon istasyonlarını yoktan yaratan insanlara buradan şükranlarımı arzetmeyi bir vazife bilirim.

SUMMARY

The City of Tuberculosis of Cambridge-Papworth in England. The Rehabilitation Center of Leysin Porf. Rolier and some reflexions on the status of rehabilitation in our country

After a detailed description of the City of Tuberculosis of Cambridge-Papworth in England and of the Rehabilitation Center of Leysin Professor Rolier, the author exposes the satisfactory results obtained at the Rehabilitation Centers of the Heybeliada and Atatürk Sanatoria and stresses the necessity of increasing the number of such centers.

RÉSUMÉ

La Cité de Tuberculose de Cambridge-Papéorth en Angleterre le Centre de réhabilitation de Leysin Prof. Rolier et quelques réflexions sur la réhabilitation dans notre pays

Après avoir décrit en détail la Cité de Tuberculose de Cambridge-Papworth en Angleterre ainsi que le Centre de réhabilitation de Leysin Prof. Rolier, l'auteur expose les résultats positifs des travaux des centres de Réhabilitation de Heybeliada et du Sanatorium Atatürk à Ankara et conclut en souhaitant la multiplication de pareils centres.

ALTINCI CELSE MÜNAKAŞALARI

Dr. Hayati Sevgen

Rehabilitasyon, tüberküloz dâvasında çok kullanılan bir kelime olmuştur. Her şeyden evvel rehabilitasyonun ne demek olduğunu hepimizin gözden geçirmesi icabediyor. Bu mevzuda şahsen hazırladığım bir tebliğde İngilterede Cambridge'te Papworth şehri ile İsviçredeki Leysin şehirlerindeki rehabilitasyon merkezleri hakkında bir kaç kelime söylemek istiyorum.

Rehabilitasyonu, hastalık dolayısiyle ayarlı tamperemanı kaybolmuş hastanın sosyal hayata reakkomodasyonu diye düşünebiliriz. Rehabilitasyon için evvelki statü ve durumun stabilize edilmesi de diyebiliriz. Mühim olan kelime evvelki tabiridir. Hastalar en az hastalıktan evvelki durumlarına razıdırlar. Bu bakımdan tüberkülozlunun rehabilitasyonunda hastanın fizik, psikolojik, ekonomik ve içtimaî mazisi mufassalan göz önünde tutulmalıdır. Hastanın tıbbî hikâyesi teferruatı ile dinlenmelidir. Ruhî durumu, içtimaî seviyesi, hayata olan alâkası dikkat ve teferruatla not edilmelidir. Tüberkülozun anamnezi tıp kitaplarının müşahede listesine sığmaz. Bizler hastanın filim, lâboratuvar ve stetoskopik tetkiki kadar onun şahsiyetini de kavramış olmalıyız. Buna göre hareket ederek büyük başarılarını bizzat gördüğüm bu iki müesseseden bahsetmek istiyorum. İngilterede Cambridge'teki müessese 1915'de *Dr. Jones* tarafından küçük bir evde 5 hasta ve 2 hemşire ile kurulmuştur. O zaman el işleriyle uğraşan bu müessese bu gün 6000 nüfuslu, 4000 haneli ve iki katlı villalardan, bir hastane, bir sanatoryum, hususî okulu ve atölye ve fabrikaları ile muazzam bir tüberküloz sitesi olmuştur.

Villâlar iki katlı ve iki dairelidir ve atölyelerle iş yerlerini dairenmedar saran bir halka üzerinde inşa edilmiştir. 200 yataklı hastanesinde modern lâboratuvarlar, bir cerrahî servisi ayrıca 100 yataklı sanatoryumu vardır. Buraya daha ziyade moderatly advenced

vak'aları alınmaktadır. Papworth'de iki gurup hasta ayrılmaktadır. 17-24 yaşları arasında, 35-40 yaş arasındaki hstalar. Birinci guruptakiler işe kolaylıkla uydurulacak gençlerdir. Diğer gurup ise işlerinde kabiliyetlerini isbat etmiş kalifiye personeldir. Bunlar ya hasta veya müsait durumlarına göre iş yerlerine aileleriyle birlikte villâlara yerleştirilirler. Evlerdeki bütün eşya demirbaştır, 6000 kişinin 2000'i ya iyi olmuş veya kontrol altında tedavisi devam eden tüberkülozlardır. Hastalar, hastalanınca hastaneye, düzelince villâlarına dönerler ve evlerinde bütün imkânlara sahibolarak hayatlarını idame ettirirler. Hasta iken para vermezler, çalışırlarken aldıkları ücretin muayyen bir kısmını teşkilâta vermeğe mecburdurlar. Bu müessesenin işçilerine verdiği senelik para 26.000.000 Türk lirasıdır.

Leysin'deki rehabilitasyon müessesesine minimal lezyonlu ve bir sene evvel stabilize olmuş hastalar kabul edilmektedir. Biz bu müşahedelerimizi arzederken yegâne gayemiz bu müesseselere kabul edilecek hastaların lezyonlarının hususiyetine bilhassa işaret etmektir.

Dr. Tevfik İsmail Gökçe

1954'ten beri memleketimizde başlayan bu işin hakikaten büyük inkişaflar gösterdiğini, arkadaşlarımızın kıymetli tebliğlerinden ve gösterdikleri alâkadan anlıyoruz, bu, çok sevindirici bir hâdisedir. Ancak bu işte konuşurken uzun seneler ihmal edilmiş olan bu müesseseleri memleketimizde tesis eden rahmetli *Ekrem Hayri Üstüdağ*'ı anmayı kendime bir vazife addederim. Bu müesseseler sırf onun gayreti ve kendisini bu işe vakfetmesi sayesinde kurulmuştur ve görüyoruz ki mükemmelen de teessüs etmektedir. Burada yalnız bir noktayı arzedeceğim, rehabilitasyonda öğrenim ile çalışmayı birbirinden ayırmak lâzımdır. Santralizasyon meselesine gelince bu, çok güç bir iştir. Fakat hastane ve sanatoryumlarda iyi olmuş bir kaç hoca bularak bu işleri başarmanın daha kolay olacağı kanaatindayım.

Dr. Saim Bengisarp

Efendim, rehabilitasyon hakkında kıymetli meslekdaşlarımızın büyük mesailere dayanan tebliğlerinden çok istifade ettik. Sağlık Bakanlığımızın tüberkülozla uğraşan müesseselerin hepsine bu rehabilitasyon ve okküpasyon mefhumlarını temsil etmesini canı gönülden isteriz.

Bahsetmek istediğim nokta, hakikaten tatbikattan alınmış bir

noktadır. Bu da rehabilitasyon merkezlerinden hayata sevkedilen insanların eli boş kaldıklarıdır. Biraz evvel bir arkadaşımızın ifadesinden öğrendik ki ancak şahsî gayretleriyle ben iş bulabiliyorum dediler. Benim tanıdığım bir kaç kişi var «öğrendiğim şeyi tatbik edecek elimde para yok, ne yapayım?» diyor. Bunun bir tanesi köprüaltı ve Tophane sosyetesinden rehabilitasyon merkezlerine intikal etmiş bir kimsedir. Orada çorapçılık öğrenmiştir, yeni bir hayata intikal ederken pek tabiîdir ki sermayesiz bir iş göremiyor. Onun için bu gibi insanlara kredi temin edecek bir takım malî ve maddî imkânlar sağlayacak müesseselerin lüzumuna kaniim. Bunu da cemiyetlerimizden beklemekteyiz.

Dr. Abid Köymen

Dünkü konuşmalar bizim bazı sıkıntı ve zaruretler içinde olduğumuzu aşikâr olarak gösterdi. Sanatoryumlarımızda hastalarımızı kâfi derecede tutamıyoruz, tedavi neticesini şöyle veya böyle alamadan taburcu ediyoruz, basilli hasta çıkarıyoruz, bir hastaya ayırabildiğimiz tedavi müddeti ancak 3 aydır. Bu atmosfer içerisinde bir rehabilitasyonun nasıl organize edilebileceği, nasıl bir imkân bulunabileceği hakikaten sorulacak sualdir. Çünkü şu anda bizim enerjimiz hastayı tamamiyle tedavi etmeğe kifayet etmiyor, evolitif safhada olan hasta evinde veya şurada burada sıra beklemektedir. Bu itibarla bizde rehabilitasyon müessesesi açmak hakikaten fedakârlık olsa gerektir, mevzuatımız buna müsait görülmez.

Ayırmak istediğim ikinci bir nokta da biz tedavi esnasında her türlü beden faaliyetinin aleyhindeyiz, yani okküpasyon tedavisinin aleyhindeyiz. Fakat hastayı gazete okumak kadar yormayan herhangi bir meşgale zararlı değildir. Hastanın can sıkıntısını giderecek şeyler makuldür. Beden faaliyeti hastanın tedavisine zarar verir.

Bir de mide tübajı yerine bronş lâvajı ikame edilirse daha emin ve daha süratli olur kanaatindeyiz. Biz kendi hesabımıza sanatoryumumuzda mide tübajı yerine bronş lâvajını ikame etmiş durumdayız.

Dr. Moiz Berker

Efendim, evvelâ *Enver* beye cevap vermek istiyordum fakat kendilerine *Eşref* ve *Hayati* beyle birlikte cevap vereceğim. *Reşat* bey arkadaşımız sanatoryumların rehabilitasyon işlerini yapmamaları lâzım geldiğini, buna teşkilâtlarının müsait olmadığını söylediler.

Biz kendileriyle aynı fikirde değiliz. Bütün sanatoryumlarda rehabilitasyon yapılabilir. Bazı arkadaşların tarif ettikleri gibi rehabilitasyonun muhtelif şekilleri vardır. Bu okküpasyonel tedaviden başlayarak sanat öğretmeğe ve yerleştirmeğe kadar gider. Son zamanlarda ekserî müellifler, büyük merkezler değil sanatoryum yakınlarında küçük merkezler (Heybeliada Rehabilitasyon merkezi gibi) halinde çalışmasını daha muvafık görmektedirler. Bu itibarla maalesef *Reşat* beyin fikrine uyamıyacağım. *Reşat* bey döner sermaye meselesini ortaya atmışlardır. Tebliğimi okurken vakit darlığından maalesef bunu söyleyemedim, yüksek Vekâletimizin himmetleriyle döner sermaye rehabilitasyon merkezlerine girmiştir. Heybeli ve Atatürk sanatoryumları döner sermaye şeklinde çalışmaktadır. Döner sermayeden talebeler de istifade etmektedirler, yani çalıştıkları saat adedine ve verdikleri randımana göre bir miktar para almaktadırlar. Tabiatiyle bu miktar dışarıda kazanacakları para kadar değildir. Fakat yatmaları temin edilerek iaşe de edildiklerine göre ancak bir cep harçlığı mahiyetindedir ve zannediyorum ki bu da şimdilik kâfidir.

Eşref bey asgarî 6 saat çalışmadan bahsettiler, bilmiyorum belki bir sürçü lisandır fakat zannediyorum ki çalışma azamî 6 saattir. Bir hasta ne kadar stabilize olursa olsun 6 saattan çalışmaya başlaması mahzurludur. Bizde şimdiye kadar 2.5 senelik bir tecrübemize istinat ederek diyebiliriz ki 6 saat hakikaten çok fazladır. Biz evvelâ 3 saattan başladık, hastaların kilo kayıpları bakımından bunu dahi mahzurlu görerek 2 saata indirdik. Zaten bütün rehabilitasyon merkezlerinde müşahede edilen bir hakikat vardır, bu da hastalar ne kadar stabilize olursa olsun başlangıçta ilk haftalarda muhakkak kilo kaybederler, bu itibarla 6 saat değil, 2 veya 3 saattan başlamak daha doğrudur. Yine *Eşref* beyin dedikleri gibi sanatoryumlarda edükasyona gelince: hakikaten bir çok sanatoryumlarda hasta psikoteknik muayeneden geçtikten sonra derhal intikal edeceği yeni mesleğine başlatılır. Fakat maalesef bizim sanatoryumlarımızda bunu yapmak gayrı kabildir.

Efendim *Tevfik İsmail* beyefendinin anlattıkları gibi bu santralizasyon meselesi mühim bir dâvadır ve ben bu hususta kendi fikirlerine tamamen iştirak ediyorum.

Dr. Enver Bozyakalı

Efendim, *Reşat Hazar* ve *Eşref Barkan* konuşmalarında iyi bir noktaya temas ettiler kanaatındayım. Bu da rehabilitasyon merkez-

lerinin santralize edilmesidir. Efendim, bu merkezler santralize edilirse daha iyi randıman alınır fikrindeyiz. Bu fikir, diğer müesseseler bu işle hiç uğraşmasınlar demek değildir. Diğer müesseselerde okküpasyon ve readaptasyon müesseseleri halinde bu santra eleman hahırlarlar. Meselâ İstanbulda Şişli, Yedikule ve Heybeliada rehabilitasyon merkezleri vardır. Öyle zannediyorum ki bu müesseselerin kısmı mühimmi bir reaptasyon ve okküpasyon müesseseleri halinde çalışmaktadırlar. *Dr. Eşref Barkan* bir müesseseden bahsederken askerî mesaiyi 6 saat diye vasıflandırdılar, *Moiz Berker* de buna temas etti, zannediyorum ki bu çok büyük bir mesai saatidir, hiç bir hastanın buna tahammül edeceği kanaatinde değilim. Kurulan bütün tesislerimiz henüz başlangıç halindedir. Öyle zannediyorum ki memleket şartlarına göre iyi organize edilmiş tesisler kurmak, bu iş üzerinde çalışmak ve bu işin esaslı olarak ele alınması lüzumu ve kanaatindeyim. Yetişen hastalara iş bulma meselesine gelince: başka müesseseler readaptasyon atölyelerinde yetişen fakat iş bulamadıkları için sanatoryumumuza yatmak için müracaat eden ve halen sanatoryumumuzda çalışan iki hasta hatırlıyorum. Bunlar başka bir müessesede yetiştikten sonra asgarî 6 ay dışarda iş aramışlardır. Bize müracaat ettiklerinde bir formül bularak sanatoryum kadrosunda istihdamlarını muvafık bulduk ve halen çalışmaktadırlar. Bu bakımdan yetişen hastalara iş bulmak mühim bir problemdir.

Benim teklifim: Bu iş memleketimizde yeni başlamıştır, memleket şartlarına uygun ve memleket şeraitini göz önüne alarak bu işi baştan ve esaslı olarak ele almak lâzımdır.

Dr. Tevfik Sağlam

Efendim, rehabilitasyon meselesinde henüz deneme devresinde bulunuyoruz. Bu teşebbüs memleketimizde çok yenidir. İstanbuldaki rehabilitasyon müesseseleri üç tanedir ve bunların mahiyeti tamamen birbirinden ayrıdır. Bunlardan bir tanesi Heybeliada Sanatoryumundan çıkmış veya hariçte tedavi olmuş rehabilitasyona girecek seviyedeki insanlar için yatılı bir müessesedir. İkincisi Yedikuledeki rehabilitasyon merkezi, müessesede tedavi edilen hastalar için kurulmuş bir müessesedir. Üçüncüsü büsbütün başka bir mahiyeti haiz olan Derneğin Şişlideki rehabilitasyon merkezidir; buraya intisap edenler gündüzleri burada çalışır geceleri evlerinde kalırlar ve gündüz de orada tıbbî nezaret altında kalırlar. Bu müesseselerin hepsi

de tecrübe devresindedir. Bu gün bu müesseselerin satıştan temin ettikleri para ile idame ettirilmelerine katiyen taraftar değilim.

Efendim, bir nokta üzerine de nazarı dikkatinizi celbedeceğim, bu da kemik ve mafsal tüberkülozu hastalarının rehabilitasyonu meselesidir. Fransada Akdeniz sahillerinde böyle pek güzel müesseseler gördüm. Burada hastalar yattıkları yerde dahi pek güzel meslekler öğreniyorlar, bilhassa makine ressamlığı ve saire gibi..

Memleketimizde bu rehabilitasyon işini santralize etmek zamanının geldiğine henüz kani değilim. Sanatoryumlardaki rehabilitasyon merkezi değildir, bir okküpasyon tedavisidir. Bunlar psikolojik olarak lüzumludur, tedavi için esastır. Oturup da hastaları asapları bozulup isyankâr insanlar haline koymamak için bunu her sanatoryum tanzim etmelidir. Bunların da iyice yürümesi için her sanatoryum mutlaka bir sosyal asistan istihdam etmelidir. O, ilk girdiği andan itibaren hastaların sosyal durumu ile meşgul olur.

Dr. Safiye Hüseyin Elbi

Efendim huzurunuza hazırlıklı çıkmıyorum, mevzu beni o kadar alâkadar ediyor ki benim de bu hususta bir kaç söz söylememe müsadelerinizi rica ediyorum. Şimdi hastanelerde okküpasyonel terapi ve rehabilitasyon müesseseleri var. Ben 1927 senesinde Jenevde hastabakıcılar kongresine davet edildiğim zaman Dr. ..... biz bütün hemşireleri davet ederek sanatoryumu gezdirdi. Orada da gördük ki bütün yatalak hastalar sulu boya ve kara kalem resimler, danteller yapıyorlar. Bu beni fevkalâde alâkadar etmişti. Sonra Amerikaya davet olunmuştum. Orada da beni Salibiahmer Newyorktan bir saatlik mesafede bir şatoya götürdü, o şatoda rehabilite olan kimseler vardı. Bunların çoğu askerdi, orada bunlara her türlü şeyi öğretiyorlardı. Kuyumculuktan, marangozluktan tutun da her şeyi öğretiyorlardı. Sonra efendim 1950'de bir hafta Londrada kaldım, İngiltcrede verem mücadele cemiyetinin rehabilitasyon santralını gezdim. Orada hastaları hem tedavi ediyorlar hem de kuvvetlerine göre iş gördürüyorlar. Türlü oyuncak ve bebekler, kaba marangozluk, hasta daha iyi olduğu zaman ince marangozluk gibi... Sonra demir eşya imali ve tamirler, matbaacılık. Sonra köyde çalışan insanlar için tavuk ve domuz yetiştirmek, çiçekler, bunlardan belki biz de istifade edebilirz. Bizim de yerimiz müsait olursa çiçek yetiştirebiliriz. Zannedersem çiçekler hastaların ruhunu çok açar.

Dr. Necdet Menemenli

Efendim, rehabilitasyon kelimesi gayet geniş mânaya alınan bir kelimedir. Henüz yakın zamana kadar memleketimizde başlanmış bir iş yoktu. Bu kısa zamanda başarılan işler hakikaten mükemmeldir. Yalnız rehabilitasyonu iki kısma ayırmak lâzımdır, birincisi okküpasyon kısmı, diğeri yeniden meslek öğretim kısmıdır. Rehabilitasyonun ne olduğunu gayet güzel ifade eden *Hif*'in güzel bir kitabı vardır. Biz bu kitabı 1951'de tercüme etmiştik. Yapılan bütün bu münakaşalar *Hif*'in o kitabında mevcuttur. Bu hususta ben de 1953'de bir makale yazmıştım. İngilteredeki çalışma yerleri muazzam sermaye isteyen çok büyük iş yerleridir. Biz henüz bunun okküpasyon devresini yapabilirsek ne mutlu bize. Santralizasyon, milyonlar isteyen bir dâvadır. Ben Tapworth'u gördüm, *Hayati* beyin de söylediği gibi fabrikalariyle birlikte büyük bir tüberküloz şehri inşa edilmiştir. Biz maalesef o safhalarda değiliz. Dünyada rehabilitasyona ilk başlaya nİngilteredir ve asrın başındadır. Biz de bu işe yeni başladığımıza göre santralizasyon için henüz yarım asır lâzımdır. Orada Austin arabalarının karoserlerini ve bavullar yapıyorlardı. Bazı konuşan arkadaşların ifade ettikleri gibi ağır işlerde çalışanlar tüberkülozlu değildi, ustalardı ve fabrikaların demirbaş elemanları idi. Buraya gelen tüberkülozlular kısa zamanda meslek öğrenip hastalıkları ile kabili telif sanayie iade olunuyordu. Yani tüberkülozlular için assimilasyon yoktu ve onların en büyük dâvaları da işçilerin orada kalabilme dâvalarını halledebilmekti. Çünkü ev kirası ucuz olan cazip ve cennet gibi bir yerde herkes kalmak istiyordu. Kendilerinin büyük problemleri gelen tüberkülozluları normal hayatlarına iade edebilmeleri idi.

Sonra ben de tesadüfen *Eşref* beyin bahsettikleri merkeze bir iki kilometre mesafedeki bir sanatoryumda çalıştım. Orası da Papworth'teki gibi büyük bir sanayi merkezidir. Binlerce yatak sanatoryumlardan gelen hastaların merkezidir.

Öyle zannediyorum ki biz henüz o santralizasyon safhasına ulaşacak seviyede değiliz. Biz ancak okküpasyon devresinden tedricen santralizasyon devresine geçebiliriz.

MEDİKAL TEBLİĞLER

•

19 - Şubat - 1957

YEDİNCİ CELSE

Yedikule Göğüs Hastalıkları Hastanesi
Başhekim
Dr. Zühtü Erman

HALİ HAZIR TÜBERKÜLOZ TEDAVİSİNDEKİ METODLAR VE REZEKSİYONUN YERİ

Dr. NEMİKA KİLECİ MÜRSELOĞLU
Dr. ALİ MUSTAFA AKDEMİR

Tedavideki cesaret verici ilerlemelere rağmen tüberküloz hâlâ sıhhatı ve hayatı tehdit eden başlıca hastalıklardan biridir, bu sebeple yapılan incelemelerle her gün yeni bir tedavi metodunun ortaya çıkışı son seneler içersinde akciğer tüberkülozunun tedavisinde çeşitli problemlere ve münakaşalara sebep olmuştur.

Son senelere kadar tüberküloz tedavisinin esası iki usulü ihtiva ediyordu: İstirahat kürleri ve kollapso-terapi. Şimdi bu tedavi metotlarına ilâve olunan ve neticeleri iyiliğe doğru değiştiren bazı teşhis ve tedavi usullerini de gözden geçirmek istersek tedavinin halihazır durumunu şöyle şematize edebiliriz:

1. Yatak istirahati. 2. Şimiyoterapi. 3. Kollapso-terapi. 4. Cerrahî müdahaleler. 5. Tedavide olduğu kadar endikasyonların tâyininde de mühim yardımcı: Bronkoskopi.

1. İstirahat kürleri: Akciğer tüberkülozunun müessiriyeti kontrol edilmiş en eski tedavisi istirahat kürleridir. Bu iki şekilde olur: a. Uzvun yani akciğerin hareketinden alıkonulması. b. Vücudun umumî olarak istirahate konulması. Birincisi kollapso-terapi mevzuuna girer, biz şimdi ikinci şıktan bahsedeceğiz. Tüberkülozun iyileşmesinde insan vücudünün enfeksiyona karşı tabiî mukavemeti mühimdir, ölçüsü ve tabiatı hakkında pek az şey bilinen bu mukavemet istirahatle artar, yatar vaziyette teneffüs sayısı ve genişliği asgari hadde iner. Bu suretle zarar verecek hareketlerden sakınılan hastada metabolizmanın azalmasını temin edecek azamî imkânlar

hazırlanmış olur. Akciğer hareketlerinin azalması ile oksijen ve gaz mübadelesi, bronş ve lenf yolları ile yayılmalar azalır, teneffüsle beraber deveran da yavaşladığından kana az toksin geçer, buna bağlı olarak da ateş ve yorgunluk gibi umumî ahvalde düzelme görülür. Tüberkülozun bazı tiplerinde ve bazı devrelerinde yatak istirahatine olan lüzumun daha az önemli olduğu düşünülebilirse de bütün belirtiler ortadan kalkıncıya, röntgende kavernler görülmeyinciye ve lezyonlar stabilize olup balgam kültürleri menfileşinciye kadar yatak istirahatinde ısrar etmek akıllıca bir iş olur.

Yatak istirahati hastanın vaziyetine göre ya mutlak 24 saat yatakta kalmak veya muayyen saatler yatakta kalmak suretiyle yahut da şezlong istirahati şeklinde olur. Hastanemizde de bu tedavi metodunu esas olarak kabul etmiş bulunmaktayız. Bedenî istirahatin yanında fikrî istirahatin de çok lüzumlu olduğunu müşahedelerimiz bize göstermektedir. İstirahat tedavisi bu gün de tüberküloz tedavisinin mühim unsurlarından biridir.

2. Şimiyoterapi: 1944 tarihinden beri tüberküloz tedavisinde antibiyotiklerin kullanılması, bu hastalığın bir çok şekillerinin klâsik şekillerini değiştiren streptomisin, P.A.S., Tiosemikarbazon ve nihayet İ.N.H.'ın tatbiki yeni ümitler vermiştir. Herhangi bir aktif vak'ada en mühim mesele enfeksiyonu mümkün olduğu kadar çabuk kontrol altına almak olup şimiyoterapi burada en büyük tesirini gösterir. Taze yayım ve faaliyetleri temizlemek, endobronşiyal tüberküloz lezyonlarını silmek, balgam miktarlarını azaltmak suretiyle lezyonların erkenden gerilemesi temin edilmiş olur. Şimiyoterapinin tatbikinde mühim olan noktalar şunlardır: Hastalığa sebep olan organizmanın invitro kültürlerinin hassasiyeti tesbit edildikten sonra seçilmesi şarttır. Bu ilâçları bakteriyolojik olarak tüberküloz teşhisi teyit edilinciye kadar kullanmamalıdır ve hiç birisi uzun müddet tek başına verilmeyip hiç olmazsa ikisinin müştereken kullanılmasının lüzumu bu gün bütün dünyaca kabul edilmiştir. En uzun tedavi süresi henüz kat'î olarak bilinmemekle beraber ilâçlar verildiği halde en fazla altı ay zarfında hiç bir salâh görülmiyen vak'alarda derhal kollapso-terapiyi, rezeksiyonu derhal tatbik etmek lüzumludur.

İlâçların tatbikinde muhtelif kombinasyonlar vardır. Bunlar streptomisin + İ.N.H., streptomisin + P.A.S. veya streptomisin + P.A.S. + İ.N.H. şeklinde tatbik edilmektedir. Hastanemizde tetkik ettiğimiz 500 hastadan 100 tanesine yalnız İ.N.H., 200 tanesine streptomisin + İ.N.H., 200 tanesine İ.N.H. + P.A.S. + streptomisin tatbik ettik. Aldığımız neticeleri arzediyoruz:

Yalnız İ.N.H.'la tedavi ettiğimiz muhtelif tip lezyonlu vak'alara günde kilo başına 5 mgr devamlı olarak 3-6 ay müddetle İ.N.H. verildi, toksik tâli tesirlere son derece nadir rastladık ve hiç bir zaman İ.N.H.'ı kesmek ihtiyacı hasıl olmadı. İ.N.H. kavernlerin kapanmasında bariz bir tesir göstermemesine ve solit lezyonlarda pek fazla müessir olmamasına rağmen balgam kültürlerinin menfileşmesinde ve ahvali umumiyenin düzelmesinde çok müsait bir tesir göstermektedir.

200 vak'aya yine 3-6 ay müddetle stereptomisin + İ.N.H. kombinasyonu haftada 2 defa birer gram streptomisin, kilo başına günde 5 mgr. hesabiyle İ.N.H. şeklinde tatbik ettik, bu dozlarla streptomisinde de ciddî bir toksik tesire rastlamadık; bunların %12'sinde şifaya yakın salâh, %24 salâh, %64'ünde haliyle kalış müşahede ettik. B.K.: %55 drekt menfi, %9 teksifle menfi bulundu. %34 vak'ada müsbet kaldı. Hemen hepsinde umumî ahvalde bariz bir iyileşme, vital kapasitede %35 vak'ada artış, sedimentasyonda %70 vak'ada yavaşlama görüldü. İ.N.H. + streptomisin + P.A.O. kombinasyonu tatbik ettiğimiz vak'alarda taze yayım ve faaliyetlerin durması endo-bronkiyal lezyonların silinmesi ve umumî halin düzelmesi bakımından en iyi neticeleri elde ettik. %26 vak'ada şifaya yakın bir salâh görüldü ki hastaneden ayrılalı iki sene olan ve halen tetkik imkânını bulduğumuz bu vak'aların 7 tanesinde bu şifa hali el'an devam etmektedir.

Görülüyor ki kombine şimiyoterapi ile eğer teşhis erkenden yapılıp tedaviye derhal başlanırsa iyileşme ihtimali oldukça kuvvetlidir. Burada İ.N.H. ve streptomisin en faydalı iki anti-tüberküloz ilâç olup P.A.S. mukavemetin husulünü geciktirmekte ve sinerjik tesir husule getirmektedir.

3. Kollapso-terapi: İstirahat ve şimiyoterapiye rağmen salâh göstermiyen vak'alarda baş vuracağımız bir tedavide kollapsoterapilerdir. Bu iki usul ihtiva eder: 1. Px. 2. P.Pn. Akciğer tüberkülozunun eskiden beri en emin ve yegâne tedavisi diyebileceğimiz Px.'i biz de hastanemizde tatbik ettik. İhtilâtsız bir Px. tatbiki için endikasyonun iyi konulmuş olması şarttır. Edindiğimiz intiba endkasyonu çok geniş tutmamak, orta ve ağır lezyonlu vak'alarda istirahat, antibiyotikle lezyonları stabilize etmek şartiyle komplikasyonlarına rağmen Px. tedavideki mühim mevkiini el'an muhafaza etmektedir.

Kollapsoterapinin son zamanlarda bütün dünyada tartışmalara vesile olan ikinci usulü olan P.Pn., başka bir tebliğimizde daha mufassal izah ettiğimiz veçhile zannedildiği kadar zararsız ve faydalı değildir. Ancak endikasyonlar iyi tâyin edildiği takdirde yardımcı ve hazırlayıcı bir tedavi olarak istifade edilebilir.

4. Cerrahî müdahaleler: Eskiden yalnız tıbbî tedavinin ve kollapsoterapinin kifayet etmediği veya yapılamadığı vak'alarda tatbik edilen cerrahî müdahaleler son zamanlarda Px.'in akciğer fonksiyonları üzerine yaptığı menfi tesir göz önüne alınarak doğrudan doğruya yapılmaktadır.

Cerrahî müdahalenin eskiden beri bilinen şekli plâstik olup bu da tam, kısmî, zirve plâstiği şekillerinde apikolizli veya tashih plâstiği tarzında tatbik olunur. Bu günün revaçta olan cerrahî metodu ise akciğer rezeksiyonlarıdır. Bilhassa Anglo-Sakson memleketleri endike vak'alarda doğrudan doğruya cerrahî müdahaleye taraftardırlar.

Hasta kısımları topyekûn uzviyetten çıkarmayı sağlayan metotları: 1. Segmanter rezeksiyonlar. 2. Lobektomiler. 3. Pnomektomiler diye üç usul olarak toplıyabiliriz. Bronkoskopi ve anestezinin tekâmül edip daha iyi istifade edilebilir bir hale gelmesinden ve antibiyotiklerin keşfinden sonra bu gün bütün dünyada yapılan istatistiklerde mortalite nisbeti bir hayli düşen bu metodun tatbiki ile bir şey yapılamaz denilen bir çok vak'alarda bu gün pekâlâ çok iyi neticeler almak mümkün olmakla beraber bir sistem hastalığı olan tüberkülozda böyle radikal müdahalelerden sonra diğer akciğer kısımlarının istikbaldeki durumları hakkında fikir yürütülemez. Mühim olan cihet endikasyonu yerinde koyarak hastayı bronkoskopik bakteriyolojik ve radyolojik olarak iyice inceledikten sonra kür ve antibiyotiklerle ameliyata hazır bir duruma getirmektir. Müdahalenin muvaffakıyeti biraz da sonraki takibin sebatlı ve iyi olmasına bağlıdır. Kliniğimize müracaat eden bir çok eski cerrahî müdahaleli hastalarda sonradan iyi takip edilememek yüzünden fevkalâde olması icap eden neticenin sıfıra indiğini müşahede etmekteyiz. Müdahalenin zamanı hastalığın seyri, şekli ve vüs'atine göre tâyin edilir. Buna göre her vak'a için müdahale zamanı ayrıdır, fakat hastanın toksin tesiri altında uzun müddet kalmış olması da muvaffakıyetsizliğin âmillerindendir. Hastanemizde çeşitli cerrahî kollaps metotlarının ve rezeksiyon ameliyelerinin tatbikinden memnuniyet verici neticeler almaktayız, fakat kanaatimize göre müdahale zamanını fazla geciktirmemek şartiyle evvelâ tıbbî icap ederse ufak cerrahî

müdahaleler tatbik edilmelidir. Müsait neticeler görüldükçe akciğer tüberkülozunda hemen ağır müdahalelere geçmek lüzumsuz bir cesarettir, zira bir sistem hastalığı olan tüberkülozda sade akciğerler değil, bütün uzviyet, kalp, böbrek ve karaciğer gibi mühim organların fonksiyonları da az çok bozulmuş vaziyettedir.

5. Bronkoskopi: Aspire edilen veya kazaen yutulan yabancı cisimlerin teşhis ve tedavileri için icad edilen bronkoskopinin tatbik sahası son zamanlarda çok genişlemiş, teneffüs yolları ve akciğer hastalıklarının teşhis ve tedavilerinde tatbik edilmeleri daha büyük bir ehemmiyet kazanmıştır, bu gün aletlerin ve tekniğin tekâmülü sayesinde tehlikesiz bir hale gelmiş olan metot malûm bir kaç kontrendikasyonu müstesna her vak'ada korkusuzca tatbik edilebilmektedir. Bu gün Anglo-Sakson memleketlerinde sistematik olarak tatbik edilmekte, İngilterenin, Amerikanın büyük hastanelerinde birer bronkoskopi merkezi, Fladelfiya'da bu işle meşgul olan hususî bir klinik bulunmaktadır.

Bronkoskopi bu gün klinik, radyolojik, bakteriyolojik muayeneler gibi her tüberkülozlu hastaya tatbiki icap eden bir metottur. Trakea, bronş ve akciğer tüberkülozlarında bu usulün kullanılması ile elde edilen teşhis ve lokal tedavi akciğerdeki hastalığın prognostiğini iyileştirmektedir. Sebebi meçhul olan bronş stenozlarında, hemoptezi vak'alarında bronkoskopi etyolojiyi tâyine ve âfetin lokalizasyonu ile intişar derecesinin tesbite hizmet edecek ve lüzumlu tedavinin tatbikine yarıyacaktır, keza bronş ve akciğer kanserleri bronkoskopik muayenenin erken yapılmasını icap ettiren vak'alardır. Ameliyat sonucu husule gelen akciğer kollapsüsünün tedavisi de bu sayede mümkün olabilmektedir. Akciğerin cerrahî müdahalelerinde lezyonun lokalizasyon ve büyüklüğünü tâyin bakımından da büyük faydalar sağlamaktadır.

Hastanemizde gerek teşhis ve gerekse temizleme ve drenaj için bu usulü hastalarımızın büyük bir ekseriyetine kullanmaktayız. Tatbik ettiğimiz tüberküloz hastaların % 57,1 inde bronşlar musap bulundu. Kollaps tedavisine rağmen hiç bir salâh görülmiyen bir kısım vak'alarda bronksokopi de bronşlarda ülserasyon ve bol sekresyon tesbit edilerek kollapsoterapiden vazgeçilip aspirasyon ve antibiyotiklerle hastalarda sür'atli bir düzelme müşahede olundu bu hastalara bidayette bronkoskopi tatbik edilmiş olsaydı yanlış bir tedavi endikasyonu ile boşuna vakit ziyan edilmiyecekti. Radyolojik olarak bronş kavitesi tesbit edilen hastalarımızda bronkoskopik aspirasyonla kavitede küçülme ve hattâ silinme gibi cidden memnuni-

yet verici neticeler elde ettik. Müşahedelerimizden edindiğimiz kanaatle tekrarlıyabiliriz ki, bronkoskopi bugün teşhis, endikasyon tâyini ve tedavi bakımından hemen her tüberkülozlu hastada tatbiki ehemmiyetle icabeden bir metoddur.

Bütün bu tedavi metodlarının hastanın vaziyetine göre tatbiki icabetmektedir. Yani tedavi vak'asına göre şahsileştirilmelidir. Umumiyetle akciğer tüberkülozu vak'alarının büyük bir kısmı teşhis edildikleri zaman oldukça ilerlemiş vaziyette bulunduğundan tedavinin neticeleri umumiyetle ümit edildiği kadar tam olmayabilir. Bir çok ilerlemiş tüberküloz vak'alarında şifadan ziyade hastalığın durdurulması ve uzun vadeli bir tedavi yapılması temin edilebilecek en mühim neticedir. Nitekim hastanemize müracaat eden hastalar arasında bu tedavilerin bir veya ikisinden istifade edip şifaya yakın iyi neticeler aldıklarımız olduğu gibi hemen bütün tedavi metodlarını adeta bir kolleksiyon şeklinde tatbik edilerek hastalığın durdurulmasına çalışılan vak'alarda pek çoktur. Halihazır tedavi metodları umumiyetle yüz güldürücüdür. Bazı vak'alarda eldeki bütün imkânları kullanmak lâzım gelebilir.

Bazı vak'alarda kullandığımız metodları ve neticelerini gözden geçirelim :

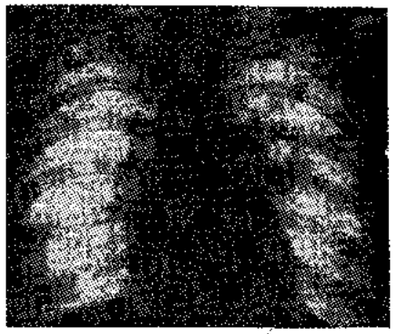
I. Antibiyotik tedavisi :

A. Stereptomisin ve P.A.S. ile tedavi edilen :

A. B. Kadın Yaş : 29 Prot.: 1055/1952

Tedaviden evvel
Balgamda B.K (+)
Sedimentasyon 26/60 mm.
Vital kapasite: 2300
Ateş: 37 - 38°
Kilo : 49 kgr.

Tedaviden sonra
Balgamda B.K (—) Teksifle
Sedimentasyon 14/44 mm.
Vital kapasite: 2300.
Ateş : 36 - 36,5°
Kilo : 58,500 kgr.

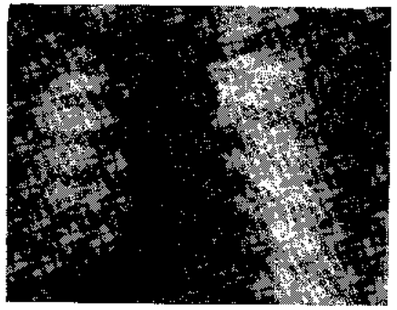


B. Stereptomisin + P.A.S. + İ.N.H. ile tedavi edilen :

a. H. Y. Erkek Yaş : 24 Prot : 343/1952

Tedaviden evvel
Balgamda B.K (+)
Sedimentasyon 133/145 mm.
Vital kapasite: 2300
Ateş : 37 - 38°
Kilo : 48 kgr.

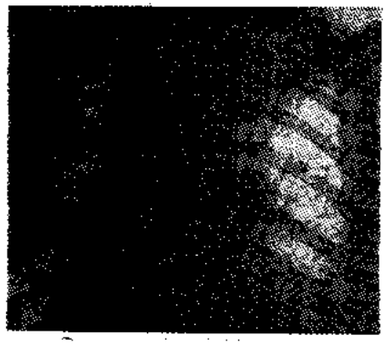
Tedaviden sonra
Balgamda B.K (—)
Sedimentasyon 78/120 mm.
Vital kapasite : 2600
Ateş : 36 - 37°
Kilo : 57 kgr.

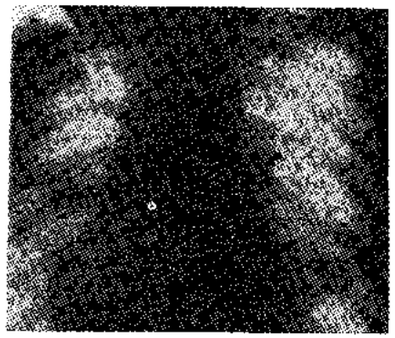


b. M. E. Erkek Yaş : 45 Prot : 621/1954

Tedaviden evvel
Balgamda B.K (+)
Sedimentasyon 71/118 mm.
Vital kapasite : 1300
Ateş : 36 - 37°
Kilo : 56,400 kgr.

Tedaviden sonra
Balgamda B.K (—) Teksifle
Sedimentasyon 30/68 mm.
Vital kapasite : 1300
Ateş : 36 - 37°
Kilo : 63 kgr.





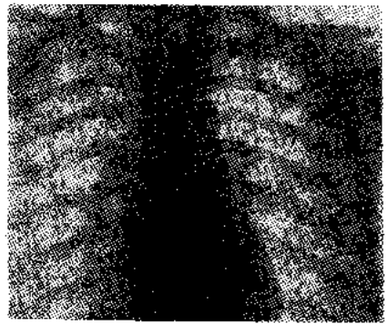
II. Antibiyotik ve pnomotoraksla tedavi edilen :

E. Ö. Kadın Yaş : 24 Prot.: 1159/1951

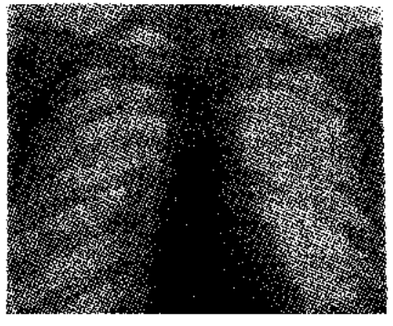
Tedaviden evvel
Sedimentasyon 33/53 mm.
Vital kapasite : 2800
Balgamda B.K (+) 8 - 10
Ateş : 36,5 - 37,5°
Kilo : 53,700 kgr.

Tedaviden sonra
Balgamda B.K. (—)
Sedimantasyon 17/33 mm.
Vital kapasite: 2100.
Ateş : 36 - 36,5°
Kilo : 62 kgr.

Antibiyotik sol zirvedeki kavite silindi.



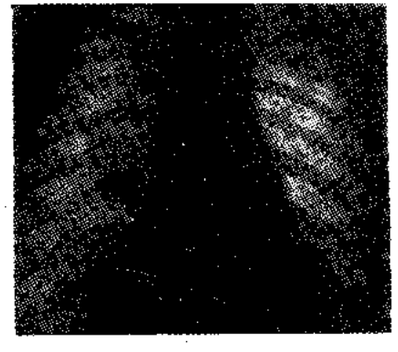
8/11/1951



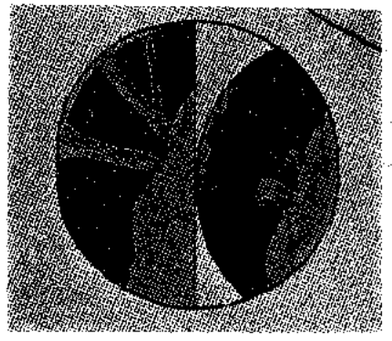
7/2/1952

Sekiz ay sonraki kontrolda sağ zirvede kavite tesbit edilerek Px başlandı (12/12/1952).

28/10/1952



10/7/1953



22/9/1953
Brid seksiyonu yapıldı.

5/11/1953
Brid seksiyonundan sonra

19/11/1956
Px terkedildi

B.K. (—) Kültürle
Sedimentasyon 5/10 mm.
Vital kapasite: 2500.
Ateş : 36,5°
Kilo : 75 kgr.

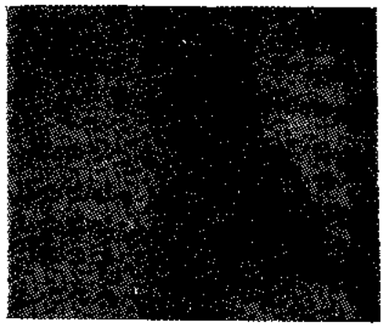
III. Px, P.P. Ekstra plöral Px, Dezenzersyon, Brid seksiyonu yapılanlar:

a. Pp ve ekstra-plöral Px. ile tedavi edilen :

H. Ü. Kadın Yaş : 30 Prot : 1428/1953

Tedaviden evvel
Balgamda B.K. (+)
Sedimentasyon 17/35 mm.
Vital kapasite : 1800
Ateş : 36 - 37°
Kilo : 70 kgr.

Pp. Tedavisinden sonra
Balgamda B.K. (+)
Sedimentasyon 15/35 mm.
Vital kapasite : 1700
Ateş : 36 - 37°
Kilo : 70 kgr.



Bir sene devam edilen Pnomo-perituvan tatbikinden hasta istifade edemediğinden Ekstra plöral ameliyatı yapıldı.

19/1/1956
Ekstra-plöral Px ile tedavide.

Ektra-plöral tedavisinden sonra :

Balgamda B.K. (—) Teksifle

Sedimentasyon 5/11 mm.

Vital kapasite : 1700

Ateş : 36 - 37°

Kilo : 74.700 kgr.

b. Px, Pp, ekstra-plöral Px ile tedavi edilen :

H. S. Kadın Yaş : 26

Tedaviden evvel

Balgamda B.K. (+)

Sedimentasyon 17/36 mm.

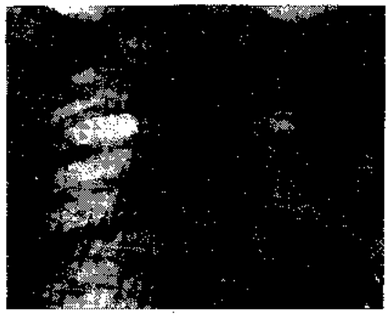
Vital kapasite : 1800

Ateş : 36 - 37,5°

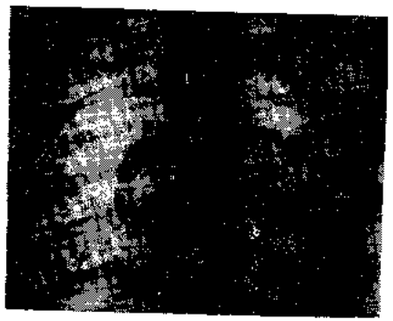
Kilo : 46,700 kgr.

23/2/1952

24/4/1952
Sol tarafa yapılan Px ineffkas olduğundan terkedildi.



1/10/1954
1,5 sene müddetle devam edilen Pnomo perituvandan istifade edilemediğinden terkedildi.



6/12/1954
Ekstra-plöral Px ile tedavide.

Balgamda B.K. (—) Teksifle

Sedimentasyon 7/22 mm.

Vital kapasite: 1400

Ateş : 36 - 37°

Kilo : 54 kgr.

c. İki taraflı Px ve Pnömo perituvan ile tedavi edilen:

H. İ. Kadın Yaş : 22

Tedaviden evvel

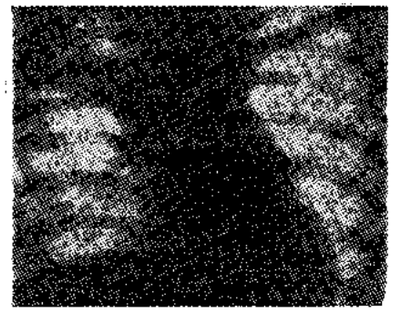
Balgamda B.K. (+) 5 - 6

Sedimantasyon 121/147 mm.

Vital kapasite : 2100

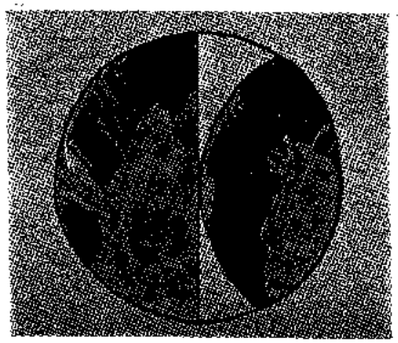
Ateş : 37 - 37,5°

Kilo : 53 kgr.

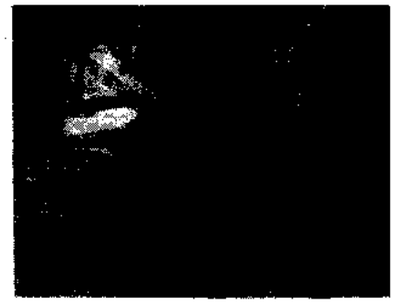


2/1/1953

20/4/1953
Sağ taraf Px ile tedavide



14/5/1953
Brid seksiyonu yapıldı

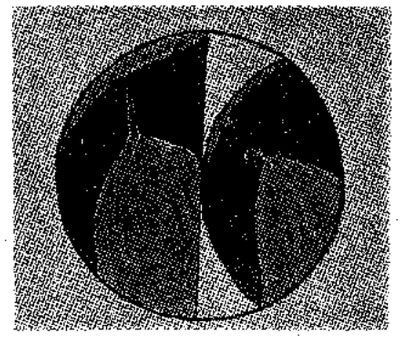


7/1/1954
Mediastene doğru uzayan ve zirveyi tutan brid kesilemediğinden dezenzersyon yapıldı.

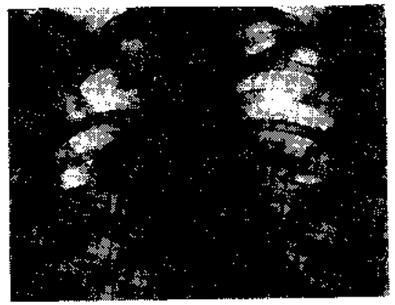
1/2/1954
Sol tarafta kavite görüldüğünden Pp tatbik edildi.

Pnomo perituvan ile bulantı, iştahsızlık ve zayıflama olduğundan terkedildi. Sola Px başladı.

1/4/1954
İki taraf Px ile tedavide.



17/5/1954
Sol taraf brid seksiyonu yapıldı.



1/3/1956
İki taraf Px ile tedavide.

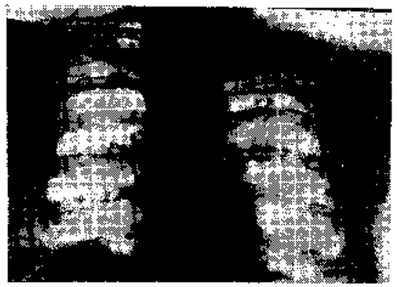
IV. Bronkoskopi ile bronşlarda lezyon tesbit edilen vak'alarda kontrendike olan kollaps tedavisi terkedilerek yalnız antibiyotik ile tedavi edildi.

a N. E. Kadın Yaş : 28 Prot. : 20/1955

Tedaviden evvel
Balgamda B.K. (+)
Sedimantasyon 30/58 mm.
Vital kapasite : 1000
Ateş : 37 - 38°
Kilo : 49 kgr.

Tedaviden sonra
Balgamda B.K. (—)
Sedimantasyon 43/60 mm.
Vital kapasite : 1600
Ateş : 36 - 37°
Kilo : 51 kgr.

6/1/1955
Beş aydanberi yapılan Pp terkedildi.

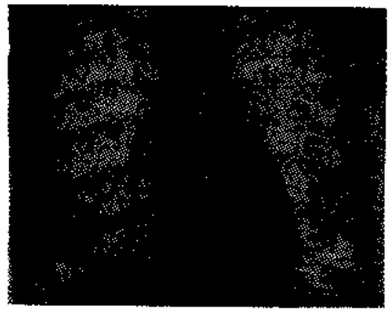


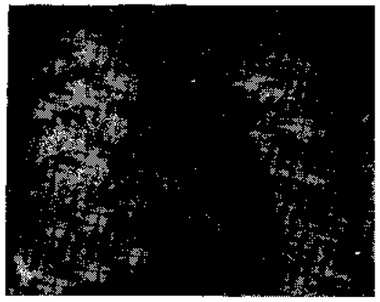
30/5/1955
Antibiyotikle tedavi edildi.

b. H. T. Kadın Yaş : 3 Prot. : 1522/1954

Tedaviden evvel
Balgamda B.K. (+)
Sedimantasyon 39/75 mm.
Vital kapasite : 1500
Ateş : 37 - 38°
Kilo : 42 kgr.

Tedaviden sonra
Balgamda B.K. (—) Teksifle
Sedimantasyon 20/48 mm.
Vital kapasite : 1900
Ateş : Normal
Kilo : 48 kgr.

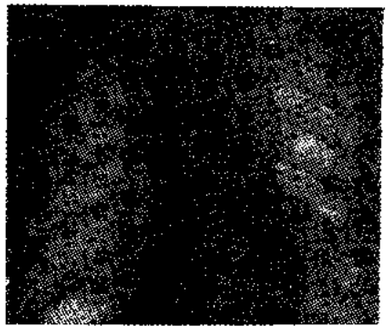


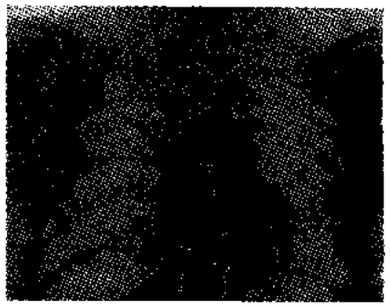


c. İ. Ö. Erkek Yaş : 22

Tedaviden evvel	Tedaviden sonra
Balgamda B.K. (+)	Balgamda B.K. (—)
Sedimantasyon: 35 - 60 mm.	Sedimantasyon: 25/45 mm.
Vital kapasite: 1600	Vital kapasite: 2000
Ateş : Subfebril	Ateş : Normal.

Bronkoskopi : Solda bronşlar ödemli hiperemik ve ifrazatlı olduğu görüldü. Pp terkedilerek bronko-aspirasyon yapıldı ve antibiyotik tatbik edildi, bu suretle kavite küçüldü.

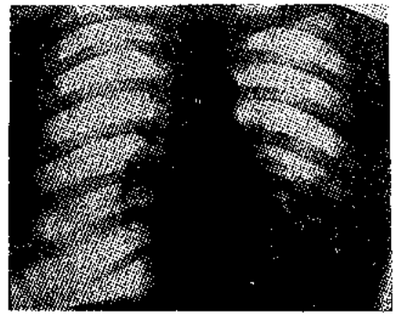




d. S. İ. Kadın Yaş : 33 Prot.: 1007/1956

Tedaviden evvel	Tedaviden sonra
Balgamda B.K. (+)	Balgamda B.K. (—)
Sedimantasyon 42/71 mm.	Sedimantasyon 15/35 mm.
Vital kapasite: 2100	Vital kapasite: 2600
Ateş : Subfebril	Ateş : Normal.
Kilo : 51 kgr.	Kilo : 54 kgr.

Bronkoskopi ile bronşlarda lezyon tesbit edildiğinden bronko-aspirasyon ve antibiotik tatbiki ile sol kaidedeki kavite silindi.



V. Lobektomi yapılan :

Z. E. Erkek Yaş : 26 Prot.: 582/1956

Tedaviden evvel	Tedaviden sonra
Balgamda B.K. (+)	Balgamda B.K. (—) Teksifle
Sedimantasyon 18-38 mm.	Sedimantasyon: 20/40 mm.
Vital kapasite: 2500	Vital kapasite : 2000
Ateş : Normal	Ateş : Normal
Kilo : 79 kgr.	Kilo : 75 kgr.

25/5/1956
Sal kaidede kavite mevcut

9/7/1956
Sol alt fus lobektomi ameliyesi ile çıkarıldı, şifa ile taburcu edildi.

VI. Torakoplasti yapılan :

H. Ö. Erkek Yaş : 32 Prot. : 1119/1953

Tedaviden evvel	Tedaviden sonra
Balgamda B. K. (+)	Balgamda B.K. (—)
Sedimantasyon: 25/45 mm.	Sedimantasyon: 30/50 mm.
Vital kapasite: 2000	Vital kapasite : 1500
Ateş : Normal	Ateş : Normal
Kilo : 55 kgr.	Kilo : 60 kgr.

1 inci seans (3/11/1953). Sağdan 3-2-1 inci kotlar alınarak klâsik şekilde.
2 nci seans (18/11/1953) 4-5-6-7 nci kotlar alınarak klâsik torokoplasti ameliyatı yapıldı.

SUMMARY

Actual status of the treatment of tuberculosis and its results

The actual methods of treatment of tuberculosis may be classified as follows : 1. Bed rest. 2. Chemotherapy. 3. Collapsotherapy. 4. Surgical interventions. 5. Bronchoscopy (an important aid to diagnosis and treatment).

According to our obresvations, bed rest reamins one of the most important factors of treatment. Chemotherapy allows for a quick control of infection and the best results have been obtained by the application of a combination of 3 antibacterials.

Collapso - therapy (pneumothorax) is always useful provided the indications are right. Big surgical interventions are indicated in case of failure or conviction of failure with medical or little surgical methods. Bronchoscopy constitutes, both for diagnosis and treatment, an excellent method which should be applied to all tuberculous patients. The treatment must always be individualized.

RÉSUMÉ

Les méthodes actuelles de traitement anti-tuberculeux et leurs résultats respectifs

Les méthodes actuellement employées dans le traitement de la tuberculose peuvent être résumées comme suit: 1. Repos au lit. 2. Chimiothérapie. 3. Collapso - thérapie. 4. Interventions chirurgicales. 5. Bronchoscopie (important adjuvant de diagnostic et de traitement).

Suivant nos observations, le repos au lit constitue un des facteurs les plus importants de traitement. La chimiothérapie permet le contrôle rapide de l'infection et les meilleurs résultats ont été obtenus par l'emploi d'une combinasion de trois antibactériels.

La collapso - thérapie (pneumothorax) conserve toute son importance à condition de bien poser les indications. Les grandes interventions chirurgicales sont indiquées en cas d'échec ou de conviction d'échec avec les méthodes médicales ou de petite chirurgie. La bronchoscopie constitue, du point de vue diagnostic et traitement local, une méthode qui devrait être appliquée à tout malade tuberculeux. Le traitement doit être toujours individualisé.

Heybeliada Sanatoryumu
Başhekim
Dr. Zülfü Sami Özgen

AKCİĞER TÜBERKÜLOZU CERRAHÎ TEDAVİSİNDE REZEKSİYON

Dr. SİYAMİ ERSEK *Dr. AHMET ERBELGER*
Dr. FARUK ERTUĞ

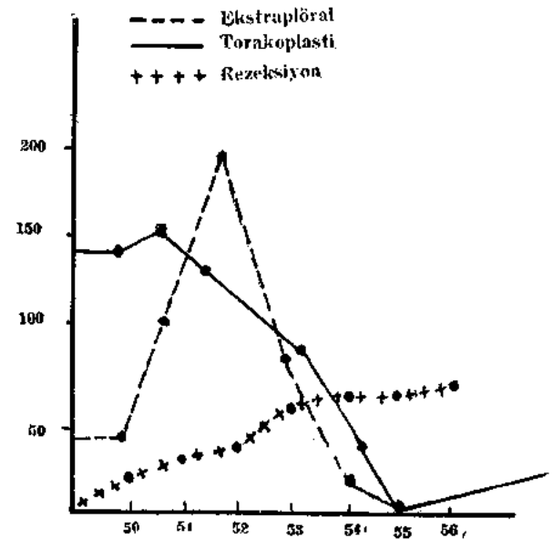
Heybeliada Sanatoryomunda 1950 yılından 1956 yılı sonuna kadar geçen 6 sene içinde tüberküloz sebebiyle muhtelif akciğer lezyonlarında 225 vak'aya akciğer rezeksiyonu yapılmış ve bunların en az yarısından fazlası sıkı kontrol ve takip imkânı bulabilmiştir. 225 vak'a üzerine 6 yıldanberi vâki tecrübelerimiz, bu vak'aların erken ve geç neticelerini nazarı itibara alarak akciğer tüberkülozunda rezeksiyonun değeri hakkındaki nihaî sözü söyletebilecek durumu getirmiştir.

1950 yılından itibaren Heybeliada Sanatoryomunda bilhassa 1953 yılından sonra akciğer tüberkülozu sebebiyle rezeksiyon yıl geçtikçe artan sayıda tatbik edilmekte ve diğer cerrahî müdahale şekilleri tedricen yerini rezeksiyona bırakmaktadır (Tablo: I).

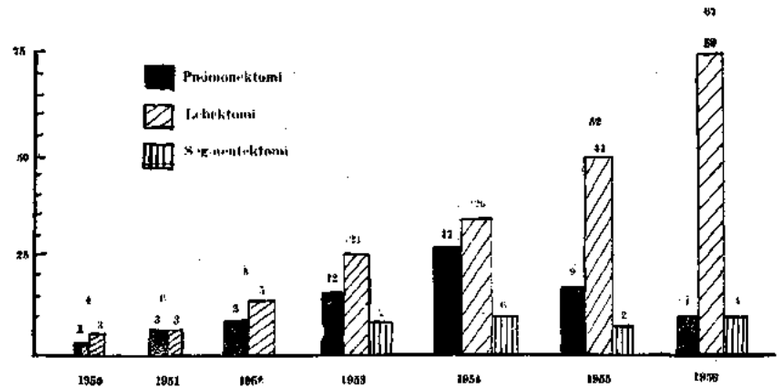
Tablo I'in tetkikinde 1953 yılına kadar nisbeten az sayıda yapılan akciğer rezeksiyonlarının 1956'da haddi azamiye çıktığı, buna mukabil 1954 yılına kadar çok tatbik edilen torakoplasti ve ekstraplöral müdahalelerin ise hemen hemen hiç kullanılmayan müdahaleler durumuna indiği görülmektedir. Hakikaten Heybeliada Sanatoryomunda akciğer rezeksiyonlarının fevkalâde gelişmesinden sonra son 2 yıl içinde ekstraplöral müdahaleler hiç tatbik edilmeyen, torakoplasti ise rezeksiyon yapılmasına imkân görülmeyen bazı vak'alarda hastaya bir imkân sağlamak kasdiyle tatbik edilen müdahaleler durumuna intikal etmiştir.

Tablo II de 1950 yılından 1956 yılı sonuna kadar Heybeliada Sanatoryomunda yapılan 225 rezeksiyon vak'asında muhtelif rezeksiyon şekillerinin yıllara göre nisbetleri belirtilmektedir (Tablo: II).

Tablo II nin tetkikinde ilk yıllarda oldukça büyük nisbette yapılan pnömonektomilerin son yıllarda tamamiyle azaldığı, segmen-



TABLO : 1. 1950 yılından 1956 yılı sonuna kadar Heybeliada Sanatoryomunda yapılan muhtelif cerrahî müdahalelerin yıllara göre sayılarını gösteren grafik.



TABLO : II. 1950 yılından 1956 yılı sonuna kadar yapılan 225 rezeksiyonda muhtelif rezeksiyon şekillerinin yıllara göre nisbeti.

tel rezeksiyonların sayısında da büyük bir inkişaf husule gelmediği, buna mukabil lobektomilerin müreccep bir metod şeklinde tatbik edilmiş olduğu nazarı dikkati çekmektedir. Bunun muhtelif sebep-

leri mevcuttur. Evvelâ başlangıçta rezeksiyonlara itimat olmadığından müdahale için oldukça ağır vak'alar seçilmekte idi. Halbuki son zamanlarda rezeksiyonlardan alınan neticeler daha tatminkâr olduğundan endikasyonlar tamamiyle değişmiş daha ufak ve bir loba münhasır lezyonlar cerrahî tedavi domenine girmiştir. Bundan başka pnömonektomiyi icabettiren ağır lezyonlarda yapılan pnömonektomiden sonra husule gelen ihtilâtlar pnömonektomiyi gözden düşürmüştür. Segmentel rezeksiyon gerek vak'aların lob sınırları dahilindeki tüberküloz vak'alarına inhisar etmesi ve gerekse lobektomiye nisbetle tali ihtilâtlara sebebiyet vermesi (air leak, hava poşları v.s.) itibariyle bizim pratiğimizde pek gelişememiştir. Kanaatimizce kabil olan vak'alarda lobektomi en ideal rezeksiyon şeklidir.

Tablo III de yapılan muhtelif rezeksiyon şekillerinde rezeksiyonlardan elde edilen neticeler ve görülen muhtelif ihtilâtlar belirtilmiştir.

Rezeksiyon	Adet	Ameliyat ölümü	Geç ölüm	Bronş fistülü	Ampiyem	Yayım	Nüks	Ameliyattan sonra B.K. (+)	Salâh	Şifa
Pnömonektomi	47	6	4	8	3	1	—	4	3	34
Lobektomi	159	6	7	14	—	3	4	8	10	147
Segmentektomi	18	1	—	—	—	—	—	—	—	17
Kunciform	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1
TOTAL	225	13	11	22	3	4	4	12	13	193

TABLO : III. Muhtelif rezeksiyon şekillerinde elde edilen neticeler ve görülen ihtilâtlar.

Tablo III ün tetkikinde muhtelif rezeksiyon şekillerinden en iyi neticelerin sıra ile evvelâ lobektomi, bilâhare segmentel rezeksiyon en sonra da pnömonektomilerden temin edildiği görülmektedir. Pnömonektomiler ağır ameliyat şoku ile ameliyattan mütevellit ölümlere, geç ve erken kardiorespiratuvar bozukluklara sebebiyet verdiği gibi; bilhassa antibakteriyel rezervi olmayan ve pnömonektomiyi icabettiren ağır akciğer lezyonlarında bronş fistülü ve ampiyem gibi tüberküloza has ihtilâtları da mucip olmaktadır. Bu bakımdan

mecburî durumlar hariç, bugün akciğer rezeksiyonlarında pnömonektomi değerini nisbeten kaybetmiş bir müdahaledir. Segmentel rezeksiyon neticeleri oldukça tatminkâr olmakla beraber bazı tali ihtilâtlara sebebiyet vermekte böylece şifa nisbetini azaltmaktadırlar. Bunun yanında lobektomilerden elde edilen neticeler Tablo III de belirtildiği veçhile fevkalâde tatminkârdır.

Tablo IV de muhtelif endikasyon sebepleriyle rezeksiyon yapılan vak'alarda bu endikasyonlara bağlı olarak elde edilen neticeler ve kaybedilen ihtilâtlar gösterilmiştir.

Lezyonun cinsi	Aded	Ameliyat ölümü	Geç ölüm	Bronş fistülü	Ampiyem	Yükün	Nüks	Lobektomi	Pnömonektomi	Segmentektomi	Ameliyattan sonra B.K. (+)	Salâh.	Şifa
Tüberkülom	9	—	—	—	—	—	—	7	1	1	—	—	9
Alt lob kavitesi	23	—	—	1		—	1	20	2	1	1	1	22
Dev kavite	21	2	3	6	—	—	—	15	6	—	3	3	13
Kollaps altında kavite	35	3	2	3	—	—	—	20	14	1	3	3	30
Bronşiektazi	21	3	1	3	—	—	—	12	9	—	3	2	16
Destroyed lung	7	1	2	3	1	1	—	—	7	—	1	1	3
Bronkopleural fistül + ampiyem	8	1	1	1	2	1	—	3	5	—	1	2	5
Normal kavite	101	3	2	5	—	2	3	82	3	16	—	1	95
TOTAL	225	13	11	22	3	4	4	159	47	19	12	13	193

TABLO : IV. Lezyonun cinsine göre yapılan muhtelif rezeksiyonlardan elde edilen neticeler ve görülen ihtilâtlar.

Tablo IV. ün tetkikinde lezyonun cinsine göre yapılan muhtelif akciğer rezeksiyonlarından değişik neticelerin alındığı dikkati çekmektedir :

a. Tuberculoma veya teleyyün etmiş iri kazeöz nodüllerde yapılan muhtelif tipteki rezeksiyonlardan elde edilen neticeler fevkalâde tatminkârdır. 225 vak'adan bu endikasyonla rezeksiyon yapılan 9 vak'ada hiç bir fena netice tesbit edilmemiştir.

b. Alt lob kaviteleri sebebiyle yapılan rezeksiyonlar da fevkalâde iyi netice vermiştir. Alt lob kavitesi sebebiyle 20 lobektomi, 2 pnömonektomi ve 1 Segmentel rezeksiyon yapılan 23 vak'adan 22 tanesinde hiç bir ihtilât tesbit edilmemiş, 1 vak'ada bronş fistülü husule gelmiş bu da stoma ile bertaraf edilebilmiştir.

c. Üst lobun dev tansiyon kavitelerinde yapılan rezeksiyonlardan elde edilen neticeler okadar tatminkâr değildir. 21 vak'adan 13 tanesinde şifa, diğerlerinde fena netice kaydedilmiştir. Mamafih üst lob dev kaviteleri sebebiyle pnömonektomi yapılan vak'alarda lobektomi yapılan vak'alara nisbetle elde edilen iyi neticeler daha fazladır.

d. Kollaps altında (pnömotoraks, torakoplasti veya ekstraplöral pnömotoraks) şifa bulmamış lezyonlarda yapılan rezeksiyonlardan elde edilen neticeler oldukça tatminkârdır. Bilhassa torakoplasti ve ekstraplöral pnömotoraks altında kalmış bakiye lezyonlarda yapılan rezeksiyonlar nisbeten ağır cerrahî müdahaleler olmakla beraber kollaps altındaki lezyonlarda yapılan rezeksiyonlarda ihtilâtlar nisbeten az görülmektedir. Bu da daha önce yapılan kollapsoterapinin hastalığı nisbeten tevkif etmesinden ileri gelmektedir.

e. Bronşiektazi ile müterafık tüberküloz lezyonlarında başka bir tedavi şekli bahis mevzuu olmadığından elde edilen neticeler nisbi bir iyilikle tavsif edilebilir. Bunlar antibakteriyel rezervinden mahrum kronik vak'alar olduğundan hem ameliyattan mütevellit risk fazladır ve hem de ihtilâtlar nisbeten çok görülmektedir. Mamafih bronşiektazi sebebiyle yapılan rezeksiyonlarda pnömonektomilere nisbetle daima daha iyi sonuç temin etmiştir. Bu da bronş lezyonunun lob sınırlarını aşmış olmasından ileri gelmektedir.

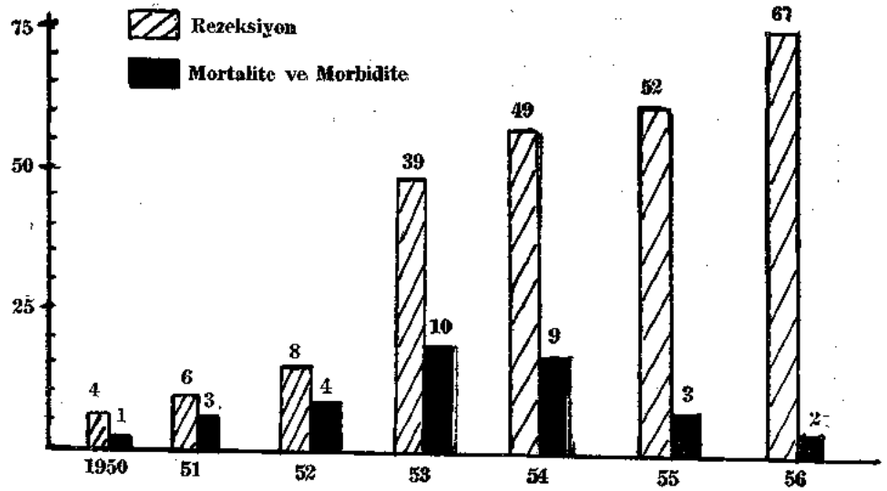
f. Destroyed lung sebebiyle yapılan pnömonektomiler rezeksiyonlar arasında en fena netice temin eden vak'alardır. Mamafih bu vak'alarda rezeksiyon hastaya sadece bir şans sağlamak kasdiyle müracaat edilebilecek tedavi şeklidir.

g. Bronkoplöral fistül ile müterafık ampiyemlerde de neticeler çok tatminkâr olmamakla beraber iyi olan vak'alarda hayat kurtarıcı mahiyet arzettiğinden ve başka bir tedavi imkân olmadığından elde edilen neticeler yine de tatminkâr sayılmalıdır. Lobektomi yapılan vak'alarda elde edilen iyi neticeler pnömonektomiye nisbetle daha üstündür.

h. Bir loba münhasır etrafında nedbeleşmeye giden nodülleri ve orta çapta kavitesi bulunan lezyonlarda rezeksiyon ve bilhassa lobektomilerden elde edilen neticeler fevkalâde tatminkâr hattâ idealdir. Bilhassa bu müdahale hastanın antibakteriyel rezervini muhafaza ettiği ve BK. nın menfi olduğu bir devrede icra edilecek olursa ameliyattan mütevellit fena netice ihtimali hemen hemen

sıfıra müncer olur. Bu itibarla akciğer tüberkülozunda ideal rezeksiyon endikasyonu muayyen safhada bu tip lezyonlarda bahis mevzuudur.

Tablo V de 1950 yılından 1956 yılı sonuna kadar yapılan rezeksiyonlarda muhtelif yıllarda rezeksiyondan mütevellit mortalite ve morbidite adetleri yapılan rezeksiyon sayısına nisbetle gösterilmiştir (Tablo: V).



TABLO : V. 1950 yılından 1956 yılı sonuna kadar muhtelif yıllarda yapılan rezeksiyonda her yıl yapılan rezeksiyon adedine nisbetle husule gelen mortalite ve morbidite.

Tablo V'in tetkikinde 1950 senesinden 1956 senesine doğru her yıl yapılan ameliyatların sayısına göre ameliyattan mütevellit mortalite ve morbidite nisbetlerinin gittikçe azaldığı ve 1956 senesinde haddı asgariyi bulduğu dikkati çekmektedir. Neticenin bu şekilde tekemmülünde, cerrahî ekibin gelişmesinin olduğu kadar cerrahî tedaviye tutulan vak'aların daha iyi seçilmesinin de bilhassa büyük önemi vardır. Hakikaten bugün rasyonel düşünüşle ideal rezeksiyon endikasyonları hudutları dahilinde çalışıldığı takdirde tüberküloz sebebiyle yapılan akciğer rezeksiyonunun en masum batın ameliyatlarından bile daha selim bir duruma intikal etmiş olduğu kabul edilmektedir.

Bu incelemeden sonra 225 akciğer rezeksiyonu vak'asından ameliyattan sonra görülen ihtilâtlardan ve bunların tedavisinden bahsedelim :

Kardiovasküler ve respiratuvar bozukluklar : Vak'aların kalb ve teneffüs fonksiyonu bakımından kâfi derecede tetkik edilmemesinden ileri gelmektedir. 225 vak'anın 4 tanesinde ameliyatı takip eden günlerde husule gelen ağır cardio - respiratuvar bozukluk bu vak'aların kaydedilmesine sebebiyet vermiştir. Selim olanlarda medikal tedavi ile çok zaman durumu bertaraf etmek kabildir. Fakat mühim olan profilaksidir, vak'aların iyi tetkik edilerek ameliyata sevkedilmemesi icabeder.

Kanama ve hematom: İltisaklardan mütevellit kanamalar önemli değildir. Büyük damarların ligatür atmalarından mütevellit kanamalar ölümle neticelenir. 1 vak'ada a. pulmonalis üzerine tatbik edilen ligatür ameliyattan 6 saat sonra atmış ve büyük bir kanama ile hasta vefat etmiştir. 1 vak'ada ameliyattan önce yapılan tetkiklerde meydana çıkartılamayan kanama diatezi sebebiyle ameliyattan sonra kanama durdurulamamış ve müteaddit transfüzyonlara rağmen hasta ölmüştür.

3 vak'ada göğüs boşluğu içine konan drenler iyi çalışmadığı için toraks boşluğunda sızıntıların birikmesinden mütevellit hematom husule gelmiş, ameliyattan 2 gün sonra toraks boşluğu revizyona tâbi tutularak hematom boşaltılmış ve beklenen müsbet netice hasıl olmuştur.

Post - operatuvar atelektazi: Kolaylıkla husule gelebilen nahoş bir ihtilâttır. Teessüsüne mâni olmak için ameliyattan sonra hastanın erkenden aktif duruma geçirilmesi ve öksürtülerek bronşların ifrazatla tıkanmasının önlenmesi şarttır. Atelektazi teessüs eden vak'alarda evvelâ fizik vasıtalarla, netice alınmadığı takdirde bronkoskopik aspirasyonlarla tıkanıklığın bertaraf edilmesine çalışılmalıdır. Ameliyattan sonra atelektazi teessüs etmiş 7 vak'adan 5 tanesinde sadece fizik vasıtalarla atelektazi bertaraf edilebilmiş, 2 vak'ada bronkoskopik aspirasyon yapılmak mecburiyeti hasıl olmuş ve iyi netice alınmıştır.

Natam reekspansiyon: Lobektomi ve segmentel rezeksiyonlardan sonra bütün gayret erken reekspansiyon ile lobektomiden geriye kalan boşluğun bertaraf edilmesine ve erken obliterasyona sarfedilmelidir. İyi reekspansiyon temin edilmemiş vak'alar bronş fistülleri için müsait zemin hazırlarlar veya hiç değilse ilerde bu boşluğun bertaraf edilmesi bakımından bazı müdahaleleri mucip olurlar. Kliniğimizde 8 vak'ada lobektomiden sonra tam reekspansiyon

temin edilememiş ve bilâhare yapılan torakoplasti ile boşluk bertaraf edilebilmiştir.

Yayım: İyi anestezi tekniği ve ameliyattan sonra hastanın iyi takibi sayesinde bilhassa antibakteriyel rezervi olan vak'alarda bu ihtilât hiç husule gelmemektedir. Klinik materyelimiz arasında antibakteriyel rezervi olmayan 4 vak'ada ameliyattan sonra yayım husule gelmiş, bunlardan 3 tanesinde PAS perfüzyonu ve Pnp. tatbikatı ile iyi netice temin edilmiştir.

Reaktivasyon: Erken nüksleri önlemek için antibakteriyel rezervi ile birlikte geriye kalan akciğer kısımlarının tavizi hipertrofisine sebebiyet vermemek icabeder. Tavizi hipertrofiyi önlemek için alt lobektomilerde frenik felci ile beraber Pnp. tatbikatı kifayet eder. Üst lobektomilerde umumiyetle ayni seansta veya ameliyattan 15 - 20 gün sonra korrektif torakoplâsti yapılması tavsiye edilmektedir. Keza pnömonektomilerden sonra 1 ay içinde korrektif torakoplastinin yapılması şart koşulmaktadır. Biz genel olarak alt lobektomilerde daima geçici frenik felci ile birlikte Pnp. tatbik ediyoruz. Üst lobektomilerden sonra şayet geriye kalan loblarda şüpheli lezyon varsa ayni seansta (15 vak'a) veya ameliyattan 15 - 20 gün sonra (12 vak'a) korrektif torakoplasti yapıyoruz. Şayet geriye bırakılan akciğer kısımlarında bir lezyon mevcut değilse sadece geçici frenik felci ve Pnp. tatbikatı ile iktifa ediyoruz. Segmantel rezeksiyonlardan sonra kanaatimizce korrektif hiç bir müdahaleye ihtiyaç yoktur. Pnömonektomilerden sonra ekseriya boşluğun hematom ile dolmasını (28 vak'a), nadiren de torakoplâsti ile bertaraf edilmesini (13 vak'a) tercih ediyoruz.

Bu tedbirler sayesinde müessesemizde tedavi altında iken yani erken safhada hiç bir vak'ada nüks husule gelmemiştir. Hastaneyi terkettikten sonra 5 vak'a nüksle müracaat etmiştir. Bu vak'alarda nüksün sebebi daha ziyade sosyal şartların ademi memnuniyet verici oluşudur.

Ampiyem: Bilhassa pnömonektomilerden sonra husule gelir. Hemen daima bronş fistülü ile müterafıktır. Bronş fistülü ile beraber olmadığı zaman derhal stoma açarak plevra boşluğunu temizlemek böylece bronşu korumak icabeder. Bilâhare boşluk temizlendikten sonra fistül mevcut değilse torakoplasti ile boşluk bertaraf edilir. Başlangıçta sadece ampiyem ile kendini gösteren 3 vak'ada opus stoma ile bronş vikaye edilmiş ve bilâhare yapılan torakoplasti ile pnömonektomi boşluğu bertaraf edilmiştir.

Bronş fistülü: Tüberküloz sebebiyle yapılan akciğer rezeksiyonlarının en sık görülen en müziç ihtilâtıdır. Mamafih bugün iyi endikasyon, iyi teknik ve gerekli tedbirler sayesinde nadir rastlanan ihtilâtlar durumuna intikal etmiştir. Bronş fistüllerinin profilaksisi tedavisinden daha müsmir netice tevlid eder. Profilakside ehemmiyetle üzerinde durulacak noktalar şunlardır: a) Cerrahî müdahaleye tâbi tutulan vak'anın antibakteriyel rezervi, b) normal bronkoskopik bulgular ve 3) lobektomi ve segmentel rezeksiyonlardan sonra geriye kalan akciğer kısmının kabil olan en kısa zaman içinde tam ekspansiyonu ile boşluğu doldurması.

Bütün bu tedbirlere rağmen bronş fistülü teşekkül ettiği takdirde ilk plânda bir opus stoma yapılarak muhtevanın bronş yolu ile atılması önlenir ve boşluk temizlenir. Bilâhare bronş ağzını koterize etmek ve boşluğu örten kaburgaları kaldırmak suretiyle fistülün ve poşun izalesine çalışılır.

Bronş fistülü teşekkül eden 22 vak'adan sonra 14 tanesine bu şekilde tedavi plânı takip edilmiş, 6 tanesinde fistül ve boşluk kapanmıştır. Diğer 6 vak'ada ise oldukça selim seyreden fistül ve sinus baki kalmıştır.

Klinik materyelimiz arasında bronş fistülü ilk yapılan vak'alarda oldukça sık rastlandığı halde bugün nadir bir ihtilât durumuna intikal etmiştir. Meslâ 1956 yılında tüberküloz sebebiyle yapılan 67 rezeksiyon vak'asından hiç birinde fistül teşekkül etmemiştir. Bunun sebebi vak'aların daha iyi seçilmesi, ameliyata sevkedilen vak'aların ekserisinin antibakteriyel rezervinin mevcut oluşu, daha iyi bir teknik gelişmenin imkânları, cerrahî müdahaleye sevkedilen bütün vak'alara sistemli olarak bronkoskopi yapılması ve bronş lezyonu olan vak'aların endikasyon dışında bırakılması, ameliyattan sonra en erken safhada tam reekspansiyon ve obliterasyon teminine savunulması gibi önemli faktörler mevcuttur.

N e t i c e :

Heybeliada Sanatoryomunda 1950 yılından 1956 yılı sonuna kadar 6 yıl içinde yapılan 225 akciğer rezeksiyonu vak'asının incelenmesinden elde edilen netice ve kanaat aşağıdaki şekilde hülâsa edilebilir:

1. Akciğer tüberkülozunun cerrahî tedavisinde bugün en müreccah metod rezeksiyondur ve gün geçtikçe değeri artmaktadır.

Kabil olan her vak'ada birinci plânda düşünülecek müdahale şeklidir. Ekstraplöral pnömotoraks değerini tamamiyle kaybetmiştir. Torakoplasti ancak rezeksiyon yapılmasına imkân olmayan bazı vak'alarda bir ikame müdahalesi olarak yer alabilmektedir.

2. Muhtelif rezeksiyon tipleri arasında en az mortalite ve morbidite ile en fazla şifa temin eden lobektomidir. Pnömonektomi gerek ameliyat riski ve gerekse ihtilâtları bakımından nisbeten ağır bir müdahaledir. Segmentel rezeksiyon gerek elimize geçen vak'aların segment hudutlarını tecavüz etmiş bulunmaları ve gerekse tali ihtilâtlara sebebiyet verebilmesi itibariyle bizim pratiğimizde pek fazla inkişaf edememiştir. Buna mukabil lobektomi neticeleri bilhassa tatminkâr olduğundan iyi bir mevki temin edebilmiştir.

3. Akciğer rezeksiyonlarından ideal netice temin edebilmek için vak'aların zamanında ve iyi hazırlanmış olarak cerrahî tedaviye sevkedilmiş olması şarttır. Rezeksiyonlardan iyi netice temin edebilmek için en mühim şart hastanın antibakteriyel rezervinin muhafazasıdır. Bugün iyi seçilmiş ve hazırlanmış vak'alarda ilerlemiş olan anestezi ve cerrahî teknik imkânları sayesinde bizzat cerrahî müdahaleye bağlı ihtilâtlar görülmektedir. Keza antibakteriyel rezervini muhafaza eden vak'alarda da tüberkülozdan mütevellit ihtilâtlar haddi asgariye inmiş bulunmaktadır. Meselâ yayım, nüks, ampiyem ve bronş fistülü gibi ihtilâtlar son derece azalmış bulunmaktadır. Bu itibarla kanaatimizce rezeksiyona en müsait vak'alar sanatoryal, antibakteriyel ve medikal tedavi ile netice alınmayan ve hastalığı tamamiyle bir loba inhisar eden vak'alardır ve müdahalenin de hastanın antibakteriyel rezervini muhafaza ettiği bir devrede icrası müreccahtır. Bu plâna riayet edildiği takdirde akciğer tüberkülozunun rezeksiyonla tedavisinde % 100 veya buna yakın büyük bir nisbetle iyi netice beklenebilir.

S U M M A R Y

L o b e r e s e c t i o n i n t h e s u r g i c a l t r e a t m e n t o f p u l m o n a r y t u b e r c u l o s i s

The results obtained between 1950 and 1956 at the Heybeliada Sanatorium on 225 cases of lung resection for tuberculosis are presented according to their indications and the various types of procedures. After a demonstration on the evolution of this kind of treatment, this method is compared with

the other surgical procedures. The indications and ideal conditions of a resection are exposed.

RÉSUMÉ

La resection dans le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire

Les résultats obtenus entre 1950 et 1956 au sanatorium de Heybeliada, sur 225 cas de résection pulmonaire pour tuberculose sont présentés suivant les indications et les différents types de resection. Après avoir montré l'évolution des résections pulmonaires, une comparaison est faite avec les autres méthodes chirurgicales de traitement. En outre les indications et conditions idéales d'une resection sont précisées.

Heybeliada Sanatoryumu
Başhekim
Dr. Zülfü Sami Özgen

AMELİYATLA ÇIKARILAN TÜBERKÜLOZLU AKCİĞER PİYESLERİ ÜZERİNDE, REZEKSİYON ENDİKAŞYONUNUN SIHHATİ BAKIMINDAN, BAKTERİOLOJİK VE ANATOMOPATOLOJİK İNCELEMELER

Dr. ZÜLFÜ SAMİ ÖZGEN *Dr. SİYAMİ ERSEK*
Dr. HAYDA RAKSÜĞÜR *Doç. Dr. BEDRETTİN PARS*
Dr. HARİKA ENGEZ

Akciğer tüberkülozunda rezeksiyon endikasyonlarını tâyin maksadiyle sanatoryomumuzda yapılan rezeksiyon vak'alarından 28 tanesinde ameliyatla çıkarılan piyesler, bakteriolojik, anatomopatolojik tetkiklerden geçirilmiş, elde edilen neticeler, ameliyattan evvel tesbit edilen klinik, bakteriolojik ve radyolojik bulgularla mukayese edilmek suretiyle endikasyonlardaki isabet derecesi tesbite çalışılmıştır.

Umumiyetle rezeksiyona sevkedilen vak'aların endikasyonları şu hallerde konmuştur:

I — Uzun antibakteriyel tedaviye rağmen bir taraf riesinde israrla devam eden kaviteli veya kavitesiz eski lezyonlar.

II — Medikal kollaps ile beraber yapılan antibakteriyel tedaviye inat eden bir taraf riesinin mahdut bir kısmında kaviteli veya kavitesiz basilli lezyon.

III — Yalnız sağ üst fussu harab olmuş hastalar.

IV — Etrafındaki mahdud sahada lezyon bulunan, sufle kavite.

V — Tüberküloza bağlı atelektazi ve mahdud sahada lezyon.

VI — Ortası oyuk tüberkülom.

VII — Bir loba ait atelektazi ve basil çıkarma hali.

VIII — Etrafı kazeöz bir tabaka ile çevrili kaviteler.

Prensip olarak rezeksiyon yapılan vak'alar ateşsiz, ahvali umumiyesi iyi, normal veya normale yakın sedimantasyonlu stablize hastalardan seçilmiştir.

Her vak'ada ameliyattan evvel tomografik tetkikler, teksif veya kültürle B.K. aramaları yapılmış, B.K. tesbit edilenlerde antibiyotiklere karşı rezistans denemeleri incelenmiş ve ameliyattan sonra, rezeke edilen parçalarda anatomopatolojik araştırmalar icra edilmiş ve bu parçalardaki kavitelerle diğer tüberküloz değişmeleri gösteren kısımlardan teksif, kültür ve rezistans denemeleri yapılmış aynı parçalar kobaylara da zerk edilerek bakteriolojik tetkikler tamamlanmıştır.

Vak'alar ameliyattan evvelki klinik durumlarına göre evvelâ basilli ve basilsiz olmak üzere (Tablo: I ve II) iki ana guruba ayrılmış bu guruplar da kaviteli ve kavitesiz lezyonlar diye diğer iki tali gurupta mütalâa edilmiştir. Bu şekilde tablo I de basil tesbit edilen 21 vak'adan 15 i kavernli, 6 sı ise kavernsiz mahdut lezyonlu hastalardan müteşekkil iki gurup, tablo II de ise klinikte basil tesbit edilememiş, mahdut lezyonlu 5 kavernli vak'a ile 2 kavernsiz diğer iki gurup bulunmaktadır.

Rezeksiyon endikasyonu konarak ameliyat yapılmış olan bu 4 gurupun rezeke edilen parçalarının anatomopatolojik tetkiki koyulan endikasyonunun yerinde olduğunu göstermiştir.

Klinik olarak basilli gurupta (Tablo: I) bulunan kavernli 15 hastadan 13 ünün rezeke edilen piyesinde (kavern, kavite etrafında kazeöz mihraklar, kontak intişar sahaları, nekroz mıntıkaları) tesbit edilmiştir. Çıkarılan piyesde kavite tesbit edilemiyen iki hastada ise (6, 14 No. lu vak'alar) anatomopatolojik tetkikler (yer yer kazeifikasyon mihrakları, nekroze mıntıkalar) mevcudiyetini ortaya koymuştur. Klinikte basilli fakat kavernsiz mahdut lezyonlu 6 vak'anın ameliyattan sonra çıkarılan piyeslerinde yapılan anatomopatolojik tetkikler, 3 ünde (17, 19, 20 No. lu vak'alar) — kavern, kavite etrafında bronkojen intişar mihrakları, nekroz mihrakları — bulunmuş diğer 3 ünde (16, 18 ve 21 No. lu vak'alar) ise kavern tesbit edilememesine mukabil — kronik iltihap, bronşektazi, bronş tüberkülozu, kazeöz mihraklar, ortası nekroze mihraklar, geniş yuvarlak nekroz mihrakları — tesbit edilmiştir. Bu şekilde birinci guruptaki basilli 21 kavernli ve kavernsiz vak'alardaki rezeksiyon endikasyonlarının yerinde olduğu, bunların rezeke piyeslerinde aktif tüberkülozu muhtelif formlarının anatomopatolojik olarak tesbit edilmesiyle meydana çıkmıştır.

Klinikte basil tesbit edilemiyen (Tablo: II) kavernli 5 vak'a ile kavernsiz 2 vak'anın ameliyattan sonra rezeke piyeslerinde anatomopatolojik olarak kavernli vak'aların hepsinde (kavite, kazeöz mihraklar, bronş Tb. si tüberküller, atelektazi mıntıkaları, intişar mihrakları) tesbit edilmiş kavernsiz basilsiz guruptaki 2 vak'adan (26, 27 nci vak'alar) birinde (kavern, atelektazi, kazeümle dolu bronş) diğerinde (müteaddit büyük kazeöz mihraklar darı cesametinde yayılma mihrakları hemorojik sahalar) tesbit edilmiş ve bu şekilde gerek basilli ve gerekse basilsiz olan kavernli ve kavernsiz 4 gurupdaki 28 hastada rezeksiyon endikasyonunun tamamen yerinde olduğu tahakkuk etmiştir.

Vak'alarımızın ameliyattan evvel ve ameliyattan sonraki bakteriolojik durumları da oldukça enteresan bulunmuştur. Klinikte müteaddit teksiflerle müteaddit defalar basil tesbit edilen 1 inci tablodaki kavernli ve kavernsiz 21 hastanın ekserisinde ayrıca kültürle basil aranması lüzumsuz görülmüştür. Ameliyattan evvel homojenizasyonla basilli olan bu hastaların rezeksiyonla elde edilen piyeslerindeki kavernlerden ve hasta mıntıkalardaki diğer tüberküloz lezyonlarından teksif ve kültür yapılmış ve bu araştırmalar kobay zerkleriyle tamamlanmıştır. Rezeke piyeslerde yapılan bakteriolojik araştırmaların neticeleri şöyle olmuştur. I inci tablodaki klinikte basilli olan kavernli 15 hasta ile kavernsiz 6 hastadan 5 inde, hasta rieden teksifle B.K. tesbit edilmiştir. Bu şekilde 21 hastadan 20 sinin rezeksiyon piyeslerinde basil tesbit edilmiş olmakla, rezeksiyon endikasyonu, bakteriolojik olarak da teyit edilmiş olmaktadır. Yalnız bu guruptaki kavernli 15 hastadan 12 sinin, kavernsiz 6 hastadan 3 ünün rezeke piyesindeki kavite, nodül ilâh... gibi hasta mıntakalarından yapılan kültür veya kobay zerkleri ile basil üretilebilmiş, geri kalan 6 tanesinde ise üretilememiştir. Bu 6 hastadan 3 ü (4, 5, 9 No. lu vak'alar) kavernli gurupta diğer 3 ü de (16, 18, 20 No. lu vak'alar) kavernsiz guruptadır. Bu 6 hastadan 5 inin ameliyatla çıkan piyeslerinde teksifle basil bulunmasına mukabil kültür ve kobay zerklerinin menfi olması, birinde ise (16 nci vak'a) teksif kültür ve kobay zerkleriyle basil tesbit edilememiş olması bu hastalarda ameliyattan evvel tesbit edilen basillerle, piyeslerde görülen basillerin ölü veya üreme kabiliyetini kaybetmiş basiller olması ihtimalini ortaya çıkarmaktadır. Bu takdirde rezeksiyonun lüzumsuz olarak yapıldığı akla gelebilir, fakat bu hastalardaki anatomopatolojik bulgulara bakılırsa (4, 5, 9 No. lu vak'alarda, tüberküloz kaverni, kontak yayılma, bronkojen yayılma mihrakları, müteaddit

Prensip olarak rezeksiyon yapılan vak'alar ateşsiz, ahvali umumiyesi iyi, normal veya normale yakın sedimantasyonlu stablize hastalardan seçilmiştir.

Her vak'ada ameliyattan evvel tomografik tetkikler, teksif veya kültürle B.K. aramaları yapılmış, B.K. tesbit edilenlerde antibiyotiklere karşı rezistans denemeleri incelenmiş ve ameliyattan sonra, rezeke edilen parçalarda anatomopatolojik araştırmalar icra edilmiş ve bu parçalardaki kavitelerle diğer tüberküloz değişmeleri gösteren kısımlardan teksif, kültür ve rezistans denemeleri yapılmış aynı parçalar kobaylara da zerk edilerek bakteriolojik tetkikler tamamlanmıştır.

Vak'alar ameliyattan evvelki klinik durumlarına göre evvelâ basilli ve basilsiz olmak üzere (Tablo: I ve II) iki ana guruba ayrılmış bu guruplar da kaviteli ve kavitesiz lezyonlar diye diğer iki tali gurupta mütalâa edilmiştir. Bu şekilde tablo I de basil tesbit edilen 21 vak'adan 15 i kavernli, 6 sı ise kavernsiz mahdut lezyonlu hastalardan müteşekkil iki gurup, tablo II de ise klinikte basil tesbit edilememiş, mahdut lezyonlu 5 kavernli vak'a ile 2 kavernsiz diğer iki gurup bulunmaktadır.

Rezeksiyon endikasyonu konarak ameliyat yapılmış olan bu 4 gurupun rezeke edilen parçalarının anatomopatolojik tetkiki koyulan endikasyonunun yerinde olduğunu göstermiştir.

Klinik olarak basilli gurupta (Tablo: I) bulunan kavernli 15 hastadan 13 ünün rezeke edilen piyesinde (kavern, kavite etrafında kazeöz mihraklar, kontak intişar sahaları, nekroz mıntıkaları) tesbit edilmiştir. Çıkarılan piyesde kavite tesbit edilemiyen iki hastada ise (6, 14 No. lu vak'alar) anatomopatolojik tetkikler (yer yer kazeifikasyon mihrakları, nekroze mıntıkalar) mevcudiyetini ortaya koymuştur. Klinikte basilli fakat kavernsiz mahdut lezyonlu 6 vak'anın ameliyattan sonra çıkarılan piyeslerinde yapılan anatomopatolojik tetkikler, 3 ünde (17, 19, 20 No. lu vak'alar) — kavern, kavite etrafında bronkojen intişar mihrakları, nekroz mihrakları — bulunmuş diğer 3 ünde (16, 18 ve 21 No. lu vak'alar) ise kavern tesbit edilememesine mukabil — kronik iltihap, bronşektazi, bronş tüberkülozu, kazeöz mihraklar, ortası nekroze mihraklar, geniş yuvarlak nekroz mihrakları — tesbit edilmiştir. Bu şekilde birinci guruptaki basilli 21 kavernli ve kavernsiz vak'alardaki rezeksiyon endikasyonlarının yerinde olduğu, bunların rezeke piyeslerinde aktif tüberkülozu muhtelif formlarının anatomopatolojik olarak tesbit edilmesiyle meydana çıkmıştır.

Klinikte basil tesbit edilemiyen (Tablo: II) kavernli 5 vak'a ile kavernsiz 2 vak'anın ameliyattan sonra rezeke piyeslerinde anatomopatolojik olarak kavernli vak'aların hepsinde (kavite, kazeöz mihraklar, bronş Tb. si tüberküller, atelektazi mıntıkaları, intişar mihrakları) tesbit edilmiş kavernsiz basilsiz guruptaki 2 vak'adan (26, 27 nci vak'alar) birinde (kavern, atelektazi, kazeümle dolu bronş) diğerinde (müteaddit büyük kazeöz mihraklar darı cesametinde yayılma mihrakları hemorojik sahalar) tesbit edilmiş ve bu şekilde gerek basilli ve gerekse basilsiz olan kavernli ve kavernsiz 4 gurupdaki 28 hastada rezeksiyon endikasyonunun tamamen yerinde olduğu tahakkuk etmiştir.

Vak'alarımızın ameliyattan evvel ve ameliyattan sonraki bakteriolojik durumları da oldukça enteresan bulunmuştur. Klinikte müteaddit teksiflerle müteaddit defalar basil tesbit edilen 1 inci tablodaki kavernli ve kavernsiz 21 hastanın ekscrisinde ayrıca kültürle basil aranması lüzumsuz görülmüştür. Ameliyattan evvel homojenizasyonla basilli olan bu hastaların rezeksiyonla elde edilen piyeslerindeki kavernlerden ve hasta mıntıkalardaki diğer tüberküloz lezyonlarından teksif ve kültür yapılmış ve bu araştırmalar kobay zerkleriyle tamamlanmıştır. Rezeke piyeslerde yapılan bakteriolojik araştırmaların neticeleri şöyle olmuştur. I inci tablodaki klinikte basilli olan kavernli 15 hasta ile kavernsiz 6 hastadan 5 inde, hasta rieden teksifle B.K. tesbit edilmiştir. Bu şekilde 21 hastadan 20 sinin rezeksiyon piyeslerinde basil tesbit edilmiş olmakla, rezeksiyon endikasyonu, bakteriolojik olarak da teyit edilmiş olmaktadır. Yalnız bu guruptaki kavernli 15 hastadan 12 sinin, kavernsiz 6 hastadan 3 ünün rezeke piyesindeki kavite, nodül ilâh... gibi hasta mıntakalarından yapılan kültür veya kobay zerkleri ile basil üretilebilmiş, geri kalan 6 tanesinde ise üretilememiştir. Bu 6 hastadan 3 ü (4, 5, 9 No. lu vak'alar) kavernli gurupta diğer 3 ü de (16, 18, 20 No. lu vak'alar) kavernsiz guruptadır. Bu 6 hastadan 5 inin ameliyatla çıkan piyeslerinde teksifle basil bulunmasına mukabil kültür ve kobay zerklerinin menfi olması, birinde ise (16 ncı vak'a) teksif kültür ve kobay zerkleriyle basil tesbit edilememiş olması bu hastalarda ameliyattan evvel tesbit edilen basillerle, piyeslerde görülen basillerin ölü veya üreme kabiliyetini kaybetmiş basiller olması ihtimalini ortaya çıkarmaktadır. Bu takdirde rezeksiyonun lüzumsuz olarak yapıldığı akla gelebilir, fakat bu hastalardaki anatomopatolojik bulgulara bakılırsa (4, 5, 9 No. lu vak'alarda, tüberküloz kaverni, kontak yayılma, bronkojen yayılma mihrakları, müteaddit

TABLO : I. **Klinikte basili bulunanlar**

		Anatomo - patolojik	Bakteriolojik araştırmalar						
			Ameliyattan evvel B.K.	Rezeke edilen parçadan					
				Kavite		Diğer tbc. lezyonu		Kobay zerki	
				Teksif	Kültür	Teksif	Kültür	Kavite	Diğer lezyon
	1	Kavite, kavite etrafında kazeöz sahalar, mercimek kadar intişar sahaları.	+	+	+	+	+	—	+
	2	Ceviz cesametinde ortası erimiş kazeöz kütle, civarında intişar mihrakları.	+	+	+			—	
	3	Tüberküloz kaverni, civarında tüberküloz yayılma mihrakları, bronşektazi.	+		—	+	+	—	+
	4	Piyojen membranlı fibröz cidarlı kavern, bronkojen ve kontakt yayılma mihrakları	+	+	—			—	
	5	Piyojen membranlı, drenaj bronşu tıkalı kavern, kontakt yayılma.	+	—	—	+		—	
	6	Yer yer kazeifikasyon mihrakları, nekroz mihrakları.	+	+	+			—	
	7	Kazeifiye kitle içinde tüberküloz kaverni, yer yer kazeöz mihraklar.	+	+	+			—	
	8	Cidarı yer yer kazeifiye, yer yer epitelize kavern, müteaddit kazeifiye mihraklar.	+	+	+			—	
Kavernli ve basilli hastalar	9	Etrafı fibröz cidarlı hemorajik kavern, müteaddit kazeöz mihraklar, adenit Tbc.	+	+	—	+	—	—	—
	10	Tüberküloz kaverni, etrafında yayılma mihrakları, bronş Tbc.	+	+	+			+	
	11	Kalın cidarlı kavern, kalsifiye ve kazeifiye mihraklar bronş Tbc.	+	—	—	+	+	—	+
	12	Amfizem bülü, fibröz cidarlı kavern, bronşektazi	+	+	+			+	
	13	Tüberküloz kaverni, kazeöz membranlı, bronkojen yayılma.	+	+	+	+	+	+	—
	14	Kazeöz nodüller, yayılma mihrakları, kazeöz kalsifiye ganglionlar.	+			+	bozuldu.		+
	15	Tüberküloz kaverni, harabiyet mihrakları.	+	+	—			+	
Kavernsiz basilli hastalar	16	Tüberküloz zemininde akciğer sklerozisi, bronşektazi, bronş Tbc.	+			—	—		
	17	Sert cidarlı kavern, bronkojen yayılma mihrakları.	+			+	+	+	
	18	Mercimek cesametinde kazeöz mihraklar, nekroze mihraklar, bronşektazi, bronş Tbc.	+	+	—	+	—	—	—
	19	Kronik tüberküloz kaverni, civarında kalsifiye nodüller.	+			+	+		+
	20	Tüberküloz kaverni, etrafında kontakt yayılma mihrakları.	+	+	—	+	—	—	—
	21	Fibröz uzantılar, fibröz mahfazalı geniş yuvarlak nekroz, Tbc. yayılma mihrakları.	+			+	+		—

TABLO : II. **Klinikte basili bulunmuyanlar**

		Anatomo - patolojik bulgular	Bakteriolojik araştırmalar							
			Ameliyattan evvel		Rezeke edilen parçalar					
					Kavite		Diğer tbc. lezyonu		Kobay zerki	
			Teksif	Kültür	Teksif	Kültür	Teksif	Kültür	Kaviteden	Diğer Tbc. lezyonu
Basilsiz kavernli	22	Kiraz büyüklüğünde kazeöz mihraklar, bronşta tüberküloz	—	—	+	+	+	+	+	—
	23	Kavern, civarında müteaddit tüberküller, atelektazik mıntakalar.	—	—	+	+	+	+	+	—
	24	Tüberküloz kaverni, yayılma mihrakları	—	—	+	+	+	+	+	+
	25	Tüberküloz kaverni, etrafında intişar mihrakları	—	—	+	+			—	
	26	Fibröz cidarlı, içinde vegetan kazeöz tabakalı kavern, tüberküller nohut kadar nodül.	—	—	+	+				
Basilsiz ve kavernsiz	27	Fibröz cidarlı kavern, atelektazi kazeöz mahsul ile dolu bronşioller.	—	—			—	—	+	
	28	Nohut cesametinde müteaddit kazeöz mihraklar, hemorajik sahalar, darı cesametinde yayılma mihrakı	—	—			+	—		+

kazeöz mihraklar, 16, 18, 20 No. lı vak'alarda ise, bronşektazi, bronş Tb. si, kazeöz mihraklar, ortası nekroze mihraklar, tüberküloz kaverni ve kontakt yayılma mihrakları) gibi aktif tüberkülozun muhtelif şekillerinin mevcudiyeti görülerek rezeksiyonun isabeti anlaşılmaktadır.

2 nci tablodaki basilsiz gurupa gelince: Bu guruptaki kavernli ve kavernsiz hastalardan, ameliyattan evvel müteaddit teksifler ve kültürle basil üretilememesine mukabil, hepsinin rezeke piyesinde teksif, kültür veya kobay zerkiyle basil bulunmuş bu şekilde rezeksiyon endikasyonu bakteriolojik olarak da teyit edilmiştir fakat bu gurupta da kavernli 5 vak'adan 4 ünü de kavernsiz bir vak'ada kültür veya kobay zerkiyle patojen basil üretilmiş buna mukabil kavernli guruptaki bir vak'ada (26 ncı vak'a), kavernsiz guruptaki diğer bir vak'ada (28 No. lu vak'a) rezeksiyon piyesinde, teksifle B.K. bulunmasına mukabil kültür ve kobay zerkiyle basil üretilememiş bu vak'alarda da daha evvel arzolunduğu şekilde bu basillerin ölü veya üreme kabiliyetini kaybetmiş basiller olması ihtimali belirmiştir. Bunlarda da rezeksiyonun fuzuli olarak yapıldığı düşünülebilirse de bu iki hastanın anatomopatolojik bulgularına bakılırsa (26 No. lu vak'ada, vejetan cidarlı kavern, tüberküller, nohut cesametinde nodül, 28 No. lu vak'ada ise nohut cesametinde müteaddit kazeöz mihraklar, darı cesametinde yayılma mihrakları görülmekle) rezeksiyonun isabeti meydana çıkmış olur.

Vak'alarımızdaki bakteriolojik araştırmaların sonuçlarına dikkat edilirse: kraşada teksif ve kültürlerin menfi olmasına mukabil piyeslerde patojen basil bulunması, buna mukabil kraşada basil bulunmasına rağmen piyeslerden kültür ve kobay zerkiyle basil üretilememesi, keza piyeslerde hasta mıntıkalardan yapılan kültürlerde basil üretilebilmesine mukabil kobay zerklerinin menfi olması veya aksine kültürlerin menfi olmasına mukabil kobay zerklerinin müsbet oluşu hesaba katılarak, endikasyon tâyininde bakteriolojinin şaşırtıcı neticeleri olabileceğini daima düşünmelidir. Bu neticeler bakteriolojinin müsbet vak'alarda kıymeti olduğunu, basilin menfi olduğu vak'alarda, kat'i bir fikir veremiyeceği hakikatını teyit etmektedir.

Ameliyattan evvel kraşada elde edilen basillerle, rezeksiyon piyeslerinden üretilen basillerde, yaptığımız antibiotiklere karşı rezistans denemelerinde basillerin antibiotiklere karşı hassasiyetinin her iki gurupta her zaman aynı olmadığını gördük. Kraşadaki

suşların mukavim olmasına mukabil aynı antibiotik'e piyeslerdeki suşların hassas olduğu, aksi halinde mevcut olduğunu, bu halin streptomisin, İ.N.H. için aynı zamanda bulunabileceğini de tesbit ettik.

Netice:

Heybeliada sanatoryomunda bugüne kadar 225 rezeksiyon vak'asından 28 vak'alık bir gurupta ameliyat öncesi konulan rezeksiyon endikasyonunun doğruluk derecesi, rezeke edilen piyeslerde bakteriolojik ve anatomopatolojik olarak araştırılmış, anatomopatolojik olarak bütün vak'alarda endikasyonun doğruluğu tahakkuk etmiştir. Bu taravayın en mühim neticesi de, klinikte kraşasında teksif ve kültürle basil tesbit edilemiyen bir gurup hastanın, rezeksiyonla çıkarılan parçalarının bakteriolojik ve anatomopatolojik tetkiklerinin neticesinde, aktif tüberküloz lezyonu taşıdıkları ve bilnetice bu gibilerde rezeksiyonun tamamiyle endike olduğu hakikatını meydana çıkmış bulunmasıdır. 28 vak'alık bir gurupta bu çeşit hastaların 8 kişi olduğu gözönünde tutulursa, basilsiz vak'alarımızın ameliyata sevkine bu nisbet dairesinde geniş hareket etmekliğimizdeki isabet de kendiliğinden ortaya çıkar. Genc bu mülâhaza ile, alınacak rezeksiyon kararlarında, hasta antesedanı, radyolojik bulgular v. s. gibi faktörler yanında, muhtelif sebeplerle basil bulunmayışı keyfiyetine pek ehemmiyet atfetmeden hastanın cerrahî müdahaleye sevkinin doğru olacağı hakikatı ortaya çıkmıştır.

SUMMARY

Bacteriological and anatomo - pathological study of excised material as a means of verifying the correctness of indications

In order to verify the correctness of indications for resection in 28 patients hospitalized at the Heybeliada Sanatorium, we compared the results of bacteriological and anatomo - pathological examinations of the excised material with clinical and radiological findings before the intervention. The cases were divided in two groups: those with bacilli and those without. Furthermore, another classification in cavitary and non - cavitary cases was elaborated. Anatomo - pathological study of the excised material showed that indications were correct in all 28 cases.

Bacteriological examinations performed on the same material did not always show concordance with the results of the examinations performed

before the intervention. We concluded then, that when an indication for resection exists, only positive bacteriological findings have an importance. If clinical and radiological findings point out to an indication for resection, the search for tubercule bacilli by various means becomes a secondary procedure and the surgical intervention should be performed in every case.

RÉSUMÉ

Etudé bactériologique et anatomo-pathologique des pièces opératoires réséquées pour tuberculose en vue de vérifier le bien fondé des indications

Nous avons voulu vérifier le bien fondé des indications opératoires posées chez 28 malades hospitalisés au sanatorium de Heybeliada en confrontant les résultats des examens bactériologiques et anatomopathologiques des pièces réséquées avec les trouvailles cliniques et radiologiques établies avant l'intervention. Les cas étaient divisés en 2 groupes: ceux qui possédaient des bacilles et ceux qui n'en avaient point. En outre une classification supplémentaire en cas comportant des cavernes et cas n'en comportant point a été réalisée. L'étude anatomo - pathologique des 28 pièces réséquées a montré que l'indication était correcte dans tous les cas.

Les examens bactériologiques pratiqués sur les pièces réséquées n'ont pas toujours concordé avec les résultats de pareils examens avant l'intervention. Nous avons conclu qu'en cas d'indication de résection, les résultats bactériologiques positifs ont seuls une valeur. Si les trouvailles cliniques et radiologiques une indication des résection, la recherche de bacilles de Koch dans le crachat prend une importance secondaire et l'intervention devrait se faire de toute façon.

Uludağ Sanatoryumu
Başhekim
Dr. Siyami Ersek

AKCİĞER TÜBERKÜLOZUNDA BRONŞ MUSABİYETİ VE BRONŞ TÜBERKÜLOZU MUVACEHESİNDE AKCİĞER REZEKSİYONLARI

Dr. SİYAMİ ERSEK *Dr. KÂMRAN BAŞAK*
Dr. MUAZZEZ AKMAN

Akciğer tüberkülozunun teşhis ve bilhassa tedavi endikasyonlarının tâyininde bronkoskopinin değer ve ehemmiyeti aşikârdır. Bugün akciğer tüberkülozunda bronkolojik etüdü yapılmamış vak'alar noksan tetkik edilmiş, sadece parenkim tüberkülozu bakımından incelenmiş vak'alardır. Her ne kadar parankim lezyonu ile bronş lezyonu arasında sıkı bir münasebet mevcut ve sadece parankim lezyonuna bakarak mevcut bronş lezyonu hakkında bir fikir yürütmek kabilse de, klinik tatbikat tahminlerin ekseriya yanlış bir yola sevk ettiğini göstermiştir. Bu itibarla bütün tüberküloz vak'alarının klinik, lâboratuar ve radyolojik tetkik gibi bronkolojik bir etüde de tâbi tutulması icabeder. Uludağ Sanatoryumunda bütün tüberküloz vak'alarına sistemli olarak bronkoskopi yapılmış ve bronş lezyonlarının tahmin edildiğinden daha büyük bir kesretle tesadüf edilmekte olduğu tesbit edilmiştir.

Tüberküloz bronş lezyonları bronkoskopi noktai nazarından aşağıdaki bir şekilde tasnife tâbi tutulabilir.

1. Basit iltihabî bronş lezyonları :

Bu grupta mukozada hiperemi, ödem ve hipersekresyon mevcuttur. Bu sınıf, bronş lezyonlarının büyük ekseriyetini teşkil eder.

2. Dıştan baskı suretiyle bronş değişiklikleri :

Bilhassa çocuklarda ve genç kâhillerde rastlanan bu grupta adenopati sebebiyle bronş cidarları birbirine yaklaşmış ve lümiyer normal şeklini kaybetmiştir.

3. Ülserasyon :

Mukoza sathında aşikâr erozyon mevcuttur. Ekseriya hiperemi, ödem ve ifrazat ile birlikte bulunur.

4. Granülasyon :

Granülasyon tarzındaki lezyonlarda mukozada ya tek tüberkül bulunur, veya mukozadan sarkan yalancı polipler mevcuttur.

5. Perforasyon :

Perforasyon şeklindeki bronş lezyonlarında: ya gangliyon bir yerinden bronşa delinmiştir, veya heyeti umumiyesi ile bronş lümiyeri içine doğru tefettuk etmiştir. Bu vak'alarda bronkoskopik yolla biyopsi yapıldığı takdirde, biyopsi materyelinde lenf ukdesi tüberkülozu tesbit edilir.

6. Stenoz :

Bu grup daha ziyade bronş lezyonlarının şifa devresine tekabül eder. Normal bronş cidarı ve lümiyeri bozulmuş, cidar düzleşmiş, lümiyer daralmıştır.

Uludağ Sanatoryomunda 1956 yılı başından Ekim 1956 sonuna kadar 10 ay zarfında sistematik olarak 200 vak'aya bronkoskopi yapılmış ve elde edilen neticeler yukarıdaki tarife uyularak Tablo I de gösterilmiştir.

Basit, iltihabî bronş lezyonu (hiperemi, ödem, ifrazat)		34	
Dıştan baskı suretiyle bronş değişiklikleri		4	
Ülserasyon		11	
Granülasyon		8	
Tüberkül	6		
Yalancı polip	2		
Perforasyon		10	
Bronşa açılma	8		
Gangliyon fıtkı	2		
Stenoz		8	
Yekûn		75	= %37.5
Sağlam bronş		125	= %62.5
Total		200	

Tablo 1

Tablo I'in incelenmesinden açıkça görülüyor ki, sistemli olarak bronkoskopi yapılan vak'alarda bronş lezyonlarının nisbeti oldukça yüksek tesbit edilmektedir. Mamafih bunların büyük çoğunluğunu antibakteriyel tedaviden fevkalâde istifade eden basit iltihabî bronş lezyonları teşkil etmektedir.

Sistematik bronkoskopi tatbikatı ile bronş lezyonlarının tespitinin, bizatihi bronş lezyonunun tedavisinde olduğu kadar parenkim lezyonlarının tedavi endikasyonlarının tâyininde de mühim rolü vardır.

Sık rastlanan bronş lezyonları muvacehesinde akciğer rezeksiyonlarının durumu önemli bir mevzu yaratır. Rezeksiyon yapılacak vak'alarda bronşların aktif tüberküloz lezyonundan muaf bulunması şarttır. Aksi takdirde bronş fistülü ihtimali artar. Keza rezeksiyon yapılan mıntakanın dışında mevcut bir bronş lezyonu, ameliyattan sonra da hastanın basil çıkarmasına sebebiyet vererek ameliyatın neticesini sıfıra indirilebilir. Diğer çalışmalarımızda da belirttiğimiz gibi rezeksiyonlardan sonra husule gelen bronş fistüllerinin teşekkülünde bronş lezyonu tek âmil olmamakla beraber muhakkak ki mühim faktörlerden birisidir. Bu itibarla rezeksiyon yapılacak her vak'ada bronkoskopi şarttır. Diğer bir tabirle bronkoskopi yapmadan tüberkülozda rezeksiyona teşebbüs etmek büyük bir tıbbî hatadır. Yalnız bronkoskopi ancak tecrübeli ve bronş lezyonlarını değerlendirebilecek bilgili şahıslar tarafından yapıldığı zaman büyük bir mâna ifade eder. Aksi takdirde ameliye, bir bronkoskopi pratiğinden başka fayda sağlamaz.

Rezeksiyon vak'alarından önce sistemli bronkoskopi tatbikatı sayesinde bugün akciğer rezeksiyonlarında bronş fistülü ihtimali pek çok azalmıştır. Nitekim Uludağ Sanatoryumunda yapmış olduğumuz 20 akciğer rezeksiyonu vak'asından ancak 1 tanesinde neticesi selim olan bir bronş fistülü husule gelmiştir ki, bu vak'ada da bronş fistülü ihtimali bronkoskopik bulgulara istinaden daha önce hesaplanmış ve hastalığın tedavisi için başka bir imkân görülmediğinden cerrahî müdahaleye tevessül edilmiştir.

Rezeksiyon yapılacak vak'ada bronş lezyonu tesbit edildiği takdirde rezeksiyon tehir edilmeli, en az iki aylık bir antibakteriyel tedaviden sonra yapılan kontrol bronkoskopisinde lezyonun tamamiyle şifa bulduğu tesbit edildiği takdirde rezeksiyona teşebbüs edilmelidir. Stenoz tarzındaki bronş lezyonları, şifa bulmuş lezyonlar olduklarından başka bir mahzur bulunmadığı takdirde rezeksiyona bir kontr-endikasyon teşkil etmezler.

H ü l â s a :

Uludağ Sanatoryumunda 1956 yılı başından Ekim 1956 sonuna kadar 10 ay içinde 200 vak'aya yapılan bronkoskopiden elde edilen neticeler takdim edilmiş ve sistematik olarak tatbik edildiği takdirde akciğer tüberkülozunda bronş lezyonlarının tahmin edildiğinden daha fazla görüldüğü belirtilmiştir.

Ayrıca tüberküloz sebebiyle yapılan akciğer rezeksiyonlarında bronş lezyonlarının ehemmiyeti ile rezeksiyon yapılacak vak'alarda bronşların durumu incelenmiştir.

S U M M A R Y

L u n g r e s e c t i o n s i n t u b e r c u l o s i s, p e r f o r m e d o n a c c o u n t o f b r o n c h i a l l e s i o n s o r b r o n c h i a l t u b e r c u l o s i s

A bronchoscopy was performed on 200 patients during the year 1956 at the Uludağ Sanatorium and the results obtained during this 10-month period are presented; the author thinks that a systematic application of bronchoscopy in all cases of pulmonary tuberculosis would detect a much higher number of bronchial lesions than supposed.

The author stresses the importance of bronchial lesions during lung resections for tuberculosis and the condition of bronchi in cases of resection.

R É S U M É

L e s r é s e c t i o n s p u l m o n a i r e s p r a t i q u é e s e n r a i s o n d e l é s i o n s b r o n c h i q u e s o u d e t u b e r c u l o s e

Les résultats obtenus durant 10 mois au sanatorium d'Uludağ à la suite des examens bronchoscopiques pratiqués sur 200 sujets sont exposés; l'auteur estime que la bronchoscopie pratiquée de façon systématiğue dans tous les cas de tuberculose pulmonaire révélerait un nombre bien plus grand de lésions bronchiques qu'on ne le croit.

En outre, l'importance des lésions bronchiques au cours des résections pulmonaires pour tuberculose ainsi que la condition des bronches dans les cas de résection sont exposées.

Heybeliada Sanatoryumu
Başhekim
Dr. Zülfü Sami Özgen

RADYOLOJİK BULGULARIN ANATOMO PATALOJİK İNCELEME İLE VERİFİKASYONU

Dr. MOİZ BERKER Dr. AHMET ERBELGER
Dr. BEDRETTİN PARS

Radyolojik tetkiklerin akciğer veremindeki ehemmiyeti üzerinde konuşmak lüzumsuzdur. Klinik bulguları en geniş bir görüşle bizlere sunan bu vasıta sayesinde modern ftizyoloji büyük inkişaf kaydetmiştir. Denilebilir ki bu gün direkt radyografi çeşitli tomografiler, yandan alınmış klişelerle bir akciğer lezyonunun yeri, vüs'ati ve cinsi hakkında ekseriyetle kat'î bir hükme varılabilir. Fakat aşağıdaki küçük araştırmamızda görüleceği veçhile ve yabancı literatürün de aynı müşahedeyi tetkikten sonra müdafaa eden fikrine uyarak şunu diyebiliriz ki bazı ahvalde radyolojik araştırmalar anatomik hakikata tevafuk etmemektedir. Bunu isbat ancak akciğer rezeksiyonlarının klinikte sistemli şekilde yer almasından sonra kabil olmuştur. Operatuvar piyesler üzerinde yapılabilen araştırmalar bizlere yeni görüşler sağlamıştır.

Ecnebi neşriyatta dikkatimizi çeken kaviter imajların sonradan yapılan anatomo patolojik muayenesinde böyle bir kaviteye rastlanmayışı bizleri de aynı yolda araştırmaya sevk etti. İlk müşahedemiz dört sene evvel sol alt lobda büyük bir kavitesi direkt filim ve tomografik olarak görülen hastada, piyes üzerinde kaverni bulmamakla başlamıştır. Hastada başka karakterli lezyonlar lobu işgal etmekte idi. Bundan sonraki devrede müessesemizin pataloğu bulunmadığından bazı müşahedeler aynı fikri teyid etmiş ise de ispatı maalesef kabil olmamaktadır. Ancak bir seneden beri Dr. Bedrettin Pars'ın kollaborasyonu aynı mevzuu objektif bir şekilde tetkikimize imkân verdi.

Araştırmamız 1956 yılının bir kısmına ait ve yalnız tüberküloz vak'alarına münhasır 59 rezeksiyon piyesine dayanmaktadır. Vak'alar daha evvel bütün radyolojik tetkiklerden geçmiş olanlardan seçilmiştir.

59 vak'anın rezeksiyon genişliğine göre taksimi şöyledir:

4 adet Segmantektomi
43 » Lobektomi
12 » Pnömonektomi

Yukarıda beyan ettiğimiz gibi radyolojik tetkik ekseriyetle lezyonun cinsi ve bu meyanda genişliği hakkında da kat'iye yakın bir fikir verir. Araştırmamızı bu istikamette yürüttük. Elde ettiğimiz netice buna aşağı yukarı uymaktadır. Zira lezyonun vüs'atindeki radyolojik ve anatomo patalojik mübayenete ancak iki vak'ada rastladık. Şöyle ki bu vak'aların birinde radyolojik olarak sağ alt lobda atelektazi, yani filimde arkada hidroaerik seviyeli ve tomografik olarak bu kavernin küçük bir ceviz cesametinde görüldüğü halde anatomo patolojik bulgu: «alt lobda kiraz cesametinde bir kavite» idi (24705). İkinci vak'ada (30228) ise sol tepede fındık kadar bir kavite görüldüğü halde anatomik piyeste bu kavitenin fibrö cidarlı ve ceviz cesametinde olduğu anlaşıldı. Bu da radyolojinin bazı vak'alarda lezyonun ve bilhassa kavitenin büyüklüğü hakkında tam bir fikir veremiyeceğine delil ise de bu kadar ufak farkların radyoloji tekniğinin bilinen bazı yanıltıcı faktörlere tabi olabileceğini de kabul etmek zorundayız.

Araştırmamızın ikinci kısmı ise doğrudan doğruya radyoloji ile anatomo patoloji arasında bariz ayrılığı gösteren vak'alara ait bulunmaktadır.

Burada en fazla kavernler üzerinde durduk. 59 vak'anın 8'inde bu ayrılığın çok bariz ve tamamiyle demonstratif olduğunu kabul etmekteyiz. 8 vak'anın 4'ünde anüler imaj göremediğimiz halde piyesler üzerinde kavite tesbit edilmiştir. Bu vak'alarda radyolojik olarak kavite bulunmadığı halde rezeksiyon yapılmasına sebep basilin mevcut oluşu ve non kaviter lezyon bakımından da ameliyat endikasyonu bulunuşudur.

İkinci gurupta ise 4 vak'a vardır. Bunların hepsinde ufak veya büyükçe kavernler tomografik olarak mevcut iken ve anatomo patolojide bilhassa arandıkları halde hiç bir kovuğa rastlanmamıştır. Şunu da tebarüz ettirmeliyiz ki vak'aların klişe tarihleri ile ameliyat tarihi arasında geçen zaman bir ayı tecavüz etmemektedir. Diğer taraftan hastaların uzun mazileri ve cerrahî tedaviye kadar geçen devrede müsbet netice sağlıyamamış olmaları da 30 gün içinde kavitelerinin silinmeye ve kapanma ihtimalini bertaraf etmektedir. Zaten bu bir aylık müddet hepsine raci olmayıp üç vak'ada tomografi

ile ameliyat arası yalnız 15 gündür. (30480) numaralı vak'ada sağ tepe altında 2×3 santim eb'adında fibrö doku arasında drenaj bronşu ile nihayetlenen kavite tomografinin 8 ve 9'uncu santim derinliklerde en iyi imajları verdiğine göre akciğer pavankininde bulunduğuna karar vermek zorundayız.

Kanaatımızca yegâne itiraza maruz nokta kavitenin dış kenarının pek bariz görülemeyişidir. Fakat kaburga hududuna giren kavern cidarının seçilemiyeceği de herkes tarafından kabul edilen bir keyfiyettir. Patolojik anatomi bu vak'ada subapikal şuaî nedbevî çöküntüler hilusta ganglion her tarafta darıdan büyük kalsifiye mihraklar bulunmuş kavite tesbit edememiştir.

(37843) sayılı hastada tomografinin 7-8 ve 9'uncu sağ üst lobun nodüler lezyonları yanında bariz kavite varken. Piyes üzerinde büyük yuvarlak nodülden başka ehemmiyetli lezyon görülememiştir.

(31661) protokol sayılı hastada ise cerrahî servisin ısrarı ile pataloğun lobu gayet ince tulânî dilimler şeklinde keserek atipik bir usul ile araştırmasına rağmen plevrada kalınlaşma ve darı kadar beyaz gri nodüller görülmüş, kaviteye rastlanmamıştır. Halbuki tomografide 6 veya 7'nci planlarda sissür kesafetinin iç kenarını hudutlandıran bir santim kuturlu bariz kavite vardır. Nihayet (30750) son vak'amızda sağ üst lobun 4,5×3 santimlik, içerisinde hidro aerik seviye gösteren deforme yassı kavitesi tomografinin 8-9 ve 10'uncu planlarında karakterini muhafaza etmekte olup bu aşikâr lezyonun etrafında da müteaddit mikro kaviteler hissini veren imajlar vardır. Kanaatımızca bu vak'anın kaviter lezyonu radyolojik olarak hiç şüphe kabul etmiyecek vasıfta iken patolojik araştırmada yalnız plevrada kalınlaşma ve bilhassa kavitenin ademi mevcudiyeti cevabı alınmıştır.

Demek oluyor ki radyolojik kavern manzarası verdiği halde anatomo pataloji bakımından kavern bulunmayan vak'aların nisbeti %6,78'dir. Bu nisbet aksi ihtimal içinde aynıdır. Yani radyolojik olarak kavern görülmediği halde piyeslerin anatomik muayenesinden de 4 vak'ada kavite tesbit edilmiştir ki bu da yine %6,78 nisbetinde bir yanlışlığa sebebiyet vermektedir. Her ikisini toplarsak yanılma nisbeti %13,56'ya yükselmektedir. Bu rakam hiç bir surette ihmal edilemez.

Yanılmanın sebebini izah etmek bizce şimdilik kabil değildir. Vak'alarımız çoğaldıkça bu bakımdan daha hassasiyetle aramalar

yapacağız. Fakat şimdiden söyliyebiliriz ki bizleri yıltan vak'aların ekserisinde plevra kalınlaşması mevcuttu, hattâ müşterek bir karakter halinde bulunuyordu. Acaba plevranın yer yer kalınlaşmış olmasından X şuaının penetrasyonu bu derece ileri imaj değişikliklerine imkân verir mi? Bugün bunun üzerinde ısrar etmek bizim için aşırı bir iddia olur kanaatindeyiz.

SUMMARY

Verification of radiological findings by the pathological examination of the excised material

The author states that the cavities found on radiological examination do not always correspond to the anatomical truth. He reaches the conclusion that a radiological examination cannot detect all tuberculous lesions.

RÉSUMÉ

Verification des trouvailles radiologiques par l'examen anatomopathologique des pièces opératoires (résection)

L'auteur soutient que les images radiologiques cavitaires ne correspondent pas toujours aux pièces anatomiques et en démontrant ce fait dans 59 cas conclut que l'examen radiologique ne saurait déceler toutes les lésions.

Heybeliada Sanatoryumu
Başhekim
Dr. Zülfü Sami Özgen

REZEKE EDİLEN TÜBERKÜLOZLU AKCİĞER BRONŞ STUMPLARININ ANATOMO-PATOLOJİK İNCELENMESİ VE BRONŞ FİSTÜLLERİNİN SEBEPLERİ

Dr. SİYAMİ ERSEK *Dr. BEDRETTİN PARS*

Bu gün akciğer tüberkülozu sebebiyle yapılan rezeksiyonlarda cerrahları en fazla üzen ve neticeleri ihlâl eden mühim ihtilât bronş fistülüdür. Bronş fistülü tedavisi gayet güç ve zaman isteyen bir komplikasyon olduğundan bilhassa teşekkülüne mâni olmak çok mühimdir. Bronş fistüllerinin tüberküloz vak'alarında bronş mevcut tüberküloz lezyonundan ileri geldiği kabul edilmiş bir hakikat olmakla beraber, bunun ne dereceye kadar önemi olduğunu ve daha önce yapılan bronkoskopilerle anatomopatolojik bronş lezyonları hakkında ne dereceye kadar kesin malûmat edinebileceğimizi tâyin etmek için 1956 yılı içinde Heybeliada Sanatoryumunda akciğer tüberkülozu sebebiyle rezeksiyon yapılan vak'alardan 34 tanesinde rezeke edilen akciğer bronşunun stumpu - ki burası tam dikilen bronş kısmına tekabül etmektedir - anatomopatolojik tetkike tabi tutulmuş ve anatomik olarak tesbit edilen bronş lezyonu ile bronkoskopik görünüşleri arasındaki nisbet ve fark tebarüz ettirilmiştir.

Tablo I'de 34 vak'ada lezyonun cinsi, ameliyattan önce BK durumu, antibakteriyellere karşı hassasiyet (rezistans denemesi yapılmamış olanlarda aldığı antibakteriyel miktarına bakarak), bronkoskopik bulgular, yapılan ameliyatın şekli, ameliyattan sonra BK durumu, klinik netice ve bronş stumpundaki anatomo-patolojik bulgular mukayeseli olarak gösterilmiştir.

Tablo I'in incelenmesinde ameliyattan evvel basili menfi olan 6 vak'ada bronkoskopik olarak bronşlar tamamiyle normal görülmüş, anatomik olarak da bronşlarda lezyon tesbit edilmemiştir (Gurup I). Basili menfi olan 7 vak'ada ise bronkoskopide normal durum tesbit edildiği halde, anatomik olarak bronş stumpunda tüberküloz mihrakları ve tüberküller görülmüştür (Grup II). Yine basili menfi olan 2 vak'ada hem bronkoskopide ve hem de anatomik olarak hafif bronş lezyonu tesbit edilmiştir (Grup III). Basil menfi olan bu 3 gruptaki

15 vak'anın, rezistans denemesi yapılmasına imkân bulunmamakla beraber aldıkları antibakteriyel miktarları kontrol edilerek hepsinin de antibakteriyellere karşı hassas oldukları tesbit edilmiştir.

Cerrahî müdahaleye sevkedildiği sırada basili müsbet olan 19 vak'adan 8 tanesinde bronkosopik ve anatomopatolojik olarak bronş stumpunda lezyon tesbit edilmemiştir (Grup IV). Geriye kalan 11 vak'ada ise hem bronkoskopi ve hem de anatomik olarak hafif bronş lezyonu görülmüştür (Grup V). Bu vak'alardan 2 tanesi hariç 17 tanesi - 5 tanesi rezistans denemesiyle olmak üzere - antibakteriyellere karşı hassastırlar.

34 vak'anın 29 tanesinde muhtelif lobların lobektomisi, 1 tanesinde segmentel rezeksiyon, 4 tanesinde de pnömonektomi yapılmıştır. Ameliyattan önce basili müsbet olan vak'alarda basil menfi olmuş ve hepsinde klinik tam şifa temin edilmiştir.

Haddi zatında vak'aların hiç birinde bronş fistülü teşekkül etmemiş olduğu için, fistül teşekkül eden vak'alarla etmeyen vak'alarda bronkoskopik ve anatomopatolojik bulguları, antibakteriyel ve basil durumlarını ve bunların arasındaki münasebeti direkt olarak mukayese etmek kabil olamamıştır. Bununla beraber bu incelemeden aşağıdaki sonuçlar istihsal edilebilmektedir:

1. Müessesemizde bronkoskopinin sistemli bir şekilde yapılmadığı ve bronş lezyonlarına lâyık olduğu önem verilmediği devrede yapılan rezeksiyonlarda bronş fistülünün nisbeten sık görülmesine mukabil, 1956 yılında yapılan rezeksiyonlarda tek bir bronş fistülünün görülmemesi bronş lezyonlarının tanınması ve değerlendirilmesinde bronkoskopinin yeterli bilgi sağladığını göstermektedir. Filhakika yapılan anatomik incelemeler de anatomik bulgularla bronkoskopik bulguların arasında bronş lezyonu bakımından büyük bir fark tesbit edilmediğini göstermektedir. Ancak bazı vak'alarda histolojik muayenede bronkoskopi ile tesbit edilemeyen mikroskopik tüberküloz belirtileri müşahede edilmiştir.

Bu itibarla bronş lezyonlarının tesbitinde bronkoskopi kifayetli bir muayene metodudur. Bazı vak'alarımızda olduğu gibi, histolojik muayene ile tesbit edilen bronş lezyonları rezeksiyon için bir kontrendikasyon teşkil etmemektedir. Esasen antibakteriyel rezervi olan vak'alarda bu gibi basit lezyonlar bronş şifasına mâni olmamaktadır. Bronkoskopide ifrazat tesbit edilmesi yalnız başına bir mâna ifade etmez. Anatomik olarak ekseriya nonspesifik bir bronşite delâlet eder.

Vak'a	Lezyonun cinsi	Ameliyattan önce BK	Antibakteriyel durumu	Bronkoskopi	Müdahale	Ameliyattan sonra BK	Bronş fistülü	Klinik netice	Anatomo-patolojik bulgu
1) İ.A.	Kavite	—	H	Normal	Sağ Ü.L.		—	Şifa	Normal
2) H.Ö.	»	—	H	»	Sol Ü.L.	—	—	»	»
3) A.Ş.	»	—	H	»	Sol Ü.L.	—	—	»	»
4) H.B.	»	—	H	»	Sağ Ü.L.	—	—	»	»
5) K.M.	»	—	H	»	Sol Ü.L.	—	—	»	»
6) Y.C.	»		H	»	Sağ Ü.L.	—	—	»	»
				GRUP I					
7) S.E.	Tüberkl.	—	H	Normal	Sağ Ü.L.	—	—	Şifa	Tüberkül
8) B.Ç.	»	—	H	»	Sağ Ü.L.	—	—	»	Tb. mihrakı
9) D.E.	Kavite	—	H	»	Sağ Ü.L.	—	—	»	»
10) M.O.	»	—	H	»	Sağ Ü.L.	—	—	»	»
11) O.İ.	»	—	H	»	Sağ Ü.L.	—	—	»	»
12) H.A.	»	—	H	»	Sol P.	—	—	»	Tb. bronşit
13) K.M.	»	—	H	»	Sol Ü.L.	—	—	»	»
				GRUP II					
14) B.Ç.	Kavite	—	H	İfrazat	Sol Ü.L.	—	—	Şifa	Normal
15) Ö.K.	»	—	H	»	Sağ Ü.L.	—	—	»	»
				GRUP III					
16) J.H.	Kavite	—	H	Normal	Sağ Ü.L.	—	—	Şifa	Normal
17) M.S.	»	—	H	»	Sol Ü.L.	—	—	»	»
18) F.A.	»	—	H	»	Sol Ü.L.	—	—	»	»
19) H.T.	»	—	H	»	Sol Ü.L.	—	—	»	»
20) R.E.	»	—	H	»	Sağ Ü.L.	—	—	»	»
21) H.S.	»	—	H	»	Sağ Ü.L.	—	—	»	»
22) E.G.	»	—	H	»	Sol Ü.L.	—	—	»	»
23) H.A.	»	—	H	»	Sağ Ü.L.	—	—	»	»
				GRUP IV					
24) R.T.	Kavite	—	H	İfrazlı	Sağ Ü.L.	—	—	Şifa	Normal
25) A.T.	»	—	H	»	Sağ Ü.L.			»	Tüberkül
26) Ş.Ü.	»	—	H	»	Sağ Ü.L.	—	—	»	M. bronşit
27) H.A.	»	—	H	»	Sağ P.	—	—	»	»
28) Ş.M.	»	—	H	»	Sağ Ü.L.	—	—	»	»
29) Y.Ş.	»	—	H	Hiperemi	Sol Ü.L.	—	—	»	Adenit Tb.
30) F.T.	»		H	»	Sol P.	—	—	»	Tb. mihrakı
31) İ.E.	»	—	H	»	Sağ A.L.	—	—	»	Normal
32) N.K.	»	—	H	»	Sağ A.L.	—	—	»	M. bronşit
33) S.A.	»	—	H	Ödem	Sağ A.L.	—	—	»	Normal
34) N.Ö.	»	—	H	»	Sağ A.L.		—	»	Normal
				GRUP V					

2. Bronş fistülüne mâni olmak bakımından antibakteriyellerin değeri çok büyüktür. Bilhassa bronkoskopik olarak tesbit edilemeyen, fakat histolojik muayenede lezyon tesbit edilen vak'alarda bronş şifasını antibakteriyeller emniyet altına almaktadır. Bu bakımdan bronş fistüllerinin önlenmesinde antibakteriyel rezervi ve kabilse hastanın basil menfi iken cerrahi müdahaleye sevki mühimdir.

3. Bunlardan başka bronş fistüllerinin önlenmesi bakımından lobektomi ve segmentel rezeksiyon yapılan vak'alarda geriye kalan akciğer kısmının erkenden tam olarak reekspansiyonu ve göğüs boşluğunu doldurması, bu arada post-operatuvar atelektazinin önlenmesi de mühimdir. 34 vak'anın hepsinde de erken reekspansiyon ve obliterasyon temin edilmiştir.

Hülâsa edecek olursak iyi bir teknikten başka bronş fistüllerinin önlenmesinde aşağıdaki âmiller önemli rol oynamaktadır:

a. Normal bronkoskopik bulgular.

b. Antibakteriyel rezervi ve kabilse hastanın BK menfi iken ameliyata sevki.

c. Ameliyattan sonra erken ve tam reekspasiyon.

Bu 3 şart temin edildiği takdirde tüberküloz sebebiyle yapılan rezeksiyonlarda sadır cerrahlarının en büyük derdini teşkil eden ve neticeleri bozan bronş fistülü ihtimalini sıfıra irca etmek kabildir.

SUMMARY

Anatomo-pathological study of bronchial stumps resequed from tuberculous lungs and discussion of the factors causing fistulas

The bronchial stumps obtained from lung resections performed during 1956 at the Heybeliada Sanatorium have been sent for examination to the pathology laboratory. A comparison was made between anatomically determined lesions and those found on bronchoscopy.

Furthermore, important factors causing the formation of bronchial fistulas as well as their prevention are exposed.

RESUMÉ

Etude anatomo-pathologique des moignons bronchiques réséqués de poumons tuberculeux et exposé des causes de fistule

Le moignon bronchique obtenu au cours de resections pratiquées sur 34 sujets au cours de l'année 1956 au Sanatorium de Heybeliada a été soumis à l'examen anatomo-pathologique. Une comparaison a été faite entre les lésions déterminées anatomiquement et celles décelées à l'examen bronchoscopique.

En outre, d'importants facteurs concernant la formation des fistules bronchiques ainsi que leur prophylaxie ont té exposés.

Heybeliada Sanatoryumu

Başhekim

Dr. Zülfü Sami Özgen

AKCİĞER REZEKSİYONLARINDA AKCİĞER FONKSİYONLARININ ÖNEMİ

Dr. İHSAN DİNÇEL *Dr. NİHAT ÖKTEM*

Akciğer tüberkülozunun cerrahî tedavisi metodları arasında rezeksiyonlara büyük bir kıymet verilmesi ve hattâ son senelerde tamamen bu müdahaleye inhisar etmesi, sadece endikasyon bakımından değil, akciğer fonksiyonları bakımından da esaslı tetkik edilmesine yol açmıştır.

Bilhassa pnomonektomi veya bir lobu aşacağı tahmin edilen rezeksiyonlardan evvel her bakımdan akciğer fonksiyonlarının araştırılması şarttır.

Sanatoryumumuzda bu gaye ile 1949 senesinden beri global ve 1953 senesinden beride separe olarak araştırmak imkânını bulduğumuz akciğer fonksiyon muayenelerini lâboratuvarımızdaki çok mahdut ve basit aletlere rağmen geliştirmek arzusundayız.

Elliyi mütecaviz vak'ada ve herbirinin ayrı rüçhaniyeti olan çifte lumenli intratrakeal (Zavod, Carlens, Bonelli) sondalarla yapmakta olduğumuz separe fonksiyon muayenelerle bu işin tekniğini en mükemmel ve zararsız hale sokmuş bulunuyoruz ve bütün vak'alarımızda hiç bir komplikasyona rastlamadık. Fakat bazı anatomik değişiklikler (Bilhassa ileri derecede apikal fibroziz veya atalektaziler, tümöral teşekküller tesiriyle trakea deformasyonları) dolayısiyle her vak'ada separe muayene imkânlarını elde edemiyoruz. Bu bakımdan ameliyat için kritik endikasyonu olan böyle vak'alarda sadece oksijen konsumasyon ve vital kapasite ile iktifa etmeyip arteryel kanın oksijen saturasyonu ve basıncı, yine arteryel kanın CO_2 saturasyonu ve basıncı, solunum frekansı, teneffüs volümü, alveoler vantilasyon, maksimum solunum kapasitesi ve bilhassa vital kapasite ve ihtiva ettiği posiyonlar ve bu unsurların incelenmesi şarttır. Bu bakımdan bizim basit metodumuzdan kâfi bir netice çıkarmanın doğru olamayacağına inanmış bulunuyoruz.

Daha mütekâmil ve her türlü gaz analizi imkânlarını da üzerinde toplamış aletlere ihtiyacımız olduğu bir hakikattir.

Her vak'ada separe fonksiyon muayenesi şart değildir. Daha basit ve her vak'ada da tatbik imkânı olan global muayene metodu ile de mütekâmil aletlerle alınacak neticeler hakikati gösterebilir.

Rezeksiyon yapılmış vak'alarda bilâhare yaptığımız separe akciğer fonksiyonları muayenelerinden şu neticeye varır ki: İhtilâtsız seyretmiş ameliyatlarda lob veya segment eksilmesine rağmen akciğerin fizyolojik fonksiyonu ve hattâ vital kapasite hemen hemen ameliyattan evvel yapılmış traselerdekine eşittir. Yalnız reekspansiyonu gecikmiş ve plevra kalınlaşması ile müterafık olan vak'alarda akciğer teneffüs fonksiyonu bir hayli eksilmiş olarak bulunmaktadır. Buna rağmen bilhassa vitalkapasitenin ve teneffüs ampülütütünün düşük olmasına mukabil oksijen konsimasyonunda ameliyattan evvelkine nazaran büyük bir değişme olmamaktadır. Bu da rezeke edilen akciğer parçalarının fonksiyon bakımından işe yaramadığı neticesine vardırmıştır.

Rezeksiyonlarda postoparetif erken bakımın ne kadar mühim olduğunu bu vak'alar dolayısiyle de hatırlatmayı faydalı bulduk.

SUMMARY

The importance of pulmonary function studies for pulmonary resections

The importance of pulmonary function studies in some cases of lung resection is stressed.

RÉSUME

L'importance des fonctions pulmonaires dans les résections pulmonaires

L'importance de la détermination des fonctions pulmonaires séparées dans certains cas de résections pulmonaires est soulignée.

Uludağ Sanatoryumu
Başhekim
Dr. Sivami Ersek

AKCİĞER TÜBERKÜLOZUNDA PRİMER REZEKSİYON

Dr. SİYAMİ ERSEK *Dr. KÂMRAN BAŞAK*
Dr. MUAZZEZ AKMAN

Bu tebliğde Nisan 1956'dan Aralık 1956 sonuna kadar 10 ay içinde Uludağ Sanatoryumunda akciğer tüberkülozu sebebiyle 30 vak'aya yapılan rezeksiyonlardan elde edilen neticeler takdim edilmiştir. Bu vak'aların takdim edilmesindeki hususiyet, vak'aların çoğunun Anglo-Saksonların primer rezeksiyon «Primary Resection» dedikleri gruba dahil bulunmalarıdır.

Tablo I'de Uludağ Sanatoryumunda akciğer tüberkülozu sebebiyle rezeksiyon yapılan 30 vak'ada hastanın cinsi, yaşı, ameliyattan önce lezyonun cinsi, basil durumu, antibakteriyel rezervi, bronkoskopik bulgular, hastalığın başlangıcından itibaren ameliyata kadar geçen zaman, yapılan müdahale şekli, görülen ihtilâtlar, ameliyattan sonra basil durumu ve klinik neticeler belirtilmiştir.

Tablo I'in incelenmesinde aşağıdaki hususlar nazarı dikkati çekmektedir:

1. Bütün vak'alar radyolojik olarak kaviteli lezyonlardır.

2. 30 vak'ada 16 tanesi hiç bir tedaviye tabi tutulmadan direkt olarak müessesemize gönderilmiş, vasatî 4-8 aylık sanatoryal ve medikal tedaviden sonra cerrahî tedaviye müsait duruma gelmişlerdir. Antibakteriyellere karşı hassas olan bu vak'alarda antibakteriyel etkisi altında basil menfi olmuş ve bu safhada ameliyata sevkedilmişlerdir. Bu şekilde primer olarak rezeksiyona tabi tutulan vak'aların hiç birinde ameliyattan mütevellit ihtilât veya fena netice tesbit edilmemiştir.

3. 30 vak'adan dışarda tedaviye tabi tutulmuş 6 vak'a 2 yıldan eski tüberkülozlu olup müdahaleye sevkedildikleri zaman 6'sında da basil müsbet bulunmuş, ancak dışarda fazla antibakteriyel almayan 3 vak'ada antibakteriyellere karşı hassasiyet, mebzul miktarda antibakteriyel almış olan diğer 3 vak'ada ise rezistans tesbit edilmiş-

Vak'a	Cinsiyet	Yaş	Lezyonun şekli	Ameliyattan önce BK	Ameliyattan önce antibakteriyel durum	Bronkoskopi	Hastalığın başlangıcından ameliyata kadar geçen zaman	Müdahale	Postoperatuar ihtilât	Ameliyattan sonra BK	Klinik netice
1. R.Ö.	E	22	Kavite	-	H	Normal	7 ay	Sağ Ü.L.	-	-	Şifa
2. M.K.	E	30	Kavite	-	H	Normal	7 ay	Sol Ü.L.	-	-	Şifa
3. M.K.	E	23	Kavite	-	H	Normal	6 ay	Sol Ü.L.	-	-	Şifa
4. G.Ç.	E	28	Kavite	-	H	Normal	7 ay	Sağ Ü.L.	-	-	Şifa
5. E.D.	E	24	Kavite	-	H	Normal	8 ay	Sağ Ü.L.	-	-	Şifa
6. Y.P.	E	25	Kavite	-	H	Normal	5 ay	Sağ Ü.L.	-	-	Şifa
7. M.T.	K	19	Kavite	-	H	Normal	6 ay	Sağ Ü.L.	-	-	Şifa
8. İ.S.	E	27	Kavite	-	H	Normal	5 ay	Sol Ü.L.	-	-	Şifa
9. A.Z.	E	26	Kavite	-	H	Normal	8 ay	Sol seg.	-	-	Şifa
10. N.Y.	E	21	Kavite	-	H	Normal	6 ay	Sağ Ü.L.	-	-	Şifa
11. A.G.	E	34	Kavite	-	H	Normal	10 ay	Sağ Ü.L.	-	-	Şifa
12. N.D.	E	27	Kavite	-	H	Normal	6 ay	Sol Ü.L.	-	-	Şifa
13. C.A.	E	20	Kavite	-	H	Normal	5 ay	Sağ P.	-	-	Şifa
14. S.K.	E	25	Kavite	-	H	Normal	4 ay	Sağ Ü.L.	-	-	Şifa
15. O.G.	E	28	Kavite	-	H	Normal	7 ay	Sağ Ü.L.	-	-	Şifa
16. Ş.İ.	E	42	Kavite	-	H	Normal	5 ay	Sağ Ü.L.	-	-	Şifa
17. G.Y.	K	21	Kavite	-	H	Normal	3 ay	Sağ Ü.L.	-	-	Şifa
18. A.T.	E	27	Kavite	-	H	Normal	11 ay	Sağ Ü.L.	-	-	Şifa
19. Ş.K.	K	19	Kavite	-	M	Normal	5 ay	Sağ Ü.L.	-	-	Şifa
20. S.Ç.	E	34	Kavite	-	H	Normal	6 ay	Sağ Ü.L.	-	-	Şifa
21. H.S.	E	18	Kavite	-	H	Normal	5 ay	Sağ A.L.	-	-	Şifa
22. L.Y.	K	25	Kavite	-	H	Normal	3 ay	Sağ Ü.L.	-	-	Şifa
23. H.A.	K	25	Kavite	+	H	Normal	3 yıl	Sağ Ü.L.	-	-	Şifa
24. R.A.	E	32	Kavite	+	H	Normal	2 yıl	Sağ Ü.L.	-	-	Şifa
25. N.Y.	K	30	Kavite	+	H	Normal	2 yıl	Sağ Ü.L.	-	-	Şifa
26. V.Ö.	E	25	Kavite	+	H	Normal	4 ay	Sağ A.L.	-	-	Şifa
27. P.B.	K	28	Kavite	+	H	Normal	4 ay	Sol P.	-	-	Şifa
28. N.B.	E	27	Kavite	+	M	Normal	3 yıl	Sağ Ü.L.	-	-	Şifa
29. E.T.	E	50	Kavite	+	M	Normal	10 yıl	Sol A.L.	-	-	Şifa
30. E.Y.	K	28	Kavite	+	M	Ödemli	12 yıl	Sağ A.L.	Fis	-	Şifa

tir. 6 vak'anın 5 tanesi bronkoskopik olarak normal görülmüş, sağ alt lob superior segmentte dev kavitesi bulunan ve antibakteriyellere karşı mukavemeti olan bir vak'ada bronkoskopide ödem tesbit edilmiştir. Cerrahî müdahaleden evvel bronş fistülünün teşekkülü kuvvetle tahmin edilen bu vak'ada yapılan sağ alt lobektomiden 13 gün sonra bronş iltiyam defektine bağlı olarak bronş fistülü husule gelmiş; sık pnp. tatbikatı ve postural drenaj sayesinde bir ayda bronş fistülü bertaraf edilerek hasta şifa ile taburcu edilmiştir.

4. 30 vak'adan 2 tanesinde pnömonektomi, 1 tanesinde segmentel rezeksiyon, 27 tanesinde de lobektomi yapılmıştır. Tatbik edilen bu rezeksiyon şekilleri lezyon durumunun icabatından olmakla beraber, kanaatimizce lobektomi en tatminkâr rezeksiyon şeklidir ve kabil olan vak'alarda tercihan tatbik edilmektedir.

5. Cerrahî tedaviye tabi tutulan vak'alarda cerrahî müdahaleden evvel Pnp. tatbik edilmiş olanlara ameliyattan sonra en az 6 ay antibakteriyel ile birlikte pnp. tatbikatına devam edilmektedir. Cerrahî müdahalelerden sonra en az 3 ay sanatoryal tedavi şarttır.

6. Üst lobektomilerden sonra aynı seansta veya müteakıp seanslarda korrektif torakoplastik müdahalelere ihtiyaç hissedilmemiştir. Tavizi hipertrofi ve anfizemi bertaraf etmek için Pnp. ile frenik felci kâfi gelmektedir.

7. Tüberküloz sebebiyle rezeksiyona tabi tutulan 30 vak'adan 1 tanesi hariç 29 tanesinde hiç bir ihtilât görülmemiş, 1 vak'ada ameliyattan 13 gün sonra bronş fistülü husule gelmiş ve yukarda tarif edilen tedavi ile 1 ayda şifa bulmuştur. Böylece 30 vak'ada yapılan rezeksiyon ameliyesi 30 şifa ile neticelenmiştir.

Bu vak'alarda rezeksiyonlardan elde edilen iyi neticelerde âmil olan önemli faktörler vak'aların iyi seçilmesi ve zamanında ameliyata sevkedilmesidir. Vak'aların çoğunda hastalığın başlangıcı ile yapılan cerrahî müdahale arasında uzun zaman geçmemiş, medikal tedavi sanatoryal şartlarda disiplinli bir şekilde ve el değiştirmeden tatbik edilmiş, antibakteriyel rezervi mevcut ve basil menfi safhada cerrahî müdahaleye sevkedilmişlerdir. Tabiatiyle bu şekilde primer rezeksiyon vak'alarından elde edilen neticeler yüz güldürücü olmuştur. Bu neticelere bakarak 4-8 aylık antibakteriyel ve sanatoryal tedaviye rağmen basili menfi olsa dahi kavitesi sebat eden vak'alarda, ille tıbbî tedavi ile şifa temin etmek emelinden vazgeçerek, başka bir mahzur mevcut değilse rezeksiyonla hastalığın kat'î ve nihaî tedavisini sağlamak daha makul görülmektedir.

H ü l â s a :

Nisan 1956'dan Aralık 1956 sonuna kadar 10 ayda Uludağ Sanatoryumunda akciğer tüberkülozu sebebiyle yapılan 30 rezeksiyon vak'asından elde edilen erken neticeler takdim edilmiş ve akciğer tüberkülozunda primer yani tıbbî ve sanatoryal tedavi ile cerrahî tedaviye hazırlanarak 4-8 ay içinde ameliyata sevkedilen vak'alarda rezeksiyonun değeri belirtilmiştir.

SUMMARY

Primary resection in lung tuberculosis

The first results of 20 lung resections for tuberculosis performed between April 1956 and October 1956 at the Uludağ Sanatorium are presented. These cases had been prepared for a surgical procedure by a preliminary medical and sanatorial treatment of 4 to 8 weeks duration. The great value of lung resection in such cases is stressed.

RÉSUMÉ

La résection primaire dans la tuberculose pulmonaire

Les premiers résultats obtenus à la suite de 20 résections pulmonaires pour tuberculose pratiquées au sanatorium d'Uludağ entre avril octobre 1956 sont exposés. Ces cas ont été préparés à une intervention chirurgicale au moyen d'un traitement sanatorial et médical durant 4 à 8 mois. L'importance de la résection dans de pareils cas est soulignée.

Uludağ Sanatoryumu
Başhekim
Dr. Siyami Ersek

AKCİĞER TÜBERKÜLOZUNUN CERRAHÎ TEDAVİSİNDE SPİROGRAFİNİN DEĞERİ VE ALINAN NETİCELER

Dr. SİYAMİ ERSEK *Dr. KÂMRAN BAŞAK*
Dr. MUAZZEZ AKMAN

Akciğer cerrahisinde fonksiyonel muayene metodları, gerek cerrahî müdahaleye karar verme ve bunun cinsini tâyin, gerekse müdahale dolayısiyle hasıl olabilecek malûliyet derecesini önceden kestirme bakımından büyük bir ehemmiyeti haizdir. Bu fonksiyon muayenelerinin ve bu meyanda spirometrenin gayesi, akciğer cerrahisinde yapılacak müdahalelerin fonksiyonel bakımdan hangi neticeyi doğuracağını önceden kestirmek, cerrahî müdahale endikasyonunun tâyinine yardım etmek ve bilhassa cerrahî müdahalelerin hudutlarını belirtmektir. Bu maksatla Uludağ Sanatoryumunda cerrahî müdahale endikasyonu konulan bütün vak'alarda, müdahaleden önce ve sonra sistematik bir surette spirografik muayeneler yapılmaktadır. Aşağıda bu muayenelere ait ilk neticeler takdim edilmiştir:

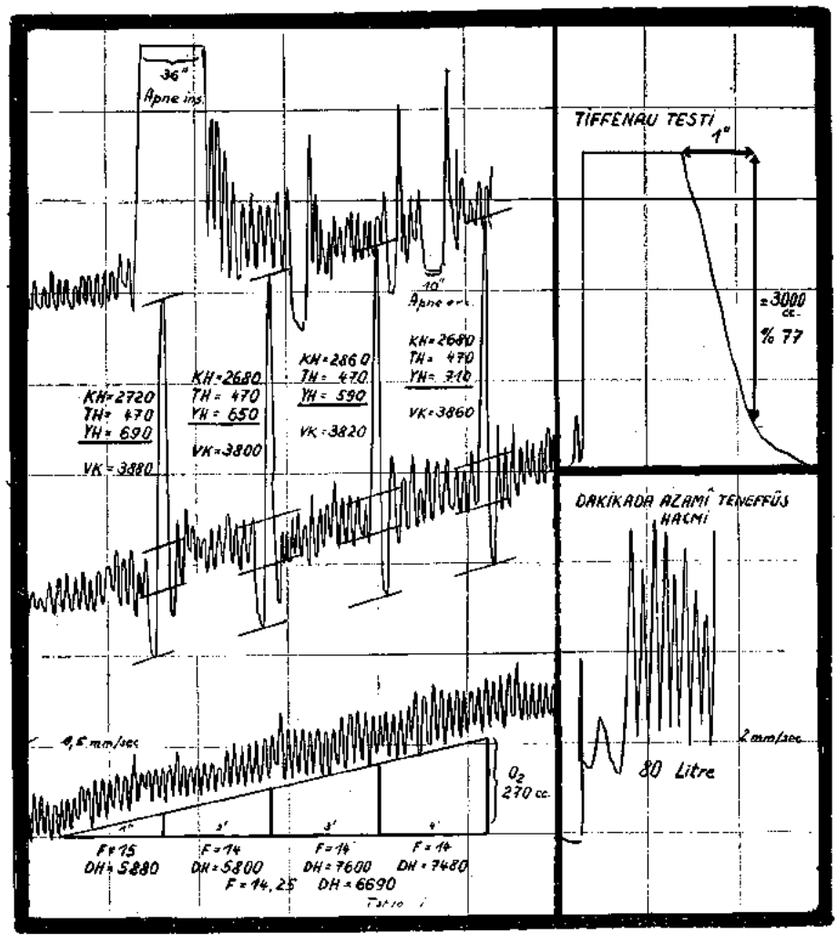
Metod:

Spirografik çalışmalarda *Knipping* ve talebelerinin tarif ettikleri usuller kullanılıp bilhassa şu ölçüler tetkik edilmiştir:

Bir dakika zarfında sarfedilen oksijen miktarı, ekspirasyonla bir dakikada ıtrah olunan karbondioksit miktarı, quotient respiratoire, bazal metabolizma, teneffüs frekansı, teneffüsün dakika hacmi, spesifik vantilasyon, yani sarfedilen beher cc. oksijene tekabül eden hava hacmi, vital kapasite ve bunun komplemanter hava, teneffüs havası, rezerv hava gibi muhtelif aksamı, dakikada azamî teneffüs hacmi, enspiratuar ve ekspiratuar apne devirleri gibi. Vital kapasite, hasta ayakta iken ve yatarken ayrı ayrı ölçülür ve her ikisinde de biri evvelâ ekspirasyonla, diğeri önce enspirasyonla başlamak üzere ikişer defa ölçülerek kaydedilen en büyük kıymet esas olarak alınır. Bütün bu ölçüler sâf oksijen teneffüsü ile de tekrarlanır. Oksijen sarfiyatı ve karbondioksit ıtrahı için elde edilen kıy-

metler, 0° hararet ve 760 mm Hg tazyikine göre, dakika hacmine ait kıymetler ise 37 derece hararet ve su ile meşbu 760 mm Hg tazyikine göre irca edilir.

Kullanılan âlet, **Schaerer**'in oksijen stabilizatörlü Spirografı olup bu âlette mevcut iki üstüvaneden biri hava ile, diğeri sâf oksijenle doldurulur. Bir tertibat sayesinde, hava dolu olan üstüvaneden her enspirasyon hareketinde kullanılan oksijen miktarı, otomatik oksijen dolu olan ikinci üstüvaneden birinciye sevkedilir. Bu suretle uzun süren bütün bir tecrübe esnasında birinci üstüvanedeki hava



Tablo 1

fizyolojik nisbetini daima muhafaza eder. Hastanın ekspirasyonla ıtrah ettiği karbondioksit, quotient respiratoire ve bazal metabolizma tâyin edilecekse %47 KOH solüsyonu ile, aksi takdirde soda lime vasıtasiyle tutulur (Tablo 1).

Bu muayene metodunda en ziyade kıymet verilen ölçüler, Anglo-Saksonların maximum breathing capacity ve Almanların Atemgrenzwert adını verdikleri ve dakikada azamî teneffüs hacmi diye ifade edilebilen kıymetle, **Tiffenau** testidir. Dakikada azamî teneffüs hacminin tâyini için hasta sık sık derin derin teneffüs ettirilir, şayet bunu kendiliğinden yapamıyorsa, sistemden karbondioksit abzorberi kaldırılarak karbondioksit retansiyonu ile hiperpne yapılır ve bu suretle dakikada azamî teneffüs hacmi tâyin edilir. Dakikada azamî teneffüs hacmi, teneffüs yedeğini ifade etmesi bakımından kıymetli bir muayene metodudur. Cins, vücut sikleti, yaş ve boya göre değişen dakikada azamî teneffüs hacmi, normal kıymetlere nisbet edilmek suretiyle teneffüs rezervi hakkında bir fikir edinilmektedir. Bu nisbet %50'yi aştığı zaman teneffüs yedeğinin çok iyi olduğu kabul edilir. %40-50 iyi, %30-40 kâfi bir teneffüs rezervini ifade etmektedir. Dakikada azamî teneffüs hacmi %30'dan aşağıya düştüğü zaman teneffüs rezervi kâfi addedilmemekte ve %20'den daha düşük olduğu zaman akciğer üzerinde cerrahî bir müdahaleye hiçbir zaman tevessül edilmemektedir. Zira bu nisbet dahilinde yapılacak olan bir müdahaleyi müteakıp ağır bir teneffüs kifayetsizliğinin zuhuru pek muhtemeldir.

Vak'alarımızda akciğerin separe bronkospirografik muayenelerinden sarfınazar edilmiştir. Bu muayene metodunun mahdut bazı vak'ada ve bilhassa pnömonektomi yapılacak olan hastalarda ameliyattan sonra karşılaşılacak olan teneffüs rezervini göstermesi bakımından ehemmiyetini kabul etmekle beraber, usulün hasta için teneffüs fonksiyonunu bozacak ve yapılan mukoza anestezisi, morfin, atropin ve kateterin bronşa ithali ile lumenin daralması neticesi fizyolojik durumu bozan bir muayene şekli olduğu kanaatindeyiz. Ancak kat'î zaruret olan vak'alarda, meselâ bırakılacak akciğerde mevcut plörezi sekeli gibi hallerde, geriye kalan akciğer kısmının fonksiyonunun kâfi gelip gelmiyeceğini tâyin etmek üzere bu muayeneye tevessül edilmelidir.

Spirometri ile birlikte kan gazlerinin tetkikinin, bilhassa oksijen satürasyonu ve oksijen kapasitesinin, plazmadaki karbondioksit miktarının, pH derecesinin tâyininin çok mühim olduğuna kani bu-

lunuyoruz. Ancak oldukça külfetli olan bu muayene metodlarını tatbik edebilmek için enstallasyonumuzu henüz yeni tamamlamış durumdayız. Gelecek bir travayımızda bunları da arzedebileceğimizi ümit ediyoruz.

Oksijen sarfiyatı ve karbondioksit ıtrahı, müdahaleden önce ve sonra kayda değer bir fark göstermediğinden bunların zikrinden sarfınazar edilmiştir.

Kullanılan metod hakkında bir fikir vermek üzere kaydedilen bu hususlardan sonra, son 10 ay zarfında Uludağ Sanatoryumunda yapılan 27 lobektomi, 1 segment rezeksiyonu, 2 pnömonektomi ve 4 torakoplasti vak'asında elde edilen ölçülerin ameliyattan önceki ve sonraki kıymetleri cetveller halinde mukayeseli olarak takdim edilmiştir: (Tablo 2 ve 3).

Önümüzdeki bu cetvelin tetkikinden de anlaşılacağı üzere vak'alar, yapılan müdahalenin nev'ine göre 9 gruba ayrılmıştır:

1) Sağ üst lobektomi
2) Sağ üst ve orta lobektomi
3) Sağ alt lobektomi
4) Sol üst lobektomi
5) Sol alt lobektomi
6) Segment rezeksiyonu
7) Sağ pnömonektomi
8) Sol pnömonektomi
9) IV ve V kotluk torakoplasti.

Her grubun müdahaleden önce ve sonra dakika hacmi, vital kapasite ve bunda hacmen hasıl olan azalma ile bunun nisbeti, dakikada azamî teneffüs hacmindeki değişiklikler ve bunların farkları ile azalış nisbetleri gösterilmiştir. Cetvelin son hanesinde spirografik muayenenin, müdahaleden kaç hafta sonra yapıldığı kaydedilmiştir. Müdahaleyi takip eden 4-5 hafta içinde yapılan muayenelerde elde edilen kıymetler, daha geç devrelerdeki kıymetlerden düşüktür. Bunun sebebi kanaatimizce, bilhassa lobektomilerde geri kalan akciğer kısımlarının kompanzasyon vazifesini henüz tam bir şekilde ifa edememeleri ve kostal teneffüsün ilk haftalar içinde zayıf olmasıdır. Reekspansiyon ilerleyip hasta da teneffüs jimnastikleri ile akciğerlerini iyice vantile etmek imkânını kazandıkça bu ölçüler artmaktadır. Müdahaleden 12-16 hafta ve hattâ imkân olduğu takdirde bir sene sonra yapılan spirometrilerde en büyük kıymetler elde edilmektedir. Müessesemizde rehabilite edilen 2 vak'ada bu muahhar tetkiki yapmak fırsatı bulunmuştur. Bunun birincisi sağ üst lobektomi yapılan bir vak'a olup ameliyatı hemen takip eden muayenesinde vital kapasitedeki azalma %36.7 olduğu halde, sonra bunun %31'e düştüğü, dakikada azamî teneffüs hacminin ise evvelce %12 nisbetinde bir azalma gösterdiği halde, 21 hafta sonraki muayenede bilâkis %13 nisbetinde bir fazlalaşma arzettiği görülmektedir. İkinci vak'a sağ üst ve orta lobektomi yapılan bir vak'adır. Bunda 32 hafta sonra yapılan üçüncü spirometride vital kapasitedeki azalmanın %30.3'den %19.8'e düştüğü, dakikada azamî teneffüs hacmindeki azalmanın ise %7.8'den %6.9'a indiği görülmektedir.

Aşağıdaki cetvelde (Tablo 4) muhtelif müdahale şekillerinde vital kapasite ve dakikada azamî teneffüs hacmindeki azamî ve asgarî azalma ile vasatî azalm ve bunların yüzde nisbetleri görülmektedir:

Üst fusların rezeksiyonunda vital kapasitedeki azalma %26-39 arasında değişmektedir. En fazla azalma nisbeti sağ üst lobektomide elde edilmiştir. Dakikada azamî teneffüs hacmindeki azalma ise %8-20 arasında değişiyor. Sol üst lobektomi vak'alarında vital kapasitede azalma, diğerlerine nazaran daha az olup ancak %26'yı bulmaktadır. Dakikada azamî teneffüs hacmi ise bilâkis artmaktadır. Burada şunu da kaydetmek lâzımdır ki, vital kapasitede elde edilen bu azalmada, lobektomi esnasında tatbik edlien muvakkat frenik felci ile müdahaleden evvel ve sonra tatbik edilen pnömoperituvanın ve müdahele esnasında travmadan mütevellit plevra reaksiyonu dolayısiyle hasıl olan plöral iltisakların büyük bir tesiri vardır. Müdahaleden sonra uzun bir zaman geçip pnömoperituvan terkedildikten ve muvakkat frenik felcinin tesiri zail olduktan sonra vak'aların spirometrilerini yeniden yapmak fırsatını bulursak, bu azalışın çok daha düşük kıymetleri bulacağında şüphemiz yoktur.

Segment rezeksiyonunda vital kapasite %35, sağ pnömonektomide %52, sol pnömonektomide %31 nisbetinde azalmıştır. Dakikada azamî teneffüs hacmindeki azalma segment rezeksiyonunda %6.9, sağ pnömonektomide %4,4'dür, sol pnömonektomide ise bilâkis artmıştır. Birer vak'adan ibaret bulunmaları dolayısiyle burada umumî bir hüküm çıkarmak kabil değildir.

4-5 kotluk torakoplasti vak'alarında vital kapasite %19 nisbetinde azalmıştır. Dakikada azamî teneffüs hacmindeki azalma ise %4'ü bulmaktadır. Bu vak'aların hiçbirinde pnömoperituvan ve frenik felci mevcut olmadığı gibi esasen torakoplasti, eski ve mülte-

İSİM	DAKİKA HACMİ		VİTAL KAPASİTE			Fark	DAKİKADA AZAMİ TENEFFÜS HACMİ			Fark	
	a	b	a	b	cc.	%	a	b	L	%	x
SAĞ ÜST LOBEKTOMİ											
G. Çağlayan	7763	9443	3280	1800	1480	45.1	102.8	52.3	50.5	49.1	5
E. Düzyol	8917	9790	3400	2150	1250	36.7	61.3	49.3	12.0	19.5	15
	—	6100	—	2340	1060	31.1	—	74.5	+13.2	+21.5	21
Y. Papadim	17192	14450	4960	3024	1936	39.0	78.1	56.1	22.0	28.1	5
H. Acrgan	8147	9058	2040	1450	590	28.9	31.2	26.8	4.4	14.1	4
M. Tunalı	5611	7677	2900	2180	720	24.8	71.2	60.8	10.4	14.6	5
R. Argun	8527	10664	4800	3092	1708	35.5	67.5	78.3	+10.8	16.0	11
A. Gürkan	8964	11517	4480	2672	1808	40.3	79.7	58.2	21.5	26.9	8
S. Kalkanlı	9847	9451	4248	2120	2128	50.0	41.9	53.1	+11.2	+26.7	4
N. Yeldan	13802	11735	2940	1420	1520	51.6	64.0	40.2	23.8	37.1	10
C. Yıldırım	7461	11786	2970	1732	1248	42.0	75.5	41.7	33.8	45.7	9
A. Torun	9018	10829	4600	2800	1800	39.1	81.7	60.7	21.0	25.9	7
Ş. Karakse	10790	—	3369	—	—	—	45.7	—	—	—	—
L. Yıldırım	6500	—	2440	—	—	—	67.2	—	—	—	—
S. Çakır	7850	—	3960	—	—	—	70.4	—	—	—	—
N. Barlak	6274	—	4040	—	—	—	84.6	—	—	—	—
Ş. İpeker	19707	—	2550	—	—	—	81.9	—	—	—	—
SAĞ ÜST VE ORTA LOBEKTOMİ											
R. Özdemir	8913	7293	3160	2200	960	30.3	80.2	73.9	6.3	7.8	10
	—	8223	—	2532	628	19.8	—	74.6	5.6	6.9	32
N. Yıldırım	14529	8788	4052	2800	1250	30.8	56.8	48.3	8.5	14.9	9
O. Güntekin	9589	13545	3380	2480	900	26.6	65.5	63.6	1.9	2.9	4
SAĞ ALT LOBEKTOMİ											
V. Özberkm.	8698	12344	4924	3244	1680	34.1	85.1	109	+23.9	+28.0	9
H. Sakarca	7910	7201	3280	2080	1200	36.5	49.6	61.5	+11.9	+23.9	5
E. Yeniler	7975	—	1680	—	—	—	26.7	—	—	—	—

Tablo 2

İSİM	DAKİKA HACMİ		VİTAL KAPASİTE			Fark	DAKİKADA AZAMİ TENEFFÜS HACMİ			Fark	
	a	b	a	b	cc.	%	a	b	L	%	x
SOL ÜST LOBEKTOMİ											
M. Kirtiş	9909	5626	4040	3220	820	20.2	86.1	63.1	23.0	26.7	13
M. Karataş	10567	543	4240	2800	1440	33.9	71.2	80.9	+ 9.7	+13.6	19
İ. Saruhan	14868	11000	4600	3252	1348	29.3	74.0	75.8	+ 1.8	+ 2.4	10
N. Demirci	12073	12834	3000	2480	520	17.3	54.6	84.4	+29.8	+54.5	7
SOL ALT LOBEKTOMİ											
E. Torunlu	7359	7540	3190	2040	1150	36.0	70.1	48.0	22.1	31.5	8
SEGMENT REZEKSİYONU (Sol apiko-posteriör segment)											
A. Zeybek	11295	12963	3712	2400	1312	35.3	41.5	38.6	2.9	6.9	10
SAĞ PNÖMONEKTOMİ											
C. Ayaz	11388	7915	3120	1155	1965	62.9	49.0	48.4	0.6	1.2	9
	—	12625	—	1500	1620	51.9	—	46.8	2.2	4.4	20
SOL PNÖMONEKTOMİ											
P. Bozkurt	5662	6351	2320	1488	832	31.4	35.6	52.8	+17.2	+48.2	6
TORAKOPLASTİ											
S. Haşhaş	8697	6787	2640	2240	400	15.1	48.9	48.3	0.6	1.2	6
Z. Karahang.	14728	12179	3520	3120	400	11.3	74.4	74.2	0.2	0.3	6
	—	9091	—	2440	1080	30.6	—	24.2	50.2	67.4	14
İ. Akman	7960	8424	2430	2030	400	16.4	76.6	86.5	+ 9.9	+12.9	6
	—	8000	—	2240	190	7.8	—	98.4	+21.8	+28.4	18
A. Özbilge	9188	7846	3100	2520	580	18.7	50.0	69.0	+19.0	+38.0	6

x) Rakamlar, spirografinin ameliyattan kaç hafta sonra yapıldığını göstermektedir.
a) Ameliyattan önce
b) Ameliyattan sonra
1) İkinci seans torakoplastiden sonra

MÜDAHALENİN	VİTAL KAPASİTE Azalma				DAK. AZ. TENEF. HACMİ Azalma			
	Mak	Min	Vas	%	Mak	Min	Vas	%
Sağ üst lobektomi	1252	590	1418	39.3	50.5	+132	13.8	20.1
Sağ üst ve orta lobekto.	1252	628	917	26.2	8.5	1.9	5.3	7.9
Sağ alt lobektomi	1680	1200	1440	35.2	+11.9	+23.9	+17.9	+26.5
Sol üst lobektomi	1440	520	1032	25.9	23.0	+29.8	+ 4.5	+ 6.3
Sol alt lobektomi	1150	1150	1150	36.0	22.1	22.1	22.1	31.5
Segment rezeksiyonu	1312	1312	1312	35.3	2.9	2.9	2.9	6.9
Sağ pnömonektomi	1620	1620	1620	51.9	2.2	2.2	2.2	4.4
Sol pnömonektomi	382	832	382	31.3	+17.2	+17.2	+17.2	+48.2
Torakoplasti	1080	190	550	19.2	50.2	+21.8	2.5	4.0

Tablo 4

sik vak'alarda yapılmakta olduğundan, bu gibi vak'aların müdahaleden önce ve sonra ölçülen vital kapasite ve dakikada azamî teneffüs hacimlerinde mühim bir fark beklenmemektedir.

Hülâsa :

Uludağ Sanatoryumuda on ay zarfında yapılan 27 lobektomi, 1 segment rezeksiyonu, 2 pnömonektomi, 4 adet 4-5 kotluk torakoplasti vak'asında, ameliyattan önce ve sonra yapılan spirometrik tetkiklerle, bilhassa vital kapasite ve dakikada azamî teneffüs hacmindeki mutlak ve nisbî değişiklikler mukayeseli bir şekilde gösterilmekte ve bu muayenelerin, cerrahî müdahalelerde malûliyet derecesini tâyin etmek hususundaki ehemmiyetleri tebarüz ettirilmektedir.

SUMMARY

The importance of spirography for the surgical treatment of pulmonary tuberculosis and presentation of the results obtained

During a period of 8 months, 16 lobectomies, one segmental resection, one pneumectomy, 4 thoracoplasties of 4-5 ribs have been performed at the Uludağ Sanatorium. Spirometric evaluations performed before and after the operation showed the absolute and relative variations in Vital Capacity and the maximum respiratory volume per minute. These results were found extremely valuable for the determination of the extend of the lesion in surgical cases.

RÉSUMÉ

L'importance de la spirographic dans le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire et l'exposé des des résultats obtenus

Dans l'espace de 8 mois, 16 lobectomies, une résection segmentaire, 1 pneumectomie, 4 thoracoplastics de 4-5 côtes ont été effectuées au sanatorium d'Uludağ. Les examens spirométriques pratiqués avant et après l'opération ont permis d'établir les variations absolues et relatives dans la capacité vitale et le volume respiratoire maximum par minute. Ces résultats sont particulièrement importants pour déterminer le degré d'atteinte du poumone dans les cas relevant de la chirurgie.

YEDİNCİ CELSE MÜNAKAŞALARI

Dr. Kemal Ağırnaslı

Rezeksiyonla tedavi edilmiş vak'alar arasında non tüberküloz vak'alara da tesadüf edilmiş midir? *Siyami* beyden ikinci bir ricam, bu vak'aların takibi ne dereceye kadar mümkün olmuştur? Şifa denen şeyler ne zamandan beri mevzuubahistir? Kısa bir mazisi olduğuna göre bu müddette nüks eden vak'a görmüşler midir? Akciğerlerde yapılan ameliyatlardaki göğüs deformasyonu ne merkezdedir? Fizik tedavi usulleri yapılıyor mu? Maruzatım bundan ibarettir.

Dr. Refik Köymen

Efendim, arkadaşlarımızın rezeksiyon hakkındaki kıymetli tebliğlerini zevkle dinledik ve cidden çok istifade ettik. Bu meyanda Heybeliada Sanatoryumunun son 5 senelik muvmanı hakkında malûmat sahibi olduk. Yalnız Heybeliada Sanatoryumunun bu faaliyeti hakkında bir nokta üzerinde durmak istiyorum. 1950 senesinden itibaren başlayan cerrahî müdahalelerden rezeksiyon sıfırdan başlamak üzere tedrici bir tekâmül göstererek 1956 senesinde, hatırımda kaldığına göre, 67 vak'aya varıyor. Diğer cerrahî müdahaleler de rezeksiyonun bu seyrine aksi bir seyir takip ederek bilhassa 1956 senesinde sıfıra müncer oluyor. Memleketimizde tedavi yerlerine yatırdığımız hastaların lezyonları pek büyük bir değişiklik göstermediğine göre, cerrahî kollaps metotları endikasyonu için vak'a bulunmadığına hükmedemeyiz. Binaenaleyh 1953-54 senelerinde ekstra plöral pnömotoraks ve torakoplasti ile iyi edilen hastaların yekûnu 300-400 civarında iken 1956 senesinde cerrah arkadaşların iyi ettikleri hasta yekûnu 67'ye iniyor. 500 yataklı bir sanatoryumda 67 rezeksiyon vak'ası umum hasta yekûnuna nisbet edilirse %3-4 isabet eder.

Bizim memleketimizde depistaj meselesi ile ilgili olarak ve baş-

ka sebeplerle tedavi yerlerine aldığımız hastalar bu hali muhafaza ettikçe diğer cerrahî müdahale metotlarından müstağni kalınmaması hakikati meydana çıkar.

Canü gönülden inkişafını arzu ettiğimiz bu rezeksiyon usulünün inkişafının eski metotlar aleyhinde olmaması icabeder. Zannediyorum ki, Heybeliada Sanatoryumu rezeksiyon usulünü, yatırılan hasta yekûnuna nisbeten %30 civarına yükseltmiş olan memleketlerde bu eski cerrahî metotların terkedilmiş olmasına birazcık uymak için yapmışlardır. Bu şekilde memleketimizdeki hastaların hal ve durumlarının tedricen daha iyi bir şekilde ıslah edilmesi yoluna gidilmekle beraber bir müddet daha bu hal devam edeceğine göre bu eski metotların terkedilmemesini, sıfıra müncer kılınmamasını yetişen arkadaşların da bu metotları öğrenmesine imkân verilmesini temenni ederim.

Dr. Tevfik Sağlam

Arkadaşım *Siyami Ersek*'in bize gösterdiği, ve büyük sayıda istatistiğe dayanan güzel ve doğru neticelerden başka daha enteresan bir mâna da taşıyor. Burada görüyoruz ki diğer cerrahî tedavi metotlarında, tıptaki diğer bütün tedavi metotlarında olduğu gibi, bir itilâ (yükselme) devresi ve bir inhitat devresini gösteriyor. Bir zamanlar bütün bir şevk ile sarıldığımız torakoplastinin hemen hemen hali itizarda olduğunu, gene pek çok severek yapıp neşrettiğimiz eksta plöral pnömotoraksın da aynı âkıbete uğradığını gösteriyor. Diğer taraftan medikal kollapsoterapide ön plânda sayılan pnömotoraksın da artık büyük bir inhitat içersinde olduğunu görüyoruz. Bir zaman da üstüste tebliği yapılan ve faydası hakkında âdeta harikalar gösterdiği söylenen pnömoperituvanın da hemen hemen itizar yatağına yaklaştığını görüyoruz. Bütün metotların âkıbeti budur. Doğar, büyür, devri ikbale girer sonra inhitata uğrar fakat yeni usuller daima eskiye nazaran bir tekâmülü ifade eder. Yalnız burada bariz olarak görüyoruz ki cerrahî usullerde bir röfulman vardır. Yani Heybeliada gibi mükemmel ve stabl bir müessese içerisinde, rezeksiyon usulü de dahil olduğu halde torakoplasti ve ekstra plöral pnömotoraks tortulariyle birlikte yekûn hesap edilecek olursa görüyoruz ki cerrahî müdahale tıbbî müdahaleye nazaran adetçe bir rökül vaziyetindedir. İstatistik kurbuna bakarak söylüyorum, rezeksiyon hiç bir zaman torakoplastinin tuttuğu zirveyi tutamamıştır. Bu da antibiyotikler sayesinde olmuştur. Bir çok vak'anın cerrahî

endikasyonları gerilemiştir. Antibiyotik tedavisindeki terakki de bunu temin etmiştir.

Bu gün antibiyotik tedavisi de tam bir oluş devresindedir. Bu da gösteriyor ki 6 ay 1 sene içerisinde, bir sene evvelki prensipleri terkediyoruz. Streptomisin ilk çıktığı zaman da bir rezistans korkusu vardı, silâhımız elimizden gidecek diyorduk, halbuki kombine antibiyotikler kurulup, bilhassa İ.N.H. çıktıktan sonra tedaviye mümkün olduğu kadar uzun devam ediyoruz. Bu günkü prensip budur. Bütün dünyaca en hafif bir tüberküloz vak'asının dahi 1-2 sene kombine antibiyotikle tedavisi kabul edilmiştir. Fikilerde büyük bir değişme vardır. Bu değişme daima tekâmüle doğrudur. Halen antibiyotiklerle elde edilen netice çok ehemmiyet kesbediyor. Çünkü antibiyotiklerle bir proflaksi meselesi de meydana çıkmıştır. İlk viraj husule gelen vak'alarda izoniyazit tedavisi yapılıyor ve bundan büyük neticeler elde edileceği umuluyor. Bu fikir henüz tecrübe devresindedir.

Zülfü beyin birinci şemasında şu var ki, hepsinde basil bulunan 21 vak'adan 15'inde piyes üzerinde basil bulunmuyor. Bu basilin kavite dışında bir âfetten gelmesi muhtemeldir. Bu, cerrahî endikasyon bakımından bir hareket noktasıdır. Bunun çıkarılan piyes haricinde olması kabildir. Bu, kraşada bulunan evvelki basilin sonra nodülde bulunmuş olmasiyle kavitenin deterje olduğu anlaşılıyor. Acaba yalnız nodül için ameliyat yaparlar mıydı? Sonra diyorlar ki, iyi ki ameliyat yaptık çünkü burada bir kazeum bulduk. Arkadaşlar, biz daima iyi edici tabiatı unutuyoruz, içinde basil bulunan kazeomun kalsifikasyonla iyi olabileceği malûmdur. Elbette içinde basil bulunmayan kazeomda tabiata bırakılsa kalsifiye olur gider. Siz endikasyonlarınızda bir çok noktayı göz önüne aldınız onu tenkit etmek için değil, bunu bir tandansa karşı söylüyorum, temizlenmiş kaviteyi ve iyi olmuş lezyonu ilerde bir patlak verebilir diye çıkarırken şâfi tabiatı unutmayalım.

Dr. Galip Urak

Arkadaşlarımın buraya getirdikleri kıymetli tebliğlerden dolayı kendilerini tebrik ederim. Hakikaten fevkalâde neticeler elde edilmiştir. Ben maalesef bu şekilde yaptığım tetkikleri getiremedim, patolojik anatomideki neticelerin gecikmesi bizi bu tebliğden mahrum etti.

Evvelâ *Nemika Kileci*'nin tebliğlerine bir noktada dokunacağım: Rezeksiyon bütün organizmadaki tüberkülozu çıkarabilecek bir müdahale değildir. Bunun ancak bir kısmını ortadan kaldıracaktır, yahut organizmanın mağlûp olduğu yerdeki mihrakı kaldıracaktır, sonra da organizma onu yenecektir. Hiç bir zaman bütün tüberkülozu kaldıracaktır mânasını tazammun etmez.

Sonra cerrahî müdahalenin zamanı hakkındaki konsepsiyonumuzun da değişmesi lâzımdır. Artık bütün dahilî metotların iflâs ettiği bir noktada hasta cerraha verilmez. Müdahale ne geç, ne erken, tam zamanında olmalıdır. Ancak böyle bir vak'a cerrahın ve onu veren dahiliyecinin yüzünü ağartır. Yoksa alacağımız neticeler daima kötü neticelerdir.

Siyami bey arkadaşımın münhanisi ile bizim münhani hemen hemen aynı neticeyi gösteriyor. Bu gün artık torakoplasti yardımcı bir usul olarak, rezeksiyondan sonra husule gelen boşluğu kapatmak için kullanılıyor. Asistanlarımıza göstermek için bile torakoplasti endikasyonu koyamıyoruz. Ben başından beri ekstra plöralin aleyhinde bulunduğum için ondan bahsetmiyorum.

Bu gün rezeksiyon şekillerinde de hemen hemen mutabıkız. Evvelâ 1950-1951 senesinden beri işe pnömenektomi ile başladık, sonra lobektomi ve segmanter rezeksiyonlara kadar gittik. Bizim grafiğimizde segmanter rezeksiyonlarla lobektomiler hemen hemen aynı gitmektedir. Torakoplasti tamamen düşmüştür, rezeksiyon ise tam zirveyi bulmuştur, belki bir müddet sonra o da düşecektir.

Bizim de kötü neticelerimiz distroyt langtadır. Bu da gösteriyor ki vak'a vakti geçtikten sonra cerraha verilmemelidir.

Mihraklarda basillerin bulunup bulunmaması meselesi çok mühimdir ve dünyanın üzerinde durduğu bir meseledir. Yalnız bence virülansı bulunmayan basil meselesi biraz münakaşaya değer. Bana öyle geliyor ki bu günkü kültür vasatlarımız ve tecrübelerimiz bunun virülansını gösterecek şekilde değildir. Organizma ile tecrübe tüpü de aynı şey değildir. Çünkü bilhassa son zamanlarda bazı tecrübeler göstermiştir ki, virülansı olmadığını zannettiğimiz basillerin sonra virülans kazandıkları görülmektedir. Bundan başka bizim yaptığımız maalesef getiremediğim 20 kadar piyeste bir nokta nazarı dikkatimizi celbetti. Bu da kapalı ve açık mihrap meselesidir. Piyes üzerinde kapalı zannettiğimiz bir çok mihrakın açık olduğunu gördük. Bu da gösteriyor ki küçük mihrakları bırakmak caiz değildir.

Ehemmiyet vermediğimiz bu mihraklar günün birinde herhangi bir sebeple virülans kazanarak residivle karşımıza çıkabilir.

Dr. Hayri Ayberk

Hakikaten büyük bir şeref duyduğum ve istifade ettiğim kongre münasebetiyle bendenizde radioloji ile ilgili bir tebliğe işaret etmek istiyorum.

Radyoloji ve anatomopatolojik neticelerin birbiriyle daima mutabakat arzetmediği vakıalardandır ve bu hususta zaman zaman neşriyat da olmuştur. Yalnız radyolojik tetkikleri derinleştirmek ve bir çok metotlardan istifade etmek suretiyle, mutabakatsızlık sayısı %13'e kadar yükseltilmiş olan nisbet bir miktar azaltılabilir tahmin ederim. Direkt ve anfas tomografik tetkikler kat'î bir netice vermemiş olabilir, fakat bu gün için memleketimizde mevcut cihazlarla tatbiki mümkün olan, bilhassa lâteral tomografilerle bu fos kaviteleri verifiye etmek mümkün olabilir. Halen memleketimizde olmayan fakat dünya memleketlerinde bu mevzuda tatbik edilen transversal tomografilerde bizi bu yüksek yanılma nisbetlerinden kısmen kurtarabilecektir. Bu hususta iyi bir radyolojik tetkikin lüzumuna işaret etmek zait değildir.

Cidarî ve interlober plevra kalınlaşmaları ve büllöz ensuflasyon odakları, sübplöral dekolman ve ensüflasyon, plevra kalınlaşması summasyonu bilhassa tomografide kronik lezyonların mütekemmiş bronşiyal ve vasküler şekil değişiklikleri bunların yarattığı sferik kesafetleşmelerin arasındaki münasebetler hemen hemen daima kaviter imajlar verebilirler. Bu bakımdan bütün bu hususları nazarı itibara almak ve bilhassa plevra kalınlaşmalarında tomografi üzerinde meydana gelecek ve hemen her plânda görülmesi mümkün summasyon kesafetlerini de daima düşünmek elzemdir.

Anatomopatolojik bulgulara gelince canlıdaki hâdise dinamik bir hâdisedir. Sübplöral bir ensüflasyon mihrakının anatomopatolojik piyeste tamamen sönmüş ve kapanmış olacağı ve kupun milimetrik kesitlerle yapılması imkânı olmayacağına göre bunların sönmüş ve patolojik piyeslerde görülmemiş olacağı aşikârdır. Çok küçük kavitelere ve bilhassa, vak'alardan bir tanesinde 5 kuruşluk cesametindeki kaviteye işaret suretiyle söylemek isterim ki o kavite bir cidarını lober plevraya inhisar ettirmiş idi. Anatomopatolojik piyeste yukarı kısım daha az kalınlaşmış bulunacağı veçhile çökmüş olacağı için bunu da piyeste görmemek mümkün olur tahmin ederim.

Bundan başka bilhassa konseylerde radyolojik klişelerin interpretasyonu mevkiinde, her ne kadar bu işle uğraşan klinisyenler asgarî radyolog kadar bilgili iseler de, bazı detayları tefsir etmek bakımından bilhassa bronko pülmoner patolojide bilgi sahibi bir radyolog arkadaşın da bulunması her halde faydalı olacaktır. Bilhassa kavitenin kabulü meselesinde cidarlarının tamamen bir kontüniüte arzedeceği tabiatiyle aşikârdır. Bu herkes tarafından bilinen bir hakikattir fakat bizi yanıltan daima kavitenin etrafında ufak bir defekt gördüğümüz zaman «efendim bu bir kavitedir, burası süper pozisyondan olmaktadır» dememizden oluyor. Bu bakımdan radyolojik tetkikleri bilhassa arzetmiş olduğum veçhile anfas, lateral bilâhare de transversal olarak verifiye etmek cihetine gidersek, bu hususta yanılma nisbetlerini ehemmiyetli şekilde azaltmış olabiliriz.

(Bundan sonra filimlerle bir kaç vak'a gösterilmiştir.)

Dr. Zühtü Erman

Heybeliada Sanatoryumunun cerrahî servisinin göstermiş olduğu, ekselân tabir ettiğim, neticesi hakikaten bizleri teşci etti. Bu sahada biz de hayli meraklıyız. Tabiî çalışmak istiyoruz ama takdir edersiniz ki bu iş yalnız el, teknik, bilgi ve lâboratuvar meselesidir. Tabiî muktedir ellerde böyle neticeler alınır. Bu bakımdan bütün arkadaşları candan tebrik etmek vazifemdir. Yalnız bir noktaya temas etmek istiyorum: *Siyami* bey arkadaşımızın Uludağ Sanatoryumunda yaptıkları 30 vak'anın ikinci vak'asında zannediyorum ki bir tansiyon kavitesi vardı, biz böyle tansiyon kavitelerinde bronkoaspirasyonla ve bunu müteakıp antibakteriyel tedavi ile hakikaten iyi neticeler alıyoruz. Acaba bu vak'ada da böyle bir tedavi tatbik edilse idi belki ameliyata lüzum kalmıyacaktı.

Dr. Nimet Özgen

Rezeksiyonlar artık bütün dünyanın cerrahî müdahale olarak kabul ettiği bir neticedir. Fakat aynı zamanda bütün dünyanın da tatbikinde kabul ettiği prensipler var. Meselâ ameliyattan evvel uzun bir sanatoryum ve kür devresi geçiyor, ameliyattan sonra daha uzun sanatoryal ve postsanatoryal bir devre geçiyor. Biz bu günkü içtimaî şartlarımızda bunu yapamıyoruz, binaenaleyh bizim şartlarımıza göre hastaları kısa devrede hazırlayarak, ameliyattan sonr da kısa bir devreden sonra bırakıyoruz. Ondan sonra senelerle hastaları takibetmek ve bizim şartlarımıza göre ameliyat edilmiş

hastalarda nüks ne kadar oluyor onu tâyin etmek lâzımdır. Ancak o zaman yaptığımız bu müdahaleleri kıymetlendirmek mümkün olabilir.

Dr. Celâl Ertuğ

Evvelâ *Siyami* ve *Zülfü* bey arkadaşlarımı candan tebrik ederim. Bunu bir nezaket olarak değil, bu gün modern dünyanın konsepsiyonuna uygun bir şekilde çalışma ahengi kurdukları için söylüyorum. Patolog,bakteriyolog, cerrah ve dahiliyeciler beraber çalışıyorlar ve endikasyonlarını da bu şekilde tâyin ve kontrol ediyorlar.

Bu temponun kurulması kolay bir iş değildir. Kendileri bunu mükemmel bir şekilde kurmuşlardır ve getirdikleri mesai mahsulü de bu gün dünyanın neresinde prezante edilirse kalite itibariyle beynelmilel bir valör taşıyacak kadar güzeldir. Medikal tedavi ve cerrahi tedavilerinin neticeleri bu gün hakikaten önümüzde bir problem halinde duran noktalara dayanıyor. Acaba ilâç tedavisi bize ne dereceye kadar muvaffakıyet sağlıyor? Bu gün ekalliyette olmasına rağmen, elimizdeki ilâçların bakteriyostatik olduklarını ve uzviyeti tüberküloz basilinden tecrit ettiklerini iddia eden noktai nazarlar vardır. Bilhassa İ.N.H. çıktıktan sonra artık tüberkülozu o ilk gürültüden sonraki durulma safhasında dahi basillerin avirülân hale geldiğini, non patojen olduklarını söyleyenler, hiç bir kültür vasatında üretilemediklerini iddia edenler hâlâ mevcuttur.

Şimdi *Zülfü* bey arkadaşımın burada gösterdiği cetvelde temas ettiği bazı noktalar arasında: bazı vak'ada B.K. + görülüyor ki kültürde (—) çıkıyor, patolojik anatomide müsbet bulgular elde ediliyor. Şimdi kendilerinden soracağım nokta şudur: kültüre ne kadar müddet devam edilmiştir? Çünkü ilâç alan hastalarda 4-6 ay sonra kültürün müsbet olduğu görülmektedir.

Bir de patolojik piyesler üzerinde bizim bazı müşahedelerimiz var, patolog arkadaşımız bize dedi ki: «tüberkülozun histopatolojik karakterini bütün delâili ile gösteren lezyonlar medikal tedaviden sonra bu karakterlerini tamamen değiştiriyor». Acaba bunu kendileri de müşahede ettiler mi? Bu mühim bir noktadır, acaba hakikaten medikal tedavi tüberkülozun histopatolojik karakterini değiştiriyor mu? Kendilerinin kıymetli patologları olduğunu biliyorum, bu husustaki tecrübelerini öğrenmeyi çok arzu ederdim.

Sonra *Siyami* bey arkadaşımıza da soracağım: Post operatif takip müddetleri ne kadardır? Bu da mühimdir. «Lezyonu çıkarmak

mesele değildir iş asıl geriye kalan lezyondadır» diyen gene cerrahlardır.

Dr. Moiz Berker

Efendim, ben yalnız *Hayri* beye cevap vereceğim. Lâteral filimler kavitenin mevcut olmadığı hakkında bir fikir verir dediler. Vak'alarımızın ekserisine lâteral radyografi yapılmıştır, fakat lâteral radyografiler orta ve kaide lezyon ve kavernlerinde kıymetlidir, tepe bölgesi kavitelerini göstermez. Kendileri aksiyal ve transversal tomografilerden bahsettiler; maalesef bunları yapamamaktayız. Bu muayene usullerini yapabilseydik hiç şüphesiz hata nisbetimiz daha azalacaktı. Bazı ufak lezyonların histopatolojik olarak gösterilemeyeceğini söylediler. Patoloğumuz Bedrettin Pars bu bakımdan derin bir araştırma yaparak kaviteyi aramıştır. Bu hususta patolojik bir hata olabileceğini aklıma bile getirmiyorum.

Konseylerde bir radyolog bulunması meselesine gelince: bütün konseylerimizde bir radyolog bulunur.

Dr. Eşref Barkan

Nemika Kileci arkadaşımız tüberkülozda tedavi metotlarını bildirirken antibiyotiklerin kıymetini de tebarüz ettirdiler. Kendilerinden çok istifade ettik. Ancak her gün rastladığımız bir çok vak'alar var ki bunlara ne Px., ne P.P., ne de ameliyat yapamamaktayız. Bunların basilleri de daima müsbet olduğuna ve muhitlerinde intan membaı teşkil ettiklerine göre bunlara karşı durumumuz ne olmalıdır? Yatak azlığı bizi bu müşkül mevkide bırakmaktadır.

Kanaatımızca virülansa en çok tesir eden antibakteriyel izoniaziddir. Yukarda bahsettiğim hastalara yüksek doz İ.N.H. verdiğimiz takdirde virülansları kaybolacak basillerle muhitine zarar vermeyecek hastaları görmek mümkün olacaktır.

Zülfü bey arkadaşımızın grafiklerle, ameliyat vak'alarında kendisinin de paradoksal olarak belirttiği gibi, ameliyattan evvelki kültürde B.K. müsbet iken, rezeksiyonu müteakip elde edilen kültür ve hayvan tecrübelerinde B.K. menfidir. Acaba hastalarda bir bronş tüberkülozu da mevcut mudur?

Bu vesile ile anlatmak isterim: Forlanini Enstitüsünde bronkoskopik muayeneleri yakından tetkik etmek fırsatını buldum. Bu enstitüde kalifiye bir şahıs bronkoskopi işiyle meşgul olur, bronkoskopi

safhalarını fotografilerle tesbit eder, bu resimler projeksiyonla gösterilerek müteaddit şahıslar tarafından münakaşa edilir. Bu bakımdan söyleyebilrim ki bronş patolojisini ancak böyle ince bir araştırma ile lâyıkiyle tetkik edebileceğiz.

İkinci ihtimal olarak hakikaten bunlarda basiller virülanslarını kaybetmişlerdir. Acaba neden bunlarda ameliyat düşünülmüştür? Bunlar muhitlerinde hiç bir tehlike arzetmeyen şahıslardır, binaenaleyh bunlarda ameliyat yaparken bunu düşünmemiz lâzımdır.

Üçüncü olarak *Berker* arkadaşımın tebliğlerine temas edeceğim. Ön arka tomografilerle tesbit ettiğimiz fos kaviter imajları yandan ve aksiyal tomografi ve anjiopnömografik tetkiklerle de tesbit etmek mümkün olacaktır.

Dr. Zülfü Sami Özgen

Arkadaşlarımızın müessesemiz hakkında ve bu arada, katalizör olan nâçiz şahsım hakkındaki, iltifatlarına minnet ve şükranlarımla teşekkür etmeyi bir borç bilirim. Müessese çok sağlam esaslar üstünde kurulmuştur. Güzel esaslarla kurulan müessese tabii yoluna devam etmektedir. Şahsen benim rolüm bu inkişafa mâni olmamaktan ibarettir.

Sık sık vak'a göndermeleri dolayısiyle kendisiyle tanıştığımız *Kemal Ağırnaslı* arkadaşımızın sordukları suale *Siyami Ersek* biraz sonra cevap verecektir.

Muhterem hocamız paşa hazretlerinin ve *Celâl* beyefendinin, arkadan *Eşref* beyin sordukları basil problemini biz de zaten müessesemizde kendi aramızda uzun müddet münakaşa etmiştik. Yalnız şu neticeye vardık, ortada tamamen müsbet esaslara dayanan anatomopatolojik neticeler var, basil faktörü bin bir türlü sebepler altında değişmektedir. *Eşref* bey arkadaşımın dediği gibi klinikte kraşasında B.K. bulunan bir hastanın bilâhare rezeke parçadan alınan kaviteden ve hattâ organ ekstresinden kobaya yapılan inokülasyon veyahut kültür vasatlarında üretme için yapılan incelemeler neticesinde çeşitli ve ayrı ayrı neticeler vermesi, bizi rezeksiyon endikasyonu koymak gibi müsbet bir yoldan çevirmemiştir. Bu tebliğin ruhu bu şekilde klinik donnelerle ve basil faktörüne dayanmıyarak, basilin müsbet olduğu zaman kıymet ifade ettiğini fakat basilin menfi olması takdirinde cerrahî müdahaleden hastanın hayatı bakımından müstağni kalamıyacağımızı isbat maksadı ile huzurunuza getirilmiş bulunmaktadır. Elimizde en kuvvetle dayandığımız delil histopatolojik tetkiktir, tabii burada bu tetkikin tafsilâtını veremedik. Fakat bizde *Bedrettin Pars* arkadaşımızın çalışmalarını gösteren detaylı raporları mevcuttur. Nitekim ağustos ayında arkadaşım *Siyami* ile birlikte Körn'de Kongreye iştirak ettiğimiz zaman bu vak'alarımızı orada da tebliğ ettik ve dünyanın konsepsiyonlarına uygun olduğunu yakinen müşahede ettik. Bu bakımdan yapılan ameliyatların bu günkü şartlar içerisinde ve bu günkü konsepsiyonlar dahilinde tamamiyle endike olduğunu ve çok müsbet neticelere vardığını zannediyoruz. Tabii tıpta kat'iyet olamayacağı için bu günden yarına pek kıymetli tenkitlerini nazarı itibare alarak daha mütekâmil bir yola girme çarelerini araştıracağımızdan da hiç şüpheleri olmasın.

Bu münasebetle bu kongrede sayın heyetinize takdim edilen vak'aların geniş bir alâka toplamış olmasından hakikaten büyük memnuniyet duymaktayım ve sanatoryum konseyinin, mazisi olan bu konseyin, Anadoludan veya İstanbul içerisinden ve diğer müesseselerden, Üniversiteden ve bu güne kadar vâki olan iltifatlarının devamını bilhassa istirham ederim.

Kendi servis arkadaşlarımızla servisten çıkan vak'alar üzerinde müsbet neticeler almak için çok münsik hareket ettiğimizden, endikasyon hudutlarımızda hasta lehinde tecelli ettirmek maksadından dolayı gönderilen bazı vak'alara hemen müdahale etmek imkânını bulamıyoruz. Bu toplu camiayı her zaman bir arada bulamıyacağız; iyi niyetlerimizin ve kendilerine iade etmek mecburiyetinde kaldığımız, yahut da ameliyat müdahalesini tehir etmek mecburiyetinde kaldığımız vak'alardan dolayı en geniş mânada müsamahalarına sığınmak isteriz. Bu vakıa kendi bünyemizde dahi ekseriya mücadeleli ve münakaşalı geçmektedir. Yalnız şu noktaya da işaret edeyim, arkadaşlarımın bütün çalışmalarını birleştirerek hasta lehinde bir karar çıkartılmasında biraz da âmil olan bir insan sıfatiyle arzedeyim, bu münakaşalar hasta lehinde tecelli etmektedir. Bu bakımdan kendilerinin tekrar tekrar müsamahalarına sığınır ve özür dilerim. Hepinizi saygı ile selâmlarım.

Dr. Siyami Ersek

Vakit pek kısa tahsis edildiği için bazı arkadaşlara belki cevap vermekte kusur edeceğim, onun için af diliyorum.

Evvelâ *Kemal* beyin sorduğu bir suali cevaplandırmak istiyorum. Tetkik edilen vak'alar arasında tüberküloz lezyonu olmayan vak'alar da vardır, bunlar ifade edilmemiştir. Gayemiz sadece tüber-

külozlularda bir tetkik yapmaktı bu itibarla klinik ve radyolojik olarak tüberküloz zannedilip cerrahiye sevkedilmiş, bununla beraber tüberküloz çıkmamış iki vak'amız mevcuttur. Bunlar listede ifade edilmemiştir.

Umumiyetle sorulan mühim bir sual var. Bu vak'alar ne zamandan beri takibedilmiştir? Nüks nisbeti nedir? Vak'alar 1950 senesinden bu güne kadar takibedilmiştir ve söylediğim gibi bunların %50'sinden fazlası da yakinen takibedilebilmiştir. Yakinen takip imkânını bize sağlayan rehabilitasyon müessesesidir. Rehabilitasyon müessesesindeki çalışanların büyük kısmını bizim rezeksiyonlu hastalarımız teşkil etmektedir. Bu itibarla bunları en az 1.5 sene ve hattâ rehabilitasyona *Moiz* bey baktığından ilânihaye takibetmek imkânına sahip bulunuyoruz. Nüks meselesine gelince, belki grafiklerde pek güzel tebarüz ettiremedim, nüks vasatî %4 nisbetinde husule gelmektedir. Yalnız nüksün husule geldiği şahıslar mühim bir mesele teşkil ediyor, biz sosyal durumu iyi ve sosyal durumu bozuk şahıslarda farklı netice gördük. Hemen hemen pirive, sosyal durumu iyi şahıslarda hiç bir nüks görmedik, bize nüksle gelen vak'aların büyük bir kısmı sosyal ve maddî durumu bozuk olan hastalardır ki bu, rehabilitasyon teşkilâtının memleketimizde ne kadar geliştirilmesi lâzım geldiğini bir kere daha isbat eder.

Kemal bey, deformasyon husule gelip gelmediğini sordular. Rezeksiyondan sonra prensip itibariyle nadiren torakoplasti yaptık. Ancak pnömoperituvan ve frenik felci ile deplâsman temin ettiğimizden torakoplasti yapmıyoruz. Bu bakımdan da hiç bir deformasyon husule gelmiyor. Bunlarda gerek ameliyattan evvel gerek ameliyattan sonra hafif nisbette fizik tedaviyi münasip görüyoruz ve yapıyoruz.

Refik bey vak'aların istatistiğine bakarak son senede 67 tüberküloz vak'asına müdahale edilmiş olmak itibariyle bizim son senelerde biraz gevşek davrandığımızı, vaktimizi boş geçirdiğimizi ima eder gibi bir tavır takındılar. Fakat biz hakikaten vaktimizi boş geçirmedik. Bu vak'alar sayı itibariyle azalmıştır, fakat bizim takdim ettiğimiz vak'alar Heybeliada Sanatoryumunda yapılan yalnız tüberküloz vak'alarıdır. No tüberküloz vak'alar değildir. Biz Heybelinin vaziyetini bu gün biraz değiştirmiş bulunuyoruz; biz Heybelide bir toraks santrı kurmak gayesiyle çalışıyoruz, onun için yalnız tüberküloz vak'alarını değil, tüberküloz dışı vak'aları da ameliyat ediyoruz.

Sonra belki adet itibariyle eski torakoplasti ve ekstra plöral yaptığımız senelere nisbetle bir düşüklük vardır fakat bu, ameliyatın çok zaman almasından ve daha fazla mesai icabettirmesindendir. Yoksa bizim boş oturduğumuzdan değildir.

Gayet mühim olan bir nokta netice almaktır; yoksa çok sayıda hasta ameliyat etmek değildir. Birinci, İkinci Dünya harblerinden sonra bir Japon müellifi çok tüberkülozu olan Japonyada, «tüberkülozu cerrahî olarak bertaraf etmek için plomaj usulünü kullandık» diyor. «Bu ekonomik bir usuldür yarım saat içinde müdahaleyi yapıyorduk ama o plombajdan mütevellit ihtilâtları bertaraf etmek için bilâhare üç misli zaman sarfettik» diyor.

Biz de bu gün ekstra plöral için sarfedeceğimiz zamanı ilerde onu tashih etmek için beş misli uğraşarak kaybedeceğiz. Bu itibarla mühim olan zaman değil, şifaya sevkedilen hasta sayısıdır. Sonra biz torakoplasti de ekstraplöral pnömotoraks da yaptık. Eğer bir metoda karşı tercihimiz varsa onun bize bahşetmiş olduğu müsbet neticelerden dolayıdır. Ekstraplöral pnömotoraks ve torakoplastiden yüreğimiz yandı. Bu gün en iyi neticeyi rezeksiyondan temin ediyoruz.

Hocam *Tevfik Sağlam*, belki bu usulün de ileride değişeceğini söylediler. Biz tekâmülü kat'iyen inkâr etmiyoruz ve en büyük meziyet olarak da tekâmüle uymayı görüyoruz. Yeni metotlar çıkar, rezeksiyon da pnömotoraks gibi gözden düşer ama biz daha yeni metoda uymasını biliriz.

Galip beyle tamamen hemfikir ve hemderdiz. Onun için söylenecek bir şey bulamıyorum, esasen Ankaralılarla umumiyetle daha fazla hemfikir oluyoruz.

Nimet bey de residiv meselesine temas ettiler, bunu biraz evvel arzetmiştim.

Bronkoaspirasyonu bir zaman biz de Heybelide denedik. Ama bu gün rezeksiyon gibi muteber bir metot dururken bronkoaspirasyonla uğraşmanın ne kadar kıymetli olacağını tahmin edemiyorum.

Celâl beyi de post operatif bakımdan tatmin ettiğimi zannediyorum.

Muhterem *Tevfik İsmail* bey bu vak'alarda uzun zaman antibakteriyel kullanılmasını söylediler. Hakikaten belki bu fikir prensip itibariyle doğrudur. Yalnız bizim ileri sürdüğümüz fikir şudur: ben bu gün yalnız bir cerrah gibi değil, aşağı yukarı bir fitizyolog gibi çalışıyorum, bu ikisini birleştiriyorum. Bu itibarla hem fitizyolog hem de cerrah gibi konuşabiliyorum. Bu vak'alarda antibakter-

yel tedavi şarttır. Bir vak'a geldiği zaman hemen cerrahiye sevkedilsin diye bir fikir ileri süremeyiz. Evvelâ muhakkak bir sanatoryal tedavi ile birlikte antibakteriyel tatbikatı şarttır. Fakat bunu ne zaman kesmelidir? Perşembenin geleceği çarşambadan bellidir, vak'a 3-4 ay içinde ileri salâh bulmuşsa antibakteriyellere muhakkak ve aynı şekilde devam edilir. Fakat bu müddet zarfında kavitesi baki kalan lezyonlarda sırf antibakteriyelle netice alabilirim diye hastayı bu ilâçlara da rezistan kılmak hem hasta hem de hekimler için hüsranla son bulur kanaatındayım.

Dr. Nemika Kileci Mürseloğlu

Galip Urak ve *Eşref Barkan* beyin konuşmamıza gösterdikleri ilgiye bilhassa teşekkür ederim. Burada biraz evvel maruzatta bulunurken galiba fikrimi yanlış ifade ettim. Esasen biz de sizin gibi cerrahî müdahaleyi ortadan kaldırmak fikrinde değiliz ve biz de biliyoruz ki cerrahî müdahale, sistem hastalığı olan tüberkülozu tamamen temizlemeğe kâfi gelmez. Tüberküloz gibi şümullü bir hastalıkta yalnız rezeksiyona bel bağlayarak diğer tedavi metotlarını ihmal etmenin hata olacağını tebarüz ettirmek istemiştik. Müşahedelerimize göre tıbbî tedavi ile kollapsoterapiden faydalanabileceğine inandığımız vak'alarda bunları hiç tecrübe etmeden hemen cerrahî müdahalelere geçmek bilmem ne dereceye kadar doğrudur. Bahusus cerrahî müdahaleye hazırlamak için hastayı uzun müddet stabilize etmek durumundayız. 6 ay zarfında biz bu hastalarda şifaya yakın bir salâh elde edersek bu vak'ayı da kaldırıp cerrahiye mi teslim edelim? Bizim müdafaa etmek istediğimiz tez bu idi.

Diğer taraftan *Eşref* bey arkadaşımızın söyledikleri gibi biz de üçlü antibiyotik kullanıyoruz. Bu şekil rezistansı geciktirmek bakımından çok iyi neticeler vermektedir.

SEKİZİNCİ CELSE

VEREM ALLERJİSİNİN SANSİBİLİSAN ÂMİLİ HAKKINDA

Dr. NUREDDİN ONUR

Von Pilquet'nin çiçek aşısı revaksinasyon'u müşahedelerinde tesadüf ettiği bir hâdiseyi, tüberkülin teamüllerinin izahına tatbikten bu güne kadar devam etmekte olan ve belki bir müddet daha uzayacağı tahmin edilebilen münakaşalara mevzu teşkil eden (Tüberküloz allerjisi)'nde bütün müelliflerin fikir birliği, sadece, *J. Bordet*'nin (Ce terme d'une élégance toute Héllenique) dediği a l l e r j i kelimesi üzerinde hasıl olmuş, fakat bu hâdisenin mahiyet ve mekanizması henüz kesin olarak halledilememiştir.

Bir zamana kadar malûm sayılan noktalardan biri, hattâ en belli başlı addedileni (Tüberkülin allerjisini tevlit edecek hypersensibiliténin, verem basilleri proteinleri vasıtası ile hasıl edilemiyeceği) fikri olmuştu. Her ne kadar *Dienses* ve *Schoenheit*, bazı hususî şartlar altında âdi proteinlerin de, tüberkülin allerjisini andıran, bir hypersensibilite hasıl edebildiklerini meydana koyabilmişler ise de, verem basilleri protidlerinin bu hâdiseyi niçin tevlit edemediklerini izah edememişler ve bu meçhuliyet uzun zaman devam etmişti.

Baldvin ve *A. Krause* tüberküloz hypersensibilité'sinin husulü için aktif bir (Foyer tuberculeux)'nün mevcut bulunmasının şart olduğunu ileri sürmüşlerdi. Bu görüş de tüberküloz allerjisinin yalnız husulünü izah edebiliyor, fakat ne mekanizmasını ve ne de bahusus bütün basiller harab olduktan ve uzviyette makroskopik ve mikroskopik şifa teessüs ettikten sonra da, daha bir müddet, bu allerjinin devam etmesi meçhulünü aydınlatamıyordu.

Uzunca bir müddet verem basillerinden hypersensibilisant karakterde bir maddenin invitro elde edilmesi mümkün olamamıştı.

Nihayet son yıllarda, *E. Seibert*'in devamlı mesaisi sayesinde bu konu da bir hayli aydınlandı ve bundan sonra ilgili çevrelerin gözleri, tekrar, basil protidlerine çevrildi. *E. Seibert*'in tecrübelerinde şunlar sabit olmuştu:

1. Verem basillerinin mayi kültürlerinde coagulable proteinlerin zuhuru ile, bu kültür filtrasındaki tüberkülinik faaliyet hemen aynı zamana rastlamaktadır.
2. Bu protidler tersip edilirlerse, filtrada tüberkülin kudreti kalmaz.
3. Bu protidler tasfiye edilirlerse, azot miktarının, tüberkülin kudretleriyle muvazi olduğu görülür.
4. Pepsine ve trypsine bu protidleri nasıl tahrip ederlerse, tüberkülini de aynı şekilde tahrip ederler.
5. Tüberküloz kültürü filtrasının aktif maddesi, elektroforezde, bu protidlerle beraber yürür.

E. Seibert'in invitro vasıl olduğu bu neticeler, in vivo sahada bu günkü bilgilerimize tevafuk etmektedir.

Sağlam bir kobayda tüberküloz hypersensibilité'si hasıl olabilmek için bir verem foyer'sinin mevcudiyetinden başka, buradaki verem basillerinin evvelâ désintégré olmaları ve bunun neticesinde sensibilisant karakterli spécifique protidlerinin serbest kalmaları şarttır. Netekim *E. R. Long*'un meşhur tecrübesinde; veremli kobay akciğerinin gliserin hülâsası, veremli kobayda müsbet allerji teamülü verdiği halde, normal kobay cildinde kalması, sağlam kobay akciğerinin gliserin hülâsasının ise hem veremli ve hem sağlam kobayların cildinde daima menfi teamül vermesi, foyer tuberculeux-nün, basil proditlerinin allerji tevlit eden aktif prensiplerini ihtiva ettiğini sbat eder.

Diğer taraftan, veremli kobaya zerkedilen tüberkülini, hattâ fazla miktarda olsa bile, idrarda bulmak kabil olamaz. Halbuki normal kobaya zerkedilen tüberkülini idrarda bulmak mümkündür. Bu müşahedeler isbat ederler ki, hipersensibilité tuberculeuse husule gelebilmek için, bir verem foyer'sinin mevcudiyeti şart olmakla beraber, buna ilâve ve hattâ bunu itmam etmek üzere foyer basillerinin désintégré olmaları ve bu suretle hypersensibilité'nin aktif prensipleri olan protid tabiatlı cisimlerin serbest kalmaları icabeder. Ancak bu sayede verem foyer'si tüberkülini tesbit edebilir. Bu in vivo müşahedeler, *E. Seibert*'in in vitro buluşlarını teyit eder.

Filhakika, 1950'de neşrettiğimiz ve verem allerjisi konusundaki çalışmalarımızın bir kısmını teşkil eden tecrübelerimizde, B.C.G. zerki suretiyle allerjileri temin edilmiş kobayların muhtelif organlarının tüberkülini tesbit edebildiklerini kantitatif olarak göstermeğe muvaffak olmuş ve bu bakımdan muhtelif organların kudret farklarını da meydana koyabilmiştik.

Tuberculeux bir foyer'de tüberkülini tesbit edebilen basil protidlerinin serbest kalmalarını izah için, üç muhtelif âmilin bir arada tesirini kabul eden müellifler çoktur. Bu sebepler: 1. Makrofaj fermentleri, 2. Kazeifiye dokunun fermentleri ve 3. Bizzat basillerin fermentleri'dir. Bunlar tuberculeux foyer'deki lyse bacillaire hâdisesinin en mühim âmili olarak makrofaj fermentleri üzerinde dururlar.

Bizim bu konu üzerinde devam eden tecrübelerimiz verem basilleri lysat'larında lyse tevlid eden âmilin nev'i bakımından esaslı hiç bir fark bulunmadığını, yani lytique faktör hangi natürde olursa olsun ferment mekanizması ile meydana gelen désintégration mahsulünde, bilhassa biyolojik karakteri ile isbatı kabil, bir ayrılık bulunmadığı kanaatını hasıl etmişti (Veremli kobay akciğer ve dalağı, veremli danaların lenf ukdeleri).

Müşahede ve kanaatlerimizce, verem basillerinin désintégration'unda basillerin kendi ferment'lerinden başkaca bir faktör düşünmeğe lüzum yoktur. İn vivo lyse hâdisesinden makrofaj ve nesic fermentlerinin rolleri prépondérant olmaktan uzaktır. Bilhassa caséum'daki désintégration'un sebeplerini daha başka sahalarda aramalıdır. Eğer in vivo lyse için bu iki faktörün müşterek tesiri vaki olmuş bulunsaydı, umumî biyolojik kaideye tabi olarak, mahsulde, yani lysat'da, onların hâdiseye participation'larını teyid eden izlerini bulmak mümkün olacaktı. Bunun bu güne kadar isbat edilmiş olduğunu biz bilmiyoruz.

Buna binaen bu iddiayı teyid veya cerh etmek üzere şu şekilde bir kontrol tecrübesi tertibettik:

1. Autolyse bacillaire neticesinin in vitro mahsulü ile in vivo mahsulü arasında herhangi bir biyolojik fark var mıdır?

2. Autolyse'in in vivo mahsulünün karakteri infecté kobayda tüberkülin allerjisi hasıl etmektir. Burada âmil olan makrofaj ve nesic fermentlerinin iştiraki zarurî ise, in vitro autolyse mahsulü bunlardan mahrum olacağı için, tüberkülin hassasiyeti tevlit etse bile,

kudreti bakımından, birincisinden zayıf olması icabedecektir. Bu takdirde sadece in vitro autolyse'in sensibilisant kudretini araştırmak bu soruyu cevaplandırmağa kâfi gelecektir ve bu suretle de foiyer tüberküleux'nün mevcut olması şartı ortadan kaldırılmış olduğu için, bu tesirden azade bir mahsul üzerinde çalışmakla maksada vasıl olmak imkân dahiline girmiş bulunacaktır.

Tecrübenin şekil ve şartları:

100 u.t. PPD'ye menfi teamül veren, 480 gram ağırlığındaki erkek, beyaz kobayın derisi içine;

A. 1/10 tüberkülin brute'den 0,1 ml.

B. Non virulent (B.C.G.) sığır tipi verem basillerinin Sauton vasatındaki natif autolysat filtrasından 0,1 ml.

C. A ve B'nin müsavi miktar mahlûtundan 0,1 ml. zerkedildi. 96 saat sonra kobayda;

A. Zerk noktasında menfi teamül (normal kobayın tüberküline normal cevabı).

B. Zerk noktasında menfi teamül (Autolyse mahsullerinin normal kobayda tüberkülin teamülünü verememeleri).

C. Zerk noktasında 18×22 mm. müsbet teamül (Basil protidleriyle lokal sensibilisation, tüberkülinin bu protidlere tesbit edilmesi, bu kombinezondan beklenen müsbet allerji).

SUMMARY

On the sensibilizing factor in tuberculous allergy

1. The cause of hypersensibility in tuberculinic allergy is the presence of protides freed after the autolysis caused by the enzymes of tuberculosis bacilli. The comparison of the autolytic material in vivo and in vitro does not indicate any difference.

2. Although the presence of a tuberculous focus in the body is considered essential to form an allergy, the main factor is the diffusion of specific and active protides freed beforehand.

3. The fixation of tuberculine by the protides originating from bacilli nesting in the cells of tuberculous organs explains the focal reaction to tuberculine.

4. The time needed by the bacilli of tuberculosis to penetrate into a healthy organism, to multiply, disintegrate entirely and build allergizing bodies, corresponds to the antiallergic period; if the protides (as observed experimentally) unite with tuberculine in a pure state, this period is shortened to a minimum.

RÉSUMÉ

Sur le facteur sensibilisant de l'allergie tuberculeuse

1. La cause de l'hypersensibilité dans l'allergie tuberculinique n'est autres que les protides mis en liberté a la suite de l'autolyse de bacilles tuberculeux provoquée par les ferments qu'ils contiennent. La comparaison des matières d'autolyse in vivo et in vitro ne montre aucun différence.

2. Bien que la présence d'un foyer tuberculeux dans le corps soit nécessaire pour qu'on puisse parler d'allergie tuberculinique, la condition essentielle en est la propagation des protides spécifiques et actifs mis en liberté.

3. La fixation de la tuberculine par les protides des bacilles qui se trouvent dans les cellules d'organes tuberculeux explique la réaction focale à la tuberculine.

4. Le temps nécessaire aux bacilles de la tuberculose pour pénétrer dans un organisme sain, s'y multiplier, se désintégrer complètement et former des corps allergisants correspond à la période anti-allergique; dans le cas où ces protides (comme cela se produit exparimentalement) s'unissent avec la tuberculine à l'état pur, cette période est réduite au minimum.

İstanbul Milletlerarası Verem Savaşı Olgunlaşma ve Gösteri Merkezi Direktör

Prof. Dr. Tevfik Sağlam

«CONCURENT» USULLE B.C.G. AŞISI (Arlindo DE ASSIS Metodu)

Dr. HÜSEYİN DEDEBAŞ

Mediko sosyal bir hastalık olan tüberkülozda immüniteyi sağlamak için B.C.G. yapıyoruz ve bunda muvaffak olup olmadığımızı tüberkülin testleri ile kontrol ediyoruz. Fakat aynı zamanda biliyoruz ki allerji ve immünite birbirinden tamamen ayrı iki fenomendir. Allerjinin derecesi immüniteyi göstermekten uzak olduğu gibi ve hattâ bazan allerji faydalı olmaktan ziyade zararlıdır. Bütün bu hakikatler için yeter derecede tecrübî araştırmalar literatürde mevcuttur *Calmette, Rich* ve arkadaşları, *Schwabacher* ve *Wilson, Rothscild* ve arkadaşları, *Willis, Welles* ve *Brooke, Birkhaug, Corper* ve *Cohn*, v.s.). Diğer taraftan De Assis metodu ile B.C.G. aşısı bu hakikatleri pratik olarak da teyid etmektedir. Şöyle ki bu metodla tüberküloza karşı çok yüksek derecede immünite sağlanırken aynı zamanda allerji kurbunda düşüklük görülmektedir.

Concurent usulle B.C.G. aşısında metod; şahsa ağız yoliyle antijenden her ay ve bir defasında 100 mgr.lık dozlardan 6 defa vermektir. Ayrıca antijenin taze olmasına ve aşı verildikten sonra bir saat müddetle başka bir şeyin yenip içilmemesine dikkat etmelidir.

Mamafih usulün esası bu olmakla beraber değişiklikler daima yapılmış ve yapıla gelmektedir. Meselâ *Rosemberg* antijeni bir ay yerine 15 günde bir vermekle zamandan kazanılacağını ileri sürmüştür. Bundan başka bizzat *De Assis* başta gelmek üzere bir çok müellifler kâhillerde 100 mgr. lık dozlar yerine 200 mgr'ı tavsiye etmişlerdir. Biz çalışmalarımızda (tüberküloza karşı en mükemmel muafiyet allerjinin kaybolmasiyle başlar) prensibini esas ittihaz ettik ve bunun için de her ay 100 mgr. ağızdan B.C.G. vererek şahıslarda allerji husule getirdik ve daha sonra bu allerji kayboluncaya kadar aşıya aynı tarzda devam ettik.

Bu usulle aşıdan alınan neticelere geçmeden önce Concurent metodunun dayandığı yüksek dozda antejeni vücuda vermenin Brezilyada geçirdiği tekâmülü kısaca görelim.

Brezilyada bu çalışmalara 1927'de başlanmış ve son senelere kadar daima araştırıcı vasfını muhafaza etmiştir.

Önce klâsik metodla aşıya başlanmış yani doğumu takibeden ilk 10 gün içinde birer gün ara ile üç defa 10'ar mgr.lık aşı verilmiştir. 1929'da bu doz iki misline 1940'da üç misline çıkarılmıştır. 1942'den itibaren aşı bir defada 100 mgr. (Dose de choc) verilmiş, 1947'den sonra da Concurent usulle B.C.G. tatbikine geçilmiştir. Araştırmalar burada da kesilmemiş daha evvel tüberkülin testi menfi olanlara yapılan aşı bu defa allerji gösterenlere ve hattâ tüberküloza müptelâ hastalara da tatbik edilmiştir. Daha 1947'de *Arlindo De Assis* şahsî tecrübelerinin verdiği yetkiyle akciğerleri radyolojik olarak normal olanlara allerji kontrolu yapmadan aşıyı verebiliriz demiştir. Ve ilerde antitüberküloz profilaksinin tutacağı yolun bu yol olacağını iddia etmiştir.

Günlük çok yüksek B.C.G. dozlarına çocukların hiç bir fena reaksiyon göstermemesi ve eski usullerle aşılanmışlarda az olsa bile gene tüberküloz hastalığı görülmesi Concurent aşıyı doğurmuştur.

Nitekim *Carvalho* 1937'de aşılanan çocuklar arasında %20.8 morbidite ve %2.1 mortalite aşılanmamışlarda ise %39.6 morbidite ve %13.2 mortalite bulduğunu yazmıştır; *Rosemberg* 1946'da morbiditeyi ağızdan aşılanmışlarda %3.22, aşılanmamışlarda %43.84 bulmuştur ki bu sonuncu grubun sonradan gösterdiği mortalite nisbeti %26.92'dir. 1949'da *Mc Dowal* ağız yolu ile aşılanmışlarda morbiditeyi %3.13, aşılanmamışlarda ise %13.44 bulmuştur.

Bu istatistiklerden anlaşılacağı veçhile ağız yolu ile B.C.G.'den alınan neticeler entradermik yolla alınanlara tekabül etmektedir. 1946'da morbiditeyi daha da düşürmek gayesiyle *De Assis* Concurent usulle aşıya başlamıştır. İlk defa ailelerinde tüberküloz olan 61 süt çocuğuna aşıyı tatbik etmiştir. Bu çocuklar 1950 senesine kadar takibedilmiş hiç bir tüberküloz vak'ası tesbit edilmemiştir. Yalnız bu çocukların 9'unda muhtelif zamanlarda hilus gölgelerinin arttığı müşahede edilmiş fakat tedaviye tabi tutulmadıkları halde kalsifikasyon ve iz bırakmadan bu belirtilerin geçtiğini görmüştür. Müteaddit müşahedelerin devamı müddetince bu vak'aların mide suyundan kobaylara şırınga yapılmış ve hiç bir zaman Koch basili tesbit edilmemiştir. *De Assis* Rio dö Janeiro Fondation Ataulfı Paiva'da doğumu müteakip 778 çocuğu aynı şekilde 1946'dan itibaren aşılamış, 1954 sonuna kadar bu çocuklardan yalnız ikisinde tüberküloz görmüştür.

Nascimento ve *Alvim* 1947 ile 1952 arasında Rio dö Janeiro'nun çok fakir bir mahallesinde 550 çocuğu Concurent metodla aşılamışlar, bunlardan yalnız iki tanesi tüberkülozdan ölmüştür. 15 çocukta hilus gölgelerinde artma müşahede edilmiş fakat bunların mide suyundan yapılan kobay aşılamaları daima menfi kalmıştır.

Rosemberg ve *Macarron* 1947 ilâ 1953 seneleri arasında 2100 yeni doğmuş çocuğu Concurent usulle aşılamışlardır. Bu çocuklardan bir kısmına aşı bir ay, bir kısmına da 15 günde bir verilmiştir. Böylece birinci grubun aşısı 5 ayda, ikinci grubun ise 75 günde tamamlanmıştır. 2100 yeni doğmuş çocuktan 604'ü ailelerinde tüberküloz bulunduğundan çok sıkı bir kontrola tabi tutulmuştur. Bu çocukların yalnız birisinde spesifik rahatlılık tesbit edilmiştir. 28'inde hilus ve bronko-vasküler gölgelerde artma görülmüş fakat hepsi de kendiliğinden geçmiştir. Bu çocuklarda yapılan kültür ve kobay tecrübelerinde basil tesbit edilmemiştir.

2100 çocuktan geriye kalan 1506'sında ise muhitlerinde tüberküloz bulunmadığından bunların muntazam yapılan kontrollarında hiç bir hastalık tesbit edilmemiştir.

Biz çalışmalarımıza 1953'den itibaren Dünya Sağlık Teşkilâtı Epidemiyoloji Servisinde tecrübî olarak başladık. Yukarıda da bahsettiğimiz gibi Concurent usule doz bakımından mutlak bir sadakat göstermedik.

Desansibilizasyon elde edebilmek amacı ile bazan 600 mgr'ın üzerine çıktığımız gibi bazan da bu dozun altında kaldık. De Assis metodu ile aşıladığımız 92 şahıstan 13'ü yeni doğmuş süt çocuğu olduğundan bunlarda allerji kontrolu yapmadan aşıya başladık. Diğer vak'aları önce 5 ut.lik Mantoux ile kontrol ettik ve reaksiyonları menfi olduğundan aşıya başladık.

Yukarıda zikrettiğimiz 92 vak'adan 29'u bir veya iki defa aşı aldıkları halde mükerrer davetlerimize icabet etmediklerinden dolayı bilûmum kontrollarını yapamadık. Bundan dolayı da bu şahısları istatistiğimize ithal etmedik. Geri kalan 63 vak'amızda evvelâ iki doz aşıdan sonra ve daha sonraları her ayki müracaatlarında bohamahal allerji kontrolu yaptık.

Aşılanan 63 çocuğun en küçüğü 4 günlük bir bebek, en büyüğü ise 19 yaşında bir lise öğrencisiydi. Aşıları her ay verilmiş, radyolojik ve allerji kontrolları muntazam yapılmış 63 şahsı üç grupta toplamak mümkündür:

A. Allerji göstermiyenler. Bu grupta 24 şahıs mevcut olup 2 ilâ 7 defa 100 mgr. aşı verildiği halde allerji kontrolu menfi kalmıştır. Ve aşıya devamı reddetmişlerdir.

B. Allerji gösterenler. Bu grupta ise 14 şahıs mevcut olup bunlarda da en az iki en fazla 7 defa 100 mgr. B.C.G. verilmiş, allerji husule gelmiş fakat ısrarlarımıza rağmen muhtelif tesirler altında aşıya devam etmemişlerdir.

C. Desansibilizasyon gösterenler. Bu gruptaki 25 şahısta arzuladığımız neticeler elde edilmiştir. Bunlara 100 mgr.lık B.C.G. ağızdan 2 ilâ 7 defa verilerek allerji husule gelmiş sonra aşıya devam edilerek 4 ilâ 13 defada Desansibilizasyon elde edilmiştir.

Bütün bu gruplardaki 63 çocuğun radyolojik tetkikleri muntazam yapılmış ve daima normal bulunmuştur. Yalnız şunu ehemmiyetle belirtelim ki bu çocukların aile muhitlerinde basilifer hastanın mevcut olup olmadığını tahkik imkânına malik olmadığımızdan bildiremiyeceğiz.

Bizim bu tebliğimiz zaman süresinin kısalığından dolayı kat'î bir fikir vermekten halen uzaktır, ilerki senelerde bu çocukların kontrolları ve bilhassa kuran olarak halen yapılmakta olan B.C.G. ile mukayesesi faydalı olabilir.

Netice olarak şunu söyliyebiliriz, Brezilyada Concurent usulle B.C.G.'den fevkalâde neticeler alınmıştır. Biz de bu usulü memleketimizde bir an evvel daha geniş mikyasta tatbike başlamalıyız.

LİTERATÜR

1. **De Assis. A.**; XIe Conférence de l'union internationale Contre la tuberculose. 477.
2. **Bernard. E.** ve arkadaşları; 1955. La semaine des Hopitaux.
3. **Griesbach. F.**; La vaccination par le B.C.G. 1954. 99 ve 169.
4. **Kraus. E.**, et **Dvorak. J.**; La presse medicale 1954. 1680.
5. **Saenz. A.** ve arkadaşları; Bilan international de la tuberculose 1954. 68.

SUMMARY

B. C. G. vaccination by the «Concurrent» method (Method Arlindo de Assis)

Considering the excellent results obteaned in Brasil by the vaccination with massive oral doses of B.C.G. (de Assis method) we tried this new method for the first time on 63 subjects.

Among these 63 persons, we noted a desensibilization in 25; 14 showed allergic manifestations; the remaining 24 did not show any allergy.

The radiological examination of 63 vaccinated children has been repeated at regular intervals and normal findings were noted each time.

RÉSUMÉ

La vaccination par le B. C. G. par la méthode «Concurrente» (Méthode Arlindo de Assis)

Prenant en considération les excellents résultats obtenus au Brésil par la vaccination au moyen de fortes doses orales de B.C.G. (Méthode de Assis), nous avons pour la première fois expérimenté cette méthode sur 63 sujets.

Parmi ces 63 sujets, nous avons constaté une désensibilisation chez 25; 14 d'entre eux ont manifesté une allergie; les 24 restants n'ont pas manifesté d'allergie.

Les examens radiologiques des 63 enfants vaccinés ont été répétés à intervalles réguliers et trouvés chaque fois normaux.

Erenköy Sanatoryumu

Başhekim

Dr. Seyfettin Köksal

TÜBERKÜLOZDA İPERSANSİBİLİTE

DR. SEYFETTİN KÖKSAL

Tüberküloz teması bakımından o zamana kadar bâkir kalmış bir organizmanın geçireceği bir primoenfeksiyonu müteakıp yeni bulaşmalara karşı daha başka şekilde reaksiyonlar vereceği ve böyle bir durumda bu reaksiyonların bir taraftan o organizmanın sansibilite ve mukavemet faktörlerine, diğer taraftan ve bilhassa yeni buluşmayı yapan basillerin miktarına tabi olarak değişik manzaralar göstereceği daha Koch zamanından beri bilinmekteydi. Eğer geçirilmiş olan bu primoenfeksiyon standart tipte cereyan etmişse, yani hemen bütün primoenfeksiyonlarda olduğu gibi bu olayın başlangıç zamanlarında vaki olabilecek dağılma ve yayılmalar dışında gerek endojen gerekse ekzojen süperenfeksiyonlara maruz kalmadan ve komplikasyon husule getirmeden kireçlenme ile nihayet bulmuşsa, ipersansiblite ve mukavemet bakımından o organizmada birbirini takibeden beş safhanın ayrılabileceği bu gün bir çoklarınca tasavvur edilmiştir.

Birinci safha vücudün anerjik durumunu ifade eder. O zamana kadar hiç tüberküloz teması geçirmemiş olan vücut için basiller ancak yabancı birer cisim durumundadırlar.

İkinci devre basilin girişinden tüberkülin allerjisiyle tesbit edilen ipersansibilite halinin ve bununla birlikte kazanılmış mukavemetin başlamasına kadar geçen zamana tekabül eder. Bu devreye anteallerjik zaman ismi verilmiştir. İnsanlarda bu zaman ortalama 15-60 gün arasında değişmektedir. 5 güne kadar indiği ve 120 güne kadar uzadığı da görülmektedir. Bu müddetin primoenfeksiyonu yapan basillerin virulansiyle değil; miktariyle orantılı olduğunu gösteren bir çok tecrübeler vardır. Bermûtad ante-allerjik devre basillerin allerjik reaksiyonları tahrik etmeden ve kazanılmış bir mukavemetle de karşılaşmadan vücudü istilâ devrelerine tekabül eder. Ante-allerjik devrede basillerin vücudü istilâsı keyfiyeti bunların hem miktarlarıyla, hem de virulanslariyle orantılıdır. Hayvan tecrübelerinde 3 mgr. miktarındaki virulan kitlevî zerklerden henüz 15

dakika sonra nahiyevî gangliyonda ve 30-40 dakika sonra da kan ve bütün organlarda basil bulunması bunun bir misalidir. Biz bazı B.C.G. vak'alarında allerjinin henüz teessüs edemediği ilk 15 gün zarfında süpra-klaviküler gangliyonların şiştiklerini görmüştük.

Üçüncü safha uzviyette sansibilitenin ve bununla birlikte kazanılmış mukavemet halinin tedricen gelişmeğe başladığı zamandır. Bu safhanın devamı müddetince primoenfeksiyon olayının anatomo-patolojik tekâmülüne uygun olarak allerji münhanisinin nisbeten süratli bir çıkış gösterdiği ve sonradan daha yavaş bir şekilde inmeğe yüz tuttuğu görülür. Ortalama 2-4 sene devam edecek olan bu üçüncü devrede bir müddet sonra vücudün basillerden sterilizasyonu olayı da başlar. Bu keyfiyet de bir çok hayvan deneyleriyle sabittir. B.C.G. aşısı ile meydana getirilen primoenfeksiyonlarda ise 2-3 ay sonra organizmada artık canlı basil bulunamadığı bir hakikattir. Bu devrede kazanılmış mukavemet münhanisi de allerjiyi pek yakından takibeder ve bir zaman sonra bu münhani allerji münhanisinin üstünde seyre başlar.

Dördüncü devre sansibilitenin zahirde söndüğü, fakat henüz uyandırılabilecek bir halde bulunduğu zamanı ifade eder. Kazanılmış mukavemet hali bu devrede henüz devam etmektedir. *Baldwin-Gardner* ve *Willis* fenomeni böyle bir devrenin var olduğunu isbat etmektedir. Malûmdur ki tüberkülin testleri (—) çıkan bazı kimselerde, bilhassa ihtiyarlarda yapılan B.C.G. aşısı bazı defa 3-6 gün zarfında şahsın yeniden allerjik bir duruma girdiğini göstermektedir. Diğer taraftan B.C.G. ile aşılanmış ve sonradan şüpheli (+) deri reaksiyonları gösteren kimselerde azaltılmış ikinci bir B.C.G. ile allerjinin teessüs edip etmediğini anlamak hemen klâsik bir usul halindedir. Dördüncü devre standart bir primoenfeksiyondan sonra ortalama 4-5 sene devam eder. B.C.G. ile meydana getirilen primoenfeksiyonlarda ise 1-1,5 senede nihayet bulur.

Beşinci safha artık sansibilitenin ve kazanılmış mukavemet halinin tamamen kaybolduğu ve o organizmanın ikinci bir primoenfeksiyona yeniden müsait anerjik bir durum kazandığını belirten devre karşılığıdır. Bu devre primoenfeksiyonun başlamasından itibaren takriben ve ortalama 5-6 senede teessüs eder.

Şu hakikatlere göre standart bir primoenfeksiyondan sonra allerji münhanisi nisbeten süratli bir yükseliş göstermekte, vasıl olduğu azamî seviyede bir müddet kaldıktan sonra çok daha tedrici bir düşüş arzetmekte ve nihayet değişen bir zaman içinde sıfır noktasına kadar inerek organizma yeniden bâkir bir durum kazanmaktadır. Acaba bu durum, bu düşünüş bütün realitelere uygun mudur? Ve tüberküloz gelişmelerinde ipersansibilite olayının hiç bir rolü yok mudur? Bu meseleyi iyice izah etmek üzere allerjik reaksiyonların mahiyetini gözden geçirmek icabeder.

Malûmdur ki evvelce enfekte edilmiş kobayların ipersansibilitelerinin en yüksek seviyeye vardığı zamanlarda deri yolu ile reenfeksiyona maruz bırakılmaları halinde nekrotik vasıflı Koch fenomeni husule gelmekte, reenfeksiyon peritoneal yapıldığı takdirde hemorajik, pumonlar yolu ile tekrarlandığı takdirde enfiltratif-pnömonik reaksiyonlar görülmektedir. Bütün bu olayları ve bilhassa Koch fenomenini hakikî bir şekilde görebilmek için 0.1-1 mgr. miktarında basil kullanmak icabeder. Eğer allerji münhanisinin en yüksek bir devrinde bulunmasına rağmen basil miktarı tedricen azaltılacak olursa zerk yerinde erken teşekkül eden ve çabuk kapanan bir apseleşmeden itibaren, ortasında küçük bir krut gözüken bir papüle, enfiltratif bir papüle, nodüler bir sertliğe ve nihayet hafif bir kırmızılığa kadar değişen lokal reaksiyonlar görülür. Çok daha az miktardaki basillerle ise ancak mikroskopik tagayyürat elde edilir ve nihayet hiç bir reaksiyon görülmez olur. Dikket edilecek olursa burada allerjik reaksiyonun şiddeti bu durumun münhanisinin bulunduğu seviye ile değil hayvanı reenfekte eden dozla mütenasiptir ve ipersansibilite tezahüratının görülebilmesi için allerji münhanisinin bulunduğu hizadan ziyade yeniden karşılaşılan basil miktarının ehemmiyeti daha büyüktür.

Diğer taraftan aynı zamanda ve aynı miktarda basille enfekte edilmiş olan kobaylarda sonradan Koch fenomenini tahrik edecek olan doz miktarı da hayvanın doğuştan ve kazanılmış mukavemetleriyle izah edilen şahsiyeti ile de ilgilidir. Bazıları aynı dozda yapılan reenfeksiyona karşı defaten Koch fenomeni ile cevap verdikleri halde diğerlerinde bu reaksiyon daha minimal gözükebilir. Biz bu hayvan tecrübelerini klinikte istemiyerek insanlar üzerinde de müşahede etmekteyiz. Basil ihtiva eden ampiyemlerin tahliyesi sırasında iğne ile sürüklenen basillerden bir kısmı mecburen deri altına tesbit edilirler. Burada bir kaç gün sonra bir sertliğin, bir nodülün teşekkül ettiğini görürüz. Bir hastada bu nodül tıpkı minyatür Koch hâdisesinde olduğu gibi apseleşerek harice açılır ve iğne yeri bir kaç günde kapanır. Bir başkasında nodülün büyüdüğü, fakat açılmadan kendiliğinden iyi olduğu görülür. Bir üçüncüsünde geniş nekrotik reaksiyonlarla deri harabiyeti başlar. Diğer birinde ise ampiyem

mayiinde mebzul B.K.'nın mevcudiyetine rağmen iğne yerinde hiç bir belirti görülmiyebilir.

Koch fenomenini meydana getirebilmek bahsinde primoenfeksiyonla reenfeksiyonu ayıran zaman da mühim bir rol oynar. Çok defa allerjinin en yüksek seviyede bulunduğu zaman Koch fenomenini tahrik edecek olan doz henüz Ante-allerjik devrede iken veya allerjinin sönmek üzere bulunduğu muahhar zamanlarda bu fenomenin ancak minyatür şekillerinin meydana gelmesini sağlar ve hakakiî Koch fenomenini elde edebilmek için dozu artırmak icabeder.

Nihayet bir primoenfeksiyon olayını geçirdiği muhakkak olarak bilinen veya hep birlikte ve aynı zamanda B.C.G. aşısı tatbik edilmiş olan kimselerde allerjinin teessüs edip etmediğini anlamak için bazılarında 5 ünitelik bir mantu kâfi geldiği halde diğer bir kısmında 50 ünitenin bile kifayet etmediği görülür.

Bütün bu tecrübe ve müşahedeler göstermektedir ki türlü şekillerde tezahür eden ipersansibilite reaksiyonlariyle bunların minyatür şekilleri veya hiç bir karşılık gösterilmemesi olayı, yani ipersansibilitenin ölçüsü şahsın yalnız allerjik durumu ile değil, fakat bilhassa yeniden aldığı basil miktariyle veya ekstreleriyle mütenasiptir ve bu vaziyet her şahsa, her şahsın allerji münhanisinin bulunduğu seviyeye, onun doğuştan ve kazanılmış mukavemet hallerine göre şu veya bu şekilde değişik neticeler alınmasına sebep olmaktadır. Şu halde bir kelime ile ifade etmek lâzım gelirse her şahısta ipersansibilite ölçüsü olarak ayrı bir eşik, bir söy vardır. Bu sebeple de reenfeksiyon basilleri miktar itibariyle şahsın sansibilite eşiğine vasıl olamadıkça allerjik reaksiyonları tahrik edemezler. Daha açık bir tabir ile bir reenfeksiyon karşısında şahıslarda görülen ipersansibilite belirtileri, yani bizzat tüberküloz hastalığı, allerji münhanisinin daha evvel ve kendiliğinden yükselmiş olmasından değil, yeniden karşılaşılan basillerin ipersanbilite eşiğine varması ile bu münhaniyi sonradan yükselmeğe tahrik etmesi neticesinde görülür.

Allerji münhanisinin tek bir çıkış gösterdikten sonra tedricen düşmesi ve sonunda tamamen sönmesi mukadder olduğuna göre büyük şehirlerde %100'e yaklaşan (+) deri reaksiyonlarını ne ile izah etmek kabildir. Burada iki durum mevzuubahistir. Bu gibi kimselerde ya geçirdikleri primoenfeksiyonlar sırasında organizmanın orasına burasına dağılmış olan basiller; kapalı odaklar içinde, hiç bir hastalık eseri göstermeden; canlı olarak durmakta veya bir hastalık meydana getirmiyecek kadar küçük çıkışlar yapmakta ve şahısların kendileri de böylece sansibl durumlarını muhafaza etmektedirler. Yahut da vücutlarındaki primoenfeksiyon basilleri tamamen sterilize olmuş ve allerjileri de gittikçe azalma yolunu tutmuş iken vukuu muhtemel küçük ekzojen reenfeksiyonlara büyük hastalık ile cevap vermeden yani ipersansibilite asarı göstermeden sönmek üzere bulunan allerjilerini tıpkı Baldwin-Gardner fenomeninde olduğu gibi yeniden uyandırmakta ve tazelemektedirler. Bu son nokta açık veremlilerin gittikçe azaldığı ileri memleketlerde (—) deri testlerinin neden dolayı her gün biraz daha artmakta olduğunu da mükemmelen izah eder.

SUMMARY

Hypersensibility in tuberculosis

The hypersensibility or resistance of the organism to tuberculosis is studied in 5 phases and the nature of allergic reactions is discussed. The author concludes that the bacilli causing the primo-infection of tuberculosis are entirely destroyed but that small exogenous reinfections renew the allergy without however provoking hypersensibility symptoms.

RÉSUMÉ

L'hypersensibilité en tuberculose

L'hypersensibilité ou résistance de l'organisme à la tuberculose est étudiée en 5 phases et la nature des réactions allergiques est exposée. L'auteur conclut que les bacilles de la primo-infection tuberculeuse sont entièrement eliminés et que de petites réenfections exogènes renouvellent l'allergie sans toutefois provoqier des symptômes d'hypersensibilité.

TÜBERKÜLOZDA TABİÎ MUKAVEMET VE İRSEN İNTİKALİ

Dr. NİHAT ZALOĞLU

Şehremini Verem Dispanseri mıntakası dahilinde 144 açık tüberküloz mevcut olup bu hastaların muhitinde yakın temasta olanların üzerinde yaptığımız tüberkülin testi kontrolunda on yaşından yukarı (bir şahıs müstesna) bütün şahıslarda müsbet reaksiyon, on yaşından aşağı olanlarda ise gerek hastalara temas neticesinde ve gerekse B.C.G. aşısıyla allerji nicbî bir şekilde artmış olarak görülmüştür.

Bir yaşından itibaren takibedilen çocukların durumu bir hayli dikkatimizi çekecek bir hususiyet göstermiştir.

Mevcut 34 çocuktan iki yaşına kadar olanların 2'sinde primer kompleks, 4'ünde adenit tüberküloz, 11'inde B.C.G. aşısından sonra mukavemet kazandırılmış, 17'sinde Calmette Guerin basiliyle dahi allerji teessüs ettirilememiştir.

Allerji teessüs edemeyen ve ettirilemeyen bu 17 çocuğun 4 yaşlarına kadar takibinde hiç primer kompleks görülmemiş, 2 çocukta hiler adenopati olmadan bronkojen yayılmayı andıran nodüler enfiltrasyon, 10'unda B.C.G.'den mütevellit allerji teessüs ettirilmiş, geri kalan 5 çocukta ise yine test tüberküline menfi cevap vermiştir. Bu 5 çocuktan 3'ü altı yaşında ısrarlı B.C.G. aşısı neticesi allerji tesis edilmiş fakat 2'sinde, on yaşına kadar bütün ünitelerde yapılan mantoux testlerine menfi cevap vermiştir. Bu bir ailede iki kardeşte görülmüştür.

Bu ailenin hikâyesi acı olduğu kadar enteresandır.

Baba iki taraflı kaviter akciğer tüberkülozu, balgamda B.K. mebzul, genel durumu bozuk. İkamet ettikleri mesken bir gece kondu ve bir tek odadan ibaret. Anne çalışıyor, hasta kocasına ve çocuklarına bakıyor. Hasta her bakımdan çocuklarla yakın temas halindedir.

Bir gün ziyaretçi hemşire evine gittiği zaman kışın şiddetli soğuğundan üşüyen çocuklarını korumak için hasta baba çocuklarını yorgan altında kendi nefesiyle ısıtmakta olduğunu görmüştür.

Hasta, hastaneye her yatırma teşebbüsümüzü reddetmiştir, zira çocuklarına evde bakacak kimsesi yoktu.

Bu durumda bu aile bir facia idi. Dispanserimiz mümkün olan yardıma koşmuştur, fakat en büyük yardımı, annelerini bizatihi verilen tüberküloz basiline karşı mukavim oluşu ve bu mukavemetin çocuklarına da intikali olmuştur.

Annede mantoux testleri menfi bulunmuş ve B.C.G. aşısına da mukavemet ettiği görülmüştür. Hasta baba 6 sene evvel ölmüş ve halen karısı ve çocukları sağ ve salimdir.

İkinci bir müşahedemiz vardır ki bu da tüberküloz servisinde çalışan bir hemşiredir. Bunda da bütün mantoux testlerine karşı menfi bulunmuş iki sene müddetle yapılan ısrarlı B.C.G. aşısına da mukavemet etmiştir. Hemşire bugün mesleğini terketmiştir.

Şu hale göre on sene takibedilebilen bu vak'alarda tüberküloza karşı tabiî mukavemetin mevcudiyeti ve bunun sayesinde bir kısım çocukların hastalıktan korunabilmelerini mümkün kılmasıdır. Bu tabiî mukavemetin bazılarında kısa, bazılarında uzun zaman devam ettiği, virülan B. Koch'a karşı olduğu gibi avirülan Calmette Guerin basiline karşı da mukavemet edebilenlerin mevcudiyetini göstermektedir. Aynı zamanda bu müşahedelerimiz tabiî mukavemetin gerek zamanla ve gerekse ısrarlı B.C.G. aşısıyla kırılabildiğini, bazı müelliflerin itirazına rağmen irsen de intikal edebileceğini isbat eder mahiyettedir.

Bu hususta hayvan tecrübeleriyle bu meselenin halline çalışılmış ve kardeş kobaylar arasında çiftleşme ile husule getirilen 14 kobay nesli arasındaki ailelerden yalnız birinde tüberküloza karşı daha büyük bir mukavemet görülmüş ve *Lurie* 1941'de 4-5 nesli için kardeş ve ebeveyn zürriyeti arasında çiftleşme ile husule gelen 6 tavşan ailesinde kuvvetli deliller elde etmiş bunları üç guruba ayırmıştır.

1. Aynı derecede fazla rezistans
2. Aynı derecede enfeksiyona karşı gayet hassas olanlar
3. Orta derecede rezistans gösterenler.

İnsanlara tatbiki kabil olmayan bu tecrübeler bir çok müelliflerin itirazını mucibolmuştur. Halbuki hikâyesini anlattığım vak'amızda çocuklarla beraber annenin de tüberküloz intanına karşı mukavemet göstermesi yapılan müteaddit B.C.G. aşılarına rağmen tüberkülin testinin menfi kalması aynı mukavemetin annede de mevcudiyetini göstermekte ve bunun irsî faktörlerle çocuklara intikal ettiği fikrini teyit etmektedir.

Pagel'e göre tüberküloza karşı rezistans irsî ve bünyevî bir mekanizmadır. İrsen intikal eden mukavemetin iki şekilde meydana çıktığı, bunlardan birinin basilin vücutta yerleşmesine mâni olan tabiî mukavemet, ikincisi ise basilin yerleşmesine mâni olamayan fakat vücutta yayılmasına mâni olan tabiî mukavemet; bizim vak'amızda da mantoux testlerinin daima menfi kalması mukavemetin birinci şekilde olduğu yani basillerin vücutta yerleşmesine imkân vermediğini düşündürmektedir.

Netekim müteaddit B.C.G. aşısından sonra bile allerjinin hiç bir zaman teşekkül etmemesi Calmette ve Guerin basilinin uzviyette yaşamaya ve canlı kalmaya imkân bulamadığını derhal tahrip edildiğini göstermek suretiyle bu fikri teyit etmektedir.

S U M M A R Y

N a t u r a l r e s i s t a n c e a g a i n s t t u b e r c u l o s i s
a n d i t s h e r e d i t a r y t r a n s m i s s i o n

The author presents the results of a 10-year research on the natural resistance against tuberculosis and its hereditary transmission. He found that in certain subjects this resistance is quickly broken by Koch bacilli or B.C.G. and that in others it resists quite a long time. The author presents then an observation of hereditary transmission of this natural resistance in a family.

R É S U M É

L a r é s i s t a n c e n a t u r e l l e à l a t u b e r c u l o s e
e t s a t r a n s m i s s i o n h é r é d i t a i r e

L'auteur présente les résultats de 10 ans de recherches sur la résistance naturelle à la tuberculose et sa transmission héréditaire, pratiquées sur des enfants provenants de milieux tuberculeux. Il a remarqué que chez certains sujets, cette résistance est rapidement brisée par les B.K. ou le B.C.G. et que chez certains autres elle persiste assez longtemps. L'auteur présente ensuite une observation de transmission héréditaire de cette résistance naturelle dans une famille.

Erenköy Sanatoryumu
Başhekim
Dr. Seyfettin Köksal

TÜBERKÜLOZDA MUKAVEMET

Dr. SEYFETTİN KÖKSAL

Tüberküloz basilleri karşısında insanların ilk korunma vasıtası şüphesiz ki bu mikroba karşı olan doğuştan mukavemet hassasıdır. Bazı hayvan cinslerinin bir tek basille dahi öldürücü tüberküloz hastalığı şekilleri göstermesine karşılık insan yaradılışında derece derece değişmek üzere doğuştan bir mukavemet hali mevcut bulunmaktadır. Bu bakımdan insan ırk ve soylarının çeşitli hususiyetleri şimdiye kadar binlerce araştırma ve müşahedenin mevzuu olmuştur. Bu bir hakikattir.

Bu arada nadir bazı şahıslarda doğuştan olan bu mukavemet halinin aşırı bir seviyede teessüs etmiş bulunması ve bu durumun âdeta bir refrakterlik telâkki edilmesi de ihtimalen mümkün gibidir. 1950 yılında verem savaşı hemşire okulumuza girmiş ve mantusu (—) netice vermiş olan bir öğrencimize daha o tarihlerde üst üste müteaddit B.C.G. aşısı yapılmış, fakat bir türlü allerjik bir duruma getirilememişti. O zamandan beri sanatoryumumuz servislerinde devamlı olarak hemşirelik yapmakta olan bu eski talebemizde bol reenfeksiyonlara rağmen son günlerde yapılan bir mantu neticesini bu işlerle fazla meşgul olmuş bir hekim arkadaşımız (—) olarak tefsir etmiş, bir hemşiremiz de ancak şüpheli (+) olarak kabul etmiştir.

Doğuştan mukavemetin bir münhanisini çizmek kabildir. Bu münhani bermûtat hayat ve zaman çizgisinin üstünde ve her şahsa göre değişen bir seviyede olmak üzere düz bir istikamet takibeder ve şahıs bu mukavemeti düşüren sebeplere maruz kalmadıkça herhangi bir iniş ve azalış göstermeden hayat sonuna kadar aynı seviyede kalır. Doğuştan mukavemetin bu tabiî seviyesini evvelden tesbit edebilecek herhangi bir test, bir usul maalesef henüz mevcut değildir. Yalnız burada ve doğuştan mukavemeti ölçme bahsinde bir nokta üzerinde durmak faydalıdır. O nokta da doğuştan mukavemet münhanisinin, hayat çizgisinin ne kadar üstünde bir seviyede bulunuyorsa o şahısta primoenfeksiyonlar sonunda husule gelecek olan allerji münhanisinin de o kadar aşağı bir seviyede seyretmek durumunda olmasıdır. İşte bu halin daha ileri dereceleri bir türlü allerjik

hale getirilemiyen bazı şahısların doğuştan aşırı bir mukavemet sahibi olduklarını ve neden dolayı âdeta refrakter bulunduklarını izah eder.

Doğuştan mukavemet yanında primoenfeksiyonlardan ve B.C.G. aşılarından sonra ve allerjiyi hemen müteakıp husule gelmeğe başlayan bir de kazanılmış mukavemet hali vardır. Kazanılmış mukavemet halinin teessüs ve devamında allerjinin aksine olarak basillelerin miktarından ziyade virulanslarının büyük olduğu bir çok tecrübelerle sabittir. Kazanılmış mukavemet hali allerjinin teessüsünden kısa bir zaman sonra kendisini gösterir ve sansibilitenin zahirde sönmüş gibi göründüğü dördüncü allerji safhasında da devam eder. Nihayet bu hâdise de allerjiyi takiben ve primoenfeksiyondan takriben 6 sene sonra tamamen kaybolur. B.C.G. ile husule getirilen kazanılmış mukavemet halinin devam müddeti ise en çok iki sene kadardır. Allerji ve doğuştan mukavemet olaylarında olduğu gibi kazanılmış mukavemet halinin de bir münhanisinin çizilmesi kabildir. Standart bir primoenfeksiyonda bu münhani allerji münhanisinin biraz üstünde seyreder. Fakat bu mukavemet halinin derecesini ve münhanisinin bulunduğu kat'î seviyeyi tesbite yarayacak hayvanlarda yapılan tecrübeler hariç herhangi bir test henüz bilinmemektedir. Şimdilik bermûtat allerjisi teessüs etmiş bulunan bir şahısta kazanılmış mukavemetin de tabiî olarak meydana gelmiş bulunacağını kabul etmekle yetiniyoruz.

Nekrotik, hemorajik, enfiltratif ve nodüler şekillerde görülen allerjik reaksiyonlara mukabil kazanılmış mukavemet halinin unsurlarını da dört kategoride toplamak kabildir. Bu dört reaksiyon; reenfeksiyon basillerinin organizmanın iç kısımlarına nakillerinin geciktirilmesi, giriş yerlerinde lizise maruz bırakılmaları, giriş yerinde ve sürüklendikleri noktalarda çoğalmalarının önüne geçilmesi ve nihayet toksinlerinin zarasız bir hale getirilmeleri şeklinde hülâsa edilebilir.

Allerjik reaksiyonları husule getiren âmillerin lenfatik sistemde yattığı ve lenfositlerin bizzat bu olayla ilgili bulundukları da bir çok tecrübelerle isbat edilmiştir. Buna mukabil kazanılmış mukavemet halinin retikülo-endotelyal sistemle alâkalı bulunduğu kanaati gittikçe kökleşmektedir. Filhakika bu sistemin sun'î bir şekilde bloke edildiği ahvalde kazanılmış mukavemet halinin de derece derece azaldığı hayvan tecrübeleriyle meydana konmuştur. Bu husus klinik müşahedelerle de sabittir.

Şimdi bütün bu bilgilerimize dayanarak karışık gibi görünen olayları daha iyi izah edebilmek üzere doğuştan mukavemet, allerji ve kazanılmış mukavemet münhanilerinin mürtesemlerini nazarî olarak mütalâa edelim. (1) numaralı levha standart tipte bir primoenfeksiyonda bütün bu münhanilerin durumunu göstermektedir. Alttaki siyah kalın çizgi hayat ve zaman hattıdır. Üstte sarı renkli düz bir çizgi halinde uzanan hat da bu şahsın doğuştan mukavemet seviyesini ifade eder. Bu durumda olan şahıs bir müddet sonra ve hayatının herhangi bir devrinde yukarda ok ile işaret edilen zamanda orta şiddette bir ilk bulaşmaya maruz kalmakta ve kırmızı renkte gösterilen allerji münhanisi de bu zamandan itibaren tedricen yükselmeğe başlamaktadır. Kısa bir zaman sonra da yeşil renkli kazanılmış mukavemet münhanisi gelişmektedir. Görüldüğü üzere her iki münhani yavaş yavaş yükselmekte, nihayet allerji durumu en yüksek seviyesine varmaktadır. Vak'amız standart bir primoenfeksiyon olduğundan ve ihtilâtsız seyredeceğinden allerji münhanisi doğuştan mukavemet hattının üstüne çıkamıyacaktır. Diğer taraftan bir zaman gelecek, kazanılmış mukavemet münhanisi de tedricen allerji hattının üstüne doğru yükselecek ve böylece primoenfeksiyonun yerleşme ve mûtad dağılmalarına rağmen organizmanın hiç bir yerinde ipersansibilitenin delili olan bir hastalık şekli görülmiyecektir. Şüphesiz ki ilk bulaşmaya maruz kalan bu şahsın eğer doğuştan mukavemeti çok zayıf, kazanılmış mukavemeti de buna muvazi olarak düşük bir seviyede istikrar kazanmışsa allerji münhanisi her iki mukavemet hattının üstüne çıkacak ve böylece ister basillerin ilk yerleşme yerinde isterse dağıldıkları herhangi bir noktada doğrudan doğruya ipersansibilite arazı, yani bir primer tüberküloz hastalığı meydana gelecektir.

Biz burada yine standart primoenfeksiyonumuza avdet edelim. Bu olayın anatomik olarak iyileşmesinden ve vücuttaki basillerin de sterilizasyonundan sonra bittabi allerji ve kazanılmış münhanileri de yavaş yavaş inmeğe başlayacaklardır. Şimdi allerjisini tedricen kaybetmekte olan bu şahsın ekzojen reenfeksiyonlara maruz kalmasını tasavvur edelim.

Eğer böyle bir reenfeksiyon şahsın ipersansibilite eşiğine vasıl olamıyacak kadar az miktarda basillerle vaki olursa doğuştan ve bilhassa kazanılmış, mukavemetler sayesinde mikroplar daha giriş yerlerinde bertaraf edilecekler, fakat az miktarda dahi olsa bir defa dokularla temasa geçmiş olan taze basiller tıpkı *Baldin-Gardner* fenomeninde olduğu gibi gittikçe azalmakta olan allerjiyi yeniden

uyandıracak ve böylece allerji münhanisi üzerinde küçük çıkıntıların görülmesine sebebolacaktır. Fakat olay bu kadarla da kalmıyacaktır. Büyük ipersansibilite reaksiyonları husule getiremeyen bu küçük reenfeksiyonlar aynı zamanda mukavemet münhanisinde de bazı yükselişlerin görülmesini intaç edecektir. Böylece hayatın devamı müddetince böyle küçük reenfeksiyonlar bir taraftan allerji fakat diğer taraftan da kazanılmış mukavemet münhanilerini yükseltterek yine bir taraftan deri reaksiyonlarının (+) devam etmesine ve diğer taraftan şahsın yeni reenfeksiyonlara karşı daha mukavim bir durum almasına sebebolacaktır. Tüberküloz tedavi müesseselerinde çalışan personelde umumiyetle deri reaksiyonlarının yüksek derecede (+) görülmesine ve bu yolla bu gibi şahıslarda allerji münhanisinin başkalarına nazaran daha yüksek bir seviyede bulunduğu anlaşılmasına rağmen daha az hastalanmalarının hattâ hiç hastalanmamalarının sebebi kazanılmış mukavemetlerinin şiddetle artmış olmasındandır. Kazanılmış mukavemetin bu yüksek seviyeye vasıl olabilmesi için reenfeksiyonlara maruz kalınmağa başlandıktan sonra ortalama 5 sene kadar geçmesi icabedeceği kanaatindeyim. Biz sanatoryumumuz personelinde ve hemşire okulumuz öğrencilerinde en yüksek morbiditeyi birinci ve bilhassa ikinci seneler zarfında müşahede ettik. Bunların hiç birinde beş seneden sonra bir reenfeksiyon tüberkülozunun geliştiğine şahit olmadık.

Eğer standart bir primoenfeksiyona rağmen böyle bir reenfeksiyon kitlevî bir şekilde olursa yani alınan basil miktarı şahsın ipersansibilite eşiğine varmış bulunursa bittabi o şahsın allerji münhanisi üzerinde doğuştan ve kazanılmış mukavemet münhanilerinin üstüne çıkan büyük bir yükseliş görülecek ve basillerin pumonlardaki yerleşme yerinde allerjik reaksiyonların belirtisi olan ve derece derece nekrotik, pnömonik, enfiltratif veya nodüler şekillerce bir prosesle post-primer bir akciğer tüberkülozu başlayacaktır.

Bu misallerde reenfeksiyon olayı daima ekzojen tasavvur edilmiştir. Fakat bilinmelidir ki endojen reenfeksiyonlar da aynı neticeyi vereceklerdir. Gizli ve kapalı bir odakta canlı olarak durmak suretiyle allerjiyi devam ettiren basillerin buradan zaman zaman bu münhani üzerinde ancak küçük çıkıntılara sebep olabilecek olan pek az miktardaki çıkışları daha ziyade kazanılmış mukavemeti artıracak, fakat kitlevî dağılmalar def'aten ipersansibiliteyi tahrik etmek suretiyle bunun tabiî bir neticesi olan yine post-primer bir tüberküloz hastalığını meydana getirecektir.

Şimdiye kadar ipersansibilitenin kendiliğinden değil, daima ve

ancak dokularla yeniden temasa geçen endojen veya ekzojen reenfeksiyon basilleriyle tahrik edilmek suretiyle yükseltildiğinden bahsettik. Acaba allerji münhanisi bir reenfeksiyon dışında ve bizatihi olarak kendiliğinden yükselemez mi? Bilgilerimize göre bu sualin mutlak cevabı (ahayır) olacaktır. Fakat buna karşılık ortada bazı realiteler de vardır. İşte bu durum doğuştan ve kazanılmış mukavemet hallerinin şu veya bu sebeple zayıflatıldığı ahvalde bu mukavemetlere ait münhanilerin süratli bir düşüş göstermeleri ve allerji münhanisinin ise kendi eski seviyesinde kalması neticesi zahirî bir görünüşle yükselmesi ile izah olunur. (2) numaralı tabloda görüldüğü üzere her iki mukavemet münhanisinin allerji münhanisi seviyesinin altına düşmesi halinde şahıs sanki ipersansibl imiş gibi bir durum kazanacak ve ortada mukavemetler de kalmadığından az miktardaki basiller dahi o şahsın ipersansibilite eşiğine varmış olacaklardır. Bu durumdaki bir organizmada bu sıralarda vaki olabilecek endojen veya ekzojen reenfeksiyonlar da giriş veya dağılış yerlerinde sür'atle çoğalabilecekler ve nihayet ipersansibilite delili olan herhangi tipte bir reaksiyon yani yine post-primer bir tüberküloz hastalığı meydana getireceklerdir.

Doğuştan mukavemeti kıran sebepler daha ziyade yorgunluk, mantal bozukluk, gıdasızlık ve benzerleri gibi faktörlerle gebelik, püberte ve benzeri fizyolojik durumlar ve bazı iç ifraz hastalıklarıdır. Kazanılmış mukavemeti düşüren sebepleri de retikülo-endotelyal sistemi bloke eden çeşitli hastalıklarda bulabiliriz.

SUMMARY

Resistance in tuberculosis

The outhor studies and classifies in 4 groups the various forms of congenital and acquired resistance and their evolutive processes. He then discusses the relation between resistance and allergy.

RÉSUMÉ

L'auteur étudie et groupe en 4 catégories les diverses formes de résistance congénitale et acquise à la tuberculose ainsi que leur évolution. Il procède ensuite à la discussion des rapports existant entre cette résistance et l'allergie tuberculeuse.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Fitizyoloji Kliniği
Direktör
Prof. Dr. Nusret Karasu

VEREMLİ BAKILAN MÜESSESE PERSONELİNDE TÜBERKÜLOZ ARAŞTIRMASI

Prof. Dr. NUSRET KARASU *Doç. Dr. RAGIP ÜNER*
Dr. CENGİZ ÖZEK

Mevzu ve maksat:

Tebliğimizin mevzuu veremli bakılan müessese personelinde tüberküloz araştırmasıdır. 1955 şubatında Ankarada toplanan II'nci Türk Tüberküloz Kongresinde muhterem heyetinize Ankara Veremle Savaş Derneği ile Ankara Tıp Fakültesi Fitizyoloji Kliniğinde çalışan 161 kişi üzerindeki tetkiklerimizi arzetmiştik. Bu çalışmamız da ilk tebliğimizin devamından ibarettir.

Bu araştırmada maksadımız, veremli bakılan müesseselerde vazife gören doktor, hemşire, hastabakıcı, hademe, laborant, memur vesair personelde vereme yakalanma, veya verem aktivasyonunun, sair topluluklara nazaran arzettiği nisbeti tebarüz ettirmektir.

Araştırmalarımız:

Ankara Tıp Fakültesi Fitizyoloji Kliniği (Ankara Nümune Hastanesi Verem Pavyonu) ve Ankara Verem Savaş Derneği (A.V.Ş.D. Hastanesi, 1, 2, 3, 4, 5 No.lu Dispanserler) tesislerinde çalışanlar nazarı itibare alınarak kontrol ettiğimiz şahıslar 189 kişidir.

Bu müesseselerde çalışmak isteyen şahıslara önce tüberkülin testi yapılır ve 30×40 eb'adında akciğer filmi çekilir. Tüberkülin pozitif olup akciğer grafisi normal ve genel muayenede sağlam olan şahıslarla, hastalık derecesi hafif işlerde çalışabilecek vaziyette olanlar bu müesseselere alınır. Tesislerimizde çalışan her şahsa ayrı bir sağlık dosyası açılır ve bunlar her 6 ayda bir mutlaka büyük filim çekilerek kontrol edilir. En ufak bir rahatsızlık hissedenlere, meselâ nezle olanlarda dahi derhal radyolojik kontrol yapılır.

Bulgularımız:

Tetkik ettiğimiz 189 kişiden 54'ü doktor, 71'i hemşire, hastabakıcı ve servis hademesi, 23'ü lâborant, 26'sı büroda çalışan, 2'si teknisyen, 7'si mutfakta çalışan, 1'i kraşuvar temizleyicisi, 5'i de

orta hizmeti görenlerdi. İlişik şemada görüldüğü gibi bu 189 kişinin 23'ü 3 ay, 27'si 6 ay, 50'si 1 sene, 89'u 2 seneden fazla veremli bakılan müessesede çalışmışlardır. Bu 189 kişinin hepsinde tüberkülin pozitif idi. Personelden 17 kişi hastalığı malûm olarak alınmıştır. Hastalığı malûm olarak alınanlardan 2 kişide çalışma yılı içinde bir aktivasyon görülmüş, bu hal onların işlerini yapmalarına mâni olmamıştı. Personelden birinde bakteriyoloji lâboratuvarında lâborant olarak çalıştığı sırada, 6 ayda bir yapılan taramada enfiltrasyon tesbit edilmiş, kliniğe yatırılmış, müteaddit aramalarda balgamda ARB menfi bulunmuş, INH ve Conteben tedavisine tabi tutularak 3 ay sonra işine dönmüştür.

	Ankara Veremle Savaş Derneği tesislerinde	Ankara Tıp Fakültesi Fitizyoloji Kliniği (Verem Pavyonu)							
		3 ay çalışanlar	6 ay çalışanlar	1 sene çalışanlar	2 seneden fazla çalışanlar	6 ay çalışanlar	1 sene çalışanlar	2 seneden fazla çalışanlar	Yekûn
Doktorlar		2	2	7	19	4	6	10	54
Hasta ile direkt temasta olanlar (Hemşire, hastabakıcı, hademe)	1	9	8	18	10	6	12	7	71
Lâboratuvarda çalışanlar	1	1	1	12			5	3	23
Büroda çalışanlar	3	2	3	9	1	3	3	2	26
Teknisyenler			1				3	2	26
Mutfakta çalışanlar				3			4		7
Kraşuvar temizleyicisi				1					1
Orta hizmeti görenler		1			2			2	5
Dernek hastanesi ve verem pavyonu yekûnu	8	14	20	64	15	13	30	25	189

A) Hastalığı malûm olarak alınanlar:

1. Arşiv memuru (M.E.) (Spontan Pnx. lı, Ampiyem, bronşektazi, atelektazi ile 1950 tarihinden beri hastadır. 1953'te arşiv memuru olarak alınmıştır).
2. Arşiv memuru (E.A.) (Pnx. lı olarak 1952'de alınmıştır. 5 No. lı dispanserde çalışmaktadır).
3. Arşiv memuru (Ş.S.) (İki taraflı Pnx.lı olarak 1948'de iç hastalıkları polikliniğine alınmıştır. Halen 3 No.lı dispanserde çalışmaktadır).

4. Arşiv memuru (S.İ.)	(1935'te iki taraflı fibröz akciğer Tbc.'u teşhisi ile tedavi olmuş, arada menenjizm belirtisi göstermiş. 1955'ten beri 1 No.lı dispanserde çalışmaktadır).
5. Arşiv memuru (M.G.)	(1953'te atelektazi tesbit edilmiş, torakotomi yapılmış, natürü tâyin edilememiş. 1955'te hademe olarak alınmıştır. Halen Fitizyoloji kliniğinde arşivde çalışmaktadır).
6. Arşiv memuru (V.K.)	(1953'te hastalanmış, torakoplasti yapılmış, 1955 te Dernek Hastanesine alınmıştır. Halen postahanede memurdur).
7. Lâborant (Z.K.)	(1955'te kaviteli olarak kliniğe alınmıştır. Halen 2 No. lı dispanserde çalışmaktadır).
9. Lâborant (R.T.)	(1949'da kavite tesbit edilmiş, P.P. almış. 1955'te kliniğe hademe olarak alınmıştır. Halen Dernek Hastanesi Bakteriyoloji lâboratuvarında çalışmaktadır).
10. Doktor (N.T.)	(İki taraflı Pnx.lı olarak 1950'de iç hastalıkları polikliniğine alınmıştır. 1956'da askerlik görevine başlamıştır).
11. Hemşire (E.K.)	(Kliniğe asistanlık için müracaat ettiğinde sağ zirvede pakiplörit ve fibröz Tbc. tesbit edilmiş. Halen klinikte çalışmaktadır).
12. Hademe (Y. K.)	(Fibröz akciğer Tbc.lu olarak 1948'de iç hastalıkları polikliniğine alınmış. 8 ay evvel evlenerek vazifesinden ayrılmıştır. Halen sıhhî durumu iyidir).
13. Hademe (G.B.)	(Kaviteli, P.P. almış. Klinikte çalışırken tekrar hastalanmış. Halen otobüs şirketinde memur).
14. Karantina memuru (Ş.K.)	(Kliniğe alınırken her iki zirvede fibröz Tbc. tesbit edilmiş. Halen Fitizyoloji Kliniğinde çalışmaktadır).
15. Hastabakıcı (A. K.)	(Pnx.lı olarak alınmıştır. Halen avukatlık yapmaktadır).
16. Hemşire (F. Ö.)	(1955'te enfiltrasyon geçirmiş, 1956'da kliniğe alınmıştır).

B) Hastanede çalıştığı esnada aktivasyon gösterenler:

17. Lâborant (M. B.)	(1946'da aktivasyon tesbit edilmiş fakat vazifesini ifaya mâni olmamıştır). (1950'de hademe olarak çalışırken radyolojik imajda artma tesbit edilmiş. Halen lâborant olarak 4 No.lı dispanserde çalışmaktadır).
18. Lâborant (N. D.)	(1954'te kliniğe alınmış, 1956'da dispanser taramasında hastalığı meydana çıkmış, yatarak tedavi görmüştür. Halen Dernek Hastanesi lâboratuvarında çalışmaktadır).

Dünya literatürüne bir göz atılırsa, bu husustaki çalışmaların daha çok talebe hemşirelerle, hemşirelerde yapıldığı görülmektedir. Hemşire tüberkülozu noktai nazarından *Amberson* ve *Riggins* 1936'da Bellevue hastanesinde talebe hemşireler üzerinde, her hemşireyi sık fasılalarla tüberkülin testine tabi tutarak ve her ay akciğer grafisi çekerek 5 senelik dikkatli bir araştırma yapmışlardır. Hemşireler maske kullanmamışlar ve normal olarak vazife görmüşlerdir. 492 hemşireden %1,6'sı tüberküloz olmuştur. New-York şehrinde aynı yaş guruplarındaki kadınlarda bu rakamların daha üstün olmadığını müellifler zikretmektedirler. *Spink, Badger* 1937'de Boston şehri hastanesinde 273 talebe hemşirenin %1,8'inde tüberküloz teşekkülünü görmüşlerdir. *Forsee* ve *Pollack* 1953'te Fitzsimmons hastanesi tüberküloz servisinde 10 sene çalışan 518 hemşireden sadece 4 hemşirede %0,8 tüberküloz teşekkülü görmüşlerdir. Dr. *Ward Allan* 1934-1941 yılları arasında Hopkins hastanesinde çalışan 293 hemşire arasında bütün bu çalışma devresi esnasında 6 hemşirede tüberküloz bulmuştur. Hemşireler mezun olduktan 2 yıl içinde hiç bir tüberküloz ölümü görülmemiştir. *Freund, Muschenheim, Hahn* 1941'de New-York hastanesinde 269 talebe hemşireye ait bir rapor vermişlerdir. 7 senelik bir tetkike tabi tutulan bu hemşireler içerisinden bir tanesinde Rontkenolojik bir tüberküloz bulgusu tesbit edilmiştir. Bu müellifler neticelerini Metropoliten Hayat Sigortasında çalışan 24.000 kadınla mukayese etmişler, Metropoliten gurubundaki tüberkülozun %1,4 olduğunu görmüşlerdir.

Monitaba sanatoryumundaki 559 hastane personelinden 12'sinin aktif tüberküloza düçar olduğunu, Kral V. George sanatoryumundaki 2009 kişilik personel arasında %7 faal tüberküloz bulunduğunu, Jent Cheshire sanatoryumunda 48 personelin 10'unda, Valhalla'da 7901 personelden 68'inde tüberküloz musabiyeti bulunduğunu geçen defaki tebliğimizde arz etmiştik.

N e t i c e :

Bu mevzu üzerindeki ilk araştırıcıların fazla miktarda alarma sebebolan görüşlerinin son araştırmalarla tahfif edildiğini görmekteyiz. *Rich*'in dediği gibi iyi ev şartları, iyi gıda ve iyi hayat şartları hemşireler arasındaki düşük musabiyette büyük rol oynamaktadır. Hemşireler Tıp talebelerine nazaran çok daha fazla hastalarla temas ettikleri halde tıp talebelerinde hemşirelere nazaran 3 defa daha fazla musabiyet mevcuttur. Bu gösteriyor ki enfeksiyonu alma

şansından ziyade diğer faktörler tüberküloz teşekkülünde daha çok müessir olmaktadır. Şurasını da unutmamak lâzımdır ki genç kâhil kızlardaki tüberküloz mortalitesi, aynı yaş guruplarındaki erkeklerden daha fazladır. Bu hususta kat'î fikir teşekkül edinceye kadar tüberküloz basili ile enfeksiyonlardan korumakta bir fayda vardır.

Bizim araştırmalarımız da gösteriyor ki; tüberkülin pozitif ve radyolojik kontrolde sağlam bulunan şahısların veremli bakılan müesseselerde çalışmaları enfeksiyon bakımından mahzurlu değildir. Kontrol altında ve hafif işlerde çalıştırılmak üzere tedavileri yoluna girmiş veremlilere de bu müessesclerde iş verilebilir.

LİTERATÜR

1. **N. Stanley**; Tüberküloz hastanelerinde çalışanlar arasındaki tüberküloz. Ame. Re. of Tub. V. 66 No. IPP. 16. 1952.
2. **Ayvazian**; Hemşirelerde Tüberküloz. Ame. Re. of Tub. 1949. S. 681.
3. **William G. Childress**; Tüberküloz hastane ve sanatoryumlarında çalışan şahıslarda tüberküloz. 1951 J. 28. J.A.M.A. Vol: **146** No. 13.
4. **Rich. R. Arnold**; The Pathogenesis of Tuberculosis 1951. S. 710.
5. **Prof. N. Karasu-Doç. R. Üner**; Veremli bakılan müessese personelinde tüberküloz araştırması. II'nci Türk Tüberküloz Kongresi Kitabı. 1955. S. 105.

SUMMARY

Anti-tuberculous screening among the personnel of institutions working for the fight against tuberculosis

The rates of morbidity and active tuberculosis among the personnel working at the Phtysiology Clinic of the Faculty of Medicine, Ankara, and the Hospitals and Dispensaries of the League for the Fight against Tuberculosis of Ankara have been determined. This screening was performed on 189 subjects. 17 ill persons had been employed with full knowledge of their disease. Since the opening of the dispensaries and hospitals, only two persons showed a reactivation of tuberculous infection but did not stop working on account of that. One employee with an infiltration of the apex was hospitalized for 3 months and returned to his work after this treatment.

As a conclusion the authors state that there is no apparent inconvenience for people giving a positive reaction to the tuberculine test and with normal radiological findings to work in a institution for the fight against tuberculosis.

RÉSUMÉ

Dépistage anti-tuberculeus parmi le personnel des institutions anti-tuberculeuses

Le personnel travaillant à la clinique de Phtysiologie de la Faculté de Médecine d'Ankara ainsi que dans les hôpitaux et dispensaires de la Ligue pour la Lutte Anti-tuberculeuse d'Ankara ont été examinés du point de vue morbidité et activation de la tuberculose. La recherche a été effectuée sur 189 sujets. 17 personnes avaient été embauchées en pleine connaissance de leur maladie. Depuis l'ouverture des cliniques et hôpitaux, on a constaté une activation tuberculeuse chez 2 personnes seulement qui n'ont d'ailleurs jamais cessé de travailler. Un sujet qui présentait une infiltration du sommet a été hospitalisé pendant 3 mois après quoi il est retourné à son travail.

En conclusion les auteurs estiment qu'il n'y a aucun inconvénient à faire travailler dans des établissements de lutte anti-tuberculeuse, des personnes ayant une réaction positive à l'épreuve de tuberculine et présentant une image radiologique normale.

ERENKÖY HEMŞİRE OKULU TALEBELERİ ARASINDA YAPILAN TÜBERKÜLİN TESTLERİ, B.C.G. AŞISI TATBİKATI VE VEREM MUSABİYETİ

Dr. BÜLENT ÇINTAN

Hemşire okuluna kabul edilen her talebe, okula geldiği günlerde radyoskopik veya radyografik olarak tetkik edilmesi ve her talebeye tüberkülin testi tatbikatı âdet edilmiş bir gelenektir. Tüberkülin testleri menfi olanlarda B.C.G. aşısı tatbik edilmektedir.

Talebeler ilk üç aylık devreyi nazarî dersler ile geçirdikleri ve hastalar ile temas etmedikleri için B.C.G. aşısı bu devrede yapılmakta ve tüberkülin testi menfi kalanlar veremle temasları olmayacak şekilde çalıştırılmaktadır.

Okul içerisinde üç sene durumları takibedilebilen talebeler mezun olduktan sonra hizmeti mecburiye dolayısiyle İstanbul Verem Savaşı Derneği teşkilâtı içerisinde vazifelendirildiklerinden, mezuniyetten sonra da takip imkânları elimize geçmektedir.

Okula, bu güne kadar, alınan talebelerin umumî durumu tabloda gösterilmiştir.

B.C.G. yapılanlar arasında hastalananlarda tesbit edilen lezyonlar şöyle hülâsa edilebilir:

2 talebede eritema nodosum
2 talebede eritme nodosum
1 talebede sol akciğerde infiltrasyon.

Okula girişlerinde tüberkülin testleri müsbet olduğu halde, gerek talebelikleri esnasında ve gerekse mezun olduktan sonra, hastalananların ekserisinde, basille müterafık olmayan lezyonlar husule gelmiştir. Bunların istirahat veya anti-tüberkülo tedaviye tutulması neticesinde lezyonlar sikatrisiyel bir hal almış ve reaktive olmamıştır.

Okula kabulleri zamanında testleri müsbet olan talebelerden 4 tanesinde, mezun olup dispanser veya sanatoryumda vazifeli oldukları esnada, kaviteli ve basilli lezyonlar husule gelmiş ve tedaviye tabi tutulmuşlardır.

İki grup olarak B.C.G. yapılanlar ve girişte tüberkülin reaksiyonları müsbet olanlar - mütalâa edilebilen 124 talebeden 10 tanesi yani %9.06 nisbette tüberküline reaktif olmayan mevcuttur. Yaşları nazarı itibare alınınca - 15 ilâ 20 - bu nisbette olan menfi reaksiyon diğer gurup şahıslar ile aynı olduğu görülür.

B.C.G.'den sonra görülen plörezi, eritema nodosum ve akciğer infiltrasyonları, aşı yapılanlara nisbet edilirse, bu %50 nisbet vermektedir. Yalnız bu arada akciğer infiltrasyonuna musap olan bir tek talebe vardır ki bu da %10 demektir. Plörezi ve eritema nodosum, ancak, bir tüberküloz reaksiyonu olarak kabul edilebilir.

Girişte müsbet reaksiyonu olan talebe sayısı 114'tür. Bunlar arasında hastalanan 22 olup %19.3'ü teşkil etmektedir. Bu gurubu ikiye ayırarak mütalâa eder ve basilli ve basilsiz akciğer lezyonu olarak nisbete tabi tutarsak, hastalananların arasında basilli 4 adet olup %18.1 nisbettedir. Reaksiyonları müsbet olanlara basilliler nisbet edilinince %3.5 bulunmaktadır. Basilsiz olanların sayısı 18'dir. Hastalananlara nisbetle %81.8, umumî guruba nisbetle %15.7 basilsiz akciğer lezyonuna rastlanılmıştır.

Kat'i fikirler beyan edecek nisbette zamanın geçmemiş ve umumî gurubun adedinin az olması dolayısiyle ancak, bizim tetkik fırsatını bulduğumuz bu küçük materyel içerisinde, B.C.G. olmuş olanlar arasında, akciğerde basille müterafık vak'a görülmemiş olmasını enteresan görerek huzuru âlilerinize mevzuu getirmeği münasip gördük.

TABLO

Test yapılan talebe sayısı	Test müsbet olanlar	Test menfi olanlar	B.C.G. tatbik edilen.	Test müsbet olanlar arasında hastalanan	B.C.G. yapılanlar arasında hastalananlar
124	114	10	10	22	5

SUMMARY

Results of tuberculine testing and B. C. G. vacination among the students of the Erenköy Nursing School and percentage of tuberculosis cases among them

The results of tuberculine testing and the number of B.C.G. vaccinations performed on the students of the Erenköy School for Nursing, from its foundation until to-day, are presented. The proportion of tuberculosis cases among the vaccinated subjects and those presenting a positive reaction to tuberculine upon entering school has also been studied.

RÉSUMÉ

Résultats des tests de tuberculine, de l'application du vaccin B. C. G. chez les élèves infirmières de l'Ecole d'Erenköy et proportion de cas de tuberculose.

Les résultats des tests de tuberculine ainsi que le nombre des vaccinations pratiqués jusqu'à ce jour parmi les élèves de l'école d'infirmières d'Erenköy depuis sa fondation sont exposés. La proportion de cas de tuberculose parmi les sujets vaccinés et ceux présentant une réaction positive à la tuebreuline à leur entrée à l'école a été aussi étudiée.

Heybeliada Sanatoryumu

Başhekim

Dr. Zülfü Sami Özgen

HEYBELİADA SANATORYUMU PERSONELİNDE TÜBERKÜLOZ MUSABİYETİ

Dr. REŞAT ENGEZ *Dr. HARUN KORAY*

Tüberküloz hastalığının, Koch basillerinin insanları enfekte etmesi ile husule geldiği malûmdur. Enfeksiyonun meydana gelebilmesi, basillerin mevcudiyetinden başka bir çok faktörlere de tabidir. Bütün bu şeraiti sinesinde toplayan bir verem sanatoryumu muhiti, burada çalışan personel için büyük bir tehlike teşkil edeceği kanaati mevcuttur. Çünkü verem sanatoryumu bilhassa açık veremlilerin tedavi gördüğü bir müessesedir. Bu bakımdan hastaların barındıkları kısımların havasında, duvarlarında, zemin tozlarında, hastaların kullandıkları eşyalar üzerinde verem basillerinin mevcudiyeti kabul edilir. Dikkatsiz hastaların gezdikleri, dolaştıkları yerlere tükürmeleri sirayet membaı olabilir. Ve en önemlisi, hastalarla meşgul personelin, hastalara yakın çevrelerde bulunması ile, (Pflüge) damlacıkları ve dolayısiyle verem basillerinin bombardımanına maruz kalarak, intana uğrayabilirler.

İşte bu sebepler dolayısiyle bu gibi müessesesalerde çalışan personelin hastalığa musabiyeti her zaman düşünülen bir mevzudur. Bir çok memleketlerin sanatoryumlarında, umumî hastanelerinde, askerî birliklerinde, hemşire okullarında ve üniversite kliniklerinde bu mevzuda araştırmalar yapılmış ve neticeleri literatüre de geçmiştir.

Biz de Heybeliada Sanatoryumumuz personeli arasında böyle bir çalışma yaparak, tüberküloz musabiyetini incelemeyi uygun bulduk.

Bu incelemeyi yaparken materyel olarak şunları ele aldık.

1. Sanatoryumun muhtelif bölümlerinden alınan yer tozlarında Koch basilinin aranması.

2. Sanatoryum personelinin saçlarında tüberküloz basili aranması.

3. Sanatoryum personelinin ağız çalkantı suyunda tüberküloz basilinin aranması.

4. Sanatoryum personelinin sağlık dosyalarının incelenmesi ile tüberküloza musab olanların tesibti.

5. Bu araştırmaya (1954) senesi başlangıcından (1956) senesi 10'uncu ayına kadar geçen müddet zarfında sanatoryum dahilinde çalışmakta olan bütün şahıslar dahildir.

Personelin tüberküloz musabiyetini incelemeden önce, sanatoryumun muhtelif bölümlerindeki yer tozlarında, burada çalışan personelin saçlarında, ağız, burun boşluklarında tüberküloz basili bulup, bulamıyacağımızı araştırdık. Bu düşünce ile de:

1. Sanatoryumumuzun muhtelif bölümlerinden, hasta koğuşu, koğuş koridoru, hasta muayene odası, radyoskopi odası, hava ve bekleme odaları, lâboratuvar ve lâboratuvar koridoru gibi hastaların daima bulundukları yerleri tercih ettik.

Bu kısımlarda henüz sabah temizliği yapılmadan, yerlerde, masalar, etajerler ve diğer eşyalar üzerindeki tozları topladık. Bu tozları steril su ile sulandırıp süzgeç kâğıdından süzdük. Ve bu süzükteki verem mikroplarını aradık.

Bunun için halihazırda tüberküloz basillerini izole etmek için kullanılan rutin lâboratuvar metotlariyle hazırlanan materyelin bir kısmını kültür vasatlarına, diğer kısmını da inoküle ettik. Aynı işi on gün ara ile iki defa yaptık. İlkinde birinci haftanın sonunda bütün kültürler bulaşma gösterdiğinden atıldı. İkincisinde ise 60 gün sonunda hiç bir vasatta üreme olmadı.

İnoküle edilen kobaylara gelince: Yedi kobaydan sadece birinde, hava odalarının yer tozu inoküle edilen kobayda tüberkülin testi müsbet idi. Öbürleri tüberküline menfi cevap verdiler. Kobayların beş ay sonra yapılan otopsilerinde, hiç bir kobayda tüberküloz belirtisine rastgelinemedi.

2. Hastalarla yakın ilgisi olan 50 personelin saçlarında verem basili arandı. Personelden her birine birer petri kutusu verildi. On gün devamlı olarak öğle ve akşam servisten çıkar çıkmaz saçlarını taramakla elde edilen kepekler ve dökülen saçları bu kutularda toplattırıldı ve sonra yukardaki aynı muameleye tabi tutuldu.

Lâboratuvarımızın kobay miktarı ancak müessesenin günlük çalışmasını karşılayacak kadar olduğu için kobaylara inoküle edilemedi ve sadece klütürle iktifa edildi. Elli kişinin 17'sinde bulaşma olduğu için tüpleri atıldı. Geri kalan 33 tüpte ise hiç bir üreme olmadı.

3. Yine hastalarla yakın ilgisi olan doktor, hemşire, hemşire yardımcısı, servis hademesi, garson ve hastalarla teması olan memurların ağız çalkantı ve burun yıkama suyunda da verem basili arandı.

Personelden 70 kişi seçildi. Öğle yemeğine gitmezden önce steril tuzlu su ile ağızları iyice çalkandı ve burunlarına da su çekerek steril şişelerde toplandı. Bu sularda verem mikrobunun kültürü için yapılan aynı muamelelerden geçirildikten sonra kültüre ekildi. Her hafta kültürler kontrol edildi. 2,5-3 ay sonra vasatların hiç birinde tüberküloz basilinin üremediği tesbit edildi. Sadece 4 tüpte şüpheli koloniler vardı ve onların idamtifikasyonu ile de asido-rezistans saprofit basiller olduğu görüldü.

4. Personelin sağlık dosyalarının tetkikiyle tüberküloz musabiyetine gelince:

Bir şahsın sanatoryum muhitinde çalışması esnasında tüberküloz enfeksiyonuna musap olup olmadığının tahkiki için elimizde o şahsın evveliyatını da bildiren iyi hazırlanmış ve muntazam takibedilmiş bir sağlık dosyası bulunmalıdır. Ancak bu suretle iyi bir istatistik malûmatı elde edilebilir. Bu sebepten ,sanatoryumumuzun kuruluş tarihinden bu yana çalışan personelin sağlık durumlarını incelemenin çok güç bir mesele arzedeceği tabiîdir. Bunun içindir ki biz de, ancak 1954 senesi başlangıcından 1956 senesi onuncu ayına kadar geçen zaman zarfında çalışmakta olan personeli sağlık yönünden incelemek imkânını bulabildik. Sanatoryumumuzda henüz işe başlamadan önce her bir şahsın bir göğüs filminin çektirilmesi ve tüberkülin reaksiyonuna bakılması eskiden beri tatbik edilmekte olan bir kaidedir. Tüberkülin reaksiyonu menfi olanlar ve faal tüberküloz lezyonu bulunanlar personel olarak sanatoryumumuza kabul edilmezler. Yalnız hemşire yardımcısı okuluna öğrenci olarak girmek isteyen kızlardan (Mantoux) menfi olanlara (B.C.G.) aşısı yapılmış ve ondan sonra kabul edilmişlerdir. Bu meyanda tüberkülozdan iyi olmuş veya halen tedavide olup fakat faal olmayan tüberkülozlular da hemşire yardımcısı okuluna öğrenci olarak kabul edilmişlerdir.

Bundan başka personel hasta olsun veya olmasın her 6 ayda bir göğüs filmi çekilmektedir ve yine her şüpheli halde hemen bir kontrol filminin çekilmesi teamül halini almıştır.

Şimdi personelin sağlık dosyalarından çıkarmış olduğumuz neticelere göz atalım.

1954 senesi başlangıcından 1956 senesi 10'uncu ayına kadar geçen zaman içinde sanatoryumumuzda 555 kişi çalışmıştır. Bunun 37'si doktor, 26'sı hemşire, 72'si hemşire yardımcısı, 310'u hastalar-

la yakından teması olan hademeler, garson, lâborant ve berberler gibi servis personeli, 110 kişi de cezacı, memur, terzi, meydan hademesi ve kaloriferci gibi hastalarla yakın teması olmayan diğer personel teşkil etmektedir.

Yalnız bu 555 kişinin 46'sı bir aydan az bir zaman için müessesede çalıştıklarından ve yine 14 kişi de müesseseye tüberkülozlu olarak geldiklerinden bunları istatistiklerimizden hariç tuttuk. Bu hesaba göre 495 kişi ele alınmıştır. Bu 495 kişinin 165'i altı ay, 93'sı bir esne, 111'i iki sene ve 123'ü de üç seneden çok müessesede çalışmışlardır. Yine bu 495 kişinin 65'i 20 yaşından ufak, 218'i 20-30 yaş arasında, 112'si 31-40 yaş arasında ve 100'ü de 41 yaşından büyüktür. 495 kişinin 380'i erkek, 115'i kadındır. Bu 495 kişinin sağlık dosyası incelendiği zaman müessesede tüberküloza musap 25 kişi tesbit ettik. Fakat bunların 13'ü 1955 senesinden önce muhtelif tarihlerde müessesede tüberküloz geçirmişler ve tedavi görmüşlerdir.

Şimdiye kadar nüks görülmemiş ve yapılan muhtelif kontrollarda normal bulunarak sağlam addedilmişlerdir. Bu sebeple yüzde nisbetlerine alınmamışlardır. Şu halde 1954 başından 1956 senesinin onuncu ayına kadar olan müddet zarfında 12 kişi müessesede tüberküloza musap olmuştur ki nisbet %2,4'dür. Hastalanan personelden 4'ü erkek ve 8'i kadın, nisbet erkeklerde %1,3, kadınlarda ise %6,9'u teşkil etmektedir. Hastalarla teması çok olan personel sayısı 391'dir ve bunlardan 9'u hastalanmıştır. Nisbet ise %2,3'tür. Bu nisbet erkeklerde %1 ve kadınlarda ise %5,8'dir. Hastalarla teması az olan personel sayısı ise 104 olup bunların 3'ü hastalanmıştır. Nisbet %2,9'dur.

Hastalanan 12 kişinin 9'u hastalarla teması çok olan şahıslardır ki bunlarda nisbet %75 ve hastalarla teması az olan 3 kişi hastalanmış ve bunlarda da nisbet %25'dir.

Hastalarla teması çok olup hastalanan 9 kişiden 4'ü ilk altı ay içinde, 3'ü ilk bir sene içinde, 1'i iki senede ve 1'i de 3 seneden çok bir zaman sonra tüberküloza musap olmuşlardır. Hastalarla teması az olup hastalanan 3 kişi ise 3 seneden çok bir zaman sonra hastalanmışlardır. Ve yine hastalarla teması çok olup hastalanan 9 kişiden 4'ü 20 yaşından küçüktür. 3'ü 20-30 yaş arasında 2'si ise 31 yaşından büyüktür. Hastalarla teması az olup hastalanan 3 kişiden 1'i 20-30 yaş arasında, 2'si ise 31 yaşından büyüktür.

Bütün bu 495 kişinin tüberkülin reaksiyonları müsbet idi. Çünkü sanatoryuma ancak tüberkülini müsbet olanlar personel olarak kabul edilmektedirler. Yalnız hemşire yardımcısı okul öğrencilerinden tüberkülin reaksiyonu menfi olan 12 öğrenciye B. C. G. aşısı tatbik edilmiş ve sonraki kontrollarında tüberkülini müsbet olanlar servise alınmışlardır. Öğrencilerden 4 kişi evvelce hastalık geçirdiklerinden kaydımıza alınmamışlardır. Buna göre 60 hemşire yardımcısından 48'i tüberkülini müsbet olarak servise girdiler ve bunlardan 2'si hastalandı ve 12'si tüberkülini menfi olduğu için B.C.G. aşısından sonra servise kabul edildiler. Ve bunlardan 4'ü hastalanmıştır.

Hastalarla temas çok olmakla beraber ve ekserisi 3 seneden çok bir zamandan beri müessesede çalışmalarına rağmen doktorlardan hastalanan olmamıştır. Mevcut 26 hemşireden 18'i 3 seneden çok bir zamandan beri çalışmaktadırlar ve bunlardan 4'ü 1954 senesinden önce muhtelif tarihlerde hastalanmış olup bu üç senedir nüks görülmemiştir. Daima yapılan kontrollarda normal bulunmuştur. 6 aydan 1 seneye kadar müessesede çalışmakta olan 5 hemşirede ise hiç bir belirti görülmemiştir.

Hemşire yardımcılarının hastalanma nisbeti %10, servis personelinin %1,1, diğer personelde ise %3,5'tur.

Bu nisbetler hastalanan personele göre tesbit edilirse:

12 hasta personelin 6'sı yani %50'si hemşire yardımcısı, 3'ü yani %25'i servis personeli ve diğer 3'ü yani %25'i de diğer personel teşkil etmektedir.

Sanatoryumumuzda umumî tüberküloz musabiyeti biraz fazla görülmektedir. Kadın personel erkeklerden daha fazla hastalığa yakalanmaktadır. 20 yaşından az ve 20-30 yaş arasında ve hastalarla teması çok olan personelde bilhassa ilk 6 ay ve 1 sene içinde musabiyet çok olmaktadır. Hastalarla teması çok olanlar, hastalarla teması az olanlardan 3 defa daha fazla tüberküloza musap olmaktadırlar. Hastalarla teması çok olmasa dahi uzun zaman sanatoryum muhitinde çalışan personelde de tüberküloz musabiyeti ihtimali artmaktadır.

Adı	Meslegi	Yaşı	Sanatoryuma giriş	Hastalandığı tarih	Patolojik belirti	Tedavi	Son radyolojik durum	Klinik durumu	Netice
S.A.	Hemşire	27	1949	1951	Erithem	Arizi	Primer kompleks sekel	İyi	Şifa
Z.B.	»	33	1942	1949	Hilit	»	Normal	»	»
A.T.	»	41	1942	1947	Kavite	»	»	»	»
R.A.	»	32	1944	1949	Plörezi	»	»	»	»
M.L.	» Yd.	18	1955	1956	İnfiltrasyon	Antibakteriyel	İnfiltrasyon kesafet	»	Salah
Z.L.	» »	18	1955	1955	Hilit	»	Hilus gangliyon. büyüme	»	»
N.G.	» »	20	1955	1956	»	»	»	»	»
R.V.	» »	20	1955	1956	»	»	»	»	»
Y.V.	» »	18	1955	1956	»	»	»	»	»
M.K.	» »	28	1955	1956	Erithem	»	Normal	»	»
E.I.	Laborant	28	1944	1948	Plörezi	Sol PX.		»	»
A.Ş.	»	29	1951	1952	Kavite	Antibakteriyel	»	»	»
M.C.	Garson	28	1950	1952	»	Antibakteriyel, sol PX.	»	»	»
T.Y.	»	32	1948	1949	Plörezi	Sağ PX.	»	»	»
Ş.İ.	Greşuvarcı	46	1947	1953	İnfiltrasyon	Antibakteriyel	»	»	»
O.F.	Servis had.	36	1955	1956	»	»	»	»	»
S.Ş.	» »	47	1947	1954	»	»	»	»	»
M.T.	Eczacı	35	1947	1954	Kavite	»	»	»	»
M.E.	»	35	1946	1950	Adenit	»	»	»	»
M.A.	Memur	32	1942	1947	Kavite	PX.	»	»	»
M.M.	Eczacı kal.	36	1943	1956	Plörezi	Antibakteriyel	»	»	»
B.K.	Arabacı	45	1940	1950	Hilit	»	»	»	»
F.B.	Santral	39	1950	1953	Plörezi	»	»	»	»
M.K.	Ser. had.	20	1953	1955	İnfiltrasyon	»	»	»	»
G.V.	Terzi	31	1946	1954	Erithem	»	»	»	»

SUMMARY

The percentage of cases of tuberculosis among the personnel of Heybeliada Sanatorium

The culture of dust specimens collected in various places yielded Koch bacilli. Koch bacilli were also found in the hair of 17 of the 50 nurses examined. Tre oral fluid of 4 students among the 70 examined, showed the presence of acid-fast saprophytes. Among the 495 persons composing the personnel, 12 (2.4%) contracted tuberculosis during their work. The highest rate of morbidity belongs, according to our statistics, to the nurse-helpers (50%) and then to the ward personnel (25%) and the auxilliary personnel (25%).

RÉSUMÉ

La proportion de cas de tuberculose parmi le personnel du sanatorium de Heybeliada

La culture de poussières recueillies en divers endroits a produit des bacilles de Koch. Des B.K. ont été également trouvés dans les cheveux de 17 infirmières sur 50. Le liquide buccal de 4 personnes sur les 70 examinées a révélé la présence de saprophytes acido-résistants. Des 495 sujets composant le personnel, 12 (soit 2.4%) ont contracté la tuberculose au cours de leur travail. Le taux de morbidité le plus élevé appartient, après les aidesinfirmières (50%) au personnel de service (25%) ainsi qu'au personnel auxilliaire (25%).

ORDUDA PRİMO-ENFEKSİYON PROBLEMİ

Doç. Dr. FAHİR SANEL *Dr. İLHAN UĞURTAŞ*

Bu günkü korunma ve profilaksi metodlarının mükemmeliyeti sayesinde askerlerde umumî intanî hastalıkların tahribatı önlenmiş bulunmaktadır. Lâkin tüberküloz infeksiyonunda durum böyle değildir. Bir çok genç askerler her sene bu enfeksiyona maruz kalmaktadır. Tüberkülozda sirayetin rolünü en iyi primo-enfeksiyonun tetkiki gösterir. Genç askerlerdeki kesreti ve bazı şekillerinin vahameti ehemmiyetli bir mesele teşkil eder. Şimdi orduda primo-enfeksiyona ait bazı meseleleri burada inceleyeceğiz.

Sıra ile tüberkülin araştırmalarına ait neticeleri, genç askerlerde primo-enfeksiyonunu radyolojik ve klinik görünüşleri ve profilaksi usulleri görülecektir.

Askerlerin büyük bir ekseriyeti 19-20 yaşında genç köylülerdir. Orduda yapılmış ilk tüberkülin teamülleri 1921 senesine tesadüf eder. Bu tarihte *Hüsamettin Kural* (Askerî Tıb Mecmuası 1921) tarafından yapılan tüberkülin araştırmaları askerlerin %32.4'ünün menfi olduğunu göstermişti.

Daha sonraları kendimiz ve başkaları tarafından yapılan teamüllerde tüberkülin indeksinin %50 civarında olduğu bulunmuştur. Nüfus kesafeti seyrek olan bazı ziraî bölgelerden gelen köylü asker guruplarında bu nisbet %60'a kadar yükselmektedir.

Bu %50 nisbeti B.C.G. kampanyası ekiplerinin aynı yaşlarda sivil köylü halkta bulduğu nisbete çok yakındır.

Fakat şehir halkında ise bu nisbet %90 civarındadır.

Allerjik olmayan genç askerlerin kışla dahilinde birbirleriyle ve kışla haricinde şehir halkı ile teması, bulaşma imkânlarını artırır.

Muhtelif askerî doktorlar tarafından yapılmış olan araştırmalar sirayetin ehemmiyetini göstermektedir.

1952-1954 seneleri arasında yapılan tüberkülin kontrolları askerlik süresi esnasında husule gelen virajların adedinin hayli fazla olduğunu ortaya koymaktadır.

81.000 asker üzerinde yapılan tüberkülin kontrolları, bunlarda askerlik hizmetinin başında, deri reaksiyonlarının %52 nisbetinde

menfi olduğunu göstermiştir. İkinci senenin sonunda bu deri reaksiyonu nisbeti ancak %32 olmuştur. Demek oluyor ki bu müddet esnasında viraj nisbeti %20'dir.

Yine bir askerî okulda yapmış olduğumuz yeni bir araştırmada birinci sene içinde deri reaksiyonlarını %61 nisbetinde menfi bulmuştuk. Bu nisbeti üçüncü sene içinde %41.6 olarak tesbit ettik. Burada 3 senelik tahsil süresinde %19.4 nisbetinde bir viraj olmuştur.

Bu güne kadar yapmış olduğumuz araştırmalarda askerlerin iki sirayet membaına maruz kaldığını tesbit ettik. Bunlardan birincisi kışladır. İkincisi ise şehir halkı ile temas neticesi olanıdır. Bu günkü şartlar içinde ordu muhiti kontaminasyonlar için çok müsait bir vasattır. Evvelce Sarayburnu Verem Hastanesinde yapmış olduğumuz bir ankette 308 hasta içinde 69'unun muhakkak ve 45'inin de muhtemelen orduya iltihaktan evvel hasta olduğunu tesbit etmiştik. Bunlardan bir kısmı askere alınmadan evvel sivil verem tedavi müesseselerinde tedavi edilmiş ve tüberküloza karşı ilâçlar kullanmışlardır. Diğer taraftan bu 308 hastanın 86'sında hastalıklarını hissettikleri andan itibaren hastaneye sevkedilinceye kadar az çok ehemmiyetli bir gecikme olmuştur. Çok evolütif ve sarî olan bu hastalar teşhis edilinceye kadar kıtada uzunca bir zaman beklemişlerdi. Şube muayenelerinin ve radyolojik taramanın kifayetsizliği, allerjisi menfi olanların kontaminasyonuna sebebolduğunda şüphe yoktur. Şube muayenelerinin daha ciddî yapılması orduya giren her erin hizmet süresinin başında mikrofilmden geçirilmesi ve askerlik hizmeti boyunca devamlı nezaret altında bulundurulması kışlada bulaşmayı asgarî dereceye indirmeğe müsaittir.

İkinci sirayet membaı kışla kadar mühim olmamakla beraber askerler için gene de ehemmiyetli bir sirayet membaıdır. Şehir halkında yapılmış olan allerji kontrollarında, kâhil yaşına vasıl olmuş olanların ekseriyetinin deri allerjilerinin müsbet olduğunu görmüştük. Bilindiği gibi bir muhitteki tüberküloz indeksi orada mevcut morbidite derecesini aksettirir. Allerjik olmayan genç askerler izinli ve vazifeli olarak şehir halkı ile temas ederlerse bulaşmaya maruz kalabilirler. Şoför, hizmet eri, haberci, posta gibi şehirle fazla teması olan ordu unsurlarında morbidite daha yüksektir.

Bulaşmaya maruz kalmış bu genç askerlerin bir kısmında klinik ve radyolojik tezahüratı ile birlikte primo-enfeksiyon görülmektedir. 1954 senesinde Sarayburnu Verem Hastanesinde yapmış ol-

duğumuz bir etüdde yatırılmış hastaların %14'ünden daha fazlasının primo-enfeksiyona musab olduğunu tesbit ettik.

Bu hastanenin senede 1000-1500 hasta kabul ettiği düşünülürse primo-enfeksiyon nisbetinin ne kadar yüksek olduğu kolayca anlaşılır. Bu vak'alar daha ziyade ağır primo-enfeksiyon vak'aları olup, uzun bir hastane tedavisine ihtiyaç gösterdiği için gönderilmişlerdir.

Hiç şüphesiz klinik ve radyolojik âraz vermiyen daha yüksek sayıdaki tüberküloz primo-enfeksiyonlarına musab askerler ordu saflarında hizmetlerini ifa etmektedirler. Daha az sayıda olmamak üzere hafif vak'alar umumî hastanelerin dahiliye servisleri tarafından sıhhî muameleye tabi tutulmakta ve hava değişimi ile memleketlerine gönderilmektedir.

Tetkik ve tedavi ettiğimiz bu primo-enfeksiyon vak'alarında bütün klinik şekillere rastladık.

Bu primo-enfeksiyonlar ekseriya seröz iltihap ve bilhassa seröfibrinöz plörezi ile ihtilât ederler. Bu ihtilâtlar enfeksiyondan çok kısa zaman sonra meydana çıkmaktadır. Gangliyon hipertrofileri sıktır. Bunlar bazan pek ehemmiyetli derecede tezahür eder.

Primo-enfeksiyona ait gangliyon hipertrofileri ile birlikte tersiyer tipteki ülserö-kazeöz lezyonların bir arada bulunması nadir değildir.

Trakeo-bronşik adenopatiler, ekseriya akciğerde ganglio-bronşik fistüllerden ileri gelen yayımlarla birlikte bulunur. Menenjit ve miliar tüberküloz vak'alarının ekserisinde ganglion hipertrofileri mevcuttur.

Primoenfeksiyonun genç kâhillerde büyük tehlikeler arzettiği bu gün daha iyi bilinmektedir. Kâhil yaşta daha kolaylıkla fitizi husule geldiğinden bu genç askerlerin primo-enfeksiyonları ekseriya kısa bir devreyi müteakıp fitizik tipte lezyonların husulünü intaç eder. Bu primo-enfeksiyonlu genç kâhillerde plörezi husule gelirse, bunu da ekseriya tersiyer akciğer tüberkülozu takibeder.

D'emblé akciğer ftizisine rastladığımız bazı genç askerlerde deri reaksiyonunda bir viraj hâdisesinin primo-enfeksiyon olduğunu göstermiştir. Bu başkaları tarafından da isbat edilmiştir *(Terplan, Medlar, Canetti)*.

Orduda primo-enfeksiyonunun kesret ve vahametinden dolayı hayret edilmemelidir. Daha evvel orduya giren genç kâhillerin büyük bir kısmının deri reaksiyonlarının menfi olduğunu görmüştük. Bu şahıslar gizli geçen bir enfeksiyonun temin ettiği kısmî bir mukavemetten mahrumdurlar.

Radyolojik depistaj orduda tüberküloz mücadelesinde mühim bir unsurdur. Umumileştirildiği takdirde radyolojik lezyonlarla orduya girmiş şahısların ayırd edilmesi mümkün olur. Lâkin tecrübe, tüberküloz enfeksiyonunun tamamiyle ortadan kaldırılmasına kifayet etmediğini göstermiştir. Muayyen fasılalarla radyolojik kontrolların yapılmasının randımanı artırabileceğini söyliyebiliriz. Tesirini isbat etmiş diğer koruyucu tedbirlerin de alınması mücadeleyi takviye etmektedir.

Sarî olması ihtimal dahilinde olan vak'aların tecridi, tüberkülin kontrollarında yeni viraj husule gelmiş olanların tıbbî nezaret altında bulundurulması, mücadelede kıymetli unsurlardır. Mamafih bazı hallerde bulaşmanın önüne geçilemiyeceğini görmüştük. Tüberküline cevap vermiyen şahısların fazlalığı karşısında sirayetin önemi büyüktür. En tesirli çare allerjisi menfi bütün şahısların B.C.G. ile aşılanmasıdır.

Aşı mecburî olmadığından şimdiye kadar yalnız bir miktar asker ve askerî öğrenici aşılanmıştır. Mamafih Deniz Kuvvetleri bu hususta istisna teşkil eder. Aşı mecburî olmadığı halde, burada deri reaksiyonu menfi bütün askerlere B.C.G. tatbik edilmektedir. Deniz kuvvetlerinde B.C.G. tatbikinden sonra umumî morbidite değişmiştir. %9.1 iken B.C.G. ile aşılanmayı müteakıp %3.7 olmuştur. Bu rakam hem aşılanmış hem de aşılanmamış olanlara aittir. Neticenin, orduya giren personele ilk günlerde B.C.G. tatbik etmek suretiyle daha iyileşeceği ümit edilmektedir.

Görülüyor ki Orduda bulaşmalar ehemmiyetlidir. Tüberküline cevap vermiyen bütün askerlere B.C.G. aşısının tatbikinin mecburî olması şayanı arzudur.

R E F E R A N S

1. **Prof. Dr. Karasu**; XI. Millî Türk Kongresi (Tebliğ).
2. **Doç. Dr. Sanel F.**; Orduda tüberkülozun klinik şekilleri. As. Sıhhiye Mec. 74, 1955, 39-47.
3. **Doç. Dr. Sanel, F.**; Orduda tüberküloz mücadelesi. As. Sıhhiye Mec. 74-1955, 48-55.
4. **Doç. Dr. Sanel, F., Ertuğrul, K.**; La tuberculose primaire dans l'armie. As. Sıhhiye dergisi (Özel sayı) 73, 1955, 121-123.

5. **Doç. Dr. Sanel, F., Erişbal, S.**; La pleuresie sero-fibrineuse en milieu militaire. As. Sıhhiye dergisi (Özel sayı) 73, 1955, 89-91.

6. **Doç. Dr. Sanel, F., Soycengiz, T., Tuğsavul, K.**; Orduda primer tüberküloz. Deniz Tıp Bülteni, Cilt II, 1956, 70-76.

7. **Doç. Dr. Sanel, F.**; Muhtelif ordularda tüberküloz mücadelesi. As. Sıhhiye mecmuası (Baskıdadır).

8. **Doç. Dr. Sanel, F.**; Le probléme de la primo-infection dans l'armée. Bul. Int. des services de Santé 10, 1956, 433-439.

SUMMARY

The problem of primo-infection in the army

The frequency of tuberculous primo-infection among young conscripts and the fulminating nature of some of its forms constitute a very important problem. More than 14% of the patients hospitalized in tuberculosis hospitals are cases of primo-infection.

Several new recruits with primo-infection may not show any clinical or radiological symptoms and perform their military duties in spite of their infection. The patients are mostly country people between 19 and 22 years of age.

Cutaneous reactions to tuberculine are generally quite strong. They are mostly phlyctenular in nature. These primo-infections are sometimes quite severe and show often complications such as sero-fibrinous pleuresias. Ganglionar hypertrophies are frequent and may co-exist with a pulmonary tuberculosis.

The age of the subject when he catches the infection is very important in the development of pulmonary tuberculosis.

Tuberculine test controls performed in military groupings as well as in rural masses show that more than 50% of the subjects have negative reaction. In some districts, this proportion reaches 60%. However, the cutaneous reactions of adult urban populations to tuberculine testing are generally positive.

In such conditions, the new recruits are exposed to the infection in military barracks as well as in urban dwellings. Being unable to suppress the sources of contagion, we must use preventive methods.

The possibility of contagion may be lessened by performing a radiological screening at the beginning of military duries and repeating it frequently afterwards. Another efficient preventive measure is the vaccination of all new recruits with B.C.G.

As the B.C.G. vaccination is not compulsory in our country, only a few of the recruits or military students have been vaccinated.

The B.C.G. vaccination of recruits showing a negative reaction to the tuberculine test should become compulsory.

RÉSUMÉ

Le problème de la primo-infection dans l'armée

La fréquence de la primo-infection tuberculeuse chez les jeunes recrues ainsi que le caractère foudroyant de certaines formes constitue un problème très important. Plus de 14% des malades hospitalisés dans les hôpitaux de tuberculose sont des cas de primo-infection.

Un certain nombre de recrues atteints de primo-infection mais ne présentant pas de signes cliniques et radiologiques, accomplissent malgré tout leur service milimaire. La majorité des malades est constituée par des paysans entre 19 et 22 ans.

Les réactions cutanées à la tuberculine sont généralement très accentuées. Elles sont habituellement phlycténulaires. Ces primo-infections sont des cas assez graves et se compliquent assez souvent de pleurésies séro-fibrineuses. Les hypertrophies ganglionnaires sont fréquentes. Il n'est pas rare de les rencontrer em même temps qu'une phtisie pulmonaire.

L'âge du sujet lorsqu'il est infecté joue un rôle bien connu dans l'éclosion de la tuberculose pulmonaire.

Les contrôles tuberculiniques pratiqués dans les agglomérations militaires ainsi que chez les masses paysannes ont montré que plus de 50% des sujets sont négatifs. Cette proportion s'élève dans certains districts à 60%. Par contre les réactions cutanées à la tuberculine des populations adultes urbaines sont généralement positives.

Dans ces conditions les recrues sont exposées à l'infection aussi bien dans les casernes que dans les villes. Comme il est impossible d'enrayer la contagion, nous devons recourir à des méthodes prophylactiques.

La contagion peut être diminuée grâce à un dépistage radiologique pratiqué au début du service militaire et répété fréquemment par la suite. Un autre moyen efficace de prophylaxie serait la vaccination par le B.C.G. de toutes les nouvelles recrues.

Comme la vaccination n'est pas obligatoire dans notre pays, une partie seulement des recrues ou des élèves militaires a pu être vaccinée.

Il est à souhaiter que la vaccination par le B.C.G. des recrues présentant une réaction négative au test de la tuberculine, devienne obligatoire.

Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü
Direktör
Dr. Niyazi Erzin

MEMLEKETİMİZDE MYCOBACTERIUM TUBERCULOSİS TİPUS BOVİNUS'UN İNSAN PATOLOJİSİNDEKİ ROLÜ

Dr. ARAL GÜRSEL

Sığır tipi mycobakterilerin insanlarda hastalık husule getirdikleri malûm bir hakikattir. Buna rağmen bilhassa memleketimizde sığır tipi mycobakterilerle husule gelen enfeksiyonların frekansı henüz münakaşa edlimektedir.

Bu mevzuda 60 yıldan beri bütün dünyada yapılan neşriyat gözden geçirilecek olursa, bunların iki guruba ayrıldığı hemen göze çarpmaktadır. Zira, bir kısmı yalnız klinik, radyolojik ve epidemiyolojik müşahedelere, diğer bir kısmı ise daha sağlam olan bakteriyolojik idantifikasyon temellerine istinat etmektedir.

Dünyada diğer memleketlere ait pek çok neşriyat mevcut ve istatistikler yapılmış ise de (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32) memleketimiz 1954 yılına kadar dünya istatistiklerinden hiç bir tanesine ithal edilmemiştir. Çünkü bu sahadaki araştırmalarımız ancak son 10-15 yıldan beri başlamış bulunmaktadır (33, 34, 35, 36, 37).

1954'de *Gernez-Rieux* (39) 57 senelik dünya istatistiklerini bir araya toplayarak (*Price*'in daha evvel yapmış olduğu istatistikleri tashih ve ikmal ederek) memleketimizi de *Dr. Tevfik İsmail Gökçe* ve *Sıtkı Velicangil*'in (34) İstanbuldaki neticeleri ile bu istatistiğe ithal etmiştir.

1951'den bu yana Ankarada Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsünde bol materyel ve imkânlarla yapmış olduğumuz araştırmalar bu son tabloyu da değiştirmektedir.

Çünkü Enstitümüzde yapmış olduğumuz araştırmalara göre, memleketin muhtelif bölgelerine ait ve hastalığın muhtelif şekillerinden elde edilen 2310 suş tiplendirilmiştir. Tiplendirilen bu suşların 2127'si pülmoner tüberküloza, 183'ü ise ekstrapülmoner tüberküloza aittir. Bunlara bundan evvel başka araştırıcılar (33, 34, 35, 36) ta-

rafından tetkik olunan 1377 suş da ilâve edilecek olursa, memleketimizde şimdiye kadar tetkik edilen suş adedi 3687'ye yükselmekte ise de, bunların 399 adedinin pülmoner veya ekstrapülmoner oldukları hakkında herhangi bir malûmatımız yoktur.

Enstitümüzde tetkik olunan suşlara göre, memleketimizde bovinus tipi mycobakterilerle enfeksiyon nisbeti %7,23'dür. Fakat diğer araştırıcıların neticeleri de bunlara karıştırılacak ve ortalama bir nisbet çıkarılacak olursa bu nisbet de %7,1 olarak tesbit olunmaktadır.

Enstitümüzdeki araştırmalara göre:

Hastalık şekli	Tetkik olunan suş	Humanus		Bovinus		Karışık	Atipik
		Adet	%	Adet	%	Adet	Adet
Pülmoner tbc.	2127	2005	94,87	114	5,13	2	6
Ekstrapülm. tbc.	183	130	71,86	53	28,14	—	—
Y e k ü n	2310	2135	92,77	167	7,23	2	6

TABLO I

Bu rakamlara, memleketimizde şimdiye kadar muhtelif araştırıcılar tarafından tetkik olunan diğer bütün suşlar ilâve edilecek olursa ve pülmoner veya ekstrapülmoner olup olmadıkları bilinmiyen 399 adet suş'u da pülmoner olarak kabul edecek olursak yukarıdaki nisbetler aşağıdaki tablodaki gibi değişmektedir:

Hastalık şekli	Tetkik olunan suş	Humanus		Bovinus		Karışık	Atipik
		Adet	%	Adet	%	Adet	Adet
Pülmoner tbc.	3416	3212	94,10	204	5,90	2	6
Eksrapülm. tbc.	271	218	80,43	53	19,57	—	—
Y e k ü n	3687	3430	92,90	257	7,10	2	6

TABLO 2 — Memleketimizde şimdiye kadar tetkik olunan bütün suşlara göre vaziyet

Bu iki numaralı tabloda cem edilen muhtelif araştırıcıların neticelerini hülâsa edecek olursak:

Çalışmayı yapan	Tetkik ettiği suş adedi	Bovinus tip adedi	Bovinus % nisbeti
Dr. Rauf Gökbudak	19	3	16,00
Dr. Süreyya Aygün	261	70	27,60
Tıp Fak. İntan Kliniği	119	17	14,29
T.İ.Gökçe-S. Velicangil	978	0	0,00
Dr. A. Gürsel (Hıfz. E.)	2310	167	7,23
	3687	257	% 7,10

TABLO 3

Görürüz ki elde edilen neticeler birbirinden çok farklıdır. Çünkü bir kısım araştırıcılar çok yüksek nisbette bovinus tip mycobakteri tesbit etmişlerken, bazıları da hiç tesbit edememişlerdir. Bu muhtelif araştırıcılar tarafından elde edilen farklı sonuçların münakaşasına gelince; çalışmalarında bildirilmemiş olmakla beraber, öyle zannediyoruz ki bu farklar tetkik olunan tüberküloz şekli ve suşların elde edildiği hastaların yaşları ile de yakinen ilgilidir. Yüksek nisbette bovinus tip tesbit eden araştırıcıların, tetkiklerini daha ziyade ekstrapülmoner tüberkülozlular üzerinde veyahut da çocuk ve genç hastalar üzerinde yapmış olmaları muhtemeldir.

Enstitümüzde yapmış olduğumuz araştırmalara göre gerek humanus ve gerekse bovinus tip mycobakterilerin husule getirmiş oldukları muhtelif şekil organ hastalıkları ve nisbetleri aşağıdaki tabloda gösterilmiştir:

Hastalık şekli	Suş adedi	Humanus % nisbeti	Bovinus % nisbeti
Pülmoner Tbc.	2127	94,87	5,13
Menenjit Tbc.	65	72,30	27,70
Genito-uriner Tbc.	21	82,35	17,65
Kemik-mafsal Tbc.	76	68,85	31,15
Cilt Tbc. (muhtelif)	14	54,00	46,00
Perikardit Tbc.	2	100,00	00,00
Peritonit Tbc.	1	100,00	00,00

TABLO 4 — Bovinus tip tüberküloz enfeksiyonlarının muhtelif organ hastalıklarına göre dağılışı

Yukarıki tablodan da görüldüğü üzere, muayene etmiş olduğumuz suşların en büyük kısmını pülmoner tüberkülozlular teşkil etmektedir. Mamafih dünya istatistiklerine göre de pülmoner tüberküloz kısmı daima daha yüksektir. Ekstrapülmoner tüberkülozda hasta bulma ve suş elde etme imkânları, pülmoner tüberküloza nazaran çok daha güç olduğundan elde ettiğimiz rakamlarla iktifa ettik.

Bu neticelerimizi, bütün dünyada 57 sene zarfında elde edilen ve *Prof. Gernez-Rieux* (39) tarafından toplanarak şematize edilen tablo ile mukayese edecek olursak, bütün dünyada 57 sene zarfında muayene edilen suş adedi ile memleketimizde muayene etmiş olduğumuz suş adetleri arasındaki nisbetler uygundur. Gernez Rieux tablosunu münakaşa kısmında ayrıca vereceğiz.

BOVİNUS TİP TÜBERKÜLOZ ENFEKSİYONLARININ MESLEKLERE GÖRE DAĞILIŞI

Bovinus tip mycobakterilerle enfekte kimselerin, meslek ve oturdukları mahallere göre tasniflerine gelince:

Bize materyel göndermek lûtfunda bulunan sayın hekim ve arkadaşlarımızdan, lüzumlu malûmatı elde edemediğimizden kat'î neticeler vermemize maalesef imkân yoktur. Ancak şu kadarını söyliyebiliriz ki bovinus tip mycobakteri olarak tesbit olunan 167 suş'un hastaları mesleklerine göre aşağıdaki 5 numaralı cetvelde tasnif edilmişlerdir:

Suşların 54'ü çiftçilikle meşgul olan vatandaşlardan
36'sı çocuklardan (köylü veya şehirli bilinmiyor)
28'i ev kadını olarak bildirilmiştir. Bunların da köylü veya şehirli oldukları bilinmiyor.
15'i esnaf olarak bildirilmiştir (kasap, lokantacı fırıncı)
9'u memur olarak bildirilmiştir (subay, hastabakıcı, v.s.)

142
25 adedinin hastalarının meslekleri hakkında en ufak bir malûmat bile yoktur.

167 adet

TABLO 5

Gerek meslekleri bildirilen ve gerekse bildirilmiyenler hakkında, hastane müşahede evrakı arasında yapmış olduğumuz incelemelerden de istatistiklerimize yarayacak malûmata rastlayamadık. Zira bu evrak üzerinde, istatistiğe yarayabilecek malûmat hanesi ya

boş bırkılmış veyahut da sadece ev kadını, esnaf gibi kayıtlar konmuştur.

Memleketimizin hangi bölgesinde hangi tip mycobakterilerin daha fazla rol oynadığını tesbite de uğraştık ise de, maalesef tatminkâr netice alamadık. Çünkü hastane müşahede kâğıtlarında hiç bir zaman hakikî bir adrese tesadüf edemedik. Müşahedeyi alanlar, müşahedelerini yaparlarken hiç bir zaman şahsın hastalandığı yeri bildirmeyip, ancak müracaatında bulunduğu yeri bildirmişlerdir. Hattâ birçok kereler hasta uzun senelerden beri başka bir yerde bulunduğu halde, kayıtta ancak nüfusta kayıtlı bulunduğu yer bildirilmiştir.

Gönül arzu ederdi ki, bovinus tip mycobakterilerle enfekte kimselerin tam adresleri elde edilsin ve bunların evlerine kadar gidilerek sığırlarla ilgileri ve varsa bizzat bu hayvanları da muayenedon geçirilmiş olsun. Buna maalesef imkân bulamadık, çünkü suş tecrit edilip tipi tâyin edilinccye kadar, hastalar da hastaneyi taburcu olarak terketmiş bulunuyordu.

M ü n a k a ş a :

Mycobakterium tuberculosis typus bovinus ile dünya çapında ilk istatistik travay *W. Park* ve *C. Krumwiede* (40) tarafından 1911 yılında yapılmış ve muhtelif memleketlere ait neticeleri aşağıdaki cetvel halinde toplamıştır.

Yaşlar	adedi Humanus tip	adedi Bovinus tip	% nisbeti Bovinus tip
5 yaşından aşağı	215	65	23,2
5-16 yaş arası	117	36	23,5
16 yaşından yukarı	777	10	1,27
Bütün yaşlarda	1109	111	9,10

Buna benzer neticeler *Y. C. Wang* (1916), *Moellers* (1928), *Klimmer* (1934), *Lachmann* (1936) taraflarından da alınmıştır. *M. Gervois* (41) 1937'de 17045 vak'a üzerine aşağıdaki global istatistiği çıkarmıştır:

Yaşlar	Vak'a adedi	Humanus tip adedi	Bovinus tip % nisbeti
5 yaşından aşağı	1401	414	29,5
5-10 yaş arası	551	165	29,9
10-15 yaş arası	338	64	18,9
0-15 yaş arası	4757	1064	22,3
15 yaşından yukarı	6103	402	6,5
Bütün yaşlarda	17045	1913	11,2

En son olarak da 1954'de *Prof. Gernez-Riex* (39) 1896-1953 arası dünya istatistiklerine göre hazırlamış olduğu cetveli verelim ve bunlarla memleketimizdeki vaziyeti mukayese edelim.

Hastalık şekli	0-15 yaş arası			Yetişkinlerde			Bütün yaşlarda		
	Total suş	Bovin suş	% Bovin	Total suş	Bovin suş	% Bovin	Total suş	Bovin suş	% Bovin
Pülmoner tbc.	1968	86	4,3	7337	188	2,5	26803	738	2,7
Servikal adenit	780	463	56,7	508	130	35,5	1652	692	41,8
Cilt tbc.	165	58	35,1	235	32	13,6	1016	257	25,3
Menenjit tbc.	1775	223	12,5	393	31	7,8	2881	349	12,1
Kemik-mafsal	1107	230	20,7	450	32	7,1	2524	326	12,9
Genito-uriner	5	1	20,0	305	21	6,8	790	68	8,6
Otopsi	990	205	20,7	159	15	9,4	1525	225	16,5
Muhtelif	442	96	21,7	1228	150	12,2	6190	795	12,8
Y e k ü n	7232	1342	18,5	10615	599	5,6	43381	3477	8,0

Yukarıdaki tablo memleketimiz istatistikleri ile mukayese edilecek olursa görülür ki memleketimizde de nisbetler aşağı yukarı aynıdır.

Çünkü Enstitümüzde tetkik etmiş olduğumuz suşları hastaların yaş guruplarına göre tasnif edecek olursak 0-15 arası yaş gurubunda 228 suş tiplendirilmiş ve bunların 36 adedi bovinus tip olarak bulunmuştur. Bu demektir ki memleketimizde bu gurupta %16 nisbetinde bovinus tip mycobakterilerle enfeksiyonlar mevcuttur. Aynı yaş gurubunda *M. Gervois*'a (41) göre 22,3, *Gernez-Rieux*'ya (39) göre ise %18,5'dur.

Yetişkinler gurubuna gelince Enstitümüzde 2082 suş tiplendirilmiş ve bunların 131'i bovinus tip mycobakteri olarak tesbit olunmuştur. Bu hesaba göre yetişkinlerde bovinus tiple enfeksiyon nisbeti %6,45'dir. Dünya istatistiklerinden *M. Gervois*'ya (41) göre bu gurupta %6,5, *Gernez-Rieux*'ya (39) göre ise %5,6 nisbetinde bovinus tip mycobakteri enfeksiyonları vardır.

Gene Enstitümüz çalışmalarına göre bütün yaşlar gurubunda bu nisbet %7,23 olarak tesbit olunmaktadır. Dünya istatistiklerine göre ise bu nisbet %11,2 ile %8 olarak bulunmuştur.

Enstitümüzdeki çalışmalara göre vaziyet böyle iken, memleketimizde şimdiye kadar, muhtelif araştırıcılar tarafından tiplendiri-

len bütün suşlar (3687 suş) hesap edilecek olursa bu nisbet de %7,1 olarak tesbit olunmaktadır. Bu nisbet *Gernez-Rieux* (39) tablosunda %8 olarak hesaplanmıştır.

Yukarıdaki rakamları şematize edecek olursak:

	0-15 yaş arası			Yetişkinlerde			Bütün yaşlarda		
	Total suş	Bovin suş	% Bovin	Total suş	Bovin suş		Total suş	Bovin suş	
Türkiyede Enst. çalışmaları	228	36	16,0	2082	131	6,45	2310	167	7,23
Türkiyede bütün araştırmalar							3687	257	7,10
Bütün dünyada	7232	1342	18,5	10615	599	5,60	43381	3477	8,0

Yukarıki tablodan da görüleceği üzere, memleketimizde yetişkinlerdeki nisbetimiz *M.Gervois*'nın (41) 1937'de hazırlamış olduğu istatistiklere tamamen uymakla beraber 1954'de *Gernez-Rieux*'nun (39) hazırlamış olduğu istatistik rakamlarından az bir yükseklik göstermektedir. Bu da memleketimizde bazı faktörlerin (yaşayış ve gıda) diğer memleketlere nisbetle daha değişik oluşundan olsa gerektir.

H ü l â ş a :

Memleketimizde henüz münakaşalı olan mycobakterium tuberculosis typus bovinus'un insan patolojisindeki rolünü aydınlatmak üzere Enstitümüzde bir seri araştırma yaptık. Araştırmalarımızda memleketin muhtelif bölgelerinden elde ettiğimiz muhtelif tüberküloz şekillerine ait materyelden tecrid olunan 2310 mycobacterium tuberculosis suşunu tiplendirerek aşağıdaki neticeleri aldık ve bu suretle Prof. *Gernez-Rieux*'nun 1954'de hazırlayarak memleketimizi de dahil ettiği tabloyu da tashih etmiş bulunuyoruz.

1. Memleketimizde umumî tüberküloz şekillerine göre:

0-15 yaş gurubunda bovinus tip nisbeti %16,00

Yetişkin şahıslarda bu nisbet %6,50

Umumî olarak bütün yaşlarda ise %7,23'dür.

2. Pülmoner ve ekstrapülmoner diye ayıracak olursak bovinus tip mycobakteri enfeksiyonları da aşağıdaki şekli arzetmektedir:

Pülmoner tüberkülozda bovinus tip nisbeti %5,13

Ekstrapülmoner tüberkülozda ise %28,14'dür.

3. Organ hastalıklarına göre dağılışına gelince:

Pülmoner tüberkülozda	% 5,13
Menenjit tüberkülozda	%27,70
Genito-üriner tüberkülozda	%17,65
Kemik mafsal tüberkülozunda	%31,15
Cilt tüberkülozunda ise	%46,00 nisbetinde bovinus tip mycobakteri enfeksiyonları tesbit olunmaktadır.

4. Bovinus tip enfeksiyonların kısmı azamisi çiftçi vatandaşlardan elde edilmektedir.

B İ B L İ Y O G R A F İ

1. **Lange, L.**:Bull. Office Internat. Hyg. Publ. 1937-29-317.
2. **Dietz:** Arch. Dermatol. u. Syph. 1939-179-360.
3. **Beller, K.:** Zbl. Bakteriol. Abt. I 1941-148-118.
4. **Cutbill, L. J.:** Brit. Med. J. 1944-1-283.
5. **Griffith, A. S., Munro, W. T.:** J. Hyg. 1944-31-234.
6. **Todd Mc. Laren, Grey, D.:** Tubercle, 1949-31-234.
7. **Wilson, G. S., Blacklock, J.W.S., Reilly, C.:** Brit. Med. J. 1953-1-662.
8. **Price, R. M.:** Can. Public Health J. 1938-29-251.
9. **Giroux, M.:** Laval Méd. 1944-9-205.
10. **Jensen, K.A., Lester, V., Tolderlund, V.:** Acta Tub. Scand. 1940-14-125.
11. **Knudsen, M.:** Ugeskr. for Laeger, 1947-109-93.
12. **Blacklock, J.W.S.:** Brit. Med. J., 1947-1-707.
13. **Beattie, M., Nicewonger, R.:** Am. Rev. Tbc., 1942-45-586.
14. **Pikkarainen, J.:** Nord Med. (duodecim), 1939-54-224.
15. **Vasarheeyi, J.V.:** Zbl. Bakteriol. 1940-146-195.
16. **Dhayagude, R. G., Shah, B.R.:** Ind. J. Med. Res. 1948-36-79.
17. **Mushatt, C.:** J. of Hyg. 1940-40-396.
18. **Mac Muray:** Ulster Med. J. 1941-10-132.
19. **Reilly, R.V.:** J. Hyg., 1950-48-464.
20. **Petragnani, G.:** Bull. Office Intern. H. Publ., 1939-31-81.
21. **De Gara, P.F.:** Am. Rev. Tubc., 1942-45-576.
22. **Brandt, A.:** Norsk. Veter. Tskr., 1940-52-234.
23. **Ruys, A.C.:** Nederl. Tschr. Geneesk, 1952-96-676.
24. **Ruys, A.C.:** Acta Tub. Scand., 1950-24-175.
25. **Arena, A.R., Cetrangolo, A.:** An. Cated. Pat. y Clin. Tuberc., 1946-8-No. 36

26. **Lindau, A.:** Acta pat. Microbiol. Scand. (Sup), 1944-54-693.
27. **Krieg, P.:** Rev. Med. Suisse Rom. N. 4, 1947-209.
28. **Wiessmann, E.:** Schiz. Zschr. Tuberk., 1949-6-122 ve 438.
29. **Grumbach, A.:** Rev. Suisse Tuberc., 1949-6-364.
30. **Urech, E.:** Rev. Suisse Tuberc., 1948-5-282.
31. **Urech, E.:** Rev. Suisse Tuberc. 1949-6-382.
32. **Stojanoviç, S.:** Arch. Serbes Med. 1949-47-517.
33. **Prof. Dr. Süreyya Aygün:** Bulaşık ve Salgın hastalıklar bilgisi, Ankara 1939/40.
34. **Dr. T. İ. Gökçe ve Sıtkı Velicangil:** XI'inci Türk Tıp Kongresi (1950).
35. **Dr. Rauf Gökbudak:** R.S.M. Hıfzıssıhha Enst. İhtisas tezi.
36. **Dr. Aral Gürsel:** II'nci Türk Tüberküloz Kongresi tebliği.
37. **Dr. S. Payzın:** A. Ü. Tıp Fak. Mikrobiol. notları 1954.
38. .....
39. **Ch. Gernez-Rieux, Gervois, M., Tacquet, A.:** Acta tuberculosea Belgica, 1954-No. 4-357.
40. **Par, W., Krumwiede, C.:** J. of Med. Res., 1911-25-313.
41. **Gervois, M.:** Thèse Lille, 1937.

SUMMARY

The importance of Mycobacterium tuberculosis, (typus bovinus) in human pathology

We studied in our Institute the part, still obscure, played by the Mycobacterium tuberculosis (typus bovinus) in human pathology, in our country. During these studies, we obtained from various localities throughout the country, 2310 strains of Mycobacterium tuberculosis taken from various forms of tuberculosis. We classified these strains and obtained results similar to the classification of Prof. Gernez-Ricz which was elaborated in 1954 and included also our country.

1. Classification according to general forms of tuberculosis Proportion of typus bovinus in the group aged 0-15 years: 16.00%
Proportion of the same type in adults: 6.50%
Proportion at all ages: 7.23%

2. Proportion of Mycobacterium tuberculosis (typus bovinus) in cases of pulmonary and extra-pulmonary tuberculosis Proportion of typus bovinus in cases of pulmonary tuberculosis: 5.13%
Proportion of the same type in extra-pulmonary tuberculosis: 28.14%

3. Classification according to the various organs involved.
Pulmonary tuberculosis 5.13%
Tuberculous meningitis 27.70%
Genito-urinary tuberculosis 17.65%
Osteo-articular tuberculosis 31.15%
Cutaneous tuberculosis 46.00%

4. The majority of cases infected by the typus bovinus were agricultural workers.

RÉSUMÉ

Le rôle joué dans notre pays par le type bovin du Mycobacterium tuberculosis dans la pathologie humaine

Nous avons effectué dans notre Institut une série de recherches afin de déterminer le rôle encore obscur joué dans notre pays par le Mycobacterium tuberculosis (type bovin) dans la pathologie humaine. Au cours de ces recherches nous avons obtenu de diverses localités de notre pays plus de 2310 souches de Mycobacterium tuberculosis provenant de formes diverses de tuberculose. Nous avons procédé à la classification de ces souches et avons pu ainsi confirmer la classification préparée en 1954 par le Professeur Gernez-Rieux qui comprenait aussi notre pays.

1. Classement d'après les formes générales de tuberculose Proportion de typus bovinus dans le groupe âge de 0-15 ans 16.00%
Même proportion chez les adultes 6.50%
Proportion générale à tous les âges 7.23%

2. Proportion de Mycobacterium tuberculosis (typus bovinus) dans les cas de tuberculose pulmonaire et extra-pulmonaire Proportion de typus bovinus dans les cas de tuberculose pulmonaire 5.13%
Proportion du même type dans la tuberculose extra-pulmonaire 28,14%

3. Classification d'après les atteintes de différents organes Tuberculose pulmonaire 5.13%
Meningite tuberculeuse 23.70%
Tuberculose génito-urinaire 17.65%
Tuberculose ostéo-articulaire 31.15%
Tuberculose cutanée 46.00%
d'Infections par le typus bovinus du Mycobacterium tuberculosis.

4. La majorit des cas d'infection par le typus bovinus se composait de cultivateurs.

Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü
Direktör
Dr. Niyazi Erzin

GIDA MADDELERİMİZDEN YOĞURDUN MYCOBAKTERIUM TÜBERKÜLOSİS ÜZERİNE OLAN BAKTERİSİT TESİRİ

Dr. ARAL GÜRSEL

Yoğurt, memleketimiz ve sıcak memleketler halkının belli başlı gıdalarından bir tanesidir. Bilhassa yurdumuzda ve civar memleketlerde çok taammüm etmiş olan bu süt mamulü üzerinde gerek memleketimizde (1, 2, 3, 4, 5, 6) ve gerekse ecnebi memleketlerde (7, 8) pek çok araştırmalar yapılmıştır. Bu çalışmalar bilhassa yoğurt imali ile yoğurt florasına inhisar etmektedir. Yoğurdun mikroplar üzerine olan tesiri pek az etüd edilmiş ise de gene de ele alınmıştır (4, 5, 6).

Yoğurt florası hakkında yapılan etüdler gözden geçirilecek olursa müelliflerin hemfikir olmadıkları hemen göze çarpmaktadır. Sebebi de yoğurdun muhtelif bakteriler tarafından yapılabilmesi ile zevklerin de memleketlere göre değişik oluşundan olsa gerektir.

Dorner, Demont ve *Chavannes* (7)'in bildirdiklerine göre yoğurt floarsı hakkında en iyi mehaz ancak *Refik* bey (1) tarafından yapılan çalışmadır.

Biz Ankarada yapmış olduğumuz çalışmalara göre, muhitimizin zevkine en iyi uyan yoğurt lactobacillus bulgaricus ile streptococcus thermophilus karışığını ihtiva eden yoğurtlardır demiştik (6). Bunlara idantifiye etmemiş olduğumuz bir de saccharomyces karıştırılacak olursa, yoğurt daha da hoş bir lezzet alıyorsa da, saccharomycesler yoğurdu çok kısa bir zamanda bozduklarından, yoğurt imalinde bunlardan sakınmak icab etmektedir.

Yoğurdun bakterisit tesiri:

Geçen yüzyılın ortalarında *Metchnikoff* yoğurt bakterilerinin barsak kanalında toksin ifraz eden tefessüh âmillerini öldüreceğini ve bu suretle hayatı uzatacağı iddiasında bulunmuş ise de, bu husus isbat edilememiştir. Bununla beraber yoğurdun içinde birçok bakte-

rilerin öldüğü bilinmekte idi. *Golem* (4) Ankarada ayranlar üzerinde yapmış olduğu bir deneyde bu hususu bir daha teyid etmiş ve tifo basillerinin ayranda kısa bir zamanda öldüğünü ortaya koymuş ve bu tesirin yoğurdun pH'sı ile alâkalı olduğu veya yoğurt bakterilerinin yapabileceği bir antibiyotikten ileri gelebileceği fikrini ileri sürmüştür. *Hirsh* ve arkadaşlarının (9) da streptococcus lactiaden nicin adını verdikleri bir antibiyotik elde etmeleri bu fikri kuvvetlendirmekte ise de, Ankarada *Gürsel* ve *Fişek* (6) tarafından yapılan araştırmalarla bu tesirin laktik asitten ileri geldiği gösterilmiştir.

Gerek Enstitümüzde ve gerekse Ankara Tıp Fakültesi Fitizyoloji kliniğindeki çalışmalarımız sırasında mide lâvaj sularından B.K. kültürlerimizin, diğer memleket araştırıcılarına nazaran çok daha düşük oluşu nazarı dikkatimizi çekmiş ve bunun memleketimizde fazla miktarda kullanılan yoğurdun tesiriyle olup olmadığı meselesini incelemeye bizi sevk etmiştir.

Teknik:

Evvelden sterilize edilmiş sütler mycobacterium tuberculosis suşları ile enfekte edildikten sonra, bunlara lactobacillus bulgaricus ve streptococcus thermophilus mikropları da ekilerek 38°'de (her ne kadar yoğurt imali 41-43 dereceleri arasında yapılıyorsa da, bu dereceler mycobacterium tuberculosis'e elverişli olmadığından dolayı) enkübe edilmiş. Böylece imal edilen yoğurtlardan Löwenstein - Jensen vasatına sübkültürler yapılarak, yoğurtta bulunan mycobacterium tuberculosis suşlarının hayatiyeti tetkik eidlmiştir.

Okumalar 10, 20, 30, 40, 50 ve 60'ıncı günler yapılmış. Vasatlarda husule gelen koloniler tahminî olarak sayılarak sıvama üreme (++++), sayılamıyacak kadar çok koloni (+++), 50-100 koloni (++), 25-50 koloni (+) ve 25'den aşağı olan koloni sayısı aynen kaydolunmuştur.

Deneylerimizde mycobacterium tuberculosis typus humanus (streptomycino hassas ve rezistan), typus bovinus, typus gallinaceus, mycobacterium stercoris, mycobacterium smegmatis ve mide lâvaj sularından tecrid edilen saprofit mycobacteriler kullanılmıştır.

Deneyler:

Gürsel ile *Fişek* (6) sterilizasyonun yoğurdun bakterisit hassası üzerinde rol oynamadığını, sulandırmanın ise bu hassayı azalttığını göstermişlerdir. Bundan dolayı çalışmalarımızda herhangi bir sulandırma yapılmamıştır.

Mycobacterium tuberculosis typus humanus, typus bovinus ve typus gallinaceus ile enfekte sütlerle hazırlanan yoğurtlara ait sübkültür sonuçları 1 numaralı tabloda gösterilmiştir:

Sübkültür yapana kadar geçen zaman	Sübkültür neticeleri				
	H. 2956	3146	3072	B. 2926	A. 1894
1 saat	+ + + +	+ + + +	+ + + +	+ + + +	+ + + +
2 »	+ + +	+ + +	+ + +	+ + +	+ + + +
5 »	20	12	+ + +	10	+ + + +
8 »	0	0	+ + +	2	+ + + +
12 »	0	0	0	0	+ + + +
24 »	0	0	0	0	+ + + +
36 »	0	0	0	0	+ + +
48 »	0	0	0	0	+ + +
60 »	0	0	0	0	+ + +
72 »	0	0	0	0	+ + +
84 »	0	0	0	0	+ + +
96 »	0	0	0	0	+ + +

TABLO 1

Enfekte süt mayalandıktan sonra 1'inci ve 2'nci saatlerdeki sübkültürler daha 10'uncu günden itibaren belli olmaya başlamışlarsa da 5'inci ve 8'inci saatteki sübkültürler ancak 20'nci güne doğru belli olmuşlardır. 8'inci saatten sonra, mycobacterium tuberculosis typus gallinaceus müstesna, suşların hiç bir tanesinden herhangi bir sübkültür elde edilememiştir. Sekiz saat yoğurtla temasta kalan mycobacterium tuberculosis suşlarında bir bakteriostaz müşahede edilmektedir.

Deney 2: Bu hassa bakteriostatik midir, bakterisid midir?

Enfekte sütlerle hazırlanan yoğurtlar 24, 48 ve 72 saat buz dolabında bekletildikten sonra homojeneize ve teksif edilerek yapılan sübkültür neticeleri 2 numaralı tabloda cem edilmiştir.

Homojeneizasyon ve teksife kadar geçen zaman	Suşlar ve sübkültür neticeleri				
	H.2956	3146	3072	B.2926	A.1894
24 saat	0	0	0	0	+ + + +
48 saat	0	0	0	0	+ + +
72 saat	0	0	0	0	+ + +

TABLO 2

Görülüyor ki burada da birinci neticelerimiz teyid olunmaktadır. Çünkü ne humanus ve ne de bovinus tip suşlarda homojeneizasyon ve teksiften sonra dahi herhangi bir sübkültür müşahede edilememiştir. Typus gallinaceus'a gelince yoğurttan da hiç müteessir olmadığından üremeye devam etmektedir.

Yoğurtla temasta kalmış mycobacterium tuberculosis suşlarının tecrübe hayvanlarına tesiri:

Yukarılarda tafsilen arzedilen neticelerden sonra, suşlar arasındaki farklar düşünülerek ve bakterisit tesiri iyice tâyin edebilmek üzere 6 adet humanus tip ve 3 adet gallinaceus tip mycobakteri ile tecrübeler tekrarlanmış ve bunlar homojeneizasyon ve teksiften sonra kobay ve tavşan zerkleri de yapılmıştır. Enfekte yoğurt hazırlanmasından tecrübe hayvanlarına zerke kadar geçen zaman 72 saattir. Humanus ve bovinus tip suşlar için 2'şer kobay, gallinaceus tipler için ise 2'şer tavşan zerk edilmiştir. Müşahede müddeti 68 gündür. Tecrübe zerkleri neticelerine gelince: Zerk edilen 24 kobay ve 6 tavşandan, sübkültür vermiyen yoğurtla temasta kalmış mycobakterium tuberculosis suşlarından humanus ve bovinus tipler tecrübe hayvanlarında da herhangi bir tüberküloz lezyonu husule getirmemişlerdir. Ancak 2926 numaralı bovinus tip suşla her iki kobayda da lenf bezleri büyümüş ve dalak ile karaciğerlerde tüberküloz lezyonlarına tesadüf edilmiştir.

Gallinaceus tip mycobacterilere gelince, zerkedilen her 3 suş da tavşanlarda yaygın tüberküloz husule getirmiştir. Bu da yoğurdun mycobacterium tuberculosis typus gallinaceus'a tesir etmediği halde, humanus ve bovinus tipler üzerinde bakterisit bir tesire malik olduğunu göstermektedir.

Deney 3: Yoğurt yapan mikroplardan mycobacterium tuberculosis üzerine hangisi müessirdir?

Bundan evvelki neşriyatımızda (6) en iyi yoğurt lactobacillus bulgaricus ile streptococcus thermophilus organizmalarını ihtiva eden yoğurttur demiştik. Tecrübelerimizde kullandığımız yoğurtlarımız da bu iki mikroorganizma karışığı ile hazırlandığına göre bunlardan hangisinin tüberküloz mycobacterilerinin üzerine tesir ettiğini denemek için, bunların herbiri ile ayrı ayrı enfekte yoğurtlar hazırlanarak inkübe edildi. Bu deneyde müşahede müddeti 50 gündür. Neticelere ait protokol 3 numaralı tabloda gösterilmiştir.

Kullanılan suş ve sübkültüre kadar geçen zaman	Müşahede müddeti gün olarak									
	Lactobacillus bulgaricus					Streptococcus thermophilus				
	10 gün	20 gün	30 gün	40 gün	50 gün	10 gün	20 gün	30 gün	40 gün	50 gün
2950-24 saat	0	++	++++			0	++	++++		
2950-48 »	0	0	++			0	++	++++		
2950-72 »	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2950-96 »	0	0	0	0	0	—	—	—	—	—
2926-24 saat	0	0	0	0	0	0	+	++	+++	
2926-48 »»	0	0	+÷			0	0	0	0	0
2926-72 »	0	0	0	0	0	0	0	+	++	
2926-96 »	0	0	0	0	0	—	--		—	—
1894-24 saat	+++					++	+++			
1894-48 »	+++					++	+++			
1894-72 »	+++					++	+++			
1894-96 »	+++					++	+++			
3072-24 saat		0	+÷			0	0	—	—	—
3072-48 »		0	0	0	0	0	0	0	0	0
3072-72 »		0	0	0	0	0	0	0	+	++
3072-96 »		0	0	0	0	—	—	—	—	—
3146-24 saat		0	0	0	0	0	0	++		
3146-48 »		0	0	0	0	0	0	0	+++	
3146-72 »		0	0	0	0	0	0	0	0	0
3146-96 »		0	0	0	0	0	0	0	0	0

TABLO 3

Ayrı ayrı organizmalarla hazırlanan bu enfekte yoğurtlar 9 saat sonra teksif edilerek yapılan sübkültürlerin neticeleri 4 No.lu tabloda gösterilmiştir.

Suş No.	Lactobacillus Bulgaricus					Streptococus Thermophilus				
	10 gün	20 gün	30 gün	40 gün	50 gün	10 gün	20 gün	30 gün	40 gün	50 gün
2950	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2926	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1894	+	+++	0				+++			
3072	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3146	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

TABLO 4

Yukarıki iki tablonun tetkikinden de görüldüğü üzere ayrı ayrı organizmlerle hazırlanan enfekte yoğurtlardan streptococcus thermophilus ile hazırlanan bakterisit kıymeti bulgaricus ile hazırlanana nazaran daha zayıf olarak bulunmaktadır. Mamafih bunların her ikisinde de 96 saat sonra yalnız gallinaceus tip üremekte ve hiç müteessir olmamış gibi görülmektedir. Ancak teker teker bu her iki organizma da 48 saate kadar bakterisit hassalarını geciktirmektedirler. Halbuki her ikisi bir arada bulunduğu zaman bakterisit hassa 8 saatte tamamlanmış olmaktadır.

Deney 4: Virulan tüberküloz mycobakterileri ile paratüberküloz ve saprofitlerin mukayesesi:

Steril sütler $H_{37}Rv$, $H_{37}Ra$, mycobacterium stercoris, mycobacterium smegmatis, saprofit V. 16371 ve saprofit 18424/66 (hepsi Kopenhag Devlet Serum Enstitüsü menşeli) ile enfekte edildikten sonra mayalanarak yoğurt hazırlandı. Elde edilen neticeler tablo 5'-da gösterilmiştir:

Suş No.	Sübkültüre kadar geçen zaman saat olarak	Müşahede müddeti gün olarak				
		10	20	30	40	50
H 37 Rv	24 saat	0	0	0	0	0
»	48 »	0	0	0	0	0
»	72 »	0	0	0	0	0
H 37 Ra	24 »	0	0	0	0	0
»	48 »	0	0	0	0	0
»	72 »	0	0	0	0	0
M. Stercoris	24 »	+÷+÷	++++			
	48 »	++++				
	72 »	++++				
M. Smegma	24 »	++++				
	48 »	+÷+÷				
	72 »	++++				
S. V. 16371	24 »	0	0	0	0	1 kol
	48 »	0	0	0	0	0
	72 »	0	0	0	0	0
S. 18424	24 »	0	0	0	0	0
	48 »	0	0	0	0	0
	72 »	0	0	0	0	0

TABLO 5

5 numaralı tablonun tetkikinden anlaşılacağı üzere $H_{37}Rv$ ve $H_{37}Ra$ suşları bundan evvel tecrübe etmiş olduğumuz yerli suşlarımızla aynı neticeler vererek yoğurtta üremememişlerdir. Mycobacterium stercoria ve smegmatis ise çok kısa bir zamanda üreyerek bunlardan ayrılmaktadır. Mide sularından tecrid edilen saprofitlere gelince bunlarda aynen humanus ve bovinus suşlar gibi olup yoğurtta üremememektedirler. Bu müşahede bize Gallinaceus tip mycobakterilerin yoğurtla humanus ve bovinus tiplerden kolaylıkla tefrik edilebileceğini de göstermiş bulunmaktadır.

Deney 5: Yoğurt ve asit laktiğin bakterisit tesiri arasında münasebet:

Amerikan ziraat kimyagerlerinin (10) tavsiye etmiş olduğu usulle yoğurttaki asit laktik miktarı tâyin olunmuştur. Muhtelif yoğurtlarımızın bir gramında 0,0036-0,009 cc laktik asit tesbit olunmuştur. Bu miktar diğer mikroplar üzerine müessir ise de mycobacterium tuberculosis üzerine her zaman müessir değildir. Zira Almanyada Borstel Tüberküloz Araştırma Enstitüsünden *Dr. Gertrud Meissner* ile (11) yapmış olduğumuz konuşmalara göre laktik asit pH kontrolsuz tüberküloz mycobakterilerini %0,02 konsantrasyonunda, pH 6'da %1 kesafetinde öldürmektedir. pH 7,5'da ise öldürmemektedir.

Lâboratuvarımızda yapmış olduğumuz tecrübelere göre typus humanus %2 konsantrasyonunda 5 saatte, %0,5 konsantrasyonunda ise 24 saatte. Typus bovinus ise %2 konsantrasyonunda 5 saatte, %0,0625 konsantrasyonunda 24 saatte ölmektedir. Typus gallinaceus'a gelince asit laktiğe çok dayanıklı olup %4 konsantrasyonunda dahi 24 saatte ölmemektedir.

Yoğurtla asit laktik arasında, tesir bakımından yapmış olduğumuz mukayeseli deneyler ise netice bakımından birbirini tutmamaktadır. Çünkü %0,18-0,36 laktik asit ihtiva eden yoğurtlar bile basilleri 8 saat gibi kısa bir zamanda öldürmektedir.

Yoğurdun tüberküloz epidemiyolojisi bakımından ehemmiyeti:

Kâselerde yoğurt hazırlanarak 24 saat sonra mycobacterium tuberculosis suşları ile enfekte edilmiştir. Enfeksiyondan 24 saat sonra bu yoğurtlardan yapılan sübkültürler daima menfi netice vermiştir. Bu vaziyete göre imal sırasında veya imalden sonra veya tüberkülozlu sütlerle kirlenebilecek veya imal edilecek yoğurtlar bile kısa bir zamanda steril vaziyete geçtiğinden, istihlâke arz olunan

yoğurtlarda tifo, difteri, melitenais v.s. tehlikesi olmadığı gibi (6) tüberküloz bakımından da herhangi bir tehlike arz etmemektedir.

Deney 6: Torba yoğurdu ile yapılan deney:

Taze yoğurdun bakterisit tesiri tesbit edildikten sonra, konserve edilerek piyasada satılan torba yoğurtları ile aynı deneyler yapıldı ise de, konserve edilmiş bu yoğurtlarda herhangi bir bakterisit tesir bulunamamıştır. Deney aynı şartlar ve aynı şekilde yapılmış ise de alınan neticeler aşağıdaki 6 numaralı tabloda gösterilmiştir:

Torba yoğurdu enfekte edildikten sübkültür yapılana kadar geçen zaman ve suş no.sı	Müşahede müddeti ve netice gün olarak					
	10	20	30	40	50	60
2950-24 saat	+ + + +					
-48 »	+ + + +					
-72 »	+ + + +					
-96 »	+ + + +					
2926-24 saat	0	+ + + +				
-48 »	0	+ + + +				
-72 »	0	+ + + +				
-96 »	0	+ + + +				
1894-24 saat	+ + + +					
-48 »	+ + + +					
-72 »	+ + + +					
-96 »	+ + + +					
3072-24 saat	+ +	+ + + +				
-48 »	+ +	+ + + +				
-72 »	+	+ + + +				
-96 »	+	+ + + +				
3146-24 saat	+ +	+ + + +				
-48 »	+ +	+ + + +				
-72 »	+ +	+ + + +				
-96 »	+ +	+ + + +				

TABLO 6

Yukarıdaki neticelere göre, torba yoğurdunda herhangi bir bakterisit veya bakteriostatik tesir müşahede edilememektedir. Lâboratuvarda hazırlanan torba yoğurdundan da buna müşabih neticeler alındığına göre; yoğurdun bakteriostatik veya bakterisit tesiri, yoğurtta teşekkül ederek suyuna geçmektedir. Zira yoğurt posası ile yapılan tecrübelerde bu hassaya tesadüf edilememektedir.

N e t i c e :

Memleketimiz ve civar memleketler halkının başlıca gıdalarından bir tanesi olan yoğurdun bakterisit tesiri daha **Metchnikoff** zamanından beri bilinmektedir. Bakterisit tesiri (tifo, difteri, melitensis, proteus v.s. gibi) birçok mikroplar üzerinde, geçen seneler isbat edilmiş bulunuyordu (6). Mycobacterium tuberculosis üzerine olan tesiri ise henüz bilinmemekte idi.

Gerek Enstitümüzde ve gerekse Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Fitizyoloji Kliniğindeki çalışmalarımız sırasında, memleketimizde mide lâvaj sularından yapmakta olduğumuz B.K. kültürlerinin, diğer memleket araştırıcılarına nazaran daha düşük oluşu nazarı dikkatimizi çekmiştir. Bundan dolayı bu düşüklüğün memleketimizde ve bilhassa hastalarımızın fazla miktarda kullandığı yoğurdun tesiriyle olup olmadığını incelemeye karar verdik.

Bütün çalışmalarımızı aynı evsafta bir yoğurtla yapabilmek üzere, tecrübelerimizde kullandığımız yoğurtları lâboratuvarımızda lactobacillus bulgaricus ve streptococcus thermophilus ile hazırladık.

Yoğurt imalinde kullandığımız sütler sterilize edildikten sonra, mycobacterium tuberculosis typus humanus, typus bovinus ve typus gallinaceus ile enfekte edildikten sonra yoğurt yapılmıştır. Tecrübe şeraitimizde yoğurtlarımız 4 saatte tutmakta idi. Mayalanan bu enfekte sütlerden daha 1'inci saatten itibaren sübkültürler yapılmaya başlanmıştır. Bu ilk tecrübeler bize typus humanus ve typus bovinus ile enfekte edilen yoğurtların 8'inci saatten itibaren steril hale geçtiklerini göstermiştir. Çünkü 12'nci saatte yapılan bütün sübkültürler 60 gün müddetle menfi kalmışlardır. Gallinaceus tip mycobacterilerle enfekte yoğurtlar ise 96 saat sonra dahi sıvama sübkültür husule getiriyordu (Tablo 1). Demek oluyor ki yoğurt ancak myc. typus humanus, typus bovinus üzerine bakterisit bir hassaya malik olup, gallinaceus tip için değildir.

15 mycobacterium tuberculosis suşu seçilerek (6 humanus, 6 bovinus ve 3 gallinaceus tip) bunlarla ayrı ayrı steril sütler enfekte edildikten sonra mayalandı ve bunlardan bir taraftan direkt, diğer taraftan da teksif edilerek sübkültürler yapıldığı gibi, 72 saat sonra bunların herbiri tecrübe hayvanlarına zerkedildi. Humanus ve bovinus tipler kobaylara, gallinaceus tipler ise tavşanlara zerk edilmiştir. Zerk edilen hayvanlar 68 gün müşahededen sonra sakrifiye edilerek tüberkülize olup olmadıkları tetkik olundu ve bütün organlardan B.K. kültürleri yapıldı.

Gerek direkt ve gerekse teksiften sonra sübkültür vermiyen humanus ve bovinus tip mycobakteriler kobaylarda da herhangi bir lezyon husule getirmemiş oldukları gibi, bunların azalarına yapılan B.K. kültürleri de menfi kalmıştır. Gallinaceus tip ise tavşanlarda bariz tüberküloz lezyonları husule getirmiştir.

Bu deney yoğurdun, humanus ve bovinus tip için bakterisit olduğu halde, gallinaceus tip için hiç bir tesiri olmadığını isbat etmiştir.

Yoğurtlarımız daima iki çeşit mikroorganizmle (Lactobacillus bulgaricus + streptococcus thermophilus) imal edildiğine göre, bunlardan hangisinin bu hassayı malik olduğu tetkik olundu ise de, bunların her birinin yalnız başına sübkültürleri geciktirmekle beraber 48 saat sonra dahi steril vaziyete geçmiyordu. Typus gallinaceus üzerine ise en ufak bir tesir dahi göstermiyordu. Bu tecrübeye göre bakterisit hassa ancak her iki mikroorganizmanın bir arada bulunduğu zaman kat'î neticeler veriyordu.

İnsan ve hayvanlar için patojen mycobakterilerde vaziyet böyle iken, paratüberküloz ve saprofit mycobakterilerde acaba ne gibi tesir gösteriyordu? Bunun için hepsi de Danimarka Devlet Serum Enstitüsü menşeli H_{37} Rv, H_{37}Ra, mycobacterium stercoris, mycobacterium smegmatis, ve saprofit V. 16371/55 ile saprofit V. 18424/56 numaralı suşlar mukayese edildi.

Burada H_{37}Rv, H_{37}Ra ve mide sularından elde edilmiş olan 16371/55 ve 18424/56 numaralı saprofit suşlarda herhangi bir sübkültür görülmediği halde, paratüberküloz sınıfına dahil mycobacterium stercoris ile mycobacterium smegmatis muntazaman üremişlerdir. Yani bunlar da yoğurttan müteessir olmamışlardır.

Bu tecrübe bize gallinaceus tip mycobacterilerin yoğurt tecrübesiyle humanus ve bovinus tiplerden tefrikine de yarayacağını göstermiştir.

Bütün bu yapmış olduğumuz deneylere göre yoğurdun epidemiyoloji bakımından da büyük ehemiyeti vardır. Çünkü gerek enfekte sütlerle hazırlanan ve gerekse imal sırasında ve imalden sonra mycobacterium tuberculosis ile enfekte olabilecek yoğurtlarda, 24 saatten evvel istihlâk edilmiyeceklerine göre, tüberküloz bakımından herhangi bir tehlike mevzuubahis olamaz.

Ancak, taze yoğurtlarda vaziyet böyle iken, köylerimizde taammüm etmiş bulunan konserve torba yoğurdunda vaziyet tamamen

değişmektedir. Çünkü yoğurt suyunda bulunan bakterisit hassa, torba yoğurtlarında bulunamamıştır.

Bu bakterisit hassa, yoğurtta bulunan asit laktikten mi yoksa yoğurdu yapan mikropların husule getirmiş oldukları antibiyotik bir maddeden mi ileri geldiği henüz kat'i olarak tesbit olunamamıştır. Bu husustaki çalışmalarımız devam etmektedir.

Devam eden çalışmalar arasında yoğurt mikroorganizmleri ile mycobacterium tuberculosis arasındaki antagonist tesirler ve tip tefrikleri üzerindeki çalışmalar da vardır.

BİBLİYOGRAFYA

1. **Dr. Refik Bey:** Yoğurt hakkında bakteriyolojik tetkikat ve Türk basili - İstanbul Hıfzıssıhha Müessesesi neşriyatından, 1340.
2. **İzmen Ekrem Rüştü:** Silivri yoğurdunun yapılışı ve terkibi hakkında araştırmalar. Ankara 1935.
3. **Aygün, S.T.:** Hayvanlardan elde edilen gıdalar, gıda hıfzıssıhhası ve gıda tahlili. Ankara 1940.
4. **Golem, S.:** Eberthella Typhosa'nın Ankara ayranlarında yaşama müddeti. Hıfzıssıhha ve tecrübî biyoloji dergisi 1944-4.
5. **Dr. Sabahattin Payzın** ve **Dr. Necmettin Akyay:** İyecek ve içecekle rin-bakteriyolojik tahlil ve kontrolları. Ankara 1949.
6. **Dr. Aral Gürsel** ve **Dr. Nusret Fişek:** Yoğurt florası ve yoğurdun bakterisit tesiri. Türk İjiyen ve tecrübî Biyoloji Dergisi. 1953-XIII-79.
7. **Dorner, Demont, Chavannes:** Microbiologie laitière. Lib. Fayot 1952, p. 181.
8. **Paolo Renco:** Microbiologia del latte e dei latticini. Ed. Ulrico Hoepli-Milano, 1939-XVII.
9. **Hirsh, A.:** Growth and Nicin production of a strain of streptococcus lactis. - **J. Gener.** Microbiol. 1951-5 - 208 - 221.
10. : Official Methods of the Association of official agricultural chemists. Seventh edition p. 253.
11. **Dr. Gertrud Meissner:** Borstel Tuberculose Forschungsinstitut. Şahsi muhaberat (156).

SUMMARY

Bactericidal effect of yoghourt on Mycobacterium tuberculosis

The bactericidal effect of yoghourt (which is one of the most important foods in our country as well as in neighbour countries) was already known in Metchnikoff's time. Its bactericidal effect upon several microorganisms (typhoid, diphteria, melitensis, proteus) has been demonstrated during last years. Its effect upon Mycobacterium tuberculosis was still unknown.

During laboratory studies we found that the proportion of tubercle bacilli found in stomach contents was lower than that obtained by foreign workers in similar studies. We decided then to investigate a possible effect of yoghourt consumption as a cause to this difference.

After having sterilised various samples of milk, we infected them with Mycobacterium tuberculosis (typus humanus, typus bovinus, typus gallinaceus); we added also the enzymes of Lactobacillus bulgaricus and Streptococcus thermophilus and thus completed the preparation of yoghourt. The subcultures of tubercle bacilli prepared from these yoghourt samples showed that the yoghourt infected with Mycobacterium tuberculosis became sterile 8 hours after. There were positive cultures for typus gallinaceus, 96 hours later.

Cultures prepared after concentration of the material gave the same results.

Mycobacteria of human and bovine type which did not yield positive cultures either directly or after concentration did not provoke lesions when injected to guinea-pigs. The culture of tubercle bacilli from parent strains was also negative. On the contrary, typus gallinaceus provoked in rabbits typical tuberculous lesions. These results show that yoghourt may be helpful in differentiating the typus gallinaceus from the human and bovine types of Mycobacterium tuberculosis.

Yoghourt is also important from an epidemiological standpoint: the yoghourt prepared with infected milk or milk contaminated during its preparation or after it, is not consumed before 24 hours and is not dangerous from the point of view of contamination.

We don't know yet if the bactericidal effect of yoghourt is due to its lactic acid content or to the presence of microorganisms or to an antibiotic substance. Our work in this field is still going on.

Our research deals also with the antagonistic effects of yoghourt microorganisms on Mycobacterium tuberculosis and on the differentiation of types.

RÉSUMÉ

Effet bactéricide du yoghourt sur le Mycobacterium tuberculosis

L'effet bactéricide du yoghourt qui constitue une des plus importantes matières alimentaires de notre pays et des pays environnants était déjà reconnue du temps de Metchnikoff. Son effet bactéricide sur plusieurs microbes (typhoïde, diphtérie, melitensis, proteus) avait été démontré au cours des dernières années. Son effet sur le Mycobacterium tuberculosis était encore inconnu.

Au cours de nos recherches de laboratoire, nous avons constaté que la proportion de cultures de bacilles de Koch provenant des lavages d'estomac était inférieure à celles obtenues par les chercheurs étrangers. Nous avons alors décidé de rehercher l'influence possible de la consommation de yoghourt sur cette différence.

Après avoir stérilisé divers échantillons de lait et les avoir ensuite infectés par le Mycobacterium Tuberculosis (typus humanus, typus bovinus, typus gallinaceus), nous avons introduit les ferments Lactobacillus bulgaricus et Streptococcus Thermophilus et préparé ainsi du yoghourt. Les subcultures de bacilles de Koch réalisées à partir de ces yoghourts a montré que les yoghourts infectés par le Mycobacterium tuberculosis (typus humanus et typus bovinus) devenaient stériles à partir de la 8ème heure. Le typus gallinaceus donnait encore des subcultures 96 heures plus tard.

Les cultures préparées après homogéinisation et concentration ont donné les mêmes résultats.

Les mycobactéries du type humain et bovin qui ne donnaient pas de subcultures, soit après concentration soit directement, ne causaient non plus aucune lésion chez les cobayes. La culture de bacilles de Koch faites avec les souches parentes fut également négative. Par contre le typus gallinaceus a produit chez les lapins des lésions tuberculeuses typiques. Ce résultat nous montre que l'expérience du yoghourt peut servir à différencier le typus gallinaceus des types humain et bovin du Mycobacterium.

Le yoghourt est aussi important du point de vue épidémiologique. En effet soit les yoghourts préparés avec du lait infecté, soit ceux contaminés accidentellement au cours de la préparation ou après, ne sont pas consommés avant les 24 heures et par conséquent n'offrent aucun risque au point de vue tuberculose.

Nous ignorons encore si l'effet bactéricide du yoghourt provient de son acide lactique ou des microorganismes qui forment le yoghourt ou bien d'une substance antibiotique. Nos recherches continuent dans ce domaine.

En outre nos recherches portent encore sur les effets antagonistes des microorganismes du yoghourt sur le Mycobacterium tuberculosis ainsi que sur la différenciation des types.

SEKİZİNCİ CELSE MÜNAKAŞALARI

Dr. Bahattin Çetin

Efendim, ben daha ziyade *Fahir Sanel* arkadaşımızın ordudaki primo enfeksiyon hakkında, bana göre bazı aykırı düşüncelerine, temas edeceğim.

1952-1954 seneleri arasında orduda B.C.G. aşısı ve tüberkülin tatbikine başlandığından bahsettiler. Bir defa o zaman tüberkülin hakkındaki bilgilerimiz tamamen azdı, o zaman pirke yapılıyordu, mantoux yapılmıyordu. Tabiî bizim erlerin ekserisi köylü olduğu için bunlara yapılan pirke şeklindeki tatbikat doğru cevap vermiyordu, çünkü hiç bir zaman temiz bir cilde yapılamıyordu. O zaman buldukları %52 tüberkülin menfiliği her halde doğru bir cevap değildi. O zaman orduda pirke teamülü de gayrı muntazam yapıldı. Erlerin kimi 6 aylık, kimi bir senelikti. Bu teamül erlerin bir çoğunda antiallerjik safhada yapıldığı, ve tüberkülin müsbet olana da B.C.G. yapıldığı için bunların çoğunda genç kâhillerde gördüğümüz primo enfeksiyon neticeleri olan plörezi ve hilit şeklinde arazlar görüldü. Bu bakımdan B.C.G. aşısı da ordudaki elemanlar arasında fena bir intiba bırakmıştı.

Tüberkülin tatbiki pirke şeklinde yapıldığı için ekseriya menfi bulunuyordu ve B.C.G. yapılanların hemen %5'inde Koch fenomeni teşekkül ediyordu ki bu da fena bir intiba uyandırmıştı. Bir de Sarayburnu Askerî Hastanesinde hastaların %14'ünde primo enfeksiyon olduğunu söylediler. Halbuki bunların hemen hemen %80'i primo enfeksiyonun progressif neticeleri olarak gelmiştir kanaatindeyim, çünkü 1952-54 seneleri arasında Erzurumda bulunuyordum, o zaman hastaneye gönderilen erlerin ekserisi hava değişimi dönüşü ikinci defa hastaneye gönderilmesine lüzum olan erlerdi. Bir de B.C.G. aşısının orduda kanunî mecburiyetle yapılmasını söylüyorlar. Halbuki bu iş orduda mecburen yapılabilir. Eski bir gelenek olarak tifo aşısı muntazaman yapılmaktadır, fakat artık tifodan eskisi kadar korkmuyoruz, çünkü tedavisi mümkündür. Tifo aşısı gibi B.C.G.

aşısını da çok kolaylıkla yapabilirler. Yeni erlerin eğitim merkezlerine toplanmasında kitle halinde tüberkülin teamülü ve B.C.G. yapılabilir. Orduda B.C.G. yapılmadan tüberkülozla mücadele yapılamaz.

Bu gün yurdun her tarafında olduğu gibi orduda da profilaksiyi ön plâna almalı ve muhakkak B.C.G. yapmalıdır. Ordudaki tüberkülin menfi şahısların ilerleyici tüberkülozu, yurdumuzda muvaffak olmak üzere olan verem mücadelesini bozacaktır kanaatındayız.

Dr. Tevfik İsmail Gökçe

Efendim, memlekette 13 milyon kişi teste tabi tutulup 5 milyonu aşılanırken, ordu hakikaten kolaylıkla yapılması mümkün bir kitle olduğu halde âdeta refrakter gibi görünüyor. Fakat bu refraktörlük ordu mensuplarından ziyade maalesef yine bizim arkadaşlarımızdan geliyor. Sağlık Şûrasında bu mesleyi konuştuğumuz zaman önümüze menfi vaziyette çıkanlar rahmetli hocalarımızdı ve bu sahada çalışmış insanlardı. Ama zaman değişmiştir, kanaatımca memleketin 3/2'sini taramış olan Sağlık Vekâletinin elindeki personelle bunu orduya teşmil etmesi lâzımdır ve öyle anlıyorum ki halen Millî Müdafaa Vekilimiz ve Genel Kurmaydaki tabib arkadaşlarımız bu işe mütemayildirler. Bunu bir manivelâ ile harekete getirmek bize büyük muvaffakıyet kazandıracaktır.

Bovin tipi meselesine gelince *Aral* bey arkadaşımız çok kıymetli bir etüd sundular. Biz Heybeliada Sanatoryumunda 1000 vak'a üzerinde, 750 pülmoner, 250 ekstra pülmoner vak'ada bir tek bovin tip tesbit edemedik. İkinci Türk Tüberküloz Kongresinde *Abdülkadir Noyan*'ın kliniğinde yapılan travayda oldukça yüksek bir rakam çıkmıştı. *Aral* beyin etüdünde de oldukça müsbet rakam vardır, o halde bunun sebebini aramamız lâzımdır. Çünkü bizde süt kaynatılır. Süt kaynatılınca da enfeksiyon olmayacağı muhakkaktır. Nitekim Yunanistanda Bovin tipine rastlanmıyor. O halde bizde ya süt kaynatılmıyor veyahut, *Aral* beyin torba yoğurdunda bahsettikleri gibi başka bir şeyler var. Bunun sebebini aramak lâzımdır, bence bir filiasyon tetkiki yaparak, aşağı yukarı diğer memleketlerdeki kadar yükselmiş olan vaziyetimizi aydınlatmak lâzımdır.

Dr. Ragıp Üner

Reşat beyin Heybeliada Sanatoryumunda saç tarantı ve boğaz çalkantısında basil üremesine dair yaptıkları tebliğ üzerine söz almış bulunuyorum.

Biz Ankarada Fitizyoloji kliniği ve Verem Savaşı Derneği lâboratuvarlarında bütün personelde aynı işi yaptık ve zannedersem geçen senelerde de tebliğ edilmişti. Orada biz bilhassa dispanser personelinin ağzından %30 nisbetinde basil tecrit etmiş bulunuyoruz. Saç tarantısında, biz tarakta kalan kısmı alıp omojenize ediyorduk, bundan da iki adet basil tecrit etmiş bulunuyoruz. Bunu da 27 kişide yapmıştık.

Belki sanatoryumlarda olmaz fakat biz dispanserlerde tecrit ediyoruz.

Dr. Fahir Sanel

Muhterem *Tevfik İsmail* beyefendi hepimizin dâvası olan «Orduda tüberküloz mücadelesi»'ni çok benimsemiş bulunuyorlar. Kendilerine teşekkürlerimi arzederim.

Bahattin Çetin bey tebliğimdeki bazı hususları iyi anlamamışlar, bunları tekrarlamanın faydalı olacağını zannediyorum. Bir defa orduda tüberkülin ve B.C.G. kampanyası 1952-54 senelerinde başladı demedim. 1952-54 senelerinde yapılan 81000 kişinin araştırma neticelerini bildirdim. Filhakika 1952 senesinde her ordu merkezinde, Sağlık Vekâletinin yetiştirmiş olduğu bir B.C.G. kampanyası mütehassısı bulunmakta idi ve bunlar o tarihlerde B.C.G. aşısı yapıyorlardı. Bunlar dağıldılar ve elimizde B.C.G. yapan kimse kalmadı. Bilâhare yeni yetişenler oldu ise de bunların da miktarları kâfi değildi.

Birinci sene askerlikte pirke yapıldığı zaman üçüncü sene tüberkülin kontrollarında da şu nisbeti buluyoruz, arasındaki viraj nisbeti şudur, dediğimiz zaman her ikisi pirke ile yapılmış, aynı şartlarda mukayese edilmişti.

Hata nisbeti sabit kaldığı müddetçe neticeler yine aynıdır.

Sonra B.C.G.'de hastalıktan bahsettiler. Dünyanın hiç bir yerinde B.C.G. yapılanlarda tüberküloz hastalığı görülmez. Nitekim bizim de binlerce vak'amız içinde bir tek B.C.G. yapılmış yoktu. Sonra Sarayburnu Verem Hastanesinde %10 değil, %14 primo enfeksiyon dedim. Bir tüberküloz tablosunun primo enfeksiyona mı, yoksa tersiyer tüberküloza mı ait olduğunu tâyin etmek çok güçtür, bunun yegâne klinik kriteryumu hastada başka adenopatilerin mevcut olmasıdır. Plörezi ve damble tüberküloz yapan primo enfeksiyon şekilleri bunlara ithal edilmemiştir. Bunların ithal edilmesi için herkeste sistematik tüberküloz kontrollarının yapılması ve virajın tesbiti icabederdi.

Sonar *Bahattin Çetin* bey Orduda B.C.G. yapılabileceğinden bahsetti, şüphesiz ki yapılabilir, hem de yapılması kanunen mecburî olmalıdır.

Dr. Niyazi Erzin

Efendim, ben Orduda B.C.G. tatbiki hakkında *Fahir* bey arkadaşımızın vermiş olduğu izahatı itmam edici maruzatta bulunmak istiyorum.

Orduda B.C.G. tatbikatı için biz 1948'de Millî Savunma Vekâleti mes'ul dairesi ile teşriki mesai etmiş bulunuyorduk. O tarihte bize, pirke ve B.C.G. aşısı organizasyonuna, sıhhiye çavuşu ve doktor meslektaş olarak 25 kişi gönderdiler. Biz bu arkadaşlarla gerek enstitümüzde ve gerekse tatbikat sahasında müşterek çalıştık ve bunlar işe tamamen adapte olduktan sonra orduda B.C.G. tatbikatına memur edildiler. Dün de kısaca arzettiğim gibi bidayette 1948'den 1952 sonuna kadar biz umumî olarak B.C.G. tatbikatımızda allerji tesbiti için pirke teamülünü esas tutmuş bulunuyoruz. Binaenaleyh, kolayca yapılması, alt tüberkülinin haricî tesirlere mukavim olması, nisbetsiz olarak kullanılabilmesi gibi kolaylıkları da olması dolayısiyle ordu ve sivil teşkilâtta pirkeyi esas tutmuştuk. 1953'den sonra da ordunun bizden istediği alt tüberkülini temin etmekteyiz.

Bunun dışında B.C.G. kampanyamızın intikal ettiği vilâyetlerde de ordu birlikleri bizimle teşriki mesai etmektedir ve ordu birliği bulunan vilâyetlerde, umumî tatbikatla beraber ordu birliklerine de aşıyı kendi muvafakat ve arzulariyle yapmaktayız. 1948'den 1956 sonuna kadar ordu birlikleri kendi teşkilâtiyle 326112 tüberkülin testi yaptılar ve bunun disiplinli bir teşkilât olması dolayısiyle hepsini 72 saat sonra kontrol ettiler. Bunlardan 239000 (—), 87000 (+) reaksiyon vermişlerdir. Bunların da 77000'ine B.C.G. aşısı tatbik etmiş bulunuyorlar. Binaenaleyh nisbet biraz evvel söylenen rakamlardan başkadır. Bu %24 (—) ve %70 (+)'dir. Esasen bizde umumî olarak memleketimizde 15-19 yaşlar arasında tüberkülin nisbeti %53'dür, 20 yaşından sonra (+) nisbeti %84.7'ye kadar çıkmaktadır. Binaenaleyh ordu birliklerindeki nisbet de bu umumî nisbete uymaktadır.

Dr. Seyfettin Köksal

Efendim, orduda primo enfeksiyon problemine temas edeceğim. İkinci Dünya Harbi seyri esnasında ve bunu müteakip Alman ordusundaki, İsviçrede ve diğer memleketlerde konsantrasyon kamplarında yapılan incelemelerde kâhillerde ve gençlerde primo enfeksiyonun âkıbeti, iyice tetkik edilmiştir. Görülmüştür ki bilhassa bu sıralarda mukavemeti kıran sebeplerin de fazlasiyle mevcut olması dolayısiyle kâhillerde primo enfeksiyon sür'atle akciğer tüberkülozuna değişebilmektedir. Çocuklarda bu hal daha ziyade bildiğimiz kompleksi bırakarak şifa ile neticelenmesine veya selim tabiatta yayılmalar yapmasına mukabil erginlerde daha fazla ve çok daha büyük bir nisbette ve sür'atle akciğer fitizisine inkılâp etmektedir. Bu itibarla orduda primo enfeksiyon ciddî bir meseledir ve üzerinde durulması lâzım gelir.

İkinci sözüm, doğuştan mukavemeti yüksek olan kimselerde B.C.G. ile allerjinin meydana getirilememesi hâdisesidir. Kanaatıma göre bu bir vakıadır. Bu gibi şahıslarda istendiği kadar B.C.G. tekrarlansın allerjik duruma getirilebilmelerine imkân olmayacaktır. Mantıkan aşı yapılmış olan bir kimsede allerji teessüs etmemiş dahi olsa, kazanılmış mukavemetin gereği gibi teessüs ettiği düşünülebilir. Bu itibarla B.C.G. kampanyaları ile meşgul olanlar bu aşıyı tatbik ettikten sonra allerjinin teessüs edip etmediğini kontrol etmeyebilirler. Esasen böyle bir düşünüş de gittikçe hâkim olmaktadır.

Dr. Mehmet Özyıldırım

Tüberkülozun profilaksisinde ekseriya B.C.G. aşısı tatbikatı ileri sürülmektedir, fakat biz biliyoruz ki B.C.G. aşısından maada başka aşılar da vardır. Bunlardan en mühimi *Fridman* aşısıdır. Rusyada ve İngilterede son zamanlarda yapılan tetkik neticesinde bu aşıdan çok müsbet ve müsait neticeler alındığı söylenmektedir. Fridman aşısı aynı zamanda soğuk kanlı hayvanlarda hastalık husule getiren mikobakteri olduğu için insanlarda hastalık husule getirmesi hassası dûn olması hasebiyle bu aşının da Türkiyede tatbikatına tevessül edilmesi üzerinde yüksek dikkatinizi çekmek için söz almış bulunuyorum.

Son zamanlarda mecmuaların birinde okumuştum. Bizde de bir hekim arkadaşımız Fridman aşısı ile uğraşmış, 10 senedir kendi yaptığı tetkiklerden de çok iyi neticeler aldığı bildirilmiştir. 10 senede elde ettiği müsbet intibalara göre memleketimizde de daha şümullü olarak salâhiyetli ellerde tatbikinden ne gibi bir netice alacağız, bunun tesbitini faydalı gördüm.

Dr. Enver Şengür

Efendim, bendenizi söz almaya teşvik eden bir ufak işaret oldu. *Tevfik İsmail* bey Ankara ve İstanbulda yapılan tetkiklerde sığır tipi basillerin bazan müsbet bazan menfi olduğunu ve bu miktarların sütlerin kaynatıldığına göre neden artma gösterdiği üzerinde durdular. Tüberküloz epidemiyolojisindeki son tetkikler göstermiştir ki gerek sığır ve gerekse insan tipi insanlara yalnız sütle geçmez. Mesleğim olması itibariyle ve bu işle alâkadar olmuş bir insan sıfatiyle biz biliyoruz ki gerek hümen tipi gerekse bovin tipi kedilerle intikal edebilir. Biz aşağı yukarı 1934-1948 seneleri arasında sistemli olarak yaptığımız otopsi tatbikatında bütün gangliyonlarda sığır ve insan tipini %7 olarak tesbit ettik. Nisbet insan tipi üzerinde bir miktar daha fazla idi. İkinci Dünya Harbinden sonra %7 olan bu nisbet %18.5'a kadar çıktı. Bizim memleketimizde her evde kedi bulunur. Kedinin bilhassa çocuklar için çok tehlikeli olduğunu göz önünde bulundurmak lâzım gelir. Tüberkülozun epidemiyolojisi üzerindeki çalışmalarda *Nusret Karasu* arkadaşımızla bu konuyu ele aldık, gerek hastanelerde, gerek serbest yaşayan kedilerde tüberküloz bakımından bir araştırma yaptık ve bilhassa hastalıklı evlerde yaşayan kedilerde tüberkülozun arttığını gördük.

Avrupada evlerde köpek olmasına mukabil bizde her evde kedi vardır. Kediler tüberkülozda alıcı ve verici olarak rol oynayabilirler. Şu halde *İsmail* beyin işaret ettiği noktayı açıklamak isterim, sütten maada hastalığın yayılışında evlerimizdeki kedi köpek gibi hayvanların rolleri de olabilir.

Dr. Tevfik Sağlam

Niyazi beyin bize verdiği istatistikler büyük bir kıymet taşıyor. Memleketimizin tüberküloz musabiyeti hakkında elimizde mühim kriterler yoktur. Halbuki bu istatistik bize gösteriyor ki evvelâ 0-6 yaş arasında %13'dür, sonraki yaşlarda oldukça yüksektir ve heyeti umumiyesini aldığımız zamanda %55 kadar bir musabiyet veriyor. Bu, memleketimizin tüberkülozla şiddetle bulaşmış memleketler arasında olduğunu gösterir. Bu istatistik fevkalâde kıymeti haizdir, çünkü ileride buna benzer bir istatistik elde edemiyeceğiz. Bir defa memleket yukardan aşağıya B.C.G. ile aşılanıp da allerji nisbeti çoğadıktan sonra artık aramanın bir kıymeti kalmayacaktır. Çünkü büyük bir kısım allerji B.C.G.'nin verdiği allerji olacaktır.

Bu bakımdan bu istatistik bize bu günkü durum hakkında çok kıymetli bir bilgi veriyor.

Diğer ilerlemiş memleketlerin meselâ Amerikanın bu günkü hedefi elâdikasyondur, yani tüberkülozu kökünden kaldırmaktır; pozitif insan bırakmamaktır. Bundan bizim ne kadar uzak olduğumuzu ve ne kadar kuvvetli bir mücadele yapmak mecburiyetinde olduğumuzu gösteren fevkalâde mühim bir vesikadır. Onun için verem savaşını git gide daha şiddetlendirmemiz lâzım gelir. Bu istatistikten de anlıyoruz ki açık bulaştırıcı verem sayısı memleketimizde pek çoktur.

Dr. Nurettin Onur

Ben evvelâ *Hüseyin Dedebaş* arkadaşımın tebliği hakkında bir iki söz dermeyan edeceğim. *De Assis*'in tatbik ettiği usulde kullandığı *Moro* suşudur. *Moro*'nun *Calmette*'ten 1925'de aldığı bir suştur. Brezilyaya getirerek kültive etmiştir. Bu suşun şu hususiyeti vardır: Aşılar bütün suşlarla hazırlanarak ağızdan verilirse gangliyoner reaksiyon yapar fakat *Moro* suşu asla bunu hasıl etmez. Fakat arkadaşımız aşıyı Ankara enstitüsünden aldığına göre, demek oluyor ki bizim suşumuzda reaksiyon gangliyoner hasıl etmemek hassasını haizdir. Biz de bu suşumuzu *Moro* suşu gibi kullanabiliriz.

B.C.G. kampanyası mevzuuna gelince: Paşa hocam tamamiyle izah ettiler, bu tamamen muvaffak olmuş bir teşebbüstür. Memleketimizde fevkalâde geniş ölçüde tatbik edilmektedir ve başka memleketlerde tatbik edilenlerin aynı bizde yapılmaktadır. Bu neticeler hakkındaki neşriyatı ben de yakinen takip ettim. Ben de arkadaşım *Niyazi* beyi tebrik ederim. Epidemiyoloji bakımından muhterem hocamın işaret buyurduğu gibi 1950'de yaptığım mesaide ben de aşıyı evvelâ küçük yaşlardan başlamayı bilhassa ilk mekteplerde aşının tatbikine ehemmiyetle devam etmeğe taraftarım. Küçük yaşta immüniteyi tesis edebilirsek istikbali garanti altına alabiliriz.

İhtilât bahsine gelince, arkadaşım ihtilâttan bahsetti. Bizdeki ihtilâtlar başka memleketlerde tatbik edilenlerin normal vasatisinin daha alt hududundadır. Bizdeki B.C.G. kampanyası cidden şayanı tebriktir.

Dr. Orhan Öger

Sayın doktor *Niyazi Erzin* beyin müsaade ve büyük yardımlariyle 1953 senesinde İzmir B.C.G. kampanyasında bir arkadaşımla beraber Ankara Üniversitesi adına müşahit olarak biz de bulunduk

ve dönoükten sonra veremle savaş derneğinin okullarda yaptığı tüberkülin tatbikatı ve B.C.G. aşısı işini organize ettik. *Daver* beyin de evvelce arzettiği gibi biz de gördük ki retestler 2-3 ay sonra yapılırsa B.C.G.'den %95 nisbetinde bir (+) reaksiyon, 6-10 ay sonra yapılırsa %80.1 nisbetinde bir (+) reaksiyon alınıyordu. Nitekim biz de yaptığımız testlerde Ankara okullarında 5 ünite PPD'nin enfeksiyon allerjisini meydana çıkardığını, fakat B.C.G. allerjisini 10 ay veya bir sene gibi bir zaman geçtikten sonra hemen hemen %50-60 nisbetinde meydana çıkardığını, B.C.G. allerjisini meydana çıkarmak için daha yüksek tüberkülin konsantrasyonu icabettiğini müşahede ettik.

Biraz evvel bildirildiğine göre B.C.G. kampanyasında 7-14 yaşlar arasında %32.6 nisbetinde (+) reaksiyon alınıyor. Biz şehirlerde ilk mektep talebelerinde tüberkülin tatbikatında %28-32 nisbetinde (+) reaksiyon aldık. Bu gösteriyor ki tüberkülin nisbeti köylerde de aşağı yukarı şehirdekilerine uymaktadır. 15-19 yaşındaki şahıslarda %53.2 nisbeti almışlardır, biz orta mektep ve liselerde %50-60 (+) netice aldık. Bu da gösteriyor ki köylerdeki tüberküloz salgını aşağı yukarı şehirlerdeki nisbettedir.

Dr. Bahattin Çetin

Bülent Çintan beyin Erenköy Hemşire Okulunda yapılan tüberkülin testleri ve B.C.G. aşısı tatbikatı ve verem musabiyeti hakkındaki tebliğinde B.C.G. tatbik edilen 10 öğrencinin 5'inde yani %50'sinde sonradan hastalık husule geldiği gibi bir netice var. Bu fikir kafamızda B.C.G. aşısının faydası hakkında bir istifham belirtti. Bu neticenin ne şekilde olduğunu anlayamadım. Üç senedir Ankarada kliniğimizde B.C.G. aşısı tatbikinden sonra çocuklarda primo enfeksiyon neticesi menenjit tüberküloz ve diğer fena âkıbetleri çok az görmekteyiz. Aşı yapılanlarda tüberküloza karşı bir mukavemet husule geldiği hakkındaki kanaatımız tamdır.

Hastane personeli ve talebede herhalde eksojen tipte bir reenfeksiyon düşünmektedirler. Bizde *Ragıp* ve *Aral* beylerle hastane ve dispanser personelinde 5 senelik kontrolumuzda hastalık görmedik. Bu neticeler bizim neticelere uymadığından, eğer yanlış anlamadısa izahını rica edeceğim.

Dr. Cahit Başkök

Sayın Dr. *Niyazi Erzin,* tebliğlerinde 0-6 yaş arasında tüberkülin menfilerin %80 olduğunu söylediler. Biz de Ankara Verem Savaşı Derneği Yenidoğan dispanserinde yaptığımız tetkikte 0-3 yaş arasındaki çocuklarda %76 (—), 3-7 yaş arasında da %44 (—) bulduk.

Şunu arzetmek istiyorum ki büyük şehirlerimizdeki çocuklarda tüberkülin menfiliği daha kısa zamanda düşmektedir. İstanbuldaki durumu bilmiyorum, Ankarada çocukların okula girdikten sonraki kontrollarını tatmin edici olarak yapabilmekteyiz. Bazı arkadaşların dispanser hakkındaki düşünceleri ne olursa olsun memleketin bu günkü ekonomik bünyesine uygun olarak dispanserler feragatli olarak çalışmakta ve oldukça ağır bir yükün altında kalmaktadır.

Büyük şehirlerdeki okul dışı çocuklarda B.C.G. tatbikatını kurmakta zaruret vardır. İstanbuldaki durumu bilmiyorum, Ankarada Doğumevi ve çocuk servislerinden müracaat edenlere yapılan B.C.G. tatmin edici değildir. Memleketimizin diğer kısımlarında yapıldığı gibi 3-5 senede bir tekrar edilen kampanya büyük şehirlerde de yapılmış olsa dahi yeni doğan çocukları düşünerek dispanserleri takviye edip 3 yaşına kadar olan çocukları aşılamak zarureti vardır.

Dr. Hüseyin Dedebaş

Sayın *Niyazi Erzin* beyin aldığı muazzam neticeleri hocalarım öğdüler. Benim ilâve edecek bir şeyim yok. Ben burada bir hususu öğrenmek istiyorum: Çocuk kliniklerinde ağızdan B.C.G. doğrudan doğruya mı kullanılıyor yoksa *De Assis* metodu mudur? Bu iki usul arasında muazzam bir fark olduğu muhakkaktır. Sayın *Nurettin Onur* beyin tebliğim hakkındaki mütalâaları tamamen doğrudur. Bu hususta Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsünü ziyaret ettiğimde orada mutabık kalmıştık, ağızdan B.C.G. *De Assis* metodu ile tatbik edildiği takdirde Brezilyadan *Moro* suşu getirtecektik.

Dr. Niyazi Erzin

Muhterem hocam *Tevfik Sağlam*'ın işaret buyurduğu nokta hakikaten çok mühimdir. Memleketimizde tüberküloz mühim bir dâvadır ve ehemmiyetini devam ettirmektedir. Geçen kongreye *Aral Gürsel*'in takdim ettiği bir raporu hatırlatmak her halde faydalı olacaktır. Evvelâ aramızda açık tüberkülozlular ve basil saçanlar alabildiğine dolaşmaktadır. Ankara sokaklarından toplanan balgamların %4.78'i virülan tüberküloz basili ile enfektedir. Bunun üzerine zannediyorum ki başka lakırdı söylemeğe lüzum yoktur.

Orhan bey arkadaşım allerji kontrolu için 5 ünitenin kifayet etmediğini söylediler. Dün de bu mevzuda kısaca durduk, allerjiyi

meydana çıkarmak için 5 ünite bazan kâfi gelmeyebilir. Fakat allerji ile immüniteyi birbirinden ayırmak lâzımgeldiğini tekrar ediyorum. 5 ünite ile meydana çıkmayan allerji şimdiye kadar edinilen kanaata göre spesifik immüniteyi ifade etmektedir. Binaenaleyh 5 üniteye cevap vermedi mi şahsı vaksinasyona tabi tutmak lâzım gelir.

Şehir ve köy nisbetleri birbirini tutmaktadır. Umumî olarak daha biz İstanbula girmedik. Ankara ve İstanbulun rakamlarını kendileri burada arzettiler, bu büyük şehirler dışında kalan köy ve şehirler birbiriyle kaynaşmış vaziyettedir. Öyle kasabalarımız vardır ki büyük bir köyden ibarettir. Köylü de şehirlilerle sıkı temastadır. Allerjinin de köy ve şehirlerde ayrılık göstermemesi kadar tabiî bir şey olamaz kanaatindeyim. Umumî olarak kaza merkezlerini alacak olursak 2-3000 nüfustan ibarettir. Yani büyük bir köydür. *Cahit* bey arkadaşımız umumî tatbikata erken başlanmasına temas ettiler ki bundan daha normal bir şey olamaz. Ne kadar erken başlarsak tüberküloz mücdelesinde o kadar muvaffak oluruz.

Hüseyin bey arkadaşımın sorduğu suale cevap vereyim:

1. İstanbul, Ankara, İzmir doğum evlerine ağız yolu B.C.G. aşısı gönderiyoruz. cc. da 10 mgr. bulunuyor, fakat size verdiğimiz aşı *De Assis* metodu iledir.

Yine umumî sorulardan şu mevzua işaret edeyim ki B.C.G.'nin verdiği muafiyet üzerinde, artık 1925'den beri yapılagelmekte olan muafiyet tecrübeleri vardır. Sayın hocamızın delâletiyle bir kaç sene evvel buraya Norveçten *Heinberg* geldi, onun bize verdiği etüd neticeleri gayet aşikârdır. Nitekim Pirke (+) olan 153 kişiyi senelerce takip ediyor bunların arasında bir tek ölüm görülüyor. Pirke (—) 185 kişiyi yine senelerce takip ediyor, bunlar arasında 40 tüberküloz ölümü müşahede ediyor. Bu muazzam fark bize kâfi değil midir? Yalnız klinik personeli ile haricî hayatta büyük bir fark vardır. Klinik personeli mas bir enfeksiyona maruz kalmaktadır.

1927-1957 senesine kadar, *Heinberg*'in yaptığı neşriyatın neticesini kısaca arzetmeği faydalı buluyorum. 377 tüberkülin menfi şahısta B.C.G. yapılarak senelerce klinikte takip edilmiş hastane personelinde 14 tüberküloz enfeksiyonu görmüş binde 0.4, bunlarda ölüm binde 0.6.

Tüberkülin müsbet hastane personeli arasında yani aşılılarda enfeksiyon binde 4.8, kendiliğinden immünite kazanmış olanlarda binde 3.8'dir. Binaenaleyh aşının muafiyeti hakikî muafiyet kadardır. Ölüm nisbeti aşılılarda binde 0.6, aşısızlarda binde 0.3 olarak kendisini göstermiş olmaktadır.

Dr. İlhan Uğurtaş

Ordudaki tüberkülin ve B.C.G. hakkında bir çok şeyler söylendi, ben de bu yüzden söz almak mecburiyetinde kaldım. B.C.G. aşısı mecburî olmadığı halde Deniz Kuvvetlerinde tüberkülini menfi olan her askere yapılmaktadır. Hava mektebinde bir müddet evvel bu çalışmalar daha sıkı idi, son bir iki sene içerisinde biraz gevşemiştir. Bunun için yeniden bir hamle yapılmakta, hava kuvvetlerinde de aynen deniz kuvvetlerinde olduğu gibi tüberkülin menfi olan her şahsa B.C.G. aşısı tatbik edilecektir. Kara ordusunda çalışan B.C.G. kursu görmüş tabipler son zamanlarda ihtisasa geldiklerinden elde bu işin ehli kalifiye personel bulunmadığından ve kara birlikleri dağınık olduğundan bir kaç sene fasıla ile askere alındıklarından bunlara devamlı mantoux tatbiki ve B.C.G. yapmak imkânı hasıl olamamaktadır.

Niyazi bey B.C.G. tatbik edilen şahıslarda tüberkülinin %76 kadar (+) bulunduğunu söylediler. B.C.G. kursu görmüş bir asistan arkadaşımla askere ilk gelen 81000 şahısta yaptık, bizim bulduğumuz netice %50 civarındadır. O zaman B.C.G. kampanyası ilk defa faaliyete geçtiğinden belki bazı askerler ilk aylarda, bazı askerlerde allerji virajı husule geldikten sonra tetkik edilmiştir, sebep bu olabilir.

Şube muayeneleri için de bir şeyler söylemek istiyorum. Şube muayenesi her kaza merkezinde bir askerî bir sivil iki hekim tarafından yapılmaktadır. Bu muayenede askerin yalnız dış görünüşüne bakılır, eğer geçirdiği bir hastalığı varsa heyete sevkedilir. Fakat şube muayenesine gelenlerin yekûnu %50'yi ancak bulur. Geç kalanlar sonra şubelere gelerek tekrar çift tabip muayenesinden geçtikten sonra askere alınırlar. Bunlarda hiç bir tarama imkânı hasıl olamamaktadır. Bizim de temennimiz askere gelmeden evvel bütün sivil halkta tarama yapılması ve bilhassa mikro filim alınmasıdır.

Dr. Nurettin Onur

Mevzu, tüberküloz korunmasında Fridman aşısının kullanılmasıdır. Arkadaşlarım, içimizden pek çoğu bu mevzuu yakından okumuşlar ve tetkik etmişlerdir. Fakat ben Fridman basili ile yapılmış aşıda veyahut emülsiyonların ihzarında çalışan bir arkadaşınızım. O zaman bunun terapötik kudretinden bahsedilmişti. Bunların hiç

birinden müsbet netice alamadığımızı size tekrar ediyorum. Diğer taraftan bunun saprofit basil olduğunu bilerek zararsız diye alıyorsak bu zararsızlığın başka bir zararı vardır. B.C.G.'nin immünizan kudreti onda olan rest virülanstadır. Rezidüel bir virülansı vardır ki onun kıymetini temin eden budur. Yoksa biz ara sıra tarih müzesinden çıkarılıp ortaya konan Fridman'ın kaplubağa basilini kullanacak yerde in yeni bulduğu basilini kullanabiliriz ki onu bile hatırlamaya cesaret edemiyorum. Nerede kaldı ki immünizan kudreti zerre kadar olmayan saprofit bir kurbağa basilini umumî tatbikatta, bütün dünyanın uğraştığı verem savaşında kullanamayız. Böyle bir teklifin ben tamamen aleyhindeyim.

Hey'eti âlinize noktai nazarımı arzetmiş bulunuyorum.

Dr.Neşati Üster

Efendim, bendeniz de Fridman aşısından bahsedeceğim. Fridman aşısının memleketimizde oldukça eski bir tarihi vardır. Öyle zannediyorum ki genç arkadaşımız bu tarihten haberli değildir. Fridman aşısı memleketimizde tetkik edilmiş ve hiç bir koruyucu tesiri olmadığı anlaşılmıştır. Artık bu aşının defteri dürülmüş ve tarihe karışmıştır. Bunun üzerinde yeni tecrübeler yapmak için memleketimizin ne vakti ne de serveti vardır. Bu gün sarfedilecek emek ve paraya yazıktır, günahtır. Fridman aşısının vakî hiç bir tesiri yoktur. Bunu zaten empoze edenler terapötik tesiri olduğunu söyleyerek ileri sürmektedirler. Bir vakitler her şeyden ümidini kesmiş bazı veremli hastalar bu ilâca baş vururlardı ve maalesef iyi netice alamadıktan başka bazı tâli ve allerjik tezahürlerinden zarar görürlerdi. Yakın bir doktor akrabam bunu kendi şahsında tatbik etmiştir ve bu aşının allerjik tesiriyle astm olmuştur.

Bu gün antibiyotiklerle alınan neticeler meydanda iken, Fridman aşısının terapötik tesirine bel bağlamanın ne kadar boş olduğu aşikârdır.

Bu mevzuu hiç açmamanın daha doğru olacağı kanaatindeyim.

DOKUZUNCU CELSE

Erenköy Sanatoryumu
Başhekim
Dr. Seyfettin Köksal

AKCİĞER TÜBERKÜLOZUNDA POST-PRİMER TÜBERKÜLOZUN PATOLOJİSİ

Dr. SEYFETTİN KÖKSAL

İnsanlarda bir primoenfeksiyondan sonra yani post-primer olarak tüberküloz hastalığı gelişmelerinin her şahsın doğuştan mukavemet, kazanılmış mukavemet, ve allerjik durumlarına göre değişik manzaralar göstereceği tabiîdir. Bu bakımdan durumu vuzuhla kavrayabilmek için primoenfeksiyon olayına dönmek ve bu olayı kısaca mütalâa etmek yerinde olur. Biz her şeyden evvel standart bir primoenfeksiyonu gözden geçirelim.

Standart bir primoenfeksiyonda bermûtad şahsın doğuştan mukavemeti en az ortanın biraz üstündedir. Primoenfeksiyonu yapan basiller miktar ve virulans itibariyle kilevî değildirler. Ayrıca bu şahıs gerek ante-allerjik devrede gerekse primoenfeksiyonun devamı sırasında süper-enfeksiyonlara maruz kalmamıştır. Kendisinin allerji münhanisi doğuştan ve kazanılmış mukavemet münhanilerinin üstüne çıkamamıştır. Bu şartlar altında primoenfeksiyonun radyolojik belirtisi malûm şekilde bir primer-komplekse inhisar edecek, bir müddet sonra da olay gerek ciğer parankiminde, gerekse satellit gangliyonda kireçlenmiş birer odak bırakarak şifaya kavuşacaktır. Bu arada bir taraftan daha ante-allerjik devrede, diğer taraftan primoenfeksiyonun devamı sırasında mûtad ve muhtemel olan kan dağılmaları da organizmanın hiç bir yerinde bir yerleşme

yapmadan ve bir hastalık meydana getirmeden bilhassa iktisap edilmeğe başlanmış olan kazanılmış mukavemet sayesinde bertaraf edilecekler ve bir müddet sonra da vücudün ve esas odakların basillerden sterilizasyonu başlayacaktır. Böyle bir primoenfektde bilhassa basillerin sterilizasyonundan sonra post-primer bir tüberküloz hastalığının gelişmesi için mutlak surette ekzojen bir reenfeksiyona ve bu olayın da miktarca fazlaca basillerle cereyan etmesine ihtiyaç vardır.

Standart primoenfeksiyon yanında bu olayın üstünde kalan ilk bulaşmalar da vardır. Bu gibi şahıslar derece derece artmak üzere doğuştan aşırı bir mukavemete maliktirler. Kendilerini enfekte eden basillerin miktar ve virulansı da düşüktür. Bu şartlar altında muhtemelen kazanılmış mukavemet de allerjinin teessüsünden evvel gelişecek, basiller ancak nahiyevî gangliyona kadar varacaklar ve süratle bertaraf edileceklerdir. Bu takdirde primo enfeksiyon olayını radyolojik olarak tesbit etmek dahi çok defa güçleşecek, belki ciğer parankiminin yerleşme yerinde ve bunun gangliyonunda sonradan gelişen birer kireçlenme odağı ile veya ancak bir tüberkülin virajı ile o şahsın bir primoenfeksiyon geçirdiği belli olacaktır. Bu gibilerde post-primer bir tüberkülozun gelişebilmesi için mutlaka mukavemetlerin şiddetle kırılmasına ve ekzojen reenfeksiyon olayının da sürekli ve kitlevî devam etmesine ihtiyaç vardır.

Standart primoenfeksiyon olayının üstünde seyreden bu çeşit ilk bulaşmalar yanında bu olayın altında ve daha altında kalan primoenfeksiyonlar da vardır. Bunlardan birinci gurubu doğuştan mukavemeti ortanın biraz dununda olanlar teşkil ederler. Allerji çizgileri mukavemet münhanilerine oldukça yakın bir seviyede teessüs etmiştir. Bu itibarla kendilerini enfekte eden basileler gerek primer kompleks odaklarında gerekse kan dağılmaları sırasında vardıkları organlarda yerleşmeler yapabilmişler ve buralarda canlılıklarını muhafaza edebilmişlerdir. Bu durumda olan şahıslar vücutlarında canlı basil ihtiva ettikleri müddetçe, belki de ilânihaye allerjik durumda kalırlar ve hayatlarının sonuna kadar ekzojen bir reenfeksiyona lüzum hasıl olmadan primer odaklarla diğer organlardaki yerleşme mihraklarında hayatiyetini muhafaza eden basillerin her an için yeni bir çıkış ve dağılış yapmak veya yerleştikleri organlarda çoğalarak organ lezyonlarını meydana getirmek suretiyle çeşitli tüberküloz hastalığı gelişmelerinin muhtemel tehdidi altında bulunurlar. Bu gibilerde ekzojen reenfeksiyonlar da aynı neticeyi doğurur.

Standart primoenfeksiyonun daha altında kalan ilk bulaşmalarda ise şahsın doğuştan mukavemeti daha da düşüktür. Kazanılmış mukavemeti ise gereği gibi gelişemez. Bu bakımdan allerji münhanileri de yüksekte seyreder. Bunlar hele çok yakınlarından, bilhassa ailesi fertlerinden birisinden ayrıca süper-enfeksiyonlara da maruz kalırlarsa kendilerinde ya primer bir tüberküloz hastalığının veya öldürücü bir kan yayılmasının gelişmesi mukadderdir. Bu gibilerin primoenfeksiyonu ölümsüz atlatabilmeleri halinde sonradan endo veya ekzojen küçük bir reenfeksiyonla dahi muahhar bir tüberküloz hastalığı göstermeleri yine kaderleri icabıdır.

Her şahsın umumî biyolojik durumuna göre binlerce tipe ayrılması mümkün olan bu primoenfeksiyonlar ne şekilde gelişmiş ve nihayetlenmiş olursa olsun asıl mevzuumuz olan post-primer akciğer tüberkülozu patolojisinde; ciğer parankiminde canlı basil ihtiva ederek durmakta olan primer odağın reaktivasyonu olayı dışında; ya dışardan veya içerden yeni basillerin sağlam akciğer dokusuna kadar varmaları, orada yerleşebilmeleri ve miktar itibariyle de o şahsın allerji eşiğine varacak kadar çoğalmaları mevzuubahis olacaktır. Bu olayları da iyice izah edebilmek için tekrar allerji meselelerine dönmemiz lâzımdır.

Enfekte kimselerde ipersansibilite ârazının; basillerin bizzat kendilerinin veya ekstrellerinin dokularla yeniden temasa geçmesi neticesinde belirdiklerini, bu bahiste itham edilecek maddenin de basillerin protein maddeleri olduklarını biliyoruz. Organizmada kapalı bir odakta, bir gangliyonda, bir inisiyal foküsde canlı olarak yaşamakta bulunan basillerin bu muhitte hayatiyetlerini muhafaza etmekle beraber kendi hasılatını da biriktirdikleri ve böylece herhangi bir odaktaki kazeüm içinde bol tüberkülo-protein maddeleri bulunacağı da bir bedahettir. Gerek basiller, gerekse kazeüm vücudün bir noktasında kapalı olarak durduğu müddetçe bir başka doku ile yeniden ve taze olarak temasa geçemiyecek ve böylece zararlı bir durum almadan yalnız allerji münhanisinin uzamasına sebep olacaktır. Burada doğuştan mukavemetle kazanılmış mukavemet unsurları basillerin çıkış yapmalarına veya oldukları yerde çoğalmalarına mâni olacak ve teessüs etmiş bulunan muvazene hali de uzayıp gidecektir. Fakat kapalı odaklarda bulunan bu basillerin günün birinde ve bilhassa mukavemetlerin kırılması ile kendilerini sıkı bir çember içine almış olan mahfazalarını delmeleri ve civarda buldukları dokuları da harap ederek bazı boşluklara açılmaları mümkün olacak, bu suretle de gerek basiller, gerekse kazeümun ihtiva ettiği bol tüberkülo-protein maddesi de organizmanın sağlam dokularıyle

yeniden ve taze olarak temasa geçecektir. Diğer taraftan aynı mekanizma bu odaklardaki basillerin bir venaya sızmaları ile de kan dağılmalarını meydana getirecektir. Sağlam dokuların bu suretle endojen yolla basillerle temasa geçmesi olayı yanında doğrudan doğruya dışardan alınan yani ekzojen vasıf taşıyan reenfeksiyonlar da aynı neticeyi verecektir. Bu takdirde post-primer tüberküloz gelişmelerini endojen veya ekzojen yeni reenfeksiyonlarla izah etmek ve bunların organizmada hangi imkânlarla meydana gelebileceğini tetkik etmemiz lâzımdır.

Daha evvel de söylediğimiz gibi primoenfeksiyon odağının reaktivasyonu ile teessüs eden post-primer tüberküloz gelişmesi dışında bir insan organizmasında vukuu muhtemel endojen reenfeksiyonlar başlıca üç grupta mütalâa edilirler.

A. Basil ve bol miktarda kazüem ihtiva eden akciğer gangliyonlarından birisi şişerek bir bronşa açılır ve ihtiva ettiği maddelerin aspirasyonu ile bu bronşun havalandırmakta olduğu sağlam akciğer dokularına varmasını sağlar.

B. Primo-enfeksiyonun seyri esnasında mûtad olan hematojen dağılmalarla her iki akciğerin zirvelerinde kendisini gösteren ve sonradan kapsüllenmek suretiyle kapalı bir odak halinde geçen inisiyal foküslerden biri veya bir kaçı mahfazalarını delmek suretiyle bir bronşa açılırlar ve gangliyon perforasyonunda olduğu gibi ihtiva ettikleri maddenin sağlam akciğer dokulariyle temasa geçmesini sağlarlar.

C. Organizmanın her hangi bir noktasında primo-enfeksiyon bakiyesi olarak kapalı odaklarda veya bizzat gangliyonlarda canlı olarak yaşamakta bulunan basiller doğrudan doğruya bir venaya veya ak kan yollariyle yine büyük venalardan birisine geçerler ve küçük dolaşım yolu ile akciğerlere vasıl olurlar.

Endojen vasıfta olan bu reenfeksiyonlar neticesinde tezahür edecek olan klinik tablo artık o şahsın ipersansibilite ve mukavemetler durumunun kurduğu muvazeneye bağlı kalacaktır. Bilhassa gangliyon ve inisiyal foküs delinmeleri basillerle birlikte nisbeten fazlaca miktarda hazırlanmış tüberkülo-protein maddelerini de ihtiva edeceğinden bu tablo başlangıçta muhakkak ki çok gürültülü olacaktır. Bu arada öldürücü pnömonik ve bronko-pnömonik olaylar, süratle erimeye varan müterakki bir tüberküloz hastalığı görülecek, bol tüberkülo-protein maddesi fakat az miktarda basil ihtiva eden delinmelerde ise birden kendisini gösteren büyük toksik ârazın

yavaş yavaş azaldığı epitüberküloz durumu ve benzerleri meydana gelecektir. Hematojen dağılmalarda ise basillerin miktarının büyük önemi olacaktır. Şahsın def'aten allerji eşiğine varan miktar itibariyle fazlaca bir dağılıştan iki üç gün sonra büyük klinik âraz kendisini gösterecektir. Az miktarda basiller ise ancak küçük enfiltralar, bazı nodüller meydana getirecek, daha az olanlar ise hiç bir reaksiyon göstermeden kazanılmış mukavemetle bertaraf edileceklerdir. Burada bir nokta mühimdir. Az miktarda olduğundan başlangıçta belirli allerjik reaksiyonu tahrik edemiyen bu küçük dağılmalar, eğer kazanılmış mukavemetle karşılaşmazlarsa, yerleştikleri akciğer sahalarında zamanla çoğalabilecekler ve nihyet allerji eşiğine varmak suretiyle sanki bir defada oraya yerleşmişler gibi büyük ipersansibilite reaksiyonlarını yani çeşitli tüberküloz hastalığını meydana getireceklerdir.

Post-primer endojen reenfeksiyon tüberkülozu gelişmesi şeklinde görülen bu olaylar dışında onun kadar, hattâ ondan daha mühim olanı da ekzojen reenfeksiyonlardır. Bu takdirde basiller bir başka hastadan enhalasyon yolu ile ve bronşlar vasıtasiyle yine akciğerlerin sağlam dokulariyle temasa geçerler ve post-primer fakat ekzojen bir reenfeksiyon tüberkülozu gelişmesine sebep olurlar. Reenfeksiyona dıştan maruz bulunan kimselerde tüberküloz hastalığının diğerlerine nazaran nisbeti daima 2-3 misli fazla görüldüğünden ekzojen reenfeksiyonların ehemmiyeti de o nisbette artar.

Hava yolu ile vaki olan ekzojen reenfeksiyonlarla ciğerlere yerleşecek basil miktarının; çok düşük mukavemetliler hariç; o şahsın edf'aten allerji eşiğine kadar varabilmiş olması çok şüphelidir. Bu sebeple reenfeksiyonun ilk günlerinde alveollara kadar vasıl olabilen ilk basillerin organizmanın mukavemetleriyle karşılaşarak lizise uğrayacakları, fakat yavaş yavaş ve zamanla bunlardan bir veya bir kaç tanesinin bir noktada tutunmağa ve yerleşmeğe muvaffak olacakları düşünülebilir. Böylece bir köprü başı kurmuş olan reenfeksiyon basilleri zamanla o şahsın allerjik eşiğine varacak kadar çoğalacaklar ve o andan itibaren sanki def'aten oraya yerleşmişler gibi büyük ipersansibilite belirtilerini, yani tüberküloz hastalığını meydana getireceklerdir.

Şimdiye kadar aydınlatılan bütün bu noktalarla; daha ziyade hematojen dağılma yapan primoenfeksiyonların çok defa çocukluk yaşlarında geçirilmiş olması, neden dolayı küçüklerde bu tarz dağılma hastalıklarının daha fazla görülmekte bulunduğunu ve primoenfeksiyonunu çocukluğunda ârızasız atlatmış olan genç ve ergin-

lerin gerek endojen gerekse ekzojen reenfeksiyonlarında basillerin ilk uğrak yerinin akciğerler olması sebebiyle neden dolayı post-primer tüberkülozun bu gibi kimselerde daha ziyade akciğerlerde lokalize olduğunu da iyice izah eder.

SUMMARY

The pathology of post-primary tuberculosis

The author studies post-primary tuberculosis and especially the problems of primo-infection and allergy. He divides the endogenous reinfections in 3 groups and stresses the role of exogenous reinfections.

RÉSUMÉ

La pathologie de la tuberculose post-primaire

L'auteur étudie la tuberculose post-primaire et spécialement les problèmes de primo-infection et d'allergie. Il divise la réinfection endogène en 3 groupes et souligne le rôle de la réinfection exogène.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Fitizyoloji Kliniği
Direktör

Prof. Dr. Nusret Karasu

KÂHİL PRİMO ENFEKSİYONUNDA BRONŞA AÇILMALAR

Doç. Dr. RAGIP ÜNER *Dr. ORHAN ÖĞER*

Tebliğ konusu kâhil primo enfeksiyonunda bronş açılmalarına dairdir.

Malûm olduğu üzere tüberkülozun organizmada yayılışında anatomik ve klinik lezyonların husulünde bronş perferasyonları zaman zaman sebep gösterilmiş ve bu hususta bir çok araştırmalar yapılmıştır.

Eskiden beri gangliyonların bronşa açılmaları hâdisesi üzerinde çalışmakta olan Prof. *Schwartz* bu defa La Presse Médicale mecmuasının 55'inci sayısında yeni travaylarını neşretti. *Schwartz* ve arkadaşlarının fikirlerine göre, zirvelerin inisyal foçileri, simon mihrakları ve erken enfiltratlar yalnız ve sadece bronş içine delinen gangliyonların kazeumundan çıkan basillerin yayılması ile olur. Böylece tersiyer tüberküloz hematojen değil, adeno-bronkojen olmaktadır.

Bu iddiaya *Andre Dufourt* aynı mecmuanın 58'inci sayısında cevap vermektedir. Primo enfeksiyondan sonra husule gelen orta ve küçük çaptaki perforasyonların resimlerini çektiğini ve bunların bronkoskopi, bronkografi ve tomografi ile tesbit edilebileceklerini ve hattâ bu muayeneler yardımı ile hilüste büyük bir gangliyondan çıkan kalınlaşmış enfekte bir bronşun kesidini dahi görmek suretiyle bunun gangliyoner menşeinin tesbitine imkân dahi görmek suretiyle bunun gangliyoner menşeinin tesbitine imkân husule geldiğini bildirerek gangliyon perforasyonlarının bir çok vak'ada mümkün fakat ekseriya nadir olduğunu beyan etmektedir. Çocuk ve kâhilin primo-enfeksiyonunda ve gerekse post-primer safhada bronşa açılma daima olabilmektedir. *Dufourt*'a göre primo enfeksiyon seyri esnasında gangliyon perfaorasyonlarının nisbeti %15'den fazla değildir. *Ghon* ölen şahısların otopsilerinde %18 perforasyon bulmuştur. *Loeschke* de aşağı yukarı bu nisbete iştirak etmektedir.

Bu müellif primo enfeksiyondan ölen 32 çocukta 6 perforasyon bulmuştur. 1942'de *Uehlinger* İsviçrede primo-enfeksiyona maruz 72 askerde 13 perforasyon bulmuştur. *De Valeska* ise Loeschke enstitüsünde %17,5 olarak bulmuştur. *Gorgenyi-Gotsche* Budapeşte çocuk hastanesi servisinde 79 vak'anın %11'inde ve bilâhare neşrettikleri bir yazıda epitüberküloz ismini verdiği vak'aların %47'sinde bronş perforasyonu tesbit etmişlerdir.

Eskiden bronş perforasyonu hayatı tehdit edici bir hâdise olarak kabul edilirdi. Bunların süfokasyona sebep olacağı ve öldürücü bir fitiziye müncer olacağı fikri vardı. Bu gün bu fikir tamamiyle değişmiştir. *Gorgenyi-Gotsche* vak'alarının %62'sinin süratle iyi olduğunu yazmaktadırlar.

Biz de Ankara Veremle Savaş Derneği hastanesinde yatan hastalarımız üzerinde bir araştırma yaptık. 1955 yılı ile 1956 yılı arasında yatan bir senelik umumî vak'amızı tetkik ettik.

Hastanemize bir sene içinde yatan hasta miktarı 190 idi. Bunlardan kâhil primoenfeksiyonu olanlar 9 kişi %4.7

Bunlardan bronkopi yapılanlar 9

Bunlar içinde gangliyon perforasyonu görülenler 5

Bizim neticelerimize göre kâhil primo enfeksiyonunda bronşa açılma nisbeti %55.5'dir.

Yalnız şunu da arzedelim ki bizim vak'alarımız maligne primer kompleks vak'aları idiler.

LİTERATÜR

1. **Ph. Schwartz:** Morphologie et Pathogenie de la Tuberculose pulmonaires. La presse Médicale 1956-64-No. 55 s. 1289
2. **Andre Dufourt:** Rapports de la phtisiogenese pulmonaire tertiane avec les perforation ganglionnaires intrabronchique, La presse Médicale-64-No: 58, s. 1351
3. **Görgenyi-Göttche:** Tuberkulose im Kindesalter, 1952.
4. **Görgenyi-Göttche-Kassay.** Schweiz. Md. Wochen. 11-10-1950
5. **Prof. Dr. Nusret Karasu, Dr. Orhan Öger:** Kaviter Akciğer Tüberkülozunda Bronkoskopik bulgular. Tüberküloz ve Toraks 1953. s. 6

SUMMARY

Bronchial perforations during primo-infections in adults

The authors expose the results of bronchoscopic examinations performed during a period of 12 months (1955-1956) on 9 cases of primary malignant complexe. These patients were all hospitalized at the Hospital of the Association for the Fight against Tuberculosis of Ankara. 5 af these cases (55.5%) showed a perforation of ganglia.

RÉSUMÉ

Les perforations bronchiques dans la primo-infection de l'adulte

Les auteurs exposent:

Les résultats des examens bronchoscopiques pratiqués durant une période de 12 mois (1955-1956) sur 9 cas de complexe primaire malin, hospitalisés à l'Hôpital de la Ligue pour la Lutte anti-tuberculose d'Ankara sont exposés. 5 de ces cas (soit 55.5%) présentaient une perforation ganglionnaire.

Erenköy Sanatoryumu
Başhekim
Dr. Seyfettin Köksal

AKTİNOMİKOZ VE TÜBERKÜLOZ

Dr. SEYFETTİN KÖKSAL *Dr. İZAK BENEZRA*

Akciğerlerde lokalizasyon gösteren ve bu itibarla da tüberkülozu taklit eden mantar hastalıklarının bazı nevileri bütün dünyada olduğu gibi hiç şüphesiz ki memleketimizde de vardır ve son senelerdeki bazı neşriyat bunu teyit eder mahiyettedir.

Adetlerinin nisbeten mahdut olmasına rağmen pülmoner mikozların teşhisleri oldukça güçtür. Memleketimizde deri reaksiyonları henüz rutin bir şekil alamamış, kültürler gereği gibi geliştirilememiş, serolojik araştırmalara ise hiç başlanmamıştır. Bu şartlar altında teşhise varabilmek ancak marazî hasılatta, bizim için balgamda, mantarları bulmğa inhisar etmektedir. Bunun güçlüğü ve yıpratıcılığı ise aşikârdır.

Diğer taraftan pülmoner mikotik hastalık âmillerinden bazıları insan ağzının ve yukarı teneffüs yollarının mûtad saprofit misafirleridir. Actinomyces Bovis, Candida Albicans, Aspergillus Fumigatus ve Geotrichum Candidum'lar her zaman için balgamda görülebilirler. Bunların akciğer lezyonu gösteren bir hastanın balgamında bulunması hastalığın mutlak surette o mantardan ileri geldiğinin kat'î bir delili olamaz. Diğer imkânların azlığı karşısında bizler için takibedilecek yol balgam muayenesini çok sık tekrarlamak, icabında bunu bronkoskopla almak ve bazı vaziyetlerde tecrübe tedavisinin neticesini beklemektir.

Biz sanatoryumumuzda cem'an 210 hasta kraşasında bu bakımdan uzun bir muayene ile mantarların saprofit durumlarını muhafaza etmek üzere ne nisbette mevcut olabileceğini araştırdık? 210 hastanın 6'sı kanser, 2'si apse, diğerleri de çeşitli tiplerde akciğer tüberkülozu idiler. Bu 210 balgamdan 112'sinde yani %53'ünde saprofit durumda olarak çeşitli mantarları bulduk. Bunlardan 87 kraşada candida, 12'sinde actinomyces, 10 tanesinde hem actinimyces hem candida, 2'sinde aspergillus, 1'inde de geotrichum'lara rastladık. 6 kanser ve 2 apse vak'alarının hepsinde bilhassa actinomyces'ler mevcuttu. Bu muayenelerin hiç birisinde idantifikasyona gidilmediğinden görülen mantarların patojen olup olmadıkları belli değildi ve bu sebeple de bu mantarların sonlarına kendilerini teşahhus ettiren ve patojen durumda olduklarını belirten sırası ile albicans, bovis, fümigatus ve candidum isimlerini bilhassa ilâve etmedik.

Literatür bilgisine göre memleketimizde şimdiye kadar neşredilmiş mantar hastalıklarının başında actinomycose gelmektedir. Ayrıca histoplasmose, aspergillose, nocardiose, cryptococcose ve candidiose vak'aları da neşredilmiştir. Yurdumuzda henüz geotrichose, coccidioidomycose, mucormycose, penicilliose ve scopulariopsose, sporotrichose vak'aları meçhul bulunmaktadır. Bunlardan Coccidioidomycose'un dünya üzerindeki jeografik yayılışı bakımından memleketimizde bulunması nisbeten şüphelidir. Fakat bilhassa blastomycose dermatitidis'in meydana getirdiği şimalî Amerika blastomikozu ile âmili blastomycese brasiliensis olan cenubî Amerika blastomikozuna memleketimizde rastlanması imkânsız gibidir. Avrupada neşredilen bir tek şimalî Amerika blastomikozu vak'asının, Amerikada enfekte olduktan sonra Avrupaya gelmiş bir U.S.A. askerinde görüldüğü sonradan anlaşılmıştır.

Mantar hastalıklarından bazılarının sistematik bir dağılma yapmadıkça pülmoner lokalizasyonları çok defa oldukça uzun sürmektedirler. Bu uzun süren devre esnasında mikotik hastalığın bir taraftan akciğerin lokal, diğer taraftan bünyenin genel mukavemetini kırmak suretiyle tüberküloz hastalığının gelişmesine yol açtığı muhakkaktır. Böylece bir akciğer tüberkülozunun yerleşmesine en müsait zemin teşkil eden pülmoner mantar hastalıklarının başında actinomycose gelir. Böyleçe bir actinomycose+tüberküloz karışık enfeksiyonu başlar. Diğer taraftan kronik bir akciğer tüberkülozunda saprofit durumda bulunan actinomyces'lerin günün birinde herhangi bir sebeple patojen bir vasıf almaları ve tüberküloz hastalığı ile birlikte karışık bir enfeksiyonun devamına sebep olmaları da mümkündür? Bu takdirde ise tüberküloz + actinomycose hastalığı gelişmeğe başlar.

Bizim takdim edeceğimiz tüberkülozla karışık iki mikoz vak'asından birincisi sâf pülmoner actinomycose üzerine tüberkülozun yerleşmesi şeklinde, ikinci vak'amız da eski bir tüberküloz hastasında actinomyces'lerin patojen bir vasıf alarak tüberküloza actinomycose'un inzimam etmesi tarzındadır.

Vak'a: 1. B.G. Bu vak'a İkinci Türk Tüberküloz kongresine granüliyi andıran sâf pülmoner bir actinomycose vak'ası olarak takdim edilmişti. Geniş müşahedesi bu kongre zabıtlarında mevcuttur.

Burada tekrarlayacağımız noktalar balgamda B.K.'nın direkt, omojenize ve üç defa tekrarlanan usulleriyle (—) kalması idi. Bundan başka 5, 10 ve 50 ünite ile tekrarlanan mantular her zaman (—) idiler. 13/5/1954 de sanatoryumumuza tüberküloz teşhisi ile gönderilen hastada kısa zaman sonra actinomycose teşhisi konulmuş ve bu bakımdan tedavisine geçilmişti. Kendisi son defa 10/2/1955'de ikinci Tüberküloz kongresinin arifesinde görülmüş ve durumu şifa olarak vasıflandırılmıştı. O tarihten sonra kendisini kaybettiğimiz hasta 28/11/1955'de yani actinomycose'dan şifa bulduktan 9.5 ay sonra yeniden muayenemize müracaat etti. Bu defa radyolojik manzara sol klaviküla altında müteaddit kovukları v.s. sol hilusde genişlemeyi göstermekteydi. Sedimentasyon 86 m.m.'ye yükselmişti. Yapılan balgam muayenesinde mebzul actinomyces'lerle yine mebzul B.K. (+) bulundu. Hastada bir taraftan eski mikotik hastalık nüksetmiş, diğer taraftan evvelce pumonlarda actinomycose lokalizasyonunun bulunduğu sol taraf klaviküla altında kaviter taze ve belki de primoenfeksiyon tarzında bir tüberküloz gelişmeğe başlamıştı. Derhal tatbik ve devam ettiğimiz karışık tedavi ile hastamızın durumu her iki hastalık bakımından yeniden büyük bir salâha kavuştu. Eğer daha evvel kendisinin sâf pülmoner bir actinomycose vak'ası olduğu tesbit edilmeseydi bu gün vak'ayı sâf bir tüberküloz gibi telâkki edecek ve balgamda bulunan actinomyces'leri de saprofit olarak kabul edecektik. Halbuki vak'amız bir actinomycose + tüberküloz karışık enfeksiyonu idi.

Vak'a: 2. A.S. 44 yaşında. İşçi. 8/8/1955'de sanatoryumumuza dahil olmuştur. Hastalığı 1946'da başlamış, fakat 1952 senesi sonlarına kadar spesifik bir tedavi görmemiştir. Kendisine bize yatışından evvel 100 gr. str., 55 gr. İ.N.H. ve 1.000 gramdan fazla P.A.S. verilmiştir. Balgamda B.K. direkt ve omojenize usullerle (—). Hasta bizden evvel tedavide kaldığı diğer müesseselerde de B.K.'nın daima (—) bulunduğunu söylemekte. Tedavimize girişinden 1 ay sonra yapılan kültür de (—) netice verdi. Sedimentasyon girişte 76 mm. Diğer lâboratuvar bulguları hemen hemen normal. Hastayı biz de eski bir tüberküloz vak'ası olarak kabul ettik ve üçlü anti-bakteriyel tedaviye biz de devam ettik. Buna rağmen ne röntgen resminde ne de umumî halde bariz bir değişiklik görülmedi. Bu devrede hiç kilo da almadı. Bunlara ilâveten girişte 76 m.m. olan sedimantasyon istirahat ve anti-bakteriyel tedaviye rağmen bir ay sonra 100 m.m.'ye düştü. Kraşanın B.K. bakımından (—) devam etmesine rağmen durumun bir türlü düzelmemesi araştırmalarımızı tahrik etti. Nihayet kraşada actinomyces'ler bulundu. Bu muayeneyi pek çok defa tekrarladık. Hemen her defasında kraşanın bol miktarda actinomyces'leri ve bunların grenlerini ihtiva etmekte olduğunu gördük. Bu vaziyet karşısında hastada eski bir tüberküloz üzerine grefe olmuş bir actinomycose ihtimalini derpiş eyledik. Karışık bir tedavi ile hastalığın teşhisinden itibaren iki ay zarfında durum tamamen değişti. Hasta bu kısa zamanda 7 kilo aldı. Fakat en büyük salâh evvelce yapılmış ve tarafımızdan da devam edilmiş olan cem'an 135 gr. Str. 80 gr. İ.N.H. ve 1.400 gr. P.A.S.'a rağmen hiç bir değişiklik göstermeyen röntgen resminde müşahede olundu. Böylece bu vak'ayı bilhassa tecrübe tedavisinin müsbet netice vermesine dayanarak bir tüberküloz + actinomycose karışık enfeksiyonu şeklinde mütalâa eyledik.

SUMMARY

Tuberculosis and actinomycosis

Mycoses simulating tuberculosis exist also in our country but the methods leading to a sound differential diagnosis are not yet sufficiently developped. A research of this kind has been performed on 202 cases of pulmonary tuberculosis, 6 cases of cancer of the lung and 2 lung abscesses. Sputum examination revealed in 112 cases (53%) the presence of saprophytic yeasts. Actinomycosis favorizes greatly the developement of tuberculosis. 2 cases are presented in detail.

RÉSUMÉ

Tuberculose et actinomycose

Les mycoses simulant la tuberculose existent sans nul doute dans notre pays, mais les méthodes servant au diagnostic différentiel ne sont pas encore suffisemment développées. De pareilles recherches ont été effectuées sur 202 cas de tuberculose pulmonaire, 6 cas de cancer du poumon et 2 abcès pulmonaires. L'examen du crachat a révélé dans 112 de ces cas (53%) la présence de champignons saprophytes. L'actinomycose favorise considérablement le développement de la tuberculose. 2 cas sont exposés succintement.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Fitizyoloji Kliniği
Direktör
Prof. Dr. Nusret Karasu

CERRAHİ BAKIMDAN AKCİĞER HİSTOPLAZMOZİSİ ÜZERİNDE BİR ARAŞTIRMA

Prof. Dr. CELÂL ERTUĞ

Akciğerin mikotik hastalıkları hakkında, bilgilerimiz son senelerde gün be gün artmaktadır. Memleketimizde henüz bu hususta mahallî tecrübe ve tetkikler bizi doyuracak kadar zengin değildir. Amerika'da bu mevzuda istifade edebileceğimiz bir hayli araştırma ve incelemeler vardır.

Amerika'da histoplazmozisin oldukça bol bulunduğu cenup bölgesinde çalıştığım sıralarda Duke Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Kliniğinde cerrahî müdahale gören vak'alar arasında bu yönden bir tetkik yaptım. Elde ettiğim netice akciğerlerin mikotik hastalıklarının mühimlerinden birisi olan histoplazmozisin hususiyetlerini çok aydınlatıcı mahiyettedir. Filhakika incelediğim vak'aların hepsi cerrahî müdahale ile direkt olarak muayeneden geçmiş ve çıkarılan piyeslerde histolojik hareketler tesbit edilmiştir.

Aşağıda teferruatını kaydedeceğim vak'alarımızın büyük bir kısmı henüz teşhis edilemeyen birtakım pulmoner veya mediyastinal tezahürlerle hastaneye gelmişlerdir. Bu vak'aların büyük bir ekseriyetinde eksploratis torokotomi yapılma kararı verilmiştir. Ve bu lezyonlar ekstirpe olunmuş teşhis de histolojik dokümantasyon üzerine bina edilmiştir. Fakat dikkatli histolojik ve bakteriyolojik muayenelere rağmen bu çıkarılan dokuların hepsinde kat'î teşhise varılmamıştır. Ve bu grup materyeller etyolojik sebebi tâyin olunmayan granülomatöz reaksiyonlar teşhisi ile adlandırılmıştır.

Biz tetkikimizi kat'î olarak teşhis edilen 38 histopilazmozis vak'ası arasında yaptık. Bu vak'alar Şubat 1951'den 1952 sonuna kadar Duke Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Kliniğinde müdahale tatbik edilen vak'alar arasında seçilmiştir. Gerek cerrahiden önce mevcut semptom ve bulguları gerekse cerrahî ile çıkarılan piyeslerdeki histolojik ve morfolojik hareketleri tesbit etmek maksadı ile bu 38 vak'aya ait observasyonları incelemeden geçirdim, ve aşağıdaki hususiyetleri tesbit ettim.

Darling ilk defa olarak 1906'da histoplazmozisi jeneralize ve ekseriya öldürücü tabiatta bir hastalık olarak tavsif etmişti. Ondan sonraki bir çok neşriyat histoplazmozisin selim bir hastalık halinde de geniş çapta yayıldığını gösterir mahiyettedir. Böylece öldürücü olmayan histoplazmozis şekilleri üzerinde dikkat, alâka daha çok toplanmış ve incelemeler derinleştirilmiştir.

Hodgson ve arkadaşları akciğer histoplazmozisinde ilk lobektomiyi yaptılar. Müdahale edilen bu vak'a 36 yaşında bir erkek idi ve sağ akciğerin alt zonunda enfekte olmuş bir kist teşhisi ile vak'a cerrahiye gönderilmişti. Çıkarılan dokuda H. capsulatum bulunmuş ve bunun bir akciğer histoplazmozisi olduğu tebeyyün etmiştir. İkinci vak'a 34 yaşında bir kadındı; bu da sağ üst zonda tüberkülozu andıran bir radyolojik tezahürle kliniğe gelmişti. Beş balgam ve mide suyu muayenesinde asidorezistan basil bulunmamıştı. İki kültürde histoplazmozis capsulatun tesbit edilmiş bunun üzerine hastaya lobektomi yapılmış, çıkarılan parçada oldukça kalın cidarlı ve bir çok bölmeli bir kavite görülmüş, bu kavite içerisinde de H. capsulatun tesbit edilmişti ve tüberküloz basili de bulunmamıştı. Diğer enteresan bir vak'a da *Wilson* ve *Duryea*'ya aittir. Bu vak'ada da lobektomi tatbik edilmişti. Bu vak'a 51 yaşında bir erkektedir. Ve şikâyetleri 1919'dan beridir. 1925'de çekilen bir radiogramda hilusta ve sağ apekste bir kesafet mevcuttur. Müteaddit muayenelerde tüberküloz basili bulunamamıştır. 1949'da H. capsulatum balgam kültüründe tesbit edilmiştir. Tüberküloz basili kültürleri de daima negatif çıkmıştır. Bu hastada deri histoplozmin testi ve kompleman fikasyon deneyi müsbet bulunmuştu. Sağ üst lobda bir kavite mevcuttu, sol akciğerde bir lezyon yoktu. Vak'aya 1950 senesinde bir lobektomi yapılmıştır ve çıkarılan parçada gerek histolojik gerekse bakteriyolojik olarak teşhis teeyyüt etmiştir.

KENDİ ARAŞTIRMAMIZ

Yaş - Cins:

Elimizdeki 38 vak'adan 16'sı 20-29, 14'ü 30-39 ve 7'si 40 - 48 yaşları arasında, 1 tanesi de 55 yaşlarında olmak üzere 35 erkek 3 kadından ibarettir.

Semptomlar:

Vak'alardan 19'unda göğse ait hiç bir âraz yoktur. 17'sinde lezyonlar rutin röntgen muayeneleri esnasında bulunmuş iki tanesi de

epigastr bölgesindeki sıkıntı dolayısiyle muayene edilirken tesadüfen görülmüşlerdir. Vak'aların birinde lezyon 1943'ten beri, ikisinde de 1948'den beri mevcut olduğu tesbit edilmiştir.

1 vak'ada şikâyetler arasında öksürük vardır ve bunların 9'unda ekspektorasyon fazladır, bir tanesinde kanlı, diğerinde kanlımsı balgam çıkarma hikâyesi mevcuttur. 4 tanesinde göğüs ârazı ve 3 tanesinde de kilo kaybı vardır. Vak'alardan 10 tanesi Panama kanalı bölgesinde bulunmuştur ve bunlardan birisi sağda ve 1949 senesinde virüs pnömonisi geçirmiştir.

Göğsün radyolojik muayenesi:

30 vak'ada göğüs radyogramalarında 1-3.5 santimetre büyüklüğünde yuvarlak veyahut da yumurta biçiminde kesafetler görülmüştür. Beş vak'ada da 2-4 santimetre büyüklüğünde hiler kesafetler mevcuttur. Bir vak'ada 2 santimetre çapında bir kaviteli lezyon bulunmuştur. Bir vak'ada da 2.4 santimetrelik bir hilus genişlemesi ve bronko grafide sağ orta lobda bronşektazi tesbit edilmiştir. Bir vak'a bütün loblar boyunca iki taraflı küçük nodüler kesafetler göstermektedir.

Bu 38 vak'anın hiç birinde radyolojik manzara akciğer histaplozmozisini teşhis ettirecek mahiyette değildir.

Bu hastalarda rutin olarak yapılan deri testleri de aşağıdaki cetvelde gösterilen neticeyi vermiştir.

TABLO I

Deri Testleri	Vak'a A.
H + C + T + =	7
H + C + T — =	3
H + C — T + =	14
H + C — T + =	11
H — C — T + =	3

H = Histoplazmin
C = Coccidiodin
T = Tuberculine

TABLO II

Ameliyat şekli	Lezyon yeri	Umumi adet
Wedge rezeksiyonu		30
» sağ üst lob	3	
» sağ orta lob	3	
» sağ alt lob	7	
(2 Wedge aynı hast.)		
» sol üst lob	6	
» Sol alt lob	11	
» (2 Wedge aynı hast.)		
Lezyonun enükleasyonu:		1
Sağ alt lobda	1	
Segmenter rezeksiyon:		4
Sol üst lob	1	
Sol alt lob	1	
Sol alt lob	2	
Lobektomi:		2
Sağ orta lob	2	
Hiler gangliyonların çıkarılması		4
Yekûn		41

Bu vak'alar tatbik edilen cerrahî metodların en çok kullanılan şekli Wedge rezeksiyonudur. 38 vak'a içerisinde 28 hastaya bu usul tatbik olunmuştur. Hilüs benzerinin çıkarılması beş vak'ada yapılmıştır. Üç vak'ada civardaki ciddî yapışıklıklar dolayısiyle büyük bir hiler kitlenin tam olarak çıkarılmasına imkân görülmemiştir.

2'nci vak'ada sağ orta lob çıkarılmıştır. Birinde bütün loba yaygın bir vaziyette yer yer, ufak nodüller ve bir kaç tane de 2 santimetre büyüklüğünde nodül tesbit olunmuştur. Ötekinde bronkografik olarak tesbit olunan bronşektazi ile beraber hilüs gangliyonlarında büyüme mevcuttur.

3 vak'ada segment rezeksiyonu yapılmıştır. Bir vak'ada apikoposteriyor segment çıkarılmıştır. Diğer bir vak'ada sol alt lobun bazal segmenti çıkarılmış, bir diğerinde de yine aynı rezeksiyon hematom dolayısiyle yapılmıştır. Bir vak'ada da sol üst segment çıkarılmıştır.

1 vak'ada akciğer parankeması içinde derinlemesine yayılmış bulunan bir lezyon enükleasyonla çıkarılmıştır.

Komplikasyonlar:

Bu seriden hiç bir ölüm vak'ası görülmemiştir. Komplikasyonlar 17 vak'a hariç hafif mahiyettedir. Bu vak'ada sol alt lobda kanama ve hematom teşekkül etmiş ve bu yüzden yukarıda da bahsedildiği üzere bazal segmentin çıkarılması lüzumu hasıl olmuştur. 36 hasta normal aktivitelerine dönmüşlerdir. 1 vak'a da oldukça uzun süren bir nekahat devrinden sonra normal işine dönmüştür.

Postoperatif takip süresince, bu etüdün yapıldığı tarihe kadar, bir nüks tesbit edilcmemiştir. Daha uzun süreli prognos hakkında kat'î söz söylemek için zamanın kâfi derecede geçmediğine de işaret etmek yerinde olur.

Nodüler lezyonların dış görünüşleri:

38 vak'anın da plöral kavitesinde bir mayi toplanmasına tesadüf olunmamıştır. Vak'aların pek çoğunda yapışıklık da yoktur, pek mahdut bir kısmında minimal bir tarzda görülmüştür.

Bariz bir yapışıklık, kaviter lezyon ihtiva eden, beş numaralı vak'ada görülmüştür.

Nodüler parankimal lezyonlar 13 vak'ada soliter şekilde ve birtakım hat tarzında irtibatlarla birleşmiş manzarada görülmüştür. Bir lobda seri halde küçük beyaz, esmerimtrak nodüler esas bölgeden plevra altı bölgesine, rejyonal bronkopülmoner bezlere doğru inci taneleri tarzında yayılmış manzaradadır. Bir vak'ada 1-4 mm. büyüklüğünde müteaddit lezyonlar sol akciğerin iki lobuna yayılmış bir halde tesbit edilmiştir. Nodüler lezyonların civarındaki viseral plevrada plak halinde bir lezyon görülmüştür. Bu plak beyzî veya yuvarlak şekilde yeşille beyaz arasında bir yeşil, sarı, beyaz renk arasında bir manzara göstermiştir. Bu kısımdaki plevra kalınlaşması gözükmektedir. Nodüler lezyonlar büyüklükleri ve kıvamları itibariyle yumuşaktan lâstik kıvamına kadar yer yer değişiklikler göstermektedir. Kesitte yer yer sarımsı yeşil gri ve yahut beyaz renkte bir manzara görülmüştür.

Nekrotik bölgelerde bu nekrotik materyeli kuşatan, oldukça vazıh bir kapsül vardır. Çıkarılan lezyonların hiç birinde aşıkâr kireçlenme görülmedi, ancak mikroskopik muayenede bir kaçında calsium tavazzuatı tesbit olunmuştur.

Nodüller, makroskopik muayenede tüberküloz ve yahut diğer etyolojik ajanlara bağlı granülomalardan tefrik edilemezler. Hususî

boyamalarla H. capsulatum morfolojik olarak tesbit edilir (mikroskopik muayeneleri yapılıncaya kadar bu lezyonların tüberküloma oldukları zannedilmiştir).

Lezyonların mikroskopik manzaraları:

Nodüllerin mikroskopik muayeneleri ekseriya hiyalinize fibröz kapsüller göstermektedir. Buradaki fibrozis civarında nadir olmak üzere dev hücreler, epiteolit hücreler, lenfositlerin birikmeleri görülmüştür. Nadiren bu fibrozis içersinde bronş maktalarına da rastlanmıştır. Alveol duvarlarının seçilebildiği ve hücre birikintilerinin olduğu bölgelerde santral koagulasyon nekrozu müşahede olunmuştur. Bazı yerlerde nekroz sahaları mütcaddit ve biçimleri de sirküler manzarada olup üst üste ince tabakalar halinde fibrozis dokusu ve epiteloid hücreler görülmüştür. Nekrotik sahaların içinde de morfolojik hüviyeti ile H. capsulatum bulunmuştur. Civardaki akciğer dokusunda mevzii atelektaziler bazan fibrozis ve pigmante histiyosit kitleleri tesbit edilmiştir.

Hilüs Lenf Düğümlerinin Mikroskopik Görünmeleri:

Bu vak'aların göğüs hastalıklarını teşhisleri sırasında lenf bezlerinin büyümesi hali sık sık rastlanan bir keyfiyet olmamıştı, ancak bir kaç hastada lenf adenopatisi düşünülmüştür.

Yalnız 5'inci vak'adaki lenfadonapatinin tabiatı hakkında bir hükme varılamamış ve sırf bunu inceleme maksadiyle eksploratris torakotomi'ye karar verilmiştir. Lenf bezlerinin cesametleri 1-2 santimetreden 3-4 santimetre büyüklüğüne kadar değişiklikler göstermektedir. Ve civarda sıkı iltisaklar vardır.

Lenf bezlerinin etrafında incelikleri yer yer değişiklik gösteren fibröz bir kapsül mevcuttur. Ortadaki kısım gri sarı renkte ve nekrotik materyel ihtiva eder, bu materyel bazılarında yarı likit kıvamında, bazılarında ise lâstik kıvamındadır. Nadir olarak aşikâr surette kireçlenmiş gangliyonlar palpe edilmiştir. Bu lenf düğümlerinden bazısı birbirine ve civardaki arterya pulmonalis vena pulmonaris veya bronş dallarına sıkı surette yapışık surette bulunmuştur. Ameliyat masasında bu lezyonları elle yoklayan cerrahlar ekseriya tüberküloz kanaatine varmışlardır. Bilâhare alınan parçalarda rezeke edilen kısım lenf düğümlerinde histolojik muayenede histoplazmozis tesbit olunmuştur (H. capsulatum görülerek).

Mikroskopik Görünüm:

Mikroskopik muayenede santral bir nekrozis etrafında lenfositler epiteloit hücreler ve nadir dev hücrelerini ihtiva eden bir orta kısım, bir de fibröz kapsül tesbit edilmiştir. Nekrotik mihrak içerisinde de mikroskopik muayenede histopilazmodyum capsulatum görülerek tesbit edilmiştir.

BAZI İLLÜSTRATİF VAK'ALAR

Vak'a No. 1 J.D. Protokol No. 2154014.

Hasta 29 yaşında bir erkek 24 Ekim 1950'de hastanıye girmiş. Kuru bir öksürük ve 12 kilo kaybı şikâyetleri ile hastaneye müracaat ediyor.

Rutin bir röntgen muayenesi esnasında göğüs radyografisi yapılıyor ve bu filimde 2 santimetre büyüklüğünde bir kesafet görülüyor. Bu kesafetin lokalizasyonu sol aşağı zondadır. Hasta askerliğini yapmak üzere Okinova'da hastanesine yatmış ve o zaman üç defa balgamında tüberküloz basili tesbit edildiğini ifade etmektedir. Fizik muayenede serirî bir bulgu tesbit olunamamıştır. Deri reaksiyonlarından P.P.D. ancak 2 numaralı dilüsyonda müsbettir. Coccidioidin negatif ve histoplazmin pozitiftir.

Bütün balgam muayeneleri ve kültürlerinde basil ve yahut da mantar ürememiştir. Röntgen muayenesi bronkoskopi ve EKG. patolojik bir netice vermemiştir. Mide suyu muayenesinde de gerek direkt gerekse kültürle basil bulunamamıştır. Şubat 1951'de hastaya Wedge rezeksiyonu yapılıyor, sol alt lobdan 1.5 cm. kadar bir kısım çıkarılıyor, mikroskopik muayenede yumuşak, yarı elâstikî bir kitle manzarası gösteren bu materyel içerisinde beyaz renkte ve peynir kıvamında nekrotik bir bölgeyi ihtiva etmektedir. Yayma preparatlarda ve kültürde basil veya bir mantar tesbit edilememiştir.

Mikroskopik muayenede fibröz bir kapsül içerisinde amorf materyel görülmüştür. Konsantrik bandlar halindeki kapsül içerisinde amorf materyel görülmüştür. Konsantrik bandlar halindeki kapsül dev hücreleri enfiltrasyonu ve lenfosit akümülâsyonu ile muttasıf idi. Boyalı preparatlarda histoplazma capsulatumu morfolojik olarak gösteren organizmalara rastlanmıştır.

Vak'a No. 3. C.S. Protokol No. 2355015. 38 yaşında bir erkek hastaneye 1951 Haziranında giriyor. Anamnezinde bir sene kadar

kanal bölgesinde çalıştığı görülmektedir ve vak'ada hiç bir semptom yoktur. Hastada rutin röntgen muayenesi sırasında 1951 Nisanında bir gölge görülmüştür.

Fizik muayenede belirli bir âraz yoktur. Hemogram, idrar analizleri, normaldir. Tüberküloz basili ve mantarlar için yapılan yayma ve kültür muayeneleri menfidir. Deri reaksiyonu coccidioidin menfi, histoplazmin ve tüberkülin pozitif netice vermiştir. Histoplazmozis için kompleman fiksasyon testi 1/10 müsbet çıkmıştır. Diğer mantar hastalıkları için negatiftir. Röntgen muayenesinde sol tarafta ikinci kaburganın altında çizgi şeklinde ve çizgilerle birbirine bağlanmış nodüler manzarada bir kesafet görülmüştür. Bronkoskopik muayene negatif netice vermiştir.

Haziran 1952'de bir torakotomi yapılmıştır. Üst ön segment ile göğüs cidarı arasında bazı yapışıklıklar görülmüştür. Apikoposteriyör, anteriyör segmentlerde bazı küçük nodüler lezyonlar görülmüş ve bunlar Wedge rezeksiyonu ile çıkarılmıştır. Bu lezyonların rengi griye çalar manzaradadır. Ortalarında da nekrotik bir gölge vardır. Mikroskopik olarak da müteaddit koagülasyon pnömonisi mihrakları ve etrafında fibrozis görülmüştür. Ve nadir olarak da dev hücreler ve kireç tevazuu tesbit edilmiştir. Hususî boyama tekniği ile yapılan preparatlarda ortadaki nekrotik bölgede H. capsulatum görülmüştür.

Vak'a No. 5 W.H. Protokol No. 2393043.

20 yaşındaki erkek hasta Temmuz 1951'de hastaneye girmiştir. Bu hasta da kanal mıntakasında 26 ay kadar çalışmıştır. Rutin muayenelerde röntgen filminde 2.5 cm. büyüklüğünde bir kaviteli lezyon tesbit edilmiştir.

Fizik muayenede hiç bir dikkate şayan bulgu yoktur. Mükerrer olarak balgam ve mide suyu muhteviyatında yayma ve kültürlerde ne tüberküloz basili ne de mantar ürememiştir. Sedimantasyon 25 mm. Hemogramlar, idrar tahlilleri ve kardiyolipin mikroflokülasyon testleri normaldir. Kompleman fiksasyonu (histoplazmozis için) 1/20 nisbetinde müsbettir. Bronkoskopi normaldir.

Deri reaksiyonları P.P.D. ve histopilazmin müsbet coccidioidin negatif bulunmuştur. Hastada yatak istirahati, streptomycin ve P.A.S. tedavisinden hiç bir netice alınamamıştır.

21/Ekim/1951'de sol tarafa torakotomi yapıldı. Sol zirvede gayet kuvvetli yapışıklıklar vardı. Apikoposteriyor segmentte bir kavite manzarası göstermeksizin bazı nodüler lezyonlar ele geliyordu ve bu nahiyede bir segmenter rezeksiyon yapılmıştı.

Çıkarılan parçanın muayenesinde 3 × 1 × 1.9 santimetre cesametinde ince cidarlı bir kavite mevcuttu ve bu kavitenin içersinde sarımtırak bazı mikrofik materyeller mevcuttu ve kavite ile bronşiyal bir iştirak yoktu.

Kavitenin cidarı ince idi, fibrotik ve hiyalinize manzarada idi. Periferik olarak lenfositler epiteloitler ve dev hücreleri birikmeleri göze çarpıyordu. Orta kısımda mononükleer hücreleri ihtiva eden amorfgranüler materyelden müteşekkil bir doku mevcuttu. Bu vak'ada da morfolojik olarak H. capsulatum görülmüş ve bilhassa bu organizmalara fibröz kapsülün iç tarafında ve monositler içersinde rastlanmıştır. Ayrıca H. capsulatum bronş epiteli içersinde ve alveoler monositlerde de görülmüştür.

Vak'a No. 13. E. B. Protokol No. 2467020.

22 yaşında genç bir erkek, hastaneye 30 Kasım 1951'de giriyor, hasta röntgen muayeneleri esnasında sağ hilüs civarında bir kesafet görülerek hastaneye sevkedilmiştir. Hasta bundan evvel bir şikâyeti olmamasına rağmen zaman zaman sternumun arkasında bir ağrı ve çabuk yorulma durumundan şikâyet etmektedir. Fizik muayenede hiç bir bulgu tesbit edilmemiştir. Balgam, mide suyu yayma ve kültürlerinde tüberküloz basili ve mantarlar bulunamamıştır. Bronkoskopik muayene, buradan aspire edilen sekreskon da dahil olmak üzere, patolojik bir netice vermemiştir. Göğsün dikkatli röntgen muayenelerinde sağ hilüste 3 santimetre genişliğinde bir kesafet göstermiştir. Deri testlerinden histopilazmin müsbet, tüberkülin de dahil olmak üzere diğer testler menfi bulunmuştur. Hemogram, idrar ve diğer muayeneler tabiîdir.

28 Aralık 1951'de sağ tarafa torakotomi yapılmıştır. Mediyasten de müteaddit kireçlenmiş, lenf bezleri palpe edilmiştir. Bunların yaptığı konglömeratlardan bir tanesi 3×2.5×2 sm. büyüklüğünde olup bazıları yumuşak bazıları da arterya pulmonalis dalları arasına yayılmış vaziyette bulunmuştur.

Kapsül hiyalinize fibrozis dokusundan müteşekkil ve bir kaç epiteloit hücre ihtiva ediyordu, dev hücre yoktu. Ortada nekrotik bir bakiye vardı ve bunun içerisinde de içinde H. capsulatum ihtiva eden mononükleerler mevcuttu.

Vak'a No. 19 J. V. Protokol No. 2539012.

46 yaşında bir erkek hastaneye 14 Aralık 1951'de öksürük ve günde 15-20 cc. kadar balgam çıkarmak şikâyeti ile gelmiştir. Göğüs röntgeni sol alt zonda iki santimetre kadar büyüklükte yuvarlak bir nodül göstermiştir.

Fizik muayenede hiç bir patolojik bulgu tesbit olunmamıştır. Lâboratuvar muayenelerinden mükerrer balgam, mide suyu yayma preparatları ve kültürler tüberküloz basili ve diğer mantarlar için negatif netice vermiştir. Deri testleri tüberkülin ve histoplazmin için müsbettir. Bronkoskopi muayenesinde andobronşiyal bir hastalık veya lezyonuna rastlanmamıştır. 17 Ocak 1952'de sol tarafta torakotomi yapılmıştır. Plevra mihrakları beyaz, esmer renkte ve kalınlaşmış bir manzarada bulunmuştur ve üzerinde de müteaddit küçük nodüller mevcuttur. Akciğerdeki lezyon Wedge şeklinde çıkarılmıştır ve kapsüllenmiş olan sarımtırak beyaz nodüller görülmüştür. Mikroskopik muayenede ince bir fibröz kapsül ve içinde epiteloid ve bazan dev hücreleri ihtiva etmektedir. Ortada nekrotik bir merkezî kısım vardır ve bunun içerisinde bolca H. capsulatum görülmüştür.

R E F E R A N S

1. **Puckett., Thomas:** Pulmonary Histoplasmosis. Am. Review of Tuberculosis Vol. 67, No. 4. 453-476, April 1953.
2. **Good, C. Allen, Clagget, O. Theron,** and **Weed, Lyle A.:** Non tuberculous Diseases of the Chest and Related Matters. Trans. Natl. Tuberculosis Assn 1951. 294.
3. **Kligman, Albert M. and Mescon Herbert:** The Periodic - Acid - Schiff Stain for the Demonstration of Fungi in Animal Tissue. Jr. Bact. 6. 1950.
4. **Darling, S. T.:** A Protozoan General Infection Producing Pseudo tubercules in the Lunge and Focal Necrosis in the Liver, Spleen and Lymph Nodes. J.A.M.A. 46. 1283, 1906.
5. **Christie, A.** and **Feterson, J. C.:** Pulmonary Calcification in Negative reactors to Tuberculin. Am. Jr. Pub. Health 35. 1131, 1945.
6. **Johnson, H. E.** and **Batson, R.** : Benign Pulmonary Histoplasmosis. Dis. Chest 14. 517, 1948.
7. **Furculow, M.L.:** Round Table Discussion. Systemic Mycosis, Coccidioidomycosis and Histoplasmosis. Pediatrice 2. 709, 1948.
8. **Furculow, M. L., Matz, H. L.** and **Lews, L.:** Roentgenographic Appearancea of Persistent Pulmonary Infiltrates Associated with Sensitivity to Histoplasmosis. Pub. Health Rep. 62. 1711, 1947.
9. **Silverman, Fredric N.:** Pulmonary Calcification - Tuberculosis Histoplasmosis Am. Jr. Roent ant Rad. Ther. 64, 747. 1950.
10. **Hodgson, Corrin H., Weed, Lyle A.,** and **Clagett, O.:** Theron Pulmonary Histoplasmosis. Sunmary of Data on Reported Cases and Report on two

Cases Treaded by Lobedtomy. J.A.M.A. 145, II. 807 Mar. 17, 1951.

11. **Wilson, Henry M.** and **Duryea, Arthur W.**: Pulmonary Histoplasmosis. Report of Case Long Considered Tuberculous Improved by Acit-Dione. Dis Chest 21. 346-353, 1952.

SUMMARY

Study of pulmonary histoplasmosis from a surgical standpoint

In 38 cases of pneumopathy in which a definitive diagnosis was not established, a thoracotomy revealed the presence of histoplasmosis. The author points out that with the extension of surgical procedures, several important clinical features of this discase may be elucidated.

RÉSUMÉ

Etude de l'histoplasmose pulmonaire du point de vue chirurgical

Dans 38 cas de pneumopathie où le diagnostic n'avait pu être posé, une thoracotomie a révélé la présence d'histoplasmose. L'auteur souligne que grâce à la méthode chirurgicale, certains points cliniques importants pourront être élucidés.

DOKUZUNCU CELSE MÜNAKAŞALARI

Dr. Tevfik İsmail Gökçe

Efendim, *Ragıp* beyin tebliğleri bizim düşüncelerimizi teyid eder mahiyettedir. Prof. *Şvartz* tüberkülozlu kimselerin otopsilerinde %90 gangliyon delinmesi bulmuştur. Biz de bu rakamı klinik olarak %53-54 arasında bulmuştuk ki, zannedersem *Ragıp* bey de kâhillerde bu rakamı %55 olarak bulmuşlardır.

Gangliyon perforasyonu mevzuunda *Şvartz*'la *Dufourt* arasında münakaşa vardır. *Dufourt* bronş perforasyonunun çocuk ve ihtiyarlarda mevcudiyetini kabul ediyor, kâhillerde yoktur, kâhillerdeki bronş delinmeleri Afrika gibi yerlerdeki geç primo enfeksiyon vak'alarıdır diyor. Halbuki biz memleketimizde bunun tam aksini tesbit etmiş bulunuyoruz, yani bizdeki bronş delinmeleri primer devreye değil, posprimer devreye aittir. Memleketimizde gangliyon perforasyonlarının tüberküloz evolüsyonunda mühim bir rol oynadıkları muhakkaktır. Bizde 20 yaşına kadar olan şahısların %90'ında tüberkülin pozitiftir. Heybeliada Sanatoryumunda tesbit ettiğimiz vak'aların hepsi kâhildir ve bunlarda gangliyon perforasyonu %55'dir.

Bronş perforasyonları Afrika ve Senegal askerlerinde gayet ağır ve septisemik seyir takibettiği halde bizde gangliyon perforasyonu ile husule gelen lezyonlar en selim seyirli olanlardır. Bu lezyonlar antibakteriyellere çok iyi cevap verirler.

Hariçten reenfeksiyonların çok olduğunu söyleyen *Seyfettin* beyde haklıdır, reenfeksiyonlar gangliyondaki faaliyeti aktive ederek müessir olmaktadırlar. Binaenaleyh kanaatımca radyolojik karakterleri gayet bariz olarak sektoryal olan simond, pouhl mihrakları da gangliyon perforasyonu ile husule gelmiştir.

Biz gangliyon perforasyonları hakkındaki tebliğimizi 1952 senesinde Almanyadaki kongrede tebliğ etmiştik. Bir müellif bu hâdiseleri Alman ordusunda %60 nisbetinde gördüğünü, bunda ırkî âmillerin değil, daha ziyade mukavemeti azaltıcı sebeplerin âmil ol-

duğunu tebarüz ettirdi. Bizde de bu perforasyonların fazla olması enfeksiyon ihtimalinin fazlalığı ile izah edilebilir.

Dr. Behzat Yeğen

Bu günkü tebliğlerden çok istifade ettik. Bilhassa *Seyfettin* beyle *Celâl* beyin, tüberkülozun mantar hastalıklariyle karışabileceğine dair fikirlerine aynen iştirak ediyorum. Hakikaten tüberkülozda çalışanlar bütün merkez sıkletlerini bu konuya vermiş bulunuyorlar. Bir çok vak'alarda muhakkak tüberküloz teşhisi koymak için uğraşıyoruz, ısrarla tüberküloz arıyoruz. Halbuki son yılların literatüründe mantar hastalıklarının tüberkülozla yarı yarıya bir yer işgal ettiği kaydedilmektedir. Amerika bu hususu daha ehemmiyet vererek incelemektedir. Amerikada akciğerlerde sekel bırakan hastalıkların tüberkülozla yarı yarıya bir nisbet verdiği meydana çıkarılmıştır.

Memleketimizde de mantar hastalıkları araştırılmamış değildir. Çok seneler evvel 3'üncü dahiliyede asistan iken Türk Tıp Cemiyetinde bir histoplazmosis capsulatum vak'ası takdim edilmiştir ve bu mevzu büyük münakaşalara yol açmıştı. Bu senelerden sonra araştırmalara devam edilmiş olsa idi memleketimizde de bu vak'aların sık olabileceği meydana çıkacak ve lâyık olduğu mevkii almış bulunacaktı.

İkinci bir noktaya daha temas etmek istiyorum. Literatürde flaşner atelektazileri diye bir kayıt vardır. Bunlar akciğerlerde geçmiş enfeksiyonların sekelleridir. Bu bakımdan tüberkülozdan sonra husule gelebilecek olan yaygın nodüler sekelleri bunlarla karıştırmamak ve her sekelde muhakkak tüberkülozu düşünmemek lâzımdır. Tebliğlerde işaret edilen kıymetli noktalardan dolayı arkadaşlarıma tekrar teşekkürler ederim.

Dr. Seyfettin Köksal

Efendim, bendeniz gangliyon perforasyonlarına tekrar temas edeceğim. Gangliyonların bronşa açılmaları hâdisesini iki büyük gurupta toplamak lâzımdır. Birinci gurubu primo enfeksiyon seyri esnasındaki bronşa açılmalar teşkil ederler. Şahsen takibettiğim bir çok primo enfeksiyon vak'alarında %50 den çok daha fazla bu perforasyona şahit olmuş bulunuyorum. Bu hususta çok daha ileri giden müellifler vardır. İsmini hatırlayamadığım bir müellifin kanaatına göre primo enfeksiyonun ciğer parankimindeki yerleşme odağı hakikatte gangliyonun perforasyonundan sonra teşekkül etmiş olan

tâli bir enfiltrasyondur. Bu biraz mübalâğalı gözüküyor. Hem primo enfeksiyon odağının hem de ayrıca bir gangliyon perforasyonunun belirtilerini aynı plâkta görmemiz kabildir. Primo enfeksiyonlarda gangliyon perforasyonlarının büyük nisbette husule gelmesine mukabil, daha sonraları primo enfeksiyondan sonra husule gelen perforasyonlar nisbet itibariyle azdır. Primo enfeksiyondan çok sonra husule gelen delinmeleri de iki gurupta mütalâa etmek doğru olacaktır. Birisi hakikaten dıştan enfeksiyonlara maruz olanlar ve akciğer tüberkülozunun başlangıcını bu perforasyonun teşkil ettiği vak'alardır. İkincisi de esas itibariyle akciğer tüberkülozuna musap olup da sonradan perforasyon gösteren vak'alardır. Birinci gurupta primo enfeksiyona maruz olan kimselerde basiller alveollere kadar vasıl olduktan sonra bildiğimiz kazanılmış mukavemet sayesinde lizise uğrarlar bertaraf edilirler. Fakat bunlardan bir kısmının ak kan yollariyle o nahiyenin gangliyonuna kadar gelmeleri muhtemeldir. Tekerrür eden reenfeksiyonlarla gangliyonlarda bir basil terakümü husule gelebilir ve bu teraküm daha evvel allerji, mukavemet bahislerinde söylediğim hudutlar dahilinde allerjik seviyesine, eşiğine vasıl olur ve gangliyonda bir tüberküloz faaliyeti ve yumuşama başlar, sonra delinme hâdisesi olur. Sonra bu basiller bronşun havalandırmakta olduğu ciğer parankiminde akciğer tüberkülozunun başlamasına sebebolurlar.

İkinci guruptakiler bizzat kendi basilleriyle enfekte olanlardır, yani kaviter veya no kaviter bir tüberküloz hastasında basiller gene ak kan yollarına girer ve gangliyonlarda toplanırlar. İster reenfeksiyona maruz kalmış sağlam insanlarda isterse akciğer tüberkülozu olmuş kimselerde ve akciğer tüberkülozunun devamı sırasında primo enfeksiyon dışında dahi gangliyon büyümelerine şahit olduk. Bunları büyüten arzettiğim gibi reenfeksiyon basilleri ve bizzat hastanın kendi lezyonundan gelen basillerdir. Eğer bütün gangliyon perforasyonlarını primo enfeksiyona yahut bir reenfeksiyona bağlamak kabil olursa o zaman bu üçüncü gurupta gözükmesi muhtemel olan ve akciğer tüberkülozunun seyri esnasında görülen perforasyonlara yer vermemek icabeder. O takdirde de perforasyon nisbetleri tasavvurun fevkinde yükselmiş olur. Öyle zannediyorum ki akciğer tüberkülozunun seyri esnasında dahi lezyondan ak kan yoluna giren basiller gangliyonlara gelebiliyor ve orada şişirmeler büyümeler yapabiliyor, neticede gangliyon eriyor ve bronşa açılıyor. Erginlerde tüberkülozdan ölmüş veya başka sebeplerden ölüp de otopsisinde gangliyon perferosyonu bulunmuş kimselerdeki durumu biraz da böyle izah etmek mümkün olur kanaatındayım.

ONUNCU CELSE

DİZ TÜBERKÜLOZUNDA ARTHRODESE

Dr. BAHA OSKAY

Diz mafsalının tüberkülozunda hastalığın mafsal satıhlarını tamamiyle harab ederek hareketin kaybolduğu ve bir ankilozun çekinilemez bir âkıbet olarak düşünüldüğü vak'alarda şifanın sür'atlendirilmesi, ankilozun teşkiline yardım edilmesi için yapılan ameliyatlara arthrodèse denilmektedir.

Kâhillerde diz rezeksiyonu hasta fuayyenin ortadan kaldırılması ve normal kemik dokusu arasında bir temas kuvvetli bir ankiloz temin edilmesi bakımından en idela arthrodèse'dir.

Ancak radikal bir diz rezeksiyonu epifiz kıkırdaklarının ortadan kaldırılması ile mümkün olduğundan neşvünema üzerindeki çocuklarla geçnlerde tatbiki tarafların büyümesine zarar verebileceğinden kontr endikedir, bu itibarla bunlarda epifiz kıkırdaklarının kat'î olarak muhafazası gerektiğinden ancak kemik grefleriyle yapılan arthrodèse'ler mevzuubahistir. Bunların tatbikinde bile yaşı nazarı itibara almak, neşvüneması henüz ilerlememiş çocuklarda yapmamak lâzımdır. Her ne olursa olsun meselenin ruhu küçük veya büyük çocuklarda tarafın neşvünemasına hizmet eden epifiz kıkırdaklarının muhafaza ve siyanet edilmesidir. Bu arthrodèse'ler mafsal içi intra-articulaire veyahut mafsal dışı extra-articulaire olabilir.

Mafsal İçi Arthrodèse'ler: Résection Limité ve Enchevillement metodlarını ihtiva eder.

Résection Limité evvelâ *Ollier* sonra da *Menard* taraflarından ortaya atılmış olup son derece ekonomik bir diz résection'undan ibarettir. Makas ve küretle yapılır, epifiz kıkırdaklarını muhafaza için tamamiyle sathî çalışılır. Fakat biz yaptığımız bu çocuklardaki intra epiphysaire rezeksiyonlarda daha ziyade hasta synoviale'i kaldırmağa muvaffak olduk. Condyle ve tibia plâtosunda kompakta gayet in-

ce olduğundan hemen sponjiyoza meydana çıkmaktadır. Bende iyi bir intiba bırakmayan bu intra epiphysaire resection'un zaten artık hiç yapılmadığını bu sene Viyana ve Münih'te ziyaret ettiğim kliniklerde müşahede ettim.

Enchevillement'a gelince: Yine epifizer kıkırdağını muhafaza etmek şartiyle femur ve tibianın mafsal satıhlarını bir kemik *Albee* grefi ile birbirine çivilemekten ibarettir.

Çocuklarda ve gençlerde tatbiki sırasında en mühim mesele ameliyata hazırlanan hastanın diz mafsalındaki epifiz kıkırdaklarının repare edilmesidir ki bu da şu suretle yapılmaktadır.

Hasta dizin her iki tarafına üzerine birer santim ara ile kurşundan saçma taneleri dizilmiş iki flaster band yapıştırılır, bu dizin fas radyografisi çekilir, filmin tetkikinde epifiz kıkırdağının seviyesi hangi saçma tanesinin hizasında ise oradan deri üzerine boyalı kalemle iç ve dışa birer işaret konur. Sonra bandlar sökülür. İç ve dıştaki ikişer işaretler arası boyalı kalemle çizilirse epifiz kıkırdaklarının hariçteki mürtesemleri elde edilmiş olur.

Yapılacak ameliyatta bu çizgilerin içinde kalınır, bunlardan dışarı çıkılmaz.

Hasta kâhil veya yaşlı ise buna lüzum yoktur.

Tibia'dan bir ucu sivri diğer ucu künt kalın bir Albee grefonu çıkarılır. Femur'un dış kondilinden deride yapılan şaktan yukarıdan aşağı dışarıdan içeriye münharif istikamette elektrik perforatörü ile açılan bir kanaldan çekiçle vurularak bu grefon tibia'ya doğru sevkedilir, burada derinin altında tebarüz edince çakmaya son verilerek fazlası kesilir. Deriye sütür konarak diz altı ay için alçı tesbit cihazına alınır. İlk bir buçuk ay yatakta istirahat ettirilir, geri kalanı alçıya bir yürüme demiri takılarak yürüme cihazı halinde kullanılır. Altı ay sonra köseleden çelik takviyeli yürüme apareyi verilerek hastalığın tam şifasına kadar tesbite devam edilir. Pek komplike olmayan ve hastanemizde tatbik ederek iyi neticeler elde ettiğimiz bu metod daha ziyade mutasalip tarzda iki grefon konarak şimdiye kadar bir çok vak'alarda kullanılmıştır. *Putti* tarafından düşünülen ve *Girardi* tarafından (arthrodèse sous rotulienne anterieur) diye isimlendirilmiş başka bir metod vardır ki, bu oldukça komplike ve tatbiki esnasında hasta için daha şokan olmasından başka tibianın epifiz kıkırdağına dokunması, tibianın ön kısmını grefon olarak kullanması bakımından fazla fedakârlık istemesi gibi mahzurları vardır. Bu

sebeple ancak tercihan neşvünemaları oldukça ilerlemiş büyük çocuklarda tatbiki düşünülebilir.

Ameliyatın ana hatları şöyledir:

1. Tibianın ön hadbesi quadriceps adalesinin irtikâzı ile birlikte taşçı kalemi ve çekiçle kaldırılır. Bu suretle mafsal açılarak ön kısmındaki marazî teşekkülât ve yağ terakümü ve kısmen synoviale neşren kaldırılır.

2. Tibianın ön kısmından kaidesi yukarıda müselles şeklinde bir grefon çıkarılır. Grefonun kaidesi aşağı çevrilir ve sivri yeri femurun enter kondiliyen sahasının açılan yarığına saplanır.

3. Patellanın arka yüzündeki kıkırdak temizlenerek bu da femurun ön yüzünde hazırlanacak kesik bir satha tatbik ve tesbit edilir.

4. Evvelce taşçı kalemi ile kaldırılmış olan tibianın ön hadbesi tekrar bu sefer tibianın grefon alınmış olan yerinin alt kısmına yerleştirilir ve tabakalar dikilir.

Mafsal Dışı Arthrodèse'ler: Dupuy de Frenelle'in ilk usulünde tibiadan uzun bir Albee grefonu çıkarılmakta, ikiye bölünmekte bunların her biri dizin iç ve dış taraflarında femur ve tibia kondillerinde açılan derin kanallara yerleştirilerek üzerine tabakalar dikilmekte idi. Fakat asıl en çok kullanılan şekil, *Delahaye*'ın arthrodèse femoro-tibial metodudur ki ana hatları şöyledir:

1. Tibianın iç kısmı üst sülüsünden mümkün mertebe kompaktası ince tarafından 15 santim uzunluğunda şerit şeklinde bir grefon çıkarılır. Ameliyatın en kritik safhasını bu grefonun elde edilmesi teşkil eder. Çünkü çok kalın alınırsa hem sert olur, femurdan tibiaya kadar baştan başa ark şeklinde bükülerek tesbit edilemez, hem de çocukta çok tehlikeli ve hattâ bütün ameliyattan daha şokan olan medülla kanalının açılmasına sebebiyet verilmiş olur.

Bilâkis çok ince alınırsa, ark şeklinde gerilmesi hem beslenmesini zorlaştırır hem de en ufak bir sebeple kırılabilir.

Şu halde tibianın iç yüzünde geniş bir sahada periostu kesmeden gayet keskin ve genişçe taşçı kalemiyle ve muntazam çekiç darbeleriyle çalışarak osteo periostik karakterde orta incelikte grefon çıkarılması lâzımdır. Burada periost lüzumsuz çatlama ve kırılmalara mâni olur.

2. Yukarıda patellanın üst kısmında femurdan aşağıda tibianın hadbesine kadar uzayan tulânî bir şakla deri ve hücrevî nesiç kesildikten sonra quadriceps meydana çıkar, burada bir şakla adale elyafı arasından kemiğe vasıl olunur. Mafsalın katiyen açılmaması için buradaki küldösaka dikkat edilir.

3. Patellada medyan bir şekle derin iki kanadlı tulânî bir kanal açılır.

4. Taşçı kalemi ve çekiçle femurun kaidesi yukarıda, tibiada kaidesi aşağıda birer kemik yuvası yapılır.

5. Grefon bu iki yuvaya iki ucu ile yerleştirilir. Ortası ise patellanın kanalına oturur.

6. Sıfaklar ve yumuşak kısımlar tabaka tabaka dikilir.

7. Altı ay için alçı tesbit cihazına alınır. Bu esnada fasılalarla yapılan röntgen kontrolları grefonu evvel net ve kalsifiye, sonra donuk ve dekalsifiye, daha sonraları ise kalınlaşmış ve şiddetle kalsifiye olarak gösterir.

Bu teknikte bazı değişiklikler yapılmıştır.

A. Şakın tarafın tam ortasından medyan yapılmıyarak patellanın iç tarafından yapılması ve patellada iki taraflı kanadlar açılması yerine iç kenarından başlayarak ön kısmı daha ince olmak üzere iki yaprağa bölünmesi ve grefonun bu iki yaprak arasından geçirilerek sonra bunların dikilmesinden ibarettir. Bu suretle grefon ile cilt sütürü birbiri üzerine süper poze olmaz ki bu da bir avantajdır.

B. *Zanoli* tibiadan aldığı pediküle bir grefon kullanmıştır.

C. *Dupuy de Frenelle*'in metodunu tadil eden *A. Richard* mühim bir değişiklik meydana getirmiştir ki bu da:

Arthrodèse lateral diaphyso-diaphisaire'dir.

Arthrodèse ameliyatlarının komplikasyonları da vardır. Ameliyat esnasında: Grefon alınan tibiada veya konduğu femurda fraktürler olabildiği, enfeksiyon ve fistül teşekkülü görülmüştür. Bundan başka bilhassa küçük çocuklarda ameliyat şoku tehlikesi vardır. Uzun vadeli mahzurlardan, konan grefonun uzuvda uzama şeklindeki neşvünema hareketine iştirak edememesinden doğan ihtilâtlar görülmüştür. Meselâ önde yapılan bir arthrodèsede rekürvatum, içte yapılan davarum, dışta yapılan da valgum teşekkül eder. Eğer grefon pek sağlam yapışmamışsa tarafın uzunlamasına hareketi bunu yapıştığı yerden koparabilir veya kırabilir, bundan dolayı *Sorrel* ve

A. Richard grefonların bir zaman sonra vazifelcri bittiği takdirde ameliyatla çıkarılmalarına taraftardırlar.

Bu mahzurlarla karşıaşmamak için arthrodèse'lerin daha ziyade neşvünemasını ikmal etmiş büyük çocuklarda ve tercihan kâhillerde tatbik edilmesi, ön kısma yapılanlarının dizin 10-15 derece hafif fleksiyon halinde tesbiti ile âtide bir rekürvatum hususunun önlenmesi.. Nihayet 10-12 yaşından küçük çocuklarda yapılmaması tavsiye edilebilir. Filimlerini takdim ettiğimiz arthrodèse vak'alarının hepsi büyük çocuklarla kâhillere aittir.

S U M M A R Y

A r t h r o d e s i s i n t u b e r c u l o s i s o f t h e k n e e

The various procedures for arthrodesis performed within and outside the articulation are presented. The author points out the importance of the age factor and stresses the indications.

R É S U M É

L ' a r t h o d è s e d a n s l a t u b e r c u l o s e d u g e n o u

Les différentes opérations d'arthrodèse pratiquées intra- et extra - articulairement sont exposées. L'auteur souligne l'importance du facteur d'âge et énumère les indications.

MEMLEKETİMİZDE POTT HASTALIĞI NETİCESİ HASIL OLAN PARAPLEJİLER

Prof. Dr. MÜNİR AHMET SARPYENER

Memleketimizde rastladığımız pott hastalığı neticesi hasıl olan paraplejiler, sayı itibariyle fazla olmakla beraber, diğer memleketlere nisbetle daha feci durumdadır. Zira, kısa bir zaman içinde bir çok harbler geçirerek sefalete düçar olan halkımızda, maalesef diğer memleketlere nisbetle, daha ziyade osteo-arthiculaire tuberculose vak'alarına tesadüf edilmektedir. Bundan başka hastaların uzun zaman lumbago diye tedavi edilmesi, hastaların ihmali yüzünden doktorlara geç müracaat etmeleri, bizde, ilerlemiş memleketlere nisbetle, bu gibi vak'alar daha fazladır. Hastaların tamamiyle hareketsiz bir duruma girdikten sonra doktorlara müracaati bu vak'alara tatbik edilen tedavi usullerinin neticesiz kalmasına da sebebolmaktadır. Sosyal önemi haiz olan bu hastalığın tedavisini her hekimin bilmesi icabetmektedir. Aşağıda arzedeceğim vak'alar, bu hastalığın ne kadar erken teşhis edilmesi icabettiğini göstermektedir.

1. Kâmil Baysal: 18 yaşındadır; II'nci dahiliye kliniğinden tedavi edilmek üzere kliniğimize gönderilmiştir. Kliniğimize müracaatından dört ay önce servikal bölgede bir ağrı hasıl olmuş; geçecek diye aldırmamış; ağrı gittikçe artmış ve boynu oynamaz bir hale gelmiştir. Bu esnada gerek ellerinde, gerekse bacaklarında kuvvetsizlik başlamış ve güç bir tarzda hareket etmeğe başladığından derhal İstanbul'a gelmeğe karar vermiş ve II'nci dahiliye kliniğine müracaat etmiştir. Fakat aynı klinikte boş yatak bulunmadığından o gün yatırılamamış ve ancak dört gün sonra yatırıldığında her iki bacağı, ayak parmakları müstesna, harcketsiz bir hal alması üzerine kliniğimize, tedavi edilmek üzere, nakledilmiştir. Hastaya derhal vücut ağırlığı ile ekstansiyon yapılmış lokal ve genel olmak üzere günde bir gram streptomycine ve ağızdan nicotibin vermek suretiyle onbeş gün zarfında yavaş yavaş kollarında hareket normal bir duruma girmeğe başlamıştır. Bir ay gibi kısa bir müddet zarfında bacaklarındaki hareket normal bir hal alması üzerine kendisine bir minerva yapmak suretiyle yürümesine müsaade edilmiş ve bu gün tamamiyle normal bir hal almıştır.

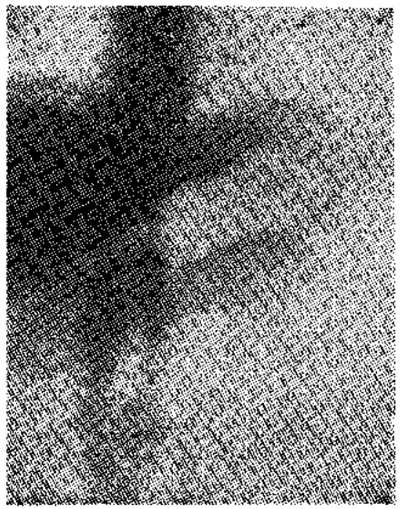
2. Mürüvvet Yavuz: 45 yaşındadır. Belindeki ağrıdan ve iki bacağının tutmamasından şikâyet ederek muayenehaneme müracaat etmiştir. Sırtla muayenehaneme gelen hastanın yapılan muayenesinde her iki patella refleksi çok şiddetli görülmüş ve bacaklarındaki aktif hareketler madum denilecek derecede azalmıştı. Her iki ayakta adale muvazenesizliğinden ileri gelen çarpık ayakları vardı. Parmaklarında hareket hemen hemen yoktu, yapılan radyografi ile hastanın 12'nci dorsal ve 1'inci lumbal vertebraları harabolmuş bir haldeydi. Derhal ağırlığı ile kendisine ekstansiyon yapılmış, lokal ve genel olarak günde ikişer gram streptomycin tatbik edilmiş ve iki ay içinde yürüyebilecek duruma girmiştir.

3. Ali Çekin: Şuuru yerinde değildi, kendisinin nerede olduğunun farkında değildi. Günde iki litreye yakın cerahatlı ve kanlı idrar yapıyordu. Her iki sfenkter bozukluğu vardı. Her iki bacakta hareket yoktu. Kendisine günde bir gram lokal bir gram genel olmak üzere streptomycin enjeksiyonları ile nicotibin verilmiştir. İki buçuk ay içinde yürüyebilir bir duruma girmiştir. Şimdi sıbhî durumu tamamiyle normaldir.

4. Fatma Kavun: 1-2-3'üncü lumbal vertebralar hizasında pott hastalığı ve aynı zamanda geniş bir soğuk absesi vardı. Önceleri absesi evinde altı günde bir ponksiyon yapılmak suretiyle boşaltılmış ve yerine streptomycin şırınga edilmiştir. Fakat absesi o kadar eski idiyki cidarı tamamiyle kireçlendiğinden hem bacaklarında hareket az, hem de patella rekleksleri şiddetliydi. Evinde muntazam tedavi edilemediğinden, arkası üstü yatarak istirahat etmediğinden spastik parapleji artmış ve bir müddet sonra 6-7'nci dorsal vertebraları hizasında ağrısı başlamıştır; bunun üzerine kliniğimizde yatırılması mecburiyeti hasıl olmuştur. Kendisine ekstansiyon yapıldığı halde parapleji arttığından ikinci vertebral afetinin bulunduğu yerde kanalis vertebralisinin dar olduğu düşünülerek kendisine laminektomi yapılmasına karar verilmiş ve kısmen yapılmıştır. Yan taraflara kadar yayılmış olan absesi interkostal mesafeden drene edilmiş ve lokal streptomycin tatbik edilmiştir. Her ne kadar bacakları kısmen hareket etmeğe başlamışsa da kendisini taşıyacak durumda değildir. Aynı zamanda hastanın sifenkter bozuklukları da düzelmiştir. Şimdiki halde hasta nim amut durumdadır ve ancak emekliyecek tarzda hareket edebilmektedir.

5. Ramazan Duran: 22 yaşındadır, evlidir. 2-3'üncü lumbal vertebraları hizasında pott hastalığı vardır (Şekil 1). Kendisine günde

bir gram streptomycin enjeksiyonları yapılmış ve iki buçuk ay tedaviden sonra tamamiyle iyileşmiş bir haldeydi. Bundan altı ay sonra kendisini gayet iyi hissettiğinden hasta gayet faal olarak çalışması şöyle dursun 20-30 kilo ağırlığında, değirmende, çuval taşımağa başlamış ve bu sefer 10-11'inci dorsal vertebraları hizasında ağrı hasıl olmuş ve gittikçe artmış, nihayet bacak hareketlerinde zaaf başlamış ve nihayet ancak parmaklarında hafif hareket kalması üzerine burada bulunmadığım için bir doktor arkadaşa müracaat etmiş ve haklı olarak kendisine laminektomi yapılmıştır. Ancak bundan kısa bir zaman fayda temin ettiğinden Amerika'dan dönüşümde bana müracaat

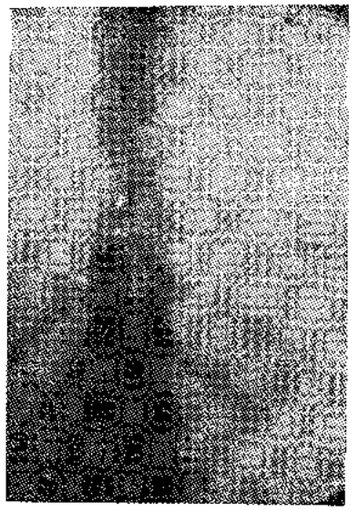


Şekil 1
(Ramazan Duran)

etmiştir. Bunun üzerine kendisine lokal olarak günde iki gram streptomycin tatbik edilmiş ve iki buçuk ay sonra yürüyebilir duruma girmiştir. Şimdi selluloid korsa içinde gayet iyi bir durumda olup son alınan grafisi aşağıya çıkarılmıştır.

6. Nihat Yılmaz: 21 yaşındadır. 9-10-11'inci dorsal vertebraları hizasında pott hastalığı vardır. Uzun zaman prevantoryumda yatmış olduğu halde fayda görmemesi ve iki bacağındaki hareketlerin yavaş yavaş azalması üzerine kliniğimize nakledilmiş, kendisine ekstansiyon yapılmış ve kısmen lokal streptomycin yapılmasına

rağmen iyiliğe doğru yüz tutmayınca arkadaşımız Doç. *Cevat Alpsoy* tarafından geniş laminectomie yapılmıştır.Ameliyattan on yedi gün sonra kendisine lokal streptomycin yapılmışsa da şiddetli ağrı ve derecesi 40'a kadar yükselmesi üzerine buna devam edilmemiştir. Bundan sonra kendisine günde bir gram olmak üzere üç ay kadar streptomycin yapıldığı halde hiç bir netice alınamamıştır. Burada tedaviden istifade etmemesine sebep doğrudan doğruya laminectomie esnasında kendisine lokal menenjitle miyelit görüldüğüne atfediyoruz. Bir yıla yakın Almanya'da tedavi altına alınmışsa da aldığımız haberlere göre orada da hafif olsun bir salâh temin edilememiştir.

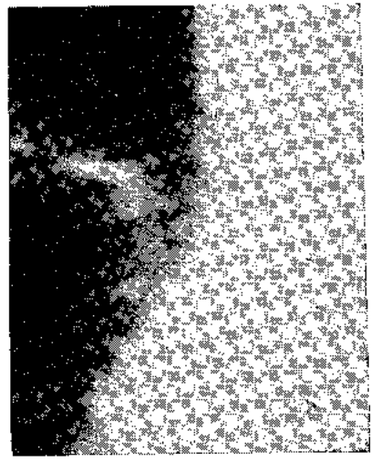


Şekil 2
(Orhan Acabuğa)

7. Orhan Acabuğa: 30 yaşındadır. Dorsal 8-9-10 vertebraları hizasında Pott hastalığı vardır (Şekil 2). Bu haliyle evlenmiş ve evliliğinin onbeşinci günü her iki bacağı oynamaz bir hal almıştır. Fakat ancak bir ay sonra kliniğimize müracaat etmiştir. Derhal kendisine ağırlığı ile ekstansiyon yapılmışsa da bir hafta içinde hiç salâh görülmediğinden kendisine laminektomi yapılmış; fakat üç ay içinde hiç bir fayda elde edilemediğini görmemiz üzerine kendi ısrariyle yeniden daha geniş bir laminectomie yapılmıştır. Bundan da

fayda temin edilemeyince iki ay sonra hastanın ve ailesinin ısrariyle daha geniş üçüncü bir laminectomie yapılmışsa da bundan da bir netice elde edilememiştir. Burada laminectomie esnasında lokal menenjit görülmüştür. Fayda elde edilir diye streptomycin tedavilerine ve olağan üstü bakıma rağmen ancak eskarları kapanabilmiştir. Halen her iki bacağı tamamiyle meflûç ve her iki sifenkterleri bozuktur.

8. Fuat Oral: 5'inci dorsalden 11'inci dorsal vertebraya kadar varan muazzam bir jibozitesi vardır (Şekil 3). 11'inci dorsal vertebraları hizasında o kadar büyük bir inhinası vardır ki canalis vertebralisi orada U şeklini almıştır. Her iki bacakta spastik felç mevcut



(Fuat Oral)
Şekil 3

olmakla hareket gayet azalmış durumdadır. Kliniğimize geldiği günden itibaren kendisine ekstansiyon yapılmış, her gün lokal olarak günde bir gram streptomycin şırınga edilmiş ve nicotibin verilmiştir. Halen durumu iyi olup korsa ile yürüyebilir duruma girmiştir.

Bu sekiz vak'anın incelenmesinden çıkarılan netice şudur:

Pott hastalığı ile müşterek myeliti olmıyan vak'alarda ekstansiyon tatbik edilmelidir. Fayda görmediği takdirde geniş laminectomie yapılırsa kısa bir zaman içinde fayda görülmektedir. Myeliti olanlarda derhal ekstansiyon ve antibiyotik tatbik edilse bile çok

defa muvaffak olmanın imkânı yoktur. Paraplejili vak'alarda, mecburiyet hasıl olmadan laminectomie tatbik edilmemelidir. Bir fikir edinmek üzere üç vak'anın birer radyografisini takdim ediyorum.

SUMMARY

Paraplegias consecutive to Pott's Disease in our country

We often meet in our country paraplegias consecutive to Pott's disease. The reasons for this may be the late application of patients to treatment centers, a late diagnosis and sometimes lack of treatment. As soon as the patient is hospitalized an extension should be performed; in the same time local streptomycin application should be done and, unless compelled, one chould refrain from any kind of intervention. The patients who do not show improvement after one week should undergo a laminectomy. The possibilities for succesful treatment in subjects coming too late or in those suffering from myelitis are very poor in spite of repeated interventions. In such cases, after the cicatrisation of wounds, these patients should receive a social help and provided with hand-driven invalid chairs.

RÉSUMÉ

Les paraplégies consécutives au mal de Pott dans notre pays

Nous rencontrons dans notre pays un certain nombre des cas de paraplégies consécutives au mal de Pott. Ces cas sont dûs aux démarches tardives des malades, au diagnostic tardivement posé et parfois même à l'absence de traitement. Une fois ces malades hospitalisés, il importe de réaliser immédiatement une extension et en même temps d'administer systématiquement et localement de la streptomycine. Il convient de s'absetnir de toute intervention à moindre d'y être contraint. Les malades ne présentant aucune amélioration au bout d'une semaine devraient subir une laminectomie. Chez les sujets se présentant tard ainsi que chez ceux atteints de myélite, les possibilités de réussite sont très réduites en dépit d'interventions répétées. Dans des cas pareils, après la cicatrisation des escarres, il faudrait songer à l'assistance sociale des malades en leur procurant des véhicules dirigés manuellement.

DİZ TÜBERKÜLOZUNDA SYNOVECTOMİE

Dr. BAHA OSKAY

Kemik ve mafsal tüberkülozlarının teşekkülü ranke'nin secondaire allergie devresinde olduğu, primaire allergie devresinde yani riede bir chancre d'inoculation meydana geldiği sırada iskelet lozalizasyonu olmıyacağı malûmdur. Kemik ve mafsal sistemine basilin erişmesi halinde meydana gelecek anatomik değişiklikler bu gün için artık daha iyi tanınmaktadır. Basilin yapacağı değişiklikler *Jadasohn*'un, toksinin yapacağı değişiklikler ise *Urbach*'ın koyduğu formüllerle kanunlaşmış vaziyettedir.

Jadasohn kanununa göre:

1. Çok miktarda basil + zayıf spesifik allergie = non spesifique şiddetli bir müdafaa reaksiyonu tablosu meydana getirmektedir.

2. Az miktarda basil + kuvvetli spesifik allerji = hasta nesiçte tipik tüberküloz mihrakları meydana getirmektedir.

Urbach kanununa göre ise:

1. Bol antijen + az antikor = had nekroze, kazeöz lezyonlara,
2. Bol antijen + bol antikor = eksüdalara, hidropslara,
3. Az antijen + bol antikor = proliferation'a granüler lezyonlara sebep olmaktadır.

Gerek bir synovite olsun gerek bir osteo-arthrite olsun meydana gelecek lezyonların anatomo-patolojik karakteri bu kanunlara tabi olarak tebellür eder, 2 ve 3'üncü kategorilerdeki synoiale lezyonlar nisbeten yavaş seyreden selim ve lokal müdahalelere müsait cinsten olduklarından burada bir synovectomie ameliyesinin tatbikine endikasyon vardır. Halbuki birinci kategoriden olanlara evvelâ daha ziyade muhafazakâr ve kuvvetli antibiotique'lerle desteklenen bir tedavi tatbiki lâzımdır. Tüberküloz vasfındaki hidropslara sebep olan synovitelerle granüler vasıftaki sinovitler zamanla hastalığın kemiğe atlamasına sebep olabileceklerinden bunların neşri ile yapılacak fokal müdahale bu dizin şifası bakımından da iyi bir harekettir. Bilhassa çocuklarla gençlerde daha iyi netice aldığımız bu ameliyatın dizin hareket kabiliyetini kısmen de olsa muhafaza noktasından da büyük faydalar sağlandığını kliniğimizde müşahede ediyoruz.

Diz tüberkülozunda synovectomie total veyahut subtotal olabi-

lir. Hattâ ekseriya daha ziyade subtotal yapılabilir, fakat şifa kudretinden bir şey kaybetmez.

Çünkü total bir synovectomie cul de sac sous-quadricipital'i, patella ile etrafındaki cul de saclara, condylleri kaplayan synoviali, hattâ ligament croisé'leri kaplayanları da birlikte ve tamamen kaldırmakla mümkündür. Halbuki subtotale veya anterieur bir synovectomie ne kondilleri ne de ligament croisé'leri kaplayan synoviali kaldırabilir. Çünkü hem bunlara erişmek zordur hem de ligament croisélerin feda edilmesi zarureti vardır.

Onun için basit vak'alarda daha ziyade subtotal olan metod kullanılmaktadır. Hasta diz mafsalının hem tüberküloz lezyonlarından kurtarılması hem de mukavim ve hareketi serbest bir mafsal elde edilmesi gayesini hedef tutan bu ameliyatın mafsalın cenbi rıbatlarını, mutasalip rıbatlarını, quadricepsi muhafaza ve siyanet etmesi lâzım gelir. Bunun için diz mafsalına giriş yolu, voie d'accès burada büyük önem taşır.

Diz mafsalına girmek için takip edilecek yolların büyük bir kısmı antéro-lateraledırlar. Bunlar da dizin extention cihazını teşkil eden rotul, ligament rotulienne, tuberosité anterieur gibi kısımlara dokunup dokunmaması bakımından iki büyük kategoriye ayrılırlar:

1. Dizin extention apareyine dokunmayan giriş yolları:

A. *Sedillot*'nun latéro-rotulienne externe yolu olup ameliyat şakkı patellanın dış kenarından şakulî olarak aşağı iner.

B. *Kocher*'in çengel şeklindeki şakkı olup evvelkinin tibianın tüberozitesine, ünsiye doğru çengel şeklinde uzatılmasiyle meydana gelir.

C. *Gernez*'in latero rotulienne interne yolu olup mafsalın bütün rıbatlarını azamî muhafaza ve siyanet eder.

2. Dizin ekstension apareyine dokunan giriş yolları:

A. *Ollier*'nin medyan şakulî trans rotulienne yolu olup şak patellayı tulânî olarak ikiye bölerek mafsala girer.

B. *Alglave*'ın müstaraz trans rotulienne yolu olup şak patellayı müstaraz olarak ikiye bölerek mafsala girer.

C. *Pierre Duval*'in müstaraz sous-rotulienne veya trans ligamentaire yolu olup şak patellanın ligamanını müstaraz keserek mafsala girer.

D. *Kirschnér-Chevrier*'nin müstaraz sous rotulienne-transtuberositaire yolu olup şak tibianın tüberozitesini buraya yapışan ligament rotulienne'in irtikâzile birlikte kaidesi geniş, zirvesi dar âdeta

bir ehram şeklinde ve destere ile kesip kaldırmak suretiyle mafsala girer. Bu şekilde kaidesinin geniş olması çıktığı yere mafsal kapatılırken sürerek yerleştirmek suretiyle kuvvetli bir irtibat temini içindir.

Benim ameliyatlarımda kullandığım *Pierre-Duval*'in (U) şeklindeki transversal sous rotulierine ve trans-ligamentaire yoludur. Bu yolla diz mafsalına giriş şu şekilde olur.

1. Rotulün zirvesinden bir santim aşağıda U şeklinde deri ve nesci hücrevî şakkedilir.

2. Ligament rotulienne düz ve müstaraz bir şekilde kesileceği yerde, önden arkaya, aşağıdan yukarıya münharif bir şekilde kesilir.

3. Yağ nesci ve kapsül cildi şak istikametinde olarak müstarazan şakkedilerek patella ile birlikte yukarı devrilir, mafsal meydana çıkar. V şeklindeki bu şakkın hududu içerde vaste interne (müstesiayi ünsiye) adalesinin hemen arkasından geçerek üçüncü adducteur (mukarribe) adalesinin veterine kadar gelir. Dışarıda vaste externe (müstesiayi vahşiye) adalesinin arkasına kadar çıkar. Bu iki adaleler, müttesialar katiyen kesilmemelidir. Diz tedricen büküldükçe görerek teslim ve serbestleştirilmelidir. Bu yolla diz mafsalına girince hasta ve yer yer ihtikanla ödemli hattâ tüberküloz granülasyonlarını havi sinovyal kendini gösterir. Böyle bir synoviale cul de sac sous quadricipital ve latero rotulienne hizalarında eğri makasla kolayca diseke edilerek neşredilir. Tendon quadricipital hizalarının hafifçe yapışıktır, patellanın altında bulunan yağ muhafazası menisküslere kadar neşredilirler. Kaideten menisküse dokunulmaz. Burada en zor nokta total synovectomie esnasında kondilleri kaplayan synovial meydana çıkarılarak neşredilir. Çünkü ligament croiséler kaldıkça bunların hattâ görülmesi bile mümkün değildir. Hasta synoviale'in bu kısmına hakikaten erişilmek isteniyorsa öndeki ligament croisé'yi kesmek lâzım gelir, esasen hasta ve müzmin bir insibabla gerilmiş bir dizde arkadaki ligament croisé'yi kesmeğe lüzum da kalmaz.

Öndeki ligament croisé'nin kesilmesi büyük bir mahzuru mucip değildir. Çünkü meselâ diz travmalarında yalnız öndeki ligament croisé koptuğu vakit mafsalın hareketlerinde anormal bir değişiklik görülmemektedir. Mamafih her zaman için hasta synovial'in arka kısmını ele geçirip neşretmek suretiyle âtide hafif de olsa anormal bir hareket değişikliği ihtimalini karşılaştırıp hükmü vermek lâzımdır. Hattâ synoviale'in arka kısmını tamamen neşretmek suretiyle ligament croisé'nin her ikisini de kesmek mecburiyetinde kalınsa fonksiyoner neticelerde büyük bir mahzur doğmayabilir. Çün-

kü croisé'ler daha ziyade dizin son derecedeki flexionunda rol alır, halbuki total bir synovectomiede dizin hareket kabiliyetini tekrar kazanması hiç bir zaman kaime zaviye derecesinden ileri gidemez.

Öndeki ligament croisé'nin hattâ her iki ligament croisé'nin kesilmesine mecburiyet hasıl olursa diz şiddetli felxion haline getirilerek femur ve tibia condylleri birbirinden ayrılır ve aralarında görülen ve iki tarafta condylleri ortada ise vesopopliteyi setreden synoviale posterieur ihtiyat ve dikkatle teslih edilerek neşredilir, hattâ mabizi hufreye uzanan cul de sac da çıkarılır.

Mafsalın içindeki ameliyat synovectomie hitama erdikten sonra mafsalın kapanması şu şekilde cereyan eder:

1. Mafsal kapsülünün yarası kalın katgüt ile ayrı ayrı düğümler halinde dikilerek kapatılır.

2. Ligament rotuliennc'in orta kısmı da V şeklinde sert katgüt veya ipek iplikle yan kısımlarında da düğümler halinde keza ipekle sütüre edilerek eski haline getirilir.

Bu usulün faydaları şunlardır:

— Mafsala süratle girilmesini sağlar.

— Giriş yolu geniş ve serbest olur.

— Kemik sütürü gibi uzun seanslara ihtiyaç yoktur.

Mahzurları: Ligament rotulienne'in dikişindeki incelik ve ehemmiyetine rağmen mafsalın bu kısmının zayıf kalmasıdır.

Ameliyat sonu bakım: 15 gün müddetle atelde tesbit, sonra tedricen hareket ettirmekle olur ve sütürler alındıktan sonra fizik tedaviye erkenden başlanarak her hangi bir redörün teessüs etmemesine çalışılır.

S U M M A R Y

Synovectomy in tuberculosis of the knee

The results obtained by the synovectomy procedure in cases of tuberculosis of the knee as well as the advantages and shortcomings of this method are exposed.

R É S U M É

La synovectomie dans la tuberculose du genou

Les résultats obtenus dans la tuberculose du genou par la synovectomie ainsi que les avantages et inconvénients de cette opération sont exposés.

KEMİK VE MAFSAL TÜBERKÜLOZLULARININ TEDAVİSİNDE FOKAL MÜDAHALENİN ROLÜ

Dr. RUHİ SOYER

Kemik tüberkülozu mevzuu patojeni, anatomo patolojik teşhis tefriki, teşhis ve tedavisi bakımlarından kül halinde ele alınmalıdır.

Ancak bu tarzda mütalâa edildiği takdirdedir ki, doğru, neticesi emin, müddeti kısa ve metodik bir tedavi plânı çizmek mümkün olur. Modern tüberkülostatik tesirli ilâçların keşfinden sonra iskelet sistemi tüberkülozlularının da ameliyatla tedavisi imkân dahiline girmiştir. Spesifik bir kemik mihrakının başlangıç, seyir ve intihası hakkındaki görüşler ancak tüberkülostatiklerin keşif ve tatbiklerinden sonra vazahat kesbetmiştir.

Bu güne kadar olan malûmatımız ancak ölümü müteakip yapılan otopsilerde alınan bilgilere dayanmaktaydı. Bir hastalığın öldürücü nihaî şekline istinat eden bu bilginin ise, hiç bir zaman bize hastalığın başlangıç ve seyri hakkında doğru ve üzerine isabetli bir tedavi sisteminin kurulmasına müsait donneleri vermeyeceği aşikârdır. Nitekim o tarzda tetkik ve mütalâa bize tüberkülozun umumî bir hastalık olduğunu ve binaenaleyh hasta ensicenin ameliyatla çıkarılmasının faydasız olduğunu öğretmişti. Bu gün ise, tüberküloz mihrakının yapılacak esaslı bir ameliyatla ortadan kaldırılabilmekte ve tedavi edilmekte bulunduğuna kimse şüphe edemez.

Teşhis ve tefriki teşhis bakımından ise, ameliyat bulgularıyle radyolojik bulgunun kıyaslanması ve organizmadaki değişimlerin radyografilerle karşılaştırılabilmesi gibi büyük imkânlar hasıl olmuştur. Bu suretle radyografilerdeki en küçük ve basit gölgelerin dahi mânalandırılabilmesi erken teşhise hizmet eden deliller arasına girmiştir.

Bu mukayese dahi bize şimdiye kadar yerleşmiş bulunan telâkkinin yanlış olduğunu göstermeye kâfidir. Bu günkü bilgilerimizle osteo-artiküler tüberküloz enfeksiyonu için önceden kan yolu ile bir

yayılmanın zarurî olduğunu kabul etmemiz çok güçtür. Bu gün başlangıçta ve had devresinde yakaladığımız tüberkülö bir kemiğin muhitindeki hasta yumuşak kısımları ve gangliyonları kaldırdığımız zaman kısa bir müddet sonra hipereminin ve bundan mütevellit rarefactionun zail olduğunu ve kemikte reparationun başladığını ve nihayet şifanın teessüs ettiğini görüyoruz.

Senelerce devam etmiş ve kemik harabiyeti meydana getirmiş vak'alar için dahi bu durum aynıdır. Binaenaleyh biz de *Kaufmann* gibi kemik tüberkülizasyonunun vukuunda kan yolu ile bir yayılmadan ziyade infeksiyonun lenf dokusu ve yumuşak kısımlardan yavaş yavaş kemikle temasa gelmek suretiyle au contact sekonder olarak vukua geldiğine inanmak temayülündeyiz.

Altı seneden beri yaptığımız 631 fokal müdahaleden edindiğimiz tecrübeler bizde kemik tüberkülozunun primitivment osseuse olmayıp bir tüberküloz mihrakının içine isabet eden kemikte evvelâ bir hyperemi ve rarefaction vukua geldiğine ve yavaş yavaş tarabekküllerin incelerek demineralize olduğuna ve havvers kanallarının genişlemesiyle kemik harabiyetinin tedricen ve küçük sekestirler halinde bir eriyip dökülme suretiyle vukua geldiğine ve aslında istilâcı tabiatta bulunan tüberküloz mihrakına ait fongozite ve kazefiye aksamın kemik nesci içine bu tarzda nüfus ettiğine inanmak daha doğru gibi gelmekte ve yaptığımız müdahalelerde aldığımız şayanı hayret derecede iyi neticelerde bu meylimizi artırmaktadır. Gerçi bu güne kadar yerleşmiş olan kemik tüberkülozunun primitivement osseus olduğuna ve tuberculositonun kan yolu ile vukua geldiğine dair bulunan umumî kanaata aykırı olan bu düşünceyi yalnız cerrahî müdahalelerden alınan iyi neticelere dayanarak izah ve ifade etmek kâfi değildir. Vak'alar üzerinde yürümek, klinik, patolojik, bakteriyolojik ve radyolojik müsbet neticelere istinat etmekteyiz.

Başlangıçta ekseriya pek az ve hissolunmayan hararet değişimleriyle veya apyrétique, ağrısız veya gayet müphem lokal bir ağırlık hissi ile velhasıl ekseriya tamamen sessiz ve sinsi ilerleyen lenf ve yumuşak kısımlar tüberküloz mihraklarını ancak tesbiti mümkün bir apse ile veya klinik ve radyolojik olarak görülebilen bir kemik lezyonundan sonra teşhis etmek mümkün olmaktadır.

İşte bu sebepledir ki azmi lezyondan evvelki sinsi safha bizim için ekseriya meçhul kalmakta ve hastalığın patojenisine ait bütün karışıklığa da bu müphem nokta sebep olmaktadır.

Şurası muhakkaktır ki fokal müdahale ne kadar erken yapılısa hastalık o kadar az zarar ve o kadar az sekelle veya sekelsiz

önlenmiş olur ve bir restitutio ad integrum düşünlebilir. Halbuki yumuşak aksamla başlayan tüberkülozun latent devri anatomik mevkiine göre bazı farklar göstermekle beraber umumiyetle çok uzundur. Ve mihrak intanın vukuundan 2-3 sene sonra teşhisi mümkün hale gelmektedir. Bu devrede hastalık anamnestik ve klinik tezahürler yapmadan gayet müphem birtakım âraz kompleksi arasında sinsi tekâmülüne devam eder ve hastalar hekime müracaat etmedikleri gibi pratikte hekimin teşhis koyması da çok güçtür.

Teşhis için klinik bulgulara ilâve olarak,

1. Radyolojik tetkik (radyo ve tomolar)

2. Bakteriyolojik tetkikler (mihrak ve mafsal ponksiyonların mahsullerinin lâboratuvar tetkiki ve hayvan tecrübesi)

3. Histolojik tetkik (biopsi ile alınan parçanın histolojik muayenesi ve hayvan tecrübesi)

4. Topografik lenf uktelerinin ponksiyon veyahut biopsi ile tetkiki ve hayvan tecrübesi

5. Sedimentation sür'ati lezyonun nev'inden ziyade vücudün umumî durumunun fenalık derecesini ifade eden bir delil olmakla beraber tüberkülozlu hastalarda mihrakın tedavi seyrini bir dereceye kadar iş'ar eden biyolojik bir delildir.

6. Tuberculin tecrübeleri (Mantoux ve pirquet) yalnız menfi oldukları ahvalde kıymet ifade eder.

Şurasını da tebarüz ettirmeliyim ki, kemik ve mafsal tüberkülozu olmayan bir vak'ayı emin olmayan tezahürlere dayanarak kemik tüberkülozu telâkki etmek, hakikî bir kemik ve mafsal tüberkülozunu başka bir hastalık diye gayrı kâfi tedavi etmek kadar fena ve tehlikelidir. İşte bu sebeplerden dolayı pratik tababette hekim lüzumsuz yere ekzakt bir teşhis koymaya uğraşmakla vakit geçirmektense kemik tüberkülozundan şüphcli hastayı bir an evvel bu işle uğraşan ve ona göre organize müesseseye göndermeyi tercih etmelidir.

Bir kemik tüberkülozunun tedavisi şu safhaları ihtiva eder:

1. Tüberküloz mihrakının söndürülmesi ve yok edilmesi,

2. Kemik reparasyonu,

3. İndikasyon mevcutsa, ankilozant ameliyat ve ortopedik tedavi,

4. Nekahat, umumî takviye (sanatoryum kürü),

5. Fizik tedavi,

6. Resosyalisastion.

Mihrak ile mücadele: Antitüberkülo tesir yapan modern bakteriyostatik ve şimik ilâçların tedavi sahasına girmesi üzerine tüberküloz mihrakının bu modern ilâçlarla tedavisinde muhtelif yollar tutulmuştur.

a. Parenteral yapılan antitüberkülö tedavi,

b. Mihrakın ponksiyonla tahliyesini müteakıp intracaviter yapılan antibiyotik tedavi,

c. Mihrakın cerrahî usullerle hallini müteakıp sahaya yapılacak direkt antibiyotik tatbiki ve antibiyotikli meç ve tanponlarla yapılan açık yara tedavisi,

d. Mihrakın cerrahî usullerle kal'inden sonra bir ucu mihraka konan ince direnle her gün mihraka antibiyotik sevki suretiyle yapılan direnajlı tedavi,

e. Gene mihrakın cerrahî usullerle kal'inden ve sahaya direkt antibiyotik tatbikinden sonra primer dikişle kapatılarak paraentral yapılan kombine antibiyotik tedavi.

Biz kliniğimizde bu usullerin hepsini mütcaddit hastalar üstünde tatbik suretiyle ayrı ayrı tecrübelerden geçirmiş bulunuyoruz.

a. Parenteral yolla yapılan kombine tedavi:

Burada antitüberkülö ilâçların kandaki konsantarasyonu ile bakteriyostatik tesirini yapması icap etmektedir. Halbuki tüberküloz mihrak ve apsesi vasküler olmadığından başka cidar ve muhtevaları da basili bir nevi muhafaza altına almış bulunduğundan bu konsantarasyonun mihrak içerisindeki basile doğrudan doğruya vasıl olabilmesine imkân olmamaktadır. Bakteriyo statik maddemiz ancak bir sızıntı halinde ve kandaki konsantarasyonun çok dununda bir miktarda mihrak veya apse içine nüfuz edebilmektedir. Bu miktar ise apse muhtevası içinde süratle tegayyüre uğradığı gibi kifayetsizliği yüzünden de antitüberkülö tesirini yapamamakta ve basilde bir nevi (sendeleme ve uyuşma) meydana getirebilmektedir. Buna mukabil böyle pek cüz'î miktarda statik madde ile karşılaşan basilde, ilâca karşı tedrici bir alışkanlıkta vücuda gelmekte ve kanaatımızca (rezistans) dediğimiz, ilâca karşı mukavemette bu yolla ve bu sebepler dolayısiyle hasıl olmaktadır.

b. Mihrak veya apsenin ponksiyonla tahliyesini müteakıp intracaviter yapılan antibiyotik injeksiyonlarla tedaviye gelince:

Yalnız bazı sathî ve tamamen tahliyesi kabil apselerde netice verir gibi görünmekle beraber (içini hiç görmediğimiz bir kabın temizlenmesi kabilinden) neticesine ekseriya güvenilmez ve nükslere yol açması her zaman beklenilebilir.

c. Mihrakın cerrahî usullerle kal'ini müteakıp sahaya konulacak antibiyotikli meç ve tamponlar en radikal ve cerrahî nosyonumuza en uygun gibi görülmekle beraber tatbik edilen antibiyotiğin ifrazatla harice akması yüzünden büyük mikyasta ziyana sebep olmakta ve binnetice gene düşük konsantarasyonlu bir tedaviye yol açmakta ve açık yara sebebiyle mikst infeksiyonu mucip olmaktadır.

d. Mihrakın yine cerrahî usullerle kal'inden sonra içine direkt antibiyotik tatbiki ile birlikte bir ucu mihraka konan dren yolu ile 6 hafta müddetle mihraka antibiyotik sevkinden ibaret olan bu usul bilhassa Alman literatüründe *Kastert* usulü adiyle de isimlendirilmektedir. Bu gün bütün Avrupada tutunmuş görünen metod budur. Biz de bu metodu 1955 yılı içinde müteaddit hastamıza tatbik etmiştik. Gerçi gerektiği gibi ince diren bulamadık ve nisbeten kalınca drenler kullanmağa mecbur kaldık fakat bu metodla da fistüllerin ve mikst infeksiyonların önüne her zaman geçilememesi ve bu sebeplerle tedavisinin uzaması sonradan tekrar kendi usulümüze avdete mecbur bıraktı.

e. Mihrakın cerrahî metodlarla kal'inden ve sahaya direkt antibiyotik karışığı tatbikinden sonra yaranın pirimer dikişle tabaka tabaka ve drenajsız olarak kapatılmasından sonra kombine antibiyotik tedavisine 60-90 gün devamdan ibaret olan bu usul bizim kliniğimizin tedavi sistemidir.

Biz bir mihrakı cerrahî usullerle kal'etmek suretiyle basilin baranak ve sığınağını yıktığımıza ve serpinti halinde kalan mütebaki basilin kan konsantarasyonu yolu ile sevk ettiğimiz antitüberkülö ilâçlarımızın müessiriyetinden kurtulamayacak (siperi yıkılmış düşman askeri) durumuna düştüğüne inanıyoruz. Bu inancımız sebebi ile de artık mihraka ayrıca drenle bakteriyostatik maddenin sevkine lüzum görmüyoruz. Ağız ve enjeksiyon yolları ile tatbik ettiğimiz kombine antitüberkülö tedavi, mihrakın tam sönmesine ve netice olarak da kemiğin remineralize olup kemik konturlarının tekrar teessüsüne velhasıl histolojik şifanın husulüne kâfi gelmektedir.

Biz bir mihrak kal'inde kaviteyi, kemiği tahrip etmeyecek ve kemik nescini de kaldırarak kaviteyi genişletmeyecek velhasıl kemikten fedakârlık etmeyecek şekilde yapıyoruz.

Ameliyat yol, usul ve tarzı vak'asına göre ayrı olduğundan teknik tafsilât vermeyeceğiz. Fokal müdahale sistemi kül halinde bir sistem olarak ifade edilmekle beraber ameliyat şeklini her vak'anın

icabına göre intihap etmek zaruridir. Fokal müdahalenin ileri sürülen mahzurları:

1. Bassillemi ve disseminasyon
2. Diğer mafsallarda colonisation
3. Fistülisation ve mikst infeksionla ölüm
4. Önüne geçilemeyecek kanamalar
5. Plevra yırtılması
6. Menenjit ihtilâtı

Biz 6 seneden beri yapmakta olduğumuz fokal müdahalelerimizin hiç birinde ameliyattan sonra bir basillemi, dissemination, başka mafsallarda colonisation ile menenjit vak'ası ile karşılaşmadık. Fazla iltisak sebebiyle karşılaştığımız bir kaç plevra yırtılması vak'asından yalnız iki tanesinde plörit ihtilâtı yaptı ve kısa zamanda tedavi ettik.

Bütün bu izahlara dayanarak:

1. Kazefiye bir kemik mihrakının muhafazakâr usullerle tedavisi imkânsızdır.

2. Antibiyotik kombinasyonu yardımı ile fokal müdahale usulü kemik ve mafsal tüberkülozları için en seçme tedavi sistemidir diyebiliriz.

Tedavinin diğer safhaları konumuzun dışında kaldığından burada bahsetmeyerek, yüksek huzurlarınıza vak'aların bir istatistiği ile bir kaç vak'aya ait filimleri takdim ile iktifa ediyoruz.

SUMMARY

The role of focal intervention in the treatment of osteo-articular tuberculosis

The discovery of modern tuberculostatic drugs has made possible the surgical treatment of bone tuberculosis. Until now, our knowledge in this field was chiefly based on autopsy findings. These findings showed that tuberculosis was a systemic disease and that the surgical extirpation of a tuberculous tissue was useless. However to-day, it is generally admitted that the extirpation of a tuberculous focus may have a therapeutic effect.

The authors expose their opinions on this procedure. They enumerate the various methods used for focal intervention and describe their own procedure surgical extirpation of the focus with direct application of a mixture of antibiotic solutions in the operatory field followed by a per primam suture of the wound without drainage. A parenteral antibiotic treatment is administered during 60 to 90 days.

Finally, the authors expose their results in 631 cases treated by this method.

RÉSUMÉ

Le rôle de l'intervention focale dans le le traitement de la tuberculose ostéo-articulaire

La découverte des substances tuberculostatiques modernes a rendu possible le traitement chirurgical de la tuberculose osseuse. Jusqu'à présent nos connaissances dans ce domaine étaient surtout basées sur des trouvailles d'autopsie. Cellesci nous avaient appris que la tuberculose était une maladie généralisée et que l'extirpation opératoire d'un tissu malade était inutile. Par contre on admet aujourd'hui que l'extirpation d'un foyer tuberculeux puisse avoir un effet thérapeutique.

Les auteurs exposent leur point de vue sur ce mode de traitement, les différentes méthodes employées pour une intervention focale, la méthode propre à leur clinique, c'est-à-dire l'extirpation chirurgicale du foyer, l'application directe d'un mélange de solutions antibiotiques dans le champ opératoire, la suture per primam et sans drainage ainsi qu'un traitement parentéral aux antibiotiques durant les 60 à 90 jours qui suivent.

Finalement l'auteur présent les résultats obtenus dans 631 cas opérés et traités suivant cette méthode.

KALÇA MAFSALI TÜBERKÜLOZUNDA ARTHRODEZLER

Dr. BAHA OSKAY

Kalça mafsalının tüberkülozu ileri derecede harabiyetlerle seyrettiğ ve bir ankylose'un teşekküle başladığı vak'alarda şifanın daha çabuk ve emin bir tarzda elde edilmesi maksadiyle arthrodese ameliyeleri yapılmaktadır.

Mafsalın ankylose'u zaten kaçınılmaz bir âkıbet olarak ortaya çıkınca onun bir an evvel elde edilmesinde büyük faydalar vardır:

1. Tüberküloz foyer'si üzerine tesbit suretiyle sükûn sağlamak.
2. Ankylose'un symetrique bir tarzda husulüne hâkim olmak.
3. Kendi haline terkedilince meydana gelen subluxation ve zararlı kısalıklara karşı önleyici tedbir almış bulunmak.
4. Başka yerden alınan bir kemik grefinin sağlıyacağı régénération ve calcification hâdiselerinden foyer lehine bol bol istifadeler sağlamak.

Kalça mafsalının blocage'ı mafsalı teşkil eden femür başı ve acetabulum'un avivement'ı ile de temin edilebilir ise de bu gün için pratikte kullandığımız arthrodèse'ler bilhassa femür trohanteriyle kalça dışı sathı arasına atılan bir kemik köprüsü kullanmak suretiyle meydana getirilenlerdir.

Bu kemik köprüsü ya tibia'dan veya harkafa'dan yontulup alınan bir kemik parçası greffon'la temin edilebilir. Bu ikinci şekilde ekseriya pediculé olacağından yaşıyan bir greffon demektir. Esasen imkân hasıl oldukça yaşıyan, iyice beslenen ve serbest greffon'larda rastlanan resorption, osteoporose, trohantere sokulup aşılandığı yerde oynama ve pseudarthrose hattâ kırılma gibi ârızalara sebep olmadığından daha nazik olan birincilere tercihan kullanılmalıdır.

Arthrodèse'ler: Vak'asına göre tatbiki itibariyle:

I. Extra - articulaire

II. İntra - articulaire

III. Mixte

olabilirler.

I. Birinci kategoridekiler ya greffon tibial'le veya groffen iliaque'la yapılmaktadırlar.

Greffon tibial ile yaptığımızda ameliyat şu şekilde cereyan eder:

A. Kocher şakkı denilen ve büyük trohanterin arka kenarını şakulî olarak takibetmek şartıyla açıklığı arkaya bakan bir yarım kavs şeklinde bir şakla derî ve höcrevî nescin kesilmesi.

B. Trohanterin meydana çıkarılması ve üzerindeki perioste'un rujinle iki tarafa ayrılması.

C. Burada elektrik perforateur'uyla aşağıdan yukarıya, dış taraftan içe münharif bir kanal açılması.

D. Bu kanaldan harkafayı örten adalelerin altına düşmek ve bu kemiğin dış yüzünde vazıh kemik sesi işitinciye kadar sevk etmek üzere bir mukavves sondkanel sokulması.

E. Harkafanın dış yüzü ile temas elde edilince sond kanel çıkarılmadan bu yolu genişletecek kalın bir elevatorium sokulması.

F. Bunların ikisi de çekilerek aynı yoldan mukavves bir küret sokularak harkafa dış yüzünün kuvvetle kürete edilmesi ve kanlı bir satıh meydana getirilmesi.

G. Tibia'dan alınacak bir ucu kalın geniş diğer ucu ince ve bir hançer şeklinde mukavves kuvvetli greffon'un bu kanaldan içeri ve parmak kontrolu altında çakılması, evvelden trohanter dış kenarıyla harkafa dış yüzü arasındaki mesafe ölçülerek ve inhina derecesi tesbit edilerek stile ile kalıp üzerinden greffon alındığından bunun çekiçle çakılması halinde intibak kolay olmaktadır.

H. Trohanterin iki tarafa rujinle ayrılan perioste'unun tekrar dikilmesi, derinin dikilmesi.

Ameliyat sonu bakım bir alçı tesbitinde altı ay bırakmaktan ibarettir, ilk iki ay tam tesbit, müteakıp aylarda da alçıya bir demir takarak yürüme cihazı halinde kullanılır. Bilâhare de bir sene için bir kösele yürüme cihazı tavsiye edilir.

Tamamiyle şahsî tadillerle meydana gelen bu usul senelerden beri servisimde kullanılmakta ve çok iyi neticeler elde edilmektedir. Bu metodla yapılan ameliyatların sayısı kırk ikidir.

Benim şahsî metodumun aşağıda zikredeceğim metodlara göre rüçhan sebepleri şunlardır:

Derideki şakkın, küçük olması ve estetik bakımından faydası. Hemen hemen hiç adale kesilmesine lüzum kalmadan bu tabakanın

altından künt olarak kanal açılabilmesi, müzmin myosite ve ossification ve retraction'lar gibi müz'iç âkıbetlerin ender olması.

Greffon'un mukavves hançer şeklinde ve yerine göre tam intibaklı alınması ve kalın ucunun trohantere kuvvetle çakılı olmasında pseudarthrose katiyen varid olmaması.

André Richard tarafından tarif ve tatbik edilen usulde: Ameliyatın cereyan tarzı şöyledir:

A. Incision verticale externe denilen yukarda crista iliaca'dan başlıyarak aşağıda büyük trohantere uzanan bir şakla deri ve deri altı hövrevî nescin kesilmesi.

B. Bu şakkın orta kısmında hem extra-articulaire kalabilmek hem de moyen fessier, ilyeviyei vusta adalesinin ön kısmındaki eviye ve asabı kesmemek için sathî kalınması halbuki üst ucunda rujinle harkafa dış sathının meydana çıkarılıp burada açıklığı aşağı bir kapak çıkarılması aşağıda ise trohanterin önden açılmış bir kitap sayfası gibi taşçı kalemiyle şakkı.

C. Tibia'dan elektrik desteresiyle alınacak uzun, kalın bir Albee-greffon'unun yukarıda ve aşağıdaki yarıklara yerleştirilerek adale sıfak ve derinin dikilmesi.

C. Tibia'dan elektrik desteresiyle alınacak uzun, kalın bir Altedir:

A. Ombredanne'ın crista iliaca'nın ortasından başlayarak öne ve epine iliaque antero-superieur'e ve oradan da geriye trohantere doğru zikzak seyreden Z şakkı ile ve yahut *Smith Petersen*'in crista iliaca'nın ortasından başlıyarak öne ve aşağıya doğru şakulî uzanan şakkı ile deri ve deri altı höcrevî nescin kesilmesi.

B. Künt eğri kuvvetli makasla adale kısımları ayrılarak harkafanın dış yüzünün ön ve üst kısmının meydana çıkarılması, periosteu zedelememek için katiyen rüjin kullanılmaması.

C. Hastanın yaşına göre 2-4 santimetre genişliğinde olmak ve kaidesi yani pédicule aşağıda kalmak üzere keskin geniş ince bir taşçı kalemiyle greffon çıkarılması.

D. Uzunluğu trohantere erişecek kadar alınan bu kemik köprüsünün devrilerek alt kısmı periosteve adale kısımlarına yapışık kalmak şartıyla trohanterde taşçı kalemiyle açılacak bir yarığa sokulup tesbit edilmesi.

E. Adale ve sıfakların ve derinin dikilmesi.

Ameliyat sonu bakım altı ay devamınca alçı cihazında tesbitten ibarettir. Bilâhare yürüme cihazına geçilir.

II. İkinci kategoridekiler arthrotomie yapıldıktan sonra mafsal satıhlarının tamamiyle neşrinden ibaret ağır bir müdahaleden başlıyarak Albee'nin femür başının üst kısmıyla acetabulum'un tavanının içini avivé etmek suretiyle yaptığı daha basit ameliyata kadar birtakım usulleri ihtiva eder.

Birinci usuldeki müdahaleyi tatbik edenler biz de dahil olmak üzere az olduğu gibi esasen seyir üzerindeki bir coxalgie'de mafsalın açılması apselerin ameliyat sahasına boşalmasına sebep olacağından tehlikelidir. Bu itibarla bu metod daha ziyade arthrite déformante'da kullanılmaktadır.

Albee metoduna gelince: tatbiki ne kadar kolaysa neticeleri de o kadar iyi olmaktadır.

SUMMARY

Arthrodese in tuberculosis of the hip

In advanced cases of hip tuberculosis, ankylosis looks as an ineluctable fate. However, we may obtain this same result much more safely and quickly by performing an arthrodesis. The author presents the results obtained in 42 cases by means of extra-articular arthrodeses.

RÉSUMÉ

Les arthrodèses dans la tuberculose de la hanche

L'ankylose apparait comme le résultat inéluctable des formes avancées de la tuberculose de la hanche. Toutefois il est possible d'obtenir ce même résultat de façon rapide et sûre au moyen d'une arthrodèse. L'auteur expose ensuite les résultats obtenus dans 42 cas au moyen d'arthrodèses extra-articulaires.

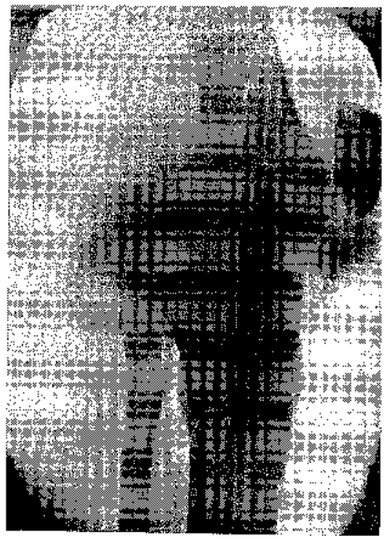
İSKELET TÜBERKÜLOZLARININ MODERN TEDAVİSİNE DAİR

Ord. Prof. Dr. AKİF ŞAKİR ŞAKAR

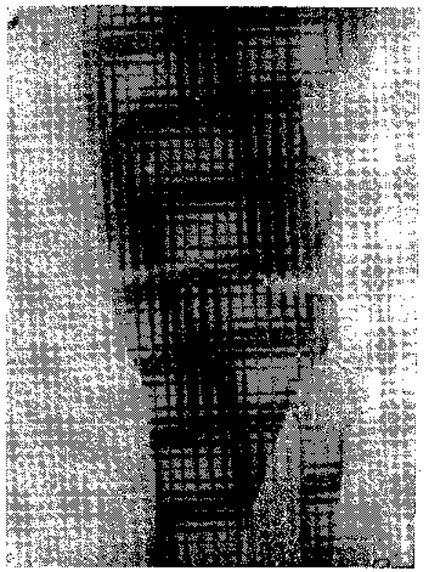
Tüberküloz meselesinde tıbbî sahaya ait bulunan akciğer veremi gittikçe cerrahî olmaya temayül gösterirken, extra pulmoner olup cerrahî tüberküloz denilen, kemik, mafsal, gangliyon ve hattâ periton gibi hastalıklar daha ziyade muhafazakâr usullerle tedavi edilirdi. Bilhassa çocukların iskelet tüberkülozlarında cerrahî müdahalelerden çekinilirdi. Mafsal içi ve juxtaarticulaire bölgelere dokunulmamak şartiyle en bloc çıkarılmak üzere iskelet tüberkülozunda müdahalelere başlandı.

Ben 1933'den beri Sacrocoxalgie, olécranite, trochanterite tuberculeuse gibi vak'alara exérèse ameliyesi yaptıktan sonra ameliyat boşluğuna ostéogénèse'i kırbaçlıyacak grefler koyarak kısa zamanda bu hastalıkların tedavilerini sağlamaya muvaffak olmuştum. Hattâ buna dair 1938'de Paris'te çıkan Revue d'Orthopédie'de neşriyatta bulunmuştum. O zaman antibiotique, tuberculostatique ilâçlar olmadan da tedavilerle iyi neticeler alıyorduk. Hakikat halde hastaların toksik olan bu metastasik yuvalardan kurtarılmalarıyla bedenî kuvvetlerinin umumî enfeksiyonu söndürmeğe çalışmalarına müsaade etmesi bakımından exérèse ameliyesi çok hayırlı bir adım sayılmaktadır (1). Artık şimdi antibiotique, tuberculostatique ilâçlar sayesinde en tehlikeli bölgelerdeki hastalık yuvasına doğrudan doğruya müdahaleye cesaret edilmektedir. Resimlerini koyduğumuz juxtaarticulaire géodique tuberculose yuvalarının exérèse'le ortadan kaldırılmalarını müteakıp streptomycin ile enstilasyonlarla 6 hafta nihayet iki ay zarfında tüberküloz yuvalarının tamamiyle iyileştiğine şahit olduk (Resim 1-7). Hattâ kalça oynağında senelerden beri geçirdiği bir coxalgie'den dolayı prevantoryum ve sanatoryumda yatan bir hastanın tükenmiyen fistülü caput femoris içerisindeki sekestreye müdahale edilmek ve ameliyat boşluğuna streptomycin dökülmek ve bilâhare enstilasyon yapılmak suretiyle 5-6 ay zarfında mahdudiyetine rağmen hareketli kalan kalçanın iyileştiğini gördük. Fakat ber-

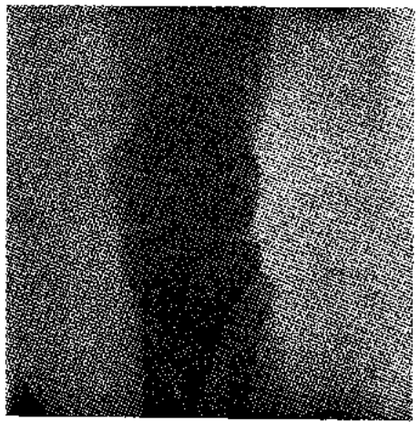
(1) Herhangi bir priorité iddiasında bulunmamakla beraber lezyonun exérèse'ini müteakıp meydana gelen boşluğa ostéogénèse'i artırmak üzere kemik gréffonları koymaktayım. Paris'te neşreylediğim bir makalede de bundan bahsetmiştim. Prof. *Radulescu*'nun 1939'da çıkan kitabında bu kemik boşluklarının *Musetg Morchoff* tarafından hususî posta ile ve benim tarafımdan da ilk evvelâ kemik gréffonlariyle doldurulduğundan bahsedilmektedir.



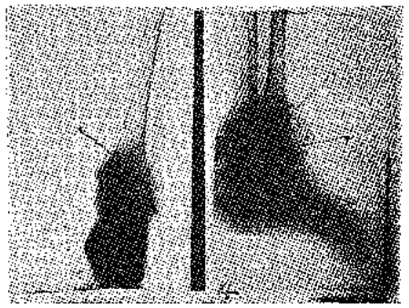
Şekil 1 — Tibianın üst nihayetinde jüksta artiküler tüberküloz yuvası.



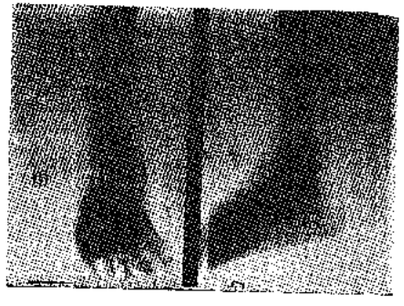
2 — Ekserez ameliyesinden 6 hafta sonra streptomisin enstillasyonlariyle boşluğun dolmak üzere olduğu görülüyor.



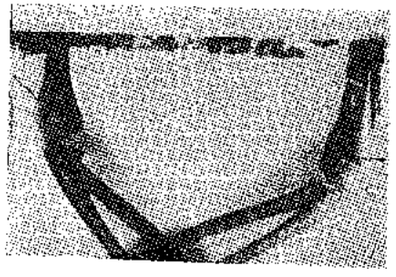
Şekil 3 — 3 ay sonra osteogenezin tüberküloz boşluğunun dolduğu görülmektedir. Temizlenmiş hastalık yuvasında çok müessir olan streptomisin osteogenezi artırır.



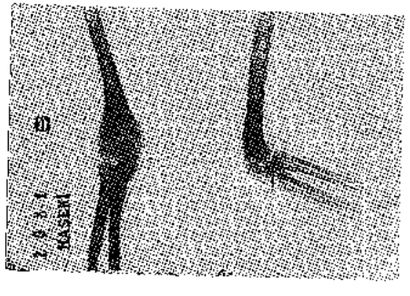
Şekil 4 — Yine bir çocukta tibia alt ucunda tüberküloz yuvası müteaddit fistüllerden çıkan cerahat ve granülasyon.



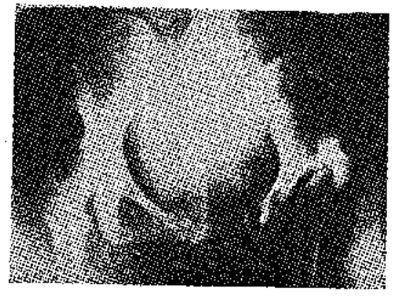
Şekil 5 — Ekzerez ameliyesinden sonra antibiyotik enstillasyonuna devam edilen hastanın ayak bileğinin 3 ay sonraki manzarası.



Şekil 6 — 8 yaşındaki bir çocukta hümerüs alt ucunda jükstaartiküler tüberküloz.



Şekil 7 — Ekzeres ve antibiyotik tatbikatı ile bir kaç ay sonra osteogenez tenekküllü ile yuvanın iyileşmiş manzarası.



Şekil 8 — Kaput femorisi tamamiyle harap ve lükse olmuş yatalak hale gelmiş olan koksitis'li bir hastaya yapılan artrodez ekstraartiküler-de greffonun fevkalâde kalınlaşarak hastalığı iyi ettiği ve hastaya yürüme imkânı vermesi.

Şekil 9 — İntraartiküler psödoartrozla neticelenen bir koksaljide ekstraartiküler greffon'un mûtad harici kalınlaşmasiyle hastalığı kurutmuş, hastayı spor yapacak hale getirmiştir.

Şekil 10 — Tronkanterit tüberkülozda ekzerezi müteakıp greffon vaziyeti.

Şekil 11 — Greffonların osteogenezi artırarak trokanterdeki tüberkülozu iyileştiğini gösterir.

mûtad kalça mafsalında arthrodèse extraarticulaire ve diz tüberkulozunda résection, tercih ettiğimiz ameliyatlardandır. Coxalgie'de bidayette koyduğumuz ince greffon'un ne kadar muazzam bir cesamet aldığını ve hastalık yuvasını nasıl kuruttuğunu gösteren iki resmi de takdim ediyorum (Resim 8-9). Spondylite Tbc., yani Pott hastalığında, 40 seneden beri binlerce hastaları iyileştiren ve bir emniyet süpabı sayılan Albee'in anklosante ameliyesini hatırdan çıkarmamak doğru olur. Son zamanlarda vertebradaki hastalık yuvasına doğrudan doğruya müdahaleyle (herdoperation) hastalık müddetinin azaltıldığına dair neşriyat çoğalmıştır. *Kastert* tarafından ehemmiyetle tatbik edilen bu ameliyata dair fazla tecrübemiz yoktur. Mamafih sistematik surette yapılmasına taraftar değiliz. Yalnız parapleji ile müterafık ve fusiform apselerin bulunduğu spondylite'lere costatransverséctomie'yi müteakıp cerahat boşaltıldıktan sonra vertebranın hastalık yuvasına küretaj yaparak caseum'u ve séquestre'leri temizlemeyi müteakıp 12-15 gün kadar yapılan instellation ile fistül kalmadan yaraların iyileştiğine ve paraplejilerin tamamiyle geçtiğine şahit olduk. Böyle mediastin apselerinin yaptıkları paraplejilerle laminectomie'den ziyade costatransversectomic'nin, küretajla yuvanın temizlenmesinin daha güzel neticeler verdiğine kanaatımız vardır. Bize gelen vak'aların %80'i çocuk olduğundan bu gibilerde evvelâ extention tatbik etmek ve hususî surette yapılan recklination yataklarında istirahat ettirilerek, makul ortepedik tedavi sayesinde, *kastert* ameliyesine lüzum kalmadan iyileşen vak'alarımız pek çoktur.

Çok defa radyolojik manzara ile ameliyat buluşları arasındaki farklardan dolayı erken müdahaleden lezyonun bir kısmının bırakılması ihtimaline binaen rastgele ameliyata tevessül etmiyerek hastayı 4-5 nihayet 6 ay kadar yatırarak hastalığın stabilisé olmasını beklemenin daha doğru olacağı kanaatindeyiz. Ve meselâ *Lorenz*'in recklination ve extension yatağında hastayı yatırarak antibiotique'lerle bu müddet zarfında tedavi etmek uygun olur. Salâh gösterenlere hiç bir müdahaleye hacet yoktur. Fakat göstermiyenlere, hele apselerden dolayı parapleji durumunun iyiliğe dönmemesi halinde à la kastert müdahale yapılmasının daha doğru olacağı fikrindeyiz. Nitekim bu usule riayet ederek yaptığımız ameliyatlardan daha iyi neticeler aldık. (Şkeil 10 ve 11 exérèse'den sonra konan greffonlarla trohanterdeki tüberküloz yuvasının iki ayda iyileştiğini göstermektedir).

H ü l â s a :

Bu gün antibiotique, tuberculostatique ilâçların caseum, granulasion ve cerahati ihtiva eden hastalık yuvalarına yapılacak enjeksiyonların pek faydası olmadığını ve ancak bu ilâçnların tesirini maskeliyen bu patolojik teşekküllerin temizlenmesinden sonra yuva içine yapılacak enjeksiyonların daha müessir olduğu tebeyyün etmiştir. İskeletin hangi bölgesinde olursa olsun herhangi bir komplikasyona sebebiyet vermeden bu cins müdahalelerin çok faydalı olacağı ve hastalık müddetini azaltacağı anaşılmıştır. Her iskelet tüberkülozunda olduğu gibi lezyonun bir kaç ay zarfında stabilisé olmasını beklemek makul bir hareket sayılır.

S U M M A R Y

Modern treatment of bone tuberculosis

It is generally admitted to-day antibiotics and tuberculostatics are powerless against disease foci containing granulations or caseous or purulent material; it is also known that injections performed directly into the focus may be of some utility only after these pathological formations have been extirpated. Such interventions may be performed on any part of the skeletal system without any fear of complications and the duration of the disease may be thus considerably shortened. It would be logical then to hope for a stabilisation of the spine lesions in a few months.

R É S U M É

Le traitement modern de la tuberculose osseuse

Il est généralement admis aujourd'hui que les antibiotiques et tuberculostatiques sont impuissants devant les foyers de maladie contenant des granulations, des matiéres caséeuses ou purulents et que seulement après le débridement et l'extirpation de ces formations pathologiques, les injections faites directement dans le foyer pourront être de quelque utilité. Il est admis aussi que de parailles interventions peuvent être pratiquées dans n'importe quelle partie du squelette dans craindre de complications et que la durée de la maladie sera considérablement réduite. Il est donc logique d'espérer la stabilisation des lésions de la colonne vertébrale au bout de quelques mois.

KALÇA MAFSALI TÜBERKÜLOZ SEKELİ DEFORMASYONLARINDA OSTEOTOMİ

Dr. BAHA OSKAY

Kalça mafsalı tüberkülozlarının ekseriya bakımsız kaldıkları veyahut tedaviye sistemli bir şekilde devam etmedikleri zaman meydana gelen fena vaziyetteki ankylose'ların hastanın vücut estetiğine olduğu kadar çalışma kabiliyetine de ne kadar zarar verdiği hattâ hayatlarını kazanmakta ciddî engeller teşkil ettiği malûmdur.

Şu halde iyileştirilmiş olduğu halde deformation bırakmış bir coxite'teki osteotomie ameliyesi uzvun vazifevî kabiliyetinin iadesine olduğu kadar estetiğinin de tekrar ele alınmasına yaradığından büyük önem taşır.

Servisimizde biri havsalaya yükü vererek hasta femür başını tazyikten kurtarmak gayesiyle yapılan osteotomie d'appui, diğeri kalça mafsalının adduction - abduction - flexion gibi zaviyevî, yahut rotation interne ve externe gibi mihverî deformationları düzeltmek gayesiyle yapılan osteotomie de direction diye iki kategoride ameliyatlar yapılmaktadır.

Umumiyetle femürün üst nihayetinde yapılan osteotomie kesim hattı bakımından düz, dairevî, merdivenvarî veya ehran şeklinde, mevki bakımından yüksek veya alçak seviyede olabilir. Yüksek seviyede olanlar osteotomie du col, osteotomie cervico - trochanterienne, transtrochanterienne - Oblique ve intertrochanterienne olarak isimlendirilenlerdir. Alçak seviyede olanlarda osteotomie sous - trochanterienne lineaire ve osteotomie cuneiforme abase externe'dir.

Birinci kategoride:

A. U. camera ve M. Lance metodunu.

B. Von Baeyer ve Schanz metodunu.

C. Bifurcation de Lorenz metodunu yaparız.

A. U. Camera - *M. Lance* metodunun esası üst fragment'i dayanak noktası olarak kullanmaktır. Cotyle hizasında bir osteotomie yapılacak, küçük trohanteri de ihtiva etmesi şart olan üst fragment'ın canal medullaire'inin içine alttakinin sivri ucu girecek şekilde manevralar yapılacak ve bu şekilde heyeti umumiyesi de havsalanın dış tarafına ve daha ziyade cotyle'e istinat ettirilerek tesbit edilmiş olacaktır.

B. *Von Baeyer* usulünde trohanter altından dıştan içe aşağıdan yukarı eğri olarak bir ostetomie yapılacak alt fragment dışa kaçamadan havsalaya gotyle'e doğru gidip dayanacaktır.

Schanz usulünde ise osteotomie'nin teşkil edeceği kemik zaviyesi veya köşesinin ischion'a dayanması hedef tutulmaktadır.

C. Bifurcation de Lorenz'de yapılan osteotomie'de alt fragment'ı dayanak olarak kullanmaktır. Umumiyetle aşağıdan yukarıya, dıştan içe doğru yapılan kesimden sonra alttaki femür diaphyse'inin gotyle içine yerleşecek surette manevralar yapılır ve matlûp hasıl olunca alçı tesbitine konur.

İkinci kategoride:

A. *Kirmisson*'un osteotomie sous - trochanterienne oblique'ini,

B. Osteotomie sous - trochanterienne transversale'ini,

C. *Calve-Mommsen*'in osteotomie en tenon metodunu tatbik ederiz.

A. Osteotomie sous-trochanterienne oblique'i şu şekilde yapmaktayız:

I. Büyük trohanter üzerinde ve onu yukarda tecavüz edecek şeiklde 12-15 santim uzunluğunda bir şak yapılır, deri ve deri altı hücrevî kesildikten sonra büyük trohanter meydana çıkarılır.

II. Bu şakkın alt tarafında adale elyafı künt olarak ayrılıp femür diaphyse'i meydana çıkarılır.

III. Büyük trohanterin kaidesinden başlıyarak iç tarafta küçük trohanterin altına kadar aşağıdan yukarı, dıştan içe kalemvarî bir kesim hattı teşkil edecek tarzda geniş taşçı kalemi ve çekiçle femürün Diaphyse'i kesilir.

IV. Dikkatle hemostase yapıldıktan sonra periosteve etrafındaki fibreux nesiçler kalın katgütle ayrı ayrı dikilir. Bu suretle osteotomie foyer'sinin etrafı kuvvetli bir kılıfla muhafaza altına alınır ki bu da tâli deplacement'lara mâni olur.

V. Orthopedique masada ameliyat yapılıyorsa havsalada tam bir symetrie temin edecek tarzda correction yapıldıktan sonra büyük alçı cihaziyle her iki kalçaya tesbit yapılır.

VI. Bir kaç gün sonra bir röntgen kontrolu yapılır.

Ameliyat sonu bakım: 8 haftalık bir devreden sonra alçının dizden aşağısı kesilip kaldırılır ve bu suretle dizin raideur'üne meydan vermeden daha bir ay tesbite devam edilir. Sonra alçı çıkarılır.

Baltalimanındaki servisimizde bu metodlarla on altı osteotomie yapılmıştır, neticeler memnuniyeti mucib olmuştur.

B. Osteotomie sous-trochanterienne transversale: teknik itibariyle daha basit ve kolaydır:

I. Daha küçük, 6-8 santimlik bir şakla büyük trohanter'in meydana çıkarılması,

II. Bunun üst kafesinden dört parmak aşağıda müstaraz bir hat üzerinden taşçı kalemiyle kesim yapılması,

III. Evvelki gibi sütürlerden sonra correction ve alçı tespitinden ibarettir.

Bu metodda fragment'lerin karşı karşıya gelmelerinde evvelki kadar katiyet yoktur, mükerrer kontrollar şarttır.

C. *Mommsen* metodunda: Evvelki osteotomie'lerden farkı kelemle kesilir ve correction yapıldığı zaman alt uç üst fragment'in troghanterienne kısmı meydana çıkarıldıktan sonra dıştan içe doğru çıkılan bir merdiven şeklinde elektrik desteresiyle veya ince kalemle kesilir ve correction yapıldığı zaman alt uç us fragment'ın canal medullaire'i içine girerek teması kaybetmez ve alçı içindeki deplacement'larda meydana gelmez.

Buraya kadar zikrettiğimiz şekillerden başka servisimizde vak'asına göre tatbik edilmiş bazı nadir şekillerde vardır, meselâ osteotomie cuneiforme a base externe ve osteotomie de rotation gibi ki birincisi ileri derecede adductionlu vak'alarda diğeri ise ileri derecede rotation externe veya interneli hastalarda yapılmışlardır.

Osteotomie ameliyatları bazı tehlike ve mahzurları da havi bulunmaktadır ki bunları ameliyat esnasında ve ameliyattan uzunca bir müddet sonra olabilenler diye iki kısımda mütalâa etmek mümkündür:

Birinciler:

A. Femürde üç parça halinde kırık meydana gelmesi ki çocuklarda elâstiki olduğundan pek görülmemekle beraber kâhilde bazan meydana gelebilen ihtilâttır. Ortadan kopan parça psoas'ın çekmesiyle yukarı kaçar ve bu suretle iki fragment'in karşı karşıya gelmeleri tehlikeye düşer, indimal zorlaşır ve pseudarthrose'a meydan verebilir.

Buna mâni olmak için elektrik desteresiyle çalışmak kemiğin tamamını keserek kırmaktan hazer etmek bu destere yoksa evvelden kesilecek hattı perforateur ile delikler delerek hazırladıktan sonra taşçı kalemiyle işi bitirmek lâzımdır.

B. Foyer'de kanama veya hematome meydana gelmesi ki az

miktarı tabiiyüzzuhur ihtilâttan ise de çoğu tedbir almayı icabettirir, kemik kanamaları bazan tehlikeli derecede olabiliyor.

C. Fragment'lerin bir asap üzerine tazyikiyle şiddetli ağrıların meydana gelmesi görülebilir. Vaziyet değiştirilir.

İkinciler:

A. Fragment'lerin çekilmesi bunların muhtelif adalelerin tesiri altında olmalarından ileri geliyor, röntgen kontrolu ve extention tatbiki zarurî olur. *Mommsen* metodu buna mâni olduğundan rüçhan kazanır.

B. Osteotomie ile elde edilmiş olan correction'un kaybolması adducteur'lerin çekici tesirlerinden oluyor. Bunun içindir ki her osteotomie'de bu adalelerinde irtikazlarından koparılmaları veya şiddetle çekilip uzatılmaları veyahut daha iyisi bunları innerve eden nerf obturateur'ün sathî şubesinin kesilmesini de tavsiye etmektedirler.

SUMMARY

Osteotomy in deforming sequelae of tuberculosis of the hip

We perform in our service two kinds of osteotomy. One is a supportive kind of osteotomy and its purpose is to relieve the pression exerced on the head of the diseased femur by transmitting this pression to the pelvis. The other kind of osteotomy is a directive one and its purpose is the correction of such deformities as abduction-adduction and flexion-rotation positions of the articulation of the hip. We have already operated 16 cases with satisfactory results.

RÉSUMÉ

L'ostéotomie dans les séquelles déformantes de la tuberculose de la hanche

Nous pratiquons dans notre service deux sortes d'ostéotomie. L'une consiste en une ostéotomie d'appui et vise à soulager de la pression la tête du fémur malade en rapportant cette pression au bassin. L'autre, ou ostéotomie de direction, vise à corriger les déformations telles qu'abduction-adduction, ou flexion-rotation de la hanche. Nous avons déjà traité 16 cas avec des résultats satisfaisants.

ONUNCU CELSE MÜNAKAŞALARI

Dr. Münir Ahmet Sarpyener

Efendim, biz tıbbî terimleri Türkçe, Türkçesi olmadığı takdirde Lâtince olarak kullanmayı kabul etmiş bulunuyoruz. Bu bakımdan müellifin müsaadesini aldıktan sonra bir çok Fransızca ve harkafa, asab gibi tabirleri tashih etmemiz lâzımdır. Eski ve bir çok dilden tabirleri kullanmaktansa bunların Lâtincelerini kullanmak daha doğrudur.

Ruhi bey arkadaşımızın tedavi ettikleri koksalji vak'asında esasen mafsal mesafesi kapalı idi ve tabiîdir ki bu vak'a streptomisin yapıldıktan sonra ankiloza gidecekti. Yalnız sinovia'ya ait ve kapalı olmasaydı zannediyorum ki diğer vak'ada olduğu gibi hareketi temin etmek imkânı hasıl olacaktı. Filme yakından bakacak olursanız haklı olduğumu takdir buyuracaksınız.

Dr. Ruhi Soyer

Muhterem arkadaşlarım, *Münir Ahmet* beyin hafif paraplejiler hakkındaki tebliğlerinden hakikaten istifade ettik, evvelâ teşekkürlerimi arzederim.

Hakikaten memleketimizde topik parapleji vak'aları pek çoktur, bize kitle halinde gelmektedir. Bu güne kadar 100'ü aşan vak'aya müdahale etmişizdir. Bu vak'alardan aldığımız neticeleri kısaca huzurunuza arzetmek zannederem enteresan olacaktır.

Biz topik paraplejileri iki kısma ayırıyoruz. Birisi doğrudan doğruya paravertebral mihrakın medülla üzerindeki yapmış olduğu tazyikle vukua gelen erken paraplejilerdir. Biz bunlarda doğrudan doğruya yaptığımız paravertebral müdahalelerle mihrakı tahliye ediyoruz. Ne tesbit ve ne de ekstansion yapmıyoruz. Bir hafta sonra hastanın parmaklarının oynadığını ve süratle hareket ettiğini görüyoruz. İkinci kısmı ancak azmî ve uzvî tazyikler teşkil ediyor. Bunlarda ise lâminektomi yapmak mecburiyetinde kalıyoruz.

Memleketimizde topik paraplejileri lâminektomi veya ekstansion kontinü ile tedavi etmek bir âdet şekline girmiştir. Biz bu âdetin tamamen aleyhindeyiz. Bir çok vak'alarımız vardır ki hariçte lâminektomi yapılarak gelmişlerdir ve maalesef iyi olmamışlardır. Yaptığımız paravertebral müdahaleden sonra hasta tamamen şifayab olmuştur. Yalnız 60 hastamız paravertebral müdahele ile yürü-

tülmüş vaziyettedir. Binaenaleyh doğrudan doğruya gelen vak'aları iki şekilde ayırıp, paravertebral mihrakın tesiriyle erken husule gelen paraplejiler veya definitif paraplejiler diye ayırıp ona göre müdahale etmek doğrudur. Müdahale mümkün olduğu kadar erken yapılmalıdır. Geçen zaman medülla üzerinde tahribatını ilerletir ve iyileşme şansı gittikçe azalır. (Bundan sonra filimlerle bir kaç vak'a takdim edilmiştir).

Bir de efendim *Baha Oskay* beyin tebliğleri münasebetiyle ankilozan müdahaleler üzerindeki düşüncelerimi arzetmek istiyorum. Ankilozan müdahaleleri biz hiç bir zaman tüberkülozun tedavisini temin eden bir müdahale olarak kabul etmiyoruz. Kemik tüberkülozunun ilk tedavisi evvelâ mihrakın ortadan kaldırılması, sonra antibiyotik yapılmasıdır. Eğer ankilozan müdahale, paravertebral apseli veya mihrakı devam eden faal bir hastalık üzerinde yapılacak olursa ya doğrudan doğruya grefin elimine olmasiyle veya rezorpsion ile neticelenir; hiç bir netice alınmaz ve ileride hastada bir paraplejiye sebeb olabilir. Biz ankilozan müdahaleye tedavi edici bir metod olarak değil, ancak ileri derecede çöküntülerin ve mekanik çöküntünün ilerlememesi için icabediyorsa ancak jibozitenin artmamasını temin eden bir emniyet çivisi olarak yapılması taraftarıyız. Yoksa hasta br mideye yemek yedirme suretiyle besler gibi hasta bir kemiğin üzerine tedavi yapmak da yanlıştır.

Muhterem *Akif Şakir* bey hocamızın gayet enteresan ve kendisiyle tamamen mutabık olduğum tebliğlerine gelince, biraz evvel arzettim ki Kastet usulü yani mihraka bilâhare antibiyotik zerketme usulü iyi bir usuldür fakat, ben Kastete bizzat gittim kendi vak'alarını gördüm. Halen bu usulü terkettik. Biz doğrudan doğruya mihrakı açıyoruz temizleyerek primer dikişle kapıyoruz, sonra da parenteral antibiyotikle vasküler vasfını kazanmış olan nesce direkt olarak tesir ediyoruz. Yalnız *Akif Şakir* bey hocamla bir noktada mutabık değilim, müdahalenin erken yapılmasının aleyhinde oldukları görülüyor, stabilize olmasını beklemek lâzımdır diyorlar. Bence müdahale ne kadar erken yapılacak olursa tokseminin ve enfeksiyonun bir an evvel önüne geçmek kabil olur. Ekserez boşluğuna greffon veya plomb koyma usulleri vardır. Müteaddit müellifler bu usulleri tatbik etmişlerdir. Fakat biz hiç bir zaman ne greffon ne de plomb koymadık buna rağmen gayet iyi neticeler aldık.

Muhterem *Münir Ahmet* beyefendinin şimdi mevzuubahis ettikleri hasta hastalığının başından beri her 15 günde bir filim alınarak kontrol edilmiştir. (Sonra filimler üzerinde izahat verilmiştir).

SERBEST TEBLİĞLER

•

20 - Şubat - 1957

ONBİRİNCİ CELSE

ANTİBAKTERİYELLER MUVACEHESİNDE MÜDAHALEKÂR TEDAVİLERİN DURUMU

Dr. TEVFİK İSMAİL GÖKÇE

Kongremizin klinik mevzularından birini teşkil eden «Antibakteriyeller muvacehesinde rezeksiyonun durumu»'nu esaslı bir şekilde tetkik ve tesbit edebilmek için antibakteriyellerin umumî tüberküloz tedavisinde yaptığı değişiklikleri gözden geçirmeğe zaruret gördüğümden tebliğime bunu esas ittihaz ettim.

Tüberkülozda hijyeno-diyetetik tedaviden sonra tıbbî ve cerrahî kollaps usulleri uzun seneler başarı ile ve en çok tatbik edilen tedavileri teşkil etmişlerdir. Memleketimiz de bunlardan geniş ölçüde istifade eden memleketlerden biridir. Memleketimizin en kıdemli ve büyük müessesesi olan Heybeliada Sanatoryumuna ait bir istatistikle bunu teyid etmek isterim. Bu istatistikte görüldüğü gibi 1924-1945 arasında 9300 hastaya ait istatistikte pnomotoraks tedavisine tabi hasta sayısı %39'u ve umumî kollaps %42,6'yı teşkil etmiş ve bu nisbet gittikçe artarak 1946-1951 senelerinde 10040 hastada %53 ve %62'2 yi bulmuştur.

Diğer bazı memleketlerde ise bu nisbetin çok daha yükseklere çıktığı görülüyordu. Bizim bu nisbetlere çıkamamış olmaklığımızın sebebi vak'aların mühimce bir kısmının geç ve ilerlemiş bir halde elimize gelmesinden ve müdahale imkânlarının kalmamış olmasından ileri geliyordu.

Kollaps tedavilerinin en başında gelen ve en çok tatbik edilen sun'î pnomotoraks yarım asır müddetle akciğer tüberkülozunun tedavisinde hemen tamamiyle rakipsiz diyebileceğimiz bir şekilde hükümran olduktan sonra İkinci Dünya Harbinde ilk defa taarruza uğradı. Filhakika harb bitip de, dünyada umumî münasebetler baş-

ladığı zaman, Amerikada pnomotoraksa karşı bir hareket başladığına şahit oluruz. Burada büyük istatistik materyeline dayanılarak pnomotoraks endikasyonlarının, neticelerinin sabit olmaması, ihtilâtlarının fazlalığı ve tedaviden sonra bıraktığı nefes noksanlığı sebebiyle, esaslı bir surette tahdit edilmesi ve onun yerine uzun istirahat tedavilerinin, pnömoperiton ve cerrahî müdahalelerin ikamesini tavsiye edenler çoğalmış ve buna uyan tatbikata geçilmiştir.

Avrupanın fitizyoloji sahasında tanınmış ve salâhiyetli otoriteleri, hemen müttefikan, bu noktai nazarı kabul etmediklerini ve pnömotoraksın eski kıymetini tamamiyle muhafaza ettiği kanaatini izhar etmişlerdir. Meselenin ehemmiyeti nazarı itibara alınarak 1950'de Kopenhag'da toplanmış olan Ünyon enternasyonalin 11'inci kongresine klinik mevzu olarak kollaps tedavilerinin ve tahsisen pnömotoraksın endikasyonu seçilmiştir. Bunun raportörlüğünü dünyaca tanınmış iki fitizyolog, doktor *Rist* ve Prof. *Etienne Bernard*, üzerlerine almışlardır. Bunlar pnomotoraks muarızlarının ileri sürdükleri delilleri birer birer çürüterek ve kendilerinin iyi tetkik edilmiş klinik vak'alarına dayanarak pnömotoraksın eski kıymetini muhafaza ettiği neticesine varmışlar ve hemen kongrenin bütün azası da bu telâkkiye katılmışlardır.

Türkiye adına korapörtör olarak iştirak ettiğim bu kongreye takdim ettiğim koraporla biz de bu kanaatı izhar etmiştik.

Fakat ne raportörlerin büyük bir talâkatle yaptıkları müdafaa, ne de kongrenin büyük bir ekseriyetinin, hattâ tamamının diyebiliriz, bu kanaata iştirak etmeleri pnömotoraksı kurtaramamış, antibakteriyellerin tüberküloz tedavisinde tatbikat sahasına girmeleri ve geniş mikyasta tatbik edilmeleri pnömotoraksı yarım asırdan beri muhafaza ettiği tahtından indirmiştir.

Pnömoperitonun büyük nisbette tatbik edilmeğe başlaması ve toraks cerrahisinde teknik ve narkozdaki tekâmül ve antibakteriyellerin ihtilâtları önlemesi sebebiyle rezeksiyonların geniş ölçüde yapılmaları imkânlarının artması da pnömotoraksın endikasyonunun tahdidinde mühim bir rol oynamışlardır.

Antibakteriyellerin pnömotoraksın ideal endikasyonları olan taze ve nisbeten mahdut lezyonlu vak'aları bir müdahaleye lüzum kalmadan iyi etmeleri bu endikasyonların azalmasında çok müessir bir âmil olmuşlardır. Halkın verem hakkındaki bilgilerinin artması sebebiyle erkenden müracaat etmeğe başlamaları ve hattâ hekim tavsiye etmeden röntgen çektirmeye baş vurmaları ve kitle depistaj usulleriyle vak'aların çok erken teşhis edilmeleri imkânlarının artması bu şekilde sade antibakteriyel ile iyi olabilecek vak'aların sayısını artırmıştır.

Mahdut kaviter vak'alarda lezyonun rezeksiyon ile bertaraf edilebilmesi de, bilhassa bazı memleketlerde, pnömotaraks endikasyonunu tahdit eden sebeplerden olmuştur.

Diğer taraftan evvelce pnömotoraks için nisbî bir endikasyon teşkil eden, ekseriya kısmî bir pnömotoraks halinde kalan ve likit ve ampiyem ihtilâtlarını mucip olan geniş lezyonlu ve iki taraflı vak'alarda pnömotoraks yerine, pnömoperiton yapılması da pnömotoraks tatbikatının azalmasında müessir olmuştur. Pnömoperiton tatbik ve idamesinin kolaylığı, ihtilâtlarının pnömotaraksa nisbetle daha az olması bu usulün tamiminde müessir olmuştur.

Mamafih antibakteriyeller pnömotoraksın evvelce çokça görülen ihtilâtlarını hemen yok denilecek bir hale getirmiş ve yüzde yüz müessir bir tedavi usulü haline girmiştir. Ancak biraz evvel arzettiğim sebeplerle ancak sayısı çok mahdut vak'alarda tatbik edilir bir hale gelmiştir.

Buna mukabil ilerlemiş vak'alarda pnömoperiton çok sayıda yapılmaya başlanmıştır. Bazı memleketlerde çok fazla tatbik edilmektedir. Memleketimiz de bunlardan biridir. Memleketimizde pnömotoraks ve pnömoperiton nisbetlerini göstermek üzere bir kaç istatistik vereceğim.

İki numaralı cetvelde ve bir numaralı grafikte Heybeliada Sanayoryumunda muhtelif devrelerde pnöomtoraks ve pnömoperiton nisbetlerini görüyorsunuz. Burada görüldüğü gibi 1924-1945 senelerinde mevcut hastalara göre pnömotorakslılar nisbeti yüzde 39 iken yükselerek %53'e çıkıyor ve ondan sonra düşerek 1955'de %4.7'yi bulur. Buna mukabil pnömoperiton %1,0 iken yükselerek 1955'de 40,5'u bulur.

Pnömoperiton tek tük bazı taze vak'alarda, hattâ kaviteli olduğu halde yalnız başına netice vermiş olmasına rağmen, bunu başlı başına müstakil bir tedavi vasıtası olduğuna kani değiliz ve bunu tatbik ettiğimiz vak'alarda muhakkak antibakteriyelleri de birlikte kullanmaktayız. Ve bu tedavinin vak'anın eksütatif, hâd safhasını geçirmek ve diğer müdahalelere hazırlamak için kullanılması icab ettiği kanaatindeyiz ve bu maksatla tatbik ediyoruz.

Ekstraplöral pnömotoraks ilk tatbik edildiği zamanlar mühim ihtilâtları dolayısiyle terkedilmiş ve ancak bazı kliniklerde mahdut

bir şekilde tatbik edilen bir müdahale halini almış iken antibakteriyellerin meydana çıkması ve bunların ekstra plörale ait ihtilâtları azaltması, çok geniş mikyasta tatbik edilmesinde âmil olmuş, lâtin memleketlerinde ve bilhassa İtalyada büyük nisbette tatbik sahası bulmuştur. Bizde de Heybeliada Sanatoryumunda bilhassa 1951 - 1953 senelerinde oldukça fazla miktarda (245 vak'ada) tatbik edildikten sonra birdenbire terkedilmiştir. Bunda da pnömotoraks endikasyonlarını tahdit eden âmiller müessir olmuştur.

Trokoplasti akciğer tüberkülozunun cerrahî kollaps tedavisinde öteden beri büyük rol oynamış bir tedavi usulüdür. Pnömotoraks tatbik edilemiyen veya onunla netice alınamıyan vak'alarda tercihan baş vurulan bir usuldür. Bugün de kıymetini muhafaza etmekle beraber rezeksiyonlar, mahdut lezyonu tamamiyle bertaraf etmek, bilhassa göğüste deformasyonlar yapan büyük kaburga parçaları çıkarmaktan sakınmak ve nefes bakımından daha müsait olmak itibariyle, trokoplasti endikasyonu olan vak'aların mühim bir kısmında, onun yerine geçmek istidadını göstermektedir.

Rezeksiyona gelince, bu tedavi usulü radikal olması, antibakteriyeller, ameliyat sonrası ihtimamlar ve bilhassa aspirasyonlar sayesinde ihtilâtlarının az olması, segmanter veya lober, yalnız hasta kısma tevcih edilmesi gibi sebeplerle son senelerde âdeta mübalâğalı denilebilecek bir şekilde tatbik edilmeğe başlanmıştır. Her yeni tedavide olduğu gibi buna da büyük bir inhimak gösterilmiştir. Bir kaç nodülü ve hattâ sekel halinde bulunan lezyonların bile, ileride aktive olması ihtimaliyle, çıkarılmasını iltizam edecek kadar ileri gidenler olmuştur.

Bir çok göğüs cerrahları istirahat ve antibakteriyellerle uzun zaman geçirilmemesi ve kısa bir antibakteriyel tedavi yapıldıktan sonra müdahale edilmesi, rezeksiyon yapılması, taraftarıdırlar.

Diğer tedavilerle bertaraf edilmesi mümkün olmıyan ve ekseriya genişliği bir lobu aşmıyan stablize, kalın cidarlı kaviteli lezyonlar, bunların bronşta tıkanma ve bronşektazi ile birlikte olanları, bilhassa ensüfle kaviteler ve kısmen taayyün etmiş tüberkülomlar rezeksiyonun idea endikasyonlarını teşkil etmektedirler.

Tüberkülozda pnömonektomiyi daha ziyade nisbî bir endikasyon telâkki etmek doğrudur.

Rezeksiyonlardan alınan ilk ve yakın neticeler bütün dünyada

olduğu gibi bizde de çok iyidir. Bu neticeler her halde alâkalı arkadaşlar tarafından tebliğ edileceği cihetle tafsilâta girmiyoruz. Bu neticeler, bilhassa nüksler bakımından, uzun senelerin müşahede ve tecrübeleriyle esaslı bir surette tahakkuk ettiği takdirde rezeksiyon hakikaten endikasyonu olan vak'alarda tercih edilen bir usul olarak yerleşecektir.

Tüberküloz tedavisinde antibakteriyellerin yaptığı inkılâp hâlâ devam etmektedir. Kopenhag kongresinden dört sene gibi kısa sayılabilecek bir zaman geçmesine rağmen 1954'de Madrid'de toplanan Ünyon Enternasyonalin 13'üncü kongresine yine bu meselenin mevzu olarak seçilmiş olması bunun delilidir.

Antibakteriyellerin kombine bir halde ve uzun zaman, aylar ve senelerce, kullanılmaları usul ve imkânlarının meydana konulması ve yeni antibakteriyellerin eskilere katılması ile antibakteriyellerin tedavi endikasyonlarında meydana getirdikleri değişiklikler devam etmektedir.

Filhakika antibakteriyel tedavinin entansif bir şekilde ve devamlı olarak kullanılması hiç beklenilmiyen neticeler vermekte ve böylece her türlü müdahale endikasyonlarını tahdit eder görülmektedir. Artık mukavemet meselesi üzerinde de fazla durmaya zaruret yoktur. Antibakteriyellerin kombine olarak kullanılmasının ve bu kombinasyonların değiştirilmesinin tesirleri ile, tedaviye bir çok aylar devam edilebilmektedir. Ve hattâ ayrı bir tebliğde arzedeceğimiz gibi, ilâçların bazılarına karşı mukavemet aranılır bir hâdise haline gelmiş bulunmaktadır.

Binaenaleyh bu gün herhangi bir müdahalekâr tedaviye başvurmazdan evvel, uzun müddet, aylar süren bir antibakteriyel tedavi yapmak hemen umumî denilecek bir kanaat haline gelmiş gibidir. Bu tedavi ile netice alınamadığı ve endikasyon mevcut olduğu halde müdahale etmek icab eder.

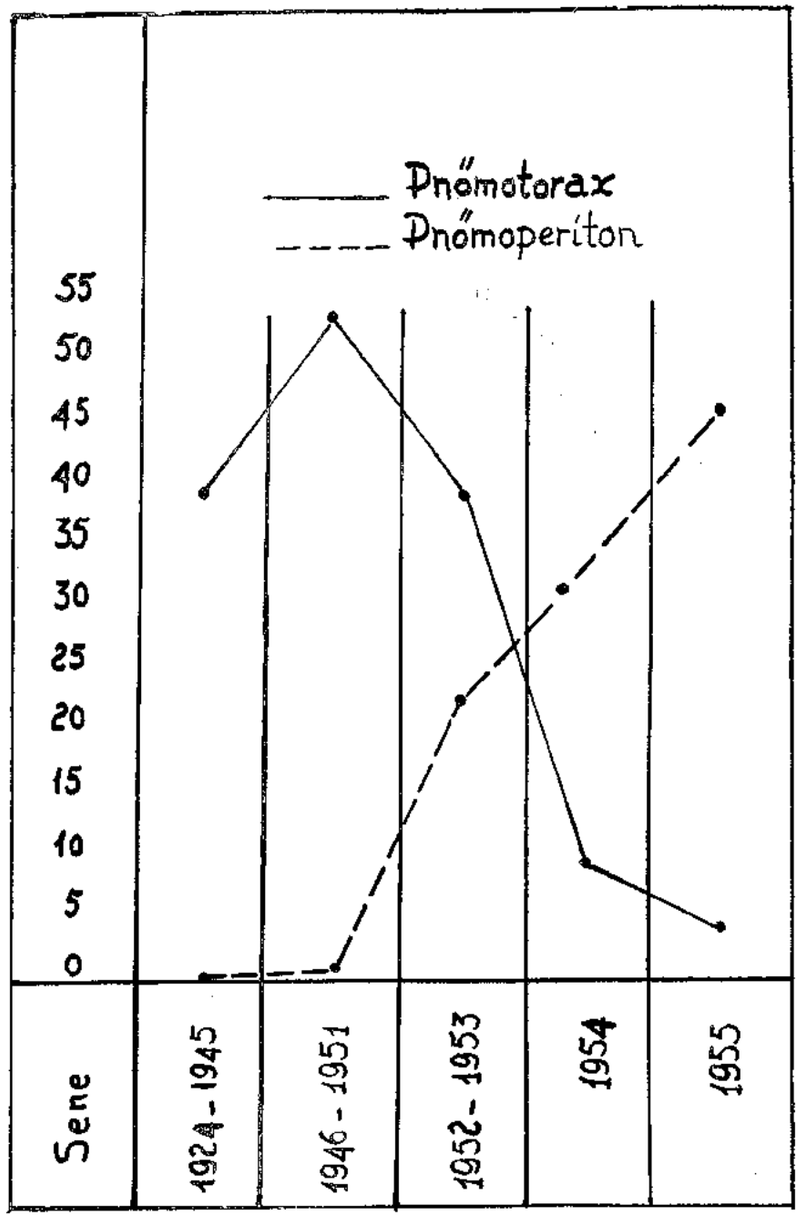
Kanaatimce bu tarzı hareketle, bu gün büyük mikyasta tatbik edilmek istidadını göstermiş olan, rezeksiyonun endikasyonlarının da ehemmiyetle tahdit edileceği ve hele yeni ve daha müessir antibakteriyellerde tedavi sahasına girdiği takdirde pnömotoraksın bu günkü âkıbetine düşmesi gibi mes'ut neticelere ulaşmanın hiç de gayrı memul olmadığını belirtmek isterim.

Senesi	Tetkik edilen hastanın umumi sayısı	Kollaps tedavisine tabi hasta sayısı		Kollaps tedavisine tabi hastaların yüzde nisbeti		
		Pnömotoraksli	Pnömoperitonlu	Pnömotorakslılar	Pnömoperitonlular	Yekün
1924-1945	9003	3533	326	39	3.6	42.6
1946-1951	10040	5368	628	53	4.2	60.2

TABLO 1

Seneler	Tetkik edilen hastanın umumi sayısı	Kollaps tedavisine tabi hasta sayısı		Kollaps tedavisine tabi hastanın yüzde nisbeti	
		Pnömotoraksli	Pnömoperitonlu	Pnömotorakslılar	Pnömoperitonlular
1924-1945	9003	3533	11	39	0.1
1946-1951	10040	5368	99	53	0.95
1952-1953	6656	2585	1988	39	22
1954	2274	216	1716	9	31
1955	2563	121	1038	4.7	40.5

TABLO 2



SUMMARY

Actual status of surgical interventions in the antibiotic era

The author reviews the actual status of surgical interventions and the indications for collapsotherapy before and during the antibiotic era. Speaking about resections, he states that they may become a procedure of choice if future results confirm present hopes. The author states finally that the preparation of new antibiotic substances as well as improvement in their mode of administration will reduce considerably the amount of indications for resection in the future.

RÉSUMÉ

L'état actuel des interventions chirurgicales en présence d'antibactériels

L'auteur passe en revue l'état actuel des interventions chirurgicales en présence d'antibactériels ainsi que les indications de pnemothorax avant et après l'ère antibactérielle. Il passe ensuite aux resections et affirme qu'elles deviendront une intervention de choix si les résultats futurs confirment les espérances actuelles. L'auteur conclut en disant que la préparation de nouveaux produits antibiotiques ainsi que l'amélioration de leur mode d'administration est de nature à réduire le nombre d'indications pour résection dans l'avenir.

İşçi Sigortaları Kurumu
Süreyyapaşa Sanatoryumu
Başhekim
Dr. Abit Köymen

TÜBERKÜLOZUN MESLEKLERLE MÜNASEBETİ HAKKINDA DÜŞÜNCELER

Dr. ABİT KÖYMEN *Dr. YAŞAR GÜNSAL*

İşten mütevellit hastalıklarda, sigortalılara yüksek malûliyet primleri ödenmesi, bir çok iş kolunda, tüberkülozluları, hastalıklarını çalıştıkları mesleklere atfetmelerine sebeb olmaktadır. Aşağı yukarı her işçi yaptığı işin ağırlığına göre, yakalandığı tüberkülozu işin vasfına bakmaksızın, mesleğine atfeder.

Bu hal uzun ekspertizlere, bazan dâvalara ve ekseriya yüksek Sağlık Şûrasının halledeceği meselelere sebe olur.

Sanatoryumumuz da, defalarca bu mevzudaki ekspertizlerde hakem vaziyetinde kalmıştır.

Tıbbî bakımdan tüberkülozu favorize eden meslekler klâsik olarak çok mahduttur. Silikozis tevlid eden mesleklerin, amyant sanayiinde çalışanların, nihayet tüberküloz tedavi müesseselerinde çalışan personelin tüberkülozları tıbbî mânada meslek hastalığı sayılabilir. Ancak, mevzuatımız «işin yürütümünden mütevellit husule gelmiş» hastalıkları da meslek hastalığı saydığı için bu meselede bir çok ihtilâflar doğmaktadır.

Hastalarımızın, muhtelif iş kollarındaki işçiler oluşu, bizi, en çok hangi işyerinden hastaların geldiğini ve bunlarda mesleğine göre şifa nisbetlerinde bir değişiklik olup olmadığını araştırmaya sevketti.

Tetkik mevzuu olarak sanatoryumumuz arşivinde mevcut bir ilâ bin protokol numarasındaki taburcu edilmiş olan bin hasta dosyası alınmıştır. Bu bin vak'anın 600 kadarı, verifiye teşhis konmuş, tüberküloz vak'alarını, diğer kısmı ise prevantoryum hastalarını ve diğer hastalıkları teşkil ediyordu. Şu halde araştırmalarımızı bu 600 kadar dosyaya hasretmiş bulunuyoruz.

Böyle bir araştırmada neticeye vasıl olabilmek için, icra bakımından birbirine yakın olan meslekleri bir grupta toplamak mecburiyetinde kaldık. Yapılan her işi ayrı bir meslek olarak telâkki etmek ve yüzlerce iş hususiyetini tesbit etmek, bu travayı muğlak bir hale sokacaktı. Böylece 19 meslekî iş kolu tefrik edilmiş ve hiçbir mesleğe dahil olmayan ve her işi görebilen hastalar da non kalifiye işçi olarak 20'nci gruba dahil edilmişlerdir.

		Tekstil sanayii işçisi	Non kalifiye işçi
Hasta adedi	:	101	54
Nisbet	:	%16	% 9
İyileşenler	:	92	48
Çalışamıyanlar	:	9	6
Malûliyet nisbeti	:	% 9,1	%11,8

Fırın işçisi	İ. E. T. T. işçisi	Tütün işçisi
48	46	45
% 8	% 7,6	% 7,5
43	42	37
5	4 (1 vefat)	8
% 9,6	% 7,8	%15

Kimya sanayii işçisi	Ağır demir sanayii işçi.	Lâstik, kauçuk işçisi
39	36	29
% 6,5	% 6	% 4,8
32	31	26
7	5	3
%17,7	%13,9	%10,3

Kömür madeni işçisi	Makine motör işçisi	Lokanta, bar işçisi
29	28	22
% 4,8	% 4,6	% 3,6
25	26	21
4	2	1
%13	% 7	% 4,5

Madenî eşya işçisi	Şeker, çikolata işçisi	Deri, kösele işçisi
19	19	21
% 3,1	% 3,1	% 3,5
18	15	17
1	4	4 (1 vefat)
% 5,2	%21	%19

Şişe, cam işçisi	Kereste doğrama işçisi	Çimento, taş işçisi
10	17	18
% 1,6	% 2,8	% 3
4	16	16
6	1	2
%60	% 5,8	%11

Kaptan	Terzihane işçisi	Matbaa işçisi
3	6	10
% 0,5	% 1	% 1,6
3	6	9
0	0	1
0	0	%10

Yukardaki gösterildiği üzere en çok hasta, tekstil sanayiinden gelmektedir ki umumî rakama nisbeti %16'dır.

İkinci seriyi muayyen bir san'atı olmayan işçiler teşkil etmektedir ki, sanatoryumumuzun diğer bir travayında, tüberkülozun en çok böyle değişik işler yapan non kalifiye işçilerde olduğu gösterilmiştir.

Üçüncü dereceyi fırın işçileri teşkil etmektedir ki bunun üzerinde bilhassa durmak istiyoruz. Mevzuatımızda bu işçilerin tüberkülozunun meslek hastalığı sayılabileceğine dair bir kayıt vardır. Yüksek Sağlık Şûrasının bazan bu hastalığı meslek hastalığı olarak saydığı, bazan da saymadığı müşahede edilmiştir. Bir gıda sanayiinde çalışan bu işçilerin yüksek tüberküloz musabiyeti, üzerinde ehemmiyetle durulması gereken bir mevzudur.

Diğer bir sırayı işgal eden tütün işçileri de tozlu muhitte çalıştıkları iddiasiyle hastalıklarını meslek hastalığı olarak ileri sürmekte iseler de sanatoryumumuz bu iddiayı kabul etmemektedir.

Lokanta ve bar işçileri %3,6 nisbetinde tüberküloz musabiyeti arzetmektedir. Bunların meslek hususiyetleri muntazam bir yaşayışa imkân bırakmamakta; bu da belki tüberkülozu kolaylaştıran sebeplerden biri bulunmaktadır. Netekim İngiltere'de yüzbin kişi üzerinde yapılan bir istatistikte bu meslekte tüberkülozdan ölenlerin yekûnu 417 gibi yüksek bir rakam göstermektedir.

Taş ocakları ve çimento sanayii işçileri de %3 nisbetinde bir musabiyet göstermektedir. Mesleklerinde eskimiş taş yontucularında tüberküloz, silikozisin teessüsü isbat edilmek şartiyle, sanatoryumumuzda meslek hastalığı kabul edilmektedir.

Diğer mesleklere ait tüberküloz musabiyet nisbeti de yukardaki tabloda gösterilmiştir.

Burada problem, «işin yürütümünden mütevellit husule gelmiş» tüberkülozun meslek hastalığı olup olmadığıdır. Bizim anlayışımıza göre, iş yerlerinin hijyenik evsafı haiz olmaması, fazla mesai, noksan gıda, tüberkülozu favorize eden faktörler ise de burada meslek masum olup, hastalık halinde iş verenin kabahatini aramak icab eder. Netekim lâstik sanayiinin, tramvay biletçiliğinin ve buna benzer birçok mesleğin iyi şartlar içerisinde icrası halinde tüberküloz hastalığını kolaylaştırdığı iddia edilemez.

Yalnız bu travayın zayıf bir tarafını belirtmek lâzımdır: Hasta olan işçi sayısı elbetteki, bu iş kolunda çalışan bütün işçilerin adediyle mütenasiptir. İddia edilebilir ki meselâ Türkiyede tekstil sanayiinde çalışan işçi adedi çok fazla olduğu için bu sanat koluna bağlı olan hasta sayısı da yüksek görülmektedir.

Netice olarak, tüberküloz için ancak birkaç iş kolu meslek hastalığı olarak kabul edilebilir. Diğer bütün mesleklerde tekniğin ve tıbbın emrettiği hijyenik şartlar yerine getirilirse tüberkülozu kolaylaştıran vasıfları da ortadan kalkacaktır.

SUMMARY

Some considerations on the relationship between tuberculosis and various professions

Tuberculosis may be considered a professional disease only in the case of a few selected skills or professions. In all other occupations, the strict adherence to hygienic rules prescribed by the technique of the profession as well as compliance to medical advice eliminate entirely the factors favorizing tuberculosis.

RÉSUMÉ

Reflexions sur les relations entre la tuberculose et les divers métiers

La tuberculose peut revendiquer le titre de maladie professionnelle seulement pour quelques branches de métiers. Dans toutes les autres professions, l'application des règles hygiéniques prescrites par la technique du métier ainsi que les conseils médicaux suffisent à éliminer tout facteur favorisant la tuberculose.

İşçi Sigortaları Kurumu
Süreyyapaşa Sanatoryumu
Başhekim
Dr. Abit Köymen

TÜBERKÜLOZDA ŞİFA VE ŞİFAYI TÂYİN EDEN FAKTÖRLER

Dr. ABİT KÖYMEN *Dr. CELÂL CANDİLER*

Tüberkülozda şifanın tarifi ve şifa teşhisinin istinat ettiği faktörlerin, bilhassa antibiyotik ve toraks cerrahisinin inkişafından sonra çeşitli problemler arzettiği bir vakıadır. Tüberkülozda vasıl olunabilecek şifanın karakteri hakkında hekimlerin mutabık olduğu iddia edilemez. Bu düşünceler bizi de sanatoryumumuz materyeli üzerinde bu mevzuda bir çalışma yapmaya sevketti. Sigorta mevzuatı itibariyle tedavi gören her hastanın muhakkak nihaî bir sağlık kurulu kararı ile taburcu edilmesi, nüks ve kontrol vak'alarının teşkilât itibarı ile muhakkak sanatoryumumuzdan geçmesi, böyle bir mevzuun sanatoryum arşivinde tetkik edileceği fikrini haklı göstermiştir. Burada meseleyi iki safha halinde alıyoruz:

1. Tüberkülozda şifa nedir?

2. Şifa teşhisinin istinat ettirileceği emin, klinik, radyolojik ve bakteriyolojik elemanlar hangileridir?

1. Tüberkülozda hastalığın vasfı modern tedavi vasıtaları karşısında şifa telâffuzuna müsait görülmektedir. Buna delil olarak sanatoryumumuzun diğer bir travayında tedavi gören 2000 vak'a üzerinde şifa teşhisinden sonra nüksle gelen vak'aların %3,75 (75 hasta) gibi küçük bir nisbet göstermiş olmasıdır. Şu halde tüberküloz zamanımızda şifa bulan bir hastalıktır. Tabiatiyle bu şifa anatomik bakımından her zaman «Ad-İntegrum» bir şifa değildir.

2. Şifa teşhisinin istinat edeceği faktörlere gelince:

Bu çalışma için arşivimizden eski hastalarımıza ait protokol numaraları 1'den 1000'e kadar olan dosyalar tetkik mevzuu olarak ele alınmıştır. Bu dosyalar arasında girişlerinde müsbet basil ve aşikâr radyolojik ve klinik tüberküloz lezyonu gösterip de tedavi sonu şifa teşhisi ile işlerine iade edilmiş ve halen kontrolumuz altında çalışma-

larına devam eden hastalardan 224 vak'anın dosyası mevzuun tetkikine müsait görülmüştür. Bu 224 hastadan 25 hastanın 2-3 sene sonraki kontrol radyografileri ve klinik, lâboratuvar muayeneleri bulunuşu mevzuun incelenmesine yardım etmiştir.

Tetkik konusu olan 224 hastanın tedaviden uzunca müddet sonra çalışmalarına devam edebilmesi ve bu çalışma sahasının daima hekim ve sanatoryumumuz kontrolu altında bulunuşu bu hastalar için telâffuz edilmiş olan şifa teşhisinin yerinde olduğunu gösterir.

Biz bu hastalarda mevcut semptomların giriş ve çıkışlarını mukayeseli olarak aşağıdaki cetvelde topladık:

Vak'a adedi	BK Giriş +	BK Çıkış —	Sedimantasyon (1'inci saatte) Giriş					Sedimantasyon (1'inci saatte) Çıkış		
224	müsb.	menfi	normal	15-25	25-50	50-100	100-N	norm.	15-25	25-50
% mikt.	224	224	48	44	64	54	15	187	30	7
				176				%84	13%	%3

224 hastanın hepsi girişte müsbet basilli idi, çıkışta hepsi B.K. menfi olarak çıkmışlardı. Sedimantasyonları girişte: 176 vak'ada müteserri, 48'inde çeşitli faktörlere bağlı olarak normal bulunmuştu.

Sanatoryumdan çıkışlarında teferruatlı cetvelde gösterildiği gibi 187'si yani vak'aların %84'ünde sedimantasyon sür'ati normale avdet etmiş bulunuyordu. Vak'aların 30'unda orta derecede bir sür'at, 7'sinde aşikâr bir teserrü görülüyordu. Şu halde bakteriyolojik netice ve sedimantasyon sür'ati şifa teşhisinde mühim bir faktör olarak belirmektedir. Hastaların kilo durumları da gözden geçirilmiştir.

Vak'a	Kilo alanlar	Aynı kiloda kalanlar	Kilo verenler (en çok 4 kg.)
Ad. 224	207	10	6
% nisbeti	%92.5	%4,5	%3

Cetvelde görüldüğü gibi 224 vak'anın 207'si (%92.5) girişlerine nazaran aşikâr kilo almışalrdır. 10 vak'a (%4.5) giriş kilolarını muhafaza etmiş, 6 vak'a (%3)'da cüz'i bir kilo kaybı vardır. Şu halde kilo almış olmak da %92,5 gibi bir nisbette şifa fenomenini teşkil eden esaslı faktörlerden biridir.

Radyolojik bulgular aşağıdaki cetvelde gösterilmiştir.

Rad. Bul. (Girişte)				Çıkış rad. Bulgu.					
Adet	Kavite	Enfiltrasyon	Fibröz	Tam silinme Hiler dolgunlukla müterafık	Aşikâr hiler dolgunluk	Yıldız şeklinde imaj	Fibröz imaj	Mikst form	Kist
224	160	45	19	70	32	20	62	17	23
%				%31	%14,25	% 9	%27	% 7,75	%11

Tetkik konusu olan 224 vak'anın 160'ı kaviteli, 45'i enfiltratif formda, 19'u fibröz reaksiyonların hâkim olduğu bir manzarada idi. Bu vak'aların çıkış radyografilerinin 70'inde hiler reaksiyonla müterafık tam silinme, 32'sinde aşikâr hiler dolgunluk, 20'sinde yıldızvâri nedbe, 62'sinde fibröz reaksiyon, 17'sinde mikst form, ve 23'ünde de sekel vasıfta kistik imajlar tesbit edilmiştir. Akciğer grafilerinde görülen imajların faal olup olmadığı klinik ve lâboratuvar bulguları ile kontrol edilmesi mûtaddır. Vak'aların hepsinde klinik ve lâboratuvar olarak da şifa delilleri mevcut olduğuna göre bu radyolojik imajların stabil vasfını kontrol için diğer bir faktöre - zaman faktörüne - baş vurduk. Böylece bu 224 vak'anın 25'inin 2-3 sene sonraki radyolojik kontrollarını çıkış filimleriyle mukayese ettik, hemen şunu ilâve edelim ki bu hastaların 2-3 sene sonraki klinik ve lâboratuvar muayeneleri şifanın tam mânasiyle devamını gösteriyordu.

Çıkış rad. bulguları (1-2-3 sene)					Muahhar rad. kontrol (25 vak'a)				
Tam silinme	Aşikâr hiler dolgunluk	Yıldızvâri şekil	Fibröz imaj	Mikst form	Tam salâh	Aşikâr hileler	Yıldız Ş. imaj	Fibr.	Mikst form
10	3	4	7	1	10	3	4	7	1

Cetvelde görüldüğü gibi bu 25 vak'anın çıkış, radyolojik imajlariyle 2-3 sene sonraki muahhar kontrollarında aynı radyolojik manzaralar görülmektedir, esasen sanatoryumumuzun diğer bir travayında bu husus daha teferruatlı olarak tetkik edilmiştir.

Bütün bu tetkiklerden çıkacak netice şudur ki: Tüberkülozda şifa teşhisinde daha ziyade objektif bulgulara kıymet verilmiş ve bilhassa bakteriyolojik bulgular, kan sedimantasyon sürati, kilo almak ve stabil vasfı isbat edilmiş radyolojik bulgular ön plânı almaktadır.

Sübjektif şikâyetlerin kıymetine gelince: Şifa teşhisinin teyidinde hastanın moraline, umumî kültür seviyesine, hassasiyetine bağlı olan bu kabil faktörlerin büyük bir kıymet taşıdığını zannetmiyoruz.

Fizik bulguların kıymetine gelince: Gerek perküsyon, gerekse oskültasyonla elde edilen neticeler hastalığın teşhisi bakımından kıymet taşısalar bile şifanın teşhisinde büyük bir rol oynamazlar, meselâ bir plevra kalınlaşması şifaya rağmen ilânihaye bir matite sahasını devam ettirir. Oskültatif ârazlar da bu gibi mülâhazalarla şifanın teşhisi için mühim elemanlar değildirler.

SUMMARY

Factors influencing the proportion of cures in tuberculosis

The medical records of 1000 patients hospitalized at the Süreyya Paşa sanatorium have been studied and the various factors leading to a conviction of cure are presented and analyzed.

RÉSUMÉ

Facteurs influençant la proportion de guérison en tuberculose

Les dossiers relatifs à 1000 malades du Sanatorium Süreyya Paxa ont été examinés et les divers éléments sur lesquels se base une conviction de guérison sont analysés.

İSTANBUL ŞEHREMİNİ VEREM DİSPANSERİNDE SON BEŞ SENEDE BAKTERİYOSTATİKLERLE BERABER YAPILAN PNEUMOPERİTUVANDAN ALINAN NETİCELER

Dr. EŞREF BARKAN

Akciğer tüberküloz tedavisinde pnömoperituvan tedavisini hastalara ilk defa 1931'de tatbik eden *Banayai* olmuştur. 1935 senesinden sonra da Avrupa memleketlerine yayılmış, halen de Anglo-Amerikan memleketlerinde ve Almanya'da fazla revaçtadır.

İtalyada, 1955-1956 senelerinde çalıştığım 3 bin yataklı Forlanini enstitüsünde, tüberküloz tedavisinde, direkt tedavi metodlarının endirekt tedavi metodlarına tercih prensibi kabul edilmiş ve pnömoperituvan'ı da endirekt bir tedavi metodu olarak saydıklarından, evvelce tatbik ettikleri bu tedavi tarzını şimdi terketmiş olduklarını bizzat müşahede ettim.

Memleketimizde ise ilk defa 1937'de yalnız 6 vak'aya münhasır kalmak üzere, Heybeliada Sanatoryumunda başlanmış ve tatbik edilmiş, bilâhara terkedilmiştir. 1947'de aynı müessesede bir gece nöbetim esnasında, birinci binada iki taraflı ağır bir tüberkülozlu erkek hastanın, bütün kan kesici ilâçlarla durdurulamayan hemoptizisine karşı pnömoperiuvan tatbikime müsaade ısrarımın reddedildiğini, hastanın terki hayat ettiğini bu gün de hatırlarım. 1949'da ise aynı müessesede tekrar başlanmış ve bundan sonra da Türkiyede diğer tedavi müesseselerinde hızla gelişmiştir. 1955'de neşrettiğim bağırsak tüberkülozu kitabında pnömoperituvan endikasyonu ve tesirlerinden etraflı bilgiler vermiştim.

Bu gün huzurunuza arzettiğim, son beş yıldan beri muntazaman takip, tedavi ve kontrollarını yaptığımız 65 pnömoperituvanlı hastaları çalışmalarımıza esas tuttuk. Bunlar:

1. Cins bakımından :	41	(%63.07)	erkek	
	24	(%36.03)	kadındırlar.	
2. Yaş bakımından :	10-20	arasındakiler	15	(%23.07)
	20-30	»	26	(%40.00)
	30-40	»	12	(%18.15)
	40-50	»	7	(%10.76)
	50-60	»	5	(% 8.2)'dir.

3. Yanlış veya doğru, dispanserlerde pneumo başlanmasına müsaade edilmemesi prensibi vardır. Bu itibarla bizce pnömoperituvan başlanmasına lüzum görülenlerin, başlanması için gönderdiğimiz müesseselerde %96 nisbetinde bu endikasyonda mutabakat olduğunu gördük. Buna mukabil başka müessesede başlanıp müteakıp ensüflasyonları tarafımızdan yapılmak üzere bize gelen hastaların bu endikasyonlarını münakaşaya lüzum görmeden devam ettikse de bilâhara bunlara %8 nisbetinde başka müdahalelerin ilâvesinde mecburiyet hasıl olmuştur.

4. Gerek başlatılmak üzere ve gerekse başlanmış gelmiş bütün hastalarda bidayette basilleri direkt müsbettiler.

5. Bütün vak'alar gerek pnömoperituvana başlamadan evvel gerekse başalrken ve gerekse başladıktan sonra gerektiği kadar antibiyotik almışlardır.

6. Gerek başlanmasını sağladığımız ve gerekse başlanmış da bize gelmiş hastalarda ilk yapılan sedimantasyonları asgarî bir saatte 20 milimetre üstünde idiler.

7. Radyolojik olarak bidayette:

Bir taraflı lezyonu olanlar		: 18	(%28)
İki » » »		: 47	(%72)'dır.
Bu lezyonlardan:	eksüdatif olanlar	: 40	(%61.3)
:	prodüktif »	: 11	(%16.6)
:	fibröz »	: 14	(%22.1) idiler.
Yine bunlardan :	kaviteli olanlar	: 58	(%89.24)
:	kavitesiz »	: 7	(%10.76) idiler.

N e t i c e l e r : Bunu istihsal etmek için ensüflasyonlarımızda diyafrağmın akciğer apiko-bazal kutrunun en az dörtte bir kadar yükselmesini, kısa bir tâbirle diyafragmanın normal duruşunun 4.5-5 cm. kalkmasını sağladık ve bunun için de yaz aylarında haftada bir, diğer aylarda 10-15 günde günde bir 1000 cm. hava verdik.

1. Anoreksi, vertigo gibi daha ziyade başlama komplikasyonu olma hallerine diğer ensüflasyonlarda rastlamadık. Kardiyak ve pülmoner komplikasyonlardan fazla dispine, kalp rahatsızlıklarına, spontan pnömotoraks, kavite balonlaşması, atelektazi hallerine tesadüf etmedik. İnce cidarlı kavitelerde bazan kanamalar görümüşse de kan kesicilerle kısa zamanda önlenmiş ve pnömoperituvan bu gibi vak'alarda sıklaştırılmıştır. Bu sonuncu ile kan durdurucu rolünü bariz bir surette müşahede ettik. Bazı vak'alarımızda da ensuf-

lasyon aralarını uzatmak suretiyle fayda sağlandığını ayrıca tebarüz ettirmek isterim.

Gastroentestinal ve abdominal koplikasyonlardan bulantı ve kusma, karında ağrı, kabızlık ve diyare, peritonit tüberküloza ait vasfi likit toplanmaları görmedik. Buna mukabil %4 nisbetinde asemptomatik steril su toplanmalarına şahit olduk. Calsiyum ve C vitamini vermekle zail olduklarını ve birisinde ise havayı terketmekle kaybolduğunu gördük. Bu kaybolma kısa zamanda olmuştur. Perituvan adezyonlarına iki vak'ada rastladık. Fakat bunlar hava vermemize mâni teşkil etmediler. Ensüflâsyonlarımızda su kütane anfizem, entraperitoneal hemorrajilere, iğnenin organlara girmesine veya her hangi bir damara girme neticesi ne kanülümüzde bir kanama ve ne de hava vermekle hava ambolisine tesadüf etmedik. Ensüflasyonlarımızda hiç bir zaman şırınga ile kontrolda bulunmadık ve +(3-4) üzerinde bir tazyiki görmedikçe hava vermedik. Hepsinde hava dolayısiyle bir karın şişliği sıkıntısı şikâyetini gördük. Eğilip kalkmada zorluk şikâyetlerine, az gıda almalarına sebeb olduğu iddialarına rastladık. Zamanla bunlara alıştıklarını gördük. Bilhassa karna tatbik edilen korsalarla bu şikâyetlerinin azaldıklarını ve herniye mâni olmasını müşahede ettik.

2. Direkt, teksif, kültür neticelerine göre:

Basil 18 (%37.70) menfi
47 (%72.30) müsbet devam ettiğini gördük.

3. Müteaddit kontrollar neticesinde:

Sedimentation 35 (%53.85) azalmış
13 (%20.00) haliyle
17 (%36.15) hafif artma olmuştur.

4. Tedavileri esnasında antibiyotik almayanlardan tüberküloza bağlı veya bağlı olmayan bir intandan dolayı ateş yükselmesi görülmüş, bunlardan 29 (%44.6) miktarı tüberküloza bağlı bulunmakla antibiyotik tedavisine tâbi tutulmuşlardır.

5. Tedavileri esnasında 40 (%61.55) hastada 3-7 kilo artış görülmüştür.

6. Müteakip ensüflasyonlara başlamadan evvel ölçülen vital kapasitelerinin bilâhara müteaddit defaki kontrollarında, evvelâ %10-13 nisbetinde bir düşmeyi müteakip daha bariz bir artış görülmüştür.

İlk leziyon şekilleri	Tam istifade	Az istifade	Haliyle
Bir tarafh enfiltrasyonu olanlarda	3 (%75)	1 (%25)	—
İki » »	2 (%66)	1 (%44)	—
Bir tarafta bir küçük kaviteli lezyonu olanlarda	2 (%50)	2 (%50)	—
» » müteaddit » »	1 (%44)	2 (%66)	—
» » bir orta » »	—	2 (%66)	—
» » mütead. orta » »	—	1(%100)	—
» » bir büyük » »	—	1(%100)	—
» » mütead. büy. » »	2 (%40)	1(%100)	—
İki » birer küçük » »	1 (%44)	3 (%60)	3 (%60)
» » mütead. küç. » »	—	2 (%66)	—
» » birer orta » »	—	2(%100)	—
» » mütead. orta » »	—	1(%100)	—
» » birer büyük » »	—	—	1(%100)
» » mütead. büy. » »	—	—	1(%100)
Bir tarafta enfiltrasyon, diğerinde bir küçük kaviteliler			
» » » mütead. küç. »	—	2(%100)	—
» » » bir orta »	—	1(%100)	—
» » » mütead. orta »	—	1(%100)	—
» » » bir büyük »	—	1(%100)	—
» » mütead. büy. »	—	1(%100)	—
» tarafta bir küçük kaviteli lez., diğerinde müteaddit küçük kaviteliler	—	1 (%50)	1 (%50)
» » » » bir orta »	—	1(%100)	—
» » » » müteaddit orta »	—	2(%100)	—
» » » » bir büyük »	—	1(%100)	—
» » » müteaddit büyük »	—	1 (%50)	1 (%50)
» » mütead. küçük » » bir orta kavit. lez. »	—	1(%500)	1 (%50)
» » » » mütead. orta küç. lez. »	—	1(%100)	—
» » » » bir büy. orta kv. lez. »	—	1(%100)	—
» » » » mütead. büy. kv. lez. »	—	1 (%50)	1 (%50)
» » » bir orta » » mütead. orta kv. lez. »	—	1 (%50)	1 (%50)
» » » » bir büyük kv. lez. »	—	1(%100)	—
» » mütead. büy. kv. lez. »	—	1(%100)	—
» » mütead. orta » » bir büyük kv. lez. »	—	1(%100)	—
» » » » mütead. büy. kv. lez. »	—	1(%100)	—
» » bir büyük » » mütead. büy. kv. lez. »	—	1(%33.3)	2 (%67)
» » » » mütead. büy. kv. lez. »	—	1 (%33)	2 (%67)

7. Radyolojik neticelerde ise: Hastaların yaşları, lezyonların tek veya çift taraflı olması, kavitelerin varlığı veya yokluğu, bu kavitelerin küçüklüğü veya büyüklüğü, adetleri müessir olmuştur. Tam sekelsiz radyolojik şifa görmedik. Enfiltratif olanlarda bile sekelin kaldığını gördük.

Enfiltrasyonlarda radyolojik sekelli şifa %75, az istifade %25, tek taraflı kaviteli lezyonlarda radyolojik sekelli şifa %30.90, lezyonlarda azalma %69.90, iki taraflı kaviteli lezyonlarda radyolojik sekelli şifa %6.66, lezyonlarda küçülme %66.38, haliyle kalma %26.66 tesbit edilmiştir:

Bulduğumuz bu nisbtleri, göğüs hastalıkları hastane ve sanatoryumlarında bulunan nisbetlerle mukayese edersek onlardan düşük olduğunu görürüz. Bunun hakikî sebebi, bu hastaların dispanserlerde, diğer müesseselerde görülen tıbbî alâkadan az alâka gördüğü değil, bilâkis bu hastaların bu müesseselerde buldukları hijyenodiyetetik şartların hiç birisini evlerinde bulamadıklarıdır. Zira bu hastalara haftada bir defa olmak üzere tarafımızdan sosyal servis yapılmaktadır. Bunların hiç birisinin evlerinde sıhhî şartlar görülememiş, aldıkları gıdaların gayrı kâfi oldukları, hattâ aile efradını geçindirmek için çalışmak mecburiyetinde kalanların çok olduğu görülmüştür. Bunların bir çoğuna dispanserimizden gıda yardımı yapılmaktadır.

Memleketimizdeki bu gibi müesseselerin hiç biri pnömoperituvan tedavisine tabi tuttukları hastaların şifa ânına kadar yatıramıyacaklarına göre, kendilerine daha uzun zaman, hayatla baş başa kalarak tedavileri dispanserlerde yapılanlardan alınan neticelerin hakikate daha yakın olacakları bedihidir.

Pnömoperituvan tedavisinin taze tüberküloz vak'alarında müessir olduğu ve kuturları 4.5-5 cm. olan kaviter lezyonlarda müessir olmadığı değil, onları küçülttüğü kanaatine vasıl olduk.

Ancak taze vak'alarda, kuvvetli hijyenodiyetetik terapi altında yalnız muntazam antibiyotikler verilince aynı neticenin elde edildiğini biliyoruz. Vak'alarımızın hepsi de antibiyotik aldığına göre şifa hallerinin pnömoperituvandan ziyade bunlara bağlamak akla gelmektedir. Halbuki bu hastalarımızın aldıkları antibiyotiklerin gerek maddî imkânsızlık ve gerekse bulamamak yüzünden muntazam almadıklarını, buldukça yaptırdıklarını tesbit etmiş bulunmaktayız. Bu yüzden ilerleme kaydeden vak'alarda olmuştur. Bu itibarla bunlara pneumoperitoine iştirakiyle akciğerlerinin kısmen olsun istirahata konması yardımiyle neticeler sağlanmaktadır. Bu sebep-

ten pnömoperituvanı yardımcı bir tedavi ve endirekt bir tedavi metodu oalrak kabul ediyoruz. Taze ve çok yeni vak'alarda yalnız muntazam antibiyotiklerle hijyeneodiyetetik tedavi ile iktifa edilmesini pnömoperituvan teşrik edilmemesini düşünüyoruz. Bunu sağlayamadığımız an teşrikte acele etmemizi muvafık görüyoruz. Yapılabilen pnömotoraks halinde buna pnömoperituvanı asla tercih etmiyoruz. İlerlemiş vak'alarda ise pnömoperituvan tatbikinde antibiyotiklerin de yardımiyle lezyonlarda küçülme olduğuna kani olduk. Hiç bir şey yapılamayan vak'alarda bir şey yapmak için pnömoperituvan yapılmaması taraftarlarına bu sebeple iştirak etmiyoruz. Bilâkis bunu ypmakla bu gibi vak'alarda moral de yükselmekte ve zamanla teşekkül eden vücut mukavemeti de yardım etmektedir. Evvelâ düşme sonra yükselme arzeden vital kapasite de akciğerdeki bir çok irili ufaklı lezyonlardan kurtulmuş olduğunu anlatmaktadır.

SUMMARY

Results obtained during the last five years at the Anti-tubercolous dispensary of Şehremini (Istanbul) by the combined use of bacteriostics and pneumoperitoneum

The author points out that pneumoperitoneum is not a direct method of collapsotherapy; this procedure is an adjuvant to the medical treatment with antibiotics. He asserts however that in fresh cases, the treatment with antibiotics alone is to be preferred.

RÉSUMÉ

Résultats obtenus au cours des 5 dérnières années au Dispensaire Anti-tuberculeux de Şehremini (Istanbul) par l'application de bactériostatiques combinés avec le pneumo-péritoine

L'auteur souligne que le pneumo-péritoine n'est pas une méthode de collapso-therapie directe, mais qu'il peut servir à titre d'adjuvant aux cures et aux traitements par antibiotiques. Il précise toutefois que le traitement par les antibiotiques seuls est préférable dans les cas frais.

İşçi Sigortaları Kurumu
Süreyyapaşa Sanatoryumu
Başhekim
Dr. Abit Köymen

İYİ OLMUŞ AKCİĞER TÜBERKÜLOZUNDA RADYOLOJİK İMAJLARIN TASNİF VE TEFSİRİ

Dr. ABİT KÖYMEN *Dr. CEVDET ERİMOĞLU*

Akciğer tüberkülozunun teşhisinde en mühim elemanın radyolojik muayene olması hasebiyle pratikte radyolojik imajların tefsiri bilhassa eski tüberkülozlularda bazı karışıklıkları mucip olmaktadır. Ekseriya radyolojik olarak tesbit edilmiş herhangi anormal bir imaj hastaları veya hasta zannedilen iyi olmuş tüberkülozluları sanatoryumlara sevkettirmektedir. Sanatoryumumuzun 5 senelik arşivinin tetkikinde sabit karakterli sekel vasıflı radyolojik anormal imajlarla sanatoryum kararı almış hasta nisbetinin az olmaması bizi bu yolda bir araştırmaya sevketti. Bu araştırmanın gayesi iyi olmuş tüberkülozlularda teşekkül etmiş sabit vasıflı akciğerin anormal imajlarının tasnifini hedef tutar.

Sanatoryumumuzun anormal bir radyolojik imajının sekel vasfını kabul etmesi ancak müteaddit fasılalarla yapılan radyolojik kontrollarda imajın aynı karakter ve vasıfta olmasına bağlıdır.

Araştırmamız sanatoryumumuza müsbet basille ve ekserisi kaviteli kabul edilip sonunda çalışır kararıyle taburcu edilmiş ve asgarî üç ay ile 1.5 sene arasında radyolojik kontrolları yapılmış 100 hasta dosyasına istinad eder.

Tetkik edilen 100 dosyanın %83'ü kaviteli ve %17'si de kavitesiz idi. Lezyon yerinde kalmış nedbeler gerek şifa teşihsini koyduran ve gerekse asgarî üç aylık müteakıp radyolojk kontrollarla tesbit edilen formlar cetvel 1'de gösterilmiştir.

Şifa şekli	Kaviteli Vak'a adedi	%	Kavitesiz Vak'a adedi	%
Tam silinme	6	7	4	23
Hiler dolgunluk	13	16	2	12
Fibrolinear	32	38	4	23
Yıldızvârî	5	6.5	—	—

Mikst	9	11	1	6
Kistik	7	8.5	—	—
Plöro-pulmoner	9	11	3	18
Plöral	2	1.95	3	18
Yekûn	83		17	

Cetvel 1

Bu cetvelin tetkikinde:

Kaviteli vak'alarda tam silinmenin %7 olup cesaret verici olduğu görülür (Tam silinme olarak aldığımız vak'alarda direk ve tomografik tetkikte hiçbir iz ve hattâ en ufak bir hiler dolgunluk dahi bırakmadan iyileşme mevzuubahistir). Buna mukabil fibrolinear teşekkülât %38 ve klâsik kavite nedbesi olarak kabul edilen yıldızvârî nedbe %6.5 gibi çok düşük bir nisbet göstermekte olduğu müşahede edilmektedir. Burada üzerinde asıl durulacak nokta teşhis ve tedavi bakımından münakaşalar doğurmakta olan kistik imaj bırakarak şifa bulmak şeklidir ki %8.5 gibi ehemmiyetli bir nisbet tutmaktadır.

Plevral reaksiyonların vital kapasiteye ne kadar çok tesir ettiği düşünülürse, kaviteli vak'aların müdahalesiz metotlarla tedavisi sayesinde, plevral reaksiyonların cetvelimizde %2 civarında gibi çok düşük bir nisbet arzetmesi bu neticelerin memnuniyet verici olduğunu göstermektedir.

Kavitesiz vak'aların şifa şekline gelince: tam silinmenin %23 gibi ehemmiyetli bir nisbet gösterdiği, fibrorinear formların da bu nisbeti bulduğu, buna mukabil kavitenin şifa şekli telâkki edilen yıldızvârî nedbelere hiç tesadüf edilmediği, plöro-pulmoner reaksiyonlarla sırf plöral reaksiyonların ise %18'er gibi yüksek bir nisbet arzettiği görülmektedir.

Umumiyetle kistik imajlardan gayrı radyolojik anormal imaj gösteren formlar, hastanın klinik ve lâboratuvar bulguları da nazarı itibare alındığı takdirde iyi olmuş tüberkülozun teşhisi bakımından bir güçlük göstermezler. Halbuki kistik imaj bırakanlar gerek tedavi endikasyonunun tâyini bakımından ve gerekse sağlık kurullarında hasta hakkında karar verilirken bilhassa cerrahî endikasyonlar hususunda büyük güçlükler arzederler. Sanatoryumumuzun görüşü odur ki: bu gibi vak'alarda acele bir karar vermeden evvel uzun ve müteaddit radyolojik kontrollarla yuvarlak imajın kontüründe hiçbir değişikliğin olmadığını tesbit etmek ve klinik, lâboratuvar

bulguları ile de aktivasyonun olmadığını meydana çıkardıktan sonra şifasına karar vermek lâzım geldiği yolundadır.

İyi olmuş tüberkülozlularda sekel imajların hastanın ve hastalığın yaşı ile bir münasebeti olup olmadığı da tetkik konusuna alınmıştır:

1. Hastanın yaşı ile radyolojik imajın münasebeti cetvel 2'de gösterilmiştir.

Yaş	Grup 1 15-30	%	Grup 2 31-45	%	Grup 3 46-60	%	Grup 4 60'dan yu.	%
Tam silinme	9	12,1	1	4,3	—		—	
Hiler dolgun	13	17,5	2	8,8	—		—	
Fibrolinear	23	31,1	12	52	1	50	—	
Yıldızvârî	3	4,1	2	8,8	—		—	
Mikst	6	8,1	3	13	—		1	100
Kistik	5	6,5	2	8,8	—		—	
Plöropulmoner	11	15,1	—	—	1	50	—	
Plöral	4	5,5	1	—	—		—	
Yekûn	74		23		2		1	

Cetvel 2

Bu cetvelin tetkikinde:

a. Hastaların ekserisinin 30 yaşından küçük olduğu ve tüberkülozun ideal şifa şekli olan «tam silinme»'nin bu gurupta %12,1 gibi yüksek nisbette olduğu;

b. 2'nci gurubu teşkil eden 30-45 yaş arasında «tam silinme»'nin %4,3 olduğu, diğer gruplarda bu şekil şifanın hiç bulunmadığı (gerçi gurup 3-4'de hasta adedinin az bulunması münakaşa mevzuu olabilir.)

c. Bir genç uzviyet reaksiyonu olan hiler dolgunluğun bizim birinci gurupta da hâkim bir vasıf aldığı;

d. Daha çok yaşlı hastalara has gibi telâkki edilen fibröz reaksiyonların (fibrolinear, yıldızvârî ve mikst formlar) ve kistik imajların da umumiyetle birinci gurupta fazla bulunduğu ve bunun da 30 yaşından küçük hastalarda uzviyet reaksiyonlarının daha faal olmasiyle izah edilebileceği;

e. Bilhassa plöral iştiraklerin birinci gurupta hâkim nisbette olmasının klâsik bilgilerle tetabuk ettiği görülmektedir.

2. Hastalığın yeni ve eski oluşu ile radyolojik imajların münasebeti de cetvel 3'de gösterilmiştir.

Aylar	Yeni 0-3	%	Orta 3-6	%	Eski 6-12	%	Çok eski 12'den yu.	%
Tam silinme	9	12,1	1	7,2	—	—	—	—
Hiler dolgunluk	10	13,5	3	21,5	2	22,3	—	—
Fibrolinear	27	36,6	4	28.5	5	55.5	—	—
Yıldızvârî	4	5,4	—	—		—	1	33,4
Mikst	7	9,5	2	14,2	1	11,1	—	—
Kistik	5	6,5	2	14,2	—	—	—	—
Plöropulmoner	9	12,1	2	14,2	1	11,1	—	—
Plöral	3	4,3	—	—	—	—	2	66,6
Yekûn	74		14		9		3	

Cetvel 3

Bu cetvelde tedaviye alınmadan evvel üç aydan aşağı olanları «yeni», 3-6 ay arasındakileri «orta», 6-12 ay arasındakileri «eski» ve 12 aydan falza gecikmiş vak'aları da «çok eski» olarak kabul ettik. Bu cetvelin tetkikinde de:

Vak'alarımızın %74'ü yeni olup bunun da tedavi neticesine müessir bir faktör olduğu; ve çok eskimiş vak'aların %3 gibi çok düşük bir nisbet gösterdiği görülmektedir.

74 vak'anın %12,1 gibi ehemmiyetli bir kısmında «tam silinme» olup eskimiş vak'alarda bu şekil şifaya rastlanmamaktadır. Umumiyetle diğer şifa şekillerinin de birinci gurupta fazla bulunduğu, ancak «çok eskimiş» vak'alarda plöral reaksiyonların yüksek bir nisbet arzettiği görülmektedir.

Bu etütten teşhis ve tedavi için çıkarılacak mühim netice şudur ki:

a. Radyolojik anormal imajların tefsiri klinik bulguların ışığı altında yapılmalıdır.

b. Hastalık erken teşhis edildiği, yaşının küçüklüğü ve az müdahaleli metotlarla tedavi edildiği nisbette az malûliyet bırakan şifa şekillerinden biri ile iyi olmaktadır.

SUMMARY

Classification and interpretation of radiological findings in cured cases of pulmonay tuberculosis

This study performed on 100 cases, deals with the scars of old lesions, the relationship between the patient's age, the status of the lesion and X-ray findings. The following results have been obtained:

1. Abnormal X-ray findings should be interpreted under the light of clinical findings.

2. Cases diagnosed early, relatively young in age and treated with few direct interventions, are cured with a minimum of sequelae or disablement.

RÉSUMÉ

Classification et interprétation des images radiologiques dans les cas de tuberculose pulmonaire guérie

Cette enquête effectuée sur 100 cas, a porté sur les cicatrices d'anciennes lésions, le rapport entre l'âge du malade et l'image radiologique, ainsi que la relation entre le degré d'ancienneté de la maladie et la nature de l'image radiologique. Les résultats suivants ont été obtenus:

1. L'interprétation des images radiologiques anormales doit se faire à l'image des trouvailles cliniques.

2. Les cas diagnostiqués précocement, d'âge peu avancé et traités par des méthodes comportant peu d'interventions directes guérissent en laissant un minimum de séquelles ou d'infirmités.

HAVACILARDA AKCİĞER TÜBERKÜLOZU VE İRTİFAIN HASTALIK SEYRİNDEKİ KÖTÜ TESİRİ

Dr. CEMAL DUMAN

Uçucu personelin muayene ve bakımı ile meşgul olan veya hava hekimliği sahasındaki tıbbî neşriyatı takip edenlerce çok iyi bilinen bir keyfiyettir ki, uçucularda akciğer tüberkülozu meselesi, hususî bir ehemmiyet taşır. Bu sınıfa personel kabulü muayenelerinde, her sisteme ayrı ayrı ehemmiyet verilmekle beraber, iç hastalıkları mevzuunda, uçucunun vazife göreceği miliö'nün, yani atmosferin fizik ve şimik hususiyetleri ve bu hususiyetlerin organ fonksiyonları üzerindeki tesirleri dikkat nazarına alınarak, bilhassa kardiyovasküler sistemle akciğerler üzerinde titizlikle durulur. Patojenik hususiyeti hasebiyle de tüberküloz, bilhassa akciğer tüberkülozu, üzerinde en çok durulan mevzulardan biri olagelmiştir. O kadar ki birçok garp memleketlerinde, uçuculuğa namzet personel seçilirken, akciğer parankimasına ait en ufak tüberküloz tagayyür gösterenler başka her bakımdan elverişli bulunsalar dahi, kabul edilmezler. Bu derece titiz hareket tarzının elbette sebepleri olmak lâzımgelir. Onyedinci asrın ortalarına kadar ne olduğu bilinmeyen (Hava)'nın, muayyen ağırlığı ve diğer fizik evsafı haiz bir (Madde) olduğu ilk defa olarak Fransız fizikçileri tarafından ortaya konup terkibine giren unsurlar belli olduktan ve o zamana kadar zikri sadece mitoloji hikâyelerinde geçen uçuş fikrinin, Fransız *Mont-Golfier* kardeşler tarafından ilk uçuş vasıtası olan iptidaî balonun keşfinden bir yıl sonra, 15 Eylûl 1783'te, doğduğu Metz şehrinin hastanesinde yetişmiş fizik ve kimyaya meraklı bir Fransız hekimi olan *Pilatre de Rozier* tarafından ilk defa olarak kuvveden fiile çıkarıldığından ve nihayet 17 Kasım 1903'te Amerikalı *Wilbur* ve *Orvile Wright* kardeşler tarafından da bugünkü motorlu tayyarelerin keşfinden bu yana, inceden inceye tetkik edilegelmekte olan atmosfer, G tesirleri, ihtizazlar, anoksi tesirleri, nosif gaz tesirleri, heyecanî tesirler, psikojenik baskılar vesaire şeklinde çeşitli stress'lerin baskısına mâruz bulunan uçucunun, bu çeşitli tesirlere gösterdiği tepki ve bu tepkinin yarattığı organ teşevvüşleri, geniş araştırma lâboratuvarlarının meşgale mevzuu ola-

gelmiş ve günlük mücerret müşahede kabilinden mûtaddan sık rastlandığı tesbit edilen birçok uçuculuk problemlerinin izah ve tefsirine muvaffak olunmuştur. İşte bu mesai cümlesinden olmak üzere, bugün, bir vakıa olarak karşımızda bulunan uçuculardaki akciğer tüberkülozunun sırf uçuş vesilesiyle ve uçuşun bir neticesi olarak kötüye doğru seyre istidat gösterdiği vakıasını ele almayı, — taliplerini hiçbir sıhhî muayene ve triyaja tâbi tutmaksızın gelişigüzel hava yolculuklarının günden güne artmakta olduğu ve iş yerleri hekimliği ile işten mütevellit hastalık ve malûliyet iddiaları ve tazminat meselelerinin belirdiği devrimizde, — kafa yormaya değer bir mevzu telâkki ettiğim içindir ki, huzurunuza getirmiş bulunuyorum.

Faal akciğer tüberkülozu için meselenin izahı nisbeten kolaydır. Şöyle ki: İrtifaa çıkıldıkça, akciğer tüberkülozunun tıbbî tedavisinde takip edilen bir yolun, hasta akciğeri mümkün mertebe istirahat haline terketme gayretinin, tam tersi bir durum hasıl olur. Çünkü irtifaa çıkıldıkça, muhit havasındaki oksijenin nisbeti değişmemekle beraber, atmosferik tazyikin gittikçe düşmesine muvazi olarak, — varılan irtifa ile makûsen mütenasip olacak şekilde — muayyen hacımdaki mutlak miktarı azalmaya başlar. Şöyle ki, meselâ deniz seviyesinde bir litrelik bir hacım işgal eden bir hava, atmosfer tazyikinin yarıya inmiş bulunduğu 18.000 fit irtifada hacmını iki misli artırmış olacağından, 18.000 fit irtifadaki bir litre hava, deniz seviyesindeki bir litrelik havaya nazaran yarı miktarında oksijen ihtiva edecektir. Halbuki o irtifada vücudun oksijen ihtiyacı gene evvelki kadar, yani yer seviyesindeki kadardır. Göğsün kapasitesi ve akciğerlerin hacmı ile ise, anatomik zaruretlerle, aynı kalmak durumundadır. O halde, zaman vahdetinde, vücudun yer seviyesindekinin — en azından — aynı olan oksijen ihtiyacını, oksijen kesafeti yarı yarıya azalmış bulunan muhit havasından sağlamak durumunda kalacak uzviyet için, akciğer alveolleri hizasındaki hematose sahasından hem daha çok hava geçirmek hem de kanı daha çabuk değiştirerek, nesiçlerin oksijen ikmalini sağlamak üzere, teneffüs ve dolaşımı hızlandırmaktan başka çıkar yol kalmıyacaktır. Hakikaten de böyle olur. İrtifaa çıkıldıkça, otomatik bir tanzim mekanizmasıyla, şahıstan şahısa az çok değişmek üzere, takriben 3.000 - 4.000 fitlik bir irtifadan sonra, şahıs hiç farkına varmaksızın, bir taraftan dakikadaki teneffüs sayısı ve derinliği artarken, diğer taraftan da aynı tesirle ve hipoksemi'ye meydan vermemek gayretiyle vücutça yapılan, ve bilindiği üzere, alveoller hizasındaki vagus uçlarından, kardiyovasküler yatağın orasına burasına serpilmiş hususî tenbih

merkezlerinden menşe' alan reflekslerle tanzim ve idare edilen bir otomatik kompanzasyon mekanizmasıyla, nabız sayısının ve kalp debisinin de artması neticesi, küçük dolaşım sahası olan akciğerlerde husule gelen — tâbir caizse — vasküler hipertansiyon dolayısiyle, o ana kadar non-konjestiv bulunan leze akciğer sahasında konjestiv bir durum hasıl olaraktan, bir öksürük teharrüşü ve bu esnada da bir emoptizi, vâki olabilir, veya bir kan yayılması için müsait şartlar ortaya çıkabilir.

Eski, stasyonlar hal almış veyahut, fibröz veya fibro-kalker bekaya bırakarak, zâhiren, şifa bulmuş gibi görünen akciğer tüberkülozlarının yüksek irtifaa mükerrer çıkışlar vesilesiyle reaktivasyonu mevzuunda ise, işe, ayrıca ve gene atmosferik tazyikin azalmasından mütevellit olarak ortaya çıkan bir diğer durumun da dahlü tesiri olur. Şöyle ki: aKpağı açılan gazoz şişesi misalinde olduğu gibi, normal atmosferik tazyik altında erimiş gazları ihtiva eden kan ve nesiç mayileri, malûm fizik kanunları gereğince, irtifaın alçak tazyik muhitinde, erimemiş hale yani gene serbest gaz haline dönerek ve irtifa çıkıldıkça yani muhit tazyiki azalmaya devam ettikçe hacımlarını genişletmeye sâyedip etraflarına tazyik icra ederekten, bir ikinci zararlı faktör olarak hâdiseye iştirak ederler. *Barach, Johnson* ve *Rule*, bu husustaki fikirlerini şu şekilde ifade etmektedirler:

Yüksek irtifaa mükerrer çıkışlar esnasında tüberküloz lezyonların agravasyonu, ister vüs'ati — irtifaa çıkmakla — normal haddin birkaç misline çıkan teneffüs hareketlerinin bir neticesi olarak, ister, nedbe nesçi içersinde mahpus küçük bir gaz bulunan — malûm fizik kanunları gereğince — hacmını genişletmeye sâyetmesi — meselâ, tazyiki, normal atmosferik tazyikin, yani deniz seviyesindeki tazyikin sekizde biri derekesine düşmüş bulunan 14.000 metrelik bir irtifada, kendi hacmının sekiz misli genişlemek istemesi gayretiyle cidarlara yapacağı tazyik karşısında, nedbeleşmiş lezyonların rüptüre olmasıyla, o ana kadar fibröz bir nedbe nesçi içersinde mahpus bulunan basillerin serbest kalmaları mekanizması ile, vâki olur *R. Grandpierre:* Elements de Medecine Aeronautique. 1948, pp. 440-441).

Hiç şüphesiz bu hususta, uçuşun bünyeye tahmil ettiği diğer fizik ve psişik zorlamalar (Stress)'in, nöro-hormonal değişiklikler fırtınasının bünye umumî mukavemetini ve müdafaa kudretini tenkis edici tesirlerini de, ilâve bir faktör olarak nazarı itibara almak doğru olur kanaatindeyiz.

Barach, Johnson ve *Rule,* irtifaın bünye üzerindeki tesirlerini bizzat kendi şahısları üzerinde denemek üzere, bir alçak tazyik odasında mükerrer itibarî uçuşlar yapan iki genç doktorun hikâyesini şöylece naklederler:

Bunlardan birinde, bir akciğer zirvesinde, çok küçük fibröz bir enfiltrasyon, diğerinde ise, tam nedbeleşmiş bir lezyona delâlet etmek üzere, sol akciğerin üst kısmında bir kireçlenme ve nahiyevî olarak bu kısmı drene eden hilus kısmında bir diğer kireçlenme mihrakı vardı. İtibarî uçuşun her seferinde, iyi bir denitrojenizasyon için ki yüksek irtifalardaki alçak tazyik muhitinde erimiş halden erimemiş hale, gaz haline dönerek, damarlar yatağında aeroemboli ve nesiçler içinde de bend ve choke denilen nahoş, hattâ bazan ölüme kadar götüren tehlikeli hallere meydan verilmemek üzere, teneffüs havasında bulunan ve teneffüs metabolizmasında nötr kalıp, konsome edilemediği için yukarda adı geçen hâdiselerin başlıca mes'ul olan azot gazını bertaraf etmek için bu çareye başvuruluyordu — irtifaa çıkmadan 30-40 dakika evvel oksijen inhalâsyonuna başlanıyor ve bilâhare, dakikada 3.000 fit sür'atle 40.000 fit irtifaa çıkılıyordu. Birçok defalar tekrarlanan ve her seferinde yarım ilâ bir saat süren bu kabil tecrübelerle geçen birkaç ayın sonunda, her iki doktorda da emoptizi zuhur etti ve arkasından basilli kraşa başgösterdi. Radyolojik muayenede, akciğer zirvesinde çok küçük bir enfiltrasyonu olan doktorda kavern'li bir tüberkülozun; sadece kireçlenme mihrakları gösteren diğerinde ise, sol akciğer sahasının lâteral kısmında hafif bir enfiltrasyon halinin gelişmiş bulunduğu görüldü ki, herhalde alelâde bir tesadüf, bir koensidans olarak telâkki edilmemesi icap eder. Çünkü bu bir tek müşahede değildir, benzeri birçok müşahedeler daha vardır. Nitekim 1929'da *Charle Richet,* gene alçak tazyik odasında çalışan ve akciğer zirvesinde mahdut bir enfiltrasyonu bulunan bir askerde, 3.500 metrelik bir itibarî yükselişten sonra emoptizi husule geldiğini bildirmektedir.

1932.de *P. Amsler,* üç seneden beri sol akciğer zirvesinde mahdut bir enfiltrasyonu olan yirmi yaşındaki bir şahsa ait müşahedesini şöylece nakleder: Haziran ayında, enfiltrasyon sahasında hafifçe bir radyolojik genişlemeden başka herhangi evolütif klinik bir âraz göstermeyen bu genç şahıs, ertesi ay, yani Temmuz ayı içinde ilkinde beşyüz metreye ve ikincisinde bin metreye kadar yükselmek ve yarımşar saat devam etmek üzere, iki uçuş yapıyor. Balgamda Koch basili müsbet bulunuyor. Radyolojik muayenede, sol akciğer zirvesindeki eski mahdut enfiltrasyon yerinde portakal büyüklüğünde bir kavern ve etrafında genişçe bir enfiltrasyon hali tesbit ediliyor.

Keza, *Weiller,* apikal, evolütif bir akciğer tüberkülozu musabı bulunan 27 yaşında bir şahsın, orta bir irtifada yaptığı bir buçuk saatlik bir uçuştan hemen sonra, tüberkülozunun jeneralize bir hal aldığını ve iki ay sonra da, öldüğünü yazar. Aynı müellifin genç bir kıza ait bir diğer müşahedesi daha vardır:

Tomografik tetkikler sonunda, kavernsiz lobit tarzında bir akciğer âfeti musabı olduğu bilinen bu kızcağızda da, uzunca bir uçuştan sonra, lober enfiltrasyon ortasında büyükçe bir kavern husule geldiği görülmüştür.

Roper, havadan tahliye edilen ve yaşları 22-26 arasında bulunan 143 akciğer veremlisi üzerindeki enteresan müşahedelerini şöylece nakletmektedir: Havadan, sekiz saat süren bir uçuşla nakledilen bu hastaların 59'unda hastalık hafif, 56'sında orta ve geri kalan 28'inde ağır tüberküloz şeklinde imiş. Alelâde, tazyik kabinsiz tayyarelerle yapılan nakliyat esnasında, 11 hasta 2.400 metreden, 61 hasta 3.000 metreden ve 71 hasta da 4.500 metre ve daha yükseklerden seyretmişlermiş. Bütün bu yolculukta bu 143 hastanın onbirinde çarpıntı, zıcret, altısında dispne, üçünde emoptizi, üçünde ajitasyon ve bir tanesinde de çok şiddetli göğüs ağrıları başgöstermiş. Diğerlerinde hiçbir değişiklik olmamış. Ancak, bu seyahati müteakip, üç sene müddetle çok yakından takip edilen bu hastaların, bir kısmında salâh, bir kısmında aynı durumun devamı, fakat bir kısmında da ağırlaşmaya doğru bir gidiş müşahede edilmiş. Hikâyenin burasına kadar bir fevkalâdelik yok. Her hastalıkta âkıbet, nihayet bu üç ihtimalden birine varacaktır. Ancak, *Roper*'in hastalarında, şayanı kaydolarak, durumu ağırlaşmaya doğru daha gayrımüsait bir seyir takip edenlerin, üç sene evvelki sekiz saatlik hava yolculuğu esnasında daha yüksek irtifalardan seyahat etmiş olanlar arasında bulunduğu, dikkati çekmiştir. Şöyle ki: 3.000 metreden uçmuş olanlar arasında hastalıkları gayrımüsait bir seyir gösterenler nisbetinin %5.6 olmasına mukabil, 3.000-4.500 metre arasında uçmuş olanlarda bu nisbet %14 ve 4.500 metrenin üstünde uçmuş olanlar arasında ise %21.5 bulunduğu tesbit edilmiştir.

Hülâsa, bütün bu naklettiğimiz müşahedelerden, bu sahada tecrübe sahibi müelliflerin kanaatine de tercüman olarak, şu neticeleri çıkarmakta, — hiç olmazsa bugün için — büyük bir hata olmadığı kanaatindeyiz:

Faaliyeti durmuş veya hafif gelişmeli akciğer veremi vak'alarında uçuş, daha umumî tabiriyle, irtifaın bu zararlı tesirlerine maruz bulunma, hiç olmazsa vak'aların bir kısmında, hastalığın vahamete doğru seyrinde kışkırtıcı bir âmil olarak rol oynamaktadır. Mamafih, devamlı değil, fakat arasıra, yolculuk saikasiyle yapılan uçuşlarda, irtifaın bu zararlı tesirine mukavemet gösteren pek çok akciğer veremlisi bulunduğu da, bir vakıadır. Binaenaleyh, bilûmum vak'alara şâmil olmamak ve umumî mahiyette tavsiye edilmemekle beraber, harbde herhangi bir sıhhî tahliye zaruretiyle veya sulh zamanı, uzun sürecek meşakkatli bir kara veya deniz yolculuğunun hastalara tahmil edeceği fizik ve moral yorgunluğu nazarı itibara alarak, akciğer tüberkülozlu hastaların da hava yolu ile seyahat etmelerine müsaade edilebilir. Ancak bu gibi hallerde de, mümkünse, yer şartlarına mümkün mertebe yakın fizik ve meteorolojik şartları haiz tazyik kabinli tayyarelerle; bunlardan faydalanmak mümkün olmadığı hallerde de, jeo-meteorolojik şartların müsaadesi nisbetinde mümkün olan en alçak irtifalardan uçmak icap eder. Arasıra, nâdir vesilelerle uçmak durumunda kalacaklar için böyle. Fakat, değil evolütif, eldeki tekmil teşhis ve kontrol vasıtalariyle faaliyetinin tamamen durmuş olduğu kanatı hasıl olmuş dahi bulunsa, akciğer tüberkülozu musaplarında, tekrarlayan uçuşlar ve meselâ hava ordusunun veya sivil hava yollarının uçuş kadrosunda yer alma, sureti katiyede men olunmalıdır. Hiçbir zaman unutmamalıdır ki, hattâ biyolojik muafiyet safhasında ve hâlen en ufak faaliyet âsarı göstermeyip, zâhirî tam bir şifa hali arzeden bu gibi şahıslar uçmakta ısrar etmekle, ancak kendi sıhhatlerini — ve hattâ sırasına göre, hayatlarını — riske etmiş olurlar. Hava ordumuz mensuplarından bir pilot subaya ait aşağıdaki müşahedemiz, bu hakikatin acı fakat güzel ve ibretâmiz bir misalini teşkil etmektedir:

Pilot Yzb. İ. K., 36 yaşında, ilk defa olarak, mûtad yıllık periyodik kontrol muayeneleri vesilesiyle ve bir şikâyeti olmaksızın 12/9/1949'da muayenemize geliyor. Hiçbir hastalık geçirmediğini söyleyen arkadaşımızda muayenede sağ akciğer zirvesinde nisbî bir teneffüs hafifliği ve röntgende (No. 4416/12.91949) sağda daha fazla olmak üzere her iki zirve terkova altında hafif benekli manzarada lifî kesafet tesbit ediliyor. Kanda sedim. 3-5 mm. ve Wassermann menfi (No. 16/1017) bulunarak «Hâlen faaliyette bulunmayan eski zirve tüberkülozu bakiyesi lifî tezahürat» teşhisiyle, — biraz da şahsın idarî durumu icabı, esasen seyrek fasılalarla uçacağını hesaba katarak — üç ay sonra kontrol muayenesine gelmek üzere (Uçar) kararı veriliyor. Hitamında yatırılarak (Krnt. No. 816/8.3.1950) müşahedesinde beden harareti normal, nabız 80-96 arasında seyreder bulunuyor. Yine de hiçbir şikâyeti olmadığını ısrarla ifade etmekle beraber, bu defa şahsî ve ailevî antesedanı hakkında aydınlatıcı bazı malûmat veriyor. Ezcümle, altı yaşında bulunduğu sıralarda annesinin akciğer tüberkülozundan vefat ettiğini, bilâhare ayrı anneden doğma ve 8-10 sene aynı evde bir arada yaşadığı bir kız kardeşinin de 1947'de gene akciğer tüberkülozundan vefat etmiş bulunduğunu ifade ettikten sonra, evvelce söylemeye unuttuğu bir noktaya temasla, kendisinin de beş sene kadar evvel bir sabah, gıcık hissederek öksürdüğünde, ağzından bolca miktarda kan gelmesi üzerine bütün ailenin telâşa düşüp derhal o zamanlar ikamet etmekte oldukları Ankara'da bir büyük hastanenin dahiliye polikliniğine başvurduklarını, klinik ve radyolojik incelemelerle akciğerlerinin sağlam bulunması üzerine havale edildiği K.B.B. polikliniğinde hâdisenin, bir trakeal epistaksis'den ibaret olduğunun bildirildiğini ve ailece müsterih olduklarını, gerekli tedavi ile çabukça geçen bu halin bir daha tekrarlamaması hasebiyle unutulup gittiğini(!) ilâve ediyor. Muayenede klinik bulgular ve kan bulguları eskisinin aynı. Akciğer radyografisindeki gölgeler bu defa: (Hilus'larda dolgunluk ve sağda daha fazla olmak üzere her iki taraf zirve ve terkova altlarında — eski filimlerindekinin tamamen aynı vasıf ve derecede — lifî irtişah bekayası) şeklinde tavsif ediliyor (No. 521/16.3.1950), ve eski teşhisle, hakkında, (altı ay sonra radyolojik kontrol kaydiyle, uçar) kararı veriliyor. 7.11.1950'de kontrol için geldiğinde, gene şikâyeti yok. Fakat bu defa klinik muayenede sağda zirvede ve terkova altında sübmatlık ve öksürtmekle meydana çıkan yaş raller duyulmakta ve röntgen filminde (sağda, zirve terkova altında, solda, ikinci dılı hizasında hiluslarla mütemadî lifî bakiyye mevcudiyeti) görülmekte olduğundan (No. 3179/8.11.1950) sedim. ve lökosit formülü noraml bulunmakla beraber (Labr. No. 3696, 3697), (Hâlen faaliyette bulunmayan iki taraflı eski lifî akciğer tüberkülozu) teşhisiyle, hakkında (Uçamaz, hava sınıfının yer hizmetlerinde çalışır) kararı veriliyor. Fakat, hava ordusunda, ne olursa olsun uçucu olarak kalmayı ısrarla arzu eden şahsın vâki müracaati üzerine (İki ay hava değişimi) şeklinde onaylanan bu rapor müddeti bitiminde tekrar muayenemize gönderiliyor ve tekrar aynı bulgular tesbit edilerek aynı kararda ısrar ediliyor ve bu defa raporuna, fennî mütalâa mahiyetinde, kararın mucip sebebi olarak da, aynen: «İrtifaın alçak tazyik muhiti tesiriyle, stasyoner bir hal al-

mış olan hattâ daha az yaygın akciğer tüberkülozlarının bile gayrı faal halden faal hale geçebileceği ve emoptiziyi davet edebileceği cihetle, uçuşuna müsaade edilemez» şeklinde bir şerh ilâve ediliyor. Şahsın, bu kararı da protesto etmesi üzerine, herhangi bir mağduriyetine mahal vermiş olmamak için havale edildiği bir diğer hastane sıhhî kurulu, lifî akciğer tüberkülozu teşhisini kabul etmekle beraber (akciğer fonksiyonu ve vital kapasitesinin azalmamış olması) fennî mütalâasiyle, (Uçabilir) kararı verince, tekrar bize gönderiliyor ve eski bulgularla varılan aynı teşhis dolayısiyle ve esbabı mucibesi tekrar izah edilerekten, (Uçamaz) kararında ısrar ediliyor, uçurulduğu takdirde hastalığının alevlenebileceği ve belki hattâ emoptiziyi davet edebileceği tekrar belirtiliyordu (Rapor: 167/26. 2.1952).

Filhakika zaman bu görüşe hak verdi. Şöyle ki: Aradan henüz birkaç ay geçmeden, pilotun, bu arada hakem muayenesi yapılmak üzere havale edildiği bir üçüncü sıhhî kuruldan (Uçamaz) kararı almasiyle nihaî bir şekle bağlanan resmî durumuna ve kat'î olarak havanın yer hizmetlerinde görevlendirilmiş bulunmasına rağmen, sırf kendi arzusu ile ve gayrıresmî olarak yaptığı bir (Ankara - Bursa) hava yolculuğu esnasında, havada, tayyare içinde bol bir emoptizi vâki oldu ve derhal bir sanatoryuma nakledilerek tedaviye alındı. Bugün, hamdolsun, sıhhatli olarak, hava sınıfının yer hizmetlerinde görevine devam etmektedir.

SUMMARY

Tuberculosis among flyers and the pernicious effect of altitude upon this disease

After stressing the physiological changes which occur in the lung at high altitude, the author states that high altitude may reactivate some cases of sabilized pulmonary tuberculosis and presents some cases to illustrate this statement.

RÉSUMÉ

La tuberculose chez les aviateurs et l'influence perhicicuse de l'altitude sur la maladie

Après avoir expliqué les changements physiologiques qui se produisent à haute altitude dans le poumon, l'auteur soutient que l'altitude élevée peut réactiver certains cas de tuberculose pulmonaire stabilisée et cite des cas à l'appui.

İşçi Sigortaları Kurumu
Süreyyapaşa Sanatoryumu
Dr. Abit Köymen

KLÂSİK TÜBERKÜLOZ SEMPTOMATOLOJİSİNİN KLİNİK MÜŞAHEDELERİMİZLE KONTROLÜ

Dr. ABİT KÖYMEN *Dr. RAGIP GÖKÇE*

Klâsik tüberküloz tretelerinde tüberküloz için tavsif edilmiş mükemmel ve mücmel semptomatolojinin son 10 sene zarfındaki klinik vak'alar karşısında yeniden kontrolü icap etmektedir.

Esasen depistaj ihtiyacı ve depistajda bulunan tüberküloz vak'alarının çokluğu bu semptomatolojinin kıymetinde haklı bir tereddüt yaratmıştır. Meselâ: Tüberküloz için karakteristik sayılan hararet grafikleri klinik müşahedelerimizin büyük bir ekseriyetine tetabuk etmemektedir. Buna mümasil hemoptezi, iştahsızlık gibi semptomlarda bir çok vak'alarda tesbit edilememiştir.

Radyolojik imajların patognomonik bir değer taşımadığı da sanatoryumumuzun diğer bir travayında gösterilmektedir. Yine son zamanların bir bulgusu olarak, basiloskopik neticeler de tüberküloz teşhisinde yüzde yüz emin temel taşlarından biri değildir.

İşte bu mülâhazalardır ki sanatoryumumuz müşahedelerini gözden geçirerek hastalarımızın en çok hangi ârazla müracaat ettiği ve asemotomatik fitizi vak'alarının ne nisbette bulunduğunu araştırmaya bizi sevketti. Elde edilen neticelerin pratik hekimlik bakımından kıymet taşıdığını zannediyoruz.

Bu travaya esas olarak sanatoryumumuzun binlerce dosyası içersinden kaviteli ve basili müsbet 100 dosya gelişi güzel olarak seçilmiştir. 100 adedinin tercih sebebi yüzde nisbetinin kolaylıkla tâyininden ibarettir.

Tesbit ettiğimiz semptomların yüzde nisbeti şöyledir:

1. % 74 Öksürk
   % 48 Zayıflık
   % 26 İştahsızlık
   % 26 Gece teri
   % 25 Göğüs ağrısı
   % 20 Hemoptezi
   % 18 Ateş

% 4	Dispne
% 8	Depistaj
% 10	Hastada fizik bulgu yok
% 92	» sedimantasyon çökük

Diğer bir cetvelde de hastaların ârazının kaç semptomdan müteşekkil olduğunu araştırdık. Bu cetvele göre:

2.	% 35	2 semptom
	% 26	3 »
	% 14	1 »
	% 14	4 »
	% 3	5 »
	% 8	Asemptomatik

1 No. lu cetvelde görüldüğü üzere 100 vak'anın 92'sinde sedimantasyon sürati artmış bulunmaktadır. Sedimantasyon gerçi non spesifik bir reaksiyonsa da tüberküloz semptomatolojisinde mühim bir nisbet tutması teşhis için radyolojik ve bakteriyolojik bulguların yanında mühim bir bulgu olarak kabul edilebilir.

Bilhassa bu vak'alarımızda tedaviden sonra sedimantasyonların hemen hepsi normale avdet etmiştir. Bu da sedimantasyonun, teşhiste olduğu kadar şifa fenomeninde de ehemmiyetini belirtir. Bu husus da, sanatoryumumuzun diğer bir travayında belirtilmektedir.

Öksürük 74 vak'ada, zayıflama 48 vak'ada, klâsik kitapların ısrarla bahsettiği iştahsızlık ve gece teri ancak 26 vak'ada bulunmuştur. Göğüs ağrıları 25 vak'ada, hemoptezi ancak vak'aların %20'sinde ve çeşitli kurb termikler tarif edilen hararet yükselmesi, kavite ve müsbet basile rağmen %18 gibi düşük bir nisbet göstermektedir.

Akciğer tüberkülozunda plöral iştirak ve ilerlemiş fibrozis bulunmadıkça parankim lezyonları yaygınlığının fazla bir dispne yapmıyacağı klâsik kanaati dokümanlarımızla da teyit edilmiş bulunmaktadır. Netekim bizim de bu 100 hasta dosyasından ancak 4'ünde dispne şikâyetleri mevcuttur.

Asemptomatik seyreden tüberküloz nisbeti de %8 gibi küçümsenmiyecek bir nisbettedir. Bilhassa bu vak'aların kaviteli ve müteaddit kaviteli oluşu göz önüne alınırsa bu %8'lik nisbet daha da mâna kazanır.

Vak'aların %10'unda en dikkatli fizik muayene ile ne oksültatif ne de diğer fizik ârazlar tesbit edilememiştir, bu bulgu Fransızların (Tüberküloz duyulmaz, görülür) sözüne kısmen hak verdirecek mahiyettedir. Ayrıca bu 100 vak'ada bulunan semptomları ikinci bir tasnife tabi tuttuk, bu tasnifte %8 vak'a asemptomatik bulunmuş, %14 vak'anın tek semptom, %35, 2 %26, 3 %14, 4 %3 vak'anın 5 semptomla hekime müracaat ettikleri tesbit edilmiştir.

Bütün bu bulgulardan çıkarmak istediğimiz netice şudur:

1. Tüberküloz hastaları ekseriya herhangi bir hastalığı akla getiren sübjektif şikâyetlerle hekime müracaat etmektedir.

2. Seneler boyunca tüberküloza has sayılan hararet, hemoptizi gibi semptomlar vak'aların büyük bir ekseriyetinde yoktur.

3. Hastaların mühim bir kısmında teşhise götürecek deliller tesbit edilememektedir. Bu itibarla muvaffak bir tedavinin esas şartı sayılan erken teşhis için hastanın sübjektif şikâyetlerinden fazla hekimin objektif bulguları kıymet taşımaktadır. Bilhassa asemptomatik vak'aların ihmal edilmiyecek bir nisbet taşıması karşısında bütün halk kitlelerinin mümkün olduğu kadar sık aralıklarla radyolojik kontroldan geçirilmesi bir zaruret olarak ortaya çıkar.

SUMMARY

Checking up of classical symptoms of tuberculosis during our clinical observations

1. Tuberculous patients come to the doctor with a variety of subjective symptoms that may be attributed to any other disease.

2. Sympoms considered during many years as pathognomonic for tuberculosis, such as fever, hemoptysy are conspicuously absent in the majority of cases.

3. Most of the patients do not exhibit symptoms leading to an accurate diagnosis. Therefore, early diagnosis which is essential for a succesful treatment should rest upon objective findings by the physician rather than on subjective symptoms from the patient. The number of asymptomatic cases is not negligible and therfore a radiological screening should be performed frequently in a wide scale.

RÉSUMÉ

Contrôle de la symptomatologie tuberculeuse classique par nos observation cliniques

1. Les malades tuberculeux se présentent chez le médecin avec des symptômes subjectifs pouvant évoquer n'importe quelle autre maladie.

2. Les symptômes considérés durant de longues années comme spécifiques à la tuberculose tels que fièvre, hémoptysie, etc. sont absents dans la majorité des cas.

3. La plupart des patients ne présentent pas de symptômes pouvant conduire à un diagnostic. C'est pourquoi le diagnostic précoce qui constitue une des conditions essentielles à la réussite du traitement doit être basé sur les trouvailles objectives du médecin plutôt que sur les symptomes subjectifs du malade. Le nombre des cas asymptomatiques atteignant une proportion non négligeable, il convient de réaliser le contrôle radiologique fréquent de grandes quantités de sujets.

Atatürk Sanatoryumu
Başhekim
Dr. Enver Bozyakalı

AMPİYEM TEŞHİSİ İLE YATIRILAN BİR DİAFRAGMA HERNİSİ VAKASI

Dr. RAUF ÖZYÖRÜK *Dr. MEHMET AKYAR*

Güney Sungu, 19 yaşında müddetini kat'i olarak tâyin edemediği bir zamandan beri bilhassa yemeklerden sonra göğsünün sol tarafına gelen hafif ağrılar, şişkinlik ve nefes darlığı şikâyetleriyle dispansere müracaat ediyor. Yapılan mikro filimde sol reede hidro-aorik seviye gösteren epanşımandan dolayı sanatoryumumuza gönderiliyor, ve 12/4/1956 tarihinde 214 protokolle yatırılıyor.

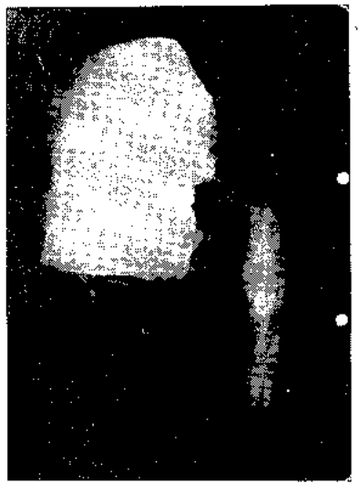
Şekil - 1

Şekil - 2

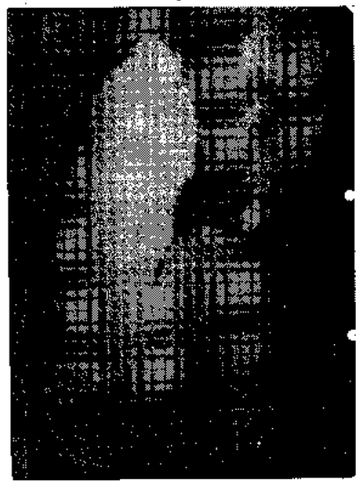
Dört sene evvel karnının sol tarafına otomobil çarpmış, iki günde iyileşmiş. Öz geçmişinde başka kayda değer hususiyet tesbit edilememiş. Umumî hali iyi, perküsyonla sol skapula alt ucundan kaideye kadar matite alınıyor. Dinleme ile aynı nahiyede teneffüs sesleri madun. Balgam çıkarmıyor. Kan tablosunda hafif hiperkrom anemi mev-

cut, sedimantasyon, birinci saatte 2, ikinci saatte 3. İdrar bulguları normal. Klinikte filimde görülen mayiin natürünü tâyin maksadiyle ponksiyon yapılmış fakat likit alınamamıştır.

Radyolojik tetkikte, solda üçüncü kosta ön ucuna kadar yükselen diyafragma altında mide ve kolonlara ait seviyeli ve radiyar imajlar dikkati çekmiştir. Sikopide, hastaya muhtelif vaziyetler verilerek likidin plevra haricinde olduğu kanaatına varılmıştır. Postero-anteriyor (Şekil - 1) ve lateral (Şekil - 2) direk radyogramlar alınmış ve bunun üzerine diyafragma hernisi veya rölaksasyo diyafragmatika olması düşünülerek mide tetkiki yapılmıştır. Şekil 3



Şekil - 3



Şekil - 4

ve 4'te görüldüğü gibi opak yemeğin özofagus ve kardiyadan serbestçe geçerek yavaşça yukarıya toraks içine doğru gittiği, midenin heyeti umumiyesiyle ters dönerek fundus aşağıya, korpus ve anturum yukarıya gelmek üzere toraks dahilinde mevki aldığı anlaşılmaktadır. Yarım saat sonra trendelenburg vaziyetindeki grafilerde (Şekil - 5 ve 6) mide ve jejunumun klavikula altına kadar gittiği tesbit edildi. Opak lavmanı müteakıp, kolon tetkikinde, çıkan kolon ve transversin sol yarısının midenin ön sol kısmında yer alarak toraks boşluğunda bulunduğu da meydana çıktı (Şekil - 7).

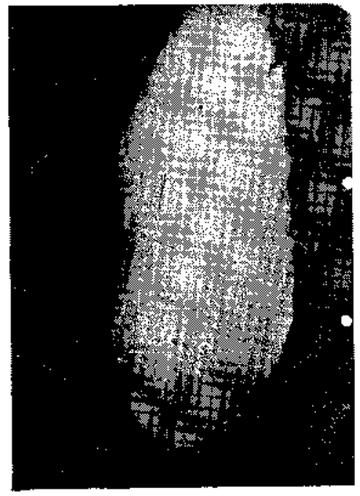
Diyafrağmanın kontür ve herni kesesinin durumunun tâyini için 300 cc. kadar hava karına verildi. Her iki diyafrağma altında cüz'i

gaz toplanması görüldü. Daha kat'î fikre sahip olmak için 1000 cc. PnP. yapıldı. Müteakıben ayakta filim çekildi, solda Pnx, pumonda tam kollaps ve mediyastende itilme görüldü. Hastada aşikâr bir şikâyet olmadı. Göğüsten hava tahliye edildi ve pumon reekspansiyone oldu.

Vak'amızın hususiyetlerine girmeden önce, diyafrağma hernilerini âraz, husul mekanizması ve tedavileri hakkında bir kaç söz söyliyeceğiz: Diyafrağma hernilerinin semptomları, lokalizasyonlarına göre çeşitlidir. Bundan dolayı hekimi çok defa yanlış teşhise götürebilir. Meselâ retrosternal sol omuz ve sol kola intişar eden ağrılı vak'alar angina pektorisle karıştırılabildiği gibi, epigastır ve sağ hipokondura yayılan ağrılarda tıpkı kolesistopati ve mide ulkusu semptomlarını verir. Bazan da her iki hastalık birlikte bulunabilir. Üst karın bölgesine münhasır sendromlarda, istatistiklere göre, birinci plânda kolesistopatiler, ikinci plânda mide ve düodenum ulkusları, üçüncü plânda diyafrağma hernileri yer almaktadırlar.

Herni diyafrağmatikalar, esas itibariyle lokalizasyonlarına ve çokluklarına göre üç guruba ayrılırlar. 1. konsantrik (santral), 2. Eksantrik, 3. Özofagusun sağ tarafında husule gelen herniler.

Sol tarafta sağa nazaran daha fazla görülmesi karaciğerin koruyucu bir rol oynamasına atfedilmektedir.



Şekil - 5

Şekil - 6

Diyafrağma hernileri senelerce ârazsız veya hafif belirtilerle seyredebildikleri gibi, herninin mevkii ve muhteviyatına göre de değişik ve ciddî ârazlar verebilirler. Retrosternal yanmalar, disfaji, regürjitasyon, kalp ve mediyasten itilmesi neticesi dispne ve siyanoz gibi. Vena splenikanın tazyiki ile dalağın büyümesi ve mide barsakların fonksiyonunun bozulmasından dolayı (Rezorbsiyon noksanlığı fazla toksik maddelerin teşekkülü sebebiyle) anemiler husule gelebilir.

Diyafrağma fıtkının patogenezinde, karın içi tazyikinin intratorakal tazyikten fazla olması mühim bir rol oynar. Diyafrağmada konjenital anormal açıklıklar ve zayıf noktalar bulunabilir. Karın üzerine isabet eden künt travmalarda (karın üzerine düşme, iki vagon tamponu arasında kalma, toprak altında kalma v.s. gibi) bilhas-

Şekil - 7

Şekil - 8

sa yağlı kimselerde tazyik büsbütün artacağından açık kısımdan mide ve bağırsak muhteviyatı göğüs boşluğuna dahil olur.

Diğer bir faktör de özofagusun kısalabilmiş olmasıdır. Münhasıran tulânî adelâtlı kısım iki sabit nokta arasında gerilir ve onun şiddetli kontraksiyonu irtikaz noktalarında çekilmeye müncer olur ve subdiyafrağmatik kısım toraks içine girer. Vagusun tenbihi de özofagus kontraksiyonlarına sebebiyet verir, bundan dolayı hiatus

hernisinin teşekkülünde safra kesesi taşlarının mide ulkusu ağrılarının ve emotif tenbihlerin rolü çok mühimdir.

Diyafrağma hernilerinin kat'î teşhisi radyolojiktir. Herni veya rölaksasyo diyafrağmatika olup olmadığını verifiye etmek ancak PnP. yapmakla mümkündür. Yalnız ilk defada 200-300 cc.'yi geçmemek lâzımdır, zira bu arada fazla hava neticesi (vak'amızda olduğu gibi) komple bir Pnx ve ileri derecede bir mediyasten itilmesi olabilir ve bunun neticesi çok defa âni ölümler de husule gelebilir.

Tedavisi, diyafrağmadaki açıklığı kapatmaktan ibaret olan cerrahî müdahaledir. Kontrindikasyon, yağlı karın, yaşlılık ve E.K.G. ile koroner arterlerin beslenmesinde bozukluk tesbit edilen vak'alardır. *Nissen,* hiatus hernisi için yağlı hastalara da tatbik edilebilen daha az tehlikeli olan gastropeksi metodunu bildirmiştir. Bu usulün esası, herni muhteviyatını karnın ön duvarına tesbit etmekten ibarettir.

Vak'amız bir çok bakımlardan hususiyet arzetmektedir:

1. Mikro filimde piyo veya hidro pünomotoraks manzarası göstermesi,
2. Bütün karın muhteviyatının göğüs boşluğuna dolmasına ve alt kısımlarda mediyasten itilmesi olmasına rağmen bariz bir âraz vermemesi.
3. Birinci PnP.'den sonra solda yalancı bir diyafrağmanın meydana çıkması ve her iki diyafrağma altında bir miktar havanın toplanması, ikinci defa verilen 1000 cc. havadan sonra tam Pnx. teşekkülü ve mediyasten itilmesi, dispne ve siyanoz görülmemesi.
4. Tahliyeden sonra pumonun tam açılabilmesi.
5. Vak'anın genç olması, şişman ve yağlı karınlı olmaması.
6. Bir karın travması geçirmiş olması.

Vak'amız göğüs hastalıklariyle yakın alâkasından ve oldukça nadir rastlanmasından dolayı enteresan bulunmus, yüksek heyetinize takdimi münasip görülmüştür.

L İ T E R A T Ü R

1. **Azerad E., L. Leger F. Kanaui:** Presse med. 1954 (818-819).
2. **Bergman, G.:** Funktionelle pthologie. Springer 1932 p. 68.
3. **Carmann-Fineman, S.:** Radiology 3 (1934).
4. **Nemours-Auguste:** Presse med. 61-927 (1953).
5. **Sweet R. H.:** J. Amer, med, Ass, 151, 376 (1953).
6. **Sauerbruch, F.:** Chirurgie der Brust organe Springer, 1925 II, p. 693-22.

7. **Hafter E.:** Sch. Mediz. Wschr. 1954 (266-270).
8. **Jörgensen, G.:** Arzt. Wschr 1953 (859-863).
9. **Nissen R.:** Dtsch. Med. Wschr. 1956, p. 185.
10. **Pickhardt O. C.:** J. Amer. med. Ass. 142, 310 (1950).
11. **Richstein.** Kh. Arzt. Wschr. 1956 (564-567).

S U M M A R Y

A case of diaphragmatic hernia treated as empyema

The patient, aged 19, had experienced 4 years ago a collision with a car, injuring the left side of his abdomen. Since that time, the patient complained of light symptoms. He was hospitalized under the tentative diagnosis of pyo-hydro-pneumothorax.

The examination performed in our sanatorium revealed the presence of a diaphragmatic hernia. The whole contents of the abdomen emigrated into the thoracic cage and the mediastinum was compressed from below. In spite of this situation there were very few symptoms. We decided to present this case on account of its interesting features.

R É S U M É

Un cas d'hernie diaphragmatique hospitalisé avec un diagnostic d'empyème

Notre patient, âgé de 19 ans, avait éprouvé il y a 4 ans une collision avec une automobile portant sur le côté gauche de l'abdomen. De légers troubles se manifestaient depuis lors et notre patient fut hospitalisé avec le diagnostic tentatif de pyo-hydro-pneumothorax.

Au cours de l'examen pratiqué dans notre sanatorium, la présence d'une hernie diaphragmatique fut vite constatée. Le contenu de l'abdomen passait tout entier dans la cage thoracique et une pression s'exerçati sur le médiastin par le bas. En dépit de cette situation on constatait peu de symptômes. Nous avons voulu présenter ce cas en raison des particularités intéressantes qu'il comporte.

AKCİĞER TÜBERKÜLOZLU GENÇLERDE BRONKOSKOPİK BULGULARIMIZ

Dr. AYDOĞAN UĞUR

Sarayburnu Askeri Hastanesinde 1/10/1955 tarihinden 1/11/1956 tarihine kadar geçen sürede 515 akciğer tüberkülozlu hastada 575 defa bronkoskopi yapılmıştır. Hastaların hepsi erkek olup ortalama yaş 23'tür. Vak'alar seçime tâbi tutulmamış olup bronkoskopi rutin olarak yapılmıştır. Bronkoskopi lokal anestezi ile yapılmış olup hiç bir ciddi komplikasyon görülmemiştir. Tesbit edilen lezyonlar imkân nisbetinde tomografi ve bronkografilerle de verifiye edilmişlerdir. Bu çalışmamızın bulgularını üç guruba ayırarak inceliyeceğiz:

1. Bronş anomalileri
2. Bronş lezyonları
3. Tedavi neticeleri

I. *Bronş anomalileri:* Üç şekil bronş anomalisi tesbit ettik.

1. Bir vak'ada trakeen bronş tesbit ettik. Çok nadir görülen bu tip anomalide sağ üst lob bronşu karinadan 1-1,5 cm. yukarıdan olmak üzere trakeadan ayrılıp sağ üst loba dağılmaktadır. Bu displase bir bronştur. Bazı memeli hayvanlarda (domuz, öküz ve koyunlarda) normal olarak görülür.

Bunun üzerine sağ üst lob bronşu ayrılış hususiyetlerini inceledik. *Hovalecque* bu bronşun karinadan 2-2,5 cm. sonra ayrıldığını, *Boyden* ise tam karina karşısından çıktığını yazarlar. Bu ayrılış hususiyetini bronkoskopik olarak tetkik ettiğimiz 200 vak'ada 51'inde (yani dörtte birinde) sağ üst lob bronşunun karina karşısından, 149'unda ise (yani dörtte üçünde) daha aşağılardan ayrıldığını, tomografik tetkikini yaptığımız 100 vak'adan 37'sinde karina karşısından 63'ünde ise daha aşağılardan ayrıldığını gördük.

2. Altı vak'ada sol inen bronştan ayrılan lingula bronşu gördük. Normalde sol üst lob bronşu ve lingula bronşu aynı daldan ayrılır.

3. İki vak'ada da sağ üst lob bronşunun orifisten bir iki milimetre sonra hemen dallarına ayrıldığı görüldü.

II. *Genç tüberkülozlu erkeklerde bronş lezyonları:* 515 tüberkülozludan 287'sinde (%55,7) bronşlar tamamen normal bulundu. Bunlardan sadece 24 tanesinde bol sekresyon mevcuttu. 228 vak'ada ise (%44,3)'ünde lezyonlu bronş tesbit edildi. Bu lezyonların 41 tanesi spesifik, 187'si ise nonspesifiktir. Spesifik lezyonlar:

Plili mukoza	4	
Ülser	2	
Vejetan şekil	20	Bunların da 10 tanesi tek burjon, 7'si granülom, 3 tanesi de tüberkülom vasfındadır.
Fistül	15	

Fistüllerin 8 tanesi burjon ve granülomlar arasında gizlenmiş vaziyette olup, dört tanesi delik tarzında ve üç tanesi de nedbe halindedir. Nedbelerin biri kül dö sak tarzında diğer ikisi stellar nedbe şeklindedir. Vak'aların ikisinde aynı gangliyondan iki fistül olmak üzere polifistüler şekil, ikisinde ise müteaddit yerlerde ayrı gangliyonlardan husule gelmiş olmak üzere mültipl fistüller mevcuttu.

Burada dikkati çeken bilhassa vejetan şekiller ve fistüllerdir. Vak'alarımızda fistüllerin yarısı vejetan bronş tüberkülozu manzarası arzetmektedir. Bu suretle vejetan şekillerle fistüller arasındaki kısmî ilgi ve fistüllerin bronş tüberkülozu husulündeki rolleri de tebarüz etmektedir. Vejetan şekillerin üçte birinde fistül tesbit ettik.

123 vak'ada nonspesifik lezyonlar gördük. Bunlardan

Hafif ve orta derecede hiperemi	70	vak'a
Hiperemi ödem ve sekresyon	42	»
Mukoza solukluğu	8	»
Bronşektazi	3	»

Bazı müellifler bu çeşit nonspesifik bronş lezyonlarını minor bronş lezyonu olarak kabul ederler. Hususiyetleri sekel bırakmadan geriliyebilmeleridir.

Nonspesifik lezyonların histopatolojik tetkiklerinde ise bunların bir kısmının mikroskopik olarak spesifik lezyon oldukları görülmüştür. *G. Brouet, P. Paley, J. Marche, L. Sang, J. Chretien* müşterek çalışmalarında bu lezyonlarda 1/7 nisbetinde spesifik lezyon tefrik ettiler. Bu sebeple ekseriya sadece bir refakat bronşiti şeklinde tavsif edilen ve mânalandırılan bu minor veya nonspesifik lezyonlara da önem vermek icabeder.

64 vak'ada çeşitli stenozlar görüldü. Bunlar umumiyetle makroskopik olarak nonspesifik görünümdedir. Nisbetleri şöyledir:

Hafif darlık	9	vak'ada
Konsentrik darlık	41	»
İnfundibular darlık	2	»
Yarık şeklinde darlık	11	»
Sikatrisyel darlık	1	»

Ayrıca spesifik lezyonlar arasında 13 tane konsantrik darlıkla vejetan şekillerin husule getirdikleri darlıklar mevcuttur.

Bronş lezyonlariyle akciğer lezyonları arasındaki münasebetleri çeşitli yönlerden araştırdık. Neticeler şöyledir:

A. Akciğer lezyonlarının kantitatif dağılımı ile bronş lezyonları arasındaki ilgi: (Şema 1)'de görüldüğü gibi minimal lezyonlarda bronş musabiyeti %44,3 moderatly advenced'lerde %47; far advenced vak'alarda %39,5'dur.

Buradan çıkardığımız netice: Vak'alarımıza ve bulgularımıza göre lezyonların kantitesi ile bronş tüberkülozu arasında ilgi yoktur. Her tip tüberkülozda %40 ile 47 nisbetinde bronş musabiyeti arzetmektedir.

B. Gangliyonlu ve gangliyonsuz vak'alarda bronş lezyonu: (Şema 2)'den görüleceği gibi gangliyonlu vak'alarda %58,2 nisbetinde, gangliyonsuzlarda ise %41 nisbetinde bronş lezyonu bulduk. Yani gangliyonlu şekillerde bronş musabiyeti daha fazladır.

C. Kaviteli ve kavitesiz vak'alarda bronş musabiyeti: (Şema 3). Kavitelilerde %34,8, kavitesizlerde %49,2 nisbetinde bronş lezyonu gördük. Yani genç tüberkülozlularda kavitesiz vak'alarda bronş musabiyetini daha yüksek bulduk.

D. Akciğer ve bronş lezyonları aynı veya karşı tarafta oluşuna göre tasnifte: Non spesifik lezyonlu 187 vak'adan 14'ünde karşı tarafta, 173'ünde ise akciğer lezyonu tarafında bronş lezyonu görüldü. Spesifik lezyonlarda ise: 39 vak'ada akciğer ve bronş lezyonları aynı tarafta, iki vak'ada ise bronş lezyonu karşı tarafta görülmüştür. Yani umumiyetle bronş lezyonlarını akciğer lezyonları ile aynı tarafta tesbit ettik.

E. Lezyonların loblara göre dağılımı ile bronş tüberkülozu arasındaki ilgi muhtelif yönlerden incelendi: En sık orta lob lezyonlarında (Şema 4) bronş lezyonu tesbit ettik. %58,6 nisbetinde. Sonra

alt lob lezyonlarında %53,6 en düşük nisbette de üst lob lezyonlarında %45 bronş lezyonu tesbit ettik.

III. *Tedavi neticeleri:* Hastalardan 48 tanesinde müteaddit bronkoskopilerle lezyonun seyri incelenmiştir. Bu vak'alar umumiyetle streptomycine + PAS + INH kombine tedavisi görmüşlerdir. Altı vak'ada ilâveten conteben verilmiş, iki vak'ada lokal conteben tedavisi yapılmıştır. Ortalama takip süresi beş aydır. Netice olarak 47 vak'anın 23'ünde lezyonlar aynı kalmıştır. Dokuzunda salâh husule gelmiş, 13 vak'ada gerileme olmuş, iki vak'ada sikatrisyel stenoza, birinde ülsere tahavvül görüldü. Netice olarak vak'aların %48,9'unda lezyon aynı kalmış, %30'unda muhtelif derecede gerileme olmuş, %19'u ise salâh bulmuş, pek az bir kısmında da tahavvül husule gelmiştir.

Nonspesifik lezyonlarda: %50 gerileme, %36 salâh, %14 aynı kalış.

Stenozlarda: %66,6'sında aynı kalış, %13'ünde gerileme, %25'1'inde salâh.

Fistüller: %85,7'sinde aynı kalış, %14,3'ünde gerileme olmuştur.

Vegetasyonlar: %50'si aynı kalmış, %40 gerilemiş, %5 salâh, %5 ülsere tahavvül görüldü. Plili mukozalar tamamen salâh buldular.

Bu şemaya göre en ziyade tedaviye muannit lezyonlar fistüller, sonra stenozlar ve sonra da vejetan şekillerdir. En ziyade salâh gösteren şekiller nonspesifikler, en az nisbette salâh gösterenler vejetan şekillerdir. Contebenin diğer ilâçlara bir faikıyetini görmedik, keza lokal conteben tedavisi de diğerlerinden farklı bir netice vermedi.

Lezyon	Bütün vak'a	Bronş lezyonu	Spesifik	Nonspesifik
Minimal	106	47 (%44,3)	13	34
Moderatly Ad.	295	136 (%47)	20	116
Far advenced	114	45 (%39,5)	8	37
Yekûn	515	22 (%44,3)	41	187

Şema 1

Gangliyonlu	Yekûn	Sağlam	Lezyon	Spesifik	N. Sp.	N. Sp.	Sp.
Gangliyonlu	29	33	46(%58)	15	16	15	5
Gangliyonsuz	436	254	182(%41)	26	107	49	11
Yekûn	515	287	228	41	123	64	16

Şema 2

L	Yekûn	Sağlam	Lezyon	Spesifik	N. Sp.	N. Sp.	Sp.
Kaviteli	247	151	96(%34,8)	9	57	30	4
Kavitesiz	268	136	132(%49,2)	32	66	34	12
Yekûn	515	287	228(%44,3)	41	123	64	16

Şema 3

	Yekûn	Sağlam	Lezyon	Spesifik	N. Sp.	N. Sp.	Sp.
Üst lob	190	105	85(%45)	16	48	21	2
Orta lob	29	12	17(%58,6)	1	6	10	4
Alt lob	41	19	22(%53)	2	12	8	
Yaygın	255	151	104(%40,8)	22	57	25	10
Yekûn	515	287	228	41	123	64	16

Şema 4

SUMMARY

Bronchoscopic findings in young tuberculous patients

A bronchoscopic examination was performed on 515 young tuberculous patients hospitalized at the Military Hospital of Sarayburnu. The results of these examinations have been classified according to various criteria.

A. A bronchial anomaly was detected in 9 cases. This was an anomaly of disposition.

B. Bronchial lesions: we found bronchial lesions in 44.3% of cases. In 41 cases with specific lesions, we noted chiefly vegetating lesions and fistulas. We could not establish any relationship between the number of lesions and the morbidity of bronchi. In the ganglionar form of the disease, without cavitation, bronchi were found much more involved than in cavitary or non-ganglionar tuberculosis.

C. The average duration of follow-up in 48 cases was 5 months. The results of the treatment have been discussed by the authors.

RÉSUMÉ

Trouvailles bronchoscopiques chez les jeunes tuberculeux pulmonaires

Un examen bronchoscopique a été effectué chez 515 jeunes gens atteints de tuberculose pulmonaire et hospitalisés à l'hôpital militaire de Sarayburnu. Nous avons classé les résultats de ces examens d'après des points de vue différents.

A. Une anomalie bronchique a été décelée dans 9 cas. Il s'agissait d'anomalies de disposition.

B. Lésions bronchiques: Nous avons constaté dans les 44.3% des cas des lésions bronchiques. Dans les 41 cas présentant des lésions spécifiques nous avons surtout constaté des formes végétantes et des fistules. Les formes végétantes masquent souvent aussi la présence de fistules. Les sténoses étaient surtout du type infiltrant. Nous n'avons pu établir aucuna relation entre le nombre des lésions et le degré d'atteinte des bronches. Dans les formes ganglionnaires et non-cavitaires les bronches étaient beaucoup plus atteintes que dans les formes cavitaires et non-ganglionnaires.

C. La durée moyenne du contrôle effectué dans ces cas a été de 5 mois.

Les auteurs présentent finalement une discussion des résultats du traitement.

AKCİĞER TÜBERKÜLOZU TEDAVİSİNDE «TEBAFEN»

Dr. BÜLENT ÇİNTAN

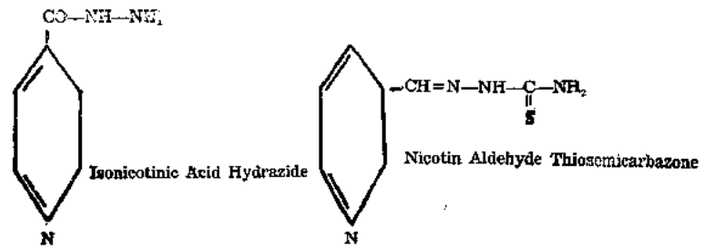
Kemoterapötiklerin kombine bir şekilde tatbik edilmesi ilk defa 1913'de *Erlich* tarafından tavsiye edilmiştir. O günden bu yana daima iki veya daha çok kemoterapötigi beraberce tatbik ederek,

1. Terapötik kıymetin arttırılması,

2. Mikroorganizmaların mukavemet kazanmasını önlemek,

3. Her ilâçtan daha bir miktarın tatbik edilmesi ile müsait tesir elde edebilmek imkânlarının aranması âdet olmuştur.

Tüberküloz tedavisinde ise, uzun bir tedavi devresi mevzuu bahis olduğu için de, bu kombine tedavi metodu daha fazla müracaat edilen bir metod olmuştur. Hali hazırda, bütün dünyada, tüberkülozda kombine tedavi kabul edilmiş bir metoddur. İki veya daha fazla ilâcın verilmesi ile daha kısa zamanda sinerjestik tesirlerden istifade edilerek müsait bir müessiriyet ve mikroorganizmanın mukavemet kazanmasını önlemek veya geciktirmek güdülen gayedir. Bu maksatla son senelerde, tedavi sahasına girmiş olan isoniazid ile PAS'ın, isoniazid ile streptomycin'in karışımları yapılmış ve tecrübe edilmiştir. Bizim araştırmalarımıza mevzu olan karışım isonocotinic acid hydrazide ile nicotinaldehyde thiosemicarbazone'un birleşiğidir.



Terkipleri zikredilmiş olan isonicotinic acid hydrazide ile nicotin-aldehyde thiosemicarbazon'un karıştırılmasından elde edilmiş olan tebafen'in bir tabletinde 10 mgr. thiosemicarbazone ve 40 mgr.

---

[*] Tebafen'i bize gönderme lütfunda bulunan Geigy, Basle fabrikasına burada teşekkürler etmeği bir borç telâkki ederiz.

isoniazid mevcuttur. Bu iki ilâcın kimyevî bir şekilde birleşmesine imkân yoktur. Birleşse dahi potansiyelleri değişeceğinden tüberküloz üzerine tesirsiz kalmaları da muhtemeldir.

Hiç şüphesizki bugün elimizde bulunan kombinasyonlara, yenilerinin ilâvesi iyi karşılanacaktır. Hele, bir tablet veya ampul içerisinde tesiri yüksek bir kombinasyon hastane personeli ve hastalara pek büyük kolaylık vereceği için daha fazla bir tatbik sahası bulacaktır.

Pek mahdut miktarda elimize geçtiği için tebafen'i ancak beş hastada tecrübe edebildik.

MATERYEL VE METOD

Vak'alarımızı, tedavi görmemiş nisbeten yakın bir mazide hastalanmış olanlar arasından seçtik. 3 erkek ve 2 kadın cem'an beş hastada kilo başına 5 mgr. hesap ile tebafen'i, günlük dozu üçe taksim ederek, verdik. Bu arada mümkün olduğu kadar antitüberkülö ilâçlardan gayrı ilâçları da vermekten sakındık. Böylece tâli tesirlerin tefsire mahal vermeden kullandığımız ilâca has olduğunu tartmak imkânını elde ettik.

Yalnızca terapötik tesir ve kıymeti nazarı itibare alarak vak'alarımız için altı aylık bir tedavi müddeti tesbit ettik.

Müşahedelerini zikrettiğimiz vak'alarımızdan bir tanesinde akciğer tüberkülozuna ilâveten menenjit tüberküloz da mevcuttu.

Vak'a 1: F. F. 46 yaşında erkek, işçi. 23/2/1956'da, bir aylık bir hikâyeyi takiben sanatoryuma yatmıştır. Girişte basil direkt muayene ile müsbet olup, ateş, öksürük mevcut, günde 15-20 cc. kadar balgam çıkarmakta idi. Sedimantosyon 18, 29, 65, akciğer radyografisinde; sağ klavikül altında lineer kesafetler ve altıncı posterior kaburganın ucuna tevafuk eden nahiyede kutru iki santim bir kavite ve perikaviter infiltrasyon tesbit edilmiştir. 6 aylık tedaviyi takiben hasta 13 kilo kaaznmış, ateş düşmüş, öksürük kalmamış, sabahları ancak bir veya iki defa kraşa çıkarmakta olup, sedimantasyon 1, 4, 12'ye inmiştir. Akciğer radyografisinde bariz fark husule gelmiş ve kavite düz filimlerde silinmiştir. Bu altı aylık tedavi esnasında ilâca tahammülü gayet iyi olmuştur. Basil kültürde menfidir.

Vak'a 2: M. L. 30 yaşında, işçi, kadın. 15/3/1956'da hastaneye 3 aylık bir hikâye ile ve tekerrür eden hemoptizi ile girmiştir. Ateş, öksürük, günde 10-15 cc. kadar balgam ve basit muayenede basil mebzul olarak tesbit edilen hastanın sedimantasyonu 11, 35, 60 olarak bulunmuş ve akciğer radyografisinde sol klavikül altında kavite ve perikaviter infiltrasyon görülmüştür. Altı aylık tedavi süresi içerisinde hat apandisit krizi ve ameliyatı dolayısiyle 15 günlük bir inkıta hariç olmak üzere hasta muntazaman tebafen almıştır. Ateş, balgam ve öksürük tamamen kaybolmuş, sedimantasyon 2, 5, 15'e kadar inmiştir. Altı aylık bir tedavi neticesinde bu hastada radyolojik olarak temizlenme ve kavitenin düz filimlerde kaybolmasına rağmen kültürde üreme görülmüştür.

Vak'a 3: M. T. 25 yaşında erkek işçi, 8/3/1956 tarihinde hastaneye 8 aylık bir hikâye ile girmiştir. Girişte basil direkt muayene ile müsbet olup, sedimantasyon 45, 70, 107 olarak tesbit edilmiş ve akciğer radyografisinde de sağda klavikül altında infiltrasyon ve solda klavikül altında kavite ve perikaviter infiltrasyon görülmüştür. Altı aylık tedavi ile ahvali umumiyede ileri derecede salâh husule gelmiş, sedimantasyon 1, 6, 26'a kadar inmiş, radyolojik olarak ileri derecede gerileme görülmüş fakat basil kültürlerden kaybolmamıştır.

Vak'a 4: Ş. S. 22 yaşında işçi, kadın. 6/1/1956 tarihinde sanatoryuma yatırılmış ve bir aylık bir hikâyesi mevcuttur. Hasta akciğerlerinde her iki zirvede ufak ve ince cidarlı kaviteler ve menenjit ârazları tesbit edilmiştir. Basil ancak mide suyu kültüründe tesbit edilmiştir. Likör serebro spinalisde kültür negatif olarak kalmış fakat bulgular bir menenjit tüberkülozu tutacak şekilde tesbit edilmiştir. Hastaya verilen tebafen ile üç ayda umumî ahvalde kalkınma, menengeal ârazların kaybolmasına rağmen likör serebro spinalisde hiçbir fark husule gelmediğinden dolayı tedavisi değiştirilmiştir.

Vak'a 5: O. Ç. 20 yaşında erkek işçi, 2 aylık bir hikâye ile 23/8/1956 tarihinde sanatoryuma yatırılmıştır. Sağ perihiler infiltrasyon ve kutru 2 cm.'i mütecaviz bir kavite ve balgamda ancak kültür ile basil tesbit edilmiştir. Bu hastada ahvali umumiyede salâh ve radyolojik olarak gerileme olmasına rağmen tebafen 2 ayı mütecaviz bir zaman verildikten sonra bulantı ve hemen her yediğini çıkarma ve ellerinde uyuşukluklardan dolayı şikâyet etmiş ve zayıflama kaydedilmiştir. Bu sebeplerden dolayı tedavisi değiştirilmiştir.

N e t i c e :

Vak'alarımızın adedi çok az olduğundan dolayı kat'î fikir beyan etmekten sakınarak elde ettiğimiz neticeler lie durumun münakaşasını yapacağız.

Tebafen bir tek tablet içerisinde iki ayrı anti-tüberkülö hassayı taşıyan ilâcı teşrik etmek bakımından bir tatbik avantajı sağlamaktadır. Umumiyetle iyi tahammül edilen bir ilâç olmakla beraber bir vak'amızda daha ziyade thiosemicarbazone'a has tahammülsüzlük görülmüştür. Bu hastada bilâhare yüksek doz isoniazid ve PAS verilmesine rağmen aynı haller görülmemiş olması da bunu isbat etmektedir.

Kullandığımız dozlar gerek isonicotinic acid hydrazide ve gerekse nicotinaldehyde thiosemicarbazone için asgarî dozlardır. Tahammülün iyi olmasında bunu da nazarı itibara almak gerekir.

Tebafen terapötik bir tesire sahiptir. Vak'alarımızın hepsinde radyolojik salâhın husule gelmesi bunu göstermektedir. Mamafih tesir herhangi bir konbinasyondan daha yüksek değildir. Kaldı ki tebafen basilden hastayı her defasında tecrit edememektedir.

Gurubun içerisinde bir tek vak'a olmasına rağmen menenjit tüberküloz da tebafen'in kâfi bir likör seviyesi husule getiremiyerek tesirsiz kaldığı likör serebro-spinalisde hiçbir değişiklik husule gelmemesi ile söylenilebilir. Bu arada hat tüberküloz şekillerinde tebafen ile iyi neticeler beklenemiyeceğini de ilâve etmek yerindedir.

Hülâsa olarak, tebafen antitüberkülö hassaya sahip bir ilâç olmakla beraber isoniazid, PAS, streptomycin'den herhangi ikisinin konbinasyonu kadar müessir değildir. Mamafih lüzumu halinde müracaat edilebilecek ve bilhassa idame tedavisi sahasında kullanılabilecek bir konbinasyon olarak elde bulunması memnuniyet vericidir.

S U M M A R Y

T e b a f e n i n t h e t r e a t m e n t o f p u l m o n a r y t u b e r c u l o s i s

We have administred Tebafen (combination of isoniazid with Nicotinaldehyde thiosemicarbazone) to 4 cases of pulmonary tuberculosis and one of tuberculous meningitis presenting pulmonary lesions in the same time. While

admitting the rapeutic activity of Tebafen, we found that it did not give better results than a combination of any two antibacterial substances like isoniazid, PAS, streptomycin, etc.

R É S U M É

L e T e b a f e n d a n s l e t r a i t e m e n t d e l a t u b e r c u l o s e p u l m o n a i r e

Nous vaons administré du «Tebafen» (combinaison de l'isoniazide avec le Nicotylaldehyde thiosemicarbazone) dans 4 cas de tuberculose pulmonaire et un cas de méningite tuberculeuse présentant en même temps des lésions pulmonaires. Tout en reconnaissant l'activité thérapeutique du «Tebafen», nous avons constaté qu'il ne donnait pas de résultats supérieurs à ceux obetnus avec une combinaison quelconque de 2 antibactériels tels que isoniazide, PAS et streptomycine.

ONİKİNCİ CELSE

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Fitizyoloji Kliniği
Direktör
Prof. Dr. Nusret Karasu

STREPTOMYCIN'E REZİSTANS TEŞEKKÜL EDEN VAK'ALARDA TEDAVİYE DEVAMDAN ALINAN NETİCELER

Prof. Dr. CELÂL ERTUĞ

Tüberküloz basillerinin streptomycin'e karşı rezistans kazanmaları halinde yine tedaviye devam olunup, olunmaması meselesi oldukça münakaşa edilmiştir. Bu hususta yaptığımız bir tetkiki burada hülâsa edeceğiz.

Bu klinik observasyonlar patologların da değerli çalışmaları ile desteklenmiş bulunmaktadır.

Bir çok kliniklerde ve Enstitülerde invitro olarak streptomycin rezistansı teşekkül ettikten sonra gerek invivo hayvan tecrübelerinde gerekse insanda ilâcın basillere karşı tesirinin azaldığı kanaati teessüs etmiş gibidir. Fakat bu hususta istatistik veyahutta rakamlara dayanan incelemeler pek mahduttur, işte bu noktayı göz önünde tutarak bir araştırma yapmak istenmiş ve invitro olarak rezistans teessüs eden vak'alarda tedaviye devamdan alınacak neticeler incelenmiştir.

İNCELEME METODUMUZ VE KLİNİK MATERYELLER:

İnceleme serimize aşağıdaki kriteryumlarla 351 vak'a ithal edilmiştir:

a. Bakteriyolojik olarak hastalık tevsik edilmiş olmak.

b. Orta derecede yahut da çok ilerlemiş bulunmak.

c. Tedavinin başlangıcında basillerin streptomycin'e karşı hassas oldukları tesbit edilmiş bulunmak.

e. Bakteriyolojik ve klinik bakımlardan tedavinin neticelerinin değerlendirilmesi için en aşağı 120 gün streptomycin tedavisi görmüş olmak.

İşte bu kriteryumlar göz önünde tutularak incelediğimiz vak'alar arasında tesbit ettiğimiz bulgular aşağıda sıralanmıştır.

Bu vak'alardan 62'si günde 1-2 gr. streptomycin verilmek suretiyle tedavi edilmiştir. 95 hasta da günde 1-2 gr. streptomycin'i her üç günde bir almışlardır. 99 hasta ise 1 veya 2 gr. streptomycin'i üç günde bir PAS ile beraber almışlardır. (PAS günde 12 gr. ve her üç günde bir devamlı olarak). 95 hastada günde bir veya 2 gr. olmak üzere, üç günde bir streptomycin'e günde 12 gr. PAS almak suretiyle bir rejime tabi tutulmuşlardır. Buna nazaran hastaların tabi bulundukları 4 tip ilâç rejimi mevcut gözükmektedir.

Evalüasyonumuzu daha dakik olarak yapabilmek için hastalar bakteriyolojik bakımdan üç guruba ayrılarak mütalâa edilmiştir. Bu suretle 120 günlük tedavi kursunun bakteriyolojik kriteryum ön plânda tutularak verdiği neticeleri aşağıdaki şekilde değerlendireceğiz.

1. Balgam menfi olanlar:

Bu guruba giren vak'alar 120 günlük tedaviden sonra kültürde basili negatif olanlar ve bu negatif kültürü takip eden 6 ay zarfında da pozitif kültür vermeyen vak'alardır.

2. Balgamında basili müsbet olup streptomycin'e karşı hassas olan gurup:

120 günlük tedavinin sonunda kültürlerinde basil müsbet çıkan ve bu tedavinin sonundan itibaren 6 ay zarfında streptomycin'e karşı hassas basili müsbet olan vak'alar da bu kategoriye sokulmuştur.

3. Balgamda rezistans basili müsbet olan gurup:

120 günlük tedavi hitamında balgamda basili müsbet olan balgam kültüründe müsbet basil gösteren ve bu basillerde rezistans bulunan vak'alar bu guruba konulmuşlardır.

Müsbet kültürler elde edilen vak'alarda sansitivite testleri bir hafta ile bir ay arasında değişen ara verme safhasında tekrarlamalarla kontrol edilmiştir. Bakteriyolojik incelemeler aynı lâboratuvarda ve standart tekniklerle tatbik edilmiştir.

Burada yaygın lezyonlu vak'alar diye tavsif edilen hastalar streptomycin tedavisine başlanıldığı zaman kavitesi olan ve tüberkülozun toksik sistematik reaksiyonlarını gösteren vak'alardır. 120 günlük tedavi süresinden sonra şimioterapinin değerlendirilmesi, röntgen bulguları kavitenin kapanıp kapanmayışı ve semptomlar üzerindeki tesir bakımından mütalâa edilmiştir. Ve bütün neticeler yukarda bahsedildiği şekilde bakteriyolojik gruplamalara sokulmuştur.

Röntgen neticeleri şu şekilde tasnif edilmiştir: Salâh, değişmeyen, kötülüğe doğru giden diye. Semptomlara nazaran şu şekilde bir tasnif yapılmıştı: Ağızdan alınan hararet derecesi 37 üstüne çıkmayan, kilosu normal ağırlığında 2.5 kilodan fazla düşük bulunmayan, eğer balgam varsa günde 5 cc.'den fazla olmayan vak'alar semptomatik olarak salâh gösteren guruba sokulmuştur.

VAK'ALARIN TEDAVİ BAŞLANGICINDAKİ DURUMLARININ İNCELENMESİ:

1 numaralı cetvel streptomycin tedavisine başlandığı zaman hastalığın yaygınlık derecesini, kavitenin mevcudiyetini, tedavi rejiminin şeklini ve bunlarla ilgili bakteriyolojik durumu göstermektedir. Buradaki rejimlerden biri, haftada iki defa streptomycin, her gün de PAS olmak üzere verilen şekildir. Bu şekil rezistans teşekkülünün en geç olduğu görülmesi bakımından en iyisidir.

1, 2 ve 3 numaralı grafikler çok ilerlemiş vak'aların yüzdesini bakteriyolojik guruplamaya, kavitelere ve semptomları nazarı itibare alarak göstermektedir. 1 numaralı şekil ancak balgamları negatife dönen vak'aların dörtte birinin, çok ilerlemiş hastalığı bulunduğunu, buna mukabil üçte ikiden dörtte üçe kadar rezistansın, far advanced gurupta teşekkül ettiğini göstermektedir. İki numaralı şekil de, en fazla kaviteli gurubun devamlı olarak rezistans teşekkül edenler arasında olduğunu göstermektedir. Hemen hemen her gurubun bütün vak'aları tedavinin başlangıcında bir takım semptomlar göstermişlerdir.

120 GÜNLÜK TEDAVİDEN SONRA ALINAN NETİCELERİN DEĞERLENDİRİLMESİ:

Bakteriyolojik bölüme göre her üç guruptan (bir negatif 2 hassas, 3 rezistans olanlar) tedaviye alınan cevap gerek radyolojik gerekse klinik bakımdan 4 ve 8 numaralı şekillerde gösterilmiştir. 4

numaralı şekilde görüldüğü üzere bütün gurupların vak'alarını ekserisi radyolojik olarak salâh göstermişlerdir. Ve bunların içerisinde en az salâhta rezistans guruptadır. Burada şu hususa dikkati çekmek muvafık olur; gerek her gün tek başına verilen streptomycin gerekse haftada iki defa verenlerde: radyolojik salâh streptomycin'e rezistans gösteren guruptan daha fazladır. Yani streptomycin'e karşı rezistans gösteren gurupta bu mukavemete rağmen yapılan tedaviden alınan neticeler de radyolojik salâh yüzde nisbeti streptomycin'e karşı hassas olan guruptan daha yüksektir (tablo II). Gene aynı cetvel bu müşahedenin yanında, radyolojik kötüleşme gösterenlerin yüzdesinin, kavite değişikliğinin nisbetinin, az olduğunu ve semptomatik ârazlarda neticenin pek parlak olduğunu göstermektedir.

Bu bakteriyolojik guruplar arasında radyolojik kötüleşme pek mahdut farklar göstermektedir. Tedavi süresince, negatif balgam gösteren gurupta kötüleşme olmamıştır. Yalnız hassas olanların %17'si, rezistans olanların %6.9'u tedavi süresince radyolojik nüks göstermişlerdir, 6 numaralı şekil kavite gösteren vak'alar arasında 120 günlük tedavi süresince negatif ve ilâca hassas bakteriyolojik karakter gösteren guruplarda neticenin lehe olduğunu göstermektedir. Tedavinin başlangıcında kavite gösteren 69 vak'adan streptomycin'e rezistans organizm teşekkül edenlerin hiç birinde kavite şimioterapi süresince kaybolmamıştır.

Yapılan tedaviye klinik semptomları bakımından alınan neticeye göre balgamlarında basil bulunmayanlar, yani negatif olanlar ve hassas basil olanlar, bariz bir şekilde daha iyi cevap vermektedirler. (Şekil 7 ve 8) tedavinin başlangıcında semptom gösteren ve tedavi süresince streptomycin'e rezistans basil husule getiren hastaların ancak %15.7'si semptomotik olmuşlardır, buna mukabil sansitif olan gurup %26.9 ve negatif olan gurup ise %55.8 nisbetinde semptomatik olmuşlardır.

SONUÇ VE MÜNAKAŞA:

Yalnız başına türlü streptomycin rejimleri halinde çok ilerlemiş akciğer tüberkülozu vak'alarında yapılan tedavi neticesinde streptomycin rezistansı üzerinde bir etüd yapmış bulunuyoruz. Kaviteli vak'alarda streptomycin'e rezistansın daha çok teşekkül ettiği görülmüştür. Nitekim kaviteli vak'aların %41'i streptomycin'e rezistans basil ihtiva ederlerken kavitesiz vak'alarda bu nisbet %15 olmuştur.

Bu neticeler *Howlett, Mitchell* ve *Yegean*'in bulduğu neticelere paraleldir. Bu müellifler derlerki mütasyon ne vakit düşük bir seviyede olursa bakteri popilasyonu süratle çoğalma gösterir. Bu keyfiyet kaviteli ve çok ilerlemiş vak'alarda en yüksek streptomycin'e rezistans en yüksek miktarda basil bulunmasının sebebini izah eder.

Streptomycin'e rezistans teşekkül eden vak'alarda tedaviden alınan netice ile streptomycin'e hassas pozitif veyahut da balgamları negatif olan gurup arasındaki mukayesede streptomycin'e rezistans gurup aleyhine nisbî bir fark vardır. Tecrübelerimiz bize şunu göstermiştir ki, 60 günlük bir negatifide safhasından sonra pozitif olan gurupta hiç bir rezistans teşekkülü görülmemiştir. Bu müşahedeye istinaden 164 vak'ayı ihtiva eden negatif balgamlı guruba, hassas pozitif gurubu da ihdas etmek ve bu suretle tedaviden alınan cevabın değerlendirlmesinde rezistans gurubun nisbî evaülasyonunu daha kötüye doğru ifade etmek mümkündür.

Streptomycin'e rezistans problemi menenj ve miliar tüberkülozis vak'alarında daha büyük bir ehemmiyet kazanır. Bu şekilde 48 hasta 1946 senesinde bu hastanede muhtelif streptomycin rejimleri ile tedavi edilmiştir.

K A N A A T :

Tüberküloz tedavisinde streptomicin'e karşı alınan tedavi neticesinin zayıflaması rezistans mikro-organizmaların gelişmelerine atfolunmalıdır. Tüberküloz tedavisinde antibakteriyel tedaviye karşı rezistansın teşekkülü üzerinde durulması icap eden ehemmiyetli bir problemdir. Bu gün için bu probleme karşı en müessir tedbir streptomicin'i her üç günde bir ve her gün vasatî 12 gram PAS ile vermek olduğu kanaatini belirtebiliriz.

Streptomycin'e rezistansının teşekkülü için zaman

Günler	Sm. her gün Vak'a sayısı	Sm. hf. 3 g. Vak'a sayısı	Sm. hf. 3.PAS Vak'a sayısı	Sm. PAS. hf.3 Vak'a sayısı	Total Vak'a s.
0-29	5	0	0	0	5
30-59	12	3	0	0	15
60-89	15	10	0	3	29
90-119	8	5	0	3	16
120-149	1	4	0	3	8
Yekûn	61	22	0	9	12
Rezistans teessüsü için ortala. gün	67	89	—	106	29

NOT: Şekiller gönderilmediği için basılamamıştır.

S U M M A R Y

R e s u l t s o b t a i n e d b y c o n t i n u i n g t h e t r e a t m e n t o f s t r e p t o m y c i n - r e s i s t a n t c a s e s

1. 120 cases of pulmonary tuberculosis were treated during 120 days with various regimens of streptomycin. At the beginning of treatment, all cases showed a sensitivity in vitro to a streptomycin solution of 10 micrograms/ml. The patients were classified in three groups according to the results of bacteriological examination: 1) Patients with negative findings in the sputum. 2) Patients expectorating streptomycin-sensitive bacilli. 3) Patients expectorating streptomycin-resistant bacilli.

2. Cases showing a wide diffusion and severe cavitation manifested also systemic toxic symptoms. The group in which streptomycino-resistance was the most conspicuous was also the one in which cavities and other symptoms predominated.

3. In the group showing streptomycino-resistance, the resistance took in the average 79 days to be complete.

4. The group showing streptomycino-resistance was compared radiologically to other groups in order to determine the differences in cavity closure and symptomatic amelioration. The streptomycino-resistant group gave the poorest results.

5. We studied also the effect of streptomycino-resistance on therapeutic results in cases of tuberculous meningitis or miliary tuberculosis: we found that none of the cases showing a resistance to streptomycin survived more than 6 months after the onset of this resistance.

6. We found that combined therapy and intermittent treatment periods were the best means for preventing the formation of a streptomycino-resistance.

R É S U M É

R é s u l t a t s o b t e n u s e n c o n t i n u a n t l e t r a i t e m e n t d a n s l e s c a s s t r e p t o m y c i n o - r é s i s t a n t s

1. 120 cas de tuberculose pulmonaire ont été traités pendant une période de 120 jours avec divers dosages de Streptomycine. Tous les cas présentaient au début du traitement une sensibilité in vitro à une solution de streptomycine d'une concentration de 10 mcg/ml. Les malades ont été classés en 3 groupes d'après les résultats bactériologiques. 1. Patients à crachat négatif. 2. Patient expectorant des bacilles sensibles à la streptomycine. 3. Patients expectorant des bacilles résistant à la streptomycine.

2. Les cas à diffusion étendue et présentant de nombreuses cavités manifestaient des symptômes toxiques systémiques. La catégorie où la strepto-

mycino-résistance était la plus marquée était aussi celle où les cavités et autres symptômes dominaient.

3. Dans le groupe présentant une streptomycino-résistance, la formation de cette résistance a exigé en moyenne 79 jours.

4. Le groupe présentant une streptomycino-résistance a été comparé radiologiquement aux autres groupes afin de déterminer les résultats au point de vue fermeture des cavités et amélioration des symptômes. D'après ces critères, le groupe streptomycino-résistant a donné les résusltats les plus faibles.

5. L'effet de la streptomycino-résistance sur les résultats thérapeutiques dans les cas de méningite tuberculeuse ou de tuberculose miliaire a été aussi étudié: nous avons constaté qu'aucun les cas présentant une résistance n'a survécu plus de 6 mois après la formation de cette résistance.

6. Nous avons constaté que le traitement combiné et les cures intermittentes constituaient la meilleure solution pour retarder la formation d'une streptomycino-résistance.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Fitizyoloji Kliniği
Direktör
Prof. Dr. Nusret Karasu

BİR ARTERYA PULMONALİS ANEVRİZMASI VAK'ASI

Prof. Dr. CELÂL ERTUĞ *Dr. BAHATTİN ÇETİN*

Arterya pulmonalis anevrizmaları oldukça nadirdir. Literatürdeki inceleme hususu ile erkeklerde bu durumun daha seyrek olduğunu göstermektedir.

Hasta, Hamdi Yücel 37 yaşında Mihalıççık'ta rençber. Göğsünün her iki tarafına gelen ağrı, halsizlik, çarpıntı şikâyetleri ile bir hekime müracaat ediyor. Bir göğüs grafisi yapılıyor. Ve hilit teşhisi konuyor. Bunun üzerine hasta hususî olarak bize müracaat etti. Yapılan klinik ve lâboratuvar muayeneleri ile bunun bir hilus ganglionu veyahutta perihiler bir parankima hastalığı olmadığı bu bölgenin arterya pulmonalis'e ait bulunduğu tesbit edilmiştir.

Hastanın antesedanı şu şekilde başlamaktadır: Bir sene evvel göğsünde hafif ağrı ve kalp çarpıntıları ile en ufak hareketlerle çabuk yorulma ve nefesinde daralma husule gelmeğe başlamıştır. Bize müracaatında üç ay önce ateş ve öksürükle beraber bir hastalık geçirmiş, 10 gün kadar evinde yatmış ve hiçbir ilâç almadan kendiliğinden iyi olmuş fakat evvelki şikâyetleri yorgunluk ve nefesindeki tutukluk devam edermiş. Yukarıda belirtildiği veçhile bir hilit ihtimali ile bizim alâkamıza sevkolmuştur. Hastanın öz ve soy geçmişinde kayda değer hiç bir hususiyet yoktur. Ailede, yakın akrabalarda tüberküloz kontakt ihtimali gösteren bir müşahede mevcut değildir.

Fizik muayenede, ateş 36,5°, nabız muntazam, dolgun, dakika atımı 64, genel durum normal görünümde. Solunum sistemi muayenesinde patolojik bir bulgu tesbit edilememiştir. Dolaşım sistemi muayenesinde pulmonal odakta hafif bir sistolik nefha mevcuttur. Efordan sonra bu nefha barizleşiyor ve derinden diyastoloik bir nefha alınmaktadır.

Kan basıncı 110/70 mm. Hg.'dir. Kol, bacak, kan basınçları arasında bir fark yoktur. Efordan sonra nabız ve kan basıncı eski haddine ancak 7 dakika zarfında gelmektedir.

Lâboratuvar incelemesi:

Tüberkülin müsbet, balgamda A.R.B. menfi, sedimantasyon birinci saatte 5 mm., kan formülü ve kan muayenesinde hafif bir anemi hali mevcut, formül normaldir. Wessermann ve kahn negatif, E.K.G.'de hafif sağ aks deviyasyonu mevcuttur.

Radyolojik inceleme:

Radyoskopik muayenede hilusun sol tarafında ve arterya pulmonalis gölgesinde püsasyon gösteren ve muntazam sınırlı bir tübarüz mevcuttur. Muhtelif vaziyetlerde bu gölgenin damar konüsüne ait olması ihtimali intibaı alınmaktadır. Radyogramlarda ve kimografilerde, bu gölgenin arterlere ait olduğu tesbit edilmiştir ve bu görünüm radyolojik olarak şu şekilde tavsif olunmuştur. Kalbin sol kenarında damar konüsünün hemen altında, bordet noktasında nihayetlenen konveksliği dışarıya doğru ve çapı 4-5 santimetre kadar olan kavis şeklinde bir tebarüz görülmektedir. Yan ve sağa ön oblik filimlerinde, kalbin üst kısımlarında, aorta assandan hizasında, kutru aşağı yukarı 6-8 santimetre ve kenarları keskin olarak hudutlanmış homojen bir kesafet göze çarpmaktadır. Bu kesafet radyoskopik kontrollarda pulsasyon vermektedir.

Bu bulgularla bir aretrya pulmonalis anevrizması veya genişlemesi düşünülerek hastaya bir anjiyo-kardiyografi yapılmasına teşebbüs olunmuştur. Kontrast madde bulunmuş ve sağ kalp kateterizasyonu ile bu maddenin doğrudan doğruya kalp içine zerki ve büyük damarlara bir vizöalizasyonu yapılması imkânı düşünülmüş, bu tetkik imkânları haiz olan II'nci İç Hastalıkları Kliniği ile iş birliği yapılmasına teşebbüs olunmuştur. II'nci İç Hastalıkları Kliniği kateterizasyon lâboratuvarı da hastaya Profesör *Dr. Cavit Sökmen* tarafından kateterizasyon yapılmış ve kateter sağ kol vena kübitalisinden ileri sürülerek sağ antriyuma sağ vantriküle kadar sokulmuş sonra arteriya pulmonalise girilmiştir. Arterya pulmonalise geçildiği zaman çekilen resimlerde kateterin bu genişleme kısmına girdiği de görülerek filme alınmıştır. Bu esnada verilen kontrans madde ile anjiokardiyografi yapılması imkânına teşebbüs edilmiş fakat teknik imkânsızlıklar yüzünden kontrans maddenin bu vizüalize ettiği anda yakalama imkânı hasıl olmamıştır. Kateterin doğrudan doğruya anevrizma içerisinde yaptığı kıvrıntı ile bu genişlemenin arterya pulmonalise ait olduğu ve aorta ile anevrizmanın alâkasının

bulunmadığı tahakkuk etmiştir. Ayrıca gerek sağ atriyuma gerek sağ vantriküldeı ve arterya pulmonalis içerisinden alınan kan numunelerinde oksijen analizleri ve bu sahalardaki basınç ölçüleri bize atriyomlar arası ve yahut vantriküller arasında bir septum defektinin mevcut olmadığını gösterir mahiyettedir. Kateterizasyon esnasında yapılan muhtelif seviyelerdeki basınç kontrolları aşağıda gösterilmiştir.

1. Sağ atriyum sistolik	—	1	mm. Hg.
Diyastolik	—	3	mm. Hg.
2. Sağ vantrikül sistolik	—	30	mm. Hg.
Diyastolik	—	5	mm. Hg.
Vasatî	—	10	mm. Hg.
3. A. Pulmonaliste sistolik	—	17,5	mm. Hg.
Diyastolik	—	2,5	mm. Hg.
Vasatî	—	7,5	mm. Hg.
4. Anevrizma sistolik	—	20	mm. Hg.
Diyastolik	—	5	mm. Hg.
5. Kapiller pulmonallerde sistolik	—	15	mm.
Diyastolik	—	2,5	mm.
Vasatî	—	7	mm.

Bu basınç ve analiz neticeleri de bize gösterir ki hâdise sadece bir arterya pulmonalis anevrizmasından ibarettir. Başka vilâdi anomali bahis mevzuu değildir. Filhakika konjenital anomaliler hatırlanacak olursa arterya pulmonalis anevrizmaları veya bu seviyedeki anomaliler çok defa atriyumlar arası semptum defekti veyahutta botal açıklığı ile beraber bazan da fallop tetralojinin bir refakat belirtisi olarak bulunur.

Mc. Michel'in kardiyolojiyi üç devreye ayırması haklı bir görüş tarzıdır. Filhakika kardiyolojinin ilk devrine stotoskop, ikinci devrine elektrokardiyografi, üçüncü devrine de (kalbin fizyolojik fonksiyonlarının etüdünün yapılabildiği devir) adını veren müellif modern kardiyolojiyi bu son eteba koymuştur.

Bu gün artık sadece statoskopun bize verdiği akustik delillere istinaden teşhis koymadığımız gibi kalp adalesinin fonksiyonlarını kaybeden Eintowenin galvenometresinin bize çizdiği elektrokardiyografik traselerle de yetinmiyoruz. Dolaşım fizyolojisini inceleme metodlarına baş vuruyoruz. Vak'amızda mevcut olan patolojik du-

rumu tevsik edecek noktaların ve metodların bize verdiği delilleri bir bir tahlil edersek modern kardiyolojinin ne kadar objektif mesnetlere dayandığını anlamamız güç olmaz.

Hilüste mevcut bir kesafetin, mediyastenin bir adonepatisi mı, iltihabı bir proçesin yaptığı bir gölge genişlemesi mi yahut da vilâdi bir anomali mi, bir damar meselesi mi olduğunu tefrik edebilmemiz vak'amız müşahedesinde takip edilen observasyon yollarından geçmekle kabil olabilmektedir. Filhakika radyoskopik etüdler bize hastanın âdeta canlı anotomisini inceleme fırsatını verdiği gibi diğer taraftan kimografi herhangi bir bölgenin ne gibi bir dokuya ait olduğunu bize anlatıyor, onunla da yetinmiyoruz hemodinamik tetkiklerle düşündüklerimizi daha iyi verifiye etmek imkânını buluyoruz. Vak'amızda yukarıki klişelerde görüleceği üzere kateterin arterya pulmonalis içersinde ve bilhassa anevrizma bölgesinde görülmüş olması artık bu sıkıntının aortaya mı yahutta arterya pulmonalise mi ait olduğu şüphesini tamamen ortadan kaldırabilir. Bunun yanında atriyum, vantrikül basınçları ve buradaki kanların oksijen satürasyonları bize atriyumlar arasında bir şant olup olmadığını, botal deliğinin açık veya kapalı bulunduğunu gösterecek delillerdir. İşte bu vak'a gerek oldukça nadir bir kondüksüyonu göstermesi, gerekse modern kardiyolojinin bütün etüdlerinin teşrikiyle teşhis edilmiş olması bakımından neşrolunmuştur.

SUMMARY

A case of aneurysma of the pulmonary artery

Among the cases treated in our clinic, we have noticed one of aneurysma of the pulmonary artery.

The diagnosis was confirmed after several radiological, clinical and laboratory examinations as well as a catheterism of the heart.

We found useful to present this case on account of its rarety.

RÉSUMÉ

Un cas d'anévrisme de l'artère pulmonaire

Parmi les cas traités jusqu'ici dans notre clinique nous avons relevé celui d'un anévrysme de l'artère pulmonaire.

Le diagnostic a pu être posé après une série d'examens radiologiques, cliniques, de laboratoire ainsi qu'une cathétérisation du coeur.

Nous avons jugé intéressant de présenter ce cas en raison de sa rareté.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Fitizyoloji Kliniği
Direktör
Prof. Dr. Nusret Karasu

ANKARA VEREMLE SAVAŞ DERNEĞİ HASTANESİNDE YATAN TÜBERKÜLOZLULARIN MUHTELİF KLİNİK ŞEKİLLERDE İDRARDA C VİTAMİNİ DOZAJI

Doç. Dr. RAGIP ÜNER *Dr. CENGİZ ÖZEK*

Mevzu ve Maksat:

Akciğer tüberkülozunun muhtelif klinik şekillerinde idrarda C. Vitamini tâyin etmektir.

Araştırmalarımız:

Ankara Veremle Savaş Derneği Hastanesinde yatan ve tedavi gören 71 hastanın idrarında C. Vitaminini dichlorophenol - indophenol ile aradık. Çalışmalarımızda şu tekniği kullandık. 50 cc. eau distillée içinde 1 komprime dichlorophenol - indophenol'ü hallettik. Koyu mavi bir renk husule geldi. Bunun üzerine hastanın, iki saat bekletilen ve dinlendirilen sabah idrarından 20 cc. ilâve ettik. Koyu mavi renk yarım dakika zarfında tamamen açılırsa (beyazlaşırsa) idrarda C. Vitamini müsbet, koyu mavi renkte hiç bir değişiklik olmazsa menfi kabul ettik.

Bu tecrübeyi 10 gün müddetle devamlı olarak yaptık. İdrarlarında devamlı olarak C. Vitamini bulunmıyanlara günde 100 mg.'dan başlayarak menfilik devam ettikçe 1500 mg.'a kadar C. Vitaminini damardan enjekte ettik, 24 saat sonra hastanın idrarında tekrar C. Vitamini aradık. Bu tecrübeler esnasında hastalar hastanenin normal yemeklerini yemekte idiler. Hastanemizin günlük yemek listesindeki gıdalar içinde takriben 100-150 mg. C. Vitamini olduğunu hesaplıyoruz. Normal şahıslarda günlük C. Vitamini ihtiyacı 50-75 mg.'dır. Bizim verdiğimiz miktar ise bunun iki mislidir.

Bulgularımız:

Tetkik ettiğimiz 71 hastadan 40 tanesinin idrarında devamlı olarak C. Vitamini menfi, geri kalan 31'inde ise müsbet bulundu.

İdrarında C. Vitamini bulunmayan 40 hastaya idrarlarında C. Vitamini bulununcaya kadar intravenöz C. Vitamini enjeksiyonu ya-

pıldı. Tracheo-bronchique adenopati de 1500 mg.'da, kaviteli akciğer tüberkülozunda 1000 mg.'da, hematojen tüberkülozda 1000 mg.'da, ampiyemlilerde 1000 mg.'da, kavitesiz kronik akciğer tüberkülozunda 500 mg.'da, ameliyatlılarda 300 mg.'da, tümörlerde 1000, kist hidatikte 500 mg.'da idrarda C. Vitamini müsbet bulundu.

AKCİĞERİN MUHTELİF HASTALIKLARINDA İDRARDA C. VİTAMİNİ

Hastalık şekli	Menfiler	Müsbetler	Menfilerin % nis.
Trakeo-'bronşik adenopati 9	9	—	100
Kaviteli akc. tüberkülozu 34	13	21	38,235
Hematojen Tbc. 2	2	—	100
Kavitesiz, kronik akc. Tbc. 3	3	—	100
Ameliyatlı 4	2	2	50
Ampiyemli 11	7	4	63,545
Tümör 3	3	—	100
Kist Hidatik 3	1	2	33,33
Apse 2	—	2	—

İDRARINDA C. VİTAMİNİ BULUNMIYANLARIN C. VİTAMİNİ TEDAVİSİNE TABİ TUTULDUKTAN SONRAKİ DURUMLARI

Hastalık şekli	% 500 mg.'dan sonra menfi	% 1000 mg.'dan sonra menfi	% 1500 mg.'dan sonra menfi sonra menfi	% 300 mg.'dan sonra menfi	% 400 mg.'dan sonra menfi	% 100 mg.'dan sonra menfi	% 200 mg.'dan
adenopati	100	88,88	77,77	77,77	33,33	11,11	0
Trakeo-bronşik							
Kaviteli akc. tüberkülozu	29,417	20,5	14,7	14,7	2,9	0	
Hematojen Tbc.	100	100	100	100	100	0	
Kavitesiz, Kronik akc. Tbc.	100	100	66,66	66,66	0		
Ameliyatlı	50	50	0				
Ampiyemli	63,5	63,5	45,4	45,4	18,1	0	
Tümör	100	100	100	100	33,33	0	
Kist Hidatik	33,33	33,33	33,33	33,33	0		

Bu mevzuda dünya literatürüne bir göz atacak olursak; *Pichat* ve *Minjat* yüksek doz C. Vitamini alanların idrarında tüberkülostatik bir tesirin meydana geldiğini söylüyorlar. *Myrvik, Weiser, Houglum* ve *Berger* ascorbic acid'in oto-okside solüsyonundan metil alkolle tüberkülostatik tesiri haiz bir madde elde ettiklerini iddia ediyorlar.

Diğer taraftan Doç. *Dr. İlhan Vidinel* izoniyazide rezistan tüberküloz basillerinin virulansı üzerindeki araştırmalar mevzulu çalışmasında skorbütlü kobaylardaki hastalık lezyonlarının normal gıda alanlardan farklı olmadığını söylemektedir.

N e t i c e :

Bütün akut ve kronik enfeksiyonlarla, metabolizma bozukluğu ile müterafık (diyabet, tireotoksikoz v.s.) hastalıklarda, kanserde organizmada C. Vitamini harabiyetinin ve ihtiyacının arttığı malûmdur.

Biz de akciğer tüberkülozunun muhtelif klinik şekillerinde bu hususu tetkik ettik. Neticelerimize göre, trako-bronşik adenopatide 1500 mg., kaviteli akciğer tüberkülozunda 1000 mg., hematojen tüberkülozda 1000 mg., kavitesiz kronik akciğer tüberkülozunda 500 mg., ameliyatlılarda 300 mg., ampiyemlerde 1000 mg. C. Vitamini verilmekle ancak idrarda C. Vitamininin müsbet olduğunu tesbit ettik.

Tecrübemizi yaz ayında yapmış bulunuyoruz. 1957 şubatında da tecrübelerimize devam edeceğiz. Bu suretle kış ve yaz ayları içinde hastalarımızın ne miktar C. Vitamini ıtrah ettiklerini tesbit kabil olacaktır.

NOT: Tecrübelerimizde kullanılan miyar ile C Vitamini Roch fabrikası tarafından verilmiştir. Kendilerine teşekkür ederiz.

L İ T E R A T Ü R

1. **K.B. Björnesjö:** Normal insan idrarında tüberkülostatik faktör. Amer. Rev. of Tub. 73. 1956. 967.

2. **Myrvik, Russel, S. Weiser, Burton, Houglum and Leslie, R. Berger:** Askorbik asid derivelerinin tüberkülostatik hususiyetleri ve onların idrar vasıtasiyle tüberküloz basili inhibisyonunda muhtemel rolü hakkında çalışmalar. Amer. Rev. of Tub. 69. 1954. 406.

3. **Boissevan, C. H.** and **Spillane, J. H., JR:** A note on the effect of synthetic ascorbic acid (vitamin C) on the growth of the tubercle bacillus. Amer. Rev. of the Tub. 1937, 35, 661.

4. **Pichat, P.,** and **Reveilleau, A.:** Modifications apportées chez l'homme au pouvoir bactericide du serum sanguine et des urines par l'utilisation a hautes doses de la vitamine C: Pouvoir bactericidé pour le bacille de Koch d'une part, pour certain nombre d'autres microbes d'autre part, Ann. Inst. Pasteur, 1950, 79, 345.

5. **Lund, H.,** and **Lieck, H.:** Stability of ascorbic acid in urine and in watery solution, with a view to the conditions in the urinary tract, Skandinav. Arch. F. Phisiol. 1936, 74, 255.

6. **Roe, J. H.,** and **Kuether, C. A..:** The determination of ascorbic acid in whole blood and urine trough the 2,4 - dinitro phenylhydrazine derivative of dehydroascorbic acid, J. Biol. Chem. 1943, 147: 399.

7. **Lwoff, A.,** and **Morel, M.:** Conditions et mécanisme de l'action bactericide de la vitamine C: Role de l'eau oxygenée, Ann. Inst. Pasteur. 1942, 68, 323.

8. **Doç. Dr. İlhan Vidinel:** Doçentlik tezi. 1955 (Kitap halinde basılmamıştır).

SUMMARY

Dosage of urinary ascorbic acid in patients hospitalized at the Hospital of the Association for the Fight against tuberculosis in Ankara

We determined the ascorbic acid content in the urine of 71 patients hospitalized at the Hospital of the Association for the Fight against tuberculosis in Ankara, by means of Dichlorophene-Indophenol titration. We found that this substance was missing duting 10 consecutive days in the urine of 40 patients. We decided then to administer these patients ascorbic acid until the apparition of this substance in the urine.

According to our results, here are the amounts of ascorbic acid to be injected in various pulmonary diseases, in order to detect it in the urine: tracheo-bronchial adenopathy, 1500 mg.; cavitary lung tuberculosis, 1000 mg.; tuberculosis with hematogenous diffusion, 1000 mg.; chronic pulmonary tuberculosis without cavitation, 500 mg.; surgical cases, 300 mg.; empyemas, 1000 mg.

RÉSUMÉ

Dosage de la vitamine C dans l'urine de patients hospitalisés à l'Hôpital de l'Association pour la Lutte anti-tuberculeuse d'Ankara

Nous avons effectué le dosage de la vitamine C dans l'urine de 71 malades hospitalisés à l'Hôpital de l'Association pour la Lutte anti-tuberculeuse d'Ankara, au moyen du titrage au Dichlorophenol-Indophenol. Ayant constaté pendant 10 jours consécutifs l'absence de Vitamine C dans l'urine de 40 malades, nous leur avons administré intraveineusement de la Vitamine C jusqu'à apparition de cette vitamine dans d'urine.

D'après nos résultats, voici quelles doivent être les quantités de Vitamine C à injecter dans diverses affections pulmonaires afin de pouvoir la déceler dans l'urine: adénopathie trachéo-bronchique, 1500 mg.; tuberculose pulmonaire cavitaire, 1000 mg.; tuberculose à diffusion hématogène, 1000 mg.; tuberculose pulmonaire chronique sans cavernes, 500 mg.; cas d'invertention chirurgicale, 300 mg.; empyèmes, 1000 mg.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Fitizyoloji Kliniği
Direktör
Prof. Dr. Nusret Karasu

AKCİĞER TÜBERKÜLOZUNUN MUHTELİF KLİNİK ŞEKİLLERİNDE VE AKCİĞERİN NON TÜBERKÜLOZ HASTALIKLARINDA VENA BASINCI ÖLÇÜLMESİ

Doç. Dr. RAGIP ÜNER *Dr. NAİM ÇULHACI*
Dr. SUAT KURULTAN

Bilindiği gibi akciğer tüberkülozuna musap hastalardan bir kısmı sağ kalp yetmezliğinden ölmektedirler. Bu araştırmamızda gayemiz ven basıncını ölçmek suretiyle akciğer tüberkülozu ve akciğerin non tüberküloz hastalıklarına musap hastalarımızda:

1. Genel olarak vena basıncı tâyini,

2. Sağ kalp yetmezliğine gidebilecek vak'aların erken tesbitine imkân olup olamıyacağını araştırmaktır.

ARAŞTIRMALARIMIZ:

Ankara Veremle Savaş Derneği Hastanesi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Fitizyoloji Kliniği hastalarından 100 vak'a ve ayrıca 1 No. lu Verem Dispanseri müstahdemlerinden sağlam 10 şahıs üzerinde araştırmalarımızı yaptık.

Klâsik bilgilere göre normal şahıslarda statik ortalama vena basıncı 8-10 cm. su sütunu, fonksiyonel ortalama ven basıncı ise statik basınca nazaran 1/2 veya 1 cm. su sütunu yüksek veya alçak olabilir.

Kalp yetersizliğinin dekompansasyon başlangıcında statik ven basıncı çok defa normal, fonksiyonel basınç ise önemli derecede yüksektir. Dekompanzasyon içinde ise her iki ven basıncı çok yüksektir.

İncelediğimiz vak'aları 2 guruba ayırdık:

1. Sağlamlar
2. Hastalar

Hastaları 2 guruba ayırdık:

A. Tüberkülozlular
B. Non tüberkülozlular

A. Tüberkülozlular:

1. Primer tüberkülozlular
2. Post primer tüberkülozlular

Primer tüberkülozlular:

a. Atelektazik şekiller

b) Diğer şekiller (Plörezi, pnömoni kazeöz, trakeobronşik adenopati)

Post primer tüberkülozlular:

1. Kaviter tüberkülozlular
2. Fibröz tüberkülozlular
3. Milyar tüberkülozlular
4. Tüberküloz ampiyemi
5. Ameliyatlar

B. Akciğerin non tüberküloz hastalıkları:

1. Kist hidatik
2. Hava kistleri
3. Akciğer tümörleri
4. Non tüberküloz ampiyem
5. Bronşektazi

Bulgularımız: Ana hatlarını yukarıda arzettiğimiz guruplara ait bulgularımızı bir tablo şeklinde arzediyoruz.

1. Sağlamlar	vak'a adedi	Vasatî Statik	ven basıncı (Cm/Su) Fonksiyonel
	10	9,2	9,5

2. Hastalar

	Vak'a adedi	Hususiyeti	Vasatî Statik	Ven basıncı Fonksiyonel	Normale göre farkı (Fazla veya düşük)
Primer Tbc.	5	Atelektazik	11		%19 Fazla
				12	%26 »
	4			9	% 1 Düşük
		Diğer şekil	9,1		% 5 »
	65	Kaviteli	8,4		% 8 Düşük
				8,8	% 7 »

	1	Fibröz	11,2		%20	Fazla
				11,8	%24	»
Postprimer	4	Milyar	7,3		%20	Düşük
				7,9	%16	»
	6	Tbc. Ampiyem	9,8		% 6	Fazla
				10,3	% 8	»
	3	Ameliyatlı	13,1		%41	Fazla
				13	%35	»
	2	Kist Hidatik	11,7		%27	Fazla
				12	%26	»
	2	Hava kisti	6,7	6,9	%27	Düşük
		Tümör	9,3		% 1	Fazla
Non Tbc.	3			9,5	Normal	
		Non. Tbc. ampiyem	11,6		%26	Fazla
	2			11,8	%24	»
		Bronşektazi	7,9		%14	Düşük
	3			8	%15	»
Yekûn	100					

N e t i c e :

1. Sağlam ve hasta vak'alarda tansiyon arteriyel normal bulundu.

2. Aşağıdaki hasta guruplarında vena basıncını sağlam vak'alara nazaran şu nisbetlerde f a z l a tesbit ettik.

a. Primer tüberkülozun atelektazik şekillerinde %19-26
b. Post primer tüberkülozun fibröz şekillerinde %20-24
c. Tüberküloz ampiyeminde % 6- 8
d. Ameliyatlarda %41-36
e. Kist Hidatikte %27
f. Tümörlerde % 1
g. Non tüberküloz ampiyemde %26-24

3. Aşağıdaki hasta guruplarında vena basıncını sağlam vak'alara nazaran şu nisbetlerde d ü ş ü k tesbit ettik.

a. Primer tüberkülozun diğer şekillerinde
(Plörezi, Pnâmoni kazcöz, trakeobronşik adenapati % 1- 5
b. Post primer tüberkülozun: Kaviteli şeklinde % 8- 7
c. Post primer tüberkülozun: Milyar şeklinde %20-16
d. Non tüberküloz vak'alardan hava kistinde %27
e. Non tüberküloz vak'alardan bronşektazide %14-15

4. Bütün vak'alarda vital kapasite ortalaması 2200 cc bulundu.

5. Tetkik ettiğimiz vak'alarda sağ kalp yetmezliği işaretleri yoktu.

H ü l â s a :

Akciğer tüberkülozunun muhtelif klinik şekilleri ve akciğerin non tüberküloz hastalarında sistematik olarak ven vasıncını tâyin ettik ve ayrıca sağlam 10 şahısta da ölçerek mukayese ettik.

Primer tüberkülozun atelektazik şekillerinde, fibröz tüberkülozda ampiyem, ameliyatlı ve kist hidatikte ven basıncını normale nazaran yüksek primer tüberküloz diğer şekilleri, kaviteli tüberküloz, milyar tüberküloz, hava kisti ve bronşektazilerde ven basıncını normale nazaran düşük bulduk.

L İ T E R A T Ü R

1. **P. Wood:** Disease of the Heart and circulation 1950 s. 449.
2. **Fishberg A. M.:** Heart Failure 1940, Philadelphia, Lea and Feguler s. 95-119.
3. **S. Tavat:** Fizyopatoloji.
4. **M. Erman:** Kalp hastalıkları teşhis ve tedavisi, 1954
5. **C. Abaoğlu:** Semptomdan teşhise.
6. **R. Coope, S. Akkaynak, N. Menemenli:** Göğüs hastalıkları.
7. **M. Erman:** Damar hastalıkları, 1956.

S U M M A R Y

D e t e r m i n a t i o n o f v e i n o u s p r e s s u r e i n t h e v a r i o u s c l i n i c a l f o r m s o f p u l m o n a r y t u b e r c u l o s i s a n d i n n o n - t u b e r c u l o u s l u n g d i s e a s e s

We investigated systematically the veinous pressure in the various clinical forms of pulmonary tuberculosis and in some non-tuberculous lung diseases. We also made the same determination on 10 healthy subjects.

In cases of primary atelectatic tuberculosis, fibrous tuberculosis, empyema, surgical interventions, hydatic cycts, we found that the veinous pressure was higher than normal. In all other forms of tuberculosis, in cavitary tuberculosis, miliary tuberculosis, aerial cyst and bronchectasias, the veinous pressure as found lower than normal.

RÉSUMÉ

Détermination de la pression veineuse dans les diverses formes cliniques de la tuberculose pulmonaire et les maladies pulmonaires non tuberculeuses

Nous avons systématiquement déterminé la pression veineuse dans les différentes formes cliniques de la tuberculose pulmonaire ainsi que dans les maladies pulmonaires non tuberculeuses. En outre, nous avons fait cette détermination chez 10 sujets sains.

Dans les cas de tuberculose primaire atéléctasique, de tuberculose fibreuse, d'empyème, d'interventions chirurgicales et de kystes hydatiques, nous avons trouvé que la pression veineuse était plus élevée que la normale.

Dans les autres formes de tuberculose primaire, dans la tuberculose cavitaire, la tuberculose miliaire, le kyste-aérien et les bronchectasies, nous avons trouvé une pression veineuse inférieure à la normale.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Fitizyoloji Kliniği
Direktör
Prof. Dr. Nusret Karasu

TÜBERKÜLOZLULARDA PÜLMONER VE KARTILAJ KALSİFİKASYONLARI ÜZERİNDE BİR ARAŞTIRMA

Dr. ORHAN ÖGER *Dr. A. HİLMİ GÜRSES*

MEVZU ve MAKSAT:

Akciğer tüberkülozu kalsifikasyonla neticelenirse kıkırdak kaburgalarda da erken bir kalsifikasyon olabilir mi? Ve pülmoner kalsifikasyon derecesiyle kartilâj kalsifikasyonu arasında bir orantı var mıdır? Araştırmamız bu iki suali cevaplandırmaya matuftur.

BULGULARIMIZ:

Ankara Veremle Savaş Derneği Hastanesi ve 1 No. lu V.S. Derneği Dispanseri arşivlerindeki tüberküloz vak'alarına ait mevcut dosyalardan 1679 adedinde radyolojik araştırmamızı yaptık. Bunlardan, münferiden ve müştereken akciğer ve kıkırdak kot kalsifikasyonu bulunan 200 vak'ayı ayırdık. Bu 200 vak'ayı ayrıca muhtelif yaş guruplarına göre 6 gurupta mütalâa ettik: (0-10), (11-20), (21-30), (31-40), (41-50) ve 50'den yukarı yaş gurupları.

Arzettiğimiz 6 muhtelif yaş gurupunda pulmoner ve kartilâj kot kalsifikasyonlarını yaygınlık derecelerine göre 3 gurupta topladık:

Birinci derecede kalsifikasyon:

Akciğerde: Mecmu bir nohut büyüklüğüne kadar olan kalsifiye mihraklar.

Kartilajda: 1'inci kıkırdak kot kalsifikasyonu.

İkinci derecede kalsifikasyon:

Akciğerde: Mecmuu nohut-ceviz büyüklüğünü dolduracak kadar kalsifikasyon.

Kartilajda: 1'inci ve diğer kıkırdak kotları tutmuş kalsifikasyon.

Üçüncü derecede kalsifikasyon:

Akciğerde: Mecmuu cevizden daha büyük kalsifiye mihraklar.
Kartilajda: Bütün kotları ileri bir şekilde tutmuş kalsifikasyon.

Yazımızda derece olarak bahsedilen kalsifikasyonlar arzettiğimiz bu mânadadır (P1, P2, P3, K1, K2, K3...) gibi.

Burada (P) harfi, pulmoner kalsifikasyonu; (K) harfi kartilaj kalsifikasyonunu ve bu harflere bağlı 1, 2, 3 rakamları da kalsifikasyon derecelerini ifade için rumuz olarak kullanılmıştır.

Yukarda arzedildiği üzere 1679 tüberküloz vak'asından 200 adet, pulmoner veya (pülmoner + kartilaj) kalsifikasyonu tesbit edilmişti. Bu 200 vak'anın 49'u (%24,5) sadece pülmoner, 151'i (%75,5) ise pülmoner ve kartilaj kalsifikasyonu bir arada bulunan vak'alardır. Vak'aların yaşa ve kalsifikasyon derecelerine göre taksimi aşağıdaki cetvelde arzedilmiştir:

Yaş Gurupları	Münferit ve müşterek pulmoner ve kartilaj kot klasifikasyon dereceleri												
	P1	P2	P3	P1K1	P1K2	P1K3	P2K1	P2K2	P2K3	P3K1	P3K2	P3K2	Yekûn
0-10	6	4	3	—	—	—	—	—	—	1	—	—	14
11-20	20	7	2	4	—	—	4	2	2	2	—	—	43
21-30	4	4	—	21	2	—	5	6	—	2	—	—	44
31-40	—	—	—	38	8		6	8	—	1	—	—	61
41-50	—	—	—	2	7	—	2	—	3	—	1	—	15
50'den yukarı	—	—	—	4	5	—	2	8	2	—	2	—	23
Yekûn	30	15	5	69	22	0	19	24	7	6	3	0	200

N e t i c e :

1. Akciğer tüberkülozu kalsifikasyonla neticelenirse genel olarak kartilaj kaburgalarda da bir erken kalsifikasyon vukua gelmektedir. Muhtelif yaş guruplarındaki durum şöyledir:

(0-10) yaş gurupunda 14 akciğer kalsifikasyonu vak'asından 1'in (%7) kartilaj kalsifikasyonu birlikte bulunmaktadır.

(11-20) yaş gurupunda 43 vak'adan 14'ünde (%32,5) kartilaj kalsifikasyonu pulmoner kalsifikasyonla beraber olmaktadır.

(21-30) yaş gurupunda ise 44 vak'adan 15'inde (%34,09) pulmoner ve kartilaj kalsifikasyonları birlikte bulunmaktadır. Ve bu yaş gurupunda kartilaj kalsifikasyonu olmadan artık yalnız başına üçüncü derecede bir akciğer kalsifikasyonu bulunmamaktadır.

30 yaşından yukardaki guruplarda ise yalnız başına hiç bir derecede bir akciğer kalsifikasyonu görülmemektedir.

2. Pülmoner kalsifikasyon ile kartilaj kot kalsifikasyonu dereceleri arasında da az çok bir orantı mevcuttur. Bu orantı (0-10) yaş

gurupunda yoktur. Fakat yaş ilerledikçe daha bariz olmaya başlamaktadır. Meselâ; cetvele bakılırsa hiç bir yaş gurupunda birinci derecede pülmoner kalsifikasyona mukabil üçüncü derecede bir kartilaj kalsifikasyonu ise ancak genç yaşlarda bulunmakta, fakat ileri yaşlarda bulunmamaktadır.

3. Kaltilaj kalsifikasyonu gösteren en küçük vak'amız (Arşiv No. 3933) 9 yaşında olup üçüncü derecede pülmoner ve biirnci derecede kartilaj kalsifikasyonu göstermektedir.

4. Kadınlarla erkekler arasında bir fark tesbit edilememiştir.

H ü l â s a :

1679 akciğer tüberkülozlu dosya taranmış bunlardan 200 tanesinde münferit ve müşterek pülmoner ve kartilaj kalsifikasyonları; aralarındaki münasebet bakımından tetkik edilmiş ve neticede akciğer tüberküloz lezyonlarında kalsifikasyon husule gelen şahıslarda erken bir kıkırdak kot kalsifikasyonu teşekkül ettiği ve her iki kalsifikasyon arasında aşağı yukarı bir orantı bulunduğu tesbit edilmiştir.

S U M M A R Y

I n v e s t i g a t i o n o f p u l m o n a r y a n d c a r t i l a g e n o u s c a l c i f i c a t i o n s i n t u b e r c u l o u s p e o p l e

Weinvestigated the medical records of 1678 cases of pulmonary tuberculosis and found in 200 of them pulmonary and cartilagenous calcifications present separately or simultaneously. We studied the possible relation between these two processes and came to the conclusion that the calcification of tuber culous lesions in the lung goes together with an early calcification of the costal cartilage and that there is a constant relationship between these two processes.

R É S U M É

R e c h e r c h e s u r l e s c a l c i f i c a t i o n s p u l m o n a i r e s e t c a r t i l a g i n e u s e s c h e z l e s t u b e r c u l e u x

Nous avons étudié les dossiers de 1678 cas de tuberculose pulmonaire et trouvé chez 200 d'entre eux des calcifications pulmonaires et cartilagineuses séparées ou simultanées. Nous avons étudié les rapports pouvant exister entre ces deux processus pour arriver à la conclusion que la calcification des lésions de tuberculose pulmonaire entraîne aussi une calcification précoce du cartilage costal et qu'il existe une proportion assez constante entre ces deux processus.

Erenköy Sanatoryumu
Başhekim
Dr. Seyfettin Köksal

ERENKÖY SANATORYUMUNUN 1936-1956 YILLARI ARASINDAKİ 20 SENELİK ÖLÜM NİSBETLERİ VE ANTİ-BAKTERİYELLERİN BU NİSBETLER ÜZERİNE OLAN TESİRLERİ

Dr. SEYFETTİN KÖKSAL *Dr. NEVVARE ÖZYURT*

Antibakteriyellerin tüberküloz hastalığı tedavisinde açtığı büyük ve kıymetli çığır hepimizin malûmudur. Bu yeni ilâçlar sayesinde bir zamanlar hayatlarından ümit kesilmesi dahi düşünülen aynı durumdaki bir çok hastaların bugün çok defa iyileştikleri, hiç olmazsa hastalıklarının müterakki vasfını kaybettikleri ve nihayet yaşama imkânlarının arttığı bir hakikattir. Yurdumuzda her sene tüberkülozdan ölüm vukuatının azalmakta olduğu da istatistiklerle sabittir.

Biz gerek birinci gerekse ikinci Türk Tüberküloz Kongrelerine takdim ettiğimiz istatistiklerle anti-bakteriyel tedaviden evvelki devre ile sonraki zaman arasında Erenköy sanatoryumunda ölüm vukuatı bakımından bir mukayese yapmış ve bilhassa üçlü tedavi ile bu nisbetin sonraki devre esnasında çok azaldığını arzeylemiştik. O zamanlar izhar ettiğimiz bir endişe bu üç ilâca karşı da bir rezistansın husulü ve ölümlerin tedricen eski seviyesine yükselmesi ihtimali idi. Bu defa takdim olunan istatistikler henüz böyle bir endişenin varid olmadığını göstermekle beraber ölüm vukuatının son sene zarfında evvelki yıllara nazaran takriben 2.5 misli arttığını da belirtmektedir.

Evvelki iki kongreye de arzedilmiş bulunan istatistikler sanatoryuma tedaviye dahil olduktan en az 15 gün sonra ölüm gösteren vak'aların bütün hastalara nisbeti şeklinde hazırlanmıştı. Bu defa takdim olunan istatistiklerimiz de aynı tarzda tertiplenmiş bulunmaktadır.

Anti-bak. tedavi	Seneleri	Giren hasta	Ölen hasta	% nisbeti
Yapılmıyor	1936-1946	4336	335	7.72
Str.+PAS	1947-1951	3174	157	4.95
Str.+PAS+INH	1952-1954	1808	18	0.99
Str.+PAS+INH	21/10/1956	459	11	2.39

Filhakika istatistiğimizden de anlaşılacağı veçhile son senede ölüm vak'alarımız artmış bulunmaktadır. 11 vak'amızın hepsi de ilâçlara karşı derece derece rezistans sahibidirler. Bu 11 hastadan 6'sında ölüm sebebi kanamalardır. Bunlardan üçü büyük yıldırım kanaması ile, diğer üçü de sürekli devam eden emopteziler neticesinde kaybedilmişlerdir.

Burada dikkat nazarı çeken nokta ilâçların ilk kullanılmağa başlandığı senelerde hemen hiç müşahede etmediğimiz yıldırım kanamaları ile sürekli emoptezilerin ilâçlardan evvelki devreyi ifade eden bir seviyeye yükselmiş olmasıdır.

İstatistiğimiz her şeye rağmen anti-bakteriyellerin ölüm nisbeti üzerine olan azaltıcı tesirlerinin henüz devam etmekte olduğunu, fakat buna mukabil rezistansın teessüs etmesi ihtimali karşısında anti-bakteriyel tedaviye ancak ihtimamla ve usulü dairesinde devam edilmesinin zaruretini de meydana koymaktadır.

SUMMARY

Mortality rates at the Erenköy sanatorum during a period of 20 years (1936-1956) and the effect of antibacterial drugs on these rates

After presenting some charts about the mortality rates at the Erenköy sanatorium between 1936 and 1956, the authors discuss the favorable effect of antibacterial drugs on these rates. They believe that the apparition of drug-resistant cases will modify these new proportions and stress the necessity to modify treatment rules according to changing conditions.

RÉSUMÉ

Proportion des décès durant une période de 20 ans (1936-1956) au Sanatorium d'Erenköy et influence des antibactériels sur ces proportions

Après avoir présenté des graphiques relatifs aux cas de décès dans les sanatorium d'Erenköy entre 1936 et 1956, les auteurs discutent l'effet favorable des antibactériels sur la proportion de décès. Ils soulignent que l'apparition de cas résistants va probablement modifier cette proportion et que par conséquent il conviendrait de modifier les traitements suivant de nouveaux principes.

Heybeliada Sanatoryumu
Başhekim
Dr. Zülfü Sami Özgen

TÜBERKÜLOZ BASİLLERİNİN VİRÜLANS TAYİNİ

Dr. HARİKA ENGEZ *Dr. REŞAT ENGEZ*

Yirmibeş sene evvel ilk defa *Petroff* ve arkadaşlarının (1) çalışmaları neticesi memeli ve avian tip tüberküloz suşları arasından tamamiyle avirülan varyantların izolasyonu mümkün olmuş, fakat o zamandan bugüne kadar bu mevzudaki çalışmalar oldukça yavaş ilerlemiştir.

Maamafih son senelerde, bakteriyel enfeksiyonlarda, patojenlerin virülansları ile enfeksiyon procesinin patojenezisi arasındaki münasebetin ehemmiyeti dolayısiyle tüberküloz enfeksiyon ve hastalığında basillerin virülansları üzerinde de geniş mikyasta araştırmalar yapılmaya başlanmıştır. Bu araştırmalar arasında virülansı değerlendirmek için hassas bir metodun tespiti meselesi ön plânda ele alınmıştır.

Tüberküloz basillerinde virülans tayini için son zamanlara kadar hayvan inokülasyonları olarak yalnız bir metot kullanılmakta idi. Fakat bu metotda neticelerin geç alınması, tecrübe hayvanı olarak kullanılan kobay ve farelerde her şahsın vücudunda değişik biyolojik hâdiseler dolayısiyle aynı suştan muhtelif hayvanlarda muhtelif neticeler alınması, tecrübe devresi içinde hayvanların başka sebeplerle ölmesi ve nihayet tecrübe hayvanlarının yetiştirilmesi, bakımının güç ve masraflı olması gibi sebeplerden dolayı daha kolay, çabuk ve hassas netice verecek metodun araştırılması üzerinde durulmuştur. Yapılan tecrübeler serisi arasında suni vasatlarda üretildikleri zaman tüberküloz basillerinin virülan ve avirülan suşlarının morfolojik hususiyetleri arasında mikroskopik olarak görülen bariz bir fark olduğu müşahade edilmiştir (2). Virülan suşlarda basilleri, çoğalmaları esnasında morfolojik hususiyet göstererek *(Cord)* veya *(Serpantin)* şekli denilen kordon veya yılan tarzında bir mihver boyunca ve birbirlerine paralel şekilde Oryantasyon göstererek çoğalmışlardır.

Avirülan suşlarda bu oryantasyon görülmemiştir. Çok daha evvel *(R. Koch)* da tüberküloz basilinin keşfi üzerine yazmış olduğu ilk neşriyatının birinde basillerin kordon şeklinden bahsetmiş,

yalnız bunun virülansla, hususî bir alâkası olduğunu bildirmiştir (3).

Virülans bakımından ara gurupta kalan (B.C.G.) suşlarının cord şekli bakımından da ara gurupta kaldığı görülmüştür. Yine yapılan çalışmalar arasında keşfedilen (Cytochemical) reaksiyon ile cord şekli yapmayan avirülan suşlardan, cord şekli meydana getiren virülan basillerin bariz bir şekilde ayırt edildikleri görülmüştür (4). Bu reaksiyon alkalen vasatta neutarl red boyasının ister ölü ister canlı olsun cord şekli yapan suşlar tarafından Absorpsiyonundan ibarettir. Avirülan basillrede ise bu tecrübe menfî bulunmuştur.

İşte son senelerde bulunan «Koloni morfolojisinin tayini (Cord faktör)» ve «Neutral Red» tecrübesinden ibaret olan bu metotlarla tüberküloz basillerinde virülansın daha kolay ve emin olarak tayin edileceği ileri sürülmektedir. Bizde kobay İnokülasyonları ile mezkûr iki usul üzerinde yapmış olduğumuz paralel çalışmaları burada bildirmek isteriz.

Materyel: Basil müsbet hastalardan alınan balgam numunelerinden basiller izole edildi. 10 L/cc. kesafetinde SM ve İ.N.H.'ya mukavemetleri kontrol edildi. Ve 1. Her iki ilâca hassas. 2. SM. Mukavim ve İ.N.H. Hassas. 3. SM. Hassas ve İ.N.H. mukavim ve 4. Her iki ilâca mukavim olmak üzere 4 gurupta toplanan suşların (Hohn) katı vasatında aynı şartlarla hazırlanan taze kültürlerinin virülansları üç metotla ayrı ayrı tayin edildi.

M e t o t :

1. *Kobaya İnokülasyon:*

Taze kültürden alınan bir öze dolusu mikrop, fizyolojik suda eriterek mümkün olduğu kadar mütecanis bir müstahlep yapıldı. Malûm şekilde kobaylara zerk edildi. İnokülasyondan sonra iki haftalık fasılalarla tüberkülin tesleri yapılarak (%5 ham tüberkülin mahlulundan 0,1 cc. Cilt altına) hayvanlarda hipersansibilite teşekkülü kontrol edildi.

Pozitif olanlar üç ay sonra, negatif olanlar altı ay sonra öldürülerek ve bu arada kendiliğinden ölen hayvanların da otopsileri yapılarak makroskobik, bakteroyolojik ve histolojik muayenelerle tüberküloz belirtileri arandı.

2. *Koloni morfolojisi (Cord şekli) tayini:*

Kobaylara zerk edilen İnokulüm, balonlarda 50 cc. miktarında bulunan 80 Tween ve sığır seromlu likit (Dubos) vasatına her 5 cc. vasatı için 0,1 cc. İnokulüm olmak üzere ekilir. Parafinlenen balonlar 37° derecede etüvde bırakılır.

15 günlük enkübasyondan sonra buradan yapılan preparatlar Z. N. ile boyanarak mikroskopta bakılır. Virülan basiller aynı mihver üzerinde birbirlerine muvazi şekilde dizilmiş olarak (Cord şekli) üremişlerdir. Buna (Flokülan tip üreme) denilmektedir.

Avirülan basiller birbirinden ayrı, dağınık olarak bulunurlar. (Difüz tipi üreme). B.C.G.'de olduğu gibi. İkisi arasında bulunan virülansı azalmış basillerde ise üreme yer yer toplu kitleler halinde görülür. (Granüler tip üreme).

80 Tween ve (%5) sığır seromlu likit Dubos vasatı:

Sol: I

KH 2 PO 4	1	GR.
Na2 HPO4. 12 H20	6,25	»
Na Citrate	1,5	»
Feriic Ammonicum citrate	0,1	»
Mg SO4. 7 H20	0,6	»
Dist. su	1000	»
Asparagin	4	»
Tween 80 (%10 suda mahlûl)	5	»

7,0-6,8 PH tamamlanır otoklavda 1,5 atmosferde 15 dakika sterlize edilir.

Sol: II

Kombine albumin glikoz mahlülü.

Dist. su	100	cc.
Nacl	2	gr.
Glikoz	5	»

karıştırılarak eritilir. Hiç sallamadan 5 cc. sığır seromu katılır. Oda derecesinde kendi kendine karışmaya bırakılır. Tindalizasyon ile sterilize edilir. (56 derecede 30 dakika, 3 gün arka arkaya).

V a s a t :

Sol: III

10 cc. + Sol I. 100 cc. olarak hazırlanır.

3. *Neutral Red Reaksiyonu:*

Lüzumlu maddeler:

1. Na cl 5 gr. %

Na Phenobarbital 1 gr. % PH. 8,75

2. Neutral Red 0,025 % (Suda)

3. Methyl Alcool (Methanol) 50 %

I. Konik santrıfüj tüplerine 5 damla metanol konur. Canlı veya ısıtılarak öldürülmüş basil kültüründen bir öze burada iyice ezilir. 5 cc. metanol tamamlanır. Mütecanis suspansiyon yapılır. 10 dakika 2000 devirle santrıfüje edilir. Üsteki mayi atılır.

II. Rusuba yine 5 cc. metanol katılarak karıştırılır. Santrıfüj üstündeki mayi atılır. Bu şekilde basiller metil alkolle iki defa yıkanmış olur.

III. 5 cc. Tamposlu tuzlu su rusubu üzerine katılarak süspansiyon yapılır. Üzerine 0,2 cc. Neutral Red ilâve edilerek 10 dakika sonra okunur.

IV. Tekrar santrıfüjle ayrılan rusubun 5 cc. tuzlu suda karıştırılarak oda derecesinde kendi halinde bırakılır. Bir saat sonra ikinci defa okunur.

V. Tekrar santrıfüj 5 cc. tuzlu suda müstahlep. Odada bırakılarak 24 saat sonra üçüncü defa okunur.

Müsbet Reaksiyon: Virülan basiller Neutral Red'i tutuklarından dibe toplanan rusup kırmızı renktedir. Yıkanmalarla renk gitmez, sabit kalır.

Menfî Reaksiyon: Basil rusubu renksizdir. Boyayı tutmaz. Yıkanmalar esnasında boya gitmiştir. Avirülan basillerde reaksiyon menfî olacaktır.

Hafif Müsbet Reaksiyon: Bazı avirülan basillerde ilk rusup kırmızı veya penbe renktedir. Fakat birkaç yıkanıştan sonra renk kaybolur.

T e c r ü b e :

Hasta balgamlarından izole edilerek 10 ^{3}/cc. (S.M) ve (İ.N.H) ya mukavemet durumlarına göre 4 gurupta toplanan 50 suşla kontrol olarak tecrübeye dahil edilen (H 37 RV) ve (H 37 Ra) tüberküloz basillerinin virülansları üç metotla ayrı ayrı tayin edildi.

Tabloda görüldüğü veçhile, kobay inokülasyonunda 50 suştan (14)'ü menfî, (7)'si (++), (29)'u (+++) olmak üzere (36)'sı müsbet netice verdi. Cord şekli (17) suşta menfî, (3) suşta müsbet ve Neutral Red reaksiyonu (18) suşta menfî, (32) suşta müsbet bulundu.

M ü n a k a ş a :

1. Son senelerde yapılan bir çok çalışmalar neticesinde (İ.N.H.) ya mukavim tüberküloz basillerin virülan olmadıkları ekseriyetle kabul edilmiş olduğundan (3)'üncü guruptaki basillerle enfekte (14) kobayda bulunan menfî netice bir tarafa bırakılırsa, kobay inokülasyonu ile tüberküloz basillerinde virülans tayini %100 müsbet netice vermektedir.

2. Kobay tecrübesi ile virülan oldukları kabul edilen (36) suşun Cord şekli tespiti ile virülans tayininde (3)) suş (%92) müsbet netice vermiştir. Maamafih bu (33) suştan (10)'unda (B.C.G.) gibi virülansı azalmış basillerde olduğu gibi granüler tipte üreme görülmüştür ki bu suşlar kobaylarda kuvvetli müsbet netice vermiştir. Bu tenakus, yalnız başına Cord şekli tespiti ile virülans tayininde yanlış neticelerin çıkabileceğini göstermektedir. Bundan başka kobayda hastalık yapmayan (İ.N.H.)'ye mukavim (14) suştan (1)'inde Cord müsbet bulunmuştur. (%7,7 yalancı pozitif).

3. Neutral Red tecrübesinde (32) suşun müsbet reaksiyon vermesi (36) üzerinden (%88,5) müsbet netice demektir. Bununla beraber avirülan olduklarını kabul ettiğimiz (İ.N.H.)'ye mukavim (14 suştan) (3)'ünde reaksiyon müsbet bulunmuştur. (%21,5 yalancı pozitif).

N e t i c e :

Her üç metotdan alınan neticeler mukayese edilirse, tüberküloz basillerinde virülans tayininde en hassas metot kobay inokülasyonları olmakla beraber sırası ile (Neutral Red) reaksiyonu ve (Cord) şekli tayini metotları da oldukça yüksek nispetle pozitif netice vermektedirler. Fakat (İ.N.H)'ye mukavim (14) suşta olduğu gibi avirülan olmaları muhtemel suşlarla da yalancı müsbet netice vermeleri, kritik vak'alarda bu metotların yanı sıra kobay inokülasyonun da yapılması lüzumunu intaç eder. Bununla beraber kısa zamanda virülans durumlarını bilinmek istenilen vak'alarda her iki metot kullanılmaya elverişlidir.

Tb. basillerinde virülans tâyininde kullanılan 3 metodun mukayeseli neticesi

		1		2		3	
		Kobay inokülasy.		Koloni morfolojisi		Nötral Red vaksiyonu	
Suş gurubu	adet	adet	Tb.	adet	Cord şekli	adet	vaksiyon
				7	++++	6	++++
INH:							
1. Hassas	10					1	+(—)
SM :		10	++++				
				2	0		
						3	++++
				1	—		
						6	++++
				7	++++		
SM : Hassas						1	—
2.	10	10	++++				
INH: Mukavim				2	—	2	++++
				1	0	1	+(—)
	1	1	++++	1	++++	1	++++
		5	++	1	++++	1	++++
INH: Mukavim						1	—
3.	20			4	0		
SM : Hassas						3	++++
				1	++++	1	++++
		14	—			2	++++
				13	—		
							—
		8	++++	6	++++	7	++++
				2	0	1	—
SM :							
4. Mukavim	10	2	++	1	0		
INH:						2	+(—)
				1	—		
H37 Ra	1		++++		++++		++++
H37 Ra	1		—		—		—

1. Kobay inok : (++++) Jeneralize tüberküloz.
(++) Yalnız inokülasyon yerinde reaksiyon, iç uzuvlarda nadiren tüberkülo.
(—) Makraskopik, bakteriyolojik, histolojik Tb. menfi.

2. Cord şekli : (++++) flokülan tip üreme
(0) Granüler tip üreme
(—) Difuz tip üreme

3. Nevtral Red vat: (++++) Basillerin boyayı kuvvetle absorlesiyonu
[+(—)] Basiller boyayı kısmen tutmuşlarsa da sonra kaybolmuştur.
(—) Basiller boyayı almamışlardır.

LİTERATÜR

1. **Petroff, S. A.** And **Steenken, W. Jr.**: J. Exper. Med. 1930. 51. 831.
2. **Middlibrook, G. Dubos. R. J.** and **Pierce, C. H.**: J. Exper. Med. 1947. 82. 175.
3. **Koch, R.**: Gezamerte werke, Leipzig George Thieme 1912, V, 1 P. 467.
4. **Dubos, R. J.** And **Middlebrook, G.**: Am. Rev. Tubec. 1948. 58, 698.

SUMMARY

Determination of the virulence of tuberculosis bacilli

The virulence of strains of tuberculous bacilli isolated from the sputum of 50 patients has been determined by the following 3 methods:

1. Guinea pig inoculation.
2. Determination of the cord form.
3. Reaction to neutral red.

With the exception of 14 strains which did not cause pathological reactions when inoculated to the guinea pig, 33 strains (out of 35) gave a positive result to the determination of the cord form (92%) and 32 strains (out of 36) gave a positive reaction to neutral red test (88.5%).

RÉSUMÉ

Détermination de la virulence des bacilles tuberculeux

Nous avons étudié la virulence des souches de bacilles tuberculeux isolés des crachats de 50 malades, au moyen des 3 méthodes suivantes:

1. Inoculation au cobaye.
2. Détermination de la forme corde.
3. Réaction au rouge neutre.

Exception faite de 14 souches ne causant pas de symptômes pathologiques à l'inoculation au cobaye, 33 souches sur 36 ont donné un résultat positif (92%) à la détermination de la forme corde, et 32 souches sur (88.5%) ont montré une réaction positive à la détermination de la forme corde, et 32 souches sur 36 (88.5%) ont montré une réaction positive à l'examen au rouge neutre.

TÜBERKÜLOZ TEDAVİSİNDE STEROİD HORMONLAR

Prof. Dr. BURHANETTİN TUĞAN
Doç. Dr. FAHİR SANEL *Dr. SUAT ERİŞBAL*

Tüberküloz lezyonları içinde doğrudan doğruya basilin tesirine ait spesifik olanların yanında non spesifik iltihabî reaksiyonların bulunduğu malûmdur. Akciğer tüberkülozunun başlangıcındaki lezyon spesifik olmıyan alelâde alveolit tarzındadır, ancak kazeifiye bir odağın husulü ile vetire spesifik bir vasıf alır. Lâkin bunun etrafında da non spesifik perifokal iltihâbi hâdiseler husule gelebilir. Vak'aların mühim bir kısmında bunların vüs'ati spesifik lezyonun ehemmiyeti ile nisbet kabul etmiyecek derecede geniştir. Bazı hallerde eksüdatif veya hemorajik vasıfta alelâde iltihâbi hâdiseler geniş hematoz sahasını işgal ederek dispne, siyanoz ve hattâ ölüme sebep olur. Antibiyotiklerin tüberkülozdaki spesifik lezyonlar üzerine tesiri vardır. Lâkin non spesifik iltihâbi lezyonlar üzerine hususî bir tesiri yoktur. Bu lezyonlar vak'aların mühim bir kısmında şifaya doğru giderken skleroz dokusunun teessüsüne sebep olur. Bunlar da antibiyotiklerin spesifik lezyonlar içine nüfuz etmesine mâni olur.

Klinikte de bilindiği gibi antibiyotiklerden her zaman beklenilen neticeyi elde etmek mümkün değildir. İyi bir şekilde verildikleri halde bile bir menenj veya akciğer tüberkülozunun iyileşmemesi, hattâ fenalaşması mümkündür. Bir çok hallerde şifa az çok chemmiyetli sekeller pahasınadır. Bu sebepten tüberküloz enfeksiyonunda non spesifik eksüdatif hâdiselere tesir edecek ve antibiyotiklerin tesirini artıracak vasıtalara ihtiyaç vardır. Bu maksatla son yıllarda A.C.T.H., kortizon ve deriveleri tecrübe edilmeye başlanmıştır. Bu hormonların antieksüdatif, antienfülamatuvar tesiri vardır. Bunlar yakın zamanlara kadar tüberkülozun her şeklinde kontr endike sayılmakta idi. Evvelâ hatalı tefsir edilmiş ve sonra da kolayca insan patolojisine teşmil edilmiş bazı hayvan tecrübeleri, antibiyotikler verilmeden ve yalnız başına yapılan antienflamatuvar hormon

tedavisini müteakip husule gelen reaktivasyon ve yayımlar bu kanaatin teessüsüne sebep olmuştu. İlk yapılan hayvan tecrübelerinde kullanılan hormon dozları klinikte kullanılan dozların pek çok üstünde idi. Bilâhare uygun dozlarda ve antibiyotiklerle birlikte verilen hormonların hayvan tecrübeleri ve insan tababetinde tüberküloz proçesleri üzerinde fena tesiri olmadığını ortaya koymuştu. İnsan tüberkülozunda bu hormonların tüberküloz intanının seyri üzerine ait ilk müşahede 1951 senelerine tesadüf eder. Lâkin ilk sistemli etüdler 1954 ve 1955 senesinde neşredilmeye başlanmıştır. Memleketimizde ilk neşriyat da bu tarihlere tesadüf eder. 1955 yılında E. Şerif Egeli ve Ş. Halûk eksüdatif plörezi ve poliserözitlerde A.C.T.H. ile aldıkları neticeleri bildirmişlerdir. Bizde Gülhane As. Tıp. Akademisinde iki senedenberi tüberküloz enfeksiyonunun başlıca şekillerinde bu hormonları kullanmaktayız. Şimdiye kadar aldığımız neticeler ve kullandığımız teknik «Tüberküloz ve Toraks» (6: 1955, 396-405) mecmuasında ve Gülhane tıp bülteni (1: 1956, 85-95) neşredilmiştir. Hali hazırda vak'a sayımız daha da artmış bulunmaktadır.

Şimdi huzurunuzda antibiotiklere yardımcı olarak hormon tedavisini teşrik ettiğimiz 43 hastaya ait neticeleri ve umumî kanaatimizi bildirceğiz. Bu hastalardan 34'ünde A.C.T.H., 4'ünde hidrokortizon, 2'sinde prednizolon, 2'sinde evvelâ A.C.T.H. ve sonra hidrokortizon, 1'inde evvelâ prednizolon ve bilâhare A.C.T.H. kullanılmıştır.

Had 7 Serofibrinöz plörözi ve 2 eksüdatif perikardit vak'asında bu tarz tedavi ile 10-20 gün zarfında mayiin rezorbsiyonu tamamlanmıştır. Bunlardan pnömotoraksla yapılan kontrollarda sadece bir plörezi vak'ası hariç diğerlerinde plevra serbest bulunmuştur.

Müzmin 3 plörezi ve 1 perikardit vak'asında ise hormonal tedaviye atfedilecek müsait bir tesir görülmemiştir.

5 Menenj tüberkülozunda A.C.T.H.'nın gerek klinik, gerek omur ilik mayii üzerindeki müsbet tesiri aşikâr olarak tesbit edilmiştir. 5 vak'adan 2'si kliniğe koma vaziyetinde yatırılmıştı. Bunlardan 2'sinde de klinik tezahürat birkaç gün zarfında kaybolmuş, genel durum süratle düzelmiş, omur ilik mayiinin normale dönmesi ise iki aydan az bir zamanda husule gelmiştir. İki hastada uygun bir teknikle kullanılan antibiyotik tedavisi esnasında bir alevlenme husule gelmişti. Bu iki hastada A.C.T.H. vaziyeti bir iki gün zarfında düzeltmiştir. Parapleji ile müterafık bir menenj tüberkülozunda

ise A.C.T.H. ile menenjit belirtileri gerilemiş, fakat paraplejide bir değişiklik olmamıştır.

Basil çıkaran 24 muhtelif akciğer tüberkülozunda ise hormonal tedaviden şu neticeleri almış bulunuyoruz.

Bütün hastalarda klinik selâhın yanında kraşelerinde azamî iki ayda basilin kaybolduğu, sedimantasyonun 45 gün zarfında normalleştiği 3 ilâ 6 kilo artışı tesbit edilmiştir. Evvelce antibiyotiklerle tedavi görmemiş taze akciğer tüberkülozu vak'alarının 13'ünde hormonal kürün hitamında radiolojik olarak enfültraların silindiği ve kavernlerin kaybolduğu görülmüştür. Eski vak'alarda ise radiolojik salâh o kadar bariz olmamıştır. Uzun müddetten beri antibiyotik kullanan bu hastalardan ikisi hariç hepsinde iki aylık bir kürün sonunda kraşede basil kaybolmuştur. Mamafih müzmin iki akciğer tüberkülozu vak'asında nodüllerin silindiği kavernin kaybolduğu görülmüştü. Hiler adenopati ile müterafık bir primo enfeksiyon vak'asında hormon tedavisinden sonra 30 günde gangliyonlarda küçülme tesbit edilmiştir. Hormonla tedavi edilen bu vak'aların hiç birinde bir komplikasyona tesadüf etmedik. Bu müşahadeler storeid hormonları kullanan diğer müelliflerinkine uymaktadır. Tüberküloz enfeksiyonu gibi çok polimorfizim arzeden bir hastalıkta kat'î sözü söylemek için vakit çok erkendir. Lâkin şimdiden antibiyotiklerle teşrik edilmek şartiyle non spesifik eksüdatif iltihaplarda yalnız başına kullanılan antibiyotiklerden daha iyi netice verdiği söylenebilir. Hiç şüphesiz bu hormonların kullanılması azamî dikkat istiyen bir tedavi metodudur.

SUMMARY

Steroid hormons in the treatment of tuberculosis

One can generally find together with tuberculous lesions some non-specific inflammatory reactions. These reactions have an unfavorable effect on the course of the disease. By eliminating this effect, we can expect better results from anti-tuberculous drugs. Therefore, we administrede together with antibiotics, ACTH, hydrocortisone and prednisolone in 43 cases including 10 exudative pleuresias, 3 exudative pericardites, 5 tuberculous meningites and 25 cases of pulmonary tuberculosis.

We could observe in all cases a significant improvement in clinical symptomatology. Whatever the form of tuberculosis, the lenght of the disease was shortened in acute cases and complete cure followed with little or no sequelae.

Radiological improvement was also noted in all acute cases and several chronic cases of pulmonary tuberculosis. We did not observe any deleterious effect of these hormones on the tuberculous process. Neither did we find symptoms of hypercorticism. The mode of action of the hormones on the tuberculous process is discussed.

RÉSUMÉ

Les hormones stéroides dans le traitement de la tuberculose

On peut généralement constater, à côté des lésions tuberculeuses, certains processus l'inflammatoires non-spécifiques. Ces processus ont généralement un effet peu favorable sur l'évolution de la maladie. En éliminant cette enfluence les médications anti-tuberculeuses peuvent agir de façon plus efficace. C'est avec cette pensée que nous avons administré de l'ACTH, de l'hydrocortisone et de la prednisolone conjointement aux antibiotiques dans 43 cas comportant 10 pleurésies exudatives, 3 péricardites exudatives, 5 méningites tuberculeuses et 25 tuberculoses pulmonaires.

Nous avons pu constater dans tous les cas une amélioration sensible des symptômes cliniques. Quelle que soit la forme de tuberculose dans les cas aigus, la durée de la maladie a été écourtée et la guérison obtenue avec peu ou pas de séquelles. L'amélioration radiologique a été constatée dans tous les cas aigus ainsi que dans certains cas chroniques de tuberculose pulmonaire.

Nous n'avons constaté aucun effet pernicieux des hormones administrées conjointement aux antibiotiques, sur le processus tuberculeux. D'autre part nous n'avons jamais observé de symptômes d'hypercorticisme. Le mécanisme de l'effet favorable des hormones sur le processus tuberculeux est discuté à cette occasion.

Haydarpaşa Göğüs Hastalıkları Hastanesi
Başhekim
Dr. Yakup Çelebi

SON ALTI SENE İÇİNDE AMELİYATLA TEDAVİ EDİLMİŞ 962 VEREMLİ HASTANIN AKİBETİ

Dr. SACİT TEZELLİ Dr. MEHMET NİYAZİ KURTOĞLU

Akciğer tüberkülozunda cerrahî tedavinin yeni istikametlere teveccuh ettiği şu zamanlarda senelerden beri tatbik etmekte olduğumuz muhtelif Collapse tedavisi metodlarının bir bilânçosunu yapmak ve yapılan tatbikattan ne gibi bir netice elde edilmiş olduğunu öğrenmek enteresan olduğu kadar da lüzumdur. Çünkü bu suretle Directe ve radiccacle metodlarla yapılan tatbikatın neticelerini ancak bu şekilde bir ilmî mukayese ile kıymetlendirmek mümkün olabilir.

Biz bugün hastanemizin tamamiyle faaliyete geçmiş olduğu 1950 senesinden 1955 senesi sonuna kadar geçen zaman zarfında yaptığımız cerrahî müdahaleleri ihtiva eden bir faaliyet mahsulünü ve bu hastaların 6 sene sonunda bulundukları durumu huzurunuza arzı faydalı bulduk.

Bu maksatla matbu, ve lüzumlu sualleri ihtiva eden bir Anket fişi tanzim ederek ameliyat olmuş her hastamızın dosyasında mevcut adresine posta vasıtasiyle gönderdik. Hastanemiz civarında ikamet edenlerin müessesemize müracaatlarını, gelemiyecek durumda olan veya diğer vilâyetlerde ikâmet edenlerin fişte sorulan suallere cevap vermelerini ve mümkün olursa son röntgen filmini veya tedavi edilmekte iseler müdavi müessese veya müdavi tebiblerinden istenilen malûmatı ihtiva eden bir rapor göndermelerini istedik. Anket ümüdimizin üstünde muvaffak olmuş sayılabilir. Çünkü ancak 254 hastamızdan fişler gelmedi, mütebakisi tatminkâr cevap ve malûmatı vermiş bulunmaktadır. Bu suretle bütün ameliyatlı hasalarımızın akıbetleri hakkında mümkün olduğu kadar hakikata yakın bir malûmat edinmiş bulunuyoruz. İşte, huzurunuza getirmiş bulunduğumuz bu rapor 962 ameliyatlı veremlinin fişlerinden çıkardığımız malûmatın toplu bir revizyonundan ibarettir. Bu kadar tafsilütlı bir mevzuu on dakikalık bir zamana sığdırmağa imkân olmadığından, tebliğimizin ancak çok kısa bir hülâsasını arzedebileceğiz.

Maruzatımız, 1950 senesi başından 1955 senesi sonuna kadar geçen altı senelik devrede Haydarpaşa Göğüs Hastalıkları hastanesinde ameliyata tâbi tutulmuş 962 veremli hastanın ilk ve muahhar durumlarının müşahede ve tetkikine istinad etmektedir, hastalarımızın en eskisi 6 senelik ve en yenisi ise bir senelik ameliyatlı hastalardır.

Bu hastaların, müessesemizin umumî hasta kabul adedine göre yapılan mukayesesinde bu müddet zarfında hastaneye 5202 hasta kabul edilmiş ve bu hastaların 962'sine 1185 seans ameliyat tatbik edilmiştir.

Tetkike tâbi tutulmuş olan hastaların 624'ü erkek, 338'i kadındır. Hastaların yaş hadlerine göre taksiminde büyük bir kısmının 20-24 yaşları arasında bulundukları görülmüştür.

Hastaların içtimaî durumlarına göre taksiminde 465 hastanın B e k â r 497'sinin ise E v l i oldukları, vazife ve mesleklere göre taksiminde 157 talebe, 64 öğretmen, 63 memur, 165 serbest meslek erbabı, 274 rençber, 230 ev kadını, 9 hekim bulunduğu görülmüştür.

Altı senelik zaman zarfında 1185 ameliyat yapılmıştır. Her seans bir ameliye olarak kabul edilmiştir. İlişik cetvelde ameliyatların nevi ve senelere taksim edilmiş miktarları arzedilmiştir. Diğer muhtelif ameliyeler ismi altında, veremli hastalarda tatbik edilmiş olan akciğer dışı ameliyatlar toplanmıştır. Yapılan ameliyatları kısaca ve ayrı ayrı tafsil edelim:

Thoracoplastie: 204 hastamıza 335 seans tatbik edilmiştir, bu vak'alarımızın 1950 senesine rastlayanlarına klâsik Paravertebrale ve müteakıp senelerde ise Sembin apicolyse ilâve suretiyle combine metod tatbik edilmiştir. Esaslarımız şunlardır:

1. Daima yukarıdan başlamak üzere ilk üç kaburganın total ve diğerlerinin sübtotal rezeksiyonu.
2. Paravertebral dezartikülasyon,
3. Ekstra fasiyal apikoloz Semb.
4. İntercostalectomie,
5. Müsait vak'alarda bir seansta 1-5 kostanın reseksiyonu, siyonu,
6. Pre, per, postoperatuvar antibiotik kürüne riayet,

Vak'aların icabına göre bu esaslara bazı hususî tadilât da ilâve edilmektedir.

1. Extrafascial Pneumolyse ve pneuothorax,
2. Plevra plicaturü ve enfonsement,
3. Bronşu tıkalı veya daralmış vak'alarda ponction ve aspiration.

Torakoya bu tadilâtın teşriki sayesinde kollaps kudretini bariz bir şekilde artırdığımıza kaniiz. Bütün bu müdahaleler kaide olarak paravertebral yoldan 5 avk'amızda ise *Monaldi* metodu icabı koltukaltı şakkı ile yapılmıştır.

Birinci seans müdahalelerin 90'ında *Semb* yapılmış, diğerleri klâsik plâstik usulü üzere tatbik edilmiştir. Tecrübelerimiz göstermiştir ki *Semb* apicolysei seansları azaltmak ve transvers çıkıntıların rezeksiyonuna mahal bırakmamak bakımından çok elverişli bir usuldür.

Büyük apical kavitelerin kapatılmasındaki müşkülât cümlece malûmdur. Bu gibi vak'alarda torakonun kollaps kudretine, yardımcı olarak Semb poşunda tazyikli ve muvakkat bir PX. idame etmeği düşündük ve tatbik ettik. Bu suretle erken bir akciğer açılmasına mâni olunmakta ve kavernlerin kollaps nispeti artırılmaktadır. Bundan da başka kaviteyi ihtiva eden lobun kalınlaşmış olan plevrası üstüne konulacak dairevi veya mutakattı sütürlerle lobu enfense etmek ve direkt bir kollaps elde etmek yardımcı usuldür.

Balon kavite vasfındaki lezyonlarda müdahaleden evvel ponction cavitaire yapmak ve aspirasyonla içini tahliye ederek antibiyotik zerkinden sonra anfonse etmek tecrübe edilmiştir, bu usul çok faydalı olmuştur.

İ l k n e t i c e l e r :

335 ameliyatın	11'inde akciğer complictionu	%3,28
	4 yara infectionu	%1,19
	1 flater	%0,29
	3 diğer muhtelif ihtilatlar tesbit edilmiştir. %0,89.	

Bu hastaların 13'ü klinikte vefat etmiştir (%3,8).

(%3,5) adreslerinden fişlerle yapılan araştırmalarımızda 12 hastamızın da muhtelif seneler zarfında hariçte vefat etmiş olduğu tesbit edildi. Bu suretle 6 sene sonunda

116	hastanın Şifa	%34,62
46	Salah	%13,73
6	Kötüleşmiş	% 1,79
123	hastanın akibetinden herhangi bir malûmat alınmamıştır.	%36,71
	Umumî ölüm: 25'dir.	% 7,46

Extrapleural apicolysis ve Pneumothorax: 1950 senesi başından 1955 senesi sonuna kadar geçen 6 sene zarfında hastanemizde 306 vak'aya bu ameliyat tatbik edilmiştir. Ameliyat kliniğimizde sık sık endikasyon bulmaktadır. Klâsik olan cerrahî teknikte bir hususiyet yoktur. Ancak ihtilâtlardan korunmak üzere bazı hususiyetlere dikkat ve riayet etmek yerinde olur. Bu ameliyenin muvaffak olması için tecrübelerimizin bize verdiği aşağıdaki esaslar zikre değer:

1. Ameliye ve ameliyat sonrası bakımı bir elden çıkmalı ve takip edilmelidir.

2. Vak'a intihabında çok titiz davranmak ve iyi vak'ayı seçmek neticede âmil olmaktadır.

3. Hastanın az çok kültürlü olması ameliyatın hususiyet ve icaplarını kavrayacak kabiliyette bulunması şayanı tercihtir.

4. Hastanın şehirde veya şehirlere yakın mıntakalarda ikâmet etmesi takibi bakımından lüzumludur.

Bu şartlara uymayan hastalarda bu müdahale ihtilâtlar doğurabilir.

Müdahale ettiğimiz vak'aların bize verdiği tecrübelere atfen teknik bakımından bazı hususiyetler sabit olmuştur:

1. Apikoliz yaparken müşkülâta düşüldüğü ve kuvvetli iltisaklara rastlandığı vak'alarda cebri hareketlerden ve kesici aletlerle maniplasyonlardan içtinap edilmelidir.

2. Emostaz'a azamî riayet etmek, küçük de olsa kanama durmadan poşu kapatmamak lâzımdır.

3. Tesirsiz PX.'li üst fus kavernlerinde zaruret olmadıkça iki cevfin birbiriyle birleştirilmesine tevessül edilmemelidir. Ve A Subtitusion bir poş tercih edilmelidir.

4. Orta ve alt fusların yaygın lezyonlarında iki poşu ayıran ince plevravüreykası dairevi kesilerek genişçe iştirak temin edilmelidir.

Ameliyat sonrası devrede:

1. Lokal ve umumî antibiyotik kürü,

2. Sık sık skopik kontrol ve kanlı mayi varsa tehliyesi,

3. Bir hafta sonunda poş berrak ve boş olarak görülmüyorsa torakotomi ile tahliye,

4. Fibrin tavazzuu halinde varidaz ve Streptokinaz tatbiki,

5. Büyük kanamalarda tahliye ve tranfizyon.

Pnomotoraksın takibi hususunda:

1. 48 saat sonra ilk ensuflasyon,

2. Her iki günde bir kontrol ve tazyikin azamiye ircaı (poşun azamî hudutlarını kazanmak için).

3. Açılışta müsbet tazyiki bulmak esası üzerine ensuflasyonların ayarlanması: Kanaatimizce bu müdahale selektif olmakla muttasıftır. Biz lüzumsuz derecede büyük bir akciğer parankiminin teneffüs dışı edecek derecede büyük poşlar idamesine taraftar değiliz. Binaenaleyh kontrollarımız esnasında lezyonun kollapsı tam olarak elde edilmişse havayı seyrekleştirmek bazal reekspansiyona müsadekâr davranmak fizyolojik olur.

Ekstrapüloral PX.'in devam müddeti bizce her vak'ada ayrı olarak tayin edilmelidir. Esasen kat'î ve bütün vak'alara şâmil bir müddet doğru olmaz. Bunu tedavinin seyri ve hastanın akciğer durumu tayin etmelidir. Umumî olarak asgarî 3 sene sonunda yapılacak klinik ve radyolojik ve laboratuvar incelemeleri havaya devam veya ademi devam hususunda rehbet olmalıdır.

N e t i c e :

290 hastamıza 305 ameliyat yapılmıştır. Bunların (%81,16) 250 si basit sübtotal, (%10,71) 33'ü Sebastien ve (%8,11) 25'i A Sübtitüsyon şeklinde yapılmıştır. 20 ameliyattan sonra akciğer ihtilatı zuhur etmiş, (%5,5) 16 hastada ampiyem ve bunların 6'sında Bronş fistülü zuhur etmiştir. (%6,20) 18 vak'ada emotoraks olmuş, (%2,41) 7 vak'ada da diğer ufak komplikasyonlar görülmüştür. Bütün bu ihtilatlar sonunda klinikte (%2,41) 7 hastamız vefat etmiştir.

Yaptığımız araştırmada 6 sene sonunda (%8,27) 24 hastamızın dışarda vefat ettiği tesbit edilmiştir. Bu suretle (%47,93) 139 şifa, (%22,06) 64 salah, (%0,68) 2 kötüleşmiş, (%18,62) 54 akibeti meçhul hasta tesbit etmiş bulunuyoruz. Mecmu ölüm miktarı (%10,68) 31'dir.

Extrapleuralplombage:

Gayet mahdut bir endikasyon sahası bulmuştur. Çünkü Periferik ve cidardan beslenen kaviteli vak'alarımız büyük bir kısım teşkil etmekte ve bu gibi vak'larda ciddî ihtilatlarla karşılaşılması çok muhtemel görülmektedir. Extrapleural poşa konacak ecnebi maddenin isminin pek kıymeti yoktur. Buna mukabil poşun anatomik mahallinin pek ehemmiyeti vardır. Servisimizde ancak 4 vak'amıza bu şekilde plonbaj tatbik edilmiştir. Bunlardan bir vak'ada parafin, diğer üçünde polisten kullanıldı. Parafin hastası bir sene sonra ampiyem ve bronş fistülü ile tekrar hastanemize müracaat etmiştir. Diğer üç vak'amızın birinde bir sene sonra basit ampiyem zuhur etmiştir. Bu vak'ada bronş fistülü yoktur. Diğer iki vak'amızın ameliyat tarihinden beri iki sene geçtiği halde bir ihtilat tesbit edildiğine dair herhangi bir malûmat alınamadı.

Diğer kliniklerde tatbik edilmiş ve ağır ihtilatlar sebebiyle hastanemize kabul edilmiş olan 9 Extrapleural politen vak'asının kötü akibetleri bizzat tarafımızdan müşahade edilmiş olduğundan plonbaj tatbikinde başka bir prosedenin bulunması bizce de lüzumludur.

4. *Extrafasciale plombage:*

Yukarda tasrih ettiğimiz zaruretler sebebiyle hastanemizde plonbaj ameliyesi Extrafasciale pnömoliz'den sonra tatbikini daha zararsız görmekteyiz. Bu suretle bütün besleyici elemanlariyle birlikte çöktürülmüş olan akciğer üstüne, koyduğumuz madde melhuz ihtilatları azalmaktadır.

Hastanemiz cerrahî servisinde 6 vak'aya bu şekilde Polysten Plonbajı yapılmıştır. 1953 senesi başında bir bir arkasına tatbik edilmiş olan bu ameliyatlar sonunda henüz hiç bir ağır ihtilat haberini almadık. Bu hastalarımız her zaman bizimle temas halindedirler. Yalnız bir vak'amızda basit ampiyem alametleri zuhur etti (iki sene üç ay sonra) ve polisten çıkarıldı, cevf kısa zamanda tedavi edildi, arkasından bir torako ile kapatıldı. Diğer 5 vak'amız halen sıhhattedir.

5. *Intrapleuralpneumolysis (Bridectomie):*

Bu ameliyat tatbik edilmiş olan 252 hastanın 28'i kapalı olarak giderilmesi imkânsız görülmüş olan iltisaklı vak'alar olup açık bridectomie usulü ile tedavi edilmişlerdir. Kanaatimizce kısa ve içinde eviye olması muhtemel iltisaklarla veya yelken şeklinde geniş adezyonlu vak'alarda bu müdahaleye daima endikasyon vardır.

Bunların *Jacobeüs* usulü ile kesilmeleri bir çok ihtilâtların zuhuruna sebebiyet vermektedir. Elimize gelen ampiyem vak'alarının bir çoklarının sebepleri bundandır. Vak'alarımızın neticeleri şöyledir:

İki vak'ada ampiyem (biri Bronkpüloral fistüllü),

Bir vak'amız geniş iltisaklı olduğundan inoperabl,

Dört vak'ada eski ve plevranın sertleşmiş olması sebebiyle kaviteler sebat etti.

Yirmi vak'amızda tam ihtilâtsız kollaps elde edildi.

Vak'alarımızın birkaçında epanşmanlar zuhur etmiş, fakat takayyüh olmamıştır. Bu neticelerin elde edilmesinde antibiyotiklerin metodik tatbik edilmesi ve britlerin iki ligatür arasında kesilmeleri âmil olmuştur, kanaatindeyiz.

Mütebaki 224 hastamıza *Jacobeüs* usulü ile bridectomie yapılmıştır. Bunların 147'sinde tam, 42'sinde teknik iyi, netice alınmıştır. 11 vak'ada orta derecede kanama olmuştur. Halen 132 hasta şifa bulmuştur. 45 salâh, 3 haliye, 13 vefat kaydedilmiştir. 31 hastadan bir haber alınmamıştır.

6. *Frenicus felci:*

Bu ameliyat hastanemizde iki şekilde tatbik edilmektedir:

1. Müstakil müdahale olarak,
2. Yardımcı müdahale olarak.

Müstakil bir tedavi usulü olarak tatbiki ilk senelerimiz içindeki telâkkilere göre kaide ve orta fus leziyonlarında diyafragmanın ve dolayısiyle yarı alt akciğer parankiminin sükûnet ve kollapsını temin düşüncesiyledir. Yardımcı olarak diğer herhangi bir kollaps tedavisi metoduna iştirak suretiyle kullanılmıştır. Son seneler zarfında P. P.'nin tesirini herhangi bir tarafa imale ve tahsis düşünülmüştür. Kanaatimizce hangi maksatla olursa olsun bu müdahalenin gayet mütevazi bir tesiri vardır. Çok müsait bir tesir icra edilmişse bunu başka sebeplerde aramak doğru olur.

Hastanemizde bu ameliye 73 defa tatbik edilmiştir. 58 vak'ada müstakil, 5 vak'ada PX'e, 10 vak'ada P. P.'ye ve 5 vak'ada torakoya teşrik edilmiştir. Bazal intişar gösteren birkaç vak'amızda Extrapleural veya Extrafascial poş içinde frenikusu tazyik ile muvakkat bir felç temin ettiğimiz vak'alarımız da vardır.

7. *Thoracotomie:*

Hastanemizde bu ameliyat iki maksatla yapılmıştır.

1. Direnaj ve tahliye maksadiyle,
2. Explorasyon maksadiyle.

Drenaj ve tahliye maksadiyle yapılan torakotomi, 55 vak'ada tatbik edilmiştir. Bunların 32'si ampiyem, 18'i emotoraks, 5'i ecnebi cisim çıkartmak için olup tahliyelerinde zaruret görülmüştür. Büyük bir kısmı sonradan yapılacak bir müdahaleye hazırlık mahiyetinde, bir kısmı ise iltihaplı poşların tedavisi maksadiyledir. Exploratris torakotomiler mahduttur. 15 vak'aya tatbik edilmiştir. Teknik bir hususiyeti yoktur.

8. *Decorticatione:*

Bu ameliye hastanemizde ilk defa 1952 senesinde kontr selektif eski bir PX. vak'asının tedavisinde zirve plâstiği ile müşterek olarak tatbik edildi, sonradan kronik ampiyem ve açılmıyan uzun süreli PX. vak'alarına teşmil edildi. Servisimizde 5 vak'aya tatbik edilmiştir. Bu vak'aların ikisi parsiyelbazal, biri totol, ikisi dekortko torakoplast şeklinde yapılmıştır.

Neticeler:

Hiç bir ihtilat zuhur etmemiş, mortalite olmamıştır. Yaptığımız araştırmada 4 vak'anın şifa halinde olduğunu tesbit ettik.

9. *Rezeksiyon:*

Bu tedavi tipi mevzuumuz haricinde olmakla beraber hastanemizde tatbik edilmiştir. 7 vak'amızda tatbik ettiğimiz ekserez tedavisinin 3'ü Lop, 4'ü Pumon rezeksiyonudur. Bunların 4'ü vefat etmiştir. 3 lobektomi vak'amız berhyattır.

10. *Akciğer dışı vak'alar:*

Bu vak'alar verem musabı hastalarımızda vukua gelen umumî cerrahî hastalıklara karşı tatbik edilmiş müdahalelerdir. Bunları 2 gurupa ayırdık:

1. Tüberkülozla ilgili hastalıklar, diğeri tüberkülozla hiç bir ilgisi olmayan hastalıklar olup mecmuu 140 vak'adır. Aralarında büyük cerrahî müdahalelerin de bulunduğu bu grup hastalarımız, esaslı ve itinalı bir antibiyotik kontrolü altında her cerrahî müdahalenin veremli hastalarda ârızasız kabili tatbik olduğunu göstermesi bakımından enteresandır.

Umumî netice:

Hastanemizde cerrahî tedaviye tâbi tutulmuş 962 akciğer tüberkülozu hastamızın tatbik edilmiş olan muhtelif metotlarla 6 sene sonunda ne durumda olduklarını şöylece hülâsa edebiliriz:

Bu hastalarımızın (%3.43) 33'ü klinikte tedavilerini takip eden günler zarfında vefat etmişlerdir. Salah halinde hastanemizi terkeden mütebaki hastalarımızın bugün tesbit etmiş olduğumuz durumları aşağıdaki gibi hülâsa edilebilir:

480 hasta şifa halinde olup çalışmaktadır. (%49,89).

153 hasta salah halinde olup kısmen çalışmakta ve kısmen muhtelif müesseselerde veya evlerinde istirahat halindedir. (%15,90)

12 hasta fenalaşmış ve ağır durumdadır. (%1,24).

67 hasta hastanemiz dışında muhtelif sebeplerle vefat etmiştir. (%6,96).

217 hastadan ise yaptığımız yazı ile müracaat, adres ve evlerinden yapılan soruşturmalar sonunda hiç bir haber alınmamıştır. (%22,55).

SUMMARY

Present status of 962 tuberculous patients surgically treated during the last 6 years.

We may summarize as follows the present status of 738 cases of pulmonary tuberculosis treated in our hospital by surgical methods.

33 of these patients died in our clinic after the operation. As for the patients who left the hospital after the intervention here is a summary of heir actual status:

399 patients are completely cured and and working in various jobs. 148 patients are improved and work part time only, resting at home or in institutions during their free time. 9 patients are worse and show serious symptoms.

54 patients died outside the hospital for various reasons. As for the remaining 222 patients, we could not obtain any information about their fate.

RÉSUMÉ

Etat actuel de 962 tuberculeux traités chirurgicalement au cours des 6 dernieres années

Nous pouvons résumer comme suit l'état actuel de 738 cas de tuberculose pulmonaire traités dans notre hôpital par des méthodes chirurgicales.

33 de ces malades décédèrent dans notre clinique au cours des journées qui suivirent l'intervention. Voici un résumé de l'état actuel des malades qui quittèrent l'hôpital après le traitement:

399 patients ont complètement guéri et travaillent actuellement. 148 patients ont manifesté une amélioration et trravaillent partiellement occupant le reste de leur temps à se reposer dans des institutions ou à domicile.

9 patients ont empiré et sont dans un état grave.

54 patients sont décédés en dehors de notre hôpital pour des raisons diverses.

Quant aux 222 patients, aucune information n'a pu être obtenue sur leur compte en dépit de la correspondance adressée ou des démarches personnelles faites à leur domicile.

ONÜÇÜNCÜ CELSE

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Fitizyoloji Kliniği
Direktör
Prof. Dr. Nusret Karasu

AKCİĞER TÜBERKÜLOZU VE KANSERI ARASINDA MÜNASEBET

Prof. Dr. NUSRET KARASU Dr. DEMİRTAŞ KOCAÇITAK

1,5 asırdan beri hekimler tarafından tanınmakta olan akciğerlerde Ca. ve Tbc. kombinasyonu, yabancı literatürde önemli bir mevki işgal ettiği halde, memleketimizde bu husustaki neşriyat çok azdır.

100 seneden fazla bir maziye sahip olan Ca. ve Tbc. arasında antagonizm bulunduğu hakkındaki teori bugün terkedilmiştir. Ancak akciğerde Ca. ve Tbc.'un kombinasyonunu izah hususunda müellifler arasında fikir birliği yoktur. Bugün muhtelif müellifler 3 esaslı fikri müdafaa etmektedirler:

1. Bir çok müellifler, bazı vak'alarda Tbc. zemininde Ca teşekkülünü kabul etmekle beraber, Ca ve Tbc. iştirakinin umumiyetle tesadüfî bir mahiyet arzettiğini ve bu iştirakte Tbc.'un prekanseröz rolünün pek ehemmiyetli olmadığını bildirmektedir. Bunlar Ca ve Tbc. kombinasyonuna gittikçe daha sık rastlanmasını, son yıllarda tıbbî ve sosyal terakkiler sayesinde Tbc. mortalitesinin azalması ve Tbc. lularda ortalama ölüm yaşının yükselmesi sebebiyle, akciğer Ca'ine daha fazla rastlanılan yaşlı kimselerde akciğer Tbc.'u nisbetinin artması ile izah etmektedir.

2. Ca, Tbc.'a zemin hazırlıyabilir. Literatürde, bronş Ca.'inden sonra, aktif akciğer Tbc.'unun inkişaf ettiği bir çok vak'alar kaydedlimiştir. Ca'in umumî vücut mukavemetini zayıflatması veya lokal destrüktiv tesiri sebebi ile latant bir Tbc. mihrakı aktive olabilir. Yaşlılarda umulmıyan her Tbc. vak'asında bronş Ca'ini düşünmelidir. Zira, klinik olarak meydana çıkarılmayan başlangıç halindeki bir Ca eski inaktif bir Tbc. mihrakını uyandırarak, aktif bir akciğer Tbc.'unun inkişafına sebebiyet verebilir.

3. Akcğer Tbc.'nin prekanseröz bir patolojik processus olduğu bir çok müelliflerce kabul edilmektedir. *Schwartz,* selim veya habis bir bronş tümörünün, bronşiyal nedbelerle beraberliği tesbit edilen 12 vak'a bildirmiş ve bunların ikisinde tümör ve bronş nedbesi arasında direkt münasebet bulunduğunu kaydetmiştir. Tbc. lenf ukdesi açılmasından kalan eski bronş nedbeleri, bazı predispoze şahıslarda Ca teşekkülüne bir zemin teşkil etmekte ve bu durum, mide ülserleri ve derinin yanık nedbelerinde görülen habis gelişmeğe benzemektedir (1). *Akgüder* ve *Gök* de bronş nedbeleri ile komşuluk gösteren 3 bronş Ca vak'ası neşretmişlerdir (2). İstanbul Tıp Fakültesi Patoloji Enstitüsünde yaptığımız araştırmalara nazaran, (1934-1955) yılları arasında yapılan 13112 otopside, bronş Ca'i ve akciğer Tbc.'u kombinasyonu gösteren 102 vak'anın 30'unda (bronş Ca'i otopsilerinde %11 Ca ve Tbc. kombine olan vak'alarda %30 nisbetinde) bronş nedbeleri tesbit edilmiştir. Bronş nedbesi ve Ca, 17'sinde aynı akciğer lobunda, 7'sinde aynı akciğerin değişik loplarında, 6'sında ayrı akciğerlerde yerleşmiştir. Bunlardan 12 vak'ada tüberkülotik bronş nedbesi ile Ca arasında görülen sıkı komşuluk, iki patolojik processus arasında direkt bir patogenetik münasebet kurmağa imkân vermektedir.

Bazı müellifler Tbc. kavernlerinin drenaj bronşları epitelinde husule gelen metaplazik değişiklikler neticesinde Ca teşekkülünü bildirmektedir (3). İstanbul'da buna uygun iki Ca vak'ası tesbit ettik.

Akciğerde Ca ve Tbc. iştiraki tesbit ettiğimiz 102 vak'anın 59'unda akciğerlerde veya trakeobronşiyal lenf düğümlerinde kalsifiye mihraklar bulunmuştur. Aynı akciğer lobunda Ca ve kalsifiye mihrak görülen 19 vak'anın 7'sinde bronş Ca'i ve kalsifiye mihraklar yakın komşuluk gösteriyordu. Son yıllarda bazı müellifler akciğerlerde ve trakeo - bronşiyal lenf ukdelerinde kalsifiye mihrakların mevcudiyetinin hemen daimî iyileşmiş bir primer Tbc. sahasının işareti olduğunu ve bunların bronş Ca'i inkişafına bilhassa elverişli bir

akciğer sahasını gösterebileceğini bildirmektedir. Primer Tbc.'un umumî bir sekeli olan bronşektazik sahalarda kronik iritasyon neticesinde bronşların normal silindirik epitelinin stratifiye sküamöz şekline metaplazisi, epidermoid Ca inkişafına tekaddüm edebilir. Kalsifiye mihrakların mevcudiyeti o sahada eski bir Tbc.'u gösterir ve bronşektazinin tümör inkişafından önce bulunduğu lehine bir delil teşkil eder. Diğer taraftan senelerden beri tütün kullanan bir şahısta eski Tbc. bakiyesi olan bronşektazik sahalardaki bronşiyal metaplazi karsinojenik tesiri haiz bulunan tütün dumanı katranının yerleşmesi ile bronş Ca'i teşekkülüne yol açabilir (4, 5).

Tbc. primo enfeksiyonu iyileşen şahıslar, akciğerlerinde Tbc. sekelleri taşıdıklarından, 30-40 yıl sonra akciğer Ca'i inkişafına bilhassa elverişli kimseler olmaktadırlar. Son 50 yıl içersinde genç kâhillerde Tbc. mortalitesinde kaydedilen bariz azalma, bronş Ca vak'alarının hazır çoğalmasının muhtemel bir sebebi olarak mütalâa edilebilir.

Elde ettiğimiz bulguları, literatür ile karşılaştırdığımız takdirde akciğerlerdeki eski Tbc. lezyonlarının bir çok vak'alarda prekanseröz bir mahiyet gösterdiği hakkındaki fikirleri teyit etmiş oluyoruz.

Ankara Tıp Fakültesi Fitizyoloji Kliniğinde 5 sene zarfında yatan 1918 hastadan sadece birisinde kat'î olarak Ca ve Tbc. iştiraki tesbit edilmiştir. Kombinasyon nisbeti, akciğer Tbc.'lularda %0,07, Ca bronş Ca'lilerde %5,7 etmektedir.

Ancak klinikte akciğer Tbc.'u ve Ca'nin kombinasyonu her zaman tesbit edilememektedir. Nitekim İstanbul'da tetkik ettiğimiz 13112 otopside bulunan 102 akciğer Ca'i ve Tbc.'u kombinasyonu vak'asının 61'inde klinikte Ca, 5'inde Tbc., sadece 2'sinde Ca ve Tbc. iştiraki teşhisi konulduğunu, diğer 34 vak'ada ise klinikte Ca veya Tbc. teşhis edilemediğini gördük. Ca ve Tbc.'un klinik ve radyolojik benzerlikleri dolayısiyle 2'si birbiriyle karıştırılmakta ve beraberlikleri gözden kaçmaktadır. Klinikte tesbit edilen her akciğer Ca'i vak'asında ayrıca Tbc. da araştırılmalıdır.

Meselenin münakaşasında otopsi istatistiklerine istinat etmenin zarurî olduğu da görülmektedir.

Ankara Tıp Fakültesi Patolojik Anatomi Enstitüsünde 1947 - 1955 seneleri arasında yapılan 1000 otopside bulunan 7 primer akciğer Ca'i vak'asından sadece birisinde aktif akciğer Tbc.'u tesbit edilmiştir. Bronş Ca'i vak'alarında aktif akciğer Tbc'u nisbeti

%14,28'dir. Kliniğimizde ise bu nisbet %5,7'dir. Klinik ve otopsi teşhisleri arasındaki fark aşikârdır. Şüphesiz ki klinikte her ölüm vak'asında otopsi yapılabilse kombinasyon adedi artacaktır.

İstanbul Tıp Fakültesi Patolojik Anatomi Enstitüsünde 1934-1955 seneleri arasında yapılan 13112 otopside 270 (%2) bronş Ca'i tesbit edilmiştir. Otopsi vak'alarının %38'inde aktif veya inaktif intratorasik respiratuvar Tbc. lezyonları vardır. 102 Ca. vak'asında Tbc. lezyonları görülmüştür. Demekki, akciğerde Ca-Tbc. kombinasyonu bütün otopsi vak'alarında %0,77, bronş Ca'lilerde %37,7, Tbc. lularda %2 nisbetindedir. Tbc. bulunmayanlarda ise %2,1 nisbetinde bronş Ca'i görülmüştür. Tbc. nisbeti, bronş Ca'lilerde %37,7, Ca bulunmayanlarda 38,8'dir.

İlk bakışta Ca olan ve olmayanda Tbc. nisbeti, Tbc. lezyonları bulunan ve bulunmayanda bronş Ca'i nisbeti arasında büyük bir fark bulunmadığı görülmektedir. Ancak senelere göre istatistikleri tetkik edersek durum tamamen değişmektedir. Filhakika (1934-1939) senelerinde yapılan otopsilerle, (1950-1955) senelerinde yapılan otopsilere ait bulguları karşılaştırırsak, bazı mühim neticelere varabiliriz.

1. Bu iki devre arasında bronş Ca'i nisbeti otopsilerde %1,4'den %2,7'ye yükselerek %93 nisbetinde bir artma göstermiştir.

2. Tbc. lezyonları bulunan otopsilerde Ca %240 artma, Tbc. bulunmayanlarda sadece %43 artma göstermiştir.

Bu duruma göre son yıllarda memleketimizde artmış bulunan bronş Ca'i nisbeti Tbc.'lularda daha fazladır. Tbc. mortalitesinde görülen azalma neticesinde, ölüm yaşı yükselen Tbc.'luların Ca çağına girmesi burada rol oynayabilir. Akciğerlerde Ca ve Tbc.'un sıkı komşuluk göstermediği vak'alarda tesadüfî beraberliği reddetmek zordur. Fakat akciğerde Ca ve Tbc. iştiraki gösteren 102 vak'anın 41'inde iştirak aynı loptadır. Böyle vak'aların nisbeti 20 senede %600 artmıştır. 26 vak'ada Tbc. ve bronş Ca'i lokalizasyonu çok yakın komşuluk göstermektedir. Son 15 senede 4 misline çıkan böyle vak'alarda Tbc. lezyonlarının prekanseröz durumunu kabul etmek zaruridir. Bir çok vak'alarda bilhassa eski Tbc. lezyonlarının bronş Ca'i ile patogenetik münasebetleri görülmektedir. Bütün bu neticeler bronş Ca'inin memleketimizde artmasında Tbc.'un önemli bir rolü olduğu fikrini vermektedir.

LİTERATÜR

1. **Schwartz, P.:** Bronchialwandscheadigungen durch tuberkulose Lymphknoten ihre Beziahungen zu primaren Bronchialtumoren (Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, 103, 1950, 192).
2. **Akgüder K. R., Gök, Ş.:** Patogenetik özelliği bulunan üç enteresan bronş kanseri vak'ası (Tbc. Kliniği cilt I, 1952, No: I, S. 52).
3. **Fried B. M.:** Bronchigenic Carcinoma and adenoma (1948).
4. **Woodruff C. E., Nahas H. C.:** Pulmonary tuberculosis and calcification as related to bronchogenic carcinoma (Amer. Rev. Tuber. 64, 1951, 620).
5. **Woodruff Ç. E., Sen Gupta N. C., Wallace S., Chapman P. C., Nartino P.C.:** Anatomic relationship between bronchogenic carcinoma and calcified nodules in the ung (Amer. Rev. Tuber. 66, 1952, 151).

SUMMARY

Relationship between tuberculosis and cancer of the lung

We have observed among the cases of bronchial carcinoma hospitalized in our clinic, a combination of malignant tumor and active pulmonary tuberculosis in 5.6% of cases. This proportion was 14.28% in the post-mortem examinations performed at the Pathology Institute of the Faculty of Medicine of Ankara. Among the 13122 post-mortem examinations performed between 1933 and 1955 at the Pathologic Anatomy Institute of the Istanbul Faculty of Medicine, 102 cases showed a combination of bronchial carcinoma and pulmonary tuberculosis. Bronchial scars could be seen in 30 of such cases. In 12 other cases, bronchial scars and carcinomatous lesions were situated very close to one another. Calcified foci were found in 59 cases. In 2 other cases a carcinoma was detected in the epithelium of bronchi draining old tuberculous cavities.

Among the post-mortem eşaminations performed between 1950 and 1955, the proportion of cases of bronchial carcinoma showv an increase of 93% by comparison with the proportion found between 1934 and 1939. The proportion of carcinoma in subjects bearing already tuberculous lesions shows an increase of 240% and only of 43% among non-tuberculous subjects. The cases showing in the same lobe a combination. of carcinoma and tuberculosis have increased in a proportion of 600%. Cases in which carcinomatous and tuberculous lesions were situated close to each other were 4 times as numerous. These results show that tuberculosis may constitute a precancerous lesion and that it plays an important part in the increase of bronchial cacinoma in our country.

RÉSUMÉ

Relation entre la tuberculose pulmonaire et le cancer du poumon

Nous avons observé parmi les cas de carcinome bronchique hospitalisés dans notre clinique, une combinaison de tumeur maligne et de tuberculose pulmonaire active dans les 5.7% des cas. Cette proportion était de 14.28% dans les autopsies pratiquées à l'Institut d'Anatomie Pathologique de la Faculté de Médecine d'Ankara. Au cours de 13112 autopsies pratiquées entre les années 1934 et 1955 à l'Institut d'Anatomie Pathologique de la Faculté de Médecine d'Istanbul, 102 cas présentant une combinaison de carcinome bronchique et de tuberculose pulmonaire ont pu être décelés. Dans 30 de ces cas, des cicatrices bronchiques étaient visibles, et dans 12 d'entre eux un voisinage étroit existait entre cicatrices bronchiques et carcinome. Des foyers calcifiés ont été trouvés dans 59 cas en outre, nous avons pu constater dans 2 cas la formation d'un carcinome dans l'épithèle des bronches drainant d'anciennes cavernes tuberculeuses.

Au cours des autopsies pratiquées entre 1950 et 1955, la proportion des cas de carcinome bronchiques a augmenté de 93% par rapport aux cas décelés entre 1934 et 1939. La proportion de carcinome a augmenté dans une proportion de 240% chez les porteurs de lésions tuberculeuses et seulement de 43% chez les non-tuberculeux. Les cas présentant dans le même lobe de poumon une combinaison de carcinome et de tuberculose ont augmenté de 600%. Les cas présentant un voisinage étroit de la tuberculose avec une lésion cancéreuse étaient 4 fois plus nombreux. Tous ces résultats montrent que la tuberculose constitue un terrain pré-cancéreux et qu'elle joue un rôle important dans l'augmentation des cas de carcinome bronchique dans notre pays.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Fitizyoloji Kliniği
Direktör
Prof. Dr. Nusret Karasu

KLİNİĞİMİZDE TESADÜF EDİLEN BİR HABİS TİMOMA VAK'ASI

Prof. Dr. CELÂL ERTUĞ Dr. DEMİRTAŞ KOCAÇITAK
Dr. L. GÜRBÜZ

Ankara Tıp Fakültesi Fitizyoloji Kliniği ve Ankara Veremle Savaş Derneği Hastanesinde 1950-1956 seneleri arasında yatan 2500 hastada sadece bir habis timoma vak'ası tesbit edilmiştir. Bu durum, hastalığın ender görüldüğü hakkındaki literatür bilgilerine uymaktadır. *Hurxthal* ve *Musulin* (1) 60000 hasta arasında bir vak'aya rastlandığını, *Crosby* (2), 1932'ye kadar 166 habis timoma vak'ası neşredildiğini ve bunların ikisinde myastenia gravis ile iştirak bulunduğunu bildirmişlerdir. Amerikalı müelliflere göre (3, 4) 14 sene zarfında 100 habis timoma vak'ası daha neşredilmiş olup, bunların 3'ünde miyastenia gravis iştiraki tesbit edilmiştir. Ayrıca 1956'da *Ream* ve *Beyer* bir vak'a neşretmişlerdir (5).

Hastamız, Karslı, 42 yaşında M. M. adında bir tapu memurudur. Ses kısıklığı, yutma güçlüğü ve göğsündeki dolgunluk hissi şikâyetleriylel 10/1/1956 tarihinde Kliniğimize yatırılmıştır (Fitizyoloji Kl. Arşiv No: 1052).

Şikâyeti: Ses kısıklığı, yutma güçlüğü, ve göğsündeki dolgunluk hissinden.

H i k â y e s i : Bundan 2,5 ay önce bir köyden keşiften dönerken yağmura tutulmuş ve üşütmüş. Bu ara sesi kısılmış, göğsünde ağrı başlamış, beş altı gün sonra terliyerek sesi açılmış. Bir kaç gün sonra tekrar sesi kısılıp şiddetli öksürük başlamış. Aldığı ilâçlardan fayda görmeyince kendisini Konya'ya sevkettirmiş. Devlet Hastanesi Dahiliye Kliniğinde 15 gün yatmış. 9 milyon İ.U. Penisillin, 9 gün amp. calcium ve (C) vit yapılmış. Orada yapılan akciğer grafileri ile hasta Ankara Numune Hastanesine tümör maliny teşhisiyle gönderilmiş. Müracaatla tetkik ve tedavi maksadiyle Kliniğimize yatırılmıştır.

Temas: Hastamız Tbc. bakımından temas tarif etmiyor.

Klinik muayene: Göze çarpan belirtiler; sol supra klaviküler bölge sağa nisbetle kabarık. Solunum sisteminde inspeksionla arkadan her iki hemitoraks müsavi görünümde. Önde sol supra klaviküler bölge sağa nisbetle daha kabarık. Palpasyonla, her iki süpraklaviküler bölgede solda daha büyük olmak üzere deri ile iltisakı olmayan üzeri gayrı muntazam yumuşak kıvamlı kitleler ele geliyor. Göğüs Vibrasionu her iki tarafta birbirine eşit. Her iki hemitoraks solunuma eşit iştirak ediyor. Sağda arka koltuk altı çizgisinin 3 cm. dışında kaidede kestane büyüklüğünde muntazam, yumuşak, cilt altında hareketli bir kitle ele geliyor. Perk. Sağda skapilanın altı ucundan kaideye kadar submatite alınıyor. Osk. Sağda daha şiddetli olmak üzere bronşial ses alınıyor.

Dolaşım sistemi: İnspeksionla tepe atımı görünmüyor. Fakat sol 2'nci interkostal mesafede yaygın, kalp atımı ile senkron bir pülzasyon görülüyor. Baş, kalp atımı ile senkron sallanıyor. Pal, tepe atımı 5'inci interkostal aralıkta medioklaviküler hattın 2 cm. içinde alınıyor. Perk, normal kalp hudutları dışında üst hududu sol klavikülânın iç kısmı, sağ hududu sternumun sol kenarı olan sub mat bir gölge tesbit ediliyor. Osk, bütün odaklarda birinci ses şiddetli. Punktum maksimumu aort odağında olan sistolik sufl alınıyor. Bu sufl pulmoner odakta da duyulup sağ koltuk altı ve sağ arkada fazla olmak üzere her göğse yayılıyor.

Periferik lenfa ganglionlarından süpraklaviküller ele geliyor.

Laboratuvar: Hastada P. P. D. (müsbet).

Balgamda homojenizasionla A. R. B. bir defa müsbet 3 defa menfi bulundu.

Kültür neticesi menfi, sedim 10/1/1956'da 15 mm. 25/1/1956'da 30 mm. Weinberg ve Casoni reaksiyonları menfi, Wasserman ve Kahn menfi, kan ve idrar muayenelerinde dikkati çeken bir bulgu yok.

Kan albüminleri; total %9,02 gr., albümin %5,88 gr., globülin %3,14 gr. A/G 1/8.

Anatomo patolojik teşhis: Kliniğimize yatmadan önce 14/1/1956'da I'inci Cerrahî Kliniği tarafından sol supraklaviküler lenf gangliyonlarından yapılan biyopsinin histolojik diagnozu kronik lenfadenittir. 17/1/1956'da 2'nci defa kliniğimizce yaptırılan sağ supraklaviküler lenf gangliyonlarından elde edilen biopsi materyalinin histolojik diagnozu malin timoma metastazıdır.

Radyoloji: Hastanın 16/12/1956 tarihli akciğer radyografisinde her iki akciğer sahası normal, mediyastende kenarları oldukça muntazam büyük çapı 15 cm, küçük çapı 10 cm. kadar olan elipsoit bir gölge koyuluğu var. Kimogramda bu kitle pülzasyon göstermiyor. Radyoterapinin neticesini kontrol bakımından taburcu olduğu gün çektirilen akciğer radyografisinde bütün sağ akciğer sahasını kaplayan bulutlanma tarzında bir gölge koyuluğu ve üst dış kısımda saydamlık artması tesbit edildi.

Tedavi: Hastaya malin timoma teşhisi konulduktan sonra 31/1/1956'dan itibaren 1'inci gün 100 (R), 2'nci gün 200 (R), müteakıp günler 250'şer (R)'lik dozda 7 gün müddetle radyo terapi tatbik edildi. Bu müddet zarfında ayrıca hastaya radyologların tavsiyesine uyularak her gün 400000 ü'lik prokain penisilin tatbik edildi.

6/2/1956'da arzu ve tavsiyemiz hilâfına hasta isteği ile taburcu edildi.

7/3/1956'da 2'nci radyo terapi kürü için kliniğimize tekrar müracaatında kendi kendine yürüyemiyecek durumda ve çok bitkindi, bu hal karşısında hastamızda miyasteniyagravis düşünüldü fakat hasta yatmayı kabul etmediğinden bu hususta tetkikler yapma imkânını bulamadık.

Memleketine döndükten sonra öldüğünü öğrendik.

Bu sebeple teşhisimiz otopsi ile teyit edilemeyip yalnız patoloji raporuna müstenit kaldı.

LİTERATÜR

1. **Hurxthal, L., M. and Musulin, N.:** Clinical Endocrinology, J. B. Lippincott Co. Philadelphia, 1953.
2. **Crosby, E. H.:** Malignant tumors of thymus gland, Am. J. Cancer, 1932, 16, 461.
3. **Fisher, E. R. Coburn.** And **Effler, D. B.:** Thymie neoplasms, J. Thoracic Surg, 1952, 24, 58.
4. **Case Report:** Malignant thymoma and myasthenia gravis Am. Practitioner, 1954, 5, 402.
5. **Ream C. R., Beyer, A. M.:** Maligaent thymoma associated eith myasthenia gravis. Amer. Rev. Tub. 72, 1955, 381.

SUMMARY

A case of malignant thymoma

Among the 2596 patients hospitalized between the years 1950 and 1956 at the Phtysiology Clinic of the Ankara Faculty of Medicine and at the Hospital of the Association for Fight against tuberculosis, we diagnosed one case of mediastinal tumor after a radiological examination. The biopsy of a supraclavicular lymp node revealed the existence of a malignant thymoma.

We decided to present this case on account of its rarety.

RÉSUMÉ

Un cas de thymome malin hospitalisé dans notre clinique

Parmi les 2596 malades hospitalisés entre les années 1950 et 1956 à la Clinique de Phtysiologie de la Faculté de Médecine de l'Université d'Ankara ainsi qu'à l'Hôpital de la Ligue pour la lutte anti-tuberculeuse d'Ankara, nous avons pu déceler un cas de tumeur de médiastin par l'examen radiologique. La biopsie d'un ganglion supra-claviculaire droit a révélé la présence d'un thymome malin.

La rareté de ce cas nous a poussé à le présenter aujourd'hui.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Fitizyoloji Kliniği
Direktör
Prof. Dr. Nusret Karasu

ATELEKTAZİ VE GANGLİYON BÜYÜMELERİNDE X IŞINI TEDAVİSİ

Prof. Dr. NUSRET KARASU Dr. BAHATTİN ÇETİN

Sathî lenf gangliyonu büyümelerinde X ışını tedavisinin iyi neticeleri bilinmektedir.

Mediyasten lenf gangliyonları büyümelerinin direkt ve indirekt tesiri ile husule gelen atelektazilerde, büyüyen bu gangliyonlara derin ışınlama ile tesir edilerek küçülmeleri temin edilirse bronş üzerine olan tesirlerinin kaldırılması neticesinde, atelektazilerin açılabileceği düşüncesi ile kliniğimizde yatan muhtelif yaş ve tipte atelektazi ve mukayese için boyunda ve toraks içinde gangliyon büyümeleri gösteren 10 hastada kombine antibakteriyelle beraber X ışını tedavisi denenmiştir.

Bu hastalardan bir kısmı X ışını tedavisinden evvel uzun zaman kombine ilâç tedavisine tabi tutulmuşlar, neticede lezyonlarında bir gerileme husule gelmiyen vak'alardan seçilmişlerdir.

Vak'aların kısa hülâsalarını sunuyoruz:

1. Bn. F. H. 6 yaşında Kl. Prot. No: 796. Bir buçuk sene evvel hastalanmış, teşhis; sağda total atelektazi, solda granüli. Girişte balgamda A. R. B. (+) olup 14 ay kombine (Sm. ve INH.) tedaviden sonra balgamda A. R. B. menfileşti, sağda atelektazi açılmadı, solda granüli lezyonlarında gerileme oldu.

X ışını tedavisi: Sağ hilusa haftada iki defa 100 r.'den 6'şar seans 600 r. bir seri olmak üzere iki seri 1200 r.'lik bir ışınlama yapıldı.

Netice: Hastada tâli tesir olarak geçici sedimantasyon yükselmesi ve lökositoz oldu, balgamda A. R. B. menfi, tüberküloz lezyonunda reaktivasyon olmadı, atelektazi açılmadı.

2. Bn. F. Y. 11 yaşında Kl. Prot. No: 769. Bir sene evvel hastalanmış, teşhis: solda total atelektazi, sağda bronkopnömoni, girişte balgamda A. R. B. (+) olup 16 ay kombine (Sm.-PAS) tedaviden sonra balgamda A. R. B. (+) devam etti, atelektazi açılmadı, sağdaki lezyonlar geriledi.

X ışını tedavisi: Sol hilusa 1200 r.'lik ışınlama yapıldı.

Netice: Hasta tâli tesir olarak geçici sedimantasyon yükselmesi ve lökositoz oldu, balgamda müsbet olan basil aynen devam etti, reaktivasyon görülmedi, atelektazi açılmadı.

3. Bn. S.S. 11 yaşında Kl. Prot No: 835. İki sene evvel hastalanmış, teşhis: sol üst lobda atelektazi, sağda bronkopnömoni, girişte balgamda A. R. B. (+) olup 13 ay kombine (Sm.-PAS-INH.) tedaviden sonra A. R. B. menfileşti, solda atelektazi açılmadı, sağda lezyonlar geriledi.

X ışını tedavisi: Sol hilusa 1200 r.'lik ışınlama yapıldı.

Netice: Hastada tâli tesir olarak geçici sedimantasyon yükselmesi, lökositoz oldu, balgamda A. A. B. menfi, reaktivasyon görülmedi, atelektazi açılmadı.

4. Bay A. Ç. 15 yaşında Kl. Prot No: 1182. Üç ay evvel hastalanmış, teşhis; sağ üst lob anterior segment atelektazisi ve hiler adonepati, girişte balgamda A. R. B. (+) olup iki ay kombine (PAS.-INH.) tedaviden sonra balgamda A. R. B. menfileşti, atelektazi açılmadı, adonopati küçülmedi.

X ışını tedavisi: Sağ hilusa 600 r.'lik bir seri ışınlama yapıldı, ikinci seri yapılmadan taburcu oldu.

Netice: Reaktivasyon olmadı, balgamda A. R. B. menfi kaldı, tâli tesir olmadı, atelektazi açılmadı, hiler adonopatide küçülme husule geldi.

5. Bn. R. E. 15 yaşında Kl. Prot. No: 1106. Bir ay evvel hastalanmış, teşhis; sağ üst lob apikal segment atelektazisi, hiler adonopati, girişte balgamda A. R. B. (+) olup 4 ay kombine (Sm.-PAS-INH.) tedaviden sonra balgamda A. R. B. menfileşti, atelektazi açılmadı. Adonopati küçülmedi.

X ışını tedavisi: Sağ hilusa 1200 r.'lik ışınlama yapıldı.

Netice: Tâli tesir olarak geçici sedimantasyon yükselmesi ve lökositoz oldu, balgamda A. R. B. menfi, reaktivasyon olmadı, atelektazi açıldı, hiler adenopati küçüldü.

6. Bay V. K. 23 yaşında Kl. Prot. No: 1132. 3 ay evvel hastalanmış, teşhis; sol üst lob atelektazisi ve hiler, servikal aksiller adenopati, girişte balgamda ve lenf bezi ponksiyonunda A. R. B. müsbet olup bir ay kombine (PAS.-INH.) tedaviden sonra balgamda A.R.B. menfileşti, atelektazi açılmadı, adenopatiler küçülmedi.

X ışını tedavisi; 600 r. servikal, 600 r. aksiller, 1200 r. sol hilusa ışınlama yapıldı.

Netice: Tâli tesir olmadı, balgamda A. R. B. menfi, reaktivasyon olmadı, atelektazi açıldı, hiler servikal, aksiller adenopatiler kayboldu.

7. Bn. N. Ç. 12 yaşında Kl. Prot. No: 1157. Üç ay evvel hastalanmış, teşhis; solda primer kompleks, hiler adenopati, girişte balgamda A. R. B. (+) olup iki ay kombine (PAS.-INH.) tedaviden sonra balgamda A. R. B. menfileşti, infiltrasyon rezorbe olmadı, adenopati küçülmedi.

X ışını tedavisi: Sol hilusa 1200 r.'lik ışınlama yapıldı.

Netice: Tâli tesir olarak geçici sedimantasyon yükselmesi ve lökositoz oldu, balgamda A. R. B. menfi kaldı, reaktivasyon olmadı, primer kompleks'in infiltrasyonu rezorbe oldu, hiler adenopati küçüldü.

8. Bn. F. B. 30 yaşında Kl. Prot. No: 1064. 3 sene evvel hastalanmış, teşhis; aksiller ve servikal adenopati, solda minimal lezyon, girişte balgamda A. R. B. (+) olup 4 ay kombine (PAS.-INH.) tedaviden sonra balgamda A. R. B. menfileşti, adenopati küçülmedi.

X ışını tedavisi: Koltuk altı ve servikal adenopatiye 750 r.'lik ışınlama yapıldı.

Netice: Tâli tesir olarak geçici sedimantasyon yükselmesi, ve lökositoz oldu, balgamda A. R. B. menfi kaldı, reaktivasyon olmadı, adenopati küçüldü.

9. Bn. P. T. 16 yaşında Kl. Prot. No: 951. Dokuz sene evvel hastalanmış, teşhis; servikal adenopati, sağ üst lob apikal segment atelektazisi, girişte balgamda A. R. B. menfi, lenf gangliyonu biyopsisi tüberküloz granülasyon nesci, üç ay kombine (PAS.-INH.) tedaviden sonra adenopati küçülmedi.

X ışını tedavisi; servikal adenopatiye 600 r.'lik ışınlama yapıldı.

Netice: Tâli tesir olmadı, balgamda A. R. B. menfi kaldı, reaktivasyon olmadı, servikal adenopati çok küçüldü.

10. Bn. H. B. 15 yaşında Kl. Prot. No: 908. İki sene evvel hastalanmış, teşhis; servikal ve hiler adenopati, girişte balgamda A. R.B. menfi, lenf gangliyonu ponksiyonunda A. R. B. (+), biyopside Tüberküloz granülasyon nesci, beş ay kombine (Sm.-PAS.) tedaviden sonra adenopatilerde küçülme olmadı.

X ışını tedavisi: Servikal adenopatiye 600 r.lik ışınlama yapıldı.

Netice: Tâli tesir olarak geçici sedimantasyon yükselmesi ve lökositoz oldu, balgamda A. A. B. menfi kaldı, reaktivasyon olmadı, hiler adenopati az küçüldü, servikal adenopati çok küçüldü.

N e t i c e :

1. Atelektazi gösteren 6 vak'adan 4'ü açılmadı, 2'si açıldı. Açılmayan 4 atelektazi üç ay ile iki sene evvel, açılan iki atelektazi 1-3 ay evvel hastalananlardandır. Bu bulgumuza göre eski atelektazilerde ve muhtemelen ayrıca endobronşiyal lezyonu olan vak'alarda bir değişiklik husule gelmemiş, taze atelektazilerde ilâçla aşikâr olarak elde edilemeyen iyi sonuçlar X ışını tedavisinden sonra çok az zamanda elde edilmiştir.

2. Servikal ve aksiller adenopati gösteren 4 vak'ada hastalığın süresine tabi olmadan ve yalnız antibakteriyel tedavi ile husule gelen neticeden daha kısa süre içinde 2'sinde adenopati kaybolmuş ikisinde aşikâr gangliyon küçülmesi görüldü.

3. Hiler adenopati gösteren 3 vak'ada gangliyon küçülmesi az ve yavaş oldu. Bu vak'alardan birinde adenopati tarafından görülen primer kompleks lezyonu çabuk rezorbe oldu.

4. X ışını tatbikatında hastalarda tüberküloz aktivasyonları görülmemiştir. 6 vak'ada tâli tesir olarak sedimantasyon yükselmesi ve lökositoz görüldü. Bu bulgular tedaviden sonraki iki hafta içinde kayboldu.

5. X ışınının faydalı tesirinin müteakıp devre içinde devam ettiğini gangliyonlarda küçülme ile taburcu ettiğimiz hastalarda bir kaç ay sonra kontrole geldikleri zaman müşahede ettik.

Boyun lenf bezlerinde olduğu gibi endotorasik gangliyon büyümelerinde ve atelektazilerde erken olarak antibakteriyel tedavi ile birlikte X ışını tatbikinden daha serî ve daha iyi sonuçlar alınabileceğini göstermek maksadı ile bu vak'aları takdim etmeyi uygun bulduk.

S U M M A R Y

R a d i o l o g i c a l t r e a t m e n t o f a t e l e c t a s i a s a n d g a n g l i o n a r h y p e r p l a s i a s

1. We tried in 10 cases of atelectasia and ganglionar hyperplasia, an antibacterial treatment combined with X-ray application.

2. Among the 6 cases of atelectasia, 4 remained unchanged. The remaining two cases were new ones which benefited from treatment.

3. Among the 4 cases of cervical and axillary adenopathy, 2 were cured without even completing the cycle of the disease. In the remaining 2 ones, the adenopathy showed an important regression.

4. The reduction in size of the mediastinal lymph nodes occured slowly.

5. We did not observe any reactivation of tuberculosis as a result of X-ray treatment.

R É S U M É

L e t r a i t e m e n t p a r l e s r a y o n s X d a n s l e s a t é l e c t a s i e s e t l e s h y p e r t r o p h i e s g a n g l i o n n a i r e s

1. Nous avons essayé dans 10 cas présentant une atélectasie couplée à une hypertrophie ganglionnaire, un traitement antibactériel associé à l'application de rayons X.

2. Des 6 cas d'atélectasie, 4 n'ont manifesté aucun changement. Les 2 cas restants étaient des cas nouveaux qui ont profité du traitement.

3. Des 4 cas d'adénopathie cervicale et axillaire, les 2 ont guéris sans compléter le cycle de la maladie, tandis que dans les 2 autres l'adenopathie a considérablement diminué.

4. Le rapetissement des ganglions médiastinaux s'est effectué lentement et dans des proportions réduites.

5. Nous n'avons observé aucune réactivation de tuberculose chez les malades soumis aux rayons X.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Fitizyoloji Kliniği
Direktör
Prof. Dr. Nusret Karasu

TÜBERKÜLOZLULARDA PNÖMOPERİTUVANIN MENSTRÜASYONA TESİRİ HAKKINDA BİR ARAŞTIRMA

Doç. Dr. RAGIP ÜNER *Dr. ORHAN SAYINER*

Mevzu ve maksat:

PP'nin menstrüasyon üzerine herhangi bir tesiri olup olmadığını araştırdık.

Araştırmalarımız:

Ankara V. S. Dernek Hastanesi ile Tıp Fakültesi Fitizyoloji Kliniğinin kuruluşalrından beri mevcut arşivlerinde —PP almış olsun olmasın— kadın hastlara ait bütün dosyalar tetkik edildi.

1/Eylûl/1955 - 1/Aralık/1955 tarihleri arasında her iki hastanede yatan kadın hastalar — PP almış olsun olmasın — hem şifahî ifadelerine müracaat etmek, hem dosyalarına bakmak suretiyle tetkik edildiler.

1/Kasım/1955 - 1/Aralık/1955 tarihleri arasında I, II, III ve IV No. lu V. S. Dernek Dispanserlerinde PP almakta olan kadın hastaların da şifahî ifadeleri ve dosyaları incelenmek suretiyle tetkikleri yapıldı.

Bulgularımız:

Hastalarımızı tetkik ediliş şekillerine göre üç guruba ayırarak her bir guruba ait bulgularımızı ayrı ayrı yazmayı uygun bulduk.

I. PP tedavisi altında olup sadece hastanede yattıkları zamana ait menstruasyon durumları arşivdeki dosyalarından tetkik edilenler,

II. Dispansere devam eden ve PP alan hastalar arasında yaptığımız şifahî soruşturmaya göre tetkik ettiklerimiz,

III. Hastanede bir müddet yatıp müteakıben dispanserlerin kontrolu altında bulunan ve bu sebeple gerek hastane arşivindeki dosyalarından gerekse dispanserlerde şifahî soruşturmamızla tetkik ettiğimiz hastadır.

I'inci gurupa ait bulgularımız:

Kuruluşlarından 1/Aralık/1955'e kadar A.V.S. Dernek Hastanesinde 396 ve Tıp Fakültesi Fitizyoloji Kliniğinde 202 ve her iki hastanede cem'an 598 kadın hasta yatmıştır.

Henüz püberte çağında bulunmayanlarla, 1 aydan daha kısa müddetle PP almış olan hastaları ve menapozdan sonraki durumda olanları tetkik etmedik. Bu hale göre A. V. S. Dernek hastanesinden 122 ve Fitizyoloji Kliniğinden 115 olmak üzere cem'an 237 hastada incelememizi yapmış bulunuyoruz. Ancak bunlar arasında, menstrüasyon durumu bakımından dosyalarında bizi aydınlatacak kadar malûmat bulunabilen hasta adedi A. V. S. Dernek Hastanesinde 81; Fitizyoloji Kliniğinde 88 ve cem'an 169 olarak tesbit edildi. Bunlardan bir kısmında PP devamlı yapılmış ve bir kısmında ise evvelâ tesis edilip bir müddet sonra bırakılmış bulunduğu görüldü. PP'nı devam etmemiş olan bu gurup iki regl arası fasıla ve menstrüasyonun devam müddeti bakımından «KONTROL GURUPU» olarak kabul edildi. Bu hale göre A. V. S. Dernek Hastanesinde 55 devamlı PP almış ve 26 PP'nı kesilmiş; Fitizyoloji Kliniğinde ise 83 devamlı PP almış ve 5 PP'nı bırakılmış hasta tesbit edildi. Bunu bir tablo ile gösterelim:

Devamlı PP alan hasta adedi	PP'nı bırakılmış hasta adedi	2 regl arası ortalama zamanı (gün)	Menstrüasyon ortalama devamı (gün)	
		30,6	3,73	A.V.S.D. Hast.
55	26	30,6	4,28	A.V.S.D. Hast.
83	5	30,6	3,73	Fitizyoloji Kli.
		30,6	4,28	Fitizyoloji Kli.
138	31			Yekûn

İki regl arasında 13 gün veya bundan az zaman olanlarla menstrüasyon müddeti 3 günden fazla olanlar regl bakımından intizamsız kabul edilmiştir. İntizamsızlık, PP yapılanlarda %14, yapılmıyanlarda %16 bulunmuştur.

Bir hastada menstrüasyon intizamsızken yattıktan 3 ay ve PP'dan 40 gün sonra intizama girmiş, diğer bir hastada birinci defa hastaneye yatışında fasıla 35 gün iken 3 sene sonra ikinci defa yatışında PP başalnmış ve menstrüasyonlar arası 26-27 gün olmuştur.

Bu bulgulardan edindiğimiz intiba şudur:

PP'nın regl üzerinde belirli bir tesiri yoktur. Yalnız 2 hastada (%1,75), regl fasılalarında bir kısalma göze çarpmaktadır. Ancak

bu 1'inci guruptaki hastalarda sadece arşiv kayıtları tetkike rehber olduğundan hastaneye yatmazdan önceki regl durumlarından (devam ve fasıla bakımından) sarahaten malûmattar değiliz.

II'nci gurupa ait bulgularımız:

Bu guruptaki hastalardan yalnız şifahî malûmat elde edilebilmiştir ve böylece I'inci guruba nazaran daha geniş malûmat elde edinilmiştir. Fakat hastaların hepsi regllerinde husule gelen değişiklikler üzerinde aynı derece dikkatli olmadıklarından verdikleri bilgiginin doğruluğu bu husustaki dikkatlerine bağlı kalıyordu.

Bu gurupta tetkik edilen 34 kadından 12'sinin (%32,4) hastalandıktan sonra regleri kesilmiş, fakat tedavi (yatak istirahati, ilâç, PP) başladıktan sonra yeniden başlamıştır. On bir kişide (%33,1) regl muhtelif şiddetlerde sancılı oluyormuş. Yalnız bir kişide (%3) PP başladıktan sonra regl esnasındaki ağrı artmış.

Bu gurupta PP'nın, regl fasıla, devam ve günlük miktarına, regl sırasındaki ruhî durum üzerine tesirini gösterir bir işarete rastlamadık. Yalnız 1 kişide PP başladıktan sonra regllerin daha sancılı olduğunu tesbit ettik.

III'üncü guruba ait bulgularımız:

Bu guruptaki hastalardan hem şifahî malûmat alınabilmiş, hem de hastanede yattıkları zamana ait dosyaları tetkik edilmiştir.

Bu gurupta 87 kadın vardır. 20'sini dispanser kontrolundakiler, 67'sini de halen A. V. S. Dernek Hastanesinde ve Fitizyoloji Kliniğinde yatmakta olan hastalar teşkil ediyorlar.

PP alanlardan 8 kişi (%8,2), menapoz, yağ küçüklüğü, hamilelik, lohusalık gibi fizyolojik sebeplerle regl olmuyordu.

PP alanlardan 1 kişide (%1,2) hastalandıktan sonra regl kesilmiş, tedavi (yatak istirahati, ilâç, PP) başladıktan bir müddet sonra tekrar başlamış, 2 kişi ise (%2,3) PP'dan evvel ve sonra ancak hormonal tedavi ile regl görebiliyorlar. 8 kişide (%8,2) PP'dan evvel ve sonra regl fasılası ve devamı intizamsız şekilde oluyor. 26 kişide (%30) PP'dan evvel ve sonra regller sancılı olagelmekteydi. 1 kişide (%1,2) PP'nı müteakıp sancı artmıştı. 10 kişinin (%9); PP'dan önce ve sonraki regl durumları ve PP bırakıldıktan sonraki durumları; fasıla, devam ve kirlettikleri bez adedi bakımından tetkik edildi. Bunlarda PP kesilmesiyle, evvelki vaziyetlerinde bir değişiklik husule gelmedi.

Görüldüğü üzere III'üncü gurupta da yalnız 1 kişide regle beraber gelen sancı PP'ı müteakıp artmış; bunun haricinde PP'ın regl üzerinde herhangi bir şekilde tesiri olduğunu şüphe ettirecek bir işaret göze çarpmamıştır.

N e t i c e :

1. Üç gurup halinde 290 kadın hasta menstrüasyon bakımından tetkik edilmiştir. Bunların 224'ü (%77) PP almış, 66'sı (%23) ise hiç almamıştı ki; bu ikinciler, birincilerle karşılaştırmak gayesiyle kontrol gurubu olarak tetkik edilmişlerdir.

2. 224 kişiden 2'sinin regl fasılalarında PP'dan sonra biraz kısalma olmuştur. Nisbet (%1).

3. 86 kişiden ikisinde regle beraber gelen sancı, PP'dan sonra daha fazla olmaya başlamıştır. Nisbet (%2,3).

4. Tetkik edilen bu hastalarda regl fasılaları, devamı, günlük kirlenen bez miktarı, regle beraber gelen sancılar, ruhî teşevvüşler bakımından muhtelif değişiklikler görülmüşse de, hastalar aynı zamanda yatak istirahati ve ilâç tedavisi de görmekte olduklarından, PP'ın bunlardaki rolü ayırdedilememiştir. Tetkiklerimizin bıraktığı umumî intiba, bu değişikliklerin PP'la değil, hastalığın seyri ile ilgili olduğu merkezindedir.

S U M M A R Y

E f f e c t o f p n e u m o p e r i t o n e u m o n m e n s t r u a t i o n i n p u l m o n a r y t u b e r c u l o s i s

We studied the effect of pneumoperitoneum on menstruation in 290 cases of pulmonary tuberculosis. We found several modifications in the intermenstrual interval, the amount of menstruation, the severity of pain and the usual psychological symptoms. We attributed these modifications not to pneumoperitoneum but to the course of the disease itself.

R É S U M É

E f f e t d u p n e u m o p é r i t o i n e s u r l a m e n s t r u a t i o n d a n s l a t u b e r c u l o s e p u l m o n a i r e

Nous avons étudié l'effet du pneumopéritoine sur la menstruation de 290 tuberculeuses pulmonaires. Nous avons constaté certaines modifications dans l'intervalle intermenstruel, l'abondance des menstrues, les douleurs menstruelles et les phénomènes psychologiques habituels. Toutefois nous avons attribué ces modifications, non pas au pneumopéritoine mais bien au cours de la maladie elle-même.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Fitizyoloji Kliniği
Direktör
Prof. Dr. Nusret Karasu

KRONİK AKCİĞER TÜBERKÜLOZUNDA BRONŞ DEĞİŞİKLİKLERİ

Prof. Dr. NUSRET KARASU *Dr. TÜRKÂN AKYOL*

Klinik olarak bronşektazi ârazı vermediği halde, kronik tüberkülozunda bronş genişlemelerinin ne nisbetinde olduğunu incelemek üzere 34 vak'a tetkik edildi.

Asgarî 6 ay ve âzami 15 sene müddetle aktif akciğer tüberkülozuna müptelâ hastalar üç ayrı metodla incelendi.

Birinci gurup: Kronik akciğer tüberkülozunda ölen hastaların otopsilerinde bronş değişiklikleri anatomopatolojik olarak tetkik edildi. Bu vak'aların adedi beştir.

İkinci gurup: Tüberküloz neticesi ameliyat olan hastaların rezeksiyon materyellerinde bronşlar anatomopatolojik olarak incelendi. Bu gurupta 4 vak'a vardır.

Üçüncü gurup: Bu gurupta kronik akciğer tüberkülozuna müptelâ hastalardan 25 tanesi lipiodollü bronkogram yapılarak incelenmiş ve bronş lezyonları böylece tesbit edilmiştir.

Mecmu 34 vak'a yukarda tafsil edilen metodlarla incelenmiş ve kronik akciğer tüberkülozunda bronşektaziye ait hiç klinik âraz mevcut olmadığı halde %77 nisbetinde bronş genişlemesi tesbit edilmiştir.

Vak'aların analizi:

Cins: %29,4 kadın
%70,6 erkek

Yaş: Yaş ortalaması 39 olup en küçük yaş 15, en büyük yaş 65'dir. Vak'aların %65'i 40 yaşına kadar, %35'i 40 yaşından büyüktür.

Vak'alarda tüberküloz lezyonunun klâsifikasyonu:

Lezyonun derecesi	adet	Yüzde
Minimal	3	%10,2
Mod. advanced	11	%30,8
Far advanced	10	%29,5
Bilateral	10	%29,5

Vak'alardaki tüberküloz lezyonunun yaşı:

Bu müddet bir seneden 10 seneye kadar değişmektedir.

Tbc. lezyonunun yaşı	Tbc.'lu hasta adedi	Bronşektazili hasat adedi
0- 1	1	0
1- 2	6	2
2- 3	6	5
3- 4	9	8
4- 5	2	2
5-10	7	6
10'dan fazla	3	3

Bronkografi yapılan hastaların (25 vak'a) 6'sı kadın 19'u erkektir.

Bronkogramların tetkiki:

Bunların 7'si normal bulundu, birinde muhtemelen bronş darlığı sebebiyle lipiodol hasta akciğeri dolduramadı, 17'sinde bronşektazi tesbit edildi.

Tetkik edilen 34 vak'anın 26'sında bronş genişlemiş bulunmuş olup böylece kronik akciğer tüberkülozunda %77 nisbetinde bronş genişlemesi mevcut olduğu neticesine varılmıştır.

Bronşektazinin tipleri:

26 vak'anın tip tâyini yapılabilen 24'ünde 10 adet saküler, 7 adet silendrik, 7 adet saküler + silendrik bronşektazi tesbit edilmiş olup 2 vak'ada tip tâyini yapılamamıştır.

Bronşektazinin Lokalizasyonu:

Bronş genişlemeleri aşikâr olarak parankima lezyonlarının mevcut olduğu saha içinde görüldü. Tüberküloz lezyonları ekseriya akciğerlerin üst kısımlarında olduğu için biz de bronş genişlemelerini daha ziyade üst ve orta loblarda bulduk.

Lokalizasyon (24 vak'a)

Sağ akciğerde	: 3	vak'a	%54,2
Sağ üst lob	: 9	»	%37
Sağ orta lob	: 4	»	%16,5
Sağ üst + orta lob	: 2	»	%8,2
Sol akciğerde	: 9	»	%37
Sol üst lob	: 3	»	%12,3
Sol alt lob	: 1	»	%4,1
Solda total	: 5	»	%18,6
Bilateral	: 7	»	%28,7

Tüberküloz lezyonunun dereccsine göre bronşektazinin yaygınlığı:

Tetkik ettiğimiz 34 vak'ada tüberküloz lezyonu 3 minimal (%10,2), 11 moderatly (%30,8), 10 far advanced (%29,5), 10 bilateral (%29,5) bulunmuştur, Bunlar içinde 3 minimal vak'anın ikisinde orta yaygınlıkta loba münhasır saksiform atelektazi, 11 moderatly vak'anın 4'ünde bir lobda yaygın ve ikisinde bir lobda yer yer olmak üzere bronşektazi tesbit edildi. 1 minimal ve 5 moderatly vak'ada bronkogram normal bulundu. 10 far advanced vak'anın beşinde yaygın ve 4'ünde orta derecede ektazi tesbit edildi. 10 bilateral vak'anın 7'sinde iki akciğerde yaygın, 3'ünde yer yer saksiform ve silendrik bronşektazi tesbit edildi.

Vak'aların tedavi yönündcn tetkiki:

34 aktif tüberküloz vak'asının hepsinde gayrı muayyen fasılalarla antitüberkülö tedavi tatbik edilmiş olup bunlardan 8 hastaya PP. ve ikisine frenik ekserezi yapılmıştır.

Yaygınlık devam müddeti ve tipleri değişik kronik tüberküloz vak'alarında klinik olarak hiçbir bronşektazi ârazı vermiyenler yukarda tafsil edilen şekilde tetkik edilmiş ve bunlar arasında %17 nisbetinde bronş genişlemesi tesbit edilmiştir.

Bu netice tarafımızdan çok önemli telâkki edilmiş ve tüberküloz vak'alarının kronikleşmeden erken tedavisinin lüzumunu ortaya koymak bakımından bilhassa değerli görülmüştür. Ayrıca akciğer tüberkülozunda cerrahî müdahale düşünüldüğü zaman eğer mevcutsa, bronşektazi daha geniş bir sahanın daha radikal ekstirpasyonunu icab ettireceğinden her ameliyatı düşünülen vak'ada bronkografinin lüzumu ortaya çıkmaktadır. Bundan başka kronik akciğer tüberkülozunda sekel olarak kalan bronş değişiklikleri zemininde bir gün kanser inkişaf edebilmesi ihtimali de daima üzerinde önemle durulması lâzım gelen bir problemdir.

SUMMARY

Bronchial modifications in chronic pulmonary tuberculosis

We have studied the dilatation of branchi in cases of chronic pulmonary tuberculosis that did not show the clinical symtopms of atelectasia. Bronchograms were performed after a lipiodol injection and, in some cases, excised tissue fragments and autopsy material were submitted to a pathological examination. We found a dilatation of bronchi in 34 cacses (77%). The duration of pulmonary tuberculosis extended between 6 mounths and 15 years; 29.4% of the subjects were female, 70.6% men. Their mean age was 39 years. In our cases we studied the age and classification of the lesion. In 29.5% of cases, lesions were bilateral, in 29.5% far advanced, in 30.5% moderately advanced, in 10.2% minimal. We found in 54.2% of these cases a bronchial dilatation on the right side, in 37% a bronchial dilatation on the left side and in 28.7% of cases a bilateral bronchial dilatation. We studied also the age of the lesion and the proportion of bronchectasias.

As we foudn bronchectasias in 77% of cacses of chronic pulmonary tuberculosis which did not show any symptom of bronchestasia, the importance of early diagnosis and treatment should be again stressed. With such a treatment, one may prevent the onset of chronicity in tuberculosis. Besides, early diagnosis gives an important clue as to possible surgical treatment of tuberculosis and its complications.

RÉSUMÉ

Les modifications des bronches au cours de la tuberculose pulmonaire chronique

Nous avons effectué une recherche sur les dilatations bronchiques dans des cas de tuberculose pulmonaire chronique ne présentant pas de symptômes cliniques d'atélectasie. La recherche s'est effectuée au moyen de bronchogrammes au lipiodol et dans certains cas par l'étude anatomo-pathologique des pièces réséquées ou du matériel d'autopsie. Nous avons pu constater une dilatation des bronches dans 34 cas (77%). La durée de la tuberculose pulmonaire s'échelonnait entre six mois et 15 ans; les 29,4% des sujets étaient des femmes, les 70.6%, des hommes. Leur âge moyen était de 39 ans. Nous avons étudié dans nos cas l'âge et la classification de la lésion. Dans les lésions étaient bilatéroles, dans les 29.5% très avancées, dans les 30.5% moyennement avancées, et dans les 10.2% minimes. Nous avons constat dans les 54.2% de ces cas des dilatations bronchiques droites, dans les 37% des dilatations bronchiques gauches, et finalement dans les 28.7% des dilatations bilatérales. Nous avons également étudié l'ancienneté de la lésion et la proportion de bronchectasies.

Le fait d'avoir déterminé la présence de bronchestasies dans les 77% des cas de tuberculose pulmonaire chronique qui justement ne présentaient aucun symptôme de bronchectasie montre l'importance du diagnostic précoce et du traitement rapide. Grâce à ce dernier, on peut éviter la formation de chronicité dans la tuberculose. En outre, le diagnostic précoce procure une information importante du point de vue traitement chirurgical de la tuberculose et de ses complications.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Fitizyoloji Kliniği
Direktör
Prof. Dr. Nusret Karasu

ANKARA VEREMLE SAVAŞ DERNEĞİ HASTANESİNDE 31/10/1950'DEN 31/10/1955'E KADAR YATAN VE TEDAVİ EDİLEN AMPİYEMLİLER VE ÂKIBETLERİ

Prof. Dr. NUSRET KARASU *Doç. Dr. RAGIP ÜNER*
Dr. CENGİZ ÖZEK

Mevzu ve Maksat:

Tebliğimizin konusu, Ankara Veremle Savaş Derneği Hastanesinde 31/10/1950'den 31/10/1955'e kadar yatan ve tedavi gören ampiyemli hastaların âkıbetleri hakkındadır.

Araştırmalarımız:

31/10/1950 - 31/10/1955 tarihleri arasında hastanemizde yatanlardan ampiyem teşhisi alan hastaların dosyalarını inceledik. Bu vak'alradan, saf tüberküloz ampiyemlileri, akciğer tüberkülozunun çeşitli klinik şekilleriyle beraber olanlarını, bunların etyolojilerini, tedavi şekillerini, mortalite nisbetlerini inceledik. Son durumlarını bilmediğimiz hastalara da mektup yazarak vaziyetlerini sorduk. Bu hastalar 25 kişi idi ve 6'sı mektubumuza cevap verdi.

Bulgularımız:

31/10/1950 - 31/10/1955 tarihleri arasında hastanemizde yatan 1125 hastanın 47'si ampiyemli (%4,08) bulunmuştur. Ampiyemlilerin 20'si (%42,5) kadın, 25'i (%53,15) erkek, 2 tanesi de (%4,24) çocuk idi. Biz, 18 yaşına kadar olanlar (18 yaş dahil değil) çocuk olarak kabul ettik.

Ampiyemlilerin tüberkülozla ilgili olanları	:	44(%93,7)
Sair sebeplerle ampiyem olanlar	:	3(%6,38)
Fistüllü ampiyemler	:	4(% 8,5)
a. Bronkoplöral fistülü olanlar	:	2(%4,24)
b. Göğüs fistülü olanlar	:	2(%4,24)

Bu 47 ampiyem vak'asının 19'u (%40,4) Pnx. neticesi, 1 tanesi (%2,12) ekstraplöral Pnx.'tan sonra, 18'i (%38,2) plörezi neticesi teşekkül etmiş olup, 28 tanesi de kaviteli akciğer tüberkülozu ile beraberdi (%59,55).

Kliniğimizde ampiyem vak'aları şöyle tedavi edilmektedir:

Ampiyem boşluğu bir kavite gibi telâkki edilerek her gün veya gün aşırı içeriye hava kaçırmadan tahliye ve serum physiologique ile mayi berrak gelinceye kadar lâvaj yapılmak suretiyle ampiyem boşluğu temizlenmekte, yüksek menfi tazyik (hasta bir çekinti hissi duyuncaya kadar) meydana getirilerek akciğerin reekspansiyonu temin edilmektedir. Bunu takiben, saf tüberküloz ampiyemlerinde plevra boşluğuna 20 cc. %4'lük bicarbonate de soude solüsyonunda eritilmiş 1 gr. Sm. veyahut INH veya PAS solüsyonlarından biri verilmektedir.

Tüberküloz menşeli olmayan veya mikst ampiyemlerde ise aynı şekilde lâvaj, tahliye yapılmakta, ampiyem mayiinde ajan patojen ve bunların ilâçlara hassasiyeti tâyin edildikten sonra da lokal ve genel ilâç tedavisi yapılmaktadır.

Bu tedavi ile ampiyem boşluğu temizlenip kapatılamazsa, ve akciğerin reekspansiyonu temin edilemezse o zaman cerrahî müdahaleye gidilmektedir.

Dosyalarını tetkik ettiğimiz 47 ampiyem vak'asının 27 tanesi (%57,44) kapalı usulle tedavi edilmiş, 6 tanesine (%10,6) torakoplasti yapılmış, 11 tanesine de (%23,4) mikst ameliye (kapalı drenaj, açık drenaj, decortication, tavansızlaştırma, plastik gibi müdahalelerin bir kaçı tamamlayıcı olarak birbirini takiben yapılmak suretiyle) tatbik edilmiştir. Hiç bir vak'a açık drenaj, decortication, tavansızlaştırma usulleri ile yalnız başına tedavi edilmemiştir.

1 hasta (%2,12) tedaviye başlanmadan ölmüş, 2 hasta da (%4,24) tedaviyi kabul etmeyerek arzusu ile taburcu olmuştur.

Halen hastalığı devam edip tedavi için dispansere devam edenler: 4 (%8,5)

İyi olup eski işine dönmüş olanlar 11 (%23,4)

Malûl kalaark iş göremiyenler 1 (%2,12)

Eski işinden daha hafif bir işe dönmüş olanlardan bildiğimiz 3 (%6,38)

Ölenler:

a. Hastanede ölenler 8 (%17)

b. Hariçte ölenler: Haber alınamadı.

Tedavi esnasında ve sonra dolaşım yetmezliği ârazı gösterenler:

a. Hastanede yatarken: 2 (%4,24)

b. Hariçte tedavi esnasında: Bilinmiyor.

c. Hariçte tedavi kesildikten sonra: 1 (%2,12)

Tedaviden sonra nüks gösterenler: Bilinmiyor.

Halen ne vaziyette olduğu tesbit edilemiyenler: 19 (%40,4)

Yapılan tedaviye göre ampiyemde salâh müddeti:

a. Ameliyat: Ortalama 5,5 ay

b. Kapalı usulle: Ortalama 3,5 ay.

Bizim neticelerimizle dünya literatürünün mukayesesi:

İngilterede Manchesterde Baguley Sanatoryumunda 1/Ocak/1929'dan 1/Ocak/1948'e kadar 7206 akciğer tüberkülozuna mukabil 146 tüberküloz ampiyemi görülmüş, 703 Pnx. vak'asının 93'ünde ampiyem teşekkül etmiştir. New York Trudeau Sanatoryumunda 605 Pnx. vak'asında %18,2 nisbetinde ampiyem görülmüştür.

Leaver ve *Hardway* 1937'de neşrettikleri istatistikte 750 Pnx. vak'asında %5,8 ampiyem tesbit etmişlerdir.

Prof. Nusret Karasu ve *Dr. Nezihe Enacar*'ın XII'nci Millî Türk Tıp Knogresindeki tebliğlerinde bildirdiklerine göre 1950 - 1952 tarihleri arasında Fitizyoloji Kliniğine yatan 29 ampiyem vak'asının 15'i tıbbî Pnx. komplikasyonu olarak husule gelmiş, 2 vak'a bridektomiden sonra, 6 vak'a spontan olarak teşekkül etmiştir. 3 tüberküloz ampiyem vak'ası yalnız tahliye, lâvaj, lokal streptomisin tatbiki ile iyi olmuş, 6 vak'ada aynı tedaviye P.P. eklemişler, 3 vak'ada klasik tedaviye Varidas, 3 vak'ada P.P. Frenik, Varidas teşriki ile tam şifa temin etmişler. 1 vak'ada ampiyem kavitesini kapamak için torakoplasti yapılmış, 2 vak'ada ise tahliye, lâvaj ve lokal streptomisin tatbiki ile akciğerin reekspansiyonundan sonra torakoplasti yapılmıştır.

Bizim neticelerimize göre 1125 hastanın %4,08'i ampiyem, bunun %97,7'si tüberküloz ampiyemidir. Pnx. neticesi %40,4 ampiyem tesbit edilmiştir. 27 tanesi kapalı usulle tedavi edilmiş, 6 tanesine torakoplasti yapılmış, 11 tanesine de mikst ameliye tatbik edilmiştir.

A. V. S. DERNEK HASTANESİNDE 31/10/1950-31/10/1955 TARİHLERİ ARASINDA YATAN AMPİYEMLİLERDE VAZİYET

(47 vak'a)

Ampiyem					Fistül				Prognoz								Ortalama salâh müddeti (Ay)	
% Kadın	% Erkek	% Çocuk	Spes.	Non Sp.	İçe	Dışa	% Patojeni	% Tedavi usulü	% Dolaşım yetmezliği	T. S.	K. S.	Malûl	% Ölüm	% Meçhul	% Nüks	Ameliy	Kapalı usul
42,5	53,1	4,2	93,7	6,38	4,2	4,2	40,4 Pnx.	57,4	6,38	23,4	15	2,1	17	40,4	?	5,5	3,5
							2,2 Ext.	kapalı									
							Pnx.	10,6									
							38,2 Plö-	Torakop.									
							rezi	23,4									
							59,5 Kavi-	Mikst									
							ter.	ameliye									

Not:

T.S. = Tam salâh (işine dönenler)

K.S. = Kısmî salâh (Dispanser kontrolunda bulunanlar ve eski işinden hafif işlerde çalışanlar)

N e t i c e :

Tetkiklerimiz neticesinde;

1. Ampiyem teşekkülünde %40,4 Pnx.'ın, %38,2 plörezinin rol oynadığı, ayrıca ampiyemin, %59,55 kaviteli akciğer tüberkülozu ile beraber olduğu,

2. Ampiyemin %93,7 tüberküloz menşeli, %6,38 sair sebeplerle olduğu,

3. Erkeklerde %53,15, kadınlarda %42,5, çocuklarda (18 yaşına kadar) %4,24 bulunduğu görülmüştür.

4. Hastanemize 5 sene içinde yatan ampiyemli miktarı 47'dir. Bunun aynı zaman zarfında yatan hastaya nisbeti %4,08'dir.

5. Âkıbetleri hakkında malûmat alabildiğimiz ampiyemliler %59,5, alamadıklarımız %40,5'tur.

6. Âkıbetleri hakkında malûmatımız olanlardan;

a. Vefat edenler	%17
b. İyi olup eski işine dönenler	%23,4
c. Malûl kalarak iş göremiyenler	% 2,12
d. Eski işinden daha hafif bir işe dönenler	% 6,38
e. Dolaşım yetmezliği ârazı gösterenler	% 6,38

dir.

7. Hastanemizde ampiyem tedavisinde %57,44 kapalı usul (tahliye, lâvaj, menfi tazyik, lokal ilâç tatbiki), %10,6 torakoplasti, %23,4 mikst ameliye (kapalı drenaj, açık drenaj, decortication, tavansızlaştırma, plastik gibi ameliyelerin bir kaçı birbirini takiben yapılmak suretiyle) tatbik edilmiştir.

8. Ameliyat yapılarak tedavi edilen ampiyemlilerde ortalama salâh müddeti 5,5 ay, kapalı usulle 3,5 aydır.

9. Ayrıca, hastaların, gördükleri tedaviden istifade derecelerini tâyin için, bizzat hastaların, sanatoryumların, dispanserlerin hattâ rehabilitasyon merkezlerinin birbirleriyle temas etmeleri ve birbirlerine malûmat vermelerinin lüzumlu olduğunu anladık.

L İ T E R A T Ü R

1. **Roger S. Mitchell.** Artificial pneumothorax. Ame. Re. of Tub. August, 1951.
2. **James Cuthber:** Tuberculous empyema, Clinical course and management with a review of 146 cases. Ame. Re. of Tub. April 1950.
3. **Dr. Nezihe Enacar**'ın ihtisas tezi.
4. **Prof. Dr. Nusret Karasu - Dr. Nezihe Enacar:** Tüberküloz Ampiyem tedavisi. XII. Millî Türk Tıp Kongresi Kitabı. 1952. s. 276.

5. **Gordon Cruickshank:** Cronic empyema. 1951.
6. **Anderson:** Tuberculous empyema. Ame. Re. of Tub. V. 61 February 1949 abs. No. 2.

S U M M A R Y

R e s u l t s o f t h e t r e a t m e n t o f e m p y e m a c a s e s h o s p i t a l i z e d a t t h e H o s p i t a l o f t h e A s s o c i a t i o n f o r F i g h t a g a i n s t t u b e r c u l o s i s , f r o m O c t o b e r 31, 1950 t o O c t o b e r 31, 1955

We reviewed all empyema cases hospitalized since 5 years at the Hospital of the Association for Fight against tuberculosis, in Ankara. We found that in 40.4% of cases, the empyema was due to a previous pneumothorax and in 38.2% of cases to a pleuresia. Besides, we determined in 59.5% of cases the precense of cavitary pulmonary tuberculosis. Tuberculosis was the chief etiological cause in 93.7% of empyema cases while 6.38% were due to other reasons.

For the treatment of these empyema cases we used the closure method in 57.44% of cases, thoracoplasty in 10.6% of cases and a combined procedure in 23.4% of cases. Among the 47 cases studied, 17% died, 23.4% were cured, 2.12% still show sequelae, 6.38% were able to perform light duties and 6.38% showed circulatory deficiency. We could not obtain any information on 40.4% of these patients.

R É S U M É

R é s u l t a t s d u t r a i t e m e n t d e c a s d ' e m p y è m e s h o s p i t a l i s é s à l ' H ô p i t a l d e l a L i g u e p o u r l a L u t t e A n t i t u b e r c u l e u s e d ' A n k a r a d u 31/10/1950 a u 31/10/1955

Nous avons passé en revue les cas d'empyème hospitalisés depuis 5 ans à l'hôpital de la Ligue pour la Lutte antituberculeuse d'Ankara.

Nous avons que dans les 40.4% des cas, l'empyème provenait d'un pneumothorax et que dans les 38.2% des cas une pleurésie en était responsable. En outre, nous avons pu déceler dans les 59.5% de ces cas la présence d'une tuberculose pulmonaire cavitaire; la tuberculose a joué un rôle prépondérant dans l'étiologie des 93.7% des cas d'empyème tandis que les 6.38% des cas relevaient d'autres raisons.

Nous avons utilis pour el traitement de ces empyèmes la méthode close dans les 57.44% des cas, une thoracoplastie dans les 10.6% des cas et une intervention mixte dans les 23.4% des cas.

Des 47 cas étudiés les 17% sont morts. 23.4% ont guéri complètement, les 2.12% ont conservé des séquelles et les 6.38% ont éprouvé une insuffisance circulatoire. Nous n'avons pu obtenir aucune information sur le sort de 40.4% des malades.

Heybeliada Sanatoryumu
Başhekim
Dr. Zülfü Sami Özgen

KADIN SEKSÜEL HAYATININ AKCİĞER TÜBERKÜLOZUNUN SEYRİ ÜZERİNE TESİRİ

Dr. NİMET ÖZGEN

Sabourin «tüberkülozlu kadını aybaşları öldürür» demiş ve «tüberkülozlu kadının gebe kalması istenilecek bir haldir, çünkü dokuz ay aybaşı görmiyeceği için aybaşlarının zararlı tesirlerinden hiç olmazsa bu müddet zarfında kurtulur» diye yazmıştır.

Kadının aybaşı görmesi ile başlayan ve menapoz veya kastrasyonla sona eren tenasül hayatı müddetince akciğer tüberkülozuna yakalandığı takdirde tenasül hayatının, hayatının muhtelif tezahürlerinde; buluğ, aybaşları, deflorasyon, gebelik, doğum, süt verme, menapoz ve kastrasyon gibi hallerde hastalığın vehamet kesbedebileceği eskiden beri klâsik olmuş malûmat arasındadır; bilhassa aybaşları zamanlarında hastalığın faaliyete geçtiğini, ateş yükselmeleri, hemotiziler olduğu, akciğerin hasta kısmında klinik faaliyet halleri görüldüğü kaydedilmiştir. Evvelce vücutta birikmiş faaliyet halleri görüldüğü kaydedilmiştir. Evvelce vücutta birikmiş zararlı maddelerin aybaşı kanamaları ile dışarıya atıldığı ve bu halin faydalı olduğu kabul edilirdi; sonra bu telâkki değişmiş ve yukarda kaydettiğimiz gibi *Sabourin* tüberkülozlu kadını aybaşları öldürür demiştir; *Rist* «kadın tenasül hayatının başlangıcından sonuna kadar devam eden ve akciğer tüberkülozunu vahim bir hale sokan, mortaliteyi yükselten bir problem vardır ve tenasül hayatının muhtelif tezahürleri akciğer tüberkülozunun vehamet kesbetmesine sebep olan âmillerdir» diyor. İddiasına en sağlam delil olarak da kadınlarda akciğer tüberkülozundan ölüm nisbetinin yirmiş beş yaşları arasında en yüksek olduğunu gösteriyor «Bu yaş kadının tenasül hayatına tevafuk eden senelerdir» diyor. Başkaları bu yaşlarda tüberkülozda kadın mortalitesinin yüksek olmasını güç hayat şartlarına, çalışma yerlerinin sıhhate uygun olmadığına, beslenme güçlüklerine ve nihayet kadın organizmasının meşakkate erkekten daha az mukavim olduğuna atfederlerse de bu mütalâa doğru değildir. Bu yaşlarda mortilatenin yüksekliği tamamen kadın tenasül fonksiyonlarının neticesidir diyor.

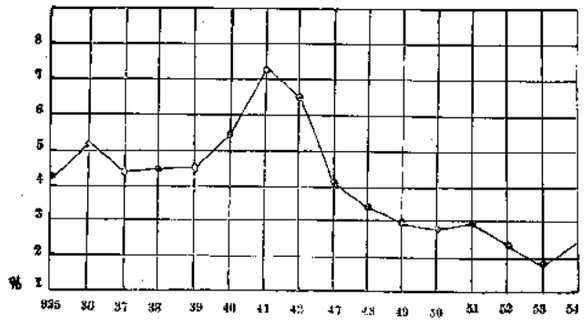
Pierre Bourgeois ortalama bir mütalâa ileri sürer, yirmi - otuz beş yaşları arasında akciğer tüberkülozlu kadın mortalitesinin yüksek olduğunu, fakat bunun yalnız cinsî hayat ile izah edilemiyeceğini ve diğer sebeplerin de gözönüne alınması icabettiğini yazmaktadır.

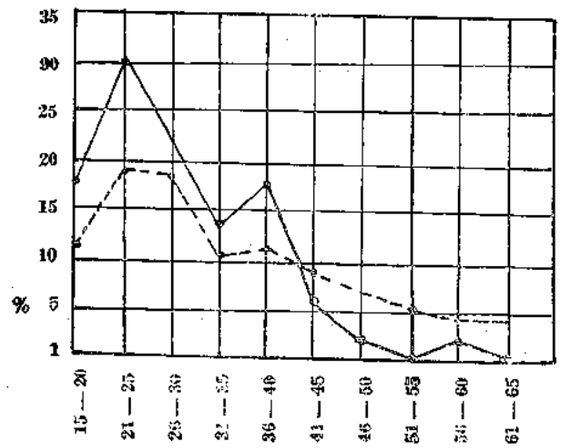
Etienne Bernard son günlerde yazdığı bir makalede tüberküloz vefiyatının azaldığı memleketlerde eskisi gibi ölüm nisbetinin genç yaşlarda yüksek olmadığını bilâkis bu yaşlarda mortalitenin azalmasına mukabil daha ileri yaşlarda nisbetin yükseldiğini ve bu meyanda gençlik yaşlarında tüberkülozdan ağır kayıp veren kadın ölümlerinin artık mevcut olmadığını ve onların da umumî nisbetler dahilinde mortaliteleri olduğunu bildirmektedir.

Kadın tenasül hayatının akciğer tüberkülozu üzerine yaptığı tesir hakkında bir fikir edinmek için muhtelif faktörler arasında mortalitenin muhtelif yaşlardaki nisbetinin tetkiki faydalı olabilir. Bu hususta her ne kadar fikir birliği yoksa da vefiyat münhanisinin tetkiki faydalıdır ve diğer delillerle beraber olursa mevzu hakkında aydınlatıcı malûmat verebilir.. Heybeli Sanatoryumu vefiyat istatisliklerinin tetkikinde aşağıdaki neticeler alınmıştır. Umumî olarak şu husus tesbit edilmiştir. Antibakteriyel tedaviden evvel ölüm nisbetleri yüksektir. Muhtelif iniş ve çıkışlar olmakla beraber trase aynı yüksekliği muhafaza ediyor. Yalnız harp senelerinde mutadın üstünde bir çıkış vardır ki harpten sonra tekrar düşmüştür. Bu antibakteriyel tedaviden evvelki devrede ortalama ölüm nisbeti %5,6'dır. Antibakteriyel tedavi başladıktan sonraki senelerde mortalite tedricî fakat devamlı olarak düşmeğe başlamıştır. Ortalama ölüm nisbeti %2,7'dir. Azalma %50'den de fazladır. Yine bu devrede kadın vefiyatı erkeklerden azdır. Erkeklerde mortalite %3, kadınlarda %2,6'dır.

Ölümleri yaşlara göre ayırarak nisbetleri tetkik ettiğimiz de, cetvelde de görülebileceği gibi kadınlarda 15-35 yaşlarda ölüm nisbeti en yüksek seviyesindedir ve erkeklerden fazladır. 35 yaşından sonra kadınlarda azalma başlıyor bilâkis erkeklerde nisbet artmaktadır. Bu istatistik kadın tenasül hayatının kaciğer tüberkülozunun seyri üzerine zararlı bir tesir icra ettiği iddiasına hak verir mahiyettedir. Burada vefiyat senelerin toplamı üzerinde nisbet yapılmıştır. Birer senelik ölüm nisbetleri münhanisi ise başka türlü mâna ifade etmektedir. Meselâ 948 senesi ölümlerinin tesbitinde yine genç yaşlarda fazlalık erkeklerde ise aksine ileri yaşlarda artma

görülmektedir. Buna mukabil 953 senesinin ölüm nisbetleri tamamen aksinedir. Genç kadınlarda nisbet düşük olduğu halde yaşlılarda artmıştır. Yalnız birer senelik nisbetlerde vefiyat adedinin az olmasını da gözönüne almak lâzımdır. Her halde yalnız mortalite nisbetleri ile bu problemi halletmek mümkün değildir. Ölüm nisbetini





arttıracak muhtelif kadınlık hallerinin ayrı ayrı tetkiki de mevzuun aydınlanmasına yardım edebilir.

Kadın tenasül hayatında en sık tekerrür eden aybaşı halleridir. Bu haller hakikaten zararlı bir tesir yapıyorsa, hastalığın vehametinde de en büyük rolü oynaması lâzım gelir. Umumî olarak kabul edilen; vak'aların ekserisinde aybaşı hallerinin azalması ve gitgide tamamen kesilmesidir. Çoğalması ise nadirdir. Biz servisimizde yaptığımız araştırmada bu iddianın aksini bulduk. Hastaların %76'sında aybaşları normaldir. Bu 76'nın 47'sinin hastalıkları ilerlemiş durumdadır. Hastaların %10'nu aybaşını az görüyor, %5'de fazla görmektedir. Diğer az bir kısımda da gayri muntazamdır. Bu nisbet dahilindeki tegayürlere hasta olmayan kadınlarda bile tesadüf olunabilir. Antibakteriyel tedavi ile toksik tesirlerden kurtulmuş bakımlı hastalarda tüberkülozun aybaşları üzerine bir tesiri olmuyor neticesini çıkartmak yanlış olmaz.

Normal olarak aybaşına tekaddüm eden günlerde hafif bir hararet yükselmesi ve aybaşı başladıktan sonra da yine hafif bir hipotermi görülür. Tüberkülozda hararetin 39'a kadar yükseldiği ve bunun bazan premanstrüel, bazan manstrüasyon esnasında ve bazan da manstrüasyonu müteakip vukua geldiği kaydedilmektedir. Biz servisimizdeki hastalarımız da manstürüasyona bağlı hararet yükselmesini görmedik. Yine buna bağlı hemoptiziler ve fokal faaliyet tezahürlerine de tesadüf etmiyoruz. Gebeliğin hastalık üzerinde bir vehamet husule getirdiğini görmedik. Otuz gebe hasta servisimizde kaldıkları 3-5 ay zarfında hastalıklarında bir salâh ve umumî hallerinde düzelme müşahede edildi.

Doğum ve doğumdan sonrası için hususî bir mütalâa yürütecek durumda değiliz, çünkü bu şekildeki hastalarımızın adeti azdır.

Netice olarak servisimizde tedavi ettiğimiz hastalarımızda aybaşı halinin ve gebeliğin hastalıkları üzerinde zararlı tesirini müşahade etmedik, bunun antibakteriyel tedavi sayesinde elde edilen bir netice olduğunu zannediyorum. Umumî ölüm nisbetinde genç yaşlarda kadın vefiyatının fazlalığını da umumî sebepleri ve kadının içtimaî durumunun tetkiki ile izah mümkün olur zannediyorum.

SUMMARY

Effect of genital functions of the women on the course of pulmonary tuberculosis

We did not observe any deleterious effect of menstruation on pregnancy on the course of tuberculosis in women. We think that this result was obtained through the administration of antibiotics. The high proportion of women appearing in mortality rates can best be explained by the social status of women in our country.

RÉSUMÉ

Effet des fonctions génitales de la femme sur le cours de la tuberculose pulmonaire

Nous n'avons observé aucun effet nocif de la menstruation ou de la grossesse sur le cours de la tuberculose ches les femmes. Nous estimons que ce résultat a été atteint grâce aux antibiotiques. La proportion élevée de jeunes femmes figurant dans les statistiques de mortalité par tuberculose pourrait s'expliquer par la situation sociale des femmes dans ontre pays.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Fitizyoloji Kliniği
Direktör
Prof. Dr. Nusret Karasu

BRONŞ KANSERLERİ TEŞHİSİNDE BRONKOSKOPİNİN ÖNEMİ

Prof. Dr. NUSRET KARASU *Doç. Dr. GALİP URAK*
Doç. Dr. SALÂHATTİN AKKAYNAK *Dr. ORHAN ÖĞER*
Dr. DEMİRTAŞ KOCAÇITAK *Dr. BAHATTİN ÇETİN*

Bir göğüs hastalıkları kliniğinde bronkoskopik muayene usulü bugün için en mühim teşhis vasıtalarından biridir. Meselâ primer ve post primer akciğer tüberkülozunda bronşların hastalığa iştirak edip etmediğini bilmek tedavi bakımından önemlidir. Bronşlarda aktif tüberküloz lezyonu dururken akciğerde yapılacak rezeksiyon ameliyatı bir hatadır. Bilhassa hasta olan kısmından rezeksiyon esnasında kesilen bronş birçok komplikasyonlara yol açar.

Akciğer tümörlerinin teşhisinde ise bronkoskopinin rolü çok daha büyüktür. Biliyoruz ki bugün dünyada kanser hastalığı dolaşım hastalıklarından sonra görülen en mühim ölüm sebebidir. Gene kanserler arasında sıklık itibariyle bronş kanserleri mide kanserlerinden sonra ikinci derecede gelmektedir. Şu halde bronş kanserlerinin en mühim teşhis vasıtası olan bronkoskopinin önemi âşikâr olarak meydana çıkmış olur. Bronkoskopi bazan tedavi vasıtası olarak da kullanılır. Meselâ bronş stenozlarının dilatasyonu ve bronşlardaki yabancı cisimlerin aspirasyonu ancak bronkoskopi ile kabildir.

Tabiatiyle bronkoskopinin kıymeti, müteakiben anatomopatolojik muayene ile tamamlanırsa çok daha artar.

Bu yazıda bronkoskopinin tekniği üzerinde duracak değiliz, doğrudan doğruya elde ettiğimiz neticeleri arzedeceğiz.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Fitiziyoloji Kliniğinde 15/6/1951 tarihinden 1/11/1956 tarihine kadar muhtelif sebeplerle 872 kişiye bronkoskopi yapıldı. Bu arada arzedelim ki bu hastalardan yalnız 2 tanesinin zaten çürük olan dişleri kırılmış ve birkaç tanesinin de muvakkaten birkaç gün için sesleri kısılmıştır. Başkaca bir komplikasyon görülmemiştir. Vakalar klinikte yatan hastalardan başka 1, 2, 3, 4, 5 numaralı V. S. Derneği Dispanserlerinden ve Tıp Fakültesi I. ve II.'nci Dahiliye Kliniklerinden muayene için gönderilmiş olan hastalardır. Kliniğimize zaviyeli teleskoplar daha yeni

temin edilebilmiş olduğundan dolayı bronşların makroskopik tetkiki sadece gözle ve direkt optik ile yapılabilmiştir. Lüzum görülen hastalardan ise anatomopatolojik ve bakteriyolojik muayene için biyopsi ve bronş lavajı yapılmıştır.

Aşağıda bronkoskopik görünüm neticeleri arzedilmiştir:

Bronkoskopik görünüm	Adet
Bronş içinde tümör	61
Bronşların dışardan itilmesi	9
Bronşların dışardan çekilmesi	18
Bronşlarda ödem ve infiltrasyon	56
Bronş fistülü	11
Bronşun sâf stenozu	23
Yabancı cisim	2
Bronşlardan ifrazat gelmesi	33
Normal görünüm	659
Yekûn	872

Bronkoskopla görülen 61 tümör vak'asından 39 tanesine biyopsi yapılmıştır. Biyopsinin zannedildiği kadar büyük bir tehlikesi yoktur. Biz biyopsi yaptığımız 39 vak'ada hiç bir komplikasyonla karşılaşmadık. Bu 39 biyopsi parçasının yapılan anatomopatolojik muayenesinde 3 (%7,7) tanesinin polip; 2 (%5,1) tanesinin iltihabi granülasyon nesci; 34 (%88,2) tanesinin ise bronş kanserleri olduğu görüldü. 11 adet fistül vak'asının 5 tanesi faal idi. Yani fistülden cerahat geliyordu. Bu 5 vak'a maligne primer kompleks vak'aları idiler. 6 tanesi ise faal olmayan eski tüberküloz fistülü nedbesi idiler. Bronşlarda tesadüf edilen yabancı cisimlerden 1 tanesi küçük bir saman çöpü parçası idi ki bu hastada medaisten tümörü vardı. Diğer vak'a ise spontan olarak patlamış bir akciğer kist hidatiğinin larenksi tıkayan zarları idi. Ve bu hasta ancak son anda bronkoskop sayesinde larenksi ve trakeayı tıkayan zarların aspire edilmesiyle sufokasyondan kurtarılmıştır.

Lüzum görülen 314 hastaya bronş lavajı yapılmış olup histolojik muayenede elde edilen neticeler aşağıdadır.

Bronş kanseri	Bronş kanseri şüphesi	Staz	Eozinofili	İltihap	Normal
96	20	6	4	27	161

Şüphesiz bronkoskopi ile yüzde yüz bir teşhis koymaya imkân yoktur. Bilhassa bronş lavajı ile konmuş teşhislerde dikkatli olmak

lâzımdır. Bronş lavajı ile kanser teşhisi konmuş bir vak'amızın ameliyat sonucu atipik pnömoni olduğunu gördük. Gene bronş biyopsisi ile kanser teşhisi konmuş olan 33 vak'adan ameliyat olanlardan birinin hakikatte akciğerinden bir tüberküloma çıkmıştır ve bronştaki tümöründe bir bronş tüberküloması olduğu görülmüştür. Gerek klinik ve gerek operasyon sonucunu takip edebildiğimiz diğer vak'aların bronkoskopik teşhislerinin doğru olduklarını gördük. Gene klinik olarak bronş kanseri intibaını verdiği halde mükerrer yapılan bronkoskopilerde alınan lavajın sitolojik muayenesinde iltihap teşhisi konan yaşlı bir hastada yapılan pnömonektomi neticesi hastalığın hakikatte eski bir abse olduğu görüldü. Arada görülen bazı yanlışlıklara rağmen bronkoskopi bir göğüs hastalıkları kliniği için çok lüzumlu bir teşhis vasıtasıdır.

Bakteriyolojik tetkikler neticesi: Balgam tetkikleri ile tüberküloz basili tespit edilemeyen fakat tüberküloz düşünülen 82 vak'anın 6 tanesinde bronş lavajı mayiinde teksif ve kültürle basil tespit edilebilmiştir. Gene patojen âmil tayin edilmesi icap eden 52 vak'anın 20 tanesinde patojen âmiller üretilmiş olup bunun iki tanesi Mantar hastalığı âmili ve geri kalan 18'i de iltihap âmilleri olup, bu iltihap âmillerinin hangi cins antibiotiğe hassas oldukları tayin edilebilmiş ve tedavleri de buna göre yöneltlimiştir.

SUMMARY

The value of bronchoscopy in the diagnosis of bronchial cancer

The results of macroscopical, pathological and bacteriological examinations completing 872 bronchoscopies performed at the Phtysiology Clinic of the Facultu of Medicine of Ankara, from June 15, 1951 to November 1, 1956 are presented. The importance of the bronchoscopic examination is stressed.

RÉSUMÉ

Valeur de la bronchoscopie dans le diagnoctic du cancer des bronches

Les résultats macroscopiques, anatomo-pathologiques et bactériologiques des examens pratiqués à la Clinique de Phtysiologie de la Faculté de Médecine de l'Université d'Ankara du 15/6/1951 au 1/11/1956 à l'occasion de 872 bronchoscopies sont présentés. L'importance de l'examen bronchoscopique est soulignée.

Naile Sağlam Verem Araştırma Enstitüsü
Direktör
Ord. Prof. Dr. Tevfik Sağlam

ÜÇ YÜZÜ MÜTECAVİZ VAKADA BRONKOSKOPİK İNCELEMENİN NETİCELERİ

Dr. MEFKÛRE ÇİNTAN

Bronşların andoskopik olarak incelenebilmesi için çalışmalar 19 uncu asrın sonlarında başlamış ise de bronkoskopi tekniği ancak birinci büyük harpten sonra tekâmül etmiş, Amerika'da ve Avrupa'da bir çok taraftar toplayan bu metod ikinci büyük harpten sonra da pnömolojinin ve göğüs cerrahisinin her bakımdan en büyük yardımcısı olabileceğini ispatlamıştır.

Biz de enstitümüzde 1950 senesinden beri yalnız teşhis için bu muayene metodunu kullanmaktayız. Tatbikatımızda lokal anesteziyi tercih ederek %1 - %0,5 nisbetinde pantokain mahlüllerinden faydalanıyoruz. Bir çok araştırıcılar tarafından teknik hakkında mufassal malûmat mükerreren bildirildiğinden burada bir kere daha bahsetmeyi lüzumlu bulmamaktayım.

Enstitümüze gönderilen 300'ü mütecaviz vak'adan 25 kadarı kendi isteğiyle bronkoskopi yaptırmamıştır, mütebakı 279 vak'anın yaşa, teşhise ve cinse göre miktarları verdiğimiz şemada aşikâr olarak görülmektedir.

79 tüberküloz vak'asının hepsinde Fransız müelliflerinin «Bronchites d'accompagnements» dedikleri bronş mükozasında hafif konjestiyon ve ödem tesbit edilmiştir. Enfiltro - ödematöz lezyonların pursantajı bronkoskopiyi yapan hekime tâbidir. Bizim vak'alarımızda ileri derecede konjestiyon ve bronşların kalibrelerini daraltacak kadar ödem nazarı itibara alınmış ve 12 hastada bu manzara tesbit edilmiştir (%15). İkisi erkek altısı kadın 8 vak'anın 5'inde solda, 3 ünde sağda 3-5 mm. kuturlarında erozyon (%10), bu vak'alardan 1 tanesinde sağda üst lob orifisini örten plikanın üzerinde 2-3 mm. uzunluğunda bir sikatris görülmüştür. İki hastada da ses telleri üzerinde ülserasyonlar bulunmuştur. İkisi erkek biri kadın diğer 3 vak'ada da yalnız sol tarafta vejetasyon tesbit edilmiştir. Muhtelif direkt muayenelere rağmen basil tesbit edilemeyen 5 hastada lezyonun drenaj bronşundan alınan ifrazattan yapılan frotilerde Koch basili bulunmuştur.

Bronş tümörleri bronş mesirinde ya aşikâr olarak görülebilir, yahut da bronş cidarının enfiltre oluşu, teneffüsle gerek genişleyip daralma, gerekse inip çıkma hareketlerinin madumiyeti ve ekstrensekt tazyik arazının mevcudiyeti ile anlaşılır. Biyopsi yapmak her zaman kabil olmaz. Esasen Chevalier-Jacksonun dediği gibi: «biyopsi bronkoskopinin gayesi olmayıp yalnız muayeneyi tamamlamalıdır. Bronkoskopist laboratvarın neticesini beklemeden andoskopik muayene ile teşhisine istikamet verebilmelidir». Enstitümüzde teknik sebeplerden biyopsi yapmak imkânını bulamıyoruz. Yalnız vak'aların bronşlarından bir meşet ile aldığımız ifrazatlarından frotiler yapmaktayız. Andoskopik olarak tümör teşhisi konan 124 vak'anın 115'i erkek, 9 tanesi de kadındır. Bu hastaların 75 tanesinde hematoksilin-eozin yahut gimza ile boyanan ifrazat frotilerinde atipik hücrelerin tesbiti de kabil olmuştur.

Diğer vak'alar miktar bakımından çok az olduğundan bunlar hakkında kesin bir şey söylemenin henüz zamanı olmadığı kanaatindeyim. Elde ettiğimiz neticelere umumî bir nazar atfedilecek olursa:

1. Bronkoskopi için lokal anestezinin her bakımdan kifayetkâr bir metod olduğu görülmektedir. Bu görünüm üç bakımdan daha takviye edilebilir:

A. Genel anestezi yolu daima açık kalmaktadır.

B. Genel anestezi için lüzumlu olan cihaz ve personel her müessesenin kolayca gerçekleştirebileceği bir hal değildir.

C. Genel anestezinin de kendine has medikal komplikasyonları vardır.

2. Bronkoskopi için gönderilen hastalar teşhis hususunda çok az da olsa tereddüt payına sahip vak'alardır.

Takdim ettiğimiz şemaya tekrar kısa bir nazar atfedilecek olsa, hemen görülür ki: tüberküloz vak'aları daha ziyade 15 ile 44 yaş arasında, tümör vak'aları ise 30 ile 60 ve daha yukarı yaşlarda bulunmaktadır. Her iki halde de 30-44 yaş arası kesret bakımından başta gelmekte ve dolayısiyle bronkoskopiyi yapanın çok dikkatli bulunmasını icap ettirmektedir.

Bronkoskopi için gönderilen vak'aların bizim statistiğimize göre: %28,3'ü tüberküloz, %44,4'ünü akciğer tümörü ve sade %1'inin normal olduğu nazarı itibara alınacak olursa bu iddiamızda ne derece haklı olduğumuz kendiliğinden meydana çıkar.

Kli. Teşhis	0-14 E	0-14 K	15-29 E	15-29 K	30-44 E	30-44 K	45-59 E	45-59 K	60-... E	60-... K	Yekûn E	Yekûn K
Tb.	—	1	25	21	13	6	9	2	2	—	49	30
Akci. Tümörü	—	—	1	—	13	5	64	2	37	2	115	9
Aort Anev.	—	—	—	—	—	—	3	—	5	—	8	—
Adenopati	—	—	11	—	3	—	—	—	—	—	14	—
Kist hidatik	—	—	1	.	1	—	1	—	2	—	5	—
Plörezi	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	3	—
Paki Plörit.	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Plö. İn. Lob.	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	2	—
Bronşektazi	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	3	—
Akciğer Ap.	—	—	2	—	5	—	4	—	—	—	11	—
Peritonit Tb.	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Plö. Medias.	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Ampiyem	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—
Ses tel. ge.	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1
?	—	—	6	1	2	1	5	3	1	2	14	7
NORMAL	—	—	—	—	—	—	2	1	—	—	2	1

LİTERATÜR

A. Soulas, P. Mounier-Kuhn: Bronchologie 1949, Masson Paris.

J. Lecoeur: Les maladies des bronches 1950, Vigot frères, Paris.

T. İ. Gökçe, S. Ersek, N. Öktem, F. Ertug: İkinci Türk tüberküloz kongresi.

N. Karasu, O. Öger: İkinci Türk tüberküloz kongresi.

E. Bernard, G. Arnaud, A. Soulas: Revue de la tuberculose T. 20, No. 4 1956.

Results of bronchoscopic examinationsin more than 300 cases

We performed a bronchoscopic examination under local anesthesia in more than 300 cases. The examination was completed only in 279 cases. The results of these examinations and their clinical interpretation are presented by means of charrts.

Résultats des examens bronchoscopiques dans plus de 300 cas.

Nous avons effectué examen bronchoscopique sous anesthésie locale dans plus de 300 cas. Nous avons réussi à compléter cet examen dans 279 cas. Les resultats obtenus au cours de ces examens et l'interprétation clinique sont présentés au moyen de diagrammes.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Fitizyoloji Kliniği

Direktör

Prof. Dr. Nusret Karasu

TEDAVİ BAŞLANGICI VE KRAŞADAN BASİLİN KAYBOLMA MÜDDETİ

Prof. Dr. NUSRET KARASU Dr. BAHATTİN ÇETİN
Dr. NORA TANAY

Bu tebliğde kliniğimize 5 sene içinde yatan muhtelif cins akciğer tüberkülozu vak'alarında tedavi başlangıcını müteakip kraşadan basilin kaybolma müddeti araştırılmıştır. Maksadımız tıbbî tedavinin bugünkü kıymetini çıkarmak ve basilin kaybolma müddetinin hastanın yaşı, hastalık şekli ve süresi ile ilgi derecesini tesbit etmek idi. Cerrahî vak'alar bu etüdten istisna edilmiştir.

Kraşadan basilin kaybolma azamî hududu olarak 8 ay kabul ettik, bu 8 ay içinde basil kaybolmayanlar kaybolmamış olarak gösterildi. Ayrıca tedavileri tamamlanmadan israrlı istekleri üzerine taburcu olanlardan 4 aydan az yatanları bu araştırmamıza almadık.

Kraşalarında basil müsbet olan vak'aları şu gruplarda topladık:

1 — Çeşitli Primo-enfeksiyon vak'aları,
2 — Minimal vak'alar,
3 — Moderately Advanced vak'alar,
4 — Far Advanced vak'alar.

Her grup için hastanın yaşına ve hastalık süresine göre ayrı çizelgeler yapılmıştır. Bu çizelgeler ilişiktedir.

1 — Primo-enfeksiyon vakları: (Şekil 1-2)

Primo-enfeksiyon vak'alarının saf ve komplikasyonlu olmasına göre kraşadan basilin kaybolma müddetinde bazı farklar bulduğumuzdan yalnız primo-enfeksiyon vak'alarına ait olarak bu farklar aşağıda gösterilmiştir.

Hasta yaşı	2 ci ay	3 cü ay	4 cü ay	5 ci ay	6 cı ay	Yek.	%
4- 7	9	2	3	—	1	15	20.4
8-12	21	10	4	4	1	40	55
13-15	6	3	3	—	—	14	19.1
16-18	2	2	—	—	—	4	5.5
Yekûn	38	19	10	4	2	73	
%	52	26.1	13.7	5.5	2.7	7	

Şekil 1

73 Primo İnfeksion vak'asında hasta yaşı ile basilin kesilme müddeti arasındaki ilgi.

Hastalık müddeti	2 ci ay	3 cü ay	4 cü ay	5 ci ay	6 cı ay	Yekûn	%
1- 3 ay	16	5	1	1	—	23	31.5
4- 6 ay	10	4	2	—	1	17	23.3
7- 9 ay	2	1	—	—	—	3	4.1
10-12 ay	8	7	4	1	1	22	30.1
2-3 sene	2	2	3	1	—	8	11
Yekûn	38	19	10	4	2	73	
%	52	26.1	13.7	5.5	2.7		

Şekil 2

73 Primo İnfeksiyon vak'asında hastalık müddeti ile basilin kesilme müddeti arasındaki ilgi.

Hasta yaşı	Basilin kaybolma müddeti 2 ci ay	3 cü ay	4 cü ay	5 ci ay	6 cı ay	7 ci ay	Yek.	%	kaybolmıyan	%
8-10	1	-	1	—	—	—	2	1.6	—	—
11-20	19	14	9	—	—	—	42	34.7	2	1.6
21-30	13	22	11	4	3	2	55	45.4	5	4.3
31-40	1	6	1	4	—	—	12	10	2	1.6
41-50	—	—	1	—	—	—	1	0.8	—	
51-60	—	—	—	-	—	—	—	—	—	
Yek.	34	42	23	8	3	2	112		9	
%	28.1	34.7	19.0	6.7	2.4	1.6		92.5		7.5

Şekil 3

121 Moderately Advanced vak'asında hasta yaşı ile basilin kesilme müddeti arasındaki ilgi

Hastalık müddeti	Basilin kaybolma müddeti 2 ci ay	3 cü ay	4 cü ay	5 ci ay	6 cı ay	7 ci ay	Yek.	%	kaybolmıyan	%
1- 3 ay	16	13	4	1	—	—	34	28,1	1	0.8
4- 6 ay	9	7	4	1	—	1	22	18.2	2	1.6
7- 9 ay	1	1	1	—	—	—	3	2.4	—	—
10-12 ay	5	13	7	—	—	—	25	20.7	2	1.6
2- 3 sene	3	7	7	5	2	1	25	20.7	4	3.5
4- 5 »	—	1	—	—	1	—	2	1.6	—	—
6- 9 »	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
10 sene	—	—	—	1	—	—	1	0.8	—	—
Yekûn	34	42	23	8	3	2	112		9	
%	28.1	34.7	19	6.7	2.4	1.6		92.5		7.5

Şekil 4

121 Moderately Advanced vak'asında hastalık müddeti ile basilin kesilme müddeti arasındaki ilgi

Hasta yaşı	Basilin kaybolma müddeti 2 ci ay	3 cü ay	4 cü ay	5 ci ay	6 cı ay	7 ci ay	8 ci ay	Yek.	%	Kaybolmıyan	%
8-10	—	1	—	—	1	—	—	2	1.2	2	1.2
11-20	7	12	14	3	3	2	—	41	25.7	15	9.4
21-30	1	16	14	6	2	1	1	46	28.7	27	16.9
31-40	—	3	5	4	—	1	—	13	8.2	9	5.7
41-50	—	—	1	—	1	—	1	3	1.8	1	0.6
51-60	—	—	1	—	—	—	—	1	0.6	—	—
Yekûn	13	32	35	13	7	4	2	106		54	
%	8.1	20.0	21.8	8.1	4.5	2.5	1.2		66.2		33.8

Şekil 5

160 Far Advanced vak'asında hasta yaşı ile basilin kesilme müddeti arasındaki ilgi.

Hastalık müddeti	2 ci ay	3 cü ay	4 cü ay	5 ci ay	6 cı ay	7 ci ay	8 ci ay	Yek.	%	Kaybolmıyan	%
1- 3 ay	6	12	6	—	—	2	—	26	16.2	7	4.5
4- 6 ay	5	7	4	2	2	—	—	20	12.5	2	1.2
7- 9 ay	1	1	1	1	1	—	—	5	3.1	2	1.2
10-12 ay	—	7	10	4	1	1	1	24	15.0	17	10.7
2- 3 sene	1	4	12	4	3	1	—	25	15.7	17	10.7
4- 5 »	—	—	1	2	—	—	1	4	2.5	5	3.1
6- 9 »	—	—	1	—	—	—	—	1	0.6	3	1.8
10 sene	—	1	—	—	—	—	—	1	0.6	1	0.6
Yekûn	13	32	35	13	7	4	2	106		54	
%	8.1	20.0	21.8	8.1	4.5	2.5	1.2		66.2		33.8

Şekil 6

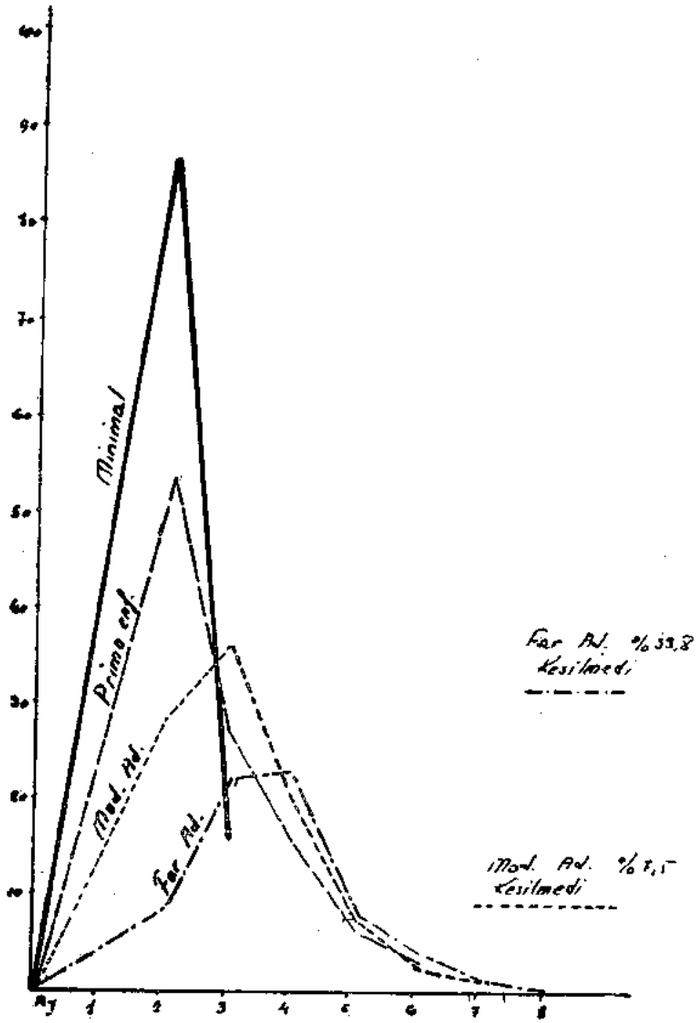
160 Far Advanced vak'asında hastalık müddeti ile basilin kesilme müddeti arasındaki ilgi.

Saf primo-enfeksyon 38 vak'a %52			Komplikasyonlu primo-enfek-siyon 35 vak'a %48		
2'nci ayda kaybolan	24	%32,8	2'nci ayda kaybolan	14	%19,2
3'üncü ayda kaybolan	6	% 8,2	3'üncü ayda kaybolan	13	%17,8
4'üncü ayda kaybolan	3	% 4,1	4'üncü ayda kaybolan	6	% 8,2
5'inci ayda kaybolan	3	% 4,1	5'inci ayda kaybolan	1	% 1,4
6'ncı ayda kaybolan	2	% 2,8	6'ncı ayda kaybolan	1	% 1,4

2. Minimal vak'alar:

Kraşalarında basil müsbet 15 vak'a tesbit edildi. Bunlarda basil kaybolma müddetlerini şöyle bulduk.

2'nci ayda kaybolan 13 vak'a %86



Grafik 1

3'üncü ayda kaybolan 2 vak'a %14.

3. **Moderately Advanced vak'aları:**

Kraşalarında basil müsbet 121 vak'a tesbit edildi. Bunlardan 112'sinde 2-7'nci ay içinde kaydolğu (%92,5), 9'unda kaybolmadı (%7,5). Bu vak'alar mufassal olarak şekil (3-4)'de gösterilmiştir.

4. **Far Advanced vak'alar:**

Kraşalarında basil müsbet 160 vak'a tesbit edildi. Bunlardan 106'sında 2 ile 8'inci aya kadar kayboldu (%66,2), 54'ünde kaybolmadı (%33,8). Bu vak'alar mufassal olarak şekil (5-6)'da gösterilmiştir.

Ayrıca bu dört grupla kraşadan basilin kaybolma müddetleri müşterek olarak bir grafikte (Grafik 1.) gösterdik.

Netice:

1. 73 Primo-enfeksiyonda kraşadan basil 6'ncı aya kadar kaybolmuştur, 15 minimal vak'ada %100 üçüncü aya kadar kayboldu, 121 Moderatly Advanced vak'asından 112'sinde 7'nci aya kadar (%92,5) kayboldu, 9 vak'ada (%7,5) kaybolmadı, 160 Far Advanced vak'asından 106'sında 8'inci aya kadar (%66,2) kayboldu, 54 vak'ada (%33,8) kaybolmadı.

2. Bütün gruplarda tesbit ettiğimize göre hastalığın süresi erken olanlarda yani taze vak'alarda tedaviye başladıktan kısa bir zaman içinde kraşadan basil kaybolmaktadır.

3. Hastalığın yaşları ile de ilgi tesbit ettik. 15-30 yaş arası genç hastalarda tedavinin ilk aylarında kraşadan basil kaybolmaktadır. Yani şöyle diyebiliriz ki bir hasta ne kadar genç ve hastalığı ne kadar taze ise tedavilerden o kadar çabuk ve iyi neticeler alınmaktadır.

4. Primo-enfeksiyon vak'alarında işaret edildiğine göre saf primo-enfeksiyonlularda kraşadan basil, komplikasyonlu olanlara nazaran daha erken aylarda kayboluyor. Bu hal diğer tipteki lezyonlar için de varittir.

5. Minimal vak'alar erken ve kat'î neticeler vermektedir.

S U M M A R Y

Investigation on the time elapsing between the beginning of treatment and the disappearance of bacilli from the sputum

1. We investigated the lenght of time elapsing between the beginning of treatment and the disappearence of bacilli from the sputum in various cases of lung tuberculosis, hospitalized during 5 months in our clinic.

2. In a series of 73 cases of primary infection, bacilli disappeared from the sputum 6 months after the initiation of the rapy and in 15 light cases 3 months later.

In a series of 121 moderately advanced cases, bacilli disappeared in 112 cases at the 7 th month and still persisted in the remaining 9 caes. In a series of 160 far advanced cases, Koch bacilli disappeared from the sputum of 106 of them after 8 months of therapy but persisted in the remaining 54 cases.

RÉSUMÉ

Recherche sur le tepms écoulé entre le début du traitement et la disparition des bacilles dans le crachat

1. Nous avons déterminé le temps écoulé entre le début du traitement et la disparition des bacilles dans le crachat, dans divers cas de tuberculose pulmonaire hospitalisés durant 5 années dans notre clinique.

2. Dans un groupe de 73 cas de primo-infection, les bacilles disparurent du crachat 6 mois après le début du traitement, et dans 15 cas légers, seulement 3 mois après. Dans une série de 121 cas médérement avancés, les bacilles disparurent des crachats de 112 cas au 7 ème mois ot persistèrent dans 9 autres cas.

Dans un groupe de 160 cas extrêmement avancés, les bacilles disparurent au bout de 8 mois dans 106 d'entre eux, mais persistèrent das les 54 autres.

ONDÖRDÜNCÜ CELSE

E.K.İ. Merkez Hastanesi Göğüs Hastalıkları Servisi

Şef

Dr. Rıfat Günbak

NADİR GÖRÜLEN BİR PNÖMOUERİTUVAN İHTİLÂTI DİYAFRAM PERFORASYONU

Dr. RIFAT GÜNBAK *Dr. FİKRET TEMEL*

Bayan E. A. 24 yaşında evli.

7/10/1955'de hemoptizi ile hastahanemiz dahiliye servisine yatıyor. O zaman:

Sol akciğer sahasında haşin teneffüs alınıyor, ateşi yok, kan sedimantasyonu 40 mm., gaitada askarit yumurtası bulunuyor, balgamında Koch basili menfî.

6/10/1955 tarihli akciğer grafisinde röntgen mütehassısının mütelâası (Akciğerlerin görünüşü tabiidir). Hakikaten bu grafide sol hilüste mahdut sirotik kesafetten başka bir patolojik imaj görülmüyor.

Hemostatiklerle beraber streptomycin ve İ. N. H. kombine olarak veriliyor. Kombine antibakteriyel tedaviye rağmen 31/10/1955 de yapılan grafide sol hilüsde perifokal enfiltrasyon tesbit ediliyor.

11/1/1956'da 28 gr. streptomycin ve 22 gr. İ. N. H. verilmiş olarak çıkışı yapılıyor.

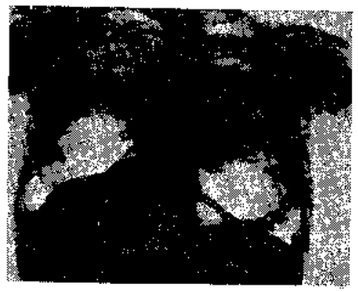
8/2/1956'da yine hemoptizi ile dahiliye servisine yatırılıyor; yine ateşi yok, sedimantasyon 39 mm. balgamında tüberküloz basili yine menfî, hemostatiklerle hemoptizi dindirilemiyor. 6/3/1956'da servisimize gönderiliyor. Ertesi gün hemoptiziyi önleme endikasyonu ile pnömoperituvan başlanıyor; ilk ensüflâsyon 1200 cc. veriliyor ve pnömoperituvana devam olunuyor.

Hasta hava değişimi için Trabzona gidiyor, orada bir müddet tedavisine devam olunuyor. 9/8/956 tarihli grafide, diyafram sağda 3. arallğa, solda 4. kota kadar yükselmiş bulunuyor. Hava miktarı azaltılıyor ve ensüflâsyonu onbeş günde bir yapılıyor. Umumiyetle +8+10 tazyiklerle kapatılıyor.

Son ensüflâsyon 4/10/956'da yapılıyor, açılış +6+9 ve 800 cc. hava ensüfle ediliyor, +10+12 ile kapatılıyor.

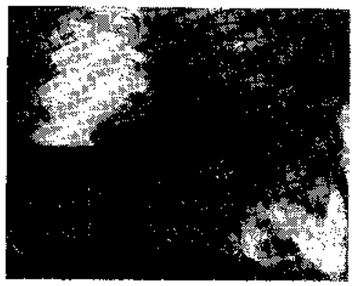
5/10/956 günü hemoptizi ve nefes darlığı ile tekrar servisimize yatırılıyor. Yapılan 9/10/956 tarihli radyografide sağda hidropnömotoraks kaidelerde pnömoperotuvan mevcudiyeti görülüyor.

Şekil 1 (11/1/1956)



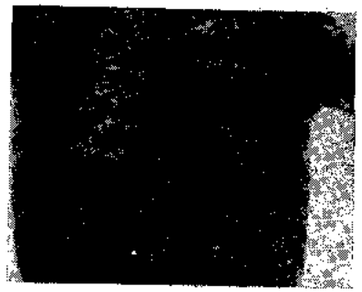
Şekil 2 (9/9/1956)

Şekil 3 (6/10/1956)



Şekil 4 (9/10/1956)

Şekil 5 (15/10/1956)



Şekil 6 (31/10/1956)

Hiç rastlamamış ve bizim takip ettiğimiz kitap ve dergilerde okumamış olmamıza rağmen bir diyafram perforasyonu düşündük.

Tetkikimizi bu düşünüş istikametinde yaptık. Sağ plevra boşluğuna yapılan eksploratris ponksiyonla seröfibrinö likit aldık. Skopide diyafram sağ yarısı felçli idi (*Kienböck* delili müsbet idi). Periton boşluğunda da epanşman mevcudiyeti müşahede edildi.

Plevra boşluğundaki mayiin periton boşluğuna inmeyişini, plevra boşluğundaki tazyikin periton boşluğundan düşük olması ile ve belki toraks istikametinde bir valvülün mevcudiyeti ile izah ettik.

Düşündüğümüzü teyid etmek üzere 12/12/956 günü periton boşluğuna 5 cc. eau distillede eritilmiş 0 gr. 25 metilen mavisi solüsyonu enjekte ettik ve akabinde batın içi tazyikini arttırmak üzere 1300 cc. hava ensüfle ve sağ plvera boşluğundan 900 cc. hava tahliye (+7-3/-2-14) edip hastayı sağ tarafına yastıksız ve başı aşağıda meyilli yatırdık. Otuz dakika sonra plevra mayiini maviye boyanmış olarak bulduk.

13/10/956 günü 1350 cc. boyanmış mayi ve 900 cc. hava (+2-10/10-20) tahliye ettik.

15/10/956 günü tekrar 470 cc. likit ve 900 cc. hava tahliye ettik (-3-11/-11-19).

Tahliyeler neticesi plevra boşluğundaki hava ile periton boşluğundaki hava da sür'atle kayboldu ve sağ pumon reekspanse hale geldi.

15/10/956 tarihli grafide periton boşluğundaki havanın azalmış ve sağ pumonun açılmış olduğunu, 31/10/956 tarihli akciğer grafisinde ise periton ve plevra boşluklarındaki havanın tamamen kayboldüğünü görüyoruz. Batın boşluğundaki havanın bu kadar kısa bir zamanda rezorbe olamıyacağı takdir olunur. Elimizdeki mevcut grafilerde teşhisimizdeki isabetin arzolunabilen objektif bir delili olarak huzurunuza çıkarılmış bulunuyor.

Burada bir şey hatıra gelebilir:

Periton içine ensüflâsyon sağ taraf son kotları arasından verilmiş ise akciğerde bir perforasyona veya bir diyafram yırtığına sebep olunmuş olabilir.

Böyle bir şey de aslâ vâki değildir; zira bütün ensüflâsyonlar pnömoperituvanın mûtad klâsik yeri olan göbeğin sol alt tarafından yapılmıştır.

Vak'amızı:

Pnömoperituvan tedavisinde şimdiye kadar neşrolunduğuna tesadüf edemediğimiz ve pnömoperituvan terkini icap ettiren nadir

görülen bir komplikasyon olarak huzurunuza çıkarmış bulunuyoruz.

SUMMARY

A rare case of diaphragmatic perforation complicating a pneumoperitoneum

A case of diaphragmatic perforation complicating a pneumoperitoneum is presented.

RÉSUMÉ

Un cas rare de perforation diaphragmatique compliquant un pneumopéritoine

Un cas de perforation diaphragmatique survenu en tant que complication de pneumopéritoine est présenté.

Yedikule Göğüs Hastalıkları Hastanesi

Başhekim

Dr. Zühtü Erman

YEDİKULE GÖĞÜS HASTALIKLARI HASTAHANESİNDE P.A.S. PERFÜZYONUNDAN ALINAN NETİCELER

Dr. NEMİKA KİLECİ MÜRSELOĞLU

Dr. ALİ MUSTAFA AKDEMİR

Akciğer ve akciğer dışı tüberküloz'un müşterek tedavisinde P.A.S. hâlâ önemli bir rol oynamaktadır. P.A.S.'ı tam dozda alan hastaların ekserisinde gastro-intestinal tâli tesirler görülmektedir. Bu tesirler arasında iştahsızlık, ishal, bulantı ve kusma vardır; bu nahoş tesirlerle mücadele ve aynı zamanda ilâcın kandaki konsantrasyonunu arttırmak için; P.A.S. perfüzyon şeklinde kullanılmıştır. P.A.S. ağız yolu ile verildiğinde kandaki konsantrasyonu 20-30 mgr. civarında bulunduğu ve bu kesafetin az zamanda düştüğü tesbit edilmiştir. Modern tüberküloz tedavisinde geniş mikyasta yer alan verit yolu ile P.A.S. perfüzyonu ile ilâcın kandaki konsantrasyonu 200-300 mgr. kadardır; bu miktarın uzun müddet devam ettiği tesbit edilmiştir, aynı zamanda ağız yolu ile alındığı vakit görülen tâlî tahammülsüzlük arazları da yok denecek kadar azalmıştır.

P.A.S. perfüzyonu tatbik ettiğimiz vak'alar: 16'sı kadın, 4'ü erkek olmak üzere 20 adettir. Bu hastaların yaşları:

2 hasta 10-20 yaş arasında.
11 hasta 20-30 yaş arasında.
5 hasta 30-40 yaş arasında.
2 hasta 40-50 yaş arasındadır.

Bunların 19'ü akciğer tüberkülozu ve 1 tanesi menenjit tüberkülozdur. Bu hastalardan 1 tanesi Extra plöral PX ile, 1 tanesi PX ile tedavidedir. 3 hasta Pnomo perituvan ile tedavide iken P. P. terkedilerek kür ve P.A.S. perfüzyon tedavisine tâbi tutulmuştur.

Akciğer tüberküloz'u musabı olanların 18'i eksüdatif lezyonlu olup bunların 15'inde kavite mevcuttur.

P.A.S. perfüzyonu yapılan hastaların aldıkları diğer antibiyotikler:

4 hasta 1-10 gr. stereptomisin.
3 hasta 10-20 gr. stereptomisin.
13 hasta 20-30 gr. stereptomisin.
3 hasta 1-10 gr. İ.N.H.
11 hasta 10-20 gr. İ.N.H.
6 hasta 10-30 gr. İ.N.H.

Yukarıda bahsettiğimiz 20 hastadan:
3 hastaya 15 gün.
2 hastaya 20 gün.
2 hastaya 25 gün.
12 hastaya 30 gün.
1 hastaya 40 gün müddetle P.A.S. perfüzyonu tatbik edilmiştir.

Tedavi esnasında:
14 hastanın ateşi 38-39 derece arasında iken normal olmuştur.
6 hastanın ateşi haliyle kalmıştır.
7 hastanın sedimantasyonu haliyle,
5 hastanın sedimantasyonunda artış,
8 hastanın sedimantasyonunda da azalma görülmüştür.
9 hastanın vital kapasitesi haliyle,
8 hastanın vital kapasitesinde artma,
3 hastanın vital kapasitesinde azalma görülmüştür.
18 hastanın kilo gramında 6-10 kilo kadar artış,
2 hastanın kilosunda da azalma görülmüştür.

Hastaların hepsinin kraşalarında B.K. (+) iken Gaffky skalasında bariz bir azalma olmuştur.

P. A . S. perfüzyon ile tedavi edilen	Tedaviden evvel B.K.				Tedaviden sonra B.K.			
	Drekt		Teksif		Drekt		Teksif	
Hasta adedi	(+)	(—)	(+)	(—)	(+)	(—)	(+)	(—)
	15	4	1		8		3	9

Radyolojik olarak:
9 hastada aşikâr selâh.
4 hastada selâh.
6 hastada da bir değişiklik görülmemiştir.

Ekserisi eksüdatif olan lezyonlar prodüktif, fibröz ve stasyoner

bir durum almışlardır. 15 kaviteli hastanın 5'inde kavitede küçülme, 3'ünde silinde görülmüştür.

P.A.S. perfüzyonu esnasında protrombin zamanı uzayarak kanamalara sebep olabilir. Bunun için tedaviden evvel ve tedavi esnasında protrombin zamanlarını tayin ederek, kanama kontrol altında bulundurulmuştur. Aynı zamanda K. vitamini de teşrik edilmiştir. Bir hastamızda 15'inci günü hemoptizi görülerek perfüzyon kesilmiştir.

Netice:
1. Radyolojik müsbet ve aşikâr bir selâh görülmüştür.
2. Ateş üzerinde tesiri müsbettir.
3. Basil skalasında azalma ve menfileşme görülmüştür.
4. İştah ve Kgr. üzerinde tesiri aşikârdır.
5. Öksürük ve balgam azalmıştır.

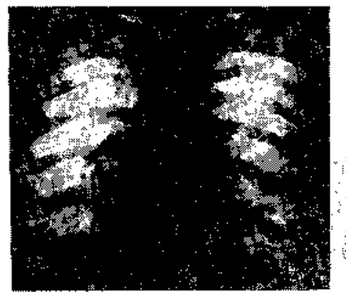
P.A.S. perfüzyonu yapılan vak'aların bir kısmı:

1-N.V. Kadın, Yaş: 29, Prot: 1955/554.

Bir senelik hasta. Kanama ile hastalanmış, hariçte tedavi görmemiş.

Tedaviden evvel:
Balgamda B.K. (+) 1-2.
Sedimantasyan 70/113 mm.
Ateş: 38-40 derece
Vital kapasite: 900.
Kilo: 53 Kgr.

Tedaviden sonra:
Balgamda B. K. (—)
Sedimentasyon 28/52 mm.
Ateş: 36-37 derece.
Vital kapasite: 2100.
Kilo: 63 Kgr.

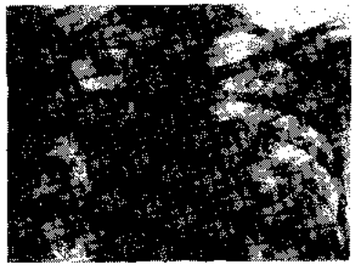


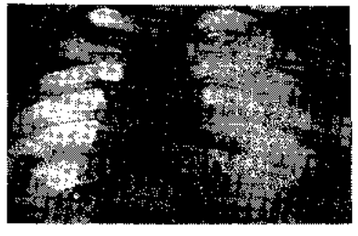
Vak'a No. (2), K. D., Kadın, Yaş: 18, Prot: 1955/348.

3 ay evvel yüksek ateş, öksürük ve gece teri ile hastalanmış, tedavi görmemiştir.

Tedaviden evvel:
Balgamda B. K. (+).
Sedimantasyon 45/95 mm.
Ateş: 37-38 derece.
Vital kapasite: 600.
Kilo: 41 Kgr.

Tedaviden sonra:
Balgamda B. K. (—) teksifle.
Sedimantasyon 17/38 mm.
Ateş: 36-37,5 derece.
Kilo: 46 Kgr.



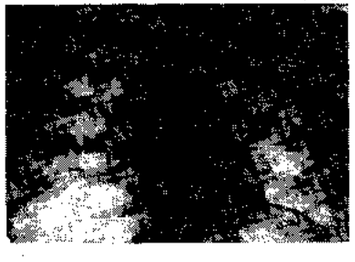


Vak'a No. (3), N. E., Kadın, Yaş: 28, Prot: 1955/20.

4 aylık hasta. Ateş ve öksürükle hastalanmış. 2 ay evvel P. P. başlanmış. Apandisit ameliyatı yapılarak P. P. terkedildi.

Tedaviden evvel:
Balgamda B. K. (+)
Sedimantasyon 30/58 mm.
Ateş: 37-38 derece.
Vital kapasite: 1000.
Kilo: 49 Kgr.

Tedaviden sonra:
Balgamda B. K. (—).
Sedimantasyon 43/60 mm.
Ateş: 36-37 derece
Vital kapasite: 1600.
Kilo: 51 Kgr.

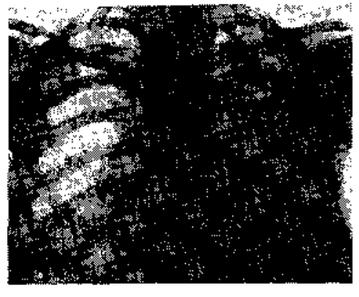


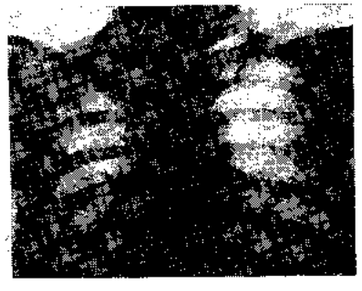
Vak'a No. (4), H. D., Kadın, Yaş: 20, Prot: 1954/1334.

3 ay evvel bir doğumu müteakip ateş ve ter ile hastalanmış, hariçte tedavi görmemiş.

Tedaviden evvel:
Balgamda B. K. (+) 9-10.
Sedimantasyon 46/86 mm.
Ateş: 36,5-38 derece.
Vital kapasite: 700.
Kilo: 46 Kgr.

Tedaviden sonra:
Balgamda B. K. (+) 1-2.
Sedimantasyon 49/79 mm.
Ateş: 36,5-37,5 derece.
Vital kapasite: 1100.
Kilo: 49 Kgr.





BİBLIOGRAPHİE

1. **Ahn (K) et Difs (H):** Expérience clinique avec l'acide p-amino-salicylique dans la tuberculose pulmonaire. Nord méd., 33, janvier 1947, P. 151-155.
2. **Guillot (F):** L'acide, p-amino-salicylique dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Thèse, Paris, 1951.
3. **Paraf (J.) Desbordes (J.) Bory (J.), Zıvy (P.) et Paraf (M.):** Sur l'administration de l'acide p-amino-salicylique (P.A.S.) dans le traitement de la tuberculose. Bull, et Mèm. Soc. Mèd. Hôp. Paris, n. 23-24, 1950, P. 1312 - 1313.
4. **Paraf (J.), Zıvy (P.), et Paraf (M.):** P.A.S. et tuberculose. Intérêt des perfusion veineuses. Xı Conference union intırnationale contre la Tuberculose, Copenhague, 3-6 septembre 1950.
5. **Paraf (J.) Zıvy (P.) Desbordes (J.), Paraf (M.), Bory (J.) et Jubert:** Intérêt des fortes doses de P.A.S., notamment en perfusion, dans le traitement de la tuberculose cavitaire. Bull. et Mém. Soc. Med. hôp. Paris, n. 17-18, 18 mai 1951, p. 710-721.
6. **Desbordes (J.) et Bory (J.) dens Paraf (J.), Fouquet (J.) et coll.:** Traitement de la tuberculose par le P.A.S., p. 141, Masson edit., 1952.
7. **Paraf (J.), Zıvy (P.), Bory (J.), Desbordes (J.) et Paraf (M.):** Le P.A.S. Intraveineux dans le traitement de la tuberculose pulmonaire commune. Presse Méd., n. 1,5 janvier 1952, p. 3-5.

8. **Rist (N.)**: Traitement de la tuberculose. Streptomycine. Encyclopédie Médico-chirurgicale.

9. **Pichon (A.)**: Traitement de la tuberculose pulmonaire par perfusions intraveineuses de P.A.S., I.N.H. et streptomycine associés. Acta Phtisiologica, n. 9, juin 1953, p. 19-30.

10. **Dempsey, T. G., M. H. Logg**: Lancet 1947 11,871.

11. **Lemming, R.**: Lancet 1949 1,200.

12. **Paraf, J., J. Desbordes, M. Paraf Bull.**: Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris 65, 1-2 (1948).

13. **Pécher, Y.**: Presse Méd. 57,635, (1949).

14. **Sivriére**: Presse Méd. 56,791, (1948).

S U M M A R Y

Results obtained with P.A.S. perfusion at the Hospital for Chest Diseases of Yedikule

We performed an infusion of P.A.S. on 20 patients (16 women and 4 men) with excellent results.

R É S U M É

Résultats obtenus par la perfusion de P.A.S. à l'hôpital des Maladies Thoraciques de Yedikule

Nous avons pratiqué une perfusion de P.A.S. à 20 malades (16 femmens et 4 hommes) et obtenu d'excellents résultats.

İşçi Sigortaları Kurumu
Süreyyapaşa Sanatoryumu
Başhekim
Dr. Abit Köymen

AKCİĞER TÜBERKÜLOZUNDA BRONŞ LAVAJI İLE BASİL ARAMA DENEMELERİ.

Dr. NECMETTİN KELEŞOĞLU *Dr. SAMİM ALGAN*

Akciğer tüberkülozunun teşhisinde, kraşanın bakteriyolojik muayenesinin ehemmiyeti malûmdur. Ancak kraşa çıkarılamaması veya mevcut kraşada mûtad sullerle basil tesbit edilememesi gibi hallerde yardımcı usullere başvurulmuştur. Bunlar başlıca iki grupta toplanabilir:

1. Sadece kraşayı veya muhteviyatını muhtelif tekniklerle (Mide lavajı, bronş kataterizmi, bronkoskopik muayene, faringogulottik ve larinks eküviyyonu) elde etmek.

2. Ekspektorasyonu temin ve onu basille zenginleştirmek için bronş lavajı; Bizim denediğimiz bu son usulde esas kuvvetli bir andobronşik iritasyon ve hipersekresyon tevlit ederek öksürük refleksini uyandırmak ve ekspektorasyonu temin etmektir. Bu sayede balgamın aşağıdaki sebeplerden dolayı basil bakımından zenginleşme ihtimali kuvvetlenmektedir.

1. Muhtemel bir bronş obstrüksüyonunu kaldırarak.

2. Direnaj bronşu muhatla tıkanan bir kavitenin boşalmasını kolaylaştırarak.

3. Bronkoalveoler torpit bir tüberküloz lezyonunda muvakkat bir konjestion husule getirerek.

4. Müküsle tıkanmış bir bronş fistülü ağzını temizleyerek basillerin bronş boşluğuna boşalmasını temin etmek suretiyle.

Bronş lavajı için muhtelif usuller yazılmıştır.

1. Transglotik serum fizyolojik enstellasyonu (De Abreu tekniği): Orofarinks, trekea ve bronşların anestezisinden sonra transglottik olarak 5-10 cc. serum fizyolojik enstellasyonunu müteakip 2 saat zarfında dışarı atılan bütün sekresyonu muayene etmek. Bu usulde mûtad usullerle basil tesbit edilemeyen vak'alarda %37 pozitif netice alınmıştır.

2. Bir sonda vasıtasiyle endobronşik serum fizyolojik zerki (J. Castillo tekniği) evvelkinden farkı nazal yoldan broş içine bir sonda sevketmektir.

3. Bronkoskopik metod: Bronkoskop yardımı ile metras sondasını lober veya segmanter broş orifisine tatbik ederek 20 cc. serum fizyolojik zerkedilir ve 3 ilâ 5 saat zarfında çıkan materyel muayene edilir. Bu teknikle netice %44 pozitif bulunmuştur.

4. Aerosoller kullanmak suretiyle yapılan İvaldy tekniği: Teofilin, strknin, novokain ve adrenalinden ibaret bir mahlulün 20+40 dakika müddetle inhalasyonunu müteakip bir gün sonraya kadar çıkarılan materyel muayene edilir.

5. J. Spencer-Jones tekniği: Hiç anestezi yapmadan krikoit kıkırdak hizasından 1 numara iğne ile intratrakeal 5 cc. serum fizyolojik zerki.

Biz bu metodlar arasında De Abreu metodunu kullandık. Anestezi için %0,5 pantokain mahlulü ile orofarınksin pülverizasyonunu müteakip trakeaya 2 cc. %0,5'lik pantokain enstalle ettik. 1-2 dakika sonra trakeaya larinks enjektörü vasıtasiyle 10 cc. serum fizyolojik verdik. Akabinde zuhur eden öksürük refleksi ile dışarı çıkan materyeli steril bir petri kutusuna alarak mutad homojenizasyon usulü ile basil aradık. Keza hastaların hepsinde müteakip günkü sabah balgamında da basil aradık. Bu şekilde 50 vak'a üzerinde çalıştık. 50 vak'amızın 10'unda basil tesbit ettik. Bunlardan 4'ü sanatoryomumuza müsbet basille yatmış ve 1 ilâ 4 aydanberi müteaddit teksif muayeneleri ile basili menfileşmişti. Müsbet bulduğumuz diğer 6 vak'a da sanatoryomumuza girdiğinden beri 1 direk ve asgarî 3 teksifle basil bulunamamıştır. Seçtiğimiz hastalardan 22 tanesi girişte müsbet, 28 tanesi de menfî basilli idi. Bu hastalarımızın hepsinde lavajdan evvel asgarî 3-6 defa teksifle basil menfî bulunmuştu. Evvelce müsbet olan 22 vak'adan broş lavajını müteakip 4 müsbet bulduk ki burada nisbet %10'dir. Giriş de menfî olan 28 vak'adan 6 müsbet tesbit ettik ki burada nisbet %21,5'dur. Müsbet olarak bulduğumuz bu 10 vak'anın 2 tanesinde lavajın ertesi günkü çıkardığı balgamın muayenesinde, basil tesbit ettik.

Bu nisbetlerin kültür ve kobay denemeleri ile daha da çoğalacağı kanaatindeyiz ve tecrübelerimize devam ediyoruz.

Hastalarımızda lavaj esnasında ve lavajdan sonra hiç bir komplikasyona rastlanmamıştır.

Netice: Broş lavajı mutad usullere nazaran basil bulma şansını kuvvetlendirmektedir.

SUMMARY

Detection of tubecle bacilli after aspiration of the bronchi through a tube

The search for tubercle bacilli in the sputum of 50 patients hospitalized et the Süreyya Paşa sanatorium did not yield any results in spite of several concentrations. We tried then to perform an aspiration of the bronchial contents through a tube, following the «De Abreu» technique. We colud isolate tubercle bacilli in 10 cases with this method.

RÉSUMÉ

Essais de recherche de bacilles de Koch par le lavage des bronches dans la tuberculose pulmonaire

La recherche de bacilles de Koch dans le crachats de 50 malades hospitalisés au Sanatorium de Süreyya Paşa n'ayant donné aucun résultat en dépit d'homogéinisations multiples, nous avons pratiqué un lavage bronchique d'après la méthode «De ABREU» et décelé la présence de bacilles de Koch dans 10 de ces cas.

ÇOCUKLUK TÜBERKÜLOZUNUN TEDAVİSİ HAKKINDA

Dr. ALİ İHSAN BALİM

Giriş: Çocukluk tüberkülozunun tedavisi bahsi hâlâ aydınlanmış olmaktan uzak, müstezat fikirlerin serdedildiği bir bahistir. Bu vak'aların (Primer kompleks ve post primer afetler) %95'inin kendi kendine şifa bulan ve gerileyen vak'alar olması hususuna dikkati çeken bazı müellifler primer tüberkülozun teşhis edilir edilmez antibakteriyel tedavisinin yapılması fikrinde değillerdir ve böyle bir mütalâanın isabetinden de şüphe etmektedirler. Çocukluk tüberkülozunda antibakteriyel tedavinin değerlendirilebilmesi için antibiyotiklerin tedavi sahasına girmesine tekaddüm eden günlerde yapılmış tetkiklerin mahsulü bazı istatistik malûmatına bir göz atalım.

New York'lu *Dr. Lincoln* hiç bir spesifik tedavi yapılmamış çocukluk çağı tüberküloz vak'alarından 980 vak'a üzerinde yaptığı bir etütte %28 mortalite kaydetmiştir. Halbuki *Dr. Meyers* (Minnesota) kendi vak'aları arasında bu nisbeti %5.6 olarak bulmuştur. Bu iki gurup vak'alar arasında bu kadar azim bir mortalite farkını tevlid eden âmiller başında ırk ve içtimaî sınıfların farklı olması zikredilebilir, *Dr. Lincoln*'un vak'aları daha ziyade fakir ve zenci ve Puerto Riccolu ailelerin çocuklarını ihtiva etmekte idi. Her iki istatistik de primer tüberkülozun zannedildiği kadar tehlikesiz bir hastalık olmadığını göstermesi bakımından enteresandır.

Çocukluk tüberkülozunun tedavisinde antibiotiklerin tatbik edilmesinden beri vaziyet tamamiyle değişmiştir. *Dr. Lincoln* 129 antibiyotik detavi görmüş primer tüberküloz vak'ası arasında vefiyatın birden bire %1.5'a düşmüş olduğunu beyan etmiştir. Kendi kanaatına göre antibiyotik tedavi çocukluk tüberkülozunun ihtilâtlarına mâni olmakta, klinik ârazı sureti kât'iyede suprese etmekte fakat rielerdeki afetin tabiî seyri üzerinde pek az müessir olmakta ve kâhil tüberkülozlarında mûtad olarak görülen radyolojik gerileme çocukluk tüberkülozunda antibakteriyel tedavi ile müşahede edilmemektedir.

Bu araştırmanın esas gayesi çocukluk tüberkülozunun antibakteriyel tedavisinde radyolojik olarak kâhillerdeki gibi süratli bir düzelme ve gerilemeye mâni olan âmillerin bulunması idi. Yani çocukluk tüberkülozunu spesifik tedaviye cevap vermez gibi gösteren, tedavinin neticelerini maskeleyen âmiller neler olabilirdi, bunları belirtmek gayesi ile böyle bir tetkik yapılmıştır.

Materyel ve Metod:

Bu araştırmada 103 tane iyi tetkik ve takib edilmiş ve faal olarak yeteri miktarda tedavi görmüş çocukluk tüberkülozu vak'ası analize edilmiştir. Vak'aların kısmı âzamı başka hastanelerden bu travayın yapıldığı Seton Hospital'a uzayan tedavileri için nakilleri yapılmış vak'alardı. Bu gibi vak'alarda ilk hastanelerden hastanın müşahede özetini ve röntgen filimlerini ve bakteriyoloji raporlarını celbettik. Bu rapora dahil olan vak'aların en azı sekiz aylık ve en çoğu dört buçuk yıllık bir tetkik ve takibe tabi tutulmuştur (Hastalık başladığı tarihten itibaren).

Her vak'adan hastaneye kabullerinde bir göğüs filmi alınmış, Mantoux testi yapılmış ve birbirini müteakip üç gün sabahları mide usaresi alınarak tüberküloz basili için kültür yapılmıştır. Göğüs filimleri ve mide usaresi kültürleri her üç ilâ dört haftada bir çocuklar hastanede kaldığı müddetçe tekrar edilmiştir. Kemik ve mafsal afetlerinde ve menengeal afetlerde gerekli lâboratuvar muayeneleri muntazam fasılalarla yapılmıştır. Hastalık inaktif hale geldikten sonra vak'alar aylık ve iki aylık kontrolları için poliklinikte takib edilmişlerdir. Müteakip şemalar (Tablolar) bu vak'alardaki klinik ve lâboratuvar bulgularının hülâsasını göstermektedir.

VAK'ALARIN YAŞLARINA GÖRE TEVZİİ

0 ilâ 1 yaş	1 ilâ 2 yaş	2 ilâ 6 yaş	6 ilâ 12 yaş
26	37	27	13

VAK'ALARIN CİNS (SEX) BAKIMINDAN AYRILIŞI

Erkek (Male)	Dişi (Female)
46	57

VAK'ALARIN IRK BAKIMINDAN AYRILIŞI (DISTRIBUTION)

Negro	Puerto Riccan	Beyaz
51	45	7

TÜBERKÜLOZ İNTANI İÇİN KAYNAK TARİF EDİLEN VAK'ALAR (Positive Contact History)

56

AİLEVİ TÜBERKÜLOZ BULUNAN VAK'ALARIN SAYISI

55

VEREM MİKROBU KÜLTÜRÜ YAPILMAK SURETİYLE İSBAT EDİLEN MÜSBET BAKTERİYOLOJİ GÖSTEREN VAK'ALARIN SAYISI

Mide usaresi müsbet olanlar	Liquor C. S. müsbet olanlar	Discharge materieli
48 (1)	5	2 (2)

İdrar kültürü müsbet olanlar

1

MÜSBET MANTOUX TESTİ İLE YAPILAN POZİTİF ALLERJİ SAYISI

103 (%100)

AKCİĞER AFETİ İLE MÜTERAFIK MÜŞAHEDE EDİLEN İHTİLÂTLARIN SAYISI

(Bu ihtilâtlar antibakteryel tedavi ikame edilmeden evvel mevcuttu)

Akciğerlerin Milier Tb. afeti	Menengitis ile müterafık Milier Tb.
4	1
Osteitis ve muhtemelen enteritis ile müterafık Milier Tb.	Menengeal afet (Menengitis) (Bir tanesinde teşhis bakteriyolojik olarak teyit edilmemiş olarak)
1	7
Menengitis ve Pleuritis bir arada	Kemik ve mafsal afeti
1	4
Menengitis ve osteitis ile müterafık Milier Tb.	Spontan pnömotoraks
1	1
Lymphadenitis Tb. (Draining)	Pleuritis / Peritonitis
3	2 / 1
Akciğerde primer kavite	Akciğerlerde atelektatik değişim
1	17 (3)

(1) Bu rakam mide usaresi müsbet olan vak'aların sayısını gösterir, bunlardan 18 tanesinde mide usaresi sadece bir occasion da değil bir kaç defasında müsbetti. Bunlardan otuz vak'ada sadece bir mide usaresi müsbet kültür göstermiştir.

(2) Soğuk çıbanlardan alınan cerahat mânasına.

(3) Bu on yedi vak'anın sekizinde sağ orta lob sendromu mevcuttu.

Bronş afeti (Bronchial involvement):

Çocukluk çağı tüberkülozu seyrinde bronş afeti kanatımızca çok mühim bir yer tutmaktadır, bu cihetten bu ihtilâtın tetkikinde elde ettiğimiz bulguları biraz daha teferruatla arzı münasip gördük.

Bronş afetinin teşhis ve tetkikinde üç kriteryum kullandık:

I. Klinik bulgular, II. Radyolojik bulgular, III. Bronkoskopik bulgular.

I. Klinik bulgular meyanında bu araştırmamızda bronş afetinin mevcudiyetine delâlet edebileceği için üzerinde hassasiyetle durduğumuz ârazları şöyle sıralıyabiliriz: Göğüste daha geriden duyulabilecek hırıltı (wheezing) ve parasternal veya paravertebral sbilant ve romflant raller (devamlı olarak duyulan), asthmatoid hecmeler, çıkartılan balgamla mütenasip olmıyacak kadar fazla öksürük, akciğer ve plevra afetinin miktar ve extensionu ile mütenasip olmıyacak şekilde nefes darlığı sekresyonun retansiyonuna bağlı akut febril hecmeler, parenkimal afetin hiç ümit edilmedik ve beklenilmedik şekilde kaprisiyö yayılma (spread) göstermesi, radyolojik olarak belirli akciğer parenkimal afeti ile mütenasip olamıyacak şekilde ve beklenilmedik anda pozitif bakteriyolojik bulgu.

II. Bronş afetine delâlet edebilecek radyolojik bulgular: Akciğer filimlerinde (planigrafiler dahil) devamlı veya intermittant atelektazi ve veya obstructive emphyseme ve bronşların visible daralmaları, bronşlar üzerine oturan büyümüş lenf ukdeleri ve akciğer loplarında ve segmentlerinde düzleşme ve yassılma (flattening).

III. Müsbet bronkoskopik bulgular başlıca dört grupta mütalâa edilmişlerdir:

1. Bronş mukozasında ülserasyon ve granülasyon gibi demonstrable endobronchial lezyonlar.
2. Bronşların dışardan vaki tazyikle daralması,
3. Bronş lümeni içinde bol profüz pürülant eksüdasyon.

Vak'alarımızın üçte birinde biz bronş afeti müşahede ettik, bunların yukarıda tafsil edilen kriteryumlara göre tasnifi şöyledir:

I'inci grup vak'alar: Bronş afetine delâlet edecek klinik ve radyolojik belirtiler ile beraber bronkoskopilerinde müsbet bulgular görülen vak'alar: 11 on bir vak'a.

II'nci gurup vak'alar: Klinik ve radyolojik olarak bronş afetini düşündürecek âraz mevcut olmakla beraber bronkoskopi bronş afeti göstermemiştir (Mamafih bu vak'aların çoğunda bronkoskopi zama-

nı aktif hastalığı gösterecek zamanda yapılmamış, bronkoskopileri geç yapılmıştır): 10 on vak'a.

III'üncü gurup vak'alar: Radyolojik ve klinik bulgular bronş afeti düşündürmekte idi, fakat bronkoskopi ya yapılmamış veya bronkoskop lezyon mahallini gösterecek şekilde ithal edilememişti (muvaffakıyetsiz etşebbüs): 10 on vak'ada.

IV'üncü gurup vak'alar: Klinik ve radyolojik bulgular bronş afeti için tipik olmamakla beraber yapılan bronkoskopi müsbet bronş afeti gösteren vak'alar: 2 vak'a.

V'inci gurup vak'alar: Klinik âraz bir bronş afetini düşündürmüş fakat radyolojik ve bronkoskopik deliller tesbit edilememiştir: 2 iki vak'ada.

Bronkoskopik olarak müsbet bulgu tesbit edilen vak'aların redistribution'unda: beş vak'ada ülserasyon ve granülasyon olarak endobronkiyal afet vardı, dört vak'ada bronşlar üzerine extrinsic compression hali gösterilmiş ve iki vak'ada bronş lümenini dolduran profiz purulant materyel tesbit edilmiş ve iki vak'ada da extrinsic ve intrinsic bronş afetleri bir arada görülmüştü.

Yapılan antibakteryel tedavinin süresi ve dozajı:

Streptomycin: Streptomycin ve dihydrostreptomycin kombinasyonu şeklinde verilmiştir. (Vak'aların ekserisinde) mûtad doz olarak tedavinin ilk iki haftası günde 0.5 Gm sonraki dört hafta gün aşırı 0.5 Gm daha sonra haftada iki defa 0.5 Gm olarak tâyin edilmiştir. Bu tertip iki yaşının altındaki çocuklarda SM'in veriliş şeklini gösterir, iki yaş üzerindeki çocuklarda tedaviye iki hafta günde bir Gm üzerinden daha sonra haftada iki defa birer gram olarak devam edilmiştir. Bu miktarlar takribi olarak kilo başına 24 mgm SM'e tekabül eder.

Iso Nicotinic Acid Hydrazide (INH): Günde üç doza taksim edilmiş olarak kilo başına beş ilâ sekiz miligram olarak hesap edilmiştir.

Para Amino Salicylic Acid (PAS): Biz vak'alarımızda PAS sodium tuzu kullandık. Beş yaşının altındaki vak'alarda inisiyal doz olarak günde iki gram ile başlanmış tolerans iyi olan vak'alarda günde beş grama kadar çıkılmıştır. Beş yaşının üzerindeki çocuklarda günde beş gram ile başlanılmış günde on grama kadar çıkılmıştır.

SM ve INH ilâçları tek başına veya kombine olarak tatbik edildiklerinde müessir bulundukları halde PAS tek başına verildiğinde

herhangi hissedilir bir tesir ika etmemiştir. Prensip olarak bu üç ilâcın en az ikisini ihtiva eden bir kombine antibiyotik tedavi yapmaya daima dikkat edilmiştir.

Vak'aların tedavi süreleri:

Dört ay veya dört aydan az tedavi gören vak'aların sayısı	Beş ilâ on bir ay tedavi görenler	On iki aydan fazla yirmi dört aydan az tedavi görenler
20	60	19

Yirmi dört ay veya daha fazla tedaviye tabi tutulanlar
3

Neticelerin kıymetlendiirlmesi: (Radyolojik bulgulara bu evaluationda en fazla değer verilmiştir.)

Bu neticeleri aşağıda gösterildiği gibi dört gurupta mütalâa ettik:

I. (SATISFACTORY) TATMİNKÂR: Klinik ve bakteriyolojik müsait cevaplarla beraber radyolojik olarak lezyonların sür'atli ve müterakki olarak temizlenmesi hali müşahede edilen vak'alar.

II. TATMİNKÂR OLMAMAKLA BERABER KÖTÜLEŞME DE GÖSTERMEYEN VAK'ALAR (POOR):

44 vak'ada (Bu vak'alarda klinik olarak iyi cevap alınmış olmasına rağmen radyolojik olarak birinci guruptaki kadar bariz ve seri gerileme de müşhede edilmemiştir, fakat fenalaşma da görülmemiştir.)

III. NÜKS: (3 vak'ada) (Muvakkat bir zaman için lezyonların temizlenmesi ve ârazlarda gerileme hali müşahede edilmiş, fakat bilâhare klinik ve bakteriyolojik olarak activationa delâlet eden ârazlar kendini göstermiştir.)

IV. ÖLÜM (3 vak'ada) (INH'in tedavi sahasına girmesinden evvel tedavileri yapılmış üç menengitis Tb. vak'ası.)

BU TRAVAYA AİT TEMSİLÎ VAK'ALARIN DOKÜMANTER OLARAK TAKDÎMÎ

I. *Croons, Stephanie:* Bu dokuz aylık zenci kızı Kasım 1952'de öksürük, yüksek ateş ârazları ile hastalanmıştır. Tb. kontakt ve ai-

levî Tb. tarif edilmemiştir. Ocak 53de' hastada her iki rieyi kaplıyan ekstansif milier Tb. ârazı tesbit edilmiştir (Snow flakes) ve Mantoux 1:10.000 dilusyonu için müsbet bulunmuştur. Ve Şubat 1953'de alınan bir mide usaresinde verem basilleri üremiştir. Hasta 21 Şubat 1953'den 16 Temmuz 53'e kadar SM zait PAS ve INH ve daha sonra 20 Ekim 1953'e kadar SM zait INH ve 23 Şubat 1954'e kadar yalnız INH tedavisi görmüş ve 19 Nisan 1954'e kadar INH zait PAS almıştır. İlâveten hasta 19 Nisan'dan 6 Haziran 1954'e kadar PAS almıştır.

Bu hasta primer Tb. afeti ile müterafık milier Tb.'a musap idi ve ondört ay devam eden faal ve enerjik bir kombine antibakteriyel tedavi sayesinde göğüs filimleri repreductionlarında da görüleceği veçhile tatminkâr bir şekilde tedaviye cevap vermiş ve milier mihrakla sür'atle resolutiona maruz kalmışlardır. Hasta bugüne kadar bu iyilik halini muhafaza etmiştir.

2. *David, Ira:* Hastalandığı zaman beş aylık olan bu negro oğlan çocuğunun babası akciğer T.B.'dan vefat etmiş ve kendisi Aralık 1949 ayında devamlı öksürük, bacaklı ateşle anemi ve hastalıklı bir yüz ifadesi ile hastahaneye getirilmişti, alınan göğüs filmi akciğer sahalarında milier mihraklar, sağda paratracheal ve tracheobronchial lenf ukdelerinde büyüme ve sağda küçük fissure de aksentüasyon ve sağ üst ve orta lop sahalarında rarefection hali göstermişti. Bunu takiben çok geçmeden sağ orta lobun atelektazisi teessüs etmiştir. Aralık 1949 ve Ocak 50 ve 15 Mayıs 1951 tarihlerinde alınan mide usarelerinde verem basilleri üremiştir. Hastahaneye girişte Mantoux testi 1:10.000 dilusyonu için müspetti. Göğüs filmlerinin ve günlük müşahade zabıtlarının tetkikinden ilk filmlerin bronchial obstruction ve o sahada bullous emphysema haline delâlet ettiği mânası kolaylıkla çıkartılabiliyordu. Nitekim çok geçmeden hastada sağ orta lop kollapsı teessüs etti. 15 Mayıs 1951 de yapılan bronchoscopy neticesi menfî idi. Kasım 51'de hasta solda V'inci kaburga ön ucunda bir soğuk apse arazı gösterdi, bu ihtilât başlangıçta rielerde radyolojik olarak milier TB'a ait arazı teyit ediyordu. Bu hasta 10 Ocak 50'den 26 Ocak 50'ye kadar Promizole ve SM kombine tedavisine, daha sonra da 4 Nisan 1950'e kadar SM (yalınız) tedavisine tâbi tutulmuştur. Bir yıllık yalınız PAS tedavisi soğuk apsesinin zuhuruna mâni olamamış ve soğuk apse teşhisi yapıldıktan sonra da lokal ve genel SM zerkleri ile bu kemik TB mihrakı kurutulmuştur. Hastalığın bundan sonraki seyri hâdi-

sesiz geçmiştir. Bu vak'a da antibiyotik tedavisinin çocukluk TB'da kahil TB kadar müessir olduğunu gösterir.

3. *Finney Maurice:* Hastalığın başlangıcında altı aylık olan bir negro oğlan çocuğu, öksürük, ateş ve göğüste ötme (wheezing) arazı ile hastalanmış ve fizik muayene, boyun ve çene altında müteaddit lenf ukdelerinin büyümesini göstermişti. İlâveten sol rie üst üçte iki sahalarında nisbî matite ve teneffüs seslerinde azalma hali müşahede edilmiştir. Ocak 1950'de alınan göğüs filmi sol üst lobun massif atelektazisini göstermiş ve bu zaman hastada muharriş öksürük ve göğüste ötme arazları müşahede edilmiştir. Birkaç hafta sonra tekrar edilen göğüs filminde bu atelektazi hali zail olmuş ve sol üst lobun integritysi restore edilmiştir ve bununla hem zaman olarak da öksürük zail olmuştur. Tam bu zamanda yapılan diğer bir müşahede de sol hilusta görülen kalsifiye lenf ukdeleridir. Şubat 1952'de hasta diğer bir sol üst lop atelektazisi hecmesi göstermiş ve bu atelektazi hali Ekim 1952'ye kadar devam etmiştir. Bu hastada mide usaresi müteaddit occasionlarda müsbet TB kültürü göstermiştir: 21 Şubat 51, 4 Şubat 52 ve 7 Ekim 52 tarihlerinde. Hasta 1951 senesinde on ay SM zait PAS tedavisi görmüş, ilâveten 1952 Temmuzunda bir ay INH ve 30 Ekim ilâ 12 Aralık 1952 arasında EM zait INH ve onu takip eden dört aylık devre zarfında da yalnız INH'den müteşekkil antibiyotik kürüne tâbi tutulmuştur. Bu vak'a münasebetiyle şu gerçekler belirtilebilir: Bu vak'ada antibiyotik tedavi ile radyolojik bulgular arasında bir paralelizm, yani tedavi ilerledikçe leziyonun temizlenmesi hali görülmemektedir. Bu vak'ada antibiyotik tedaviye karşı elde edilen müsait cevabı maskeleyen mekanik faktörler vardı: Bronş afeti. Şayet bu âmil dikkat nazarına alınmazsa bu vak'ada antibiyotik tedavi hastalığın seyrine müessir olamamıştır neticesine varılabilir. Bizim takdirimize göre bu vak'ada antibiyotik tedavi müessir olmuştur, fakat bronchial afet neticeyi maskelemiştir.

4. *Roman Anna Marie:* Bu bir buçuk yaşındaki P. Ricco'lu kız çocuğu Ekim 1951'de kusma ve yüksek ateş ile hastalanmış, göğüs filmi sol üst lopta pnömonik konsolidasyon ve solda hiler adenopati arazları göstermiştir. Ailevî TB ve TB kontakt tespit edilmiştir. Kasım 1951'de alınan diğer bir göğüs filmi sol üst lobun tamamiyle atelektatik hale geldiğini göstermektedir. Takriben bu zaman hastada mükerrer öksürüklü ateşli akut hecmeler müşahede edilmiştir. Bu hastada mide usaresi iki defa kültürde TB basili üremesi göstermiştir: 10 Mart 1953'de ve 10 Temmuz 54'de. 7 Temmuz

53 ve 1 Kasım 54'de yapılan iki bronkoskopide de bronş afeti tespit edilmemiştir, fakat 1 Kasım 54'de yapılan bronkografik tetkik solda apikal posterior bronş dalının tıkanması halini göstermiştir. Hasta 25 Nisan 1952 ilâ 17 Kasım 1953 arasında INH, SM ve PAS den müteşekkil muhtelif kombinasyonlar halinde antibiyotik tedaviye tâbi tutulmuştur. Bu vak'anın tetkikinden çıkartabileceğimiz sonuçlar şöyle hülâsa edilebilir: Sol üst loptaki massif atelektazi ve mediastin ve kalbin sola çekilmiş olması hasebiyle 9 Temmuz 52'deki göğüs filmi tedaviye başlamadan evvel alınan Ocak 25'de alınan göğüs filminden çok daha fena vaziyet göstermektedir. Mevzuubahis atelektazi sebebi solda mevcut olan ve sol apicoposterior bronş dalına tazyik icra eden ve onu tıkayan tracheobronchial lenf ukdeleri şişmesi hali idi. Şöyle ki, bütün primer kompleks filmde tek bir kitle teşkil edecek şekilde teressüm etmekte idi. İşte bu mekanik komponent sebebiyle radyolojik bulgu antibakteryel tedavi ile paralel seyretmemiştir. Birbuçuk senelik faal antibiyotik tedaviden sonra görülen pozitif bakteriyoloji dahi bu mekanik âmil muvacehesinde izah edilebilir. Maamafih hasta klinik olarak iyi vaziyette kalmış ve son pozitif mide usaresinden sonra alınan yarım düzine usarede verem mikrobu üremememiştir. Bu hastanın progressif primer TB'dan bronşektazi ihtilâtı ile şifayap olduğunu düşünmek yerinde olur.

5. *Moss Benjamin:* Bu P. Ricco'lu erkek çocuğu hastalandığı vakit 18 aylıktı. (Ağustos 1953'de) ve öksürük ve devamlı artı kaybı ile hastalanmıştı. Ocak 54'de alınan göğüs filmi sol alt lopta irtişah ve sağda hiler lenf ukdelerinde büyüme ve perihiler irtişah hali göstermişti. Mantoux testi pozitifti, fakat müteaddit mide usaresi kültürleri menfî olarak cevaplandırıldı. Şubat 1954'de hasta INH zait SM ve PAS'den müteşekkil kombine antibiyotik kürüne kondu. Mayıs 54'de hasta kızamık çıkarttı, bu zamana kadar bir hayli hali salah gösteren hastalık araya giren bu intan dolayısiyle fenalaştı ve göğüs filmi hastalığın progressionu lehine bazı araz gösterdi. Maamafih devam edilen antibakteriyel tedavi sayesinde hasta on ay zarfında tatminkâr iyilik hali gösterdi ve radyolojik tablo tedavi ile paralel bir iyilik arzetti.

6. *Rosa, Alexandre:* Bu 9 aylık P. R.'lu oğlan çocuğu hemen de doğuştan infantile ekzemaya musaptı ve inek sütüne karşı da allerjisi vardı. Ailesinde TB ve bilinen TB intan kaynağı tarif edilmiyordu. Aralık 53'de öksürük ateş ve tartı kaybı ile hastalanmış ve Ocak 54de alınan göğüs filmi her iki hilusta hiler adenopati ve

akciğer sahalarında miliyer dissemination hali göstermişti. Hastada menegeal arazlar yoktu ve LSC'de de menengitis lehine bulguya tesadüf edilmedi. Mantoux testi positive idi, fakat mide usaresinde TB basili üremedi. Hasta 5 Ocak 54'den Mayıs 22, 1954'e kadar SM zait INH'den müteşekkil kombine antibiyotik küründe ve bu tarihten 1 Temmuz 54'e kadar SM zait INH ve PAS kombine küründe ve daha sonra da Ocak 55'e kadar INH ve PAS küründe kaldı. Hasta göz alıcı bir salah hali gösterdi ve göğüs filmleri reproductionları da bu görüşü destekler mahiyettedir.

7. *Wilson, Michael:* Bu yirmisekiz aylık zenci oğlan çocuğu Ocak 1952'de öksürük ve ciltte dökmelerle hastalanmış, 14 Ocak 52'de alınan göğüs filmi sol hiler bölgede lenf ukdeleri genişlemesi ve sol üst lopta irtişah hali göstermişti. TB kontakt tarif ediliyordu. Mantoux reaksiyonu 1:10.000 nisbetinde müsbetti ve Mart 25, 1952'de alınan bir mide usaresinde verem basilleri üremişti. Bu hasta herhangi bir spesifik tedavi görmemiş, sadece sanatoryum kürüne tâbi tutulmuştu ve zahiren bu tedavi ile hasta iyileşmiş ve primer TB sür'atle salâh hali göstermişti. Mayıs 13, 1952 tarihinde yapılan bronkoskopi sol ana bronşta ve sol üst lop bronşunda kızarıklık göstermişti. Kasım 1952'de hasta topallamaya başlamış ve kolon vertebral grafisi lomber II ve III'üncü fıkraların TB afetini göstermişti. Bu ihtilâhın zuhurunu müteakip hastaya SM, INH, Iproniazid ve PAS'den müteşekkil muhtelif kombinasyonlarla on yedi ay devamlı antibiyotik tedavi verilmiştir. Her ne kadar kemiklerdeki harabiyet bu tedavinin tesiri ile ilerlemekten alıkonulmuş ise de mevcut psoas absesi devam etmiş ve hastada bir graf ameliyatı tasarlanmak mecburiyeti hâsıl olmuştur, fakat hasta ziyadesiyle mutaassıp annesi tarafından hastahaneden alınmıştır.

Bu vak'anın en enteresan tarafı: Hastada mevcut primer TB akciğerlerde geriler ve herhangi bir antibiyotik tedaviye ihtiyaç hissettirmiyecek şekilde iyileşirken bel fıkralarındaki hastalık (osteitis TB) psoas absesi tevlid edecek şekilde progression göstermiştir. Bu vak'a gösteriyor ki primer TB sadece akciğerlerde o an için ön plânda gelen belirtileri için değil, fakat muhtemelen vücudün başka yerlerinde (organlarında) mevcut olabilecek mihraklar için de ehemmiyetle ve faal olarak antibakteryel tedavi ile tedavi edilmelidir.

SUMMARY

On child tuberculosis

We studied from a clinical standpoint 103 cases of child tuberculosis and their response to antibiotic treatment. More than 90% of the subjects were of negro or Proto-ricaen origin. In more than 60% of cases, some members of the family were already ill from tuberculosis and the children were in close contact with people bearing open lesions.

2. We found bronchial lesions in one third of our cases. We think that these bronchial lesions are especially important for the formation of tuberculous lesions in children. One should be very careful in evaluating the results of antibiotic treatment in cases coplicated by bronchial lesions. Indeed, the ganglionar hyperplasia and sometimes the compression of bronchi give rise to a tuberculous bronchitis and some atelectasic modifications of the lung. These mechanical factors may shadow the real effect of antibiotics and lead us to think that the antibiotic treatment of tuberculosis in children is not as efficient as in adults. In most cases presenting a bronchial involvement, a median lobe syndrome was detected.

3. In all cases treated by a combination of isoniazid with any other antibiotic, there were no deaths recorded. Isoniazid has an important place in the treatment of child tuberculosis on account of its efficiency and great power of diffusion.

4. We should suspect a tuberculous primo-infection in all cases showing a positive reaction to the Mantoux test, with or withour clinical symptoms, especially if the child is less than 2 years old. In such cases, we must always administer a strong antibiotic treatment. These treatments should not last less than six months and must include isoniazid combined with any other antibiotic.

RÉSUMÉ

Sur la tuberculose infantile

1. Nous avons étudié 103 cas de tuberculose infantile du point de vue clinique et de leur réponse au traitement par antibiotiques. Plus de 90% des sujets étaient d'origine nègre ou porto-ricaine. Dans plus de 60% des cas, la tuberculose existait déjà chez certains membres de leur famille et par conséquent ces enfants étaient en contact étroit avec des personnes portant des lésions ouvertes.

2. Nous avons pu constater la présence de lésions bronchiques dans un tiers de ces cas. Nous attachons une importance spéciale à ces lésions bronchiques pour la formation de la tuberculose pulmonaire infantile. Il importe d'être très prudent en faisant le bilan du traitement antibiotique dans les cas compliqués par des lésions bronchiques. En effet, l'hypertrophie des ganglions

hilaires et même la compression des bronches provoquant une bronchite tuberculeuse et certaines modifications atélectasiques du poumon sont des facteurs mécaniques qui peuvent masquer l'effet réel des antibiotiques et nous amener à la conclusion que le traitement antibiotique de la tuberculose infantile n'est pas aussi efficace que celui de la tuberculose des adultes. Dans la plupart des cas présentant une affection bronchique (8 cas sur 17) un syndrome du lobe médian a pu être constaté.

3. Dans tous les cas traités par un antibiotique quelconque combiné à l'hydrazide de l'acide ise nicotinique nous n'avons observé aucune issue fatale. L'INH occupe une place importante dans le traitement de la tuberculose infantile en raison de son efficacité et de son grand pouvoir de pénétration.

4. Nous devons soupçonner une tuberculose primaire dans tous les cas de réaction positive au test de Mantoux, avec ou sans symptômes cliniques, surout si l'enfant est âgé de moins de 2 ans. Dans de pareils cas nous devons toujours appliquer un traitement énergique par antibiotiques. La durée de pareils traitements ne doit jamais être inférieure à 6 mois et doit comporter l'INH en combinaison avec un antibiotique quelconque.

Yedikule Göğüs Hastalıkları Hastanesi
Başhekim
Dr. Zühtü Erman

PNOMO-PERİTUVAN TEDAVİSİ VE NETİCELERİ

Dr. NEMİKE KİLECİ MÜRSELOĞLU
Dr. ALİ MUSTAFA AKDEMİR

Bir çok memleketlerde muhtelif müellifler atarafından uzun zamandan beri incelenen P. Pn. tatbiki memleketimizde de diğer tedavi usulleri meyanında mühim bir mevki işgal etmiş, tesirleri hakkında zaman zaman bütün dünyada olduğu gibi leyh ve aleyhte tartışmalara sebep olmuştur.

Bu kollaps metodunu 3 senedenberi hastahanemizde tatbik etmekteyiz; takip etmek imkânını bulabildiğimiz vak'alar: 105 eksüdatif, 50 fibröz, 15 prodüktif lezyonlu olmak üzere cem'an 170 olup 145 tanesi kavitelerle müterafıktı. Bunlardan 40 kişiye 3-6 ay, 40 kişiye 6-9 ay, 50 kişiye 9-12 ay, 45 kişiye 12-18 ay, 10 kişiye 18-24 ay, 3 kişiye ise 24-30 ay müddetle P. Pn. tatbik edilmiş olup titizlikle takip ettiğimiz bu vak'alarda şimdi arzedeceğimiz veçhile maalesef pek yüz güldürücü bir netice elde edemedik.

Vak'aların bakteriolojik tetkiklerinde P. Pn. tatbikinden evvel balgamda basil 170 vak'ada müsbet iken tedaviden sonra 50 vak'a menfileşmiş, 120'si gene müsbet olarak devam etmiştir. Bu menfileşmede antibiyotiklerin de rolünü gözönünde bulundurmak lâzımdır kanaatindeyiz.

Sedimentasyon: 120 vak'ada hiç bir değişiklik olmamış, 18'inde sür'atlenme, 32'sinde sür'atte azalma müşahede edilmiştir.

Kilinik tetkiklerimizde aldığımız neticeler ise şunlardır:

a. Vital kapasite: 170 vak'anın 15'inde Vital kapasitede bariz bir artış görülmüş, 155 vak'ada hiç bir değişiklik olmamıştır.

b. Ateş: 130 vak'ada hiç bir değişiklik olmamış, 20'sinde ateş eğrisinde düşme, 20 tanesinde ise artış kaydedilmiştir.

c. Kilogram: 30 vak'ada kilo kaybı, 65 vak'ada artış, 75'inde ise aynı kiloyu muhafaza ettiği tesbit edilmiştir.

Radyolojik tetkiklerden aldığımız neticeler: 120 vak'ada lezyonlarda hiç bir değişiklik kaydedilmemiş, 35 vak'ada silinme, temizlenme şeklinde bir iyileşme, 15'inde ise yayılma ve yumuşamalar tarzında fenalaşma müşahede edilmiştir.

P. Pn. komplikasyonları:

Kollapsoterapi metodları mukayese edilirken P. Pn.'nın PX'e üstünlüğünü tebarüz ettirmek için daima PX komplikasyonlarının ileri sürüldüğünü görmekteyiz. Halbuki P. Pn. tatbiki esnasında da pekâlâ bir takım ciddî komplikasyonlar husule gelmektedir. Hastahanemizde fıtık ve apandisit ameliyatı yapılan 38 hastanın 22'si P. Pn.'la tedavi esnasında bu arazları göstermişler, bunların 15'i fıtık, 7'si apandisitten ameliyat olmuşlardır. Kadınlarda hemen hiç görülmeyen ingüinal erni'ye P. Pn. tatbikinden sonra 4 vak'ada tesadüf ettik, bunu da P. Pn.'nın adalede husule getirdiği diyastazın neticesi olarak kabul etmekte, sebep olarak da husule gelen konjestion ve bridleri göstermektedirler; nitekim bizim vak'alarımızda da batın açıldığı vakit hemen hepsinde bir miktar asit, peritonda da konjestion müşahede edilmiştir. Kusma ağrı gibi araz gösteren bir hastamızın apandisit teşhisi ile batını açıldığı vakit apandisit normal bulunmuş, fakat mezanterin üstünde bir takım büller müşahede edilmiştir. Binaenaleyh P. Pn.'i müteakip bir çok hastalarda husule gelen ağrıları P. Pn. için verilen havanın mezantende husule getirdiği büllerle izah etmek kabildir.

P. Pn. endikasyonlarından olan emoptezilerin 7 tanesinde P. Pn. tatbikinden sonra kanamanın her defasında arttığını, P. Pn.'nin terkinden sonra ise hafiflediğini gördük.

P. Pn. dan sonra hastalarda karın ağrısı, kusma, bulantı gibi hazım teşevvüşlerine ait müşahedelerimiz bize midenin radyolojik tetkikinin uygun olacağını düşündürdü. Bu maksatla rastgele seçtiğimiz 13 vak'anın 2'sinde mide sağa itilmiş, alt hududu krista ilyakaların 5 parmak altına kadar inmiştir. Aynı zamanda midede bariz bir şekil bozukluğu vardı. İştahsızlıktan müşeteki olan diğer iki hastanın mide tetkiklerinde aşikâr bir mide düşüklüğü müşahede edildi. 5 hastada ortotonik bir mide, 2 vak'anın midesinde de aşikâr bir sağa itilme tesbit ettik. Bunlardan birisine sola frensektomi yapılmıştı. Bir vak'a da hipotonik mide, bir diğerinde de kaskat mide görüldü. Bunların hepsi en az 12-18 aydanberi P. Pn. tedavisinde olup ree'ler bakımından ikisi müstesna, diğerlerinde hiç bir selâh müşahede edilmemektedir. Ayrıca hemen hepsinde batın uzuvlarında yer değiştirme, düşme görülmektedir, bu surette P. Pn. yapılan

hastaların subjektif şikâyetleri aşikâr müsbet delillerle ispat edilmiş oluyor.

N e t i c e :

Bütün bu ve diğer klinik müşahedelerimize müsteniden diyebiliriz ki P. Pn. tedavisi zannedildiği nispette komplikasyonsuz ve bir çoklarının iddia ettiği kadar faydalı bir metod değildir. Endikasyonlarının tayininde çok titiz davranmak, bunu hazırlayıcı bir tedavi olarak kabul etmek, metodun sağladığı müsait neticelerde fazla hayale kapılarak diğer tedavi imkânlarından zamanında istifadeyi ihmal etmemek lüzumludur kanaatindeyiz.

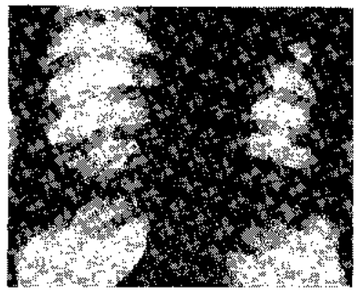
Pnomo-perituvan tedavisindeki hastalardan; radyolojik mide tetkiki yapılan, bazı vak'alar:

1. E. A. Kadın, Yaş: 25 Prot: 856/1956

Onsekiz aydanberi Pnomo-perituvanla tedavide. Balgamda B. K. (+).

Hazım teşevvüşü ve midesindeki ağrıdan şikâyet ediyor.

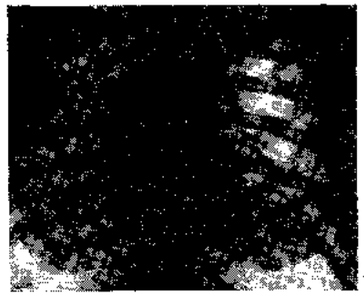
Midenin radyolojik tetkiki: Mide sağa itilmiş, alt hududu krista-ilyaka'nın 5 parmak altında.



2. H. A. Kadın, Yaş: 26 Prot: 1200/1956

Onsekiz aydanberi Pnomo-perituvanla tedavide. Balgamda B. K. (+).

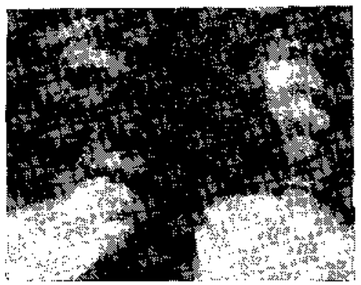
Midenin radyolojik tetkiki: Midede ve diğer batın uzuvlarında ileri derecede düşme mevcut.

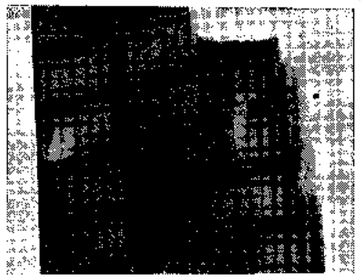


3. G. A. Kadın, Yaş: 18 Prot: 949/1956

Yedi aydanberi Pnomo-perituvanla tedavide. Balgamda B.K (+).

Her Pnomo-perituvandan sonra midesindeki ağrı ve bulantıdan şikâyet ediyor. Midenin radyolojik tetkiki: Kaskat mide.



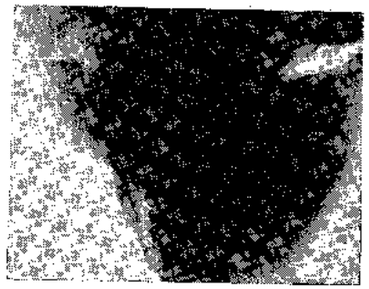


4. S. Ö. Kadın, Yaş: 23 Prot: 1226/1956

Onsekiz aydanberi Pnomo-perituvanla tedavide. Balgamda B. K. (+).

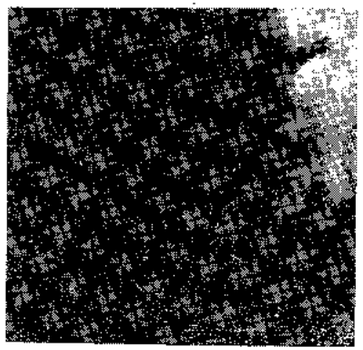
Her Pnomo-perituvandan sonra bulantı ve hazım teşevvüşünden şikâyet ediyor.

Midenin radyolojik tetkiki: Mide ve batın uzuvları orta, hattâ ve aşağıya itilmiş.



5. B. K. Kadın, Yaş: 30 Prot: 1141/1956

Bir senedenberi Pnomo-perituvanla tedavide. Balgamda B.K (+)
Radyolojik tetkiki: Mide sağa itilmiş.

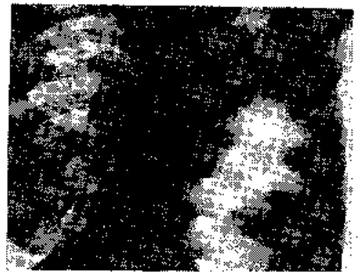


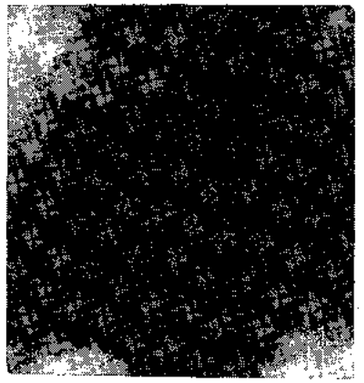
6. Z. K. Kadın, Yaş: 26 Prot: 1113/1956

Otuz aydan beri Pnomo-perituvanla tedavide. Sola frenisektomi yapılmış. Balgamda B. K. (+).

Karındaki ağrı ve bulantıdan şikâyet ediyor.

Midenin radyolojik tetkiki: Mide sağa itilmiş, çorap şeklinde.





BİBLİOGRAPHİE

1. **Sellars:** T. H. and Livingstone modern practicsin tüberculosis 1952, vol 2, chapt 3.
2. **Fremmel, F.:** Am. Rev. Tuberc. 32:686, 1935.
3. **Prof. E. Bernard:** Revue de la tuberculose 7-8, 1951.
4. **Banyai:** A. Lancet 60:120, 1940.
5. **Banyai:** A. L. Am. J. M. se 196:207, 1938.
6. **Roumaguaç:** Rev. de la Tub. 7-8, 1951.
7. **Bernard:** E, Chadourne P. Paley P. Y. Reneand el Bull, Soc, Méd, Hôp Paris, No: 23-24, 1951.
8. **Brummer, A:** Verhandl d, Deutsch, Gesellsch. F. İn. Méd. 253, 1950.
9. **Rist E:** Masson 1949, pp 40-546.

SUMMARY

Reults of treatment by pneumoperitoneum

The results of the treatment of tuberculosis by pneumoperitoneum in 170 patients followed during a period of 3 months to 3 years are not very satisfactory.

Pneumoperitoneum is not, as some authors believe, an uncomplicated procedure; we did not find either the usefulness some authors attribute to it. Indications for this procedure should be carefully laid; pneumoperitoneum must be considered only as a preliminary sort of treatment. Doctors must evaluate realistically its true efficiency and never neglect the application of sounder methods.

RÉSUMÉ

Résultats du traitement par le pneumopéritoine

Les résultats du traitement par le pneumopéritoine chez 170 patients contrôlés de 3 mois à 3 ans ne sont malheureusement pas satisfaisants.

Le pneumopéritoine n'est pas, comme certains auteurs le prétendent une méthodo sans complications; en outre, elle est loin de comporter toute l'utilité que certains lui attribuent. Il importe d'en préciser soigneusement les indications, de la considérer comme une méthode de traitement préliminaire et de ne se faire aucune illusion sur sa valeur réelle afin de ne pas négliger l'application autres méthodes plus efficaces.

Naile Sağlam Verem Araştırma Enstitüsü

Direktör

Ord. Prof. Dr. Tevfik Sağlam

KOCH BASİLİ KÜLTÜRÜ İÇİN BİLİNEN USULLERE RÜÇHANİYETİ OLAN YENİ BİR METOD

Dr. MEFKÛRE ÇİNTAN

Tüberküloz basili ancak zengin vasatlarda ve çok yavaş ürediği için beraber bulunan diğer mikroplar süratle çoğalıp Koch basilinin üremesine mâni olurlar. Steril alındığı takdirde serebro-spinal likör, plevra ve mafsal sıvılarından kültür kolay elde edilir, fakat balgam, idrar ve mide usaresi gibi materyellerde diğer bakterileri bertaraf edebilmek başlı başına bir problem teşkil etmektedir. İn vitro olarak bu mikropları bertaraf etmek için kullanılan sud, fosfat trisodik, amonyak tuzları, asit klorhidrik, asit sülfürik v.s. gibi kimyevî maddeler Koch basili için daima ziyanlı olmuş ve hiç bir zaman tatminkâr netice vermemişlerdir.

Deterjanların bakterisit tesirleri hakkındaki etüdler bu maddelerin diğer bakterilere nazaran tension superficielle bakımından daha mukavim olan Koch basillerine tesir edemiyecekleri kanaatini husule getirmesi üzerine *Browning, Calver* ve *Peterson* tarafından balgamların homojenizasyonu için kullanılan ve bir alkolo-sülfat olan tipol (teepol)'ü *Tison* ve arkadaşları Koch basili kültüründe diğer bakterileri bertaraf etmek için kullanmayı düşünmüşlerdir.

Müellifler tipolün tesirini üç bakımdan tetkik etmişlerdir:

A. Diğer bakteriler üzerine tesiri,

B. Koch basili üzerine tesiri,

C. Balgamın homojenizasyonu üzerine tesiri.

İlk tecrübelerde tipolü olduğu gibi kullanmışlar ve 1cc kraşaya 2cc tipol ilâve etmişlerdir. Çöküntünün yağlı manzarası bu maddenin iyi münhal olmadığını göstermiştir. Müteaddit lavajlar yapılmasına rağmen yine neticeler tatminkâr olmadığı için tipolü sulandırmayı düşünmüşlerdir. %25 - %10'luk nötr solüsyonlarla, bakterisit olmalarına rağmen, homojenizasyon natamam olmuştur. Bunun üzerine tipolün %25'lik alkalen solüsyonunu hazırlamışlardır. Daha düşük konsantrasyonlarla homojenizasyonun iyi olmadığı ve santrifüjden sonra da fazla miktarda çöküntü husule geldiği görülmüştür.

Zira homojenizasyonun gayesi tâli mikropları tahrip ve materyelin hacmini azaltmaktır.

Fazla manipülasyona mâni olmak için aynı zamanda nötralize ve dilüe edebilecek bir endikatör solüsyon kullanmayı düşünmüşlerdir [*].

Tison metodunun esası:

Tipol 25cc.

Saf sud 1 gr.

Steril distile su ile 100cc.'ye iblağ edilerek hazırlanan mahlûlden 2cc. kraşaya 4cc. ilâve edilir, büyük konik santrifüj tüpüne konarak (50cc.) yarım saat lâboratuar hararetinde devamlı olarak çalkanır. 1 litre distile suya 1/250'lik pourpre de broncrésole den 2cc. ilâve edilerek yarım saat 120 derecede sterilize edilir, soğuduktan sonra da saf asit sülfürikden 0,90cc. ilâve edilir.

Homojen hale gelmiş olan kraşanın üzerine bu mahlûlden bir miktar dökülünce mavi renk husule gelir, bu mavi rengin ortasında sarı hareler görülünceye kadar mahlûl ilâvesine devam edilir, fakat tam sarı rengin husulüne mâni olunmalıdır (zira bu takdirde asidite fazladır). Lavajlarla da nötraliteye yaklaşılır. Nötralite şüphesiz aproksimatiftir. Fakat ekilen az miktarın hacmi ile vasatın büyük hacmi karşısında kıymetini kaybeder, çünkü *Jensen* vasatının tampon tesiri de müessir olur. Bu tarzda nötralize edilmiş olan materyel 1 saat 3000 t/ dakika santrifüje edildikten sonra üstte kalan mayi dökülür ve bakiye 6 Jensen tübüne taksim olunur (kabil olduğu takdirde de sediman iki defa steril distile su ile yıkanmalıdır).

Tison ve arkadaşları tecrübelerinde tipolü sud ile mukayese etmişler ve şu neticeye varmışlardır:

a. Diğer bakterileri suddan daha iyi bertaraf etmektedir.

b. Koch basillerinin vitalitesine daha az müessir olmaktadır.

c. Homojenizasyon tam olmaktadır.

Biz enstitümüzde şimdiye kadar tâli bakterileri bertaraf etmek için kullanılan başlıca maddelerden asit sülfürik, asit klorhhidrik,

[*] Nötralizasyon ile beraber yapılan dilüsyon P.A.S. gibi balgamla itrah edilen antibiyotiklerinde sulanmalarını sağlayıp tesirlerini ortadan kaldırır.

sud ve tipolü mukayese edebilmek için beher kraşayı bu maddelerin dördü ile yarımşar saat muamele ettik:

2cc. kraşa 4 cc. tipol (Tisonun yukarıda bahsedilen tipol solüsyonu gibi hazırlanmıştır).

2cc. kraşa 6cc. HCL %3.

2cc. kraşa 2cc. SO4H2 %15.

2cc. kraşa 6cc. sud %4.

Asgarî üreme müddetini tayin için de sekizinci günden itibaren her gün kontrol ettik. Elde ettiğimiz bulgular aşağıdaki şemada açık olarak görülmektedir.

N e t i c e :

Elde ettiğimiz netice Tosun'un bulgularına büyük bir müşahebet göstermektedir.

Biz Tison gibi 50cc.'lik ve tam üç bin turluk bir santrifüje sahip olmamaya ve homojenizasyon için lüzumlu çalkalama ameliyesini otomatik bir vibrörle yapmamış olmamıza rağmen yine böyle bir deterjanla en iyi homojenizasyon metodu olarak bilinen sud metodundan daha iyi bir netice elde etmiş bulunuyoruz.

Bizim neticelerimizde sud ve deterjan metodları arasındaki fark, Tison'unki kadar büyük değildir. Bu fark iki sebepten ileri gelebilir:

1. Çalışma imkânlarımızın çok farklı olması,

2. Henüz vak'a sayımızın az oluşu.

L İ T E R A T Ü R

Tison (F.) Ann. İnst. Pasteur T. 80 1951

Tison (F.) Ann. İnst. Pasteur T. 87 No. 6 1954

Tison (F.) Ann. İnst. Pasteur T. 87 No. 6 1954

Tison (F.) Ann. İnst. Pasteur T. 89 No. 1 1955

Tison (F.) Rev. de la tub. No. 3 1955

Tison (F.) Rev. de la tub. No. 3 1956

45 KRAŞA
Direkt (—) 18
Kültür (—) 13
Direkt (+) 27
Kültür (+) 32

	HOMOJE NİZAS-YON	ÜREME MÜDDETİ			260'şar TÜPLÜK SERİLERE GÖRE			
		Min.	Mak.	Op.	Koch B. +	Koch + Sap. +	Koch — Sap. +	Koch — Sap. —
TİPOL	İyi	10	25	17	80	21	31	128
					%30,7	%80,7	%11,9	%49,2
H. CI	Fena	10	31	21	47	17	37	159
					%18	% 6,5	%14,2	%61,1
H_2SO_4	Fena	15	30	23	26	11	28	195
					%10	% 4,2	%10,7	%75
SUD	İyi	10	27	19	71	32	36	121
					%27,3	%12,3	%13,8	%46,5

SUMMARY

A new method of culture of tubercle bacilli showing some advantages over classical methods

We apllied the Tison method for detection of tubercle bacilli and obtained results similar to the author's. We did not have a 50 cc. centrifuge turning at a speed of 3000 r.p.m. and we could not mix the solution with an automatic vibrator; however, by using a detergent, we obtained better results than with the soda method which is actually considered the best of concentration procedures.

In our results the difference between the detergent method and the soda method are not as important as with Tison. This may be due to 2 reasons:

1. A great difference between the working procedure of Tison's and ours.

2. Our limited number of cases.

RÉSUMÉ

Une nouvelle méthode de culture de bacilles de Koch offrant des avantages par rapport aux méthodes classiques

Nous avons appliqué la méthode de Tison et obtenu des résultats analogues à ceux de l'auteur.

Bien que ne possédant pas comme Tison un centrifuge de 50 cc. tournant à 3000 tours et que nous n'ayons pu agiter le mélange au moyen d'un vibrateur automatique, nous avons obtenu en employant un détergent, des résultats supérieurs à ceux obtenus par la méthode de soude qui est pourtant la meilleure méthode d'homogéinisation.

Dans not résultats, les différences constatées entre la méthode de détergen et celle de soude ne sont pas aussi grandes que celles constatées par Tison. Cela peut provenir de 2 raisons:

1. La différence considérable entre notre méthode de travail et celle de notre confrère étranger.

2. Le nombre limité de nos cas.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Fitizyoloji Kliniği
Direktör
Prof. Dr. Nusret Karasu

KİST HİDATİĞİ TAKLİT EDEN BİR OSTEOSARKOM VAK'ASI

Prof. Dr. CELÂL ERTUĞ Dr. DEMİRTAŞ KOCAÇITAK
Dr. CENGİZ ÖZEK

Artvinin Şavşat kazasından 23 yaşında bir erkek olan hastamış, şiddetli göğüs ve sırt ağrıları, nefes darlığı, öksürük, balgam çıkarmak ve boynunda şişkinlik şikâyetleriyle kliniğimize yatırıldı (Fitizyoloji Kliniği, Arşiv No. 1051, 20/1/1956).

Hastalığın hikâyesi: Bir sene önce yüzü morarıyor, nefesi daralıyor ve boynu şişiyor. Bu şişlik gittikçe artıyor. Bilâhare göğüs ve sırt ağrıları başlıyor. Bir ay kadar önce boynu çok fazla şişmiş, boğulur gibi şiddetli nefes darlığı nöbetleri gelmeğe başlamış. Samsunda yapılan radyolojik tetkiklerde mediyasten tümörü teşhisi konularak, tetkik için kliniğimize yatırılıyor.

Klinik bulgular: Hasta hafif kambur, göğsü ileriye doğru çıkık, boyun damarları dolgun görülüyor. Sağ hemitoraks kaidesi solunuma az iştirak ediyor, vokal vibrasyon kaybolmuş, sübmatite alınıyor. Sağ önde klaviküladan 4'üncü aralığa kadar matite var. Dinlemekle her iki akciğerde solunum sesleri şiddetli. Diğer sistemler normal.

Lâboratuvar bulguları: Tüberkülin (D Mantoux) menfi. Balgamda Tb. basili teksif ve kültür ile menfi. Weinberg, Kahn, Wassermann reaksiyonları menfi. Casoni müsbet. Sedim 4 mm. Kan sayımı, lökosit formülü, idrar muayenesi normal.

Larengoskopi normal.

Radyolojik bulgular: Akciğer grafisinde sağda zirveden 2'nci kosta ön kavsine kadar uzanan, iç kısmı mediyasten gölgesiyle karışan takriben 10 cm. çapında keskin hudutlu, yuvarlak, homojen kesif bir gölge ile bu gölgenin altında ve onunla karışan, iç kısmı mediyastenle temadi eden takriben 8 cm. çapında keskin hudutlu yuvlrlak diğer bir homojen gölge görülmektedir. Üst mediyasteni kaplayan homojen gölgenin sol kenarı, sol akciğerin mediastinal kenarını hafifçe taşarak dışa doğru konveks bir sınır çizmektedir.

Sağ yan grafide homojen gölgenin üst lobun apikal segmentini işgal ettiği ve mediyastenin ön kısmında bulunduğu, trakeaya baskı yaptığı tesbit edilmiştir. Kimografide pülzasyon göstermeyen homojen gölgeler, yapılan akciğer tomografisinde bütün kesitlerde görülmüştür.

Boyun grafilerinde, servikal vertebraların normal olduğu, 3-4-5 dorsal vertebraların ise üstüste bindiği görülmüştür.

Klinik seyir ve netice: Hasta kliniğimizde 15 gün yatarak yukardaki tetkikler yapıldı. Bu esnada umumî hali iyi olup, hararet ve nabız normaldi. Yapılan tetkikler neticesinde, üst mediyastende tümöral processus veya üst dorsal vertebralardan menşe alan soğuk apse veya daha büyük bir ihtimalle kist hidatik düşünülerek eksploratris torakotomi endikasyonu konuldu. Hasta 25/1/1956 tarihinde Ankara Tıp Fakültesi 1'inci Cerrahî Kliniğine nakledildi. Burada yatarken parapleji teessüs etti. 21/2/1956 günü yapılan cerrahî müdahaleden sonra vefat etti.

Ameliyatta alınan parçanın anatomo patolojik tetkiki ile Osteosarkom teşhisi konuldu. (Ankara Tıp Fakültesi Patolojik Anatomi Enstitüsü biyopsi Prot. No: 452/1956).

Kliniğimizde bu vak'adakine benzer radyolojik görünüşleri veren, hattâ parapleji teessüs eden kist hidatik vak'aları tesbit edilmiş ve bunlarda yapılan cerrahî müdahaleler ile iyi neticeler alınmıştır. Genç bir erkek olan hastamızda, Casoni müsbet olup, evinde köpek besliyordu, radyolojik manzara kemiklerde harabiyet göstermiyordu. Burada habis bir tümör'den ziyade bir kist hidatik üzerinde durduk. Fakat operasyon ve anatomopatoloji habis durumu aydınlattı. Bu vak'adan birkaç ay sonra nefes darlığından şikâyetle müracaat eden 24 yaşında bir Tıp talebesinin akciğer filminde sağ akciğer zirvesinin iç kısmında (bu vak'aya benzer) yuvarlak homojen, kesif bir gölge tesbit ettik.

Bu vak'ada da Casoni müsbet, Weinberg menfi, Eozinofili %8 bulundu. Kist hidatik teşhisiyle ameliyata sevkettik. Burada tebliğ ettiğimiz vak'adaki gibi habis bir durum olmasından da korkuyorduk. 1'inci Cerrahî Kliniğinde, ameliyatı başarı ile yapılan hastanın ameliyat materyclinin anatomopatolojik tetkiki ile nörinoma teşhisi konuldu. Bu iki vak'a mediyastendeki tümöral processus'lerin teşhisinde ekploratris torakotominin ehemmiyetini göstermektedir.

SUMMARY

A case of osteosarcoma simulating an hydatic cyst

Our patient aged 23 had been hospitalized in our clinic on January 10, 1956. He complained since one year of pains in the thorax and the back, respiratory difficulties, a tumefaction in the neck and suffered also from cough and expectoration. Tuberculine testing and the culture of tubercele bacilli yielded negative results. The casoni reaction was positive. A radiological examination revealed the presence in the apex of the right hemithorax, of 2 round, homogenous masses which merged with the mediastinal shadow. These masses were situated in the anterior mediastinum and did not show pulsations on the kymograph.

On basis of these findings we suspected in our patient a tumor of the mediastinum, a cold abscess originating in the superior dorsal vertebrae or, more probably, an hysatic cyst. The patient was transferred to a surgical clinic for an exploratory thoracotomy and died soon after the operation; post-mortem examination revealeld the presence of an osteosarcoma.

RÉSUMÉ

Un cas d'osteosarcome simulant un kyste hydatique

Notre malade, âgé de 23 ans, avait été hospitalisé dans notre clinique le 10/1/1956. Il souffrait depuis plus d'un an de douleurs dans la poitrine et dans le dos, de difficultés respiratoires, d'une tuméfaction au cou, et se plaignait également de toux et de crachats. Le test à la tuberculine ainsi que la culture du bacille de Koch donnârent des résultats négatifs. Seule la réaction de Casoni fut positive. L'image radiologique révéla la présence au sommet de l'hémitorax droit de 2 masses rondes, homogènes qui se confondaient avec l'ombre du médiastin. Ces ombres qui correspondaient au médiastin antérieur ne manifestaient pas de pulsation au kymographe.

Devant ces résultats, nous avons soupçonné chez notre patient un processus tumoral dans me médiastin supérieur ou un abcès froid provenant des vertèbres dorsales supérieures ou plus probablement un kyste hydatique. Le malade fut transféré à la clinique de chirurgie pour une thoracotomie exploratrice et décéda peu après l'opération. L'examen anatomo-pathologique révéla la présence d'un ostéosarcome.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Fitizyoloji Kliniği
Direktör
Prof. Dr. Nusret Karasu

MEMLEKETİMİZDE SON SENELERDE RESPİRATUVAR TÜMÖR VAK'ALARININDA GÖRÜLEN ARTMA

Prof. Dr. NUSRET KARASU Dr. DEMİRTAŞ KOCAÇITAK

II'nci Türk Tbc. kongresinde, Ankara'da klinik ve dispanserlerimizde tetkik ettiğimiz her 1000 kişide bir respiratuvar habis tümör bulduğumuzu bildirmiştik. Ankara Tıp Fakültesi, Nümune Hastahanesi ve Gülhane Askerî Tıp Akademisinde 18 sene zarfında yatan 417.096 hastadan 3948'inde habis tümör teşhis edilmiş olup, bunların takriben 1/10'u solunum sistemine aittir. Bu neticeler bizim bulduklarımıza uymaktadır.

İstatistik Umum Müdürlüğünün, 25 vilâyet merkezine şamil istatistiğine göre, yurdumuzda Ca'den ölüm 1936'da 100.000 nüfusta 6,4 iken, 1950'de 10'a çıkmış, yani %56 artmıştır.

İstanbul Tıp Fakültesi Patolojik Anatomi Enstitüsünde yaptığımız araştırmada, 1934-1955 seneleri arasında yapılan 13.112 otopsiden 311'inde (%2,3 nispetinde(respiratuvar tümör tesbit ettik. Bunların 270'inde bronş Ca i bulunmuştur. Bronş Ca nisbeti (1934 - 1939) seneleri arasındaki otopsilerde %1,4, (1940 - 1944) seneleri arasında %1,4, (1945 - 1949) seneleri arasında %2,2, (1950 - 1955) seneleri arasında %2,7'dir. Son 20 sene zarfında otopsilerde bronş Ca nisbetinin %93 arttığı görülmektedir.

Bu neticeler son yıllarda, bütün dünyada olduğu gibi, memleketimizde de habis tümör ve bu arada bilhassa akciğer Ca vak'alarında önemli bir artış kaydedildiğini göstermektedir. Elimizdeki teşhis ve araştırma vasıtalarının kemiyet ve keyfiyetce inkişaf etmesinin bu artışta kısmen rolü bulunmakla beraber, tıbbî ve sosyal ilerlemeler sayesinde, çeşitli hastalıklardan bilhassa enfeksiyonlardan (bu arada Tbc.'dan) genç yaşta ölüm nisbetinin azalması neticesinde ortalama ömrün uzamasının, Ca. çağını teşkil eden yaşlı grupları çoğalttığı muhakkaktır.

Tütün v.s. tahriş edici maddelerin Ca. husulünde rol oynadığına dair, epeyce neşriyat bulunduğu malûmdur. Memleketimizde olduk-

ça yaygın bulunan Tbc. ile Ca. arasındaki münasebete müteallik araştırmalar başka bir tebliğimizde bildirilmiştir. Bu araştırmalarımızın neticelerine göre, memleketimizde son yıllarda akciğer Ca.'ında görülen artma sebepleri arasında Tbc.'un önemli bir hissesi vardır.

Gençlerde Tbc. mortalitesinde azalma neticesi, Tbc.'luların daha uzun yaşayarak Ca.'e yakalanma nisbetinin artması, yani tesadüfi beraberlik Ca. ve Tbc. kombinasyonunda rol oynamakta ise de, bir çok vak'alarda eski Tbc. lezyonlarının bronş Ca.'ine predispozisyon yarattığı tesbit edilmiştir. Buna nazaran diğer faktörler arasında Tbc. mortalitesinde görülen azalma nisbetinde, bronş Ca. vak'alarının gittikçe artması beklenebilir.

T e ş e k k ü r : Gerekli araştırmaları yapmak müsaadelerini esirgemeyen İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Patolojik Anatomi Enstitüsü Direktörü Ord. Prof. Dr. Besim Turhan'a teşekkürlerimizi sunarız.

S U M M A R Y

I n c r e a s e i n t h e n u m b e r o f r e s p i r a t o r y t u m o r s i n o u r c o u n t r y d u r i n g t h e l a s t y e a r s

We had stated before the IInd Turkish Congress for Tuberculosis that for every thousand cases examined in cilinics or dispensaries there was one of malignant respiratory tumor. According to the reports published by the General Direction of Statistics on the health status of 25 centers, the mortality from cancer has increased by 56% from 1936 to 1956. Among the 13112 autopsies performed at the Pathologic Anatomy Institute of the Istanbul Faculty of Medicine during the period 1934-1955, respiratory tumors were found in a proportion of 2.3%. The proportion of bronchial carcinoma has increased by 93% during the last 20 years. These results show that lately the proportion of lung cancer has considerably increased in our country as well as in others. The evolution in our means of investigation and diagnosis has undoubtedly contributed to this rise; however, we must also consider the influence of the diminishing death rate from tuberculosis (due to medical and social progress). In another communication, we stressed the relation existing between lung cancer and tuberculosis (so common in our country). Therefore we assume that tuberculosis plays an important role in the increase of lung cancer cases which occur in our country during the last years.

R É S U M É

L'a u g m e n t a t i o n d u n o m b r e d e s t u m e u r s r e s p i r a t o i r e s d a n s n o t r e p a y s a u c o u r s d e s d e r n i è r e s a n n é e s

Nous avions communiqué lors du II. ème Congres Turc de la Tuberculose qu'il existait un cas de tumeur respiratoire maligne pour chaque millier de sujets examinés dans les cliniques et dispensaires. D'après les rafforts publiés par la Direction Générale des Statistiques et portant sur 25 centres départementaux, la mortalité par cancer a augmenté de 56% de 1936 à 1950. Au cours des 13112 autopsies pratiquées à l'Institut d'Anatomie Pathologique de la Faculté de Médecine d'Istanbul durant la période 1934-1955, la proportion de tumeurs respiratoires était de 2.3%. La proportion de carcinome bronchique a augmenté de 93% au cours des dernières 20 années.

Ces résultats indiquent que durant les dernières annés la proportion de cancer du poumon a augmenté considérablement dans notre pays comme partout a illeurs. Tout en admettant le rôle joué dans cette augmentation par l'amélioration de nos moyens de recherche et de diagnostic, il faut aussi admettre l'influence de la diminution du taux de mortalité par tuberculose (due aux prorès médicaux et sociaux.) Nous avons exposé dans une autre communication la relation existant entre le cancer du poumon et la tuberculose si répandue dans notre pays. C'est pourquoi nous estimons que la tuberculose joue un rôle important dans l'augmentation des cas de cancer du poumon constatée dans notre pays au cours des dernières années.

Fitizyoloji Kliniği
Direktör
Prof. Dr. Nusret Karasu

KLİNİĞİMİZDE TESADÜF EDİLEN BİR ARTERİA ANONİMA VAK'ASI

Prof. Dr. CELÂL ERTUĞ Dr. DEMİRTAŞ KOCAÇITAK
Dr. İNCİ DOĞRU Dr. CENGİZ ÖZEK

Takdim edeceğimiz hasta Eskişehir'in Mihalıççık kazasından, 1905 doğumlu M. A., 20/10/955 tarihinde ses kısıklığı, nefes darlığı, boğazında yanma, kaşıntı ve zayıflamaktan şikâyetle kliniğimize yatırıldı (Fitiz. Kl. Arşiv No. 1005).

Hastalığın hikâyesi : 1955 senesi Ağustos ayında sesi kısılmış, nefesi daralmış ve halsizlik hissetmiş. Bu hali 20 gün devam etmiş. Wassermann (—), Sedimantasyon bir saatte 28 mm., iki saatte 49 mm. bulunmuş. Radyogramda yukarı medyastinum bölgesinde sağ paratrakeal kısma taşmış, sağ kenarı keskin homojen bir kesafet görülmektedir. Bu durumda Ankara'ya gelerek kliniğimize yatırılmıştır.

Klinik bulgular : Umumî hali tabiî.

Solunum sistemi : Ses kısıklığı sebebiyle, palpasyonla, vokal-fremitus alınamıyor. Perküsyonla her iki zirvede ve sağda daha fazla olmak üzere paravertebral nahiyelerde ve kaidelerde submatite mevcut. Her iki kosto-frenik sinüs açık. Dinlemekle iki akciğer sahasında da sibilan ve ronflan raller, koltuk altından kaideye kadar, sağda daha bariz olmak üzere krepitan raller alınıyor. Solunum sesleri iki tarafta da hafiflemiş.

Lenfa Sistemi : Boynun sağ taarfından mandibula ağısı hizasında soliter ve fındık cesametinde bir lenf bezi ele geliyor.

Diğer sistemler tabiî.

Lâboratuar : PPD (+), Erisrosit adedi 3.260.000, Hb. %70, Lökosit adedi 18.400, kan formülü normal bulunmuştur, Sedimantasyon 17 mm., idrar normaldir.

Bronkoskopi : Sağ ana bronşun dışardan içeriye doğru tazyik edilerek daralmış olduğu görüldü. Bronş lavajının Patolojik Anatomide tetki ile «Münferit ve plâklar halinde oval nüveli ve silli yüksek silindirik epitel hücreleri ile bunların dejenere şekilleri, des-

quamèe epitel hücreleri, birkaç lenfosit tesbit edilmiş, atipik ve tümöral elemana rastlanmamıştır.»

Biyopsi : Hastanın boynundaki lenf ukdesi çıkarıldı ve Patolojik Anatomide tetkik edilerek «Yer yer nekroz ve bunların etrafında epiteloid histiyosit ve lenfositlerden ibaret topluluklar tespit edilmiş ve strüktürünü kaybeden lenf düğümünün bazı kısımlarda hayalinize bağ dokusu demetleri ihtiva ettiği görülerek Adenit Tbc. teşhisi konulmuştur.»

Laringoskopi : Hastaya K.B.B. servisinde Laringoskopi yapıldı ve sağ kord vokalin hareketsiz ve orta hat üzerinde olduğu ve normal sağ bronş mükozasında yer yer ekimozlar bulunduğu ve sağ bronşun dış taraftan tazyik ile itilerek lümenin tamamen daraldığı tesbit edildi.

Röntgen : Her iki hilus dolgun, sağda klavikula üstünde, sola nazaran, gölge koyuluğu artmış tüllenme manzarası var, üst medyastende; oval biçimde, büyük çapı takriben 12 cm., küçük çapı 9 cm. olan homojen bir kefaset görülmektedir.

Hastaya Baryum yutturularak çekilen sağ-ön oblik filmlerde, üst medyastenin ön kısımlarında özefagus üzerine tazyik yaparak lümeni daraltan takriben 9 cm. çapında homojen bir kesafet görülmektedir.

Skopik muayene ile üst medyastenin ön kısmında yerleşen kitlenin pülzasyon göstermediği tesbit edildi.

Hasta vefat ettiği için Kimografi yapılamadı.

Netice : Hasta 30/12/1955 tarihinde şiddetli bir hemoptizi geçirdi. İki gün sonra tekrarlayan kanama ile vefat etti.

Otopsi : Otopsi raporuna göre histo-patolojik teşhis «Mesaortitis Lüetika, Arteria Anonyma Anevrizması ve bütün organlarda yaygın hiperemidir.»

Literatürde A. Anonyma anevrizmaları nadirdir. Kliniğimizde şimdiye kadar sadece yukarda zikredilen vak'aya rastlanmıştır.

SUMMARY

A case of arteria anonyma

Our patient, aged 51, was hospitalized on October 20, 1956 in our clinic. He complained since two months of a burning sensation in the throat, pruritus and weight loss.

Radiological examination of the patient revealed the presence, in the superior mediastinum, of an ovale mass, 9 to 12 cms. in diameter. Bronchoscopic examination showed an exterointern narrowing of the right bronchus and laryngoscopic examination showed that the right vocal cord stood motionless in the middle line.

A right-anterior radiography taken after barium ingestion revealed the presence of a homogenous mass, 9 cms. in diameter which exerced a pression on the oesophagus, thus narrowing its lumen at the level of the anterior mediastinum. Radioscopy showed also that the tumor was non-pulsating. The patient died from hemoptysy. Post mortem examination revealed the presence of mesaortitis syphilitica and an aneurysma of the arteria anonyma.

RÉSUMÉ

Un cas d'arteria anonima rencontré dans notre clinique

Notre malade, âgé de 51 ans, a été hospitalisé le 20.10.1956 dans notre clinique. Le patient se plaignait depuis 2 mois de brûlures à la gorge, prurit et amaigrissement.

La radiographie a montré la présence, dans le médiastin supérieur, d'une masse ovale de 9 à 12 cm. de diamètre. La bronchoscopie a décelé un rétrécissement extéro-interne de la bronche droite et l'examen laryngoscopique a révèlé que la corde vocale droite était située sur la ligne médiane et restait immobile.

La radiographie oblique droite-antérieure faite après ingestion de baryum révéla la présence d'une masse homogène de 9 cm. de diamètre qui faisait pression sur l'oesophage et en réduisait la lumière au niveau du médiastin antérieur. La radioscopie omntra en outre l'absence de pulsations dans cette tumeur.

Le malade décéda par la suite d'une hémoptysie. Le rapport d'autopsie indiqua la présence d'une mésoaortite syphilitique et d'un anévrisme de l'artère anonyme.

Atatürk Sanatoryumu

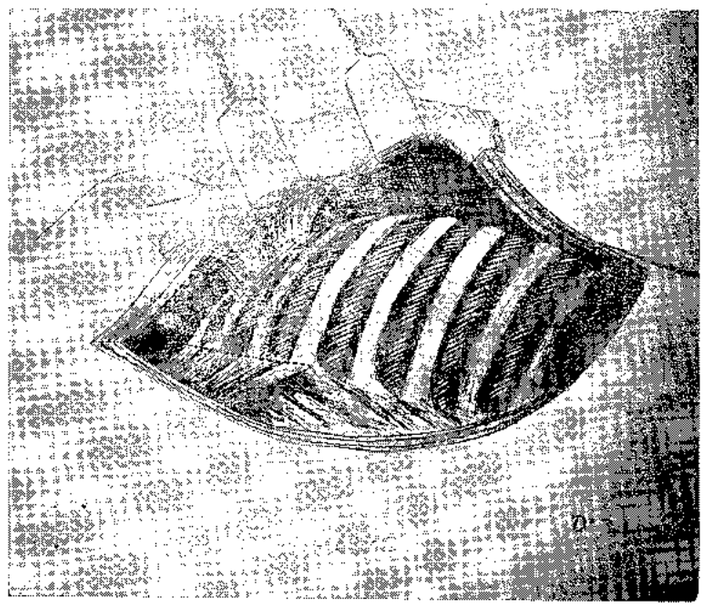
Başhekim

Dr. Enver Bozyakalı

ALTTAN BAŞLIYAN MODİFİYE TORAKOPİLÂSTİ

Dr. ENVER BOZYAKALI

Sanatoryumumuzda endikasyonu uygun olan (21) hastaya, tadil ederek üzerinde çalıştığımız ve bütün tatbik ettiğimiz vak'alardan memnuniyet verici neticeler aldığımız alttan başlıyan modifiye torakopilâsti metodunu tatbik etmekteyiz.

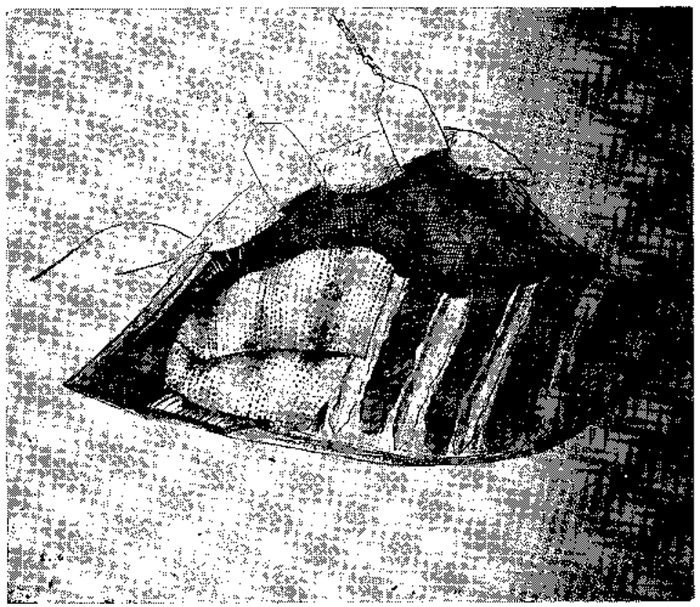


Resim - 1

Bu metod ilk defa *Fruchaud* ve *Bernou* tarafından yapılmış ve bilâhare *Rollin* ve *Thomeret* tarafından kavernlerin apikoliz sebebiyle aşağı doğru yer değiştirmelerine mâni olmak maksadiyle tatbik edilmiştir.

Halen tarafımızdan tadil edilmiş olarak yapılmakta olan bu tersine metod iki seanslı bir ameliyattır. Bu ameliyatın tekniğini şu suretle hülâsa edebiliriz:

I'inci seans: Para vertebral ve suskapular şak ile cidar tabaka tabaka açılır. Skapula kaldırılır. Serratus ve Skalenus adaleleri kostalar üzerindeki irtikâzlarından kesilir. Ve ilk altı kosta ile göğsün üst kısmı tamamen meydana çıkarılır (Resim - 1). Bundan sonra enterkostal mesafenin ve sinirin anestezisi yapılır. Ve altıncı kostadan başlamak üzere (5) ve (4)'üncü kostalar, ilki kostaların arka zaviyesinden başlamak ve yukarı doğru gittikçe ön uçlarına doğru daha fazla olmak ve arka uçları da dezartiküle edilmek üzere ver-

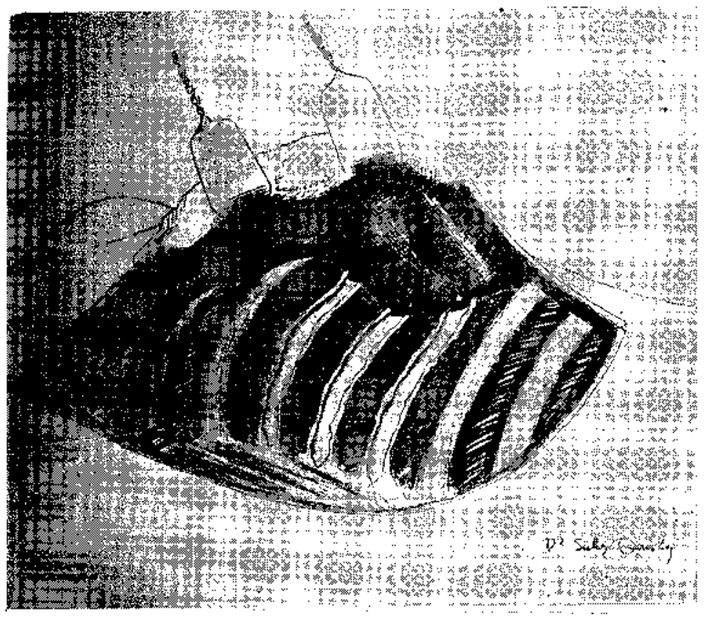


Resim - 2

tebralar hizasına kadar çıkarılırlar. Tamamen hazırlnmış oln göğüs kubbesinin üst kısmın, prepare edilen kısmın tekrar yapışmaması için spongel plâkları konulur. Ve cidar usulü ile, tabaka tabaka kapatılır (Resim - 2, 3).

II'nci seans: İlk ameliyattan (18-20) gün sonra aynı şak üzerinden cidar açılır. İlk seansta hazırlanan ve üzerine spongel plâkları konularak kapatılan poş tekrar açılır. Ve ilk seansta hazırlanan ilk üç kostanın rezeksiyonuna başlanır. Enterkostal mesafenin ve enterkostal sinirlerin anestezisinden sonra önce üçüncü kosta olmak

üzere ikinci ve birinci kostalar rezeke edilirler. Birinci kosta tam ikinci kosta tama yakın rezeke edilir. Akciğer üst kısmından kabil olduğu kadar prapere edilerek kısmî bir apikoliz yapılır. Ve bundan sonra sertleşmiş olan enterkostal adaleler arka nihayetlerinden bağlanarak kesilir. Bilâhare bunlar birbirine ve sonra da ilk seansta ayrılmış olan üçüncü enterkostal adalesine dikilirler (Resim - 4). Bu suretle akciğerin zirvesinde devamlı bir daralma ve çökme husule gelir. Müteakıben cidar tabaka tabaka kapatılır.



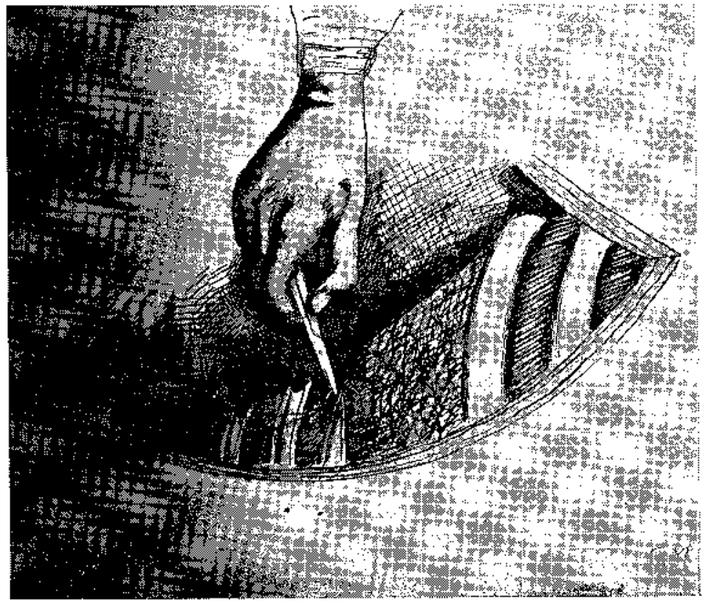
Resim - 3

Akciğer tüberkülozunun tedavisinde metodun iyiliğinden ziyade yerinde konmuş bir endikasyonun faideli olduğu aşikârdır. Bunun için akciğer tüberküloz tedavisinde rezeksiyonlar dahil diğer usullelerin kendi endikasyon hudutları dahilinde sağladıkları muvaffakıyetleri kimse inkâr edemez. Bu bakımdan bizim kendi kliniğimizde metodik olarak kullandığımız bu usulün endikasyon hudutlarını çizmek şüphesiz ki faydalıdır.

Bu metod daha çok üst fussun ilk üç kosta tesir sahasına giren ve cidara yakın bulunan, nihayet küçük bir ceviz cesametinde olan

ve drenaj bronşu açık bulunan ve daha çok arkaya yakın kavitelerinde müessirdir. Büyük çok sert cidarlı, mediyastene yakın ve drenaj bronşu kapalı kavitelerde müessir olmıyacağı kanaatindeyiz.

Biz şimdiye kadar ameliyat ettiğimiz bütün vak'alarda muvaffakıyetli neticeler elde ettik. Bunlardan bilhassa üst fus sahasında tam bir kollaps husule gelmiştir. Hastaların çoğunda pek kısa zaman zarfında basil kültürle menfileşmiştir. Sedimantasyon normal hudutlar dahiline girmiş ve hastalar kilo almışlardır.



Resim - 4

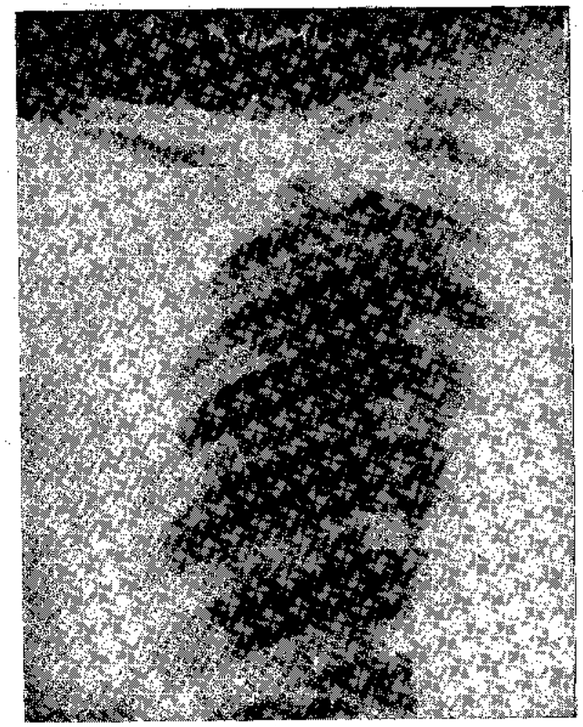
Bu usulün tercih sebepleri nelerdir:

1. İlk seans 6-5-4'üncü kostaların rezeksiyonundan ve ikinci seans için zirvenin preparasyonundan ibaret olduğu için hastalar ameliyata gayetle iyi tahammül göstermekte, post operatif ameliyat reaksiyonları çok hafif seyretmektedir. Bu suretle hasta ikinci seansı severek kabul etmektedir.

2. Birinci seansta zirvenin ve lezyonun altındaki akciğer kısmı sertleştiği ve mediasten de bu seansta oldukça sabit hale geldiği için

ikinci seansta yani zirve kollapsı husule geldiği zaman hastalardan mediasten flatteri, poşun kanla dolması ile husule gelen mediasten itilmesi ve paradoksal teneffüs husulü gibi nahoş komplikasyonlar husule gelmemektedir.

3. İlk seans da alt kısımda kollâbe olmuş ve sertleşmiş bir akciğer sahası husule geldiği cihetle ikinci seansta apikoliz ve enterkostal adalelerin dikilmesi neticesi çökcn akciğer içerisindeki ka-



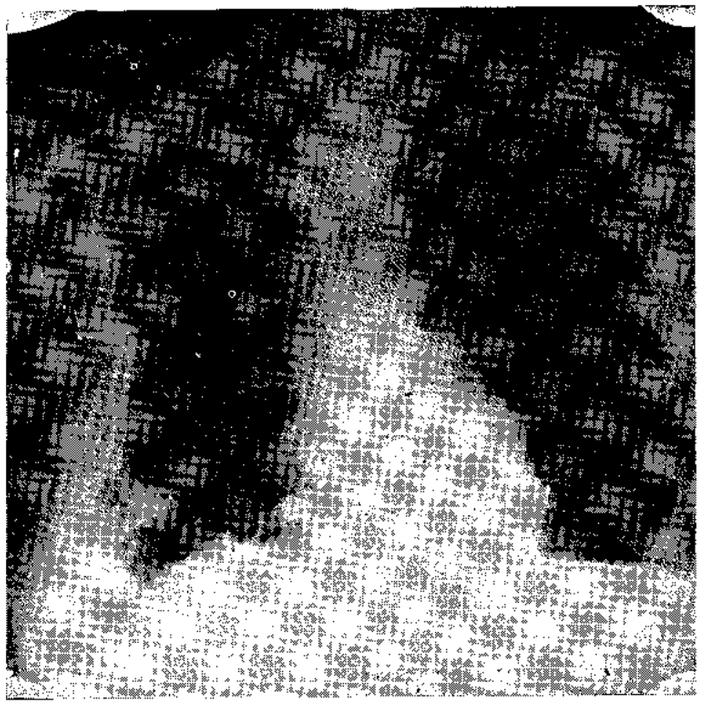
Resim - 5

vernlerin aşağıya kayarak yer değiştirmelerine mâni olunur. Enterkostal adalelerin dikilmesi ile büzülen ve çöken akciğer zirvesi, dikilen enterkostallar, tesebbüt etmiş mediasten ve sertleşmiş olan bu alt kısımdaki akciğer sahası arasında sıkışarak tam ve devamlı bir kollaps temin edilmiş olunur.

4. Hastalarda deveran ve teneffüs kifayetsizlikleri (taşikardi ve dispne) diğer metodlara nazaran daha az husule gelmektedir.

5. Nihayet hastalarda ileri derecede bir suişekil ile kol ve omuz hareketlerinde müşkülât husule gelmemektedir.

Ameliyatını yaptığımız (21) vak'adan aldığımız neticeler memnuniyet vericidir. Yukarda da izah ettiğimiz gibi metodun kolaylığı



Resim - 6

ve komplikasyonlarının çok az oluşu, hastaların ameliyata tahammüllerinin fazla oluşu sebebiyle diğer metodlara tercih edilmesi icap eder. İyi endikasyon şartları içinde bu ameliyattan aldığımız iyi neticelerden cesaret alarak muhterem meslektaşlarıma arzetmeyi faydalı buldum (Resim - 5, 6, 7).

Resim - 7

SUMMARY

A modified procedure for thoracoplasty, starting from below

We have performed on 21 patients, hospitalized at the Atatürk sanatorium and presenting sufficient indications, a modified thoracotomy procedure starting from below. The characteristics of the operation, its results and the reasons for its choice are discussed.

RÉSUMÉ

Une méthode de thoracoplastie modifiée débutant par le bas

Nous avons pratiqué sur 21 malades hospitalisés au sanatorium Atatürk et présentant une indication suffisante, une thoracoplastie modifiée commençant par le bas. Les particularités de cette opération, ses résultats ainsi que les raisons de son choix sont discutés.

ONBEŞİNCİ CELSE

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Fitiziyoloji Kliniği
Direktör
Prof. Dr. Nusret Karasu

AKCİĞER TÜBERKÜLOZUNDA ELEKTRO KARDİOĞRAFİK DEĞİŞİKLİKLER

Prof. Dr. NUSRET KARASU *Dr. MESUDE SEREN*

Tüberküloz ile dolaşım arasındaki çeşitli münasebetlerin tetkikinde tüberkülozun bilhassa akciğer tüberkülozunun dolaşım üzerine olan tesirleri en önemlisini teşkil eder. Akciğer tüberkülozu seyrinde teessüs eden mediyasten deviasyonları ile toksik faktörlerin dolaşım sistemine olan etkileri hakkında fikir edinmek için Ankara Tıp Fakültesi Fitiziyoloji Kliniğinde tedavi edilen 65 hastada elektro kardioğrafik tetkikler yaptık.

A k c i ğ e r l e z y o n l a r ı :

Ampiyem (12 vak'a) bütün vak'alarımızın (%18,5)'u
Plöreziler (3 vak'a) bütün vak'alarımızın (%4,6)'sı
Hematojen (7 vak'a) Akciğer tüberkülozu (%10,8)
Minimal lezyan (2 vak'a) bütün vak'alarımızın (%3)'ü
Mod. Advanced (2 vak'a) bütün vak'alarımızın (%15,4)
Far Advanced (31 vak'a) bütün vak'alarımızın (%47,7)

B u l g u l a r ı m ı z :

7 adet hematojen akciğer tüberkülozu olan vak'amızın birinde EKG değişikliği gördük (%1,5), 6'sında normal EKG örneği kaydettik (%9,2). 2 minimal lezyan vak'amızda (%3) EKG değişikliği

tesbit ettik. 10 mod. advanced vak'amızın hepsinde normal EKG örneği gördük. 31 Far advanced vak'amızda (29,2) normal EKG örneği, (18,5) EKG dğeişikliği kaydettik. Bütün vak'alarda hafif clockwies rotation tesbit edildi. 5 ileri derecede clockwise rotation, 2 counterclock wise rotation görüldü. Şu halde %40 clock wise rotation, %7.7 ileri derecede clock wise rotation, %3 counter clock wise rotation husule gelmektedir. 65 vak'anın 6'sında sağ aks deviasyonu (%9.3), 1 sol aks deviasyonu (%1.5) ve (%89,2) normal aks tesbit ettik. 34 vak'amızda (%52.3) nisbetinde sinusal taşikardi kaydettik.

3 vak'ada QRS defleksiyonunda (%4.6) voltaj düşüklüğü, 3 vak'ada PQ uzaması (%4,6), 4 vak'ada muhtemel sol ventrikül hipertrofisi (%6.1), 1 vak'ada sağ ve sol ventrikül hipertrofisi (%1,5), 2 vak'ada sağ ventrikül hipertrofisi %3 tesbit ettik. P. dalgası 58 vak'ada normal (%89.2), 3 vak'ada bütün derivasyonlarda (%4,6), 2 vak'ada Standart derivasyonlarda (%3) silik bulunmuştur. 8 vak'ada ST segmentinde %12.3 çökme veya yükselme ile muhtelif derivasyonlarda T dalgasında %38.4 değişiklikler kaydettik. 3 vak'ada ventriküler ekstrasistol (%4,6), bir vak'ada ventriküler ve oriküler ekstrasistol (%1.5) tesbit ettik.

Sağda ampiyem, solda Jean kavitesi olan, aktiv, far advanced pnömoni kazöz teşhisini alan bir hastamızda rezeksiyondan önce değişiklikler gördük. Ventriküler ekstrasistoller mevcut, P. dalgaları bütün derivasyonlarda silik, T. dalgası standart ekstremite derivasyonları, ünüpolar ekstremite ve prekardiyal derivasyonlarda V3 - V4'te silik, V5'te menfî bulundu. Rezeksiyondan sonra yapılan EKG normal örnek gösterdi.

Solda ampiyem, spontan Px. ve pakiplöriti olan aktif, far advanced, akciğer Tbc.'lu bir hastamızda ameliyattan önce EKG de VS + V r = 34 mm, T dalgaları standart ekstremite derivasyonları, ünipolar ekstremite derivasyonları ve ünüpolar prekardiyal derivasyonlarda silik, AVP'de müsbet, D_3'te menfî bulunmuş, plöro-pnömonektomiden iki ay sonraki EKG aynı patolojik T dalgalarını göstermiştir.

Akciğerleri sağlam 50 vak'anın EKG'si:

38 vak'ada normal aks %76,

10 vak'ada hafif clock wise rotation %20,

1 vak'ada ileri derecede clock wise rotation %2,

1 vak'ada sol aks deviasyonu %2 bulunmuştur. 48 vak'ada ritim sinusal, bütün derivasyonlarda defleksiyonlar normal, 1 vak'ada sağ ventrikül strain'i, 1 vak'ada sol ventrikül hiper trofisi + ventriküler ekstrasistoller gördük.

N e t i c e :

65 vak'adan 28'i patolojik EKG örneği gösterdi (%43), akciğerdeki tüberküloz lezyonlarının yaygınlığı ile elektro kardiyografik bulgular arasında münasebet görmedik. Çünkü iki minimal vak'amızda bütün derivasyonlarda T dalgaları silik olduğu halde 10 moderatly advanced vak'amızda normal EKG örneği tesbit ettik. 7 granüli vak'amızdan yalnız birinde T dalgaları bütün derivasyonlarda silik veya menfî, P dalgaları silik idi. Geri kalan 6 granüli vak'amızda normal EKG örneği kaydettik. 31 far advanced vak'amızın 19'unda da normal EKG örneğinin bulunuşu bu bulgumuzu teyit etmektedir.

12 ampiyem vak'amızın 11'inde T dalgalarında standart ekstremite derivasyonları ünüpoler ekstremite ve ünüpoler prekordiyal derivasyonlarda silinme, menfileşme gibi patolojik değişiklikler ile beraber üç vak'ada ST Segmentinde normal ölçüleri aşan çökme ve yükselme şeklinde değişmeler tesbit ettik. Bu suretle ampiyem mayiinin perikarditlerde olduğu gibi kalbe tazyik yaparak miyokartta hasar husule getirmesi neticesi EKG'de değişiklik teessüs ettiğini düşündük. Fakat vak'alarımızın hepsinde dolaşım sistemi klinik muayene ile normaldi. Radyoskopik ve radyolojik muayenelerle kalp hudutları normaldi. Ampiyemlerde EKG değişiklikleri tazyik neticesi olsaydı plörizilerde de bu değişikliklerin görülmesi beklenirdi, plörizilerde bu bulguları bulamadık. Vak'alarımızda dolaşım sisteminde klinik ve radyolojik muayeneler ile patolojik bulgu tesbit edilemeyişi, bütün vak'alarımızın kronik oluşu elektro kardiyogramda sünisal taşikardi hariç büyük bulgu tesbit edemedik. Hastalıkları 1-2 sene önce başlamış 32 akut toksik akciğer tüberkülozunda iki vak'ada T değişikliği, 2 vak'ada ekstrasistol, 15 vak'ada sünisal taşikardi gördük.

En az 3 seneden beri hasta olan 23 kronik toksik tüberküloz vak'asından 14'ünde (%21.5) ST segmentinde P ve T dalgalarında değişmeler, QRS voltajında (%4,6) düşme kaydettik.

Vak'alarımızda beslenme bozukluğu, avitaminoz, kaşeksi, anemi mevcut değildir, ayrıca klinik olarak da addison, miksedem, perikardit, beriberi, anfizem tesbit edilemedi. Husule gelen T dalgaları

ve ST segmentlerinin değişikliklerinin kalp durumu ile yani rotation ile de ilgisini tayin edemedik.

Horizantal, vertikal, semihorizantal durumlarda aynı derecede T dalgaları, ST segmenti değişmeleri kaydettik. Hastalarımızda tesbit ettiğimiz bu ST segmenti ve T dalgalarındaki patolojik değişmeler ile QRS voltaj düşüklüğü en az 3 sene müddetle Koch basilinin muhtevi bulunduğu çeşitli maddelerin bu arada lipopoli sakkarit ve proteinlerin myokardda meydana getirdikleri toxj-allerjik duruma atfedilebilir.

Sağ taraftaki plevra adezyonları veya fibrozis sebebi ile kalbin sağ tarafa çekildiği ve sol taraftaki ampiyem sebebi ile sağa itildiği 6 vak'amızda sağ aks deviasyonu, sol dal bloku olan bir vak'amızda da solk aks deviasyonu tesbit ettik. Şu halde plevrada mevcut olan adezyonlar ile Tbc. şifası esnasında teşekkül eden fibrozis veya plevrada toplanan mayi sebebi ile kalp pozisyonunda değişiklikler husule gelmektedir.

Elektro kardiyografik bulgular ile yaş faktörü arasında da bir münasebet göremedik. 40 yaşın üstünde 8 hastamızın 4'ünde, 40 yaşın altında 57 vak'anın 24'ünde EKG değişikliği kaydettik.

PP'den sonra elektro kardiyogramlarda durum değişikliğine bağlı olarak R.S.T. Q. voltajında değişmeler olmaktadır. Bilhassa standart ve ünüpolar ekstremite derivasyonlarında voltaj yükseliyor. Prekordiyal derivasyonlarda voltaj düşüyor. Bir vak'ada aks intermediyer iken değişerek horizontal oldu. Bir vak'ada patolojik olmayan D 3'te Q derinleşmesi bulundu. Başka patolojik bulgu kaydedilemedi. O halde pnömoperituandan sonra kalp durumunda değişmeler ve bunlara bağlı R.S.T.Q. dalgalarında değişmeler olmaktadır.

S U M M A R Y

E l e c t r o c a r d i o g r a p h i c m o d i f i c a t i o n s i n p u l m o n a r y t u b e r c u l o s i s

1. We studied electrocardiographic modifications in pulmonary tuberculosis, on the electrocardiogram of 65 patients hospitalized at the Phtysiology Clinic of the Ankara Faculty of Medicine.

2. On account of this research, we reviewed the foreign litterature on this subject.

3. We found modifications of the electrocardiogram in 43% of the 65 cases of pulmonary tuberculosis.

4. We could not find a relationship between electrocardiographic modifications and pulmonary lesions.

5. In cases of chronic pulmonary tuberculosis, we found modifications in the wawes P.S.T. T and a decrease in the voltage of QRS.

6. In cases treated by pneumoperitoneum, we noticed a modification in the position of the heart and modifications in the R,S,T,Q wawes.

7. Pleural adhesions, fibrosis and pleural effusions modify the position of the heart.

8. We could not find a correlation between the age of the patients and the modifications of the electrocardiogram in pulmonary tuberculosis.

R É S U M É

Modifications electrocardiographiques en tuberculose pulmonaire

1. Nous avons recherché «les modifications électrocardiographiques en tuberculose pulmonaire» en prenant l'électrocardiogramme de 65 patients hospitalisés à la Clinique de Phtysiologie de la Faculté de Médecine de l'Université d'Ankara.

2. A cette occasion les travaux effectués dans d'autres pays ont été passés en revue.

3. Nous avons constaté des modifications de l'électrocardiogramme dans 43% des 65 cas de tuberculose pulmonaire.

4. Nous n'avons pas constaté de relation entre les modifications de l'électrocardiogramme et les lésions pulmonaires.

5. Dans les cas de tuberculose pulmonaire chronique, nous avons pu constater des modifications dans les ondes P,S,T, T ainsi qu'une baisse dans le voltage QRS.

6. Dans les cas traités par pneumopéritoine, nous avons constaté une modification de la position du coeur et des modifications parallèles dans les ondes R,S,T,Q.

7. Les adhésions pleurales, la fibrose, les épanchements pleuraux causent des changements dans la position du coeur.

8. Nous n'avons pas constaté de rapport entre l'âge des patients et les modifications de l'électrocardiogramme dans la tuberculose pulmonaire.

AKCİĞER TÜBERKÜLOZU TEDAVİSİNDE YÜKSEK DOZ İSONİAZİD VE BU HUSUSTA PYRİDOXİNE'in EHEMMİYETİ

Dr. BÜLENT ÇİNTAN

Schnitzer ve arkadaşları (1) tarafından İsonicotinic aicd hydrazide (İsoniazid) ve muhtelif derivelerinin - İproniazid ve 1 - isonicotinyl - 2 - glucosylhydrazine - sıçanların eksperimental tüberkülozunda müessir olduğu hakkındaki neşriyatlarını müteakip, bu preparatlar insan tüberkülozunda kullanılmış ve sür'atle bütün dünyaya yayılmıştır.

Ornstein, Robitzek ve *Selikoff* (2) ilk olarak insanlarda kullandıkları İproniazid ve İsoniazid'den birincisinin daha toksik, vasatî dozların İproniazid için kilo başına 2-4 mgr. İsoniazid için ise 6-10 mgr. arasında olduğunu yazmışlardır. Aynı müellifler (3) İsoniazid'in kilo başına 15 mgr.'da pek toksik ve 20 mgr.'da tehlikeli olduğundan bahsetmektedirler.

İsoniazid'ler ile husule gelen toksik arazların daha ziyade merkezi, biraz da otonom sinir sistemi menşeli olduğu görülmektedir. Bugüne kadar yazılmış toksik reaksiyonlar, vertigo, kabız, gayrı iradî adale oynamaları, idrar güçlüğü, öfori, baş ağrısı, reflekslerde artma, heyecan, huzursuzluk, teheyyüç (4), agranülositoz (5-6), akut pellagra (7), psikoz (8-9-10), hiperestezi (11), polinevrit (12), şizofreni (12), periferik nöropati (13-14), kanamaya istidattır (15).

Adrenerjik ve antihistaminiklerin bu gibi toksik reaksiyonları agrave ettiği görülmüştür (4). Sayılan toksik arazlar tavsiye olunan vasatî dozlar ile (4-10 mgr.) müşahede edilmiştir. Bununla beraber parankimatöz toksisite mevzuubahis değildir. Mamafih görülen toksik arazlar dozlar ile paralel olarak artmaktadır. En sık rastlanılan toksik manifestasyon periferik nöropatidir. Parestezi, uyuşukluk, ağrı, yanma, kuvvetsizlik ile tezahür eden nöropatinin yüksek dozlara rağmen çocuklarda görülmemesi enteresan bir kontrastır. Kâhilde günlük doz ve tedavi müddeti ile alâkadar olarak meydana çıkan bu toksik araz, ilâcın terkedilmesi ile kaybolmakta, fakat tekrar başlandığı zaman yine meydana çıkmaktadır. Thiamin

kifayetsizliği ile alâkadar olduğu düşüncesi ile B1 vitamini tatbik ederek bu gibi vak'alarda iyi neticeler almıştık (15).

Mûtad tedavi dozları ile meydana çıkan, sayılan toksik arazlar, bittabi yüksek dozların tatbikine imkân vermiyorlardı. Böylece kısa zamanda tesir edecek imkânına sahip sahip yüksek dozlardan hasta istifade edemiyordu. Bu hususta *Ungar, Tomiche, Parkin, Muggleton*'un *Pyridoxine*'in INH'e inhibitör tesiri olmadan toksik tesiri olmadan toksik tesiri izale ettiğine dair müşahedeleri yüksek dozların kullanılabilmesine yol açmıştır.

Biehl ve *Vilter* (17) yüksek doz isoniazid tatbik ettikleri vak'alarda rastladıkları periferik nöropatinin, vitamin B6'nın antagonisti olan desoxypyridoxine ile husule gelen nevrite benzer olduğunu, görmüşlerdir. İsoniazid alan hastalarda B6'nın metabolizmasını tetkik maksadı ile tedaviden evvel ve tedaviye başladıklarının ertesi gününde idrarı titre ederek itrah olunan B6 miktarlarının tayin ve mukayese edince tedaviden hemen sonra başlayan yüksek miktarda B6 itrahını tesbit etmek kabil olmuştur. Böylece İsoniazid alan hastalarda bir amino-asit olan TRYPTOPHANE metabolizmasında parçalanma tesiri icra eden B6'nın kifayetsizliği ve aynı zamanda Periferik Nöropatinin fizyopatalojisi meydana çıkmıştır.

Yüksek dozların tedavide kıymetlerini tartabilmek ve bunlar karşısında hastaları toksik manifestasyonlardan korumak imkânını matûf olan tedavi sistemimizi bir seneyi mütecaviz bir zamandan beri tatbik etmekteyiz.

MATERYEL VE METOD

Hastalarımızı, tedavi görmemiş ve nisbeten yakın bir mazide hastalanmış olan arasından seçtik. Her hastaya 15 mgr. İsoniazid kilo başına başlanmış ve kilo almalara muvazi olarak arttırılmalar ile tedavinin başından sonuna kadar aynı şekilde tutulmuştur. Hastalardan bir kısmına PAS, diğer bir kısmına Dihydro-streptomycin verilerek daima konbine bir tedavi tatbik edilmiştir. İstisnasız olarak her hastaya başlangıçtan itibaren günde 50 mgr. B6 vitamini parenteral olarak verilmiştir. Ancak bazı hastalarda radiolojik gerileme ve kültürde basilin menfîye dönüşünden sonra dozlar yarı nisbette azaltılarak idame tedavisi ikame edilmiştir.

On beş ile elli yaş arasında 57 hasta bu rejim ile tedavi edilmiştir. Her hastaya girişte direkt muayene ile basil aranması yapılmış,

bunda menfî olanlarda homojenizasyon, bu usuller ile basil bulunamayınca da kültür yapılmıştır. Kontrol muayeneleri 1 ay fasılâ ile yapılmış, iki defa direkde menfî olanda homojenizasyon, bunda menfî olanlarda da her vak'ada balgam veya mide suyundan kültür yapılmıştır.

Vak'aların 41 tanesi tek taraflı, 16 tanesi iki taraflıdır. Yine 52'si kaviteli, altı tanesi ise kavitesiz infiltrasyonları olan hastalardır. Hiç biri minimal olarak tasnif edilemeyecek vak'alardan 36'sı ileri derecede, 21 tanesi orta derecede akciğer tüberkülozuna musap hastalardır. Bir tanesinde menenjit tüberküloz, 2 tanesinde de Diabet mevcuttur.

Girişte 52 vak'ada direk veya homojenizasyon ile basil müspet ve 5 tanesinde ancak kültür müsbet bulunmuştur.

İsoniazide 43 vak'ada Dihydro-streptomycin, 14 vak'ada PAS konbine edilmiştir. Tedavide esas altı aylık bir zaman nazarı itibare alınmış ve bu müddet zarfında kavitesi kapanmamış veya basili müsbet olarak kalan vak'alara pnömotoraks veya pnömoperituan, endikasyonuna göre, tatbik edilmiştir. Kollaps tatbik edilen vak'a adedi 17'dir.

Normal dozlar ile tedavi altında olan 40 vak'a kontrol grubu olarak müşahede altında tutulmuştur.

TERAPÖTİK TESİR

Grupun hepsinde ateş kısa zamanda düşmüş, ahvali umumiyede çok süratli bir kalkınma olmuş, kilo kazancı ilk aylarda daha fazla olmak üzere azamî 22 kiloya kadar yükselmiştir. Hastalarda birinci ay zarfında öksürük ve balgam çıkarma hemen hemen hepsinde kesilmiş ve ilk filmlerden itibaren leziyonda gerileme görülmüştür. İlk üç ay zarfında dahi kavitelerde silinmeler olmuş, altı ay zarfında bu önüç vak'a müstesna vukubulmuştur.

Kültürler 48 vak'ada (%84) ilk üç ay ile altı ay arasında müteaddit defalar menfî bulunmuştur. 9 vak'ada altı aya rağmen kültürler müsbet olduğundan kollaps tatbiki şart olmuştur.

TOKSİSİTE

Vak'alardan hiç birinde bugüne kadar sayılan toksik manifestasyonlardan herhangi birine rastlanılmamıştır. Buna mukabil kontrol grupu olarak tutulan ve B6 zerkleri yapılmayarak mûtad dozlar

ile tedavi edilen hastalardan 6 tanesinde (%15) periferik nöropati görülmüştür. Bu hastalara da Pyridoxine zerkleri başlandıktan bir müddet sonra arazlar kaybolmuş ve devamı müddetinde tekrar zuhur etmemiştir.

N e t i c e :

Mûtad dozlara nazaran, yüksek dozların, daha fazla tesire malik oldukları ve daha süratle kavitelerin kapanmasını ve basilin menfiye dönmesini temin ettiklerini vak'alarımızda aldığımız neticeler ile anlaşılmaktadır. Yüksek dozlar, bilhassa, perifokal reaksiyonun sür'atle temizlenmesini, kavite duvarlarının incelmesini, kavitelerin açık olsa iyileşmesini, temin etmektedir. Bu değişiklikler, streptomycin, PAS veya ikisinin konbinasyonu ile, yahut da mûtad dozlarda İsoniazid'leri ile bu nisbette ve sür'atte teessüs edememektedir.

Dihydro-streptomycin, isoniazid ile daha yüksek bir sinerjizme sahiptir. Zira İsoniazid karbonil grupu olan streptomycin ile kolayca birleşerek streptomycin'in aktivitesini bloke etmektedir (19). Bu hâdise Dihydro-streptomycin ile olmadığı için tesir daha fazladır.

Yüksek dozlarda İsoniazidler tedavi müddetini kısalttığı ve daha iyi neticeler verdiği için tatbiki gerekmektedir. Toksik manifestasyonlar noktaî nazarından da emniyet temin edebildiğinden dolayı da korkulmadan uygundur. Pyridoxine yalnızca periferik nöropatiyi önleyici değil, her türlü toksik arazın husule gelmesine mâni olucu bir tesire sahiptir.

R E F E R A N S

1. **Grunberg, E.**: Schnitzer, R. J. Quart. Bull. Sea View Hosp. 1952, 13, 3.
2. **Ornstein, G. G.: Robitzek, E. H., Selikoff, İ. J.**: Quart. Bull. Sea View Hosp. Jan. 1952.
3. **Ornstein, G. G., Robitzek, E. H.: Selikoff, İ. J.**: J. A. M. A. 1952, Nov. 8, 973.
4. **Robitzek, E. H., Selikoff, İ. J.: Mamlock, E., Tendlau, A.**: Dis. Chest, 1953, L, 1.
5. **Ferguson, A.**: Lancet, 1952, 2, 959.
6. **Varadi, S., Kelleher, T. D.**: Lancet, 1952, 2, 959.
7. **McComell, R. B., Chetmann, H. D.**: Lancet, 1952, 2, 959.
8. **Hunter, R. A.**: Lancet, 1952, 2, 260.
9. **Leitner, Z. A.**: Lancet, 1952, 2, 1036.
10. **Zabat, M.**: Lancet, 1953, 1, 295.
11. **Pegum, J. S.**: Eancet, 1952, 2, 536.

12. **Heilmeyer, L., Schaich, W., Buchegger, G., Kilchling, H., Schmith, F.: Walter, A.**: Munch. Med. Wsch. 1952, 94, 1303.
13. **uLbing, H. N.**: Am. Rev. Tbc. 1953, 68, 458.
14. **Çintan, B.**: Tüberkuloz, 1954, 1, 39.
15. **Çintan, B.**: Tüberkuloz, 1956, 1-2.
16. **Ungar, J., Tomiche, E. G., Parkin, K. R., Muggleton, P. W.**: Lancet, 1954, 220.
17. **Biehl, J. P., Vilter, R. W.**: J. A. M. A. 156, 1954, 1549.
18. **Figmeiredo, F. P., Paola, D.**: Am. Rev. Tbc. 1955, 71, 186.
19. **Berczeller, A., Frank, G., Papa, C.**: Quat. Bull. Sea View Hosp. 1953, Oct. 174.

S U M M A R Y

A d m i n i s t r a t i o n o f h i g h d o s e s o f i s o n i a z i d i n p u l m o n a r y t u b e r c u l o s i s a n d t h e i m p o r t a n c e o f p y r i d o x i n e i n t h i s r e s p e c t

The administration of high doses of isoniazid (15 mg. per kg.) gave more efficient results than the usual doses and radiological improvement was more rapid. 57 patients between 15 and 50 years followed this high-dose regimen. During this period cavities disappeared in 44 cases (77.2%) and cultures became negative in 48 cases (84%).

Pyridoxine was administered parenterally in the same time, in doses of 50 mg. a day and toxic effects of isoniazid could thus be prevented. A peripheral neuropathy could be detected in 15% of control cases while the patients receiving pyridoxine did ot show any toxic manifestations.

R É S U M É

L'i s o n i a z i d e à f o r t e s d o s e s d a n s l a t u b e r c u l o s e p u l m o n a i r e e t l'i m p o r t a n c e d e l a p y r i d o x i n e à c e t é g a r d

L'application de fortes doses d'isoniazide (15 mg. par kg.) s'est révélée plus efficace que celle de doses habituelles et l'amélioration radiologique a été plus rapide. 57 malades entre 15 et 50 ans ont été soumis pendant six mois à un traitement par doses éelvées. Durant cette période, les cavernes ont disparu dans 44 cas (77.2%) et les cultures sont devenues négatives dans 48 cas (84%).

La pyridoxine administrée en même temps par voie parentérale à raison de 50 mg. par jour a prévenu l'apparition d'effets toxiques. Une neuropathie périphérique a pu être constatée dans les 15% des cas de contrôle tandis que les malades recevant de la pyridoxine n'ont éprouvé aucune manifestation toxique.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Fitizyoloji Kliniği
Direktör
Prof. Dr. Nusret Karasu

POTASSİUM İODURE İLE TEDAVİ EDİLEN BİR TÜBERKÜLOMA VAK'ASI

Prof. Dr. NUSRET KARASU *Dr. BAHATTİN ÇETİN*

İyod vaskülarizasyonu arttırması lenf akımını çoğalması ile nekrotik sahaları temizlediği ve rezorpsiyonu süratlendirdiği eskiden beri malûmdur.

Bu hassalarına rağmen uzun müddet aktif akciğer tüberkülozu tedavisinde İodure'lerle tedavinin reaktivasyonlara sebep olacağı düşünülerek kontrendike addedildiği görülmektedir.

Halen antibakteriyel ile tedavilerde lezyon anatomik'in gerilemesi ve tam rezorbsiyonu tatmin edici bir süratle husule gelmemekte hattâ muahharen küçük dolaşım yetmezliğine yol açacak sekeller kalmaktadır.

İodure'lerin antisifilitik tedavide, sair antisifilis tedavisi ile müştereken gomlar üzerine yaptığı müsait tesirin tüberkülozda tüberkülomalar üzerinde denenmesinden faydalı netice alınabileceği esasından hareket ederek antibakteriyellerin tedavisi altında kliniğimizde bir tüberküloma vak'asına Potassium İodure tedavisi denendi. Vak'amızın kısa hülâsası ile alınan netice aşağıda arzedilmiştir.

Bay F. Y. 29 yaşında Matbaacı, Kl. Prot. No. 1194: Bir sene evvel hastalanmış, akciğer tüberkülozu teşhisi ile 3 ay antibaktariyel (20 gr. Sm. - 15 gr. INH - 1000 gr. PAS) tedavi yapılmış, şikâyetlerinin geçmeis üzerine işine devam etmiş, 15 gün önce öksürük, hemoptizi, şikayleri ile tekrar hastalanmış, tetkik ve tedavi için kliniğimize yatırılmıştır. Yattığında yapılan klinik muayenesinde solda klaviküla altında matite, bu kısımda teneffüs sesleri haşin bulundu. Laboratuvar muayenesinde Mantoux (+), balgamda teksif ve kültürle A.R.B. müsbet, sedimantasyon birinci saatte 13 mm. hemogram, idrar ve gaita muayeneleri normal bulundu. A.R.B. karşı Sm. ne 20 gamada, INH 0,1 gaamda rezistans tesbit edildi. Röntgende, solda 3-4'üncü kaburgalar arasında klaviküla arkasında hudutları kemik gölgeleri ile karışık 3-4 santimetre kutrunda bir sahayı işgal eden bir kesafet görülmektedir. Sol zirvenin tomografisinde; 7,5

10,5 santimetreler arası kesitlerde 2-4'üncü kaburgalar arasında 3 cm. çapında hilusa 1-2 mm. kalınlıkta bir sapla bağlı keskin kenarlı yuvarlak bir kesafet görülmektedir. Hastanın bu radyolojik görünümüne göre dolmuş bir kavite neticesi teşekkül eden bir Tüberküloma teşhisi konarak streptomycin'e karşı 20 gamada rezistans mevcut olduğundan PAS ve INH kombinasyonu (günde 15 gr. PAS - 300 mgr. INH) ile potassium İodure tedavisine başlandı.

Potassium İodure günlük 0.50 gr.'dan başlanarak 2 gr.'a kadar çıkıldı, 8 gün bu miktardan sonra günlük doz 1 gr.'a indirilerek hasta taburcu oluncaya kadar devam edildi. Total olarak 80 gr. Potassium İodure verildi, hastada hiç bir tâli tesir görülmedi.

Bu şekildeki tedavimize başladıktan bir ay sonra yapılan tomografide tedaviden evvel 7,5 - 10,5 cm. arasındaki kesitlerde görülen keskin kenarlı yuvarlak kesafette yer yer açılmalar ve muntazamlığını kaybetmiş daha küçük bir kesafet şeklinde görülmektedir.

Tedaviye başladıktan 2,5 ay (80 gr. Potassium İodure verildikten) sonra yapılan tomografide 9-10'uncu santimlerde eski lezyon yerinde tek tük ufak bakiyeler şeklinde kesafet görülmektedir.

Hastada tedaviye başladıktan 15 gün sonradan taburcu oluncaya kadar balgamda müteaddit teksifle A.R.B. menfi kalmış, keza kültürler de menfi kalmıştır.

N e t i c e :

Bir seneden beri hasta olan ve dışarıda antibakteriyel tedaviye tâbi tutulan, buna rağmen lezyonunda bir gerileme görülmeyen bu vak'ada Potassium İodure tedavisi teşrik edildikten bir ay sonra lezyonda aşikâr küçülme görülmüştür.

Tedavi müddetince reaktivasyon ve yayım husule gelmemiştir. Balgamında A.R.B. kültürle menfi kalmıştır.

Hasta 80 gr. Potassium İodure'e tahammül etmiş hiç bir tâli tesir görülmemiştir.

Tüberkülomada gerileme erime yolu ile değil, rezorpsiyon ile olmuştur.

Klinik kontrolünde ve antibakteriyel tedavi altında tüberkülomalara ve muhtemelen sair tüberküloz tabiatlı infiltrasyonların rezorbsiyonunu çabuklaştırmak maksadı ile Potassium İodure kullanılmasının tetkike değer olduğuna kanaat getirdiğimizden bu vak'ayı takdim etmiş bulunuyoruz.

SUMMARY

A case of tuberculome treated by potassium iodide

We treated a case of tuberculoma by potassium iodide combined with antibiotics.

The tuberculoma was quickly resorbed without any side effect and left a few opacities as only trace. We believe that the use of potassium iodide for hastening the resorption of tuberculomas of other tuberculous infiltrations already treated by antibiotics, is rapidly effective and there fore we thought useful to publish this case.

RÉSUMÉ

Un cas de tuberculome traité par l'iodure de potassium

Nous avons traité un cas de tuberculome hospitalisé dans notre clinique, par l'iodure de potassium combiné aux antibactériels.

Le tuberculome fut résorbé rapidement sans aucuna réaction secondaire et a laissé pour toute trace quelques petites densités. Nous pensons que l'emploi d'iodure de potassium dans le but de hâter la résorption de tuberculomes ou autres infiltrations de nature tuberculeuse, déjà traités par les antibactériels est très efficace, et c'est pourquoi nous avons jugé utile de publier ce cas.

ÇOCUKLARDA ORTA LOB ATELEKTAZİSİ

Dr. HÜSEYİN DEDEBAŞ *Dr. Opt. SİYAMİ ERSEK*
Dr. SELÂMİ IŞINDAĞ

Son senelerde akciğer tüberkülozunun radyolojik ve bilhassa bronkoskopik incelemelerinin tekâmül etmesi sayesinde sistematik röntgen muayenesine tâbi tutulanlarda orta lob atelektazilerinin tahminden fazla görüldüğü dikkati çekmiştir. Gördüğümüz vak'aların çoğundaki şikâyetler ekseriya müphem olmaktadır. Orta lobun küçük olması ve bronş çapının darlığı bu klinik tabloyu ve patolojisini izahta âmil olsa gerektir.

Hastaların klinik bulguları daima hafif akciğer hastalıklarında görülen müphem şikâyetlerden ibaret kalmakta ve hiç bir zaman orta lob atelektazisini hemen düşündürecek patognomonik bir klinik araz tesbit edilememektedir. Bu müphem oluşu, hastalığın sadece orta loba inhisar etmesi ve akciğerin diğer bölgelerinde bu afete iştirak eden başka bir lezyonun bulunmaması ile izah etmek mümkündür.

***

Orta lob atelektazilerinin sık görüldüğü kanaatine sahip olmamızda âmil olan başlıca hâdise, şüphe edilen vak'alarda hastaların lordotik vaziyette skopilerinin yapılması ve bu pozisyonda daima üçgen şeklinde homojen bir kesafetin tesbiti olmuştur. Bu itibarla orta lob atelektazilerinin radyolojikman patognomonik semptomu olarak üçgen gölgeyi kabul ediyor ve bu atelektazinin farkına varılması için lordotik incelemeye önem verilmesini ileri sürüyoruz.

Gerçi orta lob atelektazilerinin radyogramlarda sağ profil vaziyette fuziform homojen gölge ile tesbit etmek imkân dahilinde ise de, radyoskopide bu tip kesafet her vak'ada vuzuhla görülmemektedir.

Lordotik pozisyonda ortaya çıkan üçgen gölge daima andoskopik incelemede orta lob bronşunun içten veya dıştan kapanmış olduğu şeklinde verifiye edilmektedir. Bir seneden beri bulup takip ettiğimiz 24 vak'amızın ancak 10 tanesine yapabildiğimiz bronkoskopi radyolojik teşhisimizi daima teyit etmiştir.

Akciğerde herhangi bir lezyondan dolayı andoskopik muayene için *Lemoine*'a gönderilen 700 çocuktan 90 tanesinde yapılan bronkoskopi orta lob bronşu ağzının kapalı olduğunu göstermiştir. Bu itibarla radyolojik üçgen kesafet ve bronkoskopide bronşun tıkalı oluşu birbirine tekit eden iki önemli bulgudur.

***

Bilhassa çocuk olan bir hastanın düz radyogrofi veya skopisinde sağ kaidede görülen müphem kesafetler karşısında hastayı derhal lordotik pozisyona koyup orta lob atelektazisini aramak çok lüzumludur. Nitekim vak'alarımızdan düz grafisi pratikman normal denecek olan 9 tanesinde lordotik pozisyonda orta lob atelektazisi meydana çıkmıştır.

Hepsi 2 ilâ 16 yaş arasında olan 24 vak'amızdan 14 tanesinde orta lob atelektazisi aşikâr hiler ganglion hipertrofisi ile birlikte idi. Fakat bu adenopatiler daima atelektazinin sebebi olmamaktadır.

Radyolojik incelemede orta lob atelektazisinin açılma müddeti çok değişiktir. Nitekim bronko-aspirasyonu müteakip hemen açılan vak'alarımız olduğu gibi bir sene geçmesine rağmen açılmayan bir vak'amız da vardır. Fakat umumiyetle bir ayda atelektazinin kayıp olduğu görülmektedir.

Etiyolojisinde boğmaca bulunan bir vak'amızda olduğu gibi, orta lobun atelektazisine delâlet eden üçgen kesafetle simetrik olarak, solda da aynı vasıfta bir gölge görülebilir. Bunun sol alt lobun bir segmentine ait atelektazi şeklinde telâkki etmek uygun olur.

Orta lob bölgesine düşen enterlober plörezilerin, bu lobun atelektazilerinden ayırt edilmesinde lordotik pozisyondan ziyade sağ profilde atelektaziye has olan fuziform homojen kesafetin bulunmayışı çok önemlidir. Atelektazi ile bu çeşit plörezinin kat'î ayırt edici teşhisi bronkoskopik inceleme ile mümkündür.

***

Vak'alarımızı tetkik ederken bronkoskopiyi sadece radyolojik teşhisimizi verifiye etmesi için değil, aynı zamanda aspirasyonla tedavi imkânlarını temin için yaptık.

10 vak'amızdan 3 tanesinde orta lob bronşunun adenopatiye bağlı tazyik ile kapanmış olduğu tesbit edilmiştir. Bunların üçü de radyolojikman adenopatisi olan vak'alardır. Bu üç vak'adan ikisinin tüberkülinik tesleri pozitiftir. Bronko-aspirasyon ve konbine antibiotik tedaviye rağmen atelektazi birinde 4 ay, diğerinde bir sene israr etmiştir. Halbuki tüberkülin testi negatif olan üçüncü vak'ada bronko-aspirasyon atelektazi üzerinde salâh yapmış ve penicilline tedavisi ile atelektazi üçüncü günde tamamen kaybolmuştur.

Bronkoskopisi yapılan vak'alarımızdan diğer yedi tanesine gelince; bunlardan dört tanesinde aşikâr hiler ganglion hipertrofisi olduğu halde atelektazi bunun tesiri ile meydana gelmemiştir. Geri kalan üç vak'ada ise hiler ganglion büyümesi hiç yoktur. Ve 7 vak'alık bu grupta orta lob atelektazisi sadece andobronşik lezyondan ileri gelmiştir.

Bu son 7 vak'ada tedavi maksadı ile yapılan bronko-aspirasyon tüberkülin testi menfî olanlarda derhal salâh temin etmiş, müsbet olanlarda ise bu iyi neticeyi vermemiştir.

***

Tüberkülinik testleri negatif olup bronko-aspirasyonla sür'atli salâh elde edilen ve non-spesifik tedavi ile kısa zamanda iyileşen vak'aların haricinde, 14 vak'amızda ailelerindeki veremli hasta ile temas vardır. Bunların testleri pozitiftir. Bronko-aspirasyona iyi cevap vermemişlerdir. Bu tip vak'alarda kombine antibakteryel tedavi ile iyi sonuç elde ettik.

***

N e t i c e :

1. Orta lob atelektazileri zannedildiğinden daha çoktur.

2. Radyolojik tetkikte sağ kaidedeki müphem imajlar karsında vak'anın lordoz vaziyetinde incelenmesi şarttır. Ve bu pozisyon orta lob atelektazisinin meydana çıkarılmasında sağ profil tetkikten daha kıymetlidir.

3. Bronkoskopi orta lob atelektazilerinde kat'î teşhisi sağlar. Bronko-aspirasyon yalnız non-spesifik hallerde tedavi bakımından önemlidir.

L İ T E R A T Ü R

1. **Gilroy, Wilson ve Marchand:** Thorax, 1951, 137
2. **Boucher, Delmas, Mieral:** La Presse Médicale, 1952, 1437
3. **Lemoine ve Melillo:** La Presse Médicale, 1952, 1706
4. **Peck ve Levin:** Journal of Thoracic Surgery, 1952, 619
5. **Hess:** Tubercle, 1951, 237

6. **Jahn ve Olinger:** American Rev. of Tuberculosis, 1952, 88
7. **Xalabarder:** Tubercle, 1949, 266
8. **Bjork ve Salen:** Thor. Surg. 1950, 933
9. **Paulson ve Shaw:** Jour. Thora. Surg. 1949, 747
10. **G. Vargha, I. Hulas:** Rev. de la Tub. 1955, 1034
11. **Bakower, Joseph:** Dis. of Chest. 1955, 573
12. **Huzly A.:** Tuberkulosearzt, 1954, 70

SUMMARY

Atelectasia of the median lobe in children

We performed a radiological and endoscopic study of 24 cases of atelectasia of the median lobe in children. We found that the mordotic position is very helpful for a diagnosis of this pathological condition, during radiological examination. We also found that the broncho-aspiration of non-specific lesions gives rapidly good results.

RÉSUMÉ

L'atéléctasie du lobe médian chez le enfants

Nous avons effectué l'étude radiologique et endoscopique de 24 cas d'atélectasie du lobe médian chez des enfants. Nous avons constaté que la position lordotique sert beaucoup à mettre en évidence cet état pathologique au cours de l'examen radiologique. Nous avons en outre remorqué que la broncho-aspiration des lésions non-spécifiques donnait rapidement de bons résultats.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Fitiziyoloji Kliniği
Direktör
Prof. Dr. Nusret Karasu

TÜBERKÜLOZLULARDA VE SAĞLAMLARDA LEPROMİN TATBİKATINDAN ALDIĞIMIZ NETİCELER

Prof. Dr. NUSRET KARASU *Doç. Dr. RAGIP ÜNER*
Dr. A. HİLMİ GÜRSES

MEVZU ve MAKSAT:

Tüberkülozlu; BCG'li; Tüberkülin müsbet sağlamlar ve Tüberkülin (—)'lerde lepromin müsbetliği nisbetini tetkik ettik.

ARAŞTIRMALARIMIZ:

Ankara Veremle Savaş Dernek Hastahanesi hasta ve müstahdemleri, Tıp Fakültesi Fitiziyoloji Kliniği ve Ulus İlkokulunda cem'an 160 şahsa lepromin tatbik ettik. Lepromin, Ankara Tıp Fakültesi Cildiye Kliniğinde *Doç. Dr. Lütfi Tat* tarafından hazırlandı. *Muir* tekniği ile yapılan bu hazırlamada; kulak memesi veya vücudun diğer nahiyelerinde bulunan ve içinde mebzul basil ihtiva eden lepromlar kazınarak materyel hararete mukavim cam bir balona kondu. Ve Benmaride 20 dakika kaynatıldı. Sonra bir bisturi veya makasla küçük parçalara ayrıldı; içersinde sülfirik asit bulunan desikatörde vakumda kurutuldu. Kurumuş materyel cam havanda toz halinde ezildi. Bu «Stok toz» olarak saklandı. Emülsiyon lâzım olduğu zaman, stok tozdan 0,40 gr. 10 cc. serum fizyolojikte ve cam havanda ezildi. Bir müddet bekletildikten sonra üstteki mayi pipetle cam balona aktarıldı. Yeniden 10 cc. serum fizyolojik ilâvesiyle bu ameliye 3-4 defa tekrarlandı. Bundan sonra süspansiyon bir tüpe aktarılıp 10 dakika kadar çökmeğe terkedildi. Üstteki süt kıvam ve rengindeki mayi bir balon jojeye aktarıldı. Serum fizyolojikle 100 cc.'ye iblağ edildi. İçine 0,5 cc. asit fenik ilâvesiyle 1 cc.'lik ampullere taksim edilip kapatılarak 120 derecede otoklavda sterlize edilmek suretiyle *Lepromini* ihzar edilmiş oldu.

Bu şekilde hazırlanan antijenden ön kola intradermik olarak 2 diziyem tatbik ettik.

BULGULARIMIZ:

Lepromin tatbikatı yapılan kimseleri 4 grupa ayırdık:

1. Tüberkülin menfiler,
2. Tüberkülin müsbet sağlamlar,
3. BCG yapılanlar,
4. Hastalar.

1, 2, 3'üncü gruplardan 20'şer kişiye ve hastalardan 100 kişiye lepromin tatbik ettik.
Hastaları iki grupa ayırdık:

a. PRİMER TÜBERKÜLOZLULAR,

b. POSTPRİMER TÜBERKÜLOZLULAR.

Bütün bu gruplarda lepromin müsbetliği % miktarına göre bir cetvel halinde arzedilmiştir:

Vak'a adedi	Özelliği	Lepromin (+)	Lepromin (—)	Müsbetlik % nispeti
20	Tüberkülin (—)	0	20	%0
20	Tüberkülin (+)	3	17	%15
25	Primer Tbc.	2	23	%8
75	Postprimer Tbc.	17	58	%29,3
20	BCG'liler	?	?	?

1956 BCG kampanyası Kasım başından itibaren açılmış ve BCG lilerde ancak tüberkülin virajının tessüsüsü için vasatî 1 ay beklemek zaruretini duymuş bulunduğumuzdan bu grupa ait neticeleri bilâhare takdim edeceğiz.

N e t i c e :

1. Tüberkülin menfilerde lepromin de menfî kalmaktadır.

2. Tüberkülin müsbet sağlamlarda %15 nisbetinde lepromin testi de müsbet bulunmuştur.

3. BCG'lilere henüz lepromin tatbik edilmemiş olup, tüberkülin virajı tessüs ettikten sonra tatbikat yapılacak ve neticeler takdim edilecektir.

4. Primer tüberkülozlularda %8; postprimer tüberkülozlularda %29,3 nisbetinde lepromin müsbetliği tesbit edilmiştir.

S U M M A R Y

We applied the lepromine cutaneous test to 160 subjects including healthy persons and patients hospitalized at the Phtysiology Clinic of the Ankara Faculty of Medicine.

Lepromine is prepared only at the Dermatology Clinic of the Ankara Faculty of Medecine. Subjects who give a negative reaction to the tuberculine test give also negative results to the lepromine test. In patients showing a positive reaction to the tuberculine test, lepromine test reactions are also positive in 15% of cases.

This cutaneous test is positive in 8% of cases of primary tuberculosis. We did not study the results of this test in 20 subjects already vaccinated with the BCG.

R É S U M É

Nous avons appliqué le test cutané à la lepromine, à 160 sujet comportant des fersomes en bonne santé et des malades hospitalisés à la Clinique de Phtysiologie de la Faculté de Médecine de l'Université d'Ankara.

La lepromine est préparée uniquement à la Clinique de Dermatologie de la Faculté de Médecine d'Ankara. Le test à la lépromine donne des résultats négatifs chez les personnes donnont une réponse négative au test à la tuberculine. Chez les personnes réagissant positivement au test à la tuberculine, les réactions cutanées à la lépromine sont également positives dans les 15% des cas.

Ce test cutané est positif dans les 8% des cas de tuberculose primaire et dans les 29.3% des cas de tuberculose post-primaire. Nous n'avons pas étudié les résultats de ce test chez 20 personnes préalablement vaccinées au BCG.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Fitizyoloji Kliniği
Direktör
Prof. Dr. Nusret Karasu

PNÖMOKONYOZLAR

Prof. Dr. NUSRET KARASU *Dr. TÜRKÂN AKYOL*

Ankara Veremle Savaş Dernek Hastahanesi, Fitizyoloji Kliniği ve bunlara bağlı 1, 2, 3, 4 ve 5 numaralı dispanserlere kuruluş tarihlerinden 1/4/1956'ya kadar müracaat eden 78631 vak'a pnömokonyoz bakımından taranmıştır.

Vak'alar arasında önce tüberküloz ve non tüberkülozlar ayırt edilmiş ve 17278 tb. ve 1777 non tüberküloz vak'ası tesbit edilmiştir. Ayrıca 78631 vak'ada meslekî bakımdan tasnif yapılmış ve bunlar arasında işçiler tesbit edilmiştir. Meslekî tasnifde işçi adedi 21487 dir. Ancak şu noktaya önemle işaret etmek isteriz ki dispanser fişinin meslek hanesindeki işçi vasfı terzi, dokumacı, fabrika işçisi, muhtelif atelye işçileri, amele, taşçı v.s. gibi çok çeşitli meslek mensuplarını ifade etmektedir. Bu bakımdan işçi kaydı hiç bir zaman pnömokonyoz yapıcı mesleklerde çalışanları göstermemektedir. Yine işaret etmek isteriz ki tetkikimiz ancak genel müracaattaki vak'aların pnömokonyoz bakımından taranmasıdır.

Müracaat eden vak'alar arasında pnömokonyoz teşhis kriteryumları şunlar olmuştur: Hastanın mesleği, meslekte çalışma müddeti, hikâyesi, şikâyeti, akciğer fonksiyonlarının tetkiki ve direkt grafilerinin durumu.

78651 vak'ada üç adet pnömokonyoz tesbit edilmiştir. Bu vak'aların her üçü de 10 seneden fazla müddetle kömür ve taş ocaklarında çalışmış olup henüz başlangıç halinde pnömokonyoz vak'aları idi ve teşhisleri daha ziyade hastaların şikâyetleri, anamnezleri ve akciğer fonksiyonlarındaki azalma ile konulmuş olan hudut vak'aları idi.

Böylece pnömokonyoz nisbetini genel yekûna göre %0,0039 ve müracaat eden işçi yekûnuna göre %0,019 bulduk.

Tetkiklerimizin neticesi klinik ve dispanser vak'aları arasında pnömokonyoz nisbetinin fevkalâde düşük olduğunu ifade etmektedir.

SUMMARY

Pneumoconioses

We studied the medical records of 78631 patients who applied to the Hospital of the Association for Fight against tuberculosis, the Hospital of the Phtysiology Clinic and the dispensaries no. 1, 2, 3, 4, 5, since their foundation until April, 1, 1956. We hunted chiefly for pneumoconioses. We choose the following criteria for establishing a positive diagnosis: occupation of the patient, lenght of working period, anamnesis and complaints of the patients, study of pulmonary functions and direct radiography.

From these 78631 cases, we separated 21487 workers. We must point out that the qualificative "worker" includes a great variety of professions such as tailor, garment worker, heavy worker, marble stone worker. In this last category, we could find three cacses of pneumoconiosis; the rate of pneumoconioses is then 0.0039% for all the group and 0.019% for the workers only.

Our results show that the number of pneumoconioses among the patients applying to our clinics and dispensaries is extremely low.

RÉSUMÉ

Les pneumoconioses

Nous avons étudié du point de vue pneumoconioses, les dossiers de 78631 personnes qui s'étaient présentées à l'Hôpital de la Ligue pour la Lutte antituberculeuse celui de la Clinique de Phtysiologie ainsi que les dispensaires Nos. 1, 2, 3, 4, 5, depuis leur fondation jusqu'au 1/4/1956. Les critères suivants étaient employés pour parvenir à un diagnostic positif: la profession du malade, durée de travail dans cette profession, anamnèse, plaintes du malade, étude des fonctions respiratoires et radiographie directe.

Parmi ces 78631 cas, nous avons séparé les ouvriers qui étaient au nombre de 21487. Signalons toutefois que le qualificatif "ouvrier" figurant en regard de la mention "profession" dans les registres de dispensaires, comprend une variété très grande de métiers tels que tailleur, fileur, ouvrier d'ateliers divers, manoeuvre, marbrier. Parmi ces derniers, nous avons pu déterminer la présence de 3 cas de pneumoconioses. Le pourcentage de pneumoconioses est donc de 0.0039% pour tout le groupe et de 0.019% pour les ouvriers seulement.

Nos résultats indiquent donc un nombre extrêmement réduit de pneumoconioses parmi les sujets se présentant à nos cliniques et dispensaires.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Fitiziyoloji Kliniği
Direktör
Prof. Dr. Nusret Karasu

KEMOTERAPODİK İLÂÇLARIN TÜBERKÜLOZ TEDAVİSİNDE KULLANILMALARINDAN SONRA TÜBERKÜLOMALARIN GÖRÜNÜŞ NİSBETİ

Dr. ORHAN ÖĞER

Tüberküloma deyince vasatî 1-6 cm. kuturda az çok yuvarlak, iyi hudutlanmış, etrafı fibröz bir kapsülle çevrilmiş, kazeöz pnömonik bir tüberküloz mihrakı anlaşılır. Bu hudutlu görünüşü, ekspansif neşvüneması ve büyük hacimde olanların komşularını tazyik etmesi dolayısiyle tümörlerle mukayese edilebilir. Bu sebeple isminin sonunda (om) hecesini ihtiva eder. Klinik özelliği ve tedavi hususiyetleri dolayısiyle son senelerde oldukça fitiziyologların alâkasını celbetmiştir. Bugün tüberkülomalara ait sayılamıyacak kadar çok neşriyat vardır.

Bazı fitiziyologların kanaatine göre antitüberküloz ilâçların tebabete ithalinden sonra daha çok görülmeye başlamıştır. Bu keyfiyetin doğru olup olmadığını araştırmak üzere şimalî Almanyada Holsteinde Tönsheide sanatoryumunun film arşivinde 936 senesinden itibaren yatan hastaların film ve tomografilerini tetkik ettim. Aşağıdaki cetvelde Tönsheide sanatoryumunda yaptığım tetkik sonucunu arzediyorum.

Sene	Tüberküloz vak'aları	Tüberküloma'lılar ve yüzde nisbeti		Tüberküloma adedi
1936	1000	15	%1,5	17
1937				
1938	797	7	%0,9	7
1939	609	8	%1,3	10
1940	500	3	%0,6	4
1941	447	4	%0,9	5
1942	482	6	%1,2	7
1943	603	8	%1,3	10
1944	885	11	%1,2	16
1945	922	6	%0,6	6
1946	904	7	%0,7	7
1947	1400	21	%1,5	23

1948	1000	14	%1,4	16
1949				
1953	585	12	%2,0	12
Yekûn	10134	122	%1,2	140

Burada dikkat edilirse 1953 senesindeki Tüberküloma yüzde nisbetinin diğer senelerden daha çok olduğu nazarı dikkati çekiyor. Buradan da anlaşılır ki antibiyotiklerin ve INAH'ın tüberküloz tedavisinde kullanılmasından sonra Tüberküloma'ların yüzde nisbeti artmıştır. Burada son senelerde röntgen taramalarının artmasının ve dolayısiyle araz vermeyen stasyoner durumdaki Tüberkülomaların teşhis edilmesiyle bu nisbetin yükseldiği düşünülebilirse de, tüberküloz profilaksisinde ilerlemiş milletlerde bu taramalar çok uzun zamandanberi yapıldığı nazarı itibara alınarak bu ihtimalin pek varit olamıyacağını iddia edebiliriz. Bizce bu artışın en mühim sebebi, ilâçların tesiriyle basilin virulansının azalması ve neticede toxemie'nin de azalması sonucu vücut mukavemetinin de bu vesile ile artması sonucu tüberküloz kazeöz mihrakının erimeyip etrafının bağ dokusu ile çevrilmesi olsa gerektir.

Tönsheide Sanatoryumunda tüberküloma tesbit edilen hastaların, yaşları 9-67 arasında idi ve vasatî yaş ise 33,8 idi. Gene vak'aların %16,5'sinde birden fazla tüberküloma bulunuyordu. Tüberkülomaların akciğer loblarındaki yerleşme nisbetleri şu şekilde idi.

Sağ Üst Lob %47	Sol Üst Lob %28
Sağ Orta Lob %3	
Sağ Alt Lob %15	Sol Alt Lob %7

Burada görüldüğü gibi yerleşis nisbetleri aşağı yukarı kâhil tüberkülozunun yerleşis nisbetine uymaktadır.

Netice olarak söylenebilir ki tüberkülomaların son senelerde daha çok görüldükleri hakkındaki fikirler doğrudur.

S U M M A R Y

We completed a research in the radiological archives of the Tönsheide sanatorium in Holstein, Germany. The number of tuberculoma cases among the patients hospitalized between 1936 and 1945 is less than the number of similir cases hospitalized during the year 1953. We came to the conclusion that the number of tuberculoma cases has increased with the use of antibiotics.

R É S U M É

Nous avons effectué une recherche dans les archives radiologiques du sanatorium de Tönsheide, dans le Holstein, en Allemagne: le nombre de cas de tuberculome décelés parmi les patients hospitalisés entre 1936 et 1945 est inférieur au nombre de cas hospitalisés durant la seule année 1953. Nous en avons conclu que le nombre de cas de tuberculome a augmenté à la suite de l'emploi de médications chimiothérapeutiques.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Fitizyoloji Kliniği
Direktör
Prof. Dr. Nusret Karasu

KLİNİK VE DİSPANSERLERİMİZDE BRONŞEKTAZİLER

Prof. Dr. NUSRET KARASU *Dr. TÜRKAN AKYOL*

Ankara Veremle Savaş Dernek Hastahanesi, Fitizyoloji Kliniği ve 1, 2, 3, 4 ve 5 numaralı dispanserlerine tesis tarihlerinden 31.3.956 tarihine kadar müracaat eden 78631 vak'ada tüberküloz ve non tüberkülozlar ayırd edildi ve 17278 Tb. ve 1777 non Tb. vaka'sı tesbit edildi. Bunlar içersinde 164 bronşektazi bulunmuş ve bronşektaziler incelenmiştir.

Vak'aların münakaşası:

Vak'alarımızda bronşektazi insidensi %0,2 bulunmuştur. Bronşektazilerin non Tb.'lilere nisbeti %9 Tb'lulara nisbeti %9'dur. Literatürle mukayese edilirse,

Mackenzi %0,29,
Wynn Williams %0,13,
İngiltere Sağlık Bakanlığı %0,1 bulmuşlardır.
Vak'alarımızda bu nisbeti %0,2 bulduk.

Vak'aların cinse göre taksimi:

%24,3 kadın,
%75,7 erkek.

Vak'aların yaşa göre taksimi:

% 4.3'ü 10 yaşına kadar
%15,8'i 20 » »
%18,9'u 30 » »
%25'i 40 » »
%35'i 40 yaşın üstünde bulunmuştur.

Vak'alarda lokalizasyon:

Lokalizasyonu yapılan 128 vak'ada:

%24,8 bilateral yaygın,

%75,2 ünilateral bronşektazi tesbit edilmiş olup bunlar:

48,9 sağ akciğerde ve %26,3 sol akciğerde lokalize bulunmuştur.

Lober lokalizasyonu yapılabilen 85 vak'ada %55 alt lob, %45 diğer loblarda bronşektazi bulduk.

Bronşektzilerin şekillerine gelince:
Tipi tayin edilebilen 25 vak'ada:
18 sakküler %72
3 silendrik %12
2 müşterek tipte % 8
2 kistik ektazi tesbit edilmiştir %8.
Etyolojik tetkik:
164 vak'anın 110'unda hastalar iyi anamnez veremediği için etyolojide sebep bulunamamış, ancak 54'ünde etyolojide sebep tesbit edilebilmiştir.

Bune göre:

Bilinemiyen:	110
Ateşli hastalık:	18
Pnömoni:	15
Kızamık:	2
Boğmaca:	7
Plörezi	6
Tüberküloz adenopatisi	3
Akut bronşit:	2
İleri skolyoz:	1 bulunmuştur.

164 vak'ada araz:

Öksürük:	124 vak'ada:	%75,6
Ekspektorasyon:	116	%70
Hemoptizi:	42	%25,6
Dispne:	10	%11,5
Çomak parmak:	7	% 4,7

100 vak'ada ekspektorasyon miktarı:
78 hastada: günde 50-100 cc.'nin üstünde %78
4 » » 5- 50 cc. %4
18 » » 5 cc. %5 balgam mevcuttu.

Komplikasyon: 43 vak'ada şu komplikasyonlar mevcuttu:
36 vak'ada iltihabi aktivasyon, (%21,9)
2 » Apse (%1,2)
2 » Amfizem (%1,2)
2 » Amiloidoz (%1,2)
1 » Dolaşım yetmezliği bulunmuştur.
Balgam 8 vak'ada ajan patojen bakımından incelenmiş ve buna göre:

2 vak'ada hemolitik streptokoklar %25
2 » Friedlander %25
1 » Strep. + Staf. + Pyocyaneus %12,5
1 » Apatojen mantar %12,5
3 » Terramisin ve kloromisetine hassas bakteri %37
1 » Sm. ve Penisiline hassas bakteri %12,5
8 » mantar kültürü menfî netice vermiştir.

Vak'alarımızda teşhis kriteryumlarına gelince:
164 vak'anın 153'ünde (%92,9) teşhis anamnez, hastanın şikâyeti ve aşikâr klinik arazla konmuş olup bunların 124'ünde %75,7, radyografik tetkik yapılmıştır. 29 vak'ada %17,8, teşhis bronkografik olarak teyid edilmiştir.
2 vak'amızda teşhis otopsi neticesinde konulmuştur.
Tedavi:
Tıbbî tedavi: 39 hastada aktivasyon esnasında 15 gün müddetle 1 gr. sm. + 400.000 Ü. Pen. tedavisi yapılmış olup klinikte takip edilenlerden 8 vak'a patojen âmilin hassasiyetine göre Kloramfenikol + Terramisin ve Akromisin ile 10 gün müddetle (Günde birer buçuk gr.) tedavi edilmişlerdir.
Bu tedavi altındaki hastalarda aktivasyon zail olmuş, öksürük azalmış, balgam 4 cc.'nin altına inmiştir. Ve hiç birinde hemoptizi görülmemiştir.
Cerrahî tedavi: 37 yyagın bronşektazi vak'asında cerrahî müdahaleye imkân görülmemiş, diğerlerinden ameliyat indicationu konulanların hiç biri ameliyatı kabul etmemiştir. Sadece bir vak'amızda sağ üst lop rezeke edilerek iyi sonuç alınmıştır.
Mortalite: Yalnız bir hasta bronşektazi + akut iltihabı aktivasyon teşhisi altında serviste yatmakta iken abondan bir hemoptizi ile vefat etmiştir. Böylece vak'alarımızda mortalite nisbeti %0,6 bulunmuştur.

SUMMARY

The proportion of bronchectasias in clinics and dispensaries

Investigation of 78631 patients who apllied to the Hospital of the Association for Fight against tuberculosis, the Phtysiology Clinics and the dispensaries no. 1, 2, 3, 4, and 5, since their foundation until March 31, 1956 revealed the existence of 17278 cases of tuberculosis and 1777 non-tuberculous pulmonary affections. Among the latter, we found 164 bronchectasias.

The proportion of bronchectasias in our cases is 0.02%. This results is in accordance with the statistics published until to-day.

The classification of bronchectasias according to sexe, age, localisation and form of the disease gave the following results: 75.7% of cases occur in men, 35% of whose are over 40. Localisation is predominantly unilateral (72.2%) and its most frequent site is the inferior lobe (55%). Classification according to the type of disease in 25 cases showed that the saccular type of ectasia is present in the majority of cases. Acute respiratory ingections of childhood constitute the most important etiological factor. Symptoms are, by order of frequency: cough, 75%), expectoration (70%), hemoptysies (25.6%), dyspnea (41.5%) and clubbed fingers (4.7%). The general mortality rate in our cases was 0.6%.

RÉSUMÉ

Les bronchectasies dans les cliniques et dispensaires

L'étude des 78631 patients qui se sont présentés à l'hôpital de la Ligue pour la Lutte anti-tuberculeuse, à la Clinique de Phtysiologie ainsi qu'aux dispensaires No. 1, 2, 3, 4, et 5, depuis la fondation de ces établissements jusqu'au 31.3.1956 a montré l'existence de 17278 cas de tuberculose et de 1777 cas de maladie nontuberculeuses. Parmi ces derniers nous avons relevé la présence de 164 bronchectasies.

La proportion de bronchectasies dans nos cas est de 0.2%. Comme nous l'indiquous dans notre exposé, ce résultat est conforme aux statistiques mondiales.

Le classement des bronchestasies d'après le sexe ,l'âge, la localisation et les formes de la maladie a donné les résultats suivants: la majorité des cas se rencontre chez les hommes (75.7%) au-dessus de 40 ans (35%), de préférence dans le lobe inférieur (55%) et de localisation unilatérale (75.2%). La classification d'après la forme de la maladie dans 25 cas montre que les ectasies de type sacculaire constituent la majorité. Le facteur étiologique le plus important serait d'après nos résultats, les infections respiratoires aigues de l'enfance. Par ordre de fréquence nous citerons comme symptômes: la toux (75%), l'expectoration (70%), les hémoptysies (25.6%), la dispnée (11.5%), les doigts en baguette de tambour (4.7%).

La proportion générale de mortalité dans nos cas est de 0.6%.

İşçi Sigortaları Kurumu
Süreyyapaşa Sanatoryumu
Başhekim
Dr. Abit Köymen

AKCİĞERİN RADYOLOJİK İMAJLARINDA RASTLANAN KİSTİK TEŞEKKÜLLERİN MÜTALÂA VE SANATORYUMLARDAKİ MEVKİİ HAKKINDA

Dr. İSMET MENGÜ *Dr. SAMİM ALGAN*

Sanatoryumlarda rastlanan çeşitli kistik imajların enterpretasyonu, bir yanda antibiotik çağının inkişafiyle zuhuru her gün artan rest kaviter teşekküller; öte yanda daha ince tetkiklerle tesbit edilen ve akciğer kavitelerini tanzir eden çeşitli kist ve pseudokistler sebebiyle oldukça karışık bir durum arzetmektedir.

Sanatoryumumuz travaylarından birinde ifade edildiği gibi rest kavite olarak tesbit edilen %8,5 nisbeti, yabancı bir travayda %17 gibi yüksek bir nisbete ulaşmaktadır.

Diğer taraftan konumuzu teşkil eden akciğerin tbc. dışı kistleri ise çok kere uzun zamanlarını boş yere sanatoryal tedavi ile geçirmektedirler. Vak'alarımızın çoğu bu bakımdan infeksiyon vesair sebeplerle sanatoryum tedavisi için daha ziyade kontrendikasyon teşkil ediyordu.

Akciğerin kistik leziyonlarının lojik bir tasnifi oldukça muğlâktır. Patogenez, tedavi ve tedris bakımından basitleştirilmiş şöyle bir tasnif mümkündür:

A. Bronşektazik kistler; bronş dallarının dillâtasyonu ile müterafik akciğerin gros kaviter imajını verir ve bazan mayi seviyesi ihtiva edebilirler. Bu grup kistler mültipl olabilir, bronkografi ile çok güzel mütalâa edilip cerrahî endikasyon gösterirler.

B. Konjenital bronkogenik kistler; anomalilerin inkişafiyle tezahür eder. Cidarları bronş epiteliyle örülü, duvarları ekseriya fazla miktarda elestik, müsküler ve kartiloginez element ihtiva ettiğinden kalındır. Bronşlarla iştiraki şart değildir; bazan müstakil de olabilirler ve mayi ihtiva edebilirler ki; kalın cidariyle bu tip kistlerde teşhis çok süspekt kalır. Bazan da mayi ve kalın mukoza sekresyonları sebebiyle radyolojik olarak solid leziyonlar halinde tebarüz ederler. Bu grup kistler ekseriya enfekte olana kadar semptom vermezler. Enfeksiyondan başka kanama, plevral mesafeye perforasyon

gibi komplikasyonlar nadir olmayıp rastlanan bronkopulmoner fistüllerde çok defa bu tip kistler mes'uldur.

C. Akciğerin hava ihtiva eden ince cidarlı kistleri; sanatoryumumuzda hasseten fazla olarak tesadüf ettiğimiz bu kistler de silli broş epiteliyle örtülü fakat, broşlardan müstakildirler. İnkişaflarını müteakip süratle her iki akciğere yayılırlar. Umumiyetle genç yaşlarda rastlanan bu tip politikistik teşekküller ancak çok fazla çoğalırsa teneffüs testlerini limite eder. Aksi halde çok kere vak'alarımızdaki gibi bir rüptür komplikasyonuna kadar mevcudiyetlerini hissettirmezler. Ekseriya enfeksiyon ihtimali de azdır, fakat; rastladığımız bir çok vak'ada müteaddit rüptürler sık olarak spontan PX.'lere müncer olurlar.

D. Son grup olarak spesifik kistler gelir ki, bu kistlere, broş epiteliyle örtülü olmadığından pseudokist demek daha doğru olur. Tbc., coccidioidomicosis, akut süpüratif hastalık harabiyetiyle, karsinoma kaviteleri bu grupta toplanır.

KAZUİSTİK:

Vak'amız 24 yaşında R. B.; bundan dört ay evveline kadar tam sıhhatta olduğunu beyan edip ancak 20/8/1956 günü hafif bir effort esnasında zuhur eden şiddetli yan ağrısı ile kendisini kaybetmiş ve on gün kadar evinde tedavi görmüştür. Kısmen iyileştikten sonra yapılan grafi üzerine kaviteli akc., tbc. teşhisiyle bir sanatoryuma yatırılarak iki ay müddet antibiotik tedavisi görmüştür. Bilâhare sanatoryum havasiyle imtizaç edemediğinden müessesemize nakledilmiştir.

Hastanın mevcut grafilerinin tetkikinde kaidelere doğru tebarüz eden iki taraflı PX. imajı ve akc.'de kaviter gölgeler görülüyordu. Hasta kendisine PX. yapılmadığını söylüyor, hiç bir tbc. anamnezi vermiyordu. Yapılan tomogramlarda, bilhassa PX. imajına rastladığımız nahiyelerde müteaddit ince cidarlı kistlere tesadüf ettik. Bu itibarla mevcut PX. imajını buradaki kistlerin tanziri düşünülmüştü. Fakat, yeniden çekilen direkt grafide mevcut iki taraflı parsiyel PX. mesafesini göremeyince hakikaten ve çok enteresan olarak, zuhur etmiş spontan PX.'in, kistlerin rüptüriyle meydana çıkıp kendiliğinden şifa bulduğuna hükmettik.

Yapılan ve kültüre kadar derinleştirilen bakteriolojik tetkikle basil menfî olundu. Bronkografilerde ise müteaddit kistin, bronşlarla iştiraki olmadığı da tesbit edilip bunların Tbc. ile ilgisi olmayan,

müstakil ve ince cidarlı hava kistleri olduğu görüldü. Halen sübjektif şikâyetlerinin mevcut olmayışı ve klinik, lâboratuvar aktivasyon göstermeyen vak'amıza kistlerin cinsi ve çok yaygın olması sebebiyle hiç bir cerrahî müdahalede bulunmadık.

Sanatoryum arşiv ve dosyalarımızın tetkiki bu kabil vak'alarla diğer kistik teşekküllerin mukayesesine imkân vermiştir. Buna göre: Tbc. kavitelerini takiben en yüksek nisbeti rest kaviter imajlar göstermekte, bronşektazik kistler daha sonra gelmektedir. Bu arada polikistik hava kistleri oldukça yüksek nisbete ulaşmaktadır. Öyle ki 60 yataklı servisimizde halen dört polikistik pumon vak'ası tesbit etmiş bulunuyoruz.

Böylece kronik seyri itibariyle Tbc. kavitelerini en çok tanzir eden vak'alar meyanında, bilhassa mültikaviter ve iyi gidiş gösteren hallerde polikistik pumon vak'alarını düşünmek gerekiyor. Öte yanda rest kaviter imajlar da nazarı itibara alınırsa akc.'in radyolojik kistik imajlarının tefsir, tedavi ve sanatoryomlardaki mevkii ehemmiyetli bir problem olarak ortaya çıkmaktadır.

SUMMARY

Cystic formations found in radiographies and their importance in sanatorium treatment

The authors present a case of policystic disease of the lung hospitalized and treated during 2 months under the diagnosis of cavitary pulmonary tuberculosis. The patient was cured after having shown a complication of spontaneous bilateral pneumothorax.

The authors point out that the number of cystic formations met with in sanatoriums is quite high. They propose an original classification of these cases and discuss the problem.

RÉSUMÉ

A propos des formations kystiques décelées dans les radiographies et leur importance dans les sanatoria

Les auteurs présentent un cas de poumon polikystique, hospitalisé et traité pendant 2 mois avec le diagnostic de tuberculose pulmonaire cavitaire et qui guérit rapidement après avoir présenté une complication de pneumothorax spontané bilatéral. A ce propos, les auteurs soulignent que le nombre des cas de formations kystiques rencontrés dans les sanatoria est assez grand. Ils proposent une classification originale de ces cas et discutent le problème actuel.

Brenköy Sanatoryumu
Başhekim
Dr. Seyfettin Köksal

ANTİ-BAKTERİYELLERLE İDAME TEDAVİSİ

Dr. SEYFETTİN KÖKSAL *Dr. AHSEN TEZEL*

Akciğer tüberküloz: tedavisinde anti-bakteriyellerin taze vak'aları hemen tamamen şifaya kavuşturdukları, eskimiş hastalarda da akciğer leziyonlarını kabil olduğu kadar minimal bir hale getirdikleri malûmdur. Fakat her iki halde de istikbale matûf gelişmelerin ne şekilde tezahür edeceği ancak tedavinin bırakılmasından bir müddet sonra kendisini gösterecektir. Biz uzun müddet klâsik bir şekilde üçlü anti-bakteriyel ile tedavi edilmiş bazı hastalarda ilâçların kesilmesinden itibaren iki üç aydan, iki üç seneye kadar değişen bir devre zarfında hastalıklarının yeniden faaliyet kazandıklarını ve evvelce tekrarlanan kültürlerle (—) bulunan B.K.'nın tekrar (+) hale geçtiğini müşahede eyledik. Bu bakımdan biz anti-bakteriyellerle tedavi eylediğimiz bir kısım hastalarımızda ilâçları hemen ve bir defada bırakmıyarak küçük dozlar halinde ve bir idame tedavisi tarzında uzatmağı daha doğru bulduk.

Taze vak'alarda sıkı bir hücum tedavisinden sonra akciğer leziyonunun tamamen kaybolması halinde nisbeten uzunca bir zaman; en az bu mesut neticenin alınmasına kâfi gelen hücum tedavisinin devamı müddeti kadar; sonradan idame tedavisini tatbik eyledik.

Eskimiş iki taraflı kaviter leziyonlarda B.K.'nın kültürle (—) hale gelmesine kadar muntazam üçlü tedaviye, bundan sonra da ikinci Türk Tüberküloz Kongresinde arzettiğimiz veçhile Atlama şeklindeki tedavi tarzımıza geçtik. Bu tedaviye de radiolojik durumun artık değişmez ve daha iyi bir manzara alamaz kanaatini uyandıracak kadar stabl bir hale gelmesinden sonra idame tedavisini tesise karar verdik.

İdame tedavisine tâbi tuttuğumuz taze vak'aların adedi halen 12'ye, eski kaviter, çoğu bilateral hastalarımızın adedi de halen 29'a baliğ olmuştur. Böylece idame tedavisini cem'an 41 hastada denemiş olduk. Taze vak'alarımızın 9'u iki sene ile üç ay arasında uzayan bir zamandan beri idame tedavisini terketmişlerdir. Bunların hiç birinde şimdiye kadar yeni bir faaliyet, bir nüküs görmedik. Eski kaviter hastalarımızdan 17'si de hemen iki sene beş ay arasında bir zaman-

dan beri idame tedavisini bırakmışlardır. Bunların da ne radiolojik durumlarında, ne de umumî hallerinde menfî bir değişmeye şahit olmadık. Hepsinin de B.K. durumu (—) seyretmektedir.

Klâsik üçlü anti-bakteriyel tedaviye normal istirahat tedavisinin eklenmesi halinde pek az istisnası ile ortalama ilk 6 aylık devre zarfında B.K.'nın (—) hale geçebileceğine muhakkak nazariyle bakabiliriz. Bizim 41 vak'amızdan yalnız 2'sinde B.K. (+) olarak devam etmiş ve kendilerinde streptomycine karşı başlangıç halinde bir rezistans teessüs eylemiştir. 39 vak'amızda ikinci ay ile en çok sekizinci ay arasında B.K. kültürle (—) bulunmuştur.

Taze vak'alarda akciğer leziyonunun şifasından sonra, kronik hastalarda da radiolojik gölgelerin artık değişmez bir istikrar kazandığı anlaşılmasını müteakip tatbikine başladığımız bu idame tedavisini Str. haftada bir gün 1 gr. Pas. haftada iki gün günde 10-12 gr., İnh. haftada üç gün günde 150-250 mgr. üzerinden devam ettirmekteyiz. Bazı vak'alarda Str.'i tamamen de terkediyoruz. Taze vak'alarda nisbeten erken zamanlarda terkettiğimiz bu idame tedavisini kronik hastalarda daha fazla uzatıyoruz. Bu arada tedavilerini kesmeğe cesaret edemediğimiz hastalarımız da vardır. Bunlarda en az iki seneden beri akciğer leziyonu tam stabl bir durum göstermesine rağmen ilâçları bıraktığımız takdirde yeni bir faaliyetinden başlamasından endişe ediyoruz. Bu gibi hastalar bermûtat evlerinde ve aile muhitlerinde yaşadıklarından yeniden basil çıkarmalarının tehlikesini de tasavvur ediyoruz. Bu sebeple bazı şartlar altında idame tedavisinin çok uzun zaman, belki de hayat müddetince uzatılmasının derpiş edilebileceğini zannediyoruz.

Burada tamamen şifaya kavuşmuş ve fakat sonradan idame tedavisine tâbi tutulmamış bir hastamızın bir zaman sonra aynı yerde bir nüküs gösterdiğini belirten müşahadesini kısaca arzedeceğiz. D. S. sağda kaviter, enfiltratif bir leziyonla Haziran 1954'de sanatoryumumuzda tedaviye girmiş sosyal durumu müsait münevver bir hastadır. B. K. (+) dir. Kendisine tedavimizde kaldığı müddetçe sıkı istirahatle birlikte cem'an 50 gr. Str. yapılmış, 30 gr. İnh. ve 200 gr. Pas. verilmiştir. Balgamda B.K.'nın kültürle (—) hale geçmesini ve kısa zamanda leziyonun tomografik olarak tesbitine imkân kalmaması üzerine kat'î şifa düşünülerek tedavisi terkolunmuştur. Fakat hasta takriben 1 sene sonra hemen ay belirtilerle müracaat etmiş ve tekrar tedaviye alınmıştır. Bu hastada idame tedavisinin bu nüksü önleyebileceği düşünülürdü.

İkinci bir müşahademiz de uzun zamandan beri idame tedavisine tâbi tuttuğumuz bir kadın hastamıza aittir. Akciğer leziyonları çoktan tam bir istikrar kazanmış ve artık hemen değişmez bir hale geçmiştir. Buna rağmen idame tedavisini terkettiğimiz takdirde evinde yaşamakta olan bu hastamızda; bir çok defa müşahade ettiğimiz gibi; B.K.'nın yeniden (+) hale geçeceğinden endişe ediyor, ve anti-bakteriyellerin bakterio-statik tesirinden gereği gibi faydalanmak üzere idame tedavisine devam eyliyoruz.

SUMMARY

Mantainance therapy with antibacterial drugs

Most of the new cases of pulmonary tuberculosis are cured within 6 months when treated with antibacterial drugs. At this time, tubercle bacilli are not found any more in the sputum of these patients. However, relapses may occur after a period varying between 3 months and three years. We reduced the possibility of relapses to a minimum by administering, as mantainance therapy, 1 gr. streptomycin once a week, 10-12 gr. PAS twice a week and 150-250 mgs. isoniazid three times a week.

RÉSUMÉ

Traitement d'entretien par les antibactériels

La plupart des cas nouveaux de tuberculose pulmonaire guérissent au bout de 6 mois avec un traitement antibactériel. On ne trouve plus à ce moment de bacilles de Koch dans les crachats de ces patients. Toutefois on peut constater des rechutes au bout d'une période variant entre 3 mois et 3 ans. Nous avons pu réduire au minimum la possibilité de rechutes en administrant à titre d'entretion 1 gr. de streptomycine une fois par semaine, 10 à 12 gr. de P.A.S. 2 jours par semaine et 150-250 mgr. d'isoniazide 3 fois par semaine.

ONALTINCI CELSE

Heybeliada Sanatoryumu

Dr. Zülfü Sami Özgen

HİÇ ANTİBİOTİK ALMAMIŞ HASTALARDA ANTİBİOTİKLERE KARŞI REZİSTANS DURUMU

Dr. HAYDAR AKSÜĞÜR

1945 senesinde Streptomisinin keşfi ile tüberküloz tedavisi sahasında duyulan büyük heyecan, bir müddet sonra Koch basillerinin bu ilâca karşı mukavemet kazanmalarının ortaya çıkmasiyle yarı yarıya azalmıştı. Ve bu harika ilâcın keşfinden birkaç sene sonra basillerle Streptomisin arasındaki rezistans münasebetlerinin kat'î olarak tesbit edilmesinden sonra, rezistan suşlarla yeni enfeksiyonların husulu dâvası düşünülmeye başlanmış ve bu bakımdan Streptomisinin rastgele kullanılmaması tavsiye edilerek bu dâvanın halli zamana bırakılmıştı. Senelerden beri fikrimi kurcalayan bu mevzuu tüberküloz kongresinde huzurunuza getirmek üzere, 1955 senesinde hiç antibiotik almamış hastalarda rezistans durumunu tetkike başladık. İstediğimiz evsafta hasta bulmakta çok müşkülât çektiğimizi arzetmek için şu iki rakamın mukayesesi münasip olur. Çalışmakta olduğum Heybeliada Sanatoryumuna bir sene zarfında yatan hastadan 2156'sında, aldıkları antibiotiklerin miktarının yüksek olmasından rezistans tayini zorunda kalınılmıştır. Rezistans tayinine lüzum görülmeyen diğer hastaların yüzde doksanının, rezistans yapacak miktarlardan daha az antibiotik aldıkları görülerek bunlarda mukavemet tayini cihetine gidilmemiştir.

Bu mevzuu, üzerinde uğraştığım 15 ay zarfında hiç antibiotik almamış veya yalnız birisini almış, diğerlerini almamış bize yarar ancak 128 hasta bulabildik. Elde edilen bu rakamı bir sene zarfında

müessesemize yatan hasta adedi ile mukayese edersek antibiotiklerin kullanılmasının ne kadar suiistimal edildiği ve bu mevzuu hazırlarken aradığımız vasıfta hasta bulmakta ne kadar müşkülâta uğradığımız meydana çıkar.

Hiç antibiotik almamış hastalarda evvelâ teksif usulü ile B.K. aranmakta, bunlardan B.K. tesbit edilenlerde Kültür yapılmakta, Kültürde üreyenler tekrar içinde 10 γ Streptomisin ve 5 γ İ.N.H. bulunan vasatlara ekilerek rezistans denemeleri yapılmıştır (*).

Hiç ilâç almamış bu 128 hastadan kırk tanesi, Homojenizasyon ile B.K. tesbit edilemediğinden, 8 tanesi de teksif ile B.K. bulunmasından sonra yapılan kontrol kültüründe basil üremediğinden tecrübe dışı bırakılmak zorunda kalınılmıştır. Bu şekilde tetkiklerimize yarar ancak 80 vak'a kalmıştır. 80 hastadan 9 tanesi muhtelif miktarlarda Streptomisin almış fakat İ.N.H. almamış, 1 tanesi ise İ.N.H. almış, Streptomisin almamıştır. Bu şekilde 71 hiç Streptomisin almamış hasta ile 79 İ.N.H. almamış hastada rezistans denemeleri yapılmıştır. Aşağıdaki cetvelde görüleceği veçhile hiç Streptomisin almamış vak'alarda, tedavinin artık gayri müessir olmaya başladığı seviyeye yükselecek kadar kuvvetli rezistans bulunanlar %17,5'i bulmaktadır.

Streptomisine Spontan mukavemet mevzuubahis olmadığı düşünülürse, ilâcın keşfinden itibaren 10-12 sene zarfında ilâca karşı refrakter yeni hastaların miktarının bu kadar yükselşi çok düşündürücü bir hâdisedir.

Hiç İ.N.H. almamışlardaki izoniazide mukavim hastaların nisbeti %13,4 olarak bulunmuştur. Bu düşüklük her iki ilâcın keşfi ile piyasaya çıkışı arasında geçen müddetle pek izah edilemez. Çünkü ilâca mukavim 21 vak'adan yalnız bir tanesinin anemnezi, dört sene evveline kadar gitmektedir. Yani helpsi izoniazidin bol bol alındığı devre zarfında hasta olmuşlardır. Keza her iki antibiotiğe karşı mukavim vak'a nisbetini %4,8 olarak bulmamız bunun zamanla artmıyacağını göstermez.

Bugün vardığımız netice her 3 - 4 yeni hastadan bir tanesinin antibiotiklerin bir tanesinden istifade edemez olduğu hakikatını ortaya koymuştur ki bu tüberküloz tedavisinde büyük bir zarar ve düşündürücü bir mevzudur.

* Hastalarımızın teksif, kültür ve rezistans denemelerini yapan Sanatoryumumuzun kıymetli Bakteriyoloğu *Harika Engez*'e huzurunuzda teşekkürü borç bilirim.

Streptomisin ve İ.N.H.'e mukavim vak'a adedi	İ.N.H.'e mukavim vak'a adedi	Streptomisine mukavim vak'a adedi	
	8		Hiç İ.N.H. almamış 79 vak'ada
		10	Hiç Streptomisin almamış 71 vak'ada
3			Hiç antibiotik almamış 70 vak'ada
%4,8	%13,4	%17,5	

Diğer 3 vak'a dahil olarak

Son zamanlarda çok mahdut miktarda antibiotiklerle rezistansın husule gelmesi, keza pek az ilâç almış olanlardan bazılarında antibiotiklerden beklediğimiz tesiri görememememiz nazarı dikkatimi çekmekte idi. Bu neticeler bu gibi vak'alarda, enfeksiyonun rezistans olmak üzere bulunan basillerle husule gelmesinden sonra kullanılan mahdut miktardaki ilâçlardan rezistansın erken husule geldiği şeklinde bizi düşünmeğe sevketmektedir. Bu vak'aların diğer hususiyetlerine gelince:

Rezistan suşlarla hastalanan bu 21 hastanın iki tanesi müstesna diğerleri 20-54 yaşları arasındadır. Ve vak'aların üçte ikisinin filimlerinde eskiden geçirilmiş lezyonlara ait kireçlenmiş mihraklar görülmektedir. Hiç birisinin ailesinde tüberkülozlu yoktur. Bu vak'aların en mühim hususiyeti, iyi bir klinik tablo göstermelerine mukabil bununla tezat teşkil eden radyolojik manzaraları olmasındadır. Nitekim 21 hastadan 5 tanesi müstesna hepsinde derecei hararet ve nabız adedi normal, yarısından fazlasında kan çökmesi pek az artmış, diğerlerinde ise bir ikisi müstesna orta derecede bir sedimantasyon bulunmuştur. Buna mukabil radyolojik tetkiklerinde, hepsi iki taraflı, yarısı bir veya müteaddit kaviteli, yarısından fazlası (21 vak'adan 11'i) her iki riede şan pülmonerin 1/2 veya daha fazla kısmını işgal eden lezyonlu ağır denecek vak'alardan müteşekkildir. Diğer 10 hasta ise, iki tarafta az veya çok yaygın, orta derecede lezyonlu olarak bulunmuştur. Hastalardan 12'sinin hastalığı yeni olup bir ay zarfında belli olmuştur. Bu guruptan ikisi müstesna hepsi taze tipte lezyonludur (Eksüdatif, noduller, pnömonik).

Vak'aların üçte biri tamamen fibröz lezyonlu geri kalanları ise eski lezyonların hâkim olduğu karışık tip lezyonludur. Bu hastalardan 19 tanesi hassas oldukları veya mukavim ve hassas oldukları antibiotiklerle yani kombine olarak ilâç tedavisi ve P.P.'le tedavi edilmişlerdir. Bunlardan üç ay ve daha fazla takib edilebilen 13 has-

tada çok ileri derecede bir salâh elde edilmiştir. Diğer iki vak'ada mukavemete rağmen yalnız mukavim olduğu antibiotik verilmiş ve istirahat kürü yapılmıştır. Bunlardan birisinde üç aylık İ.N.H., diğerinde bir aylık streptomicin tedavisine rağmen hiç bir netice elde edilememiştir. Bu da rezistan suşlarla husule gelen enfeksiyonlarda yalnız antibiotiklerle tedavinin neticesinin çok şüpheli olduğunu göstermektedir.

SUMMARY

The formation of resistance in patients never treated before with antibiotics

We studied the formation of resistance to 10 gammas of streptomycin and 5 grammas of isoniazid administered to 71 patients never treated before with streptomycin and 79 patients never treated before with isoniazid.

Among the patients never treated before with isoniazid, we found a proportion of 13.4% of resistant cases, and among the patients never treated before with streptomycin, a proportion of 17.5% of resistant cases. The proportion of cases resistant to both drugs was 4.8%.

We noticed that one patient out of every 3 or 4 shows resistance to an antibiotic. We found also that these resistant cases show mild clinical symptoms although their radiological examination reveals severe alterations. We did not get any result by treating these patients with the same antibiotics to which they were resistant.

RÉSUMÉ

La formaion de résistance chez les patients n'ayant jamais subi de traitement aux antibiotiques

Nous avons recherché le degré de résistance à 10 gammas de streptomycine et 5 gammas d'isoniazide administrés à 71 patients n'ayant jamais reçu de streptomycine et 79 patients n'ayant jamais reçu d'isoniazide.

Nous avons trouvé une proportion de 13.4% de cas résistants à l'isoniazide parmi les patients qui n'avaient jamais reçu d'isoniazide et 17.5% de cas résistants à la streptomycine parmi ceux qui n'avaient jamais été traités avec ce médicament. La proportion de cas résistants aux deux produits à la fois était de 4.8%.

Nous avons ainsi constaté qu'un malade sur 3 ou 4 manifeste une résistance à un antibiotique. Nous avons remarqué en outre que ces cas résistants présentent un tableau clinique encourageant alors que leur examen radiologique donne des résultats assez graves. Nous n'avons obtenu aucun résultat continuent à traites ces patients par les antibiotiques auquels ils étaient résistants.

Haydarpaşa Göğüs Hastalıkları Hastanesi

Başhekim

Dr. Yakup Çelebi

P.N.P. TEDAVİSİNİN HAZIM FONKSİYONU ÜZERİNE FİZİK VE BİYOLOJİK TESİRİ

Dr. SAİM POLAT BENGİSERP

Son senelerde akciğer tüberkülozunun tıbbî kollapsoterapi metodları arasında hasta için zararı az, faydası üstün, tatbiki basit bir metod olarak en çok müracaat ettiğimiz vasıta muhakkak ki pnömoperituvndır. Gerek Anglsakson ve gerckse Lâtin kültür dünyasında Pn.P.'nin kıymeti, mevki ve ehemmiyeti bugün için teslim edilmiş bulunmaktadır. Her metodda olduğu gibi bu kıymetli metodda da bir çok iyiliklerine mukabil bazı komplikasyonlar olmaktadır. Bilhassa karın içi boşluğuna gaz tabiatlı bir yabancı cisim sokulması demek olan Pn.P.'den sonra birtakım gastro-entestinal teşevvüşler görülmekte, ezcümle başta iştahsızlık ve kilo kaybı olmak üzere mide yanması, geğirti, şişkinlik, bulantı, hıçkırık, karın ağrıları, ishal ve kabız gibi bazı semptomlar belirmektedir. Bu şikâyetler bermûtat hafif ve selim tabiatlı olup kısa bir müddet sürmekle beraber bazan tatbikatı terke mecbur edecek derecede ve kıymette ciddî bir vasıf ve karakter aldıkları da görülmüştür. Birtakım müellifler bu metod esnasında görülen bu midevî-meaî teşevvüşleri, batnî ahşânın dislokasyonları neticesi olarak mütalâa etmişlerdir. İşte biz de bu travayımızla Pn.P. esnasında batın içinde husule gelen anatomik değişikliklerle yukarda bahsettiğimiz sübjektif şikâyetler ve semptomlar arasında fizik ve biyolojik ne gibi münasebetler bulunabileceğini radyolojik ve biyolojik lâboratuvar metodlarıyla araştırmaya ve bulgularımızı değerlendirmeye çalıştık.

ÇALIŞMA METODUMUZ:

Bu çalışmamız Pn.P. endikasyonu bulunan kadın, erkek muhtelif yaşlarda 30 vak'a üzerinde yaptık.

Fizik ve anatomik değişikliklere esas olmak üzere bu vak'aların Pn.P.'den evvel ve Pn.P. başlandıktan 1-2 ay sonraki mide ve duodenum, safra kesesi ve kolonlarının durumunu, birbirleriyle münasebetlerini ön-arka grafilerde radyolojik olarak, lateral ve oblik pozisyonlarda skopik olarak inceledik.

Biyolojik değişiklikleri tesbit için de Pn.P.'den evvel ve Pn.P.'den 1-2 ay sonra tübaj suretiyle elde edilen mide usaresinin ve karaciğer fonksiyon testlerinin tetkikini esas olarak ele aldık. Safra kesesi tetkiki için intravenöz Biligrafin kullandık. Mide tetkikinden takriben iki saat evvel zerkediyor ve Barium ile mide doldurularak her kisinin de gölge münasebet ve mücaveretini tesbite çalışıyorduk. Ertesi gün de kolonlar tetkik ediliyordu.

Bu çalışmalarda midenin tipi, şekli ve pozisyonu nazarı itibara alınıyor, gerek fundus ve kardiya kısmının diyafram kubbesi ile münasebeti ve gerekse korpus ve alt hududunun krista ilyaka ile olan irtibatı ölçülüyor, oblik ve lateral tetkiklerle de ön ve arkaya dislokasyonu gözden geçiriliyordu. Pilor kısmının da lomber vertebralar ve safra kesesi ile olan komşulukları araştırılıyordu. Kolonların ise ön-arka pozisyonda ve ayakta tetkiki mukayese ediliyor, kolon porsiyonlarının veya kitlesinin karın boşluğundaki mevkii, hepatik ve liyenal zaviyelerinin durumu inceleniyordu.

Nihayet her hastada Pn.P.'den evvel ve Pn.P. başladıktan sonra 1-2 ay zarfındaki semptom ve klinik bulgular tesbit edilerek radyolojik değişikliklerle karşılaştırılıyordu.

MÜŞAHEDELER:

a. Klinik bulgular: Hastalarımızın ekserisi Pn.P.'den sonra omuzlara intişar eden epigastrium ağrılarından müşteki idiler (%5), tanesi (%16) kasıklara vuran ağrılardan şikâyet ettiler. 20 kişi (%66) mide kazıntılarından, yanmalarından şikâyet ettiler ki ekserisinde hipoasidite ile müterafık gastrit delilleri vardı. İştahsızlık ilk haftalarda hemen hepsinde görüldü (%100). Ve buna bağlı kilo kaybı müşahede edildi. İlk haftalardan sonra omuza vuran ağrılarla iştahsızlığın kaybolduğu nazarı dikkati çekti, yalnız 3 vak'ada iştahsızlık ve kilo kaybı devamlı oldu (%10). Diğer 25 vak'ada kilo artması görüldü (%70). Diğer 2 vak'ada kiloda hiç bir değişiklik olmadı (%6). Diyare ve konstipasyon gibi şikâyetlere vak'alarımızda rastlamadık. Pn.P. dolayısiyle bulantı, kusma ve geğirti şikâyetlerine tesadüf etmedik. Bir kaç hastamızda görülen bulantı Pn.P. den evvel de mevcuttu. 22 vak'amız yemeği müteakıp mide şişkinliğinden ve gazdan şikâyetçi oldular (%73) (Şekil 1).

Şekil - 1

Semptom ve şikâyetler	Epigastrium ağrıları			İştahsızlık		Kilo kaybı		Kilo alma							
	Omza vuran	Kasıara vuran	Mide yanması ve kazıntısı	Devamlı	Geçici	Devamlı	Geçici	Artma	Aynı	İshal	Bulantı	İnkıbaz	Kusma	Mide şişkinliği	Gaz ve geğirti
Vak'a adedi	30	5	20	3	27	3	27	25	2	0	0	0	0	22	22
% nisbeti	100	16	66	10	90	10	90	70	6	0	0	0	5	73	73

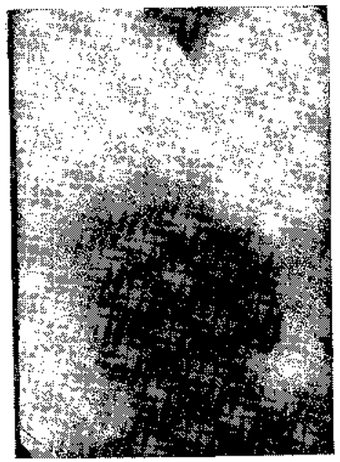
b. Radyolojik bulgular: Mide tetkiklerinde umumiyetle ensüfle edilen havanın diyafram kubbeleri altında birikmesi suretiyle diyafram kubbelerinin hava tazyiki ile yukarıya doğru kalkması neticesi kardiya mıntakasında (15-75 mm.) uzama ile darlık; forniks'in aynı mekanizma ile aşağıya doğru itilmesi neticesinde mide hava odacığının küçülmesi veya tamamen kendi bünyesinde kaybolması ile birlikte fundus'ta genişleme ve uzama ile korpüs'te hafif sukut hali (atoni, ptoz) müşahede edilmiştir. Bazı vak'alarda da midenin yukarı ve aşağısını saran havanın karşılıklı tazyikleri altında yaygın geniş bir şekil lacak yerde korpüsün kendi üzerine toparlanarak büzülmesi hali (yükselme) görülmüştür. Buna göre 19 vak'amızda hafif bir ptoz müşahede edilmiş (%65). 10 vak'amızda hiç bir değişiklik olmamış (%33) 1 vak'ada hafif yükselme olmuştur (%3). Plor bölgesinde bariz bir değişiklik tesbit edilememiştir, yalnız Pn.P. dolayısiyle zirvesi yukarda, kaidesi aşağıda bir üçgen şeklinde karın içinde bir araya toplanan batın ahşası arasında bilhassa üzerine bastırn karaciğer ve safra kesesi tesiri ile sıkışık, basık bir şekil aldığı görülmüştür (Şekil 2-3).

Bundan başka 27 vak'ada (%91) midenin şakulî mihverinin öne yani karın ön cidarına yer değiştirmesi hali müşahede edilmiştir. 3 vak'ada (%9) mide mihverinden arkaya doğru inhiraf etmiştir.

Safra kesesine gelince: Umumiyetle 10-20 mm. lik hafif bir sukut ve şakulî mihverine göre ön-arka pozisyonda içe ve dışa doğru dizlokasyonlarıyla boynu etrafında bükülme halleri müşahede edilmiştir (Şekil 2-3).

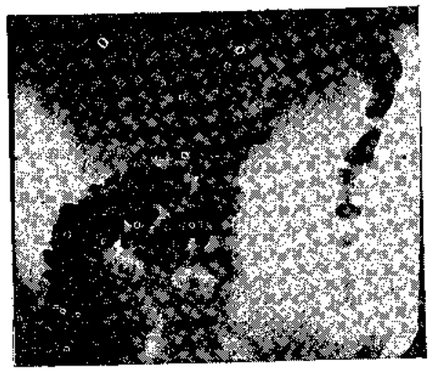
Kolonların tetkikinde: Keza bariz anatomik bir değişiklik meydana çıkarılamamıştır. Bir kısmında transvers kolonun ptozu, bir kısmında alttan hava girmek suretiyle bilâkis yükselmesi tesbit edil-

Şekil - 2
Pn. P.'den evvel



Şekil - 3
Pn.P.'den sonra

miş ve bazılarında bütün kolon kitlesinin (asandan, desandan dahil) heyeti umumiyesi ile bir taraf fossa iliyakasına disloke olduğu görülmüştür. Fakat ekserisinde mühim bir değişiklik olmamıştır.



Şekil - 4
Pn.P.'den evvel

Şekil - 5
Pn.P.'den sonra

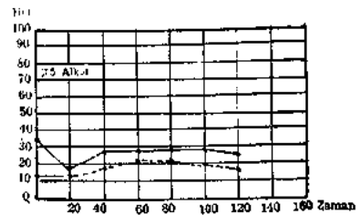
Barsakların motilitesinde kayda değer bir değişiklik tesbit edilemedi. En belli başlı bulgu bazı vak'alarda rastlanan kolo-spazm hali olmuştur (Şekil 4-5).

c. Biyolojik bulgular: Mide usarelerinin tetkikinde: 24 vak'ada hipokloridri hali (%80), 6 vak'ada normal asidite (%20) bulundu. Hiperasiditeye rastlanmadı.

Pn.P.'den evvel yapılan tübaj neticesi ile Pn.P.'den 1-2 ay sonra yapılan tübaj neticeleri arasında bir değişiklik elde edilemedi (Şekil 6-7).

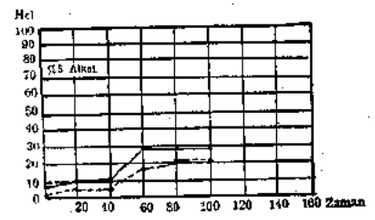
Karaciğer fonksiyon testlerine gelince: Burada Diazo (direkt-endirekt), Takata-Ara, Kadmiyum testlerini yapmakla iktifa ediyorduk. Bunda da Pn.P.'den evvel ve Pn.P.'den 1-2 ay sonra yapılan mukayeselerde pek farklı neticeler elde edemedik (Şekil 6-7).

Mide usaresi



İsim: Aysel Duran Tarih: 11.6.956
—— Total Asit: %27,5
- - - Serbest Asit: %17,5
Mikroskopi: 5-10 lökosit, mebzul eritrosit, 1-2 epitel mevcut.
Karaciğer testleri:
1 - Takata Ara R.: 5-6 müsbet
2 - Kadmiyum R.: (0) menfi
3 - Diazo R.: menfi
İsim: Aysel Duran Tarih: 2.8.956

Mide usaresi



—— Total Asit: %17,5
- - - Serbest Asit: %11,2
Mikroskopi: 10-15 epitel, 7-8 lökosit, 2-3 eritrosit mevcut.
Karaciğer testleri:
1 - Takata Ara R.: 5-6 müsbet
2 - Kadmiyum R.: (0) menfi
3 - Diazo R.: (0) menfi

Şekil - 6
Şekil - 7

MÜNAKAŞA:

Yukarda tafsil edilen klinik, radyolojik ve biyolojik bulguları hülâsa edecek olursak:

1. Klinik olarak: Pn.P. başladıktan sonra sübjektif olarak, ekserisi geçici, hafif ve selim tabiatlı birtakım dispeptik şikâyetler olmakta ve objektif olarak da bazan kilo kaybına rastlanmaktadır.

2. Fizik ve anatomik olarak:

a. Karın boşluğu üst kısmı ile diyafram kubbesi altına havanın birikmesi ile kubbeler yukarı doğru halkarken midenin üst porsiyonu, bu arada hava odacığı da aşağı doğru tazyikle itilmekte ve bin-

netice bu boşluk ekseriya hacmen küçülmekte ve bazan korpus içinde kaybolmaktadır. Bu yukarı çekiş ve aşağıya itiş neticesi olarak midenin kardiya porsiyonu 15-75 mm. arasında uzayarak kalibresi daralmaktadır. Ve sun'î bir kardiya darlığı yaratılmaktadır.

b. Midenin fundusunda gevşeme, genişleme (atoni), bazan da kendi üzerine toparlanma.

c. Midenin hafif sukutu (bazan da bilâkis yükselme). Bu sukut çok doğurmuş, karın cidarı gevşemiş kimselerle astenik yapılı şahıslarda daha ziyade olmaktadır.

d. Midenin öne doğru dislokasyonu (Bazan arkaya doğru yer değiştirme).

e. Pilor'da ahşa ile sıkışmaktan mütevellit darlığa meyil..

f. Safra kesesinde: Diskinezi'ye sebep olan hafif ptoz, iç ve dışa hafif deplâsman ve boyun üzerine dirseklenme...

j. Kolonlarda: Aşağı, yukarı ve yanlara kısmî, bazan kitlevî hafif deplâsman ve bazan spazm.

3. Biyolojik olarak:

a. Mide usaresinde: Pn.P.'den müteessir olan bir cihet yok (ekserisinde hipo asidite ile müterafık gastrit hali tesbit edilmektedir).

b. Karaciğer fonksiyon testlerinde Pn.P.'den müteessir olan bir durum yok (Ekserisinde tedaviden evvel de hafif yetmezlik delilleri var).

Bütün bulgularımızı böylece hülâsa edince Pn.P.'den sonra görülen dispeptik şikâyetlerle anatomik fizik bulgular arasındaki münasebetlerin münakaşa ve mukayesesine girebiliriz.

Görülüyor ki Pn.P.'den sonra görülen ve ekserisi dispeptik mahiyette olan şikâyetlerin biyolojik faktörlerle münasebeti olmayıp daha ziyade organ dislokasyonlarına bağlı fizik ve anatomik faktörlerden doğduğu tebarüz etmektedir. Bu anatomik ve fizik sebeplere bağlı ahşa deplâsmanları ve anomalileri midede hazım gecikmesini ve safra kesesinde dizkineziyi tevlit ederek yukarda bahsettiğimiz dispeptik mahiyette olan gastro-entestinal teşevvüşlerin doğmasını intac eder.

NETİCE ve KISSADAN HİSSE:

Ekserisi hafif, selim ve geçici mahiyette olan ve fizik sebeplere bağlı bulunduğunu tebarüz ettirdiğimiz bu gastro entestinal şikâyetlerden bazı tedbir ve temkinlere baş vurarak mümkün mertebe sakınmak elimizdedir.

Kısa ve uygun aralıklı, mutedil dozda ensüflâsyonlar yapmak suretiyle fazla organ deplâsmanlarına sebep olmamak, gevşek karın cidarlı (bilhassa mültipar kadınlar) kimselerde münasip bir karın korsesi (hiç olmazsa Amerikan bezinden genişçe bir bandaj) kullanmak suretiyle ve hipo asiditesi olanlarda bu ciheti nazarı itibara alarak tashihlerine gitmek suretiyle bütün bu gastro entestinal teşevvüşlere bağlı şikâyetleri tahfif edebilir ve Pn.P.'den beklediğimiz gayeye sıkıntısız olarak ulaşabiliriz.

LİTERATÜR

1. **Andrew Ladislaus Banyai:** Pneumoperitoneum Tretman 1946.
2. **Katz, Sbar and Goldner:** The effect of pneumoperitoneum therapy in pulmonary tuberculosis on liver fonction. Am. Rev. Tub. 5. P. 589. 1952.
3. İ. D. Bobrowitz, Fredrich Ellas, and Jacob Ochs: Gastrointestinal changes in Pneumoperitoneum Am. Rev. Tub. 6.P. 750. 1952.
4. **R. Engez, A. G. Soylu, M. Berker, A. Erhelger, S. Ersek:** Heybeliada Sanatoryumunda Pn.P. ile tedavi edilen vak'alar üzerinde etüd. 2'nci Türk Tüberküloz Kongresi kitabı, sahife 175, 1855.
5. **Nusret Karasu, Ali Sirmen:** Pnomoperituan komplikasyonları. 2'nci Türk Tüberküloz Kongresi Kitabı, sahife 185. 1955.
6. **Mustafa Dağlar:** İlk ensüflasyondan sonra tedaviyi terke mecbur eden bir Pnömoperituvan ihtilâtı. 2'nci Türk Tüberküloz Kongresi Kitabı. Sahife 224. 1955.

SUMMARY

Physical and biological effects of pneumoperitoneum on gastric function

Pneumoperitoneum has taken an important place in the medical collapsotherapy of pulmonary tuberculosis, during the last years. We studied by radiological and biological methods the cause of gastro-intestinal symptoms complicating this intervention and the physical and biological effects of pneumoperitoneum on digestive function.

For this purpose, we performed on 30 patients, before as well as one or two months after the intervention, a chemical analysis of gastric contents, tests of hepatic function and a radiological examination in antero-posterior, lateral and oblique positions of the stomach, gall-bladder and colon. We compared anatomical findings with clinical symptoms and tried to establish a correlation between them. We found important changes in the results of gastric

and hepatic function tests. We found also that the gastro-intestinal symptoms were very light and benign in character and were due to physical and anatomical modifications consecutive to the displacement of these organs in the abdomen.

We think that short, light and adequate insufflations as well as the use of supports or belts would greatly reduce the amount and extent of gastro-intestinal side reactions.

RÉSUMÉ

L'effet physique et biologique du pneumopéritoine sur la fonction gastrique

Le pneumopéritoine a occupé une place importante dans la collapso-thérapie médicale de la tuberculose pulmonaire, au cours de ces dernières années. Nous avons voulu rechercher par des méthodes radiologiques et biologiques la cause des symptômes gastro-intestinaux compliquant cette intervention et l,effet physique et biologique du pneumopéritoine sur la fonction digestive.

Dans ce but, nous avons effectué chez 30 patients avant le pneumopéritoine ainsi qu'un ou deux mois après l'intervention des analyses du suc gastrique, des épreuves de fonction hépatique ainsi que la radiographie en position antéro-postérieure, latérale et oblique de l'estomac, de la vésicule biliaire et du colon. Nous avons confronté les trouvailles anatomiques avec les symptômes cliniques et recherché une relation entre eux. Nous avons pu constater l'absence de modifications importantes dans les résultats des analyses de suc gastriques ou d'épreuves de fonction hépatique. Nous avons en outre établi que les troubles gastro-intestinaux étaient essentiellement légers et de caractère bénin, et provenaient de modifications physiques et anatomiques relevant du déplacement de ces organes dans l'abdomen.

Nous pensons que des insufflations courtes, adéquates et légèrement dosées ainsi que l'emploi de corsets ou de ceintures seraient de nature à réduire ces troubles gastro-intestinaux.

Heybeliada Sanatoryumu

Başhekim

Dr. Zülfü Sami Özgen

ANTİBİYOTİKLERE REZİZTAN VAK'ALARIN REZİZTANS OLDUKLARI ANTİBİYOTİKLERLE TEDAVİSİNDEN ALINAN NETİCELER

Dr. HAYDAR AKSÜGÜR

Antibiyotiklerin ortaya çıkmasiyle duyulan büyük ferahlık bir müddet sonra Koch basilinin bu ilâçlara mukavemet kazanmasının öğrenilmesiyle çok azalmış ve bu gibi vak'alarda aynı antibiyotiklerle tedavinin ne gibi tesirleri olacağı meselesini ortaya çıkarmıştır. Bu mevzuda birbirine zıt iki fikir ileri sürülmüştür. Bazılarına göre reziztans teşekkül ettikten sonra artık ilâcın hiç bir tesiri kalmamaktadır. Bazılarına göre ise bizim lâboratuvarlarda yaptığımız reziztans denemelerinde meselâ: Streptomisine mukavemet tesbit ettiğimiz zaman, bu deneme kültürüne ekilen kraşada mevcut muhtelif suşlardan yalnız ilâca mukavim olanı üremekte buna mukabil henüz ilâca hassas olan bir çok suşlar ise üremememektedir. Bu yüzden kraşadaki basillerden reziztan suşun üremesine rağmen tedaviye devam etmeli ve lezyonlu kısımdaki ilâca hassas suşları bertaraf ederek hastaya faydalı olmalıdır. Bu eski birbirine zıt iki görüşü kontrol etmek maksadiyle Heybeliada Sanatoryumunda antibiyotiklere mukavim iki grup vak'ada, mukavim oldukları ilâçların tesirlerini tetkik ettik. İlişik cetvelde teferruatı görüleceği veçhile Streptomycine ve İ.N.H.'a mukavim 14 vak'alık bir grupta Streptomisin ve İ.N.H. kombine tedavisinin tesirini ve İ. N. H.'a mukavim 15 vak'alık; diğer bir gurupta ise izoniazitle tedavinin tesirini tetkik ettik; ilâçların teslrlerini, tedaviden evvel ve sonraki ateş, nabız, kan çökmesi, kilo vaziyetlerini birbirleriyle mukayese ederek ve tedavi hitamındaki radyolojik değişiklikleri araştırarak anlamaya uğraştık. İlâçların tesirini az evvelki faktörlere tabi olarak bir aylık, 2 aylık, 3 aylık ve daha uzun devreli tedvi müddetleri içinde mütalâa ettik. Vak'a adedinin azlığı her ne kadar neticelerin mutlak olmasına kâfi değilse de yine bizi tenvir edeceğini ümit etmekteyim.

1. Streptomycine ve İ.N.H.'a mukavim (14) vak'adan 10 tanesi iki taraflı idi, bunlardan 8 vak'a, bir veya müteaddit kaviteli fibröz lezyonların hâkim olduğu bazılarında nodüler lezyonların bulunduğu

hastalardan mütcşekkildi.. Diğer ikisinden birinde her iki tarafta fibröz lezyonlar vardı. Diğerinde ise bir tarafta fibröz mukabil tarafta nodüler kaviteli bir lezyon görülmekte idi. Tek taraflı 4 vak'adan 4'ü de ülserö fibröz lezyonlu idiler. Bu gurubun Streptomycine ve izoniazit kombinesi ile yapılan tedavilerindeki klinik neticeleri şöyle hülâsa edebiliriz: Tedavi başında nabız adedi ve ateşi normal olan 8 hastada bu bakımdan hiç bir değişme olmamıştır. Sübfebril 3 hastadan 2'si 2 aylık, birisi 3 aylık tedavileri sonunda afebril bir hale gelmişler, yüksek ateşli 3 hastadan ise 2 aylık tedavi ile birisi afebril hale girmiş, diğerinde hafif bir ateş düşmesi olmuştur. Bir hastada da bir aylık tedavi sonunda da pek hafif bir lalâh görülmüştür. Bu şekilde 14 hastadan 5 hastada ateş bakımından bir salâh hali tesbit edilmiştir. Kan çökmesine gelince: Kan çökmesi yüksek 2 hastadan birisi 2 ay hitamında diğeri 4 ay sonunda kısmî bir düzelme göstermişlerdir. Orta dereceli kan çökmeli 2 ay tedavi görmüş, 3 hastadan 2'si aynı kalmış, birisi normale avdet etmiştir. 3 vak'ada ise bir aylık tedaviye rağmen süratlanme olmuştur. Kan çök. normal olan 3 vak'a; 2 ay sonra yine aynı bulunmuştur. Bu şekilde 14 vak'adan 2 vak'ada kısmî düzelme, bir vak'ada normale dönüş, 6 vak'ada süratlenme, 5 vak'ada ise normalde kalma hali tesbit edilmiştir.

Hastaların kilo durumuna gelince: 14 vak'adan 4'ü tedavilerinin hitamında aynı kalmış, 5'i 2 aylık, biri 4 aylık tedavi sonunda 1-5 kilo kadar artmış; 4 vak'a kilo kaybetmiştir. Tedavi başında basilli olan 14 hastadan tedavi sonunda yine basil bulunmuştur.

Radyolojik duruma gelince 14 vak'adan 2 ay tedavi gören bir vak'ada (bunun bir tarafında taze lezyon, mukabil tarafında fibröz lezyonlar vardı), taze lezyonlu tarafta pek hafif bir salâh görülmüştür. 4 ay tedavi edilen iki tarafında ülserofibröz lezyonlu bir hastada bariz bir salâh tesbit edilmiştir. Diğer 12 hastada radyolojik olarak hiç bir değişme görülmemiştir.

2. İzoniazide reziztan ve yalnız İ.N.H. ile tedavi edilmiş 15 vak'aya gelince: 15 vak'adan 3 tanesi tek taraflı, her üçü de eski lezyonlu, bunlardan 2'si kaviteli idi. Geri kalan iki taraflı 12 vak'adan 4 tanesi kaviteli fibröz lezyonlu, 3 tanesi fibröz lezyonların hâkim olduğu nodüler karışık lezyonlu olup ikisi kaviteli, 4 vak'ada nodüler lezyonlu olup 2'si kaviteli, bir vak'a eksüdatif nodüler lezyonlu ve kaviteli idi. Görülüyor ki bu gurupta tüberküloz eski ve yeni her tip lezyonlu nümuneleri bulunmakta idi; bu gurupta tedavi neticeleri şöyle olmuştur: Yüksek ateşli bir hastada ateş aynı kalmış, 2'de, 1-3 aylık tedavi sonunda hafif bir düşme kaydedilmiştir. Sübfebril

ateşli 7 hastadan 5'de hararet derecesi aynı kalmış, 2'si bir ve 2 ay sonlarında normale düşmüştür; ateşsiz 5 hasta ise tedavi sonunda durumlarını muhafaza etmiştir. O halde 15 hastadan 4'ünde bu bakımdan salah tesbit edilmiştir. Namız durumu da hemen hemen ateş durumu ile paralel olarak bulunmuştur.

Kan çökmesine gelince: Yüksek kan çökmeli 7 hastadan 5 tanesinde 1-3 ay içinde bir salah görülmüş, 2 si 3-4 ay sonra aynı kalmış, birisi daha süratlenmiştir. Orta derecede üç hastadan biri normale avdet etmiştir. 15 hastadan (10) tanesinin 1-4 ay zarfında kilo aldıkları görülmüş, 4'ünün kilosu aynı kalmış birisi ise zayıflamıştır.

B.K. durumuna gelince: 3 hastada 1,2,3 ay sonra B.K. (+) iken (—) olmuş 12'si yine (—) kalmıştır. Bu guruptaki hastaların taze ve eski tip lezyonlulardan müteşekkil olmasına ragmen bir ay tedavi edilen 3 hastada, 2 ay tedavi edilen 6 hastada, 4 ay tedavi edilen bir hastada radyolojik olarak en ufak bir değişme tesbit edilememiştir.

N e t i c e :

Gerek streptomycine ve izoniazit kombinasyonu ve gerekse İ.N.H. ile yapılan 1-4 aylık tedavilerin sonunda hastalardan bazılarında ateş, kan çökmesi ve kilo alma bakımından nisbî bir salâh görülmüştür. Fakat bu hastaların aylarca sanatoryal kürde kaldıkları düşünülürse tedavisiz de bu neticenin elde edilmesinin mümkün olacağı kabul edilebilir. Streptomisin ve İ.N.H. ile yapılan tedavide ancak bir vak'ada radyolojik olarak bir salâh elde edilmiştir; bu da (%7,1) eder. 4 ay sanatoryal küre tabi tutulan ve hiç antibiyotik kullanmıyanlarda da bu nisbette salâh elde edilebilinileceği düşünülebilir. Mamafih bu gurup hastalarını ekserisinin eski lezyonlu oluşu ve eski lezyonlu vak'alara antibiyotiklerin az müessir olması elde edilen neticenin aleyhine bir faktör ise de, uzun zaman antibiyotik alarak reziztans teessüs eden hastaların da ekserisinin eski lezyonlu olmalarının tabiî oluşu bu gibi vak'alarda reziztans teessüsünden sonra kombinede olsa antibiyotiklerin müessir olmadığını göstermektedir.

İ.N.H.'ya mukavim gurupta taze lezyonlu vak'aların bulunmasına rağmen bunlarda uzun zaman yapılan izoniazit kürlerine rağmen bir netice alınamayışı reziztans halinde izoniazide bel bağlanamıyacağını ortaya koymaktadır.

Antibiyotiklere mukavim vak'alarda antibiyotik tedavisiyle alınan neticeler

Streptomycine ve İ.N.H.'a mukavim vak'alarda

Röntgen durumu	B.K. + olanlarda — oluş	B.K. + olanlarda + 'de kalış	Kilo durumu: Azalma	Kilo durumu: Artma	Kilo durumu: Aynı kalma	Normal kan çökmesi: Düşme	Normal kan çökmesi: Normal kalma	Orta derecede kan çökmesi: Normale avdet	Orta derecede kan çökmesi: Hafif düzelme	Orta derecede kan çökmesi: Aynı kalma	Yüksek kan çökmesi: Düşme	Yüksek kan çökmesi: Daha fazla düşme	Yüksek kan çökmesi: Normale avdet	Yüksek kan çökmesi: Kısmi düşme	Yüksek kan çökmesi: Aynı kalma	Nabız durumu: Yükselme	Nabız durumu: Aynı kalma	Nabız durumu: Normale avdet	Nabız durumu: Kısmi düşme	Nabız durumu: Aynı kalma	Ateş üzerine tesiri: Ateşsiz: Ateş yükselmesi	Ateş üzerine tesiri: Ateşsiz: Aynı kalma	Ateş üzerine tesiri: Subfebril ateş: Normale düşme	Ateş üzerine tesiri: Subfebril ateş: Aynı kalma	Ateş üzerine tesiri: Yüksek ateş: Normale düşme	Ateş üzerine tesiri: Yüksek ateş: Hafif düşme	Ateş üzerine tesiri: Yüksek ateş: Aynı kalma	Tedavi müddeti	Vak'a adedi
2 ay tedavi gören bir vak'ada hafif salâh		3	1		2						3						2		1			2				1		2 ay	
		10	3	5	2	3	3	1		2				1			7	2		1		6	2		1	1		2 ay	
4 ay tedavi edilen bir diğer vak'ada bariz salâh																												2 ay	
		1		1										1				1					1					3 ay	
		14	4	6	4	3	3	1		2	3			2			9	3	1	1		8	3		1	2		daha fazla	14

İ. N . H.'a mukavim vak'alarda

Röntgen durumu	B.K. + olanlarda — oluş	B.K. + olanlarda + 'de kalış	Kilo durumu: Azalma	Kilo durumu: Artma	Kilo durumu: Aynı kalma	Normal kan çökmesi: Düşme	Normal kan çökmesi: Normal kalma	Orta derecede kan çökmesi: Normale avdet	Orta derecede kan çökmesi: Hafif düzelme	Orta derecede kan çökmesi: Aynı kalma	Yüksek kan çökmesi: Düşme	Yüksek kan çökmesi: Daha fazla düşme	Yüksek kan çökmesi: Normale avdet	Yüksek kan çökmesi: Kısmi düşme	Yüksek kan çökmesi: Aynı kalma	Nabız durumu: Yükselme	Nabız durumu: Aynı kalma	Nabız durumu: Normale avdet	Nabız durumu: Kısmi düşme	Nabız durumu: Aynı kalma	Ateş üzerine tesiri: Ateşsiz: Ateş yükselmesi	Ateş üzerine tesiri: Ateşsiz: Aynı kalma	Ateş üzerine tesiri: Subfebril ateş: Normale düşme	Ateş üzerine tesiri: Subfebril ateş: Aynı kalma	Ateş üzerine tesiri: Yüksek ateş: Normale düşme	Ateş üzerine tesiri: Yüksek ateş: Hafif düşme	Ateş üzerine tesiri: Yüksek ateş: Aynı kalma	Tedavi müddeti	Vak'a adedi
Hiç birisinde radyolojik değişme olmamıştır.	1	2		2	1		1							2				1	1	1			1	1		1		1 ay	
	1	5	1	4	1		2	1			1			2						2		3	1	2				2 ay	
	1	4		3	2		1			1		1		1	1		2	1	2			2		2		1		3 ay	
		1		1											1				1								1	4 ay	
	3	12	1	10	4		4	1		1	1	1		5	2			2	4	3		5	2	5		2	1	Yekûn	15

Antibiyotiklere mukavim vak'alarda antibiyotik tedavisiyle alınan neticeler

Streptomycin'e ve İ.N.H.'a mukavim vak'alarda

S U M M A R Y

Results obtained by antibiotic therapy in patients showing resistance to the same antibiotics

We present the results of a combined streptomycin-isoniazid therapy in 14 cases showing resistance to these two antibiotics and the results of isoniazid administration to 15 cases showing a resistance to isoniazid only.

We found that except for one case which showed improvement, antibiotic therapy in patients showing resistance to these same antibiotics does not offer any advantages.

R É S U M É

Resultats obtenus par la continuation du traitement aux antibiotiques chez les patients présentant une resistance à ces mêmes antibiotiques

Nous présentons les résultats du traitement combiné à la streptomycine et l'isoniazide dans 14 cas présentant une resistance à ces 2 antibiotiques ainsi que les résultats de l'application d'isoniazide à 15 cas résistants seulement à cette substance.

Nous sommes parvenus à la conclusion qu'exception faite pour un cas traité à la streptomycine et l'isoniazide qui manifesta une amélioration clinique et radiologique, la continuation du traitement aux antibiotiques chez des patients résistants à ces mêmes antibiotiques ne présente aucune garantie sérieuse.

Gülhane Askerî Tıp Fakültesi İntanî Hastalıklar Kliniği ve Bakteriyoloji Laboratuvarı, Şef

Doç. Dr. Fethi Ö. Tezok

TÜBERKÜLOZDA MİDDLEBROOK-DUBOS TESTİ VE ELEKTROFORETİK TETKİKLER

Dr. MUHSİN KESKİN

Tetkiklerimiz son bir seneden beri akademimiz dahiliye kliniği ve servisimizde yatan hastalardan aktif akciğer tüberkülozlu 100 vak'a ile 80 normal şahıs üzerinde yapılmıştır. Tüberküloz vak'aları ya basil müsbet kimseler veya tomografik tetkikleri yapılmış tüberküloza has kaviteli şahıslardı. Normallerden 40'ı Middlebrook-Dubos testi için önceden kan alınmış tüberkülin deri testi menfilerden ibaretti. Bunlar senelerden beri mühim bir hastalık geçirmediklerini ifade ediyorlardı. Diğer 40'ı tüberkülin testi müsbet faal hastane personeli veya diğer şahıslardan ibaretti.

Tetkiklerimiz başlıca şu hususlara tevcih edilmiştir:

1. Standart şartlarda çalışmanın test neticeleri üzerindeki değeri nedir?

2. Tüberkülin testi ile Middlebrook-Dubos testi arasında netice bakımından ne derece bir müşabehet vardır, tüberkülin tatbikatından sonra test neticelerinde bir değişiklik olur mu?

3. Middlebrook-Dubos testinde rol oynıyan antikorlar bir natam antikor mudur?

4. Middlebrook-Dubos testinde methaldar protid konponenti üzerinde elektroforetik çalışmalar.

1. Standart şartlarda çalışmanın test neticeleri üzerindeki rolü 180 vak'ada yapılan Dubos-Middlebrook Hemaglütinasyon testiyle kontrol edilmiştir. Testin ilk çalışmaları arkadaşım *Dr. İsmet Barutçu* tarafından ele alınarak İkinci Türk Tüberküloz Kongresinde neşredilmişti. Elde edilen neticelere bakılacak olursa testin Lepralılarda %100 sonuç vermesine mukabil muhtelif tüberkülozlularda %60.1 müsbet ve diğer hastalıklar gurubunda ise %4.6 yalancı müsbet sonuç verdiğini görürüz. Bu defaki çalışmalarımız yine Smith-Scott tekniğine sadık kalınarak yapılmıştır. Standartlaştırılan hususlar şunlardır:

A. Reaksiyonda kullanılan kırmızı küreyve bir tek şahıstan alınmış olup 3 partide ve her seferinde hemoglobin miktarı tâyin edilerek modifiye alsever solüsyonunda saklanmış Rh menfi, sıfır gurubu insan kanıdır. Kan, içinde modifiye alsever solüsyonu bulunan tüplere alınmış ve her seferinde bir tüp muhteviyatı kullanılmıştır.

B. Küreyve solüsyonları daima fotoelektrik kolorimetrede tâyin edilmiş, böylelikle muayyen bir hacım içerisinde daima aynı miktara yakın küreyve bulundurulması sağlanmıştır.

C. Teknikteki tüp, pipet v.s. malzeme aynı şartları temin için değiştirilmemiş küreye çevirimleri aynı şartlarda tekrarlanmıştır.

D. Başlangıçta antijenin hassaslaştırıcı asgarî miktarının tâyini birinci kısım çalışmalardaki bulgu hilâfına 0.1 cc kırmızı küreyve çökeleği için 1 cc ham tüberkülin olarak hesaplanmıştır.

E. Reaksiyonun hepsinde aynı imal ve kontrol numarasını taşıyan tüberkülin kullanılmıştır.

Alınan neticeler şöyledir:

Normal 80 şahısta 1/4 dilüsyonla %18,75 ve 1/8 dilüsyonla %28,5 müsbet sonuç; buna mukabil aktif akciğer tüberkülozlu 100 şahısta 1/4 dilüsyonla %80 ve 1/8 dilüsyonla %69 müsbet sonuç elde edilmiştir. Aktif akciğer tüberkülozlu şahıslarda menfi sonuç gösteren vak'aların klinik olarak ekserisi negatif anerji ve bir kısmı tedaviyle düzelmiş pozitif anerji safhasında bulunan şahıslardı. Normaller gurubundan tüberkülin testi müsbet sıhhatli görünen şahıslarda diğer tüberküloz araştırmaları yapılamamıştır. Neticeler birinci kısım çalışmalarla mukayese edilecek olursa reaksiyon lehine %10 ilâ %20 nisbetinde bir artış olduğu görülür. Artışın tensip edilen hastalar gurubuna ait olması keyfiyeti mevzuubahis ise de biz reaksiyondaki standardizasyonun rolünü daha ileride görmekteyiz.

2. Tüberkülin deri testi ile Middlebrook-Dubos testi arasındaki mukayese 80 normal şahısta kontrol edilmiştir. Bu şahıslardan 40'ında tüberkülin menfi idi. Bunlarda 1/4 dilüsyonla %7,5 ve 1/8 dilüsyonla %12 müsbet netice alındı. Diğer 40'ında tüberkülin testi müsbetti ve 1/4 dilüsyonla %30 ve 1/8 dilüsyon ile %45 müsbet sonuç görüldü. Başlangıçta tüberkülin testi menfi şahıslarda hemaglütinasyon menfi iken tüberkülin tatbikini müteakıp %24 nisbetinde bir müsbetleşme görüldü. Şu halde tüberkülin tatbikinin test neticeleri üzerindeki tesiri oldukça mühimdir ve hemaglütinasyon testinin normal şahıslardaki sonucu daha hakikate yakın görülmektedir.

3. Testte rol oynıyan antikorun bir natam antikor olması meselesini tahkik için 80 tüberkülozlu vak'ada hemaglütinasyon testiy-

le mukayeseli olarak endrekt Coombs'lu reaksiyon icra edilmiştir. Neticelerin kıymetlendirilmesinde kriteryum olarak 1/4 ve 1/8 dilüsyonlar üzerinden iki logaritmik kat yükselişler nazarı itibara alınmıştır. Buna göre orijinal Middlebrook - Dubos testine nazaran Coombs'lu şekilde artış %5'den fazla olmamıştır. Mamafih Coombs'lu şeklin icrası bize testte methaldar bir de natam antikor mevcudiyetini ortaya koymak bakımından faydalı olmuştur.

4. Middlebrook - Dobos testinde rol oynıyan Protid fraksiyonun elektroforetik tetkiklerle tesbiti ve bu antikorun saf olarak elde edilmesi meselesi ekserisi ACTH tedavisine tâbi tutulmuş 12 aktif akciğer tüberkülozluda tetkik edilmiştir. Önce bu 12 vak'anın kan serumu protidleri üzerinde elektroforetik tetkikler yaptık. Normal kıymetlere göre yaptığımız mukayesede tüberkülozlularda alfa 2 ve Gama fraksiyonlarında bariz bir artış müşahede ettik. Bu artış Beta 1 ve Beta 2 şeklinde Beta fraksiyonunun iki ayrı kısım halinde tesbit edildiği vak'alarda Beta 1 fraksiyonunda lokalize oluyordu. Müteakiben bu artışın tüberküloza has ve testte methaldar madde ile ilgili olup olmadığının tahkiki için hasta serumlarını tüberkülinle hassaslaştırılmış kırmızı küreyve muvacehesinde adsorpsiyona terkettik. Bundan sonra tekrar edilen elektroforetik tetkiklerde artışın tüberküloza has olduğu kanaatine vasıl olduk. Jele vasatlar üzerinde çalışılmak surctiyle bu konponentlerin müstakillen elde edilmeleri için zamanımız kâfi gelmedi. Hali hazır elektroforetik tetkikleri dahi kâfi bulmuyoruz. Antibakteriyel antikorların Gama franksiyonunda ve antitoksik antikorların ise Beta fraksiyonunda toplanması keyfiyetini kabullenecek olursak tüberküloz basilinde bir de ayrıca toksin aramak icap edecektir. Tetkiklerimizin 12 vak'aya münhasır olmasına rağmen neticelerin bize daha çok çalışma imkânları hazırladığını görmekteyiz.

LİTERATÜR

1. Adler T. F., Proced Soc. Exp. Biol. Med. 1950, 74, 561.
2. Alsever J. B., Anisli R. B. New-York Stade J. Med. 1941, 41, 126.
3. Anderson R. J., J. Exp. Med. 1955, 101, 391.
4. Anderson R. J. Chron. Chem. Organ Naturst., 1939, 3, 145.
5. Asselineau J. N. Biochem. Bioph. Acta 1950, 191, 5.
6. Asselineau J. N. Lederer E., Experientia 1951, 281, 7.
7. Burnet F. M. Anderson S. G., Brit. J. Exp. Path. 1946, 27, 244.
8. Burnet F. M. Brit. J. Exp. Path. 1946, 27, 236.

9. Branth G. Seand J. Clin. Lab. Med. 1952, 293, 4.
10. Bukantz S. G., Rein C. R., Kent J. R., J. Lab. Clin. Med. 1946, 31, 394.
11. Berker M., Engez H., Gökçe T. İ. 2'nci Türk Tüb. Kongresi 1955, 354.
12. Coombs R. A., Mourant A. E. Roce R. R. Brit. J. Exp. Path. 1945, 26, 255.
13. Eagle H., Lab. Diagn. Syph. C. V. Mosby Company St. Louis 1937.
14. Gernek R. C., Tacquet A. Bull. Acad. National Med. 1949, 27-28, 556.
15. Gernez R. C., Tacquet A. Ann. İns. Pasteur Lille 1950, 111, 1.
16. Gernez R. C., Tacquet A. Ann. İns. Pasteur Paris 1951, 81, 149.
17. Gernez R. C., Tacquet A. Ann. İns. Pasteur Lille 1953-54/VI, 155.
18. Grönvall A. Scand. J. Clin. Lab. İnvest. 1952, 4, 270.
19. Hall W. H. Manion R. I., J. Clin. İvest. 1951, 30, 1548.
20. Hirst G. K. Sience 1941, 94, 22.
21. Jones A. R. J. Exp. Med. 1928, 4, 183.
22. Jones A. R. Hinson K. F. W. Am. Rew. Tüberc. 1953, 68-739.
23. Josnihave A. Roy T. E., Boyd G. J. Clin. İnvest. 1954, 33, 1415.
24. Keogh E. V. Nordh E. A. Warburton M. F. Nature 1947, 160, 687.
25. Keogh E. V. Nordh E. A. Warburton M. F. Nature 1948, 161, 687.
26. Keogh E. V. Ficher S. Nature 1950, 165, 248.
27. Keleşoğlu N. 2'nci Türk Tüberc. Kongresi 1955, 362.
28. Leger M., J. B. Baillere et Fils 1932, 11, 266.
29. Landstainer K. Specifity of Serolog, reaction Harvart Üni. Cambridge 1947, 143.
30. Munitz J., O. Hospital 1950, 37, 143.
31. Middlebrook G. J. Clin. Invest. 1950, 29, 1480.
32. Middlebrook G. Dubos R. J., J. Exp. Med. 1948, 88, 521.
33. Öktem Z. Tıbbi Bakteriyoloji 1953, Cilt 1, 200.
34. Plevnelioğlu K. H. Tüberküloz Dergisi 1954, 8, 6.
35. Payzın Riketziya ve virus hastalıkları 1952, 218.
36. Pound J., J. Path. Bacter. 1952, 131, 1.
37. Rapport F. Scariton M. Am. J. Clin. Path. 1950, 3, 294.
38. Soltys M. A., Tüberc. Bacillus Lab. Meth. Tübec. 1952. 191.
39. Scott N. B., Smith D. T., J. Lab. Clin. Med. 1950, 35, 303.
40. Scott N. B., Smith D. T., Am. Rew. Tüberc. 1950, 62, 121-127.
41. Schwartz B., Mandelbaum T., Spitz L. J. Smithz P. P. Battaglia B. Am. Rew. Tüberc. 1952, 66, 594.
42. Sohier R. Ann. L'İnst. Pasteur 1950, 78, 283.
43. Siebert F. B., Siebert M. V. Alno A. J. Campbell H. V., J. Clin. İvest. 1947, 90, 26.
44. Siebert F. B. Pfaff M. L., Siebert M. V. Arch. Bioch. 1948, 278, 2.
45. Stenberg J. Boucher R. Proulux A. Union Med. Canada 1952, 81, 3.
46. Tezok F. Ö., Gürsel A., Barutçu İ. Türk İjien ve Tecrübi Biyoloji Dergisi 1956, 15, 1.
47. Tezok F. Ö. Frengi için Kardiolipin testi 1953, 3.
48. Thomas J. C., Mennie A. T. South Afric. Med. 1950, 24-897.
49. Thomac J. C., Mennie A. T. Lancet 1950, 259, 745.
50. Üner R., Karasu N. 2'nci Türk Tüberküloz Kongresi 1955, 391, 393, 397.
51. Vidinli İlhan Tüberkülozda Tabii Mukavemet ve Allergi 1956 Seminer notlarından.

SUMMARY

Midlebrook-Dubos test and electrophoretic studies in tuberculosis

The author discusses the results of Midlebrook-Dubos test and electrophoretic studies performed on 100 cases of pulmonary tuberculosis and 80 normal subjects.

RÉSUMÉ

Le test de Midlebrook-Dubos et les recherches électrophorétiques dans la tuberculose

Nous avons étudié les résultats du test de Midlebrook-Dubos et des recherches électrophorétiques pratiquées sur 100 cas de tuberculose pulmonaire active ainsi que 80 sujets normaux.

Gülhane As. Tıp Akademisi 1. Dahiliye Kliniği, Şef

Prof. Burhanettin Tuğan

AKCİĞER TÜBERKÜLOZU ve BRONŞLARIN İPTİDAÎ KANSERİ HAKKINDA

Doç. Dr. FAHİR SENAL *Dr. SUAT ERİŞBAL*
Dr. M. ALİ OLCAY

Bütün istatistikler bronş kanserinin arttığına işaret etmektedir. Bu artışa muvazi olarak akciğer tüberkülozu ve bronş kanserinin müştereken bulunduğu vak'alar her tarafta bildirilmektedir. Memleketimizde daha evvel bu iştirak *Dr. Nusret Karasu* ve *Dr. Kocaçıtağın* bir etüdüne mevzu teşkil etmiştir. (Tüberküloz ve toraks, 6:1955, 365). Bu iki hastalığın bir arada bulunması ciddî güçlükler arzeder. Her iki hastalıkta da tedavi şansı erken teşhise bağlıdır. Bu sebeple akciğer tüberkülozu veya bronş kanseri şüphesi arzeden her vak'ada pnömolojinin bütün eksplörasyon metodları kullanılmalıdır. Aşağıda hülâsasını arzedeceğimiz müşahade beş sene müddetle tüberküloz teşhisi ile tedavi edilmiş bir vak'aya aittir.

MÜŞAHEDE:

Osman Oğ. Mustafa Günay, 1321 doğumlu, Ankara-Beypazarlı, beş seneden beri akciğer tüberkülozu teşhisiyle tedavi ediliyormuş. 5/12/1955'de kliniğimize yatırılmıştır. Radioğrafisinde sol akciğerde zirveden kaideye doğru ve akciğer sahasının 2/3'ünü işgal eden bir kesafet görülmüştür. Bu kesafet mediastenle temadi etmekte idi. Sol lateral radioğrafi sol üst lobun kondansasyonunu göstermiştir. Kraşada mükerrer muayenelerle K.B. (—) dir. Bronş lavajı ile alınan mayide habis tümör hücreleri, bronkoskopi ile sol bronşun ihtikanlı olduğu görülmüştür. Bu kesafetin mediastenle alâkasını, iltisakı olup olmadığını ve sol üst lobun ameliyat ile dekole olup olmıyacağını tayin için 15/12/1955 tarihinde pnömomediasten yapılmıştır. Ensüflasyondan sonra kesafetin tamamiyle aorta ve mediastenden ayrıldığı görülmüştür. Hastaya pnömektomi yapılmıştır. Ameliyatla çıkarılan akciğerin histolojik tetkiki bronş kanseri ve akciğer tüberkülozunun bir arada bulunduğunu göstermiştir.

Böyle vak'alarda radiolojinin ayırt edici teşhisle büyük değeri yoktur. Nodüller metastaslara ait olabileceği gibi kavernlerde abse

boşluklarına ait olabilir. Her vak'ada mükerrer basil aranması ve bulunmadığı takdirde kapalı akciğer tüberkülozu teşhisine gidilmemesi lâzımdır. Diğer taraftan 40 yaşını geçmiş her hastada kraşada basil bulunsa dahi en ufak bir şüphe muvacehesinde *Papanicolau* usulü ile sitolojik muayene, bronkoskopi, bronş lavajı, asit ve kalkalen fosfotaz teamülleri vesaire gibi teşhis vasıtalariyle tümörün tüberküloz proçesine iştirak edip etmediği araştırılmalıdır. Diğer taraftan kanser olduğu muhakkak olan vak'alarda da tüberkülozun bir arada bulunabilceği düşünülmelidir. Uzviyeti zayıf düşüren ve muvazenesini bozan hallerin tüberkülozun uyanmasına sebep olduğu eskidenberi bilinmektedir. Bu sebeple bronş kanserinin eski bir tüberkülozun alevlenmesine yol açması bu kanaate uygundur. Bir çok hallerde klinik olarak kanserden evvel tüberkülozun bulunması zahiridir. Zira kanser başlangıcının bazan senelerce latant kalabileceği bugün iyi bilinmektedir.

SUMMARY

Primary bronchial carcinoma and pulmonary tuberculosis

The author presents a case of bronchial carcinoma treated during 5 years for pulmonary tuberculosis and points out the necessity to utilize every means available in order to reach an accurate diagnosis. He recommends especially histological studies for this purpose.

RÉSUMÉ

A propos du cancer primaire des bronches et de la tuberculose pulmonaire

A propos d'un cas de cancer bronchique traité depuis 5 ans pour tuberculose pulmonaire, l'auteur souligne la nécessité d'utiliser toutes les méthodes possibles pour arriver au diagnostic de tuberculose et recommande spécialement l'examen histologique dans ce but.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Fitizyoloji Kliniği
Direktör
Prof. Dr. Nusret Karasu

TAŞ YONTUCULARIN PNÖMOKONYOZ BAKIMINDAN TETKİKİ

Prof. Dr. NUSRET KARASU Doç. Dr. İLHAN VİDİNEL
Dr. YALÇIN DİNÇMAN

Memleketimizde meslek hastalıkları ve bu meyanda pnömokonyozis etüt edilmesi gereken bakir bir mevzu olarak durmaktadır. Halen pnömokonyozisin memleketimizde hangi mesleklerde ve ne nisbetlerde meydana geldiğini gösterir istatistiklere sahip bulunmamaktayız. Garp memleketlerinde bile bazı cins meslek hastalıkları yakın zamanlara kadar gözden kaçmıştır. Buna misâl olarak «Diatomaceus earth» denilen bir nevi toprakla çalışan işçilerde teşekkül eden pnömokonyozisleri zikredebiliriz.

Biz de iş hastalığı bakımından meslek gruplarını tetkikten geçirmiye karar verdik ve ilk olarak granit yontucuları klinik ve radyolojik olarak muayeneye tâbi tuttuk.

Materiyel ve metod:

Ankarada halen iş başında çalışmakta olan taş yontuculardan 80 kişi çalışmamıza mevzu teşkil etmiştir. Bu işçiler küçük gruplar halinde Ankara Veremle Savaş Derneği 1 No.'lu Dispanserine davet edildiler. Müşahedeleri alındıktan ve klinik muayeneleri yapıldıktan sonra akciğer fonksiyonlarını tetkik bakımından dikkatli bir radyoskopileri yapıldı, vital kapasitcleri ölçüldü ve minyatür radyografileri çekildi. Minyatür filmlerinde patolojik değişikliklere rastlananlarda büyük film çekildi ve bakteriyolojik tetkikler yapıldı.

Tetkike tâbi tutulan 80 kişinin vasatî yaşı 37.5 olarak bulundu. Cetvel: 1, yaş gruplarını ayrı ayrı göstermektedir. Taş yontucu olarak çalışma müddetleri Cetvel: 2'de sıralanmıştır. Vasatî çalışma müddeti 15.6'dir.

İşçilerin 53'ü Kastamonulu, 9'u Kayserili, 11'i Gümüşhaneli, 3'ü Kırıkkaleli, 2'si Yozgatlı, 1'i Kalecikli, 1'i de Çorumlu idiler.

Yaş	İşçi adedi
15-19	6
20-29	28
30-39	25
40-49	18
50-55	3
Vasati yaş 37.5	

Cetvel: 1

Çalışma müddeti (sene)	İşçi adedi
1- 5	15
6-10	21
11-15	16
16-20	12
21-25	13
26-30	2
-35	1
Vasati çalışma müddeti 15.6 sene	

Cetvel: 2

İşçilerin hepsi açık havada ve taşları ıslatmadan kuru metodla çalışmaktaydılar. Kullandıkları aletler kalem, çekiç ve murç'tu. Çalışma yerleri tetkik edildiğinde yontma ameliyesi esnasında vasat miktarda toz çıktığı görüldü. Havada toz tanesi sayımı ve bu tanelerin çap tayini yapılamadı. Yontulan taşlar çok miktarda serbest silika ihtiva eden değişik tiplerde granitlerdi.

Tesbit ettiğimiz en enteresan bulgulardan biri sağlam ve çalışan insanların teşkil ettiği 80 kişilik bu grupta 60 kişinin teneffüs sistemine ait şikâyetleri bulunmasıdır. Ancak 20 kişi hiç bir şikâyeti olmadığını söylemştir. 40 kişi öksürükten, 31 kişi balgam çıkarmaktan, 17 kişi nefes darlığından, 10 kişi göğüs ağrısından, 6 kişi de çarpıntıdan şikâyet etmiştir.

Bulunan patolojik değişiklikler şu şekildedir:

Rasyodkopik metodlar ve vital kapasite ile tesbit edilen konfsiyon azlığı	14 kişi
Radyolojik olarak akciğer yaygın akciğer fibrosisi ve amfizem	4 »
Stasyoner tüberküloz	4 »
Aktif tüberküloz	4 »

Cetvel: 3

Fonksiyon azalması gösteren 14 kişinin yaşları:

Yaş	İşçi sayısı
20-29	2
30-39	8
40-49	3
54	1
Vasati yaş 35.8	

Cetvel: 4

Radyografilerde fibrosis ve amfizem gösterenlerin yaşları 4 vak'ada da 34 ilâ 38 arasındadır.

N e t i c e :

Yüksek miktarda silika (SiO_2) ihtiva eden granit taşını yontan ve bu esnada çıkan tozlara silikozis meydana gelmesi için kifayet edecek bir zamandan beri maruz kalan (vasati çalışma müddeti 15.6 sene) 80 kişilik bir işçi grupunda bariz radyolojik araz veren hiç bir pnömokonyozis vak'asına tesadüf edilmemiştir. Bunun sebebi kanaatimizce çalışmanın daima açık havada yapılması ve çekiç ve kalemle yapılan yontma esnasında meydana gelen tozların büyük bir ekseriyetle 10 mikrondan daha büyük çapta olmasıdır. Aşikâr silikoz vak'ası olmamasına mukabil işçilerin %75'i teneffüs yollarına ait şikâyetlerde bulunmuşlardır. Bunun sebebi, kanaatiimzce, alveollere kadar gidemeyen 10 mikrondan büyük çapta silika tanelerinin yukarı teneffüs yolları ve bronşlar üzerine yaptığı tahriştir. Tahriş neticesinde meydana gelen bronşit kronik bir hal almakta ve bizim 14 vak'ada gördüğümüz gibi fonksiyon bozukluklarına sebep olacak kadar ilerlemektedir. Taş yontucularda tesbit ettiğimiz tüberküloz nisbeti de çok yüksektir. 10 kişide 1 kişi tüberkülozlu olarak bulunmuştur.

Çalışmamızdan edindiğimiz kanaat taş yontmada silikozis bakımından bir tehlike bulunmadığı, buna mukabil bu meslekte çalışan işçilerde kronik bronşit gibi progresiv ve tedavisi pek zor bir hastalığa tutulma şanslarının fazla olduğudur.

S U M M A R Y

S t u d y o f p n e u m o c o n i o s e s i n s t o n e c u t t e r s

In a group of 80 stone cutters working on granit (stone containing a high proportion of SIO_2) we could not find any case of pneumoconiosis. The reason is the dimension of the swallowed dust particles (higher than 10 microns). We could determine, however, a chronic bronchitis in 14 cases and a pulmonary tuberculosis in 8.

R É S U M É

E t u d e d e s t a i l l e u r s d e p i e r r e d u p o i n t d e v u e p n e u m o c o n i o s e s

Nous n'avons pu constater la présence de silicose chez un groupe de 80 tailleurs de granit pierre contenent une proportion importante de SIO_2. A notre avis, la cause en est la dimension des poussières ingérées (supérieure à 10 microns). Par contre, nous avons pu constater une bronchite chronique dans 14 cas et une tuberculose pulmonaire dans 8.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Fitizyoloji Kliniği
Direktör
Prof. Dr. Nusret Karasu

LİTTEN ARAZININ KLİNİK EHEMMİYETİ

Prof. Dr. NUSRET KARASU *Dr. BEHİÇ YÜCEL*

M. Litten'in (1) tarif ettiği ve Prof. *Dr. Nusret Karasu* (2) tarafından geniş bir şekilde mahiyeti bildirilerek ilk defa kliniğe tatbik edilen ve her vak'ada aranması tavsiye edilen *Litten-Karasu* arazının klinik değerlendirilmesi için kliniğimizde yatan 50 hasta üzerinde bir çalışma yapılmıştır.

Bulgularımızı arzetmeden evvel bu arazın mahiyetini hatırlatmayı uygun bulduk.

Arazın mahiyeti:

Hastaların çıplak olarak muayenesi esnasında, bilhassa ön ve arka koltuk hatları arasındaki bölgede; derin enspirasyon esnasında kotlar arası mesafelerde birbiri ile temadi ederek tam akciğerin alt kenarına tevafuk etmesi lâzım gelen bir hattın alınan nefesin derinliğine göre kotlar kenarına kadar indiği görülür. Görülen bu hat kotlara tevafuk eden kısımda görülmez, kotlar arasındaki mesafede farkedilir. Şu halde bu hâdise kotlar altındaki dokulardan birine aittir. Bu hat tam rie kenarına tekabül eder, rie kenarının girebileceği sahalara kadar iner. Kotlar arası mesafelerdeki kalan her parçası birbirine o kadar muntazam temadi eder ki insan adetâ tek bir hat hissini alır ve bu hat muntazam bir su seviyesi gibi kotlar kenarına kadar indikten sonra ekspirasyon ile tekrar geriler.

Bu muntazam hattın rie kenarına tekabül etmesi ve onun istikametinde enspirasyon ve ekspirasyon ile hareket etmesi rie ile alâkadar bir halin mevcudiyetini düşündürür. Filhakika perküsion ile takip edilirse hattın yetiştiği noktalarda rie mevcudiyeti aşikâr olarak tesbit edilir. Yalnız rie'nin geçtiği noktalardaki kotlar arası mesafe bir kabartı olacak yerde hafif bir çöküntü vardır ve muntazam hattın rie tarafında kalan kotlar arası sahası aşağı tarafta kalan sahadan daha basık ve çöküktür.

O halde muntazam inen ve rie kenarına tekabül eden bir hatla nihayet bulan hâdise atmosfer hava tazyikine nazaran menfî tazyikli bir hâdisedir.

Göğüs kafesinin teneffüs fiziolojisindeki hareketi aktif, rie'nın hareketi ise pasiftir. Enspirasyon esnasında göğüs cidarının genişlemesi ve diafrağmanın basılması ile husule gelen bir sürü adali faaliyetin yeniden mukavemetlerin neticesi menfileşen göğüs içi tazyiki ve genişleyen göğüs boşluğunu elâstiki olan rie doldurur. Yani rie genişlediği için göğüs genişlemiyor, bilâkis göğüs genişlediği için rie genişliyor. Göğüs cidarının genişlemesi rie'nin genişlemesine tam tekabül ve tekaddüm edemediğinden plevra boşluğunda tazyik menfileşir. Bu menfî tazyik rie'yi genişlettiği gibi göğüs cidarını da bilhassa kotlar arası mesafeler dahilindeki yumuşak nesiç hizasına çeker.

Diafrağma ile göğüs cidarı arasında diafrağma plevrası ile parietal plevra birbiri ile temas halindedir ve ancak nefes alma halinde evvelce birbiri ile temasta olan bu plevra yaprakları ayrılarak arasını rie doldurur. Derin nefes alma halinde rie, diafrağmanın meydana getirdiği boşluğu tamamen doldurur. Bu esnada rie kenarının yetiştiği yerlerde husule gelen menfî tazyik iki kot arasına rastgelen nescide içeri çeker ve bu çekilme hududu rie kenarı hizasında biter. Bu suretle sanki rie'nin alt hududu ve onun hareketi görülüyormuş gibi olur.

Bu hareket rie'nin alt hududuna tekabül etmekle beraber bizzat bu hareketin göğüs cidarından görülmesi mânasına gelmediğini şu üç nokta izah eder:

1. Hareket sahası kabarıklık ile değil bir çöküntü hareketi ile belli olur. Yani o sahaya bir cisim girdiğini değil bir tazyikin oradan kalktığını ifade eder.

2. Şişman ve göğüs cidarı yağlı kimselerde de bu hareket görülür, zira adalesi zayıf ve fakat şişman piknik şahıslarda menfî tazyik yine kâfi tesir icra ederek bu hareketin görülmesine mâni olmaz.

3. Adalesi kuvvetli şahıslarda bu hareket görülmez veya az görülür. Plevra sahasındaki menfî tazyik kotlar arası adalelerin mukavemetini yenecek derecede değilse, yani adaleler kuvvetli ise derin nefes almada plevradaki menfî tazyik 30 cm. su tazyikine kadar düşebilir. (Tıbbî Pnx. esnasında) cidar çökmiyeceğinden bu hareket görülmez.

Bu arazın görülebilmesi için gerekli muayene şartlarından bilhassa ikisi ihmal edilmemelidir.

1. Hastanın arzu edilen şekilde nefes almasını öğrenmesi.
2. Işık vaziyeti.

1. Arazın aşikâr görülebilmesi için hasta çok derin nefes almalı, fakat nefes içeri orta süratle çekilmelidir. Derin olmayan, birden alınan veyahut çok yavaş çekilen bir nefes arazın gözden kaçmasına sebep olabilir.

2. Işık çok fazla ve çok az olmamalı ve sun'î ışıkta muayene edilmemelidir. Işığın azsa arkadan ve yandan, çoksa cepheden alınması daha muvafık oluyor. Bu şekilde iyi bir nefes alma ve ışık vaziyeti düzene konulduktan sonra normal şahıslarda arazın müsbetliği %90 nisbetindedir.

Kliniğimizde 50 hastada aradığımız Litten - Karasu arazına ait bulgularımızı arzediyoruz:

50 hastanın: 34'ü erkek
10'u kız çocuk
6'sı erkek çocuktur.

Yaşları:

0-15	15-30	30 dan yukarı	
16	27	7	dir.

ve çeşitli bünye tiplerini ihtiva etmektedir.

50 vak'anın akciğer lezion durumları da şöyledir:

Normal	Non Spesifik Akciğer Hast.	Pirimer Akc. Tbc.
1	4	13

Re enfeksion Tbc.:

Minimal lezion	Mod. Advenced	Far Advenced	Ampiyem
1	8	19	4

Litten - Karasu arazını vak'alarımızda:

	Sağ tarafta			Sol tarafta		
Müsbet	28	vak'ada	%56	27	vak'ada	%54
Menfi	13	»	%26	13	»	%26
Mahdut	6	»	%12	5	»	%10
İntizamsız	3	»	%6	5	»	%10

bulduk.

Vak'alarımız arasında Litten - Karasu arazını 28 vak'ada sağ tarafta (%56), 27 vak'ada sol tarafta (%54) bulmuştuk. Bu vak'aların klinik, radyolojik ve radyoskopik tetkiki neticesinde sinüsler açık, diafrağma ve plevralarda patolojik bulgu tesbit edilememiştir.

Bu duruma göre normal olan şahıslar kliniği %100 teyit etmektedir.

Sağ tarafta 13 vak'ada %26, solda 13 vak'ada %26, menfî bulduğumuz vak'aların tetkikinde ise:

Sağ tarafta		Sol tarafta	
Normal	1	Normal	1
Sinüs kapalılığı	2	Pnx	2
Ampiyem	3	Pnx + Mayi	1
Pnx + Mayi	1	Sinüs Kapalı ve Pakiplörit	7
Sinüs Kapalı ve Pakiplörit	5	Pakiplörit	2
Pakiplörit	2		

tesbit ettik.

Bu duruma göre:

	Sağ tarafta			Sol tarafta		
Kliniği teyit eden vak'alar	12	vak'ada	%92,3	12	vak'ada	%92,3
Aldatıcı araz veren vak'alar	1	»	% 7,7	1	»	% 7,7

Yukarıdaki bir vak'ada her iki tarafta da göremedik ve böylece de klinik olarak her iki tarafta plevrayı ilgilendiren bir lezion düşündük. Bunun üzerine yaptığımız klinik, radyolojik ve radioskopik incelemelerde sinüsler, diafragma ve plevralarda hiç bir patolojik bulgu tesbit edemedik. Fakat şahıs bünye itibariyle atletik bir tipe sahip bulunuyordu.

Arazı sağda 6 vak'ada %12, sol tarafta 5 vak'ada %10 mahdut bulduğumuz vak'aların tetkikinde ise:

Sağ tarafta		Sol tarafta	
Normal	1	Normal	1
Üst kısımda pakiplörit	4	Üst kısımda pakiplörit	2
Hafif sinüs kapalı	1	Sinüs hafif kapalı	2

Bu duruma göre:

	Sağ tarafta			Sol tarafta		
Kliniği teyit eden vak'alar	5	vak'ada	%83,4	4	vak'ada	%80
Aldatıcı araz veren vak'alar	1	»	%16,6	1	»	%20

Aldatıcı araz veren vak'anın tetkikinde sinüsler, diafrağma ve plevralar tamamen normal görüldü. Fakat karındaki ileri derecedeki ascit sebebiyle diafrağma hareketleri azalmıştı.

Litten arazını sağ tarafta 3 vak'ada %6, sol tarafta 5 vak'ada %10 intizamsız olarak gördüğümüz vak'aların tetkikinde:

Sağ tarafta		Sol tarafta	
Pakiplörit	3	Pakiplörit	3
		Hafif sinüs kapalı	2

tesbit edilmiştir. Bu durum göre:

Vak'aların hepsi kliniği teyit ediyordu.

Litten arazının müsbet veya menfî olduğu haller:

1. Litten - Karasu arazının yaşla bir ilgisi yoktur. Her yaşta görülebilir.

2. Her cinste de görülebilir. Cinsle de bir ilgisi mevcut değildir.

3. Araz şişman ve yağlı kimselerde de görülür. Atletik şahıslarda görülmez veya az görülür. Zira plevra sahasındaki menfî tazyik kotlar arasındaki adalelerin mukavemetini yenemez.

4. Litten arazı plevra epanşımanlarında, ampiyemlerde, plevra iltisaklarında, pakiplöritlerde, pnömotorakslarda görülmez. Vak'alarımız da bunu teyit etmektedir.

Bu arazdan hangi hallerde istifade edebiliriz:

1. Tıbbî pnömotoraks esnasında ne klinik ve ne de radyolojik muayene ile bir muvaffakiyetsizlikle karşılaşıp karşılaşmıyacağımızı kat'î olarak bilemeyiz. Fakat bu hareketin müsbet oluşu akciğerin emles ve muntazam bir plevra içinde kolaylıkla göğüs cidarı hareketlerine uyduğunu ifade edebilir.

2. Klinik ve poliklinik muayenelerinde kaidelerde matite bulunan vak'alarda bu hâdisenin diafrağma üstüne mi yoksa sub diafrağmatik bir hâdiseye mi ait olduğunu anlamağa yardım edebilir. Zira hareketin görülmesi hâdisenin sub diafrağmatik olduğunu gösterebilir.

3. Epanşıman vak'alarında mayinin tam çekilmesine ve hiç radyolojik bir araz kalmamasına rağmen arazın menfiliği iltisak kaldığını, müsbetliği ise plevra foksiyonlarının avdet etmiş olduğunu ifade eder.

LİTERATÜR

1. Deutsche Medizinische Wochtnschrift'in 1892 senesi 18'inci nüshası, s. 273.
2. Klinik radyoloji, sene 1941 Temmuz, sayı 4, cilt 2. Sadrın teftişinde yeni bir araz ve seriri ehemmiyeti.

SUMMARY

The value of the sign of Litten

We made a study of 50 patients hospitalized at the Phtysiology Clinic of the Ankara Faculty of Medicine in order to stress the importance of the sign of Litten. We investigated the presence of this sign in our patients and found it as positive in the right side in 28 cases (56%), positive in the left side in 27 cases (54%), negative in the right side in 13 cases (26%), negative in the left side in 13 cases (26%), present only in the right side in 6 cases (12%), present only in the left side in 5 cases (10%), irregular in the right side in 3 cases (6%), irregular in the left side in 5 cases (10%).

The radiological examination of these cases confirmed clinical findings.

RÉSUMÉ

L'importance du symptôme de Litten

Nous avons effectué une recherche portant sur 50 patients hospitalisés à la Clinique de Phtysiologie de la Faculté de Médecine d'Ankara afin de souligner l'importance du symptôme de Litten.

1. Nous avons exposé l'importance du symptôme de Litten.

2. Nous avons recherché la présence du symptôme de Litten chez nos malades et l'avons trouvé positif à droite dans 28 cas (56%), positif à gauche dans 27 cacs (54%), négatif à droite dans 13 cas (26%), négatif à gauche dans 13 cas (26%), limité à droite dans 6 cas (12%) limité à gauche dans 5 cas (10%), irrégulier dans 3 cas à droite (6%), irrégulier dans 5 cas à gauche (10%).

3. Ces cas ont été soumis à un examen radiographique et radioscopie qui a confirmé les trouvailles cliniques.

---

lhane As. Tıp Akademisi 1. İç Hastalıkları Kliniği, Şef

Prof. Dr. Burhanettin Tuğan

CİNSİYET HORMONLARI

(PROPİONATE DE TESTOSTERON, BENZOATE D'OESTRADİOL)'un KOBAYLARDA TECRÜBİ TÜBERKÜLOZ ENFEKSİYONUNUN SEYRİ ÇZERİNDE TESİRİ (*)

Doç. Dr. ORHAN SARGIN

Bütün dünyada bülûğ çağında ve bunu takip eden ilk devrede tüberkülozdan ölümlerin arttığı araştırıcıların dikkatini çekmektedir. Kadın ve erkek cinsleri arasında tüberkülozdan ölenlerin mukayeseli tetkiklerinden anlaşıldığına göre, erkeklerde tüberküloz mortalitesi kadınlardan daha yüksektir. Fakat bu mesele muhtelif yaşlarda bazı hususiyetler göstermektedir. Bu konuda yapılan araştırmalarda, bülûğ çağına kadar her iki cinsten ölüm nisbeti pek az bir fark göstermektedir.

Bülûğ çağında ise, kadınlarda mortalite nisbeti erkekleri geçer ve bir müddet için yüksek kalır, sonra bu nisbet erkeklerdeki nisbetin altına düşer.

Tüberküloz mortalitesinin bilhassa 13-20 yaşları arasında birden yükselme gösterdiği dikkatli tetkikler sonunda anlaşılmıştır. Hastalığın husulünde uzviyetin düşük mukavemetinin de ehemmiyetli bir rol oynadığı aşikârdır. Bu mukavemeti düşüren faktörlerin en mühimlerinden biri de bülûğ çağıdır. Bülûğ çağı, ehemmiyetli bir fizyolojik, ruhî, sosyal - ekonomik faktörlerin birbirine karıştığı kompleks bir mekanizmadır. İşte bu kompleks mekanizma içinde mühim fizyolojik değişmelere sebep olan cinsiyet hormonlarının, tüberkülozun seyri üzerine tesirini kobaylarda araştırdım.

Bu maksatla pre ve postpüberter dişi ve erkek kobaylara tüberküloz basili ve cinsiyet hormonları - Propionate de Testostéron, Benzoate d'cestradiol (**) - tatbik ettim.

Bu çalışmalarımda şu gayeleri gözönünde tuttum:

1. Bülûğ çağında artan tüberküloz ölümlerinde cinsiyet hormonlarının rolünü meydana koymak,

(**) Testoviron ve Progynon B oleosum fort (Schering).

(*) Bu konu Docentlik tezi olarak 1954-1955 senelerinde hazırlanmıştır.

2. Aktive olan hormonların direkt olarak uzviyette tüberküloz basillerinin üremesindeki tesirlerini araştırmak,

3. Cinsiyet hormonlarının organizmada yapacağı fizyopatolojik ve histopatolojik değişikliklerle tüberküloz enfeksiyonunun gelişmesinde rol oynayıp oynamadığını yahut uzviyeti enfeksiyona müsait hale getirip getiremiyeceğini tetkik etmek, enfekte kobayların hayat müddeti üzerine tesirini araştırmak,

4. Bunlardan başka, bülûğ çağındaki hayat tarzında vukua gelebilecek değişikliklerin muhtemel bir faktör olup olmıyacağını tesbit etmekten ibarettir.

Askerî Veteriner Biyoloji Enstitüsü ve Askerî Veteriner Akademisi Laboratuarlarında 52 kobay üzerinde cinsiyet hormonlarının, tüberküloz enfeksiyonunun seyri üzerine tesiri 28/12/1954 tarihinden 15/3/1955 tarihine kadar tetkik edilmiştir.

52 kobay dört grupa ayrılmıştır:

Grup 1: 24 kobay vardır. Bunlardan 6'sı prepüberter, 6'sı postpüberter dişi, 6'sı prepüberter, 6'sı postpüberter erkek kobaydır. 24 kobayın hepsine 0,01 mgr. Hümen tipi tüberküloz basili bir defa ve gün aşırı cilt altına, dişi kobaylara iki gama oestradiol - Benzoate erkek kobaylara da 1 mgr. Propionate de Testostéron zerkedilmiştir.

Grup 2: 12 kobay vardır. Bunlardan 3'ü prepüberter, 3' postpüberter dişi; 3'ü prepüberter erkek, 3'ü postpüberter erkek kobaydan ibarettir. Bunların hepsine sadece bir defa, aynı cins ve miktarda tüberküloz basili inoküle edilmiştir.

Grup 3: 12 kobay vardır. Bunlardan 3'ü prepürberter, 3'ü postpüberter dişi, 3'ü prepüberter ve diğer 3'ü de postpüberter erkek kobaydan ibarettir. Bunların hepsine gün aşırı aynı miktarda cinsiyet hormonları zerkedilmiştir.

Grup 4: 4 kobay vardır. Bunların hepsi postpüberter erkek kobay olup, tecrübeye başlamadan 15 gün evvel kastre edilmiştir. 4 üne de aynı cins ve miktarda tüberküloz basili cilt altına inoküle edilmiştir. Bunlardan yalnız ikisine gün aşırı 1 mgr. Propionate de Testostéron cilt altına zerkedilmiştir.

Tecrübeler 77 gün devam etmiştir. Kobayların her hafta ağırlıkları ölçülmüş, bu müddet içinde ölenlere Anatomo - Patolojik ve Histopatolojik tetkikler yapılmıştır. Ölmeyen kobaylara eterle narkoz yapılarak tecrübe sonunda öldürülmüştür.

S o n u ç l a r :

1. Cinsiyet hormonları verilen pre ve postpüberter tüberkülozlu kobaylarda ölüm nisbeti, sadece tüberküloz basili zerkedilen ve kastre edilmiş kobaylardan daha yüksek, hayat müddetlerinin ise daha kısa olduğu görülmüştür.

2. Tecrübelerimde cinsiyet hormonlarının invivo olarak tüberküloz basillerinin üremesine daha müsait bir tesir yaptığı anlaşılmıştır.

3. Cinsiyet hormonları, tüberkülozlu kobaylarda gerek makroskopik ve gerekse mikroskopik lezyonların daha geniş ve doku reaksiyonlarının çok şiddetli olmasına sebep olmaktadır.

4. Bu tecrübeler neticesi bülûğ çağında ve bülûğdan sonraki devrede tüberküloza tutulmuş insanlarda bu enfeksiyonun ağır seyretmesine ve mortalitenin yüksek olmasına uygundur.

5. İnsanlarda bülûğ çağında sür'atle gelişen beden inkişafı, muhitle temas sahasının artması ve hayat mücadelesinin tüberküloza yakalanmada ve moralitenin yükselmesindeki tesirleri inkâr edilmemekle beraber cinsiyet hormonlarının bülûğ çağındaki faaliyetli ve tesirleri yukarıda söylenen faktörlerden çok daha ehemmiyetli, hattâ başlıca değer taşıdığı kanaatına varmış bulunuyorum.

6. Bu konuda, insan patolojisindeki hâdiselerin hayvan tecrübelerimin neticelerine uygun şekilde cereyan edip etmediği kanaatimce ayrıca tetkike değer bir keyfiyettir.

S U M M A R Y

Effect of sexual hormons on experimental tuberculous infection of guinea-pigs

The results obtained from the injection of tubercle bacilli together with sexual hormons to male and female guinea-pigs of pre-puberal and puberal age, are presented.

R É S U M É

L'effet des hormones sexuelles sur l'infection tuberculeuse expérimentale des cobayes

Les résultats obtenus par l'injection de bacilles de tuberculose et d'hormones sexuelles à des cobayes mâles et femelles pré-pubères et pubères sont exposés.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Fitiziyoloji Kliniği
Direktör

Prof. Dr. Nusret Karasu

TÜBERKÜLOZDA KAPİLLER PERMEABİLİTE ÖLÇÜLMESİNDEN ALINAN NETİCELER

Doç. Dr. RAGIP ÜNER *Dr. A. HİLMİ GÜRSES*

Mevzu ve maksat:

Bu araştırmamız, kliniğimiz asistanlarından *Dr. Hilmi Baloğlu*'nun 1951 senesinde akciğer tüberkülozunda kapiller rezistansına dair çalışmalarının devamından ibarettir. *Dr. Hilmi Baloğlu*, 40 hasta üzerinde yaptığı tetkiklerde kapiller permeabilitesinin müddetini akciğer tüberkülozuna musab hastalarda ortalama olarak 35 saniye, sağlamlarda ise 90 saniye bulmuştu. Biz, akciğer tüberkülozunun muhtelif klinik şekillerinde ve non tüberküloz vak'alarda (-25) basınç altında kapiller permeabiliteyi tetkik ettik.

Araştırmalarımız:

Ankara V. S. Dernek Hastahanesi hastaları ve müstahdeminde, Ankara Tıp Fakültesi Fitiziyoloji Kliniğinde cem'an 110 şahısta KAPİLLER TONOMETRE adını verdiğimiz ve tarafımızdan yapılıp huzurunuza arzettiğimiz bu âletle (-25) basıç altında araştırmamızı yaptık.

Bulgularımız:

Kapiller permeabiliteyi sağlam ve hasta şahıslarda ayrı ayrı inceledik. Sağlamları ve hastaları 30 yaşına kadar ve 30 yaşından sonra olmak üzere iki grupa ayırdık. (-25) basınç altında 1 santimetre kare cild sathında asgarî 5 peteşi teşekkülü zamanını birim olarak aldık. Hastahanede yatmakta olan hastalarda ayrıca ölçünün yapıldığı esnada kan proteinlerini ve sedimantasyonlarını tayin ettik, ateş kurblarını inceledik. Sedimantasyon ve ateş kurbunu hastalığın durumunu gösteren birer kriteryum olması bakımından, kan proteinlerini onkotik basınca tesir ederek indirekt yoldan kapiller permeabiliteye müessir olabilen faktör olması bakımından nazarı itibara aldık. (-25) basınçta 5 dakikada 5 peteşi teşekkül etmemişse menfî kabul ettik.

Kan proteinleri bütün hastalarda genel olarak normal bulundu.

I. *Sağlamlar:*

Tablo: I

	Şahıs adedi	5 peteşi ortalama zamanı (Sn)"	Müspetler	Menfiler
30 yaşına kadar	9	150"	6	3
30 yş.'dan sonra	8	170"	6	2
Yekûn	17		12	5

HASTALARDA ORTALAMA KAN PROTEİNLERİ, SEDİMANTASYON ve ATEŞ DURUMU

Tablo: II

(Vak'a sayısı 93) Hastalık		Ateş	Sedimantasyon (1 saatte)	Total Kan proteinleri
Tbc.	Non Tbc.			
Trakeo				
Bronşik adenopati		36,5	25 mm.	%7,7 gr.
Kaviteli		36,5	20 mm.	»
Hematojen		36,5	20 mm.	»
Früh İnfl.		37	15 mm.	»
Ameliyatlı		37	40 mm.	»
Ampiyem		37	35 mm.	»
	Kist			
	Hidatik	36,5	30 mm.	»
	Tümör	37	48 mm.	»
	Diğer	37	20 mm.	»

II. *Hastalar:*

Tablo: III

30 yş. kadar	30 yş. sonra	Şahıs adedi	5 peteşi ortalama zamanı (Müsbetler)	Menfiler	Tüberküloz	Non Tbc.
12	"	12	80"	-	Trakeo-bronşik adenopati	
46	7	53	67"	1	Kaviteli	
2	1	3	84"	1	Hematojen	
3	3	6	44"	-	Früh inflit.	
4	-	4	66"	-	Ameliyatlı	
6	1	7	65"	-	Ampiyem	
1	1	2	46"	-		Kist Hidatik
-	1	1	60"	-		Tümör
3	2	5	50"	2		Diğer
77	16	93		4	Yekûn	

N e t i c e :

1. Hastalarda sağlamlara nazaran aynı sayıda peteşi teşekkülü ortalama 3 defa daha kısa zamanda olmaktadır. Yani ortalama müsbetlik zamanı nisbeti, hastaları 1 kabul edersek, 1/3 gibidir.

2. Sağlamlarda %61,6 nisbetinde müsbet (17 şahısta); hastalarda %96 nisbetinde (93 şahısta) müsbet bulunmuştur.

Petersen ve *Levinson* ile *Coupil* (1)'de aynı kanaati izhar etmişlerdir. *Coupil,* kapiller rezistansın tüberkülozlularda ufak mikyasta olan hemoptizi olayının etyolojisini aydınlattığını ifade ediyor. Burada vazomotör sistem tenebbühiyetinin de mühim rolü olsa gerektir (VIII). Tüberkülozun hipersansibl devresinde vazo motör sistem aşırı tenebbühiyet halindedir. Ufak bir tenbih peristatik dolaşım bozuzluğuna ve dolayısiyle kapiller permeabilitenin artmasına sebep olur.

3. İki kist hidatik vak'asında kapiller permeabilitenin (zaman bakımından tüberküloz vak'alarından ortalama 1/3 daha kısa zamanda) aynı sayıda peteşi teşekkülü ile) tüberkülozlulara nazaran 1/3 nisbetinde artmış bulunduğunu tesbit ettik.

4. Kapiller permeabilite ile sedimantasyon ve ateş kurbları arasında yakın bir münasebet ve parelelizm tesbit edilemedi.

5. Eksüdatif lezyon gösteren vak'alarda (Früh infiltrasyonlar); kapiller rezistansın diğer tüberküloz lezyonlarına nazaran daha çok azaldığı ve permeabilitenin 1/3 (ortalama) arttığı tesbit edildi.

6. Kapiller rezistansın gençlerde ve yaşlılarda aynı durumda olduğu görüldü.

L İ T E R A T Ü R

1. Contribution à l'étude de la resistence capillaire chez les tuberculeuş pulmonaires (Revue de la tuberculouse 1947 Tom II; P 776 Par Coupil).
2. Clinical Tuberculosis 1944. Goldberg.
3. Technique de laboratoire en pneumologie 1949 P. 215 J-C. Levaditi et B. Kreis.
4. Les methodes de mesure de la pérmeabilité capillaire. La Presse Medical 30 Juin 1951 P. 917 par F. Darnis.
5. The Journal of the American Medical Association 1945 vol. 129. Frischnecht.
6. Considération sur la resistence de capillaire a la constiriction et a la stase a l'état normal et pathologique. La presse Medical 1934 Tom. I. P. 317 par D. Simici et Marin Popesco.

7. Une epreuve simple de la resistence des capillaires. Le Signe de Chiquenaude. La Presse Medical 1933. Tom II. P. 191. par H. W. Jones et L. M. Tocantins.
8. Tüberküloz Kliniği Ders Notları 1951. Prof. Nusret Karasu.
9. Tüberküloz Kliniği Ders Notları 1950. Ord. Prof. Dr. Abdülkadir Noyan.
10. İnsan Akciğer Veremi Bilgisine Giriş. 1940. Ord. Prof. Schwartz.
11. Göğüs Hastalıkları R. Coope; S. Akkaynak-N. Menemenli. 1955.
12. Fizyopatoloji 1949. Ord. Prof. Sedat Tavat.
13. İç Hastalıkları, Cecil tercümesi 1950.
14. Patolojik Anatomi 1941 G. Roussy-Roger. Leroux-CH. Cberling'den Prof. Besim Turhan tercümesi.

SUMMARY

Observations on capillary permeability in pulmonary diseases

We measured the capillary permeability in 85 cases of pulmonary tuberculosis and 8 cases of non-tuberculous lung diseases, by means of a capillary tonometer. We found that the capillary permeability increases in cases of pulmonary tuberculosis and hydatic cyst.

RÉSUMÉ

Recherches sur la perméabilité capillaire dans les maladies pulmonaires

Nous avons déterminé la perméabilité capillaire au moyen du Tonomètre Capillaire dans 85 cas de tuberculose pulmonaire et 8 cas de maladies pulmonaires non-tuberculeuses. Nous avons pu constater que dans les cas de tuberculose pulmonaire ainsi que dans les cas de kyste hydatique, la perméabilité capillaire augmente.

OXYTETRACYCLINE İLE KOMBİNE ANTİBİYOTİK TEDAVİSİ VE STREPTO-REZİSTAN SUŞLARA TESİRİ

Dr. HAYATİ SEVGEN

Tüberkülozun tedavisinde tatbik ettiğimiz muhtelif kombine tedaviler meyanında sekonder enfeksiyonları karşılamak üzere bir çok ilâçlar kullanılmaktadır. Bu meyanda oxytetracycline'i zikredebiliriz. İlerlemiş müzmin teneffüs sistemi hastalıklarında iyi netice alındığı bir çok müelliflerce yazılmıştır. Biz de sanatoryumda, bilhassa far advanced dediğimiz ilerlemiş ve strepto-rezistan üç vak'ada kullandık. Vak'alarımızın bir tanesi bronşektazili, bir tanesi fibröz tüberküloz bakiyeli ve müzmin bronşitli idi, bir tanesi de astmatik zemin üzerinde minimal lezyonlu hasta idi. Ceman altı vak'a üzerinde çalıştık, hepsinde günlük balgam ifrazı 40-120 cc., devamlı ve muannit öksürük ile dispineleri vardı. İlk üç vak'amızdan:

18 yaşında G. K. dört senedir hasta, bilateral kaviteli, sterepto ve İ.N.H. rezistan bir vak'a idi. Devamlı ve hiç bir müsekkinle kesemediğimiz muannit öksürüğü, günde 40-60 cc. balgam ifrazı ve dispinesi vardı. Bütün antibiyotikleri kestik ve sekiz hafta müddetle günde 1 grm olmak üzere oxytetracycline-vitamine verdik. İki ay sonra balgamda çok azalma, öksürük ve hırıltı tamamen kesilmiş ve dispinede kaybolmuştur. Tedaviden evvel B.K. teksif ve kültürle müsbet, sterapto ve İ.N.H. rezistansı da müsbetti. İki aylık tedaviden sonra durum yine aynı lezyonlarda radyolojik bir değişiklik de yoktu. Fakat hastada klinik aşikâr bir salâh ve huzur vardı.

İkinci vak'amız:

50 yaşında H.H. 10 senelik bilateral solda jean kaviteli bir hasta. Balgam miktarı günde 30-70 cc., nefes aldırmıyacak kadar devamlı öksürükleri ve ileri derecede dispinesi vardı. Tedaviden evvel ve sonra da B. K. her metodla müsbet, sterepto ve İ.N.H. rezistansı da müsbetti. İki aylık günde bir gram oxytetracycline tedavisinden sonra balgamda çok azalma, öksürükte ileri derecede hafifleme ve dispine de kaybolmuştu. Üçüncü vak'amız da aynı şekilde cevap verdi. Dördüncü vak'amız bronşektazili 30 yaşında E.K. Günlük balgam

ifrazı günde 70-150 cc. arasında müko-pürülan idi. İleri derecede dispnesi devamlı öksürükleri vardı. Postiral drenaj, çeşitli antibiyotikler ve ârıza ile çok iyi netice elde edildi ise de iki aylık oxytetracycline verildikten sonra balgam ve öksürüğü tamamen kesildi.

Beşinci vak'amız fibröz bakiyeli müzmin bronşitli hastamız. 50 yaşında H.M. Balgamında haemophilus influenzae tecrit edilmişti. Her araya giren enfeksiyonda bol balgam çıkarıyor ve dispne oluyordu. Bu hasta 4 aylık bir tedaviden sonra balgamda çok azalma ve dispnede kaybolmuştu, fakat oxtetracycline hassasiyet tesis etmişti. Balgamda bidayetten beri bulunan hemofilüs-inflüenza bulunmuş olan hastada bu tedaviden sonra ilâca karşı bir rezistans teessüs ettiği görüldüğü halde buna mukabil balgamında emoflüz-inflenza bulunamamış bunun yerine proteüs-vulgaris tecrit edilmiştir ki bunun da hastanın sıhhatinde bir değişiklik yaratmadığı görülmüştür.

Altıncı vak'amız astmalı ve sağ terkova altında bir santimetre kutrunda ince cidarlı kavitesi olan hastamız 30 yaşında İ. E. Senelerce astım tedavisi görmüş şüphesiz, devamsız ve metodsuz bir tedavi antibiyotikler aldığı zaman astm krizleri hafifledi ise de 4,5 aylık oxtetracycline seyrinde pek seyrek o da pek hafif olmak üzere bir kaç kriz geçirmiştir. Bu müddette bir iki defaya inhisar eden krizlerin de bulunmadığını söyledi. Bu hastayı bilâhare ve halen kortizon tedavisine tabi tutmuş bulunuyoruz.

Bu mevzuda *May, Levinkston* ve *Helmin* 1956'daki neşriyatı bu çeşit ilâçların daha uzun zaman ve kontrollü verildiği takdirde neticelerin daha parlak olacağı hakkındaki kanaatları, ki buna ait neşriyat 1955'de *Knox* tarafından da yapılmıştı, teyit etmektedir. İlâcın toksik tesirleri hakkında söylenebilecek bir şey bulamadık. Yalnız iki vak'amızda devamlı diyare gördük üç hafta kestik sonra yine devam ettik, bir ârıza olmadan iki ayı tamamladık.

Bir vk'amızda kaşıntılar oldu. Bulantı ve ishal görünce karaciğer testleri yaptık, normal bulduk. Hasta bir müddet sonra diyare ile tenya düşürmeğe başladı. Halbuki her hastamızda evvelden barsak parazitleri aramıştım. Zannediyoruz ki diyare ilâcın yegâne yan tesiri olarak kaydedilmelidir. Netekim bu hastamıza da bu diyare fayda sağlamıştır.

Müzmin bronşitli ve bronşektazili hastada orijinal enfektan organizma olarak emofilüs-enfloenze bulunmuştu. Her hastada ilâca karşı hassasiyet muntazam olarak ölçülememiştir. Fakat diğer mü-

elliflerin neşriyatına uyacak şekilde bizde de şu kanaat belirdi ki ilâca karşı hassasiyet çabuk teessüs etmiyor. Daha uzun zaman alanlar daha çok istifade etmektedirler.

Ne kadar müddet verilmesi keyfiyeti her hastaya göre değişmektedir. Netice olarak kanaatımızı şöylece hülâsa edebiliriz ki; non tüberküloz teneffüs sistemi hastalıklarında bilhassa kronik enfeksiyonlarda arada kullanılması icab eden bir ilâç olarak düşünecek maddelerden biri de oxtetracycline'dir.

SUMMARY

Treatment with oxytetracycline combined with antibiotics and effect of this therapy on streptomycino-resistant strains

We gave, during one week, 1 gr. oxytetracycline to 6 patients suffering from asthma, bronchectasia and chronic bronchitis, all streptomycino-resistant. In most cases, the amount of expectoration decreased and painful coughing disappeared. We did not observe any toxic effect except diarrhea in a few cases.

RÉSUMÉ

Traitement par l'oxyteracycline combinée aux antibiotiques et influence de ce traitement sur les souches streptomycino-résistantes

Nous avons administré pendant une semaine 1 gr. d'oxytetracycline à 6 patients souffrant d'asthme, de bronchestasie et de bronchite chronique résistant à la streptomycine. Dans la plupart des cas la quantité de crachats a diminué et la toux pénible a disparu. Nous n'avons observé aucun effet toxique si ce n'est une diarrhée chez certains malades.

ATATÜRK SANATORYUMUNDA TATBİK ETTİĞİMİZ REDUCTION TREATMENT NETİCELERİ VE EN ÇOK MÜESSİR OLDUĞU LOPLAR YÜZDESİ

Dr. HAYATİ SEVGEN

Bugün tüberkülozda mücadelemizin başlıca mevzuu veya hastalığın bir ihtilâfı diye kabul edebileceğimiz dâva kavernlerdir. Muhtelif minor ve major kollaps tedavileri hep bu cihete yöneltilmiştir.

Taze enfratlarda, taze ince cidarlı kavitelerin müsbet ve verimli antibiyotik veya kemo antibiyotik kombinasyonları ile tedavisinden çok istifade ettiğimizi tecrübelerimizle biliyoruz. Fakat biraz eskiyen, kalınca cidarlı fibröz çevreli kavitelerin inat ettiğini de biliyoruz. Pnömotoraksın faydası kadar zararlarını da gördük. Pnömotoraksın bir çok vak'alarda kifayetsizliği minor kollapksa bir başkasını ilâve etmeyi düşündürmüştür. Şahsen başlı başına bir metod olarak kabul etmediğimiz reduction-treatment veya bugün İngilterede en uygun tabir olarak kullanılan postural retention ile sanatoryumumuzda bir çok vak'alarda iyi neticeler aldığımız için de bu münasebetle keyfiyeti burada zikretmek istiyoruz.

Kabul edilen tıbbî mütalâalara göre biliyoruz ki bronş duvarındaki marazî değişiklikler veya ekstra bronşial fibrozis ile bizzat kavernden gelen ifrazat ve harab olmuş nesiç bakiyeleri ile bronş mesirinin tıkanması kavitenin küçülmesine binnetice kapanmasına sebeb olur.

Bu hal devamlı olursa içerdeki havada apsorbe olur ve duvar çöker ve diğer tedavilerin yardımı ile de kavitelerin kapanması temin edilmiş olur. Bugün terkedilmeğe bile yüz tutulan pnömo-perituvanda bile faydanın ancak o da kazaen drenaj bronşunun torsiyonu ile vaki fizik bir tıkanma biraz evvel söyledimiğiz vetire ile kaviteyi küçülttüğü kabul edilmektedir. Yoksa diyaframın endirek baskı ile kaviteyi küçülttüğü kabul edilmektedir. Yoksa diyaframın endirek baskı ile kaviteyi küçülttüğü kabul edilemez. 1948'den 1951'e kadar içinde çalıştığım Londra Bronton Hastanesinde pnömotoraks ve pnömoperituvan departmanı oldukça kalabalık bir yekûn üzerinde çalışıyordu. 1953 ve 1954'te yarıya kadar azalan bu servisi bu

yaz kongre münasebetiyle gittiğim zaman ziyaretimde ancak haftada beş kişiye inhisar eden bir mesai içinde buldum. Daha bir kaç sene evvel hastalar için fayans ve mozaiklerle yapılmış olan ayrı ayrı bokslar halinde yeniden inşa edilen bu deportman bugün için yani antibiyotiklerin daha doğrusu kemo antibiyotiklerin başarılı sonuçlarından sonra âdeta bu deportman metruk bir halde idi. Oradaki hocalarımızın pnömoperituvanın tesirleri hakkındaki izahlarını itirazsız kabul etmekle beraber bir ihtimal dahilinde drenaj bronşunu dirsekletip tıkanmasına yardım edebilmesi keyfiyetinden ötürü bizim memleketimizde daha bir müddet aynı sıcaklıkta tatbikini lüzumlu görmekteyim. Bilhassa pnömoperituvan ihtilâtsız ve tatbikinin kolaylığı bakımından üstün bir kıymet taşımaktadır. Ayrıca da hastanın hekim veya dispanser ile olan münasebetini en ciddî bir alâka ile sağlamaktadır. Böyle bir mecburiyet olmasaydı biz hastalarımızın çok büyük bir ekseriyetini aylarla görememiş, kontrol edememiş olacaktık.

Postural retention Cardiff'de Sully Hospital Direktörü *Dr. Tomas* tarafından ilk defa tatbik edilmiştir. Postural drenaj yapılan kavitelerrin büyüdüğünü görerek bunlarda revers position tatbikini düşünmüştür. *Dr. Tomas* bizden farklı olarak hastalarına alçı kafesi yapıyordu. Kavitenin segmentine göre drenaj bronşunu hesaplıyor, verdiği zaviye dahilinde göğsün ön kısmının kalıbını alacak şekilde arkası olmıyan yalnız ön ve icab eden yatan yan kısmını ihtiva eden alçı göğüslük yapıyordu. Bu şekilde çalışmaları ile *J. P. Lyons, Dorner* ve *Asllet* tanınmışlardır. Kanaatlerine göre âfet tarafının mediyastenin diyafram kitle halinde yüklenmesi ile fayda sağlanmaktadır. Bu tarzda tedavide mekanik ve bronşial faktörleri göz önünde tutmak lâzımdır. Mediyastenin yüklenmesi ve diyaframın yükselmesi ile hasta tarafta masif konjeksion ve iperemi olur.

Bronş lezyonu ile selektif bir atelektazi olabilir. Kavitede retensiyon. Drenaj bronşu pozisyonla bükülebilir. Ve yukarda söylediğimiz proseler birbirini daha süratle ve itmam edici bir şekilde takib eder ve kaviteler daha süratle çöker, küçülür ve bir çok vak'alarda olduğu gibi kaybolur.

Biz bu metodu müsait vak'alarda antibiyotik ve P.P. ile başlıbaşına ve daha ziyade cerrahîye hazırlık olmak üzere kullandık ve iyi neticeler aldık. Beş hastamızda *Dr. Tomas*'ın ve *Asllet*'in yaptığı gibi göğüs kafesine uyar alçı kalıbı içinde hastayı yatırdık. Nedense bizim hastalar kültür meselesi midir, inanış meselesi midir, böyle

yeni ve bilhassa başka hastalara teşmil edilemiyen, arkadaşlarının garip bakışlarına hedef teşkil eden tedavileri benimsiyemiyorlar ve alçı içinde daha mutlak istirahat ve muayyen pozisyon temin ve devam ettirebilecek iken çok defa sıkılma ve tahammülsüzlük yüzünden alçı kafesini kullanmaktan imtina etmişlerdir. O halde tatbik ettiğimiz 40 hastanın hepsini de alçısız ve icabı hale göre18, 25, 30 santimetrelik takozlarla hasta yatağının ayak tarafındaki seviye yukarı kaldırılmış ve hasta âfet tarafına ve rahat olbileceği en müsait durumda yastıksız bir şekilde devamlı olarak yatırılmıştır. 40 hastamızın 25 tanesi de mevcut kombine tedavilerde P.P. dahil olmak üzere iyi netice alınmıştır. Bunlardan 9'u üst lob kavitesi, 13'ü orta zon kavitesi, 3'de bazel kavitelcridir. *Esllet*'in ve *Lyons*'un istatistiğinde görüldüğü gibi umumî istifade nisbeti *Asllet*'te yüzde 55, *Layins*'te yüzde 70, Ankara Fitizyoloji Kliniğinde yüzde 69, bizde ise yüzde 62'dir. Orta zon kavitelerinde bizde de en üstün netice alınmıştır. Orta zondaki kavitelerde *Lyons*'un istifade nisbeti yüzde 70, bizde ise yüzde 52'dir. Ateş, sedim, kilo üzerine istifade nisbeti bizde yüzde 100 denilecek kadar mükemmeldir. Burada sanatoryumun iklim ve bakım şartlarının mükemmelliğini de ilâve etmek isterim.

40 vak'anın 25'inde kavite tamamen kaybolmuş, 5 tanesinde ileri derecede küçülme ve çevresinde deformasyon görülmüştür. 10 vak'adaki bunların 7'si alt zon bazal segmentte ve 3'ü de üst lob apikal segmentte idi. Neşriyata ve tecrübelerimize güvenerek şunu söyliyebiliriz ki postural retention taze ince cidarlı küçük kavitelerle bilhassa orta zon ve üst lob lateral segmenlerindeki kavitelere çok müessirdir. O halde diğer kollaps tedavilerinde bir yardımcı olarak veya kavite tansiyonunu azaltmak gayesiyle meselâ; tansiyon kaviteli vak'alarda müdahaleye hazır olarak düşünülmesi icab eden bir ayrdımcı tedavi şekli diye kabul edilmesi lâzım geldiğini söyliyebiliriz.

SUMMARY

Results of the reduction method used at the Atatürk Sanatorium and proportion of lobes in which the treatment gave good results

We tried the reduction therapy in 40 cases hospitalized at the Atatürk Sanatorium and got favorable results in 25 of them. 9 of these had cavities in the superior lobe, 13 in the median region and 3 in the basal region. The proportion of favorable results is 62%, and the cavities in the median region gave the best response.

RÉSUMÉ

Résultat du traitement de réduction pratiqué au Sanatorium Atatürk et proportion des lobes où le traitment a donné le meilleur résultat

Nous avons appliqué la thérapeutique de réduction sur 40 cas hospitalisés au sanatorium Atatürk et obtenu des résultats favorables dans 25 d'entre eux. De ces 25 cacs les 9 présentaient des cavernes au lobe supérieur, les 13 dans le zone médiane et les 3 dans la région basale. La proportion de résultats favorables est de 62%, et ce sont les cavités de la zone médiane qui semblent en avoir profité les plus.

BREATHING EXERCISE İLE AKCİĞER FONKSİYONLARINDA MEYDANA GETİRİLEN LEHTEKİ DEĞİŞİKLİKLER

Dr. HAYATİ SEVGEN

Akciğer tüberkülozunda bilhassa moderately advanced ve far advanced vak'alarda fibröz dokunun artması, mediasten ve trakeanın çekilmesi plevra kalınlaşması ve yapışıklıkları, anfizem büllöler akciğer fonksiyonlarında oldukça bir gerileme yaparlar. Torakoplasti ve lobektomilerden sonra da bu azalmalar müşahede edilebilir. Akciğerin teneffüs mekanizmasını da göğüs kafesi, diyafram ve karın adaleleriyle bizzat akciğer içindeki bronşlar ve alveoller mühim rol oynar. İnterkostal adelâtın fizik elâstikiyeti, bronş çevresindeki elâstikî olan tunica fibro cartilagina ve tunica muscularis ve nihayet bronş terminallerdeki lifler ve alveol boşlukları fizik ve ritmik bir terbiye ile muayyen bir sianın üstünde hareket kabiliyeti kazanabilirler.

Bronş yapısında küçük dalların hacmi, büyüklerinden çok fazladır. Fibro kartilajinö doku kuturları 1 mm. olan bronşiollere kadar devam eder. Büyük bronşiol dallarda adale lifleri sirküler durumdadır. Küçük dallarda ise kas lifleri boruların eksenine eğik olarak seyreder ve spiral durumda borunun etrafını saran kas huzmeleri meydana getirirler. Düz kas lifleri en küçük bronşiolitlerde de bulunur ve alveoller kanalına kadar uzanır. Yalnız alveol cidarında kas lifleri bulunmaz. Fizikî teneffüs hacminde büyük değişiklik yapacak olan müessir faktörlerin başında interkostal adaleler, göğüs kafesinin elâstikiyeti, diyafram hareketlerinin vüsati bronş ve bronşiyollardaki adale liflerinin elâstikiyet kabiliyeti vesairedir.

Normal sathî bir teneffüs ile alınan ve verilen hava 500 cc'dir. Buna teneffüs havası diyoruz. Âdi bir ekspirasyondan sonra derin bir soluk alma ile akciğerlere giren havaya komplemanter hava diyoruz. Kültür fizikte ve spor hayatında en çok antrene edilen işte bu komplemanter havadır. Miktarı da 1500-2000 arasında değişir. Âdi bir enspirasyondan sonra derin bir soluk verme ile akciğerlerden atılan havaya yedek hava diyoruz ki miktarı da 1500-2000 cc'dir. Gerek komplemanter havada olsun ve gerekse yedek havada olsun bi-

rinde cehdî bir inspirasyon, diğerinde ise cehdî bir ekspirasyon vardır. Bu iki hâdisede teneffüs mekanizmasının yardımcı faktörleri mühim rol oynamaktadır. Nitekim maksimum bir inspirasyondan sonra maksimum ekspirasyonla çıkan hava miktarı bize vital kapasiteyi vermektedir. Erkeklerde 3500 ilâ 4500'e kadar çıkmaktadır. En derin soluk vermeden sonra bile akciğerlerde hava kalır ki buna rezidüel hava diyoruz. Miktarı 1000-1500 cc'dir.

Hava yollarında bulunan hava, gaz mübadelesine iştirak etmez. Bundan dolayı buna ölü mesafe havası denmektedir. 150-250 cc'dir. Bronşlar daralıp genişledikçe bu ölü mesafe havası da miktar itibariyle değişir. Total kapasite de vital kapasite ile rezidüel havanın toplamıdır ki bu da maksimum bir inspirasyondan sonra akciğerlerin havi oldukları total havadır. Miktarı 4500-6000 cc'dir.

Biz hastalarımıza fizioterapistler tarafından tatbiki tavsiye edilen breathing exercise'i iki şekilde tatbik ettik.

1. Sabahları ve yatarken (aç karnına) evvelâ derin bir inspirasyon ve mümkün mertebe tazyik hissedilinciye kadar beklemek ve sonra rahat bir ekpirasyonla havayı boşaltmak. İlk hafta 5-10 dakika tekrar edilen bu ekzersizler 2, 3, 4'üncü haftalarda beşer dakika artırılarak devam edildi. Burada teneffüsün bütün yardımcı adelelerinin, bronş kası liflerinin, diyframın ve karın adalelerinin, bronş kası liflerinin, diyaframın ve karın adalelerinin iştirakiyle bir elâstikıyet ve gerilme temrini temin edilmiş olur. Bir ay sonra ikinci şekli tatbik ettik.

2. Bu ekzersiz iki safhalıdır. İlkinde karın adalesi karna bir şeyle vurulacakmış hissiyle birden geri çekilir ve kasılmış vaziyette iken ikinci safha yani derin nefes alma ve nefesi tutma vaziyetine geçilir. Tahammülü kadar beklendikten sonra yine rahat ve uzun bir ekpisrasyonla hava boşaltılır. Burada bilhassa karın adaleleri ve diyafram elâstıkıyeti artırılmaktadır. 20 hastanın 12'si moderately advanced (orta derecede) vak'alardı ve vital kapasiteleri 1000-1200 arasında idi. Hastalarımızın 5 tanesi far advanced yani çok ilerlemiş vk'alardı. Vital kapasiteleri 900-1000 cc. arasında idi, 3 tanesi de iki safhalı torakoplasti geçirmiş ve vital kapasiteleri 1200-1300 cc. arasında idi. Bu yirmi hastanın vital kapasite bakımından en düşük hudut, ömründe kültür fizik nedir bilmiyen hareketsiz, âtıl bünyeli tipler olması nazarı dikkati çekiyordu. Öte yandan ekzersiz nedir bilmiyen yardımcı faktörler bizim için bir mevzu olduğundan neticeyi daha hassasiyetle takip edebildik.

Hastalarımızın birinci gurubun 12 hastadan 6'sında, ikinci gurubun 5 tanesinden ikisinde devamlı bir hırıltı, zaman zaman nefes zorluğu ve boğulma hissinden şikâyet vardı. Bilhassa balgam ifrazı devamlı olarak günde 20-40 cc. arasında değişiyordu.

Bu mustarip guruba da (A) takımı dedik. 2-2,5 aylık breathing exercisedan sonra birinci gurubun vital kapasitesi 1500-2100 cc'ye, ikinci gurubun ise 1300-1700'e, üçüncü gurup ise 1500-2000 cc'ye yükseldi. Birinci ve ikinci gurubun A takımı hastalarında da nefeslerinde hırıltı kayboldu, boğulma hissi kalmadı, balgam ifrazı yok denecek kadar azaldı. Burada şunu da ehemmiyetle kaydetmek isterim ki, öksürüğünü hiç bir müsekkinle kesemediğimiz A takımı hastalarından ikisinde artık öksürük de kalmamıştı.

Netice olarak diyebiliriz ki vital kapasiteleri düşük her hastaya, ameliyata hazırlanan ve büyük müdahalelerden sonra herkese çekinilmeden tatbiki düşünülecek yardımcı bir keyfiyet olarak breathing exercise unutulmamalıdır.

S U M M A R Y

F a v o r a b l e e f f e c t o f b r e a t h i n g e x e r c i c e s o n p u l m o n a r y f u n c t i o n s

Breathing exercices should always be performed by patients with a reduced vital capacity or after an important surgical intervention. We tried this methods on three groups of patients with good results.

R É S U M É

I n f l u e n c e f a v o r a b l e d e s e x e r c i c e s r e s p i r a t o i r e s s u r l e s f o n c t i o n s p u l m o n a i r e s

Il ne faut pas négliger l'application d'exercices respiratoires aux malades possédant une capacité vitale réduite ou avant et après une intervention chirurgicale importante. Nous avons appliqué cette méthode sur 3 groups de malades avec de bons résultats.

ATATÜRK SANATORYUMUNDA SERVİSİMİZDE YATMIŞ 200 VAK'ADA YAPILAN KOMBİNE TEDAVİLERİN NETİCELERİ VE BASİLDEN TEMİZLENME MÜDDETİ

Dr. HAYATI SEVGEN

Bugün tüberküloz tedavisinde kemo-antibiyotikler her şeyin üstünde gelmektedir. Faydalarının hudutlu olması çok müteyakkız bulunmamızı icab ettirmektedir. Rezistansı geciktirmek için yapılan kombine tedaviler muhtelif olup tüberkülozun çeşitli guruplarında ayrı ayrı ehemmiyette ve müessiriyette kullanılmaktadır.

Streptomisin ve İ.N.H., diğeri streptomisin ve PAS, üçüncüsü de PAS ve İ.N.H. gurubuna bir de tripil tedavi eklenebilir. Kemo-antibiyotikler minimal lezyonlarda yani tüberkülozun başlangıç halinde mutlaka yakın bir nisbette müessir olduğu bütün neşriyatla sabittir. Servisimizde yatan 200 hastada yaptığımız çalışma neticesini rakamlarla arzetmek istiyorum.

Vak'alarımız:

1. Taze eksüdatif vak'alar (minimal lezyonlar),

2. Bir veya bilâteral enfiltratlı kaviter (kavite kutru iki santimetreden aşağı ince cidarlı olanlar (moderately advanced),

3. Bilâteral mültikaviter veya jean kaviteli (kavite kutru 4 cm'den yukarı olanlar (far advanced).

200 vak'amızın 62 tanesi yüzde 31'i taze olan yani birinci gurup, 87 tanesi yüzde 43,5 bilâteral infiltratlı ince cidarlı küçük kaviteli (moderately advanced), 51 tanesi de yüzde 25,5 mültikaviter, jean kaviteli (far advanced) ağır, ilerlemiş vak'alardı.

Bütün vak'alarımızda en az iki defa teksif ve bilâhare kültür yapılmıştır. Vak'alarımıza yapılan kemo-antibiyotik tedavilerinden sonra balgamdan basilin kaybolma müddetini şöylece gösterebiliriz:

62 taze vak'anın yani birinci gurubun 8 tanesinde bir aydan az, 20 tanesinde bir ayda, 5 tanesinde 1,5 ayda, 16 tanesinde iki ayda balgam basilden temizlenmiş, 3 tanesi devamlı olarak müsbet bulunmuştur. O halde 62 vak'anın 59'unda âzami iki ayda basil teksifle

balgamda kaybolmuştur. Bilâhare, 3-4 ay sonra yapılan kültür neticesinde 49 tanesinde kültür menfi bulunmuş, 13 tanesi müsbet gelmiştir. Bu 62 vak'anın 50 tanesinde streptomisin ve İ.N.H., 12 vak'ada da İ.N.H. ve P.A.S. kullanılmıştır. İkinci gurupta, yani moderately advanced'li, bilâteral infiltratlı ve kutru 2 cm'den küçük ince cidarlı kaviteli 87 vak'amızda, 16 tanesi bir ayda 12 tanesi 1,5 ayda, 26 tanesi iki ayda, 9 tanesi 2,5 ayda, 7 tanesi 3,5 ayda, 4 tanesi de 4 ayda, 6 tanesi 5 ayda ve iki tanesi de 8 ayda teksifle balgam basilden temizlenmiş, üç tanesi devamlı müsbet kalmıştır. Bu vak'alarda balgamın basilden temizlenme müddeti ortalama olarak 3-4 aydır.

87 vak'anın bilâhare kültürlerinde, 51'i menfi, 36 tanesi müsbet çıkmıştır. İkinci gurubun bu 87 vak'asından:

35 tanesi, streptomisin ve İ.N.H.

12 tanesi streptomisin ve P.A.S.

40 tanesi İ.N.H. ve P.A.S. almıştır.

Üçüncü grup (far advanced)'li yani bilâteral mültikaviteli kuturları 4 cm'den büyük olan jean kaviteli çok ilerlemiş 51 vak'ada:

4 tanesi iki ayda, 6 tanesi 2,5 ayda, 3 tanesi 3 ayda, 2 tanesi 4 ayda, 3 tanesi 5 ayda, 5 tanesi 5,5 ayda, iki tanesi 6 ayda, 3 tanesi 7 ayda, iki tanesi de 11 ayda teksifle balgamlarında basil kaybolmuştur. 21 vak'ada da teksifle basil devamlı olarak müsbet kalmıştır. Üçüncü gurupta teksifle B.K.'ın kaybolma müddeti ortalama olarak 6-7 aydır. Bu vak'alarda da bilâhare yapılan kültürlerde 16'sında üreme olmamış, 35'inde de kültür müsbet kalmıştır.

51 vak'anın 15'inde streptomisin ve İ.N.H., 13 tanesinde streptomisin ve P.A.S., 23 tanesi İ.N.H. ve P.A.S. ile tedavi edilmişlerdir.

Bütün bu tedavilerde haftada iki gram streptomisin, günde 300 mgr. İ.N.H. ve günde 12 gr. P.A.S. kullanılmıştır. Netice olarak:

200 vak'anın 116'sında kültürle B.K. menfi, 84'ünde müsbet bulunmuştur. Nisbetlerden anlaşılacağı veçhile taze vak'alarda streptomisin ve İ.N.H. orta ve bilhassa ilerlemiş vak'alarda İ.N.H. ve P.A.S. kombinezonu daha fazla kullanılmıştır. Vak'aların hepsinde büyük salâh görülmüştür. Radyolojik ve klinik istifadeler barizdi.

Bu müşahedemize ilâve olarak 6 Eylül 1956'da Amerikada St. Louis'de toplanan 15'inci Tüberküloz Kemoterapisi kongresinde okunan ve 3250 vak'aya istinat ettirilen 5 büyük sanatoryumun raporunun özetini kıyaslamak bakımından faydalı olacağı mülâhazasıyla arzetmek istiyorum.

Streptomisin ve İ.N.H. kombinasyonu taze vak'alarda iyi, çok ileri olan (far advanced)'larda az müessirdir. İ.N.H. ve P.A.S. kombinasyonu bilhassa 8-9 aylık tatbik ile far advanced vak'alarda diğerlerinden daha müessir bulunmuştur. Aynı kombinasyonun minimal lezyonlarda daha tesiri olduğu görülmüştür. Orta derecede olan moderately advanced vak'alarda strepto ve İ.N.H. ile İ.N.H. ve PAS kombinasyonu strepto ve P.A.S. kombinasyonunda daha müessir bulunmuştur. Her üç gurupta da strepto ve P.A.S. kombinasyonun tesiri diğerlerine nazaran daha az olduğu görülmüştür. Streptomisin ve İ.N.H. kombinasyonunda İ.N.H. rezistansı daha çok görülmüş buna mukabil İ.N.H. ve P.A.S. kombinasyonunda İ.N.H. rezistansı daha az bulunmuştur. Bilhassa kutru 4 cm'den büyük kaviteli vak'alarda bu daha aşikâr bulunmuştur.

Tripl tedaviye gelince: 280 hasta 8 ay tripl tedaviye tabi tutulmuş, diğer kombinasyonlardan fazla bir müessiriyet tesbit edilememiştir. Tripl tedavinin genito-üriner sistem tüberkülozunda daha müessir olduğu söylenmektedir.

Netice olarak şunu söyliyebiliriz ki tüberkülozun şifası, tedavisi kadar hastayı taze yakalamağa bağlıdır. Uygun antibiyotiklerle basilin hemen kaybolabilmesi tüberküloz epidemiyolojisi bakımından yüz güldürücüdür.

SUMMARY

Results of the combined treatment of 200 patients hospitalized at the Atatürk Sanatorum and lenght of time elapsed until the disparition of tubercle bacilli

1. After a combined treatment with antibotics, the examination for tubercle bacilli was negative in 50 of the 62 cases with minimal lesions.

2. The lenght of time elapsed until the disparition of tubercle bacilli in 87 cases of average severity was 3-4 months.

3. In 51 advanced cases, the tubercle bacilli disappeared from the sputum in 16 cases after 6-7 months of treatment.

The cure of tuberculosis rests on early diagnosis as much as on treatment. The quick disparition of bacilli after an adequate antibiotic treatment in very important from an epidemiological standpoint.

RÉSUMÉ

Résultats du traitement combiné appliqué à 200 patients hospitalisés au sanatorium Atatürk et temps écoulé jusqu'à la disparition des bacilles de Koch

A la suite du traitement combiné avec des antibiotiques:

1. L'examen pour bacilles de Koch s'est révélé négatif après homogénisation chez 59 de nos 62 cas présentant des lesions minimes.

2. La durée du temps écoulé jusqu'à la disparition des bacilles de Koch dans 87 cas de gravité moyenne, était de 3-4 mois.

3. Dans 51 cas avancés, nous avons pu observer la disparition des bacilles de Koch dans 16 d'entre eux après 6-7 mois de traitement.

La guérison de la tuberculose dépend autant du diagnostic précoce que du traitement. La disparition rapide des bacilles après un traitement adéquat par les antibiotiques constitue une aide importante du point de vue épidémiologique.

Üçüncü Türk Tüberküloz Kongresi Azalarının Alfabetik Listesi

ÜÇÜNCÜ TÜRK TÜBERKÜLOZ KONGRESİ
AZALARININ ALFABETİK LİSTESİ

A

Acarlar Erdoğan
Açıkalın Hatice
Ağırnaslı Kemal
Ağlarcı Sabahattin
Akbey Faruk
Akdemir Ali
Akkoç Saadettin
Aksüğür Afife
Aksüğür Haydar
Akyol Nuri
Akyar Mehmet
Alacakaptan Ercüment
Algan Saim
Alp Cengiz
Alpı İsmail
Alpata Neriman
Altan Fikri
Altan Fikriye
Aras Nihat
Arkan İzzet
Atak Çetin
Ataman Recep
Ayan Bekir
Ayberk Hayri

B

Babaoğlu Turgut
Bak Nejat
Balgın Lutfiye
Barkan Eşref
Barış Muazzez
Başak Hasan
Başak Kâmuran
Başak Muhsin
Başar Zeki
Başkök Cahit
Baştaşmaz Muzaffer
Baydur Şadan
Baygın Razi
Baykal Yılmaz
Baytuz Ahmet
Bengiserp Saim
Berke Fehmi
Berker Ediip
Berker Moiz
Berktin Kemal
Bilgiç İhsan
Biriciksen Huriye
Birgil Sami
Buldanlıoğlu Saim
Bozyakalı Enver
Bölükbaşı İbrahim

C

Candiler Celâl
Cankır Tevfik

Ç

Çadırcı Cevdet
Çağlar Sabahat
Çelebi Hikmet
Çelebi Yakup
Çetegen Fahri
Çetin Bahattin
Çırağöz Turhan
Çintan Bülent
Çintan Mefkûre
Çotuk Lûtfü

D

Dedebaş Hüseyin
Dedeoğlu Mehmet
Denizmen Mustafa
Deren Haşmet
Dikbayır Yaşar
Dinçel İhsan
Dinçmen Yalçın
Dilemre Muzaffer
Diler Nadire
Dirik Kemal
Divingil Cemal
Doğru İnci
Dora Osman
Duman Cemal
Dülgeroğlu İsmail

E

Enacar Nezihe
Engel Vartan
Engez Reşat
Enökten Halil
Elbi Safiye H.
Erbelger Ahmet
Erdem M. Şaban
Erduman Halil
Erhat Fazıl
Eriç Raci
Erimoğlu Cevdet
Erkinsoy Fahrettin
Erkmen Sami
Erman Zühtü
Ersek Siyami
Ertan Muammer
Ertan Sezai
Ertuğ Celâl
Etiz Feyyaz
Eymezoğlu Güzin

F

Faydagör İlhami
Fıratlı Tahsin

G

Gagavuzoğlu M. Kemal
Galatalı Osman Kâmil
Giray Muzaffer
Gökçe İsmet
Gökçe Tevfik İsmail
Göker Galip
Göksu Orhan Cenap
Göncü Ahmet
Gören Saadet
Gümüşoğlu Lâmbo
Günay Mümin
Günbak Rifat
Güney Naci
Güney Suzan
Güngörtüre Sıdıka
Günsal Yaşar
Gür Hamit
Gürbay Lûtfi
Gürsel Aral
Gürses Hilmi
Gürvit Ziya

H

Hancıoğlu Rasim
Hayrebedyan Hayro
Hazar Muzaffer
Hazar Reşat
Hoşrik Selâhattin

I

Işındağ Selâmi

İ

İlhan Kadri
İlker Faruk
İlker Orhan
İlter İhsan
İnanç Tahir
İnal Emin
İspir Nevzat

K

Kabaalıoğlu Sabahat
Karasu Nusret
Karabatı Mustafa
Kayaarası Osman
Kayaalp Ömer
Kazancıgil Orhan Remzi
Keleşoğlu Necmettin
Kılıçhan Esat
Kınayiğit Seyfi
Kırımlıoğlu Ali Galip
Kileci Nemika
Kocaçitak Demirtaş
Kocagil Ragıp
Kopman Ercüment
Köksal Seyfettin
Köymen Abit
Köymen Refik
Köymen Şahende
Kut Ferhan
Kutal Hikmet
Kurtoğlu Niyazi
Kuzucu Ahmet
Küley Müfide

M

Menemenli Neodet
Mengü İsmet
Mısırlıoğlu Ömer
Mısırlıyan Anahit
Muslular Fevzi

N

Nalbantoğlu Hanri

O

Okman Osman Kâmil
Olcay Mehmet Ali
Onat Ahmet Rasim
Onat Ruhi
Onur İsa Nazım
Onur Nurettin
Oskay Baha
Ozgen Nimet

Ö

Öger Orhan
Öktem Nihat
Ökten Eser
Önal Kemal
Örs Dündar
Özek Cengiz
Özel Sami
Özgen Ertuğrul
Özgen Nahide
Özgen Zülfü Sami
Özhan Ekrem
Özlüarda Daver
Özpay Şahap
Öztürk Abdurrahman
Özyıldırım Mehmet
Özyörük Rauf
Özyurt Nevvare
Özyurt Sami

P

Petridis Panayot
Pirim Fransua

R

Ranos Evelpi

S

Sabar İhsan Rifat
Sağlam Tevfik
Sahakyan Badrik
Salor Hüseyin
Sanel Fahir
Sargun Orhan
Sarıgül Vifki Şakir
Sarıkadıoğlu Halis
Savaşır Necmettin
Savaşır Rebii
Saygun Rauf
Sayıner Safinur
Seren Mesude
Sevgen Hayati
Seylân Hayri
Sezen Galip
Soyer Ruhi
Soylu Ali Galip
Sözer Müyesser
Sun Sadi
Sunay Mustafa

Ş

Şabal Rasim
Şahenk Ferit Falk

T

Tan Orhan
Tamer Fikret
Tarhan Sait
Taylan Saffet
Teker İsmail
Tekinalp Mesut
Tezelli Sacit
Tiryaki Mustafa
Toksöz Kemal
Topaloğlu Kâzım
Tolunay Mital
Toprak Merzuk
Tuğrul Sıddık
Tunçman Zekâi Muammer
Tunalıgil Şinasi
Tunga Niyazi
Tunay Sezai
Turan Necmünisa
Tüzün Hilmi

U

Uçar Nail
Uğur Aydoğan
Uğurtaş İlhan
Uludağ Osman Şevki
Urak Galip
Uzunhasanoğlu Ramiz

Ü

Üçsel Orhan
Ülgen Türkân
Ülgenalp Itri
Üner Galip
Ünlü Muzaffer
Üster Neşati

V

Vidinel İlhan
Vural Fahir

Y

Yaman Sadrettin
Yeğen Behzat
Yener Sahir Erozan
Yetkin Kadri
Yıldıran Cafer
Yılmaz Halûk
Yücel Behiç

Z

Zaloğlu Nihat
Zentürk Adnan
Zeybeker Reha
Ziyal Nüzhet